

# การประเมินผลโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพ การสื่อสารชุมชนเพื่อการพัฒนาเด็ก An Evaluation of the Capacity Building Program on Community Communication for Child Development

|          |            |           |          |              |           |
|----------|------------|-----------|----------|--------------|-----------|
| เกสร     | ศรีพิชญากา | Ph.D*     | Kasara   | Sripichyakan | Ph.D.*    |
| มาลี     | เอื้ออำนวย | M.P.H.M.* | Malee    | Urharmnuay   | M.P.H.M.* |
| นงเยาว์  | อุทวงศ์    | วท.ม.*    | Nongyao  | Udomwong     | M.Sc.*    |
| อมรรักษ์ | งามสวย     | พย.ม.**   | Amornrat | Ngamsuoy     | M.N.S.**  |
| จตุมาศ   | โชติบาง    | พย.ศ.**   | Jutamas  | Chotibang    | Ph.D.**   |

## บทคัดย่อ

ผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติให้แก่แกนนำชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพการสื่อสารในชุมชนสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นของเด็ก ผู้เข้าอบรมประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ของสถานีนามัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และกลุ่มแม่บ้าน จากจังหวัดเชียงใหม่ (38 คน) และจังหวัดแม่ฮ่องสอน (30 คน) การอบรมเชิงปฏิบัติใช้เวลา 3 วัน ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทูทางสังคม และทักษะการสื่อสาร กิจกรรมการอบรมประกอบด้วย การบรรยาย การอภิปราย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ ประเมินผลด้วยการวัดก่อนและหลังการอบรมเกี่ยวกับความรู้เรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องแบบแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และความรู้เรื่องทูทางสังคม และการประเมินตนเองเรื่องทักษะการสื่อสาร ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดเท่ากับ 0.78, 0.62, 0.87 และ 0.71 รวมทั้งมีการสนทนากลุ่ม จากสถิติการทดสอบที่ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเฉพาะผู้เข้าอบรมจังหวัดเชียงใหม่ ( $p < 0.01$ ) คะแนนความรู้เรื่องทูทางสังคม ( $p < 0.001$ ) และคะแนนทักษะการสื่อสารเพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่ม ( $p < 0.001$ ) ข้อเสนอแนะคือ ควรเพิ่มระยะเวลาและกิจกรรมการอบรมในหัวข้อแบบแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และควรมีการติดตามประเมินผลในระยะยาวโดยมีการประเมินผลเรื่องทักษะการสื่อสารด้วยการสังเกต

**คำสำคัญ:** โปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทูทางสังคม ทักษะการสื่อสาร และการประเมินผลโครงการ

- \* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- \* Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
- \*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- \*\* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

## Abstract

A training workshop for community leaders was conducted aiming to increase their community communication capacity in modifying childrearing behavior. The trainees consisted of health volunteers, personnel of health center, childcare center, and local authority personnel, as well as housewife groups, from Chiang Mai (n = 38) and Mae Hong Son (n = 30). The 3-day workshop consisted of 4 domains: health belief model, stages of change, social capital, and communication skills. The training activities included lecture, discussion, demonstration, and practice. The workshop was evaluated through pre and post-test of knowledge on health belief model, stages of change, and social capital, as well as self-evaluation of communication skills. The reliability values of these tests were 0.78, 0.62, 0.87 and 0.71, respectively. Focus group interviews were also conducted. Through t-test, mean scores of the following variables increased significantly: knowledge about health belief model among Chiang Mai trainees ( $p < 0.01$ ), knowledge about social capital ( $p < 0.001$ ), and skills of community communication ( $p < 0.001$ ) of both trainee groups. It is recommended that time and teaching techniques on the topic of stages of change should be improved. Long-term evaluation is suggested and actual communication skills should be evaluated through observation.

**Key words:** Capacity Building Program, Health Belief Model, Stages of Change, Social Capital, Communication Skills, and Program Evaluation.

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การยูนิเซฟได้ให้ความร่วมมือกับรัฐบาลไทยในการส่งเสริมศักยภาพท้องถิ่นเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว ภายใต้โปรแกรมนี้มีกิจกรรมสร้างศักยภาพของแกนนำท้องถิ่นในการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะคือเพื่อพัฒนาแกนนำระดับตำบลให้มีพื้นฐานความรู้เรื่องการปรับพฤติกรรมสุขภาพและทุนทางสังคม ตลอดจนมีทักษะในการสื่อสารกับคนในชุมชน ผู้วิจัยและองค์การยูนิเซฟได้จัดโปรแกรมการอบรมให้แก่แกนนำชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่และแม่ฮ่องสอนโดยมีสาระสำคัญเรื่องการปรับพฤติกรรม การสื่อสาร และทุนทางสังคม ส่วนประเด็นพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กให้ท้องถิ่นเป็นผู้เลือกเองภายหลังจากการผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ในชุมชน ส่วนหลักการปรับพฤติกรรม

นั้น ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Becker, 1978; Becker & Maiman, 1974) กล่าวคือ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเมื่อบุคคลนั้นเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ ถ้าไม่แสดงพฤติกรรมนั้น เชื่อว่าโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จะเกิดนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อบุคคลเป็นอย่างมาก เชื่อว่าเมื่อแสดงพฤติกรรมจะได้รับประโยชน์ เชื่อว่าไม่มีอุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมหรือถ้ามีก็สามารถจัดได้ ตลอดจนมีแรงจูงใจที่จะแสดงพฤติกรรม โดยมีความเชื่อถือศรัทธาในบุคลากรที่ให้คำแนะนำหรือได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรหรือจากหนังสือเอกสารต่างๆ นอกจากนั้นแล้วข่าวสารที่ส่งถึงครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นต้องสอดคล้องกับระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งมี 5 ระยะ คือ ก่อนตัดสินใจ ไตร่ตรอง เตรียมตัว ปฏิบัติและคงไว้ (Prochaska, Velicer, Guadagnoli, Rossi, 1991)

