

รูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพ ภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่

วิมล บ้านพวน
ธีรพงษ์ คำพูน
อัญชรัย บัญมาประเสริฐ
ปิยวดี พิศาลรัตนคุณ
ประภัสสร นุชนิยม
ทิพวรรณ พูลเอียด
และคณะ
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

วันรับ 11 ตุลาคม 2567, วันแก้ไข 8 พฤศจิกายน 2567, วันตอบรับ 10 พฤศจิกายน 2567.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของครอบครัวและพื้นที่ ประชากรประกอบด้วย แกนนำซึ่งเป็นอาสาสมัครจากครอบครัว ชุมชนในพื้นที่ดำเนินงานจาก 77 ชุมชนทุกจังหวัดทั่วประเทศ กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณจากโปรแกรม G*Power3 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และแกนนำยินดีเข้าร่วมโครงการจาก 11 จังหวัด 11 ชุมชน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 361 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 436 คน รวมทั้งสิ้น 797 คน การศึกษามี 4 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ เป็นการกำหนดกรอบประเด็นการพัฒนารูปแบบและเครื่องมือ คู่มือ 2) ระยะดำเนินการ เป็นขั้นการนำรูปแบบที่ได้พัฒนาไปใช้ มีรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มโดยดำเนินการวัดก่อน - หลังการนำรูปแบบไปใช้ 3) ระยะการติดตามผลการดำเนินงาน 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566 ผลการศึกษารูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ ในระยะที่หนึ่งได้ชุดความรู้แนวทางการยกระดับครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ สำหรับแกนนำครอบครัว ชุมชน รูปแบบเป็น E-book ที่เข้าถึงได้ง่ายและคู่มือแนวทางการคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบ ครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ สำหรับเจ้าหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระยะที่สองเป็นขั้นการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ดีสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบ โดยก่อนได้รับรูปแบบมีค่าคะแนนเฉลี่ย $\bar{X}=2.63$, S.D.=0.41 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ย $\bar{X}=2.86$, S.D.=0.29 p-value<0.001 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย $\bar{X}=2.87$ S.D.=0.38 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย $\bar{X}=2.65$ S.D.=0.27 p-value .001 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ระยะที่ 3 ระยะการติดตามผลการดำเนินงาน และ ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน พบว่าแกนนำครอบครัว ชุมชนมีการนำองค์ความรู้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง มีการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพที่ดีโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ข้อเสนอ รูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ เป็นรูปแบบที่มีกระบวนการแนวทางการดำเนินงาน เครื่องมือ คู่มือเพื่อทำให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ควรพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมที่เข้าถึงได้ง่าย และกรมอนามัยควรมอบใบประกาศนียบัตรให้ผ่านการอบรม และกำหนดหรือเพิ่มเป็นนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพครอบครัว ชุมชน

คำสำคัญ: รูปแบบการพัฒนา ครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพ แกนนำครอบครัว ชุมชน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรค

Adapting to Change: A Mixed-Methods Study on Health Literate Family and Community Development in a New Normal Lifestyle

Vimol Banpoun
Theerapong Khamput
Unchuree Boonmaprasert
Piyawadee Phisarnrattanakhun
Prapassorn Nuchniyom
Thippawan Phooleiad
et.al.

Bureau of Health Promotion, Department of Health.

Received 11 October 2024, Revised 7 November 2024, Accepted 10 November 2024.

Abstract

This research aims to develop a family upliftment model. Health-aware community under the new normal way of life to apply it to suit the context of the family and area. The population consisted of leaders who were volunteers from their families. Local communities carry out project work from 77 communities in every province across the country. The sample group was calculated from the G*Power3 program. The sample selection method was multi-stage random sampling and leaders willing to participate in the project from 11 provinces, 11 communities, divided into an experimental group of 361 people and a comparison group. 436 people, totaling 797 people. The study has 4 phases: 1) preparation phase. It sets the framework for the development of models and manual tools. 2) Implementation phase. It is the step of applying the developed model. There is a quasi-experimental research design in 2 groups by measuring before - after implementing the model, 3) the performance monitoring phase. and 4) reflecting on the performance results. Quantitative data were collected by questionnaire and qualitative data by focus group and in-depth interviews. Data analysis used descriptive statistics and content analysis. Operated between January-December 2023, Results of the study: Develop a family upliftment model. The community is well versed in health under the new normal way of life. In the first phase, they received a set of knowledge on ways to raise the level of their families. Health-aware community under the new normal way of life for family and community leaders, the format is an easily accessible E-book and guideline for selecting prototype areas. Family and community knowledge about health under the new normal way of life for officials to drive the implementation of healthy behavior change the second phase is the experimental phase. It was found that the experimental group that received the family enhancement model Health-aware community under the new normal way of life had higher scores on healthy behavior than before receiving the model Before receiving the model, the mean score $\bar{X}=2.63$, S.D.=0.41, after the experiment the mean score $\bar{X}=2.87$, S.D.=0.29 p-value<0.001 The difference was statistically significant at 0.05. The experimental group had a higher mean score in health behavior than the comparison group. Mean score $\bar{X}=2.87$ S.D. = 0.38 comparison group. There is a mean score $\bar{X}=2.65$ S.D. =0.27 p-value .001, which is significantly different at 0.05. Phase 3, performance monitoring and Phase 4, performance reflection. Found that the family leader The community continually applies knowledge. There is integration of good health promotion work by participate in families, communities, and local government organizations. Recommendations: Proposal for developing a family upliftment model

Health-aware community under the new normal way of life. It is a format that has a process. Operational guidelines, tools, manuals to make people, families, and communities knowledgeable about health and have desirable health behaviors. Easily accessible training courses should be developed, and the Department of Health should provide certificates to those who complete the training and establish or add policies to promote family and community health.

