

Primary Health Care Journal

(Northeastern Edition)

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

ISSN 2774 – 0250 : PRINT

ISSN 2774 – 017X : ONLINE



Vol.39 No.1 (January – April 2024)

ปีที่ 39 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2567)



วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ตีพิมพ์เผยแพร่บทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง กำหนดจัดพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ บทความทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่านขึ้นไป วารสารนี้ผ่านการประเมินคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index : TCI) โดยจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์
ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐสุวรรณ
นายแพทย์สามารถ ธีระศักดิ์
นายคงจักร์ บุญทัน

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บรรณาธิการ

นายฐณะวัฒน์ ภูมิเจริญวัฒน์

รองผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายกฤษณชัย กิมชัย
นายภูรินทร์ สีกุด

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. วงศา เล้าหศิริวงศ์
รองศาสตราจารย์ ดร. พรธณี บัญชรหัตถถกิจ
รองศาสตราจารย์ ดร. ธนิดา ผาติเสนะ
รองศาสตราจารย์ ดร. อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง
รองศาสตราจารย์ ดร. สุมัทธา กลางคาร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติสร วงศ์คงเดช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธวัชชัย เอกสันติ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นาฏนภา ทิพย์แก้ว ปัตตาสวรรณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภัสรา ศิริกาญจน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปวีณา ลิ้มปิทีปการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนกร ปัญญาใสโสภณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปธานิน แสงอรุณ
ดร. นายแพทย์ชาติรี เจริญชีวะกุล
ดร. ทันตแพทย์หญิงศรียุทธิพิศ ชาลีเครือ
ดร. ดุษฎี สุทโธ

มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ศูนย์บริการสาธารณสุข 6 นครราชสีมา
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

กองบรรณาธิการ (ต่อ)

ดร. เฉลิมพร นามโยธา	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร. ชุภาศิริ อภินันท์เคชา	วิทยาลัยนครราชสีมา
ดร. ชาลิณี มานะยิ่ง	วิทยาลัยนครราชสีมา
ดร. พรทิพย์ แก้วซิม	วิทยาลัยนครราชสีมา
ดร. สุทิน ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางวริษฐา ทรัพย์ธรรณี	นักจัดการงานทั่วไป ระดับชำนาญการ
นางสาวสิริยาภรณ์ บุญลาด	นักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ
นางสาวจุฑารัตน์ ปาปะสา	นักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ
นางพรพนม ปราชัยภูมิ	เจ้าพนักงานพัสดุ ระดับชำนาญงาน
นางสาวอภิญญา วงษ์คณานุรักษ์	เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี
นายวีรยุทธ กิจสกุล	เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านวิเคราะห์นโยบายและแผนงาน
นางสาวทักษพร ทองอร่าม	เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านธุรการ

รูปเล่มและงานศิลป์

นายธีรวัฒน์ หมั่นแก้วคราม	เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
---------------------------	--

เจ้าของวารสาร

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น
ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 89 หมู่ที่ 4 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทร 043 224605 โทรสาร 043 221679



Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) Objectives are to publish articles on Health Sciences. Medicine and public health and related content. Scheduled to publish 2 issues per year. Every article has been checked for accuracy according to academic principles, by at least 3 Issues evaluators. Dieses Journal has passed the quality evaluation from the Thai-Journal Citation Index: TCI, Tier 2.

Advisory Board

Sura Visetsuke, M.D.

Arkorn Praditsuwan, Dentist

Samart Thirasak, M.D.

Kongchuk Boontun

Director General, Department of Health Service Support

Deputy Director-General, Department of Health Service Support

Deputy Director-General, Department of Health Service Support

Director, Northeastern Regional Center

for Health Service Support

Editor-in-Chief

Thanawat Phumcharoenwat

Deputy Director, Northeastern Regional Center

for Primary Health Care Development

Assistant Editors

Krissanachai Kimchai

Northeastern Regional Center

for Primary Health Care Development

Poonarin Seekud

Northeastern Regional Center

for Primary Health Care Development

Editorial Board Members

Prof. Wongsu Laohasiriwong, Ph.D.

Khon Kaen University

Assoc. Prof. Pannee Banchonhattakit, Dr.PH.

Valaya Alongkorn Rajabhat University

under the Royal Patronage

Assoc. Prof. Tanida Phatisena, Ph.D.

Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Assoc. Prof. Atthawit Singasalasang, Ph.D.

Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Assoc. Prof. Sumattana Glangkarn, Ph.D.

Maharakham University

Asst. Prof. Adisorn Wongkongdet, Ph.D.

Maharakham University

Asst. Prof. Thawatchai Aeksanti, Ph.D.

Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Asst. Prof. Natnapa Heebkaew Padchasuwan, Ph.D.

Khon Kaen University

Asst. Prof. Prapassara Sirikarn, Ph.D.

Khon Kaen University

Asst. Prof. Pawena Limpiteeprakan, Ph.D.

Ubon Ratchathani University

Asst. Prof. Thanakorn Panyasaisophon, Ph.D.

Phranakhon Rajabhat University

Editorial Board Members [Continued]

Asst. Prof. Pathanin Sangaroon, Ph.D.
Chatri Charoenjiwakul, M.D., Ph.D.
Sarintip Charleekrua, Dentist, Ph.D.
Dutsadee Suttho, Ph.D.
Chaloemporn Namyota, Ph.D.
Chupasiri Apinundech, Ph.D.
Chaline Manaying, Ph.D.
Porntip Kaewchin, Ph.D.
Sutin Chanabun, Ph.D.

Sukhothai Thammathirat Open University
Public Health Service Center 6 Nakhon Ratchasima
Regional Health Promotion Center 7 Khonkaen
Thammasat University
Mahasarakham University
Nakhon Ratchasima College
Nakhon Ratchasima College
Nakhon Ratchasima College
Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen

Journal Management Department

Varisthar Subtoranee
Siriyaorn Bunlad
Jutarat Papasa
Pornpanom Prachaiyapum
Apinya Wongkananuruk
Weerayut Kitsakul
Teerawat Muenkaewkhrem
Tuksaporn Tongaram

General Administration Officer, Professional Level
Public Health Technical Officer, Practitioner Level
Public Health Technical Officer, Practitioner Level
Supply Officer, Experienced Level
Finance and Accounting Officer
Plan and Policy Analyst
Artwork
General Service Operation

Copyright

Northeastern Regional Center for Primary Health Care Development,
Northeastern Regional Center for Health Service Support,
Department of Health Service Support
89 Moo 4 Anamai Road, Nai Mueang Sub-district, Mueang District, Khon Kaen Province 40000 Tel
043 224605 Fax 043 221679

บทบรรณาธิการ

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นหน่วยงานส่วนภูมิภาค สังกัด กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ และระบบสุขภาพภาคประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงมุ่งเน้นการพัฒนางานด้านสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพการแพทย์ปฐมภูมิ โดยสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในฐานะหมอคนที่ 1 ให้เป็นสมารถ อสม. ร่วมกับการนำพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มาส่งเสริมการทำงานของหมอคนที่ 2 และ 3 เพื่อการพัฒนางานด้านสาธารณสุขมูลฐานของประเทศสร้างสุขภาพดีให้ประชาชนไทยอย่างยั่งยืน

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ฉบับนี้เป็นปีที่ 39 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 เปิดรับตีพิมพ์เผยแพร่บทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และสาขาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัยจำนวน 6 เรื่อง โดยมีความหลากหลายของเนื้อหาสาระทางวิชาการ

คณะกองบรรณาธิการวารสารฯ ได้รับบทความที่มีคุณค่าจากนักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และคณาจารย์จากสถาบันการศึกษา ซึ่งล้วนแต่มีความน่าสนใจและมีความหลากหลายของเนื้อหาสาระทางวิชาการ สามารถนำไปเป็นแหล่งอ้างอิงตามหลักวิชาการ หรือนำไปประยุกต์ วางแผนในการดำเนินงานได้ คณะกองบรรณาธิการวารสารฯ ขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ซึ่งเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีผู้เชี่ยวชาญทรงคุณวุฒิ (Peer review journal) พิจารณา กลั่นกรอง ตรวจสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการ และได้รับการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 พ.ศ. 2565-2567 โดยท่านสามารถส่งต้นฉบับตามหลักเกณฑ์และคำแนะนำที่อยู่ท้ายเล่มนี้ หรือได้ที่เว็บไซต์ <https://thaidj.org/index.php/pjne> เพื่อเป็นการเผยแพร่องค์ความรู้สู่ชุมชน อันเป็นประโยชน์ให้กับผู้อ่านและผู้สนใจสืบไป

นายฐณะวัฒน์ ภูมิเจริญวัฒน์
บรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

บทความวิจัย

- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของพระภิกษุสงฆ์
ในอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ
นิตา ปัญญา, วุฒิฉาน ห้วยทราย, อธิภรณ์ อุ่นแก้ว, วชิราภรณ์ มนตรีวงศ์ 1-11
- ประสิทธิภาพโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับนักเรียนกลุ่มเสี่ยงหน้าใหม่ต่อพฤติกรรม
ป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอปักธงชัย
จังหวัดนครราชสีมา 12-23
ศิริวรรณ พิมพ์จันทร์, สาโรจน์ เพชรหมณี, ธนกร ปัญญาไสโสภณ
- คุณภาพชีวิตและความสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา
สงกรานต์ สมนาม, ธนกร ปัญญาไสโสภณ, พิศพลลัมภ์ อารังค์วรกุล..... 24-36
- ผลของโปรแกรมชุดกิจกรรม “ข้าวหลาม สร้างพลังใจ” เพื่อพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
พันธะกานต์ ยืนยง, ญาณันธร กราบทิพย์, กนกกร จงประสิทธิ์, กนกกรดา แก้วอ่อน, ณิกานต์ ส่งแจ้ง,
ธมนวรรณ นาลัย, ปาริฉัตร ทองนาท, สุพรรณษา ศรีโมรา, ปรีชา สุวรรณทอง 37-46
- ความรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะผู้นำ
การเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพะเยา
วิไลพร นามศรี, อีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน 47-61
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
จุน หน่อแก้ว, อธิรุท อุดมพร, ศิระวัตร ศิลา, มะลิ โพธิพิมพ์, วิทชัย เพชรเลียบ, วรรัตน์ สัจจะลี 62-74

Table of contents

	Page
Research Article	
➤ THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND HEALTH BEHAVIOR 3E 2S OF MONKS AMONG KHUN HAN DISTRICT, SISAKET PROVINCE <i>Nisa Panya, Wuttichan Huaisai, Thiraporn Unkaew, Wachirapon Montreewong</i>	1-11
➤ THE EFFECTIVENESS OF HEALTH LITERACY PROGRAM FOR NEW RISK STUDENT GROUP TO PREVENTIVE ALCOHOL DRINKING BEHAVIORS IN OPPORTUNITY EXPANSION SCHOOL PAK THONG CHAI DISTRICT NAKHON RATCHASIMA PROVINCE <i>Siriwan Pimjan, Sarodh Pechmanee, Thanakorn Panyasaisophon</i>	12-23
➤ QUALITY OF LIFE AND HAPPINESS OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS, PHU SANG DISTRICT, PHAYAO PROVINCE <i>Songkran Somnam, Thanakorn Panyasaisophon, Phitsaran Thamrongworakun</i>	24-36
➤ THE EFFECT OF THE “KHAO LAM STRENGTHENS THE MIND” ACTIVITY PROGRAM ON ENHANCING THE POSITIVE PSYCHOLOGY CAPITAL OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN SAENSUK SUBDISTRICT, MUEANG DISTRICT, CHONBURI PROVINCE <i>Phanthakan Yuenyong, Yananthorn Krabthip, Kanogkorn Jongprasit, Kanokrada Kaewon, Nichakarn Songjaeng, Thamonwan Nalai, Parichat Thongnart, Suphansa Srimora, Preecha Suvannathong</i>	37-46
➤ HEALTH LITERACY, PARTICIPATION IN THE PREVENTION OF CORONAVIRUS DISEASE 2019 AND TRANSFORMATIONS LEADERSHIP OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN PHAYAO PROVINCE <i>Wilaiporn Namsri, Theerapat Wongkumsin</i>	47-61
➤ FACTORS ASSOCIATED WITH PREVENTIVE BEHAVIORS FOR UNPLANNED PREGNANCY AND SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS IN MUANG DISTRICT, NAKHON RATCHASIMA PROVINCE <i>Jun Norkaew, Teerayuth Udomporn, Sirawat Sila, Mali Photipim, Witchaya Petliap, Wararat Sangwalee</i>	62-74

Original Article

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND HEALTH BEHAVIOR 3E 2S OF MONKS AMONG KHUN HAN DISTRICT, SISAKET PROVINCE

Nisa Panya¹, Wuttichan Huaisai^{2,*}, Thiraporn Unkaew³, Wachirapon Montreewong⁴

Received: July 06, 2023

^{1, 3-4} Khun Han Hospital, Sisaket 33140, Thailand

Received: Marck 04, 2024

² Sirindhorn college of public health Ubon Ratchathani, Ubon Ratchathani 31490, Thailand

Accepted: Marck 11, 2024

Corresponding author; E-mail: wuttichan@scphub.ac.th*

Citation: Panya N., Unkaew T., Montreewong R. (2023). The Relationship Between Health Literacy and Health Behavior 3E 2S of Monks Among Khun Han District, Sisaket Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 39(1), 1-11.



Copyright (c) 2024 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

This cross-sectional research aims to investigate the relationship between health literacy and health behaviors 3E 2S among monks in Khun Han District, Si Sa Ket Province. The sample group consisted of 148 monks selected through simple random sampling from April to June 2023. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentages, means, standard deviations, maximum, and minimum values. Additionally, the relationship between health literacy and health behaviors was analyzed using the Chi-square test. The research findings revealed that the majority of the sample group were temple monks (75.0%), with a mean age of 48.8 years (SD = 17.27) and an average monastic experience of 7.8 years (SD = 9.21). Most had completed primary education (24.3%) without studying Dhamma or Pali (41.2%) and had no chronic illnesses (81.1%). Regarding health knowledge, the majority had adequate levels (61.5%), while most health behaviors (3E 2S) were at an unsatisfactory level (83.1%). The relationship between health literacy and health behaviors (3E 2S) was statistically significant at the .05 level. Therefore, there should be activities implemented to enhance health knowledge among monks to facilitate appropriate health behavior modifications in the future.

Keywords: The monk; Health literacy; Health behavior 3E 2S

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของพระภิกษุสงฆ์ ในอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

รับบทความ: 06 กรกฎาคม 2566

แก้ไขล่าสุด: 04 มีนาคม 2567

ตอบรับตีพิมพ์: 11 มีนาคม 2567

นิสา ปัญญา¹, วุฒิमान ห้วยทราย^{2*}, จิราภรณ์ อุ่นแก้ว³, วชิราภรณ์ มนต์วีรวงศ์⁴

^{1, 3-4} โรงพยาบาลขุนหาญ, ศรีสะเกษ 33140, ประเทศไทย

² วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี, อุบลราชธานี 34190, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: E-mail: wuttichan@scphub.ac.th*

อ้างอิง: นิสา ปัญญา, วุฒิमान ห้วยทราย, จิราภรณ์ อุ่นแก้ว, วชิราภรณ์ มนต์วีรวงศ์. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของพระภิกษุสงฆ์ในอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 39(1), 1-11.



ลิขสิทธิ์ (c) 2024 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของพระสงฆ์ในอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ จำนวน 148 รูป เก็บข้อมูลโดยการสุ่มอย่างง่าย ระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพระลูกวัด ร้อยละ 75.0 อายุเฉลี่ย 48.8 ปี (SD = 17.27) อายุพรรษาเฉลี่ย 7.8 พรรษา (SD = 9.21) ระดับการศึกษาแผนกสามัญสูงสุดประถมศึกษา ร้อยละ 24.3 ส่วนใหญ่ไม่ได้ศึกษาแผนกธรรมหรือบาลี ร้อยละ 41.2 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 81.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 61.5 และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 83.1 และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่พระสงฆ์ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: พระสงฆ์; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส.

บทนำ

พระสงฆ์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญและมีความสัมพันธ์อย่างแนบแน่นต่อชุมชนและสังคมไทย พระสงฆ์ให้ความรู้และแนวทางปฏิบัติอันเป็นประโยชน์แก่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ประชาชนในชุมชน ส่งเสริมให้ใช้หลักพุทธธรรมในการดำเนินชีวิตเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Thirabhatto, 2022) ร้อยละ 80 ของคนไทยนับถือศาสนาพุทธ มีความใกล้ชิดกับวัดและพระสงฆ์เป็นอย่างมาก วิถีชีวิตคนไทยผูกพันกับพุทธศาสนามาช้านาน พระสงฆ์ได้รับการยอมรับว่าเป็นศูนย์รวมของความเชื่อถือศรัทธาว่าจะช่วยให้เกิดความสงบทางจิตใจ ในบทบาทของพระสงฆ์ไม่เพียงแต่จะช่วยเหลือ ผู้เดือดร้อนด้านปัจจัยหรือวัตถุต่าง ๆ เท่านั้น แต่ยังช่วยดูแลผู้มีปัญหาทางจิตใจอีกด้วย (Phrakusirisothonkanarak, 2022) ดังนั้นหากพระสงฆ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแล้วจะเป็นแบบอย่างและถ่ายทอดให้กับคนที่เข้าวัดฟังธรรมได้

พระสงฆ์ในพระพุทธศาสนาเป็นผู้ออกจากเรือนไม่เกี่ยวข้องกับฆราวาสแล้ว จึงจำเป็นที่จะต้องดูแลตนเองและดูแลพระสงฆ์ด้วยกันตามหลักพระธรรมวินัย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคไขมัน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือด เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุมาจากการรับประทานอาหารตามที่ญาติโยมนำมาถวายและการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ ซึ่งญาติโยมยังขาดความรู้ความเข้าใจในการถวายอาหารพระสงฆ์ และความตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ เพราะพระสงฆ์ไม่สามารถเตรียมและเลือกอาหารเองได้ อาหารที่ญาติโยมนิยมนำมาถวายมักเป็นอาหารที่มีรสหวาน รสมัน รสเค็ม และน้ำปानะที่มีรสหวาน รวมถึงการขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอของพระสงฆ์เอง เนื่องจากอาจจะไม่เหมาะสมกับทางสมณเพศ เป็นเหตุให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บ และยังขาดการมีส่วนร่วมขององค์กรภาครัฐ ในการวางแผนงานด้านการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์อย่างจริงจัง (Phanthali, 2021) จากที่ผ่านมามหาเถรสมาคมได้มีการประกาศใช้ธรรมนูญ

สุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560 ตามมติ ครั้งที่ 7/2560 เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2560 เรื่อง การดำเนินงานพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพที่กำหนดให้ดำเนินการวัดส่งเสริมสุขภาพและธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ เพื่อเป็นกรอบและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ทั่วประเทศ เพื่อส่งเสริมให้พระสงฆ์ได้ดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย โดยมีแนวปฏิบัติการอุปฐากพระสงฆ์ตรงตามหลักพระธรรมวินัย และกำหนดให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม (National Health Commission Office, 2017) จากรายงานผลการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ของอำเภอขุนหาญปี พ.ศ. 2562 นำร่องในพื้นที่ตำบลจำนวน 5 วัด พบว่า ผลการคัดกรองสุขภาพจำนวน 48 รูป พบดัชนีมวลกายอยู่ที่ระดับอ้วนถึงอ้วนมากจำนวน 25 รูป คิดเป็นร้อยละ 45.5 พฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงถึง 12 รูป คิดเป็นร้อยละ 21.8 มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานจำนวน 5 รูป คิดเป็นร้อยละ 9.1 จากปัญหาสุขภาพที่พบดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการฉันทาอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ เนื่องจากพระสงฆ์ไม่สามารถเลือกอาหารเองได้ ต้องฉันตามที่ญาติโยมนำมาถวาย ประกอบกับพระภิกษุสงฆ์อยู่ในสถานภาพที่ไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย และมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย จึงทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น (Khun Han Hospital, 2023)

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ถือได้ว่าเป็นอีกหนึ่งกลไกที่มีความสำคัญต่อการสร้างสุขภาพให้เกิดความยั่งยืน อีกทั้งพระสงฆ์จำเป็นที่จะต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้มีกระบวนการจัดการสุขภาพพระสงฆ์อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น เพื่อมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของพระสงฆ์ จากที่ประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งได้ให้ความหมายว่า เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษา

สุขภาพตนเองให้คงที่อยู่เสมอ (World Health Organization, 1998) ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยกองสุขศึกษา จึงได้ริเริ่มสร้างเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง ร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร-วิโรฒ (Intarakamhang, 2017) โดยได้ให้ความหมายความรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า เป็นระดับความสามารถที่ประชาชนใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อต่าง ๆ และได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจุดใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ โดยแบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน และความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Intarakamhang, 2017)

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้แก่บุคคลถือเป็นตัวแปรสำคัญในการเกิดพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพะส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิต (Sookpool et al., 2020) โดยเฉพาะในเรื่องการลดการเจ็บป่วยทางกายและจิตใจ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการยกระดับสุขภาพะทางปัญญาและสังคมซึ่งการมีความรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าระดับพื้นฐานอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ จนส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยได้ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการสุขภาพของพระสงฆ์อันจะนำมาสู่การสร้างความรู้ด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของพระสงฆ์ในอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม 3อ. 2ส. ของพระสงฆ์ในอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของพระสงฆ์ ในเขตอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ตามขอบเขตเนื้อหาความรู้ด้านสุขภาพ 5 ประเด็น ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และ 5) การจัดการสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. โดยประยุกต์จากแนวคิดของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ร่วมกับกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Intarakamhang, 2017) ระยะเวลาทำการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2566 มีวิธีดำเนินการ ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ พระสงฆ์ที่จำพรรษาในเขตอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2566 จำนวน 479 รูป

1.1.1 เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1) เป็นพระสงฆ์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในเขตจังหวัดศรีสะเกษ

2) เป็นพระสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่วัดในเขตอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ไม่น้อยกว่า 1 พรรษา

1.1.2 เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

1) ไม่สมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) ไม่ได้จำวัดอยู่ในเขตอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ในวันที่ลงเก็บข้อมูล

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ จำนวน 148 รูป จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power 3.1 เลือก Statistical test เป็น Correlation: Point biserial model ขนาด Effect size $f^2:0.3$ (Medium effect size) (Cohen, 1977) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ยอมรับได้ จำนวน 134 รูป และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายและเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูลอีกร้อยละ 10 (Lemeshow et al., 1990) ดังนั้นจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 148 รูป จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนจนครบตามจำนวน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จาก Intarakamhang (2017) ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ตำแหน่งหน้าที่ในวัด อายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษา แผนกสามัญ ระดับการศึกษาแผนกธรรม/บาลี โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่

- 1) การเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ
- 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ
- 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ
- 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 17 ข้อ
- 5) การจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 11 ข้อ

รวมจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น จำนวน 47 ข้อ โดยเป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด การแปลผลคะแนนแบ่งระดับความรอบรู้ตามเกณฑ์ของ Bloom (1968) คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 141 คะแนน) ความรอบรู้ไม่เพียงพอ, คะแนน ร้อยละ 60 ถึง 79 (141 ถึง 185 คะแนน) ความรอบรู้เพียงพอ, คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (186 คะแนนขึ้นไป) ความรอบรู้ดีมาก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ประยุกต์จากกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

(Department of Health Service Support, 2017) โดยเป็นแบบสอบถามความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย, 1 - 2 วัน/สัปดาห์, 3 วัน/สัปดาห์, 4 - 5 วัน/สัปดาห์ และ 6 - 7 วัน/สัปดาห์ จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 4 ข้อ และเชิงลบ 2 ข้อ แปลผลพฤติกรรม 3อ. 2ส. ตามเกณฑ์ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (Department of Health Service Support, 2017) ได้แก่ ระดับไม่ดี คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60, ระดับพอใช้ คะแนนร้อยละ 60 - 69, ระดับดี คะแนนร้อยละ 70 - 79, ระดับดีมาก คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

3. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หมายเลขการรับรอง SPPH 2023-055 วันที่รับรอง 28 มีนาคม 2566 ถึง 27 มีนาคม 2567

4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

4.2 สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ในอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 148 รูป พบว่า ส่วนใหญ่เป็นพระลูกวัด ร้อยละ 75.0 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30 - 39 ปี ร้อยละ 22.3 อายุเฉลี่ย 48.77 ปี ($SD = 17.27$) อายุสูงสุด 88 ปี อายุต่ำสุด 14 ปี จำนวนพรรษาส่วนใหญ่ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 58.1 พรรษาเฉลี่ย 7.80 พรรษา ($SD = 9.21$) พรรษาสูงสุด 40 พรรษา ระดับการศึกษาแผนกสามัญสูงสุด

ประถมศึกษา ร้อยละ 24.3 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา
ร้อยละ 18.9 การศึกษาแผนกธรรมบาลีส่วนใหญ่ ไม่ได้
ศึกษา ร้อยละ 41.2 รองลงมาระดับการศึกษานักธรรมตรี

ร้อยละ 24.3 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ
81.1 (Table 1)

Table 1: General Information Showing Counts and Percentages of the Sample Group's Characteristics

General Information	Number (n=148)	Percentage (%)
Position in the Temple		
Abbot	19	12.8%
Deputy Abbot	18	12.2%
Temple Monks	111	75.0%
Age		
Below 30 years	18	12.2%
30 - 39 years	33	23.3%
40 - 49 years	32	21.6%
50 - 59 years	25	16.9%
60 - 69 years	18	12.2%
70 years and above	22	14.9%
Mean = 48.77, SD = 17.27, Min = 14, Max = 88		
Monastic Experience		
Not more than 5 years	86	58.1%
More than 5 years	62	49.9%
Mean = 7.80, SD = 9.21, Median = 4.00, Min = 0, Max = 40		
Education (Primary)		
No formal education	22	14.9%
Monastic novice course	2	1.4%
Primary Education	36	24.3%
Lower Secondary Education	28	18.9%
Upper Secondary/High School	19	12.8%
Diploma/Associate's Degree	9	6.1%
Bachelor's Degree	25	16.9%
Higher than Bachelor's Degree	7	4.7%
Education (Dhamma/Pali)		
No formal education	61	41.2%
Completed Dhamma/Pali studies	87	58.8%
Chronic Illnesses		
Yes	28	81.1%
No	120	18.9%

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 61.5 รองลงมาอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ

29.0 ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเพียงพอ (Table 2)

Table 2: Number and Percentage of Health Literacy Levels in the Sample Group

Level of Health Literacy	Score Range	Number (n = 148)	Percentage
Insufficient	Less than 60% (Below 141 points)	43	29.0%
Adequate	60% to 79% (141 to 185 points)	91	61.5%
Excellent	80% and above (186 points and above)	14	9.5%
Mean = 154.68 points, SD = 25.205, Maximum = 231, Minimum = 85			

3. พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ดี ร้อยละ 83.1

รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 12.2 พฤติกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี (Table 3)

Table 3: Number and Percentage of Health Behavior Levels According to the 3E 2S Principles in the Sample Group

Health Behavior Levels	Score Range	Number (n = 148)	Percentage
Poor	Less than 60% score (0 - 17.99)	123	83.1%
Fair	60-69% score (18.00 - 20.99)	18	12.2%
Good	70-79% score (21.00 - 23.99)	4	2.7%
Excellent	80% or higher score (24.00 - 30.00)	3	2.0%
Mean = 12.67 points, SD = 4.78, Maximum = 30 Minimum = 6			

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. โดยกำหนดให้ระดับพฤติกรรมเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี และระดับเพียงพอถึงดีมาก และความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็นไม่เพียงพอ และเพียงพอถึงดีมาก

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ได้แก่ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษา สายสามัญ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Table 4)

Table 4: Relationship between Personal Factors, Health Literacy, and Health Behavior 3E 2S

Factor	Health Behavior Levels 3E 2S		χ^2	p-value
	Poor (n=123)	Fair to Excellent (n=25)		
Position in the Temple				
Abbot	17 (13.8%)	2 (8.0%)	2.104	0.361
Deputy Abbot	13 (10.6%)	5 (20.0%)		
Temple Monks	93 (75.6%)	18 (72.0%)		
Age				
Below 60 years				
60 years and above				
Monastic Experience				
Not more than 5 years	77 (62.6%)	9 (36.0%)	6.040*	0.016
More than 5 years	46 (37.4%)	16 (64.0%)		
Education (Primary)				
Below Secondary Education	45 (36.0%)	15 (60.0%)	4.725*	0.043
Secondary Education and above	78 (64.0%)	10 (40.0%)		
Education (Dhamma/Pali)				
No	53 (43.1%)	8 (32.0%)	1.055	0.376
Yes	70 (56.9%)	17 (68.0%)		
Chronic Illnesses				
No	97 (78.9%)	23 (92.0%)	2.338	0.166
Yes	26 (21.1%)	2 (8.0%)		
Health Literacy				
Poor	31 (25.2%)	12 (48.0%)	5.238*	0.030
Fair to Excellent	92 (74.8%)	13 (52.0%)		

(*statistical significance at .05)

อภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ
เพียงพอ ร้อยละ 61.5 ด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น
ทักษะพื้นฐานในการดำเนินชีวิต เช่น การเขียน การอ่าน
การพูดคุยสื่อสาร การได้ยิน การมองเห็น การทำกิจวัตร
ประจำวัน รวมถึง การเดินทางด้วยตนเองเป็นความสามารถ
พื้นฐานของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ
Hongchai et al. (2021) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ของพระสงฆ์ในจังหวัดนครพนมส่วนใหญ่อยู่ในระดับ
ดีมาก รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ แปลได้ว่าส่วนใหญ่

มีความรอบรู้เพียงพอ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ
Srithong et al. (2021) ที่พบว่าสถานการณ์ความรอบรู้
ของพระสงฆ์ในสังคมไทย ในพื้นที่ 9 จังหวัด ได้แก่
พระนครศรีอยุธยา พิจิตร ลำพูน ขอนแก่น ศรีสะเกษ
ปราจีนบุรี นครปฐม สุราษฎร์ธานีและสงขลา มีความรอบรู้
ด้านสุขภาพเพียงพอเพียงร้อยละ 21.2 จากผลการวิจัย
ครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา อาจเนื่องจากใช้
เครื่องมือในการวิจัยที่แตกต่างกัน โดยงานวิจัยดังกล่าวได้
ใช้แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย

(Thai Health Literacy Assessment Instrument: Nutrition label: THLA-N) ซึ่งเน้นความรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการ

2. พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ดี ร้อยละ 83.1 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 12.2 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Tongterm (2019) พระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดศรีสะเกษ ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.2 อาจเนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่าง และการใช้แบบสอบถามพฤติกรรมที่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับ Tshopanja et al. (2022) ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรโรงเรียนพระปริยัติธรรม ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

3. อายุพรรษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. อาจเนื่องด้วยพระสงฆ์ที่มีจำนวนพรรษามากขึ้น ได้อยู่ในระเบียบวินัยสงฆ์มานาน ทำให้สามารถควบคุมตนเองได้ จากการเรียนรู้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนา มีประสบการณ์การเทศน์ การสอน มีการเข้าถึงการอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่พระสงฆ์มากขึ้น และการที่พระสงฆ์ที่มีพรรษามากเป็นผลให้ต้องมีการวางตัวให้เหมาะสมและต้องรับบทบาทการเป็นผู้นำคณะสงฆ์และญาติโยม จึงต้องปฏิบัติตนให้เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านต่าง ๆ รวมไปถึงเรื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hongchai et al. (2021) ที่พบว่าจำนวนพรรษาที่บวช มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์

4. การศึกษาสายสามัญ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. อาจเนื่องด้วยการศึกษาสายสามัญ มีการเรียนการสอนในรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ อาทิ วิชาสุขศึกษา ซึ่งเป็นวิชาพื้นฐานที่ได้เรียนรู้ในระดับมัธยมศึกษา จึงส่งผลให้มีความรู้พื้นฐานในการดูแลสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Narathosawadikun & Khemkaew (2020) ที่พบว่าการศึกษาทางโลกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ดังนั้นจึงควรจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานให้พระสงฆ์หรือสามเณรที่บวชก่อนจบการศึกษาสายสามัญ

5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของพระสงฆ์สอดคล้องกับทฤษฎีของ Nutbeam (2008) ที่กล่าวว่า หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ จะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีตามไปด้วย ทั้งนี้ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น จะต้องมีทักษะพื้นฐานด้านการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน เนื่องจากทักษะด้านการสื่อสารเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นของความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถพัฒนาได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ เพราะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการพัฒนาตนเอง สู่การเกิดทักษะการปฏิบัติ ส่งผลต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nimtrakul & Thitawisittho (2020) ที่พบว่า พระที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากกว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่มากกว่า และยังสอดคล้องกับ Jirawutthipan et al. (2022) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์ให้ดียิ่งขึ้น เพื่อเอื้อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

สรุปผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของพระสงฆ์ในเขตอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ อายุพรรษา การศึกษาสายสามัญ และความรู้ด้านสุขภาพ ข้อแตกต่าง คือ มีระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อยู่ในระดับที่ไม่ดี ดังนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพแก่พระสงฆ์ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. ดังนั้นควรจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้แก่พระสงฆ์ในเขตอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเอื้อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

1.2 ควรจัดกิจกรรมหรือโครงการในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาโดยใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์อื่น ๆ ศึกษาปัจจัยที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น PRECEDE-PROCEED Model

2.2 ควรทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่พระสงฆ์ในพื้นที่

References

- Bloom, B.S. (1968). Learning for Mastery. Instruction and Curriculum. Regional Education Laboratory for the Carolinas and Virginia, Topical Papers and Reprints, Number 1. *Evaluation Comment*, 1(2), 1-12.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power for the behavioral sciences* (2nd ed). New York: Academic Press.
- Department of Health Service Support. (2017, December 14). *Tools and programs for evaluating HL and HB in working age groups*. Health Education Division. Research Institute. <http://www.hed.go.th/linkHed/333>
- Hongchai V. et al. (2021). Health literacy and factors predicting health promotion behaviors among Buddhist monks in Nakhon Phanom Province. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology*, 6(11), 529-543.
- Intarakamhang U., (2017). *Creating and Developing of Thailand Health Literacy Scales* (research report). Bangkok: Behavioral Science Research Institute.
- Jirawutthipan T. et al. (2022). Health Literacy and Self-Management Among Older Monks with Multimorbidity. *Nursing Journal CMU*, 49(3), 42-55.
- Khun Han Hospital. (2023). *Khun Han Take care of Thai monks and stay away from disease 4.0 under the drive of the National Monks Health Statute Project. "Monk Thai Klai Rok 4.0" among Khun Han District, Khun Han Hospital, fiscal year 2023*. Sisaket: Primary and Holistic Services Group Khunhan Hospital.
- Lemeshow S. et al. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. New York: World Health Organization.
- Narathosawadikun J. & Khemkaew P. (2020). Study of factors related to Health promotional behavior of monks in Phichit province. *Phichit Public Health Research and Academic Journal*. 1(1), 10-23.
- National Health Commission Office. (2017). *The National Sangha Health Charter B.E. 2560*. Nonthaburi: O.S. Printing House.
- Nimtrakul U. & Thitawisittho P. (2020). Health Behaviors of Monks and Health Literacy from Phra Kilanuphatthak to Communicators in Health Region 1. *Journal of Buddhist Studies*, 11(1), 33-51.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Phanthali, P. (2021). Health care of Thai monks at present. *The New Viridian Journal of Arts, Humanities and Social Sciences*, 1(3), 14-27.
- Phrakusirisothonkanarak. (2022). The Role of Monks in Promoting Quality of Life. *Journal of Buddhist Philosophy Evolved*, 6(2), 624-635.

