

## การพัฒนาแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชนตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

### DEVELOPMENT OF HEALTH LITERACY MODEL TO PROMOTE PREVENTING BEHAVIORS OF CORONAVIRUS DISEASE 2019 OF PEOPLE IN NAI MUEANG SUB-DISTRICT, MUEANG DISTRICT, CHAIYAPHUM PROVINCE

จิตรวรรณ กลางเอก  
Jittrawan Klangaek

Received : 07 May 2023, Received in revised form : 25 August 2023, Accepted : 12 September 2023

#### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชนตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง 968 คน ด้วยแบบสอบถามที่สร้างและพัฒนาขึ้น ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เก็บข้อมูลกับตัวแทนชุมชน 160 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ paired sample t-test และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ส่วนรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ประกอบด้วย (1) การอบรมพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน อสม. และแกนนำครัวเรือน (2) กิจกรรมมอบรางวัลชุมชนป้องกันโรค COVID-19 ดีเด่น (3) การพัฒนาระบบและช่องทางการสื่อสาร (4) การจัดตั้งสถานีสภาพชุมชน และ (5) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ผลการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค COVID-19 พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรค COVID-19 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ควรมีการนำผลการศึกษานี้ไปประยุกต์เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป ควรติดตามผลการศึกษาในระยะยาวเพื่อประเมินการเข้าถึงข้อมูลและความยั่งยืนของชุดกิจกรรมต่อไป

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคโควิด 19

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชัยภูมิ, ชัยภูมิ 36000  
Social Medicine Group, Chaiyaphum Hospital, Chaiyaphum 36000  
Corresponding author; E-mail: chaowarinaum@gmail.com



## ABSTRACT

This research and development aimed to develop Health Literacy Model to promote preventing behaviors of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) of people in Tambon Nai Mueang, Mueang District, Chaiyaphum Province which was divided into 2 phases; the first phase was to study on situation and factors that effected the preventing behaviors of COVID-19. This descriptive research was a cross sectional study from the sample of 968 participants by developed questionnaire. Meanwhile the second phase was to develop the Health Literacy Model to promote preventing behaviors of COVID-19 which was action research that was collected data on focus group discussion. The target group was 160 community representatives. The quantity data was analyzed by average statistics, standard deviation, number, percentage, paired sample t-tests, multiple regression analysis and the descriptive data was content analysis.

The study found that effected factors on the preventing behaviors of COVID-19 were age, education, marriage status, income, health perception, and health behavior. In the meantime, the Health Literacy Model to promote preventing behaviors of COVID-19 included (1) potential development training of Village Health Volunteer (VHV) Leader, (2) outstanding COVID-19 prevention community award event, (3) system and communication channel development, (4) community health station establishment, and (5) supporting people's health literacy. Moreover, results of the Health Literacy Model to promote preventing behaviors of COVID-19 have increased average score of the target group on COVID-19 health perception, preventing behaviors of COVID-19, and health literacy to prevent COVID-19 significantly.

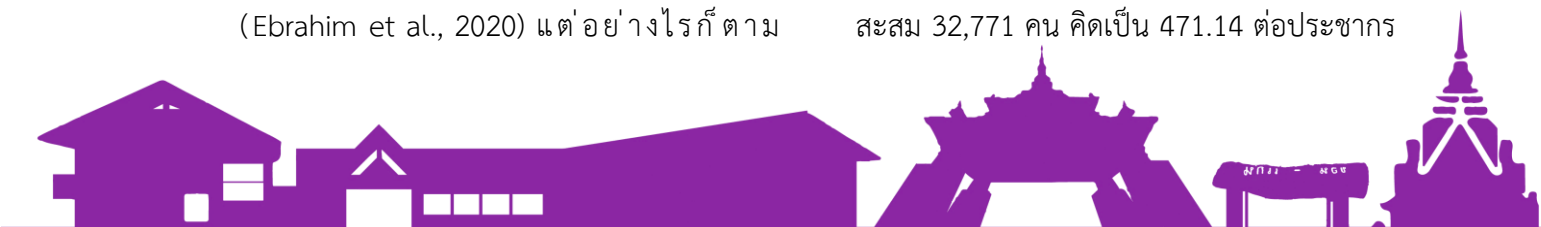
In conclusion, the study suggests that the results of this study ought to be applied to develop guidelines for promoting health literacy conform to community context. The researcher also suggested proposals for further study that long-term follow-up should be undertaken to further assess data accessibility and sustainability of the program as well.

**Keywords:** Health literacy, Preventing behaviors, COVID-19

## บทนำ

การระบาดใหญ่ (Pandemic) ของโรค COVID-19 เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างระบบสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพของหลายประเทศทั่วโลก (Wilder-Smith et al., 2020) ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อ 640,395,651 ราย และเสียชีวิต 6,618,579 ราย (World Health Organization, 2022) โดยปัจจุบันมีวัคซีนเพื่อป้องกันและหรือลดความรุนแรงจากการติดเชื้อ (Ebrahim et al., 2020) แต่อย่างไรก็ตาม

องค์การอนามัยโลก (WHO) ยังคงแนะนำและให้คงมาตรการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ป้องกันโรค COVID-19 ด้วยการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือที่ถูกต้อง จัดให้มีระบบระบายอากาศที่ดี การเว้นระยะห่างทางกายภาพ และหลีกเลี่ยงการอยู่รวมกันเป็นกลุ่มคนจำนวนมาก (Munnoli et al., 2022) สำหรับประเทศไทย พบจำนวนผู้ป่วยสะสม 4,682,132 คน มีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสม 32,771 คน คิดเป็น 471.14 ต่อประชากร



