

ผลของโปรแกรมฝึกอบรมการปรึกษาเพื่อพัฒนาความรู้  
ความสามารถ และเจตคติต่อการปรึกษา: กรณีศึกษาอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในวิกฤตการณ์แพร่เชื้อไวรัสโคโรนา

**The effects of a counseling training program for the  
development of knowledge abilities and attitudes: A case  
study of village public health volunteers during the COVID-19  
pandemic**

พิศสลัณม์ อังรังศ์วรกุล<sup>1</sup>

**Phitsaran Thamrongworakun**

phitsaran.t@rumail.ru.ac.th

Received: 15/02/2565 Revised: 14/03/2565 Accepted: 14/03/2565

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกอบรมการปรึกษาในวิกฤตการณ์แพร่เชื้อโคโรนาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 60 คน ที่ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปรึกษามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 2) แบบประเมินความสามารถในการปรึกษามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และ 3) แบบประเมินเจตคติต่อการปรึกษามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมฝึกอบรม

---

<sup>1</sup>ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

การศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ และเจตคติในการปรึกษาใน  
วิกฤตการณ์แพร่เชื้อไวรัสโคโรนาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีค่า  
ดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.60-1.00 ทำการทดสอบสมมติฐานทางสถิติด้วย  
Wilcoxon Signed-Rank Test for Match Paired และ Mann-Whitney U Test  
ผลการวิจัยพบว่า 1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองมี  
คะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความรู้ ความสามารถ และเจตคติในการ  
ปรึกษาหลังเข้ารับโปรแกรมฝึกอบรมมากกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมอย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่ม  
ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความรู้ ความสามารถ และเจตคติในการ  
ปรึกษามากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มควบคุมอย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**คำสำคัญ:** โปรแกรมฝึกอบรมการปรึกษา; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ  
หมู่บ้าน; เชื้อไวรัสโคโรนา

### **Abstract**

The purposes of this quasi experimental research were to study  
the effectiveness of a counseling training program for the volunteers during  
the COVID-19 pandemic. The sample population consisted of sixty village  
public health volunteers from multistage randomization, divided into an  
experimental group and a control group of thirty each. The instruments used  
in data collection consisted of 1) an evaluation form of knowledge in  
counseling with the reliability of 0.76; 2) an evaluation form of counseling  
abilities with the reliability of 0.845; and 3) an evaluation form of attitudes  
towards counseling with the reliability of 0.93. The instrument used in the  
experiment was a counseling training program for the development of

knowledge, abilities, and attitudes towards counseling during the COVID-19 pandemic of the volunteers with the index of objective congruence (IOC) of 0.60-1.00. The hypothesis was statistically tested using the Wilcoxon Matched-Pairs Signed Rank Test and the Mann-Whitney U Test. Findings are as follows: 1). The volunteers exhibited scores from the evaluation of counseling knowledge, counseling abilities, and counseling attitude after attending the counseling training program at a higher level than prior to the training at the statistically significant level of .01. and 2). The volunteers attending the counseling training program exhibited scores from the evaluation of counseling knowledge, counseling abilities, and counseling attitude after attending the counseling at a higher level than those not attending the program at the statistically significant level of .01.

**Keywords:** Counseling training program; Village public health volunteers; Covid-19

## บทนำ

จากสถานการณ์เกิดการแพร่เชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ที่ยึดเยื้อมาจนถึงปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพกาย และสุขภาพจิต นำมาสู่ความเครียด ความวิตกกังวล รวมถึงความรู้สึกลดเดี๋ยว และสิ้นหวังในประชากรบางกลุ่ม ที่เป็นสาเหตุก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล เป็นต้น (กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2563) ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรืออสม.ที่มีกว่า 1,050,000 คนทั่วประเทศ จึงมีบทบาทหน้าที่ในการประเมินเพื่อคัดกรอง

และดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ที่ได้รับผลกระทบ จากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในชุมชน ด้วยการปฐมพยาบาลด้านจิตใจ และให้ความช่วยเหลือด้านสังคมอย่างต่อเนื่อง หากพบสมาชิกในชุมชนที่มีอาการเครียด ซึมเศร้า ความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย หรือมีปัญหาความเดือดร้อนต่างๆ อสม.ก็จะให้ความช่วยเหลือด้วยการดูแลจิตใจเบื้องต้น ก่อนประสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลในพื้นที่ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563)

