

Chulalongkorn University

Chula Digital Collections

Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)

2018

โครงการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

แพรว พงษ์ศักดิ์ชาติ
คณะครุศาสตร์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd>



Part of the [Higher Education Commons](#)

Recommended Citation

พงษ์ศักดิ์ชาติ, แพรว, "โครงการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล" (2018). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. 3653.
<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/3653>

This Thesis is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

โครงการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของ
นักศึกษาพยาบาล



นางพเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาอุดมศึกษา ภาควิชานโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

HEALTH LITERACY DEVELOPMENT PROGRAM AND 3E BEHAVIORS WITH LOCAL WISDOM
IN STUDENT NURSES



Mrs. Payao Phongsakchat

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Philosophy in Higher Education
Department of Educational Policy, Management, and Leadership
Faculty of Education
Chulalongkorn University
Academic Year 2018
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล
โดย	นางเพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ
สาขาวิชา	อุดมศึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรเนตร อารีโสภณพิเชษฐ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต

..... คณบดีคณะครุศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเดช สุชีวะ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พันธ์ศักดิ์ พลสารมัย)
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรเนตร อารีโสภณพิเชษฐ์)
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ)
..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.อัจฉรา ไชยปถมภ์)
..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริฉันท สติรกุล เตชะพาหพงษ์)
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง)

เพชร พงษ์ศักดิ์ชาติ : โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น
ของนักศึกษาพยาบาล. (HEALTH LITERACY DEVELOPMENT PROGRAM AND 3E BEHAVIORS WITH LOCAL
WISDOM IN STUDENT NURSES) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.ศรเนตร อารีโสมนพิเชษฐ, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ผศ. รุ่ง
ระวี นาวิเจริญ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในภูมิภาค และระดับชั้นปีแตกต่างกัน และศึกษา
ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล การดำเนินงานวิจัย คือ
แบบพหุวิธี แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นการสำรวจความรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ประเมินด้วย ข้อมูลพื้นฐานและแบบประเมินความ
รู้ทางสุขภาพในนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 - ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 390 คน ของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุขในภูมิภาคต่าง ๆ จำนวน 12 แห่ง ระยะที่ 2 เป็นการการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 72 คน เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ปี
การศึกษา 2561 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 36 คน นักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี เป็นกลุ่มทดลอง และนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี พระพุทธบาท เป็นกลุ่มควบคุม ตามลำดับ เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.
ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตาม
ภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล แบบ และแบบประเมินความเชื่อมั่นแห่งตน ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกาย และ
อารมณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของ
นักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวน
ทางเดียวและความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ผลการวิจัย มีดังนี้

1. นักศึกษาพยาบาลที่เรียนในวิทยาลัยพยาบาล ซึ่งตั้งอยู่ในภูมิภาคต่างกันมีคะแนนความรู้ทางสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ $F_{(3, 386)} = 3.02, p=0.03$ ซึ่งนักศึกษาจากภาคเหนือมีระดับความรู้ทางสุขภาพสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาค
กลางตามลำดับ

2. นักศึกษาพยาบาล ที่เรียนระดับชั้นปีต่างกันมีความรู้ทางสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($F_{(3, 386)} = 3.46, p=.02$) โดยนักศึกษชั้นปีที่ 3 มีระดับความรู้ทางสุขภาพมากที่สุด รองลงมาได้แก่ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ชั้นปีที่ 2 และ ชั้นปีที่ 1 ตามลำดับ

3. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม นักศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ทางสุขภาพโดยรวม มากกว่าช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($t = 3.36, p=.002$) และมีคะแนนความรู้ทางสุขภาพโดยรวมมากกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
($t = 2.05, p=.04$)

4. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม นักศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. โดยรวม มากกว่าช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($t = 3.84, p=.000$) และมีคะแนน พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. โดยรวมมากกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ
.05 ($t = 2.52, p=.014$)

สาขาวิชา อุดมศึกษา
ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5584282327 : MAJOR HIGHER EDUCATION

KEYWORD: HEALTH LITERACY, 3E BEHAVIORS, LOCAL WISDOM, STUDENT NURSES

Payao Phongsakchat : HEALTH LITERACY DEVELOPMENT PROGRAM AND 3E BEHAVIORS WITH LOCAL WISDOM IN STUDENT NURSES. Advisor: Asst. Prof. SORNDATE AREESOPHONPICHET, Ph.D. Co-advisor: Asst. Prof. Rungrawee Navicharn, Ph.D.

The objectives of this research were to 1) study health literacy of student nurses in different regions and levels of education, and 2) investigate the effectiveness of the health literacy development program and 3E behaviors according to local wisdom of student nurses. A sequential multi-method design was used to survey and quasi-experiment design. In Phase I, quantitative survey was administered to assess demographics and the health literacy in 390 of first to fourth-year student nurses, enrolling in 12 nursing colleges in 2017 academic year. In Phase II, quasi-experiment design was conducted in 72 first-year students, enrolling in 2018 academic year, of Boromajonani College of Nursing Saraburi and of Boromajonani College of Nursing Pra Buddhabart for studying the effectiveness of the health literacy development program and 3E behaviors related to local wisdom in student nurses. They were divided into two groups as experiment, and control group. Each group consisted of 36 students. The instruments used in this experiment were 1) data collection forms which included health literacy questioner and student nurses' 3E behaviors assessment. 2) The instruments used in the experiment were health literacy development program to enhance 3E behaviors according to local wisdom of student nurses and a questionnaire assessing self-efficacy in changing health behaviors, namely, diet, exercise, and emotion. Data were analyzed using descriptive statistics which included percentage, mean and standard deviation, t-test, one-way and Repeated Measures ANOVA. Results from this study were as follow.

1.The health literacy scores of student nurses of different regions differed significantly ($F_{(3,386)} = 3.02, p=0.03$). Students in the north had the highest level of health literacy, followed by those in the south, the north-east, and the central regions, respectively.

2.The health literacy scores of student nurses of different levels of education differed significantly ($F_{(3,386)} = 3.46, p=.02$). The third-year students had the highest level of health literacy, followed by the fourth, the second, and the first-year students, respectively.

3.After participating the program, health literacy scores of the experimental group were significantly higher than before participating the program ($t = 3.36, p=.002$) and the experimental group were significantly higher than the control group ($t = 2.05, p=.04$).

4.After participating the program, 3E behaviors scores of the experimental group were significantly higher than before participating the program ($t = 3.84, p=.000$) and the experimental group were significantly higher than the control group ($t = 2.52, p=.014$).

Field of Study: Higher Education

Academic Year: 2018

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงอย่างดียิ่งด้วยความกรุณา ความรักและเอาใจใส่ของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรเนตร อารีโสภณพิเชฐ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่กรุณาเสียสละเวลาในการให้คำปรึกษา แนะนำตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องของงานด้วยความเมตตาต่อศิษย์ อย่างไม่มีเงื่อนไขพร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ช่วยกระตุ้นและ ติดตามงานอย่างอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีอย่างยิ่งในการทำวิจัย

ขอกราบขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พันธ์ศักดิ์ พลสารัมย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริฉันท สธิกรกุล เตชพาหพงษ์ อาจารย์ ดร.อัจฉรา ไชยบุณย์ และรองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปรับแก้ของงานวิจัยด้วยความเป็นกัลยาณมิตรโดยแท้จริง จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ สาขาวิชาอุดมศึกษา ภาควิชานโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษาทุกท่านที่ประสิทธิ์ ประสาทความรู้แก่ศิษย์ด้วยความเมตตา และเอื้ออาทรมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนเวลาในการลาศึกษาเพิ่มเติมและขอขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัย ผู้บริหารและอาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ผู้เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ที่ให้การสนับสนุนและเอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี รวมทั้งขอบคุณนักศึกษาพยาบาลที่ยินดีเป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ด้วย

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุน จากทุน 90 ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช จนทำให้งานวิจัยบรรลุผลสำเร็จลุล่วงอย่างดียิ่ง ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเป็นอย่างมากและขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ผู้วิจัยขอขอบคุณพี่น้องและเพื่อนในสาขาอุดมศึกษา และในทีมงานทุกคนที่ช่วยเหลือสนับสนุนด้วยความความรัก ความห่วงใยอย่างต่อเนื่อง ทำยที่สุดขอขอบคุณสมาชิกครอบครัวที่เข้าใจ ให้กำลังใจและอยู่เคียงข้างมาโดยตลอด จนทำให้ผู้วิจัยมีพลังใจในการทำวิจัยได้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์	7
สมมติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
ตอนที่ 1 นโยบายการผลิตกำลังคนด้านการพยาบาลวิชาชีพ.....	12
ตอนที่ 2 วิทยาลัยพยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข	13
ตอนที่ 3 การดูแลสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล	18
ตอนที่ 4 ความรอบรู้ทางสุขภาพ(Health Literacy)	25
ตอนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	49

ตอนที่ 6 กระบวนการเรียนที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมลงมือกระทำ (Active Learning).....	67
ตอนที่ 7 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory).....	69
ตอนที่ 8 โปรแกรมการพัฒนารอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญา ท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล.....	73
ตอนที่ 9 การวิจัยแบบพหุวิธี (Multimethod Research).....	84
ตอนที่ 10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	86
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	94
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	94
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	94
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	99
การพิทักษ์สิทธิ์	102
การวิเคราะห์ข้อมูล	103
วิธีดำเนินการวิจัย	103
การเก็บรวบรวมข้อมูล	110
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	111
ตอนที่ 1 ผลการสำรวจความรอบรู้ทางสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาล.....	112
1.1 ผลการพัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตาม ภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล	112
1.2 ผลการวิเคราะห์สภาพความรอบรู้สุขภาพในนักศึกษาพยาบาล	131
ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนารอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล	140
2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	140
2.2 ผลการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล.....	140
2.3 ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล	144

2.4 ผลการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ของนักศึกษา เจริญ	
คุณภาพ.....	148
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	154
สรุปผลการวิจัย.....	156
อภิปรายผลการวิจัย	158
ข้อเสนอแนะ	164
บรรณานุกรม.....	166
ภาคผนวก.....	174
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	175
ภาคผนวก ข รายชื่อวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข สำหรับรวบรวมข้อมูลในการวิจัย	177
ภาคผนวก ค หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล.....	179
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรม.....	194
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	198
ประวัติผู้เขียน.....	258

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	สรุปองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ.....	33
ตารางที่ 2	แมทริกซ์ (Matrix) ขององค์ประกอบความรอบรู้ทางสุขภาพจำแนกตามประเภทของการ ดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพแนวคิดของตามโซเรนเซน และ คณะ Sorensen et. al, 2012)	47
ตารางที่ 3	การสังเคราะห์องค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น.....	48
ตารางที่ 4	ตัวอย่างพืชผักพื้นบ้านที่มีสรรพคุณทางยาสมุนไพร	58
ตารางที่ 5	ตัวอย่างผลไม้พื้นบ้านที่มีสรรพคุณทางยาสมุนไพร	61
ตารางที่ 6	ประโยชน์ของผัก ผลไม้หลากหลายสีต่อสุขภาพ	62
ตารางที่ 7	ดนตรีและการแสดงพื้นบ้านที่นิยมใช้เพื่อผ่อนคลายทางอารมณ์	66
ตารางที่ 8	ทฤษฎี และแนวคิดที่นำมาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทาง สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล.....	74
ตารางที่ 9	เนื้อหาสาระ กิจกรรมการเรียนรู้ ทฤษฎี แนวคิดที่นำมาประยุกต์ เทคนิค/วิธีการสอน และ การประเมินผล ของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล	75
ตารางที่ 10	ชนิดของการออกแบบวิจัยของวิจัยแบบพหุวิธีตามแนวคิดของมอร์ส(Morse, 2003) ...	85
ตารางที่ 11	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในภาพรวม.....	108
ตารางที่ 12	องค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพตามแนวคิดของโซเรนเซน และคณะ	113
ตารางที่ 13	ผลการสังเคราะห์องค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น.....	114
ตารางที่ 14	แมทริกซ์ข้อคำถาม ของแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 36 ข้อ.....	116

ตารางที่ 15	แมทริกซ์ข้อคำถาม ของแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 ข้อ.....	117
ตารางที่ 16	กรอบแนวคิดพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ.ตาม ภูมิปัญญาท้องถิ่น.....	119
ตารางที่ 17	ทฤษฎี และแนวคิดที่นำมาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล .	122
ตารางที่ 18	หัวข้อการเรียนรู้ กิจกรรม เทคนิค/วิธีการสอน สื่อ และการประเมินผลของโปรแกรม .	124
ตารางที่ 19	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคะแนนความเชื่อมั่นแห่งตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ของกลุ่มทดลอง	130
ตารางที่ 20	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ ช่วงอายุ ระดับชั้นปี และภูมิภาค	131
ตารางที่ 21	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพจำแนกตาม ภูมิภาค	132
ตารางที่ 22	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพจำแนกตามชั้นปี	134
ตารางที่ 23	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพจำแนกตาม ภูมิภาค	136
ตารางที่ 24	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพจำแนกตาม ชั้นปี.....	137
ตารางที่ 25	การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับชั้นปี (N=390 คน)	138
ตารางที่ 26	การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภูมิภาค (N=390 คน)	138
ตารางที่ 27	การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับชั้นปี และภูมิภาค (N = 390 คน).....	139
ตารางที่ 28	จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมโปรแกรม..	140

ตารางที่ 29 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลอง	141
ตารางที่ 30 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ของ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรม	142
ตารางที่ 31 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มทดลอง ระหว่างครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง) ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) และ ครั้งที่ 3 ติดตามหลัง หลัง ทดลอง 2 สัปดาห์โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ	143
ตารางที่ 32 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม ของกลุ่ม ทดลอง ระหว่างครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง) ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) และ ครั้งที่ 3 ติดตาม หลัง หลังทดลอง 2 สัปดาห์โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t test)	144
ตารางที่ 33 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลอง	145
ตารางที่ 34 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ของ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรม	146
ตารางที่ 35 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. โดยรวม ของกลุ่มทดลอง ระหว่างครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง) ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) และ ครั้งที่ 3 ติดตามหลังการ ทดลอง 2 สัปดาห์โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ.....	147
ตารางที่ 36 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. โดยรวม ของกลุ่ม ทดลอง ระหว่างครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง) ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) และ ครั้งที่ 3 (ติดตาม หลังการทดลอง 2 สัปดาห์) โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t test)	147

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	10
ภาพที่ 2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจ พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม ตามแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura ,1977 cited in Gould , 2012 : 114)	69
ภาพที่ 3 แสดงการสุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลแบบหลายขั้นตอน	96
ภาพที่ 4 การสุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย.....	98
ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.	123



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการศึกษาทางการพยาบาล จัดเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยบูรณาการศาสตร์ทางการพยาบาล ศาสตร์ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ จิตวิทยา และพฤติกรรมศาสตร์ตลอดแนวคิด ทฤษฎี และกระบวนการเรียนรู้เพื่อจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ (Student centered) บนพื้นฐานหลักการที่ว่าผู้เรียนทุกคนมีความสามารถ พร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ จัดสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ที่เหมาะสม สนับสนุนสื่อการเรียนรู้ เอื้ออำนวยความสะดวก เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และมีความรอบรู้ (พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553) ซึ่งการจัดการศึกษาพยาบาลได้มุ่งส่งเสริมให้ผู้เรียนหรือนักศึกษาพยาบาลได้มีโอกาสที่จะพัฒนาตนเองอย่างเต็มศักยภาพ มีความรอบรู้ทางสุขภาพ มีทักษะทางวิชาชีพมีคุณธรรม จริยธรรม เอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์ มีความสุขรวมทั้งมีจิตสำนึกของความรับผิดชอบต่อสังคม นอกจากนี้การจัดการศึกษาพยาบาลยังต้องดำเนินการให้สอดคล้อง ตามแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งมีนโยบายพัฒนาระบบการเรียนรู้เชิงบูรณาการที่เน้นการลงมือปฏิบัติ มีการสะท้อนความคิดกระตุ้นให้มีการทบทวน ไตร่ตรอง สร้างผู้เรียนให้มีความสามารถควบคุม กำกับการเรียนรู้ของตนเองได้ เพื่อให้ผู้เรียนช่วงวัยเรียน และวัยรุ่นได้รับการพัฒนาทักษะความสามารถ การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับทักษะในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะทักษะด้านการคิด วิเคราะห์ การสังเคราะห์ มีความสามารถในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน มีภูมิคุ้มกันต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบชีวิต มีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ และมีความยืดหยุ่นทางความคิด ตลอดจนมีความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างดี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข , 2560)

สถาบันบรมราชชนก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จัดเป็นสถาบันอุดมศึกษาที่จัดการศึกษาพยาบาลซึ่งมีการพัฒนาหลักสูตรพยาบาล ให้มีปรัชญา และวัตถุประสงค์ ที่มุ่งให้การผลิตบัณฑิตที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษาของชาติ และปรัชญาของการอุดมศึกษา ปรัชญาของสถาบันอุดมศึกษา และมาตรฐานวิชาการและวิชาชีพที่เป็นสากล ทำหน้าที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลในระดับอุดมศึกษา ซึ่งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อว่า กำลังคนที่มีคุณภาพต้องเป็นบุคคลที่มีจิตสำนึกของความเป็นพลเมืองดี ที่สร้างประโยชน์ต่อสังคม และมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองบนรากฐานของภูมิปัญญาไทยภายใต้กรอบแห่งศีลธรรม และจรรยาอันดีงาม (สภาการพยาบาล, 2560)

รวมทั้งจัดการการศึกษาพยาบาลเพื่อผลิตบัณฑิตให้มีคุณลักษณะครอบคลุมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติ รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning outcomes) แก่ผู้เรียน 6 ด้าน ได้แก่ด้านคุณธรรม จริยธรรมด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข ด้านการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ อันเป็นคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ตามที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) ได้กำหนดไว้

นอกจากนี้สถาบันบรมราชชนก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จัดการศึกษาพยาบาลโดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้เรียนได้มีการใช้ความรู้ โดยบูรณาการศาสตร์ทางวิชาชีพ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ หรือป้องกันโรค ดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพแก่บุคคลทุกช่วงวัยอย่างเอื้ออาทร บนหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สามารถใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศทางสุขภาพมาใช้ในการเกิดประโยชน์ต่อการเรียนรู้ และสุขภาพของตนเองและผู้อื่นที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้รูปแบบการจัดการศึกษาทางการพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาล สถาบันบรมราชชนก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยจัดให้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียน ผู้สอน และผู้รับบริการทางสุขภาพบนพื้นฐานความเอื้ออาทร เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ภายใต้อาณาเขตล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง และด้วยวิธีการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย

นอกเหนือจากการจัดการศึกษาพยาบาลภาคทฤษฎี ภาคทดลอง ในห้องเรียน ห้องปฏิบัติการ และจัดการศึกษาภาคปฏิบัติในโรงพยาบาล หรือชุมชนแล้ว วิทยาลัยพยาบาล สังกัด สถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขยังมีหลักสูตรที่ส่งเสริมให้มีกิจกรรมพัฒนานักศึกษานอกชั้นเรียน หรือกิจกรรมเสริมหลักสูตรซึ่งเป็นการพัฒนานักศึกษาอีกรูปแบบหนึ่ง เพื่อพัฒนานักศึกษาเป็นบัณฑิตที่มีความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพ มีคุณธรรม จริยธรรม ทักษะทางปัญญา ทักษะ การคิดเชิงวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและทักษะการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งมีภาวะผู้นำ สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบ ตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม จนสำเร็จเป็นพยาบาลที่มีหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ประชาชนได้อย่างมีคุณภาพกิจกรรมเสริมหลักสูตรนี้จัดในรูปแบบใช้กิจกรรมเป็นฐานการเรียนรู้ (Activity-Based Learning) และเน้นการปฏิบัติจริง (Action Learning) เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลได้มีส่วนร่วมลงมือกระทำ และมีประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยตนเอง (Learning by doing) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าทุกคนสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้เต็มตามศักยภาพได้เช่นเดียวกัน

จากที่กล่าวมา วิทยาลัยพยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกจัดเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับ ดูแลของกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ความรับผิดชอบเหมือนกัน ทั้ง 30 แห่ง และจัดหลักสูตรให้สอดคล้องตามภารกิจของสถาบันอุดมศึกษา

(สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา ,2554) โดยจัดการศึกษา ระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ ให้เป็นไปตามมาตรฐานการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาของชาติ และสภาการพยาบาล รวมทั้ง กำหนดปรัชญา วิสัยทัศน์ พันธกิจ และอัตลักษณ์ ของวิทยาลัยพยาบาล ในสถาบันพระบรมราชชนก ในการผลิตบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพชุมชน

ในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กล่าวมา วิทยาลัยพยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข นั้นมีระบบการคัดเลือกนักศึกษาเข้ามาเรียน พยาบาลที่เหมือนกันด้วย 2 วิธีการ ได้แก่ 1) วิธีระบบโดยตรง ประกอบด้วย การรับตรงจากพื้นที่ และการรับตรงโดยอิสระ ซึ่งวิทยาลัยพยาบาลทุกแห่งจะดำเนินการคัดเลือกผู้สมัครเข้ามาเรียนพยาบาล โดยใช้ขั้นตอนและวิธีการคัดเลือกที่เหมือนกัน และเป็นไปตามนโยบายเฉพาะของสำนักงาน ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นรับคนจากชุมชน ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ ซึ่ง วิทยาลัยพยาบาลแต่ละแห่งตั้งอยู่ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ และมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์เข้ามา ศึกษาในวิทยาลัยพยาบาล ตามแหล่งทุนจัดสรรของแต่ละจังหวัด และเมื่อผู้เรียนสำเร็จการศึกษาแล้ว สถาบันจึงคืนบัณฑิตให้แก่ชุมชนเพื่อให้กลับไปดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน หรือมีภูมิลำเนา ของบัณฑิตที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนั้นๆ เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการของคนในชุมชน รวมทั้ง ระบบสุขภาพต่อไป 2) ระบบรับจากส่วนกลาง ด้วยการรับสมัครผู้สนใจเรียนพยาบาล ที่มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ของสถาบันอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งจัดเป็นการคัดเลือกผู้สมัคร โดยใช้เกณฑ์ กลางของประเทศ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ให้เข้ามาเรียนพยาบาล ที่วิทยาลัย พยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 แห่ง ทั่วประเทศ ด้วย เหตุนี้ จึงทำให้มีนักศึกษาพยาบาลทั้งที่มีภูมิลำเนาที่อยู่ในท้องถิ่นเดียวกับวิทยาลัยพยาบาลที่ตั้งอยู่ และมาจากหลากหลายภูมิภาคตามที่กล่าวข้างต้น

ในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลนั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงพัฒนาการทุกด้าน และบริบท สิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจมีผลต่อการเรียนของนักศึกษาพยาบาล กล่าวคือ วิทยาลัยพยาบาล ในสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก ที่รับนักศึกษาพยาบาล เข้ามาเรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งมี ช่วงอายุระหว่าง 18-21 ปี และจัดอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) ตามหลักของ จิตวิทยาพัฒนาการช่วงนี้ จะพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา ด้านจิตใจ และอารมณ์ และด้านสังคมอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดความเครียด โดยเฉพาะด้านจิตใจและอารมณ์ที่ เปลี่ยนแปลงรวดเร็วและรุนแรง เปรียบเสมือนพายุบูแคม (storm & stress) นั้น หากต้องเผชิญกับ เหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด ความกดดันจิตใจ ย่อมส่งผลทำให้วัยรุ่นไม่สามารถจัดการกับอารมณ์และ พฤติกรรมของตัวเองได้โดยง่าย รวมทั้งไม่สามารถเข้าใจ หรือมองไม่เห็นผลที่จะเกิดตามมา (Hoffman, Paris & Hall (1994) ; Santrock (2007) บริบทของการจัดการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาล สังกัด สถาบันพระบรมราชชนก มีความคล้ายคลึงกันในด้านหลักสูตรการเรียน เนื่องจากทุกวิทยาลัยใช้

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลจึงทำให้มีมาตรฐานเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีนโยบายที่ผู้เรียนต้องพักอาศัยอยู่ในหอพักที่แต่ละวิทยาลัยจัดสรรไว้ให้ เพื่อช่วยลดระยะเวลาเดินทางจากบ้านสู่สถานศึกษา เอื้ออำนวยให้มีการใช้เวลาในการเรียนรู้ มีความสะดวกในเรื่องการเรียน และการทำงานเป็นกลุ่มทั้งภาคทฤษฎีและการฝึกภาคปฏิบัติ มีห้องสมุดภายในวิทยาลัยที่เอื้ออำนวยการสืบค้นข้อมูล ความรู้ ต่าง ๆ อันจะนำไปสู่เป้าหมายการผลิตบุคลากรที่เป็นไปตามเกณฑ์ของสำนักงานการอุดมศึกษา และสภาวิชาชีพ อย่างไรก็ตามในการจัดการศึกษาดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติตนที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ทั้งนี้ไม่ว่าจะในลักษณะที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ หรือในลักษณะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ ก็ตาม (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2561 : 8) หรือ เป็นการปฏิบัติที่ส่งผลทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2561 : 68) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ปีการศึกษา 2552 จำนวน 350 คน มีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 9.7 อยู่ในภาวะอ้วน ร้อยละ 10.3 อยู่ในภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 11.1 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (ดวงพร กตัญญูตานนท์, 2554) ในขณะที่พฤติกรรมสุขภาพของนิสิต มหาวิทยาลัยนเรศวร ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2556 จำนวน 389 คน พบว่ามีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน และโรคอ้วนอันตราย ร้อยละ 9.5, ร้อยละ 8.7 และ ร้อยละ 4.4 ตามลำดับ และมีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 13.1 สำหรับพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และด้านการจัดการความตึงเครียดทางอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายนั้น มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (เบญจพร อรุณประภารัตน์ , โชติกา วงศ์เจริญ และ รัชดาภรณ์ แม้นศิริ, 2559) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ถึง ชั้นปีที่ 4 ของมหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ใน ปีการศึกษา 2560 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มากที่สุด ในขณะที่นักศึกษา ชั้นปีที่ 4 มีภาวะน้ำหนักเกิน อ้วนระดับ 1 มากที่สุด กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับดี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารครบสามมื้อ เป็นบางครั้ง และส่วนใหญ่จะงดอาหารเช้า นักศึกษาที่มีค่าดัชนีมวลกาย ค่าใช้จ่ายต่อเดือน และระดับชั้นปีการศึกษาที่ต่างกันพบว่ามีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ไม่แตกต่างกัน (ปริญญญา ผกานนท์ และนิตยา ไสยสมบัติ, 2561) สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ชั้นปีที่ 1 ถึง ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2552 พบว่า นักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ชั้นปีที่ 3B , 3C และ ชั้นปีที่ 4 มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

แต่นักศึกษา ชั้นปีที่ 2 และ ชั้นปีที่ 3A มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ (สายสวาท, อุไรรักษ์, และ สิริเพ็ญโสภา 2554)

นอกจากนี้ สายสวาท, อุไรรักษ์, และ สิริเพ็ญโสภา (2554) ยังศึกษาพบอีกว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลนั้น ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสภาพแวดล้อมทางจิตหรือสังคมโดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .74$, $r = .83$, $p < .01$) รวมทั้ง พิทยาไพบูลย์ศิริ (2561) ที่ศึกษาพบอีกว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) กล่าวคือผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับต่ำ มักขาดโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลหรือบริการทางสุขภาพ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ หรือขาดดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย จึงทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ หรือมีภาวะเจ็บป่วยได้โดยง่าย ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างเพียงพอ ก็จะสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทำความเข้าใจข้อมูล วิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ หรือเข้าถึงได้ จนสามารถตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้มีสุขภาพดีตามมาได้ (Sørensen et al., 2012 ; World Health Organization, 2013 ; Public Health England, 2015 ; Heijmans, M. et.al., 2015 ; สุรีย์ ธรรมมิกบวร , 2551 ; อภิญญา อินทรรัตน์ , 2557 ; แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี, 2558 ; พิทยา ไพบูลย์ศิริ, 2561 ; จิระภา ขำพิสุทธิ์, 2561) จึงนับได้ว่าความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ที่จะส่งผลทำให้นักศึกษาพยาบาลมีสุขภาพดี และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษา ความรู้ ประสบการณ์ และสภาพการณ์ของความรอบรู้ทางสุขภาพ (Shieh, Belcher & Habermann , 2013 ; Torres. & Nichols , 2014 ; Williamson & Foss , 2015 ; Potter, 2017 ; สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี และ มณฑา ดวงพัฒน์ อุ่นพรมมี , 2551 ; กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ สมพร รักความสุข และ อรวรรณ ดวงใจ, 2561) ซึ่งยังไม่พบงานวิจัยที่พัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพให้นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประกอบกับในอดีตที่ผ่านมาพบงานวิจัยที่มีการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นจำนวนมากแต่กลุ่มตัวอย่างมักเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ หรือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560 ; Lee et al. , 2012 ; Stormacq , Stormacq , & Broucke, , 2016) เป็นส่วนใหญ่ จึงยังไม่พบงานวิจัยในลักษณะที่จะเพิ่มหรือพัฒนาพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพให้แก่กลุ่มนักศึกษาพยาบาล

จากความเป็นมาที่กล่าวข้างต้น จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการวิจัย เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบของการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร (Extracurricular activities) ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมเสริม นอกเหนือจากการเรียนปกติ ในห้องเรียน เพื่อพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นให้นักศึกษาพยาบาล เนื่องจากในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขนั้น ยังไม่มีเนื้อหาเรื่องความรู้ทางสุขภาพ (health literacy) บรรจุอยู่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่สภากาพยาบาลให้การรับรองไว้และเพื่อจะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับใช้เป็นแนวทางวางแผนการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพ ให้นักศึกษาพยาบาลกลุ่มอื่น หรือประชาชนกลุ่มวัยอื่น ให้มีความสามารถสืบค้น เข้าถึง ข้อมูลสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ ทำความเข้าใจสาระสำคัญของข้อมูลที่ได้รับ สามารถวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินคุณค่าของข้อมูลที่ได้รับ จนสามารถตัดสินใจเลือกนำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับ นั้น ไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และบริบทของสังคมไทยต่อไป

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ผลิตนักศึกษาพยาบาลให้มีคุณภาพ และเป็นกำลังสำคัญของระบบบริการสุขภาพในอนาคต ให้เป็นผู้มีสุขภาพดี มีพฤติกรรมสุขภาพ ในทางที่เหมาะสมและสามารถเป็นแบบอย่างที่ดี และถ่ายทอด ให้คำแนะนำแก่ประชาชน หรือ ผู้รับบริการ ดังนั้น เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีความสามารถในการ เข้าถึงข้อมูล หรือบริการทางสุขภาพ ทำความเข้าใจ และตัดสินใจเลือกข้อมูลทางสุขภาพ ไปใช้ ประโยชน์ในการส่งเสริม ดูแลสุขภาพของตนในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งการจะ เสริมสร้างให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมและมีสุขภาพดีต่อไป

คำถามการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในภูมิภาค และระดับชั้นปีต่างกันมีความรู้ทางสุขภาพเป็นอย่างไร
2. รูปแบบการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาลที่เหมาะสมควรมีลักษณะอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ที่อยู่ในภูมิภาคและระดับชั้นปีต่างกัน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นในช่วงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม
2. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

ขอบเขตของการวิจัย

1. ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดเรื่ององค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ 4 ด้าน ของโซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012) ซึ่งประกอบด้วยด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ (Access) ด้านการทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ (Understand) ด้านการวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) และด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ (Apply) แนวคิดเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น แนวคิดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ตามแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender's Health Promotion Model) ของเพนเดอร์ (Pender, 1982 cited in Raingruber, 2017:75-76) แนวคิดเรื่องกระบวนการเรียนรู้จากการสังเกต ตัวแบบ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - efficiency) จาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1989) แนวคิดเรื่ององค์ประกอบของการเรียนรู้ ของบลูม และคณะ (Bloom et al., 1956) และกระบวนการเรียนที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมลงมือกระทำ (Active Learning) ของบอนเวลล์ และ ไอสัน (Bonwell & Eison, 1991) ในทฤษฎีการเรียนรู้ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน และแนวคิดเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับความรู้ และ แรงจูงใจมาผสมผสานเข้าด้วยกัน เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาลและแบบประเมินสำหรับใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเลือกศึกษากลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตทุกระดับชั้นปี ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ถึง ชั้นปีที่ 4 ในวิทยาลัยพยาบาล ภายใต้การกำกับดูแลของสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 12 แห่ง เท่านั้น

3. ผู้วิจัยได้ทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น กับนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรีและวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

4. ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาระดับของความรู้ทางสุขภาพในด้านอาหาร ออกกำลังกาย และ อารมณ์ (3 อ.) โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลที่มีระดับชั้นปีต่างกัน และ อยู่ในภูมิภาคต่างกันเท่านั้น

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการที่จะ เข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เสาะแสวงหา สืบค้นและทำความเข้าใจ แปลความหมายข้อมูล สุขภาพที่ได้รับหรือเข้าถึงได้ และสามารถตัดสินใจเลือกและใช้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารออกกำลัง กายและอารมณ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพตามองค์ประกอบ 4 มิติ ได้แก่

การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) หมายถึงความสามารถที่จะแสวงหาค้นหาและได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆ

ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ (Understand) หมายถึง ความสามารถในการทำความเข้าใจ ข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับจากแหล่งข้อมูลต่างๆ

การวิเคราะห์ ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) หมายถึง ความสามารถในการ อธิบายการตีความ การกลั่นกรองและประเมินคุณค่าของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากแหล่งข้อมูลต่างๆ

การประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ (Apply) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารและการ นำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับมาใช้ในการตัดสินใจส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น หมายถึงการกระทำ หรือการปฏิบัติตนโดย นำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์หรือดัดแปลงใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดหลักการ 3 อ. ของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ซึ่ง มีนิยามแต่ละด้าน ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติ ตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพโดยการบริโภคอาหารจากธรรมชาติที่หาซื้อทั้งในรูปแบบแปรรูปและไม่ แปรรูป เช่นมีการนำพืชผักพื้นบ้านมาจัดทำเป็นอาหารสมุนไพรบำรุงร่างกายและป้องกันโรค เป็นต้น

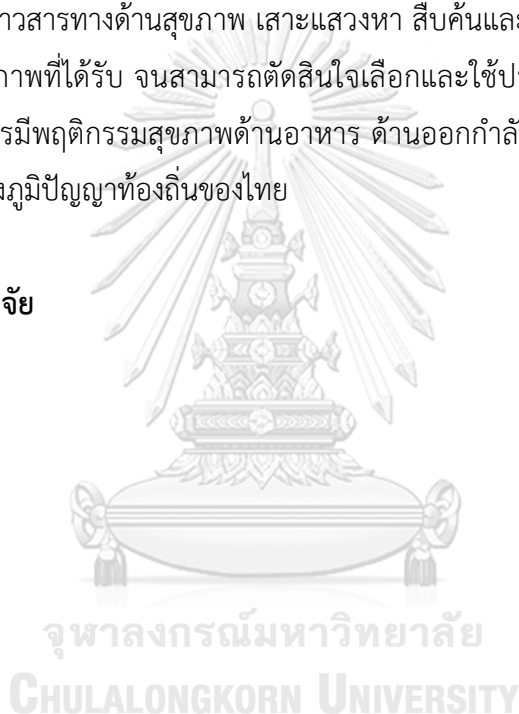
พฤติกรรมสุขภาพด้านออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น หมายถึงการกระทำ หรือการ ปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพโดยการออกกำลังกายที่นำเทคนิค วิธีการ วัสดุ อุปกรณ์ที่หาได้ง่าย ในท้องถิ่นมาดัดแปลงหรือประยุกต์ตามความเหมาะสม เช่นการนำศิลปะการแสดง ได้แก่รำวง รำเซิ้ง

รำกลองยาว หรือวัสดุ อุปกรณ์ที่มีในท้องถิ่น ซึ่งได้แก่ไม้พลอง ฮูลาฮูป มาใช้ดัดแปลงเป็นท่าในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เป็นต้น

พฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพโดยการจัดการกับความเครียด อารมณ์ที่เสียสมดุลด้วยเทคนิค วิธีการง่ายๆ ตามวิถีชีวิต วัฒนธรรมของท้องถิ่น ได้แก่การนำวิธีการนวดแผนไทยแบบกดจุด แบบราชสำนัก แบบเชลยศักดิ์มาใช้ในการนวดเพื่อการผ่อนคลายความตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์ เป็นต้น

โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล หมายถึงกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เสาะแสวงหา สืบค้นและทำความเข้าใจ วิเคราะห์ แปลความหมายข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ จนสามารถตัดสินใจเลือกและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่ได้รับเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมตามหลักของภูมิปัญญาท้องถิ่นของไทย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นักศึกษาที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม จะได้รับการพัฒนาให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. จนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ให้มีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถเป็นแบบอย่างแก่ผู้อื่น และนำความรู้ ประสบการณ์ที่ได้รับไปถ่ายทอด ให้คำแนะนำประชาชน ผู้รับบริการ ให้มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนตาม ภูมิปัญญาท้องถิ่นได้

2. วิทยาลัยพยาบาลแห่งอื่น ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข หรือสถาบันอุดมศึกษาอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข สามารถนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยการสอน สอดแทรกในรายวิชา ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หรือจัดเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตร (นอกชั้นเรียน) เพื่อพัฒนานักศึกษาได้



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. และภูมิปัญญาท้องถิ่นตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสาร ฐานข้อมูลต่างๆ จึงขอนำเสนอสาระสำคัญตามลำดับ ต่อไปนี้

ตอนที่ 1 นโยบายการผลิตกำลังคนด้านการพยาบาลวิชาชีพ

ตอนที่ 2 วิทยาลัยพยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ตอนที่ 3 การดูแลสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล

ตอนที่ 4 ความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy)

ตอนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

ตอนที่ 6 กระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมลงมือกระทำ (Active Learning)

ตอนที่ 7 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

ตอนที่ 8 โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

ตอนที่ 9 การวิจัยแบบพหุวิธี (Multimethod Research)

ตอนที่ 10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 1 นโยบายการผลิตกำลังคนด้านการพยาบาลวิชาชีพ

ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2547 เป็นต้นมา ประเทศไทยประสบปัญหาการขาดกำลังคนทางการพยาบาล ทำให้ไม่เพียงพอต่อความต้องการบริการทางสุขภาพของประชาชน (อรุณรัตน์ คันธา, 2014 : 84) รัฐบาลจึงมอบหมายให้สถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทาง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ให้มีส่วนร่วมในการผลิตบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการผลิตกำลังคนด้านการพยาบาลวิชาชีพ ปีละ ประมาณ 3,000 คน โดยมอบหมายให้วิทยาลัยพยาบาล จำนวน 30 แห่งที่อยู่ภายใต้การกำกับในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข และตั้งอยู่ในเขตพื้นที่สี่ภาคของประเทศ มีหน้าที่สำคัญ 2 ประการ คือการผลิตพยาบาลวิชาชีพ และการพัฒนาบุคลากรด้านการพยาบาลวิชาชีพ (เอกสารแนบท้าย คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ 28/2559 เรื่องการกำหนดโครงสร้างของสถาบันพระบรมราชชนก ลงวันที่ 8 เดือน มกราคม พ.ศ.2559 หมายเลข 2) ดังนี้

1.1 การผลิตพยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่สำคัญประการแรกได้แก่ การจัดการศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ให้เป็นไปตามมาตรฐานการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษา เพื่อช่วยเพิ่มการผลิตพยาบาลวิชาชีพตอบสนองความต้องการกำลังคนทางการพยาบาลให้เพียงพอกับความต้องการการบริการสุขภาพของประชาชนในระบบสุขภาพ

1.2 การพัฒนาบุคลากรด้านการพยาบาลวิชาชีพ จัดเป็นหน้าที่สำคัญของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่ควบคู่กับข้างต้นกล่าวคือ วิทยาลัยพยาบาล สังกัด สถาบันพระบรมราชชนก มีหน้าที่ ความรับผิดชอบในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ ภายหลังสำเร็จการศึกษาและกลับไปทำงานในพื้นที่แล้วโดยพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมและจัดอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ (Service plan) และการบริหารสาธารณสุข เพื่อเป็นการเสริมความรู้ทางวิชาการ เสริมสร้างทักษะ ปฏิบัติการในการให้บริการสุขภาพของพยาบาลและบุคลากรทางให้มีสมรรถนะ และศักยภาพในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนและตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของสังคม

ตอนที่ 2 วิทยาลัยพยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันพระบรมราชชนกเป็นหน่วยงาน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีหน่วยงานในส่วนกลางและสถานศึกษาในสังกัดที่ตั้งในส่วนภูมิภาคจำนวน 40 แห่ง ประกอบด้วยวิทยาลัยพยาบาล 30 แห่ง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 7 แห่ง วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก 1 แห่ง วิทยาลัยการแพทย์แผนอมัยยุเบศร 1 แห่ง และวิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข1 แห่ง รับผิดชอบการผลิตและพัฒนาากำลังคนตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุขโดยดำเนินการตามภารกิจของสถาบันอุดมศึกษาในการผลิตบัณฑิตหลักสูตรต่างๆทั้งระดับปริญญาตรีและต่ำกว่าปริญญาตรีตามมาตรฐานคุณภาพการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาของชาติ

2.1 ปรัชญาของสถาบันพระบรมราชชนก มุ่งเน้นการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มุ่งเน้นชุมชน เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นและระบบบริการสุขภาพของกระทรวง สาธารณสุข

2.2 วิสัยทัศน์ของสถาบันพระบรมราชชนก พัฒนางค์กรให้เป็นสถาบันอุดมศึกษาชั้นนำเพื่อสร้างกำลังคนคุณภาพด้านสุขภาพให้ประเทศ สร้างชุมชนให้อุดมปัญญาทางสุขภาพที่ยั่งยืน

2.2.1 สถาบันอุดมศึกษาชั้นนำ หมายถึงระบบการบริหารการศึกษาของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกมีคุณภาพ มาตรฐานที่สอดคล้องกับนโยบายการศึกษาของชาติการจัดการศึกษามีอัตลักษณ์ขององค์กรที่ชัดเจนนั้นคือระบบการศึกษาเพื่อการพัฒนากำลังคนทางสุขภาพที่มุ่งเน้นชุมชนบุคลากรทางการศึกษามีคุณภาพสูงทั้งด้านคุณธรรมจริยธรรม ความรู้ความสามารถทาง

การศึกษา และการสาธารณสุข และมีผลงานที่โดดเด่นในระดับประเทศ และสากระบบการบริหารจัดการมีประสิทธิภาพบนฐานวัฒนธรรมและค่านิยมร่วมขององค์กรที่มีความเข้มแข็ง เป็นองค์กรธรรมาภิบาลที่พึ่งตนเองได้เป็นองค์กรทางการศึกษาด้านสุขภาพที่เป็นที่ยอมรับ และเชื่อมั่นจากสังคมทั้งใน และต่างประเทศ เป็นที่วางใจในคุณภาพของผลผลิตและระบบการศึกษา จากชุมชน

2.2.2 สร้างกำลังคนคุณภาพด้านสุขภาพให้แก่ประเทศ หมายถึง เป็นแหล่งกลไกหลักที่สำคัญในการพัฒนากำลังคนทางด้านสุขภาพของประเทศ ที่เน้นการสร้างกำลังคนด้านสาธารณสุข เพื่อการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ทั้งนี้บัณฑิตและผู้ที่ได้รับการพัฒนาจากสถาบันมีความรู้และปัญญาทางด้านสุขภาพ และมีความเข้าใจ เข้าถึง และพัฒนาเพื่อส่งเสริมสุขภาพะบุคคลในชุมชนอย่างแท้จริง สถาบันสามารถสร้างกำลังคนทางสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการพยาบาลวิชาชีพ ที่สามารถรองรับภารกิจยุทธศาสตร์การพัฒนาของกระทรวง และสภาพการณ์ด้านสุขภาพของชุมชน และประเทศผู้ที่ผ่านระบบการศึกษาของสถาบันมีอัตลักษณ์และจิตวิญญาณในการบริการสุขภาพอย่างมืออาชีพที่เคารพในความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียม

2.2.3 สร้างชุมชนให้อุดมปัญญาทางสุขภาพที่ยั่งยืน หมายถึง การนำ ส่งเสริมองค์ความรู้ นวัตกรรมทางสุขภาพเพื่อเป็นประโยชน์ต่อระบบการสาธารณสุขของชุมชน ประเทศชาติ และมีความโดดเด่นในระดับสากลในการให้ความสำคัญกับการจัดการศึกษาที่เน้นการเรียนการสอนเพื่อชุมชน ส่งผู้ที่มีสมรรถนะพร้อมด้วยความรู้ และปัญญาทางสุขภาพกลับไปปรับใช้ระบบสุขภาพในชุมชนร่วม สร้างความเข้มแข็ง และความอยู่ดีมีสุขทางด้านสุขภาพแก่ท้องถิ่น ด้วยการนำส่งความรู้ และปัญญาทางสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงสถาบันเป็นองค์กรที่มีความพร้อม ทันสมัยอย่างสมบูรณ์แบบ เป็นคลังความรู้ทางสุขภาพของประเทศ และเป็นที่ยึดเหนี่ยววิชาการสุขภาพแก่ท้องถิ่น ชุมชน และทุกภาคส่วน

2.3 พันธกิจของสถาบันพระบรมราชชนก

พันธกิจ ของสถาบันพระบรมราชชนก ประกอบด้วย 3 พันธกิจ ดังนี้

2.3.1 ผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับระบบสุขภาพของประเทศและชุมชนโดยมุ่งเน้นการสร้างและพัฒนาบุคลากรทั้งด้านการพยาบาล ด้านการสาธารณสุข และด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ สำหรับด้านการพัฒนากำลังคนนั้นจะเน้นในด้านการจัดการศึกษาในระยะสั้นเพื่อพัฒนาขีดความสามารถที่เพียงพอต่อการรองรับความต้องการทางด้านสุขภาพของท้องถิ่นและระบบสุขภาพของประเทศ และการให้ความสำคัญกับการจัดการศึกษาที่เน้นการคัดเลือกคนทางสุขภาพจากชุมชน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากชุมชนในการร่วมจัดสรรทรัพยากรเพื่อการจัดการศึกษา และการพัฒนาระบบการจัดการศึกษาที่เน้นการเรียนการสอนเพื่อชุมชน ส่งผู้สมรรถนะพร้อมด้วยความรู้ และปัญญาทางสุขภาพกลับไปปรับใช้ชุมชน

2.3.2 สร้างองค์ความรู้และบริการวิชาการด้านสุขภาพเพื่อสังคม อุดมปัญญาและสร้างสุขภาพ การสร้างองค์ความรู้จะเป็นการศึกษา วิจัยและพัฒนา สร้างนวัตกรรมทางด้านการจัดการศึกษา

และการบริการสุขภาพที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของท้องถิ่น และประเทศชาติ รวมทั้งการพัฒนาขีดความสามารถของสถาบันการศึกษาในสังกัดให้มีความพร้อม และมีศักยภาพสูงทางการวิจัยที่สามารถสร้างผลงานที่โดดเด่นในระดับประเทศ และสากลการบริการวิชาการด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่สังคมอุดมปัญญาสุขภาพจะเน้นที่การนำส่งความรู้ และปัญญาทางสุขภาพสู่องค์กรสุขภาพของท้องถิ่น และชุมชน เพื่อเป็นกลไกที่สำคัญในการร่วมสร้างและพัฒนาท้องถิ่นให้อยู่ดีมีสุข มีภูมิคุ้มกันทางสุขภาพที่มีความพอเพียง และยั่งยืน

2.3.3 พัฒนาการให้เข้มแข็งมุ่งสู่การเป็นสถาบันอุดมศึกษาที่มีคุณภาพระดับสากล การพัฒนาระบบการจัดการศึกษาที่มีคุณภาพมาตรฐานและมีความเป็นสากลนอกจากนี้ยังรวมถึงการพัฒนาระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ เอกภาพ และเข้มแข็ง เป็นองค์กรที่สามารถพึ่งตนเองได้ รวมทั้งการเสริมสร้างขีดความสามารถ ความเชี่ยวชาญทางวิชาการ รวมถึงความสามารถในการสร้างความมั่นคงในคุณภาพชีวิตแก่บุคลากร

2.4 วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก อยู่ในภายใต้การกำกับและดูแล ของสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขจัดเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทาง ปัจจุบันมีวิทยาลัยพยาบาล จำนวน 30 แห่งตั้งอยู่ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคกระจายอยู่ทั่วทุกภาคของประเทศ โดยวิทยาลัยพยาบาลแต่ละแห่งนั้นต่างยึดหลักในการจัดการศึกษาที่สอดคล้องกับปรัชญา และตอบสนอง วิสัยทัศน์ พันธกิจ และอัตลักษณ์ของสถาบันพระบรมราชชนก

2.4.1 เอกลักษณ์ของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเอกลักษณ์ร่วมกันเพื่อแสดงถึงจุดเน้นในการจัดการศึกษาของสถาบันไว้ว่า “สร้างคนจากชุมชนเพื่อตอบสนองระบบสุขภาพชุมชน” โดยคำว่า

“สร้างคน” หมายถึง การผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ

“ระบบสุขภาพชุมชน” หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ทั้งปวงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีความหมายและขอบเขตที่กว้างขวาง เกี่ยวข้องกับเหตุและปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบกับสุขภาพหลายด้าน ทั้งด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมและระบบบริการสุขภาพ

2.4.2 อัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกันกำหนดอัตลักษณ์ของบัณฑิตที่จบการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลแต่ละแห่งว่ามีลักษณะเด่น คือ “บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” โดยที่คำว่า “บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” นั้นหมายถึง การให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตาใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง ให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นจริง โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเป็นหลัก

2.4.3 การดำเนินการตามภารกิจของสถาบันอุดมศึกษา วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีหน้าที่ ความรับผิดชอบตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ 28/2559 เรื่องการกำหนดโครงสร้างของสถาบันพระบรมราชชนก ลงวันที่ 8 เดือน มกราคม พ.ศ.2559 ที่เหมือนกันทุกแห่งและสอดคล้องตามภารกิจของสถาบันอุดมศึกษา (สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา ,2553) ดังนี้

2.4.3.1 การจัดการศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ ให้เป็นไปตามมาตรฐานการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาโดยวิทยาลัยพยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขใช้ระบบการคัดเลือกนักศึกษาพยาบาลที่เหมือนกัน 2 วิธีการใหญ่ๆ ได้แก่ 1)ระบบรับตรงประกอบด้วย การรับตรงจากพื้นที่ การรับตรงโดยอิสระ และ 2) ระบบรับกลาง ซึ่งเป็นผลทำให้แต่ละวิทยาลัยจะมีนักศึกษาพยาบาลที่มีภูมิลำเนาจากหลายภูมิภาค

2.4.3.2 การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านบริหาร ด้านบริการและด้านวิชาการ

2.4.3.3 การวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ทางด้านวิชาการและบริการสุขภาพ

2.4.3.4 การบริการวิชาการและให้บริการด้านสุขภาพแก่สังคม

2.4.3.5 การส่งเสริม ทำนุบำรุงศาสนา ศิลปะ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและประชาธิปไตย

2.5 แนวคิดเรื่องการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร (กิจกรรมนอกชั้นเรียน) ของนักศึกษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติพ.ศ. 2542แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553ได้กำหนดให้สถาบันการศึกษาจัดการศึกษา เพื่อมุ่งเน้นพัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายจิตใจสติปัญญา มีความรู้ ควบคู่คุณธรรมจริยธรรม และวัฒนธรรมในการดำเนินชีวิตสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข การจัดการศึกษาต้องยึดหลักว่าผู้เรียนทุกคนมีความสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ ซึ่งถือว่าผู้เรียนมีความสำคัญที่สุด ดังนั้นการจัดการศึกษาพยาบาลของสถาบันพระบรมราชชนก จึงมุ่งส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตนเองอย่างเต็มศักยภาพ

สำหรับการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้เป็นบัณฑิตที่พึงประสงค์และมีคุณค่าต่อสังคมและประเทศนั้นวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ต่างมุ่งผลิตบัณฑิตให้มีความฉลาดรู้หรือความรู้ทางสุขภาพ มีทักษะทางวิชาชีพเป็นคนเก่งคนดี และมีความสุขตลอดจนมีความรับผิดชอบต่อสังคมโดยพัฒนาระบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพรวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้สอนสามารถวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้เรียนในแต่ละระดับการศึกษาด้วย ซึ่งนอกเหนือจากการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนแล้ว กิจกรรมเสริมหลักสูตรหรือกิจกรรมนอกชั้นเรียนนับได้ว่ามีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพของนักศึกษาพยาบาลให้มีความ

สมบูรณ์ พร้อมทั้งความรู้ด้านวิชาการด้านวิชาชีพและทักษะชีวิต สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสถาบัน และสังคมได้อย่างมีความสุข โดยจัดให้มีกิจกรรมพัฒนานักศึกษานอกชั้นเรียน หรือกิจกรรมเสริมหลักสูตร ซึ่งใช้กิจกรรมเป็นฐานการเรียนรู้ (Activity-Based Learning) เน้นการปฏิบัติจริง (Action Learning) เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลได้ซึมซับประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยตนเอง (Learning by doing) บนพื้นฐานความเชื่อว่าทุกคนสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้เต็มตามศักยภาพได้ ในการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรนั้น อาจอยู่ในรูปแบบของการฝึกอบรมผสมผสานการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงโดยใช้กิจกรรมเป็นฐานในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ โดยดำเนินการอย่างเป็นระบบตามขั้นตอน ดังนี้

2.5.1 ขั้นตอนการพัฒนากิจกรรมเสริมหลักสูตร (กิจกรรมนอกชั้นเรียน)

ประกอบด้วย

- 1) มีการประเมินความต้องการ (Needs Assessment) ของนักศึกษา และผู้เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างกิจกรรมเสริมหลักสูตร
- 2) มีการกำหนดเป้าหมายเพื่อพัฒนานักศึกษาให้มีคุณภาพ และมีศักยภาพรอบด้าน เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายจิตใจอารมณ์สังคมและสติปัญญาเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิต ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของสังคมและความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรมได้อย่างมีความสุข
- 3) มีการศึกษาเอกสารตำราบทความแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานักศึกษา หลักการและรูปแบบการจัดกิจกรรมพัฒนานักศึกษา จิตวิทยาวัยรุ่นจิตวิทยาการเรียนรู้เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการสร้างหลักสูตรฯและกำหนดรูปแบบกิจกรรม
- 4) มีการพัฒนาหลักสูตร ที่สอดคล้องกับปรัชญาปณิธานพันธกิจอัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันอุดมศึกษา มาตรฐานผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา และความต้องการของนักศึกษา
- 5) การจัดกิจกรรม/การฝึกอบรม (Training activity) โดยคัดสรรรูปแบบวิธีการและหลักการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับวัยของนักศึกษา มีการบูรณาการรูปแบบและกิจกรรมอย่างหลากหลาย เน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด
- 6) การประเมินผล (Evaluation) มีรูปแบบและเครื่องมือการประเมินที่หลากหลาย และประเมินจากหลายฝ่ายในระยะเวลาที่ต่างกันซึ่งแนวทางการประเมินผล มีดังนี้
 - การประเมินผลสะท้อนจากการจัดกิจกรรม หรือ ฝึกอบรม (Reflection) ดำเนินการทันทีหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม/การฝึกอบรม เป็นการประเมินความรู้สึกความคิดเห็นทัศนคติซึ่งจะบอกให้ทราบเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมฝึกอบรม หรือเข้าร่วมกิจกรรมกับหลักสูตรที่จัดขึ้นทั้งสาระการเรียนรู้กิจกรรมวิทยากรวิธีการและองค์ประกอบอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมหรือการเข้าร่วมกิจกรรม

- การประเมินการเรียนรู้ควรดำเนินการทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการฝึกอบรมหรือกิจกรรม เพื่อวัดผลว่าผู้เข้าร่วมการฝึกอบรมหรือเข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้อะไรบ้าง จากการเข้าฝึกอบรมหรือเข้าร่วมกิจกรรมนั้นๆ
- การประเมินพฤติกรรมเป็นการศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อันเป็นผลจากการฝึกอบรมหรือการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงทางทักษะการแสดงออกการสร้างความสัมพันธ์และอื่นๆ เป็นการประเมินจากการนำผลการฝึกอบรมหรือการเข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้การสังเกตพฤติกรรมการสอบถามความคิดเห็นจากอาจารย์เพื่อนนักศึกษาหรือการรายงานตนเอง
- การประเมินผลลัพธ์เป็นการประเมินผลการฝึกอบรมหรือการจัดกิจกรรมว่ามีส่วนช่วยในการส่งเสริมและพัฒนานิสิตให้เกิดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ ปรัชญาปณิธานพันธกิจของมหาวิทยาลัยและตัวบ่งชี้อื่นที่เกี่ยวข้องหรือไม่เพียงไรโดยอาศัยแบบวัดหรือข้อมูลจากการรายงานความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตโดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการฝึกอบรมหรือการเข้าร่วมกิจกรรม

ตอนที่ 3 การดูแลสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล

3.1 พัฒนาการวัยรุ่นในนักศึกษาพยาบาล

นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-21 ปี จัดอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) ตามหลักจิตวิทยาพัฒนาการ และเป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นเด็กกับความเป็นผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางร่างกายอันเป็นผลมาจากการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อซึ่งผลิตฮอร์โมนที่สำคัญ เช่น โกรทฮอร์โมน (Growth hormone) และ ฮอร์โมนเพศ ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของเด็กวัยรุ่นอย่างมาก พัฒนาการที่สำคัญของวัยรุ่น(เดมส์คัลด์ คทวนิช (2546); Hoffman et al, (1994); Santrock, J. W. (2007) มีดังนี้

3.1.1 พัฒนาการทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายพบว่าวัยรุ่นจะมีร่างกายเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วมากทั้ง น้ำหนักและส่วนสูง ในช่วงวัยรุ่นตอนต้นนั้น วัยรุ่นหญิงจะมีส่วนสูงและน้ำหนักมากกว่าเด็กชายในวัยเดียวกัน กระดูกแขนขาเจริญเร็วมาก จึงทำให้ดูว่าแขนขา ยาว เก้งก้าง มือเท้าใหญ่ มีขนขึ้นในที่ลับและรักแร้ เอวคอดเล็ก เสียงแหลมเล็ก กระดูกเชิงกรานจะเริ่มขยายใหญ่ และมีประจำเดือนเกิดขึ้น สำหรับวัยรุ่นชายพบว่าไหล่กว้าง กล้ามเนื้อเป็นมัด มีหนวดเครา มีขนขึ้นในที่ลับและรักแร้ กระดูกขากระดูกกรจะขยายใหญ่ทำให้สัดส่วนของหน้าดูเปลี่ยนไป กล้องเสียงขยายใหญ่เสียงเปลี่ยนมีลักษณะห้าว แหบและแตกพร่าซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนที่กล้องเสียง ฟันจะขึ้นตามปกติ ปีละประมาณ 2-3 ซี่ เริ่มมีกลิ่นตัวแรงและฉุน เนื่องจากต่อมเหงื่อขับเหงื่อออกมามากเพราะรูขุมขนขยายใหญ่ขึ้นกว่าเดิม และมีผื่นเปื่อย

นอกจากนี้ยังเริ่มมีสิวเกิดขึ้นทั้งวัยรุ่นชายและวัยรุ่นหญิง การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ กระเพาะอาหารขยายใหญ่ขึ้น ลำไส้มีความยาว ผังลำไส้หนา ทำให้อย่อยอาหารได้มากขึ้น จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นมักรับประทานอาหารจุ และหิวบ่อย หัวใจเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ผังเส้นเลือดเพิ่มความหนามากขึ้น ความจุของปอดเพิ่มมากขึ้น ต่อมไร้ท่อจะทำงานมากขึ้น เช่นต่อมไธสมอง (ต่อมพิทูอิทารี) ต่อมไทรอยด์ ต่อมพาราไทรอยด์ และต่อมเพศ เป็นต้น เพื่อผลิตฮอร์โมนที่มีผลต่อสภาพร่างกาย การแสดงออกของพฤติกรรมทางด้านสังคม และจิตใจ อารมณ์ ตามมา

3.1.2 พัฒนาการทางด้านอารมณ์ อารมณ์ของวัยรุ่นเป็นอารมณ์ที่รุนแรงเรียกว่าเป็นวัยวิกฤต (Critical period) หรือวัยพายุพายุแค้น (period of Storm and Stress) หมายถึงอารมณ์ที่รุนแรงเต็มไปด้วยความเชื่อมั่นในตนเอง แสดงออกอย่างตรงไปตรงมา เปิดเผย ไม่สามารถเก็บอารมณ์ได้ เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ววัยรุ่นมักมีอารมณ์อ่อนไหวง่ายเนื่องจากมีจิตนาการสูง ฉะนั้นจึงเป็นเรื่องง่ายต่อการยุแหย่หรือชักนำให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกอยากลองทั้งในทางที่ดีและไม่เหมาะสมได้ แต่เมื่ออยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายจะพบว่าลักษณะของอารมณ์มีความรุนแรงลดลง รู้จักยับยั้งชั่งใจ และสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้นกว่าเดิม

3.1.3 พัฒนาการทางด้านสังคม สังคมที่มีอิทธิพลต่อเด็กวัยรุ่นตอนต้นมากที่สุดคือกลุ่มเพื่อน ซึ่งวัยนี้มีความต้องการได้รับการยอมรับจากเพื่อนมากที่สุด รักเพื่อนมาก โดยจะมีการรวมกลุ่มระหว่างเพื่อนสนิทเพศเดียวกันซึ่งมีลักษณะนิสัยใจคอและรสนิยมเดียวกัน เรียกว่า แก๊ง (Gang) นอกจากนี้วัยรุ่นตอนต้นยังมีเพื่อนซึ่งเป็นเพศตรงข้ามร่วมกลุ่มด้วย ลักษณะเด่นอีกอย่างหนึ่งที่พบในวัยนี้ก็คือวัยรุ่นจะมีอุดมคติสูง หัวรุนแรง ต้องการให้สังคมมีความยุติธรรม เสมอภาค ยอมรับเรื่องความเหลื่อมล้ำต่ำสูงในสังคมได้ไม่ตึง สำหรับสังคมของวัยรุ่นตอนปลายนั้นประกอบด้วยกลุ่มเพื่อนทั้งที่เป็นเพศเดียวกันและเพื่อนต่างเพศ ซึ่งมีความผูกพันแน่นแฟ้น เป็นเพื่อนสนิทมีทั้งแบบกลุ่มย่อย 2 – 3 คน ที่มีเพศเดียวกันมีความสามารถและความสนใจสิ่งต่างๆคล้ายกัน เรียกว่า Cliques แบบกลุ่มใหญ่ที่มาพบปะสังสรรค์กัน เรียกว่า Crowds และเพื่อนคู่หู เรียกว่า Chums/Pals ซึ่งเป็นเพื่อนสนิทประมาณ 1 – 2 คน ที่สามารถบอกความลับต่อกันได้ มีอัธยาศัยและรสนิยมใกล้เคียงกันสำหรับความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศนั้นอาจจะสนิทสนมกันจนกระทั่งคบกันฉันท์คู่รักในที่สุด

3.1.4 พัฒนาการทางด้านสติปัญญา พัฒนาการทางด้านสติปัญญาของวัยรุ่นจัดอยู่ในขั้นการใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลเชิงนามธรรม (Formal operational period)ตามแนวคิด ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ (Piaget 's Theory) กล่าวคือสามารถคิดแก้ปัญหาต่าง ๆ ในสภาพการณ์ที่เป็นนามธรรม (Abstract) ได้ และแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์โดยพบว่าวัยรุ่นตอนต้นมักขาดความยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา แต่วัยรุ่นตอนปลายจะมีความสามารถในการคิดแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลอย่างเหมาะสมและมีความยืดหยุ่นต่อสถานการณ์มากขึ้นกว่าเดิม

3.2 สถานการณ์ สภาพปัญหาสุขภาพของวัยรุ่น จากผลการศึกษาทักษะชีวิตของวัยรุ่นไทยพบว่าทักษะชีวิตที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ 5 อันดับ ได้แก่ความคิดสร้างสรรค์ความคิดแบบวิเคราะห์ การแก้ปัญหา การตระหนักในตนเอง และการจัดการอารมณ์ตามลำดับ นอกจากนี้ในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมาพบว่าเด็กและเยาวชนไทยกระทำผิดกฎหมาย ประมาณ 3-5 หมื่น คดีต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน และความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย สำหรับความผิดเกี่ยวกับเพศนั้น พบประมาณ ร้อยละ 5 วัยรุ่นเพศชายกระทำผิดมากกว่าวัยรุ่นหญิงประมาณ 10 เท่า สาเหตุแห่งการกระทำ 5 อันดับแรก คือ การคบเพื่อน สภาพครอบครัว ความศึกษาตนเอง ความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ และสภาพฐานะทางเศรษฐกิจ (กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน พ.ศ.2555)ตามที่ทราบกันดีว่าวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ในด้านพัฒนาการทางอารมณ์จะพบว่าวัยรุ่นมีความอยากรู้อยากเห็น อยากทดลอง และต้องการการยอมรับจากเพื่อนอย่างมาก กล่าวได้ว่าเพื่อนมีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดของวัยรุ่น ดังนั้นวัยรุ่นจึงอาจถูกเพื่อนชักจูงให้มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้ง่าย หากมีปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลร่วมด้วย เช่นขาดความยับยั้งชั่งใจ ขาดความนับถือตนเอง ขาดทักษะชีวิต หรือขาดความรู้ทางสุขภาพ ก็ย่อมทำให้เกิดปัญหาทางด้านพัฒนาการ/ปัญหาสุขภาพตามมาได้โดยง่าย ซึ่งปัญหาทางด้านพัฒนาการ/ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในวัยรุ่นนั้นมีหลายประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