- Sookpool A. et al. (2020). Effectiveness of Health Literacy and Health Behavior Development Program for Working People. *Journal of Health Science*, 29(3), 419-429.
- Srithong K. et al. (2021). Health Literacy Situation of Monks in Thai Society. *Journal of MCU Peace Studies*. 9(5), 1793-1804.
- Thirabhatto, P. (2022). The Role of Monks: Amid The Crisis of Thai Society. *Journal of MCU Social Science Review*, 11(6), A151-A166.
- Tongterm, T. (2019). Factors associated with physical activity among the elderly Buddhist monks living in Sisaket province. *Journal of MCU Nakhondhat*, 6(9), 4425-4437.
- Tshopanja A. et al. (2022). Health Literacy and Health Behaviors (Food, Emotion, Exercise, Smoking, Alcohol Cessation and Teeth) of Monks and Novices in Phrapariyattidhamma School, Nakhon Khon Kaen Metropolitan, Khon Kaen Province. *Journal of Council of Community Public Health*, 4(1), 38-48.
- World Health Organization. (1998, June 16). *Health promotion glossary*. WHO. Research Institute. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>

Original Article

THE EFFECTIVENESS OF HEALTH LITERACY PROGRAM FOR NEW RISK STUDENT GROUP TO PREVENTIVE ALCOHOL DRINKING BEHAVIORS IN OPPORTUNITY EXPANSION SCHOOL PAK THONG CHAI DISTRICT NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

Siriwan Pimjan ¹, Sarodh Pechmanee ², Thanakorn Panyasaisophon ^{3,*}

Received: May 08, 2023

Received: March 02, 2024

Accepted: March 18, 2024

¹ Master's degree students in Health Promotion Management Nakhonratchasima College, Nakhon Ratchasima 30000, Thailand

² Faculty of Allied health sciences, Nakhon Ratchasima 30000, Thailand

³ Faculty of Science and Technology Phranakhon Rajabhat University, Bangkok 10220, Thailand

Corresponding author; E-mail: thanakorn.p@prnu.ac.th*

Citation: Pimjan S., Pechmanee S., Panyasaisophon T. (2024). The Effectiveness of Health Literacy Program for New Risk Student Group to Preventive Alcohol Drinking Behaviors in Opportunity Expansion School Pak Thong Chai District Nakhon Ratchasima Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 39(1), 12-23.



Copyright (c) 2024 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

The quasi-experimental study aimed to investigate the effectiveness of a health knowledge program for students at risk of alcohol consumption in a school in Pak Thong Chai District, Nakhon Ratchasima Province. The sample comprised two groups: an experimental group of 30 students who received the health knowledge program and a control group of 30 students who received regular programming. Simple random sampling was employed. The research utilized a health knowledge program to measure health knowledge and alcohol consumption prevention behaviors. Statistical analyses included frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-tests (paired and independent samples). The study found that after the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher levels of knowledge, understanding, access to health information, communication proficiency, self-management, media literacy, decision-making skills, and alcohol consumption prevention behaviors compared to both their baseline and the control group, with statistical significance at the .01 level.

Keywords: Health literacy; Student; New risk group; Alcohol drinking

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับนักเรียนกลุ่มเสี่ยงหน้าใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอบึงขัง จังหวัดนครราชสีมา

ศิริวรรณ พิมพ์จันทร์¹, สาโรจน์ เพชรหมณี², ธนกร ปัญญาไสโสภณ^{3,*}

รับบทความ: 08 พฤษภาคม 2566

แก้ไขล่าสุด: 02 มีนาคม 2567

ตอบรับตีพิมพ์: 18 มีนาคม 2567

¹ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา, นครราชสีมา 30000, ประเทศไทย

² คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา, นครราชสีมา 30000, ประเทศไทย

³ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร, กรุงเทพฯ 10220, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: E-mail: thanakorn.p@prnu.ac.th*

อ้างอิง: ศิริวรรณ พิมพ์จันทร์, สาโรจน์ เพชรหมณี, ธนกร ปัญญาไสโสภณ. (2567). ประสิทธิผลโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับนักเรียนกลุ่มเสี่ยงหน้าใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอบึงขัง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 39(1), 12-23.



ลิขสิทธิ์ (c) 2024 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับนักเรียนกลุ่มเสี่ยงหน้าใหม่ต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอบึงขัง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ นักเรียน กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน โดยได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ และนักเรียน กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ได้รับโปรแกรมปกติ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าที (Paired, Independent samples t-test) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึง ข้อมูลบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ; นักเรียน; กลุ่มเสี่ยงหน้าใหม่; เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

บทนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรโลกในปัจจุบันเริ่มตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2559 พบว่า แนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 14.0 ลิตร/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 15.1 ลิตร/คน/ปี ซึ่งภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นภูมิภาคที่มีการบริโภคสูงที่สุดในจาก 9.8 ลิตร/คน/ปี เป็น 12.1 ลิตร/คน/ปี โดยประเทศไทยพบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณสูงเป็นอันดับหนึ่งของทวีปเอเชียถึง 6.4 ลิตร/คน/ปี (World Health Organization, 2018) ผลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า เด็กรุ่นใหม่มีแนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น และเริ่มดื่มในช่วงอายุน้อยลง โดยมีอัตราการดื่มประจำเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 70.0 ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และร้อยละ 44.0 ในกลุ่ม อายุ 20-24 ปี ตามลำดับ (National Statistical Office, 2014)

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้น ประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภายใต้ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติพบว่าปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อปีต่อหัวในช่วงปี พ.ศ. 2550-2560 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน (Office of the Alcohol Control Committee, 2020) และเริ่มกลับมาสูงขึ้นเนื่องจากผู้ผลิตและผู้บริโภคเริ่มปรับตัวได้ (Onmoy, 2018) โดยเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปของคนไทยสูงเป็นอันดับ 40 ของโลกจากทั้งหมด 193 ประเทศ (Department of Health, 2019). ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่พบบ่อย เช่น ภาวะเมาสุรา ภาวะขาดสุราเฉียบพลัน รวมทั้งก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคประสาท โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น และผลกระทบต่อผู้อื่นและสังคม ได้แก่ ปัญหาอุบัติเหตุบนท้องถนนจากการเมาแล้วขับ ปัญหาการทะเลาะวิวาท การฆาตกรรม โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 60.0 ของผู้เสียชีวิตจากการฆาตกรรม พบว่ามีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ในร่างกายด้วยเสมอ (Phajan et al., 2019; Pornwattana, 2021) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นปัจจุบันมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะนักดื่ม

ในปัจจุบันที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีทั้งหมด (Lekfuangfu et al., 2016). และพบว่าวัยรุ่นเริ่มดื่มครั้งแรกมีอายุเฉลี่ย 15.13-15.41 ปี (Saelim et al., 2017)

จากสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. 2557 - 2558 สิ่งที่เป็นปัญหาสำคัญ คือ “นักดื่มหน้าใหม่” โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งลักษณะการดื่มจะเป็นลักษณะดื่มเป็นครั้งคราวและดื่มหนัก (Saengow et al. (2016). อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยข้อมูลจำนวนผู้รับบริการโรงพยาบาลปักธงชัย อายุระหว่าง 12-15 ปี จากการคัดกรองการดื่มสุรา ปี พ.ศ. 2556 พบว่า เคยดื่มแต่เลิกแล้ว 1 คน ดื่ม 37 คน ปี พ.ศ. 2557 พบว่า เคยดื่มแต่เลิกแล้ว 5 คน ดื่ม 40 คน ปี พ.ศ. 2558 พบว่า เคยดื่มแต่เลิกแล้ว 3 คน ดื่ม 66 คน ปี พ.ศ. 2559 พบว่า เคยดื่มแต่เลิกแล้ว 10 คน ดื่ม 65 คน ปี พ.ศ. 2560 พบว่า เคยดื่มแต่เลิกแล้ว 7 คน ดื่ม 44 คน ไม่ดื่ม 856 คน จากสถานการณ์แนวโน้มของการดื่มสุราเพิ่มขึ้น ผลการศึกษา ความรู้ ทักษะคติพฤติกรรมการปฏิเสธกับพฤติกรรมเสี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 77.7 มีพฤติกรรมเสี่ยงระดับมาก (Panyasai et al., 2018)

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยทบทวนแนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญาและสังคมที่เป็นตัวกำหนดความสามารถของปัจเจกบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้ (Nutbeam, 2008) จึงมีแนวคิดในการศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับนักเรียนกลุ่มเสี่ยงหน้าใหม่ ต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป

การเลิกดื่ม และการเกิดโรค 5) การเพิ่มทักษะความเชี่ยวชาญการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการพัฒนาทักษะการปฏิเสธ ทักษะการหลีกเลี่ยง ทักษะการโน้มน้าวจิตใจ 6) การตัดสินใจการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการปฏิเสธการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า การวิเคราะห์สถานการณ์ และ 7) พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการสร้างพฤติกรรมการปฏิเสธ พฤติกรรมการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และพฤติกรรมการจัดการอารมณ์ตนเอง

2.2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่างจำนวน 30 ราย ประกอบด้วย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา การเลี้ยงดู รายได้ต่อวัน กิจกรรมยามว่าง และการพักอาศัย ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะแบบทดสอบความรู้ เป็นแบบเลือกตอบ มี 3 ตัวเลือก คือ “ถูก” “ผิด” และ “ไม่แน่ใจ” เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิด/ไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผล ระดับดี (ร้อยละ 80.00-100.00) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.00-79.99) และระดับปรับปรุง (ร้อยละ 0.00-49.99) (Bloom, 1956) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.73

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ (จำนวน 9 ข้อ) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (จำนวน 14 ข้อ) การจัดการตนเอง (จำนวน 9 ข้อ) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (จำนวน 4 ข้อ) และการตัดสินใจเลือก (จำนวน 7 ข้อ) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จากเกณฑ์การให้คะแนน 1-5 ได้แก่ “ไม่ปฏิบัติ” “นาน ๆ ครั้ง” “บางครั้ง” “บ่อยครั้ง” และ “ทุกครั้ง”

เกณฑ์การแปลผล ระดับปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00) ระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00) ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 4.01-5.00) (Panyasaisophon, 2021) จำนวน 43 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.76, 0.86, 0.89, 0.91 และ 0.92

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จากเกณฑ์การให้คะแนน 1 - 5 ได้แก่ “ไม่ได้ปฏิบัติ” “นาน ๆ ครั้ง (1 - 2 วัน/สัปดาห์)” “บางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์)” “บ่อยครั้ง (4 - 5 วัน/สัปดาห์)” “ปฏิบัติประจำ (6 - 7 วัน/สัปดาห์)” จำนวน 19 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือจากคณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา ไปยังผู้อำนวยการโรงเรียน ก. และโรงเรียน ข. เพื่อประสานขอความร่วมมือดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนดำเนินการวิจัย

3.2 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองตามแผนการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและกลุ่มควบคุมโดยใช้โปรแกรมตามปกติของโรงเรียน ระยะเวลา 12 สัปดาห์

3.3 ผู้วิจัยประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังดำเนินการวิจัย

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยต้องได้รับการพิทักษ์สิทธิโดยได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมเป็นลายลักษณ์อักษรตามแบบฟอร์มภายหลังการชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ของการวิจัยจนเข้าใจ ผลการศึกษาเสนอในภาพรวม ที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของวิทยาลัยนครราชสีมา เอกสารรับรองหมายเลข NMCEC-0002/2562

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ

5.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรม การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired samples t-test

5.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรม การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent samples t-test

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

1.1 กลุ่มทดลอง โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ก. ส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 66.7 อายุ 14 ปี ร้อยละ 33.3 กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 43.3 ลักษณะการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ ร้อยละ 70.0 รายได้จากบิดา/มารดา/ผู้ปกครองต่อวัน ระหว่าง 50-100 บาท ร้อยละ 43.3 กิจกรรมยามว่างดูทีวี ร้อยละ 26.7 สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา ร้อยละ 80.0 การพักอาศัยของนักเรียนพักอาศัยกับบิดาและมารดา ร้อยละ 43.3 และพักอาศัยบ้านตนเอง ร้อยละ 80.0

1.2 กลุ่มควบคุม โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ข. ส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 53.3 อายุ 14 ปี ร้อยละ 43.3 กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 36.7 การเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ ร้อยละ 70.0 มีรายได้จากบิดา/มารดา/ผู้ปกครองต่อวัน ระหว่าง 50-100 บาท ร้อยละ 66.7 กิจกรรมยามว่างการออกกำลังกาย ร้อยละ 30.0 สถานภาพสมรสของบิดา/มารดา ร้อยละ 60.0 การพักอาศัยกับบิดาและมารดา ร้อยละ 66.6 และพักอาศัยบ้านตนเอง ร้อยละ 66.7 (Table 1)

Table 1: General Information of Experimental and Control Groups

General Information	Experimental Group (n=30) Count (Percentage)	Control Group (n=30) Count (Percentage)
1. Gender		
Male	20 (66.7%)	16 (53.3%)
Female	10 (33.3%)	14 (46.7%)
2. Age		
12 years	2 (6.7%)	0 (0.0%)
13 years	9 (30.0%)	9 (30.0%)
14 years	10 (33.3%)	13 (43.3%)
15 years	7 (23.3%)	6 (20.0%)
16 years	2 (6.7%)	2 (6.7%)
3. Education Level		
Grade 7	13 (43.3%)	10 (33.3%)
Grade 8	11 (36.7%)	10 (33.3%)
Grade 9	6 (20.0%)	10 (33.3%)

Table 1: (Continued)

General Information	Experimental Group (n=30) Count (Percentage)	Control Group (n=30) Count (Percentage)
3. Education Level		
Grade 7	13 (43.3%)	10 (33.3%)
Grade 8	11 (36.7%)	10 (33.3%)
Grade 9	6 (20.0%)	10 (33.3%)
4. Parenting Style		
Nurturing	21 (70.0%)	21 (70.0%)
Controlling	4 (13.3%)	2 (6.7%)
Permissive	2 (6.70%)	6 (20.0%)
Neglectful	3 (10.0%)	1 (3.3%)
5. Daily Income (Baht)		
Less than 50	12 (40.0%)	15 (50.0%)
50-100	13 (43.3%)	11 (36.7%)
More than 100	5 (16.7%)	4 (13.3%)
6. Leisure Activities		
Watching TV	8 (26.7%)	4 (13.3%)
Exercising	5 (16.7%)	9 (30.0%)
Extra Classes	5 (16.7%)	5 (16.7%)
Listening to Music	2 (6.7%)	2 (6.7%)
Reading Books	4 (13.3%)	4 (13.3%)
Playing Games	4 (13.3%)	1 (3.3%)
Homework	2 (6.7%)	2 (6.7%)
Family Activities	0 (0.0%)	3 (10.0%)
7. Parental Marital Status		
Married	24 (80.0%)	18 (60.0%)
Single	3 (10.0%)	9 (30.0%)
Separated/Divorced/Widowed	3 (10.0%)	3 (10.0%)
8. Student Residence		
Own Home	24 (80.0%)	20 (66.7%)
Rented Home	6 (20.0%)	10 (33.3%)

2. ภายหลังการได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ (Access skill) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (Communication

skill) การจัดการตนเอง (Self-management skill) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Media literacy skill) และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (Decision skill) สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
(Preventive behavior against alcohol consumption) .01 (Table 2)

Table 2: Comparison of Mean Scores of Health Literacy and Preventive Behavior against Alcohol Consumption among New Intake Students at Risk, Within the Experimental and Control Groups, Before and After the Experiment, Using Paired Samples t-test

Variables		n	$\bar{X}$	SD	t	p-value
1. Health Literacy						
1.1 Cognitive skill						
Experimental	Before	30	47.33	9.95	12.973*	<0.01
	After	30	80.88	10.16		
Control	Before	30	47.55	11.31	1.361	0.184
	After	30	48.22	11.16		
1.2 Access skill						
Experimental	Before	30	1.84	0.25	37.624*	<0.01
	After	30	4.16	0.22		
Control	Before	30	1.81	0.23	0.812	0.423
	After	30	1.80	0.22		
1.3 Communication skill						
Experimental	Before	30	2.04	0.26	32.646*	<0.01
	After	30	4.48	0.23		
Control	Before	30	2.00	0.22	1.295	0.205
	After	30	2.03	0.24		
1.4 Self-management skill						
Experimental	Before	30	1.98	0.22	39.121*	<0.01
	After	30	4.06	0.21		
Control	Before	30	1.99	0.22	1.564	0.129
	After	30	1.97	0.21		
1.5 Media literacy skill						
Experimental	Before	30	1.98	0.22	39.121*	<0.01
	After	30	4.06	0.21		
Control	Before	30	1.99	0.22	1.564	0.129
	After	30	1.97	0.21		
1.6 Decision skill						
Experimental	Before	30	2.05	0.29	29.750*	<0.01
	After	30	4.03	0.26		
Control	Before	30	2.03	0.29	1.682	0.103
	After	30	2.01	0.27		

Table 2: (Continued)

Variables		n	$\bar{X}$	SD	t	p-value
2. Preventive behavior against alcohol consumption						
Experimental	Before	30	1.50	0.26	38.399*	<0.01
	After	30	3.04	0.25		
Control	Before	30	1.52	0.27	1.363	0.183
	After	30	1.50	0.26		

* Significance level at .01

3. ภายหลังการได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ (Access skill) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (Communication skill) การจัดการตนเอง (Self-management skill) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Media literacy skill)

และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (Decision skill) สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Preventive behavior against alcohol consumption) สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Table 3)

Table 3: Comparison of Mean Scores of Health Literacy and Preventive Behavior against Alcohol Consumption among High-Risk Freshman Students Between Experimental and Control Groups After the Experiment Using Independent Samples t-test

Variables		n	$\bar{X}$	SD	t	p-value
1. Health Literacy						
1.1 Cognitive skill						
Before	Experimental	30	47.33	9.95	0.081	0.936
	Control	30	47.55	11.31		
After	Experimental	30	80.88	10.16	11.847*	<0.01
	Control	30	48.22	11.16		
1.2 Access skill						
Before	Experimental	30	1.84	0.25	0.475	0.374
	Control	30	1.81	0.23		
After	Experimental	30	4.16	0.22	40.137*	<0.01
	Control	30	1.80	0.22		
1.3 Communication skill						
Before	Experimental	30	2.04	0.26	0.678	0.209
	Control	30	2.00	0.24		
After	Experimental	30	4.28	0.23	35.991*	<0.01
	Control	30	2.03	0.24		

Table 3: (Continued)

Variables		n	$\bar{X}$	SD	t	p-value
1.4 Self-management skill						
Before	Experimental	30	1.98	0.22	0.284	0.787
	Control	30	1.99	0.22		
After	Experimental	30	4.06	0.21	37.947*	<0.01
	Control	30	1.97	0.21		
1.5 Media literacy skill						
Before	Experimental	30	2.01	0.29	0.250	0.874
	Control	30	1.99	0.28		
After	Experimental	30	4.37	0.28	33.101*	<0.01
	Control	30	2.00	0.26		
1.6 Decision skill						
Before	Experimental	30	2.05	0.29	0.222	0.829
	Control	30	2.03	0.29		
After	Experimental	30	4.03	0.26	28.569*	<0.01
	Control	30	2.01	0.27		
2. Preventive behavior against alcohol consumption						
Before	Experimental	30	1.50	0.26	0.190	0.850
	Control	30	1.52	0.27		
After	Experimental	30	3.04	0.25	37.866*	<0.01
	Control	30	1.50	0.26		

* Significance level at .01

อภิปรายผล

ประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับนักเรียนกลุ่มเสี่ยงหน้าใหม่และพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนกลุ่มเสี่ยงหน้าใหม่ (กลุ่มทดลอง) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้ เนื่องจาก ผู้วิจัยดำเนินการตามแผนที่กำหนดในการพัฒนาภายใต้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูล

บริการสุขภาพ 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ สำหรับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านสื่อกิจกรรม ได้แก่ การบรรยายองค์ความรู้ การเสวนาแลกเปลี่ยนมุมมอง วิเคราะห์กรณีศึกษา วิเคราะห์สื่อ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากต้นแบบ สถานการณ์สมมติในการตัดสินใจและการโต้ตอบประเด็นปัญหาและข้อเสนอแนะผ่านไลน์กลุ่ม จากแผนกิจกรรมดังกล่าวที่ดำเนินการเป็นระบบจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าก่อน

การทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม การศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา พบว่า สามารถส่งเสริมให้นักศึกษามีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Siribamrungwong, 2017) สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมให้ผู้ดื่มสุรา ลด ละ เลิกพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ โดยทุกภาคส่วนต้องมีส่วนร่วมทั้งตัวผู้ดื่มเอง ครอบครัวและชุมชน (Yoothavisute et al., 2016). สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้และทักษะปฏิเสธการดื่ม มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sanonthong et al., 2018) สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ประชาชนมีความรู้เรื่องโทษหรือพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเกิดนวัตกรรมชุมชนเพื่อลดพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ โครงการรักเพื่อนต้องชวนเพื่อน และโครงการคนใหม่หัวใจแกร่ง (Sanonthong et al., 2018) สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่เป็นตัวกำหนดความสามารถของปัจเจกบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้ (Nutbeam, 2008)

สรุปผล

นักเรียนกลุ่มเสี่ยงหน้าใหม่ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอสามารถส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาหรือโรงเรียนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน สามารถนำโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับนักเรียนกลุ่มเสี่ยงหน้าใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปประยุกต์ใช้หรือกำหนดเชิงนโยบาย เพื่อการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมและลดผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนได้

1.2 ควรนำโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพไปใช้พัฒนาระบบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับนักเรียนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1. ควรทำการศึกษาวิจัยแบบเชิงคุณภาพผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับนักเรียนกลุ่มเสี่ยงหน้าใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อยืนยันคุณภาพผลการวิจัย

2.2 ควรทำการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมเพื่อเกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืนของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับนักเรียนกลุ่มเสี่ยงหน้าใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

References

- Bloom, B.S. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain*. New York: David McKay Co inc.
- Cohen, J. (1969). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Academic Press.
- Department of Health. (2019, July 15). *The dangers and dangers of alcohol and the health effects on oneself and those close to one another*. Anamai Media. https://multimedia.anamai.moph.go.th/e-books/hp-ebook_13_mini-2/
- Lekfuangfu N. et al. (2016). *Situation of alcohol consumption*. Bangkok 2558. Bangkok: October Print.
- National Statistical Office. (2014). *The Smoking and Drinking Behaviour Survey 2014*. Bangkok: Text and Journal Publication Ltd.

- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Office of the Alcohol Control Committee. (2020, August 20). *Situation and control of alcoholic beverages in Thailand*. Department of Disease Control. <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1439020200823062540.pdf>
- Onmoy, P. (2018). The Development of Measurements to Restrict Sale of Alcohol to Adolescents by Retailers in Vicinity of Educational Institutions in Uttaradit Province. *Journal of Community Development and Life Quality*, 6(3), 525-550.
- Panyasai K. et al. (2018, March 31). *Comparing the results of the study of knowledge, attitude, refusal behavior and risky behavior of drinking alcoholic beverages of secondary school students* [Paper presentation]. 5th National Academic Conference, Nakhon Ratchasima College, Nakhon Ratchasima, Thailand.
- Panyasaisophon, T. (2021). *Research methods for health promotion management*. Nakhon Ratchasima: Lertsilp Saan Holding Limited Partnership.
- Phajan T. et al. (2019). Quality of Life and Factors Associated with Quality of Life among Patients with End Stage of Renal Disease in Health Regional 8, Thailand. *Research and Development Health System Journal*, 12(2), 475-483.
- Pornwattana, P. (2021). Developing participation in the treatment of risk and alcohol addict drinkers Using cognitive behavioral therapy programs Empowerment And visiting empowerment In the form of “sichomphu model”. *Research and Development Health System Journal*, 14(1), 349-357.
- Saelim S. et al. (2017). Factors Related to Alcohol Drinking Behavior of Adolescents. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 37(3), 25-36.
- Saengow U. et al. (2016). *Facts and figures: Alcohol in Thailand*. Songkhla: Centre for Alcohol Studies.
- Sanothong K. et al. (2018). The Effects of Reduced Alcohol Consumption Behavior Program in Adulthood. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 29(1), 78 - 91.
- Siribamrungwong, P. (2017). The Promotion Pattern of Behavior to Avoid the Consumption of Alcohol of the University Students' Rajabhatrattanakosin Group. *Journal of MCU Social Science Review*, 6(2-01), 185-196.
- World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. Switzerland: World Health Organization.
- Yoothavisute S. et al. (2016). Alcohol Behavioral Modification in Community. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 27(2), 160-168.

Original Article

QUALITY OF LIFE AND HAPPINESS OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS, PHU SANG DISTRICT, PHAYAO PROVINCE

Received: May 23, 2023

Received: March 10, 2024

Accepted: April 01, 2024

Songkran Somnam¹, Thanakorn Panyasaisophon², Phitsaran Thamrongworakun^{3,*}¹ Phu Sang Health Promoting Hospital, Phayao 56110, Thailand² Faculty of Science and Technology Phranakhon Rajabhat University, Bangkok 10220, Thailand³ Faculty of Education, Ramkhamhaeng University, Bangkok 10240, Thailand

Corresponding author; E-mail: phitsaran4@gmail.com*

Citation: Somnam S., Panyasaisophon T., Thamrongworakun P. (2023). Quality of Life and Happiness of Village Health Volunteers, Phu Sang District, Phayao Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 39(1), 24-36.



Copyright (c) 2024 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

The quality of life and happiness are significant factors in the performance of village health volunteers in the community. This correlational research aims to explore the quality of life and happiness of village health volunteers in Pu Sang district, Phayao province. The sample group consists of 274 village health volunteers selected through stratified random sampling. The research tool utilized was a quality of life and happiness assessment questionnaire. Data analysis descriptive statistics including frequency distribution, mean, standard deviation, inferential statistics including independent t-tests, and Pearson correlation coefficients. The research findings indicate that village health volunteers have an overall good quality of life (mean = 97.69, SD = 10.41, 95%CI = 96.46 - 98.93) and are as happy as the general population (mean = 30.95, SD = 5.24, 95%CI = 30.33 - 31.58). The comparison of the average scores of qualities of life, it was found that the level of education and the presence of chronic illnesses, which differ, have significantly different quality of life at a statistically significant at the .05 level. Moreover, there was a positive correlation between quality of life and happiness among the village health volunteers, also statistically significant at the .05 level. Therefore, it is essential to develop and enhance both quality of life and happiness to improve the efficiency of village health volunteers.

Keywords: Quality of life; Happiness; Village health volunteers

คุณภาพชีวิตและความสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา

รับบทความ: 23 พฤษภาคม 2566

แก้ไขล่าสุด: 10 มีนาคม 2567

ตอบรับตีพิมพ์: 01 เมษายน 2567

สงกรานต์ สมนาม¹, ธนกร ปัญญาไสโสภณ², พิศพลลัม อารังศรีวรกุล^{3,*}

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภูซาง, พะเยา 56110, ประเทศไทย

² คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร, กรุงเทพฯ 10220, ประเทศไทย

³ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ 10240, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: E-mail: phitsaran4@gmail.com*

อ้างอิง: สงกรานต์ สมนาม, ธนกร ปัญญาไสโสภณ, พิศพลลัม อารังศรีวรกุล. (2567). คุณภาพชีวิตและความสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 39(1), 24-36.