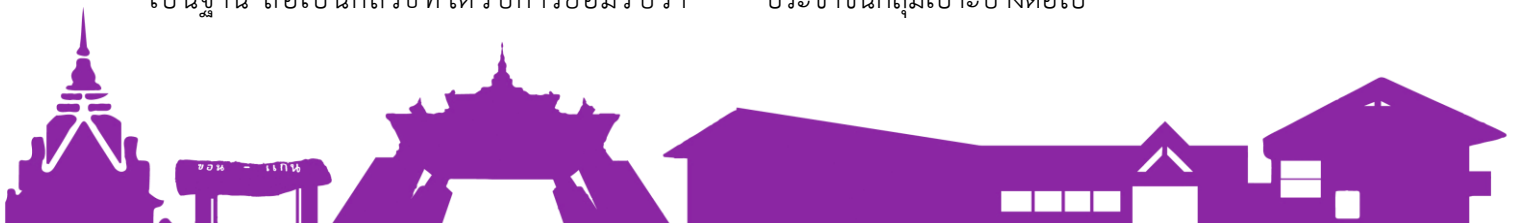
ล้านคน อัตราการป่วยตาย ร้อยละ 0.70 (กรมควบคุมโรค, 2565) มีการบริหารจัดการเพื่อรองรับการระบาด เริ่มตั้งแต่การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) โดยกระทรวงสาธารณสุข และรัฐบาลได้ประกาศจัดตั้ง “ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)” หรือ ศบค. (ธีระวรรณรัตน์ และคณะ, 2565) รัฐบาลประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร มีการณรงค์มาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” (จิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2563) ตามลำดับ

จากแนวทางการแก้ปัญหาทั้งขององค์การอนามัยโลก (WHO) และรัฐบาลไทย ข้างต้นบ่งชี้อย่างสอดคล้องกันว่ามาตรการทางด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนมีประสิทธิภาพประสิทธิผลในการแก้ไขปัญหาโรค COVID-19 (Chen et al., 2020) ประกอบกับรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบบ่งชี้ว่าการเว้นระยะห่างทางกายภาพและการใส่หน้ากากอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 (Fung and Cairncross, 2006) (Chu et al., 2020) โดยกลยุทธ์ที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพคือการเปลี่ยนแปลงความเชื่อทางด้านสุขภาพด้วยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Hung et al., 2021) แต่อย่างไรก็ตามพบว่าข้อมูลข่าวสารในสื่อต่าง ๆ ที่มีความผิดพลาดคลาดเคลื่อนนำไปสู่การตีความหมายการสื่อสารและพฤติกรรมปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง (Rudd and Baur, 2020) ซึ่งหากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอจะทำให้ประชาชนไม่สามารถแยกแยะข้อมูลข้อเท็จจริง และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน (Spring, 2020) ดังนั้น การมีความรู้ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชน (Abel and McQueen, 2020) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ถือเป็นกลวิธีที่ได้รับการยอมรับว่า

สามารถเพิ่มประสิทธิภาพได้อย่างยั่งยืน (WHO, 2021; วลัยพร พัทธนฤมล และคณะ, 2563)

ดังนั้น การนำนโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่ถูกกำหนดขึ้นทั้งองค์การระดับโลก ประเทศ และหรือจังหวัด จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้กลไกการดำเนินงานในระดับชุมชน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการจัดบริการโดยตรงแก่ประชาชน ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพที่นำไปสู่การแก้ปัญหาสาธารณสุขในระดับต้นตอต่าง ๆ ระดับชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ทั้งนี้ยังไม่พบการศึกษาเพื่อการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ในระดับชุมชน ที่นำไปสู่การออกแบบแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ

จังหวัดชัยภูมิ แบ่งการปกครองออกเป็น 16 อำเภอ 124 ตำบล 1,617 หมู่บ้าน ประชากรจำนวนทั้งสิ้น 959,452 คน จากการระบาดของโรค COVID-19 ในจังหวัดชัยภูมิ มีจำนวนผู้ป่วย 32,984 คน มีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสม 199 คน คิดเป็นอัตราการป่วยตาย ร้อยละ 0.60 (กรมควบคุมโรค, 2565) จากการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของการระบาดของโรค COVID-19 โดยการพิจารณาตามลักษณะทางภูมิศาสตร์และการจัดสรรทรัพยากรพบว่า อำเภอเมืองชัยภูมิเป็นพื้นที่ที่มีการเคลื่อนไหวและความหนาแน่นของประชาชนมาก เป็นพื้นที่เขตเมืองและเศรษฐกิจ ประชาชนมีการเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดสูง เช่น กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการระบาดของโรค COVID-19 จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องการแก้ไขปัญหานี้ในพื้นที่ระดับชุมชน ด้วยกลวิธีในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชน เพื่อนำไปสู่การลดจำนวนผู้ติดเชื้อ และป้องกันการติดเชื้อในประชาชนกลุ่มเปราะบางต่อไป



## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชนตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชนตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมวิธีทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2566 ในพื้นที่ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง และระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรค COVID-19 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ประชากรในการวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คือ ประชาชนอายุ 15 – 59 ปี จากทั้งหมด 25 ชุมชน จำนวน 23,022 คน และกลุ่มที่ 2 คือ แกนนำชุมชนและตัวแทนครัวเรือน และองค์กร/หน่วยงานที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่

2. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

- 2.1 กลุ่มที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ย กรณีทราบขนาดประชากร (เชษฐา งามจรัส, 2564) โดยกำหนดให้  $\alpha = 0.05$  จะได้  $Z_{0.05/2} = Z_{0.025} = 1.96$ , ค่าความแปรปรวนของตัวแปรผลลัพธ์หลัก ( $\sigma^2$ ) =  $0.54^2$  กำหนดจากข้อมูลในผลการศึกษาก่อนหน้า

(กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563), ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e) กำหนดให้เท่ากับ 0.05, ประชากร (N) = 23,022 ทั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงกรณีที่ตัวแปรอิสระอาจมีความสัมพันธ์กันเอง จึงปรับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณที่ 0.5 ประกอบกับในทางการปฏิบัติจริงอาจมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ให้ข้อมูลหรือตอบแบบสัมภาษณ์ไม่ครบทุกข้อจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีก 10% ได้ขนาดตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 968 คน สุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) ประกอบด้วย (1) จัดทำบัญชีรายชื่อประชาชนอายุ 15 – 59 ปี (2) สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เพื่อคัดเลือกชุมชนที่ศึกษา จำนวน 12 ชุมชน จากทั้งหมด 25 ชุมชน (3) สุ่มแบบโควตา เพื่อระบุจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรแต่ละชุมชน และ (4) สุ่มแบบอย่างง่าย เพื่อคัดเลือกบุคคลที่ตอบแบบสอบถาม

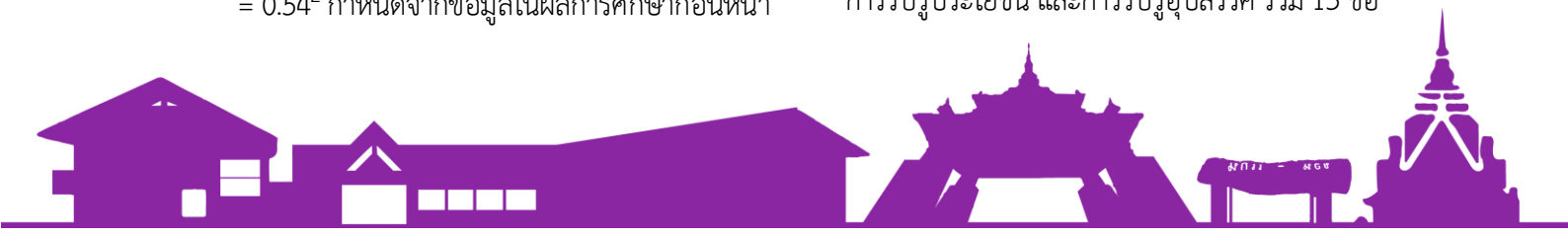
- 2.2 กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 24 คน ตัวแทนครัวเรือน 60 คน อสม. 60 คน ผู้แทนโรงเรียน 5 คน ผู้แทนวัด 5 คน และผู้แทนสมาชิกสภาเทศบาลเมืองชัยภูมิ 6 คน รวมทั้งสิ้น 160 คน

3. เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ประเภท ดังนี้

- 3.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชน จำแนกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ และรายได้ จำนวน 6 ข้อ

- ส่วนที่ 2 ปัจจัยการรับรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค COVID-19 ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค รวม 13 ข้อ



มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง), 4 (เห็นด้วย), 3 (ไม่แน่ใจ), 2 (ไม่เห็นด้วย), 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แปลความหมายโดยใช้เกณฑ์ Bloom BS (1968) 3 ระดับ คือ ระดับสูง (80% ขึ้นไป หรือ 10 คะแนนขึ้นไป), ระดับปานกลาง (60% - 79% หรือ 7 - 9 คะแนน), ระดับต่ำ (น้อยกว่า 60% หรือต่ำกว่า 7 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ 5 คือ ประจำ (ปฏิบัติ 7 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์), 4 คือ บ่อย (ปฏิบัติ 5-6 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์), 3 คือ นาน ๆ ครั้ง (ปฏิบัติ 3-4 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์), 2 คือ บางครั้ง (ปฏิบัติ 1-2 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์), 1 (ไม่ปฏิบัติเลย) แปลความหมายโดยใช้เกณฑ์ Bloom BS (1968) 3 ระดับ คือ ระดับสูง (80% ขึ้นไป หรือ 8 คะแนนขึ้นไป), ระดับปานกลาง (60% - 79% หรือ 6 - 7 คะแนน), ระดับต่ำ (น้อยกว่า 60% หรือต่ำกว่า 6 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ประยุกต์จากกองสุขศึกษา (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) จำนวน 16 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ 5 (ทำได้ง่ายมาก), 4 (ทำได้ง่าย), 3 (ทำได้ยาก), 2 (ทำได้ยากมาก) และ 1 (ไม่เคยทำ) แปลความหมายเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ดีมาก (80% ขึ้นไป หรือ 13 คะแนนขึ้นไป) ดี (70-79% หรือ 11-12 คะแนน) พอใช้ (60-69% หรือ 9-11 คะแนน) และไม่ดี (น้อยกว่า 60% หรือ ต่ำกว่า 9 คะแนน)

3.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แนวทางการสนทนากลุ่ม สำหรับ

การประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนการดำเนินงาน และถอดบทเรียน

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ ด้านระบาดวิทยา และด้านการวัดประเมินผล เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสำนวนภาษา โดยพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of item objective congruence) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปเป็นเกณฑ์ตัดสินรายชื่อ หลังจากนั้นตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือเชิงปริมาณ ด้วยการนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ( $\alpha$ -coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) โดยพบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4 และภาพรวมเท่ากับ 0.86, 0.80, 0.95 และ 0.88 ตามลำดับ

5. ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ระยะเวลาที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยนักวิจัย คือ อสม. ที่ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพการเก็บข้อมูลแล้ว ประสานผู้นำชุมชน เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย จัดทำทะเบียนนัดหมาย และลงพื้นที่เก็บข้อมูล

2) ตรวจสอบคุณภาพและความครบถ้วนของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ตามลำดับ

3) การวิจัยระยะที่ 2 จัดประชุมสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค COVID-19 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 160 คน โดยดำเนินการชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และ



ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ก่อนกระบวนการพัฒนา

4) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) โดยการจัดประชุมสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) วิเคราะห์ช่องว่าง (Gaps) จากข้อมูลของการวิจัยระยะที่ 1 และออกแบบชุดกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ตามลำดับ

5) ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการปฏิบัติการตามแผนงาน/กิจกรรม ที่ได้กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการ โดยการสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนเพื่อสร้างความร่วมมือในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

6) ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) ดำเนินการนิเทศตรวจเยี่ยม สนับสนุนให้คำแนะนำ เก็บรวบรวมผลการดำเนินงานจากแผนงาน/กิจกรรม โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนและร่วมประชุมผลการปฏิบัติงาน และประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันโรค COVID-19 หลังกระบวนการพัฒนา

7) ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ดำเนินการถอดบทเรียนเพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลในการพัฒนารูปแบบการดำเนินการในวงรอบการประชุมสนทนากลุ่ม

#### 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) และเปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Paired sample t-test

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อสรุปและเชื่อมโยงประเด็นที่ศึกษา

#### 7. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ เลขที่โครงการวิจัย 007/2566 วันที่รับรอง 1 กุมภาพันธ์ 2566 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ เพื่อนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง หลังเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยและข้อมูลจะทำลายทิ้งทันที

#### สรุปผลการวิจัย

**ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19**

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการสุ่มตัวอย่างจำนวน 968 คน พบว่า เป็นเพศหญิง (57.95%) เพศชาย (42.05%) อายุเฉลี่ย 42.64 ปี ส่วนใหญ่อายุ 35-59 ปี (65.60%) ระดับการศึกษาต่ำกว่าประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) 63.74% และสำเร็จการศึกษาที่สูงกว่า ปวส. 36.26% การประกอบอาชีพ จำแนกเป็นการจ้างงานนอกระบบ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ, เกษตรกรรม, รับจ้างทั่วไป, ค่าขาย) คิดเป็น 60.43% การจ้างงานในระบบ (ข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ, ลูกจ้างรัฐ, พนักงานเอกชน/โรงงาน) คิดเป็น 39.57% สถานภาพแบบไม่มีคู่ (โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่) คิดเป็น 50.52% และสมรส คิดเป็น 49.48% รายได้ของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 15,001 บาท คิดเป็น 61.47% และรายได้ 15,001 บาทขึ้นไป คิดเป็น 38.53%

2. การรับรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี (52 - 65 คะแนน) คิดเป็น 83.06% รองลงมาอยู่ในระดับน้อย (13 - 38 คะแนน) คิดเป็น 13.22% และระดับปานกลาง (39 - 51 คะแนน) คิดเป็น 3.72% ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า



มีคะแนนเฉลี่ย 56.41 คะแนน (SD = 10.53) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ระดับดี

3. พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย (10 - 29 คะแนน) คิดเป็น 64.36% รองลงมาอยู่ในระดับดี (40 - 50 คะแนน) คิดเป็น 20.14% และระดับปานกลาง (30 - 39 คะแนน) คิดเป็น 15.50% ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่ามีคะแนนเฉลี่ย 30.10 คะแนน (SD = 9.51) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ระดับดีมาก (64 - 80 คะแนน) คิดเป็น 39.36% รองลงมาอยู่ในระดับดี (56 - 63 คะแนน) 26.86% ระดับพอใช้ (48 - 55 คะแนน) 18.60% และระดับไม่ดี (16 - 47 คะแนน) 15.19% ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่ามีคะแนนเฉลี่ย 60.56 คะแนน (SD = 13.28) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ระดับดี

5. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า การทดสอบ

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ได้แก่ การกระจายแบบปกติ (Normality) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ค่าความแปรปรวนคงที่ (Homoscedasticity) ความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) และความเป็นอิสระของค่าความคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) พบว่าไม่มีปัญหาละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น (Violation of assumptions) ดังกล่าว

ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ โดยวิธี Stepwise พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถอธิบายความเปลี่ยนแปลงของความรอบรู้ด้านสุขภาพได้เท่ากับ ร้อยละ 86.0 รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชนตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ตัวแปร	B	95%CI	$\beta$	t	p-value
อายุ	0.053	0.01 to 0.05	0.0031	3.47	<0.01
การศึกษา	0.08	0.08 to 0.21	0.14	4.31	<0.01
สถานภาพสมรส	0.07	0.08 to 0.17	0.12	5.08	<0.01
รายได้	0.03	0.009 to 0.098	0.05	2.35	<0.01
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.08	0.04 to 0.12	0.08	3.58	<0.01
พฤติกรรมสุขภาพ	0.78	0.63 to 0.72	0.68	27.96	<0.01

ค่าคงที่ (Constant) = 1.43, SE = 0.08, 95%CI : 1.28 to 1.58

R-squared = 0.86, Adj R-squared = 0.86



## ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19

1. ผลการวางแผน (Planning) จากการประชุมสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์รวมถึงช่องว่างการดำเนินงาน จากข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า ที่ประชุมมีมติ (1) มีความต้องการจำเป็นที่จะต้องเพิ่มการรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมทางด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชน (2) กำหนดประเด็นเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ (2.1) การพัฒนาองค์ความรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (2.2) การพัฒนากลไกและกระบวนการตรวจสอบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (2.3) การพัฒนาระบบการส่งเสริมการเรียนรู้ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ (2.4) การพัฒนาวิถีทางด้านสุขศึกษา (3) ช่องว่างการพัฒนา

(Gaps) ประกอบด้วย 5 ประเด็น ได้แก่ (3.1) การพัฒนาศักยภาพชุมชน (3.2) การเสริมพลังอำนาจให้กับชุมชน (3.3) การพัฒนาระบบและช่องทางข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่มีความถูกต้องรวดเร็ว เท่าทันสถานการณ์ (3.4) การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน (3.5) การสื่อสารและเพิ่มพูนความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน และ (4) ออกแบบชุดกิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่ (4.1) การอบรมพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน อสม. และแกนนำครัวเรือน (4.2) กิจกรรมมอบรางวัลชุมชนป้องกันโรค COVID-10 ดีเด่น (4.3) การสร้างไลน์กลุ่มเพื่อสื่อสารการประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย และการติดตั้งป้ายประชาสัมพันธ์ (4.4) การจัดตั้งสถานีสุขภาพชุมชน (4.5) การจัดตั้งทีมแกนนำชุมชนออกสื่อสารสุขภาพและให้ความรู้รายครัวเรือน (ตารางที่ 2) หลังจากนั้นนำไปจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) เพื่อขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติต่อไป (ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์)

