

อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ ที่มีต่อสมรรถนะการ
ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่

The Influence of Health Literacy and Information Accessibility on the
Competence in Caring for Patients with Non-Communicable Diseases
among Village Health Volunteers in Mueang Krabi District, Krabi Province.

ธนภรณ์ ชนะไพริน

Tanaporn Chanapairin

นักสาธารณสุขชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่

(Received: May 31, 2026; Accepted: July 30, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งวิเคราะห์อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 313 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนและการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม 4 ตอน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.79, S.D. = 0.64$; $M = 3.94, S.D. = 0.59$; และ $M = 3.90, S.D. = 0.58$ ตามลำดับ) ตัวแปรทำนายทั้ง 8 ตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะได้ร้อยละ 46.80 ($R^2 = .468$, Adjusted $R^2 = .454$, $F(8, 304) = 33.43$, $p < .001$) ตัวแปรที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ทักษะการนำไปใช้ แหล่งข้อมูล ทักษะการตัดสินใจ และความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าหน่วยงานสาธารณสุขควรพัฒนาทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูล การตัดสินใจ และระบบข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและต่อเนื่องสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ, สมรรถนะการดูแลผู้ป่วย

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to examine the levels of health literacy, access to health information, and competence in caring for patients with non-communicable diseases (NCDs), as well as to analyze the influence of health literacy and access to health information on the care competence of village health volunteers in Mueang Krabi District, Krabi Province. The sample consisted of 313 village health volunteers selected through proportionate stratified random sampling followed by simple random sampling. The research instrument was a four-part questionnaire covering demographic characteristics, health literacy, access to health information, and competence in caring for patients with NCDs. Content validity was assessed by three experts, and the questionnaire demonstrated a reliability coefficient of .79. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and multiple linear regression analysis.

The findings revealed that the overall levels of health literacy, access to health information, and competence in caring for patients with NCDs were high ($M = 2.79$, $SD = 0.64$; $M = 3.94$, $SD = 0.59$; and $M = 3.90$, $SD = 0.58$, respectively). The eight predictor variables jointly explained 46.80% of the variance in care competence ($R^2 = .468$, adjusted $R^2 = .454$, $F(8, 304) = 33.43$, $p < .001$). The variables that significantly influenced care competence were information application skills, information sources, decision-making skills, and frequency of receiving health information. These findings suggest that public health agencies should strengthen village health volunteers' skills in applying health information and making appropriate decisions, while also developing accurate, accessible, and continuously updated health information systems to support their care of patients with NCDs.

Keywords: health literacy; access to health information; patient care competence.

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อ การเจ็บป่วย การเสียชีวิต คุณภาพชีวิต และระบบเศรษฐกิจของประเทศ องค์การอนามัยโลก รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2021 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอย่างน้อย 43 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั่วโลกที่ไม่เกี่ยวข้องกับการระบาดใหญ่ โดยโรคสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน นอกจากนี้ ยังพบการเสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปีจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 18 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (World Health Organization, 2025) สถานการณ์ของประเทศไทยมีแนวโน้มสอดคล้องกับสถานการณ์ระดับโลก โดยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการป้องกัน คัดกรอง และดูแลอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยสำคัญเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะอ้วน และการเข้าสู่สังคมสูงวัย กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค จึงกำหนดแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2566-2570 โดยให้ความสำคัญกับการลดปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองประชาชน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการจัดการโรคอย่างต่อเนื่องในชุมชน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2567)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทำหน้าที่เชื่อมโยงประชาชน ครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ โดยมีบทบาทในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ คัด

กรองประชาชนกลุ่มเสี่ยง วัดความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดเบื้องต้น ให้คำแนะนำด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ติดตามเยี่ยมบ้าน เผาระวังภาวะแทรกซ้อน และประสานส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการ การปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยสมรรถนะที่ครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะทางคลินิก เบื้องต้น การให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจัดการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อสมรรถนะของ อสม. คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทักษะการเข้าถึง การเข้าใจ การไต่ถาม การตัดสินใจ และการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ สำหรับ อสม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมิได้หมายถึงการจดจำความรู้เกี่ยวกับโรคเท่านั้น แต่รวมถึงความสามารถในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล แปลความหมายข้อมูลสุขภาพ และประยุกต์ใช้ในการคัดกรอง ให้คำแนะนำ ติดตาม และดูแลผู้ป่วยในชุมชน การศึกษาของอุไรรัตน์ คูหะมณี, ยุวดี รอดจากภัย, และ นิภา มหารัษฎพงศ์ (2563) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. ในการป้องกันโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพเป็นพื้นฐานสำคัญของการปฏิบัติงานในชุมชน

นอกจากความรอบรู้ด้านสุขภาพแล้ว การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศยังเป็นปัจจัยเชิงระบบที่สนับสนุนสมรรถนะของ อสม. เนื่องจากแนวทางการคัดกรอง การดูแล และการส่งต่อผู้ป่วยมีการปรับปรุงอยู่เสมอ อสม. จึงต้องสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ และทันต่อสถานการณ์ ผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยบริการ คู่มือ เว็บไซต์ของหน่วยงานราชการ กลุ่มสื่อสารออนไลน์ และแอปพลิเคชัน SMART อสม. ซึ่งได้รับการพัฒนาให้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการ

ปฏิบัติงาน การบันทึกข้อมูล การติดตามผู้ป่วย และการส่งต่อข้อมูลข่าวสารจากกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างด้านแหล่งข้อมูล ช่องทางการรับรู้ ความถี่ในการได้รับข้อมูล ความพร้อมของอุปกรณ์ และทักษะการใช้เทคโนโลยี อาจทำให้ออส. มีโอกาสเข้าถึงและนำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน

