

**ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และทักษะ
การปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ตำบลประตูป่า อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน**
**Effects of a Participatory Learning Program on the Knowledge
and Skills of Practical Roles Among Village Health Volunteers in
Pratupa Subdistrict, Muang, Lamphun**

นนุช แห่ลงอุโมงค์* รุ่งฤดี วงศ์ชุม**
Nongnuch Langumong* Rungrudee Wongchum**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อน หลัง และระยะติดตามผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และทักษะการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลประตูป่า อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง การเข้าร่วมโปรแกรมประกอบด้วย การทดสอบและประเมินก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1) หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสะท้อนคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครั้งที่ 2 สอนและทดลองปฏิบัติโดยการสาธิตย้อนกลับ ครั้งที่ 3 กิจกรรมสรุปความคิดรวบยอด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินทักษะการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน McNemar, Chi - square และ One - way repeated measure ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 3 และ 8) พบว่า ระดับความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผลไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนระดับ ทักษะการปฏิบัติบทบาทระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กับหลังเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกัน

Received: February 21, 2022

Revised: June 13, 2022

Accepted: July 21, 2022

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ E-mail: nuch__t162@yahoo.com

* Instructor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University. E-mail: nuch__t162@yahoo.com

** Corresponding Author. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
E-mail: wongchum@hotmail.com.

** Corresponding Author, Assistant Professor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University,
E-mail: wongchum@hotmail.com

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดอบรมให้ความรู้และทักษะการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาสร้างศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ ทักษะการปฏิบัติบทบาท โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research, with one group pretest-posttest design, was to examine the effects of a participatory learning program on the knowledge and skills of practical roles among village health volunteers in Pratupa sub-district, Muang, Lamphun. Thirty samples were purposively selected to participate in the learning program. The participatory learning program consisted of a pretest (week 1), attending three learning sessions, including Session 1 (sharing experiences and reflecting on the roles of village health volunteers), Session 2 (teaching with demonstration by learning step-by-step with practice following each step), and Session 3 (the conclusion session). The instruments included the participatory learning program and evaluation forms of the village health volunteers' knowledge and skills of practical roles. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, McNemar's test, Chi-squared test, and one-way repeated measures ANOVA.

The results showed that after implementing the program (in weeks 3 and 8), the levels of knowledge were not significantly different, whereas the levels of skills of practical roles were significantly different from those before participating in the program at $p < .05$. Moreover, the scores of knowledge and skills of practical roles were statistically different from those before participating in the program at $p < .001$.

Therefore, stakeholders should apply the participatory learning program for village health volunteers in order to improve their knowledge and skills of practical roles to increase effectiveness in developing village health volunteers' capacity to solve the health problems facing communities.

Keywords: knowledge, skills of practical roles, participatory learning program, village health volunteers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาคและเป็นธรรมถือเป็นการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพที่สำคัญ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ประกาศนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2544 พร้อมทั้งดำเนินการปฏิรูประบบการให้บริการสุขภาพของประเทศไทยใหม่ โดยให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิเป็นจุดบริการสุขภาพด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด เน้นการดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิด ชุมชนที่มีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก เพิ่มสมรรถนะการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของพยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้สามารถลดปริมาณผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่รวมถึงลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งในระบบครัวเรือนของประชาชนและงบประมาณของประเทศในระยะยาวได้¹

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (change agents) การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข เป็นผู้ประสานงานระหว่างภาครัฐกับประชาชนในชุมชนในการดำเนินการเพื่อให้ครอบคลุมงานสาธารณสุขทั้ง 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้คำแนะนำเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน เฝ้าระวังและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน จึงทำให้อาสา

สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทเป็นอย่างมากต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนในชุมชน ดังนั้นประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน²

กลุ่มโรค NCDs (noncommunicable diseases) หรือโรคไม่ติดต่อ เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและการะโรคโดยรวม โดยกลุ่มโรค NCDs หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง เป็นต้น จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลก เสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด รองลงมา คือ โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี ถือว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากถึง 15 ล้านคน³

สำหรับประเทศไทยโรคไม่ติดต่อถือเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประชาชนทั้งในแง่การะโรคและอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30 - 69 ปี) จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2563 พบอัตราการเสียชีวิตอันมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2563 โรคไม่ติดต่อสำคัญที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็ง รองลงมา คือ โรคหลอดเลือด