Keywords: development model, family, health-informed community, family and community leaders, health promotion behavior, disease prevention

■ บทนำ

ปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก คือ ปัญหากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable Diseases : NCDs) ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO)⁽¹⁾ พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) รองลงมาคือโรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30 - 69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ และกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง สถานการณ์ตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยที่กำหนดโดยคณะผู้เชี่ยวชาญทางด้านนโยบายในแต่ละประเด็นโรค และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 คือ

ความน่าจะเป็นของการเสียชีวิต ที่อายุ 30 ปี ถึง 70 ปีจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง ลดลงจากร้อยละ 15.3 ใน ปี 2550 เป็นร้อยละ 15.1 และร้อยละ 14.1 ในปี 2553, 2557 ตามลำดับ⁽¹⁾ หากพิจารณาอัตราการตายตามอายุพบว่า อัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 343.06 ต่อแสนคนใน ปี พ.ศ. 2552 เป็น 355.30 ต่อแสนคนในปี พ.ศ. 2556 ประกอบกับในปี พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา พบสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน⁽²⁾

จากการประเมินความเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันโรคของครอบครัว พบว่าประชาชนในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ไม่มีการประเมินความเสี่ยงของคนในบ้าน ร้อยละ 67.5 ส่วนพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในบ้านที่ประชาชนเห็นด้วยและสามารถทำได้มากที่สุดคือ การแยกกันกินเมื่ออยู่ในบ้าน ร้อยละ 53.1 รองลงมาคือ การเว้นระยะห่าง ร้อยละ 50.1 และการสวมหน้ากากในบ้านตลอดเวลา ร้อยละ 49.9 ตามลำดับ ล้างมือก่อนกินอาหารด้วยสบู่และน้ำหรือเจลแอลกอฮอล์ ทำประจำร้อยละ 89.35 ไม่ทำเลย ร้อยละ 0.67⁽³⁾ มีกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 53.1 ซึ่งลดลงถึงร้อยละ 21.5 และจากการสำรวจข้อมูลของประชาชนในปี 2562 โดยสำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ในกลุ่ม

ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 17,530 คน พบว่าประชาชนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ ร้อยละ 80.91 ซึ่งข้อเสนอแนะจากผลการสำรวจ หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาคการศึกษา สังคมและสุขภาพ ควรสร้างความตระหนักและความเข้าใจเรื่องผลกระทบของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากบริการต่างๆ ของกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอแก่บุคลากรในหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายและผู้ทำงานด้านความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ การสำรวจฯ นี้แสดงให้เห็นว่า คนไทยร้อยละ 19.09⁽⁴⁾ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ ซึ่งครอบครัวถือเป็นสถาบันที่สำคัญ เป็นฐานรากของสังคม เป็นต้นนำในการอบรมบ่มเพาะของชีวิตครอบครัวที่มีความเข้มแข็ง มีความรักความอบอุ่น ดูแลใส่ใจซึ่งกันและกัน มีพื้นที่ปลอดภัยในครอบครัว จึงเป็นเหมือนเกราะที่จะปกป้องคุ้มครองสมาชิกทุกคนในครอบครัวทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต พฤติกรรมสุขภาพที่มีพื้นฐานมาจากครอบครัว การพัฒนาครอบครัวให้มีความรอบรู้สุขภาพจึงมีความสำคัญ จากหลายๆ ครอบครัวขยายผลสู่ชุมชนโดยแกนนำครอบครัวเป็นโซ่ข้อกลางในการนำองค์ความรู้ที่ได้ไปพัฒนาตนเอง บุคคลในครอบครัว และนำสู่ชุมชนตามบริบทของพื้นที่ กรมอนามัยมีบทบาทหน้าที่ในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย ทั้งในครอบครัว ชุมชน โดยไม่เลือกปฏิบัติไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรของกรมอนามัยจึงได้ดำเนินการศึกษารูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ เพื่อ

เป็นต้นแบบ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพครอบครัว ชุมชน และขยายผลสู่พื้นที่อื่นๆ ได้ต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. พัฒนารูปแบบครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของครอบครัว และพื้นที่
2. ศึกษาผลการนำรูปแบบครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ไปใช้ รวมทั้งความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