3.2.1 โรคอ้วนในวัยรุ่น ภาวะสุขภาพของวัยรุ่นไทยในยุคปัจจุบันพบว่ามีแนวโน้มเป็นโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้น จะเห็นได้จากผลการสำรวจภาวะสุขภาพและโภชนาการของกลุ่มวัยรุ่นไทยที่มีช่วงอายุระหว่าง 13-18 ปีใน พ.ศ.2544 พบว่าวัยรุ่นไทยมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 9.2 ต่อมาใน ปี พ.ศ.2551-2552 ได้มีการสำรวจอีกครั้งในกลุ่มวัยรุ่นที่มีช่วงอายุระหว่าง 12-14 ปี พบว่าความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เพิ่มเป็นร้อยละ 11.9 จะเห็นว่าเด็กวัยรุ่นไทยมีแนวโน้มของการมีน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้นสาเหตุของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนที่สำคัญนั้นเกิดจากความไม่สมดุลกันระหว่างพลังงานที่ได้รับกับการใช้พลังงานของร่างกาย (วิโรจน์ อารีย์กุล และคณะ ,2555)ภาวะอ้วนที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นจะส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์จิตใจตามมาเนื่องจากทำให้เสียบุคลิกภาพและเป็นที่ล้อเลียนของผู้อื่น วัยรุ่นที่มีรูปร่างอ้วนจึงมักรู้สึกเป็นปมด้อย มีความกดดันทางจิตใจและอาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ วัยรุ่นที่อ้วนบางคนอาจแยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อนทำให้มีปัญหาในการเข้าสังคม ปัญหาการเรียน และปัญหาพฤติกรรมตามมาโดยเด็กวัยรุ่นอาจใช้วิธีการลดความอ้วนในทางที่ไม่เหมาะสม เช่นการอดอาหาร การรับประทานยาแล้วทำให้อาเจียนออกมาภายหลังด้วยการล้วงคอเพื่อเอาอาหารออกจากร่างกาย หรือการรับประทานยาลดความอ้วน เป็นต้นและผลที่ตามมาจากการรับประทานยาลดความอ้วนเป็นเวลานานอาจทำให้สมองถูกทำลาย ความจำเสื่อม เกิดอาการทางจิตประสาท เช่น ประสาทหลอน หวาดระแวง ได้

3.2.1.1 เกณฑ์บ่งชี้ว่าบุคคลใดมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เกณฑ์บ่งชี้ว่าบุคคลใดมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนนั้นสามารถประเมินได้จากค่าดัชนีมวลกาย(Body mass index : BMI) ซึ่งเป็นค่าดัชนีที่คำนวณจากน้ำหนักและส่วนสูง เพื่อใช้เปรียบเทียบความสมดุลระหว่างน้ำหนักตัวต่อความสูงของคน ค่าดัชนีมวลกายหาได้โดยนำน้ำหนักตัวหารด้วยกำลังสองของส่วนสูงตนเองโดยปกติ ให้ใช้น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม และส่วนสูงเป็นเมตร จะได้หน่วยเป็น กิโลกรัม/ตารางเมตรเมื่อกำหนดค่าดัชนีมวลกายได้แล้วให้นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ดังนี้

ภาวะผอมเกินไป - BMI น้อยกว่า 18.5 (<18.5)

น้ำหนักเหมาะสม - BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 18.5 แต่น้อยกว่า 25 (≥ 18.5 แต่ <25)

ภาวะน้ำหนักเกิน - BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 25 แต่น้อยกว่า 30 (≥ 25 แต่ <30)

ภาวะอ้วน - BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 30 แต่น้อยกว่า 40 (≥ 30 แต่ <40)

โรคอ้วน - BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 40 (≥ 40)

3.2.1.2 แนวทางการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนวิโรจน์ อารีย์กุล และคณะ (2555) กล่าวถึงแนวทางช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนที่ได้ผลดี มีดังนี้

1) การลดน้ำหนักควรสร้างแรงจูงใจให้วัยรุ่นเห็นประโยชน์และให้ความร่วมมือในการลดน้ำหนักเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2) การปรับเปลี่ยนอาหารสามารถทำได้โดยแนะนำให้วัยรุ่นปรับลดการบริโภคอาหารพลังงานสูงเช่นขนมหวาน น้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มรสหวาน รวมทั้งขนมจุบจิบซึ่งมักเป็นขนมที่ให้พลังงานสูงแต่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำได้แก่เค้ก โดนัท เป็นต้น แต่ให้เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ที่รสไม่หวานจัด

3) ส่งเสริมให้วัยรุ่นมีกิจกรรมทางกายควบคู่กับการออกกำลังกายโดยกระตุ้นหรือส่งเสริมให้วัยรุ่นเพิ่มกิจกรรมทางกายที่ไม่จำเป็นต้องเป็นการออกกำลังกายที่หนักมาก เช่น การเดินเร็ว หรือการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกายแทนที่จะนั่งอยู่เฉยๆมาก เช่น การเดินเร็ว หรือการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกายแทนที่จะนั่งอยู่เฉยๆ

4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยให้วัยรุ่นตั้งเป้าหมายของพฤติกรรมที่จะเปลี่ยนแปลง ติดตามด้วยตนเองโดยการบันทึกชนิดและปริมาณของอาหารที่รับประทานรวมทั้งกิจกรรมประจำวันเพื่อให้วัยรุ่นวิเคราะห์ เชื่อมโยงชนิดอาหาร เหตุการณ์และสภาพอารมณ์กับการรับประทานอาหาร ควบคุมสิ่งกระตุ้นที่ทำให้วัยรุ่นรับประทานอาหารมากเกินไปหรือไม่มีกิจกรรมทางกาย ปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารใหม่ เช่นดื่กข้าวให้น้อยลง เคี้ยวอาหารช้าๆ เป็นต้น ให้แรงเสริมทางบวก เช่นคำชมเชยหรือรางวัลที่เหมาะสมแก่วัยรุ่นเพื่อเป็นกำลังใจในการลดน้ำหนักและ

รักษาน้ำหนักที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้อาจแนะนำให้วัยรุ่นทำสัญญากับพ่อแม่หรือบุคคลที่วัยรุ่นรัก เคารพหรือเกรงใจ ได้อีกแนวทางหนึ่ง

3.2.2 ปัญหาพฤติกรรมทางเพศ จากการรายงานสถานการณ์ปัญหา ภาวะสุขภาพของวัยรุ่นไทยของสำนักงานคณะกรรมการเจริญพันธุ์ กรมอนามัยพบว่าอัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน ปี พ.ศ. 2553 – 2555 เท่ากับ ร้อยละ 50.1, 53.6 และ 53.8 ตามลำดับ จำนวนหญิงคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี เท่ากับ 133,176 ราย จำนวนหญิงคลอดอายุ 15 -19 ปี เท่ากับ 129,451 ราย จำนวนการคลอดในหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี เท่ากับ 3,725 ราย จำนวนหญิงตั้งครรภ์ซ้ำและคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี เท่ากับ 15,443 ราย (นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยทำแท้งเป็นกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน อายุต่ำกว่า 25 ปี มากถึงร้อยละ 46.5 และกลุ่มอายุ 15-19 ปี รองลงมา คิดเป็นร้อยละ 24.3 และข้อมูลสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก็พบว่ามีแนวโน้มอัตราป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยพบมากในกลุ่มอายุ 15 – 24 ปีซึ่งมีอัตราป่วยต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.65 ในปี พ.ศ.2550 เป็นร้อยละ 89.53 ในปี พ.ศ.2554

3.2.3 ปัญหาพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ปัจจุบันพบว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมใช้สารเสพติดกันมากขึ้น สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นใช้สารเสพติดมักเกิดจากถูกเพื่อนชักชวน ความรู้ยากลองตามวัย การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ใกล้ชิดกับสารเสพติด เช่น อยู่ในชุมชนหรือครอบครัวที่มีผู้ใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดี การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับสารเสพติดในกลุ่มเยาวชนซึ่งได้แก่พฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์ การเที่ยวกลางคืน และการไม่ได้พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา สำหรับปัจจัยป้องกันที่ทำให้วัยรุ่นปลอดภัยจากการใช้สารเสพติดนั้นได้แก่ความรักความผูกพันของวัยรุ่นกับครอบครัวความตั้งใจของตัววัยรุ่นเองที่จะประสบความสำเร็จและมีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจน ทักษะชีวิต ความรอบรู้ทางสุขภาพ การคบเพื่อนที่มีค่านิยมเชิงอนุรักษ์ ความเชื่อมั่นในคุณค่าของตนเอง ตลอดจนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมสร้างสรรค์ในสังคมต่างๆ จากการศึกษาพบว่าใน ปี พ.ศ. 2554 มีวัยรุ่นไทยช่วงอายุ 15-19 ปี ดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 723,268 คน คิดเป็นความชุกของนักดื่มวัยรุ่น ร้อยละ 14.0 โดยเป็นนักดื่มหน้าใหม่ 2.5 แสนคน นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นไทยช่วงอายุ 15-18 ปี มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 9.2 เฉลี่ยอายุที่เริ่มสูบบุหรี่คือ 17.4 ปี

3.2.4 ปัญหาการติดเกม ยุคปัจจุบันเด็กและเยาวชนเกิดมาพร้อมกับความก้าวหน้าทางด้านการสื่อสารและเทคโนโลยี จากผลการสำรวจการใช้คอมพิวเตอร์ของเด็กและเยาวชนไทยในปี พ.ศ.2545 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่ามีเด็กและเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 11 – 24 ปี ประมาณ 3 ล้านคนใช้คอมพิวเตอร์เพื่อเล่นเกม และยังพบอีกว่าเด็กและเยาวชน อายุระหว่าง 6 – 24 ปี ประมาณ 1.4 ล้านคนเล่นคอมพิวเตอร์หรือวิดีโอเกมเป็นกิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง (สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ และคณะ, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการเล่นคอมพิวเตอร์ในเด็ก

นักเรียนระดับมัธยมของ ศิริโชค หงษ์สงวนศรี และคณะ (2548) ที่พบว่าเด็กจำนวนหนึ่งที่เล่นเกมมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ จนถึงเล่นเกมทุกวันและใช้เวลาเล่นเกมประมาณ 3 ชั่วโมงต่อครั้งนอกจากนี้ยังมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเกมออนไลน์ในกลุ่มเด็กและเยาวชนไทยในเขตกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑลของนพดลกรรณิกา และคณะ (2548) พบว่าเด็กในเขตกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑลอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไปนิยมเล่นเกมออนไลน์ถึง 1,451,179 คนจะเห็นได้ว่าเด็กและวัยรุ่นไทยมีพฤติกรรมการชอบเล่นเกมคอมพิวเตอร์หรือเกมออนไลน์ที่ไม่เหมาะสมซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาการติดเกม สำหรับกลไกการติดเกมนั้นเกิดจากการเล่นเกมคอมพิวเตอร์จะทำให้เกิดหลั่งของสารสื่อประสาท โดปามีน (Dopamine) ในสมอง ซึ่งจะทำให้เกิดความสุข ความเพลิดเพลินใจ นอกจากนี้การเล่นเกมยังทำให้เด็กได้รับความสนุกสนาน ความรู้สึกประสบความสำเร็จ รู้สึกท้าทาย ช่วยระบายแรงขับจากความก้าวร้าวเกิดความรู้สึกว่าตนมีกลุ่มเพื่อนและได้รับการยอมรับ ผลของเกมคอมพิวเตอร์ตามที่กล่าวมาจึงทำให้เด็กวัยรุ่นเกิดแรงจูงใจที่จะเล่นเกมคอมพิวเตอร์ซ้ำจนกระทั่งติดเกมในที่สุดสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นมีปัญหาติดเกมนั้นส่วนใหญ่เกิดจากพ่อแม่ ผู้ปกครองเลี้ยงดูบุตรแบบปล่อยปละละเลย ขาดความสนใจเอาใจใส่เด็กเท่าที่ควร ปล่อยให้เด็กอยู่ในบ้านคนเดียว ซึ่งจะเป็นตัวส่งเสริมให้เด็กหันไปสนใจเล่นเกมคอมพิวเตอร์และวิดีโอเกมกันได้ง่ายขึ้น จนส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิด เจตคติ และพฤติกรรม คือเด็กวัยรุ่นที่นิยมเล่นเกมที่มีลักษณะต่อสู้อย่างก้าวร้าวรุนแรง มักจะซึมซับความคิดและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงไปโดยไม่รู้ตัว จึงทำให้เกิดการทะเลาะวิวาทชกต่อยกันเมื่อมีความขัดแย้งกันได้ง่ายขึ้น การติดเกมยังมีส่วนทำให้วัยรุ่นคือร้าน ต่อต้านครู ผู้ปกครองก่อให้เกิดอารมณ์และความคิดที่จะสงสารหรือช่วยเหลือผู้อื่นลดน้อยลงได้ มีผลกระทบทำให้การเรียนรู้สิ่งต่างๆ ลดลง ผลการเรียนแย่ลง การเข้าสังคมลดลงจนไม่ยอมคบหากับใครนอกจากเพื่อนที่อยู่ในเกมออนไลน์เท่านั้น นอกจากนี้การติดเกมอาจนำไปสู่การเอาชား การพนันโดยไม่คำนึงถึงความเสี่ยงต้องเหมาะสมได้อีกด้วย

3.2.5 ปัญหาความเครียด จากการสำรวจสุขภาพจิตของวัยรุ่นในสถานศึกษา เมื่อปี พ.ศ.2547 ของกรมสุขภาพจิต พบว่าวัยรุ่นไทยมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางหรือสูงกว่าปกติเล็กน้อย เพศหญิงมีความเครียดมากกว่าเพศชาย สาเหตุสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นเกิดความเครียดได้แก่สภาพครอบครัวแตกแยก รายได้ของครอบครัวต่ำ ครอบครัวมีหนี้สิน ความคาดหวังในการเรียนจากครอบครัวและสังคมสูง การไม่เข้าใจเนื้อหาสาระของวิชาที่เรียน ความเจ็บป่วย หรือโรคประจำตัว ฯลฯ สำหรับปัจจัยที่ส่งเสริมให้วัยรุ่นเกิดความเครียดได้ง่ายนั้น เช่นการมีบุคลิกภาพที่อ่อนแอ และขาดแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และ คณะ , 2547)อาการที่บ่งบอกว่ามี ความเครียดเกิดขึ้นได้แก่ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ใจสั่น อารมณ์หงุดหงิด เปลี่ยนแปลงง่าย นอนไม่หลับ หลงลืม ไม่มีสมาธิ หงุดหงิดครุ่นคิด และขาดความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว

3.2.6 ปัญหาภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย จากการสำรวจสุขภาพจิตของวัยรุ่นในสถานศึกษา ของกรมสุขภาพจิตพบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น มักเกิดจากกรรมพันธุ์ สภาพแวดล้อมในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัวไม่ดี หรือมีการหย่าร้างของครอบครัว บุคลิกภาพที่ขี้อาย วิตกกังวลง่าย ฟังพาผู้อื่น ชอบตำหนิตนเอง จะมีความภาคภูมิใจในตัวเองต่ำ จึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง นอกจากนี้ยังพบว่าการประสบการณืกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่างๆ ในเรื่องครอบครัว เพื่อน คนรัก หรือการเรียน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และ คณะ , 2547) อาการของภาวะซึมเศร้าที่พบในวัยรุ่น ได้แก่ อารมณ์เศร้า เฉยชา ไม่สนใจสิ่งแวดลอม รู้สึกหมดเรี่ยวแรงไม่อยากทำอะไร เบื่ออาหาร แต่บางรายจะหิวบ่อยและรับประทานจุมากขึ้นนอนไม่หลับ คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับตัวเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ท้อแท้ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ในรายที่เป็นรุนแรงอาจมีความคิดหรือพยายามที่จะฆ่าตัวตายได้

3.3 ภาวะสุขภาพของ นักศึกษาพยาบาลวัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตอันเป็นผลจากการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัจจุบันประเทศไทยมีวัยรุ่นซึ่งเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 15 - 21 ปี จำนวน 4,266,603 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) ซึ่งในอนาคตวัยรุ่นเหล่านี้จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ หรือเป็นวัยทำงานที่จะเป็นกำลังสำคัญของประเทศต่อไป ดังนั้นปัจจัยปกป้องที่สำคัญสำหรับวัยรุ่นในการพัฒนาตนเอง รวมถึงความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหาและความเสี่ยงต่างๆ ในชีวิต ก็คือการที่วัยรุ่นจะต้องมีทักษะชีวิตหรือมีความรู้เท่าทันชีวิต รวมทั้งมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้วยจึงจะเป็นผลดีทำให้วัยรุ่นมีความสามารถในการปรับตัวสามารถเผชิญกับสิ่งต่างๆรอบตัว ที่จะเข้ามาในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ถูกต้องด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวัยรุ่นข้างต้นจะเห็นว่าปัญหาสุขภาพที่พบในวัยรุ่นส่วนใหญ่มักเป็นผลมาจากการวิถีการดำเนินชีวิต และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์เป็นพื้นฐาน ซึ่งหากป้องกัน แก้ไขไม่ถูกวิธีอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพหรือเกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ อารมณ์ ตามมาได้ นักศึกษาพยาบาลเป็นเยาวชนอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งจัดอยู่ในช่วงวัยรุ่นเช่นกัน หากนักศึกษาพยาบาลมีความรู้ มีความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างถูกต้อง รวมทั้งมีทักษะชีวิตที่ดี ก็ย่อมทำให้นักศึกษาพยาบาลมีวิธีการดูแลสุขภาพตัวเอง มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ส่งผลทำให้นักศึกษามีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งสามารถนำความรู้และประสบการณ์ตรงเหล่านี้ไปถ่ายทอด แนะนำแก่ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมอีกด้วย การที่นักศึกษาพยาบาลเป็นนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาจึงนับว่าเป็นกำลังสำคัญในวิชาชีพการพยาบาลที่ควรปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแก่สังคมเกี่ยวกับพฤติกรรม 3 อ. เพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดี และนำไปสู่การป้องกันการเกิดปัญหาภาวะโภชนาการปัญหาสุขภาพต่างๆ

อันเนื่องมาจากการขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม รวมทั้งปัญหาสุขภาพทางจิตใจ อารมณ์ ตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

ตอนที่ 4 ความรอบรู้ทางสุขภาพ(Health Literacy)

คำว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ หรือ ภาษาอังกฤษ คือ Health Literacy ซึ่งเกิดจากการผสมคำระหว่าง Health และ Literacy และมีความหมายดังนี้

4.1 สุขภาพ(Health)

คำว่า “สุขภาพ (Health)” นั้น มีนักวิชาการ/นักการศึกษาหลายท่านให้คำนิยามไว้ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO : World Health Organization ,1948) ได้ให้นิยามของ “สุขภาพ (Health)” ไว้ว่าหมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข และมีได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรคและทุพพลภาพเท่านั้นที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก (2541) ได้มีมติให้เพิ่มคำว่า “Spiritual well-being” หรือสภาวะทางจิตวิญญาณเข้าไป จึงทำให้คำว่า“สุขภาพ” มีความหมายรวมถึงองค์ประกอบ 4 ส่วน ด้วยกัน ได้แก่

1) สุขภาวะทางกาย หมายถึง สภาพที่ดีของร่างกาย กล่าวคือ อวัยวะต่างๆอยู่ในสภาพที่ดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ทำงานได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน

2) สุขภาวะทางจิตใจ อารมณ์ หมายถึง สภาพของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส มิให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข

3) สุขภาวะทางสังคม หมายถึง สภาพที่ดีของปัญหาที่มีความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

4) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง บุคคลที่บุคคลมีสภาวะทางกายและจิตใจที่สุขสมบูรณ์สามารถปฏิสัมพันธ์และปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดีและมีความสุข

รัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ของประเทศไทยได้กำหนดคำนิยามของ สุขภาพว่าหมายถึง “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกายทางจิตใจ อารมณ์ทางปัญญาและทางสังคมที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร , 2554 : 9)

4.2 การรู้หนังสือ(Literacy) National Literacy Act (1991) ; ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร , (2554) กล่าวถึงคำว่า “การรู้หนังสือ”(Literacy) ไว้ว่าหมายถึง

ความสามารถของบุคคลในด้านการอ่าน การเขียน การพูด การคิดคำนวณ รวมทั้งการคิดแก้ปัญหา ต่างๆเพื่อการพัฒนาตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

การรู้หนังสือจัดเป็นปัจจัยพื้นฐานอย่างหนึ่งในการพัฒนามนุษย์ ซึ่งนับว่าเป็นทุนสำคัญของการพัฒนาประเทศ หากประชาชนไม่รู้หนังสือมีจำนวนมากย่อมส่งผลทำให้ประเทศนั้นไม่สามารถพัฒนาด้านอื่นๆได้ทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม การศึกษา วัฒนธรรม นอกจากนี้การไม่รู้หนังสือยังส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพของประชาชนด้วยเช่นกัน ดังจะเห็นว่าผู้บริหารประเทศของประเทศสหรัฐอเมริกาได้นับเรื่องการรู้หนังสือ นี้เป็นวาระระดับชาติโดยกำหนดนโยบายประชาชนสุขภาพดี (Healthy People 2010) ขึ้นในปี ค.ศ.2010 และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องประเมินเรื่องการรู้หนังสือของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ โดยพบว่าคนอเมริกันจำนวนมากที่มีปัญหาเรื่องการอ่าน การฟัง การทำความเข้าใจ การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ในการดูแลสุขภาพ ทำให้ถูกเพ่งเล็งว่าเป็นคนที่มีความจำกัดในเรื่องความรู้ทางสุขภาพ (limited health literacy) ซึ่งแสดงออกโดยอ่านฉลากยาไม่ออก ไม่เข้าใจคำแนะนำของแพทย์ทำให้ปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง (Farker, 2000 อ้างถึงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร , 2554 : 6) นอกจากนี้องค์การวิจัยทางสุขภาพ (Agency for Healthcare Research and Quality : AHRQ) ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้กล่าวถึงคนที่มีการรู้หนังสือในระดับต่ำ (Low literacy) ว่ามีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcome) หลายประการ ได้แก่มีความรู้เรื่องสุขภาพในระดับต่ำ มีอุบัติการณ์เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ตลอดจนมารเข้าถึงหรือใช้บริการทางสุขภาพค่อนข้างน้อย(Agency for Healthcare Research and Quality : AHRQ ,2011 : 1)สำหรับประเทศไทยนั้นสำนักงานสถิติแห่งชาติได้รายงานผลการสำรวจการอ่านออกเขียนได้ของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไประหว่างปี พ.ศ.2543 – 2549 ซึ่งพบว่าประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปสามารถอ่านออกเขียนได้เพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ.2543 มีประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปสามารถอ่านออกเขียนได้ คิดเป็นร้อยละ 92.6 และในปี พ.ศ. 2548-2549 มีประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปสามารถอ่านออกเขียนได้ คิดเป็นร้อยละ 93.5 (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร , 2554)

จากที่กล่าวมาเกี่ยวกับสุขภาพ(Health)และการรู้หนังสือ(Literacy) นั้น เมื่อนำคำทั้งสองมารวมกันก่อให้เกิดคำและความหมายใหม่ ซึ่งได้แก่ ความรอบรู้ทางสุขภาพดังนี้

4.3 ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy)

4.3.1 ความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาพ คำว่า “Health Literacy” เมื่อแปลเป็นภาษาไทยแล้วพบว่ามีผู้นำมาใช้อย่างหลากหลาย ได้แก่ “ความฉลาดทางสุขภาพ” “ความฉลาดทางสุขภาพะ” “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ” และ “ความรอบรู้ทางสุขภาพ” (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554 : 15-16)ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยขอใช้คำว่า “ความรอบรู้ทางสุขภาพ” จากการศึกษาทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า มีนักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศอธิบายความหมายหรือให้คำจำกัดความของคำว่าความรอบรู้ทางสุขภาพไว้หลากหลายแต่มีความคล้ายคลึงกันในส่วนนี้ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO ,1998) ได้นิยามคำว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ(Health Literacy) นั้นเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม (cognitive and social skills)ที่เป็นแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และนำข้อมูลสุขภาพมาใช้ประโยชน์ในการส่งเสริม และบำรุงรักษาให้มีสุขภาพดี ต่อมาองค์การอนามัยโลก ได้นิยามความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาพใหม่ว่าหมายถึงผลสัมฤทธิ์ของระดับความรู้ ทักษะส่วนบุคคลและความเชื่อมั่นในการแสดงออกของบุคคลเพื่อปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเองและชุมชน โดยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว

ต่อมา องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO, 2013 cited in Caylan ,2017) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ความรอบรู้ทางสุขภาพ” (Health literacy) เพิ่มขึ้น เดิมว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับการรู้หนังสือ และความรู้ แรงจูงใจ รวมทั้งความสามารถของบุคคลในการเสาะแสวงหา เข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจข้อมูล วิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินคุณค่าข้อมูลที่ได้ และตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ใน ชีวิตประจำวันโดยการดูแลรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีการธำรงรักษาสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี (Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise and apply health information in order to make judgements and take decisions in everyday life concerning health care, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life Course.)

รัทซาน และปาร์คเกอร์ (Ratzan and Parker, 2000 cited in Institute of Medicine : IOM ,2004 :32) ให้ความหมายว่าเป็นระดับความสามารถของแต่ละบุคคลในการที่เข้าถึง ได้รับข้อมูลสุขภาพ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพพื้นฐานหรือบริการทางสุขภาพที่ได้รับ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจทางสุขภาพในทางที่เหมาะสม (The degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions.)

แควน ฟรานกิส และรูทแมน (Kwan, Frankish and Rootman, 2006) ได้กล่าวถึง ความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาพว่าเป็นระดับความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เสาะแสวงหา สืบค้นข้อมูล ทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ วิเคราะห์ แปรความหมายประเมินค่าข้อมูล และสื่อสารข้อมูลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหรือดำรงรักษาภาวะสุขภาพที่ดีนั้นจนตลอดช่วงชีวิต (The degree to which people are able to access, understand, appraise and communicate information to engage with the demands of different health contexts to promote and maintain health across the life-course.)

สำนักส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สหรัฐอเมริกา (U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010 : 1) ให้นิยามความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) ไว้ว่าเป็นระดับความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจข้อมูลทางด้านสุขภาพและความต้องการบริการเพื่อการตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสม

โซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012) กล่าวถึงความรอบรู้ทางสุขภาพว่าเป็นความสามารถของบุคคลในการแสวงหา สืบค้นเพื่อเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ มีความสามารถในการอธิบายการตีความการกลั่นกรองและประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ รวมทั้งสามารถสื่อสารและใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย

สมาคมความรอบรู้ทางสุขภาพแห่งภาคพื้นยุโรป (The European Health Literacy Consortium, 2012 cited in World Health Organization, 2013 : 4) ให้ความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ว่าเป็นความเชื่อมต่อของการรู้หนังสือ (Literacy) กับการตกลึกความรู้ แรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูล และนำข้อมูลสุขภาพมาใช้ในการตัดสินใจในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพอันจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2541 อ้างถึงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554 : 11) ได้นิยามคำว่า โดยแปลมาจากขององค์การอนามัยโลกว่าเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคล ในการเข้าถึงทำความเข้าใจและนำข้อมูลที่ได้รับมาใช้ประโยชน์เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (2558 : 9) ให้ความหมายของ ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ว่าเป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบแปลความหมายประเมินคุณค่าของข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งรอบๆตัว จนทำให้เกิดแรงจูงใจให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเองหรือจัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพและคงรักษาไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องทางสุขภาพให้แก่บุคคลอื่นๆ ครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม

อังศินันท์ อินทรกำแหง(2556 : 6) ให้ความหมายของคำว่าความรอบรู้ทางสุขภาพว่าหมายถึงการกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึงทำความเข้าใจและประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเองจัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่า “ความรอบรู้ทางสุขภาพ” ตามแนวคิดของโซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al.,2012) นั้นมีความเชื่อมโยงกับการป้องกันสุขภาพและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงเลือกความหมายนี้มาเป็นแนวทางสำหรับศึกษาวิจัยครั้งนี้ และให้ความหมายของคำว่า “ความรอบรู้ทางสุขภาพ” ว่าหมายถึงความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เสาะแสวงหา สืบค้นและทำความเข้าใจ แปลความหมายข้อมูลสุขภาพที่ได้รับหรือเข้าถึงได้ สามารถตัดสินใจเลือกและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพ/ความเจ็บป่วยรวมทั้งสามารถดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้คงดีอยู่เสมอ

4.3.2 ความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ แม้ว่าความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างขีดจำกัดของความรอบรู้ทางสุขภาพ กับผลลัพธ์สุขภาพจะมีการยืนยันค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตามยังมีข้อค้นพบความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกันอยู่ แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ทางสุขภาพอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หรือความสามารถในการดูแลสุขภาพของคนของคนอเมริกันด้วยเหตุนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและให้บริการสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา(The Department of Health and Human Services : DHHS) จึงกำหนดนโยบายนำเรื่องความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy)เข้ามาเป็นวาระแห่งชาติทางด้านสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี (Nation’s Healthy People 2010 objectives) สำหรับในประเทศไทยนั้น ปัจจุบันรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขต่างเห็นสอดคล้องกันว่าความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งจัดเป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและมีความสามารถที่จะ

เข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่ได้รับเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจนำไปปฏิบัติตน หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมนั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บุคคล ประชาชนเกิด พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืนส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

คณะกรรมการการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (2559) กล่าวถึงร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2559 ฉบับลงประชามติ มาตรา 55 ว่ารัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งส่งเสริมและ สนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด ด้วยเหตุนี้จึงกำหนดให้มี การนำเรื่องการปฏิรูปความรู้ทางสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพมาจัดทำเป็นนโยบายเร่งด่วนซึ่ง เรียกว่า “นโยบายการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ” รวมทั้งจัดตั้ง “คณะกรรมการ สร้างเสริมความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ” และยุทธศาสตร์ในการปฏิรูปเพื่อให้เกิด สังคมแห่งความรู้ทางสุขภาพขึ้นในประเทศไทยขึ้น เพื่อผลักดันให้พลเมืองไทยเป็นพลเมืองที่มี สุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งปัจจัยสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปความรู้ทางสุขภาพและการ สื่อสารสุขภาพประการหนึ่งได้แก่การพัฒนาความสามารถของประชาชน ให้มีความสามารถในการ ดูแลสุขภาพตนเองครอบครัว และชุมชนได้โดยการสร้างเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) จะเห็นว่าสอดคล้องกับข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่กล่าวไว้ว่า “การพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นการสร้างและพัฒนาขีด ความสามารถในการระดับบุคคลในการธำรงรักษาสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน สามารถขึ้นระบบ สุขภาพได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเอง ร่วมกับผู้ให้บริการทางสุขภาพ และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้รวมทั้ง กำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเองหรือควบคุมโรคได้

4.3.3 องค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพพบว่า มีนักวิชาการหลาย ท่าน กล่าวถึงองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ ไว้หลากหลาย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO , 1998)กล่าวถึง ความหมายที่สะท้อนถึงองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพว่าประกอบด้วย การแสวงหา สืบค้น/ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และการใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การดำรงรักษาสุขภาพให้ดี

แควน ฟรานกิส และรูทแมน (Kwan, Frankish & Rootman, 2006) ได้กล่าวถึงความหมายที่สะท้อนถึงองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพว่า ประกอบด้วย 1) การเข้าถึง/แสวงหาสืบค้นข้อมูล 2) การทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ 3) การวิเคราะห์ แปลความหมายประเมินค่าข้อมูลสุขภาพ และ 4) การสื่อสารข้อมูลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหรือดำรงรักษาภาวะสุขภาพที่ดีนั้นจนตลอดช่วงชีวิต

อังศินันท์ อินทรกำแหง (2556) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ จากงานวิจัยของนักวิชาการหลายท่านที่ตีพิมพ์เผยแพร่ เช่น Shooou-Yih D. Lee (2004) ; Paasche-Orlow & Wolf (2007) ; Nutbeam (2008) ; Von Wagner (2009) ; Rootman, (2009) ; Chin et al. (2011) และ Edwards M., Wood, Davies & Edwards A. (2012) เป็นต้น รวมทั้งงานวิจัยที่อยู่ในฐานข้อมูลต่างๆของต่างประเทศ แล้ววิเคราะห์องค์ประกอบจนได้คุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่บุคคลควรได้รับการพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพ จำนวน 6 ประการ ได้แก่

1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) หมายถึง การที่บุคคลรู้ว่าจะหาข้อมูลสุขภาพ หรือบริการสุขภาพได้จากแหล่งใด สามารถค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้ มีความเข้าใจ ประเมิน วิเคราะห์ความถูกต้องของข้อมูลสุขภาพ หรือบริการสุขภาพ สามารถนำข้อมูลนั้นไปใช้ได้

2) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) หมายถึง การที่รู้วิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม สามารถอธิบายเหตุผลของการปฏิบัติตัวนั้นๆได้ สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบผลของการปฏิบัติตัวที่แตกต่างกันได้

3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถในการอ่าน บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพได้ สามารถพูดคุยสื่อสารกับบุคคลอื่นได้

4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถในการบอกทางเลือกในการปฏิบัติของตนเองได้ รวมทั้งสามารถเปรียบเทียบจุดเด่น จุดด้อย ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจแต่ละแนวทางเลือกได้

5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) หมายถึง การที่บุคคลสามารถตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของสื่อต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ สามารถเลือกรับสื่อหรือชี้แนะแนวทางในการบริโภคสื่อที่ถูกต้องให้กับผู้อื่นได้

6) การจัดการตนเอง (Self-management) หมายถึง บุคคลมีความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และสามารถทำตามแผนที่กำหนดได้ รวมทั้งมีการทบทวนการปฏิบัติตนนั้นเพื่อนำมาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

Sørensen et al. (2012)กล่าวถึงความรอบรู้ทางสุขภาพว่า ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเข้าถึง (Access) หมายถึงความสามารถที่จะแสวงหาค้นหาและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ 2) ด้านการทำความเข้าใจ (Understand) หมายถึงความสามารถที่จะเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ 3) ด้านการวิเคราะห์ ตีความหมาย ประเมินคุณค่าข้อมูลสุขภาพ (Appraise) หมายถึงความสามารถในการอธิบายการตีความการกลั่นกรองและประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง และ 4) ด้านการตัดสินใจเลือกนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ (Apply) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการสื่อสารและการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพตนเอง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2558) เสนอว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

จากผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับองค์ประกอบ ของความรอบรู้ทางสุขภาพ จากงานวิจัย งานวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอกทั้งในประเทศและต่างประเทศ สามารถสรุปเป็นตารางได้ ดังนี้

ตารางที่ 1 สรุปองค์ประกอบของความรู้ทางสุขภาพ

องค์ประกอบ	การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	ความรู้ความเข้าใจ	ทักษะการสื่อสาร	การจัดเก็บเนื้อหาทางสุขภาพของตนเอง	การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	การวิเคราะห์และแปลความประเด็นค่า	พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ	การดูแลป้องกันเยี่ยมตรวจ	การปฏิบัติตามคำแนะนำ	การรับรู้ให้และผู้รับบริการ	การดูแลตนเอง	การพัฒนาศักยภาพ	การรู้หนังสือ
ชื่อผู้แต่ง														
1.Shoo-Yih D. Lee (2004)		✓						✓	✓	✓	✓	✓		✓
2.Paasche-Orlow & Wolf (2007)	✓										✓	✓		✓
3.Von Wagner (2009)							✓							✓
4.Rootman, (2009)						✓	✓							✓
5.Chin et al. (2011)		✓											✓	
6.Wood, Davies & Edwards. (2012)	✓		✓			✓								
7.Sørensen et al. (2012)	✓	✓				✓	✓							
8.อิงคินันท์ อินทรกำแหง (2556)	✓	✓			✓	✓								
9.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2558)	✓	✓		✓	✓	✓								
10.วชิระ เฟื่องจันทร์ (2560)	✓	✓				✓	✓							
11.จิระภา ขำพิสุทธิ (2561)	✓	✓	✓	✓	✓	✓								
12.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ สมพร รักความสุข และ อรวรรณ ดวงใจ (2561)	✓	✓				✓	✓							
รวม	8	9	4	4	3	8	5	1	1	1	2	2	1	4

จากตารางสรุปองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามที่นักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศระบุไว้ จะเห็นว่าองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพที่พบมากที่สุดเรียงลำดับหมวดหมู่จากมากไปหาน้อยได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 3) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 4) ทักษะการสื่อสาร การวิเคราะห์ แปลความ และประเมินค่า 5) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 6) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการรู้หนังสือ 7) การปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้และผู้รับบริการ และการดูแลตนเอง 8) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ การดูแลป้องกันและเฝ้าระวัง การปฏิบัติตามคำแนะนำ และการพัฒนาศักยภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกนำองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพของโซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012) ทั้ง 4 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ (Access) ด้านการทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ (Understand) ด้านการวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) และด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ (Apply) มาผสมผสานกับเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 ข้อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ตามแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์ (Pender, 1982 cited in Raingruber, 2017:75-76) เรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น เรื่องกระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - efficiency) ตามแนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ของแบนดูรา (Bandura ,1989) เรื่ององค์ประกอบของการเรียนรู้ ของบลูม และคณะ (Bloom et al., 1956) และกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมลงมือกระทำ (Active Learning) ตามแนวคิดของบอนเวลล์ และ ไอสัน (Bonwell & Eison ,1991) ในทฤษฎีการเรียนรู้ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน และเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับความรู้ และ แรงจูงใจมาผสมผสานเข้าด้วยกัน เพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือสำหรับใช้ในการทดลองสำหรับการวิจัยครั้งนี้

4.3.4 ผลลัพธ์ทางสุขภาพ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2556) กล่าวถึงนักวิชาการจากต่างประเทศหลายท่าน อาทิ เช่น Shooou-Yih D. Lee (2004) Paasche-Orlow & Wolf (2007) Nutbeam (2008) Von Wagner (2009) Rootman, (2009) Chin et al. (2011) และ Edwards M., Wood, Davies & Edwards A. (2012) ที่ได้เสนอเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพซึ่งเกิดจากการที่บุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ ในทำนองเดียวกันว่าจะส่งผลทำให้บุคคลขาดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพมักไม่ดีไม่รู้จักดูแลตนเองไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ อันจะก่อให้เกิดความล่าช้าในแสวงหาการดูแลตนเองที่เหมาะสมสุขภาพทรุดโทรมและทำให้อัตราการใช้บริการฉุกเฉินและรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น สำหรับบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพจะทำให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจทางสุขภาพ (decision making) เพื่อบริหารจัดการกับสุขภาพของตนเอง (Self-management) ได้อย่างเหมาะสม

สำหรับโซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพไว้ในโมเดลบูรณาการความรู้ทางสุขภาพ (Integrated model of health literacy) ว่าเมื่อบุคคลมีความรู้ทางสุขภาพแล้วจะก่อให้เกิดผลที่ตามมาทางสุขภาพ 4 ประการ ได้แก่

1) การใช้บริการ (Service use) vs. ค่าใช้จ่าย (Costs) หมายถึง บุคคล กลุ่มคนที่มีความรู้ทางสุขภาพอย่างเพียงพอ จะสามารถแสวงหา สืบค้น หรือเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ ทำความเข้าใจเนื้อหา สาระของข้อมูลได้กระจ่าง ชัดเจน วิเคราะห์ ประเมินค่าของข้อมูลจนสามารถนำไปสู่การตัดสินใจเลือกข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมจนมีสุขภาพดี ในทางกลับกันหากบุคคลมีความรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอ หรือในระดับต่ำ ย่อมทำให้ขาดความสามารถในการแสวงหา เข้าถึงข้อมูลสุขภาพอันเป็นประโยชน์ จึงทำให้ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วย ต้องเข้ารับการรักษาในสถานบริการ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

2) พฤติกรรม (Behavior) vs. ผลลัพธ์ (Outcomes) หมายถึง บุคคล กลุ่มคนที่มีความรู้ทางสุขภาพอย่างเพียงพอ จะมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสม ส่งผลทำให้มีสุขภาพแข็งแรง ปราศจากโรคภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี หากบุคคลมีความรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอ หรือในระดับต่ำ แล้วย่อมส่งผลทำให้ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ขาดการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเมื่อเจ็บป่วยจนเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีความรุนแรงมากขึ้น

3) การมีส่วนร่วม (Participation) vs. พลังอำนาจ (Empowerment) หมายถึง บุคคล กลุ่มคน หรือชุมชนที่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค หรือมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะส่งผลทำให้เกิดพลังอำนาจในการที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน

4) ความเท่าเทียม (Equity) vs. ความยั่งยืน (Sustainability) หมายถึง บุคคล กลุ่มคน หรือชุมชนที่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ หรือเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ย่อมทำให้มีความรู้ในการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสมอย่างคงทน ถาวรจนเกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค หรือการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย อันจะทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือมีสุขภาพะตามมา

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2558) เสนอว่า ความรู้ทางสุขภาพก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพตามแต่ละองค์ประกอบได้แก่

1) สามารถเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รู้วิธีการค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา ค้นหาข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

2) มีความรู้และจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพสามารถอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพในการที่จะนำไปปฏิบัติสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล

3) สามารถสื่อสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลทางสุขภาพ สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูดอ่านเขียนให้บุคคลอื่นเข้าใจ และสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ 4) สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติรวมทั้งสามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้ มีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง 5) สามารถตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นสามารถประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคมและ 6) สามารถกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีการปฏิบัติสามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม

4.3.5 ระดับของความรอบรู้ทางสุขภาพ

Nutbeam.(2000) แบ่งความรอบรู้ทางสุขภาพ ออกเป็น 3 ระดับได้แก่

ระดับ 1 ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับพื้นฐาน (Basic/Functional Literacy) เป็นสมรรถนะในการอ่านและเขียนเพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพจัดเป็นทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพเช่นการอ่านใบยินยอมรับการรักษารักษาอ่านฉลากยาการเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพความทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องการรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น

ระดับ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (Communicative/Interactive Literacy) จัดเป็นสมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสารเพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเป็นการรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive Literacy) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ทำให้บุคคลสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองเช่นการรู้จักซักถามผู้รู้การถ่ายทอดอารมณ์ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจเพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น

ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy) จัดเป็นสมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่บุคคลมีอยู่เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงตัวอย่างต่อเนื่อง

4.3.6 เครื่องมือที่ใช้วัดความรอบรู้ทางสุขภาพ ปัจจุบันพบว่ามีเครื่องมือที่ใช้วัดความรอบรู้ทางสุขภาพ ซึ่งได้รับการพัฒนาจากนักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศเป็นจำนวนมาก ดังนี้

4.3.6.1 เครื่องมือที่ใช้วัดความรอบรู้ทางสุขภาพของต่างประเทศ

1) Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) เป็นแบบวัดที่ Parker, Baker, Williams & Nurss พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ.1995 สำหรับใช้วัดความรอบรู้ทางสุขภาพในเด็ก เยาวชน และวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 67 ข้อ เป็นการวัดตามองค์ประกอบด้านความสามารถในการอ่าน 50 ข้อ และองค์ประกอบด้านความสามารถเกี่ยวกับตัวเลข 17 ข้อ

2) Short-Test Of Functional Health Literacy In Adults (S-TOFHLA) พัฒนาขึ้นโดย Baker, Williams, Parker, Gazmararian & Nurss เมื่อปี ค.ศ. 1999 จัดเป็นฉบับย่อของแบบประเมิน TOFHLA สำหรับใช้วัดองค์ประกอบด้านความสามารถในการอ่าน และด้านความสามารถในการทำความเข้าใจสื่อ อุปกรณ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย

3) The eHealth Literacy Scale (eHEALS) เป็นแบบวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ มีลักษณะเป็นแบบประเมินตนเอง (Self-report) พัฒนาโดย Norman & Skinner ในปี ค.ศ.2006 สำหรับใช้ประเมินทักษะการรับรู้ของบุคคลในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสุขภาพ และเพื่อช่วยในการกำหนดความเหมาะสมระหว่างโปรแกรม eHEALS กับบุคคล โดยวัดจากองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านวัฒนธรรม (Traditional) 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information) 3) ด้านสุขภาพ (Health) 4) ด้านคอมพิวเตอร์ (Computer) 5) ด้านสื่อ (Media) และ 6) ด้านการรู้เรื่องทางวิทยาศาสตร์ (Scientific literacy) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loadings) อยู่ระหว่าง 0.60 - 0.84 และมีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.88

4) The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประเมินทักษะการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์ พัฒนาโดย Davis, Crouch, Wills & Abdehou ในปี ค.ศ.1991 มีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.97

5) Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL) เป็นแบบประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานการสื่อสารและการมี

วิจารณ์งานใช้วัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้ง 3 ระดับ ซึ่งได้แก่ขั้นพื้นฐาน ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์และขั้นวิพากษ์ ตาม แนวคิดของ Nutbeam (Nutbeam) พัฒนาขึ้นโดย Ishikawa, Takeuchi & Yano ในปี ค.ศ. 2008

6) Medical Achievement Reading Test (MART) เป็นแบบทดสอบการอ่านคำศัพท์ทางการแพทย์ พัฒนาขึ้นโดย Hanson-Drivers ในปี ค.ศ.1997 (Mancuso, 2009) ใช้สำหรับประเมินการอ่านคำศัพท์ทางการแพทย์ โดยให้ความสำคัญกับสาเหตุของการที่ผู้รับบริการไม่สามารถอ่านคำที่ใช้ในทางการแพทย์หรือคำที่เกี่ยวข้องในใบสั่งยา แผ่นพับ เอกสารแนะนำการปฏิบัติตนต่างๆได้ เพราะจะทำให้ผู้รับบริการต้องคาดเดาคำที่ไม่สามารถอ่านได้จนอาจเกิดความเข้าใจผิดพลาดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา แล้วส่งผลเกิดผลทางลบต่อสุขภาพตามมาได้

7) The Health Literacy Knowledge and Experience Survey (HL-KES) สำหรับใช้ประเมินความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล พัฒนาโดย Catherine M. Cormier (2006)

8) The Health Literacy Knowledge and Experience Survey (HL-KES) แบบสอบถามฉบับนี้สำหรับประเมินความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลซึ่ง Torres & Nichols (2014) ได้พัฒนามาจากแบบประเมิน The HLKES ของ Cormier and Kotrlik (2009) ที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความรู้ทางสุขภาพของบุคลากรทางพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 29 ข้อ ประเมินเนื้อหา 5 ด้าน ได้แก่ 1) ข้อเท็จจริงพื้นฐานของความรู้ทางสุขภาพ (basic facts of health literacy) จำนวน 6 ข้อ 2) การคัดกรองความรู้ทางสุขภาพ (health literacy screening) จำนวน 6 ข้อ 3) ผลที่เกิดขึ้นจากการมีความรู้ทางสุขภาพต่ำ (consequences associated with low health literacy) จำนวน 4 ข้อ 4) แนวทางสำหรับความรู้ทางสุขภาพ (guidelines for health literacy) จำนวน 11 ข้อ 5) ประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพ (effectiveness of healthcare approaches) จำนวน 2 ข้อ

9) The European Health Literacy Survey (HLS-EU-47) แบบประเมินชุดนี้พัฒนาขึ้นโดย Sørensen et al. (2012) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 47 ข้อ ใช้สำหรับประเมินความรู้ทางสุขภาพของประชาชน ในประเทศแถบภาคพื้นยุโรป และมีค่าความเชื่อมั่น ของครอนบาค (Cronbach's alpha) อยู่ในช่วง 0.51 to 0.91 (Sørensen, 2013 : 77) ลักษณะเป็นแบบ Rating scale มี 5 ระดับ ได้แก่ ยากมาก (Very Difficult) ค่อนข้างยาก (Fairly difficult) ค่อนข้างง่าย (Fairly easy) ง่ายมาก (Very easy) และ ไม่ทราบ (Don't know) ข้อคำถามได้สะท้อนถึงองค์ประกอบของความรู้ทางสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Finding information on health /Access) 2) การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (Understanding information on health) 3) การวิเคราะห์ แปลความหมาย และประเมินคุณค่า

ข้อมูลสุขภาพ (Appraising/Judging information on health) และ 4)การตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ (Applying information on health) ในการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) การป้องกันโรค (Disease prevention) และการดูแลสุขภาพ (Health care)

10) แบบประเมิน Health Literacy Questionnaire (HLQ) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Osborne et al. (2013) อ้างถึงใน อังคินันท์ อินทรกำแหง (2560 : 6) สำหรับใช้วัดความรู้ทางสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปทุกวัย ประเมินผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ หรือใช้ในการศึกษาความต้องการการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพของประชาชนเป็นรายบุคคลได้ ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) รู้สึกเข้าใจและได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพ 2) มีข้อมูลเพียงพอในการจัดการสุขภาพตนเอง 3) การจัดการสุขภาพของตนเอง 4)ได้รับการสนับสนุนทางด้านสุขภาพ 5) ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพได้ 6) ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้ 7.การสืบค้นข้อมูลระบบบริการสุขภาพ 8.ความสามารถในการหาข้อมูลที่ด้านสุขภาพ และ 9.เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอที่ทำให้รู้ว่าทำอะไรต่อ มีข้อคำถามจำนวน 44 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยรวมทั้งฉบับ เท่ากับ และค่าความเชื่อมั่นในแต่ละองค์ประกอบ คือ เท่ากับ 0.88, 0.88, 0.86, 0.84, 0.77, 0.90, 0.88, 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ

4.3.6.2 เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ทางสุขภาพในประเทศ

1) แบบวัดความรู้และประสบการณ์ เกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพ พัฒนาขึ้นโดยสินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี และ มณฑนดวงพัฒน์ อุ่นพรมมี (2551) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมิน The Health Literacy Knowledge and Experience Survey (HL-KES) สำหรับใช้ประเมินความรู้และประสบการณ์ ของนักศึกษาพยาบาล

2) แบบสอบถามความฉลาดทางด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล พัฒนาขึ้น โดย กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ สมพร รักความสุข และ อรวรรณ ดวงใจ (2561) แบบสอบถามความฉลาดทางด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ฉบับนี้แปลมาจากแบบสอบถามของประยุกต์มาจากแนวคิดของ ดอยเล แคฟเฟอร์กี้ และ ฟูลแลม (Doyle, Cafferkey and Fullam, 2012) และ โซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 47 ข้อ สะท้อนถึงมิติของการดูแลสุขภาพ 3 ด้าน ประกอบด้วยด้านการดูแลสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ การป้องกันโรค จำนวน 15 ข้อ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ โดยในแต่ละด้านประเมินเกี่ยวกับการเข้าถึง/ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ กระบวนการ/ การประเมินข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ และด้านการประยุกต์ใช้/ ใช้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ ในข้อคำถามแต่ละข้อให้เลือกตอบว่าสิ่งที่ประเมินมีความยาก ง่ายเพียงใด ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1 – 5 ซึ่งหมายถึง ตอบไม่ได้ ยากมาก ค่อนข้างยาก ค่อนข้างง่าย และง่ายมาก มีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient)เท่ากับ 0.97

3) แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ พัฒนาขึ้นโดย จิระภา ขำพิสุทธิ์ (2561) โดยพัฒนาตามแนวคิดของ Nutbeam ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 35 ข้อตามองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ ความเข้าใจการสร้างเสริมสุขภาพ 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ 4) ด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ 5) ด้านทักษะการจัดการตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และ 6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

4) แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ 3 อ 2 ส (The ABCDE - Health Literacy Scale of Thai Adults) พัฒนาขึ้นโดย อังศิรินทร์ อินทรกำแหง (2556) สำหรับใช้ประเมินความรู้ทางสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส ของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการส่งเสริมด้านอาหารออกกำลังกายจัดการอารมณ์งดสุราและสูบบุหรี่ (Synthesis and Development of ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults) โดยที่ A หมายถึง Alcohol (สุรา), B หมายถึง Baccy (สูบบุหรี่), C หมายถึง Coping การจัดการอารมณ์, D หมายถึง Diet (ควบคุมอาหาร), และ E หมายถึง Exercise (การออกกำลังกาย) สำหรับใช้ประเมินวัยผู้ใหญ่ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีข้อคำถาม จำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ 1) ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีความเชื่อมั่นจำแนกตามองค์ประกอบดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 มีความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.61 มีความยากง่ายเท่ากับ 0.49 - 0.66 สำหรับองค์ประกอบที่ 2 ถึง องค์ประกอบที่ 6 มีความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.86, 0.91, 0.89, 0.83 และ 0.67 ตามลำดับ

5) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน สำหรับเด็กวัยเรียน อายุ 9 -14 ปี (นักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายกับมัธยมศึกษาตอนต้น) พัฒนาขึ้นโดย กองสุขภาพศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2558) เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มโรคอ้วน โดยมุ่งเน้นพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. คือ อ1(อาหาร) อ2 (ออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย) และ อ3 (อารมณ์) มีข้อคำถาม จำนวน 72 ข้อ โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 8 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ประเมินข้อมูลทั่วไปของนักเรียน จำนวน 17 ข้อ ตอนที่ 2 ประเมิน ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 3 ประเมินการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 4 ประเมินการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน จำนวน 6 ข้อ ตอนที่ 5 ประเมินการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 6 ประเมินการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 7 ประเมินการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน จำนวน 4 ข้อ และ ตอนที่ 8 ประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน จำนวน 20 ข้อ

6) แบบวัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สำหรับสตรีไทยวัยรุ่นอายุ 15-21 ปี ระดับมัธยมปลายและนักศึกษา พัฒนาขึ้นโดย กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2558) เพื่อศึกษาสถานภาพด้านความรู้ด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชนสตรีไทย โดยมุ่งพิจารณาพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรตามหลักสุขภาพทางเพศ และทางจิตวิทยาสังคม โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 8 ตอน รวม 71 ข้อ ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน/นักศึกษา จำนวน 18 ข้อ ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 8 ข้อ ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 4 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 6 ข้อ ตอนที่ 5 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 7 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 9 ข้อ และ ตอนที่ 8 พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 15 ข้อ

7) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ พัฒนาขึ้นโดย กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2558) ประกอบด้วย 7 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 2 ประเมินความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง จำนวน 3 ข้อ ตอนที่ 3 ประเมินการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ตอนที่ 4 ประเมินการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ตอนที่ 5 ประเมินการจัดการเงื่อนไขของตนเอง จำนวน 3 ข้อ ตอนที่ 6 ประเมินการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ และ ตอนที่ 7 ประเมินการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 3 ข้อ

8) แบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง พัฒนาขึ้นโดยชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นิลไพจิตร (2558 : 6) เครื่องมือชุดนี้พัฒนาขึ้น จากความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยมหิดล กับกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยทำการศึกษาวิจัยและวิเคราะห์องค์ประกอบได้คุณลักษณะสำคัญหรือองค์ประกอบ จำนวน 8 ด้าน เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแบบวัดใช้สำหรับประเมินความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) หรือความรู้ทางสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือและการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าแบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความตรง และความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ดังนี้

8.1) แบบประเมินความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.81

8.2) แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.38 - 0.78 และมีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.98 - 0.99

8.3) แบบทดสอบความเข้าใจตัวเลข มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.30 - 0.74) และมีค่าความเชื่อมั่น(KR-20) เท่ากับ 0.82

8.4) แบบประเมินความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หรือ แสวงหาข้อมูลสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.54

8.5) แบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจโรค และการปฏิบัติตัว สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสำหรับผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.30 - 0.79 และมีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.78 - 0.89

8.6) แบบประเมินการปฏิบัติสื่อสาร ในกรณีฉุกเฉินปัญหาต่างๆ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.97

8.7) แบบประเมินการตัดสินใจ ในกรณีต่างๆ มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.20 - 0.78) มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.49 ส่วนการตัดสินใจเมื่อต้องไปนอกพื้นที่ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.97

8.8) แบบประเมินการปฏิบัติตัว 3 อ 2 ส มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.78

แบบวัดชุดนี้ประกอบด้วย 9 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ประเมินความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ ตอนที่ 3 ประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐาน จำนวน 66 ข้อ ตอนที่ 4 ประเมิน ความสามารถในการอ่าน และเข้าใจตัวเลข จำนวน 8 ข้อ ตอนที่ 5 ประเมินความสามารถในการเข้าถึง หรือ แสวงหาข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 6 ประเมินความรู้ ความเข้าใจ จำนวน 36 ข้อ โดยให้ตอบทั้งผู้ที่เป็นทั้งโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง จำนวน 14 ข้อ ตอบเฉพาะผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 16 ข้อ ตอบเฉพาะผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 6 ข้อ ตอนที่ 7 ประเมินการปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินปัญหาต่างๆ จำนวน 17 ข้อ ตอนที่ 8 ประเมินการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือ เงื่อนไขการใช้ชีวิต จำนวน 11 ข้อ และ ตอนที่ 9 ประเมินการปฏิบัติพฤติกรรม จำนวน 8 ข้อ

จากการพิจารณาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ของต่างประเทศตามที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าไม่มีเครื่องมือชุดใดที่ประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลเลย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมิน The European Health Literacy Survey (HLS-EU) -HLS-EU-Q47 ของ โซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al.,2012) เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาเป็นเครื่องมือประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากมีการใช้

กระบวนการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจข้อมูล การวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินคุณค่าข้อมูล การตัดสินใจที่จะนำข้อมูลสุขภาพที่ได้รับไปใช้ในการดูแลสุขภาพในระดับของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพ ซึ่งนับว่ามีความใกล้เคียงและสอดคล้องกับมิติทางการพยาบาลในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพมากที่สุด และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศก็พบว่ายังไม่มีเครื่องมือชนิดใดที่สามารถประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลได้ตรงประเด็น สอดคล้องกับวิถีชีวิตและภูมิปัญญาท้องถิ่นตามบริบทของนักศึกษาพยาบาลทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ ดังนั้นจึงผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาลขึ้นมาใหม่โดยประยุกต์แนวคิดเรื่ององค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ 4 ด้าน ของโซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012) ซึ่งประกอบด้วยด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ (Access) ด้านการทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ (Understand) ด้านการวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) และด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ (Apply) แนวคิดเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น แนวคิดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ตามแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender's Health Promotion Model) ของเพนเดอร์ (Pender, 1982 cited in Raingruber, 2017:75-76) มาผสมผสานกัน เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพและแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพจากงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอกทั้งในประเทศและต่างประเทศแสดงให้เห็นถึงระดับความรอบรู้ทางสุขภาพว่ามีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Sørensen et al., 2012) ดังเช่นผลการศึกษาของ Keller DL, Wright J & Pace HA. (2008) ซึ่งทำการสังเคราะห์งานวิจัยจากฐานข้อมูลทางสุขภาพ ช่วง ค.ศ. 1966 – 2008 จำนวน 11 เรื่องเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำกับการควบคุมการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสุขภาพ (Impact of health literacy on health outcomes in ambulatory care patients: a systematic review) ผลการสังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าอาจมีความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับการควบคุมการเจ็บป่วยและความรอบรู้ทางสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสุขภาพ สำหรับสไตส์ (Stiles E., 2011) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีนั้นเกิดจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน

ของโรค และผู้ป่วยจะต้องดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด กลยุทธ์ในการเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นควรเน้นการสอนเป็นรายบุคคล การให้คำปรึกษาแนะนำที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ เฮลแมน และคณะ (Heijmans, M. et.al.,2015) ได้ทำการศึกษาระดับของความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศเนเธอร์แลนด์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับการบริหารจัดการตนเองโดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ ซึ่งได้แก่ 1) The Dutch Functional Communicative and Critical Health Literacy scale (FCCHL) 2) The Partners in Health scale (PIH) 3) Perceived Efficacy in Patient-Doctor Interactions (PEPPI-5) และ 4) แบบประเมินการบริหารจัดการตนเอง (aspects of self-management) ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับการสื่อสารหรือระดับปฏิสัมพันธ์และความรอบรู้ทางสุขภาพระดับการคิดวิจารณ์ญาณ มีบทบาทสำคัญต่อความสามารถในการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ส่งผลกระทบที่แตกต่างกันตามบริบทโดยที่ระดับของความรอบรู้ทางสุขภาพแปรผันตามสภาพสังคมและลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

จากความสัมพันธ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดเรื่องความรอบรู้ทางสุขภาพ(health literacy) และผลลัพธ์สุขภาพ (health outcomes) เฉพาะในส่วนที่เป็นพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) และภูมิปัญญาท้องถิ่น มาพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.(อาหาร ออกกำลังกาย และ อารมณ์) ให้แก่นักศึกษาพยาบาล

4.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของนักวิจัยและนักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่ามีปัจจัยหลากหลายชนิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ(Torres & Nichols (2014); อังศินันท์ อินทรกำแหง (2560) ; กมลรัตนเทอร์เนอร์ สมพร รักความสุข และ อรวรรณ ดวงใจ (2561) ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอนำเสนอเป็นหมวดหมู่ แบ่งตามระดับบุคคล ระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และระดับสังคม ดังนี้

1.ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่

1.1 เพศ จากการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจำแนกตามเพศ พบว่างานวิจัยหลายเรื่องเสนอผลการวิจัยว่าเพศหญิงมีความรอบรู้ทางสุขภาพมากกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตามพบรายงานวิจัยบางเรื่องเสนอว่าเพศชายและเพศหญิงมีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่แตกต่างกันด้วย

1.2 อายุ มีรายงานวิจัยพบว่าคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพจะลดลงในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้น)

1.3 ระดับการศึกษา จากการศึกษาของ คริสเตียน และคณะ พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า เช่นผลการศึกษาของ

กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ สมพร รักความสุข และ อรวรรณ ดวงใจ (2561) พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 สูงกว่าชั้นปีที่ 3 ชั้นปีที่ 2 และ ชั้นปีที่ 1 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาในแต่ละชั้นปีแล้วพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

1.4 รายได้ พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงกว่าจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า

1.5 เชื้อชาติ

1.6 วัฒนธรรม ภาษา

1.7 ความเชื่อ เจตคติ พบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพจะมีความตระหนักทางด้านสุขภาพ ในทางกลับกันผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ จะไม่มีความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตนเอง

1.8 ความรู้ จัดเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่จะส่งผลทำให้บุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยที่ความรู้นั้นประกอบด้วยส่วนที่เป็นความรู้ทั่วไปหรือเป็นความรู้เกี่ยวกับด้านสุขภาพเฉพาะเรื่องก็ได้ ดังที่สไตล์ (Stiles E., 2011) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งพบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีนั้นเกิดจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรค และ 2) ผู้ป่วยจะต้องดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด

1.9 ทักษะความสามารถส่วนบุคคล เช่น ความสามารถในการสืบค้นข้อมูล ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ทักษะในการจัดการตนเอง เป็นต้น

1.10 พฤติกรรมสุขภาพ

1.11 วิธีการดำเนินชีวิต

1.12 ระดับความตึงเครียดทางอารมณ์

2.ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ทักษะทางปัญญา ทักษะการสื่อสาร และ ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3.ปัจจัยระดับสังคม เช่น การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน หรือชุมชน พบว่ามีรายงานวิจัยนำเสนอผลการศึกษาคว่าครอบครัว และเพื่อน ช่วยแนะนำแหล่งข้อมูลทางสุขภาพส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นจากเดิม

4.6 โมเดลความรอบรู้ทางสุขภาพ (Conceptual model of health literacy) จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวกับกรอบแนวคิดหรือโมเดลของความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่ามีผู้เสนอไว้หลากหลายโมเดล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอนำเสนอโมเดล

ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Integrated model of health literacy) ของโซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012) ซึ่งได้พัฒนาโมเดลความรอบรู้ทางสุขภาพ ซึ่งเรียกว่า โมเดลบูรณาการ ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Integrated model of health literacy) ขึ้นมาโดยเกิดจากการผสมผสาน กันระหว่างแนวคิดทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข และมีแนวคิดที่ว่าเมื่อบุคคลได้รับข้อมูล ข่าวสารใหม่ๆทางด้านสุขภาพ (health information) เข้ามา บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงภายใน ตัวบุคคลตามขั้นตอน แบ่งออกได้เป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การพยายามเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ (Access) ซึ่งเป็นความสามารถในการเสาะแสวงหา สืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ 2) บุคคลจะพยายาม ทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับเข้ามา (Understand) 3) ทำการประเมินคุณค่าที่เกิดขึ้นโดย ใช้ความสามารถในการอธิบาย การตีความการกลั่นกรองและประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการ เข้าถึง (Appraise) และ 4) เกิดการคิดตัดสินใจ เลือกแนวทางปฏิบัติ และเกิดแรงจูงใจที่จะนำแนวทาง ไปปฏิบัติ (Apply) ในการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) ป้องกันโรค (Disease prevention) หรือดูแลสุขภาพ (Healthcare) ต่อไปอันจะทำให้เกิดผลตามมา ได้แก่ 1) บุคคลมีการใช้บริการ ทางสุขภาพจากหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ (Health service use) ส่งผลทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรับ บริการ (Health costs) บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) ทำให้เกิดผล ลัพท์ทางสุขภาพ (Health outcomes) เช่นภาวะสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตดีขึ้น การเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยลดลง เป็นต้น บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ (Participation) ก่อให้เกิดความมีพลังอำนาจ (Empowerment) ในการดูแลสุขภาพ ป้องกันการเกิด โรค และส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน การได้รับบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน หรือเสมอภาค (Equity) จะก่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพ (Sustainability) อันจะทำให้ บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือมีสุขภาพะตามมา

นอกจากนี้ โซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012) ยังได้เสนอแมทริกซ์ (Matrix) ขององค์ประกอบความรอบรู้ทางสุขภาพจำแนกตามประเภทของการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ดังตารางที่ 2 ข้างล่างต่อไปนี้

ตารางที่ 2 แมทริกซ์ (Matrix) ขององค์ประกอบความรู้ทางสุขภาพจำแนกตามประเภทของการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพแนวคิดของตามโซเรนเซน และ คณะ Sorensen et. al, 2012)

ความรู้ทางสุขภาพ	ความสามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ	ความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ	ความสามารถวิเคราะห์ ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพ	ความสามารถตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้
การดูแลรักษาสุขภาพ	1) ความสามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือประเด็นทางคลินิก	2) ความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับ	3) ความสามารถวิเคราะห์ แปลความหมายและประเมินค่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล	4) ความสามารถในการตัดสินใจบนข้อมูลทางการแพทย์ หรือการรักษาพยาบาลที่ได้รับ
การป้องกันโรค	5) ความสามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	6) ความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	7) ความสามารถวิเคราะห์ แปลความหมายและประเมินค่าข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ	8) ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ
การส่งเสริมสุขภาพ	9) ความสามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	10) ความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับ	11) ความสามารถวิเคราะห์ แปลความหมายและประเมินค่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ	12) ความสามารถในการสะท้อนคิดเกี่ยวกับประเด็นทางสุขภาพ

ที่มา : Sorensen et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*.2012;12:80

