

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้

หยาดพิรุณ ศิริ, ภาณุเดช เชียงชุม, สมโชค นงศ์นวล, ธัญญชนก นุ่นสงศ์
สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

โรคอุจจาระร่วงเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขาภิบาลบกพร่องอย่างหนึ่ง แม้ในประเทศที่กำลังพัฒนายังคงพบอัตราป่วยจากโรคนี้อย่างต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้จึงประเมินระดับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง และเปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 45 คน มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.9 อายุระหว่าง 32-59 ปี และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. เฉลี่ย 8 ± 6.78 ปี ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงระดับดีร้อยละ 66.7 และมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงระดับดีร้อยละ 62.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจส่งผลให้ อสม. มีความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ และสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และทีมสุขภาพนำไปใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ต่อการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชนได้

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ; โรคอุจจาระร่วง; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทนำ

โรคอุจจาระร่วงคือการถ่ายอุจจาระเหลวอย่างน้อย 3 ครั้ง ภายใน 24 ชั่วโมง หรือถ่ายเป็นน้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง ซึ่งถือเป็นโรคติดต่อที่พบอัตราการป่วยสูงอย่างต่อเนื่องทั่วโลกพบว่า มีผู้ป่วยชีวิตด้วยโรคอุจจาระร่วงปีละเกือบ 1.2 ล้านคน โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา⁽¹⁾ สถานการณ์ในประเทศไทย กองโรคติดต่อทั่วไป⁽²⁾ รายงานว่า ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 15 ธันวาคม พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง 783,266 ราย เสียชีวิต 4 ราย โรคอุจจาระร่วงเป็นหนึ่งใน 10 อันดับ

โรคที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงที่สุด 6,009.18 ต่อประชากรแสนคน สำหรับข้อมูลการเฝ้าระวังโรคของจังหวัดนครศรีธรรมราช ในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง 60,382 ราย มีอัตราคนป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง 3,865.90 ต่อแสนประชากร และในเขตพื้นที่อำเภอท่าศาลา พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงอย่างต่อเนื่อง พบผู้ป่วยจำนวน 8,391 ราย มีอัตราคนป่วย 7,104.27 ต่อแสนประชากร เช่นเดียวกับหน่วยบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา ที่มีอัตราป่วยของโรคอุจจาระร่วง 11,880.26 ต่อแสนประชากร

เมื่อเปรียบเทียบย้อนหลัง 3 ปี พบว่า โรคอ้วนจะร่วงยังคงมีอัตราป่วยสูงที่สุดเป็นอันดับหนึ่งอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสาเหตุของโรคอ้วนจะร่วงในวัยเด็กและวัยทำงานส่วนใหญ่ในพื้นที่ อาจเกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่ได้ปรุงสุกใหม่ และสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสม⁽³⁾

ในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยใช้ระบบสุขภาพภาคประชาชน ที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน ให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและตระหนักถึงปัญหา โดยมีบุคคลที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน ด้วยบทบาทหน้าที่ ได้แก่ การเป็นแกนนำชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุข การมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน การสื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างภาครัฐและประชาชน การให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน อาทิ การส่งต่อผู้ป่วย การติดตามดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชน และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น⁽⁴⁾

นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้กลวิธีการเสริมพลังอำนาจประชาชนและชุมชน เป็นกระบวนการพัฒนาคนและกลุ่มบุคคล โดยเน้นให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การค้นพบความจริง เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านการจัดฐานเรียนรู้ (2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณ ด้วยการเปิดโอกาสให้มีการซักถาม และอภิปรายกลุ่ม (3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ด้วยความมั่นใจที่จะลงมือปฏิบัติในสถานการณ์ถ่ายทอดความรู้จริงในชุมชน และ (4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์รายกลุ่มเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติจริง ภายใต้รูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่ได้เน้นบทบาทของ อสม. ในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคอย่างยั่งยืน เพื่อให้ชุมชนสามารถเฝ้าระวังและควบคุมโรคอ้วนจะร่วงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านการมีความสามารถในการกำหนดและวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการแก้ไขและประเมินผลการดำเนินการได้ด้วยชุมชนเอง⁽⁴⁾

