

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Influencing Health Promotion Behaviors of Village Health
Volunteers in Hua Sai District, Nakhon Si Thammarat Province

อนันต์ วิชัยดิษฐ์

Anan Vichaidisth

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแค จังหวัดนครศรีธรรมราช

Ban Don Khae Subdistrict Health Promotion Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

*Corresponding author, e-mail: vichaidisth@gmail.com

Received: January 29, 2026; Revised: March 2, 2026; Accepted: March 4, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) การรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม 2) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และ 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 176 คน สุ่มแบบง่ายโดยการจับสลาก เก็บข้อมูลเดือนพฤศจิกายน 2568 ด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความตรง 0.67–1.00 และค่าความเที่ยง 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.04$, $SD = 0.30$) โดยการรับรู้ประโยชน์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.46$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.49$) ด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมและทุกด้านอยู่ในระดับสูง ($M = 4.14$, $SD = 0.39$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. มี 4 ตัวแปร เรียงตามลำดับอิทธิพลคือ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม ($b = 0.200$) อิทธิพลด้านสถานการณ์ ($b = 0.172$) การรับรู้ประโยชน์ ($b = 0.156$) และการรับรู้อุปสรรค ($b = 0.084$) ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมได้ร้อยละ 31.0 ($\text{adj. } R^2 = 0.310$, $p < 0.05$) ข้อเสนอแนะจากการวิจัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนานโยบายและแนวทางการดูแลสุขภาพเชิงบวก พร้อมทั้งสนับสนุนการจัดทำสื่อและนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ : พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม

Abstract

This cross-sectional research aimed to study 1) behavior-specific cognitions and affect, 2) health-promoting behaviors, and 3) factors influencing health-promoting behaviors among Village Health Volunteers (VHVs) in Hua Sai District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample consisted of 176 VHVs, selected by simple random sampling using a lottery method. Data were collected in November 2025 using a questionnaire with a validity ranging from 0.67 to 1.00 and a reliability of 0.84. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that the overall behavior-specific cognitions and affect were at a high level ($M = 4.04$, $SD = 0.30$). Specifically, perceived benefits of action had the highest mean score ($M = 4.46$), while perceived barriers to action were at a moderate level ($M = 3.49$). Overall health-promoting behaviors and all of their sub-dimensions were at a high level ($M = 4.14$, $SD = 0.39$). Four variables significantly influenced the health-promoting behaviors of the VHVs, ranked by their predictive power: activity-related affect ($b = 0.200$), situational influences ($b = 0.172$), perceived benefits of action ($b = 0.156$), and perceived barriers to action ($b = 0.084$). Together, these variables accounted for 31.0% of the variance in health-promoting behaviors ($\text{adj. } R^2 = 0.310$, $p < 0.05$). Recommendations Relevant organizations should develop proactive health care policies and guidelines, as well as support the creation of media and innovations to tangibly promote the health behaviors of VHVs.

Keywords : health promotion behaviors, Village Health Volunteers, cognitive and affective perceptions related to behavior

บทนำ

สุขภาพเป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิต ทุกคนย่อมรักษาและปรารถนาให้ตนเองมีชีวิตที่อยู่เย็นเป็นสุข การรักษาสุขภาพอนามัยให้แข็งแรงสมบูรณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญ วัฏจักรของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ซึ่งสมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้ตรัสไว้เป็นพระพุทธานุชาตินิพพานว่า “อโรคยา ปรมาลาภา” แปลว่า “ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” โดยในการพัฒนาประเทศจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสุขภาพที่ดีของคนในประเทศเป็นสำคัญ ประเทศที่ประชาชนมีสุขภาพดี มีสติปัญญา มีคุณธรรมและจริยธรรม มีความสามารถในการประกอบอาชีพ เพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ไม่เบียดเบียนและทำร้ายซึ่งกันและกัน ย่อมทำให้เกิดความสงบสุข (ประเวศ วะสี, 2551) หลักการสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ คือ การเพิ่มศักยภาพของบุคคลและชุมชนในการควบคุมปัจจัยที่กำหนดภาวะสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของสาธารณะ คือ การส่งเสริมให้บุคคลและชุมชนให้มีความสามารถในการมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ร่วมวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหามีผลกระทบต่อสุขภาพของตนและชุมชน อีกทั้งการให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพให้มีความเสมอภาคและเท่าเทียมกันในสังคม กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคต่าง ๆ และการมีส่วนร่วมของประชาชน (ศิริพร ชัมภลลิขิต และประภาพร จินนทุยา, 2545)

การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) เป็นการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์หลักที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้องและปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล 2) อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และ 3) ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม เมื่อบุคคลเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อปฏิบัติแล้วบุคคลจะเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ฉะนั้น พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behavior) จึงเป็นผลลัพธ์ที่คาดหวังในทางบวกของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีผลโดยตรงที่ต่อเมื่อบุคคลนำมาปฏิบัติโดยบูรณาการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง โดยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด ซึ่งทั้งหมดนั้น คือ เป้าหมายสุดท้ายของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นองค์กรที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน และเป็นเครือข่ายของบุคลากรทางการแพทย์ บทบาทที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค (พหุศาสตร์ยา บุญลบ, นวพรรณ ดิประเสริฐวรกร, อนุรักษ มีอิม, เจริญ ทุนชัย และพระครูโอภาสกาญจนธรรม, 2562) อสม. ในฐานะเป็นแกนนำที่สำคัญในการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลและปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดี เพื่อช่วยลดอัตราการป่วยโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต และการป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, อลงกรณ์ เปลกาสิ, จำเนียร ชุณหโสภาค และชาติชาย สุวรรณนิตย์, 2559) ฉะนั้น อสม. จึงควรเป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ เป็นผู้นำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งของตนเอง และสร้างพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของตนเองทำให้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้ว ยังส่งผลต่อคุณภาพการทำงานหรือผลผลิตของงานในชุมชน ส่งผลให้ชุมชนมีการพึ่งตนเองได้อีกด้วย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรม

พบว่า แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ระยะเวลาการเป็น อสม. การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการฝึกอบรม (จิราภรณ์ เรืองสงคราม, รพีพร เทียมจันทร์ และวราภรณ์ ศิริสว่าง, 2558) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (จักรี ปัดพี และนวลฉวี ประเสริฐสุข, 2559) เพศ ระยะเวลาการเป็น อสม. การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และแรงสนับสนุนทางสังคม (สุทัศน์ ทองชัย, 2567) การศึกษา โรคประจำตัว และการรับรู้อุปสรรค (ณัฐปภัสร์ เจียรภักดิ์, นันทพัฒน์ แก้วทอง และพรพรรณ จิตบรรจง, 2567) การรับรู้ความสามารถของตน อิทธิพลจากแรงจูงใจ (วิชุดา เตชะลือ, สมโภช รติโอฬาร และวรางคณา จันทร์คง, 2568)

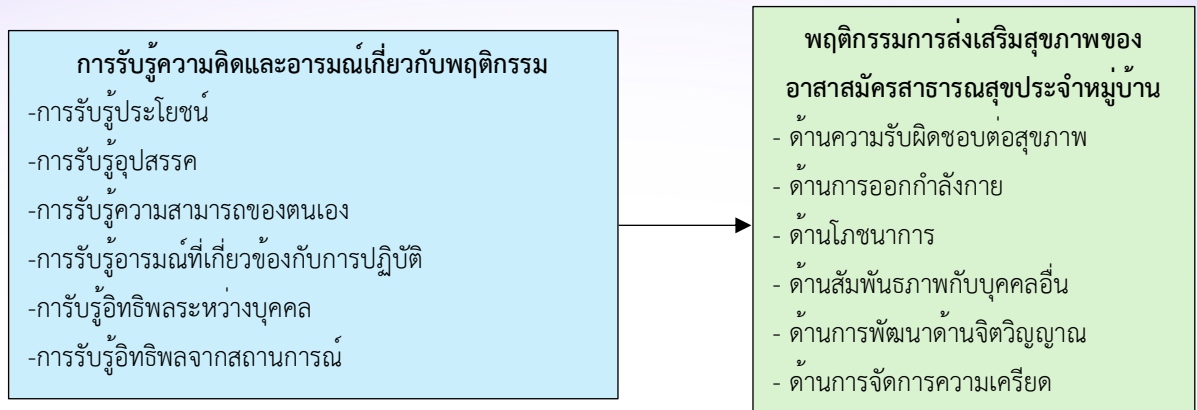
จากแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวผู้วิจัยเชื่อว่าแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) ได้แก่ การรับรู้อารมณ์และความคิดในการสร้างเสริมสุขภาพจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลในการส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลด้านสถานการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้ และผู้วิจัยยังเชื่ออีกว่า หาก อสม. มีแบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมจะสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีของประชาชน ไม่ป่วยด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรม สามารถเป็นตัวอย่างในการลดการบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และหากป่วยเป็นโรคเรื้อรังก็สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นแบบอย่างแก่ประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน ฉะนั้น ผลการศึกษาจากงานวิจัยนี้จะป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพของ อสม. และสามารถนำไปวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นอย่างดีที่ติดกับคนในชุมชนและเป็นกำลังสำคัญของสาธารณสุขไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health Promotion Behavior Pender's Model) เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยนำปัจจัยการรับรู้ความคิดและอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Behavior-specific Cognitions and Affect) มาศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อสม. ในเขตอำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 1,091 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2568) (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหัวไทร, 2568)

