

The Competency Development of Village Health Volunteers for Encouraging Health Behavior Modification among the Pre-hypertension Group, Chaiyaphum Province

Premchan Muadmueangklang¹, Kalaya Vijuntmook²

¹Public health technical officer, Professional level, Chaiyaphum Provincial Health Office, Chaiyaphum

²Public health technical officer, Professional level, Banlao Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang Chaiyaphum District, Chaiyaphum

Abstract

Background: Hypertension is a major public health concern, with its prevalence continuing to increase. Health behavior modification among at-risk populations is therefore important for disease prevention. Village Health Volunteers (VHVs) play a key role in community-based health promotion and should be equipped with appropriate competencies to enhance their effectiveness in promoting healthy behaviors and preventing hypertension in Chaiyaphum Province.

Objective: To develop a competency development model for village health volunteers and evaluate its outcomes in promoting behavioral modification among the pre-hypertension risk group in Chaiyaphum Province.

Methods: This action research was conducted between January and September 2025 and comprised four phases: (1) planning, involving 20 purposively selected stakeholders. Data were collected through focus group discussions using a focus group guideline and analyzed using content analysis; (2) action implementation; (3) observation and data collection; and (4) reflection. In phases 2–4, we purposively selected 64 participants. Data were collected using a demographic questionnaire, a hypertension knowledge test, a health literacy questionnaire, and a competency assessment questionnaire for Village Health Volunteers. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired-sample t-test.

Results: The findings revealed that: (1) the developed model, namely the BANLAO model, consisted of six components: (1) Build Health Literacy, (2) Action Skills for VHVs, (3) Network and Community Support, (4) Lifestyle Modification, (5) Assessment and Follow-up, and (6) Outcome Evaluation; and (2) after implementation of the model, Village Health Volunteers demonstrated significantly higher mean scores in hypertension knowledge, health literacy, and competency compared with the pre-intervention period (p -value < .001).

Conclusion: The BANLAO model effectively improved knowledge, health literacy, and competency among Village Health Volunteers in promoting health behavior modification among individuals at risk of hypertension.

Recommendations: The developed model should be applied continuously to strengthen the capacity of Village Health Volunteers through context-appropriate health promotion activities in community settings.

Key Words: Competency, Health Behavior, Hypertension, VHVs

Corresponding author: Premchan Muadmueangklang **E-mail:** panpan01393@gmail.com

Received: 14 June 2026 **Revised:** 30 August 2026 **Accepted:** 31 August 2026

การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยภูมิ

เปรมจันทร์ หมวดเมืองกลาง¹, กัลยา วิจันทร์ขุ²

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, จังหวัดชัยภูมิ

²นักสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเล้า อำเภอเมืองชัยภูมิ, จังหวัดชัยภูมิ

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันโรค อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพพระระดับชุมชน จึงควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดชัยภูมิ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึงกันยายน 2568 มีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน 1) ขั้นตอนการวางแผน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ภาควิชาเครือข่าย จำนวน 20 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา 2) ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน 3) ขั้นตอนการสังเกตผลและเก็บข้อมูล และ 4) ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 64 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired sample t-test

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้แก่ BANLAO model ประกอบด้วย (1) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Build health literacy) (2) การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Action skills for VHVs) (3) การสร้างเครือข่ายและการสนับสนุนจากชุมชน (Network and community support) (4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง (Lifestyle modification) (5) การประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง (Assessment and follow-up) และ (6) การประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Outcome) และ 2) ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุข สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

สรุปผล: รูปแบบ BANLAO model สามารถพัฒนาความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้

ข้อเสนอแนะ: ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: สมรรถนะ, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: เปรมจันทร์ หมวดเมืองกลาง อีเมล: panpan01393@gmail.com

วันที่รับ: 14 มิถุนายน 2569 วันที่แก้ไขเสร็จ: 30 สิงหาคม 2569 วันที่ตอบรับ: 31 สิงหาคม 2569

