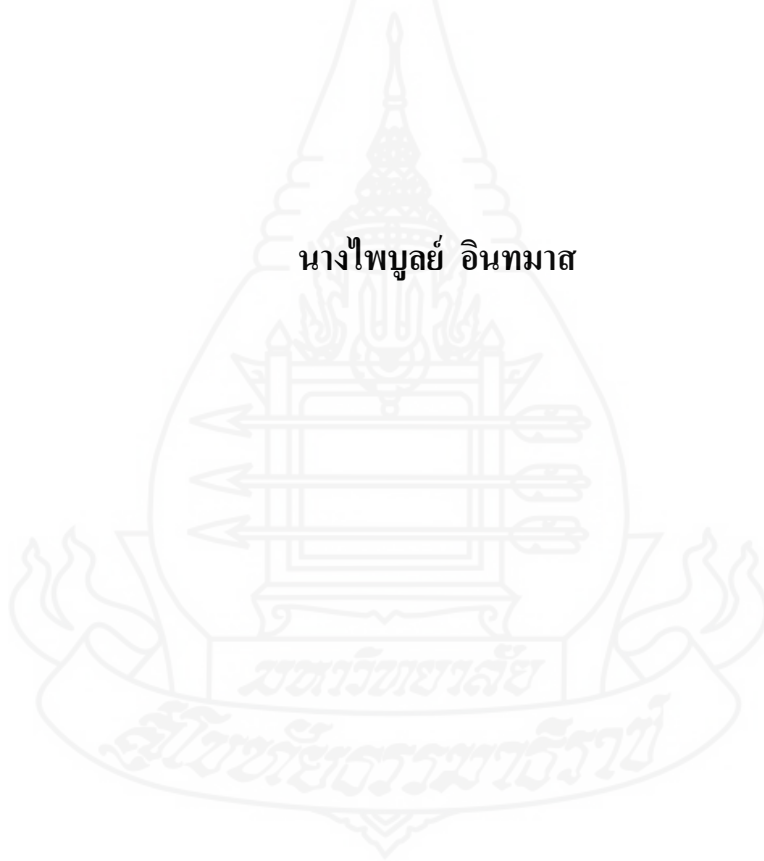


ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร

นางไพบุลย์ อินทมาศ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

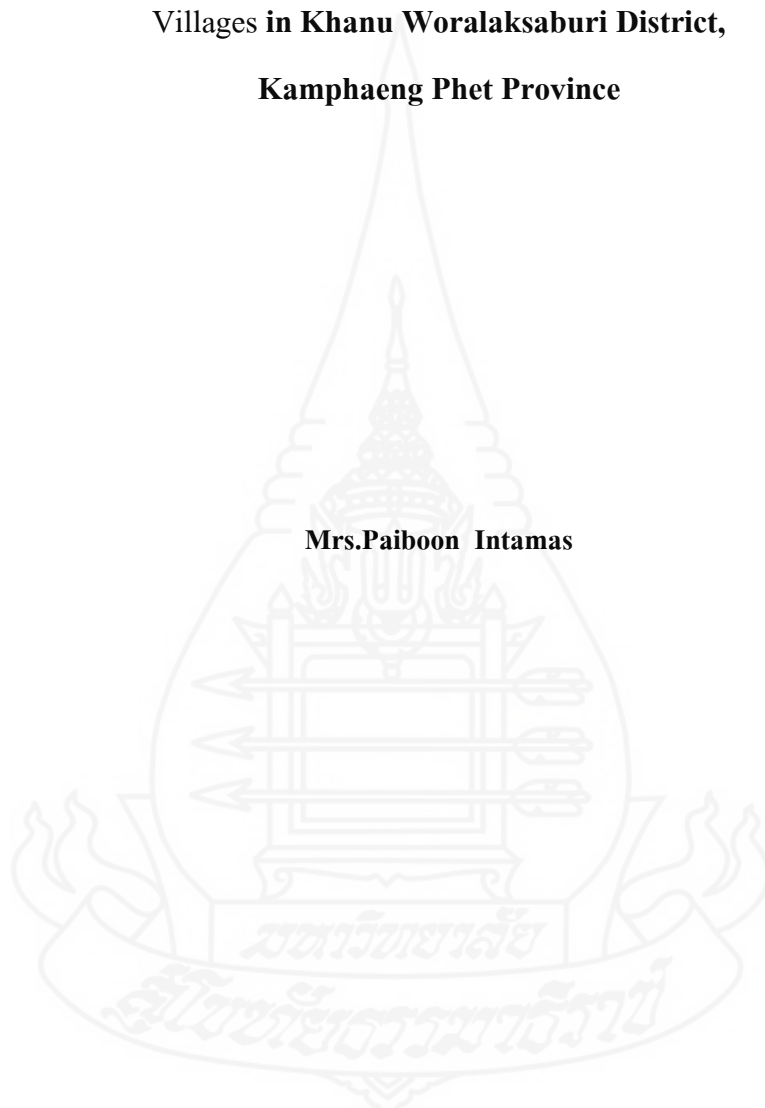
พ.ศ. 2561

Factors Affecting Operations of Village Health Volunteers in Health Management

Villages in Khanu Woralaksaburi District,

Kamphaeng Phet Province

Mrs.Pai boon Intamas



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for

the Degree of Master of Public Health

School of Health Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2018

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอขามเฒ่าบุรี
จังหวัดกำแพงเพชร

ชื่อและนามสกุล นางไพบลีย์ อินทมาศ

วิชาเอก บริหารสาธารณสุข

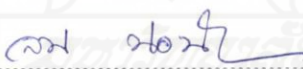
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอพาร
2. รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง

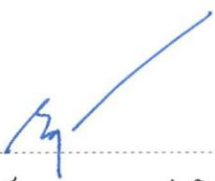
วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2562

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พฤตภิณโญ)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอพาร)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง)


..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.กฤษณา รุ่งโรจน์วิมลชัย)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอำเภอขามเฒ่าวรลักษณ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร
ผู้วิจัย นางไพบลูย์ อินทมาศ รหัสนักศึกษา 2555001862
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอพาร
(2) รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง ปีการศึกษา 2561

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยด้านความรู้ จิตวิทยาและสังคม
ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 2) การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และ 3) ปัจจัยความรู้ จิตวิทยา และสังคมที่มีความสัมพันธ์
กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
ในเขตอำเภอขามเฒ่าวรลักษณ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร

ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 1789 คน สุ่มตัวอย่าง
แบบแบ่งชั้นได้จำนวน 317 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามมีค่าความเที่ยงปัจจัย
ด้านจิตวิทยาและสังคม ด้านความรู้และการปฏิบัติเท่ากับ 0.941, 0.709 และ 0.945 ตามลำดับ วิเคราะห์
ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแคว์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง มีระดับปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง
2) การปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) ความรู้
และปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมภาพรวม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านจัดการสุขภาพ

Thesis Title: Factors Affecting Operations of Village Health Volunteers in Health Management Villages in Khanu Woralaksaburi District, Kamphaeng Phet Province

Researcher: Mrs.Paiboon Intamas; **ID:** 2555001862;

Degree: Master of Public Health; **Thesis Advisors:** (1) Dr.Somphoch Ratoran, Associate Professor; (2) Dr. Warangkana Chankong, Associate Professor;

Academic Year: 2018

Abstract

This descriptive research aimed to study: (1) knowledge and psycho-social factors in the operations of health management villages; (2) operations of village health volunteers (VHVs) in running health management villages; and (3) relationship between knowledge and psycho-social factors and the operations of VHVs in health management villages in Khanu Woralaksaburi district, Kamphaeng Phet Province.

The study was conducted in 317 VHVs selected using the stratified random sampling method from all 1,789 VHVs in the district. A questionnaire was a research tool used with the reliability values for psycho-social, knowledge, and operation parts of 0.941, 0.709 and 0.945, respectively. Data were collected and then analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and correlation coefficient.

The findings revealed that: (1) the participants had overall knowledge about health management village at the high level and overall psycho-social factors at the moderate level; (2) the overall operations of health management villages were at the moderate level; and (3) overall knowledge and psycho-social factors were significantly associated with VHVs' operations in health management villages ($p = 0.05$).

Keywords: Village health volunteers, VHV's operations, Health management village

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สม โภช รัตโองการ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและรองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง อาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ปรากฏนามในวิจัยฉบับนี้ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ และสละเวลาในการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยและได้ให้ข้อเสนอแนะ อันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการอำนวยความสะดวก สนับสนุนและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย ได้แก่ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ระดับตำบลทุกแห่งในอำเภอบางบาล จันทบุรี จังหวัดจันทบุรี และที่สำคัญอย่างยิ่งคือท่านสาธารณสุข อำเภอบางบาล จันทบุรี และหัวหน้าฝ่ายบนสาธารณสุขอำเภอบางบาล จันทบุรี ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย

ขอขอบคุณ บุคคลในครอบครัว อินทมาศ สามีและบุตร ที่เป็นแรงสนับสนุน ให้การ ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ กำลังทรัพย์ในการดำเนินงานจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอน้อมบูชาในพระคุณบิดา คุณมารดา คณาจารย์ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่าน

ไพบุลย์ อินทมาศ

กุมภาพันธ์ 2562

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
สมมุติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	11
ความรู้เรื่องหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	11
บริบทอำเภอขามเฒ่าวรลักษบุรี	19
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	24
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	28
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล	60
การวิเคราะห์ข้อมูล	60

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	62
ปัจจัยส่วนบุคคล	63
ความรู้เรื่องการค้าเนิงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	65
ปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม	68
การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเขาฉกรรจ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร	71
การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเขาฉกรรจ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร	74
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	77
สรุปการวิจัย	77
อภิปรายผล	78
ข้อเสนอแนะ	82
บรรณานุกรม	84
ภาคผนวก	91
ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	92
ข สรุปค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)	102
ประวัติผู้วิจัย	110

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 จำนวน รพ.สต. อสม. หมู่บ้าน และตัวอย่าง จำแนกตามรายตำบล	53
ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	63
ตารางที่ 4.2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการ สุขภาพ	65
ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ ..	66
ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม จำแนกรายด้าน	68
ตารางที่ 4.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม จำแนกรายข้อ	69
ตารางที่ 4.6 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการปฏิบัติ	71
ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้าน	72
ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ	72
ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเขาฉกรรจ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร	74
ตารางที่ 4.10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเขาฉกรรจ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร	75

ญ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ภาพที่ 2.1 องค์ประกอบหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	13
ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ	15
ภาพที่ 3.1 แสดงการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นโดยใช้สัดส่วนที่ไม่เท่ากัน	53



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โลกาภิวัตน์ สร้างการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก นานาประเทศต่างเร่งพัฒนาสู่ความเจริญ ด้านสังคม ด้านวัฒนธรรมและด้านเศรษฐกิจ ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่เร่งการพัฒนาทุกด้านเช่นกัน โดยเฉพาะด้านโครงสร้างมีความเติบโตอย่างมาก ระบบสาธารณสุขปก ิพไฟฟ้า น้ำประปา ขยายตัว ถนนลาดยาง ให้เดินทางสะดวก สังคมเมืองรุกคืบเข้าสู่สังคมชนบท เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเปลี่ยนจากการปลูกพืชด้วยการใช้แรงงานเป็นการใช้เครื่องทุ่นแรง เพื่อเพิ่มผลผลิตให้มากขึ้น การค้าขายเสรี ห้างขนาดเล็ ก ตลาดนัด รถเร่ที่จำหน่ายอาหารสำเร็จรูปเข้าถึงชุมชน สร้างการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรับประทานอาหารจากการทำรับประทานเองเป็นซื้อรับประทาน มีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ ทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ใช้เหล้า บุหรี่ ซากาแฟ ในการผ่อนคลายความเครียด ทั้งหมดเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคไร้เชื้อ (NCD) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ในขณะที่สาเหตุการป่วยเดิมไม่ได้หมดไป เช่น โรคอุจจาระร่วงยังคงอยู่ ในทางกลับกันกลับมีโรคอุบัติใหม่เกิดขึ้น เช่น โรคไข้หวัดนก โรคติดเชื้อไวรัสซิกา นั้นหมายถึง ปัญหาด้านสุขภาพของประเทศไทยมีมากมาย หลากหลาย หลายด้าน สลับซับซ้อนทำให้ต้องใช้กลวิธีต่างๆ มากมายในการขับเคลื่อนเพื่อแก้ไขปัญหา ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขเร่งรีบในการผลิต แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพด้านสาธารณสุข จำนวนมากเพื่อรองรับการเจ็บป่วยของประชาชน แต่ยังไม่เพียงพอกับความ ต้องการ เห็นได้จากการรับบริการในโรงพยาบาลที่มีจำนวนมาก แออัดและรอนาน (วิชัย ภูโยธิน และคณะ 2560)

การสร้างนำซ่อม เป็นวลีที่แสดงทิศทาง การแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขหมายถึง ให้ประชาชน สร้างสุขภาพของตนเองให้ดีโดยไม่ให้ป่วย การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีหนึ่งที่ใช้ขับเคลื่อน การสร้างนำซ่อม เป็นกลวิธีที่มีมายาวนาน โดยมีจุดหมายสำคัญเพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ปัญหา ด้วยตนเองและพึ่งตนเองได้ ไพจิตร ปะบุตร (2560) กล่าวว่ากลวิธีนี้จะสำเร็จได้ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขช่วยสนับสนุน เป็นผู้กระตุ้นให้คำแนะนำ (Supervisor) เป็นผู้สนับสนุน (Supporter) ให้แก่ ประชาชน แล้วให้ประชาชนเป็นผู้ให้บริการประชาชนด้วยตนเอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) เป็นกลุ่มคนเล็กๆ ที่ผ่านการคัดเลือกจากชุมชนให้มา คอยดูแลช่วยเหลือกันเองในระดับครอบครัวและชุมชนในปี พ.ศ.2520 จึงก่อเกิดอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านในประเทศไทยมีบทบาทดังคำขวัญว่า “แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชีวีบริการ ประสานงาน สาธารณสุข บำบัดทุกข์ บำรุงสุขให้ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี” มีการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพ เรื่อยมาจนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลายเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพที่ทำให้การพัฒนาสุขภาพชุมชนที่ผ่านมามีประสบความสำเร็จมากกว่าที่จะบรรลุได้ด้วย การดำเนินการผ่านกลไกภาครัฐแต่เพียงลำพัง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ 2550) อย่างไรก็ตามเราต้องยอมรับความจริงว่าในช่วงที่ผ่านมา ภารกิจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีปัญหาเกิดขึ้นอยู่หลายประการ ได้แก่ ประการแรก บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยัง “เป็นผู้ตามมากกว่าผู้นำ” เป็นข้อเท็จจริงที่ปรากฏอยู่และประการที่สอง บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยัง “เป็นการตั้งรับมากกว่าบทบาทเชิงรุก” (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน 2553)

หลักการพัฒนาสุขภาพ สร้างคนดีไม่ให้ป่วย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม การปรับบริการพื้นฐานของรัฐและการผสมผสานงานกับกระทรวงอื่น โดยองค์ประกอบการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสำคัญมากที่สุด จึงมีการสร้างกิจกรรมกระตุ้นการมีส่วนร่วม ได้แก่ การแต่งตั้งกรรมการสุขภาพ การมีทีมสุขภาพ การตั้งศูนย์สุขภาพในชุมชน การสร้างชมรมสุขภาพ กองทุนสุขภาพระดับหมู่บ้าน โดยเรียกการจัดการของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพนี้ว่า “ระบบสุขภาพภาคประชาชน” เพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ โดยมีกระบวนการจัดการอย่างเป็นขั้นตอนและอาศัยความร่วมมือจากองค์กรต่าง ๆ โดยเฉพาะองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้เกิดหมู่บ้านที่มีการจัดการด้านสุขภาพได้ที่เรียกว่า “หมู่บ้านจัดการสุขภาพ” ส่งผลให้หมู่บ้านเข้มแข็งและเป็นฐานให้ประชาชนมีสุขภาพดีตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข

การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพถือว่าเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาให้เกิดหมู่บ้านและสังคมที่แข็งแรงยั่งยืน กระบวนการนี้จะช่วยให้องค์กรชุมชนเติบโตทางปัญญาและมีศักยภาพเพียงพอที่จัดการตนเองได้ไม่เฉพาะเรื่องสุขภาพแต่ยังเป็นรากฐานการพัฒนาในทุกๆ ด้านด้วย (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน 2551, คำนำ) อันจะส่งผลให้สังคมอยู่เย็นเป็นสุข (green and happiness society) กระบวนการพัฒนาให้หมู่บ้านมีการจัดการด้านสุขภาพได้นั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพทุกภาคส่วนร่วมกันบริหารจัดการกระตุ้นให้หมู่บ้านมีการดำเนินการร่วมกันใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดทำแผนด้านสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม 2) การจัดการงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาด้านสุขภาพ 3) จัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน 4) ประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการผลักดันให้เกิดเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพก็คือ เป็นองค์กรผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ (change agent)

โดยเป็นแกนนำหลักในการพัฒนาด้านสุขภาพและวิเคราะห์ถึงปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนาของหมู่บ้าน มีบทบาทและทักษะในการจัดหาเทคโนโลยีและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมซึ่งมีความสำคัญต่อการดำเนินงานในหมู่บ้านโดยมีบทบาทในการสร้างความร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ ที่มีอยู่ในการบริหารจัดการหมู่บ้านให้มีการดำเนินการใน 3 ลักษณะ คือ การวางแผน การระดมทุน และเชื่อมโยง รวมทั้งประสานประโยชน์จากคน ทุน และองค์ความรู้หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดคุณค่ามากกว่าเดิมโดยการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ

จากการประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนในปี พ.ศ. 2558-2559 พบว่าทั่วประเทศมีหมู่บ้านผ่านเกณฑ์การประเมินผลหมู่บ้านจัดการสุขภาพระดับดีขึ้นไปของกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 84.64, 84.21 ตามลำดับ ภาคเหนือมีหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไปร้อยละ 70.82, 70.18 จังหวัดกำแพงเพชร ได้กำหนดให้ “หมู่บ้านจัดการสุขภาพ” เป็นกลยุทธ์หนึ่งของยุทธศาสตร์การดำเนินงานเพื่อเป้าหมายในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน ในปี พ.ศ. 2558-2559 ได้กำหนดให้มีการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพครอบคลุมทุกพื้นที่และผลการดำเนินงานพบว่าหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 68.28, 66.77 ตามลำดับ โดยอำเภอขาณุวรลักษบุรี ซึ่งเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดกำแพงเพชรและได้ร่วมดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพตามนโยบายเช่นกันและผลการดำเนินงานมีหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ร้อยละ 88.00, 88.10 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าทั้งในระดับจังหวัด ภาคเหนือ และประเทศ และมีผลงานจากการดำเนินงานของชุมชนต่างๆ เจริญประจักษ์ โดยในปี พ.ศ. 2560 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับรางวัลชนะเลิศผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับจังหวัด จำนวน 5 รางวัล ดังนี้ รางวัลชนะเลิศสาขาการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ สาขาการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ สาขาการจัดการสุขภาพชุมชน สาขาส่งเสริมสุขภาพ และสาขาการป้องกันและแก้ไข ปัญหาแอลกอฮอล์ในชุมชนและเป็นตัวแทนระดับจังหวัด ไปนำเสนอผลงานได้รับรางวัลชนะเลิศ ระดับเขตสุขภาพที่ 3 และรางวัลที่ 3 ระดับภาคเหนือ คือ สาขาเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและสาขาการจัดการสุขภาพชุมชน ในระดับชุมชนมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ประเมินชุมชนเข้มแข็งด้านสิ่งแวดล้อม (Active Community) ระดับทอง ทุกตำบล และหน่วยบริการของอำเภอขาณุวรลักษบุรี ได้รับเกียรติเป็นตัวแทนของจังหวัดกำแพงเพชร รับการตรวจเยี่ยมจากคณะผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งอาจเป็นเพราะความเข้มแข็งภายใต้การดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำที่สำคัญในการดำเนินงานของชุมชนเพื่อชุมชน โดยได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนด้านวิชาการจากภาครัฐและภาคีเครือข่ายในชุมชนอันจะเป็นผลต่อการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรืออาจเกิดจากการสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำลังเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะต้องดูแลส่งเสริม

สุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยและต้องมีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับเทคโนโลยีที่จะนำพาตนเองเข้าสู่
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4.0

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในแต่ละด้านและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เพื่อนำผลการศึกษา
 ไปใช้ในการกำหนดแนวทางพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งในระดับอำเภอ
 และจังหวัดกำแพงเพชรต่อไป

2. คำถามการวิจัย

2.1 มีอะไรบ้างที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมและความรู้การดำเนินงาน
 หมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการ
 สุขภาพ อำเภอขาณุวรลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร

2.2 การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
 ในเขตอำเภอขาณุวรลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร มีลักษณะอย่างไร

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมและความรู้
 การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอขาณุวรลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร เป็นอย่างไร

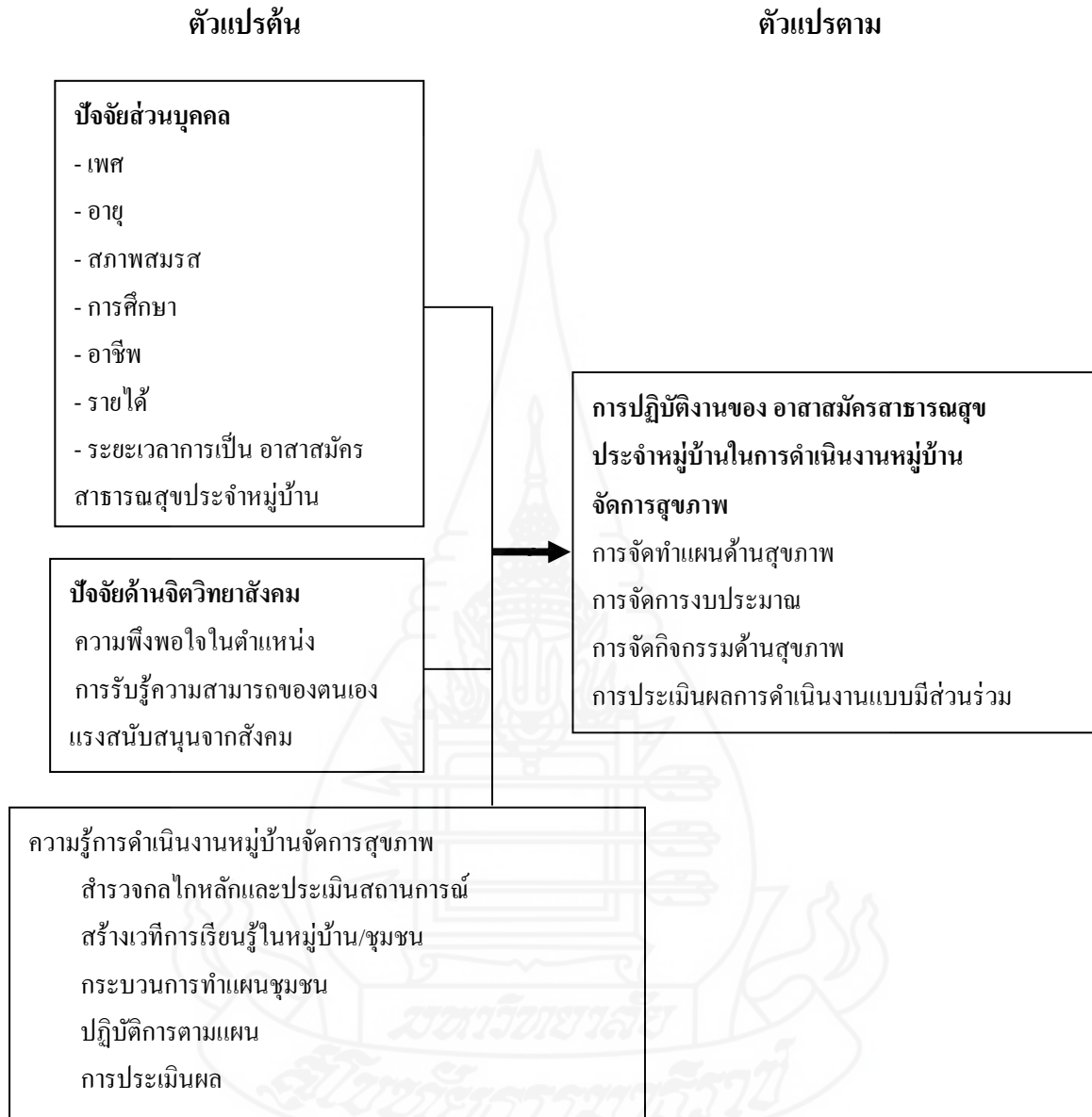
3. วัตถุประสงค์การวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมและความรู้การดำเนินงาน
 หมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการ
 สุขภาพ อำเภอขาณุวรลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร

3.2 เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการ
 สุขภาพในเขตอำเภอขาณุวรลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร

3.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม และ
 ความรู้การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
 หมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอขาณุวรลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร

4. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

5. สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานและปัจจัยด้านจิตวิทยาทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร

6. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตการวิจัยดังนี้

6.1 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

6.1.1 ประชากร

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร รวม 1,789 คน

6.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ในพื้นที่อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร ที่กำหนดขนาด จากตารางของ เครซี มอร์แกน (Krejcie and Morgan) จำนวน 317 คน จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling)

6.2 ขอบเขตด้านตัวแปร

6.2.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน
- 2) ด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ความพึงพอใจในตำแหน่งและการรับรู้ความสามารถของตนเอง
- 3) ความรู้การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ได้แก่ การสำรวจกลไกหลัก และประเมินสถานการณ์ การสร้างเวทีการเรียนรู้ในหมู่บ้าน/ชุมชน กระบวนการทำแผนชุมชน ปฏิบัติการตามแผนและการประเมินผล

6.2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 4 ด้าน 1. การจัดทำแผนด้านสุขภาพ 2. การจัดการงบประมาณ 3. การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ 4. การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมายถึง ชุมชนที่มีกระบวนการในการดำเนินการพัฒนาสุขภาพอย่างมีระบบจนสามารถผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 4 ด้าน คือ การจัดทำแผนด้านสุขภาพ การจัดการงบประมาณการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

7.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง คนในชุมชนที่มีจิตอาสาสมัครขึ้นมาเป็นตัวแทนของหมู่บ้านในการดูแลประชาชนด้านสุขภาพ โดยที่บุคคลนั้นเป็นที่ยอมรับของชุมชน และผ่านการคัดเลือกจากชุมชนด้วย

7.3 ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้และ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

7.4 ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม หมายถึง ความพึงพอใจในตำแหน่งและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม

7.4.1 ความพึงพอใจในตำแหน่ง อสม. หมายถึง ทศนคติทางบวกของ อสม. ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นความรู้สึกหรือทัศนคติที่ดีต่องานที่ทำในทางบวก เป็นความสุขอันเกิดจากการปฏิบัติงานและได้รับผลเป็นที่พึงพอใจ ทำให้เกิดความกระตือรือร้น มีความมุ่งมั่นที่จะทำงาน มีขวัญและมีกำลังใจ มีความผูกพันกับหน่วยงาน มีความภาคภูมิใจในความสำเร็จของงานที่ทำ และสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงาน

7.4.2 การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเข้าใจในบทบาทของตัวเอง และตัดสินใจในการที่จะจัดการ และดำเนินการแสดงพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ได้แก่ การนึกถึงผู้อื่นเชิงบวก การมีอิทธิพลต่อผู้อื่นและความสัมพันธ์กับผู้อื่น

1) **การนึกถึงผู้อื่นเชิงบวก** หมายถึง ความเข้าใจ จิตใจ การกระทำของคนในชุมชนในทางที่ดี

2) **การมีอิทธิพลกับผู้อื่น** หมายถึง ความสามารถในการชักชวนคนในชุมชนให้ทำกิจกรรมที่เราต้องการ

3) *ความสัมพันธ์กับผู้อื่น* หมายถึง ความสามารถในการติดต่อ เชื่อมต่อสื่อ กับคนในชุมชน ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

7.4.3 แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ได้รับการช่วยเหลือจากจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัวและเพื่อนบ้าน ในด้านการได้รับ ข้อมูลข่าวสาร การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินและการบริการ หรือการสนับสนุนทางด้าน จิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออก ทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ

7.5 ความรู้การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมายถึง ประสิทธิภาพการกระทำ การปฏิบัติในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5 ขั้นตอน ได้แก่ สำรวจกลไกหลักและประเมิน สถานการณ์ สร้างเวทีการเรียนรู้ในหมู่บ้าน/ชุมชน กระบวนการทำแผนชุมชน ปฏิบัติการตามแผน การประเมินผล

7.5.1 สำรวจกลไกหลักและประเมินสถานการณ์ หมายถึง การวิเคราะห์หมู่บ้าน/ ชุมชนของตนเอง โดยใช้เครื่องมือที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) แบบประเมิน ตนเองเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน แบบคัดกรองพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพ

7.5.2 สร้างเวทีการเรียนรู้ในหมู่บ้าน/ชุมชน หมายถึง การกระบวนการนำ กลุ่มองค์กร ทนสังคม ความรู้ ประสิทธิภาพ มาเสนอ พุดคุยเพื่อให้เกิดคุณค่า

7.5.3 กระบวนการทำแผนชุมชน หมายถึง การกำหนดกิจกรรมล่วงหน้าอย่างมี ประสิทธิภาพ จะมีกิจกรรมอะไรบ้างขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการพัฒนาของประชาชนในหมู่บ้าน/ ชุมชน

7.5.4 ปฏิบัติการตามแผน หมายถึง การดำเนินงานตามกิจกรรมตามแผนที่กำหนด ไว้ทุกขั้นตอน โดยเน้นการมีส่วนร่วม

7.5.5 การประเมินผล หมายถึง การตัดสินใจในการสรุปสรุปผลการดำเนินงาน ตามแผนพัฒนาสุขภาพของชุมชนที่กำหนดไว้ว่าการดำเนินงานมีความก้าวหน้าหรือไม่หรือเกิด ความสำเร็จของกิจกรรมมากน้อยเพียงใด

7.6 การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้าน จัดการสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติ เป็นผู้ร่วมดำเนินการ สั่งการ ควบคุมกำกับ ให้คำชี้แนะ ในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้านในการดำเนินงานพัฒนา หมู่บ้านของตนเองให้เป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย (1) การจัดทำแผนด้านสุขภาพ (2) การ จัดการงบประมาณ (3) การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ (4) การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

7.6.1 การจัดทำแผนด้านสุขภาพ หมายถึง การระดมพลังความคิดเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดแผนสร้างเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติ และแผนการแก้ไขปัญหาคัดค้านกับบริบทของพื้นที่ ประกอบด้วย 1) สำรวจและประเมินสถานการณ์ชุมชน โดยการสำรวจและวิเคราะห์ ในประเด็นของพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ สำรวจองค์กร สำรวจทุน และองค์ความรู้ ตลอดจนภูมิปัญญาท้องถิ่นที่จะนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ 2) สร้างเวทีการเรียนรู้ในหมู่บ้าน / ชุมชน ซึ่งเป็นการนำกลุ่มคน/องค์กร และความรู้ มาก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ในลักษณะประชาคมร่วมกันของกลุ่มองค์กร ภาา/เครือข่าย ร่วมกำหนดสิ่งที่ต้องการพัฒนา 3) จัดทำแผนด้านสุขภาพ เริ่มจากทำประชาคมหมู่บ้าน จากข้อมูลต่างๆ ที่ได้ในชุมชน/ที่ประชุม มาจัดทำแผน โดยใช้เครื่องมือที่ชุมชนมีความพร้อม เช่น เครื่องมือ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ หรือเครื่องมืออื่นๆ

7.6.2 การจัดการงบประมาณ หมายถึง การเป็นแกนนำในการระดมทุนด้านงบประมาณ และทรัพยากรที่จำเป็นในการขับเคลื่อนแผนสุขภาพ ทั้งที่ได้รับจากภาครัฐ เอกชนและจากหน่วยงานอื่นๆ ทั้งในและนอกชุมชน มาเพื่อใช้ในการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย เป็นการจัดงบประมาณให้เหมาะสมกับกิจกรรม ประกอบด้วย 1) สำรวจแหล่งทุนในชุมชน 2) จัดทำข้อมูล นำเสนอแผนฯ โครงการของงบประมาณ 3) เปิดเวทีทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้สนับสนุนกับทีมดำเนินงาน 4) ประชุมเครือข่าย ทีมงาน/แกนนำ เพื่อจัดสรรงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนใช้ในกิจกรรม 5) จัดทำแบบรายงานผลงาน และการใช้จ่ายงบประมาณ รายงาน นำเสนอ ชี้แจงทีมงานและเจ้าของงบประมาณ

7.6.3 การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ หมายถึง การเป็นแกนนำจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน ทั้งด้านสร้างและซ่อมสุขภาพ เช่นการเฝ้าระวังโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และเป็นบุคคลตัวอย่างในการนำออกกกำลังกายรูปแบบที่เหมาะสมตามวัยสัปดาห์ละอย่างน้อย 5 วัน เป็นต้น

7.6.4 การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การตัดสินใจคุณค่าของกิจกรรม โดยใช้ข้อมูลสารสนเทศที่ได้จากการเก็บรวบรวมมา แล้วทำการวิเคราะห์ และแปลความหมายของข้อมูลสารสนเทศนั้น แล้วนำไปเทียบเกณฑ์การตัดสินใจโดยความเห็นพ้องต้องกันในเรื่องของความต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลงที่ชุมชนได้ดำเนินการร่วมกัน

8. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

8.1 ได้องค์ความรู้ใหม่และข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในระดับพื้นฐานและปฏิบัติการซึ่งสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข

8.2 ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ สามารถนำองค์ความรู้ใหม่และข้อมูลข่าวสารไปใช้ในการวางแผน กำหนดกิจกรรม มาตรการ กลยุทธ์ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเขาฉกรรจ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนหลักการ แนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา วิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามประเด็น ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
2. บริบทอำเภอเขาฉกรรจ์บุรี
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
 - 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
 - 4.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม
 - 4.2.1 ปัจจัยความพึงพอใจในตำแหน่ง
 - 4.2.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน
 - 4.2.3 สนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เรื่องหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

1.1 ความหมายของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมายถึง หมู่บ้านที่ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ ตามคำขวัญที่ว่า “แม่เราเป็นชาวบ้าน เราก็สามารถดูแลสุขภาพของพวกเราตนเองได้” ด้วยคำขวัญนี้มีปรัชญาและฐานคิดอยู่เบื้องหลัง คือ หมู่บ้านจัดการสุขภาพเป็นทั้งเป้าหมายในการพัฒนา (Ultimate Goal) คือ ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน พึ่งพาตนเองได้ ทางด้านสาธารณสุข และเป็นทั้งกระบวนการพัฒนา (Process) กล่าวคือ เป้าหมายสุดท้ายหรือสิ่งที่เราอยากเห็นหรืออยากให้เกิดขึ้นคือ ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน พึ่งพาตนเอง ได้ทางสาธารณสุข แต่การที่ประชาชนจะสามารถพึ่งพาตนเอง

ได้นั้น ต้องอาศัยกระบวนการพัฒนาด้วยกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเอง จนสามารถรู้จักตนเอง เข้าใจตนเองและกำหนดอนาคตของชุมชนได้เอง จนเกิดเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้และการพึ่งพากันเอง หรือจัดการกันเอง นอกจากชุมชนจะต้องมีความรู้ในการจัดการแล้ว คนในชุมชนจะต้องมีคุณธรรมด้วย เพราะคุณธรรมจะเป็นกรอบกำหนดพฤติกรรมหรือจัดระบบ ระเบียบการทำงานร่วมกันของหมู่บ้าน/ชุมชน หรือมีมาตรการทางสังคมที่จะเป็นตัวกำหนดคนในชุมชนอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติสุข (นิตตะวุฒิ ภิรมย์ไทย และคนอื่นๆ (2549, น. 16 อ้างใน ธวัชชัย วีระกิตติกุล 2552)

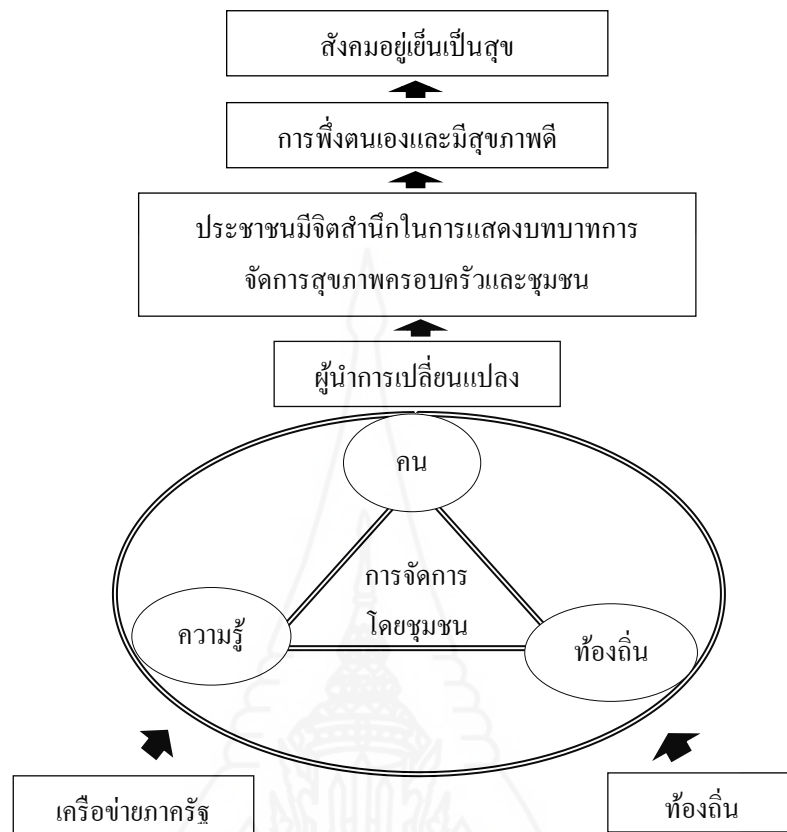
หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมายถึง ชุมชนที่มีกระบวนการในการดำเนินการพัฒนาสุขภาพอย่างมีระบบจนสามารถผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 4 ด้าน คือ การจัดทำแผนด้านสุขภาพ การจัดการงบประมาณการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม (ไพบุลย์ บุญแสนแผน 2552, น. 31)

หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมายถึง ชุมชนที่มีกระบวนการพัฒนาและมีการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน โดยประชาชน องค์กร ภาคี ให้สามารถดูแลสุขภาพบรรลุตามเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (พัชรา ผิวขาว 2551, น. 26)

สรุป หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมายถึง ชุมชนที่มีกระบวนการในการดำเนินการพัฒนาสุขภาพอย่างมีระบบจนสามารถผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 4 ด้าน คือ การจัดทำแผนด้านสุขภาพ การจัดการงบประมาณการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

1.2 องค์ประกอบหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

องค์ประกอบหมู่บ้านจัดการสุขภาพนั้นประกอบด้วยหลายส่วน สามารถอธิบายได้ดังภาพที่ 2.1 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2553)



ภาพที่ 2.1 องค์ประกอบหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ที่มา: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2553)

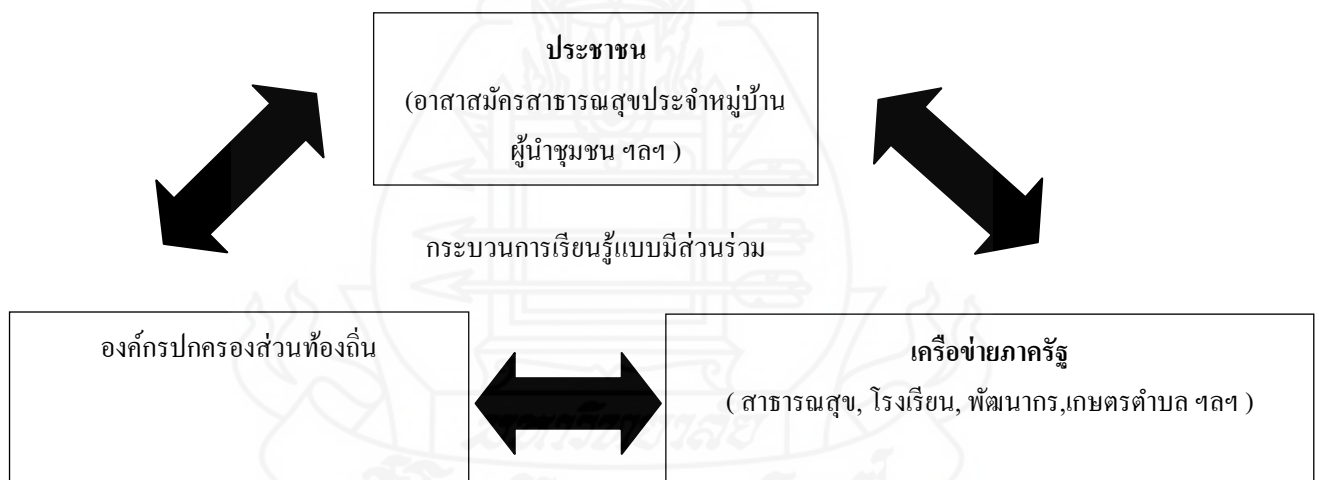
องค์ประกอบของหมู่บ้านจัดการสุขภาพประการแรก การจัดการด้านคน หมายถึง กลุ่มองค์กรภาคประชาชน เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเกษตรปลอดสารพิษ กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ กลุ่มจักสาร กำนัน กรรมการหมู่บ้าน และกลุ่มอื่นๆ อีกมาก รวมทั้งคนเก่ง คนดี กลุ่มคนเหล่านี้ถือเป็นกำลังหลักในการพัฒนาหมู่บ้าน เป็นทุนทางสังคม ที่มีคุณค่ายิ่งต่อการพัฒนาชุมชนของตนเอง แต่ถ้าเน้นเรื่องหมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างน้อยจะต้องมี กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) เป็นเจ้าภาพ ในการดำเนินงาน ในหมู่บ้าน และถ้าพึ่งเพียง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มนั้นมีพลังยังไม่พอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องแสวงหาแนวร่วมในการดำเนินงานในหมู่บ้านเพิ่มเติมเพื่อเป็นกำลังหนุนเสริม ซึ่งก็คือกลุ่มองค์กรชุมชนที่มีอยู่แล้วในหมู่บ้านนั้นมาช่วยกันคิด ช่วยกันทำ ประการที่สอง การจัดการด้านทุน ทุนในที่นี้จะเน้นทุนที่เป็นตัวเงิน (ส่วนที่ทางสังคมได้รวมอยู่ในวงแรกคือ เรื่องของคนแล้ว) ในหมู่บ้าน / ชุมชนมีเงินทุนอยู่เยอะมาก ทั้งที่เป็นเงินทุนที่ชาวบ้านระดมหรือรวมหุ้น

กันเอง เช่น กองทุนสัจจะออมทรัพย์ กองทุนฌาปนกิจ กองทุนยา กองทุนกลุ่มต่างๆ อีกหลายกลุ่ม และเงินทุนจากภายนอกที่ทางราชการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนมาให้ถึงหมู่บ้าน ได้แก่ กองทุนเงินล้าน กองทุน SML กองทุนสุขภาพตำบล เป็นต้น และประการที่สาม การจัดการด้านความรู้ ความรู้ในที่นี้หมายถึงความรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นและรวมถึงความรู้ในการจัดการ เพื่อจัดการสิ่งที่มีอยู่แล้วในชุมชนให้เกิดคุณค่าต่อการพัฒนาเพิ่มขึ้น วิถีปฏิบัติตามแผนภาพนี้ก็คือ ต้องจัดการให้ทั้งสามวงนี้มาบูรณาการกัน โดยการจัดการในรูปแบบไหนก็ได้ตามความเหมาะสมของแต่ละชุมชน เช่น การจัดเวที การประชุม การทำประชาคม ให้แก่นำองค์กรกลุ่มต่างๆ ได้วิเคราะห์และเรียนรู้ถึงสิ่งดีๆ และสิ่งที่เป็นปัญหาของชุมชนตนเอง จนเกิดความเข้าใจในวิถีชุมชนของตนเองว่า ชุมชนของตนเป็นอยู่อย่างไร แล้วร่วมกันหาช่องทางการพัฒนาและป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากทั้งภายในและภายนอกชุมชนวิถีปฏิบัติของหมู่บ้านจัดการสุขภาพจึงไม่ต่างกับวิถีปฏิบัติตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ประกอบกับการมีพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ในมาตรา 30 ระบุไว้ว่า รัฐดำเนินการถ่ายโอนภารกิจกรให้บริการสาธารณะทั้งภารกิจที่ซ้ำซ้อนภารกิจที่รัฐจัดบริการ ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทบถึงการปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งภารกิจที่ดำเนินการตามนโยบายของรัฐภายในปี 2546 ทั้งนี้งานสาธารณสุขมูลฐานเป็นบริการสาธารณะที่กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปีงบประมาณ 2547 โดยได้ปรับเปลี่ยนงบประมาณที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเป็นงบประมาณสำหรับหมู่บ้านหมู่บ้านละ 7,500 บาท ซึ่งเป็นการกระจายอำนาจจากรัฐลงสู่ประชาชน การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญใน ปี 2547 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนการสุขภาพได้ถ่ายโอนงานสาธารณสุขมูลฐานสู่องค์กรบริหารส่วนตำบลและปีงบประมาณ 2548 รัฐบาลได้ปรับงบประมาณสาธารณสุขมูลฐานเป็นหมู่บ้านละ 10,000 บาท จากการศึกษาทิศทางพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในองค์กรบริหารส่วนตำบล พบว่า ควรมีการพัฒนากระบวนการวางแผนสาธารณสุขโดยการสร้างเครือข่าย การพัฒนางานสาธารณสุขระหว่าง 3 ประสาน คือ องค์กรบริหารส่วนตำบลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการพัฒนาสาธารณสุขจะต้องพยายามสร้างกระบวนการพัฒนาเพื่อให้ประชาชนได้มีโอกาสที่จะนำข้อมูล ความคิดเห็นความต้องการด้านสาธารณสุขเสนอไปยังองค์กรบริหารส่วนตำบลให้ได้ และสร้างสายสัมพันธ์ให้ใกล้ชิดระหว่างประชาชน กลุ่มต่าง ๆ การพัฒนาสาธารณสุขจึงจะประสบผลสำเร็จ (พรเทพ ศิรินรังสรรค์ และคนอื่นๆ 2542, น. 75) ทั้งนี้กระบวนการพัฒนาดังกล่าวมีปัจจัยเอื้อที่สำคัญคือ การเข้ามาขององค์กรภายนอก โดยองค์กรเหล่านี้เข้ามาทำงานกับชุมชนในลักษณะเครือข่ายความร่วมมือและเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคนอื่นๆ 2547,

308) ดังกรณีการเคลื่อนไหวของชาวบ้านกลุ่มเล็กๆ กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ข้าราชการครู และองค์กรพัฒนาเอกชนในเขตอำเภอ กุดชุม จังหวัดยโสธร ได้นำแนวคิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพด้วยการหันกลับมาใช้สมุนไพรในการรักษาโรคและการทำเกษตรผสมผสานทำให้สามารถต่อสู้กับปัญหาของสังคมได้ไม่ใช่เฉพาะปัญหาด้านสุขภาพเท่านั้น

ดังนั้นในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จึงจำเป็นต้องเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในตำบลเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพออกมาในรูปภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบล เพราะตำบลมีโครงสร้างการพัฒนาขององค์กรภาครัฐ (สถานีอนามัย โรงเรียน พัฒนาการ เกษตรตำบล) และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นครบทุกตำบลโดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (การศึกษาชุมชนแบบมีส่วนร่วม /ศึกษาคูงาน การวางแผนแบบมีส่วนร่วม การสร้างและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน ฯลฯ) เป็นจุดเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายภายในตำบลเข้ามา มีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพจึงเป็นที่มาของ “ตำบลจัดการสุขภาพ” ซึ่งสามารถกำหนดเป็นกรอบแนวคิดการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ

ที่มา: โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคนอื่นๆ (2547)

สรุปได้ว่า องค์ประกอบของหมู่บ้านจัดการสุขภาพนั้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ คน ทูนและองค์ความรู้ ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบจะเป็นตัวขับเคลื่อนในการดำเนินกิจกรรมในหมู่บ้านจัดการสุขภาพเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินกิจกรรม โดยคนนั้นประกอบไปด้วย กลุ่มคนหลายกลุ่มองค์กรที่ทำกิจกรรมร่วมกันโดยมีทุนในหมู่บ้านไม่ว่าจะเป็นกองทุนต่างๆ หรือทุนทางสังคม

ประเพณี วัฒนธรรม ซึ่งต้องเชื่อมโยงกับองค์ความรู้ในด้านต่างๆ ในชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือองค์กรอื่นร่วมดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในทั้ง 3 องค์ประกอบในชุมชน

การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

หมู่บ้านควรมีการดำเนินการพัฒนาเป็นระยะๆ โดยไปดูที่กระบวนการพัฒนาของหมู่บ้านว่า “หมู่บ้าน/ชุมชน มีกระบวนการพัฒนาและมีการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนจนสามารถดูแล จัดการสุขภาพได้ด้วยชุมชนเอง” (ชงชัย สาระกุล และคนอื่นๆ 2551, น. 3-10) โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สำรวจกลไกหลักและประเมินสถานการณ์

การสำรวจกลไกหลักและประเมินสถานการณ์การดำเนินงานด้านสุขภาพของหมู่บ้านที่ผ่านมา เริ่มต้นด้วยการสำรวจและวิเคราะห์หมู่บ้าน/ชุมชนของตนเองก่อนว่ามีกลไกหลักในการก่อรูป “ระบบสุขภาพภาคประชาชน” หรือไม่ โดยอาจใช้เครื่องมือในการสำรวจที่มีอยู่ เช่น ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) แบบประเมินตนเองเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน ในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แบบคัดกรองพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพ ฯลฯ แล้วสรุปข้อมูลที่ได้จากการสำรวจและข้อมูลที่เกี่ยวข้องนำเสนอในเวทีเรียนรู้ชุมชน โดยกลไกในการดำเนินงานคือองค์กร ซึ่งเป็นเจ้าภาพหลัก หรือเป็นกำลังหลัก ในการพัฒนาสุขภาพ มีกลไกกองทุน ทั้งกองทุนที่ชาวบ้านระดมกันเอง และกองทุนที่ภาครัฐสมทบมาให้ ซึ่งกองทุนนี้ รวมถึงกองทุนต่างๆ ที่มีอยู่ในหมู่บ้านทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพและมีกลไกการนำ องค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน เช่น นำประสบการณ์การจัดการเหมืองฝาย มาบริหารจัดการ คน ทุน เพื่อการพัฒนาชุมชน หรือการใช้ภูมิปัญญาในเรื่องสมุนไพร ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีมาใช้เป็น สิ่งหล่อหลอมและดึงดูดให้คนในหมู่บ้านมารวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกันเป็นต้น โดยผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในขั้นตอนนี้จะช่วยให้การจัดทำแผนชุมชนและแผนสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหา และพัฒนาสุขภาพชุมชนได้ตรงจุด

ขั้นตอนที่ 2 สร้างเวทีการเรียนรู้ในหมู่บ้าน/ชุมชน

เป็นขั้นตอนของการนำกลไกกลุ่มองค์กร ทุน และความรู้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ในประเด็นต่างๆ ของหมู่บ้านร่วมกัน เพื่อให้เกิดคุณค่า ดังนี้

2.1 กลุ่มองค์กร ภาวศ์/เครือข่าย มาทำประชาคม คุยกันถึงเรื่องสภาพความเป็นอยู่ของคนในหมู่บ้านในทุกแ่ง ทุกมุม ทุกด้าน ขั้นตอนนี้ถือว่าเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์หมู่บ้าน/ชุมชน โดยคนในหมู่บ้าน/ชุมชนเอง

2.2 ร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนาโดยวิเคราะห์ให้ลึกถึงสาเหตุของปัญหานั้นๆ ด้วย ร่วมกันจับบันทึก แดกประเด็นของเรื่องที่พูดคุย เพื่อนำสู่

กระบวนการจัดทำแผนชุมชนในแต่ละเรื่องได้ง่ายขึ้น ผลที่คาดว่าจะได้รับจากขั้นตอนนี้ คือ ได้ปัญหาและข้อมูลต่างๆ ที่เป็นของจริงจากชุมชน ซึ่งจะทำให้การจัดทำแผนได้ละเอียดและครอบคลุมทุกปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการทำแผนชุมชน มีการดำเนินการดังนี้

- 3.1 ร่วมกันวางแผนแก้ไขหรือพัฒนาหมู่บ้านจากการวิเคราะห์
ในขั้นตอนที่ 2 ให้ได้แผนชุมชน
- 3.2 กลุ่มองค์กร ภาคราชการ เกษตรกร ชุมชน นำแผนชุมชนที่ได้ประกาศ
ให้ประชาชนได้รับรู้และมีส่วนร่วมในกระบวนการทำแผน อาจจะใช้วิธีการประชุมชาวบ้าน หรือ
จัดเวทีกลางบ้าน เพื่อให้ชาวบ้านได้มีโอกาส รับรู้ได้เสนอโต้แย้งและปรึกษาหารือแผนด้วย
- 3.3 แผนชุมชนนี้ควรออกมาในลักษณะเป็นแผนรวมทุกเรื่อง
ซึ่งเรียกว่าแผนชีวิต หรือ แผนแม่บทชุมชน และมีแผนสุขภาพเป็นแผนหนึ่งในนั้น
- 3.4 แผนสุขภาพควรประกอบด้วย 2 ด้านใหญ่ๆ คือด้านสร้างสุขภาพ
และด้านซ่อมสุขภาพ ซึ่งแผนสุขภาพทั้ง 2 ด้าน จะมีกิจกรรมอะไรบ้างขึ้นอยู่กับปัญหาและความ
ต้องการพัฒนาของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 ปฏิบัติการตามแผน

ขั้นตอนที่การปฏิบัติตามแผนสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนในเวทีกลางบ้าน เลือกรากิจกรรมด้านสุขภาพและร่วมกัน โดยร่วมกันวิเคราะห์จัดลำดับ
ความสำคัญของปัญหา และวิเคราะห์ศักยภาพตนเองในการแก้ไขปัญหา และประสานให้หน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้องเป็นเจ้าภาพหรือร่วมดำเนินการในประเด็นที่เกินขีดความสามารถ จากนั้นจึงปฏิบัติตามแผน
และผลที่คาดว่าจะได้รับจากขั้นตอนนี้คือ เป็นการยืนยันผลการวิเคราะห์แผนอันจะนำไปสู่ความสำเร็จ
ตามที่ชุมชนมุ่งหวังไว้

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล

การประเมินผล โดยชุมชนมาร่วมกันสรุปผลการดำเนินงานตามแผน
พัฒนาสุขภาพของชุมชนที่กำหนดไว้ว่าการดำเนินงานมีความก้าวหน้าหรือไม่หรือเกิดความสำเร็จ
ของกิจกรรมมากน้อยเพียงใด โดยอาจจะประเมินระหว่างการทำงานหรือเมื่อเสร็จสิ้นภารกิจก็ได้
ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกิจกรรมของแผนสุขภาพที่ดำเนินการจุดประสงค์การประเมินเพื่อพัฒนาระดับการ
พัฒนาหมู่บ้าน รวมทั้งได้ข้อมูลในการจัดทำแผนในปีต่อไป โดยอาจจะใช้ เวทีประชาคม เวทีการถอด
บทเรียน หรือใช้แบบประเมินตนเองเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการ
สุขภาพซึ่งผลที่คาดว่าจะได้รับจากขั้นตอนนี้ คือ

5.1 ได้ทราบว่าหมู่บ้านของท่านเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพหรือไม่

5.2 มีภาคีเครือข่ายสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมมากน้อยเพียงใดและประชาชน

5.3 มีส่วนร่วม และได้รับประโยชน์มากน้อยเพียงใด

จากขั้นตอนการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ สรุปได้ว่าการดำเนินงานนั้นมี 5 ขั้นตอน โดยเริ่มจากการสำรวจกลไกหลักและการประเมินสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหาของชุมชน ก่อน จากนั้นเข้าสู่ขั้นตอนที่สอง คือ การสร้างเวทีแห่งการเรียนรู้เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในชุมชน หลังจากนั้นเป็นกระบวนการทำแผนชุมชนในการแก้ไขปัญหาและนำมาปฏิบัติตามแผนและดำเนินการประเมินผล เพื่อสรุปหาทางป้องกันและส่งเสริมในกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

เกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข (2558) กำหนดเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

1. ระดับ 1 ดาว หมายถึง หมู่บ้านไม่ผ่านเกณฑ์ 4 ด้าน คือ การจัดทำแผน การสนับสนุนงบประมาณจาก อบต. การจัดกิจกรรมสุขภาพ และการประเมินผลการจัดกิจกรรม
2. ระดับ 2 ดาว หมายถึง หมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์ โดยมีระดับศักยภาพการจัดการเบื้องต้น ทั้งนี้ผ่านเกณฑ์ น้อยกว่า 1 เงื่อนไข (จากทั้งหมด 4 เงื่อนไข) มีคะแนนประเมินอยู่ระหว่าง 0 – 2 คะแนน
3. ระดับ 3 ดาว หมายถึง หมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์ โดยมีระดับศักยภาพการจัดการปานกลาง ทั้งนี้ผ่านเกณฑ์ น้อยกว่า 2 เงื่อนไข (จากทั้งหมด 4 เงื่อนไข) มีคะแนนประเมินอยู่ระหว่าง 3 – 4 คะแนน
4. ระดับ 4 ดาว หมายถึง หมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์ โดยมีระดับศักยภาพการจัดการดี ทั้งนี้ผ่านเกณฑ์ น้อยกว่า 3 เงื่อนไข (จากทั้งหมด 4 เงื่อนไข) มีคะแนนประเมินที่ 5 คะแนน
5. ระดับ 5 ดาว หมายถึง หมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์ โดยมีระดับศักยภาพการจัดการดีเยี่ยม ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด สามารถเป็นหมู่บ้านที่ถ่ายทอดความรู้ หรือเป็นศูนย์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับหมู่บ้าน หรือเครือข่ายอื่นๆ ได้

สรุปได้ว่า การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพนั้นแบ่งได้เป็น 5 ระดับ คือ ระดับ 1 ดาว หมายถึง หมู่บ้านไม่ผ่านเกณฑ์ 4 ด้าน ระดับศักยภาพการจัดการเบื้องต้น หรือ 2 ดาว ระดับศักยภาพการจัดการปานกลางหรือ 3 ดาว ระดับศักยภาพการจัดการดีหรือ 4 ดาว และระดับศักยภาพการจัดการ

ดีเยี่ยมหรือ 5 ดาว ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่ถ่ายทอดความรู้ หรือเป็นศูนย์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับหมู่บ้าน หรือเครือข่ายอื่นๆ ได้

2. บริบทอำเภอขามเฒ่าวรลักษบุรี

คำขวัญอำเภอขามเฒ่าวรลักษบุรี “เมืองตอเป็นแสน ดินแดนประพาสต้น ถิ่นคนผมแดง แหล่งอารยธรรมโบราณ”

2.1 ประวัติอำเภอขามเฒ่าวรลักษบุรี

สมัยก่อนประวัติศาสตร์

อำเภอขามเฒ่าวรลักษบุรี ตั้งอยู่บริเวณลุ่มแม่น้ำปิง เป็นชุมชนโบราณ เรียกว่า เมืองแสนตอ สันนิษฐานว่าเป็นเมืองโบราณรุ่นเดียวกับเมืองเทพนคร เมืองไตรตรึงษ์ เมืองพาน เมืองคนที เมืองนครชุม เมืองซากังราว ชุมชนที่เก่าแก่ของอำเภอขามเฒ่าวรลักษบุรี คือชุมชนเขากะล่อน เป็นชุมชนในยุคหินใหม่มีอายุประมาณ 5,000 – 1,000 ปี จากการสำรวจของคณะนักศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากร เมื่อพุทธศักราช 2530 พบวัตถุโบราณเป็นจำนวนมาก อาทิ ขวานหินขัด หัวธนู กำไล ลูกปัด เศษภาชนะดินเผา จากหลักฐานดังกล่าวยืนยันได้ว่าชุมชนเมืองแสนตอเป็นเมืองเก่าแก่ก่อนประวัติศาสตร์ของจังหวัดกำแพงเพชร

การเสด็จประพาสต้นบ้านแสนตอ ในสมัยรัตนโกสินทร์

พระพุทธเจ้าหลวง เสด็จประพาสต้นเมืองกำแพงเพชร ในเดือนสิงหาคม พุทธศักราช 2449 พระองค์ได้ทรงบันทึกการเสด็จประพาสต้น ที่เกี่ยวข้องกับตำบลไว้

วันที่ 18 สิงหาคม พุทธศักราช 2449 ไว้ตอนหนึ่งว่า “...เวลาบ่าย 4 โมง แวะจอดเรือ ถ่ายรูปที่หาดและเลยลงเรือชะล่าประพาสเที่ยวต่อไป แวะบ้านข้างฝั่งตะวันออก ถูกบ้านตาแสนปม เป็นปมไปทั้งตัว แต่ไม่มีอะไร แดดเผาจึงได้ลงเรือต่อมาจนเวลาจวนย่ำค่ำขึ้นที่หาดบ้านแสนตอ เดินข้ามไปวัดสว่างอารมณ์ ตำบลที่เรียกว่าแสนตอจนเป็นชื่อเมืองขามเฒ่านี้ มีตอมากจริง เรือได้โดนครั้งหนึ่ง เพราะเหตุที่ตลิ่งฝั่งมาก เดินตามถนนฝั่งตะวันตกแวะเก็บอะไรต่ออะไรบ้าง มาจนถึงวัด ซึ่งเป็นวัดสร้างใหม่ เรียกว่า วัดหัวเมือง ต่อแต่นั้นมาถึงที่ว่าการเมืองซึ่งเป็นเรือนหลังคามุงแฝก อยู่ทั้งนั้น ที่จอดเรืออยู่เหนือที่ว่าการนิดหนึ่ง.....”

ในวันที่ 19 สิงหาคม พุทธศักราช 2449 ได้กล่าวถึงคนผมแดง มีอยู่มากในเมืองขามเฒ่าพระองค์ทรงบันทึกไว้ว่า “.....พระยาวิเชียรพาคคนผมแดงมาให้ดู อันลักษณะผมแดงนั้นเป็นผมม้าแดงอย่างอ่อนหรือเหลืองอย่างแก่ ผมที่แดงนี้มาข้างพันธุพ่อ ถ้าผู้หญิงไปได้ผมดำ ลูกออกมา ก็ผมดำไปด้วย ผมแดงนั้นเปลี่ยน 3 อย่าง แรกแดงครั้นอายุมากเข้าก็ดำหม่นลง แก่เลยก็ขาวที่เดียว

บอกพืชพันธุ์ทราบว่าจะมาแต่เวียงจันทร์แต่มาก่อนอนุเป็นขบถ จะได้ตั้งอยู่ช้านานเท่าไรไม่ทราบ
พูดเป็นไทย ประพฤติอาการก็ริยาที่เป็นไทย เฉพาะมีมากอยู่ที่เมืองขามู ที่กำแพงเพชรมีแต่กระเซ็น
กระสาย เรือออกเวลา 3 โมงตรง.....”

แต่เดิมอำเภอขามูวรลักษบุรี มีฐานะเป็นกิ่งอำเภอ แยกจากอำเภอคลองขลุง มีชื่อว่า
“กิ่งอำเภอแสนตอ” เดิมที่ว่าการกิ่งอำเภอแสนตอตั้งอยู่บริเวณริมแม่น้ำปิง (หน้าโรงเรียนวัดน้อย
วรลักษณ์) แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 5 ตำบล 29 หมู่บ้าน คือ ตำบลแสนตอ ตำบลยางสูง ตำบล
ระหาน ตำบลสลกบาตร และตำบลบ่อถ้ำ ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็น “กิ่งอำเภอขามูบุรี” และ “กิ่งอำเภอ
ขามูวรลักษบุรี ตามลำดับ และได้ประกาศตั้งเป็น “อำเภอขามูวรลักษบุรี” เมื่อ พ.ศ.2490

2.1.1 สภาพภูมิศาสตร์

ที่ตั้ง ที่ว่าการอำเภอขามูวรลักษบุรี และหน่วยงานราชการ ตั้งอยู่ริมแม่น้ำปิง
ทางทิศตะวันตก ถนนสลกบาตร - แสนตอ หมู่ที่ 2 ตำบลแสนตอ มีขนาดพื้นที่ 1,722.814 ตาราง
กิโลเมตร หรือ 1,076,758.7 ไร่

อาณาเขต

ทิศเหนือ จรดอำเภอคลองขลุง และอำเภอปางศิลาทอง

ทิศใต้ จรดอำเภอแม่วงก์ อำเภอลาดยาว

และอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

ทิศตะวันออก จรดอำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร

และอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

ทิศตะวันตก จรดอำเภอแม่วงก์ จังหวัดนครสวรรค์

และอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร

2.1.2 การปกครอง

1) การบริหารราชการส่วนภูมิภาค อำเภอขามูวรลักษบุรี แบ่งเขตการปกครอง
เป็นตำบล หมู่บ้าน จำนวน 11 ตำบล 143 หมู่บ้าน

2) การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น มี 3 ประเภท คือ

(1) เทศบาลเมือง จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ เทศบาลเมืองปางมะค่า

(2) เทศบาลตำบล จำนวน 2 แห่ง ได้แก่

ก. เทศบาลตำบลขามูวรลักษบุรี

ข. เทศบาลตำบลสลกบาตร

(3) องค์การบริหารส่วนตำบล 10 แห่ง

2.1.3 สถานบริการสาธารณสุข

- 1) โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง จำนวน 1 แห่ง (โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี)
- 2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชาณุวรลักษบุรี)
- 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 17 แห่ง ประกอบด้วย
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อถ้ำ ต.บ่อถ้ำ
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนแดง ต.คอนแดง
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโค้งไผ่ ต.โค้งไผ่
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าพุทรา ต.ป่าพุทรา
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปางมะค่า ต.ปางมะค่า
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนตารอด ต.เกาะตาล
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางสูง ต.ยางสูง
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะแก้ว ต.ปางมะค่า
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสลกบาตร ต.สลกบาตร
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังชะพลู ต.วังชะพลู
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังหามแห ต.วังหามแห
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองชุมแสง ต.วังชะพลู
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีไพศาล ต.ปางมะค่า
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนโค้ง ต.คอนแดง
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำพุ ต.โค้งไผ่
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองตาแล ต.บ่อถ้ำ
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมอสมบูรณ์ ต.ปางมะค่า
- 4) ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ เทศบาลเมืองปางมะค่า

2.1.4 สถานศึกษา

- | | |
|--------------------------------|---------------|
| 1) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก | จำนวน 17 แห่ง |
| 2) โรงเรียนประถมศึกษา | จำนวน 59 แห่ง |
| 3) โรงเรียนประถมศึกษาขยายโอกาส | จำนวน 11 แห่ง |
| 4) โรงเรียนมัธยมศึกษา | จำนวน 4 แห่ง |
| 5) วิทยาลัยการอาชีพ | จำนวน 1 แห่ง |

2.1.5 ประชากร

จำนวนประชากรทั้งสิ้น 81,948 คน เป็นเพศชาย 41,549 คน (ร้อยละ 50.70) เพศหญิง 40,399 คน (ร้อยละ 49.29) จำแนกเป็นกลุ่มวัยเด็กอายุไม่เกิน 14 ปี ร้อยละ 17.89 กลุ่มวัยแรงงานอายุ 15-59 ปี ร้อยละ 62.93 และกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 19.16 (ข้อมูลจากโปรแกรม HDC ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2561)

2.1.6 จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข

รายชื่อตำบล	จำนวนรพ.สต.	จำนวน อสม.	จำนวนหมู่บ้าน
โค้งไผ่	2	203	13
ดอนแดง	2	110	9
บ่อถ้ำ	2	203	18
ปางมะค่า	4	342	24
ป่าพุทรา	1	138	16
ยางสูง	1	81	9
วังชะพลู	2	182	20
วังหามแห	1	192	12
สลกบาตร	1	183	7
แสนตอ	1	84	7
รวมทั้งหมด	18	1789	143

2.2 ผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

จากการประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนในปี พ.ศ.2558-2559 พบว่าทั่วประเทศมีหมู่บ้านผ่านเกณฑ์การประเมินผลหมู่บ้านจัดการสุขภาพระดับดีขึ้นไปของกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 84.64, 84.21 ตามลำดับ ภาคเหนือมีหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไปร้อยละ 70.82, 70.18 จังหวัดกำแพงเพชรได้กำหนดให้ “หมู่บ้านจัดการสุขภาพ” เป็นกลยุทธ์หนึ่งของยุทธศาสตร์การดำเนินงานเพื่อเป้าหมายในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน ในปีพ.ศ.2558-2559 ได้กำหนดให้มีการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพครอบคลุมทุกพื้นที่และผลการดำเนินงานพบว่าหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 68.28, 66.77 ตามลำดับ โดยอำเภอขามเฒ่าบุรี ซึ่งเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดกำแพงเพชรและได้ร่วมดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพตามนโยบายเช่นกันและผลการดำเนินงานมีหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ร้อยละ 88.00, 88.10 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าทั้งในระดับจังหวัด ภาคเหนือ และประเทศ ทั้งนี้เป็นเพราะความเข้มแข็งภายใต้การดำเนินงานอย่างมี

ส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำที่สำคัญในการดำเนินงานของชุมชนเพื่อชุมชน โดยได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนด้านวิชาการจากภาครัฐและภาคีเครือข่ายในชุมชนอันจะเป็นผลต่อการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรวมทั้งเป็นการสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำลังเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะต้องดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยและต้องมีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับเทคโนโลยีที่จะนำพาตนเองเข้าสู่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4.0 และมีผลงานจากการดำเนินงานของชุมชนต่างๆ เจริญประจักษ์ มากมาย ซึ่งในปีพุทธศักราช 2560 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับรางวัลชนะเลิศ ระดับจังหวัด จำนวน 5 รางวัล ดังนี้ รางวัลชนะเลิศสาขาการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ สาขาการคุ้มครองผู้บริโภค โภชนาสุขภาพ สาขาการจัดการสุขภาพชุมชน สาขาส่งเสริมสุขภาพ และสาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชนและเป็นตัวแทนระดับจังหวัดไปนำเสนอผลงาน ได้รับรางวัลชนะเลิศ ระดับเขตสุขภาพที่ 3 และรางวัลที่ 3 ระดับภาคเหนือ คือ สาขาเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและสาขาการจัดการสุขภาพชุมชน ในระดับชุมชนมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ประเมินชุมชนเข้มแข็งด้านสิ่งแวดล้อม (Active Community) ระดับทอง ทุกตำบล และหน่วยบริการของอำเภอขามเฒ่าบุรีรัมย์ ได้รับเกียรติเป็นตัวแทนของจังหวัดกำแพงเพชร รับการตรวจเยี่ยมจากคณะผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งผลการดำเนินงานต่างๆ นี้ เกิดจากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพและชุมชนในการพัฒนาการดูแลสุขภาพ (ข้อมูล จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขามเฒ่าบุรีรัมย์ ปี 2560)

นอกจากนี้ อำเภอขามเฒ่าบุรีรัมย์ จังหวัดกำแพงเพชร ได้ดำเนินการขับเคลื่อนดูแลสุขภาพของประชาชนด้วยชุมชนเอง จนสำเร็จ ทำให้เกิดตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขด้านสาธารณสุข (Long term care) ทุกตำบล อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง ดีเด่น รางวัลรองชนะเลิศ อันดับ 4 ระดับเขตสุขภาพที่ 3 ปี 2560 และเป็นอำเภอผ่านเกณฑ์การดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์ (ข้อมูล จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขามเฒ่าบุรีรัมย์ ปี 2561)

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ความรู้เรื่องอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.1 ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านภายในคุ้มหรือละแวกบ้านหรือชุมชนให้เป็นตัวแทน ได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในพื้นที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัยการส่งข่าวสารสาธารณสุขการแนะนำเผยแพร่ความรู้การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะประสานกับแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) ในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อแนะนำความรู้ด้านสาธารณสุขที่ถูกต้องและนัดกลุ่มเป้าหมายไปรับบริการรับค่าตอบแทนเป็นรายเดือน มีชื่อย่อว่า “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานภาค 2551, น. 3)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/Village Health Volunteer) หมายถึงบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การส่งข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่นการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้นโดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

สรุป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง คนในชุมชนที่มีจิตอาสาสมัครขึ้นมาเป็นตัวแทนของหมู่บ้านในการดูแลประชาชนด้านสุขภาพโดยที่บุคคลนั้นเป็นที่ยอมรับของชุมชนและผ่านการคัดเลือกจากชุมชนด้วย

3.2 ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สำหรับการรับผิดชอบดูแลครัวเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชน กำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย 1 คน รับผิดชอบ 10 - 15 ครัวเรือน ดังนั้นในหมู่บ้าน/ชุมชนหนึ่งๆ อาจมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับจำนวนครัวเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้นๆ

