



การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข และเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ ตำบลบ้านต้า อำเภอมือง จังหวัดพะเยา

เกษแก้ว เสียงเพราะ* ศศิวิมล บุตรสีเขียว*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์การสร้างพลังในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขและเครือข่ายสุขภาพระดับตำบลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมปัญหาเอดส์ในชุมชน ตำบลบ้านต้า อำเภอมือง จังหวัดพะเยา ประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างพลัง (Empowerment Process) และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาศักยภาพ ประชากรที่ศึกษาคืออาสาสมัครสาธารณสุขและเครือข่ายสุขภาพระดับตำบลบ้านต้า อำเภอมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Selection) ใช้กระบวนการสร้างพลังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 12 สัปดาห์ เครื่องมือในการพัฒนาศักยภาพ มี 2 ขั้นตอน คือ การอบรมเชิงปฏิบัติการ การวิเคราะห์ปัญหาเอดส์ในชุมชน และการปฏิบัติตามแผนงาน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ใช้วิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเป็นเครื่องมือ ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เนื้อหาตามกรอบและประเด็นที่สำคัญที่สะท้อนให้เห็นความหมาย และคุณค่าของกระบวนการพัฒนาศักยภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ได้ค่า

ความเชื่อมั่น 0.65 ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ยเลขคณิต,ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Student's T-test, Paired T-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับเอดส์ ทศนคติทางบวกต่อผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และการนับถือและเห็นคุณค่าตนเองในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์เพิ่มขึ้น โดยเปลี่ยนไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ สามารถกำหนดนโยบาย วางแผนงาน ดำเนินงานตามแผน กำหนดผู้รับผิดชอบและติดตามประเมินผล ได้รูปแบบการดำเนินงาน จำนวน 6 โครงการ ใช้ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในชุมชน ร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้ภายในกลุ่ม ทำให้ประชาชนเกิดความตื่นตัวและเห็นความสำคัญของการป้องกันและควบคุมเอดส์มากยิ่งขึ้น ประชาชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจและร่วมมือในการดำเนินโครงการที่เกิดขึ้นในชุมชนเป็นอย่างดี บทเรียนที่ได้รับจะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อชุมชน สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขได้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การวิจัยปฏิบัติการ การป้องกันและควบคุมเอดส์ อาสาสมัครสาธารณสุข และเครือข่ายสุขภาพ การสร้างพลัง



บทนำ

โรคเอดส์ (AIDS: Acquired Immune Syndrome) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก ความรุนแรงของปัญหาได้แพร่กระจายไปทุกประเทศ ในทุกเพศ ทุกวัย และทุกชนชั้น¹ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยมีมาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานมากกว่า 20 ปี อย่างไรก็ตามในทศวรรษที่ผ่านมา พบว่า ลักษณะการแพร่ระบาดของโรคเอดส์แม้จะลดลง แต่ยังคงกังวลประชากรบางกลุ่มยังคงมีแนวโน้มอุบัติการณ์การติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข² พ.ศ. 2527-2554 มีผู้ป่วยเอดส์ ทั้งหมด 376,690 ราย และเสียชีวิต 98,721 ราย พบมากในกลุ่มวัยทำงาน อายุระหว่าง 30-34 ปี (ร้อยละ 25.0) รองลงมาอายุ 25-29 ปี (ร้อยละ 18.2) พบมากในกลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไป เกษตรกรรม ว่างาน ค้าขาย และแม่บ้าน (ร้อยละ 45.5 19.5 6.1 4.6 และ 4.3 ตามลำดับ) พบปัจจัยเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน (ร้อยละ 83.0) เมื่อแยกเป็นรายภาค อัตราผู้ป่วยเอดส์ต่อประชากรแสนคน พบว่า ภาคกลางและภาคเหนือมีอัตราผู้ป่วยสูงสุด แยกตามรายจังหวัด ภาคเหนือ พ.ศ. 2554³ จังหวัดพะเยามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในลำดับสูงสุด จะเห็นได้ว่า แนวโน้มโรคเอดส์ทำให้เกิดการติดเชื้อเอดส์รายใหม่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่บ่งชี้ถึงความอ่อนแอของชุมชน เช่น การไม่ยอมรับผู้ป่วยเอดส์ การกลัวคนอื่นรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอดส์ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อไม่สามารถจะดำเนินชีวิตหาเลี้ยงชีพและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติในสถานการณ์เช่นนี้⁴ ข้อมูลดำเนินการเฝ้าระวังโรคเอดส์จังหวัดพะเยา⁵ พ.ศ. 2532-2555 พบว่า มีผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการจำนวน 17,347 ราย แยกเป็นเพศชาย 10,818 ราย และเพศหญิง 6,529 ราย เสียชีวิต 7,648 ราย คงเหลือ 9,699 ราย พบปัจจัยเสี่ยงจาก

การมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด ร้อยละ 90.3 รองลงมาคือจากแม่สู่ลูกร้อยละ 4.8 การใช้สารเสพติด ร้อยละ 0.2 ตามลำดับ พบกลุ่มอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 55.5 ซึ่งเป็นอาชีพหลักของประชาชน ร้อยละ 19.9 กรรมกรผู้ใช้แรงงาน ร้อยละ 3.5 เด็กในปกครองตามลำดับ และพบมากกลุ่มอายุ 40-44 ปี ร้อยละ 0.4 รองลงมากลุ่มอายุ 35-39 ปี ร้อยละ 0.3 ตามลำดับ จะเห็นว่า โรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนควรได้รับการแก้ไข

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และเครือข่ายสุขภาพระดับตำบลเป็นตัวแทนที่ถูกคัดเลือกให้ทำงานด้านสาธารณสุขอยู่ใกล้ชิดกับชุมชน มีความคล่องตัวต่อการดำเนินงาน จากการศึกษาข้อมูลพบว่า อสม. ยังไม่มีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถดำเนินงานแก้ปัญหาเอดส์ในชุมชนได้ ส่วนใหญ่จะรับนโยบายจากหน่วยงานเป็นส่วนใหญ่⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของสาลินี ไทธวัช⁷ ศึกษาการพัฒนาศักยภาพองค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ โดยกระบวนการสร้างพลัง ในรูปแบบการสร้างพลังในการอบรมเชิงปฏิบัติการ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะเกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์เอดส์ การจัดทำแผนงานโครงการป้องกันและควบคุมเอดส์ และมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งการนำอสม. และเครือข่ายสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมให้มีความรู้ความตระหนักถึงปัญหาโรคเอดส์ และผู้ป่วยโรคเอดส์มีความสามารถในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมปัญหาโรคเอดส์ในชุมชน สามารถนำแนวทางไปจัดการแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์แผนเอดส์ชาติ พ.ศ. 2550-2556⁸ จากการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการสร้างพลัง (Empowerment Process) มาจัดกระบวนการพัฒนาศักยภาพให้ อสม. และเครือข่ายสุขภาพให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง การตระหนักในคุณค่าตนเอง และการสร้างพลังเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมทำให้ อสม.และเครือข่ายสุขภาพมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ไขและปฏิบัติด้วยตัวเอง ทำให้เกิดทักษะในการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหา และกระบวนการดังกล่าวประกอบด้วย กรณีศึกษา การอภิปรายกลุ่ม การระดมสมองเพื่อให้เกิดความสร้างสรรค์ พัฒนตนเองและพัฒนาศักยภาพในการวิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่ วางแผน ดำเนินงานป้องกันและควบคุมปัญหาโรคเอดส์ สามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานได้ การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์การสร้างพลังในการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานป้องกันและควบคุมปัญหาเอดส์ในชุมชน ตำบลบ้านต้า อำเภอมือง จังหวัดพะเยา ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์และการรับรู้บทบาทหน้าที่ของการป้องกันและควบคุมเอดส์ ทศนคติต่อผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ ความคาดหวังในความสามารถในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ การเห็นคุณค่าตนเองในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ของอสม. และเครือข่ายสุขภาพระดับตำบลในชุมชน และเพื่อประเมินประชาชนต่อกิจกรรมที่ อสม.และเครือข่ายสุขภาพระดับตำบลดำเนินงานด้านความพึงพอใจและการมีส่วนร่วม

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อน (สัปดาห์ที่ 0 หรือ Baseline)

และหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 8) ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน พ.ศ.2555 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและเทศบาลตำบลบ้านต้า อำเภอมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 60 คน เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) เกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) เป็นคนในพื้นที่จังหวัดพะเยา 2) เป็นสมาชิกอสม. และเครือข่ายสุขภาพระดับตำบลไม่น้อยกว่า 2 ปี 3) มีความสามารถในการสื่อสาร อ่านและเขียนหนังสือได้ 4) เชื้อนยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย รูปแบบการดำเนินงานประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างพลังในการพัฒนาศักยภาพดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ กิจกรรมมี 2 ขั้นตอน คือ (1) อบรมเชิงปฏิบัติการจำนวน 2 วัน วันละ 6 ชั่วโมง ประกอบด้วย กรณีศึกษา ระดมสมอง การอภิปรายกลุ่ม สถานการณ์เอดส์ในปัจจุบัน และ (2) ประยุกต์ใช้จัดกิจกรรมการสะท้อนความคิดและอภิปราย โดยฝึกปฏิบัติการ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง แบ่งเป็น 6 กลุ่มๆละ 7-10 คน โดยวิธีการจับฉลากเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้สร้างสัมพันธภาพและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในแต่ละทีมจะมีพี่เลี้ยงประจำกลุ่มซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงและทำความเข้าใจ สัปดาห์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพจากความรู้เดิมเกี่ยวกับสถานการณ์เอดส์ และฝึกทักษะสำรวจชุมชน วิเคราะห์ปัญหาเอดส์/ประเมินสถานการณ์/ระบุปัญหา/จัดลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่ สัปดาห์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพความสามารถในการดำเนินการป้องกันเอดส์ ฝึกทักษะการเขียนแผน/โครงการแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน สัปดาห์ที่ 4 ทบทวนองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กลุ่มและฝึกทักษะการเป็นผู้นำโดยการอภิปรายกลุ่ม สัปดาห์ที่ 5-6 พัฒนาทักษะความสามารถในการดำเนินงานโดยการฝึกปฏิบัติจริง สัปดาห์ที่ 7-12 การติดตามประเมินการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน

และประเมินความพึงพอใจของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมและการมีส่วนร่วม เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) ด้านสังคม ประชากรได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา สถานภาพ รายได้ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการปฏิบัติ ประสบการณ์ในการอบรม/ศึกษาดูงาน เอดส์ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเอดส์ 2) ด้านการรับรู้เกี่ยวกับเอดส์ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ 3) ด้านทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ 4) ด้านความคาดหวังในความสามารถในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ 5) ด้านการนับถือและเห็นคุณค่าตนเองในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ของ อสม.และเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล 6) แบบประเมินการสัมภาษณ์ความพึงพอใจของประชาชน คำถามเป็นแบบปลายเปิด ข้อมูล 2-5 จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีค่าช่วงคะแนน 0-15 ใช้เกณฑ์การจัดระดับแบบอิงเกณฑ์ของบลูม⁹ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความถูกต้องเชิงเนื้อหา และการใช้ภาษา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน การทดสอบเครื่องมือ (Try Out) ในกลุ่ม อสม. และเครือข่ายสุขภาพระดับตำบลจำปาสัก อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่า 0.65 ขึ้นไป¹⁰ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้รับนำมาวิเคราะห์เนื้อหาตามกรอบและประเด็นที่สำคัญที่สะท้อนให้เห็นความหมาย และคุณค่าของกระบวนการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิจัยคือ สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ทดสอบทางสถิติด้วยการวิเคราะห์ได้แก่ เปรียบเทียบภายในกลุ่มประชากร (Paired T-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การรับรองจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่ HE 54-1-03-0002 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูล และยินยอมตนด้วยความสมัครใจรวมทั้งมีสิทธิที่จะถอนตัวได้ตลอดเวลา

ผลการศึกษา

ด้านสังคม และประชากร

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน เกือบทั้งหมดเป็นหญิง จำนวน 58 คน ร้อยละ 96.0 อยู่ในกลุ่มอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 36.8 มีอายุเฉลี่ย 47.6 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.0 ระดับการศึกษา จบประถมศึกษา 6 ร้อยละ 53.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.0 รายได้ของกลุ่มตัวอย่างในการประกอบอาชีพเฉลี่ยเดือนละ 3,296.60 บาท (ตารางที่ 1)

ระยะเวลาการปฏิบัติงานและประสบการณ์ในการดำรงตำแหน่งอื่นก่อนเป็น อสม. และเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล ร้อยละ 47.0 เคยปฏิบัติงานมาแล้ว 1-5 ปี พบว่า ครึ่งหนึ่งไม่เคยมีประสบการณ์ในใดมาก่อนในการเป็นอสม. และเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล ร้อยละ 36.0 เคยเป็นคณะกรรมการหมู่บ้าน และร้อยละ 7.0 เคยเป็นคณะกรรมการสภาตำบล และประสบการณ์อื่นๆ เช่น ประธานชมรมสตรีสากล และประธานเวทีประชาคมเอดส์ในระดับหมู่บ้านและตำบล ร้อยละ 57.0 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับเอดส์ หรือศึกษาดูงานด้านโรคเอดส์ ร้อยละ



83.0 ไม่เคยหรือคิดรังเกียจคนที่ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน ร้อยละ 18.0 เพื่อน ร้อยละ 8.0 หนังสือพิมพ์ ร้อยละ
แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านเอดส์ที่ได้รับ ร้อยละ 62.0 7.0 และวิทยุ ร้อยละ 5.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)
ได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โทรทัศน์

Table 1 Baseline Socio-Demographic Characteristics (n = 60).

General characteristics	Number	Percentage
Gender		
Male	2	4.0
Female	58	96.0
Age		
< 30	1	2.0
31-40	10	16.0
41-50	30	50.0
51-60	18	30.0
≥ 61	1	2.0
Mean = 47.6 Min = 28		
SD = 7.33 Max = 63		
Status		
Single	4	7.0
Married	47	78.0
Widowed	3	5.0
Divorced	2	2.0
Never	5	8.0
Education Level		
Primary School Level 6	46	77.0
Secondary school or above	14	23.0
Occupation		
Agriculturist	32	53.0
Self-employed	4	7.0
Employee	23	38.0
Other	1	2.0
Income (baht)		
< 1,000	2	3.0
1,001 - 3,000	33	72.0
3,001 - 5,000	10	17.00
≥ 5,000	5	8.0
Mean = 3296.6 Min = 600		
SD = 2736.8 Max = 20,000		

Table 2 Baseline Socio-Demographic Characteristics (n = 60).