สมอง และโรคหัวใจขาดเลือด โดยมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.3 46.74 และ 34.22 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ⁴

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายประมาณ 200,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปีละกว่า 7,800 ราย ซึ่งจะตรวจพบเมื่อโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยรัฐต้องใช้งบประมาณในการล้างไตสูงกว่า 10,000 ล้านบาทต่อปี และค่าใช้จ่ายรักษายาพยาบาลโรคหลอดเลือดหัวใจ มูลค่ากว่า 7,000 ล้านบาท ดังนั้นจากสถานการณ์และความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงก่อให้เกิดความสูญเสียด้านทรัพยากรบุคคลซึ่งเป็นวัยทำงานและยังเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างมากมาย⁴

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยลดภัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขึ้น (ปี พ.ศ. 2554-2563) ภายใต้หลักการ 3 อ. 2 ส. โดยเน้นให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นระบบบริการสุขภาพเชิงรุกในหน่วยบริการปฐมภูมิและงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นแกนนำสำคัญที่ช่วยชักจูงและก่อให้เกิดความร่วมมือจากชุมชนในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน⁵ ดังนั้นการที่จะส่งเสริมให้ อสม. เป็นผู้มีศักยภาพและพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน จำเป็นต้องมีการอบรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะทั้ง 4 ด้านจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม พบว่าการ

ประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participation learning) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ได้เป็นอย่างดี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001⁶ และหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้การตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และจากการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการนำโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนเห็นด้วยในการนำโปรแกรมมาใช้ เพราะเป็นโปรแกรมที่มีประโยชน์ ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ และสามารถปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม⁷

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประตูป่าอำเภอมือง จังหวัดลำพูน มีพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 9 หมู่บ้าน มีประชากรที่อยู่ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด 2,707 คน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 137 คน การให้บริการเป็นการให้บริการสุขภาพแบบผสมผสาน ครอบคลุมทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ มีการดูแลสุขภาพต่อเนื่องเป็นองค์รวมและเน้นแบบเชิงรุก ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติด้านการเข้ารับการรักษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลประตูป่าปีงบประมาณ 2558 ข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2557 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2558 มีผู้รับบริการ

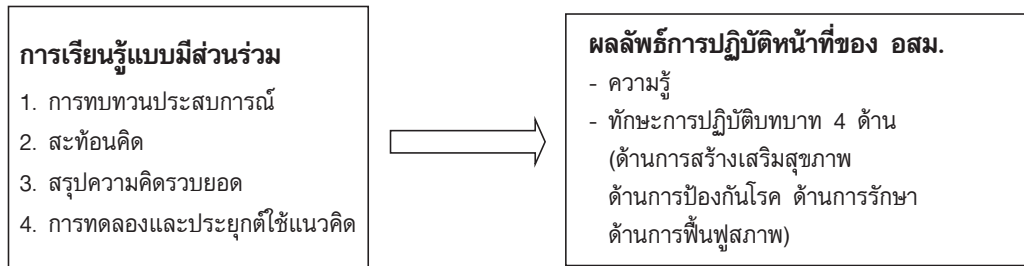
เดือนละ 1,165 คน โดยมารับการรักษาด้วยโรคในระบบทางเดินหายใจมากที่สุด รองลงมาคือระบบกล้ามเนื้อ และระบบย่อยอาหาร รวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลลำพูนส่งมาเพื่อมารับการรักษาต่อเนื่อง ประกอบด้วยผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 77 คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 289 คน^๑ กลุ่ม อสม. เป็นกลุ่มหรือแกนนำสำคัญในการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ความครอบคลุมและทั่วถึงมากยิ่งขึ้น แต่จากการประเมินการปฏิบัติงานภายหลัง อสม. ได้รับการอบรมตามหลักสูตรการฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2555 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนพบว่า การดำเนินงานด้านการคัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และ อสม. มีผลการปฏิบัติงานคัดกรองผู้ป่วยและขึ้นทะเบียนรักษาที่ให้การรักษาลำเร็จต่ำกว่าเป้าหมาย และมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเป้าหมาย เนื่องจาก อสม. ในพื้นที่ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทได้อย่างเต็มที่ มีความรู้และทักษะการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง^{4,9} จากผลลัพธ์สำคัญของการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2561 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีนโยบายและเป้าหมายพัฒนา อสม. ให้เป็น อสม. 4.0 เป็นภารกิจที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการให้ถึงเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดวิสัยทัศน์ จะเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี โดยมีพันธกิจ คือ พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน เพื่อไปสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขและระบบสุขภาพยั่งยืน จึงควรมีการอบรมและพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความรู้ที่ถูกต้อง และเพิ่มทักษะการปฏิบัติงานตามบทบาทให้บรรลุตามเป้าหมาย⁴

