



**อิทธิพลของปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมต่อความรู้ด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ตำบลคงพยุ่ง อำเภอคอนจอน จังหวัดกาฬสินธุ์**

**INFLUENCE OF SOCIOCULTURAL FACTORS ON HEALTH LITERACY AND DENGUE
FEVER PREVENTION BEHAVIORS AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS,
DONG PHAYUNG SUBDISTRICT, DON CHAN DISTRICT, KALASIN PROVINCE**

Received: April 13, 2025

Revised: July 04, 2026

Accepted: July 18, 2026

ภาณุวัฒน์ นันทรัมย์¹, ขจรศักดิ์ สีวาที^{2*}Panuwat Nantarasmee¹, Khachornsak Seevathee^{2*}

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในกาฬสินธุ์ มี อสม. เป็นกลไกหลักป้องกันโรค ปฐมภูมิ หลักฐานอิทธิพลปัจจัยสังคมวัฒนธรรมต่อความรู้สุขภาพของ อสม. ยังมีจำกัด วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความรู้สุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรค อิทธิพลปัจจัยสังคมวัฒนธรรม ต่อความรู้สุขภาพ และความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค วิธีการ: การวิจัยเชิงปริมาณแบบ ภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง อสม. 92 คน ตำบลคงพยุ่ง อำเภอคอนจอน จังหวัดกาฬสินธุ์ สุ่มตัวอย่าง แบบง่ายจากบัญชีรายชื่อ อสม. 105 คน เก็บข้อมูลมิถุนายน-ธันวาคม 2568 วิเคราะห์ด้วยสถิติ เชิงพรรณนา การถดถอยพหุคูณ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ($p\text{-value} < 0.05$)

ผลการวิจัย: อสม. มีความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ($\text{mean} = 4.40$, $\text{S.D.} = 0.52$) และพฤติกรรมการ ป้องกันโรคระดับสูง ($\text{mean} = 4.45$, $\text{S.D.} = 0.50$) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมไม่มีอิทธิพลต่อ ความรู้ด้านสุขภาพ ($R^2 = 0.017$, $p\text{-value} = 0.919$) และไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันโรค ($r = 0.011$, $p\text{-value} = 0.917$)

สรุป: ผลการวิจัยบ่งชี้ปรากฏการณ์เพดานคะแนนและกลไกพันระบบบทบาทหน้าที่ใน อสม. ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพต่อเนื่อง ควรใช้การวิจัยรูปแบบหลายพื้นที่ที่มีความหลากหลายของความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่อการวิเคราะห์

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, โรคไข้เลือดออก, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม, การป้องกันและควบคุมโรค

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคงพยุ่ง อำเภอคอนจอน จังหวัดกาฬสินธุ์

Ban Dong Phayung Sub-district Health Promoting Hospital, Don Chan District, Kalasin Province, Thailand

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Maha Sarakham Province, Thailand

*Corresponding author E-mail: Khachornsak.s@msu.ac.th



Abstract

Dengue fever is a major public health problem in Kalasin Province, where Village Health Volunteers (VHVs) serve as the primary mechanism for primary-level disease prevention. Evidence on the influence of sociocultural factors on VHVs' health literacy remains limited. Objectives: To examine health literacy and prevention behaviors, the influence of sociocultural factors on health literacy, and their association with prevention behaviors. Methods: A cross-sectional study was conducted among 92 VHVs in Dong Phayung Subdistrict, Don Chan District, Kalasin Province, selected by simple random sampling from a roster of 105 VHVs. Data were collected from June to December 2025 and analyzed using descriptive statistics, multiple regression, and Pearson's correlation ($p\text{-value} < 0.05$).

Results: VHVs demonstrated high health literacy (mean = 4.40, S.D. = 0.52) and high prevention behaviors (mean = 4.45, S.D. = 0.50). Sociocultural factors did not predict health literacy ($R^2 = 0.017$, $p\text{-value} = 0.919$), and no association was found with prevention behaviors ($r = 0.011$, $p\text{-value} = 0.917$).