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ประเด็นพัฒนา ช่องว่างการพัฒนาและกิจกรรม

ประเด็นพัฒนา	ช่องว่างการพัฒนา (Gap)	กิจกรรม
1) การพัฒนาองค์ความรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	1) การพัฒนาศักยภาพชุมชน 2) การเสริมพลังอำนาจให้กับชุมชน	1) การอบรมพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน อสม. และแกนนำครัวเรือน 2) กิจกรรมมอบรางวัลชุมชนป้องกันโรค COVID-10 ดีเด่น
2) การพัฒนากลไกและกระบวนการตรวจสอบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	3) การพัฒนาระบบและช่องทางข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่มีความถูกต้องรวดเร็ว เท่าทันสถานการณ์	3) การสร้างไลน์กลุ่ม (LINE group) เพื่อสื่อสารการประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย และการติดตั้งป้ายประชาสัมพันธ์
3) การพัฒนาระบบการส่งเสริมการเรียนรู้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน	4) การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน	4) การจัดตั้งสถานีสุขภาพชุมชน
4) การพัฒนาวิถีทางด้านสุขศึกษา	5) การสื่อสารและเพิ่มพูนความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	5) การจัดตั้งทีมแกนนำชุมชนออกสื่อสารสุขภาพและให้ความรู้รายครัวเรือน





2. ผลการปฏิบัติการ (Action) จากการทำตามแผนปฏิบัติการ (ใช้ระยะเวลา 2 เดือน) โดยมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การอบรมพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน อสม. และแกนนำครัวเรือน กลุ่มเป้าหมายคือ ตัวแทนจากผู้นำชุมชน เทศบาล โรงเรียน วัด อสม. และครัวเรือน 160 คน เนื้อหาสาระแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรค COVID-19 และ (2) การบริหารและการขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพในชุมชน บทบาทหน้าที่ คือ เป็นกลไกในการขับเคลื่อนและแกนนำในการจัดกิจกรรมที่ 2 - 5 ส่งการปฏิบัติในชุมชน

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมมอบรางวัลชุมชนป้องกันโรค COVID-10 ดีเด่น เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการให้สำเร็จ โดยการกำหนดคณะกรรมการและหลักเกณฑ์การให้คะแนน รวมถึงกิจกรรมมอบรางวัลเชิดชูเกียรติในที่ประชุมผู้บริหารท้องถิ่น ดำเนินการใน 12 ชุมชนที่ศึกษา ได้แก่ ชุมชนหนองหลอด เมืองเก่า โนนสาทร โนนสมอ หนองสังข์ หินตั้ง-โพรงงาม หนองปลาเฒ่า หนองบ่อ กุดแคน หัวถนน ชี้เหล็กน้อย-ปรางค์กู่ สนามบิน และชี้เหล็กน้อย-มิตรภาพ

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาระบบและช่องทางการสื่อสาร ด้วยกำหนดบทบาทผู้รับผู้ชอบ ได้แก่ (1) ผู้นำชุมชนและประธาน อสม. ชุมชน จัดสร้างไลน์กลุ่ม (LINE group) อสม. สื่อสารประชาสัมพันธ์ครัวเรือนที่รับผิดชอบ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเข้าร่วมกลุ่มไลน์เพื่อสื่อสารและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสุขภาพในชุมชน (2) ผู้นำชุมชน อสม. ทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เช้า (เวลา 06.00 น.) และเย็น (เวลา 18.00 น.) (3) ติดตั้งป้ายประชาสัมพันธ์ในชุมชนตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น ทางร่วมทางแยก ศาลากลางชุมชน

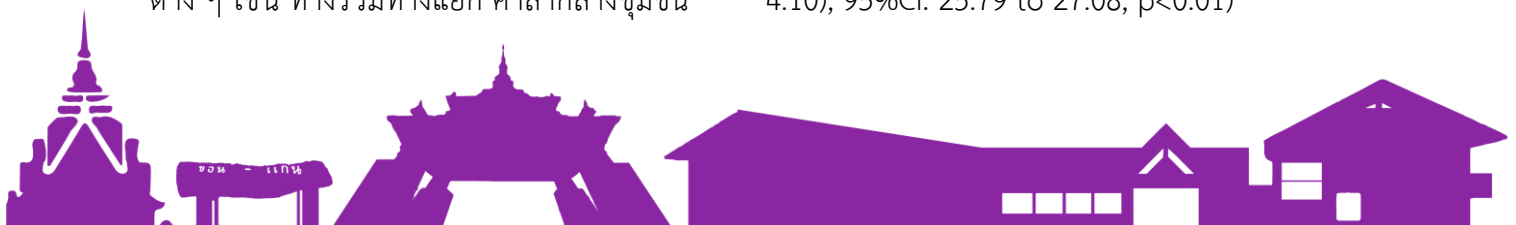
เป็นต้น และ (4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสนับสนุนเนื้อหาความรู้ และสื่อต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 4 การจัดตั้งสถานีสุขภาพชุมชน ด้วยการมอบหมายตัวแทน อสม. เป็นทีมบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสมาชิกเทศบาล เป็นที่ปรึกษาเพื่อสนับสนุนทรัพยากรปฏิบัติงาน และข้อมูลสุขภาพให้กับชุมชน สถานที่จัดตั้ง คือ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) บ้านประธาน อสม. ที่ทำการชุมชน เป็นต้น

กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ด้วยการจัดตั้งทีมแกนนำชุมชนออกสื่อสารสุขภาพและให้ความรู้รายครัวเรือน โดยการเคาะประตูบ้าน ให้สุขศึกษารายบุคคล ผู้ปฏิบัติงานได้แก่ อสม. แกนนำชุมชน และตัวแทนครัวเรือน แบ่งพื้นที่รับผิดชอบตามหลังคาเรือน อสม.

