



การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

Effect of Empowerment Program of the Village Health Volunteers to Implementation of
Community Health Education in Papai Municipality, Sansai District, Chiang Mai Province

ชนิดา เตชะปัน¹
สิวลี รัตนปัญญา²
สามารถ ใจเตี้ย³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 71 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัดความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน ทศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงาน พฤติกรรมการมีส่วนร่วม และกิจกรรมปฏิบัติงานในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน ทศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงาน พฤติกรรมการมีส่วนร่วม และกิจกรรมปฏิบัติงานในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพในด้านการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, สุขศึกษาชุมชน

Abstract

The purpose of this research was to evaluate the effectiveness an empowerment program on implementation of community health education in 71 the village health volunteers (VHVs) in Papai Municipality, Sansai District, Chiang Mai Province. Data were collected by using questionnaires that including community health knowledge, attitude toward performance, participative behaviour and work activities for potential development of VHVs. Data analysis using One-way repeated measures ANOVA. The results showed the subjects significantly improved their community health knowledge, attitude toward performance, participative behaviour and work activities after participating in the empowerment program level (p -value < 0.001). The results of this research provide empirical evidence for use in the development of working capacity of village health volunteers.

Keywords: Empowerment, Village Health Volunteers (VHVs), Community Health Education

¹ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

² อาจารย์ประจำภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ (อาจารย์ที่ปรึกษา)

³ อาจารย์ประจำภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ (อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม)

1. บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้มีนโยบายในการควบคุมป้องกันโรคเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อทั้งในครอบครัว และชุมชน เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต โดยอาศัยกลวิธีของการสาธารณสุขมูลฐานหรือระบบสุขภาพภาคประชาชนเพื่อการมีส่วนร่วมของชุมชนเนื่องจากประชาชนในชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนตนเองเป็นดีที่สุดมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520 - พ.ศ.2524) จนถึงปัจจุบันโดยการกำหนดปัญหา วิเคราะห์ปัญหาตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหาคือประชาชนเองทำให้ประชาชนในหมู่บ้านมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและกระตุ้นความต้องการในการเข้าร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุขโดยผ่านบุคคลที่เป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเชื่อมโยงประชาชนเข้ากับเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของชุมชน

อย่างไรก็ตามปัจจุบันพบว่าการทำงานด้านสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนยังมีประสิทธิภาพไม่ดีเท่าที่ควร โดยปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อผลการดำเนินงานคือประสิทธิภาพในการทำงานของ อสม. ยังอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางในหลายพื้นที่ของประเทศ (ชาติรี จันทรตา, 2552) ปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของ อสม. คือ การไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชนขาดความรู้ ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน โดยอสม.ยังขาดกระบวนการเรียนรู้ เพราะ อสม.เองยังไม่เข้าใจในกระบวนการต่าง ๆ ที่ตนเองต้องปฏิบัติ (วุฒิสักดิ์ บุญเฉลิม, 2555) โดยหน่วยงานในระดับปฏิบัติการที่มีความใกล้ชิดกับ อสม. หรือหน่วยงานที่ทำงานร่วมกับ อสม.ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะหรือการฝึกอบรมเพื่อสร้างองค์ความรู้ในการปฏิบัติงานในชุมชน ให้แก่ อสม. โดยการเน้นการฝึกอบรมให้กับ อสม. แต่ไม่มีการติดตามถึงประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของ อสม. ส่งผลให้ประชาชนขาดความเชื่อถือ อสม. (เรวดี ศรีฤทธิ์อมรรัตน์ โพนสารีและกาญจนา วงษ์สวัสดิ์, 2555)

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้แบบสอบถามทดสอบความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ และการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการจำนวน 20 คน พบว่าระดับความรู้ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 48 ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน ด้วยเหตุนี้คณะผู้วิจัย

