

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่

อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

**EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM OF THE VILLAGE HEALTH
VOLUNTEERS TO IMPLEMENTATION OF COMMUNITY HEALTH
EDUCATION IN PAPA I MUNICIPALITY, SANSAI DISTRICT,
CHIANGMAI PROVINCE**

ชณิดา เตชะปั้น

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

พ.ศ. 2561

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ผู้วิจัย ชนิดา เตชะปັນ

สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร.สิวลี รัตนปัญญา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สามารถ ใจดี

คณะกรรมการสอบ


.....ประธานกรรมการ
(อาจารย์ ดร.วันทนี ชวพงศ์)


.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.สิวลี รัตนปัญญา)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สามารถ ใจดี)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลณัฐ พลวัน)

วันที่ 6 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2561

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

หมู่บ้านก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตาม 2 สัปดาห์ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง

ทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้ เรื่องสุขศึกษาชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.001$) โดยทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับสูง และระยะติดตาม 2 สัปดาห์ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ระดับทัศนคติ อยู่ในระดับสูงมาก

พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.001$) โดยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชนก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชน ระยะติดตาม 2 สัปดาห์ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด

คุณภาพของกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคุณภาพของกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษาหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.001$) โดยคุณภาพของกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษาก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพของกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษา หลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตาม 2 สัปดาห์หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับดีมาก

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน, ทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงาน พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชน, คุณภาพของกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษา

The Title : Effect of Empowerment Program of the Village Health Volunteers to
Implementation of Community Health Education in Papai
Municipality, Sansai District, Chiang Mai Province

The Author : Chanida Tachapun

Program : Public Health

Thesis Advisors

: Lect. Dr. Siwalee Rattanapunya Chairman

: Asst. Prof. Dr. Samart Jaitai Member

ABSTRACT

The purpose of this research was to compare the effectiveness of the pre – and – post empowerment program on implementation of community health educational operation of the village health volunteers in Papai Municipality, Sansai District, Chiang Mai. The target group was

71 village health volunteers (VHVs) selected by using probability and simple random sampling, which regard every unit or every member of the population being likely to be selected equally by drawing. The empowerment program was developed, based on the Gibson concept (1991). The data were collected by using a questionnaire consisting of general information, community health knowledge, attitude toward performance, participative behaviour, and work activities for potential development of VHVs. The data were analyzed for, frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and One – way repeated measures ANOVA. The results showed that the subjects significantly improved their community health knowledge after participating in the empowerment program ($p - \text{value} < 0.001$). Their community health knowledge before and after the participation, and during the two – week follow up period was at a high level.

For their attitude toward performance, the subjects significantly improved their attitude toward performance after participating in the empowerment program ($p - \text{value} < 0.001$). Their attitude toward performance before and after participating in the program was at a high level, and during the two – week follow up period was at a very high level.

Regarding their participative behavior, it was found that their behavior after participating in the program was more statistically significant than before their participation ($p - \text{value} < 0.001$).

Their participative behavior before and after participating in the program was at a high level, and during the two-week follow up period was at the highest level.

Concerning their performance quality for potential development, it was revealed that the quality after participating in the program was more statistically significant than that before their participation ($p - \text{value} < 0.001$). Their performance quality for potential development before participating in the program was at a moderate level, but after the participation and during the two – week follow up period, it was at a very good level.

Keywords : Empowerment, Knowledge on community health education, Attitudes toward work performance, Behavior participation in community health education, Quality of health education activities

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.สิวลี รัตนปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ได้ช่วยวางแผนการศึกษาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ตลอดจนให้คำปรึกษา และแนะนำตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่องต่าง ๆ และความถูกต้องของเนื้อหาโดยตลอด ทำให้การจัดทำวิทยานิพนธ์มีความ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สามารถ ใจดี อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าต่อการศึกษา พร้อมทั้งตรวจสอบแก้ไขข้อผิดพลาด ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอันส่งผลให้การค้นคว้าแบบอิสระฉบับนี้ดีสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ คุณณัฐพงศ์ พุกา ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลเวียง ที่เปิดโอกาสและจัดแบ่งเวลาให้ผู้ศึกษาได้ไปเรียนตลอดจนให้ คำปรึกษาจนสามารถสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรได้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณประจวบ หน่อศักดิ์ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและ สิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลป่าไผ่ ที่กรุณาให้ข้อมูล ชี้แนะแนวทางในการเก็บข้อมูลและให้คำแนะนำ ที่มีประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณบิดา มารดา สามี และญาติพี่น้องที่คอยเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุน ในการศึกษารั้งนี้จนประสบความสำเร็จ รวมทั้งคณาจารย์และผู้แต่งตำราทุกท่านที่ผลิตตำรา ผลงานทางวิชาการให้ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าประกอบการศึกษาในครั้งนี้มา ณ โอกาสนี้

ชนิดา เตชะปັນ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	๗
ABSTRACT.....	๗
กิตติกรรมประกาศ.....	๘
สารบัญ.....	๗
สารบัญตาราง.....	๘
สารบัญภาพ.....	๘
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
สมมุติฐานการวิจัย.....	6
2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับสาธารณสุขมูลฐาน.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับ อสม.....	21
การเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	23
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ.....	32
แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	34
เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม.....	39
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการฝึกอบรม.....	43
แนวคิดกระบวนการสุศึกษาในชุมชน.....	46
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)	
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	53
3 วิธีดำเนินการวิจัย	54
รูปแบบการวิจัย.....	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	68
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	70
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	71
ตอนที่ 2 ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนของ อสม.ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.....	74
ตอนที่ 3 ทักษะคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน ของ อสม.ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.....	79
ตอนที่ 4 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาของ อสม.ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.....	85
ตอนที่ 5 กิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษาของ อสม.ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.....	89
ตอนที่ 6 การเปรียบเทียบระดับความรู้ ทักษะคติ พฤติกรรมการมีส่วนร่วม ในการปฏิบัติงาน และกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพ ของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน.....	95
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	97
สรุปผลการวิจัย.....	98
อภิปรายผล.....	99
ข้อเสนอแนะ.....	101

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บรรณานุกรม.....	104
ประวัติผู้วิจัย.....	111
ภาคผนวก.....	112
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย.....	113
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	114
ภาคผนวก ค ใบยินยอมของอาสาสมัคร.....	136



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 จำนวน อสม. ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.....	55
3.2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างของ อสม. ในพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.....	58
4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 71).....	71
4.2 ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนของ อสม. ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (n = 71).....	74
4.3 ทักษะคิดที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน ของ อสม. ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (n = 71).....	79
4.4 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาของ อสม. ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (n = 71).....	85
4.5 กิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษาของอสม. ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (n = 71).....	89
4.6 การเปรียบเทียบระดับความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรม การมีส่วนร่วม ในการปฏิบัติงานและกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษาของ อสม. ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (n = 71).....	95

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
2.1 กระบวนการสร้างพลังอำนาจ	30
2.2 กรอบแนวคิดการวิจัย	53
3.1 ขั้นตอนการดำเนินการโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ด้านสุขศึกษาชุมชน	67



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายในการควบคุมป้องกันโรค เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ ทั้งในครอบครัว ชุมชนและลดการเสียชีวิต โดยอาศัยกลวิธีของการสาธารณสุขมูลฐานหรือระบบสุขภาพภาคประชาชนมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 – พ.ศ. 2524) จนถึงปัจจุบัน โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้ประชาชนในหมู่บ้านมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข โดยประชาชนในชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนตนเองเป็นอย่างดี ประชาชนจึงเป็นผู้กำหนดปัญหา และสามารถวิเคราะห์ปัญหาตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง บุคคลที่เป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและยกระดับสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน พัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) รวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ และดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ รวมถึงเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการการปฐมพยาบาลเบื้องต้น (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554)

ปัจจุบันพบว่า การดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพมากนัก เนื่องจากประชาชนขาดการมีส่วนร่วม ชุมชนไม่มีความพร้อม อีกทั้งยังพบปัญหาเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการทำงานของ อสม. โดยการปฏิบัติงานของ อสม. จะมีประสิทธิภาพสูงอยู่ในช่วงเวลาสั้น ๆ และประสิทธิภาพของการทำงานของ อสม. จะลดลงมาอยู่ในระดับหนึ่ง หลังจากนั้นก็จะลดลงเรื่อย ๆ ทำให้ระบบการจัดการสาธารณสุขที่จำเป็น โดยชุมชนไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชาติรี จันทรตา, 2552) ประกอบกับปัญหาสำคัญอยู่ที่ความร่วมมือของชุมชนมีน้อยไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน ประชาชนมักไม่ให้ความร่วมมือและไม่ให้ความเชื่อถือ อสม.

(วุฒิสกัคค์์ บุญเฉลิม, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับประชาชนยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติตนด้านสาธารณสุขเท่าที่ควร จึงทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างผิดวิธีและยังขาดความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง ทั้งนี้ ประชาชนยังขาดความเชื่อถือและยอมรับในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของ อสม. (เรวดี ศรีฤทธิ์ อมรรัตน์ โพนสารี และกาญจนา วงษ์สวัสดิ์, 2555) นอกจากนี้ อสม. ยังขาดกระบวนการเรียนรู้ และยังไม่เข้าใจในกระบวนการดำเนินงานต่าง ๆ ที่ตนเองต้องปฏิบัติ โดยเฉพาะหน่วยงานที่มีความใกล้ชิดกับ อสม. หรือหน่วยงานที่ทำงานร่วมกับ อสม. โดยตรงนั้น ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะหรือการฝึกอบรม เพื่อสร้างองค์ความรู้ให้แก่ อสม. ได้ปฏิบัติงานจริงในชุมชน โดยเน้นการฝึกอบรมให้กับ อสม. แต่ไม่มีการติดตามถึงประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของ อสม. (พีระพล ศิริไพบูลย์, 2553)

ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวน 14 หมู่บ้าน มีครัวเรือนทั้งสิ้น 4,635 ครัวเรือน ประชากรจำนวน 11,317 คน (ท้องถิ่นเทศบาลตำบลป่าไผ่, 2559) มี อสม. จำนวนทั้งสิ้น 292 คน ปัจจุบันมีบางหมู่บ้านของเขตพื้นที่รับผิดชอบเทศบาลตำบลป่าไผ่ อสม. ได้ลาออกจากตำแหน่ง จำนวน 6 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าเหมือด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีบุญเรือง, 2559) และมีการคัดเลือก อสม. ใหม่เข้ามาปฏิบัติหน้าที่แทนทำให้ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงานเป็นสาเหตุทำให้ อสม. ไม่มีความรู้เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนในพื้นที่ยอมรับในทักษะความรู้ของ อสม. ประกอบกับ อสม. ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานและการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชนทำให้ อสม. บางส่วนประสบปัญหาการสื่อสารทำความเข้าใจกับประชาชนในพื้นที่ ส่งผลให้ไม่ได้รับความร่วมมือจากประชาชนเมื่อลงพื้นที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่ควร

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่า การที่ อสม. ขาดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานนั้น เกิดขึ้นเพราะยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเพียงพอที่จะอธิบายให้ประชาชนในพื้นที่เข้าใจจนเป็นที่ยอมรับแก่ประชาชน เนื่องจากไม่ได้รับการปลูกฝังความรู้เชิงวิชาการด้านสุขศึกษา ซึ่งในทางปฏิบัติต้องยอมรับว่า อสม. ได้รับการบอกกล่าวหรือแจ้งในที่ประชุม โดยที่ อสม. ไม่ได้รับการอบรมเชิงวิชาการอย่างแท้จริง จึงเป็นผลทำให้ขาดทักษะในการนำความรู้ด้านสุขศึกษาไปเผยแพร่สู่ชุมชน ประกอบกับการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น โดยใช้แบบสอบถามทดสอบความรู้ ความเข้าใจของตัวแทน อสม. ซึ่งปฏิบัติงานในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจของ อสม. อยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 48 โดยใช้วิธีสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ ซึ่งเห็นว่าจะเป็นอุปสรรคในการลงพื้นที่เพื่อให้ความรู้ด้านสุขศึกษาแก่ชุมชน

ด้วยสาเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งนี้

เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งในด้านความรู้ ทักษะ ทักษะการมีส่วนร่วม และพฤติกรรม การปฏิบัติงานสุขศึกษาของ อสม. ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อการดำเนินงาน ด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงาน ด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่

1.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนระหว่างก่อนและหลังการเข้ารับการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

1.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนระหว่างก่อนและหลังการเข้ารับการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

1.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษา ระหว่างก่อนและหลังการเข้ารับการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

1.4 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษา ระหว่างก่อนและหลัง การเข้ารับการสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาล ตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการฝึกอบรมหรือเสริมสร้างพลังอำนาจของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแบบเน้นการมีส่วนร่วม

2. เป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขศึกษาในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ มากขึ้น

3. ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล และโรงพยาบาล สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนนโยบายในการดำเนินงาน ด้านสาธารณสุขมูลฐานต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย สามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ได้แก่

ขอบเขตด้านพื้นที่

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ผู้วิจัยศึกษาเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ซึ่งใช้วิธีการฝึกอบรมตามทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) โดยเน้นไปที่กระบวนการที่ส่งเสริมให้การมีส่วนร่วมของ อสม. ทุกขั้นตอน ได้แก่ การระบุปัญหา วิเคราะห์ปัญหา ค้นหาสาเหตุ มองภาพอนาคต และการดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน ทักษะคิดที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาและกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษาของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ขอบเขตด้านประชากร

ผู้วิจัยศึกษาเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้ประชากรที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งหมด 292 คน

ขอบเขตด้านเวลา

ผู้วิจัยศึกษาเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นการวิจัยที่ต้องการศึกษาการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน โดยจะศึกษาในช่วงระยะเวลาก่อนที่จะมีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. และหลังจากมีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ใช้ระยะเวลาในการวิจัยเป็นเวลา 1 ปี 9 เดือน นับตั้งแต่วันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2560

นิยามศัพท์เฉพาะ

การเสริมสร้างศักยภาพหรือการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการวิธีที่ทำให้ อสม. ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ได้ดึงเอาความรู้ ความสามารถ ของตนเองออกมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ตามทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของกิบสัน (Gibson, 1991) ประกอบไปด้วย กระบวนการที่ส่งเสริมให้การมีส่วนร่วมของ อสม. ทุกขั้นตอน ได้แก่ การระบุปัญหา วิเคราะห์ ปัญหา ค้นหาสาเหตุ มองภาพอนาคต และการดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์โดยเน้นไปที่การ เสริมสร้าง พลังอำนาจที่ใช้ในการบริหารจัดการงานด้านสุขภาพเป็นหลัก

สุขภาพชุมชน หมายถึง กระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของ อสม. ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ที่พึงประสงค์ รวมทั้งกระบวนการในการควบคุมปัจจัยสิ่งแวดล้อมและระบบบริการสุขภาพเพื่อเอื้อและเสริมการมี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ประกอบด้วย การให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับ กับโรค หรือปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ด้วยวิธีการสอน การแจกสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ จัดนิทรรศการ การจัดธรรมรงค์ เป็นต้น

ความรู้เรื่องสุขภาพชุมชน หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ ตั้งแต่ความหมาย ความสำคัญ บทบาทและความรับผิดชอบที่มีต่อการสร้างเสริม สุขภาพของชุมชน

ทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพชุมชน หมายถึง ความคิดเห็น ความเข้าใจที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ซึ่งส่งผลให้แสดงพฤติกรรมต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่อง สุขภาพชุมชน

พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกถึงการมี ส่วนร่วมของ อสม. ในด้านการวางแผน การกำหนดวิธีการปฏิบัติงานและกำหนดกิจกรรมทุกกิจกรรม ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ

กิจกรรมการปฏิบัติงานสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ได้กำหนดขึ้นเพื่อให้ความรู้เรื่อง สุขภาพชุมชนภายในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ตามข้อกำหนด ของกระทรวงสาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจาก ชาวบ้านไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือน ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัด เชียงใหม่ ซึ่งได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทในการ เปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) โดยทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข

(ผสส.) การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและการป้องกันโรค การช่วยเหลือและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

สมมุติฐานการวิจัย

1. อสม. ที่เข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ มีความรู้ด้านสุขภาพชุมชน ในระดับดี หรือไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80
2. อสม. ที่เข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ มีความรู้ด้านสุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับผลก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการทำงานด้านสุขภาพชุมชน
3. อสม. ที่เข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ มีทัศนคติต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพชุมชนดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับผลก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการทำงานด้านสุขภาพชุมชน
4. อสม. ที่เข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับผลก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการทำงานด้านสุขภาพชุมชน
5. อสม. ที่เข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เข้าร่วมกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขภาพมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผลก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการทำงานด้านสุขภาพชุมชน

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎี และหลักการที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยมุ่งที่จะศึกษาถึงเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับสาธารณสุขมูลฐาน
2. แนวคิดเกี่ยวกับ อสม.
3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)
4. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ (Knowledge Attitude Practice : KAP)
5. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
6. เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A – I – C (Appreciation Influence Control)
7. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการฝึกอบรม
8. แนวคิดกระบวนการสุขภาพในชุมชน

แนวคิดเกี่ยวกับสาธารณสุขมูลฐาน

ความเป็นมาและความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน ถือได้ว่าเป็นวิธีการที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมการบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้ประชาชนทั่วไปได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการจนถึงระดับที่สามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้ รวมถึงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีการพัฒนาด้านสุขภาพไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาดังกล่าวในด้านอื่น ๆ และใช้วิธีการที่เหมาะสมให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ รัฐบาลจะเป็นผู้ดำเนินการให้การสนับสนุนในส่วนที่เกินศักยภาพความสามารถของชุมชน เพื่อนำไปสู่สุขภาพที่ดีของประชาชน ดังนั้น การสาธารณสุขมูลฐานจึงถือได้ว่าเป็นยุทธศาสตร์ที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาอย่าง

ต่อเนื่องในระดับหมู่บ้านและตำบล ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งในปัจจุบันภาครัฐจะใช้วิธีการสนับสนุนงบประมาณให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในด้านต่าง ๆ โดยผสมผสานการให้บริการ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ และรัฐเป็นผู้ให้สนับสนุนทางด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษ และการจัดการระบบส่งต่อ ในกรณีที่การให้บริการนั้นเกินศักยภาพของชุมชน โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก และอาศัยการพัฒนาด้านการสาธารณสุข การศึกษา การเกษตรและการพัฒนาชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง และพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งงานสาธารณสุขมูลฐาน มีแนวคิดเบื้องต้น 3 ประการ คือ ประการแรก การสาธารณสุขมูลฐานสร้างจากพื้นฐานทางวัฒนธรรมที่มีความเอื้อเพื่อเอื้อแก่และเกื้อกูลกัน ประการที่สอง เจ้าหน้าที่ของรัฐต้องเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการทำงาน เช่น การเปลี่ยนจากการเป็นผู้ส่งสาร และมีมุมมองจากบนลงล่างแต่เพียงอย่างเดียว ให้กลายมาเป็นผู้มีส่วนร่วมสนับสนุนและทำงานในเชิงประสานงานมากขึ้น ประการสุดท้าย คือ การที่ประชาชนต้องคิดริเริ่มและพัฒนาด้วยตนเองเพื่อตนเองและชุมชนให้มากขึ้น ซึ่งในปัจจุบัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้เน้นให้ อสม. เป็นผู้นำด้านสุขภาพในชุมชน ทำหน้าที่แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ให้กับประชาชน ทำคนให้เป็นอย่างที่ดีให้กับชุมชน เป็นบุคคลตัวอย่างด้านสาธารณสุข และเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งถือได้ว่ามีความจำเป็นยิ่งที่ อสม. จะต้องมีวิสัยทัศน์กว้างไกลและน่านวัตกรรมใหม่ ๆ มาปรับใช้กับชุมชนตามความเหมาะสม

การสาธารณสุขมูลฐาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2542) หมายถึง การดูแลสุขภาพที่จำเป็นซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึงสำหรับทุกคนและทุกครอบครัวในทุกชุมชน โดยการยอมรับและการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคนด้วยค่าใช้จ่ายไม่เกินกำลังของชุมชนและประเทศรับได้ นอกจากนี้การสาธารณสุขมูลฐานยังต้องก่อให้เกิดการผสมผสานระหว่างระบบบริการสาธารณสุขของประเทศกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นธรรม โดยมีระบบบริการสาธารณสุขเป็นแกนกลาง แนวคิดในเรื่องของการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยนั้น ก็ได้มาจากประสบการณ์ของประเทศเราเองตามที่ได้กล่าวมาแล้วคือ เรื่องเกี่ยวกับความเป็นมาของงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย แนวคิดที่จะกล่าวต่อไปนี้เป็นแนวคิดสากลซึ่งจะสนับสนุนแนวคิดของประเทศไทยเราว่าได้ดำเนินการมาถูกต้อง

แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานนั้น เกิดจากความพยายามของรัฐบาลทุกประเทศทั่วโลกที่พยายามให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ได้แก่ การดูแลรักษาโรคที่จำเป็น การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน หมายถึง

ทั้งส่วนบุคคลและสมาชิกของครอบครัว ตลอดจนชุมชน และการให้บริการที่จำเป็นดังกล่าวเป็นความจริงขึ้นมาได้นั้นก็มีอยู่หนทางเดียว คือ การให้ประชาชนทุกคนปฏิบัติด้วยตนเอง ทั้งนี้เพราะประชาชนรู้ว่าตนจะปฏิบัติตนอย่างไร ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้มีการปฏิบัติในแนวคิดดังกล่าวมาแล้วเช่นเดียวกัน มิใช่แต่เพียงประเทศไทยของเราเท่านั้น แนวคิดดังกล่าวเป็นแนวคิดที่แตกต่างไปจากการปฏิบัติในอดีต คือ การเน้นหนักระบบการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานจึงเป็นแนวคิดทางด้านการพัฒนาทางสังคม เพราะมุ่งเน้นไปในการพัฒนาทางด้านความรู้ความสามารถการรวมกลุ่มและการตั้งใจที่จะช่วยเหลือเพื่อนบ้านของตนเองและสมาชิกในครอบครัว

ถ้าหากประชาชนทุกคนได้ปฏิบัติในงานสาธารณสุขมูลฐานดังกล่าว ก็จะเป็นการเชื่อมโยงกับบริการสาธารณสุขของรัฐที่จัดให้มีขึ้นเป็นปกติอยู่แล้วซึ่งจะมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริการสาธารณสุขเป็นอย่างยิ่ง และถ้าหากประชาชนทุกคนหรือประชาชนส่วนใหญ่มีสุขภาพอนามัยที่ดีแล้ว ก็จะทำให้ภาวะทางสังคมหรือการพัฒนาทางสังคมของประเทศดีขึ้นไปด้วย คุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคนก็ต้องดีขึ้นอย่างแน่นอน

แนวคิดง่าย ๆ ของการสาธารณสุขมูลฐานก็คือ การที่เจ้าหน้าที่ของรัฐเปลี่ยนบทบาทใหม่จากเดิมเป็นผู้บริการประชาชน (ผู้ให้) เปลี่ยนเป็นผู้กระตุ้นให้คำแนะนำ และผู้สนับสนุนให้กับประชาชน แล้วให้ประชาชนเป็นผู้เริ่มบริการประชาชนด้วยตนเอง และประชาชนที่เป็นผู้บริการประชาชนด้วยตนเองนั้น ได้แก่ ส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งขึ้นในหมู่บ้านคือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และส่วนที่มีอยู่แล้ว คือ หมออาสาสมัครวางแผนครอบครัวชุมชน (อส.วคช.) ผดุงครรภ์โบราณ ครู นักเรียน พระ กรรมการหมู่บ้าน (กม.) กลุ่มแม่บ้าน ฯลฯ (กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

แนวความคิดการสาธารณสุขมูลฐาน มีดังนี้

แนวความคิดที่ 1

การสาธารณสุขพื้นฐาน เป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติม หรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชนเอง

แนวความคิดที่ 2

การสาธารณสุขพื้นฐานเป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนร่วมมือจัดทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่ จึงจะถือว่าเป็นงานสาธารณสุขพื้นฐาน

แนวความคิดที่ 3

การสาธารณสุขมูลฐาน จะเกิดขึ้นมาได้ ต้องให้ชุมชนรับรู้และทราบว่าปัญหาของชุมชนคืออะไร และร่วมกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้

แนวความคิดที่ 4

หน้าที่และบทบาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้องเข้าใจว่า

1. เราไม่ได้ทำแทนเขา
2. เขาไม่ได้ทำงานให้เรา
3. แต่เขาทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน

(การสาธารณสุขมูลฐาน = การสาธารณสุขของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน)

แนวความคิดที่ 5

“ความร่วมมือของชุมชน” คือ หัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจจะเป็นในรูปแบบของแรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือ ในการปฏิบัติตนด้วยความสมัครใจ เพราะมีการมองเห็นและรับรู้ปัญหา ไม่ใช่เป็นเพราะเขาหวังสิ่งตอบแทน

แนวความคิดที่ 6

สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้นงานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานพัฒนาด้านอื่น ๆ อาทิ การเกษตร สหกรณ์ การศึกษา และพัฒนาชุมชน เป็นต้น

แนวความคิดที่ 7

งานสาธารณสุขมูลฐาน ต้องใช้เทคนิคและวิธีการง่าย ๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจ และนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ได้

1. เทคนิคที่นำมาใช้ต้องมีความเหมาะสม
2. ประหยัดและราคาถูก
3. ยืดหยุ่นและปรับให้เหมาะสมกับสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมได้
4. มีผลต่อการแก้ปัญหา

แนวความคิดที่ 8

งานสาธารณสุขมูลฐาน จะต้องสอดคล้องและอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน

แนวความคิดที่ 9

งานสาธารณสุขมูลฐานควรมีความยืดหยุ่นในการที่จะนำมาใช้แก้ไขปัญหาตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อมและปัญหาที่ประสบอยู่ ไม่จำเป็นจะต้องเป็นเรื่องที่เหมือนกันทุกหมู่บ้าน

แนวความคิดที่ 10

บริการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เองในหมู่บ้าน คือ

1. การให้การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขและวิธีการป้องกันและควบคุมปัญหาเหล่านั้น

2. การส่งเสริมโภชนาการ

3. การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว

4. การจัดหาน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล

5. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

6. การควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่น

7. การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น

8. การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน

แนวความคิดที่ 11

งานสาธารณสุขมูลฐานต้องมีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐในด้านการให้การสนับสนุน การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาพยาบาล การให้การศึกษาต่อเนื่อง การให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข

หากเรามีกำลังคนที่ได้รับการฝึกอบรมในรูปของอาสาสมัครดังกล่าว อีกทั้งมีกระบวนการสำหรับชาวบ้านในการค้นหาปัญหาทางสาธารณสุข และรู้วิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว เราก็หวังได้ว่า เราจะบรรลุเป้าหมายที่จะให้ประชาชนมีความสามารถในการดำเนินการให้เกิดสุขภาพดีตามความต้องการของตัวเองได้ และเราก็เชื่อมั่นอีกด้วยว่า ถ้าเราดำเนินงานตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานแล้ว เราจะบรรลุถึงเป้าหมายสุขภาพดีอย่างแน่นอน

หลักการในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

หลักการสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน บรรลุความสำเร็จได้ มี 4 ประการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2542) ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน (People Participation หรือ Community Involvement)

หมายถึง การที่ชุมชนเป็นผู้กำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนั้นเอง เป็นผู้วิเคราะห์ปัญหา และกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาชุมชน รวมทั้งได้ร่วมประเมินผลการแก้ไขปัญหาเหล่านั้น ๆ เนื่องจาก

ชุมชนจะเป็นผู้รู้และตระหนักถึงปัญหาของชุมชนเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามชุมชนที่จะมีส่วนร่วมได้ดี จะต้องมีความรู้ในเรื่องดังกล่าว ตั้งแต่ระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และกำหนดแนวทางการแก้ปัญหา นอกจากนี้ ชุมชนยังต้องมีความสามารถในการแยกแยะว่าวิธีการแก้ปัญหาใดที่ชุมชนสามารถร่วมมือกันแก้ไขได้เอง และวิธีการใดที่อยู่นอกเหนือความสามารถของชุมชนที่จำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้ดำเนินการแก้ปัญหาให้ภายใต้ความร่วมมือของประชาชน

2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) หมายถึง การใช้เทคนิควิธีการดำเนินงานที่ง่าย ไม่ซับซ้อน ไม่ยุ่งยาก และมีความเหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น โดยประชาชนสามารถปฏิบัติได้ เทคนิควิธีการในที่นี้จะหมายถึง วิธีการดำเนินงาน ตั้งแต่วิธีการค้นหาปัญหา ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการวางแผนงานสาธารณสุขชุมชน รวมถึงวิธีการแก้ไขปัญหา และการประเมินผลการดำเนินงานโดยชุมชนเอง เช่น การใช้สมุนไพรในชุมชนในการรักษาโรค การจัดทำระบบประปาในหมู่บ้าน โดยใช้พลังน้ำไม่ใช้การสร้างอ่างเก็บน้ำขนาดใหญ่ เป็นต้น โดยวิธีการเหล่านี้ อาจเป็นความรู้ดั้งเดิมที่คนในชุมชนมีอยู่หรือเป็นความรู้ใหม่ที่ไม่ง่าย ซึ่งได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ

3. การปรับระบบบริการสาธารณสุขพื้นฐานของรัฐ เพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented Basic Health Service) การพัฒนาสุขภาพส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในครอบครัวและชุมชนระดับหมู่บ้าน ซึ่งเป็นงานสาธารณสุขมูลฐานที่สามารถดำเนินการโดยประชาชนในชุมชนนั่นเอง ส่วนระบบบริการของรัฐ ซึ่งอยู่ในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด จะเน้นการบริการสุขภาพที่นอกเหนือหรือเกินจากความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่รัฐจะต้องปรับระบบบริการสาธารณสุข รวมทั้งการบริหารจัดการที่รัฐมีอยู่ให้สามารถเชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพในกรณีที่ประชาชนต้องการบริการ ดูแลรักษาที่เกินกว่าบริการพื้นฐานของชุมชน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่สอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการ จึงจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน

4. การผสมผสานงานสาธารณสุขกับงานพัฒนาสังคมโดยรวม (Intersectoral Collaboration)
งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จได้ต้องผสมผสานการทำงานร่วมกับการพัฒนาสังคมด้านอื่น ๆ เนื่องจากการพัฒนาสุขภาพจะเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการพัฒนาอื่น ๆ ซึ่งไม่สามารถแยกขาดจากกันได้ เช่น การส่งเสริมให้ประชาชนมีการศึกษามากขึ้น การพัฒนาการเกษตรและอาชีพให้ประชาชนมีรายได้หรือเศรษฐกิจพอเพียง การส่งเสริมการปกครองในระบอบประชาธิปไตยที่ประชาชนมีบทบาทในการบริหารและพัฒนาชุมชนของตนมากขึ้น เป็นต้น

หน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐ รวมทั้งองค์กรเอกชน และภาคเอกชน จึงต้องร่วมมือและประสานงานกัน ให้การพัฒนาในด้านต่าง ๆ สอดคล้อง และส่งเสริมการพัฒนาสาธารณสุข เพื่อการมีสุขภาพดี ถ้วนหน้าของประชาชนด้วย

แนวคิดในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

แนวคิดในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานให้ประสบความสำเร็จ มีดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเรื่องสุขภาพ ที่มีความหมายกว้างมากขึ้นกว่าเดิมที่มองแค่การไม่เจ็บป่วย เป็นโรค แต่ปัจจุบันมอง “สุขภาพ” ว่าเป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ คือ การมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ไม่เจ็บป่วยและไม่พิการโดยไม่สมควร มีปัจจัยในการดำรงชีวิตที่เพียงพอ มีจิตใจเบิกบาน มีปัญญาดี ไม่เครียด ไม่ถูกบีบบังคับ ครอบครัวอบอุ่น สิ่งแวดล้อมดีชุมชนเข้มแข็ง สังคมเป็นปกติสุข มีความเสมอภาคและสมานฉันท์ที่ได้ทำความดี มีศาสนาธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546) ซึ่งการที่จะพัฒนาให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีกล่าวต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ทั้งหน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์และโดยเฉพาะภาคประชาชนที่ต้องมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง มิใช่มองว่าสุขภาพเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ แต่เพียงฝ่ายเดียว

2. แนวคิดเรื่องการสาธารณสุขแนวใหม่ ที่เน้นกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา (World Health Organization, 1986) เน้นที่การเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ และส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดี โดยบุคคลจะสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม และปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งกิจกรรมสำคัญ 5 ประการ ในการส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดี ได้แก่

2.1 การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ในการกำหนดนโยบาย ข้อบังคับ หรือแผนงานหรือ โครงการพัฒนาต่าง ๆ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำเป็นต้องให้ความสำคัญว่า นโยบายเหล่านั้นจะต้องไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ในทางตรงกันข้าม ต้องส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชน เช่น การอนุมัติการก่อสร้างโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งจะต้องให้ความสำคัญกับการศึกษาผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ การกำหนดนโยบายควบคุมอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพในศูนย์เด็กเล็ก การกำหนดนโยบายพัฒนากลุ่มอาชีพต่าง ๆ ในชุมชน โดยให้ความสำคัญกับอาชีพที่ไม่ทำลายสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ การกำหนดสัดส่วนของงบประมาณ เพื่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในท้องถิ่น เป็นต้น

2.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Healthy Environment) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์หาส่วนขาด และพยายามพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นที่ช่วย

สนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เช่น การจัดสร้างสวนสาธารณะและสนับสนุนให้เกิดกลุ่มออกกำลังกายแบบต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อเป็นการเอื้ออำนวยให้ประชาชนมีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้วัยรุ่นในชุมชนได้แสดงออกในเชิงสร้างสรรค์การส่งเสริมให้มีร้านอาหารและผลิตภัณฑ์ส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เป็นต้น

2.3 การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน (Strengthening Community Action) โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องให้การส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีการรวมตัวกันเกิดเป็นองค์กรชุมชนหรือเชื่อมโยงกลุ่มต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้วในชุมชนให้มารวมตัวกันเป็นเครือข่ายในการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ ซึ่งการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนดำเนินการและบริหารจัดการรวมถึงการประเมินผลการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนจะเป็นการเพิ่มพลังอำนาจให้ชุมชนได้เรียนรู้การแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยมีการระดมทรัพยากรในชุมชนทำให้สามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ และพัฒนากลายเป็นชุมชนที่เข้มแข็งในที่สุด

2.4 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Personal Skill Development) เป็นการพัฒนาทักษะให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และสามารถปรับสิ่งแวดล้อมของตนและครอบครัวที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ดังนั้น การพัฒนาพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน แกนนำชุมชน แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ประชาชนกลุ่มวัยต่าง ๆ ฯลฯ ให้มีความรู้และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และดูแลรักษาเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย จึงเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว และใช้ในการช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชนอีกด้วย

2.5 การปรับระบบบริการสุขภาพ (Reorient Health Service) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวมทั้งหน่วยงานสาธารณสุขต่าง ๆ ต้องปรับเปลี่ยนบริการของตนเอง จากเดิมที่มองว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่ที่ต้องเป็นผู้จัดการให้กับประชาชน โดยประชาชนเป็นผู้รับและเน้นการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลหรือการซ่อมสุขภาพเป็นหลัก แต่แนวคิดใหม่ต้องให้ความสำคัญกับการสร้างสุขภาพ คือ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคควบคู่กับการรักษาพยาบาล และการปรับบทบาทของเจ้าหน้าที่มาเป็นผู้สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการพัฒนาสมรรถนะด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน พร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน

3. แนวคิดเรื่องประชาคม ประชาคมเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่าย ทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรสาธารณสุข โยชนและประชาชน เข้ามาร่วมงานพัฒนาชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารกันหรือการรวมกลุ่มกัน มีความเอื้ออาทรกัน มาเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำบางสิ่งบางอย่าง ประชาคมจึงเป็นยุทธศาสตร์สุขภาพที่สำคัญ

อย่างหนึ่ง เพราะการรวมกลุ่มกันทำให้เกิดพลังงานทางสังคมอย่างมหาศาลที่ส่งผลต่อองค์กรรวมของสุขภาพ คือ ทั้งด้านจิตใจ การช่วยเหลือด้านวัตถุ การเกื้อหนุนทางสังคม และการสร้างปัญญาให้แก่คนในชุมชน (ประเวศ วะสี, 2541) อย่างไรก็ตาม การจะเป็นประชาคมต้องมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วน คือ 1) การรวมตัวกันด้วยความรัก เอื้ออาทร และยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เพื่อที่จะเรียนรู้หรือแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ร่วมกัน 2) มีการรวมกลุ่มกันซึ่งอาจเป็นการชั่วคราวเฉพาะเรื่องหรือต่อเนื่องก็ได้ 3) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือและมีการติดต่อสื่อสารกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการเชื่อมโยงสมาชิกเข้าด้วยกัน การนำกระบวนการประชาคมมาใช้ในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพชุมชนจะก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทำให้เกิดพลังขับเคลื่อนการดำเนินงานเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างฝ่ายต่าง ๆ เกิดการพัฒนาสุขภาพที่ตรงกับความต้องการของชุมชนและมีการบูรณาการเข้ากับการพัฒนาในด้านอื่น ๆ ก่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนานำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนและการพึ่งตนเองได้

บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในงานสาธารณสุขมูลฐาน

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกิจกรรมจำเป็นของการสาธารณสุขมูลฐานไว้ 8 กิจกรรม ซึ่งประเทศไทยได้เริ่มนำมาใช้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 – พ.ศ. 2524) ต่อมาได้เพิ่มเติมอีก 2 กิจกรรม เป็น 10 กิจกรรม ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 – พ.ศ. 2529) และในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 – พ.ศ. 2534) ได้เพิ่มอีก 4 กิจกรรม รวมเป็น 14 กิจกรรม ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญที่จะต้องช่วยเหลือสนับสนุนให้ชุมชนสามารถดำเนินกิจกรรมเหล่านี้ เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้แก่

1. การสุขศึกษา (Health Education) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการพัฒนาพลังอำนาจของ อสม. หรือชุมชน และแกนนำชุมชน (เช่น ผู้นำชุมชนหรือหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน ผู้นำเยาวชน กรรมการชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น) ให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น และสามารถเผยแพร่ความรู้เรื่องสุขภาพและให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือเมื่อเจ็บป่วยแล้วประชาชนสามารถดูแลรักษาโรคขั้นต้นได้อย่างถูกต้อง และไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อจำเป็นรวมถึงการให้สุขศึกษา เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนซึ่งการพัฒนาพลังอำนาจและการสนับสนุนให้ อสม. หรือชุมชน และแกนนำชุมชนสามารถดำเนินงานสุขศึกษา อาจอยู่ในรูปของการประชุม การฝึกอบรม การพาไปศึกษาดูงาน การสนับสนุนข้อมูลความรู้เรื่องสุขภาพและสื่อสุขศึกษาในเรื่องที่เป็นปัญหา

สาธารณสุขที่สำคัญในท้องถิ่น ฝึกอบรม การพาไปศึกษาดูงาน การสนับสนุนข้อมูลความรู้เรื่อง สุขภาพและสื่อศึกษาในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในท้องถิ่น

2. โภชนาการ (Nutrition) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการพัฒนา พลังอำนาจของ อสม. หรือชุมชน และแกนนำชุมชน (เช่น ผู้นำชุมชนหรือหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน ตัวอย่าง อาสาสมัครนมแม่) ให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินงานส่งเสริมโภชนาการในชุมชน รวมถึงสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดส่วนสูง เพื่อให้ อสม. หรือ ชุมชน และแกนนำชุมชนเหล่านั้น ทำหน้าที่เฝ้าระวังทางโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ในกลุ่มเสี่ยง ต่าง ๆ เช่น เด็กแรกเกิดถึง 5 ปีหญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ รวมถึงให้ความรู้กระตุ้นเตือน ให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาโภชนาการที่เกิดขึ้น เช่น เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย โรคขาด สารอาหารในเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี โรคอ้วน เป็นต้น นอกจากนี้ ยังต้องส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ ของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโภชนาการของชุมชน เช่น การจัดทำหรือจัดหาอาหาร เสริมให้แก่กลุ่มที่ขาดสารอาหารหรือจัดกิจกรรมส่งเสริมการบริโภคอาหารสุขภาพการควบคุม น้ำหนัก และการออกกำลังกายให้กับประชาชนกลุ่มที่มีโภชนาการเกินหรือมีโรคอ้วน เป็นต้น

3. การจัดหาน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล (Water Supply and Sanitation) องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทที่ต้องเข้าไปช่วยเหลือให้ชุมชนมีน้ำสะอาดเพียงพอต่อการบริโภค และอุปโภค และมีสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและอาหารที่ดีแต่การดำเนินงานดังกล่าว ต้องได้รับความ ร่วมมือจากชุมชนด้วยเช่นกัน เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและความยั่งยืนในการพัฒนาสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อมของชุมชนโดยพัฒนาพลังอำนาจของ อสม. หรือชุมชน และแกนนำชุมชนอื่น ๆ ให้สามารถให้ความรู้และสร้างความตระหนัก ตลอดจนเป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมให้ประชาชน ร่วมมือกันจัดสิ่งแวดล้อม ทั้งในครัวเรือนและในชุมชนให้ถูกสุขลักษณะ มีการจัดเก็บขยะ แยกขยะ อย่างถูกวิธีรวมถึงช่วยกันลดปริมาณขยะของชุมชนการอบรมช่างสุขภัณฑ์ประจำหมู่บ้านให้มี หน้าที่ช่วยเหลือในการฝึกอบรม และสอนงานแก่ครัวเรือนที่ต้องการสร้างโองังไว้เก็บกักน้ำ สร้างส้วมหรือภาชนะกักเก็บขยะการฝึกอบรมผู้ประกอบการร้านค้าอาหาร แผงลอย ผู้ค้าในตลาดสด ให้ร่วมมือกันดูแลสุขาภิบาลอาหารและสิ่งแวดล้อมในตลาดและบริเวณค้าขายให้สะอาดเป็น ระเบียบถูกสุขอนามัย

4. การเฝ้าระวังโรคประจำถิ่น (Surveillance for Local Disease Control) การป้องกัน และระงับโรคติดต่อเป็นหน้าที่สำคัญประการหนึ่งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังโรค เพื่อที่จะสามารถควบคุม การระบาดของโรคได้อย่างทันทั่วทั้งที่ เช่น โรคไข้เลือดออก ไข้หวัดนก โรคอุจจาระร่วง ทั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องพัฒนาพลังอำนาจ อสม. หรือชุมชน และแกนนำชุมชนอื่น ๆ

สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่นรวมถึงวิธีป้องกันและควบคุมโรคในช่วงฤดูกาลที่มักมีการระบาดและระดมความร่วมมือของชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดโรค โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการควบคุมโรคให้แก่ชุมชน เช่น ทรายอะเบท ปลากินลูกน้ำ น้ำยาฆ่าเชื้อ เป็นต้น นอกจากนี้ หากบุคคลมีอาการน่าสงสัยว่าจะป่วยเป็นโรคติดต่อ อสม.หรือชุมชนจะช่วยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในการส่งต่อให้ได้รับการรักษาโดยเร็ว รวมทั้งมีการส่งทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปสอบสวนโรคและดำเนินการควบคุมการแพร่กระจายของโรคโดยเร็ว

5. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunization) ถึงแม้การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจะเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องดูแลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับภูมิคุ้มกันโรค เพื่อมิให้เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันด้วยวัคซีนโดยสนับสนุนให้อสม.หรือชุมชน ซึ่งมีความใกล้ชิดกับครอบครัวที่มีเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี และหญิงตั้งครรภ์มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงความสำคัญของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดต่อรวมถึงนัดหมายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกไปให้บริการแก่ประชาชนตามจุดนัดพบต่าง ๆ ในกรณีที่ชุมชนอยู่ห่างไกลและประชาชนไม่สะดวกที่จะเดินทางไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข

6. การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว (Maternal Child Health and Family Planning) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การพัฒนาสตรีเด็กและเยาวชน ซึ่งนอกจากภาครัฐจะมีหน้าที่จัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการรับฝากครรภ์ดูแลขณะตั้งครรภ์ขณะคลอดและหลังคลอดแล้ว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องสนับสนุนให้อสม.หรือชุมชน และแกนนำชุมชนอื่น ๆ เช่น ผู้นำกลุ่มสตรี แม่ตัวอย่างอาสาสมัครนมแม่ให้มีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ การไปฝากครรภ์ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การดูแลหลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่การดูแลเลี้ยงดูลูกอย่างถูกวิธี รวมถึงการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีการที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์เมื่อยังไม่มีความพร้อม การเว้นระยะห่างของการตั้งครรภ์หรือเมื่อมีบุตรเพียงพอแล้ว

7. การรักษาพยาบาลแบบง่าย (Simple Treatment) ถึงแม้บริการรักษาพยาบาลจะเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาพลังอำนาจของ อสม.หรือชุมชนสามารถให้บริการรักษาพยาบาลง่ายๆแก่ประชาชนในชุมชนโดยการจัดฝึกอบรม อสม.หรือชุมชนใหม่และอบรมฟื้นฟู อสม. หรือชุมชนเก่าเป็นประจำทุกปี เพื่อให้การปฐมพยาบาลช่วยเหลือขั้นต้นแก่ประชาชนที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บเล็กน้อย

สามารถวัดความดันโลหิต เพื่อตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิต และตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ เพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน ได้รวมถึงการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพหรือ ส่งต่อให้ได้รับการรักษาพยาบาล โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อไป นอกจากนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้การสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์และยาที่จำเป็น ไว้ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เพื่อให้ อสม.หรือชุมชน นำมาใช้ในการให้บริการแก่ประชาชน

8. การจัดหาที่จำเป็นในหมู่บ้าน (Essential Drugs) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้การสนับสนุนยาที่จำเป็น ไว้ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยเฉพาะหมู่บ้านในเขตชนบทที่ตั้งในพื้นที่ทุรกันดารห่างไกลสถานพยาบาลเพื่อให้ อสม.หรือชุมชน ให้บริการรักษาพยาบาล เมื่อประชาชนที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือบรรเทาอาการเมื่อมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ไม่สามารถเดินทางไปใช้บริการที่สถานพยาบาลได้ในทันที ซึ่งยาที่จำเป็นมีทั้งรูปแบบของยาสามัญประจำบ้าน เช่น ยาแก้ไอ ยาแก้ปวดท้อง ผงเกลือแร่ ยาใส่แผล เป็นต้น และยาสมุนไพรที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่อาจเป็นสมุนไพรสดที่ปลูกในชุมชนหรือสมุนไพรแปรรูป ทั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจสนับสนุนให้ชุมชนมีการบริหารจัดการในลักษณะจัดตั้งเป็นกองทุนยาและเวชภัณฑ์ที่มีการระดมทุนจากประชาชน มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการการเงินการจัดซื้อยาและแบ่งกำไรให้กับสมาชิก

9. สุขภาพจิต (Mental Health) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการสนับสนุนให้ อสม.หรือชุมชน และแกนนำชุมชนอื่น ๆ เช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำทางศาสนา กรรมการชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น สามารถดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน รวมถึงช่วยค้นหาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยในชุมชน เพื่อจะได้รับการแนะนำและส่งต่อ เพื่อการรักษาที่ถูกต้อง

10. ทันตสาธารณสุข (Dental Health) การส่งเสริมสุขภาพปากและฟันมีความสำคัญในทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะในวัยเด็กที่มีความเสี่ยงสูงต่อ โรคฟันผุและเหงือกอักเสบ หากรอให้เกิดปัญหาจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงและเกิดการสูญเสียฟันอย่างถาวร ดังนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงควรให้การสนับสนุนให้ อสม.หรือชุมชน และแกนนำชุมชนอื่น ๆ สามารถชี้แจงและให้ความรู้กับประชาชนถึงความสำคัญของการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากและฟัน การส่งต่อหรือนัดหมายประชาชนให้ไปรับบริการในสถานบริการสาธารณสุข หรือเมื่อมีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่เข้ามาในชุมชน

11. การอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการลดการก่อมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อมและเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยการพัฒนา อสม.หรือชุมชน และแกนนำชุมชนอื่น ๆ เช่น

ผู้นำชุมชนแกนนำเยาวชน ผู้นำกลุ่มเกษตรกรเป็นต้น เพื่อให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการอนามัยสิ่งแวดล้อมกับประชาชน และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและจัดกิจกรรมพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน รวมถึงจัดตั้งกลุ่มเฝ้าระวังมิให้มีการกระทำที่ก่อให้เกิดมลภาวะ หากพบผู้กระทำผิดให้ประสานงานแจ้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เพื่อดำเนินการกับผู้กระทำผิดดังกล่าว

12. การคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทสนับสนุนให้ อสม.หรือชุมชน และแกนนำชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ผู้แทนผู้ประกอบการร้านอาหาร ร้านค้าแผงลอยแกนนำกลุ่มแม่บ้าน แกนนำเยาวชนที่ทำหน้าที่และมีส่วนร่วมในการกิจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย. น้อย) ในสถานศึกษา เป็นต้น ให้มีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การให้ความรู้เรื่องการบริโภคแก่ประชาชน เป็นกรรมการสำรวจร้านอาหาร ร้านค้าแผงลอย และตรวจสารปนเปื้อน 6 ชนิดในอาหาร (ได้แก่ สารบอแรกซ์ สารฟอกขาว สารกันรา ยาฆ่าแมลง ฟอร์มาลิน และสารเร่งเนื้อแดง) รวมทั้งเจ้าหน้าที่ช่วยกันสอดส่องการจำหน่ายบุหรี่ของร้านค้าไม่ให้มีการโฆษณาหรือขายให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เป็นต้น เพื่อที่จะสามารถแจ้งข้อมูลการกระทำที่ไม่ถูกต้องให้แก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องเข้ามาดำเนินการ รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ให้ผู้บริโภคในชุมชนได้รับทราบข้อมูลและเลือกบริโภคอาหารปลอดภัยสินค้าที่ได้มาตรฐาน มีเครื่องหมาย อย.

13. การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อ (Accident and Non-Communicable Disease Control) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทสนับสนุนให้ อสม.หรือชุมชนและแกนนำชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้ประกอบการรถรับจ้างสาธารณะมีส่วนร่วมในการรณรงค์ให้ผู้ขับขี่รถใช้ถนนคำนึงถึงความปลอดภัย เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุ รวมถึงการช่วยกันเฝ้าระวัง และแจ้งตำแหน่งถนนหรือจุดเสี่ยงภัย เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปดำเนินการปรับปรุงซ่อมแซม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังสามารถสนับสนุนให้ชุมชนจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครกู้ภัยหรือช่วยเหลือผู้ประสบภัย โดยจัดฝึกอบรมอาสาสมัครให้มีความรู้และทักษะในการปฐมพยาบาล และเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ เพื่อนำส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วและปลอดภัย ซึ่งจะช่วยลดความพิการและเสียชีวิตของผู้ประสบภัยได้จำนวนมาก สำหรับโรคไม่ติดต่อหรือโรคไร้เชื้อเรื้อรัง อสม.หรือชุมชนควรได้รับการพัฒนาพลังอำนาจให้สามารถตรวจคัดกรองโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็งเต้านมได้สามารถให้คำแนะนำและส่งต่อผู้ที่พบความผิดปกติให้ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยโดยละเอียดและรับการรักษาต่อไป ในขณะที่เดียวกัน อสม.หรือชุมชน และแกนนำชุมชนควรได้รับการสนับสนุนให้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่

ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ตลอดจนสร้างเสริมความมีน้ำใจและเอื้ออาทรต่อผู้พิการในชุมชนและร่วมกันฟื้นฟูสภาพผู้พิการ

14. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (AIDS) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาท ในการพัฒนาพลังอำนาจ อสม.หรือชุมชน และแกนนำชุมชน ให้สามารถเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญและความจำเป็นในการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และร่วมกันจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะชีวิต และการปฏิบัติที่ถูกต้องในเรื่องพฤติกรรมทางเพศ การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ตลอดจนมีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ให้สามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้ โดยชุมชนให้การยอมรับและไม่แพร่กระจายโรคเอดส์สู่คนอื่นในชุมชน

องค์ประกอบงานสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 ด้านเป็นกิจกรรมการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน อย่างไรก็ตาม อาจมีกิจกรรมพัฒนาสุขภาพชุมชนบางอย่างที่มีประเด็นนอกเหนือจาก 14 องค์ประกอบดังกล่าว แต่เป็นปัญหาสุขภาพของท้องถิ่นและสามารถใช้กลวิธีมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา เช่น การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดของชุมชน ถึงแม้จะไม่มีชื่อใน 14 องค์ประกอบที่กล่าวมาแล้ว แต่กิจกรรมการแก้ไขปัญหาเสพติดได้มีการใช้ อสม.หรือชุมชน และแกนนำชุมชนหลายกลุ่มเข้ามามีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาเสพติดของชุมชน จึงนับเป็นงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งแท้จริงแล้วการดำเนินงานเรื่องปัญหาเสพติดจะมีความเชื่อมโยงกับองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตการคุ้มครองผู้บริโภค และการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์จะเห็นได้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนส่งเสริมให้ อสม.หรือชุมชน และแกนนำชุมชนกลุ่มต่าง ๆ สามารถดำเนินการจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาและพัฒนาสุขภาพประชาชนในชุมชนของตน หากชุมชนได้รับการพัฒนาพลังอำนาจและมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง จะทำให้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน

กล่าวโดยสรุปว่า เมื่อประชาชนที่ได้รับการฝึกอบรมในรูปของอาสาสมัครดังกล่าว อีกทั้งมีกระบวนการสำหรับประชาชนในพื้นที่ในการค้นหาปัญหาทางสาธารณสุขและรู้วิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว สิ่งที่เกิดขึ้นจะทำให้บรรลุเป้าหมาย โดยประชาชนจะมีความสามารถในการดำเนินการให้เกิดสุขภาพดีตามต้องการของประชาชนเองได้ และเชื่อมั่นอีกด้วยว่า หากดำเนินการตามหลักการสาธารณสุขแล้วจะบรรลุถึงเป้าหมายสุขภาพดีอย่างแน่นอน

แนวคิดเกี่ยวกับ อสม.

ความหมายของ อสม.

อสม. หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือนในแต่ละคุ้มหรือละแวกบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) ทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและการป้องกันโรค การช่วยเหลือและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟู (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554)

ประวัติความเป็นมาของ อสม.

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่จะให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและพัฒนาสาธารณสุข จึงได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนา ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 – พ.ศ. 2524) เป็นต้นมา โดยสนับสนุนให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ และส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนผู้ที่ให้การดำเนินงาน คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และ อสม. ต่อมาในปี พ.ศ. 2535 ได้มีการยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีเพียงระดับเดียว คือ อสม. ที่ต่างก็เสียสละแรงกายแรงใจ เวลา และทุนทรัพย์ในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้สามารถพึ่งตนเองได้ โดยมีได้รับค่าตอบแทนใด ๆ ทั้งสิ้น

ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของคนกลุ่มนี้ และยอมรับว่าอาสาสมัครสาธารณสุข คือ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน และสามารถช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ทางกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามทุกวิถีทางที่จะให้การยกย่องเชิดชูเกียรติ เสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน โดยเริ่มให้มีการประกวด ผสส. และ อสม. ครั้งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 โดยในช่วงแรกนี้ได้จัดการประกวดขึ้นแบบปีเว้นปี จนถึงปี พ.ศ. 2536 ต่อมาภายหลังก็ได้ผลักดันให้มีวันสำคัญของ อสม. ทั่วประเทศโดยเลือกวันที่ 20 มีนาคม เป็น “วัน อสม. แห่งชาติ” ซึ่งถือได้ว่าเป็นวันสำคัญของวงการสาธารณสุขที่คณะรัฐมนตรี สมัย “พลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์” ได้มีการอนุมัติให้บรรจุ “โครงการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ” เข้าเป็นโครงการหนึ่งในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ และได้ลงมติอนุมัติให้เปลี่ยนคำว่า “สาธารณสุขเบื้องต้น” เป็น “การสาธารณสุขมูลฐาน” จากเหตุการณ์สำคัญดังกล่าว กระทรวง

สาธารณสุข จึงได้ขออนุมัติจากคณะรัฐมนตรีให้วันที่ 20 มีนาคม ของทุกปีเป็น “วัน อสม.แห่งชาติ” และคณะรัฐมนตรีให้การอนุมัติเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2536 ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข จึงได้เริ่มต้นจัดงานเฉลิมฉลองในนามวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา (กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

บทบาทหน้าที่ของ อสม.

1. เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้านนัดหมาย เพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุขและแจ้งข่าวสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวการเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุข แล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างเร่งด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่างรับข่าวสารแล้ว จดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

2. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

3. เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระจกหัก ข้อเคล็ดอื่น ๆ ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

4. หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่

4.1 จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน

4.2 ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน

4.3 ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

5. ฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น ฝ้าระวังปัญหาโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน ฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด ฝ้าระวัง

ด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดาंनाเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

6. เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

7. เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และรวมกลุ่มพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

8. คุณเลขาธิการฯ โยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้านโดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

คำว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) มาจากภาษาลาตินว่า “potere” แปลว่า มีความสามารถ em เป็นคำนำหน้า แปลว่า เป็นสาเหตุให้ หรือทำให้เกิดด้วย ซึ่งตามความหมายของ em เป็นการสะท้อนความหมายของ “กระบวนการ” คำต่อท้าย “ment” หมายถึง “ผลลัพธ์ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม สิ่งของ หรือ การกระทำที่เกิดขึ้น”

Empowerment หมายถึง กระบวนการที่สะท้อนให้เห็นความสามารถของบุคคลในการที่จะดึงสิ่งที่มีอยู่ภายในตัวเองในการควบคุม จัดการสร้างอิทธิพลกับตนเอง และสังคมรอบข้าง อันจะส่งผลเป็นรูปธรรมต่อชีวิตตนเอง

สาขาจิตวิทยาสังคม แรปโปร์ต (Rappaport) นิยามการสร้างเสริมพลังอำนาจไว้ว่า คือ การมุ่งที่สร้างเสริมความเป็นไปได้ของบุคคลในการที่จะควบคุมชีวิตตนเอง อำนาจ หมายถึง ความสามารถในการทำนาย ควบคุม และมีส่วนร่วมกับสังคมแวดล้อมแล้วทำให้เกิดผลเป็นรูปธรรมขึ้น ดังนั้น การสร้างเสริมพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่เอื้อให้บุคคล และชุมชนมีอำนาจที่จะนำเอาอำนาจไปดำเนินการต่อ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตและสิ่งแวดล้อม

การทำงานในเรื่องของอำนาจอาจแบ่งได้หลายแบบเช่น การมีอำนาจเหนือ การมีอำนาจโดยการมอบหมาย และการมีอำนาจโดยการกระทำ ดังนั้น ในการทำงานสาธารณสุข เราน่าที่จะทำงานร่วมกันแบบเป็นหุ้นส่วน (Partnership) มากกว่าการใช้อำนาจเหนือกว่าหรือแบบมอบหมาย เพราะทั้งสองวิธีขาดการส่งเสริมความรู้สึกการเป็นอิสระและการเรียนรู้ในพลังอำนาจตนเอง

นักวิชาการทางการแพทย์ชาวไทยคารณิ จามจุรี (2554) ให้คำจำกัดความของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพว่า เป็นการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสในการกำหนด

แนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้บุคคลตระหนักถึงจุดแข็งความสามารถและอำนาจในตนการได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันในการค้นหาปัญหาพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนรวมถึงการดำเนินการประเมินผลลัพธ์และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตน ภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือบุคคลรวมถึงการให้ข้อมูล และ/หรือส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน ให้กับบุคคลซึ่งจะเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและดูแลรักษาการเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ เพื่อให้บุคคลสามารถสร้างทางเลือกสำหรับดูแลสุขภาพของตนเองและมีความ มุ่งมั่นทุ่มเทที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่ได้กำหนดขึ้น

กล่าวได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่มีลักษณะเฉพาะบุคคลเน้นที่พฤติกรรม โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลมีพลังอำนาจสามารถเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนเองสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยใช้ความรู้ทักษะความสามารถส่วนตน รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ พร้อมลงมือปฏิบัติให้ปัญหาสำเร็จลุล่วงไปด้วยตนเอง ส่งผลให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตเกิดการพัฒนาตนเองในการดูแลสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงอยู่อย่างมีคุณค่าตนเองพึงพอใจ

นอกจากนี้ การเสริมพลังอำนาจทางจิตวิทยา ยังได้ครอบคลุมประเด็นการสร้างพลังอำนาจจากภายในบุคคล ภายในกลุ่ม เราไม่สามารถสร้างจากภายนอกได้ บทบาทของนักสุขศึกษาหรือเจ้าหน้าที่ คือ ผู้สนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วม กระบวนการเรียนรู้ (Facilitator)

ในความคิดของ แรปปาพอร์ต (Rappaport) การเสริมพลังอำนาจมีหน้าที่ 2 อย่าง คือ

1. ช่วยให้คุณกำหนดชีวิตตนเองได้
2. เป็นวิธีกระตุ้นให้สังคมมีส่วนร่วมแบบในการอยู่ร่วมกันในชุมชน โดยการจัด

สนับสนุนทางโครงสร้างสังคม

ปี ค.ศ. 1987 สวิฟท์และลีเวน (Swift and Lewin) ซึ่งประเด็นว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจทางจิตวิทยากับการปรับโครงสร้างในความเป็นจริงแตกต่างกัน ดังนั้น ซิมเมอร์แมนและแรปปาพอร์ต (Zimmerman and Rappaport) ได้พัฒนาแนวคิดการสร้างพลังอำนาจในระดับต่าง ๆ ที่จะประยุกต์เข้าสู่ชุมชน องค์กรและนโยบายสังคม นอกจากนี้ ยังเน้นว่าการตรวจสอบควรทำโดยใช้กระบวนการวิจัย ส่วนการสร้างเสริมพลังอำนาจทางจิตวิทยาเป็นการทำงานระดับบุคคลที่ควรเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการยอมรับตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง ความเข้าใจในระบบของสังคม

ความสามารถในการวางแผน การรักษาสติของตนเองและการตัดสินใจ ความตั้งใจในการดำเนินการในเรื่องที่เกี่ยวข้องระหว่างตนเองและสังคมหรือชุมชน

แม้ว่าแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจทางจิตวิทยาเป็นการทำงานระดับบุคคล แต่ไม่ได้เพิกเฉยต่อบริบทของสังคม วัฒนธรรม ยังจำเป็นต้องมองบุคคลตามที่เกี่ยวข้องกับสังคมในภาพของการมีส่วนร่วมของกลุ่ม การเข้าใจวัฒนธรรมชุมชนและการอยู่ร่วมกับคนอื่น จึงสรุปได้ว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจทางจิตวิทยาได้ครอบคลุมมุมมองทางนิเวศวิทยาของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการสร้างเสริมสุขภาพไว้ด้วย

การสร้างเสริมพลังอำนาจไม่ได้เป็นปรากฏการณ์ระดับบุคคลเท่านั้น แต่ต้องเชื่อมต่อไปยังบริบทของสังคมด้วย จึงควรมีการวัดการเปลี่ยนแปลงทั้งสองระดับ

ในส่วนของสร้างเสริมพลังอำนาจชุมชน อิสราเอล (Israel, 1994) ให้นิยามว่า เป็นกระบวนการที่ครอบคลุมไปถึงการเปลี่ยนแปลงระดับต่าง ๆ ทั้งปัจเจกบุคคล องค์กรและชุมชน เป็นการดูความสัมพันธ์ของระดับต่าง ๆ กับรูปแบบการเกิดความเครียด เช่น Stress การเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ ตามแนวคิดของอิสราเอล (Israel) การสร้างเสริมพลังอำนาจทางจิตวิทยา หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจที่จะจัดการชีวิตของตนเอง โดยใช้มุมมองเชิงวิเคราะห์ วิจาร์ณ กระแสสังคม การเมืองและความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับพลังอำนาจของตนเองและกลุ่มในสังคมของตน ในการที่จะดำเนินการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะกั่วทุ่ง, 2555) โดยคน ๆ นั้นต้องมี

1. ความคาดหวังในความสามารถและพลังอำนาจของตนเอง
2. ความรู้สึกในการควบคุมจัดการเรื่องนั้น
3. กระบวนการมีส่วนร่วมที่จะตัดสินใจในองค์กรหรือกลุ่มคน

พลังอำนาจระดับบุคคลเชื่อมต่อกับระดับชุมชนที่การพัฒนาความสามารถที่จะจัดการให้เกิดการกระทำ การสนับสนุนทางสังคม การอยู่ร่วมกับคนอื่นและทักษะการแสดงออกทางการเมือง ชุมชนที่มีพลังอำนาจ คือ ชุมชนที่ทั้งบุคคลและองค์กรได้มีการใช้ทักษะและทรัพยากรของตนเองและกลุ่ม เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมมีความสามารถที่จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในระดับกว้าง ทำให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงทรัพยากร มีการระบุประเด็นปัญหาและหนทางแก้ไขเอง การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน มีความรู้สึกของการเป็นชุมชน บุคคลและการเมืองที่ชัดเจนจนเกิดเป็นระบบการช่วยเหลือกันอย่างเป็นธรรมชาติจนมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมต่อเนื่องและยั่งยืน

ริสเซล (Rissel, 1994) นิยามชุมชนที่มีพลังอำนาจว่าเป็นชุมชนที่มีการยกระดับพลังอำนาจทางจิตวิทยาของบุคคลในกลุ่มสมาชิก มีการร่วมกิจกรรมทางการเมืองของบุคคลในกลุ่มและบรรลุการกระจายทรัพยากร หรือการตัดสินใจที่เหมาะสมเกิดประโยชน์ต่อชุมชน

ทฤษฎีกระบวนการเสริมพลังอำนาจชุมชน

คีฟเวอร์ (Keiffer, 1984) สะท้อนการสร้างกระบวนการเสริมพลังอำนาจชุมชนจากผลการทดลองสร้างพลังอำนาจในระดับบุคคลของเขา และสรุปว่าต้องทำงานเป็นกระบวนการแบบมีส่วนร่วมที่ขับเคลื่อนให้บุคคลเข้าสู่การเปลี่ยนแปลง 4 ระยะ

1. ระยะการเข้าถึงตนเองและสังคม (Era of Entry) คือ การรู้จักตนเอง บุคลิกภาพ ความสามารถ และรู้จักสิ่งแวดล้อม สังคม
2. ระยะความก้าวหน้า (Era of Advancement) คือ เริ่มมีและเห็นความสัมพันธ์ของตนเองกับสังคมในเชิงวิเคราะห์
3. ระยะการเชื่อมต่อ (Era of Incorporate) คือ เริ่มมีกลยุทธ์ กลวิธีในการอยู่ร่วมกับสังคม
4. ระยะความมุ่งมั่น (Era of Commitment) คือ เริ่มมีการผสมผสานวิถีชีวิตตนเองเข้ากับสังคมอย่างมีจุดมุ่งหมาย