Social	Number	Percentage
Duration of health workers (year)		
≥ 20	2	3.0
16-20	14	23.0
11-15	1	2.0
6-10	15	25.0
1-5	28	47.0
Experience in other positions		
District council/board	4	7.0
Committee in village	22	36.0
None	30	50.0
Other	4	7.0
Experience, training or study on AIDS		
Yes	26	43.0
No	34	57.0
HIV/AIDS infection in the community		
Have	60	100.0
No have	0	0.0
Do not like people infected with HIV/AIDS in the community		
Yes	10	17.0
No	50	83.0
Sources of information about HIV/AIDS		
Friend	5	8.0
Radio	3	5.0
Television	11	18.0
Health workforce	37	62.0
Newspaper	4	7.0



**ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้เกี่ยวกับเอดส์
ทัศนคติต่อเอดส์ ผู้ป่วย และผู้ติดเชื้อเอดส์
ความคาดหวัง ในความสามารถตนเองและการ
นับถือและเห็นคุณค่าตนเองในการดำเนินงาน
ป้องกันและควบคุมเอดส์**

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ก่อนการทดลองพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ครึ่งหนึ่งอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 50.0 และระดับต่ำร้อยละ 12.0 ตามลำดับ และหลังการทดลองพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ อยู่ในระดับสูง เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95.0 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ ก่อนการทดลอง พบว่า มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.0 และระดับปานกลางร้อยละ 47.0 ตามลำดับ หลังการทดลองพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 97.0 การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอสม. และเครือข่ายสุขภาพระดับตำบลในการป้องกันและควบคุมเอดส์ ก่อนการทดลองพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งมีการรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 67.0 และระดับต่ำร้อยละ 20.0 ตามลำดับ หลังการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 95.0

ทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ก่อนการทดลอง ครึ่งหนึ่งมีทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ทัศนคติทางลบร้อยละ 27.0 และไม่แน่ใจร้อยละ 23.0 ตามลำดับ หลังการทดลองพบว่า ทุกคนมีทัศนคติทางบวกเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 100

ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมเอดส์ ก่อนการทดลองพบว่า ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ ส่วนใหญ่อยู่ใน

ระดับต่ำร้อยละ 95.0 ระดับปานกลางร้อยละ 5.0 ตามลำดับ และหลังการทดลองพบว่า ทุกคนมีระดับความคาดหวังในความสามารถตนเองเพิ่มสูงขึ้น เป็นร้อยละ 100.0

การนับถือและเห็นคุณค่าในตนเองในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ ก่อนการทดลองพบว่า การนับถือและเห็นคุณค่าในตนเองของ อสม. และเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 85.0 ระดับปานกลางร้อยละ 12.0 ตามลำดับ และหลังการทดลองพบว่า การนับถือและเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100.0 (ตารางที่ 3)

**ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของการรับรู้
เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรับรู้บทบาทหน้าที่ในการ
ดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ ทัศนคติต่อเอดส์
ผู้ป่วย และผู้ติดเชื้อเอดส์ ความคาดหวังใน
ความสามารถตนเอง และการนับถือและเห็นคุณค่า
ตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง**

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ก่อนการทดลองพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.98 และหลังการทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ในระดับสูงขึ้นเท่ากับ 9.95 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ ก่อนการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์เท่ากับ 6.06 และหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์เพิ่มขึ้นเป็น 8.84 อยู่ในระดับสูงขึ้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมี



นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม. และเครือข่ายสุขภาพพระระดับตำบลในการป้องกันและควบคุมเอดส์ ก่อนการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทหน้าที่เท่ากับ 8.36 และหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทหน้าที่ เพิ่มขึ้นเท่ากับ 9.60 อยู่ในระดับสูง หลังการทดลองมีการรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม. และเครือข่ายสุขภาพพระระดับตำบล เพิ่มขึ้นก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์ ก่อนการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์เท่ากับ 6.88 และหลังการ

ทดลองคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นเท่ากับ 10.10 หลังการทดลอง อสม. และเครือข่ายสุขภาพพระระดับตำบล มีทัศนคติทางบวกต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ความคาดหวังในความสามารถในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ของ อสม. เครือข่ายสุขภาพระดับตำบล ก่อนการทดลองพบว่า ความคาดหวังในความสามารถในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.18 และหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถในการดำเนินงาน (ตารางที่ 4)

250 Table 3 Number and Percentage by Level of Aids Perception, Attitude Toward Hiv⁺ and Aids Patients, Self-efficacy and Self-esteem on Aids Prevention and Control of Pretest and Posttest of Health Volunteer and Sub - district Network Potential.