จากการทบทวนงานวิจัยในอดีตพบว่า มีงานวิจัยน้อยมากที่เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนจะร่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจใน อสม. ส่วนใหญ่ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁽⁴⁾ และศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก⁽⁵⁾ ซึ่งส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความมั่นใจ รับผิดชอบต่อความสามารถในตนเอง และสามารถปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงได้⁽⁶⁾ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson⁽⁷⁾ ที่ระบุว่าการได้รับการเสริมพลังอำนาจใน อสม. จะทำให้ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหลังเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มสูงขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนจะร่วงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนจะร่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจใน อสม. อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งนี้จังหวัดนครศรีธรรมราชไม่ปรากฏการวิจัยในประเด็นดังกล่าวใน อสม. และประกอบกับในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวิทยาลัยลักษณะพัฒนา มีอัตราป่วยด้วยโรคอ้วนจะร่วงสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ คือ ไม่เกิน 1,000 ต่อแสนประชากร⁽³⁾ ผลวิจัยครั้งนี้จะมีประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในการใช้เป็นข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบายในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนจะร่วงอย่างมีส่วนร่วมในอนาคตให้แก่ อสม. ต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบแผนการศึกษา การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังนี้ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ. 2564 ในประชากรอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา ตำบลไทยบุรี อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครศรีธรรมราช 4 หมู่บ้าน จำนวน 79 คน จากนั้นกำหนดกลุ่มตัวอย่าง จากตาราง Krejcie และ Morgan⁽⁶⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 66 คน วิธีการสุ่มตัวอย่างได้ใช้วิธีสุ่มแบบแบ่งชั้น โดยคำนวณหาสัดส่วนของประชากรแต่ละหมู่บ้าน ทั้งเพศชาย และเพศหญิง เพื่อให้แต่ละหมู่บ้านมีโอกาสที่กลุ่มตัวอย่าง เป็นตัวแทนประชากรถูกสุ่มมาอย่างเท่าเทียมกัน จากนั้น ทำการสุ่มเลือกด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากชื่อ ด้วยคอมพิวเตอร์ เกณฑ์การคัดเลือก คือ (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา (2) ยินยอมที่จะเข้าร่วมการศึกษา มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเป็น อสม. มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี (3) พูดและฟัง ภาษาไทยได้ดี การรับรู้ต่อบุคคล เวลา และสถานที่ เป็นปกติ เกณฑ์การคัดออก คือ (1) อสม. ตอบแบบสอบถาม ไม่ครบถ้วนมากกว่า 15% ของแบบสอบถามทั้งฉบับ (2) อสม. ที่ไม่สามารถอยู่ร่วมวิจัยตลอดของช่วงการศึกษา (3) อสม. ที่ตอบแบบสอบถามแล้วและแจ้ง ในภายหลังว่าไม่ต้องการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจของ อสม.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนทดลอง และหลังการทดลอง (one group pretest posttest design) โดยอาศัยทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment)⁽⁷⁾ 4 ขั้นตอนปรับปรุงจากชนิดา เตชะปັນ (4) และดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นพบความจริง เป็นระยะการสร้างสัมพันธภาพและการร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และผลกระทบจากปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างประสบในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรคในชุมชน เป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการบรรยายให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรค อัจจาระร่วง การจัดฐานเรียนรู้จำนวน 3 ฐาน ได้แก่ ฐานความรู้พฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมมารับประทานอาหารและพฤติกรรมสิ่งแวดล้อม

ระยะที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้วิจัยนำสู่การอภิปรายกลุ่มระหว่างกลุ่มตัวอย่างถึงแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว เป็นการนำความรู้ที่ได้จากระยะที่ 1 ไปปรับใช้ในการลงพื้นที่ในความรับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่าง แต่ละคน จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายในการพบกันครั้งต่อไป เพื่อสาธิตในสถานการณ์จริง โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 5 กลุ่ม สาธิตการให้ความรู้ด้านการป้องกันโรคอูจจาระร่วง ในพื้นที่ชุมชน ตามความรู้ที่ได้จากการอบรม พร้อมเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาจนเข้าใจชัดเจน

ระยะที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษา ชี้แนะ ทบทวน ความรู้ที่สำคัญรวมทั้งการตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่างที่พบขณะให้ความดูแลเพื่อเสริมความมั่นใจ