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และทักษะการปฏิบัติงานบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมการป้องกัน การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเป็นรูปธรรมที่ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการอบรมเพื่อให้ อสม. มีความรู้ความเข้าใจสามารถปฏิบัติตามบทบาทของ อสม. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความต่อเนื่องยั่งยืนในการปฏิบัติตามบทบาททั้ง 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และทักษะการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ไม่ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ไม่ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ไม่ต่ำกว่าระยะหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) กลุ่มเดียว วัดซ้ำ (one-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลประตูป่า อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน จำนวน 137 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลประตูป่า อำเภอเมือง จังหวัดลำพูนจำนวน 30 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการศึกษานี้เป็นกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางกำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) ที่ .80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 และขนาดอิทธิพลที่ต้องการศึกษา (effect size) เท่ากับ .50¹⁰ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาเท่ากับ 25 คน และทำการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 คน จากนั้นจึงทำการกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างต่อขนาดประชากรจากแต่ละหมู่บ้าน (stratified sample and proportional allocation) แล้วทำการคัดเลือกแบบการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยคัดเลือก อสม. ที่สนใจหมู่บ้านละ 3-4 คน จำนวน 9 หมู่บ้าน โดยพิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ในการ

ปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี 2) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีการคัดกรอง cognitive impairment โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมอง เบื้องต้นฉบับภาษาไทย : MMSE-Thai 2002 ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1) โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของกรมสุขภาพจิต⁹ มีกิจกรรมทั้ง 3 ดังนี้

(1) กิจกรรมครั้งที่ 1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ “การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข” จำนวน 1 วัน วัตถุประสงค์ในการจัดกิจกรรม เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและส่งเสริมให้ อสม. นำประสบการณ์เดิมของตนมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้ โดยมีการจัดกิจกรรม ดังนี้

ก. ประเมินความรู้และการปฏิบัติบทบาทของ อสม.

ข. การบรรยาย และชมวีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ทั้ง 4 ด้าน

ค. การทำกระบวนการกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขตามการรับรู้และประสบการณ์เดิมของตนเอง

ง. สะท้อนความคิดเห็น อภิปรายกรณีศึกษาปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

จ. สร้างความเข้าใจเพื่อนำไปสู่การสรุปความคิดรวบยอด โดยการสร้างแผนที่ความคิดนำเสนอผลการอภิปรายกลุ่มย่อยต่อกลุ่มใหญ่

ผู้วิจัยสนับสนุนและให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างปรับปรุงให้สมบูรณ์

(2) กิจกรรมครั้งที่ 2 นำการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติ

ก. จัดการทดลองการปฏิบัติงานจริง โดยสาธิตทักษะการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม.

ข. ส่งเสริมและพัฒนาทักษะให้ผู้อบรมได้มีโอกาสนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปฝึกในสถานการณ์จำลองจนเกิดความชำนาญ โดยแบ่งกลุ่มย่อยหมุนเวียนตามฐาน

ค. ลงมือปฏิบัติงานตามบทบาททั้ง 4 ด้านในสถานการณ์จริงที่สถานบริการ ทั้งนี้ผู้วิจัยและทีมเป็นผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะตามสถานการณ์ที่พบขณะปฏิบัติงานตามบทบาททั้ง 4 ด้านเพื่อเสริมความมั่นใจ

(3) กิจกรรมครั้งที่ 3 ทบทวนสะท้อนกลับและประเมินผล

2) คู่มือการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. โดยคณะผู้วิจัยที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและจากหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ กระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2555¹¹ ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพเบื้องต้นตามกลุ่มอาการที่พบบ่อยสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย หลักการเยี่ยมบ้านและการฟื้นฟูสภาพ หลักการช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีเกิดอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินและการปฐมพยาบาล การใช้ยาและสมุนไพร และการคุ้มครองผู้บริโภค