บทนำ

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและมีอิทธิพลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการมีคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัยโดยเฉพาะการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลควบคุมโรคได้ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย (ณัฐสิทธิ์ สินโท และคณะ, 2565) และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็น องค์การอนามัยโลกพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคนหรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปี ต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคนส่งผลให้หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขตลอดจนองค์กรต่าง ๆ ต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาตนเอง มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ต่าง ๆ และพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรเพื่อให้การปฏิบัติงานเกิดประสิทธิภาพบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (สิริวดี ชูเชิด, 2565) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (Village Health Volunteer, VHV) เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคให้กับประชาชนในพื้นที่ตามคำขวัญ “แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชีวีบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน และทำตนเป็นแบบอย่างที่ดี” (ดวงกมล กักอึ้ง และจรัสพงศ์ คลังกรณ์, 2567; ธัญญรัตน์ ศุภการนรเศรษฐ์ และสรพรกรณ์ ศุภการนรเศรษฐ์, 2567) มีความสำคัญเนื่องจากนำไปสู่การปรับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนตามกลุ่มวัยโดยเน้นการจัดการที่มีประสิทธิภาพมีการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ข้อมูลข่าวสารไว้พรมแดนดังนั้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อนำคนไทยสู่สุขภาพดีทันต่อเหตุการณ์ตามยุคสมัย และปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มนี้และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ที่ถูกต้องชัดเจนและเข้าใจง่ายเพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้สื่อสารให้เข้ากับสถานการณ์และบริบทของพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม (ดวงกมล กักอึ้ง และจรัสพงศ์ คลังกรณ์, 2567) นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังเป็นบุคคลที่มีจิตอาสาสมัครใจเข้ามาทำงานสุขภาพเพื่อสังคมโดยได้รับการพัฒนาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งในส่วนของการเข้ารับการอบรมและการสร้างประสบการณ์จากการปฏิบัติงานด้านสุขภาพทั้งยังได้รับการคาดหวังในบทบาทที่สำคัญคือการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนและเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ด้านพฤติกรรมสุขภาพทั้งการสื่อสารข่าวสารสาธารณสุขแนะนำและเผยแพร่ความรู้เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565; ธัญญรัตน์ ศุภการนรเศรษฐ์ และสรพรกรณ์ ศุภการนรเศรษฐ์, 2567) แม้ว่า อสม. มีความรู้พื้นฐานค่อนข้างดีแต่อาจยังขาดทักษะการใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ต่าง ๆ การคัดกรองโรค โดยเฉพาะความชุกของโรคความดันโลหิตสูงและแนวโน้มของพฤติกรรมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง (นสพ. นสพ. เอื้อ และคณะ, 2565) แต่ อสม. ก็ควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาสมรรถนะนับว่าเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งในกระบวนการบริหารงานบุคคลเพราะการดำเนินงานขององค์กรจะประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถ ทักษะ ทศนคติ และพฤติกรรมของบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้กับองค์กร บุคลากรจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาตนเองให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้น (สิริวดี ชูเชิด, 2565) อสม. มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระดับชุมชน กระทรวงสาธารณสุขมีโครงการส่งเสริมศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุกเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ อสม. สามารถปฏิบัติงานเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่น ตลอดจนเฝ้าระวังโรคในชุมชน (สุจินดา นันท์, 2568) ในปี 2559 - 2564 ที่ผ่านมามีจำนวนและอัตราป่วย อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปีซึ่งล้วนมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้ สามารถเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลสุขภาพด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อช่วยให้

ตัดสินใจได้อย่างถูกต้องในการดูแลสุขภาพของตนเองนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม อสม. ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากที่จะช่วยให้การดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนได้ดีมากยิ่งขึ้น (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) มีศักยภาพในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนาและเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืนมีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการและสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) โดยเฉพาะการเน้นย้ำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (BP at risk) หมายถึง ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure, SBP) เฉลี่ย 130-139 มิลลิเมตรปรอท และหรือค่าระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure, DBP) เฉลี่ย 80-89 มิลลิเมตรปรอท และมีความเสี่ยงต่อการพัฒนาไปสู่โรคความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตอย่างเหมาะสม เช่น การควบคุมอาหาร ลดการบริโภคเกลือและอาหารรสเค็ม ลดอาหารหวานและไขมัน เพิ่มกิจกรรมทางกาย ควบคุมน้ำหนัก และจัดการความเครียด สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ นอกจากนี้ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและการขาดความตระหนักในการป้องกันโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต หากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด ไต และสมอง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ดังนั้น การส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตั้งแต่วัยเริ่มต้นจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในอนาคต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2567)

