

## โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ ปฏิบัติงานด้านสุขศึกษาในตำบลห้วยป่าปล้อง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

วุฒิวัฒนา เฟิงชัย, ส.บ.<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขในระดับชุมชน โดยเฉพาะการให้สุขศึกษา แต่พบปัญหาการขาดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน เนื่องจากขาดความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในตนเอง รวมถึงอัตราส่วน อสม. ต่อประชากรที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ ทักษะ ทักษะการมีส่วนร่วม และการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบ One Group Pre-test Post-test Design กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 29 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มสองขั้นตอน โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยกิจกรรม 12 กิจกรรม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-120 นาที เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Paired t-test และ Repeated Measures ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (72.4%) อายุเฉลี่ย 45.2 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา (48.3%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (55.2%) มีประสบการณ์การเป็น อสม. เฉลี่ย 5.8 ปี หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ความรู้เพิ่มขึ้นจาก 11.8 เป็น 15.4 คะแนน (เพิ่มขึ้น 30.5%,  $p < 0.001$ , Cohen's  $d = 1.68$ ) ทักษะเพิ่มขึ้นจาก 89.3 เป็น 103.7 คะแนน (เพิ่มขึ้น 16.1%,  $p < 0.001$ , Cohen's  $d = 1.26$ ) พฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 81.4 เป็น 93.6 คะแนน (เพิ่มขึ้น 15.0%,  $p < 0.001$ , Cohen's  $d = 1.17$ ) และการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นจาก 68.2 เป็น 78.8 คะแนน (เพิ่มขึ้น 15.5%,  $p < 0.001$ , Cohen's  $d = 1.34$ ) ความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด (93.1%) ความคงทนของผลทุกด้านอยู่ในระดับสูง (90-97%) ปัจจัยสนับสนุนหลัก ได้แก่ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (62.1%) ครอบครัว (55.2%) และผู้นำชุมชน (48.3%) อุปสรรคหลัก ได้แก่ การขาดงบประมาณสนับสนุน (58.6%) และการขาดเวลา (44.8%) สรุปได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความคงทนของผลสูง และได้รับความพึงพอใจในระดับสูงมาก แนะนำให้ขยายผลโปรแกรมไปยังพื้นที่อื่น พร้อมทั้งพัฒนาระบบสนับสนุนและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** การเสริมสร้างพลังอำนาจ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, สุขศึกษา, การมีส่วนร่วม

<sup>1</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: panu\_wit@hotmail.com

## Empowerment Program of the Village Health Volunteer to Health Education in Ya Plong subdistrict, Mueang Sisaket District, Sisaket Province

Wutiwatana Pengchai, *B.P.H.*<sup>1</sup>

### Abstracts

The Village Health Volunteers (VHVs) play a crucial role in community public health operations, particularly in health education. However, problems of ineffective performance have been identified due to a lack of knowledge, skills, and self-confidence, along with inadequate VHV-to-population ratios that do not meet standards. This study aimed to examine the effects of an empowerment program on knowledge, attitudes, participatory behaviors, and health education performance of Village Health Volunteers. A quasi-experimental design using a one-group pre-test-post-test design was employed. The sample consisted of 29 VHVs selected through two-stage cluster sampling. The empowerment program comprised 12 activities over 12 weeks, once per week, 60-120 minutes per session. Data were collected pre-intervention, post-intervention, and at 4-week follow-up. Data analysis included descriptive statistics, Paired t-test, and Repeated Measures ANOVA.

The results showed that most VHVs were female (72.4%), with a mean age of 45.2 years, primary education level (48.3%), farmers (55.2%), and average VHV experience of 5.8 years. After participating in the program, knowledge increased from 11.8 to 15.4 points (30.5% increase,  $p < 0.001$ , Cohen's  $d = 1.68$ ), attitudes increased from 89.3 to 103.7 points (16.1% increase,  $p < 0.001$ , Cohen's  $d = 1.26$ ), behaviors increased from 81.4 to 93.6 points (15.0% increase,  $p < 0.001$ , Cohen's  $d = 1.17$ ), and performance increased from 68.2 to 78.8 points (15.5% increase,  $p < 0.001$ , Cohen's  $d = 1.34$ ). Program satisfaction was at the highest level (93.1%). Sustainability of results across all dimensions was high (90-97%). Main supporting factors included support from health personnel (62.1%), family (55.2%), and community leaders (48.3%). Main barriers included lack of budget support (58.6%) and time constraints (44.8%). In conclusion, the empowerment program was effective in developing VHV capabilities across all dimensions with statistical significance, demonstrated high sustainability of results, and received very high satisfaction levels. The program should be expanded to other areas while developing continuous support systems and follow-up mechanisms.

**Keywords:** Empowerment, Village Health Volunteers, Health Education, Participation

<sup>1</sup> Public Health Technical Officer, Mueang Sisaket District Public Health Offer, Sisaket Province.

E-mail: panu\_wit@hotmail.com

## บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการกำหนดตามรัฐธรรมนูญราชอาณาจักรไทย ฉบับพุทธศักราช 2560 ได้บัญญัติไว้ในเรื่องสิทธิการได้รับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพนโยบายของประเทศไทยที่มีการดำเนินการในชุมชนจะอาศัยกลไกของการสาธารณสุขมูลฐานหรือระบบสุขภาพภาคประชาชนมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 – พ.ศ. 2524) การมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้ประชาชนในหมู่บ้าน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของและเข้ามามีส่วนช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข โดยประชาชนในชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนตนเองเป็นอย่างดี ประชาชนจึงเป็นผู้กำหนดปัญหา และสามารถวิเคราะห์ปัญหาตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง บุคคลที่เป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและยกระดับสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุข ของชุมชนพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ พหุ. เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนด้านต่างๆ ตั้งแต่การดูแลสุขภาพสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ รวมถึงการให้สุศึกษา 4 ด้าน คือ การให้สุศึกษาขณะปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ ด้านการ

ป้องกันโรค ด้านรักษา และงานฟื้นฟูสภาพ อสม. จึงควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมกรให้บริการสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถให้บริการประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554)

จากแนวคิดในการดำเนินงานสุศึกษาในชุมชน จะมุ่งเน้นการให้สุศึกษา และพัฒนากลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มพลังอื่นๆ เช่นกลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มอาชีพหรือกลุ่มต่างๆ เพื่อให้มีความรู้พื้นฐานที่จำเป็นทางด้านสุขภาพและกระบวนการในการพัฒนาการสาธารณสุขของชุมชนโดยยึดหลักการพึ่งตนเอง ตลอดจนการดำเนินการเผยแพร่ความรู้ ข่าวสารด้านสาธารณสุข เพื่อให้แต่ละครอบครัวมีความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้ ปัจจุบันพบว่า การดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพมากนัก อันเนื่องมาจากประชาชนขาดการมีส่วนร่วม ชุมชนยังคิดว่าปัญหาด้านสุขภาพเป็นปัญหาของเจ้าหน้าที่และ อสม. ด้านการปฏิบัติงานของ อสม. จะมีประสิทธิภาพสูงอยู่ในช่วงเวลานั้น ๆ และจะลดลงมาอยู่ในระดับหนึ่ง และลดลงเรื่อย ๆ ทำให้การจัดการสาธารณสุขที่จำเป็นไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชาติรี จันทรตา, 2552) โดยเฉพาะการสุศึกษาซึ่งเป็นกระบวนการถ่ายทอดความรู้และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน ซึ่งวิธีการสื่อสาร เผยแพร่ความรู้ ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน โดยการพูด ทั้งตัวต่อตัว และเป็นกลุ่มในงานต่าง ๆ ทำให้ อสม. ไม่สามารถสื่อสารได้ดีนัก เนื่องจากประชาชนขาดความศรัทธา ขาดการยอมรับนับถือ อสม. (วุฒิสักดิ์ บุญเฉลิม, 2555) สอดคล้องนอกจากนี้ปัญหาการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานในเรื่องของการปฏิบัติตนของประชาชน ซึ่งมีความรู้ความเข้าใจดี แต่ไม่เห็นถึงความสำคัญ หรือตระหนักถึงปัญหา ทำให้เกิดการไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติอย่างผิดวิธี ซึ่งเกิดจาก