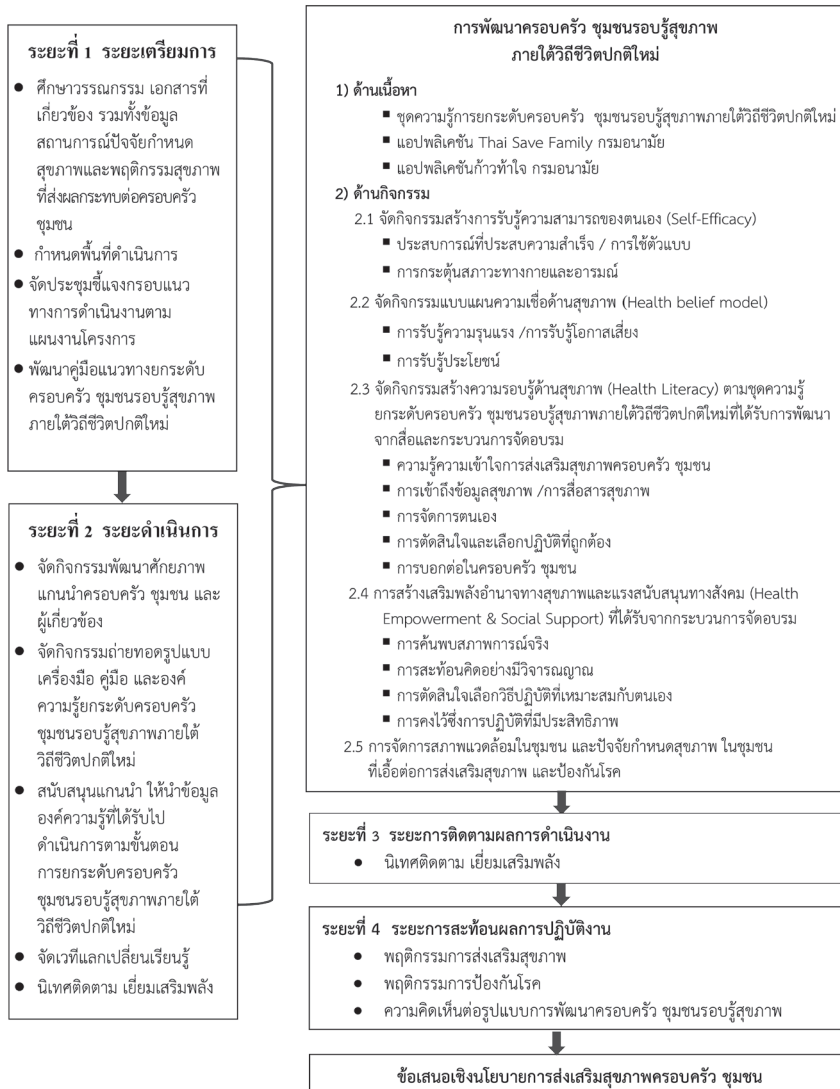
■ นิยามศัพท์

รูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ หมายถึง กระบวนการในการทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์สังเคราะห์เพื่อพัฒนารูปแบบ เครื่องมือ คู่มือชุดความรู้แนวทางการยกระดับครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ และเครือข่าย ดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ โดยสปีดาร์ทที่หนึ่ง เป็นกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำและผู้เกี่ยวข้อง ถ่ายทอดรูปแบบเครื่องมือ คู่มือตามชุดความรู้ สปีดาร์ทที่ 2 แกนนำครอบครัว ชุมชนเรียนรู้ผ่านชุดความรู้และสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ สปีดาร์ทที่ 3 - 4 แกนนำปฏิบัติตามขั้นตอนการยกระดับครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ สปีดาร์ทที่ 4 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนผลการดำเนินงาน และประเมินผล

ครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพ
หมายถึง ครอบครัว ชุมชนที่เข้าร่วมกระบวนการ

ตามรูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ โดยมีแกนนำครอบครัว ชุมชนเป็นโซ่ข้อกลางเข้ารับการพัฒนาศักยภาพและนำองค์ความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติให้ถูกต้องเหมาะสมตามบริบทของแกนนำ ขยายผลสู่ครอบครัว ชุมชนตามขั้นตอนแนวทางการยกระดับครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตใหม่อย่างเป็นระบบ

■ กรอบแนวคิดการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (mixed-method study)⁽⁵⁾ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามแกนนำและข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) มีการศึกษา 4 ระยะ 1) ระยะเตรียมการ เป็นขั้นการศึกษาและเตรียมความพร้อมการดำเนินงาน กำหนดกรอบประเด็นการพัฒนา รูปแบบและเครื่องมือ คู่มือ

แนวทางการยกระดับครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ 2) ระยะดำเนินการ เป็นขั้นการนำรูปแบบที่ได้พัฒนาไปใช้ มีรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่มโดยดำเนินการวัดก่อน-หลังการนำรูปแบบไปใช้ (Two Group Pretest-Posttest Research Design) โดยดำเนินการในกลุ่มแกนนำครอบครัว ชุมชน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยความสมัครใจ ยินดีเข้าร่วมโครงการ มีรูปแบบการจัดกิจกรรม 4 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 เป็นการอบรมพัฒนาศักยภาพตามรูปแบบ สัปดาห์ที่ 2 แกนนำครอบครัว ชุมชน เรียนรู้ผ่านคู่มือ ชุดความรู้ ประชุมปรึกษาหารือผ่านระบบออนไลน์ เช่น ไลน์กลุ่ม สัปดาห์ที่ 3 - 4 แกนนำครอบครัว ชุมชนปฏิบัติตามแผนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ชุมชน รวม 4 สัปดาห์ โดยจะมีการวัดผลก่อนการฝึกอบรม หลังการฝึกอบรมและระยะติดตามเมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมหลัง 4 สัปดาห์ ทั้งนี้กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับโปรแกรมดังกล่าวหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 3) ระยะการติดตามผลการดำเนินงาน และ 4) ระยะการสะท้อนผลการปฏิบัติงานหลังการใช้รูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยแบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

การศึกษาเชิงปริมาณ ประชากร คือ ประชากรแกนนำซึ่งเป็นอาสาสมัครจากครอบครัวอาศัยอยู่ในชุมชนตลอดเวลาที่ดำเนินการศึกษาวิจัยในพื้นที่ชุมชน 77 ชุมชน จากทุกจังหวัดทั่วประเทศ จำนวนแกนนำรวม 1,300 คน (ซึ่งเป้าหมายการดำเนินงานตามแผนงานโครงการยกระดับครอบครัวชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตใหม่ตามแผนงานกรมอนามัย พ.ศ. 2566) กลุ่ม

ตัวอย่าง ขนาดของตัวอย่าง คำนวณจากโปรแกรม G*Power ข้อมูลการกำหนดตัวอย่าง มีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 ค่าระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.95 และอัตราส่วนการจัดสรรขนาดตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเท่ากับ 1 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 35 คน ผู้วิจัยเพิ่มอัตราการสูญเสีย ร้อยละ 15 จำนวน 5 คน ดังนั้นสรุปกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คนต่อพื้นที่ ในการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่นั้น ผู้วิจัยจะนำรูปแบบไปใช้กับสมาชิกทุกคนของชุมชน โดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จากแกนนำครอบครัว ชุมชนที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยภาคละ 2 จังหวัด รวมกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 880 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร

การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลแกนนำครอบครัว ชุมชนและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ประเด็นความคิดเห็นต่อรูปแบบการยกระดับครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ ประชากร คือ 1) กลุ่มแกนนำครอบครัว ชุมชน 2) เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัย/โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/กองสาธารณสุข (อปท.) 3) ครอบครัวของแกนนำที่เข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากกลุ่มแกนนำ และครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ และผู้รับผิดชอบงานหลักจากพื้นที่ดำเนินงานโครงการหลังเสร็จสิ้นการดำเนินงานในระยะที่สอง ระยะดำเนินการ และระยะที่สี่ ระยะการสะท้อนผลการปฏิบัติงานหลังการใช้รูปแบบโดยดำเนินการในทุกจังหวัด

● **การเก็บรวบรวมข้อมูล** การสนทนากลุ่ม คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง ได้แก่

1) แกนนำครอบครัว 5 - 10 คน/จังหวัด 2) เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัย/โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/กองสาธารณสุข (อปท.) 5 คน/จังหวัด และ 3) คนในครอบครัวของแกนนำที่เข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ 1 คนต่อครอบครัวแกนนำ จำนวน 5 คน/5 ครอบครัว/จังหวัด

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (นับจากวันที่เริ่มดำเนินงานโครงการ) 2) เป็นแกนนำชุมชน สมาชิกครอบครัวที่ดูแลกลุ่มเปราะบางในครอบครัว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง หรือสมาชิกชุมชนที่อยู่อาศัยในพื้นที่ดำเนินการมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) อ่านและเขียนหนังสือไทยได้ 4) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถดาวน์โหลดแอปพลิเคชัน Thai Save Family และแอปพลิเคชันก้าวทำใจกรมอนามัยได้ 5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ตลอด 6) มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

● **สถานที่และระยะเวลาทำการวิจัย** ดำเนินการในพื้นที่โครงการพัฒนาครอบครัวชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ภาคละ 2 จังหวัด รวมกรุงเทพมหานคร ระยะเวลาในการวิจัย เดือนมกราคม 2566 ถึงธันวาคม 2566

● **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** 1) ชุดความรู้คู่มือแนวทางการยกระดับครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่แอปพลิเคชัน Thai Save Family และแอปพลิเคชันก้าวทำใจกรมอนามัย 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของแกนนำครอบครัว 2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 3) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4) ความรอบรู้

ด้านสุขภาพ 5) พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน 6) การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบเครื่องมือด้านเนื้อหา ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมในด้านเนื้อหา รวมทั้งเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย แล้วนำมาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการนำผลของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมารวมกันคำนวณหาความตรงตามเนื้อหาซึ่งคำนวณความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับคำถามที่สร้างขึ้น (Item-Objective Congruence Index : IOC) จากนั้นนำข้อเสนอมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง โดยมีผลค่า IOC เกินกว่า 0.5 ทุกตัวแปร การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรในการวิจัย จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.870 นำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ และปรับแก้ไขความสมบูรณ์ให้ถูกต้อง

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ก่อน ระหว่าง และหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย เลขที่ 598 ลงวันที่

23 มกราคม 2566

■ ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนารูปแบบการยกระดับครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่

ได้รูปแบบครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพ ภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ ด้วยกระบวนการพัฒนาครอบครัว ชุมชนอย่างเป็นระบบ 1) มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในครอบครัว ชุมชน 2) การอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัว ชุมชน 3) แกนนำครอบครัว ชุมชนจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน ตามหลัก 3อ 2ส 1พ 1น และอนามัยสิ่งแวดล้อม การป้องกันโรคโควิด-19 โดยมีแผนส่งเสริมสุขภาพดีรายครัวเรือน (Wellness Family)⁽⁶⁾ และ Health Literacy Family Platform เป็นเครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแกนนำครอบครัว ชุมชน ตามความคาดหวังผลลัพธ์สุขภาพ ได้คู่มือแนวทางการคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบ ครอบครัวชุมชนรอบรู้สุขภาพ ภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ สารสำคัญประกอบด้วย 1) นิยามของชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ 2) วัตถุประสงค์ 3) เป้าหมายการดำเนินงาน 4) ข้อมูลทั่วไปของชุมชน 5) รูปแบบ

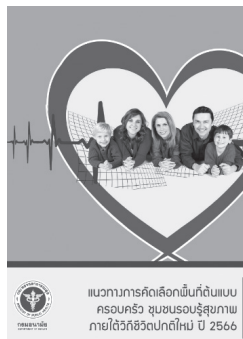
แนวทางการคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ 6) แนวทางการให้คะแนน ซึ่งประกอบด้วย ด้านการบริหารจัดการ ด้านกระบวนการดำเนินงาน ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ และด้านผลกระทบด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ผลของรูปแบบการยกระดับครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่

2.1 ผลการศึกษา ผลของรูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.5 เช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.5 ด้านอายุ พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 51 – 60 ปี ร้อยละ 26.4 เช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุ 51 – 60 ปี ร้อยละ 34.4 ด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ระดับ ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 58.2 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 54.1 สถานภาพในครอบครัวของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 90 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 76.8 ด้านบุคคลที่คอยแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็น อสม. ร้อยละ 48.2 เช่นเดียวกับกลุ่ม



