



ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูบัว
อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

Results of the Program to Promote Health Literacy and Health Behavior of
Village Public Health Volunteers at Ban Ku Bua Health Promoting Hospital,
Mueang District, Ratchaburi Province.

พิมพ์ณรัตน์ ผุดผาด

Pimnarun Phudphad

โรงพยาบาลราชบุรี/กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

Ratchaburi Hospital/Social Medicine Department

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Pimnarun Phudphad, E-mail : natphud@gmail.com)

(Received: October 8, 2024; Revised: October 30, 2024; Accepted: November 12, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองราชบุรี โดยทำการสุ่มอย่างง่าย เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 2) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2567- วันที่ 30 สิงหาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ($M = 54.30$, $S.D. = 3.07$) และพฤติกรรมสุขภาพ ($M = 23.73$, $S.D. = 2.40$) สูงวก่ก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 54.26$, $S.D. = 3.08$) และ พฤติกรรมสุขภาพ ($M = 24.50$, $S.D. = 1.35$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเป็นต้นแบบด้านสุขภาพและแกนนำในการจัดการสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชนได้ต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ABSTRACT

This research was quasi-experimental research with two groups of pre- and post-test measures to study the effects of the health literacy and health behavior promotion program for village health volunteers at Ban Kubua Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Ratchaburi Province. The sample consisted of village health volunteers working in the area of the subdistrict health promotion hospital under the Mueang Ratchaburi District Public Health Office. They were randomly assigned to the experimental and comparison groups, with 30 people per group. The experimental group received the program for 8 weeks, while the comparison group received regular care. The research instruments consisted of 1) the health literacy and health behavior promotion program, 2) the health literacy and health behavior measurement form according to the 3A. 2S. The research was conducted from July 1, 2024 to August 30, 2024. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Paired t-test, and Independent t-test.

The research results found that after participating in the program, the experimental group had a higher mean score of health literacy ($M = 54.30$, $S.D. = 3.07$) and health behavior ($M = 23.73$, $S.D. = 2.40$) than before receiving the program and higher than the comparison group ($M = 54.26$, $S.D. = 3.08$) and health behavior ($M = 24.50$, $S.D. = 1.35$) at a statistical significance level of .05. The results of the study showed that the developed program was effective in developing the potential of village health volunteers in terms of health literacy and health behavior to become health role models and leaders in health management for people in the community.

Keywords : Health literacy promotion program, Health behavior, Public health volunteers Village

บทนำ

โรค NCDs (Noncommunicable Diseases หรือ โรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทยโดยเฉพาะกลุ่มโรค NCDs 4 โรคหลัก ได้แก่ กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ-โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทยโดยมีปัจจัยมาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยในปี 2557 คนไทยสูญเสียปีสุขภาวะรวมทั้งสิ้น 14.9 ล้านปี โดยเพศชายมีความสูญเสียมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.4 เท่า และเมื่อจำแนกตาม 3 กลุ่มโรค พบสัดส่วนการสูญเสียปีสุขภาวะ ดังนี้ กลุ่มโรคติดต่อร้ายละ 14 กลุ่มโรคไม่ติดต่อร้ายละ 71 และกลุ่มการบาดเจ็บร้ายละ 15 โดยโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของเพศชาย ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ ส่วนเพศหญิง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด ตามลำดับ ในขณะที่แนวโน้มประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและป่วยด้วย โรค NCDs ยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและต้นทุนทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) กล่าวโดยสรุป ปัญหาโรคภัยในปัจจุบันเกิดจากโรคที่ไม่ติดต่อ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรม

การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และจากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ.2562 พบว่า คนไทย มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 88.72 คะแนน จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน หรือคิดเป็นร้อยละ 65 ของคะแนนเต็ม และคนไทยร้อยละ 19.09 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป อ่านไม่ได้ เขียนไม่คล่อง ไม่มีบทบาทในชุมชน ไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เพชบุ๊ก และมีปัญหาทางการได้ยิน นอกจากนี้คนไทยยังมีข้อจำกัดในการสืบค้นและค้นหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเสริมทักษะในการสืบค้นและค้นหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือจากหลากหลายช่องทางและปรับระบบและรูปแบบบริการสุขภาพต่างๆ ให้มีความซับซ้อนน้อยลง มุ่งเน้นให้เกิดความเข้าใจและนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพไปใช้อย่างถูกต้องเหมาะสม (วิมล โรมา และ สายชล คล้อยเอี่ยม,2562)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี (กองสุศึกษา,2554) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลที่มีจิตอาสา สมัครใจเข้ามาทำงานสุขภาพเพื่อสังคมโดยได้รับการพัฒนาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในส่วนของ การเข้ารับการอบรมและการสร้างประสบการณ์จากการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ทั้งยังได้รับการคาดหวังในบทบาทที่สำคัญ คือ การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งการสื่อสาร ข่าวสารสาธารณสุข แนะนำ และเผยแพร่ความรู้เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผ่านกระบวนการพัฒนาทั้งความรู้ พัฒนาทักษะและการฝึกปฏิบัติให้มีบุคลิกลักษณะเป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam,2008) สามารถจัดการตนเองสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในชุมชนและสามารถขยายผลสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนและกลุ่มเสี่ยง (กองสุศึกษา,2554)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน การเสริมสร้างให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความสามารถในการจัดระบบการใช้ชีวิตที่ปลอดภัย มีความรู้ที่เพียงพอ เข้าถึง เข้าใจ และ ใช้ข้อมูลสุขภาพด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ตัดสินใจได้อย่างถูกต้องในการดูแลสุขภาพของตนเอง นำสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมทั้งสามารถบอกต่อผู้อื่นให้เข้าใจได้เช่นกัน (กองสุศึกษา,2565) จากการสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behaviors) ของกลุ่มวัยทำงาน ข้อมูลระดับประเทศ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี ร้อยละ 53.46 และระดับพฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก ร้อยละ 47.88 ระดับเขตสุขภาพ ที่ 5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี ร้อยละ 58.50 และระดับพฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก ร้อยละ 52.25 (กองสุศึกษา,2565) จากที่กล่าวมาข้างต้น อาสาสมัครสาธารณสุขรอบรู้ด้านสุขภาพ มีส่วนสำคัญในระบบสุขภาพภาคประชาชนที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับประชาชนในพื้นที่ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพตาม 3อ.2ส. รวมถึงสื่อสารและถ่ายทอดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่ประชาชน จากการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า โปรแกรมดังกล่าวช่วยให้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการตัดสินใจและการจัดการตนเอง (อำนวย เนียมหมื่นไวย, 2562)

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นต้นแบบด้านสุขภาพให้กับประชาชนจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ หากมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำย่อมมีผลต่อสถานะสุขภาพที่ไม่ดี (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern & Crotty, 2011) ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลตนเอง จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น หน่วยบริการทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและสถานบริการต่างๆ จะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาล จะทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงาน ด้านส่งเสริมสุขภาพและไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ได้

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่มีการดำเนินงานร่วมกับโรงพยาบาลราชบุรี ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทักษะความรู้ด้านสุขภาพและยังเป็นการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และสามารถดูแลตนเอง ครอบครัวและสังคม ได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

- เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ของระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