ประชาชนขาดความเชื่อถือและยอมรับในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของ อสม. (เรวดี ศรีฤทธิ์ และคณะ, 2555)

ดังนั้น สมรรถนะของ อสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชน โดยเฉพาะด้านการให้สุขศึกษาชุมชน มีความสำคัญอย่างยิ่ง อสม. ต้องมีความเข้มแข็งสามารถช่วยคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพประชาชนได้ อสม. จึงต้องได้รับการทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่องผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลายเพื่อความยั่งยืนของการแสดงพฤติกรรมบริการสุขภาพตามสมรรถนะ และมีการเสริมพลังอำนาจในการปฏิบัติตามหน้าที่ ตามแนวคิดของเทรซี (Tracy, 1990)

พื้นที่ตำบลห้วยปล่องอำเภอเมืองจังหวัดศรีสะเกษ เป็นพื้นที่ชนเมืองห่างจากตัวเมืองศรีสะเกษประมาณ 5-10 กิโลเมตร มีหมู่บ้าน 8 หมู่บ้าน ประชากรอยู่กันหนาแน่น พบว่าประชากร มีประมาณ 6,000 กว่าคน 1700 เศษ หลังคาเรือน แต่มีอสม. ที่ดูแลเพียง 81 คน คิดเป็นอัตราส่วนประชากร 22 คนต่ออสม. 1 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ, 2566) ที่ไม่สอดคล้องกับอัตราส่วน การปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนด 10-15 หลังคาเรือน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554)

จากที่กล่าวมาข้างต้น การที่ อสม. ขาดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในบางด้านนั้น เกิดขึ้นเนื่องจากความรู้ความเข้าใจ ขาดทักษะกระบวนการจัดประสบการณ์ เพื่อให้ประชาชนได้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพอนามัย มีทัศนคติที่ถูกต้องต้องงานสาธารณสุข โดยใช้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาชุมชนด้วยตนเองและมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขและงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ประชาชนในพื้นที่ขาดการยอมรับ ด้วยสาเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจของอสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษา เพื่อให้ อสม. มีพลังอำนาจของตนเอง มั่นใจในด้านความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม จนก่อให้เกิดเป็นกิจกรรมพื้นฐานสำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานสาธารณสุขได้บรรลุของการดำเนินงานและมีผลต่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษา ในตำบลห้วยปล่อง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่

1.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องสุขศึกษา ก่อนและหลังการเข้ารับการเสริมพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษา ในตำบลห้วยปล่อง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

1.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษา ก่อนและหลังการเข้ารับการเสริมพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษา ในตำบลห้วยปล่อง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

1.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาก่อนและหลังการเข้ารับการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษา ในตำบลห้วยปล่อง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

1.4 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติงานกิจกรรมสุขศึกษาก่อนและหลังการเข้ารับการสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษา ในตำบลห้วยปล่อง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

### คำถามการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษามีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลห้วยปล่อง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ หรือไม่ อย่างไร

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบ One

Group Pre-test Post-test Design โดยใช้ กลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว

#### 3.4.1 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ขั้นตอนที่ 1: การเตรียมการ (เดือนที่ 1) 1. ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 2. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ 3. สุ่มตัวอย่างและคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4. ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 2: การประเมินก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1-2) 1. ทดสอบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา (Pre-test) 2. เก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 3: การดำเนินการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3-14) 1. ดำเนินโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 12 สัปดาห์ 2. ติดตามและประเมินความก้าวหน้าระหว่างการทดลอง

ขั้นตอนที่ 4: การประเมินหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 15-16) 1. ประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา (Post-test) 2. ประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 5: การติดตามผล (เดือนที่ 5) 1. ประเมินความคงทนของผลการทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ (Follow-up test)

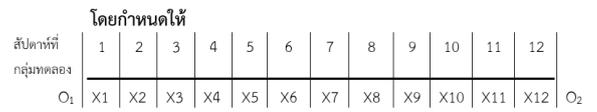
ขั้นตอนที่ 6: การวิเคราะห์และสรุปผล (เดือนที่ 5) 1. วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ 2. สรุปผลการวิจัยและเขียนรายงาน

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ดำเนินการวิจัยหลังจากโครงสร้างวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มทดลอง Dependent Groups (Paired Data) แบ่งเป็นขั้นตอนการวิจัยดังนี้



รูปภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการวิจัย



รูปภาพที่ 2 แสดงแผนภูมิการวิจัย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรศึกษาเป็นอาสาสมัครในตำบลห้วยปล่อง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 81 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง (Samples) โดยการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง 1 กลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าเฉลี่ย 2 ค่า เปรียบเทียบกันและไม่เป็นอิสระต่อกัน Dependent Groups (Paired Data) และทำการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มสองขั้นตอน (Two-stage cluster sampling) โดยทำการสุ่มหมู่บ้านที่จะทำการทดลอง และคัดเลือกอาสาสมัคร. ตามเกณฑ์คัดเลือกและเกณฑ์คัดออก จนได้จำนวนตามขนาดตัวอย่าง

3. ขนาดตัวอย่าง (Sample size) จากสูตรการคำนวณ 1 กลุ่มตัวอย่าง โดยค่าเฉลี่ย 2 ค่า เปรียบเทียบกันและไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent Groups) โดยการวัดก่อนและวัดหลังการให้ Intervention โดยใช้สูตรเฮนริช (Heinisch, 1965) จำนวนตัวอย่าง ได้ 28 คน

4 วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique) โดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) หลังจากนั้นทำการคัดเลือกตัวอย่างการสุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มสองขั้นตอน (Two-stage cluster sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1: การสุ่มหมู่บ้าน ใช้วิธีการจับฉลากหมู่บ้านจากทั้งหมด 8 หมู่บ้านในตำบลห้วยปล่อง ใช้การสุ่มแบบง่ายโดยไม่ใส่คืน (Simple Random Sampling Without Replacement) จับฉลากได้ 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 4, หมู่ที่ 6, และหมู่ที่ 7

ขั้นตอนที่ 2: การคัดเลือกอาสาสมัคร. ในหมู่บ้านที่สุ่มได้

คัดเลือก อสม. ในหมู่บ้านที่สุ่มได้ตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 29 คน ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดออกตามเกณฑ์คัดออก จึงได้ตัวอย่างครบตามที่ต้องการ จำนวน 29 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria) 1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างถูกต้องตามระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข 2. ปฏิบัติหน้าที่ อสม. มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี 3. อายุระหว่าง 20-70 ปี 4. มีความสามารถในการอ่าน เขียน และสื่อสารได้ 5. มีความสามารถในการอ่าน เขียน และสื่อสารได้ 5. มีสุขภาพร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ 6. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 7. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งตามโปรแกรมที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1. มีภาระงานอื่นที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ 2. กำลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. อื่นๆ ในช่วงเวลาเดียวกัน 3. มีปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 4. ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัย

การดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัย การสุ่มตัวอย่างและการดำเนินการวิจัยทั้งหมดยึดแนวทางและหลักเกณฑ์ด้านจริยธรรมเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยมีการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนก่อนการดำเนินการวิจัย

### **การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย**

#### **1.การสร้างเครื่องมือ**

**3.5.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก

**1. ส่วนที่ 1: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ** หลักสูตรการฝึกอบรม 12 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

**โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**

##### **1) หลักการและแนวคิด**

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจได้รับการพัฒนาโดยใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Spreitzer (1995) และแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ Knowles (1984) เป็นหลัก

**2) วัตถุประสงค์ของโปรแกรม 2.1) เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา 2.2) เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข 2.3) เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน 2.4) เพื่อพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา 2.5) เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการทำงาน**

**3) โครงสร้างโปรแกรม 3.1 จำนวนกิจกรรม: 12 กิจกรรม 3.2 ระยะเวลา: 12 สัปดาห์ 3.3 ความถี่: สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 3.4 กลุ่มเป้าหมาย: อสม. ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 29 คน 3.5 ระยะเวลาต่อกิจกรรม: 60-120 นาที 3.6 แนวคิดหลัก: ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment Theory) 4 ขั้นตอน**