จากแมทริกซ์ (Matrix) ขององค์ประกอบความรู้ทางสุขภาพจำแนกตามประเภทของการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดของโซเรนเซน และคณะ (Sorensen et. al, 2012) ในตารางที่ 2 ผู้วิจัยได้นำมาทำการสังเคราะห์องค์ประกอบของความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ โดยนำแนวคิดเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นมา ผสมผสานร่วมด้วย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การสังเคราะห์องค์ประกอบของความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.
ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น

ความรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ	ความสามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ	ความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ	ความสามารถวิเคราะห์ ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพ	ความสามารถตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้
อาหาร	1) ความสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพด้านอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	2) ความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพด้านอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	3) ความสามารถวิเคราะห์ แปลความและประเมินค่าข้อมูลสุขภาพด้านอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	4) ความสามารถตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพด้านอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่นไปประยุกต์ใช้
ออกกำลังกาย	5) ความสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพด้านออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	6) ความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพด้านออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	7) ความสามารถวิเคราะห์ แปลความและประเมินค่าข้อมูลสุขภาพด้านออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	8) ความสามารถตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพด้านออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่นไปประยุกต์ใช้
อารมณ์	9) ความสามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพด้านอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	10) ความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพด้านอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	11) ความสามารถวิเคราะห์ แปลความและประเมินค่าข้อมูลสุขภาพด้านอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	12) ความสามารถตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพด้านอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นไปประยุกต์ใช้

จากตารางที่ 3 เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความรอบรู้ทางสุขภาพกับ พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นนั้น อาจกล่าวได้ว่าเราสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ของบุคคลได้โดยผ่านกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามขั้นตอนการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ การทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ การวิเคราะห์ ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพ และการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ให้แก่นักศึกษาพยาบาลโดยผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้าไปในกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ

ตอนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

5.1 พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงการปฏิบัติการ การแสดงออกของบุคคลในการที่จะกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพของตน(พรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ, 2554: 3)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)เป็นการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ส่งผลทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2561: 68)

กล่าวโดยสรุปแล้วพฤติกรรมสุขภาพ จึงหมายถึง การปฏิบัติ การแสดงออก การกระทำของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพทั้งในลักษณะที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ โดยทำให้บุคคลมีสุขภาพดีทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม หรือในลักษณะที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ คือทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยตามมา

5.1.1 ลักษณะของพฤติกรรม พฤติกรรมแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1) พฤติกรรมที่พึงประสงค์/พฤติกรรมเชิงบวก (Positive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วเกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเองทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม จึงเป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหาร ครบ 5 หมู่ ครบ 3 มื้อและตรงเวลา การพักผ่อน/นอนหลับอย่างเพียงพอในแต่ละวัน การจัดการกับความตึงเครียดทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม เป็นต้น

2) พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์/พฤติกรรมเชิงลบ (Negative Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วเกิดผลเสียหรือจะส่งผลในทางลบต่อสุขภาพ ทำให้มีปัญหาสุขภาพ ความเจ็บป่วยตามมา เช่นสูบบุหรี่ ดื่มสุรา รับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกายหรือไม่เป็นเวลา ขาดการออกกำลังกาย มีแสดงออกเพื่อจัดการกับความตึงเครียดทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

5.1.2 พฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ.(3 E' s Health Behaviors) พฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 .อ ตามแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วย 3 ประเด็นที่สำคัญ มีดังนี้

1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับประทานอาหาร (Eat) หมายถึงการที่บุคคลรับประทานอาหารเข้าสู่ร่างกายแล้วร่างกายนำไปใช้เพื่อการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย สร้างความเจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ให้แก่ร่างกาย

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/การรับประทานอาหาร หมายถึงกิจกรรมการเลือกชนิดอาหาร การรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม มีคุณค่าตามหลักโภชนาการ

2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกาย หรือการกระตุ้นให้ส่วนต่างๆของร่างกายทำงานกว่าภาวะปกติอย่างเป็นระบบ ตามความเหมาะสมของเพศ วัย และสภาพร่างกายของแต่ละบุคคลจนส่งผลให้สุขภาพร่างกายและจิตใจมีความสมบูรณ์แข็งแรง

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพจัดเป็นการออกกำลังกายที่ช่วยทำให้หัวใจปอดและระบบการไหลเวียนโลหิตในร่างกายทำงานดีขึ้น ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆให้สามารถเคลื่อนไหวได้เต็มที่ ส่งผลทำให้สุขภาพแข็งแรง ช่วยป้องกันการเกิดโรคและลดความรุนแรงของโรคต่างๆที่อาจเกิดขึ้นจากการเสื่อมสภาพทางร่างกายได้

พฤติกรรมการออกกำลังกายหมายถึงกิจกรรมที่บุคคลเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตน ตามวัย และตรงตามความถนัด ความสนใจ

3) พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์ เป็นกิจกรรมที่บุคคลเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาความตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์ที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต หรือป้องกันการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต

5.1.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในนักศึกษาพยาบาล จากการสืบค้นข้อมูล และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษา ระดับอุดมศึกษาอื่นๆ สามารถสรุป ได้ดังนี้

5.1.3.1 ความรู้ (Knowledge) จัดเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่จะส่งผลทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือพฤติกรรมสุขภาพได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องแบบจำลอง KAP ที่กล่าวถึงความรู้ (Knowledge) จะส่งผลทำให้บุคคลเกิดเจตคติ/ทัศนคติ (Attitude) ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้วจึงส่งผลทำให้บุคคลมีการปฏิบัติ (Practice) แสดงออกโดยกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือแสดงพฤติกรรมออกมานั่นเอง (ทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์ ,2556)

5.1.3.2 ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ จะเห็นว่าผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับต่ำ มักขาดโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลหรือบริการทางสุขภาพ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม หรือปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้องจนเกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างเพียงพอจะสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพทำความเข้าใจข้อมูล วิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลสุขภาพที่ได้รับหรือเข้าถึงได้ จนสามารถตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้มีสุขภาพที่ดีได้ (Sørensen et al., 2012 ; World Health Organization, 2013 ; Public Health England, 2015 ; Heijmans, M. et.al., 2015 ; สุรีย์ ธรรมมิกบรร , 2551 ; อภิญญา อินทรรัตน์ ,2557 ; แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี ,2558 ; พิทยา ไพบูลย์ศิริ ,2561 ; จิระภา ขำพิสุทธิ์, 2561)

5.1.3.3 เจตคติ (Attitude) จากการศึกษาของ อานนท์ สีดาเพ็ง และ นิคม มูลเมือง (2556) พบว่าเจตคติ/ทัศนคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา ระดับปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ มาลีวัล เลิศสาครศิริ และ ชะบา คำปัญญา.(2017) ยังได้ศึกษาพบว่าเจตคติต่อการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ และด้านออกกำลังกาย ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2, 3, 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ปีการศึกษา 2558

เจตคติจัดเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ภายหลังจากที่ได้ประสบกับสิ่งเหล่านั้น ประกอบด้วยความรู้สึกทางบวก เช่น พึงพอใจ ชอบ เห็นด้วย ฯลฯ และความรู้สึกทางลบ เช่น ไม่พึงพอใจ ไม่ชอบ ไม่เห็นด้วย ฯลฯ (เกษแก้ว เสียงเพราะ ,2561 : 203–204) เจตคติของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้ที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1) เจตคติ เกิดจากการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขการกระทำ ในเรื่องการเสริมแรง (Reinforcement) ตามแนวคิดของสกินเนอร์ (Skinner, 1953) กล่าวคือเมื่อบุคคลกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดด้วยความสมัครใจแล้วได้ผลเป็นที่น่าพึงพอใจ บุคคลย่อมเกิดความรู้สึกทางบวกต่อสิ่งนั้น และมีแนวโน้มจะกระทำแบบเดิมซ้ำอีก

2) เจตคติ เกิดจากการเรียนรู้ทางสังคมในเรื่องการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ (Observation learning) ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977) กล่าวคือเมื่อบุคคลเกิดความสนใจ ใส่ใจในพฤติกรรมของตัวแบบที่ได้สังเกตเห็น และเก็บจำไว้ในสมอง จากนั้นเมื่อบุคคลได้แสดงพฤติกรรมออกมาภายนอกเหมือนกับที่ตัวแบบเคยแสดงออก แล้วได้รับการชื่นชม ยอมรับ บุคคลย่อมมีแนวโน้มอยากที่จะกระทำตามตัวแบบอีก ในทางกลับกันหากบุคคลกระทำตามตัวแบบ

แล้วได้ผลตามมาในเชิงลบ จะทำให้บุคคลนั้นมีเจตคติที่ไม่ดีและมีแนวโน้มจะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นตามตัวแบบอีก

มาลีวัล เลิศสาครศิริ และชะบา คำปัญญา (2017) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ฝึกปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ พบว่าเจตคติต่อการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านความสำเร็จในชีวิต และโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .51, .47$ และ $.39$ ตามลำดับ)

5.1.3.4 ความเชื่อ (Beliefs) เป็นความคิดที่บุคคลมีต่อสิ่งแวดล้อม อันเป็นผลมาจากการได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ จนก่อให้เกิดความเชื่อและความเข้าใจต่อสิ่งนั้นๆ และส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมตามมา

5.1.3.5 ค่านิยม (Values) หมายถึงการยอมรับ และพร้อมที่จะปฏิบัติตามในสิ่งที่กลุ่มคน หรือสังคมให้คุณค่า

5.1.3.6 แรงจูงใจ (Motives) เป็นแรงผลักดันหรือความโน้มเอียงที่จะกระทำ แสดงออก หรือปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยมีจุดมุ่งหมายอย่างต่อเนื่อง (Schunk, 2012 : 345 – 398 ; สุวีริส ธิวะแพทย์ , 2549 : 126 ; จิราภรณ์ ตั้งกิตติภาภรณ์ , 2557 : 145 – 153)

ประเภทของแรงจูงใจ ประกอบด้วย

1) แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic motivation) หมายถึง แรงผลักดันภายนอกตัวบุคคลเช่น คำชื่นชม ตำแหน่งทางสังคม รางวัล ต่างๆ ที่มากระตุ้นให้บุคคลมองเห็นเป้าหมาย จึงเกิดความต้องการและแสดงพฤติกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมาย

2) แรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) หมายถึง แรงผลักดันในตัวบุคคลซึ่งเกิดจากการที่บุคคลมองเห็นคุณค่าของกิจกรรมที่กระทำ ส่งผลทำให้กระทำ แสดงพฤติกรรมออกมาด้วยความเต็มใจ

5.1.3.7 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) หมายถึงการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ในการที่จะกระทำการหรือแสดงพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งวิธีการทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น ได้แก่ 1) การยกตัวอย่างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) โดยใช้สถานการณ์ หรือคำพูด จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อการเพิ่มของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา (อานนท์ สีดาเพ็ง และ นิคม มูลเมือง , 2556 ; ทวีศักดิ์ กสิผล ภัทรา เล็กวิจิตรธาดา และอัจฉรา จินายน , 2555)

5.1.3.8 การรับรู้ประโยชน์ จากการศึกษางานวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม หรือพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียดของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา (อานนท์ สีดาเพ็ง และ นิคม มูลเมือง, 2556 ; ทวีศักดิ์ กสิผล ภัทรา เล็กวิจิตรธาดา และอัจฉรา จินายน , 2555)

5.1.3.9 สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และทางจิตสังคม จากการศึกษาวิจัยของ สายสวาท, อุไรรักษ์, และ สิริเพ็ญโสภิตา (2554) พบว่าสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสภาพแวดล้อมทางจิตหรือสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ปีการศึกษา 2552 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.1.3.10 สถานที่พักอาศัย มีการศึกษาที่พบว่า สถานที่พักอาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ มาลีวัล เลิศสาครศิริ และชะบา คำปัญญา (2017)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี โดยการจัดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพโดยส่งเสริมทางด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งผู้วิจัยเล็งข้อจำกัดด้านความรู้ แรงจูงใจ และการรับรู้ความสามารถของตน ไปร่วมในการออกแบบโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาในการวิจัยครั้งนี้

5.2 ภูมิปัญญาท้องถิ่น

5.2.1 ความหมาย

จากการศึกษาความหมายหรือคำจำกัดความของคำว่า ภูมิปัญญา และภูมิปัญญาท้องถิ่นพบว่า มีนักวิชาการได้ให้คำนิยามหรือคำจำกัดความไว้มากมาย เช่น เอี่ยมทองดีและคณะ (2542) และเทิดชาย ช่วยบำรุง (2554) รายละเอียด ดังนี้

ภูมิปัญญาคือความรู้ ความคิด ความเชื่อ ความสามารถ ความชัดเจน ที่กลุ่มชนได้จากประสบการณ์ที่สั่งสมไว้ในการปรับตัวและดำรงชีพในระบบนิเวศ หรือสภาพแวดล้อมธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรมที่มีพัฒนาการสืบสานกันมาเป็นความรู้ ความคิด ความเชื่อ ความสามารถ ความชัดเจนที่เป็นผลของการใช้สติปัญญาปรับตัวกับสภาวะต่างๆในพื้นที่ที่ชุมชนนั้นตั้งถิ่นฐานอยู่

เทิดชาย ช่วยบำรุง (2554) ให้คำจำกัดความคำว่า “ภูมิปัญญาท้องถิ่น” ว่าหมายถึงความรู้ของคนในท้องถิ่นซึ่งได้มาจากประสบการณ์และความริเริ่มของคนในท้องถิ่นรวมทั้งความรู้ที่สั่งสมมาแต่บรรพบุรุษสืบทอดจากรุ่นสู่รุ่นโดยในระหว่างการสืบทอดนั้นจะมีการปรับปรุงประยุกต์และเปลี่ยนแปลงพัฒนาสู่สภาวะสลายหายไปบ้างและเกิดเป็นความรู้ใหม่ตามยุคสมัย

ภูมิปัญญาท้องถิ่นหมายถึงส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่เป็นความรู้ ความคิด ความสามารถความเห็นความเชื่อความนิยมความฉลาดรอบคอบในสิ่งต่างๆที่เกี่ยวกับที่อยู่อาศัย การทำมาหากินวิถีชีวิตการป้องกันรักษาโรคภัยไข้เจ็บ และการใช้ภาษาที่เกิดขึ้นจากการสั่งสมพัฒนาและใช้ประโยชน์สืบต่อจนเป็นมรดกตกทอดของแต่ละพื้นบ้านหรือแต่ละท้องถิ่น

5.2.2 สาขาของภูมิปัญญาท้องถิ่น

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2541) และ เทิดชาย ช่วยบำรุง (2554) ได้จัดจำแนกภูมิปัญญาท้องถิ่นออกเป็นรายสาขา ได้จำนวน 10 สาขาดังนี้

1) สาขาเกษตรกรรมหมายถึงความสามารถในการผสมผสานองค์ความรู้ทักษะและเทคนิคด้านการเกษตรกับเทคโนโลยีโดยการพัฒนาบนพื้นฐานคุณค่าดั้งเดิมซึ่งคนสามารถพึ่งพาตนเองในสภาพการณ์ต่างๆได้เช่นการเกษตรแบบผสมผสานการแก้ปัญหาการเกษตรเป็นต้น

2) สาขาอุตสาหกรรมและหัตถกรรม(ด้านการผลิตและการบริโภค)หมายถึงการรู้จักประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการแปรรูปผลผลิตเพื่อชะลอการนำเข้าตลาดเพื่อแก้ปัญหาด้านการบริโภคอย่างปลอดภัยประหยัดและเป็นธรรมอันเป็นกระบวนการให้ชุมชนท้องถิ่นสามารถพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจได้ตลอดทั้งการผลิตและการจำหน่ายผลผลิตทางหัตถกรรมเช่นการรวมกลุ่มของกลุ่มโรงสีข้าวกลุ่มหัตถกรรมทอผ้าเป็นต้น

3) สาขาการแพทย์ไทยหมายถึงความสามารถในการจัดการป้องกันและรักษาสุขภาพของคนในชุมชนโดยเน้นให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพและอนามัยได้

4) สาขาการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมหมายถึงความสามารถเกี่ยวกับการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมทั้งการอนุรักษ์การพัฒนาและใช้ประโยชน์จากคุณค่าของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุลและยั่งยืน

5) สาขากองทุนและธุรกิจชุมชนหมายถึงความสามารถในด้านบริหารจัดการการค้า การสะสมและบริหารกองทุนและธุรกิจชุมชนทั้งที่เป็นเงินตราและโภคทรัพย์เพื่อเสริมชีวิตความเป็นอยู่ของสมาชิกในชุมชน

6) สาขาสวัสดิการหมายถึงความสามารถในการจัดสวัสดิการในการประกันคุณภาพชีวิตของคนให้เกิดความมั่นคงทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม

7) สาขาศิลปกรรมหมายถึงความสามารถในการผลิตผลงานทางด้านศิลปะสาขาต่างๆ เช่น จิตรกรรมประติมากรรมวรรณกรรมทัศนศิลป์คีตศิลป์เป็นต้น

8) สาขาการจัดการหมายถึงความสามารถในการบริหารการจัดการดำเนินงานด้านต่างๆ ทั้งขององค์กรชุมชนองค์กรทางสังคมอื่นๆในสังคมไทยเช่นการจัดการองค์กรของกลุ่มแม่บ้านเป็นต้น

9) สาขาภาษาและวรรณกรรมหมายถึงความสามารถผลิตผลงานเกี่ยวกับภาษาทั้งภาษาถิ่นภาษาโบราณภาษาไทยและการใช้ภาษาตลอดทั้งด้านวรรณกรรมทุกประเภท

10) สาขาศาสนาและประเพณีหมายถึงความสามารถประยุกต์และปรับใช้หลักธรรมคำสอนทางศาสนาความเชื่อและประเพณีดั้งเดิมที่มีคุณค่าให้เหมาะสมต่อการประพฤติปฏิบัติให้บังเกิดผลดีต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมเช่นการถ่ายทอดหลักศาสนาประเพณีต่อกับบุตรดอกไม่เพื่อเป็นพุทธบูชา เป็นต้น

5.2.3 บทบาทของภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจุบันหน่วยงาน /องค์กรต่างๆได้ระหนักถึงคุณค่าและความสำคัญของภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อการพัฒนาชีวิต การเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนกันมากขึ้น จะเห็นได้จากการที่รัฐบาลหน่วยงานราชการ หน่วยงานภาครัฐและเอกชน ได้มีนโยบายส่งเสริมสนับสนุน ให้นำภูมิปัญญาท้องถิ่น มาจัดโครงการกิจกรรม เพื่อเป็นการสร้างงานสร้างอาชีพและเพิ่มรายได้ให้แก่คนในท้องถิ่น เช่น การทำไม้กวาดดอกหญ้าการทำมิดการส่งเสริมอาชีพจากสมุนไพร เป็นต้น การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อการสร้างความรู้ความภาคภูมิใจและกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในท้องถิ่นเช่นธนาคารข้าว ธนาคารโคกระบือเป็นต้นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างกิจกรรมส่งเสริมการท่องเที่ยว เช่น กิจกรรมเที่ยวทั่วไทย ไหว้พระ 9 วัด เป็นต้น การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม เช่น การใช้วัสดุธรรมชาติแทนถุงพลาสติก หรือภาชนะที่เป็นกล่องโฟมเป็นต้นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการอนุรักษ์วัฒนธรรม เช่น การอนุรักษ์เครื่องดนตรีไทยโบราณการแต่งกายของคนท้องถิ่นต่างๆ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อการพัฒนาเทคโนโลยีชุมชน เช่นการสร้างเครื่องสีข้าวแบบชาวบ้านและการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในกระบวนการผลิตสินค้า เช่น สินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ (OTOP) เป็นต้น นอกจากนี้ยังได้มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่น มาจัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ หรือกลยุทธ์ในการพัฒนาประเทศ พัฒนาหน่วยงานเพิ่มมากขึ้น (เทิดชาย ช่วยบำรุง (2554, 50 - 52) ตัวอย่างเช่นกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขนำวิถีชีวิตแบบไทย ภูมิปัญญาไทย หรือภูมิปัญญาในแต่ละท้องถิ่นของประเทศไทย มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อย่างแพร่หลาย ดังเช่น การวางแผนไทยการดูแลสุขภาพด้วยเกษตรธาตุ 4 เป็นต้น รวมทั้งผลักดันเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นมาบรรจุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงอีกด้วย ซึ่งได้แก่แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563 โดยมีเป้าหมายหลักในการพัฒนา คือการลดปัญหาโรควิถีชีวิตหรือโรคเรื้อรังที่สำคัญ 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตที่พอเพียง 3 ประการ ได้แก่ การบริโภคที่เหมาะสม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ,2553)

5.2.4 พฤติกรรมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่นชุมชนในแต่ละท้องถิ่นหรือภูมิภาคของประเทศไทยต่างมีเอกลักษณ์เป็นของตนเอง ทั้งในด้านวัฒนธรรม ประเพณีและวิถีการดำเนินชีวิต

ที่ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องและสืบทอดกันมาโดยคนรุ่นก่อนๆ ในชุมชน ดังนั้นจึงมีการส่งสมภูมิปัญญา
ด้านต่าง ๆ เช่นการรับประทานพืชผักพื้นบ้านเพื่อบำรุงสุขภาพ การบำบัดรักษาด้วยสมุนไพรพื้นบ้าน
การนวดไทยและการประคบสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการปวดเมื่อยร่างกาย เป็นต้น
ทั้งนี้ได้นำมาดัดแปลงใช้ให้สอดคล้องกับชีวิต วัฒนธรรมความเป็นอยู่ ในแต่ละท้องถิ่น หรือแต่ละ
ภูมิภาคของประเทศ จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าในปัจจุบันมีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมทั้งนำวัสดุ
อุปกรณ์ที่หาได้ง่ายในท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันจนทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ
ตามมาในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคกันเพิ่มมากขึ้น ดังนี้

5.2.5 อาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อสุขภาพ

5.2.5.1 เลือกรับประทานอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่นแต่ละภาคการบริโภค

อาหารของคนไทยที่อาศัยอยู่ตามท้องถิ่นในภูมิภาคต่าง ๆ นั้นมีลักษณะแตกต่างกันเป็นเอกลักษณ์ มี
คุณค่าทางโภชนาการสูง บางชนิดมีสรรพคุณทางยาสมุนไพรหรือเป็นอาหารเพื่อสุขภาพที่ได้จาก
พืชผักสมุนไพร และเครื่องเทศต่างๆ จากการศึกษาค้นคว้าจะพบว่าอาหารในแต่ละภูมิภาคของ
ประเทศไทย มีความโดดเด่น เป็นเอกลักษณ์ตามสภาพท้องถิ่น ภูมิประเทศและภูมิอากาศ จึงเป็นการ
ช่วยส่งเสริมให้คนไทยสามารถรับประทานอาหารได้หลากหลาย อันจะส่งผลให้มีสุขภาพดีตามวิถี
วัฒนธรรมไทย นอกจากนี้ยังช่วยอนุรักษ์พืชพันธุ์ผัก ผลไม้พื้นบ้าน ซึ่งเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นอีกด้วย
อาหารที่มีอยู่ในท้องถิ่นตามภูมิภาคต่างๆ ของประเทศไทยซึ่งเป็นที่นิยมบริโภค (วันทนี เกียรติยศ
และพิมพ์ภรณ์ ศรีดอนไผ่, 2558) มีดังนี้

อาหารไทยภาคเหนือภาคเหนือมีสภาพภูมิประเทศเป็นภูเขาสูงและป่าไม้
มาก มีภูมิอากาศเย็นสบายจึงทำให้มีพืชผัก ผลไม้หลากหลาย ผักพื้นบ้านที่นิยมนำมาประกอบอาหาร
เช่น ผักเชียงดา ใบสะค้าน มะเขือส้ม มะเขือเปราะ มะกอก ผักกูด ฯลฯ หรือใช้เป็นพืชเครื่องเทศเช่น
มะแขว่น เป็นต้นคนภาคเหนือนิยมรับประทานอาหารรสกลางๆ มีรสเค็มนำเล็กน้อย นิยมรสเปรี้ยว
และรสหวานน้อยมาก และนิยมรับประทานผักพื้นบ้านควบคู่กับอาหารเหนือ เช่นแกงฮังเล แกงโฮะ
แกงส้ม ลาบ น้ำพริกอ่อน น้ำพริกหนุ่ม ขนมจีนน้ำเงี้ยว ข้าวซอย แคบหมู ใส่อั่ว หมูทอด ไก่ทอด
 เป็นต้น

อาหารไทยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ/ภาคอีสานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
หรือภาคอีสานมีสภาพพื้นดินค่อนข้างแห้งแล้ง ขาดความอุดมสมบูรณ์กว่าภาคอื่นๆ คนภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ/ภาคอีสานนิยมรับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลักเช่นเดียวกับภาคเหนือ
และนิยมปรุงอาหารโดยวิธีต้ม แกง ปิ้ง ย่าง เช่นกัน อาหารพื้นบ้านทางอีสานดั้งเดิมมักเป็นอาหารที่มี
ปริมาณไขมันต่ำ มีลักษณะเป็นน้ำขลุกขลิก เพื่อสะดวกในการนำข้าวเหนียวลงไปจิ้มในอาหารที่เป็น
กับข้าวได้ ส่วนใหญ่มีรสเผ็ด เค็ม และไม่เปรี้ยวมาก เช่นส้มตำ ไก่ย่าง จิ้มแจ่ว ปลาร้า น้ำตก ลาบ
ก้อย ซุบหน่อไม้ ข้าวเหนียว เป็นต้น ส่วนรสเปรี้ยวนั้นนิยมใช้รสเปรี้ยวจากมะนาว มะกอก มะขาม

มดแดง เป็นต้น คนอีสานมักชอบรับประทานอาหารประเภทผักพื้นบ้านและประเภทแต่งกลิ่น ได้แก่ ผักติ้ว ผักพาย ผักกระโดน ผักชีลาว ผักไผ่ ตะไคร้ ใบมะกรูด เป็นต้น

อาหารไทยภาคกลาง ภาคกลางเป็นเขตที่มีความอุดมสมบูรณ์เนื่องจากสภาพพื้นดินเป็นที่ราบลุ่ม ดินแม่น้ำลำคลองซึ่งเหมาะแก่การเพาะปลูก ประกอบกับมีการผสมผสานวัฒนธรรมจากภาคอื่นๆ รวมทั้งวัฒนธรรมจากต่างชาติโดยเฉพาะจีน และอินเดีย จึงทำให้อาหารของภาคกลางมีหลากหลายประเภท คนภาคกลางส่วนใหญ่มักรับประทานอาหารที่มีรสกลมกล่อม มีรสหวานนำเล็กน้อย และนิยมรับประทานข้าวเจ้าเป็นอาหารหลัก โดยรับประทานร่วมกับน้ำพริกปลาทุแกงเลียง ต้มโคล้ง ต้มส้ม เป็นต้น กับข้าวมักใส่กะทิเป็นส่วนประกอบ ใช้เครื่องปรุงและเครื่องเทศทั้งที่เป็นของสดและของแห้งเพื่อช่วยปรุงแต่งกลิ่นและทำให้อาหารมีสีสันทันมากขึ้น กับข้าวของคนในภาคกลางที่นิยมบริโภค ได้แก่อาหารประเภทแกงเผ็ด ผัดเผ็ด แกงเขียวหวาน แกงคั่ว แกงจืดหรือต้มจืด เป็นต้น

อาหารไทยภาคใต้ภาคใต้มีสภาพภูมิประเทศทั่วไปเป็นภูเขา ทะเล และป่าอากาศชุ่มชื้นตลอดปี คนภาคใต้นิยมอาหารรสจัดมาก ทั้งรสเผ็ด เปรี้ยว เค็ม อาหารส่วนมากมักประกอบด้วยปลา และอาหารทะเลเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่นิยมใส่กะทิ ตัวอย่างอาหารที่มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักโดยทั่วไป เช่นแกงเหลือง แกงส้ม แกงไตปลา แกงคั่วเผ็ด แกงพรวัว ข้าวย่ำ ผัดสะตอ เป็นต้น ที่มีรสเผ็ดจัด และเค็มจัด รวมทั้งขนมจีน น้ำยาใส่ขมิ้น ซึ่งรับประทานคู่กับผักสดพื้นบ้านที่มีในท้องถิ่น เช่นสะตอ แตงร้าน ลูกเนียง เม็ดเหลียง ยอดปราง ยอดมะกอก ยอดชะมวง ใบบัวบก เป็นต้น นอกจากนี้อาจพบอาหารที่ใส่เครื่องเทศอยู่บ้างเล็กน้อยเนื่องจากภาคใต้เป็นดินแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่มาเลเซียซึ่งชาวมลายูซึ่งนับถือศาสนาอิสลามที่รับประทานอาหารใส่เครื่องเทศเป็นส่วนใหญ่

อาหารไทยภาคตะวันออกเฉียงเหนือภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสภาพภูมิประเทศประกอบด้วยภูเขา แม่น้ำ ที่ราบลุ่ม รวมทั้งมีพื้นที่ชายฝั่งทะเล คนภาคใต้นิยมรับประทานอาหารอาหารทะเลและอาหารแปรรูปจากทะเล เช่น กุ้ง ปู ปลา เคย ฯลฯ อาหารประเภทพืชผักพื้นบ้าน ผลไม้หลากหลายชนิด อาหารของภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีความแตกต่างจากภาคอื่นๆตรงที่มักปรุงแต่งด้วยเครื่องเทศสมุนไพรที่มีในท้องถิ่นซึ่งได้แก่ กระวาน พริกไทย เหว่ พุงทะลาย ฯลฯ

5.2.5.2 พืชผักสมุนไพรพื้นบ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพืชผัก ผลไม้พื้นบ้านพบว่า นักวิชาการหลายคน อาทิ เช่น เดชา ศิริภัทร(2550) , เชิญศิริ รุ่งสบแสง(2553)ศักยพล สมปราชญ์ (ม.ป.ป.) และ อมรบุญ วงศ์ไตรภูมิ(ม.ป.ป.) ได้กล่าวถึงประโยชน์หรือสรรพคุณของพืชผัก ผลไม้พื้นบ้าน ในเชิงสมุนไพรเพื่อสุขภาพ โดยมีรายละเอียดสรุปได้ ดังนี้

ตารางที่ 4 ตัวอย่างพืชผักพื้นบ้านที่มีสรรพคุณทางยาสมุนไพร

ลำดับ	พืชผักพื้นบ้าน	สรรพคุณทางยาสมุนไพร
1.	มะเขือพวง	ผล และลำต้นช่วยในการย่อยอาหาร ขับปัสสาวะ ขับเสมหะ แก้ปวดฟกช้ำ
2.	ข่า	เหง้าใช้เป็นยาขับลม ขับเสมหะ แก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ
3.	ขิง	บรรเทาอาการไอ มีเสมหะ เจ็บคอ บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ คลื่นไส้ ช่วยขับลมในกระเพาะอาหาร แก้จุกเสียด แน่นหน้าอก
4.	แคบ้าน	ยอดอ่อน และใบอ่อนใช้ดับพิษร้อนถอนพิษไข้ ดอกแค ใช้แก้ไข้หัวลม
5.	แมงลัก	เมล็ดแก่ ใช้รักษาอาการท้องผูก เป็นยาระบายอย่างอ่อน แก้บิด และลดความอ้วน
6.	กระชาย	ช่วยบรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ อาการปวดท้อง
7.	ขมิ้น	บรรเทาอาการไอ มีเสมหะ รักษาแผลในกระเพาะอาหาร และแก้ไข้
8.	กระเทียม	แก้อาการหอบ หืด ขับลมในกระเพาะอาหาร บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แก้ไอ ขับเสมหะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดอุดตันและกล้ามเนื้อหัวใจหยุดทำงาน
9.	กระวาน	บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ
10.	กระเพรา	ใบใช้บรรเทาอาการไอ ขับเสมหะ บรรเทาอาการท้องอืด ขับลม และอาการคลื่นไส้อาเจียน
11.	กุยช่าย	ช่วยสร้างเม็ดเลือดแดง และขับพยาธิ
12.	ข้าวโพด	บำรุงกระเพาะอาหาร เป็นยาระบายอ่อนๆ

ตารางที่ 4 ตัวอย่างพืชผักพื้นบ้านที่มีสรรพคุณทางยาสมุนไพร (ต่อ)

ลำดับ	พืชผักพื้นบ้าน	สรรพคุณทางยาสมุนไพร
13.	คื่นช่าย	แก้ไอ ขับเสมหะ บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ขับลมในกระเพาะอาหาร แก้อาการจุกเสียด แน่นท้อง ช่วยเจริญอาหาร
14.	ผักชี	แก้ไอ ขับเสมหะ แก้อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ และบรรเทาอาการคลื่นไส้
15.	พริกไทย	ช่วยขับลม แก้เมหะ บำรุงธาตุ ช่วยย่อยอาหาร ช่วยขับผายลม
16.	พริกไทยดำ	บรรเทาไอ ขับเสมหะ
17.	มะกรูด	บรรเทาอาการไอ ช่วยแก้อาการเลือดออกตามไรฟัน ช่วยขับระดู บำรุงเลือด
18.	ตะไคร้	บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ อาการคลื่นไส้ อาเจียนแก้หวัด ลดไข้ แก้เคล็ดขัดยอก
19.	หอมแดง	บรรเทาอาการหวัด คัดจมูก แก้ไข้หวัด แก้อาการหอบ หืด ช่วยให้หายใจสะดวก กระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ลดไขมันอุดตันในหลอดเลือด ช่วยให้การย่อยอาหารทำงานดีขึ้น บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ช่วยขับปัสสาวะ ขับเสมหะ ขับลม
20.	หอมใหญ่	บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ
21.	สาระแหน่	แก้อาการปวดแน่นท้อง จุกเสียด
22.	โหระพา	บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ อาการคลื่นไส้ อาเจียน บรรเทาอาการหวัด แก้ไข้ ทำให้เจริญอาหาร ทำให้ประจำเดือนเป็นปกติ
23.	หัวไชเท้า	บรรเทาอาการท้องอืด ช่วยให้เจริญอาหาร ละลายเสมหะ
24.	พริกขี้หนู	แก้หวัด หอบหืด หลอดลมอักเสบเรื้อรัง
25.	ตำลึง	บำรุงสายตา
26.	แตงกวา	ช่วยเสริมการทำงานของระบบประสาท กระตุ้นระบบความจำ และเป็นยาระบายอ่อนๆ
27.	แตงไทย	บำรุงร่างกาย สมอ บำรุงสายตา และเป็นยาระบายอ่อนๆ
28.	ถั่วเขียว	บำรุงม้ามช่วยรักษาโรคแผลในกระเพาะอาหาร และเป็นยาระบาย

ตารางที่ 4 ตัวอย่างพืชผักพื้นบ้านที่มีสรรพคุณทางยาสมุนไพร (ต่อ)

ลำดับ	พืชผักพื้นบ้าน	สรรพคุณทางยาสมุนไพร
29.	บัวบก	แก้ร้อนใน กระหายน้ำ บำรุงหัวใจ บำรุงกำลัง แก้อาการฟกช้ำ ลดความดันโลหิตช่วยบำรุงสายตาเนื่องจากมีวิตามินเอสูง ช่วยเสริมสร้างและบำรุงกระดูกเนื่องจากมีแคลเซียมสูง
30.	ผักทอง	บำรุงสายตา บำรุงสมอง บรรเทาอาการไอ ขับพยาธิ
31.	ผักเขี้ยว	เป็นยาเย็น
32.	มะเขือเทศ	บำรุงสายตา บำรุงกระเพาะอาหาร รักษาอาการเลือดออกตามไรฟัน และเป็นยาระบายอ่อนๆ
33.	มะนาว	บรรเทาอาการไอ เจ็บคอ ขับเสมหะ ขับลม แก้อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ รักษาอาการเลือดออกตามไรฟัน ทำให้ชุ่มคอ
34.	มะระขี้นก	ช่วยเจริญอาหาร ลดน้ำตาลในเลือด รักษาโรคเบาหวาน ช่วยขับพยาธิ เป็นยาระบายอ่อนๆ แก้ไข้
35.	ยี่หระ	บรรเทาอาการไอ มีเสมหะ
36.	ใบหญ้านาง	ช่วยรักษาและบรรเทาอาการของโรคเมื่เริ่มชนิดต่างๆ เนื่องจากน้ำหญ้านางอุดมไปด้วยคลอโรฟิลล์ และเบตาแคโรทีน เต็มไปด้วยสารต้านอนุมูลอิสระที่เป็นสาเหตุของโรคเมื่เริ่ม นอกจากนี้ใบหญ้านางยังมีคุณสมบัติในการช่วยฟื้นฟู บำบัด รักษาสมดุลของเซลล์ในร่างกาย จึงช่วยชะลอความแก่
37.	มะรุม	ป้องกันโรคเมื่เริ่ม ลดความดันโลหิต เป็นยาบำรุง ขับเสมหะ ขับปัสสาวะ แก้แผลอักเสบ ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย แก้ปวดข้อ รักษาโรคผิวหนัง แก้ผิวแห้ง

ที่มา : เชิญศิริ รุ่งสบแสง.(2553).สมุนไพรใกล้ครัว กินแล้วไม่ป่วย. สมุทรปราการ : มายเบสท์ บุ๊คส์ :28-76.

: ศักยพล สมปราชญ์.(ม.ป.ป.).สมุนไพรริมรั้ว.กรุงเทพฯ : ต้นธรรม : 58-158.

: เดชา ศิริภัทร.(2550).สมุนไพรจากครัวไทย. พิมพ์ครั้งที่ 5.กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน: 6-97.

ตารางที่ 5 ตัวอย่างผลไม้พื้นบ้านที่มีสรรพคุณทางยาสมุนไพร

ลำดับ	ผลไม้พื้นบ้าน	สรรพคุณทางยาสมุนไพร
1.	กล้วยน้ำว้า	รักษาอาการท้องเดิน สามารถป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร นอกจากนี้ยังช่วยบรรเทาอาการท้องผูก เป็นยาระบายอ่อนๆ
2.	น้อยหน่า	ใบและเมล็ดใช้เป็นยาฆ่าเหา รักษาโรคกลาก เกลื้อน
3.	แตงโม	กระตุ้นการทำงานของไต ช่วยให้ระบบขับถ่ายทำงานเป็นปกติ
4.	ทับทิม	ช่วยบำรุงกระเพาะอาหาร ลำไส้
5.	มะขาม	เป็นยาระบายอ่อนๆ บรรเทาอาการไอ แก้เจ็บคอ
6.	มะตูม	ช่วยให้การย่อยอาหารดีขึ้น แก้อาการท้องอืด ท้องเสีย
7.	มะเฟือง	ช่วยขับเสมหะ ขับปัสสาวะ
8.	มะละกอ	ช่วยให้ระบบขับถ่ายทำงานดีขึ้น เป็นยาระบาย แก้อาการท้องผูก
9.	ส้มเขียวหวาน	ป้องกันและบรรเทาอาการเลือดออกตามไรฟัน เป็นยาระบายอ่อนๆ
10.	สับปะรด	ขับปัสสาวะ แก้อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ อาการไอ ขับเสมหะ และเป็นยาช่วยระบายเนื่องจากมีเส้นใยมาก

ที่มา : เชิญศิริ รุ่งสบแสง.(2553).สมุนไพรใกล้ครัว กินแล้วไม่ป่วย. สมุทรปราการ : มายเบสท์

บุคส์ : 28-176.

5.2.5.3 ผัก ผลไม้หลายสีเพื่อสุขภาพกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2552) กล่าวไว้ว่าคนที่รับประทานผัก และผลไม้สด สะอาด หลากหลายสี ได้แก่สีเขียว สีเหลืองส้ม สีแดง สีนํ้าเงิน – ม่วง สีขาว – น้ำตาล เป็นประจำจะได้รับประโยชน์จากคุณสมบัติของสารในผักสีต่างๆ ในเรื่องการต้านอนุมูลอิสระ การดูดซับสารพิษที่เป็นสารก่อให้เกิดมะเร็ง ด้านการอักเสบ เพิ่มระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือด และลดคลอเรสเตอรอล อีกด้วย ซึ่งสามารถแสดงรายละเอียด ดังตารางข้างล่างต่อไปนี้

ตารางที่ 6 ประโยชน์ของผัก ผลไม้หลากหลายสีต่อสุขภาพ

กลุ่ม	ตัวอย่างของผัก ผลไม้จำแนกตามสี	ประโยชน์ต่อสุขภาพ
สีเขียว	ผักบุ้ง ผักโขม ผักกาดหอม ผักคะน้า แตงกวา กะหล่ำปลี ใบชะพลู ใบทองหลาง คื่นช่าย กุยช่าย ผักสะตอ ต้นหอม มะเขือ ถั่วแขก ถั่วลันเตา ผักผักปราง ฯลฯ	ให้สารคลอโรฟิลล์ ช่วยต้านอนุมูลอิสระ ป้องกันเซลล์ถูกทำลาย จัดฮอร์โมนส่วนเกินที่เป็นสาเหตุของมะเร็งเต้านม
สีเหลือง-ส้ม	มะละกอเหลือง ส้ม แครอท ฟักทอง มันเทศ สับปะรด เสาวรส ข้าวโพด ขมิ้นชัน ฯลฯ	ให้สารเบต้าแคโรทีน ฟลาโวนอยด์ ช่วยบำรุงหัวใจ หลอดเลือด บำรุงสายตา และระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย
สีแดง	พริกแดง มะเขือเทศแดง โคมะลิ็ดทับทิม ลูกหม่อนแดง ผลมะเมาะ ฯลฯ	ให้สารไลโคปีน ช่วยป้องกันการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก ชะลอการเสื่อมของเซลล์ในร่างกาย เพิ่มการเผาผลาญไขมัน และลดไขมันในเลือด
สีน้ำเงิน-ม่วง	มะเขือม่วง กะหล่ำปลีม่วง ลูกหว้า ชมพู่มะเหมี่ยว ข้าวแดง ข้าวนิล ข้าวเหนียวดำ ถั่วดำ ถั่วแดงหลวง หอมแดง ดอกอัญชัน เผือก มันต่อเผือก ฯลฯ	ให้สารแอนโทไซยานิน ชะลอการเสื่อมของเซลล์ในร่างกายลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและเส้นเลือดอุดตันในสมอง ยับยั้งเชื้ออีโคไลในช่องทางเดินอาหาร (อาหารเป็นพิษ)
สีขาว-น้ำตาล	หัวไชเท้า กระเทียม ถั่วเหลือง ลูกเดือย ชিং ข่า งาขาว ธัญพืช จมูกข้าวสาลี เมล็ดถั่วต่างๆ ฯลฯ	ให้สารแอนริซิน ช่วยสร้างเซลล์ให้แข็งแรง ยับยั้งการเกิดเนื้องอก ลดความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก ด้านการอักเสบ ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดปริมาณไขมันในเลือด ลดความดันโลหิต ป้องกันเส้นเลือดอุดตัน และรักษาระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย

ที่มา : กองสุศึกษากระทรวงสาธารณสุข. (2552).เอกสารความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง ความดัน หัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ ฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย :19-20.

5.2.6 การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น การออกกำลังกายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค หรือการฟื้นฟูสุขภาพนั้น บุคคลสามารถเลือกปฏิบัติได้ตามความสนใจ รวมทั้งเหมาะสมตามเพศ และวัย นอกจากนี้ยังพบว่าคนในแต่ละภูมิภาคได้นำวัสดุ อุปกรณ์ ตลอดจนภูมิปัญญาท้องถิ่นทางด้านอาหาร ด้านศิลปะและวัฒนธรรมต่าง ๆ มาดัดแปลง เป็นทำทางการออกกำลังกาย หรือเป็นเครื่องมือช่วยในการออกกำลังกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ รายละเอียด ดังนี้

5.2.6.1 การออกกำลังกายวิถีไทยแต่ละภูมิภาค คนในแต่ละภูมิภาคมีการออกกำลังกายด้วยวิธีการต่างๆหลากหลายรูปแบบ และสามารถนำการออกกำลังกายมาประยุกต์เข้ากับภูมิปัญญาท้องถิ่นของแต่ละภูมิภาคได้อย่างกลมกลืน เช่น การออกกำลังกายรำไม้พลองแบบป่าบุญมี แบบท่าฤๅษีตัดต้นแบบไ้เก็ก – ชีกงแบบรำไทยประยุกต์ และแบบโยคะ เป็นต้น

ภาคเหนือคนภาคเหนือได้นำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาดัดแปลง/ประยุกต์เป็น ทำทางการเคลื่อนไหวในการออกกำลังกายสำหรับคนในวัยต่างๆ เช่น การออกกำลังกายแบบท่าฤๅษีตัดต้น การรำไม้พลอง แม่บุญมี การนำรำฟ้อนมาประยุกต์เป็นท่าในการออกกำลังกาย เป็นต้น

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ/ภาคอีสานโดยส่วนใหญ่คนภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือภาคอีสาน มักมีบุคลิกที่คล่องแคล่ว ว่องไว ดังนั้นศิลปะการแสดงและดนตรีพื้นบ้านต่างๆจึงมักมีจังหวะรวดเร็ว กระฉับกระเฉง ได้แก่การรำเชิงชนิดต่างๆและดนตรีโปงลาง ปัจจุบันนี้จะเห็นมีการนำศิลปะการแสดงหรือดนตรีพื้นบ้านของทางภาคอีสานมาดัดแปลงหรือผสมผสานเป็นท่าในการออกกำลังกายกันมากขึ้นเรื่อยๆ ดังเช่นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพโดยวิธีเชิงกระต๊อบ หรือใช้ดนตรีโปงลาง เป็นต้น (อมรรัตน์ เนียมสุวรรณค์ นงนุช โอบะ และสมบุญณ์ ต้นสุภสวัสดิกุล ,2555)

ภาคกลาง คนภาคกลางมีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาผสมผสานกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพได้หลายวิธี เช่นการนำศิลปะการแสดงและดนตรีพื้นบ้านอันเป็นภูมิปัญญาของคนในแถบจังหวัดภาคกลางมาประยุกต์เข้ากับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเช่นเดียวกับภาคอื่นๆ ได้แก่การนำรำกลองยาว รำวงมาตรฐานมาประยุกต์เป็นท่าสำหรับการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ และคนวัยต่างๆได้อย่างกลมกลืนดังเช่น พย่าว พงษ์ศักดิ์ชาติไพบุลย์ จันทศรี และวิจิตตรา ไชยจันทร์ (2554) ที่นำท่ารำวงมาตรฐานมาดัดแปลงเป็นท่าในการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพนอกจากนี้ยังพบว่าคนนิยมออกกำลังกายโดยใช้ไม้พลองเป็นอุปกรณ์ช่วยในการออกกำลังกายด้วย เช่น การออกกำลังกายโดยใช้ไม้พลองแบบป่าบุญมี ซึ่งมีงานผลการวิจัยสนับสนุนว่า การออกกำลังกายโดยใช้ท่ารำไม้พลองแบบป่าบุญมีนั้นช่วยเพิ่มความสามารถในการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลดอาหารปวดหลังและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ (วิชณี จันทมุกดา และ ปิยะภัทร เดชพระธรรม , 2551 : 59 - 64)นอกจากนี้ยังพบว่ามีการออกกำลังกายโดยใช้ไม้พลองแบบป่าบุญมีช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มสมรรถนะทางกายให้แก่ผู้สูงอายุได้ (ศิวานรณ จารุพันธ์ ,2554 : 42 - 56) รวมทั้งการนำศิลปะ

ป้องกันตัวอย่างมวยไทยมาผสมผสานกับวิธีออกกำลังกายแบบแอโรบิกของชาวตะวันตก ที่เรียกว่า “แอโรบิกมวยไทย” มาประยุกต์เป็นท่าในการออกกำลังกาย (ฉัตรทิราภรณ์ โลหพันธ์วงศ์ และคณะ ,2551 : 101-109) อีกด้วย

ภาคใต้การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของคนภาคใต้นั้น พบว่ามีการนำท่ารำโนราห์ ซึ่งเป็นศิลปวัฒนธรรมภาคใต้ มาดัดแปลงเป็นท่าออกกำลังกาย และได้ดัดแปลงท่ารำให้เข้ากับจังหวะเพลงด้วย เรียกการออกกำลังกายลักษณะนี้ว่า "โนราห์บิก" ซึ่งสามารถใช้ออกกำลังกายได้กับคนทุกเพศ ทุกวัย

5.2.6.2. การนำวัสดุ อุปกรณ์ในท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้เพื่อการออกกำลังกาย ปัจจุบันพบว่ามีผู้สนใจนำวัสดุ อุปกรณ์ที่มีในท้องถิ่น เช่น ไม้พลอง ฮูลาฮูป หนังสือ ยัด กะลา ผ้าขาวม้า เป็นต้น มาดัดแปลงสำหรับใช้เป็นเครื่องมือ อุปกรณ์ ในการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หรือฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ประชาชน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ดังเช่นงานวิจัยของปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี (2553) ; ศิวินารถ จารุพันธ์ (2554) ; สุรินทร์ สิริสูงเนิน ดำรงค์ สิริสูงเนิน และ ชีวี เชื้อมาก (2555) และสุรินทร์ สิริสูงเนิน และ ประเสริฐ เก็มประโคน (2557) ตามลำดับ

5.2.6.3 การออกกำลังกายวิถีไทย การออกกำลังกายวิถีไทยหรือออกกำลังกายแบบไทยนั้น มีตัวอย่าง ดังนี้

การออกกำลังกายแบบรำไทยประยุกต์จัดเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกชนิดหนึ่งประเภทมีความหนักระดับปานกลาง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที สามารถใช้ได้กับทุกบุคคลกลุ่มวัยตามความสนใจมีประโยชน์ต่อสุขภาพโดยช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและข้อต่อ กระตุ้นการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตปอดและหัวใจให้ทำงานดีขึ้นลดอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อทำให้อาการชา นิ้วมือและเท้าลดลงทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงและสุขภาพจิตดีสดชื่นแจ่มใส การออกกำลังกายในแต่ละครั้งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะอบอุ่นร่างกาย ระยะออกกำลังกาย และระยะผ่อนคลายในแต่ละระยะได้มีการนำท่ารำไทยหรือท่าทาง อริยาบถตามวิถีไทยมาดัดแปลงเป็นท่าสำหรับใช้ในการออกกำลังกาย (เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ ไพบุลย์ จันทศรี และวิจิตตรา ไชยจันทร์, 2554)

การออกกำลังกายแบบแอโรบิกมวยไทยจัดเป็นการออกกำลังกายที่มีความหนักของแรงสูงเนื่องจากออกกำลังกายจะมีท่าหนึ่งข้างอยู่บนพื้นเสมอและมีการใช้กล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายในขณะออกกำลังกายซึ่งเป็นการนำเอาท่ามวยไทยโดยใช้มือเปล่าซึ่งได้แก่หมัดเท้าเข่าและศอกมาประกอบเป็นท่าเต้นแอโรบิก สำหรับใช้ออกกำลังกายโดยท่าเหล่านี้สามารถที่จะมาปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ออกกำลังกายได้เพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดในการออกกำลังกายและช่วยลดการเกิดการบาดเจ็บจากการออกกำลังกายได้ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกมวยไทยนั้นประกอบด้วย 10 ชุด ได้แก่ 1) ชุดหมัด 2) ชุดศอก 3) ชุดเข่า 4) ชุดเท้า 5) ชุดเท้า-เข่า-

หมัด 6) ชุตเท้า-หมัด-เท้า-หมัด 7) ชุตเท้า-หมัด-หมัด-เท้า-หมัด-หมัด 8) ชุตเท้า-หมัด-เข้า-เท้า-เข้า 9) ชุตเท้า-เข้า-เท้า-หมัด และ 10) ชุตเท้า-หมัด-เท้า (ฉัตราภรณ์โลหพันธวงศ์ และคณะ, 2551)

5.2.7 การนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพจิตใจ อารมณ์ในการดูแลสุขภาพทางด้านจิตใจ และอารมณ์นั้นสามารถนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการ วิธีการดำเนินชีวิต และวัฒนธรรม ได้หลากหลายวิธี (สุภาวดี นวลมณี และ ทวี เมฆวิสัย, 2552; สำนักพัฒนาสุขภาพจิต , 2556) ดังนี้

1) การทำสมาธิ สวดมนต์ และภาวนา จัดเป็นวิธีปฏิบัติตนตามวิถีชีวิต ความเชื่อ และความศรัทธาที่คนเรามีต่อพระพุทธศาสนาสืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษ นับได้ว่าเป็นภูมิปัญญาชนิดหนึ่งซึ่งช่วยสร้างเสริมสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์ได้เป็นอย่างดี เพราะทำให้จิตใจที่สับสน ว้าวุ่นเกิดความสงบ มีความสุข ผ่อนคลายความตึงเครียด วิตกกังวล มีสมาธิและเกิดปัญญา นอกจากนี้ยังช่วยให้หัวใจทำงานหนักน้อยลง ทำให้ ระบบการหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ วิธีการฝึกสมาธิเบื้องต้นสามารถทำได้ง่ายโดยเอาใจของเราไปจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่นการนับลมหายใจ

2) การนวดไทย เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สืบทอดกันมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และเป็นวัฒนธรรม วิถีชีวิตของคนไทยที่แสดงถึงการดูแลสุขภาพกันภายในครอบครัว โดยใช้วิธีต่างๆ เช่น สอก เข้า เท้า นวดให้กัน รวมทั้งมีการใช้อุปกรณ์ช่วยในการนวด เช่น ไม้กดท้อง นมสาว ประโยชน์ของการนวดไทยมีผลดีต่อสุขภาพในหลายๆด้าน เช่น การกระตุ้นระบบประสาท เพิ่มประสิทธิภาพของระบบทางเดินหายใจ ช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลือง ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และผ่อนคลายความตึงเครียดทางจิตใจนอกจากนี้ยังมีการนวดอีกวิธีหนึ่งที่นิยมใช้นวดเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์และช่วยในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่แข็งเกร็ง ลดอาการเจ็บปวดเมื่อยล้าของร่างกายบริเวณศีรษะ ต้นคอ ไหล่สะบักซึ่งมีสาเหตุจากความเครียดได้อีกด้วย ซึ่งได้แก่การนวดแบบกดจุด ของกรมสุขภาพจิตประกอบด้วยท่านวดกดจุดที่สำคัญบริเวณใบหน้า ศีรษะ ต้นคอ บ่าและไหล่ และสะบัก จำนวน 7 ท่า ได้แก่ 1) จุดกลางระหว่างคิ้ว 2) จุดใต้หัวคิ้ว 3) จุดขอบและจุดกลางของกระดูกท้ายทอย 4) จุดบริเวณต้นคอ 5) จุดบริเวณไหล่ทั้ง 2 ข้าง 6) จุดบริเวณบ่าด้านหน้า และ 7) จุดบริเวณบ่าด้านหลัง

3) การประคบสมุนไพร เป็นภูมิปัญญาทางการแพทย์แผนไทยที่สืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษรุ่นสู่รุ่น โดยใช้สมุนไพรที่ประกอบพืชมเสน การบูร พืชบางชนิดห่อด้วยผ้าเป็นลูกเรียกว่า ลูกประคบ จากนั้นนำลูกประคบไปนึ่งให้ร้อนแล้วนำมาประคบบริเวณที่มีอาการปวดเมื่อยเคล็ด ขัดยอก เนื่องจากน้ำมันหอมระเหยซึ่งเป็นตัวยาที่ออกมาจากไอน้ำและความชื้นจะซึมเข้าผิวหนังช่วยรักษาอาการเคล็ด ขัดยอก ลดอาการบวมอักเสบของกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ นอกจากนี้ความร้อนจากลูกประคบยังช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ช่วยให้ตัวยาสัมผัสผ่านผิวหนังได้ดีขึ้น อีกทั้งกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยยังช่วยให้คลายเครียดและเกิดความสดชื่น

4) การหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดสามารถกระทำได้โดยนั่งตัวตรงหรืออยู่ในท่านอนหงายราบกับพื้นก็ได้ โดยใช้ฝ่ามือข้างหนึ่งวางบนหน้าอก ฝ่ามืออีกข้างหนึ่งวางบนหน้าท้อง จากนั้นสูดลมหายใจเข้าช้าๆ นับ 1 ถึง 4 จนรู้สึกได้ว่าลมหายใจลงไปถึงท้อง กลั้นหายใจไว้สักพักหนึ่ง นับ 1 ถึง 4 จากนั้นค่อยๆผ่อนลมหายใจออกยาวๆและเบาๆ นับ 1 ถึง 8 ให้อย่างสังเกตว่าเวลาหายใจเข้าหน้าท้องจะป่องออก หน้าอกไม่ยก เวลาหายใจออกท้องจะแฟบลง ให้ปฏิบัติเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆจนรู้สึกสบายใจขึ้น (สุภาวดี นวลมณี และ ทวี เมฆวิสัย , 2552)

5) การยืดเส้นยืดสายเพื่อผ่อนคลายความเครียดเป็นวิธีการช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ที่ได้ผลดีอีกวิธีหนึ่ง มีหลากหลายท่าซึ่งบุคคลสามารถเลือกทำได้ตามความสนใจ

6) การใช้ดนตรี และศิลปะการแสดงมาช่วยในการผ่อนคลายจิตใจ ทุกวันนี้จะเห็นว่าในท้องถิ่นแต่ละภูมิภาคของประเทศเน้นส่งเสริมให้มีการนำดนตรี และศิลปะการแสดงพื้นบ้านซึ่งเป็นภูมิปัญญาทางด้านวัฒนธรรมมาดัดแปลงหรือประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลายจิตใจกันเพิ่มขึ้น ที่นิยมกันโดยทั่วไป ดังรายละเอียดในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 7 ดนตรีและการแสดงพื้นบ้านที่นิยมใช้เพื่อผ่อนคลายทางอารมณ์

ภูมิภาค	ดนตรีพื้นบ้าน	การแสดงพื้นบ้าน
ภาคเหนือ	ดนตรีพื้นบ้านที่นิยมนำมาใช้ประโยชน์เพื่อผ่อนคลายทางด้านจิตใจ อารมณ์ เช่น สะล้อ ซึง ขลุ่ย ปี่ พิณเปี๊ยะ กลอง สะบัดชัย เป็นต้น	การแสดงพื้นบ้านซึ่งเป็นที่ยอมรับทางภาคเหนือ ได้แก่ รำฟ้อนชนิดต่างๆซึ่งมักมีจังหวะและทำนองที่อ่อนช้อย สวยงาม เช่น ฟ้อนเทียน ฟ้อนเล็บ ฟ้อนสาวไหม เป็นต้น
ภาคกลาง	ดนตรีพื้นบ้านที่นิยมกันมาก เช่น ซอด้วง ซออู้ ระนาด ซึง ฉิ่ง ฉาบ กรับ โทน ขลุ่ย ปี่ กลองยาว เป็นต้น โดยนำเครื่องดนตรีมาเล่นประกอบการขับร้อง และการร่ายรำต่างๆ เพื่อความสนุกสนานเพลิดเพลิน ผ่อนคลายทางด้านจิตใจ อารมณ์	การแสดงพื้นบ้านซึ่งเป็นที่ยอมรับทางภาคกลาง ได้แก่ รำชนิดต่างๆซึ่งมีจังหวะและทำนองที่คล่องแคล่ว รวดเร็วแต่สวยงาม เช่น รำโทน รำวงมาตรฐาน รำกลองยาว เป็นต้น

ตารางที่ 7 ดนตรีและการแสดงพื้นบ้านที่นิยมใช้เพื่อผ่อนคลายทางอารมณ์ (ต่อ)

ภูมิภาค	ดนตรีพื้นบ้าน	การแสดงพื้นบ้าน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (อีสาน)	ดนตรีพื้นบ้านที่นิยมได้แก่พิณ โปงลาง แคนโดยนำมาทำเป็นดนตรีหมอลำที่มีการเป่าแคนและดีดพิณประสานเสียง ร่วมกับการขับร้องเพลงหรือใช้เครื่องดนตรีโปงลางมาเล่นประกอบการรำเซิ้ง และการขับร้อง เพื่อเป็นการผ่อนคลายทางด้านจิตใจ อารมณ์	การแสดงพื้นบ้านซึ่งเป็นที่นิยมทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(ภาคอีสาน) ได้แก่ รำเซิ้งชนิดต่างๆซึ่งมีจังหวะดนตรี และทำรำที่คล่องแคล่ว รวดเร็วแต่สวยงาม เป็นเอกลักษณ์ เช่นเซิ้งกระต๊อบ เซิ้งตังหวาย เซิ้งโปงลาง เป็นต้น
ภาคใต้	คนภาคใต้นิยมนำดนตรีพื้นบ้านมาใช้เพื่อความบันเทิง สนุกสนาน ผ่อนคลายทางด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ทับ โหม่ง ฆ้อง ฉิ่ง ฉาบ กลองชนิดต่างๆ เช่น รำมะนา ที่ได้รับอิทธิพลมาจากชาวมลายู และกลองชาตรีซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากอินเดียโดยนำเครื่องดนตรีเหล่านี้มาใช้บรรเลงประกอบการแสดงมโนราห์ รำมะนา และหนังตะลุง เป็นต้น	การแสดงพื้นบ้านซึ่งเป็นที่นิยมทางภาคใต้ ได้แก่ การแสดงรำมโนราห์ ที่มีจังหวะดนตรี และทำรำที่คล่องแคล่ว รวดเร็วแต่สวยงามเป็นเอกลักษณ์ของทางภาคใต้ -การแสดงหนังตะลุงอันเป็นศิลปะการแสดงประจำท้องถิ่นทางภาคใต้อย่างคงเป็นที่นิยมตั้งแต่อดีตมาจนถึงทุกวันนี้ การแสดงพื้นบ้านที่เป็นวัฒนธรรมไทยมุสลิมซึ่งทั้งดนตรีและการรำมีจังหวะเร็ว เร้าใจที่นิยม เช่น ลิเกฮูลู รองเง็ง ระบำตารีกิปัส เป็นต้น

ตอนที่ 6 กระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมลงมือกระทำ (Active Learning)

กระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมลงมือกระทำ (Active Learning) เป็นกระบวนการเรียนรู้รูปแบบหนึ่งที่มีความสำคัญ ซึ่งสามารถช่วยให้การสอนมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นได้

6.1 ความหมาย

บอนเวลล์ และ ไอสัน (Bonwell & Eison, 1991: 19) ได้ให้ความหมายของคำว่า “กระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมลงมือกระทำ” (Active Learning) ว่า หมายถึงการจัดกิจกรรมที่ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการกระทำและได้ใช้ความคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ตนได้กระทำลงไป (involves students in doing things and thinking about the things they are doing)

6.2 ลักษณะที่สำคัญ กระบวนการเรียนที่ผู้เรียนได้ลงมือกระทำ(Active Learning) ซึ่งถือว่าเป็นกลยุทธ์อย่างหนึ่งในการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในชั้นเรียนนั้นควรมีลักษณะสำคัญ (Bonwell& Eison,1991: 19)ดังนี้

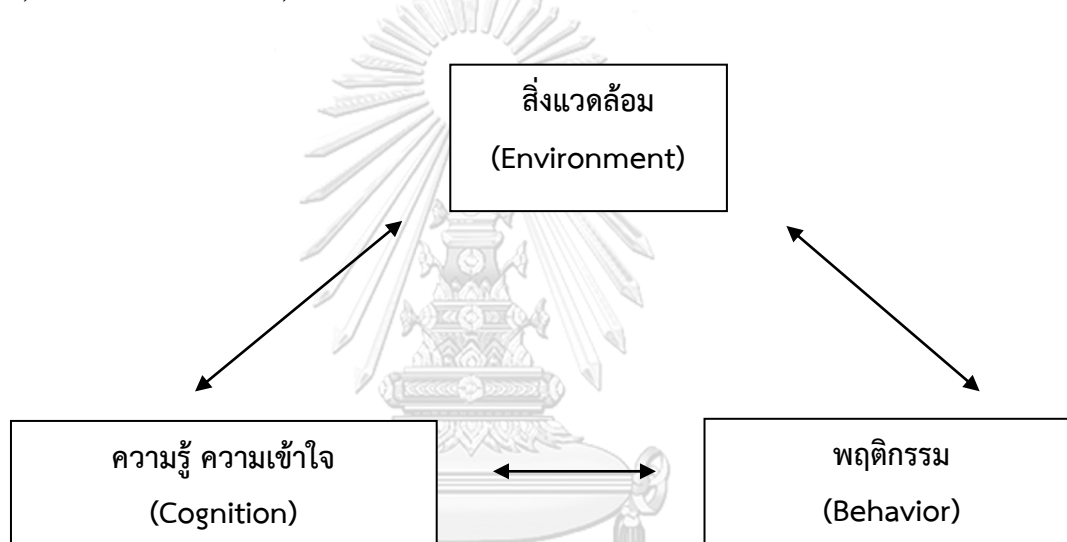
- 1) ผู้เรียนจะต้องมีส่วนร่วมในการเรียนรู้มากกว่าการนั่งฟังเพียงอย่างเดียว (Students are involved in more than listening)
- 2) เน้นการถ่ายทอดข้อมูลให้น้อยลง และเพิ่มเรื่องการพัฒนาทักษะของผู้เรียนให้มากขึ้น (Less emphasis is placed on transmitting information and more on developing students' skills)
- 3) จัดกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ฝึกใช้การคิดในขั้นสูง ซึ่งได้แก่การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่า (Students are involved in higher-order thinking (analysis, synthesis, evaluation)
- 4) กระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรม เช่น การอ่าน การเขียน การอภิปราย เป็นต้น (Students are engaged in activities (e.g., reading, discussing, writing)
- 5) จัดกิจกรรมโดยให้ความสำคัญกับเรื่องเจตคติและค่านิยมของผู้เรียนด้วย (Greater emphasis is placed on students' exploration of their own attitudes and values)

6.3 วิธีการสอนที่ใช้ในกระบวนการเรียนที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมลงมือกระทำ

Bonwell& Eison (1991: 33 - 52) กล่าวถึงวิธีการสอน (Teaching method) ที่ใช้ในกระบวนการเรียนที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมลงมือกระทำ ซึ่งส่งผลทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพไว้หลากหลายวิธี ได้แก่ 1) การสอนโดยใช้ภาพเป็นสื่อ (Visual-Based Instruction) 2) การสอนโดยใช้การเขียนในชั้นเรียน (Writing in Class) 3) การสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักจากการณีตัวอย่าง (Problem Solving: Case study) 4) การสอนโดยใช้คอมพิวเตอร์ (Computer-Based Instruction) 5) การสอนแบบร่วมมือ (Cooperative Learning) 6) การสอนแบบอภิปราย (Debates) 7) การสอนโดยให้แสดงละคร (Drama) 8) การสอนโดยแสดงบทบาทสมมติ (Role Playing) 9) การสอนโดยใช้สถานการณ์ (Simulations) 10) การสอนการเล่นเกมส์ (Games) และ 11) การสอนโดยใช้เพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Teaching)