การให้คำปรึกษาจึงเป็นวิธีการที่สามารถใช้ในการช่วยเหลือให้บุคคลหลุดพ้นจากปัญหาหรือความรู้สึกเป็นทุกข์อันเกิดจากการดำเนินชีวิตท่ามกลางสังคมและสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ด้วยการทำความเข้าใจธรรมชาติของจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ความเชื่อทัศนคติ และพฤติกรรมต่าง ๆ นำไปสู่การยอมรับตนเองและผู้คนรอบข้าง ทำให้บุคคลสามารถค้นหากลวิธีในการแก้ไขปัญหาหรือการดูแลสุขภาพจิตใจของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรมสุขภาพจิต, 2546) ดังนั้น การเสริมสร้างและพัฒนาให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เปรียบเหมือนหน้าด่านหน้าที่มีความใกล้ชิดกับผู้คนในชุมชน ที่จะต้องปฏิบัติหน้าที่ในการตรวจเยี่ยมเพื่อสร้างขวัญกำลังใจแก่สมาชิกในชุมชนอย่างต่อเนื่อง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาด้านจิตใจของประชากรในวิกฤตการณ์การแพร่เชื้อด้วยการให้บุคลากรทางด้านสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าตรวจเยี่ยมสมาชิกในชุมชนแต่ละบ้าน เพื่อประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นพร้อมกับการปรึกษาทั้งเชิงรุก (Active Counseling) และ

การศึกษาในที่ตั้ง (In-house Counseling) จะช่วยแก้ปัญหาในเบื้องต้น (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2563)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. ให้มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในชุมชน จะช่วยลดปัญหาและเพิ่มการเข้าถึงบริการรักษาได้มากขึ้น รวมทั้งช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้ประชาชนสามารถปรับตัวกับปัญหาในชีวิตประจำวันผ่านกลไกการดูแลของ อสม. ด้วยการให้บริการปรึกษาคลายทุกข์ (ประชาสัมพันธ์ กรมสุขภาพจิต, 2561) ดังนั้น การพัฒนาและสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับกระบวนการช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาด้านจิตใจให้กับ อสม. จึงเป็นกลไกสำคัญที่จะส่งผลต่อการลดจำนวนผู้เจ็บป่วยทางจิตใจ ตลอดจนเกิดระบบการดูแลสุขภาพจิตของชุมชนโดยชุมชนอย่างยั่งยืน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ, 2560)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมการศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ และเจตคติในการปรึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยทำการศึกษาวิจัยกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ที่ได้ผลการประเมินความรู้ เจตคติ และความสามารถในการปรึกษาอยู่ในระดับน้อย อีกทั้งบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในพื้นที่มีความพร้อมและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาโปรแกรมฝึกอบรมการศึกษา เพื่อพัฒนาให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของสมาชิกในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลจาก

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้เครื่องมือและแนวทางที่เป็นประโยชน์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่อยู่ในวิชาชีพนำไปประยุกต์ใช้เพื่อให้ความรู้ พัฒนาความสามารถ และสร้างเสริมเจตคติต่อการรักษาแก่อาสาสมัครสาธารณสุขในโอกาสต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกอบรมการปรึกษาในวิกฤตการณ์แพร่เชื้อโคโรนาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้ารับโปรแกรมฝึกอบรมการปรึกษา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความรู้ ความสามารถ และเจตคติในการปรึกษาแตกต่างจากก่อนการทดลอง
2. หลังเข้ารับโปรแกรมฝึกอบรมการปรึกษา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความรู้ ความสามารถ และเจตคติในการปรึกษาแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

### ขอบเขตการวิจัย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่อยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา จำนวน 11 หมู่บ้าน รวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งสิ้น 199 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน จากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่จะได้รับโปรแกรมฝึกอบรมการปรึกษา จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมที่จะไม่ได้รับโปรแกรมฝึกอบรมการปรึกษา จำนวน 30 คน

### ตัวแปรในการวิจัย

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมฝึกอบรมการปรึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ และเจตคติในการปรึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. ตัวแปรตาม คือ ความรู้เกี่ยวกับการปรึกษา ความสามารถในการปรึกษา และเจตคติต่อการปรึกษา

