

การเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพจากการใช้โปรแกรมฝึกอบรมการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

เพชรรัตน์ กิจสนาโยธิน, อภิญญา จูติตระกูลชัย*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย 64000

* ผู้รับผิดชอบบทความ: apinya98@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองชนิดศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพจากการใช้โปรแกรมฝึกอบรมการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 38 คน โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกอบรมที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎี KAP ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินการตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ Chi-squared test, Fisher's Exact test, Paired Sample's *t*-test และ Independent Sample's *t*-test ผลการศึกษา พบว่า ก่อนเข้ารับโปรแกรมฝึกอบรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการรับโปรแกรมฝึกอบรม กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนรับโปรแกรมฝึกอบรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฝึกอบรมการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพที่ใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถเพิ่มความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้

คำสำคัญ: โปรแกรมฝึกอบรมการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ, ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Changes in Knowledge, Attitudes, and Performance Related to Local Health Wisdom after Use of Training Program on Local Health Wisdom Performance among Village Health Volunteers, Sukhothai Province

Phetcharat Kijsanayothin, Apinya Chutitrakulchai*

Sukhothai Provincial Public Health Office, Ban Kluai Sub-District, Mueang Sukhothai District, Sukhothai 64000, Thailand

*Corresponding author: apinya98@hotmail.com

Abstract

This quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design aimed to study the changes in knowledge, attitudes, and performance (KAP) related to local health wisdom after using a training program on local health wisdom performance among Village Health Volunteers (VHVs) in Sukhothai province. The study involved 76 VHVs equally assigned to experimental and control groups. The experimental group participated in the training program by applying the KAP theory whereas the control group was free of the intervention program. Data were collected using a questionnaire and then analyzed to determine frequency distribution, percentage, Chi-squared test, Fisher's Exact test, Paired Sample's *t*-test, and Independent Sample's *t*-test. The results revealed that the experimental and control groups' KAP levels were not different before using the training program. However, after participating in the training program, the experimental group showed a significantly higher level of KAP than before and the control group ($P=0.05$). The findings indicate that the training program on local health wisdom can increase VHVs' knowledge, attitudes, and performance related to such wisdom.

Key words: training program on local health wisdom performance, local health wisdom, village health volunteers

บทนำและวัตถุประสงค์

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด^[1] โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2564 ซึ่งกำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานแน่นอนอย่างน้อยหนึ่งวันต่อสัปดาห์

หรืออย่างน้อยสัปดาห์ต่อเดือนในกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบ มีการปฏิบัติงานจริงพร้อมรายงานผลการปฏิบัติงานโดยมีประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับหมู่บ้านหรือชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้ตรวจสอบและรับรองรายงานผลการปฏิบัติงาน และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าประชุมและ/หรืออบรมเพิ่มพูนความรู้อย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อเดือนในเรื่องที่เป็นความจำเป็นตามสภาพปัญหาของชุมชน หรือตามช่วงปฏิทินการรณรงค์ของกระทรวงสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สรุปรายงานการประชุมไว้ทุกครั้ง โดยการปฏิบัติงานจริงตามแผนปฏิบัติงาน แล้วให้บันทึกข้อมูลกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ การจัดการสุขภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมในแผนสุขภาพตำบล และอื่น ๆ ตามสภาพปัญหาสุขภาพของชุมชน เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวจึงจะมีสิทธิได้รับค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรายเดือนในอัตราหนึ่งพันบาทต่อคน^[2] การปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 23 ลักษณะงาน^[3] ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานส่งเสริมชุมชนในการฟื้นฟู สืบสาน และใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในชุมชน รวมทั้งการประยุกต์และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบททางด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งเสริม และสนับสนุนให้ชุมชนมีบทบาทในการจัดการระบบสุขภาพของชุมชนด้วยตนเอง และส่งเสริมบทบาทชุมชนในการสนับสนุนเสริมสร้างสถานภาพและใช้ประโยชน์จากหมอพื้นบ้านในชุมชน^[4] ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สามารถปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพได้โดดเด่นจนเป็นที่ประจักษ์สามารถนำผลการดำเนินงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเข้ารับการคัดเลือกและประเมินผลงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น สาขาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามแนวทางและหลักเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินผลงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น^[4] จากผลการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น ประจำ