การสื่อสารที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 วิธีคือ การสื่อสารระหว่างบุคคล (interpersonal communication) และการสื่อสารมวลชน (mass communication) การสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน 2 คน และแบบเป็นกลุ่ม เช่น การอภิปรายเป็นกลุ่ม การระดมสมอง เป็นต้น ทั้งนี้อาจใช้สื่อประกอบด้วย เช่น วิทยุทัศน์หรือซีดี ภาพพลิก เป็นต้น อาจมีการสาธิตหรือให้ฝึกปฏิบัติด้วยถ้าพฤติกรรมนั้นเป็นการกระทำ การสื่อสารวิธีนี้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยตรงและเป็นการสื่อสารแบบสองทาง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในระดับความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ และการกระทำได้ดี แต่ต้องอาศัยบุคลากรที่มีทักษะสูง ส่วนการสื่อสารมวลชนได้แก่ การสื่อสารด้วยหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน การสื่อสารด้วยสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ เช่น เอกสารแผ่นพับ ใบปิดหรือป้ายผ้าตามสถานที่ต่างๆ การสื่อสารแบบนี้สามารถกระจายข่าวสารให้แก่คนได้จำนวนมากแต่มีจุดอ่อนในลักษณะการสื่อสารทางเดียวซึ่งยากต่อการปรับเปลี่ยนการกระทำ รวมทั้งมีการลงทุนสูง

ในการสร้างเสริมศักยภาพแกนนำท้องถิ่นครั้งนี้ นอกจากมีเรื่องหลักการปรับพฤติกรรมสุขภาพและวิธีการสื่อสารแล้ว ยังใช้แนวคิดทุนทางสังคม (social capital) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความยั่งยืน กล่าวคือ ท้องถิ่นพึ่งพาตนเองด้วยการใช้ทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ในท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุดด้วยการเพิ่มขีดความสามารถ ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มโอกาสเข้าถึงทุน และต่อยอดและเชื่อมโยงสู่สากล ทุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ทุนมนุษย์ ทุนสถาบัน ทุนทางวัฒนธรรม และทุนทางปัญญา (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549) การสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคนในชุมชนจึงต้องอาศัยคนและองค์กรในชุมชนเป็นผู้ส่งข่าว ใช้วิธีการสื่อสารที่มีอยู่แล้วในชุมชน เช่น หอกระจายข่าว ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน เป็นต้น มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณีของท้องถิ่นมาใช้ให้เป็นประโยชน์ เช่น แต่งหรือดัดแปลงเพลงพื้นบ้านเพื่อสื่อสารให้แก่คนในชุมชน

โปรแกรมการสร้างเสริมศักยภาพท้องถิ่นที่ดำเนินการนี้ เป็นโปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการนาน 3 วัน

มีเนื้อหาหลักเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วิธีการสื่อสาร และทุนทางสังคม เพื่อให้โปรแกรมที่จัดทำขึ้นมีประโยชน์สูงสุดและนำไปประยุกต์ใช้ในโอกาสต่อไป ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโครงการวิจัยนี้ขึ้นเพื่อประเมินผลโปรแกรมอย่างเป็นระบบ ผลการประเมินที่ได้ผู้วิจัยและองค์การยูนิเซฟจะนำไปปรับปรุงสำหรับจัดอบรมให้กับแกนนำชุมชนทั่วประเทศต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องการปรับพฤติกรรมสุขภาพและทุนทางสังคมของผู้เข้าโปรแกรมการอบรมระหว่างก่อนและหลังการอบรม
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะในการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนสุขภาพของผู้เข้าโปรแกรมการอบรมระหว่างก่อนและหลังการอบรม
3. เพื่อประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมการอบรม

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความเชื่อเป็นการให้คุณค่า หรือค่านิยมที่ยึดถือซึ่งเกิดภายในจิตใจ เมื่อให้คุณค่ากับสิ่งใดแล้วจะทำให้บุคคลปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมตามคุณค่าที่ให้ ตามแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1978; Becker & Maiman, 1974) พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กอย่างถูกต้องจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีการรับรู้หรือความเชื่อใน 5 ด้านดังนี้

- 1) การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้าของเด็กหรือเกิดการเจ็บป่วยจากการเลี้ยงดูไม่ถูกวิธี ข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการเกิดปัญหา โดยเฉพาะภายในท้องถิ่นของตนเองจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อได้มากขึ้น
- 2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้าหรือการเจ็บป่วยของเด็ก ถ้าเชื่อว่ามี ความรุนแรงมากหรือเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์มาก บุคคลจะยินดีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อได้เห็นปัญหาที่ตาตนเอง หรือมีตัวอย่างเกิดขึ้นในท้องถิ่นของตนเอง

3) การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงดูเด็กอย่างเหมาะสม บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงการเลี้ยงดูเด็กเมื่อได้เห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นโดยตรงกับเด็กอย่างชัดเจน รวมทั้งประโยชน์ทางอ้อมอื่นๆ ที่เกิดตามมาด้วย ประโยชน์ที่เกิดขึ้นต้องตรงตามความสนใจของบุคคล

4) การรับรู้ว่าการเลี้ยงดูเด็กอย่างถูกวิธีไม่มีอุปสรรค หรือมีแต่สามารถจัดได้ อุปสรรคที่มักจะพบบ่อยๆ คือ ไม่มีเวลา ไม่สะดวก สิ้นเปลืองเงินทอง

5) แรงจูงใจ ได้แก่ ความเชื่อถือศรัทธาในบุคลากรที่เกี่ยวข้องและยินดีปฏิบัติตามเมื่อได้รับคำแนะนำหรือได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง หรือได้รับจากหนังสือ เอกสารต่างๆ ทำให้มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตาม

ตามแบบแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (transtheoretical model of behavior change) การเกิดพฤติกรรมเป็นกระบวนการอย่างเป็นขั้นตอนซึ่งผู้ส่งข่าวต้องเลือกเนื้อหาและวิธีการสื่อสารให้สอดคล้องกับแต่ละระยะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Prochaska, 1991)

1. ระยะก่อนตัดสินใจ (precontemplation) เป็นขั้นตอนที่ผู้รับข่าวสารไม่สนใจ คิดว่าไม่ใช่เรื่องของตน หรือไม่ทราบหากไม่ปฏิบัติจะเป็นผลเสียอย่างไร ผู้ส่งข่าวต้องให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความสนใจที่จะรับฟังข่าวสาร เกิดความตระหนักว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหา และปัญหานั้นมีความรุนแรง

