

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์

สมรัฐ ศรีตระกูล*

นิธิพงษ์ ศรีเบจมาศ*

มยุรา สิริวัฒน์†

บทคัดย่อ

ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากพฤติกรรมสุขภาพ, การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากพฤติกรรมสุขภาพ, การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ, แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < 0.05$). นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากพฤติกรรมสุขภาพ, การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ, แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < 0.05$).

คำสำคัญ: โปรแกรมสุขภาพ, แรงสนับสนุนทางสังคม, พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

Abstract

The Effectiveness of a Health Education Program with Social Support for Knowledge and Behavior in Promoting Health in Wangpong District, Petchabun Province

Somrat Srirakul*, Nithipong Sribejamat*, Mayura Siriwat**

*Wangpong Hospital, Wangpong District, Petchabun Province, **District Public Health Office, Wangpong District, Petchabun Province

The living behaviors of people change in line with their economic and social status, among others, often leading to incorrect health behavior with regard to nutrition, exercise, and elimination of stress. This was a quasi-experimental research study. The sample comprised 120 people from village 4 Banwangyai and village 5 Banwangplub is Tambon Wanghin, Wangpong District, Petchabun Province. A multistage random sampling method was used, with the sample divided into an experimental group and a comparison group, each comprising 60 people. The experimental group was exposed to a health education program with social support. The research instruments for data collection were question-

*โรงพยาบาลวังโป่ง อำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์, †สำนักงานสาธารณสุข อำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์



naires assessing knowledge of health-promotion behavior concerning susceptibility to various types of diseases caused by behavior, severity of the diseases, social support by public health volunteers, and health promotion behavior, among others. The statistical methods used were means, standard deviation, paired-sample t-test, student's t-test, and Pearson's correlation coefficient.

The findings showed that the experimental group had higher scores than the comparison groups on these aspects following the program and the increase was statistically significant.

Key words: health education program, social support, health-promotion behavior

ภูมิหลังและเหตุผล

การพัฒนาที่เป็นไปอย่างรวดเร็วของเศรษฐกิจ, สังคม, คมนาคม, การสื่อสาร และเทคโนโลยีในปัจจุบัน ทำให้ประชาชนต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น. พฤติกรรมการดำรงชีวิตของประชาชนในสังคมเปลี่ยนแปลง เช่น พฤติกรรมเลียนแบบวัฒนธรรมตะวันตก, พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง, วิถีชีวิตการทำงานประจำวันมีกิจกรรมที่ใช้แรงและการเคลื่อนไหวของร่างกายน้อยลง ทำให้ประชาชนขาดการออกกำลังกาย ส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มสูงขึ้น^(๑). จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของคนไทยในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๙ พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตของประชาชนในประเทศ เกิดจากโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุในอันดับต้น ๆ ได้แก่โรคหลอดเลือด, โรคหัวใจ, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเครียด และโรคมะเร็งตามลำดับ. ข้อมูลสถานการณ์โรคที่เกี่ยวข้องจากพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมเสี่ยง ของสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๑ พบว่า พ.ศ. ๒๕๓๒-๒๕๔๑ อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดและหัวใจเพิ่มจาก ๖.๐๗ เป็น ๑๑.๔ ต่อแสนประชากร, อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มจาก ๔๓.๕ เป็น ๑๗๕.๗ ต่อแสนประชากร, อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจาก ๗๖.๓ เป็น ๑๖๙.๖ ต่อแสนประชากร, อัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งเพิ่มจาก ๔๓.๗ เป็น ๕๖.๘ ต่อแสนประชากร และมีอัตราการความชุกของภาวะอ้วนเกินเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ, โดยใน พ.ศ. ๒๕๓๘ ต่ำสุดในกลุ่มอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป

ร้อยละ ๑๒.๑, สูงสุดในกลุ่มอายุ ๔๐-๔๙ ปี ร้อยละ ๔๐.๒^(๒).

