

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร
FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS
AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS (VHVs) MUEANG
SAMUTSAKHON DISTRICT, SAMUTSAKHON PROVINCE

สุทัศน์ ทองชัย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

SUTHAT THONGCHAI

SAMUTSAKHON PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 195 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์พอยท์ ไบซีเรียลและสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 มีอายุระหว่าง 46-59 ปี อายุเฉลี่ย 48.6 ปี มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 50.2 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.3 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.7 2) กลุ่มตัวอย่มีคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 64.9$, $SD = 6.01$)) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .345$, $p < .001$) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -.317$, $p < .001$) เพศ ($r = .301$, $p < .001$) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .298$, $p < .001$) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .274$, $p < .001$) ระดับการศึกษา ($r = .131$, $p = .034$) และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ($r = .118$, $p = .050$)

จากผลการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. โดยเน้นการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

คำสำคัญ : พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

Abstract

This research was Descriptive analysis, the Objectives of this study were to study health promotion behaviors among village health volunteers and to examine relationship between these health promotion behaviors and their related factors. The sample participants consisted of 195 village health volunteers selected by simple random sampling. Data were analyzed by mean, percentage, standard deviation, point biserial correlation coefficients, and Pearson's product moment correlation coefficients.

The results showed that 1) The sample was female, 73.3 percent, aged 46–59 years, average 48.6 years, most were farmers, 50.2 percent and graduated from primary education school, 52.3 percent, Most do not have any underlying disease, 86.7 percent. 2) Results revealed that mean score of participants' health promotion behaviors were at a good level ($M = 64.9$, $SD = 6.01$). Statistically significant at the .01 level. Factors significantly related to health promotion behaviors were perceived self-efficacy ($r = .345$, $p < .001$), perceived barrier of action ($r = -.317$, $p < .001$), sex ($r = .301$, $p < .001$), perceived benefits of action ($r = .298$, $p < .001$), social support ($r = .274$, $p < .001$), education ($r = .131$, $p = .034$), and duration of being village health volunteers ($r = .118$, $p = .050$).

Findings recommend that public health officials in subdistrict health promoting hospitals and related professionals should develop health promotion behaviors among village health volunteers by focus on increasing self efficiency and perceived benefits of action, and encouraging family participation in health promotion behaviors.

Keywords : Health promoting behaviors , Village Health Volunteers (VHVs)

บทนำ

ปัจจุบันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable diseases : NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทยโดยเฉพาะ 4 โรคหลัก ได้แก่ กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทย ซึ่งมีปัจจัยมาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคหวาน มัน เค็ม และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ในปี 2565 พบว่าการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง เป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งภาพรวมของประเทศในปี พ.ศ. 2563-2565 ในส่วนของโรคเบาหวานพบว่า อัตราตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 14.93, 17.53 และ 17.83 ตามลำดับ ในส่วนของโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 8.09, 18.28 และ 25.32 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เห็นได้ว่าอัตราการตายของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงปี 2565 เพิ่มขึ้นจากปี 2563 มากกว่า 3 เท่า ซึ่งเพิ่มขึ้นทุกปีส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ เกิดจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามมา (กรมควบคุมโรค, 2563) ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถป้องกันได้ด้วยหลัก 3อ. 2ส. ดังนี้ อ.อาหาร รับประทานอาหารแต่พอดี ดื่มน้ำสะอาด หวาน มัน เค็ม ควรมีผัก ผลไม้ ในอาหารทุกมื้อ อ.ออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอวันละครึ่งชั่วโมง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน อ. อารมณ์ ทำจิตใจให้แจ่มใส พักผ่อนให้เพียงพอ ส. ไม่สูบบุหรี่ ซิการ์ ยามวน ยาเส้น และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ และ ส. ลด/เลิกการดื่มสุรา เบียร์และเครื่องดื่มมีน้ำตาล (กองสุขศึกษา, 2564)

จากฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 พบว่า จังหวัดสมุทรสาคร มีอัตราป่วยรายใหม่