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง โดยได้ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย หมายเลข RU-HRE 64/0048 และผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีการแจ้งสิทธิ์ที่จะให้หรือไม่ให้ข้อมูลโดยไม่เสียประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตในด้านใดๆ มีการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนมีการให้แบบชี้แจงผู้ร่วมวิจัย และเซ็นยินยอมในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเก็บข้อมูล

## กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมฝึกอบรมการศึกษาเพื่อพัฒนา  
ความรู้ ความสามารถ และเจตคติต่อการ  
ศึกษาในวิกฤตการณ์แพร่เชื้อไวรัสโคโรนา  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน

ครั้งที่ 2 ฝึกอบรมหัวข้อ “การระบาดของโรค  
โควิด-19 กับผลกระทบทางจิตใจ”

ครั้งที่ 3 ฝึกอบรมหัวข้อ “ความรู้พื้นฐาน  
เกี่ยวกับการศึกษา”

ครั้งที่ 4 ฝึกอบรมหัวข้อ “เทคนิคและทักษะ  
การศึกษา”

ครั้งที่ 5 ฝึกอบรมหัวข้อ “กระบวนการศึกษา”

ครั้งที่ 6 ปัจฉิมนิเทศ สรุป และประเมินผลการ  
ฝึกอบรมการศึกษา

1. ความรู้เกี่ยวกับการศึกษา
2. ความสามารถในการศึกษา
3. เจตคติต่อการศึกษา



## วิธีดำเนินการวิจัย

### เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และอายุการทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปรึกษา มีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายโดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้ 0 – 8 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการปรึกษาในระดับต่ำ, 9 – 11 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการปรึกษาในระดับปานกลาง และ 12 – 14 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการปรึกษาในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปรึกษา มีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ กำหนดการแปลความหมายโดยใช้สูตรการคำนวณช่วงความกว้างของชั้น (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ 1.00-1.80 หมายถึง มีความสามารถในการปรึกษาระดับน้อยที่สุด, 1.81-2.60 หมายถึง มีความสามารถในการปรึกษาระดับน้อย, 2.61-3.40 หมายถึง มีความสามารถในการปรึกษาระดับปานกลาง, 3.41-4.20 หมายถึง มีความสามารถในการปรึกษาระดับมาก และ 4.21-5.00 หมายถึง มีความสามารถในการปรึกษาระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินเจตคติต่อการปรึกษา มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ กำหนดการแปลความหมาย ดังนี้ 1.00-1.80 หมายถึง มีเจตคติต่อการปรึกษาระดับน้อยที่สุด, 1.81-2.60 หมายถึง มีเจตคติต่อการปรึกษาระดับน้อย, 2.61-3.40 หมายถึง มีเจตคติต่อการปรึกษาระดับปานกลาง, 3.41-4.20 หมายถึง

มีเจตคติต่อการศึกษาระดับมาก และ 4.21-5.00 หมายถึง มีเจตคติต่อการศึกษาระดับมากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมฝึกอบรมการศึกษา ประกอบด้วยการฝึกอบรม 6 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ครั้งที่ 2 ฝึกอบรมหัวข้อ “การระบาดของโรคโควิด-19 กับผลกระทบทางจิตใจ”, ครั้งที่ 3 ฝึกอบรมหัวข้อ “ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการศึกษา”, ครั้งที่ 4 ฝึกอบรมหัวข้อ “เทคนิคและทักษะการศึกษา”, ครั้งที่ 5 ฝึกอบรมหัวข้อ “กระบวนการศึกษา” และครั้งที่ 6 บัณฑิตนิเทศ สรุป และประเมินผลการฝึกอบรมการศึกษา ทั้งนี้ ใช้เวลาในการฝึกอบรมครั้งละ 3 ชั่วโมง

### การตรวจสอบเครื่องมือ

1. การหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้แบบประเมินความสามารถ แบบประเมินเจตคติในการศึกษา และโปรแกรมฝึกอบรมการศึกษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมและความถูกต้องชัดเจนของภาษา วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60 - 1.00 และผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามตามการเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและแก้ไขไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปรึกษา วิเคราะห์ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1951) มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.253-0.590 และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.763

2.2 แบบประเมินความสามารถในการปรึกษา วิเคราะห์ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1951) มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.345-0.683 และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.836