สมมติฐานของการวิจัย

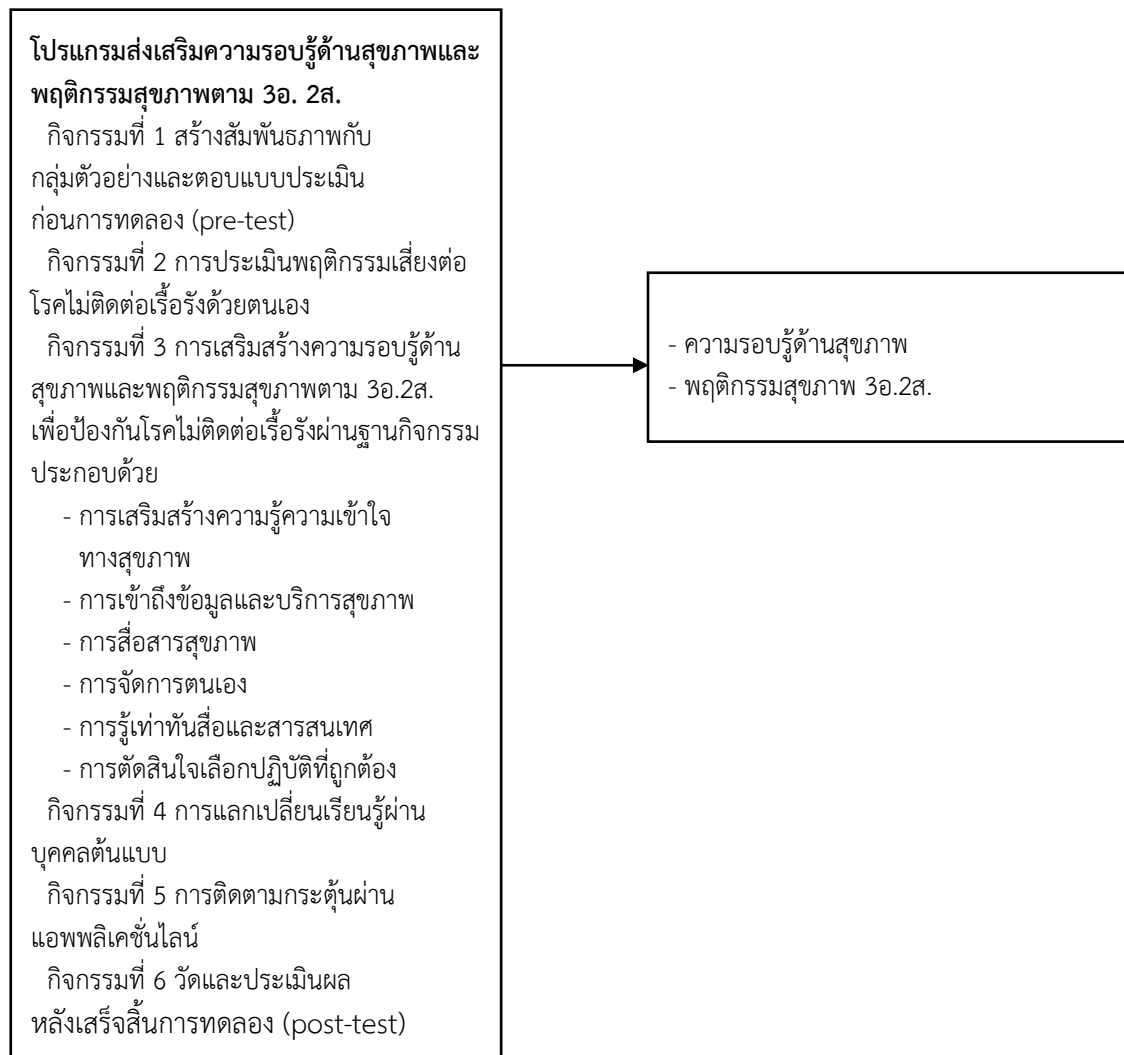
1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) และ ปรับปรุงมาจากโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ชลลดา งามสำโรง และ ณัฐวุฒิ กกกระโทก, 2566) มาเป็นกรอบในการสร้างและพัฒนาให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผล ก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมตามที่ ผู้วิจัยกำหนด ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา 8 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2567 - สิงหาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองราชบุรี จำนวน 1,241 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองราชบุรี การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้มาจากการคำนวณด้วยโปรแกรม G* Power 3.1 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้ในการคำนวณ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การทดสอบทางสถิติแบบ t-tests และเลือก A priori power analysis ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กำหนดค่าระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ($\alpha = .05$) กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.80 ค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15.00 เพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) จึงได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากเลือกมา 2 แห่ง แล้วจับฉลากได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูบัวให้เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างทองให้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปมีโทรศัพท์มือถือและสามารถใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ได้ สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงและสามารถออกกำลังกายได้ และสมัครใจยินดีเข้าร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุดการทดลอง

เกณฑ์การคัดออก มีโรคประจำตัวที่เป็นอันตรายและอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ และเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าร้อยละ 80 ของระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) และปรับปรุงมาจากโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ชลดา งามสำโรง และณัฐฉัตร กนกกระโทก, 2566) พัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ใช้ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม 8 สัปดาห์ รายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 แนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยพร้อมอธิบายแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. เพื่อให้กลุ่มทดลองเข้าใจและตอบแบบประเมินก่อนการทดลอง (pre-test) ประเมินภาวะสุขภาพครั้งที่ 1 ของกลุ่มทดลอง ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว และ ค่าดัชนีมวลกาย

สัปดาห์ที่ 2 ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยตนเองด้วยการแบ่งกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ตามความสมัครใจโดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นวิทยากรประจำกลุ่มๆ ละ 1 คน จากนั้นดำเนินการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและคืนข้อมูลให้กลุ่มทดลอง เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุความเสี่ยงของตนเองพร้อมทั้งให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ. 2ส.

สัปดาห์ที่ 3 เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ประกอบด้วย การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยใช้รูปแบบฐานกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองและนำไปฝึกทบทวนที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ ร่วมกันนำเสนอข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม หลังจากนั้นให้กลุ่มทดลองร่วมกันกำหนดและเขียนเป้าหมายในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. การเลือกคู่มือดูแลสุขภาพเพื่อพูดคุยปรึกษา นัดหมายการปฏิบัติ/การดูแลซึ่งกันและกันรวมถึงจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อติดตามผลการปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 5 – 7 ติดตามกระตุ้นเตือนเพื่อส่งเสริมการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. อย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์โดยให้กลุ่มทดลองฝึกทบทวนทักษะที่บ้านและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แล้วรายงานผลทางแอปพลิเคชันไลน์

สัปดาห์ที่ 8 ตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (post-test) และประเมินภาวะสุขภาพ ครั้งที่ 2 ของกลุ่มทดลอง ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว และ ค่าดัชนีมวลกาย

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 (กองสุศึกษา,2561) จำนวน 5 ตอน รวม 30 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และลักษณะงานหลักหรืออาชีพ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ. 2ส. เป็นแบบเลือกคำตอบที่ถูกต้อง จำนวน 6 ข้อ แต่ละข้อคำถาม มี 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 6 คะแนน มีเกณฑ์ดังนี้ 0-3.59 คะแนนหรือ < ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับไม่ถูกต้อง ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 3.60 – 4.19 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 60 - < ร้อยละ 70 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 4.20 – 4.79 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 70 - < ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับถูกต้อง ช่วงคะแนนตั้งแต่ 4.80 -6คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับถูกต้องที่สุด

ตอนที่ 3 แบบประเมินการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 3 อ. 2 ส. จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย ให้คะแนน 5,4,3,2,1 ตามลำดับ

แบบประเมินการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ ๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 10 คะแนน มีเกณฑ์ดังนี้ 0-5.99 คะแนนหรือ < ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับไม่ดี ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6.00 – 6.99 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 60 - < ร้อยละ 70 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับพอใช้ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 7.00 – 7.99 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 70 - < ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับดี ช่วงคะแนนตั้งแต่ 8.00 – 10 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับดีมาก

แบบประเมินการสื่อสารสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 15 คะแนน มีเกณฑ์ดังนี้ 0-8.99 คะแนนหรือ < ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับไม่ดี ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 9.00 – 10.49 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 60 - < ร้อยละ 70 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับพอใช้ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10.50 – 11.99 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 70 - < ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับดี ช่วงคะแนนตั้งแต่ 12.00 – 15 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับดีมาก

