

# การเสริมสร้างศักยภาพบทบาทของนักจัดการสุขภาพชุมชนของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลบุเปือย อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

The empowerment for the role of health management on themselves  
among village health volunteer at Bupueai sub-district, Namyuen  
district Ubon Ratchatani province

กุลชญา ลอยหา ปร.ด.(สาธารณสุขศาสตร์)\*

Kulchaya Loyha Ph.D. (Public Health)\*

เด่นดวงดี ศรีสุระ ปร.ด.(ยุทธศาสตร์พัฒนาภูมิภาค)\*

Dendungdee Srisura Ph.D. (Strategic for Regional Development)\*

มณฑิชา รักศิลป์ ส.ด.(สาธารณสุขศาสตร์)\*

Monthicha Raksilp Dr.PH. (Public Health)\*

ชนัญพงศ์ เคลือศิริ วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)\*

Chanapong Kuasiri M.Sc. (Public Health)\*

ภัทรภร เจริญบุตร ส.ม.(โภชนศาสตร์สาธารณสุข)\*

Pattaraporn Charoenbut M.P.H. (Public Health Nutrition)\*

รมณียากร มุลสิน ส.ม.(การสร้างเสริมสุขภาพ)\*

Rommaneeyakorn moonsil M.P.H.(Health Promotion)\*

สุชาดา นาสา ส.ม.(การสร้างเสริมสุขภาพ)\*

Suchada Nasa M.P.H.(Health Promotion)\*\*

จำลอง วงศ์ประเสริฐ ปร.ด.(วิจัยและประเมินผลการศึกษา)\*\*\* Jumlong Wongprasert Ph.D.(Research and Educational Evaluation)\*\*\*

\*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

\*Faculty of public health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

\*\*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำยืนจังหวัดอุบลราชธานี

\*\*Nam Yuen Public Health Office, Ubon Ratchathani

\*\*\*สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

\*\*\*Research and Development Institute, Ubon Ratchathani Rajabhat University

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพต่อบทบาทของการเป็นนักจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลบุเปือย อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ประกอบด้วยกิจกรรมการประชุมกลุ่ม การเข้าค่ายเพื่อกระตุ้นการแสดงศักยภาพในบทบาทของการเป็นนักจัดการสุขภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับบทบาทการเป็นนักจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การใช้ตัวแบบ พาวเวอร์พ้อยท์ และวีดิทัศน์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้ตามรูปแบบปกติของกระทรวงสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สำหรับข้อมูลทั่วไป ส่วนสถิติอนุมาน คือ Student's t-test และ Paired samples t-test สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม และสถิติ Pearson's product moment correlation coefficient สำหรับหาความสัมพันธ์ของความรู้ความเข้าใจบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นนักจัดการสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในชุมชน และทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ 2 ส กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน ความรู้ความเข้าใจบทบาทนักจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรู้โรคเรื้อรังในชุมชน ทัศนคติพฤติกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพ สูงกว่าก่อน

การทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความสัมพันธ์ของความรู้ความเข้าใจบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นนักจัดการสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในชุมชน และทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ 2 ส กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพ พบว่าด้านความรู้ความเข้าใจบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นนักจัดการสุขภาพ ในประเด็นการเป็นนักจัดการสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส และการถ่ายทอดองค์ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพ ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในชุมชน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value}<0.05$ ) และในส่วนทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ 2 ส นั้นไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพ

**คำสำคัญ:** นักจัดการสุขภาพชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### Abstract

This study is a quasi-experimental study and aims to investigate the empowerment affecting roles of health managers of the village health volunteers (VHV) at Bupueai sub-district, Namyuen district, Ubon Ratchathani province. The samples were 80 village health volunteers. They were divided to two groups: an experimental and control groups, 40 samples in each group. The experimental group was treated with health education programs that included activities for the group's meetings, camping to boost the potential in the roles of the health managers, providing knowledge about the roles of the health managers of the VHV by using models, power points, and videos.

The control group was treated with knowledge in the regular forms provided by the Ministry of Health Department. Data were collected by questionnaires and observation records. The data of the general information were analyzed by percentage, frequency, mean, standard deviation, minimum, maximum, and median value. The inferential statistics, the Student's t-test and Paired samples t-test were used to compare the difference between groups and within groups. The Pearson's product moment correlation coefficient was used to find the relationship between knowledge and understanding in the roles of VHV as the health managers who learned about chronic diseases in the community and attitudes affecting behavior changes based on the 3 Aor 2 Sor" Project, with the rules regarding participation in the village/sub-district health management.