จึงมีความสนใจที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานของชุมชนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสามารถพัฒนางานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่อันได้แก่ความรู้ ทักษะคติที่มีต่อการปฏิบัติงาน พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน และกิจกรรมการปฏิบัติงาน เรื่อง สุขศึกษาชุมชนระหว่างก่อนและหลังการเข้ารับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่อาศัยทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Gibson (1991) ประกอบด้วย 1) การค้นพบความจริง 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่มีความเชื่อมโยงและมีความต่อเนื่องกัน การที่บุคคลจะผ่านแต่ละขั้นตอน บุคคลต้องมีพลังใจ พลังความคิดจากปัจจัยต่าง ๆ มาช่วยกันสร้างเสริมแรงใจ ให้บุคคลรู้สึกมั่นใจที่จะแก้ปัญหาให้ได้ด้วยตนเอง

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) วัตถุประสงค์ทดลองและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) โดยอาศัยทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Gibson 4 ขั้นตอนมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำซ้ำจำนวน 2 รอบ และดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 3 รอบ ได้แก่ ก่อนดำเนินการทดลอง หลังดำเนินการทดลอง และในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 62 คน ซึ่งได้มาจากสุตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Heinisch โดยค่าเฉลี่ยที่ใช้ในการคำนวณ ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยของยุพา พูลสวัสดิ์ (2557) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงได้คำนวณปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเพิ่มอีก 10% คิดเป็นจำนวน 69 คน หลังจากนั้นทำการสุ่มโดยการจับฉลากหมู่บ้านที่เข้าร่วมโครงการเสริมสร้างพลังอำนาจจนกว่าจะได้จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการตามที่คำนวณไว้ จากการสุ่มได้หมู่บ้านมา 3 หมู่บ้าน ได้แก่ 1) บ้านหนองเต่าคำจำนวน 23 คน 2) บ้านศรีบุญเรือง จำนวน 27 คน และ 3) บ้านหนองป่าขาว จำนวน 21 คน รวมจำนวนตัวอย่าง 71 คน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. **สื่อและอุปกรณ์** ได้แก่ วัสดุทัศนเรื่อง การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขศึกษาการส่งเสริมสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเอกสารประกอบการให้ความรู้ด้านสุขศึกษาชุมชน ได้แก่ แผ่นพับความรู้ด้านสุขศึกษา การส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. **แบบสอบถาม** ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แล้วคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item - Objective Congruence Index : IOC) ผลค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามด้านเนื้อหา ข้อมูลส่วนบุคคลเท่ากับ 1 และวัดความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนสำหรับ อสม. เท่ากับ 0.72 แบบวัดพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชน เท่ากับ 0.89 แบบวัดกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับ อสม. ในพื้นที่เทศบาลตำบลสันทรายหลวง และเทศบาลเมืองแม่ใจ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน และนำมาทดสอบหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ KR-20 และ Cronbach's alpha Coefficient โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม.

การฝึกอบรมการปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานอื่น ระยะเวลาปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานอื่น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีเนื้อหาครอบคลุมเรื่องสุขศึกษาชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 17 คะแนน โดยแปลผลระดับคะแนนความรู้ที่ได้เป็น 2 ระดับ ตามแบบอิงเกณฑ์ของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2541) ได้แก่ มีความรู้สูง และมีความรู้ต่ำทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.758

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อสอบถามทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่คาดหวังจะให้เกิดขึ้นมีจำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ ใช้วิธีวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และแปรผลข้อมูลที่ได้จากการศึกษาโดยใช้คะแนนตามหลักของ Likert Scale มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับความคิดเห็น 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 5 คะแนน, เห็นด้วยมาก ให้ 4 คะแนน, เห็นด้วยปานกลาง ให้ 3 คะแนน, เห็นด้วยน้อย ให้ 2 คะแนน, และเห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนระดับทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามแบบอิงเกณฑ์ของ Best (1981) ได้แก่ มีทัศนคติระดับสูงมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 คะแนน), มีทัศนคติระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 คะแนน), มีทัศนคติระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 คะแนน), มีทัศนคติระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 คะแนน) และมีทัศนคติระดับต่ำที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 คะแนน) ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.738