2. ระยะไตร่ตรอง (contemplation) เป็นขั้นตอนที่ผู้รับข่าวสารเริ่มให้ความน่าสนใจ ไตร่ตรองว่าจะปฏิบัติหรือไม่ ผู้ส่งข่าวต้องให้ข้อมูลที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโอกาสเสี่ยงความรุนแรง และประโยชน์ที่จะได้รับ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรม

3. ระยะเตรียมตัว (preparation) เป็นขั้นตอนที่ผู้รับข่าวสารวางแผนที่จะแสดงพฤติกรรมภายในระยะเวลาอันสั้น ผู้ส่งข่าวต้องสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับข่าวสารว่าจะได้รับผลดี เพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้รับข่าวสาร ช่วยให้ผู้รับข่าวสารวางแผนการที่จะทำให้เป็นรูปธรรมชัดเจน สำนวญความเป็นไปได้และอุปสรรค ช่วยหาทางแก้ไขอุปสรรค

4. ระยะปฏิบัติ (action) เป็นขั้นตอนที่ผู้รับข่าวสารเริ่มลงมือปฏิบัติหรือมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ส่งข่าวต้องมีการเฝ้าระวังและให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดอุปสรรค ให้แรงเสริมหรือให้ผู้รับข่าวสารมีการให้รางวัลตนเอง เพื่อนำไปสู่ระยะต่อไป

5. ระยะคงไว้ (maintenance) มีการแสดงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจนเป็นกิจวัตรการเปลี่ยนแปลง ทั้ง 5 ขั้นตอนข้างต้นอาจจะไม่ดำเนินติดต่อกันไปอย่างต่อเนื่อง อาจจะวกกลับไปที่ขั้นตอนต้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ อีก

การสื่อสารมีองค์ประกอบหลัก 5 ประการ คือ ผู้ส่งข่าว ข่าวสาร วิธีการหรือช่องทางในการสื่อสาร ผู้รับข่าวสาร และ ข้อมูลย้อนกลับ (จริยวัตร คุมพยัคฆ์ และ วาริ ระกิติ, 2548) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย สิ่งต่อไปนี้ (Kiger, 2004) 1) ผู้ส่งข่าวที่มีความน่าเชื่อถือ น่าสนใจ มีอำนาจจากตำแหน่งหน้าที่หรือความรับผิดชอบ และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้รับข่าวสาร 2) ผู้รับข่าวสารมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความรับผิดชอบต่อตนเอง มีความรู้สึกว่าจะควบคุมตนเองได้ และได้รับความช่วยเหลือเพื่อให้การเปลี่ยนแปลง และ 3) มีวิธีการสื่อสารต่างๆ กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากเปลี่ยนแปลง และสอดคล้องกับความเชื่อ วิธีการสื่อสารแบ่งเป็นแบบระหว่างบุคคล และการสื่อสารมวลชน การสื่อสารระหว่างบุคคลที่สามารถนำไปใช้ในท้องถิ่นมี 5 วิธี ได้แก่

- 1) การบรรยาย เหมาะสำหรับให้ข้อมูลระยะเวลาสั้นๆ เพียง 15-20 นาที และควรใช้ร่วมกับวิธีอื่นๆ
- 2) โพรสัฟท์ ใช้ได้กับผู้ที่อ่านหนังสือไม่ได้ แต่อาจจะสื่อสารผิดความหมายเพราะไม่เห็นปฏิภาณไม่สามารถสาธิตได้
- 3) การสาธิต ใช้สำหรับการฝึกทักษะ
- 4) บทบาทสมมติ ช่วยให้เข้าใจมากขึ้นรวมทั้งได้ฝึกทักษะ
- 5) งานกลุ่ม ช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ชัดเจนทัศนคติและความเชื่อ

การสื่อสารมวลชน สามารถสื่อสารให้แก่คนจำนวนมากได้ เหมาะสำหรับการเปลี่ยนแปลงในระยะแรก

(Shuster & Goepfinger, 2000) ข้อจำกัดคือเป็นการสื่อสารทางเดียว สิ่งที่น่าเสียดายคือตัวปรับเปลี่ยนไม่ได้ วิธีการสื่อสารที่ใช้ในห้องเรียนได้แก่

1) หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านและสถานีวิทยุชุมชน เหมาะสำหรับการกระจายข่าวสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ความสนใจ ความตระหนัก ข้อจำกัดคือ ไม่สามารถกำหนดผู้ฟังได้ ต้องมีทักษะสูงในการพูด และทักษะในการนำเสนอสาระสำคัญในระยะเวลาสั้นๆ ช่วยในการจดจำได้น้อย และไม่สามารถเตือนความจำได้เพราะไม่สามารถเก็บข่าวสารไว้ได้ ไม่มีภาพแสดงให้เห็น จึงไม่เหมาะสำหรับการฝึกทักษะ (Bartholomew, Parcel, Kok, & Gottlieb, 2006)

2) สิ่งพิมพ์ ได้แก่ หนังสือ จดหมายข่าว แผ่นพับ ภาพพลิก ใบปิด โปสเตอร์ ป้ายผ้า เป็นต้น ข้อดีคือประหยัด ผู้อ่านจำนวนมาก ใช้เรียกร้องความสนใจได้ให้เนื้อหาในรายละเอียดได้ ช่วยเตือนความจำในภายหลังหรือเมื่อลืมได้ และน่าเชื่อถือ ส่วนข้อจำกัดคือเหมาะสำหรับผู้ที่ผ่านหนังสือได้ บางกลุ่มอาจจะไม่สามารถเข้าถึงสิ่งพิมพ์ อาจจะทันสมัยหรือได้รับความสนใจอยู่ในช่วงเวลาหนึ่ง ไม่สามารถสาธิตวิธีการปฏิบัติที่จับต้องได้ ภาพที่แสดงไม่ชัดเจนแบบภาพสามมิติหรือภาพเคลื่อนไหวในสื่อวีดิทัศน์ ต้องอาศัยทักษะในการเขียนและด้านกราฟฟิก