จากโรคเบาหวาน จำนวน 554.10 ต่อประชากรแสนคน ส่วนอัตราป่วยรายใหม่จากโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเท่ากับ 1,052.55 ต่อประชากรแสนคน และยังพบอีกว่าอำเภอเมืองสมุทรสาคร มีอัตราป่วยรายใหม่จากโรคเบาหวานมีค่าเท่ากับ 549.16 ต่อประชากรแสนคน โรคความดันโลหิตสูง มีค่าเท่ากับ 1,134 ต่อประชากรแสนคน และคาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจากการสำรวจในวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2566 ภายใต้โครงการ “อสม. สร้างสุขภาพ รู้ตน ลดเสี่ยง ลดโรค ปรับพฤติกรรม” ผลการประเมินภาวะสุขภาพเปรียบเทียบกับปี พ.ศ.2556 พบว่าระดับค่าดัชนีมวลกายของอสม.มีค่าเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 35 เป็น ร้อยละ 42.6 และผลระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 4.6 เป็นร้อยละ 10.3 และรอบเอวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.0 เป็นร้อยละ 15.5 มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากร้อยละ 4.0 เป็นร้อยละ 5.8 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานจากร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 3.2 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร, 2566)

การพัฒนาาระบบสุขภาพภาคประชาชนในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - 2564) มีหลักในการพัฒนายุทธศาสตร์การเร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก มุ่งส่งเสริมให้บุคคล ชุมชน และประชาชนกลุ่มต่างๆ มีทัศนคติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ไม่ก่อให้เกิดโรค ไม่ป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ มีจิตสำนึกและร่วมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ การสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพในระบบสาธารณสุข

รูปแบบหนึ่งที่น่าสนใจ การจัดการทรัพยากรทางสุขภาพ โดยใช้เงื่อนไขของชุมชนเป็นสำคัญ การดำเนินงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานจึงเป็นงานหลักงานหนึ่งในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนและเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง (กองสุขศึกษา, 2562) โดยอสม. ซึ่งเป็นตัวแทนของประชาชนในพื้นที่ ดังนั้นหากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ก็ย่อมเป็นตัวอย่งการดูแลสุขภาพให้กับคนในชุมชนต่อไปได้