ลิขสิทธิ์ (c) 2024 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตและความสุขมีความสำคัญต่อการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและความสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 274 คน โดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตและความสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ การทดสอบค่าที (t-test independent) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับที่ดี ($\bar{X} = 97.69$, $SD = 10.41$, $95\%CI = 96.46 - 98.93$) และมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ($\bar{X} = 30.95$, $SD = 5.24$, $95\%CI = 30.33 - 31.58$) จากการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต พบว่า ระดับการศึกษาและการมีโรคประจำตัวต่างกันส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น ควรมีการพัฒนาและสร้างเสริมคุณภาพชีวิตร่วมกับความสุข เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพต่อการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต; ความสุข; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทนำ

ประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนชาวไทยในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยความร่วมมือจากภาครัฐ ภาคเอกชน และส่วนท้องถิ่น ด้วยการส่งเสริมให้ผู้คนในครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตที่ดีแบบองค์รวม (Office of the Secretary of the National Strategy Committee, 2024) โดยในปี ค.ศ. 2020 ได้มีการจัดอันดับดัชนีความก้าวหน้าทางสังคมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของประชากรแต่ละประเทศ พบว่าประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 79 จากทั้งหมด 163 ประเทศ (National Innovation Agency, 2020) แสดงให้เห็นว่านอกเหนือจากการให้ความสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและการยกระดับรายได้ของประชาชนภายในประเทศแล้ว การพัฒนาสังคมเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้คนโดยสร้างเสริมคุณภาพชีวิตแบบองค์รวมจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถขับเคลื่อนโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้การกำกับดูแลของแกนนำและผู้บริหารท้องถิ่นในการจัดตั้งโครงการที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง บุคลากรสาธารณสุขในชุมชนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ด้วยการให้ข้อมูลให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้ ตลอดจนเป็นตัวช่วยในการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ ทั้งการดูแลรักษาสุขภาพร่างกาย สร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ พัฒนาสัมพันธภาพทางสังคม และดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย (Department of Health Service Support, 2011) หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับมอบหมายหน้าที่ในการสำรวจและเก็บข้อมูลเพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค รวมถึงสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Narkvichien, 2020) จากการศึกษาของ Jainta (2017) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนที่ต้องดูแลสุขภาพจากความเสื่อมตามอายุขัยและควรได้รับความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ

การออกกำลังกายและกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ต้องดูแลสุขภาพและพบแพทย์เพื่อรับการรักษายาบาลบอยขึ้น นำไปสู่การสูญเสียทางด้านอาชีพและมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษายาบาลเพิ่มขึ้น จึงสามารถกล่าวได้ว่าความเจ็บป่วย สถานะทางการเงิน และปัจจัยทางจิตสังคมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (National Institute on Aging, 2020) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพแก่สมาชิกในชุมชน ผ่านการฝึกอบรมตามมาตรฐาน ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการทำงานและสวัสดิการต่าง ๆ โดยมีหน้าที่สอดส่องดูแลป้องกัน สร้างเสริม ประชาสัมพันธ์ข่าวสาร ตลอดจนเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพกายสุขภาพจิตที่เหมาะสมอันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ที่กล่าวถึงคุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องเป็นแบบอย่างในการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมให้กับสมาชิกในชุมชน (Ministry of Public Health Regulations on Village Health Volunteers, 2011) สอดคล้องกับการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอสอง จังหวัดแพร่ เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดำเนินการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงคุณภาพชีวิตของสมาชิกในชุมชน ตลอดจนเป็นแบบอย่างของการเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่สุขสมบูรณ์ (Komnanton and Bodeerat, 2021) นอกจากนี้ Siri (2022) ยังศึกษาพบว่าการสนับสนุนจากภาครัฐ ภาคเอกชน รวมถึงภาคประชาชนในการปฏิบัติหน้าที่ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสุขในการทำงานสูงขึ้น ซึ่งจากข้อมูลจะทำให้ทราบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นตัวแทนของสมาชิกในชุมชนเข้าไปปฏิบัติหน้าที่

ทำกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพ ภายสุขภาพจิต ตลอดจนเป็นแบบอย่างที่ดีในการดำเนินชีวิต ดังนั้น การศึกษาคุณภาพชีวิตและความสุขเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาหรือสร้างเสริมคุณภาพชีวิตและความสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นสิ่งจำเป็น

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตและความสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ด้วยเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย และดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความสุขกับปัจจัยส่วนบุคคล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยหวังว่าผลของการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กรหรือบุคคลที่อยู่ในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนสร้างเสริมคุณภาพชีวิตและความสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนนำองค์ความรู้จากการวิจัยไปใช้ในการศึกษาวิจัยรูปแบบอื่นต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและความสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตและความสุขกับปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2565 มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานจิตอาสาในตำบลภูซาง ตำบลป่าสัก ตำบลทุ่งกล้วย ตำบลสบง และตำบลเชียงแรง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา มีจำนวน 950 คน (Community Health System, 2022)

1.1.1 เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ

- 1) ขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างน้อย 3 เดือน
- 2) สามารถอ่านภาษาไทยและสื่อสารโต้ตอบได้อย่างชัดเจน

1.1.2 เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ

- 1) เกิดอุบัติเหตุหรือมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้
- 2) ลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระหว่างดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา จำนวน 274 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรของ Krejcie and Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) คำนวณตามสัดส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละตำบล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (ฉบับภาษาไทย) (Mahatnirankul et al., 2002) และดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (Mongkol and Huttapanom, 2002) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเติมข้อความและเลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการทำงาน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวนคำถาม 26 ข้อ คำถามเชิงบวก จำนวน 23 ข้อ และเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.84 และค่าความเที่ยงตรง (Validity) เท่ากับ 0.65 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
1 หมายถึง ไม่เลย	5 หมายถึง ไม่เลย
2 หมายถึง เล็กน้อย	4 หมายถึง เล็กน้อย
3 หมายถึง ปานกลาง	3 หมายถึง ปานกลาง
4 หมายถึง มาก	2 หมายถึง มาก
5 หมายถึง มากที่สุด	1 หมายถึง มากที่สุด

เกณฑ์การแปลผล ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Quality of Life)
 - ไม่ดี (Poor) = 26 - 60 คะแนน
 - ปานกลาง (Fair) = 61 - 95 คะแนน
 - ดี (Good) = 96 - 130 คะแนน
- 1.1 ด้านสุขภาพกาย (Physical domain)
 - ไม่ดี (Poor) = 7 - 16 คะแนน
 - ปานกลาง (Fair) = 17 - 26 คะแนน
 - ดี (Good) = 27 - 35 คะแนน
- 1.2 ด้านจิตใจ (Psychological domain)
 - ไม่ดี (Poor) = 6 - 14 คะแนน
 - ปานกลาง (Fair) = 15 - 22 คะแนน
 - ดี (Good) = 12 - 15 คะแนน
- 1.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships)
 - ไม่ดี (Poor) = 3 - 7 คะแนน
 - ปานกลาง (Fair) = 8 - 11 คะแนน
 - ดี (Good) = 12 - 15 คะแนน
- 1.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)
 - ไม่ดี (Poor) = 8 - 18 คะแนน
 - ปานกลาง (Fair) = 19 - 29 คะแนน
 - ดี (Good) = 30 - 40 คะแนน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (Thai Happiness Indicators) จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.70 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
1 หมายถึง ไม่เลย	5 หมายถึง ไม่เลย
2 หมายถึง เล็กน้อย	4 หมายถึง เล็กน้อย
3 หมายถึง ปานกลาง	3 หมายถึง ปานกลาง
4 หมายถึง มาก	2 หมายถึง มาก
5 หมายถึง มากที่สุด	1 หมายถึง มากที่สุด

เกณฑ์แปลผล ดังนี้

ความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (Poor) = น้อยกว่า 27 คะแนน
 ความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair) = 27 - 32 คะแนน
 ความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good) = 33 - 45 คะแนน

3. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ตามเอกสารรับรองเลขที่ 011/2565 และผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการให้ข้อมูล ตลอดจนสิทธิที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะให้หรือไม่ให้ข้อมูลโดยไม่ได้รับผลกระทบต่อนหน้าที่การทำงานหรือการดำเนินชีวิตในด้านใด ๆ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2565 โดยมีกระบวนการ ดังนี้

4.1 จัดทำเอกสารเพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้นำชุมชนและประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำตำบล เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลและมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับการให้ข้อมูล ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวม

4.2 นำผลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาวิเคราะห์หา

คุณภาพชีวิตและความสุข จากนั้นหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.3 สรุปผลและเขียนรายงานการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น เมื่อดำเนินโครงการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว จะดำเนินการทำลายเอกสารหลักฐานข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลทันที

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว คุณภาพชีวิต และความสุข โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตและความสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ t-test แบบ Independent ในกรณีกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เกณฑ์การแปลผลระดับความสัมพันธ์ อ้างอิงจาก (Panyasaisophon, 2021) คือ

ความสัมพันธ์ระดับน้อย $r = 0.00 - 0.29$

ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง $r = 0.30 - 0.49$

ความสัมพันธ์ระดับมาก $r = 0.50 - 1.00$

สรุปผลการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.9 เพศชาย ร้อยละ 28.1 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี ร้อยละ 50.4 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 28.8 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 56.6 รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.4 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 58.0 รองลงมาคือ มีรายได้ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 42.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.6 มีโรคประจำตัวร้อยละ 39.42

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 97.69$, $SD = 10.41$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 24.32$, $SD = 3.03$) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 25.53$, $SD = 3.18$, $\bar{X} = 10.64$, $SD = 1.84$ และ $\bar{X} = 30.05$, $SD = 3.68$ ตามลำดับ) จากการประเมินความสุข พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ($\bar{X} = 30.95$, $SD = 5.24$) (Table 1)

Table 1: Assessment of Quality of Life and Happiness Among Village Health Volunteers. (n = 274)

Quality of Life (WHOQOL) and Happiness	95% Confidence Interval for Mean		$\bar{X}$	SD	Interpretation
	Lower	Upper			
1. Overall Quality of Life	96.46	98.93	97.69	10.41	Good quality of life
1.1 Physical domain	25.15	25.91	25.53	3.18	Fair quality of life
1.2 Psychological domain	23.96	24.69	24.32	3.03	Good quality of life
1.3 Social relationships	10.42	10.85	10.64	1.84	Fair quality of life
1.4 Environment	29.61	30.48	30.05	3.68	Fair quality of life
2. Happiness Level	30.33	31.58	30.95	5.24	Fair happiness

3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของ
คุณภาพชีวิตและความสุขกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า
ปัจจัยทางด้านการศึกษาที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตและ
ความสุขแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และปัจจัยด้านการมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันมีคุณภาพ
ชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
ส่วนปัจจัยด้านอื่น ๆ ได้แก่ เพศ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน
ไม่มีความแตกต่างของคุณภาพชีวิตและความสุข (Table 2)

Table 2: Comparing the Difference in Average Scores of Qualities of Life and Happiness with Personal Factors. (n = 274)

Factors	n	Variables	$\bar{x}$	SD	95% Confidence Interval for $\bar{x}_{diff}$		t	p-value
					Lower	Upper		
Gender	Male	Quality of Life	98.44	10.98	-1.716	3.797	0.743	.458
	Female		97.40	10.19				
	Male	Happiness	30.61	5.38	-1.864	.913	0.675	.501
	Female		31.09	5.20				
Education	Less than high school	Quality of Life	95.00	8.98	-7.135	-2.386	3.948*	< .001
	High school diploma or higher		99.76	10.97				
	Less than high school	Happiness	29.84	4.98	-3.194	-.737	3.151*	.002
	High school diploma or higher		31.81	5.30				
Income	Less than 5,000 Baht	Quality of Life	97.05	9.83	-4.039	.974	1.203	.230
	5,000 Baht or more		98.58	11.15				
	Less than 5,000 Baht	Happiness	30.69	5.19	-1.900	.627	0.991	.323
	5,000 Baht or more		31.32	5.32				
Chronic illness	Chronic illness	Quality of Life	95.71	9.26	-5.777	-.760	2.566*	.017
	Non chronic illness		98.98	10.93				
	Chronic illness	Happiness	30.28	5.27	-2.385	.158	1.724	.086
	Non chronic illness		31.39	5.20				

*Statistical significance at .05

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคุณภาพชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ระดับมากกับความสุข ($r = .595$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย

ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ระดับมากกับความสุข ($r = .540$ และ $r = .538$ ตามลำดับ) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธ์ทางสังคมกับด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์อยู่ใน ระดับปานกลางกับความสุข ($r = .389$ และ $r = .445$ ตามลำดับ) (Table 3)

Table 3: Analyze the relationship between the quality of life and the happiness of village health volunteers. (n=274)

Happiness	Correlation coefficient (r_{xy})	95% Confidence Interval for r_{xy}		p-value	Level of correlation
		Lower	Upper		
Overall Quality of Life	.595	.991	1.372	< .001	High level
- Physical domain	.540	.266	.388	< .001	High level
- Psychological domain	.538	.253	.369	< .001	High level
- Social relationships	.389	.098	.175	< .001	Moderate level
- Environment	.445	.237	.387	< .001	Moderate level

*Statistical significance at .05

อภิปรายผล

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดีเช่นกัน ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นประจำจึงมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ แต่ด้วยบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับมอบหมายในการเฝ้าระวังและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนร่วมกับการปฏิบัติภารกิจในครอบครัวและการประกอบอาชีพในแต่ละวัน ทำให้การดูแลสุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม ทำได้เป็นครั้งคราว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดีและปานกลางตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lorlowhakarn and Narintharuksa (2021) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และ

คุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี ซึ่งเป็นในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Chantaramontree (2023) ที่ศึกษาการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะโค อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก อีกทั้ง Sakchalathorn et al. (2020) ยังได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ส่วนการศึกษาของ Thip-aksorn et al. (2022) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตที่ส่งผลต่อการทำงานในสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด-19 ของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และจากการประเมินความสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรู้สึกภาคภูมิใจกับการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาของ Thaiuthit (2018) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการปฏิบัติหน้าที่กับประสิทธิผลในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสุขอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Boonwan et al. (2021) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าบุคลากรมีความสุขในการทำงาน ส่วนการศึกษาของ Chanpeng and Pobkeeree (2020) ที่ศึกษาความสุขในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน ยังพบว่าบุคลากรมีความสุขในการทำงานเช่นกัน

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเพศและรายได้ต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการศึกษาและสุขภาพต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปจะมีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินคุณภาพชีวิตสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่มีโรคประจำตัวจะมีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินคุณภาพชีวิตสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีโรคประจำตัว เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปจะสามารถนำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ดีกว่า ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่มีโรคประจำตัวก็สามารถใช้ชีวิตโดยไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรับประทานยา หรือการระมัดระวังเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่อาจส่งผลทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ

Lorlowhakarn and Narintharuksa (2021) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต พบว่าระดับการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับ Javed et al. (2016) ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการศึกษาต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี โดยระบุว่าการศึกษาเป็นหนึ่งในตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ของชีวิต ที่นำไปสู่การมีงานทำ สร้างรายได้ และก่อให้เกิดสถานภาพทางสังคม และเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี จากการเปรียบเทียบบุคคลที่มีการศึกษากับบุคคลที่ไม่ได้รับการศึกษา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ Tobin (2021) ได้กล่าวถึงผลกระทบของการศึกษาต่อคุณภาพชีวิตว่า การศึกษาเป็นตัวบ่งชี้ถึงการมีความรู้ มีทักษะ และการมีอุปนิสัยที่ดี ที่ส่งผลให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีจากการมีงานทำ การรู้จักวิธีรักษาสุขภาพร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังช่วยให้บุคคลมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในตนเอง รวมถึงเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสมต่อการใช้ชีวิตในสังคม

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเพศ รายได้ และสุขภาพต่างกัน มีความสุขไม่แตกต่างกัน ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการศึกษาต่างกันมีความสุขแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปจะมีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความสุขสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปจะสามารถคิดวิเคราะห์และทำความเข้าใจสถานการณ์เพื่อวางแผนในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองในด้านต่าง ๆ ได้อย่างสมคูล ที่ส่งผลให้สามารถสัมผัสได้ถึงความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Senasu (2016) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสุขของคนไทย พบว่า การศึกษาส่งผลด้านบวกต่อความสุข โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความสุขมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับ Nikolaev and Rusakov (2016)

ที่กล่าวถึงการศึกษาเกี่ยวกับความสุขกรณีศึกษาสมมติฐานทางเลือก โดยอธิบายถึงการศึกษาที่ส่งผลต่อการใช้ความสุข โดยมีหลักฐานชี้ว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงโดยเฉลี่ยแล้วจะมีความสุขมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า นอกจากนี้ Ruiu and Ruiu (2019) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับความสุขกรณีศึกษาบุคคลที่มีการศึกษาสูงในประเทศอิตาลียังพบว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีรายได้โดยเฉลี่ยสูงกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่าที่ส่งผลต่อการใช้ความสุขในการดำเนินชีวิต แต่ความคาดหวังด้านอาชีพและการเงินที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายก็ทำให้ความสุขลดน้อยลงได้เช่นกัน

4. คุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคุณภาพชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความสุขในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับความสุขอยู่ในระดับมาก ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับความสุขอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ López-Ruiz et al. (2021) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขกับคุณภาพชีวิตตามรูปแบบสังคมประเทศสเปน พบว่า ผู้คนในสังคมสเปนจะแสวงหาความเป็นอยู่ที่ดีอันจะนำไปสู่การใช้ความสุขในชีวิต ที่สามารถอธิบายได้ว่าบุคคลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะเป็นผู้ที่มีความสุข ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Chykhantsova (2020) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความสุขพบว่า คุณภาพชีวิตคือการมีความเป็นอยู่ที่ดี สุขภาพแข็งแรง ที่ส่งผลให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ นำมาสู่การใช้ความสุขในชีวิต นอกจากนี้ Chaladue (2022) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสุขในการปฏิบัติงานของคุณครูโรงเรียนสาธิตในเครือจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการปฏิบัติงาน

สรุปผล

ระดับการศึกษาและการมีโรคประจำตัวต่างกัน ส่งผลต่อการใช้คุณภาพชีวิตแตกต่างกัน คุณภาพชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ระดับมากกับความสุของค์ประกอบคุณภาพชีวิต ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ทั้ง 4 ด้าน มีความสัมพันธ์กับความสุขทุกด้าน ดังนั้น การส่งเสริมคุณภาพชีวิตจะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสุขในทิศทางเพิ่มขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพต่อการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น การจัดโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตระหนักและดูแลสุขภาพด้านร่างกาย การสร้างสัมพันธภาพทางสังคม ตลอดจนดูแลสิ่งแวดล้อมที่พกอาศัยได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

1.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสุขมากขึ้น เช่น การจัดกิจกรรมวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติในชุมชน เพื่อเป็นกำลังใจตลอดจนเพิ่มความรู้สึกรักการมีคุณค่าจากการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 คุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองในการสร้างโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.2 ควรพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตร่วมกับความสุขโดยคำนึงถึงตัวแปรโรคประจำตัวและระดับการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

References

- Boonwan S. et al. (2021). Factors Correlated with Happiness in Work of Health Personnel of Kanchanaburi Province. *Academic Journal of Community Public Health*, 7(3), 139-151.
- Chaladue, S. (2022). The relationship between quality of life and happiness in working of Sarasas affiliated school teachers' in Samuprakarn. *Srinakharinwirot Business Journal*, 13(2), 30-42.
- Chantaramontree, I. (2023). The enhancing quality of life for public health volunteers (VHV) Support for primary care services under the situation of the outbreak of Coronavirus Disease 2019 PaKho Health Promoting Hospital Mueang District NongKhai. *Journal of Hospital and Community Health Research*, 1(1), 30-42.
- Chanpeng S. & Pobkeeree V. (2020). Happiness of Staff at a Community Hospital. In P. Alai (Ed.), *King's Philosophy and Research for Life Balance in Disruptive Technology Era. The 12th NPRU National Academic Conference* (pp. 188- 195) . Nakhon Pathom Rajabhat University.
- Chykhantsova, O. (2020). The relationship between quality of life and happiness. In L. Kováč (Ed.), *Happiness and Contemporary Society. International Scientific Conference* (pp. 60-62). The Ukrainian Institute for Happiness Research.
- Department of Health Service Support. (2011). *Handbook for modern village health volunteers*. Bangkok: Agricultural Cooperatives Association of Thailand.
- Jainta, S. (2017). Factors Related to Health Behaviors of health volunteer in Pasang Subdistrict Maechan District Chiang Rai Province. *Primary Health Care Division Journal*, 12(1), 30-35.
- Javed S. et al. (2016). Effect of Education on Quality of Life and Well Being. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(4), 119-128. <https://doi.org/10.25215/0304.053>
- Komnanton T. & Bodeerat C. (2021). Performance of village health volunteers in Song District, Phrae Province. *Journal of Modern Learning Development*, 6(3), 237-249.
- Krejcie R.V. & Morgan D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Lorlowhakarn S. & Narintharuksa P. (2021). Health Literacy Health Behavior and Quality of Life of Phuket Village Health Volunteers. *Journal of Health Science*, 30(3), S414-422.
- López-Ruiz V.R. et al. (2021). The relationship between happiness and quality of life: A model for Spanish society. *Plos one*, 16(11), e0259528. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259528>
- Mahatnirankul S. et al. (2002). *World Health Organization Quality of Life Brief – Thai, WHOQOL- BREF- THAI*. Department of Mental Health. <https://dmh.go.th/test/whoqol/>

- Mongkol A. & Huttapanom W. (2002). *Thai Mental Health Indicators (TMHI – 66)*. Department of Mental Health. <https://dmh.go.th/test/download/files/thi66.pdf>
- National Innovation Agency. (2020, December 9). *How is the quality of life of Thai people ranked in the world*. <https://www.nia.or.th/SPI2020>
- National Institute on Aging. (2020). *The National Institute on Aging: Strategic Directions for Research, 2020-2025*. <https://www.nia.nih.gov/sites/default/files/2020-05/nia-strategic-directions-2020-2025.pdf>
- Nikolaev B. & Rusakov P. (2016). Education and happiness: An alternative hypothesis. *Applied Economics Letters*, 23(12), 827-830. <https://doi.org/10.1080/13504851.2015.1111982>
- Office of the Secretary of the National Strategy Committee. (2024, April 25). *National Strategy 2018-2037 (abbreviated version)*. Office of the National Economic and Social Development Council. https://www.nesdc.go.th/download/document/SAC/NS_SumPlanOct2018.pdf
- Panyasaisophon, T. (2021). *Research methods for health promotion management*. Nakhon Ratchasima: Lertsilp Saan Holding Limited Partnership.
- Regulations of the Ministry of Public Health regarding village public health volunteers 2011. (2011, 20 March). *Royal Gazette*. Volume 128, special section 33. pages 1-10.
- Ruiu G. & Ruiu M. L. (2019). The Complex Relationship Between Education and Happiness: The Case of Highly Educated Individuals in Italy. *Journal of Happiness Studies*, 20, 2631-2653. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-0062-4>
- Sakchalathorn K. et al. (2020). The Model of Development for Quality of Life of Village Health Volunteers, Phanom Sarakham District Chachoengsao Province. *Saint John's Journal*, 23(32), 331-350.
- Senasu, K. (2016). *Factors Affect Happiness in Thailand*. National Institute of Development Administration. <http://library1.nida.ac.th/catbook1/nidabk1/b192903ab.pdf>
- Siri, N. (2022). The Enhancement of Happiness at Work Model for COVID-19 Prevention and Control of Village Health Volunteers, Nan Province. *Multidisciplinary Journal for Health*, 3(2), 18-31.
- Thaiuthit, C. (2018, July 11-13). *The relationship between happiness in performing duties and effectiveness in the work of village public health volunteers*. In *Phan Thong District, Chonburi Province* [Poster Presentation]. New Step to a Century of Development: Primary Health Services in the Future, Laithong Hotel, Ubonratchathani Province, Thailand.
- Thip-aksorn C. et al. (2021, August 21). *Quality of Life Affecting Performance of Health Volunteers in Muang District in Buriram Province during COVID-19 Pandemic* [Paper Presentation]. National Research Conference 2021: NRC 2021. Mahasarakham University, Mahasarakham, Thailand.

Tobin, D. (2021, December 8). *The Impact of Education on Life Quality*. Psychreg. <https://www.psychreg.org/impact-education-life-quality/>

Narkvichien, M. (2020, August 28). Thailand's 1 million village health volunteers - “unsung heroes” - are helping guard communities nationwide from COVID-19. World Health Organization. <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/thailands-1-million-village-health-volunteers-unsung-heroes-are-helping-guard-communities-nationwide-from-covid-19>

Original Article

THE EFFECT OF THE “KHAO LAM STRENGTHENS THE MIND” ACTIVITY PROGRAM ON ENHANCING THE POSITIVE PSYCHOLOGY CAPITAL OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN SAENSUK SUBDISTRICT, MUEANG DISTRICT, CHONBURI PROVINCE

Received: June 12, 2023

Received: April 11, 2024

Accepted: April 24, 2024

Phanthakan Yuenyong ^{1,*}, Yananthorn Krabthip ², Kanogkorn Jongprasit ³,
Kanokrada Kaewon ⁴, Nichakarn Songjaeng ⁵, Thamonwan Nalai ⁶, Parichat Thongnart ⁷,
Suphansa Srimora ⁸, Preecha Suvannathong ⁹

¹⁻⁹ Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Sirindhorn College of Public Health Chonburi,
Chonburi 20000, Thailand

Corresponding author; E-mail: yy.phanthakan@gmail.com *

Citation: Yuenyong P., Krabthip Y., Jongprasit K., Kaewon K., Songjaeng N., Nalai T., Thongnart P., Srimora S., Suvannathong P. (2024). The Effect of the “Khao Lam Strengthens the Mind” Activity Program on Enhancing the Positive Psychology Capital of Health Volunteers in Saensuk Sub-district, Mueang District, Chonburi Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 39(1), 37-46.



Copyright (c) 2024 Primary Health
Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

Positive psychology capital development is the enhancement of an individual's positive attributes, which are integral to specific behaviors. This study constitutes a process-oriented innovation aimed at fostering positive psychology capital among village health volunteers (VHVs). The sample group comprises 23 VHVs from Sansuk Sub-district, Muang District, Chonburi Province, divided into 11 individuals with the highest levels of genuine distress and 12 individuals with the lowest levels. Participants engaged in a 4-week program utilizing the "Khao Lam Strengthens the Mind" activity kit, positive psychology capital assessment forms, and a mental health index measurement test. Data was collected pre- and post-program and analyzed statistically using percentage, mean, standard deviation, maximum, minimum, and the paired t-test to compare mean differences. The study found that following program participation, VHVs demonstrated significantly higher average levels of positive psychology capital compared to before the activity, with statistical significance at the .05 level. Overall satisfaction with the "Inspiration Rice" activity kit program was rated highly. Therefore, the "Inspiration Rice" activity kit program effectively enhances positive psychology capital, promoting VHVs' ability to utilize the "AORSORMOR Online" application and efficiently adapt to utilizing technology in public health practices.

Keywords: Hope; Inspiring spirits; Positive psychological capital; Village Health Volunteers (VHVs)

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมชุดกิจกรรม “ข้าวหลาม สร้างพลังใจ” เพื่อพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

รับบทความ: 12 มิถุนายน 2566

แก้ไขล่าสุด: 11 เมษายน 2567

ตอบรับตีพิมพ์: 24 เมษายน 2567

พันธะกานต์ ยืนยง^{1,*}, ญาณันธร กราบทิพย์², กนกกร จงประสิทธิ์³, กนกธดา แก้วอ่อน⁴,
ณิกานต์ ส่งแจ้ง⁵, ธมนวรรณ นาลัย⁶, ปาริฉัตร ทองนาท⁷, สุพรรณษา ศรีโมรา⁸, ปรีชา สุวรรณทอง⁹
¹⁻⁹ คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี, ชลบุรี 20000, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย; E-mail: yy.phanthakan@gmail.com *

อ้างอิง: พันธะกานต์ ยืนยง, ญาณันธร กราบทิพย์, กนกกร จงประสิทธิ์, กนกธดา แก้วอ่อน, ณิกานต์ ส่งแจ้ง, ธมนวรรณ นาลัย, ปาริฉัตร ทองนาท, สุพรรณษา ศรีโมรา, ปรีชา สุวรรณทอง. (2567). ผลของโปรแกรมชุดกิจกรรม “ข้าวหลาม สร้างพลังใจ” เพื่อพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)*, 39(1), 37-46.