Variables	High		Moderate		Low	
	Number	Percent	Number	Percent	Number	Percent
Perceived susceptibility						
Pre-test	23	38.0	30	50.0	7	12.0
Post-test	57	95.0	3	5.0	0	0.0
perceptions on severity						
Pre-test	30	50.0	28	47.0	2	3.0
Post-test	58	97.0	2	3.0	0	0.0
Perceived role of AIDS						
Pre-test	8	13.0	40	67.0	12	20.0
Post-test	57	95.0	3	5.0	0	0.0
Attitude toward HIV+ and AIDS patients						
Pre-test	30	50.0	14	23.0	16	27.0
Post-test	60	100.0	0	0.0	0	0.0
Self-efficacy						
Pre-test	0	0.0	3	5.0	57	95.0
Post-test	60	100.0	0	0.0	0	0.0
Self-esteem						
Pre-test	2	3.0	7	12.0	51	85.0
Post-test	60	100.0	0	0.0	0	0.0



Table 4 The Difference of Aids Perception, Attitude Toward Hiv⁺ and Aids Patients, Self-efficacy and Self-esteem on Aids Prevention and Control of Pretest and Posttest of Health Volunteer and Network Level Sub-district.

Variables	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p
Perceived susceptibility						
Pre-test	60	8.98	1.01	7.69	59	<0.001
Pro-test	60	9.95	0.21			
Perceived severity						
Pre-test	60	6.06	2.10	11.64	59	<0.001
Pro-test	60	8.48	0.56			
Perceived role of AIDS						
Pre-test	60	8.36	2.88	4.52	59	<0.001
Pro-test	60	9.60	0.88			
Attitude toward HIV+ and AIDS patients						
Pre-test	60	6.88	2.08	11.58	59	<0.001
Pro-test	60	10.10	0.01			
Self-efficacy						
Pre-test	60	3.18	2.08	40.26	59	<0.001
Pro-test	60	13.76	0.42			
Self-esteem						
Pre-test	60	6.64	2.13	11.56	59	<0.001
Pro-test	60	9.01	0.86			

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

การเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับเอดส์ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ และการรับรู้บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ อสม. และเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้โอกาส

เสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาศักยภาพ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ มีการเปลี่ยนแปลงในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง



ได้อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ การรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การเกิดโรคเอดส์ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับโรคเอดส์ร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์เดิมและจากกรณีศึกษาการดูวิดีโอสะท้อนเรื่องราวชีวิตจริงด้านความรู้สึก ความคิดเห็น และการร่วมกันอภิปรายวิเคราะห์ปัญหาเอดส์เปรียบเทียบกับในชุมชนตนเอง การที่ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรง การถ่ายทอดความรู้สึก ความคิดเห็น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐสุภรณ์ โพธิ์โลหะกุล¹¹ ที่พบว่า การจัดกิจกรรมให้ทุกคนมาเล่าจากประสบการณ์ตรงของตัวเองที่สามารถฝึกโยคะได้ ซึ่งการบอกเล่าถึงประสบการณ์ของความสำเร็จจากตนเองและเพื่อนในกลุ่มทดลองที่ได้ฝึกปฏิบัติจริงสามารถฝึกทำโยคะได้อย่างสวยงามและมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถออกกำลังกายได้และยังมีผลต่อเพื่อนในกลุ่มในการร่วมฝึกปฏิบัติได้ นอกจากนี้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ และการรับรู้บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ของกลุ่มตัวอย่างยังเกิดจากกิจกรรมที่มีการทบทวนองค์ความรู้และให้ทุกคนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงจากการดำเนินกิจกรรมและความสำเร็จจากตนเอง ดังจากอสม. ในกลุ่มตัวอย่างคนหนึ่งได้กล่าวว่า “ไม่มั่นใจว่าจะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ได้ หรือให้ไปเยี่ยมบ้านพูดคุยกับเขา เพราะตัวเองรู้สึกกลัวๆ อยู่ เคยอบรมหลายปีแล้วลืม แต่พอได้อบรมคิดว่าจะไม่รังเกียจ กลัวจะเข้าไปสอบถามและให้ความช่วยเหลือเล็กๆ น้อยๆ เขา บ้าง”

ด้านการรับรู้บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางและ

ระดับต่ำ ภายหลังการพัฒนาศักยภาพอสม. และเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล มีการรับรู้บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลจากการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ การแบ่งกลุ่มสะท้อนความคิดและการฝึกปฏิบัติการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญในชุมชนและอภิปรายกลุ่มใหญ่ ทำให้ อสม. และเครือข่ายสุขภาพระดับตำบลเข้าใจบทบาทหน้าที่การดำเนินงานของตนเองมากขึ้นในการป้องกันและควบคุมเอดส์ในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ พนิดา จิระไพศาลพงศ์¹² ศึกษาทัศนคติ และบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการแก้ไขปัญหาเอดส์ ใช้รูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในระดับชุมชน โดยให้อบต. เป็นผู้นำประชาชนในชุมชนให้ช่วยเหลือ และอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า การจัดโครงการรณรงค์ และเขียนแผนงาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองในการดำเนินงานส่งผลให้อบต. มีความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

ทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีทัศนคติทางลบและไม่แน่ใจ ภายหลังการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์ไปในทางบวกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาศักยภาพประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างพลังสะท้อนเรื่องราวชีวิตจริง จากกรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การระดมสมองแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทุกคนได้ถ่ายทอดความรู้สึก ความคิดเห็น ทำให้ อสม. และเครือข่ายสุขภาพระดับตำบลรู้สึกเห็นใจ ไม่รังเกียจผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งตรงความคิดของ Lewin¹³



กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรม ทำให้เกิดขึ้นได้โดยการสร้างสถานการณ์ให้เกิดการมีส่วนร่วมในกลุ่มบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การสร้างพลังเป็นรูปแบบการจัดกระบวนการศึกษาทำให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Active Participation) ที่ให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองร่วมระบุปัญหา วิเคราะห์ปัญหา และหาทางแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้น และนำข้อมูลมารวบรวมกันวิเคราะห์ปัญหา/ระบุปัญหา แนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ จากกิจกรรมเหล่านี้ทำให้เกิดโครงการต่างๆ จำนวน 6 โครงการ เช่น โครงการสานสัมพันธ์ สายใยรัก ลดภัยเอดส์ โครงการ “เวทีสัญจร รณรงค์ให้ความรู้เอดส์ในโรงเรียน” โครงการ อสม. รวมใจต้านภัยเอดส์ โครงการอสม.หมู่ 3 และหมู่ 9 รวมใจเรื่องสุขภาพชุมชนปลอดเอดส์ โครงการอบรมเยาวชนเรื่องโรคเอดส์ และโครงการเวทีสัญจรป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ HIV และ เอดส์

ความคาดหวังในความสามารถในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ในชุมชน พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ภายหลังการพัฒนาศักยภาพ มีการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เนื่องจากกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นในการพัฒนาศักยภาพบุคคลเน้นกระบวนการวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน ปฏิบัติจริงเกี่ยวกับการเขียนโครงการป้องกันและควบคุมเอดส์ในชุมชนของแต่ละกลุ่ม การลงมือปฏิบัติตามแผนงานที่วางไว้ การติดตามประเมินผล เสนอแนะปัญหาและการแก้ไขเป็นกิจกรรมที่ อสม. และเครือข่ายสุขภาพระดับตำบลได้มีส่วนร่วมและได้รับประสบการณ์ตรง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและส่งผลถึงการดำเนิน

งานต่อไป เช่น การวิเคราะห์ปัญหาเอดส์ของชุมชนในแต่ละกลุ่ม นำปัญหามาวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผนโครงการป้องกันและควบคุมเอดส์ของชุมชน เช่น โครงการสานสัมพันธ์ สายใยรัก ลดภัยเอดส์ โครงการอสม. รวมใจต้านภัยเอดส์ เป็นต้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมอภิปรายปัญหาต่างๆ ร่วมการวางแผนแก้ไขปัญหาดำเนินโครงการ นำเสนอและสรุปโครงการส่งผลให้อสม. และเครือข่ายสุขภาพระดับตำบลมีความคาดหวังในความสามารถตนเองในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์เพิ่มขึ้น ดังเช่น อสม. ในกลุ่มตัวอย่างคนหนึ่งกล่าวว่า “เคยทำประชาคมเอดส์ แต่การระบุปัญหาเอดส์ในการดำเนินแก้ไขยังไม่เคยทำ หรือเขียนโครงการเสนอของบประมาณไม่เคยทำเลยส่วนใหญ่มีแต่หมอ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำเทศบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล) เป็นคนเขียนของบ มาอบรมครั้งนี้ได้ฝึกเขียนและดู อสม.หมู่บ้านอื่นคิดสนุกและมั่นใจมากอยากให้มีแบบนี้เรื่อยๆ” สอดคล้องกับแนวคิดของ Wallerstein¹⁴ ที่กล่าวว่าการศึกษาเพื่อการสร้างพลังจะส่งเสริมให้ผู้เรียนเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของสาธิตินิ ไทยธวัช⁷ ศึกษาการพัฒนาศักยภาพองค์กรการบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ โดยกระบวนการสร้างพลัง ที่พบว่าหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้ศึกษาดูงานจากวัดพระบาทน้ำพุ มีการสรุป อภิปรายปัญหาและแนวทางดำเนินงาน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเขียนแผนงานป้องกันและควบคุมเอดส์ และกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังในความสามารถตนเอง และการนับถือและการเห็นคุณค่าตนเองในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์เพิ่มขึ้น อบต.สามารถกำหนดนโยบายวางแผนงาน ดำเนินงานตามแผน กำหนดผู้รับผิดชอบ



และสามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานได้

การนับถือและเห็นคุณค่าตนเองในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ หลังจากการพัฒนาศักยภาพ มีการเปลี่ยนแปลงการนับถือและเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้จากการฝึกทักษะการเป็นผู้นำกลุ่มในการนำเสนอ และฝึกทักษะการเขียนแผนงาน โดยการร่วมกันอภิปรายกลุ่มใหญ่ วิเคราะห์ปัญหา ระบุปัญหา ค้นหาแนวทางแก้ไข การวางแผนงานโครงการ การปฏิบัติตามแผนงานโครงการที่วางไว้ การติดตามผล การที่ได้ลงมือปฏิบัติจริง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความนับถือและเห็นคุณค่าในตนเองในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของวอลเลิร์สตัน¹¹ พบว่า การจัดการศึกษาโดยการสร้างพลัง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความรู้ เจตคติ มีการเห็นคุณค่าตนเองสูงขึ้นในแต่ละบุคคล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kathleen, et al.¹⁵ การใช้กลุ่มในการฝึกปฏิบัติก่อให้เกิดการรับรู้มากขึ้นและมีการเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้นในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง และสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐสุภรณ์ โพธิ์โลหะกุล¹¹ พบว่า การพัฒนาการรับรู้ความสามารถและเห็นคุณค่าในตนเอง โดยการฝึกปฏิบัติโยคะต่อเนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์แรกและสัปดาห์ที่สองจนสามารถฝึกโยคะได้ จำเป็นจะต้องฝึกให้เขามีทักษะที่เพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่า เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้นได้เช่นกัน

การเปลี่ยนแปลงระดับชุมชน ภายหลังการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ในชุมชนพบว่า ประชาชนให้ความสำคัญเข้าร่วมเป็นจำนวนมาก แม้ว่าบางกิจกรรมจะจัดขึ้นในช่วงฤดูหนาวและนักเรียนกำลังจะเปิดเทอมทุกคนยินดีให้ความร่วมมือ

มีการติดตามประเมินผลความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนโดยการสัมภาษณ์ประชาชนพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยที่ อสม. จัดกิจกรรมป้องกันและควบคุมเอดส์ในชุมชน มีความพึงพอใจกับการดำเนินงานตามบทบาทและหน้าที่ของ อสม. ประชาชนให้ความสนใจต่อปัญหาเอดส์ ดังจากประชาชนคนหนึ่งได้กล่าวว่า “เห็น อสม. เดินบอกและประกาศเสียงตามสาย ตอนแรกไม่อยากจะคิดว่าคงเหมือนเดิมที่มีหมอมานในหมู่บ้าน พอไปถึงเห็นอสม. พูดและเห็นเขาตั้งใจ จริงจังจะทำให้ได้เห็นแบบนี้แล้วก็อยากให้มีแบบนี้” และ อีกคนกล่าวว่า “เห็น อสม. กับผู้ใหญ่บ้านช่วยกันพัฒนาหมู่บ้านและสำรวจจริงๆ และมีกระดานรูปภาพมาติดในหมู่บ้านมันดีมาก ๆ ทำให้เรารู้เรื่องเอดส์ในปัจจุบัน เราคิดว่าถ้ามีแบบนี้ก็พร้อมให้ความร่วมมือ ตอนแรกไม่กล้าบอกว่าลูกเขยเป็นเอดส์เพราะเขาไม่ได้ขึ้นทะเบียนเอาเงิน แต่พออสม. มาหาบ่อยๆ เลยให้ความร่วมมือกับเขาเพราะสัญญาว่าจะช่วยประสานงานให้” การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเอดส์ทำให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนักในปัญหาเอดส์เพิ่มขึ้น มีความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วมในกิจกรรม และร่วมกันวางแผนและแก้ไขปัญหาด้วยแนวทางของชุมชน และยังสามารถที่จะเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้กับบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดภายในชุมชนได้อีกด้วย

จากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ประชาชนเห็นคุณค่าและศักยภาพการดำเนินงานของอสม. และเครือข่ายสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีสองตำแหน่งในการรับผิดชอบหน้าที่ ทำให้ประชาชนเกิดความพึงพอใจและเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา และสามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาองค์กร และมีข้อเสนอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบูรณาการในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การป้องกันยาเสพติด



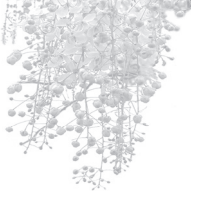
ควรเน้นการส่งเสริมข้อมูลด้านวิชาการกระชับความ
สัมพันธ์ในการพูดคุย การให้คำปรึกษา การให้ความ
สำคัญความคืบหน้ากับหรือสร้างเสริมศักยภาพและการ
เป็นผู้นำ เป็นต้น ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องการ
ดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ในชุมชนเพื่อให้
ได้ข้อมูลในด้านลึกที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนา
ศักยภาพผู้นำชุมชน และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ
ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ โดยการ
ศึกษา 2 กลุ่ม (กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม)