2.3 แบบประเมินเจตคติต่อการปรึกษา วิเคราะห์ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1951) มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.222-0.832 และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.928

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มเก็บข้อมูลเดือนมีนาคม 2564 โดยผู้วิจัยขออนุญาตและแจ้งความประสงค์ในการเข้าทำการวิจัยกับผู้นำชุมชนเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้โปรแกรมฝึกอบรมการปรึกษา และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นก็นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินความรู้ ความสามารถ และเจตคติในการปรึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมาเปรียบเทียบระหว่างหลังการทดลองกับก่อนการทดลอง และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแล้วสรุปผลและเขียนรายงานการวิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความรู้ความสามารถ และเจตคติในการรักษาภายในกลุ่มด้วยสถิติทดสอบนอนพาราเมตริก Wilcoxon signed-rank test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความรู้ความสามารถ และเจตคติในการรักษาระหว่างกลุ่มด้วยสถิติทดสอบนอนพาราเมตริก Mann-Whitney U test ตามเงื่อนไขการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลแจกแจงแบบไม่ปกติ

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

#### ตาราง 1

จำนวนร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และอายุการทำงาน

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย	2	6.7	3	10.0
หญิง	28	93.3	27	90.0
รวม	30	100.0	30	100.0
<b>อายุ</b>				
21-30 ปี	1	3.3	2	6.7
31-40 ปี	0	0.0	4	13.3
41-50 ปี	8	26.7	9	30.0
มากกว่า 50 ปี	21	70.0	15	50.0
รวม	30	100.0	30	100.0

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>สถานภาพการสมรส</b>				
โสด	1	3.3	2	6.7
สมรส	26	86.7	25	83.3
หม้าย	2	6.7	1	3.3
หย่าร้าง	1	3.3	2	6.7
รวม	30	100.0	30	100.0
<b>การศึกษา</b>				
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	15	50.0	11	36.7
มัธยมศึกษา	15	50.0	17	56.7
อนุปริญญา	0	0.0	1	3.3
ปริญญาตรี	0	0.0	1	3.3
รวม	30	100.0	30	100.0
<b>อาชีพ</b>				
เกษตรกร	26	86.7	24	80.0
รับจ้าง	1	3.3	4	13.3
แม่บ้าน	2	6.7	0	0.0
ธุรกิจส่วนตัว	1	3.3	2	6.7
รวม	30	100.0	30	100.0
<b>รายได้</b>				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	25	83.3	15	50.0
5,001-10,000 บาท	5	16.7	14	46.7
10,001 ขึ้นไป	0	0.0	1	3.3
รวม	30	100.0	30	100.0

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุการทำงาน				
ต่ำกว่า 3 ปี	4	13.3	3	10.0
4-6 ปี	2	6.7	8	26.7
7-9 ปี	0	0.0	9	30.0
10 ปีขึ้นไป	24	80.0	10	33.3
รวม	30	100.0	30	100.0

จากตาราง 1 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.3 รองลงมาเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 6.7 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 90 รองลงมาเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 10

อายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาคืออายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคืออายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 30

สถานภาพการสมรสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมาคือสถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 6.7 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 83.3 รองลงมาคือสถานภาพโสดและหย่าร้างจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 6.7

การศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาในจำนวนที่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมาที่มีการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 36.7

อาชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมาเป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 6.7 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ก็ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 13.3

รายได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 83.3 รองลงมามีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 16.7 ส่วนกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมามีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 46.7

อายุการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุการทำงานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาอายุการทำงานต่ำกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.3 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุการทำงานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาอายุการทำงานอยู่ระหว่าง 7-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 30

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความรู้ ความสามารถ และเจตคติในการปรึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังเข้ารับโปรแกรมฝึกอบรมการปรึกษา

## ตาราง 2

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความรู้ ความสามารถ และเจตคติในการ  
 การศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่าง ก่อนกับหลังเข้ารับ  
 โปรแกรมฝึกอบรมการศึกษา (n=30)