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Linear multiple regression) เลือกใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear multiple regression: fix model, R^2 deviation from zero กำหนดค่าพารามิเตอร์ ดังนี้ Effect size = 0.15 อิทธิพลขนาดกลาง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .95 ตัวแปรอิสระ (Number of predictors) จำนวน 6 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 146 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 (Naing, Winn, & Rusli, 2006) จำนวน 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง 176 คน

การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการหยิบสลาก (Lottery method) รายชื่อ อสม. ตามสัดส่วนของแต่ละหน่วยบริการ มีขั้นตอนดังนี้

(1) จัดทำบัญชีรายชื่อ อสม. ทั้งหมดในอำเภอหัวไทรจากทะเบียนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหัวไทร

(2) จำแนกรายชื่อตาม รพ.สต. ทั้ง 16 แห่ง

(3) คำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามสูตร $n_i = (N_i / N) \times n$

เมื่อ n_i = จำนวนกลุ่มตัวอย่างของหน่วยบริการที่ i

N_i = จำนวนประชากรของหน่วยบริการที่ i

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

N = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ (176 คน)

(4) เขียนรายชื่อ อสม. แต่ละคนลงในกระดาษ จับสลากตามสัดส่วนของแต่ละหน่วยบริการจนครบตามจำนวนที่กำหนด

(5) ตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขตอำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) ได้รับการอบรมตามหลักสูตรของ รพ.สต. 4) สามารถอ่านหนังสือออกและเขียนหนังสือไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจและลงนามในเอกสาร

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) อสม. ที่ย้ายภูมิลำเนาออกนอกพื้นที่อำเภอหัวไทร เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 6 เดือน ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา 2) อสม. ที่มีข้อจำกัดทางร่างกายหรือสุขภาพจิตที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตัวเอง และ 3) อสม. ที่ลาออกหรือถูกเพิกถอนสถานะในระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีจำนวน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) สถานภาพการสมรส 5) ศาสนา 6) อาชีพหลัก 7) การมีโรคประจำตัว และ 8) ระยะเวลาการเป็น อสม.

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม 6 ด้าน (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) จำนวน 30 ข้อ ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม จำนวน 5 ข้อ 2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม จำนวน 5 ข้อ 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 5 ข้อ 4) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม จำนวน 5 ข้อ 5) อิทธิพลระหว่างบุคคล จำนวน 5 ข้อ และ 6) อิทธิพลด้านสถานการณ์ จำนวน 5 ข้อ ระดับการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม มีรายละเอียดดังนี้

คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
เชิงบวก	5	4	3	2	1
เชิงลบ	1	2	3	4	5

การแปลผลการรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมจากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อและภาพรวม มาจัดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ โดยใช้การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสต์ (Best, 1977) ดังนี้

ระดับสูง	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67–5.00
ระดับปานกลาง	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34–3.66
ระดับต่ำ	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ 2) การออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ 3) โภชนาการ จำนวน 3 ข้อ 4) สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น จำนวน 3 ข้อ 5) การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ จำนวน 3 ข้อ และ 6) การจัดการความเครียด จำนวน 3 ข้อ ระดับการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม มีรายละเอียดดังนี้

คำถาม	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
เชิงบวก	5	4	3	2	1
เชิงลบ	1	2	3	4	5

การแปลผลพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม มาจัดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ โดยใช้การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

ระดับสูง หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67–5.00

ระดับปานกลาง หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34–3.66

ระดับต่ำ หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00–2.33

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้าน ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์ และได้นำไปหาความสอดคล้องของวัตถุประสงครายข้อ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67–1.00

จากนั้นนำไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับ อสม. อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ดังนี้ (1) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม เท่ากับ 0.70 (2) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เท่ากับ 0.74 (3) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง เท่ากับ 0.72 (4) แบบสอบถามการรับรู้อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ เท่ากับ 0.74 (5) แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล เท่ากับ 0.83 (6) แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ เท่ากับ 0.73 (7) แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.84 (8) ทั้งหมด เท่ากับ 0.90

การรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 เดือน ช่วงวันที่ 1–30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ดังนี้

(1) จัดทำหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอหัวไทร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวไทร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอหัวไทร จัดส่งหนังสือด้วยตัวเอง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

(2) ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน อสม. และประธาน อสม. ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงาน อสม. เป็นผู้แจกแบบสอบถาม

(3) เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงาน อสม. เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย

(4) รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไป นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความครบถ้วนลงตามรหัสตัวแปรที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean: M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2. สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions) ดังนี้

(1) การแจกแจงแบบปกติของค่าความคลาดเคลื่อน (Normality of Residuals) ตรวจสอบโดยใช้แผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นรูประฆังคว่ำและมีความสมมาตร แผนภูมิ Normal P-P Plot พบว่าจุดข้อมูลกระจายอยู่ใกล้เส้นทแยงมุม แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อน (Mean of Residuals) เท่ากับ 0.000 ซึ่งสอดคล้องกับข้อตกลงเบื้องต้น

(2) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ตรวจสอบโดยใช้กราฟ Scatter plot ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตาม พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

(3) ความเป็นอิสระของค่าความคลาดเคลื่อน (Independence of Residuals) ตรวจสอบโดยใช้ค่า Durbin-Watson statistic เท่ากับ 1.990 ซึ่งอยู่ในช่วง 1.5–2.5 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน ไม่มี autocorrelation

(4) ความแปรปรวนคงที่ของค่าความคลาดเคลื่อน (Homoscedasticity) ตรวจสอบโดยใช้กราฟ Scatter plot ระหว่างค่าทำนาย (Predicted values) กับค่า Standardized residuals พบว่า จุดข้อมูลกระจายตัวอย่างสม่ำเสมอรอบแกน $Y = 0$ ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน (No pattern) แสดงว่ามีความแปรปรวนคงที่

(5) การไม่มีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) ตรวจสอบโดยใช้ค่า Variance Inflation Factor (VIF) พบว่าทุกตัวแปร มีค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.095–1.819 ซึ่งต่ำกว่า 10 ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.550–0.913 ซึ่งสูงกว่า 0.1 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ไม่มีปัญหา Multicollinearity

สรุปข้อมูลมีความเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ เนื่องจากเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทุกประการ การตีความผลการวิเคราะห์ รายงานผลการวิเคราะห์โดยใช้ค่า Unstandardized regression coefficient (b), Standardized regression coefficient (β), Standard Error (SE), t-statistic และ p-value, Coefficient of determination (R^2), Adjusted R^2 , F-statistic และ p-value โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$

จริยธรรมวิจัย

บทความวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสโครงการ NSTPH 208/2568 เอกสารรับรองเลขที่ 208/2568 รับรองตั้งแต่วันที่

วันที่ 25 กันยายน 2568 – 24 กันยายน 2569 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.59 มีอายุระหว่าง 45–59 ปี ร้อยละ 51.14 การศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 43.75 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.16 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.48 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 55.68 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.75 ส่วนใหญ่เป็น อสม. มาระหว่าง 6–10 ปี ร้อยละ 25.57

2. การรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม

การรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม	M	SD	ระดับ
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม	4.46	0.39	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม	3.49	0.75	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	4.23	0.44	สูง
อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม	4.13	0.39	สูง
อิทธิพลระหว่างบุคคล	4.03	0.43	สูง
อิทธิพลด้านสถานการณ์	3.88	0.43	สูง
ภาพรวม	4.04	0.30	สูง

จากตารางที่ 1 พบว่า การรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.04$, $SD = 0.30$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่อยู่ในระดับสูง คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.46$, $SD = 0.39$) รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($M = 4.23$, $SD = 0.44$) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม ($M = 4.13$, $SD = 0.39$) อิทธิพลระหว่างบุคคล ($M = 4.03$, $SD = 0.43$) และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ($M = 3.88$, $SD = 0.43$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 3.49$, $SD = 0.75$) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ

3. พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	M	S.D.	ระดับ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	4.23	0.60	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	3.95	0.65	สูง
ด้านโภชนาการ	3.91	0.80	สูง
ด้านสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	4.20	0.53	สูง
ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ	4.29	0.55	สูง
ด้านการจัดการความเครียด	4.28	0.51	สูง
ภาพรวม	4.14	0.39	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.14$, $SD = 0.39$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ($M = 4.29$, $SD = 0.55$) รองลงมาคือ ด้านการจัดการความเครียด ($M = 4.04$, $SD = 0.30$) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($M = 4.23$, $SD = 0.60$) ด้านสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ($M = 4.20$, $SD = 0.53$) ด้านการออกกำลังกาย ($M = 3.95$, $SD = 0.65$) และ ด้านโภชนาการ ($M = 3.91$, $SD = 0.80$) ตามลำดับ

