

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างพลังในการพัฒนาหมู่บ้านตามแนวทางเมืองไทยสุขภาพดี

An Application of Empowerment Process for Village Development Towards Healthy Thailand Policy

ฉัตรชัย ทังแกม พ.บ.

Chatchai Thangthaem, M.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของประชาชนที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโปรแกรมสุขภาพศึกษาในเรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามแนวทางเมืองไทยสุขภาพดี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านมะขามเอน หมู่ 7 ต.ท่าเคย อ.สวนผึ้ง จ.ราชบุรี จำนวน 96 คน ที่มีบทบาทผู้นำในครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามแนวทางเมืองไทยสุขภาพดี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามแนวทางเมืองไทยสุขภาพดี ภายหลังการทดลอง ในเรื่องการออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย ชมรมทูบีนัมเบอร์วัน มีค่าเฉลี่ยของความรู้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความรู้เรื่องการทำนายนางผู้สูงอายุ และมะเร็งเต้านม มีค่าเฉลี่ยของความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยของความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านทักษะ ภายหลังการทดลองพบว่า การออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย ชมรมทูบีนัมเบอร์วัน การทำนายนางผู้สูงอายุ ไข้เลือดออก มะเร็งเต้านม และโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยของทักษะสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และด้านพฤติกรรม ภายหลังการทดลองพบว่า การออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย ชมรมทูบีนัมเบอร์วัน การทำนายนางผู้สูงอายุ ไข้เลือดออก มะเร็งเต้านม และโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมสุขภาพศึกษาร่วมกับการประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างพลังเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามแนวทางเมืองไทยสุขภาพดี ในทางที่ดีขึ้น

คำรหัส : การสร้างพลัง, เมืองไทยสุขภาพดี

ABSTRACT

The purpose of this research was to study the changes of health promotion behaviors and the disease prevention of the people from health edycation program implementation in knowledge and attitudes and according to Healthy Thailand policy. The population composed of 96 family leaders in makhamain village Moo 7 Takoey District, Amper Suanphueng, Ratchaburi province. The research instrument was the questionnaire on knowledge, attitudes, health promotion behaviors and disease prevention according to healthy Thailand policy. The data were analyzed by descriptive statistics and Paired t-test.

After the experiment on Exercises, Safe food and To Be Number on club, the research findings showed that the knowledge about health promotion and disease prevention in accordance with Healthy Thailand policy had unsignificant decreased mean. However, the mean of the knowledge about the aged group operation and breast cancer was significantly increased. The mean of the knowledge about Dengue Haemorrhagic Fever, hypertension and Diabetes was also significantly increased. The attitudes towards all involved aspects showed the significant increased mean. The mean o thhe behaviors was highly significant. In conclusion, the application of both health education program and the empowerment process were the motivators fore the changes of health promotion behaviors and disease prevention toward better healthy Thailand.

Key words : Empwerment, Healthy Thailand

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายเมืองไทยสุขภาพดี (Healthy Thailand Policy) ขึ้น เพื่อเป็นยุทธศาสตร์ใหม่ในการลดปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมสุขภาพ ที่ทำให้เกิดโรคและเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ หากประชาชนมีความตระหนัก ดังนั้นจึงได้บูรณาการกิจกรรมต่าง ๆ ของงานสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย อาหาร การพัฒนาด้านอารมณ์ การป้องกันและควบคุมโรคและอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้เกิดขึ้นในระดับพื้นที่เพื่อเชื่อมโยงให้เห็นการพัฒนา ในเชิงรุกที่ชัดเจนยิ่งขึ้น การที่จะบรรลุเป้าหมายเมืองไทยสุขภาพดีนั้นต้องเริ่มต้นจากระดับหมู่บ้าน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายไว้ร้อยละ 75 ของจำนวนหมู่บ้านทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2550