คีฟเวอร์ (Keiffer, 1984) อธิบายว่ามีสาระสำคัญอยู่ 2 ประการในการเคลื่อนตัวใน 4 ระยะข้างต้น คือ

1. การเกิดการสนทนาที่เป็นรูปธรรมสร้างสรรค์ วิเคราะห์ วิวิจารณ์
2. การเกิดความขัดแย้งและมองเห็นแนวทางการพัฒนาให้ก้าวหน้าได้ต้องมี 3 กิจกรรมหลักที่เกิดขึ้นแบบสัมพันธ์เชื่อมต่อกัน คือ

1. การพัฒนามุมมองที่มีต่อตนเองในทางบวก
2. การพัฒนามุมมองเชิงวิเคราะห์วิจารณ์ต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว
3. การเชื่อมโยงทรัพยากรและพลังอำนาจของบุคคลและสังคมเข้าด้วยกัน ในกิจกรรม

ทางสังคมการเมือง

สวิตท์และลีเวน (Swift and Levin, 1987) แยกแยะสิ่งที่จะต้องเกิดขึ้นในแต่ละระดับของกิจกรรมหลัก คือ

ระดับที่ 1 คือ การรับรู้และวิเคราะห์ภาวะไร้อำนาจของตนเองอย่างจริงจัง

ระดับที่ 2 คือ การรับรู้ภาวะของการไม่เสมอภาคในสังคม โดยการสร้างสรรค์กับคนในสังคมและรู้จักคนที่มีความมั่งคั่งคล้ายกัน

ระดับที่ 3 คือ การที่กลุ่มคนที่มีความรู้สึกลคล้ายกัน มาทำกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม จนเป็นการลดความไม่เท่าเทียมในสังคมลงได้

ซิมเมอร์แมนและเรปพาร์พอร์ต (Zimmermann and Rappaport, 1988) กล่าวว่า Empowerment เป็นตัวแปรที่ประกอบด้วยคุณลักษณะสำคัญ คือ ความเข้มแข็งของปัจเจกบุคคล พลังอำนาจ ระบบช่วยเหลือที่มีอยู่ในธรรมชาติ และบุคลิกภาพ แบบรุกหน้า (Proactive) ในส่วนที่เกี่ยวกับการเมือง

นโยบายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นกระบวนการที่ทำให้ปัจเจกบุคคลสามารถเรียนรู้ที่จะควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต และการเข้าไปมีส่วนในชุมชนอย่างจริงจัง โดยมี

1. การสร้างเสริมพลังใจ (Psychological Empowerment) คือ การแสดงออกระดับบุคคล โดยมีองค์ประกอบสำคัญ คือ ความเชื่อในพลังอำนาจตนเอง การยกย่องตนเอง การรับรู้สาเหตุและปัจจัยที่สำคัญเนื่องจากจุดเน้นของแรปปาพอร์ต (Rappaport) เป็นเรื่องของการสร้างพลังอำนาจ ต้องสร้างด้วยตัวเอง ได้เน้นว่าการวัดพลังอำนาจ ควรดูที่ความเชื่อในอำนาจควบคุม (Locus of Control) โดยไม่คำนึงถึงสิ่งแวดล้อมหรือบริบทเลย ซึ่งน่าจะพิจารณาให้คำถามมีความครอบคลุมหรือถามถึงบริบทในเชิงมุมมองหรือความเชื่อจากตัวเขาด้วย

2. การสร้างพลังชุมชน (Community Empowerment) หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของตนเองและสังคม การรับรู้พลังอำนาจและความต้องการที่จะควบคุมของคนในองค์กรและในสังคม ที่จะจัดการให้เกิดความเสมอภาคการกระจายทรัพยากร แล้วส่งผลดีต่อสังคม

ดังนั้น เครื่องมือในการวัดการสร้างเสริมพลังอำนาจในปัจจุบัน จึงควรครอบคลุมทั้ง 2 ระดับในเรื่อง

1. บุคลิกภาพ เช่น การยอมรับตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง การยกย่องตนเอง ความเชื่อในความสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์ด้วยตนเอง การควบคุมความบังเอิญ ความเชื่อในพลังอำนาจของผู้อื่น ความเชื่อว่าตนเองสามารถมีอิทธิพลต่อระบบสังคมการเมือง ความรู้สึกต่อตนเองที่เป็นไปในลักษณะวุฒิภาวะ การรู้จักตนเอง การเข้าใจตนเองและผู้อื่น การเข้าใจความหมายของชีวิตและความอึดเต็มของชีวิต

2. พุทธิปัญญา เช่น การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองและการเมือง ได้แก่ ความรู้สึกในการจัดการ การรับรู้พลังอำนาจ ความคาดหวังในความสามารถของระบบสังคม การเมือง ความรู้สึกต่อความสามารถของระบบการเมือง

3. แรงจูงใจ เช่น ความต้องการที่จะควบคุมสิ่งแวดล้อม หน้าที่พลเมือง ความรู้สึกต่อสาเหตุที่มีความสำคัญและเป้าหมาย การเรียนรู้ ความหวัง

4. บริบท เช่น การเข้าไปเกี่ยวข้องในการรวมกลุ่ม การตระหนักถึงวัฒนธรรมและการกระตุ้นสิทธิ์ การเข้าใจความหมายของวัตถุประสงค์ของโครงการ วิธีการวัดการสร้างเสริมพลังอำนาจ

อิสราเอล (Israel, 1994) ทบทวนวิธีการวัดกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจที่ใช้กันอยู่ และเสนอแนะว่า การประเมินควรใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ที่ต้องสอดคล้องไปกับกระบวนการสร้างพลังอำนาจที่แต่ละโครงการได้ออกแบบและตั้งวัตถุประสงค์ไว้ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงระดับบุคคล องค์กร หรือชุมชนก็ตาม นอกจากนี้

ยังมีข้อเสนอแนะในการวิจัยประเมินผลการสร้างพลังอำนาจ โดยนักวิจัยที่หลากหลายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (พนารัตน์ เจนจบ และ คณะ, 2542) นำเสนอการวิจัยที่เป็นการวิจัยแบบสามเส้า (Triangulation Research) และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีการวัดตัวแปรของการสร้างพลังอำนาจที่เน้นการรับรู้ในอำนาจการควบคุมของตนเอง การรักและยอมรับตนเอง การรับรู้ความรับผิดชอบของตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเอง และการเห็นคุณค่าการกระทำที่มีประโยชน์ในสังคม เป็นต้น

ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson) การสร้างเสริมพลังอำนาจของบุคคลเกิดจากอิทธิพลของปัจจัยภายในบุคคล เช่น ค่านิยม ความเชื่อ เป้าหมายในชีวิตและประสบการณ์ส่วนบุคคลและปัจจัยระหว่างบุคคล เช่น การสนับสนุนทางสังคม บรรยากาศรอบ ๆ ที่เอื้อให้เกิดความรู้สึกยอมรับ การช่วยเหลือ ดังนั้น กระบวนการสร้างพลังอำนาจ จึงมีอยู่ 4 ขั้นตอน

1. การค้นพบความจริง (Discovering Reality) เป็นการรับรู้และทำความเข้าใจและยอมรับเหตุการณ์ และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน ดังนี้

1.1 การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional Response) เมื่อบุคคลรับรู้และต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นจะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อด้าน วิตกกังวล กระวนกระวาย กลัว โกรธ ความรู้สึกดังกล่าวเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริงได้ เนื่องจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลที่จะเกิดขึ้น ทำให้บุคคลรู้สึกกับข้อใจคิดว่าตนเองป่วย และไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่ถ้าบุคคลมีการเปลี่ยนความคิดโดยมีความหวังว่าตนเองมีโอกาที่จะมีอาการดีขึ้นได้ แต่อาจจะต้องอาศัยระยะเวลาเป็นตัวช่วย การคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

1.2 การตอบสนองทางการคิด (Cognitive Responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ระยะนี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ การถามแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยอื่น ๆ ซึ่งประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจ เหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ต่อไป

1.3 การตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioral Responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่า การดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตนการที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้ขณะนั้นและมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี พยายามทำความเข้าใจกับปัญหา

และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการการดูแลอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความเข้าใจ ชัดเจนในการดูแล ตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมามาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ในขั้นนี้ การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่าความวิตกกังวลจนเกินไปจะทำให้รู้สึกสับสน คับข้องใจ และไม่มั่นใจ จนในที่สุดบุคคลจะตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น และเปลี่ยนความคิดเป็นเชิงบวกว่าปัญหาทุกอย่างก็จะสามารถแก้ไขได้

2. การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นการทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมเป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแลสามารถค้นหาสภาพการณ์จริงแสวงหาทางเลือกการพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณเกิดมุมมองใหม่จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้นช่วยให้กลับมามองปัญหาประเมิน และคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ทำให้เข้าใจมากขึ้น นำไปสู่การแก้ปัญหา หรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Sense of Personal Control) ถ้าบุคคลผ่านขั้นตอนนี้ไปได้ จะทำให้บุคคลรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังเพิ่มขึ้น

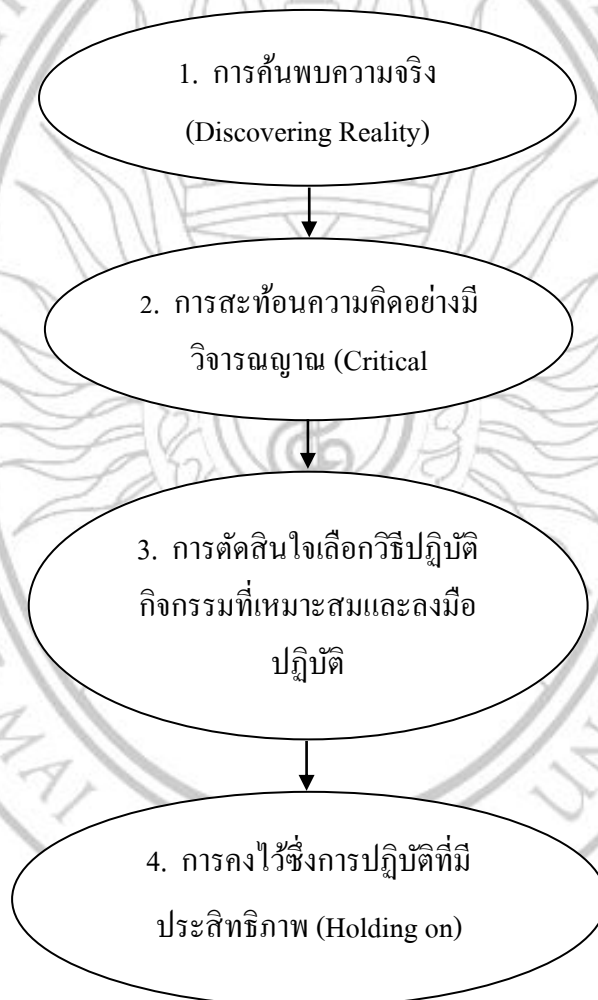
3. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking Charge) ในขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด การที่บุคคลจะมีทางเลือกได้หลายวิธีก็ขึ้นกับการแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหานั้น ถ้าบุคคลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เกิดการยอมรับตนเอง (Self-determination) การจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุดจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้

- 3.1 เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเอง
- 3.2 สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ
- 3.3 ได้รับการเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง
- 3.4 ผ่านการปรึกษาและยอมรับจากทีมสุขภาพแล้ว
- 3.5 เป็นวิธีที่ยอมรับได้ และเปิดกว้างให้บุคคลอื่นนำไปใช้ได้

ดังนั้น ในขั้นตอนนี้ ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการต้องมีส่วนร่วมหาข้อมูล มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และร่วมอภิปรายกับทีมสุขภาพ และร่วมกันตัดสินใจปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในระยนี้ เมื่อเกิดปัญหา พยาบาลและผู้รับบริการจะร่วมมือแก้ไขปัญหามื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็รู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้น สำหรับใช้ในครั้งต่อไป

การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่มีความเชื่อมโยงและมีความต่อเนื่องกัน การที่บุคคลจะผ่านแต่ละขั้นตอน บุคคลต้องมีพลังใจ พลังความคิดจากปัจจัยต่าง ๆ มาช่วยกันสร้างเสริมแรงใจ ให้บุคคลรู้สึกมั่นใจที่จะแก้ปัญหาให้ได้ด้วยตนเอง ดังแสดงในภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 กระบวนการสร้างพลังอำนาจ
ที่มา : Gibson, 1991

การประยุกต์ใช้การสร้างเสริมพลังอำนาจ

การสร้างเสริมพลังอำนาจได้ถูกนำไปใช้ในระบบบริการสาธารณสุข โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า คนจะมีสุขภาพดีถ้าคน ๆ นั้น สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ไม่เฉพาะแต่ระดับตนเอง แต่เป็นระดับสังคม สิ่งแวดล้อมและองค์กรด้วย เมื่อพิจารณาในระบบบริการสุขภาพ วัฒนธรรมการให้บริการทำให้ผู้ป่วยและญาติ ขาดพลังอำนาจและรับรู้ที่ต้องทำตามคำแนะนำของแพทย์ แม้ในบางกรณีผู้ป่วยและญาติไม่สามารถทำตามได้ ดังนั้น เราจึงพบเสมอว่าปัญหาการให้บริการของโรงพยาบาลส่วนหนึ่ง คือ การที่ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถทำตามแผนการรักษาได้ ดังนั้น หากมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมและสร้างบรรยากาศของโรงพยาบาลที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความรู้สึกเป็นอิสระ ยอมรับและเรียนรู้เรื่องต่างๆ ที่แพทย์ต้องการให้ทำหรือเสนอแนะให้ทำการเรียนรู้และความเชื่อมั่นที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่การตัดสินใจและการปฏิบัติได้มากกว่าที่เป็นอยู่

การสร้างพลังอำนาจในชุมชน

การประยุกต์การสร้างพลังอำนาจในชุมชน มักทำคู่ไปกับการกระตุ้นการมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยมีส่วนร่วมโดยมุ่งหวังให้เกิดการเรียนรู้ การมีความรู้ลึกถึงความ เป็นชุมชน โดยใช้กิจกรรมหลัก คือ 1) การมีส่วนร่วม 2) การเรียนรู้ร่วมกัน 3) การสะท้อนความรู้สึก บทเรียนในเชิงวิเคราะห์วิจารณ์ด้วยเหตุด้วยผล และ 4) การทำกิจกรรมกระบวนการสร้างพลังอำนาจให้เกิดในระดับจิตวิทยานุคคล องค์กรและกลุ่มหรือชุมชน อิสราเอล (Israel, 1994)

จากประสบการณ์การทำงานในประเทศสก็อตแลนด์ (Scotland) ได้สรุปบทเรียนว่า การสร้างพลังอำนาจชุมชนเป็นไปได้ทั้งแบบไม่เป็นทางการและเป็นทางการ แบบเป็นทางการ คือ การที่ชุมชนมีบทบาทและมีอำนาจการตัดสินใจที่เป็นที่ยอมรับจากภาครัฐ แบบไม่เป็นทางการ คือ การที่ชุมชนมีพลังอำนาจในการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระจากระบบหรือกระบวนการของภาครัฐ

ในงานทั้งสองรูปแบบ พอสรุปได้ว่า ระดับการมีพลังอำนาจของชุมชนสามารถเรียงจากน้อยไปมาก โดยดูลักษณะกิจกรรมของชุมชนได้ ดังนี้

1. การมีข้อมูลข่าวสาร ชุมชนได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่มีการตัดสินใจไปแล้ว
2. การปรึกษาหารือ ชุมชนได้รับเชิญให้แสดงความคิดเห็นต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แต่ความเห็นของชุมชน อาจจะมีหรือไม่มีผลต่อการตัดสินใจก็ได้
3. การมีส่วนร่วมแบบเป็นทางการ ชุมชนได้มีการระบุหรือส่งตัวแทนให้เข้าไปมีบทบาทในการตัดสินใจ
4. การมีอำนาจตัดสินใจ ชุมชนมีสิทธิที่จะตัดสินใจเพื่อตนเอง และมีวิธีการที่จะดำเนินการตามที่ตัดสินใจ

การมีพลังอำนาจในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการจะเกิดขึ้นได้ขึ้นกับความสามารถในการรวมกลุ่มของชุมชนเองจึงมักเรียกกันว่า ต้นทุนทางสังคม (Social Capital) ชุมชนจะไม่สามารถมีอำนาจแบบเป็นทางการ ถ้าชุมชนไม่สามารถชี้ประเด็นที่สนใจหรือเกี่ยวข้องกับผู้อื่นได้ ในขณะที่เดียวกันชุมชนก็จะไม่สามารถดำเนินการใด ๆ ได้ ถ้าสมาชิกในชุมชนไม่มีทักษะในการรวมกลุ่มและการสื่อสาร ดังนั้น การสร้างพลังอำนาจในชุมชน จึงจำเป็นต้องมีกิจกรรมการรวมกลุ่ม การฝึกทักษะการเรียนรู้และการสื่อสาร นั่นเอง

กล่าวโดยสรุป การสร้างพลังอำนาจได้มีการพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง จนพอสรุปเป็นแนวเดียวกันได้ว่า การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการไม่ใช่กิจกรรมอย่างที่ใช้กันอยู่ แนวคิดนี้มีความทันสมัยของแนวคิดในเชิงพฤติกรรมศาสตร์ อยู่ที่การมองการเปลี่ยนแปลงในสองระดับ คือ บุคคล และองค์กรหรือสังคม นอกจากนี้ ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การวัดและการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ ไม่ว่าจะนำไปใช้ในระดับใด การวัดการเปลี่ยนแปลงควรทำทั้งสองระดับ ดังนั้น ในการนำไปใช้ไม่ว่าจะเป็นบริบทของชุมชน องค์กร โรงเรียน โรงพยาบาล ผู้ใช้ควรที่จะออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับทฤษฎีที่มีความเป็นกระบวนการ และควรออกแบบเครื่องมือวัดและกิจกรรมการวัดและประเมินผลให้สอดคล้องกับกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ ที่กล่าวมาแล้วด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ (Knowledge Attitude Practice : KAP)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและการปฏิบัติเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย แนวคิดนี้มีข้อตกลงเบื้องต้นว่า หากบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองและมีทัศนคติที่ดีต่อแนวทางปฏิบัติดังกล่าว จะทำให้เขาปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างดีและสม่ำเสมอ ในทางตรงกันข้ามหากเขาไม่มีความรู้ไม่ชอบวิธีการปฏิบัติเขาก็จะไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมที่พึงประสงค์

ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ประสบการณ์ที่บุคคลได้ศึกษาข้อเท็จจริงหรือปรากฏการณ์และรายละเอียดต่าง ๆ โดยผ่านการรวบรวมและสะสมไว้เพื่อทำประโยชน์ และยังหมายถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงเฉพาะเรื่องหรือเรื่องทั่วไป เช่น ระลึกถึงวิธีการกระบวนการและสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งพฤติกรรมนี้เป็นเพียงแต่การจำได้อาจเกิดขึ้นโดยการฝึกการมองเห็นหรือการได้ยิน เช่น ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสถานที่เวลาฤดู โครงสร้าง และวิธีการแก้ไขปัญหา ความรู้เป็นความสามารถในการใช้ข้อเท็จจริง (Facts) หรือเนื้อหาความคิด (Ideas) ความหยั่งรู้ (Insights) หรือความสามารถเชื่อมโยงความคิดเข้ากับเหตุการณ์ (วีระวัฒน์ ภูกันดาน, 2553)

ทัศนคติ (Attitude) หมายถึง ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ที่ได้รับเพิ่มขึ้น แต่กระบวนการเปลี่ยนแปลงเร็วหรือช้าสุดแต่ชนิดของทัศนคติและประสบการณ์ใหม่ที่ได้รับ ซึ่งอาจได้จากทัศนคติของบุคคลอื่นต่อสิ่งนั้นก็ได้ ทัศนคติจึงเป็นความพร้อมของแต่ละบุคคลที่จะประมาณค่าสิ่งของของบุคคลแนวคิดหรือสถานที่ต่าง ๆ ว่าดีหรือไม่ดี พอใจหรือไม่พอใจ ตลอดจนแนวโน้มในการที่จะประพฤติสิ่งนั้น เช่น จะสนับสนุนหรือต่อต้านจะ สู้หรือจะถอยหนี ทัศนคติเป็นสิ่งที่ได้รับการปลูกฝังหรือสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ตั้งแต่เด็กจนเป็นผู้ใหญ่ และอาจพัฒนาให้เกิดเป็นพฤติกรรมที่มีความมั่นคงในภายหลัง ซึ่งจะก่อตัวเป็นบุคลิกภาพต่อไปได้ ทัศนคติจะเปลี่ยนแปลงตามสภาพแวดล้อมและสังคมตามกระบวนการ (สุรางค์ ไคว์ตระกูล, 2556) ดังนี้

1. การยินยอม (Compliance) เช่น การยอมรับผู้อื่นเพราะหวังรางวัล หรือการได้รับการยอมรับจากผู้อื่นหรือต้องการหลีกเลี่ยงการถูกลงโทษ
2. การเลียนแบบ (Identification) คือ การแสดงออกเพื่อให้เหมือนกับสมาชิกในสังคมหรือให้คนอื่นเห็นว่าตนเก่งหรือเพื่อความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่น
3. รับอิทธิพลจากคนอื่นเนื่องจากตรงกับค่านิยมของตน (Internalization) ซึ่งทัศนคตินี้มีแนวโน้มที่จะเป็นค่านิยมของบุคคล

การปฏิบัติ (Practice) เป็นการกระทำของบุคคล ซึ่งอาจเกิดจากการสะสมประสบการณ์มาจากอดีตหรือเกิดจากการรับรู้ใหม่ มากำหนดเป็นแนวปฏิบัติตามความคิดเห็นเพิ่มเติมของตนเอง จึงนำมาทดลองกระทำและทำการประเมินผล เมื่อเห็นประโยชน์จึงยึดเป็นแนวปฏิบัติของตนเองต่อไป (ชูชัย สมิติไกร, 2553)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติ

ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของบุคคลจะมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ หากบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเอง และมีทัศนคติที่ดีต่อแนวทางปฏิบัติดังกล่าว จะทำให้เขาปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างดีที่สุดเสมอ เช่น คนจำนวนมากเลิกรับประทานปลาดิบ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับหรือเลิกสูบบุหรี่ เพื่อป้องกันโรกระบบทางเดินหายใจ ในทางตรงกันข้าม หากเขาไม่มีความรู้มีทัศนคติที่ไม่ดีไม่ชอบวิธีการปฏิบัติ เขาจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์อาจหลีกเลี่ยงหรือต่อต้านที่จะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก็ได้ เช่น คนจำนวนมากเป็นมะเร็งปอด เนื่องจากการสูบบุหรี่โดยที่เขาไม่ทราบว่าบุหรี่มีโทษต่อร่างกาย และเป็นสาเหตุของการเป็นมะเร็งปอด บางพฤติกรรมแม้ว่าบุคคลจะมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมดังกล่าว แต่เขาไม่ได้ปฏิบัติตาม เช่น

1. บางคนรู้ว่านุหรี่มีอันตรายแต่เห็นคนอื่นสูบบุหรี่และคิดว่าเป็นการกระทำที่ทำให้ตนมีบุคลิกภาพดีหรือช่วยลดความตึงเครียดจึงเลือกที่จะสูบ

2. คนส่วนมากมีความรู้ว่าการสูบบุหรี่ในขณะขับขีรถจักรยานยนต์จะช่วยป้องกันหรือลดแรงกระแทกที่ศีรษะได้ เมื่อเกิดอุบัติเหตุและคนส่วนมากเห็นด้วยกับประโยชน์ดังกล่าว แต่ในสภาพความเป็นจริงแล้วยังพบว่า คนที่ขับขีรถจักรยานยนต์ยังไม่สวมหมวกนิรภัย ทั้งนี้ เนื่องจากมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนเอง เช่น ความไม่สะดวกสบายเมื่อสวมใส่ ความยุ่งยากของการจัดเก็บ เมื่อไม่ได้ใช้หรือหมวกนิรภัยราคาแพง เป็นต้น (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)

แนวคิดของ KAP นี้ได้นำมาใช้ในการวิจัยและการอธิบายพฤติกรรมอย่างกว้างขวางในปัจจุบัน โดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรม เมื่อเจ็บป่วยโดยจะมองว่าพฤติกรรมจะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับผลของพฤติกรรมและวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น แต่จะต้องมีการศึกษาวิจัยว่าความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติของแต่ละพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันในทิศทางใดถ้ามีความสัมพันธ์กันทางบวกให้ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นให้มาก ถ้าสัมพันธ์ทางลบจะต้องเปลี่ยนทัศนคติ กระตุ้นให้เห็นความสำคัญของสุขภาพและเร่งสร้างเสริมพลังอำนาจให้กล้าปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องเพื่อสุขภาพที่ดีต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนปรากฏในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 5 เป็นต้นมา และรัฐได้ใช้การมีส่วนร่วมนี้เป็นเครื่องมือให้ประชาชนเข้าร่วมโครงการของรัฐ โดยที่คำจำกัดความของการมีส่วนร่วมมีจำนวนมาก แต่ก็ไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งในแง่การเมืองการปกครองที่เห็นว่าการเข้ามามีส่วนร่วมของชาวชนบทเป็นกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกันของทุกฝ่ายและยังอาจเป็นการปูพื้นฐานมั่นคงสำหรับวิวัฒนาการไปสู่การปกครองตนเองของท้องถิ่นได้ในบั้นปลาย และได้กล่าวถึงจุดเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า เริ่มต้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่แต่ละคนมีผลประโยชน์เกี่ยวข้องและสนใจเป็นเรื่อง ๆ ไป เช่น การสร้างแหล่งกักเก็บน้ำฝน การศึกษา การสาธารณสุข เป็นต้น ข้อสำคัญกิจกรรมเหล่านี้จะต้องสัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการของชาวบ้าน การมีส่วนร่วมยังอธิบายได้ในหลายมิติ ทั้งในแง่ของมิติความลึกทั้งในเชิงกว้าง ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในความหมายที่แคบ คือ การพิจารณาถึงการมีส่วนช่วยเหลือ โดยที่สมัครใจ โดยประชาชนต่อโครงการใดโครงการหนึ่งของโครงการสาธารณะต่าง ๆ ที่คาดว่าจะส่งผลต่อการพัฒนาชาติ แต่ไม่ได้หวังว่าจะให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงโครงการหรือวิจารณ์เนื้อหาของโครงการ

2. การมีส่วนร่วมในความหมายที่กว้าง หมายถึง การให้ประชาชนในชนบทรู้สึกตื่นตัว เพื่อที่จะทราบถึงการรับความช่วยเหลือและตอบสนองต่อโครงการพัฒนา ขณะเดียวกันก็สนับสนุนความคิดริเริ่มของคนในท้องถิ่น

3. ในเรื่องของการพัฒนาชนบทการมีส่วนร่วม คือ การให้ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจกระบวนการดำเนินการและร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการพัฒนา นอกจากนี้ ยังเกี่ยวข้องกับความพยายามที่จะประเมินผลโครงการนั้น ๆ ด้วย

4. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนานั้นอาจเข้าใจอย่างกว้าง ๆ ได้ว่า คือ การที่ประชาชนได้เข้าร่วมอย่างแข็งขันในกระบวนการตัดสินใจต่าง ๆ ในเรื่องที่จะมีผลกระทบต่อเขา

5. การมีส่วนร่วมในชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนมีทั้งสิทธิและหน้าที่ที่จะเข้าร่วมในการแก้ปัญหาของเขา มีความรับผิดชอบมากขึ้นที่จะสำรวจตรวจสอบความจำเป็นในเรื่องต่าง ๆ การระดมทรัพยากรท้องถิ่น และเสนอแนวทางแก้ไขใหม่ ๆ เช่นเดียวกับการก่อตั้งและดำรงรักษาองค์กรต่าง ๆ ในท้องถิ่น

6. การมีส่วนร่วมนั้นจะต้องเป็นกระบวนการดำเนินการอย่างแข็งขัน ซึ่งหมายถึงว่าบุคคลหรือกลุ่มที่มีส่วนร่วมนั้นได้เป็นผู้มีความริเริ่มและได้มุ่งใช้ความพยายาม ตลอดจนความเป็นตัวของตัวเองที่จะดำเนินการตามความริเริ่มนั้น

7. การมีส่วนร่วม คือ การที่ได้มีการจัดการที่จะใช้ความพยายามที่จะเพิ่มความสามารถที่จะควบคุมทรัพยากรและระเบียบในสถาบันต่าง ๆ ในสภาพสังคมนั้น ๆ ทั้งนี้ โดยกลุ่มที่ดำเนินการ และความเคลื่อนไหวที่จะดำเนินการนี้ไม่ถูกควบคุมโดยทรัพยากรและระเบียบต่าง ๆ

อย่างไรก็ดี ในปัจจุบันมีผู้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมที่ทำให้เข้าใจง่ายขึ้น คือ กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการสื่อสารสองทางที่มีเป้าหมายโดยรวม เพื่อที่จะให้เกิดการตัดสินใจที่ดีขึ้นและได้รับการสนับสนุนจากสาธารณชน ซึ่งเป้าหมายของกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ก็คือ การให้ข้อมูลต่อสาธารณชนและให้สาธารณชนแสดงความคิดเห็นต่อโครงการที่นำเสนอหรือนโยบายรัฐ และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเพื่อหาทางออกที่ดีที่สุดสำหรับทุกคน การมีส่วนร่วมของประชาชนยังจัดเป็นรูปแบบหนึ่งของแนวความคิดในการกระจายอำนาจจากส่วนกลางมาสู่ส่วนท้องถิ่น เพราะประชาชนในท้องถิ่น คือ ผู้ที่รู้กฎหมายและความต้องการของท้องถิ่นตนเองดีกว่าผู้อื่น การมีส่วนร่วมของประชาชนจึงเป็น

การเปิดกว้างในความคิดเห็น โดยการสื่อสารสองทางในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประชาชน ซึ่งในแต่ละประเด็นนั้น ไม่สามารถใช้เกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งมาตัดสินใจได้เหมือนกัน

เงื่อนไขพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนมี 3 ประการ คือ

1. ต้องมีอิสรภาพ หมายถึง ประชาชนมีอิสระที่จะเข้าร่วมหรือไม่ก็ได้ การเข้าร่วมต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ การถูกบังคับให้ร่วมไม่ว่าจะในรูปแบบใดไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วม

2. ต้องมีความเสมอภาค ประชาชนที่เข้าร่วมในกิจกรรมใดจะต้องมีสิทธิเท่าเทียมกับผู้เข้าร่วมคนอื่น ๆ

3. ต้องมีความสามารถ ประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมายจะต้องมีความสามารถพอที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมนั้น ๆ หมายความว่า ในบางกิจกรรมแม้จะกำหนดว่า ผู้เข้าร่วมมีเสรีภาพและเสมอภาคแต่กิจกรรมที่กำหนดไว้มีความซับซ้อนเกินความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย การมีส่วนร่วมย่อมเกิดขึ้นไม่ได้มีเช่นนั้น ต้องเสริมสร้างความสามารถของประชาชนให้มีความสามารถเข้าร่วมได้ ส่วนองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมมี 3 ด้าน คือ

1. ต้องมีวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายชัดเจน การให้ประชาชนเข้าร่วมในกิจกรรมหนึ่ง ๆ จะต้องมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ชัดเจนว่าเป็นไป เพื่ออะไรผู้เข้าร่วมจะได้ตัดสินใจดูว่าควรเข้าร่วมหรือไม่

2. ต้องมีกิจกรรมเป้าหมาย การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมต้องระบุลักษณะของกิจกรรมว่ามีรูปแบบและลักษณะอย่างไร เพื่อที่ประชาชนจะได้ตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมหรือไม่

3. ต้องมีบุคคลหรือกลุ่มเป้าหมายการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมจะต้องระบุกลุ่มเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปกลุ่มบุคคลเป้าหมายมักถูกจำกัด โดยกิจกรรมและวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมอยู่แล้วโดยพื้นฐาน

ทั้งนี้ มักพิจารณาผู้เข้าร่วมจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้อาจได้รับผลกระทบ ทั้งทางบวกและลบ เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ตลอดจนผู้สนใจอีกด้วย

โดยแท้จริงนั้นกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน อาจจะไม่สามารถกระทำได้ในทุก ๆ ประเด็น ดังนั้น จึงมีแนวทางทั่ว ๆ ไปบางประการเกี่ยวกับประเด็นที่ควรใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ประเด็นต่าง ๆ ที่ต้องการกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้แก่

1. การตัดสินใจและผลกระทบที่สำคัญ
2. การตัดสินใจจะมีผลกระทบต่อบางคนมากกว่าคนอื่น
3. การตัดสินใจจะมีผลกระทบต่อผลประโยชน์ของบางคนหรือกลุ่มคนที่มีอยู่เดิม
4. การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่มีความขัดแย้งอยู่ก่อนแล้ว

5. ความจำเป็นเพื่อให้มีการสนับสนุนต่อผลการตัดสินใจ

ดังนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชน จึงมีอยู่ในเกือบทุกกิจกรรมของสังคมขึ้นอยู่กับความสนใจและประเด็นในการพิจารณา แต่มีเงื่อนไขพื้นฐานในการมีส่วนร่วมว่าประชาชนต้องมีอิสรภาพ ความเสมอภาค และความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมต้องมีวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมาย ต้องมีกิจกรรมเป้าหมาย และต้องมีกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ เพื่อให้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

การมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation) จึงเป็นการกระจายโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมือง และการบริหารเกี่ยวกับการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรของชุมชนและของชาติ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน โดยการให้ข้อมูล แสดงความคิดเห็น ให้คำแนะนำปรึกษา ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติรวม ตลอดจนการควบคุมโดยตรงจากประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชน จึงเป็นกระบวนการ ซึ่งประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะและเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน รวมทั้งมีการนำความคิดเห็นดังกล่าว ไปประกอบการพิจารณากำหนดนโยบายและการตัดสินใจของรัฐ การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการสื่อสารในระบบปิด กล่าวคือ เป็นการสื่อสารสองทาง ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งประกอบไปด้วยการแบ่งสรรข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเป็นการเสริมสร้างความสามัคคีในสังคม ทั้งนี้ เพราะการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นการเพิ่มคุณภาพของการตัดสินใจ การลดค่าใช้จ่ายและการสูญเสียเวลา เป็นการสร้างฉันทามติ และทำให้ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ อีกทั้งช่วยหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าใน “กรณีที่ร้ายแรงที่สุด” ช่วยให้เกิดความน่าเชื่อถือและความชอบธรรม และช่วยให้ทราบความห่วงกังวลของประชาชนและค่านิยมของสาธารณชน รวมทั้งเป็นการพัฒนาความเชี่ยวชาญและความคิดสร้างสรรค์ของสาธารณชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญในการสร้างประชาธิปไตยอย่างยั่งยืนและส่งเสริมธรรมาภิบาล ตลอดจนการบริหารงาน หากการมีส่วนร่วมของประชาชนมากขึ้นเพียงใด ก็จะช่วยให้มีการตรวจสอบการทำงานของผู้บริหาร และทำให้ผู้บริหารมีความรับผิดชอบต่อสังคมมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังเป็นการป้องกันนักการเมืองจากการกำหนดนโยบายที่ไม่เหมาะสมกับสังคมนั้น ๆ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของประชาชนยังเป็นการสร้างความมั่นใจว่าเสียงของประชาชนจะมีคนรับฟัง อีกทั้งความต้องการหรือความปรารถนาของประชาชนก็จะได้รับการตอบสนอง

ระดับชั้นและเครื่องมือของระบบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมมีหลายระดับและนักวิชาการต่าง ๆ ได้กำหนดไว้หลากหลายแต่ในสาระสำคัญมีความคล้ายกัน ซึ่งจะขอนำเสนอโดยสังเขป ดังนี้

โคเฮนและอัลพาวด์ (Cohen and Uphoff, 1980) จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ระดับคือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making)
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Implementation)
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit)
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

จากการศึกษาลำดับขั้นตอนของการให้ประชาชนมีส่วนร่วมนั้น พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีส่วนร่วมดำเนินการและมีส่วนร่วมสนับสนุน ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นมีหลายระดับขึ้นอยู่กับให้ความสำคัญของรัฐบาลด้วย ซึ่งสามารถจัดลำดับการมีส่วนร่วมของประชาชนจากมากไปหาน้อยได้ ดังนี้ ประชาชนเป็นผู้ใช้อำนาจ ประชาชนมีส่วนร่วม ประชาชนเป็นที่ปรึกษา ประชาชนแสดงความคิดเห็น ประชาชนรับทราบ และรัฐบาลใช้อำนาจ

โดยสรุป หลักการหรือองค์ประกอบสำคัญของคำว่าประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมได้ ดังนี้ การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเมืองและการบริหาร มีการกระจายอำนาจในการตัดสินใจและการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ในระหว่างประชาชนให้เท่าเทียมกัน อำนาจในการตัดสินใจและการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ นั้น จะส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน มีการเพิ่มการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน กล่าวคือ มีโครงสร้างการทำงานที่สามารถตรวจสอบได้ มีความโปร่งใส และคำนึงถึงความต้องการทรัพยากรของผู้มีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมของประชาชนมีทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ

เนื่องจากประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสำคัญ โดยที่การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการ ซึ่งประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ผู้ที่ได้รับทั้งทางตรง ทางอ้อม ไม่ว่าจะเป็นเชิงบวกหรือเชิงลบ) ได้มีโอกาสแสดงทัศนะ และเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน รวมทั้ง มีการนำความคิดเห็นดังกล่าว ไปประกอบการพิจารณากำหนดนโยบายและการตัดสินใจของรัฐบาล การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการสื่อสารในระบบเปิด กล่าวคือ เป็นการสื่อสารสองทาง ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งประกอบไปด้วยความสามัคคีในสังคม ทั้งนี้ เพราะการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นการเพิ่มคุณภาพของการตัดสินใจ การลดค่าใช้จ่ายและการสูญเสียเวลา เป็นการสร้างฉันทามติ และทำให้ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ อีกทั้งช่วยหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า

ใน “กรณีที่น่าเศร้าที่สุด” ช่วยให้เกิดความน่าเชื่อถือและความชอบธรรม และช่วยให้ทราบความห่วงกังวลของประชาชนและค่านิยมของสาธารณชน รวมทั้งเป็นการพัฒนาความเชี่ยวชาญ และความคิดสร้างสรรค์ของสาธารณชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญในการสร้างประชาธิปไตยอย่างยั่งยืนและส่งเสริมธรรมาภิบาล ตลอดจนการบริหารงาน หากการมีส่วนร่วมของประชาชนมากขึ้นเพียงใด ก็จะช่วยให้มีการตรวจสอบการทำงานของผู้บริหาร และทำให้ผู้บริหารมีความรับผิดชอบต่อสังคมมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังเป็นการป้องกันนักการเมืองจากการกำหนดนโยบายที่ไม่เหมาะสมกับสังคมนั้น ๆ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของประชาชนยังเป็นการสร้างความมั่นใจว่าเสียงของประชาชนจะมีคนรับฟัง อีกทั้งความต้องการหรือความปรารถนาของประชาชนก็จะได้รับการตอบสนอง

โดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมมีมากมาย นับตั้งแต่หน่วยราชการ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม องค์กรพัฒนาเอกชนและอื่น ๆ

เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A – I – C (Appreciation Influence Control)

ความสำคัญของกระบวนการ A – I – C

การพัฒนาชุมชนที่นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน คือ การเปิดโอกาสให้บุคคล และผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม และรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาชุมชน ร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชน ร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนา และร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น กระบวนการ A – I – C จะช่วยให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกของชุมชน เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม กระบวนการพัฒนาชุมชน จึงเกิดความต่อเนื่องและก่อให้เกิดความสำเร็จสูง (ธีระพงษ์ แก้วหาญษ์, 2550)

จากประสบการณ์ในการพัฒนามีข้อสรุปที่ได้จากการนำเอากระบวนการประชุมนี้มาใช้ ซึ่งพบว่า

1. กระบวนการ A – I – C ช่วยให้ประชาชนและกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ทั้งในและนอกชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมมีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมพัฒนาชุมชนท้องถิ่นมากขึ้น
2. การวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้แทนกลุ่มต่าง ๆ ประชาชน โดยเฉพาะผู้รู้กลุ่มคนจนผู้ด้อยโอกาสผู้หญิงและเยาวชน เข้ามามีบทบาทในการร่วมคิด กำหนดแนวทางการพัฒนาและจัดสรรทรัพยากร การมีส่วนร่วม ในกิจกรรมและเสริมสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นการรวมพลังเชิงสร้างสรรค์

3. ประชาชน กลุ่มองค์กรต่าง ๆ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของทั้งกิจกรรม โครงการผลของการพัฒนาและความเป็นเจ้าของชุมชนท้องถิ่น ทำให้เกิดควมมีพลัง รู้ถึงพลังอำนาจในการพึ่งตนเอง

4. องค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชนเรียนรู้ที่จะเข้าร่วมมือกันในการพัฒนาอย่างประสานสอดคล้อง

นับได้ว่ากระบวนการ A – I – C ช่วยให้เกิดการระดมแนวคิดที่สร้างสรรค์ มีส่วนร่วม และเสริมพลังของชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนากระบวนการ A – I – C เป็นการประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกัน เพื่อจัดทำแผน โดยเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ มีเวทีพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจ ถึงสภาพปัญหา ความต้องการข้อจำกัด และพลังอำนาจของผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลัง สมอบในการศึกษา วิเคราะห์พัฒนาทางเลือก เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา เกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชน ท้องถิ่น เพราะกระบวนการ A – I – C มีขั้นตอนสำคัญ คือ

1. ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A) คือ ขั้นตอนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน แสดงความคิดเห็น รับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เป็นประชาธิปไตย ยอมรับในความคิดของเพื่อนสมาชิก โดยใช้การวาดรูปเป็นสื่อในการแสดงความคิดเห็น และแบ่งเป็น 2 ส่วน

A1 : การวิเคราะห์สภาพการของหมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ในปัจจุบัน

A2 : การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ อันเป็นภาพพึงประสงค์ในการพัฒนาว่าต้องการอย่างไรโดยการวาดภาพมีความสำคัญ คือ

1) การวาดภาพจะช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถสร้างจินตนาการ คิด วิเคราะห์ จินตนาการเป็นภาพ และช่วยให้ผู้ไม่ถนัดในการเขียนสามารถสื่อสารได้

2) ช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดและพูดเพื่ออธิบายภาพที่ตนเองวาด นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมอื่น ๆ ได้ซักถามข้อมูลจากภาพ เป็นการเปิดโอกาสให้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยน และกระตุ้นให้คนที่ไม่ค่อยกล้าพูด ให้มีโอกาสนำเสนอ

3) การรวมภาพของแต่ละบุคคล เพื่อเป็นภาพรวมของกลุ่ม จะช่วยให้มีความง่ายต่อการรวบรวมแนวคิดของผู้เข้าร่วม ประชุม และสร้างความรู้สึกรู้สึกเป็นเจ้าของภาพ (ความคิด) และส่วนร่วมในการสร้างภาพพึงประสงค์ของกลุ่ม

4) จะช่วยเสริมสร้างบรรยากาศการประชุมให้มีความสุข และเป็นกันเอง ในบางครั้งผู้เข้าร่วมประชุมมักมองว่า การวาดภาพเป็นกิจกรรมสำหรับเด็ก ดังนั้น วิทยากร กระบวนการ จำเป็นต้องสร้างความเข้าใจและนำเกมต่าง ๆ เกี่ยวกับการวางแผน การละลายพฤติกรรมกลุ่ม

หรือการวาดภาพเพื่อการแนะนำตนเอง หรือวาดภาพสิ่งที่ตนเองชอบ ไม่ชอบ มาใช้อุ่นเครื่อง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมประชุม

2. ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) คือ ขั้นตอนการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนาตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์ หรือที่ได้ช่วยกันกำหนดวิสัยทัศน์ (A2) เป็นขั้นตอนที่จะต้องช่วยกันหามาตรการ วิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

I1 : การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามภาพพึงประสงค์

I2 : การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโครงการ โดยมีกิจกรรมดังนี้

- 1) กิจกรรม หรือโครงการที่หมู่บ้าน ชุมชน ท้องถิ่นทำเองได้เลย
- 2) กิจกรรมหรือโครงการที่บางส่วนต้องการความร่วมมือ หรือการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่ร่วมทำงานสนับสนุนอยู่
- 3) กิจกรรมที่หมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ไม่สามารถดำเนินการได้เอง ต้องขอความร่วมมือ เช่น ดำเนินการจากแหล่งอื่น ทั้งภาครัฐและเอกชน

3. ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) คือ ยอมรับและทำงานร่วมกันโดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ มาสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่มผู้ดำเนินการ ซึ่งจะรับผิดชอบโครงการ โดยขั้นตอนกิจกรรม ประกอบด้วย

C1 : การแบ่งความรับผิดชอบ

C2 : การตกลงใจในรายละเอียดของการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติ

นอกจากนี้ ผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุม คือ

1. รายชื่อกิจกรรม หรือโครงการที่กลุ่มองค์กรชุมชนดำเนินการได้เอง ภายใต้ความรับผิดชอบ และเป็นแผนปฏิบัติการของหมู่บ้านและชุมชน
 2. กิจกรรมหรือโครงการที่ชุมชนหรือองค์กรชุมชนเสนอขอรับการส่งเสริม สนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐที่ทำงาน หรือสนับสนุนชุมชน
 3. รายชื่อกิจกรรม หรือโครงการที่ชาวบ้านต้องแสวงหาทรัพยากร และประสานงานความร่วมมือจากภาคีความร่วมมือต่าง ๆ ทั้งจากภาครัฐหรือองค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น
- ปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้การประชุม A – I – C ประสบความสำเร็จได้ มีดังนี้

1. การจัดประชุมกระบวนการ A-I-C นี้ “เน้นความเป็นกระบวนการ” จะดำเนินการข้ามขั้นตอนหรือสลับขั้นตอน ไม่ได้เน้นการระดมความคิดและสร้างการยอมรับซึ่งกันและกันให้ความสำคัญกับการตัดสินใจ การกำหนดอนาคตร่วมกัน และเน้นการสร้างพลังความคิด

วิเคราะห์ และเสนอทางเลือก ในการพัฒนาและพลังความรัก ความเอื้ออาทร การสร้างบรรยากาศ ที่เป็นมิตร อันเป็นพลังเชิงสร้างสรรค์ในการพัฒนา

2. การศึกษาและเตรียมชุมชน มีดังนี้

2.1 การศึกษาชุมชนเพื่อให้เข้าใจสภาพของหมู่บ้าน ชุมชน หรือตำบล ความสัมพันธ์ ของกลุ่มต่าง ๆ การทราบความสามารถ พลังอำนาจของกลุ่ม สภาพการพึ่งตนเอง เป็นต้น เพื่อให้ได้ ข้อมูลที่เพียงพอ เป็นข้อเท็จจริง ในการกำหนดอนาคตทางเลือก รวมทั้งกลวิธีที่เหมาะสมในการ แก้ไขปัญหา และการประสานความร่วมมือ

2.2 การเตรียมชุมชนเพื่อให้กลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ประชาชนเข้าใจ และส่งผู้แทน ที่มีอำนาจในการตัดสินใจของกลุ่มเข้าร่วมประชุมรวม ทั้งมีการพิจารณาเพื่อกระจายโอกาสให้กลุ่ม ต่าง ๆ ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เช่น กลุ่มสตรี เด็ก คนจน ผู้ประสบปัญหาต่าง ๆ เป็นต้น

3. วิทยาการกระบวนการที่เข้าใจขั้นตอนของกระบวนการ A-I-C มีประสบการณ์ ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องในการประชุมมีไหวพริบในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์เฉพาะหน้า สามารถใกล้เคียง หรือมีวิธีการในการจัดการกับความขัดแย้งที่เหมาะสมในกรณีที่จะเกิดขึ้น โดยสามารถทำหน้าที่ ดังต่อไปนี้

3.1 เตรียมชุมชน เตรียมการประชุม ดำเนินการประชุม และสรุปผล

3.2 สร้างบรรยากาศในการประชุม เพื่อคลายความตึงเครียดของผู้เข้าร่วมประชุม

3.3 ควบคุมขั้นตอนและเวลาในการดำเนินการประชุมให้เป็นไปตามกระบวนการ

3.4 สรุปความเห็นที่แท้จริงของผู้เข้าร่วมประชุม โดยไม่สอดแทรกความเห็นหรือทัศนคติของตนเองลงไป

3.5 ในกรณีที่มีข้อถกเถียงระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม ซึ่งเกิดความต้องการปกป้องผลประโยชน์ของตนเอง ผู้ดำเนินการประชุมต้องทำหน้าที่ใกล้เคียง และหาข้อยุติให้ได้

3.6 วิเคราะห์และสังเกตบรรยากาศในการประชุม สำหรับจำนวนผู้จัดการประชุม อาจมีเพียงคนเดียวก็ได้เป็นผู้นำการประชุม ซึ่งจะมีข้อดี คือ กระบวนการประชุมเป็นเอกภาพมากกว่า แต่หากไม่มั่นใจในการดูแลบรรยากาศการประชุม น่าจะจัดคณะมาช่วย โดยแบ่งหน้าที่เป็น

3.6.1 ผู้จัดการประชุม ดูแลอำนวยความสะดวกทั่วไป ได้แก่ การลงทะเบียน อาหาร เครื่องดื่ม

3.6.2 ผู้นำการประชุม

3.6.3 ผู้จัดการกิจกรรมเกมส์ สร้างบรรยากาศ เพื่อการละลายพฤติกรรม คลายเครียด และการนำเข้าสู่ขั้นตอนแต่ละขั้นตอน

3.6.4 ผู้เตรียมวัสดุอุปกรณ์ ทั้งนี้ คณะฯ จะต้องทำความเข้าใจในขั้นตอนและวิธีการให้ตรงกันสอดคล้องกัน

แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการฝึกอบรม

ความหมายของการฝึกอบรม

ชูชัย สมิทธิไกร (2542) ให้ความหมายของการฝึกอบรมว่า “การฝึกอบรม” คือ กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานให้มีผลดีตามความต้องการขององค์กร ทั้งในปัจจุบันและในอนาคต รวมทั้งมีกำลังในการปฏิบัติงาน มีทัศนคติที่ดีต่อหน้าที่การงานที่ตนจะต้องปฏิบัติ และรับผิดชอบ ตลอดจนโอกาสเตรียมตัวสำหรับตำแหน่งที่สูงขึ้นในอนาคต (ชาญชัย อาจินสมาจาร, 2535) และมีการให้ความหมายของการฝึกอบรมว่า “การฝึกอบรม หมายถึง โปรแกรมการศึกษาที่ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อช่วยให้ผู้รับการฝึกอบรมได้มีประสบการณ์ทางการศึกษา เพื่อผู้ที่เข้าไปทำงานใหม่ได้ปรับตัวได้ ส่วนผู้ที่ทำงานอยู่แล้ว การฝึกอบรมจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ทักษะ เจตคติอันเป็นเป้าหมายของการอบรมนั้น ตลอดจนช่วยเพิ่มพูนความสามารถให้กับบุคคลนั้น” ได้สรุปความหมายของการฝึกอบรมว่า “การฝึกอบรมเป็นกระบวนการอย่างหนึ่งที่จัดขึ้นเพื่อเพิ่มพูนความรู้ และทักษะให้แก่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมโดยจัดทำเป็นช่วง ๆ หรือระยะเวลา ตามความเหมาะสมแต่ละเรื่อง อาจใช้เวลาสามวันหนึ่งสัปดาห์หรือมากกว่า หรืออาจจัดเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มก็ได้ (ชูชัย สมิทธิไกร, 2542)

ความมุ่งหมายของการฝึกอบรมและรูปแบบของกระบวนการฝึกอบรม

จากความหมายของการฝึกอบรมตามที่กล่าวมาเบื้องต้น ทำให้การฝึกอบรมมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญต่อไปนี้ คือ

1. ความรู้ (Cognitive) คือ สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมไปใช้สังเคราะห์ วิเคราะห์ แยกแยะองค์ประกอบให้สัมพันธ์กับสิ่งต่าง ๆ ได้ นอกเหนือจากที่ได้รับรู้สิ่งใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น
2. ความรู้สึก (Affective) คือ ความรู้สึกที่เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น หลังจากอบรมแล้ว เช่น ยอมรับสิ่งใหม่ มีเจตคติในทางที่สร้างสรรค์มีความกระตือรือร้นมากขึ้น
3. ทักษะหรือด้านปฏิบัติการ (Psychomotor) คือ ความสามารถ ความชำนาญ ความคล่องแคล่ว และมีความถูกต้องในการปฏิบัติงานดีขึ้นภายหลังการฝึกอบรม (เปรี๊ญ กุมุท, 2520)

การฝึกอบรมเป็นกระบวนการที่มีจุดมุ่งหมาย ขั้นตอนของการดำเนินการ และการประเมินผลอย่างมีเป็นระบบ กระบวนการฝึกอบรมใด ๆ ที่จะจัดขึ้น จึงจำเป็นต้องอาศัยรูปแบบหรือระบบของการดำเนินการที่ชัดเจน เพื่อสามารถประเมินผลได้อย่างชัดเจนเพียงพอว่าบรรลุ

ต่อวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้มากน้อยเพียงไร ซึ่งโครงสร้างในการอบรม แบ่งองค์ประกอบของระบบ เป็น 3 ส่วน คือ

1. ตัวป้อน (Input) ได้แก่ สิ่งที่เป็นวัตถุดิบที่จะนำเข้าสู่ระบบ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินงาน
2. กระบวนการ (Process) ได้แก่ วิธีการ ขั้นตอนการดำเนินการและวิธีกระทำต่อตัวป้อนหรือวัตถุดิบ เพื่อให้เกิดผลตามที่ต้องการ
3. ผลลัพธ์ (Output) ได้แก่ สิ่งที่ผ่านมาการกระทำของกระบวนการของระบบ และผลย้อนกลับ เพื่อการปรับปรุง (Feedback)

วิธีการฝึกอบรมและเทคนิคในการปฏิบัติเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายของการฝึกอบรม การเลือกใช้เทคนิคในการฝึกอบรมจะต้องยึดถือความต้องการ พื้นความรู้ ความสามารถของผู้เข้ารับการอบรม ความเหมาะสมกับหลักสูตรนั้น ๆ ตลอดจนคำนึงถึงเวลาและงบประมาณที่ใช้ในการฝึกอบรมเป็นเกณฑ์ ทั้งนี้ โดยมุ่งถึงการให้ความรู้ ความเข้าใจ ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม และเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงานเป็นสำคัญ วิธีการฝึกอบรมมีหลายวิธีต่างก็มีข้อดีข้อเสียต่าง ๆ กัน เช่น

1. การบรรยาย (Lecture) การบรรยายสามารถถ่ายทอดความรู้แก่ผู้รับการฝึกอบรมได้ในเวลาจำกัด แต่จะมีข้อบกพร่องมาก ถ้าผู้บรรยายขาดการเตรียมตัว มีประสบการณ์น้อยเกินไป หรือการบรรยายไม่เหมาะสมกับระดับการรับรู้ของผู้ฟัง และเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ฟังเกิดความเบื่อหน่ายได้ง่าย การฝึกอบรมวิธีนี้อาจจะได้ผลน่าสนใจ ถ้าการเลือกผู้บรรยายกระทำได้ด้วย ความพิถีพิถันให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของ โครงการ และมีความเชี่ยวชาญในการถ่ายทอดเพียงพอ การบรรยายอาจได้ผลดีขึ้น ถ้ามีเครื่องมือ โสตทัศนูปกรณ์เข้าช่วยและเปิด โอกาสให้มีการซักถาม ข้อข้องใจต่าง ๆ นอกจากนี้ ควรคำนึงถึงบรรยากาศในห้องบรรยาย ควรเลือกสถานที่ที่ห่างไกลจากเสียงรบกวน คำนึงถึงแสงสว่าง ระบบระบายอากาศ มีวัสดุอุปกรณ์อำนวยความสะดวกพอสมควร

2. การอภิปราย (Discussion) นิยมใช้ในการฝึกอบรมบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญงาน และมีประสบการณ์มากพอสมควร มีความมั่นใจในตัวเองพอที่จะแสดงความคิดเห็นส่วนตัวได้ การอบรมโดยวิธีนี้จะประสบปัญหา ในกรณีที่มีการจัดกลุ่มผู้เข้ารับการอบรม ไม่เหมาะสมในเรื่องเกี่ยวกับความรู้ วัย ฯลฯ ถ้าการจัดกลุ่มดีพอและผู้นำกลุ่มสามารถสร้างบรรยากาศและมนุษยสัมพันธ์ในการอภิปรายได้ดี พอที่จะได้รับความร่วมมือจากสมาชิก การฝึกอบรมวิธีนี้จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้มีโอกาสใช้ความคิด และเรียนรู้จากผู้อื่น ได้ดียิ่งขึ้น

3. การสัมมนา (Seminars) มีลักษณะเป็นการศึกษาค้นคว้าในรูปแบบต่าง ๆ กันในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แล้วนำมาเสนอรายงานต่อกลุ่ม เพื่อเป็นการเพิ่มพูนความรู้ให้แก่กันร่วมประมวลปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติงาน เพื่อหาวิธีปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องหรือวิพากษ์วิจารณ์แง่มุมต่าง ๆ ของปัญหาให้ได้ข้อสรุปที่ดีที่สุด นอกจากนี้ ยังเป็นการเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยอาศัยความรู้และประสบการณ์จากการปฏิบัติของแต่ละบุคคล การฝึกอบรมด้วยวิธีการสัมมนานี้นิยมใช้ในการฝึกอบรมบุคคลระดับนักบริหารหรือนักวิชาการ เพราะต้องอาศัยผู้มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์มากพอจึงจะร่วมวิพากษ์วิจารณ์เรื่องนั้น ๆ ได้

4. การศึกษากรณีเฉพาะ (Case Study) เกิดจากความคิดที่จะให้ผู้รับการฝึกอบรมได้มีการเรียนรู้จากการฝึกหัด เพื่อให้เกิดความชำนาญในการนำหลักการตัดสินใจมาใช้ในการวินิจฉัยปัญหาการศึกษากรณีเฉพาะ เป็นการเพิ่มพูนทักษะในการตัดสินใจที่ได้ผลดีกว่าการบรรยายวิธีการ ก็คือ การนำประสบการณ์ในปัญหาที่เกิดขึ้นจริง จำลองเข้าสู่ห้องฝึกอบรมและเปิดโอกาสให้ผู้รับการฝึกอบรมได้อาศัยความรู้ ความชำนาญตลอดจนประสบการณ์ของตนเองลงแก้ไขปัญหานั้น ๆ การฝึกอบรมวิธีนี้มีข้อเสียตรงที่กรณีที่นำมาศึกษาบางเรื่องไม่สมบูรณ์ ไม่ตรงกับเนื้อหาวิชาที่ต้องการหรือไม่ตรงกับประสบการณ์ของผู้รับการฝึกอบรม ทำให้ไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร

5. การสาธิต (Demonstration) เป็นวิธีการฝึกอบรมที่ใช้ประกอบกับการฝึกอบรมวิธีอื่น ๆ เช่น ประกอบการบรรยาย เพื่อให้เข้าใจดีขึ้น โดยได้เห็นจากการปฏิบัติจริง จึงจำเป็นต้องมีเครื่องมือเครื่องใช้อย่างพร้อมมูล การอบรมวิธีนี้จึงอาจสิ้นเปลืองงบประมาณค่อนข้างมาก

6. การชมกิจการหรือเดินทางเพื่อทัศนศึกษา (Study Tour of Fired Trips) เป็นการฝึกอบรม โดยการออกนอกสถานที่ให้ไปเห็นการปฏิบัติงานจริง ๆ การอบรมวิธีนี้ประโยชน์ที่จะได้รับมากน้อยขึ้นอยู่กับความสนใจของผู้รับการอบรมเองว่า การเดินทางนั้นเป็นไปเพื่อความสนุกสนาน หรือเพื่อหาประสบการณ์เพื่อเพิ่มพูนสติปัญญาของตนเอง ผู้ดำเนินการฝึกอบรมจึงต้องกำหนดให้มีการเสนอแนะผลการดูงาน ปัญหาต่าง ๆ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการฝึกอบรมครั้งต่อไป

วิธีการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม

กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการที่ใช้กลุ่มในการแก้ปัญหาหรือกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งร่วมกัน เพื่อเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ผู้เรียนจะเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองและการใช้วิธีวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้เรียน ซึ่งเกิดขึ้นในขณะนั้น เป็นกระบวนการสำคัญของการเรียนรู้ (ทิสนา เทียมเสน, 2515) วิธีการสอน โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นวิธีการเรียนรู้จากการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มย่อย หลักการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นวิธีการเรียนรู้จากการทำงาน

ร่วมกันเป็นกลุ่มย่อย หลักการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ โดยให้ผู้เรียนเป็นผู้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Learning by Doing) ซึ่งจะทำให้การเรียนรู้เป็นประสบการณ์ที่เต็มไปด้วยความมีชีวิตชีวา ใจไม่เฉื่อยชา (Active Learning) นอกจากนี้ การเรียนรู้จะเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่าและมีความหมายต่อผู้เรียนมากขึ้น ถ้าผู้เรียนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ในฐานะที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่ม (Group Participation) การลงมือปฏิบัติ การแสดงความคิดเห็นการมีความรู้สึกและอารมณ์ร่วมในสิ่งที่ได้กระทำจะทำให้เกิดมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ช่วยให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างกว้างขวางและได้ผลดี สามารถนำความรู้ไปใช้ชีวิตประจำวันได้ (เยาวนา เตชะคุปต์, 2522)

แนวคิดกระบวนการสุขภาพศึกษาในชุมชน

แนวคิดกระบวนการสุขภาพศึกษาเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการพัฒนาการสาธารณสุข ถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ก่อให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น กระบวนการสุขภาพศึกษาในชุมชน มีความสำคัญต่อการแก้ปัญหาสุขภาพ (สมทรง รัชต์เผ่า และสรงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2540) สามารถสรุปได้ ดังต่อไปนี้

1. เป็นการตอบสนองความต้องการอยากรู้อยากเห็นของประชาชน ในเรื่องสุขภาพของตนเอง ซึ่งเจ้าหน้าที่ต้องจัดกิจกรรม เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์การเรียนรู้ในด้านต่าง ๆ
2. เป็นการแก้ปัญหาโดยตรงของประชาชน โดยการให้การศึกษาแก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตนเอง หรือครอบครัว ชุมชน เพื่อให้เกิดการยอมรับสภาพของปัญหา ตลอดจนทราบแนวทางในการแก้ปัญหาต่อไป
3. เป็นการลดจำนวนผู้ป่วยที่ไปโรงพยาบาลด้วยการให้ข้อมูลข่าวสารและให้คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทำให้ประชาชนมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวแล้ว ก็จะเป็นการลดผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ด้วย
4. ลดจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ อันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล ถ้าหากผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มปัญหาต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล แล้วจะทำให้บุคคลมีองค์ความรู้และทักษะที่เพียงพอในการดูแล และป้องกันโรคให้กับตนเองและครอบครัวได้

5. เป็นการแก้ปัญหาในระยะยาวของชุมชน การจัดกิจกรรมบริการให้สุขศึกษาแก่กลุ่มเป้าหมายเป็นมาตรการหนึ่งที่ใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพของบุคคลหรือชุมชน ส่วนการให้รักษาโรคเป็นเพียงการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ

6. เป็นการลงทุนที่คุ้มค่ากับการแก้ปัญหา ในกรณีนี้เป็นการเปรียบเทียบระหว่างการให้บริการด้านการรักษาโรคกับการป้องกันโรคโดยกระบวนการสุขศึกษา เพราะการรักษาต้องลงทุนสูงในขณะที่การสุขศึกษาใช้ทรัพยากรน้อยกว่า

เป้าหมายสำคัญของการดำเนินงานสุขศึกษา คือ เพื่อการพัฒนาปรับเปลี่ยนหรือสร้างเสริมพฤติกรรมของประชากรกลุ่มเป้าหมายให้มีพฤติกรรมในทางที่จะก่อให้เกิดสุขภาพที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

กระบวนการเรียนรู้มีเป้าหมายสำคัญคือมุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และพฤติกรรม (Psychomotor) ซึ่งจำแนกเป็นทักษะในการคิด และทักษะในการทำ ทั้งนี้ การเรียนรู้ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี คือ การเรียนรู้จากการกระทำ การทดลอง การปฏิบัติและประสบการณ์

สำหรับการนำเอาความรู้ด้านการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการสุขศึกษาชุมชนนั้น โดยการใช้กระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอน (Schubert et al, 1999) ได้แก่

1. การประเมิน (Assessment) โดยพยาบาลต้องประเมินสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ของผู้รับบริการ และประเมินสิ่งที่ผู้รับบริการรู้หรืออยากรู้ รวมถึงความต้องการมีส่วนร่วมและเป้าหมายของผู้รับบริการ

2. การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) พยาบาลต้องสามารถวินิจฉัยปัญหาให้ได้อย่างชัดเจนว่า ต้นตอของปัญหาคืออะไร เป็นต้นว่าผู้ขาดอะไร เช่น ขาดความรู้หรือขาดข้อมูล หรือขาดแรงจูงใจที่จะแก้ปัญหา

3. การวางแผน (Planning) จากการประเมินปัญหาและการวินิจฉัยปัญหาจะทำให้พยาบาลสามารถจัดลำดับความสำคัญ ตัดสินใจเลือกใช้วิธีการ เนื้อหาหรือกลวิธีที่จะใช้ในการให้ความรู้กับผู้รับบริการ ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

4. การปฏิบัติการ (Implementation) ในการปฏิบัติการสอน ผู้สอนหรือพยาบาลต้องมีความรู้ในเรื่องที่จะสอน ต้องมีทักษะในการถ่ายทอด ตลอดจนต้องสามารถกระตุ้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้หรือการปฏิบัติการประเมินผล (Evaluation) การประเมินผลจะต้องสัมพันธ์กับสิ่งที่ประเมินปัญหาและเป้าหมายที่จะให้บรรลุ โดยพยาบาลควรใช้เทคนิคในการสอบถามว่าผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง

วิธีการให้การศึกษาในการพัฒนาชุมชน

เพื่อให้เกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงในชุมชน พยาบาลหรือนักพัฒนาจะต้องเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสม เพื่อให้การศึกษาแก่ชาวบ้าน เช่น การบรรยายอาจเน้นการถ่ายทอดเรื่องราวหรือเนื้อหา อาจใช้วิธีการประชุมเป็นกลุ่มใหญ่ (ตั้งแต่ 20 คน ขึ้นไป) อาจใช้เป็นเวทีแจ้งข่าว หรือใช้วิธีการประชุมกลุ่มย่อย (ไม่เกิน 15 คน) เทคนิคการสร้างกระบวนการรู้ อาจใช้วิธีศึกษาดูงาน มีการปฏิบัติทดลอง และอาจเป็นชาวบ้านถ่ายทอดให้กับชาวบ้านด้วยกัน ซึ่งจะทำให้การเรียนรู้เป็นไปได้ดีขึ้นเพราะชาวบ้านกล้าถามกล้าแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน

กระบวนการสุขศึกษาเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการพัฒนาการสาธารณสุข เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนตามกลุ่มปัญหาสาธารณสุขต่าง ๆ หรือการสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้เกิดกับประชาชน รวมถึงเพื่อให้บุคคลได้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลในชุมชน

การให้การศึกษาแก่ชุมชน มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มพูนทักษะ ซึ่งจำแนกเป็นทักษะในการคิดและทักษะในการทำ ทั้งนี้ การเรียนรู้ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี คือ การเรียนรู้จากการกระทำ การทดลอง การปฏิบัติและประสบการณ์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เกศินี วงศ์สุบิน, ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, ธนาคล เก่งการพานิช และมณฑา เก่งการพานิช (2559) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้พลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันและโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (HI) และค่าดัชนีภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (CI) ลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิภา เฟื่องแสงเยี่ยม, พัชรภรณ์ ไชยสังข์ และปัญญาภรณ์ ยะเกษม (2558) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < 0.000$) และภายหลังการใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจ กลุ่มที่ใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) เช่นกัน

ภูติท เตชาติวัฒน์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ (2557) ศึกษาประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรมพิตราม จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัย พบว่า การปฏิบัติงานของ อสม. เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรมพิตราม ส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.5 ปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 22.34$, S.D. = 4.21) รองลงมา ร้อยละ 28.4 อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 32.47$, S.D. = 2.87) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้างประชากรกับผลการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่า การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ($\chi^2 = 4.268$, Cramer's V = .161) และความรู้มีความสัมพันธ์ ($\chi^2 = 3.884$, Cramer's V = .223) กับผลการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .05) ในระดับต่ำ จากผลการศึกษาผู้บริหารบริการสุขภาพ ควรจะพัฒนาทักษะการประสานงานของ อสม. ให้สอดคล้องกับการมีตำแหน่งอื่นในชุมชนของ อสม. และสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ให้กับ อสม. อย่างต่อเนื่อง โดยออกแบบการอบรมที่มีเนื้อหาและวิธีการให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของ อสม. ในชุมชน

วุฒิสักดิ์ บุญเฉลิม (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลคงเค็ย อำเภอกงไกรลาส จังหวัดสุโขทัย ผลการวิจัย พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุในช่วง 30 – 39 ปี อาชีพ อสม. ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร อสม. ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 7,500 – 100,000 บาท อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ป.4 – ป.6) สภาพการสมรสส่วนใหญ่มีสภาพการสมรส อสม. ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ อสม. ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครัวเรือน 4 – 6 คน อสม. ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ชุมชน 20 – 21 ปี เข้ามาเป็น อสม. โดยได้รับการคัดเลือกจากเพื่อน อสม. ในหมู่บ้าน ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 9 – 12 ครั้งต่อปี ความพึงพอใจในสวัสดิการที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในตำแหน่ง มีความพึงพอใจมาก การได้รับรางวัล อสม. ดีเด่นหรือเข็มเชิดชูเกียรติส่วนใหญ่ เคยได้รับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับปานกลาง การปฏิบัติงานต่อกิจกรรม สาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับปานกลาง

สุพรรณ ชงเทียน (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลแม่แฝก อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้าน

ความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้านการนิเทศงาน ปัจจัยด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการปฏิบัติงานโดยรวมของ อสม. และปัจจัยด้านทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และด้านการประสานงานกับบุคคลองค์กรและเครือข่าย ($p - \text{value} < 0.05$) และปัจจัยด้านการนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในด้านการประสานงานกับบุคคล องค์กรเครือข่ายและด้านการปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ($p - \text{value} < 0.05$) และปัจจัยด้านสวัสดิการและค่าตอบแทนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในด้านการประสานงานกับบุคคลองค์กรและเครือข่ายและด้านการปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ($p - \text{value} < 0.05$) รวมถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านการประสานงานกับบุคคล องค์กรและเครือข่ายและด้านการปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ($p - \text{value} < 0.05$) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้องในการวางแผนส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามบทบาทหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

มินตรา สารระักษ์ (2553) ศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผลการวิจัย พบว่า การประเมินพลังอำนาจด้านการดำเนินงานของ อสม. กลุ่มตัวอย่าง จากตำบล โคกสว่าง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฐานต่าง ๆ มีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจของ อสม. เท่ากับ 2.00 (S.D. = 0.45, 95 % CI; 1.86 – 2.15) หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมฐานต่าง ๆ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจเพิ่มเป็น 3.09 (S.D. = 0.46, 95 % CI; 2.943.25) กลุ่มตัวอย่างตำบลนากระแซง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ฐานต่าง ๆ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 (S.D. = 0.39, 95 % CI; 2.86 – 3.12) หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมฐานต่าง ๆ ค่าคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจด้านการดำเนินงานของ อสม. เท่ากับ 3.12 (S.D. = 0.45, 95 % CI; 2.98 – 3.26) การจัดกลุ่มคะแนนพลังอำนาจการดำเนินงานของ อสม. ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฐาน กลุ่มตัวอย่างตำบลโคกสว่างส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มต่ำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.5 หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมฐาน ส่วนมากจัดอยู่ในกลุ่มสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 48.8 กลุ่มตัวอย่างจากตำบลนากระแซงก่อนเข้าร่วมกิจกรรมจัดอยู่ในกลุ่มสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.4 เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมฐานต่าง ๆ แล้ว ยังอยู่ในกลุ่มสูงมากที่สุด โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 63.4 การติดตามประเมินผลการพัฒนาพลังอำนาจการดำเนินงานของ อสม. ที่เข้าร่วมกิจกรรม หลังจากอบรมเป็นเวลา 3 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น ประมาณร้อยละ 83 ขึ้นไป

อาจิริย์ แดงโสภณ และวิยะดา เมภัสสกุล (2553) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้ สุขศึกษาที่มีต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ผลการวิจัย พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลคะแนนความรู้และทักษะของผู้ดูแลเด็กป่วย ด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อความรู้และ ทักษะของผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสรุปได้ว่า ผลการใช้โปรแกรมการให้สุขศึกษาที่มีต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแลเด็กป่วย ด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการอบรม โปรแกรมการให้สุขศึกษากับเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนดีขึ้น

อากินัน โทลาร์ (Akintola, 2010) ศึกษาเรื่องการรับรู้ถึงผลตอบแทนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ที่บ้านของอาสาสมัครที่ได้ปฏิบัติงานตามเชื่อในองค์กร ผลการวิจัย พบว่า ผลตอบแทนที่อาสาสมัคร ได้รับในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ผลตอบแทนที่เกิดขึ้น จากภายใน คือ ได้รับการพัฒนาด้านอารมณ์และจิตใจ 2) ผลตอบแทนที่เกิดขึ้นจากภายนอก คือ การมองเห็นคุณค่าและได้ถูกยอมรับสามารถได้รับทักษะและการฝึกฝนประสบการณ์มากยิ่งขึ้น

เดียนแมน และคณะ (Dieleman, Cuong, Anh and Martineau, 2003) ศึกษาเรื่อง ปัจจัย สิ่งที่เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชนบท ในประเทศเวียดนามเหนือ ผลการวิจัย พบว่า การเงินจะมีอิทธิพลต่อแรงจูงใจ ปัจจัยที่สร้างแรงจูงใจหลักสำหรับคนทำงาน ด้านสุขภาพ คือ ผู้บริหาร หัวหน้า เพื่อนร่วมงาน และสังคม ความมั่นคงในอาชีพ รายได้ และการฝึกฝน ส่วนปัจจัยที่บั่นทอนคือ มีความสัมพันธ์กับเงินเดือนที่น้อยและความซับซ้อนในเงื่อนไขของงาน

ซาโต้ และคณะ (Sato, Pongvongsa, Nonaka, Kounnavong, Nansounthavong, Moji, Phongmany, Kamiya, Sato and Kobayashi, 2014) ศึกษาเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน โดยทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานในสาธารณสุขรัฐประชาชนลาว : การศึกษาภาคตัดขวาง ผลการวิจัย พบว่า องค์ประกอบกิจกรรมของพลเมืองใน โครงสร้างทุน ทางสังคมของเครื่องมือที่ประเมินทุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติในการประเมินตนเองโดยสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และได้มีการประเมินโดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มและองค์ความรู้ทางสังคมพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ เฉพาะการประเมินตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข

ชาร์มาและคณะ (Sharma, Webster, and Bhattacharyya, 2014) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มี ผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในประเทศอินเดีย ผลการวิจัย พบว่า แรงจูงใจและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่ได้รับการรับรองกิจกรรมด้านสุขภาพจากสังคม

เป็นผลมาจากหลาย ๆ ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความเชี่ยวชาญ และองค์กร (เช่น โครงสร้างขององค์กร) นอกจากนี้ ปัจจัยร่วมของปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกของสถานที่ทำงาน

จายา สุริยะ และคณะ (Jayasuriya, Jayasinghe and Wang, 2014) ศึกษาเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของพนักงานด้านสุขภาพในองค์กรสุขภาพเขตชนบทประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง : ปัจจัยในด้านองค์กร ผลการปฏิบัติงานที่ไม่เป็นเนื้องาน ปัจจัยทางด้านองค์กรสามารถทำนายผลการปฏิบัติงานที่ไม่ใช่เนื้องานได้หรือไม่ในจังหวัดปาปัวนิวกินี ประเทศออสเตรเลีย ผลการวิจัยพบว่า จากการสำรวจพบว่าร้อยละ 62 ของศูนย์สุขภาพในชนบท ปฏิบัติงานโดยมีพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร (บ่อยครั้งถึงสม่ำเสมอ) และร้อยละ 5 มีพฤติกรรมต่อต้านการปฏิบัติงาน (ในระดับบ่อยครั้งถึงสม่ำเสมอ) การวิเคราะห์ห้หุระดับ พบว่า สภาพแวดล้อมของที่ทำงานมีผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร (OCB) และมีผลเชิงลบต่อพฤติกรรมต่อต้านการปฏิบัติงาน (CWB) การวิเคราะห์ตัวแปรขึ้นกลาง (Mediation Analysis) พบความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมของที่ทำงานและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่อต้านการปฏิบัติงาน โดยสรุปนโยบายด้านทรัพยากรมนุษย์ที่ทำให้สภาพแวดล้อมในศูนย์สุขภาพชนบทดีขึ้น จะเพิ่มพฤติกรรมเชิงบวกที่ไม่เกี่ยวข้องกับเนื้องาน แรงจูงใจ และสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพนักงานด้านสุขภาพ

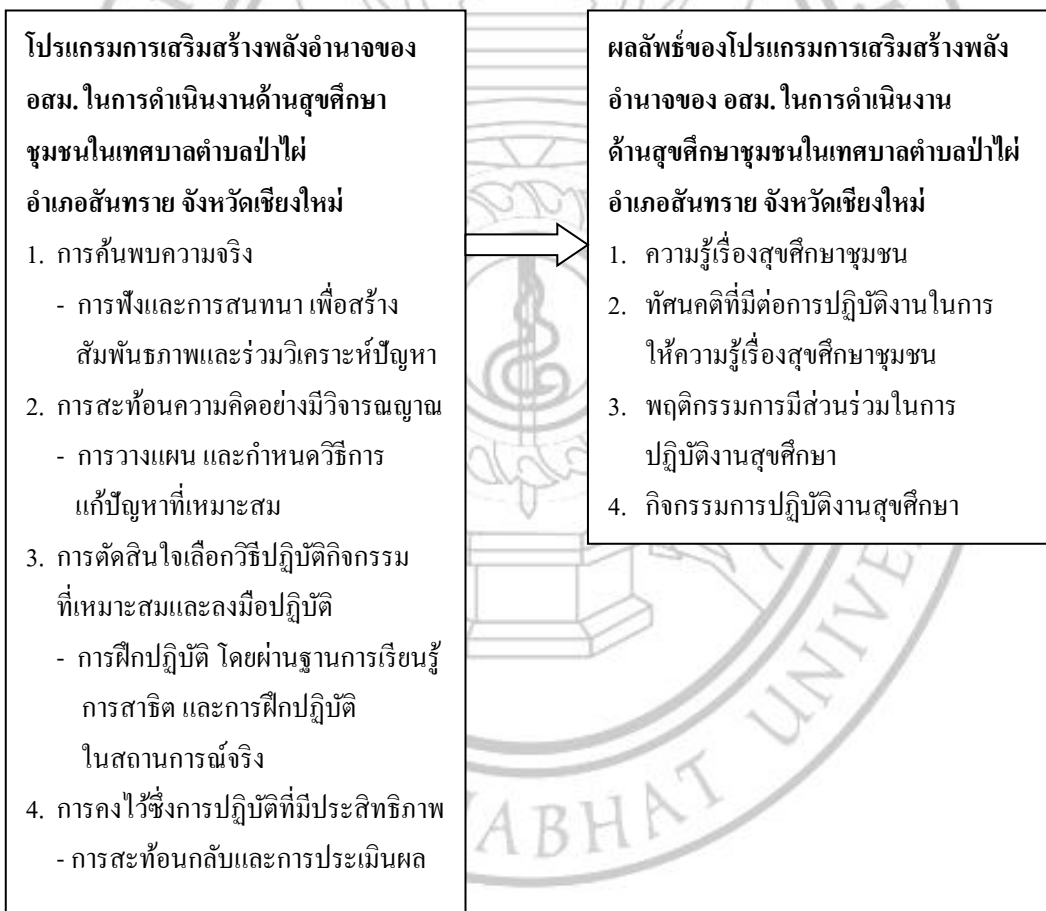
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เน้นให้บุคคลพัฒนาความสามารถในการคิด ตัดสินใจ แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เกิดความนับถือเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ มีการสนทนา แลกเปลี่ยนความคิดระหว่างบุคคลในกลุ่ม ระบุนปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ มองภาพอนาคตได้ สามารถพัฒนากลวิธีที่จะแก้ปัญหาได้ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งในระดับบุคคล องค์กรและสังคม อนึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการนำกระบวนการเสริมพลังอำนาจมาประยุกต์ใช้กับ อสม. เพื่อให้มีความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน และมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน ในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน และมีพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษามากขึ้น รวมถึงมีกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษาที่มากขึ้น โดยเชื่อว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การทำงานร่วมกันและการมีส่วนร่วม ทั้งนี้ ได้จัดกิจกรรมเน้นให้ อสม. ได้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การค้นพบความจริง การฟังและการสนทนา ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจ การวิเคราะห์สาเหตุและผลกระทบของปัญหา
2. การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การวางแผนแก้ไขปัญหา
3. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติฝึกปฏิบัติ โดยผ่านฐานการเรียนรู้ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง
4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ การสะท้อนกลับและการประเมินผล หลังการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของ อสม.

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบผลการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ อสม. ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ อสม. โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ และกลุ่ม อสม. ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งจะดำเนินการตามวิธีที่ผู้ศึกษากำหนดให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีส่วนร่วมในด้านการวิเคราะห์ วางแผน และแก้ไขปัญหา ตลอดจนการประเมินผลงาน รวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องสุขภาพชุมชน ทักษะคิด พฤติกรรม และกิจกรรมตามแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการศึกษาตามลำดับขั้นตอน ต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยเรื่อง การเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ได้กำหนดแผนและวิธีการดำเนินงานเป็นขั้นตอน ดังนี้

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อสม. ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 292 คน ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวน อสม. ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวน อสม. (คน)
1	บ้านเมืองซอน	27
2	บ้านหนองเต่าคำ	23
3	บ้านป่าไผ่	23
4	บ้านป่าเหมือด (เขตพื้นที่เทศบาลเมืองแม่โจ้)	-
5	บ้านแม่แก้ดน้อย (เขตพื้นที่เทศบาลสันทรายหลวง)	-
6	บ้านโปง	19
7	บ้านศรีบุญเรือง	27
8	บ้านศรีวังธาร	27
9	บ้านหนองเต่าคำใหม่	16
10	บ้านหลังมีน (เขตพื้นที่เทศบาลเมืองแม่โจ้)	-
11	บ้านท่ายาว	19
12	บ้านหม้อ	10
13	บ้านพัฒนาทรายแก้ว	16
14	บ้านหนองหลวงพัฒนา	22
15	บ้านเกษตรพัฒนา	21
16	บ้านหนองป่าข้าว	21
17	บ้านแพะใต้พัฒนา	21
รวมทั้งหมด		292

จากตารางที่ 3.1 แสดงให้เห็นว่า จำนวน อสม. ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งหมด 14 หมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง 1 กลุ่มตัวอย่าง โดยค่าเฉลี่ย 2 ค่า เปรียบเทียบกันและไม่เป็นอิสระกัน Dependent Groups (Paired Data) และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างโดยถือว่าทุก ๆ หน่วยหรือทุก ๆ สมาชิกในประชากรมีโอกาสจะถูกเลือกเท่า ๆ กันการสุ่มวิธีนี้ใช้วิธีการจับสลาก เนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก โดยจะใช้การเขียนหมายเลขหมู่บ้านแทนเพื่อกำกับประชากรตัวอย่าง

แต่ละรายการก่อน แล้วจึงจับสลากขึ้นมาแบบไม่ใส่คืน (Simple Random Sampling without Replacement) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง 1 กลุ่มตัวอย่างโดยค่าเฉลี่ย 2 ค่าเปรียบเทียบกันและไม่เป็นอิสระกัน (Dependent Groups) โดยวัดก่อนและวัดหลังการให้ Intervention โดยใช้สูตรเฮนิช (Heinisch, 1965) ดังนี้

$$n = \left[\frac{(Z_\alpha + Z_\beta)\sigma}{\Delta} \right]^2$$

โดย n คือ จำนวนขนาดตัวอย่าง
 Z_α คือ ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05
 ค่า α เท่ากับ 0.05 ดังนั้น ค่า $Z_\alpha = 1.96$
 β คือ ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่กำหนดให้อำนาจการทดสอบเท่ากับ 95 ค่า β เท่ากับ 0.05 ดังนั้น ค่า $Z_\beta = 1.645$
 Δ (delta) คือ $\mu_2 - \mu_1$ (Mean Difference) หรือ $x_1 - x_2 =$ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ทั้งค่าเฉลี่ยจาก Pretest และค่าเฉลี่ยจาก Posttest
 σ คือ Standard Deviation of Mean Difference

สำหรับการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยของยุพา พูลสวัสดิ์ (2557) เรื่องผลลัพธ์ของ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ อสม. ด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการใช้ยาที่บ้าน ก่อนเข้าร่วม โปรแกรมเท่ากับ 85.70 และหลังเข้าร่วม โปรแกรมเท่ากับ 90.56 และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.86 นำมาแทนค่าในสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$n = \left[\frac{(Z_\alpha + Z_\beta)\sigma}{\Delta} \right]^2$$

$$n = \left[\frac{(1.96 + 1.645)10.62}{4.86} \right]^2$$

$$n = 62 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อไม่ให้ข้อมูลที่เก็บได้จริงมีขนาดตัวอย่างเล็กกว่าที่กำหนดและมีผลต่อ Standard Error ในการสรุปผลการศึกษา ป้องกันไม่ให้เกิดสถานการณ์ดังกล่าว จะต้องมีการเพิ่มขนาดตัวอย่าง โดยนำอัตราการตกสำรวจหรืออัตราการสูญหายจากการติดตามมาใช้ในการคำนวณปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2547

สูตร

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-d)^2}$$

- N คือ ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณตัวอย่าง
 n_{adj} คือ ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว
 d คือ สัดส่วนการตกสำรวจหรือสัดส่วนการสูญหายจากการติดตาม

การศึกษาครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 62 คน คาดว่าจะมีผู้ตกสำรวจร้อยละ 5 แทนค่า

ในสูตร

$$n_{adj} = \frac{62}{(1-0.05)^2}$$

$$n_{adj} = \frac{62}{0.9025}$$

$$n = 68 \text{ คน}$$

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 68 คน

การสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) หลังจากนั้นทำการคัดเลือกตัวอย่างการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) ซึ่งเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) การสุ่มวิธีนี้ใช้วิธีการจับสลากหมู่บ้าน โดยจะใช้

การเขียนหมายเลขหมู่บ้านแทน เพื่อกำกับประชากรตัวอย่างแต่ละรายการก่อน แล้วจึงจับฉลากขึ้นมา โดยจับฉลากขึ้นมาแบบไม่ใส่คืน (Simple Random Sampling without Replacement) ซึ่งจากการจับฉลากได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 หมู่บ้าน และได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 71 คน เนื่องจากไม่สามารถคัดกลุ่มตัวอย่างที่จับฉลากออกได้ ผู้วิจัยจึงต้องเอาทั้งหมด โดยจะยึดแนวทางหรือหลักเกณฑ์ด้านจริยธรรมเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย รายละเอียดดังตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างของ อสม. ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวน อสม. (คน)	กลุ่มตัวอย่าง ที่จับฉลาก
2	บ้านหนองเต่าคำ	23	23
7	บ้านศรีบุญเรือง	27	27
16	บ้านหนองป่าข้าว	21	21
	รวมทั้งหมด	71	71

จากตารางที่ 3.2 แสดงให้เห็นว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างของ อสม. ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการศึกษา (Inclusion Criteria)

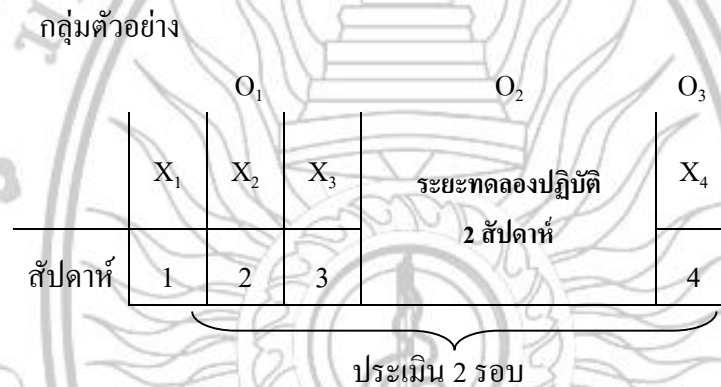
1. อสม. เขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ยินยอมที่จะเข้าร่วมการศึกษา
3. มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเป็น อสม. มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
4. อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
5. มีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้
6. มีสติสัมปชัญญะดี ความจำดี

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

อสม. ที่ไม่สามารถอยู่ร่วมวิจัยตลอดของช่วงการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนทดลองและหลังการทดลอง (One Group Pretest Posttest Design) โดยอาศัยทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) 4 ขั้นตอน โดยทำซ้ำ 2 รอบ และดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว ดังรายละเอียดตามรูปแบบการวิจัย ดังนี้



O₁ หมายถึง การแนะนำตัว ซึ่งแจ้งรายละเอียดวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของตน ทำข้อตกลงและเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการเข้าร่วม โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของตนโดยใช้แบบประเมินผลพลังอำนาจของ อสม.

X₁ หมายถึง กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) การฟังและการสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพและร่วมวิเคราะห์ปัญหา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเล่าสถานการณ์ในการทำงานของตนตามสภาพที่เป็นจริง ให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา

X₂ หมายถึง กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) การวางแผน และกำหนดวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างประเมินทางเลือกที่อาจเกิดขึ้นในการแก้ไขปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างได้เลือกไว้ โดยพิจารณาแง่มุมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความชัดเจนของการแก้ไขปัญหาใช้เวลา 30 – 60 นาที

X₃ หมายถึง กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) การฝึกปฏิบัติโดยผ่านฐานการเรียนรู้ การสาธิตและการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างกำหนดเป้าหมาย และระบุแนวทางที่จะปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของตน ใช้เวลาประมาณ 30 – 60 นาที หากกลุ่มตัวอย่างยังไม่ตัดสินใจ

เลือกแนวทางปฏิบัติเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของตน ผู้วิจัยจะย้อนกลับไปดำเนินการในกิจกรรมการค้นพบสถานการณ์จริงและการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณใหม่ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายของตนได้

ระยะทดลองปฏิบัติภายหลังจากการเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของตนรอบแรก ($X_1 - X_3$) 2 สัปดาห์

X_4 หมายถึง กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) การสะท้อนกลับและการประเมินผลมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามความต่อเนื่องของการปฏิบัติ โดยให้การชื่นชมและช่วยเสริมแรงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสร้างแรงจูงใจในการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. และรู้สึกพึงพอใจที่จะปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

O_2 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของตนทันทีหลังเสร็จกิจกรรม โดยใช้แบบประเมินผลฉบับเดิมวนกลับเข้าสู่ X_2 ถึง X_4 อีก 1 วนรอบ

O_3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลระยะติดตามผลภายหลังจากการเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้แบบประเมินผลฉบับเดิม

2. เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง รายละเอียดของเครื่องมือทดลอง ประกอบด้วย

2.1 สื่อและอุปกรณ์ ได้แก่

2.1.1 วิธีทัศนเรื่อง การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขศึกษา การส่งเสริมสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.1.2 เอกสารประกอบการให้ความรู้ด้านสุขศึกษาชุมชน ได้แก่ แผ่นพับความรู้ด้านสุขศึกษา การส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. แบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางของวัตถุประสงค์ของการวิจัย ในการนี้ ก่อนที่จะใช้เครื่องมือดังกล่าว ผู้วิจัยจะกำหนดให้มีการฝึกอบรมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ตามวิธีการฝึกอบรมที่ผู้ศึกษากำหนด คือ เน้นการมีส่วนร่วมของ อสม. ทุกขั้นตอนในการฝึกอบรม ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การหาแนวทางแก้ไขปัญหา การประเมินผล ตามทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ซึ่งเป็นแนวคิดในการพัฒนาโดยจะเน้นไปที่กระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคล และผู้เกี่ยวข้องร่วมมือกันระบุปัญหา วิเคราะห์ปัญหา ค้นหาสาเหตุ มองภาพอนาคต และการดำเนินการให้บรรลุถึงภาพอนาคต โดยใช้หลักของประชาธิปไตยในทุกขั้นตอน ซึ่งในกระบวนการนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนจะต้องเข้าใจในงานของตนเอง มีความซื่อสัตย์ และความจริงใจที่จะแลกเปลี่ยนความจริงที่เกิดขึ้นกับบุคคลอื่น เพื่อที่

บุคคลอื่นจะสามารถเข้าใจในเหตุการณ์ และแลกเปลี่ยนความรู้ หรือข้อคิดเห็นต่าง ๆ ร่วมกันได้ อย่างชัดเจน ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. การฝึกอบรม การปฏิบัติงาน ให้กับหน่วยงานอื่น ระยะเวลาปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานอื่น เป็นคำถามแบบเลือกตอบ เป็นคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนสำหรับ อสม. เนื้อหาครอบคลุม เรื่องสุขศึกษาชุมชน มีจำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ คะแนนมีลักษณะเป็นข้อสอบแบบถูกผิด (วิเชียร เกตุสิงห์, 2541)

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูกได้	1 คะแนน
ตอบผิดได้	0 คะแนน
โดยมีคะแนนเต็มสูงสุดเท่ากับ	17 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ระดับความรู้สูง คือ ผู้ที่มีคะแนนร้อยละ 80 หรือมากกว่าของคะแนนเต็ม

ระดับความรู้ต่ำ คือ ผู้ที่มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน เป็นสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อสอบถามทัศนคติของ อสม. เกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่คาดหวัง จะให้เกิดขึ้นมีจำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ ใช้วิธีวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และแปรผลข้อมูลที่ได้จากการศึกษา โดยใช้คะแนนตามหลักของ ลิเคอร์ต (Likert Scale) มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้เกณฑ์ในการวัด 5 ระดับ เบสท์ (Best, 1981) ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก ดังนี้

5	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4	หมายถึง	เห็นด้วย
3	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
2	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงลบ ดังนี้

1	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2	หมายถึง	เห็นด้วย
3	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
4	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
5	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง	มีทัศนคติในระดับสูงมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง	มีทัศนคติในระดับสูง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง	มีทัศนคติในระดับปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง	มีทัศนคติในระดับต่ำ
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80	หมายถึง	มีทัศนคติในระดับต่ำที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาของ อสม. เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อวัดพฤติกรรมของ อสม. เกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่คาดหวังจะให้เกิดขึ้นมีจำนวนทั้งสิ้น 21 ข้อ ใช้วิธีวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และแปรผลข้อมูลที่ได้จากการศึกษา โดยใช้คะแนนตามหลักของ Likert Scale มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้เกณฑ์ในการวัด 5 ระดับ (Best, 1981) ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก ดังนี้

5	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับมากที่สุด
4	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับมาก
3	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับปานกลาง
2	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับน้อย
1	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงลบ ดังนี้

1	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับมากที่สุด
2	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับมาก
3	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับปานกลาง
4	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับน้อย
5	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับมากที่สุด
ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับน้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามกิจกรรมปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน โดยจะประเมินตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งจะดำเนินการประเมินทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน มีจำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อโดยแบบสอบถามในส่วนนี้เป็นแบบสอบถามตามมาตราส่วนประมาณค่าของ Likert Scale มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้เกณฑ์ในการวัด 5 ระดับ (Best, 1981) ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การให้คะแนนข้อความเชิงบวก ดังนี้

ตอบดีมาก	ให้ 5 คะแนน
ตอบดี	ให้ 4 คะแนน
ตอบปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ตอบพอใช้	ให้ 2 คะแนน
ตอบควรปรับปรุง	ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์ของคะแนนที่ให้ ดังนี้

ปฏิบัติในระดับมากที่สุด	หมายถึง	ปฏิบัติสม่ำเสมอ หรือคิดเป็น 80 เปอร์เซ็นต์ ขึ้นไป
ปฏิบัติในระดับมาก	หมายถึง	ปฏิบัติเกือบสม่ำเสมอ หรือคิดเป็น 65 – 79 เปอร์เซ็นต์
ปฏิบัติในระดับปานกลาง	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง หรือคิดเป็น 50 – 64 เปอร์เซ็นต์
ปฏิบัติในระดับน้อย	หมายถึง	ปฏิบัติบางครั้ง หรือคิดเป็น 34 – 49 เปอร์เซ็นต์
ปฏิบัติในระดับน้อยที่สุด	หมายถึง	ปฏิบัติน้อยครั้ง/ไม่ปฏิบัติเลย หรือคิดเป็น 0 – 33 เปอร์เซ็นต์

เกณฑ์การแปลผล ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00	หมายถึง	ผลการประเมินอยู่ในระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49	หมายถึง	ผลการประเมินอยู่ในระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49	หมายถึง	ผลการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49	หมายถึง	ผลการประเมินอยู่ในระดับพอใช้
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49	หมายถึง	ผลการประเมินอยู่ในระดับควรปรับปรุง

หลังจากที่ได้มีการประเมินกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม.

