



ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จังหวัดสุโขทัย



ทรรศนีย์ บุญมัน

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ปีการศึกษา 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
จังหวัดสุโขทัย



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชา-  
ปีการศึกษา 2564  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย"  
ของ ทรรศนีย์ บุญมัน  
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา-

**คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์**

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์  
(ดร.นิภา มหาราชพงศ์)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ กীরติสิโรจน์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์)

**อนุมัติ**

.....  
(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มุณีสว่าง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย
ผู้วิจัย	ทรรศนีย์ บุญมัน
สถานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรวรรณ กীরตสิโรจน์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชา-, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2564
คำสำคัญ	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ อสม. ในจังหวัดสุโขทัย 9 อำเภอ จำนวน 416 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความสามารถส่วนบุคคล การปฏิบัติงานเป็น อสม. และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า อสม.ส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ( $p\text{-value} < 0.001$ ,  $\beta = 0.606$ ) การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. ( $p\text{-value} < 0.001$ ,  $\beta = 0.253$ ) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ( $p\text{-value} < 0.001$ ,  $\beta = 0.202$ ) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ( $p\text{-value} < 0.001$ ,  $\beta = 0.046$ ) จากผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาต่อยอดในการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ อสม. เพื่อให้มีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนรวมถึงการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชนต่อไป

<b>Title</b>	FACTORS AFFECTING TO HEALTH LITERACY AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN SUKHOThAI PROVINCE.
<b>Author</b>	TATSANEE BOONMUN
<b>Advisor</b>	Assistant Professor Orawan Keeratisiroj, Ph.D.
<b>Academic Paper</b>	M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2021
<b>Keywords</b>	Health Literacy, Village Health Volunteer

### ABSTRACT

This research aimed to study the factors affecting the health literacy of village health volunteers (VHV), Sukhothai Province. The sample in this study was 416 volunteers in 9 districts of Sukhothai Province. The research tools were a questionnaires 4 parts: general information, personal abilities, village health volunteers work and health literacy which has been verified for content validity and reliability. The statistics were used for data analysis including number, percentage, mean, standard deviation, median, maximum, minimum, and multiple linear regression analysis.

The results of the study showed that most of the volunteers had good knowledge of health. The factors affecting the health literacy of the village health volunteers were statistically significant at the level 0.05, namely working motivation (p-value < 0.001,  $\beta$  = 0.606), recognition of volunteer roles and duties (p-value < 0.001,  $\beta$  = 0.253), social support (p-value < 0.001,  $\beta$  = 0.202) and average monthly income (p-value < 0.001,  $\beta$  = 0.046). The results of this study could be used for further development of the health literacy promotion program. To be ready to perform duties in the community, including the transfer of knowledge to the people in the future.

## ประกาศคุณูปการ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำอย่างดี  
ยิ่งจากอาจารย์ปิยนุช ยอดสมสววย คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ให้  
คำแนะนำและให้การช่วยเหลือ ขอขอบคุณ นายแพทย์ ดร.ปองพล วรปาณี นายแพทย์สาธารณสุข  
จังหวัดสุโขทัย และว่าที่ร้อยตรี ยุทธนา แยมคาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ที่ให้คำปรึกษา  
และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย และขอขอบคุณ อสม. จังหวัดสุโขทัยที่ให้ข้อมูลในการ  
ตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณ ผศ.ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิมิวงษ์ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ช่วยให้คำแนะนำด้านเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และสุดท้ายขอขอบคุณ ผู้ช่วย  
ศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ กิรติสิโรจน์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำปรึกษาอย่างดียิ่งตลอด  
มา ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ทรรศนีย์ บุญมัน

## สารบัญ

## หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย .....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	ง
ประกาศคุณูปการ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ณ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
จุดมุ่งหมายของการวิจัย .....	5
ขอบเขตของงานวิจัย .....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
สมมติฐานของการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่ได้รับ .....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน .....	10
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ .....	17
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ .....	24
เครื่องมือเกี่ยวกับการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ .....	29
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ .....	33

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้บทบาท อสม. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม .....	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	45
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	51
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
รูปแบบการวิจัย .....	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	52
เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) .....	55
เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) .....	55
เกณฑ์การถอดถอน (Discontinuation criteria) .....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	56
วิธีการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....	62
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	64
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	65
บทที่ 4 ผลการวิจัย .....	66
ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง .....	67
ส่วนที่ 2 ความสามารถส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง .....	70
ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน .....	71
ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง .....	77
ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) .....	88
บทที่ 5 บทสรุป .....	94
ส่วนที่ 1 สรุปผลการวิจัย .....	94
ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย .....	99
ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ .....	107



บรรณานุกรม ..... 109

ภาคผนวก..... 117

ประวัติผู้วิจัย ..... 142



## สารบัญตาราง

### หน้า

ตาราง 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนอำเภอ รายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คุณสมบัติ ของกลุ่มตัวอย่าง .....	55
ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 416) .....	67
ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสามารถส่วนบุคคลของกลุ่ม ตัวอย่าง (n = 416) .....	70
ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. (n = 416).....	71
ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้บทบาทหน้าที่ ของ อสม. รายชื่อ (n = 416) .....	71
ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงจูงใจใน การปฏิบัติงาน (n = 416).....	73
ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน รายชื่อ (n = 416).....	74
ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการได้รับ แรงสนับสนุนทาง สังคม (n = 416).....	76
ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม รายชื่อ (n = 416) .....	76
ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 416) .....	77
ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ความเข้าใจด้าน สุขภาพ (n = 416) .....	78
ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ รายชื่อ (n = 416) .....	78
ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ (n = 416).....	80

ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ บริการสุขภาพ รายชื่อ (n = 416) .....	80
ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทักษะการสื่อสาร (n = 416) .....	81
ตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการสื่อสาร รายชื่อ (n = 416) .....	82
ตาราง 17 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทักษะการจัดการตนเอง (n = 416) .....	83
ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการจัดการตนเอง รายชื่อ (n = 416).....	83
ตาราง 19 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทักษะการตัดสินใจ (n = 416) .....	84
ตาราง 20 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการตัดสินใจ รายชื่อ (n = 416) .....	85
ตาราง 21 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรู้เท่าทันสื่อ (n = 416) .....	86
ตาราง 22 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรู้เท่าทันสื่อ รายชื่อ (n = 416) .....	86
ตาราง 23 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเป็น อสม. การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุน ทางสังคม กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัด สุโขทัย .....	90
ตาราง 24 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการ การพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน และความสามารถในการใช้ เทคโนโลยี กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัด สุโขทัย .....	91
ตาราง 25 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับความรอบรู้ ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย (n = 416).....	92

## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดงความเชื่อมโยงและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดำเนินงานเสริมสร้างความรู้ ด้านสุขภาพ.....	26
ภาพ 2 แสดงกระบวนการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ.....	28
ภาพ 3 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย.....	51



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาของปัญหา

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในประเทศไทย มุ่งเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นับเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนสุขภาพภาคประชาชนโดยมีการกระจายอยู่ทุกหมู่บ้าน อสม. ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชนอย่างเข้มแข็งยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการดูแลแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ตลอดจนการเฝ้าระวังโรคในชุมชน ด้วยบทบาทที่ท้าทายความสามารถของ อสม. อันได้แก่ การเป็นผู้นำการขับเคลื่อนและจัดการสุขภาพชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554) อสม. เป็นทรัพยากรบุคคลที่เป็นกลไกการทำงานที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทในการขับเคลื่อนสุขภาพภาคประชาชน เนื่องจาก อสม. กระจายอยู่ในทุกพื้นที่ของประเทศไทย บทบาทที่สำคัญของ อสม. คือ การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ตลอดจนการสื่อสารด้านสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานรัฐบาลและประชาชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายคือให้ประชาชนมีสุขภาพดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. มีความเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมให้ อสม. เป็น อสม. 4.0 โดยการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้กับการทำงานเพื่อให้การพัฒนาช่องทางสื่อสารข้อมูลที่ต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) ดังนั้น อสม. ควรต้องมีการพัฒนาศักยภาพเพื่อช่วยในการพัฒนางานด้านสาธารณสุข รัฐบาลจึงให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน การเป็นจิตอาสาของ อสม. ที่เป็นแนวร่วมสนับสนุนกระทรวงสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกัน คัดกรองภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ชุมชน ประมาณ 40 ปี มาแล้วนั้น รัฐบาลจึงมีนโยบายพัฒนายกระดับ อสม. เพื่อเพิ่มศักยภาพการเป็นผู้นำที่ทำหน้าที่เป็นจุดสกัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพของภาคประชาชนในพื้นที่ คู่ขนานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนลดการพึ่งพาโรงพยาบาลมาพึ่งตนเองมากขึ้น อีกทั้งลดภาระค่าใช้จ่ายการเดินทางมาโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ลดความแออัดและค่าใช้จ่ายในการรักษาของโรงพยาบาล (สำเร็จ แหียงกระโทก, 2562) การดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพภาคประชาชนในปัจจุบันเข้าสู่ นโยบายการพัฒนาศักยภาพ อสม. 4.0 ซึ่งมุ่งเน้นให้ อสม. นำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้กับการ

ทำงานเพื่อให้การพัฒนา ช่องทางการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพ อสม. เข้าสู่ อสม. 4.0 ให้มีคุณสมบัติ คือ สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้ มีจิตอาสาและเป็นผู้ประกอบการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสำคัญในการพัฒนาขีดความสามารถของ อสม. ในระดับบุคคล ให้มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการตั้งใจให้ตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง มีการจัดการสุขภาพตนเองและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560)

จากนโยบายของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงผลกระทบของปัญหาด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพ และต่อระบบสุขภาพของประเทศ ทั้งนี้หากประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลและตรวจสอบข้อมูลสำหรับใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ไม่ดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคที่สามารถป้องกันได้ ไม่ไปตรวจร่างกาย รวมถึงไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างการรักษาพยาบาล ขาดความสามารถในการวิเคราะห์ผลดีผลเสีย ประสบความยากลำบากในการตัดสินใจ เกี่ยวกับทางเลือกในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ และขาดทักษะในการเลือกรับสื่อ รวมถึงการประเมินความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับจากสื่อต่างๆ ในสังคม ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของประชาชน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นเป็นเงาตามตัว ตลอดจนภาระที่เพิ่มขึ้นต่อหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับการดำเนินงานของ อสม. ในการขับเคลื่อนการทำงานสุขภาพภาคประชาชน จากบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะเห็นได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคคลสำคัญที่จะทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น และหน่วยงานองค์กรพัฒนาชุมชนต่างๆ ดังนั้นการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพ ประกอบกับภาระงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนหลักในการเชื่อมประสาน เป็นผู้นำในการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นกระบอกเสียง ส่งต่อนโยบายทางสุขภาพ ตามคำขวัญ “แก้ข่าว

ร้าย กระจายข่าวดี ซึ่งบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นแบบอย่างที่ดี” รวมไปถึงนโยบาย อสม. 4.0 ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ทั้งนี้ แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข จึงได้มีการกำหนดความรู้และการสื่อสารสุขภาพไว้อย่างชัดเจน และได้มีการกำหนดเป้าหมายระยะ 5 ปี ประกอบด้วย ประชาชนไทยทุกคนมีทักษะในการเข้าถึงและประมวลข้อมูลสุขภาพ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ สังคมที่ประชาชนทุกคนเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ได้ระบุสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ส่งเสริมให้ทุกคนมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม สิทธิในการได้รับและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องอย่างเพียงพอและทันสถานการณ์ และการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559) และตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้มีการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของคนไทย เพื่อลดการพึ่งพิงบริการไว้ โดยกรมอนามัยได้รับมอบหมายจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก และได้มีการจัดตั้ง “สำนักงานโครงการขับเคลื่อน กรมอนามัย 4.0 เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.)” ขึ้นเพื่อรองรับการดำเนินงานนโยบายในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) Health Literacy มีการใช้คำที่แตกต่างกันออกไป เช่น ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยงานวิจัยฉบับนี้ จะใช้คำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากมีการกำหนดขึ้นโดยคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) นักวิชาการด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพหลายท่าน ได้กำหนดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้แตกต่างกัน สำหรับประเทศไทย กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้จำแนกองค์ประกอบ เป็น 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการสื่อสาร (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) จะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญในการขับเคลื่อนการทำงานเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนทั่วไป (บรรณกร เสือสิงห์, รุ่งพิทยา คนะช่าง, พงศ์พิชญบุญดา, และอรุณี เสือสิงห์, ม.ป.ป.; ประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา, และวรวรัตน์ ทิพย์รัตน์, 2562; อารีย์ แร่ทอง, 2562) ในส่วนของปัจจัยที่มีผลกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ ความรู้ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความเชื่อ พฤติกรรมเสี่ยง ทักษะและความสามารถส่วนบุคคล ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บุคคล ได้แก่ ทักษะส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้บริการ ปัจจัยระดับ สังคม ได้แก่ การจัดระเบียบชุมชน ความเท่าเทียม การพัฒนาองค์กร (วัชรภาพร เขยสุวรรณ, 2560) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพใน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อีกทั้ง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านมีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่และใช้เครื่องมือในการศึกษาแตกต่างกันไป ดังเช่น การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครปฐม ด้าน 3อ.2ส. พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความรู้อ ความเข้าใจทางสุขภาพ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ อาชีพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชินตา เตชะวิจิตรจากรู, 2561) และจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า อาสาสมัครที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงมี แนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ต่อครอบครัวและเผยแพร่สู่ชุมชน จึงควรจัดหาโปรแกรม การศึกษาเพื่อพัฒนาอาสาสมัคร เนื่องจากความรู้เรื่องสุขภาพอาจเอื้ออำนวยต่อการทำงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Taguchi, Murayama, & Murashima, 2016)

ในปี 2562 ประเทศไทยมี อสม. จำนวน 1,047,800 คน (กองสนับสนุนสุขภาพภาค ประชาชน, 2562) กระจายอยู่ในทุกชุมชนทุกหมู่บ้านมีการทำงานแบบเครือข่ายสุขภาพภาค ประชาชน เพื่อให้เกิดการประสานงานระหว่างประชาชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำเนินการเชิง รุกและเชิงรับในชุมชน บทบาทของ อสม. ในการทำงานที่ผ่านมามีส่วนช่วยให้เห็นถึงความสำเร็จของ การทำงานด้านสาธารณสุข และได้กลายเป็นทุนทางสังคม (Social capital) จนมีคำกล่าวที่ว่า ลำพังเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างเดียว คงทำไม่ได้ดีเท่านี้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2554) สำหรับ จังหวัดสุโขทัย มี อสม. จำนวน 12,835 คน โดยภาพรวม อสม. 1 ท่าน รับผิดชอบ 16 หลังคาเรือน ปัญหาการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย คือ อสม. มีความ ต้องการเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับการแสดงออก และการถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชน อสม. ต้องการพัฒนาทักษะในการคัดกรองข่าวสาร จากสื่อต่างๆ เนื่องจากได้รับข้อมูลจากสื่อ



ต่างๆ ที่มีความหลากหลาย อสม. มีความต้องการพัฒนาทักษะในการสื่อสารทางสุขภาพให้ประชาชนได้เข้าใจความรู้ทางสุขภาพ และ อสม. มีความต้องการการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เป็นประโยชน์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2561) จากรายงาน พบว่า สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ประจำปี 2561 ในประชาชนชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในระดับเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจังหวัดสุโขทัย เฉลี่ย 53.21 ซึ่งต่ำที่สุดในเขตสุขภาพที่ 2 และต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในระดับเขตสุขภาพ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 68.15 คะแนน (สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 2 จังหวัดพิษณุโลก, 2561)

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเป้าหมายในการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ แต่สืบเนื่องมาจากนโยบายเรื่องความรู้ด้านสุขภาพไม่มีตัวชี้วัดที่ชัดเจนในการศึกษาและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยตรง และไม่มีรายงานโครงการและกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่เห็นได้ชัด เนื่องจากประเทศไทยเริ่มมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพได้ไม่นาน รวมทั้งการศึกษาวิจัยและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้กับพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้นำไปใช้ประโยชน์ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

### จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

### ขอบเขตของงานวิจัย

**ขอบเขตด้านการศึกษา** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสุโขทัย

**ขอบเขตด้านพื้นที่** ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในเขตพื้นที่จังหวัดสุโขทัย มีทั้งหมด 9 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองสุโขทัย อำเภอศรีสำโรง อำเภอกงไกรลาศ อำเภอศรีมาศ อำเภอบ้านด่านลานหอย อำเภอศรีสัชนาลัย อำเภอศรีนคร อำเภอทุ่งเสลี่ยม และอำเภอสวรรคโลก

**ขอบเขตด้านประชากร** ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในประชากรซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 12,835 คน

**ขอบเขตด้านระยะเวลา** ระยะเวลาในการศึกษา เดือน มกราคม 2563 – สิงหาคม 2564

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**ความรอบรู้ด้านสุขภาพ** คือ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี โดยปรับและอ้างอิงจากแนวคิดของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

**การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ** หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

**ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ** หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย ได้แก่ การใช้ยาสมเหตุสมผล การป้องกันควบคุมโรคในชุมชน การลด ละ เลิกบุหรี่ และการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

**ทักษะการสื่อสาร** หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารทางสุขภาพโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

**ทักษะการตัดสินใจ** หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธ/ หลีกเลี่ยง พร้อมแสดงการเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

**ทักษะการจัดการตนเอง** หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมา

ปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้องทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

**ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ** หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยง ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะ แนวทางให้กับชุมชนและสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

**อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)** หมายถึง บุคคลอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์ มีความรู้ความสามารถอ่านออกเขียนได้ ที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนโดย ชาวบ้านไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือน ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด (หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2550) และที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ใช้บังคับในวันที่ 20 มีนาคม 2554 และมีชื่ออยู่ในทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

**ความสามารถในการมองเห็น** หมายถึง การประเมินตนเองด้านการมองเห็นของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ในการใช้สายตาช่วยในการรับรู้ข้อมูล ของสิ่งต่างๆ รอบตัวโดยใช้อุปกรณ์ช่วยในการมองเห็น

**ความสามารถในการได้ยิน** หมายถึง การประเมินตนเองด้านการได้ยินเสียงของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ในการใช้หูช่วยเป็นประสาทสัมผัสให้ได้รับรู้ ข้อมูลต่างๆ ผ่านเสียง

**ความสามารถในการพูด** หมายถึง การประเมินตนเองด้านการแสดงออกถึงความคิด ความรู้สึกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ผ่านการสนทนา การเสนอ ความคิดเห็น การพูดหน้าเวที เป็นต้น

**ความสามารถในการอ่าน** หมายถึง การประเมินตนเองด้านการอ่านของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ผ่านความรู้สึกละและประสบการณ์ในการอ่าน เช่น ความยากลำบากในอ่าน การทำความเข้าใจข้อมูลผ่านการอ่าน

**ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี** หมายถึง การประเมินตนเองเกี่ยวกับ ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีด้าน การใช้สมาร์ตโฟน การใช้คอมพิวเตอร์ และมีทักษะ

กระบวนการทางเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาตนเองและสังคมในด้านการเรียนรู้ การสื่อสาร การทำงาน การแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ถูกต้อง เหมาะสม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

**ระยะเวลาการเป็น อสม.** หมายถึง ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยนับตั้งแต่วันที่ได้รับการขึ้นทะเบียน

**การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.** หมายถึง ความรู้สึกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ที่ประเมินว่าบทบาทเหล่านั้นควรเป็นบทบาทของตนหรือไม่ และมากน้อยเพียงใด เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ อสม. ได้แก่

1. ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข
2. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน
3. ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขหรือบทบัญญัติของกฎหมายอื่นๆ
4. จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของท้องถิ่น
5. เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแหล่งอื่นๆ
6. ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน และการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ
7. ศึกษา พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมประชุม ตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่นร้องขอ
8. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
9. ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่นๆ ในท้องถิ่น

**แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน** หมายถึง แรงสนับสนุนด้านความคิด ความรู้สึก หรือความพึงพอใจ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัด

สุขุขทัย ได้แก่ ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ด้านการยอมรับนับถือ ด้านโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน ด้านลักษณะงาน ด้านความรับผิดชอบด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน ด้านสภาพในการทำงานด้านนโยบายและการบริหารงาน ด้านความมั่นคงในงาน และด้านวิธีปกครองบังคับบัญชา

**การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุขุขทัย ได้รับกำลังใจ คำชื่นชม การสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึก รวมไปถึงการสนับสนุนทรัพยากรและความรู้จากบุคคลอื่นเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### สมมติฐานของการวิจัย

1. **ปัจจัยส่วนบุคคล** ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย และระยะเวลาการเป็น อสม. มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ
2. **ความสามารถส่วนบุคคล** ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน และความสามารถในการใช้เทคโนโลยี มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ
3. **การปฏิบัติงาน** ได้แก่ การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

### ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ระดับนโยบาย (Policy) หน่วยงานสามารถนำผลที่ได้ไปกำหนดนโยบายในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสุขุขทัย
2. ระดับปฏิบัติการ (Practitioner) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำผลที่ได้ไปจัดทำโครงการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. ระดับวิชาการ (Education) นักวิชาการ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการต่อยอดการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลและแนวทางในการดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
4. เครื่องมือเกี่ยวกับการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
6. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้บทบาท อสม. แรงจูงใจ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดการวิจัย

### อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

#### ความเป็นมาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงตลอดจนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และพัฒนาสาธารณสุข จึงได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนา ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520-2524) เป็นต้นมา โดยสนับสนุนให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ และส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเอง ซึ่งมีตัวจักรสำคัญในการดำเนินงาน คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข(ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ต่อมาในปี 2535 ได้มีการยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีเพียงระดับเดียวคือ อสม. ที่ต่างก็เสียสละแรงกายแรงใจ เวลา และทุนทรัพย์ในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้สามารถพึ่งตนเองได้ โดยมีได้รับค่าตอบแทนใด ๆ ทั้งสิ้น

ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของคนกลุ่มนี้ และยอมรับว่าอาสาสมัครสาธารณสุข คือ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน และ

สามารถช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ทางกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามทุกวิถีทางที่จะให้การยกย่องเชิดชูเกียรติ เสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน โดยเริ่มให้มีการประกวด ผสส. อสม. ครั้งแรกตั้งแต่ปี 2530 โดยในช่วงแรกนี้ได้จัดการประกวดขึ้นแบบปีเว้นปีจนถึงปี 2536 ต่อมาภายหลังก็ได้ผลักดันให้มีวันสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศ โดยเลือกวันที่ 20 มีนาคม เป็น “วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ” ซึ่งถือได้ว่าเป็นวันสำคัญของวงการสาธารณสุข ที่คณะรัฐมนตรีสมัย “พลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์” ได้มีการอนุมัติให้บรรจุ “โครงการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ” เข้าเป็นโครงการหนึ่งในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ และได้ลงมติอนุมัติให้เปลี่ยนคำว่า “สาธารณสุขเบื้องต้น” เป็น “การสาธารณสุขมูลฐาน” จากเหตุการณ์สำคัญดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขออนุมัติจากคณะรัฐมนตรีให้วันที่ 20 มีนาคมของทุกปี เป็น “วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ” และคณะรัฐมนตรีให้การอนุมัติเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2536 ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เริ่มต้นจัดงานเฉลิมฉลองในนามวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ 20 มีนาคม 2537 เป็นต้นมา (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิภาวดี, ม.ป.ป.)

#### **ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) คือ บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกรุงเทพมหานครซึ่งปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร และอาสาสมัครอื่นตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้ชื่อย่อว่า “อสม.” มีชื่อเรียกภาษาอังกฤษว่า Village Health Volunteer และใช้ชื่อย่อภาษาอังกฤษว่า “VHV” และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพร้อมออกบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้แล้ว โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ซึ่งจะรับผิดชอบดูแล ในแต่ละท้องที่ในสัดส่วนของ อสม. อย่างน้อย 1 คนต่อหลังคาเรือนไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือน

โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สนับสนุนการจัดการฝึกอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือการอบรมความรู้ความชำนาญเฉพาะทางให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี เพื่อยกระดับความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานตามประกาศที่คณะกรรมการกลางกำหนด พร้อมทั้งดำเนินการออกหนังสือรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทางให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการฝึกอบรม

### 1. คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- 1.1 อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
- 1.2 มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 1.3 มีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้
- 1.4 สม่ครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข
- 1.5 ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง
- 1.6 มีความประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน
- 1.7 มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่าง
- 1.8 มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะสิ้นสุดสภาพเมื่อ

1. ตาย
2. ลาออก
3. เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณีมีคำสั่งให้พ้นสภาพ

ในกรณีที่หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทนจำนวนไม่น้อยกว่าหนึ่งในสามหลังคาเรือน ร่วมกันลงลายมือชื่อร้องเรียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดูแลครัวเรือนของตน ให้ยื่นหนังสือร้องเรียนนั้นต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี ส่งหนังสือร้องเรียนตามวรรคหนึ่งให้



คณะกรรมการระดับจังหวัดเพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริงต่อไป นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี อาจมีคำสั่งให้พ้นสภาพการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หากปรากฏข้อเท็จจริงตามรายงานการตรวจสอบ ข้อเท็จจริงของคณะกรรมการระดับจังหวัดอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นั้นไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ ที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานของรัฐจัดขึ้นโดยไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็น
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นั้นไม่รักษาจรรยาบรรณของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือมีความประพฤติเสียหายที่อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียศักดิ์ศรีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### สิทธิประโยชน์

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิที่จะได้รับสวัสดิการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ จากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามประกาศที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยให้เบิกจ่ายจากเงินรายได้ของหน่วยบริการสาธารณสุขนั้นๆ
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของกรมบัญชีกลาง
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ตามประกาศที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิได้รับการประกาศเกียรติคุณตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังต่อไปนี้
  - 4.1 ได้รับการประกาศเกียรติคุณ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่น
  - 4.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผลการปฏิบัติงานดีเด่นมีสิทธิจะได้รับ การเสนอชื่อเพื่อขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ตามหลักเกณฑ์การขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ตามกฎหมายว่าด้วยเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์
5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุตรมีสิทธิได้รับโควตาศึกษาในสถาบันการศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

## การรักษาจรรยาบรรณ

การรักษาจรรยาบรรณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรปฏิบัติหน้าที่โดยรักษาจรรยาบรรณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังต่อไปนี้

1. ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความขยัน อุตุน เต็มใจ ตั้งใจ เชื้อมั้น ศรัทธา เสียสละ ซื่อสัตย์ สุจริต ตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนด
2. ไม่เรียกร้องหรือแสวงหาประโยชน์ส่วนตนโดยอาศัยตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่
3. ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม และเมตตาธรรมในการดำเนินงานและรักษาความสามัคคีในหมู่คณะ
4. ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ระเบียบนี้กำหนดโดยเคารพต่อกฎหมายและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

5. มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเป็นแบบอย่างแก่ผู้อื่นได้

## 2. บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อสม. มีบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชน/ชุมชน เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่บริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี นอกจากนี้ ยังมีบทบาท ดังนี้

1. ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข
2. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน
3. ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขหรือบทบัญญัติของกฎหมายอื่นๆ
4. จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของท้องถิ่น
5. เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแหล่งอื่นๆ

6. ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน และการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณสุขด้านสุขภาพ

7. ศึกษา พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมประชุม ตลอดจนปฏิบัติตามที่หน่วยงานอื่นร้องขอ

8. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

9. ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่นๆ ในท้องถิ่น

จากบทบาท จะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลสำคัญที่จะทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน/ท้องถิ่น และหน่วยงานองค์กรพัฒนาชุมชนต่างๆ ดังนั้น การดำเนินงานเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของภาระงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จำเป็นที่จะต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแกนหลักในการเชื่อมประสาน เป็นผู้นำในการดำเนินงานและสร้างการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบของชุมชน จนทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของ เห็นคุณค่าและมีทัศนคติที่ดีต่อการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ

### **การฝึกอบรม อสม. ใหม่**

การฝึกอบรมอาสาสมัครใหม่ ในที่นี้หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถและปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

### **วิธีการอบรม**

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติให้บริการที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชนรวมทั้งมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้ อสม. ใหม่ทุกคนมีความรู้และสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพ

**เนื้อหาหลักสูตร** เนื้อหาความรู้ที่อบรม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. **กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ)** ประกอบด้วย วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลักๆ ของประเทศ และการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่

- 1.1 บทบาทหน้าที่ของ อสม.
- 1.2 สิทธิของ อสม.
- 1.3 การถ่ายทอดความรู้และการเผยแพร่ข่าวสารระดับหมู่บ้าน
- 1.4 การค้นหา วิเคราะห์และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น
- 1.5 สุขวิทยาส่วนบุคคล
- 1.6 การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาสาธารณสุข
- 1.7 การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือเบื้องต้น
- 1.8 การฟื้นฟูสภาพ
- 1.9 การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการสาธารณสุข
10. การจัดกิจกรรม การปฏิบัติงานและการใช้เครื่องมือต่างๆ ในศูนย์สาธารณสุข

#### มูลนิธิชุมชน

11. การทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขในท้องถิ่น

**2. กลุ่มความรู้เฉพาะ** เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่างๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ด้านการพัฒนาอื่นๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

#### การขึ้นทะเบียนเป็น อสม.

สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือกผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุ บัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

#### 3. การพัฒนาศักยภาพ อสม. สู่ อสม. 4.0

ความสำคัญและที่มา (ตามแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. 4.0 ณ วันที่ 10 ธันวาคม 2560) ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ “สังคมดิจิทัล” ข้อมูลข่าวสารสามารถส่งต่อกันได้อย่างรวดเร็ว ทำให้การสื่อสารข้อมูลที่ต้องการและทันเวลาเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยเฉพาะข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตอีกทั้งรัฐบาลยังมีนโยบายขับเคลื่อนประเทศไทยให้เข้าสู่ประเทศไทย 4.0 มุ่งเน้นการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพลดรายจ่ายเพิ่มรายได้ รวมไปถึงการยกระดับคุณภาพการให้บริการสาธารณสุข รวมสู่สุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ดีขึ้น

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชนและยังเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพซึ่งมีภารกิจหลักในการส่งเสริมบทบาทและพัฒนา อสม. โดยเฉพาะการส่งเสริมสนับสนุนให้ อสม. มีความรอบรู้และเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจึงได้มีแนวคิดในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็น อสม. 4.0 โดยการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้กับการทำงาน เพื่อให้การพัฒนาช่องทางสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ จึงมีความสำคัญที่จะพัฒนา Application “สมาร์ท อสม.” ขึ้น เพื่อเป็นเครื่องมือให้กับ อสม. ในการดูแลสุขภาพของตนเองและประชาชนได้อย่างถูกต้อง นำไปสู่ชุมชนพึ่งตนเองอย่างยั่งยืนต่อไป

อสม. 4.0 มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล
2. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)
3. เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ
4. เป็นจิตอาสาและผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ

โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็น อสม.4.0 กล่าวคือ การส่งเสริมและพัฒนาและสนับสนุน เช่น การให้ความรู้ผ่าน Application สมาร์ท อสม. หรือสื่ออื่นๆ การฝึกปฏิบัติ การอบรมพัฒนาศักยภาพ เป็นต้น เพื่อให้ อสม. กลุ่มเป้าหมายยกระดับเป็น อสม. 4.0

### แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1. การใช้คำ Health literacy ในภาษาไทย มีปรากฏในเอกสารภาษาไทยหลายคำ ดังนี้

1.1 ความแตกฉานด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นคำนิยามที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลไว้จากนิยามที่องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยาม

1.2 ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ เป็นคำที่สอดรับการดำเนินงานด้านการสื่อสาร ซึ่งมีการพัฒนาและดำเนินงานเรื่องความรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) ในแผนงานสื่อสร้างสุขภาวะของเยาวชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

1.3 ความฉลาดทางสุขภาพวะ เป็นคำที่เริ่มมีการเรียกกันในแวดวงการศึกษา เมื่อกว่าถึง Literacy ในด้านสุขภาพ โดยมูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

1.4 ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นคำที่กำหนดขึ้นในโครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง Health literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพของกองสุขภาพศึกษากกรม สนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และกำหนดคำนิยามไว้ว่า “ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี

1.5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กำหนดขึ้นโดยคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข

โดยงานวิจัยนี้จะใช้คำว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” เนื่องจากจะนำผลการวิจัยไปใช้ในการทำงานในกระทรวงสาธารณสุขและเป็นคำที่นิยมมากที่สุด

## 2. นิยามและความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998) ได้ให้คำนิยาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2541) ได้แปลไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ

ตลอดช่วงเวลาสองทศวรรษที่ผ่านมา หน่วยงานและนักวิชาการทั่วโลกได้ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้มากมายในบทความวิชาการ แตกต่างกันไปบ้างตามบริบท ภูมิภาค และพื้นที่การดำเนินงาน วัฒนธรรม และสังคม

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2561) ได้รวบรวมความหมายและคำนิยามของคำว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทั้งหมด ซึ่งรวมความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความและคำนวณตัวเลข เพื่อปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพ (American Medical Association, 1999)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี (Nutbeam, 2000)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถของบุคคลในการได้รับ จัดการ และทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพพื้นฐานและบริการที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม (The US Healthy People 2010, 2000)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการอ่าน ทำความเข้าใจ และกระทำเมื่อได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพ (The center for Health Care Strategies, 2000)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถของบุคคลในการได้รับ จัดการ ทำความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม (Institute of Medicine, 2004)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพ ในชีวิตประจำวันทั้งที่บ้าน ชุมชนสถานที่ทำงาน ระบบสุขภาพ ตลาด และที่สาธารณะ ซึ่งถือว่าเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเสริมพลังอำนาจให้กับประชาชนเพื่อจัดการสุขภาพของตนเองด้วยการใช้ความสามารถดังกล่าวในการแสวงหาข้อมูลอย่างมีความรับผิดชอบ (Kickbusch, Wait, & Maag, 2005)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การกระทำ พลวัต และการเสริมพลัง รวมทั้งทักษะชีวิตที่สำคัญ สำหรับสังคมสมัยใหม่ เพื่อสร้างทางเลือกในการดำเนินชีวิตประจำวันให้เกิดผลต่อสุขภาพและมีสุขภาวะ (Kickbusch et al., 2005)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะที่ครอบคลุมและสามารถของบุคคลในการค้นหา ทำความเข้าใจประเมิน รวมทั้งใช้ข้อมูลสุขภาพและแนวคิดเพื่อสร้างทางเลือกในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต (Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, 2005)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมิน และสื่อสารข้อมูลได้ตรงกับความต้องการ เพื่อส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีในการดำเนินชีวิตตามบริบทต่างๆ (Zumbo et al., 2006)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจของบุคคล ซึ่งต้องมีการตรวจสอบอยู่เสมอในแต่ละบริบทอันจำเพาะที่ต้องการใช้ความสามารถดังกล่าว (Paasche-Orlow, & Wolf, 2007)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการอ่าน พิจารณากลับกรอง และทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ (European Commission, 2007)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการได้รับ แปลความ และทำความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานและบริการ รวมทั้ง สมรรถนะในการใช้ข้อมูลเพื่อให้สุขภาพดี (Pavlekovic, 2008)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และสื่อสารข้อมูลสุขภาพเพื่อการส่งเสริม ดำรงรักษา และปรับปรุงสุขภาพของตนเองในการดำเนินชีวิตตามบริบทต่างๆ (Rootman, & Gordon-El-Bihbety, 2008)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ทักษะ และความสามารถที่จำเป็นสำหรับการใช้ประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพ (Mancuso, 2009)

กล่าวโดยสรุป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี

### 3. ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Nutbeam (2000) ได้จำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไว้ 3 ระดับ ได้แก่

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic/functional health literacy) หมายถึง ทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและการเขียนในชีวิตประจำวัน เช่น การอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive health literacy) หมายถึง ทักษะทั้งพื้นฐานและการมีพหุปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ (Critical health literacy) หมายถึง ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้

### 4. องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แนวคิด ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2561) ได้จำแนกองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ



2. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ

3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

4. ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

5. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

6. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

## 5. คุณลักษณะสำคัญตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

### 5.1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ

5.1.1 เลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ และบริการสุขภาพ รู้วิธีการค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา

5.1.2 ค้นหาข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพที่ถูกต้อง

5.1.3 สามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้ เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ สำหรับนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

### 5.2 ความรู้ ความเข้าใจ

5.2.1 มีความรู้และจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ

5.2.2 สามารถอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพในการที่จะนำไปปฏิบัติ

5.2.3 สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล

### 5.3 ทักษะการสื่อสาร

5.3.1 สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียน ให้บุคคลอื่นเข้าใจ

5.3.2 สามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ

### 5.4 ทักษะการจัดการตนเอง

5.4.1 สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ

5.4.2 สามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้

5.4.3 มีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพ

ที่ถูกต้อง

### 5.5 ทักษะการตัดสินใจ

5.5.1 กำหนดการเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี

5.5.2 ใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีการปฏิบัติ

5.5.3 สามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่น

### 5.6 การรู้เท่าทันสื่อ

5.6.1 ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอ

5.6.2 เปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น

5.6.3 ประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม

## 6. ความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

การพัฒนาและเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถระดับบุคคลในการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการชี้นำระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการและสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การจัดการโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาในระดับโลก ดังนั้น หากประชากร ส่วนใหญ่ ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพงโรงพยาบาลและหน่วยบริการ

สุขภาพจะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาล จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพและไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ได้ (World Health Organization, 2009)

## 7. ความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ

สุขภาพ หรือ สุขภาวะ ของบุคคล ชุมชน และสังคม เป็นผลมาจากปัจจัยหลายด้าน (Multiple factors) ปัจจัยสำคัญด้านหนึ่งที่ถูกกล่าวถึงอย่างมาก คือ ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับ “ศักยภาพของบุคคล”

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพที่สำคัญ (Parker, 2000) คือ สถานะสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ การรับภูมิคุ้มกันโรค การตรวจคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ฯลฯ รายงานการวิจัย พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย (BMI) ของเด็กที่มีน้ำหนักเกิน โดยมีความสามารถทำนายค่า BMI ได้ถึงร้อยละ 38 และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (Chang, 2011; Sharif, & Blank, 2010) อาทิ การบริโภคอาหาร การใช้ยาเสพติด การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ ทั้งนี้ เนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันหรือดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้และการเลือกบริการด้านสุขภาพที่ถูกต้อง (De Wat et al., 2004 อ้างอิงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561)

บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูล การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง และการป้องกันโรค (De Wat et al., 2004 อ้างอิงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) รวมทั้ง มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย และมักจะมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง (National Assessment of Adult Literacy, 2006) และมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและโรคมะเร็ง (Baker et al., 2007 อ้างอิงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) เนื่องจากมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องและขาดทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง

หากประชากร ส่วนใหญ่ ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลต่อสถานะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น รัฐบาลต้องรองรับค่าใช้จ่ายตามสิทธิหลักประกันสุขภาพมากขึ้น

## อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความสำคัญยิ่งในระบบสุขภาพ มีความจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากอยู่ในบทบาทที่บุคคลทั่วไปคาดหวังให้เป็นทั้งที่พึ่งพิงด้านสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย และมีส่วนสำคัญในปฏิบัติการต่างๆ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ หากกลุ่มบุคคลเหล่านี้ขาดความตระหนัก ในการสื่อสารกับผู้มารับบริการหรือกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง ก็ย่อมเกิดผลกระทบโดยตรงกับประสิทธิผลของการให้บริการ เช่น ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เพราะอ่านคำแนะนำที่หมอเขียนไม่ออก ไม่เข้าใจคำแนะนำที่พยาบาลอธิบาย เป็นต้น

### 1. การเสริมสร้าง อสม. ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

นโยบาย เป้าหมาย การเสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากนโยบายรัฐบาล ที่เน้นการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน และนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข เน้นพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเพื่อ ป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยให้คนไทยมีโอกาสได้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบโดยมีเป้าหมายการให้บริการ “ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สามารถลดภาระโรคและภัยคุกคาม ตลอดจนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ” ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้มีกลไกการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ โดยการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. ซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในฐานะการเป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงสู่การดูแลสุขภาพตนเองในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงเป็นต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและอนามัยเป็นผู้ประสานและเป็นตัวเชื่อมระหว่างภาครัฐกับประชาชนในการดำเนินงานจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ จนสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. ได้รับการยกระดับให้เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน เป็นผู้เชี่ยวชาญดูแลสุขภาพ โดยเป็นแกนนำหลักในการวางแผนด้านสุขภาพ การจัดการงบประมาณ การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพและประเมินผลการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน ผ่านกระบวนการยอมรับของคนในหมู่บ้าน/ชุมชน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. มีศักยภาพเข้มแข็งเป็นแกนนำและแบบอย่างที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการสื่อสารด้านสุขภาพให้กับอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เพื่อให้ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครประจำครอบครัวและประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยให้

แต่ละครอบครัวมีบุคคลที่มีทักษะและสามารถดูแลสุขภาพตนเอง สมาชิกครอบครัว และชุมชนได้อย่างยั่งยืน

## 2. ความสำคัญของการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความสำคัญของการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพการยกระดับ “ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy: HL) เป็นการพัฒนาขีดความสามารถของประชาชนในระดับบุคคล ให้มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการสนใจให้ตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง มีการจัดการสุขภาพตนเองและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี

## 3. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านความรู้ด้านสุขภาพ

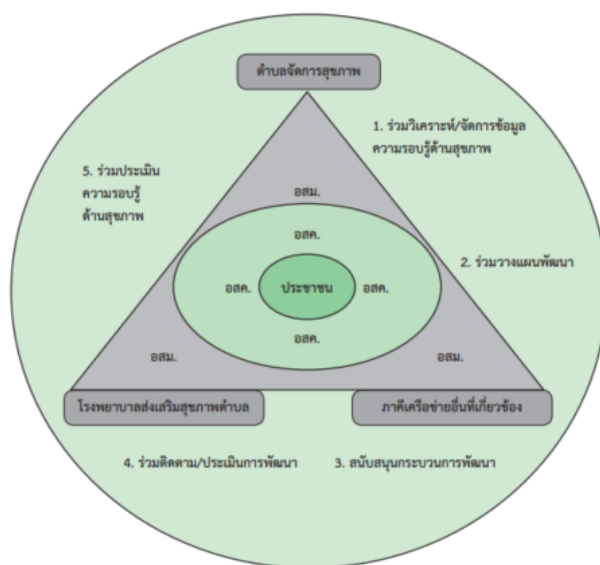
จากบทบาท จะเห็นได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลสำคัญที่จะทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน/ท้องถิ่น และหน่วยงาน องค์การพัฒนาชุมชนต่างๆ ดังนั้น การดำเนินงานเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของภาระงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จำเป็นที่จะต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนหลักในการเชื่อมประสาน เป็นผู้นำในการดำเนินงานและสร้างการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบของชุมชน จนทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของ เห็นคุณค่าและมีทัศนคติที่ดีต่อการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ โดย อสม. จะต้องดำเนินงานเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ มีการพัฒนาขีดความสามารถและทักษะของตนเองให้สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการสนใจให้ตัดสินใจเลือกวิถีทางที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง มีการจัดการสุขภาพตนเองและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดีได้ จนทำให้เกิดทักษะในระดับบุคคลและครอบครัวในการวิเคราะห์ สามารถจัดการความเสี่ยงภัยสุขภาพและดูแลสุขภาพได้ รวมทั้ง มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและแก้ไขปัญหาของชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับครอบครัวที่จะเชื่อมต่อและช่วยเสริม การทำงานของอสมในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน

อสม. มีบทบาทสำคัญในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้ โดย อสม. มีบทบาทและแนวทางในการดำเนินงาน 4 ด้าน ดังนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560)

### 1. เป็นแกนนำเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

อสม. เป็นแกนหลักในการทำหน้าที่เชื่อมประสานภาคีเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เกษตรตำบล พัฒนาชุมชน เทศบาล อบต. และกลุ่ม/ชมรมต่างๆ เป็นต้น ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ ด้วยการทำให้ภาคีเครือข่ายเกิดการเข้าถึงหรือการระดมการสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่นและทุนทาง ดังนี้

1. ร่วมคิดวิเคราะห์/จัดการข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ
2. ร่วมวางแผนพัฒนา
3. สนับสนุนกระบวนการพัฒนา
4. ร่วมติดตาม/ประเมินการพัฒนา
5. ร่วมประเมินความรู้ด้านสุขภาพ



ภาพ 1 แสดงความเชื่อมโยงและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ที่มา: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560

## 2. เป็นผู้นำและดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

อสม. เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถและมีทักษะในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและจัดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนโดยใช้กลยุทธ์และวิธีการต่างๆที่เหมาะสมตามความต้องการ ดังนั้น อสม. จึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำ โน้มน้าว จูงใจให้ อสมค. เกิดการยอมรับและเรียนรู้ เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

2.1 ค้นหาข้อมูล พฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว

2.2 ถ่ายทอดความรู้ให้กับสมาชิกในครอบครัวดูแลและจัดการสุขภาพตนเองและสมาชิกในครอบครัว เข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน

2.3 บันทึกกิจกรรมการดูแลสุขภาพของ อสมค. ลงในสมุดบันทึกประจำครอบครัว

2.4 ประสานความร่วมมือและเชื่อมโยงข้อมูลกับเครือข่ายเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของตนเองและครอบครัว

### แนวทางการดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

อสม. เป็นผู้นำและดำเนินการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การชี้แนะและเป็นพี่เลี้ยง ซึ่งมีแนวทางในการดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

1. เข้าใจปัญหาและวางแผนการดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1.1 เข้าใจปัญหา อสม. จะต้องมีการสำรวจเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่สำคัญประกอบด้วย

1.1.1 ข้อมูลปัญหาโรค ปัญหาสุขภาพ ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ ข้อมูล พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคปัญหาสุขภาพ

1.1.2 ข้อมูลปัจจัยที่เอื้อต่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น แหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพ สื่อ/ช่องทางการสื่อสารสุขภาพ เป็นต้น

1.1.3 ข้อมูลองค์กร/เครือข่ายสุขภาพในชุมชนที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เช่น ผู้นำด้านสุขภาพ ชมรม/กลุ่ม ต่างๆ ฯลฯ

1.1.4 ข้อมูลความต้องการ ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพแล้วนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ร่วมกัน

- 1) มีปัญหาสุขภาพโรค อะไรบ้าง
- 2) มีพฤติกรรมสุขภาพอะไร ที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง
- 3) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับใด ยังขาดทักษะในเรื่องใด เช่น ทักษะในการเข้าถึงข้อมูล การวิเคราะห์ ข้อมูลข่าวสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการสุขภาพของตนเองเป็นอย่างไร มีมากน้อยเพียงใด
- 4) มีและขาดข้อมูลปัจจัยอะไรบ้าง ที่เอื้อต่อการดำเนินงาน เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

## 1.2 วางแผนดำเนินงาน

ทีม อสม. นำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจเข้าสู่เวทีประชุมโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ เพื่อชี้แจงว่าจะทำอย่างไรกับปัญหาสุขภาพเหล่านี้ พร้อมกับร่วมกันวิเคราะห์ จุดอ่อน จุดแข็งปัญหาและอุปสรรค รวมไปถึงโอกาสในการพัฒนา ซึ่งการเขียนแผนงานโครงการ เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ อาจเขียนในลักษณะแผนงานหรือโครงการก็ได้ ขึ้นอยู่กับชุมชน

### 3. อสม. เป็นทีมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย จะทำให้ทราบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไหน (ระดับไม่ดี ระดับพอใช้ หรือระดับดีมาก) ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญที่จะสะท้อนให้เห็นกิจกรรมที่ได้ดำเนินการส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และนำไปสู่การปฏิบัติได้มากน้อยแค่ไหน ซึ่งมีกระบวนการในการดำเนินการประเมิน ดังนี้



ภาพ 2 แสดงกระบวนการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ที่มา: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560

#### 1. กำหนดแนวทางการประเมิน

ทีม อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ร่วมกันกำหนดแนวทางการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยจะต้องมีการสร้างความเข้าใจร่วมกันและกำหนดให้ชัดเจนในประเด็นต่อไปนี้



- 1.1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ
- 1.2 ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ
- 1.3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ
- 1.4 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ
- 1.5 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง
- 1.6 การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ
2. กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะทำการประเมิน กลุ่มเป้าหมายที่จะประเมิน
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การใช้ประโยชน์ข้อมูล

#### 4. อสม. เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ

อสม. จะต้องเป็นผู้ที่ปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ถูกต้องและยั่งยืน จนเชี่ยวชาญ และสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีจน อสค.และประชาชนในชุมชนเกิดความศรัทธา และปฏิบัติตามแบบอย่างได้ซึ่ง อสม. ควรเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านต่างๆ

อสม.: แบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ

1. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้อง และสม่ำเสมอ
2. ไม่รู้ ค้นหาความรู้ใหม่ๆ มาพัฒนาสุขภาพตนเองตลอดเวลา
3. เป็นนักสื่อสารที่สามารถถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่ อสม. และประชาชนในชุมชน
4. ให้คำชี้แนะ ชี้นำด้านสุขภาพ
5. เสริมพลังให้แก่ชุมชน เป็นแกนนำปลุกจิตสำนึกแก่ผู้อื่นให้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน
6. เป็นสมาชิกที่ดีของชุมชน ด้วยการปฏิบัติตามมาตรการ/ข้อตกลงของชุมชน และให้ความร่วมมือ รวมทั้งมีส่วนร่วมในกิจกรรมต้นสุขภาพ
7. มีจิตอาสา จิตสาธารณะและมุ่งประโยชน์ส่วนรวม

#### เครื่องมือเกี่ยวกับการวัดความรู้ด้านสุขภาพ

##### 1. เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศ

เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพมีนักวิชาการที่พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพหลายคน โดย อังคินันท์ อินทรคำแหง, 2560 ได้รวบรวมไว้ดังเช่น

1.1 eHEALS มีการออกแบบเพื่อประเมินทักษะการรับรู้ของบุคคลในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสุขภาพ และเพื่อช่วยในการกำหนดความเหมาะสมระหว่างโปรแกรม eHEALS กับบุคคล วัดจาก 6 ด้าน คือวัฒนธรรม (Traditional) ข้อมูลข่าวสาร (Information) สุขภาพ (Health) คอมพิวเตอร์ (Computer) สื่อ (Media) และ การรู้เรื่องทางวิทยาศาสตร์ (Scientific literacy)

1.2 Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) คือแบบวัดที่ใช้วัดความเข้าใจในการอ่าน ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับการคำนวณ (Sharif & Blank, 2009) เป็นแบบวัดที่ถูกลำมาใช้วัดความรู้ด้านสุขภาพ ในเด็กและเยาวชน รวมไปถึงผู้ใหญ่ แบบวัดนี้มีทั้งหมด 67 ข้อ เป็นการวัดความสามารถในการอ่านและความเข้าใจตัวเลข 17 ข้อ วัดความเข้าใจการอ่านที่ใช้ในการวัดความสามารถของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 50 ข้อ

1.3 The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้วินิจฉัยและระบุตัวผู้ป่วยที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ (Davis, Crouch, wils & Abdehou, 1991) ใช้ประเมินทักษะการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์ โดยการคัดเลือกคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การรักษา สื่อการสอนด้านสุขศึกษา ฉลากยา ต่างๆ โดยคำศัพท์เหล่านั้นเป็นคำศัพท์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบเพื่อใช้ในการรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาสุขภาพของตนเอง โดยมีตัวชี้วัด 2 ด้าน คือทักษะการอ่าน (การจดจำคำหรือเข้าใจในการอ่านและการคิดคำนวณ) และทักษะอื่นที่จำเป็น เช่นความรู้ทางวัฒนธรรมและความคิด การฟัง การคิดคำนวณ การพูด การเขียนและการอ่าน

1.4 Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL) แบบประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน การสื่อสารและการมีวิจารณญาณ ใช้วัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานตามแนวคิดของ Nutbeam (Ishikawa, & Yano, 2008) แบบวัดนี้แบ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือขั้นพื้นฐานในขอบเขตที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการอ่านคำแนะนำหรือแผ่นพับจากโรงพยาบาลและสถานพยาบาลทั่วไป ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ การสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค ขั้นวิพากษ์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ การที่ผู้ป่วยวิเคราะห์และให้ข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง

1.5 Medical Achievement Reading Test (MART) เป็นแบบทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ (Hanson-Drivers, 1997 as cited in Mancuso, 2009) มีความคล้ายคลึงกับ

RELM ตรงที่เป็นการประเมินการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ แบบวัดนี้ให้ความสำคัญกับสาเหตุของการที่ไม่สามารถอ่านได้ เช่น คำที่ใช้ในทางการแพทย์หรือคำที่เกี่ยวข้องที่เห็นในใบสั่งยา/แผ่นพับการศึกษาของผู้ป่วย ตัวอักษรที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดเล็กและการพิมพ์บนกระดาษที่มันวาว ทำให้อ่านได้ยากซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยต้องคาดเดาคำที่ไม่สามารถอ่านได้

**1.6 เครื่องมือคัดกรองผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (The Newest Vital Sign NVS)** พัฒนาโดย (Weiss et al., 2005) แบบคัดกรองที่ใช้เวลาน้อยและมีความแม่นยำในการคัดกรองผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างจำกัด ตัวอย่างเช่น ใช้ฉลากโภชนาการของไอศกรีมชนิดหนึ่งที่ได้รับคามนิยมในกลุ่มเป้าหมาย โดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการ มีคำถาม 5-6 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับการแปลความหมายและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบริโภค

## 2. เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย

แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 มีการพัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบ ของ Nutbeam (2009) เป็นหลักที่มี 3 ระดับ 6 ด้าน ได้แก่ 1.ระดับพื้นฐาน (Functional literacy level) มีด้านการเข้าถึงข้อมูล (Access) และด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 2.ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive literacy level) มีด้านทักษะการสื่อสาร (Communication skill) และด้านการจัดการตนเอง (Self-management) 3. ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical literacy level) มีด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และด้านทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) ซึ่งแนวคิดนี้ สามารถเป็นกรอบในการพัฒนาเครื่องมือวัดทั้งในการดูแลรักษาทางคลินิก (Clinical care) หรือในกลุ่มผู้ป่วย และการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน (Public health) หรือประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

1. แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติสำหรับเด็กและวัยรุ่น 7-14 ปี เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย กองสุขศึกษา ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มีฉบับยาว มี 51 ข้อ และฉบับสั้นมี 30 ข้อ

2. แบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีข้อคำถามจำนวน 145 ข้อ โดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 2 ช่วงคือ ผู้ที่อยู่ในระดับรู้แจ้ง คือ ระดับคะแนน  $\leq 75\%$  และในระดับรู้จัก มีคะแนนอยู่ที่ระดับ  $< 75\%$

3. แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2ส. ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (The ABCDE-health literacy scale for Thai adults) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยกองสุขศึกษากรมนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒในปีงบประมาณ 2556 (Intarakamhang &

Kwanchuen, 2016; กองสุขศึกษาศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2557) โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis-CFA) และการวิเคราะห์โมเดลโครงสร้างเชิงสาเหตุ (Structural Equation Model-SEM) เริ่มต้นจากการสังเคราะห์นิยามและเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศที่เผยแพร่บทความวิจัยฉบับเต็มในฐาน PubMed และ Science Direct ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 – 2013 จำนวน 29 เรื่องทำให้ได้องค์ประกอบการวัด 6 ด้านจาก 3 ระดับตามนิยามของ Nutbeam (2008) และ Edward, Wood, Davies & Edwards (2012) คือระดับพื้นฐาน 1) ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ (Needed health knowledge and understanding) 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ (Accessing with information and service) ระดับปฏิสัมพันธ์ 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (Communicating for added professionals) 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง (Managing their health condition) ระดับวิจารณ์ 5) การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ (Getting media and information literacy) และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Making appropriate health decision to good practice)

4. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2561) โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ใช้เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ อายุ 15 ปีขึ้นไป ในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายการจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ซึ่งประกอบ 5 ตอน จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน 5 ข้อ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส. 6 ข้อ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ ตาม 3อ.2ส. 10 ข้อ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตาม 3อ.2ส. 3 ข้อ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. 6 ข้อ

5. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนวัยทำงาน สำหรับหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (ปี 2562) โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 7 ข้อ ความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 36 ข้อ พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ จำนวน 9 ข้อ พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรค และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 6 ข้อ

งานวิจัยนี้ ประยุกต์ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2561) และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนวัยทำงาน สำหรับหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยกองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขและมีการปรับปรุงข้อคำถามให้มีความเกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

โดยสรุป พบว่า เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ของการวัด โดยเครื่องมือในต่างประเทศส่วนใหญ่วัดทักษะ ความเข้าใจ การอ่าน คำศัพท์ทางการแพทย์ เป็นต้น สำหรับเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย ปรับปรุงจากแนวคิดของ Nutbeam โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1.ระดับพื้นฐาน (Functional literacy level) 2.ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive literacy level) 3. ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical literacy level) มีการพัฒนาเครื่องมือตามกลุ่มเป้าหมาย เช่น ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุ กลุ่มโรค ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

### **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ**

ในการพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น ต้องเข้าใจถึงตัวกำหนดหรือปัจจัยที่อาจมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพราะเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงเมื่อจะกำหนดรูปแบบหรือกลยุทธ์ในการพัฒนา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ปัจจัยระดับบุคคล ระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และระดับสังคม มีการสรุปไว้โดย วัชรภาพร เที่ยสุวรรณ, 2560 ดังนี้

#### **1. ปัจจัยระดับบุคคล**

1.1 ความรู้ ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไป เช่น การอ่านตัวเลข ความสามารถในการวิเคราะห์ การรู้เท่าทันเรื่องอื่นๆ เช่น วิทยาศาสตร์ คอมพิวเตอร์ วัฒนธรรม สื่อ สิทธิ และความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง

1.2 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ การศึกษา เพศ อายุ อาชีพ รายได้ วัฒนธรรม ภาษา

1.3 ความเชื่อและทัศนคติ

1.4 พฤติกรรมความเสี่ยงทางสุขภาพ

1.5 ทักษะและความสามารถส่วนบุคคล ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน ความสามารถในการพูด ทักษะในการต่อรอง ทักษะในการจัดการตนเอง ความสามารถในการประเมินสื่อทางสุขภาพ ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ

1.6 รูปแบบการใช้ชีวิต

1.7 การจัดการสุขภาพและความเจ็บป่วย

1.8 ระดับความเครียด

1.9 ภาวะสุขภาพ

1.10 คุณภาพชีวิต

1.11 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.12 พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ การตรวจสุขภาพเป็นประจำ ความร่วมมือในการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริโภค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง

## 2. ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

2.1 ทักษะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ทักษะทางปัญญา ความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์ ทักษะการสื่อสารและทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักษะทางสังคม และทักษะการพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง

2.2 สิ่งแวดล้อม

2.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

## 3. ปัจจัยระดับสังคม

3.1 การจัดระเบียบชุมชน

3.2 ความเท่าเทียมทางสังคม สุขภาพ และโครงสร้างทางการเมือง

3.3 การพัฒนาความรู้ องค์กร และนโยบาย

3.4 การเข้าถึงและการใช้บริการทางสุขภาพ

3.5 การมีส่วนร่วม

3.6 มาตรการทางสังคมเพื่อสุขภาพ

3.7 ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ

## แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้บทบาท อสม. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

### 1. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้บทบาท

#### ความหมายของการรับรู้

ราชบัณฑิตยสถาน (2556) ให้ความหมายของ การ หมายถึง งาน สิ่งหรือเรื่องที่ทำ มักใช้ควบคู่กับคำว่างาน เช่น การงาน เป็นการเป็นงาน ได้การได้งาน ถ้าอยู่หน้านามหมายความว่า เรื่องฐานะ หน้าที่ เช่น การบ้าน การครัว การคร่ำ การครัด การเมือง ถ้าอยู่หน้ากริยาทำให้กริยาเป็นนาม เช่น การกิน การนอน

Dember, & Warm (1977) กล่าวว่า การรับรู้ในทางทฤษฎีถือว่าเป็นสภาพทางจิตวิทยา การรับรู้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ไม่ใช่เหตุการณ์ที่เห็นหรือสามารถสังเกตได้โดยตรง ในทางจิตวิทยาถือเป็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวป้อนหรือตัวกระตุ้น อันได้แก่ สิ่งที่คุณค่าได้เห็น ได้ยิน หรือมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวข้องด้วยกับพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งการแสดงออกจะเป็นผลจากการรับรู้ภายในที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ ความจำ แรงกระตุ้น และอารมณ์ ซึ่งการรับรู้นั้นจะต้องอาศัยประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมเป็นตัวช่วยในการตีความหรือแปล หากคนเราไม่มีความรู้เดิมหรือลืมเรื่องนั้น ไปก็จะไม่มีการรับรู้สิ่งนั้น (Finnergan, 1975; Garrison, & Magoon, 1972; กันยา สุวรรณแสง, 2542)

ประเภทของการรับรู้ แบ่งออกเป็น 4 ประเภท (กมลรัตน์ หล้าสุขวงศ์, 2528)

1. การรับรู้ทางอารมณ์ หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ เช่น รู้สึกดีใจ เสียใจ ตื่นเต้น รักเกลียด ชื่นชม เป็นต้น

2. การรับรู้ลักษณะของบุคคล ต้องอาศัยการแปลข้อมูล 3 ประการ คือ

2.1 ลักษณะทางกายภาพ เช่น รูปร่าง หน้าตา ลักษณะแขนขา ท่า สีผิว เป็นต้น

2.2 พฤติกรรม เช่น การพูดคุย การยิ้ม การหัวเราะ การเดิน

2.3 คำบอกเล่า เช่น คำบอกเล่าจากญาติพี่น้อง เพื่อน ผู้ใกล้ชิด

3. การรับรู้ภาพพจน์ของบุคคล หมายถึง มโนภาพหรือมโนคติของสิ่งต่าง ๆ ตามที่บุคคลรับรู้เป็นภาพที่อยู่ในความคิด หรือจินตนาการของบุคคล และบุคคลสามารถบอกลักษณะของภาพเหล่านั้นให้ผู้อื่นทราบได้ด้วย

4. การรับรู้ปรากฏการณ์ทางสังคม เป็นการตีความหรือการแปลความหมายสิ่งต่าง ๆ หรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมตามความเชื่อของตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถอธิบายสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ได้ การรับรู้ปรากฏการณ์ทางสังคมนั้นอยู่กับสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ

4.1 ระดับการรับรู้ หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ เซอร์วิ  
ปัญหาหรือความเฉลียวฉลาด เมื่อต่างกันย่อมมีความต่อสิ่งต่าง ๆ ได้แตกต่างกันด้วย

4.2 การเปลี่ยนการรับรู้ คือ ถ้าผู้ที่มีการรับรู้ต่ำ เมื่อได้โอกาสสนทนาหรืออภิปรายกับ  
ผู้ที่มีการรับรู้สูง ก็อาจจะถูกผู้มีการรับรู้สูงเปลี่ยนแนวคิดหรือแนวทางในการรับรู้ได้

## 2. ความหมายของบทบาท

ราชบัณฑิตยสถาน (2556) ได้ให้ความหมายของ บทบาท หมายถึงการทำทำตามบท  
การร่าตามบท โดยปริยายหมายความว่า การทำตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ เช่นบทบาทของพ่อแม่  
บทบาทของครู

ธงชัย สันติวงษ์, และชัยยศ สันติวงษ์ (2526) กล่าวว่า บทบาท หมายถึง สิ่งที่  
เชื่อมโยงกันระหว่างบุคคลกับองค์การ และแสดงพฤติกรรมของคนในองค์การที่คาดว่าจะ  
แสดงออกบทบาทเกิดจากผลการเกี่ยวข้องกันขององค์การที่เป็นทางการ เทคนิควิธีการ องค์การที่  
ไม่เป็นทางการ และความคาดหวังของบุคคลในงานที่ทำ

Bloom, & Selznick (1977) ได้จำแนกลักษณะของบทบาทไว้ 3 ประการ ดังนี้

1. บทบาทที่กำหนดไว้หรือบทบาทตามอุดมคติ (Prescribed or Ideal role) เป็น  
บทบาทที่กำหนดสิทธิหน้าที่ของตำแหน่งไว้อย่างแน่นอนและชัดเจน

2. บทบาทที่ควรกระทำ (Perceived role) เป็นบทบาทที่แต่ละบุคคลเชื่อว่าควร  
กระทำตามหน้าที่ในตำแหน่งนั้น ๆ ซึ่งอาจจะเป็นไปตามบทบาทที่กำหนดไว้ทุกประการหรือไม่ก็ได้  
ขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่ดำรงตำแหน่งนั้น ๆ

3. บทบาทที่กระทำจริง (Performed role) เป็นบทบาทที่บุคคลได้กระทำจริง ๆ ตาม  
ความเชื่อ ความคาดหวัง ความกดดัน ตลอดจนโอกาสที่จะกระทำในแต่ละสังคมในช่วงระยะเวลา  
ที่ดำรงตำแหน่งนั้น ๆ

## 3. ความหมายของการรับรู้บทบาท

การรับรู้บทบาท หมายถึง การยืนยันว่ารู้การทำตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ หรือการรับว่ารู้  
การทำตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2556)

คันธวุฒิ พลอยอุบล (2551) กล่าวว่า การรับรู้บทบาท หมายถึง การแปลความหมาย  
ของบุคคลจากสิ่งได้เห็น ได้ยินหรือมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวข้องด้วย และแสดงพฤติกรรมออกตามความ  
เข้าใจ ความคิด และความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตนเองในการกระทำตามหน้าที่ที่บุคคลพึงกระทำตาม  
ตำแหน่งหรือตามที่องค์กรเป็นผู้กำหนดโดยอาศัยประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิม

เยาวลักษณ์ แสงสว่าง (2557, p. น. 41) กล่าวว่า การรับรู้บทบาทเป็นกระบวนการที่  
คนเรามีประสบการณ์กับวัตถุ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยอาศัยอวัยวะในการรับสัมผัสและใช้สมอง



ในการวิเคราะห์สัมพัทธ์เพื่อแปลออกมาเป็นความหมาย หรือเรียกว่า การรับรู้ ซึ่งในการรับรู้บทบาท ต้องมีการรับรู้ตามบทบาทที่ต้องปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ถูกต้องและตรงกับวัตถุประสงค์ที่ผู้ให้บริการต้องการ

จากความหมายของการรับรู้ บทบาท และการรับรู้บทบาท สามารถสรุปได้ว่า การรับรู้บทบาท หมายถึง การยืนยันว่ารู้หรือการรับว่ารู้การทำตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ให้ปฏิบัติในขณะที่อยู่ในตำแหน่งนั้น ๆ โดยให้สัมพันธ์กับโครงสร้างทางสังคม จากสิ่งที่ได้เห็น ได้ยิน หรือมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวข้องด้วย และแสดงพฤติกรรมออกมาตามความเข้าใจ ความคิด และความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตนเอง

#### 1. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ 6 ด้าน ดังนี้

1.1 ภาวะทางสรีระและกายวิภาค (Physiological and anatomical condition) เป็นสิ่งที่ร่างกายนั้นเป็นอยู่ในด้านรูปร่าง การทำงานของร่างกายซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละเชื้อชาติ

1.2 อิทธิพลของครอบครัว (Family influence) เป็นพื้นฐานของบุคคลในการให้ความสนใจและตีความหมายสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิต

1.3 อิทธิพลทางวัฒนธรรม (Cultural influence) เป็นพื้นฐานของการดำรงชีวิตในสังคมการอยู่ร่วมกัน การทำงานและวิถีชีวิต

1.4 สิ่งจูงใจ ความต้องการ เป้าหมาย (Moive, Needs and Goals) เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลาหนึ่ง ๆ ของชีวิตอันเกิดจากการเรียนรู้ ประสบการณ์และทัศนคติของบุคคลนั้นต่อชีวิต

1.5 ประสบการณ์ในอดีต (Past experience) เป็นพื้นฐานในการเปรียบเทียบประสบการณ์ใหม่ที่ได้รับและให้ความหมายต่อสิ่งนั้นว่าดีหรือเลวกว่าเดิม

1.6 ลักษณะบุคลิกภาพ (Personality characteristics) เป็นพื้นฐานลักษณะนิสัยของบุคคลที่ส่งผลต่อการรับรู้ที่แตกต่างกันไป

#### 4. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ

##### ความหมายของแรงจูงใจ

Hellriegel, & Woodman (2001) ให้ความหมายแรงจูงใจว่า เป็นแรงผลักดันต่อบุคคลหรือแรงผลักดันภายในตัวบุคคลที่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่มีทิศทางไปสู่เป้าประสงค์

Johns (1996) กล่าวว่า เป็นการยากที่จะนิยามคำว่า แรงจูงใจ แต่เมื่อกล่าวถึงบุคคลในองค์กรที่มีแรงจูงใจในการทำงาน จะพบว่า บุคคลนั้นจะทำงานหนัก ทำงานอย่างไม่หยุดยั้ง และทิศทางการแสดงออกพฤติกรรมมุ่งสู่ผลลัพธ์ที่ดี

Moorhead, & Griffin (1995, p. p. 78) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นกลุ่มของแรงผลักดันที่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมในแนวทางที่ต้องการ

Mondy, Arthur, & Premeaux (1991, p. p. 292) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นความเต็มใจที่จะใช้ความพยายามตามทิศทางที่เป็นวัตถุประสงค์ขององค์การ

สมยศ นาวิการ (2543, pp. น. 28-291) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นพลังที่วิเริม กำกับและค้ำจุน พฤติกรรมและการกระทำส่วนบุคคล คุณลักษณะพื้นฐานของแรงจูงใจ 3 ประการ คือ ความพยายาม ความไม่หยุดยั้ง และทิศทาง

นิตยา เพ็ญศิริณา (2555) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นแรงผลักดันภายในที่จะทำให้บุคคลทำงานด้วยความเต็มใจ และมีพฤติกรรมที่นำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ มีลักษณะพื้นฐานดังนี้

1. การปลุกเร้า (Arousal หรือ Activation) แรงจูงใจเป็นสภาวะภายในของบุคคลที่เร้าให้เกิด ความสนใจเลือกที่จะกระทำ และมีพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของคน
2. พฤติกรรมของบุคคลที่มีแรงจูงใจจะมีลักษณะของการใช้ความพยายามและเป็นไปอย่างไม่หยุดยั้ง
3. พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลจะมีทิศทางที่มุ่งสู่เป้าหมายที่ต้องการ

จากความหมายของแรงจูงใจสามารถสรุปได้ว่า แรงจูงใจ หมายถึง สิ่งที่เป็นความต้องการของคนทำงานภายในตัวบุคคล และสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการทำงานที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความพอใจและกระตือรือร้นในการทำงาน เมื่อได้รับการตอบสนองบุคคลจะเกิดความพึงพอใจในการทำงาน

### **ทฤษฎีสองปัจจัยในแรงจูงใจ (Two factors motivation theory)**

Herzberg, 1959 อ้างอิงใน ดำรงค์ศักดิ์ จันทโททัย (2557) ได้ศึกษาองค์ประกอบของความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจในการทำงาน พบว่า มีปัจจัยที่ทำให้คนเกิดความพึงพอใจในการทำงานว่ามีอยู่ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัย ปัจจัยทั้งสองจะช่วยสนับสนุนให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานมากยิ่งขึ้น เป็นทฤษฎีที่เสนอแนะว่าความพึงพอใจในการทำงาน ประกอบด้วย 2 แนวคิด

1. แนวคิดที่มีขอบเขตจากความพึงพอใจ (Satisfaction) ไปยังความไม่พึงพอใจ (No Satisfaction) และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยจูงใจ (Motivation Factor)
2. แนวคิดที่มีขอบเขตจากความไม่พึงพอใจ (Dissatisfaction) ไปยังความไม่พึงพอใจ (No Satisfaction) และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอนามัย (Hygiene factors) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ปัจจัยจูงใจหรือกระตุ้น (Motivation factor or Motivations) เป็นปัจจัยภายใน (ความต้องการภายใน) ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการสร้างความพอใจในการทำงาน (Job satisfiers) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นที่จะนำมาใช้จูงใจให้คนปฏิบัติงานดีขึ้น เช่น ความก้าวหน้าความสำเร็จ การยกย่อง ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นที่นำมาใช้จูงใจให้คนปฏิบัติงานให้ดีขึ้น ได้แก่

2.1.1 ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน (Achievement) หมายถึง การที่บุคคลสามารถทำงานได้เสร็จสิ้น และประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ความสามารถในการแก้ปัญหา และการแสดงสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่จะส่งผลให้เห็นผลงานของบุคคล เมื่อบุคคลปฏิบัติงานหรือทำอะไรได้สำเร็จก็จะมีความรู้สึกภาคภูมิใจว่าได้ทำงานสำเร็จ ซึ่งจะทำให้มีความพอใจในการปฏิบัติงานนั้น

2.1.2 การยอมรับนับถือ (Recognition) หมายถึง การได้รับการยอมรับนับถือไม่ว่าจะเป็นจากผู้บังคับบัญชา กลุ่มเพื่อน บุคคลในหน่วยงาน หรือจากบุคคลอื่น ซึ่งการยอมรับนี้อาจอยู่ในรูปของการยกย่องชมเชย เมื่อบุคคลได้รับการยอมรับนับถือก็จะเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

2.1.3 โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน (Advancement) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสถานะหรือตำแหน่งของบุคคลในองค์กร โดยมีการเพิ่มงานในความรับผิดชอบมากขึ้นความก้าวหน้าอาจจะมีหลายอย่าง เช่น ความก้าวหน้าในด้านหน้าที่การงาน และเงินเดือน ซึ่งเมื่อบุคคลได้รับความก้าวหน้าก็เท่ากับได้รับการตอบสนองของความต้องการของบุคคล

2.1.4 ลักษณะงาน (The work itself) หมายถึง ความรู้สึกที่ดี หรือไม่ดีของบุคคลที่มีต่อลักษณะของงาน เช่น งานที่ง่ายหรือยากจนเกินไป ลักษณะงานจะเป็นสิ่งที่จะจูงใจบุคคลได้ถ้าผู้บริหารหรือหัวหน้างานได้ให้เป็นการจูงใจ เช่น การใช้เทคนิคในการมอบหมายงานให้ งานโดยตรงกับความสามารถของบุคคลตรงกับความสามารถหรือความถนัดของบุคคล รวมทั้งการมอบหมายงานที่มีลักษณะไม่ยากเกินความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน หรือไม่มีปริมาณมากจนเกินไป รวมทั้งการมอบหมายงานอย่างเป็นธรรม

2.1.5 ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานใหม่ ๆ และมีอำนาจในการรับผิดชอบได้อย่างเต็มที่ บุคคลจะมีความพึงพอใจเมื่อได้รับผิดชอบที่เหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่ หากบุคคลได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานแล้วจะทำให้มีความรักงาน และมีความพึงพอใจในงานมากยิ่งขึ้น

2.2 ปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัย (Maintenance factor or Hygiene factor) ในภาษาไทยมีผู้แปลให้ความหมายในคำอื่นอีก ได้แก่ ปัจจัยการดำรงรักษา ปัจจัยสุขอนามัยเป็น

ปัจจัยภายนอกที่ป้องกันไม่ให้นักงงานเกิดความไม่พึงพอใจในการทำงาน (Job satisfiers) การเสนอปัจจัยนี้ไม่ใช่วิธีการจูงใจที่ดีที่สุดที่เสนอของ Hygiene แต่เป็นการป้องกันความไม่พึงพอใจ ประกอบด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาทำงาน หรือการขาดงานของพนักงาน เช่นนโยบายบริษัท การบังคับบัญชา ความมั่นคงในงาน ค่าตอบแทน สภาพการทำงาน เป็นต้น ได้แก่

2.2.1 เงินเดือนหรือค่าตอบแทน (Salary or compensation) หมายถึง ผลตอบแทนหรือการเลื่อนขั้นเงินเดือนอย่างเป็นธรรมในหน่วยงาน ความพึงพอใจในเงินเดือนหรือความพึงพอใจหรือไม่พอใจต่อเงินเดือนที่เพิ่มขึ้น

2.2.2 ความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน (Relationship) ได้แก่ การพบปะติดต่อกันไม่ว่าจะเป็นทางกิริยาหรือวาจาที่แสดงถึงความสัมพันธ์อันดีต่อกันกับผู้บังคับบัญชาผู้ใต้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน

2.2.3 สภาพภาพในการทำงาน (Working condition) หมายถึง ลักษณะของสถานที่เป็นองค์ประกอบให้บุคคลเกิดความรู้สึกต่องาน สภาพทางกายภาพของสถานที่ทำงาน เช่น การถ่ายเทอากาศ อุณหภูมิและเครื่องมือต่าง ๆ รวมทั้งปริมาณงานตลอดจนเครื่องอำนวยความสะดวกในการทำงาน

2.2.4 นโยบายและการบริหารงาน (Police and administration) หมายถึง การจัดการ การบริหารงานขององค์กรและการติดต่อสื่อสารในองค์กร การจัดการ และการบริหารงานองค์กร รวมถึงการติดต่อภายในองค์กร นโยบายขององค์กรจะต้องเด่นชัดเพื่อให้บุคคลดำเนินงานได้ถูกต้อง

2.2.5 ความมั่นคงในงาน (Job security) หมายถึง ความรู้สึกของคนที่มีต่อความมั่นคงของงาน หรือความมั่นคงและยั่งยืนในการปฏิบัติงาน การทำงานหรืออาชีพปฏิบัติงาน และมีความสัมพันธ์อันดีต่อผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานทั้งในและนอกแผนก

2.2.6 วิธีปกครองบังคับบัญชา (Technical supervision) หมายถึง ความรู้ความสามารถของผู้บังคับบัญชาในการดำเนินงานหรือความยุติธรรมในการบริหารงาน การที่บุคคลสามารถปฏิบัติงานและมีความสัมพันธ์อันดีต่อผู้บังคับบัญชา

เฮอริชเบิร์ก ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า องค์ประกอบด้วยการจูงใจจะต้องมีค่าเป็นบวกเท่านั้นจึงจะทำให้บุคคลมีความพึงพอใจในการทำงานขึ้นมาได้ แต่ถ้าได้ค่าลบไม่ทำให้บุคคลไม่พึงพอใจในการทำงานแต่อย่างใด โดยปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนเป็นความต้องการของการค้ำจุนเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดความสุข คนทำงาน เพราะเป็นแรงจูงใจในการทำงานและเมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองทั้งสองด้านบุคคลจะเกิดความพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งเป็นการศึกษาเจตคติ และการ

สร้างความสัมพันธ์ดีในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ คือ สิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ และด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานมนุษย์มีความต้องการหลายระดับขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายด้าน ยังพบว่าความต้องการของมนุษย์ มี 2 ลักษณะ คือ ความต้องการด้านร่างกาย และความปรารถนาความสุขทางใจ การที่นำปัจจัยต่าง ๆ มาเป็นสิ่งจูงใจให้มนุษย์เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานทำให้ประสบความสำเร็จของงาน มีข้อพิจารณา ดังนี้

1. เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของทั้งสองด้านนั้นเห็นได้ชัดว่าไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อกันหรือเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นสิ่งตรงกันข้ามกันเลย เช่น องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานก็จะโน้มนำจิตใจของคนงานไปในทางที่เสริมสร้างความรู้สึกที่ดีต่องานที่ทำอยู่ ตรงกันข้ามกับองค์ประกอบที่ไม่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานก็จะโน้มนำจิตใจของคนงานไปในทางเสื่อม คือ เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในงานที่ทำมากขึ้นเรื่อย ๆ

2. ผลจากการสำรวจจะต่างจากความเชื่อแต่เดิมที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายว่า องค์ประกอบที่มีผลอย่างใดอย่างหนึ่งนั้นจะมีผลในทางตรงกันข้ามเสมอ กล่าวคือ ถ้าหากสภาพการทำงานไม่ดีก็จะเป็นเหตุให้คนทำงานเกิดความไม่พึงพอใจในงานและจะมีข้อเสนอว่าถ้าได้ปรับปรุงสภาพการทำงานให้ดีขึ้นแล้ว ก็จะทำให้คนทำงานเกิดความพึงพอใจในการทำงานขึ้นมาได้

2.1 ถ้าสภาพการทำงานได้ถูกปรับปรุงแล้ว ความไม่พึงพอใจในงานของคนงานก็อาจจะหายไปได้บ้าง ส่วนความพึงพอใจจะเกิดขึ้นหรือไม่นั้นยังไม่สามารถสรุปได้ตรงข้าม

2.2 ถ้าปราศจากองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพอใจในงาน อันได้แก่ความสำเร็จ และการได้รับยกย่องนับถือแล้วก็มีได้หมายความว่า จะเป็นผลทำให้เกิดความไม่พึงพอใจขึ้นแก่คนงาน ซึ่งเฮร์ซเบิร์กเรียกปัจจัยแห่งความใจในงานว่า "ปัจจัยจูงใจ (Motivator factors)" ส่วนปัจจัยที่ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจในงานว่า "ปัจจัยอนามัย (Hygiene factors) หรือปัจจัยบำรุงรักษา (Maintenance factors)"

2.3 ปัจจัยอนามัยเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทุกองค์การควรมีเพื่อให้องค์การอยู่ในสภาพที่สมบูรณ์ แต่ปัจจัยจูงใจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับงานโดยตรงและหากมีปัจจัยนี้คนงานจะมีความรู้สึกที่ตนเองมีมูลเหตุจูงใจที่จะปฏิบัติงาน

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยจูงใจนั้นเป็นปัจจัยที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีความพอใจและกระตือรือร้นในการทำงาน ซึ่งปัจจัยจูงใจเป็นปัจจัยภายในของตัวบุคคล และเป็นปัจจัยที่จูงใจบุคคลให้ทำงาน ส่วนปัจจัยค้ำจุน หรือปัจจัยสุขอนามัย เป็นปัจจัยสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อ

ความไม่พอใจในการทำงาน ทั้งนี้ หากบุคคลไม่ได้รับการตอบสนองปัจจัยนี้แล้ว บุคคลนั้นจะไม่พอใจในการปฏิบัติงานจะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง อาจเกิดถดถอย หรือลาออกได้