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อวัดพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่คาดหวังจะให้เกิดขึ้น มีจำนวนทั้งสิ้น 21 ข้อ ใช้วิธีวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และแปรผลข้อมูลที่ได้จากการศึกษา โดยใช้คะแนนตามหลักของ Likert Scale มาใช้ในการวิเคราะห์โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับความคิดเห็น 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 5 คะแนน, เห็นด้วยมาก ให้ 4 คะแนน, เห็นด้วยปานกลาง ให้ 3 คะแนน, เห็นด้วยน้อย ให้ 2 คะแนน, และเห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนระดับเจตคติ

เกี่ยวกับการปฏิบัติงานสุขศึกษาของ อสม. แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามแบบอิงเกณฑ์ของ Best (1981) ได้แก่ มีการปฏิบัติ ในระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 คะแนน), มีการปฏิบัติในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.41–4.20 คะแนน), มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.61–3.40 คะแนน), มีการปฏิบัติในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.81–2.60 คะแนน) และมีการปฏิบัติในระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 คะแนน) ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.873

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามกิจกรรมปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน โดยจะประเมินตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งจะดำเนินการประเมินทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน มีจำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ ใช้วิธีวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และแปรผลข้อมูลที่ได้จากการศึกษาโดยใช้คะแนนตามหลักของ Likert Scale มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับความคิดเห็น 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 5 คะแนน, เห็นด้วยมาก ให้ 4 คะแนน, เห็นด้วยปานกลาง ให้ 3 คะแนน, เห็นด้วยน้อย ให้ 2 คะแนน, และเห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนระดับเจตคติเกี่ยวกับการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม. แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามแบบอิงเกณฑ์ของ Best (1981) ได้แก่ มีผลการประเมินระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 คะแนน), มีผลการประเมินระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 คะแนน), มีผลการประเมินระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50–3.49 คะแนน), มีผลการประเมินระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 คะแนน) และมีเจตคติระดับควรปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 คะแนน) ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.931

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้อัตนคติ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมที่มีต่อการปฏิบัติงานกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษาในการให้ความรู้เรื่อง

สุขศึกษาชุมชนระหว่างก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ (One-way repeated measures ANOVA) เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ได้มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติทดสอบด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สไมนอฟ (Kolmogorov-Smirnov Test)

ผลการวิจัย

งานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานด้าน สุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

คุณลักษณะส่วนบุคคล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีช่วงอายุระหว่าง 51– 60 ปี สถานภาพสมรสและมีระดับการศึกษาประถมศึกษา ประกอบอาชีพหลัก คือ รับจ้าง ส่วนใหญ่ มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ระหว่าง 6 – 12 ปี และทุกคนเคยได้รับการอบรม/ดูงาน นอกเหนือจากการอบรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นประจำทุกเดือนได้แก่ การอบรมคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิต, การอบรมพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), การอบรมโครงการฟ้าใสใจสุขภาพ, การอบรมคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, การอบรมคัดกรองมะเร็งเต้านม, การอบรมเกี่ยวกับแม่และเด็ก, การอบรมโครงการเรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียงอำเภอสันทราย ภายใต้โครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกลุ่มวิสาหกิจชุมชน, การอบรมพัฒนาศักยภาพกลุ่มสตรี, โครงการอบรมอาหารปลอดภัย ผู้บริโภคปลอดภัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นอกจากนี้ยังเคยปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานอื่นนอกเหนือกระทรวงสาธารณสุขได้แก่ ปฏิบัติงานให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(เทศบาลตำบลป่าไผ่) โดยปฏิบัติหน้าที่ในการรณรงค์ควบคุมลูกน้ำยุงลาย ป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออก, ปฏิบัติหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพควบคุมโรคติดต่อ ส่งเสริมสุขภาพและรณรงค์ป้องกันโรคระบาด, ปฏิบัติงานให้กับชมรมผู้สูงอายุ โดยมีหน้าที่เยี่ยมผู้ป่วยเฝ้าระวังในพื้นที่ และเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ, ปฏิบัติงานให้กับมหาวิทยาลัยแม่โจ้ โดยมีหน้าที่ในการให้ความรู้ด้านการนวด และภูมิปัญญาท้องถิ่น, ปฏิบัติงานให้กับเทศบาลตำบลป่าไผ่ โดยมีหน้าที่เป็นตัวแทน