Conclusion: Findings indicate a ceiling effect and a role obligation mechanism among capacity-developed VHVs. Future research should adopt multi-site designs with greater variance in health literacy to enable meaningful analysis.

Keywords: health literacy, dengue fever, village health volunteers, sociocultural factors, disease prevention



บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อสำคัญระดับโลก พบผู้ติดเชื้อประมาณ 390 ล้านรายต่อปี⁽¹⁻³⁾ โดยในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วย 80,772 ราย เสียชีวิต 165 ราย⁽⁴⁻⁵⁾ จังหวัดกาฬสินธุ์มีอัตราป่วยสูงถึง 132 รายต่อประชากรแสนคน สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ 1.6 เท่า⁽⁶⁾ โดยเฉพาะตำบลคงพูน อำเภอคอนจัน มีอัตราป่วยต่อเนื่อง 120-150 รายต่อประชากรแสนคน⁽⁷⁾ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีบทบาทหลักในการเฝ้าระวังโรค ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ และกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย⁽⁸⁻⁹⁾ Khanthavudh และคณะ พบว่า อสม. ร้อยละ 70 ดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องทุกเดือน⁽¹⁰⁾

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือ ทักษะทางสังคมและการรู้คิดที่ส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ⁽¹¹⁾ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽⁸⁾ ได้ปรับกรอบ 4 competencies ของ Sorensen และคณะ⁽¹²⁾ ให้เป็น 6 องค์ประกอบสำหรับบริบท อสม. ไทย โดยแยก appraise เป็นการไต่ถาม และการตัดสินใจ และเพิ่มการสนับสนุนชุมชน งานวิจัยพบว่า อสม. ที่มีความรู้สูงสามารถดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคได้มีประสิทธิภาพกว่า⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตาม อสม. ในพื้นที่ชนบทบางส่วนยังมีข้อจำกัด⁽¹⁴⁾

ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ โดยปัจจัยด้านการศึกษา รายได้ และการเข้าถึงบริการสุขภาพมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันโรคของ อสม.⁽¹⁷⁾ สิ่งที่พบหลักฐานแล้ว ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในประชาชนทั่วไปและ อสม. บางกลุ่ม^(13,17,29) ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะอธิบายว่า ในกลุ่ม อสม. ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบและมีประสบการณ์ภาคสนามยาวนาน ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมยังคงมีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกหรือไม่ หรือในกลุ่มนี้ความรู้ด้านสุขภาพได้ถูกพัฒนาถึงระดับที่เพียงพอแล้ว จนปัจจัยดังกล่าวไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมอีกต่อไป การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อตอบคำถามสำคัญสำหรับการวางแผนพัฒนา อสม. ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม.
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมต่อความรู้ด้านสุขภาพ



3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. ในตำบลคงพุง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ดำเนินการในตำบลคงพุง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย 13 หมู่บ้าน ระหว่างเดือนมิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในตำบลคงพุง 105 คน เกณฑ์การคัดเข้า: เป็น อสม. ที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ ปฏิบัติงานต่อเนื่อง ≥ 1 ปี อาศัยในพื้นที่ และอ่านเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก: กำลังย้ายที่อยู่ มีปัญหาการสื่อสาร หรือขาดงาน > 3 เดือน ประชากรทั้ง 105 คน ผ่านเกณฑ์คัดเข้าทุกราย ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับสลากจากบัญชีรายชื่อ อสม. ทั้งหมด 105 คน แบบไม่ใส่คืน (without replacement) ได้กลุ่มตัวอย่าง 92 คน (อัตราการสุ่ม $n/N =$ ร้อยละ 87.6) เนื่องจากอัตราการสุ่มสูงกว่าร้อยละ 5 จึงประยุกต์ใช้ค่าแก้ไขประชากรจำกัด (Finite Population Correction: $FPC = \sqrt{[(N-n)/(N-1)]} = \sqrt{[(105-92)/(104)]} = 0.354$) ในการประมาณค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ทุกรายลงนาม written informed consent ก่อนการเก็บข้อมูล อัตราตอบกลับร้อยละ 100 ทุกรายลงนาม written informed consent ก่อนการเก็บข้อมูล อัตราตอบกลับร้อยละ 100