ระยะที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างประชุมกลุ่มร่วมกันอีกครั้ง ผู้วิจัยนำ การอภิปรายกลุ่มเพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง แลกเปลี่ยนการเรียนรู้ และประสบการณ์ฝึกปฏิบัติ จากนั้นกลุ่มตัวอย่างระบุปัจจัย ที่นำสู่ความสำเร็จของการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคอูจจาระร่วง

2. เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจ

ประกอบด้วย สื่อและอุปกรณ์ ได้แก่ วิดีทัศน์เรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอูจจาระร่วง เอกสารประกอบการให้ความรู้ด้านสุขศึกษาชุมชน ได้แก่ แผ่นพับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค

3. แบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอูจจาระร่วง⁽⁹⁾ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ทั้งหมด 32 ข้อ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ คำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) และแบบสอบถามชนิดปลายเปิด (open-ended form)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคอูจจาระร่วงเกี่ยวกับสาเหตุอาการและการรักษาเบื้องต้นจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน ลักษณะของแบบประเมินคำถามเป็นแบบเลือกตอบ คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนนและตอบผิดหรือไม่ตอบได้ 0 คะแนน โดยประยุกต์ใช้แนวคำถามของเดือนเพ็ญ แซ่เตี่ยว⁽⁹⁾ เนื่องจากมีความสอดคล้องเป็นไปตามวัตถุประสงค์ และ

กรอบแนวคิดของการศึกษาที่ตั้งไว้และมีค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบราค เท่ากับ 0.966 และแบ่งช่วงคะแนนและการแปลผล 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 0-3 (ระดับน้อย) คะแนน 4-6 (ระดับปานกลาง) และ คะแนน 7-10 (ระดับดี) ยกตัวอย่างคำถามเช่น อาการของโรคอุจจาระร่วง คือ ถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน การรักษาโรคอุจจาระร่วงอาการขั้นต้นต้องจิบน้ำเกลือแร่ครั้งละ 200-400 มิลลิลิตร

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง 3 ด้าน ได้แก่ อนามัยส่วนบุคคล การบริโภคอาหารและสิ่งแวดล้อม จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 75 คะแนน ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับสำหรับคำถามเชิงบวก คือ 5 คะแนน คือ ปฏิบัติตนตามข้อความดังกล่าวทุกวัน 4 คะแนน คือ ปฏิบัติตนตามข้อความดังกล่าว 5-6 วันต่อสัปดาห์ 3 คะแนน คือ ปฏิบัติตนตามข้อความดังกล่าว 3-4 วันต่อสัปดาห์ 2 คะแนน คือ ปฏิบัติตนตามข้อความดังกล่าว 1-2 วันต่อสัปดาห์ 1 คะแนน คือ ไม่เคยปฏิบัติตามข้อความดังกล่าวและสำหรับคำถามเชิงลบ คือ 1 คะแนน คือ ปฏิบัติตนตามข้อความดังกล่าวทุกวัน 2 คะแนน คือ ปฏิบัติตนตามข้อความดังกล่าว 5-6 วันต่อสัปดาห์ 3 คะแนน คือ ปฏิบัติตนตามข้อความดังกล่าว 3-4 วันต่อสัปดาห์ 4 คะแนน คือ ปฏิบัติตนตามข้อความดังกล่าว 1-2 วันต่อสัปดาห์ 5 คะแนน คือ ไม่เคยปฏิบัติตามข้อความดังกล่าว โดยประยุกต์ใช้แนวคำถามของเดือนเพ็ญ แซ่เตี่ยว⁽⁹⁾ เนื่องจากมีความสอดคล้องเป็นไปตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการศึกษาที่ตั้งไว้และมีค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบราค เท่ากับ 0.963 และแบ่งช่วงคะแนนและการแปลผล 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 1-44 (ระดับต่ำ) คะแนน 45-59 (ระดับปานกลาง) และคะแนน 60-75 (ระดับดี) ยกตัวอย่างคำถาม เช่น กินอาหารปรุงสุกใหม่ๆ และอุ่นอาหารบ่อยครั้งแค่นั้น หรือกินผักดิบหรือผลไม้โดยไม่ได้ล้างก่อนบ่อยครั้งแค่นั้น เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินโครงการวิจัยโดยการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การฟังและการสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพและร่วมวิเคราะห์ปัญหา กิจกรรมที่ 2 การวางแผนและกำหนดวิธี