ตอนที่ 7 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura, 1989) ได้พัฒนาทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม หรือทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา (Social Cognitive Theory) ต่อยอดจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) โดยแบนดูรามีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคล เกิดขึ้น และเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไข 3 ประการ ได้แก่ 1) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognition) ที่อยู่ภายในตัวบุคคล 2) พฤติกรรม (Behavior) และ 3) สิ่งแวดล้อม (Environment) ที่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Reciprocal interaction) อย่างต่อเนื่อง กล่าวคือเมื่อเงื่อนไขใดเปลี่ยนแปลงย่อมส่งผลทำให้เงื่อนไขที่เหลือเปลี่ยนแปลงไปด้วย (Gould , 2012 : 110 – 114 ; ธีรยุทธ สิริธรรารัตน์, 2559 : 148 – 149 ; อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560 : 114 – 115) ดังภาพข้างล่าง ต่อไปนี้



ภาพที่ 2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจ พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม ตามแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura ,1977 cited in Gould , 2012 : 114)

นอกจากนี้แบนดูรา ยังมีความเชื่อว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาโดยกระบวนการเรียนรู้จากการสังเกต (Observation Learning) จากตัวแบบประเภทของตัวแบบ ตามแนวคิดของแบนดูรา แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ตัวแบบที่เป็นบุคคลในชีวิตจริง (Live Model) และ 2) ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) หมายถึงตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ นิตยสาร เป็นต้น หน้าที่ของตัวแบบ

1. ช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมใหม่ๆ เกิดขึ้น
2. ช่วยยับยั้ง ควบคุมไม่ให้เกิดพฤติกรรมเชิงลบ หรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์
3. ช่วยให้พฤติกรรมที่บุคคลเคยเรียนรู้มาแล้วได้มีโอกาสแสดงออก

7.1 กระบวนการเรียนรู้โดยการสังเกตผ่านตัวแบบ(Observation Learning)

กระบวนการเรียนรู้โดยการสังเกตผ่านตัวแบบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นให้ความสนใจ (Attention)เป็นขั้นตอนที่บุคคลให้ความสนใจ ใส่ใจต่อความสามารถ ชื่อเสียง คุณลักษณะเด่นของตัวแบบ (modeling) จึงทำให้เกิดความสนใจ สังเกตการแสดงออก หรือ พฤติกรรมของตัวแบบ

2) ขั้นจดจำ (Retention) ภายหลังจากที่บุคคลใส่ใจและรับรู้ถึงพฤติกรรมของตัวแบบแล้ว บุคคลจะบันทึกสิ่งที่สังเกตได้นั้นไว้ในระบบความทรงจำของตนเอง ซึ่งมักจดจำในลักษณะของจินตภาพเกี่ยวกับขั้นตอนการแสดงพฤติกรรมของตัวแบบ

3) ขั้นกระทำตามตัวแบบ(Reproduction)เป็นขั้นตอนที่บุคคลแปลงข้อมูลที่ได้รับมาจากการจดจำพฤติกรรมของตัวแบบมาแสดงเป็นการกระทำออกมาให้เห็นภายนอก

4) ขั้นจูงใจ (Motivation) เป็นขั้นตอนที่บุคคลแสดงพฤติกรรมที่จดจำมาจากตัวแบบหากได้รับผลตอบแทนในทางบวก เช่นการยอมรับ คำชื่นชม การเสริมแรงต่างๆ ก็จะจูงใจให้บุคคลอยากแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบอีก แต่ถ้าแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบแล้วได้ผลตอบแทนในทางลบ เช่น การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ หัวเราะเยาะ ฯลฯ บุคคลก็จะงดเว้นการแสดงพฤติกรรมนั้นๆอีก

7.2 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self – efficacy) ในการดูแลสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self – efficacy) นั้นเป็นแนวคิดส่วนหนึ่งในทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ที่แบนดูราได้พัฒนาขึ้น(Schunk, 1991 : 207–231;Bandura , 1997 : 34 – 35 ; Gould , 2012 : 113 ; อังคินันท์ อินทรกำแหง , 2560 : 119 –120 ;เกษแก้ว เสียงเพราะ ,2561 : 94 - 98)โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

การรับรู้ความสามารถของตนเองหมายถึงความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความสามารถของตนเอง ในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพและมีความเชื่อมั่นว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้มากน้อยเพียงใด ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตนเองจึงมีผลต่อความพยายามในการแสดงพฤติกรรมในทางที่ถูกต้องเหมาะสม และสามารถนำมาใช้ในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้

7.2.1 แนวทางการสร้างให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง นั้นสามารถสร้างหรือพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ด้วยวิธีการดังนี้

1) การยกตัวอย่างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) จัดเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดเพราะเป็นประสบการณ์ตรงในความสำเร็จ ดังนั้นจึงควรฝึกฝนให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จควบคู่ไปกับการทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีความสามารถในการกระทำสิ่งเหล่านั้น

2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) เป็นการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของตัวแบบทั้งที่เป็นตัวแบบมีชีวิตจริงหรือตัวแบบสัญลักษณ์ด้วยกระบวนการใส่ใจ ผ่านเข้าสู่กระบวนการเก็บจำ กระบวนการกระทำตามตัวแบบ และกระบวนการตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบเมื่อบุคคลได้สังเกตตัวแบบกระทำ หรือแสดงพฤติกรรมจนได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ แล้ว บุคคลจะเกิดความรู้สึกว่าตนสามารถจะประสบความสำเร็จได้ถ้ามีความพยายามและไม่ท้อถอยต่ออุปสรรค ความยากลำบากที่เกิดขึ้น

3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการพูดให้ความเชื่อมั่นแก่บุคคลนั้นๆว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ประสบความสำเร็จ

4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) โดยใช้สถานการณ์ หรือคำพูด เพื่อให้บุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ทางลบเพื่อให้กลับมารับรู้ความสามารถของตนเองในทางที่ดีหรือทางบวกเพิ่มขึ้น

7.3 การกำกับตนเอง (Self – regulation)

ซิมเมอร์แมน (Zimmerman, 2000 cited in Schunk , 2012 : 400) ให้นิยามของคำว่า “การกำกับตนเอง”(Self – regulation)ไว้ว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลหรือผู้เรียนใช้ความคิด ความรู้สึกและกระทำอย่างเป็นระบบเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Self-regulation or self-regulated learning refers to processes that learners use to systematically focus their thoughts, feelings, and actions, on the attainment of their goals)

สำหรับคำว่า ‘การกำกับตนเองทางสุขภาพ’ นั้น อังคินันท์ อินทรกำแหง (2560 : 122 – 125) และ เกษแก้ว เสียงเพราะ (2561 : 100 - 104) ได้ให้ความหมายว่าเป็นผลของการสังเกตตนเองเกี่ยวกับการกระทำหรือปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพของบุคคล จากนั้นจึงตั้งเป้าหมาย วางแผนตัดสินใจ เลือกแนวทางปฏิบัติตนตามเป้าหมาย เมื่อบุคคลกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายแล้วจะแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองในเชิงบวก เช่นการยกย่อง ชื่นชมตนเอง ฯลฯ หากบุคคลกระทำพฤติกรรมต่ำกว่าเป้าหมาย จะแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตนเอง เช่นการตำหนิ วิพากษ์ วิวิจารณ์ตนเอง ฯลฯ

7.4 แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ(Health behavior Modification)

อังคินันท์ อินทรกำแหง (2560 : 116 - 129) กล่าวถึงแนวคิดเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพว่าได้ประยุกต์แนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ของแบนดูรา(Bandura ,1986)และการสร้างแรงจูงใจให้มีสุขภาพะที่ดีตามแนวคิดโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Transtheoretical Model: TTM) หรือขั้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stages of change) ของโปรแชสกาและไดคลีเมนเต้ (Prochaska & DiClemente, 1983) เข้าด้วยกัน เพื่อให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบททางสังคมของแต่ละคน สำหรับการวัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลตามแนวคิดของ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2560) นั้นได้ประยุกต์แนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura ,1986) และแนวคิด ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem ,1985) เข้าด้วยกันโดยมุ่งเน้นวัดพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ (Self - efficiency) 2)การกำกับพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง (Self - regulation) และ 3)การดูแลสุขภาพตัวเอง (Self - care)

นอกจากนี้ เกษแก้ว เสียงเพราะ (2561 : 75 - 76) ได้กล่าวถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ว่าหมายถึงการปฏิบัติตนหรือการแสดงออกของบุคคลเพื่อให้มีสุขภาพดี หรือละเว้นการกระทำที่จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ดังนั้นหากต้องปรับเปลี่ยนให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี หรือเหมาะสม จึงควรคำนึงถึงองค์ประกอบของการเรียนรู้ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดเรื่ององค์ประกอบของการเรียนรู้ ในทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูมและคณะ (Bloom et al, 1956) ดังนี้

1. ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain)จัดเป็นพฤติกรรม หรือเป็นสิ่งที่บุคคลแสดงให้รู้ว่าตนมีความสามารถในการจดจำข้อมูลสุขภาพ มีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ สามารถนำข้อมูลทางสุขภาพไปใช้ในชีวิตประจำวัน สามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินค่าของข้อมูลทางสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
2. ด้านจิตพิสัย(Affectivedomain)จัดเป็นสภาพความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลพฤติกรรมด้านนี้มักเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างเจตคติ ค่านิยม แรงจูงใจ เสริมคุณค่า ความเชื่อมั่นแห่งตนในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองไปในทางที่เหมาะสม
3. ด้านทักษะพิสัย(Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมหรือเป็นสิ่งที่บุคคลแสดงออกมาเกี่ยวข้องกับการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย เป็นทักษะที่กระทำเป็นขั้นตอน เริ่มจากการเลียนแบบ การลงมือกระทำตามอย่างเป็นระบบ ถูกต้อง และอย่างต่อเนื่องจนเป็นวิถีชีวิตหรือเป็นธรรมชาติตามปกติวิสัย เช่นการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง การไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วยทุกครั้ง เป็นต้น

ตอนที่ 8 โปรแกรมการพัฒนารอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการพัฒนารอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยพัฒนารอบรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลให้มีความสามารถในการที่จะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เสาะแสวงหา สืบค้นข้อมูล ทำความเข้าใจ แปลความหมายข้อมูลสุขภาพที่ได้รับหรือเข้าถึงได้อย่างถูกต้องสามารถตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับอารมณ์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพทางด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดเรื่ององค์ประกอบของรอบรู้ทางสุขภาพ 4 ด้าน ของโซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012) 4 ด้าน ซึ่งประกอบด้วยด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ (Access) ด้านการทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ (Understand) ด้านการวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) และด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ (Apply) แนวคิดเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น แนวคิดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ของกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) แนวคิดเรื่องกระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - efficiency) จาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ของแบนดูรา (Bandura, 1989) แนวคิดเรื่ององค์ประกอบของการเรียนรู้ ของบลูม และคณะ (Bloom et al., 1956) และกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมลงมือกระทำ (Active Learning) ของบอนเวล และ ไอสัน (Bonwell & Eison, 1991) ในทฤษฎีการเรียนรู้ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนและแนวคิดเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับความรู้ และแรงจูงใจมาผสมผสานเข้าด้วยกัน ซึ่งผู้วิจัยขอนำเสนอทฤษฎี และแนวคิดต่างๆที่ได้นำมาผสมผสานเข้าด้วยกัน เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนารอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาลดังตารางที่ 8 ข้างล่าง ต่อไปนี้

ตารางที่ 8 ทฤษฎี และแนวคิดที่นำมาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

ลำดับ	ทฤษฎี แนวคิดที่นำมาประยุกต์ในการพัฒนาโปรแกรม	เจ้าของทฤษฎี/แนวคิด
1.	แนวคิดเรื่ององค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ 4 ด้าน - ด้านเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ (Access) - ด้านทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ (Understand) - ด้านการวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) - ด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ (Apply)	โซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012)
2.	แนวคิดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. - ด้านอาหาร - ด้านออกกำลังกาย - ด้านอารมณ์	กระทรวงสาธารณสุข (2554)
3.	แนวคิดเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น	
4.	ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - กระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ (Observation Learning) - การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - efficiency)	แบนดูรา (Bandura ,1989)
5.	ทฤษฎีการเรียนรู้ 5.1 แนวคิดเรื่ององค์ประกอบของการเรียนรู้ - ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain) - ด้านจิตพิสัย (Affective domain) - ด้านทักษะพิสัย (Psychomotor domain) 5.2 กระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมลงมือกระทำ (Active Learning)	บลูม และคณะ (Bloomet al.,1956) บอนเวล และ ไอสัน (Bonwell& Eison,1991)
6.	แนวคิดเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ - ความรู้ - แรงจูงใจ	

จากทฤษฎี และแนวคิดที่นำมาเป็นพื้นฐานในตารางที่ 8 ผู้วิจัยได้นำมาสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วยเนื้อหาสาระกิจกรรมการเรียนรู้ ทฤษฎี แนวคิดที่นำมาประยุกต์ เทคนิค/วิธีการสอนและการประเมินผล ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 เนื้อหาสาระ กิจกรรมการเรียนรู้ ทฤษฎี แนวคิดที่นำมาประยุกต์ เทคนิค/วิธีการสอน และการประเมินผล ของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

ครั้งที่	เนื้อหาสาระ ที่เรียน	กิจกรรมตามองค์ประกอบ ของความรอบรู้ ทางสุขภาพ	ทฤษฎี แนวคิดที่ นำมาประยุกต์	เทคนิค/ วิธีการสอน	การ ประเมินผล
ครั้งที่ 1 2 ชม.	- ความคาดหวัง ในการร่วม กิจกรรม - แหล่งข้อมูล เกี่ยวกับอาหาร ที่เชื่อถือได้ - ชนิดประโยชน์ ของอาหาร พื้นฐานของแต่ละ ภูมิภาค	- กลุ่มสัมพันธ์ ขั้นการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ - บรรยาย สาธิต การสืบค้น ข้อมูลสุขภาพด้านอาหาร เพื่อสุขภาพ และอาหารตาม ภูมิปัญญาท้องถิ่น จาก แหล่งข้อมูล เว็บไซต์ที่ เชื่อถือได้ - ตรวจสอบความเข้าใจและ ให้ฝึกปฏิบัติการสืบค้น ข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับ อาหาร ขั้นการทำความเข้าใจ ข้อมูลสุขภาพ - อธิบาย ให้ความรู้เกี่ยวกับ ชนิดของอาหารพื้นฐานและ คุณประโยชน์ ต่อสุขภาพ เพื่อให้นักศึกษามีความรู้ และเข้าใจสาระ สำคัญของเนื้อหา ด้านอาหาร	1.องค์ประกอบ ของความรอบรู้ ทางสุขภาพ -ด้านเข้าถึงข้อมูล ทางสุขภาพ (Access) -ด้านทำความเข้าใจข้อมูลทาง สุขภาพ (Understand) 2.พฤติกรรม สุขภาพอาหาร 3.ทฤษฎีการ เรียนรู้ 4.ปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อความ รอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมและ พฤติกรรมสุขภาพ	- การสาธิต (Demonstration) - ฝึกกลุ่มย่อย (Small- Group Exercises) - การทวน ความ เข้าใจ (Teach - Back method) - การอภิปราย กลุ่ม (Group discussion)	-จากการ สังเกตความ สนใจมีส่วนร่วม ร่วมทำ กิจกรรม

ตารางที่ 9 เนื้อหาสาระ กิจกรรมการเรียนรู้ ทฤษฎี แนวคิดที่นำมาประยุกต์ เทคนิค/วิธีการสอน และการประเมินผล ของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ
3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล (ต่อ)

ครั้งที่	เนื้อหาสาระ ที่เรียน	กิจกรรมตามองค์ประกอบ ของความรอบรู้ ทางสุขภาพ	ทฤษฎี แนวคิดที่ นำมาประยุกต์	เทคนิค/ วิธีการสอน	การ ประเมินผล
		- อภิปราย แลก เปลี่ยนความรู้และ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร			
ครั้งที่ 2 2 ชม.	- การคำนวณ ค่าดัชนีมวล กาย ข้อมูล โภชนาการ พลังงานอาหาร ที่ได้รับ - อาหารตาม ภูมิปัญญา ท้องถิ่นแต่ละ ภูมิภาค - การส่งเสริม สุขภาพด้าน อาหารตามภูมิ ปัญญาท้องถิ่น	ขั้นการวิเคราะห์ แปล ความหมาย ประเมินค่า ข้อมูลสุขภาพ -สร้างแรงจูงใจโดยให้ วิเคราะห์ อภิปราย เปรียบ เทียบ ค่าดัชนีมวลกาย กับ เกณฑ์มาตรฐาน และคิด คำนวณพลังงานอาหารใน แต่ละชนิด ขั้นการตัดสินใจนำข้อมูล สุขภาพไปประยุกต์ใช้ - เสริมสร้างความเชื่อมั่นใน การบริโภคอาหารตามภูมิ ปัญญาท้องถิ่นโดยให้ ออกแบบรายการอาหาร -วิเคราะห์ อภิปรายเกี่ยวกับ ปริมาณสารอาหาร พลังงาน	1.องค์ประกอบ ของความรอบรู้ ทางสุขภาพ -ด้านการ วิเคราะห์ แปล ความหมาย ประเมินค่าข้อมูล ทางสุขภาพ (Appraise) - ด้านการ ตัดสินใจนำข้อมูล ทางสุขภาพไป ประยุกต์ใช้ (Apply) 2.ภูมิปัญญา ท้องถิ่น 3.ทฤษฎีการ เรียนรู้ทางปัญญา สังคม 4.ทฤษฎีการ เรียนรู้	- ฝึกกลุ่มย่อย (Small- Group Exercises) - การอภิปราย กลุ่ม (Group discussion) - เทคนิคการ สะท้อนคิด (Reflective thinking technique)	-ประเมิน ความรู้ ด้วย แบบวัดความรู้ -ประเมิน ความรู้ ทางสุขภาพ ด้วยแบบ ประเมิน -ประเมิน พฤติกรรม สุขภาพ3 อ. ด้วยแบบ ประเมิน -ประเมิน ความเชื่อมั่น ในการ เปลี่ยนแปลง พฤติกรรม สุขภาพ ด้วย

ตารางที่ 9 เนื้อหาสาระ กิจกรรมการเรียนรู้ ทฤษฎี แนวคิดที่นำมาประยุกต์ เทคนิค/วิธีการสอน และการประเมินผล ของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ
3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล (ต่อ)

ครั้งที่	เนื้อหาสาระ ที่เรียน	กิจกรรมตามองค์ประกอบ ของความรอบรู้ ทางสุขภาพ	ทฤษฎี แนวคิดที่ นำมาประยุกต์	เทคนิค/ วิธีการสอน	การ ประเมินผล
		ที่ได้รับจากเมนู อาหารที่ออกแบบ -ร่วมวิเคราะห์ อภิปราย ความเป็นไปได้ในการนำไป ประยุกต์ใช้ และวางแผนจะ นำสิ่งที่ได้เรียนรู้จาก กิจกรรมไปประยุกต์ ใช้ในการส่งเสริม สุขภาพ ของตนเองด้านอาหารอย่าง สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และความเป็นอยู่ -สะท้อนคิด และประเมิน ความเชื่อมั่นในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพด้านอาหารภายหลัง สิ้นสุดกิจกรรม	5.ปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อความ รอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมและ พฤติกรรมสุขภาพ		แบบประเมิน
ครั้งที่ 3 2 ชม.	แหล่งข้อมูล เกี่ยวกับการ ออกกำลังกายที่ เชื่อถือได้ ชนิด ระยะของการ ออกกำลังกาย พลังงานที่ใช้	ขั้นการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ -บรรยายและสาธิตการ เข้าถึงแหล่ง ข้อมูลด้านการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพ และการ	1.องค์ประกอบ ของความรอบรู้ ทางสุขภาพ -ด้านเข้าถึงข้อมูล ทางสุขภาพ (Access)	- การสาธิต (Demonstration) - ฝึกกลุ่มย่อย (Small- Group Exercises)	-จ า ก ก า ร สังเกตความ สนใจมีส่วน ร่ ว ม ท า กิจกรรม

ตารางที่ 9 เนื้อหาสาระ กิจกรรมการเรียนรู้ ทฤษฎี แนวคิดที่นำมาประยุกต์ เทคนิค/วิธีการสอน และการประเมินผล ของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ
3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล (ต่อ)

ครั้งที่	เนื้อหาสาระ ที่เรียน	กิจกรรมตาม องค์ประกอบ ของความรอบรู้ ทางสุขภาพ	ทฤษฎี แนวคิดที่ นำมาประยุกต์	เทคนิค/ วิธีการสอน	การ ประเมิน ผล
		<p>ออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่นจากแหล่งข้อมูล เว็บไซต์ที่เชื่อถือได้</p> <p>-ตรวจสอบความเข้าใจและให้ฝึกปฏิบัติการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกาย</p> <p>ขั้นการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ</p> <p>-อธิบายเนื้อหาเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น</p> <p>- อภิปราย แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย</p>	<p>-ด้านทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ (Understand)</p> <p>2.พฤติกรรมสุขภาพด้านออกกำลังกาย</p> <p>3.ทฤษฎีการเรียนรู้</p> <p>4.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ</p>	<p>- การทวนความเข้าใจ (Teach – Back method)</p> <p>- การอภิปรายกลุ่ม (Group discussion)</p>	
ครั้งที่ 4 2 ชม.	การออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่นแต่ละภูมิภาค แนวทางการสร้างแรงจูงใจ	<p>ขั้นวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินค่าข้อมูลสุขภาพ</p> <p>- สร้างแรงจูงใจโดยให้ชมคลิปวิดีโอกรณี</p>	<p>1.องค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ</p> <p>-ด้านการวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินค่า</p>	<p>- การใช้ตัวแบบ (Modeling)</p> <p>- ฝึกกลุ่มย่อย (Small-Group Exercises)</p> <p>- การแสดงบทบาทสมมติ</p>	-ประเมินความรู้ด้วยแบบวัดความรู้

ตารางที่ 9 เนื้อหาสาระ กิจกรรมการเรียนรู้ ทฤษฎี แนวคิดที่นำมาประยุกต์ เทคนิค/วิธีการสอน และการประเมินผล ของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ
3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล (ต่อ)

ครั้งที่	เนื้อหาสาระ ที่เรียน	กิจกรรมตามองค์ประกอบ ของความรอบรู้ ทางสุขภาพ	ทฤษฎี แนวคิดที่ นำมาประยุกต์	เทคนิค/ วิธีการสอน	การ ประเมินผล
	ในการออก กำลังกายเพื่อ สุขภาพ	ตัวอย่างบุคคลที่นำภูมิ ปัญญาท้องถิ่นมา ประยุกต์ในการออก กำลังกาย -ร่วมวิเคราะห์ เปรียบเทียบ จุดดี จุด ด้อย ของการออกกำลังกาย แต่ละชนิด -วางแผน ออกแบบจัด กิจกรรมการออกกำลังกาย ที่มีการผสมผสาน ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพ -วิเคราะห์ เปรียบ เทียบเกี่ยวกับประโยชน์ จุดดี จุดด้อยของชนิด ของการออกกำลังกายที่ เลือกตามที่ออกแบบ ขั้นตัดสินใจนำข้อมูล สุขภาพไปประยุกต์ใช้ - เสริมสร้างความ เชื่อมั่นโดยให้วางแผน ออกแบบจัดกิจกรรม ออกกำลังกายตามภูมิ ปัญญาท้องถิ่น	ข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) - ตำนาน การ ตัดสินใจนำข้อมูล ทางสุขภาพไป ประยุกต์ใช้ (Apply) 2.ภูมิปัญญา ท้องถิ่น 3.ทฤษฎีการ เรียนรู้ทางปัญญา สังคม 4.ทฤษฎีการ เรียนรู้ 5.ปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อความ รอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมและ พฤติกรรมสุขภาพ	(Role Playing) - การอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) - เทคนิคการ สะท้อนคิด (Reflective thinking technique	-ประเมิน ความรู้ ทางสุขภาพ ด้วยแบบ ประเมิน -ประเมิน พฤติกรรม สุขภาพ3 อ. ด้วยแบบ ประเมิน -ประเมิน ความเชื่อมั่น ในการ เปลี่ยนแปลง พฤติกรรม สุขภาพ ด้วย แบบประเมิน

ตารางที่ 9 เนื้อหาสาระ กิจกรรมการเรียนรู้ ทฤษฎี แนวคิดที่นำมาประยุกต์ เทคนิค/วิธีการสอน และการประเมินผล ของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล (ต่อ)

ครั้งที่	เนื้อหาสาระ ที่เรียน	กิจกรรมตาม องค์ประกอบ ของความรอบรู้ ทางสุขภาพ	ทฤษฎี แนวคิดที่ นำมาประยุกต์	เทคนิค/ วิธีการสอน	การ ประเมินผล
		-ร่วมวิเคราะห์ อภิปราย ความเหมาะสม และ ความเป็นไปได้ในการ นำสิ่งที่ได้เรียนรู้จาก กิจกรรมไปประยุกต์ใช้ ในการออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมสุขภาพ อย่างสอดคล้องกับวิถี ชีวิต วัฒนธรรม และ ความเป็นอยู่ -สะท้อนคิด และ ประเมินความเชื่อมั่นใน การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพด้าน ออกกำลังกายภายหลัง สิ้นสุดกิจกรรม			
ครั้งที่ 5 2 ชม.	แหล่งข้อมูล เกี่ยวกับ อารมณ์ที่ เชื่อถือได้ การ แสดงออกทาง อารมณ์ที่ เหมาะสมและ ไม่เหมาะสม	ขั้นการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพ - บรรยายและสาธิตการ เข้าถึงแหล่ง ข้อมูลด้านการผ่อนคลาย อารมณ์เพื่อ สุขภาพ และการ	1.องค์ประกอบ ของความรอบรู้ ทางสุขภาพ -ด้านเข้าถึงข้อมูล ทางสุขภาพ (Access)	- การสาธิต (Demonstration) - ฝึกกลุ่มย่อย (Small-Group Exercises) - การทวนความ เข้าใจ	-จากการ สังเกตความ สนใจมีส่วน ร่วมทำ กิจกรรม

ตารางที่ 9 เนื้อหาสาระ กิจกรรมการเรียนรู้ ทฤษฎี แนวคิดที่นำมาประยุกต์ เทคนิค/วิธีการสอน และ การประเมินผล ของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ
3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล (ต่อ)

ครั้งที่	เนื้อหาสาระ ที่เรียน	กิจกรรมตาม องค์ประกอบ ของความรอบรู้ ทางสุขภาพ	ทฤษฎี แนวคิดที่ นำมาประยุกต์	เทคนิค/ วิธีการสอน	การ ประเมินผล
	ผลกระทบของ การแสดงออก ทางอารมณ์	<p>ผ่อนคลายอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นจากแหล่งข้อมูล เว็บไซต์ที่เชื่อถือได้</p> <p>-ตรวจสอบความเข้าใจและให้ฝึกปฏิบัติการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอารมณ์เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด</p> <p>ขั้นการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ</p> <p>- อธิบายเนื้อหาสาระเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายอารมณ์ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม</p> <p>- อภิปราย แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับการทางอารมณ์เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด</p>	<p>-ด้านทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ (Understand)</p> <p>2.พฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์</p> <p>3.ทฤษฎีการเรียนรู้</p> <p>4.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรม และพฤติกรรมสุขภาพ</p>	<p>(Teach – Back method)</p> <p>- การอภิปรายกลุ่ม (Group discussion)</p>	

ตารางที่ 9 เนื้อหาสาระ กิจกรรมการเรียนรู้ ทฤษฎี แนวคิดที่นำมาประยุกต์ เทคนิค/วิธีการสอน และ การประเมินผล ของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ
3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล (ต่อ)

ครั้งที่	เนื้อหาสาระ ที่เรียน	กิจกรรมตาม องค์ประกอบ ของความรอบรู้ ทางสุขภาพ	ทฤษฎี แนวคิดที่ นำมาประยุกต์	เทคนิค/ วิธีการสอน	การประเมินผล
ครั้งที่ 6 2 ชม.	วิธีการผ่อนคลาย ทางอารมณ์ที่ เหมาะสมและไม่ เหมาะสม แนว ทางการควบคุม อารมณ์ และการ ผ่อนคลายทาง อารมณ์ตามภูมิ ปัญญาท้องถิ่น	ขั้นวิเคราะห์ แปล ความหมาย ประเมิน ค่าข้อมูลสุขภาพ -สร้างแรงจูงใจโดยให้ ชมคลิปวิดีโอกรณี ตัวอย่างตัวอย่าง บุคคลที่ใช้วิธีการ ทางอารมณ์ที่ไม่ เหมาะสม -วิเคราะห์ เปรียบเทียบ จุดดี จุดด้อยของวิธีการ จัดการทางอารมณ์ที่ กรณีตัวอย่างใช้เพื่อ ผ่อนคลายความตึง เครียด ขั้นตัดสินใจนำ ข้อมูลสุขภาพไปประ ยุกต์ใช้ -เสริมสร้างความ เชื่อมั่นโดยการให้ วางแผน ออกแบบจัด กิจกรรมการผ่อนคลายทางอารมณ์ที่มี การผสมผสานภูมิ ปัญญาท้องถิ่น เพื่อผ่อนคลายความ ตึงเครียด	1.องค์ประกอบของ ความรู้ทาง สุขภาพ -ด้านการวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินค่าข้อมูล ทางสุขภาพ (Appraise) - ด้านการตัดสินใจ นำข้อมูลทาง สุขภาพไป ประยุกต์ใช้ (Apply) 2.ภูมิปัญญาท้องถิ่น 3.ทฤษฎีการเรียนรู้ ทางปัญญาสังคม 4.ทฤษฎีการเรียนรู้ 5.ปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อ	- การใช้ตัวแบบ (Modeling) - ฝึกกลุ่มย่อย (Small-Group Exercises) - การอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) - เทคนิคการ สะท้อนคิด (Reflective thinking technique)	-ประเมิน ความรู้ด้วย แบบวัดความรู้ -ประเมินความ รอบรู้ทาง สุขภาพ ด้วย แบบประเมิน -ประเมิน พฤติกรรม สุขภาพ3 อ. ด้วยแบบ ประเมิน -ประเมินความ เชื่อมั่นในการ เปลี่ยนแปลง พฤติกรรม สุขภาพ ด้วย แบบประเมิน

ตารางที่ 9 เนื้อหาสาระ กิจกรรมการเรียนรู้ ทฤษฎี แนวคิดที่นำมาประยุกต์ เทคนิค/วิธีการสอน และการประเมินผล ของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล (ต่อ)

เนื้อหา สาระ ที่เรียน	กิจกรรมตาม องค์ประกอบ ของความรอบรู้ ทางสุขภาพ	ทฤษฎี แนวคิดที่นำมา ประยุกต์	เทคนิค/ วิธีการสอน	การประเมินผล	เนื้อหาสาระ ที่เรียน
		<p>-ร่วมวิเคราะห์ อภิปราย ความเหมาะสม และ ความเป็นไปได้ในการ นำสิ่งที่ได้เรียนรู้จาก กิจกรรมไปประยุกต์ใช้ ในการจัดการทาง อารมณ์เพื่อผ่อนคลาย ความตึงเครียดอย่าง สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และความ เป็นอยู่</p> <p>-สะท้อนคิด และ ประเมินความเชื่อมั่นใน การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพด้าน อารมณ์หลังสิ้นสุด กิจกรรม</p>	<p>ความรู้ทาง สุขภาพ พฤติกรรมและ พฤติกรรมสุขภาพ</p>		

ตอนที่ 9 การวิจัยแบบพหุวิธี (Multimethod Research)

จากการศึกษาพบว่า มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “การวิจัยแบบพหุวิธี” (Multimethod research) ไว้ในลักษณะคล้ายคลึงกัน ดังนี้

แบบบี (Babbie, 1979 cited in Brewer & Hunter, 1989: 29) กล่าวถึงการวิจัยแบบพหุวิธีว่า งานวิจัย 1 หัวข้อควรออกแบบให้มีวิธีการวิจัยมากกว่า 1 วิธี จึงจะได้ผลดีที่สุด

บริเวอร์ และ ฮันเตอร์ (Brewer & Hunter, 1989: 29) เสนอว่า งานวิจัย 1 เรื่อง หรือ โปรแกรมการวิจัยที่ซับซ้อนควรใช้วิธีการวิจัยหลายวิธีร่วมกัน เช่น การวิจัยภาคสนาม การวิจัยเชิงสำรวจ การวิจัยเชิงทดลอง การวิจัยเอกสาร เป็นต้น เพื่อจะสามารถตอบคำถามการวิจัยได้อย่างครอบคลุม

มอร์ส (Morse, 2003 cited in Esteves & Pastor (2004: 70) ให้ความหมายของคำว่า “การวิจัยแบบพหุวิธี” (Multimethod Research) ว่า หมายถึง โครงการวิจัยที่ประกอบด้วยวิธีการวิจัยตั้งแต่ 2 วิธีการขึ้นไป โดยที่แต่ละวิธีนั้นจะดำเนินการจนเสร็จสมบูรณ์ได้เลย และผลการวิจัยที่ได้จะเป็นส่วนหนึ่งในของผลการวิจัยโดยรวมที่เกิดขึ้นในโครงการวิจัย (Multimethod design is the conduct of two or more research methods, each conducted rigorously and complete in itself, in one project. The results are then triangulated to form a complete whole)

ดังนั้น การวิจัยแบบพหุวิธี (Multimethod research) จึงหมายถึง วิจัยวิทยาการวิจัยที่ใช้การวิจัยหลายรูปแบบตั้งแต่ 2 รูปแบบขึ้นไป ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยแต่ละรูปแบบนั้นจะสามารถตอบปัญหาวิจัยได้ครบสมบูรณ์ไปที่ละข้อ

มอร์ส (Morse, 2003 cited in Esteves & Pastor, 2004: 70) ได้เสนอชนิดของการออกแบบวิจัยของวิจัยแบบพหุวิธีไว้หลายรูปแบบ ดังตารางที่ 10 ต่อไปนี้

ตารางที่ 10 ชนิดของการออกแบบวิจัยของวิจัยแบบพหุวิธีตามแนวคิดของมอร์ส(Morse, 2003)

Type (ชนิดของการ ออกแบบวิจัย)	Combination(รูปแบบการรวมกันของงานวิจัย)
ดำเนินการ พร้อมกัน/ ค ว บ คู่ กั น (Simultaneous)	<p>QUAL + qual indicates a qualitatively-driven, qualitative simultaneous design.</p> <p>QUAN + quan indicates a quantitatively-driven, quantitative simultaneous design.</p> <p>QUAL + quan indicates a qualitatively-driven, qualitative and quantitative simultaneous design.</p> <p>QUAN + qual indicates a quantitatively-driven, quantitative and qualitative simultaneous design.</p>
ดำเนินการ ตามลำดับขั้น (Sequential)	<p>QUAL qualitative indicates a qualitative-driven project followed by a second qualitative project.</p> <p>QUAN quantitative indicates a quantitative-driven project followed by a second quantitative project.</p> <p>UAL quantitative indicates a qualitative-driven project followed by a second quantitative project.</p> <p>QUAN qualitative indicates a quantitative –driven project followed by a second qualitative project</p>

การวิจัยครั้งนี้จำเป็นต้องใช้การวิจัยแบบพหุวิธี (Multimethod research) ชนิดดำเนินการตามลำดับขั้น รูปแบบ QUAN → quantitative indicates a quantitative-driven project followed by a second quantitative project ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) และ ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เนื่องจากช่วยทำให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย สามารถตอบปัญหาการวิจัยได้ครบถ้วนทั้ง 2 ข้อ จึงเป็นการช่วยในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลไปโดยปริยาย ส่งผลทำให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น รายละเอียดของการวิจัยแบบพหุวิธี (Multimethod research) ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) จัดเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประเภทหนึ่งใช้ในการสำรวจความรอบรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในภูมิภาคและระดับชั้นปีแตกต่างกันเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ให้แก่นักศึกษาพยาบาลจุดเด่นของการวิจัยเชิงสำรวจที่ผู้วิจัยเลือกนำมาใช้ออกแบบการวิจัยในระยะที่ 1 คือสามารถศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบันของความรอบรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลได้เป็นจำนวนมากโดยใช้แบบประเมินหรือแบบสอบถามในคราวเดียวกัน ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงวิธีการสุ่มตัวอย่างให้รัดกุมถูกต้องตามหลักการทางสถิติเพื่อให้สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรที่ต้องการศึกษา รวมทั้งความสมบูรณ์ ครบถ้วนของแบบสอบถามหรือแบบประเมินที่ตอบกลับคืนมาอันเป็นจุดอ่อนของการวิจัยเชิงสำรวจด้วย (ทิพย์ศิริ กาญจนวาสี และ ศิริชัย กาญจนวาสี, 2561 : 81)

2. การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล จุดเด่นของการวิจัยเชิงกึ่งทดลองที่ผู้วิจัยเลือกนำมาใช้ออกแบบการวิจัยในครั้งนี้คือ ทำให้สามารถเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอันเป็นผลจากโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยที่ขจัดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนได้ด้วย รวมทั้งสามารถวิเคราะห์แนวโน้มของผลที่เกิดขึ้นช่วงก่อนและหลังการทดลองของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งนี้ควรระมัดระวังเรื่องผลตกค้างของการใช้เครื่องมือวัดซ้ำ หรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างการวัดก่อนการทดลองที่อาจส่งผลต่อการวัดหลังการทดลองด้วยซึ่งถือเป็นจุดอ่อนของการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (ทิพย์ศิริ กาญจนวาสี และ ศิริชัย กาญจนวาสี, 2561:85)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการที่ผู้วิจัยทำการศึกษาค้นคว้า สืบค้นข้อมูล รายงานวิจัยต่างๆเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่ามีงานวิจัยหลายเรื่องที่น่าสนใจซึ่งสามารถนำมาเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ หรืออ้างอิงสำหรับการทำวิจัยครั้งนี้ได้

ทวีศักดิ์ กสิผล ภัทรา เล็กจิตรธาดา และอัจฉรา จินายน (2555) พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ปีการศึกษา 2552 จำนวน 435 ราย มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา คือการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยที่ถูกคัดสรรและร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร การออก

กำลังกาย และการจัดการกับความเครียดของนักศึกษา มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้ร้อยละ 63.30

อังศินันท์ อินทรกำแหง (2556) ศึกษาวิจัยเรื่องการสังเคราะห์และการพัฒนาดัชนีวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในการส่งเสริมด้านอาหารออกกำลังกายจัดการอารมณ์งดสุราและสูบบุหรี่ (Synthesis and Development of ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults) เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สร้างและพัฒนาดัชนีวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยวัยผู้ใหญ่ 2) ประเมินระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของคนไทยวัยผู้ใหญ่ และ 3) พัฒนารูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสังเคราะห์เป็นบทความวิจัยที่เผยแพร่ในฐานข้อมูล PubMed และฐานข้อมูล Science Direct ระหว่างปีค.ศ. 1996 – 2013 จำนวน 12 เรื่อง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการตรวจสอบสมมติฐานเป็นคนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ 2 ขั้นมาจาก 4 ภูมิภาคๆละ 3 จังหวัดรวม 13 จังหวัดและสุ่มอีกครั้งโดยใช้การแบ่งชั้นภูมิตามโควตาจังหวัดละ 300 - 350 คนรวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 4,401 คน งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบผสมวิธีเริ่มต้นด้วยงานวิจัยวิเคราะห์เอกสารซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพตามด้วยงานวิจัยเชิงปริมาณใช้วิเคราะห์องค์ประกอบและวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุผลวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ได้คิดเป็นร้อยละ 72.0 และรูปแบบเส้นทางอิทธิพลตามสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยค่าสถิติยืนยัน นอกจากนี้พบว่าการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมได้รับอิทธิพลทางตรงจากการคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง และได้รับอิทธิพลรวมจากการมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพการเข้าถึงข้อมูลและบริการการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

กิจจรรย์ จันทรโปี (2556) ศึกษาผลของการสวดมนต์ตามแนวพุทธศาสนาและการทำสมาธิแบบอานาปานสติที่มีต่อความเครียด ของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระดับปริญญาตรี จำนวน 60 คน โดยจัดให้นิสิตที่มีความเครียดในระดับปานกลางถึงเครียดสูง เข้าร่วมการวิจัย และทำการคัดเลือกนิสิตแบบจับคู่ (Matched group) เพื่อจัดเข้ากลุ่มสวดมนต์และกลุ่มทำสมาธิแบบอานาปานสติ กลุ่มละ 30 คน จากนั้นทำการวัดคลื่นสมองด้วยเครื่อง NeXus-10 เป็นรายบุคคล ก่อนทำการสวดมนต์ และทำสมาธิแบบอานาปานสติ ก่อนทำการสวดมนต์ในกลุ่มสวดมนต์ และทำสมาธิในกลุ่มทำสมาธิแบบอานาปานสติ วัดคลื่นสมองทุก 5 นาทีเป็นเวลา 30 นาที แล้วทำการทดสอบความเครียดหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่าการสวดมนต์ และการทำสมาธิแบบอานาปานสติ มีผลทำให้นักศึกษาลดระดับความเครียดลงได้ โดยการสวดมนต์โดยสามารถผ่อนคลายความเครียด

(คลื่นอัลฟา) ได้ตั้งแต่นาทีที่ 5 เป็นต้นไป ส่วนการทำสมาธิแบบอานาปานสติสามารถผ่อนคลายความเครียด (คลื่นอัลฟา) ได้ตั้งแต่นาทีแรกจนถึงนาทีที่ 5

สไตล์ (Stiles E., 2011) ศึกษาวิจัยเรื่องการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ได้นั้นเกิดจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรค และ 2) ผู้ป่วยจะต้องดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด ความรู้ทางสุขภาพประกอบด้วยปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจ แรงจูงใจและคุณภาพการเปลี่ยนแปลงตนเองของแต่ละบุคคลในระบบสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเรื่องความรู้ทางสุขภาพของพยาบาล นับเป็นกุญแจสำคัญที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ประสบผลสำเร็จในการดูแลจัดการสุขภาพตนเองในระยะยาวได้ กลยุทธ์ในการเพิ่มความรู้ทางสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรเน้นการสอนเป็นรายบุคคล ให้คำปรึกษาแนะนำที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่

เฮลแมน และคณะ (Heijmans, M. et.al., 2015) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ความรู้ทางสุขภาพในระดับ Functional, communicative and critical health literacy และการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของความรู้ทางสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศเนเธอร์แลนด์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับการบริหารจัดการตนเองโดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ทางสุขภาพ ซึ่งได้แก่ 1) The Dutch Functional Communicative and Critical Health Literacy scale (FCCHL) 2) The Partners in Health scale (PIH) 3) Perceived Efficacy in Patient-Doctor Interactions (PEPPI-5) และ 4) แบบประเมินการบริหารจัดการตนเอง (aspects of self-management) ผลการศึกษาพบว่าระดับอายุที่สูงขึ้น ระดับการศึกษาต่ำ รายได้น้อย มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ทางสุขภาพที่ต่ำ นอกจากนี้พบว่าความรู้ทางสุขภาพในระดับการสื่อสารหรือระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับการคิดวิจารณ์ญาณมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการบริหารจัดการตนเองบางด้าน ส่วนความรู้ทางสุขภาพในระดับพื้นฐานมีความสัมพันธ์น้อยกับความสามารถในการบริหารจัดการตนเองโดยสรุปแล้วความรู้ทางสุขภาพในระดับการสื่อสารหรือระดับปฏิสัมพันธ์และความรู้ทางสุขภาพระดับการคิดวิจารณ์ญาณ มีบทบาทสำคัญต่อความสามารถในการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ส่งผลกระทบที่แตกต่างกันตามบริบทระดับของความรู้ทางสุขภาพแปรผันตามสภาพสังคมและลักษณะการเจ็บป่วย

แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2558) ทำการศึกษาวิจัยแบบสหสัมพันธ์ (Correlational research) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปที่ได้รับการตรวจรักษาในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 129 คน

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและการรักษา ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ.2557 – มีนาคม พ.ศ.2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคแอสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 68.2 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล คือ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน

สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี และ มณฑนดวงพัฒน์ อุ่นพรมมี (2551) ทำการศึกษาความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จำนวน 98 คน โดยใช้แบบวัดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพซึ่งผู้วิจัยแปลจากแบบประเมิน The Health Literacy Knowledge and Experience Survey (HL-KES) ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับที่จำกัด โดยตอบข้อคำถามถูกเพียงร้อยละ 47.16 ด้านที่นักศึกษาทำคะแนนได้น้อยที่สุด คือได้แก่ด้านผลกระทบของการมีความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำ และการประเมินกิจกรรมส่งเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพ ส่วนด้านที่นักศึกษาทำคะแนนได้สูงสุด ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองระดับความแตกฉานด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่านักศึกษามีประสบการณ์เกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพในระหว่างเป็นนักศึกษาพยาบาลในระดับค่อนข้างต่ำ ด้านที่นักศึกษามีประสบการณ์จำกัด ได้แก่การประเมินทักษะการอ่านและความเหมาะสมทางวัฒนธรรมของสื่อให้ความรู้ก่อนใช้งาน และการใช้สื่อภาพและเสียงในการให้ความรู้กับผู้รับบริการ

ดวงพร กตัญญูตานนท์ (2554) ได้ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจเพื่อสำรวจภาวะโภชนาการและศึกษาพฤติกรรม 3 อ. ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติปีการศึกษา 2552 จำนวน 350 คน โดยใช้แบบสอบถาม วัดค่าดัชนีมวลกาย และวัดเส้นรอบเอว ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีภาวะโภชนาการตามค่าดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 9.7 อยู่ในภาวะอ้วนร้อยละ 10.3 อยู่ในภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 11.1 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารการออกกำลังกายและอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมดและพบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารการออกกำลังกาย และอารมณ์มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะโภชนาการตามค่าดัชนีมวลกายและตามเกณฑ์การอ้วนลงพุงของนักศึกษา นอกจากนี้ยังพบอีกว่าคะแนนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารรายข้อ ซึ่งได้แก่การหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูงการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการกินอาหารในสัดส่วน

2 :1: 1 คือผัก 2 ส่วนข้าวหรือแป้ง 1 ส่วนเนื้อสัตว์ 1 ส่วนนั้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.04 กับภาวะโภชนาการตามค่าดัชนีมวลกายของนักศึกษา

สายสวาท, อุไรรักษ์, และ สิริเพ็ญโสภ (2554) ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ชั้นปีที่ 1 - ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2552 จำนวน 638 คน ผลการศึกษา พบว่านักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ชั้นปีที่ 3B 3C และชั้นปีที่ 4 มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 และชั้นปี 3A มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้

นอกจากนี้ยังพบอีกว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสภาพแวดล้อมทางจิตหรือสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .74, r = .83, p < .01$)

ศรีบังอร สุวรรณพานิช. (2555) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคอาหารของนักศึกษาสถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตกระบี่ ปีการศึกษา 2548 จำนวน 253 คน โดยใช้แบบสอบถามวัดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาสถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตกระบี่ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง เกี่ยวกับปัจจัยพบว่านักศึกษาที่มีเพศ ระดับการศึกษา เงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง การศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง และการรับรู้ข่าวสารต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน

เอื้อญาติ และคณะ (2555) ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพการเป็นผู้นำสร้างเสริมสุขภาพที่มีต่อระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด การออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 2 และ 3 จำนวน 60 คน ที่เข้าร่วมโครงการผู้นำ สร้างเสริมสุขภาพกิจกรรมในโครงการเพื่อพัฒนาศักยภาพการทำงาน ระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ. 2552 -กรกฎาคม พ.ศ.2553 ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโครงการ นักศึกษามีระดับความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการความเครียดเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมด้านอื่นไม่แตกต่างกัน

อานนท์ สีดาเพ็ง และ นิคม มูลเมือง (2556) ทำการศึกษา เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาและศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยแม่โจ้ ปีการศึกษา 2551 จำนวน 388 คน ผลการศึกษา พบว่านักศึกษา มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการบริโภคอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการจัดการความเครียด 4) ด้านการงดสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์/สารเสพติด 5) ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และ 6) ด้านเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่านิยม ทักษะที่ดีต่อ และการรับรู้ประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี มีการรับรู้

ความสามารถแห่งตนและการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ผลการศึกษายังบ่งชี้ว่านักศึกษาที่มีเพศ อายุ คณะที่ศึกษา รายรับต่อเดือน และระดับการศึกษาของมารดาที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ อันได้แก่ค่านิยม ทศนคติ การรับรู้ ความสามารถแห่งตนและการรับรู้ ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบ ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ณัชกร คงชีวกุล ,สุนทรา กล้านรงค์ และ จุฑารัตน์ สธิรปัญญา(2557) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ของนักศึกษา ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตสงขลา ปีการศึกษา 2554 จำนวน 381 คน จำแนกตามตัวแปรเพศ ระดับชั้นปี คณะ ศาสนา และสถานที่พักอาศัย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในระดับดีมาก มีเจตคติอยู่ในระดับดี แต่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายนั้นพบว่าตัวแปรเพศมีผลทำให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันโดยเพศชายมีความรู้มากกว่าเพศหญิง แต่ไม่ส่งผลต่อเจตคติและการปฏิบัติการออกกำลังกาย ตัวแปรระดับชั้นปี ที่ศึกษาต่างกันส่งผลทำให้ความรู้และเจตคติในการออกกำลังกายของนักศึกษาแตกต่างกัน กล่าวคือนักศึกษา ชั้นปี 3 มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายมากที่สุด และ นักศึกษา ชั้นปี 4 มีเจตคติทางบวกต่อการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ แต่ไม่มีผลต่อการปฏิบัติในการออกกำลังกาย ตัวแปรคณะที่ศึกษา ส่งผลต่อความรู้โดยพบว่านักศึกษาคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายมากที่สุด แต่ไม่ส่งผลต่อเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ตัวแปรศาสนาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาต่างกันส่งผลต่อความรู้และเจตคติในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โดยผู้ที่นับถือศาสนาพุทธมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายมากที่สุดและมีเจตคติทางบวกต่อการออกกำลังกาย อย่างไรก็ตามพบว่าตัวแปรศาสนา ไม่มีผลต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย หารับตัวแปรสถานที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่างพบว่าไม่มีผลความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

มาลีวัล เลิศสาครศิริ และ ชะบา คำปัญญา.(2017) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2, 3, 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จำนวน 184 คน ที่ฝึกปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ ปีการศึกษา 2558 ผลการศึกษา พบว่า ลักษณะส่วนบุคคลเกี่ยวกับชั้นปี เงินที่ได้รับเป็นค่าใช้จ่ายรายเดือน และสถานที่พักอาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ และด้านออกกำลังกาย และเจตคติต่อการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลด้วย

กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ สมพร รักความสุข และ อรรพรรณ ดวงใจ (2561) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรีและเปรียบเทียบความฉลาดทางด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1- ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2559 จำนวน 460 คน โดยใช้แบบสอบถามความฉลาดทางด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยแปลมาจากแบบสอบถามของประยูรต์มาจากแนวคิดของ ดอยล์ แคฟเฟอร์กี้ และ ฟูลแลม (Doyle, Cafferkey and Fullam, 2012) และ โซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 47 ข้อ สะท้อนถึงมิติของการดูแลสุขภาพ 3 ด้าน ประกอบด้วยด้านการดูแลสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ การป้องกันโรค จำนวน 15 ข้อ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ โดยในแต่ละด้านประเมินเกี่ยวกับการเข้าถึง/ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพ กระบวนการ/ การประเมินข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ และด้านการประยุกต์ใช้/ ใช้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพในข้อคำถามแต่ละข้อให้เลือกตอบว่าสิ่งที่ประเมินมีความยาก ง่ายเพียงใด ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1 – 5 ซึ่งหมายถึง ตอบไม่ได้ ยากมาก ค่อนข้างยาก ค่อนข้างง่าย และง่ายมาก ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาล มีความฉลาดทางสุขภาพ ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และ การส่งเสริมสุขภาพ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการดูแลสุขภาพ เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยในภาพรวมทั้ง 3 ด้านของแต่ละชั้นปี พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพสูงสุด รองลงมาคือชั้นปีที่ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ผลการทดสอบความแตกต่างความฉลาดทางสุขภาพของนักศึกษาในแต่ละชั้นปีไม่มีความแตกต่างกัน ถึงแม้ความฉลาดทางสุขภาพของนักศึกษาแต่ละชั้นปีไม่มีความแตกต่างกัน แต่ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดสอดคล้องกันทุกชั้นปีคือด้านการดูแลสุขภาพ

จิระภา ขำพิสุทธิ์ (2561) ศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิต คณะกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตชั้นปีที่ 2 จากคณะกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 326 คน และสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่งานกิจการนิสิต และนิสิต จำนวน 21 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Nutbeam ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 35 ข้อตามองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ ความเข้าใจการสร้างเสริมสุขภาพ 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ 4) ด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ 5) ด้านทักษะการจัดการตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และ 6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่านิสิตมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับสูง มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.01 และจากผลการสนทนากลุ่มค้นพบแนวทางการพัฒนาความ ฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการกำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างเป็นรูปธรรม เน้นการปลูกฝังค่านิยมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีการจัดกิจกรรมส่งเสริม ให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ โดยผ่านการสื่อสารที่ทันสมัย สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริม สุขภาพในมหาวิทยาลัย เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของพฤติกรรม



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย เรื่องโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตาม
ภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของ
นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่อยู่ใน
ภูมิภาค และระดับชั้นปีแตกต่างกัน และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้าน
สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ด้านอาหาร ออกกำลังกาย และจัดการอารมณ์ตามภูมิปัญญา
ท้องถิ่น ของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent variable) ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่ คะแนนความรู้ทางสุขภาพ และคะแนน
พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

ประชากร ได้แก่

1. นักศึกษาพยาบาล ในวิทยาลัยพยาบาล สังกัด สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวง
สาธารณสุข จำนวน 30 แห่งทั่วประเทศ ตั้งแต่ ชั้นปีที่ 1 – ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2560 ซึ่งมีจำนวน
14,097 คน (รายงานสถิติ จำนวนนักศึกษาของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวง
สาธารณสุข ปีการศึกษา 2560 ข้อมูล ณ วันที่ 23 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2560)

2. ผู้ทรงคุณวุฒิ สำหรับตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ที่มีความเชี่ยวชาญครอบคลุม
ศาสตร์ทางทางการศึกษา ด้านการพยาบาล ด้านการสาธารณสุข และด้านโภชนาการ

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างสำหรับการพัฒนาเครื่องมือประเมินความรู้ทางสุขภาพของ
นักศึกษาพยาบาล ได้แก่ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 – ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2560 ของ วิทยาลัย
พยาบาล สังกัด สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 12 แห่ง รวมทั้งหมด 390
คน ขนาดของตัวอย่างได้จากการคำนวณตามสูตรของยามาเน่ (Yamane, 1967 อ้างอิงใน สุชาติ
ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2555 : 185) ข้างล่างต่อไปนี้

$$n = \frac{N}{1 + (N)(e)^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง (Sample Size)

N = จำนวนประชากร (Population)

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิด (error) โดยกำหนดค่า e = 5% (0.05)

ขนาดของตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

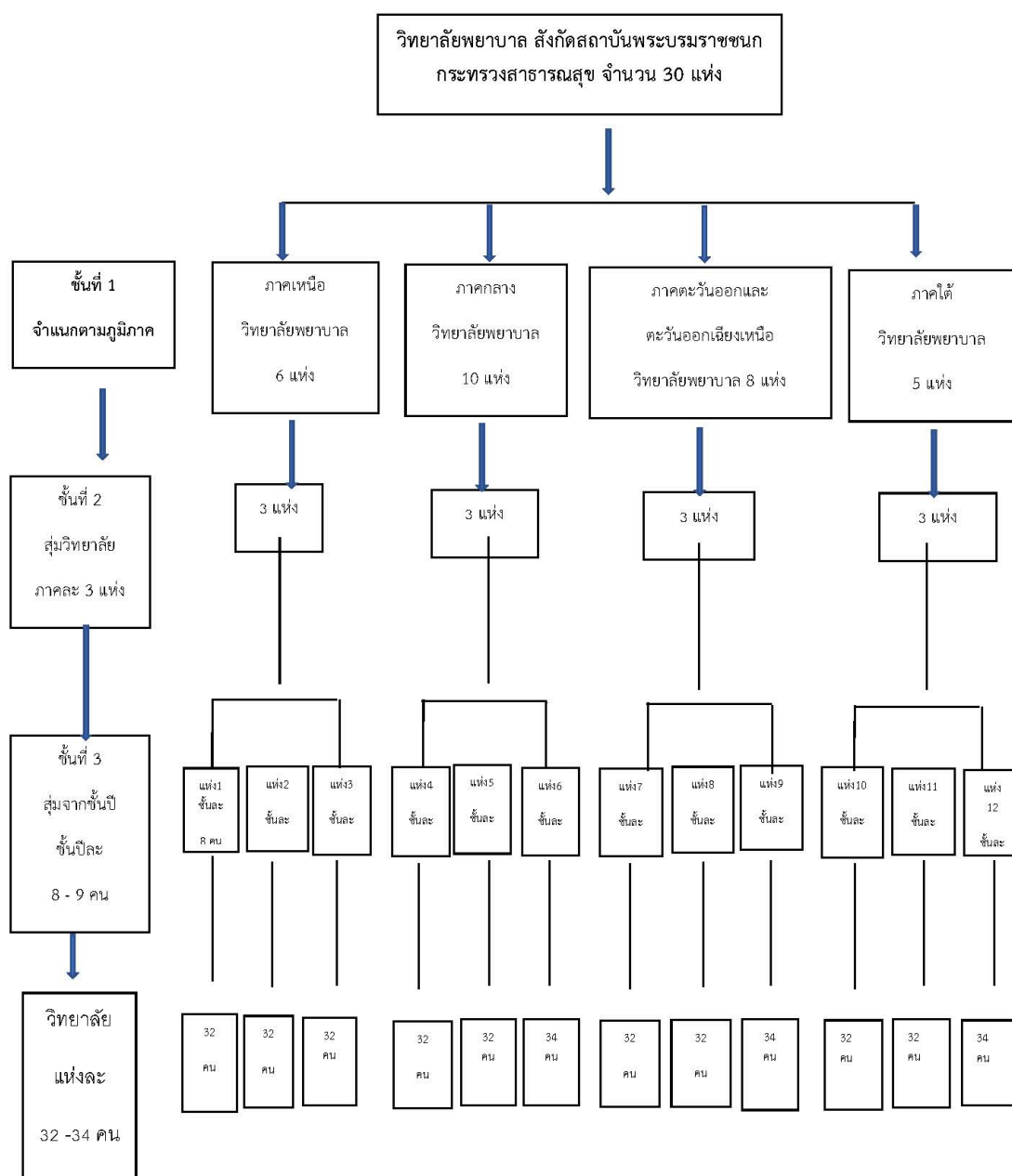
$$= \frac{14,097}{1 + (14,097)(0.05)^2}$$

$$= \frac{14,097}{1 + (14,097)(0.05)^2}$$

$$= \frac{14,097}{36.24}$$

$$= 388.99 \text{ ประมาณ } 390 \text{ คน}$$

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) (สุวิมล ตรีภานันท์, 2555 : 170) และ ศิริชัย กาญจนวาสิ ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และดิเรก ศรีสุโข (2559 : 31) จากวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 แห่ง ทั่วประเทศ โดยมีรายชื่อวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เปิดทำการสอนนักศึกษาพยาบาลครบทุกชั้นปี ตั้งแต่ ชั้นปีที่ 1 – ชั้นปีที่ 4 จำนวน 30 แห่ง โดยทำการสุ่มวิทยาลัยพยาบาลตามภูมิภาค ซึ่งมีทั้งหมด 4 ภาค ประกอบด้วย ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ภูมิภาคละ 3 แห่ง รวมวิทยาลัยพยาบาลที่ได้รับการสุ่มมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น จำนวน 12 แห่ง จากนั้นสุ่มนักศึกษาพยาบาล ตามระดับชั้นปี ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 – ชั้นปีที่ 4 ของในแต่ละวิทยาลัย ชั้นปีละ 8 - 9 คน รวมกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลแต่ละแห่ง จำนวน 32 – 34 คน และรวมตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล สำหรับใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นจำนวนทั้งสิ้น 390 คน ดังภาพข้างล่าง ต่อไปนี้



ภาพที่ 3 แสดงการสุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลแบบหลายขั้นตอน

สำหรับวิธีเก็บตัวอย่างซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยทั้ง 12 แห่งในแต่ละชั้นปีนั้น ผู้วิจัยจะทำการสุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลแต่ละแห่งในแต่ละระดับชั้นปีตั้งแต่ ชั้นปีที่ 1 – ชั้นปีที่ 4 โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยนำ รายนามนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลแต่ละแห่งในแต่ละชั้นปีที่เรียงรหัสจากน้อยไปมากแล้ว มาสุ่ม หยิบรหัสนักศึกษา 1 รหัสก่อน จากนั้นเว้นช่วงไปทีละ 5 รหัส ทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆจนได้นักศึกษา

ตัวอย่างที่จะเป็นผู้ตอบสอบถามครบจำนวน ชั้นละ 8-9 คน ตัวอย่างเช่น สุ่มหยิบรหัสครั้งแรกได้เป็น รหัส 003 จากนั้นเว้นช่วงทีละ 5 รหัส คือ 008 013 018 023 028 033 038 043 048 053 จนได้ตัวอย่างนักศึกษาของแต่ละวิทยาลัย ชั้นปีละ 8 - 9 คน รวมกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลจาก วิทยาลัยพยาบาลแต่ละแห่ง จำนวน 32 - 33 คน และรวมตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล สำหรับใช้ในการ เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินระดับความรู้ทางสุขภาพฯ เป็นจำนวนทั้งสิ้น 390 คน

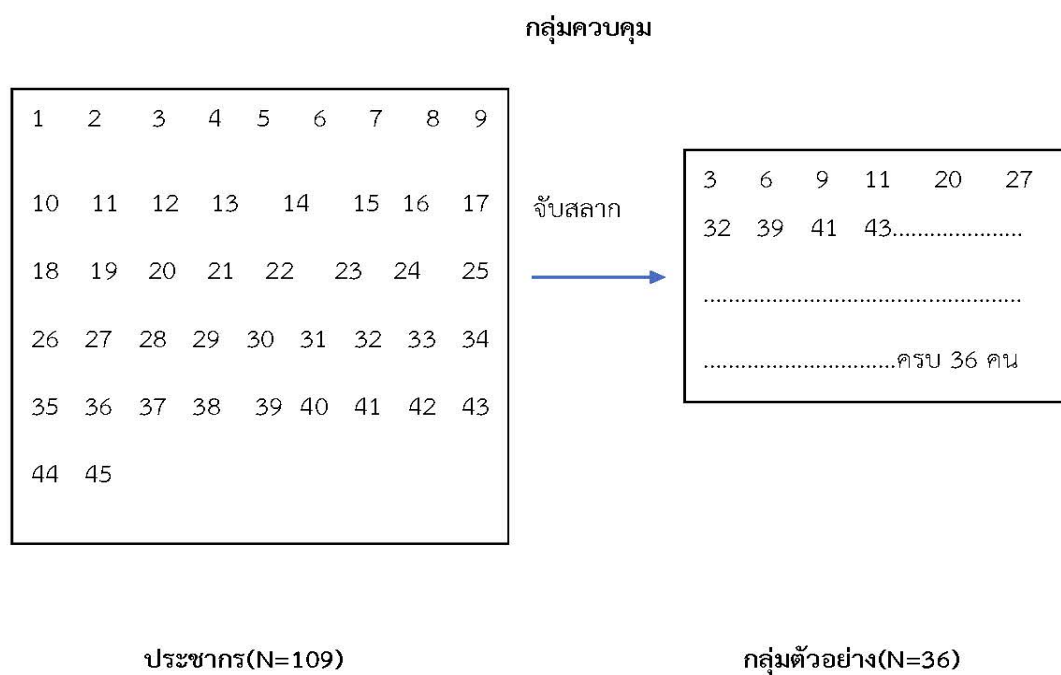
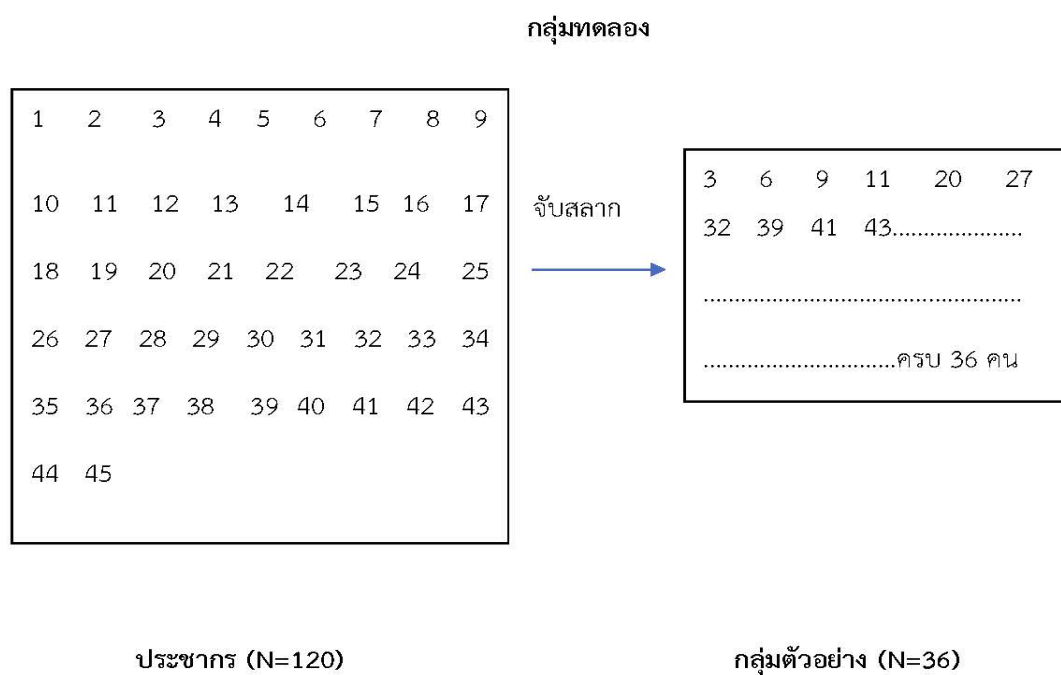
2. กลุ่มตัวอย่างสำหรับการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