ทุนทางสังคม (social capital) เกิดจากการรวมตัว ร่วมคิด ร่วมทำ บนฐานของความไว้วางใจ สายใยความผูกพันและวัฒนธรรมที่ฝังรากลึกของสังคมไทย ผ่านระบบความสัมพันธ์ในองค์ประกอบหลัก ได้แก่ คน สถาบัน วัฒนธรรม และองค์ความรู้ ซึ่งจะเกิดเป็นพลังในชุมชนและสังคม (สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549) ทุนทางสังคมเป็นทรัพย์สินสำคัญของการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ต้องมีการเพิ่มขีดความสามารถ ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มโอกาสเข้าถึงทุน และต่อยอดและเชื่อมโยงสูงสากล ทรัพย์สินทั้ง 4 ด้านมีรายละเอียดดังนี้ (สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549)

1. ทุนมนุษย์ มีบทบาทหลักในการพัฒนา ซึ่ง

ต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง จิตใจดี มีน้ำใจ เอื้ออาทร เคารพกฎเกณฑ์ของสังคม สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองและเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มอย่างต่อเนื่อง

2. ทุนสถาบัน มีบทบาทในการสนับสนุนและผลักดันให้เกิดพลังร่วมของคนในชุมชนและการอยู่ร่วมกันได้อย่างสันติสุข สถาบันครอบครัวเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดต่อคนในทุกมิติ สถาบันศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และกล่อมเกล่าจิตใจ สถาบันการเมืองการปกครองทำหน้าที่กำกับดูแลให้สังคมอยู่ในระเบียบแบบแผน สถาบันการศึกษาเป็นแหล่งสร้างความรู้ควบคู่กับการพัฒนาคน ภาคธุรกิจเอกชนมีความพร้อมด้านการบริหารจัดการ บุคลากร ทรัพยากร และเครือข่าย สื่อเป็นสถาบันที่มีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมและค่านิยมในวงกว้าง

3. ทุนทางวัฒนธรรม เป็นวิถีชีวิตที่สืบทอดกันมานานและเป็นที่ยอมรับในสังคมนั้นๆ โดยอยู่ในรูปความเชื่อ ความศรัทธา จารีตประเพณี ค่านิยม ความเป็นไทย ประวัติศาสตร์โบราณสถาน เป็นต้น วัฒนธรรมเป็นตัวยึดโยงคนในสังคมให้ตระหนักถึงรากเหง้าของตนเอง เกิดความหวงแหน ภูมิใจที่จะรักษาอนุรักษ์ ฟื้นฟู พัฒนา และต่อยอดเพื่อประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และประเทศ

4. ทุนทางปัญญาหรือองค์ความรู้ ประกอบด้วย ภูมิปัญญาท้องถิ่นและความรู้ใหม่ ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นศาสตร์และศิลป์ของการดำเนินชีวิตที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษ เป็นฐานคิดและหลักเกณฑ์การกำหนดคุณค่า และจริยธรรมที่มีการสั่งสมสืบทอดกันมายาวนาน ทำให้เกิดความหลากหลายของความรู้ที่นำมาใช้ประโยชน์และสร้างสมดุลในการอยู่ร่วมกันของคนและธรรมชาติ ความรู้ใหม่สามารถนำมาใช้ในทางปฏิบัติได้ มีความหลากหลาย ปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคม เพื่อตอบสนองเป้าหมายหรือความต้องการของชุมชนได้

การสร้างเสริมศักยภาพของแกนนำท้องถิ่น ด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดกระบวนการพัฒนาบุคลากรที่ Brunst (1998) ได้กล่าวไว้ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ การประเมินความต้องการ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล เนื้อหาที่ระบุไว้ในแผนการอบรมได้แก่ ความสำคัญหรือความเป็นมาของการจัดอบรม กลุ่มเป้าหมายหรือผู้เข้ารับ

การอบรม วัตถุประสงค์ของการอบรม โครงร่างเนื้อหา วิธีการสอนและแผนการสอน สื่อประกอบการสอน กลวิธี ในการประเมินผล และแหล่งทรัพยากรต่างๆ ที่ต้องใช้ เป็นการวางแผนเรื่องสถานที่และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการอบรมบุคลากรต่างๆ ที่จัดอบรม งบประมาณการอบรม และการบริหารงบประมาณ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นแบบประเมินผลโปรแกรม (program evaluation) เพื่อวัดผลลัพธ์และความเหมาะสมของ กิจกรรมการอบรม ในเบื้องต้นกำหนดจำนวนผู้เข้า อบรมไว้ 80 คนมาจาก 2 จังหวัดๆ ละ 40 คน โดย เลือกเจาะจงจังหวัดละ 1 อำเภอ ในแต่ละอำเภอเลือก แบบเจาะจงมา 2 ตำบล ซึ่งเป็นตำบลเป้าหมายของ องค์การยูนิเซฟที่สำรวจพบว่ามีปัญหาในการเลี้ยงดูบุตร ผู้เข้าอบรมในแต่ละตำบลกำหนดไว้ 20 คน ซึ่งองค์การ บริหารส่วนตำบลเป็นผู้คัดเลือกเองจาก 1) อาสาสมัคร ประจำหมู่บ้าน 2) เจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัย ศูนย์ พัฒนาเด็กเล็ก และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และ 3) กลุ่มสตรีหรือกลุ่มแม่บ้าน ผู้จัดการอบรมมี 6 คน คือ ผู้วิจัยซึ่งเป็นคณาจารย์ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 5 คน และเจ้าหน้าที่ยูนิเซฟ 1 คน

#### เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1. หลักสูตรการอบรมและสื่อประกอบการ อบรม ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองแล้วตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ องค์การยูนิเซฟ 1 คน จากนั้นปรับปรุงแก้ไข
2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้าน พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการพยาบาลชุมชน และด้าน การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์รวม 3 ท่านตรวจสอบ เนื้อหา ปรับปรุงแก้ไข แล้วหาค่าความสอดคล้องภายใน จากบุคคลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เครื่องมือมีทั้งหมด 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับ การศึกษา รายได้ ตำแหน่งหน้าที่ ประสบการณ์ในการ