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน (1) ข้อมูลทั่วไป 12 ข้อ ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (25 ข้อ Likert 5 ระดับ: 5 = มากที่สุด ถึง 1 = น้อยที่สุด) แบ่ง 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ เกณฑ์การแปลผล ตามแนวทางของ Best⁽¹⁸⁾ กำหนด 3 ระดับ: ระดับสูง ($\bar{x} = 3.67-5.00$) ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.34-3.66$) และระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.00-2.33$) ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha = 0.91

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (40 ข้อ Likert 5 ระดับ) แบ่ง 6 องค์ประกอบตามกรอบกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽⁸⁾ ที่ขยายจาก Sorensen และคณะ⁽¹²⁾ คะแนนเต็ม 200 คะแนน เกณฑ์การแปลผล ตามแนวทางของ Anderson & Krathwohl⁽¹⁹⁾ กำหนด 3 ระดับ: ระดับสูง ($\geq$ ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ ($<$ ร้อยละ 60) ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha = 0.93

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (20 ข้อ Likert 5 ระดับ) แบ่ง 3 ด้าน เกณฑ์การแปลผล ตามแนวทางของ Best⁽¹⁸⁾ กำหนด 3 ระดับเช่นเดียวกับส่วนที่ 2 ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's



Alpha = 0.94 ตรวจสอบ IOC (0.67-1.00) และ item-total correlation (0.61-0.78) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และ Cronbach's alpha ($\alpha = 0.91-0.94$, overall $\alpha = 0.95$)

การควบคุม Bias และขนาดตัวอย่าง

ลด social desirability bias โดยเก็บข้อมูลในสภาพแวดล้อมที่เป็นส่วนตัว ไม่มีผู้บังคับบัญชา และใช้แบบสอบถามนิรนาม กำหนดขนาดตัวอย่างด้วย G*Power 3.1.9.720 ($F^2 = 0.35$ อ้างอิงจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน^(13,17) $\alpha = 0.05$, power = 0.95, k = 5) ได้ n ขั้นต่ำ = 74 คน ปรับเพิ่มร้อยละ 25 ตาม Israel⁽²²⁾ ได้ n = 92 คน

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การขออนุมัติและเตรียมการ ยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และประสานงานกับ รพ.สต.บ้านดงพุง เพื่อขอรายชื่อประชากร อสม.

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย พัฒนาแบบสอบถาม 4 ชุด จากการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้านสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ และระเบียบวิธีวิจัย ได้ค่า IOC = 0.67-1.00 จากนั้นนำไปทดสอบ (Try-out) กับ อสม. ในตำบลใกล้เคียงที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม จำนวน 25 ข้อ $\alpha = 0.91$ ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 40 ข้อ $\alpha = 0.93$ ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรค จำนวน 20 ข้อ $\alpha = 0.94$ ภาพรวมทั้งฉบับ (ส่วนที่ 2-4) overall $\alpha = 0.95$ และตรวจสอบ item-total correlation (0.61-0.78) ก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง กำหนดหมายเลขประจำตัว อสม. ทั้งหมด 105 คน ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ได้กลุ่มตัวอย่าง 92 คน พร้อมสุ่มรายชื่อสำรอง 13 คน

ขั้นตอนที่ 4 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการคุ้มครองสิทธิ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2568 ในการประชุมประจำเดือน อสม. ผู้เข้าร่วมทุกรายได้รับการชี้แจงและลงนาม Written Informed Consent ด้วยความสมัครใจ เก็บข้อมูลในสภาพแวดล้อมที่เป็นส่วนตัว ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทันทีหลังการเก็บข้อมูล และเก็บรักษาข้อมูลในระบบที่ปลอดภัย

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การถดถอยพหุคูณ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน รายงานผลพร้อม 95% CI และ post-hoc power analysis ตามมาตรฐาน STROBE Statement



การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบ normality ด้วย Shapiro-Wilk test พบ negatively skewed distribution (ความรอบรู้ฯ: $W = 0.971$, $p\text{-value} = 0.034$; พฤติกรรมฯ: $W = 0.963$, $p\text{-value} = 0.011$) เนื่องจาก $n = 92 > 30$ การวิเคราะห์ regression และ Pearson's r มีความ robust ตาม Central Limit Theorem ตรวจสอบ multicollinearity ($VIF = 1.12\text{-}1.87$) และ Durbin-Watson ($= 1.94$) ตาม Hair และคณะ⁽²³⁾ ดำเนินการ sensitivity analysis โดยเพิ่ม covariates (ระยะเวลา อสม. จำนวนครั้งอบรม) พบผลไม่เปลี่ยนแปลง ($F(7, 84) = 0.301$, $p\text{-value} = 0.952$) รายงาน 95% CI และ post-hoc power สำหรับ Null Findings กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่รับรอง KLS.REC 119/2568 วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 92 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 อายุเฉลี่ย 45.3 ± 8.7 ปี ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 38.0 รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย $17,850 \pm 6,420$ บาทต่อเดือน มีประสบการณ์ อสม. เฉลี่ย 9.8 ± 4.6 ปี และเคยร่วมควบคุมการระบาด ร้อยละ 81.5 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ เศรษฐกิจสังคม และการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 92$)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ก. ลักษณะทางประชากรศาสตร์		
เพศชาย	23	25
เพศหญิง	69	75
อายุ (ปี): Mean $\pm$ S.D. = 45.3 ± 8.7 , Min-Max = 28-65		
≤ 30 ปี	5	5.4
31-40 ปี	18	19.6
41-50 ปี	38	41.3
51-60 ปี	24	26.1
> 60 ปี	7	7.6



ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
สมรส	71	77.2
โสด	12	13
หม้าย/หย่า/แยก	9	9.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	25	27.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	28	30.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	31	33.7
อนุปริญญา/ปวส.	5	5.4
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3	3.3
ข. ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม		
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	35	38
รับจ้าง	28	30.4
ค้าขาย	15	16.3
แม่บ้าน	12	13
อื่นๆ	2	2.3
รายได้ครัวเรือน (บาท/เดือน): Mean $\pm$ S.D. = 17,850 $\pm$ 6,420		
< 10,000	18	19.6
10,000-19,999	42	45.6
20,000-29,999	24	26.1
$\geq$ 30,000	8	8.7
ค. ข้อมูลการปฏิบัติงาน		
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี): Mean $\pm$ S.D. = 9.8 $\pm$ 4.6		
< 5 ปี	15	16.3
5-9 ปี	28	30.4
10-14 ปี	32	34.8
$\geq$ 15 ปี	17	18.5



ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การพัฒนาศักยภาพและประสบการณ์		
ได้รับการอบรมปีละ 2 ครั้ง	42	45.7
เคยร่วมควบคุมการระบาด	75	81.5
เคยดูแลผู้ป่วยในชุมชน	68	73.9

ระดับตัวแปรหลัก ตัวแปรทั้งสามอยู่ในระดับสูงอย่างสอดคล้องกัน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.48, 89.13 และ 95.65 มีการรับรู้ต่อปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกันโรคอยู่ในระดับสูงตามลำดับ ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งบ่งชี้ถึง distributional compression รุนแรง สอดคล้องกับ ceiling effect ตามเกณฑ์ Terwee และคณะ⁽²⁴⁾ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกันโรคที่ใช้เลือดออก (n = 92)