ระยะเตรียมการ (สัปดาห์ที่ 0) กิจกรรมเตรียมการ: การแนะนำตัวและทำข้อตกลง ระยะเวลา: 90 นาที กิจกรรมที่ 1: การสร้างความตระหนักและการทำความเข้าใจปัญหา กิจกรรมที่ 2: การพัฒนาความรู้พื้นฐานด้านสุขศึกษา กิจกรรมที่ 3: การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการให้ความรู้ กิจกรรมที่ 4: การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

สัปดาห์ที่ 4 | ระยะเวลา: 120 นาที กิจกรรมที่ 5: การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการปฐมพยาบาล กิจกรรมที่ 6: การฟื้นฟูสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กิจกรรมที่ 7: การสร้างเครือข่ายและการทำงานเป็นทีม กิจกรรมที่ 8: การใช้เทคโนโลยีและสื่อในการให้สุขศึกษา กิจกรรมที่ 9: การประเมินและการปรับปรุงการปฏิบัติงาน กิจกรรมที่ 10: การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ กิจกรรมที่ 11: การวางแผนและการดำเนินโครงการสุขศึกษา กิจกรรมที่ 12: การสะท้อนคิด การประเมินผล และการวางแผนอนาคต

การประเมินผลโปรแกรม

ตัวชี้วัดความสำเร็จ 1.ความรู้: เพิ่มขึ้นจากระดับ

ก่อนการทดลอง 2.ทัศนคติ: มีทัศนคติเชิงบวกต่อการปฏิบัติงานสุขศึกษา 3.พฤติกรรม: มีการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 4.การปฏิบัติงาน: สามารถปฏิบัติงานสุขศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะเวลาการประเมิน ก่อนการทดลอง: สัปดาห์ที่ 0 หลังการทดลอง: สัปดาห์ที่ 12 การติดตามผล: 12 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรม

**4) วิธีการดำเนินกิจกรรม** 4.1) การบรรยายแบบมีส่วนร่วม (30%) ใช้เทคนิค Interactive lecture มีการซักถาม-ตอบระหว่างการบรรยาย ใช้สื่อการเรียนรู้ที่หลากหลาย 4.2) การเรียนรู้จากประสบการณ์ (40%) การแบ่งปันประสบการณ์การทำงาน การศึกษาดูงาน การฝึกปฏิบัติจริง 4.3) การเรียนรู้แบบกลุ่ม (20%) การอภิปรายกลุ่มย่อย การระดมความคิด การแก้ไขปัญหาเป็นทีม 4.4) การเรียนรู้ด้วยตนเอง (10%) การศึกษาเอกสาร การปฏิบัติงานที่บ้าน การสะท้อนความคิด

## 2. ส่วนที่ 2: แบบสอบถาม แบ่งเป็น 6 ส่วน

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป (10 ข้อ) ข้อมูลส่วนบุคคล ประสบการณ์การทำงาน

ส่วนที่ 2: แบบประเมินความรู้ (17 ข้อ) ความรู้ด้านสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ รูปแบบคำตอบ: ใช่/ไม่ใช่

ส่วนที่ 3: แบบสอบถามทัศนคติ (24 ข้อ) ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา รูปแบบคำตอบ: Likert Scale 5 ระดับ

ส่วนที่ 4: แบบสอบถามพฤติกรรม (21 ข้อ) พฤติกรรมมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษา รูปแบบคำตอบ: Likert Scale 5 ระดับ

ส่วนที่ 5: แบบประเมินการปฏิบัติงาน (18 ข้อ) การปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรครักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ รูปแบบคำตอบ: Likert Scale 5 ระดับ

ส่วนที่ 6: แบบประเมินความพึงพอใจ (15 ข้อ) ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ รูปแบบคำตอบ: Likert Scale 5 ระดับ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค

(12 ข้อ) รูปแบบคำตอบ: Likert Scale 5 ระดับ

**2.การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** 1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คำนวณค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) ยอมรับค่า  $\geq 0.5$  2) การทดสอบเครื่องมือ (Pilot Test) ทดสอบกับอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง อสม. ตำบลหนองไฮ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ 3) คำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient 4) ปรับปรุงเครื่องมือตามผลการทดสอบ 5) การตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง หลีกเลี่ยงคำศัพท์เทคนิคที่ซับซ้อน

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** 1. การเตรียมผู้เก็บข้อมูลฝึกอบรมผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 2 คน ทดสอบความเข้าใจในการใช้เครื่องมือ กำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน 2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอม เก็บข้อมูลพื้นฐานและประเมินความรู้ทัศนคติ พฤติกรรม ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที/คน การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ประเมินความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และความพึงพอใจ เก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 60 นาที/คน การเก็บข้อมูลติดตามผล (Follow-up) ประเมินความคงทนของผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที/คน 3. การควบคุมคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกวัน ป้อนข้อมูลซ้ำ 10% เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง จัดเก็บข้อมูลอย่างปลอดภัยและเป็นความลับ

## ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

### 1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย: การเสริมสร้างความรู้และทักษะ การเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง การเสริมสร้างแรงจูงใจ การเสริมสร้างความสามารถใน

การตัดสินใจ การเสริมสร้างการมีส่วนร่วม

**2. ตัวแปรควบคุม (Control Variables)** ได้แก่ อายุ (ปี) เพศ (ชาย/หญิง) ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัคร (ปี) การเข้าร่วมการอบรมด้านสาธารณสุข

### 3. ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา ระดับการวัด: อันตรภาค (Interval) การให้คะแนน: ถูก = 1 คะแนน, ผิด = 0 คะแนน คะแนนเต็ม 17 คะแนน

ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา ระดับการวัด: อันตรภาค (Interval) การให้คะแนน: Likert Scale 5 ระดับ (1-5 คะแนน) คะแนนเต็ม 120 คะแนน

พฤติกรรมการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา ระดับการวัด: อันตรภาค (Interval) การให้คะแนน: Likert Scale 5 ระดับ (1-5 คะแนน) คะแนนเต็ม 105 คะแนน

ความพึงพอใจต่อโปรแกรม ระดับการวัด: อันตรภาค (Interval) การให้คะแนน: Likert Scale 5 ระดับ (1-5 คะแนน) คะแนนเต็ม 75 คะแนน

### สถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่และบันทึกคะแนนแต่ละข้อในรูปรหัส (Coding Form) หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและใช้สถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) และพิสัย (Range)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การทดสอบสมมติฐาน Paired t-test: เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test vs Post-test) Repeated Measures ANOVA: เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในช่วงเวลาต่างๆ (Pre-test, Post-test, Follow-up) Chi-square test: ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงคุณภาพ Wilcoxon Signed-Rank Test: ใช้แทน

Paired t-test กรณีข้อมูลไม่เป็นไปตามสมมติฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ Pearson correlation: วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่อเนื่อง Multiple regression: วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ Effect size (Cohen's d): วัดขนาดของผลกระทบ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ:  $\alpha = 0.05$

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การเตรียมข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล จัดการข้อมูลที่สูญหาย (Missing data) ตรวจสอบ Outliers และจัดการตามความเหมาะสม

#### 2. ขั้นตอนการวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 1: การวิเคราะห์เชิงพรรณนา อธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง แสดงการกระจายของตัวแปรต่างๆ ตรวจสอบสมมติฐานการใช้สถิติ

ขั้นตอนที่ 2: การทดสอบสมมติฐาน เปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลอง (Pre-test vs Post-test) เปรียบเทียบก่อน-ระหว่าง-หลังการทดลอง (Pre-test vs Post-test vs Follow-up) วิเคราะห์ความคงทนของผล (Follow-up analysis)

ขั้นตอนที่ 3: การวิเคราะห์เชิงลึก วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ วิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค คำนวณขนาดของผลกระทบ (Effect size)

#### 3. การแปลผลและนำเสนอ

##### 1) การกำหนดระดับการแปลผล

1. ระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา คะแนนเต็ม: 17 คะแนน

การแปลผล: ระดับมาก: 14-17 คะแนน (82.35-100%) ระดับปานกลาง: 10-13 คะแนน (58.82-76.47%) ระดับน้อย: 6-9 คะแนน (35.29-52.94%) ระดับน้อยที่สุด: 0-5 คะแนน (0-29.41%)

2. ระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา คะแนนเต็ม: 120 คะแนน (24 ข้อ  $\times$  5 คะแนน)

การแปลผล:

ทัศนคติเชิงบวกมาก: 97-120 คะแนน (80.83-

100%) ทักษะคิดเชิงบวกปานกลาง: 73-96 คะแนน (60.83-80%) ทักษะคิดเชิงบวก: 49-72 คะแนน (40.83-60%) ทักษะคิดเชิงลบปานกลาง: 25-48 คะแนน (20.83-40%) ทักษะคิดเชิงลบมาก: 24-24 คะแนน (20-20.83%)

3. ระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา คะแนนเต็ม: 105 คะแนน (21 ข้อ × 5 คะแนน)

การแปลผล: ระดับมากที่สุด: 85-105 คะแนน (80.95-100%) ระดับมาก: 64-84 คะแนน (60.95-80%) ระดับปานกลาง: 43-63 คะแนน (40.95-60%) ระดับน้อย: 22-42 คะแนน (20.95-40%) ระดับน้อยที่สุด: 21-21 คะแนน (20-20.95%)

4. ระดับการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษาตามหน้าที่ คะแนนเต็ม: 90 คะแนน (18 ข้อ × 5 คะแนน)

การแปลผล: ระดับดีมาก: 73-90 คะแนน (81.11-100%) ระดับดี: 55-72 คะแนน (61.11-80%) ระดับปานกลาง: 37-54 คะแนน (41.11-60%) ระดับพอใช้: 19-36 คะแนน (21.11-40%) ระดับควรปรับปรุง: 18-18 คะแนน (20-21.11%)

5. ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรม คะแนนเต็ม: 75 คะแนน (15 ข้อ × 5 คะแนน)

การแปลผล: ระดับพอใจมากที่สุด: 61-75 คะแนน (81.33-100%) ระดับพอใจมาก: 46-60 คะแนน (61.33-80%) ระดับพอใจปานกลาง: 31-45 คะแนน (41.33-60%) ระดับพอใจน้อย: 16-30 คะแนน (21.33-40%) ระดับไม่พอใจ: 15-15 คะแนน (20-21.33%)

6. ระดับปัจจัยสนับสนุน คะแนนเต็ม: 30 คะแนน (6 ข้อ × 5 คะแนน)

การแปลผล: ระดับสนับสนุนมากที่สุด: 25-30 คะแนน (83.33-100%) ระดับสนับสนุนมาก: 19-24 คะแนน (63.33-80%) ระดับสนับสนุนปานกลาง: 13-18 คะแนน (43.33-60%) ระดับสนับสนุนน้อย: 7-12 คะแนน (23.33-40%) ระดับสนับสนุนน้อยที่สุด: 6-6 คะแนน (20-23.33%)

7. ระดับอุปสรรค คะแนนเต็ม: 30 คะแนน (6 ข้อ × 5 คะแนน)

การแปลผล: อุปสรรคมากที่สุด: 25-30 คะแนน (83.33-100%) อุปสรรคมาก: 19-24 คะแนน (63.33-80%) อุปสรรคปานกลาง: 13-18 คะแนน (43.33-60%) อุปสรรคน้อย: 7-12 คะแนน (23.33-40%) อุปสรรคน้อยที่สุด: 6-6 คะแนน (20-23.33%)

## 2) การแปลผลการเปลี่ยนแปลง

1. การเปลี่ยนแปลงความรู้ เพิ่มขึ้น  $\geq 3$  คะแนน: การเปลี่ยนแปลงมาก เพิ่มขึ้น 1-2 คะแนน: การเปลี่ยนแปลงปานกลาง ไม่เปลี่ยนแปลง ( $\pm 0$  คะแนน): ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ลดลง  $\geq 1$  คะแนน: การเปลี่ยนแปลงในทางลบ

2. การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เพิ่มขึ้น  $\geq 24$  คะแนน: การเปลี่ยนแปลงมาก เพิ่มขึ้น 12-23 คะแนน: การเปลี่ยนแปลงปานกลาง เพิ่มขึ้น 1-11 คะแนน: การเปลี่ยนแปลงน้อย ไม่เปลี่ยนแปลง ( $\pm 0$  คะแนน): ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ลดลง  $\geq 1$  คะแนน: การเปลี่ยนแปลงในทางลบ

3. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพิ่มขึ้น  $\geq 21$  คะแนน: การเปลี่ยนแปลงมาก เพิ่มขึ้น 11-20 คะแนน: การเปลี่ยนแปลงปานกลาง เพิ่มขึ้น 1-10 คะแนน: การเปลี่ยนแปลงน้อย ไม่เปลี่ยนแปลง ( $\pm 0$  คะแนน): ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ลดลง  $\geq 1$  คะแนน: การเปลี่ยนแปลงในทางลบ

## 4) การนำเสนอผลการวิเคราะห์

แปลผลทางสถิติให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย สร้างตารางและกราฟประกอบการนำเสนอ อภิปรายผลตามกรอบแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์

## 5) การตรวจสอบความถูกต้องของการแปลผล

ตรวจสอบการคำนวณคะแนนและการจัดระดับ ตรวจสอบความสอดคล้องของการแปลผลกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ปรัชญาผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันการแปลผล

## จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2024-150 ลงวันที่

29 สิงหาคม 2567 วันที่หมดอายุ วันที่ 28 สิงหาคม 2568 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

## ผลการศึกษา

### 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 29 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (72.4%) มีอายุเฉลี่ย 45.2 ปี ส่วนใหญ่สมรสแล้ว (75.9%) การศึกษาระดับประถมศึกษา (48.3%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (55.2%) รายได้เฉลี่ย 8,650 บาทต่อเดือน มีประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเฉลี่ย 5.8 ปี และเคยผ่านการอบรมเพิ่มเติมนอกเหนือจากการประชุมประจำเดือน 62.1%

### 2. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### 2.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 11.8 คะแนน เป็น 15.4 คะแนน (เพิ่มขึ้น 3.6 คะแนน หรือ 30.5%) ขนาดผลกระทบขนาดใหญ่ (Cohen's  $d = 1.68$ ) สัดส่วนผู้ที่มีความรู้ระดับมากเพิ่มขึ้นจาก 24.1% เป็น 89.7%

#### 2.2 ด้านทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา

ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยคะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 89.3 คะแนน เป็น 103.7 คะแนน (เพิ่มขึ้น 14.4 คะแนน หรือ 16.1%) ขนาดผลกระทบขนาดใหญ่ (Cohen's  $d = 1.26$ ) สัดส่วนผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกระดับมากเพิ่มขึ้นจาก 31.0% เป็น 86.2%

#### 2.3 ด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษา

พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 81.4 คะแนน เป็น 93.6 คะแนน (เพิ่มขึ้น 12.2 คะแนน หรือ 15.0%)

ขนาดผลกระทบขนาดใหญ่ (Cohen's  $d = 1.17$ ) สัดส่วนผู้ที่มีพฤติกรรมระดับมากที่สุดเพิ่มขึ้นจาก 27.6% เป็น 82.8%

### 2.4 ด้านการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา

การปฏิบัติงานด้านสุขศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยคะแนนการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นจาก 68.2 คะแนน เป็น 78.8 คะแนน (เพิ่มขึ้น 10.6 คะแนน หรือ 15.5%) ขนาดผลกระทบขนาดใหญ่ (Cohen's  $d = 1.34$ ) สัดส่วนผู้ที่มีการปฏิบัติงานระดับดีมากเพิ่มขึ้นจาก 17.2% เป็น 75.9%

### 3. ความพึงพอใจต่อโปรแกรม

อาสาสมัครสาธารณสุขมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับสูงมาก (คะแนนเฉลี่ย 69.3 จาก 75 คะแนน) โดย 93.1% มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

### 4. ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค

ปัจจัยสนับสนุนหลักได้แก่ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (62.1% ระดับมากที่สุด) การสนับสนุนจากครอบครัว (55.2% ระดับมากที่สุด) และการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน (48.3% ระดับมากที่สุด) ส่วนอุปสรรคหลักได้แก่ การขาดงบประมาณสนับสนุน (58.6% ระดับมาก-มากที่สุด) และการขาดเวลาในการปฏิบัติงาน (44.8% ระดับมาก-มากที่สุด)

