

## ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

กิตติพงศ์ บุญเจริญ, สม.<sup>1</sup>, ณัฏฐ์นรี คำดี, ส.บ.<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังสำคัญในการสนับสนุนระบบสาธารณสุขชุมชน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในอำเภอราชไศล 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานที่เสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และ 3) ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการพัฒนาที่นำไปสู่การปรับปรุงการทำงานอย่างยั่งยืน ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะระหว่าง 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 38 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสังเกตการณ์ การบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ และแบบสอบถามเพื่อประเมินผลเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาอย่างง่ายได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ T-test และประเมินผลกระทบของกิจกรรม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.1 มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 79.3 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.0 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.9 รายได้ต่อเดือนระหว่าง 1,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 81.3 ระยะเวลาการเป็น อสม. ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 32.8 ส่วนใหญ่ได้เข้ามาเป็น อสม. โดยความสมัครใจ ร้อยละ 87.9 ด้านความสัมพันธ์ ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้านการนิเทศงาน ปัจจัยด้านสวัสดิการและค่าตอบแทนและปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการปฏิบัติงานโดยรวมของ อสม. ปัจจัยด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพและด้านการประสานงานกับบุคคลองค์กรและเครือข่าย ( $p < 0.05$ ) ปัจจัยด้านการนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในด้านการประสานงานกับบุคคลองค์กรและเครือข่ายและด้านการปฏิบัติงานที่สถานีสุขภาพ (Health Station) ( $p < 0.05$ ) ปัจจัยด้านสวัสดิการและค่าตอบแทนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในด้านการประสานงานกับบุคคลองค์กรและเครือข่ายและด้านการปฏิบัติงานที่สถานีสุขภาพ (Health Station) ( $p < 0.05$ ) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านการประสานงานกับบุคคลองค์กรและเครือข่ายและด้านการปฏิบัติงานที่สถานีสุขภาพ (Health Station) ( $p < 0.05$ ) ระดับความรู้และระดับการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านของ อสม. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นพื้นฐานดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และ อสม. ส่วนใหญ่ร้อยละ 47.73 มีความพึงพอใจในระดับสูง (Mean = 7.84, SD = 3.94) ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจโดยโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นพื้นฐานสามารถนำไปใช้ในการสร้างศักยภาพ ส่งเสริมการปฏิบัติงานของ อสม. ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ภาครัฐ) และ อสม. (ภาคประชาชน) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนสอดคล้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

**คำสำคัญ :** อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน, พัฒนาศักยภาพ

<sup>1</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบ็ญไพร จังหวัดศรีสะเกษ Email: Kittipong.2717@gmail.com

<sup>2</sup> นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ Email: jazzgk9179@gmail.com

## Factors affecting the performance of village health volunteers in Rasi Salai District, Sisaket Province

Kittipong Booncharoen, *M.P.H.*<sup>1</sup>, Natnaree Kamdee, *B.P.H.*<sup>2</sup>

### Abstract

Village Health Volunteers (VHVs) are an important force in supporting the community health provider. This participatory action research was aimed at 1) studying the factors affecting the performance of VHVs in Rasi Salai District, 2) developing a work model that enhances the potential of VHVs through participatory action research, and 3) evaluating the changes from the development process that lead to sustainable work improvement. The research was conducted in 4 phases from October 1, 2023, to September 30, 2024. The sample consisted of 38 VHVs. The research instruments consisted of semi-structured interviews, observation forms, workshop recordings, and questionnaires to evaluate the quantitative and qualitative data collection. The data analyzed were using simple descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, T-test, and assessment of the impact of the activities.

The results of the research found that the majority of the sample group was female (80.1%), aged between 40-59 years. 79.3% were married, 75.0% completed primary school, 75.4% worked as farmers, and 46.9% had a monthly income between 1,000-5,000 baht. 81.3% had been a VHV for 1-5 years, and 32.8% had joined the VHV voluntarily (87.9%). Relationship factors, knowledge factors, attitude factors, work supervision factors, welfare and compensation factors, and social support factors were also considered. There was no statistical relationship with the overall performance of the VHVs. The attitude factor was related to the performance of the VHVs in terms of health behavior adjustment and coordination with individuals, organizations, and networks ( $p < 0.05$ ). The supervision factor of public health officers was related to the performance of the VHVs in terms of coordination with individuals, organizations, and networks and performance at the health station ( $p < 0.05$ ). The welfare and compensation factors were related to the performance of the VHVs in terms of coordination with individuals, organizations, and networks and performance at the health station ( $p < 0.05$ ). The social support factor was related to the performance of the VHVs in terms of health behavior adjustment, coordination with individuals, organizations, and networks, and performance at the health station ( $p < 0.05$ ). The knowledge level and home visit performance level of the VHVs after participating in the context-based learning program were significantly better than before participating in the program ( $p < 0.001$ ). Most VHVs, 47.73 percent, had a high level of satisfaction (mean = 7.84, SD = 3.94) after participating in the project.

Conclusions: There are changes in knowledge, practice, and satisfaction levels by the context-based learning program that can be applied to build capacity, promote the performance of village health volunteers, and create mutual learning between public health officers (government sector) and village health volunteers (civil sector) and stakeholders in the community in line with community participation.