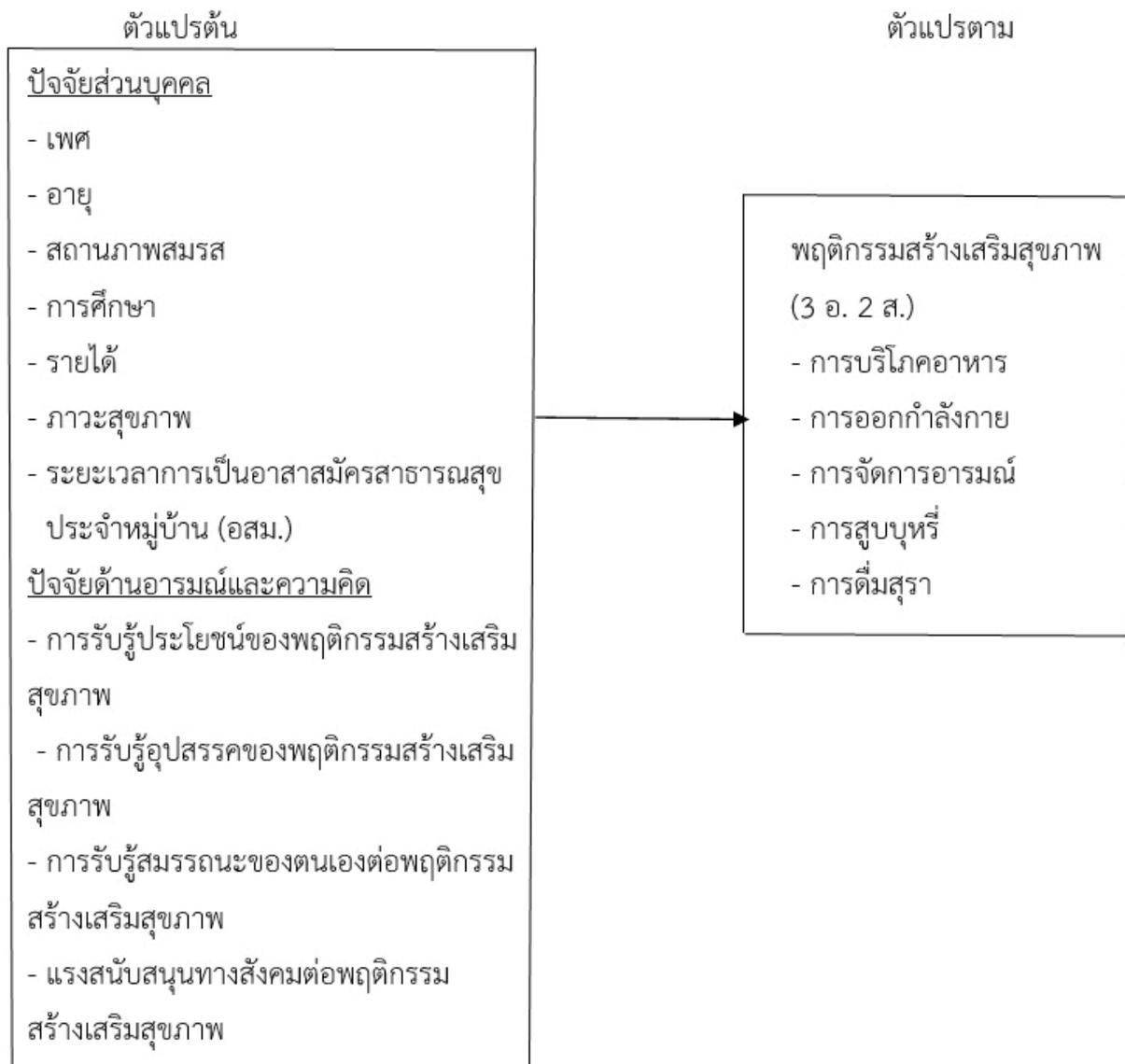
การศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้ทฤษฎีสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) เนื่องจากทฤษฎีนี้เชื่อว่า บุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตทุกด้าน โดยการศึกษาครั้งนี้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเป็น อสม. และปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดที่เกิดร่วมกับการกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นแรงสนับสนุนในการสร้างเสริมสุขภาพได้แก่การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้

สมรรถนะของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร จึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต้อมรวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อนำผลจากงานวิจัยมาเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็นตัวอย่งที่ดีกับคนในชุมชนและเป็นกำลังสำคัญของสาธารณสุขไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

กรอบแนวคิด



ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ทำให้ทราบพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

2. เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายการเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพและการวางแผนป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นแนวทางในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้ประชาชนจังหวัดสมุทรสาคร

วิธีการศึกษา

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร เป็นการศึกษเชิงพรรณนา แบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข) และปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด (การ

รับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ) กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ครั้งนี้คือ

ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองฯ จังหวัดสมุทรสาคร ที่ปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม. มาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 1,439 คนกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรวิเคราะห์อำนาจการทดสอบสถิติที่ศึกษาของโคเฮน (Cohen, 1992) เมื่อกำหนดให้ $\alpha=0.05$, $ES=$ medium เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาทางการแพทย์พบว่าส่วนใหญ่จะมีค่า Effect size ในระดับกลาง (Polit & Beck, 2008) จะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 177 คน และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงคำนวณเพิ่มอีกร้อยละ 10 ดังนั้นผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ รวมทั้งสิ้น 195 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) และทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

- การรับรู้ประโยชน์ฯ จำนวน 20 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคฯ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดแบบ ลิเคิร์ต (Likert's scale) แบ่งออก

เป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนนตามลำดับ

- การรับรู้สมรรถนะของตนฯ จำนวน 15 ข้อ และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มั่นใจ มั่นใจน้อย มั่นใจมาก และมั่นใจที่สุด

โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนนตามลำดับ ตามแนวคิดของ (Best, 1977) มีการระดับคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.26 - 4.00 แปลผลว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในระดับที่ดีที่สุด