จะดำเนินการวิเคราะห์เชิงคุณภาพในส่วนของข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

4. การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ

4.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยคู่มือการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน แบบวัดทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงาน แบบวัดพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน และแบบวัดกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา ได้คะแนนความตรงตามเนื้อหาข้อมูลส่วนบุคคลเท่ากับ 1 แบบวัดความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนสำหรับ อสม. เท่ากับ 0.72 แบบวัดทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนเท่ากับ 0.72 แบบวัดพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชนเท่ากับ 0.89 แบบวัดกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนเท่ากับ 1 หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้นำข้อเสนอแนะมาพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

4.2 การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ผ่านการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ อสม. ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความชัดเจนความเข้าใจในคำถาม ความสมบูรณ์ของภาษาและนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) โดยใช้สูตร KR – 21 (กาญจนา วัฒนา, 2548) พบว่า ได้ความเชื่อมั่นของความรู้เรื่อง สุขศึกษาชุมชนสำหรับ อสม. มีค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7588 และนำผลที่ได้วิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค อัลฟา (Cronbach' Alpha Coefficient) พบว่า ได้ความเชื่อมั่นของทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการ

ให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.7380 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชนมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.8736 กิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.9311 และกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนหลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.9414

5. การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง

ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลทราบอีกครั้ง เพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ โดยจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรมและตอบแบบสอบถามจะได้รับของสมนาคุณเพื่อแสดงความขอบคุณและเป็นค่าตอบแทนในการเสียเวลา

6. การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ด้านสุขศึกษาชุมชน โดยผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดกิจกรรมร่วมกับผู้ช่วยวิจัย โดยดำเนินการตามขั้นตอน ต่อไปนี้

6.1 ขั้นตอนเตรียมการ

6.1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ถึงนายกเทศมนตรีตำบลป่าไผ่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

6.1.2 หลังจากได้รับอนุญาตแล้วนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ เข้าพบนายกเทศมนตรีตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และผลที่จะได้รับในการศึกษาครั้งนี้

6.1.3 ติดต่อกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและบทบาทต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าเหมือด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีบุญเรือง และกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้เกิดการร่วมมือประสานงานในการคัดเลือก อสม. และดำเนินการฝึกอบรมตามขั้นตอนการศึกษา

6.1.4 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ทำการคัดเลือก อสม. เพื่อเข้ารับการอบรม

ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้และวางแผนจัดการฝึกอบรม อสม. รวมถึงด้านงบประมาณ สถานที่ คู่มือ อุปกรณ์ สื่อการสอน และระยะเวลาการฝึกอบรม

6.2 ขั้นตอนการทดลอง

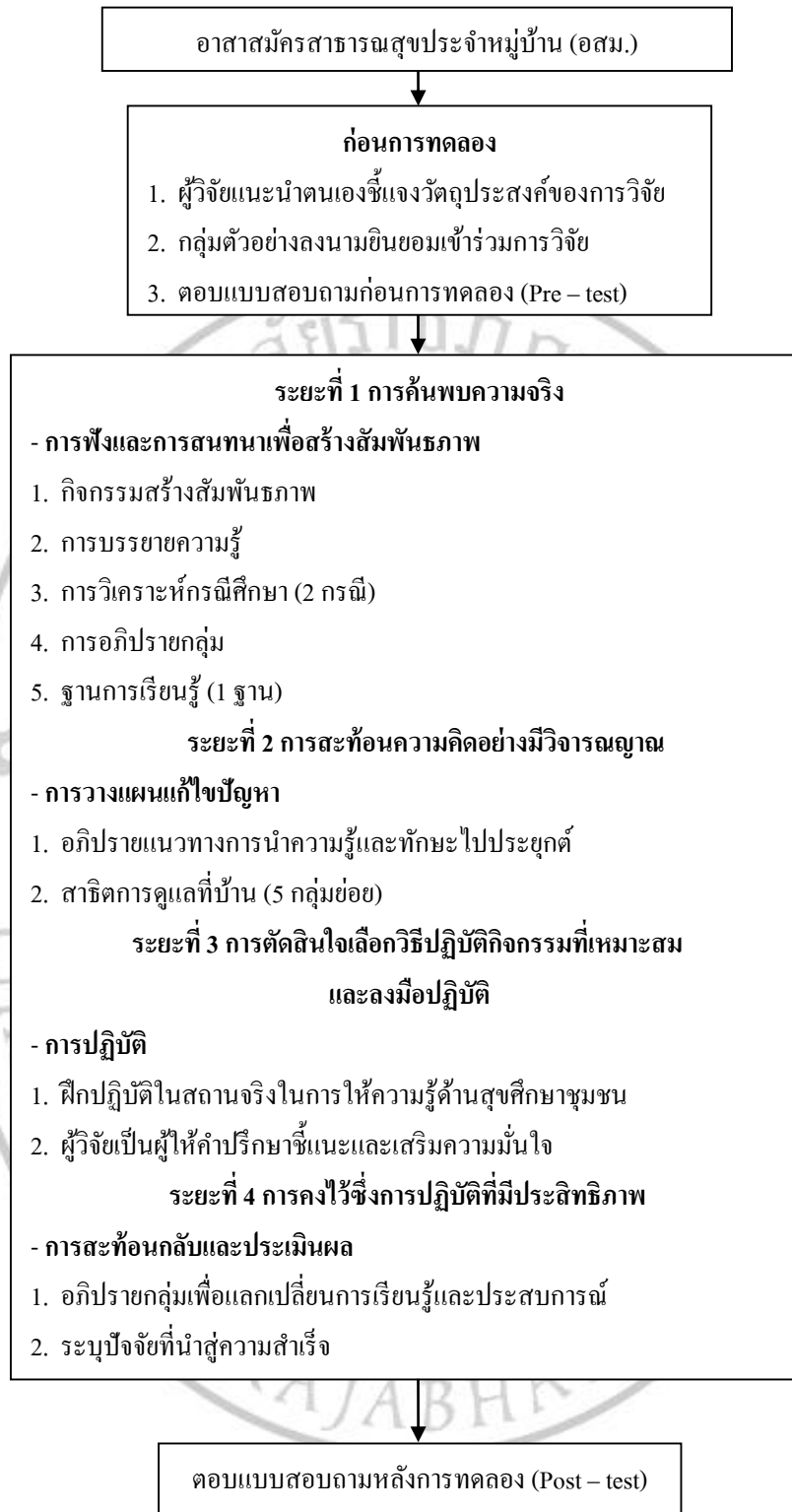
กล่าวคือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ด้านสุขศึกษาชุมชนเป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่สร้างขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการจัดกิจกรรม 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นพบความจริง (การฟังและการสนทนา) เป็นระยะการสร้างสัมพันธภาพและการร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและผลกระทบจากปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างประสบในการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษาชุมชน เป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยใช้กรณีศึกษา (Scenario) จำนวน 2 กรณีร่วมกับการบรรยายให้ความรู้เรื่อง สุขศึกษาชุมชน การจัดฐานเรียนรู้ จำนวน 1 ฐาน ได้แก่ ฐานความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน

ระยะที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (การวางแผนและแก้ไขปัญหา) ผู้วิจัยนำผู้การอภิปรายกลุ่มระหว่างกลุ่มตัวอย่างถึงแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว การนำความรู้ที่ได้จากระยะที่ 1 ไปปรับใช้ในการลงพื้นที่ในความรับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายในการพบกันครั้งต่อไป ผู้วิจัยนัดหมายการสาธิตในสถานการณ์จริง โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 5 กลุ่ม สาธิตการให้ความรู้แก่ประชาชนด้านสุขศึกษาชุมชนตามความรู้ที่ได้จากการอบรม พร้อมเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาจนเข้าใจชัดเจน

ระยะที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (การปฏิบัติ) กลุ่มตัวอย่างลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะ ทบทวนความรู้ที่สำคัญ รวมทั้งการตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่างที่พบขณะให้ความดูแลเพื่อเสริมความมั่นใจ

ระยะที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (การสะท้อนกลับและการประเมินผล) ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างประชุมกลุ่มร่วมกันอีกครั้ง ผู้วิจัยนำการอภิปรายกลุ่มเพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง แลกเปลี่ยนการเรียนรู้และประสบการณ์ฝึกปฏิบัติ จากนั้น กลุ่มตัวอย่างระบุปัจจัยที่นำสู่ความสำเร็จของการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน



ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินการ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม.
ด้านสุขศึกษาชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการออกแบบสอบถาม โดยการใช้วิธีสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่ได้สร้างขึ้น จำนวนทั้งสิ้น 71 ตัวอย่าง

ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากเอกสารข้อมูลทางสถิติที่หน่วยงานต่าง ๆ ได้จัดเก็บรวบรวมไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม และใช้สถิติในการวิเคราะห์ ต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนระหว่างก่อนและหลัง การเข้ารับการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาล ตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน One way – Anova ที่ได้จากการวัด 3 ครั้ง นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้การวิเคราะห์ ความแปรปรวนแบบทางเดียว เมื่อมีการวัดซ้ำ (One – way Repeated Measures ANOVA) เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ได้มีการแจกแจง เป็นโค้งปกติทดสอบด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ – สไมนอฟ (Kolmogorov – Smirnov Test)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษา ชุมชนระหว่างก่อนและหลังการเข้ารับการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงาน ด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้การวิเคราะห์ ความแปรปรวน One way – Anova ที่ได้จากการวัด 3 ครั้ง นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้การ วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ (One – way Repeated Measures ANOVA) เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ได้มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติทดสอบด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ – สไมนอฟ (Kolmogorov – Smirnov Test)

4. เปรียบเทียบพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาระหว่างก่อน และหลังการเข้ารับการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน One way – Anova ที่ได้จากการวัด 3 ครั้ง นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้การวิเคราะห์ความ แปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ (One – way Repeated Measures ANOVA) เนื่องจาก

เป็นข้อมูลที่ได้มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติทดสอบด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ – สไมนอฟ (Kolmogorov – Smirnov Test)

5. เปรียบเทียบกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษาระหว่างก่อนและหลังการเข้ารับการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน One – way Anova ที่ได้จากการวัด 3 ครั้ง นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ (One – way Repeated Measures ANOVA) เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ได้มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติทดสอบด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ – สไมนอฟ (Kolmogorov – Smirnov Test)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน ทักษะคิดที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษารวมถึงกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษาระหว่างก่อนและหลังการเข้ารับการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ จำนวน 71 ราย โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 6 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนของ อสม. ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ตอนที่ 3 ทักษะคิดที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนของ อสม. ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาของ อสม. ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ตอนที่ 5 กิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ตอนที่ 6 การเปรียบเทียบระดับความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน และกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน

โดยมีรายละเอียดของผลการวิจัยในแต่ละส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 71)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	32.4
หญิง	48	67.6
อายุ		
31 – 40 ปี	3	4.2
41 – 50 ปี	15	21.1
51 – 60 ปี	37	52.1
61 – 70 ปี	14	19.7
71 ปี ขึ้นไป	2	2.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	57	80.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	12.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	4.2
อนุปริญญา / ปวส.	1	1.4
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	1.4
สถานภาพสมรส		
โสด	9	12.7
สมรส	45	63.4
แยกกันอยู่ / หม้าย / หย่า	17	23.9
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	14	19.7
รับจ้าง	24	33.8
ค้าขาย	14	19.7
แม่บ้าน	17	23.9

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 71) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลัก (ต่อ)		
อื่น ๆ (ระบุ)	2	2.8
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	30	42.3
5,001 – 10,000 บาท	31	43.7
10,001 – 15,000 บาท	6	8.5
25,001 บาทขึ้นไป	4	5.6
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม.		
ต่ำกว่า 5 ปี	13	18.3
6 – 12 ปี	28	39.4
13 – 19 ปี	10	14.1
20 – 26 ปี	13	18.3
27 ปี ขึ้นไป	7	9.9
การอบรมดูงานนอกเหนือจากการอบรมของ อสม. เป็นประจำทุกเดือน		
เคย	71	100
การปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานอื่นนอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข		
เคย	71	100
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานอื่น		
ต่ำกว่า 5 ปี	35	49.3
6 – 10 ปี	27	38.0
11 – 15 ปี	2	2.8
16 – 20 ปี	6	8.5
21 ปี ขึ้นไป	1	1.4

จากตารางข้อมูลทั่วไปของ อสม. พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.6 ที่มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.1 รองลงมา คือ มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.1 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.3 รองลงมา คือ มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 12.7 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.4 รองลงมา คือ มีสถานภาพแยกกันอยู่ / หม้าย / หย่า คิดเป็นร้อยละ 23.9 มีอาชีพหลักคือ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 33.8 รองลงมา คือ มีอาชีพหลัก คือ แม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 23.9 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001 – 10,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.7 รองลงมา คือ มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.3 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. มากที่สุดที่ระยะเวลาระหว่าง 6 – 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.4 รองลงมา คือ ระยะเวลาต่ำกว่า 5 ปี และระยะเวลา 20 – 26 ปี ซึ่งมีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 18.3 และนอกเหนือจากการอบรมของ อสม. เป็นประจำทุกเดือน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีรายละเอียดชื่อหลักสูตรการอบรม ดังต่อไปนี้ 1) อบรมคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิต 2) อบรมพัฒนาศักยภาพของ อสม. 3) อบรมโครงการฟ้าใสใจสุขภาพ 4) อบรมคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 5) อบรมคัดกรองมะเร็งเต้านม 6) อบรมเกี่ยวกับแม่และเด็ก 7) โครงการเรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียงอำเภอสันทราย ภายใต้โครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกลุ่มวิสาหกิจชุมชน 8) อบรมพัฒนาศักยภาพกลุ่มสตรี 9) โครงการอบรมอาหารปลอดภัย ผู้บริโภคปลอดภัย นอกจากนี้ อสม. เคยปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานอื่น นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุขทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยได้ปฏิบัติงานให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลตำบลป่าไผ่) โดยปฏิบัติหน้าที่ในการรณรงค์ควบคุมลูกน้ำยุงลาย ป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออก ปฏิบัติหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคติดต่อ รณรงค์ป้องกันโรคระบาด ปฏิบัติงานให้กับชมรมผู้สูงอายุ โดยมีหน้าที่เยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังในพื้นที่ เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ และมีหน้าที่เป็นตัวแทนการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มสตรี ปฏิบัติงานให้กับมหาวิทยาลัยแม่โจ้ โดยมีหน้าที่ในการให้ความรู้ด้านการนวดแผนไทย และด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น และปฏิบัติงานให้กับอำเภอสันทราย โดยปฏิบัติงานร่วมกับกลุ่มกาชาดอำเภอสันทราย และอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อ.พม.) อสม. มีระยะเวลาปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานอื่นต่ำกว่า 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.3

ตอนที่ 2 ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนของ อสม. ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัด เชียงใหม่

ตารางที่ 4.2 ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนของ อสม. ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัด เชียงใหม่ (n = 71)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะติดตาม 2 สัปดาห์	
	จำนวน ตอบถูก	ร้อยละ (%)	จำนวน ตอบถูก	ร้อยละ (%)	จำนวน ตอบถูก	ร้อยละ (%)
1. เมื่อมีการประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชนขึ้น อาจจะ ทำให้ไม่เกิดโรคระบาดได้ในชุมชน	46	64.8	59	83.1	68	95.8
2. สุขศึกษาในชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน ที่ต้องการให้ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วม ในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ	70	98.6	71	100	71	100
3. สุขศึกษากับสุขภาพมีความ สอดคล้องกันโดยเชื่อว่า คือคนที่รับ สุขศึกษาจะมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติและพฤติกรรมในทางที่ถูกต้อง	69	97.2	69	97.2	70	98.6
4. การให้สุขศึกษาเป็นการเผยแพร่ ความรู้ด้านสุขภาพ	55	77.5	70	98.6	69	97.6
5. การให้ความรู้เรื่องการล้างมือ ก่อนรับประทานอาหารจะช่วย ลดการเกิดโรคร้ายในคนได้	55	77.5	65	91.5	68	95.8
6. โครงการอบรมให้ความรู้เรื่องการ ออกกำลังกายถือว่าเป็นการส่งเสริม สุขภาพและและการป้องกันโรค ให้กับประชาชนในชุมชน	60	84.5	68	95.8	68	95.8

ตารางที่ 4.2 ความรู้เรื่องสุขภาพชุมชนของ อสม. ในเทศบาลตำบลป่าไร่ อำเภอสันทราย จังหวัด เชียงใหม่ (n = 71) (ต่อ)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะติดตาม 2 สัปดาห์	
	จำนวน ตอบถูก	ร้อยละ (%)	จำนวน ตอบถูก	ร้อยละ (%)	จำนวน ตอบถูก	ร้อยละ (%)
7. การเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ โดยการให้ สุขภาพมีประโยชน์ต่อคนทุกกลุ่ม ตั้งแต่ ระดับบุคคลเป็นต้นไปเนื่องจากบุคคลเป็น จุดเริ่มต้นของสังคม	65	91.5	70	98.6	69	97.2
8. การรณรงค์ให้ประชาชนทำลายแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงลายและพ่นหมอกควัน เพื่อกำจัดยุงลายแก่คนในชุมชนเป็นการ ป้องกันโรคระบาดในชุมชน เช่น โรคไข้เลือดออก	68	95.8	70	98.6	71	100
9. บทบาทหน้าที่ของ อสม. คือ การให้ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย แจ้งข่าวร้าย กระจายข่าวดี ด้านสุขภาพแก่ประชาชนใน ชุมชน	65	91.5	70	98.6	71	100
10. งานสุขภาพเป็นการพัฒนาเพื่อสร้างคน และพัฒนาเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	65	91.5	64	90.1	69	97.2
11. เป้าหมายของสุขภาพชุมชน คือ การรับประทานอาหารที่สะอาดปลอดภัย อาศัยอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ดีและมีความสุข	64	90.1	69	97.2	67	94.4
12. การสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลใน ชุมชนต้องได้รับความร่วมมือจากประชาชน ทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพ	67	94.4	70	98.6	71	100

ตารางที่ 4.2 ความรู้เรื่องสุขภาพชุมชนของ อสม. ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัด เชียงใหม่ (n = 71) (ต่อ)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะติดตาม 2 สัปดาห์	
	จำนวน ตอบถูก	ร้อยละ (%)	จำนวน ตอบถูก	ร้อยละ (%)	จำนวน ตอบถูก	ร้อยละ (%)
13. นโยบายส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนแต่ละชุมชนรวมกลุ่มกันจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในรูปแบบของชมรมเพื่อครอบคลุมทุกหมู่บ้านโดยยึดแนวคิด “ใช้พื้นฐานของการบูรณาการ ทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการเรียนรู้สู่วิถีชุมชน”	50	70.4	69	97.2	67	94.4
14. การสร้างสุขภาพที่ยั่งยืนและถาวรเป็นการเน้นกิจกรรมสร้างสุขภาพตามหลักของ 6 อ.	66	93.0	69	97.2	70	98.6
15. สถานที่เข้ารับบริการหรือให้คำแนะนำด้านสุขภาพของประชาชน ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล	67	94.4	70	98.6	71	100
16. การเข้าร่วมอบรมให้ความรู้ การเข้าร่วมประชุมกลุ่มหรือการจัดเวทีเรียนรู้เป็นการพัฒนาศักยภาพของ อสม.	67	64.4	71	100	70	98.6
17. การส่งเสริมสุขภาพด้านอารมณ์เป็นกิจกรรมของการส่งเสริมสุขภาพของวัยทำงาน เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและแจ่มใส ถือว่าเป็นหนึ่งในหลักของ 6 อ.	66	93.0	71	100	70	98.6
คะแนนความรู้ก่อนทดลอง $\bar{X} = 15.00$ S.D. = 2.46						
คะแนนความรู้หลังทดลอง $\bar{X} = 16.41$ S.D. = 1.23						
คะแนนความรู้ระยะติดตาม 2 สัปดาห์ $\bar{X} = 16.62$ S.D. = 0.78						

จากตารางที่ 4.2 แสดงให้เห็นว่า ก่อนทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระดับความรู้ของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 15.00 \pm 2.46$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อคำถามข้อที่ 2 สุขศึกษาในชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานที่ต้องการให้ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตน และคนในชุมชน รองลงมา คือ ข้อคำถามข้อที่ 3 สุขศึกษากับสุขภาพมีความสอดคล้องกัน โดยเชื่อว่า คนที่รับสุขศึกษาจะมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติและพฤติกรรมในทางที่ถูกต้อง น้อยที่สุดคือ ข้อคำถามข้อที่ 1 เมื่อมีการประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชนขึ้นอาจจะทำให้ไม่เกิดโรคระบาดได้ในชุมชน

หลังการทดลองเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระดับความรู้ของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 16.41 \pm 1.23$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อคำถามที่ 2 สุขศึกษาในชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานที่ต้องการให้ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนและคนในชุมชน ข้อคำถามที่ 16 การเข้าร่วมอบรมให้ความรู้ การเข้าร่วมประชุมกลุ่มหรือการจัดเวทีเรียนรู้ เป็นการพัฒนาศักยภาพของชุมชน และข้อคำถามข้อที่ 17 การส่งเสริมสุขภาพด้านอารมณ์ เป็นกิจกรรมของการส่งเสริมสุขภาพของวัยทำงาน เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและแจ่มใส ถือว่าเป็นหนึ่งในหลักของ 6 อ. รองลงมา คือ ข้อคำถามข้อที่ 4 การให้สุขศึกษาเป็นการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ข้อคำถามข้อที่ 7 การเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพโดยการให้สุขศึกษามีประโยชน์ต่อคนทุกกลุ่มตั้งแต่ระดับบุคคลเป็นต้นไป เนื่องจากบุคคลเป็นจุดเริ่มต้นของสังคม ข้อคำถามข้อที่ 8 การรณรงค์ให้ประชาชนทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและพ่นหมอกควัน เพื่อกำจัดยุงลายแก่คนในชุมชนเป็นการป้องกันโรคระบาดในชุมชน เช่น โรคไข้เลือดออก ข้อคำถามข้อที่ 9 บทบาทหน้าที่ของ อสม. คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย แจ้งข่าวร้าย กระจายข่าวดี ด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน ข้อคำถามข้อที่ 12 การสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลในชุมชนต้องได้รับความร่วมมือจากประชาชนทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพ ข้อคำถามข้อที่ 15 สถานที่เข้ารับบริการหรือให้คำแนะนำด้านสุขภาพของประชาชน ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลน้อยที่สุด คือ ข้อคำถามข้อที่ 1 เมื่อมีการประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชนขึ้น อาจจะทำให้ไม่เกิดโรคระบาดได้ในชุมชน

ระยะติดตาม 2 สัปดาห์หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

พบว่า ระดับความรู้ของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 16.62 \pm 0.78$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ ข้อคำถามข้อที่ 2 สุขศึกษาในชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานที่ต้องการให้ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของคนและคนในชุมชน ข้อคำถามข้อที่ 8 การณรงค์ให้ประชาชนทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และพ่นหมอกควันเพื่อกำจัดยุงลายแก่คนในชุมชน เป็นการป้องกันโรคระบาดในชุมชน เช่น โรคไข้เลือดออก ข้อคำถามข้อที่ 9 บทบาทหน้าที่ของ อสม. คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย แจ้งข่าวร้าย กระจายข่าวดี ด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน ข้อคำถามข้อที่ 12 การสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลในชุมชน ต้องได้รับความร่วมมือจากประชาชนทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพ และข้อคำถามข้อที่ 15 สถานที่เข้ารับบริการหรือให้คำแนะนำด้านสุขภาพของประชาชน ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล รองลงมา คือ ข้อคำถามที่ 3 สุขศึกษากับสุขภาพ มีความสอดคล้องกัน โดยเชื่อว่า คือ คนที่รับสุขศึกษาจะมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติและพฤติกรรมในทางที่ถูกต้อง ข้อคำถามข้อที่ 14 การสร้างสุขภาพที่ยั่งยืนและถาวร เป็นการเน้นกิจกรรมสร้างสุขภาพตามหลักของ 6 อ. ข้อคำถามข้อที่ 16 การเข้าร่วมอบรมให้ความรู้ การเข้าร่วมประชุมกลุ่มหรือการจัดเวทีเรียนรู้ เป็นการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ของชุมชน และข้อคำถามข้อที่ 17 การส่งเสริมสุขภาพด้านอารมณ์ เป็นกิจกรรมของการส่งเสริมสุขภาพของวัยทำงาน เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและแจ่มใส ถือว่าเป็นหนึ่งในหลักของ 6 อ. น้อยที่สุด คือ ข้อคำถามข้อที่ 11 เป้าหมายของสุขภาพชุมชน คือ การรับประทานอาหารที่สะอาดปลอดภัย อาศัยอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ดี และมีความสุข และข้อคำถามข้อที่ 13 นโยบายส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนแต่ละชุมชน รวมกลุ่มกันจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในรูปแบบของชมรมเพื่อครอบคลุมทุกหมู่บ้าน โดยยึดแนวคิด “ใช้พื้นฐานของการบูรณาการทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการเรียนรู้วิถีชุมชน”

ตอนที่ 3 ทักษะที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพชุมชนของ อสม. ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ตารางที่ 4.3 ทักษะที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพชุมชนของ อสม. ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (n = 71)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ระยะติดตาม 2 สัปดาห์		
	\bar{X}	S. D.	ระดับ ทัศนคติ	\bar{X}	S. D.	ระดับ ทัศนคติ	\bar{X}	S. D.	ระดับ ทัศนคติ
1. จำนวนหลังคาเรือนที่ท่าน รับผิดชอบท่านคิดว่ามีความ เหมาะสมดีแล้ว	4.20	0.52	สูง	4.42	0.60	สูง มาก	4.56	0.53	สูงมาก
2. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายในการ ดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ ในชุมชน	3.85	0.79	สูง	3.65	1.23	สูง	4.80	0.50	สูงมาก
3. การที่ต้องคอยให้ความรู้ คำแนะนำคนในชุมชนทำให้ รบกวนงานประจำของท่าน	3.68	0.95	สูง	3.61	1.14	สูง	4.52	0.65	สูงมาก
4. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ ปฏิบัติงานส่งเสริมกิจกรรม สุขภาพ ด้านสุขภาพต่อ ชุมชน	4.20	0.52	สูง	4.45	0.58	สูง มาก	4.85	0.50	สูงมาก
5. ท่านรู้สึกว่าเมื่อท่านให้ ความรู้ให้คำแนะนำหรือว่า ทำกิจกรรมในชุมชนชาวบ้าน ไม่ค่อยให้ความร่วมมือ	3.00	0.88	ปาน กลาง	3.32	1.24	ปาน กลาง	2.38	1.09	ต่ำ
6. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ ช่วยเหลือบุคคลอื่นในชุมชน ได้	4.25	0.55	สูงมาก	4.59	0.52	สูง มาก	4.89	0.32	สูงมาก

ตารางที่ 4.3 ทศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพชุมชนของ อสม.
ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (n = 71) (ต่อ)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ระยะติดตาม 2 สัปดาห์		
	\bar{X}	S. D.	ระดับ ทัศนคติ	\bar{X}	S. D.	ระดับ ทัศนคติ	\bar{X}	S. D.	ระดับ ทัศนคติ
7. ท่านรู้สึกมั่นใจว่าสามารถ ปฏิบัติงานด้านสุขภาพใน ชุมชนได้	4.18	0.54	สูง	4.39	0.55	สูงมาก	4.77	0.51	สูงมาก
8. ท่านเป็น อสม. เพราะอยาก ทำงานด้านการส่งเสริม สุขภาพชุมชน	4.35	0.56	สูงมาก	4.48	0.53	สูงมาก	4.89	0.32	สูงมาก
9. ท่านมีความพอใจใน สวัสดิการที่รัฐจัดให้ อสม.	3.21	1.17	ปาน กลาง	3.93	0.96	สูง	3.44	1.11	สูง
10. ครอบครัวของท่าน สนับสนุนท่านให้ปฏิบัติ หน้าที่ อสม.	4.34	0.51	สูงมาก	4.21	0.58	สูงมาก	4.72	0.54	สูงมาก
11. ท่านคิดว่า อสม. มีหน้าที่ซับซ้อนกับองค์กร อื่นๆ ในหมู่บ้าน	3.11	0.85	ปาน กลาง	3.13	1.08	ปาน กลาง	4.21	0.84	สูงมาก
12. ท่านคิดว่าหน้าที่ รับผิดชอบของท่านใน ปัจจุบันมีมากจนท่านไม่ สามารถปฏิบัติได้	3.89	0.77	สูง	3.48	1.08	สูง	4.51	0.77	สูงมาก
13. ในการดำเนินกิจกรรมใน ชุมชน องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกท่าน เป็นอย่างดี	4.07	0.82	สูง	4.15	0.62	สูง	4.61	0.49	สูงมาก

ตารางที่ 4.3 ทักษะชีวิตที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพชุมชนของ อสม.
ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (n = 71) (ต่อ)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ระยะติดตาม 2 สัปดาห์		
	\bar{X}	S. D.	ระดับ ทัศนคติ	\bar{X}	S. D.	ระดับ ทัศนคติ	\bar{X}	S. D.	ระดับ ทัศนคติ
14. ท่านรู้สึกมีความสุข ทุกครั้งเมื่อเห็นคนใน ชุมชนของท่านมีสุขภาพ ร่างกายที่สมบูรณ์	4.30	0.64	สูงมาก	4.62	0.52	สูงมาก	4.82	0.39	สูงมาก
15. งานสุขศึกษาเป็นงาน ที่น่าสนใจ	4.23	0.70	สูงมาก	4.31	0.55	สูงมาก	4.86	0.39	สูงมาก
16. ท่านรู้สึกอึดอัดที่ ต้องปฏิบัติงานด้าน สุขศึกษา	3.97	0.91	สูง	3.94	1.01	สูง	4.90	0.30	สูงมาก
17. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจ ที่ได้มีโอกาสแนะนำ และให้ความรู้แก่เพื่อน บ้าน	4.42	0.58	สูงมาก	4.54	0.50	สูงมาก	4.90	0.30	สูงมาก
18. ผลการปฏิบัติงาน ด้านสุขศึกษาเป็นไปตาม ความคาดหวังของท่าน	4.11	0.60	สูง	4.14	0.62	สูง	4.77	0.42	สูงมาก
19. ท่านได้จัดให้มีสมุด บันทึกสุขภาพรายบุคคล ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ อย่างครบถ้วนเพื่อการ ดูแลสุขภาพอย่าง ต่อเนื่องในเขต รับผิดชอบ	3.51	0.69	สูง	3.93	0.78	สูง	4.27	0.45	สูงมาก

ตารางที่ 4.3 ทศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพชุมชนของ อสม.
ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (n = 71) (ต่อ)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ระยะติดตาม 2 สัปดาห์		
	\bar{X}	S. D.	ระดับ ทัศนคติ	\bar{X}	S. D.	ระดับ ทัศนคติ	\bar{X}	S. D.	ระดับ ทัศนคติ
20. เมื่อท่านมีการประชุมหรือจัดกิจกรรมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขที่ท่านได้รับความร่วมมือจากเพื่อนบ้านเป็นอย่างดี	3.83	0.59	สูง	4.11	0.62	สูง	4.39	0.49	สูงมาก
21. ท่านรู้สึกดีใจเมื่อได้รับการจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพขึ้นในชุมชน	3.92	0.53	สูง	4.25	0.47	สูงมาก	4.49	0.50	สูงมาก
22. ท่านได้นำข่าวสารหรือความรู้ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปแจ้งให้เพื่อนบ้านทราบทุกครั้ง	4.24	0.67	สูงมาก	4.41	0.50	สูงมาก	4.73	0.45	สูงมาก
23. ท่านปฏิบัติงานการส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพศึกษาต่าง ๆ ในชุมชนทันตามกำหนดการ	3.97	0.63	สูง	4.11	0.52	สูง	4.46	0.50	สูงมาก

ตารางที่ 4.3 ทักษะที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพชุมชนของ อสม. ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (n = 71) (ต่อ)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ระยะติดตาม 2 สัปดาห์		
	\bar{X}	S. D.	ระดับ ทัศนคติ	\bar{X}	S. D.	ระดับ ทัศนคติ	\bar{X}	S. D.	ระดับ ทัศนคติ
24. ท่านคิดว่าเอาเวลาที่ท่านปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ไปทำอย่างอื่นน่าจะมีความประโยชน์ต่อท่านมากกว่า	3.80	0.87	สูง	3.59	1.27	สูง	4.66	0.63	สูงมาก
คะแนนระดับทัศนคติโดยรวม	3.94	0.70	สูง	4.07	0.75	สูง	4.52	0.54	สูงมาก

จากตารางที่ 4.3 แสดงให้เห็นว่า ก่อนทดลองเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระดับทัศนคติของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.94 \pm 0.70$) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า อสม. มีระดับทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพชุมชนมากที่สุด คือ ชื่อ 17 อสม. รู้สึกภาคภูมิใจที่ได้มีโอกาสแนะนำและให้ความรู้แก่เพื่อนบ้าน รองลงมาคือ ชื่อ 8 เป็น อสม. เพราะอยากทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพชุมชน และน้อยที่สุด คือ ชื่อ 5 ท่านรู้สึกว่าการให้ความรู้ ให้คำแนะนำหรือว่าทำกิจกรรมในชุมชนชาวบ้านไม่ค่อยให้ความร่วมมือ

หลังการทดลองเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่พบว่า ระดับทัศนคติของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.07 \pm 0.75$) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า อสม. มีระดับทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพชุมชนมากที่สุด คือ ชื่อ 14 อสม. รู้สึกมีความสุขทุกครั้ง เมื่อเห็นคนในชุมชนของท่านมีความสุขร่างกายที่สมบูรณ์ รองลงมา คือ ชื่อ 6

ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือบุคคลอื่นในชุมชนได้ และน้อยที่สุดคือ ข้อ 11 ท่านคิดว่า อสม. มีหน้าที่ซับซ้อนกับองค์กรอื่น ๆ ในหมู่บ้าน

ระยะติดตาม 2 สัปดาห์หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระดับทัศนคติของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.52 \pm 0.54$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อสม. มีระดับทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพชุมชนมากที่สุด คือ ข้อ 16 ข้าพเจ้ารู้สึกอัดอัดที่ต้องปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ข้อ 17 ข้าพเจ้ารู้สึกภาคภูมิใจที่ได้มีโอกาสแนะนำและให้ความรู้แก่เพื่อนบ้าน รองลงมา คือ ข้อ 6 ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือบุคคลอื่นในชุมชนได้ ข้อ 8 ท่านเป็น อสม. เพราะอยากทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพชุมชน และน้อยที่สุด คือ ข้อ 5 ท่านรู้สึกว่าเมื่อท่านให้ความรู้ให้คำแนะนำหรือว่าทำกิจกรรมในชุมชนชาวบ้านไม่ค่อยให้ความร่วมมือ



ตอนที่ 4 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาของ อสม. ในเทศบาลตำบลป่าไผ่
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ตารางที่ 4.4 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาของ อสม. ในเทศบาลตำบลป่าไผ่
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (n = 71)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ระยะติดตาม 2 สัปดาห์		
	\bar{X}	S. D.	ระดับ พฤติกรรม	\bar{X}	S. D.	ระดับ พฤติกรรม	\bar{X}	S. D.	ระดับ พฤติกรรม
1. ท่านทำงานเฉพาะตามหน้าที่ที่รับผิดชอบและได้มอบหมายเท่านั้น	2.59	0.73	น้อย	2.32	1.16	น้อย	2.90	0.76	ปานกลาง
2. เพื่อนร่วมงานมีความสำคัญต่อการทำงานของท่าน	4.08	0.67	มาก	4.20	0.75	มาก	4.69	0.47	มากที่สุด
3. ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อทุกคนในที่ทำงาน	3.97	0.61	มาก	4.24	0.67	มากที่สุด	4.70	0.46	มากที่สุด
4. ทุกคนในที่ทำงานได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน	3.96	0.67	มาก	4.24	0.67	มากที่สุด	4.61	0.49	มากที่สุด
5. ท่านชอบที่จะทำงานร่วมกับผู้อื่น	4.15	0.73	มาก	4.35	0.61	มากที่สุด	4.61	0.49	มากที่สุด
6. การกำหนดแผนการปฏิบัติงานสุขศึกษา เป็นการสั่งการจากเจ้าหน้าที่	3.61	0.78	มาก	3.93	0.68	มาก	3.69	0.86	มาก