3. การสังเกตการณ์ (Observation) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยลงพื้นที่นี้เทศตรวจเยี่ยมเสริมสร้างพลังอำนาจ สนับสนุนทรัพยากรและให้คำแนะนำเพื่อแก้ปัญหาอุปสรรคในทุกกิจกรรม ทั้งนี้ กิจกรรมที่ 1 เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกับทุกกิจกรรม ดังนั้นเพื่อเป็นการประเมินความสำเร็จของโครงการผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบการรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ก่อนและหลังการพัฒนา กลุ่มเป้าหมายคือ ตัวแทนจากผู้นำชุมชน เทศบาล โรงเรียน วัด อสม. และครัวเรือน 160 คน เพื่อสะท้อนความสำเร็จของโครงการ โดยมีผลการศึกษาดังนี้

3.1 การรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค COVID-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา 36.75 (SD = 4.04) หลังการพัฒนา 63.19 (SD = 1.37) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 26.43 (SD = 4.10), 95%CI: 25.79 to 27.08, p<0.01)



3.2 พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา 19.93 (SD = 7.02) หลังการพัฒนา 47.75 (SD = 1.48) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 27.83 (SD = 7.14), 95%CI: 26.71 to 28.93, p<0.01)

3.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรค COVID-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา 43.34 (SD = 7.50) หลังการพัฒนา 76.91 (S.D. = 2.39) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 33.56 (SD = 7.90), 95%CI: 32.32 to 34.80, p<0.01) รายละเอียดตามตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบการรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 160)

ตัวแปร	Mean (SD)	Mean diff (SD)	95%CI	p-value
<b>การรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค COVID-19</b>				
ก่อนพัฒนา	36.75 (4.04)	26.43 (4.10)	25.79 to 27.08	<0.01
หลังพัฒนา	63.19 (1.37)			
<b>พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19</b>				
ก่อนพัฒนา	19.93 (7.02)	27.83 (7.14)	26.71 to 28.93	<0.01
หลังพัฒนา	47.75 (1.48)			
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรค COVID-19</b>				
ก่อนพัฒนา	43.34 (7.50)	33.56 (7.90)	32.32 to 34.80	<0.01
หลังพัฒนา	76.91 (2.39)			

4. การสะท้อนผล (Reflection) ผู้วิจัยได้สะท้อนและสรุปผลการศึกษาด้วยการสนทนา กลุ่มตัวแทนจากผู้นำชุมชน เทศบาล โรงเรียน วัด อสม. และตัวแทนครัวเรือน เพื่อรับฟังความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานและชุดกิจกรรม พบว่า ชุมชนต้องการให้หน่วยงานรัฐเข้ามาสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้มากขึ้น ในด้านการพัฒนาช่องทาง (Platform) การเข้าถึงข้อมูลด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น ระบบปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ แอปพลิเคชัน (Application) โซเชียลมีเดีย (Social media) เป็นต้น เนื่องจากมีความสะดวก รวดเร็ว และน่าเชื่อถือ ชุมชนเห็นประโยชน์จากการศึกษาคั้งนี้ ต้องการให้มีการต่อยอด ขยายผลไปในทุกชุมชน และดำเนินการให้ต่อเนื่องและยั่งยืน (ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์)

#### อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์การศึกษาที่กำหนดไว้ โดยมีประเด็นการอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ดำเนินการด้วยกระบวนการวิจัยแบบผสมผสานวิธี ทั้งการศึกษาศานการณและปัจจัยที่ส่งต่อประเด็นที่ต้องการพัฒนา ภายใต้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในบริบทของพื้นที่ศึกษาจริง ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนแก้ไข ปัญหา (Solution) ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (บัณฑิต เกียรติจตุรงค์, 2564) ในการศึกษาเชิงปฏิบัติการ ที่มีการออกแบบอย่างเป็นระบบตามขั้นตอน PAOR โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

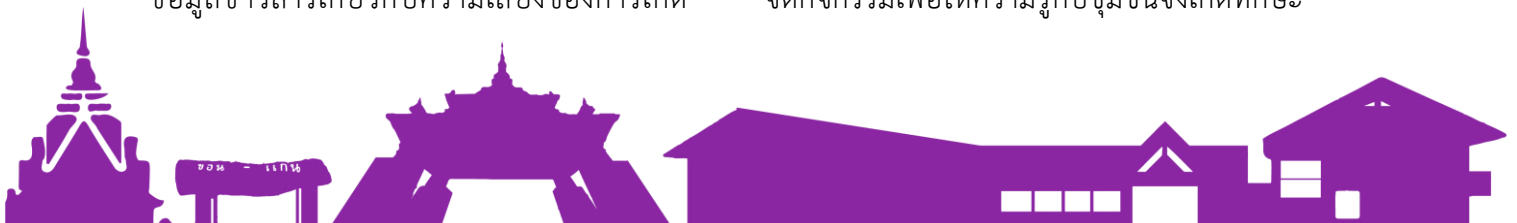


ตั้งแต่วิเคราะห์สถานการณ์ (Gaps) วางแผน ออกแบบชุดกิจกรรม ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ประเมินผลการดำเนินงาน และถอดบทเรียน เนื่องจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จะทำให้ชุมชนตระหนักและรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา นำไปสู่การตั้งศักยภาพและทรัพยากรของชุมชน ออกมาบูรณาการทำงานร่วมกัน เพื่อขับเคลื่อน กิจกรรมการต่าง ๆ อยู่รู้คุณค่าและให้ความร่วมมือ (เกษมสุข กันชัยภูมิ, 2565) และจากการวิเคราะห์สภาพการณ์ของชุมชนทำให้ได้ชุดกิจกรรมที่ สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของชุมชน (จรงค์ สุวรรณรัตน์ และธณกร ปัญญาไสโสภณ, 2565) ซึ่งกระบวนการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า ที่บ่งชี้องค์ประกอบของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสู่ความสำเร็จ 3 องค์ประกอบ คือ การวางแผนอย่างเป็นระบบ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการเชื่อมโยงความร่วมมือขององค์กรต่าง ๆ (รัชณี เต็มอุดม และคณะ, 2564; วิไล มีทองขาว และคณะ, 2565; ประเมษฐ์ กิ่งไก่อ, 2566)

