

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี  
อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

Development of a model for promoting participatory health literacy  
among village health volunteers in Ratchaburi Municipality, Mueang  
District, Ratchaburi Province.

พิมพ์ณรัตน์ ผุดผาด\*, จุฑารัตน์ พูนศิริ  
Pimnarun Phudphad, Jutarat Poonsiri  
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม, โรงพยาบาลราชบุรี  
Social Medicine Department, Ratchaburi Hospital

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Pimnarun Phudphad, E-mail: natphud@gmail.com)  
(Received: September 27, 2025; Revised: November 3, 2025; Accepted: December 20, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและความต้องการพัฒนาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ระหว่างวันที่ 29 พฤศจิกายน 2567 – 28 มิถุนายน 2568 ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่าง 198 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ "HEALTH-P Model" ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบกับกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และระยะที่ 4 ประเมินรูปแบบด้วยการสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัย พบว่า สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 63.98 โดยด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ร้อยละ 58.50 และ ด้านการบอกต่อข้อมูลสุขภาพ ร้อยละ 51.25 รูปแบบ HEALTH-P Model ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ H-การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ E-การประเมินข้อมูลสุขภาพ A-การประยุกต์ใช้ความรู้ L-การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ T-การฝึกอบรมและพัฒนาทักษะ H-การสื่อสารสุขภาพ และ P-การมีส่วนร่วม ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากระดับพอใช้ ( $M=76.63$ ,  $SD=6.25$ ) เป็นระดับดี ( $M=95.60$ ,  $SD=7.35$ ) และมีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจากระดับพอใช้ ( $M=39.76$ ,  $SD=3.03$ ) เป็นระดับดีมาก ( $M=48.03$ ,  $SD=5.46$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) สรุปได้ว่า รูปแบบ HEALTH-P มีประสิทธิผลในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อื่นๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ :** ความรู้ด้านสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การมีส่วนร่วม, พฤติกรรมสุขภาพ

## ABSTRACT

This research was a research and development project using a mixed methods research design. The objectives were to 1) study the health literacy situation and development needs of village health volunteers; 2) develop a participatory health literacy promotion model; and 3) examine the effectiveness of the developed model. The research was conducted in four phases from November 29, 2024, to June 28, 2025. Phase 1 studied the health literacy situation among a sample of 198 people; Phase 2 developed the "HEALTH-P Model" through participatory workshops; Phase 3 piloted the model with 30 experimental and 30 comparison group participants for 8 weeks; and Phase 4 evaluated the model through focus group discussions.

The research results revealed that the sample's overall health literacy status was at a fair level 63.98%. The lowest scores were in access to health information and services 58.50% and in health information sharing 51.25%. The developed HEALTH-P Model comprises seven components: H - Health Information Access, E - Health Information Assessment, A - Knowledge Application, L - Knowledge Exchange, T - Training and Skill Development, H - Health Communication, and P - Participation. After the experiment, the experimental group's health literacy increased from a fair level (M=76.63, SD=6.25) to a good level (M=95.60, SD=7.35) and their health behaviors increased from a fair level (M=39.76, SD=3.03) to a very good level (M=48.03, SD=5.46), with statistical significance ( $p < 0.001$ ). In conclusion, the HEALTH-P Model is effective in developing health literacy and health behaviors among village health volunteers. It can be applied to develop the potential of village health volunteers in other areas to promote sustainable community health.

In conclusion, the HEALTH-P Model effectively enhanced health literacy and health behaviors among VHVs. This model can be applied to develop VHV capacity in other areas for sustainable community health promotion.

**Keywords:** Health literacy, Village health volunteers, Participation, Health behavior

## บทนำ

การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นทักษะใหม่ที่สำคัญและจำเป็นในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพและส่งเสริมให้ประชาชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองเพื่อการดำรงรักษาสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนตามกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ วีเซฟ (V-shape) ทั้งนี้แบบจำลอง V-shape มี 6 องค์ประกอบคือ การเข้าถึง การเข้าใจ การได้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยนการตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ (วชิระ เฟ็งจันทร์ และ ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2560) มากกว่าสอนให้รู้แต่เปลี่ยนมาเป็นการสร้างทักษะให้รู้จักแสวงหา "เนื้อหา" หรือข้อมูลจากช่องทาง การเผยแพร่ต่างๆได้ จนสามารถแยกแยะข้อมูลที่เป็นจริง ข้อมูลที่เป็นจริงบางส่วนหรือข้อมูลที่ หลอกหลวงได้ และสามารถใช้อ้างอิงข้อมูลที่เป็นจริงสอดคล้องกับวิธีของตนเองไปประกอบการตัดสินใจ

แผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนำไปสู่สภาวะที่ดีเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี หรือ บริการสุขภาพ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรคใช้หวัดใหญ่ การคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การให้นมลูก การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

จากสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ทั่วประเทศ ในปี 2562 พบว่า คนไทยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพียงร้อยละ 65 และมีคนไทยเพียงร้อยละ 19.09 ที่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาในการประเมินและใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ (วิลม โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม, 2562) ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย ด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วนโดยให้คนไทยมีโอกาสร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำและร่วมรับผิดชอบโดยอาศัยกลไกการขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่ผ่าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในฐานะนักจัดการสุขภาพชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงสู่การดูแลสุขภาพตนเองในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไป (บรรณกร เสือสิงห์ และคณะ, 2562) นอกจากนี้การศึกษาของ (พิมพ์ฉวีรัตน์ ผุฒผาด, 2566) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองราชบุรีมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 64.67 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ต่ำกว่าร้อยละ 60 ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (ร้อยละ 58.50) และด้านการสื่อสารสุขภาพ (ร้อยละ 51.20) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติงานเป็น อสม. ( $p < 0.05$ ) ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงช่องว่างของความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ที่มีประสิทธิภาพ

การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในปัจจุบันมุ่งเน้นให้เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงสู่การดูแลสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน โดยใช้กลไกการขับเคลื่อนงานผ่านความร่วมมือของทุกภาคส่วน ภายใต้หลักการให้คนไทยมีโอกาสร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบ จากการสำรวจของ (กองสุศึกษา, 2565) พบว่า การดำเนินงานพัฒนา อสม. ยังคงมีความท้าทาย โดยเฉพาะในด้านการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ยังไม่เป็นระบบและต่อเนื่อง ส่งผลให้ อสม. ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและการสื่อสารสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่ซับซ้อน ไม่ใช่แค่การถ่ายทอดความรู้หรือทักษะเพียงด้านใดด้านหนึ่ง แต่จำเป็นต้องมีการบูรณาการความรู้ ทักษะ และความสามารถหลายด้านอย่างสมดุลและเชื่อมโยงกัน (Nutbeam, 2008) จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่มีประสิทธิผลควรเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของบุคคล (empowerment) มากกว่าการสั่งการหรือชี้แนะและควรเป็นการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่กิจกรรมที่จัดครั้งเดียวจบ (Palumbo, 2017) นอกจากนี้ กระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพควรเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายในการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผล เพื่อให้ได้รูปแบบที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของพื้นที่ และนำไปสู่การยอมรับและปฏิบัติได้จริง (Sorensen, 2020) รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ที่ผ่านมา ดำเนินการในลักษณะของการ

อบรมหรือการบรรยาย ที่เน้นการถ่ายทอดความรู้ทางเดียวจากวิทยากรสู่ผู้เข้าอบรม โดยจัดเป็นครั้งคราว และไม่ต่อเนื่อง การจัดกิจกรรมเน้นการให้ความรู้เชิงเนื้อหา มากกว่าการพัฒนาทักษะการปฏิบัติจริง

การบูรณาการแนวคิดการมีส่วนร่วมเข้ากับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ จะช่วยให้ได้รูปแบบที่ตอบสนองต่อความต้องการและบริบทของกลุ่มเป้าหมาย สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างยั่งยืน ตั้งแต่การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล การประยุกต์ใช้ความรู้ การสื่อสารสุขภาพ การตัดสินใจและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ต้องผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ อสม. มีบทบาทในการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผล ควบคู่ไปกับการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เทศบาลเมืองราชบุรี โดยมุ่งหวังให้เกิดต้นแบบการพัฒนา อสม.รอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยบูรณาการวิธีการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้านและนำไปสู่รูปแบบการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทอย่างแท้จริง ผลการวิจัยที่ได้จะช่วยเติมเต็มองค์ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

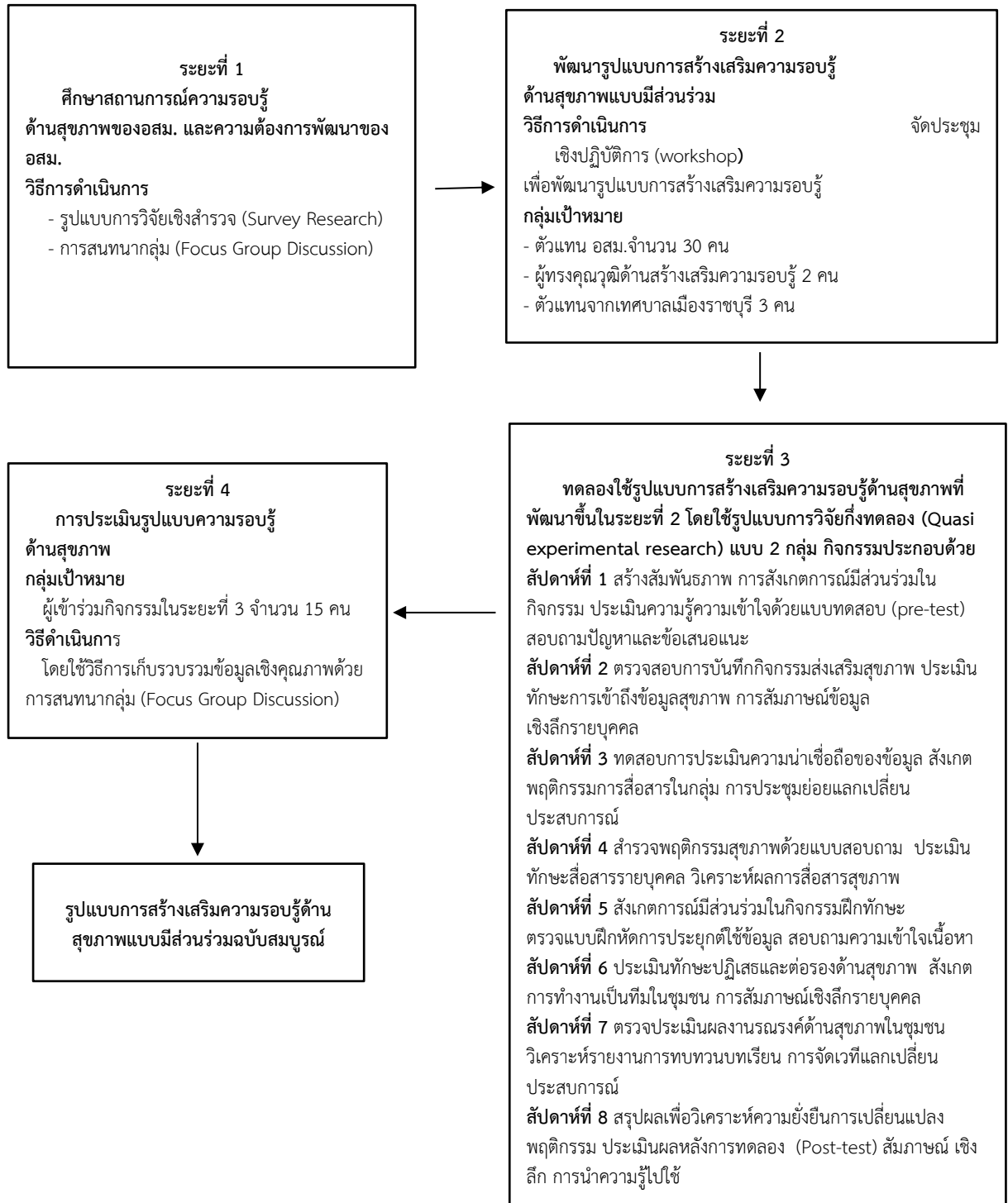
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและความต้องการพัฒนาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี

## สมมติฐานของการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ (Nutbeam ,2008) และ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข,2560) มาเป็นกรอบในการสร้างและพัฒนาให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและความต้องการพัฒนาเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและความต้องการพัฒนาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) แบบมีส่วนร่วม จำนวน 2 ครั้ง เพื่อระดมความคิดเห็นและพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และ ผู้แทนจากเทศบาลเมืองราชบุรี

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ระยะเวลา 8 สัปดาห์ และเปรียบเทียบผลกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพัฒนาตามปกติ

ระยะที่ 4 การประเมินรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประสิทธิผลของรูปแบบ รวมถึงรวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงรูปแบบให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและความต้องการพัฒนาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี อำเภอเมืองจังหวัดราชบุรี จำนวนทั้งสิ้น 287 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ (Krejcie and Morgan, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 165 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมเป็น 198 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เทศบาลเมืองราชบุรีมาไม่น้อยกว่า 1 ปี มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ ตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสารหรือความเข้าใจที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถาม

สำหรับการศึกษาความต้องการพัฒนา ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยคัดเลือกตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 30 คน ด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากผู้ที่มีประสบการณ์และสามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

## ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

ใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อระดมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวนทั้งสิ้น 35 คน ประกอบด้วย ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 30 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจำนวน 2 คน และผู้แทนจากเทศบาลเมืองราชบุรี จำนวน 3 คน การคัดเลือกใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยพิจารณาจากความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ และความเกี่ยวข้องกับงานพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลและข้อเสนอแนะที่มีคุณภาพและนำไปสู่การพัฒนารูปแบบที่มีประสิทธิภาพ

## ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาในระยะที่ 2

ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) โดยมีประชากรเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองราชบุรีจำนวน 287 คน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G\*Power ที่ระดับอำนาจการทดสอบ 0.8 ค่าขนาดอิทธิพล 0.8 และระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Dropout) ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 15 รวมเป็นกลุ่มละ 30 คน ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองราชบุรีมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่กำหนดได้ครบถ้วน สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ มีปัญหาสุขภาพหรือความบกพร่องที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่กำหนด เช่น มีความพิการทางกายหรือทางสติปัญญา มีภาวะสุขภาพไม่แข็งแรง ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่กำหนดได้อย่างต่อเนื่องหรือครบถ้วน เช่น ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมเกินร้อยละ 20 ของระยะเวลาทั้งหมด มีแผนย้ายที่อยู่หรือลาออกจากการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยหรือขอลงนามตัวออกจากกรวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วเสร็จ

## ระยะที่ 4 การประเมินรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มทดลองในระยะที่ 3 จำนวน 15 คน คัดเลือกด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยพิจารณาจากผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนืองและสามารถให้ข้อมูลสะท้อนผลการใช้รูปแบบได้เป็นอย่างดี

## เครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้

### ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความต้องการพัฒนา

1.1 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ปรับปรุงจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุศึกษา,2563) แบ่งเป็น 3 ตอน จำนวน 41 ข้อ ดังนี้

**ตอนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และ อาชีพ

**ตอนที่ 2** แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้านคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (4 ข้อ) คะแนนเต็ม 20 คะแนน ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (4 ข้อ) คะแนนเต็ม 20 คะแนน ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ (4 ข้อ) คะแนนเต็ม 20 คะแนน ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ (4 ข้อ) คะแนนเต็ม 20 คะแนน ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง (4 ข้อ) คะแนนเต็ม 20 คะแนน ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ (4 ข้อ) คะแนนเต็ม 20 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 120 คะแนน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณ (Rating scale) ค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ น้อยที่สุด 1 คะแนน น้อย 2 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน มาก 4 คะแนน มากที่สุด 5 คะแนน เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 4 ระดับ คะแนนความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน มีความรู้ด้านสุขภาพ < 60 % (< 12 คะแนน) ไม่ดี  $\geq 60 - < 70\%$  (12-13 คะแนน) พอใช้  $\geq 70 - < 80\%$  (14-15 คะแนน) ดี  $\geq 80\%$  ( $\geq 16$  คะแนน) ดีมาก ส่วนระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม มีความรู้ด้านสุขภาพ < 60 % (< 72 คะแนน) ไม่ดี  $\geq 60 - < 70\%$  (72-83 คะแนน) พอใช้  $\geq 70 - < 80\%$  (84-95 คะแนน) ดี  $\geq 80\%$  ( $\geq 96$  คะแนน) ดีมาก

**ตอนที่ 3** แบบแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส) จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ด้านอาหาร (3 ข้อ) คะแนนเต็ม 15 คะแนน ด้านออกกำลังกาย (3 ข้อ) คะแนนเต็ม 15 คะแนน ด้านการจัดการความเครียด (2 ข้อ) คะแนนเต็ม 10 คะแนน ด้านสูบบุหรี่ (2 ข้อ) คะแนนเต็ม 10 คะแนน ด้านสุรา/แอลกอฮอล์ (2 ข้อ) คะแนนเต็ม 10 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 60 คะแนน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณ (Rating scale) ค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก ไม่ได้ปฏิบัติ 1 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ 2 คะแนน ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ 3 คะแนน ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์ 4 คะแนน ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ 5 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ไม่ได้ปฏิบัติ 5 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ 4 คะแนน ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ 3 คะแนน ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์ 2 คะแนน ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผล มีเกณฑ์ในการจำแนกระดับคะแนนตามองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ระดับ มีพฤติกรรมสุขภาพ < 60 % (< 36 คะแนน) ไม่ดี  $\geq 60 - < 70\%$  (36-41 คะแนน) พอใช้  $\geq 70 - < 80\%$  (42-47 คะแนน) ดี  $\geq 80\%$  ( $\geq 48$  คะแนน) ดีมาก

1.2 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประเด็นคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ ความต้องการและความคาดหวังในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและด้านการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการประสานงานและด้านเทคโนโลยีในการดำเนินงาน

### ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

เป็นแบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย : วัน เวลา สถานที่ และรายชื่อผู้เข้าร่วมประเด็นการระดมความคิดเห็น สรุปผลการระดมความคิดเห็นในแต่ละประเด็น ข้อเสนอแนะและข้อสรุป ที่ได้จากการประชุม

### ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

#### 3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือในการทดลอง คือ รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พัฒนาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy ของ

(Nutbeam ,2008) และแนวคิด Health Literacy ของกรมอนามัย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ,2560) ระยะเวลาในการทดลอง จำนวน 8 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการสำคัญและองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ โดยบรรยายให้ความรู้ อภิปรายกลุ่ม และทำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนการทดลอง (pre-test)

**สัปดาห์ที่ 2 -3** ทักษะการเข้าถึง ประเมินและประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถค้นหาและเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือ สามารถประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ นำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองและชุมชน สาธิตและยกตัวอย่าง ฝึกปฏิบัติการค้นหาข้อมูลสุขภาพ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนความคิด

**สัปดาห์ที่ 4-6** ทักษะการสื่อสารสุขภาพ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถสรุปใจความสำคัญของข้อมูลสุขภาพ สามารถถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพให้เข้าใจง่าย ใช้เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย สาธิตเทคนิคการสื่อสาร จำลองสถานการณ์ ฝึกทักษะการสื่อสารรายบุคคลและกลุ่ม การสะท้อนความคิด

**สัปดาห์ที่ 7-8** นำเสนอผลงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้นำเสนอการประยุกต์ความรู้และทักษะจากโปรแกรมสู่การปฏิบัติจริง และได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนการเรียนรู้ เสนอแนวทางการพัฒนา นำเสนอผลงาน อภิปรายกลุ่มและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลอง (post-test)

### 3.2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ (กองสุศึกษา,2563) แบ่งเป็น 3 ตอน จำนวน 41 ข้อ ดังนี้

**ตอนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และลักษณะงานหลักหรืออาชีพ

**ตอนที่ 2** แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้านคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (4 ข้อ) คะแนนเต็ม 20 คะแนน ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (4 ข้อ) คะแนนเต็ม 20 คะแนน ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ (4 ข้อ) คะแนนเต็ม 20 คะแนน ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ (4 ข้อ) คะแนนเต็ม 20 คะแนน ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง (4 ข้อ) คะแนนเต็ม 20 คะแนน ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ (4 ข้อ) คะแนนเต็ม 20 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 120 คะแนน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณ (Rating scale) ค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ น้อยที่สุด 1 คะแนน น้อย 2 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน มาก 4 คะแนน มากที่สุด 5 คะแนน เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 4 ระดับ คะแนนความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน มีความรู้ด้านสุขภาพ < 60 % (< 12 คะแนน) ไม่ดี  $\geq 60 - < 70\%$  (12-13 คะแนน) พอใช้  $\geq 70 - < 80\%$  (14-15 คะแนน) ดี  $\geq 80\%$  ( $\geq 16$  คะแนน) ดีมาก ส่วนระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม มีความรู้ด้านสุขภาพ < 60 % (< 72 คะแนน) ไม่ดี  $\geq 60 - < 70\%$  (72-83 คะแนน) พอใช้  $\geq 70 - < 80\%$  (84-95 คะแนน) ดี  $\geq 80\%$  ( $\geq 96$  คะแนน) ดีมาก