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของอาสา

สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็น อสม. โรคประจำตัว และการได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพ

2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทของ อสม. คณะผู้วิจัยปรับปรุงจากเกณฑ์มาตรฐานผลการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2555¹² ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกคำถามที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติบทบาททั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษา และด้านการฟื้นฟูสภาพ จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก จำนวน 18 ข้อ คำถามเชิงลบ จำนวน 12 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนนความรู้

ตอบถูก ได้ 1 คะแนน

ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

แปลผลคะแนนความรู้ โดยใช้คะแนนรวมอิงเกณฑ์ (criterion-reference) ดังนี้

คะแนน 0 - 10 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ

คะแนน 11 - 20 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนน 21 - 30 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

3) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติบทบาทของ อสม. คณะผู้วิจัยปรับปรุงจากเกณฑ์มาตรฐานผลการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2555¹² โดยมีเกณฑ์ประเมิน 3 เกณฑ์ให้ความหมาย ดังนี้

ปฏิบัติถูกต้อง ได้ 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบทบาทได้ถูกต้อง เหมาะสม

ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ได้ 1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบทบาทของ อสม. ไม่ถูกต้อง เหมาะสม

ไม่ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน หมายถึง มีข้อบกพร่องในการปฏิบัติบทบาทของ อสม. แต่ไม่ปฏิบัติ

แปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับคะแนนตามเกณฑ์ร้อยละของคะแนนการปฏิบัติ ดังนี้

ร้อยละคะแนนการปฏิบัติ 0-60 หมายถึง ระดับคะแนนการปฏิบัติต่ำ

ร้อยละคะแนนการปฏิบัติ 61-80 หมายถึง ระดับคะแนนการปฏิบัติปานกลาง

ร้อยละคะแนนการปฏิบัติ 81-100 หมายถึง ระดับคะแนนการปฏิบัติดี

การตรวจสอบเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของแบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินทักษะการปฏิบัติบทบาทของ อสม. โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านประเมิน หลังจากให้นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index, CVI) ได้เท่ากับ .86 และ .83 ตามลำดับ ซึ่งถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และเนื้อหาชัดเจนดีแล้ว¹³ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2) ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทักษะการปฏิบัติบทบาทของ อสม. โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยแบบทดสอบความรู้ใช้สูตร Kuder-Richardson 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 และแบบประเมินทักษะการปฏิบัติบทบาทของ อสม. ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนนาค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย (IRB) จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นอกจากนี้คณะผู้วิจัยได้จัดทำแบบการให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยและแบบอนุญาตการเข้าร่วมงานวิจัย มีการแจ้งการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับปฏิเสธ หรือบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลต่อการประเมินการปฏิบัติหน้าที่แต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับไม่เปิดเผย การนำเสนอข้อมูลเป็นแบบภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากเทศบาลตำบลประตู่ หลังจากนั้นก็พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยและลงนามคำยินยอม

2. แจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และทำการประเมินความรู้และทักษะการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

3. จัดอบรมตามโปรแกรมการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 3 โดยกิจกรรมครั้งที่ 1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ “การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข” บรรยายประกอบการดูวีดิทัศน์ และอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและส่งเสริมให้ อสม. นำประสบการณ์เดิมของตนมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้ กิจกรรมครั้งที่ 2 การจัดอบรมการปฏิบัติบทบาท อสม. โดยการบรรยาย สาธิต จัดกิจกรรมกลุ่มย่อยฝึกทักษะการปฏิบัติบทบาทของ อสม. เป็นฐานการเรียนรู้ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโดยผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัย

4. ประเมินความรู้ และทักษะการปฏิบัติบทบาทของ อสม. หลังการอบรม วัดผลครั้งที่ 1

5. ทบทวนความรู้และทักษะการปฏิบัติบทบาทของอสม. ติดตามความก้าวหน้า ให้คำแนะนำปรึกษาทั้งในขณะปฏิบัติงานและทางโทรศัพท์ แจกและทำความเข้าใจคู่มือในการปฏิบัติบทบาทของ อสม. บันทึกผลการปฏิบัติงานในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

6. ติดตามผลการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ประเมินความรู้ และทักษะการปฏิบัติบทบาทของ อสม. วัดผลครั้งที่ 2

7. รวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) นำเสนอในรูปแบบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนความรู้ และทักษะการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล โดยใช้ McNemar, Chi-square และ One-way repeated measures ANOVA ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ตรวจสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่ามีการกระจายตัวปกติ

3. วิเคราะห์ทักษะการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข วิเคราะห์โดยใช้สถิติ

หาค่าร้อยละ เปรียบเทียบตามเกณฑ์ประเมินการปฏิบัติได้

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการอบรมโดยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.33 มีอายุอยู่ในระหว่าง 36-59 ปี ร้อยละ 76.67 อายุเฉลี่ย 53.80 ปี (SD = 7.11) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 36.67 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรู้และ ทักษะการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการเข้าร่วม

โปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมและระยะ ติดตามผล

ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตามผล พบว่า ระดับความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.7 และระดับปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 ระดับความรู้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขหลังมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 และระดับปานกลาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 เมื่อประเมินระดับความรู้ในระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนมีระดับความรู้ในระดับมาก จำนวน 30 คน คิดเป็น ร้อยละ 100

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	28	93.33
	ชาย	2	6.67
อายุ	36 - 59 ปี	23	76.67
	60 ปีขึ้นไป	7	23.33
อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง = 53.80 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.11) อายุสูงสุด 68 ปี ต่ำสุด 38 ปี			
การศึกษา	ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	10	33.33
	มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	6	20.00
	มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	11	36.67
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	2	6.67
	ปริญญาตรี	1	3.33

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าระดับความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในแต่ละระดับพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการอบรม

ส่วนระดับทักษะการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีคะแนนทักษะการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมา คือ ระดับต่ำ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.70 และน้อยที่สุด คือ ระดับสูง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่ยังมีระดับคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมา

คือ ระดับสูง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนในระยะติดตามผล พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 รองลงมา คือ ระดับสูง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 และน้อยที่สุด คือ ระดับต่ำ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระดับทักษะการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ระดับทักษะการปฏิบัติบทบาทระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมระดับทักษะการปฏิบัติบทบาทอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แต่เมื่อเข้าสู่ระยะติดตามผล พบว่าระดับทักษะการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่แตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรู้และทักษะการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล

ตัวแปร	ต่ำ		ปานกลาง		สูง		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับความรู้							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	0	0	4	13.30	26	86.70	
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	0	0	2	6.67	28	9.33	.625
ระยะติดตามผล	0	0	0	0	30	100.00	.500
ระดับทักษะ							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	8	26.67	21	70.00	1	3.33	
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	0	0.00	20	66.67	10	33.30	.040*
ระยะติดตามผล	3	10.00	22	73.30	5	16.70	.602

*p-value $\leq .05$

หมายเหตุ : เปรียบเทียบระดับความรู้ใช้ McNemar

เปรียบเทียบระดับทักษะการปฏิบัติบทบาทใช้ Chi - square

3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล

ผลการวิเคราะห์คะแนนความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ พบว่า คะแนนความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ส่วนด้านทักษะการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า คะแนนทักษะการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนทักษะการปฏิบัติบทบาทภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แต่เมื่อพิจารณาคะแนนทักษะการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขระยะติดตามผลต่ำกว่าคะแนนทักษะการปฏิบัติบทบาทภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะการปฏิบัติบทบาทของ อสม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล

ตัวแปร	ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม		หลังการเข้าร่วมโปรแกรม		ระยะติดตามผล		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
คะแนนความรู้	23.87	2.74	24.57	3.30	26.93	1.78	< 0.001*
คะแนนทักษะ	66.90	12.93	75.90	7.07	71.13	7.89	< 0.001*

*p-value $\leq .01$

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และทักษะการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผล ดังนี้