ภาพที่ 2



ภาพที่ 3

ภาพที่ 2 ชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่

เข้าถึงได้จาก : <https://hp.anamai.moph.go.th/th/ebook-hp>

ภาพที่ 3 คู่มือแนวทางการคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบครอบครัวชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่

เข้าถึงได้จาก : <https://hp.anamai.moph.go.th/th/ebook-hp>

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนหรือรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน และการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n= 361)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		\bar{d}	S.D.	t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.				
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	2.59	0.37	2.83	0.25	-0.2408	0.4632	-9.879	0.001
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	2.65	0.41	2.68	0.61	-0.0305	0.7442	-.778	0.437
ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่	1.84	0.31	2.01	0.16	-0.1732	0.3589	-9.172	0.001
พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน	2.63	0.41	2.87	0.29	-0.2275	0.5152	-8.388	0.001
การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม	2.80	0.34	2.97	0.12	-0.1676	0.3574	-8.909	0.001

เปรียบเทียบ ร้อยละ 49.8 ทั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองที่อยู่จนครบตามโปรแกรมการพัฒนามีจำนวน 361 คน เนื่องจากมีการย้ายที่อยู่ บางรายไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรม สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า มีจำนวนลดลงเล็กน้อยจากการย้ายที่อยู่ และไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ คงเหลือ 436 คน

2.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวแปรปัจจัย ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามชุดความรู้สร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน และการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม (Health Empowerment & Social Support)

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน และการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ยกเว้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่า p-value 0.437 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ในกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สำหรับการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน และการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n= 436)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		\bar{d}	S.D.	t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.				
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	2.65	0.27	2.74	0.22	-0.0896	0.3197	-1.8590	0.070
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	2.75	0.28	2.90	0.18	-0.1506	0.3608	-2.7690	0.008
ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่	1.92	0.20	2.00	0.13	-0.0769	0.2419	-2.1100	0.040
พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน	2.74	0.32	2.83	0.23	-0.0884	0.3898	-1.5040	0.140
การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม	2.94	0.18	2.98	0.09	-1.3600	0.4300	-1.8100	0.181

และการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน และการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน และการสร้างเสริม

พลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ ระยะติดตามผล หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการนำทฤษฎีระบบ⁽⁷⁾ มาประยุกต์ใช้ในการถอดบทเรียนครอบครัว ชุมชน รอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ พบว่า

ปัจจัยนำ (Input) เป็นการศึกษา

สถานการณ์ บริบทที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ค้นหาปัญหาวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของครอบครัว ได้แก่ 1) ทรัพยากรพื้นฐานของพื้นที่ ทรัพยากรกายภาพ ทรัพยากรมนุษย์ ทรัพยากรแหล่งเงินทุน และ ทรัพยากรความรู้ 2) กระบวนการ ได้แก่ ระบบการวางแผนระบบฐานข้อมูล และระบบควบคุมคุณภาพการดำเนินงาน 3) บทบาทของภาครัฐ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน และการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงบันดาลใจทางสังคม ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มทดลอง n=361 กลุ่มเปรียบเทียบ n=436)

พฤติกรรม	\bar{X}	S.D.	t	df	Mean Difference	p-value
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
กลุ่มทดลอง	2.83	0.25	0.133	692	0.0024	0.894
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.83	0.23	0.133			
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	2.68	0.61	-5.937	692	-0.2184	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.89	0.29	-6.094			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่						
กลุ่มทดลอง	2.01	0.16	-1.504	692	-0.0178	0.133
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.03	0.15	-1.510			
พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน						
กลุ่มทดลอง	2.86	0.29	-1.096	692	-0.0232	0.273
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.88	0.27	-1.099			
การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	2.97	0.12	-0.405	692	-0.0035	0.685
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.97	0.11	-0.406			

ได้แก่ การรับนโยบายของภาครัฐ การใช้ประโยชน์จากการส่งเสริมและสนับสนุนของภาครัฐ 4) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ แรงบันดาลใจของคนทำงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเข้าสู่องค์กร ในลักษณะปัจจัยนำเข้าสู่ระบบ (Input) โดยมีข้อมูลดังนี้ “ในเรื่องของชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ เรามีที่มาจากเดิมก็คือเรื่องของการแก้ไขกฎหมายชุมชนในพื้นที่ และชัดเจนเรื่องที่เกิดจากแรงบันดาลใจก่อน เราก็มีชุมชนรอบรู้ที่ทำมาหลายปี แล้วก็รวบรวมประสบการณ์ที่ทักษะต่างๆ เริ่มต้น

จากชุมชนลดโรคลดเสี่ยง”

กระบวนการ (Process) เป็นการดำเนินงานของหน่วยงาน ในการขับเคลื่อน ชุมชนต้นแบบด้านครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพ โดยมีกลวิธีในการดำเนินงานที่โดดเด่น ได้แก่ การใช้กลไก 3 หมอ การบูรณาการกับกิจกรรมที่ทำประจำ การดำเนินการผ่านบ้าน วัด โรงเรียน การสร้างบุคคลต้นแบบ การใช้ตัวแบบคือ **Health Leader** การนำ Digital Caregiver กิจกรรม 7week เพื่อสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ การเสริม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน และการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาติดตามผล หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มทดลอง n= 361 กลุ่มเปรียบเทียบ n= 436)

พฤติกรรม	\bar{X}	S.D.	t	df	Mean Difference	p-value
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
กลุ่มทดลอง	2.60	0.33	-10.155	347	-0.2230	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.82	0.23				
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	2.65	0.40	-9.587	347	-0.2371	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.88	0.30				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่						
กลุ่มทดลอง	1.84	0.30	-10.315	347	-0.1857	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.03	0.16				
พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน						
กลุ่มทดลอง	2.87	0.38	-9.010	347	-0.2254	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.65	0.27				
การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม						
กลุ่มทดลอง	2.82	0.33	-8.275	347	-0.1530	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.97	0.11				