การแก้ปัญหาที่เหมาะสม กิจกรรมที่ 3 การฝึกปฏิบัติโดยผ่านฐานการเรียนรู้ และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง และกิจกรรมที่ 4 การสะท้อนกลับ และประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้นในสัปดาห์ที่ 6 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมนำมาตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง และใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ได้แก่ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์พิจารณาขอรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ภายใต้ใบรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์เลขที่ WUEC-21-061-01 โดยชี้แจงรายละเอียดและได้รับการยินยอมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ที่เข้าร่วมโครงการครบทั้ง 4 ครั้ง มีจำนวน 45 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 88.9 และเพศชาย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1 จำแนกตามช่วงอายุ พบว่า ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 48.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 28.9 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็น อสม. 5-10 ปี ร้อยละ 37.8 และส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมการพัฒนา อสม. มาก่อน ร้อยละ 66.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=45)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	40	88.9
ชาย	5	11.1
อายุ		
31-40 ปี	10	22.2
41-50 ปี	22	48.9
51-60 ปี	13	28.9
อาชีพ		
เกษตรกร	13	28.9
ลูกจ้างเอกชน	6	13.3
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	8	17.8
ค้าขาย	7	15.6
รับจ้างทั่วไป	11	24.4
ระยะเวลาที่เป็น อสม.		
0-4 ปี	13	28.9
5-10 ปี	17	37.8
10 ปีขึ้นไป	15	33.3
เคยได้รับการอบรมพัฒนา อสม. มาก่อน		
เคยอบรม	15	33.3
ไม่เคยอบรม	30	66.7

2. ระดับความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดีร้อยละ 66.7 และหลังเข้าร่วมโครงการ มีความรู้ในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 86.7 ดังภาพที่ 1

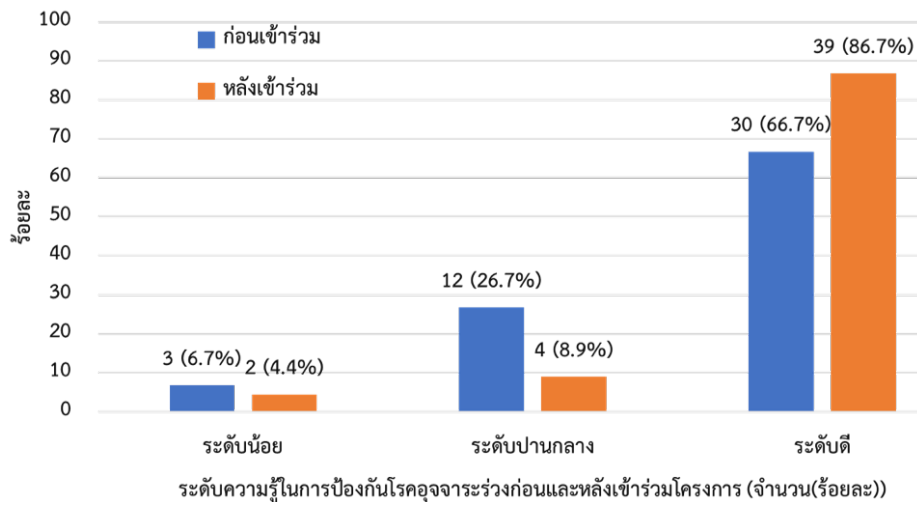
เมื่อจำแนกรายข้อคำถามก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการกำจัดแหล่งรังโรค ช่องทางการสัมผัสเชื้อ และอาการของโรคอุจจาระร่วง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (0.98 ± 0.15) รองลงมา คือ พาหะนำโรคอุจจาระร่วง (0.93 ± 0.25) และน้อยที่สุดคือ ความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง (0.09 ± 0.29) และค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันอุจจาระร่วงหลังเข้าร่วมโครงการมากที่สุด คือ

พาหะนำโรคอุจจาระร่วง (1.00 ± 0.25) รองลงมา คือ การป้องกันและการรักษาโรคอุจจาระร่วงเบื้องต้นด้วยตนเอง (0.98 ± 0.15) และน้อยที่สุด คือ แนวทางการรักษาโรคอุจจาระร่วง (0.73 ± 0.45)

ระดับความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) จาก 6.84 คะแนน เป็น 9.04 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) โดยเฉพาะในประเด็นความรุนแรง แนวทางการรักษาและการแพร่กระจายของโรคอุจจาระร่วง ดังตารางที่ 2

3. ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ ส่วนใหญ่

ภาพที่ 1 ระดับความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=45)



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=45)