นอกจากนี้การขาดการออกกำลังกายยังเป็นสาเหตุ หรือเป็นปัจจัยนำหรือเป็นปัจจัยร่วมของการเกิดโรคของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบการเคลื่อนไหวและทรงตัว, กล้ามเนื้อฝ่อและแข็งแรงน้อยลง, ไขมันมากขึ้นในบริเวณที่ไม่ต้องการ เช่น รอบเอว หน้าท้อง. ระบบประสาทอัตโนมัติเกิดการเสียสมดุล ทำให้การควบคุมการย่อยอาหาร การขับถ่าย และการเต้นของหัวใจ, การควบคุมแรงดันเลือดผิดปกติ, ระบบไหลเวียนเลือด, หลอดเลือดตีบตัน, ความดันโลหิตสูง. ระบบหายใจ ส่งเสริมโรคหอบหืด ถุงลมโป่งพอง เป็นต้น, ระบบการเผาผลาญอาหารหรือระบบเมตาโบลิซึม ส่งเสริมโรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคเก๊าท์ ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น, ระบบภูมิคุ้มกันโรค มีภูมิคุ้มกันต่ำ สุขภาพจิต หงุดหงิด ซึมเศร้า มองโลกในแง่ร้าย^(๓) แม้ว่าการออกกำลังกายจะไม่ใช่อุบัติเหตุของโรคต่าง ๆ เหล่านี้โดยตรง แต่ก็มีผลเกี่ยวข้องต่อการป้องกันโรค ทั้งนี้การออกกำลังกายมีผลดีต่อร่างกายโดยกระตุ้นต่อมไร้ท่อในการหลั่งฮอร์โมนเอนโดรฟิน ทำให้ร่างกายสดชื่น จิตใจแจ่มใส สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและสร้างกล้ามเนื้อให้แข็งแรง รวมทั้งมีรูปร่างที่สวยงามเป็นต้น^(๔). ผลเสียของการไม่ออกกำลังกายได้แก่กล้ามเนื้อฝ่อลีบ, ต่อมไร้ท่อหย่อนสมรรถภาพในการสร้างฮอร์โมน เป็นต้น. สาเหตุของการไม่ออกกำลังกายส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติงานประจำ. ผู้หญิงออกกำลังกายน้อยกว่าผู้ชายส่งผลต่อความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน^(๕).

จากความเป็นมาและสภาพปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยไปทำการศึกษาผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับการ

ให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และพฤติกรรมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมรูปแบบต่าง ๆ จากอาสาสมัครสาธารณสุขที่เอื้อต่อการแก้ปัญหาโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อจะนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณากำหนดแนวทางการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องต่อไป.

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.
๒. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มและกลุ่มควบคุม.
๓. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกับปัจจัยต่อไปนี้
 - ความรู้สัมพันธของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
 - การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากพฤติกรรมสุขภาพ
 - การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากพฤติกรรมสุขภาพ
 - การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ
 - แรงสนับสนุนทางสังคม.

นิยามคำศัพท์

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง ผลของการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพฤติกรรมสุขภาพ, การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากพฤติกรรมสุขภาพ, การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง.

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว หมายถึง สมาชิกคน

หนึ่งคนใดของครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นแกนหลักในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ.

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนประจำหมู่บ้านที่ได้รับเลือกจากประชาชนในหมู่บ้าน และหรือทางราชการได้แต่งตั้งขึ้น เพื่อเป็นตัวแทนของชุมชนหรือหมู่บ้านในการประสานงาน หรือให้การช่วยเหลือทางการ ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข. ทั้งนี้อาจเป็นผู้นำกลุ่มต่าง ๆ ในหมู่บ้านในเวลาเดียวกันก็ได้.

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองดำเนินการในช่วงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๐. ประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ ๑ เลือกพื้นที่ตำบลวังหินเนื่องจากข้อมูลการดำเนินงาน Healthy Thailand พบว่าร้อยละของประชาชนอายุ ๖ ปีขึ้นไปออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ วัน ๆ ละ ๓ นาที ผ่านเกณฑ์น้อยที่สุดและมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ อันดับ ๓ คือสมาชิกในหมู่บ้านเจ็บป่วยบ่อย ไม่แข็งแรง.

ขั้นที่ ๒ สุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากหมู่บ้าน ๒ หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ ๔ และ หมู่ ๕.

ขั้นที่ ๓ สุ่มอย่างง่าย โดยจับสลากเอาหมู่บ้านทดลอง ได้แก่ หมู่ ๔ บ้านวังใหญ่ หมู่บ้านเปรียบเทียบได้แก่ หมู่ ๕ บ้านวังพลับ.

ขั้นที่ ๔ สุ่มอย่างง่าย โดยจับสลากเลือกแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการในหมู่บ้านทดลอง และหมู่บ้านเปรียบเทียบ หมู่บ้านละ ๖๐ คน.

ประชากรกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ ๑๒๐ คน. กลุ่มทดลองได้รับการจัดโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ



หมู่บ้าน. ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบให้เป็นไปตามปกติ ซึ่งอาจได้รับข้อมูลข่าวสาร ต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามปกติ.

การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติค่าร้อยละ.
๒. เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเนื่องจากพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ, แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติการทดสอบที่จับคู่.
๓. เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเนื่องมาจากพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ, แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Student's t-test.
๔. ทดสอบค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเนื่องมาจากพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ, แรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยสถิติ Pearson product moment correlation coefficient.

ผลการศึกษา

ลักษณะประชากรแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

กลุ่มศึกษาเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวของหมู่ที่ ๔ บ้านวังใหญ่ ตำบลวังหิน และกลุ่มควบคุมเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวของหมู่ที่ ๕ บ้านวังปลับ กลุ่มละ ๑๒๐ คน. รายละเอียดลักษณะประชากรตัวอย่างแสดงไว้ในตารางที่ ๑.

การเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มศึกษากับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง รายละเอียดแสดงในตารางที่ ๒.

การเปรียบเทียบข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลองของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม พบว่าภายหลังการทดลอง ข้อมูลต่าง ๆ ของกลุ่มศึกษา ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $P < ๐.๐๕$) และข้อมูลของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการศึกษา ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ ๓.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากพฤติกรรมสุขภาพ, การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากพฤติกรรมสุขภาพ, การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ, แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแกนนำสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $P < ๐.๐๐๐$) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ ๔.

วิจารณ์

ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มศึกษาหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, สอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริพร เกตุดาว^(๖) ซึ่งได้นำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงจูงใจเพื่อป้องกันและกระบวนกรกลุ่มในการจัดโปรแกรมสุขภาพ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ในเรื่องพฤติกรรม ความปลอดภัยในการรับรู้เรื่องรถจักรยานยนต์ สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลังการทดลองในกลุ่มศึกษาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสุรีย์ จันทร์โมลี^(๗) ที่กล่าวว่า การใช้กระบวนการกลุ่มโดยการอภิปราย

ตารางที่ ๑ ข้อมูลลักษณะประชากรแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	๘	๑๓.๓	๑๖	๒๘.๓
หญิง	๕๒	๘๖.๗	๔๓	๗๑.๗
อายุ (ปี)				
< ๒๕	๒	๓.๓	๕	๑๕.๐
๓๐ - ๓๔	๖	๑๐.๐	๗	๑๑.๗
๓๕ - ๓๙	๑๑	๑๘.๓	๖	๑๐.๐
๔๐ - ๔๔	๖	๑๐.๐	๑๕	๒๕.๐
๔๕ - ๔๙	๑๓	๒๑.๗	๖	๑๐.๐
> ๔๙	๒๒	๓๖.๗	๑๗	๒๘.๓
ความสัมพันธ์กับหัวหน้าครอบครัว				
เป็นหัวหน้าครอบครัว	๑๐	๑๖.๗	๑๘	๓๐.๐
เป็นคู่สมรส	๔๖	๗๖.๗	๒๗	๔๕.๐
เป็นบุตร บุตรสะใภ้ บุตรเขย	๔	๖.๗	๑๕	๒๕.๐
การศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	๓	๕.๐	๓๑	๕๑.๗
ประถมศึกษา	๕๒	๘๖.๗	๑๕	๒๕.๐
มัธยมต้น	๔	๖.๗	๗	๑๑.๗
มัธยมปลาย/ปวช.	๑	๑.๗	๖	๑๐.๐
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า	—	—	—	๑.๗
อาชีพ				
เกษตรกร	๕๖	๙๕.๐	๕๐	๘๓.๓
ค้าขาย	๑	๑.๗	๓	๕.๐
รับจ้าง	—	—	๖	๑๐.๐
อื่น ๆ	๒	๓.๓	๑	๑.๗
รายได้ของครอบครัว				
ไม่เพียงพอ	๑๓	๒๑.๗	๑๔	๒๓.๓
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	๓๑	๕๑.๗	๓๓	๕๕.๐
เพียงพอเหลือเก็บ	๑๖	๒๖.๗	๑๓	๒๑.๗
ตำแหน่งทางสังคม				
ไม่มี	๓๘	๖๓.๓	๔๘	๘๐.๐
สมาชิก อบต.	๔	๖.๗	๑	๑.๗
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	๑	๑.๗	—	—
กรรมการ/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	๕	๘.๓	๔	๖.๖
กรรมการกลุ่มหมู่บ้าน	๑๑	๑๘.๓	๕	๘.๔
อื่น ๆ	๑	๑.๗	๒	๓.๓
ผู้ที่ดูแลสมาชิกครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย				
แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว	๒.๖	๔.๓.๓	๔๑	๖๘.๓
พ่อบ้าน	๑๘	๓๐.๐	—	—
ญาติ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า	๑๐	๑๖.๗	๑	๑.๗