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความรู้และทักษะการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนการอบรม หลังการอบรม และระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยพบว่าคะแนนความรู้ และทักษะการปฏิบัติภายหลังการอบรม และระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการอบรม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ขั้นตอนการอบรมด้วยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เดิมของตนเองโดยใช้กรณีศึกษา และการทำกระบวนการกลุ่มเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างให้วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในด้านการปฏิบัติบทบาทของตนเอง เสนอแนวทางในการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาไปสู่การสรุปความคิดรวบยอด สร้างแผนที่ความคิดนำเสนอผลการอภิปรายกลุ่มย่อยต่อกลุ่มใหญ่ โดยมีผู้วิจัยสนับสนุนให้ข้อมูลย้อนกลับให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และตั้งคำถามให้สะท้อนคิดเพื่อปรับปรุงให้สมบูรณ์ถูกต้องยิ่งขึ้น ซึ่งการให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกขั้นตอนของการแบ่งปันประสบการณ์โดยอาศัยกิจกรรมที่ชัดเจนตามใบงาน เป็นผลให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาระบวนการคิดวิเคราะห์¹⁴ ส่งผลให้หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอาสาสมัครสาธารณสุขเกิดความรู้และเข้าใจ สามารถจดจำความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาททั้ง 4 ด้านของ

อาสาสมัครสาธารณสุขได้ดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแบบมีส่วนร่วมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)⁶ และงานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลการเรียนรู้สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹⁶ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการกระทำพฤติกรรมต่างๆ เกิดจากการที่บุคคลได้รับความรู้ที่ถูกต้องจากการเรียนรู้ผ่านการศึกษารอบรู้ การสอน หรือจากประสบการณ์ตรงของผู้อื่นแล้วนำมาเปรียบเทียบกับกระทำของตนเอง โดยผ่านการวิเคราะห์การจัดระบบความคิดของตนเอง เกิดเจตคติที่ดีส่งผลให้แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องออกมา¹⁵ ซึ่งการจัดกิจกรรมการอบรมด้วยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นการส่งเสริมและนำเสนอแนวทางให้กลุ่มตัวอย่างดีประสบการณ์เดิมของตนเองมาใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเอง เพื่อพัฒนาเป็นองค์ความรู้ ตลอดจนจดลองใช้ความรู้ที่ได้รับโดยการฝึกปฏิบัติผ่านฐานกิจกรรม¹⁷ และในการฝึกปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลอง ในการปฏิบัติกิจกรรมแต่ละครั้งจะมีการประเมินผลสะท้อนกลับอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการเพิ่มทักษะ เพิ่มความสามารถทำให้เกิดความ

เชื่อมั่นในการปฏิบัติมากขึ้น หลังจากนั้นลงมือฝึกทักษะการปฏิบัติตามบทบาทในสถานการณ์จริง โดยมีผู้วิจัยและทีมเป็นผู้ให้คำปรึกษา ชี้แนะ ทบทวนความรู้ ประกอบกับทางผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือ และมอบเอกสารคู่มือการปฏิบัติบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้ง 4 ด้าน ให้กลุ่มตัวอย่างได้นำไปศึกษาบทบาทที่บ้านด้วย ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสศึกษาและฝึกฝนเพิ่มเติมจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้คะแนนทักษะการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข หลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ดังนั้น โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจึงเป็นกระบวนการที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ที่ดี และมีผลต่อการปฏิบัติทักษะตามบทบาทได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยครั้งนี้ พบประเด็นที่น่าสนใจ คือ คะแนนทักษะการปฏิบัติบทบาทของ อสม. ในระยะติดตามผลน้อยกว่าระยะหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของวิยดา เจริญเจริญจันทร์¹⁴ ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ของผู้ใช้แรงงานพบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์หลังการทดลอง ครั้งที่ 1 สูงกว่าการทดลองระยะที่สอง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าธรรมชาติของบุคคลจะมีความจำคงอยู่ในระยะเวลาที่จำกัด¹⁷ หากระยะเวลาว่างเลยนานไป อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างลืมความรู้ที่ได้รับ ส่งผลถึงทักษะการปฏิบัติเมื่อจดจำในหลักการ ขั้นตอนไม่ได้ ทำให้การขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขไม่ปฏิบัติงานตามบทบาททั้ง 4 ด้านได้อย่างครอบคลุมถึงแม้จะมีระบบติดตามทบทวน โดยมีผู้วิจัยและทีมเป็นผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะในการปฏิบัติงานทุก ๆ ด้าน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้แรงงานมีอาชีพรับจ้างและค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จึงต้องทำงานหนักทุกวัน ความสนใจส่วนใหญ่อยู่ที่การประกอบอาชีพหารายได้ ซึ่งส่งผลให้ขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจที่จะทบทวน และปฏิบัติตามกิจกรรมตามบทบาทอย่างครบถ้วน ส่งผลให้ความรู้และทักษะการปฏิบัติบทบาทของ อสม. ที่ได้รับการพัฒนามาหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ไม่คงอยู่ จึงทำให้ระยะหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนทักษะการปฏิบัติบทบาทของ อสม. สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตามผล

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนต่างๆ ในเขตจังหวัดภาคเหนือตอนบน ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เพื่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขตามบทบาททั้ง 4 ด้านที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

2. ภายหลังจากอบรมควรมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบเพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ พัฒนาทักษะการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขให้สูงขึ้นและคงอยู่ต่อไป

3. ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรม/กิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในส่วนของทักษะที่อาสาสมัครสาธารณสุขไม่ได้ปฏิบัติ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขให้ครอบคลุมตามบทบาททั้ง 4 ด้าน และสามารถปฏิบัติทักษะได้อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยพายัพ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประตู่ป่าที่เอื้อเฟื้อ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนที่เข้าร่วมในการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Design and Construction Division, Department of Health Service Support, Standard and Design. Guideline Primary Care Unit 2015. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2015. (in Thai)
2. Yaebkai Y. Wongsawat P. Main role performances of village health volunteers. Journal of Phrapokklao Nursing College 2020;31(2):269-79.
3. Department of Disease Control. Noncommunicable diseases Report; DM HT and relevant factors A.D. 2019. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing Limited Partnership; 2020. (in Thai)
4. Strategy and Planning Division, Ministry of Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2020. Nonthaburi: Office of Policy and Strategy, Bureau of Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
5. Chuengsatiansup K, Suksut P. Health volunteers in the context of changes: potentials and developmental strategies. Nonthaburi: Office of Policy and Strategy, Bureau of Ministry of Public Health; 2009. (in Thai)
6. Sanprasan P, Watradul D, Jamsomboon K, Puapairoj V, Techangkul L, Yuyuen Y. Effects of health volunteer's capacity building based on participating learning program on knowledge and skill of caring patients with cardiovascular disease and a risk group of cardiovascular disease. Thai J Cardio-Thorac Nurs 2015;26(1):119-32. (in Thai)
7. Wicha P. Effectiveness of implementing participatory learning program of breast self-examination among inmate volunteers in Chiangmai woman correctional institution [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2013. (in Thai)

8. Division of Non-Communicable Disease, Lamphun Provincial Health Office. Number of Non-Communicable Disease, Lamphun province A.D. 2012-2014: NCDs Statistics in Pratupa Sub-District Health Promoting Hospital [Report]. Lamphun: Lamphun Provincial Health Office; 2014. (in Thai)
9. Lamphun Provincial Health Office. Tuberculosis prevention and control surveillance report, Lamphun province [Report]. Lamphun: Lamphun Provincial Health Office; 2019. (in Thai)
10. Petmaneechote K, Pongpomma L, Arunkeeree A, Taowalanon P. Effectiveness of participatory learning program on knowledge and practice of village health volunteers for taking care of hypertension patients. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2021;31(3):28-41. (in Thai)
11. Department of Mental Health. Participatory learning curriculums [Internet]. 2000 [cited 2015 Dec 22]. Available from: http://mhtech.dmh.moph.go.th/techno/techno___other/index.html. (in Thai)
12. Department of Health Service Support. Standardized training curriculums for village health volunteers A.D. 2012. Nonthaburi: Primary Health Care Division, Ministry of Public Health; 2012. (in Thai)
13. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 6th ed. Bangkok: U&I Intermedia; 2012. (in Thai)
14. Jiemjuejun W, Kanjanawetang J, Hoontrakul D, Prachanban P. The Effects of the participatory learning program on knowledge and health behaviors of using NSAIDs among labour. Journal of Nursing and Health Sciences 2011;5(2):34-44. (in Thai)
15. Department of Mental Health. Participatory learning management guideline. 4th ed. Bangkok: Wongkamol Production; 2001. (in Thai)
16. Srikrueadam P, Lapvongwatana P, Chansatitporn N. Effects of capacity building for breast self-examination of female health volunteers in Surin's communities. J Pub Health Nurs 2013;27(3):71-82. (in Thai)
17. Khammani T. Education science: knowledge for efficiently learning. 21st ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2017. (in Thai)