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ
หัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและค่าสัมประสิทธิ์ โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ตัวทำนาย	b	Beta	t	p-value
อิทธิพลด้านสถานการณ์	0.172	0.190	2.734	0.007*
อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม	0.200	0.202	2.536	0.012*
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม	0.084	0.161	2.448	0.015*
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม	0.156	0.155	2.213	0.028*

Constant= 1.050, R=0.574, R-Square= 0.330, R^2_{adj} = 0.310, SEets= 0.324, F= 16.735

* p -value < 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า เมื่อวิเคราะห์พหุคูณด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ พบว่า อิทธิพลด้านสถานการณ์ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม กล่าวคือ เมื่อ อสม. มีอิทธิพลด้านสถานการณ์เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้น 0.172 หน่วย ($B = 0.172$) เมื่อ อสม. มีอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้น 0.200 หน่วย ($B = 0.200$) เมื่อ อสม. มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้น 0.084 หน่วย ($B = 0.084$) เมื่อ อสม. มีการ

รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้น 0.156 หน่วย ($B = 0.156$) ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ได้ร้อยละ 31.0 ($\text{adj. } R^2 = 0.310$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยสามารถเขียนสมการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$Y_i = 1.050 + 0.172 (\text{อิทธิพลด้านสถานการณ์}) + 0.200 (\text{อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม}) + 0.084 (\text{การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม}) + 0.156 (\text{การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม})$$

สมการทำนายในรูปแบบมาตรฐาน

$$Z = 0.190 (\text{อิทธิพลด้านสถานการณ์}) + 0.202 (\text{อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม}) + 0.161 (\text{การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม}) + 0.155 (\text{การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม})$$

อภิปรายผล

1. การรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมของ อสม. อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.04$, $SD = 0.30$) ซึ่งแนวคิดของ Pender, Murdaugh, & Parsons (2011) เชื่อว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ติดนั้นเกิดจากแรงจูงใจที่แต่ละคนต้องการที่จะยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี และการที่จะบรรลุเป้าหมายนั้นจะต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมมาศึกษา เพราะเชื่อว่าปัจจัยดังกล่าวจะมีความสำคัญกับ อสม. อำเภอหัวไทร ในการสร้างเสริมแรงจูงใจให้เกิดความมุ่งมั่นในการกระทำที่จะทำให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและเป็นแกนสำคัญของการทำกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า เกือบทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($M = 4.46$, $SD = 0.37$) นั้นแสดงว่า การที่ อสม. มีการรับรู้ประโยชน์จะเป็นแรงจูงใจทั้งโดยตรงและโดยอ้อมให้ อสม. ตัดสินใจที่จะปฏิบัติและมีความมุ่งมั่นต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งผลการวิจัยในด้านนี้พบว่า อสม. จะรับรู้ประโยชน์ของการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง ($M = 4.64$, $SD = 0.58$) และการตรวจสุขภาพประจำปีทำให้สามารถค้นพบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคได้ ($M = 4.63$, $SD = 0.48$) ทั้งนี้ 2 ประเด็นดังกล่าว อาจเกิดจากการที่ อสม. มีบทบาทหน้าที่ในการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จึงเห็นว่าการบริโภคอาหารและการตรวจสุขภาพมีประโยชน์ต่อตนเองด้านที่มีค่าเฉลี่ยรองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($M = 4.23$, $SD = 0.44$) ซึ่งอาจจะต่อเนื่องมาจากการรับรู้ประโยชน์เพราะว่า เมื่อ อสม. มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม อสม. จะสามารถตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมเพราะสามารถที่จะรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนก็จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ อสม. สามารถขอคำแนะนำจากแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อค้นพบความผิดปกติของร่างกาย ($M = 4.35$, $SD = 0.64$) รองลงมาคือ อสม. เชื่อมั่นว่าสามารถตรวจสุขภาพประจำปีได้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ($M = 4.34$, $SD = 0.62$) ด้านอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม ($M = 4.13$, $SD = 0.39$) มีค่าเฉลี่ยรองลงมา อาจเกิดจากการที่ อสม. มีความรู้สึกทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมนั้นจะเป็นสิ่งที่มากระตุ้นให้มีการตอบสนองส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านนี้ คือ เมื่อ อสม. ได้ออกกำลังกายกับครอบครัวหรือเพื่อน ๆ ทำให้รู้สึกสนุกสนาน ($M = 4.32$, $SD = 0.55$) สำหรับด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล ($M = 4.03$, $SD = 0.43$) โดยผลการวิจัยพบว่า