การฝึกอบรมการศึกษา	การทดลอง	$\bar{X}$	SD	Z	p
ความรู้เกี่ยวกับการ การศึกษา	ก่อนการ	7.50	1.74	-4.811**	.000
	ทดลอง				
	หลังการ	10.73	1.65		
	ทดลอง				
ความสามารถในการ การศึกษา	ก่อนการ	2.19	.42	-4.783**	.000
	ทดลอง				
	หลังการ	3.88	.32		
	ทดลอง				
เจตคติต่อการ การศึกษา	ก่อนการ	3.63	.45	-4.784**	.000
	ทดลอง				
	หลังการ	4.14	.52		
	ทดลอง				

\*\*p < .01



จากตาราง 2 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง มีคะแนนจากการประเมินความรู้ ความสามารถ และเจตคติในการศึกษา ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความรู้ ความสามารถ และเจตคติในการศึกษาหลังจากเข้ารับโปรแกรมฝึกอบรมมากกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .01

3. เปรียบเทียบคะแนนจากการประเมินความรู้ ความสามารถ และเจตคติในการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังเข้ารับโปรแกรมฝึกอบรมการศึกษา ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตาราง 3

เปรียบเทียบคะแนนจากการประเมินความรู้ ความสามารถ และเจตคติในการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังเข้ารับโปรแกรมฝึกอบรมการศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=30)

การฝึกอบรมการศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	SD	Z	p
ความรู้เกี่ยวกับการการ การศึกษา	กลุ่มทดลอง	10.73	1.86	-5.299**	.000
	กลุ่มควบคุม	7.43	1.72		
ความสามารถในการ การศึกษา	กลุ่มทดลอง	3.88	.32	-6.621**	.000
	กลุ่มควบคุม	2.15	.45		
เจตคติต่อการการศึกษา	กลุ่มทดลอง	4.14	.52	-4.993**	.000
	กลุ่มควบคุม	3.31	.50		

\*\*p < .01

จากตาราง 3 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุมมีคะแนนจากการประเมินความรู้ ความสามารถ และเจตคติในการศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีคะแนนจากการประเมินความรู้ ความสามารถ และเจตคติในการศึกษามากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มควบคุม

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความรู้ ความสามารถ และเจตคติในการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง ระหว่างหลังการทดลองกับก่อนทดลอง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองได้คะแนนจากการประเมินเพิ่มขึ้น และจากการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองได้คะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความรู้ ความสามารถ และเจตคติในการศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมฝึกอบรมการศึกษามีประสิทธิภาพที่สามารถพัฒนาให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ ความสามารถ และมีเจตคติในการศึกษาเพิ่มขึ้นจากเดิม เนื่องจากโปรแกรมฝึกอบรมการการศึกษาได้จัดประเด็นองค์ความรู้เพื่อถ่ายทอดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เรียนรู้อย่างชัดเจน และง่ายต่อการทำความเข้าใจ เริ่มตั้งแต่การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการอบรมการการศึกษา บทบาทหน้าที่ ประโยชน์ที่จะได้รับ ตลอดจนการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในเบื้องต้น ที่ช่วย