3.3 คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- 3.3.1 อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์
- 3.3.2 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 3.3.3 มีความรู้ สามารถอ่านออกเขียนได้
- 3.3.4 สม่ครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข
- 3.3.5 ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง
- 3.3.6 มีความประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน
- 3.3.7 มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่าง
- 3.3.8 มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- ลักษณะการทำงานของอาสาสมัคร (จารุพงศ์ พลเดช 2551)
1. การเป็นอาสาสมัครนั้น ต้อง “เต็มใจ” การทำงานอาสาสมัครไม่มีการบังคับขู่เข็ญให้ทำ แต่เป็นการเต็มใจทำงานที่ตนรัก มีความปรารถนาดีต่อคนอื่นอยากเห็นเขามีความสุข
 2. การเป็นอาสาสมัครนั้น ต้อง “ตั้งใจ” คนเรานั้นเมื่อมีความเต็มใจในการทำงานแล้วจะทำงานด้วยความตั้งใจ มุ่งมั่น ตั้งใจทำให้เกิดผลสำเร็จของงานเป็นสำคัญ ไม่ย่อท้อกับอุปสรรคหรืองานลำบากใดๆ มีความเต็มใจในการทำงาน ตั้งใจทำงานจนสุดความสามารถโดยมิต้องให้ใครมาบังคับ
 3. การเป็นอาสาสมัครนั้น ต้อง “พอใจ” พอใจในงานที่ทำด้วยความเต็มใจและตั้งใจ ผลงานที่ออกมานั้นก็เป็นความพอใจของคนทำงานที่ทำให้คนอื่นเขาเข้าใจ ทำให้เขามีความสุขความสำเร็จ ความสมหวังเกิดความพอใจในการทำงานอย่างมีความสุข
 4. การเป็นอาสาสมัครนั้น ต้อง “ดีใจ” ดีใจที่ได้ทำงานที่ตนนั้นมีความเต็มใจ ตั้งใจ และพอใจที่ได้ทำงาน เมื่อทำงานแล้วก็เกิดความดีใจจากผลงานที่ได้ทำไว้ให้ปรากฏแก่สาธารณชนเป็นที่ประจักษ์ตามความต้องการของตน
 5. การเป็นอาสาสมัครนั้น ต้อง “ภาคภูมิใจ” ในงานที่ตนทำไม่ว่าจะเป็นงานใดๆ ที่ได้ทำลงไปเพื่อประโยชน์แก่สาธารณะ คนเราก็คงไม่มีใครนำอะไรติดตัวมา แต่เมื่อเกิดเป็นคนแล้วก็ทำแต่ความดี มีผลงานเนื่องจากโลกใบนี้ไปแล้ว สิ่งที่เหลือคือความภาคภูมิใจของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

3.4 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขต้องมีคุณสมบัติตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดผ่านการอบรม ความรู้ด้านสาธารณสุขต้องทำหน้าที่ด้านสาธารณสุขมูลฐานขั้นพื้นฐาน เพื่อส่งเสริม ป้องกัน แก้ไข ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนของตนเองได้เป็นอย่างดี

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข้าวร้าย กระจายข่าววิชาชีพบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดีโดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

3.4.1 เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน
นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่นตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่างๆ รับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.4.2 เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยาการรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกัน โรคการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหารการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุอุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญการป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชนและการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย

3.4.3 เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้วและจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหักข้อเคลื่อน ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

3.4.4 หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ สสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่

- 1) จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน
- 2) ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน
- 3) ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

3.4.5 **เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน** เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนดและ เฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

3.4.6 **เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน** โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่นๆ

3.4.7 **เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิต** โดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่างๆ

3.4.8 **ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน** โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

3.5 การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติ เป็นผู้ร่วมดำเนินการ สั่งการ ควบคุม กำกับ ให้คำชี้แนะ ในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้านในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านของตนเองให้เป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย (1) การจัดทำแผนด้านสุขภาพ (2) การจัดการงบประมาณ (3) การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ (4) การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

3.5.1 **การจัดทำแผนด้านสุขภาพ** เป็นการระดมพลังความคิดเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดแผนสร้างเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติ และแผนการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ประกอบด้วย 1) สำรวจและประเมินสถานการณ์ชุมชน โดยการสำรวจและวิเคราะห์ ในประเด็นของพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ สำรวจองค์กร สำรวจทุน และองค์ความรู้ ตลอดจนภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่จะนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ 2) สร้างเวทีการเรียนรู้ในหมู่บ้าน / ชุมชน ซึ่งเป็นการนำกลุ่มคน/องค์กร และความรู้ มาก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ในลักษณะประชาคมร่วมกันของกลุ่มองค์กร ภาศิ/

เครือข่าย ร่วมกำหนดสิ่งที่ต้องการพัฒนา 3) จัดทำแผนด้านสุขภาพ เริ่มจากทำประชาคมหมู่บ้าน จากข้อมูลต่างๆ ที่ได้ในชุมชน/ที่ประชุม มาจัดทำแผนโดยใช้เครื่องมือที่ชุมชนมีความพร้อม เช่น เครื่องมือ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ หรือเครื่องมืออื่นๆ

3.5.2 การจัดการงบประมาณ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำ ในการระดมทุนด้านงบประมาณ และทรัพยากรที่จำเป็นในการขับเคลื่อนแผนสุขภาพ ทั้งที่ได้รับจาก ภาครัฐ เอกชนและจากหน่วยงานอื่นๆ ทั้งในและนอกชุมชน มาเพื่อใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย เป็นการจัดงบประมาณให้เหมาะสมกับกิจกรรม ประกอบด้วย 1) สำรวจแหล่งทุนในชุมชน 2) จัดทำข้อมูล นำเสนอแผน ฯ โครงการของงบประมาณ 3) เปิดเวที ทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้สนับสนุนกับทีมดำเนินงาน 4) ประชุมเครือข่าย ทีมงาน/แกนนำ เพื่อจัดสรรงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนใช้ในกิจกรรม 5) จัดทำแบบรายงานผลงาน และการใช้จ่าย งบประมาณ รายงาน นำเสนอ ชี้แจงทีมงานและเจ้าของงบประมาณ

3.5.3 การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแกนนำจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน ทั้งด้านสร้างและซ่อมสุขภาพ เช่นการเฝ้าระวังโรคที่เกิดจาก พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และเป็นบุคคลตัวอย่างในการนำออกกำลังกายด้วยรูปแบบที่เหมาะสม ตามวัยสัปดาห์ละอย่างน้อย 5 วัน เป็นต้น

3.5.4 การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม เป็นการตัดสินใจคุณค่าของ กิจกรรม โดยใช้ข้อมูลสารสนเทศที่ได้จากการเก็บรวบรวมมา แล้วทำการวิเคราะห์ และแปลความหมาย ของข้อมูลสารสนเทศนั้น แล้วนำไปเทียบเกณฑ์การตัดสินใจโดยความเห็นพ้องต้องกันในเรื่องของความ ต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลงที่ชุมชนได้ดำเนินร่วมกัน

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตาม บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอ ขามวรุณวิบูลย์ จังหวัดกำแพงเพชร ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานและปัจจัย ด้านจิตวิทยาและสังคม

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้และ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับ

การศึกษาของ สราวุธ วัลย์ชพฤกษ์ (2543, น. 126) ศึกษาเรื่องศักยภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อศักยภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน สอดคล้องกับ จีราภา สุขสวัสดิ์ (2547, น. 55) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม

ในการศึกษาวิจัยปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองและความพึงพอใจในตำแหน่งและเรตสนับสนุนทางสังคม ได้ศึกษาเอกสารวิชาการ ดังนี้

4.2.1 ปัจจัยความพึงพอใจในตำแหน่ง

1) ความหมาย

พิทักษ์ ตรุษทิม (อ้างใน คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2561, น. 24) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งในเชิงการประเมินค่า ซึ่งจะเห็นว่าเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับทัศนคติอย่างแยกกันไม่ออก

ดิเรก ฤกษ์หรัย (อ้างใน รสรินทร์ 2538, น. 36 อ้างใน เกษณี สมบูรณ์รัตน์ 2560, น. 14) กล่าวว่าความพึงพอใจ หมายถึงทัศนคติในทางบวกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งจะเปลี่ยนไปเป็นความพึงพอใจในการปฏิบัติต่อสิ่งนั้น

อุทัยพรรณ สุดใจ (2545, น. 77 อ้างใน อนุรักษ์ โปราณานนท์ 2553) ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยอาจจะเป็นไปในเชิงประเมินค่าว่าความรู้สึกหรือทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นเป็นไปในทางบวกหรือทางลบ

ชรีณี เดชจินดา (2535, น. 14 อ้างใน อรรธณ เมียนแก้ว และนารี วงศ์เลิศคุณากร 2559) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ความรู้สึกพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการของบุคคลได้รับการตอบสนองหรือบรรลุจุดมุ่งหมายในระดับหนึ่ง ความรู้สึกดังกล่าวจะลดลงหรือไม่เกิดขึ้น หากความต้องการหรือจุดมุ่งหมายนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง

ความพึงพอใจ (Satisfaction) ตามความหมายของพจนานุกรมทางด้านพฤติกรรม (Walman 1973, pp. 392) ได้ให้คำจำกัดความว่าเป็นสภาพความรู้สึกของบุคคลที่มีความสุข ความอึดอ้อมใจ เมื่อความต้องการหรือแรงจูงใจของตนได้รับการตอบสนอง

“ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน” ได้มีนักบริหารนักวิชาการได้ให้แนวคิดและความหมายไว้มากมาย ซึ่งจะแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้เนื่องมาจากประสบการณ์และการศึกษาที่แตกต่างกัน

พงษ์จันทร์ (2534, น. 17 อ้างใน วีรยุทธ โสภี 2555, อภิปรายผล) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ทศนคติหรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อหน้าที่ทำอยู่ และสภาพแวดล้อมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในงาน และทำงานบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ

กรองแก้ว (2542, น. 33 อ้างใน สุกัญญา จันทรมณี 2557, น. 9) ให้ความหมายของความพึงพอใจในการทำงานว่า หมายถึง ทศนคติ โดยทั่วไปของพนักงานที่มีต่องานของเขา ถ้าเขาได้รับการปฏิบัติที่ดีตอบสนองความต้องการของเขาตามสมควร เช่น สภาพการทำงานที่มั่นคงปลอดภัย ได้เงินเดือนค่าจ้างตอบแทนเพียงพอแก่การยังชีพ ฯลฯ จะทำให้พนักงานพอใจและมีความรู้สึก (ทศนคติ) ที่ดีต่อองค์การ

วันชัย (2544, น. 40 อ้างใน นิรชรา ไชยแสง และศศิธร คลบัดชา 2555, น. 6) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการทำงานเป็นการวัดถึงทศนคติโดยทั่วไป ของบุคคลที่มีต่องานของเขา โดยผู้ที่มีความพึงพอใจในงานสูงมีแนวโน้มที่จะทุ่มเทความพยายามในการทำงานให้แก่องค์การมาก และน่าจะส่งผลถึงผลงานขององค์การ ขณะที่ผู้ที่มีความพึงพอใจในงานต่ำก็จะทุ่มเทต่อการทำงานน้อยลง จะเห็นว่าผู้ที่มีความพึงพอใจในงานจะเป็นผู้ที่มีทศนคติทางบวกกับการทำงาน ขณะที่ผู้ที่มีความไม่พอใจในงานจะมีทศนคติในทางลบต่อองค์การ

2) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

การศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของบุคคลในการทำงาน เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแรงจูงใจและตอบสนองความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้งานบรรลุตามวัตถุประสงค์

Frederick Herzberg (อ้างใน Hodgetts 1990 อ้างใน นิภาพร ธรรมปัญญา และเพชร บุญศิริ (มปป.)) เสนอทฤษฎีการจูงใจว่า ปัจจัยทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน และปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในงานนั้นแตกต่างกันและไม่มีความสัมพันธ์กันเลย ปัจจัยปฏิเสธตั้งชื่อว่า Hygiene Factors เป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลไม่เกิดความพึงพอใจในงาน อย่างไรก็ตามปัจจัยเหล่านี้ไม่มีผลทำให้ทำให้ ความรู้สึก หรือทศนคติเป็นบวก และไม่ผลทำให้การปฏิบัติงานมีผลผลิตเพิ่มขึ้น ประกอบด้วยเงิน (Money) การนิเทศงาน (Supervision) สถานภาพทางสังคม (Social Status) ความมั่นคง (Security) สภาพการทำงาน (Working condition) นโยบายและการบริหารงาน (Policy)

and administration) และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) อีกปัจจัยหนึ่งคือ ปัจจัยกระตุ้น หรือปัจจัยจูงใจซึ่งชื่อว่า Motivation Factors เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับงานที่ปฏิบัติมีผลต่อความพึงพอใจในงานโดยตรง และมีผลต่อการเพิ่มหรือลดผลผลิตของงานด้วย ได้แก่ ลักษณะของงาน (The Work itself) การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) ความเจริญก้าวหน้า (Advancement) ความเจริญงอกงามที่เป็นไปได้ (Possibility of growth) ความรับผิดชอบ (Responsibility) และความสำเร็จ (Achievement)

Alderfer (2002, pp. 112 อ้างใน นันทนา จงดี 2560, น. 31) เห็นว่าความต้องการของมนุษย์แยกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. ความต้องการการอยู่รอด (Existence Needs)

เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความต้องการทางด้านร่างกายและปรารถนาอยากมีสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ซึ่งชีวิตจริงในองค์กร ในความต้องการค่าจ้าง โบนัส และผลตอบแทน ตลอดจนสภาพเงื่อนไขการทำงานที่ดีและสัญญาการว่าจ้าง เหล่านี้ล้วนแต่เป็นเครื่องมือตอบสนองสิ่งจูงใจทั้งสิ้น

2. ความต้องการความสัมพันธ์ทางสังคม (relatedness Needs)

เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ต่างๆ ที่มีอยู่ต่อกันระหว่างบุคคลในองค์กรและความสัมพันธ์เหล่านี้หมายถึงความต้องการทุกชนิดที่มีความสำคัญในเชิงมนุษย์สัมพันธ์ ซึ่งชีวิตจริงในองค์กร ความต้องการของคนที่ต้องการจะเป็นผู้นำหรือมีสถานะเป็นหัวหน้า ความต้องการที่จะเป็นผู้ตาม และความต้องการอยากมีสายสัมพันธ์ทางมิตรภาพกับใครๆ ล้วนจัดอยู่ในความต้องการประเภทนี้

3. ความต้องการก้าวหน้าและเติบโต (growth Needs)

ความต้องการชนิดนี้เป็นความต้องการที่เกี่ยวกับเรื่องราวของการพัฒนาเปลี่ยนแปลงฐานะสภาพ และการเจริญเติบโตก้าวหน้าของคนทำงาน ซึ่งชีวิตจริงในองค์กรจะเป็นความต้องการในการมีความรับผิดชอบเพิ่ม หรือความต้องการอยากได้กิจกรรมใหม่ๆ ที่มีโอกาสใช้ความรู้ความสามารถใหม่ๆ และมีโอกาสเข้าไปสัมผัสกับงานใหม่ๆ ในหลายๆ ด้านได้มากขึ้น

McClelland (Golembiewski 2001, pp. 27-28 อ้างใน ปนัดดา เขียวดี 2556) กำหนดทฤษฎีความต้องการประสพผลสำเร็จไว้ 3 อย่าง คือ ความต้องการความสำเร็จ (achievement) ความต้องการอำนาจ (power) และความต้องการมีสายสัมพันธ์ (affiliation) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ปกติความต้องการที่มีอยู่ในตัวคนจะมีเพียง 2 ชนิด คือ ต้องการมีความสุขสบาย และต้องการปลดจากการเจ็บปวด แต่สำหรับความต้องการอื่นๆ จะเกิดขึ้นภายหลังโดยวิธีการเรียนรู้ อย่างไรก็ตาม มนุษย์ทุกคนต่างก็ใช้ชีวิตวนขวายสิ่งต่างๆ คล้ายกัน จึงต่างมีประสบการณ์เรียนรู้สิ่งต่างๆ มาเหมือนๆ กัน

จนในที่สุดมนุษย์ทุกคนต่างเรียนรู้ถึงความต้องการมีมากน้อยต่างกัน เหตุนี้จึงสรุปได้ว่ามนุษย์ทุกคนต่างก็มีความต้องการเหมือนกัน แต่มีน้อยแตกต่างกัน ซึ่งความต้องการทั้ง 3 อย่าง ได้แก่

ความต้องการด้านความสำเร็จ (achievement) คนที่ซึ่งมีความต้องการประสบผลสำเร็จสูง โดยมากมักจะนิยมตั้งเป้าหมายงานไว้ค่อนข้างสูง คนเหล่านี้ชอบที่จะทำงานให้ได้ผลดีด้วยตนเอง และมีความมุ่งมั่นปรารถนาที่จะทำงานนั้นๆ สำเร็จผลให้ได้ด้วยฝีมือของตนเอง คนเหล่านี้จะไม่สนใจถึงความสำเร็จตามที่ได้ตั้งใจไว้เป็นสำคัญ มากกว่าที่จะคำนึงถึงรางวัลหรือผลประโยชน์ที่จะได้จากการทำงานนั้น คนเหล่านี้จะมีบุคลิกลักษณะเด่น 3 ประการ คือ 1) ตั้งเป้าหมายงานยากและท้าทาย 2) ต้องการทราบถึงความเป็นไปของงานที่ก้าวหน้าไปแต่ละขั้นว่าเป็นไปตามที่ตั้งใจไว้เพียงใด และไม่ชอบการทำงานยาวนานเรื่อยเปื่อยโดยไม่รู้จักจบสิ้น โดยที่ไม่อาจเห็นชัดถึงคุณค่าหรือความสำเร็จของงานที่ทำ 3) ต้องการที่จะควบคุมผลการทำงานที่เกิดจากการที่ตนได้ทุ่มเทกำลังความพยายามไป และจะไม่ชอบอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้หนึ่งผู้ใด รวมทั้งการไม่ชอบทำงานประเภทที่เกี่ยวกับโชคหรือคาดผลไม่ได้ จุดมุ่งหมายของคนเหล่านี้คือ ต้องการจะทำโครงการใดโครงการหนึ่งที่ชัดเจนเป็นการเฉพาะ โดยมีขอบเขตชัดเจน แต่จะไม่นิยมทำงานที่ต้องขึ้นกับโอกาสที่เอาแน่ไม่ได้ หรือต้องขึ้นกับคนอื่น

ความต้องการด้านอำนาจ (power) คือ ความต้องการมีอำนาจเหนือบุคคลอื่น และจะมุ่งพยายามแสดงออกเพื่อมีอำนาจควบคุมเหนือต่อทั้งทรัพย์สิน สิ่งของ และในทางสังคม คนประเภทที่นิยมชมชื่นอำนาจเป็นอันมากนี้ ต่างพยายามมุ่งใช้วิธีสร้างอิทธิพลเหนือหรือพยายามหว่านล้อมให้เกิดการยอมรับนับถือจากฝ่ายอื่น และบ่อยครั้งต่างจะไฝหาคำแหน่งที่จะได้เป็นผู้นำของกลุ่มที่ตนสังกัดอยู่ คนกลุ่มนี้จะรู้สึกมีแรงจูงใจสูงถ้าหากได้มีโอกาสให้เขาได้แสดงออกในทางที่จะเพิ่มบทบาทอำนาจได้เต็มที่ ลักษณะของคนที่มีความต้องการด้านอำนาจนี้ คือ นิยมและเชื่อในระบบอำนาจที่มีอยู่ในองค์กร เชื่อในคุณค่าของงานที่ทำพร้อมที่จะสละประโยชน์ส่วนตนให้กับองค์กร และเชื่อในความเป็นธรรมที่ไม่มีการลำเอียง

ความต้องการมีสายสัมพันธ์ (affiliation) คือ การให้น้ำหนักความสำคัญต่อมิตรจิตและความสัมพันธ์ระหว่างกันและหวังจะได้รับการมีน้ำใจตอบแทนจากคนอื่น ด้วยเหตุนี้ คนที่มีความต้องการทางสายสัมพันธ์มาก จึงมักแสดงออกโดยหวังหรืออยากที่จะได้รับการยอมรับจากผู้อื่นมากที่สุด โดยพยายามทำตนให้สอดคล้องกับเข้ากับความต้องการ และความอยากได้ของผู้อื่น และจะพยายามทำตนเป็นคนจริงใจ และพยายามเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นให้มาก คนประเภทนี้มุ่งพยายาม และแสวงหาโอกาสที่จะสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ การหวังจะรู้จักและมีโอกาสสื่อความกับผู้อื่น จึงเป็นสิ่งที่คนกลุ่มนี้เสาะหาตลอดเวลา

Maslow (Donnelly, Jr et al. 1998, pp. 271-273) ทฤษฎีนี้มีประเด็นสำคัญอยู่ที่ว่า มนุษย์จะมีความพอใจในการทำงาน ถ้าการทำงานนั้นสามารถตอบสนองความต้องการของเขาได้ โดยแบ่งลำดับชั้นความต้องการของมนุษย์ และตั้งสมมติฐานความต้องการของมนุษย์ไว้ดังนี้

1. มนุษย์มีความต้องการ ความต้องการนี้จะมียู่เสมอไม่สิ้นสุด เมื่อความต้องการใดได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการอื่นก็จะเข้ามาแทน ซึ่งจะเป็นเช่นนี้เรื่อยไปไม่มีที่สิ้นสุด

2. ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้ว จะไม่เป็นสิ่งจูงใจของพฤติกรรมอีกต่อไป ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองเท่านั้นที่เป็นสิ่งจูงใจของพฤติกรรม

3. ความต้องการของมนุษย์มีเป็นลำดับชั้น เมื่อความต้องการชั้นต่ำได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการชั้นสูงก็จะเรียกร้องให้มีการตอบสนองทันที

Maslow แบ่งความต้องการของมนุษย์ไว้ 5 ขั้นตอน ตามลำดับ ดังนี้

ขั้นที่ 1 เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ตอบสนองโดยให้ค่าจ้างด้านสวัสดิการ ตอบสนองโดยให้ชุดแต่งกาย จักรรถรับส่ง ให้คำรักษาพยาบาล และอื่นๆ

ขั้นที่ 2 เกี่ยวกับความปลอดภัยและความมั่นคงในการทำงาน ตอบสนองโดยการทำสัญญาจ้าง ทำข้อตกลงกับสหภาพแรงงาน การประกันการว่างงาน การประกันสุขภาพ

ขั้นที่ 3 และ ขั้นที่ 4 เกี่ยวกับการสมาคมและการได้รับยกย่อง ตอบสนองโดยถามความเห็นผู้ที่ทำงานมาก่อน ในเรื่องการบรรจุคนเข้าทำงานใหม่ ให้อำนาจการตัดสินใจ ในบางส่วนสร้างบรรยากาศให้รู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร มีส่วนในการเป็นเจ้าของ องค์กรยกย่องชมเชย มอบงานที่สำคัญให้กระทำ

ขั้นที่ 5 เกี่ยวกับการบรรลุความสำเร็จที่ตนเองต้องการ ตอบสนองโดยเปิดโอกาสให้เขาได้ทำงานตามที่ปรารถนาบ้าง

ทฤษฎีของ Maslow นี้ สามารถอธิบายถึงความพึงพอใจในการปฏิบัติงานได้ กล่าวคือ ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรในองค์กรแต่ละระดับ จะมีความต้องการที่แตกต่างกันออกไป เช่น พนักงานระดับปฏิบัติการ และผู้บริหาร จะมีความพึงพอใจในการทำงานที่แตกต่างกัน เพราะเนื่องจากระดับความต้องการของทั้งสองแตกต่างกัน

3) องค์ประกอบของความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

บุคคลจะเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานนั้น จะมีองค์ประกอบหรือปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหลายประการ ซึ่งองค์ประกอบนั้นต้องสามารถตอบสนองต่อความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และในแต่ละบุคคลอาจจะมีองค์ประกอบของความพึงพอใจที่ไม่เหมือนกัน

Gilmer (1971, pp. 280-283) สรุปองค์ประกอบต่างๆ ที่มีผลต่อความพึงพอใจในงานไว้ 10 ประการ คือ