ดังนั้น อสม. จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการปฏิบัติ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการคิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม อันจะช่วยให้สามารถให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ (ธัญญรัตน์ ศุภการนรเศรษฐ์ และสรพรภรณ์ ศุภการนรเศรษฐ์, 2567) นอกจากนี้ การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดในการจัดการปัญหาอย่างครอบคลุม จึงควรให้ความสำคัญกับการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่วัยเริ่มต้น โดยพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความรู้และทักษะด้านการเฝ้าระวังโรค การค้นหาปัจจัยเสี่ยง การคัดกรอง และการรายงานข้อมูลอย่างถูกต้อง เพื่อให้สามารถติดตามและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ ลดภาวะแทรกซ้อน และลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของครอบครัว อย่างไรก็ตาม อสม. ส่วนใหญ่เป็นจิตอาสาที่มีความแตกต่างด้านอายุ ระดับการศึกษา และข้อจำกัดด้านสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามภารกิจ ดังนั้นการส่งเสริมความรู้และพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญต่อการเพิ่มศักยภาพของ อสม. ในการดูแลและติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพ (ไพศาล ขุนวิเศษ และมยุรี บุญทัต, 2567)

จังหวัดชัยภูมิ มีบริบทพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท มีที่พักอาศัยกระจายตัวในพื้นที่ราบสลับภูเขา และบางพื้นที่อยู่ห่างไกลจากสถานบริการสุขภาพ ประกอบกับวิถีการบริโภคอาหารที่นิยมอาหารรสจัด โดยเฉพาะรสเค็มและหวาน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงมีความสำคัญต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เนื่องจากความรู้ ทักษะ ทศนคติ และความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากรมีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน (สิริวดี ชูเชิด, 2565) การส่งเสริมให้ อสม. มีสมรรถนะในการเฝ้าระวัง คัดกรอง ให้คำแนะนำ และติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง จะช่วยสนับสนุนการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยภูมิ เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ตลอดจนเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของ อสม. ในการปฏิบัติงาน สามารถให้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและสนับสนุนการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) มีวงจรการปฏิบัติ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นการวางแผน (Planning) 2) ขั้นการปฏิบัติ (Action) 3) ขั้นการสังเกต (Observing) และ 4) ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) โดยประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2565) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านเล้า อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 147 คน
2. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key-informant) ในขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ได้แก่ ภาควิชาเครือข่าย จำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและการพัฒนารูปแบบ ในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยพิจารณาจากผู้มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพและการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) จำนวน 4 คน
3. กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านเล้า อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 64 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observing) และ ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting)

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power สำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired sample t-test โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.44 (นสพ. เอ.โฮย์ และคณะ, 2565) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 58 คน ผู้วิจัยปรับขนาดตัวอย่างในการศึกษาเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย (Missing data) ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 64 คน

เกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ (1) เป็น อสม. ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเล่า อำเภอมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ไม่น้อยกว่า 1 ปี (2) อายุ 18 ปีขึ้นไป มีสัญชาติไทยและอาศัยอยู่ในพื้นที่ (3) สามารถอ่านออกเขียนได้ (4) ติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และ (5) สามารถเข้าร่วมโครงการได้จนสิ้นสุดโครงการ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ (1) กลุ่มตัวอย่างย้ายไปอาศัยนอกพื้นที่ก่อนการวิจัยเสร็จสิ้น (2) ถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษา และ (3) มีความเจ็บป่วยรุนแรง ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย 4 ชุด ดังนี้

1. แนวทางสนทนากลุ่ม เป็นเครื่องมือวิจัยในขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ลักษณะเป็นแนวคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure, Open Question) โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

2. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (BANLAO Model) เป็นเครื่องมือวิจัยในขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้ (1) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Build health literacy) (2) การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (Action skills for VHVs) (3) การสร้างเครือข่ายและการสนับสนุนจากชุมชน (Network and community support) (4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง (Lifestyle modification) (5) การประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง (Assessment and follow-up) และ (6) การประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Outcome) เป็นองค์ประกอบสุดท้าย มุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความยั่งยืนของการดำเนินงาน โดยมีระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน

3. แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือวิจัยในขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) และขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observing) มีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพ อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็น อสม. และการได้รับการอบรมการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ข้อ ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ กำหนดคะแนนตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลระดับความรู้ใช้เกณฑ์ร้อยละของคะแนนรวม (Bloom, 1964) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ความรู้ระดับสูง (คะแนน 8-10 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง (คะแนน 6-7 คะแนน) และ ความรู้ระดับต่ำ (คะแนน 0-5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขของ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2565) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ จำนวน 16 ข้อ โดยมีองค์ประกอบรายด้าน ได้แก่ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ คำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ทำได้ง่ายมาก ทำได้ง่าย ทำได้ยาก ทำได้ยากมาก และไม่เคยทำ ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ แปลความหมายรายด้านโดยใช้คะแนนรวมแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับดีมาก (16-20 คะแนน) ระดับดี (14-15 คะแนน) ระดับพอใช้ (12-13 คะแนน) ระดับไม่ดี (0-11 คะแนน) และแปลความหมายภาพรวมจากคะแนนรวมทุกข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับดีมาก (64-80 คะแนน) ระดับดี (56-63 คะแนน) ระดับพอใช้ (48-55 คะแนน) และ ระดับไม่ดี (0-47 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทบทวน

วรรณกรรมและจากการศึกษาของ ฌ็องปาล คัสมาตย์ (2561) คำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และ เห็นด้วยน้อย ให้คะแนน 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ แปลผลระดับสมรรถนะโดยใช้คะแนนเฉลี่ย (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ สมรรถนะระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 -3.00) สมรรถนะระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33) และ สมรรถนะระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66)

4. แนวทางสนทนากลุ่ม เป็นเครื่องมือวิจัยในขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ลักษณะเป็นแนวคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure, Open Question) โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการผลการดำเนินงานตามรูปแบบ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบในวงรอบถัดไป

คุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 2 ท่าน และ บุคลากรด้านสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน โดยแนวทางสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 1, ขั้นตอนที่ 4 และ รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (BANLAO Model) ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข และแบบสอบถามสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (Index of Item-Objective Congruence, IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในพื้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันและนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี KR-20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่าเท่ากับ 0.78 ส่วนแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข และแบบสอบถามสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทดสอบด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) ได้ค่าเท่ากับ 0.86 และ 0.81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เตรียมการ ศึกษาสถานการณ์สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ทราบข้อมูลพื้นฐานของชุมชนโดยศึกษาข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพร้อมเตรียมชุมชน เตรียมแกนนำชุมชน และชี้แจงวัตถุประสงค์กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรวมถึงทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ระยะเวลา 1 เดือน มีรายละเอียดดังนี้

2.1 สรุปรูข้อมูลจากการศึกษาบริบทและประเมินสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสนอผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา และความเป็นไปได้ในการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

2.2 ดำเนินกิจกรรมและวิธีการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่มในกลุ่มเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และนำความรู้ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการไปใช้พัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

2.3 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) เป็นแผนปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

3. ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการ (Action) ใช้ระยะเวลา 3 เดือน เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการตามรูปแบบกิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่การพัฒนากระบวนการสร้างรูปแบบ (Model development) โดยใช้องค์ประกอบพื้นฐานจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้จัดเวทีสนทนากลุ่มย่อย (Focus group discussion) ร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แสดงความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมต่อการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพร้อมทั้งการวางแผนร่วมกับภาคีเครือข่ายในการนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาจากขั้นตอนที่ 1 ไปใช้จริงโดยประชาสัมพันธ์ในชุมชน พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล การจัดระบบการประเมินและติดตามผลการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

4. ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกตการณ์ (Observing) ใช้ระยะเวลา 3 เดือนโดยการสังเกตและรวบรวมข้อมูลกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 โดยการนำรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติจริง (Implementation) โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างติดตามให้คำแนะนำตรวจสอบ รวบรวมข้อมูลจากการสอบถามใช้การสังเกตและจดบันทึกการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดในแผนปฏิบัติการ ใช้การสังเกตพฤติกรรมการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย และแบบบันทึกข้อมูลการวิจัยตามแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข และแบบสัมภาษณ์สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้น ทั้งก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ พร้อมทั้งสรุปผลการดำเนินการ โดยใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์

5. ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ใช้ระยะเวลา 1 เดือน เป็นกิจกรรมประเมินผลการดำเนินงาน (Evaluation) ในขั้นตอนที่ 3 โดยรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ และคืนข้อมูลต่าง ๆ ให้ชุมชน เพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในและขยายผลในชุมชนอื่นต่อไป ขั้นตอนนี้ได้ร่วมพิจารณาข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากำหนดทิศทางร่วมกัน และเป็นแนวทางในการปรับแผนใหม่ (Replanning) เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนผล (Reflecting) ในวาระต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ตรวจสอบเรียบร้อยแล้วมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean, M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบโดยใช้สถิติ Paired t-test โดยตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-wilk พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (Normal distribution)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และสร้างข้อสรุป เพื่อตรวจสอบซึ่งกันและกันมาจัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของข้อมูล (Content analysis) แล้วใช้วิธีพรรณนาอธิบาย เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เลขที่ 92/2567 ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักการของการวิจัยในมนุษย์ ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยและสอบถามความสนใจในการร่วมโครงการวิจัย ให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยรวมทั้งได้ชี้แจงรายละเอียดต่างๆ การรักษาความลับและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งเอกสารข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและทำลายภายใน 2 ปี ข้อมูลที่ได้นี้จะนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมไปใช้ประโยชน์ต่อไป ซึ่งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยยินดีและลงนามในใบยินยอมให้เก็บข้อมูลในการวิจัย

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยภูมิ

จากการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงมีความเชื่อมโยงกับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีชีวิต แม้ว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค แต่ยังคงขาดความสามารถในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังขาดทักษะเชิงปฏิบัติในการสื่อสารและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และข้อจำกัดด้านความรู้ด้านสุขภาพขณะที่สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น ครอบครัว ร้านค้า และชุมชน มีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ การขาดระบบติดตามและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้วิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานซึ่งจำเป็นต้องบูรณาการการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ การเสริมสร้างสมรรถนะของ อสม. การใช้กลไกชุมชน และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่การเกิดรูปแบบ BANLAO Model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้

1.1 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Build health literacy) เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของรูปแบบ BANLAO Model โดยมุ่งเน้นให้ อสม. สามารถพัฒนาจากระดับการรับรู้ข้อมูลไปสู่ความเข้าใจ นำไปสู่การตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม และส่งต่อข้อมูลให้กับประชาชนได้ทั้งนี้กลไกสำคัญคือการแปลงข้อมูลทางวิชาการให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่ายและเชื่อมโยงเนื้อหาสุขภาพกับบริบทวิถีชีวิต กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การจัดอบรมแบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การฝึกทักษะด้านพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยสื่อภาพ ฉลากอาหารจำลอง และกิจกรรมฐานการเรียนรู้

1.2 การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (Action skills for VHVs) องค์ประกอบนี้มุ่งเน้นพัฒนาสมรรถนะ อสม. จากบทบาทเดิมที่เป็นเพียงผู้ให้ความรู้ ไปสู่การเป็นโค้ชด้านสุขภาพ (Health coach) ที่สามารถสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการพัฒนาทักษะหลัก ได้แก่ การสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย การใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเชิงจูงใจ การตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้รับบริการ และการติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง กระบวนการพัฒนาประกอบด้วยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การจำลองสถานการณ์ และการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง

1.3 การสร้างเครือข่ายและการสนับสนุนจากชุมชน (Network and community support) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเสริมแรงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยเน้นการใช้พลังของครอบครัว ร้านค้า ผู้นำชุมชน และสถาบันทางสังคมต่าง ๆ ในพื้นที่ กลไกสำคัญคือการเปลี่ยนจากการมุ่งเน้นที่บุคคล ไปสู่การสร้างควมรับผิดชอบร่วมกันของชุมชน โดยใช้วัฒนธรรมการบริโภคร่วมกันเป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กิจกรรมสำคัญ เช่น การจัดเวทีชุมชน การสร้างข้อตกลงร่วมกับร้านค้าในการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมด้านอาหารในชุมชน

1.4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง (Lifestyle modification) เป็นเป้าหมายสำคัญโดยมุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรม เช่น การลดการบริโภคโซเดียม การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการควบคุมน้ำหนัก กลไกสำคัญที่ใช้ ได้แก่ การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) และการเสริมแรง (Reinforcement) โดยมีกิจกรรมสำคัญ เช่น การจัดกิจกรรมสาธิตอาหารลดเค็ม และการสร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