ให้ผู้เข้ารับการอบรมรู้สึกผ่อนคลาย และพร้อมที่จะเรียนรู้ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับโปรแกรม นอกจากนี้ โปรแกรมฝึกอบรมการปรึกษาได้จัดทำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับประสบการณ์จากการฝึกทักษะในการปรึกษาอย่างเป็นขั้นเป็นตอน พร้อมทั้งมีการตรวจประเมิน ให้คำแนะนำ และให้ข้อมูลเพิ่มเติม ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้พัฒนาทักษะการปรึกษาของตนเองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งการฝึกประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้ทักษะการปรึกษาที่จัดขึ้น ยังมีความสอดคล้องกับการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สามารถต่อยอดนำไปใช้ได้จริงในการทำงานเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนด้วยกระบวนการปรึกษา จึงทำให้ความสามารถในการปรึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มขึ้นในการฝึกอบรมแต่ละครั้ง การเข้ารับโปรแกรมฝึกอบรมการปรึกษายังทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เห็นถึงข้อดี ประโยชน์และคุณค่า รวมถึงความสำคัญของการช่วยเหลือผู้ที่ประสบปัญหาด้วยการปรึกษาได้อย่างชัดเจน ตลอดจนสามารถสัมผัสได้ถึง การมีศักยภาพและความสามารถของตนเองจากการได้ฝึกปฏิบัติการให้การปรึกษาที่เป็นประโยชน์ต่อการทำหน้าที่ในการสร้างเสริมสุขภาพจิตของสมาชิกในชุมชนที่ประสบปัญหาในด้านต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงช่วยสร้างเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีเจตคติต่อการปรึกษามากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ ภูติท เดชาติวัฒน์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ (2557) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน พบว่า ระดับความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐานดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .01 ที่อธิบายได้ว่า การให้ความรู้ที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ พิมพวรรณ เรื่องพุทธ และวรัญญา จิตรบรรทัด (2556) ที่ได้ศึกษาความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้พิการในชุมชน กรณีศึกษาชุมชนนาเคียน ตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรได้รับการอบรมความรู้ในการป้องกันและส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน ที่จะสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ประภาส อนันตา และจรัญญู ทองอเนก (2556) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลขาว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทักษะและความสามารถการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้นหลังจากการได้รับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยการให้ความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในด้านต่างๆ สามารถพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขให้เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Dinger, Jennissen, and Rek, (2019) ที่ศึกษาการฝึกประสบการณ์อบรมการให้คำปรึกษาในเหตุการณ์วิกฤต พบว่า การฝึกประสบการณ์อบรมการให้คำปรึกษาจะมีการถ่ายทอดเนื้อหาองค์ความรู้และการฝึกประสบการณ์ที่เข้มข้นที่จะช่วยพัฒนาความรู้ความสามารถในการให้คำปรึกษากับผู้เข้ารับการอบรมได้เทียบเท่ากับการฝึกการปรึกษาที่ใช้ระยะเวลามากกว่า นอกจากนี้ Wei, Hsin, So, and Hsuan (2017) ได้ศึกษาผลการฝึกอบรมการให้คำปรึกษาโดยเน้นการแก้ปัญหา

ของอาสาสมัครให้คำปรึกษาในประเทศไต้หวัน ยังพบอีกว่า การฝึกอบรมการให้คำปรึกษามีลำดับขั้นตอนที่ง่ายต่อการศึกษาเรียนรู้และการประยุกต์ใช้ ที่สามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงได้ในกระบวนการฝึกอบรมการให้คำปรึกษา จะช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมมีศักยภาพและความสามารถในการให้คำปรึกษาเพิ่มมากขึ้น อีกทั้ง กมลลักษณ์ สิทธิสวัสดิ์วุฒิ (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมพัฒนาทักษะและเจตคติต่อการให้คำปรึกษาสำหรับครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมเพื่อพัฒนาทักษะและเจตคติต่อการปรึกษา มีทักษะและเจตคติต่อการปรึกษาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากผู้เข้ารับ การอบรมได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการและทักษะการให้คำปรึกษาตามแนวคิดทฤษฎีแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง รวมถึงการได้รับการอบรมเกี่ยวกับจรรยาบรรณของผู้ให้ การปรึกษาส่งผลให้ผู้เข้ารับการอบรมมีทักษะเจตคติต่อการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับ พิศพลักษณ์ ชำรงศรีวรกุล และอนันต์ วริศวราท (2564) ที่ศึกษาความรู้และความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ของสมาคมคาทอลิกแห่งประเทศไทย พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ในการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หลังการอบรมมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการอบรมได้มีการให้ความรู้โดยจัดประเด็นต่าง ๆ ที่ทำให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ และการเข้ารับการอบรมยังมีโอกาสได้ฝึกปฏิบัติการปรึกษาที่ทำให้มีความรู้และทักษะมากกว่าการศึกษาด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยก็ยังสามารถซักถามวิทยากรให้ได้ความกระจ่างเลยทันที