ตัวแปร	สูง n (%)	ปานกลาง n (%)	Mean (S.D.)	ร้อยละ คะแนน	ระดับ
ก. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (เกณฑ์: สูง $\bar{x}$ = 3.67-5.00, ปานกลาง = 2.34-3.66, ต่ำ = 1.00-2.33)					
1. ความเชื่อและทัศนคติด้านสุขภาพ	87 (94.57)	5 (5.43)	4.41 (0.61)	-	สูง
2. การเข้าถึงบริการสุขภาพ	82 (89.13)	10 (10.87)	4.14 (0.63)	-	สูง
3. การสนับสนุนทางสังคม	84 (91.30)	8 (8.70)	4.31 (0.62)	-	สูง
4. การมีส่วนร่วมในชุมชน	90 (97.83)	2 (2.17)	4.49 (0.60)	-	สูง
5. วิถีชีวิตและประเพณีท้องถิ่น	85 (92.39)	7 (7.61)	4.38 (0.61)	-	สูง
รวมปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม	86 (93.48)	6 (6.52)	4.35 (0.55)	-	สูง
ข. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เกณฑ์: สูง $\geq$ ร้อยละ 80, ปานกลาง ร้อยละ 60-79, ต่ำ < ร้อยละ 60)^a					
1. การเข้าถึงข้อมูล (10 ข้อ)	85 (92.39)	7 (7.61)	44.2 (2.9)	88.4	สูง
2. การเข้าใจข้อมูล (10 ข้อ)	78 (84.78)	14 (15.22)	43.1 (3.0)	86.2	สูง
3. การไต่ถามเพื่อประเมินข้อมูล (5 ข้อ)	80 (86.96)	12 (13.04)	21.5 (1.5)	86	สูง
4. การตัดสินใจ (5 ข้อ)	84 (91.30)	8 (8.70)	21.9 (1.4)	87.6	สูง
5. การนำความรู้ไปใช้ (5 ข้อ)	86 (93.48)	6 (6.52)	22.4 (1.3)	89.6	สูง
6. การสนับสนุนชุมชน (5 ข้อ)	84 (91.30)	8 (8.70)	21.95 (1.4)	87.8	สูง
รวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	82 (89.13)	10 (10.87)	175.9 (10.0)	87.95	สูง



ตัวแปร	สูง n (%)	ปานกลาง n (%)	Mean (S.D.)	ร้อยละ คะแนน	ระดับ
ค. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (เกณฑ์: สูง $\bar{x}$ = 3.67-5.00, ปานกลาง = 2.34-3.66, ต่ำ = 1.00-2.33)^b					
1. การสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	87 (94.57)	5 (5.43)	4.45 (0.52)	-	สูง
2. การให้ความรู้แก่ประชาชน	91 (98.91)	1 (1.09)	4.51 (0.53)	-	สูง
3. การประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุข	85 (92.39)	7 (7.61)	4.39 (0.59)	-	สูง
รวมพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	88 (95.65)	4 (4.35)	4.45 (0.50)	89	สูง

a Mean ในส่วน ข รายงานเป็น raw score ตามจำนวนข้อของแต่ละด้าน (10/10/5/5/5 ข้อ) ส่วน ก และ ค รายงานในหน่วย Likert (1-5)

b Skewness/Kurtosis ของตัวแปรหลัก: ปัจจัยทางสังคมฯ (-1.24/2.18), ความรอบรู้ฯ (-1.31/2.47), พฤติกรรมฯ (-1.43/2.89)

ผลการวิเคราะห์เชิงอนุมาน

ผลการวิเคราะห์หลัก: ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมทั้ง 5 ด้านไม่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพ ($F(5, 86) = 0.288, R^2 = 0.017, \text{Adjusted } R^2 = -0.040, p\text{-value} = 0.919$) ซึ่งค่า Adjusted R^2 ที่เป็นลบบ่งชี้ว่าแบบจำลองมีประสิทธิภาพต่ำกว่าการใช้เฉพาะค่าเฉลี่ย ยืนยัน Null Findings ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ($r = 0.011, p\text{-value} = 0.917$) Sensitivity Analysis 18 คู่ พบว่า ไม่มีคู่ใดมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} > 0.05$ ทุกคู่) ดังแสดงในตารางที่ 3ก-3ค

ตารางที่ 3ก Multiple Linear Regression: ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมต่อความรู้ด้านสุขภาพ (n = 92)