**Keywords:** Village health volunteers, Factors affecting the implementation, Develop potential

---

<sup>1</sup> Public Health Technical Officer, Professional Level, Buengboon District Public Health Office, Sisaket Province,  
E-mail : kittipong.2717@gmail.com

<sup>2</sup> Public Health Technical Officer, Operational Level, Rasi Salai District Public Health Office, Sisaket Province,  
E-mail : jazzgk9179@gmail.com

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้งานสาธารณสุขมูลฐานเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายการพัฒนาาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ สร้างระบบเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นสร้างความเข้มแข็งในระบบสุขภาพ โดยมีหลักการพื้นฐาน 4 ประการที่องค์การอนามัยโลกเสนอให้ประเทศทั้งหลายนำไปใช้ คือ หลักความครอบคลุมบริการ (Universal Coverage) หลักการจัดบริการโดยประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People - Centred Service) หลักนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policies) และหลักภาวะการเป็นผู้นำ (Leadership) (WHO, 2008) ซึ่งเป็นแนวคิดและหลักการที่เหมาะสมสำหรับระบบสุขภาพของประเทศไทยและของประชาคมโลกในปัจจุบัน (WHO, 2006) หลักการที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งของแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานคือการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยมีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญ ได้แก่ การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดการกับปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อยในท้องถิ่น อสม. คือ ประชาชนที่เสียสละและอาสาที่จะรับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนด้วยความสมัครใจโดยผ่านกระบวนการให้ความรู้ด้านสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นประจำอย่างต่อเนื่องจนมีความรู้ความสามารถที่จะดูแลสุขภาพของตนเองและเพื่อนบ้านได้ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย (Change Agents) ของประชาชน การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. มีหลายประการและจากการดำเนินงานที่ผ่านมาอาสาสมัครพบว่ามีภาระขาดแคลนของบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิใน

สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเทียบจากเกณฑ์มาตรฐาน (มาตรฐานประชากร 1 : 250 คน ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน) สอดคล้องกับการศึกษาของภูติท และคณะ (2553) พบว่าการขาดแคลนกำลังคนเป็นปัญหาของระบบบริการปฐมภูมิแม้ว่าปัจจุบันรัฐบาลได้ดำเนินการวางแผนและพัฒนากำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบ การทำงานในบริการปฐมภูมิต้องดำเนินการทั้งในและนอกสถานบริการรวมถึงในชุมชน อสม. มีบทบาทที่สำคัญมากในการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งต้องอาศัยทั้งความรู้และการปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีและด้านอื่นๆ จากข้อมูล อสม. ของอำเภอราชีไศล พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่สูง มีวุฒิการศึกษาระดับปวช./ปวส. ร้อยละ 7.3 และปริญญาตรีเพียงร้อยละ 1 และถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดค่าตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจให้แก่ อสม. เป็นเดือนละ 2,000 บาท (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) แต่จากการถอดบทเรียนโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุกอำเภอราชีไศลพบว่ามีผลกระทบเชิงบวกต่อการทำงานของ อสม. เงิน 2,000 บาท ไม่ได้ทำให้จิตอาสาของ อสม. เปลี่ยนไป จากความสำคัญดังกล่าวทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอสม. และพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานที่เสริมสร้างศักยภาพของ อสม. แบบมีส่วนร่วมเพื่อการบริหารสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคประชาชนสามารถทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน มีความรู้ ทักษะความสามารถ ที่จะมีการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต (Lifelong learning) ผ่านการเรียนรู้ในพื้นที่ที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทภายใต้สถานการณ์ขาดแคลนกำลังคน ซึ่งจะทำให้บริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพปลอดภัย และมีคุณภาพตามเป้าหมายของระบบสุขภาพในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน (Improving health)

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในอำเภอราษีไศล
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานและรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
3. เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการพัฒนาและประสิทธิผลของการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานที่นำไปสู่การปรับปรุงการทำงานอย่างยั่งยืน

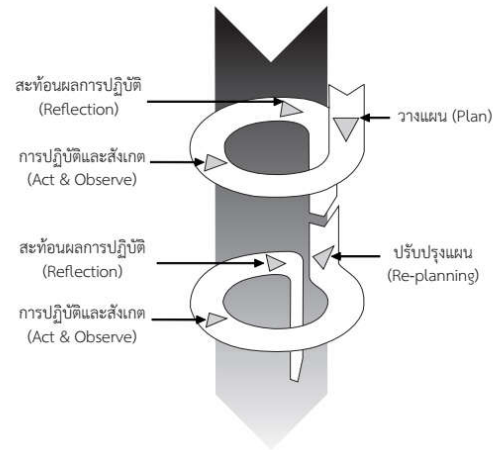
## กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Kemmis & McTaggart, 1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่

1. การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ (Planning)
  - 1.1 เก็บข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group Discussion)
  - 1.2 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เพื่อระบุปัญหาและความต้องการของ อสม. และชุมชน ร่วมกัน
2. การวางแผนร่วมกัน (Acting)
  - 2.1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับ อสม. และผู้เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดแผนพัฒนาการทำงาน
  - 2.2 ร่วมกันออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการ เช่น การอบรม การนิเทศงาน และการสนับสนุนทางสังคม
3. การปฏิบัติตามแผน (Observing)
  - 3.1 นำกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในพื้นที่ตัวอย่าง
  - 3.2 สังเกตและบันทึกผลการดำเนินงานกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน

4. การประเมินผลและสะท้อนผล (Reflecting)

- 4.1 ประเมินผลกระทบของกิจกรรมผ่านแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก
- 4.2 จัดประชุมเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน และรวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

### 1. รูปแบบการศึกษา

การการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภาคีเครือข่ายในชุมชนที่ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อเข้าร่วมกระบวนการวิจัยอย่างลึกซึ้งซึ่ง จำนวนรวม 72 คน กำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือก คือ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิ

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

### 1 เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีดังนี้

1) แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาวิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาจากทฤษฎี ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมตัวแปร และกรอบแนวคิดที่ต้องการศึกษา และผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือจากการศึกษาของ จิตราวดี พันธุ์ไม้ (2551) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในเขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด จังหวัดระยอง มาใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาโดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน และวิธีการที่เข้ามาเป็น อสม. ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน อำเภอราชไศล แบ่งเป็น 5 ตอน ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐาน ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือจากการศึกษาของ พิทักษ์ กาฬกิติ (2551) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี ร่วมกับการศึกษาเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ สาเหตุของการเกิดโรคและภาวะด้านสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ลักษณะอาการเบื้องต้น การรักษาเบื้องต้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย และการป้องกันโรค ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 40 ข้อ โดยแต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ตอนที่ 2 - 5 ปัจจัยด้านทัศนคติต่องานของ อสม. ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ตัวเลือก มีจำนวน 20 ข้อ ปัจจัยด้านการนิเทศงาน ปัจจัยด้านสวัสดิการและค่าตอบแทนของ อสม. ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามในส่วนความรู้ด้านการนิเทศงาน และด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน ไปตรวจความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) ค่าที่ได้เท่ากับ 1.0, 0.87 และ 0.93 ตามลำดับ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) มีค่าเท่ากับ 0.9

และ 0.9 ปัจจัยด้านความรู้ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder Richardson 20 ค่าความเชื่อมั่นที่ได้เท่ากับ 0.88 ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้านนิเทศงาน ปัจจัยด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน ปัจจัย ด้านการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Alpha Coefficient ของ Cronbach ค่าความเชื่อมั่นที่ได้เท่ากับ 0.79 0.74 0.86 และ 0.85 ตามลำดับ ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอราชไศลประยุกต์ใช้เครื่องมือจากการศึกษาของ พรธนา ศรีพิทักษ์ (2551) คำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 1.0 ด้านความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีของ Alpha Coefficient ของ Cronbach เท่ากับ 0.93

2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การสนทนากลุ่มในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชนและ อสม. จำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 – 8 คน จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว 3) แบบสังเกตการณ์ และการบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ นำโปรแกรมที่ออกแบบใช้ในการอบรม อสม. โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้าร่วมจำนวน 5 แห่ง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าเฉลี่ยของการศึกษาที่ผ่านมาของกรรทอง คมรัตน์ ปัญญา ชัยยง ขามรัตน์ และทองหล่อ เดชไทย (2010) มีค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ภายในกลุ่มทดลองเป็น 2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็น 3 กำหนดค่า power = 0.90 และ alpha = 0.01 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ Stata version 11 สำหรับกลุ่มเดียว ได้ขนาดตัวอย่าง 34 คน เพื่อป้องกันการออกจากโปรแกรมระหว่างดำเนินการเพิ่มจำนวนตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 38 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง 1. เป็น อสม. ที่ผ่านการอบรมการเป็น อสม. และขึ้นทะเบียนกับสาธารณสุขอำเภอราชไศล 2. ไม่เคยได้รับการอบรมโดยวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน 3. สามารถเข้าใจภาษาไทยและสามารถสื่อสารโดยการ

พูดได้ และ 4. ยินดีเข้าร่วมโครงการ และ 4) แบบสอบถามเพื่อประเมินผล ทำการประเมินผล โปรแกรมด้วยการวัดความรู้ การปฏิบัติเยี่ยมบ้าน และความพึงพอใจในการอบรมของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม โปรแกรมจำนวน 38 คน ซึ่งการประเมินตนเองของผู้เรียนว่าหลังเรียนมีความสามารถเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเพียงไร เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการทำงานร่วมกันในบริการปฐมภูมิในบริบทของชุมชน (ยงยุทธ, 2552)

3) แบบสังเกตการณ์ และบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ โปรแกรมการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการโรคเรื้อรังระยะเวลา 10 สัปดาห์ ทำการออกแบบผ่านการจัดประชุมร่วมกับทีมภาคีเครือข่ายผ่านขั้นตอนการเตรียมการด้วยการรวบรวมองค์ความรู้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นพื้นฐาน การอบรมที่จัดให้ และการอบรมที่อสม. เข้าไปมีส่วนร่วมประกอบด้วยกิจกรรมหลักและกิจกรรมเสริมดังนี้

กิจกรรมหลัก ได้แก่ การเรียนโดยใช้รพ.สต. เป็นฐาน และการเรียนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (การออกเยี่ยมบ้าน พร้อมเจ้าหน้าที่)

กิจกรรมเสริม ได้แก่ การอภิปรายกรณีศึกษาอย่างเป็นระบบ และการจัดให้มีระบบการให้คำปรึกษา

4) แบบสอบถามเพื่อประเมินผล แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป 8 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ จำนวน 30 ข้อ การปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านจำนวน 14 ข้อ และความพึงพอใจจำนวน 20 ข้อ สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะแบบสอบถามแบบวัดความรู้เป็นแบบถูก ผิด และแบบสอบถามความพึงพอใจเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดย 3 หมายถึง ปฏิบัติได้มาก และพึงพอใจมาก ส่วน 1 หมายถึง ปฏิบัติได้น้อยและพึงพอใจน้อย

2 ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการดังนี้ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของอำเภอราชีไศล ระหว่างผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอราชีไศล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐาน ในรพ.สต.จำนวน 34 คน สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกระบวนการและขั้นตอนของกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งศึกษาและวิเคราะห์ด้านปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. อำเภอราชีไศล จำนวน 259 คน