ปีพุทธศักราช 2557-2563 จำนวน 12 สาขา พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัยได้รับการคัดเลือกเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับชาติ จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับภาค จำนวน 5 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นเขตสุขภาพ จำนวน 22 คน อย่างไรก็ตาม สาขาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพยังไม่เคยได้รับการคัดเลือกเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตสุขภาพ ภาค และชาติ^[5] ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โดยกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงได้สำรวจการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.8 อายุเฉลี่ย 50 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,711.69 บาท สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.0 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 35.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 60.7 จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ 10-12 หลังคาเรือน ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 14 ปี ไม่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ร้อยละ 78.6 คุณสมบัติเฉพาะสาขาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ได้รับการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพจากบรรพบุรุษ ร้อยละ 42.6 รองลงมาได้รับการถ่ายทอดจากครู/อาจารย์ ร้อยละ 33.1 และไม่ได้รับการถ่ายทอด ร้อยละ 16.5 การจัดการสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ร้อยละ 63.7 ไม่ได้ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ร้อยละ 36.3 และในพื้นที่ส่วนใหญ่มีสมุนไพร/สมุนไพรท้องถิ่น ร้อยละ 93.5 มีการนวด/นวดพื้นบ้าน ร้อยละ

73.6 มีการดูแลมารดาหลังคลอด ร้อยละ 50.5 และ ไม่มีการใช้พิธีกรรมในการรักษา ร้อยละ 62.7 เมื่อ พิจารณาใน ส่วนการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ หรือปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน สุขภาพจำนวน 1-2 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 91.2^[6] ซึ่ง ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างน้อย 4 ครั้งต่อ เดือน^[2] จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้น การศึกษานี้จึงพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมการปฏิบัติ งานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อใช้เป็นโปรแกรมฝึก อบรมการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้ การฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานภูมิปัญญา ท้องถิ่นด้านสุขภาพที่ประกอบด้วยด้านสมุนไพร ด้าน การนวด และด้านการดูแลมารดาและทารก โปรแกรม ฝึกอบรมยังมีหัวข้อความสำคัญของภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพที่กล่าวถึงการพึ่งพาตนเองโดยการใช้ องค์ความรู้เบื้องต้นด้านภูมิปัญญาและการแพทย์ แผนไทยและหัวข้อบทบาทการปฏิบัติงานภูมิปัญญา ท้องถิ่นด้านสุขภาพที่มุ่งให้อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านทราบถึงบทบาทหน้าที่ตั้งแต่การ ประยุกต์ใช้ความรู้กับตนเองและครอบครัวเพื่อเป็น แบบอย่าง และการแนะนำถ่ายทอดให้กับประชาชน อีกรั้งการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น หมอพื้นบ้าน ตำรับยาสมุนไพร แหล่งสมุนไพรในหลังคาเรือนที่ รับผิดชอบ เพื่อนำมาเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนางาน ของหน่วยงานภาครัฐ จึงถือว่าเป็นบทบาทสำคัญของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการขับเคลื่อน และพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์

ทางเลือกให้ลงสู่ระดับหมู่บ้านหรือชุมชน^[4]

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการ เปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติงาน ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพจากการใช้โปรแกรมฝึก อบรมการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพใน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็น การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัด ก่อนและหลังการทดลอง (the two group, pretest-posttest design) ได้รับการรับรองจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยใน มนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการ เลขที่ COA No. 27/2021 เอกสารรับรองเลขที่ IRB No. 30/2021 วิธีทบทวนแบบเร่งด่วน (expedited review)

1. วัสดุ

1.1 ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ตำบลไกรในอำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 189 คน^[7]

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง สำหรับการทดสอบสมมุติฐานเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยในการ วิจัยเชิงทดลอง ชนิดกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม^[8] ได้ขนาด ตัวอย่างกลุ่มละ 38 คน

