

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรัง
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต
Health literacy and self-care behaviors for chronic disease prevention
among village health volunteers in Phuket province

สุทัสสา ล้านทอง
Sutussa Larnthong
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(Received: August 15, 2025; Accepted: August 30, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดภูเก็ต รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องและตัวแปรทำนายพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 370 คน ซึ่งคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบ โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาจากกรอบทฤษฎีและผ่านการตรวจสอบคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับดี โดยเฉพาะด้านการจัดการตนเองและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม ด้านการสื่อสารสุขภาพยังอยู่ในระดับต่ำ ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีถึงดีมาก (ร้อยละ 58.92) ปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กับความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษาและการสนับสนุนทางสังคม ขณะที่ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการเป็น อสม. การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (แต่ รอบเอวและดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์เชิงลบ) ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การจัดการตนเอง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การสื่อสารสุขภาพ และรอบเอว ซึ่งร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 27.20 ดังนั้นหน่วยงานด้านสาธารณสุขควรพัฒนาศักยภาพของ อสม. อย่างเป็นระบบ โดยเน้นการเสริมสร้างทักษะด้านการจัดการตนเอง การตัดสินใจเชิงสุขภาพ และการสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบท เพื่อส่งเสริมให้ อสม. เป็นต้นแบบสุขภาพที่ดีและมีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนในชุมชน

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine health literacy and self-care behaviors for chronic disease prevention among village health volunteers (VHVs) in Phuket Province, and to identify related factors and predictors of health behaviors. The sample consisted of 370 VHVs selected through systematic random sampling. Data were collected using a theory-based questionnaire that had been validated for content and reliability. Statistical analyses included descriptive statistics, Chi-square test, Pearson's product-moment correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that most VHVs demonstrated good levels of health literacy, particularly in self-management and decision-making. However, health communication remained relatively low. Self-care behaviors were generally at good to very good levels (58.92%). Significant factors associated with health literacy ($p < 0.05$) included educational level and social support. Factors related to self-care behaviors were age, duration of service as a VHV, social support, health knowledge, self-management, media literacy, and decision-making. At the same time, waist circumference and body mass index were negatively correlated. Stepwise multiple regression analysis indicated that self-management, decision-making, health communication, and waist circumference were significant predictors, together explaining 27.20% of the variance in self-care behaviors. The findings suggest that public health authorities should systematically strengthen the capacity of VHVs, focusing on enhancing self-management, health decision-making, and context-appropriate health communication skills. Such efforts would enable VHVs to serve as positive health role models and play a crucial role in the prevention of chronic diseases within communities.

Keywords: health literacy, self-care behavior, chronic diseases, village health volunteers

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) อาทิ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขในปี 2562 ระบุว่าคนไทยเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 400,000 รายต่อปี หรือเฉลี่ยมากกว่า 1,000 รายต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 74 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) นอกจากนี้ ข้อมูลยังชี้ให้เห็นถึงจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น โดยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 6.5 ล้านคน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 14 ล้านคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) เพื่อรับมือกับปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2566 – 2570 เพื่อลดการป่วย การตาย และความพิการที่ป้องกันได้จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยแผนดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานในระดับชุมชน ซึ่งมี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญ เนื่องจาก อสม. มีบทบาทในการเป็นสื่อกลางระหว่างระบบบริการสุขภาพและประชาชน อสม. ทำหน้าที่ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เฝ้าระวัง และติดตามภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชน รวมถึงเป็นที่ปรึกษาและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพก่อนส่งต่อไปยังสถานพยาบาล (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ด้วยเหตุนี้ บทบาทของ อสม. จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการถ่ายทอดความรู้และส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Berkman & Glass, 2000)

แม้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน อย่างไรก็ตาม สถานะสุขภาพของ อสม. เป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าระวัง งานวิจัยของ โสภณ นุชเจริญ (2566) พบว่า อสม. บางส่วนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพให้กับประชาชน

จังหวัดภูเก็ตมีโครงสร้างทางสังคมและประชากรที่หลากหลาย โดยมีประชากรทั้งหมด 427,603 คน และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2,367 คน คิดเป็นอัตราส่วน 1:180 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงภาระงานที่หนักในการดูแลสุขภาพของประชาชน จากการสำรวจสุขภาพตนเองของ อสม. ผ่านแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. ปีงบประมาณ 2568 ที่มีผู้เข้าร่วม 2,312 คน พบว่า อสม. ในจังหวัดภูเก็ตมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพที่ต้องเฝ้าระวัง เช่น ภาวะรอบเอวเกิน (ร้อยละ 50.72) ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (ร้อยละ 52.55) ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน (ร้อยละ 24.49) ความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 24.99) (งานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต, 2568) เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรค NCDs และส่งเสริมให้ อสม. เป็นต้นแบบสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน จึงจำเป็นต้องพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง โดยใช้แนวทาง 3อ. (อาหาร, ออกกำลังกาย, อารมณ์) (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ทั้งนี้ พฤติกรรมสุขภาพที่ดีของ อสม. ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย เช่น อายุ สถานะสุขภาพ และการสนับสนุนจากสังคม (House, 1981) รวมถึงความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) และการรับรู้สถานะสุขภาพของ