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หาก อสม. ต้องการออกไปรับประทานอาหารนอกบ้านร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อน มักจะเลือกร้านอาหารที่สะอาดและถูกสุขลักษณะ ($M = 4.31, SD = 0.54$) รองลงมาคือ ครอบครัวจะสรรหาอาหารที่ดีและมีประโยชน์ให้แก่ อสม. ($M = 4.16, SD = 0.52$) นั้นแสดงว่า บุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งครอบครัวเป็นแรงกระตุ้นที่ส่งผลให้ อสม. มีพฤติกรรม และมีความเชื่อที่ดีต่อการประพฤติปฏิบัติ ส่วนด้านอิทธิพลด้านสถานการณ์ ($M = 3.88, SD = 0.43$) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การประชาสัมพันธ์การออกกำลังกายผ่านสื่อต่าง ๆ ทำให้ อสม. อยากออกกำลังกายมากขึ้น ($M = 4.09, SD = 0.62$) รองลงมาคือ ในสถานการณ์ปัจจุบัน อสม. เรียนรู้ที่จะปรับตัวและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างปกติ ($M = 4.07, SD = 0.49$) นั้นแสดงว่า บริบทพื้นที่ของอำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช เอื้อต่อการออกกำลังกาย หรือชุมชนที่ อสม. อาศัยอยู่ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย มีการออกกำลังกายกันเป็นกลุ่ม ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้ อสม. มีการปฏิบัติพฤติกรรมในทางบวก ทั้งนี้ อสม. ยังมีการปรับตัวต่อสภาวะปัจจุบัน ทั้งโรคระบาดที่เกิดขึ้นใหม่ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อิทธิพลด้านสถานการณ์จึงส่งผลต่อพฤติกรรมของ อสม. สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐภัทร์ เจริญรักษ์ดี, นันทพัฒน์ แก้วทอง และพรพรรณ จิตบรรจง (2567) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล อยู่ในระดับสูง

สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.49, SD = 0.75$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด คือ เมื่อ อสม. อายุยิ่งมากขึ้น ความเครียดก็ยิ่งเพิ่มขึ้น ($M = 2.96, SD = 1.13$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมีอายุมากที่สุด คือ 84 ปี และมีอายุเฉลี่ย 51.32 ปี ($SD = 11.25$) มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 51.14) อยู่ในวัยทำงานตอนปลาย (อายุ 45–59 ปี) แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่า อสม. มีความกังวลที่ตนเองมีอายุมากขึ้น แต่เป็นอุปสรรคที่ อสม. ยังสามารถที่จะขจัดออกไปได้ ในขณะที่เมื่อมีงานเลี้ยงสังสรรค์จะขาดบุหรี สุรา และน้ำอัดลมไม่ได้ ($M = 3.72, SD = 1.08$) นั้นแสดงว่า เครื่องดื่มในงานเลี้ยงสังสรรค์ดังกล่าวยังเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม และอาจจะยังเป็นสิ่งที่ อสม. ปฏิเสธยากหรือปฏิเสธไม่ได้ ส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐภัทร์ เจริญรักษ์ดี, นันทพัฒน์ แก้วทอง และพรพรรณ จิตบรรจง (2567) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับปานกลาง

2. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ในภาพรวม ($M = 4.14, SD = 0.39$) และทุกด้านอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า เมื่อ อสม. อำเภอหัวไทร มีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติและนำมาบูรณาการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพจึงทำให้มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม อีกประเด็นอาจจะเป็นเพราะว่า อสม. มีบทบาทที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค (พลหัทธัญญา บุญลบ, นวพรรณ ติประเสริฐวรกร, อนุรักษ มีอิม, เจริญ ทุนชัย และพระครูโสภาสากัญจนธรรม, 2562) อสม. จึงเป็นแกนนำที่สำคัญในการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพและปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดี เพื่อช่วยลดอัตราการป่วยโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของวิชุดา เตชะลือ, สมโภช รติโอฬาร และวรางคณา จันทรงค์ (2568) ที่พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ในภาพรวมและทุกด้านอยู่ในระดับมาก แตกต่างเพียงด้านการออกกำลังกายที่อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของสุทัศน์ ทองชัย (2567) ที่พบว่า อสม. มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ประเด็นที่น่าสนใจคือ พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ ถึงแม้จะอยู่ในระดับสูงแต่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 3.91, SD = 0.80$) อาจจะเป็นเพราะว่า ในสภาพสังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่รวดเร็ว และมีความสะดวกในการเข้าถึงการบริโภคอาหาร ในขณะที่