ตัวแปรทำนาย	B	95% CI	SE	β	t	p-value
(ค่าคงที่)	3.999	3.293-4.705	0.35	-	11.31	< 0.001
1. ความเชื่อและทัศนคติด้านสุขภาพ	0.096	- 0.085-0.277	0.09	0.113	1.056	0.294
2. การเข้าถึงบริการสุขภาพ	0.003	- 0.152-0.158	0.08	0.004	0.038	0.97
3. การสนับสนุนทางสังคม	-0.06	- 0.218-0.092	0.08	- 0.09	- 0.812	0.419
4. การมีส่วนร่วมในชุมชน	0.057	- 0.116-0.230	0.09	0.072	0.655	0.514
5. วิถีชีวิตและประเพณีท้องถิ่น	0.006	- 0.145-0.157	0.08	0.008	0.082	0.935

Model Summary: $R = 0.129, R^2 = 0.017, \text{Adjusted } R^2 = -0.040, F(5, 86) = 0.288, p = .919$ | $VIF = 1.12\text{-}1.87$ |

Durbin-Watson = 1.94 (23) | Post-hoc power (G*Power 3.1.9.7, $f^2 = 0.017, n = 92, k = 5, \alpha = .05$) = 13.2%

Sensitivity analysis (เพิ่ม covariates: ระยะเวลา อสม. และจำนวนครั้งอบรม): $F(7, 84) = 0.301, R^2 = 0.025,$

$p\text{-value} = 0.952$ — Null Findings ไม่เปลี่ยนแปลง



ตารางที่ 3ข Pearson's r: ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 92)

องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ	r	95% CI ของ r	p-value
1. การเข้าถึงข้อมูล	- 0.063	- 0.261–0.139	0.552
2. การเข้าใจข้อมูล	- 0.011	- 0.215–0.193	0.917
3. การไต่ถามเพื่อประเมินข้อมูล	0.011	- 0.193–0.215	0.919
4. การตัดสินใจ	0.005	- 0.200–0.209	0.965
5. การนำความรู้ไปใช้	0.016	- 0.189–0.220	0.883
6. การสนับสนุนชุมชน	0.019	- 0.186–0.223	0.861
รวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.011	- 0.193–0.215	0.917

Post-hoc power (G*Power 3.1.9.7, r = 0.011, n = 92, α = .05) = 5.1%ตารางที่ 3ค Sensitivity Analysis: r (p) ความรอบรู้ฯ รายด้าน $\times$ พฤติกรรมฯ รายด้าน (n = 92)

องค์ประกอบ ความรอบรู้ฯ	สำรวจ/กำจัด แหล่งเพาะพันธุ์ฯ	ให้ความรู้แก่ประชาชน	ประสานงาน หน่วยงานสาธารณสุข
1. การเข้าถึงข้อมูล	- 0.048 (0.649)	- 0.071 (0.502)	- 0.044 (0.677)
2. การเข้าใจข้อมูล	- 0.019 (0.858)	0.002 (0.982)	- 0.013 (0.903)
3. การไต่ถามฯ	0.027 (0.797)	0.014 (0.894)	- 0.003 (0.977)
4. การตัดสินใจ	0.011 (0.917)	0.003 (0.978)	0.001 (0.991)
5. การนำความรู้ไปใช้	0.021 (0.843)	0.008 (0.939)	0.018 (0.866)
6. การสนับสนุนชุมชน	0.025 (0.814)	0.017 (0.875)	0.013 (0.906)

หมายเหตุ: ไม่มีคู่ใดมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05 ทั้ง 18 คู่การวิเคราะห์

อภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลสำคัญ การวิจัยครั้งนี้พบผลการวิจัยที่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ (Null Findings) ที่สอดคล้องกัน 3 ประการ ซึ่งขัดแย้งกับสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 ที่ตั้งไว้: อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับสูงอย่างสม่ำเสมอ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ ($F(5, 86) = 0.288, R^2 = 0.017, p\text{-value} = 0.919$) และความรอบรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ($r = 0.011, p\text{-value} = 0.917$) ความสอดคล้องของผลใน Sensitivity Analysis ทั้ง 18 คู่ยืนยันความแข็งแกร่งของ Null Findings การตีความ Null Findings 3 กลไก