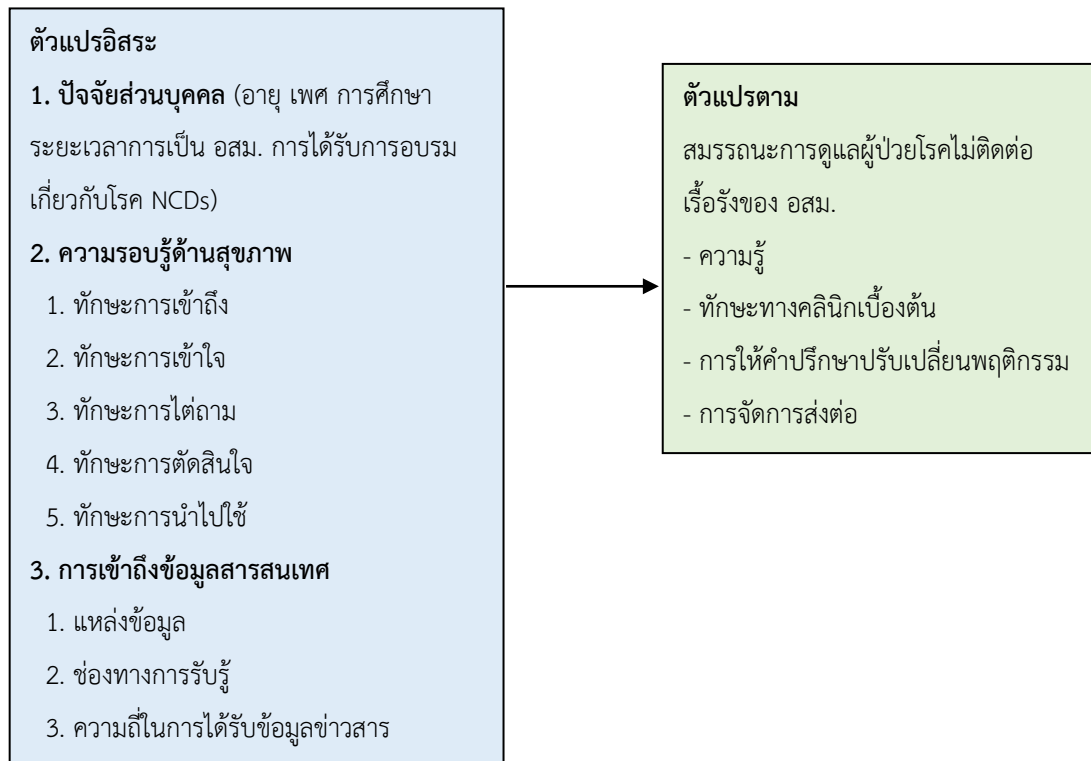
สำหรับบริบทอำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ เป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทั้งเขตเมือง ชุมชนชนบท พื้นที่ชายฝั่งทะเล และพื้นที่เกาะ อีกทั้งเป็นศูนย์กลางด้านการบริหาร เศรษฐกิจ และการท่องเที่ยวของจังหวัด จึงมีทั้งประชากรในพื้นที่ ประชากรแฝง และนักท่องเที่ยวจำนวนมาก การขยายตัวของความเป็นเมืองและการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตอาจส่งผลให้ประชาชนเผชิญปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกัน ลักษณะทางภูมิศาสตร์อาจทำให้การติดต่อสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูล และการสนับสนุนการปฏิบัติงานของ ออส. ในแต่ละตำบลแตกต่างกัน ข้อมูลที่ใช้กำหนดประชากรของโครงการวิจัยระบุว่า อำเภอเมืองกระบี่มี ออส. ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุขจำนวน 13 แห่งรวม 1,436 คน แสดงให้เห็นถึงเครือข่ายกำลังคนภาคประชาชนขนาดใหญ่ที่มีบทบาทโดยตรงต่อการดูแลสุขภาพพระระดับชุมชน จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนหรือผู้ป่วยโดยตรง ส่วนการศึกษาในกลุ่ม ออส. มักศึกษาระดับความรอบรู้ด้าน

สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ หรือสมรรถนะเป็นรายปัจเจก แต่ยังมิหลักฐานจำกัดเกี่ยวกับอิทธิพลร่วมของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศที่มีต่อสมรรถนะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอเมืองกระบี่ซึ่งมีบริบททั้งเมืองและเมืองท่องเที่ยวที่ซับซ้อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวต่อสมรรถนะของ ออส. ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาหลักสูตรเสริมสมรรถนะ การจัดระบบข้อมูลและช่องทางสื่อสาร ตลอดจนการกำหนดแนวทางสนับสนุนให้ ออส. สามารถดูแล เฝ้าระวัง ให้คำปรึกษา และประสานส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ ที่มีผลต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้ระเบียบวิธี การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบเก็บข้อมูล ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง หรือการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตอำเภอเมืองกระบี่

จังหวัดกระบี่ จำนวน 13 แห่ง รวมจำนวนประชากรทั้งสิ้น 1,436 คน

กลุ่มตัวอย่าง และการสุ่ม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ ผู้วิจัยได้ทำการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม โดยใช้สูตรของ ทาโรยามาเน่ (Taro Yamane, 1973) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 ($e = 0.05$) จากการคำนวณจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 313 คน

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยใช้หน่วยบริการ



สาธารณสุขเป็นชั้นภูมิ (Stratum) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนครอบคลุมทุกพื้นที่ จากนั้นจึงคำนวณหาสัดส่วนตามขนาดของประชากรในแต่ละพื้นที่

(Proportional Allocation) แล้วจึงทำการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) อีกครั้งในแต่ละพื้นที่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงสัดส่วนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามหน่วยบริการสาธารณสุข