ปฏิบัติงานอาจจะเจอบุคคลที่หลากหลายอาชีพและหลายช่วงเวลา จึงมีความจำเป็นที่จะต้องร่วมสนทนาเพื่อนำข้อมูลข่าวสารส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาจจะเป็นวัฒนธรรมของชุมชนนั้น ๆ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด คือ อสม. ต้มเครื่องต้มแอลกอฮอล์ คาเฟอีน หรือน้ำอัดลม ($M = 3.51$, $SD = 1.40$) นั้นแสดงว่า การต้มเครื่องต้มดังกล่าวอาจจะอยู่ในชีวิตประจำวันของ อสม. แล้ว

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช มีทั้งหมด 4 ตัวแปร เรียงลำดับได้ดังนี้ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลด้านสถานการณ์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม สามารถอภิปรายได้ว่า อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม ($b = 0.200$) มีอิทธิพลมากที่สุด และเป็นไปในทิศทางบวกอธิบายได้ว่า การปฏิบัติงานของ อสม. มีความจำเป็นที่จะต้องปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ฉะนั้น เมื่อมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อสม. จะมีความยินดีและร่วมกิจกรรมนั้น ๆ ทำให้รู้สึกสนุกสนานและภาคภูมิใจที่ตนเองมีส่วนช่วยให้กิจกรรมนั้น ๆ ประสบผลสำเร็จ อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ส่งผลให้อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender, Murdaugh, & Parsons (2011) ที่กล่าวไว้ว่า เมื่อความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ โดยอารมณ์และความรู้สึกจะผ่านการตัดสินใจและเก็บไว้ในความทรงจำ และนำมาใช้ประกอบกระบวนการคิดเมื่อบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นในเวลาต่อมา

อิทธิพลด้านสถานการณ์ ($b = 0.172$) มีอิทธิพลรองลงมา และเป็นไปในทิศทางบวกอธิบายได้ว่า หากชุมชนมีสถานการณ์หรือสถานที่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การรณรงค์การออกกำลังกาย การคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน สถานที่ที่ออกกำลังกายทั้งที่เป็นลานกีฬา ที่โล่งแจ้ง ตลาดนัดสุขภาพ ทำให้ อสม. มีการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น เพราะเป็นสิ่งที่เอื้อให้กับ อสม. ในการมีพฤติกรรมที่ต้อง ส่วนหนึ่งอาจจะเกิดจากการที่ อสม. เป็นอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทำให้มีการรับรู้เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารหรือนโยบายต่าง ๆ ก่อนประชาชนคนอื่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender, Murdaugh, & Parsons (2011) ที่กล่าวไว้ว่า สถานการณ์จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางด้านตรงและทางด้านอ้อมและยังเป็นการรับรู้และความคิดของบุคคลต่อสถานการณ์และสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมหรือขัดขวางต่อการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อมา คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ($b = 0.156$) และเป็นไปในทิศทางบวก อาจจะเพราะว่า อสม. ในฐานะที่มีบทบาทดูแลสุขภาพของประชาชน จะรับรู้นโยบายหรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนบุคคลอื่น จึงทำให้รับรู้ได้ว่า หากมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องจะทำให้มีสุขภาพที่เหมาะสมทั้งด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การตรวจคัดกรองประจำปี และในปัจจุบันการสร้างเสริมสุขภาพให้กับทุกช่วงวัยยังเป็นนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุไว้ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 ซึ่งมีเป้าหมายให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพแข็งแรง ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการทำลายสุขภาพ และสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ฉะนั้น การที่ อสม. รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมจะเป็นผลดีต่อการปฏิบัติที่จะเป็นตัวอย่างที่ดีต่อประชาชนในเขตรับผิดชอบอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุทัศน์ ทองชัย (2567) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและเป็นไปในทิศทางบวก เช่นเดียวกับการศึกษาของณัฐภัสร