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.25 แปลผลว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.76 - 2.50 แปลผลว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.75 แปลผลว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในระดับควรปรับปรุง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย

พฤติกรรมบริโภคอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกายและ การจัดการด้านอารมณ์

คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ทุกครั้งหรือเกือบทุกวัน, ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่ หรือ 5-6 วัน/ สัปดาห์, ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นส่วนน้อย หรือ 2-4 วัน/ สัปดาห์และไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย หรือ 1 วัน/ สัปดาห์ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 จนถึง 4 คะแนนตามลำดับ ตามแนวคิดของ (Best, 1977) มีการระดับคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.26 - 4.00 แปลผลว่ามีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับที่ดีที่สุด

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.25 แปลผลว่ามีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.76 - 2.50 แปลผลว่ามีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.75 แปลผลว่ามีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับควรปรับปรุง

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามถึงการสูบบุหรี่ มีข้อคำถามย่อย 2 ข้อ เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ช่วงเวลาที่สูบบวมแรกและปริมาณที่สูบต่อวัน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามแบบประเมินการติดสารนิโคติน FTND ระดับคะแนน 0 - 2 = very low, 3 - 4 = low, 5 - 6 = medium, 7 = high (heavy), 8 - 10 = very high

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นข้อคำถามถึงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มีจำนวน 2 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT: Alcohol use disorder identification test) ของแบบงานการพัฒนาระบบรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.) การแปลผลคะแนน AUDIT 0-7= Low risk drinker, 8-15 =Hazardous drinker, 16-19 =Harmful, > 20 = use Alcohol dependence

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านประกอบด้วยด้านเนื้อหา ด้านการสร้างเครื่องมือและด้านสถิติ และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) โดยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 30 คน และนำผลข้อมูลมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นจากสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้

สมรรถนะของตนเอง และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.94, 0.92, 0.80, 0.81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยติดต่อสาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรสาคร ขอประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเพื่อขอความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงาน NCD ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนวดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละตำบล ณ ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วันละ 2 ตำบล (เช้า - บ่าย) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยจัดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มๆ ละประมาณ 3-5 คนแล้วเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามอ่านให้ฟังเป็นรายข้อใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที

3. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความครบถ้วนพบว่าแบบสอบถามทุกฉบับมีความครบถ้วนสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยสถิติสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) สำหรับปัจจัย ที่มีระดับการวัดแบบช่วง (Interval scale) และระดับอัตราส่วน (Ratio scale) ได้แก่ระดับการศึกษา อายุ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอสม. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพการรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม และใช้สถิติสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation coefficient) ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และภาวะสุขภาพ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ตามเอกสารรับรองเลขที่ 0033 /6882 ลงวันที่ 6 กันยายน 2567 โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สอบถามความสมัครใจและเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและข้อมูลที่ี้ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1. ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.3 เป็นเพศหญิง อายุ 46-59 ปี ร้อยละ 53.9 อายุเฉลี่ย 48.6 ปี (SD = 9.63) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.3 รองลงมา จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 38.5 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 9,793.9 บาท (SD = 6,733.07) ประมาณครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.2 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.7 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพร่างกายค่อนข้างดี ร้อยละ 52.3 มีระยะเวลาการเป็น อสม. มาไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 37.4

ส่วนที่ 2. ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (3 อ. 2 ส.)

ผลการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (M= 64.9, SD = 6.01) กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 มีพฤติกรรมบริโภคอาหารเหมาะสม อย่างไรก็ตามมีเพียงประมาณ ร้อยละ 50 ที่รับประทานผัก ผลไม้สด ประมาณ ร้อยละ 35 ที่รับประทานผักครบ 5 สี ในหนึ่งวันเป็นประจำ ส่วนพฤติกรรมด้านอารมณ์ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ไม่มีปัญหาด้านอารมณ์ โดยมีเพียงร้อยละ 10 ที่มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับและ มีความเครียด มีความวิตกกังวล สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 93.8 ไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่และพบว่า ร้อยละ 60 ไม่มีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับพฤติกรรมออกกำลังกาย พบว่า ร้อยละ 28.7 ที่ไม่ได้ออกกำลังกายหรือออกกำลังกาย 1 - 4 วัน ต่อสัปดาห์ครั้งละน้อยกว่า 30 นาที