## 5. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

### ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน (2553) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ บทบาทการทำงาน (Function) ของความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) การสนับสนุนทางสังคมอาจนิยามได้ว่าเป็นเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ให้ความเป็นเพื่อน (Companionship) การช่วยเหลือ (Assistance) และการหล่อเลี้ยงทางอารมณ์ (Emotional nourishment) โดยมีการระบุประเภทของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประการ ได้แก่ การให้กำลังใจ (Emotional) การสนับสนุนเครื่องมือ (Instrumental) การสนับสนุนข้อมูล (Informational) และการสนับสนุนเชิงประเมิน (Appraisal) โดยการให้กำลังใจ (Emotional support) หมายถึง การแสดงความห่วงใย ความเห็นใจ ความรัก และความไว้วางใจ การสนับสนุนทางเครื่องมือ (Instrumental support) ได้แก่ การสนับสนุนหรือลงมือเป็นรูปธรรม รวมถึงการสนับสนุนด้วยสิ่งของหรือบริการต่าง ๆ ส่วนการสนับสนุนข้อมูล (Informational support) คือ การให้คำแนะนำและให้ข้อมูลส่วนตัวหรือข้อเสนอแนะต่าง ๆ และสุดท้าย การสนับสนุนเชิงประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การสนับสนุนโดยการยืนยันหรือให้การตอบรับเชิงสร้างสรรค์ (Constructive feedback) ที่เอื้อประโยชน์ต่อการประเมินตนเอง (Self-evaluation) ชนิดของการสนับสนุนที่ให้ประโยชน์ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ อาจจะแตกต่างกันไปโดยขึ้นอยู่กับสภาพและระดับขั้นของสถานการณ์ที่บุคคลกำลังประสบอยู่ โดยการให้กำลังใจช่วยได้ในช่วงที่เกิดวิกฤตในชีวิต ในขณะที่การสนับสนุนข้อมูลมีประโยชน์มากกว่าการช่วยให้บุคคลเข้าใจว่าจะเข้าถึงเพื่อนของตนเองได้อย่างไร ส่วนการสนับสนุนทางเครื่องมือหรือในเชิงรูปธรรมจะเป็นตัวช่วยในการทำหน้าที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะ เช่น การเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ให้รับประทาน หรือการช่วยขับรถพาเด็ก ๆ ไปทำกิจกรรมนันทนาการ ในขณะที่การสนับสนุนเชิงประเมินหรือยืนยัน ประกอบด้วย การตอบรับเชิงสร้างสรรค์ที่ช่วยให้บุคคลตระหนักถึงจุดเด่นและศักยภาพของตนเองได้

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2554) แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ชนิดของการช่วยเหลือที่สมาชิกที่เป็นเครือข่ายทางสังคม ให้การสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่

1. การยอมรับสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Emotion support) เช่น การฟัง แสดงให้เห็นว่าสนใจ ยอมรับ ไว้วางใจ
2. การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของ (Instrumental support) ได้แก่ การให้อุปกรณ์ สิ่งของ เงิน เวลา เพื่อเอื้อให้เกิดพฤติกรรม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยเครือข่ายทางสังคมหรือแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ กลุ่มครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ฯลฯ ที่มีลักษณะ 3 ประการ คือ 1) มีโครงสร้าง (Structural) เช่น จำนวนคน การรู้จักมักคุ้น 2) การมีปฏิสัมพันธ์ ความถี่ของการพบปะกัน ความง่ายในการพบปะ และ 3) มีหน้าที่ (Function) เช่น ให้แรงสนับสนุนทางสังคมพันธะสัญญาต่อกัน และให้ความรู้สึกมีคุณค่าทางสังคม

จากความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่มาชกในเครือข่ายทางสังคมที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันให้การสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม โดยได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์/ ความรู้สึก ด้านการประเมินคุณค่าด้านทรัพยากร และด้านข้อมูลข่าวสาร

#### 6. แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวคิดมาจากทฤษฎีจากการศึกษาทางสังคมจิตวิทยาพบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นมักจะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล และจะมีการแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์แบบมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลที่แสดงออกถึงความสนใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือทางด้านความรู้ ด้านอารมณ์ ข้อมูล วัตถุสิ่งของ และอื่น ๆ ทำให้เกิดความผูกพันได้ แรงสนับสนุนทางสังคมนั้นจำเป็นต่อพฤติกรรมของแต่ละคนมาก โดยเฉพาะพฤติกรรมทางด้านร่างกายและจิตใจ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล หรือว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

## 7. องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)

7.1 จะต้องมี การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคม

7.2 ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้น ประกอบด้วย 1) ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่า มีคนสนใจ เอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงใจ 2) ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม และ 3) ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้

7.3 ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนอาจอยู่ในรูปข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือจิตใจ

7.4 จะต้องช่วยให้ ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ คือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี

จึงสรุปได้ว่า หลักการของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีองค์ประกอบหลายอย่างที่ สำคัญ

เป็นการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้กับผู้รับการสนับสนุนและผู้รับการสนับสนุนไม่ว่าจะเป็นข้อมูลข่าวสารหรือวัสดุสิ่งของหรือจิตใจ ความรักความห่วงใย เป็นต้น

ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม (Type of Support) House, 1981 แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกได้เป็นหลายรูปแบบซึ่งพฤติกรรมกรทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยเน้นถึง

การแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคล ออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ความรักความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. ด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง ในการรับรองการให้ข้อมูลป้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม

3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ทำให้ได้ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนะแนวทาง ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติและนำไปใช้ในการปรับสภาพแวดล้อมได้

4. ด้านทรัพยากรหรือเครื่องมือ (Instrumental Support) ทำให้ได้รับความช่วยเหลือ โดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่องวัสดุ สิ่งของ เงิน แรงงาน จากที่กล่าวมาข้างต้นนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นสิ่งตอบสนองความต้องการทางด้าน จิตใจ อารมณ์ ของบุคคล



## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

Visanuyothin, Chatanuluk, Saengsuwan, Rojanavarapong, & Pornchanya (2015) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ความแตกต่างทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาล จังหวัด นครราชสีมา ประเทศไทย เพื่อวัดระดับความแตกต่างทางสุขภาพของ อสม. และการจัดกลุ่มความแตกต่างทางสุขภาพของ อสม. ผลการศึกษาพบว่า ผลคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างทางสุขภาพทั้ง 14 ด้าน (7.8-8.9, คะแนนเต็ม = 10) สูงกว่าประชาชนทั่วไป คะแนนเฉลี่ย 4 อันดับต่ำสุดได้แก่ สมุนไพรและอาหารเสริม ออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพ การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพและการสนับสนุนสุขภาพในชุมชน ผลการศึกษาสามารถจำแนกความแตกต่างทางสุขภาพของอสม. ออกเป็นสามกลุ่ม ได้แก่ 1) ระดับสูง (8.8-9.6) มีจำนวน 783 คน 2) ระดับปานกลาง (7.2-8.6) มีจำนวน 651 คน 3) ระดับต่ำ (5.6-6.8) จำนวน 168 คน กำหนดกลุ่มโดยใช้ความแตกต่างของคะแนนการรู้หนังสือ ศักยภาพ อสม. สถานะสุขภาพ อายุ รายได้หลัก ระดับการศึกษาและระยะเวลาการเป็น อสม.

ชินตา เตชะวิจิตรจากรู (2561) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 5 ด้าน อยู่ในระดับพอใช้ ยกเว้นการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับดีมาก ปัจจัยเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ปัจจัยเพศมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และอาชีพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประภัสสร งามแสงใส, ปติรดา ศรีสียน, และสุวรรณา ภัทรเบญจพล (2557) ได้ศึกษากฎนี้ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ ของ อสม. ในจังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเฉลี่ย  $14.8 \pm 3.2$  จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน รวมทั้งพบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ กับ อายุ และระดับการศึกษาของอสม. ( $p < 0.01$ ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจในระดับดี แต่บางส่วนยังขาด

ทักษะในการอ่านและแปลความข้อมูลสาธารณสุขจากสื่อสิ่งพิมพ์ ซึ่งศักยภาพของ อสม. ในการให้ความรู้แก่ชุมชนอาจด้อยลง หากมีความฉลาดทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังขาดความมั่นใจในการแนะนำความรู้แก่เพื่อนบ้าน ผลการศึกษาข้างชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุและระดับการศึกษา เป็นสิ่งที่ควรพิจารณาประกอบด้วยในกระบวนการสรรหา อสม. เพราะมีความสัมพันธ์ต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ ซึ่งมีความจำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม.

วรรณศิริ นิลเนตร (2557) ศึกษาเรื่องความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ผลการศึกษา พบว่า 1) ความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอยู่ในระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 99.5) และระดับปฏิสัมพันธ์ (ร้อยละ 0.5) 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ อายุ ( $p\text{-value}=0.001$ ) เพศ ( $p\text{-value}=0.013$ ) ระดับการศึกษา ( $p\text{-value}<0.001$ ) ความสามารถในการมองเห็น ( $p\text{-value}=0.003$ ) ความสามารถในการเขียน ( $p\text{-value}<0.001$ ) ผู้ดูแล ( $p\text{-value}=0.005$ ) สิทธิในการรักษาพยาบาล ( $p\text{-value}=0.041$ ) ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม ( $p\text{-value}<0.001$ ) และการเดินทางมาชมรม ( $p\text{-value}=0.007$ )

อำนาจ เนียมหมื่นไวย (2561) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านนักจัดการสุขภาพชุมชน อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนักจัดการสุขภาพชุมชน ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.001$ ) องค์ประกอบด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.01$ ) และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.01$ ) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยโดยรวมไม่แตกต่างกัน มีเพียงพฤติกรรมด้านควบคุมปริมาณอาหารและรสชาติไม่ให้หวาน มันเค็มจัดทุกมีมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.01$ )

วรรณรัตน์ รัตนวรงค์ (2561) ได้ศึกษา ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความฉลาดทางสุขภาพ

และอิทธิพลขององค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความฉลาดทางสุขภาพระดับเพียงพอ มีร้อยละ 6.0 ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้และระยะเวลาที่เป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพ ซึ่งได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจและการแปลความหมาย การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 17.9 โดยตัวแปรการเงื่อนไขทางสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีที่สุด ( $p < 0.001$ )

ณิชารัตน์ นฤมลต์, และยุวรงค์ จันทรวิจิตร (2560) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 2.69$ , S.D. = 0.56) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และด้านการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.22$ , S.D. = 0.45) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านอาหารและด้านอารมณ์อยู่ในระดับดี ส่วนด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับน้อย 3) ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( $r = 0.136$ ,  $p < 0.05$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ธีรศักดิ์ ศรีพิทักษ์, รชช ชูตีพัฒนะ, และอิสระ ทองสามสี (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดยะลา มีวัตถุประสงค์เพื่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคของนักเรียนวัยรุ่น ผลการศึกษา พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 84.9 2) กลุ่มตัวอย่างที่เรียนอยู่ในระดับชั้นเรียนต่างกันและมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวต่างกันมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วน ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และ 3) ค่าดัชนีมวล

กายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ, และขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง ผลการวิจัยพบว่า มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมากที่สุด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 1) แรงจูงใจภายในตัวบุคคล 2) การให้บริการเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 3) ครอบครัว ญาติและเพื่อน ในการส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง การจัดกระบวนการเรียนรู้ในชุมชน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จึงต้องคำนึงถึงทั้ง 3 ปัจจัย เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน

ณิชนน หล้ารอด, สุรินทร กลัมพากร, และจุฑาธิป ศีลบุตร (2562) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ จังหวัดปทุมธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ ผลการศึกษา คือ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการช่วยเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ทั้งหลังทดลองและระยะติดตามผล เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่า หลังทดลองและระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการช่วยเลิกบุหรี่มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

เชษฐา แก้วพรม, อรัญญา บุญธรรม, ลลนา ประทุม, และโคภินสิริ ยุทธวิสุทธิ (2557) ได้ศึกษา ความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาสองตำบลในพื้นที่อำเภอขลุง จันทบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 2 ตำบล อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษา คือ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ สามารถจำแนกการเจ็บป่วยทางจิตได้ โดยสามารถจำแนกการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าได้ถูกต้อง ร้อยละ 78.99 และ 59.42 ตามลำดับ

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเกินกว่า ร้อยละ 80.00 มีความเห็นว่าการมีบุคลิกภาพวิตกกังวลและภาวะวิตกกฤติในชีวิตเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยทางจิต และกลุ่มตัวอย่างเกินกว่าร้อยละ 96.00 เห็นว่าการออกกำลังกายการพบปะผู้คนและการรับบริการให้การปรึกษาเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้บุคคลที่ป่วยด้วยโรคทางจิตมีอาการดีขึ้น

Taguchi et al. (2016) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับระดับการเข้าถึงกิจกรรมในอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพ ในประเทศญี่ปุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพและกิจกรรมหลักสามระดับในอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูง มีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ต่อครอบครัวและเผยแพร่สู่ชุมชน การจัดโปรแกรมการศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครอาจช่วยให้การทำงานง่ายขึ้น

Murayama, Taguchi, & Murashima (2011) ได้ศึกษา การสำรวจกลยุทธ์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพในญี่ปุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งโดยอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพของญี่ปุ่นที่ส่งเสริมวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพของญี่ปุ่น (HPV) เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นแหล่งช่วยเหลือในชุมชน โดยพบว่า อาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพของญี่ปุ่น มีแรงจูงใจที่สูงขึ้นสำหรับการมีส่วนร่วมครั้งแรก มีเครือข่ายทางสุขภาพและมีความรู้ลึกเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาชุมชนให้มีเข้มแข็ง การวิจัยนี้ แสดงให้เห็นถึงความท้าทายของอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้คำแนะนำในการฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

Furuya, Kondo, Yamagata, & Hashimoto (2015) ได้ศึกษา ความรู้ด้านสุขภาพสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมและสุขภาพที่ประเมินตนเองในญี่ปุ่น ปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดความสับสนได้แก่ ปัจจัยทางประชากรรายได้ครัวเรือนสถานะการจ้างงานและความสำเร็จทางการศึกษา แบบจำลองหลายตัวแปร พบว่าสุขภาพที่ดีด้วยตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอายุที่น้อยลง [odds ratio (OR), 0.99; ช่วงความเชื่อมั่น 95% (CI), 0.97–0.99], การจ้างงาน (OR, 2.89; 95% CI, 1.06–7.88) และคะแนน HL เชิงสื่อสาร / วิกฤตที่สูงขึ้น (หรือ 2.75; 95% CI, 1.93–3.90) ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีการศึกษาต่ำมีแนวโน้มที่จะมี HL ด้านการสื่อสาร / วิกฤตที่ต่ำกว่า ผลลัพธ์เหล่านี้บ่งชี้ว่าเพื่อปิดช่องว่างด้านสุขภาพการแทรกแซงเชิงนโยบายควรมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริม HL ในกลุ่มสังคมสงเคราะห์ที่ถูกละทิ้ง

Chatio, Welaga, Tabong, & Akweongo (2019) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของกิจกรรมอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนในเขต Kassena-Nankana ทางตอน

เหนือ ประเทศกานา พบว่า อาสาสมัครประมาณ 45% ทำคะแนนได้สูง ในการวิเคราะห์หลายตัวแปรสถานประกอบการศึกษา [OR = 4.64 95% CI (1.22–17.45)] และเชื้อชาติ [OR = 1.85 95% CI (1.00–3.41)] เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ตัวกลางอื่นๆ ปัจจัยต่างๆ เช่น แรงจูงใจ และวิธีการขนส่งยังส่งผลต่อประสิทธิภาพของสุขภาพอาสาสมัครมีส่วนร่วมในกิจกรรมการแทรกแซงด้านสุขภาพในระดับชุมชน สถานภาพทางการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขมีแนวโน้มสูงขึ้นเพิ่มประสิทธิภาพ นอกจากนี้การให้สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่ตัวเงินและโลจิสติกส์เช่นจักรยานเสือกัมปั่นไฟคบเพลิงและรองเท้าเวลลิงตันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขและยังกระตุ้นให้พวกเขาให้บริการด้านสุขภาพต่อไปเป็นเจ้าของคนในระดับชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความสามารถส่วนบุคคล เป็นต้น ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการเขียน สิทธิในการรักษาพยาบาล เป็นต้น ในส่วนของงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมทางสุขภาพ โดยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น

## กรอบแนวคิดการวิจัย

### ตัวแปรต้น

ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- อาชีพ
- สถานภาพสมรส
- รายได้
- โรคประจำตัว
- ดัชนีมวลกาย
- ระยะเวลาการเป็น อสม.

ความสามารถส่วนบุคคล

- ความสามารถในการมองเห็น
- ความสามารถในการได้ยิน
- ความสามารถในการพูด
- ความสามารถในการอ่าน
- ความสามารถในการเขียน
- ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี

การปฏิบัติงานเป็น อสม.

- การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.
- แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
- การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

### ตัวแปรตาม

**ความรอบรู้ด้านสุขภาพ**

- ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ
- การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ
- ทักษะการสื่อสาร
- ทักษะการจัดการตนเอง
- ทักษะการตัดสินใจ
- การรู้เท่าทันสื่อ

ภาพ 3 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย โดยในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสุโขทัย ที่มีรายชื่ออยู่ในระบบสารสนเทศ งานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ปี 2563 ในเขตพื้นที่ 9 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองสุโขทัย กงไกรลาศ ศรีมาศ ศรีสำโรง ศรีนครทุ่งเสลี่ยม ศรีสัชนาลัย สวรรคโลก และบ้านด่านลานหอย จำนวน 12,835 คน

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสุโขทัย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน จากสูตรการหาขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 1995) ดังนี้



$$n = \frac{N\sigma^2 Z_{1-\alpha/2}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 Z_{1-\alpha/2}^2}$$

$n$  = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ให้ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

$N$  = ขนาดของประชากร (12,835 คน)

$Z_{1-\alpha/2}$  = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95%  $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$

$\sigma$  = ค่าความแปรปรวน ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพเฉลี่ย 49.95 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.93 (ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, 2561)

$d$  = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ ร้อยละ 10 ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนั้นค่าความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 0.593

Alpha ( $\alpha$ ) = 0.05

จากสูตร  $n = 12,835 \times (5.93^2) (1.96^2)$

$$\frac{[(0.593^2) (12,835-1)] + [(5.93^2)(1.96^2)]}{}$$

$n = 374$  คน

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร เท่ากับ 374 คน

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้น ร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างใหม่เป็น

$$n_{\text{adjusted}} = n/1-r$$

$$= 374/1-0.1$$

$$= 415.56$$

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 416 คน

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้ได้ ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกอำเภอ โดยกำหนดขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร แต่ละอำเภอ ใช้สูตรกำหนดสัดส่วนดังนี้

$$n_i = \frac{nN_i}{N}$$

โดยกำหนดให้

$n_i$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ

$n$  = ขนาดตัวอย่าง

$N_i$  = สมาชิกของประชากรในแต่ละชั้นภูมิ

$N$  = จำนวนสมาชิกของประชากรทั้งหมด

กำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละสถานบริการสาธารณสุข ตามสัดส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอ ได้ขนาดตัวอย่างของแต่ละสถานบริการสาธารณสุข หลังจากนั้นใช้ การสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยในแต่ละอำเภอ จับฉลากเพื่อเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 แห่ง หลังจากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) นำรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มตามรายชื่อของ อสม. ในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จนได้ตัวอย่างครบทุกรายอำเภอ หากไม่ได้ตามจำนวนที่กำหนด ให้จับฉลากเลือกพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มอีก 1 แห่ง และนำรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ จนครบจำนวนในแต่ละอำเภอ รวมทั้งสิ้น 416 ราย ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนอำเภอ รายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

อำเภอ	ประชากร (คน)	รพ.สต.	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
เมืองสุโขทัย	1,975	รพ.สต.บ้านสวน	271	64
กงไกรลาศ	1,417	รพ.สต.ไกรนอก	124	46
คีรีมาศ	1,313	รพ.สต.บ้านหนองกก	114	42
ศรีสำโรง	1,589	รพ.สต.เกาะตาเลี้ยง	114	51
ศรีนคร	602	รพ.สต.คลอง มะพลับ	130	20
ทุ่งเสลี่ยม	1,191	รพ.สต.บ้านท่าวิเศษ	114	39
ศรีสัชนาลัย	2,182	รพ.สต.ท่าชัย	193	71
สวรรคโลก	1,610	รพ.สต.คลองกระจง	125	52
บ้านด่านลานหอย	956	รพ.สต.หนองหญ้า ปล้อง	88	31
<b>รวม</b>	<b>12,835</b>	<b>รวม</b>	<b>1,273</b>	<b>416</b>

#### เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยที่มีรายชื่ออยู่ในระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2563
2. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี

#### เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างย้ายไปอาศัยนอกพื้นที่จังหวัดสุโขทัยก่อนการวิจัยเสร็จสิ้น หรือลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ในช่วงระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัย

#### เกณฑ์การถอดถอน (Discontinuation criteria)

แบบสอบถามที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์มากกว่าร้อยละ 20

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองโดยผู้ศึกษา สร้างจากตำรา เอกสาร บทความวิชาการ โดยศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำการศึกษา รวมทั้งประยุกต์จากแนวคิดโมเดลความรู้ด้านสุขภาพของ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) เพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีเนื้อหาในแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป** ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง และระยะเวลาการเป็น อสม. ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ

**ส่วนที่ 2 ความสามารถส่วนบุคคล** ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิด แบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

**ส่วนที่ 3 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** ประกอบด้วย

**การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.** ข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ปี 2554 มากน้อยเพียงใด จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายคะแนนรวม การรับรู้บทบาท แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

การรับรู้บทบาทระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
การรับรู้บทบาทระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79
การรับรู้บทบาทระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60

**แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน** ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นในการมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน การยอมรับนับถือ และโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน มากน้อยเพียงใด จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ การแปลความหมายคะแนนรวมแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

แรงจูงใจระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
------------------	------------------

แรงจูงใจระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79  
 แรงจูงใจระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60

**การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม** ประกอบด้วยข้อคำถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบลได้รับกำลังใจ คำชื่นชม การสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึก จากบุคคลอื่น มากน้อยเพียงใด จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิด มาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เป็นประจำ เป็นบางครั้ง และไม่เคยได้รับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 3, 2 และ 1 ตามลำดับ การแปลความหมาย คะแนนรวมการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป  
 แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79  
 แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60

#### ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

**ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม** หมายถึง คะแนนรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ทักษะการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 6 ข้อ ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ และ การรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ รวม 39 ข้อ พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งแบ่งระดับคะแนน รวมออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ประกอบด้วย

ระดับไม่ดี ช่วงคะแนน <23 คะแนน (<60%ของคะแนนเต็ม) หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ

ระดับพอใช้ ช่วงคะแนน 23-27 คะแนน ( $\geq 60$  - <70%ของคะแนนเต็ม) หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ได้ถูกต้องบ้าง

ระดับดี ช่วงคะแนน 27-31 คะแนน ( $\geq 70$  - <80%ของคะแนนเต็ม) หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ได้ถูกต้อง

ระดับดีมาก ช่วงคะแนน 31 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ จนเป็นสุขนิสัย

**ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ** เรื่อง การใช้ยาสมเหตุสมผล การป้องกันและควบคุมวัณโรคในชุมชน การลด ละ เลิก บุหรี่ การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ จำนวน 12 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

คำตอบที่ถูกต้อง ได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

คำตอบที่ไม่ถูกต้อง ได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนรวมของความรู้ พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งแบ่งระดับคะแนนรวมออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ประกอบด้วย

มีความรู้ระดับไม่ถูกต้อง ช่วงคะแนน 0-7 คะแนน (<60% ของคะแนนเต็ม) หมายถึง รู้และเข้าใจน้อยมากไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี

มีความรู้ระดับถูกต้องบ้าง ช่วงคะแนน 8-9 คะแนน ( $\geq 60$  - <70% ของคะแนนเต็ม) หมายถึง รู้และเข้าใจถูกต้องเป็นส่วนน้อยไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี

มีความรู้ระดับถูกต้อง ช่วงคะแนน 10- 11 คะแนน ( $\geq 70$  - <80% ของคะแนนเต็ม) หมายถึง รู้และเข้าใจถูกต้องเป็นส่วนมากเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี

มีความรู้ระดับถูกต้องที่สุด ช่วงคะแนน 12 คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง รู้และเข้าใจถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

**เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ** จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติดังนี้

ข้อคำถาม	เชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนรวม พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งแบ่งระดับคะแนนรวมออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Cohen, & Orbuch, (1979; กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ประกอบด้วย

ระดับไม่ดี ช่วงคะแนน <18 คะแนน (<60%ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ยังมีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลบริการสุขภาพจากหลากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการตัดสินใจ

ระดับพอใช้ ช่วงคะแนน 18-20 คะแนน ( $\geq 60$  - <70%ของคะแนนเต็ม) หมายถึง สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้าง แต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ตัดสินใจให้ถูกต้องแม่นยำได้

ระดับดี ช่วงคะแนน 21-23 คะแนน ( $\geq 70$  - <80%ของคะแนนเต็ม) หมายถึง สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้ และนำมาใช้ตัดสินใจได้

ระดับดีมาก ช่วงคะแนน 24 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากต่อการตัดสินใจที่ถูกต้องแม่นยำได้

**ทักษะการสื่อสาร** จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติดังนี้

ข้อความเชิงบวก			ข้อความเชิงลบ		
มากที่สุด	5	คะแนน	1	คะแนน	
มาก	4	คะแนน	2	คะแนน	
ปานกลาง	3	คะแนน	3	คะแนน	
น้อย	2	คะแนน	4	คะแนน	
น้อยที่สุด	1	คะแนน	5	คะแนน	

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมทักษะการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนรวม พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งระดับคะแนนรวมออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Cohen, & Orbuch (1979; กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ประกอบด้วย

ระดับไม่ดี ช่วงคะแนน 0-14 คะแนน (<60%ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ยังมีปัญหาด้านทักษะการฟัง การอ่าน การเขียนและการเล่าเรื่อง/โน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเองได้

ระดับพอใช้ ช่วงคะแนน 15-17 คะแนน ( $\geq 60$  - <70%ของคะแนนเต็ม) หมายถึง สามารถที่จะฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้บ้างแต่ยังไม่เชี่ยวชาญพอ

ระดับดี ช่วงคะแนน 18- 19คะแนน ( $\geq 70$  -  $< 80\%$  ของคะแนนเต็ม) หมายถึง สามารถที่จะฟัง พูด อ่าน เขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับปฏิบัติได้ดี

ระดับดีมาก ช่วงคะแนน 20 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง มีความเชี่ยวชาญด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน เพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง

**ทักษะการจัดการตนเอง** จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก		ข้อคำถามเชิงลบ	
มากที่สุด	5 คะแนน	1	คะแนน
มาก	4 คะแนน	2	คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3	คะแนน
น้อย	2 คะแนน	4	คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน	5	คะแนน

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 6 ข้อ เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยแปลผลโดยรวม พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ประกอบด้วย

ระดับไม่ดี ช่วงคะแนน  $< 18$  คะแนน ( $< 60\%$  ของคะแนนเต็ม) หมายถึง มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองไม่ค่อยได้

ระดับพอใช้ ช่วงคะแนน 18-20 คะแนน ( $\geq 60$  -  $< 70\%$  ของคะแนนเต็ม) หมายถึง มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้บ้าง