2.1) จากผลการศึกษาข้างต้น ผู้วิจัยจึงเลือกนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ที่กำลังเรียนอยู่ใน วิทยาลัยพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเขตภาคกลางซึ่งมีคะแนนการรับรู้ทางสุขภาพ อยู่ในระดับน้อยที่สุด สำหรับใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพของ นักศึกษาพยาบาลตามภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยตรวจสอบความเท่าเทียมของสถาบันการศึกษาทั้งในด้านการ จัดการเรียนการสอน ลักษณะสิ่งแวดล้อมที่ใกล้เคียงกัน ในจังหวัดที่มีวิทยาลัยดำเนินการเปิดสอน อยู่ จึงเลือกจังหวัดสระบุรีซึ่งมีวิทยาลัยพยาบาลตั้งอยู่ 2 แห่ง ได้แก่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท จากนั้นทำการสุ่มรายชื่อวิทยาลัยโดยใช้ วิธีการจับสลาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี เป็นกลุ่มทดลอง และวิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี พระพุทธบาทเป็นกลุ่มควบคุม

2.2) การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มนั้น ผู้วิจัยใช้ หลัก Rule of Thumb (Carmen R. Wilson Van Voorhis and Betsy L. Morgan ,2007) โดย กำหนดจำนวนกลุ่มละ 30 คน เนื่องจากค่าดังกล่าวจัดเป็นค่าที่มีการกระจายเข้าสู่โค้งปกติและเพื่อ ป้องกันกลุ่มตัวอย่างออกจากโปรแกรมการวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนนักศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมอีกร้อยละ 20 คิดเป็น 6 คนต่อกลุ่ม ดังนั้นจึงมีนักศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่ม ละ 36 คน

2.3) เกณฑ์การคัดนักศึกษาเข้าโครงการ ได้แก่ นักศึกษาทุกคนยินดีเข้าร่วมโครงการ สำหรับเกณฑ์การคัดนักศึกษาออกจากโครงการ ได้แก่ นักศึกษาไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการหรือไม่สามารถ เข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

2.4) ในการคัดเลือกนักศึกษาเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้น ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่ม ตัวอย่างแบบง่าย (ทิพย์ศิริ กาญจนวาสี และ ศิริชัย กาญจนวาสี ,2561) โดยนำรายชื่อนักศึกษา ชั้นปี ที่ 1 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ทั้งหมด จำนวน 120 คน มาคละกัน จากนั้นสุ่มโดย จับสลากรายชื่อออกมาจนครบ 36 คน เพื่อเป็นกลุ่มทดลอง จากนั้นสุ่มรายชื่อนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท ซึ่งมีทั้งหมด 109 คน มาคละกัน แล้วสุ่มโดยจับสลาก รายชื่อ ออกมาจนครบ 36 คน เพื่อเป็นกลุ่มควบคุม ดังภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 4 การสุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

3. ผู้ทรงคุณวุฒิ สำหรับตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย จำนวน 5 คน เกณฑ์การคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาจากการมีความเชี่ยวชาญครอบคลุมศาสตร์สาขาทางการศึกษา ด้านการพยาบาล ด้านการสาธารณสุข และด้านโภชนาการ ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการศึกษา 1 คน ด้านการพยาบาล 2 คน ด้านการสาธารณสุข 1 คน และด้านโภชนาการ 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล
 ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของโซเรนเซน และคณะ (Sorensen ,2012) ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 3 ข้อ และ ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. (ด้านอาหาร การออกกำลังกาย และด้านจิตใจ อารมณ์) ของนักศึกษาพยาบาล มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามระดับความถี่ในการปฏิบัติ มีจำนวน 30 ข้อ จำแนกตามองค์ประกอบหลักของความรู้ทางสุขภาพ ตามแนวคิดของโซเรนเซน และคณะ (Sorensen et al, 2012) ทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) จำนวน 9 ข้อ 2) ด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (Understand) จำนวน 7 ข้อ 3) ด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) จำนวน 6 ข้อ และ 4) ด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ (Apply) จำนวน 8 ข้อ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ ที่พัฒนาขึ้นโดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามของแบบทดสอบกับจุดประสงค์การเรียนรู้ โดยใช้สูตร IOC (Index of Item – Objective Congruence) และคัดเลือกข้อที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ถึง 1.00 จากผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน พบว่ามีค่าอยู่ ระหว่าง 0.60–1.00 จากนั้นนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาพยาบาล ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชัยนาท ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย จำนวน 30 คนเพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริงโดยพบว่ามีค่าความเชื่อมั่น (แอลฟา ครอนบาค) ของแบบประเมินทั้งฉบับ เท่ากับ 0.92 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของแบบประเมินรายด้านประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพ และด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.9 , 0.81 , 0.83 , 0.75 ตามลำดับ

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ ของนักศึกษาพยาบาล
 ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบประเมินชุดนี้ขึ้น โดยเลือกแนวปฏิบัติตน 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และจิตใจ อารมณ์) ตามแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender’s Health Promotion Model) ของเพนเดอร์(Pender,1982 cited in Raingruber, 2017:75-76) มาเป็นพื้นฐาน ผสมผสานกับเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่ 1) ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 3 ข้อ และ 2) ตอนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. จำนวน 27 ข้อ ประกอบด้วย ด้านอาหาร จำนวน 12 ข้อ ด้านออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ และด้าน

จิตใจ อารมณ์ จำนวน 7 ข้อ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินโดยนำแบบประเมิน พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาลที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านการศึกษา ด้านการพยาบาล ด้านการสาธารณสุข และด้าน โภชนาการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วนำแบบประเมินมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นจึงนำไปทำการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำแบบประเมิน ไปทดลองใช้ กับนักศึกษาพยาบาล ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท ปีการศึกษา 2560 ภาคการศึกษาที่ 2 ชั้นปีที่ 1 - ชั้นปีที่ 4 จำนวน 30 คน จากการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ผู้วิจัยได้คัดเลือกข้อคำถาม ที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation อยู่ระหว่าง 0.25 ถึง 0.80 ในแต่ละด้าน จนเหลือข้อคำถามที่ใช้ได้ทั้งหมด รวม 20 ข้อ ประกอบด้วยด้านอาหาร จำนวน 8 ข้อ ด้านออกกำลังกาย จำนวน 9 ข้อ และด้านอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ โดยพบว่ามีความเชื่อมั่น (แอลฟา ครอนบาค) ของแบบ ประเมินทั้งฉบับ เท่ากับ 0.89 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบประเมินรายด้าน ซึ่งได้แก่ด้าน อาหาร ด้านออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ เท่ากับ 0.81 , 0.85 , 0.71 ตามลำดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยนำแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องความรู้ทางสุขภาพ ของโซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al. ,2012) พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. พฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม และทฤษฎีการเรียนรู้ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้สำหรับเป็นคู่มือให้อาจารย์ผู้รับผิดชอบหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา นักศึกษาพยาบาล ได้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็น ในการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดความรู้ทางสุขภาพ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. และใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาลได้ เนื้อหาสาระในโปรแกรมแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ บทนำ แผนการเรียนรู้ บรรณานุกรม และภาคผนวก ตรวจสอบคุณภาพของร่างโปรแกรม โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการศึกษา ด้านการพยาบาล และด้านการสาธารณสุข จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) แล้วนำร่างโปรแกรมที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตาม ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี จำนวน 7 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้เกี่ยวกับขั้นตอน ระยะเวลาที่ใช้ ในการดำเนินการ

3. เครื่องมือสำหรับประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

3.1 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ฉบับนี้มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ให้คะแนนเป็นระบบ 0-1 กล่าวคือ ตอบได้ถูก 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน สำหรับใช้ประเมินผลนักศึกษาในกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ซึ่ง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ของกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข , 2554) และภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นพื้นฐานในการสร้างข้อคำถาม ให้ครอบคลุมเนื้อหาความรู้ด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ ในครั้งแรกมีข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Items Analysis version 2.0.8 สำหรับตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อสอบ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นพรัตน์วชิระ และได้คัดเลือกข้อคำถามที่มีความยากง่าย (ค่า p) อยู่ระหว่าง 0.44 - 0.88 และข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนก (ค่า r) ตั้งแต่ 0.25 ขึ้นไปเพื่อจัดทำเป็นแบบประเมินฉบับสมบูรณ์ ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาหาร จำนวน 4 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ และการจัดการอารมณ์ จำนวน 2 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ (KR-20) ตามวิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method) เท่ากับ 0.60 ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นปานกลาง

3.2 แบบประเมินความเชื่อมั่นแห่งตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

แบบประเมินความเชื่อมั่นแห่งตน ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพชุดนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การประเมินความเชื่อมั่นแห่งตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทางด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ สำหรับให้นักศึกษากลุ่มทดลอง ประเมินระดับความเชื่อมั่นของตนเองว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในแต่ละด้านได้มากน้อยเพียงใด ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมทางด้านอาหาร ออกกำลังกายและอารมณ์ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งออกเป็น 10 ระดับ โดยเรียงลำดับระดับความเชื่อมั่น จากไม่มีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้เลย จนกระทั่งถึงระดับที่มีความเชื่อมั่น หรือมั่นใจมากที่สุดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในด้านอาหาร ออกกำลังกาย หรืออารมณ์ โดยใช้ตัวเลขแทนระดับความเชื่อมั่น ดังนี้

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มั่นใจ

มั่นใจมากที่สุด

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่มั่นใจเลยที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
- 5 คะแนน หมายถึง มั่นใจจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง
- 10 คะแนน หมายถึง มั่นใจมากที่สุดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากนั้นได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี จำนวน 7 คนเพื่อตรวจสอบความเข้าใจให้ตรงกัน

การพิทักษ์สิทธิ์

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อสำรวจภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล จากวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 12 แห่ง โดยใช้แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติตน 3 อ.ของนักศึกษาพยาบาล ภายหลังได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 5 เดือน เมษายน พ.ศ. 2560 ตามใบรับรองโครงการเลขที่ COA No.071/2560 จากนั้นเมื่อได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอีกครั้ง เมื่อวันที่ 30 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2561 ตามใบรับรองโครงการเลขที่ COA No.254/2561 รวมทั้งได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี เมื่อวันที่ 18 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2561 ตามใบรับรองโครงการเลขที่ EC 1-008/2561 ด้วย ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพกับนักศึกษาพยาบาล ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี และ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาทซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยเข้าพบผู้บริหารและอาจารย์ที่รับผิดชอบดูแลนักศึกษาเพื่อขออนุญาต ชี้แจงวัตถุประสงค์ จากนั้นจึงเข้าพบนักศึกษาในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับนักศึกษา ทั้ง 2 กลุ่ม แล้วชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อนักศึกษายินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้นักศึกษาลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การพัฒนาเครื่องมือวิจัย ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพและแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ.(ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย และด้านอารมณ์) ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – Way ANOVA) (ศิริชัย กาญจนวาสี ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และดิเรก ศรีสุโข ,2559)

2. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที (Independent t-test และ Paired t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – Way ANOVA) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) (ศิริชัย กาญจนวาสี ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และดิเรก ศรีสุโข ,2559)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพหุวิธี (Multimethod Research) ตามแนวคิดของ Esteves & Pastor (2004 :70) ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ใช้ในการสำรวจความรอบรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในภูมิภาค และระดับชั้นปีแตกต่างกัน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ให้แก่นักศึกษาพยาบาล และ ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจความรอบรู้ทางสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาล

1.1 การพัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล

1.1.1 ศึกษาค้นคว้า และทบทวนเอกสาร ตำรา ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรม และพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ทฤษฎีการเรียนรู้ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

1.1.2 วิเคราะห์ สังเคราะห์ แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรม และพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ทฤษฎีการเรียนรู้ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน เพื่อ

กำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยสำหรับใช้เก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

1.1.3 พัฒนาเครื่องมือวิจัยสำหรับใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติ 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

1.1.4 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยนำร่างแบบประเมิน ทั้ง 2 ฉบับที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 - ชั้นปีที่ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท ปีการศึกษา 2560 ภาคการศึกษาที่ 2 จำนวน 30 คน พบว่าแบบประเมินแต่ละฉบับ มีค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

1) แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติ 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น (แอลฟา ครอนบาค) ของแบบประเมินทั้งฉบับ เท่ากับ 0.92 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของแบบประเมินรายด้าน ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพ และด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.9 , 0.81 , 0.83 , 0.75 ตามลำดับ

2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น (แอลฟา ครอนบาค) ของแบบประเมินทั้งฉบับ เท่ากับ 0.89 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบประเมินรายด้าน ซึ่งได้แก่ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ เท่ากับ 0.81 , 0.85 , 0.71 ตามลำดับ

1.2 การประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในนักศึกษาพยาบาล

1.2.1 ทำบันทึกเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ให้ดำเนินการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ เมื่อวันที่ 5 เดือน เมษายน พ.ศ. 2560 ตามใบรับรองโครงการเลขที่ COA No.071/2560

1.2.2 ทำหนังสือถึงคณบดีคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาล จำนวน 390 คน โดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติ 3 อ.(ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านอารมณ์) ของนักศึกษาพยาบาล ภายหลังได้เอกสารแล้ว จึงติดต่อประสานงานและไปพบกับผู้อำนวยการของ

วิทยาลัยต่างๆ ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่เขตภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ จำนวน 12 วิทยาลัยเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาล

1.2.3 ติดต่อประสานงานกับอาจารย์ผู้รับผิดชอบงานวิจัย และงานกิจการนักศึกษา เพื่อชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์ และนัดวันและเวลาในการเข้าพบนักศึกษาในแต่ละวิทยาลัย จากนั้นจึงเข้าพบนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวิทยาลัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือให้นักศึกษาตอบแบบประเมินความความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติ 3 อ.ของนักศึกษาพยาบาล

1.2.4 ประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ.ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 - ชั้นปีที่ 4 ของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข 12 แห่ง รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 390 คน

1.2.5 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ.ของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามระดับชั้นปี และภูมิภาค

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

2.1 พัฒนาร่างโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

2.1.1 ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดรูปแบบหรือโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

2.1.2 สร้างกรอบแนวคิด ในการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาลตามแนวคิดของโซเรนเซน และคณะ (Sorensen et al. ,2012)

2.1.3 พัฒนาร่างโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

2.1.4 ตรวจสอบคุณภาพของร่างโปรแกรมโดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาด้านการพยาบาล และด้านสาธารณสุข จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

2.1.5 ปรับแก้ไขร่างโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาลตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิโดยใช้เกณฑ์ความสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ ร้อยละ 60 ขึ้นไป จากนั้นนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้งเพื่อความถูกต้องและสมบูรณ์

2.1.6 นำโปรแกรมไปทดลองใช้ กับนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ปีการศึกษา 2561 ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 คน ก่อนการทดลองโปรแกรมจริง ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรมแล้วนำมาปรับแก้ไขภาษาให้มีความเหมาะสม รวมทั้งระยะเวลาให้มีความสอดคล้องและใช้ภาษาสม่ำเสมอตลอดทั้งเล่ม

2.2 ทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

2.2.1 จัดทำบันทึกเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับนักศึกษาพยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ เมื่อวันที่ 30 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2561 ตามใบรับรองโครงการเลขที่ COA No.254/2561

2.2.2 จัดทำหนังสือถึงคณบดีคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุมัติทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและเก็บรวบรวมข้อมูล กับกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาล ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี สังกัด สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง และนักศึกษาพยาบาล ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมภายหลังได้เอกสารแล้ว จึงไปพบกับผู้อำนวยการของวิทยาลัย ทั้ง 2 แห่งเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2.3 ติดต่อประสานงานกับผู้บริหารและอาจารย์ฝ่ายกิจการนักศึกษา ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี สังกัด สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขซึ่งได้แก่ ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการด้านวิชาการ รองผู้อำนวยการด้านวิจัยหรือด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องรวมทั้ง คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยเพื่อขออนุญาตสู่กลุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวมข้อมูลกับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2561

2.2.4 ภายหลังได้รับอนุญาตจากผู้บริหารทั้งสองสถาบัน และได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี เมื่อวันที่ 18 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2561 ตามใบรับรองโครงการเลขที่ EC 1-008/2561 ให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลกับนักศึกษาได้ จึงได้ประสานงานกับอาจารย์ฝ่ายกิจการนักศึกษาเพื่อนัดวันและเวลาในการเข้าพบกับนักศึกษาที่ได้รับการสุ่มรายชื่อทั้งสองสถาบัน หลังจากนั้นเข้าพบนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี สังกัด สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษา

2.2.5 จัดให้นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่1 ของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน ตอบแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติ 3 อ.และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติ 3 อ.ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

2.2.6 จัดให้นักศึกษากลุ่มทดลอง เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษา ในรูปแบบของกิจกรรมเสริมหลักสูตร ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้หลัก จำนวน 3 กิจกรรม รวม 6 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง รวมใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม จำนวน 12 ชั่วโมง เมื่อวันที่ 31 เดือน ตุลาคม - 1 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 จากนั้นจัดให้เข้าร่วมกิจกรรมติดตาม ประเมินผลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม แล้ว 2 สัปดาห์ ในวันที่ 15 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 สำหรับนักศึกษา กลุ่มควบคุมนั้นจัดให้เข้าเรียนตามปกติ

2.2.7 ให้นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท จังหวัด สระบุรี ที่เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ตามลำดับตอบแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติ 3 อ.และแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที และติดตามต่อเนื่องภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมไป แล้ว 2 สัปดาห์

สำหรับขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สามารถสรุปเป็นภาพรวม ดังแสดง ในตารางที่ 11 ดังนี้

ตารางที่ 11 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในภาพรวม

ขั้นตอน	กระบวนการ	ผลที่ได้รับ
ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจความรอบรู้ทางสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาล		
1. การพัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3. อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล	<p>1.1 ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</p> <p>1.2 กำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. (ด้านอาหาร ออกกำลังกายและอารมณ์) ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล</p> <p>1.3 จัดทำร่างเครื่องมือสำหรับใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล - แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล <p>1.4 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยนำร่างแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นทั้ง 2 ฉบับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา</p> <p>1.5 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>1.6 ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ</p>	<p>- กรอบแนวคิด องค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น สำหรับใช้ในการพัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล - แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล
2.การประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในนักศึกษาพยาบาล	<p>2.1 ประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 - ชั้นปีที่ 4 ของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข 12 แห่ง รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 390 คน</p> <p>2.2 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามระดับชั้นปี และภูมิภาค</p>	<p>- องค์ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข</p>

ตารางที่ 11 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในภาพรวม (ต่อ)

ขั้นตอน	กระบวนการ	ผลที่ได้รับ
ขั้นตอนที่ 2 ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล		
3. พัฒนาร่างโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล	3.1 พัฒนาร่างโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล 3.2 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา 3.3 ปรับแก้ไขร่างโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ 3.4 ทดลองใช้ร่างโปรแกรมกับนักศึกษาพยาบาล ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 - 7 คนเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของขั้นตอน ระยะเวลาที่ใช้ การดำเนินกิจกรรมก่อนทดลองจริง 3.5 ปรับแก้ไขร่างโปรแกรมตามผลจากการทดลองใช้โปรแกรม	-โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล ลักษณะเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตร ประกอบด้วย 1) กิจกรรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น 2) กิจกรรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านออกกำลังกาย ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น 3) กิจกรรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น
4. ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล	4.1 นำโปรแกรมที่ปรับแก้ไขแล้วไปทดลองกับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม -กลุ่มทดลอง จัดให้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม จำนวน 6 ครั้ง ละครึ่ง 2 ชั่วโมง รวมระยะเวลาที่ใช้ ทั้งหมด 12 ชั่วโมง -กลุ่มควบคุม ให้เรียนตามปกติ 4.2 ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมโดยใช้แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาลกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	-องค์ความรู้ที่ได้จากการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขตามโปรแกรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มควบคุม ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท และเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มทดลอง ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ดังนี้

1. ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้นักศึกษากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติ 3 อ. และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติ 3 อ. โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้แจกเอกสาร และผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้เข้าใจตรงกันก่อน จากนั้นจึงให้นักศึกษา ทั้ง 2 กลุ่มตอบแบบสอบถาม

2. ภายหลังการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้นักศึกษากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติ 3 อ. และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติ 3 อ. ภายหลังเสร็จสิ้นการอบรมตามโปรแกรม และช่วงติดตามผลภายหลังอบรม 2 สัปดาห์ โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้แจกเอกสาร และผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้เข้าใจตรงกันก่อนเช่นเดิม จากนั้นจึงค่อยให้นักศึกษา ทั้ง 2 กลุ่มตอบแบบสอบถาม

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

วิจัยเรื่อง โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล เป็นการวิจัยแบบพหุวิธี (Multimethod research) ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) และ ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยขอเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการสำรวจความรู้ทางสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาล

1.1 ผลการพัฒนาเครื่องมือประเมินความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

1.2 ผลการวิเคราะห์สภาพความรู้ทางสุขภาพในนักศึกษาพยาบาล

ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 ผลการประเมินความรู้ทางสุขภาพ ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

2.3 ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

2.4 ผลการประเมินความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ของนักศึกษาเชิงคุณภาพ

ตอนที่ 1 ผลการสำรวจความรอบรู้ทางสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาล

1.1 ผลการพัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานและได้ผลการพัฒนาเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้า และทบทวนเอกสาร ตำรา ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภูมิปัญญาท้องถิ่นทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2. ทำการสังเคราะห์องค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ จากงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เผยแพร่ระหว่างปี คศ. 2004 - คศ. 2017 จำนวน 13 เรื่อง พบว่าองค์ประกอบ เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 3) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 4) ทักษะการสื่อสาร การวิเคราะห์ แปรความ และประเมินค่า 5) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 6) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการรู้หนังสือ 7) การปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้และผู้รับบริการ และการดูแลตนเอง 8) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ การดูแลป้องกันและเฝ้าตรวจ การปฏิบัติตามคำแนะนำ และการพัฒนาศักยภาพ ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของโซเรนเซน และคณะ รวมทั้งสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพอีกด้วย จึงทำให้ผู้วิจัยได้เลือกนำองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพตามแนวคิดของโซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al.,2012) มาเป็นพื้นฐานแนวคิดร่วมกับแนวคิดอื่นๆเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ และจัดทำเป็นโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพให้แก่ นักศึกษาพยาบาล ตามที่กล่าวมาแล้วในบทที่ 2

3. ทำการสังเคราะห์องค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพตามแนวคิดของโซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al.,2012) แนวคิดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. และภูมิปัญญาท้องถิ่น มา ได้ผลดังตารางที่ 12 และ ตารางที่ 13 ข้างล่าง ต่อไปนี้

ตารางที่ 12 องค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพตามแนวคิดของโซเรนเซน และคณะ

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	ความสามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ	ความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ	ความสามารถวิเคราะห์ ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพ	ความสามารถตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้
การดูแลรักษาสุขภาพ	1) ความสามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือประเด็นทางคลินิก	2) ความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับ	3) ความสามารถวิเคราะห์ แปลความหมายและประเมินค่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล	4) ความสามารถในการตัดสินใจบนข้อมูลทางการแพทย์ หรือการรักษาพยาบาลที่ได้รับ
การป้องกันโรค	5) ความสามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	6) ความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	7) ความสามารถวิเคราะห์ แปลความหมายและประเมินค่าข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ	8) ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ
การส่งเสริมสุขภาพ	9) ความสามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	10) ความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับ	11) ความสามารถวิเคราะห์ แปลความหมายและประเมินค่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ	12) ความสามารถในการสะท้อนคิดเกี่ยวกับประเด็นทางสุขภาพ

ที่มา : Sorensen et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012;12 : 80

ตารางที่ 13 ผลการสังเคราะห์องค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.
ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น

ความรอบรู้ ทางสุขภาพ พฤติกรรม สุขภาพ	ความสามารถ เข้าถึงข้อมูลทาง สุขภาพ	ความสามารถทำ ความเข้าใจข้อมูล ทางสุขภาพ	ความสามารถ วิเคราะห์ ประเมิน ค่าข้อมูลทาง สุขภาพ	ความสามารถ ตัดสินใจนำ ข้อมูลทาง สุขภาพไป ประยุกต์ใช้
1.ด้าน อาหารตาม ภูมิปัญญา ท้องถิ่น	1) ความสามารถ เข้าถึงข้อมูล สุขภาพด้าน อาหารตามภูมิ ปัญญาท้องถิ่น	2) ความสามารถทำ ความเข้าใจข้อมูล สุขภาพด้านอาหาร ตามภูมิปัญญา ท้องถิ่น	3) ความสามารถ วิเคราะห์ แปล ความ และประเมินค่า ข้อมูล สุขภาพด้านอาหาร ตามภูมิปัญญา ท้องถิ่น	4) ความสามารถ ตัดสินใจนำข้อมูล สุขภาพด้าน อาหารตามภูมิ ปัญญาท้องถิ่นไป ประยุกต์
2.ด้านการ ออกกำลังกายตามภูมิ ปัญญา ท้องถิ่น	5) ความสามารถ เข้าถึงข้อมูล สุขภาพด้านออก กำลังกายตามภูมิ ปัญญาท้องถิ่น	6) ความสามารถทำ ความเข้าใจข้อมูล สุขภาพด้านออก กำลังกายตามภูมิ ปัญญาท้องถิ่น	7) ความสามารถ วิเคราะห์ แปล ความ และประเมินค่า ข้อมูลสุขภาพด้าน ออกกำลังกายตาม ภูมิปัญญาท้องถิ่น	8) ความสามารถ ตัดสินใจนำข้อมูล สุขภาพด้านออก กำลังกายตามภูมิ ปัญญาท้องถิ่นไป ประยุกต์
3.ด้าน อารมณ์ตาม ภูมิปัญญา ท้องถิ่น	9) ความสามารถ เข้าถึงข้อมูลทาง สุขภาพด้าน อารมณ์ตามภูมิ ปัญญาท้องถิ่น	10) ความสามารถ ทำความเข้าใจ ข้อมูลสุขภาพด้าน อารมณ์ตามภูมิ ปัญญาท้องถิ่น	11) ความสามารถ วิเคราะห์ แปล ความและประเมิน ค่าข้อมูลสุขภาพ ด้านอารมณ์ตามภูมิ ปัญญาท้องถิ่น	12) ความสามารถ ตัดสินใจนำข้อมูล สุขภาพด้าน อารมณ์ตามภูมิ ปัญญาท้องถิ่นไป ประยุกต์

จากตารางที่ 13 เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นนั้น กล่าวได้ว่าเราสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลตามภูมิปัญญาท้องถิ่นได้โดยผ่านกระบวนการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ตามขั้นตอนการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ การทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ การวิเคราะห์ ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพ และการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้

4. พัฒนาเครื่องมือประเมินความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล รายละเอียด ดังนี้

4.1 แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) ผู้วิจัย ออกแบบกรอบแนวคิด ในการพัฒนาแบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาลโดยจัดทำเมตริกซ์แสดงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของความรู้ทางสุขภาพ ตามแนวคิดของโซเรนเซน และคณะ (Sorensen et al, 2012) ทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) 2) ด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (Understand) 3) ด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) และ 4) ด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ (Apply) และแนวคิดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ของกระทรวงสาธารณสุข

2) พัฒนาแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 3 ข้อ ส่วนตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. (ด้านอาหาร การออกกำลังกาย และด้านจิตใจอารมณ์) ของนักศึกษาพยาบาล มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามระดับความถี่ในการปฏิบัติ จำแนกตามองค์ประกอบหลักของความรู้ทางสุขภาพ ตามแนวคิดของโซเรนเซน และคณะ (Sorensen et al, 2012) ทั้ง 4 ด้าน แลพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. จำนวน 3 ด้าน ซึ่งได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ตามกรอบแนวคิด ที่ได้สังเคราะห์ขึ้น รวมข้อคำถามทั้งสิ้น จำนวน 36 ข้อ ดังนี้

ตารางที่ 14 แมทริกซ์ข้อคำถาม ของแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติตน 3 อ.
ของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 36 ข้อ

พฤติกรรม สุขภาพ 3 อ. ตามภูมิ ปัญญา ท้องถิ่น	ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy)			
	(1) การเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพ (Access)	(2) การทำความเข้าใจข้อมูลทาง สุขภาพ (Understand)	(3) การวิเคราะห์ ประเมินค่าข้อมูล ทางสุขภาพ (Appraise)	(4) การตัดสินใจ นำข้อมูลทาง สุขภาพไป ประยุกต์ใช้ (Apply)
อาหาร	ข้อ 1, ข้อ 2 , ข้อ 3	ข้อ 10, ข้อ 11 , ข้อ 12	ข้อ 19, ข้อ 20 , ข้อ 21	ข้อ 28, ข้อ 29 , ข้อ 30
ออกกำลังกาย	ข้อ 4, ข้อ 5 , ข้อ 6	ข้อ 13, ข้อ 14 , ข้อ 15	ข้อ 22, ข้อ 23 , ข้อ 24	ข้อ 31, ข้อ 32 , ข้อ 33
อารมณ์	ข้อ 7, ข้อ 8 , ข้อ 9	ข้อ 16, ข้อ 17 , ข้อ 18	ข้อ 25, ข้อ 26 , ข้อ 27	ข้อ 34, ข้อ 35 , ข้อ 36

3) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพที่พัฒนาขึ้นโดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามของแบบทดสอบกับจุดประสงค์การเรียนรู้ โดยใช้สูตร IOC (Index of Item – Objective Congruence) และคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ถึง 1.00 จากผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน พบว่ามีค่าอยู่ ระหว่าง 0.60–1.00 พร้อมทั้งนำมาปรับปรุงแก้ไขตามมาข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

4) นำแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามมา ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว จำนวน 36 ข้อ ไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาพยาบาล ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย จำนวน 30 คนเพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น (แอลฟา ครอนบาค) ของแบบประเมินทั้งฉบับ เท่ากับ 0.94 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบประเมินรายด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพ และด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.90, 0.82, 0.90, 0.74 ตามลำดับ

5) ภายหลังจากนำแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation อยู่ระหว่าง 0.25 – 0.80 ในแต่ละองค์ประกอบ จนเหลือข้อคำถามที่ใช้ได้ทั้งหมด รวม 30 ข้อ แบ่งออกเป็นด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) 9 ข้อ ด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (Understand) 7 ข้อ ด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) 6 ข้อ และด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ (Apply) 8 ข้อ ซึ่งค่าความเชื่อมั่น (แอลฟาครอนบาค) ของแบบประเมินทั้งฉบับ เท่ากับ 0.92 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบประเมินรายด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพ และด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.90, 0.81, 0.83, 0.75 ตามลำดับ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 15 แมทริกซ์ข้อคำถาม ของแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 ข้อ

พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตาม ภูมิปัญญา ท้องถิ่น	ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy)			
	(1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access)	(2) การทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ (Understand)	(3) การวิเคราะห์ ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise)	(4) การตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ (Apply)
อาหาร	ข้อ 1, ข้อ 2 , ข้อ 3	ข้อ 10, ข้อ 11	ข้อ 17 , ข้อ 18	ข้อ 23, ข้อ 24 , ข้อ 25
ออกกำลังกาย	ข้อ 4, ข้อ 5 , ข้อ 6	ข้อ 12, ข้อ 13 ,	ข้อ 19 , ข้อ 20	ข้อ 26, ข้อ 27 , ข้อ 28
อารมณ์	ข้อ 7, ข้อ 8 , ข้อ 9	ข้อ 14, ข้อ 15 , ข้อ 16	ข้อ 21, ข้อ 22	ข้อ 29, ข้อ 30

เกณฑ์การให้คะแนน

0	คะแนน	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติ
1	คะแนน	หมายถึง	ได้ปฏิบัติบางครั้ง
2	คะแนน	หมายถึง	ได้ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
3	คะแนน	หมายถึง	ได้ปฏิบัติบ่อยครั้ง
4	คะแนน	หมายถึง	ได้ปฏิบัติทุกครั้ง

การแปลผลคะแนน

ผู้วิจัยได้ยึดแนวทางการประเมินผลระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพตามแนวคิดของบุญชม ศรีสะอาด (2556) โดยนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยโดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมาย ของคะแนน ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
0 – 0.80 คะแนน	น้อยที่สุด
> 0.80 – 1.60 คะแนน	น้อย
> 1.60 – 2.40 คะแนน	ปานกลาง
> 2.40. – 3.20 คะแนน	มาก
> 3.20 – 4.00 คะแนน	มากที่สุด

4.2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) ผู้วิจัย ออกแบบกรอบแนวคิด ในการพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาลโดยยึดแนวคิดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ของกระทรวงสาธารณสุข และแนวคิดเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้เป็นพื้นฐานสร้างกรอบแนวคิด สำหรับพัฒนาข้อคำถาม

2) พัฒนาแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 3 ข้อ และ 2) ตอนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับอาหาร จำนวน 12 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งสิ้น จำนวน 28 ข้อ

3) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางการศึกษา ด้านการพยาบาล ด้านการสาธารณสุข และด้านโภชนาการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วนำแบบประเมินมาปรับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แบบประเมินฉบับปรับปรุงประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 3 ข้อ และตอนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) จำนวน 27 ข้อ จากนั้นจึงนำไปทำการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท ปีการศึกษา 2560 ภาคการศึกษาที่ 2 ชั้นปีที่ 1 จำนวน 30 คน ได้ผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นในตอนที่ 2

ประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และ อารมณ์ จิตใจ) จำนวน 27 ข้อ ประกอบด้วยด้านอาหาร จำนวน 12 ข้อ ด้านออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ และด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ โดยพบว่ามีความเชื่อมั่น (แอลฟา ครอนบาค) ของแบบประเมินทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบประเมินรายด้าน ซึ่งได้แก่ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ เท่ากับ 0.81 , 0.81 , 0.40 ตามลำดับ

กรอบแนวคิดพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น สำหรับนักศึกษาพยาบาล ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 กรอบแนวคิดพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.	เนื้อหา/สาระสำคัญ	ข้อคำถาม
1.ด้านอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น (12 ข้อ)	1.1พลังงานที่ได้รับและคุณค่าทางโภชนาการของอาหาร	ข้อ 1
	1.2อาหารหลัก 6 กลุ่มตามธงโภชนาการ ประกอบด้วย	
	1) กลุ่มข้าว-แป้ง	ข้อ 2
	2) กลุ่มผัก	ข้อ 3
	3) กลุ่มผลไม้	ข้อ 3
	4) กลุ่มเนื้อสัตว์	ข้อ 4
	5) กลุ่มนม	ข้อ 5
	6) กลุ่มน้ำมัน น้ำตาลและเกลือ	ข้อ 6 - 7
2.ด้านออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น (10 ข้อ)	1.3 อาหารจานด่วน (ฟาสต์ฟู้ด)	ข้อ 8
	1.4 อาหารขยะ (จังก์ฟู้ด)	ข้อ 9
	1.5 อาหารบุฟเฟต์	ข้อ 10
	1.6 อาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	ข้อ 11 - 12
	2.1 ระยะของการออกกำลังกาย	ข้อ 13-14
	2.2 ความหนักของการออกกำลังกายและพลังงานที่ได้รับ	ข้อ 15 - 16
3.ด้านอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น (5 ข้อ)	2.3 ความถี่/ความบ่อยในการออกกำลังกาย	ข้อ 17 - 18
	2.4 ระยะเวลาในการออกกำลังกาย	ข้อ 19 - 20
	2.5 ออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	ข้อ 21 - 22
	3.1 วิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์	ข้อ 23 - 26
	3.2 การผ่อนคลายความตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	ข้อ 27
รวมทั้งหมด		27 ข้อ

4) ผู้วิจัยได้คัดเลือก ข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation อยู่ระหว่าง 0.25 – 0.80 ในแต่ละด้าน โดยตัดข้อ 2 , 8 , 9 , 10 , 18 , 25 และ 26 ออก จนเหลือข้อคำถามที่ใช้ได้ทั้งหมด รวม 20 ข้อ ประกอบด้วยด้านอาหาร จำนวน 8 ข้อ ด้านออกกำลังกาย จำนวน 9 ข้อ และด้านอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ โดยพบว่ามีความเชื่อมั่น (แอลฟา ครอนบาค) ของแบบประเมินทั้งฉบับ เท่ากับ 0.89 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบประเมินรายด้าน ซึ่งได้แก่ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ เท่ากับ 0.81 , 0.85 , 0.71 ตามลำดับ

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 1 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ

ระดับ 2 หมายถึง ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย 1 - 2 วัน/สัปดาห์

ระดับ 3 หมายถึง ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย 3 วัน/สัปดาห์

ระดับ 4 หมายถึง ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย 4 - 5 วัน/สัปดาห์

ระดับ 5 หมายถึง ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย 6 - 7 วัน/สัปดาห์

ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ข้อ 1 , 2 , 3 , 4 , 5 , 7 , 8 , 9 , 10 , 11 , 12 , 13 , 14 , 15 , 16 , 17 , 18 , 19 , 20 ได้คะแนน ตามข้างล่าง ดังนี้

ตอบ	1	ได้คะแนน	เท่ากับ	1	คะแนน
ตอบ	2	ได้คะแนน	เท่ากับ	2	คะแนน
ตอบ	3	ได้คะแนน	เท่ากับ	3	คะแนน
ตอบ	4	ได้คะแนน	เท่ากับ	4	คะแนน
ตอบ	5	ได้คะแนน	เท่ากับ	5	คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อที่ 6 ได้คะแนน ตามข้างล่าง ดังนี้

ตอบ	1	ได้คะแนน	เท่ากับ	5	คะแนน
ตอบ	2	ได้คะแนน	เท่ากับ	4	คะแนน
ตอบ	3	ได้คะแนน	เท่ากับ	3	คะแนน
ตอบ	4	ได้คะแนน	เท่ากับ	2	คะแนน
ตอบ	5	ได้คะแนน	เท่ากับ	1	คะแนน

การแปลผลคะแนน

ผู้วิจัยได้ยึดแนวทางการประเมินผลระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามแนวคิดของบุญชม ศรีสะอาด , 2556) โดยนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยโดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมาย ของคะแนน ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย

ความหมาย

1.00 – 1.50 คะแนน	น้อยที่สุด
> 1.50 – 2.50 คะแนน	น้อย
> 2.50 – 3.50 คะแนน	ปานกลาง
> 3.50. – 4.50 คะแนน	มาก
4.50 – 5.00 คะแนน	มากที่สุด

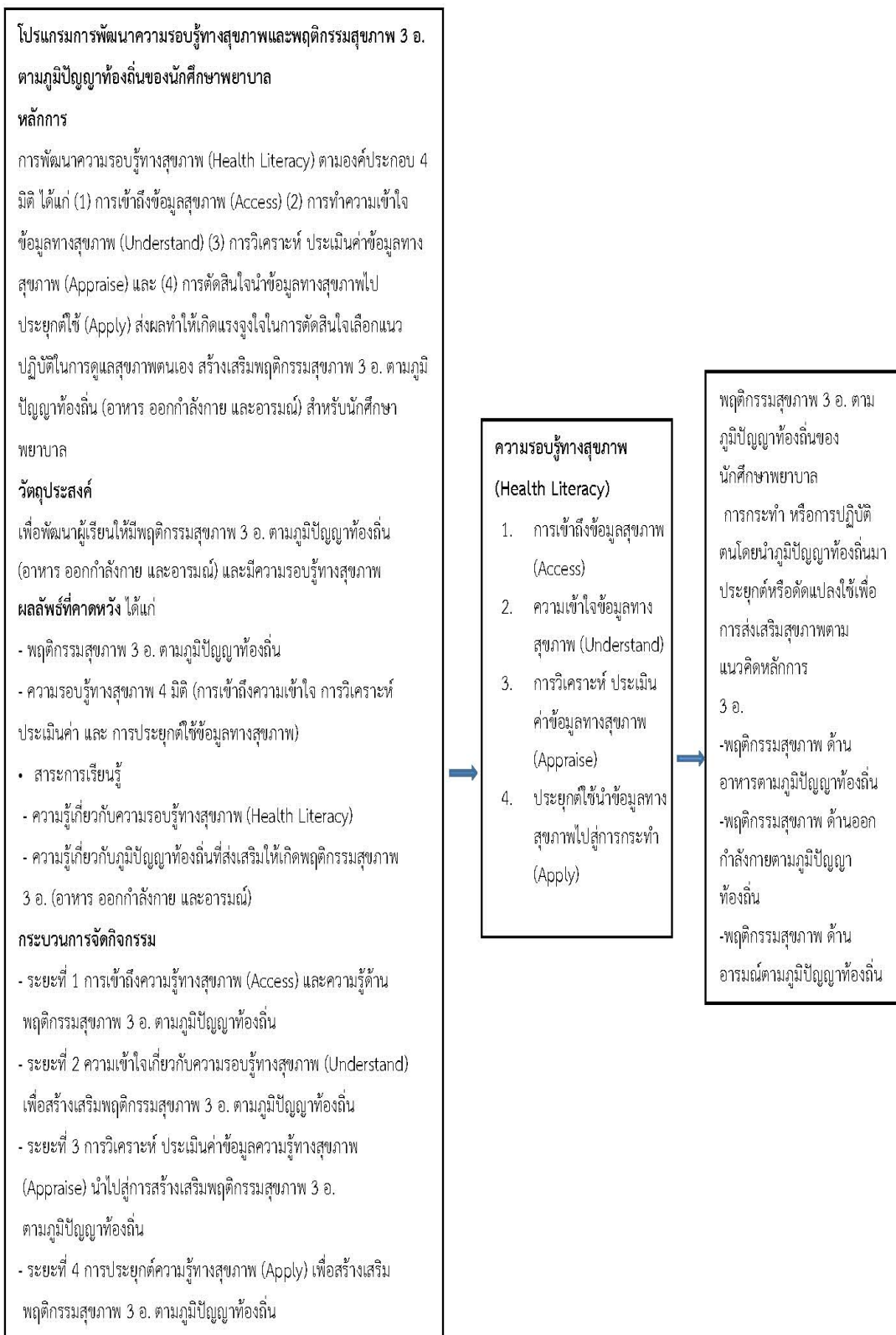
4.3 โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

ผู้วิจัยจัดทำโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาลขึ้น โดยนำแนวคิดองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ ของโซเรนเซ่น และคณะ (Sorensen et al., 2012) แนวคิดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ของกระทรวงสาธารณสุข แนวคิดเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น แนวคิดเรื่องกระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ การรับรู้ความสามารถของตนเอง จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ของแบนดูรา (Bandura ,1989) แนวคิดเรื่ององค์ประกอบของการเรียนรู้ ของบลูม และคณะ (Bloom et al.,1956) และกระบวนการเรียนที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมลงมือกระทำ ของบอนเวล และ ไอสัน (Bonwell & Eison ,1991 ในทฤษฎีการเรียนรู้ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน รวมทั้งแนวคิดเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับความรู้ และ แรงจูงใจ มาผสมผสานเข้าด้วยกันเพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้สำหรับเป็นคู่มือให้อาจารย์ผู้รับผิดชอบหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนานักศึกษาพยาบาล ได้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็น ในการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพ เข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ และสามารถจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลได้ เนื้อหาสาระในโปรแกรมแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ บทนำ แผนการเรียนรู้ บรรณานุกรม และภาคผนวก

ตารางที่ 17 ทฤษฎี และแนวคิดที่นำมาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทาง
สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

ลำดับ	ทฤษฎี แนวคิดที่นำมาประยุกต์ในการพัฒนาโปรแกรม	เจ้าของทฤษฎี/ แนวคิด
1.	แนวคิดเรื่ององค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ 4 ด้าน - ด้านเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ (Access) - ด้านทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ (Understand) - ด้านการวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) - ด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ (Apply)	โซเรนเซน และ คณะ (Sørensen et al. ,2012)
3.	แนวคิดเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น	
4.	ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - กระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ (Observation Learning) - การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - efficiency)	แบนดูรา (Bandura, 1989)
5.	ทฤษฎีการเรียนรู้ 5.1แนวคิดเรื่ององค์ประกอบของการเรียนรู้ - ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain) - ด้านจิตพิสัย (Affective domain) - ด้านทักษะพิสัย (Psychomotor domain) 5.2 กระบวนการเรียนที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมลงมือกระทำ (Active Learning)	บลูม และคณะ (Bloom et al.,1956)
6.	แนวคิดเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมและ พฤติกรรมสุขภาพ - ความรู้ - แรงจูงใจ	บอนเวล และ ไอสัน (Bonwell & Eison, 1991)

จากทฤษฎี และแนวคิดที่นำมาเป็นพื้นฐานในตารางที่ ผู้วิจัยได้นำมาสังเคราะห์เป็นกรอบ
แนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิ
ปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วยเนื้อหาสาระ กิจกรรมการเรียนรู้ ทฤษฎี แนวคิดที่
นำมาประยุกต์ เทคนิค/วิธีการสอน และการประเมินผล ดังนี้



ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.

ตารางที่ 18 หัวข้อการเรียนรู้ กิจกรรม เทคนิค/วิธีการสอน สื่อ และการประเมินผลของโปรแกรม

ลำดับ	หัวข้อการเรียนรู้	กิจกรรมตามองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ	เทคนิค/วิธีการสอน	สื่อ	การประเมินผล
ครั้งที่ 1 2 ชม.	ความคาดหวังในการร่วมกิจกรรม แหล่งข้อมูล เกี่ยวกับอาหารที่เชื่อถือได้ ชนิดประโยชน์ของอาหารพื้นบ้านของแต่ละภูมิภาค	กลุ่มสัมพันธ์ ขั้นการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ บรรยาย ตรวจสอบความเข้าใจ สาธิต และฝึกปฏิบัติการ สืบค้นข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับอาหาร ขั้นการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ อภิปราย แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์	- Demonstration - Small-group exercises - Teach – back method - Group discussion	-ใบกิจกรรม หัวใจสื่อความคาดหวัง -คู่มือความรู้ทางสุขภาพ -คอมพิวเตอร์, โทรศัพท์มือถือ -เว็บไซต์เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ -เอกสาร คู่มือแผ่นพับ CD	-จากการสังเกตความสนใจมีส่วนร่วมทำกิจกรรม
ครั้งที่ 2 2 ชม.	การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย ข้อมูลโภชนาการ พลังงานอาหารที่ได้รับ อาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น แต่ละภูมิภาค การส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	ขั้นการวิเคราะห์แปลความหมายประเมินค่าข้อมูลสุขภาพ - สร้างแรงจูงใจโดยให้วิเคราะห์ อภิปรายเปรียบเทียบ ค่าดัชนีมวลกาย กับเกณฑ์มาตรฐาน และคิดคำนวณพลังงานอาหารแต่ละชนิด ขั้นการตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ -เสริมสร้างความเชื่อมั่นโดยออกแบบ	- Small-group exercises - Group discussion - Reflective thinking technique	-วัสดุ อุปกรณ์ วัดค่าดัชนีมวลกาย (BMI) : เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง สายวัดรอบเอว วงล้อ BMI -คอมพิวเตอร์, โทรศัพท์มือถือ -ใบกิจกรรม ออกแบบรายการอาหารผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น ประจำสัปดาห์	-ประเมินความรู้ ด้วยแบบวัดความรู้ -ประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้วยแบบประเมิน -ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ด้วยแบบประเมิน

ตารางที่ 18 หัวข้อการเรียนรู้ กิจกรรม เทคนิค/วิธีการสอน สื่อ และการประเมินผลของโปรแกรม(ต่อ)

ลำดับ	หัวข้อการเรียนรู้	กิจกรรมตามองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ	เทคนิค/วิธีการสอน	สื่อ	การประเมินผล
		รายการอาหาร วิเคราะห์ อภิปราย ความเหมาะสม และ สะท้อนคิด ความ เป็นไปได้ในการ นำไปใช้ ในชีวิตอย่าง สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และความ เป็นอยู่ -ประเมินความเชื่อมั่น ในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพด้าน อาหาร		-คู่มือความ รอบรู้ทาง สุขภาพ -ใบความรู้ เรื่อง อาหาร ตามภูมิปัญญา ท้องถิ่นเพื่อ สุขภาพ -โมเดลอาหาร	-ประเมิน ความเชื่อมั่น ในการ เปลี่ยนแปลง พฤติกรรม สุขภาพ ด้วย แบบ ประเมิน
ครั้งที่ 3 2 ชม.	แหล่งข้อมูล เกี่ยวกับการออก กำลังกายที่เชื่อถือ ได้ ชนิด ระยะของ การออกกำลังกาย พลังงานที่ใช้	ขั้นการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพ -บรรยาย ตรวจสอบ ความเข้าใจ สาธิต และฝึกปฏิบัติการ สืบค้นข้อมูลสุขภาพ เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ขั้นการทำความ เข้าใจข้อมูลสุขภาพ -อภิปราย แลกเปลี่ยน ความรู้และประสบ การณ์ เกี่ยวกับการ ออกกำลังกาย	- Demonstration - Small-group exercises - Teach – back method - Group discussion	-คู่มือความ รอบรู้ทาง สุขภาพ -คอมพิวเตอร์, โทรศัพท์มือถือ -เอกสาร คู่มือ แผ่นพับ CD และเว็บไซต์ เกี่ยวกับการ ออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพ	-จากการ สังเกตความ สนใจมีส่วน ร่วมทำ กิจกรรม

ตารางที่ 18 หัวข้อการเรียนรู้ กิจกรรม เทคนิค/วิธีการสอน สื่อ และการประเมินผลของโปรแกรม(ต่อ)

ลำดับ	หัวข้อการเรียนรู้	กิจกรรมตามองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ	เทคนิค/วิธีการสอน	สื่อ	การประเมินผล
ครั้งที่ 4 2 ชม.	การออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่นแต่ละภูมิภาค แนวทางการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	<p>ขั้นการวิเคราะห์</p> <p>แปลความหมาย</p> <p>ประเมินค่าข้อมูล</p> <p>สุขภาพ</p> <p>สร้างแรงจูงใจโดยให้ชมคลิปวิดีโอกรณีตัวอย่างที่นำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ในการออกกำลังกาย</p> <p>-วิเคราะห์ เปรียบเทียบ จุดดี จุดด้อยของการออกกำลังกายแต่ละชนิด</p> <p>ขั้นการตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้</p> <p>- เสริมสร้างความเชื่อมั่นโดยออกแบบจัดกิจกรรมออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น</p> <p>-วิเคราะห์ อภิปรายและสะท้อนคิด ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิตวัฒนธรรม และความเป็นอยู่</p>	<p>- Modeling</p> <p>- Small-group exercises</p> <p>- Role playing</p> <p>- Group discussion</p> <p>- Reflective thinking technique</p>	<p>-ใบกิจกรรม ออกแบบ กิจกรรมออกกำลังกายตามวิถีไทย</p> <p>-คู่มือความรู้ทางสุขภาพ</p> <p>-คอมพิวเตอร์, โทรศัพท์มือถือ</p> <p>-ใบความรู้ เรื่อง การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น</p> <p>-ใบความรู้ เรื่องตัวอย่างของการออกกำลังกายวิถีไทย</p> <p>- คลิปวิดีโอ ตัวอย่างบุคคลที่นำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ในการออกกำลังกาย</p>	<p>-ประเมินความรู้ ด้วยแบบวัดความรู้</p> <p>-ประเมินความรู้รอบรู้ทางสุขภาพ ด้วยแบบประเมิน</p> <p>-ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ3 อ. ด้วยแบบประเมิน</p> <p>-ประเมินความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยแบบประเมิน</p>

ตารางที่ 18 หัวข้อการเรียนรู้ กิจกรรม เทคนิค/วิธีการสอน สื่อ และการประเมินผลของโปรแกรม(ต่อ)

ลำดับ	หัวข้อการเรียนรู้	กิจกรรมตามองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ	เทคนิค/วิธีการสอน	สื่อ	การประเมินผล
		-ประเมินความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านออกกำลังกาย			
ครั้งที่ 5 2 ชม.	แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับอารมณ์ที่เชื่อถือได้ การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ผลกระทบของการแสดงออกทางอารมณ์	ขั้นการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ บรรยาย ตรวจสอบความเข้าใจ สาธิต และฝึกปฏิบัติการสืบค้นข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการผ่อนคลายอารมณ์ ขั้นการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ - อธิบายเนื้อหาสาระเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายอารมณ์ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม - อภิปราย แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์	- Demonstration - Small-group exercises - Teach – back method - Group discussion	-คู่มือความรู้ทางสุขภาพ -คอมพิวเตอร์, โทรศัพท์มือถือ -เอกสาร คู่มือ แผ่นพับ CD และเว็บไซต์เกี่ยวกับการจัดการทางอารมณ์ -ใบความรู้เรื่องวิธีการจัดการทางอารมณ์ -คลิปวิดีโอผู้ที่ใช้วิธีการจัดการทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม	-จากการสังเกตความสนใจมีส่วนร่วมทำกิจกรรม
ครั้งที่ 6 2 ชม.	วิธีการผ่อนคลายทางอารมณ์ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม แนวทางการควบคุมอารมณ์ และการ	ขั้นการวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินค่าข้อมูลสุขภาพ -สร้างแรงจูงใจโดยให้ชมคลิปวิดีโอกรณีตัวอย่างตัวอย่างบุคคลที่ใช้วิธีการจัดการทาง	- Modeling - Small-group exercises - Group discussion - Reflective thinking	-คอมพิวเตอร์, โทรศัพท์มือถือ -ใบกิจกรรม ออกแบบกิจกรรมผ่อนคลายทางจิตใจ	-ประเมินความรู้ ด้วยแบบวัดความรู้ -ประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ

ตารางที่ 18 หัวข้อการเรียนรู้ กิจกรรม เทคนิค/วิธีการสอน สื่อ และการประเมินผลของโปรแกรม(ต่อ)

ลำดับ	หัวข้อการเรียนรู้	กิจกรรมตามองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ	เทคนิค/วิธีการสอน	สื่อ	การประเมินผล
	ผ่อนคลายทางอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	<p>อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม</p> <p>-วิเคราะห์ เปรียบเทียบ</p> <p>จุดดี จุดด้อยของวิธีการจัดการทางอารมณ์ที่กรณีตัวอย่างใช้เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด</p> <p>ขั้นการตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้</p> <p>-เสริมสร้างความเชื่อมั่นโดยการให้วางแผน ออกแบบจัดกิจกรรมการผ่อนคลายทางอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น</p> <p>-อภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น สะท้อนคิดความเป็นไปได้ในการนำไปประยุกต์ใช้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และความเป็นอยู่</p> <p>-ประเมินความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์</p>		<p>ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น</p> <p>-คู่มือความรู้ทางสุขภาพ</p> <p>-ใบความรู้ เรื่องการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพด้านอารมณ์</p>	<p>ด้วยแบบประเมิน</p> <p>-ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ3 อ. ด้วยแบบประเมิน</p> <p>-ประเมินความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยแบบประเมิน</p>

ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษา ด้านการพยาบาล และด้านการสาธารณสุข จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และนำร่างโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี จำนวน 7 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของขั้นตอน กิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ

4.4 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ชุดนี้ใช้สำหรับประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ให้คะแนนเป็นระบบ 0-1 กล่าวคือ ตอบได้ถูก 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน สำหรับใช้ประเมินผลนักศึกษากลุ่มทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ซึ่ง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. เป็นพื้นฐาน ในการสร้างข้อคำถามให้ครอบคลุมเนื้อหาความรู้ด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการ อารมณ์ ในครั้งแรกมีข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำไปให้ อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้ว นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Items Analysis version 2.0.8 สำหรับตรวจสอบและวิเคราะห์ ข้อสอบ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ และได้คัดเลือกข้อคำถามที่มีความยากง่าย (ค่า p) อยู่ระหว่าง 0.44 - 0.88 และข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนก (ค่า r) ตั้งแต่ 0.25 ขึ้นไปเพื่อ จัดทำเป็นแบบประเมินฉบับสมบูรณ์ ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อาหาร จำนวน 4 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ และการจัดการอารมณ์ จำนวน 2 ข้อ โดยมีค่า ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ (KR-20) ตามวิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method) เท่ากับ 0.60 ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นปานกลาง

จากการให้กลุ่มทดลอง ประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ภายหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่านักศึกษา กลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นช่วงก่อน เข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 8.72 ($\bar{x} = 8.72$, S.D. = 1.19) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 9.00 ($\bar{x} = 9.00$, S.D. = 0.86) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น เพิ่มขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรม

4.5 แบบประเมินความเชื่อมั่นแห่งตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (The Self Confidence Rating Scale) แบบประเมินความเชื่อมั่นแห่งตนในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพชุดนี้ ใช้สำหรับประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การ

ประเมินความเชื่อมั่นแห่งตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทางด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ สำหรับให้นักศึกษากลุ่มทดลอง ประเมินระดับความเชื่อมั่นของตนเองว่า จะเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในแต่ละด้านได้นาน้อยเพียงใด ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมทางด้านอาหาร ออกกำลังกายและอารมณ์ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งออกเป็น 10 ระดับ โดยเรียงลำดับระดับความเชื่อมั่นจากไม่มีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้เลย จนกระทั่งถึงระดับที่มีความเชื่อมั่นหรือมั่นใจมากที่สุดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในด้านอาหาร ออกกำลังกาย หรืออารมณ์ โดยใช้ตัวเลขแทนระดับความเชื่อมั่น ดังนี้



ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากนั้นได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรบุรี จำนวน 7 คนเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ

จากการให้กลุ่มทดลอง ประเมินระดับความเชื่อมั่นของตนเองในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ภายหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมแต่ละกิจกรรม ตามโปรแกรม พบผลประเมิน ดังนี้

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคะแนนความเชื่อมั่นแห่งตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ของกลุ่มทดลอง

ด้านอาหาร		ด้านออกกำลังกาย		ด้านอารมณ์	
\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.
6.31	1.24	7.47	0.94	7.64	1.02
Min	Max	Min	Max	Min	Max
4 คะแนน	8 คะแนน	6 คะแนน	10 คะแนน	5 คะแนน	9 คะแนน

1.2 ผลการวิเคราะห์สภาพความรอบรู้สุขภาพในนักศึกษาพยาบาล

จากการสำรวจความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 390 คน จากวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 12 แห่ง ซึ่งตั้งอยู่ตามภูมิภาคต่างๆของประเทศไทยนั้น พบผลการวิเคราะห์สภาพความรอบรู้ทางสุขภาพในนักศึกษาพยาบาล ดังนี้

1.2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล จำนวน 390 คน ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ ระดับชั้นปี และภูมิภาค สามารถนำเสนอรายละเอียด ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ ช่วงอายุ ระดับชั้นปี และภูมิภาค

รายการ	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง		ภาคใต้		รวม	
	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ
1.เพศ										
1.1 ชาย	21	5.38	20	5.13	6	1.54	25	6.41	72	18.46
1.2 หญิง	76	19.49	78	20.00	91	23.33	73	18.72	318	81.54
รวม	97	24.87	98	25.13	97	24.87	98	25.13	390	100.00
2.ช่วงอายุ										
2.1 <18 ปี	-	-	2	0.51	2	0.51	-	-	4	1.03
2.2 18-19 ปี	32	8.21	33	8.46	33	8.46	36	9.23	134	34.36
2.3 20-21 ปี	52	13.33	54	13.85	50	12.82	42	10.77	198	50.77
2.4 >22 ปี	13	3.33	9	2.31	12	3.08	20	5.13	54	13.85
รวม	97	24.87	98	25.13	97	24.87	98	25.13	390	100.00
3. ระดับชั้นปี										
3.1 ชั้นปี 1	25	6.41	25	6.41	24	6.15	25	6.41	99	25.38
3.2 ชั้นปี 2	24	6.15	25	6.41	24	6.15	25	6.41	98	25.13
3.3 ชั้นปี 3	24	6.15	25	6.41	24	6.15	24	6.15	97	24.87
3.4 ชั้นปี 4	24	6.15	23	5.90	25	6.41	24	6.15	96	24.62
รวม	97	24.87	98	25.13	97	24.87	98	25.13	390	100.00

จากตารางที่ 20 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภูมิภาค โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 390 คนพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากัน คือ 98 คน ส่วนภาคเหนือและภาคกลางมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากัน คือ 97 คน ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 318 คน คิดเป็นร้อยละ 81.54 และมีเพศชาย จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 18.46 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-21 ปี จำนวน 198 คน คิดเป็นร้อยละ 50.77 รองลงมาได้แก่อายุระหว่าง 18-19 ปี จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 34.36 อายุมากกว่า 22 ปี จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 13.85 และอายุน้อยกว่า 18 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.03 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลในชั้นปีที่ 1 มากที่สุด จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 25.38 รองลงมาได้แก่ ชั้นปีที่ 2 จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 25.13 ชั้นปีที่ 3 จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 24.87 และชั้นปีที่ 4 จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 24.62 ตามลำดับ

1.2.2 ผลการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ. ด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ. ด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามภูมิภาค และระดับชั้นปี แสดงรายละเอียดตามตารางที่ 21 ดังนี้

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพจำแนกตาม

ภูมิภาค									
	ภูมิภาค	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคตะวันออก		ภาคใต้	
		\bar{x}	S.D	\bar{x}	S.D	\bar{x}	S.D	\bar{x}	S.D
1.ด้านการเข้าถึงข้อมูล		3.25	0.55	3.08	0.60	3.01	0.60	3.09	0.61
2.ด้านการทำความเข้าใจข้อมูล		3.32	0.50	3.15	0.56	3.14	0.53	3.22	0.59
3.ด้านการคิดวิเคราะห์ประเมินคุณค่าข้อมูล		3.16	0.57	2.99	0.65	2.96	0.60	3.01	0.67
4.ด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้		3.28	0.44	3.15	0.53	3.12	0.55	3.19	0.50
เฉลี่ยรวม		3.25	0.52	3.09	0.59	3.06	0.57	3.13	0.59

จากตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติ 3 อ. ด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ จำแนกตามภูมิภาค ในภาพรวม พบว่า นักศึกษาที่เรียนอยู่ในเขตภาคเหนือมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพสูงที่สุด ($\bar{X} = 3.25$, S.D. = 0.52) รองลงมาได้แก่ภาคใต้ ($\bar{X} = 3.13$, S.D. = 0.59) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 0.59) และ ภาคกลาง ($\bar{X} = 3.06$, S.D. = 0.57) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า นักศึกษาพยาบาลทุกภูมิภาคมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพสูงที่สุด ในขณะที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำกว่าด้านอื่นๆ และเมื่อพิจารณาความรอบรู้ทางสุขภาพโดยจำแนกเป็นรายภาคแล้ว สามารถอธิบายจำแนกได้ ดังนี้

ภาคเหนือ พบว่า มีความรอบรู้ทางสุขภาพในด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ (Apply) มากที่สุด ($\bar{X} = 3.28$, S.D. = 0.44) รองลงมาได้แก่ ด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (Understand) ($\bar{X} = 3.32$, S.D. = 0.50) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) ($\bar{X} = 3.25$, S.D. = 0.55) และด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) ($\bar{X} = 3.16$, S.D. = 0.57) ตามลำดับ

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีความรอบรู้ทางสุขภาพในด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (Understand) ($\bar{X} = 3.15$, S.D. = 0.56) เท่ากับ ด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ (Apply) ($\bar{X} = 3.15$, S.D. = 0.53) รองลงมาได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) ($\bar{X} = 3.08$, S.D. = 0.60) และด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) ($\bar{X} = 2.99$, S.D. = 0.65) ตามลำดับ

ภาคกลาง พบว่า มีความรอบรู้ทางสุขภาพในด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ (Apply) ($\bar{X} = 3.12$, S.D. = 0.55) มากที่สุด รองลงมาได้แก่ด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (Understand) ($\bar{X} = 3.14$, S.D. = 0.53) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) ($\bar{X} = 3.01$, S.D. = 0.60) และด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) ($\bar{X} = 2.96$, S.D. = 0.60) ตามลำดับ

ภาคใต้ พบว่า มีความรอบรู้ทางสุขภาพในด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (Understand) ($\bar{X} = 3.22$, S.D. = 0.59) มากที่สุด รองลงมาได้แก่ ด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ (Apply) ($\bar{X} = 3.19$, S.D. = 0.50) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 0.61) และด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) ($\bar{X} = 3.01$, S.D. = 0.67) ตามลำดับ

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพจำแนกตามชั้นปี

ชั้นปี	ชั้นปีที่ 1		ชั้นปีที่ 2		ชั้นปีที่ 3		ชั้นปีที่ 4	
ความรอบรู้	\bar{x}	S.D	\bar{x}	S.D	\bar{x}	S.D	\bar{x}	S.D
1.ด้านการเข้าถึงข้อมูล	3.01	0.64	3.04	0.55	3.21	0.61	3.16	0.55
2.ด้านการทำความเข้าใจข้อมูล	3.11	0.59	3.13	0.60	3.30	0.51	3.30	0.46
3.ด้านการคิดวิเคราะห์ประเมินคุณค่าข้อมูล	2.88	0.69	2.99	0.64	3.14	0.57	3.13	0.57
4.ด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้	3.15	0.54	3.11	0.51	3.24	0.48	3.24	0.51
เฉลี่ยรวม	3.04	0.53	3.07	0.51	3.22	0.46	3.21	0.46

จากตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ. ด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ จำแนกตามชั้นปี ในภาพรวม พบว่า มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพสูงที่สุด ชั้นปีที่ 3 (\bar{x} = 3.22 , S.D. = 0.46) รองลงมาได้แก่ ชั้นปีที่ 2 (\bar{x} = 3.07 , S.D. = 0.51) ชั้นปีที่ 4 (\bar{x} = 3.21 , S.D. = 0.46) และน้อยที่สุดได้แก่ ชั้นปีที่ 1 (\bar{x} = 3.04 , S.D. = 0.53) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมแล้ว จะเห็นว่านักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพค่อนข้างสูง - สูงที่สุด แต่มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำสุด แต่เมื่อพิจารณาความรอบรู้ทางสุขภาพโดยจำแนก เป็นรายชั้นปี สามารถอธิบายจำแนกได้ดังนี้

ชั้นปีที่ 1 พบว่า มีความรอบรู้ทางสุขภาพในด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค มากที่สุด (\bar{x} = 3.15 , S.D. = 0.54) รองลงมาได้แก่ด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (\bar{x} = 3.11 , S.D. = 0.59) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (\bar{x} = 3.01 , S.D. = 0.64) และด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพ (\bar{x} = 2.88 , S.D. = 0.69) ตามลำดับ

ชั้นปีที่ 2 พบว่า มีความรอบรู้ทางสุขภาพในด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพมากที่สุด (\bar{x} = 3.13 , S.D. = 0.6) รองลงมาได้แก่ ด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (\bar{x} = 3.11 , S.D. = 0.51) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (\bar{x} = 3.04 , S.D. = 0.55) และน้อยที่สุดได้แก่ด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพ (\bar{x} = 2.99 , S.D. = 0.64) ตามลำดับ