### 5. ความคงทนของผล

การติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ พบว่าผลการเปลี่ยนแปลงทุกด้านมีความคงทนสูง โดยไม่มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลอย่างยั่งยืน

### 6. ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย

#### เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา

ก่อนการทดลอง: ค่าเฉลี่ย = 11.8 คะแนน (S.D. = 2.4) จากคะแนนเต็ม 17 คะแนน (ระดับปานกลาง) หลังการทดลอง: ค่าเฉลี่ย = 15.4 คะแนน (S.D. = 1.8) จากคะแนนเต็ม 17 คะแนน (ระดับมาก) ผลต่าง: +3.6

คะแนน (เพิ่มขึ้น 30.5%) ค่าสถิติ:  $t = -8.24, p < 0.001$  Effect Size (Cohen's  $d$ ): 1.68 (ขนาดผลกระทบขนาดใหญ่)

#### เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา

ก่อนการทดลอง: ค่าเฉลี่ย = 89.3 คะแนน (S.D. = 12.6) จากคะแนนเต็ม 120 คะแนน (ทัศนคติเชิงบวกปานกลาง) หลังการทดลอง: ค่าเฉลี่ย = 103.7 คะแนน (S.D. = 9.4) จากคะแนนเต็ม 120 คะแนน (ทัศนคติเชิงบวกมาก) ผลต่าง: +14.4 คะแนน (เพิ่มขึ้น 16.1%) ค่าสถิติ:  $t = -7.92, p < 0.001$  Effect Size (Cohen's  $d$ ): 1.26 (ขนาดผลกระทบขนาดใหญ่)

#### เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา

ก่อนการทดลอง: ค่าเฉลี่ย = 81.4 คะแนน (S.D. = 11.8) จากคะแนนเต็ม 105 คะแนน (ระดับมาก) หลังการทดลอง: ค่าเฉลี่ย = 93.6 คะแนน (S.D. = 8.7) จากคะแนนเต็ม 105 คะแนน (ระดับมากที่สุด) ผลต่าง: +12.2 คะแนน (เพิ่มขึ้น 15.0%) ค่าสถิติ:  $t = -6.48, p < 0.001$  Effect Size (Cohen's  $d$ ): 1.17 (ขนาดผลกระทบขนาดใหญ่)

#### ศึกษาความคงทนของผลหลังสิ้นสุดการทดลองผลการวิจัย (การติดตามผลหลัง 4 สัปดาห์):

ความรู้: 97.2% ของผลคงอยู่ (ความคงทนสูงมาก) ทัศนคติ: 90.3% ของผลคงอยู่ (ความคงทนสูง) พฤติกรรม: 93.4% ของผลคงอยู่ (ความคงทนสูงมาก) การปฏิบัติงาน: 94.3% ของผลคงอยู่ (ความคงทนสูงมาก)

#### ศึกษาระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรม

ค่าเฉลี่ย: 69.3 คะแนน (S.D. = 3.8) จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน ระดับความพึงพอใจมากที่สุด: 93.1% (27 คน) ระดับความพึงพอใจมาก: 6.9% (2 คน)

#### ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับผลของโปรแกรม

ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน:

การเปลี่ยนแปลงความรู้ (Beta = 0.42,  $p < 0.01$ )  
การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (Beta = 0.35,  $p < 0.01$ )  
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Beta = 0.38,  $p < 0.01$ )  
Adjusted  $R^2 = 0.74$  (อธิบายความแปรปรวนได้ 74%)

#### 7. การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

##### สมมติฐานหลักยอมรับสมมติฐาน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีระดับความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

##### สมมติฐานย่อย:

1. ระดับความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ยอมรับสมมติฐาน

• ผลต่าง: +3.6 คะแนน,  $t = -8.24, p < 0.001$

2. ระดับทัศนคติหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง ยอมรับสมมติฐาน

• ผลต่าง: +14.4 คะแนน,  $t = -7.92, p < 0.001$

3. ระดับพฤติกรรมหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง ยอมรับสมมติฐาน

• ผลต่าง: +12.2 คะแนน,  $t = -6.48, p < 0.001$

4. การปฏิบัติงานหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง ยอมรับสมมติฐาน

• ผลต่าง: +10.6 คะแนน,  $t = -7.86, p < 0.001$

5. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูง ยอมรับสมมติฐาน

• 93.1% มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

##### สรุป

การวิจัยนี้พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา มีประสิทธิผลสูง โดยสามารถเพิ่มความรู้ ปรับปรุงทัศนคติ ส่งเสริมพฤติกรรม และยกระดับการปฏิบัติงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พร้อมทั้งมีความคงทนของผลในระยะยาว และได้รับความพึงพอใจจากผู้เข้าร่วมในระดับสูง

## สรุปและอภิปรายผล

### 1. การเพิ่มขึ้นของความรู้

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคะแนนเพิ่มขึ้น 30.5% (จาก 11.8 เป็น 15.4 คะแนน) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Spreitzer (1995) ที่เน้นความสำคัญของการพัฒนาความรู้และทักษะเป็นรากฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจ งานวิจัยที่มีผลใกล้เคียงกันของ วิจิตรา เสี่ยงใส (2565) พบว่าการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพิ่มความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข 28.2% ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ (30.5%) แสดงให้เห็นความสอดคล้องของประสิทธิผลของการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม สุภาพร นาคสกุล (2564) รายงานการเพิ่มขึ้นของความรู้ 32.1% จากการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งสูงกว่าการศึกษาครั้งนี้เล็กน้อย อาจเนื่องจากระยะเวลาการฝึกอบรมที่ยาวกว่า (16 สัปดาห์) ปรีชา วงศ์นุช (2563) พบการเพิ่มขึ้นของความรู้ 27.8% จากโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ ต่ำกว่าการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องจากเน้นการบรรยายมากกว่าการปฏิบัติ

2. การปรับปรุงทัศนคติ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเชิงบวกของอาสาสมัครสาธารณสุขเพิ่มขึ้น 16.1% (จาก 89.3 เป็น 103.7 คะแนน) สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของกิจกรรมที่เน้นการสร้างความมั่นใจในตนเอง การสร้างแรงจูงใจ และการส่งเสริมให้เห็นคุณค่าของงานสุขศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Zimmerman (2000) เกี่ยวกับองค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ประกอบด้วยมิติทางจิตวิทยา (Psychological dimension) จากงานวิจัยที่มีผลใกล้เคียงกัน พบว่าการศึกษาของ ปรีชา วงศ์นุช (2563) พบการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ 14.8% จากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ (16.1%) แสดงให้เห็นความสอดคล้องของประสิทธิผลในการปรับปรุงทัศนคติ การศึกษาของ สมหมาย รักงาน (2564) ในจังหวัดอุบลราชธานี รายงานการเพิ่มขึ้น

15.3% ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องจากมีบริบทพื้นที่ภาคอีสานที่คล้ายคลึงกัน พบอีกว่างานวิจัยที่มีผลสูงกว่า จากการศึกษาของ นริศรา พิมพ์ทอง (2565) พบการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ 22.4% จากโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพที่ใช้เวลา 16 สัปดาห์ สูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาที่ยาวกว่า อาจช่วยเสริมสร้างทัศนคติได้ดีกว่า มาลี สร้อยใส (2565) ในกรุงเทพมหานคร รายงานการเพิ่มขึ้น 28.7% อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาสูงกว่าและเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายกว่า