ลิขสิทธิ์ (c) 2024 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกเป็นการพัฒนาความสามารถทางบวกของบุคคลที่เป็นองค์ประกอบของพฤติกรรมเฉพาะบุคคล การศึกษานี้เป็นนวัตกรรมเชิงกระบวนการ เพื่อพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 23 คน แบ่งเป็นผู้ที่มีความรู้สึกรู้สึกท้อแท้มากที่สุด จำนวน 11 คน และผู้ที่มีความท้อแท้น้อยที่สุด จำนวน 12 คน เข้าร่วมโปรแกรมระยะเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมชุดกิจกรรม “ข้าวหลาม สร้างพลังใจ” แบบประเมินทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก และแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ชุดกิจกรรม “ข้าวหลาม สร้างพลังใจ” อสม. มีค่าเฉลี่ยของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมชุดกิจกรรม “ข้าวหลาม สร้างพลังใจ” โดยรวมอยู่ในระดับมาก ดังนั้น โปรแกรม ชุดกิจกรรม “ข้าวหลาม สร้างพลังใจ” สามารถพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อส่งเสริม อสม. ให้มีความสามารถใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” รวมถึงการปรับตัวในการใช้เทคโนโลยีเข้ามาปฏิบัติงานสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความหวัง; สร้างพลังใจ; ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

บทนำ

ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (Psychological capital) เป็นการพัฒนาความสามารถทางบวกของบุคคลที่เป็นองค์ประกอบของพฤติกรรมเฉพาะตัวเองทางด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ด้านความหวัง (Hope) ด้านการมองโลกในแง่ดี (Optimism) และด้านความยืดหยุ่นตัว (Resilience) การดำเนินชีวิตประจำวันจึงจำเป็นที่จะต้องนำทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกไปใช้เพื่อพัฒนาตัวบุคคล เมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงด้านการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น (Boonkerd and Wanichtanom, 2016) คณะผู้จัดทำได้นำผลการศึกษาวิจัยเรื่องทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี มาพัฒนาโปรแกรมชุดกิจกรรม “ข้าวหลาม สร้างพลังใจ” โดยการวิเคราะห์หาสาเหตุและความสัมพันธ์ของสาเหตุทำให้พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี มีความกังวลต่อการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” และการปรับตัวต่อการให้เทคโนโลยีมาใช้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี มีระดับทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=37.9$) (Yuenyong et al., 2024) หากมีการพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มสูงขึ้น จะเป็นแนวทางในการพัฒนางานสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากการศึกษาวิธีการพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น การสร้างกิจกรรม การอบรม วิดีโอสื่อต่าง ๆ การพัฒนาโปรแกรมชุดกิจกรรม “ข้าวหลาม สร้างพลังใจ” คณะผู้วิจัยศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษานำร่อง และทำให้ไม่พบโปรแกรมหรือชุดกิจกรรมในการพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากความสำคัญดังกล่าว ร่วมกับสร้างอัตลักษณ์ที่แตกต่างกัน พื้นที่ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ซึ่งเป็นสถานที่ท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์วัฒนธรรมของชุมชนมีของฝากที่มีชื่อเสียงคือ “ขนมข้าวหลาม” ชาวบ้านนิยมนำมาเป็นอาชีพสร้างรายได้หลักในการเลี้ยงครอบครัวเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของชาวบ้าน จึงทำให้ผู้วิจัยนำมาเป็นชื่อโปรแกรม ชุดกิจกรรม “ข้าวหลาม สร้างพลังใจ” เพื่อพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ในการกำหนดแนวทาง ส่งเสริม และทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” รวมถึงสามารถปรับตัวในการใช้เทคโนโลยีเข้ามาปฏิบัติงานสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม ชุดกิจกรรม “ข้าวหลาม สร้างพลังใจ” เพื่อพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ชุดกิจกรรม “ข้าวหลาม สร้างพลังใจ”

2.2 เพื่อเปรียบเทียบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ชุดกิจกรรม “ข้าวหลาม สร้างพลังใจ”

2.3 เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมชุดกิจกรรม “ข้าวหลาม สร้างพลังใจ”

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นนวัตกรรมเชิงกระบวนการ (Process Innovation) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมชุดกิจกรรม “ข้าวหลาม สร้างพลังใจ” เพื่อพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือน
กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 มีวิธีดำเนินการศึกษา ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
จำนวน 364 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1.1.1 เกณฑ์การคัดเข้าผู้เข้าร่วมวิจัย
(Inclusion Criteria)

- 1) มีอายุตั้งแต่ 32 ปีขึ้นไป
- 2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป และใช้งาน
แอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์”
- 3) มีความรู้สึกท้อแท้โดยประเมิน
จากแบบประเมินทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (Yuenyong
et al., 2024)
- 4) สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียน
ภาษาไทยได้
- 5) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วย
ความสมัครใจ

1.1.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion
criteria)

- 1) ลาออกจากการเป็นอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในช่วงที่ดำเนินการศึกษา
- 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ
ตามระยะเวลาที่กำหนด

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power
จำนวน 23 คน กำหนดขนาด Simple Size 0.8 (Cohen,
2013) ค่าความเชื่อมั่น 0.95 ทำการสุ่มแบบเจาะจง
(Purposive Sampling)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2
ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม คือ โปรแกรม
ชุดกิจกรรม “ข้าวหลาม สร้างพลังใจ” และเครื่องมือ
เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินทุนทางจิตวิทยา
เชิงบวก (Yuenyong et al., 2024) และแบบประเมิน
ความพึงพอใจต่อโปรแกรม ชุดกิจกรรม “ข้าวหลาม
สร้างพลังใจ”

2.1 โปรแกรมพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก
ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้
ประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
นำมาสร้างโปรแกรมให้ครอบคลุมตามกรอบแนวคิดและ
วัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) รู้จักฉัน รู้จักเธอ
(การรับรู้ความสามารถของตนเอง) ระยะเวลา 1 ชม.
รูปแบบกิจกรรม ได้แก่ การบรรยาย เกมจับคู่บัดดี้ และ
อภิปรายกลุ่ม มีเนื้อหา ดังนี้

- 1) การแนะนำวัตถุประสงค์ กำหนดการ
จัดกิจกรรมต่าง ๆ ภาพรวมของโปรแกรม รวมทั้งกฎ
กติกา ข้อตกลงร่วมกันในการเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งนี้
- 2) แลกเปลี่ยนความภูมิใจ และเสียใจที่
ได้จากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- 3) สรุปผลของกิจกรรม และนัดหมาย
กิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) มุมมอง
การเปลี่ยนแปลง (ความหวัง และการมองโลกในแง่ดี)
ระยะเวลา 1 ชม. รูปแบบกิจกรรม ได้แก่ การบรรยาย
การใช้ตัวอย่างจากกลุ่ม การใช้ตัวอย่างพฤติกรรม และ
อภิปรายกลุ่ม มีเนื้อหา ดังนี้

- 1) พรรณนา และแลกเปลี่ยนเส้นทาง
ชีวิตที่อยู่ในความทรงจำทั้งดี และไม่ดีตั้งแต่เกิดจนถึง
อายุที่คาดว่าจะเสียชีวิต ของกลุ่มเป้าหมาย
- 2) แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เมื่อมี
ความสุข หรือความทุกข์ที่สุด มีจัดการอารมณ์และ
ความรู้สึก
- 3) สรุปผลของกิจกรรม และนัดหมาย
กิจกรรม

กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) การเรียนรู้
จากสิ่งที่ผิดพลาด (พัฒนาความยืดหยุ่น) ระยะเวลา 1 ชม.
รูปแบบกิจกรรม ได้แก่ การบรรยายและตั้งคำถาม การใช้
วิดีโอ และอภิปรายกลุ่ม มีเนื้อหา ดังนี้

- 1) แลกเปลี่ยนสิ่งที่ผิดพลาดในชีวิต
ที่ส่งผลกับความรู้สึกที่สุด
- 2) เรียนรู้สิ่งผิดพลาดและการเยียวยา
จิตใจจากบุคคลตัวอย่างระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ
และกลุ่มตัวอย่าง

3) สรุปผลของกิจกรรม และนัดหมาย
กิจกรรม

กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ถอดบทเรียน
และประเมินความพึงพอใจภายหลังการใช้โปรแกรมฯ
ระยะเวลา 1 ชม. รูปแบบกิจกรรม ได้แก่ ประเมินผล
และอภิปรายกลุ่ม มีเนื้อหา ดังนี้

1) ถอดบทเรียนจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.
และกลุ่มเป้าหมาย

2) ประเมินความพึงพอใจภายหลังจาก
การใช้โปรแกรมฯ ชุดกิจกรรม “ข้าวหลาม สร้างพลังใจ”



Figure 1: The program “Khao Lam Strengthens the Mind”

2.2 แบบประเมินทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก
ในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (Yuenyong et al., 2024)
การประเมินดัชนีความตรงทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 และ
ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยวิธีของ
Cronbach’s เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาในภาพรวม
ได้ค่าเท่ากับ 0.91 ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลภูมิหลังกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับ
การศึกษา อาชีพ รายได้ การเข้าถึงแอปพลิเคชัน

“อสม.ออนไลน์” และประสบการณ์การทำงาน โดยลักษณะ
ของข้อคำถามเป็นการเติมข้อความลงในช่องว่างและ
เลือกตอบในช่องที่กำหนดให้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านทุนทางจิตวิทยา
เชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์”
จำนวน 39 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับรู้
ความสามารถของตนเอง จำนวน 10 ข้อ ด้าน ความหวัง
จำนวน 9 ข้อ ด้านการมองโลกในแง่ดี จำนวน 10 ข้อ
และด้านความหยิ่งตัว จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม
แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ
ตามวิธีของลิเคิร์ท (Likert Scale)

2.3 แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย
(Mongkol et al., 2009) จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม
แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ
ตามวิธีของลิเคิร์ท (Likert Scale) มี 4 ตัวเลือก คือ
“ไม่เลย” “เล็กน้อย” “มาก” และ “มากที่สุด”

วิธีการให้คะแนน

คำถามที่เป็นเชิงบวก ถ้าตอบว่า “ไม่เลย
= 0 คะแนน” “เล็กน้อย = 1 คะแนน” “มาก = 2 คะแนน”
“มากที่สุด = 3 คะแนน”

คำถามที่เป็นเชิงลบ ถ้าตอบว่า “ไม่เลย
= 3 คะแนน” “เล็กน้อย = 2 คะแนน” “มาก = 1 คะแนน”
“มากที่สุด = 0 คะแนน”

การแปลผล

51 - 60 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิต
มากกว่าคนทั่วไป (Good)

44 - 50 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิต
เท่ากับคนทั่วไป (Fair)

43 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง
มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor)

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการ
ใช้โปรแกรมฯ จำนวน 18 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบ
มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ลักษณะ
ข้อคำถามแบบเลือกตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน

5 คะแนน หมายถึง ดีมาก

4 คะแนน หมายถึง ดี

3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง พอใช้

1 คะแนน หมายถึง ต้องปรับปรุง

การแปลความหมายของระดับความพึงพอใจ
ใช้เกณฑ์การแปลความหมายจากค่าเฉลี่ยของ Likert (1961)
ดังนี้

1.00 - 1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจ
ระดับต้องปรับปรุง

1.50 - 2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจ
ระดับพอใช้

2.50 - 3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจ
ระดับปานกลาง

3.50 - 4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจ
ระดับดี

4.50 - 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจ
ระดับดีมาก

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ขออนุญาตในการจัดเก็บข้อมูลจาก
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข

3.2 ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์

3.3 ขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวก
ในการดำเนินกิจกรรม และจัดเก็บข้อมูล

3.4 นำข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามมา
ประมวลผลและวิเคราะห์

3.5 วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ
อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเข้าถึง
แอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” และประสบการณ์การ
ทำงาน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 วิเคราะห์ข้อมูลด้านทุนทางจิตวิทยา
เชิงบวก ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย และความพึงพอใจ
ต่อการใช้โปรแกรมฯ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทุน
ทางจิตวิทยาเชิงบวก ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ
กรณีในประชากร 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน ด้วยสถิติ

Paired t-test ก่อนการวิเคราะห์ทดสอบข้อตกลงเงื่อนไข
การใช้สถิติ การแจกแจงข้อมูลแบบปกติด้วยวิธี Shapiro-
Wilk Test และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α)
เท่ากับ .05

5. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง
ทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย โดยการเข้าร่วม
การวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ให้กลุ่มตัวอย่าง
เป็นผู้ตัดสินใจด้วยวิธีลงชื่อในเอกสารยินยอมในการเข้าร่วม
การวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และข้อมูลที่ได้จากกลุ่ม
ตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ในการรวบรวมข้อมูลจะไม่
ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้
ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอใน
ภาพรวม และผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เลขที่
IN 2/63 วันที่รับรอง 12 พฤศจิกายน 2563

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม
ชุดกิจกรรม “ข้าวหลาม สร้างพลังใจ” เพื่อพัฒนาทุนทาง
จิตวิทยาเชิงบวกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน
23 คน เป็นเพศหญิง (15/65.2) เพศชาย (8/34.8) อายุ
เฉลี่ย 60.1 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ โสด/หม้าย/
หย่า/แยกกัน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบระดับ
ประถมศึกษา (10/43.5) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลัก
คือ ค้าขาย (9/39.1) รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ น้อยกว่า
5,000 บาท (9/39.1) เข้าใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม.
ออนไลน์” ด้วยตนเอง (10/43.5) มีผู้อื่นช่วย (13/56.5)
และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานเป็น อสม.
มาแล้ว 16 ปีขึ้นไป (13/56.5)

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทุนทางจิตวิทยา เชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์”

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทุนทาง
จิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม.
ออนไลน์” ภาพรวม พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ
มีค่าเฉลี่ย ($\bar{\mu}$) เท่ากับ 149.00 คะแนน และหลังการเข้า

ร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ย ($\bar{\mu}$) เท่ากับ 164.87 คะแนน
มีค่าเฉลี่ยของผลต่าง ($\bar{\mu}_{diff}$) เท่ากับ 15.87 คะแนน

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
(Table 1)

Table 1: Comparison of average positive psychological capital before and after program implementation among village health volunteers. (n=23)

Positive Psychological Capital	$\bar{\mu}$	SD	$\bar{\mu}_{diff}$	SD _{diff}	Datum=0	
					95% CI	p-value
Self - Efficacy						
Before	35.22	5.36	4.70	7.31	1.54 – 7.86	.005
After	39.91	5.92				
Hope						
Before	38.87	4.18	2.39	3.14	1.03 – 3.75	.001
After	41.26	4.13				
Optimism						
Before	33.91	4.73	7.00	5.83	4.48 – 9.52	< .001
After	40.91	4.61				
Resilience						
Before	41.00	5.64	1.78	2.02	0.91 – 2.66	< .001
After	42.78	5.55				
Total Psychological Capital						
Before	149.00	13.17	15.87	10.58	11.29 – 20.44	< .001
After	164.87	13.88				

*Statistical significance at the .05 level

3. การเปรียบเทียบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมฯ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (Fair) ร้อยละ 43.5 รองลงมา คือ มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor) ร้อยละ 39.1 และมีสุขภาพจิตมากกว่าคนทั่วไป (Good) ร้อยละ 17.4 ภายหลังการใช้โปรแกรมฯ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (Fair) ร้อยละ 34.8 และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor) ร้อยละ 34.8 และมากกว่าคนทั่วไป (Good) ร้อยละ 30.4 แสดงให้เห็นว่าภายหลังการใช้โปรแกรมฯ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสุขภาพจิตมากกว่าคนทั่วไป (Good) เพิ่มขึ้น 3 คน และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor) ลดลง 1 คน (Table 2)

Table 2: Compare the test results of the Thai mental health index, before and after using the program.

Thai Mental Health Index	Before		After	
	Sample size (n)	Percent	Sample size (n)	Percent
Score 51 - 60 Mean Good Mental Health	4	17.4%	7	30.4%
Score 44 - 50 Mean Fair Mental Health	10	43.5%	8	34.8%
Score 43 Mean Poor Mental Health	9	39.1%	8	34.8%
Total	23	100.0%	23	100.0%
	Mean = 45.70, SD = 5.68		Mean = 46.74, SD = 5.41	
	Max = 56.00, Min = 34.00		Max = 56.00, Min = 38.00	

4. ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมฯ	ด้านคุณภาพสื่อในส่วนของ ด้านการนำไปใช้ประโยชน์
ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจหลังการใช้	ประเด็นของเนื้อหาและข้อมูลสามารถนำไปใช้ประโยชน์
โปรแกรมฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ	ได้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.62 รองลงมาด้านรูปแบบ ประเด็น
4.38 โดยมีด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการใช้โปรแกรมฯ	ของการออกแบบมีการสอดแทรกเอกลักษณ์ภูมิปัญญา
และด้านคุณภาพสื่อ ที่ประกอบไปด้วย ด้านข้อมูล/	ท้องถิ่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 และด้านคุณภาพสื่อ
เนื้อหา ด้านการใช้งาน ด้านรูปแบบ และด้านการนำไปใช้	ประเด็นของภาษาเข้าใจง่าย กระชับ อธิบายข้อมูลได้
ประโยชน์ โดยมี 3 ข้อที่มีระดับคะแนนมากที่สุด ได้แก่	ชัดเจน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.52 ตามลำดับ (Table 3)

Table 3: Satisfaction Level towards the "Khao Lam strengthens the mind" activity program among village health volunteers. (n=23)

Satisfaction	Level of Satisfaction			
	$\bar{x}$	SD	95% CI	Level
Steps or instructions for using the program	4.38	0.64	4.10 – 4.66	High
Information/content dimension	4.41	0.55	4.17 – 4.65	High
Operational aspect	4.21	0.63	3.94 – 4.48	High
Design Aspect	4.40	0.48	4.19 – 4.61	High
Utilization Aspect	4.62	0.50	4.40 – 4.84	Very High
Total	4.38	0.57	4.13 – 4.63	High

อภิปรายผล

จากผลการทดลองใช้โปรแกรมพัฒนาทุนทาง	จิตวิทยาเชิงบวกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
จิตวิทยาเชิงบวกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	หมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ก่อน
ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ชุดกิจกรรม	และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลการเปรียบเทียบ
“ข้ามหลาม สร้างพลังใจ” คณะผู้จัดทำได้นำเสนอผลการ	จำนวน และร้อยละ ของคะแนนแบบทดสอบดัชนีชี้วัด
เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทุนทาง	สุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ ก่อนและหลังการใช้

โปรแกรมฯ และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมฯ พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมฯ ผลการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทูทางจิตวิทยาเชิงบวกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ ผลการเปรียบเทียบ จำนวนและร้อยละ ของคะแนนแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนสุขภาพจิตดีขึ้นในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมา มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปตามลำดับ เนื่องจาก อสม. ของตำบลแสนสุข ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย และธุรกิจส่วนตัว จึงมีความสามารถในการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีรายได้เป็นของตนเอง และเป็น อสม. จึงมีความพร้อม และวุฒิภาวะในการจัดการแก้ไขปัญหาได้อย่างสร้างสรรค์ และปฏิบัติงานจิตอาสา ส่งผลให้ระดับสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตที่ดี มีระบบสวัสดิการ เชิดชูเกียรติ ที่เหมาะสม เกิดทีมเครือข่ายเข้มแข็ง (Lorlowhakarn and Narintharuksa, 2021)

จากผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด พบว่าด้านคุณภาพสื่อในส่วนของการนำไปใช้ประโยชน์ ประเด็นของเนื้อหาและข้อมูลสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา ด้านรูปแบบ ประเด็นของการออกแบบมีการสอดแทรกอัตลักษณ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น และด้านคุณภาพสื่อ ประเด็นของภาษาเข้าใจง่าย กระชับ อธิบายข้อมูลได้ชัดเจน ตามลำดับ เนื่องจากการออกแบบโปรแกรมฯ ทำให้เกิดการตอบสนองต่อการปฏิบัติและนำไปใช้ รวมถึงการสอดแทรกอัตลักษณ์จะทำให้เกิดการสื่อสารผ่านโปรแกรมฯ สะท้อนความเป็นชุมชน อีกทั้งยังเข้าใจง่าย และเกิดความภูมิใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมฯ หรือผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมจะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานได้เป็นอย่างดี

ทั้งการใช้ประโยชน์ และการออกแบบที่ทำให้สามารถสื่อถึงแหล่งที่มา ประกอบกับจดจำได้ง่าย เนื่องจากคำที่สั้น อ่านง่ายและเข้าใจง่าย (Camluang and Suwannawaj, 2017)

สรุปผล

จากผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ด้วยโปรแกรม ชุดกิจกรรม “ข้ามหลาม สร้างพลังใจ” ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกสูงขึ้น รวมถึงมีสุขภาพจิตดีขึ้น ทำให้โปรแกรมฯ นี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อื่น ๆ แต่ต้องมีการปรับกิจกรรมตามบริบทของพื้นที่เพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้
 - 1.1 เนื่องจากระยะเวลาในการทำชุดกิจกรรม แต่ละกิจกรรมมีเวลาจำกัด ควรเพิ่มระยะเวลาในการทำกิจกรรมให้เหมาะสม
 - 1.2. นำโปรแกรมพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกไปใช้กับผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่อยู่ในช่วงกลุ่มวัยทำงาน
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
 - 2.1. ขยายการติดตามผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว โดยเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาให้มากขึ้น
 - 2.2. พัฒนาต่อยอดโดยการเพิ่มการสอนเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” ให้กับผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

Reference

- Boonkerd P. & Wanichtanom R. (2016). The Relationship Between Positive Psychological Capital, Perceived Organizational Support and Turnover Intention with Consideration of Job Satisfaction as a Mediator in Professional Nurses : a Central Hospital in Eastern of Thailand. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 42(2), 148-169.
- Camluang S. & Suwannawaj S. (2017). Corporate identity design by using semiotics theory on the perception of cultural capital of Gardgongta, Lampang Province. *Art and Architecture Journal Naresuan University*, 8(1), 24-39.
- Cohen J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge Academic.
- Likert, R. (1961). *New Patterns of Management*. New York: McGraw-Hill.
- Lorlowhakarn S. & Narintharuksa P. (2021). Health Literacy Health Behavior and Quality of Life of Phuket Village Health Volunteers. *Journal of Health Science of Thailand*, 30(3), S414-422.
- Mongkol A. et al. (2009). *The Development and Testing of Thai Mental Health Indicator Version 2007*. Bangkok: Cooperative Agriculture Printing House Limited.
- Yuenyong P. et al. (2024). Positive Psychological Capital in using of Application “AORSORMOR ONLINE” of the Village Health Volunteers in Seansuk Sub-District, Mueang District, Chonburi Province. *Research and Development Health System Journal*, 17(1), 113-126.

Original Article

HEALTH LITERACY, PARTICIPATION IN THE PREVENTION OF CORONAVIRUS DISEASE 2019 AND TRANSFORMATIONS LEADERSHIP OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN PHAYAO PROVINCE

Received: July 15, 2023

Received: April 22, 2024

Accepted: April 25, 2024

Wilaiporn Namsri ^{1,*}, Theerapat Wongkumsin ²

¹ Master's degree students in Community Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University, Bangkok 10900, Thailand

² Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University, Bangkok 10900, Thailand

Corresponding author; E-mail: wilaiporn.na@ku.th*

Citation: Namsri W., Wongkumsin T. (2023). Health Literacy, Participation in the Prevention of Coronavirus Disease 2019 and Transformations Leadership of Village Health Volunteers in Phayao Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 39(1), 47-61.



Copyright (c) 2024 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

The objective of this cross-sectional research study was to examine health literacy, participation in the prevention of coronavirus disease 2019 and transformations leadership of village health volunteers in Phayao province. The sample group comprised 390 village health volunteers from Phayao province. Data was collected using questionnaires, analyzed statistically with percentages, means, standard deviations, and Pearson correlation coefficients. The research findings indicate that the village health volunteers have a good level of health literacy. Their participation in the prevention of coronavirus disease 2019 and their transformations leadership are at a moderate level. There is a positive correlation between health literacy and participation in the prevention of coronavirus disease 2019 with transformations leadership among village health volunteers, which is statistically significant at the .05 level. This suggests the crucial necessity for village health volunteers to develop their health literacy and participation in the prevention of coronavirus disease 2019 to foster transformations leadership.

Keywords: Health literacy; Participation; Coronavirus disease 2019; Transformational leadership; Village health volunteers

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพะเยา

วิไลพร นามศรี^{1,*}, อีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน²

รับบทความ: 15 มิถุนายน 2566

แก้ไขล่าสุด: 22 เมษายน 2567

ตอบรับตีพิมพ์: 25 เมษายน 2567

¹ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาจิตวิทยาชุมชน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์,
กรุงเทพมหานคร 10900, ประเทศไทย

² ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร 10900, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย; E-mail: wilaiporn.na@ku.th*

อ้างอิง: วิไลพร นามศรี, อีรพัฒน์
วงศ์คุ้มสิน. (2567). ความรอบรู้ด้าน
สุขภาพ การมีส่วนร่วมในการป้องกัน
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในจังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุข
มูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ),
39(1), 47-61.



ลิขสิทธิ์ (c) 2024 วารสารสาธารณสุข
มูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพะเยา จำนวน 390 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้เกิดภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในการป้องกันโรคต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; การมีส่วนร่วม; โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนา ซึ่งมีชื่อทางการว่า SARS-CoV-2 ทำให้มีอาการไข้ ไอ และอาจมีปอดอักเสบร่วมด้วย (Ministry of Public Health, 2020) การแพร่ระบาดของไวรัสดังกล่าว ส่งผลให้ประชาชนไทยต้องเผชิญกับผลกระทบทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ โดยผลกระทบนั้นแผ่กระจายในเป็นวงกว้างกับคนทุกกลุ่มวัย รวมทั้งสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ในขณะที่ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นส่วนสำคัญของระบบสาธารณสุข มีส่วนจัดทำข้อมูลพื้นฐานสุขภาพของประชาชน และมีส่วนในการรณรงค์ให้ข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในสถานการณ์โรค COVID-19 ซึ่งเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่เข้าถึงผู้ป่วยตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ

จังหวัดพะเยา เป็นจังหวัดหนึ่งในประเทศไทยที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีประชากรทั้งสิ้น 464,505 คน ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 6,079 คน คิดเป็นร้อยละ 1.39 (Development and Human Security office, 2022) ถือเป็นพื้นที่ต้นแบบในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการเตรียมการคัดกรอง รวมถึงการแนะนำการเตรียมตัว การดูแลตัวเอง หรือการกักตัวเอง ซึ่งทุกคนที่กลับมาจากต่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็นคนไทยหรือนักท่องเที่ยวก็ตาม มีส่วนร่วมในการคัดกรอง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงการดูแลผู้ป่วย ทางจังหวัดพะเยาได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ประชาชนเกิดความสบายใจมากที่สุด ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามแนวทางการป้องกันการระบาดวิทยา ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดพะเยาอย่างมีประสิทธิภาพ (Phayao Provincial Public Health Office, 2021)

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นพฤติกรรมหรือกระบวนการที่ผู้นำใช้การปฏิสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ในการสร้างแรงจูงใจของผู้ร่วมงานให้สูงขึ้น จนส่งผลให้

ผู้ร่วมงานตระหนักถึงความสำคัญและรู้สึกอยากเปลี่ยนแปลงและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำที่มีประสิทธิภาพมีจำนวนมาก ผู้นำจะต้องมีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานของผู้ตามให้เกิดความพยายามที่จะปฏิบัติงานเกินเป้าหมายที่กำหนดโดย Bass and Avolio (1994) ได้เสนอรูปแบบภาวะผู้นำที่มีความต่อเนื่องกัน คือ ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน (Transactional leadership) อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างเหมาะสม โดยได้มีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นเป็นประจำทุกปี เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการพัฒนาตนเองให้เป็นผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขา เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ (Nutbeam, 2008)

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน คือ การเป็นผู้นำในการปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดรณรงค์และให้ความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐาน ให้บริการแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข หรือบทบัญญัติของกฎหมายอื่น ๆ จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของท้องถิ่น เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแหล่งอื่น ๆ ให้มีความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน และการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ศึกษา พัฒนารูปแบบ และเข้าร่วมประชุม

ตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่น ๆ ร้องขอความช่วยเหลือ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะ และประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่น ๆ ในท้องถิ่น (Department of Health Service Support, 2011) ซึ่งการที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะเป็นข้อมูลที่ส่งผลต่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงได้ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยให้มีบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย และด้านสาธารณสุขอื่น ๆ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพะเยา ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และนำไปปรับใช้ และสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพะเยา ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือน เมษายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565 มีวิธีการศึกษา ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพะเยา จำนวนทั้งสิ้น 15,061 คน (Primary Health Care Division, 2020)

1.1.1 เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

- 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพะเยา ที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
- 2) สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้อย่างชัดเจน

1.1.2 เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

- 1) มีโรคประจำตัวร้ายแรงหรืออุบัติเหตุฉุกเฉินที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
- 2) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการในวันลงเก็บข้อมูล

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพะเยา จำนวน 390 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Yamane (1973 : 727) มีวิธีการคำนวณได้ ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ N = จำนวนประชากรทั้งหมด

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นตัวแทนประชากร

e = ค่าของความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05

$$\text{แทนค่า } n = \frac{15,061}{1+15,061 (0.05^2)}$$

$$= 389.68$$

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 390 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพะเยา แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสมดุลของรายรับ-รายจ่าย ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ภาวะสุขภาพ และการเข้าอบรมเกี่ยวกับสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) และเติมตัวเลข จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองโดยประยุกต์จากองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพของ Division of Health Education (2018) ซึ่งแบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (จำนวน 8 ข้อ) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (จำนวน 8 ข้อ) ทักษะการสื่อสาร (จำนวน 8 ข้อ) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (จำนวน 8 ข้อ) ทักษะการตัดสินใจ (จำนวน 8 ข้อ) และทักษะการจัดการตนเอง (จำนวน 8 ข้อ) จำนวนทั้งสิ้น 48 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเชิงบวก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยเลือกตอบเพียงข้อเดียว มี 5 ตัวเลือก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน “มากที่สุด 5 คะแนน” “มาก 4 คะแนน” “ปานกลาง 3 คะแนน” “น้อย 2 คะแนน” และ “น้อยที่สุด 1 คะแนน”

เกณฑ์แปลผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ตามหลักของ Division of Health Education (2018) แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน	
น้อยกว่า ร้อยละ 60	ระดับไม่ดี
ร้อยละ 60 – 69	ระดับพอใช้
ร้อยละ 70 – 79	ระดับดี
ร้อยละ 80 ขึ้นไป	ระดับดีมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Uphoff et al. (1979) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (จำนวน 8 ข้อ) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (จำนวน 8 ข้อ) การมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ (จำนวน 8 ข้อ) และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (จำนวน 8 ข้อ) จำนวนทั้งสิ้น 32 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงข้อเดียว มี 5 ตัวเลือก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน “มากที่สุด 4 คะแนน” “มาก 3 คะแนน” “ปานกลาง 2 คะแนน” “น้อย 1 คะแนน” และ “น้อยที่สุด 0 คะแนน”

เกณฑ์แปลผลการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยประยุกต์ใช้ตามหลักของ Best & Kahn (2006) ได้ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00	ระดับดีมากที่สุด
ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20	ระดับดีมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40	ระดับปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60	ระดับน้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80	ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีของ Bass and Avolio (1994) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การมีอิทธิพลต่ออุดมการณ์ (จำนวน 8 ข้อ) การสร้างแรงบันดาลใจของผู้ประกอบการเปลี่ยนแปลง (จำนวน 8 ข้อ) การกระตุ้นทางปัญญาของผู้ประกอบการเปลี่ยนแปลง (จำนวน 8 ข้อ) และการคำนึงถึงปัจเจกบุคคล (จำนวน 8 ข้อ) จำนวนทั้งสิ้น 32 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงข้อเดียว มี 5 ตัวเลือก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน “มากที่สุด 4 คะแนน” “มาก 3 คะแนน” “ปานกลาง 2 คะแนน” “น้อย 1 คะแนน” และ “น้อยที่สุด 0 คะแนน”

เกณฑ์แปลผลภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยประยุกต์ใช้ตามหลักของโดยประยุกต์ใช้ตามหลักของ Best & Kahn (2006) ได้ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 ระดับดีมากที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 ระดับดีมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 ระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 ระดับน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 ระดับน้อยที่สุด

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เสนอต่อประธานที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ และผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข ข้อคำถามในด้านภาษาและความชัดเจนตามข้อเสนอแนะของประธานที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ และผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน เพื่อความเข้าใจง่ายต่อการตอบแบบสอบถาม ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

3.2 การทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามสำหรับการวิจัยที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลอง (Try Out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ทั้งฉบับและรายด้าน โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้

3.2.1 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.979

3.2.2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.979

3.2.3 แบบสอบถามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.982

4. การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

ผู้วิจัยเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยดำเนินการสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบคำถามด้วยความสมัครใจโดยขออนุญาต

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยจนเป็นที่เข้าใจ รวมถึงการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคล และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถาม หรือออกจากการศึกษาในระยะใดก็ได้

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

5.1 วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

5.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

5.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.4 มีอายุระหว่าง 51–60 ปี ร้อยละ 42.6 สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 69.5 ระดับการศึกษาสูงสุด ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 39.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000–10,000 บาท ร้อยละ 84.1 มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย ร้อยละ 74.6 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ระหว่าง 21–43 ปี ร้อยละ 29.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.5 มีการเข้ารับการอบรมเรื่องวัคซีนและไข้เลือดออก ร้อยละ 16.41 (Table 1)

Table 1: Number and percentage of the sample group, categorized by personal factors. (n=390)

Personal Factors Data	Sample Group Size (n=390)	Percentage
1. Gender		
Male	61	15.6
Female	329	84.4
2. Age		
26 - 40 years	38	9.7
41 - 50 years	98	25.2
51 - 60 years	166	42.6
61 - 78 years	88	22.6
Mean = 53.45, SD = 9.41, Max = 78, Min = 26		
3. Marital Status		
Single	59	15.1
Married/Couple	271	69.5
Widow/Widower/Divorced/Separated	60	15.4
4. Highest Level of Education		
Primary School	125	32.1
Lower Secondary School	67	17.1
Upper Secondary School/Vocational Certificate	152	39.0
Bachelor's Degree or Higher	46	11.8
5. Occupation		
Wage worker	142	36.4
Farmer	190	48.7
Trader/Business owner	58	14.9
6. Average Monthly Income		
5,000 - 10,000 Baht	328	84.1
10,001 Baht or more	62	15.9
7. Income-Expense Balance		
Income exceeds expenses	25	6.4
Income equals expenses	74	19.0
Income is less than expenses	291	74.6
8. Duration of Being a Village Health Volunteers		
1 – 5 years	109	28.0
6 – 10 years	66	16.9
11 – 20 years	102	26.2
21 – 43 years	113	29.0
Mean = 14.96, SD = 11.62, Max = 43, Min = 1		

Table 1: (Continue)

Personal Factors Data	Sample Group Size (n=390)	Percentage
9. Health Status		
Has a chronic illness	150	38.5
Does not have a chronic illness	240	61.5
10. Health Training		
3 Doctor System	42	10.8
Physical Therapy for Homebound Elderly	37	9.5
Village Health Volunteers (VHV)	35	9.0
Tuberculosis (TB) and Dengue Fever	64	16.4
Non-communicable Diseases (NCDs)	55	14.1
Maternal and Child Health	40	10.3
Breast Cancer Awareness	55	14.1
Elderly and Disabled Care	30	7.7
Hypertension/Diabetes	32	8.2