ทำงานและการเข้ารับการอบรม

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องทุนทางสังคม มี ข้อความให้อ่าน 10 ข้อ แล้วให้ตอบว่าเป็นหรือไม่เป็นทุน ทางสังคม หรือไม่ทราบ ให้คะแนน 0 คะแนนถ้าไม่ทราบ หรือตอบผิดให้ 1 คะแนนถ้าตอบถูก หาค่าความสอดคล้อง ภายในโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 ได้เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เรื่องการปรับพฤติกรรม สุขภาพ มี 2 ส่วน ส่วนแรกถามเกี่ยวกับแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพคะแนนเต็ม 10 คะแนน ส่วนที่ 2 ถาม เกี่ยวกับแบบแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คะแนน เต็ม 5 คะแนน มีตัวเลือกให้ตอบว่า ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ วิธีการให้คะแนนเหมือนแบบวัดความรู้ดังกล่าวข้างต้น หาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรของคูเดอร์- ริชาร์ดสัน 20 ได้เท่ากับ 0.78 และ 0.62 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบวัดทักษะการสื่อสาร เป็นการ ประเมินทักษะของตนเองว่ามีอย่างน้อยเพียงใดจาก 5 ระดับ คือ น้อยมาก น้อย ปานกลาง มาก และ มากที่สุด ให้คะแนน 0-4 คะแนน มีทั้งหมด 15 ข้อ หาค่าความ สอดคล้องภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอ นบาคได้เท่ากับ 0.71

3. แบบประเมินผลกิจกรรมการอบรม มี 6 ข้อ ถามเกี่ยวกับเนื้อหาในการอบรม 3 ข้อ ที่เหลือถามเกี่ยวกับวิธีการอบรม สื่อ และบรรยากาศอย่างละ 1 ข้อ แต่ละ ข้อให้ผู้เข้าอบรมให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน และมี ช่องว่างให้เขียนแสดงความคิดเห็น แบบประเมินผลนี้ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยเจ้าหน้าที่องค์การยูนิเซฟ 1 คน

4. แนวทางการสนทนากลุ่ม เริ่มจากคำถามกว้างๆ ว่า รู้สึกต่อกิจกรรมนั้นอย่างไร จากนั้นถามในรายละเอียด ว่ากิจกรรมที่จัดมีเนื้อหาสาระเป็นอย่างไร มีวิธีการอบรม สื่อประกอบการอบรม และบรรยากาศเป็นอย่างไร ต้องการให้ปรับปรุงอย่างไร

#### การรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุญาตในการทำวิจัยจากคณบดี คณะ กรรมการจริยธรรมในการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ องค์การยูนิเซฟ และองค์การบริหารส่วนตำบล
2. จัดทำโปรแกรมการอบรม เตรียมตัวเป็น

วิทยากร เตรียมสื่อประกอบการอบรม วางแผนการประเมินผล จัดทำแบบวัด และแนวทางสนทนากลุ่ม

3. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยให้ผู้เข้าอบรมและรับสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร แจกแบบวัดทุกชุดให้ตอบ

4. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการนาน 3 วัน

5. ภายหลังจากอบรมในแต่ละวัน แจกแบบประเมินผลกิจกรรมการอบรมให้ผู้เข้าอบรมแล้วเก็บกลับคืนมา จากนั้นจัดสนทนากลุ่มของผู้เข้าอบรมเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการอบรม กลุ่มตัวอย่างจังหวัดเชียงใหม่มีการสนทนากลุ่ม 6 กลุ่ม ส่วนที่จังหวัดแม่ฮ่องสอนมี 4 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีสมาชิกตั้งแต่ 6 ถึง 9 คน ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง มีการบันทึกเสียงและจดบันทึกขณะสนทนากลุ่ม

6. ภายหลังจากอบรมสิ้นสุดลง ให้ผู้เข้าอบรมตอบแบบวัดซ้ำ มออบของที่ระลึกให้ผู้ตอบแบบวัด

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ค่าเฉลี่ยในการวิเคราะห์คะแนน ใช้สถิติแปรที่ทดสอบในการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะก่อนและหลังการอบรม ส่วนข้อมูลจากการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การทดสอบที (t-test) เพื่อ

ตารางที่ 1 ลักษณะผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

|                  | ลักษณะ                  | จ. เชียงใหม่<br>N=38 | จ. แม่ฮ่องสอน<br>N=30 |
|------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|
| ถิ่นที่อยู่อาศัย | ตำบล 1                  | 19 (50.0)            | 13 (43.3)             |
|                  | ตำบล 2                  | 19 (50.0)            | 17 (56.7)             |
| เพศ              | หญิง                    | 27 (71.1)            | 23 (76.7)             |
|                  | ชาย                     | 11 (28.9)            | 7 (23.3)              |
| อายุ             | ไม่เกิน 35              | 15 (39.57)           | 18 (60.0)             |
|                  | 36-45                   | 8 (21.1)             | 11 (36.7)             |
|                  | 46 ขึ้นไป               | 15 (39.5)            | 1 (3.3)               |
| เชื้อชาติ        | ไทย                     | 38 (100.0)           | 29 (96.7)             |
|                  | ไทยภูเขา ไทยใหญ่ อื่น ๆ | 0                    | 1 (3.3)               |
| ศาสนา            | พุทธ                    | 38 (100.0)           | 25 (83.3)             |
|                  | คริสต์                  | 0                    | 5 (16.7)              |

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าอบรม

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การรับสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยให้เป็นไปตามความสมัครใจ ทั้งนี้มีเอกสารชี้แจงรายละเอียดของโครงการ แล้วให้ลงนามยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร อธิบายให้ทราบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวในภายหลังได้ ผู้เข้าสนทนากลุ่มได้รับค่าอาหารคนละ 100 บาท