กระบวนการทำให้เกิดหมู่บ้านสุขภาพดี มีดังนี้ คือ

- 1) การเตรียมความพร้อมขององค์กร กำลังคน และภาคีสุขภาพ โดยการชี้แจงทำความเข้าใจให้รับทราบนโยบาย
- 2) การระดมทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมการสร้างสุขภาพ
- 3) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของชุมชน และร่วมกันจัดทำแนวทางในการแก้ปัญหาโดยคนในชุมชนเอง
- 4) การถ่ายทอดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการสร้างสุขภาพแก่ชุมชน/องค์กร/ภาคีเครือข่ายสุขภาพและประชาชน
- 5) การจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพตามแผนปฏิบัติการ เพื่อให้บรรลุตามเกณฑ์ตามแนวทางหมู่บ้านสุขภาพดี ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชนในหมู่บ้าน โดยนำกระบวนการสร้างพลัง (Empowerment) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการจัดโปรแกรมสุขภาพดี เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของชุมชนให้มีพลังอำนาจ ในดูแลสุขภาพ และป้องกันโรคในด้านต่าง ๆ ตามแนวทาง

หมู่บ้านสุขภาพดี

การสร้างพลัง (Empowerment) เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเกิดความสามารถ จัดสภาวะการณ์ ที่ทำให้ด้อยหรือขาดพลัง (Powerless) ให้ได้มีโอกาสในการพัฒนามีเป้าหมายและได้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยจึงได้นำกระบวนการสร้างพลังมาประยุกต์ใช้ร่วมกับ การจัดโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อให้เกิดประสิทธิผล การเปลี่ยนแปลง ด้านความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามแนวทางเมืองไทยสุขภาพดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์แนวคิดในการสร้างพลังในการพัฒนาหมู่บ้าน ตามแนวทางเมืองไทยสุขภาพดีของประชาชน หมู่บ้านมะขามเอน อ.สวนผึ้ง จ.ราชบุรี

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้ประชากรกลุ่มเดียว (One Group Design) วัดความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามแนวทางเมืองไทยสุขภาพดี ก่อนการใส่โปรแกรมการสร้างพลัง (Empowerment) และวัดซ้ำอีกครั้ง หลังจากใส่โปรแกรมการสร้างพลัง (Empowerment) โดยมีระยะเวลาห่างกัน 12 สัปดาห์

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นชาวบ้านที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านมะขามเอน หมู่ที่ 7 ตำบลท่าเคย อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 96 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

3.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลักที่ทำรายได้ให้มากที่สุด

รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน) ตำแหน่งที่สำคัญในหมู่บ้าน จำนวน 7 ข้อ

3.2 แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามแนวทางหมู่บ้านสุขภาพดี 7 เรื่อง จำนวน 35 ข้อ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าเท่ากับ .78 โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 1-59 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 60-79 ระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80-100

3.3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามแนวทางหมู่บ้านสุขภาพดี 7 เรื่อง จำนวน 35 ข้อ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าเท่ากับ .70 โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ทัศนคติไม่ดี มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1-2.33 ทัศนคติปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 ทัศนคติดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 3.67-5.00

3.4 แบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแนวทางหมู่บ้านสุขภาพดี 7 เรื่อง จำนวน 34 ข้อ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าเท่ากับ .71 โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ย < 29.3 ปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 29.4-39.1 มาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละ > 39.2

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้ ชุดกิจกรรม จำนวน 5 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ประกอบด้วย การอภิปราย ระดมสมอง เกม สื่อประกอบด้วย โปสเตอร์ ภาพพลิก คู่มือการอบรมแกนนำประจำครอบครัว โดยบรรจุเนื้อหา ได้แก่ การออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย ชุมชนสุขสันต์เบอร์วัน การดำเนินการผู้สูงอายุ โรคไข้เลือดออก มะเร็งเต้านม โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน และการบริการต่าง ๆ ของโรงพยาบาล

4. การดำเนินการ ประสานงาน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน อสม. เตรียมความพร้อมของชุมชน ในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ การ