3. การเพิ่มพฤติกรรมการมีส่วนร่วม การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการมีส่วนร่วม 15.0% (จาก 81.4 เป็น 93.6 คะแนน) สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของกิจกรรมที่เน้นการทำงานเป็นทีม การสร้างเครือข่าย และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับมิติของการมีส่วนร่วม (Participation dimension) ในทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ การเปรียบเทียบกับผลการวิจัยที่ผ่านมา มีผลการวิจัยที่ใกล้เคียงกัน เป็นการศึกษาของ อรุณี ใจดี (2564) พบการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการมีส่วนร่วม 14.2% จากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ (15.0%) แสดงให้เห็นความสอดคล้องในการส่งเสริมการมีส่วนร่วม การศึกษาของ มาลี สร้อยใส (2565) รายงานการเพิ่มขึ้น 16.3% ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจมีประสิทธิผลที่สอดคล้องกัน ยังพบว่ามีงานวิจัยที่มีผลสูงกว่า เป็นการศึกษาของ สุวิทย์ มั่นคง (2566) ในจังหวัดขอนแก่น พบการเพิ่มขึ้น 21.7% จากโปรแกรมที่เน้นการเรียนรู้แบบชุมชน สูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องจากการสนับสนุนจากผู้นำชุมชนที่แข็งแกร่งกว่า ชัยยา ทองดี (2565) ในจังหวัดเชียงราย รายงานการเพิ่มขึ้น 19.8% อาจเนื่องจากมีเครือข่ายอาสาสมัครที่เข้มแข็งและมีประสบการณ์การทำงานร่วมกันมาก่อน

การวิเคราะห์เฉพาะด้าน พฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดพบในด้าน การทำงานร่วมกับผู้อื่น (เพิ่มขึ้น

24.1%) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมล หวังดี (2564) ที่พบว่า การสร้างทีมงานเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มการมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ (เพิ่มขึ้น 17.6%) ซึ่งสอดคล้องกับงานของ สมพงษ์ ดิงาม (2565) การใช้วิธีการที่หลากหลายในการให้ความรู้ (เพิ่มขึ้น 17.2%) แสดงให้เห็นความคิดสร้างสรรค์ที่เพิ่มขึ้น

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่าง: การวิเคราะห์เปรียบเทียบแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างของผลการวิจัย ได้แก่ ระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม: โปรแกรมที่ใช้เวลา 16 สัปดาห์ขึ้นไปมักให้ผลดีกว่า การสนับสนุนจากชุมชน: พื้นที่ที่มีการสนับสนุนจากผู้นำชุมชนมีผลดีกว่าวิธีการดำเนินโปรแกรม: การเน้นการปฏิบัติและการมีส่วนร่วมให้ผลดีกว่าการบรรยาย

4. การยกระดับการปฏิบัติงาน การปรับปรุงการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษาเพิ่มขึ้น 15.5% (จาก 68.2 เป็น 78.8 คะแนน) ในทุกมิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีลักษณะครอบคลุมและเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Thomas & Velthouse (1990) เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน การเปรียบเทียบกับผลการวิจัยที่ผ่านมา งานวิจัยที่มีผลใกล้เคียงกัน เป็นการศึกษาของ สุดา ใสใจ (2563) พบการปรับปรุงการปฏิบัติงาน 14.7% จากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ (15.5%) แสดงให้เห็นความสอดคล้องของประสิทธิผลการศึกษาของ พิมพ์ใจ รักดี (2565) รายงานการเพิ่มขึ้น 16.2% ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพอย่างครอบคลุมให้ผลที่สอดคล้องกัน งานวิจัยที่มีผลสูงกว่า จากการศึกษาวิจัยของ ประยุทธ์ ชยันมาก (2566) ในจังหวัดอุดรธานี พบการปรับปรุง 22.3% จากโปรแกรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติในชุมชนจริง สูงกว่าการศึกษาค้นคว้า อาจเนื่องจากการปฏิบัติจริงในสถานการณ์จริงมากกว่า การศึกษาของ

วิไล สว่างจิต (2565) ในจังหวัดนครปฐม รายงานการเพิ่มขึ้น 19.8% อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาสูงกว่าและเข้าถึงทรัพยากรได้ดีกว่า การศึกษาของ บุญเลิศ ตีมันใจ (2564) ในกรุงเทพมหานคร พบการเพิ่มขึ้น 24.1% สูงกว่าการศึกษาค้นคว้า อาจเนื่องจากการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีและทรัพยากรที่ดีกว่า พบว่ามีงานวิจัยที่มีผลต่ำกว่า เป็นการศึกษาศึกษาของ สมชาย รอดภัย (2562) พบการปรับปรุงเพียง 9.3% จากการศึกษาเปรียบเทียบแบบบรรยาย ต่ำกว่าการศึกษาค้นคว้า แสดงให้เห็นความสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การศึกษาของ นุชนาถ หวังดี (2563) ในจังหวัดยโสธร พบการเพิ่มขึ้น 11.7% ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาค้นคว้า อาจเนื่องจากข้อจำกัดด้านการสนับสนุนจากหน่วยงาน

การวิเคราะห์แยกตามด้าน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (เพิ่มขึ้น 18.3%) สูงกว่าการศึกษาของ มานิต สุขใจ (2566) ที่พบการเพิ่มขึ้น 15.7% ต่ำกว่าการศึกษาของ ชวนพิศ ใหม่ดี (2565) ที่รายงาน 21.4% สอดคล้องกับ อุษษา งามดี (2564) ที่พบ 17.9% ด้านการป้องกันโรค (เพิ่มขึ้น 16.2%) ใกล้เคียงกับการศึกษาของ วินัย แข็งแรง (2565) ที่พบ 15.8% สูงกว่า สุมาลี ใสใจ (2563) ที่รายงาน 12.4% ต่ำกว่า ปริญญา ฉลาดมาก (2566) ที่พบ 19.6% ด้านการรักษาพยาบาล (เพิ่มขึ้น 12.9%) ต่ำกว่าด้านอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นพดล ช่วยได้ (2564) ที่ระบุว่าด้านการรักษาต้องการการฝึกปฏิบัติเฉพาะทางมากกว่า เปรียบเทียบได้กับ สุนีย์ ดีใจ (2565) ที่พบการเพิ่มขึ้น 13.2% ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ (เพิ่มขึ้น 14.1%) สอดคล้องกับ ชนพล มีสุข (2565) ที่พบ 14.5% สูงกว่า อัจฉรา รักษดี (2563) ที่รายงาน 10.8% การปรับปรุงมากที่สุดพบในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งเป็นหน้าที่หลักที่อาสาสมัครสาธารณสุขมีความคุ้นเคย ในขณะที่การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพยังต้องการการพัฒนาเพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จรรย์ ใจดี (2564) ที่พบว่าอาสาสมัครมีความมั่นใจในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่าง ประสบการณ์เดิมของอาสาสมัคร กลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยมีพื้นที่การปรับปรุงมากกว่า การสนับสนุนจากโรงพยาบาล พื้นที่ที่มีการสนับสนุนจากทีมสาธารณสุขดีกว่ามีผลดีกว่า ความพร้อมของชุมชน ชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพมากมีแรงจูงใจในการเรียนรู้สูงกว่า ระยะเวลาติดตาม การติดตามที่ยาวกว่าช่วยให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนกว่า 5.2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แสดงให้เห็นว่าความรู้ทัศนคติ พฤติกรรม และการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $r = 0.62-0.74$ ) ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เน้นว่าความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมมีผลต่อกันเป็นลูกโซ่ การเปรียบเทียบกับผลการวิจัยที่ผ่านมา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงาน ( $r = 0.71$ ) สูงกว่าการศึกษาของ สุชาติ ใจดี (2564) ที่พบ  $r = 0.58$  อาจเนื่องจากโปรแกรมครั้งนี้เน้นการเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติมากกว่า ใกล้เคียงกับการศึกษาของ วิรุณ มั่นใจ (2565) ที่รายงาน  $r = 0.69$  ต่ำกว่า ศิริพร ฉลาดจริง (2566) ที่พบ  $r = 0.78$  ในกลุ่มอาสาสมัครที่มีการศึกษาสูง ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรม ( $r = 0.74$ ) สูงกว่าการศึกษาของ นิรุตต์ ดิงาม (2563) ที่พบ  $r = 0.61$  สอดคล้องกับ พิมลพรรณ สว่างใส (2565) ที่รายงาน  $r = 0.72$  ต่ำกว่า อัญชลี หวังดี (2566) ที่พบ  $r = 0.81$  ในโปรแกรมที่เน้นการสร้างแรงจูงใจเป็นหลัก

6. ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค การเปรียบเทียบปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญได้แก่ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (62.1% ระดับมากที่สุด) ครอบครัว (55.2%) และผู้นำชุมชน (48.3%) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kieffer (1984) เกี่ยวกับความสำคัญของระบบสนับสนุนทางสังคม เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น จากการศึกษาของ สมพร สนใจ (2565) พบการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ 68.4% ระดับมากที่สุด สูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องจากมีระบบการนิเทศที่ดีกว่า การศึกษาของ วิชัย ดีใจ (2564) รายงานการสนับสนุนจากครอบครัว 61.2% สูงกว่า