เจียรักษ์ดี, นันทพัฒน์ แก้วทอง และพรพรรณ จิตบรรจง (2567) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปรสุดท้ายที่มีอิทธิพลน้อยที่สุด คือ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ($b = 0.084$) และเป็นไปในทิศทางบวก ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า หากการรับรู้ถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม มีการขัดขวางหรือทำให้พฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นไม่ได้ เช่น การสัมผัสบุหรี่ การดื่มสุรา การดื่มน้ำอัดลม ความยุ่งยากหรือความไม่พร้อมในการออกกำลังกาย หรือแม้กระทั่งการดูแลตนเอง หากเมื่อใด อสม. มีความพร้อมที่จะปฏิบัติและมีอุปสรรคสูงก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติ สำหรับงานวิจัยนี้ อสม. มีความคิดเห็นว่า บุหรี่ สุรา และน้ำอัดลมเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้เมื่อมีงานเลี้ยงสังสรรค์ และยังรู้สึกอับอายเมื่อต้องพูดคุยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ไม่ดีของตนเองให้บุคคลอื่นฟัง แต่สำหรับอายุที่มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และการมีโรคประจำตัว ซึ่งถึงแม้ว่าจะเป็นอุปสรรคอยู่บ้าง แต่ก็ไม่ใช่อุปสรรคการมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของ อสม. ฉะนั้น จากประเด็นดังกล่าว การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่มีอิทธิพลน้อยที่สุด ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของณัฐภัทร์ เจียรักษ์ดี, นันทพัฒน์ แก้วทอง และพรพรรณ จิตบรรจง (2567) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แต่เป็นไปในทิศทางลบ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุทัศน์ ทองชัย (2567) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแต่เป็นไปในทิศทางลบ

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม มีอิทธิพลมากที่สุด รองลงมาคือ อิทธิพลด้านสถานการณ์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ฉะนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของ อสม. ควรพัฒนานโยบายและแนวทางการดูแลสุขภาพ อสม. เน้นการดูแลสุขภาพเชิงบวกต่อกิจกรรมสุขภาพ และสนับสนุนการจัดทำสื่อและนวัตกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ อสม.

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. โดยใช้กรอบแนวคิดจากผลการวิจัยนี้ โดยเฉพาะการสร้างอารมณ์เชิงบวกและอิทธิพลด้านสถานการณ์ และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). นนทบุรี.
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). นักจัดการสุขภาพชุมชน. นนทบุรี.
ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, อลงกรณ์ เปลกาสิ, จำเียร ชุณหโสภาค และชาติชาย สุวรรณนิตย์. (2559). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 9(2), 6-16.

- จักรี ปัดพี และนวลฉวี ประเสริฐสุข. (2559). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 9(3), 1190-1205.
- จิราภรณ์ เรืองสงคราม, รพพร เทียมจันทร์ และวราภรณ์ ศิริสว่าง. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลฟ้าฮ่าม อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารบัณฑิตวิจัย*, 6(2), 172-183.
- ณัฐปภัสร เจียรรักษ์ดี, นันทพัฒน์ แก้วทอง และพรพรรณ จิตบรรจง. (2567). ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. *วารสารการพยาบาลสุขภาพ และการศึกษา*, 7(3), 68-82.
- ประเวศ วะสี. 2551. *สุขภาพที่สมบูรณ์*. หมอชาวบ้าน. หน้า 352, 2551, สิงหาคม. กรุงเทพฯ.
- พฤษักัญญา บุญลบ, นวพรรณ ดีประเสริฐวรกร, อนุรักษ มีอัม, เจริญ พูนชัย และพระครูโสภาสกาจนธรรม. (2562). การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลเมืองชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารสิทธิมนุษยธรรม*, 21(2): 197-205
- วิชุดา เตชะลือ, สมโภช รติโอฬาร และวรางคณา จันทรงค์. (2568). ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข: กรณีศึกษา กลุ่มเขตกรุงเทพใต้. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 18(1), 1-15.
- ศิริพร ชัมภลิต, ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, นันทวัน สุวรรณรูป. (2545). *แนวคิดสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : สาขาพยาบาลศาสตร์ของรัฐ ทบวงมหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยไทร. (2568). *ทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอห้วยไทร .จังหวัดนครศรีธรรมราช*. นครศรีธรรมราช.
- สุทัศน์ ทองชัย. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)*, 38(3), 13-26.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rded). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Naing, L., Winn, T., & Rusli, B. N. (2006). Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies, *Archives of Orofacial Sciences*, 1(1), 9-14.
- Pender, N. J, Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in Nurse Practice*. (6th ed.). Pearson Education LTD: The United States of America.

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/7335