ระดับดี ช่วงคะแนน 21-23 คะแนน ( $\geq 70$  -  $< 80\%$  ของคะแนนเต็ม) หมายถึง มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

ระดับดีมาก ช่วงคะแนน 24 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี



**ทักษะการตัดสินใจ** จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก			ข้อคำถามเชิงลบ	
มากที่สุด	5	คะแนน	1	คะแนน
มาก	4	คะแนน	2	คะแนน
ปานกลาง	3	คะแนน	3	คะแนน
น้อย	2	คะแนน	4	คะแนน
น้อยที่สุด	1	คะแนน	5	คะแนน

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยแปลผลโดยรวม พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Cohen, & Orbuch (1979; กองสุขาศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ประกอบด้วย

ระดับไม่ดี ช่วงคะแนน 0-14 คะแนน (<60%ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ไม่สนใจสุขภาพตนเอง ทำตัวตามสบายโดยไม่คำนึงถึงผลดีผลเสียต่อสุขภาพตนเอง

ระดับพอใช้ ช่วงคะแนน 15-17 คะแนน ( $\geq 60 - < 70\%$ ของคะแนนเต็ม) หมายถึง มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดี ที่เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเอง

ระดับดี ช่วงคะแนน 18- 19 คะแนน ( $\geq 70 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม) หมายถึง มีการตัดสินใจที่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดีที่เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่น

ระดับดีมาก ช่วงคะแนน 20 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี ต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่นอย่างเคร่งครัด

**การรู้เท่าทันสื่อ** จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก			ข้อคำถามเชิงลบ	
มากที่สุด	5	คะแนน	1	คะแนน
มาก	4	คะแนน	2	คะแนน
ปานกลาง	3	คะแนน	3	คะแนน
น้อย	2	คะแนน	4	คะแนน

น้อยที่สุด 1 คะแนน 5 คะแนน

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยแปลผลโดยรวม พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Cohen, & Orbuch (1979; กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ประกอบด้วย

### การรู้เท่าทันสื่อ

ระดับไม่ดี ช่วงคะแนน 0-14 คะแนน (<60%ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อโดยแทบจะไม่คิดวิเคราะห์หรือตรวจสอบก่อน

ระดับพอใช้ ช่วงคะแนน 15-17 คะแนน ( $\geq 60$  - <70%ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อ โดยมีการวิเคราะห์หรือตรวจสอบข้อมูลก่อนในบางเรื่อง

ระดับดี ช่วงคะแนน 18- 19 คะแนน ( $\geq 70$  - <80%ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อ โดยมีการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลก่อนเป็นส่วนใหญ่

ระดับดีมาก ช่วงคะแนน 20 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อที่ผ่านการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลก่อนว่าถูกต้องจริง

### วิธีการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาวิธีการสร้างเครื่องมือจากเอกสารและตำราที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ
2. ศึกษา การดำเนินงานเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย
3. สร้างเครื่องมือตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย
4. นำเสนอโครงร่างแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง มีเกณฑ์ดังนี้

ให้ + 1 เมื่อข้อความมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์และวัตถุประสงค์

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อความมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์และวัตถุประสงค์

-1 เมื่อข้อความไม่มีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์และวัตถุประสงค์

หลังจากนั้นนำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้สูตรของ (Rovinelli, & Hambleton, 1976) มีสูตรดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ

IOC = ดัชนีความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถาม

$\sum R$  = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

การวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา คัดเลือกแบบสอบถามที่มีค่าดัชนี IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

5. ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามคำแนะนำของอาจารย์และผู้เชี่ยวชาญ
6. นำเครื่องมือไปทดสอบ (Try out) จำนวน 30 ชุด ในกลุ่ม อสม. ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับ อสม. ที่เป็นตัวอย่างในการวิจัย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย
7. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดังนี้ ทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ของแบบสอบถามแต่ละส่วน โดยแบบสอบถามแต่ละส่วนมีค่าความเชื่อมั่นคือ การปฏิบัติงานเป็น อสม. เท่ากับ 0.826 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.859 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.975 และความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ (KR20) เท่ากับ 0.742
8. ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือแบบสอบถามให้มีความสมบูรณ์อีกครั้ง
9. นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจริง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ขั้นเตรียมการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้รับผิดชอบงานที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง

#### ขั้นตอนการ

5. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมายเพื่อขออนุญาตในการใช้พื้นที่

6. ผู้วิจัยประสานผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ประชุมชี้แจงและจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่ออธิบายแนวทางในการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างและขอความอนุเคราะห์ ในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง

7. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัย ซึ่งอยู่ในพื้นที่ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดเวลา

8. ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม พร้อมนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว และระยะเวลาการเป็น อสม. โดยใช้สถิติจำนวน และร้อยละ กรณีเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด กรณีเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ

2. วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาอาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัวและระยะเวลาการเป็น อสม. 2) ปัจจัยด้านความสามารถส่วนบุคคล ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน และความสามารถในการใช้เทคโนโลยี 3) ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานเป็น อสม. ได้แก่ การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นรายข้อ โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และรายตัวแปรโดยนำมาจัดระดับนำเสนอ จำนวนและร้อยละ และนำเสนอคะแนนในภาพรวมรายตัวแปรด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression)

Analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นต่อน (Stepwise) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ให้การรับรองแบบ ยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็น มาตรฐานสากล ตามเอกสารรองรับการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย COA No.412/2020, IRB No.P3-0107/2563 รับรองเมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2563 หลังจากได้รับการรับรอง แล้วจัดเก็บข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่ม ตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย การปกปิดรายชื่อและข้อมูลที่ได้จาก แบบสอบถาม โดยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากกลุ่ม ตัวอย่างเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย การศึกษาครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามเก็บไว้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลนี้ถูกทำลายหลังจากมีการวิเคราะห์และเขียน รายงานหลังการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี เพื่อนำเสนอในภาพรวมจะไม่ระบุหรืออ้างถึงกลุ่ม ตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล หากไม่ได้รับอนุญาต

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) เพื่อศึกษาถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย และปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนและแบบสอบถามสมบูรณ์จำนวน 416 ราย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นตอ (Stepwise) โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความสามารถส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

1. ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ
2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ
3. ทักษะการสื่อสาร
4. ทักษะการจัดการตนเอง
5. ทักษะการตัดสินใจ
6. การรู้เท่าทันสื่อ

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

### ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 416)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	44	10.6
หญิง	372	89.4
<b>อายุ</b>		
18-29 ปี	11	2.6
30-39 ปี	39	9.5
40-49 ปี	122	29.3
50-59 ปี	174	41.8
60-69 ปี	62	14.9
70-79 ปี	8	1.9
(Mean = 50.91 SD = 9.47, Median = 51.0, Min = 23.0, Max = 79.0)		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	321	77.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	63	15.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	21	5.1
อนุปริญญา/ปวส.	10	2.4
ปริญญาตรี	1	0.2
<b>อาชีพหลัก</b>		
เกษตรกรรวม	235	56.5
รับจ้าง	114	27.4
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	46	11.1
ว่างงาน	16	3.8
พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ	4	1.0
นักการเมืองท้องถิ่น	1	0.2

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	38	9.1
สมรส	304	73.1
หม้าย/หย่า/แยก	74	17.8
<b>รายได้</b>		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	218	52.4
5,000-10,000 บาท	176	42.3
มากกว่า 10,000 บาท	22	5.3
(Mean = 4,804.51 SD = 3,523.86, Median = 4,000, Min = 1,000, Max = 30,000)		
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	227	54.6
ความดันโลหิตสูง	114	27.4
ไขมันในเลือดสูง	64	15.4
เบาหวาน	51	12.3
หัวใจ	12	2.9
ไตรอยต์เป็นพิษ	4	1.2
ภูมิแพ้	5	1.0
อื่นๆ (ธาลัสซีเมีย1/หอบหืด1/ข้อเสื่อม1)	3	0.7
<b>BMI</b>		
<18.5 (น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน)	6	1.4
18.5-22.9 (ปกติ)	89	21.4
23-24.9 (อ้วนระดับ1)	105	25.2



ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
25-29.9 (จำนวนระดับ2)	150	36.1
มากกว่าหรือเท่ากับ30 (จำนวนระดับ3)	66	15.9
(Mean = 25.84 SD = 4.00, Median = 25.16, Min = 15.81, Max = 40.58)		
<b>ระยะเวลาในการทำงานเป็น อสม.(ปี)</b>		
น้อยกว่า 5	93	22.4
6-10	90	21.6
11-20	160	38.5
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	73	17.5
(Mean = 13.36 SD = 8.69, Median = 12.00, Min = 1.0, Max = 39.0)		

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.4 มีอายุเฉลี่ย  $50.91 \pm 9.47$  ปี อายุสูงสุด 79 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี โดยมีช่วงอายุระหว่าง 50-59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 41.8 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 29.3 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งจบระดับ การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 77.2 รองลงมาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 15.1 ส่วนใหญ่ มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.5 รองลงมา มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 27.4 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.1 รองลงมา คือ หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 17.8 ส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ย  $4,804.51 \pm 3,523.86$  บาทต่อเดือน รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 52.4 รองลงมา มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 42.3 ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัวตามการ วินิจฉัยของแพทย์ ร้อยละ 54.6 รองลงมา คือ มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.4 มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย  $25.84 \pm 4.00$  กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนใหญ่ มีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 36.1 มีระยะเวลาในการทำงานเป็น อสม.เฉลี่ย  $13.36 \pm 8.69$  ปี ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 38.5

## ส่วนที่ 2 ความสามารถส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสามารถส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 416)

ความสามารถส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความสามารถในการมองเห็น</b>		
ไม่ใช้แว่นตา	202	48.6
ใช้แว่นตา	214	51.4
<b>ความสามารถในการได้ยิน</b>		
ได้ยินชัดเจน	376	90.4
ชัดบ้างไม่ชัดบ้าง	38	9.1
ไม่ชัดเจนเลย	2	0.5
<b>ความสามารถในการพูด</b>		
พูดคล่อง	318	76.4
คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง	93	22.4
พูดไม่คล่องเลย	5	1.2
<b>ความสามารถในการอ่าน</b>		
อ่านได้คล่อง	364	87.5
อ่านไม่คล่อง	52	12.5
<b>ความสามารถในการเขียน</b>		
เขียนได้คล่อง	325	78.1
เขียนไม่คล่อง	91	21.9
<b>ความสามารถในการใช้สมาร์ทโฟน/คอมพิวเตอร์</b>		
ใช้งานได้คล่อง	112	26.9
คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง	264	63.5
ใช้งานได้ไม่คล่องเลย	40	9.6

จากตาราง 3 พบว่า ความสามารถส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ใช้แว่นตาช่วยในการมองเห็น ร้อยละ 51.4 ได้ยินเสียงชัดเจน ร้อยละ 90.4 พุดคื่อง ร้อยละ 76.4 มีความสามารถในการอ่านได้คล่อง ร้อยละ 87.5 สามารถเขียนได้คล่อง ร้อยละ 78.1 สามารถใช้สมาร์ทโฟน/คอมพิวเตอร์ได้คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง ร้อยละ 63.5

### ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

#### 1. การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. (n = 416)

การรับรู้บทบาทหน้าที่	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (36 คะแนน ขึ้นไป)	192	46.2
ระดับปานกลาง (27-35 คะแนน)	221	53.1
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 27 คะแนน)	3	0.7
(Mean = 35.08 SD = 4.18, Median = 51.0, Min = 23.0, Max = 45.0)		

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 53.1 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 46.2 และน้อยที่สุด คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 0.7 คะแนนความรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.เฉลี่ย  $35.08 \pm 4.18$  คะแนน (คะแนนเต็ม 45) คะแนนต่ำสุด 23 คะแนน คะแนนสูงสุด 45 คะแนน

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม.รายข้อ (n = 416)

การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.	จำนวน(ร้อยละ)				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
1. ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข	93(22.4)	201(48.3)	119(28.6)	3(0.7)	0

## ตาราง 5 (ต่อ)

การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.	จำนวน(ร้อยละ)				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
2. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัด รณรงค์และให้ความรู้ทางด้าน สาธารณสุข	92(22.1)	192(46.2)	128(30.8)	4(1.0)	0
3. ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน	81(19.5)	211(50.7)	119(28.6)	3(0.7)	2(0.5)
4. จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกัน ปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับ ปัญหาของพื้นที่	98(23.6)	190(45.7)	124(29.8)	3(0.7)	1(0.2)
5. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางด้าน สุขภาพหรือเป็นด้านสุขภาพในชุมชน	77(18.5)	181(43.5)	154(37.0)	4(1.0)	0
6. ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิ ประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึง บริการสาธารณสุขการมีส่วนร่วมใน การเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับ นโยบายด้านสุขภาพแก่ประชาชน	91(21.9)	214(51.4)	103(24.8)	7(1.7)	1(0.2)
7. ศึกษา พัฒนาตนเอง และเข้าร่วม ประชุม ตลอดจนปฏิบัติงานตามที่ หน่วยงานอื่นร้องขอ	97(23.3)	198(47.6)	116(27.9)	5(1.2)	0
8. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านจะต้องดำเนินการตาม มาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	82(19.7)	201(48.3)	121(29.1)	11(2.6)	1(0.2)
9. ประสานการดำเนินงาน สาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงาน ร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	103(24.8)	202(48.6)	103(24.8)	8(1.9)	0

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บทบาทหน้าที่มากที่สุด คือ ข้อ 9 ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 24.8 รองลงมา คือ ข้อ 4 จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ ร้อยละ 23.6 และมีการรับรู้บทบาทหน้าที่น้อยที่สุด คือ ข้อ 3 ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ร้อยละ 0.5

## 2. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (n = 416)

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (28 คะแนน ขึ้นไป)	240	57.7
ระดับปานกลาง (21-27 คะแนน)	161	38.7
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 21 คะแนน)	15	3.6

(Mean = 27.49 SD = 4.44, Median = 28.0, Min = 13.0, Max = 35.0)

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 57.7 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 38.7 และน้อยที่สุด คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 3.6 คะแนนแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเฉลี่ย  $27.49 \pm 4.44$  คะแนน (คะแนนเต็ม 35 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 13 คะแนน คะแนนสูงสุด 35 คะแนน

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน รายชื่อ (n = 416)

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	จำนวน(ร้อยละ)				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
<b>ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน</b>					
1. ฉันสามารถแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครประจำหมู่บ้านได้เสร็จสิ้นและประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี	92(22.1)	220(52.9)	98(23.6)	5(1.2)	1(0.2)
2. การปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถเห็นผลได้ชัดเจนและเป็นรูปธรรม	91(21.9)	223(53.6)	98(23.6)	3(0.7)	1(0.2)
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อนร่วมงานแสดงความห่วงใยเมื่อท่านออกทำงานส่งเสริมสุขภาพประชาชน	93(22.4)	226(54.3)	93(22.4)	4(1.0)	0
<b>ด้านการยอมรับนับถือ</b>					
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น และเพื่อนร่วมงาน ให้การยอมรับในความสามารถในการทำงานของฉัน	86(20.7)	231(55.5)	92(22.1)	6(1.4)	1(0.2)
5. เมื่อเข้าไปดำเนินงานด้านสุขภาพประชาชนจะให้ความร่วมมือและยอมรับในความสามารถของฉัน	90(21.6)	193(46.4)	114(27.4)	15(3.6)	4(1.0)

ตาราง 7 (ต่อ)

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	จำนวน(ร้อยละ)				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
<b>ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน</b>					
6. ฉันได้รับโอกาสและการสนับสนุน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่น และเพื่อนร่วมงาน ให้ได้รับการพัฒนา ศักยภาพอยู่เสมอ เช่น การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประกวดแข่งขันในระดับ ตำบล/อำเภอ/จังหวัด/เขต/ประเทศ	85(20.4)	213(51.2)	105(25.2)	11(2.6)	2(0.5)
7. ฉันได้รับการสนับสนุนให้ปฏิบัติงาน ตามความเหมาะสมกับความสามารถ และหน้าที่	84(20.2)	221(53.1)	104(25.0)	7(1.7)	0

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงานมากที่สุด คือ ข้อ 3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อนร่วมงานแสดงความห่วงใยเมื่อท่านออกทำงานส่งเสริมสุขภาพประชาชน ร้อยละ 22.4 รองลงมา คือ ข้อ 1 ฉันสามารถแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครประจำหมู่บ้านได้เสร็จสิ้น และประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ร้อยละ 22.1 และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับน้อยที่สุด มากที่สุด คือ ข้อ 2 การปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถเห็นผลได้ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ร้อยละ 0.2

ด้านการยอมรับนับถือ มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมากที่สุด คือ ข้อ 5 เมื่อเข้าไปดำเนินงานด้านสุขภาพ ประชาชนจะให้ความร่วมมือและยอมรับในความสามารถของฉัน ร้อยละ 21.6

ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมากที่สุด คือ ข้อ 6 ฉันได้รับโอกาสและการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่น และเพื่อนร่วมงาน ให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพอยู่เสมอ เช่น การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประกวดแข่งขันในระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด/เขต/ประเทศ ร้อยละ 20.4

### 3. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 416)

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (14 คะแนน ขึ้นไป)	284	68.3
ระดับปานกลาง (10-13 คะแนน)	118	28.4
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 10 คะแนน)	14	3.4
(Mean = 14.93 SD=2.73, Median = 16.0, Min = 6.0, Max = 18.0)		

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 68.3 รองลงมา คือ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 28.4 และน้อยที่สุด คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 3.4 คะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย  $14.93 \pm 2.73$  คะแนน (คะแนนเต็ม 18 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 6 คะแนน คะแนนสูงสุด 18 คะแนน

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม รายข้อ (n = 416)

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน(ร้อยละ)		
	เป็นประจำ (3)	เป็น บางครั้ง(2)	ไม่เคย ได้รับ (1)
1. ฉันได้รับการยกย่องชมเชยหรือได้รับกำลังใจในการปฏิบัติงานจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	158(38.0)	235(56.5)	23(5.5)
2. ฉันได้รับกำลังใจในการปฏิบัติงานจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	245(58.9)	155(37.3)	16(3.8)
3. ฉันได้รับความร่วมมือจากชุมชนในการปฏิบัติงาน	232(55.8)	168(40.4)	16(3.8)
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ผู้นำท้องถิ่น/เพื่อนร่วมงานได้มีการให้ข้อเสนอแนะในการเพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานของฉันประสบความสำเร็จ	245(58.9)	154(37.0)	17(4.1)



## ตาราง 9 (ต่อ)

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน(ร้อยละ)		
	เป็นประจำ (3)	เป็น บางครั้ง(2)	ไม่เคย ได้รับ (1)
5. ฉันได้รับวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือในการปฏิบัติงาน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ปรอทวัดไข้ เป็นต้น อย่าง เพียงพอ	181(43.5)	184(44.2)	51(12.3)
6. ฉันได้รับความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	291(70.0)	116(27.9)	9(2.2)

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นประจำมากที่สุด คือ ข้อ 6 ฉันได้รับความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 70 รองลงมา คือ ข้อ 2 ฉันได้รับกำลังใจในการปฏิบัติงานจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และข้อ 4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ผู้นำท้องถิ่น/เพื่อนร่วมงานได้มีการให้ข้อเสนอแนะในการเพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานของฉันประสบความสำเร็จ ร้อยละ 58.9 และไม่เคยได้รับมากที่สุด คือ ข้อ 1 ฉันได้รับการยกย่องชมเชยหรือได้รับกำลังใจในการปฏิบัติงานจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 5.5

#### ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 416)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดีมาก(118-147คะแนน)	156	37.5
ระดับดี (103-117คะแนน)	168	40.4
ระดับพอใช้ (88-102คะแนน)	80	19.2
ระดับไม่ดี (ต่ำกว่า88คะแนน)	12	2.9

(Mean = 113.83 SD = 15.05, Median = 115, Min = 54, Max = 147)

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ใน ระดับดี ร้อยละ 40.4 รองลงมา มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก ร้อยละ 37.4 รองลงมา มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ ร้อยละ 19.2 และน้อยที่สุด คือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 2.9 คะแนนเฉลี่ย  $113.83 \pm 15.05$  คะแนน (คะแนนเต็ม 147) คะแนนต่ำสุด 54 คะแนน คะแนนสูงสุด 147 คะแนน

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ (n = 416)

ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
มีความรู้ระดับถูกต้องบ้าง (6-7 คะแนน)	9	2.2
มีความรู้ระดับถูกต้อง (8-9 คะแนน)	80	19.2
มีความรู้ระดับถูกต้องที่สุด 10 คะแนน ขึ้นไป)	321	78.6
(Mean = 10.14 SD = 2.73, Median = 10.0, Min = 6.0, Max = 12.0)		

จากตาราง 11 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับถูกต้องที่สุด ร้อยละ รองลงมา คือ ระดับถูกต้อง ร้อยละ 19.2 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 2.2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเฉลี่ย  $10.14 \pm 2.73$  (คะแนนเต็ม 12 คะแนน) คะแนนต่ำสุด คือ 6 คะแนน คะแนนสูงสุด คือ 12 คะแนน

ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ รายข้อ (n = 416)

ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	ตอบถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ประโยชน์ของการใช้ยาที่ถูกต้องเพื่อการรักษาโรค บรรเทาอาการและป้องกันโรค	403	96.9
2. ยาชนิดเดียวกัน ทุกคนในครอบครัวสามารถกินได้ในปริมาณที่เท่ากัน	359	86.3
3. การติดฉลากที่ขวดยาทำให้ทราบชื่อยา วันผลิตและวันหมดอายุ ชื่อผู้ผลิต ผลข้างเคียงของยา ข้อห้ามใช้และคำเตือน	408	98.1

ตาราง 12 (ต่อ)

ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	ตอบถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
4. ผู้ป่วยวินิจฉัยโรคสามารถแพร่เชื้อติดต่อไปสู่คนปกติได้โดยการไอ จามรดกัน	393	94.5
5. ผู้ที่สงสัยว่ามีอาการป่วยเป็นวัณโรค คือ มีเลือดออกตามไรฟัน	57	13.7
6. ผู้ที่อยู่รวมบ้านกับผู้ป่วยต้องตรวจเสมหะและเอกซเรย์ปอดปีละครั้ง	381	91.6
7. สารเสพติดที่จะได้รับจากการสูบบุหรี่ คือ สารนิโคติน	387	93.0
8. การสูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปอดได้	415	99.8
9. ร้านค้าสามารถขายบุหรี่ให้กับเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีได้	392	94.2
10. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เป็นโรคตับแข็งได้	347	83.4
11. เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเกิดอุบัติเหตุ โทรขอความช่วยเหลือจากการแพทย์ (EMS) ที่สายด่วน 1113	302	72.6
12. เมื่อพบคนหมดสติให้ดูความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมก่อนเข้าไปช่วยเหลือคนหมดสติ	375	90.1

จากตาราง 12 กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ถูกต้องมากที่สุด คือ ข้อ 8 การสูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปอดได้ ร้อยละ 99.8 รองลงมา คือ ข้อ 3 การติดฉลากที่ขวดยาทำให้ทราบชื่อยา วันผลิตและวันหมดอายุ ชื่อผู้ผลิต ผลข้างเคียงของยา ข้อห้ามใช้และค่าเตือน ร้อยละ 98.1 กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพถูกต้องน้อยที่สุด คือ ข้อ 5 ผู้ที่สงสัยว่ามีอาการป่วยเป็นวัณโรค คือ มีเลือดออกตามไรฟัน ร้อยละ 13.7

ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการเข้าถึงข้อมูล  
สุขภาพและบริการสุขภาพ (n = 416)

การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 18 คะแนน)	11	2.6
ระดับพอใช้ (18-20 คะแนน)	71	17.1
ระดับดี (21-23 คะแนน)	89	21.4
ระดับดีมาก (24 คะแนน ขึ้นไป)	245	58.9
(Mean = 23.66 SD = 3.74, Median = 24.0, Min = 9.0, Max = 30.0)		

จากตาราง 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 58.9 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 21.4 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 17.2 และน้อยที่สุด คือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 2.6 กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเฉลี่ย 23.66±3.74 คะแนน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 9 คะแนน คะแนนสูงสุด 30 คะแนน

ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ  
และบริการสุขภาพ รายข้อ (n = 416)

การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ	จำนวน(ร้อยละ)				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
1. เมื่อฉันต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ฉัน สามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ทันที บ่อยครั้งแค่ไหน	73(17.5)	215(51.7)	124(29.8)	3(0.7)	1(0.2)
2. ฉันสามารถเลือกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพด้วยตนเองเพื่อพัฒนาสุขภาพได้	90(21.6)	229(55.0)	93(22.4)	2(0.5)	2(0.5)
3. ฉันสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ได้จากหลากหลายแหล่ง เช่น จากผู้รู้ จาก สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ เป็นต้น	104(25.0)	220(52.9)	85(20.4)	6(1.4)	1(0.2)

ตาราง 14 (ต่อ)

การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ	จำนวน(ร้อยละ)				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
4. ฉันรู้วิธีการค้นหาข้อมูลสุขภาพจาก แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ด้วยตนเอง	74(17.8)	213(51.2)	122(29.3)	6(1.4)	1(0.2)
5. ฉันสามารถไปพบแพทย์ บุคลากร สาธารณสุข หรือรับบริการด้านสุขภาพได้ ตามความต้องการ	114(27.4)	219(52.6)	76(18.3)	6(1.4)	1(0.2)
6. ฉันสามารถสืบค้น หาแหล่งบริการ สุขภาพได้ตรงกับสภาพปัญหาของฉันและ ประชาชนที่ฉันดูแลได้	88(21.2)	219(52.6)	99(23.8)	8(1.9)	2(0.5)

จากตาราง 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพมากที่สุด คือ ข้อ 5. ฉันสามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือรับบริการด้านสุขภาพได้ตามความต้องการ ร้อยละ 27.4 รองลงมา คือ ข้อ 3 ฉันสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องได้จากหลากหลายแหล่ง เช่น จากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ เป็นต้น ร้อยละ 25 และมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพระดับน้อยที่สุดมากที่สุดคือ ข้อ 2 ฉันสามารถเลือกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อพัฒนาสุขภาพได้ และข้อ 6 ฉันสามารถสืบค้น หาแหล่งบริการสุขภาพได้ตรงกับสภาพปัญหาของฉันและประชาชนที่ฉันดูแลได้ ร้อยละ 0.5

ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทักษะการสื่อสาร  
(n = 416)

ทักษะการสื่อสาร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (< 15คะแนน)	11	2.6
ระดับพอใช้ (15-17 คะแนน)	105	25.2
ระดับดี (18-19 คะแนน)	74	17.8
ระดับดีมาก (20 คะแนน ขึ้นไป)	226	54.3
(Mean = 19.25 SD = 3.15, Median = 20.0, Min = 7.0, Max = 25.0)		

จากตาราง 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีทักษะสื่อสารอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 54.3 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 25.2 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 74 และน้อยที่สุด คือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 2.6 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะการสื่อสารเฉลี่ย  $19.25 \pm 3.15$  คะแนน (คะแนนเต็ม 25 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 7 คะแนน คะแนนสูงสุด 25 คะแนน

ตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการสื่อสาร รายข้อ  
(n = 416)