ตนเอง (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอจะสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ทำให้สามารถดูแลสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Sørensen et al., 2012) องค์ประกอบหลักของความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ, การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, การสื่อสาร, การจัดการตนเอง, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอจะสามารถแสวงหาและประเมินข้อมูลสุขภาพจากแหล่งที่หลากหลายและน่าเชื่อถือด้วยตนเอง ซึ่งส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้าม การมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำจะเพิ่มความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาพยาบาล (Nutbeam, 2000) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่าองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล, ความเข้าใจข้อมูล, การประเมินข้อมูล, และการประยุกต์ใช้ข้อมูล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (พัชราคุณวุฒิ, 2566; กฤตภณ เทพอินทร์ และเสนห์ ขุนแก้ว, 2565) นอกจากนี้ ความรู้ด้านสุขภาพที่ดีสามารถช่วยลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่ม อสม. ได้ (จุฑาภรณ์, 2564) โดยพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของ อสม. ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย เช่น อายุ สถานะสุขภาพ และการสนับสนุนจากสังคม (House, 1981) รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) และการ

รับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015)

พฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ยังได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งด้านอายุ สถานะสุขภาพ การสนับสนุนจากสังคม (House, 1981) รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) และการรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015) เพื่อพัฒนาบทบาท อสม. ให้เป็นต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน จึงมีการกำหนดแผนพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบ โดย อสม. ใหม่ จะได้รับการอบรมความรู้และฝึกปฏิบัติด้านการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพเบื้องต้น การควบคุมและป้องกันโรค การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยี ขณะที่ อสม. เดิม จะได้รับการอบรมฟื้นฟูศักยภาพเป็นประจำทุกปี รวมทั้งการพัฒนาให้เป็น อสม. เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ เช่น สาขามแม่และเด็ก หรือการควบคุมโรคติดต่อ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมสุขภาพได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานะสุขภาพ บทบาทของ อสม. การสนับสนุนจากสังคม (Pender et al., 2015) ตลอดจนความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) และการรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง (Pender et al., 2015) ซึ่งล้วนส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเรื้อรังของ อสม. ในจังหวัดภูเก็ต เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการกำหนดกลยุทธ์และแผนงานเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต
3. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต
5. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดภูเก็ต จำนวนทั้งสิ้น 2,285 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567)

การกำหนดขนาดตัวอย่างใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างเพื่อการสำรวจสัดส่วนของ Daniel

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2(N-1)+z^2pq}$$

โดยกำหนดค่า $N = 2,285$ คน, $Z = 1.96$, $p = 0.5$, $q = (1 - p)$, และ $d = 0.05$ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนระหว่างการเก็บข้อมูลและเพื่อให้ได้ข้อมูลที่

ครบถ้วน จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 362 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธี Systematic Sampling โดยคัดเลือกจากรายชื่ออสม.ในแต่ละหน่วยบริการตามเกณฑ์การคัดเข้า ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืน จนครบตามจำนวนที่กำหนด เมื่อเก็บข้อมูลจริงสามารถรวบรวมได้ทั้งสิ้น 370 คน และนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ทางสถิติ

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อสม.ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หรือผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมแต่ภายหลังถอนความยินยอม

เครื่องมือในการวิจัย

แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากกรอบทฤษฎีประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานะสุขภาพ ระยะเวลาในการเป็น อสม. บทบาทและหน้าที่ของ อสม.

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเป็นคำถามเชิงบวก มีจำนวน 16 ข้อ เป็นการให้คะแนนแบบ rating scale ดังนี้ ได้รับการสนับสนุนอย่างมาก = 5 คะแนน, ได้รับการสนับสนุนบ่อยครั้ง = 4 คะแนน, ได้รับการสนับสนุนปานกลาง = 3 คะแนน, ได้รับการสนับสนุนน้อยมาก = 2 คะแนน และ ไม่เคยได้รับการสนับสนุน = 1 คะแนน) เกณฑ์การแบ่งระดับการสนับสนุนสังคม แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับต่ำ มีคะแนน 1 – 27 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนน 28 – 53 คะแนน และระดับดี มีคะแนน 54 – 80 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ. ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