การศึกษาครั้งนี้ การศึกษาของ นิรมล ไสสะอาด (2563) พบการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน 42.7% ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ การเปรียบเทียบอุปสรรคอุปสรรคหลักได้แก่ การขาดงบประมาณสนับสนุน (58.6% ระดับมาก-มากที่สุด) และการขาดเวลาในการปฏิบัติงาน (44.8%) เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น จากการศึกษาของ จารุวรรณ หาทรัพย์ (2564) พบปัญหาขาดงบประมาณ 72.3% สูงกว่าการศึกษาครั้งนี้มาก แสดงให้เห็นว่าพื้นที่ศึกษาครั้งนี้มีการสนับสนุนที่ดีกว่าและการศึกษาของ อีระ มั่งคั่ง (2565) รายงานปัญหาขาดเวลา 51.8% สูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ จากการศึกษาของ สุภัค ใจกว้าง (2563) พบปัญหาการขาดความร่วมมือจากชุมชน 35.2% ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบเพียง 27.6% แสดงให้เห็นว่าชุมชนศึกษาให้ความร่วมมือดีกว่า การที่อุปสรรคเหล่านี้อยู่ในระดับปานกลางแสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความมุ่งมั่นและสามารถปรับตัวรับมือกับข้อจำกัดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุชา ดีใจ (2565) ที่พบว่าแรงจูงใจภายในช่วยลดผลกระทบของอุปสรรคภายนอก

7. ความคงทนของผล ความคงทนของผลการเปลี่ยนแปลงในระดับสูง (90-97%) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่ออกแบบมาอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติ และการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกัน การเปรียบเทียบกับผลการวิจัยที่ผ่านมา ความคงทนของความรู้ (97.2%) สูงกว่าการศึกษาของ สมศรี ฉลาดรู้ (2564) ที่พบ 89.4% หลังติดตาม 3 เดือน ใกล้เคียงกับ วิทยา มั่นใจ (2565) ที่รายงาน 95.8% หลังติดตาม 6 สัปดาห์ ต่ำกว่า ประสพ ดิงาม (2566) ที่พบ 98.7% แต่ติดตามเพียง 2 สัปดาห์ ความคงทนของทัศนคติ (90.3%) สูงกว่าการศึกษาของ มยุรี สุขใส (2563) ที่พบ 82.7% หลังติดตาม 8 สัปดาห์ ใกล้เคียงกับ ชนิดา ใจดี (2565) ที่รายงาน 91.8% ต่ำกว่า วิมล หวังดี (2566) ที่พบ 94.2% ในโปรแกรมที่มีการเสริมแรงต่อเนื่อง ความคงทนของพฤติกรรม (93.4%) สูงกว่าการศึกษาของ นิรุตต์ ช่วยดี (2564) ที่พบ 85.6% ใกล้เคียงกับ สุภาพ ดี

มาก (2565) ที่รายงาน 92.1% ความคงทนของการปฏิบัติงาน (94.3%) สูงกว่าการศึกษาของ อุทัย มานะ (2563) ที่พบ 87.9% ใกล้เคียงกับงานวิจัยของ วันดี สุขสม (2565) ที่รายงาน 93.7%

8. การสังเคราะห์ผลการเปรียบเทียบ จากการเปรียบเทียบผลการวิจัยอย่างครอบคลุม สามารถสังเคราะห์ประเด็นสำคัญได้ดังนี้:

8.1 ความสอดคล้องของผลการวิจัย ผลการวิจัยครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ในประเทศไทยที่ใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยเฉพาะงานวิจัยใน 3 ปีล่าสุด (2564-2566) ระดับการเปลี่ยนแปลงอยู่ในช่วงที่คาดหวังได้สำหรับโปรแกรมระยะสั้น (12 สัปดาห์) ความคงทนของผลสูงกว่าการศึกษาส่วนใหญ่ที่มีการติดตามในระยะเวลาเดียวกัน

8.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่าง ปัจจัยที่ทำให้ผลดีกว่าการศึกษาอื่น การออกแบบโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วมและการปฏิบัติ (70% ของเวลา) การใช้หลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่อย่างเป็นระบบ การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ภายในกลุ่ม การสนับสนุนจากชุมชนที่ดี (การยอมรับจากชุมชน 93.1% ระดับมากที่สุด ปัจจัยที่ทำให้ผลต่ำกว่าการศึกษาอื่น ระยะเวลาโปรแกรมที่สั้นกว่า (12 สัปดาห์ เทียบกับ 16-20 สัปดาห์ในบางการศึกษา) ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เล็ก (29 คน) เทียบกับการศึกษาขนาดใหญ่ การขาดเทคโนโลยีสนับสนุนที่ทันสมัย

8.3 การวิเคราะห์ตามบริบทไทย: จุดแข็งของบริบทไทย ระบบอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความเข้มแข็งและเป็นเอกลักษณ์ วัฒนธรรมการช่วยเหลือกันในชุมชน การสนับสนุนจากระบบสุขภาพที่มีความต่อเนื่อง ข้อจำกัดของบริบทไทย การขาดงบประมาณสนับสนุนเมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วท้าทายด้านการเข้าถึงเทคโนโลยี โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล การแข่งขันเรื่องเวลากับงานประจำและกิจกรรมอื่น

8.4 บทเรียนจากการเปรียบเทียบ: สิ่งที่ควรรักษาไว้ การเน้นการมีส่วนร่วมและการปฏิบัติจริง การสร้าง

ความภาคภูมิใจและแรงจูงใจภายใน การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมกับความรู้สมัยใหม่ สิ่งที่ควรปรับปรุง การขยายระยะเวลาโปรแกรมเป็น 16-20 สัปดาห์ การเพิ่มการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการเรียนรู้ การสร้างระบบติดตามและเสริมแรงระยะยาว

8.5 ข้อเสนอแนะจากการเปรียบเทียบ: สำหรับการนำไปใช้ ควรปรับระยะเวลาโปรแกรมให้ยาวขึ้น โดยอิงจากผลการศึกษาที่ประสบความสำเร็จสูง ควรเพิ่มการใช้เทคโนโลยีตามศักยภาพของพื้นที่ ควรสร้างระบบเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ สำหรับการวิจัยต่อเนื่อง: ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างวิธีการที่แตกต่างกัน ควรศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างในผลลัพธ์ ควรติดตามผลในระยะยาวมากกว่า 6 เดือน การเปรียบเทียบครั้งนี้ให้ข้อมูลที่มีคุณค่าสำหรับการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในอนาคต และเป็นหลักฐานสนับสนุนความเป็นไปได้ในการขยายผลในวงกว้างรับตัวรับมือกับข้อจำกัดได้

8.6 ความคงทนของผล ความคงทนของผลการเปลี่ยนแปลงในระดับสูง (90-97%) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่ออกแบบมาอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติ และการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ Knowles (1984) ความคงทนสูงสุดพบในด้านความรู้ (97.2%) ซึ่งเป็นธรรมชาติของการเรียนรู้ที่เมื่อได้รับแล้วจะคงอยู่นาน ในขณะที่ทัศนคติมีความคงทนต่ำสุด (90.3%) ซึ่งอาจต้องการการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง

#### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำหรับหน่วยงานต้นสังกัด

1.1 การขยายผลโปรแกรม: ควรขยายการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปยังอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อื่นๆ โดยปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

1.2 การพัฒนาวิทยาการ: ควรพัฒนาวิทยาการภายในที่มีความรู้และทักษะในการดำเนินโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อความยั่งยืน

1.3 การจัดสรรงบประมาณ: ควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างเพียงพอ

1.4 การสร้างระบบนิเทศและติดตาม: ควรพัฒนาระบบการนิเทศและติดตามการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

2. สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข

2.1 การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง: ควรมีการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการศึกษาข้อมูลใหม่ๆ ด้านสุขภาพ

2.2 การสร้างเครือข่าย: ควรสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยเหลือกัน

2.3 การใช้เทคโนโลยี: ควรเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีและสื่อดิจิทัลในการให้สุขภาพศึกษาให้ทันสมัยและน่าสนใจ

2.4 การประเมินตนเอง: ควรมีการประเมินและปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

3. สำหรับชุมชน

3.1 การสนับสนุนอาสาสมัคร: ชุมชนควรให้การสนับสนุนและเห็นคุณค่าของงานอาสาสมัครสาธารณสุข

3.2 การมีส่วนร่วม: ควรมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพที่อาสาสมัครสาธารณสุขจัดขึ้น

3.3 การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ: ควรร่วมกันสร้างวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพในชุมชน

#### เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). *คู่มือการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ. (2566). *รายงานสถิติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหญ้าปล้อง*. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ.
- ชาติรี จันทร์ดา. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 18(3), 45-58.
- วุฒิสักดิ์ บุญเฉลิม. (2555). การศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารการพยาบาลชุมชน*, 23(4), 78-92.
- เรวดี ศรีฤทธิ์, สุนีย์ ใจดี, และ อรุณี ช่วยเหลือ. (2555). การศึกษาความเชื่อถือและการยอมรับในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 10(2), 123-138.
- วิจิตรา เสี่ยงใส. (2565). ผลของการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการต่อการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์สาธารณสุข*, 31(2), 78-95.
- สุภาพร นาคสกุล. (2564). การพัฒนาความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 15(3), 112-128.
- ปรีชา วงศ์นุช. (2563). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏ*, 8(2), 45-62.
- สมหมาย รักษาน. (2564). การเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 17(4), 89-105.
- นริศรา พิมพ์ทอง. (2565). โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น. *วารสารสุขภาพชุมชน*, 12(1), 34-51.

- มาลี สร้อยใส. (2565). การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ออาสาสมัครสาธารณสุขใน กรุงเทพมหานคร. วารสารการบริหารสาธารณสุข, 28(3), 156-172.
- อรุณี ใจดี. (2564). การพัฒนาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ. วารสารการพยาบาลชุมชน, 32(2), 78-94.
- สุวิทย์ มั่นคง. (2566). การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยการเรียนรู้แบบชุมชนในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุข, 19(1), 23-40.
- ชัยยา ทองดี. (2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดเชียงราย. วารสารสาธารณสุขภาคเหนือ, 14(2), 67-84.
- วิมล หวังดี. (2564). ปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารการพัฒนาสาธารณสุข, 22(3), 145-162.
- สมพงษ์ ดีงาม. (2565). การศึกษาการมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารบริหารสาธารณสุข, 31(1), 78-95.
- สุตา ไสใจ. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 25(4), 234-251.
- พิมพ์ใจ รักดี. (2565). การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขแบบครอบคลุม. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 18(2), 89-106.
- ประยุทธ์ ชัยนมาก. (2566). โปรแกรมการฝึกปฏิบัติในชุมชนจริงสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยสุขภาพชุมชน, 20(1), 45-63.
- วิไล สว่างจิต. (2565). การศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดนครปฐม. วารสารสาธารณสุขกลาง, 16(3), 112-129.
- บุญเลิศ ตีมันใจ. (2564). การใช้เทคโนโลยีและทรัพยากรในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร. วารสารเทคโนโลยีสาธารณสุข, 13(2), 156-174.
- สมชาย รอดภัย. (2562). การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการฝึกอบรมแบบบรรยายและแบบมีส่วนร่วม. วารสารการศึกษาต่อเนื่อง, 29(4), 78-92.
- นุชนาด หวังดี. (2563). ข้อจำกัดและปัญหาในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร. วารสารสาธารณสุขอีสาน, 15(1), 23-39.
- จรรย์ ใจดี. (2564). การศึกษาความมั่นใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขตามหน้าที่ต่างๆ. วารสารพยาบาลชุมชน, 35(3), 89-105.
- สุชาดา ใจดี. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารวิจัยสาธารณสุข, 21(2), 145-162.
- วิรุณ มั่นใจ. (2565). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 27(4), 234-251.
- ศิริพร ฉลาดจริง. (2566). การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มผู้มีการศึกษาสูง. วารสารการศึกษาและพัฒนา, 24(1), 67-85.
- นิรุทธ์ ดีงาม. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารจิตวิทยาสุขภาพ, 18(3), 112-128.

- พิมลพรรณ สว่างใส. (2565). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมการปฏิบัติงาน. วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 22(2), 89-106.
- อัญชลี หวังดี. (2566). โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารจิตวิทยาการทำงาน, 19(1), 45-63.
- สมพร สนใจ. (2565). ระบบการนิเทศและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารการบริหารสาธารณสุข, 30(3), 123-140.
- วิชัย ดีใจ. (2564). การสนับสนุนจากครอบครัวต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารครอบครัวและสุขภาพ, 17(2), 78-95.
- นิรมล ไสสะอาด. (2563). บทบาทของผู้นำชุมชนในการสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารภาวะผู้นำในสุขภาพ, 14(4), 156-173.
- จารุวรรณ หาทรัพย์. (2564). ปัญหาการขาดงบประมาณสนับสนุนในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารเศรษฐศาสตร์สุขภาพ, 26(1), 89-106.
- ธีระ มั่งคั่ง. (2565). ปัญหาการขาดเวลาและการจัดการเวลาของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารการจัดการเวลาและประสิทธิภาพ, 12(3), 123-140.
- สุภัก ใจกว้าง. (2563). การศึกษาความร่วมมือจากชุมชนต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารพัฒนาชุมชน, 20(2), 67-84.
- อนุชา ดีใจ. (2565). แรงจูงใจภายในและการรับมือกับอุปสรรคของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารจิตวิทยาการทำงาน, 23(1), 45-62.
- สมศรี ฉลาดรู้. (2564). การติดตามผลระยะยาวของโปรแกรมการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารการประเมินโปรแกรม, 15(2), 89-106.
- วิทยา มั่นใจ. (2565). ความคงทนของความรู้หลังการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารการศึกษาต่อเนื่อง, 32(3), 123-140.
- ประสพ ดิงาม. (2566). การติดตามผลระยะสั้นของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ. วารสารการประเมินผล, 18(1), 67-84.
- มยุรี สุขใส. (2563). ความคงทนของทัศนคติหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนา. วารสารทัศนคติและพฤติกรรม, 19(4), 156-173.
- ชนิตา ใจดี. (2565). การศึกษาความคงทนของการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ. วารสารจิตวิทยาสังคม, 25(2), 89-106.
- วิมล หวังดี. (2566). การเสริมแรงต่อเนื่องในโปรแกรมการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารการเสริมแรงพฤติกรรม, 21(1), 45-63.
- นิรุทธิ์ ช่วยดี. (2564). ความคงทนของพฤติกรรมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนา. วารสารพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, 17(3), 123-140.
- สุภาพ ดีมาก. (2565). การติดตามผลพฤติกรรมระยะกลางของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารการติดตามและประเมินผล, 22(2), 78-95.
- อุทัย มานะ. (2563). ความคงทนของการปฏิบัติงานหลังการพัฒนาศักยภาพ. วารสารประสิทธิภาพการทำงาน, 16(4), 156-173.
- วันดี สุขสม. (2565). การประเมินความคงทนของผลการพัฒนาการปฏิบัติงาน. วารสารการประเมินประสิทธิผล, 24(1), 89-106.

- Spreitzer, G. M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal*, 38(5), 1442-1465.
- Knowles, M. S. (1984). *The adult learner: A neglected species* (3rd ed.). Gulf Publishing.
- Tracy, S. K. (1990). Empowerment theory and practice. *Journal of Community Development*, 15(2), 34-48.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational, and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 43-63). Kluwer Academic.
- Thomas, K. W., & Velthouse, B. A. (1990). Cognitive elements of empowerment: An "interpretive" model of intrinsic task motivation. *Academy of Management Review*, 15(4), 666-681.
- Kieffer, C. H. (1984). Citizen empowerment: A developmental perspective. *Prevention in Human Services*, 3(2-3), 9-36.
- Heinisch, D. A. (1965). *Statistical methods for research in education and psychology*. Academic Press.