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพะเยา พบว่า
มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดี Mean =
77.79, 95% CI = 76.69 – 78.88 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน
พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูล
และบริการสุขภาพ Mean = 79.57, 95% CI = 78.56 –
80.71 ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ Mean =
79.81, 95% CI = 78.83 – 80.83 ด้านทักษะการสื่อสาร
Mean = 75.05, 95% CI = 73.86 – 76.25 ด้านการ
รู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ Mean = 77.09, 95% CI =
75.77 – 78.25 ด้านทักษะการตัดสินใจ Mean = 78.54,
95% CI = 77.42 – 79.62 และด้านทักษะการจัดการ
ตนเอง Mean = 76.63, 95% CI = 75.52 – 77.81
(Table 2)

Table 2: Level of health literacy among village health volunteers. (n=390)

Health Literacy	Level of Health Literacy			
	Bad level (< 60 %)	Fair level (60-69%)	Good level (70-79%)	Very good level (≥ 80%)
1. Access skill Mean = 79.57, SD = 11.43, Max = 100.00, Min = 42.50, 95% CI = 78.56 – 80.71	32 (8.2%)	44 (11.3%)	75 (19.2%)	239 (61.3%)
2. Cognitive skill Mean = 79.81, SD = 11.41, Max = 100.00, Min = 50.00, 95% CI = 78.83 – 80.83	30 (7.7%)	39 (10.0%)	90 (23.1%)	231 (59.2%)
3. Communication skill Mean = 75.05, SD = 11.98, Max = 100.00, Min = 37.50, 95% CI = 73.86 – 76.25	62 (15.9%)	82 (21.0%)	80 (20.5%)	166 (42.6%)
4. Media literacy skill Mean = 77.09, SD = 11.82, Max = 100.00, Min = 35.00, 95% CI = 75.77 – 78.25	53 (13.6%)	45 (11.5%)	93 (23.8%)	199 (51.0%)

Table 2: (Continue)

Health Literacy	Level of Health Literacy			
	Bad level ($< 60\%$)	Fair level (60-69%)	Good level (70-79%)	Very good level ($\geq 80\%$)
5. Decision skill Mean = 78.54, SD = 11.56, Max = 100.00, Min = 52.50, 95% CI = 77.42 – 79.62	45 (11.5%)	39 (10.0%)	91 (23.3%)	215 (55.1%)
6. Self-management skill Mean = 76.63, SD = 11.71, Max = 100.00, Min = 37.50, 95% CI = 75.52 – 77.81	52 (13.3%)	51 (13.1%)	95 (24.4%)	192 (49.2%)
Total Health Literacy Mean = 77.79, SD = 10.47, Max = 100.00, Min = 50.42, 95% CI = 76.69 – 78.88	21 (5.4%)	77 (19.7%)	109 (27.9%)	183 (49.2%)

3. ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพะเยา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง Mean = 3.00, 95% CI = 2.94 – 3.06 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน

ดังนี้ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ Mean = 2.94, 95% CI = 2.87 – 3.01 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ Mean = 3.04, 95% CI = 2.97 – 3.11 ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ Mean = 3.13, 95% CI = 3.07 – 3.19 และด้านด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล Mean = 2.90, 95% CI = 2.84 – 2.97 (Table 3)

Table 3: Level of participation in the prevention of coronavirus disease 2019 among village health volunteers in Phayao province. (n=390)

Participation in preventing COVID-19	Mean	SD	95% CI	Level
Participation in decision-making	2.94	0.66	2.87 – 3.01	Moderate
Participation in implementation	3.04	0.64	2.97 – 3.11	Moderate
Participation in reaping Benefits	3.13	0.61	3.07 – 3.19	Moderate
Participation in evaluation	2.90	0.64	2.84 – 2.97	Moderate
Total participation in preventing COVID-19	3.00	0.59	2.94 – 3.06	Moderate

4. ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพะเยา พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง Mean = 2.92, 95% CI = 2.87 – 2.98 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ดังนี้ ด้านการมีอิทธิพล

อย่างอุดมการณ์ Mean = 2.98, 95% CI = 2.92 – 3.04 ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ Mean = 2.97, 95% CI = 2.91 – 3.02 ด้านการกระตุ้นทางปัญญา Mean = 2.88, 95% CI = 2.82 – 2.94 ด้านการคำนึงถึงปัจเจกบุคคล Mean = 2.87, 95% CI = 2.81 – 2.92 (Table 4)

Table 4: Level of transformational leadership among village health volunteers in Phayao province. (n=390)

Transformational leadership	Mean	SD	95% CI	Level
Ideological influence	2.98	0.60	2.92 – 3.04	Moderate
Inspiring	2.97	0.62	2.91 – 3.02	Moderate
Intellectual stimulation	2.88	0.62	2.82 – 2.94	Moderate
Consideration of the individual	2.87	0.59	2.81 – 2.92	Moderate
Total transformational leadership	2.92	0.58	2.87 – 2.98	Moderate

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Table 5)

Table 5: The relationship between health literacy and the transformational leadership of village health volunteers using Pearson correlation coefficient. (n=390)

Health Literacy	Transformational leadership					
		Ideological influence	Inspiring	Intellectual stimulation	Consideration of the individual	Total Transformational leadership
Access skill	r	.674**	.613**	.621**	.631**	.665**
	p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Cognitive skill	r	.693**	.675**	.667**	.698**	.716**
	p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Communication skill	r	.734**	.762**	.731**	.763**	.784**
	p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Media literacy skill	r	.735**	.724**	.734**	.779**	.779**
	p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Decision skill	r	.741**	.732**	.720**	.759**	.773**
	p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Self-management skill	r	.725**	.723**	.705**	.740**	.758**
	p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Total Health Literacy	r	.798**	.785*	.776**	.811**	.831**
	p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001

** Correlation is significant at the .05 level

6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน (Table 6)

Table 6: The relationship between participation in covid-19 prevention and the transformational leadership of village health volunteers using Pearson correlation coefficient statistics. (n=390)

Participation in Preventing COVID-19		Transformational leadership				
		Ideological influence	Inspiring	Intellectual stimulation	Consideration of the individual	Total Transformational leadership
Participation in Decision-making	r	.718**	.708**	.702**	.740**	.752**
	P	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Participation in Implementation	r	.769**	.764**	.741**	.798**	.805**
	P	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Participation in Reaping Benefits	r	.771**	.764**	.749**	.784**	.804**
	P	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Participation in Evaluation	r	.767**	.785**	.793**	.803**	.825**
	P	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Total Participation in Preventing COVID-19	r	.811**	.811**	.801**	.838**	.855**
	P	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001

**Correlation is significant at the .05 level

อภิปรายผล

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพะเยา พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีทุกองค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการจัดการตนเอง อาจเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เข้ารับการอบรมเป็นประจำและมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงที่คอยให้คำแนะนำในการสนับสนุนองค์ความรู้ต่าง ๆ ประกอบด้วยมีใจรักในงานบริการ มีจิตอาสา ทำให้เกิดการสนใจในการที่จะเฝ้าหาความรู้ในเรื่องการป้องกันและดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน จนทำให้ตัวเองเป็นแบบอย่างที่ดี และสามารถชักจูงและ

จูงใจคนในชุมชนให้ดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรค เพื่อสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Jaikham et al. (2024) ได้ศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน พบว่า อสม. มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. โดยรวมอยู่ในระดับมาก

2. ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพะเยา พบว่า มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ มีความเป็นจิตอาสา และเป็นด้านหน้าที่อยู่ในชุมชน

รู้บริบทของคนในพื้นที่มากที่สุด จึงพร้อมให้ความร่วมมือ และเห็นว่ากิจกรรมต่างช่วยให้ชุมชนสามารถป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ จะเห็นได้จากการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ออกเคาะประตูบ้านเพื่อให้ความรู้ประชาชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นคนคอยส่งยาให้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถไปรับยาที่โรงพยาบาลได้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Uphoff, Cohen and Goldsmith (1979) กล่าวไว้ว่า องค์การชุมชนหรือองค์กรประชาชน เป็นกลไกที่สำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนา จากประสบการณ์ของนานาประเทศ ได้ชี้ถึงข้อสรุปว่า องค์การชุมชนเป็นเครื่องมือในการขยายฐานการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน หรือพื้นที่ของตนเอง และเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ปัจเจกบุคคล ไม่ว่าจะเป็แรงงาน หรือผู้ประกอบการใด ๆ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน สอดคล้องสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Prommune K. (2021) ได้ทำการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19): กรณีศึกษาตำบลยะหา อำเภอยะหา จังหวัดยะลา พบว่า ประชาชนในเขตตำบลยะหา อำเภอยะหา จังหวัดยะลา มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ทุกคนต้องให้ความร่วมมือกัน และปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อที่จะยับยั้งการแพร่ระบาดไปในวงกว้าง

3. ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพะเยา พบว่า มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในชุมชนเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม สร้างการเรียนรู้ และทำตัวเป็นแบบอย่างให้ชุมชนสามารถดำเนินการป้องกันโรค และดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวด้วยตนเอง สะท้อนให้เห็นถึงภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ซึ่งเป็นไปตามของ Bass and Avolio (1994) ที่ผู้นำมีอิทธิพลต่อประชาชนในพื้นที่ โดยเปลี่ยนแปลงให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมทำตามที่คาดหวัง พัฒนาความสามารถของประชาชนไปสู่ระดับที่สูงขึ้น และศักยภาพมากขึ้นที่นำไปสู่ประโยชน์ของชุมชนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tappanee I. et al. (2022) ได้ศึกษาบทบาทผู้นำชุมชนในการจัดการโรคระบาดโควิด-19 กรณีศึกษา บ้านท่าสะท้อน ตำบลทุ่งหมอ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อบทบาทของภาวะของผู้นำชุมชนท่าสะท้อนในการจัดการโรคระบาดโควิด-19 ในการป้องกันโรคโควิด-19 นั้นเป็นไปในทางบวก เนื่องจากการดำเนินงานของผู้นำในชุมชนนั้นมีผลทำให้ประชาชนได้ความรู้ใหม่ ๆ แล้วมีส่วนร่วมในการร่วมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันสุขภาพของตนเองในการป้องกันโรค และใช้ชีวิตอย่างปลอดภัยมากขึ้น

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้มีการเข้ารับการฝึกอบรมตามมาตรฐานตามบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพหรือบทบาท 6 ประการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ แก้วข้าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chaisuktaksin N. et al. (2019) ได้ทำการวิจัยเรื่องผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับการขับเคลื่อนสุขภาวะชุมชนสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน พบว่า การขับเคลื่อนสุขภาวะซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาคนและชุมชนให้มีคุณภาพ

ชีวิตที่ดี จำเป็นต้องอาศัยบทบาทผู้นำในการขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและนำไปสู่การพัฒนาด้านสุขภาพและด้านอื่น ๆ ของชุมชน โดยผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสำคัญในฐานะกลไกและเป็นปัจจัยหนึ่งในกระบวนการสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นอย่างสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งผู้นำจำเป็นต้องมีคุณลักษณะที่สำคัญคือ การสร้างให้สมาชิกในชุมชนมีความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นระดับสูงสุดของภาวะความเป็นผู้นำ โดยเฉพาะในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิด ลักษณะดังกล่าวจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถสร้างสุขภาวะอันนำไปสู่ความอยู่ดีมีสุข ของคนในชุมชนอย่างครอบคลุมสุขภาวะทั้ง 4 มิติคือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ได้อย่างยั่งยืน

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา นำไปสู่การตัดสินใจการลงมือปฏิบัติในการแก้ไขปัญหา นั้น ๆ เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีส่วนเข้าไปร่วมในการดำเนินการ ลงมือปฏิบัติร่วมกิจกรรม สนับสนุนทรัพยากร บริหาร ประสานงาน เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีส่วนในการรับผลประโยชน์ที่เกิดจากการดำเนินงานในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็น ด้านร่างกาย จิตใจ วัตถุ หรือสังคม ในชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตาม ควบคุม ตรวจสอบการดำเนินการ เพื่อป้องกันป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนทั้งในด้านความสำเร็จ อุปสรรค เพื่อเกิดการปรับปรุงแก้ไข และความก้าวหน้าต่อไป จนทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นแบบอย่างให้กับชุมชน โดยเป็นผู้ที่นำยกย่อง นำเคารพนับถือ นำศรัทธา นำไว้วางใจ เป็นผู้นำที่ประพฤติปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ เป็นผู้ที่น่าไว้วางใจ มีศีลธรรมและมีจริยธรรมสูง เป็นผู้นำในการ

กระตุ้นผู้ตามให้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และต้องการแก้ไขปัญหา โดยจะต้องคิดและแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีการตั้งสมมติฐาน การเปลี่ยนกรอบการมองปัญหา และการเผชิญกับสถานการณ์เก่าด้วยวิธีใหม่ ๆ มีการจูงใจและสนับสนุนความคิดริเริ่มในการพิจารณาและค้นหาคำตอบของปัญหา การให้กำลังใจผู้ตามให้พยายามหาทางแก้ปัญหาด้วยวิธีใหม่ ๆ เป็นผู้นำในการดูแลและเอาใจใส่ผู้ตามเป็นรายบุคคล ทำให้ผู้ตามรู้สึกมีคุณค่า โดยการเอาใจใส่ในความต้องการเป็นพิเศษ และให้โอกาสแก่ผู้ตามในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ สร้างบรรยากาศ สนับสนุน และจะต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ทั้งนี้ผู้นำจะต้องเข้าใจและยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล ให้ความสนใจเกี่ยวกับความกังวลของแต่ละคน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tappanee I. et al . (2022) ได้ศึกษาเรื่อง บทบาทผู้นำชุมชนในการจัดการโรคระบาดโควิด-19 กรณีศึกษาบ้านท่าสะท้อน ตำบลทุ่งหมอ อำเภอสระเดา จังหวัดสงขลา พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อบทบาทของภาวะของผู้นำชุมชนท่าสะท้อนในการจัดการโรคระบาดโควิด-19 ในการป้องกันโรคโควิด-19 นั้นเป็นไปในทางบวก เนื่องจากการดำเนินงานของผู้นำในชุมชนนั้นมีผลทำให้ประชาชนได้ความรู้ใหม่ ๆ แล้วมีส่วนร่วมในการร่วมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันสุขภาพของตนเองในการป้องกันโรคและใช้ชีวิตอย่างปลอดภัยมากขึ้น

สรุปผล

อสม.ในจังหวัดพะเยา มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง อยู่ในระดับปานกลาง และระดับความรู้ด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง แสดงให้เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเฝ้าระวังป้องกันการเกิดโรคอุบัติใหม่ในอนาคต

1.2 ควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเน้นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การปฏิบัติการ การได้รับผลประโยชน์ และการประเมินผล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันตนเองต่อโรคและภัยสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดอื่น ๆ เพื่อนำผลมาศึกษาเปรียบเทียบ และขยายผลในการศึกษาครั้งต่อไปนำไปสู่การสร้างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างครอบคลุมต่อไป

2.2 ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรอื่น ๆ กับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพิ่มเติมเพื่อให้ครอบคลุมตัวแปรได้มากขึ้น เช่น แรงจูงใจในการทำงาน ความสุขในการทำงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การเป็นสมาชิกทางสังคม เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาประสิทธิภาพในการทำงานต่อไป

References

- Bass & Avolio, B. J. (1994). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bass, B. M. (1998). The ethics of transformational leadership. In J. Ciulla (Ed.), *Ethics: The heart of leadership* (pp. 169–192). Westport, CT: Praeger
- Best, J. B., & Kahn, J. V. (2006). *Research in education* (10th Ed.). Boston, MA: Pearson Education Inc.
- Chaisuktaksin N. et al. (2019). Leadership Prototypes for Community Well-being Behavioral Change. *Journal of Education Thaksin University*, 19 (1), 99-114.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2020, March 12). Coronavirus disease 2019 (COVID-19). https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_km.php
- Department of Health Service Support. (2011). *Ministry of Public Health Regulations on Village Health Volunteers, 2011*. Nonthaburi: Best Time Marketing.
- Division of Health Education, Department of Health Service Support. (2018). *Strengthening and evaluating health literacy*. Newtham Printing (Thailand) Company Limited: Nonthaburi.
- Health Education Division, Department of Health Service Support. (2011). *Promoting health literacy*. Bangkok: Amarin.
- Jaikham et al. (2024). Health Literacy and Health Promoting Behaviors Regarding to 3E. 2S. Among Village Health Volunteers in Ban Hong District, Lamphun Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 8(2), 2-24.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.

- Phayao Provincial Communicable Disease, Committee, Phayao Provincial Public Health Office. (2021, December n.d.). *Operation plan to the reopening of the country in response to COVID-19 pandemic*. https://eoc.anamai.moph.go.th/th/doheoc/download?id=80007&mid=33347&mkey=m_document&lang=th&did=27684
- Policy and Technical Services Group Phayao Provincial Social Development and Human Security office. (2022, July n.d.) Social Situation of Report at the Phayao Provincial 2022. https://www.msociety.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/download/article/article_20220920160640.pdf
- Primary Health Care Division. (2020, March n.d.). *Public health information system*. <https://www.thaiphc.net/new2020/content/1>
- Prommunee K. (2021). *People's Participation Behavior in Preventing the Corona Virus 2019 (COVID-19) Pandemic: A Case Study of Yaha Sub-district, Yaha District, Yala Province*, [Thesis of Master of Public Administration]. Graduate School: Prince of Songkla University.
- Tappanee I. et al. (2022). The Role of Community Leaders in Managing the COVID-19 Pandemic: A Case Study of Tha Saton Community, Thung Mo Sub-District, Sadao District, Songkhla Province. *Journal of Peace Periscope*, 3(1), 30-46.
- Uphoff NT. et al. (1979). *Feasibility and application of rural development participation: a state-of-the-art paper*. New York: Cornell University.

Original Article

FACTORS ASSOCIATED WITH PREVENTIVE BEHAVIORS FOR UNPLANNED PREGNANCY AND SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS IN MUANG DISTRICT, NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

Received: December 14, 2023

Received: April 25, 2024

Accepted: April 27, 2024

Jun Norkaew ¹, Teerayuth Udomporn ², Sirawat Sila ³, Mali Photipim ⁴,
Witchaya Petliap ⁵, Wararat Sangwalee ⁶

^{1, 2, 4, 5, 6} Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima 30000, Thailand

³ Public Health Strategy Development Group, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office, Nakhon Ratchasima 30000, Thailand

Corresponding author; E-mail: teerayuth_udo@vu.ac.th *

Citation: Norkaew J., Udomporn T., Sila S., Photipim M., Petliap W., Sangwalee W. (2024). Factors Associated with Preventive Behaviors for Unplanned Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases among High School Students in Muang District, Nakhon Ratchasima Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 39(1), 62-74.



Copyright (c) 2024 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

The objective of this cross-sectional research is to examine the factors associated with the behaviors of unwanted pregnancy prevention and sexually transmitted diseases among high school students in Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. The sample group consists of 394 high school students aged between 12 and 18 years. Data collection was conducted using a questionnaire, and the quality was ensured by analyzing the index of questionnaire item congruence with the content, yielding a value of 0.89. Additionally, the reliability of perception variables was assessed using the KR-20 method, resulting in a value of 0.96. The Cronbach's alpha coefficients for attitude perception variables and behavioral variables were 0.79 and 0.64, respectively. Statistical analysis included descriptive statistics, means, standard deviations, and correlation coefficients. The study found significant correlations ($p < .05$) between certain factors and behaviors related to unwanted pregnancy prevention and sexually transmitted diseases. These factors include gender, academic performance, and the main occupation of parents. However, perception variables showed no significant correlation with behaviors related to unwanted pregnancy prevention and sexually transmitted diseases. In conclusion, gender, academic performance, parents' main occupation, and attitudes are significant factors in planning and implementing strategies to change behaviors related to unwanted pregnancy prevention and sexually transmitted diseases among students.

Keywords: Unplanned pregnancy; Sexually transmitted diseases; High school

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

รับบทความ: 14 ธันวาคม 2566

แก้ไขล่าสุด: 25 เมษายน 2567

ตอบรับตีพิมพ์: 27 เมษายน 2567

จุน หน่อแก้ว¹, ธีรยุทธ อุดมพร², ศิระวัตร ศิลา³, มะลิ โพธิพิมพ์⁴, วิทชัย เพชรเลียบ⁵, วรารัตน์ สังวะลี⁶

^{1, 2, 4, 5, 6} คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, นครราชสีมา 30000, ประเทศไทย

³ กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, นครราชสีมา 30000, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย; E-mail: teerayuth_udo@vu.ac.th *

อ้างอิง: จุน หน่อแก้ว, ธีรยุทธ อุดมพร, ศิระวัตร ศิลา, มะลิ โพธิพิมพ์, วิทชัย เพชรเลียบ, วรารัตน์ สังวะลี. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 39(1), 62-74.



ลิขสิทธิ์ (c) 2024 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 394 คน อายุระหว่าง 12-18 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 0.89 และการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นตัวแปรการรับรู้ ด้วยวิธี KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.96 และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคตัวแปรด้านเจตคติ และพฤติกรรมฯ เท่ากับ 0.79 และ 0.64 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ ผลการเรียนรู้ และอาชีพหลักของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยสรุป เพศ ผลการเรียนรู้ อาชีพหลักผู้ปกครอง และเจตคติ มีความสำคัญต่อการวางแผนและกำหนดแนวทาง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียน

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์; โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; นักเรียนมัธยมศึกษา

บทนำ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นและเยาวชนเป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยเฉพาะจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของเยาวชนทั้งระยะสั้นและระยะยาว และยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในวัยรุ่นและเยาวชนเกือบทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากประชากรอายุน้อยเหล่านี้เริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์และการมีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์เป็นประสบการณ์หนึ่งในหลายประสบการณ์ที่เริ่มต้นขึ้นในช่วงวัยนี้ ในปัจจุบันองค์การสหประชาชาติ (UN) คาดประมาณว่าประชากรโลกมีจำนวนราว ๆ 7,300 ล้านคน (WHO, 2011) ประชากรวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ทั่วโลกมีประมาณ 1,200 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.1 ของประชากรทั้งหมด องค์การอนามัยโลกได้คาดคะเนว่า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มแพร่กระจายอย่างรวดเร็วในยุคที่แอปพลิเคชันหาคู่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย โดยจากรายงานล่าสุด ในปัจจุบันพบผู้ป่วยติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งโรคติดต่อเชื้อคลาไมเดีย โรคหนองใน โรคติดต่อเชื้อทริโคโมแนส รวมทั้งโรคซิฟิลิสรายใหม่สูงขึ้นถึง 376 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นร้อยละ 5.2 ของประชากรทั้งหมด โดยที่ในแต่ละวันจะพบผู้ป่วยรายใหม่ราว 1 ล้านคน (Santrock, 2001) นอกจากนี้ จากสถิติขององค์การอนามัยโลกยังพบว่า มีสตรีตั้งครรภ์โดยขาดความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ต้องถึง 33 ล้านคน ทั่วโลก หรือคิดเป็นประมาณ 45.0 ต่อประชากรแสนคน (WHO, 2019) ในประเทศไทย พบว่า มีการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุดในช่วงอายุ 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.9 ซึ่งครอบคลุมประชากรกลุ่มวัยรุ่น วัยเรียน และวัยเจริญพันธุ์ และจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มนักเรียน นักศึกษา พบว่าวัยรุ่นมีแนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้นจากเดิมที่พบในอายุเฉลี่ย 13.3 ปี มาเป็นพบในอายุเฉลี่ย 13.1 ปี และไม่ใช่ผู้ยางานอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกประมาณร้อยละ 30.0 ส่วนข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยางานอนามัยระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 ทั้งชายและหญิง ร้อยละ 76.9 และ 66.7 ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5 ทั้งชายและหญิง

ร้อยละ 74.1 และ 76.9 ตามลำดับ ระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ทั้งชายและหญิง ร้อยละ 69.5 และ 74.6 (Wattanayingcharoenchai, 2019) สำหรับปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นและเยาวชน พบว่า อัตราการคลอดในวัยรุ่นในปี 2561 เท่ากับ 1.20 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน และ 35.00 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราที่ลดลงจาก ปี 2560 ทั้งในกลุ่มอายุ 10-14 ปี และกลุ่มอายุ 15-19 ปี แต่อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชน อายุ 15-24 ปี มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากอัตรา 80.80 ต่อประชากรอายุ 15-24 ปี 100,000 คน ในปี 2553 เพิ่มขึ้นเป็น 189.50 ต่อประชากรอายุ 15-24 ปี 100,000 คน ในปี 2561 (Division of Innovation and Research, Ministry of Public Health, 2019) นอกจากนี้ ปัญหาอัตราการเกิดของประชากรในประเทศไทยลดน้อยลงแล้ว ยังพบปัญหาการเกิดที่ด้อยคุณภาพอีกด้วย โดยเฉพาะที่เกิดจากพ่อแม่วัยรุ่น ซึ่งสถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในปี 2561 พบว่าวัยรุ่นอายุ 15 – 19 ปี คลอดบุตรเฉลี่ยวันละ 192 คน โดยมีวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี คลอดบุตรเฉลี่ยวันละ 7 คน และในปีเดียวกันพบว่า จำนวนประชากรหญิงที่คลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี มีจำนวนมากถึง 72,566 คน โดยแยกเป็นหญิงที่คลอดอายุระหว่าง 15-19 ปี มีจำนวน 70,181 คน และหญิงที่คลอดอายุต่ำกว่า 15 ปี มีจำนวน 2,385 คน นอกจากนี้ยังพบว่า มีหญิงที่คลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี และตั้งครรภ์ซ้ำจำนวนมากถึง 6,543 ราย (Division of AIDS and Sexually Transmitted Diseases, Department of Disease Control, 2020) นอกจากนี้ ยังพบรายงานภาวะเด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งพบมากในกลุ่มมารดาวัยรุ่นอายุน้อย โดยในปี 2561 พบเด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี มากถึงร้อยละ 22.5 และในมารดาอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 15.5 (Bureau of AIDS Tuberculosis and sexually transmitted diseases, 2020) โดยที่อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยมีจำนวนสูงที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ปัจจุบันในจำนวนเด็กหญิง 1,000 คน ที่มีอายุระหว่าง 15-19 มีมากกว่า 50 คนที่ได้ให้กำเนิดทารกในแต่ละปี

มารดาวัยร่นกว่าร้อยละ 80.0 รายงานว่าตนเองตั้งครรรภ์โดยไม่ตั้งใจและเกือบหนึ่งในสามอาศัยการทำแท้ง (Sirited et al., 2017)

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ ประกอบด้วย 32 อำเภอ มีประชากรกลุ่มวัยเรียนระดับมัธยมศึกษา ประกอบด้วย 50 โรงเรียน มีนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จำนวน 64,580 คน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา มีโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา จำนวน 11 แห่ง มีนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จำนวน 22,770 คน (The Secondary Educational Service Area Office Nakhon Ratchasima, 2021) ปัญหาสุขภาพทางเพศและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศยังคงต้องเฝ้าระวังและต้องแก้ไข เนื่องจากจังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ มีประชากรหลากหลายทั้งประชากรในจังหวัดและประชากรแฝง การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การโทรคมนาคม และเทคโนโลยีที่เติบโตอย่างรวดเร็ว จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังกลุ่มวัยรุ่น วัยเรียน เนื่องจากปัญหาสุขภาพทางเพศยังเป็นปัญหาที่น่าเป็นห่วง เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยจังหวัดนครราชสีมา เป็น 1 ใน 20 จังหวัดต้นแบบ ที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ให้ความสำคัญเร่งแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินโครงการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นจังหวัดนครราชสีมา ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้สถานการณ์ดีขึ้นตามลำดับ โดยอัตราการคลอดลดลง แต่กลับเริ่มพบว่ามีเด็กและเยาวชน อายุต่ำกว่า 20 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา มีการตั้งครรภ์ซ้ำเพิ่มมากขึ้น โดยในปี 2564 อยู่ที่ร้อยละ 12.89 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.42 ในปี 2562 จากข้อมูลผลงานการให้บริการของหน่วยบริการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปี 2565 พบว่า มีผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อายุระหว่าง 15 -19 ปี จำนวน 797 ราย พบว่าอัตราป่วยสูงสุดคือโรคซิฟิลิส จำนวน 372 ราย ป่วยด้วยโรคหนองใน 201 ราย และโรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์อื่นอีก 224 ราย (Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima, 2022) แต่ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในพื้นที่ จากปัญหาและข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยเรียน ระดับเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และระดับพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงกันยายน พ.ศ. 2567 มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ นักเรียนระดับมัธยมศึกษา ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 22,770 คน (The Secondary Education Service Area Office Nakhon Ratchasima, 2021)

1.1.1 เกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

- 1) เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่กำลังศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
- 2) มีสัญชาติไทย
- 3) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้อย่างชัดเจน
- 4) มีสมาร์ทโฟนและเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้

1.1.2 เกณฑ์คัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

- 1) เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่ไม่ให้ความร่วมมือในการวิจัย
- 2) เคยผ่านการตั้งครรภ์แบบไม่พึงประสงค์มาแล้ว

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษา ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบบจำนวนประชากรของทาโรยามาเน (Yamane, 1973) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับร้อยละ 5 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่าจำนวน 394 คน โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากโรงเรียนมัธยมศึกษาทั้งหมดจำนวน 11 โรงเรียนในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา โดยการจับสลากโรงเรียน จำนวน 2 โรงเรียน กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง 2 โรงเรียนที่จับสลากได้

ขั้นที่ 2 กำหนดสัดส่วนตามระดับชั้นเรียน และทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามระดับชั้นเรียน ตั้งแต่ ม.1-ม.6 เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกำบังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ผลการเรียนครั้งล่าสุด

ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับใคร สถานภาพสมรสของพ่อ/แม่/ผู้ปกครอง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง และอาชีพหลักของผู้ปกครอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (Close Ended Question) โดยเลือกตอบและเติมคำลงในช่องที่กำหนดให้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ในการป้องกันกำบังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรรภ์ในวัยเรียน จำนวน 21 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (Close Ended Question) เป็นคำถามเชิงบวก 15 ข้อ คำถามเชิงลบ 6 ข้อ ให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่ทราบ” มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ “ตอบถูก ให้ 1 คะแนน” “ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน” การแปลผลการรับรู้โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1968) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูงได้คะแนน ร้อยละ 80- 100 (17-21 คะแนน) ระดับปานกลางได้คะแนน ร้อยละ 60 -79 (13-16 คะแนน) และระดับต่ำได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-12 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาจำนวน 24 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (Close Ended Question) เป็นคำถามเชิงบวก 10 ข้อ คำถามเชิงลบ 14 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแนวคิดของลิเกอร์ท (Likert scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	เชิงบวก	เชิงลบ
เห็นด้วยมาก	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยมาก	1	5

การแปลผลเจตคติฯ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง มีค่าคะแนน 102 คะแนน ขึ้นไป

ระดับปานกลาง มีค่าคะแนน 84 - 101 คะแนน

ระดับต่ำ มีค่าคะแนน น้อยกว่า 84 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (Close Ended Question) เป็นคำถามเชิงบวก 7 ข้อ คำถามเชิงลบ 8 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแนวคิดของลิเกอร์ท (Likert scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	เชิงบวก	เชิงลบ
ทุกครั้ง	5	1
บ่อยครั้ง	4	2
บางครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	2	4
ไม่ได้ปฏิบัติ	1	5

การแปลผลพฤติกรรมในการป้องกันฯ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง มีค่าคะแนน 64 คะแนน ขึ้นไป