**ขั้นตอนที่ 2** การวางแผน โดยการสนทนากลุ่มเพื่อวางแผน ระดมความคิด และออกแบบแนวทางการร่วมกันระหว่าง อสม. และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน ของอสม. อำเภอราชีไศล แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus group) เกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และรูปแบบการจัดอบรมที่เหมาะสมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอราชีไศล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอราชีไศลควรมีความรู้ ประเด็นใดบ้าง 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอราชีไศลควรมีความสามารถในการปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชนประเด็นใดบ้าง 3) รูปแบบการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอราชีไศลเป็นอย่างไร 4) ผู้สอนและวิธีการสอนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอราชีไศลเป็นอย่างไร และ 5. ปัญหาและอุปสรรคในการอบรมสาธารณสุขที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอราชีไศลมีอะไรบ้าง

**ขั้นตอนที่ 3** ปฏิบัติตามแผนโดยการดำเนินงานดังนี้ จัดอบรมพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน ของอสม. อำเภอราชีไศล โดยใช้บริบทเป็นพื้นฐานให้แก่ อสม. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน โดยชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของการศึกษารายละเอียดขอความร่วมมือ และเริ่มทำการจัดอบรม

สังเกต และบันทึกผลการดำเนินงานกิจกรรมทุกขั้นตอน และสรุปประเด็นโดยใช้แบบสังเกตการณ์ และบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการในการอบรมกลุ่มเป้าหมาย

**ขั้นตอนที่ 4** การประเมินผลและสะท้อนผลจากการดำเนินการเก็บข้อมูลตามเครื่องมือที่กำหนดไว้ในแต่ละขั้นตอนนำมาประเมินผลกระทบของกิจกรรมผ่านแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก และจัดประชุมถอดบทเรียนเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน สรุปประเด็น และรวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง และประเมินระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของ เนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์จากนั้นจึงนำไปทดลองใช้ (try out) กับอสม.ที่มีลักษณะและพื้นที่การดำเนินงานคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบัตแบบสอบถามผลการปฏิบัติงานของ อสม. มีค่า  $\alpha = 0.89$  แสดงถึงความเชื่อมั่นระดับสูง แบบสอบถามรู้ใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยง 0.78

#### การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ

ตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อให้เกิดความเชื่อถือได้ของข้อมูล การศึกษานี้ใช้วิธีตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) แบบบุคคล (Personal Triangulation)

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาขออนุญาตและขอความยินยอมร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทุกขั้นตอนของการศึกษาและการเข้าร่วมโปรแกรม พร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อแสดงความยินยอมในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

#### สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้สถิติใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เช่น ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของ อสม.กลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อหาประเด็นสำคัญ

#### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2024-114 วันที่ 9 กรกฎาคม 2567

#### ผลการวิจัย

##### ส่วนที่ 1

ส่วนที่ 1.1 ข้อมูลทั่วไปของ อสม. อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 256 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.1 และมีอายุระหว่าง 40-59 ปี คิดเป็น ร้อยละ 79.3 รองลงมามีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.9 โดยมีอายุน้อยสุด 20 ปี อายุสูงสุด 79 ปี อายุเฉลี่ย 51 ปี 2 เดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 75.0 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 75.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.9 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.9 รายได้ต่อเดือนระหว่าง 1,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 81.3 รายได้สูงสุด 12,000 บาท รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท รายได้เฉลี่ยเดือนละ 4,127 บาท ระยะเวลาการเป็น อสม. ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 32.8 รองลงมา ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 24.6 ระยะเวลาการเป็นอสม.สูงสุด 30 ปี น้อยสุด 1 ปี 6 เดือน ระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 10.2 ปี ส่วนใหญ่ได้เข้ามาเป็น อสม. โดยความสมัครใจ ร้อยละ 87.9 และเพื่อน อสม.ชักชวน ร้อยละ 10.9

ส่วนที่ 1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพบว่าด้านความรู้ ร้อยละ 88.3 มีความรู้ในเรื่องโรคทั่วไปและโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ตาม

หลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้ อสม. ปี พ.ศ. 2553 จำนวน 11 เรื่อง โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $SD = 2.81$ ) ด้านทัศนคติต่องานร้อยละ 89.1 ของ อสม. อำเภอราชีไศลมีทัศนคติต่องานด้านสาธารณสุขโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $SD = 6.84$ ) ด้านการนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 70.3 อสม. อำเภอราชีไศล มีความเห็นต่อการนิเทศงาน อสม. ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $SD = 2.85$ ) ด้านสวัสดิการและค่าตอบแทนร้อยละ 54.7 อสม. อำเภอราชีไศลมีความเห็นต่อการได้รับสวัสดิการและค่าตอบแทนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $SD = 3.51$ ) ด้านการสนับสนุนทางสังคมพบว่าร้อยละ 76.2 อสม. อำเภอราชีไศล มีความเห็นต่อการสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงานของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $SD = 7.53$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อสม. อำเภอราชีไศล ร้อยละ 95.7 มีการปฏิบัติงานโดยรวมระดับดี ( $SD = 11.41$ )

ส่วนที่ 1.3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับผลการปฏิบัติงานในแต่ละด้าน ของ อสม. อำเภอราชีไศลเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า 1) ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้านการนิเทศงาน ปัจจัยด้านสวัสดิการ และค่าตอบแทน และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการปฏิบัติงานโดยรวมของ อสม. 2) ปัจจัยด้านทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพและด้านการประสานงานกับบุคคล องค์กร และเครือข่าย ( $p < 0.05$ ) 3) ปัจจัยด้านการนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในด้านการประสานงานกับบุคคล องค์กรเครือข่าย และด้านการปฏิบัติงานที่สถานีสุขภาพ (Health Station) 4) ปัจจัยด้านสวัสดิการ และค่าตอบแทนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในด้านการประสานงานกับบุคคล องค์กรเครือข่าย และด้านการปฏิบัติงานที่สถานีสุขภาพ (Health Station) ( $p > 0.05$ ) 5) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน

ของ อสม. ในด้านปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านการประสานงานกับบุคคล องค์กร และเครือข่าย และด้านการปฏิบัติงานที่สถานีสุขภาพ (Health Station) ( $p > 0.05$ )

## ส่วนที่ 2 การวางแผน

ส่วนที่ 2.1 ผลจากการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องนำไปสู่การวางแผน (Focus group) เพื่อพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน ของอสม. อำเภอราชีไศล โดยใช้บริบทเป็นพื้นฐานพบว่า ประเด็นที่ 1 อสม. อำเภอราชีไศลควรมีความรู้เชี่ยวชาญในประเด็นของเรื่องโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดในสมอง ซึ่งเป็นปัญหาหลักของพื้นที่ ประเด็นที่ 2 อสม. อำเภอราชีไศลควรมีทักษะเชี่ยวชาญในการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลให้คำปรึกษาแก่ประชาชนในชุมชนให้ครอบคลุมทุกมิติ ประเด็นที่ 3 รูปแบบในการจัดอบรม อสม. อำเภอราชีไศล ให้เป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นพื้นฐาน ผู้ให้ข้อมูลหลักต้องการให้มีการพัฒนาความรู้ที่สอดคล้องกับการเกิดโรคในพื้นที่ ประเด็นที่ 4 ผู้สอนและวิธีการสอนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอราชีไศล ให้เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาที่ อสม. เข้าใจง่าย จำนวนครั้งและระยะเวลาควรคำนึงถึงการประกอบอาชีพของ อสม. และเป็นการสอนแบบมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน มีการยกตัวอย่างและจัดกิจกรรมโดยใช้กรณีศึกษาในพื้นที่การปฏิบัติงานของ อสม. และประเด็นที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคในการอบรม อสม. ที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอราชีไศล พบว่ามีข้อจำกัดเรื่องเวลา การไม่ได้ใช้สถานการณ์ในพื้นที่มา ยกตัวอย่างทั้งหมดในการสอน การใช้ภาษาทางวิชาการ และขาดการประเมินการสอน

## ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตามแผน

การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจจากการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน ของอสม. อำเภอราชีไศล โดยใช้บริบทเป็นพื้นฐานให้แก่ อสม. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน พบว่า มีอายุเฉลี่ย 45.56 ปี ( $SD = 45.56$ ) อายุต่ำสุด

และอายุสูงสุดอยู่ในช่วง 20-55 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 92.11 เป็นเพศหญิง สัดส่วน อสม. เพศชาย : เพศหญิง เป็น 1 : 12 อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.58 มีสถานภาพสมรสคู่ อสม. และยังพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 57.89 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.16 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ในส่วนของระยะเวลาการเป็น อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.53 อยู่ในเขavnน้อยกว่า 5 ปี เฉลี่ย 5.74 (SD. = 4.92) นอกจากนี้ อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.74 เป็นสมาชิกของ อสม. และส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.68 มีตำแหน่งอื่นในชุมชนร่วมกับการเป็น อสม. และพบว่า อสม. มีระดับความรู้ ภาพรวมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน อยู่ในระดับต่ำ สูงที่สุดร้อยละ 57.89 (Mean = 12.32, SD. = 4.26) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ อยู่ในระดับสูง สูงที่สุด ร้อยละ 52.63 (Mean = 18.64, SD. = 3.92) ในส่วนของการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านของ อสม. พบว่า อสม. มีระดับการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้าน ภาพรวมก่อน

การเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน อยู่ในระดับต่ำ สูงที่สุดร้อยละ 36.84 (Mean = 6.72, SD. = 3.22) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ส่วนใหญ่ มีระดับการปฏิบัติในการ

เยี่ยมบ้านอยู่ในระดับสูง สูงที่สุดร้อยละ 50 (Mean = 11.41, SD. = 3.08) นอกจากนี้ในส่วนขอระดับความพึงพอใจภายหลังการเข้าร่วมโครงการพบว่า อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.37 มีความพึงพอใจระดับสูง (Mean = 7.84, SD. = 3.94) จึงสรุปได้ว่าระดับความรู้ เพิ่มขึ้น 6.32 คะแนน (95% CI = 4.45 ถึง 8.19) และระดับการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านของ อสม. เพิ่มขึ้น 4.69 คะแนน (95% CI = 3.25 ถึง 6.13) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นพื้นฐานดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และ อสม.ส่วนใหญ่ร้อยละ 47.73 มีความพึงพอใจระดับสูง (Mean = 7.84, SD. = 3.94) ภายหลังเข้าร่วมโครงการ ดังตารางที่ 1

**ตาราง 1** เปรียบเทียบผลการประเมินของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการอบรม (n = 38)

| ประเด็นการประเมิน        | คะแนนต่ำสุด-สูงสุดของคำถาม | ก่อนอบรม<br>Mean(SD.) | หลังอบรม<br>Mean(SD.) | Mean diff. | 95%CI       | t    | P value |
|--------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|------------|-------------|------|---------|
| ด้านความรู้              | 0-30                       | 12.32 (4.26)          | 18.64(3.92)           | 6.32       | 4.45ถึง8.19 | 6.73 | <0.001  |
| ด้านปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน | 1-14                       | 6.72(3.22)            | 11.41(3.08)           | 4.63       | 3.25ถึง6.13 | 6.49 | <0.001  |
| ความพึงพอใจ              | -                          | -                     | 7.84 (3.94)           | -          | -           | -    | -       |