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณา
ตรวจสอบเครื่องมือ ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยพะเยา
ที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย ขอขอบคุณ
คณะแพทยศาสตร์ ที่สนับสนุนวิทยากรและขอขอบคุณ
ผู้ให้ข้อมูลตำบลบ้านต้า อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา
และผู้ที่ไม่ได้กล่าวถึงในที่นี้ ซึ่งมีส่วนร่วมในการทำให้
วิจัยครั้งนี้สำเร็จได้

เอกสารอ้างอิง

1. Report by National AIDS Prevention and Alleviation Committee. UNGASS COUNTRY PROGRESS REPORT THAILAND Period January 2008-December 2009, 2010.
2. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ พ.ศ. 2554. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2554.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2548-2550. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2550.
4. วิพุธ พูลเจริญ และ ดิเรก วิหารรัตน์. สถานการณ์การคาดประมาณและแนวโน้มของโรคเอดส์ การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 7. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: 2541.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของจังหวัดพะเยา. (ตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ. 2552 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2553). เอกสารอัดสำเนา. (ม.ป.พ.).
6. ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2555-2559 คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2555.
7. สาลินี ไทยธวัช. การพัฒนาศักยภาพองค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ โดยกระบวนการสร้างพลังตำบลสื่อ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ [วิทยานิพนธ์ปริญญาตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
8. คณะอนุกรรมการส่งเสริมชุมชนควบคุมโรคเอดส์. คู่มือประกอบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: 2541.
9. Bloom BS. Taxonomy of education objective handbook I: Cognitive domain. New York: David Mackay, 1976.



10. ธาณินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพมหานคร: บิซิเนสอาร์แอนด์ดี, 2553.
11. ณัฐสุภรณ์ โพธิ์โลหะกุล, ลักษณา เต็มศิริกุลชัย, ธราดล เก่งการพานิช. การประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายด้วยโยคะของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2555; 42(2): 29-43.
12. พนิดา จิระไพศาลพงศ์. บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการแก้ปัญหาโรคเอดส์: กรณีศึกษา ต.บางโหนด อ. บางพลี จ. สมุทรปราการ. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2540; 6: 361-7.
13. Lewin, K. Action research and minority problems. J Social Issues. 1946; 2: 34-46.
14. Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment education : Freire's ideas adapted to health education. McGraw-Hill, New York, 1988; 15: 379-94.
15. Kathleen F. Norr, Lilian Ferrer, Rosina Cianelli, Kathleen S. Crittenden, Lisette Irarr azabal, B altica Cabieses, et al. Peer Group Intervention for HIV Prevention Among Health Workers in Chile. J Assoc Nurses AIDS Care. 2012; 23: 73-86.



Development of Health Volunteer and Sub-District Network Potentiality on AIDS Prevention and Control in Bantum Sub-District, Muang District, Phayao Province

Katekaw Seangpraw* Sasiwimol Bootsikeaw*

ABSTRACT

This study was conducted using the action research and aimed to assess the effectiveness of a program for developing health volunteer and sub-district network potentiality on AIDS prevention and control in Bantum Sub-district, Muang District, Phayao Province. The significant strategies used for development were empowerment processes and community participation. The study populations group was composed of 60 health volunteers and network in Bantum Sub-district, Muang District, Phayao Province, were purposively selected in this study. The empowerment processes were implemented with the study group for 12 weeks, conducted during between April to June 2012. The empowerment processes were composed of 2 stages: analyzing the problems regarding AIDS in a community; implementing monitoring and evaluating the action plans. In each implementation stage qualitative and quantitative methods were used for data collection. For the qualitative data, the content analysis was made according to a framework and key themes that reflected the meanings and values of the empowerment. The quantitative data were analyzed by using a self-administered questionnaire the reliability coefficient is 0.65

and analyzed by computing percentage, mean, standard deviation, Student's t-test and Paired sample t-test. The results of the study showed that after development health volunteer and sub-district network potentiality significantly positive changes were found in perception on AIDS, attitude towards the patients of AIDS and HIV⁺, self-efficacy, self-esteem, and ability on management of AIDS prevention and control ($p < 0.05$). The volunteers were able to formulate policies, plans, implementation, and evaluation their 6 prevention and control of project in relations to the community-based problems that increases knowledge sharing. The effectiveness of the program was community people that significantly perceived and implemented of AIDS prevention and control program in their own communities. They were satisfied with the program and gave good cooperations to the AIDS prevention and control program. The lessons learned on development of power and potential will be directly useful for communities and may be applied to other health volunteers.

Key words: Action Research, Aids Prevention, Health Volunteer and Sub-District Network, Empowerment

J Public Health 2013; 43(3): 243-257

Correspondence: Katekaw Seangpraw, School of Medicine, University of Phayao, Phayao Province 56000, Thailand. Email: eungkaw@gmail.com

* School of Medicine, University of Phayao