การส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มสตรี, ปฏิบัติงานให้กับอำเภอ สันทราย โดยปฏิบัติงานร่วมกับกลุ่มกาชาดอำเภอสันทราย และอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานอื่น คือ ต่ำกว่า 5 ปี

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน

พบว่าระดับความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน ทศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษา

ชุมชน พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชน และคุณภาพของกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตาม 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ผลการวิจัยเป็นไปตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความรู้ ทศนคติ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน และกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานสุขศึกษา (n = 71)

ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน	Mean	S.D.	F	P-value
ก่อนทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฯ	15.00	2.46	20.21	<0.001
หลังทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฯ	16.41	1.23		
ระยะติดตาม 2 สัปดาห์	16.62	0.78		
ทศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน				
ก่อนทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฯ	3.94	0.70	101.19	<0.001
หลังทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.07	0.75		
ระยะติดตาม 2 สัปดาห์	4.52	0.54		
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชน				
ก่อนทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฯ	3.73	0.73	88.58	<0.001
หลังทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฯ	3.80	0.76		
ระยะติดตาม 2 สัปดาห์	4.30	0.55		
กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานด้านสุขศึกษา				
ก่อนทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฯ	3.47	0.75	215.57	<0.001
หลังทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.51	0.68		
ระยะติดตาม 2 สัปดาห์		0.42		

อภิปรายผล

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เมื่อผ่านกระบวนการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมตั้งแต่การฟังและการสนทนา, การวางแผนและแก้ไขปัญหา, การปฏิบัติ, การสะท้อนกลับและการประเมินผลทำให้เกิดความร่วมมือกันจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พร้อมทั้งสนับสนุนและอำนวยความสะดวกแก่กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ได้รับการปลูกฝังจิตสำนึกที่ดี ตลอดจนเกิดกระบวนการเรียนรู้ สร้างประสบการณ์ใหม่ ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการลงพื้นที่ปฏิบัติงานจริง เป็นไปตามทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Gibson (1991) โดยได้อธิบายว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจจะก่อให้เกิดความ

ไว้วางใจ ช่วยให้บุคคลสามารถสำรวจถึงศักยภาพของตนเอง สามารถเรียนรู้ปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง อันนำมาซึ่งการตระหนักในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ความมั่นใจในตนเอง (self-confident) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) อาจกล่าวได้ว่า เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคม การแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริมการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้ และสอดคล้องกับแนวคิดของ Wallenstein, N. & Bernstein E (1988) ที่ได้อธิบายว่าการเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เน้นให้บุคคลพัฒนาความสามารถในการ

คิด ตัดสินใจ แก้ปัญหาด้วยตนเอง เกิดความนับถือเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ มีการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างบุคคลในกลุ่ม ระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ มองภาพอนาคตได้ สามารถพัฒนา กลวิธีที่จะแก้ปัญหาได้ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งในระดับบุคคล องค์กร ซึ่งผลที่เกิดขึ้น คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะกลายเป็นแรงผลักดันให้คนในชุมชนหันมาสนใจและใส่ใจในการดูแลสุขภาพศึกษาชุมชนในการป้องกันโรครวมมากขึ้น นำไปสู่กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ช่วยผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้ดีขึ้น และทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพศึกษาชุมชนที่ดีขึ้น ก็มีโอกาสที่จะส่งเสริมพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ (Knowledge Attitude Practice : KAP) บลุ่ม (Bloom's Taxonomy) (1959) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้ที่จะประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องกำหนดจุดมุ่งหมายให้ชัดเจน และได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมโดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้และจิตวิทยาพื้นฐานว่า มนุษย์จะเกิดการเรียนรู้ใน 3 ด้านคือ ด้านสติปัญญา ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ และนำหลักการนี้จำแนกเป็นจุดมุ่งหมายทางการศึกษาเรียกว่า Taxonomy of Educational objectives ได้จำแนกจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ออกเป็น 3 ด้านคือ