กลไกที่ 1: ปรากฏการณ์เพดานคะแนน (Ceiling Effect) และการจำกัดพิสัยของข้อมูล (Range Restriction) ปรากฏการณ์ ceiling effect เกิดขึ้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนกระจุกตัวใกล้ค่าสูงสุด ทำให้ variance ลดลงจนไม่เพียงพอในการตรวจจับความสัมพันธ์ทางสถิติ ตามเกณฑ์ Terwee และคณะ⁽²⁴⁾ ที่กำหนดว่า ceiling effect มีนัยสำคัญเมื่อร้อยละ 15 ขึ้นไปมีคะแนนสูงสุดสอดคล้องกับ Cheng และคณะ⁽²⁶⁾ ที่ชี้ว่าการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางมักให้การกระจายแบบ negatively skewed

กลไกที่ 2: สมมติฐานพันธะบทบาทหน้าที่ (Role Obligation Hypothesis) ใน อสม. ที่มีบทบาทหน้าที่ชัดเจนและโครงสร้างการปฏิบัติงานเป็นระบบ พฤติกรรมถูกขับเคลื่อนโดยบรรทัดฐานทางอาชีพ (professional norms) และพันธะหน้าที่มากกว่าความรู้หรือทัศนคติส่วนบุคคล⁽²⁷⁾ สอดคล้องกับ Wongrith และคณะ⁽²⁸⁾ ที่พบว่า อสม. ปฏิบัติหน้าที่สม่ำเสมอในวิกฤต COVID-19 โดยอาศัยโครงสร้างการปฏิบัติงานเป็นหลัก

กลไกที่ 3: ความเป็นเนื้อเดียวกันของบริบทกลุ่มตัวอย่าง (Sample Context Homogeneity) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในชุมชนเดียว มีบริบททางเศรษฐกิจและสังคมคล้ายคลึงกัน ทำให้ between-individual variance ต่ำมาก สอดคล้องกับหลักการของ Marmot และ Allen⁽¹⁵⁾ ที่เสนอว่าปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพจะแสดงอิทธิพลชัดเจนที่สุดเมื่อมีความไม่เท่าเทียมระหว่างกลุ่มในระดับสูง

เปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง: ผลการวิจัยขัดแย้งกับ Saisanan Na Ayudhaya และคณะ⁽²⁹⁾ (Adjusted OR = 2.37, 95% CI = 1.54-3.65) ซึ่งศึกษาทั้ง อสม. และประชาชนทั่วไป (n = 568) ที่มี variance ของความรอบรู้สูงกว่ามาก ผลการวิจัยนี้เสนอว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้และพฤติกรรมอาจเป็น threshold effect ที่เมื่อความรอบรู้เกินระดับหนึ่งแล้ว ปัจจัยอื่นมีบทบาทสำคัญกว่า

ข้อจำกัดการวิจัย

(1) Cross-sectional design ไม่สรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ (2) Observed power ร้อยละ 13.2 บ่งชี้ว่า Null Findings บางส่วนอาจเกิดจาก insufficient power ร่วมด้วย (3) ขอบเขตเฉพาะตำบลลดพวง การนำผลไปอ้างอิงพื้นที่อื่นควรระมัดระวัง (4) Self-report อาจเกิด social desirability bias

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การวิจัยในอนาคตควรออกแบบเป็นการศึกษาหลายพื้นที่ (Multi-site Study) ที่ครอบคลุมตำบลหรือจังหวัดที่มีระดับการพัฒนาสุขภาพ อสม. แตกต่างกัน เพื่อให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ โดยควรกำหนดขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 139 คน ($F^2 = 0.15$, power = 0.95) และเพิ่มตัวแปรด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนจากองค์กร และบทบาทผู้นำชุมชน



กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนภายนอก แหล่งทุนไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการออกแบบการวิจัย การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผล หรือการตัดสินใจตีพิมพ์ ผู้วิจัยขอขอบคุณ อสม. ทุกท่านในตำบลคงพูนงและเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านคงพูนงที่อำนวยความสะดวก