ระดับปานกลาง มีค่าคะแนน 52 – 63 คะแนน

ระดับต่ำ มีค่าคะแนน น้อยกว่า 52 คะแนน

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสร็จแล้วเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะของเนื้อหา (Index of Congruence; IOC) โดยแบบสอบถามฉบับนี้มีค่า IOC เท่ากับ 0.89 ซึ่งมีความตรงต่อการนำไปใช้ การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ นำไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอนนไทย จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้านการวัดการรับรู้ โดยวิธี Kuder-Richardson (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.96 ส่วนด้านเจตคติฯ และการปฏิบัติฯ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient Alpha) ของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดเจตคติฯ เท่ากับ 0.79 และการปฏิบัติฯ เท่ากับ 0.64

4. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์/การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามได้ผ่านการพิจารณา

จริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (เลขที่การรับรอง KHE 2022-092) ลงวันที่ 23 สิงหาคม 2565 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครอง มีเอกสารคำชี้แจงและเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับสิทธิ์ในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ฯ เจตคติฯ และพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ฯ เจตคติฯ กับพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้วยสถิติอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ สถิติการทดสอบไคสแควร์ Chi-square

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จากการสุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 394 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.9) มีอายุระหว่าง 12-18 ปี ส่วนใหญ่ อายุ 13 ปี (ร้อยละ 20.8) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.7) ผลการเรียนล่าสุด อยู่ระดับดี (ร้อยละ 42.6) ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับ พ่อและแม่ (ร้อยละ 59.1) สถานภาพสมรสของพ่อแม่/ผู้ปกครอง แต่งงานและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 64.5) ระดับการศึกษาของพ่อแม่/ผู้ปกครอง อยู่ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 34.3) อาชีพหลักของพ่อแม่/ผู้ปกครอง คือ รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 30.2)

2. ระดับการรับรู้ฯ เจตคติฯ และการพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (Table 1)

2.1 ด้านการรับรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 44.7) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 29.4) และระดับต่ำ (ร้อยละ 25.9)

2.2 ด้านเจตคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับเจตคติ อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ

56.3) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 37.8) และระดับสูง (ร้อยละ 5.8)

2.3 ด้านพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 50.0) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.3) และระดับสูง (ร้อยละ 14.7)

Table 1: Levels of perceived, attitudes, and behaviors in preventing unwanted pregnancies and sexually transmitted diseases among high school students in Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. (n=394)

Variables Studied	Sample Size (n)	Percentage (%)
1. Perception of unwanted pregnancy prevention		
High Level (80% and above)	102	25.9%
Medium Level (60% - 79%)	116	29.4%
Low Level (Below 60%)	176	44.7%
Mean = 62, SD = 21.48, Max = 100, Min = 4.76, 95% CI = 59.79 – 64.03		
2. Attitude towards unwanted pregnancy prevention		
High Level (102 points and above)	23	5.8%
Medium Level (84 – 101 points)	149	37.8%
Low Level (Below 84 points)	222	56.3%
Mean = 83.89, SD = 9.79, Max = 119, Min = 66, 95% CI = 82.86 – 84.85		
3. Behavior in unwanted pregnancy prevention		
High Level (64 points and above)	58	14.7%
Medium Level (52 - 63 points)	139	35.3%
Low Level (Below 52 points)	197	50.0%
Mean = 54.25, SD = 7.43, Max = 75, Min = 40, 95% CI = 53.47 – 54.97		

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึง

ประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียน และอาชีพหลักของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Table 2)

Table 2: Relationship between personal factors and behaviors in preventing unwanted pregnancies and sexually transmitted diseases among high school students in Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. (n = 394)

Factors	Behavior level for preventing unwanted pregnancy			χ^2	df	p-value
	Low	Medium	High			
Sex						
Man	120	31	5	78.08	2	< .001*
Female	77	108	53			
Age						
12 years	33	10	9	23.53	12	.024*
13 years	53	21	8			
14 years	26	22	11			
15 years	27	35	12			
16 years	17	19	7			
17 years	23	16	4			
18 years	18	16	7			
Religion						
Buddhist	195	137	57	-	-	-
Christian	2	2	1			
Academic performance						
Excellent	39	46	24	19.79	6	.003*
Good	80	61	22			
Fair	58	24	9			
Poor	20	8	3			
Current living situation						
Both parents	115	86	38	7.109	8	.525
Father only	8	6	2			
Mother only	25	22	9			
Grandparents	29	18	8			
Relatives or others	20	7	1			
Marital status of parents/Guardians						
Single	6	5	0	-	-	-
Married but not living together	12	3	3			
Separated/Divorced	52	37	8			
Married and living together	123	92	46			
Widowed	4	2	1			

Table 2: (Continue)

Factors	Behavior level for preventing unwanted pregnancy			χ^2	df	p-value
	Low	Medium	High			
Highest education level of parents/Guardians						
Primary School	40	20	12	4.802	10	.904
Lower Secondary School	38	26	13			
Upper Secondary/High School	65	55	18			
Vocational/Associate Degree	14	12	5			
Bachelor's Degree	34	22	7			
Higher than Bachelor's Degree	6	4	2			
Main occupation of parents/guardians						
Farming/Agriculture	17	18	7	26.377	12	.009
General labor	72	34	10			
Small business/trade	52	40	17			
Civil servant/public employee	21	23	8			
Factory worker	16	7	12			
Private company employee	11	12	4			
Unemployed	8	5	0			

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ และเจตคติ กับพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยด้านด้านการรับรู้ และปัจจัยด้านเจตคติ

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Table 3)

Table 3: The relationship between factors such as perception, attitude, and behavior in preventing unwanted pregnancies and sexually transmitted diseases among high school students in Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. (n = 394)

Factors	Behavior level for preventing unwanted pregnancy			χ^2	df	p-value
	Low	Medium	High			
Perception of preventing unwanted pregnancies						
Low level	60	79	37	71.65	4	< .001
Medium level	50	48	18			
High level	87	12	3			

Table 3: (Continue)

Factors	Behavior level for preventing unwanted pregnancy			χ^2	df	p-value
	Low	Medium	High			
Attitude of preventing unwanted pregnancies						
Low level	146	59	17	56.48	4	< .001
Medium level	41	73	35			
High level	10	7	6			

(*statistical significance at .05)

อภิปรายผล

1. การรับรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนมัธยมศึกษา มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากเด็กนักเรียนอยู่ในช่วงที่อยากรู้อยากลอง และมีสื่อทางเพศที่สามารถเข้าถึงทางอินเทอร์เน็ตได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sirited et al. (2020) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเจตคติการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ด้านความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำเช่นกัน

2. ด้านเจตคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับเจตคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากวัยรุ่นจะอยู่กับกลุ่มเพื่อนและสนิทสนมเป็นส่วนใหญ่ กลุ่มเพื่อนจึงเป็นปัจจัยสำคัญมากสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษา เนื่องจากช่วงวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการการยอมรับทางสังคม โดยเฉพาะการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ซึ่งถือเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดและสนิทสนมมากที่สุด วัยรุ่นจึงเลือกที่จะแสดงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศผ่านการเลียนแบบและกระทำตาม ๆ กัน เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกแตกต่างจากคนอื่น (Sabaiying M., 2019) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sirited et al., (2020) ได้ศึกษาเรื่องความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเจตคติการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตาม

พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี พบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากนักเรียนส่วนใหญ่ที่เป็นวัยรุ่นในปัจจุบันมีความคิดเป็นของตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง ทำให้มีความเชื่อและค่านิยมที่ไม่ถูกต้องในบางเรื่องเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะความรอบรู้ด้านสุขภาวะทางเพศ

3. พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา อยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากวัยรุ่นส่วนใหญ่ถือเป็นเรื่องธรรมดา เป็นค่านิยมและสร้างความสนใจหรือเป็นการแข่งขันในวัยรุ่นที่เรียกกันว่าการเก็บแถม (Sittipiyasakul V. et al., 2013) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sabaiying M. (2019) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในสังคมปัจจุบัน พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังละเลยและมองข้ามปัญหาด้านการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และแสดงพฤติกรรมการขาดการป้องกันทางเพศที่ถูกต้อง โดยการไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะที่มีเพศสัมพันธ์ และนักเรียนหญิงกลุ่มตัวอย่างหลายคนเคยมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชายมากกว่า 1 คน ส่วนนักเรียนชายกลุ่มตัวอย่างชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายบางคนเคยมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์หลายคนร่วมกับกลุ่มเพื่อน โดยมองเป็นเรื่องของความสนุกและท้าทาย

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา ดังนี้

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียนล่าสุด และอาชีพหลักของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจเนื่องมาจากวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าควรให้ผู้ชายพกถุงยางอนามัยมากกว่าผู้หญิง (Sittipiyasakul V. et al., 2013) เมื่อวัยรุ่นมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีประสบการณ์กับตนเองและสามารถรับรู้ถึงผลกระทบได้ นักเรียนที่มีผลการเรียนที่ดีส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญเรื่องเรียนมากกว่าเรื่องเพศสัมพันธ์ และอาชีพหลักของผู้ปกครอง มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของวัยรุ่น ซึ่งพัฒนาการของครอบครัวระยะมีบุตรวัยรุ่น Duvall (1977) ที่สำคัญคือ การปฏิบัติพัฒนาการของบิดามารดาต่อบุตรในการอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษาแก่บุตรวัยรุ่น โดยเฉพาะการคบเพื่อนและการมีนัดกับเพื่อนต่างเพศ การให้คำแนะนำในการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย รวมทั้งการถ่ายทอดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเพศศึกษาและพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ที่นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งจะช่วยให้วัยรุ่นมีความประพฤติปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมในสังคม (Chan-Ame, 1988) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wong-arsa W. et al. (2015) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นหญิง: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่า การอบรมเลี้ยงดู การมีบิดามารดาเป็นผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเพศศึกษา สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษาของบิดา/มารดา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ดังนั้น โรงเรียนและสถาบันครอบครัวควรร่วมมือกันในการเตรียมเยาวชนให้มีความรู้ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคม ความรู้เพศศึกษา การปฏิบัติตนต่อเพศตรงข้าม รวมถึงการปลูกฝังทัศนคติและค่านิยมอันดีงามของไทยที่วัยรุ่นควรถือปฏิบัติ

4.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา อาจเนื่องจากการรับรู้เป็นกระบวนการจัดการหรือตีความหมายของบุคคลคนนั้นได้สัมผัสด้วยตนเอง จากประสบการณ์ การเรียนรู้ ทัศนคติ และค่านิยม เมื่อรับรู้ในเรื่องนั้นแล้วก็จะมีความรู้พฤติกรรมแสดงออกมาตามลักษณะนั้นด้วย (Thepkhayan, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rojruangnon P. et al. (2016) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษาหญิง

4.3 ปัจจัยด้านเจตคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้เนื่องจากเจตคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เป็นความรู้สึก ความคิด หรือความเชื่อ เป็นแนวโน้มที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของนักเรียน เป็นปฏิกิริยาโต้ตอบโดยการประมาณค่าว่าชอบหรือไม่ชอบที่จะส่งผลกระทบต่อในเชิงบวกหรือเชิงลบต่อพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sribenchamas N. et al. (2023) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก อธิบายได้ว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม นักเรียนได้รับการปลูกฝังเจตคติที่เหมาะสม รวมทั้งการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเชื่อที่ถูกต้อง ทัศนคติเป็นความรู้สึกนึกคิดภายในของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว กลุ่มคน ความชอบ ความเกลียด การแสดงออกเหล่านี้เป็นการแสดงพฤติกรรมและแนวคิดต่าง ๆ แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติต่อสิ่งนั้น เมื่อนักเรียนมีเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสม จะทำให้มีทักษะการป้องกัน

การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น เพราะเจตคติเป็นเรื่องของความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด และมีแนวโน้มที่มุ่งจะกระทำหรือแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ และการแสดงพฤติกรรมทางเพศเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกที่มีทิศทางทั้งทางบวกและทางลบ นั่นคือการมีเจตคติที่ถูกต้องเหมาะสมในเรื่องเพศของวัยรุ่นจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถปฏิบัติตนในเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศได้ถูกต้องและเหมาะสม

สรุปผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกำบังกำบังการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ เพศ ผลการเรียน อาชีพหลักของผู้ปกครอง การรับรู้ในการป้องกันกำบังกำบังการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และเจตคติในการป้องกันกำบังกำบังการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์คือปัจจัยด้าน เพศ ผลการเรียน และผู้ปกครองที่นักเรียนอาศัยอยู่ร่วมด้วย ข้อเสนอแนะให้โรงเรียนจะต้องพัฒนาหลักสูตรเพศศึกษารอบด้านเพื่อให้ความรู้ในการป้องกันกำบังกำบังการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ควรมีการพัฒนาศักยภาพนักเรียน ครู ผู้ปกครอง ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาวะทางเพศเพิ่มมากขึ้นจากการประชุมอบรม หรือการประชุมครูประชุมผู้ปกครอง สถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีกิจกรรมมุ่งเน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาวะทางเพศให้กับนักเรียน อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบโปรแกรมในการป้องกันกำบังกำบังการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และกำบังกำบังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสถานศึกษา ควรนำปัจจัยอื่นมาวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความแตกต่างของตัวแปรที่ศึกษา ควรกำบังกำบังการศึกษาวิจัยโดยใช้สถิติที่สูงขึ้นในการทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อกำบังกำบังการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และ

กำบังกำบังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเจาะลึกเฉพาะในแต่ละประเด็นใดประเด็นหนึ่งที่สำคัญให้ชัดเจนเป็นต้น

References

- Best, J.W. (1977). *Research in Education* (3rd ed). Engelwood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Bloom, B.S. (1968). *Taxonomy of education objective: Handbook 1: Cognitive domain*. New York: David MCI.
- Bureau of AIDS Tuberculosis and sexually transmitted diseases. (2020). *National Strategic Plan on Ending the AIDS problem 2017-2030*. Department of Disease Control. <https://ddc.moph.go.th/das/>
- Chan-Amee, S. (1988). *Child psychiatry* (4th ed). Bangkok: Thai Wattana Publishing.
- Division of AIDS and Sexually Transmitted Diseases, Department of Disease Control. (2020). *Status of the HIV epidemic in Thailand in 2020*. <https://ddc.moph.go.th/das/index.php>
- Division of Innovation and Research, Ministry of Public Health. (2019). *Situation of sexually transmitted diseases in Thailand*. <https://ddc.moph.go.th/dir/index.php>
- Duvall, E. M. (1977). *Marriage and family development* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima. (2022). *Achievements of patient service regarding sexually transmitted diseases for the year 2022*. <http://odpc9.ddc.moph.go.th/post/65-report.pdf>

- Rojruangnon P. et al. (2016). Factors Related to Preventive Behaviors of Unexpected Pregnancy among the Female Undergraduates, Bangkok Metropolitan. *J Sci Technol MSU*, 36(2). 194-202.
- Sabaiying, M. (2019). Sexual Risk Behavior among High School Students in Current Society. *Academic Services Journal, Prince of Songkla University*, 30(3), 121-127.
- Santrock, J.W. (2001). *Adolescence*. Bonston: Mc Graw-Hill.
- Sirited et al. (2017). Effects of the life skills development program on self-efficacy in preventing teenage pregnancy of Female secondary school students, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. *Thai Journal of Public Health*, 47(3), 241-254.
- Sirited et al., (2020). Knowledge of sexually transmitted diseases and attitude about sexually transmitted diseases prevention according to Communicable Disease Act, B.E. 2558 among secondary school students in Mueang District, Phetchaburi Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 6(Supplement), S53-S70.
- Sittipiyasakul V. et al. (2013). A Survey on Sexual Experiences, Opinions and Sexual Risk Behaviors among Teenage Students in Thailand. *Journal of Health Science*, 22(6), 979-987.
- Sribenchamas N. et al. (2023, March 15). *Factors affecting to behaviors preventing unwanted pregnancy of female senior high school student, Muang district, Phitsanulok province* [Paper presentation]. The 3rd Kamphaeng Phet Rajabhat University Student National Conference, Kamphaeng Phet, Thailand.
- The Secondary Educational Service Area Office Nakhon Ratchasima. (2021). *Action plan for fiscal year 2022*. <https://spmkorat.go.th>
- Thepkhayan, P. (2021). *Perceptions, Understanding, and Behavior of NIDA Staff Toward the Policy on Operational Excellence*. Bangkok: Office of the President National Institute of Development Administration.
- Wattanayingcharoenchai S. (2019). Thai people's health report 2019. Department of Disease Control. Bangkok. <https://www.hfocus.org>
- WHO. (2011). *Health and Health System Responsiveness Survey*. <http://www.who.int/responsiveness/en/>
- WHO. (2019). *Unsafe Abortion-Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501118>
- Wong-arsa W. et al. (2015). *Factors Affecting Sexual Risk Behaviors Among Adolescents: a Case Study Conducted in One University*. *Journal of Public Health*, 45(3), 285-297.
- Yamane, T. (1967). *Statistics, An Introductory Analysis* (2nd ed.). New York: Haper and Row.

ผลงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดีเด่น ระดับชาติ ประจำปี พ.ศ. 2567

1. สาขา : การส่งเสริมสุขภาพ

อสม.ชนนีนก คำชนะ อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านดีเด่น ระดับชาติ ประจำปี พ.ศ. 2567
ปฏิบัติเป็นจิตอาสาที่ตำบลสามผง อำเภอศรีสงคราม
จังหวัดนครพนม อายุการเป็น อสม. 16 ปี



กระบวนการและกลไกการดำเนินงาน

1. การพัฒนางานด้านสุขภาพโดยกระบวนการ
มีส่วนร่วมซึ่งได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทำให้เกิดเป็น 14 ภาคี พานำชุมชนสามผงสุขภาพดี ซึ่ง
ประกอบด้วย

- 1.1 ชมรม อสม.
- 1.2 ชมรมออกกำลังกาย
- 1.3 รพ.สต.สามผง
- 1.4 วัด
- 1.5 เทศบาลตำบลสามผง
- 1.6 ผู้นำชุมชน
- 1.7 ชมรมผู้สูงอายุ
- 1.8 สภาเด็กและเยาวชน เครือข่ายสภาเด็ก

และเยาวชน

- 1.9 โรงเรียน
- 1.10 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง

เสริมสุขภาพ (สสส.)

1.11 ประชาชนชาวบ้าน

1.12 เกษตรอำเภอศรีสงคราม

1.13 พัฒนาชุมชนอำเภอศรีสงคราม

1.14 องค์การกองทุนสัตว์ป่าโลกสากล (WWF)



2. แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพ

2.1 แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานและ
ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน

2.2 จัดทำธรรมนูญสุขภาพฉบับร่าง



2.3 จัดทำเล่มธรรมนูญสุขภาพ พร้อมมอบ
ให้กับประชาชนทุกครัวเรือนพร้อมทั้งคณะกรรมการ
ร่วมติดตามและประเมินผล ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การบูรณาการความร่วมมือ
ด้วยแผนพัฒนาตำบล

กิจกรรมที่ 2 นำเสนอข้อมูลสถานการณ์
ปัญหาและจัดทำข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

กิจกรรมที่ 3 ประชุม อบรม ชี้แจง ให้
ความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 4 จัดเวทีประชาคมนำเสนอ
ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสร้างข้อตกลงในการจัดการ
และจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรมที่ 5 คณะกรรมการขับเคลื่อน
การดำเนินงานร่วมทำ MOU บันทึกข้อตกลง (MOU) ว่า
ด้วยความร่วมมือการขับเคลื่อนโครงการ “สามผงรวม
พลังสร้างสุข สร้างความมั่นคงทางด้านอาหาร ด้วยหลัก
ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

3. แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงาน
ส่งเสริมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายการดำเนินงาน ดังนี้

3.1 มีระบบบริการดี

3.2 มีกำลังคนด้านสุขภาพ บุคลากรด้าน
สุขภาพ

3.3 งบประมาณ ทำให้ภาพรวมของระบบ
สุขภาพมีความพร้อมให้บริการประชาชน

3.4 ข้อมูลสารสนเทศที่ดี สื่อ/องค์ความรู้
ที่ช่วยสนับสนุนระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ

3.5 ผู้นำชุมชน

3.6 การมีส่วนร่วม การร่วมมือของคนในชุมชน
ในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

4. การขับเคลื่อนงานดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ
ภายใต้ธรรมนูญสุขภาพดังนี้

4.1 สร้างแกนนำ มีการประชาสัมพันธ์เสียง
ตามสายเพื่อแจ้งกิจกรรมในชุมชน

4.2 ประชุมสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับ
ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน วัด โรงเรียนและหน่วยงานราชการ

4.3 ออกประชาคมเพื่อสร้างความรู้ความ
เข้าใจให้กับประชาชนชาวบ้าน

4.4 แจกแบบสอบถามเพื่อสำรวจความ
คิดเห็น

5 กำหนดมาตรการทางสังคมหรือข้อตกลง
ร่วมกันของหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนสุขภาพของชุมชน
บ้านสามผง ดังนี้

5.1 ให้ประชาชนรับประทานอาหารลดหวาน
มัน เค็ม

5.2 รับประทานผักหรือผลไม้สด วันละครึ่ง
กิโลกรัม ต่อคนต่อวัน โดยการดำเนินการตามแผน
เพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพ และเกิดการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมที่ถูกต้องของประชาชนในหมู่บ้าน

5.3 ปลูกผักปลอดสารพิษอย่างน้อย
ครัวเรือนละ 5 ชนิด

5.4 ร่วมออกกำลังกายบริเวณลานออกกำลังกาย
ของหมู่บ้าน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

5.5 ลดการใช้สารเคมีทางการเกษตร

5.6 มีมติชุมชนให้ งานศพ ปลอดเหล้าและ
การพนัน

5.7 ไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะและลด ละเลิก
บุหรี่อย่างถาวร



นวัตกรรม “สามผง สามธรรม ขยายปัญญา สรรหา
ความเจริญ ตัดส่วนเกินของชีวิต”

การดำเนินงาน

1. ธรรมะ (อารมณ์)

1.1 ทำบุญตักบาตรร่วมกันทุกวัน ทั้งกลุ่ม
เด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ

1.2 ชุมชนร่วมสวดมนต์ ฟังธรรม ทุกวันพระ
8 ค่ำและ 15 ค่ำจำนวน 18 ครั้ง

2. ธรรมชาติ (อาหาร)

2.1 ปลุกผักปลอดสารพิษ และปลูกสมุนไพร

3. วัฒนธรรม

3.1 วัฒนธรรม (ออกกำลังกาย)

3.1.1 เชิญชวนประชาชนในชุมชน
ร่วมกันออกกำลังกายทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 16.00 น.

3.1.2 เปิดเพลงร่ำวงสามผิง เสียงตาม
สาย เวลา 05.30 -06.00 น. ทุกวัน ออกกำลังกาย
จนกว่าข้าวสุก

3.2 วัฒนธรรม (อาหาร) เมนูสุขภาพ เมี่ยง
ปลา ตาสด



4. ขยายปัญญา มีโรงเรียนผู้สูงอายุถ่ายทอด
ภูมิปัญญาท้องถิ่นให้กับ ลูกหลาน และเป็นแหล่งเรียนรู้
ให้ชุมชนอื่น

5. สรรหาความเจริญ นำความรู้มาถ่ายทอดสู่
สมาชิกในชุมชน บูรณาการภูมิปัญญาชาวบ้าน เข้ากับ
ภูมิปัญญาปัจจุบัน และนำชุมชนไปเรียนรู้การส่งเสริม
สุขภาพจากชุมชนอื่นมาประยุกต์ใช้กับชุมชน

6. ตัดส่วนเกินของชีวิต ชุมชนลงมติให้งดดื่ม
เหล้าในงานศพและไม่เล่นการพนันในงานศพ และงด
น้ำอัดลม โดยสนับสนุนให้ใช้น้ำสมุนไพรทดแทน

6.1 วัด ตัดป้ายห้ามสูบบุหรี่ ภายในวัด ไม่
ถวายบุหรี่ให้แก่พระ อบรมให้ความรู้แก่แม่ครัวที่วัดให้
ปรุงอาหาร ให้ลดอาหารหวาน มัน เค็ม อาหารทอด

6.2 โรงเรียน ตัดป้ายห้ามสูบบุหรี่ ภายใน
โรงเรียน งดการขายน้ำอัดลมในโรงเรียน

6.3 ร้านค้า ร้านค้าในชุมชนที่จำหน่ายบุหรี่
ต้องติดสติ๊กเกอร์ “ที่นี่จำหน่ายบุหรี่” ไม่แสดงผลิตภัณฑ์
ณ จุดขาย ไม่จำหน่ายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี
บริบูรณ์ ไม่จำหน่ายเหล้าเบียร์และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
แก่เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ไม่ขายเหล้านอกเวลา
11.00-14.00 น. และ 17.00-24.00 น.

ผลสำเร็จของงาน

1. มีครัวเรือนที่จัดทำถังขยะเปียกลดโลกร้อน
แล้ว จำนวน 119 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 100

2. จำนวนบ้านที่ปลอดบุหรี่ เพิ่มมากขึ้น และจาก
การสำรวจ ไม่พบนักสูบหน้าใหม่

3. ครัวเรือนที่ไม่ควบคุมหวาน มัน เค็ม ไม่กิน
ผัก ไม่ออกกำลังกาย ไม่จัดการความเครียด สูบบุหรี่ ดื่ม
สุรา ลดน้อยลง

4. ปี พ.ศ. 2564 – 2566 พบว่าจำนวนผู้ป่วย
เบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ไม่เพิ่มขึ้น

5. ปี พ.ศ. 2566 ชนะเลิศโรงเรียนสุขบัญญัติ
ระดับเขตสุขภาพที่ 8 ชนะเลิศชุมชนรอบรู้สุขภาพ
ต้นแบบระดับ เขตสุขภาพที่ 8

6. ปี พ.ศ. 2566 รองชนะเลิศ อันดับ 2 หมู่บ้าน
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระดับเขตสุขภาพที่ 8 ได้รับ
คัดเลือก เป็นพื้นที่ถอดบทเรียนชุมชนเรียนรู้สุขภาพ
ต้นแบบ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินระบบสุขภาพ
เช่น งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลสามผิง ฯลฯ ทำให้ภาพรวมของระบบ
สุขภาพมีความพร้อมให้บริการประชาชน

2. ผู้นำมีความสำคัญในการบูรณาการทุกภาค
ส่วนให้เกิดการเชื่อมผสานกันในระบบสุขภาพที่ทำให้
ประชาชนมีสุขภาพดี

3. การร่วมมือของคนในชุมชนในการดำเนิน
กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทุกภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม
ในการดำเนินกิจกรรม ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน
ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล

สิ่งที่พัฒนาต่อไป

พัฒนาให้เป็นพื้นที่ Blue Zone area คือ พื้นที่สุขภาพกายแข็งแรง สุขภาพจิตแจ่มใส มีความทรงจำดีเยี่ยม ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ดี

2. สาขา : สุขภาพจิตชุมชน

อสม.ศรีไพร ทองใบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดีเด่น ระดับชาติ ประจำปี พ.ศ. 2567 ปฏิบัติเป็นจิตอาสาที่ตำบลดงแคนใหญ่ อำเภอคำชะโนด จังหวัดยโสธร อายุการเป็น อสม. 8 ปี



กระบวนการและกลไกการดำเนินงาน

1. สํารวจข้อมูลประชาชนใน 3 ปีที่ผ่านมา ในเขตบ้านดงแคนใหญ่หมู่ที่ 4 พบว่า

1.1 มีผู้ป่วยจิตเวช 4 ราย มีพ่อแม่ดูแล 3 ราย มีญาติดูแล 1 ราย

1.2 เด็ก 0-5 ปี สงสัยล่าช้า 2 ราย

1.3 ไม่มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย

1.4 ผู้สูงอายุทั้งติดบ้านติดเตียง ได้รับการดูแลจากโครงการ LTC มีแนวโน้มคงที่ ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรอง 12 ราย เป็น ผู้สูงอายุ 7 คน วัยทำงาน 5 คน จากข้อมูลได้นำไปสู่การประชุมทำแผนของชุมชนเพื่อให้ทุกคนในชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต และเสนอเข้าสู่แผนสุขภาพชุมชนเพื่อของบประมาณจากเทศบาล

ตำบลดงแคนใหญ่ แผนระยะสั้น 1 ปี และแผนระยะยาว 5 ปี

2. จัดเวทีประชาคม เรื่องที่เป็นปัญหาสุขภาพจิต/ความทุกข์ ข้อมูลการเจ็บป่วย นำไปสู่การประชุมประชาคมเพื่อทำแผนชุมชน โดยจัดกลุ่มความทุกข์ของชุมชนได้ดังนี้

2.1 ทุกข์จาก ภาระหนี้สิน

2.2 ทุกข์จากความขัดแย้งในครอบครัว

2.3 ทุกข์จากการเจ็บป่วยเรื้อรังของตัวเองและคนในครอบครัว ซึ่งสรุปลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ดังนี้

ลำดับที่ 1 ภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุและวัยทำงาน

ลำดับที่ 2 เด็กวัยเรียน/วัยรุ่น สมาธิสั้น เรียนรู้ช้า

ลำดับที่ 3 วัยรุ่นตั้งครรภ์อายุน้อย และเสี่ยงยาเสพติด

ลำดับที่ 4 เด็ก 0-5 ปี พัฒนาการล่าช้า จากปัญหาดังกล่าว ภาศิเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนแก้ปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม “ดูแลกันตั้งแต่ตั้งครรภ์ ยันเชิงตะกอน”



3. กำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน นำมาสู่แผนการแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย ครอบคลุมมิติแบบบูรณาการ การดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนใช้หลัก กลวิธี 3 L ดี ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย แยกออกเป็น 3 L นั่นก็คือ LOOK LISTEN LINK

3.1 LOOK สอดส่องดี

3.1.1 ค้นหา คัดกรอง

3.1.2 การให้การดูแล

3.2 LISTEN ใส่ใจ รับฟังดี

3.2.1 เยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ

3.2.2 ประเมินอาการ รับฟังปัญหา

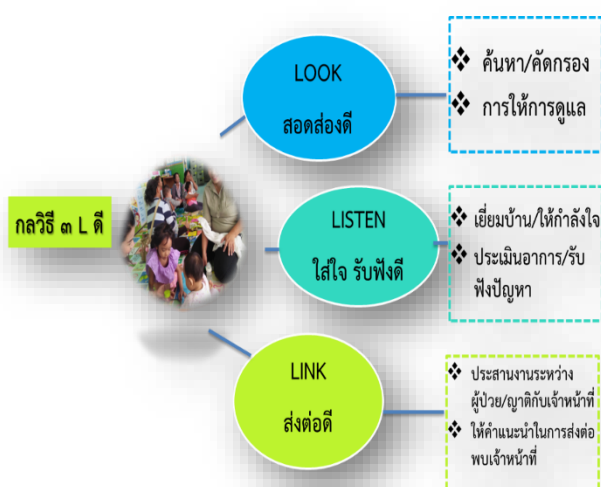
3.3 LINK ส่งต่อดี

3.3.1 ประสานงานระหว่างผู้ป่วย ญาติ

กับเจ้าหน้าที่

3.3.2 ให้คำแนะนำ ในการส่งต่อพบ

เจ้าหน้าที่



นวัตกรรม “DKY สแกนใจ คลายทุกข์ด้วยหลัก 3 ส+ (พลัส)”

การดำเนินงาน

1. ชี้แจงวิธีการเนินกิจกรรมให้แก่ อสม.ทั้ง 14 คน ของบ้านแคนใหญ่ หมู่ 4

2. อสม ทั้ง 14 คน ลงพื้นที่ในครอบครัว (คุ้ม) ของตนเอง โดยใช้หลัก

2.1 ส.ที่ 1 สอดส่องมองหา อสม.ที่ดี ไป สแกนใจคนที่ปัญหาซึมเศร้า .ในครอบครัว (คุ้ม) ที่ตนเองรับผิดชอบ

2.2 ส.ที่ 2 ใส่ใจรับฟัง รับฟังทุกปัญหา ให้ อสม รับฟังปัญหาของครอบครัว (คุ้ม) ของตนเองเพื่อให้ ได้มีการระบายปัญหาต่างๆ แบบเพื่อนช่วยเพื่อน

2.3 ส.ที่ 3 ส่งต่อเชื่อมโยงข้อมูล ส่งต่อ ข้อมูล

2.4 ส.ที่ 4 พลัส สู่ความเจริญ

3. อสม.ทั้ง 14 คน จัดทำบันทึกปัญหาของ ครอบครัว (คุ้ม) ที่ตนเองรับผิดชอบ

4. ประชุม อสม.ทั้ง 14 คน รวบรวมปัญหา พร้อมส่งต่อข้อมูล ตามหลัก ส.ที่ 3 ส่งต่อเชื่อมโยง โดย ส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพส่งข้อมูลให้รพ.สต. ด้าน เศรษฐกิจส่งต่อข้อมูลให้ พมจ. ด้านที่อยู่อาศัยส่งต่อ ข้อมูลให้ อบท.