กรมสุขภาพจิต (2560) ยังได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งจะต้องให้การปรึกษาเพื่อช่วยเหลือให้สมาชิกในชุมชนมีโอกาสระบายความรู้สึกเป็นทุกข์และสามารถจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยวิธีการที่เหมาะสม โดยอาสาสมัครสาธารณสุขจะคอยรับฟังและให้กำลังใจ ที่จะช่วยให้ผู้ที่ประสบปัญหา รู้สึกสบายใจ ช่วยลดความเครียดหรือความวิตกกังวลที่มีอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการให้ความรู้ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2563) ที่ระบุว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการช่วยเหลือบรรเทาความรู้สึกเป็นทุกข์ด้วยการรับฟังผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ ให้ได้ระบายความรู้สึกเครียดหรือความวิตกกังวลกับเรื่องราวต่างๆ ด้วยการฟัง ซึ่งผู้ให้การปรึกษาจะต้องตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ที่เป็นผู้รับฟังแบบไม่มีเงื่อนไข ฟังโดยไม่นำเอาความคิดและความรู้สึกของตนเองไปตัดสิน มีความยินดีที่จะรับฟังและรับรู้ในมุมมองของผู้เล่า เมื่อบุคคลสัมผัสได้ถึงมิตรภาพและความห่วงใยที่คอยอยู่เคียงข้างก็จะช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจสามารถปลดปล่อยความรู้สึกที่เป็นทุกข์ได้อย่างตรงไปตรงมา และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับ Alem, Jacobsson, and Hanlon (2008) ที่ศึกษาการดูแลสุขภาพจิตชุมชนในแอฟริกา จากมุมมองของเจ้าหน้าที่สุขภาพจิต พบว่า การดูแลสุขภาพจิตชุมชนควรจัดให้มีเจ้าหน้าที่สุขภาพจิตชุมชนในระบบสาธารณสุขมูลฐานระดับหมู่บ้านในพื้นที่ชนบท ที่ได้รับการสอนทักษะและฝึกอบรมปฏิบัติการด้านสุขภาพจิตจากผู้เชี่ยวชาญ ทั้งนี้ ควรจัดทำหลักสูตรการอบรมระยะสั้นที่สามารถดำเนินการได้บ่อยครั้งมากกว่าหลักสูตรระยะยาว และควรมีการทบทวนเพื่อปรับปรุงหลักสูตรอย่างต่อเนื่อง

## ข้อเสนอแนะการวิจัย

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลจากการศึกษาโปรแกรมฝึกอบรมการปรึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ และเจตคติต่อการปรึกษาในวิกฤตการณ์แพร่เชื้อไวรัสโคโรนาของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วยพัฒนาศักยภาพในการดูแล ช่วยเหลือ และสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นองค์การที่เกี่ยวข้องควร สนับสนุนส่งเสริมให้มีการฝึกอบรมเพิ่มประสบการณ์ด้านการปรึกษาให้กับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

2. ผลจากการศึกษาทำให้ทราบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านที่เข้ารับโปรแกรมฝึกอบรม การปรึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ และเจตคติต่อการปรึกษา มีศักยภาพในการช่วยเหลือผู้ที่ประสบปัญหาด้วยการ ปรึกษาในระดับที่แตกต่างกัน ที่เห็นได้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บางคนสามารถ ให้การปรึกษาโดยใช้กระบวนการ ทักษะ และเทคนิคการปรึกษา ได้อย่างถูกต้อง และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สามารถให้ความ ช่วยเหลือโดยใช้ทักษะการฟังอย่างใส่ใจ ทั้งนี้ องค์การที่เกี่ยวข้องควรให้การดูแล และสนับสนุนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีโอกาสใช้ประโยชน์ ในศักยภาพของตนเองเพื่อปฏิบัติหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนและ สามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฝึกอบรมการปรึกษาเพื่อ พัฒนาความรู้ ความสามารถ และเจตคติต่อการปรึกษาในวิกฤตการณ์แพร่เชื้อ ไวรัสโคโรนาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรมีการให้โปรแกรมซ้ำ

และติดตามผลในระยะ 3 หรือ 6 เดือน เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกอบรม การศึกษาในระยะยาว

2. ควรมีการศึกษาวิจัยการฝึกอบรมการศึกษาแบบกลุ่มแก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังจากที่ได้รับการฝึกอบรมการศึกษา รายบุคคลจนมีความชำนาญแล้ว เพื่อช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแล ช่วยเหลือ และสร้างเสริมสุขภาพจิตใน ชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