หัวข้อ	คะแนน (mean±SD)		P-value
	ก่อน	หลัง	
พาหะนำโรคอุจจาระร่วง	0.93±0.25	1.00±0.25	0.083
การกำจัดแหล่งรังโรค	0.98±0.15	0.93±0.25	0.317
ช่องทางการสัมผัสเชื้อโรค	0.98±0.15	0.93±0.25	0.317
อาการของโรคอุจจาระร่วง	0.98±0.15	0.91±0.29	0.180
ระยะฟักตัวของโรคอุจจาระร่วง	0.69±0.45	0.89±0.32	0.020*
ความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง	0.09±0.29	0.84±0.43	<0.0001
แนวทางการรักษาโรคอุจจาระร่วง	0.20±0.41	0.73±0.45	<0.0001
การป้องกันโรคอุจจาระร่วง	0.67±0.48	0.98±0.15	<0.001
การรักษาอุจจาระร่วงเบื้องต้นด้วยตนเอง	0.69±0.47	0.98±0.15	0.0001*
การแพร่กระจายของโรค	0.58±0.50	0.91±0.29	<0.0001
คะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวม	6.84±2.20	9.04±1.94	<0.0001

*p<0.05

มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอยู่ในระดับดีร้อยละ 62.2 และหลังเข้าร่วมโครงการ มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 82.2 ดังตารางที่ 3 หลังเข้าร่วมโปรแกรมภาพรวมผู้เข้าร่วมโครงการได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ การใช้ช้อนกลางเมื่อกินอาหารร่วมกับผู้อื่น ถ่ายอุจจาระลงส้วม

ที่ถูกลักษณะ ล้างมือหลังการใช้ส้วมหรือขับถ่าย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ กินผักดิบหรือผลไม้โดยล้างก่อน ไม่กินอาหารทะเลและอาหารทั่วไปสุกๆ ดิบๆ กินอาหารปรุงสุกใหม่ๆ และอุ่นอาหาร ต้มสะอาดต้มสุกหรือน้ำที่ผ่านการกรอง และพฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ทำความสะอาดห้องส้วม ทำความสะอาดห้องครัว กำจัดขยะจำพวกเศษอาหารโดยใส่ลงในถัง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=45)

หัวข้อ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่เหมาะสม (1-44 คะแนน)	4	8.9	3	6.7
ระดับปานกลาง (45-59 คะแนน)	13	28.9	5	11.1
ระดับดี (60-75 คะแนน)	28	62.2	37	82.2

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนและหลัง (n= 45)

หัวข้อ	คะแนน (mean±SD)		P-value
	ก่อน	หลัง	
พฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล			
1. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำก่อนกินอาหาร	4.04±0.80	4.18±1.09	0.360
2. ล้างมือหลังการใช้ส้วมหรือขับถ่าย	4.27±0.78	4.44±0.99	0.038*
3. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำก่อนเตรียมหรือปรุงอาหาร	4.16±0.80	4.36±1.05	0.087
4. ถ่ายอุจจาระลงส้วมที่ถูกลักษณะ	4.29±0.84	4.60±1.01	0.001
5. ใช้ช้อนกลางเมื่อกินอาหารร่วมกับผู้อื่น	4.31±0.67	4.64±0.86	<0.001
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร			
1. กินอาหารปรุงสุกใหม่ๆ และอุ่นอาหาร	4.33±0.71	4.60±0.89	0.002
2. ไม่กินอาหารอาหารทะเลและอาหารสุกๆ ดิบๆ	4.38±1.50	4.40±1.12	<0.001
3. ดื่มสะอาดต้มสุกหรือน้ำที่ผ่านการกรอง	3.87±1.04	4.09±1.31	0.044*
4. กินผักดิบหรือผลไม้โดยล้างก่อน	4.47±1.61	4.49±1.04	<0.001
5. ดูป้ายอาหารปลอดภัยก่อนเข้าร้านอาหาร	3.76±1.07	3.98±1.29	0.057
พฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อม			
1. กำจัดขยะเศษอาหารโดยใส่ในถังขยะที่มีฝาปิด	4.07±0.81	4.33±1.00	0.008*
2. ทำความสะอาดห้องส้วม	4.29±0.70	4.60±0.86	0.001*
3. ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างจานและน้ำสะอาด	4.31±0.73	4.58±0.92	0.005
4. ทำความสะอาดห้องครัว	4.24±0.71	4.53±0.92	0.002*
5. กำจัดสัตว์นำโรคและขยะบริเวณบ้าน	4.16±0.68	4.40±0.92	0.012*
คะแนนพฤติกรรมโดยรวม	62.94±13.43	66.22±15.25	<0.001