1. ลักษณะของงานที่ทำ (Intrinsic aspects of the Job) องค์ประกอบนี้สัมพันธ์กับความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติ หากได้ทำงานตามที่เขานัดก็จะเกิดความพอใจ
2. การนิเทศงาน (Supervision) มีส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ทำงานมีความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจต่องานได้ และการนิเทศงานที่ไม่ดีอาจเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้เกิดการขาดงานและลาออกจากงานได้ ในเรื่องนี้เขาพบว่า ผู้หญิงมีความรู้สึกต่อองค์ประกอบนี้มากกว่าผู้ชาย
3. ความมั่นคงในงาน (Security) ได้แก่ ความมั่นคงในการทำงาน ได้ทำงานตามหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ การได้รับความเป็นธรรมจากผู้บังคับบัญชา คนที่มีความรู้ น้อยหรือขาดความรู้ย่อมเห็นว่าความมั่นคงในงานมีความสำคัญสำหรับเขามาก แต่คนที่มีความรู้สูงจะรู้สึกว่าไม่มีความสำคัญมากนัก และในคนที่มียุ่มามากขึ้นจะมีความต้องการความมั่นคงปลอดภัยสูงขึ้น
4. เพื่อนร่วมงานและการดำเนินงานภายใน (Company and Management) ได้แก่ ความพอใจต่อเพื่อนร่วมงาน ชื่อเสียงและการดำเนินงานภายในของสถาบัน พบว่า ผู้ที่มีอายุมากจะมีความต้องการเกี่ยวกับเรื่องนี้สูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อย
5. สภาพการทำงาน (Working Condition) ได้แก่ แสง เสียง อากาศ ห้องอาหาร ห้องน้ำ ชั่วโมงการทำงาน มีงานวิจัยหลายเรื่องที่แสดงว่าสภาพการทำงานมีความสำคัญสำหรับผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ส่วนชั่วโมงการทำงานมีความสำคัญต่อผู้ชายมากกว่าลักษณะอื่นๆ ของสภาพการทำงาน และในระหว่างผู้หญิงด้วยกัน โดยเฉพาะผู้ที่แต่งงานแล้วจะเห็นว่าชั่วโมงการทำงานมีความนำความสำคัญเป็นอย่างมาก
6. ค่าจ้าง (Wages) มักจะก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจมากกว่าความพึงพอใจ ผู้ชายจะเห็นค่าจ้างเป็นสิ่งสำคัญมากกว่าผู้หญิง และผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงงานจะเห็นว่า ค่าจ้างมีความสำคัญสำหรับเขามากกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานในสำนักงาน หรือหน่วยงานรัฐบาล
7. ความก้าวหน้าในการทำงาน (Advancement) เช่น การได้เลื่อนตำแหน่งสูงขึ้น การได้รับสิ่งตอบแทนจากความสามารถในการทำงานของเขา จากงานวิจัยหลายเรื่องสรุปว่าการไม่มีโอกาสก้าวหน้าในการทำงาน ย่อมก่อให้เกิดความไม่ชอบงาน ผู้ชายมีความต้องการเรื่องนี้สูงกว่าผู้หญิง และเมื่อมีอายุมากขึ้นความต้องการเกี่ยวกับเรื่องนี้จะลดลง
8. ลักษณะทางสังคม (Social aspect of The Job) เกี่ยวข้องกับความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หรือการให้สังคมยอมรับตน ซึ่งจะก่อให้เกิดทั้งความพึงพอใจและความ

ไม่พอใจได้ ถ้างานใดผู้ปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขก็จะเกิดความพึงพอใจในงานนั้น องค์ประกอบนี้มีความสัมพันธ์กับอายุและระดับงาน ผู้หญิงจะเห็นว่าองค์ประกอบนี้สำคัญกว่าผู้ชาย

9. การติดต่อสื่อสาร (Communication) ได้แก่ การรับ-ส่ง ข้อเสนอเทศ คำสั่งการทำรายงาน การติดต่อทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน องค์ประกอบนี้มีความสำคัญมาก สำหรับผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง

10. ผลตอบแทนที่ได้จากการทำงาน (Benefits) ได้แก่ เงินบำเหน็จตอบแทน เมื่อออกจากงาน การบริหารและการรักษาพยาบาล สวัสดิการ อาหาร ที่อยู่อาศัย วันหยุดพักผ่อนต่างๆ เป็นต้น

สรุป ในการวิจัยครั้งนี้ ความพึงพอใจเป็นความพึงพอใจในตำแหน่งที่ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลในทางบวก ความชอบ ความสบายใจในตำแหน่งของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ความสุขอันเกิดจากการปฏิบัติงาน ความสนุก ความกระตือรือร้น ความมุ่งมั่น ที่จะทำงาน ความผูกพันกับหน่วยงาน ความภาคภูมิใจในความสำเร็จของงานที่ทำ

4.2.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน

1) ทฤษฎีความสามารถของตนเอง

ในชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์จะต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือกันในสังคมหรือมีการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการอยู่ร่วมกันเป็นสังคมของมนุษย์ นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อภาวะสุขภาพดีและความผาสุก ซึ่งเป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคน โดยเฉพาะในภาวะที่บุคคลเจ็บป่วย หรือมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทสำคัญต่อการรักษาและฟื้นฟูสภาพด้านจิตสังคม และมีผลต่อเนื่องไปถึงสุขภาพ

Albert Bandura เป็นนักจิตวิทยาชาวแคนาดาที่คิดค้นทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) ขึ้นมา ซึ่งเป็นแนวคิดหนึ่งในทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม Bandura เชื่อว่าพฤติกรรมของคนเราไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนด้วย สิ่งแวดล้อมอย่างเดียว จะต้องมียปัจจัย 3 ปัจจัยร่วมด้วย ได้แก่ (ปราณี ภูวนาท 2553, น. 75)

สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้น นั่นคือถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถอย่างไร ก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่มีความเชื่อตนเองว่ามีความสามารถ จะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยและจะประสบความสำเร็จ

ทฤษฎีความสามารถตนเอง ประกอบด้วย แนวคิดที่สำคัญคือ การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ซึ่งความแตกต่างระหว่าง การรับรู้ความสามารถตนเองกับความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outcome Expectation) แสดงให้เห็นแนวคิดที่สำคัญ คือ

1) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) ซึ่ง Bandura ได้ให้ความหมายว่า เป็นการตัดสินใจความสามารถตนเองว่า สามารถทำงานในระดับใด หรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับ ความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจและพฤติกรรม

2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome Expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่ปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในสิ่งที่เกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

จากรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถตนเองกับความคาดหวังผลลัพธ์นั้น บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการกระทำพฤติกรรมเนื่องจากมนุษย์เรียนรู้ว่าการกระทำใดนำไปสู่ผลลัพธ์ใด แต่ความสามารถของมนุษย์แต่ละคนที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ มีขีดจำกัดไม่เท่ากัน ดังนั้นการที่บุคคลจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ ส่วนหนึ่งจึงขึ้นอยู่กับรับรู้ความสามารถตนเองและอีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ

การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำนั้น ไม่สามารถแยกจากกันได้เด็ดขาด เพราะบุคคลมองผลของการกระทำที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งแสดงถึงความเหมาะสมเพียงพอของพฤติกรรมที่ได้กระทำไป และยังเป็นสิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจอีกว่า จะกระทำพฤติกรรมนั้น หรือพฤติกรรมอื่นใดต่อไปอีกหรือไม่ ถ้าสามารถควบคุมตัวแปรต่างๆ ในการวิเคราะห์ผลทางสถิติแล้วจะพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองจะเป็นตัวทำนายแนวโน้มการกระทำพฤติกรรมได้ดีกว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และ Bandura กล่าวว่าผู้ที่รับรู้ความสามารถตนเองสูงจะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคล โดยที่บุคคลกล้าเผชิญต่อปัญหาต่างๆ แม้กระทำความล้มเหลวหรือสิ่งที่ยากและพยายามทำให้สำเร็จ โดยมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นสูง สำหรับบุคคลที่มีความรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ จะไม่มั่นใจต่อการกระทำของตนเพื่อให้เกิดผลสำเร็จได้ จะพยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญต่อปัญหา คิดว่าสิ่งที่ปัญหาหรือสิ่งที่ตนจะต้องทำนั้นยาก ซึ่งมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นต่ำหรือปานกลาง จนอาจทำให้บุคคลไม่พยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวังไว้ (จุฬารัตน์ โสตะ 2546, น. 87)

การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) Bandura เสนอว่า มีอยู่ด้วยกัน 4 ปัจจัย คือ

1. การประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขาทราบว่า เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับจากการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้นจะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบพึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่า เขาก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยที่ให้ผู้สังเกตที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆ เหล่านั้นได้ การเสนอตัวแบบหลายๆ ตัว จะช่วยทำให้มีการเสนอตัวแบบที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้สังเกตจะพบว่า มีตัวแบบบางตัวมีลักษณะคล้ายกับตน ตลอดจนให้ได้เรียนรู้การแสดงพฤติกรรมหลายๆ อย่าง ทำให้ผู้สังเกตมีความยืดหยุ่นมากขึ้นในการแสดงออกในหลายๆ สถานการณ์

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไป ซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคล อย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดี ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น การอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด นอกจากนี้อาจจะให้เกิดความกลัว และจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้น ก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบได้จะทำให้การรับรู้

ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้น ในทางตรงกันข้าม การกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางบวก เช่น การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร มีความสุข เป็นกันเอง ก็จะช่วยให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองดีขึ้นด้วย

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome Expectation) แบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้ (สุชาติ ภัณฑารักษ์สกุล 2546, น. 83)

1. ด้านกายภาพ (Physical Effects) หมายถึง ความเชื่อว่าภายหลังปฏิบัติหรือกระทำสิ่งนั้นแล้วจะส่งผลต่อร่างกาย ทางบวกคือ ทำให้สุขสบายทางกาย ส่วนทางลบคือ ทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางกาย

2. ด้านสังคม (Social Effects) หมายถึง ความเชื่อว่าภายหลังปฏิบัติหรือกระทำสิ่งนั้น จะส่งผลต่อสังคม ทางบวกเช่น การได้รับความสนใจจากสังคม การได้รับสิ่งตอบแทน เป็นรางวัล เกียรติยศ ชื่อเสียง เป็นต้น ทางลบเช่น ถูกสังคมต่อต้าน การถูกเพิกถอนอภิสิทธิ์ต่างๆ เป็นต้น

3. ด้านประเมินด้วยตนเอง (Self Evaluation) หมายถึง ความเชื่อว่าภายหลังการปฏิบัติหรือการกระทำสิ่งนั้นจะส่งผลต่อตนเอง ทางบวกเช่น ความพึงพอใจตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น ทางลบเช่น การตำหนิตนเอง ความรู้สึกไม่พอใจตนเอง เป็นต้น

การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำนั้น ไม่สามารถแยกจากกันได้เด็ดขาด เพราะบุคคลมองผลของการกระทำที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งแสดงถึงความเหมาะสมเพียงพอของพฤติกรรมที่ได้กระทำไป และยังเป็นสิ่งที่จะช่วยในการตัดสินใจดีกว่า จะกระทำพฤติกรรมนั้น หรือพฤติกรรมอื่นใดต่อไปอีกหรือไม่ ถ้าสามารถควบคุมตัวแปรต่างๆ ในการวิเคราะห์ผลทางสถิติแล้วจะพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองจะเป็นตัวทำนายแนวโน้มการกระทำพฤติกรรมได้ดีกว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

2) แนวคิดจิตวิทยาสังคม

“จิตวิทยาสังคม” หรือ “Social Psychology” เป็นจิตวิทยาสาขาหนึ่งในหลากหลายสาขาทางจิตวิทยา โดยจุดเน้นของจิตวิทยาสังคมคือ การศึกษาพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกของคนเรา ที่ได้รับอิทธิพลจากคนอื่นๆ รอบตัวเรา เพราะคนเราอยู่ร่วมกันเป็นสังคมและเกี่ยวข้องกับคนอื่นๆ อยู่เสมอ ตั้งแต่ตื่นจนเข้านอน ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัว ครูอาจารย์ เพื่อนที่โรงเรียน เพื่อนที่ทำงานและเจ้านาย หรือกระทั่งพนักงานขายอาหาร และคนแปลกหน้าที่เราพบเจอ หรือคนที่เราไปติดต่อรูกระด้วยในแต่ละวัน จิตวิทยาสังคมเป็นศาสตร์ที่ศึกษาว่า รูปร่างท่าทาง การกระทำต่างๆ การแสดงออกของคนเหล่านั้น ส่งผลต่อการตอบสนองของเราอย่างไรบ้าง และในทางกลับกัน ทำที่และการกระทำของเราส่งผลอย่างไรต่อคนรอบข้างเรา ยกตัวอย่างเช่น การที่เราแต่งตัวปอนๆ เดินเข้าไปในร้านอาหาร อาจจะทำให้พนักงานบริการเราไม่ดี เทียบกับเมื่อเราแต่งตัวภูมิฐานเข้าไปใช้

บริการ และการที่บริการพูดกับเราไม่ดี ก็อาจจะทำให้เราตอบโต้ด้วยท่าทางไม่เป็นมิตร กลายเป็นวัฏจักรของการส่งอิทธิพลต่อกันและกันได้

นักจิตวิทยาสังคมจึงมีหัวข้อให้ศึกษามากมาย ตั้งแต่เรื่องการตีความและตัดสินบุคคลอื่น เช่น ในการสัมภาษณ์งานเราควรจะแต่งกายและนำเสนอตัวเองอย่างไรจึงจะสร้างความประทับใจได้ ความคิดความรู้สึกที่เรามีต่อตัวเองส่งผลต่อการไปเกี่ยวข้องกับผู้อื่นอย่างไร เช่น คนที่เห็นคุณค่าในตัวเองต่ำอาจจะพยายามโพสต์แต่สิ่งดีๆ เกี่ยวกับตัวเองให้คนอื่นเห็นในเฟซบุ๊ก ไปจนถึงเรื่องการโน้มน้าวใจผู้อื่นการคล้อยตามและเทคนิคการขอร้องให้ได้ผล การตัดสินใจเกี่ยวกับผู้อื่น ความชอบ / ไม่ชอบสิ่งต่างๆ การช่วยเหลือกัน การทำร้ายกันหรือการแสดงความก้าวร้าว ความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้ง พฤติกรรมในกลุ่ม ความรักและความชอบพอดังดูใจ การเป็นผู้นำหรือหัวหน้า เป็นต้น

จิตวิทยาสังคมมักจะแบ่งออกเป็น 3 หัวข้อใหญ่ๆ คือ การนึกคิดเกี่ยวกับผู้อื่น การมีอิทธิพลต่อผู้อื่น ความสัมพันธ์กับผู้อื่น

(1) การนึกคิดเกี่ยวกับผู้อื่น เป็นการศึกษาว่าคนเรตัดสินผู้อื่นและเรื่องต่างๆ อย่างไร ดูจากตรงไหน เราสรุปได้อย่างไรว่าคนๆ หนึ่งน่าจะใจดีหรือไม่น่าไว้วางใจ ข้อค้นพบที่น่าสนใจก็เช่น คนเราได้รับอิทธิพลจากเรื่องลบๆ หรือลักษณะที่ไม่ดีของอีกฝ่ายหนึ่งมากกว่าลักษณะดีๆ ของเขา คนเรายังตัดสินคนจากประสบการณ์ในครั้งแรกๆ หรือช่วงแรกๆ ที่พบกัน หรือที่เรียกว่า ความประทับใจแรกพบนั่นเองแถมเรายังมีความลำเอียงในการตัดสินคนอื่นๆ อีกหลายประการ ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ได้โดยตรงในการสัมภาษณ์งานเพื่อคัดเลือกรับบุคคลหรือการประเมินบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ การนึกคิดเกี่ยวกับผู้อื่นยังหมายถึง การที่เราตัดสินเหตุผลในการกระทำสิ่งต่างๆ ของผู้อื่นและตัวเราเองด้วย เช่นเราสอบตกเพราะอะไรตกเพราะเราไม่เก่งหรือเพราะเราอ่านหนังสือไม่มากพอ การอธิบายเหตุการณ์สมหวังและผิดหวังนี้อาจส่งผลถึงสุขภาพจิตของเราได้ การนึกคิดเกี่ยวกับผู้อื่นยังรวมถึงเวลาที่เรตัดสินว่าอะไรดีไม่ดีสิ่งใดหรือสินค้าใดเข้าหน้าซื้อหรือไม่อีกด้วย เรียกว่าการศึกษาเจตคติ ซึ่งสามารถประยุกต์ไปใช้ในเรื่องการสร้างความชอบต่อสินค้าหรือโฆษณาในแวดวงการตลาด หรือแม้แต่การชอบพรรคการเมืองหรือนักการเมืองได้

(2) การมีอิทธิพลต่อผู้อื่น ในหัวข้อนี้นักจิตวิทยาสังคมจะเน้นศึกษาว่าคนเราสามารถทำให้อีกคนหนึ่งเปลี่ยนใจ เปลี่ยนความเชื่อ หรือเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างไร และมีเทคนิคอย่างไรบ้าง ไม่ว่าจะเป็นการโน้มน้าวใจว่ามีทฤษฎีหรือขั้นตอนวิธีการให้ประสบความสำเร็จอย่างไรบ้างการขอร้องให้คนอื่นทำอะไรให้เรา ควรจะพูดอย่างไรให้ประสบความสำเร็จ เมื่อไรควรจะใช้ฟรีเซนต์อร์หรือผู้เชี่ยวชาญมาโฆษณาสินค้าของเราดังนั้นหัวข้อทางด้านกรโน้มน้าวใจจึงเป็นที่นิยม และสามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้งในด้านการตลาดการสื่อสารเพื่อสร้างภาพลักษณ์และในทางธุรกิจ

นอกจากนี้ยังสามารถประยุกต์ใช้ได้กว้างขวางไม่ว่าจะเป็นการรณรงค์ให้คนเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ เช่น หันมาออกกำลังกายมากขึ้น เลิกสูบบุหรี่ ไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด หรือหันมาประหยัดพลังงาน อนุรักษ์สิ่งแวดล้อมมากขึ้นก็ได้ การมีอิทธิพลต่อผู้อื่นยังรวมถึงเรื่องการคล้อยตามแรงกดดันของคนในกลุ่ม หรือผู้มีอำนาจ เพื่อศึกษาว่าคนเราจะยอมทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจเหนือกว่าหรือไม่ เมื่อใดเราจึงมักจะคล้อยตามผู้อื่น และยังศึกษาถึงการกระทำของคนเมื่ออยู่ในกลุ่ม เช่น เมื่อเราทำงานร่วมกับผู้อื่นคนเรามักจะอู้งาน นักจิตวิทยาสังคมจะศึกษาว่าทำไมคนเรารู้สึกว่าจะป้องกันการทำงานได้อย่างไร ในการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มยังอาจจะมีหัวหน้า นักจิตวิทยาสังคมก็จะศึกษาเรื่องการเป็นผู้นำ คืออะไร ผู้นำที่ดีเป็นอย่างไร เป็นต้น จะเห็นได้ว่าหัวข้อเหล่านี้ สามารถประยุกต์ไปใช้ประโยชน์ในบริบทต่างๆ ได้มาก โดยเฉพาะการทำงานเป็นกลุ่มหรือเป็นทีม การมีหัวหน้างานที่เป็นผู้นำที่มีประสิทธิภาพ ไปจนถึงการออกแบบแคมเปญรณรงค์ให้คนไทยหันมาทำสิ่งดีๆ เช่น งดเหล้าเข้าพรรษา หรือโตไปไม่โกง เป็นต้นค่ะ นี่คือหนทางหนึ่งที่นักจิตวิทยาสังคมสามารถช่วยสังคมแก้ปัญหาพฤติกรรมต่างๆ ได้

(3) ความสัมพันธ์กับผู้อื่น แน่แน่นอนว่าเราสามารถมีความรัก เกลียด ช่วยเหลือเกื้อกูล และทำร้ายผู้อื่นได้ นักจิตวิทยาสังคมศึกษาสิ่งเหล่านี้ทั้งหมดเพราะเป็นเรื่องที่ว่าด้วยความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันระหว่างคนกับคน นักจิตวิทยาสังคมศึกษาเรื่องความรักและความสัมพันธ์ ตั้งแต่ความรักคืออะไร มีปัจจัยใดบ้างที่ทำให้คนเราชอบพอกัน การรักษาความสัมพันธ์ของคู่รักทำได้อย่างไร การแก้ไขปัญหาในความสัมพันธ์ทำได้อย่างไรบ้าง รักแล้วก็มีเกลียด นักจิตวิทยาสังคมศึกษาเรื่องการรังเกียจกลุ่ม ซึ่งหมายถึงการไม่ชอบใครสักคนหรือกลุ่มคนสักกลุ่มเพียงเพราะเขามาจากกลุ่มๆ นี่อันเป็นการเหมารวมที่ไม่ยุติธรรม เช่น การดูถูกเพศหญิง อาจทำให้ผู้หญิงถูกกีดกันไม่ให้ขึ้นเป็นหัวหน้าในหน่วยงาน การดูถูกคนจากประเทศที่เรามองว่าด้อยความเจริญ เป็นต้น และแน่นอนว่านักจิตวิทยาสังคมศึกษาเทคนิควิธีที่จะเอาชนะการรังเกียจกลุ่ม ที่ช่วยให้คนเราลดอคติ และอยู่ร่วมกันได้ แม้จะแตกต่างกันนักจิตวิทยาสังคมยังวิจัยว่าทำไมคนเราจึงช่วยเหลือกัน อะไรเป็นปัจจัยทำให้เราทำเพื่อผู้อื่น เช่น บริจาคเงิน ออกค่ายอาสาพัฒนาชนบท หรือเสี่ยงอันตรายช่วยเหลือคนอื่นในสถานการณ์ฉุกเฉิน และสุดท้ายจิตวิทยาสังคมยังทำความเข้าใจ การจงใจทำร้ายผู้อื่นหรือการแสดงความก้าวร้าวว่าทำไมคนเราจึงทำร้ายกัน เช่น ตกลงว่าการเล่นวิดีโอเกม ที่มีเนื้อหารุนแรงเช่นการต่อสู้และการฆ่ากันนั้น ส่งผลให้ผู้เล่นออกมาทำร้ายผู้อื่น โลกความจริง อันมักจะเป็นข่าวอยู่บ่อยๆ นั้นเป็นเรื่องจริงหรือเปล่า จะเห็นได้ว่าเนื้อหาของจิตวิทยาสังคมนั้นกว้างขวาง เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง

นักจิตวิทยาสังคมสามารถเลือกศึกษาพฤติกรรมมนุษย์ได้หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นด้านที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของคู่รัก การทำงานร่วมกันในกลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ เทคนิคการโน้มน้าวใจที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในแวดวงโฆษณาและการตลาดได้ ไปจนถึงการศึกษาเรื่องความขัดแย้งและการสร้างความปรองดองระหว่างกลุ่มคนต่างๆ ซึ่งสามารถนำไปกำหนดแนวนโยบายระดับสังคมได้ วิธีที่นักจิตวิทยาสังคมใช้ทำวิจัยพฤติกรรมต่างๆ มีลักษณะเน้นการทดลองและใช้การศึกษาวิจัยที่เป็นวิทยาศาสตร์ รอบคอบและเป็นระบบ นักจิตวิทยาสังคมจึงมีทักษะทางด้าน การวิจัยและสถิติอีกด้วย โดยทักษะเหล่านี้จะทำให้นักจิตวิทยาสังคม สามารถทำงานได้หลากหลาย ประเภท ไม่ว่าจะเป็นนักวิจัยหรือนักวิชาการในสถานศึกษาหรือมหาวิทยาลัย ผู้ออกแบบแคมเปญ ทางด้านการตลาดและนักวิจัยทางด้านพฤติกรรมผู้บริโภค ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและการสร้างมาตรวัด ในการคัดเลือกบุคคลเข้าทำงาน ผู้อบรมและพัฒนาทักษะด้านการโน้มน้าวใจและการเจรจาต่อรอง อีกทั้งยังสามารถเป็นที่ปรึกษาหรือผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ตามบริษัทต่างๆ เช่น การพัฒนาความเป็นผู้นำแก่หัวหน้าหน่วยงาน เป็นต้น นอกจากนี้ นักจิตวิทยาสังคมยังสามารถทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญในด้านอื่นๆ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม เช่น การสอบปากคำ ผู้ต้องหา การชี้ตัวผู้ต้องหา การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการก่ออาชญากรรม เป็นต้น

สรุป การรับรู้ความสามารถของตนเองในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ความเข้าใจในบทบาท ของตัวเองและตัดสินใจในการที่จะจัดการ และดำเนินการแสดงพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ได้แก่ การนึกถึงผู้อื่นเชิงบวก การมีอิทธิพลต่อผู้อื่นและความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยการนึกถึงผู้อื่นเชิงบวก หมายถึง ความเข้าใจ จิตใจ การกระทำของคนในชุมชนในทางที่ดี การมีอิทธิพลกับผู้อื่น หมายถึง ความสามารถในการชักชวนคนในชุมชนให้ทำกิจกรรมที่เราต้องการ ความสัมพันธ์กับผู้อื่น หมายถึง ความสามารถในการติดต่อ เชื่อมต่อ สื่อกับ คนในชุมชน ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4.2.3 แรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support)

1) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support)

ความหมายของแรงสนับสนุนทางด้านสังคม

แคพแพลน (Caplan 1976, pp. 39 – 42 อ้างใน นิพนธ์ สมบูรณ์พูลเพิ่ม 2556, น. 40) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคล หรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับ ไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

ฟิลิชุก (Pilisuk 1982, น. 20 อ้างใน ธวัชชัย วีระกิติกุล 2552) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ

ความมั่นคง ทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยักรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

สรุป แรงสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2) แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปกติกลุ่มสังคม จัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์ จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

3) องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม (Pilisuk 1982, pp. 20)

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

- (1) ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
- (2) ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย

ก. ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจเอาใจใส่ และมีความรักความหวังดีในสังคมอย่างจริงใจ

ข. ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

ค. ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

(3) ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

4) ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม เฮ้าส์ (House อ้างใน Babara A. Israel 1985, pp. 66) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ 1. Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย 2. Appraisal Support คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 3. Information Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การคัดเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ 4. Instrumental Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

5) ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม นักพฤติกรรมศาสตร์ ชื่อ กอทต์ลิว (Gottlieb 1985, pp. 5 - 12) ได้แบ่งระดับ แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ 1. ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจและการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้าน เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น 2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของของความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง 3. ระดับแคบหรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาดจำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

6) ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ

ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ มีรายงานการศึกษาวิจัยมากมายที่บ่งบอก ถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อสุขภาพอนามัย พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

(1) ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออกเป็น

ก. ผลโดยตรง จากรายงานผลการศึกษาของ เบอร์กแมน และไซม์ (Berkman and Syme 1979, pp. 186 – 204 อ้างใน Minkler 1981, pp. 150) ซึ่งติดตามผลในวัยผู้ใหญ่จำนวน 700 คน ที่อาศัยอยู่ในเมือง อามิกา รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปี โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไปของสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราป่วยและตายมากกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่า ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในทุกเพศทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจการศึกษาของ คอบบี้และแคสเซล (Cobb 1976 and Cassel 1961 อ้างใน Berkman and Syme 1979, pp. 186 – 204) พบว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย

ข. ผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการ รักษาพยาบาล (Compliance to Regimens) มีรายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่งเบอร์เกอร์ (Burgler อ้างใน Pilisuk 1985, pp. 94) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย 1.3 ผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคคอหอย (Cobb 1976) และแลงกลี (Langlie 1977) ได้รายงานผลการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

(2) ผลต่อสุขภาพจิตผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคลช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทาน โรคของบุคคลได้อีกด้วย กอร์ (Gore 1977

อ้างใน Minkler 1981, pp. 151) ศึกษาในผู้ชวยว่างงาน จำนวน 110 คน พบว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจน้อยกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และแคพแลน (Caplan 1974, pp. 7) กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในผู้ที่ทำงาน ซึ่งพบว่ามีความเครียดมาก และยังพบอีกว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กฤษภักดิ์สาร ขาวปทุมทิพย์ (2556) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปมีส่วนร่วมโดยรวมและรายด้านในเรื่องการตัดสินใจ การปฏิบัติ และการรับผลประโยชน์ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาปริญญาตรี มีส่วนร่วมโดยรวมและรายด้านในการตัดสินใจ การปฏิบัติ และการรับผลประโยชน์ แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาค่ำกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีส่วนร่วมโดยรวมในเรื่องการรับผลประโยชน์และการปฏิบัติแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับ ปวส.และมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ มีส่วนร่วมโดยรวมและรายด้านในการปฏิบัติ การรับผลประโยชน์และการประเมินผล แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส โสดและสมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพอื่นๆ มีส่วนร่วมโดยรวมและรายด้านในการตัดสินใจ การปฏิบัติ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล แตกต่างจากอาชีพข้าราชการ ธุรกิจส่วนตัวและค้าขาย กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับจ้าง มีส่วนร่วมโดยรวมและรายด้านในการรับผลประโยชน์แตกต่างจากกลุ่มอาชีพข้าราชการ ธุรกิจส่วนตัวและค้าขาย ในการตัดสินใจและการประเมินผลแตกต่างจากกลุ่มอาชีพค้าขาย ในการปฏิบัติแตกต่างจากกลุ่มอาชีพข้าราชการและค้าขายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะเวลาปฏิบัติงานต่ำกว่า 5 ปี มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์แตกต่างกับกลุ่มที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คณิต หนูพลอย (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพัทลุง ผลการวิจัยพบว่า ระดับการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพัทลุงอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.46$, $SD = 0.41$) และพบว่าปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ประกอบด้วย ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = -0.31$, $p\text{-value} < 0.001$) เจตคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.52$, $p\text{-value} < 0.001$) ค่านิยมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.57$, $p\text{-value} < 0.001$) และแรงจูงใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.55$, $p\text{-value} < 0.001$)

ณัฐจารีย์ จินดาวงศ์ และคณะ (2556) ศึกษาปัจจัยจูงใจที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนครศรีธรรมราชในการเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ระดับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ อายุ รายได้ต่างกันมีระดับประสิทธิผลในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษา และอาชีพต่างกันมีระดับประสิทธิผลในการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ปัจจัยจูงใจที่ส่งผลต่อประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ความพอใจในหน้าที่งานและสัมพันธภาพ โดยตัวแปรทั้งสองสามารถพยากรณ์ประสิทธิผลในการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 46.6 ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญได้แก่ ปัญหาในการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐ

ทัศนพร ชูศักดิ์ (2554) ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) พื้นที่สาธารณสุขเขต 18 ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความพึงพอใจในงานและการเห็นคุณค่าในตนเอง ส่วนตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อม ได้แก่ การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานสัมพันธภาพในชุมชน คุณลักษณะความเป็นอาสาสมัครและลักษณะงาน

รัชชชัย วีระกิติกุล (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดพัทลุง ผลการศึกษพบว่า ปัจจัยด้านการปฏิบัติ การได้รับการติดตามนิเทศหรืออบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหมู่บ้านที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาท ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความพึงพอใจในตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การรับรู้ความสามารถตนเองในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว เพื่อนบ้าน และสัมพันธภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับประชาชน ผู้นำท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนเท่ากับ -0.16, 0.14, 0.27, 0.23, 0.28 และ 0.16 ตามลำดับ

ประดิษฐ์ ธรรมคง และคณะ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.1 อายุระหว่าง 36-45 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.4 การดำรงตำแหน่งทางสังคมเป็นกรรมการหมู่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 64.7 ประสบการณ์การทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ระหว่าง 6-10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 35.1 ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านบริหารองค์การภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.5 การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.0 ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ปัจจัยด้านบริหารองค์การโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.772, p\text{-value} < 0.01$)

วีราภรณ์ คำศรี(บทคัดย่อ) ศึกษาแรงงูใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.16 อายุเฉลี่ย 38.11 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.39 สถานภาพสมรส ร้อยละ 93.98 อาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 89.76 รายได้ต่อเดือนส่วนมาก น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 87.35 โดยเฉลี่ยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาแล้ว 5.76 ปี โดยเฉลี่ยรับผิดชอบ 10.55 หลังคาเรือน บทบาทหน้าที่อื่นในชุมชน ส่วนมากไม่มีบทบาทอื่นใด ร้อยละ 49.70 ค่าเฉลี่ยระดับแรงงูใจด้านปัจจัยงูใจตามปัจจัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ บทบาทหน้าที่อื่นในชุมชน และการได้รับการฝึกอบรมไม่มีความแตกต่างกันยกเว้น ระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัคร โดยกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานระหว่าง 1-5 ปี ($p=0.018$) และ 11 ปี ขึ้นไป ($p = 0.019$) จะมีระดับแรงงูใจด้านปัจจัยงูใจสูงกว่ากลุ่มที่ปฏิบัติงานมาระหว่าง 6-10 ปี กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง จะมีระดับแรงงูใจด้านปัจจัยค่าจุนมากกว่าเพศชาย ($p=0.04$) และกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการอบรม 5 ครั้งขึ้นไปจะมีระดับแรงงูใจด้านปัจจัยค่าจุนมากกว่ากลุ่มที่อบรมไม่เกิน 1-2 ครั้งและที่ไม่ได้รับการอบรม ($p=0.01$) การปฏิบัติงาน ของกลุ่มตัวอย่างโดยการประเมินตนเองในภาพรวม โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง จะมีการปฏิบัติงานได้ดีกว่าเพศชาย ($p = 0.03$) กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจะมีการปฏิบัติงานได้ดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ($p=0.003$) กลุ่มตัวอย่างที่รับผิดชอบ 10-12 หลังคาเรือน จะมีการปฏิบัติงานได้ดีกว่ากลุ่มที่รับผิดชอบ 8-9 หลังคาเรือน ($p=0.007$) ปัจจัยงูใจมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($r = 0.382, p = 0.001$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน ตามมุมมองของเจ้าหน้าที่ ($r = 0.165, p = 0.003$) และปัจจัยคำจูนมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับปัจจัยการปฏิบัติงานตามมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($r = 0.404, p = 0.001$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติงานตามมุมมองของเจ้าหน้าที่ ($r = 0.148, p = 0.007$)

สุภารัตน์ หล่อเพชร (2554) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.20 อายุระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 34.6 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 49.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 63.2 มีรายได้พอใช้ ร้อยละ 72.5 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.9 และมีระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 1 – 5 ปี ร้อยละ 45.0 การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 62.6, ระดับสูง ร้อยละ 19.8 และระดับปานกลาง ร้อยละ 17.6 สิ่งที่ได้รับการสนับสนุนมากที่สุดคือการได้รับค่าป่วยการ ร้อยละ 100 ส่วนสิ่งที่ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุดคือเรื่องงบประมาณ ร้อยละ 36.8 กิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนมากที่สุดจากประชาชนคือกิจกรรมร่วมทำหรือทำตามเมื่อได้รับคำแนะนำ ร้อยละ 52.7 ส่วนกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุดคือกิจกรรมการสนับสนุนเงิน ความรู้ในการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.0 ระดับสูง ร้อยละ 10.2 และระดับต่ำ ร้อยละ 10.8 แต่คะแนนในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการรับรู้การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับการรับรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

เอกรินทร์ โปตะเวช และคณะ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ตัวแปร คือ เพศ สถานที่ตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน การได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์และงบประมาณ การปฏิบัติงานในงานสาธารณสุขมูลฐาน เจตคติในงานสาธารณสุขมูลฐานและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์หาคู่คูณเท่ากับ 0.47 มีผลต่อตัวแปรอิสระทั้ง 10 ตัว (เพศ อายุ อาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน การได้รับนิเทศ การได้รับสิ่งสนับสนุนและงบประมาณ การปฏิบัติงานในงานสาธารณสุขมูลฐาน เจตคติในงานสาธารณสุขมูลฐาน และแรงจูงใจ

ในการปฏิบัติงาน) อธิบายการผันแปรในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 47.52 ระดับการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง เจตคติและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก

พัชรา ผิวขาว (2551, น. 26) ได้ศึกษาเรื่อง การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2551 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 4 ด้าน คือ ด้านการจัดทำแผน ด้านการจัดการงบประมาณ ด้านการจัดบริการสุขภาพ และด้านการประเมินผลหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า 1) การจัดทำแผนด้านสุขภาพ จากการศึกษา พบว่า ลักษณะการจัดทำแผนส่วนใหญ่ เป็นเจ้าหน้าที่ /อสม.และ/หรือ แกนนำชุมชนร่วมกันทำ ร้อยละ 79.57 ของหมู่บ้านที่ถูกประเมิน แผนที่มี อสม. และแกนนำชุมชนร่วมกันทำ โดยไม่มีเจ้าหน้าที่ร่วมด้วย เพียงร้อยละ 20.43 สำหรับลักษณะการจัดทำแผนที่มีเจ้าหน้าที่เป็นผู้จัดทำแผนสุขภาพให้ทั้งหมดไม่มี 2) การจัดการงบประมาณ จากการศึกษาพบว่า ประเด็นที่ยังมีปัญหาคือ มีหมู่บ้านที่ไม่ได้รับงบประมาณจัดสรรจากองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบล จำนวน 16 หมู่บ้าน ร้อยละ 1.44 และหมู่บ้านที่ได้รับจัดสรรน้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 10 หมู่บ้าน ร้อยละ 0.91 ของหมู่บ้านที่ถูกประเมิน สำหรับจำนวนงบที่ใช้พัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ได้รับงบ 10,000 บาท ร้อยละ 74.06 และได้มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 25.02 นำงบประมาณ ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 98.60 3) ด้านการจัดบริการสุขภาพในชุมชน จากการศึกษา พบว่า กิจกรรมด้านการสร้างสุขภาพในชุมชน พบว่ากิจกรรมที่ดำเนินการมากที่สุด คือ การส่งเสริมสตรีให้ตรวจสุขภาพด้วยตนเอง เช่นการตรวจเต้านมคัด้นหามะเร็ง ร้อยละ 97.29 รองลงมาคือ กิจกรรมออกกำลังกาย ร้อยละ 94.78 4) การประเมินผลการจัดการสุขภาพในหมู่บ้าน ทุกหมู่บ้านมีกิจกรรมการประเมินผล ร้อยละ 100 เมื่อพิจารณารูปแบบที่ใช้ในการประเมินผลพบว่า ร้อยละ 92.07 ของหมู่บ้านที่ทำการประเมินใช้แบบประเมินผลหมู่บ้านจัดการสุขภาพ รองลงมาคือการจัดประชุมสรุปผลงาน/กิจกรรมดำเนินการ ร้อยละ 75.33 และการใช้แบบประเมินตนเองเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้าน ร้อยละ 55.98 ส่วนการประเมินผลการดำเนินงาน โดยการเปรียบเทียบกับแผนที่วางไว้มีน้อยที่สุด ร้อยละ 50.58

สุจินดา สุขกำเนิด (2549, น. 89) ได้ศึกษาผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2549 – 2550 เพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาการจัดการสุขภาพในชุมชน คือ จำนวนเครือข่ายภาคประชาชนที่ยังดำเนินการอยู่ในหมู่บ้านยังมีค่อนข้างสูง แต่ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า มีปานกลาง ดังนั้นการพัฒนาหมู่บ้านจึงควรเน้นสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนมากขึ้น

ไพฑูรย์ บัณฑิตสังข์ (2551, น. 88) ศึกษาการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย การศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านการแจ้งข่าวสาร การสำรวจข้อมูล การให้

ความรู้ด้านบริการสุขภาพ การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค การคุ้มครองผู้บริโภค และการส่งต่อผู้ป่วยในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 32.5$, $SD = 2.5$) ปัจจัยที่ผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เช่น การได้รับเหรียญเชิดชูเกียรติหรือใบประกาศนียบัตรจากการปฏิบัติงาน และปัจจัยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากชุมชนในการมองเห็นระดับความสำคัญในบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการได้รับความร่วมมือจากชุมชนในการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ชาติรี จันทรธาดา (2552, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาพบว่า การได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง การได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความพึงพอใจในการดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีผลต่อการการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับสูง และมีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับปานกลาง และปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น ปัญหาด้านงบประมาณ พบว่า ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคในหมู่บ้าน ปัญหาด้านความร่วมมือ พบว่า ชาวบ้านมักไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมด้านสาธารณสุขในชุมชน ปัญหาด้านการประสานงานกับแต่ละหน่วยงาน มีความยุ่งยากมาก ต้องเสียเวลา ทำให้การดำเนินงานต่างๆ ล่าช้า และปัญหาด้านการจัดสวัสดิการ มีไม่เพียงพอ

ไพบุลย์ บุญแสนแผน (2551, น. 31) ได้ศึกษาการประเมินผลการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ใน 4 ด้านผลการศึกษาพบว่า การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน โดยเน้นให้เกิดการทำงานในรูปแบบของการสร้างเครือข่ายและการบูรณาการ เพื่อให้ทุกชุมพลังได้สนับสนุนให้เกิดพลังขับเคลื่อนที่เข้มแข็งและเสริมส่วนขาดให้กันและกัน 1) การจัดทำแผนด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า ลักษณะการจัดทำแผนส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่ /อสม.และ/หรือ แกนนำชุมชนร่วมกันทำ ร้อยละ 79.57 ของหมู่บ้านที่ถูกประเมิน แผนที่มี อสม.และแกนนำชุมชนร่วมกันทำ โดยไม่มีเจ้าหน้าที่ร่วมด้วย เพียงร้อยละ 20.43 สำหรับลักษณะการจัดทำแผนที่มีเจ้าหน้าที่เป็นผู้จัดทำแผนสุขภาพให้ทั้งหมดไม่มี 2) การจัดการงบประมาณจากการศึกษา พบว่า ประเด็นที่ยังมีปัญหาคือ มีหมู่บ้านที่ไม่ได้รับงบประมาณจัดสรรจากองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบล จำนวน 16 หมู่บ้าน ร้อยละ 1.44 และหมู่บ้านที่ได้รับจัดสรรน้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 10 หมู่บ้าน ร้อยละ 0.91 ของหมู่บ้านที่ถูกประเมิน สำหรับจำนวนงบที่ใช้พัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ได้รับงบ 10,000 บาท ร้อยละ 74.06 และได้มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 25.02 นำงบประมาณไปใช้ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 98.60 3) ด้านการ

จัดบริการสุขภาพในชุมชน จากการศึกษา พบว่า กิจกรรมด้านการสร้างสุขภาพในชุมชน พบว่ากิจกรรมที่ดำเนินการมากที่สุด คือ การส่งเสริมสตรีให้ตรวจสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การตรวจเต้านมคัด้นหามะเร็ง ร้อยละ 97.29 รองลงมาคือ กิจกรรมออกกำลังกาย ร้อยละ 94.78 4) การประเมินผลการจัดการสุขภาพในหมู่บ้าน ทุกหมู่บ้านมีกิจกรรมการประเมินผล ร้อยละ 100 เมื่อพิจารณารูปแบบที่ใช้ในการประเมินผล พบว่า ร้อยละ 92.07 ของหมู่บ้านที่ทำการประเมินใช้แบบประเมินผลหมู่บ้านจัดการสุขภาพ รองลงมา คือการจัดประชุมสรุปผลงาน/กิจกรรมดำเนินการ ร้อยละ 75.33 และการใช้แบบประเมินตนเองเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้าน ร้อยละ 55.98 ส่วนการประเมินผลการดำเนินงาน โดยการเปรียบเทียบกับแผนที่วางไว้มีน้อยที่สุด ร้อยละ 50.58

อุไรรัตน์ ศรีสม (2551, น. 37-46) ได้ศึกษาเรื่องการประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดหนองคาย ปี 2550 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพจังหวัดหนองคาย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพปี 2550 ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการจัดการสุขภาพของประชาชน มีทั้งผลสำเร็จที่ส่งผลต่อการพัฒนาและความต้องการการสนับสนุน จากหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาเพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีของประชาชน



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในเขตอำเภอวารลักษ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร ดำเนินการวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังมีรายละเอียดวิธีการดำเนินงานวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวารลักษ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 1,789 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวารลักษ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร ที่มีประสบการณ์ทำงานมา 1 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของ Krejcie and Morgan ได้กลุ่มตัวอย่าง 317 คนแล้วได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจําแนกรายตำบล โดยใช้สูตรคำนวณดังนี้

$$\text{สูตร } n_i = \frac{N_i}{N} \times \text{ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม}$$

เมื่อ

n_i = กลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ

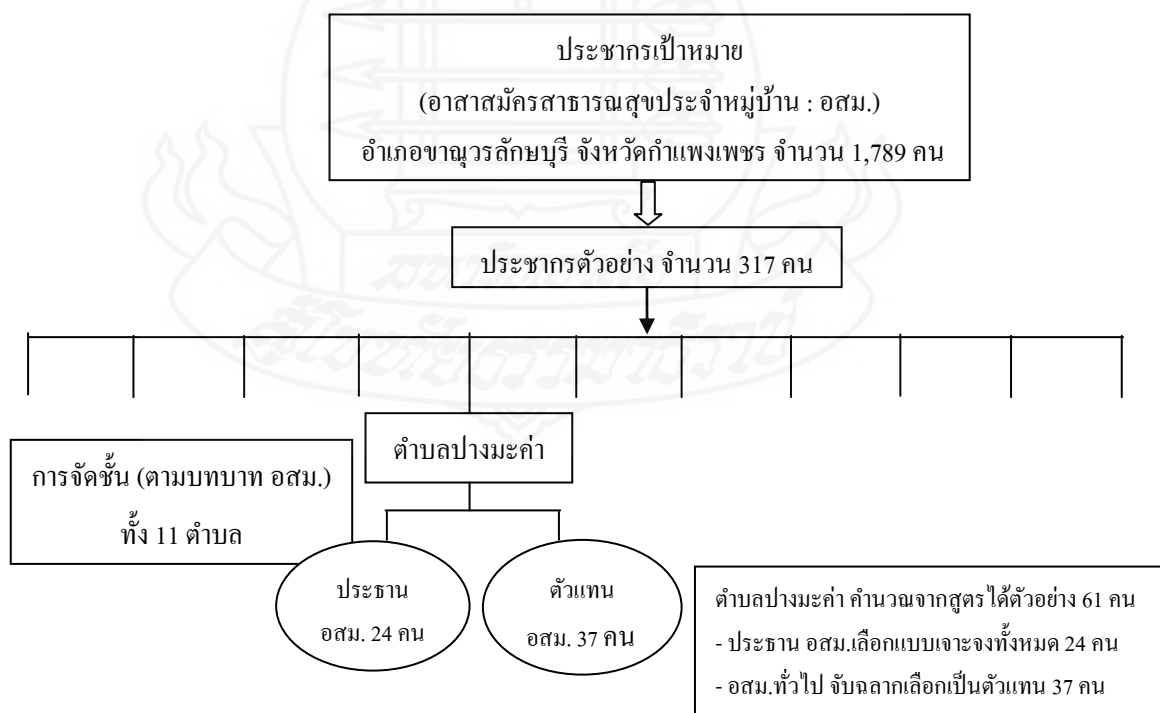
N_i = สมาชิกของประชากรในแต่ละชั้นภูมิ

N = จำนวนสมาชิกรวมของประชากรทั้งหมด

จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจําแนกเป็นรายตำบล (จำนวน 11 ตำบล) ของอำเภอวารลักษ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร รายละเอียดดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวน รพ.สต. อสม. หมู่บ้าน และตัวอย่าง จำแนกตามรายตำบล

รายชื่อตำบล	จำนวนรพ.สต. (แห่ง)	จำนวน อสม. ทั้งหมด (คน)	จำนวนหมู่บ้าน (คน)	จำนวนตัวอย่าง		
				ประชาชน อสม. (คน)	ตัวแทน อสม. (คน)	รวม (คน)
เกาะตาล	1	71	8	8	5	13
โค้งไผ่	2	203	13	13	23	36
ดอนแดง	2	110	9	9	10	19
บ่อถ้ำ	2	203	18	18	18	36
ปางมะค่า	4	342	24	24	37	61
ป่าพุทรา	1	138	16	16	8	24
ยางสูง	1	81	9	9	5	14
วังชะพลู	2	182	20	20	12	32
วังหามแห	1	192	12	12	22	34
สลกบาตร	1	183	7	7	25	32
แสนตอ	1	84	7	7	8	15
รวมทั้งหมด	18	1789	143	143	174	317



ภาพที่ 3.1 แสดงการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น โดยใช้สัดส่วนที่ไม่เท่ากัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความ จำนวน 8 ข้อ

เพศ หมายถึง เพศชายหรือหญิง มีระดับการวัดเป็นนามมาตรา (Nominal Scale)

อายุ หมายถึง อายุนับเป็นปี มีระดับการวัดเป็นส่วนมาตรา (Ratio Scale)

อาชีพ หมายถึง การประกอบอาชีพในปัจจุบันของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) เกษตรกรรม 2) รับจ้าง 3) ค้าขาย 4) ข้าราชการเกษียณ 5) พ่อบ้าน/แม่บ้าน 6) อื่นๆ มีการวัดระดับเป็นนามมาตรา (Nominal Scale)

รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้เฉลี่ยของครอบครัวโดยไม่หักค่าใช้จ่าย การวัดระดับเป็นส่วนมาตรา (Ratio Scale)