ตาม 3อ. ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2563) เป็นแบบตัวเลือก 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ ถ้าตอบถูก ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด ได้ 0 คะแนน เกณฑ์การแบ่งความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ. (Bloom et al., 1956) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับต่ำ มีคะแนน < 6 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนน 6 – 7 คะแนน และระดับสูง มีคะแนน 8 – 10 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2563) เป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นการให้คะแนนแบบ rating scale 0 - 4 คะแนน (ดังนี้ ทุกครั้ง = 4 คะแนน , บ่อยครั้ง = 3 คะแนน, บางครั้ง = 2 คะแนน, นานๆ ครั้ง = 1 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติ = 0 คะแนน) การแบ่งตามระดับคะแนน ระดับไม่ดี คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม ระดับพอใช้: คะแนนร้อยละ 60 - 69 ของคะแนนเต็ม ระดับดี คะแนนร้อยละ 70 - 79 ของคะแนนเต็ม ระดับดีมาก คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็ม

ส่วนที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรัง เป็นคำถามเกี่ยวกับความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 3 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 7 ข้อ การแบ่งตามระดับคะแนน ระดับไม่ดี คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม ระดับพอใช้: คะแนนร้อยละ

60 - 69 ของคะแนนเต็ม ระดับดี คะแนนร้อยละ 70 - 79 ของคะแนนเต็ม ระดับดีมาก คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา และให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้จริง โดยผลการประเมินพบว่ามีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00

2. ความเที่ยง (Reliability) แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและได้รับการแก้ไขแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับ อสม. ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และทำการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามในส่วนของการรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ. ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.60 ความเที่ยงของแบบสอบถามในส่วนการสนับสนุนทางสังคม, การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ, การจัดการตนเอง, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรัง ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.93, 0.79, 0.77, 0.84, 0.87, 0.87 และ 0.78 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามรวมทุกส่วนได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตในการทำวิจัย โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการ

วิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เพื่อ
พิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้เข้าร่วมวิจัย

2. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการ
ทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการ
เข้าร่วมวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการ
เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจ
พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยแสดงความ
ยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

3. คณะผู้วิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างตอบ
แบบสอบถาม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ
15 - 20 นาที

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความ
สมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมา
วิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 3
ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)
ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)
ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
(Standard Deviation) เพื่ออธิบายลักษณะพื้นฐานของ
กลุ่มตัวอย่าง

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

2.1 ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square
Test) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่ม

2.2 ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์
สัน (Pearson's Product-Moment Correlation
Coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
เชิงปริมาณ

3. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการ
ดูแลตนเอง

ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน
(Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อระบุ
ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในการ
ป้องกันโรคเรื้อรัง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เลขที่ PKPH 006/68 ลงวันที่
21 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็น
เพศหญิง ร้อยละ 89.46 มีอายุอยู่ในช่วง 35 – 59 ปี
ร้อยละ 62.16 (ค่าเฉลี่ยอายุ $\pm$ SD = 56.08 $\pm$ 9.47 ปี,
มีอายุน้อยที่สุด 25 ปี, อายุมากที่สุด 87 ปี) จบการศึกษา
ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 24.59 ระยะเวลาในการ
เป็น อสม. อยู่ในช่วง 1 – 10 ปี ร้อยละ 51.35 (ค่าเฉลี่ย
อายุ $\pm$ SD = 12.09 $\pm$ 10.04, ค่าน้อยที่สุด 1 ปี, ค่ามาก
ที่สุด 47 ปี) มีบทบาทและหน้าที่เป็นสมาชิก อสม. ร้อย
ละ 83.78 ข้อมูลสถานะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี
ดัชนีมวลกาย อยู่ในระดับโรคอ้วนระดับที่ 1 (ค่า BMI
25.00 – 29.99) ร้อยละ 35.95 (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
= 25.74 $\pm$ 4.36) การประเมินรอบเอว (เซนติเมตร)
เพศหญิงมีรอบเอวเกิน (80 เซนติเมตร ขึ้นไป) ร้อยละ
71.90 (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD = 85.21 $\pm$ 10.99) ส่วนเพศ
ชาย มีรอบเอวปกติ (< 90 เซนติเมตร) ร้อยละ 48.72
(ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD = 90.05 $\pm$ 13.19) การประเมินระดับ
ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) มีค่าสูงกว่าปกติ (120-
129/ น้อยกว่า 80 มม.ปรอท) ร้อยละ 43.24 (ค่าเฉลี่ย
 $\pm$ SD = 121.02/76.48 $\pm$ 12.11/8.32) การประเมิน