1.5 การประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง (Assessment and follow-up) เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยใช้แนวคิดวงจรป้อนกลับ (Feedback loop) และการติดตามอย่างสม่ำเสมอ กิจกรรมหลัก ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การวัดความดันโลหิต และการประชุมติดตามกลุ่มเสี่ยง

1.6 การประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Outcome) เป็นองค์ประกอบสุดท้าย มุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความยั่งยืนของการดำเนินงาน โดยเน้นการประเมินผลลัพธ์ระยะสั้น ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสมรรถนะในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคของ อสม. ส่วนผลลัพธ์ในยาว ได้แก่ การลดระดับความดันโลหิต และการลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่

การเปรียบเทียบรูปแบบในการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านเล่า อำเภอมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ในรูปแบบดั้งเดิม ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเล่า เป็นผู้นำการดำเนินกิจกรรม ในแนวทางเดิม เป็นการดำเนินงานที่มีลักษณะบนลงล่าง (Top-down approach) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเล่าเป็นผู้วางแผน ออกแบบกิจกรรม และถ่ายทอดความรู้ให้แก่ อสม. ผ่านการอบรมหรือประชุมเป็นหลัก เน้นหา มุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง อสม. มีบทบาทหลักในการรับข้อมูลและนำไปถ่ายทอดต่อแก่ประชาชนในชุมชน การดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นแบบครั้งคราว ขาดความต่อเนื่องและการติดตามประเมินผลเชิงลึก อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบกิจกรรม ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงยังไม่เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควร

การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านเล่า อำเภอมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ตามรูปแบบใหม่คือ BANLAO Model เป็นรูปแบบที่บูรณาการการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเสริมสร้างสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการใช้กลไกชุมชนในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีระบบการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความยั่งยืนในระดับชุมชนอย่างเป็นระบบโดยมีรายละเอียดการเปรียบเทียบรูปแบบก่อน และหลังการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ PAOR 1 วงรอบ มีคุณลักษณะดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านเล่า อำเภอมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ก่อน และหลังการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ PAOR 1 วงรอบ

ประเด็นเปรียบเทียบ	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
แนวคิดการดำเนินงาน	ใช้แนวทางบนลงล่าง (Top-down) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กำหนด	ใช้แนวทางมีส่วนร่วม (Participatory approach) เน้นการมีส่วนร่วมของ อสม. และชุมชน
การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ	เน้นการให้ความรู้ผ่านการอบรมแบบบรรยายเป็นหลัก	พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Build health literacy) ผ่านกิจกรรมเชิงปฏิบัติ การคิดวิเคราะห์ และการเข้าถึงข้อมูล

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
การพัฒนาสมรรถนะ อสม.	อสม. ได้รับความรู้และนำไปถ่ายทอด ขาดการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติ	พัฒนาสมรรถนะเชิงปฏิบัติ (Action skills for VHVs) เช่น การสื่อสาร การให้คำปรึกษา และการกระตุ้นพฤติกรรม
การมีส่วนร่วมของชุมชน	ชุมชนมีบทบาทน้อย ส่วนใหญ่เป็นผู้รับบริการ	สร้างเครือข่ายและการสนับสนุนจากชุมชน (Network and community support) เช่น ผู้นำชุมชน ครอบครัว และองค์กรท้องถิ่น
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	เน้นการให้คำแนะนำทั่วไป ขาดกระบวนการติดตาม	เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lifestyle modification) อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
การติดตามและประเมินผล	มีการติดตามไม่ต่อเนื่อง และไม่เป็นระบบ	มีการประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง (Assessment and follow-up) ด้วยเครื่องมือที่ชัดเจน
การประเมินผลลัพธ์	เน้นผลลัพธ์เชิงกิจกรรม เช่น จำนวนครั้งการอบรม	ประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Outcome) เช่น ระดับความดันโลหิต พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต

2. การศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ผลการศึกษาเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านเล่า อำเภอมืองชัยภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	ก่อน (n=64)		หลัง (n=64)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	6.48	1.31	8.14	1.95	8.75	<.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	53.02	7.05	57.52	7.95	6.13	<.001
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	13.20	2.08	14.17	2.37	3.46	<.001
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	13.61	2.27	15.38	2.03	5.55	<.001
การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	13.50	2.12	14.42	2.63	3.71	<.001
การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	12.70	2.64	13.55	3.25	3.59	<.001
สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	1.57	0.32	2.32	0.20	15.08	<.001