ทักษะการสื่อสาร	จำนวน(ร้อยละ)				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
1. เมื่อฉันอ่านหรือฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนจากบุคคลต่างๆ แล้วฉันพบว่าสามารถเข้าใจเนื้อหานั้นได้	91(21.9)	202(48.6)	117(28.1)	6(1.4)	0
2. ฉันสามารถเล่าเรื่อง พูดคุย อ่านหรือเขียนข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ให้กับครอบครัว เพื่อนหรือผู้อื่นได้รับรู้ข้อมูล	84(20.2)	206(49.5)	119(28.6)	6(1.4)	1(0.2)
3. ฉันสามารถพูดคุยเพื่อโน้มน้าวหรือแนะนำข้อมูลสุขภาพให้ผู้อื่นยอมรับและสามารถนำไปปรับใช้กับตนเองตามหลักการดูแลสุขภาพที่ดีได้	60(14.4)	217(52.2)	132(31.7)	7(1.7)	0
4. ฉันกล้าที่จะซักถามเรื่องที่ฉันกังวลหรือข้อมูลที่ไม่เข้าใจหรืออยากรู้เพิ่มเติมได้	77(18.5)	217(52.2)	113(27.2)	8(1.9)	1(0.2)
5. ฉันสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพกับเจ้าหน้าที่ได้	64(15.4)	216(51.9)	124(29.8)	11(2.6)	1(0.2)

จากตาราง 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการสื่อสารมากที่สุด คือ ข้อ 1 เมื่อฉันอ่านหรือฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนจากบุคคลต่างๆ แล้วฉันพบว่าสามารถเข้าใจเนื้อหานั้นได้ ร้อยละ 21.9 รองลงมา คือ ข้อ 2 ฉันสามารถเล่าเรื่อง พูดคุย อ่านหรือเขียนข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ให้กับครอบครัว เพื่อนหรือผู้อื่นได้รับรู้ข้อมูล ร้อยละ 20.2 และกลุ่มตัวอย่างมีทักษะการสื่อสารระดับน้อยที่สุดมากที่สุด คือ ข้อ 2 ฉันสามารถเล่าเรื่อง พูดคุย อ่านหรือเขียนข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

ให้กับครอบครัว เพื่อนหรือผู้อื่นได้รับรู้ข้อมูล ข้อ 4 ชั้นกล้าที่จะซักถามเรื่องที่ฉันกังวลหรือข้อมูลที่ไม่เข้าใจหรืออยากรู้เพิ่มเติมได้ และข้อ 5 ฉันสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพกับเจ้าหน้าที่ได้ ร้อยละ 0.2

ตาราง 17 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทักษะการจัดการตนเอง (n = 416)

ทักษะการจัดการตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 18 คะแนน)	17	4.1
ระดับพอใช้ (18-20 คะแนน)	100	24.0
ระดับดี (21-23 คะแนน)	114	27.4
ระดับดีมาก (24 คะแนน ขึ้นไป)	185	44.5
(Mean = 22.48 SD= 3.66, Median = 23.0, Min = 6.0, Max = 30.0)		

จากตาราง 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 44.5 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 27.4 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 24.0 และมีทักษะการจัดการตนเองน้อยที่สุด คือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 4.1

ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการจัดการตนเอง รายข้อ (n = 416)

ทักษะการจัดการตนเอง	จำนวน(ร้อยละ)				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. ฉันสามารถประเมินปริมาณและคุณค่าอาหารที่กินในแต่ละมื้อพร้อมได้ วางแผนออกกำลังกายได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	39(9.4)	168(40.4)	193(46.4)	12(2.9)	4(1.0)
2. ฉันสามารถวางแผนออกกำลังกายได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	61(14.7)	185(44.5)	158(38.0)	9(2.2)	3(0.7)

ตาราง 18 (ต่อ)

ทักษะการจัดการตนเอง	จำนวน(ร้อยละ)				
	มากที่สุด(5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
3. ฉันสามารถประเมินสภาวะอารมณ์ของตนเอง และสามารถหาวิธีจัดการกับอารมณ์ได้	52(12.5)	217(52.2)	137(32.9)	6(1.4)	4(1.0)
4. ฉันจัดสภาพแวดล้อมรอบตัวที่ช่วยให้สามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้	53(12.7)	231(55.5)	122(29.3)	7(1.7)	3(0.7)
5. ฉันสามารถปฏิบัติตนที่ดีในการดูแลสุขภาพเพื่อเป็นแบบอย่างให้กับผู้อื่น	58(13.9)	210(50.5)	138(33.2)	7(1.7)	3(0.7)
6. ฉันสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมมาใช้ในชีวิตประจำวันได้	88(21.2)	236(56.7)	84(20.2)	5(1.2)	3(0.7)

จากตาราง 18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการจัดการตนเองมากที่สุด คือ ข้อ 6 ฉันสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ ร้อยละ 21.2 รองลงมา คือ ข้อ 2 ฉันสามารถวางแผนออกกำลังกายได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ร้อยละ 14.7 กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการจัดการตนเองระดับน้อยที่สุดมากที่สุด คือ ข้อ 1 ฉันสามารถประเมินปริมาณและคุณค่าอาหารที่กินในแต่ละมื้อพร้อมได้ และข้อ 3 ฉันสามารถประเมินสภาวะอารมณ์ของตนเอง และสามารถหาวิธีจัดการกับอารมณ์ได้ ร้อยละ 1.0

ตาราง 19 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทักษะการตัดสินใจ (n = 416)

ทักษะการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (<15 คะแนน)	15	3.6
ระดับพอใช้ (15-17 คะแนน)	109	26.2
ระดับดี (18-19 คะแนน)	81	19.5
ระดับดีมาก (20 คะแนน ขึ้นไป)	211	50.7

(Mean = 19.09 SD = 3.66, Median = 20.0, Min = 8.0, Max = 25.0)



จากตาราง 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 50.7 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 26.2 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 19.5 และ กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการตัดสินใจน้อยที่สุด คือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 3.6

ตาราง 20 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการตัดสินใจ รายข้อ (n = 416)

ทักษะการจัดการตนเอง	จำนวน(ร้อยละ)				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
1. ฉันสามารถเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตาม	67(16.1)	203(48.8)	141(33.9)	5(1.2)	0
2. ฉันสามารถตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตาม	64(15.4)	220(52.9)	125(30.0)	6(1.4)	1(0.2)
3. เมื่อฉันเห็นโฆษณาสินค้าสุขภาพและสนใจในสินค้านั้น ฉันจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประเมินผลดี-ผลเสียก่อนตัดสินใจเลือกใช้	84(20.2)	215(51.7)	107(25.7)	9(2.2)	1(0.2)
4. ฉันสามารถเสนอทางเลือกหรือข้อมูลด้านสุขภาพในการปฏิบัติตนจากแหล่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล	55(13.2)	225(54.1)	126(30.3)	9(2.2)	1(0.2)
5. ฉันสามารถวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากบุคคลหรือสื่อต่างๆ ก่อนที่จะปฏิบัติตาม	66(15.9)	213(51.2)	126(30.3)	11(2.6)	0

จากตาราง 20 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการตัดสินใจมากที่สุด คือ ข้อ 3 เมื่อฉันเห็นโฆษณาสินค้าสุขภาพและสนใจในสินค้านั้น ฉันจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประเมินผลดี-ผลเสียก่อนตัดสินใจเลือกใช้ ร้อยละ 20.2 รองลงมา คือ ข้อ 1 ฉันสามารถเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตาม ร้อยละ 16.1 กลุ่มตัวอย่างมีทักษะ

การตัดสินใจระดับน้อยที่สุด มากที่สุด คือ ข้อ 2 ชั้นสามารถตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตาม ข้อ 3 เมื่อฉันเห็นโฆษณาสินค้าสุขภาพและสนใจในสินค้านั้น ฉันจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประเมินผลดี-ผลเสียก่อนตัดสินใจเลือกใช้ และข้อ 4 ชั้นสามารถเสนอทางเลือกหรือข้อมูลด้านสุขภาพในการปฏิบัติตนจากแหล่งต่างๆ อย่างมีเหตุผลร้อยละ 0.2

ตาราง 21 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรู้เท่าทันสื่อ  
(n = 416)

การรู้เท่าทันสื่อ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (<15 คะแนน)	13	3.1
ระดับพอใช้ (15-17 คะแนน)	109	26.2
ระดับดี (18-19 คะแนน)	66	15.9
ระดับดีมาก (20 คะแนนขึ้นไป)	228	54.8
(Mean = 19.21 SD = 3.12, Median = 20.0, Min = 7.0, Max = 25.0)		

จากตาราง 21 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีระดับการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับดี มาก ร้อยละ 54.8 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 26.2 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 15.9 และน้อยที่สุด คือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 3.1 คะแนนการรู้เท่าทันสื่อเฉลี่ย  $19.21 \pm 3.12$  คะแนน (คะแนนเต็ม 25 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 7 คะแนน คะแนนสูงสุด 25 คะแนน

ตาราง 22 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรู้เท่าทันสื่อ รายข้อ  
(n = 416)

การรู้เท่าทันสื่อ	จำนวน(ร้อยละ)				
	มากที่สุด(5)	มาก(4)	ปานกลาง(3)	น้อย(2)	น้อยที่สุด(1)
1. เมื่อฉันสนใจในสินค้าสุขภาพที่โฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ฉันจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ	95(22.8)	210(50.5)	104(25.0)	6(1.4)	1(0.2)

ตาราง 22 (ต่อ)

การรู้เท่าทันสื่อ	จำนวน(ร้อยละ)				
	มากที่สุด(5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
2. ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมหรือก่อนยอมรับข้อมูล/สินค้า ฉันสามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้	85(20.4)	217(52.2)	106(25.5)	7(1.7)	1(0.2)
3. ฉันสามารถประเมินข้อความสื่อที่น่าเชื่อถือเพื่อชี้แนะทางสุขภาพให้กับชุมชนได้	59(14.2)	217(52.2)	133(32.0)	6(1.4)	1(0.2)
4. ฉันมีการติดตามการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ทันสมัย	65(15.6)	218(52.4)	126(30.3)	7(1.7)	0
5. ฉันสามารถเปรียบเทียบความถูกต้องของข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างได้	52(12.5)	218(52.4)	138(33.2)	8(1.9)	0

จากตาราง 22 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรู้เท่าทันสื่อมากที่สุด คือ ข้อ 1 เมื่อฉันสนใจในสินค้าสุขภาพที่โฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ฉันจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ ร้อยละ 22.8 รองลงมา คือ ข้อ 2 ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมหรือก่อนยอมรับข้อมูล/สินค้า ฉันสามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ ร้อยละ 20.4 กลุ่มตัวอย่างมีการรู้เท่าทันสื่อระดับน้อยที่สุดมากที่สุด คือ ข้อ 1. เมื่อฉันสนใจในสินค้าสุขภาพที่โฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ฉันจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ ข้อ 2 ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมหรือก่อนยอมรับข้อมูล/สินค้า ฉันสามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ และข้อ 3 ฉันสามารถประเมินข้อความสื่อที่น่าเชื่อถือเพื่อชี้แนะทางสุขภาพให้กับชุมชนได้ ร้อยละ 0.2

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

### 1. สมการในการวิเคราะห์

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

เมื่อ Y = ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย

a = ค่าคงที่

b<sub>1</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของเพศชาย

b<sub>2</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอายุ

b<sub>3</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการศึกษาประถมศึกษา

b<sub>4</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป

b<sub>5</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพเกษตรกร

b<sub>6</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพรับจ้าง/ค้าขาย

b<sub>7</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพพนักงานของรัฐ/นักการเมืองท้องถิ่น

b<sub>8</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพโสด

b<sub>9</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพสมรส

b<sub>10</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

b<sub>11</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของไม่มีโรคประจำตัว

b<sub>12</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของดัชนีมวลกาย

b<sub>13</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของระยะเวลาในการทำงานเป็น อสม.

b<sub>14</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสามารถในการมองเห็นแบบใช้

แว่นตา

b<sub>15</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสามารถในการได้ยินชัดเจน

b<sub>16</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสามารถในการได้ยินชัดบ้างไม่ชัด

บ้าง

b<sub>17</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสามารถในการพูดคล่อง

b<sub>18</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสามารถในการพูดคล่องบ้างไม่

คล่องบ้าง

b<sub>19</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสามารถในการอ่านได้คล่อง

$b_{20}$  = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสามารถในการเขียนได้คล่อง

$b_{21}$  = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของใช้สมาร์ทโฟน/คอมพิวเตอร์ได้คล่อง

$b_{22}$  = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของใช้สมาร์ทโฟน/คอมพิวเตอร์ได้คล่องบ้าง  
ไม่คล่องบ้าง

$b_{23}$  = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.

$b_{24}$  = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

$b_{25}$  = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม

## 2. ผลวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ

การวิจัยนี้ เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ (กัลยา วานิชย์บัญชา, และจิตา วณิชย์บัญชา, 2558) ได้แก่ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multicollinearity) ดังแสดงรายละเอียดในภาคผนวก ก

**วิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถส่วนบุคคล การปฏิบัติงานเป็น อสม. กับความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย**

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเป็น อสม. การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตาราง 23

ตาราง 23 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเป็น อสม. การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย

ตัวแปร	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของอสม.	
	r	p
อายุ	0.031	0.534
รายได้	0.079	0.108
ดัชนีมวลกาย	-0.105	0.032
ระยะเวลาการเป็น อสม.	0.117	0.017
การรับรู้บทบาท อสม.	0.766	<0.001**
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	0.881	<0.001**
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	0.548	<0.001**

\*\* p < 0.01

จากตาราง 23 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงเดียวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ( $r = 0.881$ ,  $p < 0.001$ ) การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. ( $r = 0.766$ ,  $p < 0.001$ ) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ( $r = 0.548$ ,  $p < 0.001$ ) และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์เชิงเดียวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ ( $r = 0.031$ ,  $p = 0.534$ ) รายได้ ( $r = 0.079$ ,  $p = 0.108$ ) ดัชนีมวลกาย ( $r = -0.105$ ,  $p = 0.032$ ) และระยะเวลาการเป็น อสม. ( $r = 0.117$ ,  $p = 0.017$ )

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน และความสามารถในการใช้เทคโนโลยี กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตาราง 24

ตาราง 24 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน และความสามารถในการใช้เทคโนโลยี กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย

ตัวแปร	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของ อสม.	
	Eta	p
เพศหญิง	-0.109	0.026
ระดับการศึกษา	0.028	0.573
อาชีพ	0.057	0.249
สถานภาพสมรส	-0.061	0.218
โรคประจำตัว	-0.009	0.873
ความสามารถในการมองเห็น	0.101	0.040
ความสามารถในการได้ยิน	-0.004	0.932
ความสามารถในการพูด	-0.177	<0.001**
ความสามารถในการอ่าน	-0.131	0.007**
ความสามารถในการเขียน	-0.161	0.001**
ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี	-0.201	<0.001**

\*\* p < 0.01

จากตาราง 24 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงเดียวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี (eta = -0.201, p<0.001) ความสามารถในการพูด (eta = -0.177, p<0.001) ความสามารถในการอ่าน (eta = -0.131, p = 0.007) และความสามารถในการเขียน (eta = -0.161, p = 0.001) และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์เชิงเดียวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ (eta = -0.109, p = 0.026) ระดับการศึกษา (eta = 0.028, p = 0.573) อาชีพ (eta 0.057, p = 0.249) สถานภาพสมรส (eta = -0.061, p = 0.218) โรคประจำตัว (eta = -0.009, p = 0.873) ความสามารถในการมองเห็น (eta = 0.101, p = 0.040) ความสามารถในการได้ยิน (eta = -0.004, p = 0.932)

ตาราง 25 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับ  
 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัด  
 สุโขทัย (n = 416)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	T	p-value
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (X24)	3.156	0.606	19.897	<0.001
การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.(X23)	1.403	0.253	8.730	<0.001
การได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม (X25)	1.713	0.202	9.303	<0.001
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (X10)	0.0003	0.046	2.327	<0.001

Constant (a) = 28.338 R Square = 0.843 Adjusted R Square = 0.841 F = 550.166  
 P = <0.001

จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (p-value < 0.001,  $\beta$  = 0.606) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (p-value < 0.001,  $\beta$  = 0.202) การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. (p-value < 0.001,  $\beta$  = 0.253) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (p-value < 0.001,  $\beta$  = 0.046) โดยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ได้ร้อยละ 84.3 และสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน = 28.338 + 3.156 (แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน) + 1.713 (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม) + 1.403 (การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.) + 0.0003(รายได้เฉลี่ยต่อเดือน)

จากตาราง 25 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนได้ ดังนี้ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลทางบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 พบว่าเมื่อคะแนนแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 1 คะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะเพิ่มขึ้น 3.156 คะแนน (b = 3.156) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2 คือ การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. มีผลทางบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ



อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า เมื่อการรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะเพิ่มขึ้น 1.403คะแนน ( $b = 1.403$ ) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 3 คือ การได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม พบว่า เมื่อการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะเพิ่มขึ้น 1.713 คะแนน ( $b = 1.713$ ) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 4 คือ รายได้ พบว่า เมื่อรายได้ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะเพิ่มขึ้น 0.0003 คะแนน ( $b = 0.0003$ )

สำหรับปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเป็น อสม. ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน และ ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี

## บทที่ 5

### บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย จำนวน 416 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย และระยะเวลาการเป็น อสม. ส่วนที่ 2 ความสามารถส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานเป็นอสม.จำนวน 22 ข้อ และส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 39 ข้อ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผู้วิจัยได้จำแนกประเด็นการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

#### ส่วนที่ 1 สรุปผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.4 มีอายุเฉลี่ย  $50.91 \pm 9.47$  ปี อายุสูงสุด 79 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี โดยมีช่วงอายุระหว่าง 50-59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 41.8 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 29.3 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งจบระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 77.2 รองลงมาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 15.1 ส่วนใหญ่ มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.5 รองลงมา มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 27.4 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.1 รองลงมา คือ หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 17.8 ส่วนใหญ่ มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 52.4 รองลงมา มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 42.3 ส่วนใหญ่ ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว ตามการวินิจฉัยของแพทย์ ร้อยละ 54.6 รองลงมา คือ มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.4 มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย  $25.84 \pm 4.00$  กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนใหญ่ มีดัชนีมวลกายอยู่

ระหว่าง 25-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 36.1 มีระยะเวลาในการทำงานเป็น อสม.เฉลี่ย  $13.36 \pm 8.69$  ปี ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 38.5

## 2. ความสามารถส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความสามารถส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ ใช้แว่นตาช่วยในการมองเห็น ร้อยละ 51.4 ได้ยินเสียงชัดเจน ร้อยละ 90.4 พุดคล่อง ร้อยละ 76.4 มีความสามารถในการอ่านได้คล่อง ร้อยละ 87.5 สามารถเขียนได้คล่อง ร้อยละ 78.1 สามารถใช้สมาร์ทโฟน/คอมพิวเตอร์ได้คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง ร้อยละ 63.5

## 3. การรับรู้บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

3.1 การรับรู้บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 53.1 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 46.2 และน้อยที่สุด คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 0.7 คะแนนความรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.เฉลี่ย  $35.08 \pm 4.18$  คะแนน (คะแนนเต็ม 45) คะแนนต่ำสุด 23 คะแนน คะแนนสูงสุด 45 คะแนน โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บทบาทหน้าที่มากที่สุด คือ การดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 24.8 และรับรู้บทบาทหน้าที่น้อยที่สุด คือ ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ร้อยละ 0.5

3.2 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 57.7 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 38.7 และน้อยที่สุด คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 3.6 คะแนนแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเฉลี่ย  $27.49 \pm 4.44$  คะแนน (คะแนนเต็ม 35 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 13 คะแนน คะแนนสูงสุด 35 คะแนน โดยพบว่า

ปัจจัยแรงจูงใจด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน มากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อนร่วมงานแสดงความห่วงใยเมื่อก่อนทำงานส่งเสริมสุขภาพประชาชน ร้อยละ 22.4 และน้อยที่สุด คือ การปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถเห็นผลได้ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ร้อยละ 0.2

ด้านการยอมรับนับถือ มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมากที่สุด คือ ข้อ 5 เมื่อเข้าไปดำเนินงานด้านสุขภาพ ประชาชนจะให้ความร่วมมือและยอมรับในความสามารถของตน ร้อยละ 21.6

ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมากที่สุด คือ ข้อ 6 ชั้นได้รับโอกาสและการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่น และเพื่อนร่วมงาน ให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพอยู่เสมอ เช่น การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประกวดแข่งขันในระดับ ตำบล/อำเภอ/จังหวัด/เขต/ประเทศ ร้อยละ 20.4

3.3 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 68.3 รองลงมา คือ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 28.4 และน้อยที่สุด คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 3.4 คะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย  $14.93 \pm 2.73$  คะแนน (คะแนนเต็ม 18 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 6 คะแนน คะแนนสูงสุด 18 คะแนน กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นประจำมากที่สุด คือ ได้รับความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 70 และไม่เคยได้รับมากที่สุด คือ ได้รับการยกย่องชมเชยหรือได้รับกำลังใจในการปฏิบัติงานจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 5.5

#### 4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 40.4 รองลงมา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก ร้อยละ 37.4 รองลงมา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ ร้อยละ 19.2 และน้อยที่สุด คือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 2.9 คะแนนเฉลี่ย  $113.83 \pm 15.05$  คะแนน (คะแนนเต็ม 147) คะแนนต่ำสุด 54 คะแนน คะแนนสูงสุด 147 คะแนน

##### 4.1 ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับถูกต้องที่สุด ร้อยละ รองลงมา คือ ระดับถูกต้อง ร้อยละ 19.2 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 2.2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเฉลี่ย  $10.14 \pm 2.73$  (คะแนนเต็ม 12 คะแนน) คะแนนต่ำสุด คือ 6 คะแนน คะแนนสูงสุด คือ 12 คะแนน กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพถูกต้องมากที่สุด คือ การสูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปอดได้ ตอบถูก ร้อยละ 99.8 กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามถูกต้องน้อยที่สุด คือ ผู้ที่สงสัยว่ามีอาการป่วยเป็นวัณโรค คือ มีเลือดออกตามไรฟัน ตอบถูก ร้อยละ 13.7

#### 4.2 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 58.9 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 21.4 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 17.2 และน้อยที่สุด คือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 2.6 กลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเฉลี่ย  $23.66 \pm 3.74$  คะแนน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 9 คะแนน คะแนนสูงสุด 30 คะแนน กลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพมากที่สุด คือ สามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือรับบริการด้านสุขภาพได้ตามความต้องการ ร้อยละ 27.4 มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพระดับน้อยที่สุด สามารถเลือกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสุขภาพด้วยตนเองเพื่อพัฒนาสุขภาพได้ สามารถสืบค้น หาแหล่งบริการสุขภาพได้ตรงกับสภาพปัญหาของฉันและประชาชนที่ฉันดูแลได้ ร้อยละ 0.5

#### 4.3 ทักษะการสื่อสาร

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 54.3 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 25.2 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 7.4 และน้อยที่สุด คือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 2.6 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะการสื่อสารเฉลี่ย  $19.25 \pm 3.15$  คะแนน (คะแนนเต็ม 25 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 7 คะแนน คะแนนสูงสุด 25 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการสื่อสารมากที่สุด คือ เมื่อฉันอ่านหรือฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนจากบุคคลต่างๆ แล้วฉันพบว่าสามารถเข้าใจเนื้อหา นั้นได้ ร้อยละ 21.9 และน้อยที่สุด คือ สามารถเล่าเรื่อง พูดคุย อ่านหรือเขียนข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ให้กับครอบครัว เพื่อนหรือผู้อื่นได้รับรู้ข้อมูล และกล้าที่จะซักถามเรื่องที่ฉันกังวลหรือข้อมูลที่ไม่เข้าใจหรืออยากรู้เพิ่มเติมได้ และสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพกับเจ้าหน้าที่ได้ ร้อยละ 0.2

#### 4.4 ทักษะการจัดการตนเอง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 44.5 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 27.4 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 24.0 และมีทักษะการจัดการตนเองน้อยที่สุด คือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 4.1 คะแนนทักษะการจัดการตนเองเฉลี่ย  $22.48 \pm 3.66$  คะแนน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 6 คะแนน คะแนนสูงสุด 30 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการจัดการตนเองมากที่สุด คือ สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ ร้อยละ 21.2 และน้อยที่สุด คือ สามารถประเมินปริมาณและคุณค่าอาหารที่กินในแต่ละมื้อพร้อมได้ และสามารถประเมินสภาวะอารมณ์ของตนเอง และสามารถหาวิธีจัดการกับอารมณ์ได้ ร้อยละ 1.0

#### 4.5 ทักษะการตัดสินใจ

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 50.7 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 26.2 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 19.5 และกลุ่มตัวอย่างมีทักษะการตัดสินใจน้อยที่สุด คือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 3.6 คะแนนทักษะการตัดสินใจเฉลี่ย  $19.09 \pm 3.66$  คะแนน คะแนนต่ำสุด 8 คะแนน คะแนนสูงสุด 25 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการตัดสินใจมากที่สุด คือ เมื่อฉันเห็นโฆษณาสินค้าสุขภาพและสนใจในสินค้านั้น ฉันจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประเมินผลดี-ผลเสียก่อนตัดสินใจเลือกใช้ ร้อยละ 20.2 และน้อยที่สุด คือ สามารถตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตาม เมื่อฉันเห็นโฆษณาสินค้าสุขภาพและสนใจในสินค้านั้น ฉันจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประเมินผลดี-ผลเสียก่อนตัดสินใจเลือกใช้ และสามารถเสนอทางเลือกหรือข้อมูลด้านสุขภาพในการปฏิบัติตนจากแหล่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล ร้อยละ 0.2

#### 4.6 การรู้เท่าทันสื่อ

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีระดับการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 54.8 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 26.2 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 15.9 และน้อยที่สุด คือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 3.1 คะแนนการรู้เท่าทันสื่อเฉลี่ย  $19.21 \pm 3.12$  คะแนน (คะแนนเต็ม 25 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 7 คะแนน คะแนนสูงสุด 25 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีการรู้เท่าทันสื่อมากที่สุด คือ ข้อ 1 เมื่อฉันสนใจในสินค้าสุขภาพที่โฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ฉันจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ ร้อยละ 22.8 และน้อยที่สุด คือ เมื่อฉันสนใจในสินค้าสุขภาพที่โฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ฉันจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ และก่อนเข้าร่วมกิจกรรมหรือก่อนยอมรับข้อมูล/สินค้า ฉันสามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ และสามารถประเมินข้อความสื่อที่น่าเชื่อถือเพื่อชี้แนะทางสุขภาพให้กับชุมชนได้ ร้อยละ 0.2

**ผลการวิเคราะห์ตัวแปรปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัยด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple Regression)**

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยสามารถสร้างสมการในการพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน =  $28.338 + 3.156$  (แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน) +  $1.713$  (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม) +  $1.403$  (การรับรู้

บบาทบาทหน้าที อสม.) + 0.0003(รายได้เฉลี่ยต่อเดือน) ทั้งนี้ตัวแปรทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของตัวแปรตาม ได้ร้อยละ 84.3

## ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 84.3 อธิบายผลการศึกษาลำดับวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

**วัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ 1** เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี น่าจะเนื่องมาจาก อสม. เป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญในด้านสาธารณสุข ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ความรู้ความสามารถ ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรด้านสาธารณสุข และช่องทางอื่น ๆ รวมไปถึงการมีนโยบายในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็น อสม. 4.0 ที่มุ่งเน้นให้ อสม.สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้ รวมไปถึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม.ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และสูงกว่าประชาชนทั่วไป มีการรู้หนังสือและศักยภาพของอสม.อยู่ในระดับดี ยกเว้นการเขียนข้อความให้ผู้อื่นเข้าใจ อ่านหนังสือได้เข้าใจ มองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้ชัดเจน และถึงแม้ว่า อสม. จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงแต่ควรส่งเสริมนโยบายการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Visanuyothin, Chatanuluk, Saengsuwan, Rojanavarapong, & Pornchanya, 2015)

**วัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ 2** เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า รายได้ มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย และระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย รายละเอียดดังนี้

**รายได้** พบว่า รายได้ มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของ อสม. พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 4,804.51 บาทต่อเดือน ซึ่งสูงกว่าเส้นความยากจน (Poverty line) ของประเทศไทยที่

ประมาณ 2,763/คน/เดือน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) และพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์แบบแปรผันตามความรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้ที่มีรายได้สูงขึ้นจะมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีรายได้สูงจะประกอบอาชีพที่มีฐานะทางสังคมที่ดีกว่า และสามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพมากกว่า เช่น สามารถนำรายได้ซื้อสมาร์ทโฟนเพื่อเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและช่องทางการรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพได้มากกว่า และเปิดโอกาสและการรับรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Schillinger et al. (2002) และเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) ที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อาจเกิดจากการศึกษาของวรรณศิริ นิลเนตร ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีการแบ่งแยกฐานะหรือมีรายได้ใกล้เคียงกัน

**เพศ** พบว่า เพศ ไม่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีการอบรมให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างเท่าเทียมกันทั้งสองเพศ อีกทั้งยังได้รับคำแนะนำและลงพื้นที่ปฏิบัติงานในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เท่าเทียมกันไม่มีการแบ่งแยกเพศสอดคล้องกับงานวิจัยของ Shen, Hu, Liu, Chang, & Sun (2015) และสอดคล้องกับงานวิจัยของชินตา เตชะวิจิตรจากรู (2561) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครด้านสาธารณสุข ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic, & Marinkovic (2009) และเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีผลการศึกษาว่าเพศชายมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าเพศหญิง เนื่องจาก ในการศึกษา พบว่า เพศชายมีระดับการศึกษาที่สูงกว่าเพศหญิง

**อายุ** พบว่า อายุ ไม่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นไม่ได้มีผลต่อการเรียนรู้ ไม่ทำให้การเรียนรู้ที่ช้าลง ทำให้สามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพได้เท่ากัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธิญชนก ชุมทอง และคณะ (2559) ที่พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่พบว่า อายุเพิ่มขึ้น คะแนนความรู้ด้านสุขภาพจะน้อยลง สามารถอธิบายได้ว่าอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้สามารถในการเรียนรู้ช้าลง บางรายอาจมีความจำเสื่อม หรืออาจ



บกพร่องในการติดต่อสื่อสาร เช่น ได้ยินไม่ชัด พูดช้าและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ส่งผลให้การทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึงหรือค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การสื่อสารกับบุคคลอื่น และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของประภัสสร งามแสงใส และคณะ (2557); Jovic-Vranes et al. (2009) และเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556) ที่พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ระดับการศึกษา** พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุขมีพื้นฐานการรู้หนังสือที่ใกล้เคียงกัน และได้รับอบรมในหลักสูตรการเป็น อสม. ในหลักสูตรที่เป็นมาตรฐาน และมีการพัฒนาศักยภาพการเป็น อสม.หลังจากที่ได้รับคัดเลือกเป็น อสม. รวมไปถึงการได้รับความรู้ และการปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชินตา เตชะวิจิตรจารุ (2561) ที่พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของประภัสสร งามแสงใส และคณะ (2557) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับ ปวส. อนุปริญญา ปริญญาตรี และปริญญาโท มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ได้อธิบายไว้ว่าผู้ที่จบการศึกษาในระดับ ปวส.ขึ้นไป จะมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีการรับรู้ในด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึงหรือการค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ และสามารถเข้าถึงสื่อได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

**อาชีพ** พบว่า อาชีพไม่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การสมัครเข้าเป็น อสม. ไม่มีการแบ่งแยกอาชีพ ทุกอาชีพสามารถสมัครเข้าเป็น อสม. ได้ และก่อนการเป็นอสม.ต้องผ่านหลักสูตรอบรมการเป็น อสม.ใหม่ และหลังจากได้รับคัดเลือกเป็น อสม.จะมีการพัฒนาศักยภาพ อสม. และพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ของ อสม. ทุกคน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชินตา เตชะวิจิตรจารุ (2561) ที่อธิบายว่า อสม.ได้รับการอบรมและเข้าร่วมกิจกรรมทางสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอซึ่งจะช่วยพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพได้โดยไม่แบ่งแยกอาชีพ และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jovic-Vranes et al. (2009) และวรรณรัตน์ รัตนวรงค์ (2561) ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**สถานภาพสมรส** พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของ อสม. ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก สถานภาพสมรสของ อสม. ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส และลูกหลาน และได้รับการดูแลจากครอบครัวไม่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ซินตา เตชะวิจิตรจารุ (2561) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ที่อธิบายไว้ว่า ถึงแม้ว่าสถานภาพสมรสคู่ที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคู่สมรสจัดเป็นอิทธิพลของครอบครัวที่ส่งผลทางอ้อมต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพก็ตาม แต่ได้ส่งผลให้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่างจากสถานภาพสมรสอื่น และสอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณศิริ นิลเนตร ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Jovic-Vranes et al. (2009) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**โรคประจำตัว** พบว่า โรคประจำตัว ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. เนื่องจาก การคัดเลือกเข้าเป็น อสม. ไม่ได้มีเกณฑ์การมีโรคประจำตัว และไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพการเป็น อสม. ดังนั้นการเป็น อสม. จะมีหรือไม่มีโรคประจำตัว ก็ได้รับการอบรมเพิ่มพูนทักษะ ได้รับการพัฒนาด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เป็น อสม.4.0 และได้รับความรู้ฝึกปฏิบัติการทำงานได้เช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) ที่พบว่า โรคประจำตัวไม่ส่งผลต่อคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jovic-Vranes et al. (2009) ที่พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพ การรับรู้สุขภาพตนเอง และการมีภาวะโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ดัชนีมวลกาย** พบว่า ดัชนีมวลกาย ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. โดย อสม.ที่มีดัชนีมวลกายทุกระดับสามารถเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพการเป็น อสม. ได้รับการอบรมเพิ่มพูนทักษะ ได้รับการพัฒนาด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เป็น อสม.4.0 และได้รับความรู้ฝึกปฏิบัติการทำงานได้เช่นเดียวกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของธีรศักดิ์ ศรีพิทักษ์ และคณะ (2562)

ที่พบว่า ดัชนีมวลกายสูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของฐาปนี สิริรุ่งเรือง (2559) พบว่า ค่าดัชนีมวลกายนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ค่าดัชนีมวลกายนั้นสามารถเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของวัยรุ่นได้เช่นกัน กล่าวคือ วัยรุ่นที่ภาวะเสี่ยงต่อโรคอ้วนจะมีค่าดัชนีมวลกายที่ค่อนข้างสูง

**ระยะเวลาการเป็น อสม.** พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของ อสม. อาจเนื่องมาจาก มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างต่อเนื่อง มีการอบรมให้ความรู้ด้านต่างๆอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ไม่ว่าจะเป็น อสม.ใหม่ หรือเป็น อสม.มานานแล้ว มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) ที่พบว่าระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุไม่มีผลต่อคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ต้องควบคู่ไปกับการเข้าร่วมกิจกรรมด้วย จึงจะช่วยสนับสนุนโอกาสในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณรัตน์ รัตนวรางค์ (2561)พบว่า ระยะเวลาการเป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัยความสามารถส่วนบุคคลทุกตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน และความสามารถในการใช้เทคโนโลยี ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้

**ความสามารถในการมองเห็น** พบว่า ความสามารถในการมองเห็น ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการใช้แว่นตา ร้อยละ 51.4 และไม่ใช้แว่นตา ร้อยละ 48.6 ไม่แตกต่างกัน ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่าง มองเห็นได้ทั้งหมดสรุปได้ว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางด้านสายตา จึงอาจทำให้ไม่ส่งผลกระทบต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และอาจเพราะวิธีการศึกษาใช้การวัดทางอ้อมโดยการประเมินตนเอง ไม่ได้ใช้การวัดด้วยเครื่องมือวัดความสามารถในการมองเห็นโดยตรง อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการวิจัยได้ ทั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) พบว่า ความสามารถในการมองเห็นมีผลต่อคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่อธิบายไว้ว่า การมองเห็น เป็นประสาทสัมผัสที่สำคัญที่จะช่วยให้มนุษย์รับรู้ข้อมูลของสิ่งรอบตัวต่างๆ ตลอดจนมีส่วนร่วมอย่างมากต่อการเรียนรู้ ย่อมทำให้สามารถเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพได้

**ความสามารถในการได้ยิน** พบว่า ความสามารถในการได้ยิน ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากวิธีการศึกษาใช้การประเมินตนเอง ไม่ได้ใช้การวัดด้วยเครื่องมือวัดความสามารถในการได้ยิน อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการวิจัยได้และ ความสามารถในการได้ยินเป็นหนึ่งในประสาทสัมผัสสำคัญที่ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการรับรู้ส่งผลต่อการเรียนรู้ของมนุษย์ ในวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการได้ยินที่ชัดเจน ร้อยละ 90.4

จึงอาจทำให้ไม่ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) ที่พบว่า ความสามารถในการได้ยินไม่ส่งผลต่อคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ

**ความสามารถในการพูด** พบว่า ความสามารถในการพูด ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวิธีการศึกษาใช้การประเมินตนเอง ไม่ได้ใช้การวัดด้วยเครื่องมือวัดความสามารถในการพูด อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการวิจัยได้ และอาจเพราะองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่ได้ประกอบด้วยทักษะในการสื่อสารอย่างเดียว ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) ที่พบว่า ความสามารถในการพูดไม่ส่งผลต่อคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ

**ความสามารถในการอ่าน** พบว่า ความสามารถในการอ่าน ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อ่านได้คล่อง ร้อยละ 87.5 ซึ่งอาจเป็นเพราะการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเรียนรู้ไม่ได้เกิดจากการอ่านเพียงอย่างเดียว อาจจะไม่เรียนรู้หรือจดจำจากวิธีอื่น และอาจเพราะวิธีการศึกษาใช้การประเมินตนเอง ไม่ได้ใช้การวัดด้วยเครื่องมือวัดความสามารถในการอ่าน อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการวิจัยได้ ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) ที่พบว่า ความสามารถในการอ่านไม่ส่งผลต่อคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bostock, & Steptoe (2012) ที่พบว่า หนึ่งในสามของผู้สูงอายุอังกฤษมีความยากลำบากในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการเขียนข้อมูลสุขภาพ โดยความสามารถในการทำความเข้าใจที่ต่ำนี้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและอัตราการตายที่สูงขึ้น

**ความสามารถในการเขียน** พบว่า ความสามารถในการเขียน ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เขียนได้คล่อง ร้อยละ 78.1 และเขียนไม่คล่อง ร้อยละ 21.9 อาจเป็นเพราะการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถรับรู้ได้จากหลายด้าน และอาจเพราะวิธีการศึกษาใช้การประเมินตนเอง ไม่ได้ใช้การวัดด้วยเครื่องมือวัดความสามารถในการเขียน อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการวิจัยได้ ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) ที่พบว่า ความสามารถในการเขียนมีผลต่อคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยอธิบายไว้ว่า การเขียนเป็นความสามารถในการอธิบายเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงการจดบันทึกเรื่องราวต่างๆจากการเรียนรู้ ดังนั้นผู้ที่สามารถเขียนได้คล่อง ย่อมส่งผลให้ผู้นั้นมีการเรียนรู้ดีกว่าผู้ที่เขียนไม่คล่องเลย และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bostock, & Steptoe (2012) ที่พบว่า หนึ่งในสามของผู้สูงอายุอังกฤษมีความยากลำบากในการอ่าน การทำความเข้าใจ และ

การเขียนข้อมูลสุขภาพ โดยความสามารถในการทำความเข้าใจที่ต่ำนี้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและอัตราตายที่สูงขึ้น

**ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี** พบว่า ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. อาจเพราะส่วนใหญ่ อสม. ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพและพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการอบรมต่อเนื่องทุกปี และรูปแบบการอบรมในปัจจุบันมีการฝึกปฏิบัติเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น และสามารถเรียนรู้ได้จากการปฏิบัติงานจริงในชุมชน และอาจเพราะวิธีการศึกษาใช้การประเมินตนเอง ไม่ได้ใช้การวัดด้วยเครื่องมือวัดความสามารถในการใช้เทคโนโลยี อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการวิจัยได้ อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์เชิงตัวแปรเดียว (ภาคผนวก) พบว่า ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการพัฒนาให้ อสม. เป็น อสม. 4.0 มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีต่างๆ เช่น การใช้สมาร์ทโฟน การเข้าถึงแอปพลิเคชันต่างๆที่เอื้อต่อการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม.

**ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน** ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ รายละเอียดดังต่อไปนี้

**แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน** พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลทางบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้น 3.156 หน่วย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลทำให้เกิดการพัฒนาเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ต้องการศึกษาค้นคว้าความรู้เพิ่มเติม เพื่อลดความกังวลต่อการปฏิบัติงานของตนเอง สามารถแนะนำและปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดีแก่บุคคลในชุมชนได้ และเมื่อนำมาวิเคราะห์รายองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ( $p\text{-value} < 0.001$ ,  $\beta = 0.697$ ) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อทักษะการสื่อสาร ( $p\text{-value} < 0.001$ ,  $\beta = 0.027$ ) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อทักษะการจัดการตนเอง ( $p\text{-value} < 0.001$ ,  $\beta = 0.519$ ) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อทักษะการตัดสินใจ ( $p\text{-value} < 0.001$ ,  $\beta = 0.115$ ) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อการรู้เท่าทันสื่อ ( $p\text{-value} < 0.001$ ,  $\beta = 0.635$ ) จะเห็นได้ว่าควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. เพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของธัญชนก ชุมทอง และคณะ (2559) ที่พบว่าแรงจูงใจภายในตัวบุคคลมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยอธิบายเพิ่มเติมว่าแรงจูงใจภายในที่กระตุ้นให้รู้จักค้นหาข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่จะทำให้เข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติตนและยอมรับพฤติกรรมที่ถูกต้อง เพราะมั่นใจว่าเมื่อปฏิบัติแล้วจะมีสุขภาพดี นั่นคือ การรับรู้

(Perception) และการตระหนัก (Awareness) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Edwards, Wood, Davies, & Edwards (2012) ที่พบว่า แรงจูงใจมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

**การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.** พบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. มีผลบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. จะเพิ่มขึ้น 1.403 หน่วย เนื่องจากการรับรู้บทบาทหน้าที่เป็นการยืนยันจุดมุ่งหมายของการปฏิบัติงานและช่วยให้การปฏิบัติงานดีขึ้น หาก อสม. ทราบบทบาทหน้าที่จะช่วยให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. มีผลต่อทักษะการจัดการตนเอง ( $p\text{-value} = 0.008$ ,  $\beta = 0.134$ ) การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. มีผลต่อทักษะการตัดสินใจ ( $p\text{-value} = 0.033$ ,  $\beta = 0.115$ ) จะเห็นได้ว่า ควรส่งเสริมการรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. เพื่อพัฒนาทักษะการจัดการตนเองและทักษะการตัดสินใจของ อสม. ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Angela และคณะ, 2014 อ้างถึงใน รัญชนก ชุมทอง และคณะ (2559) ที่พบว่า การรับรู้การใช้ยาสูงจะทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง และมีพฤติกรรมในการร่วมมือในการใช้ยาได้ดีกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ

**การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม** พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทางบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เพิ่มขึ้น 1 หน่วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. จะเพิ่มขึ้น 1.713 หน่วย เนื่องจากบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องได้แก่ ครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอื่นๆ จะช่วยกระตุ้นให้ อสม. ได้พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมไปถึงการยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ และการได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติงานจากคนในชุมชน เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ( $p\text{-value} = 0.012$ ,  $\beta = 0.093$ ) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อทักษะการสื่อสาร ( $p\text{-value} < 0.001$ ,  $\beta = 0.0043$ ) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อทักษะการจัดการตนเอง ( $p\text{-value} < 0.001$ ,  $\beta = 0.152$ ) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อทักษะการตัดสินใจ ( $p\text{-value} = 0.001$ ,  $\beta = 0.131$ ) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการรู้เท่าทันสื่อ ( $p\text{-value} = 0.023$ ,  $\beta = 0.091$ ) จะเห็นได้ว่าควรส่งเสริมการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ellis, Mullan, Worsley, & Pai (2012) ครอบครัว เพื่อน และชุมชน มีส่วนช่วยในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ กล้าสื่อสารพูดคุยและถ่ายทอดประสบการณ์ด้านสุขภาพซึ่งกันและกัน และสอดคล้องกับแนวคิดของ Jordan, Buchbinder, & Osborne (2010) ที่กล่าวว่า ระดับชุมชนเข้ามามีส่วน

ร่วมเป็นปัจจัยภายนอกที่มีส่วนทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยครอบครัว เพื่อมีบทบาทในการช่วยชี้แนะแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่ควรค้นหาเพื่อการดูแลสุขภาพ

### ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะการวิจัย ดังนี้

1.1 ควรส่งเสริมการรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้พัฒนาศักยภาพและยกระดับให้เป็น อสม.4.0 และให้สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.2 ควรเสริมสร้าง และสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สร้างเวทีการแสดงศักยภาพ มีการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้พัฒนาศักยภาพและยกระดับให้เป็น อสม.4.0 และให้สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากผลการวิจัย พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.3 ควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมโดยมีการยกย่อง ชมเชย และเกิดกิจกรรมเสริมขวัญกำลังใจ สร้างความร่วมมือในชุมชน และได้รับการส่งเสริมด้านวัสดุ อุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากผลการวิจัย พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.4 ควรส่งเสริมรายได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมพัฒนารายได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้สามารถเข้าถึงช่องทางการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น การเข้าถึงสมาร์ทโฟน และเทคโนโลยี เนื่องจากผลการวิจัย พบว่า รายได้ มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

#### 2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้วิธีระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่นอกเหนือจากการวิจัยในครั้งนี้

2.2 ควรนำปัจจัยที่พบความสัมพันธ์ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและรายได้ มาพัฒนาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น





## บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ หล้าสูงวงศ์. (2528). *จิตวิทยาการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ศรีดาเดชาการพิมพ์.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). *คู่มือ อสม. ยุคใหม่*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสมสทกรรณการเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). *การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จาก อสม. สู่อสมค.* กรุงเทพฯ: โอ-วิทย์ (ประเทศไทย).
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). *การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.2554*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560-2564*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาพประชาชน. (2562). *ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน: ข่าวประชาสัมพันธ์*. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2562, จาก <http://www.thaiphc.net>: <http://www.thaiphc.net/new2020/content/1>
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กันยา สุวรรณแสง. (2542). *จิตวิทยาทั่วไป* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: อักษรพิทยา.
- กัลยา วานิชย์บัญชา, และฐิตา วณิชย์บัญชา. (2558). *การใช้ Spss for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล* (พิมพ์ครั้งที่ 27). กรุงเทพฯ: ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์.
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

- คันทวุฒิ พลอยอุบล. (2551). การรับรู้บทบาทและหน้าที่ปฏิบัติจริงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการควบคุมโรคมาลาเรีย จังหวัดยะลา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จุฬารัตน์ ไสตะ. (2554). แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชินตา เตชะวิจิตรจารุ. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 320-332.
- เชษฐา แก้วพรม, อรัญญา บุญธรรม, ลลนา ประทุม, และไศภินศิริ ยุทธวิสุทธิ. (2557). ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการเขียนบันทึกสะท้อนคิด. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 7(4), 101-112.
- สุภาณี สิริรุ่งเรือง. (2559). ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ของพนักงานบริษัทเบทาโกร จำกัด (มหาชน) (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกริก.
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2553). การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน แนวคิดและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิชมน หล้ารอด, สุรินทร กลัมพากร, และจุฑาธิป ศิลบุตร. (2562). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการช่วยเหลือบุหรืจังหวัดปทุมธานี. *Journal of Health Science Research*, 13(1), 84-94.
- นิชรัตน์ นฤมลดี, และยุวรงค์ จันทรวิจิตร. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพะเยา จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 11(1), 108-129.
- ดำรงศักดิ์ จันทโททัย. (2557). เอกสารประกอบการสอน Pol3329 เทคนิคการบริหารงานบุคคล. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ธงชัย สันติวงษ์, และชัยยศ สันติวงษ์. (2526). *พฤติกรรมบุคคลในองค์การ*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- ธัญชนก ชุมทอง, วิภากรณ์ โพธิศิริ, และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร*, 3(6), 67-85.

- ธีรศักดิ์ ศรีพิทักษ์, รชช ชูดีพัฒนา, และอิสระ ทองสามสี. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดยะลา. ใน *การประชุมหาตใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 10* (น.1529-1545). สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
- นิตยา เพ็ญศิริณา. (2555). เอกสารการสอนชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพอาชีวอนามัยและความปลอดภัย หน่วยที่ 5 การสร้างแรงจูงใจในงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บรรณกร เสือสิงห์, รุ่งพิทยา คณะช่าง, พงศ์พิชญบุญดา, และอรุณี เสือสิงห์. (ม.ป.ป.). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์*. สืบค้นเมื่อ 25 พฤษภาคม 2562, <http://203.157.71.172/academic/web/files/2564/research/MA2564-002-01-0000000376-0000000302.pdf>
- เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. (2556). *การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการต่างประเทศ.
- ประไพพิศ สิงหเสน, พอเพ็ญ ไกรนรา, และวราวรรณ์ ทิพย์รัตน์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 11(1), 37-51.
- ประภัสสร งามแสงใส, ปติรดา ศรีสัยน, และสุวรรณ ภัทรเบญจพล. (2557). กรณีศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 9(พิเศษ), 82-87.
- เยาวลักษณ์ แสงสว่าง. (2557). *การรับรู้บทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการห้องสมุดในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554*. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้น.
- วรรณรัตน์ รัตน์วรงค์. (2561). ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 24(2), 34-51.
- วรรณศิริ นิลเนตร. (2557). *ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ดุขฎฐิบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วิชราพร เสงี่ยมวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *แพทย์นาวิ*, 44(3), 183-197.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2554). รายงานประจำปี 2554. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมยศ นาวิการ. (2543). การบริหารพฤติกรรมองค์กร (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กรุงธนพัฒนา.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2562, จาก <http://nscr.nesdb.go.th/wp-content/uploads/2018/10/07สาธารณสุข.pdf>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 2 จังหวัดพิษณุโลก. (2561). สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. พิษณุโลก: สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 2 จังหวัดพิษณุโลก.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2561). รายงานประจำปีการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดสุโขทัย 2561. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิภาวดี. (ม.ป.ป.). ประวัติความเป็นมา. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2562, จาก [http://sso-vibhavadi.com/data\\_12246](http://sso-vibhavadi.com/data_12246)
- สำเริง แหงกระโทก. (2562). นโยบายรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขด้านสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- อารีย์ แร่ทอง. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภออ่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(3), 62-70.
- อำนวยการ เนียมหมื่นไวย. (2561). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 14(2), 78-92.

- American Medical Association. (1999). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. *Journal of the American Health Association*, 284, 552-557.
- Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of Education*. New York: David McKay Company.
- Bloom, L., & Selznick, P. (1977). *Sociology: A Text with Adopted Reading*. New York: Harpe.
- Bostock, S., & Steptoe, A. (2012). Association between Low Functional Health Literacy and Mortality in Older Adults: Longitudinal Cohort Study. *British Medical Journal*, 344(e1602.). doi: 10.1136/bmj.e1602.
- Chang, L. C. (2011). Health Literacy, Self-Reported Status and Health Promoting Behaviours for Adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1-2), 190-196.
- Chatio, S., Welaga, P., Tabong, P. T.-N.Akweongo, P. (2019). Factors Influencing Performance of Community-Based Health Volunteers' Activities in the Kassena-Nankana Districts of Northern Ghana. *PloS one*, 14(2), e0212166.
- Cohen, B. J., & Orbuch, T. L. (1979). *Introduction to Sociology*. New York: MC Graw Hill.
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Dember, W. N., & Warm, J. S. (1977). *Psychology of Perception*. London: Holf Rimchart & Winston.
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The Development of Health Literacy in Patients with a Long-Term Health Condition: The Health Literacy Pathway Model. *BMC public health*, 12(1), 1-15.
- Ellis, J., Mullan, J., Worsley, A., & Pai, N. (2012). The Role of Health Literacy and Social Networks in Arthritis Patients' Health Information-Seeking Behavior: A Qualitative Study. *International journal of family medicine*, 2012, 1-6.
- European Commission. (2007). *Together for Health: A Strategic Approach for the Eu 2008-2013. Com 630 Final 2007*. Brussels: European Commission.

- Finnergan, M. (1975). *New Webster Dictionary of the English Language*. New York: Consolidated Book Publishers.
- Furuya, Y., Kondo, N., Yamagata, Z., Hashimoto, H. (2015). Health Literacy, Socioeconomic Status and Self-Rated Health in Japan. *Health promotion international*, 30(3), 505-513.
- Garrison, K., & Magoon, R. (1972). *Educational Psychology*. Columbus: Charles E. Merrill Publishing Company.
- Hellriegel, D., & Woodman, R. W. (2001). *Organization Behavior* (9th ed.). Cincinnati: South-Western College Publishing.
- Institute of Medicine. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Retrieved May 20, 2020, from <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2004/Health-Literacy-A-Prescription-to-End-Confusion.aspx>
- Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Patient Health Literacy and Participation in the Health-Care Process. *Health expectations*, 11(2), 113-122.
- Johns, G. (1996). *Organization Behavior: Understanding and Managing Life at Work*. New York: Harper Collins College.
- Jordan, J. E., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2010). Conceptualising Health Literacy from the Patient Perspective. *Patient education and counseling*, 79(1), 36-42.
- Jovic-Vranes, A., Bjegovic-Mikanovic, V., & Marinkovic, J. (2009). Functional Health Literacy among Primary Health-Care Patients: Data from the Belgrade Pilot Study. *Journal of public Health*, 31(4), 490-495.
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2005). *Navigating Health: The Role of Health Literacy*. UK: Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre.
- Mancuso, J. M. (2009). Assessment and Measurement of Health Literacy: An Integrative Review of the Literature. *Nursing & health sciences*, 11(1), 77-89.
- Mondy, R. W., Arthur, S., & Premeaux, S. R. (1991). *Management: Concept, Practice, and Skills* (5th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Moorhead, G., & Griffin, R. W. (1995). *Organization Behavior: Managing People and Organization* (4th ed.). Boston: Houghton Mufflin Company.

- Murayama, H., Taguchi, A., Murashima, S. (2011). Exploring Strategies to Encourage Community Health Outreach by Health Promotion Volunteers in Japan. *The Journal of ambulatory care management*, 34(3), 274-285.
- National Assessment of Adult Literacy. (2006). *The Health Literacy of America's Adults Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. U.S.: Department of Education.
- 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.
- Paasche-Orlow, M. K., Wolf, M. S. (2007). The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *American journal of health behavior*, 31(1), S19-S26.
- Parker, R. (2000). Health Literacy: A Challenge for American Patients and Their Health Care Providers. *Health promotion international*, 15(4), 277-283.
- Pavlekovic, G., 463-466. (2008). Health Literacy: Program for Training on Research in Public Health for South Eastern Europe. *Health Promotion and Disease Prevention: a handbook for teachers, researchers, health professional and decision makers*, 4, 463-466.
- Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D. A. (2008). *A Vision for a Health Literacy Canada Report of the Expert Panel on Health Literacy*. Ottawa: Promotion E-Bulletin.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1976). On the Use of Content Specialists in the Assessment of Criterion-Referenced Test Item Validity. *Dutch Journal for Educational Research*, 2, 49-60.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., . . . Bindman, A. B. (2002). Association of Health Literacy with Diabetes Outcomes. *Jama*, 288(4), 475-482.
- Sharif, I., & Blank, A. E. (2010). Relationship between Child Health Literacy and Body Mass Index in Overweight Children. *Patient education and counseling*, 79(1), 43-48.