The results indicated that the average score of the experimental group on the knowledge and understanding in the roles of VHV as the health managers who learned about chronic diseases in the community and attitudes affecting behavior changes based on the 3 Aor 2 Sor" Project and the implementation in participating in village and sub district health management after doing the experiment was higher than before doing the experiment and also higher than the control group with .05 statistical significance. The findings showed that 1) the knowledge and understanding in VHV as the health managers base on the 3 Aor 2 Sor" Project and the transferring knowledge of the village health managers had no relationship with the implementation in participating in the village / district health management, 2) the understanding about chronic diseases in the community had relationship with the implementation in participating in the village/sub-district health management with  $P\text{-value} < .05$ , and 3) the attitudes affecting behavior changes based on the 3 Aor 2 Sor" Project had no relationship with the implementation in participating in the village/sub-district health management.

**Keywords:** Health managers of the village health volunteers, empowerment, village health volunteers

## บทนำ

สถานการณ์ทางด้านสุขภาพของโลกในปัจจุบันพบว่า ประชากรกว่า 36 ล้านคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเป็นจำนวนมากถึง 9.1 ล้านคน โดยพบว่ากลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นส่วนใหญ่ เสียชีวิตมากอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 48 รองลงมาคือโรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 21 โรคเรื้อรังทางเดินหายใจคิดเป็นร้อยละ 12 และโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 3 โดยเฉพาะในส่วนของประเทศไทย พบว่าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2543-2552) ได้พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากถึง 3.8 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ และมากไปกว่านั้นยังพบว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอายุค่อนข้างน้อย (15 ปี ขึ้นไป) ซึ่งพบความชุกของโรคไม่ติดต่อในคนกลุ่มดังกล่าวมากถึงร้อยละ 55.9<sup>(1)</sup> และในส่วนของจังหวัดอุบลราชธานีนั้น พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชาชนในพื้นที่มากที่สุดคือโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตและกลุ่มอาการของไตร้อยละ 98.90, 57.82 และ 47.76 ตามลำดับ<sup>(2)</sup> และจากการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไป (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ในเขตอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง คือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 1,617 คน คิดเป็นร้อยละ 3.51 โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 4,172 คน คิดเป็นร้อยละ 9.24 และภาวะอ้วนลงพุง จำนวน 9,658 คน คิดเป็นร้อยละ 19.52<sup>(3)</sup>

จากสถานการณ์ของโรคเรื้อรังดังกล่าวข้างต้นทำให้นักวิจัยพบว่า แนวโน้มของการเกิดโรคและการกระจายของโรคนั้นยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง และแม้ว่าการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขที่พยายามจัดการแก้ไขสถานการณ์ของโรค จึงต้องมีการพัฒนาขีดความสามารถของ อสม. ให้มีความเชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ ซึ่งหนึ่งบทบาทที่สำคัญของ อสม. คือ การเป็น อสม. นักจัดการสุขภาพ โดยมีบทบาทในการเป็นผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส ซึ่งในปัจจุบันบทบาทในทางปฏิบัติของ อสม. ยังขาดความรู้ความเข้าใจและตระหนักในหน้าที่ของการเป็นนักจัดการสุขภาพตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อกระทรวงตรวจ

ประเมินผลการดำเนินงานของ อสม. ทำให้ไม่บรรลุจุดมุ่งหมายของกระทรวงอย่างที่ควรจะเป็น ดังนั้นหากเราช่วยทำให้ อสม. สามารถที่จะแสดงบทบาทในการนำบุคคลในครอบครัวและชุมชนปฏิบัติตาม สามารถเป็นบุคคลต้นแบบ เป็นแกนนำการสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ย่อมจะส่งผลต่อทั้งสุขภาพของคนในชุมชน และบรรลุเป้าประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุขได้เป็นอย่างดีในการนี้นักวิจัยจึงมุ่งที่จะพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้แสดงบทบาทในด้านต่าง ๆ ข้างต้นที่พึงประสงค์สำหรับการเป็นนักจัดการสุขภาพ จึงได้นำเอาทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจมาประยุกต์ในการจัดกิจกรรมต่างๆ ของงานวิจัย เพื่อให้ อสม. เกิดความตระหนัก ความเชื่อมั่นในตนเองในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนักจัดการสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างพลังในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพให้แก่คนในชุมชน เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ ฝึกระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน นำไปสู่การพัฒนา การดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนที่พึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืนตลอดไป

## วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลการเสริมสร้างศักยภาพในบทบาทการเป็นนักจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

## วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งก่อนทดลองและหลังทดลองในเรื่องต่อไปนี้

- 1) ความรู้เกี่ยวกับบทบาทการเป็นนักจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการเป็นนักจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 2) ทักษะติดต่อบทบาทการเป็นนักจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 3) การปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบทบาทของการเป็นนักจัดการสุขภาพ

4) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการประยุกต์ใช้ ทัศนคติการเสริมสร้างศักยภาพกับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบทบาทของการเป็นนักจัดการสุขภาพ

## สมมุติฐานการวิจัย

หลังการทดลองโดยการประยุกต์ใช้ทัศนคติการเสริมสร้างศักยภาพเพื่อพัฒนาบทบาทของการเป็นนักจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการเปลี่ยนแปลงดีกว่าก่อนการทดลองโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองในเรื่องต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับบทบาทการเป็นนักจัดการสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. ทัศนคติต่อบทบาทการเป็นนักจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. การปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบทบาทของการเป็นนักจัดการสุขภาพ

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอคำชะอี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2 ตำบล คือ ตำบลบุเปือย 40 คน (กลุ่มทดลอง) ตำบลโขง 40 คน (กลุ่มควบคุม) โดยทั้ง 2 กลุ่มถูกเลือกมาจากทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอคำชะอี จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับแต่งตั้งตั้งแต่ พ.ศ. 2554–2555 ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังรายละเอียดต่อไปนี้

## เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในตำบลจัดการสุขภาพอำเภอคำชะอี
2. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความสมัครใจ และยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดเวลาที่ทำการศึกษา

3. มีสภาพร่างกายที่แข็งแรงพร้อมจะร่วมทำกิจกรรม

## เกณฑ์คัดออก

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการจนเสร็จสิ้นโครงการ
2. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สุขภาพไม่แข็งแรง และมีความประพฤติที่ไม่ดี
3. ผู้ที่ไม่ได้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในปีปัจจุบัน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทัศนคติการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อพัฒนาศักยภาพของ อสม. ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาปฏิบัติงานตำแหน่งปัจจุบัน ลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิด และปลายปิด เป็นคำถามให้เติมคำในช่องว่าง จำนวน 1 ข้อ แบบมีข้อให้เลือกตอบ มีทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทนักจัดการสุขภาพชุมชน ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบจำนวน 2 ตัวเลือก มีทั้งหมดจำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความรู้ในเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน 5 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบจำนวน 2 ตัวเลือก คือ ถูกหรือผิด มีทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 ทัศนคติเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส มีทั้งหมด จำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามมี 3 ตัวเลือก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย เลือกตอบได้เพียงตัวเลือกเดียว

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ

แบบสอบถาม มี 3 ตัวเลือก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) คือ การปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ เลือกตอบได้เพียงตัวเลือกเดียว

## ผลการศึกษา

### 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อจำแนกตามเพศของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.00 และเพศชายร้อยละ 35.00 จำแนกตามอายุพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 25.00 ช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 15.00 ช่วงอายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 10.00 และช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.00 สถานภาพส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 85.00 รองลงมาคือโสดร้อยละ 10.00 และหย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 5.00 การศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ร้อยละ 42.50 รองลงมาคือระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 25.00 ระดับอนุปริญญา ร้อยละ 5.00 และระดับปริญญา ร้อยละ 2.50 อาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.00 รองลงมาคือค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 17.50 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 12.50 รายได้ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 60.00 รองลงมา คือ รายได้ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 32.50 และ รายได้ 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 7.50 ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในช่วง 1-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 85.00 และรองลงมา คือ เป็น อสม. ในช่วง 11-20 ปี ร้อยละ 15.00 ประวัติการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เคยมีประวัติการเจ็บป่วย ร้อยละ 57.50 และรองลงมา คือ ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วย ร้อยละ