*p<0.05

วิจารณ์

อสม. ในเขตพื้นที่รับผิดชอบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่ อสม. ยาวนานกว่า 5 ปี โดยภาพรวมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพาหะนำโรค การกำจัดแหล่งรังโรค ช่องทางการสัมผัสเชื้อและอาการของโรค- อัจจาระร่วงยังไม่ถูกต้องในบางประเด็น ทำให้ อสม. บางคนมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอูจจาระร่วง หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ สาเหตุ ระยะพักตัว ความรุนแรง การติดต่อของโรค แนวทางการรักษา การรักษาเบื้องต้นด้วยตนเองที่บ้าน การจัดการสิ่งแวดล้อม และการป้องกันการแพร่กระจายของโรคร่วมกับการใช้สื่อสำเร็จรูป การอภิปรายกลุ่มสะท้อนคิด พร้อมติดตามให้คำแนะนำ เสริมแรง และให้กำลังใจ ผ่านกลุ่มไลน์แบบเปิด และฝึกปฏิบัติ ประสบการณ์จริงเกี่ยวกับการป้องกันโรคอูจจาระร่วง (ได้แก่ จัดทำสารละลายเกลือแร่ด้วยตนเอง ฝึกทักษะการให้สุขศึกษา)⁽⁴⁾ ทำให้ระดับคะแนนความรู้ดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของนันท์นภัส เพ็ชรสุวรรณและสุเวช พิมน้ำเย็น⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างการปฏิบัติสุขอนามัยส่วนบุคคล มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอูจจาระร่วง หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยพื้นฐานโปรแกรมจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นไปได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคอูจจาระร่วงที่จัดขึ้นในโปรแกรมนี้ ทำให้ผู้เข้าร่วมได้รับข้อมูลโรคอูจจาระร่วงที่ใหม่ และได้รับสารในวิธีการที่แตกต่างไปจากเดิม⁽¹¹⁾

ผู้เข้าร่วมโครงการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจได้เน้นการจัดกิจกรรมแบบกลุ่ม มีการช่วยเหลือภายในกลุ่ม อสม. ผ่านการทำซ้ำทำให้ อสม. ได้พัฒนาความสามารถในการคิด ตัดสินใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความรู้ที่ดีขึ้น ก็ผลักดันให้พฤติกรรมสุขภาพเป็นไปในทางที่ดีขึ้น⁽¹²⁾ สอดคล้องกับ

การศึกษาของชนิดา เตชะปັນ และคณะ⁽⁴⁾ พบว่า ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ อสม. ทำให้ อสม. มีพฤติกรรม การมีส่วนร่วมและการปฏิบัติงาน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเปิดโอกาสให้ อสม. มีส่วนร่วมในการแสดงออกถึงความสามารถ ในการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี และช่วยพัฒนาศักยภาพใน การทำงานของ อสม. ได้ในอนาคต การวิจัยครั้งนี้ได้จัดโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของ อสม. เป็นครั้งแรกในพื้นที่ศึกษา มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาและการวัดผลในระยะสั้น ครั้งถัดไปควรติดตามผลในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน รวมถึงการเฝ้าระวังสถิติการป่วยด้วยโรคอูจจาระร่วงในกลุ่ม ประชากรที่เป็น อสม. ร่วมด้วย