ระดับค่าน้ำตาลในเลือด กรณีน้ำและอาหาร 8 - 10 ชั่วโมง มีค่าปกติ (น้อยกว่า 100 mg/dL) ร้อยละ 53.99 (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD = 99.3 $\pm$ 16.07) กรณีไม่ได้น้ำและอาหาร มีค่าปกติ (น้อยกว่า 140 mg/dL) ร้อยละ 12.27 (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD = 129.13 $\pm$ 32.29) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่เคยสูบ ร้อยละ 91.62 และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่เคยดื่ม ร้อยละ 81.06 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 83.51 (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD = 63.06 $\pm$ 8.71)

ความรู้ ความเข้าใจและ ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.14 รองลงมา คือ มีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 23.24 และ มีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 21.62 และผู้ที่มีระดับความรู้สูงมักมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีถึงดีมากมากกว่ากลุ่มที่มีระดับต่ำ

ความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ อยู่ในระดับดี มากที่สุด ร้อยละ 37.03 รองลงมา คือ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 28.65 และ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 18.91 สะท้อนว่าอสม.สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ค่อนข้างดี ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่อยู่ในระดับดี - ดีมาก

ความรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารทางสุขภาพตามหลัก 3อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ระดับการสื่อสารทางสุขภาพตามหลัก 3อ อยู่ในระดับพอใช้มากที่สุด ร้อยละ 38.38 รองลงมา คือ อยู่ในระดับไม่ดี

ร้อยละ 31.89 และ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 20.27 ซึ่งเป็นจุดอ่อน เพราะผู้ที่อยู่ในระดับพอใช้และไม่ดีจำนวนมาก มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในกลุ่มไม่ดี - พอใช้

ความรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองตามหลัก 3อ. พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับการจัดการตนเองตามหลัก 3อ. อยู่ในระดับดี มากที่สุด ร้อยละ 32.97 รองลงมา คือ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 28.38 และ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.27) ผู้ที่มีการจัดการตนเองระดับดีมากมักมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีและดีมากถึงร้อยละ 70.50 ของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ. พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ. อยู่ในระดับดี มากที่สุด ร้อยละ 32.70 รองลงมา คือ อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 26.76 และ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 25.40 ซึ่งกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี - พอใช้

ความรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ กลุ่มตัวอย่าง มีระดับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ อยู่ในระดับดี มากที่สุด ร้อยละ 59.19 รองลงมา คือ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 25.14 และ อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 13.78 ละผู้ที่มีการตัดสินใจระดับดีมากเกือบทั้งหมดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในกลุ่มดีและดีมาก ร้อยละ 40.07 ของทั้งกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก
3อ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรัง (n= 370 คน)

ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง				รวม n(%)
	ไม่ดี n(%)	พอใช้ n(%)	ดี n(%)	ดีมาก n(%)	
ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ					
ระดับต่ำ (< 6 คะแนน)	29 (7.83)	8 (2.16)	21 (5.68)	28 (7.57)	86 (23.24)
ระดับปานกลาง (6 – 7 คะแนน)	52 (14.05)	36 (9.73)	65 (17.57)	51 (13.79)	204 (55.14)
ระดับสูง (8 – 10 คะแนน)	16 (4.32)	11 (2.97)	22 (5.94)	31 (8.38)	80 (21.62)
รวม	97 (26.22)	55 (14.86)	108 (29.19)	110 (29.73)	370 (100.00)
ค่าน้อยที่สุด = 1, ค่ามากที่สุด = 10, ค่าเฉลี่ย = 6.41, SD = 1.43					
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ					
ระดับไม่ดี (0 – 11 คะแนน)	17 (4.60)	8 (2.16)	18 (4.86)	14 (3.78)	57 (15.40)
ระดับพอใช้ (12 – 13 คะแนน)	17 (4.59)	11 (2.97)	25 (6.76)	17 (4.59)	70 (18.92)
ระดับดี (14 - 15 คะแนน)	38 (10.27)	23 (6.22)	35 (9.46)	41 (11.08)	137 (37.03)
ระดับดีมาก (16 - 20 คะแนน)	25 (6.76)	13 (3.51)	30 (8.11)	38 (10.27)	106 (28.65)
รวม	97 (26.22)	55 (14.86)	108 (29.19)	110 (29.73)	370 (100.00)
ค่าน้อยที่สุด = 5, ค่ามากที่สุด = 20, ค่าเฉลี่ย = 14.34, SD = 2.74					
การสื่อสารทางสุขภาพตามหลัก 3อ					
ระดับไม่ดี (0 – 13 คะแนน)	26 (7.02)	16 (4.32)	40 (10.81)	36 (9.73)	118 (31.89)
ระดับพอใช้ (14 – 16 คะแนน)	33 (8.92)	17 (4.59)	53 (14.32)	39 (10.54)	142 (38.38)
ระดับดี (17 - 19 คะแนน)	22 (5.95)	20 (5.41)	8 (2.16)	25 (6.76)	75 (20.27)
ระดับดีมาก (20 - 24 คะแนน)	16 (4.32)	2 (0.54)	7 (1.89)	10 (2.70)	35 (9.46)
รวม	97 (26.22)	55 (14.86)	108 (29.19)	110 (29.73)	370 (100.00)
ค่าน้อยที่สุด = 6, ค่ามากที่สุด = 23, ค่าเฉลี่ย = 14.99, SD = 3.26					
การจัดการตนเองตามหลัก 3อ.					
ระดับไม่ดี (0 – 11 คะแนน)	31 (8.38)	8 (2.16)	23 (6.22)	6 (1.62)	68 (18.38)
ระดับพอใช้ (12 – 13 คะแนน)	17 (4.59)	12 (3.25)	26 (7.02)	20 (5.41)	75 (20.27)
ระดับดี (14 - 15 คะแนน)	32 (8.64)	21 (5.67)	36 (9.73)	33 (8.92)	122 (32.97)
ระดับดีมาก (16 - 20 คะแนน)	17 (4.60)	14 (3.78)	23 (6.22)	51 (13.78)	105 (28.38)
รวม	97 (26.22)	55 (14.86)	108 (29.19)	110 (29.73)	370 (100.00)
ค่าน้อยที่สุด = 5, ค่ามากที่สุด = 20, ค่าเฉลี่ย = 14.09, SD = 2.94					
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.					
ระดับไม่ดี (0 – 11 คะแนน)	30 (8.11)	14 (3.78)	34 (9.19)	21 (5.68)	99 (26.76)
ระดับพอใช้ (12 – 13 คะแนน)	11 (2.97)	11 (2.97)	23 (6.23)	11 (2.97)	56 (15.14)
ระดับดี (14 - 15 คะแนน)	46 (12.43)	19 (5.13)	19 (5.13)	37 (10.00)	121 (32.70)
ระดับดีมาก (16 - 20 คะแนน)	10 (2.70)	11 (2.97)	32 (8.65)	41 (11.08)	94 (25.40)
รวม	97 (26.22)	55 (14.86)	108 (29.19)	110 (29.73)	370 (100.00)
ค่าน้อยที่สุด = 1, ค่ามากที่สุด = 20, ค่าเฉลี่ย = 13.82, SD = 3.63					

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง				รวม n(%)
	ไม่ดี n(%)	พอใช้ n(%)	ดี n(%)	ดีมาก n(%)	
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ					
ระดับไม่ดี (0 – 11 คะแนน)	3 (0.81)	3 (0.81)	0 (0.00)	1 (0.27)	7 (1.89)
ระดับพอใช้ (12 – 13 คะแนน)	21 (5.67)	12 (3.24)	15 (4.05)	3 (0.81)	51 (13.78)
ระดับดี (14 - 15 คะแนน)	28 (7.57)	15 (4.05)	24 (6.49)	26 (7.02)	93 (25.13)
ระดับดีมาก (16 - 20 คะแนน)	45 (12.16)	25 (6.75)	69 (18.45)	80 (21.62)	219 (59.19)
รวม	97 (26.22)	55 (14.86)	108 (29.19)	110 (29.73)	370 (100.00)
ค่าน้อยที่สุด = 10, ค่ามากที่สุด = 20, ค่าเฉลี่ย = 15.97, SD = 2.18					

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต

ผลการศึกษาชี้ว่า ระดับการศึกษาและการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ บทบาท ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ และปัจจัยสถานะสุขภาพ (รอบเอว BMI น้ำตาล และความดันโลหิต) ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์โดยตรงกับความรู้ด้านสุขภาพ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต (n = 370 คน)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าไคสแควร์	p
ข้อมูลส่วนบุคคล			
1. อายุ			
- อายุน้อยกว่า 35 ปี	12 (3.25)	3.36	0.762
- อายุ 35 – 59 ปี	230 (62.16)		
- 60 ปี ขึ้นไป	128 (34.59)		
2. ระดับการศึกษา			
- ประถมศึกษา	92 (24.87)	30.62	0.032*
- มัธยมศึกษาตอนต้น	86 (23.24)		
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	77 (20.81)		
- อนุปริญญา/ปวส.	55 (14.86)		
- ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	60 (16.21)		
3. บทบาทและหน้าที่ของ อสม.			
- ประธานอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน	60 (16.22)	2.86	0.414
- สมาชิก อสม	310 (83.78)		