แบบประเมินการจัดการตนเอง จำนวน 3 ข้อ ๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 15 คะแนน มีเกณฑ์ดังนี้ 0-8.99 คะแนนหรือ < ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับไม่ดี ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 9.00 – 10.49 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 60 - < ร้อยละ 70 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับพอใช้ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง

10.50 – 11.99 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 70 - < ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับดี ช่วงคะแนน ตั้งแต่ 12.00 – 15 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับดีมาก

แบบประเมินการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 2 ข้อ ๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 10 คะแนน มี เกณฑ์ดังนี้ 0-5.99 คะแนน หรือ < ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับไม่ดี ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6.00 – 6.99 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 60 - < ร้อยละ 70 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับพอใช้ ช่วงคะแนน อยู่ระหว่าง 7.00 – 7.99 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 70 - < ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับดี ช่วง คะแนนตั้งแต่ 8.00 – 10 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับดีมาก

ตอนที่ 4 แบบประเมินการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส. จำนวน 3 ข้อ ลักษณะ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ที่ตรงกับข้อที่ปฏิบัติหรือคาดว่าจะปฏิบัติ ให้คะแนน 4,3,2,1 ตามลำดับ จำนวน 3 ข้อ ๆ ละ 4 คะแนน เต็ม 12 คะแนน มีเกณฑ์ดังนี้ 0-7.19 คะแนน หรือ < ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับไม่ดี ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 7.20 – 8.39 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 60 - < ร้อยละ 70 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับพอใช้ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 8.40 – 9.59 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 60 - < ร้อยละ 70 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับดี ช่วงคะแนนตั้งแต่ 9.60 – 12 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับดีมาก

สรุปคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพ มีเกณฑ์ดังนี้ 0 – 40.79 คะแนน หรือ < ร้อยละ 60 ของ คะแนนเต็ม อยู่ในระดับไม่ดี ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 40.80 – 47.59 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 60 - < ร้อย ละ 70 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับพอใช้ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 47.60 – 54.39 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 60 - < ร้อยละ 70 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับดี ช่วงคะแนนตั้งแต่ 54.40 – 68 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับดีมาก

ตอนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. จำนวน 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ มาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติโดยเฉลี่ย 6-7 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติโดยเฉลี่ย 4-5 วัน ต่อสัปดาห์ ปฏิบัติโดยเฉลี่ย 1-3 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติโดยเฉลี่ย 1-2 วันต่อสัปดาห์ และไม่ได้ปฏิบัติ ให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยในแต่ละขั้นตอนมาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามลำดับดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมความ รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแบบวัดความ รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. นำเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็น ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ด้านพฤติกรรมศาสตร์และด้านการส่งเสริมสุขภาพ ทำการตรวจสอบด้านเนื้อหาและความเหมาะสมในการใช้ภาษา พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยได้นำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างของสถานี อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีตำบลคูบัว ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ใช้ ในการวิจัย จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัย จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความ เชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้วยวิธีหาค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20 = 0.67) วิเคราะห์ค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เท่ากับ 0.83 การสื่อสารสุขภาพ เท่ากับ 0.71 การจัดการตนเอง เท่ากับ 0.78 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เท่ากับ 0.89 และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ. 2ส. เท่ากับ 0.72 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. เท่ากับ 0.74

3. นำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนเตรียมการ

1. หลังจากการผ่านอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชบุรี ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยประสานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อประสานงานและขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมในการวิจัย

3. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์อธิบายกิจกรรมในทุกขั้นตอนของการวิจัยอย่างละเอียดตลอดจนการเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งตลอดระยะเวลาในการดำเนินการจนสิ้นสุดโครงการชี้แจงรายละเอียด ของการพิทักษ์สิทธิ์และให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอม แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งนี้ และดำเนินการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้ระยะเวลาการทดลอง 8 สัปดาห์