5. อสม ติดตามหลังจากครอบครัว (คุ้ม) ที่ตนเองรับผิดชอบได้รับการดูแลช่วยเหลือ ว่าสามารถ ดูแลตนเองได้หรือไม่ ตามหลักส.พลัส สู่ความยั่งยืน พึ่งพาตนเองได้ แก้ปัญหาง่ายๆด้วยตนเองได้

ผลสำเร็จของงาน

1. มีการดำเนินงานสุขภาพจิตครอบคลุมตาม กลุ่มวัย ตามเจตนารมณ์ การดูแลตั้งแต่ตั้งครรภ์ ยันเชิง ตะกอน

2. ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าไม่มีปัญหาอยากฆ่าตัวตาย มีความสุขยิ้มแย้มแจ่มใส

3. ผลการประเมินสุขภาพจิตแบบสั้น นักเรียน โรงเรียนผู้สูงอายุ 140 คนส่วนใหญ่สุขภาพจิตดีเท่ากับ คนทั่วไป จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 95.3

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ภาควิเคราะห์ทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญ ร่วมมือดำเนินการและสนับสนุนงบประมาณ

2. การทำงานเป็นทีมของแกนนำเครือข่าย และอสม.มีความเข้มแข็ง มีความเป็นจิตอาสา และ เสียสละ ท่วมเททั้งร่างกายแรงใจ

3. มีการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตอย่างเป็น รูปธรรมและครบวงจร สู่ความยั่งยืน

4. คุณสมบัติเฉพาะตัวของ อสม.ศรีไพร ทองใบ ในบทบาทของประธานสภาตำบลดงแคนใหญ่ ที่มีความสามารถเป็นผู้ประสานสืบทอดจากทุกภาคส่วนในการแก้ปัญหาของครอบครัวด้วยโอกาส 10 ครอบครัว สู่การแก้ปัญหาครบวงจรอย่างยั่งยืนอีก 1 ครอบครัว

3. สาขา : การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

อสม.พุลภัสร์ ภูวงษ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น ระดับชาติ ประจำปี พ.ศ. 2567 ปฏิบัติเป็นจิตอาสาที่ตำบลเสนางคนิคม อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ อายุการเป็น อสม. 16 ปี



กระบวนการและกลไกการดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์การดำเนินงานป้องกันและแก้ปัญหายาเสพติดในชุมชน ระดมความคิดเพื่อหาแนวทางในการป้องกันและแก้ปัญหายาเสพติด ร่วมกันดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ 5 ปี (พ.ศ.2561 – 2565) ซึ่งกลยุทธ์สำคัญ คือ 4 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมทักษะชีวิตและมาตรการป้องกันในชุมชนอย่างยั่งยืน

1.1 โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE

1.2 กิจกรรมสำคัญคือ กิจกรรม “เพื่อนคู่คิด” TO BE NUMBER ONE วัตถุประสงค์ของโครงการคือ การให้เยาวชนกลุ่มดี เป็นที่ปรึกษาให้เด็กกลุ่มเสี่ยง

2. ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบค้นหาคัดกรองเชิงลึก

2.1 พัฒนาระบบ Application AMNAT-GIS ระบบฐานข้อมูลเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ด้านความมั่นคงเป็นฐานข้อมูลรายชื่อผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในจังหวัดอำนาจเจริญ ชีพภัค กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสพ ผู้ค้า ผู้เลิกพฤติกรรม

2.2 ประมวลผลสถานะหมู่บ้านเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการแจ้งเบาะแส ร้องทุกข์ทางสมาร์ทโฟน ตลอด 24 ชั่วโมง



3. ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยกระดับศักยภาพชุมชนเพื่อการบำบัดฟื้นฟู

3.1 ชุมชนมีส่วนร่วมในการบำบัด หรือเรียกว่า CBTx จัดประชุมระดมสมองเพื่อหารูปแบบและกิจกรรมในการบำบัดให้สอดคล้องกับบริบทวิถีชีวิตของคนในชุมชน โดยใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย

3.1.1 ทุนทางจิตวิญญาณ

3.1.2 ทุนทางปัญญา

3.1.3 ทุนทางทรัพยากรมนุษย์

3.1.4 ทุนทางทรัพยากรทางธรรมชาติ

3.1.5 กองทุนสาธารณสุขของชุมชน

4. ยุทธศาสตร์ที่ 4 บูรณาการระบบติดตามดูแลช่วยเหลือโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

4.1 ประชุมระดมสมองเพื่อออกแบบรูปแบบและวิธีการในการแก้ปัญหา

4.2 ใช้บริบทวิถีชีวิตของคนในชุมชน คือ กิจกรรมบุญประเพณีในชุมชนทั้ง 12 เดือน มากำหนดเป็นกิจกรรม เรียกว่าการติดตามผลการบำบัดโดยใช้ “ปฏิทินวัฒนธรรมท้องถิ่น” ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน และเป็นการฝึกให้เด็กได้กล้าแสดงออก มีส่วนร่วมกับชุมชน เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

การดำเนินงาน นวัตกรรม “ทดลองธรรม”

1. ทดลองธรรมที่ 1 ทำให้มีบรรยากาศเหมือนบ้าน ให้ผู้ป่วยร่วมกันจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณ มินิธัญญารักษ์ ให้เป็นเหมือนบ้าน มีการจัดกิจกรรมให้กับผู้ป่วย เช่น การจัดงานวันเกิด การทานหมู่กระทะร่วมกัน การได้ออกไปซื้อของที่ตลาด ร่วมเตะฟุตบอลกับทีมที่ชอบ และตั้งชื่อสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระยะมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเสนางคนิคม เป็นบ้านภาคใจ หมายถึง บ้านที่อยู่แล้วทำให้จิตใจมีแต่ความซื่อสัตย์ มีความเจริญ มีเกียรติ

2. ทดลองธรรมที่ 2 ใช้ธรรมะ 4 ข้อของเปิงบ้านบำบัด ได้แก่ ธรรมะบำบัด ธรรมชาติบำบัด วัฒนธรรมบำบัด ธรรมาชีพบำบัด โดยนำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน เช่น ไหว้ศาลปู่ตา ร่วมตักบาตรในวันสำคัญ ร่วมจัดประเพณีลอยโคมวันออกพรรษา ร่วมงานวันลอยกระทง ปลุกต้นไม้ จิตอาสา ฝึกอาชีพ

2.1 การฝึกอาชีพ (ธรรมาชีพ) นำกิจกรรมที่มีในเปิงบ้านของชุมชน ที่ใช้ในศูนย์บำบัดผู้ติดยาในชุมชน มาใช้ในบ้านภาคใจ เช่น การห่อข้าวต้ม การทำข้าวจี การทำขนมหมากเบงและได้ประสานขอความร่วมมือจาก อสม. ที่มีความรู้ในเรื่องการทำเป็ด การทำผ้าเช็ดเท้า การทำขนม การทำอาหาร การปลูกผักปลอดสารพิษ เข้ามาช่วยสอนให้ผู้ป่วยในบ้านภาคใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมได้ทำร่วมกันและเป็นการฝึกสร้างอาชีพให้แก่ตนเอง ทั้งยังสามารถนำไปประกอบเป็นอาชีพเลี้ยงดูตัวเองได้เมื่อออกจากบ้านภาคใจ

2.2 เจ้าหน้าที่ ผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาล หน่วยงานราชการในพื้นที่แะอุดหนุน มีกลุ่ม Line

สำหรับขายสินค้า สำหรับเงินรายได้ทั้งหมดจัดเป็นบัญชีไว้ ครบกำหนดบำบัด จะได้กลับบ้านพร้อมมีเงินติดกระเป๋าไปด้วย และส่วนหนึ่งแบ่งใช้เป็นเงินส่วนกลางในการจัดวันเกิดของสมาชิกในบ้าน

3.3 จำนวน 90 วัน คือนคนดีสู่สังคม เมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัด ครบ 90 วัน ไม่หนีกลับบ้าน อสม. พูลภัสร์ ภูวงษ์ จะเป็นผู้ประสานกับทีม อสม. ผู้นำชุมชน ญาติผู้ป่วยในพื้นที่ร่วมกันเตรียมชุมชนและต้อนรับผู้ป่วยกลับบ้าน โดยผู้ป่วยผ่านการบำบัด มินิธัญญารักษ์ “บ้านภาคใจ” จะถูกส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องให้ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมดูแล โดยมีท่านนายอำเภอเสนางคนิคม เป็นประธานศูนย์ ดูแลต่อเนื่อง

ผลสำเร็จของงาน

1. ปี 2564 - 2566 ประกวดชุมชน TO BE NUMBER ONE ประเภทชมรมหมู่บ้านเบอร์วันในชุมชน ภูมิภาค ระดับดีเด่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. ในปี 2562 - 2566 ผู้ได้รับการบำบัด ผ่านการบำบัด คิดเป็นร้อยละ 63, 80, 88 และ 100 , 100 ตามลำดับ

3. ผู้ที่ผ่านการบำบัด หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน Remission rate หลังเข้าร่วมกิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 71, 75, 85 และ 80 , 89 ตามลำดับ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. มีนโยบายของจังหวัดอำนาจเจริญส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานที่ชัดเจน

2. ภาครัฐเครือข่ายทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และสนับสนุนงบประมาณ

3. มีการฐานข้อมูลจาก Amnat GIS ที่ช่วยทำให้เห็นกลุ่มเป้าหมาย ที่จะนำเข้าสู่ระบบการบำบัดดูแลได้อย่างครอบคลุม

4. มีการบูรณาการวัฒนธรรมชุมชนสู่การบำบัดแบบ “เปิงบ้านบำบัด” และ หลักสูตร “ทดลองธรรม” ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและเห็นคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ของผู้บำบัด

5. แกนนำชุมชนทุกภาคส่วน มีความเข้มแข็ง ร่วมแรง ร่วมใจ ร่วมมือร่วมพลังสามัคคีในการดำเนินงาน

6. มีวัด และศาลปู่ตา ที่เป็นศูนย์รวมยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณของชุมชน

4. สาขา : การจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม

อสม.เชาวฤทธิ์ ภิญโญทรัพย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น ระดับชาติ ประจำปี พ.ศ. 2567 ปฏิบัติเป็นจิตอาสาที่ตำบลสามสวน อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ อายุการเป็น อสม. 16 ปี



กระบวนการและกลไกการดำเนินงาน

โดยมีกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน พร้อมศูนย์เรียนรู้เกษตรอินทรีย์วิถีอสม. ดังนี้

1. ด้านการจัดทำแผนด้านสุขภาพ ดังนี้

1.1 สำรวจและประเมินสถานการณ์ชุมชน และวิเคราะห์ประเด็นพฤติกรรมเสี่ยง

1.2 สร้างเวทีการเรียนรู้ในหมู่บ้าน ชุมชน ในลักษณะประชาคมร่วมกันของกลุ่มองค์กร ภาคี เครือข่าย จัดทำแผนและประชาสัมพันธ์ให้ชาวบ้าน ได้รับรู้และมีส่วนร่วมในกระบวนการทำแผน

2. ด้านการจัดการงบประมาณในการขับเคลื่อนแผนสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค มีขั้นตอนดังนี้

2.1 สำรวจแหล่งชุมชน

2.2 จัดทำข้อมูลนำเสนอแผนงาน เพื่อขอ งบประมาณ

2.3 เปิดเวทีทำข้อตกลงร่วมกันระหว่าง ผู้สนับสนุนกับทีมดำเนินงาน

2.4 ประชุมเครือข่าย ทีมงาน/แกนนำ เพื่อ จัดสรรงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนใช้ในกิจกรรม

2.5 สรุปรายงานผล

3. ด้านการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพเป็นแกนนำ จัดกิจกรรมสุขภาพชุมชนทั้งสร้างสุขภาพและซ่อม สุขภาพมี ขั้นตอนดังนี้

3.1 สำรวจ ค้นหา

3.2 เตรียมชุมชนเพื่อรับการตรวจสุขภาพ เชิงรุก

3.3 จัดกิจกรรมการคัดกรอง เพื่อประเมิน พฤติกรรมสุขภาพเบื้องต้น

3.4 ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ

3.5 จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค

3.6 สนับสนุนการจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมผู้ป่วย โรคเรื้อรังกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน

3.7 สร้างความเข้มแข็งของชุมชน

3.8 จัดระบบและติดตาม ประเมินผล และสรุปผล

4. ด้านประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ทำให้ชุมชนซึ่งมี ขั้นตอน ดังนี้

4.1 จัดทีม/คณะทำงานในการติดตาม ประเมินผล พร้อมจัดทำแบบติดตามประเมินผล

4.2 กำหนดหัวข้อ/ประเด็น ในการติดตาม ประเมินผล พร้อมจัดทำแบบติดตามประเมินผล

4.3 จัดทำแผนออกติดตามประเมินผล

4.4 ออกติดตามประเมินผล

4.5 นำผลจากการประเมิน มานำเสนอ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และวิเคราะห์

4.6 สรุปผล

4.7 จัดเวทีนำเสนอผลให้ชุมชนรับทราบ วางแผนแก้ไขปัญหา และหาทางพัฒนาร่วมกัน

กระบวนการวิเคราะห์และจัดลำดับความเสี่ยง
ของชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีรายละเอียดดังนี้

1. การจัดการมูลฝอยในครัวเรือนและชุมชน
2. การจัดการสิ่งปฏิกูล
3. การจัดบ้านหรือที่อยู่อาศัยให้สะอาดถูก
สุขลักษณะและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในบ้าน
4. การจัดหาและเฝ้าระวังคุณภาพอาหารและ
น้ำดื่ม เพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำ
5. การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง
6. การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมอื่นๆ

ศูนย์เรียนรู้เกษตรอินทรีย์วิถี อสม. คือ ความสำเร็จของ
การจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อมได้อย่าง
แท้จริงและยั่งยืนตามแนวคิดเกษตรอินทรีย์วิถี อสม.

เกษตรอินทรีย์วิถี อสม. คือ การน้อมนำเอาหลัก
ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เป็นแนวทาง ในการทำ
การเกษตร ด้วยหลักธรรมชาติ ไม่ทำร้ายสิ่งแวดล้อม บน
พื้นที่การเกษตรทั้งทางดิน ทางน้ำ และทางอากาศ
ผลผลิตที่ได้คือความมั่นคงทางอาหารที่ปลอดภัย
แนวคิดเกษตรอินทรีย์วิถีอสม 5 มี 5 ไม่ 5 ให้ 5 ส่ง 5
ห้าม

1. แนวคิดเกษตรอินทรีย์วิถีอสม. 5 มี ได้แก่
 - 1.1 มีน้ำ (น้ำคือชีวิต)
 - 1.2 มีนา (นาคือข้าวปลาอาหาร)
 - 1.3 มียา (สมุนไพรท้องถิ่น)
 - 1.4 มีผัก (ผักปลอดภัย)
 - 1.5 มีดิน (ดินสมบูรณ์)
2. แนวคิดเกษตรอินทรีย์วิถีอสม. 5 ไม่ ได้แก่
 - 2.1 ไม่เผา (วัสดุเหลือใช้จากการเกษตร)
 - 2.2 ไม่ฆ่า (วัชพืช หรือ แมลงต่าง ๆ)
 - 2.3 ไม่ทิ้ง (ไม่ทิ้งขยะ)
 - 2.4 ไม่ฉุ่ (ไม่ใช้ถุงพลาสติก)
 - 2.5 ไม่ใช้สารเคมี (ยาฆ่าแมลง ยากำจัด
วัชพืช หรือปุ๋ยเคมี)
3. แนวคิดเกษตรอินทรีย์วิถีอสม. 5 ให้ ได้แก่
 - 3.1 ให้สุขภาพที่ดี
 - 3.2 ให้สังคมที่ดี
 - 3.3 ให้สิ่งแวดล้อมที่ดี

3.4 ให้โอกาสเรียน

3.5 ให้ความรู้เสมอ



4. แนวคิดเกษตรอินทรีย์วิถี อสม. 5 ส่ง ได้แก่

- 4.1 ส่งเสริมให้มีสุขภาพดี
- 4.2 ส่งเสริมการเรียนรู้เสมอ
- 4.3 ส่งเสริมให้สร้างความรู้
- 4.4 ส่งเสริมให้มีรายได้
- 4.5 ส่งเสริมให้มีอาชีพ

5. แนวคิดเกษตรอินทรีย์วิถีอสม. 5 ห้าม ได้แก่

- 5.1 ห้ามใจ
- 5.2 ห้ามท้อ
- 5.3 ห้ามอ่อนแอ
- 5.4 ห้ามหมดไฟ
- 5.5 ห้ามผิดสัญญา

**การดำเนินงาน นวัตกรรม “บ่อหมักปุ๋ยชีวภาพจากท่อ
ซีเมนต์”**

1. ศึกษาปัญหาการจัดการขยะในชุมชน
2. ประชุมประชาคมปรึกษาหารือคิดค้น
นวัตกรรมมาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
3. ออกแบบนวัตกรรมให้เหมาะสมกับปัญหา
ที่พบ
4. แบ่งหน้าที่รับผิดชอบ
5. เตรียมอุปกรณ์ในการทำนวัตกรรม
 - 5.1 อุปกรณ์ในการทำนวัตกรรม
 - 5.1.1 ท่อซีเมนต์
 - 5.1.2 ถุงพลาสติกสีดำ
 - 5.1.3 เชือกสำหรับมัด

5.1.4 ฝาปิด

5.1.5 ถึงสำหรับรองรับขยะ

5.2 ขั้นตอนการทำงานวัตรกรรม

5.2.1 นำท่อซีเมนต์ไปวางไว้บริเวณที่ต้องการให้ติดกับพื้นดิน

5.2.2 นำถังที่รองรับขยะเปียกในครัวเรือนมาเทใส่ในท่อซีเมนต์

5.2.3 เอาถุงพลาสติกสีดำที่เตรียมไว้มาปิดปากท่อแล้วรัดเชือก

5.2.4 นำฝามาปิดบริเวณปากท่อให้สนิท

5.2.5 หมักทิ้งไว้ประมาณ 3 เดือน

ผลสำเร็จของงาน

1. รางวัลชนะเลิศระดับภาคด้านบริหารจัดการป่าชุมชน (ภูตะเภา) ปี 2560

2. รางวัลสิงห์ทอง กลุ่ม องค์กร แกนนำหลักในการพัฒนาชุมชนดีเด่น ปี 2560

3. ได้รับรางวัลรองชนะเลิศลำดับที่ 1 โครงการประกวดหมู่บ้านกองทุนแม่ของแผ่นดินดีเด่น ระดับจังหวัด

4. ประจำปี 2566 บ้านสามสวนกลาง หมู่ที่14 ตำบลสามสวน อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ

5. ครัวเรือนต้นแบบอาหารปลอดภัย บ้านนี้มีรัก ปลูกผักกินเอง ผลการดำเนินงานพบว่า ครัวเรือนปลูกผัก 182 หลังคาเรือน คิดเป็น 92.85% ลดค่าใช้จ่าย 10,450 บาทต่อปี ต่อครัวเรือน

6. มหกรรมเครือข่ายอาหารปลอดภัย อสม.รวมใจสร้างอาหารให้ปลอดภัยทั้งชุมชน มีร้านอาหารผ่าน clean food good taste ผ่านเกณฑ์ตลาดสดน่าซื้อ

7. ชุมชนมีการจัดการขยะในครัวเรือนตนเอง ขยายไปสู่เพื่อนบ้านและชุมชน

8. จัดการขยะในชุมชนร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาลดขยะต้นทางลดการใช้ถุงพลาสติกของชุมชนเกี่ยวกับ สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ส่งเสริมและให้ความรู้เรื่องสารเคมีในการเกษตร การลดสารเคมีในการปลูกผัก ใช้สารชีวภัณฑ์แทนยาฆ่าแมลง และใช้ปุ๋ยหมักชีวภาพแทนปุ๋ยเคมี

9. มีธนาคารขยะ เพื่อออมเงินในสมุดบัญชี ซึ่งเป็นสวัสดิการจัดการศพเงินจากการขายขยะนำมาใช้ในชุมชน

10. เกิดเกษตรกรอินทรีย์วิถีอสม. สามารถพลิกพื้นที่ทั้งขยะ เป็นพื้นที่ปลูกพืชผักปลอดสารพิษ สามารถเพิ่มรายได้จากการขายผัก 8,400 บาทต่อปีต่อครัวเรือน ไม่มีการเผา ไม่มีไฟฟ้า ไม่มีสารเคมี ไม่มีขยะสามารถลดค่าใช้จ่ายจากการใช้สารเคมี 20,000 บาทต่อปีต่อครัวเรือน

11. เป็นแหล่งศึกษาดูงาน มีผู้มาศึกษาดูงาน 150 คณะ/ปี คณะ 70 คน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และเสนอแนวทางแก้ไขผ่านการประชุมในหมู่บ้าน เพื่อหาแนวทางร่วมกัน

2. กลุ่มองค์กรมีความเข้มแข็ง เช่น องค์กรสตรี ชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขบ้านสามสวนกลาง ชมรมผู้สูงอายุบ้านสามสวนกลาง กลุ่มอาชีพบ้านสามสวนกลาง เป็นต้น

3. ผู้นำท้องถิ่นและผู้นำทางศาสนา มีความเข้มแข็ง ทำให้ชุมชนได้ประโยชน์สูงสุด

4. หน่วยงานจากภายนอกเข้ามาสนับสนุนทั้งในด้านของงบประมาณและการฝึกอบรมให้ความรู้แก่ชาวบ้านสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ชาวบ้าน ในการดำเนินงานโครงการต่างๆ ประกอบด้วย สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอบ้านแท่น องค์การบริหารส่วนตำบลสามสวน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามสวน และศึกษานอกโรงเรียนตำบลสามสวน

5. สาขา : โรคไม่ติดต่อ

อสม.ปรางทิพย์ ผาสี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น ระดับชาติ ประจำปี พ.ศ. 2567 ปฏิบัติเป็นจิตอาสาที่ตำบลนาจัว อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม ประสบการณ์การเป็น อสม. 7 ปี



กระบวนการและกลไกการดำเนินงาน

การขับเคลื่อนงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ดังนี้

1. การขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใต้ธรรมนูญสุขภาพตำบลนาจัว ซึ่งธรรมนูญสุขภาพประชาชนตำบลนาจัว หมวดการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ มี 3 หมวด ประกอบด้วย

1.1 หมวดที่ 3 การจัดให้มีหลักประกันและการคุ้มครองให้เกิดสุขภาพดี

1.1.1 ข้อ 9 มีการจัดบริการตรวจสุขภาพแก่ประชาชนในตำบลนาจัว เป็นประจำทุกปี

1.1.2 ข้อ 10 อาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครอื่นๆช่วยสนับสนุนการมีสุขภาพในชุมชนอย่างเข้มแข็ง

1.1.3 ข้อ 11 ประชาชนตำบลนาจัว ร่วมกันงดเหล้า งดเล่นการพนันในงานศพและงานบุญประเพณี

1.1.4 ข้อ 12 งานบุญหรืองานศพ ต้องมีเมนูสุขภาพ ลดหวาน-มัน-เค็ม

1.2 หมวดที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพ

1.2.1 ข้อ 13 ประชาชนตำบลนาจัว บริโภคน้ำดื่มสะอาด

1.2.2 ข้อ 14 ประชาชนตำบลนาจัว มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์

1.2.3 ข้อ 15 มีการหลีกเลี่ยงการใช้สารเคมี ปลุกพืชผักสวนครัว ตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง

1.2.4 ข้อ 16 มีการพัฒนาจิตใจ มีการทำบุญตักบาตร เข้าวัด ฟังธรรม อบรม ในวันสำคัญทางพุทธศาสนา



1.3 หมวดที่ 5 การป้องกันโรคและปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ

1.3.1 ข้อ 20 รณรงค์ให้ประชาชนตำบลนาจัวบริโภคอาหารที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพลดหวาน มัน เค็ม

1.3.2 ข้อ 21 มีการจัดทำโครงการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อโดยความร่วมมือของประชาชนตำบลนาจัว ประจำปี หรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2. ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดย “ยุทธศาสตร์ 5-5-5 พิชิตโรคไม่ติดต่อ” บ้านร่มโพธิ์ทอง รายละเอียดดังนี้

2.1 “5 พันธมิตร” คือภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน มีบทบาทในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชน ดังนี้

- 2.1.1 อบต.นาจัว
- 2.1.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจัว
- 2.1.3 อสม.
- 2.1.4 วัด โรงเรียน
- 2.1.5 ผู้นำชุมชน มีความสำคัญในงานพัฒนาชุมชน โดยร่วมเป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ



- 2.2 “5 เริ่ม” ดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนบ้านร่มโพธิ์ทองขึ้น
 - 2.2.1 เริ่มคิด ร่วมกับภาคีเครือข่ายภาคประชาชนและท้องถิ่น
 - 2.2.2 เริ่มวางแผน ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมวางแผนในการดำเนินกิจกรรม
 - 2.2.3 เริ่มตัดสินใจ มีการประชุมหารือในที่ประชุมทุกครั้ง โดยภาคีเครือข่ายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
 - 2.2.4 เริ่มลงทุน ทุกภาคส่วนร่วมกันสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน โดย
 - 2.2.4.1 อบต.นาจัว
 - 2.2.4.2 ผ้าป่า ตำบลนาจัว
 - 2.2.4.3 การแข่งฟุตบอลการกุศลอำเภอบ้านแพง
 - 2.2.5 เริ่มปฏิบัติ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนบ้านร่มโพธิ์ทอง การประสานงานและการประชาสัมพันธ์
- 2.3 “5 ลงมือทำ” กลไกที่ดำเนินการเป็นประเด็นบริการสุขภาพมากกว่าปัจจัยเสี่ยง จึงได้ร่วมกันกำหนด “5 ลงมือทำ” ดังนี้

- 2.3.1 ลงมือสร้างองค์ความรู้โรคไม่ติดต่อในชุมชน ให้ความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 2.3.2 ลงมือคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป
- 2.3.3 ลงมือสอดส่องเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อในชุมชน เพื่อเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ
- 2.3.4 ลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส.)
- 2.3.5 ลงมือป้องกันภาวะแทรกซ้อนกลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง สังเกตความผิดปกติ ไข้ สบถาผิดปกติการดูแลตนเองและให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ

การดำเนินงาน นวัตกรรม “คู่มือคิด อสม.สายลับพิชิตพฤติกรรมเสี่ยง”

1. ให้ อสม.จับคู่กับกลุ่มเสี่ยง ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ โดยวิธีการจับสลากอสม. 9 คน จับสลากเลือกกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 37 คน อสม. 1 คน ต่อกลุ่มเสี่ยง 4 คน
2. ร่วมกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำสัญญาใจร่วมกันตามข้อตกลงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส โดยให้อสม. สังเกตการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
3. ติดตามประเมินโดยการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิตสูง วัดระดับน้ำตาลในเลือดระยะเวลาในการดำเนินงาน 3 เดือน



ผลสำเร็จของงาน

1. กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ลดลง
2. ตำบลนาจัวได้เป็นตำบลต้นแบบ ให้ทั้งอำเภอบ้านแพง ในการปฏิบัติตนเข้าร่วมลงนาม “งานบุญปลอดเหล้า งานเสรีปลอดการพนัน” ในการ ลด เลิก อบายมุข
3. เป็นแหล่งศึกษาดูงานเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จาก สปป.ลาว
4. มีคนต้นแบบเลิกสูบบุหรี่ตลอดชีวิต และคนต้นแบบเลิกเหล้าตลอดชีวิต
5. กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ลดลง
6. ตำบลนาจัวได้เป็นตำบลต้นแบบ ให้ทั้งอำเภอบ้านแพง ในการปฏิบัติตนเข้าร่วมลงนาม “งานบุญปลอดเหล้า งานเสรีปลอดการพนัน” ในการ ลด เลิก อบายมุข
7. เป็นแหล่งศึกษาดูงานเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จาก สปป.ลาว
8. มีคนต้นแบบเลิกสูบบุหรี่ตลอดชีวิต และคนต้นแบบเลิกเหล้าตลอดชีวิต

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. มีภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินการ และสนับสนุนงบประมาณ
2. มีธรรมนูญสุขภาพตำบลหัวจัว ในการขับเคลื่อนงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
3. ประชาชนในชุมชนตระหนักถึงปัญหาและให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน

คำแนะนำและหลักเกณฑ์ในการส่งบทความ

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ตีพิมพ์เผยแพร่บทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Sciences) การแพทย์และสาธารณสุข (Medicine and Public Health) และเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง กำหนดจัดพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ (ราย 4 เดือน) ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม) และฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม) ของทุกปี โดยรับบทความเป็นภาษาไทยและ/หรือภาษาอังกฤษ และเผยแพร่รูปแบบออนไลน์ผ่านทางเว็บไซต์ของวารสารฯ ที่ <https://thaidj.org/index.php/pjne> ISSN (Online) : 2774-017X และรูปแบบรูปเล่ม ISSN (Print) : 2774-0250 มีคำแนะนำและหลักเกณฑ์ในการส่งบทความ ดังนี้

1. ประเภทบทความในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) เปิดรับบทความวิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ ดังนี้

1.1 บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง งานเขียนทางวิชาการที่ผู้เขียนนำเสนอเนื้อหาสาระใดสาระหนึ่งเพียงหนึ่งเรื่องเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นประเด็นที่เกี่ยวกับความรู้ ข้อเท็จจริง มุมมองใหม่ ๆ หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในวงการวิชาการ และได้มีการเรียบเรียงผลงานวิชาการของตนเองหรือของผู้อื่นที่มีลักษณะเป็นการอธิบาย การวิเคราะห์การวิจารณ์หรือการนำเสนอแนวคิดใหม่ ๆ ตามหลักการทางวิชาการที่เป็นระบบและน่าเชื่อถือ พร้อมทั้งแสดงทัศนะทางวิชาการของผู้เขียนไว้อย่างชัดเจน โดยมุ่งนำเสนอเฉพาะกลุ่มเป้าหมายในสาขาวิชาการ/วิชาชีพหนึ่ง ๆ ผ่านการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางวิชาการ/วิชาชีพสาขานั้น ๆ

1.2 บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สาระของบทความ

สะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความเป็นมาของปัญหาหรือวัตถุประสงค์ การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอกความหมาย และความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา อันจะนำไปสู่วัตถุประสงค์ของงานวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลและผลการวิจัย ข้อเสนอแนะที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยอันจะนำไปสู่ความก้าวหน้าทางวิชาการ และมีการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