#### ส่วนที่ 4 การประเมินผลและสะท้อนผล

ระดับความพึงพอใจอสม.ส่วนใหญ่ร้อยละ 47.73 มีความพึงพอใจระดับสูง (Mean = 7.84, SD. = 3.94) ภายหลังเข้าร่วมโครงการ เมื่อพิจารณาเป็นรายระดับความพึงพอใจพบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.37 ระดับปานกลาง ร้อยละ 36.48 และระดับต่ำ ร้อยละ 15.79 ตามลำดับ

นำไปสู่การประชุมสะท้อนผลการดำเนินงานการจัดการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยใช้บริบทเป็นพื้นฐานพบว่าจากการดำเนินงานยังมีการสะท้อนผลในบางประเด็นได้แก่ 1) อสม. มาไม่ครบ เนื่องจากติดภารกิจควรมีแนวทางในการแก้ไขคือ อาจจะต้องวางแผนและแจ้งให้ทราบล่วงหน้าและแจ้งเตือนก่อนการจัดกิจกรรมจริง 2) เนื้อหาที่อบรม มีบางกรณีศึกษาที่ไม่ใช่

กรณีศึกษาเกี่ยวกับคนในพื้นที่ที่เห็นอยู่บ่อยๆ พอไม่ได้  
นำไปใช้ อสม. อาจจะลืม ควรมีแนวทางในการแก้ไขคือ  
เน้นไปที่ปัญหา สถานการณ์ และกรณีศึกษา ที่อยู่ใน  
พื้นที่จริง เป็นสำคัญ 3) วิทยากรมีความเป็นนักวิชาการ  
และมีการใช้คำศัพท์ที่เป็นภาษาวิชาการอยู่บ่อยครั้ง  
อสม. จะเกรงใจเจ้าหน้าที่ ไม่กล้าถาม ควรมีแนวทางใน  
การแก้ไขคือ วิทยากรต้องมีการเปิดโอกาสให้มีการ  
สอบถามเป็นช่วงๆ ตลอดการบรรยาย เพื่อประเมินการ  
สอนระกว่างตนเองและผู้เรียนด้วยเป็นระยะ ซึ่งจาก  
การสะท้อนผลดังกล่าวได้ทำการบันทึกและนำไปสู่การ  
วางแผนการดำเนินงานในครั้งถัดไป

### บทสรุปและอภิปรายผล

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ปัจจัยด้านความรู้ไม่ม  
ความสัมพันธ์ทางสถิติกับการปฏิบัติงานโดยรวมของ  
อสม. อำเภอราชีไศล ( $p > 0.05$ ) จากการศึกษาพบว่า  
ร้อยละ 88.3 มีความรู้เรื่องโรคทั่วไป และโรคที่เป็น  
ปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ ตามหลักสูตรการอบรม  
พื้นฐานความรู้ อสม. ปี 2553 จำนวน 11 เรื่อง โดยมี  
คะแนนอยู่ในระดับสูง (Mean = 34.19, SD. = 2.81)  
ทั้งนี้การที่ประชากรมีความรู้ในระดับสูง อาจ  
เนื่องมาจากความรู้ดังกล่าวเป็นปัญหาในพื้นที่ เช่น  
โรคไข้เลือดออก โรคความดันโลหิตสูง และโรคต่อ  
กระจุก ซึ่งเป็นปัญหาโรคในพื้นที่ (สำนักงานสาธารณสุข  
อำเภอราชีไศล, 2565) แต่อย่างไรก็ตามประชากรยังม  
ความรู้บางส่วนที่ไม่ครอบคลุม จะต้องมีความรู้ มีทักษะ  
ในการปฏิบัติงานในเรื่องการดำเนินงานสาธารณสุขมูล  
ฐานและระบบสุขภาพประชาชน บทบาทของ  
อาสาสมัครสาธารณสุข ภูมามาเกี่ยวกับอาสาสมัคร  
สาธารณสุข การปฏิบัติให้สุขภาพดี มีสุข การให้บริการ  
สาธารณสุขที่จำเป็น การสื่อสารในการสาธารณสุข การ  
จัดทำแผนงาน โครงการของชุมชน และการบริหาร  
จัดการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) สอดคล้องกับ  
การศึกษาของ วรจิตร์ หนองแก (2540) ที่พบว่าความ  
รู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น  
ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานที่ระดับนัยสำคัญ

0.05 ปัจจัยด้านทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับ  
การปฏิบัติงานโดยรวม ของ อสม. ที่ระดับนัยสำคัญ  
0.05 ( $p > 0.05$ ) แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามีความสัมพันธ์  
กับการปฏิบัติงานบางด้าน ได้แก่ การปรับพฤติกรรม  
สุขภาพ และการประสานงานกับบุคคล องค์กร  
เครือข่าย ( $p > 0.01$ ) ส่วนใหญ่มีความภาคภูมิใจเป็น  
อย่างยิ่งที่ได้เป็น อสม. และยินดีเผยแพร่ความรู้ที่ได้รับ  
มาให้แก่ประชาชนอย่างเต็มความสามารถ ถ้าหากใน  
หมู่บ้านจัดกิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับทาง  
สาธารณสุขก็จะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เหตุผล  
ดังกล่าวแสดงถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อการเป็น อสม.  
สอดคล้องกับการให้ความหมายของ สร้อยตระกูล  
อรธมานะ (2541) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ทัศนคติคือ การ  
ผสมผสานระหว่างความนึกคิด ความเชื่อ ความเห็น  
ความรู้ และความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด  
ปัจจัยด้านการนิเทศงาน อสม.ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการปฏิบัติงานโดยรวม  
ของ อสม. ( $p > 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ  
ยุคนธ์ ชูดีปัญญะบุตร (2546) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการ  
ปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. ในเขตอำเภอแกลง  
จังหวัดระยอง ที่พบว่าความคิดเห็นของ อสม. ต่อการ  
นิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์  
กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ปัจจัย  
ด้านสวัสดิการค่าตอบแทนไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ  
ต่อการปฏิบัติงานของ อสม. สอดคล้องกับการศึกษา  
ของ ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ (2553) ที่ได้ศึกษาถึง  
มุมมองและผลกระทบการพัฒนาโยบายการสนับสนุน  
ศักยภาพ อสม. สู่การพัฒนาสุขภาพชุมชนที่พบว่า  
ค่าตอบแทนไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ซึ่ง อสม.  
เห็นว่าไม่ได้คาดหวังค่าตอบแทนที่เป็นเงิน ซึ่งเป็นสิ่ง  
ที่ลดคุณค่าทางจิตวิญญาณ ลดความภูมิใจ เกิดภาระ  
ทางใจของการเป็น อสม. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทาง  
สังคมไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ( $p > 0.05$ )  
ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมที่  
บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2535) ที่ได้ให้ความหมายไว้ว่า  
การสนับสนุนทางสังคม จะทำให้เกิดการปฏิบัติงานตาม