- Shen, M., Hu, M., Liu, S., Chang, Y., & Sun, Z. (2015). Assessment of the Chinese Resident Health Literacy Scale in a Population-Based Sample in South China. *BMC public health*, 15(1), 1-11.
- Taguchi, A., Murayama, H., & Murashima, S. (2016). Association between Municipal Health Promotion Volunteers' Health Literacy and Their Level of Outreach Activities in Japan. *PloS one*, 11(10), e0164612.
- The center for Health Care Strategies. (2000). *Fact Sheet: What Is Health Literacy? Chcs*, Princeton. NJ: USA.
- Visanuyothin, S., Chatanuluk, C., Saengsuwan, S., Rojanavarapong, A.Pornchanya, P. (2015). Health Literacy of Village Health Volunteer in Municipality, Nakhonratchasima, Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 13(1), 37-54.
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., . . . Hale, F. A. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *The Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). *Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region: 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development*. Nairobi: Kenya.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding Health Literacy: An Expanded Model. *Health promotion international*, 20(2), 195-203.
- Zumbo, B., Kelly, K., Begoray, D., Kazanjian, A., Mullet, J., & Hayes, M. (2006). *The Development and Validation of Measures of "Health Literacy" in Different Populations Ubc Institute of Health Promotion Research and Uvic Community Health Promotion Research*. University of British Columbia.





ภาคผนวก ก แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
เพศ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) เพศชาย (ชาย = 1, หญิง = 0)
อายุ	อัตราส่วน
ระดับการศึกษา	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) การศึกษามัธยมศึกษา/อนุปริญญา (อ้างอิง) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ปริญญาตรี = 1, อื่นๆ = 0) การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ปริญญาตรี = 1, อื่นๆ = 0)
อาชีพหลัก	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ว่างงาน (อ้างอิง) เกษตรกรรวม (เกษตรกรรวม = 1, อื่นๆ = 0) รับจ้าง/ค้าขาย (รับจ้าง/ค้าขาย = 1, อื่นๆ = 0) พนักงานของรัฐ/นักรบการเมืองท้องถิ่น (พนักงานของรัฐ = 1, อื่นๆ = 0)
สถานภาพสมรส	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) หม้าย/หย่า/แยก (อ้างอิง) โสด(โสด = 1, อื่นๆ = 0) สมรส (สมรส = 1, อื่นๆ = 0)
รายได้	อัตราส่วน
โรคประจำตัว	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) มีโรคประจำตัว (อ้างอิง) ไม่มีโรคประจำตัว (ไม่มีโรคประจำตัว = 1, อื่นๆ = 0)
BMI	อัตราส่วน

## ภาคผนวก ก แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
ระยะเวลาในการทำงานเป็น อสม.	อัตราส่วน
ความสามารถในการมองเห็น	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่ใช้แว่นตา(อ้างอิง) ใช้แว่นตา (ใช้แว่นตา = 1, อื่นๆ = 0)
ความสามารถในการได้ยิน	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่ชัดเจนเลย (อ้างอิง) ได้ยินชัดเจน (ได้ยินชัดเจน = 1, อื่นๆ = 0) ได้ยินชัดบ้างไม่ชัดบ้าง (ชัดบ้างไม่ชัดบ้าง = 1, อื่นๆ = 0)
ความสามารถในการพูด	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) พูดไม่คล่องเลย (อ้างอิง) พูดคล่อง (พูดคล่อง = 1, อื่นๆ = 0) พูดคล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง (พูดคล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง = 1, อื่นๆ = 0)
ความสามารถในการอ่าน	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) อ่านไม่คล่อง (อ้างอิง) อ่านได้คล่อง (อ่านได้คล่อง = 1, อื่นๆ = 0)
ความสามารถในการเขียน	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) เขียนไม่คล่อง (อ้างอิง) เขียนได้คล่อง (เขียนได้คล่อง = 1, อื่นๆ = 0)
ความสามารถในการใช้สมาร์ต โฟน/คอมพิวเตอร์	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ใช้งานได้ไม่คล่องเลย (อ้างอิง) ใช้งานได้คล่อง (ใช้งานได้คล่อง = 1, อื่นๆ = 0) คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง (คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง = 1, อื่นๆ = 0)

## ภาคผนวก ก แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)  รับรู้น้อยกว่า 2 ช่องทาง (อ้างอิง) รับรู้ 2 ช่องทาง ขึ้นไป (ไม่ใช่บุคคล = 1, บุคคล = 0)
การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.	อัตราส่วน
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	อัตราส่วน
การได้รับแรงสนับสนุนจาก สังคม	อัตราส่วน
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	อัตราส่วน

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความสามารถของปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถส่วนบุคคล และการปฏิบัติงานเป็นอสม.ในการพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

สมการในการวิเคราะห์

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

เมื่อ Y = ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

a = ค่าคงที่

b<sub>1</sub>... b<sub>n</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของของตัวแปร

b<sub>2</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอายุ

b<sub>3</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการศึกษาประถมศึกษา

b<sub>4</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป

b<sub>5</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพเกษตรกรรวม

b<sub>6</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพรับจ้าง/ค้าขาย

b<sub>7</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพพนักงานของรัฐ/นักการเมืองท้องถิ่น

b<sub>8</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพโสด

b<sub>9</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพสมรส

b10 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

b13 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของไม่มีโรคประจำตัว

b14 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของBMI

b15 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของระยะเวลาในการทำงานเป็น อสม.

b16 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสามารถในการมองเห็นแบบใช้

แว่นตา

b17 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสามารถในการได้ยินชัดเจน

b18 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสามารถในการได้ยินชัดบ้างไม่ชัด

บ้าง

b19 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสามารถในการพูดคล่อง

b20 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสามารถในการพูดคล่องบ้างไม่คล่อง

บ้าง

b21 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสามารถในการอ่านได้คล่อง

b22 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสามารถในการเขียนได้คล่อง

b23 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของใช้สมาร์ทโฟน/คอมพิวเตอร์ได้คล่อง

b24 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของใช้สมาร์ทโฟน/คอมพิวเตอร์ได้คล่องบ้าง ไม่

คล่องบ้าง

b26 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.

b27 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

b28 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม

โดยที่

Y = ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

x1 = เพศชาย

x2 = อายุ

x3 = การศึกษาประถมศึกษา

x4 = การศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป

x5 = อาชีพเกษตรกรรวม

x6 = อาชีพรับจ้าง/ค้าขาย

x7 = อาชีพพนักงานของรัฐ/นักการเมืองท้องถิ่น

- x8 = สถานภาพโสด
- x9 = สถานภาพสมรส
- x10 = รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
- x13 = ไม่มีโรคประจำตัว
- x14 = BMI
- x15 = ระยะเวลาในการทำงานเป็น อสม.
- x16 = ความสามารถในการมองเห็นแบบใช้แว่นตา
- x17 = ความสามารถในการได้ยินชัดเจน
- x18 = ความสามารถในการได้ยินชัดบ้างไม่ชัดบ้าง
- x19 = ความสามารถในการพูดคล่อง
- x20 = ความสามารถในการพูดคล่องบ้างไม่คล่องบ้าง
- x21 = ความสามารถในการอ่านได้คล่อง
- x22 = ความสามารถในการเขียนได้คล่อง
- x23 = ใช้สมาร์ทโฟน/คอมพิวเตอร์ได้คล่อง
- x24 = ใช้สมาร์ทโฟน/คอมพิวเตอร์ได้คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง
- x26 = การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.
- x27 = แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
- x28 = การได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม

### ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ทั้ง 27 ตัวแปร พบว่า มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระอยู่ระหว่าง  $-0.901 - 0.235$  ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยไม่มีตัวแปรพยากรณ์คู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (ไม่เกิน 0.8)

### การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณแบบขั้นตอน

การวิจัยครั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น จำนวน 5 ข้อ (กัลยา วาณิชย์บัญชา, และสิริตา วาณิชย์บัญชา, 2558, pp. น.302-332) พบว่า

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05
2. ค่าความคลาดเคลื่อนมีความอิสระต่อกัน โดยพิจารณาค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.123 (เกณฑ์คือ 1.50-2.50)
3. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจากตาราง Residuals statistic พบว่า ค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์ คือ Mean = 0) และค่า S.D. เท่ากับ 0.995 (เกณฑ์ คือ S.D. เข้าใกล้ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการแปลผลจากกราฟ Normal probability plot
4. ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homo-scedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot ซึ่งพบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบๆ ค่า 0 และค่อนข้างคงที่
5. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multi-collinearity) โดยพิจารณาจาก Correlation matrix พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าตั้งแต่  $-0.901 - 0.235$  (เกณฑ์คือ น้อยกว่า 0.80) ร่วมกับการพิจารณาจากค่าปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance inflation factor) มีค่าตั้งแต่ 1.008 ถึง 2.423 (เกณฑ์ คือ ทุกค่าต้องน้อยกว่า 10) และ Tolerance มีค่าตั้งแต่ 0.413 ถึง 0.992 (เกณฑ์ คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 แต่ไม่เกิน 1)

**ตาราง 1 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ (n = 416)**

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	T	p-value
อายุ (X2)	0.011	0.097	1.991	0.047

Constant (a) = 9.592 R Square = 0.009 Adjusted R Square = 0.007 F = 3.965  
P = 0.047

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ได้ทั้งหมด 1 ตัวแปร ได้แก่ อายุ (p-value = 0.047,  $\beta$  = 0.097) โดยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ได้ร้อยละ 0.9 และสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน = 9.592 + 0.011 (อายุ)

**ตาราง 2 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (n = 416)**

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	T	p-value
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (X27)	0.586	0.697	18.945	<0.001
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (X28)	0.127	0.093	2.527	0.012
ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป (X4)	5.437	0.071	2.148	0.032

Constant (a) = 9.592 R Square = 0.549 Adjusted R Square = 0.546 F = 167.077  
P < 0.001



จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ได้ทั้งหมด 3 ตัวแปร ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ( $p\text{-value} < 0.001$ ,  $\beta = 0.697$ ) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ( $p\text{-value} = 0.012$ ,  $\beta = 0.093$ ) ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ( $p\text{-value} = 0.032$ ,  $\beta = 0.071$ ) โดยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ได้ร้อยละ 54.9 และสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน =  $9.592 + 0.586$  (แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน) +  $0.127$  (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม) +  $5.437$  (ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป)

**ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ด้านทักษะการสื่อสาร (n = 416)**

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	T	p-value
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (X27)	0.465	0.027	17.425	<0.001
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (X28)	0.158	0.043	3.638	<0.001

Constant (a) = 4. 113 R Square = 0.525 Adjusted R Square = 0.522 F = 228.024  
P < 0.001

จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านทักษะการสื่อสาร ได้ทั้งหมด 2 ตัวแปร ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ( $p\text{-value} < 0.001$ ,  $\beta = 0.027$ ) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ( $p\text{-value} < 0.001$ ,  $\beta = 0.158$ ) โดยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ได้ร้อยละ 52.5 และสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน =  $4.113 + 0.465$  (แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน) $+0.158$ (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม)

**ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ด้านทักษะการจัดการตนเอง (n = 416)**

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	T	p-value
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (X27)	0.427	0.519	9.696	<0.001
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (X28)	0.203	0.152	4.036	<0.001
การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. (X26)	0.117	0.134	2.648	0.008
เพศชาย (X1)	0.945	0.080	2.326	0.020
ดัชนีมวลกาย (X14)	0.071	0.077	2.260	0.024

Constant (a) = 5. 320 R Square = 0.527 Adjusted R Square = 0.522 F = 91.493  
P < 0.001

จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านทักษะการจัดการตนเอง ได้ทั้งหมด 5 ตัวแปร ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (p-value <0.001 ,  $\beta = 0.519$ ) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (p-value <0.001 ,  $\beta = 0.152$ ) การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.(p-value =0.008,  $\beta = 0.134$ ) เพศชาย (p-value <0.001,  $\beta = 0.080$ ) ดัชนีมวลกาย (p-value =0.024,  $\beta = 0.077$ ) โดยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการจัดการตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ได้ร้อยละ 52.7 และสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน =  $5.320 + 0.427$  (แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน) $+0.203$ (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม) $+0.117$ (การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.)  $+0.945$ (เพศชาย)  $+0.071$ (ดัชนีมวลกาย)

ตาราง 5 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับ  
 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัด  
 สุโขทัย ด้านทักษะการตัดสินใจ (n = 416)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	T	p-value
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (X27)	0.369	0.515	9.079	<0.001
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (X28)	0.153	0.131	3.254	0.001
การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. (X26)	0.088	0.115	2.136	0.033

Constant (a) = 3.576 R Square = 0.452 Adjusted R Square = 0.448 F = 113.303  
 P < 0.001

จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อความรอบรู้  
 ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านทักษะการตัดสินใจ ได้ทั้งหมด 3 ตัว  
 แปร ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (p-value <0.001,  $\beta$  = 0.515) การได้รับแรงสนับสนุนทาง  
 สังคม (p-value =0.001,  $\beta$  = 0.131) การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.(p-value =0.033,  $\beta$  = 0.115)  
 โดยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการตัดสินใจของอาสาสมัคร  
 สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ได้ร้อยละ 45.2 และสามารถเขียนสมการในการ  
 พยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปคะแนนดิบได้  
 ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน = 3.576 + 0.369  
 (แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน)+0.153(การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม)+0.088(การรับรู้บทบาท  
 หน้าที่ อสม.)

ตาราง 6 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (n = 416)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	T	p-value
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (X27)	0.446	0.635	15.880	<0.001
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (X28)	0.104	0.091	2.285	0.023

Constant (a) = 5.408 R Square = 0.462 Adjusted R Square = 0.459 F = 177.189  
P < 0.001

จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ได้ทั้งหมด 2 ตัวแปร ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (p-value <0.001 ,  $\beta$  = 0.446) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (p-value =0.023 ,  $\beta$  = 0.091) โดยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ได้ร้อยละ 46.2 และสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน = 5.408 + 0.446 (แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน)+0.104(การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม)

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม □□□

### แบบสอบถาม

## เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

ผู้วิจัย นางสาวพรรณิณี บุญมัน

นิสิตสาธิตสาธิตศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

### คำชี้แจง

เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัด  
สุโขทัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ  
หมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ  
หมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงและตรงความคิดเห็นมากที่สุด  
ผู้วิจัยจะเก็บคำตอบของท่านไว้เป็นความลับ ซึ่งจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมด หลังการวิจัยเสร็จ  
สิ้นสุด 1 ปี และขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบที่เสียหายต่อท่านแต่ประการใด แบบสอบถามแบ่ง  
ออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความสามารถส่วนบุคคล

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นางสาวพรรณิณี บุญมัน

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย  $\surd$  ลงในช่อง  ที่ตรงกับความเป็นจริงหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง (.....) ให้สมบูรณ์

1. เพศ  (1) ชาย  (2) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา
 

<input type="checkbox"/> (1) ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> (2) มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> (3) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	<input type="checkbox"/> (4) อนุปริญญา/ปวส.
<input type="checkbox"/> (5)ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> (6)ปริญญาโท
4. อาชีพหลัก
 

<input type="checkbox"/> (1) ว่างาน	<input type="checkbox"/> (2) เกษตรกรรม
<input type="checkbox"/> (3) รับจ้าง	<input type="checkbox"/> (4) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
<input type="checkbox"/> (5) เลี้ยงสัตว์	<input type="checkbox"/> (6) พนักงานเอกชน
<input type="checkbox"/> (7) พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> (8) นักการเมืองท้องถิ่น
<input type="checkbox"/> (9) ข้าราชการบำนาญ	<input type="checkbox"/> (10) อื่นๆ (ระบุ).....
5. สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> (1) โสด	<input type="checkbox"/> (2) สมรส
<input type="checkbox"/> (3) หม้าย/หย่า/แยก	
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท (โดยรวมรายได้จากการเป็น อสม.)
7. โรคประจำตัว  (1) ไม่มี  (2) มีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ดังนี้
 

<input type="checkbox"/> (1)เบาหวาน	<input type="checkbox"/> (2)ความดันโลหิตสูง
<input type="checkbox"/> (3)ไขมันในเลือดสูง	<input type="checkbox"/> (4)หัวใจ <input type="checkbox"/> (5)อื่นๆ ระบุ.....
8. น้ำหนัก ..... กิโลกรัม
9. ส่วนสูง ..... เซนติเมตร
10. ระยะเวลาในการทำงานเป็น อสม. รวม.....ปี (เศษมากกว่า6เดือนให้นับเป็น 1 ปี)

**ส่วนที่ 2 ความสามารถส่วนบุคคล**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. ความสามารถในการมองเห็น  
 (1) ไม่ใช่แว่นตา  (2) ใช้แว่นตา
2. ความสามารถในการได้ยิน  
 (1) ได้ยินชัดเจน  (2) ชัดบ้างไม่ชัดบ้าง  (3) ไม่ชัดเจนเลย
3. ความสามารถในการพูด  
 (1) พูดคล่อง  (2) คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง  (3) พูดไม่คล่องเลย
4. ความสามารถในการอ่าน  
 (1) อ่านได้คล่อง  (2) อ่านไม่คล่อง  (3) อ่านไม่ได้
5. ความสามารถในการเขียน  
 (1) เขียนได้คล่อง  (2) เขียนไม่คล่อง  (3) เขียนไม่ได้
6. ความสามารถในการใช้สมาร์ทโฟน/คอมพิวเตอร์  
 (1) ใช้งานได้คล่อง  (2) คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง  (3) ใช้งานได้ไม่คล่องเลย

### ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานเป็น อสม.

คำชี้แจง ท่านคิดว่าข้อความดังต่อไปนี้ ตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด โดยโปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
<b>การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.</b>					
1. ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข					
2. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดรณรงค์และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุข					
3. ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน					
4. จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่					
5. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพหรือเป็นด้านสุขภาพในชุมชน					
6. ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายด้านสุขภาพแก่ประชาชน					
7. ศึกษา พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมประชุมตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่นร้องขอ					
8. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน					
9. ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น					



## ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานเป็น อสม. (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
<b>แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน</b>					
<b>ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน</b>					
10. ฉันสามารถแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครประจำหมู่บ้านได้เสร็จสิ้น และประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี					
11. การปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถเห็นผลได้ชัดเจนและเป็นรูปธรรม					
12. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อนร่วมงานแสดงความห่วงใยเมื่อท่านออกทำงานส่งเสริมสุขภาพประชาชน					
<b>ด้านการยอมรับนับถือ</b>					
13. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น และเพื่อนร่วมงาน ให้การยอมรับในความสามารถในการทำงานของฉัน					
14. เมื่อเข้าไปดำเนินงานด้านสุขภาพ ประชาชน จะให้ความร่วมมือและยอมรับในความสามารถของฉัน					
<b>ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน</b>					
15. ฉันได้รับโอกาสและการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่น และเพื่อนร่วมงาน ให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพอยู่เสมอ เช่น การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประกวดแข่งขันในระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด/เขต/ประเทศ					
16. ฉันได้รับการสนับสนุนให้ปฏิบัติงานตามความเหมาะสมกับความสามารถและหน้าที่					

### การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** การปฏิบัติงานในหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของท่าน ได้รับแรงสนับสนุนในเรื่องต่อไปนี้ บ่อยครั้งเพียงใด โปรดเขียนเครื่องหมาย  $\surd$  ลงในช่องว่าง ตามความเป็นจริง

ข้อความ	เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่เคยได้รับ
<b>การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม</b>			
1. ฉันได้รับการยกย่องชมเชยหรือได้รับกำลังใจในการปฏิบัติงานจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
2. ฉันได้รับกำลังใจในการปฏิบัติงานจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
3. ฉันได้รับความร่วมมือจากชุมชนในการปฏิบัติงาน			
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ผู้นำท้องถิ่น/เพื่อนร่วมงานได้มีการให้ข้อเสนอแนะในการเพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานของฉันประสบความสำเร็จ			
5. ฉันได้รับวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือในการปฏิบัติงาน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ปรอทวัดไข้ เป็นต้น อย่างเพียงพอ			
6. ฉันได้รับความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			

#### ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ: โปรดทำเครื่องหมาย  $\surd$  ที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุด  
เพียงข้อเดียว

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	ประโยชน์ของการใช้ยาที่ถูกต้องเพื่อการรักษาโรค บรรเทาอาการและป้องกันโรค		
2	ยาชนิดเดียวกัน ทุกคนในครอบครัวสามารถกินได้ในปริมาณที่เท่ากัน		
3	การติดฉลากที่ขวดยาทำให้ทราบชื่อยา วันผลิตและวันหมดอายุ ชื่อผู้ผลิต ผลข้างเคียงของยา ข้อห้ามใช้และคำเตือน		
4	ผู้ป่วยวัณโรคสามารถแพร่เชื้อติดต่อไปสู่คนปกติได้โดยการไอ จาม รดกัน		
5	ผู้ที่สงสัยว่ามีอาการป่วยเป็นวัณโรค คือ มีเลือดออกตามไรฟัน		
6	ผู้อยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยต้องตรวจเสมหะและเอกซเรย์ปอดปีละครั้ง		
7	สารเสพติดที่จะได้รับจากการสูบบุหรี่ คือ สารนิโคติน		
8	การสูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปอดได้		
9	ร้านค้าสามารถขายบุหรี่ให้กับเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ได้		
10	การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เป็นโรคตับแข็งได้		
11	เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเกิดอุบัติเหตุ โทรขอความช่วยเหลือจากการแพทย์ (EMS) ที่สายด่วน 1113		
12	เมื่อพบคนหมดสติให้ดูความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมก่อนเข้าไปช่วยเหลือคนหมดสติ		

## ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความเป็นจริง				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
<b>การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ</b>					
1. เมื่อฉันต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ฉันสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ทันทีบ่อยครั้งแค่ไหน					
2. ฉันสามารถเลือกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อพัฒนาสุขภาพได้					
3. ฉันสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องได้จากหลากหลายแหล่ง เช่น จากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ เป็นต้น					
4. ฉันรู้วิธีการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ด้วยตนเอง					
5. ฉันสามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุขหรือรับบริการด้านสุขภาพได้ตามความต้องการ					
6. ฉันสามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพได้ตรงกับสภาพปัญหาของฉันและประชาชนที่ฉันดูแลได้					
<b>ทักษะการสื่อสาร</b>					
7. เมื่อฉันอ่านหรือฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนจากบุคคลต่างๆ แล้วฉันพบว่าสามารถเข้าใจเนื้อหานั้นได้					
8. ฉันสามารถเล่าเรื่อง พูดคุย อ่านหรือเขียนข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ให้กับครอบครัว เพื่อนหรือผู้อื่นได้รับรู้ข้อมูล					

## ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความเป็นจริง				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
9. ฉันสามารถพูดคุยเพื่อโน้มน้าวหรือแนะนำข้อมูลสุขภาพให้ผู้อื่นยอมรับและสามารถนำไปปรับใช้กับตนเองตามหลักการดูแลสุขภาพที่ดีได้					
10. ฉันกล้าที่จะซักถามเรื่องที่ฉันกังวลหรือข้อมูลที่ไม่เข้าใจหรืออยากรู้เพิ่มเติมได้					
11. ฉันสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพกับเจ้าหน้าที่ได้					
<b>ทักษะการจัดการตนเอง</b>					
12. ฉันสามารถประเมินปริมาณและคุณค่าอาหารที่กินในแต่ละมื้อพร้อมได้ วางแผนออกกำลังกายได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้					
13. ฉันสามารถวางแผนออกกำลังกายได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้					
14. ฉันสามารถประเมินสภาวะอารมณ์ของตนเอง และสามารถหาวิธีจัดการกับอารมณ์ได้					
15. ฉันจัดสภาพแวดล้อมรอบตัวที่ช่วยให้สามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้					
16. ฉันสามารถปฏิบัติตนที่ดีในการดูแลสุขภาพเพื่อเป็นแบบอย่างให้กับผู้อื่น					
17. ฉันสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้					
<b>ทักษะการตัดสินใจ</b>					
18. ฉันสามารถเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตาม					

## ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความเป็นจริง				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
19. ฉันสามารถตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตาม					
20. เมื่อฉันเห็นโฆษณาสินค้าสุขภาพและสนใจในสินค้านั้น ฉันจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประเมินผลดี-ผลเสียก่อนตัดสินใจเลือกใช้					
21. ฉันสามารถเสนอทางเลือกหรือข้อมูลด้านสุขภาพในการปฏิบัติตนจากแหล่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล					
22. ฉันสามารถวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากบุคคลหรือสื่อต่างๆ ก่อนที่จะปฏิบัติตาม					
<b>การรู้เท่าทันสื่อ</b>					
23. เมื่อฉันสนใจในสินค้าสุขภาพที่โฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ฉันจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ					
24. ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมหรือก่อนยอมรับข้อมูล/สินค้า ฉันสามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้					
25. ฉันสามารถประเมินข้อความสื่อที่น่าเชื่อถือเพื่อชี้แนะทางสุขภาพให้กับชุมชนได้					
26. ฉันมีการติดตามการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ทันสมัย					
27. ฉันสามารถเปรียบเทียบความถูกต้องของข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างได้					

ภาคผนวก ค รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและหน่วยงาน	คุณวุฒิ/สาขาวิชา
1.	ผศ.ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิ วงศ์	อาจารย์ผู้มีความรู้ ความสามารถพิเศษ คณะสาธารณสุขศาสตร์	Ph.D. Public Health จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2.	อ.ปิยนุช ยอดสมสวย	อาจารย์ประจำสาขาวิชา การส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิ โรฒ	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สังคมศาสตร์และสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหิดล (อยู่ระหว่างการศึกษา)
3.	ว่าที่ร้อยตรี ยุทธนา แยม คาย	นักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุโขทัย (ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ภาคประชาชน)	สาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร สาธารณสุขศาสตรดุษฎี บัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร (อยู่ระหว่างการศึกษา)

# ภาคผนวก ง เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

COA No. 412/2020  
IRB No. P3-0107/2563



AF 08-09/5.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

## เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน  
จังหวัดสุโขทัย

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพรศศิณี บุญมัน

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการสำเร็จสิ้นก่อน 1 ปี

## เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 02 ตุลาคม 2563
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 02 ตุลาคม 2563
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 02 ตุลาคม 2563
4. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 02 ตุลาคม 2563
5. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 02 ตุลาคม 2563
6. AF 04-10 (สำหรับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 16 ตุลาคม 2563
7. AF 04-10 (สำหรับกลุ่มทดลองใช้เครื่องมือ) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 16 ตุลาคม 2563
8. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 16 ตุลาคม 2563
9. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุ 13 - 19 ปี) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 16 ตุลาคม 2563
10. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 02 ตุลาคม 2563
11. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 15 กันยายน 2563
12. งบประมาณโครงการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 30 กรกฎาคม 2563

ลงนาม *ณัฐพร อังสุกุลวิมลกุล*

(นายแพทย์สมบูรณ ดันสุกุลวัตติกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 16 ตุลาคม 2563

วันหมดอายุ : 16 ตุลาคม 2564

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเท่านั้น
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าหลังใบรับรองหมดอายุและยังไม่ได้ใบรับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่หลังวันใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

\*รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)