**ตอนที่ 3** แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ด้านอาหาร (3 ข้อ) คะแนนเต็ม 15 คะแนน ด้านออกกำลังกาย (3 ข้อ) คะแนนเต็ม 15 คะแนน ด้านการจัดการความเครียด (2 ข้อ) คะแนน

เต็ม 10 คะแนน ด้านสุขบุหรี (2 ข้อ) คะแนนเต็ม 10 คะแนน ด้านสุรา/แอลกอฮอล์ (2 ข้อ) คะแนนเต็ม 10 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 60 คะแนน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก ไม่ได้ปฏิบัติ 1 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ 2 คะแนน ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ 3 คะแนน ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์ 4 คะแนน ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ 5 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ไม่ได้ปฏิบัติ 5 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ 4 คะแนน ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ 3 คะแนน ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์ 2 คะแนน ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผล มีเกณฑ์ในการจำแนกระดับคะแนนตามองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ มีพฤติกรรมสุขภาพ < 60 % (< 36 คะแนน) ไม้ดี  $\geq 60$  - < 70% (36-41 คะแนน) พอใช้  $\geq 70$  - < 80% (42-47 คะแนน) ดี  $\geq 80$  % ( $\geq 48$  คะแนน) ดีมาก

#### ระยะที่ 4 การประเมินรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มเพื่อประเมินรูปแบบ ประกอบด้วยประเด็นความคิดเห็นต่อรูปแบบและกิจกรรมการเรียนรู้ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงรูปแบบและแนวทางการขยายผลและความยั่งยืน

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ด้านพฤติกรรมศาสตร์ และด้านการส่งเสริมสุขภาพ ทำการตรวจสอบด้านเนื้อหาและความเหมาะสมในการใช้ภาษา พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00

#### 2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามสำหรับศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างของเทศบาลเมืองบ้านโป่ง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัย จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ของแบบสอบถามสำหรับศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เท่ากับ 0.85 ด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เท่ากับ 0.83 ด้านการโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ เท่ากับ 0.74 ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เท่ากับ 0.89 ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เท่ากับ 0.75 และด้านการบอกต่อข้อมูลสุขภาพ เท่ากับ 0.90 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. เท่ากับ 0.79

ระยะที่ 3 ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างของเทศบาลเมืองโพธาราม ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัย จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เท่ากับ 0.83 ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ เท่ากับ 0.87 ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ เท่ากับ 0.83 ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.71 ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.78 ด้านการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เท่ากับ 0.89 และ ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.72 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. เท่ากับ 0.74

3. การปรับปรุงเครื่องมือ นำผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือมาปรับปรุงข้อคำถามให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนนำไปใช้จริงในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ขั้นตอนเตรียมการ

1. หลังจากการผ่านอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชบุรี ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายกเทศมนตรีเมืองราชบุรี เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยประสานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อประสานงานและขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมในการวิจัย
3. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์อธิบายกิจกรรมในทุกขั้นตอนของการวิจัยอย่างละเอียด ตลอดจนการเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งตลอดระยะเวลาในการดำเนินการจนสิ้นสุดโครงการ ชี้แจงรายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิ์และให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์

#### ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยการใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และข้อมูลเชิงคุณภาพนำไปใช้ในการออกแบบรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

ระยะที่ 2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 ครั้ง เพื่อออกแบบและพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี โดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 ร่วมกับข้อเสนอแนะความต้องการ จากการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 จากนั้นผู้วิจัยทำการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อยกร่างรูปแบบก่อนนำเข้าไปประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 เพื่อรับรองร่างรูปแบบก่อนนำไปทดลองใช้ในระยะเวลาที่ 3 ต่อไป

ระยะที่ 3 ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบ โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทำการวัดก่อนการทดลอง จากนั้นให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นเวลา 8 สัปดาห์

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่เทศบาลเมืองโพธาราม เพื่อนัดให้ทำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. (Pre-test) พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลทางสุขภาพในสัปดาห์ที่ 1 กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการบริการตามปกติ โดยให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส คือ อ.อาหาร แนะนำการรับประทานอาหารลด หวาน มัน เค็ม อ.ออกกำลังกาย แนะนำการออกกำลังกายวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน อ.อารมณ์ แนะนำการผ่อนคลายความเครียดและการทำจิตใจให้สงบ ส.สูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และ ส.สุรา หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย แนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง และแนะนำการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนเชื่อมโยงกับคลินิก D-PAC (คลินิกไร้พุง) ในสถานบริการเป็นรายบุคคลตามความสมัครใจ และนัดมาทำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. อีกครั้ง (Post-test) พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลทางสุขภาพใน

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยดำเนินการจัดโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองและมอบคู่มือการดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตาม 3อ. 2ส.

ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบ โดยจัดสนทนากลุ่มกับตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน เพื่อรับฟังความคิดเห็นและประสบการณ์หลังใช้รูปแบบนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาพร้อมกับผลการวิเคราะห์เชิงสถิติในระยะที่ 3 เป็นแนวทางในการปรับปรุงรูปแบบให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยสถิติทดสอบค่าที (Paired t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

### จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี เลขที่โครงการวิจัย RBHEC 062/67 ลงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2567

### ผลการวิจัย

**ระยะที่ 1 สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและความต้องการพัฒนาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**

ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 198 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.8 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 36.9 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 26.8 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 32.3 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5-10 ปี ร้อยละ 36.4 ด้านความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 63.98 โดยด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ร้อยละ 58.50 และด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ร้อยละ 51.25 ซึ่งอยู่ในระดับไม่ดี ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 69.65 โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือ ด้านการไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 82.60 ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 60.80

ความต้องการพัฒนาที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่มกับตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน พบความต้องการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพใน 5 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ต้องการทักษะในการค้นหาข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล โดยเฉพาะการแยกแยะข้อมูลที่ถูกต้องจากโซเชียลมีเดีย 2) ด้านการสื่อสารและการบอกต่อ ต้องการเทคนิคการถ่ายทอดข้อมูลให้เข้าใจง่ายและการปรับวิธีการสื่อสารให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ 3) ด้านการจัดการตนเองและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ต้องการความรู้และแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองให้เป็นแบบอย่างที่ดี โดยเฉพาะการออกกำลังกายและการจัดการความเครียด 4) ด้านการประสานงานกับหน่วยงาน ต้องการทักษะการเขียนรายงาน การบันทึกข้อมูล และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ 5) ด้านการใช้เทคโนโลยีในการทำงาน ต้องการความรู้ในการใช้สมาร์ตโฟน แอปพลิเคชัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน โดยความต้องการที่มีความสำคัญสูงสุดคือด้านการสื่อสารและการบอกต่อ รองลงมาคือด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงปริมาณที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนต่ำในด้านเหล่านี้

## ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและความต้องการพัฒนาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระยะที่ 1 นำมาสู่ระยะที่ 2 คือ การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี ที่เรียกว่า "HEALTH-P Model" ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้ H (Health Information Access) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ E (Evaluation of Health Information) การประเมินข้อมูลสุขภาพ A (Application of Knowledge) การประยุกต์ใช้ความรู้ L (Learning Exchange) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ T (Training and Skill Development) การฝึกอบรมและพัฒนาทักษะ H (Health Communication) การสื่อสารสุขภาพ P (Participation) การมีส่วนร่วม

รูปแบบ HEALTH-P ได้ถูกนำมาออกแบบเป็นโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์

ระยะที่ 3 ผลการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

3.1 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนได้รับโปรแกรม (n=30)			หลังได้รับโปรแกรม (n=30)			Mean diff	95% CI	t	P-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ				
1.ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	13.40	1.92	พอใช้	16.06	1.65	ดีมาก	2.66	2.01-3.31	8.35	<0.001***
2. ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	13.30	1.72	พอใช้	15.26	1.72	ดี	1.96	1.09-2.83	4.63	<0.001***
3. ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจ	11.90	1.21	ไม่ดี	16.46	1.90	ดีมาก	4.56	3.68-5.44	10.60	<0.001***
4. ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ	11.86	1.75	ไม่ดี	15.40	1.71	ดี	3.53	2.71-4.35	8.82	<0.001***
5. ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง	13.00	1.81	พอใช้	16.23	1.69	ดีมาก	3.23	2.36-4.10	7.60	<0.001***
6. ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ	13.16	1.74	พอใช้	16.16	1.98	ดีมาก	3.00	2.11-3.88	6.95	<0.001***
ภาพรวม	76.63	6.25	พอใช้	95.60	7.35	ดี	18.96	15.74-22.19	12.02	<0.001***

\*p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี (M = 95.60, S.D.=7.35) สูงกว่าก่อนการทดลองซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ (M = 76.63, S.D.= 6.25) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

**3.2 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ**  
**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)			Mean diff	95% CI	t	P-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ				
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	16.06	1.65	ดีมาก	12.80	2.09	พอใช้	3.26	2.29-4.24	6.70	<0.001***
2. ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	15.26	1.72	ดี	13.63	2.12	พอใช้	1.63	0.63-2.63	3.27	<0.001***
3. ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจ	15.80	2.56	ดี	12.26	2.27	พอใช้	3.53	2.28-4.78	5.64	<0.001***
4. ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ	15.40	1.71	ดี	11.30	1.64	ไม่ดี	4.10	3.23-4.96	9.45	<0.001***
5. ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง	16.23	1.69	ดีมาก	13.13	2.96	พอใช้	3.10	1.84-4.35	4.96	<0.001***
6. ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ	16.16	1.98	ดีมาก	12.86	2.30	พอใช้	3.30	2.18-4.41	5.95	<0.001***
ภาพรวม	94.93	7.48	ดี	76.00	7.32	พอใช้	18.93	15.10-22.7	9.89	<0.001***

\*p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี ( $M = 94.93$ ,  $S.D.=7.48$ ) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ ( $M = 76.00$ ,  $S.D.=7.32$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

**3.3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง**

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนได้รับโปรแกรม (n=30)			หลังได้รับโปรแกรม (n=30)			Mean diff	95% CI	t	P-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ				
ภาพรวม	39.76	3.03	พอใช้	48.03	5.46	ดีมาก	8.26	6.37-10.16	8.91	<0.001***

\*p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมาก ( $M = 48.03$ ,  $S.D. = 5.46$ ) และสูงกว่าก่อนทดลองซึ่งมีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ( $M = 39.76$ ,  $S.D. = 3.03$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