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าไคสแควร์	p
4. ระยะเวลาในการเป็น อสม. (ปี)			
- 1 – 10 ปี	190 (51.35)	2.84	0.828
- 11 – 20 ปี	118 (31.89)		
- 20 ปี ขึ้นไป	62 (16.76)		
5. การสนับสนุนทางสังคม			
- ระดับปานกลาง (28 – 53 คะแนน)	61 (16.49)	53.43	0.000*
- ระดับดี (54 – 80 คะแนน)	309 (83.51)		
สถานะสุขภาพ			
1. รอบเอว (เซนติเมตร)			
- รอบเอวปกติ	113 (30.54)	6.75	0.345
- รอบเอวเกิน	257 (69.46)		
2. ดัชนีมวลกาย			
น้ำหนักน้อยหรือผอม ค่า BMI < 18.50	6 (1.62)	16.27	0.179
ปกติ ค่า BMI 18.50 – 22.99	92 (24.86)		
น้ำหนักเกิน ค่า BMI 23.00 – 24.99	81 (21.89)		
โรคอ้วนระดับที่ 1 ค่า BMI 25.00 – 29.99	133 (35.95)		
โรคอ้วนระดับที่ 2 ค่า BMI 30 ขึ้นไป	58 (15.68)		
3. ระดับค่าน้ำตาลในเลือด (mg/dL)			
- ปกติ	216 (66.26)	12.04	0.45
- ภาวะก่อนเบาหวาน	95 (29.14)		
- สงสัยโรคเบาหวาน	15 (4.60)		
4. ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)			
- ปกติ: น้อยกว่า 120/80 มม.ปรอท	140 (37.84)	8.99	0.439
- สูงกว่าปกติ: 120-129/น้อยกว่า 80 มม.ปรอท	160 (43.24)		
- สูงระดับที่ 1: 130-139/80-89 มม.ปรอท	60 (16.22)		
- สูงระดับที่ 2: 140-179/90-109 มม.ปรอท	10 (2.70)		

*P < 0.05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเป็นอสม. การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง แสดงให้เห็นว่าทั้ง

ประสบการณ์ส่วนบุคคล การสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อม และทักษะด้านความรู้สุขภาพ มีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ อสม.

ในขณะที่ รอบเอว ดัชนีมวลกาย และการสื่อสารสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อาจสะท้อนถึงภาวะสุขภาพกายที่เสื่อมถอยหรือทักษะการสื่อสารที่ไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี

ปัจจัยบางด้าน เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ไม่พบความสัมพันธ์โดยตรง อาจเนื่องจากพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองขึ้นอยู่กับความรู้และการแปลผลของข้อมูล มากกว่าค่าทางชีวภาพหรือการเข้าถึงบริการเพียงอย่างเดียว ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต (n = 370 คน)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าไคสแควร์	p
ข้อมูลส่วนบุคคล			
- อายุ	0.122	-	0.019*
- ระดับการศึกษา	-	19.19	0.038*
- บทบาทและหน้าที่ของ อสม.	-	8.481	0.037*
- ระยะเวลาในการเป็น อสม.	0.134	-	0.010*
- การสนับสนุนทางสังคม	0.121	-	0.020*
สถานะสุขภาพ			
- รอบเอว	-0.217	-	0.000*
- ดัชนีมวลกาย	-0.154	-	0.003*
- ระดับน้ำตาลในเลือด	-0.092	-	0.078
- ระดับความดันโลหิต	-	7.63	0.573
ความรู้ด้านสุขภาพ			
- ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.	0.111	-	0.033*
- ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.	0.095	-	0.068
- ด้านการสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.	-0.115	-	0.027*
- ด้านการจัดการตนเองตามหลัก 3อ.	0.293	-	0.000*
- ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.	0.164	-	0.002*
- ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.	0.281	-	0.000*

*P < 0.05

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต พบว่า โมเดลการถดถอยมีความเหมาะสมและมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 27.161$, $p < .001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 27.20 ($R^2 = .272$, Adjusted $R^2 = .262$) เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระ พบว่ามี 4 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

1. รอบเอว ($\beta = .144$, $p = .002$) แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีค่ารอบเอวสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น

2. ความรู้ด้านการสื่อสารทางสุขภาพตามหลัก 3อ ($\beta = -.331$, $p < .001$) พบว่ามีผลเชิงลบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายความว่าหากการสื่อสารทางสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง

3. การจัดการตนเองตามหลัก 3อ ($\beta = .419, p < .001$) ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกสูงสุดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

4. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ ($\beta = .237, p < .001$) แสดงถึงความสำคัญของการใช้เหตุผลและตัดสินใจอย่างถูกต้องในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง

ในขณะที่ตัวแปรดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ รวมถึงการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ไม่พบว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรัง (n = 370 คน)

ตัวแปรอิสระ	B	SE	β (Beta)	t	p
- รอบเอว (ซม.)	1.106	.346	.144	3.193	.002
- การสื่อสารทางสุขภาพตามหลัก 3อ	-.585	.093	-.331	-6.264	.000
- การจัดการตนเองตามหลัก 3อ.	.820	.105	.419	7.829	.000
- การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ	.625	.119	.237	5.241	.000
ค่าคงที่ (Constant)	12.271	2.377		5.162	.000

R = 0.521, R² = 0.272, Adjusted R Square = 0.262, SEE = 4.95072, F (5, 364) = 27.161 p < 0.001

อภิปรายผล

ความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.