ในทิศทางนั้นๆ ซึ่งจากการศึกษารังนี้พบว่าประชากรได้รับสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าครอบครัว ร้อยละ 51.2 ของประชากรเห็นด้วยอย่างยิ่งกับการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่ยินดีให้เป็น อสม.

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาของวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมการจัดอบรมเพื่อเพิ่มระดับความรู้ให้กับ อสม. ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของ อสม. ในพื้นที่อำเภอราชีไศล การจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐานมาใช้ในการออกแบบซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาคือเพื่อพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานที่เสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมโดยใช้ข้อมูลบริบทของพื้นที่โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการออกแบบคือ การเรียนรู้มีทั้งภาคทฤษฎี และการปฏิบัติงานร่วมกันการปฏิบัติงานในระบบบริการสาธารณสุขอำเภอราชีไศลที่เป็นการเรียนรู้จากปัญหาที่พบในพื้นที่โดยจัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนในลักษณะผสมผสานไปกับการให้บริการในระบบปกติ ซึ่งการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานนี้ไม่ใช่กระบวนการเสริมที่นำมาทดแทนการเรียนการสอนอย่างเป็นทางการในสถาบันการศึกษา แต่เป็นกระบวนการเสริมที่ช่วยพัฒนาสมรรถนะของผู้เรียนให้ตรงและเหมาะสมกับความจำเป็น ทั้งนี้ในการพัฒนาจะต้องเคารพและให้คุณค่ากับสิ่งที่มีอยู่เดิม โดยก่อนจะเริ่มพัฒนาศักยภาพจำเป็นต้องระบุทักษะที่มีอยู่ โครงสร้าง ทุนส่วนภาคี และทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งจะต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันจากนี้โปรแกรมการเรียนรู้ต้องที่ออกแบบจะต้องบูรณาการเข้ากับโครงสร้างกระบวนการที่มีอยู่อย่างเหมาะสม (ยังยุทธ์ พงษ์สุภาพ, 2553) นอกจากนี้การออกแบบโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ W El Ansari, CJ Phillips and AB Zwi (2002) ในเรื่องการลดช่องว่างระหว่างวิชาชีพและ ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมที่ระบุว่าการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน จะต้องใช้ความเชี่ยวชาญ 5 ด้าน ได้แก่ การศึกษา การมีส่วนร่วม ความเกี่ยวข้องของชุมชน การเป็นผู้นำ และการจัดการ

กลยุทธ์ ซึ่งคนในชุมชนมีแนวคิดเชิงบวกต่อผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพ ดังนั้นหากต้องการการทำงานอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพต้องสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยออกแบบการทำงานให้มีการพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน การถ่ายทอดลักษณะ และสร้างพลังอำนาจให้กับคนในชุมชน บริบทพื้นที่ของอำเภอราชีไศลพบว่าความชุกของโรคติดต่อเรื้อรังในปี 2561 - 2566 เบาหวาน เป็น 2.35 2.57 2.64 3.07 และ 3.49 ความดันโลหิตสูง 4.83 5.21 5.31 5.48 และ 5.79 จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราชีไศล, 2566) จึงได้มีการออกแบบโปรแกรมการจัดอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพให้ อสม. โดยภาคีเครือข่ายออกแบบร่วมกัน ในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะกลุ่มหลอดเลือดในสมองด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการพัฒนาที่นำไปสู่การปรับปรุงการทำงานอย่างยั่งยืน โดยมีการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในกลุ่ม อสม. จำนวน 38 คน และทำการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมจากผลการวิจัยพบว่า อสม. มีระดับความรู้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐานดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.001$ ) อธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรมหลักโดยใช้ รพ.สต. เป็นฐาน และการใช้ชุมชนเป็นฐาน (การเยี่ยมบ้าน) โดยจัดให้มีการให้ความรู้และสาธิตการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ที่ อสม. ดูแลประชาชน ซึ่งเป็นความรู้ที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการปฏิบัติงานด้วยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการพื้นฐานของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน คือการจัดการเรียนแบบผู้ใหญ่ (Adult learning) ซึ่ง Malcome S. Knowles (1973) กล่าวถึงลักษณะการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ใน 4 ข้อ คือ 1) ชอบชี้แนะด้วยตัวเอง (Self-direction) 2) ประสบการณ์ 3) ตระหนัก