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างทอง เพื่อนัดให้ทำแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. (Pre-test) พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลทางสุขภาพในสัปดาห์ที่ 1 กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการบริการตามปกติ โดยให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส คือ อ.อาหาร แนะนำการรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม อ.ออกกำลังกาย แนะนำการออกกำลังกายวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน อ.อารมณ์ แนะนำการปล่อยวาง และการทำจิตใจให้สงบ ส.สูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และ ส.สุรา หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย แนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองที่บ้าน และแนะนำการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนเชื่อมโยงกับคลินิก D-PAC (คลินิกไร้พุง) ในสถานบริการเป็นรายบุคคลตามความสมัครใจ และนัดมาทำแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. อีกครั้ง (Post-test) พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลทางสุขภาพในสัปดาห์ที่ 8

ผู้วิจัยดำเนินการจัดโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองและมอบคู่มือการดูแลตนเองตาม 3อ. 2ส.

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยสถิติทดสอบค่าที (Paired t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี เลขที่โครงการวิจัย RBHEC 034/67 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 อายุ 48-59 ปี ร้อยละ 46.6 สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 70.0 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.3 ประกอบอาชีพใช้แรง ทำไร่ ทำนา รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 36.7 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 90 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.3 สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 56.7 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 ประกอบอาชีพใช้แรง ทำไร่ ทำนา รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 46.7

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี ($M = 54.30$, $S.D. = 3.07$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับไม่ดี ($M = 38.70$, $S.D. = 10.97$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนได้รับโปรแกรม (n=30)			หลังได้รับโปรแกรม (n=30)			Mean diff	95% CI	t	P-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ				
ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	3.70	0.91	ถูกต้องบ้าง	4.73	1.04	ถูกต้อง	1.03	0.57-1.48	4.65	<0.001
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	5.86	2.02	ไม่ดี	8.03	1.58	ดีมาก	2.16	1.14-3.18	4.34	<0.001
ด้านสื่อสารสุขภาพ	7.70	2.78	ไม่ดี	10.90	1.26	ดี	3.20	2.02-4.37	5.55	<0.001
ด้านจัดการตนเอง	7.96	2.96	ไม่ดี	12.36	1.77	ดีมาก	4.40	3.14-5.65	7.19	<0.001
ด้านรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	5.26	2.34	ไม่ดี	7.73	1.63	ดี	2.46	1.43-3.50	4.86	<0.001
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	8.20	2.34	พอใช้	10.53	1.04	ดีมาก	2.33	1.32-3.33	4.74	<0.001
ภาพรวม	38.70	10.97	ไม่ดี	54.30	3.07	ดี	15.6	11.22-19.97	7.29	<0.001

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 54.26$, $S.D. = 3.08$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($M = 48.03$, $S.D. = 4.00$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)			Mean diff	95% CI	t	P-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ				
ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	4.73	1.04	ถูกต้อง	3.86	0.89	ถูกต้องบ้าง	0.83	0.32-1.34	3.29	0.002
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	8.03	1.58	ดีมาก	6.96	1.18	พอใช้	1.06	0.34-1.79	2.94	0.005
ด้านสื่อสารสุขภาพ	10.90	1.26	ดี	9.93	0.98	พอใช้	0.96	0.38-1.55	3.30	0.002
ด้านจัดการตนเอง	12.36	1.77	ดีมาก	10.53	1.22	ดี	1.83	1.04-2.62	4.66	0.000
ด้านรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	7.73	1.63	ดี	6.83	1.68	พอใช้	0.90	0.41-1.75	2.09	0.04
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	10.53	1.04	ดีมาก	9.90	1.34	ดีมาก	0.63	0.01-1.25	2.03	0.04
ภาพรวม	54.26	3.08	ดี	48.03	4.00	พอใช้	6.23	4.38-8.08	6.75	0.000

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ($M = 23.73$, $S.D. = 2.40$) และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งมีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ($M = 20.03$, $S.D. = 4.24$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง (n=30)			หลังทดลอง (n=30)			Mean diff	95% CI	t	P-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ				
พฤติกรรมสุขภาพ	20.03	4.24	พอใช้	23.73	2.40	ดี	3.70	1.89-5.50	4.19	< 0.001