ตารางที่ 4.4 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาของ อสม. ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (n = 71) (ต่อ)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ระยะติดตาม 2 สัปดาห์		
	\bar{X}	S. D.	ระดับ พฤติกรรม	\bar{X}	S. D.	ระดับ พฤติกรรม	\bar{X}	S. D.	ระดับ พฤติกรรม
7. วิธีการดำเนินงาน สุขศึกษาในหมู่บ้าน เป็นการตัดสินใจของ ทุกคนในทีมงาน อสม.	4.03	0.63	มาก	4.27	0.72	มากที่สุด	4.31	0.47	มากที่สุด
8. ท่านได้มีส่วนร่วม ในการกำหนดกิจกรรม ทุกกิจกรรมในการ ดำเนินงานสุขศึกษา	3.80	0.65	มาก	3.92	0.71	มาก	4.46	0.50	มากที่สุด
9. เพื่อนบ้านมีความ ต้องการที่จะรับฟัง คำแนะนำของท่าน	3.63	0.59	มาก	3.55	0.73	มาก	4.56	0.50	มากที่สุด
10. เพื่อนบ้านมีความ พึงพอใจในการปฏิบัติ งานสุขศึกษาของท่าน	3.83	0.56	มาก	3.77	0.61	มาก	4.66	0.48	มากที่สุด
11. การวางแผนก่อน การปฏิบัติงานมีผลต่อ ความสำเร็จในการ ปฏิบัติงานสุขศึกษา	4.06	0.81	มาก	3.94	0.79	มาก	4.48	0.71	มากที่สุด
12. การสนับสนุนจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมี ผลต่อความสำเร็จใน การปฏิบัติงานสุขศึกษา	4.11	0.80	มาก	4.13	0.65	มาก	4.62	0.64	มากที่สุด

ตารางที่ 4.4 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาของ อสม. ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (n = 71) (ต่อ)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ระยะติดตาม 2 สัปดาห์		
	\bar{X}	S. D.	ระดับ พฤติกรรม	\bar{X}	S. D.	ระดับ พฤติกรรม	\bar{X}	S. D.	ระดับ พฤติกรรม
13. ท่านใช้วิธีให้ความรู้ คำแนะนำกับประชาชน ได้หลายรูปแบบหลาย วิธี เพื่อให้เหมาะสมกับ บุคคล	3.48	0.58	มาก	3.79	0.67	มาก	4.11	0.43	มาก
14. ท่านไม่จำเป็นต้อง ใช้สื่อการสอน เช่น วีดิทัศน์ ในการให้ ความรู้กับประชาชน	3.03	0.74	ปาน กลาง	3.27	0.10	ปาน กลาง	3.92	0.44	มาก
15. ท่านดำเนินการให้ ความรู้คำแนะนำใน ชุมชนโดยการมีส่วน ร่วมของผู้นำชุมชน	3.90	0.68	มาก	3.89	0.79	มาก	4.58	0.50	มากที่สุด
16. การปฏิบัติงาน สุขศึกษา สามารถ สำเร็จตามแผนที่ กำหนดไว้	3.86	0.78	มาก	3.80	0.73	มาก	4.34	0.68	มากที่สุด
17. อสม. สามารถ ปฏิบัติงานด้านสุข ศึกษาได้ตามแผน	3.89	0.71	มาก	4.06	0.72	มาก	4.39	0.55	มากที่สุด
18. ท่านได้มีส่วนร่วม ในการกำหนดวิธีการ ปฏิบัติงานสุขศึกษา	3.68	0.75	มาก	3.73	0.70	มาก	4.34	0.51	มากที่สุด

ตารางที่ 4.4 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาของ อสม. ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (n = 71) (ต่อ)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ระยะติดตาม 2 สัปดาห์		
	\bar{X}	S. D.	ระดับ พฤติกรรม	\bar{X}	S. D.	ระดับ พฤติกรรม	\bar{X}	S. D.	ระดับ พฤติกรรม
19. ท่านทำงานคนเดียวดีกว่าทำงานร่วมกับคนอื่น	3.89	1.02	มาก	3.83	1.21	มาก	4.89	0.32	มากที่สุด
20. การทำงานเป็นทีมทำให้เสียเวลา	4.18	0.88	มาก	4.11	1.13	มาก	4.76	0.43	มากที่สุด
21. ความผิดพลาดที่เกิดจากการปฏิบัติงานเป็นความรับผิดชอบของทีมปฏิบัติงานนั้น	2.58	0.97	น้อย	2.32	1.16	น้อย	2.73	0.88	ปานกลาง
คะแนนระดับพฤติกรรมโดยรวม	3.73	0.73	มาก	3.80	0.76	มาก	4.30	0.55	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.4 แสดงให้เห็นว่า ก่อนทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.73 \pm 0.73$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อสม. มีระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชนมากที่สุด คือ ข้อ 20 การทำงานเป็นทีมทำให้เสียเวลา รองลงมา คือ ข้อ 5 ท่านชอบที่จะทำงานร่วมกับผู้อื่น และน้อยที่สุด คือ ข้อ 21 ความผิดพลาดที่เกิดจากการปฏิบัติงานเป็นความรับผิดชอบของทีมปฏิบัติงานนั้น

หลังการทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระดับพฤติกรรม

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.80 \pm 0.76$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อสม. มีระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชนมากที่สุด คือ ข้อ 5 ท่านชอบที่จะทำงานร่วมกับผู้อื่น รองลงมา คือ ข้อ 7 วิธีการดำเนินงานสุขศึกษาในหมู่บ้านเป็นการตัดสินใจของทุกคนในทีมงาน อสม. และน้อยที่สุด คือ ข้อ 1 ท่านทำงานเฉพาะตามหน้าที่ที่รับผิดชอบและได้มอบหมายเท่านั้น ข้อ 21 ความผิดพลาดที่เกิดจากการปฏิบัติงานเป็นความรับผิดชอบของทีมปฏิบัติงานนั้น

ระยะติดตาม 2 สัปดาห์ หลังจากเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.30 \pm 0.55$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อสม. มีระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชนมากที่สุด คือ ข้อ 19 ท่านทำงานคนเดียวดีกว่าทำงานร่วมกับคนอื่น รองลงมา คือ ข้อ 20 การทำงานเป็นทีมทำให้เสียเวลา และน้อยที่สุดคือ ข้อ 21 ความผิดพลาดที่เกิดจากการปฏิบัติงานเป็นความรับผิดชอบของทีมปฏิบัติงานนั้น

ตอนที่ 5 กิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ตารางที่ 4.5 กิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (n = 71)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ระยะติดตาม 2 สัปดาห์		
	\bar{X}	S. D.	ระดับการประเมิน	\bar{X}	S. D.	ระดับการประเมิน	\bar{X}	S. D.	ระดับการประเมิน
1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ									
1.1 ท่านมีความรู้ความเข้าใจในคู่มือปฏิบัติงาน อสม. ที่ท่านได้รับจากหน่วยงานต้นสังกัด	3.65	0.72	ดี	4.79	0.41	ดีมาก	4.79	0.41	ดีมาก

ตารางที่ 4.5 กิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (n = 71) (ต่อ)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ระยะติดตาม 2 สัปดาห์		
	\bar{X}	S. D.	ระดับ การ ประเมิน	\bar{X}	S. D.	ระดับ การ ประเมิน	\bar{X}	S. D.	ระดับ การ ประเมิน
1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)									
1.2 ท่านสามารถนำ ความรู้จากคู่มือการ ปฏิบัติงาน อสม. ไปใช้ ในการปฏิบัติงานได้จริง	3.55	0.71	ดี	4.69	0.58	ดีมาก	4.89	0.32	ดีมาก
1.3 ท่านมีความรู้ เกี่ยวกับการจัดทำแผน ด้านสุขภาพ	3.03	0.76	ปาน กลาง	4.38	0.74	ดี	4.34	0.53	ดี
1.4 สมาชิกในชุมชน เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ตามคำแนะนำของท่าน	3.44	0.71	ปาน กลาง	4.25	0.75	ดี	4.65	0.48	ดีมาก
1.5 ท่านแจ้งข่าวสาร ด้านสาธารณสุขแก่ ชุมชน	3.62	0.83	ดี	4.68	0.53	ดีมาก	4.89	0.32	ดีมาก
2. ด้านการป้องกันโรค									
2.1 ท่านร่วมมือกับ เจ้าหน้าที่ทีมสาธารณสุข ประชุมแก้ไขปัญหา โรคติดต่อในชุมชน	3.85	0.79	ดี	4.79	0.48	ดีมาก	4.92	0.28	ดีมาก
2.2 ท่านแจ้งข่าวสารเกิด โรคให้เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขทราบโดยเร็ว	3.86	0.62	ดี	4.79	0.48	ดีมาก	4.97	0.17	ดีมาก

ตารางที่ 4.5 กิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (n = 71) (ต่อ)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ระยะติดตาม 2 สัปดาห์		
	\bar{X}	S. D.	ระดับ การ ประเมิน	\bar{X}	S. D.	ระดับ การ ประเมิน	\bar{X}	S. D.	ระดับ การ ประเมิน
2. ด้านการป้องกันโรค (ต่อ)									
2.3 ท่านร่วมมือกับผู้นำชุมชนเป็นตัวอย่างในการจัดกิจกรรมเป็นตัวอย่างแก่ประชาชนในชุมชน	3.72	0.66	ดี	4.72	0.54	ดีมาก	4.90	0.30	ดีมาก
2.4 ท่านตรวจและแนะนำการตรวจโรคด้วยตัวเองแก่ประชาชนในชุมชน	3.04	0.64	ปานกลาง	4.31	0.87	ดี	4.13	0.41	ดี
2.5 ในชุมชนที่ท่านรับผิดชอบมีการเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวังโรคและควบคุมภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น	3.75	0.84	ดี	4.79	0.48	ดีมาก	4.68	0.47	ดีมาก
3. ด้านการรักษาพยาบาล									
3.1 ท่านจัดหาอาสาสมัครประจำบ้านเพื่อการรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้	3.25	0.71	ปานกลาง	4.37	0.82	ดี	4.34	0.56	ดี
3.2 ท่านสามารถแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยได้	3.24	0.90	ปานกลาง	4.44	0.79	ดี	4.32	0.56	ดี

ตารางที่ 4.5 กิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษา
ชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (n = 71) (ต่อ)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ระยะติดตาม 2 สัปดาห์		
	\bar{X}	S. D.	ระดับ การ ประเมิน	\bar{X}	S. D.	ระดับ การ ประเมิน	\bar{X}	S. D.	ระดับ การ ประเมิน
3. ด้านการรักษาพยาบาล (ต่อ)									
3.3 ท่านให้การช่วยเหลือรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามอาการในเรื่องการเช็ดตัวลดไข้ การทำเกลือแร่ให้ดื่ม พร้อมให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ป่วยได้	3.30	0.57	ปานกลาง	4.49	0.73	ดี	4.65	0.48	ดีมาก
3.4 ท่านให้ปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นลม สัตว์เลี้ยงกัด ฯลฯ	2.97	0.76	ปานกลาง	4.07	0.93	ดี	4.25	0.53	ดี
3.5 ท่านส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อและแนะนำให้ไปรักษาที่สถานพยาบาล หากพบว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการส่งรักษาต่อ	3.49	0.81	ปานกลาง	4.49	0.75	ดี	4.72	0.49	ดีมาก

ตารางที่ 4.5 กิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษา ชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (n = 71) (ต่อ)

รายละเอียด	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ระยะติดตาม 2 สัปดาห์		
	\bar{X}	S. D.	ระดับ การ ประเมิน	\bar{X}	S. D.	ระดับ การ ประเมิน	\bar{X}	S. D.	ระดับ การ ประเมิน
4. ด้านการฟื้นฟูสภาพ									
4.1 ท่านติดตามดูแล ผู้ป่วยให้กลับมาพัก ที่บ้าน	3.45	0.88	ปาน กลาง	4.28	0.83	ดี	4.63	0.51	ดีมาก
4.2 ท่านให้ความ ช่วยเหลือและฟื้นฟู สมรรถภาพแก่ผู้ป่วย	3.35	0.72	ปาน กลาง	4.35	0.81	ดี	4.62	0.49	ดีมาก
4.3 ท่านเยี่ยมบ้านให้ คำแนะนำการดูแลแก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	3.82	0.83	ดี	4.55	0.75	ดีมาก	4.90	0.30	ดีมาก
คะแนน ระดับประเมินคุณภาพ ของกิจกรรมฯโดยรวม	3.47	0.75	ปาน กลาง	4.51	0.68	ดีมาก	4.64	0.42	ดีมาก

จากตารางที่ 4.5 แสดงให้เห็นว่า ก่อนทดลองเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัด เชียงใหม่ พบว่า ระดับการประเมินกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการ ดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.47 \pm 0.75$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อสม. มีระดับการประเมินกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการ ดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนมากที่สุดคือ ข้อ 2.2 กิจกรรมด้านการป้องกันโรค ได้แก่ ท่านแจ้ง ข่าวสารเกิดโรคให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบโดยเร็ว รองลงมา คือ ข้อ 2.1 กิจกรรมด้านการป้องกัน

โรค ได้แก่ ท่านร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ทีมสาธารณสุขประชุมแก้ไขปัญหาโรคติดต่อในชุมชน และน้อยที่สุด คือ ข้อ 3.4 กิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ได้แก่ ท่านให้ปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นลม สัตว์เลี้ยงกัด ฯลฯ

หลังการทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระดับการประเมินกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาสุขภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.51 \pm 0.68$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อสม. มีระดับการประเมินกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาสุขภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนมากที่สุด คือ ข้อ 1.1 กิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ท่านมีความรู้ความเข้าใจในคู่มือปฏิบัติงาน อสม. ที่ท่านได้รับจากหน่วยงานต้นสังกัด ข้อ 2.1 กิจกรรมด้านการป้องกันโรค ได้แก่ ท่านร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ทีมสาธารณสุขประชุมแก้ไขปัญหาโรคติดต่อในชุมชน ข้อ 2.2 ท่านแจ้งข่าวสารเกิดโรคให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบโดยเร็ว และข้อ 2.5 ในชุมชนที่ท่านรับผิดชอบมีการเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวังโรคและควบคุมภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น รองลงมา คือ ข้อ 1.2 กิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ท่านสามารถนำความรู้จากคู่มือการปฏิบัติงาน อสม. ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริงน้อยที่สุด คือ ข้อ 3.4 กิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ได้แก่ ท่านให้ปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นลม สัตว์เลี้ยงกัด ฯลฯ

ระยะติดตาม 2 สัปดาห์หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระดับการประเมินกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาสุขภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.64 \pm 0.42$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อสม. มีระดับการประเมินกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาสุขภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนมากที่สุด คือ ข้อ 2.2 กิจกรรมด้านการป้องกันโรค ได้แก่ ท่านแจ้งข่าวสารการเกิดโรคให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบโดยเร็ว รองลงมา คือ ข้อ 2.1 กิจกรรมด้านการป้องกันโรค ได้แก่ ท่านร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ทีมสาธารณสุขประชุมแก้ไขปัญหาโรคติดต่อในชุมชน และน้อยที่สุด คือ ข้อ 2.4 กิจกรรมด้านการป้องกันโรค ได้แก่ ท่านตรวจและแนะนำการตรวจโรคด้วยตัวเองแก่ประชาชนในชุมชน

ตอนที่ 6 การเปรียบเทียบระดับความรู้ ทักษะจิต พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน และกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน

ตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบระดับความรู้ ทักษะจิต พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน และกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษาของ อสม.ด้านสุขศึกษาชุมชน (n = 71)

ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน	Mean	S. D.	F	P – value
ก่อนทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฯ	15.00	2.46	20.21	< 0.001
หลังทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฯ	16.41	1.23		
ระยะติดตาม 2 สัปดาห์	16.62	0.78		
ทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน				
ก่อนทดลองเข้าร่วม โปรแกรมฯ	3.94	0.70	101.19	< 0.001
หลังทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.07	0.75		
ระยะติดตาม 2 สัปดาห์	4.52	0.54		
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชน				
ก่อนทดลองเข้าร่วม โปรแกรมฯ	3.73	0.73	88.58	< 0.001
หลังทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฯ	3.80	0.76		
ระยะติดตาม 2 สัปดาห์	4.30	0.55		
กิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน				
ก่อนทดลองเข้าร่วม โปรแกรมฯ	3.47	0.75	215.57	< 0.001
หลังทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.51	0.68		
ระยะติดตาม 2 สัปดาห์	4.64	0.42		

จากตารางที่ 4.6 แสดงให้เห็นว่า อสม. ที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. มีความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนหลังจากเข้าร่วม โปรแกรมมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วม โปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p – value < 0.001) โดยความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนของ อสม. ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตาม 2 สัปดาห์หลังจากเข้าร่วม โปรแกรมอยู่ในระดับสูง

ทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน อสม. ที่เข้าร่วม โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. มีทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่อง

สุขศึกษาชุมชนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง และระยะติดตาม 2 สัปดาห์หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ระดับทัศนคติ อยู่ในระดับสูงมาก

พฤติกรรมกรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชน อสม. ที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. มีพฤติกรรมกรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วม โปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพฤติกรรมกรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชนก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก และพฤติกรรมกรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชน ระยะติดตาม 2 สัปดาห์หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด

กิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. มีคุณภาพของกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษาหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง กิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตาม 2 สัปดาห์หลังจากเข้าร่วม โปรแกรมอยู่ในระดับดีมาก

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยอาศัยทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของกิบสัน (Gibson, 1991) ประกอบไปด้วย การค้นพบความจริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงานด้านสุขศึกษาชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) ซึ่งเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างของ อสม. ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ จำนวน 71 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนทดลองและหลังการทดลอง (One Group Pretest Posttest Design) โดยอาศัยทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) 4 ขั้นตอน โดยทำซ้ำ 2 รอบ และดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจรายละเอียดของเครื่องมือทดลอง ประกอบด้วย สื่อและอุปกรณ์ ได้แก่ วิดีทัศน์ เอกสารประกอบการให้ความรู้ด้านสุขศึกษาชุมชน เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางของวัตถุประสงค์ของการวิจัย แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน อสม. ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาของ อสม. ส่วนที่ 5 แบบสอบถามกิจกรรมปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวได้นำไปทดลองใช้กับ อสม. จำนวน 30 ชุด ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับ

($\alpha = 0.76, 0.74, 0.87, 0.93, 0.94$) การทดลอง คือ ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ด้านสุขภาพเป็นรูปแบบการจัดกิจกรรม สร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการจัดกิจกรรม 4 ระยะ เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ซึ่งทำการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะทดลองปฏิบัติ 2 สัปดาห์ โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ One – way Repeated Measures ANOVA

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผลการศึกษา พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 67.6) มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี (ร้อยละ 52.1) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 80.3) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 63.4) อาชีพหลัก คือ รับจ้าง (ร้อยละ 33.8) รายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท (ร้อยละ 43.7) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. ระหว่าง 6 – 12 ปี (ร้อยละ 39.4) และ อสม. ทุกคนเคยได้รับการอบรมหรือดูงาน นอกเหนือจากการอบรมของ อสม. เป็นประจำทุกเดือน ได้แก่ การอบรมคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิต การอบรมพัฒนาศักยภาพของ อสม. การอบรมโครงการฟ้าใสใจสุขภาพ การอบรมคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การอบรมคัดกรองมะเร็งเต้านม การอบรมเกี่ยวกับแม่และเด็ก การอบรมโครงการเรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง อำเภอสันทราย ภายใต้โครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกลุ่มวิสาหกิจชุมชน การอบรมพัฒนาศักยภาพกลุ่มสตรี โครงการอบรมอาหารปลอดภัย ผู้บริโภคปลอดภัย และอสม. เคยปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานอื่นนอกเหนือกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ปฏิบัติงานให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลตำบลป่าไผ่) โดยปฏิบัติหน้าที่ในการรณรงค์ควบคุมลูกน้ำยุงลาย ป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกปฏิบัติหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคติดต่อ และส่งเสริมสุขภาพและรณรงค์ป้องกันโรคระบาด ปฏิบัติงานให้กับชมรมผู้สูงอายุ โดยมีหน้าที่เยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังในพื้นที่ และเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ มีหน้าที่เป็นตัวแทนการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มสตรี ปฏิบัติงานให้กับมหาวิทยาลัยแม่โจ้ โดยมีหน้าที่ในการให้ความรู้ด้านการนวด และภูมิปัญญาท้องถิ่น ปฏิบัติงานให้กับอำเภอสันทราย โดยปฏิบัติงานร่วมกับกลุ่มกาชาดอำเภอสันทราย และ อพม. และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานอื่นคือ ต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 49.3)

การเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องสุขภาพชุมชนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตาม 2 สัปดาห์ พบว่า อสม. ที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. มีความรู้เรื่องสุขภาพชุมชนหลังจากเข้าร่วม โปรแกรมมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วม โปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$) โดยความรู้เรื่องสุขภาพชุมชนของ อสม.

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ระยะติดตาม 2 สัปดาห์หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง

การเปรียบเทียบทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตาม 2 สัปดาห์ พบว่า อสม.ที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. มีทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.001$) โดยทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูง ระยะติดตาม 2 สัปดาห์หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูงมาก

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตาม 2 สัปดาห์ พบว่า อสม. ที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.001$) โดยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชนก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก หลังการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก ระยะติดตาม 2 สัปดาห์หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด

การเปรียบเทียบกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตาม 2 สัปดาห์ พบว่า อสม. ที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. มีกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.001$) โดยคุณภาพของกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมและ ระยะติดตาม 2 สัปดาห์หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดีมาก

อภิปรายผล

ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ครั้งนี้ สนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ 1) ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนภายหลัง

เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ และระยะติดตาม 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของอาจริย์ แดง โสภณ และวิยะดา เมภัสสกุล (2553) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาที่มีต่อความรู้ และทักษะของผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ผลการวิจัย พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลคะแนนความรู้และทักษะของผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสรุปได้ว่าผลการใช้โปรแกรมการให้สุขศึกษาที่มีต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนเป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการอบรม โปรแกรมการให้สุขศึกษากับเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน มีความรู้และทักษะดีขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของเกศิณี วงศ์สุบิน, ขวัญเมืองแก้วคำเกิง, ธนาคล เก่งการพานิช และมณฑา เก่งการพานิช (2559) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้พลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกัน และโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991) โดยโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังกล่าว มีระยะเวลา 4 สัปดาห์ จึงทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ที่เพิ่มมากขึ้น 2) ค่าเฉลี่ยทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ และระยะติดตาม 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของเนตรชนก สุนา (2556) ศึกษาเรื่องเจตคติของคณาพิการต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง ตัวแปร ระดับการศึกษา รายได้ และระดับความพิการที่แตกต่างกันมีเจตคติต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .053) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชนภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ และระยะติดตาม 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของเยาวภา พรเวียง, วิภาวรรณ หมั่นมา, พิสมย์ ศรีสุวรรณนพกุล และวันทนา แก้วของผาง (2555) ศึกษาเรื่อง ผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

ชนิดที่ 2 ที่มีผลที่เท่า พบว่า ในขั้นตอนที่ 4 ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำได้โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในผู้ป่วยด้วยกัน กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตัวเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับงานวิจัยของ เนตรนิภา จันตระกูลชัย (2557) ศึกษาเรื่อง ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 6.65, p = .000$) 4) ค่าเฉลี่ยกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาสุขภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาสุขภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ และระยะติดตาม 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อุมพร พรหมสะอาด (2554) ศึกษาเรื่อง การเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานในด้านการได้รับการเพิ่มพูนทักษะและความสามารถผลการวิจัย พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ($r = 0.363, p < 0.01$) และพยาบาลมีระดับของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านการได้รับการเพิ่มพูนทักษะและความสามารถอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.54, S. D. = 0.59$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับการนำเอาผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับนำไปใช้ในการเสนอแนะให้อสม. มีการพัฒนาความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การเข้ากิจกรรมต่าง ๆ ของ อสม. ได้อย่างเหมาะสมและเป็นประโยชน์ และจากผลวิจัยโดยผู้วิจัย มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. งานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค จากผลการวิจัยดังกล่าว เทศบาลตำบลป่าไผ่ ควรให้การสนับสนุนในเรื่องการเพิ่มความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนให้กับ อสม. ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ให้มากขึ้นโดยการฝึกอบรมเพิ่มศักยภาพและเพิ่มความรู้ให้กับ อสม. เพื่อจะได้นำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง รวมถึงการให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แกนนำชุมชนในเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ลานามัยให้แข็งแรง และเกิดการเจ็บป่วยน้อยที่สุด โดยเฉพาะความรู้ในเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน เป้าหมายของสุขภาพชุมชน และนโยบายส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชน เป็นต้น เนื่องจากในด้านทัศนคติของที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่อง

สุขศึกษาชุมชนของประชาชนในพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่แล้ว พบว่า อสม. เมื่อมีการให้ความรู้ให้คำแนะนำหรือทำกิจกรรมในชุมชนประชาชนไม่ค่อยให้ความร่วมมือ ดังนั้น จึงต้องมีการฝึกอบรมให้ความรู้ดังกล่าวให้เพิ่มเพื่อที่ อสม. สามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้

2. งานด้านให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เทศบาลตำบลป่าไผ่ ควรให้ความสำคัญในเรื่องของวิดิทัศน์ในการให้ความรู้กับประชาชน เพราะเมื่อศึกษาในเรื่องพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชนทั้งก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตาม 2 สัปดาห์ พบว่า อสม. ยังมีความจำเป็นต้องใช้สื่อการสอน เช่น วิดิทัศน์ ในการให้ความรู้กับประชาชนเนื่องจากระดับพฤติกรรมในระยะติดตาม 2 สัปดาห์ อยู่ในระดับสูงดังนั้น เทศบาลตำบลป่าไผ่ควรมีการใช้วิดิทัศน์ในการฝึกอบรม อสม. เพื่อจะได้มีความรู้ด้านการปฏิบัติงานเพื่อลงพื้นที่มากขึ้น และสามารถทำความเข้าใจกับประชาชนในพื้นที่ได้เมื่อลงพื้นที่จริง

3. งานด้านกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้านผลการวิจัย พบว่าการประเมินคุณภาพของกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในด้านการป้องกันโรค เรื่อง การตรวจและแนะนำการตรวจโรคด้วยตัวเองแก่ประชาชนในชุมชน เมื่อศึกษาแล้วระดับการประเมินยังอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น เทศบาลตำบลป่าไผ่ควรมีการจัดซื้อชุด อสม. ในการดำเนินการปฏิบัติในเรื่องการตรวจและแนะนำการตรวจโรคด้วยตัวเองแก่ประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และควรมีการจัดซื้อชุดปฏิบัติเป็นประจำทุกเดือนเพื่อให้ อสม. จะได้มีความคล่องแคล่วในการปฏิบัติงาน และเพื่อให้การดำเนินงานของ อสม. มีความต่อเนื่อง ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และประสบการณ์จาก อสม. รุ่นใหม่และอสม. รุ่นเก่าจากรุ่นสู่รุ่นต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในโอกาสต่อไป

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. งานด้านการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน เทศบาลตำบลป่าไผ่ ควรมีพัฒนาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการขยายสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ให้มากขึ้น เพื่อจะได้ทราบข้อมูลที่กว้างขึ้น เนื่องจากงานวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ดังนั้น ควรมีการพัฒนาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการขยายกลุ่มตัวอย่างให้เป็นระดับมหภาคโดยขยายเป็นพื้นที่อำเภอสนทวาย จังหวัดเชียงใหม่เพื่อจะได้เห็นกระบวนการการดำเนินงานและวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชุมชน รวมถึงการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นต่อไป

2. งานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกัน โรค จากงานวิจัยในหัวข้อกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. พบว่า ปัญหาคือ เรื่องกิจกรรมด้านการป้องกัน

โรคได้แก่ การตรวจและแนะนำการตรวจโรคด้วยตัวเองแก่ประชาชนในชุมชน มีผลการประเมินน้อยที่สุดดังนั้น เห็นว่าควรพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจฯ โดยการเพิ่มรายละเอียดในคู่มือการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจฯ ในเรื่องของความรู้ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรคให้มากขึ้นเพื่อที่ อสม. จะได้ มีความรู้เพิ่มขึ้นในการลงพื้นที่ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานในพื้นที่มากยิ่งขึ้น

3. งานด้านให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน จากงานวิจัยในหัวข้อกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. พบว่า กิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล เรื่องของการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น บาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก มีผลการประเมินน้อยที่สุดดังนั้น จึงเห็นว่าการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจฯ โดยการเพิ่มกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โปรแกรมที่ 4 การสะท้อนกลับและประเมินผลให้มากขึ้นเพื่อนำให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนการเรียนรู้และประสบการณ์ฝึกปฏิบัติในพื้นที่จริงและกลุ่มตัวอย่างจะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการลงพื้นที่และสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้



บรรณานุกรม

- เกศินี วงศ์สุบิน, ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, ธนาคล เก่งการพานิช และมณฑา เก่งการพานิช. (2559, กรกฎาคม). “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี”. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 33(3), 196 - 209.
- การปกครองท้องถิ่น, กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2549). **คู่มือมาตรฐานงานสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ : กระทรวงมหาดไทย.
- สนับสนุนบริการสุขภาพ, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). **คู่มือ อสม. ยุคใหม่**. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข (2542). **การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540 – 2541**. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2552). **โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)**. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย.
- กาญจนา วัฒยา. (2548). **การวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการศึกษา**. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาผู้บริหารการศึกษา.
- คณิต หนูพลอย. (2553). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- จินตนา บุญยิ่ง และคณะ. (2556, พฤศจิกายน – ธันวาคม). “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี”. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 22(6), 64 – 69.
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2554). **แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. ขอนแก่น: สำนักพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เฉลิมเกียรติ แก้วหอม. (2555). **แนวคิดทฤษฎีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน**. สืบค้นจาก <http://www.sukanrat.blogspot.com>
- ชาญชัย อาจินสมาจาร. (2535). **การฝึกอบรมและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล**. กรุงเทพฯ: มิตรสยาม.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ชาติรี จันทร์ตา. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
เทศบาลตำบลหางดง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชูชัย สมितिไกร. (2542). การฝึกอบรมบุคลากรในองค์กร. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- ชูชัย สมितिไกร. (2553). พฤติกรรมผู้บริโภค. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฏฐร สุขสีทอง . (2555). พฤติกรรมการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพในตำบลสะลวง และตำบล
จี้เหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. กรุงเทพฯ : สำนักบริหาร โครงสร้างวิจัยใน
อุดมศึกษาและพัฒนา มหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ สำนักคณะกรรมการการอุดมศึกษา.
- เด่นพงษ์ พลละคร. (2555, ธันวาคม 2531 – มกราคม 2532). “การพัฒนาผู้ได้บังคับบัญชา”.
วารสารเพิ่มผลผลิต, 28(1), 20 – 25.
- ทองทิพภา วิริยะพันธุ์. (2553). การบริหารทีมงานและการแก้ปัญหา. กรุงเทพฯ : สหธรรมิก จำกัด.
- ท้องถิ่นเทศบาลตำบลป่าไผ่. (2559). ข้อมูลทะเบียนราษฎร 2559. เชียงใหม่ : เทศบาลตำบลป่าไผ่.
- ทิสนา เทียมเสน. (2515). หลักการฝึกอบรมแบบใหม่. กรุงเทพฯ : ทิพย์อักษรการพิมพ์.
- ธวัชชัย วีระกิติกุล. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัคร
สาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดพัทลุง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. (2550). กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม.
กรุงเทพฯ : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน.
- เนตรชนก สุณา. (2556, ธันวาคม). “เจตคติของคนพิการต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ”.
วารสารวิทยาลัยราชสุดา, 12(9), 4 – 21.
- ประเวศ วะสี. (2541). บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.
- เป็รื่อง กุมุท. (2520). เทคนิคการฝึกอบรม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- พิมลพร อินตะขัติ. (2554). ปัจจัยต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานของสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอคอยสะแก จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตร
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พีระพล ศิริไพบูลย์. (2553). แนวทางการพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขต่องานสาธารณสุข
มูลฐาน กรณี เขตพญาไท. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภูคิท เตชาติวัฒน์ และนิทรา กิจธีระวุฒินงษ์. (2557). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามบทบาท
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน.
สืบค้นจาก http://phpn.ph.mahidol.ac.th/Journal/No28_1.html
- มินตรา สารระรักษ์. (2553). การเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.).
การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- ยุพา พูลสวัสดิ์. (2557). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดราชบุรี.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- เยาวนา เตชะคุปต์. (2522). การบริหารงานฝึกรอบรม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- เยาวภา พรเวียง, ภิภาวรรณ หมั่นมา, พิสมัย ศรีสุวรรณนพกุล และวันทนา แก้วของผาง.
(2555, สิงหาคม). “ผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า
และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า”. วารสารพยาบาลกระทรวง
สาธารณสุข, 12(4), 85 – 97.
- เรวดี ศรีฤทธิ, อมรรัตน์ โอสารี และกาญจนา วงษ์สวัสดิ์. (2555). พลังอำนาจในการปฏิบัติหน้าที่
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลนาเพียง อำเภอสุกhumาลัย จังหวัด
สกลนคร. สกลนคร : มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าเหมือดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีบุญ
เรือง. (2559). รายงานประจำปี 2559. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านป่าเหมือดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีบุญเรือง.

บรรณานุกรม (ต่อ)

วิเชียร เกตุสิงห์. (2541). สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

วุฒิสักดิ์ บุญเฉลิม. (2555). **ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)**

ตำบลงดเตี้ย อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยพิษณุโลก.

วิภา เพ็งเสงี่ยม, พัชรภรณ์ ไชยสังข์ และปัญญกรณ์ ยะเกษม. (2558). “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน”. วารสารการพยาบาลและศึกษา, 8(1) 125.