สร้าง Empowerment การสร้างภาวะผู้นำ การสร้าง HL coach ในชุมชน มีระบบและกลไกการดำเนินงานสายวัดพุงพิชิตโรค สร้างความมั่นใจ สร้างความปลอดภัย การจัดกิจกรรมตามความพร้อมของพื้นที่ ใช้แนวคิด “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดีรายครัวเรือน บูรณาการหลากหลายภายใต้ความยั่งยืนกิจกรรมบัดดีสุขภาพดี “ใช้ตนเองเป็นสื่อบุคคลที่สำคัญได้ในชุมชน ที่อยากไปถ่ายทอดความรู้ ถ่ายทอด

ประสบการณ์ แล้วก็เป็นสื่อที่ไม่ได้พูดถึงแต่วิชาการ แต่เราสามารถที่จะพูด ฟัง ได้เหมือนมีวิชาการ อันนี้ก็เป็นแอสเซสที่สำคัญ เป็นสิ่งที่บันดาลใจให้กับพวกเรา”

ผลลัพธ์ (Output) เป็นผลผลิตที่ได้ออกมาภายหลังจากการดำเนินงาน เช่น ครอบครัวเป็นหนึ่งเดียวในชุมชน ความภูมิใจของคนในชุมชน เช่น ชุมชนสุขภาพดี 6 มิติ ใน 4 กลุ่มวัย ความรอบรู้สุขภาพของครอบครัวไทย “เชื่อมได้เชื่อม

ช่วยกันแชร์ แล้วก็ผลกระทบที่ดีก็คือตอนนี้หลาย ๆ หมู่บ้านที่เขาเห็นผลสำเร็จของหมู่บ้านโน่นนี่นั่น ก็จะมาต่อยอด ระดับความรอบรู้เพิ่มขึ้น แล้วเมื่อมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงพบว่าลดลง”

ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เพื่อพัฒนาปัจจัยนำเข้าอีกครั้ง ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ขององค์กร ภายในระบบขององค์กร ชุมชนนี้ ประกอบด้วย ระบบย่อยต่าง ๆ ซึ่งทุกฝ่ายต้องทำหน้าที่ช่วยแปรสภาพปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัย จนกระทั่งสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงในชุมชนได้ นำไปสู่ความสามารถในการแข่งขันให้กับชุมชน และผลการดำเนินงานของชุมชนที่ดี “มีการประชุม แล้วก็มีปัญหาอะไรเราก็จะมาช่วยกันแก้ไขร่วมกัน อย่างใช้กลไกของ 3 หมอ และสหวิชาชีพเข้ามาช่วยด้วย”

มุมมองของแกนนำชุมชนต่อโครงการ ซึ่งแกนนำได้สะท้อน “เรื่องของชุมชนนี้ที่สำคัญระดับความรอบรู้เพิ่มขึ้น แล้วมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงลดลง ถึงจะลดลงเล็กน้อย แต่ก็ดีกว่ากระบวนการไหนเราเข้าไปสู่ชุมชนแล้วมีผลต่อเขาสิ่งที่ทำทางสังคมสงบ อยากให้เขาภูมิใจด้วยหมู่บ้านที่เขาเห็นความสำเร็จของหมู่บ้านเรา เขาก็อยากทำบ้าง มีหมู่บ้านหนึ่งที่ชื่อกองทุน BEF ขึ้นมาได้ เรื่องของหมู่บ้านจัดการตนเองได้ด้วย แล้วตอนนี้จะพัฒนาต่อเนืองก็คือ เรื่องของเคล็ดจิตตอล นำมาใช้ปรับเปลี่ยนสุขภาพรายบุคคล แต่ว่ายังไม่ประสบผลสำเร็จมาก ยังเล็ก ๆ อยู่”

นอกจากแกนนำชุมชนได้สะท้อนถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังนี้ “จากสิ่งที่เราได้ทำมา...ถามว่าผู้หญิงที่อยู่ในวงกลมสวยไหม จากพี่เดิมน้ำหนัก 86 กิโลกรัม ตอนนั้นเหลือ 75.5 กิโลกรัมแล้วนะคะ ตั้งใจมากที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพราะว่าพี่มีพ่อแม่ เป็นโรคเบาหวาน ความดัน และพ่อเสียชีวิตแล้ว

ตอนนี้เหลือแต่แม่ แม่ น้ำตาลสูงระดับ 300 กว่า ณ ปัจจุบันนี้หลังจากที่เป็นต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ...นำความรู้ไปใช้กับแม่ ซึ่งทำให้น้ำตาลแม่อยู่ในระดับปกติ น้ำตาลไม่เกิน 100 ค่ะตอนนี้”

มุมมองข้อคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบ คือ โดยส่วนใหญ่มองว่าโครงการพัฒนารูปแบบครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ จริง ๆ แล้วเป็นกระบวนการที่สามารถนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีการเชื่อมโยงแกนนำครอบครัว ไปสู่ชุมชน จะเกิดกระบวนการประกันสุขภาพด้านบวกให้มากยิ่งขึ้น หลายชุมชนก็จะนำไปขยายผลและทำให้อยั่งยืนยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการบูรณาการเข้าสู่แผนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงควรดำเนินการต่อเนื่อง