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก ($M = 24.50$, $S.D. = 1.35$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ($M = 23.30$, $S.D. = 2.47$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

กลุ่มทดลอง	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)			Mean diff	95% CI	t	P-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ				
พฤติกรรมสุขภาพ	24.50	1.35	ดีมาก	23.30	2.47	ดี	1.20	0.16-2.23	2.32	0.025

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูบัว มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อแยกรายด้าน พบว่า

1.1 ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.002$) เนื่องจากมีวิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพที่หลากหลายกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับหลัก 3อ. 2ส. และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การใช้สื่อมัลติมีเดีย และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้าใจในเนื้อหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ (Nutbeam, 2000) ที่เน้นความสำคัญของการพัฒนาความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานของความรู้ด้านสุขภาพและสอดคล้องกับงานวิจัยของ (ชลดา กองสำโรง และ ณัฐวุฒิ กนกกระโทก, 2566) พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีส่วนช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทักษะความรู้ความเข้าใจทางด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. ดีขึ้นกว่าเดิม

1.2 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ผลการศึกษพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.005$) ซึ่ง อาจเป็นผลมาจากการที่โปรแกรมได้ฝึกทักษะการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งที่น่าเชื่อถือตามแหล่งต่างๆ เช่น เว็บไซต์กระทรวงสาธารณสุข แอปพลิเคชันสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม การพัฒนาในด้านนี้มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Danielle et al., 2019) ที่พบว่าการพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชน

1.3 ด้านการสื่อสารสุขภาพ ผลการศึกษพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.002$) เนื่องจากการฝึกทักษะการสื่อสารสุขภาพในโปรแกรมเช่น การให้คำแนะนำสุขภาพ การพูดในที่สาธารณะ การพัฒนาในด้านนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการทำหน้าที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพในชุมชนและเผยแพร่ความรู้เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ (กองสุขศึกษา, 2565) ที่เน้นการพัฒนาให้เป็นผู้สื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sumitmairee

(2003) ได้ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน พบว่าผู้ที่มีการสื่อสารที่ขาดการวิเคราะห์และทบทวนความถูกต้องเหมาะสมและประโยชน์ของสื่อมีผลต่อความสามารถในการพัฒนาเพื่อก่อให้เกิดความฉลาดทางสุขภาพ

1.4 ด้านการจัดการตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ อาจเป็นผลมาจากการที่โปรแกรมได้เน้นการพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ทักษะการจัดการตนเอง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ควบคู่ไปกับการให้ความรู้และสร้างความตระหนัก นอกจากนี้ยังมีการติดตามอย่างต่อเนื่องในกลุ่มไลน์ซึ่งช่วยสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (ชลดา งอนสำโรง และ ณัฐภูมิ กกกระโทก, 2566) และ (เสถียร โนนน้อย, 2567) ที่พบว่าโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.001$) เนื่องจากกลุ่มทดลองมีการฝึกทักษะการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพและการวิเคราะห์ข่าวสารด้านสุขภาพซึ่งการพัฒนาในด้านนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในยุคที่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีมากมายและหลากหลาย สอดคล้องกับแนวคิดของ (Nutbeam, 2008) ที่เน้นความสำคัญของการรู้เท่าทันสื่อในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับวิจัยของ (พรวิจิตร ปานนาค และคณะ, 2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมี กิจกรรมพัฒนาการอ่าน การฟังข้อมูล การสืบค้นข้อมูล การคำนวณยา อาหาร วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและประเมินความสามารถของตนเอง การเยี่ยมบ้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.001$) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้ฝึกทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ โดยจำลองสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและฝึกการตัดสินใจแก้ปัญหาประเมินทางเลือกและผลกระทบของการตัดสินใจด้านสุขภาพ การพัฒนาในด้านนี้มีความสำคัญเป็นการนำความรู้และทักษะทั้งหมดมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริง สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Shiyanbola, 2019) ที่พบว่าการพัฒนาทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพช่วยปรับปรุงการดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง

2. พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส.

หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($M = 3.95$, $S.D. = 0.40$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($M = 3.68$, $S.D. = 0.37$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเฉพาะการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการงดสูบบุหรี่อยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การทานผักผลไม้ และการออกกำลังกาย ยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเป็นเพราะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ต้องใช้เวลาและความพยายามมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ (สาโรจน์ ประพรมมา, 2563) ที่พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ท้าทายและต้องใช้เวลาในการสร้างที่ยั่งยืน และสอดคล้องกับการศึกษาของ (Han et al., 2018) ที่พบว่าโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญและโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้

ด้านสุขภาพสามารถพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้นั้น เนื่องจากโปรแกรมมีการออกแบบกิจกรรมที่ครอบคลุมองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ (Nutbeam,2008) ในด้านการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การวิเคราะห์ประเมินและการนำไปใช้ ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น นอกจากนี้ การใช้กระบวนการกลุ่มและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในโปรแกรมยังช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถเป็นแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชนอย่างยั่งยืน
3. ควรมีการติดตามประเมินผลการนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากโปรแกรมไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรม ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อติดตามความคงทนของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม เช่น ติดตามผล 6 เดือน หรือ 1 ปี
2. พัฒนาและปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ เช่น กลุ่มวัยทำงาน ผู้สูงอายุ หรือกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนาโปรแกรมร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้โปรแกรมตอบสนองความต้องการของพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น

References

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs). พิมพ์ครั้งที่ 2.กระทรวงสาธารณสุข.*
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ.* กรุงเทพฯ: นิเวศรรณการพิมพ์.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ.กระทรวงสาธารณสุข.*
- กองสุศึกษา. (2565). *คู่มือแนวทางการพัฒนาแกนนำสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรอบรู้ด้านสุขภาพ.* กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษฎากร เจริญสุข. (2564). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี*, 30 (1) ,72-90.
- ชลดา งามสำโรง และ ณัฐวุฒิ กนกกระโทก. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธงชัยเหนือ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 9 (1) ,115-129.
- พรวิจิตร ปานนาค, สุทธิพร มูลศาสตร์, เชษฐา แก้วพรม. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27 (3) ,91-106.
- วิมล โรม่า และ สายชล คล้อยเอี่ยม. (2562). *รายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ.2562.* นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- เสถียร โนนน้อย. (2567). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส ของประชาชนในเขตตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*, 3 (1),46-60.
- สาโรจน์ ประพรมมา. (2563). ผลของโปรแกรมวิถีธรรมวิถีไทยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกักตี่ชุมพล จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ*, 35 (1) ,56-68.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ:การวัดและการพัฒนา.* กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อานวย เนียมหมื่นไวย. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนักจัดการสุขภาพชุมชนอำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*; 4 (2) : 78-92.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Lowhealth literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155,97-107. doi : 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
- Danielle, M. M., Morony, S., Trevena, L., Hayen, A., Shepherd, H. L., Smith, S. K., et al.

- (2019). Skills for Shared Decision-Making: Evaluation of a Health Literacy Program for Consumers with Lower Literacy Levels. *Health Literacy Research and Practice*, 3 (3), S58-S74.
- Han, H. R., Delva, S., Greeno, R. V., Negoita, S., Cajita, M., & Will, W. (2018). A Health Literacy-Focused Intervention for Latinos with Hypertension. *Health Literacy Research and Practice*, 2 (1), 21-25
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67 (12), 2072-2078. https://doh.hpc.go.th/L/evolvingConceptHL_DonNutBean.pdf.
- Sumitmaitee, B. (2003). Health Literacy Situation and Promoting Thai Health Literacy for ASEAN community. Report from DCAST: Bangkok.
- Shiyanbola, O. (2019). Design and rationale of a mixed methods randomized control trial: Addressing Health literacy, beliefs, adherence and self-efficacy (ADHERE) program to improve diabetes outcomes. *Contemporary Clinical Trials Communications* 14. journal homepage: www.elsevier.com/locate/conctc.