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}\right)^2 \left[\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r}\right]}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

1.3 การสุ่มตัวอย่างคือ การคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยออกแบ่งเป็นกลุ่มทดลองคือ อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไกรใน ตำบลไกรใน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 38 คน และกลุ่มควบคุมคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกระทุ่ม ตำบลไกรใน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 38 คน

1.4 เกณฑ์การคัดเลือกคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ยังคงมีสถานภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมาแล้ว 6 เดือนขึ้นไป และสมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.5 เกณฑ์การคัดออกคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพ้นสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น เสียชีวิต ลาออก มติประชาคมให้ออก และย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น เป็นต้น มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

1.6 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมฝึกอบรมการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี Knowledge Attitude Practice (KAP) ของ Bloom⁹⁾ โดยการรวบรวมองค์ความรู้ต่างๆ มาจากภูมิปัญญาท้องถิ่น ครูอาจารย์หรือตำราเฉพาะด้านนำมาจัดเป็นองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยด้านต่าง ๆ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การพึ่งตนเอง การนำทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นไปใช้ประโยชน์ และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน 3 ด้านคือ ด้านสมุนไพร ด้านการนวดผ่อนคลายและรักษาโรค และด้านการดูแลมารดาและทารก ซึ่งอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถเข้าถึงและเรียนรู้แล้วนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ง่าย รวมถึงให้คำแนะนำกับประชาชนในการดูแลตนเอง ตลอดจนนำมาเป็นแนวทางการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพด้วยการส่งเสริม ค้นหา เก็บรวบรวมข้อมูลนำมาพัฒนาต่อยอดผลการดำเนินงานในพื้นที่ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขมูลฐาน 1 คน โปรแกรมฝึกอบรมเป็นการฝึกอบรมภาคทฤษฎี ระยะเวลา 1 วัน (7 ชั่วโมง) ประกอบด้วยหัวข้อความสำคัญของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย 1 ชั่วโมง หัวข้อสมุนไพรเบื้องต้น 1 ชั่วโมง หัวข้อนวดไทยเบื้องต้น 1 ชั่วโมง หัวข้อการดูแลทารกและมารดาหลังคลอดเบื้องต้น 1 ชั่วโมง และหัวข้อบทบาทการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3 ชั่วโมง

2) เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม (questionnaire) ที่สร้างขึ้นเอง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขมูลฐาน 1 คน และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยง แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ราย

ได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ และการฝึกอบรมเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นชนิดเลือกตอบ และเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นปลายปิด แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบแบบถูก-ผิด มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน จำนวน 30 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา^[10] ระหว่าง 0.67-1.00 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตร KR-21 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน^[11] เท่ากับ 0.78 การแปลความหมายคะแนนระดับความรู้ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม^[12] แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (24 คะแนนขึ้นไป) ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (18-23 คะแนน) และความรู้ที่อยู่ในระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (17 คะแนนลงไป)

ส่วนที่ 3 ทักษะคดีที่มีต่อภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา^[10] ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค^[13] เท่ากับ 0.71 การแปลความหมายคะแนนระดับทัศนคติ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม^[12] แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ทัศนคติระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (40 คะแนนขึ้นไป) ทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (30-39 คะแนน) และ

ทัศนคติระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (29 คะแนนลงไป)

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่เคย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 26 ข้อ คะแนนเต็ม 130 คะแนน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา^[10] ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค^[13] เท่ากับ 0.96 การแปลความหมายคะแนนระดับการปฏิบัติงาน โดยใช้เกณฑ์ของบลูม^[12] แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ การปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (104 คะแนนขึ้นไป) การปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (78-103 คะแนน) และการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (77 คะแนนลงไป)

2. วิธีการศึกษา

2.1 ชั้นเตรียมการ ดำเนินการส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโกสโกลาตเพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไกรโนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกระทุ่ม ตำบลไกรโน อำเภอโกสโกลาต จังหวัดสุโขทัย ต่อมาติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไกรโนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกระทุ่มเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา วิธีดำเนินการ ระยะเวลา และแผนการดำเนินงานแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน เพื่อ

ขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูลและเตรียมเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเษการเข้าร่วม การปกปิดรายชื่อและข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามโดยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้สอบถามกลุ่มทดลองจะเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย การศึกษาครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อ ใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามและข้อมูลจะเก็บไว้เฉพาะที่ผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลนี้จะถูกทำลายหลังจากมีการวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานหลังการศึกษาเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี เพื่อนำเสนอในภาพรวม จะไม่ระบุหรืออ้างอิงกลุ่มตัวอย่างหากไม่ได้รับอนุญาต เก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบสอบถาม จัดกิจกรรมฝึกอบรมการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลอง โดยใช้ระยะเวลาฝึกอบรมภาคทฤษฎี จำนวน 1 วัน (7 ชั่วโมง) และเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 2 หลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1 ภายหลังจัดกิจกรรมฝึกอบรมการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปแล้ว 4 สัปดาห์

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล มีการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรด้วยสถิติการแจกแจงความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรด้วยสถิติ Chi-squared test และ Fisher's Exact test เปรียบเทียบความ

แตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired Sample's *t*-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent Sample's *t*-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.2 มีอายุ < 60 ปี ร้อยละ 84.2 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 71.1 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 81.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน < 5,000 บาท ร้อยละ 81.6 มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 11-20 ปี ร้อยละ 50.0 มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ \geq 10 หลังคาเรือน ร้อยละ 55.3 และไม่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ร้อยละ 52.6

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 86.8 มีอายุ < 60 ปี ร้อยละ 94.7 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 81.6 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 52.6 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 89.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน < 5,000 บาท ร้อยละ 65.8 มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 11-20 ปี ร้อยละ 50.0 มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ \geq 10 หลังคาเรือน ร้อยละ 60.5 และไม่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ร้อยละ 63.2 โดยจัดให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะทางประชากรเหมือนกันหรือให้คล้ายคลึงกันมากที่สุด พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ

การฝึกอบรมเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงสรุปได้ว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกัน (ตารางที่ 1)

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังจัดโปรแกรมฝึกอบรมการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังจัดโปรแกรมฝึกอบรมการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังจัดโปรแกรมฝึกอบรมการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังจัดโปรแกรมฝึกอบรมการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพสูงวก่อนจัดโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง (n = 38) และกลุ่มควบคุม (n = 38) จำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

| ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร | จำนวน (ร้อยละ) | | χ^2 | df | p-value | |
|------------------------------|----------------------|-------------|-----------|-------|---------|--------|
| | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม | | | | |
| เพศ | ชาย | 6 (15.8) | 5 (13.2) | 0.106 | 1 | 0.744 |
| | หญิง | 32 (84.2) | 33 (86.8) | | | |
| อายุ | < 60 ปี | 32 (84.2) | 36 (94.7) | 2.235 | 1 | 0.135* |
| | ≥ 60 ปี | 6 (15.8) | 2 (5.3) | | | |
| สถานภาพ | โสด/ม่าย/หย่า | 11 (28.9) | 7 (18.4) | 1.165 | 1 | 0.280 |
| | คู่ | 27 (71.1) | 31 (81.6) | | | |
| ระดับการศึกษา | ประถมศึกษา | 19 (50.0) | 16 (42.1) | 3.619 | 2 | 0.154* |
| | มัธยมศึกษา | 13 (34.2) | 20 (52.6) | | | |
| | อนุปริญญาหรือสูงกว่า | 6 (15.8) | 2 (5.3) | | | |
| อาชีพ | เกษตรกร | 31 (81.6) | 34 (89.5) | 0.957 | 1 | 0.328 |
| | ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | 7 (18.4) | 4 (10.5) | | | |
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือน | < 5,000 บาท | 31 (81.6) | 25 (65.8) | 2.443 | 1 | 0.118 |
| | ≥ 5,000 บาท | 7 (18.4) | 13 (34.2) | | | |
| ระยะเวลาในการเป็น อสม. | 1-10 ปี | 14 (36.8) | 15 (39.5) | 0.212 | 2 | 0.930* |
| | 11-20 ปี | 19 (50.0) | 19 (50.0) | | | |
| | 21-30 ปี | 5 (13.2) | 4 (10.5) | | | |
| จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ | < 10 หลังคาเรือน | 17 (44.7) | 15 (39.5) | 0.216 | 1 | 0.642 |
| | ≥ 10 หลังคาเรือน | 21 (55.3) | 23 (60.5) | | | |
| การฝึกอบรม | ไม่ได้รับ | 20 (52.6) | 24 (63.2) | 0.864 | 1 | 0.353 |
| | ได้รับ | 18 (47.4) | 14 (36.8) | | | |