ดำเนินการทดลอง โดยนำกระบวนการสร้างพลัง (Empowerment) มาใช้ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เกม “วิ่งสวัสดิ์” เนื่องจากผู้เข้าร่วมประชุมเป็นคนในหมู่บ้านเดียวกัน ทุกคนจะรู้จักชื่อกันดีทั้งหมด ดังนั้นเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้สนุกสนาน ส่งเสริมการออกกำลังกาย สร้างความคล่องแคล่วว่องไว ฝึกการหักท่าย กล้าแสดงออก และเกิดความคุ้นเคยกันมากขึ้น (ระยะเวลา 30 นาที) และแบ่งกลุ่มย่อย ออกเป็น 3 กลุ่ม โดยผู้วิจัยได้กำหนดให้สมาชิก ในแต่ละกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็น หรือประสบการณ์ที่เคยพบเห็นเกี่ยวกับหัวข้อดังต่อไปนี้ การออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย ชมรมทูป็นัมเบอร์วัน การดำเนินการผู้สูงอายุ โรคไข้เลือดออก มะเร็งเต้านม โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งทำให้สมาชิกเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ จากประสบการณ์ที่พบด้วยตนเองหรือพบเห็นจากญาติหรือผู้ใกล้ชิด ทำให้เกิดความตระหนัก ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ให้สมาชิกกลุ่มและวิเคราะห์สาเหตุของความล้มเหลว ในการป้องกันโรคของชุมชนที่ผ่านมาว่าเกิดจากสาเหตุใด ควรดำเนินการปรับปรุงอย่างไรเพื่อให้เกิดผลดี และเกิดความตื่นตัวในการแก้ปัญหาต่อไป (ระยะเวลา 45 นาที)

สัปดาห์ที่ 2 เกม “โรคติดต่อกัน” เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักอาการของโรคอุจจาระร่วง เนื่องจากการรับประทานอาหารที่ไม่สะอาดและไม่สุก นอกจากนั้นส่งเสริมการกล้าแสดงออก และสร้างบรรยากาศสนุกสนาน (ระยะเวลา 30 นาที) ให้สมาชิกกลุ่มที่มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และอยู่ในภาวะปกติ ไม่มีโรคแทรกซ้อนใด ๆ ได้ออกมาพูดให้สมาชิกรับฟังถึงวิธีการปฏิบัติตนหลังการเกิดโรค ว่ามีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร เช่น การพบแพทย์, การรับประทานยา, การออกกำลังกาย, การคลายเครียดและอื่น ๆ (ระยะเวลา 30 นาที)

สัปดาห์ที่ 3 อบรมแกนนำประจำครอบครัว โดยจัดอบรมความรู้ให้แก่สมาชิกในหัวข้อต่อไปนี้ที่ศึกษา 7

เรื่อง คือ การออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย ชมรมทูป็นัมเบอร์วัน การดำเนินการผู้สูงอายุ โรคไข้เลือดออก มะเร็งเต้านม โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

สัปดาห์ที่ 4 เกม “ใคร - ทำอะไร - ที่ไหน” เพื่อแสดงให้สมาชิกเห็นว่า การทำงานจะต้องมีการประชุมปรึกษาหารือ หรือวางแผนและการแบ่งงาน สรุป ให้เห็นว่างาน อะไรก็ตาม ถ้าไม่ประชุมปรึกษาหารือกันแล้ว งานนั้นก็จะไม่สำเร็จหรือเสร็จแต่จะไม่ดี ให้สมาชิกกลุ่ม แบ่งออกเป็นกลุ่มย่อย 7 กลุ่ม และให้ร่วมกันอภิปรายกลุ่ม ในหัวข้อที่ได้รับมอบหมาย ว่าภายในหมู่บ้านมะขามเอน ควรมีกิจกรรมสร้างสุขภาพอะไรบ้าง ซึ่งมีปัญหาและอุปสรรคใดบ้าง และร่วมค้นหาแนวทางในการดำเนินการ (ระยะเวลา 2 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 5 ให้สมาชิกดำเนินการต่อจากสัปดาห์ที่ 4 โดยให้ตัวแทนในแต่ละกลุ่มที่ดำเนินการตามหัวข้อที่ได้รับมอบหมาย นำผลงานมาเสนอในกลุ่มใหญ่เพื่อให้สมาชิกทุกคนได้รับฟังและติดตาม ก่อให้เกิดความตระหนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ความร่วมมือ ในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของหมู่บ้านที่จะเกิดขึ้น อย่างต่อเนื่องในวิถีชีวิตประจำวัน

5. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.2 ส่วนมากมีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 28.1 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 70.8 ระดับการศึกษา ป.1 - ป.6 ร้อยละ 70.8 อาชีพรับจ้างร้อยละ 40.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,000-3,999 บาท ร้อยละ 48.9 ผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่มีตำแหน่งสำคัญในหมู่บ้านร้อยละ 67.7 ดังตารางที่ 1

อภิปรายผล

1. ผลการวิจัยพบว่าด้านความรู้เกี่ยวกับการ

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n - 96)	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	42	43.8
- หญิง	54	56.2
2. อายุ		
- น้อยกว่า 30 ปี	12	12.5
- 30-39 ปี	27	28.1
- 40-49 ปี	24	25.0
- 50-59 ปี	16	16.7
- ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	17	17.7
3. สถานภาพ		
- โสด	14	14.6
- สมรส	68	70.8
- หม้าย หย่า แยก	14	14.6
4. ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียน	11	11.5
- ระดับประถมศึกษา ป.1 -ป.6	68	70.8
- ระดับมัธยมศึกษา ม.1-ม.6	14	14.6
- ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี	2	2.1
- ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	1	1.0
5. อาชีพหลักที่ทำรายได้ให้มากที่สุด		
- ทำนา ทำไร่ ทำสวน	32	33.3
- รับจ้าง	39	40.6
- ค้าขาย	11	11.5
- เลี้ยงสัตว์	4	4.2
- แม่บ้าน (ไม่มีรายได้)	10	10.4
6. รายได้ต่อเดือน		
- น้อยกว่า 2,000 บาท	2	2.1
- 2,000-3,999 บาท	47	48.9
- 4,000-5,999 บาท	33	34.5
- 6,000-7,999 บาท	10	10.4

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n - 96)	ร้อยละ
- ตั้งแต่ 8,000 บาท	4	4.1
7. ตำแหน่งที่สำคัญในหมู่บ้าน		
- ผู้ใหญ่บ้าน	1	1.0
- ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	3	3.1
- สมาชิก อบต.	4	4.2
- คณะกรรมการต่าง ๆ ของหมู่บ้าน	8	8.3
- อสม.	9	9.4
- ไม่มีตำแหน่งสำคัญในหมู่บ้าน	65	67.7
- อื่น ๆ ระบุ	6	6.3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแนวทางหมู่บ้านสุขภาพดี

ด้านความรู้	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การออกกำลังกาย				
- ระดับสูง	6	6.3	2	2.1
- ระดับกลาง	87	90.6	93	96.9
- ระดับต่ำ	3	3.1	1	1.0
2. อาหารปลอดภัย				
- ระดับสูง	14	14.6	7	7.3
- ระดับกลาง	81	84.4	88	91.7
- ระดับต่ำ	1	1.0	1	1.0
3. ชมรม ทู ปี นัมเบอร์ วัน				
- ระดับสูง	30	31.3	14	14.6
- ระดับกลาง	61	63.6	78	81.2
- ระดับต่ำ	5	5.1	4	4.2
4. การดำเนินงานผู้สูงอายุ				
- ระดับสูง	12	12.5	16	16.7
- ระดับกลาง	5	5.2	1	1.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ด้านความรู้	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- ระดับต่ำ	79	82.3	79	82.3
5. ใช้เลือดออก				
- ระดับสูง	10	10.4	0	0
- ระดับกลาง	85	88.6	96	100
- ระดับต่ำ	1	1.0	0	0
6. มะเร็งเต้านม (ผู้ตอบแบบสอบถามเฉพาะสุภาพสตรี)				
- ระดับสูง	8	14.8	7	13.0
- ระดับกลาง	41	75.9	45	83.3
- ระดับต่ำ	5	9.3	2	3.8
7. โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป)				
- ระดับสูง	5	9.2	4	7.4
- ระดับกลาง	46	85.2	50	92.6
- ระดับต่ำ	3	5.6	0	0

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละด้านทัศนคติรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแนวทางหมู่บ้านสุขภาพดี