ผลการวิจัย

ลักษณะผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย มีผู้ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 68 คน แบ่งเป็นจังหวัดเชียงใหม่ 38 คน จังหวัดแม่ฮ่องสอน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเกินกว่า 35 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีรายได้ส่วนตัวค่อนข้างต่ำ (โดยเฉพาะจังหวัดแม่ฮ่องสอน) มีตำแหน่งเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่ขององค์กรบริหารส่วนตำบล มีประสบการณ์ในการดูแลเด็ก ประสบการณ์

|  | ลักษณะ                        | จ. เชียงใหม่<br>N=38 | จ. แม่ฮ่องสอน<br>N=30 |
|--|-------------------------------|----------------------|-----------------------|
| สถานภาพสมรส                                      | โสด                           | 3 (7.9)              | 8 (26.7)              |
|  | คู่                           | 33 (86.8)            | 22 (73.3)             |
|  | หม้าย หย่า                    | 2 (5.2)              | 0                     |
| จำนวนบุตร  | 0                             | 5 (13.2)             | 8 (26.7)              |
|  | 1 คนขึ้นไป                    | 33 (86.8)            | 22 (73.3)             |
| จบการศึกษา                                       | ประถมศึกษา                    | 10 (26.3)            | 5 (16.7)              |
|  | มัธยมศึกษา                    | 13 (34.2)            | 15 (50.0)             |
|  | ปวช. ปวส.                     | 9 (23.7)             | 4 (13.3)              |
|  | ปริญญาตรี                     | 6 (15.8)             | 5 (16.7)              |
|  | ปริญญาโท                      | 0                    | 1 (3.3)               |
| รายได้ส่วนตัวต่อเดือน                            | 0-5000                        | 13 (34.2)            | 19 (63.3)             |
|  | 5001-10000                    | 21 (55.3)            | 8 (26.7)              |
|  | >10000                        | 4 (10.5)             | 3 (10.0)              |
| ตำแหน่ง  | อสม.                          | 13 (34.2)            | 14 (46.7)             |
|  | พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข   | 0                    | 1 (3.3)               |
|  | ผู้ดูแลเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก | 14 (36.8)            | 4 (13.3)              |
|  | อบต.                          | 10 (26.4)            | 9 (30.0)              |
|  | แม่บ้าน                       | 1 (2.6)              | 2 (6.7)               |
| ประสบการณ์ในการดูแลเด็ก                          | น้อยมาก-น้อย                  | 6 (15.8)             | 9 (30.0)              |
|  | ปานกลาง                       | 22 (57.9)            | 15 (50.0)             |
|  | มาก                           | 10 (26.3)            | 6 (20.0)              |
| ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ      | น้อยมาก-น้อย                  | 9 (23.7)             | 7 (23.3)              |
|  | ปานกลาง                       | 26 (68.4)            | 20 (66.7)             |
|  | มาก                           | 3 (7.9)              | 3 (10.0)              |
| ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการสื่อสารในชุมชน   | น้อยมาก-น้อย                  | 4 (10.5)             | 5 (16.7)              |
|  | ปานกลาง                       | 21 (55.3)            | 19 (63.3)             |
|  | มาก                           | 13 (34.2)            | 6 (20.0)              |
| ประสบการณ์เกี่ยวกับการทำงานด้วยแนวคิดทุนทางสังคม | น้อยมาก-น้อย                  | 18 (47.3)            | 16 (53.3)             |
|  | ปานกลาง                       | 15 (39.5)            | 11 (36.7)             |
|  | มาก                           | 5 (13.2)             | 3 (10.0)              |

ในการทำงานเกี่ยวกับพฤติกรรม อยู่ในระดับปานกลาง  
ถึงมาก รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 1

คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้ารับการอบรม จาก  
การวิเคราะห์ด้วยการทดสอบที ผู้เข้าอบรมทั้งสองจังหวัด

มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องทุนทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมี  
นัยสำคัญ คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องแบบแผนความเชื่อ  
ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเฉพาะผู้เข้าอบรม  
ในจังหวัดเชียงใหม่ คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องขั้นตอนการ  
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เข้าอบรมในจังหวัดเชียงใหม่



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้ารับการอบรม

| ความรู้ ความสามารถ                      | เชียงใหม่ (n=38) |       |              | แม่ฮ่องสอน (n=30) |       |              |
|---|------------------|-------|--------------|-------------------|-------|--------------|
|   | Mean (S.D.)      | t     | P (one tail) | Mean (S.D.)       | t     | P (one tail) |
| ความรู้เรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ* |                  |       |              |                   |       |              |
| ก่อนการอบรม                             | 6.5 (1.1)        | 3.093 | 0.002        | 7.1 (0.7)         | 1.489 | 0.073        |
| หลังการอบรม                             | 7.1 (1.1)        |       |              | 7.4 (1.0)         |       |              |
| ความรู้เรื่องขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง**    |                  |       |              |                   |       |              |
| ก่อนการอบรม                             | 3.5 (1.0)        | 0.202 | 0.420        | -                 | -     | -            |
| หลังการอบรม                             | 3.6 (1.4)        |       |              |                   |       |              |
| ความรู้เรื่องทุนทางสังคม*               |                  |       |              |                   |       |              |
| ก่อนการอบรม                             | 6.0 (2.3)        | 6.433 | 0.000        | 6.4 (2.7)         | 5.355 | 0.000        |
| หลังการอบรม                             | 8.6 (1.4)        |       |              | 8.6 (1.7)         |       |              |
| ความสามารถในการสื่อสาร***               |                  |       |              |                   |       |              |
| ก่อนการอบรม                             | 37.6 (7.3)       | 5.540 | 0.000        | 37.2 (6.4)        | 3.972 | 0.000        |
| หลังการอบรม                             | 42.1 (6.9)       |       |              | 42.4 (7.6)        |       |              |

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ \* = 0-10 คะแนน \*\* = 0-5 คะแนน \*\*\* = 0-60 คะแนน

การประเมินผลการสอน ผู้เข้าอบรมจังหวัดเชียงใหม่ประเมินผลการสอนโดยรวมด้านเนื้อหา ด้านเทคนิคการสอน และรวมได้ 9.4 คะแนนเท่ากัน (จากคะแนนเต็ม 10.0 คะแนน) ส่วนการประเมินเป็นรายหัวข้อด้านเนื้อหาได้คะแนนตั้งแต่ 9.2 ถึง 9.6 คะแนน ด้านเทคนิค