* Fisher's exact test

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังจัดโปรแกรมฝึกอบรมในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังจัดโปรแกรมฝึกอบรม กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ไม่แตกต่างกันกับก่อนจัดโปรแกรม (ตารางที่ 2)

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง

จัดโปรแกรมฝึกอบรมการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนจัดโปรแกรมฝึกอบรม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน และหลังจัดโปรแกรมฝึกอบรมพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ทัศนคติที่มีต่อภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ และการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลอง (n = 38) และกลุ่มควบคุม (n = 38) ก่อนและหลังทดลอง

| ตัวแปร | เวลาประเมิน | กลุ่มทดลอง | | | | กลุ่มควบคุม | | | |
|---------------|-------------|--------------------|-------|----|---------|--------------------|--------|----|---------|
| | | $\bar{X} \pm S.D.$ | t | df | p-value | $\bar{X} \pm S.D.$ | t | df | p-value |
| ความรู้ | ก่อนทดลอง | 17.97 ± 1.59 | 6.904 | 37 | < 0.001 | 18.66 ± 2.16 | -1.189 | 37 | 0.242 |
| | หลังทดลอง | 19.97 ± 1.13 | | | | 18.26 ± 1.75 | | | |
| ทัศนคติ | ก่อนทดลอง | 35.00 ± 6.14 | 5.633 | 37 | < 0.001 | 33.53 ± 3.20 | 1.022 | 37 | 0.313 |
| | หลังทดลอง | 39.68 ± 3.99 | | | | 34.39 ± 3.41 | | | |
| การปฏิบัติงาน | ก่อนทดลอง | 49.89 ± 13.50 | 9.174 | 37 | < 0.001 | 51.00 ± 9.56 | -0.460 | 37 | 0.648 |
| | หลังทดลอง | 68.34 ± 15.44 | | | | 50.68 ± 9.01 | | | |

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 38) และกลุ่มควบคุม (n = 38) ก่อนและหลังทดลอง

| ตัวแปร | กลุ่ม | ก่อนทดลอง | | | | หลังทดลอง | | | |
|---------------|-------------|--------------------|--------|----|---------|--------------------|-------|----|---------|
| | | $\bar{X} \pm S.D.$ | t | df | p-value | $\bar{X} \pm S.D.$ | t | df | p-value |
| ความรู้ | กลุ่มทดลอง | 17.97 ± 1.59 | -1.574 | 74 | 0.120 | 19.97 ± 1.13 | 5.065 | 74 | < 0.000 |
| | กลุ่มควบคุม | 18.66 ± 2.16 | | | | 18.26 ± 1.75 | | | |
| ทัศนคติ | กลุ่มทดลอง | 35.00 ± 6.14 | 1.311 | 74 | 0.194 | 39.68 ± 3.99 | 6.218 | 74 | < 0.000 |
| | กลุ่มควบคุม | 33.53 ± 3.20 | | | | 34.39 ± 3.41 | | | |
| การปฏิบัติงาน | กลุ่มทดลอง | 49.89 ± 13.50 | -0.412 | 74 | 0.682 | 68.34 ± 15.44 | 6.089 | 74 | < 0.000 |
| | กลุ่มควบคุม | 51.00 ± 9.56 | | | | 50.68 ± 9.014 | | | |

ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3)