- 1) พุทธิพิสัย (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านสมอง
- 2) จิตพิสัย (Affective Domain) พฤติกรรมด้านจิตใจ
- 3) ทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) พฤติกรรมด้านกล้ามเนื้อประสาท สรุพงษ์ โสธนะเสถียร (2533) กล่าวว่า การเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึกหรือทัศนคติของผู้รับสารและเกิดในลักษณะต่อเนื่องกัน คือ เมื่อผู้รับสารได้ข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งก็จะเกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้นๆ และความรู้ความเข้าใจนี้ จะทำให้เกิดทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องนั้น และสุดท้ายก็จะก่อให้เกิดพฤติกรรมในที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของมินตรา สาระรักษ์ (2553) ศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผลการวิจัยพบว่า การติดตาม ประเมินผลการพัฒนาพลังอำนาจการดำเนินงานของ อสม. ที่เข้าร่วมกิจกรรมหลังจากอบรมเป็นเวลา 3 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ เกศิณี วงศ์สุบิน (2559) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้พลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันและโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของวิภา เพ็งเสงี่ยม, พัชรารัตน์ ไชยสังข์ และปัญจกรณ์ ยะเกษม (2558) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) และภายหลังจากใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตน มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) เช่นกัน งานวิจัยทั้งหมดได้ใช้เครื่องมือโดยพัฒนาบนพื้นฐานของแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจให้มีความต่อเนื่องเป็นวงจรเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความรู้ ความตระหนักรู้ ทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ จัดนิทรรศการและให้แจกเอกสารประกอบการให้ความรู้ เพื่อเน้นการฝึกปฏิบัติจริงในชุมชน มีการติดตามทบทวนผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมความร่วมมือให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกิดความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับ เบญจรงค์ ศรีสุระ (2559) เรื่อง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจการดูแลสุขภาพตนเองใน ผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม บ้านเต่าทอง ตำบลศิลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า สะท้อนผลกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจปัจจัยแห่งความสำเร็จกลุ่มผู้นำชุมชนและผู้สูงอายุกลุ่มอย่าง มีภาวะความเป็นผู้นำ คือ 6 F ได้แก่ Focus Fast Friendly Flexible Fun and Faith บริบทที่เอื้อต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพราะเป็นหมู่บ้านขนาดกลางและมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติผู้สูงอายุที่เป็นที่เคารพรักของลูกๆ หลานๆ ทำให้ผู้สูงอายุอย่างมีความสุขอย่างมีศักดิ์ศรีไม่รู้สึกเป็นภาระแก่บุตรหลาน ความรู้สึกเป็นเจ้าของ ในการคิดการวิเคราะห์ การออกแบบหาวิธีการดูแลตนเองตามตนเอง

ต้องการ ความรักความสามัคคีของคนในชุมชนและการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม บ้านเต้านอ ตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับนำไปใช้ในการเสนอแนะให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) มีการพัฒนาความรู้ ทักษะ ทักษะ การเข้าถึงกิจกรรมต่างๆของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ได้อย่างเหมาะสมและเป็นประโยชน์ และจากผลวิจัยโดยผู้วิจัย มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. งานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค

จากผลการวิจัยดังกล่าว เทศบาลตำบลป่าไผ่ ควรให้การสนับสนุนในเรื่องการเพิ่มความรู้เรื่องสุขภาพศึกษาชุมชน ในหัวข้อการประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน เป้าหมายของสุขภาพชุมชน และนโยบายส่งเสริมสุขภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ให้มากขึ้น