ระดับการศึกษา หมายถึง การจบการศึกษาสูงสุดของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ประถมศึกษา (ป.4/ป.6) 2) มัธยมศึกษาตอนต้น/เทียบเท่า 3) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./เทียบเท่า 4) อนุปริญญา ปวส./ ปวท./เทียบเท่า 5)ปริญญาตรี และสูงกว่ามีการวัดระดับเป็นอันดับมาตรา (Ordinal Scale)

สถานภาพการสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) โสด 2) คู่ 3) หม้าย และ 4) หย่า/แยก มีระดับการวัดเป็นนามมาตรา (Nominal Scale)

ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ตอบแบบสอบถามเริ่มปฏิบัติงานในบทบาท อสม. โดยระบุระยะเวลา (ปี) มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วนมาตรา (Ratio Scale)

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

แบบทดสอบความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบถูกผิด ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน หลักเกณฑ์การแปลผลระดับความรู้ คัดจากร้อยละของคะแนนเต็ม จัดคะแนนในภาพรวมได้เป็น 3 ระดับ (วราพจน์ พรหมสัจยพรด 2559) ดังนี้

คะแนนที่ น้อยกว่า ร้อยละ 60	หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ
คะแนนที่ ร้อยละ 60 ถึง ร้อยละ 79	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนที่ มากกว่าและเท่ากับร้อยละ 80	หมายถึง ระดับสูง

ส่วนการแบ่งระดับความรู้รายข้อผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์โดยวิธีอิงกลุ่ม (Norm reference) ถัดตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย (บุญชมศรี สะอาด 2535 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์ 2552) วิเคราะห์โดยใช้สูตร (ค่าสูงสุด – ค่าต่ำสุด/จำนวนชั้น)

คะแนนเฉลี่ย 0 – 0.33 = ต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 0.34 – 0.67 = ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.68 – 1.00 = สูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม ได้แก่

3.1 แบบวัดความพึงพอใจในตำแหน่ง อสม. จำนวน 4 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดย แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

3.2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ด้าน 1) ด้านการมองผู้อื่นเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านการมีอิทธิพลกับผู้อื่น จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น จำนวน 4 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดย แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

3.3 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขครอบครัว และเพื่อนบ้าน จำนวน 9 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดย แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแบ่งเกณฑ์ที่ใช้ในการอธิบายระดับความพึงพอใจ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับโดยวิธีอิงกลุ่ม (Norm reference) ถัดตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย (บุญชม ศรีสะอาด 2535 อ้างในศิริพันธุ์ สาสัตย์ 2552)วิเคราะห์โดยใช้สูตร (ค่าสูงสุด – ค่าต่ำสุด/จำนวนชั้น)

คะแนนเฉลี่ย	1 – 2.33	= ต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.67	= ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.68 – 5.00	= สูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จำนวน 17 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดย แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ประจําบ่อยๆ นานๆ ครั้ง ไม่เลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ประจำ	4 คะแนน
บ่อยๆ	3 คะแนน
นานๆ ครั้ง	2 คะแนน
ไม่เคย	1 คะแนน

หลักเกณฑ์การการแปลผลระดับปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ใช้การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ในภาพรวมจัดระดับได้เป็น 3 ระดับ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2559) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.00	หมายถึง ระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ย 2.01 – 3.00	หมายถึง ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.01 – 4.00	หมายถึง ระดับสูง

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

3.1.1 ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาเบื้องต้น จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน (รายละเอียดในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ความครอบคลุมและความสอดคล้องของเนื้อหาแต่ละข้อคำถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ข้อคำถามในแต่ละข้อวัดเนื้อหา หรือวัตถุประสงค์ประสงค์อย่างน้อยเพียงใด

3.1.2 ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามรายข้อกับเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of Item Objective Congruence: IOC) ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามรายข้อกับเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์ของการศึกษา (IOC) ที่มีค่า 0.5 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ามีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามรายข้อกับเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยคำนวณจากสูตรดังนี้ (พิชิต ฤทธิ์จรูญ 2557) โดยใช้เกณฑ์การประเมินดังนี้

คะแนน	ความหมาย
+1	สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย
0	ไม่แน่ใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย
-1	ไม่สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

สูตรการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

3.2 การตรวจความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและได้รับการแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดสอบใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองจี่ว อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งเป็นพื้นที่การปกครองใกล้เคียงกันและมีลักษณะการปฏิบัติงานของ อสม. ที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 30 ตัวอย่างเพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหาและความบกพร่องของแบบสอบถาม

3.2.1 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้และการปฏิบัติ ความเที่ยง ที่น่าเชื่อถือต้องมีค่าตั้งแต่ 0.65 ขึ้นไป (บุญธรรม กิจปรีดาภิรุทธ์ 2549 อ้างในศิริพันธ์ุ สาส์ตย์ 2552) ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีหาความเชื่อมั่นตามแบบของ KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson reliability) เนื่องจากลักษณะข้อคำถามเป็นแบบถูก ผิด (บุญใจ ศรีสถิตนาฎ 2553)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left\{ 1 - \frac{\sum p q}{s^2} \right\}$$

คำนวณหาค่า s^2 จากสูตร

$$s^2 = \frac{n \sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}$$

- เมื่อ r_{tt} หมายถึง ค่าความสอดคล้องภายใน
 n หมายถึง จำนวนข้อของแบบทดสอบ
 p หมายถึง อัตราส่วนของผู้ตอบถูกในข้อนั้น
 q หมายถึง อัตราส่วนของผู้ตอบผิดในข้อนั้น
 s^2 หมายถึง ความแปรปรวนของคะแนนสอบทั้งฉบับ

จากผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้และการปฏิบัติในการวิจัยครั้งนี้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.709 และ 0.945 ตามลำดับ

3.2.2 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม (ความพึงพอใจในตำแหน่ง การมองผู้อื่นทางบวก การมีอิทธิพลต่อผู้อื่น ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการสนับสนุนทางสังคม) ใช้วิธีวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมในการวัดเครื่องมือหรือแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) (Cronbach 1951) โดยมีสูตรการคำนวณดังนี้

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

โดย α = ค่าความเชื่อมั่น

K = จำนวนข้อ

S_i^2 = ค่าความแปรปรวนของคะแนนของแบบสอบถามแต่ละข้อ

S_t^2 = ค่าความแปรปรวนของคะแนนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

สำหรับเกณฑ์การแปลผลความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (α) จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 – 1.00 หากข้อคำถามใดมีค่าเข้าใกล้ 1.00 แสดงว่าข้อคำถามนั้นมีความเชื่อมั่นสูง คำนวณด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient alpha) ความเที่ยงที่นำเชื่อถือได้ ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป

จากผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม (ความพึงพอใจในตำแหน่ง การมองผู้อื่นทางบวก การมีอิทธิพลต่อผู้อื่น ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการสนับสนุนทางสังคม) ในการวิจัยครั้งนี้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.941

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ขออนุญาตหน่วยงาน โดยทำหนังสือจากสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชถึงสาธารณสุขอำเภอขาณุวรลักษบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

4.2 ผู้ศึกษาประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขาณุวรลักษบุรี โดยผู้ศึกษาได้ทำการสุ่มรายชื่อ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามที่ระบุในหัวข้อ 2.2 และส่งแบบสอบถามไปยังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามพื้นที่ ทั้ง 11 ตำบล จำนวน 349 ฉบับ พร้อมระบุข้อความขอให้ส่งแบบสอบถามคืนผู้ศึกษาวิจัยภายในเวลาที่กำหนด และติดตามแบบสอบถามที่ยังไม่ส่งกลับ โดยการติดตามด้วยตนเอง และโทรศัพท์ติดต่อขอความร่วมมือจากผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ประจำแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขอความอนุเคราะห์ให้ช่วยติดตามแบบสอบถาม และขอให้ส่งแบบสอบถามกลับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขาณุวรลักษบุรี ภายในเวลาที่กำหนด และใช้เวลาในการเก็บรวบรวม ข้อมูลระหว่างวันที่ 28 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 15 ธันวาคม 2561

4.3 เมื่อได้เก็บรวบรวมแบบสอบถามครบถ้วนแล้วผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุด ก่อนที่จะนำไปลงรหัส

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

- 5.1 การตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถามที่ส่งคืนกลับมา
- 5.2 การสร้างคู่มือการลงรหัส
- 5.3 การนำข้อมูลทั้งหมดจากแบบสอบถาม มาลงรหัสในแบบฟอร์มการลงรหัส
- 5.4 การวิเคราะห์รายละเอียดของข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป
- 5.5 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

5.5.1 *สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)* ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ปัจจัยด้านด้านจิตวิทยาและสังคมและการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

5.5.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (Level of Significance) ไว้ที่ระดับ 0.05 สำหรับตัวแปรที่มีมาตรวัดระดับนามมาตรา (nominal scale) หรืออันดับมาตรา (ordinal scale) ได้แก่ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส

5.5.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม รวมทั้งตัวแปรย่อย ที่มีมาตรวัดตัวแปรระดับช่วงชั้น (interval scale) หรือระดับอัตราส่วน (ratio scale) ได้แก่ ความพึงพอใจในตำแหน่ง การมองผู้อื่นเชิงบวก การมีอิทธิพลต่อผู้อื่น ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการทำงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเขาฉกรรจ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ และกำหนดระดับนัยสำคัญ (Level of Significance) ไว้ที่ระดับ 0.05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในเขตอำเภอวารลักษ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร ดำเนินการวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม

3.1 ความพึงพอใจในตำแหน่ง

3.2 การรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง

3.3 การสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอวารลักษ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอวารลักษ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัว/เดือน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา และระยะเวลาการเป็น อสม. ซึ่งผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา แสดงด้วยค่าแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (n = 317)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	107	33.8
หญิง	210	66.2
อายุ		
< 30 ปี	6	1.9
30 – 39 ปี	47	14.8
40 – 49 ปี	124	39.1
50 – 59 ปี	92	29.0
60 ปีขึ้นไป	48	15.1
\bar{x} = 49.1, SD. = 10.271, min = 22, max = 71		
อาชีพ		
เกษตรกร	215	67.8
รับจ้าง	48	15.1
ค้าขาย	42	13.3
ธุรกิจส่วนตัว	12	3.8
รายได้ของครอบครัว.....(บาท/เดือน)		
< 10,000 บาท/เดือน	247	77.9
10,001 – 20,000 บาท/เดือน	67	21.2

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (n = 317)	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว.....(บาท/เดือน) (ต่อ)		
20,001 – 30,000 บาท/เดือน	3	0.9
$\bar{x} = 8612.9$, $SD. = 5237.039$, $min = 1000$, $max = 24000$		
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	139	43.8
มัธยมศึกษาตอนต้น/เทียบเท่า	76	24.0
ประถมศึกษา (ป.4 / ป.6)	43	13.6
อนุปริญญา/ปวส./ปวท./เทียบเท่า	43	13.6
ปริญญาตรีและสูงกว่า	16	5.0
สถานภาพสมรส		
คู่	245	77.3
โสด	37	11.7
หย่า/แยก	23	7.3
หม้าย	12	3.7
ศาสนา		
พุทธ	317	100.0
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)		
< 5 ปี	134	42.3
5 – 10 ปี	122	38.5
11 – 15 ปี	51	16.0
16 – 20 ปี	4	1.3
21 – 25 ปี	2	0.6
26 – 30 ปี	4	1.3
$\bar{x} = 6.9$, $SD. = 4.737$, $min = 1$, $max = 30$		

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.2) เพศชาย (ร้อยละ 33.8) มีอายุมากกว่า 40 ปี นั่นคือ ช่วงอายุ 40 – 49 ปี (ร้อยละ 39.1) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 50 – 59 ปี และ อายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 29.0 และ 15.1 ตามลำดับ) โดยมีอายุเฉลี่ย 49.1 ปี (อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 71 ปี) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 67.8) รองลงมาคือรับจ้างและค้าขาย (ร้อยละ 15.1 และ 13.3 ตามลำดับ) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 77.9) รองลงมาคือ 10,001 – 20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 21.1) โดยมีรายได้เฉลี่ย 8,612.9 บาท (รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท รายได้สูงสุด 24,000 บาทต่อเดือน) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า (ร้อยละ 43.8) รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น/เทียบเท่า และประถมศึกษา (ป.4 / ป.6) (ร้อยละ 24.0 และ 13.6 ตามลำดับ) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 77.3) รองลงมาคือ โสด (ร้อยละ 11.7) ทุกคนนับถือศาสนา พุทธ และเป็น อสม. มาน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 42.3) รองลงมาคือ 5 – 10 ปี และ 11 – 15 ปี (ร้อยละ 38.5 และ 16.0 ตามลำดับ) โดยมีระยะเวลาการเป็น อสม.เฉลี่ย 6.9 ปี (ระยะเวลาต่ำสุด 1 ปี และระยะเวลา นานสุด 30 ปี)

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

การศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเขาฉกรรจ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรในการทดสอบความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ได้แก่ การสำรวจกลไกหลักและการประเมินสถานการณ์ การจัดการกระบวนการเรียนรู้ การจัดทำแผนชุมชน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล ซึ่งผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา แสดงด้วยค่าแจกแจงความถี่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและแปลผลระดับความรู้ คัดจาก ร้อยละของคะแนนเต็ม จัดคะแนนได้เป็น 3 ระดับดังตารางที่ 4.2 – 4.3

ตารางที่ 4.2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

คะแนนความรู้ (n = 317)	จำนวน	การแปลผล
0 – 12 คะแนน	7	ระดับต่ำ
13 – 15 คะแนน	23	ระดับปานกลาง
16 – 20 คะแนน	287	ระดับสูง

$$\bar{x} = 17.4, S.D. = 1.888, \min = 10, \max = 20$$

จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (มีคะแนน \geq ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ (มีคะแนนร้อยละ 60 – 79 และ \leq ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็มตามลำดับ)

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ

ข้อคำถาม (n = 317)	\bar{x}	SD.	การแปลผล
การสำรวจกลไกหลักและการประเมินสถานการณ์			
1. ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพจะต้องมีการประเมินสถานการณ์หมู่บ้าน โดยใช้ข้อมูลพื้นที่	0.99	0.097	สูง
2. การประชุม อบรม เป็นเวทีเรียนรู้ของชุมชน	0.98	0.147	สูง
3. กลุ่ม/องค์กรในการจัดการด้านสุขภาพในหมู่บ้าน มีเฉพาะกลุ่ม อสม. เท่านั้น	0.56	0.498	ปานกลาง
4. ในการค้นหาปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน จำเป็นต้องอาศัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ	0.27	0.444	ต่ำ
การจัดกระบวนการเรียนรู้			
5. เวทีประชาคม เป็นกระบวนการเรียนรู้ชนิดหนึ่ง	0.97	0.166	สูง
6. กระบวนการเรียนรู้จะได้มาซึ่งปัญหาที่แท้จริง	0.98	0.136	สูง
7. กระบวนการเรียนรู้เป็นการเปิดโอกาสให้ทุกคนในชุมชนได้แสดงความคิดเห็นทุกด้าน	0.97	0.157	สูง
8. การจดบันทึกรายงานการประชุมเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องกระทำเมื่อมีการประชุม อบรม	0.97	0.157	สูง
การจัดทำแผนชุมชน			
9. ในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพชุมชนมี อสม. กับผู้ใหญ่บ้านก็เพียงพอแล้ว	0.62	0.487	ปานกลาง
10. แผนสุขภาพคือกิจกรรมด้านสุขภาพที่คิดไว้ล่วงหน้า	0.87	0.336	สูง
11. แผนสุขภาพ เป็นแผนเฉพาะรักษาคนป่วยเท่านั้น	0.58	0.495	ปานกลาง

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อความ (n = 317)	\bar{x}	SD.	การแปลผล
การจัดทำแผนชุมชน (ต่อ)			
12. แผนพัฒนาชุมชนเมื่อทำเสร็จแล้วต้องประกาศให้ประชาชนทั้งหมดในบ้านได้รับรู้	0.92	0.270	สูง
การปฏิบัติตามแผน			
13. ก่อนปฏิบัติตามแผนต้องมีการวิเคราะห์จัดลำดับแผนเพื่อเรียงลำดับก่อนหลัง	0.97	0.183	สูง
14. ต้องมีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินงานตามแผนหากเกินความสามารถของชุมชน	0.97	0.183	สูง
15. การปฏิบัติตามแผนต้องให้ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วม	0.96	0.191	สูง
16. แผนปรับได้เมื่อมีอุปสรรคในการดำเนินงาน	0.95	0.219	สูง
การประเมินผล			
17. การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้องมีการประเมินผลเพื่อพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องทุกปี	0.96	0.191	สูง
18. การประเมินผลที่ดีควรมีองค์กร ภาคีเครือข่าย อสม. ร่วมงานประเมินผล	0.97	0.157	สูง
19. ประเมินผลเพื่อให้ได้ข้อมูลใช้ในปีถัดไป	0.97	0.157	สูง
20. ประเมินผลเพื่อดูความสำเร็จของโครงการ	0.97	0.175	สูง

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เมื่อพิจารณารายชื่ออยู่ในระดับสูง ยกเว้นข้อ 3. กลุ่ม/องค์กรในการจัดการด้านสุขภาพในหมู่บ้านมีเฉพาะกลุ่ม อสม. เท่านั้นข้อ 9. ในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพชุมชนมี อสม. กับผู้ใหญ่บ้านก็เพียงพอแล้ว และข้อ 11. แผนสุขภาพ เป็นแผนเฉพาะรักษาคนป่วยเท่านั้น ที่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 0.56$, SD. = 0.498) ($\bar{x} = 0.62$, SD. = 0.487) และ ($\bar{x} = 0.58$, SD. = 0.495) โดยมีข้อ 4. ในการค้นหาปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน จำเป็นต้องอาศัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการที่อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 0.27$, SD. = 0.444)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเขาฉกรรจ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ได้แก่ ความพึงพอใจในตำแหน่ง การมองผู้อื่นเชิงบวก การมีอิทธิพลต่อผู้อื่น ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา แสดงด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลระดับปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมได้เป็น 3 ระดับ ดังตารางที่ 4.4 – 4.5

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม จำแนกรายด้าน

ปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม	\bar{x}	S.D.	การแปลผล
ความพึงพอใจในตำแหน่ง	3.80	0.473	สูง
การมองผู้อื่นเชิงบวก	3.37	0.625	ปานกลาง
การมีอิทธิพลต่อผู้อื่น	3.94	0.025	สูง
ความสัมพันธ์กับผู้อื่น	3.99	0.045	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	4.05	0.961	สูง
รวมทุกด้าน	3.87	0.371	สูง

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ระดับปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.87$, SD. = 0.371) เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านพบว่าด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านการสนับสนุนทางสังคม ($\bar{x} = 4.05$, SD. = 0.961) รองลงมาคือ ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น ($\bar{x} = 3.99$, SD. = 0.045) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการมองผู้อื่นเชิงบวก ($\bar{x} = 3.37$, SD. = 0.625)

ตารางที่ 4.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม จำแนกรายข้อ

ข้อคำถาม (n = 317)	\bar{x}	S.D.	การแปลผล
ความพึงพอใจในตำแหน่ง			
1. ความรู้สึกภาคภูมิใจ ที่ได้เป็น อสม.	4.32	0.787	สูง
2. ความรู้สึกภาคภูมิใจในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ที่ได้รับความร่วมมือด้วยดีทุกครั้งจากภาคส่วนต่างๆ	4.07	0.852	สูง
3. การมีความรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการทำหน้าที่เป็น อสม.	3.52	1.344	ปานกลาง
4. การเป็น อสม. เป็นอุปสรรคต่ออาชีพประจำของท่าน	3.30	1.228	ปานกลาง
การมองผู้อื่นเชิงบวก			
8. การมีความหวังว่าอีกไม่นาน เพื่อนบ้านต้องมา ร่วมกิจกรรมสร้างสุขภาพกับท่าน	3.97	0.699	สูง
5. ความเข้าใจ รับฟัง เพื่อนบ้านที่ไม่ร่วมกิจกรรม ด้านสุขภาพเพราะยังมีเหตุผลส่วนตัวอยู่	3.54	0.982	ปานกลาง
7. ความเข้าใจเพื่อนบ้านที่ไม่มาร่วมกิจกรรมหมู่บ้านจัดการ สุขภาพเพราะมีขั้นตอนหลายอย่างที่ยังไม่เข้าใจเลย ไม่เห็นความสำคัญ	3.47	1.005	ปานกลาง
6. ความเข้าใจที่เพื่อนบ้านเห็นความสำคัญของปัญหา ด้านเศรษฐกิจมากกว่าปัญหาสุขภาพ	2.49	0.933	ปานกลาง
การมีอิทธิพลต่อผู้อื่น			
10. ความสามารถเป็นแบบแกนกลางในการประสานงาน กับกลุ่มองค์กรอื่นๆ ทั้งในและนอกหมู่บ้าน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้	3.97	0.648	สูง
9. ความสามารถชักนำให้ผู้อื่นปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพได้	3.94	0.677	สูง
12. ความสามารถกระตุ้นให้ผู้ร่วมงานปฏิบัติหน้าที่ ด้วยความกระตือรือร้นและเต็มใจ	3.93	0.602	สูง
11. ความสามารถโน้มน้าวจิตใจให้ประชาชนหันมาดูแล สุขภาพของตนเองได้	3.91	0.620	สูง

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ข้อความคำถาม (n = 317)	\bar{x}	S.D.	การแปลผล
ความสัมพันธ์กับผู้อื่น			
13. ความสามารถสื่อสารแลกเปลี่ยน เรื่องราวดีๆ กับคน ในชุมชน	4.04	0.609	สูง
16. ความสามารถเป็นคนกลางเชื่อมต่อระหว่างคนในชุมชน กับผู้นำท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	4.02	0.656	สูง
14. ความสามารถประสานขอความช่วยเหลือจากผู้นำท้องถิ่น ให้ช่วยแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพได้	3.97	0.643	สูง
15. ความสามารถติดต่อขอรับการสนับสนุน วัสดุในการ ดำเนินงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.94	0.693	สูง
การสนับสนุนทางสังคม			
18. การที่ได้รับการชี้แจงการทำงานสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	4.18	0.551	สูง
22. การได้รับโอกาสเข้าร่วมประชุม/อบรมเรื่องการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพ	4.15	0.561	สูง
24. การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการปฏิบัติหน้าที่ อสม.	4.12	0.635	สูง
21. การได้รับการสนับสนุนการเผยแพร่ข่าวสาร ด้านสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	4.11	0.619	สูง
25. การได้รับความร่วมมือจากเพื่อนบ้านเข้าร่วมประชุม หรือกิจกรรมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข	4.03	0.562	สูง
23. การได้รับการเยี่ยมเยียนเพื่อเป็นกำลังใจจากเจ้าหน้าที่ ในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	4.01	0.684	สูง
17. การได้รับการนิเทศจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.98	0.643	สูง
19. การได้รับงบประมาณจากกองทุน สปสช. หรือหน่วยงาน ราชการให้ดำเนินงานด้านสุขภาพ	3.94	0.756	สูง
20. การได้รับโอกาสไปศึกษาดูงานทางด้านสุขภาพในหมู่บ้าน อื่นหรือสถานที่อื่นๆ ทุกครั้งที่มิ	3.91	0.721	สูง

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ระดับปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมของกลุ่มตัวอย่างเมื่อพิจารณา รายข้อพบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านความพึงพอใจในตำแหน่งข้อ 2. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจ ที่ได้เป็น อสม. ($\bar{x} = 4.32$, $SD. = 0.787$) รองลงมาคือ ด้านการสนับสนุนทางสังคมข้อ 18. ท่านได้รับการชี้แจงการทำงานสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{x} = 4.18$, $SD. = 0.551$) และข้อ 22. ท่าน ได้รับโอกาสเข้าร่วมประชุม/อบรมเรื่องการค้าเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ($\bar{x} = 4.15$, $SD. = 0.561$) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการมองผู้อื่นเชิงบวกข้อ 6. ท่านเข้าใจที่เพื่อนบ้านเห็น ความสำคัญของปัญหาด้านเศรษฐกิจมากกว่าปัญหาสุขภาพ ($\bar{x} = 2.49$, $SD. = 0.933$)

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเขาฉกรรจ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเขาฉกรรจ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพ ได้แก่ การจัดทำแผนด้านสุขภาพการจัดการงบประมาณการจัดกิจกรรมด้าน สุขภาพและการประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมซึ่งผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ เชิงพรรณนา แสดงด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลระดับการปฏิบัติโดยรวมคิดจาก ร้อยละของคะแนนเต็ม ส่วนการแปลผลระดับการปฏิบัติรายด้านและรายชื่อจากค่าคะแนนเฉลี่ยโดยแบ่ง ได้เป็น 3 ระดับดังตารางที่ 4.6 – 4.8