รู้เรื่องราวเฉพาะที่มาจากชีวิตจริง และ4) ต้องการเรียนรู้ทักษะและเฝ้าหาความรู้ที่จำเป็นในการเพิ่มขีดความสามารถของตนในการทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่า อสม. มีระดับการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีวก่อนเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.001$ ) ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวได้ดำเนินการให้สอดคล้องกับรูปแบบของการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ (Experiential based learning: EBL) ในลักษณะของการ ได้เห็น ได้ทำ และได้ ได้ แสดงให้เห็นว่า อสม. เป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยงกาปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับทีมสุขภาพ และมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยอย่างยั่งยืนต่อไป และระดับความพึงพอใจภายหลังการเข้าร่วมโครงการฯ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.37 มีความพึงพอใจในระดับสูง (Mean = 7.84, SD. = 3.94) อธิบายได้ว่าการอบรมเป็นการเสริมแรงบวก (Rue LW, Byar LL, 2000)ทำให้ อสม. มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน ประชาชนยอมรับสอดคล้องกับ (Gibson, 1991) ที่กล่าวว่า การแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม พัฒนาและเสริมสร้างความสามารถ เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้ อสม. ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การอบรมโดยใช้บริบทเป็นฐานเป็นการเสริมสร้างศักยภาพ อสม. ให้มีความรู้และสามารถเยี่ยมบ้าน พื้นสภาพ ประเมินภาวะแทรกซ้อน อาการผิดปกติของผู้ป่วยตลอดเลื้อดสมอง ประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งต่อดูแลที่เหมาะสม อันจะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ เกิดการเรียนรู้ในชุมชนระหว่าง อสม. ครอบครัวผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน หน่วยงานภาคีเครือข่าย ส่งผลให้เกิดการบริหารจัดการระบบสุขภาพชุมชนเป็นเครือข่ายอย่างยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้าน

การนิเทศงาน ปัจจัยด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาสามารถนำไปประกอบการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐานไปใช้พัฒนาศักยภาพของอสม. ตามบริบทพื้นที่ การศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น แรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม การให้คำปรึกษา ที่อาจมีผลต่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ของ อสม. ได้อย่างเหมาะสม และการติดตามผลระดับความรู้และการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านในระยะเวลาที่แตกต่างกัน ซึ่งจะทำให้ทราบระยะเวลาในการคงอยู่ของความรู้และการปฏิบัติ เพื่อใช้เป็นแนวทางจัดเสริมฟื้นฟูความรู้ ผนวกเข้ากับประสบการณ์ของ อสม. อย่างเหมาะสม

### เอกสารอ้างอิง

- กนกทอง สุวรรณบุลย์. (2545). "อิทธิพลของค่านิยมทางจริยธรรม สิ่งจูงใจ การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดระยอง"วิทยานิพนธ์ ศิลปะศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2549). หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2536). รวมบทความและเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินงานสาธารณสุข มูลฐาน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). คู่มืออบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปี 2553 : บริษัท เรติเอชั่น จำกัด.
- กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. (2566) รายงานประจำปี 2553. เทศบาลตำบลเมืองคง จังหวัดศรีสะเกษ.

- กฤษณ์ พงศ์พิรพท์ และบาร์บารา สตาร์ฟิลด์.  
(2552). การบริการปฐมภูมิกับระบบสุขภาพ  
: Banefits Of primary care. วารสารระบบ  
การสุขภาพปฐมภูมิและเวชศาสตร์  
ครอบครัว. ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤศจิกายน 51  
– กุมภาพันธ์ 52.
- เกษมธิดา สพลมัย. (2536). "การปฏิบัติตามบทบาท  
ในการสนับสนุนการดำเนินงานของ  
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน (ศสมช.)  
ระดับตำบลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา"  
วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสุทธิ์.  
(2550). อาสาสมัครสาธารณสุข :  
ศักยภาพและบทบาทในบริบทสังคมไทยที่  
เปลี่ยนไป. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข,  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสุทธิ์.  
(2550) อาสาสมัครสาธารณสุข : ศักยภาพ  
และบทบาทในบริบทสังคมที่เปลี่ยนไป.  
วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 1(3)ม  
268-279.
- คณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการดำเนินงาน  
ยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบ  
บริการปฐม ภูมิ. (2550). แผนยุทธศาสตร์  
ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ  
พ.ศ.2550-2554 สำนักงานวิจัยและพัฒนา  
ระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพ  
อาเซียน. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คำรพ พงศ์อาทิตย์, จิรพงษ์ แสงทอง (2549).  
รายงาน วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการ  
ปฏิบัติงาน สาธารณสุขมูลฐานของ  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
อำเภอองครักษ์ จังหวัดพัทลุง.
- โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ  
หมู่บ้าน (อสม.) เชียงรุ๊ก. (2532) กระทรวง  
สาธารณสุข.
- จิตราวดี พันธุ์ไม้. (2551). "ปัจจัยที่มีผลต่อการ  
ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขใน  
เขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด" .  
วิทยานิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตร์  
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ. (2542) การสาธารณสุขมูลฐาน.  
ราชบุรี : ธรรมรักษ์การพิมพ์.
- อรุณ จิระวัฒน์กุล. (2551) ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัย  
ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพขอนแก่น.  
ภาควิชาชีวิตที่ดีและประชากรศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Alam K., Tasneem S., & Oliveras E. (2012).  
Performance of female volunteer  
community health workers in Dhaka  
urban slums. *Social Science  
Medicine*. 75(3):511-515.
- Alam, R., (2004). *What are the advantages  
And disadvantages of restructuring  
a health care system to be more  
focused on primary care services?*  
Copenhagen, WHO Regional office  
For Europe's Health Evidence  
Network (HEN) report. Retrieved  
15/12/2023,Form[http://www.euro.who  
.int/document/e82997.pdf](http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf).
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988).  
\*The Action Research Planner\*.  
Victoria: Deakin University Press.
- WSO. (2012). Facts and Figures about Stroke.