วิภาดา คุปตานนท์. (2555). การจัดการและพฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ศ. เจริญการพิมพ์.

วีระวัฒน์ ภูกันดาน. (2553). **ความรู้ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารที่**

แผงลอยจำหน่ายอาหารในเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์.

วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ฝึกรอบรรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, ศูนย์ฝึกรอบรรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (2557). รายงานประจำปี 2557. จังหวัดขอนแก่น : ม.ป.ท.

สมทรง รัชย์เฝ้า และสรศักดิ์ ภูณงค์. (2540). กระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท.

กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส), สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2558). **ยกระดับ อสม. เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน.**

สืบค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th>

คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2543).

รายงานประจำปี 2543. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.

เทศบาลตำบลป่าไผ่, สำนักงานเทศบาลตำบลป่าไผ่ (2559). **รายงานประจำปี 2559.**

เชียงใหม่ : เทศบาลตำบลป่าไผ่.

งานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 11, สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 11 (2557).

รายงานประจำปี 2557. นครศรีธรรมราช : กระทรวงสาธารณสุข.

สาธารณสุขอำเภอตะกั่วทุ่ง, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะกั่วทุ่ง (2555). **รายงานประจำปี 2555.**

พังงา : กระทรวงสาธารณสุข.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สุพรรณ ชงเทียน. (2554). **ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**
ในตำบลแม่แฝก อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญา
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรงค์ ใ้วตระกูล. (2556). **จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ :** สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรพงษ์ โสชนะเสถียร. (2533). **การสื่อสารกับสังคม. กรุงเทพฯ :** จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาจารย์ แดงโสภณ และวิยะดา เมกัสสกุล. (2553). **ผลของโปรแกรมการให้สุศึกษาที่มีต่อความรู้**
และทักษะของผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน.
 สืบค้นจาก www.rajanukul.go.th/new/_admin/download/review0002286.pdf
- อภิชัย จตุพรวาที. (2557). **ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครคุม**
ประพฤติ จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรบัณฑิต,
สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.
- อุมาพร พรหมสะอาด. (2554). **การเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะ**
ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2547). **ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญา**
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาชีวิตที่ดีและประชากรศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2546). **การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม :**
มติใหม่ของการเสริมสร้างสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- Akintola, O. (2010). "Perceptions of Rewards Among Volunteer Caregivers of People Living with
 AIDS Working in Faith – Based Organization in South Africa": A Qualitative Study.
Journal of the International AIDS Society.
 Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC29013143/>.
- Arlinsky, N. (1971). **10 Step to Empowerment a Common – Sense Guide to Managing People.**
 New York : William Morrow.
- Best, J.W. (1981). **Research in Education.** New Jersey: Prentice – Hall.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Dieleman, M., Cuong, P.V., Anh, L.V., Martineau, T. (2003). **Identifying Factors for Job Motivation of Rural Health Worker in North Viet Nam, Human Resources for Health**. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1186%2F1478-4491-1-10>.
- Freire, W. (1973). "Cognitive Element of Empowerment". **Nursing Administration**, 23(1), 18 – 23.
- Gibson, J. (1991). "Conscientisation : An Empowering Non – formal Education Approach for Community Health Workers". **Community Development Journal**, 23(2), 119.
- Heinisch, O. (1965). Cochran, W.G: Sampling Techniques, 2 Aufl. John Wiley and Sons, New York, London 1963. **Preis s. Biometrische Zeitschrift**, 7(3), 203 – 203.
- Israel, I. (1974). **Disabling Professions**. London : Maron Boyers.
- Jayasuriya, R., Jayasinghe, U.W., Wang, Q. (2014). "Health Worker Performance in Rural Health Worker Performance in Rural Health Organizations in Low – and Middle – Income Countries: Do Organizational Factors Predict Non – T Performance?". **Social Science & Medicine**. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24820407>
- Keiffer, C. (1984). "Citizen Empowerment: A Developmental Perspective". **Prevention in Human Services**, 3(16), 9 – 35.
- Rappaport, J. (1987). "Terms of Empowerment / Exemplars of Prevention: Toward a Theory of Community Psychology". **American Journal of Community Psychology**, 15, 121 – 148.
- Rissel, S. (1994) **Advocacy and Empowerment Mental Health Care in the Community**. Boston : Routledge and Kegan Paul.
- Rothman, A. (1971). Employee Perceptions of Empowerment. **Employee Relations**, 27, 354 – 355.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). "On the Use of Content Specialists in the Assessment of Criterion – Referenced Test Item Validity". **Dutch Journal of Educational Research**, 2, 49 – 60.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Sato, Y., Pongvongsa, T., Nonaka, D., Kounnavong, S., Nansounthavong, P., Moji, K., Phongmany, P, M., Kobayashi, J. (2014). “Village Health Volunteers Social Capital Related to Their Performance in Lao People’s Democratic Republic: A Cross Sectional Study”. **Health Services Research**. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/123>
- Schubert et al. (1999). **Carling Communication and Client Teaching/Learning in Hitchcock J.E., Schubert P.E. and Thomas S.A. Community Health Nursing**. New York: Delma Plubisher.
- Sharma, R., Webster, P., Bhattacharyya, S. (2014). “Factor Affecting the Performance of Community Health Worker in India: a Multi – Stakeholder Perspective”. **Global Health Action**. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4197397/>
- Swift, A. Lewin, L. (1987). **Empowerment and the Process of Inquiry. A Paper Presented at the Annual Meeting of the Canadian Association of Schools of Social Work**, Windsor, Ontario.
- Wallerstein, N. & Bernstein E. (1988). “Empowerment Education: Freire’s Ideas Adapted to Health – Education”. **Health Education Quarterly**, 15(4), 379 – 394.
- World Health Organization. (1986). **Ottawa Charter for Health Promotion**. Geneva : World Health Organization : Author.
- Zimmermann, D., Rappaport, J. (1988). “Terms of Empowerment Exemplars of Prevention: Toward of Theory of Community Psychology”. **American Journal of Community Psychology**, 15(2), 121 – 148.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – นามสกุล	นางสาวชนิกา เตชะปັນ	
วัน เดือน ปี เกิด	13 พฤษภาคม 2526	
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 219/24 หมู่ที่ 6 ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ รหัสไปรษณีย์ 50180	
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2533	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 โรงเรียนบ้านพร้าว อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน
	พ.ศ. 2538	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 โรงเรียนท่าวังผาพิทยาคม อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน
	พ.ศ. 2545	ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
	พ.ศ. 2552	คณะรัฐศาสตร์ เอกบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัย รามคำแหง กรุงเทพมหานคร
	พ.ศ. 2554	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2558 – ปัจจุบัน	เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่
	พ.ศ. 2557 – 2558	องค์การบริหารส่วนตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่
	พ.ศ. 2555 – 2557	องค์การบริหารส่วนตำบลท่าตอน อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่
	พ.ศ. 2548 – 2555	โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
	พ.ศ. 2546 – 2548	โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

1. อาจารย์ ดร.พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย อาจารย์ประจำ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
จังหวัดอุตรดิตถ์
2. อาจารย์ ดร.อาทิตย์ วังวนสินธุ์ อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร
จังหวัดพิษณุโลก
3. คุณประจวบ หน่อศักดิ์ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
เทศบาลตำบลป่าไผ่
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมนี้เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่สร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการจัดกิจกรรม 4 กิจกรรม ในกลุ่ม อสม. ที่ได้ถูกคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 4 ครั้งๆละ 30 – 60 นาที โดยที่กิจกรรมที่ 1 - 3 จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เว้นระยะทดลองปฏิบัติ 2 สัปดาห์ จัดกิจกรรมที่ 4 โดยดำเนินกิจกรรมซ้ำ 2 รอบ วัตถุประสงค์หลักของโปรแกรม คือ เพื่อเป็นปัจจัยที่นำสู่ความสำเร็จของการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชน โดยก่อนดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงรายละเอียดทำข้อตกลงและเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างกิจกรรมมีดังนี้



โปรแกรมครั้งที่ 1

ระยะที่ 1 การค้นพบความจริง

- การฟังและการสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในกลุ่มและเกิดความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง
2. เพื่อให้ อสม. ได้มีความรู้และความสามารถในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพชุมชน
3. เพื่อสร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยใช้กรณีศึกษา (Scenario) จำนวน 2 กรณีร่วมกับการบรรยายให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน และจัดฐานเรียนรู้ จำนวน 1 ฐาน ได้แก่ ฐานความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน

เนื้อหา

1. ความรู้ด้านสุขศึกษาเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและคำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ กระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ผสมผสานความรู้และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
3. แนวทางและหลักการสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ

หลักการหรือแนวคิด

1. การอบรมเสริมสร้างพลังอำนาจเรียนรู้เชิงประสบการณ์โดยกระตุ้นให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนเองออกมาใช้ในการเรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองกับผู้อื่น
2. กระบวนการกลุ่มจะทำให้เกิดการพัฒนาเป็นความรู้เพิ่มขึ้นจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุด ซึ่งจะทำให้นักเรียนสามารถนำไปประยุกต์ในลักษณะหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

กิจกรรม	อุปกรณ์ / สื่อ
<p>ขั้นนำ</p> <p>1. กล่าวทักทายกลุ่มทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างให้เกิดความไว้วางใจ</p> <p>2. ละครพฤติกรรมโดยมีกิจกรรม “สุขศึกษามีความสำคัญอย่างไร” ผู้วิจัยนำเข้าสู่บทเรียน โดยอธิบายถึงหลักการต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ดีและถูกต้อง</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>3. ผู้วิจัยเปิดวีดิทัศน์เรื่อง “การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขศึกษาชุมชน” และบรรยายความรู้เรื่องด้านสุขศึกษาเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและคำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ กระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ผสมผสานความรู้และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แนวทางและหลักการสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>4. แบ่งกลุ่มออกเป็น 5 กลุ่มเท่า ๆ กัน โดยให้แต่ละกลุ่มวิเคราะห์กรณีศึกษา 2 กรณีเพื่อสรุปผลการวิเคราะห์กรณีศึกษาแต่ละกรณี</p> <p>5. ให้กลุ่มตัวอย่างส่งตัวแทนกลุ่มสรุปการวิเคราะห์กรณีศึกษาแต่ละกรณี</p> <p>6. ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>7. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างจัดฐานเรียนรู้ จำนวน 1 ฐาน ได้แก่ ฐานความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน</p>	<p>- วีดิทัศน์เรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขศึกษาชุมชน</p> <p>- เอกสารประกอบการให้ความรู้ด้านสุขศึกษาชุมชน ได้แก่ แผ่นพับ</p> <p>- กระดาษฟลิปชาร์ต / ปากกาเคมี</p>

การประเมินผล

1. กลุ่มตัวอย่างอธิบายความรู้เกี่ยวกับด้านสุขภาพเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและคำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ กระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ผสมผสานความรู้และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. ผลการวิเคราะห์จากการทำกิจกรรมกลุ่มวิเคราะห์ถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ



โปรแกรมครั้งที่ 2

ระยะที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ

- การวางแผนแก้ไขปัญหา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแก้ไขปัญหาและการนำความรู้ไปปรับใช้ในการลงพื้นที่ใน ความรับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน

2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสาธิตการให้ความรู้แก่ประชาชนด้านสุขศึกษาชุมชนตาม ความรู้ที่ได้จากการอบรม พร้อมเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาจนเข้าใจชัดเจน ระยะเวลา 60 นาที

หลักการหรือแนวคิด

การอบรมเสริมสร้างพลังอำนาจเรียนรู้เชิงประสบการณ์โดยกระตุ้นให้ผู้เรียนนำ ประสบการณ์เดิมของตนเองออกมาใช้ในการเรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเอง กับผู้อื่นและสามารถนำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้สาธิตการดูแลที่บ้านได้

กิจกรรม	อุปกรณ์ / สื่อ
<p>ขั้นนำ</p> <p>1. กล่าวทักทาย ทำกิจกรรมละลายพฤติกรรม “ปรบมือตาม” จังหวะ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>2. ผู้วิจัยนำเข้าสู่บทเรียนแนวทางการนำความรู้และทักษะไปประยุกต์</p>	
<p>ขั้นสอน</p> <p>3. ผู้วิจัยนำสู่การอภิปรายกลุ่มระหว่างกลุ่มตัวอย่างถึงแนวทางแก้ไข ปัญหาดังกล่าว การนำความรู้ที่ได้จากโปรแกรมที่ 1 ไปปรับใช้ในการ ลงพื้นที่ในความรับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน</p> <p>4. ผู้วิจัยนัดหมายในการพบกันครั้งต่อไป</p> <p>5. ผู้วิจัยนัดหมายการสาธิตในสถานการณ์จริง โดยผู้วิจัยแบ่ง กลุ่ม ตัวอย่าง เป็น 5 กลุ่ม สาธิตการให้ความรู้แก่ประชาชนด้านสุขศึกษา ชุมชนตามความรู้ที่ได้จากการอบรม พร้อมเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง ซักถามปัญหาจนเข้าใจชัดเจน</p>	- กระดาษฟลิปชาร์ท/ ปากกาเคมี

การประเมินผล

การที่กลุ่มตัวอย่างสามารถนำความรู้จากการอบรมโปรแกรมที่ 1 ไปประยุกต์ใช้ในการลงพื้นที่ในความรับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนและสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้เป็นอย่างดี



โปรแกรมครั้งที่ 3

ระยะที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ

- การปฏิบัติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะ ทบทวนความรู้ที่สำคัญรวมทั้งการตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่าง ที่พบขณะให้ความดูแลเพื่อเสริมความมั่นใจ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. กลุ่มตัวอย่างสามารถลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้
2. กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกแนวทางปฏิบัติการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ต้องแก้ไขปัญหาได้โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจ

หลักการหรือแนวคิด

ประสบการณ์ที่บุคคลประสบความสำเร็จของตนเอง (Mastery Experiences) โดยตรงจะส่งผลให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสามารถพัฒนาได้โดยการส่งเสริมให้บุคคลมีการฝึกทักษะควบคู่กับการให้บุคคลรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้จะทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยสนับสนุนให้นักเรียนเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม สถานการณ์สมมติใบงาน ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง

กิจกรรม	อุปกรณ์ / สื่อ
<p>ขั้นนำ</p> <p>1. กล่าวทักทายกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>2. ให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มออกเป็น 5 กลุ่มเท่าๆกันเพื่อลงพื้นที่ปฏิบัติในสถานการณ์จริง และร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น</p> <p>3. ผู้วิจัยให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างในการลงพื้นที่เพื่อให้เกิดความมั่นใจ</p> <p>4. กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกแนวทางปฏิบัติ การตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ต้องแก้ไขปัญหาได้</p> <p>5. ผู้วิจัยสรุปผลการลงพื้นที่แต่ละกลุ่มที่ได้ลงพื้นที่ และกล่าวให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่างและชี้แนะแนวทางในการปฏิบัติหากเกิดสถานการณ์ที่ต้องแก้ไขปัญหาให้ทันเวลาที่</p>	<p>- เอกสารให้ความรู้ 1 เรื่อง สุขศึกษา</p>

การประเมินผล

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ที่ต้องแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในการลงพื้นที่แต่ละกลุ่ม
2. ผลการลงพื้นที่แต่ละกลุ่ม

โปรแกรมครั้งที่ 4

ระยะที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

- การสะท้อนกลับและการประเมินผล

ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างประชุมกลุ่มร่วมกันอีกครั้ง ผู้วิจัยนำการอภิปรายกลุ่มเพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง แลกเปลี่ยนการเรียนรู้และประสบการณ์ฝึกปฏิบัติจากนั้นกลุ่มตัวอย่างระบุปัจจัยที่นำสู่ความสำเร็จของการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างระบุความสำเร็จในการลงพื้นที่ที่เกิดจากสถานการณ์จริงได้
2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้หากเกิดปัญหาขึ้นและกลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถลงพื้นที่ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในทางที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกและแสดงออกถึงความตั้งใจ/ความเชื่อมั่นของตนเอง รวมถึงแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นในการจะลงพื้นที่เพื่อดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน

หลักการ/แนวคิด

พฤติกรรมของบุคคล มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเชิงพฤติกรรม หากกลุ่มตัวอย่างมีการคล้อยตามอิทธิพลของคนรอบข้างก็จะผลักดันให้เกิดพฤติกรรมในทิศทางที่เหมาะสม

กิจกรรม	อุปกรณ์ / สื่อ
<p>ขั้นนำ</p> <p>1. กล่าวทักทายทำกิจกรรมละลายพฤติกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>2. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างประชุมกลุ่มร่วมกันอีกครั้ง</p> <p>3. ผู้วิจัยนำการอภิปรายกลุ่มเพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง แลกเปลี่ยนการเรียนรู้และประสบการณ์ฝึกปฏิบัติ</p> <p>4. กลุ่มตัวอย่างระบุนโยบายที่นำสู่ความสำเร็จของการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชน</p> <p>5. ให้ตัวแทนกลุ่มตัวอย่าง 5 คน สรุปกิจกรรมและประเด็นสำคัญของกิจกรรมตั้งแต่ครั้งที่ 1-4</p> <p>6. ผู้สอนสรุปกิจกรรมเพิ่มเติมและชื่นชมให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของกลุ่มตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จในการลงพื้นที่และสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้</p> <p>7. กล่าวขอบคุณ อำลาและนัดพบในระยะติดตาม</p>	<p>- กระดาษฟลิปชาร์ต</p> <p>อุปกรณ์สี และฟิวเจอร์บอร์ด</p>

การประเมินผล

1. ผลการแสดงผลถึงความตั้งใจ/ความเชื่อมั่นของตนเองในการลงพื้นที่และสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะได้
2. สังเกตการมีส่วนร่วมในการทบทวนความรู้และทักษะต่างๆที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้ง 5 ครั้งที่ผ่านมา

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

แบบสอบถามนี้ใช้ในการสำรวจข้อมูลสำหรับการศึกษาวิทยานิพนธ์ ของนักศึกษาปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ทั้งนี้ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน ทักษะการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนและเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษารวมถึงกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษาระหว่างก่อนและหลังการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ทางผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงจากท่าน โดยผลของการศึกษานี้จะเก็บไว้เป็นความลับจึงขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงใน ที่ตรงกับข้อเท็จจริง หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวหรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเหมาะสม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 อนุปริญญา / ปวส. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
4. สถานภาพสมรส โสด สมรส
 แยกกันอยู่/หม้าย/หย่า อื่น ๆ (ระบุ).....
5. อาชีพหลัก เกษตรกร รับจ้าง
 ค้าขาย แม่บ้าน
 อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้.....บาท/เดือน
7. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....ปี

8. ท่านเคยได้รับการอบรม/ดูงาน นอกเหนือจากการอบรมของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นประจำทุกเดือน

- ไม่เคย
 เคย

ระบุชื่อหลักสูตรการอบรม.....

.....

ระบุชื่อหลักสูตรการศึกษาและดูงาน.....

.....

9. ท่านปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานอื่น นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข

- ไม่เคย
 เคย

ระบุ (ชื่อหน่วยงาน).....

.....

ระบุหน้าที่ปฏิบัติงาน.....

.....

(ตอบได้มากกว่า 1 หน่วยงาน ตามความเป็นจริง)

10. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานอื่น.....ปี

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนสำหรับ อสม.

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่เห็นว่าถูก และทำเครื่องหมาย (X) หน้าข้อความที่เห็นว่าผิด

- 1. เมื่อมีการประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชนขึ้น อาจจะทำให้ไม่เกิดโรคระบาดได้ในชุมชน
- 2. สุขศึกษาในชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานที่ต้องการให้ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพของตนเองและคนในชุมชน
- 3. สุขศึกษากับสุขภาพมีความสอดคล้องกัน โดยเชื่อว่า คือคนที่ได้รับสุขศึกษาจะมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในทางที่ถูกต้อง
- 4. การให้สุขศึกษาเป็นการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ

- 5. การให้ความรู้เรื่องการล้างมือ ก่อนรับประทานอาหารจะช่วยลดการเกิดโรคพยาธิในคนได้
- 6. โครงการอบรมให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายถือว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้กับประชาชนในชุมชน
- 7. การเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพโดยการให้สุขศึกษา มีประโยชน์ต่อคนทุกกลุ่ม ตั้งแต่ระดับบุคคลเป็นต้นไปเนื่องจากบุคคลเป็นจุดเริ่มต้นของสังคม
- 8. การรณรงค์ให้ประชาชนทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและพ่นหมอกควันเพื่อกำจัดยุงลายตัวแก่ในชุมชน เป็นการป้องกันโรคระบาดในชุมชน เช่น โรคไข้เลือดออก
- 9. บทบาทหน้าที่ของ อสม. คือ การให้ความรู้ เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย แจ็งข่าวร้าย กระจายข่าวดี ด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน
- 10. งานสุขศึกษาเป็นการพัฒนาเพื่อสร้างคน และพัฒนาเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- 11. เป้าหมายของสุขภาพชุมชน คือ การรับประทานอาหารที่สะอาดปลอดภัยอาศัยอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ดีและมีความสุข
- 12. การสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลในชุมชนต้องได้รับความร่วมมือจากประชาชนทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพ
- 13. นโยบายส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนแต่ละชุมชนรวมกลุ่มกันจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในรูปแบบของชมรม เพื่อครอบคลุมทุกหมู่บ้านโดยยึดแนวคิด “ใช้พื้นฐานของการบูรณาการทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการเรียนรู้วิถีชุมชน”
- 14. การสร้างสุขภาพที่ยั่งยืนและถาวร เป็นการเน้นกิจกรรมสร้างสุขภาพตามหลักของ 6 อ.
- 15. สถานที่เข้ารับบริการหรือให้คำแนะนำด้านสุขภาพของประชาชน ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
- 16. การเข้าร่วมอบรมให้ความรู้ การเข้าร่วมประชุมกลุ่ม หรือการจัดเวทีเรียนรู้เป็นการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของชุมชน
- 17. การส่งเสริมสุขภาพด้านอารมณ์ เป็นกิจกรรมของการส่งเสริมสุขภาพของวัยทำงาน เพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดีและแจ่มใส ถือว่าเป็นหนึ่งในหลักของ 6 อ.

ส่วนที่ 3 ทศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพชุมชน

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านโดยเลือกตอบ
เพียงคำตอบเดียวที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	จำนวนหลังคาเรือนที่ท่านรับผิดชอบท่านคิดว่ามีความเหมาะสมดีแล้ว					
2	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน					
3	การที่ต้องคอยให้ความรู้ คำแนะนำคนในชุมชนทำให้รบกวนงานประจำของท่าน					
4	ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพด้านสุขภาพต่อชุมชน					
5	ท่านรู้สึกว่าเมื่อท่านให้ความรู้ให้คำแนะนำหรือว่าทำกิจกรรมในชุมชนชาวบ้านไม่ค่อยให้ความร่วมมือ					
6	ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือบุคคลอื่นในชุมชนได้					
7	ท่านรู้สึกมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนได้					
8	ท่านเป็น อสม. เพราะอยากทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพชุมชน					
9	ท่านมีความพอใจในสวัสดิการที่รัฐจัดให้อสม.					

ข้อที่	ข้อคำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
10	ครอบครัวของท่านสนับสนุนท่านให้ปฏิบัติหน้าที่ อสม.					
11	ท่านคิดว่า อสม. มีหน้าที่ซับซ้อนกับองค์กรอื่นๆ ในหมู่บ้าน					
12	ท่านคิดว่าหน้าที่รับผิดชอบของท่านในปัจจุบันมีมากจนท่านไม่สามารถปฏิบัติได้					
13	ในการดำเนินกิจกรรมในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกท่านอย่างดี					
14	ท่านรู้สึกมีความสุขทุกครั้งเมื่อเห็นคนในชุมชนของท่านมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์					
15	งานสุขศึกษาเป็นงานที่น่าสนใจ					
16	ท่านรู้สึกอึดอัด ที่ต้องปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา					
17	ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้มี โอกาสแนะนำและให้ความรู้แก่เพื่อนบ้าน					
18	ผลการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษาเป็นไปตามความคาดหวังของท่าน					
19	ท่านได้จัดให้มีสมุดบันทึกสุขภาพรายบุคคลครอบคลุมทุกกลุ่มอายุอย่างครบถ้วนเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในเขตรับผิดชอบ					
20	เมื่อท่านมีการประชุมหรือจัดกิจกรรมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขท่านได้รับความร่วมมือจากเพื่อนบ้านเป็นอย่างดี					
21	ท่านรู้สึกดีใจเมื่อได้รับการจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพขึ้นในชุมชน					

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย ยิ่ง
22	ท่านได้นำข่าวสารหรือความรู้ที่ได้รับจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปแจ้งให้เพื่อนบ้าน ทราบทุกครั้ง					
23	ท่านปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพด้าน สุขศึกษาต่างๆในชุมชนทันตามกำหนดการ					
24	ท่านคิดว่าเอาเวลาที่ท่านปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ไปทำอย่างอื่นน่าจะมีประโยชน์ต่อท่าน มากกว่า					

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชน

วิธีตอบ ในคำถามแต่ละข้อจะเป็นคำถามที่เกี่ยวกับความคิดต่อการกระทำของท่าน

ซึ่งจะมีระดับการกระทำที่ท่านเลือกตอบ 5 ระดับ มีความหมาย ดังนี้

มากที่สุด หมายถึงว่า ข้อความนั้นตรงกับความคิดต่อการกระทำของท่านมากที่สุด

มาก หมายถึงว่า ข้อความนั้นตรงกับความคิดต่อการกระทำของท่านมาก

ปานกลาง หมายถึงว่า ข้อความนั้นตรงกับความคิดต่อการกระทำของท่านปานกลาง

น้อย หมายถึงว่า ข้อความนั้นตรงกับความคิดต่อการกระทำของท่านน้อย

น้อยที่สุด หมายถึงว่า ข้อความนั้นตรงกับความคิดต่อการกระทำของท่านน้อยที่สุด

ขอให้ท่านกาเครื่องหมายลงในช่องที่ท่านเลือกตามความเป็นจริงข้อละ 1 ช่องเท่านั้น

คำถามพฤติกรรมการกระทำของท่าน	ระดับพฤติกรรม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านทำงานเฉพาะตามหน้าที่ที่รับผิดชอบและได้รับมอบหมายเท่านั้น					
2. เพื่อนร่วมงานมีความสำคัญต่อการทำงานของท่าน					
3. ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อทุกคนในทีมงาน					
4. ทุกคนในทีมงานได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน					
5. ท่านชอบที่จะทำงานร่วมกับผู้อื่น					
6. การกำหนดแผนการปฏิบัติงานสุขศึกษา เป็นการสั่งการจากเจ้าหน้าที่					
7. วิธีการดำเนินงานสุขศึกษาในหมู่บ้านเป็นการตัดสินใจของทุกคนในทีมงาน อสม.					
8. ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมทุกกิจกรรมในการดำเนินงานสุขศึกษา					
9. เพื่อนบ้านมีความต้องการที่จะรับฟังคำแนะนำของท่าน					

คำถามพฤติกรรมกรรมการกระทำของท่าน	ระดับพฤติกรรม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
10. เพื่อนบ้านมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน สุขศึกษาของท่าน					
11. การวางแผนก่อนการปฏิบัติงานมีผลต่อ ความสำเร็จในการปฏิบัติงานสุขศึกษา					
12. การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีผล ต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานสุขศึกษา					
13. ท่านใช้วิธีให้ความรู้ คำแนะนำกับประชาชน ได้หลายรูปแบบ/หลายวิธี เพื่อให้เหมาะสมกับ บุคคล					
14. ท่านไม่จำเป็นต้องใช้สื่อการสอน เช่น วีดิทัศน์ ในการให้ความรู้กับประชาชน					
15. ท่านดำเนินการให้ความรู้คำแนะนำในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน					
16. การปฏิบัติงานสุขศึกษา สามารถสำเร็จตาม แผนที่กำหนดไว้					
17. อสม. สามารถปฏิบัติงานด้านสุขศึกษาได้ ตามแผน					
18. ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการ ปฏิบัติงานสุขศึกษา					
19. ท่านทำงานคนเดียวดีกว่าทำงานร่วมกับ คนอื่น ๆ					
20. การทำงานเป็นทีมทำให้เสียเวลา					
21. ความผิดพลาดที่เกิดจากการปฏิบัติงานเป็น ความรับผิดชอบของทีมปฏิบัติงานนั้น					

การพัฒนาศักยภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขใน การดำเนินงานด้านสุขภาพ ชุมชน	ระดับการประเมิน									
	ก่อนการเข้าร่วมฯ					หลังการเข้าร่วมฯ				
	ดี มาก	ดี	ปาน กลาง	พอ ใช้	ควร ปรับ ปรุง	ดี มาก	ดี	ปาน กลาง	พอ ใช้	ควร ปรับ ปรุง
4.3 ท่านเยี่ยมบ้านให้ คำแนะนำการดูแลแก่ผู้ป่วย โรคเรื้อรัง										

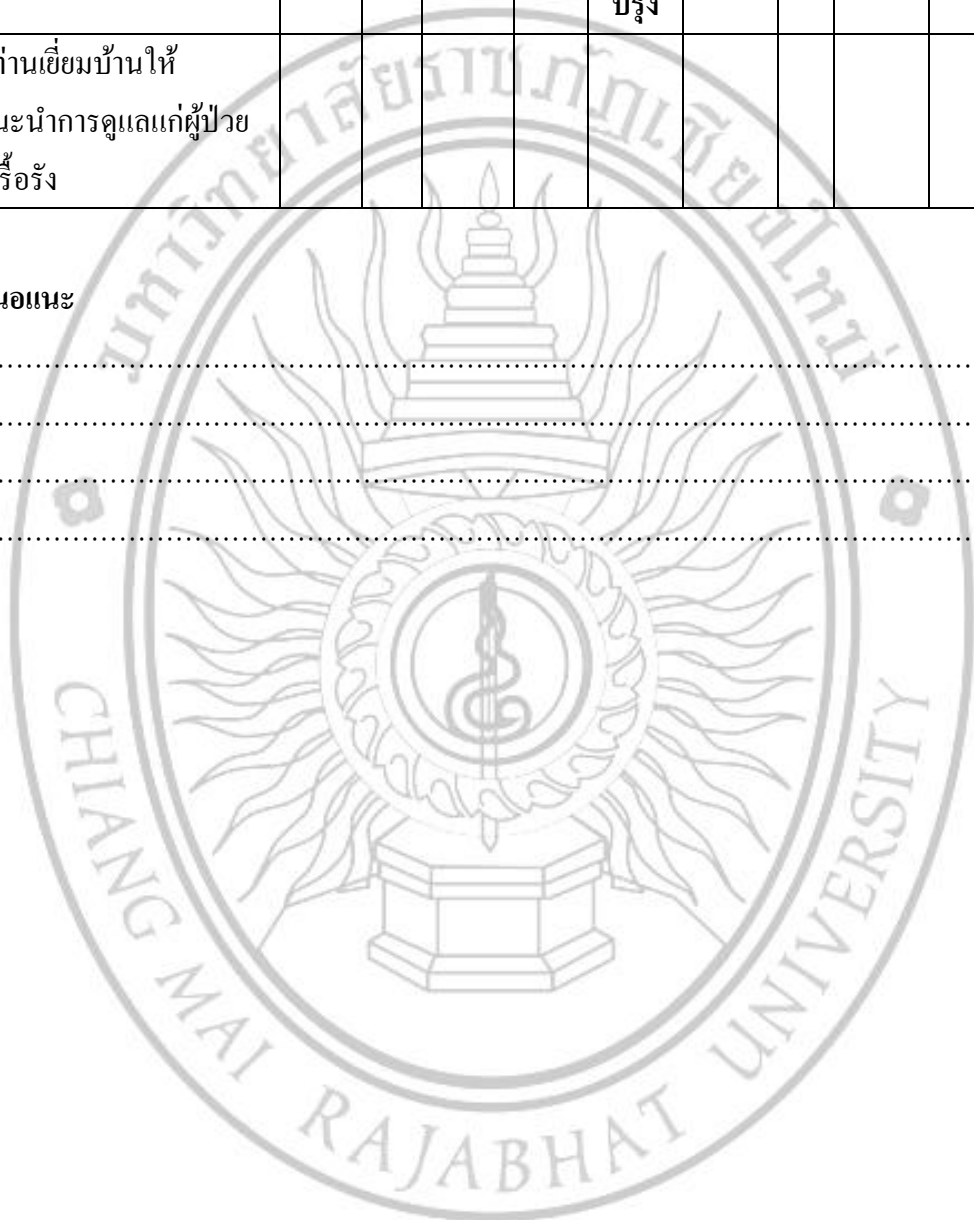
ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....



ภาคผนวก ก

ใบยินยอมของอาสาสมัคร

การวิจัยเรื่อง ผลของ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ก่อนที่จะลงนามในหนังสือยินยอมให้ทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษาอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะรูปแบบที่เป็นผลสรุปของการศึกษา หรือเฉพาะกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้านี้โดยสมัครใจ และขอรับรองว่าจะให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามผู้วิจัยแนะนำอย่างเคร่งครัด และข้าพเจ้ารับทราบว่าสามารถยกเลิกการเข้าร่วมในการศึกษาได้ตลอดเวลาที่ต้องการ และการยกเลิกการมีส่วนร่วมในการศึกษาของข้าพเจ้าจะไม่มีผลต่อการให้การรักษาพยาบาลจากแพทย์ตามปกติ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....ผู้วิจัย

ลงนาม.....พยาน

ในกรณีผู้เข้าร่วมวิจัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้อุปการะโดยชอบกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะ โดยชอบด้วยกฎหมาย