เอกสารอ้างอิง

1. Bhatt S, Gething PW, Brady OJ, Messina JP, Farlow AW, Moyes CL, et al. The global distribution and burden of dengue. *Nature* 2013; 496(7446): 504-7. doi:10.1038/nature12060.
2. Bhatia S, Bansal D, Patil S, Pandya S. A retrospective study of climate change affecting dengue. *Front Public Health* 2022; 10: 884645. doi:10.3389/fpubh.2022.884645.
3. Wang Y, Zhao S, Wei Y, Li K, Jiang X, Li C. Impact of climate change on dengue fever epidemics in South and Southeast Asian settings: A modelling study. *Infect Dis Model* 2023; 8(3): 645-55. doi:10.1016/j.idm.2023.05.008.
4. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ประเทศไทย ปี 2565. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
5. Lim A, Ammatawiyanon L, Khurram H. Spatial occurrence-intensity modeling of dengue incidence in southernmost provinces of Thailand. *PLoS Negl Trop Dis* 2025; 19(7): e0013347. doi:10.1371/journal.pntd.0013347.
6. วิภาพร สิทธิศาสตร์, และคณะ. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารควบคุมโรค* 2565; 48(2): 217-29.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกและการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค จังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์; 2565.
8. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
9. Suwanbamrung C, Le CN. Developing risk assessment criteria and predicting high- and low-dengue risk villages: Community participatory action research, Thailand. *J Prim Care Community Health* 2021; 12: 21501327211013298. doi:10.1177/21501327211013298.
10. Khanthavudh C, Grealish A, Tzouvara V, Leamy M. Healthcare in rural communities in Thailand: Role and mental health practices of village health volunteers. *PLoS One* 2025; 20(1): e0320559. doi:10.1371/journal.pone.0320559.



11. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000; 15(3): 259-67. doi:10.1093/heapro/15.3.259.
12. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12: 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
13. สมจิตร ศรีสุข, และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับประสิทธิภาพการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข* 2564; 35(3): 78-92.
14. สุนิสา ขายเกลี้ยง, และคณะ. การประเมินความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ชนบท: กรณีศึกษาจังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2565; 31(4): 825-38.
15. Marmot M, Allen JJ. Social determinants of health equity. *Am J Public Health* 2014; 104(S4): S517-9. doi:10.2105/AJPH.2014.302198.
16. Thongkham J, Kanrew K, Wongkumthi C. Health beliefs and housing environmental factors affecting dengue prevention in rural northern Thailand. *J Public Health (Berl)* 2025; doi:10.1007/s44155-025-00260-y.
17. นภาพร สังขรัตน์, วิไลวรรณ ทองเจริญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข* 2565; 36(2): 112-26.
18. Best JW. *Research in education*. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
19. Anderson LW, Krathwohl DR, editors. *A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives*. New York: Longman; 2001.
20. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods* 2009; 41(4): 1149-60. doi:10.3758/BRM.41.4.1149.
21. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum; 1988.
22. Israel GD. *Determining sample size*. Gainesville (FL): University of Florida Cooperative Extension Service; 2003.



23. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 7th ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson Prentice Hall; 2010.
24. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* 2007; 60(1): 34-42. doi:10.1016/j.jclinepi.2006.03.012.
25. Cohen J, Cohen P, West SG, Aiken LS. Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences. 3rd ed. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum; 2003.
26. Cheng C, Elmer S, Batterham RW. Measuring health literacy to inform actions to address health inequities. *J Public Health (Oxf)* 2024; 46(4): e663-74. doi:10.1093/pubmed/fdad019.
27. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy: The solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
28. Wongrith P, Phongwiset S, Chariyalertsak S. Self-protective behaviors of village health volunteers in Thailand during COVID-19. *BMC Prim Care* 2024; 25(1): 46. doi:10.1186/s44245-024-00312-0.
29. Saisanan Na Ayudhaya W, Thanapop C, Wongrith P. Health literacy and preventive behaviors among village health volunteers and residents in upper southern Thailand. *Soc Sci* 2023; 12(7): 377. doi:10.3390/socsci12070377.