กมลลักษณ์ สิทธิสวัสดิ์วุฒิ. (2561). ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมพัฒนาทักษะ และเจตคติต่อการให้คำปรึกษาสำหรับครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาภาค ตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง. ปรินญาณิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ข้อเสนอแนะสำหรับอาสาสมัคร สาธารณสุข (อสม.) และทีมปฏิบัติการชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัส COVID-19 และการดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ สรุปรายยาเสพติด ในชุมชน. ค้นเมื่อ 21 กรกฎาคม 2564 จาก [https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content\\_File/Covid\\_Heal th/Attach/25630417103913AM\\_ข้อเสนอแนะสำหรับอาสาสมัคร สาธารณสุข%20\(ปรับแก้\).pdf](https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Heal th/Attach/25630417103913AM_ข้อเสนอแนะสำหรับอาสาสมัคร สาธารณสุข%20(ปรับแก้).pdf)



- กรมสุขภาพจิต. (2546). คู่มือการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต. (2560). คู่มือความรู้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงเวชชาดุมสุขภาพจิตชุมชน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). กรมสบส.จัดอบรม.ร่วมคัดกรองฟื้นฟูสุขภาพใจผู้ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19. ค้นเมื่อ 21 กรกฎาคม 2564 จาก [https://hss.moph.go.th/show\\_topic.php?id=3537](https://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=3537)
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2563). แผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019. กรุงเทพฯ: บียอนด์พับลิชชิง.
- กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2563). แนวทางการสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้สถานการณ์ การแพร่ระบาดของ COVID-19. กรุงเทพฯ: บียอนด์พับลิชชิง.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ประชาสัมพันธ์กรมสุขภาพจิต. (2561). กรมสุขภาพจิตพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญสุขภาพจิต 75,032 คน เอ็กชเรย์ปัญหาสุขภาพจิตทุกหมู่บ้านทั่วไทย. ค้นเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2563 จาก <http://www.prdmh.com/ข่าวสาร/ข่าวแจกกกรมสุขภาพจิต/1047-กรมสุขภาพจิต-พัฒนาศักยภาพ-“อสม- เชี่ยวชาญสุขภาพจิต-75,032-คน”เอ็กชเรย์ปัญหาสุขภาพจิตทุกหมู่บ้านทั่วไทย.html>

- ประกาศ อนันตา และจรัญญู ทองอเนก. (2556). ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลขวาวอำเภอเสลภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น*, 20(1), 1-8.
- พิมพ์วรรณ เรื่องพุทธ และวรัญญา จิตรบรรทัด. (2556). ศึกษาความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้พิการในชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนนาเคียน ตำบลนาเคียน อำเภอเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(2), 32-43.
- พีศลลลัมภ์ ชำรงค์วรกุล และอนันต์ วริศวาราท. (2564). ศึกษาความรู้และความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ของสมาคมคาทอลิกแห่งประเทศไทย. *วารสารรามคำแหงฉบับรัฐประศาสนศาสตร์*, 4(2), 60-80.
- ภูติท เดชาติวัฒน์ และนิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์. (2557). ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(1), 87-96.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2563). *คู่มือดูแลจิตใจประชาชนสำหรับผู้นำชุมชนและอสม*. ค้นเมื่อ 21 กรกฎาคม 2564 จาก <https://suicide.dmh.go.th/download/view.asp?id=294>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ. (2560). คนไทยมีปัญหาสุขภาพจิตกว่า 7 ล้านคน. ค้นเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2563 จาก

[https://www.thaihealth.or.th/Content/36494-คนไทยมีปัญหา](https://www.thaihealth.or.th/Content/36494-คนไทยมีปัญหาสุขภาพจิตกว่า%207%20ล้านคน.html)

[สุขภาพจิตกว่า%207%20ล้านคน.html](https://www.thaihealth.or.th/Content/36494-คนไทยมีปัญหาสุขภาพจิตกว่า%207%20ล้านคน.html)

Alem, A., Jacobsson, L., & Hanlon C. (2008). Community-based mental health care in Africa: mental health workers' views. *World Psychiatry*, 7(1), 54-57.

Bloom, B. S. (1971). *Mastery learning: Theory and practice*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.

Dinger, U., Jennissen, S., & Rek, I. (2019). *Attachment Style of Volunteer Counselors in Telephone Emergency Services Predicts Counseling Process*. Retrieved November 18, 2021, from <https://psycnet.apa.org/record/2019-56076-001>

Wei, H. S., Hsin L. J., So S. T., & Hsuan C. J. (2017). The Training Effects of Solution-Focused Brief Counseling on Telephone-Counseling Volunteers in Taiwan. *Journal of Family Psychotherapy*, 28(4), 285-302.