42.50 และเมื่อจำแนกตามการได้อบรมพัฒนาศักยภาพ ด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านการอบรมร้อยละ 62.50 และไม่เคยผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพร้อยละ 37.50

กลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อจำแนกตามเพศของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.50 และเพศชายร้อยละ 37.50 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ ในช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 25.00 ช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 12.50 ช่วงอายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 12.50 สถานภาพส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ร้อยละ 87.50 รองลงมาโสด ร้อยละ 10.50 และหย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 2.50 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ร้อยละ 50.00 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 22.50 ประถมศึกษา ร้อยละ 17.50 อนุปริญญา ร้อยละ 7.50 และปริญญาตรี ร้อยละ 2.50 จำแนกตามอาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 30.00 และค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 20.00 รายได้ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 65.00 รองลงมา คือ รายได้ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 25.00 รายได้ 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 10.00 และเมื่อพิจารณาระยะเวลาการดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 82.50 และรองลงมา คือ เป็น อสม. ในช่วง 11-20 ปี ร้อยละ 17.50 ประวัติการเจ็บป่วยเคยมีประวัติการเจ็บป่วย ร้อยละ 50.00 และไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วย ร้อยละ 50.00 และเมื่อจำแนกตามการได้อบรมพัฒนาศักยภาพด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านการอบรมร้อยละ 57.50 และไม่เคยได้รับการอบรมร้อยละ 42.50 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประวัติการป่วย การอบรมพัฒนาศักยภาพ (n = 80)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>				
ชาย	14	35.00	15	37.50
หญิง	26	65.00	25	62.50
<b>2. อายุ</b>				
ต่ำกว่า 30 ปี	4	10.00	5	12.50
31-40 ปี	20	50.00	20	50.00
41-50 ปี	10	25.00	10	25.00
51-60 ปี	6	15.00	5	12.50
x ± SD (34.52 ± 12.34)				
<b>3. สถานภาพ</b>				
โสด	4	10.00	4	10.00
คู่	34	85.00	35	87.50
หย่า/แยกกันอยู่	2	5.00	1	2.50
<b>4. ระดับการศึกษา</b>				
ประถมศึกษา	10	25.00	7	17.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	25.00	9	22.50
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	17	42.50	20	50.00
อนุปริญญา	2	5.00	3	7.50
ปริญญาตรี	1	2.50	1	2.50
<b>5. อาชีพ</b>				
เกษตรกร	28	70.00	20	50.00
รับจ้างทั่วไป	5	12.50	12	30.00
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	7	17.50	8	20.00
<b>6. รายได้</b>				
น้อยกว่า 5,000 บาท	24	60.00	26	65.00
5,001-10,000 บาท	3	7.50	10	25.00
10,001-15,000 บาท	13	32.50	4	10.00
Min-Max (500-15,000)				
<b>7. ระยะเวลาเป็น อสม.</b>				
1-10 ปี	34	85.00	33	82.50
11-20 ปี	6	15.00	7	17.50
x ± SD (5.62 ± 4.16)				
<b>8. ประวัติการป่วย</b>				
เคย	23	57.50	20	50.00
ไม่เคย	17	42.50	20	50.00
<b>9. การอบรมพัฒนาศักยภาพ</b>				
เคย	25	62.50	23	57.50
ไม่เคย	15	37.50	17	42.50



2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจบทบาทนักจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจบทบาทนักจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากกว่า ก่อนทดลอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 2)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ 2 ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน หลังทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนทดลอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจบทบาทนักจัดการสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 80)

ความรู้ความเข้าใจบทบาทนักจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	N	$\bar{x}$	S.D	Mean difference	95%CI	t-value	p-value
<b>ก่อนทดลอง</b>							
กลุ่มทดลอง	40	7.67	1.65	1.27	0.53 ถึง 2.01	3.40*	0.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	6.40	1.69				
<b>หลังทดลอง</b>							
กลุ่มทดลอง	40	10.22	0.80	3.30	2.73 ถึง 3.86	11.71*	0.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	6.92	1.59				

\*P<0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติพฤติกรรมกรรมการปรับเปลี่ยนสุขภาพ ตามหลัก 3 อ 2 ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n = 80)

ทัศนคติพฤติกรรมกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ 2 ส	N	$\bar{x}$	S.D	Mean Difference	95 %CI	t-value	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>							
ก่อนทดลอง	40	33.02	4.47	-8.12	-9.56 ถึง -6.68	-11.40*	0.00
หลังทดลอง	40	41.15	2.40				
<b>กลุ่มเปรียบเทียบ</b>							
ก่อนทดลอง	40	34.77	3.21	-2.72	-4.18ถึง -1.26	-3.78*	0.00
หลังทดลอง	40	37.30	3.14				

\*P<0.05

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพมากกว่าก่อนทดลอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 4)

5. ความสัมพันธ์ของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างศักยภาพ พบว่าด้านความรู้ความเข้าใจบทบาทนักจัดการสุขภาพ ในเรื่องหลัก 3 อ 2 ส และการถ่ายทอดองค์ความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบล

จัดการสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ  $P\text{-value} < 0.05$  การพัฒนางบประมาณและการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) ด้านการรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) และด้านทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ 2 ส ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมการดำเนินงานหมู่บ้าน ตำบลจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ( $n = 80$ )

การมีส่วนร่วมการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพ	N	$\bar{x}$	S.D	Mean difference	95% CI	t-value	p-value
<b>ก่อนทดลอง</b>							
กลุ่มทดลอง	40	37.45	4.74	2.50	0.15 ถึง 4.84	2.11*	0.03
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	34.95.	5.75				
<b>หลังทดลอง</b>							
กลุ่มทดลอง	40	40.37	2.65	3.37	1.78 ถึง 4.96	4.22*	0.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	37.00	4.30				



**ตารางที่ 5** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ความรู้ทัศนคติ การปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบทบาทการเป็นนักจัดการสุขภาพ

ตัวแปร	การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพ	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
<b>ส่วนที่ 1</b> ความรู้ความเข้าใจบทบาท อสม.นักจัดการสุขภาพ ดังนี้		
- อสม.นักจัดการสุขภาพ ตามหลัก 3 อ 2 ส	0.09	0.54
- การถ่ายทอดองค์ความรู้	0.17	0.28
- การพัฒนาตำบลงบประมาณ	0.45	0.00
- การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง	0.32	0.04
<b>ส่วนที่ 2</b> การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในชุมชน ดังนี้		
- โรคเบาหวาน	0.32	0.04
- โรคความดันโลหิตสูง	0.45	0.00
- โรคหลอดเลือดในสมอง	0.33	0.03
- โรคหัวใจ	0.32	0.04
<b>ส่วนที่ 3</b> ทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ 2 ส ดังนี้		
- พฤติกรรมการกินอาหาร	0.15	0.34
- พฤติกรรมการออกกำลังกาย	0.01	0.91
- พฤติกรรมต้านอารมณ์	0.17	0.28
- พฤติกรรมการสูบบุหรี่	0.23	0.15
- พฤติกรรมดื่มสุรา	0.00	0.99

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยเรื่องผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจต่อบทบาทของนักจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลูเปื่อย อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้สรุปมาแล้วข้างต้น สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจบทบาทนักจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจบทบาทนักจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากกว่าก่อนทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจบทบาทนักจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value <0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของชาติรี จันทรตา<sup>(4)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเทศบาลตำบลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง การได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความพึงพอใจในการดำรงตำแหน่ง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับสูง และมีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของสุตารัตน์ หล่อเพชร<sup>(5)</sup> ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการกำหนดความรับผิดชอบอย่างชัดเจนตรงกับสภาพปัญหาของพื้นที่พร้อมกับการสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์วิชาการ และการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง จะทำให้การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนได้มีประสิทธิภาพยิ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรินทร์ บุญรักษา<sup>(6)</sup> ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยบุคคลต้นแบบต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการดูแลและป้องกันโรคอ้วน เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.05) และพบว่าหลังการทดลองจำนวนร้อยละของค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การศึกษาของบรรพต เชาว์วัตร<sup>(7)</sup> ได้ศึกษาโปรแกรมการสร้างพลังแก่สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จังหวัดราชบุรี พบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมในโปรแกรมการสร้างพลังมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงและโอกาสเสี่ยง ความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ เจตคติต่อผู้ป่วยเอดส์ และความสามารถในตนเองตลอดจนการนับถือและเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดความสามารถในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เพิ่มขึ้นหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( $p$  - value <0.05)