อสม. มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางถึงสูง โดยเฉพาะด้าน การจัดการตนเอง และ การตัดสินใจ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับ Pender's Health Promotion Model (2015) ที่เน้นบทบาทของ self-efficacy และการตัดสินใจเชิงบวกในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ อูไรรัตน์ คูหะมณี และคณะ. (2563) ที่พบว่า อสม.ที่มีการจัดการตนเองดีสามารถส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางตรงกันข้าม การสื่อสารสุขภาพ พบว่า มีค่าเฉลี่ยต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤตภณ เทพอินทร์ และเสน่ห์ ขุนแก้ว. (2565) ที่ชี้ว่าทักษะการสื่อสารยังเป็นข้อจำกัดของอสม. และสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่อธิบายว่า Health Literacy ครอบคลุมมิติการเข้าถึง

เข้าใจ ประเมิน และนำไปใช้ หากขาดทักษะด้านการสื่อสารย่อมทำให้ประสิทธิภาพในการถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพลดลง

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับการศึกษาและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ไสภณ นุชเจริญ (2566) และ พัดชา คุณวุฒิ. (2566) ที่รายงานว่าอสม.ที่มีการศึกษาสูงมักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี เนื่องจากสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลสุขภาพได้ดีกว่า ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่อธิบายว่า Health Literacy เป็นผลลัพธ์จากความสามารถในการเข้าถึง (access) เข้าใจ (understand) ประเมิน (appraise) และนำไปใช้ (apply) ข้อมูลสุขภาพ ดังนั้น บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจึงมีศักยภาพมากกว่าในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

ในด้านของ การสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Cohen & Wills (1985) และ Berkman & Glass (2000) ที่เสนอว่าเครือข่ายสังคม และการสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นปัจจัยป้องกัน (buffering effect) ที่ช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคล ในการจัดการกับข้อมูลและพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ งานวิจัยของ กฤตภณ เทพอินทร์ และเสนห์ ขุนแก้ว. (2565) และ อุไรรัตน์ คุหะมณี และคณะ. (2563) ก็สนับสนุนผลการวิจัยนี้ โดยชี้ว่าอสม.ที่ได้รับแรง สนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงาน สาธารณสุข จะมีแรงจูงใจและโอกาสในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง

ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ การศึกษา ประสบการณ์) และปัจจัยด้านสังคม (การสนับสนุนทางสังคม) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับงานของ โสภณ นุชเจริญ. (2566) และ พัดชา คุณวุฒิ. (2566) และยังสอดคล้องกับทฤษฎี Health Literacy ของ Nutbeam (2000) ที่เน้น บทบาทการเข้าถึงและประเมินข้อมูล ในด้านสุขภาพกาย พบว่ารอบเอวและ BMI มีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับงานของ จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ (2564) ที่พบว่าผู้ที่มี BMI สูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ด้อยกว่า

สำหรับความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า การจัดการตนเอง และการตัดสินใจ เป็นปัจจัยสำคัญ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ สนับสนุนแนวคิดของ Pender (2015) และ Sørensen et al. (2012) ขณะที่ การสื่อสารสุขภาพ กลับมีความสัมพันธ์เชิงลบ อาจสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านทักษะการสื่อสาร ที่ไม่สอดคล้องกับบริบทชุมชน

ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ที่ถูกต้อง และการสื่อสารทางสุขภาพ และรอบเอว

เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ร้อยละ 27.20 ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ ความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองตามหลัก 3อ พบว่า เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับ แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006) ที่ชี้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) และการมุ่งมั่นต่อแผนการ ปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Action) เป็นแรงผลักดันสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ งานวิจัยของ อุไรรัตน์ คุหะมณี และคณะ. (2563) ยังยืนยันว่า อสม. ที่มีการจัดการตนเองดี มีบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังได้ดีกว่า

ความรู้ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง สอดคล้องกับทฤษฎี Health Literacy ของ Nutbeam (2000) ที่แบ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ โดยระดับเชิงวิเคราะห์ (Critical Health Literacy) เน้นการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ซึ่งเชื่อมโยงกับการที่ อสม. สามารถเลือก พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ งานวิจัยของ พัดชา คุณวุฒิ. (2566) และ กฤตภณ เทพอินทร์ และเสนห์ ขุนแก้ว. (2565) ก็พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญ

ความรู้ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ แม้ผลการศึกษาจะพบความสัมพันธ์เชิงลบ แต่สามารถอธิบายได้ว่า การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนหรือตีความคลาดเคลื่อน อาจทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิด Health Literacy Model ของ Sørensen et al. (2012) ที่ชี้ว่า “การเข้าถึง-เข้าใจ-ประเมิน-นำไปใช้” เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง หากมีจุดอ่อนด้านใดด้านหนึ่งจะกระทบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วน รอบเอว พบว่า รอบเอวมียอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง อธิบายได้ว่าผู้ที่มีรอบเอวมากกว่าปกติอาจตระหนักถึงความเสี่ยงต่อโรคอ้วน เบาหวาน และกลุ่มอาการเมตาบอลิก จึงปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006) ที่ระบุว่าปัจจัยชีวภาพ (Biological Factors)



เช่น น้ำหนัก รอบเอว หรือสุขภาพกาย มีผลต่อแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ. (2564) ที่ชี้ว่าปัจจัยทางกายภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของ อสม.

แม้การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล และการรู้เท่าทันสื่อจะไม่พบอิทธิพลโดยตรง แต่ตามแนวคิดของ Cohen และ Wills (1985) และ House (1981) การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาททางอ้อม (buffering effect) ในการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพ อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการสนับสนุนใกล้เคียงกัน ทำให้ไม่เกิดความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ

โดยสรุป การศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender's Health Promotion Model และ Health Literacy Theory ที่เน้นทั้งปัจจัยส่วนบุคคล สถานะสุขภาพ และความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยเฉพาะความสามารถในการจัดการตนเอง การตัดสินใจ และการสื่อสาร ซึ่งเป็นทักษะสำคัญของ อสม. ที่ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางด้านสุขภาพในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1.1 ควรเน้นพัฒนา ทักษะการจัดการตนเองและการตัดสินใจเชิงสุขภาพ ในกลุ่ม อสม. เพราะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แนวทาง 3อ. ในการส่งเสริมสุขภาพ*. กรมอนามัย.

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566-2570)*. กรมควบคุมโรค. เข้าถึงเมื่อ 19 มีนาคม 2568 จาก

<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1625920241004031950.pdf>

กฤตภณ เทพอินทร์ และเสนห์ ชุนแก้ว. (2565). ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตต์*, 14(1), 206-218.

1.2 ควรพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารด้านสุขภาพที่ชัดเจน ถูกต้อง และเหมาะสมกับบริบทของ อสม. เพื่อลดผลกระทบเชิงลบจากการสื่อสารที่ไม่ถูกต้อง

1.3 ควรมีการศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวภาพ เช่น รอบเอว และพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่ม อสม. เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรจัดอบรมและสนับสนุนการพัฒนาทักษะ Health Literacy ของ อสม. โดยเฉพาะการสื่อสารและการตัดสินใจ

1.2 ควรพัฒนาระบบติดตามสุขภาพของ อสม. เช่น การประเมินรอบเอว น้ำหนัก และภาวะสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

3.1 ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจกลไกที่เชื่อมโยงระหว่างการสื่อสารและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่ม อสม.

3.2 ควรศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมและวัฒนธรรมเพิ่มเติม เพื่ออธิบายความแตกต่างด้านพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ในแต่ละชุมชน

3.3 ควรนำ ทฤษฎี Pender's Health Promotion Model และ Health Literacy มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในบริบทประเทศไทย*. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- งานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. (2568). *การสำรวจสถานะสุขภาพของอสม.ในแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ประจำปีงบประมาณ 2568*.
- จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 16(3), 49–58.
- ธวัช วิเชียรประภา, พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 7(2), 53–68.
- พัชรา คุณวุฒิ. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). *วารสารวิชาการ วิจัย และนวัตกรรม มสธ*, 3(2), 94–106.
- โสภณ นุชเจริญ. (2566). *ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลำลูกเกด จังหวัดเพชรบุรี*. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำลูกเกด, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข.
- อุไรรัตน์ คูหมะณี, ยุวดี รอดจากภัย, & นิภา มหารัษฎพงศ์. (2563). ความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคเรื้อรัง. *วารสารกรมการแพทย์*, 45(1), 137–142.
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 137–173). Oxford University Press.
- Bloom, B. S. (Ed.), Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H., & Krathwohl, D. R. (1956). *Taxonomy of educational objectives: Handbook I: The cognitive domain*. David McKay Co.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Pearson Education, Inc.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7th ed.). Pearson Education.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>