หน่วยงาน	จำนวน อสม.	สัดส่วน	กลุ่มตัวอย่าง
รพ.กระบี่	313	21.80	68
รพ.สต.บ้านเกาะกลาง	89	6.20	19
รพ.สต.บ้านในไร่	137	9.54	30
รพ.สต.บ้านคลองม่วง	50	3.48	11
รพ.เกาะพีพี	15	1.04	3
รพ.สต.บ้านช่องพลี	72	5.01	16
รพ.สต.บ้านไสไทย	123	8.57	27
รพ.สต.บ้านทับปrik	97	6.75	21
รพ.สต.บ้านคลองใหญ่	61	4.25	13
รพ.สต.บ้านในสระ	53	3.69	12
รพ.สต.บ้านทุ่ง	141	9.82	31
รพ.สต.บ้านนาดีน	112	7.80	24
รพ.สต.บ้านสองแพรก	173	12.05	38
รวมทั้งสิ้น	1,436	100.00	313

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าสู่โครงการ (Inclusion criteria) อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการต้องเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในเขตอำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ มีประสบการณ์ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี มีหน้าที่ดูแลหรือติดตามผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยพร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) อาสาสมัครที่อยู่ระหว่างลาพัก

การปฏิบัติหน้าที่หรือเตรียมลาออก มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือเจ็บป่วยเฉียบพลันในวันที่เก็บข้อมูล หรือมีอาการใจเร่งด่วนจนไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ครบถ้วน จะถูกคัดออกจากการศึกษา

เกณฑ์การถอนอาสาสมัครจากการศึกษา (Withdrawal criteria) อาสาสมัครสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องระบุเหตุผลและไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะยุติการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เมื่ออาสาสมัครตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน โดยเว้นข้อมูลสำคัญเกินร้อยละ 10 หรือเกิด

เหตุสวดวิสัยหรือภาวะฉุกเฉินที่ทำให้ไม่สามารถ
ดำเนินการตอบแบบสอบถามต่อไปได้

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็น
แบบสอบถามเรื่องอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
และการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศที่มีต่อสมรรถนะการ
ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ ซึ่งผู้วิจัย
พัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่
เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ครอบคลุม
เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ
รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. และการ
ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 20
ข้อ แบ่งเป็นทักษะการเข้าถึง การเข้าใจ การไต่ถาม การ
ตัดสินใจ และการนำไปใช้ ด้านละ 4 ข้อ

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ จำนวน
12 ข้อ ประกอบด้วยแหล่งข้อมูล ช่องทางการรับรู้ และ
ความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านละ 4 ข้อ

ตอนที่ 4 สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง จำนวน 16 ข้อ ครอบคลุมสมรรถนะด้านความรู้
ทักษะทางคลินิกเบื้องต้น การให้คำปรึกษาเพื่อ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจัดการส่งต่อ ด้านละ 4
ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

แบบสอบถามตอนที่ 2-4 เป็นมาตราส่วน
ประมาณค่า โดยตอนที่ 2 กำหนดคะแนนตั้งแต่ 0
หมายถึง ไม่ได้ทำ ถึง 4 หมายถึง ทำได้ง่ายมาก ส่วน
ตอนที่ 3 และตอนที่ 4 กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1 หมายถึง
น้อยที่สุด ถึง 5 หมายถึง มากที่สุด การแปลผลใช้การ

คำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้นตามแนวทางของ
Best (1977) ซึ่งได้ช่วงคะแนนเท่ากับ 0.80

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในตอนที่ 2
แปลผลเป็น 5 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 3.21-4.00
หมายถึง ระดับมากที่สุด 2.41-3.20 หมายถึง ระดับ
มาก 1.61-2.40 หมายถึง ระดับปานกลาง 0.81-1.60
หมายถึง ระดับน้อย และ 0.00-0.80 หมายถึง ระดับ
น้อยที่สุดหรือไม่ได้ทำ ส่วนการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ
และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตอนที่
3 และตอนที่ 4 แปลผลเป็นคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00
หมายถึง ระดับมากที่สุด 3.41-4.20 หมายถึง ระดับ
มาก 2.61-3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.81-2.60
หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00-1.80 หมายถึง ระดับ
น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของ
แบบสอบถามโดยนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3
ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ
นิยามเชิงปฏิบัติการและวัตถุประสงค์การวิจัย โดย
คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ
วัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective
Congruence: IOC) ตามแนวทางของ Rovinelli and
Hambleton (1977) ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50
ขึ้นไปถือว่าผ่านเกณฑ์ ส่วนข้อคำถามที่มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์
ได้รับการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
ก่อนนำไปทดลองใช้ ภายหลังปรับปรุงแบบสอบถาม
ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับ อสม. ที่มีลักษณะ
ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง
จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา
และความเชื่อมั่นของแบบสอบถามตอนที่ 2-4 โดย
คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งเป็น

สถิติสำหรับประเมินความสอดคล้องภายในของข้อ
คำถาม (Cronbach, 1951) มีค่า 0.79

การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังรวบรวมแบบสอบถามได้ครบถ้วนตาม
จำนวนที่กำหนด ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และ
ความถูกต้องของข้อมูล รวมทั้งดำเนินการทำความสะอาด
ข้อมูลก่อนนำไปประมวลผลด้วยโปรแกรม
คอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับ
นัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และใช้สถิติในการวิเคราะห์
ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้อธิบายลักษณะทั่วไป
ของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลเชิงกลุ่มนำเสนอด้วยความถี่
และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สำหรับ
ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล
สารสนเทศ และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
และแปลผลตามเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนของ Best
(1977)