## 2. ทักษะ ทักษะ ทักษะ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ 2 ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ที่ทัศนคติพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ 2 ส ของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการเป็นนักจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากกว่าก่อนทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.05) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติก่อนและหลังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ( $p$ -value<0.05) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกษิตตา พานทอง<sup>(8)</sup> พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการเปลี่ยนแปลงในด้านของอาหาร โภชนาการ และการออกกำลังกายที่ดีขึ้น มีความรู้เพิ่มมากขึ้น มีความสามารถมีความเชื่อมั่นในการจัดการกับตนเอง ในเรื่องของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม มีการพัฒนาตนเองและพัฒนาทักษะในการปฏิบัติตนในด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย และผู้สูงอายุรู้สึกว่าการออกกำลังกายมีความสำคัญและเห็นได้ว่า ตนเองมีความสำคัญตลอดจนเกิดความรู้สึกภูมิใจในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา สุระเดชาวุธ<sup>(9)</sup> พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างผู้วิจัย และผู้ป่วยเมื่อผู้วิจัยสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยตระหนักและยอมรับปัญหา ผู้ป่วยจะเกิดกระบวนการเรียนรู้และมีความเข้าใจในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของอาภาภรณ์ กะชามาศ<sup>(10)</sup> พบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณ บุญสร้าง<sup>(11)</sup> ศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพในการแก้ไขปัญหาโรคอ้วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติตัวด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองอยู่ในเกณฑ์สูง ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของเงิน พวงนาค<sup>(12)</sup> ศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับ

พฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารที่ถูกต้องของนายทหารชั้นประทวนกองทัพเรือกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มทดลองมีการประเมินอันตรายในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของโรคอ้วน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การเผชิญปัญหาในเรื่องความคาดหวังในความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ความคาดหวังในประสิทธิผลในพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง พฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง มีความดันโลหิต และดัชนีมวลกายดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าความจุปอดไม่แตกต่าง

**3. การมีส่วนร่วมการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** ผลการวิจัย หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนการมีส่วนร่วมมากกว่าก่อนทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.05) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การมีส่วนร่วมการดำเนินงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.05) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคงฤช ถูกแผน<sup>(13)</sup> พบว่าชุมชนมีความสนใจและเห็นความสำคัญของการดำเนินงานหมู่บ้านสุขภาพดี พร้อมเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารโดยการกระจายข่าวทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน การประชุมประจำเดือน วิทยุชุมชนสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มของชาวบ้าน การบอกต่อ และปิดป้ายประกาศตามจุดสำคัญของหมู่บ้าน เสริมสร้างให้ชุมชนมีพลังในการดำเนินงานหมู่บ้านสุขภาพดีด้วยตนเอง และสอดคล้องการศึกษาของธวัชชัย วีระกิติกุล<sup>(14)</sup> ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านการปฏิบัติ การได้รับการติดตามนิเทศหรืออบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหมู่บ้านที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์

ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาท มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$ -value<0.05) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ของสเปียร์แมนเท่ากับ -0.16, 0.14, 0.27, 0.23, 0.28 และ 0.16 ตามลำดับ

**4. ความสัมพันธ์ของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างศักยภาพกับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** ต่อบทบาทของการเป็นนักจัดการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนัยนา มากแก้วกุล<sup>(15)</sup> พบว่าความพึงพอใจในงานได้รับอิทธิพลทางตรงจากการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงการพลังอำนาจด้านจิตใจ และระดับงาน นอกจากนี้ความพึงพอใจในงานยังได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากการเสริมสร้างอำนาจด้านโครงสร้างผ่านพลังอำนาจด้านจิตใจ แสดงให้เห็นว่าพลังอำนาจด้านจิตใจมีคุณสมบัติในการเป็นตัวแปรสื่อกลางระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้างกับความพึงพอใจในงาน สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐนิชา ส่องแสง<sup>(16)</sup> พบว่าการมอบอำนาจในงานเชิงจิตวิทยา ความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค ความสามารถในการตัดสินใจด้านการมีความมั่นใจ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับผลการปฏิบัติงานของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.01) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.469, 0.676, 0.298, 0.267, 0.308, 0.197 และ 0.265 ตามลำดับ