ด้านทัศนคติ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การออกกำลังกาย				
- ทัศนคติดี	34	35.4	36	37.5
- ทัศนคติปานกลาง	61	63.6	60	62.5
- ทัศนคติไม่ดี	1	1.0	0	0
2. อาหารปลอดภัย				
- ทัศนคติดี	63	56.7	73	76.1
- ทัศนคติปานกลาง	33	34.3	23	23.9
3. ชุมชน ทุ บี้ นัมเบอร์ วัน				
- ทัศนคติดี	9	9.3	18	18.8
- ทัศนคติปานกลาง	54	56.3	68	70.8

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละด้านทัศนคติรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแนวทางหมู่บ้านสุขภาพดี

ด้านทัศนคติ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- ทัศนคติไม่ดี	33	34.4	10	10.4
4. การดำเนินงานผู้สูงอายุ				
- ทัศนคติดี	11	11.6	14	14.6
- ทัศนคติปานกลาง	3	3.1	2	2.0
- ทัศนคติไม่ดี	82	85.3	80	83.4
5. ใช้เลือดออก				
- ทัศนคติดี	54	56.3	70	72.9
- ทัศนคติปานกลาง	39	40.6	26	27.1
- ทัศนคติไม่ดี	3	3.1	0	0
6. มะเร็งเต้านม (ผู้ตอบแบบสอบถามเฉพาะสุภาพสตรี)				
- ทัศนคติดี	28	51.6	38	70.4
- ทัศนคติปานกลาง	19	35.2	13	24.1
- ทัศนคติไม่ดี	7	13.2	3	5.5
7. โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน (ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป)				
- ทัศนคติดี	30	55.4	37	68.5
- ทัศนคติปานกลาง	22	40.8	16	29.7
- ทัศนคติไม่ดี	2	3.8	1	1.9

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละด้านพฤติกรรมรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแนวทางหมู่บ้านสุขภาพดี

ด้านพฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การออกกำลังกาย				
- มาก	8	8.3	10	10.5
- ปานกลาง	30	31.3	38	39.6
- น้อย	58	60.4	48	50.0
2. อาหารปลอดภัย				
- มาก	9	9.4	7	7.4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละด้านพฤติกรรมรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแนวทางหมู่บ้านสุขภาพดี

ด้านพฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- ปานกลาง	52	54.2	68	70.8
- น้อย	35	36.5	21	21.8
3. ชมรม ทู บี นัมเบอร์วัน				
- มาก	2	2.0	2	2.0
- ปานกลาง	11	11.5	23	23.9
- น้อย	83	86.5	71	74.1
4. ผู้สูงอายุ				
- มาก	7	7.2	10	10.4
- ปานกลาง	4	4.2	5	5.2
- น้อย	85	88.6	81	84.4
5. ใช้เลือดออก				
- มาก	20	20.8	82	85.4
- ปานกลาง	74	77.1	14	14.6
- น้อย	2	2.1	0	0
6. มะเร็งเต้านม (ผู้ตอบแบบสอบถามเฉพาะสุภาพสตรี)				
- มาก	1	1.9	2	3.7
- ปานกลาง	30	55.6	41	75.9
- น้อย	23	42.5	11	20.4
7. โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป)				
- มาก	7	18.9	23	62.2
- ปานกลาง	29	78.4	14	37.8
- น้อย	1	2.7	0	0

ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามแนวทางหมู่บ้านสุขภาพดี จากโปรแกรมสุศึกษา ร่วมกับการประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างพลัง จำนวน 7 เรื่อง พบว่ามีอยู่ 3 เรื่องที่มีค่าเฉลี่ยของความรู้ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือการออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย และชมรมทูบี นัมเบอร์วัน (p-value = .566, .132, .288 ตามลำดับ) ส่วนอีก

2 เรื่องที่มีค่าเฉลี่ยของความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การดำเนินงานผู้สูงอายุ และมะเร็งเต้านม (p-value = .04 < .001 ตามลำดับ) และอีก 2 เรื่อง มีค่าเฉลี่ยของความรู้เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ใช้เลือดออก และโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (p-value = .534, .324 ตามลำดับ) อาจอธิบายได้ว่าเกิดจาก

ระยะเวลาในการเรียนรู้สั้น และมียะห่างในการวัด 12 สัปดาห์ ทำให้เห็นความแตกต่างทางด้านความรู้ไม่ชัดเจน และในความรู้บางเรื่องมีค่าลดลง อาจเกิดจากมีความรู้แต่ไม่มีความเข้าใจ เมื่อเวลานานขึ้น จึงทำให้ลืมความรู้ดังกล่าวไป