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ เมื่อพิจารณาปัจจัยทางประชากรศาสตร์ อธิบายได้ว่าบุคคลที่มีอายุและระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะสามารถแสวงหาและพิจารณาเลือกรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพได้ดีมากขึ้น การมีรายได้ที่สูงขึ้นจากทำให้มีศักยภาพในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้มากขึ้น และบุคคลที่มีสถานภาพสมรสแบบคู่ จะได้รับอิทธิพลทางความคิดและการดูแลเอาใจใส่จากคู่ผ่านการส่งผ่านข้อมูลทางด้านสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า (วิไลวรรณ ปัตตา และคณะ, 2565) และปัจจัยด้านการรับรู้ทางด้านสุขภาพ อธิบายได้ว่า โรค COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในช่องทางต่าง ๆ เมื่อบุคคลรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิด

ผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน พฤติกรรมที่จะทำให้เกิดการลดความเสี่ยง รวมถึงการลดความรุนแรงของโรค บุคคลจะมีพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยง ป้องกันจากการเป็นโรค (สุภาภรณ์ วงธิ, 2564) โดยในการศึกษารั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวจะเป็นข้อมูลที่บ่งชี้ถึงช่องว่างการพัฒนา ซึ่งมีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และเพื่อนำเข้าประกอบการพิจารณาออกแบบแนวทางการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ประกอบกับเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถอ้างอิงในบริบทของชุมชนอื่น ๆ เพื่อออกแบบการแก้ปัญหาต่อไป

3. ผลของการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 รูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การอบรมพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน อสม. และแกนนำครัวเรือน (2) กิจกรรมมอบรางวัลชุมชนป้องกันโรค COVID-10 ดีเด่น (3) การพัฒนาระบบและช่องทางการสื่อสาร (4) การจัดตั้งสถานีสภาพชุมชน และ (5) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชน (ณัฐสุดาคติ ขอบ และคณะ, 2566) และพบว่าหลังกระบวนการพัฒนา กลุ่มเป้าหมายซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากผู้นำชุมชน ครัวเรือน อสม. โรงเรียน วัด สมาชิกสภาเทศบาล รวม 160 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีส่วนได้เสียในชุมชน และได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพ รวมถึงมีบทบาทในการขับเคลื่อนชุดกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค COVID-19 พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรค COVID-19 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึง (Access skill) ข้อมูลและองค์ความรู้จากการอบรมและการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตลอดการดำเนินงาน ทำให้เกิดความรู้และความเข้าใจ (Cognitive skill) ประกอบกับ ต้องจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้กับชุมชนจึงเกิดทักษะ



ในการสื่อสารทางด้านสุขภาพ (Communication skill) และเมื่อดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องหลายครั้งทำให้เกิดความชำนาญและสามารถใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจ (Decision skill) ต่อชุดข้อมูลและรู้เท่าทัน (Media literacy skill) แหล่งของข้อมูลที่น่าเชื่อถือ จนส่งผลให้เกิดการวางแผนจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ (Self-management skill) สอดคล้องกับแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ซึ่งนิยามว่าเป็นทักษะทางปัญญาและสังคม ที่ชี้ นำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการจัดการสุขภาพตนเอง ทั้งยังมีการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ผ่านกิจกรรมรางวัลชุมชนดีเด่น จึงทำให้เกิดการพลังในการแข่งขันเป็นการกระตุ้นและชี้แนะทางด้านสุขภาพซึ่งกันและกันภายในชุมชน (หทัยกาญจน์ ยางศรี, 2564) ชุดกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นจึงหลอมรวมกันเป็นพลังในการส่งเสริมให้บุคคลเกิดการรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อประกอบการออกแบบแนวทางการแก้ปัญหาและการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค COVID-19 ในบริบทของชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

1.2 ควรมีการนำประเด็นการพัฒนาทั้ง 4 ประเด็น ประกอบด้วยการพัฒนาองค์ความรู้และการเข้าถึงข้อมูล การพัฒนากลไกการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การเสริมสร้างการเรียนรู้โดยมีส่วนร่วมของชุมชน และกลวิธีทางด้านสุขศึกษา ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และการออกแบบ

ชุดกิจกรรมเพื่อเติมเต็มช่องว่างในประเด็นปัญหาสาธารณสุขอื่น ๆ ต่อไป

1.3 ในการพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ควรมีการเชื่อมโยงองค์ความรู้ การมีส่วนร่วม และทรัพยากรขององค์กรต่าง ๆ ในชุมชน เข้ามาผสมผสานเพื่อสร้างความตระหนักรู้ ความเป็นเจ้าของ และความรับผิดชอบร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนในการดำเนินงาน

1.4 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทางด้านสุขศึกษา ควรใช้วิธีการสื่อสารแบบสองทาง การสอนกลับ (Teach back) และ การใช้คำศัพท์ที่ง่ายต่อความเข้าใจและสอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของชุมชนเป้าหมาย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามในระยะยาวถึงการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพ และการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 รวมถึงความยั่งยืนของชุดกิจกรรมที่พัฒนาขึ้น

2.2 ควรมีการวิจัยและพัฒนาคู่มือและหรือแนวทางปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิในบริบทชุมชนเมือง เพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19