การสอนได้คะแนนตั้งแต่ 9.1 ถึง 9.6 คะแนน (ตารางที่ 3) การประเมินโดยผู้เข้าอบรมจังหวัดแม่ฮ่องสอนในคะแนนต่ำกว่า เนื้อหาได้ 8.8 ถึง 9.3 คะแนน (เฉลี่ย 9.1) เทคนิคการสอนได้ 8.7 ถึง 9.2 คะแนน (เฉลี่ย 9.0) คะแนนรวมโดยเฉลี่ยได้ 9.1 คะแนน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินผลการสอนเป็นรายหัวข้อโดยผู้เข้าอบรมจังหวัดเชียงใหม่ (N=38)

| หัวข้อ  | เนื้อหา   | เทคนิคการสอน | โดยรวม    |
|---|-----------|--------------|-----------|
| 1. การจัดการภาวะขาดธาตุไอโอดีน (และสรุประยะที่ 1) | 9.2 (0.8) | 9.1 (0.9)    | 9.1 (0.8) |
| 2. การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา                       | 9.3 (0.7) | 9.3 (0.7)    | 9.3 (0.7) |
| 3. ทุนทางสังคม                                    | 9.2 (0.7) | 9.2 (0.7)    | 9.2 (0.7) |
| 4. พฤติกรรมสุขภาพและการสื่อสาร                    | 9.5 (0.7) | 9.5 (0.7)    | 9.5 (0.7) |

(ต่อ) ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินผลการสอนเป็นรายหัวข้อโดยผู้เข้าอบรม จังหวัดเชียงใหม่ (N=38)

|  |            |            |            |
|--|------------|------------|------------|
| 5. การสื่อสารด้วยหอกกระจายข่าว วิทย์   | 9.3 (0.6)  | 9.3 (0.7)  | 9.3 (0.6)  |
| 6. การสื่อสารระหว่างบุคคล              | 9.5 (0.6)  | 9.6 (0.6)  | 9.5 (0.6)  |
| 7. การสื่อสารโดยใช้กระบวนการกลุ่ม      | 9.4 (0.8)  | 9.5 (0.6)  | 9.5 (0.6)  |
| 8. การสื่อสารด้วยสิ่งพิมพ์             | 9.6 (0.6)  | 9.5 (0.5)  | 9.7 (0.5)  |
| 9. การสื่อสารด้วยการสาธิตและบทบาทสมมติ | 9.6 (0.6)  | 9.6 (0.6)  | 9.6 (0.5)  |
| 10. การเขียนแผนปฏิบัติการ              | 9.4 (0.6)  | 9.6 (0.5)  | 9.5 (0.6)  |
| <b>รวม</b>                             | 9.4 (0.5)  | 9.4 (0.5)  | 9.4 (0.5)  |
|  | (7.8-10.0) | (8.0-10.0) | (7.9-10.0) |

หมายเหตุ: คะแนนเต็ม 10.0

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินผลการสอนเป็นรายหัวข้อโดยผู้เข้าอบรม จังหวัดแม่ฮ่องสอน (N=30)

| หัวข้อ  | เนื้อหา    | เทคนิค<br>การสอน | โดยรวม     |
|---|------------|------------------|------------|
| 1. การสื่อสารกับพ่อแม่                                      | 8.8 (0.9)  | 8.7 (0.9)        | 8.8 (0.8)  |
| 2. การสื่อสารด้วยหอกกระจายข่าวเรื่องอาหาร<br>สมองสำหรับเด็ก | 9.0 (0.9)  | 8.8 (0.8)        | 8.9 (0.8)  |
| 3. การสื่อสารรายบุคคลเรื่องอาหารใจสำหรับเด็ก                | 9.3 (0.9)  | 9.2 (0.7)        | 9.3 (0.8)  |
| 4. การสื่อสารด้วยสื่อสิ่งพิมพ์เรื่องอาหารกาย<br>สำหรับเด็ก  | 9.0 (1.0)  | 9.2 (0.9)        | 9.1 (0.8)  |
| 5. การสื่อสารเป็นกลุ่มเรื่องพฤติกรรมเด็ก                    | 9.2 (0.9)  | 9.1 (0.8)        | 9.1 (0.8)  |
| 6. ทูมทางสังคมเพื่อการพัฒนาเด็ก                             | 9.2 (0.9)  | 9.1 (0.9)        | 9.1 (0.8)  |
| <b>รวม</b>  | 9.1 (0.8)  | 9.0 (0.7)        | 9.1 (0.7)  |
|   | (7.2-10.0) | (7.5-10.0)       | (7.5-10.0) |

ไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการสื่อสารพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งสองกลุ่ม รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 2

ผลการวิจัยจากการสนทนากลุ่มโดยสรุปมีดังนี้ (รายละเอียดได้ยกนำเสนออีกหนึ่งบทความ)

1. เนื้อหา ส่วนใหญ่ประเมินผลว่าเนื้อหาที่จัดทำมีประโยชน์และนำไปใช้ได้ เนื้อหาเรื่องพฤติกรรม

สุขภาพและทุนทางสังคมเข้าใจค่อนข้างยาก เนื้อหาเรื่อง การสื่อสารวิธีต่างๆ เข้าใจง่ายกว่า รวมทั้งมีการสาธิตและ ได้ฝึกปฏิบัติซึ่งทำให้เข้าใจง่ายขึ้น

2. วิธีการอบรม สื่อ และบรรยากาศ มีบางส่วน ประเมินว่าใช้วิธีการบรรยายมากเกินไป ควรให้ผู้เข้าอบรม มีกิจกรรมมากขึ้น โดยเฉพาะกิจกรรมเชิงสนทนา การ เพื่อสร้างบรรยากาศผ่อนคลาย ควรมีสื่อที่เป็นภาพ

เคลื่อนไหวมากขึ้น เชิญผู้ที่มีประสบการณ์จริงมาเล่าเรื่องให้ลงชุมชนเพื่อให้เห็นสถานการณ์จริง ระยะเวลาอบรม 3 วัน ส่วนใหญ่บอกว่าเหมาะสมแล้ว แต่ระยะเวลาในแต่ละหัวข้อน้อยไปทำให้ไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหา

### อภิปรายผล

คะแนนความรู้เรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจังหวัดเชียงใหม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่ของกลุ่มตัวอย่างจังหวัดแม่ฮ่องสอนเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติอาจจะเป็นเพราะก่อนการอบรมมีคะแนนสูงอยู่ก่อนแล้ว ภายหลังจากอบรมคะแนนเพิ่มเติม 7.4 คะแนนซึ่งสูงกว่า