อภิปรายผล

ในการศึกษานี้พบว่าการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยภูมิ พบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงมีความเชื่อมโยงกับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีชีวิต แม้ว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค แต่ยังคงขาดความสามารถในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังขาดทักษะเชิงปฏิบัติในการสื่อสารและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และข้อจำกัดด้านความรู้ด้านสุขภาพขณะที่สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น ครอบครัว ร้านค้า และ

ชุมชน มีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ การขาดระบบติดตามและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้วิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานซึ่งจำเป็นต้องบูรณาการการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ การเสริมสร้างสมรรถนะของ อสม. การใช้กลไกชุมชน และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่การเกิดรูปแบบ BANLAO Model ทั้งนี้เมื่อใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและทักษะในภาพรวมสูงขึ้น โดยเฉพาะการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจึงส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสมรรถนะในภาพรวมเพิ่มขึ้นได้ (สุจินดา นันท์, 2568) โดยเฉพาะรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการบูรณาการจากทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานภายใต้แนวคิดทฤษฎีที่ได้นำมาประยุกต์ใช้จะทำให้สามารถนำมาปรับใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยภูมิ ในการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้ 6 องค์ประกอบ คือ BANLAO Model ได้แก่การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Build health literacy) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบ BANLAO Model มุ่งเน้นให้ อสม. สามารถพัฒนาจากระดับการรับรู้ข้อมูลไปสู่ความเข้าใจนำไปสู่การตัดสินใจด้านสุขภาพและส่งต่อข้อมูลให้กับประชาชนได้ การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Action skills for VHVs) มุ่งเน้นพัฒนาสมรรถนะ อสม. ไปสู่การเป็นโค้ชด้านสุขภาพ (Health coach) การสร้างเครือข่ายและการสนับสนุนจากชุมชน (Network and community support) เป็นองค์ประกอบสำคัญช่วยเสริมแรงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน เน้นการใช้พลังของครอบครัว ร้านค้า ผู้นำชุมชน และสถาบันทางสังคมต่าง ๆ ในพื้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง (Lifestyle modification) เป้าหมายสำคัญมุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรมกลไกสำคัญที่ใช้ ได้แก่ การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) และการเสริมแรง (Reinforcement) การประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง (Assessment and follow-up) ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยใช้แนวคิดวงจรป้อนกลับ (Feedback loop) และการติดตามอย่างสม่ำเสมอ การประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Outcome) มุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความยั่งยืน เน้นประเมินผลลัพธ์ระยะสั้น ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคของ อสม. ส่วนผลลัพธ์ในระยะยาว ได้แก่ การลดระดับความดันโลหิต การลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ และเกิดความยั่งยืนในระดับชุมชนอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจินดา นันท์ (2568) ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ต่อแกนสุขภาพผู้สูงอายุในระบบปฐมนูมิ จังหวัดเลย พบว่าหลังทดลองใช้รูปแบบฯ อสม. มีสมรรถนะในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและสมรรถนะภาพรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากทั้งนี้เนื่องจากเมื่อใช้รูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะฯ จะทำให้ อสม. มีความชำนาญในการปฏิบัติมากขึ้นจากการได้รับการถ่ายทอดความรู้และการฝึกทักษะในการปฏิบัติ และส่งผลให้ อสม. มีสมรรถนะในด้านการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นตามมา

การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านเล้า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ หลังการพัฒนาพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบคำถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมมากที่สุดคือสามารถกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับปานกลาง

รองลงมาคือสามารถประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานได้ สามารถให้ความรู้และคำแนะนำแก่กลุ่มเสี่ยงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และสามารถวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงได้อยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรรัตน์ วงศ์ไชยชาญ (2568) ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าหลังการดำเนินงานเปรียบเทียบความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกสิรินทร์ ไทยเสน และ นงนภัทร รุ่งเนย (2567) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าหลังร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและทักษะการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญญรัตน์ ศุภการนเรศรัษฎ์ และสรปรกรณ์ ศุภการนเรศรัษฎ์ (2567) ที่ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตำบลท่าจีว อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังการได้รับโปรแกรมฯ มีสมรรถนะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาของ นสพ. นสพ. เอื้อย และคณะ (2565) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงตามวิสัยโมเดล 7 สี ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอาจเนื่องมาจากการวิจัยนี้ดำเนินการรูปแบบตามโมเดลที่ได้พัฒนาขึ้นและมีการบูรณาการพัฒนาศักยภาพ การเสริมสร้างสมรรถนะของ อสม. การใช้กลไกชุมชน และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องผ่านกระบวนการให้ข้อมูลย้อนกลับจึงอาจทำให้ อสม. มีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้นจึงสามารถกระตุ้นและให้กำลังใจแก่กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองได้ นอกจากนี้ในการพัฒนาสมรรถนะ อสม. การเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้ อสม. มีความรู้ ทักษะการคัดกรองภาวะสุขภาพและสามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น เป็นต้น (เกสิรินทร์ ไทยเสน และนงนภัทร รุ่งเนย, 2567) เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตำบลบ้านเล่า อำเภอมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการพบว่ารูปแบบในการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงรูปแบบดั้งเดิมดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเล่า เป็นผู้นำการดำเนินกิจกรรมในแนวทางเดิมเป็นการดำเนินงานที่มีลักษณะบนลงล่าง (Top-down approach) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากเป็นผู้วางแผน ออกแบบกิจกรรม และถ่ายทอดความรู้ให้แก่ อสม. ผ่านการอบรมหรือประชุมเป็นหลัก ส่วนรูปแบบใหม่ คือ BANLAO Model เป็นรูปแบบที่บูรณาการการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ การเสริมสร้างสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการใช้กลไกชุมชนในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีระบบการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความยั่งยืนในระดับชุมชนอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

ควรนำรูปแบบการศึกษาวิจัยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่น ๆ และควรนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อเป็นการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ให้มีองค์ความรู้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) โดยเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

2.2 ควรทำการวิจัยเกี่ยวกับการนำแอปพลิเคชันหรือระบบติดตามสุขภาพทางดิจิทัลเข้ามาบูรณาการร่วมกับ BANLAO Model เพื่อช่วย อสม. ในการบันทึก ประเมิน และติดตามผลลัพธ์ของกลุ่มเสี่ยงได้สะดวกและเป็นระบบมากยิ่งขึ้น

2.3 ควรดำเนินการวิจัยติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของ อสม. รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงภายหลังสิ้นสุดการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือแนวทางการพัฒนาแกนนำสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรอบรู้ด้านสุขภาพ. <https://hed.hss.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/06/คู่มือแนวทางการพัฒนาแกนนำสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรอบรู้ด้านสุขภาพ.pdf>
- เกสิรินทร์ ไทยเสน และนางณภัทร รุ่งเนย. (2567). ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 30(3), 37-55.
- ณัชปภา คัชมาตย์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร. <https://hdl.handle.net/20.500.14770/8137>
- ณัฐสิทธิ์ สินโท, วิโรจน์ คำแก้ว, อิสรา จูมมาลี และธารินี ศรีศักดิ์นอก. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ*, 15(3), 99-113.
- ดวงกมล กีกอิ่ง และจรัสพงศ์ คลังกรณ์. (2567). นโยบายการพัฒนามาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) . *วารสารนวัตกรรมการศึกษาและการวิจัย*, 8(1), 440-452.
- ธัญญรัตน์ ศุภการนรเศรษฐ์ และสรพรกรณ์ ศุภการนรเศรษฐ์. (2567). การพัฒนาสมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลท่าจั่ว อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(6), 384-403.
- นสพม เอโอหย, วิทยาพร สิทธิศาสตร์, นิดา มีทิพย์ และสุริรัตน์ ณ วิเชียร. (2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงตามวิธีโมเดล 7 สี ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารกองการพยาบาล*, 49(2), 12-22.

- เพชรรัตน์ วงศ์ไชยชาญ. (2568). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 10(1), 141-150.
- ไพศาล ขุนวิเศษ และมยุรี บุญทด. (2567). การวิจัยและพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยนาท. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*, 16(1), 43-60.
- สิริวดี ชูเชิด. (2565). การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 12(1), 223-238.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2567). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567*. <https://thaihypertension.org/wp-content/uploads/2025/07/Guideline2024.pdf>
- สุจินดา นันท์. (2568). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่องานสุขภาพผู้สูงอายุในระบบปฐมนูมิ จังหวัดเลย. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 20(1), 51-65.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1964). *Taxonomy of educational objectives, Handbook 1: Cognitive Domain*. Longman.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (Eds.). (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.