2.3 ควรมีการสร้างและพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพผ่านระบบปฏิบัติการบนโทรศัพท์และหรือแอปพลิเคชัน (Application) ที่สะดวกต่อการรับรู้รวดเร็ว และถูกต้อง

### เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2565). *สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ภายในประเทศ*. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/covid19-daily-dashboard/?dashboard=province> (10 กุมภาพันธ์ 2566)



- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานผลการเฝ้าระวังสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนครั้งที่ 1. (ม.ป.ป). นนทบุรี: กองสุกศึกษา.
- กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 7-14 ปี) กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561. (ม.ป.ป). นนทบุรี: กองสุกศึกษา.
- เกษมสุข กันชัยภูมิ. (2565). การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 7(3), 66-75.
- จงรัก สุวรรณรัตน์ และธณกร ปัญญาโสโสภณ. (2565). การพัฒนารูปแบบระบบความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *Journal of Nursing and Health Care*, 40(2), 95-104.
- เชษฐา งามจรัส. (2564). การคำนวณตัวอย่างสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ณัฐสุดา คติชอบ และคณะ. (2566). การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยทำงานเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: บทบาทพยาบาลสุขภาพชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 46(1), 7-20.
- ธีระ วรรณรัตน์, ภัทธวิทย์ วรรณรัตน์ และอารียา จิรณานุกวัฒน์. (2565). การบริหารจัดการภาวะวิกฤตในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ระลอกแรก. *วารสารวิจัยระบบสุขภาพ*, 16(3), 370-389.
- บัณฑิต เกียรติจตุรงค์. (2564). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 3(2), 193-206.
- ปรเมษฐ์ กิ่งไก่อ. (2566). การพัฒนารูปแบบระบบการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน การระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดอุดรธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 30(1), 1-13.
- รัชณี เต็มอุดม และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดนครพนม. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 28(1), 1-13.
- วลัยพร พัทธนฤมล, วริศา พานิชเกรียงไกร, และอังคณา เลชะกุล. (2563). การพัฒนากอบยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย. *มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ*. เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5275/hs2614.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (10 กุมภาพันธ์ 2566)



- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วลัยพร พัทธนภมร, วุฒิพันธ์ วงษ์มิ่งคล และวันวิสาห์ แก้วชั้นแข็ง. (2563). *การสังเคราะห์มาตรการและนโยบายของรัฐบาลเพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 จากผลการประเมินการปฏิบัติตนของประชาชนไทยต่อมาตรการต่าง ๆ. มุขนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ*. เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5273/hs2608.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (10 กุมภาพันธ์ 2566)
- วิไลวรรณ ปัตถา, ชนัญญา จิรพรกุล และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2022). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของครูชั้นประถมศึกษา อำเภอมือง จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(3), 37-47.
- วิไล มีทองขาว, อติศร วงศ์คงเดช และสันติสิทธิ์ เขียวเงิน. (2022). การจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลโคกขำระ อำเภอกู่ศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 29(2), 37-47.
- สุภาภรณ์ วงธิ. (2564). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย*. (ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). คณะสาธารณสุขศาสตร์: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- หทัยกาญจน์ ยางศรี, ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสุรีย์ จันทรมโกลี. (2021). การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชนเพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิ ไบไม้ตับ ในจังหวัดบึงกาฬ. *วารสารควบคุมโรค*, 47(1), 848-858.
- Abel, T., & McQueen, D. (2020). Critical health literacy and the COVID-19 crisis. *Health Promotion International*, daaa040. doi.org/10.1093/heapro/daaa040
- Bloom BS. (1968). *Mastery learning*. UCLA – CSEIP evaluation comment. Losangeles: University of California at Los Angeles.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 912–920. doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Chen, X., Ran, L., Liu, Q., Hu, Q., Du, X., & Tan, X. (2020). Hand Hygiene, Mask-Wearing Behaviors and Its Associated Factors during the COVID-19 Epidemic: A Cross-Sectional Study among Primary School Students in Wuhan, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2893. doi.org/10.3390/ijerph17082893



- Chu, D. K., Akl, E. A., Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S., & Schünemann, H. J. (2020). Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 395(10242), 1973–1987. doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9
- Ebrahim, S. H., Ahmed, Q. A., Gozzer, E., Schlagenhaut, P., & Memish, Z. A. (2020). Covid-19 and community mitigation strategies in a pandemic. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 368, m1066. doi.org/10.1136/bmj.m1066
- Fung, I. C., & Cairncross, S. (2006). Effectiveness of handwashing in preventing SARS: A review. *Tropical Medicine & International Health*, 11(11), 1749–1758. doi.org/10.1111/j.1365-3156.2006.01734.x
- Hung, S.-C., Yang, S.-C., & Luo, Y.-F. (2021). New Media Literacy, Health Status, Anxiety, and Preventative Behaviors Related to COVID-19: A Cross-Sectional Study in Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11247. doi.org/10.3390/ijerph182111247
- Munnoli, P. M., Nabapure, S., & Yeshavanth, G. (2022). Post-COVID-19 precautions based on lessons learned from past pandemics: A review. *Journal of Public Health*, 30(4), 973–981. doi.org/10.1007/s10389-020-01371-3
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. doi.org/10.1093/heapro/15.3.259
- Rudd, R., & Baur, C. (2020). Health literacy and early insights during a pandemic. *Journal of Communication in Healthcare*, 13(1), 13–16. doi.org/10.1080/17538068.2020.1760622
- Spring, H. (2020). Health literacy and COVID-19. *Health Information and Libraries Journal*, 37(3), 171–172. doi.org/10.1111/hir.12322
- WHO. (2021). *COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan (SPRP 2021)*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-WHE-2021.02>
- Wilder-Smith, A., Chiew, C. J., & Lee, V. J. (2020). Can we contain the COVID-19 outbreak with the same measures as for SARS? *The Lancet. Infectious Diseases*, 20(5), e102–e107. doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30129-8
- World Health Organization. (2022). *Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int>