อภิปรายผล

ก่อนจัดโปรแกรมฝึกอบรมการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี Knowledge Attitude Practice (KAP)^[9] ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกัน ภายหลังจากจัดโปรแกรมฝึกอบรมไปแล้ว 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพไม่แตกต่างกับก่อนจัดโปรแกรมฝึกอบรมและต่ำกว่ากลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพหลังจัดโปรแกรมฝึกอบรมสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมฝึกอบรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฝึกอบรมการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎี Knowledge Attitude Practice (KAP) ที่กล่าวว่า ความรู้คือสิ่งที่มนุษย์มีความคิดได้จากข้อเท็จจริง ทักษะคิดมีรากฐานมาจากความเชื่อที่อาจส่งผลต่อการปฏิบัติในอนาคตได้ โดยมีทักษะคิดเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการปฏิบัติซึ่งประกอบด้วย การสังเกต การลงมือปฏิบัติ ความถูกต้อง ความต่อเนื่อง และความเป็นธรรมชาติ เมื่อปฏิบัติบ่อย

ครั้งจนเกิดเป็นทักษะ^[9] ทั้งนี้ การฝึกอบรมยังเป็นกระบวนการที่จัดขึ้นเพื่อเพิ่มความรู้ ความชำนาญและความสามารถของบุคคลให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ^[14] โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรนำความรู้ไปปฏิบัติจริงในพื้นที่^[14] ซึ่งโปรแกรมฝึกอบรมการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถนำไปใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำให้อยู่ในระดับปานกลางหรือระดับสูงได้ และเพิ่มการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพจำนวน 1-2 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 91.2^[6] ให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างน้อย 4 ครั้งต่อเดือนได้^[2]

ข้อสรุป

โปรแกรมฝึกอบรมการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถเพิ่มความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ จึงควรนำไปใช้ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายยิ่งขึ้นและประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ตามความเหมาะสมต่อไป และควรนำโปรแกรมฝึกอบรมการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ในการจัดโปรแกรมฝึกอบรมการปฏิบัติงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อื่น ๆ หรือกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ที่ใกล้เคียงตามความเหมาะสม

References

1. Regulation of the Ministry of Public Health on village health volunteers B.E. 2554 (2011). Published in Government Gazette, Vol.128, Part 33D. (2011 Mar 30). (in Thai)
2. Notification of the Ministry of Public Health on the right to receive remuneration for duty implementation of village health volunteers B.E. 2564 (2021). Published in Government Gazette, Vol.138, Part 194D. (2021 Aug 23). (in Thai)
3. Yaebkai Y, Wongsawat P. Main role performances of village health volunteers. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. 2020;31(2):269-79. (in Thai)
4. Department of Health Service Support. Guidelines and criteria for selection and performance evaluation on outstanding village health volunteers, excellent village health volunteers, and extremely excellent village health volunteers. Bangkok: Keawjawjom Printing and Publishing Suan Sunandha Rajabhat University; 2015. (in Thai)
5. Sukhothai Provincial Public Health Office. Annual report 2020. Sukhothai: Sukhothai Provincial Public Health Office; 2020. (in Thai)
6. Thai Traditional and Alternative Medicine Group, Sukhothai Provincial Public Health Office. A survey of the performance local wisdom concerning health among village health volunteers, Sukhothai Province. Sukhothai: Sukhothai Provincial Public Health Office; 2021. (in Thai)
7. Department of Health Service Support. Report on potential development of village health volunteers [Internet]. 2020 [cited 2021 May 10]; Available from: <http://www.thaiphc.net/new2020/content/4>. (in Thai)
8. Wongsawat P. Experimental research design: application for research to improve health behaviours. Bangkok: Charoendeemunkong; 2018. (in Thai)
9. Bloom BS. The role of educational science in curriculum development. *Int J Educ Sci*. 1965;1:5-15.
10. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Tijdschrift Voor Onderwijs Research*. 1977;2(2): 49-60.
11. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*. 1937;2(3):151-60.
12. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives, handbook I: The cognitive domain. New York: David Mckay; 1975.
13. Cronbach LJ. Essentials of psychology and education. New York: McGraw-Hill; 1984.
14. Awakul W. The management of training. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn university; 1997. (in Thai)