ดังนั้น การจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคอูจจาระร่วง โดยพัฒนาให้ อสม. ได้รับความรู้ผ่านสื่อผสม มีส่วนร่วมในการร่วมสะท้อนคิด ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อฝึกปฏิบัติจริง มีการติดตามเสริมแรง ให้คำแนะนำและทบทวนผลแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติร่วมกัน ทำให้ อสม. มีระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอูจจาระร่วงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ อสม. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหารและพฤติกรรมด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม อสม. ควรได้รับการกระตุ้นหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคอูจจาระร่วงเป็นระยะๆ ดังนั้นผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและทีมสุขภาพควรพัฒนาการจัดกิจกรรมอบรมความรู้เกี่ยวกับโรค โดยเน้นให้ อสม. รับรู้แนวทางการรักษาและความรุนแรงของโรคอย่างตรงประเด็น และการใช้กระบวนการเสริมพลัง ทำให้ อสม. มีระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน และกลุ่มงานส่งเสริมป้องกันโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวิทยาลัยลักษณะ พัฒนาเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World health statistics [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 14]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>
2. กองโรคติดต่อทั่วไป. กรมควบคุมโรค แนะนำประชาชนยึดหลัก “สุก ร้อน สะอาด” ป้องกันโรคอุจจาระร่วงในช่วงหน้าหนาว [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 12 ม.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://gnews.apps.go.th/news?news=74655>.
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงต่อประชากรแสนคน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 21 ม.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://bit.ly/3b3xRUE>
4. ชนิดา เตชะปັນ. การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลป่าฝั้ว อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2561.
5. เกศินี วงศ์สุปิน, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การแพทยศาสตร์คลินิก [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 13 ม.ค. 2564];33:196-209. แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/view/68419>
6. ธาราทิพย์ ไชยวุธ, ศิวพร อึ้งวัฒนา, เดชา ทำดี. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. พยาบาลสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค. 2564];47:114-28. แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/33969>
7. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing [Internet]. 1991 [cited 2021 Jan 16]; 16:354-61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>
8. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement [Internet]. 1970 [cited 2021 Jan 15];30:607-10. Available from: <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
9. เตือนเพ็ญ แซ่เตี้ยว. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชนในอำเภอเมืองจังหวัดระนอง [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://doi.nrct.go.th/ListDoi/ListDetail?Resolve_DOI=10.14457/PBRU.the.2013.33
10. นันทน์ภัท เพชรสุวรรณ, สุเวช พิมน้ำเย็น. ผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติสุขอนามัยส่วนบุคคลต่อ ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชนชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง อำเภองาว จังหวัดลำปาง. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 12 ม.ค. 2564];6:15-26. แหล่งข้อมูล: https://apheit.bu.ac.th/journal/science-vol6-1/2_06_formatted%20V6-1.pdf
11. Ahmad ZF, Ardiansyah, Nurdin SSI. The E-Learning utilization on attitudes and behavior of diarrhea prevention during pandemic. Turkish Journal of Computer and Mathematics Education [อินเทอร์เน็ต]. 2021 [สืบค้นเมื่อ 15 มิ.ย. 2565];12:231-6. แหล่งข้อมูล: <https://doi.org/10.17762/turcomat.v12i6.1298>
12. ทัดติกา ฉัตรชัยพันธ์, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, สมสมัย รัตนกริฑากุล. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้เป็นเบาหวานในชุมชน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 8 ม.ค. 2564];24:70-82. แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/74921>

Effect of Empowerment Program on Knowledge and Behaviors Related to Diarrhea Prevention among The Village Health Volunteers in Subdistrict X, Southern Thailand

*Yadpiroon Siri, Phanudet Chaingchum, Somchok Nongnual, and Thanyachanok Nunsong
School of Public Health, Walailak University, Nakhon Si Thammarat Province, Thailand*

Abstract

Diarrhea is a major public health issue in developing countries. This one-group quasi-experimental with pre-test and the post-test study was to assess and compare the level of knowledge and behavior on diarrhea prevention before and after participating in the empowerment program based on Gibson's empowerment framework. The samples of the study were 45 village health volunteers who participated in the intervention program. The data were collected before participating in the program and on weeks 6 after receiving the program. Data were analyzed using a Wilcoxon signed-rank test. According to the results, the majority of participants (88.9%) were female, aged between 32-59 years old, and the average work duration for village health volunteers was 8 ± 6.78 years. The pre-test mean score for knowledge and behavior was 6.84 ± 2.20 and 62.94 ± 13.43 , respectively, which improved significantly in post-test analysis to 9.04 ± 1.94 and 66.22 ± 15.25 . The program showed 66.7% and 62.2% of participants had a good level of knowledge and behaviors on diarrhea prevention after participating in a program. The level of knowledge and behavior on diarrhea prevention before and after participating in the program at 6 weeks was different at .05 statistical level. The empowerment program in six weeks had an effect on village health volunteer workers' knowledge and behavior concerning diarrhea prevention. The findings indicate the significance of developing work capacity among village health volunteers for diarrhea prevention.

Keywords: empowerment; diarrhea; village health volunteers