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้การวิเคราะห์การถดถอย
เชิงเส้นพหุคูณ เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของความรอบรู้ด้าน
สุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศที่มีต่อสมรรถนะ
การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยนำเสนอค่าสัมประสิทธิ์
การถดถอย ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ค่า
สัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน ค่าสถิติทดสอบ ค่า
สัมประสิทธิ์การตัดสินใจ และระดับนัยสำคัญทางสถิติ

ก่อนวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ผู้วิจัย
ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ พบว่า ตัว
แปรทำนายมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม
และค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงใกล้เคียงปกติ โดยผล
การทดสอบโคลโมโกรอฟ-สมิธอร์นอฟ (Kolmogorov-

Smirnov Test) มีค่าเท่ากับ .043 และไม่มีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($p = .200$) แสดงว่าค่าคลาดเคลื่อนไม่แตกต่าง
จากการแจกแจงปกติ นอกจากนี้ ค่าคลาดเคลื่อนมีความ
เป็นอิสระจากกัน โดยมีค่า Durbin-Watson เท่ากับ
1.92 และมีความแปรปรวนคงที่ โดยผลการทดสอบ
Breusch-Pagan ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .274$)

การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
อิสระพบว่า ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง .52-.81 และ
ค่า Variance Inflation Factor อยู่ระหว่าง 1.24-1.92
จึงไม่พบปัญหาความสัมพันธ์กันเองในระดับสูงระหว่าง
ตัวแปรอิสระ ส่วนค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานอยู่ระหว่าง
-2.84 ถึง 2.67 และค่า Cook's distance สูงสุดเท่ากับ
.08 แสดงว่าไม่พบข้อมูลผิดปกติที่มีอิทธิพลต่อ
แบบจำลอง สรุปได้ว่า ข้อมูลผ่านข้อตกลงเบื้องต้นและมีความ
เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้น
พหุคูณ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัส
จริยธรรมการวิจัย SCPHYLIB-2569/335 รับรองวันที่
17 เมษายน 2569 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความ
เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างอย่างครบถ้วน พร้อม
เปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดย
สมัครใจ ภายหลังได้รับข้อมูลเพียงพอ กลุ่มตัวอย่างจึง
ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.26 มีอายุเฉลี่ย 53.42 ปี โดยกลุ่มอายุ 50-59 ปีมีสัดส่วนสูงที่สุด ร้อยละ 42.17 และส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 71.24 ระดับการศึกษาที่พบมากคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 29.39 ไกล่เคียงกับระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 29.07 กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 27.48 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 11,286.90 บาท และมีระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 14.82 ปี ทั้งนี้ ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังน้อยกว่า 10 ครั้งในรอบ 1 ปี ร้อยละ 59.42 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 313)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	43	13.74
หญิง	270	86.26
อายุ (ปี)		
ค่าเฉลี่ย 53.42 ± 8.67 ปี (ต่ำสุด-สูงสุด 28.00-72.00 ปี)		
20-39 ปี	29	9.27
40-49 ปี	78	24.92
50-59 ปี	132	42.17
60 ปีขึ้นไป	74	23.64
สถานภาพสมรส		
โสด	27	8.63
คู่	223	71.24
หม้าย	43	13.74
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	20	6.39
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	0.64
ประถมศึกษา	92	29.39
มัธยมศึกษาตอนต้น	74	23.64
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	91	29.07
อนุปริญญา/ปวส.	32	10.23
ปริญญาตรีขึ้นไป	22	7.03
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่มีอาชีพ	29	9.26

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค้าขาย	68	21.73
รับจ้าง	70	22.36
เกษตรกรรม	86	27.48
ธุรกิจส่วนตัว	34	10.86
อื่น ๆ	26	8.31
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ค่าเฉลี่ย $11,286.90 \pm 7,214.35$ บาท (ต่ำสุด-สูงสุด 2,000.00-45,000.00 บาท)		
ไม่เกิน 5,000 บาท	53	16.93
5,001-10,000 บาท	112	35.78
10,001-15,000 บาท	78	24.92
15,001-20,000 บาท	42	13.42
มากกว่า 20,000 บาท	28	8.95
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)		
ค่าเฉลี่ย 14.82 ± 8.96 ปี (ต่ำสุด-สูงสุด 1.00-38.00 ปี)		
1-5 ปี	47	15.02
6-10 ปี	69	22.04
11-15 ปี	63	20.13
16-20 ปี	55	17.57
มากกว่า 20 ปี	79	25.24
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรค NCDs ในรอบ 1 ปี		
น้อยกว่า 10 ครั้ง/ปี	186	59.42
10-20 ครั้ง/ปี	101	32.27
มากกว่า 20 ครั้ง/ปี	26	8.31

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.79 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64 เมื่อพิจารณารายทักษะพบว่า ทักษะการเข้าใจมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก

($M = 3.02$, $S.D. = 0.58$) รองลงมาคือทักษะการเข้าถึง ($M = 2.89$, $S.D. = 0.64$) และทักษะการนำไปใช้ ($M = 2.86$, $S.D. = 0.62$) ตามลำดับ ส่วนทักษะการไต่ถามมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดและอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.38$, $S.D. = 0.72$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ (n = 313)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายทักษะ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
1. ทักษะการเข้าถึง	2.89	0.64	มาก
2. ทักษะการเข้าใจ	3.02	0.58	มาก
3. ทักษะการไต่ถาม	2.38	0.72	ปานกลาง
4. ทักษะการตัดสินใจ	2.78	0.66	มาก
5. ทักษะการนำไปใช้	2.86	0.62	มาก
โดยรวม	2.79	0.64	มาก

หมายเหตุ: เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ได้แก่ 3.21–4.00 = มากที่สุด, 2.41–3.20 = มาก, 1.61–2.40 = ปานกลาง, 0.81–1.60 = น้อย และ 0.00–0.80 = น้อยที่สุด/ไม่ได้ทำ

ระดับการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.94 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.59 เมื่อพิจารณารายด้าน

พบว่า ด้านแหล่งข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก (M = 4.12, S.D. = 0.56) รองลงมาคือด้านความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร (M = 4.02, S.D. = 0.61) และด้านช่องทางการรับรู้ (M = 3.68, S.D. = 0.70) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ (n = 313)

การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศรายด้าน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
1. แหล่งข้อมูล	4.12	0.56	มาก
2. ช่องทางการรับรู้	3.68	0.70	มาก
3. ความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร	4.02	0.61	มาก
โดยรวม	3.94	0.59	มาก

หมายเหตุ: เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ได้แก่ 4.21–5.00 = มากที่สุด, 3.41–4.20 = มาก, 2.61–3.40 = ปานกลาง, 1.81–2.60 = น้อย และ 1.00–1.80 = น้อยที่สุด

ระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับมาก จำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 50.48 รองลงมาคือระดับมากที่สุด จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 29.07

และระดับปานกลาง จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 16.93 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีสมรรถนะอยู่ในระดับน้อยและน้อยที่สุดมีเพียงร้อยละ 2.88 และ 0.64 ตามลำดับ โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ (n = 313)

ระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มากที่สุด	4.21–5.00	91	29.07
มาก	3.41–4.20	158	50.48
ปานกลาง	2.61–3.40	53	16.93
น้อย	1.81–2.60	9	2.88
น้อยที่สุด	1.00–1.80	2	0.64

อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ ที่มีผลต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศทั้ง 8 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(8, 304) = 33.43, p < .001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .684 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 46.80 ($R^2 = .468$) เมื่อปรับแก้ตามจำนวนตัวแปรทำนายแล้ว สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 45.40 ($\text{Adjusted } R^2 = .454$) เมื่อพิจารณาตัวแปรทำนายเป็นรายตัว พบว่า มี 4 ตัวแปรที่ส่งผลต่อ

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ทักษะการนำไปใช้ ($B = 0.27, \text{Beta} = 0.28, p < .001$) ซึ่งมีอิทธิพลสูงที่สุด รองลงมาคือ แหล่งข้อมูล ($B = 0.20, \text{Beta} = 0.22, p < .001$) ทักษะการตัดสินใจ ($B = 0.18, \text{Beta} = 0.19, p < .001$) และความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร ($B = 0.14, \text{Beta} = 0.15, p = .005$) ตามลำดับ ตัวแปรดังกล่าวมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเป็นบวก แสดงว่า เมื่อคะแนนของแต่ละตัวแปรเพิ่มขึ้น สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นในสมการให้คงที่ ส่วนทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม และช่องทางการรับรู้ ไม่ส่งผลต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เมื่อพิจารณาพร้อมกับตัวแปรอื่นในแบบจำลอง ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศที่ส่งผลต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ (n = 313)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	0.88	0.20	-	4.40	<.001
ทักษะการเข้าถึง	0.05	0.04	0.06	1.25	.213
ทักษะการเข้าใจ	0.07	0.05	0.07	1.40	.162
ทักษะการไต่ถาม	0.03	0.04	0.04	0.75	.454

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ทักษะการตัดสินใจ	0.18	0.05	0.19	3.60	<.001
ทักษะการนำไปใช้	0.27	0.05	0.28	5.40	<.001
แหล่งข้อมูล	0.20	0.05	0.22	4.00	<.001
ช่องทางการรับรู้	0.06	0.04	0.07	1.50	.135
ความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร	0.14	0.05	0.15	2.80	.005

$R = .684, R^2 = .468, \text{Adjusted } R^2 = .454, \text{SEEst} = 0.42, F(8, 304) = 33.43, p < .001$

หมายเหตุ: ตัวแปรตาม คือ สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 0.88 + 0.18X_4 + 0.27X_5 + 0.20X_6 + 0.14X_8$$

โดยกำหนดให้

Y = สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

X_4 = ทักษะการตัดสินใจ

X_5 = ทักษะการนำไปใช้

X_6 = แหล่งข้อมูล

X_8 = ความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร

เมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า มี 4 ตัวแปร ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ ($B = 0.18, p < .001$) ทักษะการนำไปใช้ ($B = 0.27, p < .001$) แหล่งข้อมูล ($B = 0.20, p < .001$) และความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร ($B = 0.14, p = .005$) โดยตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัวสามารถรวมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 46.80 ($\text{Adjusted } R^2 = .454$) ส่วนทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม และช่องทางการรับรู้ไม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในแบบจำลอง

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_y = 0.19Z_4 + 0.28Z_5 + 0.22Z_6 + 0.15Z_8$$

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตลอดจนศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศที่มีต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัด

กระบี่ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.79 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64 อาจเนื่องจาก อสม.



ปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ทั้ง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำ และการประสานส่งต่อผู้ป่วย ประกอบกับมีระยะเวลา การเป็น อสม. เฉลี่ย 14.82 ปี จึงสามารถเชื่อมโยงข้อมูล สุขภาพกับสถานการณ์จริงในชุมชนได้ดี ผลการศึกษา สอดคล้องกับ อุไรรัตน์ คูหะมณี, ยุวดี รอดจากภัย, และ นิภา มหารัษฎพงศ์ (2563) ซึ่งพบว่า อสม. มีความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคเรื้อรังอยู่ในระดับดีมาก และความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับบทบาทการ ป้องกันโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ กฤตฌณ เทพอินทร์ และ เสน่ห์ ขุนแก้ว (2565) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ขณะที่ จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ (2565) พบว่า อสม. ในจังหวัดกระบี่มีความ รอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก เมื่อ พิจารณารายทักษะ พบว่า ทักษะการเข้าใจมีค่าเฉลี่ยสูง ที่สุด รองลงมาคือทักษะการเข้าถึง การนำไปใช้ และการ ตัดสินใจ อาจเนื่องจากข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงได้รับการทบทวนผ่านการประชุม การ อบรม และการปฏิบัติงานจริงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ อสม. สามารถนำความรู้ไปเชื่อมโยงกับการคัดกรอง การเยี่ยม บ้าน และการให้คำแนะนำได้ สอดคล้องกับ ปราณี แสด คง, รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง, ชนกานต์ จันทะคุณ, เบญจพร ฐิติญาณวิโรจน์, ธรณิศ สายวัฒน์, และสายใจ คำทะเนตร (2566) ซึ่งพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของ อสม. ทั้งด้านการเข้าถึง การเข้าใจ การซักถาม การ ตัดสินใจ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลอยู่ในระดับมากและ สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ทักษะการ ได้ถามอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด อาจ เนื่องจากเป็นทักษะที่ต้องอาศัยความมั่นใจ การเตรียม คำถาม และการสื่อสารกับบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ อสม. บางส่วนอาจเข้าใจข้อมูลแต่ยังไม่กล้าซักถาม โดยเฉพาะ เมื่ออยู่ในที่ ประชุมขนาดใหญ่หรือมีเวลาจำกัด

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ อุไรรัตน์ คูหะมณี, ยุวดี รอดจากภัย, และนิภา มหารัษฎพงศ์ (2563) ซึ่งพบว่า ทักษะการสื่อสารของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง และ สอดคล้องกับ สุภาญดา หมื่นราษฎร์ (2566) ซึ่งพบว่า ทักษะการโต้ตอบซักถามสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันและเฝ้าระวังโรค ดังนั้น การพัฒนาทักษะนี้ควร เน้นกรณีศึกษา การฝึกตั้งคำถาม การอภิปรายกลุ่ม และ การแสดงบทบาทสมมติ ซึ่ง นภาพัฒญ์ จันทขัมมา, ทรง พล ผดุงพัฒนากุล, และพัทยา แก้วสาร (2567) พบว่า การสะท้อนคิดและการฝึกปฏิบัติจริงช่วยเพิ่ม ความสามารถด้านการคัดกรองและการสื่อสารทาง สุขภาพของ อสม. ได้

ด้านการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศพบว่า โดยรวม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.94 และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 0.59 โดยด้านแหล่งข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสารและ ช่องทางการรับรู้ อาจเนื่องจาก อสม. สามารถเข้าถึง ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประธาน อสม. และเพื่อน อสม. รวมทั้งได้รับข้อมูลผ่านการ ประชุม กลุ่มไลน์ แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. และสื่อ ของหน่วยงานราชการ สอดคล้องกับ ธวัชชัย สุนทรนนท์ (2566) ซึ่งพบว่า ความรอบรู้ทางดิจิทัลเป็นองค์ประกอบ สำคัญของสมรรถนะ อสม. ในยุคดิจิทัล และ Blondino et al. (2024) ซึ่งพบว่า เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยเพิ่ม ประสิทธิภาพการทำงาน การสื่อสาร และการเข้าถึง บริการของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชนแม้ช่องทางการรับ รู้อยู่ในระดับมาก แต่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น อาจเกิด จากความแตกต่างด้านอายุ การศึกษา ความคุ้นเคยกับ เทคโนโลยี ความพร้อมของอุปกรณ์ และคุณภาพของ เครือข่ายอินเทอร์เน็ต โดยเฉพาะอำเภอเมืองกระบี่ที่มี ทั่วทั้งพื้นที่เมือง ชนบท ชายฝั่ง และพื้นที่เกาะ สอดคล้อง

กับ Pardoel et al. (2024) ซึ่งพบว่า การใช้แอปพลิเคชันดิจิทัลยังเป็นอุปสรรคสำหรับอาสาสมัครบางส่วน และ Haregu et al. (2024) ซึ่งพบว่า ความสำเร็จของการใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขึ้นอยู่กับความรอบรู้ดิจิทัล การเข้าถึงอุปกรณ์อินเทอร์เน็ต และการสนับสนุนจากองค์กร

สำหรับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.90 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.58 อาจเป็นผลจากประสบการณ์ในการคัดกรอง วัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาล ให้คำแนะนำ เยี่ยมบ้าน และประสานส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ ชุติกร คงบุญ (2566) ซึ่งพบว่า อสม. มีมาตรฐานสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับดี และ ฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ, รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ, ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน, และธนะวัฒน์ รวมสุข (2566) ซึ่งพบว่า ความรู้ ทักษะคิด การเข้าถึงข้อมูล และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่มีส่วนทำนายสมรรถนะของอสม. อย่างไรก็ตาม สมรรถนะที่อยู่ในระดับมากเป็นการประเมินตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จึงไม่อาจยืนยันว่า อสม. ทุกคนมีทักษะทางคลินิกและการให้คำปรึกษาในระดับเดียวกัน Doresha et al. (2024) พบว่า ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชนยังมีข้อจำกัดด้านการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและต้องได้รับการฝึกอบรม การกำกับสนับสนุน และอุปกรณ์ที่เพียงพอ ขณะที่ Sultan et al. (2025) เสนอว่า การพัฒนาสมรรถนะควรใช้หลักสูตรที่สอดคล้องกับหน้าที่จริงและบริบทของผู้ปฏิบัติงาน

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ ทั้ง 8 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 46.80 และเมื่อปรับตาม