ตารางที่ ๒ ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มศึกษากับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม		ค่าที	df	ค่าพี
	ค่าเฉลี่ย มาตรฐาน	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย มาตรฐาน	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน			
ก่อนการทดลอง							
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	๑๔.๐	๑.๔	๑๔.๒	๑.๘	-.๔๕๖	๑๑๘	๐.๒๔๓
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จากพฤติกรรมสุขภาพ	๑๕.๕	๑.๖	๑๕.๐	๒.๑	๑.๓๕	๑๑๘	๐.๑๖๕
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค จากพฤติกรรมสุขภาพ	๑๗.๔	๑.๕	๑๖.๕	๑.๘	๑.๒๒	๑๑๘	๐.๒๒๖
การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ แรงสนับสนุนทางสังคม	๑๖.๓	๒.๐	๑๕.๕	๒.๑	๑.๑๗	๑๑๘	๐.๒๔๖
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	๒.๕	๐.๘	๒.๗	๐.๗	๑.๔๐๒	๑๑๘	๐.๕๕๖
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	๔๕.๘	๔.๕	๔๕.๕	๔.๘	-.๑๑๓	๑๑๘	๐.๒๔๖
หลังทดลอง							
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	๑๗.๔	๑.๓	๑๔.๓	๑.๕	๑๒.๒๐	๑๑๘	.๐๐๐
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จากพฤติกรรมสุขภาพ	๒๓.๗	๑.๕	๑๕.๑	๒.๒	๒๐.๘๕	๑๑๘	.๐๐๐
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค จากพฤติกรรมสุขภาพ	๒๒.๖	๑.๘	๑๖.๓	๒.๕	๑๓.๐๓	๑๑๘	.๐๐๐
การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ แรงสนับสนุนทางสังคม	๒๓.๓	๑.๗	๑๖.๐	๒.๔	๑๔.๑๒	๑๑๘	.๐๐๐
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	๕.๘	๐.๔	๒.๘	๐.๖	๗.๕๘	๑๑๘	.๐๐๐
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	๖๖.๑	๑.๕	๕๐.๓	๔.๖	๒๔.๔	๑๑๘	.๐๐๐

กลุ่ม ทำให้กลุ่มได้อภิปรายแสดงออกที่เป็นรูปธรรมและนามธรรมแสวงหาข้อเท็จจริง ยอมรับความคิดเห็นของคนอื่น อิทธิพลกลุ่มช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การยอมรับอย่างสมัครใจซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวร และการใช้ตัวแบบ ซึ่งเบนดูรา^(๘) ได้กล่าวว่า “บุคคลจะสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่น แล้วสร้างความคิดว่าจะสร้างพฤติกรรมใหม่อย่างไร จึงได้จัดประสบการณ์ให้กับกลุ่มเป้าหมายโดยใช้ศึกษาตัวแบบในวีดิทัศน์ที่เป็นกลุ่มใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย”.

หลังการทดลอง กลุ่มศึกษามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, การรับรู้โอกาส

เสี่ยงของการเกิดโรคจากพฤติกรรมสุขภาพ, การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแคพแลน^(๙).

สรุปว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาาร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากพฤติกรรมสุขภาพ, การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ.

ตารางที่ ๓ ข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลองของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ค่าที	df	ค่าพี
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน			
กลุ่มทดลอง							
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	๑๔.๐	๑.๔	๑๗.๔	๑.๓	-๑๕.๐๗๕	๕๕	<๐.๐๑
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	๑๕.๕	๑.๖	๒๓.๗	๑.๕	-๑๒.๐๓๘	๕๕	<๐.๐๑
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	๑๗.๔	๑.๕	๒๒.๖	๑.๘	-๒๐.๘๗๑	๕๕	<๐.๐๑
การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ	๑๖.๓	๒.๐	๒๓.๓	๑.๗	-๑๓๑๑๒	๕๕	<๐.๐๑
แรงสนับสนุนทางสังคม	๒.๕	๐.๘	๕.๘	๐.๔	-๕๓.๒๖๗	๕๕	<๐.๐๑
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	๔๕.๘	๔.๕	๖๖.๑	๑.๕	-๒๘.๕๕๒	๕๕	<๐.๐๑
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	๑๔.๒	๑.๘	๑๔.๓	๑.๕	-๑.๓๑๔	๕๕	๐.๘๕๔
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	๑๕.๐	๒.๑	๑๕.๑	๒.๒	-๑.๓๗๕	๕๕	๐.๗๖๓
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	๑๖.๕	๑.๘	๑๖.๓	๒.๕	-๑.๒๒๒	๕๕	๐.๘๑๕
การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ	๑๕.๕	๒.๑	๑๖.๐	๒.๔	-๑.๑๗๓	๕๕	๐.๖๕๓
แรงสนับสนุนทางสังคม	๒.๗	๐.๗	๒.๘	๐.๖	-๓.๐๑๓	๕๕	๐.๘๘๒
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	๔๕.๕	๔.๘	๕๐.๓	๔.๖	-๔.๓๒๔	๕๕	๐.๕๕๔