กลุ่มตัวอย่างจังหวัดเชียงใหม่ นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจังหวัดแม่ฮ่องสอนมีจำนวนน้อยคือเพียง 30 คน ส่วนผู้ที่ไม่เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นชนกลุ่มน้อยซึ่งมีอุปสรรคในการสื่อสารจึงไม่ยินดีเข้าร่วมวิจัย กลุ่มนี้อาจจะมีคะแนนก่อนการอบรมต่ำซึ่งถ้าเข้าร่วมวิจัยอาจจะเป็นได้ที่จะเห็นคะแนนเพิ่มขึ้น อีกประเด็นหนึ่งคือแบบวัดอาจจะง่ายเกินไปหรือมีความไวน้อยไป

คะแนนความรู้เรื่องแบบแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดเชียงใหม่ไม่เพิ่มขึ้น น่าจะเป็นเพราะเนื้อหาที่มีความซับซ้อนเข้าใจยากแต่ใช้เวลาในการสอนน้อยไป รวมทั้งแบบวัดมีค่าความสอดคล้องภายในค่อนข้างต่ำและอาจจะมีความไวน้อยไป เนื้อหาส่วนนี้มีความสำคัญสำหรับการวางแผนการสื่อสาร คือต้องเลือกเนื้อหาในการสื่อสารให้ตรงตามระยะของการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นจึงควรคงเนื้อหาไว้แต่เพิ่มระยะเวลาในการสอนให้มากขึ้น จัดกิจกรรมการสอนที่ช่วยให้เข้าใจง่ายขึ้น และปรับปรุงแบบวัด

ความรู้เรื่องทุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม น่าจะเป็นเพราะเป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยรู้มาก่อน เนื้อหาไม่ยากเกินไป รวมทั้งมีกิจกรรมการ

สอนที่ทำให้เข้าใจเนื้อหามากขึ้น มีเวลาในการสอนมากเมื่อเทียบกับหัวข้ออื่นๆ

คะแนนทักษะการสื่อสารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม อาจจะเป็นเพราะกิจกรรมการสอนในหัวข้อการสื่อสารเน้นการฝึกปฏิบัติจริง และอาจเกิดจากการวัดตามการรับรู้ของผู้เข้าอบรมเอง ถ้าไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาควรมีการติดตามในระยะยาว รวมทั้งมีการประเมินผลการปฏิบัติจริงด้วย

การประเมินผลการสอนเป็นรายหัวข้อ หัวข้อต้นๆ มีแนวโน้มได้คะแนนน้อยกว่าหัวข้อท้ายๆ น่าจะเป็นเพราะเนื้อหาตอนต้นค่อนข้างยากซึ่งเป็นเรื่องพฤติกรรมส่วนใหญ่ใช้วิธีบรรยาย จัดกิจกรรมการสอนที่ไม่เอื้อให้เข้าใจเนื้อหาง่ายขึ้น หัวข้อท้ายๆ เป็นเรื่องการฝึกปฏิบัติการสื่อสารซึ่งไม่เน้นเนื้อหา มีกิจกรรมได้ฝึกจริงทำให้น่าสนใจและเข้าใจง่ายขึ้น บางหัวข้อที่เหมือนกันผู้เข้าอบรมของสองจังหวัดให้คะแนนต่างกัน (พฤติกรรมสุขภาพและการสื่อสาร-การสื่อสารกับพ่อแม่ สื่อสิ่งพิมพ์) อาจจะเป็นเพราะความแตกต่างส่วนบุคคลในเรื่องความถนัดความชอบหรือความสามารถที่จะเข้าใจ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การอบรมเชิงปฏิบัติการควรมีสาระทั้งเรื่องพฤติกรรม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทูทางสังคม และทักษะการสื่อสาร การจัดกิจกรรมควรมีการบรรยายให้น้อยลง และมีกิจกรรมที่ให้ผู้เข้าอบรมมีส่วนร่วมมากขึ้น ใช้สื่อที่หลากหลายมากขึ้น ยุบรวมหัวข้อให้เป็นหัวข้อใหญ่แทนที่จะแบ่งเป็นหลายหัวข้อเพื่อให้มีเวลาในการอบรมพอเพียงในแต่ละหัวข้อ ส่วนการประเมินผลโปรแกรมการอบรมนั้นควรมีการประเมินผลระยะยาวและประเมินผลจากสถานการณ์จริงเมื่อผู้เข้าอบรมได้นำแผนการสื่อสารที่จัดทำขึ้นไปทำจริงในชุมชนแล้ว

## เอกสารอ้างอิง

- จรรย์วัตร คมพยัคฆ์, และ วารีย์ ระกิติ. (2548). *การพยาบาลในชุมชน*. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชา การพยาบาลชุมชนและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น (หน่วยที่ 2). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). *ยุทธศาสตร์แผนฯ 10*, 4(5). 2549. [http://www2.nesac.go.th/office/onesac\\_papers/papers\\_files/paper\\_21.php](http://www2.nesac.go.th/office/onesac_papers/papers_files/paper_21.php)
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., & Gottlieb, N. H. (2006). *Planning health promotion programs*. San Francisco: A Wiley Imprint.
- Becker, M. H. (1978). Compliance with a medical regimen for asthma: A test of the health belief model. *Journal of Public Health Report*, 93, 268-277.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1974). The health belief model: Origins and correlation in psychological theory. *Health Education Monograph*, 2(4), 336-353.
- Bruno, B. (1998). Structure and process: New models of nursing and clinical staff development. In K. J. Kelly-Thomas (Ed.). *Nursing staff development: Current competence, future focus* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp. 25-53). Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Kiger, A. M. (2004). *Teaching for health*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Guadagnoli, E., & Rossi, J. S., (1991). Patterns of change: Dynamic typology applied to smoking cessation. *Multivariate Behavioral Research*, 26(1), 83-107.
- Shuster, G. F., & Goepfinger, J. (2000). Community as client: Using the nursing process to promote health. In M. Stanhope & J. Lancaster (Eds.), *Community and public health nursing* (pp. 306-329). St. Louise: Mosby.