จำนวนตัวแปรแล้วสามารถอธิบายได้ร้อยละ 45.40 ตัวแปรที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ทักษะการนำไปใช้ ทักษะการตัดสินใจ แหล่งข้อมูล และความรู้ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร แสดงให้เห็นว่า สมรรถนะไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้หรือเข้าถึงข้อมูลเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ตัดสินใจ รวมทั้งการมีแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือและได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ทักษะการนำไปใช้มีอิทธิพลต่อสมรรถนะสูงที่สุด เนื่องจากเป็นความสามารถในการเปลี่ยนข้อมูลไปสู่การกำหนดเป้าหมาย วางแผน ให้คำแนะนำ ติดตาม และปรับการดูแลให้เหมาะกับผู้ป่วย ผู้ที่สามารถประยุกต์ข้อมูลในสถานการณ์จริงจึงมีแนวโน้มปฏิบัติงานได้ดีกว่า ผู้ที่มีเพียงความรู้ สอดคล้องกับ ปราณี แสงคง, รัตน์ ดาววรรณ, คลังกลาง, ชนกานต์ จันทะคุณ, เบญจพร ฐิติญาณวิโรจน์, ธรรณิศา สายวัฒน์, และสายใจ คำทะเนตร (2566) ซึ่งพบว่า ความสามารถในการนำข้อมูลไปปฏิบัติและแลกเปลี่ยนกับผู้อื่นสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ได้ ทักษะการตัดสินใจมีอิทธิพลเชิงบวกต่อสมรรถนะ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยในชุมชนต้องประเมินค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาล อาการผิดปกติ การไข้ยา และพิจารณาว่าควรให้คำแนะนำ ติดตาม หรือส่งต่อเมื่อใด สอดคล้องกับ สุกาญดา หมื่นราษฎร์ (2566) ซึ่งพบว่า ทักษะการตัดสินใจสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคอย่างมีนัยสำคัญ ด้านแหล่งข้อมูลมีอิทธิพลต่อสมรรถนะ เนื่องจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือและเข้าถึงได้ช่วยให้ อสม. ตรวจสอบข้อมูล ขอคำปรึกษา และปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ สอดคล้องกับ ฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ, รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ, ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน, และธนะวัฒน์ รวมสุข (2566) ซึ่งพบว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สามารถทำนายสมรรถนะของอสม. และ Blondino et al. (2024) ซึ่งพบว่า การ

เข้าถึงเครื่องมือดิจิทัลและการฝึกอบรมมีความสำคัญต่อ
การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการปฏิบัติงาน ความถนัดในการ
ได้รับข้อมูลข่าวสารมีอิทธิพลเชิงบวกต่อสมรรถนะ
เนื่องจากข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรอง การให้คำแนะนำ
การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการส่งต่อจำเป็นต้อง
ได้รับการทบทวนอย่างต่อเนื่อง Pardoel et al. (2024)
พบว่า ความรู้ของอาสาสมัครเพิ่มขึ้นหลังการอบรมแต่
ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป จึงควรมีการทบทวนและสนับสนุน
อย่างสม่ำเสมอ ขณะที่ Mash et al. (2024) พบว่า การ
ฝึกอบรม ระบบข้อมูลสุขภาพ การบริการในชุมชน และ
เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนา
บริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับปฐมภูมิ ส่วนทักษะการ
เข้าถึง การเข้าใจ การไต่ถาม และช่องทางการรับรู้ไม่พบ
อิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ไม่ได้
หมายความว่าตัวแปรเหล่านี้ไม่มีความสำคัญ แต่อาจ
เป็นความสามารถพื้นฐานที่ส่งผลผ่านทักษะการตัดสินใจ
และการนำไปใช้ อีกทั้งการมีช่องทางจำนวนมากอาจไม่
เพิ่มสมรรถนะ หากข้อมูลไม่มีคุณภาพ ไม่ทันสมัย
หรือไม่มีบุคลากรช่วยอธิบาย สอดคล้องกับ Haregu et
al. (2024) ซึ่งพบว่า การใช้เทคโนโลยีต้องดำเนินควบคู่
กับการพัฒนาความรอบรู้ดิจิทัล การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต
และการสนับสนุนจากองค์กร แม้แบบจำลองจะอธิบาย
ความแปรปรวนของสมรรถนะได้ร้อยละ 46.80 แต่ยังมี
อีกร้อยละ 53.20 ที่อาจเกิดจากแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ
การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ความชัดเจนของบทบาท
ภาระงาน ความพร้อมของอุปกรณ์ และการยอมรับจาก
ชุมชน สอดคล้องกับ ชูลีกร คงบุญ (2566) ซึ่งพบว่า
ความสำเร็จในงาน ขวัญกำลังใจ และลักษณะงานมีผล
ต่อสมรรถนะของ อสม. ดังนั้น การพัฒนาสมรรถนะควร
ดำเนินควบคู่ทั้งการอบรม ระบบพี่เลี้ยง การกำกับ
ติดตาม การสนับสนุนอุปกรณ์ และการเสริมแรงจูงใจ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรจัดทำ
แผนพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่าง
ต่อเนื่อง โดยเน้นการฝึกทักษะการตัดสินใจและการนำ
ข้อมูลสุขภาพไปใช้ในสถานการณ์จริง เช่น การวิเคราะห์
กรณีศึกษา การประเมินอาการผิดปกติ การให้คำแนะนำ
เฉพาะราย และการตัดสินใจประสานส่งต่อผู้ป่วย
เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าทักษะทั้งสองด้านมีอิทธิพล
ต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรพัฒนาระบบ
ข้อมูลสารสนเทศสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านให้มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ ทันสมัย และเข้าถึง
ได้สะดวก โดยจัดให้มีแหล่งข้อมูลกลาง เช่น คู่มือ
ออนไลน์ กลุ่มสื่อสารของหน่วยบริการ หรือคลังความรู้
เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พร้อมกำหนดบุคลากร
ผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบข้อมูลและตอบข้อซักถาม
เพื่อป้องกันการนำข้อมูลที่คลาดเคลื่อนไปใช้ในการดูแล
ประชาชน