■ อภิปรายผล

รูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ เป็นกระบวนการในการทบทวนวรรณกรรม เอกสารที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลสถานการณ์สุขภาพครอบครัวในประเทศไทย ต่างประเทศ และในระดับพื้นที่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือ ชุดความรู้ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในครอบครัว การพัฒนาศักยภาพแกนนำ การถ่ายทอดรูปแบบ เครื่องมือ คู่มือ และองค์ความรู้ สนับสนุนกลุ่มตัวอย่างดำเนินการตามขั้นตอนและการติดตามผลการดำเนินงาน โดยการประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทาง

สังคมและแนวความคิดเกี่ยวกับ Health Literacy เพื่อให้แกนนำเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ในครอบครัว ชุมชน ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการวิเคราะห์ครอบครัว ชุมชนแบบมีส่วนร่วม และการเรียนรู้กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นวิธีที่สามารถช่วยให้ครอบครัว ชุมชนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ วิเคราะห์เกี่ยวกับสภาพการเป็นอยู่ของครอบครัวชุมชน ปัญหา อุปสรรค มองภาพครอบครัวที่ควรจะเป็น และพัฒนาวิถีที่จะแก้ไขอุปสรรคนำไปสู่แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในครอบครัว ชุมชน จากการศึกษาพบว่า จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร สังคมและการรับเอาวัฒนธรรม เทคโนโลยีต่างชาติเข้ามา บทบาทของครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนไป พบปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้น และพบว่า เพศหญิงยังมีอิทธิพลในการเป็นแกนนำทั้งในระดับครอบครัวและชุมชนได้ดี มีเครือข่ายการทำงานในชุมชนเป็นฐานเดิม เช่น กลุ่มแม่บ้าน ระดับการศึกษาส่งผลต่อการเข้าถึงแอปพลิเคชัน และ E-book ผู้ที่มีการศึกษาดี จะเข้าใจเทคโนโลยี แอปพลิเคชันได้ดี และเป็นพี่เลี้ยงให้กับเพื่อนๆ ได้ การมีบุคคลที่คอยแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็น อสม. ร้อยละ 48.2 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร้อยละ 36.6 จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า “มีการประชุม แล้วก็มีการช่วยกันแก้ไขปัญหาอะไรเราก็จะมาช่วยกันแก้ไขร่วมกันอย่างใช้กลไกของ 3 หมอ และสหวิชาชีพเข้ามาช่วยด้วย” มีการทำงานที่ดีทั้งเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และแกนนำครอบครัว ชุมชน ซึ่งเป็นจุด

แข็งในการพัฒนายกระดับครอบครัวชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ อาภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ⁽⁶⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสุขภาพเกิดจากการสร้างความร่วมมือของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อปรับเปลี่ยนภาวะสุขภาพส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม และสอดคล้องกับ Pender⁽⁹⁾ ที่อธิบายถึงลักษณะความหลากหลายมิติของบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมส่วนบุคคลและทางกายภาพ ตามที่พวกเขาแสวงหาสุขภาพร่างกายที่ดี ได้อธิบายรายละเอียดในตัวแบบ เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลหรืออิทธิพลต่อกันทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การดำเนินงานขับเคลื่อนผ่านแกนนำครอบครัว ชุมชน ตามโปรแกรมการยกระดับครอบครัวชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ และการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงบันดาลใจ สนับสนุนทางสังคม การนำคู่มือชุดความรู้เทคโนโลยี E-book แอปพลิเคชันมาใช้ ทำให้แกนนำครอบครัว ชุมชน เข้าถึงได้ง่าย รูปแบบน่าสนใจ และเป็นความรู้ที่สามารถส่งตรงถึงประชาชนได้โดยตรง ประชาชนสามารถประเมินพฤติกรรมของตนเองและคนในครอบครัวได้พร้อมทั้งมีคำแนะนำที่เข้าถึงง่ายและนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ในระดับมาก ($\bar{X}=0.85$, S.D.=0.36) ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตามชุดความรู้สร้างพลังครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 ของแกนนำ ($\bar{X}=2.69$,

S.D.=0.53) การจัดการตนเองตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ของแกนนำครอบครัว ชุมชน (\bar{X} =2.69, S.D.=0.53) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพ ตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =1.48, S.D.=0.17) พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัวชุมชนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (\bar{X} =2.87, S.D.=0.29) สอดคล้องกับการศึกษาของ รจนารถ ชูใจ และคณะ⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมืองจังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโควิด-19 (M =104.69, S.D.=5.34) สูงกว่าก่อนได้รับ (M =100.89, S.D.=6.73) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จะเห็นได้ว่าการใช้รูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตใหม่โดยประยุกต์ องค์ความรู้ วิชาการด้วยเทคโนโลยีที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ในรูปแบบของ E-book และแอปพลิเคชัน เป็นการสร้างแรงจูงใจ สร้างความรู้ด้านสุขภาพ ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง มีโอกาสโต้ตอบซักถามจากเจ้าหน้าที่ในระดับพื้นที่ สอดคล้องกับนโยบาย 3 หมอของกระทรวงสาธารณสุข หมอคนที่หนึ่งคือ