2. งานด้านให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เทศบาลตำบลป่าไผ่ ควรให้ความสำคัญในเรื่องของวิดิทัศน์ ในการให้ความรู้กับประชาชนเพราะเมื่อศึกษาในเรื่องพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขภาพศึกษาชุมชนทั้งก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตาม 2 สัปดาห์ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังมีความจำเป็นต้องใช้สื่อการสอน เช่น วิดิทัศน์ ในการให้ความรู้กับประชาชนเนื่องจากระดับพฤติกรรมในระยะติดตาม 2 สัปดาห์ อยู่ในระดับสูง ดังนั้น เทศบาลตำบลป่าไผ่ควรมีการใช้วิดิทัศน์ในการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะได้มีความรู้ด้านการปฏิบัติงานเพื่อลงพื้นที่มากขึ้น และสามารถทำความเข้าใจกับประชาชนในพื้นที่ได้เมื่อลงพื้นที่จริง

3. งานด้านกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน

ผลการวิจัยพบว่า การประเมินคุณภาพของกิจกรรมการปฏิบัติงานการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานด้านสุขภาพศึกษาชุมชนในด้านการป้องกันโรค เรื่อง การตรวจและแนะนำการตรวจโรคด้วยตัวเองแก่ประชาชนในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น เทศบาลตำบลป่าไผ่ควรมีการชักชวนกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินการปฏิบัติในเรื่องการตรวจและแนะนำ

การตรวจโรคด้วยตัวเองแก่ประชาชนในชุมชนเป็นประจำอย่างต่อเนื่องทุกเดือน ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และประสบการณ์จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รุ่นใหม่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รุ่นเก่าจากรุ่นสู่รุ่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการขยายสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างให้ใหญ่ขึ้น และขยายระยะเวลาการติดตามให้ยาวขึ้น เช่น ติดตามในระยะ 1 ปี 2 ปี 3 ปี เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคล เพื่อที่จะเข้าใจปัญหาในเชิงลึกอย่างแท้จริง

3. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในเชิงคุณภาพแทนที่จะเป็นในเชิงปริมาณเพื่อจะได้ทราบถึงรายละเอียดเชิงลึก และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ตรงประเด็น

เอกสารอ้างอิง

1. เกศิณี วงศ์สุปิน, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, ธนาตล เก่งการพานิช และมณฑา เก่งการพานิช. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า ปีที่ 33 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน.
2. ชาตรี จันทร์ตา. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลหางดง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
3. เบญจรงค์ ศรีสุระ และคณะ. (2559). กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม บ้านเต้านอ ตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม).
4. มินตรา สารระรักษ. (2553). การเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). การค้นคว้าอิสระ ปริญญาสาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.



5. ยุพา พูลสวัสดิ์. (2557). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมหาวิทยาลัยคริสเตียน.
6. เรวดี ศรีฤทธิ อมรรัตน์ โอสารี และกาญจนา วงษ์สวัสดิ์. (2555). พลังอำนาจในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลนาเพียง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร. มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
7. วิเชียร เกตุสิงห์. (2541). สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
8. วุฒิศักดิ์ บุญเฉลิม. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลดงเตี้ย อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. มหาวิทยาลัยพิษณุโลก.
9. วิภา เพ็งแสงเยี่ยม, พิชราภรณ์ ไชยสังข์ และปัญญาภรณ์ ยะเกษม. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการณ์ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารการพยาบาลและศึกษา, 8(1) : 125.
10. สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. (2553). การสื่อสารกับสังคม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
11. เทศบาลตำบลป่าไผ่. สำนักงานเทศบาลตำบลป่าไผ่. (2559). รายงานประจำปี 2559. เชียงใหม่ : เทศบาลตำบลป่าไผ่.
12. อัจฉรีย์ แดงโสภณ และวิยะดา เมภัสสกุล. (2553). ผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาที่มีต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน. สืบค้นจาก www.rajabhatburiram.ac.th.
13. Best, J.W. (1981). *Research in Education*. New Jersey : Prentice-Hall.
14. Bloom, B.S. (1959). *Taxonomy of educational objectives hand book 1: Cognitive*. New York : David Mckay.
15. Gibson, J. (1991). *Conscientisation : An empowering nonformal education approach forCommunity health workers*. *Communiy Development Journal*. 23(2), 119.
16. Wallenstein, N. & Bernstein E. (1988). *Bv Empowerment education: Freire's ideas adapted to health - education*. *Health Education Quarterly*, 15(4), 379 = 394.