### 3.4 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

#### ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)			Mean diff	95% CI	t	P-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ				
ภาพรวม	48.03	5.46	ดีมาก	42.80	3.52	ดี	5.23	2.85-7.60	4.40	<0.001***

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

จากตารางที่ 4 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมาก ( $M = 48.03$ ,  $S.D. = 5.46$ ) และ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ( $M = 42.80$ ,  $S.D. = 3.52$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

#### ระยะที่ 4 การประเมินรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

การประเมินรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม "HEALTH-P Model" ผลการประเมินดังนี้ ผู้เข้าร่วมแสดงความพึงพอใจต่อรูปแบบ HEALTH-P 3 ประการ ได้แก่ 1) การเน้นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของโปรแกรมร่วมกัน 2) การจัดลำดับเนื้อหาอย่างเป็นระบบและเข้าใจง่าย 3) การใช้กิจกรรมที่หลากหลายและเน้นการฝึกปฏิบัติจริง และได้พัฒนาทักษะสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ทักษะการค้นหาและประเมินข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสารสุขภาพ ทักษะการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) รูปแบบนี้มีความเหมาะสมกับบริบทของ อสม. เนื่องจากออกแบบโดยคำนึงถึงบทบาทและการทำงานจริง ใช้วิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีความยืดหยุ่นและเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพในพื้นที่ ดังคำกล่าวของผู้เข้าร่วมที่ว่า "รูปแบบนี้เหมาะสมกับ อสม. มาก เพราะออกแบบ โดยคำนึงถึงบทบาทและการทำงานจริงของ อสม. กิจกรรมต่างๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ทันที" (อสม. หญิง, 52 ปี)

#### อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เป็นการวิจัยและพัฒนาที่ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน ดำเนินการใน 4 ระยะ เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

##### 1. สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 63.98 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (พิมพ์ฉวีรัตน์ ผุดผาด, 2566) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับ

ปานกลาง คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 64.67 และสอดคล้องกับการสำรวจของ (วิลล โรมา และ สายชล คล้อยเอี่ยม,2562) พบว่า คนไทยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพียงร้อยละ 65 ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับพอใช้นี้ สะท้อนให้เห็นว่าแม้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพในชุมชน แต่ยังมีช่องว่างที่ต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม โดยเฉพาะในยุคที่ข้อมูลสุขภาพมีความซับซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับแนวคิดของ (Nutbeam,2008) ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ใช่แค่ความรู้แต่เป็นชุดของทักษะที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่วนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 69.65 โดยเฉพาะด้านการไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 84.60 และด้านการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 74.70 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความตระหนักในการเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ (กองสุขศึกษา, 2556) ที่เสนอว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อเป็นต้นแบบให้แก่ประชาชนในชุมชน อย่างไรก็ตามด้านการออกกำลังกายมีคะแนนต่ำที่สุด ร้อยละ 65.67 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายของการส่งเสริมการออกกำลังกาย ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านเวลา ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน หรือการขาดความรู้และทักษะในการออกกำลังกายที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ (ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง และคณะ,2562) ที่พบว่าการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีข้อจำกัดและต้องได้รับการส่งเสริมอย่างเหมาะสม

ความต้องการพัฒนาที่ได้จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสารสุขภาพ และทักษะการจัดการตนเองและการให้คำแนะนำแก่ประชาชน สะท้อนให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความตระหนักถึงความจำเป็นในการพัฒนาทักษะเหล่านี้ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ (Sorensen,2020) ที่เสนอว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความเท่าเทียมด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

## 2. การพัฒนารูปแบบ HEALTH-P Model

รูปแบบ HEALTH-P Model ที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเด่นคือการบูรณาการแนวคิดการมีส่วนร่วมเข้ากับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ HEALTH-P รวม 7 ด้าน ได้แก่ H (Health Information Access) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ E (Evaluation of Health Information) การประเมินข้อมูลสุขภาพ A (Application of Knowledge) การประยุกต์ใช้ความรู้ L (Learning Exchange) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ T (Training and Skill Development) การฝึกอบรมและพัฒนาทักษะ H (Health Communication) การสื่อสารสุขภาพ และ P (Participation) การมีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ (Sorensen et al.,2012) ที่เสนอว่าการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญของการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน รูปแบบนี้มีจุดแข็งคือความครอบคลุมทุกมิติของความรู้ด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ Nutbeam (2008) และกรมอนามัย (2560) เน้นการปฏิบัติจริงมากกว่าทฤษฎี ซึ่งสอดคล้องกับ Batterham et al. (2016) ที่เสนอว่าการพัฒนาที่มีประสิทธิผลต้องเน้นการปฏิบัติ ยืดหยุ่น สามารถปรับให้เหมาะสมกับบริบทที่แตกต่างกัน และการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้สำหรับการทำงานด้านสุขภาพชุมชนต่อไป การใช้ตัวย่อ HEALTH-P ที่จดจำง่าย และ การใช้กิจกรรมที่หลากหลายตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลและการสื่อสารสุขภาพที่มีคะแนนต่ำในระยะที่ 1 ซึ่งหลังการทดลองพบว่าคะแนนทั้งสองด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