ชั้นปีที่ 3 พบว่า มีความรอบรู้ทางสุขภาพในด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ มากที่สุด (\bar{x} = 3.3, S.D. = 0.51) รองลงมาได้แก่ ด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (\bar{x} = 3.24, S.D. = 0.48) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (\bar{x} = 3.21, S.D. = 0.61) และน้อยที่สุดได้แก่ด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพ (\bar{x} = 3.14, S.D. = 0.57) ตามลำดับ

ชั้นปีที่ 4 พบว่า มีความรอบรู้ทางสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มากที่สุด (\bar{x} = 3.16, S.D. = 0.55) รองลงมาได้แก่ด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (\bar{x} = 3.3, S.D. = 0.46) ด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพ (\bar{x} = 3.13, S.D. = 0.57) และน้อยที่สุดได้แก่ด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (\bar{x} = 3.24, S.D. = 0.51) ตามลำดับ

จากผลประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 390 คน ที่อยู่ในแต่ละภูมิภาคและแต่ละระดับชั้นปี พบว่านักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาอยู่ในเขตภูมิภาคต่างกัน มีความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. แตกต่างกัน โดยนักศึกษาที่ศึกษาอยู่ในเขตภาคเหนือมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. สูงที่สุด (\bar{x} = 3.25 , S.D. = 0.52) รองลงมาได้แก่ภาคใต้ (\bar{x} = 3.13 , S.D. = 0.59) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (\bar{x} = 3.09 , S.D. = 0.59) และน้อยที่สุดได้แก่ภาคกลาง (\bar{x} = 3.06 , S.D. = 0.57) ตามลำดับ ดังตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพจำแนกตาม
ภูมิภาค

ภูมิภาค ความรอบรู้ทางสุขภาพ	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง		ภาคใต้	
	\bar{x}	S.D	\bar{x}	S.D	\bar{x}	S.D	\bar{x}	S.D
1.ด้านการเข้าถึงข้อมูล	3.25	0.55	3.08	0.60	3.01	0.60	3.09	0.61
2.ด้านการทำความเข้าใจข้อมูล	3.32	0.50	3.15	0.56	3.14	0.53	3.22	0.59
3.ด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูล	3.16	0.57	2.99	0.65	2.96	0.60	3.01	0.67
4.ด้านการตัดสินใจ นำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้	3.28	0.44	3.15	0.53	3.12	0.55	3.19	0.50
เฉลี่ยรวม	3.25	0.52	3.09	0.59	3.06	0.57	3.13	0.59

นอกจากนี้ยังพบผลการศึกษที่น่าสนใจอีกว่านักศึกษาพยาบาล ที่อยู่ในระดับชั้นปีแตกต่างกัน มีความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. แตกต่างกัน โดยนักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาในระดับชั้นปี 3 มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพสูงที่สุด (\bar{x} = 3.22 , S.D. = 0.46) รองลงมาได้แก่ ชั้นปี 4 (\bar{x} = 3.21 , S.D. = 0.51) ชั้นปี 2 (\bar{x} = 3.07 , S.D. = 0.51) และน้อยที่สุดได้แก่ชั้นปี 1 (\bar{x} = 3.04 , S.D. = 0.53) ตามลำดับ ดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพจำแนกตาม
ชั้นปี

ชั้นปี ความรอบรู้	ชั้นปีที่ 1		ชั้นปีที่ 2		ชั้นปีที่ 3		ชั้นปีที่ 4	
	\bar{x}	S.D	\bar{x}	S.D	\bar{x}	S.D	\bar{x}	S.D
1.ด้านการเข้าถึงข้อมูล	3.01	0.64	3.04	0.55	3.21	0.61	3.16	0.55
2.ด้านการทำความเข้าใจข้อมูล	3.11	0.59	3.13	0.60	3.30	0.51	3.30	0.46
3.ด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูล	2.88	0.69	2.99	0.64	3.14	0.57	3.13	0.57
4.ด้านการตัดสินใจ นำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้	3.15	0.54	3.11	0.51	3.24	0.48	3.24	0.51
เฉลี่ยรวม	3.04	0.53	3.07	0.51	3.22	0.46	3.21	0.46

1.2.3 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ด้านอาหารออกกำลังกาย และอารมณ์ ของนักศึกษาพยาบาล อยู่ในภูมิภาค และระดับชั้นปีแตกต่างกัน

จากการวิเคราะห์ความเท่ากันของความแปรปรวนของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ และวิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ของนักศึกษาพยาบาล ในแต่ละภูมิภาคและต่างระดับชั้นปีนั้น พบผลการศึกษา ดังตารางที่ 25 - ตารางที่ 27 ดังนี้

ตารางที่ 25 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับชั้นปี (N=390 คน)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	2114.96	3	704.99	3.46*	.02
ภายในกลุ่ม	78668.47	386	203.80		
รวม	80783.44	389			

* $p < .05$

จากตารางที่ 25 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชั้นปีพบว่าชั้นปีที่ต่างกันมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(3, 386)} = 3.46, p=0.02$)

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ (Post hoc test) ของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมจำแนกตามชั้นปีโดยวิธีการเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple comparison) วิธี Sheffe's Post hoc Comparison พบว่าชั้นปีที่ 1 และ 3 มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = -5.31 $p=0.01$)

ตารางที่ 26 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภูมิภาค (N=390 คน)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	1854.96	3	618.32	3.02*	0.03
ภายในกลุ่ม	78928.48	386	204.48		
รวม	80783.44	389			

* $P < .05$

จากตารางที่ 26 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภูมิภาคพบว่าภูมิภาคที่ต่างกันมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F_{(3, 386)} = 3.02, p=0.03$

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ (Post hoc test) ของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมจำแนกตามภูมิภาคโดยวิธีการเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple comparison) วิธี Sheffe's Post hoc Comparison พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิภาคภาคกลาง และภาคเหนือ มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = -5.81, $p=0.047$)

ตารางที่ 27 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับชั้นปี และภูมิภาค (N = 390 คน)

	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ระดับชั้นปี	ระหว่างกลุ่ม	2114.96	3	704.99	3.46*	0.02
	ภายในกลุ่ม	78668.47	386	203.80		
	รวม	80783.44	389			
ภูมิภาค	ระหว่างกลุ่ม	1854.96	3	618.32	3.02*	0.03
	ภายในกลุ่ม	78928.48	386	204.48		
	รวม	80783.44	389			

* $p < .05$

จากตารางที่ 27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับชั้นปีพบว่านักศึกษาที่เรียนอยู่ระดับชั้นปีที่ต่างกัน มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F_{(3, 386)} = 3.46, p=0.02$ นอกจากนี้ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ (Post hoc test) ของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมจำแนกตามระดับชั้นปีโดยวิธีการเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple comparison) วิธี Sheffe's Post hoc Comparison พบว่านักศึกษา ชั้นปีที่ 1 และ ชั้นปีที่ 3 มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = -5.31 $p=0.01$) ในขณะที่การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภูมิภาค พบว่านักศึกษาที่มาจากรัฐภาคที่ต่างกันมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F_{(3, 386)} = 3.02, p=0.03$ จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ (Post hoc test) ของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมจำแนกตามภูมิภาคโดยวิธีการเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple comparison) วิธี Sheffe's Post hoc Comparison พบว่านักศึกษาที่เรียนอยู่ในภูมิภาคเขตภาคกลาง และภาคเหนือ มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = -5.81, $p=0.047$)

**ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.
ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล**

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล ที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรบุรี และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท ตามลำดับ ขอนำเสนอเป็นตารางข้างล่างต่อไปนี้

ตารางที่ 28 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมโปรแกรม

รายการ	กลุ่มทดลอง (N = 36 คน)		กลุ่มควบคุม (N = 36 คน)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1.เพศ				
1.1 ชาย	3	8.33	1	2.78
1.2 หญิง	33	91.67	35	97.22
2.ภูมิลำเนา				
2.1 ภาคกลาง	18	50.00	6	16.67
- กลุ่มทดลอง (กรุงเทพมหานคร นครปฐม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี ลพบุรี สระบุรี อ่างทอง กาญจนบุรี - กลุ่มควบคุม (กรุงเทพมหานคร ลพบุรี สิงห์บุรี)				
2.2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	18	50.00	30	83.33
- กลุ่มทดลอง (นครราชสีมา ชัยภูมิ) - กลุ่มควบคุม (บุรีรัมย์ สุรินทร์)				

2.2 ผลการประเมินความรู้ทางสุขภาพ ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

จากการประเมินความรู้ทางสุขภาพ ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรู้ทางสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรู้ทางสุขภาพ ของนักศึกษากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง (การเข้าร่วมโปรแกรม) ได้ผลการวิเคราะห์ในภาพรวมและจำแนกตามรายด้าน ดังตารางที่ 29 ถึง ตารางที่ 31 ดังนี้

ตารางที่ 29 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลอง

องค์ประกอบ/กลุ่มตัวอย่าง	N	Mean	S.D.	t	Sig.
1.ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ					
ก่อนทดลอง	36	2.77	0.51	-3.79**	.001
หลังทดลอง	36	3.28	0.67		
2.ด้านทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ					
ก่อนทดลอง	36	2.83	0.58	-1.42	.165
หลังทดลอง	36	2.98	0.32		
3.ด้านวิเคราะห์ แปลความ ประเมินค่าข้อมูลสุขภาพ					
ก่อนทดลอง	36	2.41	0.60	-3.85**	.000
หลังทดลอง	36	2.92	0.43		
4.ด้านตัดสินใจนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้					
ก่อนทดลอง	36	2.76	0.59	-0.83	.412
หลังทดลอง	36	2.85	0.32		
5.คะแนนรวมทุกด้าน					
ก่อนทดลอง	36	2.71	0.45	-3.36*	.002
หลังทดลอง	36	3.03	0.34		

* $p < .01$, ** $p < .001$

จากตารางที่ 29 จะเห็นว่านักศึกษาในกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม ภายหลังการทดลอง ($\bar{X} = 3.03$, S.D.=.34) สูงกว่าช่วงก่อนทดลอง ($\bar{X} = 2.71$, S.D.=.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.36$, $p=.002$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า นักศึกษากลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) ภายหลังการทดลอง ($\bar{X} = 3.28$, S.D.= .67) สูงกว่าช่วงก่อนทดลอง ($\bar{X} = 2.77$, S.D.= .51) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 3.79$, $p=.001$) และมีระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพด้านวิเคราะห์ แปลความ ประเมินคุณค่าข้อมูลสุขภาพ (Appraise) ภายหลังการทดลอง ($\bar{X} = 2.92$, S.D.= 43) สูงกว่าช่วงก่อนทดลอง ($\bar{X} =2.41$, S.D.= .60) อีกเช่นกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 3.85$, $p=.000$)

ตารางที่ 30 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ
ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

องค์ประกอบ/กลุ่มตัวอย่าง	N	Mean	S.D.	t	Sig.
1.ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ					
กลุ่มควบคุม	36	2.71	0.46	4.24**	.000
กลุ่มทดลอง	36	3.28	0.67		
2.ด้านทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ					
กลุ่มควบคุม	36	2.95	0.44	0.40	.691
กลุ่มทดลอง	36	2.98	0.32		
3.ด้านวิเคราะห์ แปลความ ประเมินค่า ข้อมูลสุขภาพ					
กลุ่มควบคุม	36	2.73	0.52	1.67	.099
กลุ่มทดลอง	36	2.92	0.43		
4.ด้านตัดสินใจนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้					
กลุ่มควบคุม	36	3.05	0.41	-2.24*	.028
กลุ่มทดลอง	36	2.85	0.32		
5.คะแนนรวมทุกด้าน					
กลุ่มควบคุม	36	2.86	0.35	2.05*	.044
กลุ่มทดลอง	36	3.03	0.34		

* $p < .05$, ** $p < .001$

จากตารางที่ 30 พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม นักศึกษากลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 3.03$, $S.D. = .34$) มีระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 2.86$, $S.D. = .35$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.05$, $p = .04$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า นักศึกษากลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) ($\bar{X} = 3.28$, $S.D. = .67$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 2.71$, $S.D. = .46$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 4.24$, $p = .000$) ในขณะที่นักศึกษากลุ่มควบคุม มีระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการตัดสินใจนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ (Apply) ($\bar{X} = 3.05$, $S.D. = .41$) สูงกว่ากลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 2.85$, $S.D. = .32$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.24$, $p = .028$)

จากการติดตามผลระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ของนักศึกษากลุ่มทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 2 สัปดาห์ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) เพื่อหาความสัมพันธ์ของคะแนนทั้ง 3 ครั้ง ซึ่งได้แก่ ครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง และครั้งที่ 3 (ติดตามผล ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมแล้ว 2 สัปดาห์) ได้ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ทั้ง 3 ครั้ง ดังนี้

ตารางที่ 31 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มทดลอง ระหว่างครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง) ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) และ ครั้งที่ 3 ติดตามหลัง หลังทดลอง 2 สัปดาห์โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	11.36	2	5.68	26.32**	.000
ภายในกลุ่ม	15.10	70	0.22		
รวม	26.46	72			

*** $p < .001$ SS = Sum of Square , MS = Mean Square

จากตารางที่ 31 จะเห็นว่าจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มทดลอง ระหว่างครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง) ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) และ ครั้งที่ 3 ติดตามหลัง หลังทดลอง 2 สัปดาห์ โดยใช้สถิติความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ (One-way repeated measures ANOVA) พบว่าของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มทดลอง ระหว่างครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง) ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) และครั้งที่ 3 ติดตามหลัง หลังทดลอง 2 สัปดาห์ อย่างน้อย 1 คู่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 26.32 (2,70)$, $p < .001$) จึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t test) (Howell, 2002 อ้างถึงใน สุวัฒน์ สุขมลสันต์, 2560 : 67) และ โฮเวล (Myers,1979 cited in Howell, 2010 : 483) ได้ผลการวิเคราะห์ ดังตารางที่ 32

ตารางที่ 32 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มทดลอง ระหว่างครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง) ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) และ ครั้งที่ 3 ติดตามหลังทดลอง 2 สัปดาห์โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t test)

คะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	t	Sig.
ครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง)	2.71	.45	-3.36*	.002
ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง)	3.03	.34		
ครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง)	2.71	.45	-6.62**	.000
ครั้งที่ 3 (ติดตามผล)	3.50	.53		
ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง)	3.03	.34	-4.17**	.000
ครั้งที่ 3 (ติดตามผล)	3.50	.53		

* $p < .01$, ** $p < .001$

จากตารางที่ 32 จะเห็นว่าจากการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มทดลอง ระหว่างครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง) ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) และครั้งที่ 3 ติดตามหลังทดลอง 2 สัปดาห์ เป็นรายคู่ โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t test) พบความแตกต่าง ดังนี้

ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) สูงกว่า ครั้งที่ 1(ก่อนทดลอง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.36$) , $df = 35$, $p < .01$)

ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 3 (ติดตามหลังทดลอง 2 สัปดาห์) สูงกว่า ครั้งที่ 1(ก่อนทดลอง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.62$) , $df = 35$, $p < .001$)

ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 3 (ติดตามหลังทดลอง 2 สัปดาห์) สูงกว่า ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.17$) , $df = 35$, $p < .001$)

2.3 ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

จากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ของนักศึกษาในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง (การเข้าร่วมโปรแกรม) ได้ผลการวิเคราะห์ในภาพรวมและจำแนกตามรายด้าน ดังตารางที่ 33 - ตารางที่ 35 ดังนี้

ตารางที่ 33 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.
ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลอง

องค์ประกอบ/กลุ่มตัวอย่าง	N	Mean	S.D.	t	Sig.
1.ด้านอาหาร					
ก่อนทดลอง	36	2.82	0.42	-2.13*	.040
หลังทดลอง	36	3.03	0.32		
2.ด้านออกกำลังกาย					
ก่อนทดลอง	36	2.59	0.64	-3.24**	.003
หลังทดลอง	36	3.20	0.93		
3.ด้านอารมณ์					
ก่อนทดลอง	36	3.13	0.62	-1.27	.212
หลังทดลอง	36	3.30	0.49		
4.คะแนนรวมทุกด้าน					
ก่อนทดลอง	36	2.76	0.38	-3.84***	.000
หลังทดลอง	36	3.14	0.42		

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

จากตารางที่ 33 จะเห็นว่า นักศึกษากลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. โดยรวม ภายหลังการทดลอง (\bar{X} = 3.14 , S.D.= 0.42) สูงกว่าช่วงก่อนทดลอง (\bar{X} = 2.76 , S.D.= 0.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 3.84 , p=.000) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า นักศึกษากลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ด้านอาหาร ภายหลังการทดลอง (\bar{X} = 3.03, S.D.= 0.32) สูงกว่าช่วงก่อนทดลอง (\bar{X} = 2.82 , S.D.= 0.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (t = 2.13 , p= .040) และมีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านออกกำลังกาย ภายหลังการทดลอง (\bar{X} = 3.20, S.D.= 0.93) สูงกว่าช่วงก่อนทดลอง (\bar{X} = 2.59, S.D.= 0.64) อีกเช่นกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = 3.24 , p=.003)

ตารางที่ 34 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

องค์ประกอบ/กลุ่มตัวอย่าง	N	Mean	S.D.	t	Sig.
1.ด้านอาหาร					
กลุ่มควบคุม	36	2.87	0.49	1.64	.106
กลุ่มทดลอง	36	3.03	0.32		
2.ด้านออกกำลังกาย					
กลุ่มควบคุม	36	2.87	0.52	1.84	.071
กลุ่มทดลอง	36	3.20	0.93		
3.ด้านอารมณ์					
กลุ่มควบคุม	36	3.07	0.52	1.86	.067
กลุ่มทดลอง	36	3.30	0.49		
4.คะแนนรวมทุกด้าน					
กลุ่มควบคุม	36	2.90	0.40	2.52*	.014
กลุ่มทดลอง	36	3.14	0.42		

* $p < .05$

จากตารางที่ 34 พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม นักศึกษากลุ่มทดลอง ($\bar{X}=3.14$, S.D.= 0.42) มีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.โดยรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 2.90$, S.D.= .40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.52$, $p = .014$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า นักศึกษากลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

จากการติดตามผลระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ของนักศึกษากลุ่มทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 2 สัปดาห์ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) เพื่อหาความสัมพันธ์ของคะแนนทั้ง 3 ครั้ง ซึ่งได้แก่ ครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง) ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) และครั้งที่ 3 (ติดตามผล ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมแล้ว 2 สัปดาห์) ได้ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ทั้ง 3 ครั้ง ดังนี้

ตารางที่ 35 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. โดยรวม ของกลุ่มทดลอง ระหว่างครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง) ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) และ ครั้งที่ 3 ติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	4.99	2	2.50	13.30***	.000
ภายในกลุ่ม	13.15	70	.19		
รวม	18.14	72			

*** $p < .001$ SS = Sum of Square , MS = Mean Square

จากตารางที่ 35 จะเห็นว่าจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. โดยรวม ของกลุ่มทดลอง ระหว่างครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง) ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) และ ครั้งที่ 3 ติดตามหลัง ทดลอง 2 สัปดาห์ โดยใช้สถิติความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ (One-way repeated measures ANOVA) พบว่าของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. โดยรวม ของกลุ่มทดลอง ระหว่างครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง) ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) และครั้งที่ 3 ติดตามหลังทดลอง 2 สัปดาห์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 13.30 (2,70)$, $p < .000$) อย่างน้อย 1 คู่ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t test) (Howell, 2002 อ้างถึงใน สุพัฒน์ สุขมลสันต์, 2560 : 67) และ โฮเวล (Myers ,1979 cited in Howell, 2010 : 483) ได้ผลการวิเคราะห์ ดังตารางที่ 36

ตารางที่ 36 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. โดยรวม ของกลุ่มทดลอง ระหว่างครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง) ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) และ ครั้งที่ 3 (ติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์) โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t test)

คะแนน	\bar{X}	S.D.	t	Sig.
ความรอบรู้ทางสุขภาพ				
ครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง)	2.76	0.38	-3.84***	.000
ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง)	3.14	0.42		
ครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง)	2.76	0.38	-5.49***	.000
ครั้งที่ 3 (ติดตามผล)	3.26	0.51		
ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง)	3.14	0.42	-1.05	.299
ครั้งที่ 3 (ติดตามผล)	3.26	0.51		

*** $p < .001$

จากตารางที่ 36 จะเห็นว่าจากการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. โดยรวม ของกลุ่มทดลอง ระหว่างครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง) ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) และครั้งที่ 3 ติดตามหลังทดลอง 2 สัปดาห์ เป็นรายคู่ โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t test) พบความแตกต่าง ดังนี้

ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. โดยรวม ของกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) สูงกว่า ครั้งที่ 1(ก่อนทดลอง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.84$), $df = 35$, $p < .000$)

ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. โดยรวม ของกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 3 (ติดตามหลัง ทดลอง 2 สัปดาห์) สูงกว่า ครั้งที่ 1(ก่อนทดลอง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.49$), $df = 35$, $p < .000$)

ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. โดยรวม ของกลุ่มทดลอง ระหว่าง ครั้งที่ 3 (ติดตามหลังทดลอง 2 สัปดาห์) และ ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) ไม่แตกต่างกัน

2.4 ผลการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ของนักศึกษาเชิงคุณภาพ

2.4.1 ผลการดำเนินกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

ภายหลังจากผู้วิจัยแนะนำ แหล่งข้อมูลด้านอาหารเพื่อสุขภาพ และอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่นจากเว็บไซต์ที่น่าเชื่อถือได้ เพื่อการสืบค้นไปใช้ประโยชน์ และในขณะทำกิจกรรม นักศึกษาสามารถสืบค้นจากแหล่งข้อมูล เว็บไซต์อื่นๆเพิ่มเติมได้อีก ดังนี้

หน่วยงาน องค์กร	แหล่งข้อมูล
1.สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล	http://www.inmu.mahidol.ac.th/th/
2.ศูนย์เบาหวานศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	http://www.si.mahidol.ac.th/sdc/admin/knownledges_files/29_44_1.pdf
3.สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	http://www.nutrition.anamai.moph.go.th

ผลการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของนักศึกษากลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน พบว่ามีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ จำนวน 6 คิดเป็นร้อยละ 16.67 น้ำหนักตัวปกติ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 58.33 มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 มีภาวะอ้วน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.78 และมีภาวะอ้วนมาก จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.55 ผู้วิจัยพบข้อสังเกตสำคัญประการหนึ่งว่านักศึกษาที่พบว่าตนเองมีค่าดัชนีมวลกายผิดปกติเมื่อเทียบกับเกณฑ์ ทั้งที่มีภาวะน้ำหนักตัวน้อย น้ำหนักเกิน และอ้วนจะมีความกระตือรือร้นและสนใจ อยากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองในเรื่องการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย อย่างเห็นได้ชัด จากผลการตอบแบบประเมินความเชื่อมั่นแห่งตนในเรื่อง อาหารและการออกกำลังกาย

ผู้วิจัยให้นักศึกษาแบ่งนักศึกษาออกเป็น 6 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 6 คน ให้ช่วยกันวางแผนออกแบบเมนูอาหารตัวอย่าง สำหรับสุขภาพของสมาชิกในกลุ่ม เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ให้ได้ปริมาณอาหารที่ให้พลังงาน 2,000 กิโลแคลอรี/วัน โดยนำอาหารที่มีอยู่ในท้องถิ่นซึ่งสามารถจัดหาได้ง่ายมาประกอบ อย่างน้อย 1 ชนิด ในแต่ละวัน โดยแบ่งงานกันสืบค้นจากเว็บไซต์ เอกสาร ตำรา CD ต่างๆ รวมทั้งร่วมกันวิเคราะห์ อภิปรายเกี่ยวกับปริมาณสารอาหาร พลังงานที่ได้รับจากเมนูอาหารที่ออกแบบเพื่อจะได้นำไป ประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองด้านอาหารต่อไป จากนั้นให้แต่ละกลุ่มออกมานำเสนอผลงานต่อเพื่อนในกลุ่มใหญ่และอภิปรายร่วมกันถึงความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน จากที่นำเสนอพบว่านักศึกษาระบุอาหารพื้นบ้านที่หาได้ง่ายตามท้องถิ่นทั่วไป ประเภทข้าว เช่นไก่ย่าง ส้มตำ ข้าวเหนียว แกงซี่เหล็ก ผัดผักเช่น กวางตุ้ง คะน้า ผักบุ้งจีน ผัดบวบใส่ไข่ ผัดเปรี้ยวหวาน ลาบหมู ปลาร้าทรงเครื่อง ต้มจืดตำลึงใส่หมูสับ ไข่เจียว ไข่ต้ม สลัดผัก สลัดผลไม้ ผัดถั่วงอกกับเต้าหู้ น้ำพริกกะปิ ผักสด ปลาทอด ขนมน้ำเงินน้ำเงี้ยว ก๋วยเตี๋ยว ขนมน้ำเงิน น้ำยาหรือน้ำพริก เป็นต้น ส่วนประเภท ผลไม้ ได้แก่ มะละกอ สับปะรด แตงโม กล้วยหอม กล้วยน้ำว้า พุทรา เป็นต้น

ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมประเมินความเชื่อมั่นของตนเองว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ผลประเมินความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองด้านอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษา กลุ่มทดลอง พบว่ามีระดับคะแนนต่ำสุด - สูงสุด อยู่ระหว่าง 4 – 8 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความเชื่อมั่นในตนเองที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 6.31$, S.D. = 1.24) แต่ก็ยังน้อยกว่าด้านอื่นๆ จากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ให้นักศึกษาระบุเหตุผลประกอบกับการให้คะแนนระดับความเชื่อมั่นในตนเองพบว่านักศึกษาที่ให้ระดับความเชื่อมั่นน้อย (น้อยกว่า 5 คะแนน) มีปัจจัยหรือสาเหตุมาจาก 1) นักศึกษาขาดความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเองหรือควบคุมตนเองไม่ได้ ดังตัวอย่างข้อความ “ไม่แน่ใจไม่ว่าจะห้ามใจตัวเองในการเลือกกินได้หรือไม่” “ยังเลือกกินตามใจปาก”ตามใจตัวเอง ้วยังตามใจปากตัวเอง “ชอบกินอยู่ค่ะ

กินทุกอย่างที่อยากกินตามใจตัวเองนิดนึง” “มีความคิดอยากจะเปลี่ยนแปลงแต่ก็ยังอยากทานอาหารแบบเดิมอยู่” “ตนเองชอบตามใจตัวเองอยู่” “อยากกินอะไรก็กินโดยไม่ได้นิ่งถึงผลเท่าไร” เป็นต้น และ 2) ข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อมเรื่องเวลา สถานที่ เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลพักอยู่ในหอพักในวิทยาลัย ซึ่งต้องซื้ออาหารจากร้านอาหารรับประทานทุกมื้อ ดังนั้นจึงทำให้มีเวลาจำกัดในการเลือกซื้ออาหารพื้นบ้าน หรืออาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่นมาบริโภค ดังตัวอย่างข้อความ ได้แก่ “ไม่ค่อยมั่นใจว่าจะเปลี่ยนแปลงได้เพราะบางครั้งเวลาและสถานที่ไม่เอื้ออำนวยอาจจะทำได้บ้างไม่บ้างเป็นบางครั้ง” “เวลาและสถานที่ไม่เอื้ออำนวย ไม่ค่อยมีอาหารพื้นบ้านให้บริโภคเท่าไร” “อาหารพื้นบ้านในสมัยนี้บางอย่างค่อนข้างหายากและบางอย่างต้องซื้อซึ่งราคาอาจจะแพง” และ “เวลาในการเลือกรับประทานอาหารน้อยส่งผลในด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีอะไรเลือกกินอันนี้ไปก่อน” เป็นต้น ในขณะที่ผู้ที่ให้คะแนนความเชื่อมั่นในระดับค่อนข้างมาก (ตั้งแต่ 6 คะแนน ขึ้นไป) นั้นพบว่าแรงจูงใจอยากมีสุขภาพที่ดีขึ้น และแรงจูงใจอยากมีรูปร่างหรือภาพลักษณ์ที่สวยงาม เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ นักศึกษา กลุ่มทดลองอยากเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางด้านอาหารของตนเอง ดังตัวอย่างข้อความ “อยากมีสุขภาพดีขึ้น” “น้ำหนักน้อยเลยคิดว่าจะทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นและออกกกำลังกายบ้าง บางครั้งเพื่อไม่ให้ลงพุงให้มีส่วนน้ำหนักดี” “อยากให้มีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยง่ายจึงอยากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ” “อยากมีสุขภาพที่ดี ไม่มีโรคต่างๆ จึงมีความต้องการและตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้น” “น้ำหนักน้อยเลยคิดว่าจะทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นและออกกกำลังกายบ้างบางครั้งเพื่อไม่ให้ลงพุงให้มีส่วนน้ำหนักดี” และ “เพื่อให้ได้น้ำหนักที่สมส่วน” เป็นต้น

2.4.2 ผลการดำเนินกิจกรรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

ภายหลังจากผู้วิจัยแนะนำและยกตัวอย่างแหล่งข้อมูลด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และการออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อการสืบค้นไปใช้ประโยชน์ จากแหล่งข้อมูลเว็บไซต์ที่น่าเชื่อถือได้ ได้แก่

หน่วยงาน องค์กร	แหล่งข้อมูล
1.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ	http://www.thaihealth.or.th/
2.ศูนย์วิจัยสุขภาพ กรุงเทพ	http://www.bangkokhealth.com/health/article/
3.สำนักงานการท่องเที่ยวและกีฬา จังหวัดนครราชสีมา	http://www.nakhonratchasima.mots.go.th/index.php
4.กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	http://dopah.anamai.moph.go.th/

หน่วยงาน องค์กร	แหล่งข้อมูล
5.หนังสือหลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อแก้ไขภาวะอ้วน เขตตรวจราชการที่ 17: กระทรวงสาธารณสุข	เขตตรวจราชการที่ 17 กระทรวงสาธารณสุข

ภายหลังจากที่ผู้วิจัยนำเสนอคลิปวิดีโอตัวอย่างการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นของแต่ละภูมิภาคมาประยุกต์ใช้ในการออกกำลังกายสำหรับบุคคลในวัยต่างๆ มาเปิดแสดงพร้อมทั้งให้นักศึกษาทดลองออกกำลังกายตามคลิปวิดีโอเหล่านั้นๆ ร่วมด้วย ผู้วิจัยจึงแบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มย่อย จำนวน 6 กลุ่มๆละ 6 คน มอบหมายงานให้นักศึกษาแต่ละกลุ่มวางแผน ออกแบบจัดกิจกรรมการออกกำลังกายที่มีการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อส่งเสริมสุขภาพ อย่างน้อย 1 กิจกรรม พร้อมทั้งร่วมกันวิเคราะห์ เปรียบเทียบเกี่ยวกับประโยชน์ จุดดี จุดด้อยของชนิดของการออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่นที่กลุ่มเลือกเพื่อเตรียมนำเสนอและแลกเปลี่ยนให้เพื่อนในกลุ่มใหญ่ได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จากการให้นักศึกษาแต่ละกลุ่มช่วยกันออกแบบกิจกรรมการออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่มีการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นนั้น พบว่านักศึกษาแต่ละกลุ่มได้ร่วมกันวางแผน และนำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กับเพื่อนในกลุ่มใหญ่ โดยสามารถนำภูมิปัญญาด้านการรำไทย และท่าทางตามวิถีชีวิตของคนในแต่ละภูมิภาคทั้งภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ มาออกแบบเป็นชุดการออกกำลังกายในลักษณะของเต้นแอโรบิควิถีไทย ตามภูมิภาคต่างๆ สำหรับนักศึกษากลุ่มที่มาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นำเสนอ การออกกำลังกาย ชุด “จอบพ่อน โคราช” ประกอบด้วยท่าย่อเท้า ท่าตบหน้าหลัง ท่าพ่อนเฉียง ท่าจิบไหล่ และท่าจันท์เสี้ยว เป็นต้น ส่วนนักศึกษาที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดแถบภาคกลาง ได้นำเสนอการออกกำลังกาย ชุด “แอโรบิคมวยไทย”

ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมประเมินความเชื่อมั่นของตนเองว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เกี่ยวกับการออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่นได้มากน้อยเพียงใด ผลประเมินความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ด้านออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษากลุ่มทดลอง พบว่ามีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความเชื่อมั่นในตนเองที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 7.47$, S.D. = 0.94) โดยมีระดับคะแนนต่ำสุด - สูงสุด อยู่ระหว่าง 6 – 10 คะแนน จากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ให้นักศึกษาระบุเหตุผลประกอบกับการให้คะแนนระดับความเชื่อมั่นในตนเองโดยที่นักศึกษาให้ระดับความเชื่อมั่นของตนเองในการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านออก

กำลังกาย ระดับค่อนข้างมาก - มากที่สุด (6 คะแนนขึ้นไป) นั้นน่าจะเกิดจากปัจจัยหรือสาเหตุมาจาก 1) มีแรงจูงใจเรื่องน้ำหนักตัว และรูปร่างเนื่องจากวัยรุ่นส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญหรือสนใจเรื่องภาพลักษณ์ของตน อันจะเป็นสิ่งดึงดูดความสนใจจากเพศตรงข้ามหรือคนอื่นได้โดยง่าย นอกจากนี้ยังมีแรงจูงใจอยากให้มีสุขภาพดีร่วมด้วย ดังตัวอย่างข้อความ “อยากผอมค่ะและอยากสุขภาพดี” “ต้องการลดน้ำหนักจริงๆจังๆ” “เพราะอยากมีสุขภาพร่างกายที่ดีแข็งแรง” 2) นักศึกษาเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ได้ทดลองฝึกปฏิบัติทำในขณะร่วมกิจกรรม ดังตัวอย่างข้อความ “การเต้น Baslop เป็นการออกกำลังกายยอดนิยมไม่น่าเบื่อ และเป็นการออกกำลังกายที่สามารถบริหารได้ทุกท่อนส่วน” “การออกกำลังกายทำให้จิตใจแจ่มใสขึ้นค่ะจากที่เราเหนื่อยล้าจากการเรียนที่เครียด” “ถ้าได้เต้นแอโรบิค 30 นาที ก็ทำให้อารมณ์ดีขึ้นได้ แถมยังได้สุขภาพที่ดีค่ะ” “คิดว่าสามารถที่จะออกกำลังกายได้อย่างดี ทั้งผ่อนคลายและสนุกสนาน” “จะมากออกกำลังกายหลังสวดมนต์เสร็จทุกวัน” “สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ง่าย เป็นสิ่งใกล้ตัว” “เป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย เพลิดเพลินและได้ประโยชน์” “การที่เราค้นหาทางในวิถีชีวิตแต่ละภูมิภาคมาประยุกต์ใช้ก็เป็นเรื่องสนุกและน่าสนใจอย่างหนึ่ง” และ“ทำออกกำลังกายต่างๆเป็นท่าที่ทำได้ง่ายและสามารถปฏิบัติได้จริง” เป็นต้น

2.4.3 ผลกิจกรรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

ภายหลังจากผู้วิจัยแนะนำและยกตัวอย่างแหล่งข้อมูลด้านการผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ และการผ่อนคลายอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อการสืบค้นไปใช้ประโยชน์จากเว็บไซต์ที่น่าเชื่อถือได้ ได้แก่

หน่วยงาน องค์กร	แหล่งข้อมูล
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข	http://www.dmh.go.th/
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	http://www.smartteen.net/main/index
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	http://med.mahidol.ac.th/psych/th/content/11052013-1309-th
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.)	www.thaihealth.or.th

จากการให้นักศึกษาแต่ละกลุ่มช่วยกันออกแบบกิจกรรมการผ่อนคลายอารมณ์ ที่มี การผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อส่งเสริมสุขภาพ อย่างน้อย 1 กิจกรรม พร้อมทั้งร่วมกันวิเคราะห์ อภิปราย เปรียบเทียบเกี่ยวกับประโยชน์ จุดดี จุดด้อยของวิธีการผ่อนคลายทางอารมณ์ตามภูมิปัญญา ท้องถิ่นที่กลุ่มเลือก เพื่อเตรียมนำเสนอและแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์กับเพื่อนในกลุ่มใหญ่ ผล จากการที่นักศึกษาแต่ละกลุ่มได้ร่วมกันวางแผนและนำเสนอ แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กับ เพื่อนในกลุ่มใหญ่ พบว่านักศึกษามีความรู้ภูมิปัญญาไทยของคนในภูมิภาคต่างๆ มาร่วมผสมผสาน ในการวางแผนออกแบบกิจกรรมได้อย่างน่าสนใจ โดยเฉพาะภูมิปัญญาด้านดนตรีและเพลงพื้นบ้าน ของคนทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการมีภูมิลำเนาอยู่ใน จังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากถึงร้อยละ 50.00 นอกจากนี้พบว่า นักศึกษาบางกลุ่มที่มี ภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเขตภาคกลางได้นำเสนอว่าจะยังคงนำการเล่นพื้นบ้านของคนภาคกลางมาเล่น กับเพื่อนในหอพักต่อไปอีกเพราะที่ผ่านมาก็เล่นเป็นประจำอยู่แล้ว นอกจากนี้นักศึกษาบางกลุ่ม นำเสนอว่าจะนำวิธีนวดแผนไทย การสวดมนต์ การทำสมาธิ โดยเฉพาะการสวดมนต์ การทำสมาธิ นั้น ตามปกตินักศึกษาที่ปฏิบัติกันอยู่แล้วตอนเย็นทุกวัน

ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการประเมินความ เชื่อมั่นของตนเองว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เกี่ยวกับการภายหลังเสร็จ สิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการประเมินความเชื่อมั่นของตนเองว่าจะสามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นได้มาก น้อยเพียงใด ผลประเมินความเชื่อมั่นของตนเองว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ ตนเองด้านการจัดการทางอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาทุกกลุ่มทดลอง พบว่ามีค่าเฉลี่ยของ ระดับคะแนนความเชื่อมั่นในตนเองที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ในระดับ ค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 7.64$, S.D. = 1.02) โดยมีระดับคะแนนต่ำสุด - สูงสุด อยู่ระหว่าง 5 - 9 คะแนน จากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ให้นักศึกษาระบุเหตุผลประกอบกับการให้คะแนนระดับความเชื่อมั่น ในตนเองโดยที่นักศึกษาให้ระดับความเชื่อมั่นของตนเองในการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้าน อารมณ์ ระดับค่อนข้างมาก (7 คะแนนขึ้นไป) นั้นน่าจะเกิดจากปัจจัยหรือสาเหตุมาจากการที่ นักศึกษาเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการใช้วิธีจัดการอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ได้ทดลองฝึก ปฏิบัติทำในขณะร่วมกิจกรรม ดังตัวอย่างข้อความ “เป็นสิ่งที่สามารถนำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ ง่าย” “การคลายเครียดด้วยวิธีต่างๆที่ได้เรียนรู้มาสามารถทำได้ง่าย” “ค่อนข้างมั่นใจที่จะ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพเนื่องจากได้แนวปฏิบัติที่ถูกต้องมาปรับใช้กับชีวิตประจำวัน ” “มีความน่าเป็นไปได้สูงมาก เพราะสิ่งที่เป็นกิจวัตรประจำวันของพวกเราที่ส่งเสริมและอำนวยความสะดวก ” และ “นำมาปฏิบัติได้ง่ายใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ” เป็นต้น สำหรับผู้ที่ระบุความเชื่อมั่นในระดับ ปานกลาง (5 คะแนน) นั้นให้เหตุผลว่า “เป็นคนที่ไม่ค่อยเชื่อใจว่าจะนำไปปฏิบัติได้ทุกครั้ง”

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยแบบพหุวิธี (Multimethod Research) เรื่องโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาความรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในภูมิภาค และระดับชั้นปีแตกต่างกัน และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย มีดังนี้

1. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ในช่วงหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มากกว่าช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม
2. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น มากกว่า กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจความรู้ทางสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาล

- 1.1 การพัฒนาเครื่องมือประเมินความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล

1.1.1 ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.1.2 กำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. (ด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล

1.1.3 จัดทำร่างเครื่องมือสำหรับใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้แก่

1) แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ.ของนักศึกษาพยาบาล

2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ.ของนักศึกษาพยาบาล

1.1.4 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยนำร่างแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นทั้ง 2 ฉบับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

1.1.5 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

1.1.6 ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.2. การประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในนักศึกษาพยาบาล

1.2.1 ประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ถึง ชั้นปีที่ 4 ของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข 12 แห่ง รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 390 คน

1.2.2 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามระดับชั้นปี และภูมิภาค

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล

2.1 พัฒนาร่างโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

2.1.1 พัฒนาร่างโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ตามภูมิปัญญา ท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล

2.1.2 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

2.1.3 ปรับแก้ไขร่างโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.1.4 ทดลองใช้ร่างโปรแกรมกับนักศึกษาพยาบาล ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 คนเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของขั้นตอน ระยะเวลาที่ใช้การดำเนินกิจกรรมก่อนทดลองจริง

2.1.5 ปรับแก้ไขร่างโปรแกรมตามผลจากการทดลองใช้โปรแกรม

2.2 ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

2.2.1 นำโปรแกรมที่ปรับแก้ไขแล้วไปทดลองกับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

1) กลุ่มทดลอง จัดให้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง รวม ระยะเวลาที่ใช้ ทั้งหมด 12 ชั่วโมง

2) กลุ่มควบคุม ให้เรียนตามปกติ

2.2.2 ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมโดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาลกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. นักศึกษาพยาบาลที่เรียนในวิทยาลัยพยาบาล ซึ่งตั้งอยู่ในภูมิภาคต่างกัันมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F_{(3, 386)} = 3.02, p=0.03$ โดยนักศึกษา จากภาคเหนือมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลางตามลำดับ และเมื่อพิจารณาคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยภาพรวมแล้ว พบว่านักศึกษาพยาบาลทุกภูมิภาคมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพสูงที่สุด ในขณะที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำกว่าด้านอื่นๆ

2. นักศึกษาพยาบาล ที่เรียนระดับชั้นปีต่างกันมีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($F_{(3, 386)} = 3.46, p= .02$) ซึ่งพบว่านักศึกษา ชั้นปีที่ 3 มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพมากที่สุด รองลงมาได้แก่ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ชั้นปีที่ 2 และ ชั้นปีที่ 1 ตามลำดับ โดยนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2 มีความรอบรู้ทางสุขภาพในทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ อยู่ในระดับมากที่สุด ในขณะที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด สำหรับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพและการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ อยู่ในระดับมากที่สุด ในขณะที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

3. นักศึกษาพยาบาล กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพในช่วงหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มากกว่าช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($t = 3.36, p=.002$) โดยพบว่า มีระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) และด้านวิเคราะห์ แปรความ ประเมินคุณค่าข้อมูลสุขภาพ (Appraise) *ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม* สูงกว่าช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 3.79, p=.001$) และ ($t = 3.85, p=.000$) ตามลำดับ

4. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 2.05$, $p=.04$) และพบว่า มีระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 4.24$, $p= .000$)

5.จากการติดตามผลค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 2 สัปดาห์ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) และการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t test) เพื่อเปรียบเทียบ ระหว่างครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง) ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) และครั้งที่ 3 ติดตามหลัง หลังทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มทดลอง ระหว่างครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง) ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) และครั้งที่ 3 ติดตามหลัง หลังทดลอง 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกรายคู่ กล่าวคือ ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) สูงกว่า ครั้งที่ 1(ก่อนทดลอง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($t = 3.36$, $df = 35$, $p = .002$) ครั้งที่ 3 (ติดตามหลัง หลังทดลอง 2 สัปดาห์) สูงกว่า ครั้งที่ 1(ก่อนทดลอง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($t = 6.62$) , $df = 35$, $p = .000$) และ ครั้งที่ 3 (ติดตามหลัง หลังทดลอง 2 สัปดาห์) สูงกว่า ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ($t = 4.17$) , $df = 35$, $p = .001$)

6. นักศึกษาพยาบาล กลุ่มทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ในช่วงหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มากกว่าช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($t = 3.84$, $p=.000$) โดยมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ด้านอาหาร และด้านออกกำลังกาย ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t = 2.13$, $p= .040$) และ ที่ระดับ .01 ($t = 3.24$, $p=.003$) ตามลำดับ

7. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. โดยรวม มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 2.52$, $p= .014$) โดยมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ทุกรายด้านทั้งด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

8. จากการติดตามผลค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. โดยรวม ของกลุ่มทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 2 สัปดาห์ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) และการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t test) เพื่อเปรียบเทียบ ระหว่างครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง) ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) และครั้งที่ 3 ติดตามหลัง หลังทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. โดยรวม ของกลุ่มทดลอง ระหว่างครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง) ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) และครั้งที่ 3 ติดตามหลัง หลังทดลอง 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกรายคู่ กล่าวคือ ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) สูงกว่า ครั้งที่ 1(ก่อนทดลอง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($t = 3.36$, $df = 35$, $p = .002$) ครั้งที่ 3 (ติดตามหลัง หลังทดลอง 2 สัปดาห์) สูงกว่า ครั้งที่ 1(ก่อนทดลอง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($t = 6.62$) , $df = 35$, $p = .000$) และ ครั้งที่ 3 (ติดตามหลัง หลังทดลอง 2 สัปดาห์) สูงกว่า ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ($t = 4.17$) , $df = 35$, $p = .001$)

ตามหลัง หลังทดลอง 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($F = 13.30 (2,70)$, $p=.000$) อย่างน้อย 1 คู่ ซึ่งพบว่ารายคู่ ครั้งที่ 2 (หลังทดลอง) สูงกว่า ครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($t = 3.84$, $df = 35$, $p=.000$) และรายคู่ ครั้งที่ 3 (ติดตามหลัง ทดลอง 2 สัปดาห์) สูงกว่า ครั้งที่ 1(ก่อนทดลอง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($t = 5.49$) , $df = 35$, $p =.000$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยในบทที่ 4 ขอนำเสนอการอภิปรายผลในประเด็นที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ความรอบรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละระดับชั้นปีมีความแตกต่างกัน

จากผลการวิจัยพบว่านักศึกษา ระดับชั้นปีต่างกัน มีความรอบรู้ทางสุขภาพแตกต่างกัน โดยนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่สูงขึ้น ซึ่งได้แก่ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพมากกว่าชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2 อย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้เนื่องจากวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 30 แห่งทั่วประเทศ มีการจัดการเรียนการสอนให้แก่ นักศึกษาแต่ละชั้นปีโดยใช้โครงสร้างหลักสูตรที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน กล่าวคือ นักศึกษา ชั้นปีที่ 1 จะเรียนรายวิชาในหมวดวิชาการศึกษาทั่วไป กลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ และกลุ่มวิชาภาษา เป็นหลัก นักศึกษา ชั้นปีที่ 2 จะเรียนรายวิชาที่อยู่ในกลุ่มพื้นฐานวิชาชีพ และกลุ่มวิชาชีพการพยาบาล ที่เป็นปัญหาสุขภาพไม่ซับซ้อนเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่นักศึกษา ชั้นปีที่ 3 และ ชั้นปีที่ 4 เรียนกลุ่มวิชาชีพการพยาบาลที่เป็นปัญหาสุขภาพซับซ้อนเกือบทั้งหมด (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม, 2560) และเมื่อพิจารณารายละเอียดของเนื้อหาสาระในรายวิชาการพยาบาลที่นักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ ชั้นปีที่ 4 เรียนแล้ว จะพบว่าการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาที่เป็นกลุ่มวิชาชีพการพยาบาลนั้น ได้มีการสอดแทรกเนื้อหาความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการประเมินความรู้ ความเข้าใจทางด้านสุขภาพของผู้รับบริการ หรือการให้ข้อมูลในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพต่างๆ รวมทั้งการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการเมื่อเกิดความเจ็บป่วย โดยผสมผสานเข้าไปในรายวิชาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติอยู่บ้างแล้ว เช่น วิชาการสอนและให้คำปรึกษาทางสุขภาพ วิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพทุกช่วงวัย หรือวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้นักศึกษา ที่เรียนชั้นปี 3 และชั้นปีที่ 4 ซึ่งเป็นชั้นปีสูงกว่ามีความรอบรู้ทางสุขภาพมากกว่า นักศึกษา ชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2

การที่นักศึกษา ชั้นปีที่ 3 มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพมากกว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 4 นั้น จากการวิเคราะห์น่าจะเกิดจากความแตกต่างของปริมาณวิชาเรียน และเนื้อหาสาระในรายวิชาที่มุ่งเน้นต่างกัน ดังจะขอยกตัวอย่างแผนการจัดการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ กรุงเทพมหานคร (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ, 2560) โดยตลอดปีการศึกษา นั้น นักศึกษา ชั้นปีที่ 3 เรียน รายวิชาทางการพยาบาลเกือบทั้งหมด เช่น วิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิชาการการพยาบาลผู้ใหญ่ วิชาพยาบาลมารดา ทารก และการผดุง และวิชา สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช เป็นต้น ในขณะที่ ชั้นปีที่ 4 เรียนกลุ่มวิชาชีพการพยาบาลตามช่วงวัยต่าง ๆ จำนวนน้อยลง แต่เน้นหนักในรายวิชาทางการบริหารการพยาบาลและแนวโน้มวิชาชีพการพยาบาลเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมทางด้านบริหารหอผู้ป่วย ซึ่งทำให้นักศึกษา ชั้นปีที่ 4 มีทักษะในการทำงานเป็นทีม และทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ภายหลังสำเร็จการศึกษา ด้วยเหตุนี้จึงทำให้นักศึกษา ชั้นปีที่ 4 มีความสนใจ หรือมีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้เน้นหนักไปทางด้านการบริหารทางการพยาบาลมากกว่าการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ จึงมีผลทำให้คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพน้อยกว่านักศึกษา ชั้นปีที่ 3

จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่านักศึกษา ระดับชั้นปีต่างกัน มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่างกันั้นเป็นผลมาจากความแตกต่างของความรู้ในเนื้อหาสาระจากวิชาที่เรียน ผลการศึกษาคั้งนี้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของกมลรัตน์ เทอร์เนอร์ สมพร รักความสุข และอรรพรรณ ดวงใจ (2561) ที่ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพหรือฉลาดทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรีทุกชั้นปีและพบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีความรอบรู้ทางสุขภาพหรือความฉลาดทางสุขภาพสูงที่สุด

2. การจัดประสบการณ์เรียนรู้หลายรูปแบบสามารถเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล

จากผลวิจัยพบว่านักศึกษา กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม ภายหลังการทดลอง สูงกว่าช่วงก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและด้านวิเคราะห์ แปลความ ประเมินคุณค่าข้อมูลสุขภาพ ช่วงหลังการทดลอง สูงกว่าช่วงก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อีกด้วย

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้ง 2 ข้อ ได้แก่ 1) นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ในช่วงหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มากกว่าช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และ 2) นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ มากกว่า กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมกิจกรรมเสริมหลักสูตรโดยใช้แนวคิดทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social cognitive theory)) ของแบนดูลาเป็นพื้นฐานนั้นสามารถช่วยเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ให้แก่นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองได้ สอดคล้องกับแนวคิดของนัทบีม Nutbeam, 2008) และ สโตรแมช และ คณะ (Stormacq ., Stormacq, & Broucke, 2016) ที่กล่าวถึงความรอบรู้ทางสุขภาพว่าเป็น กลุ่มทักษะเสริม (Complementary skills) และเป็นสมรรถนะ (Competency) ที่สามารถสร้างหรือพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้นมีการใช้เทคนิค/วิธีการสอน (Teaching method) ที่หลากหลาย ได้แก่ การสาธิต (Demonstration) การฝึกกลุ่มย่อย (Small-Group Exercises) การทวนความเข้าใจ (Teach – Back method) การอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) การสะท้อนคิด (Reflective thinking technique) การใช้ตัวแบบ (Modeling) และ การแสดงบทบาทสมมติ (Role Playing) ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นการเรียนรู้แบบให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมลงมือกระทำ (Active Learning) ตามแนวคิดของบอนเวลล์ และไอสัน (Bonwell & Eison, 1991) จึงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรง (Experiential learning) รวมทั้งได้ฝึกทักษะทางปัญญา (Cognitive skills) ในการเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจ ข้อมูล วิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินคุณค่าของข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์เพื่อสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น จนสามารถตัดสินใจเลือกที่จะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปโปรแกรม ไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองต่อไปอีกภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมแล้ว

วิเคราะห์แนวคิดเรื่องการรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและได้ข้อสรุปว่าการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีนั้น สามารถทำได้โดยไม่จำกัดรูปแบบ เพื่อให้บุคคลสามารถเลือกตัดสินใจ และมีส่วนร่วมรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศ ของโคลีแมน (Coleman, 2011) และเฟอร์กูสัน (Ferguson , 2012) ที่กล่าวถึงการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของบุคลากรทางด้านสุขภาพ ผู้รับบริการ หรือผู้ป่วยโรคต่างๆที่ได้ผลดีจากการใช้รูปแบบการสอน หรือการอบรมที่หลากหลายวิธี เช่น การใช้สื่อวีดิทัศน์ เอกสาร คู่มือต่างๆประกอบการให้ความรู้ หรือฝึกอบรม โดยเฉพาะ โคลีแมน Coleman, 2011) ที่เสนอว่าในการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพให้แก่บุคลากรทางด้านสุขภาพ (health care professionals) ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำนั้นควรใช้เทคนิควิธีการสอนที่เน้นประสบการณ์การเรียนรู้ที่หลากหลายวิธี จึงสอดคล้องกับแนวคิดของ ทิศนา ขัมมณี (2561) ที่

ได้กล่าวถึงการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ (Learning experience) อย่างเป็นรูปธรรมในเรื่องที่ต้องการให้นักศึกษาได้เรียนรู้ หรือได้ประสบการณ์ด้วยตนเองว่าเป็นการจัดการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ (Experiential Learning) ซึ่งนับได้ว่าเป็นวิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพอีกรูปแบบหนึ่ง

โดยสรุปแล้วความรู้ทางสุขภาพที่เกิดขึ้น หรือที่เพิ่มขึ้นของนักศึกษาในกลุ่มทดลองในครั้งนี้ น่าจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการได้รับประสบการณ์หลากหลายรูปแบบจากกิจกรรมที่ได้เข้าร่วมตามโปรแกรมตามที่ถูกวิจัยได้ออกแบบไว้ ทำให้นักศึกษาได้มีโอกาสมือกระทำด้วยตนเองในหลายๆสิ่ง เช่นการฝึกสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์เพื่อสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่นจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ ฝึกคำนวณค่าดัชนีมวลกายของตนเองแล้วคิดวิเคราะห์ เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ระดับใด มีความผิดปกติเล็กน้อยเพียงใด วิเคราะห์ อภิปรายประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกรณีตัวอย่างจากคลิป วิดีโอ ร่วมกับเพื่อน ออกแบบเมนูอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่นให้ได้พลังงานเพียงพอในแต่ละวัน ออกแบบจัดกิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ให้สอดคล้องภูมิปัญญาท้องถิ่น ในแต่ละภูมิภาค เป็นต้น จะเห็นว่ นักศึกษาได้รับประสบการณ์มากกว่าการฟังเพียงอย่างเดียว หากแต่มีประสบการณ์หลายๆอย่างทั้งการอ่าน, การเขียน, การโต้ตอบ, การวิเคราะห์, การสังเคราะห์, และการประเมินค่า ในคราวเดียวกัน

เป็นที่ทราบกันดีว่ากระบวนการเรียนรู้แบบ Active Learning ทำให้ผู้เรียนสามารถรักษาผลของการเรียนรู้ให้อยู่คงทนได้มากและนานกว่ากระบวนการเรียนรู้แบบผู้เรียนมีส่วนร่วมลงมือกระทำ (Passive Learning) ทั้งนี้เป็นเพราะว่ากระบวนการเรียนรู้แบบผู้เรียนมีส่วนร่วมลงมือกระทำ (Active Learning) นั้น จะช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองที่เกี่ยวข้องกับความจำของผู้เรียนได้อย่างมาก โดยสามารถเก็บและจำสิ่งที่ผู้เรียนได้เรียนรู้ได้อย่างมีส่วนร่วม มีปฏิสัมพันธ์โดยการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กับเพื่อนๆและผู้สอน ซึ่งนับว่าเป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง จึงสามารถเก็บจำสิ่งที่เรียนรู้ไว้ในระบบความจำระยะยาว (Long Term Memory) ทำให้ผลการเรียนรู้ ยังคงอยู่ได้ในปริมาณที่มากกว่า ระยะยาวกว่ากระบวนการเรียนรู้แบบ ผู้เรียนไม่มีส่วนร่วม (Passive Learning) จากที่กล่าวมาจะเห็นว่ามีความสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรู้ทางสุขภาพจากการวัดซ้ำช่วงก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมแล้ว 2 สัปดาห์นั้นพบว่ามีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรู้ทางสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

3.การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นเพิ่มขึ้น

จากผลการวิจัยในบทที่ 4 พบว่าภายหลังทดลองนักศึกษา กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.โดยรวม และรายด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย สูงกว่าช่วงก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.โดยรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยเช่นกัน โดยผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้ง 2 ข้อ ด้วยเช่นกัน ซึ่งได้แก่ 1) นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ในช่วงหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มากกว่าช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และ 2) นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. มากกว่า กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

จากผลวิจัยข้างต้นสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้น สามารถส่งผลให้นักศึกษากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้าน 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นได้ในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam , 2008 : 2075) ที่ได้กล่าวถึงผู้ที่ได้รับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพให้ดีขึ้นแล้วว่าจะมีทักษะ ความสามารถที่จะแสดงออกถึงการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งรวมไปถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นด้วย และสอดคล้องกับผลการศึกษาของชินตา เตชะวิจิตรจารุ (2561) ที่พบว่าผู้ที่ได้รับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น ดังนั้นเมื่อนักศึกษากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมได้รับการพัฒนา จนมีความรอบรู้ทางสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นเพิ่มขึ้นจากเดิม จึงเป็นผลทำให้มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นเพิ่มขึ้นจากเดิมด้วย และมากกว่านักศึกษากลุ่มควบคุม เช่นกัน

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุสรา ประเสริฐศรี (2558) ; จิระภา ขำพิสุทธิ์ (2561) และ พิทยา ไพบูลย์ศิริ (2561) ที่พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หรือพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

จากการวิเคราะห์เนื้อหาสาระ ของหัวข้อการเรียนรู้ กิจกรรมและเทคนิค/วิธีการสอนในโปรแกรม พบว่าสามารถกระตุ้น และมีส่วนส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามองค์ประกอบของการเรียนรู้ได้ ครอบคลุม ทั้ง 3 ด้าน ทั้งในด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain) ด้านจิตพิสัย (Affective domain) และ 3) ด้านทักษะพิสัย (Psychomotor domain) ตามแนวคิดของบลูม (Bloom et al, 1956) อีกด้วยอันเป็นองค์ประกอบของการเรียนรู้ที่สำคัญ ซึ่งสามารถส่งผลให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2561) ลักษณะเด่นประการหนึ่งของโปรแกรมคือผู้วิจัยได้ให้สรุปสาระความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพแก่นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจเป็นพื้นฐานเบื้องต้นก่อนให้ลงมือทำกิจกรรมตาม

โปรแกรม จากนั้นจึงค่อยใช้เทคนิค วิธีการสอนต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ เช่น จัดสถานการณ์ให้นักศึกษาได้มีโอกาสสังเกตพฤติกรรมการออกกำลังกายและการจัดการทางอารมณ์ (Observation Learning) จากตัวแบบในคลิปวิดีโอ (Modeling) โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตน ในเรื่องการออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมทั้งใช้กิจกรรมกระตุ้นให้นักศึกษามีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - efficacy) และเกิดความเชื่อมั่นที่จะควบคุมตนเอง (Self - control) และกำกับตนเอง (Self regulation) เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกายและอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นไปในทางที่เหมาะสมตามบริบท วิถีชีวิต และวัฒนธรรมของแต่ละคน จะเห็นว่าการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการวิจัยครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของ แบน ดูรา (Bandura ,1997 cited in Glanz , Rimer, & Viswanath, 2008 : 176) ที่ว่าเราสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยการทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น (Changing Behavior by Increasing Self-Efficacy) ที่ผู้วิจัยใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการวิจัยในครั้งนี้ (Gould ,2012 ; ัญญภัทร์ ศิริธรรโรจน์ , 2559 และเกษแก้ว เสียงเพราะ ,2561)

จากผลการวิจัยที่ได้จากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น แสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาล กลุ่มทดลองสามารถพัฒนาความรู้ทางสุขภาพให้เพิ่มขึ้นได้ และมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นเพิ่มขึ้นด้วย จึงกล่าวได้ว่าการที่นักศึกษา กลุ่มทดลองแนวโน้มของผลลัพธ์สุขภาพเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นเพิ่มขึ้นหรือดีขึ้นนั้นเป็นผลมาจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ทำให้ได้ข้อสรุปที่น่าสนใจประการหนึ่งคือ เราสามารถพัฒนา นักศึกษาพยาบาลให้มีพฤติกรรมสุขภาพ และมีความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ให้เพิ่มขึ้นจากเดิมได้โดยจัดให้นักศึกษา เข้าร่วมโปรแกรม

การวิจัยครั้งนี้ยังมีความสอดคล้องกับแนวคิดของสุรีย์ ธรรมิกบวร (2551) ซึ่งทำการวิเคราะห์แนวคิดเรื่องการรอบรู้สุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ที่พบว่าการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีนั้น สามารถทำได้โดยไม่จำกัดรูปแบบเพื่อให้บุคคลสามารถเลือกตัดสินใจ และมีส่วนร่วมรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง และสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศของ โคลีแมน (Coleman,2011) และเฟอร์กูสัน (Ferguson , 2012) ที่กล่าวถึงการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพของบุคลากรทางด้านสุขภาพ ผู้รับบริการ หรือผู้ป่วยโรคต่างๆที่ได้ผลดีโดยใช้รูปแบบที่หลากหลาย เช่น การใช้สื่อวีดิทัศน์ เอกสาร คู่มือต่างๆประกอบการให้ความรู้ หรือฝึกอบรม

นอกจากนี้ ในการจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อพัฒนาให้นักศึกษามีพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ในทางที่เหมาะสม เพิ่มขึ้น ควรคำนึงถึงเรื่องต่อไปนี้

1. เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ (Knowledge) ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

2. ฝึกทักษะให้นักศึกษามีความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) เพื่อให้มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินคุณค่าของข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งตัดสินใจเลือกข้อมูลที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ

3. เสริมสร้างให้นักศึกษาเกิดแรงจูงใจ (Motive) ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจทำได้โดยสร้างความตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญของการที่จะต้องดูแลสุขภาพ หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นหรือป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพในวันข้างหน้า หรือ ชี้ให้เห็นถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นหากยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพแบบเดิมๆ ซึ่งจะส่งผลทำให้สุขภาพแย่ลง หรือมีปัญหาสุขภาพ เจ็บป่วยขึ้นได้ในอนาคตโดยยกตัวอย่างกรณีศึกษา ที่พบเห็นในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

4. เสริมสร้างให้นักศึกษาเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) ในการที่จะปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง หรือเปลี่ยนแปลงตนเองให้มีสุขภาพดีขึ้น สามารถกระทำได้โดยจะต้องมีการเสริมสร้างพลังใจให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น จัดกิจกรรมกระตุ้นเป็นครั้งคราวให้นักศึกษาได้มีโอกาสพบเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากคนที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างคงทน จนเกิดสุขภาพดีตามมาอย่างเป็นรูปธรรม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ (Implementation)

1. ควรศึกษาวิจัย การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพโดยนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาผสมผสานให้เกิดการเรียนรู้ที่เป็นเอกลักษณ์ เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยกับนักศึกษาพยาบาลกลุ่มอื่น หรือประชาชนกลุ่มวัยอื่น

2. ควรนำโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นไปสอนสอดแทรกในรายวิชาทางการพยาบาล เช่น หรือ ดำเนินการในลักษณะกิจกรรมเสริมหลักสูตร (กิจกรรมนอกชั้นเรียน) เพื่อพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพให้แก่นักศึกษาตามระดับความความยากง่าย หรือความซับซ้อนของเนื้อหาสาระความรู้ที่จำเป็นแก่นักศึกษาตามฐานชั้นปี (year based)

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป (Future Study)

1. ควรศึกษาวิจัย พัฒนาเครื่องมือที่จะนำมาใช้ในการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล โดยเพิ่มการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ด้วย
2. ควรศึกษาวิจัย พัฒนารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอื่นให้นักศึกษาพยาบาลกลุ่มอื่น หรือประชาชนกลุ่มอื่น ด้วยเพื่อเป็นการขยายผลการเรียนรู้ให้กว้างออกไป
3. การวิจัยครั้งต่อไปควรจัดให้มีการติดตามผลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน หรือ 3 เดือนตามเหมาะสม เพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ สมพร รักความสุข และอรวรรณ ดวงใจ. (2561). ความฉลาดทางสุขภาพของ
นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.
12 (1) : 1-9.
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2561). ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานการอุดมศึกษา พ.ศ.
2561. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 135 ตอนพิเศษ 199 ง. 17 สิงหาคม.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). การกำหนดโครงสร้างของสถาบันพระบรมราชชนก. เอกสารแนบท้าย
คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ 28/2559 ลงวันที่ 8 เดือน มกราคม พ.ศ. 2559
หมายเลข 2.
- กรมการศึกษาระดับการปฏิรูปประเทศ. (2559). การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ.
รายงานคณะกรรมการการศึกษาระดับการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภา
การศึกษาระดับการปฏิรูปประเทศ. กรุงเทพฯ : สภาการศึกษาระดับการปฏิรูปประเทศ .
- กฤติเดช มิ่งไม้, พิชสุตา เดชบุญ และ อภิเชษฐ์จำเริญสุข. (2559). การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของ
นักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์จังหวัดปทุมธานี. รายงาน
การประชุมวิชาการและนำเสนอผลการวิจัย ระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 72: 598-2611.
- เกษแก้ว เสี่ยงเพราะ. (2561). สุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2558). การประเมินและการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
(Health Literacy). นนทบุรี : กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง
สาธารณสุข.
- กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 7-14 ปี และกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป.
นนทบุรี : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และ นฤมล ตรีเพชรศรีไกร. (2554). ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ : นิเว
ธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- จิระภา ขำพิสุทธิ์. (2561). ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิต
มหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารการพัฒนาศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 24(1) : 67-78.
- ฉัตรทิราภรณ์ โลหพันธ์วงศ์ และคณะ. (2551). คู่มือวิทยากรแอโรบิกมวยไทย. กรุงเทพฯ : สำนัก
วิทยาศาสตร์การกีฬา สำนักงานพัฒนาการกีฬาและนันทนาการ กระทรวงการท่องเที่ยวและ

กีฬา.

ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนรีมาลย์ นิละไพจิตร.(2558). รายงานวิจัยเรื่องการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) สำหรับ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง.กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดวงพร กตัญญูตานนท์ .(2554).รายงานวิจัยเรื่องภาวะโภชนาการและพฤติกรรม3 อ. ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ .วารสาร มฉก.วิชาการ. 14(28) : 67-84.

เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ ไพบูลย์ จันทศรี และวิจิตตรา ไชยจันทร์.(2554).คู่มือการออกกำลังกายแบบรำไทยประยุกต์.สระบุรี : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี.

เต็มศักดิ์ คทวนิช. (2546). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : ซีเอ็ดดูเคชั่น.

ณัชกร คงชีวกุล ,สุนทรา กล้านรงค์ และ จุฑารัตน์ สติปัญญา. (2557).พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตสงขลา. วารสาร AL-NUR บัณฑิตวิทยาลัย.9(16) : 59-70.

ทวีศักดิ์ กสิผล, ภัทร ำ เล็กจิตรธาดา และอัจฉรา จินายน. (2555).ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสาร มฉก.วิชาการ.15 (30) : 31-46.

ทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์.(2556).การใช้แบบจำลอง KAP กับการศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี / เอดส์ ของคนประจำเรือไทย.วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. 8 (2) : 84–102.

ทิพย์ศิริ กาญจนवासี และ ศิริชัย กาญจนवासี. (2561). วิธีวิทยาการวิจัย (Research methodology). พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ : พิมพ์ทันใจ.

ทศนา แคมมณี.(2561).ศาสตร์การสอน : องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 22. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธัญญภัทร์ ศิริธันนาโรจน์. (2559). จิตวิทยากับการพัฒนาตน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เทิดชาย ช่วยบำรุง.(2554).ภูมิปัญญาเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นเชิงสร้างสรรค์.กรุงเทพฯ : สถาบันพระปกเกล้า.

นาฏอนงค์ ฉลวยศรี และคณะ.(ม.ป.ป).รายงานวิจัยเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของประชาชน ในชุมชนตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ.ศรีสะเกษ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา ศรีสะเกษ.

เบญจพร อรุณประภารัตน์ , โชติกา วงศ์เจริญ และ รัชดาภรณ์ แม้นศิริ. (2559).พฤติกรรมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวรชั้นปีที่ 3.เอกสารประกอบการนำเสนอวิจัย นเรศวรวิจัย ครั้งที่

- 12 : วิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ : 1636 -1648.
- บุญชม ศรีสะอาด.(2556). วิจัยเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- ชินตา เตชะวิจิตรจารุ.(2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพ : กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. วารสารพยาบาลทหารบก. 19 (ฉบับพิเศษ) : 1-11.
- ปริญญา ผกานนท์ และนิตยา ไสยสมบัติ .(2561). เอกสารการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3 “นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก” : 462- 470.
- พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553 (2553, 22 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 127 ตอนที่ 45 ก หน้า 1-3.
- พิทยา ไพบูลย์ศิริ.(2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 8(1) 97-107.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ และ ชะบา คำปัญญา.(2017). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ฝึกปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ. Naresuan University Journal : Science and Technology. (25)3 : 67-76.
- เยาวลักษณ์ โพธิธารา.(2554). การจัดการศึกษาทางการพยาบาล : สำหรับนักศึกษา Generation Y. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 34(2) : 61-69.
- วิโรจน์ อารีย์กุล. (2553). การดูแลสุขภาพและการให้คำแนะนำวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์.
- วิโรจน์ อารีย์กุล และคณะ. (2555). Practical points in adolescent health care. กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ.(2560). หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต(หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2560) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ.
- ระนิดา น้อยมนตรี และนัยนา พิพัฒน์วิชชา.(2558). พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนิสิตระดับปริญญาตรี ในมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 23(2) : 31-40.
- ศิริชัย กาญจนวาสี ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และดิเรก ศรีสุข.(2559). การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีบงอร สุวรรณพานิช.(2555). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคอาหารของนักศึกษาสถาบันการพลศึกษาวิทยาเขตกระบี่. วารสารวิชาการสถาบันการพลศึกษา, ปีที่ 4 ฉบับที่ 1: 29-43.
- สภาการพยาบาล.(2560). ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยการให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ระดับวิชาชีพ พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 134 ตอนพิเศษ 194 ง ลงวันที่ 31 กรกฎาคม 2560.

- สายสวาท เผ่าพงษ์ อุไรรักษ์ คัมภีรานนท์ และ สิริเพ็ญโสภา จันทรสถาพร.(2554).พฤติกรรมสุขภาพ
ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา.วารสารวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนีนครราชสีมา. 7(1) : 81-92.
- สิริไพศาล ยิ้มประเสริฐ.(2560).พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน นครราชสีมา. วารสารราชพฤกษ์ ปีที่ 15 ฉบับที่ 1
มกราคม - เมษายน 2560 :33-41.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์.(2555).ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 15.กรุงเทพฯ : สาม
ลดา.
- สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ. (2549). พฤติกรรมและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร. 24(5) : 395-405.
- สุรรัตน์ รงเรือง. (2554) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยา
เขตปัตตานี.วารสารพฤติกรรมศาสตร์.17(1), 109-123.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). ภาวะสังคมไทยไตรมาสสอง
ปี 2556, 1 ธันวาคม 2556.
- สุวิมล ตีรกานันท์.(2557). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่
ที่ 12.กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัฒน์ สุกมลสันต์.(2560).การเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดสอบรวมเพื่อการวิจัย.วารสารวิชาการ
มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. 9(2) : 51-70.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร.(2551). การรอบรู้สุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ: การวิเคราะห์แนวคิด. วารสาร
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 3(2) : 53 – 58.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุสรา ประเสริฐศรี. (2558). รายงานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาด
ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค.วารสารพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข. 25(3) : 43 – 54.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา.(2554).คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษาภายในสถานศึกษา
ระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.(2553).แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถี
ชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563.นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559).เอกสารแนบท้าย คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุขที่ 28/2559 เรื่องการกำหนดโครงสร้างของสถาบันพระบรมราชชนก ลงวันที่ 8
เดือน มกราคม พ.ศ.2559 หมายเลข 2)
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2560).เอกสารประกาศ เรื่อง การคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา

- หลักสูตรต่างๆ ของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีการศึกษา 2561.
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 27 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2560.
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2560).แผนยุทธศาสตร์กระทรวง
สาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560.นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.(2556).คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่).พิมพ์ครั้งที่ 5.กรุงเทพฯ : ชุมชน
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
อรุณรัตน์ คันธา .(2014).ผลกระทบและทางออกของการขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาล
ในประเทศไทย. Journal of Nursing Science. 32(1) : 81-90.
อานนท์ สีดาเพ็ง และ นิคม มูลเมือง.(2556).พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัย.
วารสารศิลปศาสตร์.1(1) : 59-105.
อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2556). คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปใน
การปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. (ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults).
กรุงเทพ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
อังคินันท์ อินทรกำแหง.(2560).รายงานวิจัย เรื่องการสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้าน
สุขภาพของคนไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
อภิญา อินทรรัตน์. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ. วารสาร
พยาบาลทหารบก, 15(3) :174 -178.
เอื้อญาติ ชูชื่น, พิมล พันธุ์ไฉ, สถาพร กลางคาร และ ภาสกร เนตรทิพย์วัลย์.(2555).ผลของการ
พัฒนาศักยภาพการเป็นผู้นำสร้างเสริมสุขภาพที่มีต่อระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม
สร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ.7(3) :
127-131.

ภาษาอังกฤษ

- Aaby ,A. et al. (2017).Health literacy is associated with health behaviour and self-
reported health : A large population-based study in individuals with
cardiovascular disease.European. Journal of Preventive Cardiology. Vol.
24(17) :1880-1888.
Bandura, A., (1997). Self – Efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman
and Company.
Bonwell,C.C. & Eison , J.A.,(1991). Active Learning : Creating Excitement in the
Classroom. Washington, D.C.: The George Washington University, School of

Education and Human Development.

Caylan, A.(2017).Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. Biomedical Research, 28(15).[Online]

Coleman ,C.(2011).Teaching health care professionals about health literacy : A review of the literature. Nursing Outlook. 59(2) : 70–78.

Cormier, C.m.(2006).Health literacy : the knowledge and experiences of senior level baccalaureate nursing students. Doctoral Dissertations, the Faculty of the Louisiana State University .

Esteves, J & Pastor,J. (2004).Using a Multimethod Approach to Research Enterprise Systems Implementations. Electronic Journal of Business Research Methods. 2(2) : 69-82.

Ferguson,L.A. (2012). Implementing a Video Education Program to Improve Health Literacy. The Journal for Nurse Practitioners, 8(8) :17–22.

Glanz ,K.,Rimer,B.K.& Viswanath,K.(2008). 4th ed. Health behavior and health education : theory, research, and practice. San Francisco : Jossey-Bass A Wiley Imprint.

Gould ,J . (2012). Learning Theory and Classroom Practice in the Lifelong Learning Sector.2nd ed. London : SAGE Publication Inc.

Howell ,D.C.(2010).Statistical Methods for Psychology. 7th ed..USA : Wadsworth, Cengage Learning.

Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., van der Vaart, R., & Rijken, M. (2015). Functional,communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. Patient Education Counseling. 98(1) : 41-48.

Hoffman, L., Paris, S., & Hall, E. (1994). Developmental Psychology Today. 6th .ed. New york : McGraw – Hill inc.

Institute of Medicine.(2004). Health Literacy : A Prescription to End Confusion . Washington : THE NATIONAL ACADEMIES PRESS.

Kwan, B., Frankish ,J., Rootman,I. (2006).The Development and Validation of Measures of “Health Literacy” in Different Populations. Canada : Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia.

Lee, T.W. (2012).Effective Intervention Strategies to Improve Health Outcomes for

- Cardiovascular Disease Patients with Low Health Literacy Skills: A Systematic Review. *Asian Nursing Research*. 6(4) : 128–136.
- Myers, J. L. (1979). Fundamentals of experimental design .(3rd ed.). Boston : Allyn & Bacon.
- Mullan,J.e tal. (2017). Health literacy amongst health professional university students: A study using the health literacy questionnaire. *Education Sciences*. 7(47):1-11.
- Nutbeam, D.(1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*. 13(4): 349-364.
- Nutbeam ,D.(2008).The evolving concept of Health Literacy. *Soc Sci Med*.,67(12) : 2072-2078.
- Public Health England. (2015). Local Action on Health Inequalities: Improving health literacy to reduce health inequalities. London: The UCL Institute of Health Equity.
- Norman, C.D. & Skinner,H.A. (2006). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*., 8(4) : e27.
- Potter, J. (2017).Health Literacy of Nursing Students and Their Awareness of Patient Literacy Needs. Doctoral dissertation, the Degree of Doctor of Philosophy of Walden University.
- Public Health England. (2015). Local action on health inequalities: Improving health literacy to reduce health inequalities. London : The UCL Institute of Health Equity.
- Raingruber, B.(2017).Contemporary Health Promotion : In Nursing Practice. 2nd ed.U.S.A. : Jones & Bartlett Learning,LLC, an Ascend Learning Company.
- Santrock, J. W. (2007). Life – Span Development. (7th ed.). Boston: McGraw Hill higher education.
- Schunk, D.H. (2012). Learning Theories : An Educational Perspective. 6th ed.Boston : Pearson Education, Inc.
- Shieh,C.,Belcher,A.E.,& Habermann,B. (2013). Experiences of nursing students in caring for patients with behaviors suggestive of low health literacy: a qualitative analysis *Journal of Nursing Education and Practice*. 3(2) :75–85.
- Sorensen etal. Health literacy and public health: a systematic review and integration

- Of definitions and models. BMC Public Health, 2012:1-13.
- Sørensen, K.(2013).Health literacy : a neglected European public health disparity.
Doctoral Dissertations, the degree of Doctor of Maastricht University.
- Stiles,E. (2011). Promoting health literacy in patients with diabetes. Nursing Standards.
26(8) : 35-40.
- Stormacq, C., Stormacq, J & Broucke,S.V. (2016). The effectiveness of health literacy interventions on health-related outcomes among socioeconomically disadvantaged adults living in the community: a systematic review protocol. JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports.14(2) : 49-63.
- Torres,R. & Nichols ,J.(2014).Health literacy knowledge and experiences of associate degree nursing students: A pedagogical study. Teaching and Learning in Nursing,
9: 84 – 92.
- Williamson, S. S. & Foss, J. C. (2015).Differences in health literacy knowledge and experiences among senior nursing students. J Ga Public Health Assoc.5(2) :
184 - 190.
- Wilson, C. R., Voorhis , V., & Morgan, B. L. (2007). Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. Tutorials in Quantitative Methods for Psychology, 3(2) : 43-50.
- World Health Organization (1998). Health Promotion Glossary . Health Education and Health Promotion Unit : Switzerland.
- World Health Organization. (2013). Health literacy: The solid facts. Copenhagen, Denmark : WHO Regional Office for Europe.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1.รองศาสตราจารย์ ดร.เอมอัชฌา วัฒนบุรณนถ์ | คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2.รองศาสตราจารย์ ดร.อรวมน ศรียุคตศุทธ | พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3.ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นภาพร วาณิชกุล | พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4.รองศาสตราจารย์ ดร. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5.ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิดา ปิไชติการ | สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล |



ภาคผนวก ข
รายชื่อวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข
สำหรับรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**รายชื่อวิทยาลัยพยาบาล
สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
สำหรับรวบรวมข้อมูลในการวิจัย**

1.รายชื่อวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข สำหรับ
รวบรวมข้อมูล ระยะที่ 1 การสำรวจความรอบรู้ทางสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาล

1. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
2. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นครลำปาง
3. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรดิตถ์
4. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ
5. วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
6. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช จังหวัดราชบุรี
7. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สรรพสิทธิประสงค์
8. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นครราชสีมา
9. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
10. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง
11. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ยะลา
12. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. รายชื่อวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข สำหรับ
รวบรวม ข้อมูล ระยะที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ
และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

1. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท
2. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สระบุรี



ที่ ศธ 0512.6(2791.10)/60- 1165



คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330

๒๖ มีนาคม 2561

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางพเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอุดมศึกษา ภาควิชา นโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง “โปรแกรม การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3-อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรเนตร อารีโสภณพิเชฐ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรวี นาวีเจริญ เป็น อาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 – ชั้นปีที่ 4 โดยใช้แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้ ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตได้เก็บข้อมูลดังกล่าว เพื่อประโยชน์ ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมาลี ชีโนกุล)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดี

งานหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-2565-97 ต่อ 6732

เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย 08-19477868

ที่ ศร 0512.6(2791.10)/60- **1168**คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330

26 มีนาคม 2561

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางเพียว พงศ์ศักดิ์ชาติ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอุดมศึกษา ภาควิชา นโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง “โปรแกรม การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรเนตร อารีโสภณพิเชฐ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรวี นาวีเจริญ เป็น อาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 – ชั้นปีที่ 4 โดยใช้แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้ ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตได้เก็บข้อมูลดังกล่าว เพื่อประโยชน์ ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมาลี ชีโนกุล)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดี

งานหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-2565-97 ต่อ 6732

เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย 08-19477868

ที่ ศธ 0512.6(2791.10)/60- **1169**



คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330

26 มีนาคม 2561

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีนิจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางพเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอุดมศึกษา ภาควิชา
นโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง “โปรแกรม
การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล”
โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรเนตร อารีโสภณพิเชฐ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรวี นาวิเจริญ เป็น
อาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 – ชั้นปีที่ 4
โดยใช้แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้
ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตได้เก็บข้อมูลดังกล่าว เพื่อประโยชน์
ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมาลี ชีโนกุล)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดี

งานหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน ฝ่ายวิชาการ
โทร. 0-2218-2565-97 ต่อ 6732
เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย 08-19477868

ที่ ศธ 0512.6(2791.10)/60- **1170**



คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330

26 มีนาคม 2561

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางเพาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอุดมศึกษา ภาควิชา นโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง “โปรแกรม การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรเนตร อารีโสภณพิเชฐ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรวิ นาวีเจริญ เป็น อาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 – ชั้นปีที่ 4 โดยใช้แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้ ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตได้เก็บข้อมูลดังกล่าว เพื่อประโยชน์ ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมาลี ชีโนกุล)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดี

งานหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน ฝ่ายวิชาการ
โทร. 0-2218-2565-97 ต่อ 6732
เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย 08-19477868

ที่ ศธ 0512.6(2791.10)/60- 1174



คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330

26 มีนาคม 2561

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางเพ็ญ พงษ์ศักดิ์ชาติ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอุดมศึกษา ภาควิชา นโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิทยานิพนธ์เรื่อง “โปรแกรม การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรเนตร อารีโสภณพิเชฐ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรวี นาวีเจริญ เป็น อาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 – ชั้นปีที่ 4 โดยใช้แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้ ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตได้เก็บข้อมูลดังกล่าว เพื่อประโยชน์ ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมาลี ชีโนกุล)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดี

งานหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน ฝ่ายวิชาการ
โทร. 0-2218-2565-97 ต่อ 6732
เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย 08-19477868

ที่ ศธ 0512.6(2791.10)/60- 1172

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330

26 มีนาคม 2561

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางเพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอุดมศึกษา ภาควิชา นโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง “โปรแกรม การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรเนตร อารีโสภณพิเชฐ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรวี นาวีเจริญ เป็น อาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 – ชั้นปีที่ 4 โดยใช้แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้ ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตได้เก็บข้อมูลดังกล่าว เพื่อประโยชน์ ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมาลี ชีโนกุล)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดี

งานหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-2565-97 ต่อ 6732

เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย 08-19477868

ที่ ศธ 0512.6(2791.10)/60-1166

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330

26 มีนาคม 2561

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางเพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอุดมศึกษา ภาควิชา นโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง “โปรแกรม การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรเนตร อารีโสภณพิเชฐ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรวี นาวีเจริญ เป็น อาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 – ชั้นปีที่ 4 โดยใช้แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้ ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตได้เก็บข้อมูลดังกล่าว เพื่อประโยชน์ ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมาลี ชีโนกุล)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดี

งานหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-2565-97 ต่อ 6732

เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย 08-19477868

ที่ ศร 0512.6(2791.10)/60- **1175**



คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330

26 มีนาคม 2561

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางเพียร พงษ์ศักดิ์ชาติ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอุดมศึกษา ภาควิชา นโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง “โปรแกรม การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรเนตร อารีโสภณพิเชฐ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรวิ นาวีเจริญ เป็น อาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 – ชั้นปีที่ 4 โดยใช้แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้ ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตได้เก็บข้อมูลดังกล่าว เพื่อประโยชน์ ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมาลี ชีโนกุล)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดี

งานหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน ฝ่ายวิชาการ
โทร. 0-2218-2565-97 ต่อ 6732
เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย 08-19477868

ที่ ศร 0512.6(2791.10)/60-1173

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330

26 มีนาคม 2561

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางเพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอุดมศึกษา ภาควิชา นโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง “โปรแกรม การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรเนตร อารีโสภณพิเชฐ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรวี นาวิเจริญ เป็น อาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 – ชั้นปีที่ 4 โดยใช้แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้ ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตได้เก็บข้อมูลดังกล่าว เพื่อประโยชน์ ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมาลี ชีโนกุล)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดี

งานหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-2565-97 ต่อ 6732

เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย 08-19477868

ที่ ศธ 0512.6(2791.10)/60- 1176

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330

26 มีนาคม 2561

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางเพ็ญ พงษ์ศักดิ์ชาติ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอุดมศึกษา ภาควิชา นโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง “โปรแกรม การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรเนตร อารีโสภณพิเชฐ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรวี นาวิเจริญ เป็น อาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 – ชั้นปีที่ 4 โดยใช้แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้ ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตได้เก็บข้อมูลดังกล่าว เพื่อประโยชน์ ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมาลี ชีโนกุล)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดี

งานหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-2565-97 ต่อ 6732

เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย 08-19477868



ที่ ศธ 0512.6(2791.10)/60- **1171**

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330

26 มีนาคม 2561

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางเพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอุดมศึกษา ภาควิชา นโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง “โปรแกรม การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรเนตร อารีโสภณพิเชฐ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรวี นาวิเจริญ เป็น อาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 – ชั้นปีที่ 4 โดยใช้แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะได้ ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตได้เก็บข้อมูลดังกล่าว เพื่อประโยชน์ ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมาลี ชีโนกุล)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดี

งานหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน ฝ่ายวิชาการ
โทร. 0-2218-2565-97 ต่อ 6732
เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย 08-19477868

ที่ ศธ 0512.6(2791.10)/60- **1167**



คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330

26 มีนาคม 2561

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางพเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอุดมศึกษา ภาควิชา นโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิทยานิพนธ์เรื่อง “โปรแกรม การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรเนตร อารีโสภณพิเชฐ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรวี นาวิเจริญ เป็น อาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 – ชั้นปีที่ 4 โดยใช้แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยได้ ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตได้เก็บข้อมูลดังกล่าว เพื่อประโยชน์ ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมาลี ชีโนกุล)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดี

งานหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน ฝ่ายวิชาการ
โทร. 0-2218-2565-97 ต่อ 6732
เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย 08-19477868

ที่ ศธ 0512.6(2791.10)/60-1312



คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330

๖ มีนาคม 2561

เรื่อง ขอใช้สถานที่และอุปกรณ์ในการเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางเพาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอุดมศึกษา ภาควิชา
นโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง “โปรแกรม
การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล”
โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรเนตร อารีโสภณพิเชฐ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรวี นาวิเจริญ เป็น
อาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องขอใช้สถานที่ห้องประชุม อุปกรณ์คอมพิวเตอร์และเครือข่าย
อินเทอร์เน็ตในการเก็บข้อมูลวิจัย ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตโปรดอนุญาตให้นิสิตได้ใช้สถานที่และอุปกรณ์ใน
การเก็บข้อมูลวิจัยดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมาลี ชีโนกุล)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดี

งานหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-2565-97 ต่อ 6732

เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย 08-1947-7868



ที่ ศธ 0512.6(2791.10)/60- **1313**

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร 10330

6 มีนาคม 2561

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางเพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอุดมศึกษา ภาควิชา นโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง “โปรแกรม การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรเนตร อารีโสภณพิเชฐ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรวี นาวีเจริญ เป็น อาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความรู้ทางสุขภาพตาม หลักปฏิบัติตน 3 อ. และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. กับนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ นิสิต ผู้วิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตได้เก็บข้อมูลวิจัยดังกล่าว เพื่อ ประโยชน์ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมาลี ชีโนกุล)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดี

งานหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน ฝ่ายวิชาการ
โทร. 0-2218-2565-97 ต่อ 6732
เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย 08-1947-7868



AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุคที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 071/2560

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 027.1/60 : โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล

ผู้วิจัยหลัก : นางเพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ

หน่วยงาน : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุคที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้จนถึงขั้นตอนที่ 3 ของการดำเนินการวิจัย (การพัฒนาโปรแกรมฯ)

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักสประดิษฐ์)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 5 เมษายน 2560

วันหมดอายุ : 4 เมษายน 2561

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการวิจัยจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการฯ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 254/2561

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 027.1/60 : โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล

ผู้วิจัยหลัก : นางเพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ

หน่วยงาน : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ในขั้นตอนที่ 4 (การทดลองใช้โปรแกรมฯ)

ลงนาม... 

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทัศนประดิษฐ์)

ประธาน

ลงนาม... 

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิ ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 30 ตุลาคม 2561

วันหมดอายุ : 29 ตุลาคม 2562

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย... 027.1/60
วันที่รับรอง... 30 ต.ค. 2561
วันหมดอายุ... 29 ต.ค. 2562

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการวิจัยจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

เอกสารหมายเลข EC ๑-๐๐๘/๒๕๖๑



สระบุรี

เอกสารรับรองการทำวิจัยในมนุษย์
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี

ชื่อโครงการวิจัย: โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.
 ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล
 Health Literacy Development on 3B Behaviors with Local Wisdom in
 Student Nurses.

รหัสโครงการ: ๘/๒๕๖๑

หัวหน้าโครงการ: นางเพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ

โครงการรับรองตั้งแต่วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๒

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี
 ได้พิจารณาโครงการนี้ในเชิงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว คณะกรรมการฯ จึงมีมติรับรองโครงการวิจัย
 ดังกล่าว และอนุมัติให้ดำเนินการโดยมีกำหนดระยะเวลา ๑ ปี นับตั้งแต่เริ่มเก็บข้อมูล

ออกให้ ณ วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๑

ลงชื่อ.....

(นางนุสราน นามเดช)

ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี

ลงชื่อ.....

(นางสาวพรพรรณ พุ่มประยูร)

คณะกรรมการและเลขานุการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี



โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.
ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

โดย

นางเพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ

งานนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ หลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาอุดมศึกษา ภาควิชานโยบาย การจัดการ และความเป็นผู้นำทางการศึกษา
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561

คำนำ

โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาลฉบับนี้ ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อใช้สำหรับเป็นคู่มือให้อาจารย์ ผู้รับผิดชอบหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนานักศึกษาพยาบาล ได้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็น ในการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้ทางสุขภาพ เข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ และสามารถจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาลได้ เนื้อหาสาระในโปรแกรม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ บทนำ แผนการเรียนรู้ และภาคผนวก ทั้งนี้ให้อาจารย์ และผู้เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม พัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ให้แก่นักศึกษาได้อย่างสอดคล้องสอดคล้อง ตามวิถีชีวิต วัฒนธรรม และภูมิปัญญาไทยผู้ซึ่งจะเติบโตเป็นพยาบาลวิชาชีพและกำลังสำคัญของทีมสุขภาพต่อไป

ผู้จัดทำ

นางพเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ

สารบัญ

	หน้า
ส่วนที่ 1 บทนำ	1
คำจำกัดความ	1
ขั้นตอนพัฒนาโปรแกรม	3
กรอบแนวคิดการพัฒนาโปรแกรม	4
ส่วนที่ 2 แผนการเรียนรู้	5
แผนการเรียนรู้ที่ 1 เรื่องความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	6
แผนการเรียนรู้ที่ 2 เรื่องความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านออกกำลังกาย ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	8
แผนการเรียนรู้ที่ 3 เรื่องความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการ อารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	10
ส่วนที่ 3 ภาคผนวก	12
ตารางการจัดกิจกรรมของโปรแกรม	13
ใบกิจกรรม	14
ใบความรู้	21

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของการพัฒนาโปรแกรม

ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดเรื่อง องค์ประกอบ ของความรู้ทางสุขภาพ 4 ด้าน ของโพเรนเซน และคณะ (Sørensen et al. ,2012) ซึ่งประกอบด้วย 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ (Access) 2) ด้านการทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ (Understand) 3) ด้านการวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) และ 4) ด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ (Apply) แนวคิดเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น แนวคิดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ตามแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ(Pender's Health Promotion Model) ของเพนเดอร์ (Pender,1982 cited in Raingruber, 2017:75-76) แนวคิดเรื่องกระบวนการเรียนรู้จากการสังเกต ตัวแบบ การรับรู้ความสามารถของตนเอง(Self - efficiency) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ แบนดูรา (Bandura ,1989) แนวคิดเรื่ององค์ประกอบของการเรียนรู้ของบลูม (Bloom ,1956) และ กระบวนการเรียนที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมลงมือกระทำ (Active Learning) ของบอนเวล และ ไอสัน (Bonwell & Eison ,1991)ในทฤษฎีการเรียนรู้ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนและแนวคิดเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรม และพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับความรู้ และ แรงจูงใจมาผสมผสานเข้าด้วยกัน เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทาง สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล

คำจำกัดความ

ความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการที่จะ เข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เสาะแสวงหา สืบค้นและทำความเข้าใจ แปลความหมายข้อมูล สุขภาพที่ได้รับหรือเข้าถึงได้ และสามารถตัดสินใจเลือกและใช้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการกับความตึงเครียดทางอารมณ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ตามองค์ประกอบ 4 มิติ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) การทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ (Understand) การวิเคราะห์ ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) และ การตัดสินใจนำข้อมูลทาง สุขภาพไปประยุกต์ใช้ (Apply) ซึ่งมีนิยามแต่ละมิติ ดังนี้

การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) หมายถึงความสามารถที่จะแสวงหาค้นหาและได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจากแหล่งข้อมูล ต่าง ๆ

ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ (Understand) หมายถึง ความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับจากแหล่งข้อมูล ต่าง ๆ

การวิเคราะห์ ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) หมายถึง ความสามารถในการอธิบายการตีความ การกลั่นกรองและประเมินคุณค่าของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากแหล่งข้อมูล ต่าง ๆ

ประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ (Apply) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารและการนำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับมาใช้ในการตัดสินใจส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติตนโดยนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์หรือดัดแปลงใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดหลักการ 3 อ. ของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ซึ่งมีนิยามแต่ละด้าน ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ ด้านอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพโดยการบริโภคอาหารจากธรรมชาติที่หาซื้อทั้งในรูปแบบแปรรูปและไม่แปรรูป เช่นมีการนำพืชผักพื้นบ้านมาจัดทำเป็นอาหารสมุนไพรบำรุงร่างกายและป้องกันโรค เป็นต้น

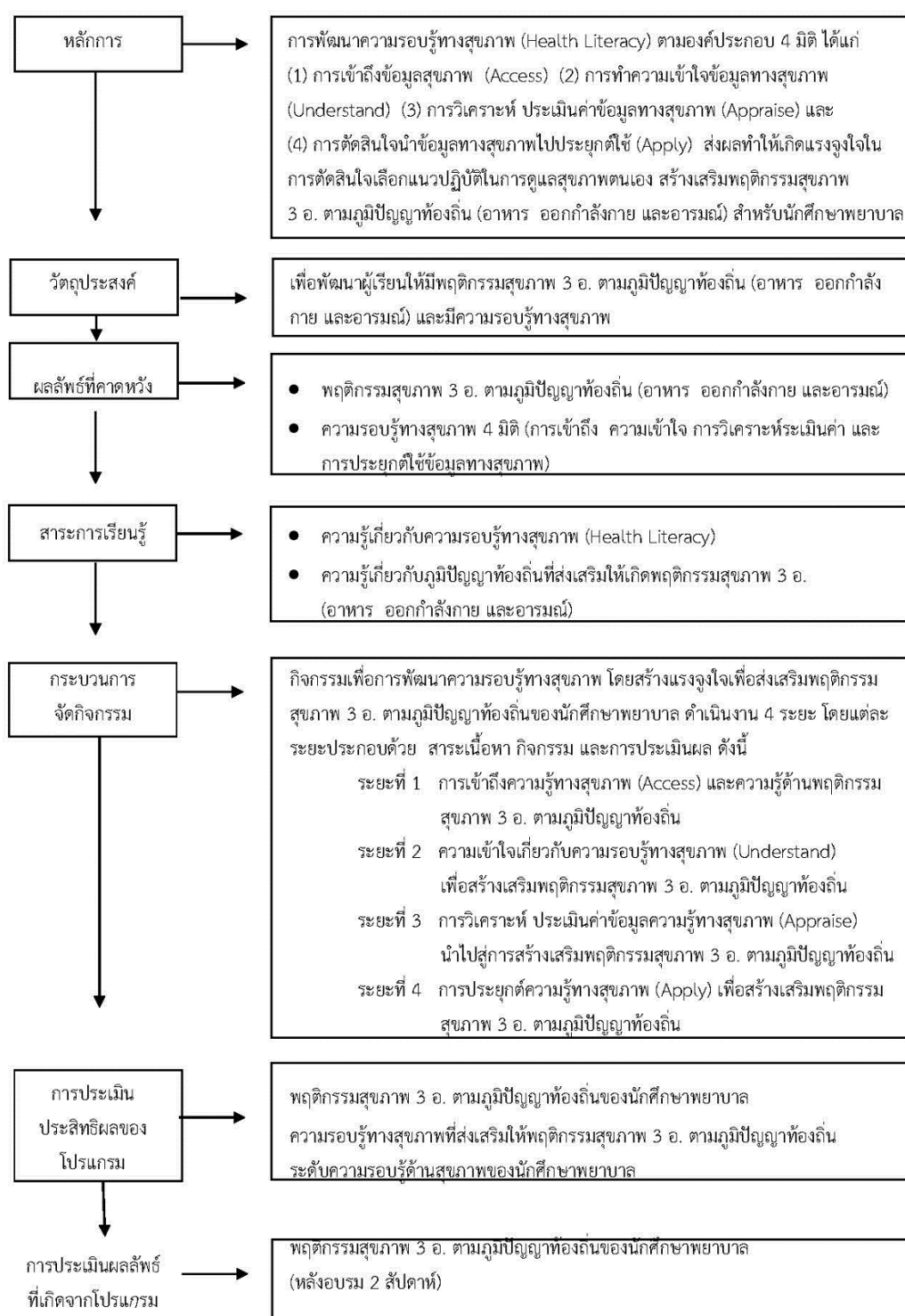
พฤติกรรมสุขภาพ ด้านออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพโดยการออกกำลังกายที่นำเทคนิค วิธีการ วัสดุ อุปกรณ์ที่หาได้ง่ายในท้องถิ่นมาดัดแปลงหรือประยุกต์ตามความเหมาะสม เช่นการนำศิลปะการแสดง ได้แก่ รำวง รำเชื่อง รำกลองยาว หรือวัสดุ อุปกรณ์ที่มีในท้องถิ่น ซึ่งได้แก่ไม้พลอง ฮูลาฮูป มาใช้ดัดแปลงเป็นท่าในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เป็นต้น

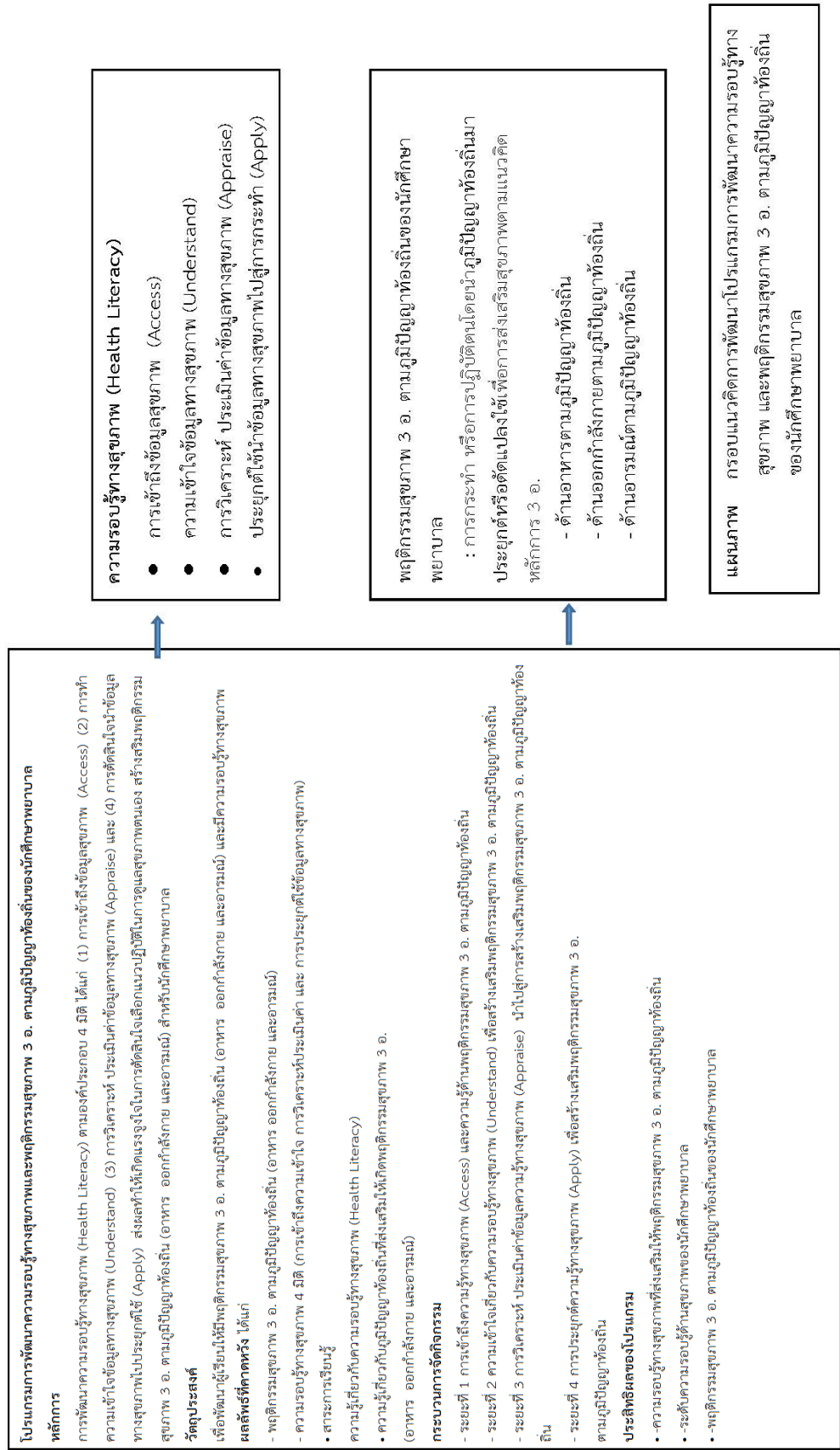
พฤติกรรมสุขภาพ ด้านอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพโดยการจัดการกับความเครียด อารมณ์ที่เสียสมดุลด้วยเทคนิค วิธีการง่ายๆตามวิถีชีวิต วัฒนธรรมของท้องถิ่น ได้แก่การนำวิธีการนวดแผนไทยแบบกตัญญู แบบราชสำนัก แบบเขลาคัณฑ์มาใช้ในการนวดเพื่อการผ่อนคลายความตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์ เป็นต้น

โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล

หมายถึงกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาล ในการที่จะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เสาะแสวงหา สืบค้นและทำความเข้าใจ แปลความหมายข้อมูลสุขภาพที่ได้รับหรือเข้าถึงได้ จนสามารถตัดสินใจเลือกและใช้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้อย่างเหมาะสม

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาลโดยมีลำดับขั้นตามภาพข้างล่างต่อไปนี้





ส่วนที่ 2 แผนการเรียนรู้

โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักรักสุขภาพ

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักรักสุขภาพ

วัตถุประสงค์ย่อย

1. นักศึกษามีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินค่าข้อมูลสุขภาพ และตัดสินใจเลือกนำข้อมูลสุขภาพที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น
2. เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ (ด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) .ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักรักสุขภาพ

แผนการเรียนรู้ที่ 1 เรื่อง ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่นครั้งที่ 1

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ตามแนวคิดของบลูม (Bloom, 1976)	เนื้อหา /สาระ	สื่อ	กิจกรรม	ประเมินผล
1. ผู้เรียนระบุชื่อเว็บไซต์เอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพได้ (ความรู้ ความจำ) 2. ผู้เรียนอธิบายการใช้ค่าสับคั่นข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และโภชนาการเพื่อสุขภาพได้ (ความเข้าใจ) 3. ผู้เรียนสามารถเลือกสับคั่นข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และโภชนาการเพื่อสุขภาพเว็บไซต์ ตำรา เอกสารที่น่าเชื่อถือได้ (การนำไปใช้)	<ul style="list-style-type: none"> - ความคาดหวังในการร่วมกิจกรรม - แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพและอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น - ชนิดของอาหารที่รับประทานของแต่ละภูมิภาค 	<p>สำหรับนักศึกษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใบกิจกรรม หัวใจสื่อความคาดหวัง <p>สำหรับวิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - เว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ อาหารเพื่อสุขภาพและอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น - เอกสาร คู่มือ แผ่นพับ และที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการอาหารเพื่อสุขภาพและอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น 	<p>กลุ่มสัมพันธ์</p> <p>ขั้นตอนการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บรรยายและตรวจสอบความเข้าใจ 2. สาธิตการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านอาหารเพื่อสุขภาพ และอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น จากหน้าเว็บไซต์ ของ กองโภชนาการ และสถาบันโภชนาการ รวมทั้ง เว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ 3. ฝึกปฏิบัติการสืบค้นข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับอาหาร <p>ขั้นตอนการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. อภิปราย แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับชนิดของอาหารที่รับประทาน และคุณประโยชน์ต่อสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - จากแหล่งเอกสาร สืบค้นส่วนร่วมทำกิจกรรม

แผนการเรียนรู้ที่ 1 เรื่อง ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ครั้งที่ 2

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ ตามแนวคิดของ บลูม (Bloom, 1976)	เนื้อหา /สาระ	สื่อ	กิจกรรม	ประเมินผล
1. ผู้เรียนสามารถคิดคำนวณ วิเคราะห์คุณค่าทาง โภชนาการ และพลังงานที่ ร่างกายต้องการได้รับ วันได้/ (การวิเคราะห์) 2. ผู้เรียนเลือกชนิดของพืชผัก ผลไม้ที่บ้านที่มีอยู่ตาม ท้องถิ่นมาเป็นส่วน ประกอบในการจัดรายการ อาหารประจำวันได้ (การนำไปใช้)	- ดัชนีมวลกาย และภาวะโรคอ้วน พลังงานของแต่ละบุคคล - การนำอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่นมา ใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ	สำหรับนักศึกษา - ใบกิจกรรม ออกแบบ รายการอาหารผสมผสานภูมิ ปัญญาท้องถิ่น ประจำ สัปดาห์ - แบบประเมินความเชื่อมั่น แห่งตนในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ สำหรับวิทยากร - ใบความรู้ เรื่อง อาหารตาม ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อ สุขภาพ	ชั้นการวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมิน ค่าข้อมูลสุขภาพ 1. สร้างแรงจูงใจโดยวิเคราะห์ อภิปราย เปรียบเทียบ คำดัชนีมวลกายกับเกณฑ์ มาตรฐาน และคำนวณพลังงานอาหาร ชั้นการตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ 2. เสริมสร้างความเชื่อมั่นโดยออกแบบ รายการอาหารประจำวันตามภูมิปัญญา ท้องถิ่น เป็นเวลา 1 สัปดาห์ 3. วิเคราะห์ อภิปรายเกี่ยวกับปริมาณ สารอาหาร พลังงานที่ได้รับจาก เมนูอาหาร วางแผนแนะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน 4. สะท้อนคิด ความเข้าใจที่ได้ในการ นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน 5. ประเมินความเชื่อมั่นในการเปลี่ยน แปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร	- ประเมินความรู้ ด้วยแบบวัดความรู้ - ประเมินความรู้ ทางสุขภาพ ด้วย แบบประเมิน - ประเมินพฤติกรรม สุขภาพ 3 อ. ด้วย แบบประเมิน

แผนการเรียนรู้ที่ 2 เรื่อง ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ครั้งที่ 3

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ ตามแนวคิดของ บลูม (Bloom, 1976)	เนื้อหา /สาระ	สื่อ	กิจกรรม	ประเมินผล
<p>1. ผู้เรียนระบุข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพได้ (ความรู้ ความเข้าใจ)</p> <p>2. ผู้เรียนอธิบายการใช้คำสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพได้ (ความเข้าใจ)</p> <p>3. ผู้เรียนสามารถเลือกสืบค้นข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพจากเว็บไซต์ ตำรา เอกสารที่น่าเชื่อถือได้ (การนำไปใช้)</p>	<p>- แหล่งข้อมูลที่สามารถเชื่อถือได้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและการออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น</p> <p>- ชนิดของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ</p>	<p>สำหรับวิทยากร</p> <p>- เว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และการออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น</p> <p>- เอกสาร คู่มือ แผ่นพับ และที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและการออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น</p>	<p>ขั้นการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ</p> <p>1. บรรยายและตรวจสอบความเข้าใจ</p> <p>2. สาธิตการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และการออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น</p> <p>จากหน้าเว็บไซต์ ของกรมอนามัย</p> <p>รวมทั้ง เว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย</p> <p>3. ฝึกปฏิบัติการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ</p> <p>เกี่ยวกับการออกกำลังกาย</p>	<p>- จากการสังเกต</p> <p>ความสนใจมีส่วนร่วมทำกิจกรรม</p>
			<p>ขั้นการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ</p> <p>4. อภิปราย แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น</p>	

แผนการเรียนรู้ที่ 2 เรื่อง ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านออกกำลังกายท้องถิ่น ครั้งที่ 4

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ ตามแนวคิดของ บลูม (Bloom, 1976)	เนื้อหา /สาระ	สื่อ	กิจกรรม	ประเมินผล
1.ผู้เรียนวิเคราะห์ เปรียบเทียบ ข้อดี ข้อเสีย ผลกระทบของวิธีการออก กำลังกายตามภูมิปัญญา ท้องถิ่นแต่ละชนิดได้ (การวิเคราะห์)	-ชนิดของการออกกำลังกายตามภูมิ ปัญญาท้องถิ่น -การนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมา ประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพด้านออก กำลังกาย	สำหรับนักศึกษา -ใบกิจกรรม ออกแบบ กิจกรรมออกกำลังกายตาม วิถีไทย -แบบประเมินความเชื่อมั่น แห่งตนในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ สำหรับวิทยากร -ใบความรู้ เรื่อง การออก กำลังกายเพื่อสุขภาพตาม ภูมิปัญญาท้องถิ่น -ใบความรู้ เรื่องตัวอย่างของ การออกกำลังกายวิถีไทย -คลิปวิดีโอตัวอย่างบุคคลที่ นำภูมิปัญญาท้องถิ่นมา ประยุกต์ในการออกกำลัง กาย	ครั้งที่ 4 (2 ชั่วโมง) ชั้นการวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมิน ค่าข้อมูลสุขภาพ 1.สร้างแรงจูงใจโดยให้ชมคลิปวิดีโอกรณี ตัวอย่างที่นำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ ในการออกกำลังกาย 2.วิเคราะห์ เปรียบเทียบเกี่ยวกับ ประโยชน์ จุดดี จุดด้อยของชนิดของการ ออกกำลังกายแต่ละชนิด ชั้นการตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ 3. เสริมสร้างความเชื่อมั่นโดยออกแบบจัด กิจกรรมออกกำลังกายที่มีการผสมผสาน ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อส่งเสริมสุขภาพ 4.วิเคราะห์ อภิปราย และสะท้อนคิด ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการ นำไปใช้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และความเป็นอยู่ 5.ประเมินความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพด้านออกกำลังกาย	-ประเมินความรู้ ด้วยแบบวัดความรู้ -ประเมินความรอบ รู้ทางสุขภาพ ด้วย แบบประเมิน -ประเมินพฤติกรรม สุขภาพ3 อ. ด้วย แบบประเมิน

แผนการเรียนรู้ที่ 3 เรื่อง ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ครั้งที่ 5

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ ตามแนวคิดของ บลูม (Bloom, 1976)	เนื้อหา /สาระ	สื่อ	กิจกรรม	ประเมินผล
1. ผู้เรียนระบุชื่อเว็บไซต์ เอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์ได้(ความรู้ ความเข้าใจ) 2. ผู้เรียนอธิบายการได้คำ สืบทอดข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์ได้ (ความเข้าใจ) 3. ผู้เรียนสามารถเลือกสืบทอด ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์จาก เว็บไซต์ ตำรา เอกสารที่ น่าเชื่อถือได้ (การนำไปใช้)	-แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการ ผ่อนคลายอารมณ์เพื่อสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการ อารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น -วิธีการจัดการทางอารมณ์ของวัยรุ่น	สำหรับวิทยากร -เว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับการ ผ่อนคลายอารมณ์เพื่อ สุขภาพและการผ่อนคลาย อารมณ์ตามภูมิปัญญา ท้องถิ่น -เอกสาร คู่มือ แผ่นพับ และ ที่เกี่ยวข้องกับการผ่อนคลาย อารมณ์เพื่อสุขภาพและการ ผ่อนคลายอารมณ์ตามภูมิ ปัญญาท้องถิ่น -ใบความรู้เรื่อง วิธีการจัดการ ทางอารมณ์ของวัยรุ่น -คลิปวิดีโอตัวอย่างบุคคลที่ใช้ วิธีการทางอารมณ์ที่ไม่ เหมาะสม	ขั้นการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 1.บรรยายและตรวจสอบความเข้าใจ 2.สาธิตการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านการ ผ่อนคลายอารมณ์เพื่อสุขภาพจากหน้า เว็บไซต์ ของกรมสุขภาพจิต รวมทั้ง เว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับการผ่อนคลาย อารมณ์เพื่อสุขภาพและการผ่อนคลาย อารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น 3.ฝึกปฏิบัติการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ เกี่ยวกับการผ่อนคลายอารมณ์ ขั้นการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 4.ให้นักศึกษาพบคลิปวิดีโอตัวอย่างบุคคล ที่ใช้วิธีการจัดการทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม 5.อธิบาย และทำความเข้าใจกับนักศึกษา ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการผ่อนคลายอารมณ์ที่ เหมาะสมและไม่เหมาะสม	-จากการสังเกต ความสนใจมีส่วน ร่วมทำกิจกรรม

แผนการเรียนรู้ที่ 3 เรื่อง ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ครั้งที่ 6

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ ตามแนวคิดของ บลูม (Bloom,1976)	เนื้อหา /สาระ	สื่อ	กิจกรรม	ประเมินผล
<p>1.ผู้เรียนสามารถอธิบายวิธีการ ผ่อนคลายด้านจิตใจ อารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมกับตนได้ (เข้าใจ)</p> <p>2.ผู้เรียนวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อดี ข้อเสีย ผลกระทบของวิธีการผ่อนคลายทางด้านจิตใจ อารมณ์ ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นที่กลุ่มเลือกนำไปใช้ได้ (การวิเคราะห์)</p>	<p>-การนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ในการจัดการทางอารมณ์</p>	<p>สำหรับนักศึกษา</p> <ul style="list-style-type: none"> -ใบกิจกรรมออกแบบกิจกรรมผ่อนคลายทางจิตใจ อารมณ์ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น -แบบประเมินความเชื่อมั่น แหล่งต้นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ <p>สำหรับวิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> -ใบความรู้ เรื่องการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพด้านอารมณ์ 	<p>ขั้นการวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินค่าข้อมูลสุขภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.สร้างแรงจูงใจโดยให้ชมคลิปวิดีโอกรณีตัวอย่างตัวอย่างบุคคลที่ใช้การจัดการทางอารมณ์ที่เหมาะสม 2.วิเคราะห์ เปรียบเทียบ จุดดี จุดด้อย ของวิธีการจัดการทางอารมณ์ที่กรณีตัวอย่างใช้เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด <p>ขั้นการตัดสินใจ นำข้อมูลสุขภาพไปใช้</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.เสริมสร้างความเชื่อมั่นโดยการให้วางแผน ออกแบบจัดกิจกรรมการผ่อนคลายทางอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น 4.อภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น สะท้อนคิดความเป็นไปได้นในการนำไปประยุกต์ใช้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิตวัฒนธรรม และความเป็นอยู่ 5.ประเมินความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ 	<p>-ประเมินความรู้ ด้วยแบบวัดความรู้</p> <p>-ประเมินความรู้รอบรู้ทางสุขภาพ ด้วยแบบประเมิน</p> <p>-พฤติกรรม พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ด้วยแบบประเมิน</p>

ส่วนที่ 3

ภาคผนวก

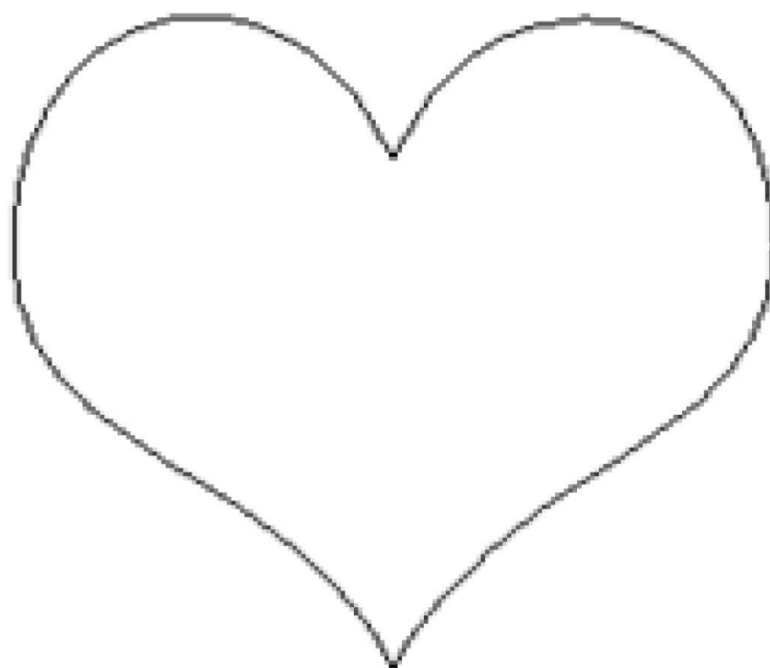
-ตารางการจัดกิจกรรมของโปรแกรม

-ใบกิจกรรม

-ใบความรู้

ใบกิจกรรม หัวใจสื่อความคาดหวัง

คำชี้แจง ให้นักศึกษาเขียนสิ่งที่คาดหวังจากการเข้าร่วมโปรแกรมลงในกระดาดรูปหัวใจที่แจกให้



ใบกิจกรรม ออกแบบรายการอาหารผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น ประจำสัปดาห์

คำชี้แจง

ให้นักศึกษาช่วยกันวางแผน ออกแบบเมนูอาหารตัวอย่างสำหรับสุขภาพของสมาชิกในกลุ่ม เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ให้ได้ปริมาณอาหารที่ให้พลังงาน 2,000 กิโลแคลอรี/วัน โดยนำอาหารที่มีอยู่ในท้องถิ่นซึ่งสามารถจัดหาได้ง่ายมาประกอบ อย่างน้อย 1 ชนิด ในแต่ละวัน จากนั้นลงบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกรายการอาหารที่แจกให้

แบบ บันทึกรายการอาหารประจำวัน สำหรับ 1 สัปดาห์

วัน	มื้ออาหาร	รายการ(เมนู)อาหาร	หมวด/ ชนิดของ อาหาร	สัดส่วน	คุณค่า อาหาร	ปริมาณ/ 1ส่วน	พลังงาน (แคลอรี)
วันจันทร์	มื้อเช้า						
	มื้อ กลางวัน						
	มื้อเย็น						
วันอังคาร	มื้อเช้า						
	มื้อ กลางวัน						
	มื้อเย็น						
วันพุธ	มื้อเช้า						
	มื้อ กลางวัน						
	มื้อเย็น						
วัน พฤหัสบดี	มื้อเช้า						
	มื้อ กลางวัน						
	มื้อเย็น						
วันศุกร์	มื้อเช้า						
	มื้อ กลางวัน						
	มื้อเย็น						

แบบประเมินความเชื่อมั่นแห่งตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง

โปรดระบุระดับความเชื่อมั่นของตัวเองท่านเองในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทางด้าน

อาหาร โดยวงกลมล้อมรอบตัวเลข ที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มั่นใจ

มั่นใจปานกลาง

มั่นใจมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนระดับความเชื่อมั่นแห่งตน ดังนี้

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่มั่นใจเลยที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
- 5 คะแนน หมายถึง มั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง
- 10 คะแนน หมายถึง มั่นใจมากที่สุดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ใบกิจกรรม ออกแบบกิจกรรมออกกำลังกายตามวิถีไทย

คำชี้แจง

ขอให้นักศึกษาแต่ละกลุ่มช่วยกันออกแบบกิจกรรมการออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่มีการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น อย่างน้อย 1 กิจกรรม โดยระบุรายละเอียดเกี่ยวกับชนิด ระยะเวลา ประโยชน์ ตามแบบฟอร์มที่แจกให้

แบบบันทึกกิจกรรม การออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษา

ชนิดของกิจกรรม การออกกำลังกาย	วิธีการ	ระยะเวลา	พลังงานที่ใช้	ประโยชน์

แบบประเมินความเชื่อมั่นแห่งตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง

โปรดระบุระดับความเชื่อมั่นของท่านเองในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทางด้านการออกกำลังกาย โดยวงกลมล้อมรอบตัวเลข ที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มั่นใจ

มั่นใจปานกลาง

มั่นใจมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนระดับความเชื่อมั่นแห่งตน ดังนี้

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่มั่นใจเลยที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
- 5 คะแนน หมายถึง มั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง
- 10 คะแนน หมายถึง มั่นใจมากที่สุดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ใบกิจกรรม ออกแบบกิจกรรมผ่อนคลายทางจิตใจ อารมณ์ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น

คำชี้แจง

ขอให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันคิดกิจกรรมการผ่อนคลายความตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์ที่มีการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น พร้อมทั้งระบุช่วงเวลา ระยะเวลา ที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ตามแบบฟอร์มที่แจกให้ กลุ่มละ 3 กิจกรรม

แบบบันทึกกิจกรรม ผ่อนคลายความตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษา

ชนิดของกิจกรรม	วิธีการ	ช่วงเวลา	ระยะเวลา (นาที)	ประโยชน์
ผ่อนคลายความ ตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์				

แบบประเมินความเชื่อมั่นแห่งตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง

โปรดระบุระดับความเชื่อมั่นของตัวเองท่านเองในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทางด้าน
อารมณ์ โดยวงกลมล้อมรอบตัวเลข ที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มั่นใจ

มั่นใจปานกลาง

มั่นใจมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนระดับความเชื่อมั่นแห่งตน ดังนี้

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่มั่นใจเลยที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
- 5 คะแนน หมายถึง มั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง
- 10 คะแนน หมายถึง มั่นใจมากที่สุดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ใบความรู้เรื่อง ความรอบรู้ทางสุขภาพ(Health Literacy)

ความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาพ

สำนักส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สหรัฐอเมริกา (U.S. Department of Health and Human Services , Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010 : 1) ให้นิยามความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) ไว้ว่าเป็นระดับความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจข้อมูลทางด้านสุขภาพและความต้องการบริการเพื่อการตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสม

โซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012) กล่าวถึงความรอบรู้ทางสุขภาพว่าเป็นความสามารถของบุคคลในการแสวงหา สืบค้นเพื่อเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ มีความสามารถในการอธิบายการตีความ การกลั่นกรองและประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ รวมทั้งสามารถสื่อสารและใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย

สมาคมเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพของยุโรป (European Health Literacy Consortium, 2012 cited in World Health Organization, 2013 : 4) กล่าวถึงความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาพว่าหมายถึงความรู้ ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจ ประเมินคุณค่า และนำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับมาใช้เพื่อตัดสินใจเลือกวิถีดูแลสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพอันจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อังคินันท์ อินทรกำแหง (2556) ให้นิยามคำว่า “ความรอบรู้ทางสุขภาพ” ไว้ว่าหมายถึงการที่บุคคลมีความสามารถใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมเพื่อเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ รวมทั้งบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ส่งผลให้เกิดการสนใจในการตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

กองสุศึกษา (2559) ให้ความหมายของคำว่า “ความรอบรู้ทางสุขภาพ” ว่าหมายถึงความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ เพื่อการวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและบริหารจัดการตนเองทางด้านสุขภาพ มีความสามารถในการชี้แนะเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน

กล่าวโดยสรุปแล้ว ผู้วิจัยเห็นว่า “ความรอบรู้ทางสุขภาพ” นั้นน่าจะหมายถึงความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ แสวงหา สืบค้นและทำความเข้าใจ แปลความหมายข้อมูลสุขภาพที่ได้รับหรือเข้าถึงได้ และสามารถตัดสินใจเลือกและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพ/ความเจ็บป่วยรวมทั้งสามารถดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้คงดีอยู่เสมอ

องค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ

โซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012 อ้างถึงใน World Health Organization, 2013 : 5; อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2556 : 9) กล่าวถึงความรอบรู้ทางสุขภาพว่าประกอบ ด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1. การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพ (Access/obtain) เป็นความสามารถที่จะแสวงหาค้นหาและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ
2. การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (Understand) เป็นความสามารถที่จะเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ
3. การคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) เป็นความสามารถในการอธิบายการตีความ การกลั่นกรองและประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง
4. การตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ (Apply) เป็นความสามารถในการสื่อสารและ การใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพตนเอง

ขั้นตอนการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ

การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามแนวคิดของโซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012 อ้างถึงใน World Health Organization, 2013 : 5; อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2556 : 9) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

- ขั้นที่ 1 ขั้นการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพ (Access/obtain)
- ขั้นที่ 2 ขั้นการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (Understand)
- ขั้นที่ 3 ขั้นการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise)
- ขั้นที่ 4 ขั้นการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ (Apply)

ใบความรู้เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ.