อสม.ใกล้บ้านใกล้ใจ หมอคนที่สองคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากหน่วยบริการในพื้นที่ และหมอคนที่สามคือ บุคลากรทางการแพทย์ในระดับโรงพยาบาลชุมชน การสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเอง เชื่อมั่นในพลังอำนาจของตนเอง และแรงสนับสนุนจากสังคมชุมชน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงเป็นสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลบ้านพวน และคณะ⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู่โควิด-19 อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับรูปแบบตามโปรแกรม 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพดีของแกนนำครอบครัว (\bar{X} =.85, S.D.=0.093) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (\bar{X} =2.33, S.D.=0.194) และสอดคล้องกับนโยบายเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) กรมอนามัย ซึ่งเป็นรูปแบบการบริการทางการแพทย์แนวใหม่ ที่เน้นการปรับเปลี่ยนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพดี ร่วมกับการผสมผสานและบูรณาการศาสตร์ทางการแพทย์ มาวางแผนเพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโภชนาการ เน้นกินในปริมาณที่เหมาะสม สะอาด ปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการ และกินอย่างมีความสุข 2) ด้านการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความยืดหยุ่นและความแข็งแรงให้กับโครงสร้างทางร่างกาย 3) ด้านการนอนหลับ ส่งเสริมการนอนหลับอย่างมีคุณภาพ 4) ด้านการจัดการความเครียด และจัดการด้านอารมณ์ ให้มีสติรับมือกับความเครียด และความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น 5) ด้านการลดเลิกบุหรี่ยู สาร และ 6) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นับเป็นหัวใจสำคัญ เนื่องจากบางคนไม่มีทักษะการเรียนรู้ใน

สังคม แต่บางคนมีการปรับตัวได้ดี และสามารถทำให้ตัวเองรู้สึกมีคุณค่าด้วยการเป็นจิตอาสาในองค์กรต่างๆ เป็นต้น

■ ข้อเสนอแนะ

● ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กรมอนามัยหรือหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพ ควรพัฒนาเป็นหลักสูตรการฝึกอบรมแกนนำครอบครัว ชุมชน เช่น หลักสูตร 18 ชั่วโมง เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และควรมีใบประกาศนียบัตรสำหรับผู้ผ่านการอบรม

2. สร้างแกนนำครอบครัว ชุมชนต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นโช้ช่อกลางในการนำความรู้ดูแลจัดการสุขภาพของคนในครอบครัว ชุมชน โดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นนโยบายร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. แผนส่งเสริมสุขภาพดีรายครัวเรือน เป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เสนอให้กรมอนามัยนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Life-style Medicine) ในชุมชน

● ข้อเสนอในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนารูปแบบและใช้แอปพลิเคชันที่เข้าถึงได้ง่ายสำหรับแกนนำที่สามารถใช้เทคโนโลยี โทรศัพท์ได้ แต่ยังมีข้อจำกัดสำหรับแกนนำที่มีอายุมาก

2. การสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและภาคส่วนต่างๆ ในการบูรณาการการทำงาน รวมถึงภาคเอกชน สามารถนำรูปแบบไปปรับใช้ในครอบครัวของพนักงานได้

3. สนับสนุนการดำเนินงานและติดตามการทำงานของแกนนำครอบครัวและอบรมพัฒนา

อย่างต่อเนื่อง

● ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาความยั่งยืนของการนำรูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ ไปใช้ นวัตกรรมจากการประยุกต์ใช้ตามบริบทของพื้นที่ และศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพประสิทธิผลการดำเนินระหว่างพื้นที่ เช่น รูปแบบเขตเมือง เขตชนบท หรือพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ (EEC) เพื่อปรับปรุงพัฒนารูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัว ชุมชน

2. ศึกษาความพึงพอใจของแกนนำครอบครัว ชุมชน จากการเข้าร่วมโครงการเพื่อพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่สู่วิถีชุมชนอย่างยั่งยืน

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล อธิบดีกรมอนามัย, นายแพทย์ สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย อธิบดีกรมอนามัย, นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา รองอธิบดีกรมอนามัย, นายแพทย์พีระยุทธ สาณกุล ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ, อาจารย์ที่ปรึกษา ประกอบด้วย รศ. นายแพทย์ สมชาติ โตรักษา, ดร.จินตนา พัฒนพงศ์ธร, อาจารย์วิมล โรมา, รศ.สุพัฒน์ ชีวเวชเจริญชัย, รศ.ดร.พนิต เข้มทอง, ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล, ดร.มาสรีน ศุกลบัณฑิ, ผู้รับผิดชอบงานโครงการยกระดับครอบครัวชุมชน ศูนย์อนามัยและระดับพื้นที่ พร้อมทั้งแกนนำครอบครัว ชุมชน ที่สนับสนุน ชี้นแนะ ให้กำลังใจงานวิจัยเสร็จสิ้น สมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เมาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>
2. World Health Organization. Global Situation. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 20]. Available from: <https://covid19.who.int>
3. กรมอนามัย. ผลสำรวจอนามัยโพลประเด็น “การประเมินความเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันโรคของครอบครัว” [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/090864/>
4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 18 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5216?locale-attribute=th>
5. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and Conducting Mixed Methods Research [Internet]. 2017 [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/designing-and-conducting-mixed-methods-research/book/241842>.
6. วิมล บ้านพวน, จุฑาทักตร เจนจิตร, วัลภินันท์ สืบศักดิ์. การพัฒนาระบบแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2564;11(1):107-27.
7. เฉลียว นูร์ภักดี. ทฤษฎีระบบและการพัฒนาที่ยั่งยืน. ศูนย์ประชาสัมพันธ์สำนักงานสถาบันราชภัฏ. กรุงเทพฯ: แอล.ที.เพรส; 2536.
8. อภาพร เฝ้าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุณีย์ ละกะปิ่น, ขวัญใจ อำนวยสัตย์ชื้อ. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน : การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://myblogcomnurse.blogspot.com/>
9. Pender NJ, Murdaugh CL, Parson MA. Health Promotion in Nursing Practice. 4th ed. Upper Saddle River, N.J: Prentia Hall; 2002.
10. รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ และกมลพร แพทย์ชีพ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2564;8(1):250-62.
11. วิมล บ้านพวน, พนิต เข้มทอง, สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย. การพัฒนารูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู่โควิด-19 อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566;46(4): 29-43.