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .345, p < .001$) การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .298, p < .001$) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .274, p < .001$) การศึกษา ($r = .131, p = .034$) และเพศหญิงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่า เพศชาย ($r = .301, p < .001$) การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -.317, p < .001$) ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ($r = 118, p = .050$) ส่วนสถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ รายได้ และอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
 ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 195)

ปัจจัยที่ศึกษา	r	p-value
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ^a	.345**	<.001
การรับรู้อุปสรรค ^a	-.317**	<.001
เพศ ^(p) (หญิง)	.301**	<.001
การรับรู้ประโยชน์ ^a	.298**	<.001
การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ^a	.274**	.364
การศึกษา	.131*	.034
ระยะเวลาการเป็น อสม.	.118*	.050
สถานภาพสมรส ^(p) (คู่)	-.063	.190
ภาวะสุขภาพ ^(p)	-.043	.267
รายได้	-.027	.356
อายุ	.025	.364

(p) วิเคราะห์ด้วยสถิติ Point bi-serial correlation coefficient

อภิปรายผล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยรวมและรายด้าน ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นอสม. ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีอายุอยู่ในช่วง 46-59 ปี อายุเฉลี่ย 48.6 ปี เป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ และกลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งหนึ่ง มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาขึ้นไปและเนื่องจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพ ได้รับข้อมูลข่าวสาร มีการอบรมความรู้ต่อเนื่องทุกปี รวมทั้ง อสม. ต้องทำหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและต้องทำหน้าที่ตำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดีเพื่อให้ประชาชนยอมรับนับถือและเป็นแบบอย่างของประชาชนในเขต

รับผิดชอบ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของรัชณี วิกุล (2560) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 84.6 อยู่ในระดับเหมาะสมดี

ปัจจัยที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ได้แก่การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพศ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การศึกษา และ

ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสามารถอภิปรายในรายละเอียดได้ดังนี้

1. การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของ อสม. ที่จะกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งความเชื่อนี้เกิดจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ความรู้ การเรียนรู้ การได้รับการจูงใจหรือชักจูง เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมใดแล้ว จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (Bandura, 1997) การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หรือความสามารถของตนสูงแสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุข มีความตื่นตัวต่อการสร้างสุขภาพมากจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับมากตามไปด้วย ทั้งนี้จากการที่ อสม. ได้เข้ารับการฝึกอบรมโครงการอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขทุกปี มีการศึกษาดูงาน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ การประชุมต่อเนื่องประจำเดือนเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในระบบสุขภาพชุมชน เป็นอีกสาเหตุหนึ่ง ที่ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองได้ในระดับสูง การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการ ออกกำลังกายแม้ไม่มีเพื่อนหรือแม่เมื่ออยู่ตามลำพัง มีความมั่นใจในการมีวิธีการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใดก็ตาม และยังมีมั่นใจในที่จะสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่ไว้วางใจไม่ว่าจะมีปัญหาเล็กน้อยเพียงใดก็ตาม และจากการศึกษาของนิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ได้ร้อยละ 26 ($p < 0.001$)

2. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้การรับรู้อุปสรรคของการกระทำเป็นการรับรู้ต่อสิ่งขัดขวางหรือไม่เอื้ออำนวยต่อการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการที่จะกระทำดี มีอุปสรรคมาก การกระทำก็จะไม่เกิดขึ้น แต่เมื่อใดบุคคลมีความพร้อมในการที่จะกระทำสูงและมีอุปสรรคน้อยความเป็นไปได้ ในการที่จะกระทำพฤติกรรมก็มากขึ้น (Pender et al., 2011) การรับรู้อุปสรรค ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขนั้น เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ต่อปัจจัยที่เป็นอุปสรรคขัดขวาง การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้สึกหรือการรับรู้ ด้านเวลาว่าเป็นข้อจำกัดของการปฏิบัติ ความไม่สะดวก ความรู้สึกยุ่งยาก ความยากลำบากในการปฏิบัติ การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย การไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรม การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า เมื่อพิจารณาการรับรู้อุปสรรคเป็นรายชื่อในด้านต่างๆ เช่น การรับรู้การปรุงอาหารรับประทานเองทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย การรับประทานผัก ผลไม้ทุกวัน เป็นเรื่องยุ่งยาก และการออกกำลังกายทุกวันเป็นเรื่องเสียเวลา การจัดการความเครียดโดยการระบายความรู้สึกให้ผู้อื่นฟังเป็นเรื่องน่าอับอาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก สอดคล้องกับการศึกษาของนิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ($p - value < 0.001$)

3. เพศหญิงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อการดูแลสุขภาพรวมถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งโดยธรรมชาติแล้วเพศหญิงจะมีความสนใจเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าเพศชายและวิธีการดำเนินชีวิตของเพศหญิงมีบทบาทเป็นแม่บ้าน ส่งผลให้การดูแลสุขภาพเอาใจใส่ในเรื่องอาหาร สุขภาพและสิ่งแวดล้อมของ

ครอบครัวได้ดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ บัวชุม (2563) กฤติยา แสงทรัพย์ (2562) นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) และจักรี ปัดพี (2559) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (p - value < .05)

4. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งในด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อการเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพจึงนำไปสู่พฤติกรรมในด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี (Pender et al., 2011) และเมื่อพิจารณาการรับรู้ประโยชน์ เป็นรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งในด้านต่างๆ มาก ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย นิลแก้ว และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ (2563) และนิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (p < .001)

5. การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ สามีภรรยา ญาติพี่น้อง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านต่างๆ ทั้งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ หรือคำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีตามไปด้วย เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพของคน ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ (Caplan, 1976) สอดคล้องกับการศึกษาของจักรี ปัดพี (2559) นพมาศ โกศลและคณะ (2561) และนิธินันท์

เจริญบัณฑิตย์ (2559) ที่พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (p-value < 0.001)

6. การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อธิบายได้ว่าการศึกษาเป็นพื้นฐานที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์โดยบุคคลซึ่งมีศึกษาสูงจะมีความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย (ประไพพิศ สิงหเสมและคณะ, 2562) การศึกษาวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างประมาณเกินกว่าครึ่งหนึ่ง มีการศึกษาจากระดับชั้นประถมศึกษาขึ้นไป แสดงให้เห็นว่ามีความรู้เข้าใจในเรื่องของการดูแลสุขภาพ เกิดการเรียนรู้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของนิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) ทรรศนีย์ บุญมั่น (2564) ณิชรัตน์ นฤมลด์ และยุวรงค์ จันทรวิจิตร (2560) ที่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

7. ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระยะเวลาการทำงานมาก จะได้รับการพัฒนาความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติยา ใจคำ และคณะ (2564) นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) และรัชณี วิกุล (2560) ที่พบว่า จำนวนปีที่อาสาสมัครสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่ไม่มีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ รายได้ และอายุ สามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

1. สถานภาพสมรส อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพคู่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ต่างกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพโสด และหม้าย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.8 ทำให้ไม่มีความหลากหลายและส่งผลให้ไม่เกิดความแตกต่างที่มากพอจะก่อให้เกิดความแตกต่างทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของจักรี ปิลที (2559) นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) และของทรงศนีย์ บุญมั่น (2564) ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริม ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 86.7 เป็นผู้ไม่มีโรคประจำตัวทำให้ไม่มีความหลากหลายและส่งผลให้ไม่เกิดความแตกต่างที่มากพอจะก่อให้เกิดความแตกต่างทางสถิติ จึงทำให้พฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ บัวชุม (2563) ที่พบว่าภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

3. รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากการเป็น อสม.ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สื่อต่างๆ รวมถึงการเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขได้เช่นเดียวกันทุกคน ดังนั้นจึงทำให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่ต่างกัน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 9,000 บาทต่อเดือน แสดงให้เห็นว่ารายได้ไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านความต้องการพื้นฐาน การเลือกใช้บริการทางสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติยา ใจคำและคณะ (2564) ทรงศนีย์ บุญมั่น (2564) นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) ที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4. อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

วิจัยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46-59 ปี อายุเฉลี่ย 48.6 ปี ซึ่งถือเป็นวัยทำงานและเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง มีระยะพัฒนาการด้านภาวะสุขภาพและประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต จึงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของไพรัช คำพรมมา (2563) นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) และ ทรงศนีย์ บุญมั่น (2564) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สรุปผล

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพศ การศึกษา และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุข ดังนั้นบุคลากรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการรับรู้ดังกล่าวให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข ในรูปแบบต่างๆ เช่น การผลิตสื่อออนไลน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือการจัดตั้งกลุ่มไลน์ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อ

ที่ดี และอาสาสมัครสาธารณสุขบางส่วนยังมีพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทาน อาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ อาหารหมักดอง เครื่อง ในสัตว์ การใช้เครื่องปรุงรส รับประทานอาหารทอด และดื่มเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีนหรือมีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์ ดังนั้นบุคลากรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังกล่าวเพื่อป้องกันโรค ลดความรุนแรงหรือภาวะ แทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 สร้างโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อ ในรูปแบบสื่อออนไลน์ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์วิถีชีวิตใหม่

2.2 ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้าง เสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อ โดยใช้รูปแบบ การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับวิจัยเชิงปริมาณ

เอกสารอ้างอิง

กฤติยา แสวงทรัพย์.(2562). การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพกายและ สุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ตำบลศรีสะเกษ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก. วารสารศรีนครินทร์วิโรฒ วิจัยและพัฒนา,11(22), 1-12.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2563). สถานการณ์ การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรค ไม่ติดต่อ (NCDs). นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข.(2564). คู่มือประเมินความรอบรู้ ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการ ปฏิบัติตามหลัก (3 อ. 2 ส.). นนทบุรี: กอง สุขศึกษา.

จักรี ปัลพี.(2559). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ บ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาจิตวิทยา ชุมชน) นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

จิตติยา ใจคำและคณะ.(2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. วารสาร วิชาการสุขภาพภาคเหนือ, 8(2),1-24.

ณิชารัตน์ นฤมลต์, และยุวรงค์ จันทรวิจิตร.(2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ เกี่ยวกับโรคอ้วนและพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 11(1), 108-129.

พรรศนี บัญมั้น.(2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์.(2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต (สาขาวิชาการ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). ชลบุรี: มหาวิทยาลัย บูรพา.

นพมาศ โกลลและคณะ.(2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของกลุ่ม วิทยทำงานสำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ: กรณี ศึกษาชุมชนบ้านวังหิน อ.ทุ่งใหญ่ จังหวัด นครศรีธรรมราช. เอกสารการประชุมมหาดใหญ่ วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่10.

- เบญจวรรณ บัวชุ่ม. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลป่าจี้ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 16(3), 49-58.
- ประไพพิศ สิงหเสน, พงษ์เทพ ไกรนรา, วรารัตน์ ทิพย์รัตน์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสุขภาพตาม 30.2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตาด จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีอุตรดิตถ์, 11(1), 37-51.
- ไพรัช คำพรมา. (2563). รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอวังคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 5(2), 146-152.
- รัชณี วิกุล. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง (สาขาสุขศึกษา) คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สมชาย นิลแก้ว และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2563). การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3(3), 28-38.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร. (2566). เอกสารประกอบการตรวจราชการ รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566. สมุทรสาคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy : Toward a unifying the try of behavioral change*. New York: Psychological Review.
- Best, John W. (1977). *Research in education (3rd ed.)*. New Jersey: Prentice Hall.
- Cohen, J. (1992). *A power primer*. Psychological Bulletin, 112(1), 155-159.
- Caplan, G. (1976). *Support systems and community mental health: Lecture on concept development*. New York: Behavioral Publication.
- Pender, N.J., Murdaugh C.L., & Parsons M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice (6th ed.)*. New Jersey: Pearson/ Prentice Hall.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (8th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.