พฤติกรรมสุขภาพ

ความหมาย

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติ การแสดงออก การกระทำของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพทั้งในลักษณะที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ โดยทำให้บุคคลมีสุขภาพดีทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม หรือในลักษณะที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ คือทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ หรือเจ็บป่วยตามมา

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพมีลักษณะสำคัญ 2 ประการ ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์/ที่เหมาะสม/เชิงบวก (Positive Health Behaviors) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพซึ่งควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไปและควรปฏิบัติให้ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน/นอนหลับ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด เป็นต้น

2. พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์/ที่ไม่เหมาะสม/เชิงลบ (Negative Health Behaviors) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วยตามมา เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารที่เกินความจำเป็นต่อร่างกาย การไม่ออกกำลังกาย การพักผ่อน/นอนหลับ ไม่เพียงพอ เป็นต้น

พฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ. (3 E' s Health Behaviors)

พฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 3 อ ตามแนวคิดของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 ประเด็นที่สำคัญ มีดังนี้

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

อาหาร (Food) เป็นสิ่งที่เรารับประทาน/บริโภคเข้าไปเพื่อการใช้ประโยชน์ในร่างกาย ทำให้ร่างกายเจริญเติบโต มีสุขภาพ สมบูรณ์ แข็งแรง (อัจฉรา ดลวิทยาคุณ, 2556 : 1)

การรับประทานอาหาร (Eat) หมายถึง การบุคคลรับอาหารเข้าสู่ร่างกายแล้วร่างกายนำไปใช้เพื่อการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย สร้างความเจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ให้แก่ร่างกาย

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึงกิจกรรมการเลือกชนิดอาหาร การรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม มีคุณค่าตามหลักโภชนาการ (วาณี โพธิ์นคร และ ศรีสุตา เอกลัคนารัตน์, 2548 : 9)

2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย หมายถึงการเคลื่อนไหวร่างกายหรือการกระตุ้นให้ส่วนต่างๆ ของร่างกายทำงานกว่าภาวะปกติอย่างเป็นระบบ ตามความเหมาะสมของเพศ วัย และสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล จนส่งผลให้สุขภาพร่างกายและจิตใจมีความสมบูรณ์ แข็งแรง

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ จัดเป็นการออกกำลังกายที่ช่วยให้หัวใจ ปอด และระบบการไหลเวียนโลหิตในร่างกายทำงานดีขึ้น ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ ให้สามารถเคลื่อนไหวได้เต็มที่ ส่งผลทำให้สุขภาพแข็งแรง ช่วยป้องกันการเกิดโรคและลดความรุนแรงของโรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการเสื่อมสภาพทางร่างกายได้

พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึงกิจกรรมที่บุคคลเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตน ตามวัย และตรงตามความถนัด ความสนใจ

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอารมณ์

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอารมณ์ เป็นกิจกรรมที่บุคคลเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาความตึงเครียดทางอารมณ์ที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต



ใบความรู้ เรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local Wisdom)

ความหมายของภูมิปัญญา (Wisdom)

ภูมิปัญญา คือ ความรู้ ความคิด ความเชื่อ ความสามารถความชัดเจนที่กลุ่มชนได้จากประสบการณ์ที่สั่งสมไว้ในการปรับตัวและดำรงชีพในระบบนิเวศ หรือสภาพแวดล้อมธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรม ที่มีพัฒนาการสืบสานกันมา เป็นความรู้ ความคิด ความเชื่อ ความสามารถ ความชัดเจน ที่เป็นผลของการใช้สติปัญญาปรับตัวกับสภาวะต่างๆ ในพื้นที่ที่ชุมชนนั้นตั้งถิ่นฐานอยู่ (เอกวิทย์ ณ ถลาง, 2540 อ้างถึงใน เทิดชาย ช่วยบำรุง (2554 : 38))

ความหมายของภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local Wisdom)

เทิดชาย ช่วยบำรุง (2554 : 40) ให้คำจำกัดความคำว่า “ภูมิปัญญาท้องถิ่น” ว่าหมายถึงความรู้ของคนในท้องถิ่น ซึ่งได้มาจากประสบการณ์และความริเริ่มของคนในท้องถิ่น รวมทั้งความรู้ที่สั่งสมมาแต่บรรพบุรุษ สืบทอดจากรุ่นสู่รุ่น โดยในระหว่างการสืบทอดนั้นจะมีการปรับปรุง ประยุกต์และเปลี่ยนแปลง พัฒนา สูญสลายหายไปบ้างและเกิดเป็นความรู้ใหม่ตามยุคสมัย

ภูมิปัญญาท้องถิ่น หมายถึง ส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่เป็นความรู้ ความคิด ความสามารถ ความเห็น ความเชื่อ ความนิยม ความฉลาดรอบคอบในสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวกับที่อยู่อาศัย การทำมาหากิน วิถีชีวิต การป้องกันรักษาโรคภัยไข้เจ็บ และการใช้ภาษาที่เกิดขึ้นจากการสั่งสม พัฒนาและใช้ประโยชน์สืบต่อจนเป็นมรดกตกทอดของแต่ละพื้นบ้านหรือแต่ละท้องถิ่น (เอี่ยม ทองดี และคณะ, 2542 อ้างถึงใน เทิดชาย ช่วยบำรุง (2554 : 60))

โดยสรุปแล้วคำว่า “ภูมิปัญญาท้องถิ่น” น่าจะหมายถึง ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ทางด้านวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเป็นอยู่ ตลอดจนวิถีชีวิตของชาวบ้านในแต่ละท้องถิ่นที่สั่งสม และสืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษไปสู่คนรุ่นใหม่

ประเภทของภูมิปัญญาท้องถิ่น

ภูมิปัญญาท้องถิ่น สามารถจำแนกออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 10 ประเภท ดังนี้

1. ภูมิปัญญาที่เกี่ยวกับความเชื่อและศาสนา
2. ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับประเพณีและพิธีกรรม
3. ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับศิลปะพื้นบ้าน
4. ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับอาหารและผักพื้นบ้าน
5. ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับการละเล่นพื้นบ้าน
6. ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับศิลปวัฒนธรรม
7. ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับเพลงพื้นบ้าน
8. ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรและตำรายาพื้นบ้าน
9. ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับการประดิษฐ์กรรม เทคโนโลยีและสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ
10. ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับการดำรงชีวิตตามสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ

ใบความรู้ เรื่อง อาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อสุขภาพ

1.การบริโภคอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่นแต่ละภาค

การบริโภคอาหารของคนไทย ที่อาศัยอยู่ตามท้องถิ่นในภูมิภาคต่างๆ นั้นมีลักษณะแตกต่างกันเป็นเอกลักษณ์ มีคุณค่าทางโภชนาการสูง บางชนิดมีสรรพคุณทางยาสมุนไพรหรือเป็นอาหารเพื่อสุขภาพที่ได้จากพืชผักสมุนไพร และเครื่องเทศต่างๆ จากการศึกษาค้นคว้าจะพบว่าอาหารในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยมีความโดดเด่น เป็นเอกลักษณ์ตามสภาพท้องถิ่น ภูมิประเทศและภูมิอากาศ จึงเป็นการช่วยส่งเสริมให้คนไทยสามารถรับประทานอาหารได้หลากหลาย อันจะส่งผลให้มีสุขภาพดีตามวิถีวัฒนธรรมไทย นอกจากนี้ยังช่วยอนุรักษ์พืชพันธุ์ผัก ผลไม้พื้นบ้าน ซึ่งเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นอีกด้วย อาหารที่มีอยู่ในท้องถิ่นตามภูมิภาคต่างๆ ของประเทศไทยซึ่งเป็นที่นิยมบริโภค มีดังนี้

1.1 อาหารไทยภาคเหนือ

ภาคเหนือมีสภาพภูมิประเทศเป็นภูเขาสูงและป่าไม้มาก มีภูมิอากาศเย็นสบายจึงทำให้มีพืชผักผลไม้หลากหลาย ผักพื้นบ้านที่นิยมนำมาประกอบอาหาร เช่น ผักเชียงดา ใบสะค้าน มะเขือส้ม มะเขือเปราะ มะกอก ผักกูด ฯลฯ หรือใช้เป็นพืชเครื่องเทศ เช่น มะแขว่น เป็นต้น คนภาคเหนือนิยมรับประทานอาหารรสกลางๆ มีรสเค็มนำเล็กน้อย นิยมรสเปรี้ยวและรสหวานน้อยมาก และนิยมรับประทานผักพื้นบ้านควบคู่กับอาหารเหนือ เช่น แกงฮังเล แกงโฮะ แกงส้ม ลาบ น้ำพริกอ่อน น้ำพริกหนุ่ม ขนมหินน้ำเงี้ยว ข้าวซอย แคบหมู ใส่อั่ว หมูทอด ไก่ทอด เป็นต้น

1.2 อาหารไทยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ/ภาคอีสาน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือภาคอีสานมีสภาพพื้นดินค่อนข้างแห้งแล้ง ขาดความอุดมสมบูรณ์กว่าภาคอื่นๆ คนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ/ภาคอีสานนิยมรับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก เช่นเดียวกับภาคเหนือ และนิยมปรุงอาหารโดยวิธีต้ม แกง บั๊ ย่าง เช่นกัน อาหารพื้นบ้านทางอีสานดั้งเดิมมักเป็นอาหารที่มีปริมาณไขมันต่ำ มีลักษณะเป็นน้ำขลุกขลิก เพื่อสะดวกในการนำข้าวเหนียวลงไปจิ้มในอาหารที่เป็นกับข้าวได้ ส่วนใหญ่มีรสเผ็ด เค็ม และไม่เปรี้ยวมาก เช่น ส้มตำ ไก่ย่าง จิ้มแจ่ว ปลาร้า น้ำตก ลาบ ก้อย ซุปหน่อไม้ ข้าวเหนียว เป็นต้น ส่วนรสเปรี้ยวนั้นนิยมใช้รสเปรี้ยวจากมะนาว มะกอก มะขาม มดแดง เป็นต้น คนอีสานมักชอบรับประทานอาหารประเภทผักพื้นบ้านและประเภทแต่งกลิ่นได้แก่ ผักติ้ว ผักพาย ผักกระโดน ผักชีลาว ผักไผ่ ตะไคร้ ใบมะกรูด เป็นต้น

1.3 อาหารไทยภาคกลาง

ภาคกลางเป็นเขตที่มีความอุดมสมบูรณ์เนื่องจากสภาพพื้นดินเป็นที่ราบลุ่ม ดินแม่น้ำลำคลองซึ่งเหมาะแก่การเพาะปลูก ประกอบกับมีการผสมผสานวัฒนธรรมจากภาคอื่นๆ รวมทั้งวัฒนธรรมจากต่างชาติโดยเฉพาะจีน และอินเดีย จึงทำให้อาหารของภาคกลางมีหลากหลายประเภท คนภาคกลางส่วนใหญ่มักรับประทานอาหารที่มีรสกลมกล่อม มีรสหวานนำเล็กน้อย และนิยมรับประทานข้าวเจ้าเป็นอาหารหลัก โดยรับประทานร่วมกับน้ำพริกปลาหู แกงเลียง ต้มโคล้ง ต้มส้ม เป็นต้น กับข้าวมักใส่กะทิเป็นส่วนประกอบ ใช้เครื่องปรุงและเครื่องเทศทั้งที่เป็นของสดและของแห้งเพื่อช่วยปรุงแต่งกลิ่นและทำให้

อาหารมีสีส้มมากขึ้น กับข้าวของคนในภาคกลางที่นิยมบริโภค ได้แก่อาหารประเภทแกงเผ็ด ผัดเผ็ด แกงเขียวหวาน แกงคั่ว แกงจืดหรือต้มจืด เป็นต้น

1.4 อาหารไทยภาคใต้

ภาคใต้มีสภาพภูมิประเทศทั่วไปเป็นภูเขา ทะเล และป่า อากาศชุ่มชื้นตลอดปี คนภาคใต้นิยมอาหารรสจัดมาก ทั้งรสเผ็ด เปรี้ยว เค็ม อาหารส่วนมากมักประกอบด้วยปลา และอาหารทะเลเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่นิยมใส่กะทิ ตัวอย่างอาหารที่มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักโดยทั่วไป เช่นแกงเหลือง แกงส้ม แกงไตปลา แกงคั่วเผ็ด แกงพรวัว ข้าวยา ผัดสะตอ เป็นต้น ที่มีรสเผ็ดจัด และเค็มจัด รวมทั้งขนมจีน น้ำยา ใส่ขมิ้น ซึ่งรับประทานคู่กับผักสดพื้นบ้านที่มีในท้องถิ่น เช่นสะตอ แตงร้าน ลูกเนียง เม็ดเหลียง ยอดปราง ยอดมะกอก ยอดชะมวง ใบบัวบก เป็นต้น นอกจากนี้อาจพบอาหารที่ใส่เครื่องเทศอยู่บ้างเล็กน้อยเนื่องจากภาคใต้เป็นดินแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่มาเลเซียซึ่งชาวมาเลเซียนับถือศาสนาอิสลามที่รับประทานอาหารใส่เครื่องเทศเป็นส่วนใหญ่

1.5 อาหารไทยภาคตะวันออก

ภาคตะวันออกมีสภาพภูมิประเทศประกอบด้วยภูเขา แม่น้ำ ที่ราบลุ่ม รวมทั้งมีพื้นที่ชายฝั่งทะเล คนภาคใต้นิยมรับประทานอาหารอาหารทะเลและอาหารแปรรูปจากทะเล เช่น กุ้ง ปู ปลา เคย ฯลฯ อาหารประเภทพืชผักพื้นบ้าน ผลไม้หลากหลายชนิด อาหารของภาคตะวันออกจะมีความแตกต่างจากภาคอื่นๆตรงที่มักปรุงแต่งด้วยเครื่องเทศสมุนไพรที่มีในท้องถิ่นซึ่งได้แก่ กระวาน พริกไทย เหว็ด พุงทะลาย ฯลฯ

2. พืชผักสมุนไพรพื้นบ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพืชผัก ผลไม้พื้นบ้านพบว่านักวิชาการหลายคน อาทิ เช่น เดชา ศิริภัทร(2550) , เชิญศิริ รุ่งสบแสง(2553) ศักยพล สมปราชญ์ (ม.ป.ป.) และ อมรบุญ วงศ์ ไตรภูมิ(ม.ป.ป.) ได้กล่าวถึงประโยชน์หรือสรรพคุณของพืชผัก ผลไม้พื้นบ้าน ในเชิงสมุนไพรเพื่อสุขภาพโดยมีรายละเอียดสรุปได้ ดังนี้

ตารางแสดง ตัวอย่างพืชผักพื้นบ้านที่มีสรรพคุณทางยาสมุนไพร

ลำดับ	พืชผักพื้นบ้าน	สรรพคุณทางยาสมุนไพร
1.	มะเขือพวง	ผล และลำต้นช่วยในการย่อยอาหาร ขับปัสสาวะ ขับเสมหะ แก้ปวด ฟกช้ำ
2.	ข่า	เหง้าใช้เป็นยาขับลม ขับเสมหะ แก้อท้องอืด ท้องเฟ้อ
3.	ขิง	บรรเทาอาการไอ มีเสมหะ เจ็บคอ บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ คลื่นไส้ ช่วยขับลมในกระเพาะอาหาร แก้อุจจาระ แน่นหน้าอก
4.	แคบ้าน	ยอดอ่อน และใบอ่อนใช้ดับพิษร้อนถอนพิษไข้ ดอกแค ใช้แก้ไข้หัวลม
5.	แมงลัก	เมล็ดแก่ ใช้รักษาอาการท้องผูก เป็นยาระบายอย่างอ่อน แก้บิด และลดความอ้วน
6.	กระชาย	ช่วยบรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ อาการปวดท้อง
7.	ขมิ้น	บรรเทาอาการไอ มีเสมหะ รักษาแผลในกระเพาะอาหาร และแก้ไข้
8.	กระเทียม	แก้อาการหอบ หืด ขับลมในกระเพาะอาหาร บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แก้ไอ ขับเสมหะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดอุดตันและกล้ามเนื้อหัวใจหยุดทำงาน
9.	กระวาน	บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ
10.	กระเพรา	ใบใช้บรรเทาอาการไอ ขับเสมหะ บรรเทาอาการท้องอืด ขับลม และอาการคลื่นไส้อาเจียน
11.	กุยช่าย	ช่วยสร้างเม็ดเลือดแดง และขับพยาธิ
12.	ข้าวโพด	บำรุงกระเพาะอาหาร เป็นยาระบายอ่อนๆ
13.	คื่นช่าย	แก้ไข้ ขับเสมหะ บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ขับลมในกระเพาะอาหาร แก้อาการจุกเสียด แน่นท้อง ช่วยเจริญอาหาร
14.	ผักชี	แก้ไข้ ขับเสมหะ แก้อท้องอืด ท้องเฟ้อ และบรรเทาอาการคลื่นไส้

ตารางแสดง ตัวอย่างพืชผักพื้นบ้านที่มีสรรพคุณทางยาสมุนไพร (ต่อ)

ลำดับ	พืช ผัก พื้นบ้าน	สรรพคุณทางยาสมุนไพร
15.	พริกไทย	ช่วยขับลม แก้เมหะ บำรุงธาตุ ช่วยย่อยอาหาร ช่วยขับผายลม
16.	พริกไทย ดำ	บรรเทาไอ ขับเสมหะ
17.	มะกรูด	บรรเทาอาการไอ ช่วยแก้อาการเลือดออกตามไรฟัน ช่วยขับระดู บำรุงเลือด
18.	ตะไคร้	บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ อาการคลื่นไส้ อาเจียนแก้หวัด ลดไข้ แก้เคล็ดขัดยอก
19.	หอมแดง	บรรเทาอาการหวัด คัดจมูก แก้ไข้หวัด แก้อาการหอบ หืด ช่วยให้หายใจสะดวก กระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ลดไขมันอุดตันในหลอดเลือด ช่วยให้ระบบการย่อยอาหารทำงานดีขึ้น บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ช่วยขับปัสสาวะ ขับเสมหะ ขับลม
20.	หอมใหญ่	บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ
21.	สระแหน่	แก้อาการปวดแน่นท้อง จุกเสียด
22.	โหระพา	บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ อาการคลื่นไส้ อาเจียน บรรเทาอาการหวัด แก้ไข้ ทำให้เจริญอาหาร ทำให้ประจำเดือนเป็นปกติ
23.	หัวไชเท้า	บรรเทาอาการท้องอืด ช่วยให้เจริญอาหาร ละลายเสมหะ
24.	พริกขี้หนู	แก้หวัด หอบหืด หลอดลมอักเสบเรื้อรัง
25.	ตำลึง	บำรุงสายตา
26.	แตงกวา	ช่วยเสริมการทำงานของระบบประสาท กระตุ้นระบบความจำ และเป็นยาระบายอ่อนๆ
27.	แตงไทย	บำรุงร่างกาย สมอง บำรุงสายตา และเป็นยาระบายอ่อนๆ

ตารางแสดง ตัวอย่างพืชผักพื้นบ้านที่มีสรรพคุณทางยาสมุนไพร (ต่อ)

ลำดับ	พืชผักพื้นบ้าน	สรรพคุณทางยาสมุนไพร
28.	ถั่วเขียว	บำรุงม้ามช่วยรักษาโรคแผลในกระเพาะอาหาร และเป็นยาระบาย
29.	บัวบก	แก้ร้อนใน กระหายน้ำ บำรุงหัวใจ บำรุงกำลัง แก้อาการฟกช้ำ ลดความดันโลหิตช่วยบำรุงสายตาเนื่องจากมีวิตามินเอสูง ช่วยเสริมสร้างและบำรุงกระดูกเนื่องจากมีแคลเซียมสูง
30.	ผักทอง	บำรุงสายตา บำรุงสมอง บรรเทาอาการไอ ขับพยาธิ
31.	ผักเขียว	เป็นยาเย็น
32.	มะเขือเทศ	บำรุงสายตา บำรุงกระเพาะอาหาร รักษาอาการเลือดออกตามไรฟัน และเป็นยาระบายอ่อนๆ
33.	มะนาว	บรรเทาอาการไอ เจ็บคอ ขับเสมหะ ขับลม แก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ รักษาอาการเลือดออกตามไรฟัน ทำให้ชุ่มคอ
34.	มะระขี้นก	ช่วยเจริญอาหาร ลดน้ำตาลในเลือด รักษาโรคเบาหวาน ช่วยขับพยาธิ เป็นยาระบายอ่อนๆ แก้ไข้
35.	ยี่หระ	บรรเทาอาการไอ มีเสมหะ
36.	ใบหญ้านาง	ช่วยรักษาและบรรเทาอาการของโรคเมหะเร็งชนิดต่างๆ เนื่องจากน้ำหญ้านางอุดมไปด้วยคลอโรฟิลล์ และเบตาแคโรทีน เต็มไปด้วยสารต้านอนุมูลอิสระที่เป็นสาเหตุของโรคเมหะเร็ง นอกจากนี้ใบหญ้านางยังมีคุณสมบัติในการช่วยฟื้นฟู บำบัด รักษาสมดุลของเซลล์ในร่างกายจึงช่วยชะลอความแก่
37.	มะรุม	ป้องกันโรคเมหะเร็ง ลดความดันโลหิต เป็นยาบำรุง ขับเสมหะ ขับปัสสาวะ แก้แผลอักเสบ ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย แก้ปวดข้อ รักษาโรคผิวหนัง แก้ผิวแห้ง

ที่มา : เชิญศิริ รุ่งสบแสง.(2553).สมุนไพรใกล้ครัว กินแล้วไม่ป่วย. สมุทรปราการ : มายเบสท์บุ๊คส์ :28-76.

: ศักยพล สมปราชญ์.(ม.ป.ป.).สมุนไพรริมรั้ว.กรุงเทพฯ : ต้นธรรม:58-158.

: เดชา ศิริภัทร.(2550).สมุนไพรจากครัวไทย. พิมพ์ครั้งที่ 5.กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน 6- 97.

ตารางแสดง ตัวอย่างผลไม้พื้นบ้านที่มีสรรพคุณทางยาสมุนไพร

ลำดับ	ผลไม้พื้นบ้าน	สรรพคุณทางยาสมุนไพร
1.	กล้วยน้ำว้า	รักษาอาการท้องเดิน สามารถป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร นอกจากนี้ยังช่วยบรรเทาอาการท้องผูก เป็นยาระบายอ่อนๆ
2.	น้อยหน่า	ใบและเมล็ดใช้เป็นยาฆ่าเหา รักษาโรคกลาก เกื้อหนุน
3.	แตงโม	กระตุ้นการทำงานของไต ช่วยให้ระบบขับถ่ายทำงานเป็นปกติ
4.	ทับทิม	ช่วยบำรุงกระเพาะอาหาร ลำไส้
5.	มะขาม	เป็นยาระบายอ่อนๆ บรรเทาอาการไอ แก้เจ็บคอ
6.	มะตูม	ช่วยให้การย่อยอาหารดีขึ้น แก้อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ
7.	มะเฟือง	ช่วยขับเสมหะ ขับปัสสาวะ
8.	มะละกอ	ช่วยให้ระบบขับถ่ายทำงานดีขึ้น เป็นยาระบาย แก้อาการท้องผูก
9.	ส้มเขียวหวาน	ป้องกันและบรรเทาอาการเลือดออกตามไรฟัน เป็นยาระบายอ่อนๆ
10.	สับปะรด	ขับปัสสาวะ แก้อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ อาการไอ ขับเสมหะ และเป็นยาช่วยระบายเนื่องจากมีเส้นใยมาก

ที่มา : เชิญศิริ รุ่งสบแสง.(2553).สมุนไพรใกล้ครัว กินแล้วไม่ป่วย. สมุทรปราการ : มายเบสท์
 บุ๊คส์ :28-176.

ตารางแสดง ประโยชน์ของผัก ผลไม้จำแนกตามสี

กลุ่ม	ตัวอย่างของผัก ผลไม้จำแนกตามสี	ประโยชน์ต่อสุขภาพ
สีเขียว	ผักบุ้ง ผักโขม ผักกาดหอม ผักคะน้า แดงกวา กะหล่ำปลี ใบชะพลู ใบทองหลาง คื่นช่าย กุยช่าย ผักสะตอ ต้นหอม มะเขือ ถั่วแขก ถั่วลันเตา ผักผักปราง ฯลฯ	ให้สารคลอโรฟิลล์ ช่วยต้านอนุมูลอิสระ ป้องกันเซลล์ถูกทำลาย ขจัดฮอร์โมนส่วนเกินที่เป็นสาเหตุของมะเร็งเต้านม
สีเหลือง-ส้ม	มะละกอเหลือง ส้ม แครอทฟักทอง มันเทศ สับปะรด เสาวรส ข้าวโพด ขมิ้นชัน ฯลฯ	ให้สารเบต้าแคโรทีน ฟลาโวนอยด์ ช่วยบำรุงหัวใจ หลอดเลือด บำรุงสายตา และระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย
สีแดง	พริกแดง มะเขือเทศแดงโม เมล็ดทับทิม ลูกหม่อนแดง ผลมะเ็น ฯลฯ	ให้สารไลโคปีน ช่วยป้องกันการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก ชะลอการเสื่อมของเซลล์ในร่างกาย เพิ่มการเผาผลาญไขมัน และลดไขมันในเลือด
สีน้ำเงิน - ม่วง	มะเขือม่วง กะหล่ำปลีม่วง ลูกหว้า ชมพู่ม่าเหมี่ยว ข้าวแดง ข้าวนิล ข้าวเหนียวดำ ถั่วดำ ถั่วแดงหลวง หอมแดง ดอกอัญชัน ผือก มันต่อผือก ฯลฯ	ให้สารแอนโทไซยานิน ชะลอการเสื่อมของเซลล์ในร่างกายลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและเส้นเลือดอุดตันในสมอง ยับยั้งเชื้ออีโคไลในช่องทางเดินอาหาร (อาหารเป็นพิษ)
สีขาว - น้ำตาล	หัวไชเท้า กระเทียม ถั่วเหลือง ลูกเดือย ชিংข้า งาขาว ธัญพืช จมูกข้าวสาลี เมล็ดถั่วต่างๆ ฯลฯ	ให้สารแอนริซิน ช่วยสร้างเซลล์ให้แข็งแรง ยับยั้งการเกิดเนื้องอก ลดความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก ด้านการอักเสบ ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดปริมาณไขมันในเลือด ลดความดันโลหิต ป้องกันเส้นเลือดอุดตัน และรักษาระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย

ที่มา : กองสุศึกษากระทรวงสาธารณสุข. (2552).เอกสารความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง

ความดัน หัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย:19-20.

ใบความรู้ เรื่อง การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

การออกกำลังกายวิถีไทยแต่ละภูมิภาค

คนในแต่ละภูมิภาคมีการออกกำลังกายด้วยวิธีการต่างๆ หลากหลายรูปแบบ และสามารถนำการออกกำลังกายมาประยุกต์เข้ากับภูมิปัญญาท้องถิ่นของแต่ละภูมิภาคได้อย่างกลมกลืน เช่น การออกกำลังกายรำไม้พลองแบบบ้านบุญมี แบบท่าฤๅษีตัดตน แบบให้เก็ก – ซิ้ง แบบรำไทยประยุกต์ และแบบโยคะ เป็นต้น

ภาคเหนือ

คนภาคเหนือได้นำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาดัดแปลง/ประยุกต์เป็นท่าทางการเคลื่อนไหวในการออกกำลังกายสำหรับคนในวัยต่างๆ เช่น การออกกำลังกายแบบท่าฤๅษีตัดตน การรำไม้พลอง แม่บุญมี การนำรำฟ้อนมาประยุกต์เป็นท่าในการออกกำลังกาย เป็นต้น

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ/ภาคอีสาน

คนภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือภาคอีสาน โดยส่วนใหญ่มีบุคลิกที่คล่องแคล่ว ว่องไว ดังนั้น ศิลปะการแสดงและดนตรีพื้นบ้านต่างๆ จึงมักมีจังหวะรวดเร็ว กระฉับกระเฉง ได้แก่การรำเช็งชนิดต่างๆ และดนตรีโปงลาง ปัจจุบันนี้จะเห็นมีการนำศิลปะการแสดงหรือดนตรีพื้นบ้านของทางภาคอีสานมาดัดแปลงหรือผสมผสานเป็นท่าในการออกกำลังกายกันมากขึ้นเรื่อยๆ ดังเช่นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพโดยวิธีเช็งกระดืบ หรือใช้ดนตรีโปงลาง เป็นต้น (อมรรัตน์ เนียมสวรรค์ นงนุช โอชะ และ สมบูรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล, 2555)

ภาคกลาง

คนภาคกลางมีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาผสมผสานกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพได้หลายวิธี เช่นการนำศิลปะการแสดงและดนตรีพื้นบ้านอันเป็นภูมิปัญญาของคนในแถบจังหวัดภาคกลางมาประยุกต์เข้ากับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเช่นเดียวกับภาคอื่นๆ ได้แก่การนำรำกลองยาว รำวงมาตรฐานมาประยุกต์เป็นท่าสำหรับการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุและคนวัยต่างๆ ได้อย่างกลมกลืน การนำท่ารำมวยไทยมาประยุกต์เป็นท่าในการออกกำลังกาย เป็นต้น

ภาคใต้

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของคนภาคใต้นั้น พบว่ามีการนำท่ารำมโนราห์ ซึ่งเป็นศิลปวัฒนธรรมภาคใต้ มาดัดแปลงเป็นท่าออกกำลังกาย และได้ดัดแปลงท่ารำให้เข้ากับจังหวะเพลงด้วย เรียกการออกกำลังกายลักษณะนี้ว่า “โนราห์บิค” ซึ่งสามารถใช้ออกกำลังกายได้กับคนทุกเพศ ทุกวัย

การนำวัสดุ อุปกรณ์ในท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้เพื่อการออกกำลังกาย

นอกจากนี้ยังพบอีกว่ามีการนำวัสดุ อุปกรณ์ที่มีในท้องถิ่น เช่น ไม้พลอง อูลาอูบ หนัวยงยัดกะลา ผ้าขาวม้า เป็นต้น มาดัดแปลงสำหรับใช้เป็นเครื่องมือ อุปกรณ์ ในการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หรือฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ประชาชน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆอีกด้วย

ใบความรู้ เรื่องตัวอย่างของการออกกำลังกายวิถีไทย

การออกกำลังกายแบบรำไทยประยุกต์

การออกกำลังกายแบบรำไทยประยุกต์ จัดเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกชนิดหนึ่งประเภทมีความหนักระดับปานกลาง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที สามารถใช้ได้กับทุกบุคคลกลุ่มวัยตามความสนใจ มีประโยชน์ต่อสุขภาพโดยช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและข้อต่อ กระตุ้นการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต ปอด และหัวใจให้ทำงานดีขึ้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อ ทำให้อาการชา นิ้วมือ และเท้าลดลง ทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง และสุขภาพจิตดี สดชื่น แจ่มใส การออกกำลังกายในแต่ละครั้ง ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะอบอุ่นร่างกาย ระยะออกกำลังกาย และระยะผ่อนคลาย ในแต่ละระยะได้มีการนำท่ารำไทยหรือท่าทาง อิริยาบถตามวิถีไทยมาดัดแปลงเป็นท่าสำหรับใช้ในการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายแบบแอโรบิกมวยไทย

การออกกำลังกายแบบแอโรบิกมวยไทยชุดนี้ จัดเป็นการออกกำลังกายที่มีความหนักของแรงสูง เนื่องจากออกกำลังกายจะมีเท้าหนึ่งข้างอยู่บนพื้นเสมอ และมีการใช้กล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายในขณะออกกำลังกายซึ่งเป็นการนำเอาท่ามวยไทยโดยใช้มือเปล่าซึ่งได้แก่ หมัด เท้า เข่า และศอก มาประกอบเป็นท่าเต้นแอโรบิก สำหรับใช้ออกกำลังกาย โดยท่าเหล่านี้สามารถที่จะมาปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ออกกำลังกายได้เพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดในการออกกำลังกาย และช่วยลดการเกิดการบาดเจ็บจากการออกกำลังกายได้ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกมวยไทยนั้นประกอบด้วย 10 ชุด ได้แก่ 1) ชุดหมัด 2) ชุดศอก 3) ชุดเข่า 4) ชุดเท้า 5) ชุดเท้า-เข่า-หมัด 6) ชุดเท้า-หมัด-เท้า-หมัด 7) ชุดเท้า-หมัด-หมัด-เท้า-หมัด-หมัด 8) ชุดเท้า-หมัด-เข่า-เท้า-เข่า 9) ชุดเท้า-เข่า-เท้า-หมัด และ 10) ชุดเท้า-หมัด-เท้า

ใบความรู้เรื่อง วิธีการจัดการทางอารมณ์ของวัยรุ่น

เมื่อมีภาวะเสียสมดุลทางจิตใจ อารมณ์เกิดขึ้น บุคคลจะมีวิธีการจัดการกับอารมณ์เหล่านั้น เพื่อให้กลับคืนสู่ภาวะปกติด้วยวิธีการที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิม การเรียนรู้ที่ได้รับ อายุ และความมีวุฒิภาวะด้วย เมื่อบุคคลเลือกใช้วิธีการจัดการทางอารมณ์ใดได้ผลจนทำให้หายหรือผ่อนคลายจากความตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์นั้น ได้แล้วนั้น จะส่งผลทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้วิธีการดังกล่าวซ้ำๆอีกเมื่อถึงคราวต้องเผชิญความทุกข์ทางใจ หรือความตึงเครียดทางอารมณ์อีกในคราวต่อไป จนกลายเป็นแบบแผนพฤติกรรมหรือพฤติกรรมสุขภาพทางด้านการจัดการทางอารมณ์ตามมา วิธีการจัดการทางอารมณ์ของแต่ละคนนั้น สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ได้แก่

1.วิธีการจัดการทางอารมณ์ในทางที่เหมาะสม

เมื่อมีอารมณ์ ความรู้สึกในเชิงลบเกิดขึ้น เช่นความเครียด วิตกกังวล เศร้าโศก เสียใจ ฯลฯ วัยรุ่นควร ยอมรับและทำความเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นว่าความรู้สึกเกิดขึ้นนั้นเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน ทำให้ตระหนัก รู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง มีสติที่จะจัดการอารมณ์ให้ผ่อนคลายไปในทางที่เหมาะสม ได้แก่ การพูดระบายความรู้สึกกับคนใกล้ชิด เขียนระบายความรู้สึกลงในบันทึก การเบี่ยงเบนความสนใจไปทำสิ่งอื่น เช่น วาดรูป การเล่นดนตรี ฟังเพลง ร้องเพลง การออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬา เป็นต้น

2.วิธีการจัดการทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม

วัยรุ่นบางคนเลือกวิธีการจัดการกับความรู้สึก อารมณ์ในเชิงลบที่เกิดขึ้นไปในทางที่ไม่เหมาะสม เช่น เก็บกดอารมณ์ ความรู้สึกนั้นไว้คนเดียว ไม่ยอมบอกใคร โทษคนอื่นว่าเป็นสาเหตุทำให้ตนเดือดร้อน ไม่มีความสุข โทษตนเองว่าทำความเดือดให้ผู้อื่น ใช้สารเสพติด ดื่มสุรา สูบบุหรี่เพื่อให้ลืมความทุกข์ ไม่สบายใจ หรือใช้กำลังทุบตี ชกต่อย ก้าวร้าวต่อผู้อื่นเพื่อเป็นการระบายอารมณ์ เป็นต้น

ใบความรู้ เรื่อง การนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพด้านอารมณ์ ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการดูแลสุขภาพทางอารมณ์

ในการดูแลสุขภาพทางด้านอารมณ์นั้นสามารถนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการ วิธีการดำเนินชีวิต และวัฒนธรรม ได้หลากหลายวิธี เช่น

1.การทำสมาธิ สวดมนต์ และภาวนา จัดเป็นวิธีปฏิบัติตนตามวิถีชีวิต ความเชื่อและความศรัทธาที่คนเรามีต่อพระพุทธศาสนาสืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษ นับได้ว่าเป็นภูมิปัญญาชนิดหนึ่ง ที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์ เพราะทำให้จิตใจที่สับสน ว้าวุ่นเกิดความสงบ มีความสุข ผ่อนคลายความตึงเครียด หรือวิตกกังวล ทำให้มีสมาธิและเกิดปัญญา นอกจากนี้ยังช่วยให้หัวใจทำงานหนักน้อยลง ระบบการหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ วิธีการฝึกสมาธิเบื้องต้นสามารถทำได้ง่ายโดยเอาใจของเราไปจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่นการนับลมหายใจ

2.การหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด สามารถกระทำได้โดยนั่งตัวตรงหรืออยู่ในท่านอนหงายราบกับพื้นก็ได้ โดยใช้ฝ่ามือข้างหนึ่งวางบนหน้าอก ฝ่ามืออีกข้างหนึ่งวางบนหน้าท้อง จากนั้นสูดลมหายใจเข้าช้าๆ นับ 1 ถึง 4 จนรู้สึกได้ว่าลมหายใจลงไปถึงท้อง กลั้นหายใจไว้สักพักหนึ่งนับ 1 ถึง 4 จากนั้นค่อยๆผ่อนลมหายใจออกยาวๆและเบาๆ นับ 1 ถึง 8 ให้คอยสังเกตว่าเวลาหายใจเข้าหน้าท้องจะป่องออก หน้าอกไม่ยก เวลาหายใจออกท้องจะแฟบลง ให้ปฏิบัติเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆจนรู้สึกสบายใจขึ้น (สุภาวดี นวลมณี และ ทวี เมฆวิสัย , 2552 : 41)

3.การนวดไทย เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สืบทอดกันมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และเป็นวัฒนธรรมวิถีชีวิตของคนไทยที่แสดงถึงการดูแลสุขภาพกันภายในครอบครัว โดยใช้อวัยวะต่างๆ เช่น ศอก เข่า เท้านวดให้กัน รวมทั้งมีการใช้อุปกรณ์ช่วยในการนวด เช่น ไม้กดท้อง นมสาว ประโยชน์ของการนวดไทยมีผลดีต่อสุขภาพ เช่น กระตุ้นระบบประสาท เพิ่มประสิทธิภาพของระบบทางเดินหายใจ กระตุ้นการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลือง ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และผ่อนคลายความตึงเครียดทางจิตใจ

4.การประคบสมุนไพร เป็นภูมิปัญญาทางการแพทย์แผนไทยที่สืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษรุ่นสู่รุ่น โดยใช้สมุนไพรที่ประกอบพืชมะเขือเทศ การบูร พืชบางชนิดห่อด้วยผ้าเป็นลูก เรียกว่า ลูกประคบ จากนั้นนำลูกประคบไปนึ่งให้ร้อนแล้วนำมาประคบบริเวณที่มีอาการปวดเมื่อย เคล็ด ขัดยอก เนื่องจากน้ำมันหอมระเหยซึ่งเป็นตัวยาที่ออกมาจากไอน้ำและความร้อนจะซึมเข้าผิวหนัง ช่วยรักษาอาการเคล็ด ขัดยอก ลดอาการบวมอักเสบของกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ นอกจากนี้ความร้อนจากลูกประคบยังช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ช่วยให้ตัวยาซึมผ่านผิวหนังได้ดีขึ้น อีกทั้งกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยยังช่วยให้คลายเครียดและเกิดความสดชื่น

5.การยืดเส้นยืดสายเพื่อผ่อนคลายความเครียด เป็นวิธีการช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ที่ได้ผลดีอีกวิธีหนึ่ง มีทั้งหมด 13 ท่า ซึ่งบุคคลสามารถเลือกทำได้ตามความสนใจ

6.การใช้ดนตรี และศิลปะการแสดงมาช่วยในการผ่อนคลายจิตใจ ทุกวันนี้จะเห็นว่าในท้องถิ่นแต่ละภูมิภาคของประเทศเน้นส่งเสริมให้มีการนำดนตรี และศิลปะการแสดงพื้นบ้านซึ่งเป็นภูมิปัญญาทางด้านวัฒนธรรมมาดัดแปลงหรือประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลายจิตใจกันเพิ่มขึ้น ที่นิยมกันโดยทั่วไป ดังรายละเอียดในตารางต่อไปนี้

ตารางแสดง ดนตรีและการแสดงพื้นบ้านในแต่ละภาคที่นิยมใช้เพื่อผ่อนคลายทางอารมณ์

ภาค	ดนตรีพื้นบ้าน	การแสดงพื้นบ้าน
ภาคเหนือ	ดนตรีพื้นบ้านที่นิยมนำมาใช้ประโยชน์เพื่อผ่อนคลายทางด้านจิตใจ อารมณ์ เช่น สะล้อ ซึง ขลุ่ย ปี่ พิณเปี๊ยะ กลองสะบัดชัย เป็นต้น	การแสดงพื้นบ้านซึ่งเป็นที่นิยมทางภาคเหนือ ได้แก่ รำฟ้อนชนิดต่างๆ ซึ่งมีจังหวะและทำนองที่อ่อนช้อย สวยงาม เช่น ฟ้อนเทียน ฟ้อนเล็บ ฟ้อนสาวไหม เป็นต้น
ภาคกลาง	ดนตรีพื้นบ้านที่นิยมกันมาก เช่น ซอด้วง ซออู้ ระนาด ฆ้อง ฉิ่ง ฉาบ กรับ โทน ขลุ่ย ปี่ กลองยาว เป็นต้น โดยนำเครื่องดนตรีเหล่านี้มาเล่นประกอบการขับร้อง และการรำ รำต่างๆ เพื่อความสนุกสนาน เพลิดเพลิน ผ่อนคลายทางด้านจิตใจ อารมณ์	การแสดงพื้นบ้านซึ่งเป็นที่นิยมทางภาคกลาง ได้แก่ รำชนิดต่างๆ ซึ่งมีจังหวะและทำนองที่คล่องแคล่ว รวดเร็วแต่สวยงาม เช่น รำโทน รำวงมาตรฐาน รำ กลองยาว เป็นต้น
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (อีสาน)	ดนตรีพื้นบ้านที่นิยมได้แก่ พิณ โปงลาง แคน โดยนำมาทำเป็นดนตรีหมอลำที่มีการเป่าแคน และตีพิณประสานเสียงร่วมกับการขับร้อง เพลงหรือใช้เครื่องดนตรีโปงลางมาเล่นประกอบการรำเชื่องและการขับร้อง เพื่อเป็นการผ่อนคลายทางด้านจิตใจ อารมณ์	การแสดงพื้นบ้านซึ่งเป็นที่นิยมทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภาคอีสาน) ได้แก่ รำเชื่องชนิดต่างๆ ซึ่งมีจังหวะดนตรี และทำนองที่คล่องแคล่ว รวดเร็วแต่สวยงาม เป็นเอกลักษณ์ เช่น เชื่องกระดืบ เชื่องดั่งหว่าย เชื่องโปงลาง เป็นต้น
ภาคใต้	คนภาคใต้นิยมนำดนตรีพื้นบ้านมาใช้เพื่อความบันเทิง สนุกสนาน ผ่อนคลายทางด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ ทับ โหม่ง ฆ้อง ฉิ่ง ฉาบ กลองชนิดต่างๆ เช่น รำมะนา ที่ได้รับอิทธิพลมาจากชาวมลายู และกลองชาตรีซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากอินเดียโดยนำเครื่องดนตรีเหล่านี้มาใช้บรรเลงประกอบการแสดง มโนราห์ รำมะนา และหนังตะลุง เป็นต้น	การแสดงพื้นบ้านซึ่งเป็นที่นิยมทางภาคใต้ ได้แก่ - การแสดงรำมโนราห์ ที่มีจังหวะดนตรี และทำนองที่คล่องแคล่ว รวดเร็วแต่สวยงามเป็นเอกลักษณ์ของทางภาคใต้ - การแสดงหนังตะลุง อันเป็นศิลปะการแสดงประจำท้องถิ่นทางภาคใต้ ยังคงเป็นที่นิยมตั้งแต่อดีตมาจนถึงทุกวันนี้ - การแสดงพื้นบ้านที่เป็นวัฒนธรรมไทยมุสลิมซึ่งทั้งดนตรีและการรำมีจังหวะเร็ว เร้าใจที่นิยม เช่น ลิเกฮูลู ร้องเงี้ง ระบำตารีกีบัส เป็นต้น

แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล

คำชี้แจง แบบประเมินชุดนี้แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 3 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. (ด้านอาหาร การออกกำลังกาย และด้านจิตใจ อารมณ์) ของนักศึกษาพยาบาล มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าระดับความคิดเห็น ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

1	คะแนน	หมายถึง	ยากมาก
2	คะแนน	หมายถึง	ค่อนข้างยาก
3	คะแนน	หมายถึง	ค่อนข้างง่าย
4	คะแนน	หมายถึง	ง่ายมาก

มีจำนวน 36 ข้อ จำแนกตามองค์ประกอบหลักของความรู้ทางสุขภาพ ตามแนวคิดของโซเรนเซน (Sorensen, 2012) ทั้ง 4 ด้าน อันประกอบด้วย

- 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access) จำนวน 9 ข้อ
- 2) ด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (Understand) จำนวน 9 ข้อ
- 3) ด้านการคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) จำนวน 9 ข้อ
- 4) ด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

(Apply) จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ

() 1. ชาย () 2. หญิง

2. ท่านกำลังศึกษาระดับชั้นใด

() 1. ปี 1 () 2. ปี 2 () 3. ปี 3 () 4. ปี 4

3. ปัจจุบันท่านอายุ

() 1. น้อยกว่า 18 ปี () 2. อายุ 18-19 ปี
() 3. อายุ 20-21 ปี () 4. อายุ 22 ปี ขึ้นไป



เลขที่โครงการวิจัย..... 027-1/60

วันที่รับรอง..... - 5 เม.ย. 2560

วันที่ลงนาม..... - 4 เม.ย. 2561

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. จำนวน 36 ข้อ

ข้อที่	ท่านคิดว่ามีความยากมากน้อยแค่ไหน ที่จะปฏิบัติดังต่อไปนี้	ระดับความคิดเห็น			
		1 ยากมาก	2 ค่อนข้าง ยาก	3 ค่อนข้าง ง่าย	4 ง่ายมาก
1.	ใช้คำสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และโภชนาการเพื่อสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม				
2.	สืบค้นข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และโภชนาการจาก เอกสาร ตำรา ที่เชื่อถือได้				
3.	สืบค้นข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และโภชนาการจาก เว็บไซต์ ที่เชื่อถือได้				
4.	ใช้คำสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม				
5.	สืบค้นข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกาย จาก เอกสาร ตำรา ที่เชื่อถือได้				
6.	สืบค้นข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกาย จาก เว็บไซต์ ที่เชื่อถือได้				
7.	ใช้คำสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตใจ อารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม				
8.	สืบค้นข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตใจ อารมณ์จาก เอกสาร ตำรา ที่เชื่อถือได้				
9.	สืบค้นข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตใจ อารมณ์จาก เว็บไซต์ ที่เชื่อถือได้				
10.	อธิบายความสัมพันธ์/ความเชื่อมโยงของการบริโภคอาหารที่มีต่อภาวะสุขภาพ				
11.	อธิบายคุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภคของอาหารที่กำหนด				



เลขที่โครงการวิจัย..... 027-1/60
 วันที่รับรอง..... - 5 เม.ย. 2560
 วันหมดอายุ..... - 4 เม.ย. 2561

12.	จัดรายการอาหารเพื่อสุขภาพโดยคำนึงถึงปริมาณอาหารและพลังงานที่ร่างกายต้องการ ได้รับ/วัน				
13.	อธิบายความสัมพันธ์/ความเชื่อมโยงของการออกกำลังกายที่มีต่อภาวะสุขภาพ				
14.	อธิบายได้ว่าอะไรที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม				
15.	บอกได้ว่าการออกกำลังกายหรือกิจกรรมเคลื่อนไหวทางกายประเภทใด และอย่างไรที่ช่วยให้ร่างกายใช้พลังงานได้อย่างเพียงพอ				
16.	อธิบายความสัมพันธ์/ความเชื่อมโยงของสภาพทางจิตใจ อารมณ์ที่มีต่อภาวะสุขภาพ				
17.	บอกผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากการจัดการทางด้านจิตใจ อารมณ์ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม				
18.	บอกได้ว่าวิธีหรือเทคนิคการผ่อนคลายความตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์ชนิดใดที่เหมาะสมกับตัวท่าน				
19.	คำนวณพลังงานที่ร่างกายได้รับจากการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ				
20.	ประเมินความเหมาะสมของคุณค่าทางโภชนาการและพลังงานที่ร่างกายได้รับกับปริมาณอาหารที่รับประทาน				
21.	ประเมินได้ว่าอาหารที่บริโภคอาหารเป็นประจำนั้นส่งผลต่อสุขภาพอย่างไร				
22.	คำนวณพลังงานที่ร่างกายใช้ไปจากการออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกายในแต่ละวัน				
23.	ประเมินได้ว่าวิธีการออกกำลังกายที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำนั้นส่งผลต่อสุขภาพและวิถีชีวิตอย่างไร				
24.	เปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย ของการออกกำลังกายแต่ละประเภทที่เคยปฏิบัติ				



เลขที่โครงการวิจัย..... 027.1/60
 วันที่รับรอง.....
 - 4 เม.ย. 2561
 นามสกุล.....

25.	วิเคราะห์จุดดี จุดด้อยของวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์ที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ				
26.	ประเมินได้ว่าวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์ที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำนั้นส่งผลต่อสุขภาพและวิถีชีวิตอย่างไร				
27.	เปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย ของวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์แต่ละประเภทที่เลขปฏิบัติ				
28.	ตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่ปลอดภัยและมีประโยชน์ต่อสุขภาพ				
29.	เลือกซื้อ หรือบริโภคน้ำอาหารโดยคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการและพลังงานที่ร่างกายจะได้รับ				
30.	เลือกซื้อหรือบริโภคน้ำผลไม้ที่ไม่มีน้ำตาลในท้องถิ่นเพื่อสุขภาพ				
31.	ตัดสินใจเลือกออกกำลังกายโดยคำนึงถึงความเหมาะสมของวัย ระยะเวลา ความถี่ และพลังงานที่ร่างกายจะต้องใช้				
32.	นำวิธีออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่นมาปฏิบัติในชีวิตประจำวัน				
33.	ใช้วัสดุ อุปกรณ์ที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาเป็นอุปกรณ์ช่วยในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ				
34.	ตัดสินใจเลือกวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์โดยคำนึงถึงความเหมาะสมของวัยและความสนใจ				
35.	พิจารณาข้อดี ข้อเสีย หรือผลกระทบต่อสุขภาพของวิธีผ่อนคลายความตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์ก่อนเลือกไปใช้ในชีวิตประจำวัน				
36.	เลือกวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์ที่ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นไปปฏิบัติ				



เลขที่โครงการวิจัย..... 027-1/60
 - 5 เม.ย. 2560
 วันที่รับรอง.....
 - 4 เม.ย. 2561
 วันหมดอายุ.....

แบบประเมินความเชื่อมั่นแห่งตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง

โปรดระบุระดับความเชื่อมั่นของตัวท่านเองในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทางด้าน
อาหาร โดยวงกลมล้อมรอบตัวเลข ที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มั่นใจ

มั่นใจปานกลาง

มั่นใจมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนระดับความเชื่อมั่นแห่งตน ดังนี้

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่มั่นใจเลยที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
- 5 คะแนน หมายถึง มั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง
- 10 คะแนน หมายถึง มั่นใจมากที่สุดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ



เลขที่โครงการวิจัย ๐๒๗-๑/๖๐
วันที่รับรอง 30 ต.ค. 2561
วันหมดอายุ 29 ต.ค. 2562

แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบตัวเลือก ก ข ค หรือ ง ที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. คนที่มีภาวะอ้วน ควรหลีกเลี่ยงอาหารในข้อใด

- ก. สลัดทูน่า
- ข. ส้มตำไทย
- ค. ข้าวขาหมู
- ง. ราดหน้าหมูไม่ใส่เส้น

2. วิธีการที่ดีที่สุดในการลดความอ้วนคือข้อใด

- ก. งดรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ทุกชนิด
- ข. งดรับประทานอาหารประเภทไขมันทุกชนิด
- ค. งดรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลทุกชนิด
- ง. เลือกรับประทานหาคาร์บ 5 หมู่และอาหารที่ให้พลังงานต่ำ

3. นส.ชมพู่ยากมีรูปร่างสวยสมส่วน ในแต่ละวันควรรับประทานอาหารชนิดใดเพื่อควบคุมน้ำหนัก

- ก. มื้อเช้า นม 1 แก้ว
มื้อกลางวัน ข้าวมันไก่ทอด 2 ชิ้น น้ำหวาน
มื้อเย็น ข้าวผัดปลาหมึกไข่ดาว ขนมปัง 1 แถว
- ข. มื้อเช้า ข้าวต้มหมู 1 ถ้วย
มื้อกลางวัน ราดหน้าหมู 1จาน ลำไย 10 ผล
มื้อเย็น ข้าวมันไก่ 1 จาน น้ำซุ๊ป ไข่เจียว ขนม 1 ถ้วย
- ค. มื้อเช้า ผัดสปาเก็ตตี้ไก่ 1 จาน นม 1 แก้ว
มื้อกลางวัน ข้าวหมูแดงหมูกรอบ 1 จาน
มื้อเย็น พิซซ่า 2 ชิ้น ขนมปังกระเทียม 3 แผ่น ปีกไก่อบ
- ง. มื้อเช้าข้าวต้มปลา 1 ถ้วย นม 1 แก้ว
มื้อกลางวัน ก๋วยเตี๋ยวเส้นใหญ่ น้ำ1ชาม ส้ม 1 ผล
มื้อเย็น ข้าว1จาน ต้มเลือดหมู 1 ถ้วย แดงโม 3 ชิ้น



เลขที่โครงการวิจัย..... 0๒๗-1/6๐
วันที่รับรอง..... 30 ต.ค. 2561
วันที่มอบ..... 29 ต.ค. 2562

4. บุคคลในข้อใดรับประทานอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อควบคุมน้ำหนักได้เหมาะสม
 - ก. มาลา รับประทานสลัดทูน่า
 - ข. มาโนช รับประทานผัดวุ้นเส้นใส่ไข่แทนข้าว
 - ค. มานี ชอบรับประทานผัก ผลไม้ที่ไม่ผ่านการแปรรูป
 - ง. มานะ รับประทานน้ำส้มปั่นใส่นมก่อนอาหารแทนขนม
5. บุคคลในข้อใดปฏิบัติตนในการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
 - ก. เสือโคร่ง ยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนออกกำลังกาย
 - ข. กระต่าย รับประทานอาหารให้อิ่มก่อนออกกำลังกาย
 - ค. สิงโต ดื่มน้ำมาก ประมาณ 1 ลิตร ก่อนออกกำลังกาย
 - ง. นกยูง วิ่งออกกำลังกายทันทีโดยไม่มีการวอร์มหรืออุ่นเครื่องให้ร่างกาย
6. นายช่างน้อย รูปร่างอ้วน ควรออกกำลังกายอย่างไรจึงจะไม่อันตรายต่อข้อเท้าและข้อเข่า
 - ก. ฟุตบอล ฟุตซอล
 - ข. ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน
 - ค. กระโดดตบ เล่นฮูลาฮูป
 - ง. เดินเร็ว กระโดดเชือก
7. การออกกำลังกาย (Exercise) อย่างไรจึงจะเหมาะสมและช่วยให้สุขภาพของท่านแข็งแรง
 - ก. ทำงานบ้านเช่นซักผ้า ถูบ้านทุกวัน วันละ 30 นาที
 - ข. วิ่งทันทีโดยไม่มีการยืดเหยียด วันละ 30-60 นาที
 - ค. ภายหลังวิ่งออกกำลังกายเสร็จแล้วดื่มน้ำทันที
 - ง. ออกกำลังกายวันละ 30 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์
8. บุคคลในข้อใดออกกำลังกายโดยประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นได้เหมาะสม
 - ก. สมชาย ปั่นจักรยานรอบหมู่บ้านกับเพื่อนๆ
 - ข. สมหญิง ใช้ฮูลาฮูปประกอบการเต้นแอโรบิค
 - ค. สมยศ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยการกระโดดเชือก
 - ง. สมรัก อาสาสมัครเป็นผู้นำเต้นแอโรบิคในชุมชน



เลขที่โครงการวิจัย 027-1/60
 หนังสืรับรอง 30 ต.ค. 2561
 วิทยานิพนธ์ 29 ต.ค. 2562

9. หากท่านต้องการคลายเครียด ควรกระทำตามข้อใดเหมาะสมที่สุด

ก. ดูละครหลังข่าว ฟังเพลงทุกวัน

ข. ออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อย เหงื่อออก ฟังเพลง

ค. เดินทางท่องเที่ยวต่างจังหวัดทุกวันเสาร์ - อาทิตย์

ง. ซื้อขนมกรุบกรอบรับประทานหลังรับประทานอาหารเย็นทุกวัน

10. เมื่อเกิดความเครียดจากการเรียนควรปฏิบัติข้อใดจึงจะเหมาะสม

ก. จิบน้ำ ชวนเพื่อนไปทานหมวยบับเฟด

ข. จอมแจ้ม วังออกกำลังกายภายหลังเลิกเรียน

ค. จิบแฉะ นั่งเล่นเฟซบุ๊กหลังเลิกเรียนจนถึงเวลาเข้านอน

ง. แจ่มจันทร์ อ่านการ์ตูนเพลินๆพร้อมกับทานข้าวไปด้วยกัน



027-1/60
 30 ต.ค. 2561
 29 ต.ค. 2562

เฉลย

ข้อ 1 ค. ข้อ 2 ง. ข้อ 3 ง. ข้อ 4 ค. ข้อ 5 ก.

ข้อ 6 ข. ข้อ 7 ง. ข้อ 8 ค. ข้อ 9 ข. ข้อ 10 ข.

แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล

คำชี้แจง

แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 3 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. (ด้านอาหาร การออกกำลังกาย และด้านจิตใจ อารมณ์) ของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 ข้อ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 3 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ

() 1. ชาย () 2. หญิง

2. ท่านกำลังศึกษาระดับชั้นใด

() 1. ปี 1 () 2. ปี 2 () 3. ปี 3 () 4. ปี 4

3. ปัจจุบันท่านอายุ

() 1. น้อยกว่า 18 ปี () 2. อายุ 18-19 ปี

() 3. อายุ 20-21 ปี () 4. อายุ 22 ปี ขึ้นไป

ตอนที่ 2 ประเมินความรู้ทางสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และจิตใจ อารมณ์)

ของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้ในการปฏิบัติของท่านมากที่สุดเพียงช่องใดช่องหนึ่ง

เท่านั้น ซึ่งประกอบด้วย 5 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|---|---------|----------------------------|
| 0 | หมายถึง | ท่านไม่ได้ปฏิบัติ |
| 1 | หมายถึง | ท่านได้ปฏิบัติบางครั้ง |
| 2 | หมายถึง | ท่านได้ปฏิบัติเป็นบางครั้ง |
| 3 | หมายถึง | ท่านได้ปฏิบัติบ่อยครั้ง |
| 4 | หมายถึง | ท่านได้ปฏิบัติทุกครั้ง |



เลขที่โครงการวิจัย 027-1/60
 วันที่รับรอง 30 ต.ค. 2561
 วันหมดอายุ 29 ต.ค. 2562

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นานๆ ครั้ง (1)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (0)
3.1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. (Access/obtain) จำนวน 9 ข้อ					
เมื่อท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ท่านสามารถปฏิบัติสิ่งต่อไปนี้ได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
1. ใช้คำสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ รวมถึงอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่นได้ถูกต้อง					
2. ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ และอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น จากเอกสาร ตำรา ที่เชื่อถือได้					
3. ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ และอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่นจากเว็บไซต์ ที่เชื่อถือได้					
4. เลือกแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เชื่อถือได้					
5. ใช้คำสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้ถูกต้อง					
6. ค้นหาข้อมูล หรือสอบถามผู้รู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่นจนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง					
7. ใช้คำสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ได้ถูกต้อง					



เลขที่โครงการวิจัย... 027-1/60
 วันที่รับรอง... 30 ต.ค. 2561
 หนทตอญ... 29 ต.ค. 2562

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นานๆ ครั้ง (1)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (0)
8. สืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นได้ถูกต้อง					
9. ตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองโดยสืบค้นหรือสอบถามจากหลายๆ แหล่ง					
3.2 การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. (Understand) จำนวน 7 ข้อ					
เมื่อท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ท่านสามารถปฏิบัติสิ่งต่อไปนี้ได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
10. เมื่อเห็นโฆษณาเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพจากสื่อสาธารณะหรือเว็บไซต์ ท่านจะหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ					
11. บอกข้อดี หรือประโยชน์ของพืชผัก ผลไม้พื้นบ้านต่อสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้					
12. เมื่อเกิดความสนใจสินค้าเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่โฆษณาทางโทรทัศน์ ท่านจะต้องหาข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อ					
13. อธิบายผลเสียที่จะเกิดขึ้นได้หากเลือกวิธีการออกกำลังกายไม่เหมาะสมกับตัวท่าน					
14. เมื่อเห็นวิธีจัดการกับอารมณ์ทางโทรทัศน์ หรือเว็บไซต์ท่านจะต้องหาข้อมูลจากหลายแหล่งเพิ่มเติมเพื่อ					



สทศ.โครงการวิจัย 027-1/60
 วันที่รับรอง 30 ต.ค. 2561
 29 ต.ค. 2562
 นพ.ดร.อ.อ.

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นานๆ ครั้ง (1)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (0)
ตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจเลือกวิธีการ เหล่านั้นไปใช้					
15. ท่านสืบเสาะข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการทางอารมณ์ จิตใจโดยใช้ภูมิปัญญาจากหลายแหล่งที่เชื่อถือได้เพื่อ ตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปใช้					
16. บอกได้ว่าวิธีหรือเทคนิคการผ่อนคลายความตึง เครียดทางจิตใจ อารมณ์ชนิดใดที่เหมาะสมกับตัวท่าน					
3.3 การคิดวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. (Appraise) จำนวน 6 ข้อ					
เมื่อท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาหาร ออกกำลังกาย และ อารมณ์ ท่านสามารถปฏิบัติสิ่งต่อไปนี้ได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
17. คำนวณพลังงานที่ร่างกายได้รับจากการรับประทานอาหาร อาหารแต่ละมื้อ					
18. ประเมินความเหมาะสมของคุณค่าทางโภชนาการ และพลังงานที่ร่างกายได้รับกับปริมาณอาหารที่ รับประทาน					
19. วิเคราะห์ได้ว่าวิธีการออกกำลังกายตามภูมิปัญญา ท้องถิ่นชนิดใดส่งผลดีต่อสุขภาพและวิถีชีวิตของท่าน					
20. เปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย ของการออกกำลังกายแต่ ละประเภทที่เคยปฏิบัติ					



เลขที่โครงการวิจัย..... 027-1/60
วันที่รับรอง..... 30 ต.ค. 2561
วันหมดอายุ..... 29 ต.ค. 2562

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นานๆ ครั้ง (1)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (0)
21. วิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์ที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ					
22. ประเมินได้ว่าวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์ตามภูมิปัญญาชนิดใดที่เหมาะสมกับตัวท่าน					
3.4 การตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. (Apply) จำนวน 8 ข้อ					
เมื่อท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาหาร ออกกำลังกาย และ อารมณ์ ท่านสามารถปฏิบัติสิ่งต่อไปนี้ได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
23. เลือกซื้อ หรือบริโภคอาหารโดยคำนึงถึงคุณค่าและพลังงานที่ร่างกายจะได้รับสูงมากกว่าราคาถูก					
24. เลือกซื้อหรือบริโภคพืชผัก ผลไม้ที่หาได้ง่ายตามฤดูกาลและท้องถิ่น					
25. เลือกซื้อ หรือบริโภคอาหารที่ผลิตจากพื้นบ้าน หรือได้รับการยืนยันความปลอดภัยจากผู้ผลิต					
26. เลือกออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักโดยคำนึงเรื่องความชอบ เหมาะสมกับวัย และพลังงานที่ร่างกายจะต้องใช้					
27. เลือกวิธีออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ท่านสนใจมาปฏิบัติในชีวิตประจำวัน					



027-1/60
วันที่โครงการวิจัย 30 ต.ค. 2561
วันที่รับรอง 30 ต.ค. 2561
วันที่ลงนาม 29 ต.ค. 2562

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นานๆ ครั้ง (1)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (0)
28. ใช้วัสดุ อุปกรณ์ที่มีอยู่ตามพื้นบ้านหรือในท้องถิ่นมา เป็นอุปกรณ์ช่วยในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ					
29. เลือกวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์โดยคำนึงถึงความชอบ และเหมาะสมกับสภาพ ร่างกายของท่าน					
30. เลือกวิธีผ่อนคลายความตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์ ไปใช้หลังจากตรวจสอบความเชื่อถือได้แล้วจาก แหล่งข้อมูลต่างๆ					



027-1/60
วันที่รับรอง..... 30 ต.ค. 2561
วันหมดอายุ..... 29 ต.ค. 2562

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล

คำชี้แจง

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และ อารมณ์ จิตใจ) มีจำนวน 27 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้ปฏิบัติสิ่งต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด

ระดับ 1 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ

ระดับ 2 หมายถึง ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย 1 - 2 วัน/สัปดาห์

ระดับ 3 หมายถึง ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย 3 วัน/สัปดาห์

ระดับ 4 หมายถึง ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย 4 - 5 วัน/สัปดาห์

ระดับ 5 หมายถึง ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย 6 - 7 วัน/สัปดาห์

ลำดับ	ข้อปฏิบัติ	ระดับความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์				
		1	2	3	4	5
		ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติ 1 - 2 วัน/สัปดาห์	ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์	ปฏิบัติ 4 - 5 วัน/สัปดาห์	ปฏิบัติ 6 - 7 วัน/สัปดาห์
	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติ ดังนี้					
1.	วางแผนการรับประทานอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่นแต่ละวัน					
2.	รับประทานอาหารหวานเช่นขนมเค้ก ช็อคโกแลต ขนมหวาน ไอศกรีม และอื่นๆ					



วันที่โครงการวิจัย..... 027-1/60
 วันที่รับรอง..... 30 ต.ค. 2561
 หนนสอญ..... 29 ต.ค. 2562

51

ลำดับ	ข้อปฏิบัติ	ระดับความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์				
		1	2	3	4	5
		ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติ 1 - 2 วัน/สัปดาห์	ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์	ปฏิบัติ 4 - 5 วัน/สัปดาห์	ปฏิบัติ 6 - 7 วัน/สัปดาห์
3.	รับประทานผัก ผลไม้ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นรวมกัน ไม่น้อยกว่าครึ่งกิโลกรัม/วัน					
4.	รับประทานเนื้อสัตว์ ไข่ หรือถั่วเมล็ดแห้ง					
5.	ดื่มนม วันละ 1 - 2 แก้ว					
6.	รับประทานอาหารทอด เช่นลูกชิ้นทอด ไก่ทอด มันฝรั่งทอด ก๋วยเตี๋ยวทอด ปาท่องโก๋ทอด หรืออื่น ๆ					
7.	รับประทานน้ำตาลวันละไม่เกิน 6 ช้อนชา					
8.	รับประทานอาหารจานด่วน (ฟาสต์ฟู้ด) เช่น ข้าวราดแกง อาหารตามสั่ง แฮมเบอร์เกอร์ ไก่ทอด พิซซ่า เป็นต้น					
9.	รับประทานอาหารขยะ(จังก์ฟู้ด) ประเภทขนมกรุบกรอบเป็นถุง เช่น สาหร่าย ข้าวเกรียบ มันฝรั่งทอด เป็นต้น					
10.	รับประทานอาหารบุฟเฟต์ประเภทปิ้งย่าง					
11.	รับประทานผักพื้นบ้าน เช่นตำลึง ฟักทอง บวบ กระเพรา สะระแหน่ ตะไคร้ เป็นต้น					
12.	รับประทานผลไม้พื้นบ้าน เช่นกล้วย มะละกอ ละมุด พุทรา เป็นต้น					



027-1/60
 วันที่รับรอง... 30 ต.ค. 2561
 29 ต.ค. 2562
 วันหมดอายุ...

ลำดับ	ข้อปฏิบัติ	ระดับความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์				
		1	2	3	4	5
		ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติ 1 - 2 วัน/สัปดาห์	ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์	ปฏิบัติ 4 - 5 วัน/สัปดาห์	ปฏิบัติ 6 - 7 วัน/สัปดาห์
13.	ออกกำลังกายด้วยวิธี (โปรดระบุ).....ตามขั้นตอนของระยะอบอุ่นร่างกาย ระยะออกกำลังกาย และระยะผ่อนคลายเป็นประจำ					
14.	ออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่นด้วยวิธี (โปรดระบุ).....ไปเรื่อยๆโดยไม่มีระยะของการอบอุ่นร่างกาย หรือการผ่อนคลายเป็นประจำ					
15.	เลือกออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่นด้วยวิธี (โปรดระบุ).....โดยคำนึงถึงเรื่องระดับความหนักของการออกกำลังกาย(เล็กน้อย ,ปานกลาง , รุนแรง)					
16.	วางแผนออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและพลังงานที่จะได้รับ					
17.	ออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่นด้วยวิธี (โปรดระบุ).....จนรู้สึกเหนื่อย					
18.	ใช้เวลาส่วนใหญ่นั่งๆนอนๆมากกว่าการเคลื่อนไหวร่างกายหรือไปออกกำลังกาย					
19.	ออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่นด้วยวิธี (โปรดระบุ).....วันละไม่น้อยกว่า 30 นาที					



027-1/60
 วันที่โครงการวิจัย..... 30 ต.ค. 2561
 วันที่รับรอง..... 29 ต.ค. 2562
 หน่วยงาน.....

ลำดับ	ข้อปฏิบัติ	ระดับความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์				
		1	2	3	4	5
		ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติ 1 - 2 วัน/สัปดาห์	ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์	ปฏิบัติ 4 - 5 วัน/สัปดาห์	ปฏิบัติ 6 - 7 วัน/สัปดาห์
20.	ออกแรงโดยการเดิน ขึ้นลงบันได หรือทำความสะอาดห้องพัก วันละไม่น้อยกว่า 30 นาที					
21.	ใช้วัสดุต่างๆ ที่มีอยู่ เช่น เชือก หนังสาย เสื้อ และอื่นๆ มาดัดแปลงเป็นเครื่องช่วยในการออกกำลังกาย หรือไม่ใช้วัสดุ อุปกรณ์ช่วยเลยเช่นเดิน หรือวิ่งเพื่อสุขภาพ					
22.	นำวิธีการออกกำลังกายแบบภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการออกกำลังกาย เช่นรำไทย รำไม้พลอง และอื่นๆ					
23.	ผ่อนคลายความเครียดตามภูมิปัญญาท้องถิ่นด้วยวิธี (โปรดระบุ)..... ทุกครั้งที่ม่มีเรื่องไม่สบายใจ					
24.	เลือกการผ่อนคลายความเครียดตามภูมิปัญญาท้องถิ่นด้วยวิธี (โปรดระบุ).....โดยคำนึงถึงความสะดวก หรือความพอใจเป็นหลัก					
25.	ใช้สิ่งเสพติด เช่น บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือยานอนหลับเพื่อช่วยให้หายเครียด					
26.	เมื่อมีเรื่องเครียด ไม่สบายใจ จะสวดมนต์ภาวนา ขอพรต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ยึดถือ					



วันที่รับรอง..... 027-1/60
 วันที่รับรอง..... 30 ต.ค. 2561
 วันหมดอายุ..... 29 ต.ค. 2562

ลำดับ	ข้อปฏิบัติ	ระดับความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์				
		1	2	3	4	5
		ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติ 1 - 2 วัน/สัปดาห์	ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์	ปฏิบัติ 4 - 5 วัน/สัปดาห์	ปฏิบัติ 6 - 7 วัน/สัปดาห์
27.	นำวิธีการตามภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการผ่อนคลายความตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์ เช่น เล่นดนตรีไทย การเล่นพื้นบ้าน เป็นต้น					



027.1/60
วันที่รับรอง 30 ต.ค. 2561
วันหมดอายุ 29 ต.ค. 2562

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางเพยาร์ พงษ์ศักดิ์ชาติ
วัน เดือน ปี เกิด	27 มิถุนายน 2507
สถานที่เกิด	จังหวัดสระบุรี
วุฒิการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สระบุรี ปี พ.ศ.2529 หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ จาก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ.2536