แสดงให้เห็นว่ารูปแบบนี้สามารถตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาที่แท้จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 3. ประสิทธิภาพของรูปแบบในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากระดับพอใช้ ( $M=76.63$ ,  $SD=6.25$ ) เป็นระดับดี ( $M=95.60$ ,  $SD=7.35$ ) และมีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจากระดับพอใช้ ( $M=39.76$ ,  $SD=3.03$ ) เป็นระดับดีมาก ( $M=48.03$ ,  $SD=5.46$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (ชลลดา งามสำโรง และ ญัฐวดี กกกระโทก, 2566) ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ (Berkman et al., 2011) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลลัพธ์สุขภาพที่ดี การที่พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นตามความรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ (Batterham et al., 2016) ที่เสนอว่าการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพและปรับปรุงบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### 4. ความเหมาะสมของรูปแบบกับบริบทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการประเมินรูปแบบจากการสนทนากลุ่มพบว่า รูปแบบ HEALTH-P Model มีความเหมาะสมกับบริบทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน 3 ประการ ได้แก่ (1) การออกแบบโดยคำนึงถึงบทบาทและการทำงานจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้กิจกรรมต่างๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ทันที ซึ่งสอดคล้องกับ (Sorensen, 2020) ที่เสนอว่าการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต้องคำนึงถึงบริบทและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ (2) การใช้วิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสอดคล้องกับวิธีการทำงานที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคุ้นเคย เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำงานแบบมีส่วนร่วมกับชุมชนอยู่แล้ว การนำหลักการนี้มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพจึงเป็นการต่อยอดจากประสบการณ์เดิม (3) ความยืดหยุ่นของรูปแบบเอื้อให้สามารถปรับใช้ได้กับความหลากหลายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งด้านอายุ การศึกษา และประสบการณ์ และการเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพในพื้นที่ ทำให้การทำงานบูรณาการเข้ากับโครงสร้างสาธารณสุขที่มีอยู่ได้อย่างกลมกลืน การที่ผู้เข้าร่วมแสดงความพึงพอใจต่อรูปแบบ HEALTH-P Model โดยเฉพาะในประเด็นการเน้นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของโปรแกรมร่วมกัน สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของแนวคิดการมีส่วนร่วม (Participatory Approach) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืน นอกจากนี้ การจัดลำดับเนื้อหาอย่างเป็นระบบและเข้าใจง่าย รวมถึงการใช้กิจกรรมที่หลากหลายและเน้นการฝึกปฏิบัติจริง ช่วยให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพและน่าสนใจ ไม่น่าเบื่อ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้ผู้เข้าร่วมคงอยู่ในโปรแกรมจนครบถ้วน การที่รูปแบบ HEALTH-P Model ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ในการดำเนินการ สอดคล้องกับ (อำนาจ เนียมหมื่นไวย, 2562) ที่พบว่าระยะเวลา 8 สัปดาห์เป็นระยะเวลาที่เหมาะสมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่เพียงพอต่อการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ แต่ไม่ยาวนานจนเกินไปจนทำให้ผู้เข้าร่วมเกิดความเบื่อหน่ายหรือไม่สามารถเข้าร่วมได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมที่หลากหลายและเน้นการฝึกปฏิบัติจริง ช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้ทันที ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืนต่อไป

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำรูปแบบ HEALTH-P Model ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อื่นๆ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของแต่ละพื้นที่
2. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทุกขั้นตอนของการพัฒนา เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและนำไปสู่การปฏิบัติอย่างยั่งยืน
3. ควรมีการจัดกิจกรรมกระตุ้นและติดตามผลอย่างต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อให้เกิดระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ติดตามประสิทธิผลของรูปแบบ HEALTH-P Model ในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
2. เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมกับรูปแบบอื่นๆ เพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### References

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ(NCDs)*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุक्षศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: นิเวศรรวมดาการพิมพ์.
- กองสุक्षศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือ อสม. มีอาชีพ*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แนวคิดหลักการขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ*. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุक्षศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุक्षศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุक्षศึกษา. (2565). *สรุปผลการประเมินศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2565*. กระทรวงสาธารณสุข.
- ชลลดา งอนสำโรง และ ณัฐวุฒิ กกกระโทก. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 53 (2) : 245-258.
- ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง, สุภาพร ใจดี และ วิไลวรรณ ทองคำ. (2562). พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37 (3) : 112-120.

- บรรณกร เสือสิงห์, รุ่งพิทยา คณะช่าง, พงศ์พิชญ บัญดา และ อรุณี เสือสิงห์. (2562). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์*. สืบค้นจาก <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th>.
- พิมพ์ฉวีรัตน์ ผุดผาด. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดราชบุรี. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม*, 4(1) : 74-87.
- วชิระ เพ็งจันทร์ และ ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. (2560). *แนวคิดหลักการขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.).
- วิมล โรมา และ สายชล คล้อยเอี่ยม. (2562). *รายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562*. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อำนาจ เนียมหมื่นไวย. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้กจัดการสุขภาพชุมชนอำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 4(2) :78-92.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Lowhealth literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Batterham, R. W., Hawkins, M., Collins, P. A., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2016). Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*, 132, 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.01.001>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). *Determining sample size for research activities*. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67 (12), 2072 -2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Palumbo R. (2017). Examining the impacts of health literacy on healthcare costs. An evidence synthesis. *Health Services Management Research*, 30(4):197-212. <https://doi:10.1177/0951484817733366>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>



Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(80). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>