1.3 บทความนวัตกรรม (Innovation Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากสิ่งใหม่ที่เกิดขึ้นจากการใช้ความรู้ ทักษะประสบการณ์ และความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนาขึ้น มีการจำแนกประเภทของนวัตกรรม โดยเกิดจากกระบวนการที่สำคัญ คือ การค้นหา (Searching) การเลือกสรร (Selecting) การนำไปปฏิบัติ (Implementing) และการเรียนรู้ (Learning) เป็นการนำเสนอผลงานอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา อันจะนำไปสู่วัตถุประสงค์ของวิธีหรือแนวทางปฏิบัติ ลำดับขั้นตอนการพัฒนา ผลการดำเนินการ บทเรียนที่ได้รับ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และร่องรอยหลักฐาน ภาพถ่าย ชี้นงาน หรือมีการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

2. การเตรียมบทความต้นฉบับแต่ละประเภท ตาราง ภาพ และแผนภูมิ บทความเรื่องหนึ่ง ๆ ไม่ควรมีตารางหรือภาพมากเกินไป จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตารางหรือภาพ โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือภาพอยู่ด้านบน มีความชัดเจนสูง อาจเป็นไดอะแกรม ภาพวาด ภาพถ่าย หรือกราฟที่ทำจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แม้จะใส่ภาพในบทความแล้ว ก็ควรส่งแยกเป็นไฟล์ต่างหากด้วย องค์ประกอบหัวข้อในแต่ละบทความมีดังนี้

2.1 บทความวิชาการ (Academic Article)

ชื่อเรื่อง (Title) ใช้ภาษาที่เป็นทางการ ชัดเจนตรงไปตรงมา ควรสั้นกะทัดรัด ครอบคลุมประเด็นของเรื่อง ควรมีลักษณะทั้งแบบมองเห็นความสำคัญของแนวคิดหลักและประโยชน์ที่ได้รับ (Didactic) และเห็นแก่นขององค์ความรู้ (Lapidaric) ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้นิพนธ์ (Author) ให้มีทั้งชื่อและนามสกุลภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ระบุหน่วยงานสังกัดหรือสถานที่ผู้นิพนธ์ทำงาน และระบุชื่อ E-mail ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อ

บทคัดย่อ/Abstract เป็นการสรุปประเด็นเนื้อหาที่เป็นแก่นสำคัญตามลำดับโครงสร้างประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน คือ เกริ่นนำ สิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้ ซึ่งอ่านแล้วต้องเห็นภาพรวมทั้งหมดของงานประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยชน์สมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ/Keywords ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3-5 คำ เป็นคำที่มีนัยสำคัญที่ปรากฏในชื่อเรื่อง ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาคำสำคัญ โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

บทนำ (Introduction) เป็นส่วนที่ผู้เขียนจงใจให้ผู้อ่านเกิดความสนใจในเรื่อง ใช้ภาษาที่กระตุ้นใจผู้อ่าน ยกปัญหาที่กำลังเป็นที่สนใจมาอภิปรายตั้งประเด็นคำถามหรือปัญหาที่ท้าทายความคิดของผู้อ่าน กล่าวถึงประโยชน์ที่ผู้อ่านจะได้รับจากการอ่าน กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการเขียนบทความ หรือให้คำชี้แจงที่มาของการเขียนบทความ บอกขอบเขตของบทความเพื่อให้ผู้อ่านไม่คาดหวังเกินขอบเขตที่กำหนด และปูพื้นฐานที่จำเป็นในการอ่านเรื่องนั้นให้แก่ผู้อ่าน

เนื้อหาสาระ (Contents) ใช้คำในภาษาไทย ใส่คำภาษาต่างประเทศไว้ในวงเล็บ เขียนคำให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ของราชบัณฑิตยสถาน สะกดคำให้ถูกต้อง

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ควรตรวจทานงานไม่ให้ผิดพลาด เพราะจะเป็นแหล่งอ้างอิงทางวิชาการ ผู้เขียนจะต้องเขียนอธิบายให้ผู้อ่านเกิดความกระจ่างใช้เทคนิคต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น การจัดลำดับหัวข้อการนำเสนอ การยกตัวอย่างที่เหมาะสม การนำเสนออาจประกอบด้วย การใช้ภาพวาด ภาพถ่าย แผนภูมิ ตาราง และแผนสถิติ เป็นต้น ควรนำเสนอความคิดเห็นของผู้เขียน ด้วยการวิเคราะห์ วิจัยข้อมูลเนื้อหาสาระตามหลักวิชาการ

บทสรุป (Conclusion) ต้องมีการสรุปประเด็นสำคัญ ๆ ของบทความมาเขียนรวมกันไว้อย่างสั้น ๆ บอกผลลัพธ์ว่าสิ่งที่กล่าวมามีความสำคัญอย่างไร บอกแนวทางการนำไปใช้ประโยชน์ของสิ่งที่กล่าวมาว่าสามารถนำไปใช้อะไรได้บ้าง หรือจะทำให้เกิดอะไรต่อไป ควรมีการตั้งคำถามหรือให้ประเด็นทิ้งท้ายกระตุ้นให้ผู้อ่านไปสืบเสาะแสวงหาความรู้ หรือคิดค้นพัฒนาเรื่องนั้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References) เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง โดยการอ้างอิงจากระบบการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th edition (APA) จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ อ้างอิงในเนื้อหาจะต้องสอดคล้องกับในรายการบรรณานุกรมท้ายบทความทุกรายการ ไม่ควรใช้อ้างอิงจากบทความที่ถูกถอดถอนออกไปแล้วมาเป็นเอกสารอ้างอิง สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์วารสารฯ หรือได้ที่ [คู่มือการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th edition.pdf - Google ไดรฟ์](#)

2.2 บทความวิจัย (Research Article)

ชื่อเรื่อง (Title) ชื่อเรื่องควรมีตัวแปรต้นและตัวแปรตาม หรือประเด็นหลักในการวิจัย ควรสั้นกะทัดรัด และสื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ มีความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้นิพนธ์ (Author) ให้มีทั้งชื่อและนามสกุลภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ระบุหน่วยงานสังกัดหรือสถานที่ผู้นิพนธ์ทำงาน และระบุชื่อ E-mail ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อ

บทคัดย่อ/Abstract เป็นเนื้อหาที่มีสาระเข้มข้น สั้น กระชับรัดกุม ถูกต้อง และสมบูรณ์ในตัวเอง นำเสนอข้อมูลตามโครงสร้างของบทความ ได้แก่ การเกริ่นนำความเป็นมาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ ใช้คำประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเอง ไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ/Keywords ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3-5 คำ เป็นคำที่มีนัยสำคัญที่ปรากฏในชื่อเรื่อง ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาคำค้นหาคำค้นจากดัชนีค้นเอกสารในวารสาร และดัชนีประเภทต่าง ๆ โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

บทนำ (Introduction) อธิบายถึงความ เป็นมาและความสำคัญของปัญหา ลักษณะ และขนาด ความรุนแรง แสดงให้เห็นถึงภูมิหลังของปัญหาหรือ ช่องว่างของงานวิจัย (Gap of Knowledge) ควรอ้างอิง จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบ เพื่อนำเข้าสู่ประเด็นปัญหาที่ต้องการจะแก้ปัญหาคำตอบที่ ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการ ศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ แต่ไม่ต้อง ทบทวนวรรณกรรมที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาในส่วนท้ายของ บทนำ และชี้ให้เห็นว่าประเด็นที่ต้องการจะค้นคว้าหา คำตอบนั้นมีความสำคัญอย่างไร ทำไมจึงต้องทำวิจัย ถ้าไม่ทำจะเกิดผลเสียอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective) เป็นการบอกจุดมุ่งหมายที่นักวิจัยต้องการค้นคว้าหา คำตอบตามปัญหาวิจัย เขียนอยู่ในรูปแบบของประโยค บอกเล่า ใช้ภาษาสื่อสารที่ชัดเจนตรงประเด็นถึงสิ่งที่ นักวิจัยต้องการจะทำ อาจเขียนแยกเป็นข้อ ๆ ตามลำดับ ความสำคัญ เช่น วัตถุประสงค์ทั่วไป วัตถุประสงค์เฉพาะ

วิธีดำเนินการวิจัย (Methods หรือ Material and Methods) อธิบายขั้นตอนการวิจัยด้วย ภาษาที่เข้าใจง่าย โดยระบุรูปแบบแผนการศึกษา (Study

design, Protocol) เช่น การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) การวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) การวิจัย เชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) การวิจัย เชิงปฏิบัติการ (Action research) การวิจัยและพัฒนา (Research and development) การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) ให้ระบุช่วงระยะเวลา ที่ทำการศึกษาค้นคว้า การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบ หลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ศึกษา (Interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา การรักษา ชนิดและขนาดของยา ที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุในเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ได้ ให้ระบุเครื่องมือหรืออุปกรณ์และหลักการที่ใช้ใน การศึกษาเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพให้ชัดเจนและ กระชับ รวมถึงเครื่องมือในการเก็บข้อมูล เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการ วิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย (Results) อธิบายถึงสิ่งที่ ได้จากการศึกษาหรือวิจัย ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล และการแสดงถึงผลการทดสอบสมมติฐาน ควรยึด วัตถุประสงค์ และสมมติฐานของการวิจัยเป็นหลัก ชี้ให้เห็นว่าผลการวิจัยได้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างไรบ้าง และสอดคล้องกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างไร นำเสนอ หลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ แสดงผลที่พบตามลำดับ หัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ถ้าผล ไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นพรรณนา แต่ถ้า ตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้อง อธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูล สำคัญ ๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

อภิปรายผล (Discussion) อธิบาย ขยายความผลการวิจัย แสดงบทวิจารณ์ผลการศึกษาว่า ตรงกับวัตถุประสงค์หรือสมมติฐานของการวิจัย หรือ แตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น ควรมีข้อค้นพบ

สนับสนุนหรือขัดแย้งกับแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งผลการวิจัยที่ผ่านมาของใครบ้าง และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น วิเคราะห์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง และเป็นกลาง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมี เพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ ควรมีข้อสรุปว่าผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่และให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

สรุปผล (Knowledge) เป็นการสรุปเนื้อหาในงานวิจัยทั้งหมดที่กล่าวมาว่าองค์ความรู้ใหม่ที่ผู้วิจัยค้นพบ หรือองค์ความรู้ที่ลึกกว่าหรือแตกต่างจากองค์ความรู้เดิมที่มีอยู่อย่างไร

ข้อเสนอแนะ (Suggestions) เป็นการเขียนข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยประกอบด้วยข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ในทางปฏิบัติหรือข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ซึ่งการเขียนข้อเสนอแนะดังกล่าวต้องเขียนภายใต้ข้อค้นพบจากการวิจัย

เอกสารอ้างอิง (References) เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง (In-text Citation) โดยการอ้างอิงจากระบบการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th edition (APA) จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสาร อ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ อ้างอิงในเนื้อหาจะต้องสอดคล้องกับในรายการบรรณานุกรมท้ายบทความทุกรายการ สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์วารสารฯ หรือได้ที่ [คู่มือการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th edition.pdf - Google ไดรฟ์](#)

2.3 บทความนวัตกรรม (Innovation Article)

ชื่อนวัตกรรม (Title) ควรมีความหมายในตัวเอง สั้น กระชับรัดกุมและชัดเจน เพื่อระบุถึงนวัตกรรมที่จะทำการศึกษา ควรคำนึงถึงเนื้อหาของเรื่องที่ต้องการศึกษา ควรมีความสอดคล้องกัน ไม่ซ้ำซ้อนกับนวัตกรรมที่ทำมาแล้ว ซึ่งอาจมีความซ้ำซ้อนในประเด็นต่าง ๆ ที่ต้องพิจารณาเพื่อหลีกเลี่ยง ไม่ใช่คำย่อ มีความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้รับผิดชอบผลงาน (Author) ให้มีทั้งชื่อและนามสกุลภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ระบุหน่วยงานสังกัดหรือสถานที่ผู้รับผิดชอบงาน และระบุชื่อ E-mail ของผู้รับผิดชอบที่ใช้ติดต่อ

ประเภทนวัตกรรม

1) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) หมายถึง การพัฒนาหรือการสร้างสรรค์ผลิตภัณฑ์ใหม่ หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ที่มีอยู่เดิมให้มีคุณสมบัติ รูปลักษณ์ หรือการใช้งานที่ดียิ่งขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า เพิ่มมูลค่าให้กับผลิตภัณฑ์ และสร้างรายได้เปรียบในตลาด

2) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) หมายถึง การปรับปรุงหรือพัฒนากระบวนการทำงาน การผลิต การให้บริการ หรือการดำเนินงานในองค์กร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ลดต้นทุน ปรับปรุงคุณภาพ หรือสร้างความยืดหยุ่นในการดำเนินงาน โดยใช้เทคโนโลยีใหม่ แนวคิดใหม่ หรือวิธีการทำงานใหม่

3) นวัตกรรมระบบบริการ (Service Innovation) หมายถึง การพัฒนาหรือปรับปรุงรูปแบบการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ดียิ่งขึ้น เพิ่มคุณค่า สร้างประสบการณ์ที่ดี และช่วยให้องค์กรสามารถสร้างความแตกต่างจากคู่แข่ง โดยอาจรวมถึงการใช้เทคโนโลยี แนวคิด หรือกระบวนการใหม่ในการให้บริการ

4) นวัตกรรมทางการบริหาร (Administrative Innovation) หมายถึง การพัฒนาหรือปรับปรุงระบบ วิธีการ หรือกระบวนการบริหารจัดการภายในองค์กร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน ลดความซับซ้อน ปรับปรุงการตัดสินใจ และสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์และความร่วมมือในองค์กร โดยนวัตกรรมนี้มุ่งเน้นที่โครงสร้างและกระบวนการทางการบริหารมากกว่าผลิตภัณฑ์หรือบริการ

บทนำ (Introduction) อธิบายถึงความสำคัญและที่มาของปัญหามาซึ่งนวัตกรรม ระบุถึงปัญหาหรือความท้าทายที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักวิชาการ งานวิจัย ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

มาตรฐานบนเหตุผล อธิบายเหตุผลที่เลือกทำการพัฒนานวัตกรรม และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากนวัตกรรมนี้ อธิบายถึงประโยชน์ที่จะนำไปใช้ได้จริง ในด้านวิชาการ และประโยชน์ในเชิงประยุกต์

วัตถุประสงค์ (Objectives) อธิบายถึงการค้นหาคำตอบของประเด็นปัญหา เป็นการกำหนดประเด็นการศึกษา ต้องชัดเจน และเฉพาะเจาะจง ไม่คลุมเครือ โดยบ่งชี้ถึงสิ่งที่จะทำ ทั้งขอบเขต และคำตอบที่คาดว่าจะได้รับ ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว การตั้งวัตถุประสงค์ต้องให้สมเหตุสมผลกับทรัพยากรที่เสนอขอ และเวลาที่จะใช้ อาจจำแนกได้เป็น 2 ชนิด คือ (1) วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective) กล่าวถึงสิ่งที่คาดหวังหรือสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เป็นการแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายในระดับกว้าง และ (2) วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objective) จะพรรณนาถึงสิ่งที่เกิดขึ้นจริง โดยอธิบายรายละเอียดว่าจะทำอะไร โดยใคร ที่ไหน เมื่อไร และเพื่ออะไร โดยการเรียงหัวข้อควรเรียงตามลำดับความสำคัญ ก่อน-หลัง

เป้าหมาย (Target) เป็นการกำหนดและวัดผลความสำเร็จของนวัตกรรม โดยต้องมีความชัดเจน ครอบคลุม สิ่งที่ต้องการบรรลุในอนาคต ซึ่งควรมีเฉพาะเจาะจง (Specific) วัดผลได้ (Measurable) ทำได้จริง (Achievable) เกี่ยวข้อง (Relevant) มีกรอบเวลา (Time-bound) ควรมีอย่างน้อย 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ (Quantitative Indicators) ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ (Qualitative Indicators) และตัวชี้วัดเชิงผลกระทบ (Impact Indicators)

วิธีดำเนินการ (Methodology) เป็นการให้รายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการดำเนินการแต่ละขั้นตอนจะทำอย่างไร ต้องระบุถึงระยะเวลาที่จะใช้ในการดำเนินงาน ควรให้รายละเอียดในเรื่องวิธีการศึกษาใช้วิธีแบบใด เช่น จะใช้แบบทดลอง เชิงคุณภาพ หรือจะใช้แบบผสมผสานหลาย ๆ วิธีรวมกัน แหล่งข้อมูลที่จะเก็บข้อมูล ประชากรที่จะศึกษา การกำหนดคุณลักษณะของประชากร เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่จะใช้ในการศึกษา ขั้นตอนการศึกษา และการประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติอะไรบ้างในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการดำเนินการ (Results) กล่าวถึงผลงานหลัก การเลือกวิธีและการเลือกสถานที่ทดลองหรือศึกษา เพื่อให้ได้ผลตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เทคนิคที่ใช้ ผู้เขียนแสดงให้เห็นว่าดำเนินการทดลองอย่างไร และรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีใด วิธีจัดทำกับข้อมูลเมื่อรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการทดลองและเทคนิคต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่าผู้เขียนจัดกระทำกับข้อมูลอย่างไร อาจจะเป็นวิธีคำนวณตามแนววิชาสถิติ หรืออาจเป็นวิธีสันนิษฐานตามหลักตรรกศาสตร์มาตีความหมายในด้านวิชาการที่ผู้เขียนศึกษาอยู่ โดยอาศัยความรู้เกี่ยวกับสภาพการณ์โดยทั่วไป และการอ่านเอกสารอื่น ๆ ที่ได้กล่าวอ้างมาแล้วในบทต้น ๆ ผู้เขียนเสนอผลงาน รวมทั้งสรุปผลงานตั้งแต่ต้นจนถึงผลที่ได้ นอกจากนี้ยังกล่าวถึงผลที่ได้ครั้งนี้มีความสำคัญอย่างไร ต่อสถานการณ์ที่เป็นจริง ข้อเสนอแนะ (Recommendation) และการอภิปราย อาจกล่าวถึงการนำผลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้ บางกรณีอาจมีเพียงข้อเสนอแนะหรือการอภิปรายเกี่ยวกับผลอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้นก็ได้

บทเรียนที่ได้รับ (Lessons Learned) เป็นการสรุปผลและประเมินสิ่งที่ได้เรียนรู้จากนวัตกรรม โดยเน้นถึงสิ่งที่เป็นประโยชน์สำหรับการปรับปรุงในอนาคต หรือเป็นข้อมูลสำหรับการถ่ายทอดประสบการณ์ให้ผู้อื่น อาจเขียนตามลำดับ เช่น ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงาน และด้านผลลัพธ์

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Factors of success) เป็นการอธิบายปัจจัยหรือเงื่อนไขที่ช่วยสนับสนุนให้นวัตกรรมประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยเนื้อหาควรครอบคลุมประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จและควรนำเสนอในลักษณะที่ชัดเจน เป็นระบบ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับบริบทอื่น

ภาคผนวก (Appendix) (ร່องรอย หลักฐาน ภาพถ่าย ชิ้นงาน เอกสารอ้างอิง ฯลฯ) ร່องรอย หลักฐาน ภาพถ่าย ชิ้นงาน ประมาณ 4-6 ภาพ เอกสารอ้างอิง เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง (In-text Citation) โดยการอ้างอิงจากระบบการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th edition (APA) จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสาร

อ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ อ้างอิงในเนื้อหาจะต้องสอดคล้องกับในรายการบรรณานุกรมท้ายบทความทุกรายการ สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์วารสารฯ หรือได้ที่ [คู่มือการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th edition.pdf - Google ไดรฟ์](#)

3. รูปแบบบทความ

3.1 พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4 ตามแบบฟอร์มที่วารสารฯ กำหนด สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์วารสารฯ หรือได้ที่ [R-00 \(From-2667\).docx - Google เอกสาร](#)

3.2 แบบอักษร TH SarabunPSK โดยหัวข้อใช้ขนาด 16 Point (ตัวหนา) เนื้อหาใช้ขนาด 16 Point (ปกติ)

3.3 ใช้ตัวเลขอารบิกทั้งบทความ

4. การส่งบทความ จัดส่งได้ 2 วิธี ดังนี้

4.1 ส่งบทความผ่านระบบออนไลน์ได้ที่ <https://thaidj.org/index.php/pjine/index> ขั้นตอนการส่งบทความออนไลน์ (Submission Online) ศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ [คู่มือการส่งบทความวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่.pdf - Google ไดรฟ์](#)

4.2 ส่งบทความแบบไฟล์ Word พร้อมแผ่นซีดี ในรูปแบบหนังสือราชการ โดยระบุชื่อที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ และอีเมลของผู้พิมพ์ให้ชัดเจน และจ่ายหน้าซองมาที่ กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เลขที่ 89 ถนนอนามย์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000

*กองบรรณาธิการจะรับพิจารณาบทความที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดเท่านั้น และจะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้พิมพ์ทราบหลังจากได้รับบทความแล้ว

5. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้พิมพ์

5.1 ผู้พิมพ์ ต้องมีความซื่อสัตย์ มีคุณธรรม และมีจรรยาบรรณในการดำเนินงานวิจัย และการเขียนรายงานผลการวิจัย

5.2 ผู้พิมพ์ ต้องรับรองว่าผลงานที่เขียนขึ้นได้มาจากข้อเท็จจริงจากการศึกษา ไม่บิดเบือนข้อมูลและไม่มีข้อมูลที่เป็นเท็จ

5.3 ผู้พิมพ์ ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่นที่ปรากฏอยู่ในงานของตน

5.4 ผู้พิมพ์ ต้องไม่คัดลอกผลงานของบุคคลอื่น

5.5 ผู้พิมพ์ ต้องมีความรับผิดชอบต่องานของตน และรับรองว่าผลงานไม่เคยถูกตีพิมพ์หรือกำลังอยู่ในระหว่างขั้นตอนการพิจารณาตีพิมพ์ที่ใด

5.6 ผู้พิมพ์ ต้องระบุชื่อผู้เป็นเจ้าของผลงานร่วมทุกคน ระบุบทบาทหน้าที่และสัดส่วนของความรับผิดชอบอย่างชัดเจนในกรณีที่ไม่ได้เขียนคนเดียว

5.7 ผู้พิมพ์ ต้องระบุแหล่งทุนที่สนับสนุนในการทำวิจัย

5.8 ผู้พิมพ์ ต้องการยกเลิกหรือถอนบทความหลังจากที่ผู้ประเมินบทความ (Peer Reviewers) พิจารณาแล้ว ผู้พิมพ์จะต้องชำระค่าประเมินบทความจำนวน 3,000 บาท

5.9 ในกรณีที่ผู้พิมพ์ทำผิดข้อกำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้อ 5.2, 5.3, 5.4 และ 5.5 วารสารฯ จะตัดสิทธิ์การตีพิมพ์เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 ปี และวารสารฯ จะแจ้งหน่วยงานที่ผู้พิมพ์สังกัดหรือผู้พิมพ์แล้วแต่กรณี

6. จริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ (ถ้ามี)

6.1 เคารพในการขอความยินยอม โดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและให้อาสาสมัครตัดสินใจอย่างอิสระปราศจากการข่มขู่ บังคับ หรือให้สินจ้างรางวัล (Respect for free and informed consent และ Respect to autonomy of decision making)

6.2 เคารพในความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัคร (Respect for privacy) ความหมายของ Privacy คือ ตัวบุคคล (Person) ความเป็นส่วนตัว สิทธิส่วนบุคคล พฤติกรรม ส่วนตัวพฤติกรรมปกปิด การเคารพในความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัครทำโดยจัดสถานที่ในการขอความยินยอมและการซักประวัติตรวจร่างกาย การไม่มีป้ายระบุชื่อคลินิก เช่น “คลินิกโรคเอดส์” “คลินิกยาเสพติด”

6.3 เคารพในการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัคร (Respect for confidentiality) ความหมายของ Confidentiality คือข้อมูล (Data) เป็นวิธีการรักษาความลับของข้อมูล ส่วนตัวของอาสาสมัครโดยมีข้อจำกัด ข้อมูลเหล่านั้น ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล (Case report form) ใบยินยอม (Consent form) การบันทึกเสียงหรือภาพ (Tape, Video and photo) มาตรการรักษาความลับ เช่น ใช้รหัส เก็บในตู้มีกุญแจล็อก (Locked cabinet) เก็บในคอมพิวเตอร์ (Computer) ที่มีรหัสผ่าน (Password) ข้อมูลส่งทางเมลอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) มีการทำให้เป็นรหัส (Encrypted)

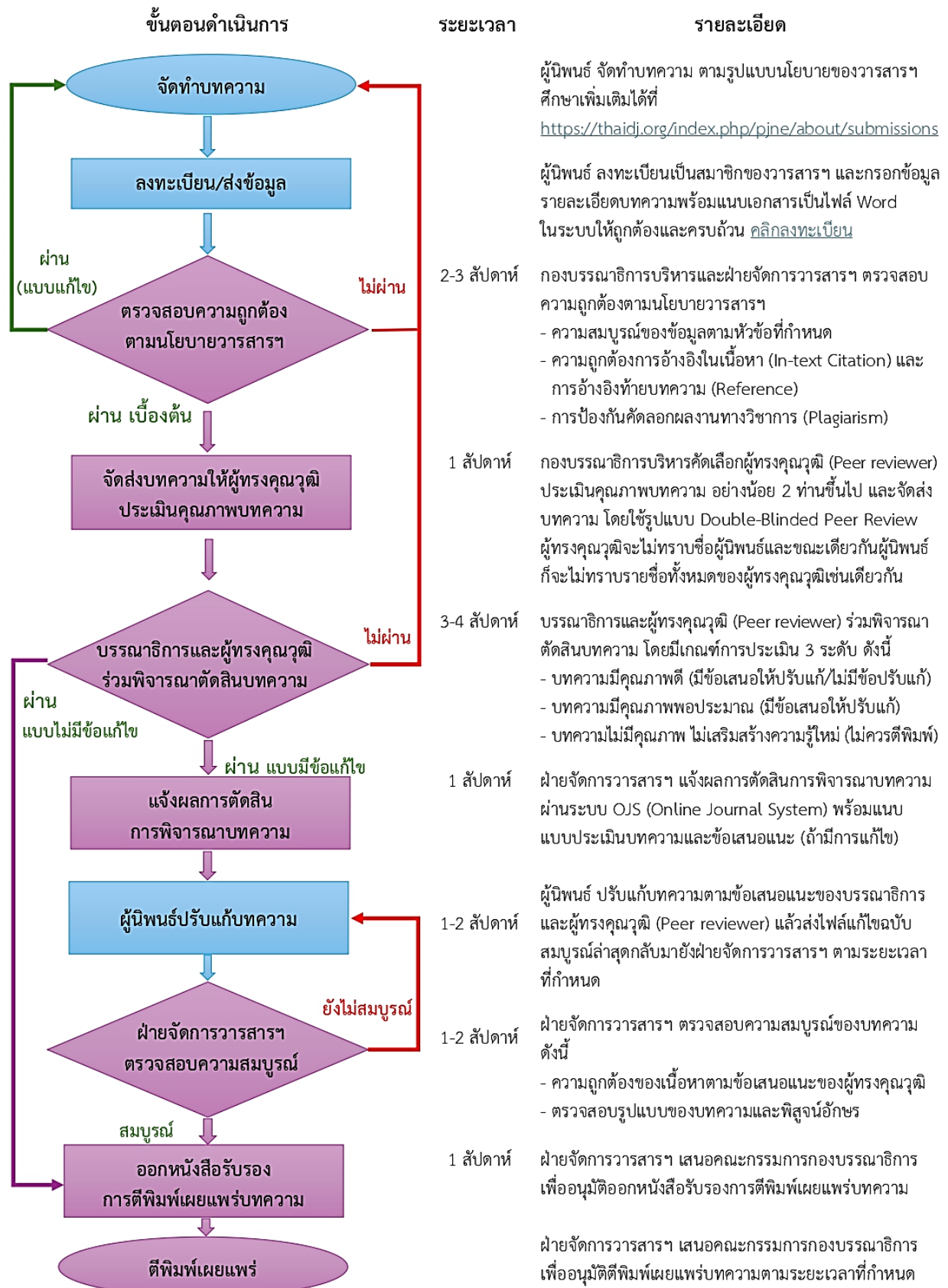
6.4 เคารพในความเป็นผู้อ่อนด้อย เปราะบาง (Respect for vulnerable persons) ความหมายของผู้อ่อนด้อย เปราะบาง คือ บุคคลที่ไม่สามารถปกป้องตัวเองได้อย่างเต็มที่ ไม่สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยที่ได้รับ ไม่สามารถตัดสินใจได้โดยอิสระ เช่น ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือทางจิต ผู้ป่วยโรคเอดส์ (HIV/AIDS) ผู้ป่วยหมดสติ (Comatose) ผู้ป่วยพิการ (Handicapped) นักโทษ (Prisoners) นักเรียนนิสิต นักศึกษา (Students) ทหาร (Soldiers) กลุ่มคนที่มีพลังอำนาจน้อย (Marginalized people) เช่น ผู้อพยพ (Immigrants) ชนกลุ่มน้อย (Ethnic minority) กลุ่มเปราะบางทางเพศ หรือกลุ่มรักร่วมเพศ (Homosexuality) กลุ่มเปราะบางทางสังคม (Socially vulnerable) เช่น ผู้ให้บริการทางเพศ (Sex workers) ผู้ติดยาเสพติด (Drug addicts)

6.5 CIOMS Guideline 13 และ 14 ระบุว่า การทำวิจัยในกลุ่มนี้ต้องมีเหตุผลสมควร (Justification) ต้องขออนุญาตและมีลายเซ็นของผู้แทนที่ชอบด้วยกฎหมาย และมีการขออนุญาตบุคคลผู้นั้นด้วย การทำวิจัยในเด็ก ไม่สมควรทำการศึกษาในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้า ยกเว้นอาสาสมัครเด็กกำพร้าอาจจะได้รับประโยชน์โดยตรง หรือผลการวิจัยอาจจะเกิดประโยชน์ต่อกลุ่มเด็กกำพร้าคนอื่น ๆ และอนุโลมให้ผู้ดูแลเด็กในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้าเป็นผู้ให้ความยินยอม ทั้งนี้ ต้องดำเนินการขอ Assent ตามข้อกำหนดเช่นกัน

7. สิทธิส่วนบุคคล

ชื่อและที่อยู่อีเมล หรือข้อมูลส่วนบุคคลที่กรอกในเว็บไซต์วารสารนี้จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในงานวารสารฯ เท่านั้นและจะไม่เปิดเผยเพื่อวัตถุประสงค์ในกิจกรรมอื่น ๆ หรือให้กับบุคคลหรือหน่วยงานอื่นใดทราบ

ขั้นตอนการส่งบทความ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)



*หมายเหตุ: ระยะเวลาการดำเนินงานอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสมจากคณะกรรมการกองบรรณาธิการวารสารฯ



ความร่วมมือ ร่วมใจ ด้วยความหนักแน่นมั่นคง เสียสละด้วยจิตใจอันบริสุทธิ์
ระหว่างประชาชน ชุมชน หน่วยงานภาครัฐและเอกชน เพื่อส่งเสริมสนับสนุน
ให้เกิดการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อประชาชน

ภาพคนยืนซ้อนและจับมือซ้อนกัน หมายถึง ประชาชน ครอบครัว และชุมชน

ภาพกลุ่มคนประสานมือล้อมภาพคนยืนซ้อนและจับมือซ้อนกัน หมายถึง การประสานความร่วมมือ
ขององค์กรภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรธุรกิจเอกชน และองค์กรประชาชน เพื่อส่งเสริมการพึ่งตนเอง
ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ครอบครัว และชุมชน

สีแดง หมายถึง เลือดเนื้อของชีวิตมนุษย์ เปรียบเสมือนการสาธารณสุขมูลฐานซึ่งจะหล่อเลี้ยงให้ประชาชนมีสุขภาพดี

สีน้ำเงิน หมายถึง ความยิ่งใหญ่ กว้างใหญ่ ความหนักแน่นมั่นคง