3. หน่วยบริการสาธารณสุขควรจัดระบบ
ทบทวนและสื่อสารข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรังแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่าง
สม่ำเสมอ เช่น การประชุมทบทวนความรู้รายเดือน การ
แจ้งเตือนแนวทางปฏิบัติที่สำคัญ และการนิเทศติดตาม
ในพื้นที่ ควบคู่กับการฝึกทักษะการไต่ถามและการ
สื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ เพื่อให้อาสาสมัครสามารถ
สอบถาม ตรวจสอบ และนำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติงาน
ได้อย่างถูกต้องและมั่นใจมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองหรือแบบติดตามระยะยาว เพื่อประเมินผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ การตัดสินใจ การนำข้อมูลไปใช้ และการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และช่วยยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทแตกต่างกัน พร้อมเพิ่มปัจจัยด้านแรงจูงใจ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ภาระงาน ความพร้อมของอุปกรณ์ และความรู้ดิจิทัล รวมทั้งใช้การสังเกตการปฏิบัติหรือสถานการณ์จำลองร่วมกับแบบสอบถาม เพื่อให้การประเมินสมรรถนะสะท้อนความสามารถจริงได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

อ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *คู่มือ อสม. “สมารถ อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน”*.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566, 23 มิถุนายน). *กรม สบส. ชูแอป “SMART อสม.” เป็นนวัตกรรมเด่น ช่วยยกระดับความรู้ อสม. ทั่วประเทศ. คลังสื่อประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*.
<https://prgroup.hss.moph.go.th/info/news/1444>
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567, 8 มีนาคม). *สถานการณ์โรคไม่ติดต่อและสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566–2570)*. กรมควบคุมโรค.
<https://www.ddc.moph.go.th/dncd/publishinfodetail.php?deptcode=dncd&publish=15419>
- กฤตภณ เทพอินทร์, และเสน่ห์ ขุนแก้ว. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 14(1), 206–218.
- จุฬารัตน์ สว่างเมฆ. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 6(3), 121–130.
- ฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ, รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ, ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน, และธนะวัฒน์ รวมสุข. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออก: กรณีศึกษาอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 16(3), 15–29.
- ชุลีกร คงบุญ. (2566). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนม. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 4(1), 139–149.
- ธวัชชัย สุนทรนนท์. (2566). องค์ประกอบ ตัวบ่งชี้ และข้อเสนอเชิงกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในยุคดิจิทัล พื้นที่จังหวัดตรัง. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 16(2), 58–73.

- นภาพีญู จันทขัมมา, ทรงพล ผดุงพัฒนากุล, และพัทยา แก้วสาร. (2567). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถ
การคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง.
วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 40(2), 113–125.
- ปราณี แสดคง, รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง, ขนกานต์ จันทะคุณ, เบญจพร ฐิติญาณวิโรจน์, ธรณิศ สายวัฒน์, และสายใจ คำ
ทะเนตร. (2566). ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 46(2)*, 116–127.
- สุกาญดา หมื่นราชภูร์. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวัง
โรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 11.
วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, 3(2), 96–108.
- อุไรรัตน์ คูหมะณี, ยุวดี รอดจากภัย, และนิภา มหาราชพงศ์. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคเรื้อรัง. *วารสารกรมการแพทย์, 45(1)*, 137–142.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Blondino, C. T., Knoepfelmacher, A., Johnson, I., Fox, C., & Friedman, L. (2024). The use and potential
impact of digital health tools at the community level: Results from a multi-country survey of
community health workers. *BMC Public Health, 24*, Article 650.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika, 16(3)*, 297–
334.
- Doresha, L.-M., Williams, G., & Mash, R. (2024). The role of community health workers in non-
communicable diseases in Cape Town, South Africa: Descriptive exploratory qualitative study. *BMC
Primary Care, 25*, Article 176.
- Haregu, T., Delobelle, P., Shrestha, A., Panniyammakal, J., Thankappan, K., Parasuraman, G., Schouw, D.,
Ramalingam, A., Issaka, A., Cao, Y., Levitt, N., & Oldenburg, B. (2024). Shifting roles of community
health workers in the prevention and management of noncommunicable disease during the COVID-
19 pandemic: A scoping review. *Health Policy and Planning, 39(7)*, 771–781.
- Mash, R., Hirschhorn, L. R., Kakar, I. S., John, R., Sharma, M., & Praveen, D. (2024). Global lessons on
delivery of primary healthcare services for people with non-communicable diseases: Convergent
mixed methods. *Family Medicine and Community Health, 12(3)*, e002553.
- Pardoel, Z. E., Reijneveld, S. A., Lensink, R., Postma, M. J., Trang, N. T. T., Walton, P., Swe, K. H.,
Pamungkasari, E. P., Koot, J. A. R., & Landsman, J. A. (2024). Culturally adapted training for
community volunteers to improve their knowledge, attitude and practice regarding non-
communicable diseases in Vietnam. *BMC Public Health, 24*, Article 364.

- ■ ■
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch*, 2(2), 49–60.
- Sultan, M. A., Miller, E., Tikkanen, R. S., Singh, S., Kullu, A., Cometto, G., Fitzpatrick, S., Ajuebor, O., Gillon, N., Edward, A., Moleman, Y. P., Pandya, S., Park, I., Shen, J. Y., Yu, Y., Perry, H., Scott, K., & Closser, S. (2025). Competency-based education and training for community health workers: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 25, Article 263.
- World Health Organization. (2025, September 25). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). Harper & Row.