ตารางที่ ๔ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพฯลฯ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง

ข้อมูล	หลังทดลอง	
	R	ค่าพี
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	๐.๓๐๔	<๐.๐๕
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากพฤติกรรมสุขภาพ	๐.๗๔๐	<๐.๐๑
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากพฤติกรรมสุขภาพ	๐.๖๕๖	<๐.๐๑
การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ	๐.๖๕๔	<๐.๐๑
แรงสนับสนุนทางสังคม	๔.๓๑๐	<๐.๐๕

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและมีส่วนรับผิดชอบในการพัฒนาระบบสุขภาพทุกระดับ ควรจะได้พิจารณาวางแผนการจัดอบรม กำหนดหลักสูตรและวิธีการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยประยุกต์แนวทางจากการศึกษาครั้งนี้ ร่วมกับการมีบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสาร, การให้คำแนะนำ, การกระตุ้นเตือนและการให้กำลังใจ เพื่อให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องในที่สุด ในการป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญ เช่น โรคไข้เลือดออก ไข้หวัดนก โรคอุจจาระร่วง หรือโรคอื่น ๆ ตามสภาพปัญหาของพื้นที่, รวมทั้งโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง.

ภายหลังเสร็จสิ้นการศึกษา ผู้ศึกษาได้นำชุดโปรแกรมศึกษาไปจัดกิจกรรมให้กับหมู่บ้าน กลุ่มควบคุม คือ หมู่ ๕ บ้านวังปลับ โดยกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ แกนนำสุขภาพประจำ



ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข และมอบเอกสารไว้เพื่อ
ศึกษาที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน.

กิตติกรรมประกาศ

ดร. สาโรจน์ เพชรมณี, ดร. ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน,
ดร.อรพิน กฤษณเกรียงไกรได้ทำการตรวจสอบแบบสอบถาม.
ดร. ประจวบ แหลมหลัก, คณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานี
อนามัยน้ำอ้อม ตำบลวังหิน อำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์
ได้ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือ
อย่างดียิ่งในการเก็บข้อมูล.

เอกสารอ้างอิง

๑. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. การวิจัยและกิจกรรมเพื่อเพิ่มคุณภาพและแก้
วิกฤติสุขภาพคนไทยกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวาน). สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข; ๒๕๕๐.
๒. กรมอนามัย. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของคนไทยในแผนพัฒนา

- สุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๔๘. กรุงเทพฯ :
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. ๒๕๓๒-๒๕๔๑
๓. ชาตรี ประชาพิพัฒน์, นฤพนธ์ วงศ์จตุรภัทร. แนวทางการส่งเสริม
การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. พิษณุโลก; ๒๕๔๕.
 ๔. กรมอนามัย. เอกสารการอบรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ.
ขอนแก่น; ๒๕๓๕.
 ๕. วิภา ไชยณรงค์. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริม
พฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อของเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี. กรุงเทพฯ : กอง
สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๑.
 ๖. ศิริพร เกตุดาว. ประสิทธิภาพโครงการสุขภาพต่อพฤติกรรมความ
ปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอน
ปลาย จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์ สาขาสุขภาพศึกษา), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล, ๒๕๓๓.
 ๗. สุริย์ จันทร์โมลี. วิธีการทางสุขภาพศึกษา. กรุงเทพมหานคร: เจริญวิทย์
การพิมพ์; ๒๕๒๗.
 ๘. Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. New York:
W.H. Freeman & Co.; 1997.
 ๙. Caplan C. Support systems and community mental health. New
York: Human Science Press; 1974. p. 447-52.