2. ผลการวิจัยพบว่า ด้านทัศนคติ ในเรื่องการออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย ชุมชน ทุบีนัมเบอร์วัน การดำเนินงานผู้สูงอายุ ใช้เลือดออก มะเร็งเต้านม และโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน พบว่ามีค่าเฉลี่ยของทัศนคติสูงขึ้นทุกเรื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = < .001, < .001, .001, .043, < .001, < .001, < .001$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รงรอง ดุริยพันธ์ (2534) เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพในการปรับปรุงสภาวะสุขภาพิบาลร้านอาหารเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ โดยการเสริมแรงและการใช้กฎระเบียบพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติและความตระหนักทางด้านสุขภาพิบาลอาหาร ของกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อาจอธิบายได้ว่าการดำเนินงานตามโปรแกรมสุขภาพิบาลร่วมกับการประยุกต์ใช้กระบวนการสร้าง ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติสูงขึ้นเป็นอย่างมากเนื่องจากมีความรู้และความเข้าใจดีขึ้น

3. ผลการวิจัยพบว่า ด้านพฤติกรรม ในเรื่องการออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย ชุมชน ทุบีนัมเบอร์วัน การดำเนินงานผู้สูงอายุ ใช้เลือดออก มะเร็งเต้านม และโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน พบว่ามีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสูงขึ้นทุกเรื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .001, < .001, < .001, .003, < .001, < .001, < .001$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตชนก หัสดี (2541) ที่พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมป้องกันโรค อาจอธิบายได้ว่าโปรแกรมสุขภาพิบาลร่วมกับการประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างพลัง เป็นตัว

กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมเนื่องจากมีความรู้และความเข้าใจทำให้เปลี่ยนทัศนคติ แล้วส่งผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามแนวทางเมืองไทยสุขภาพดี

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

3.1.1 จากผลการวิจัยพบว่า ด้านความรู้ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแนวทางหมู่บ้านสุขภาพดี เมื่อใช้โปรแกรมสุขภาพิบาลร่วมกับการประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างพลัง ในการส่งเสริมความรู้ โดยการแลกเปลี่ยนจากประสบการณ์จริง หรือจากการบรรยาย และกระตุ้นให้เกิดความคิด ความตระหนัก การรับรู้ที่สามารถเข้าถึงได้มากกว่า ซึ่งเมื่อมีความรู้แล้วจะสามารถนำความรู้ดังกล่าวไปถ่ายทอดให้สมาชิกในครอบครัวได้รับรู้ต่อไป เนื่องจากทุกคนเป็นตัวแทนของแต่ละครอบครัว และเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญภายในครอบครัว สามารถโน้มน้าวให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อไปได้ ดังนั้น โปรแกรมสุขภาพิบาลร่วมกับการประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างพลังจึงมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ เหมาะแก่การนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกอบรมต่าง ๆ ให้แก่ประชาชนที่จะช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดการเรียนรู้ ได้ง่ายขึ้น และมีความเข้าใจในเรื่องที่เข้ารับการอบรมได้เป็นอย่างดีเป็นพื้นฐานของหมู่บ้านสุขภาพดีต่อไป

3.1.2 จากผลการวิจัยพบว่า ด้านทัศนคติ เมื่อใช้โปรแกรมสุขภาพิบาลร่วมกับการประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างพลัง พบว่าทัศนคติในทุกเรื่องตามโปรแกรมสุขภาพิบาลมีระดับสูงขึ้น ซึ่งน่าจะเกิดจากการรับรู้ที่ได้รับจากการเข้ากิจกรรมในโครงการวิจัยนี้ คาดว่าเมื่อประชาชนในกลุ่มดังกล่าวมีทัศนคติที่ดีจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา และโน้มน้าวให้ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติด้วยเช่นกัน และเกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องจากการมีทัศนคติที่ดี เป็นพื้นฐานของ