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาในครั้งนี้ ประการแรก การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อสร้างศักยภาพให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้างและจิตใจซึ่งหากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการช่วยสนับสนุนการได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับทรัพยากร เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นมีแรงจูงใจในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในการลงโปรแกรมสุขศึกษาในครั้งนี้ได้มีวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญทั้ง 4 ด้าน ด้านการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำยืน ซึ่งทำให้ผู้เรียนเข้าใจง่าย สนุกสนาน ไม่เบื่อ และเกิดแรงบันดาลใจ

ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง สืบเกิดจากการซักถามของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หากมีข้อสงสัยหรือไม่แน่ใจจะซักถามกับวิทยากร ประการที่สอง การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดมสมอง นำเสนอผลการประชุมกลุ่ม ทำให้เกิดรูปแบบความร่วมมือในการทำงานของทุกฝ่ายที่มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มตั้งแต่ร่วมค้นหาปัญหา ร่วมวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมตรวจสอบ และร่วมแก้ไขปรับปรุงตามกระบวนการคุณภาพของโปรแกรมการจัดการตนเอง และประการที่สาม การทำงานเพื่อให้เกิดความยั่งยืนและต่อเนื่องในการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชนโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นเป็นแกนนำสุขภาพ ได้ใช้กลยุทธ์ความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในการดำเนินงานป้องกันโรคเรื้อรังในชุมชน และถึงอย่างไรก็ตามในส่วนที่จะต้องพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อการเป็นนักจัดการสุขภาพที่ดีต่อไปคือ ความรู้ความเข้าใจในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการเป็นนักจัดการสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส รวมถึงทักษะการถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ถูกต้องสู่ชุมชน และความตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ 2 ส ที่ถูกต้องเพื่อจะได้นำไปสู่การดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มภารกิจทางด้านสาธารณสุข กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ. สถานการณ์ด้านสุขภาพประชาชน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
2. นโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักสถิติอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำยืน. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง; 2556. (เอกสารอัดสำเนา)
4. ชาตรี จันทร์ตา. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเทศบาลตำบลหางดง จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
5. สุดารัตน์ หล่อเพชร. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี; 2554.
6. วิชรินทร์ บุญรักษา. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยบุคคลต้นแบบต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอ้วนในผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ตำบลคำบ่อ อำเภอดงเจริญ จังหวัดสกลนคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.
7. บรรพต เชาว์วัตร. โปรแกรมการสร้างพลังแก่สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์จังหวัดราชบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
8. กษิตดา พานทอง. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวที่ชุมชนบ้านเวียงสวรรค์ อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
9. ชนิษฐา สุรเดชาวุธ. การพัฒนากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคลโรงพยาบาลหนองแซง จังหวัดสระบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2553.
10. อภาภรณ์ กะชามาต. ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตและสมรรถภาพปอด ในพระภิกษุอาพาธด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารกรมการแพทย์ 2556;38(2):94-101.

11. อรุณ บุญสร้าง. รูปแบบการจัดการสุขภาพเพื่อแก้ไข ปัญหาโรคอ้วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านจังหวัดอุบลราชธานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
12. เงิน พวงนาค. โปรแกรมสุขศึกษาในการปรับ พฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร ที่ถูกต้องของนายทหารชั้นประทวนกองทัพเรือ กรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต] กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
13. คงกฤษ อุกแผ่น. การสร้างเสริมพลังในการเป็น หมู่บ้านสุขภาพดีของบ้านม่วงสามปี อำเภอสี จังหวัดลำพูน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
14. ธวัชชัย วีระกิติกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ ปฏิบัติตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดพัทลุง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต] สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2552.
15. นัยนา มากแก้วกุล. โมเดลเชิงสาเหตุและเชิงผลพลั่ง อำนาจด้านจิตใจต่อความพึงพอใจในงานของ พัฒนาการ ในจังหวัดขอนแก่นภาคใต้. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต] สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2553.
16. ณัฐนิชา ส่องแสง. การมอบอำนาจในงานเชิงจิตวิทยา ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรคและ ความสามารถในการตัดสินใจที่มีผลต่อผลการปฏิบัติ งานของพนักงานในโรงงานผลิตเหล็กแห่งหนึ่ง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2546.