หมู่บ้านสุขภาพดีต่อไป ดังนั้น การจัดโปรแกรมสุขศึกษา
ร่วมกับการประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างพลังจึงมีส่วนช่วย
ให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติอย่าง
ชัดเจน

3.1.3 จากผลการวิจัยพบว่าด้านพฤติกรรม
เมื่อใช้โปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการประยุกต์ใช้กระบวนการ
การสร้างพลัง พบว่าพฤติกรรมในทุกเรื่องตามโปรแกรม
สุขศึกษา มีระดับสูงขึ้นอย่างชัดเจน น่าจะเกิดจากการมี
ความรู้ที่ขึ้น มีทัศนคติที่ดี แล้วส่งผลให้เกิดการเปลี่ยน
แปลงทางด้านพฤติกรรม เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง และเกิด
ความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากขึ้น ดังนั้น
โปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการประยุกต์ใช้กระบวนการ
สร้างพลังจึงมีประโยชน์อย่างยิ่งและช่วยให้ประชาชนเกิด
การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมอย่างชัดเจน

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประ-
สิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการประยุกต์ใช้
กระบวนการสร้างพลัง ในการพัฒนาหมู่บ้านตามแนวทาง
เมืองไทยสุขภาพดี ทำให้ทราบถึงประสิทธิผลที่เกิดขึ้นจาก
การใช้โปรแกรมดังกล่าว แก่ตัวแทนของทุกครอบครัว
ในหมู่บ้าน ในอนาคตถ้าจะให้ทราบถึงประสิทธิผลอย่าง
แท้จริง ควรทำการศึกษาในประชาชนทุกคนที่อยู่ในหมู่บ้าน
ซึ่งจะช่วยให้เกิดหมู่บ้านสุขภาพดีได้อย่างรวดเร็ว และเพื่อ
นำผลมาเปรียบเทียบกับเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ได้แก่
ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม

3.2.2 ควรทำการศึกษาประสิทธิผลของ
โปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการประยุกต์ใช้กระบวนการ
สร้างพลัง เปรียบเทียบระหว่างหมู่บ้านเพื่อหาปัจจัยที่ส่ง
ผลต่อการพัฒนาหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานเมือง
ไทยสุขภาพดี (Healthy Thailand) (2547). ราชบุรี.
ธรรมรักษ์การพิมพ์.

2. จันทนา รณฤทธิชัย (2532) ทฤษฎีความสูงอายุ. โรง-
พยาบาลสูงอายุ กรุงเทพมหานคร. คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. ดารณี จามจุรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์. รายงานการ
วิจัยการศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับความ
เจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย.
(2545) สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสามเจริญ-
พาณิชย์จำกัด.
4. ณัฐพล หาญโสภี. (2539). โปรแกรมการสร้างพลัง-
งานในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเสพ
แอมเฟตามีนของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2
จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย
มหิดล.
5. พรพรรณ เอียรปัญญา (2535). “ความสัมพันธ์ระหว่าง
ความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับโรคเอดส์กับการปฏิบัติใน
การป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพ
ในการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โรง-
พยาบาลมหาราชเชียงใหม่” วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
แม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
6. สมบัติ สุขสมศักดิ์. (2538) ผลการใช้กระบวนการ
กลุ่มต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมารดาในการ
ป้องกันและรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า
2 ปี จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศา-
สตร์ มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชา
เอกอนามัยครอบครัว. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล.
7. สายสงวน อุณหนันท์. (2534) มะเร็งเต้านม” : โรคที่
ทำลายชีวิตสตรี. หมอบ้านเมือง. (2531) การตรวจ
เต้านมด้วยตนเอง : บ้านเมือง.
8. Aria David Crump.Brump, Bruce G. Simons-Morton.
(1996) “Empowerment : The Process and the Out-

- come," Health Education Quarterly, Vol. 23 (3) : 290-292.
9. Beverly Collora Flynn, Melinda S. Rider (1994) "Empowerment Communities : Action Research through Health Cities." Health Education Quarterly : vol 395-405.
10. Mc. Chamish, and Gallois. (1990) "The Design and Evaluation of Research Based AIDS Prevention Education program" Abstract International Congress on AIDS Bangkok : Chulaporn Research Institute : 47.