ตารางที่ 4.6 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการปฏิบัติ

คะแนนการปฏิบัติ(n = 317)	จำนวน	การแปลผล
0 – 40.8คะแนน	104	ระดับต่ำ
40.9 – 54.3คะแนน	136	ระดับปานกลาง
54.4–68คะแนน	77	ระดับสูง

$\bar{x} = 46.8$, $S.D. = 11.898$, $\min = 17$, $\max = 68$

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ระดับการปฏิบัติในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ กลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ ระดับต่ำและระดับสูง ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้าน

การปฏิบัติของ อสม.หมู่บ้านจัดการสุขภาพ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
การจัดทำแผนด้านสุขภาพ	2.96	0.101	ปานกลาง
การจัดการงบประมาณ	2.46	0.073	ปานกลาง
การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ	2.94	0.266	ปานกลาง
การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม	2.61	0.073	ปานกลาง
รวมทุกด้าน	2.75	0.262	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ระดับการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.75$, SD. = 0.262) เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านพบว่าด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านการจัดทำแผนด้านสุขภาพ ($\bar{x} = 2.96$, SD. = 0.101) รองลงมาคือ ด้านการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ ($\bar{x} = 2.94$, SD. = 0.266) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการจัดการงบประมาณ ($\bar{x} = 2.46$, SD. = 0.073)

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ

ข้อคำถาม (n = 317)	\bar{x}	S.D.	การแปลผล
การจัดทำแผนด้านสุขภาพ			
1. การเข้าร่วมกิจกรรมเวทีและวาระการประชุม เพื่อวิเคราะห์ถึงปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนาของหมู่บ้าน	3.09	0.924	สูง
2. การได้ร่วมจัดทำแผนงานพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน	2.97	0.893	ปานกลาง
3. การหมั่นสังเกต คน สิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผน เช่น พฤติกรรมสุขภาพของคนในหมู่บ้าน	2.92	0.827	ปานกลาง
4. การได้ร่วมจัดประชุมชาวบ้านเพื่อให้ชาวบ้านได้มีโอกาสรับรู้ เสนอ อภิปรายข้อพิจารณาแผนชุมชน	2.85	0.899	ปานกลาง

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ข้อความ (n = 317)	\bar{x}	S.D.	การแปลผล
การจัดการงบประมาณ			
7. การได้ร่วมบริหารจัดการทุนเพื่อการพัฒนาทางด้านสุขภาพในหมู่บ้าน	2.55	0.965	ปานกลาง
5. การได้ร่วมหาทุนเพื่อนำมาพัฒนาทางด้านสุขภาพในหมู่บ้าน	2.46	0.963	ปานกลาง
6. การร่วมบริจาคสมทบทุนเพื่อพัฒนาสุขภาพ	2.46	0.905	ปานกลาง
8. การจัดทำรายงานผลงาน และการใช้จ่ายงบประมาณ รายงานเพื่อเสนอหรือชี้แจงต่อคณะกรรมการหมู่บ้าน	2.37	1.064	ปานกลาง
การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ			
9. การได้ร่วมรณรงค์ประชากรให้ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	3.23	0.847	สูง
10. การได้ให้ความรู้แก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ให้สามารถตรวจมะเร็งเต้านมได้	3.06	0.900	สูง
11. การได้ร่วมรณรงค์ตรวจสุขภาพเด็กอายุ 0 – 5 ปี	3.05	0.888	สูง
12. การได้ร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย	2.79	0.949	ปานกลาง
13. การได้ร่วมสำรวจร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในหมู่บ้าน	2.55	0.988	ปานกลาง
การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม			
14. การร่วมกับคณะกรรมการเก็บข้อมูลกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 4 ด้าน คือ 1) การจัดทำแผนด้านสุขภาพ 2) การจัดการงบประมาณ 3) การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ 4) การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม	2.69	0.987	ปานกลาง
15. การร่วมกับคณะกรรมการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	2.66	0.982	ปานกลาง
16. การได้ร่วมกับคณะกรรมการตัดสินผลการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด	2.56	0.994	ปานกลาง

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ข้อความ (n = 317)	\bar{x}	S.D.	การแปลผล
17. การร่วมกันกับคณะกรรมการสรุปผลการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	2.54	0.992	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.8 พบว่าระดับการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือด้านการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพข้อ 11. ท่านได้ร่วมรณรงค์ประชากรให้ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ($\bar{x} = 3.23$, SD. = 0.847) รองลงมาคือ ด้านการจัดทำแผนด้านสุขภาพข้อ 1. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมเวทีและวาระการประชุมเพื่อวิเคราะห์ถึงปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนาของหมู่บ้าน ($\bar{x} = 3.09$, SD. = 0.924) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือด้านการจัดการงบประมาณข้อ 8. ท่านจัดทำรายงานผลงาน และการใช้จ่ายงบประมาณ รายงานเพื่อเสนอหรือชี้แจงต่อคณะกรรมการหมู่บ้าน ($\bar{x} = 2.37$, SD. = 1.064)

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร

ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร

ตัวแปร	ระดับการปฏิบัติ			χ^2	df	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
เพศ				1.103	2	0.576
ชาย	31 (29.0)	48 (44.9)	28 (26.1)			
หญิง	73 (34.8)	88 (41.9)	49 (23.3)			
อาชีพ				5.635	4	0.228
เกษตรกร	72 (33.5)	85 (39.5)	58 (27.0)			
ค้าขาย	14 (33.3)	23 (54.8)	5 (11.9)			
รับจ้าง/ธุรกิจส่วนตัว	18 (30.0)	28 (46.7)	14 (23.3)			

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการปฏิบัติ			χ^2	df	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
ระดับการศึกษา				2.902	6	0.821
ประถมศึกษา(ป.4 / ป.6)	17 (39.5)	15 (34.9)	11 (25.6)			
มัธยมศึกษาตอนต้น/เทียบเท่า	23 (30.3)	33 (43.4)	20 (26.3)			
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	48 (34.5)	59 (42.4)	32 (23.1)			
อนุปริญญา/ปริญญาตรีและสูงกว่า	16 (27.1)	29 (49.2)	14 (23.7)			
สถานภาพสมรส				4.429	4	0.351
โสด	7 (18.9)	20 (54.1)	10 (27.0)			
คู่	83 (33.9)	102 (41.6)	60 (24.5)			
หม้าย/หย่า/แยก	14 (40.0)	14 (40.0)	7 (20.0)			

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ตารางที่ 4.10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับการปฏิบัติงานของ อสม.

ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกำแพงเพชร

ลำดับ	ปัจจัย	r	p-value
1	อายุ	-0.047	0.408
2	รายได้ของครอบครัว	0.009	0.867
3	ระยะเวลาการเป็น อสม.	-0.059	0.295
4	ความรู้	0.135	0.016
5	ปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม	0.516	0.000
	- ความพึงพอใจในตำแหน่ง	0.066	0.243
	- การมองผู้อื่นเชิงบวก	0.186	0.001
	- การมีอิทธิพลต่อผู้อื่น	0.465	0.000
	- ความสัมพันธ์กับผู้อื่น	0.485	0.000
	- การสนับสนุนทางสังคม	0.500	0.000

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.016) และปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม ภาพรวม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.000) เมื่อพิจารณาในส่วนปัจจัยย่อยของปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม พบว่าปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชรสูงสุดคือ การสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.500$) รองลงมาคือ ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การมีอิทธิพลกับผู้อื่น และการมองผู้อื่นเชิงบวก ($r = 0.485, 0.465$ และ 0.186) ตามลำดับยกเว้น ปัจจัยด้านความพึงพอใจในตำแหน่งไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. สรุปการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในเขตอำเภอวาริชภูมิ จังหวัดกำแพงเพชรกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดกำแพงเพชร ที่มีประสบการณ์ทำงานมา 1 ปีขึ้นไป จำนวน 317 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นด้านความรู้และการปฏิบัติเท่ากับ 0.709 และ 0.945 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) กำหนดระดับนัยสำคัญ (Level of Significance) ไว้ที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

1.1 ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม และความรู้การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดกำแพงเพชร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.2) มีอายุเฉลี่ย 49.1 ปี (อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 71 ปี) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 67.8) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 77.9) มีรายได้เฉลี่ย 8,612.9 บาท จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า (ร้อยละ 43.8) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 77.3) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ และเป็น อสม. มาน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 42.3) โดยมีระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 6.9 ปี กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง มีระดับปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง เช่นกัน

1.2 ผลการศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในเขตอำเภอชาลวาลักษณ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร พบว่าระดับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.9) เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านการจัดทำแผนด้านสุขภาพ ($\bar{x} = 2.95$, $SD. = 0.101$) รองลงมาคือ ด้านการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ ($\bar{x} = 2.93$, $SD. = 0.266$) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการจัดการงบประมาณ ($\bar{x} = 2.46$, $SD. = 0.073$)

1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอชาลวาลักษณ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ความรู้ และปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมภาพรวม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอชาลวาลักษณ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เมื่อพิจารณาในส่วนปัจจัยย่อยของปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม พบว่า ทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอชาลวาลักษณ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ยกเว้นปัจจัยด้านความพึงพอใจในตำแหน่ง โดยปัจจัยย่อยด้านจิตวิทยาและสังคมมีค่าสหสัมพันธ์สูงสุดคือ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม รองลงมาคือ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น ปัจจัยด้านการมีอิทธิพลต่อผู้อื่น และปัจจัยด้านการมองผู้อื่นเชิงบวก

2. อภิปรายผล

2.1 จากผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม และความรู้ การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอชาลวาลักษณ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.2) โดยมีอายุเฉลี่ย 49.1 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม โดยมีรายได้เฉลี่ย 8,612 บาทต่อเดือน จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า (ร้อยละ 43.8) โดยมีระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 6.9 ปี กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 90.5) มีระดับปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.7) หมายความว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยแรงงาน อาชีพใช้กำลังและแรงงานมาก มีรายได้น้อย จบการศึกษาระดับภาคบังคับ มีประสบการณ์ด้านการ

ทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปานกลางไม่มาก ไม่น้อย มีความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอยู่ในระดับดี ปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมอยู่ในระดับกลางๆ ไม่มาก ไม่น้อย อภิปรายได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มนี้มีความพร้อมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพด้วย เพราะ 1) เป็นวัยผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะส่งผลให้มีความรับผิดชอบสูง 2) การมีความรู้ในระดับดี หมายถึงการมีประสบการณ์เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพสูง 3) มีความพึงพอใจในความเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เป็นไปตามแนวคิดของคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2544) ที่กำหนดคุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเริ่มต้นไว้ 1) อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์ 2) มีความรู้ สามารถอ่านออกเขียนได้ 3) สม่ครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข สอดคล้องกับ จารุงศ์ พลเดช (2551) ที่กล่าวว่า ลักษณะของอาสาสมัครที่สำคัญที่จะส่งผลให้งานสำเร็จ คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้อง เต็มใจทำงาน ตั้งใจทำงาน พอใจที่จะทำงาน ดีใจที่ได้ทำงาน ภาควิชาจิตวิทยาในงานที่ทำ

2.2 ผลการศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในเขตอำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร พบว่าระดับการปฏิบัติในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่าการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มนี้ตามกิจกรรมหมู่บ้านจัดการสุขภาพอยู่ในระดับกลางๆ ไม่มาก ไม่น้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยแรงงาน อาชีพใช้กำลังและแรงงานมาก มีรายได้น้อย จึงแบ่งเวลาครึ่งหนึ่งไปในเรื่องการประกอบอาชีพและงานส่วนตัว เวลาอีกครึ่งให้กับงานส่วนร่วม สอดคล้องกับทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ Maslow (Donnelly, Jr et al. 1998, pp. 271-273) ความต้องการสิ่งแรกเป็นความต้องการในดำเนินชีวิต (ตอบสนองโดยให้ค่าจ้างด้านสวัสดิการ ตอบสนองโดยให้ชุดแต่งกาย จัดรถรับส่ง ให้การรักษาพยาบาล และอื่นๆ) ความต้องการขั้นที่ 2 เกี่ยวกับความปลอดภัยและความมั่นคงในการทำงาน ขั้นที่ 3 และขั้นที่ 4 เกี่ยวกับการสมาคมและการได้รับยกย่อง สอดคล้องกับทฤษฎีมาสโลว์ ชาวปทุมทิพย์ (2556) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและสอดคล้องกับ วีราภรณ์ คำศรี (บทคัดย่อ) ศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.16 อายุเฉลี่ย 38.11 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.39 สถานภาพสมรส ร้อยละ 93.98 อาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 89.76 รายได้ต่อเดือนส่วนมาก น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 87.35 โดยเฉลี่ยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านมาแล้ว 5.76 ปี โดยเฉลี่ยรับผิชอบ 10.55 หลังคาเรือน บทบาทหน้าที่อื่นในชุมชน ส่วนมากไม่มีบทบาทอื่นใด ร้อยละ 49.70 ค่าเฉลี่ยระดับแรงงูใจด้านปัจจัยงูใจตามปัจจัยเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิชอบ บทบาทหน้าที่อื่นในชุมชน และการได้รับการฝึกอบรม ไม่มีความแตกต่างกันยกเว้น ระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัคร โดยกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานระหว่าง 1-5 ปี ($p=0.018$) และ 11 ปี ขึ้นไป ($p = 0.019$) จะมีระดับแรงงูใจด้านปัจจัยงูใจสูงกว่กลุ่มที่ปฏิบัติงานระหว่าง 6-10 ปี กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง จะมีระดับแรงงูใจด้านปัจจัยค้่าจุนมากกว่าเพศชาย ($p=0.04$) และกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการอบรม 5 ครั้ง ขึ้นไปจะมีระดับแรงงูใจด้านปัจจัยค้่าจุนมากกว่ากลุ่มที่อบรมไม่เกิน 1-2 ครั้งและที่ไม่ได้รับการอบรม ($p=0.01$) การปฏิบัติงาน ของกลุ่มตัวอย่างโดยการประเมินตนเองในภาพรวม โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง จะมีการปฏิบัติงานได้ดีกว่เพศชาย ($p = 0.03$) กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจะมีการปฏิบัติงานได้ดีกว่กลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ($p=0.003$) กลุ่มตัวอย่างที่รับผิชอบ 10-12 หลังคาเรือน จะมีการปฏิบัติงานได้ดีกว่กลุ่มที่รับผิชอบ 8-9 หลังคาเรือน ($p=0.007$) ปัจจัยงูใจมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($r = 0.382, p = 0.001$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามมุมมองของเจ้าหน้าที่ ($r = 0.165, p = 0.003$) และปัจจัยค้่าจุนมีความสัมพันธ์ทาง บวกระดับปานกลางกับปัจจัยการปฏิบัติงานตามมุมมองของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($r = 0.404, p = 0.001$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติงานตามมุมมองของเจ้าหน้าที่ ($r = 0.148, p = 0.007$)

2.3 จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอขานูวรัลัษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ความรู้และปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.000$) โดยเฉพาะกลุ่มที่มีระดับปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมในระดับปานกลาง จะมีการปฏิบัติดีกว่กลุ่มอื่นๆ หมายความว่า การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการจะประสบผลสำเร็จเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพมีความพึงพอใจในตำแหน่ง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพและมีแรงสนับสนุนทางสังคมอภิปรายได้ว่าเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการจะประสบผลสำเร็จปัจจัยแรกคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพคือการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีประสบการณ์มีการกระทำ มีการปฏิบัติ

ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5 ขั้นตอน ได้แก่ สำรวจกลไกหลักและประเมินสถานการณ์ สร้างเวทีการเรียนรู้ในหมู่บ้าน/ชุมชนกระบวนการทำแผนชุมชนปฏิบัติการตามแผนการประเมินผล เป็นไปตามแนวคิดของบลูมที่กล่าวว่า ความรู้คือเกิดจากประสบการณ์การกระทำซ้ำ ๆ จนเกิดการ ตกผลึกกลายเป็นขั้นตอนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ปัจจัยต่อมาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านต้องมีความพึงพอใจในความเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้สึกลงบวกร ความชอบ ความสบายใจในตำแหน่งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ความสุขอัน เกิดจากการปฏิบัติงาน ความสนุก ความกระตือรือร้น ความมุ่งมั่นที่จะทำงาน ความผูกพันกับหน่วยงาน ความภาคภูมิใจในความสำเร็จของงานที่ทำเป็นไปตามแนวคิดของ Frederick Herzberg (อ้างใน Hodgetts 1990) เสนอทฤษฎีการจูงใจว่า ปัจจัยกระตุ้น หรือปัจจัยจูงใจตั้งชื่อว่า Motivation Factors เป็นปัจจัย เกี่ยวข้องกับงานที่ปฏิบัติมีผลต่อความพึงพอใจในงาน โดยตรง และมีผลต่อการเพิ่มหรือลดผลผลิต ของงานด้วย ได้แก่ ลักษณะของงาน (The Work itself) การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) ความเจริญก้าวหน้า (Advancement) ความเจริญงอกงามที่เป็นไปได้ (Possibility of growth) ความ รับผิดชอบ (Responsibility) และความสำเร็จ (Achievement) และอีกปัจจัยหนึ่ง คืออาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความเข้าใจในบทบาทของตัวเองและตัดสินใจในการที่จะจัดการ และ ดำเนินการแสดงพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ได้แก่ การนึกถึงผู้อื่นเชิงบวกการมีอิทธิพล ต่อผู้อื่นและความสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นไปตามทฤษฎีความสามารถตนเอง ประกอบด้วย แนวคิดที่สำคัญ คือ การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ปัจจัยสำคัญอีกประเด็น หนึ่ง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขควรได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และ เป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมที่มีสุขภาพดี การได้รับความช่วยเหลืออาจ มาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นไปตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) แคมป์เปลน (Caplan 1976, pp. 39-42) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจาก บุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดัน ให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการสอดคล้องกับ ทศพร ชูศักดิ์ (2554) ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) พื้นที่สาธารณสุขเขต 18 ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรง ต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความ พึงพอใจในงานและการเห็นคุณค่าในตนเอง ส่วนตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อม ได้แก่ การเสริมสร้าง พลังอำนาจในงาน สัมพันธภาพในชุมชน คุณลักษณะความเป็นอาสาสมัครและลักษณะงานวิชาชีพ

วีระกิติกุล (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการปฏิบัติการได้รับการติดตามนิเทศหรืออบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหมู่บ้านที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาท ได้แก่ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความพึงพอใจในตำแหน่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การรับรู้ความสามารถตนเองและความรู้ในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว เพื่อนบ้าน และสัมพันธภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับประชาชน ผู้นำท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนเท่ากับ -0.16, 0.14, 0.27, 0.23, 0.28 และ 0.16 ตามลำดับ

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความรู้ ปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมภาพรวม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเขาฉกรรจ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร โดยปัจจัยย่อยด้านจิตวิทยาและสังคมมีค่าสหสัมพันธ์สูงสุดคือ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม รองลงมาคือ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น ปัจจัยด้านการมีอิทธิพลต่อผู้อื่น และปัจจัยด้านการมองผู้อื่นเชิงบวก ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ดังนี้

3.1.1 ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดอบรม ประชุม จัดเวทีแลกเปลี่ยนองค์ความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพเพื่อ สร้างเสริมประสบการณ์การดำเนินงานเพิ่มมากขึ้น

3.1.2 ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุน ช่วยเหลือ การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรสนับสนุน ข้อมูล สื่อ ความรู้ สิ่งของที่ใช่และเกี่ยวข้อง 2) ครอบครัวควรให้ความรัก ความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) เพื่อนบ้าน ควรให้ความช่วยเหลือในการดำเนินงานตามความสามารถ

3.1.3 ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะด้านภาวะผู้นำเพื่อให้เกิดการโน้มน้าวจิตใจประชาชนให้มาร่วมมือการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

3.1.4 ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาจิตใจ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เปลี่ยนมุมมองการคิดลบเป็นคิดบวกก่อนเสมอ เพราะการเปลี่ยนแปลงที่สำเร็จมักจะมีจุดเริ่มต้นจากการ “คิดบวก” เสมอ

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

3.2.2 ควรศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กฤษฎา เขียววัฒนสุข. (2560). *หลักการจัดการและองค์กร*. กรุงเทพฯ: ทริปเฟ็ด กรุ๊ป.
- กฤษยาภัสสร ขาวปทุมทิพย์. (2556). *การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม. (วิทยานิพนธ์นิพนธ์ปริญญาการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *แนวทางการส่งเสริมงานจิตอาสาในระบบบริการสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมตรวจบัญชีสหกรณ์ คณะทำงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ. (2554). *รายงานผลการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ที่มีต่อองค์กร*. กรุงเทพฯ: กลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักบริหารกลาง.
- กองสนับสนุนสุขภาพประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *หลักสูตรการฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)*. กรุงเทพฯ: เรดิเอชั่น.
- เกษณี สมบูรณ์รัตน์. (2560). *ประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคกระดูกตาเป็นแผลอักเสบติดเชื้อ*. บุรีรัมย์: แผนกหอผู้ป่วยในตึกตา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคนอื่นๆ. (2547). *ขับเคลื่อนวาระสุขภาพะไทย ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคนอื่นๆ. (2550). *จิตอาสา กับสุขภาพไทย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. (2544). *การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน.
- _____. (2551). *คู่มือการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนสำหรับอาสาพัฒนาสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. (2561). *รายงานผลการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการของเทศบาลตำบลห้วยกะปิ อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ประจำปี 2561*. ชลบุรี: เทศบาลตำบลห้วยกะปิ อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี.

- คณิต หนูพลอย. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพัทลุง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา.
- จิราภา สุขสวัสดิ์. (2547). *ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสม็ด อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จุฑามาศ ประเสริฐศิลป์. (2550). *การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในเขตอำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี*. (ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- จารุพงศ์ พลเดช. (2551). *การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์*. สืบค้นจาก www.lopburi.go.th/governor/book_january_51/human.doc
- จุมพล สวัสดิ์อักษร. (2559). *การร่างแบบสอบถาม*. สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/399443>
- ชาติรี จันทร์ตา. (2552). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเทศบาลตำบลหางดง จังหวัดเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ณัฐจารีย์ จินดาวงศ์ และคนอื่นๆ. (2556). *ปัจจัยจุดใจที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนครศรีธรรมราชในการเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม*. *วารสารการจัดการสมัยใหม่*, 11(2), 30-45.
- ณัฐธิดา ศิริเกตุ. (2557). *ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลเขาทุ่ง อำเภอชะบะบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด*. ม.ป.ท.
- พัศพร ชูศักดิ์. (2554). *รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พื้นที่สาธารณสุขเขต 18*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพฯ.
- ธวัชชัย วีระกิติกุล. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดพัทลุง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา.
- ธงชัย สาระกุล และคนอื่นๆ. (2551). *กระบวนการพัฒนาและมีการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน*. กรุงเทพฯ: กรมสนับสนุนบริการ เขตสุขภาพที่ 3.

- นิพนธ์ สมบูรณ์พลเพิ่ม. (2556). *พฤติกรรมการณ์เสริมสร้างความเข้มแข็งด้านการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของผู้นำชุมชนอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.
- นิภาพร ธรรมปัญญา และเพชร บุญศิริ. (มปป.). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับความผูกพันต่อองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลแม่ยาว จังหวัดเชียงราย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- นิรชรา ไชยแสง และศศิธร คลปัดชา. (2555). *ความพึงพอใจความผาสุกของบุคลากรคณะศึกษาศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2554*. ขอนแก่น: สำนักงานประกันคุณภาพการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นันทนา จงดี. (2560). *แรงจูงใจตามทฤษฎี ERG และความผูกพันองค์กรของพนักงานที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงาน : กรณีศึกษา บริษัทผลิตรถเด็กเล่นแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี*. (การค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, ปทุมธานี.
- บุญใจ ศรีสถิตนาถ. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ปนัดดา เขียวดี. (2556). *แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอฝักไถ่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. (การค้นคว้าอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา, พระนครศรีอยุธยา.
- ประดิษฐ์ ธรรมคง และคนอื่นๆ. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดศรีสะเกษ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น, กรุงเทพฯ.
- ปราณี ภูวนาด. (2553). *ทฤษฎีความสามารถแห่งตน*. สืบค้นจาก <http://gotoknow.org/blog/pranee-board/7455>
- พัฒน์นรี รัตนจารย์. (2550). *การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเปรียบเทียบกับปัจจัยลักษณะบุคคลของอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิชิต ฤทธิจรรยา. (2557). *แนวคิดและกระบวนการประเมินโครงการ*. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*, 9(1), 69.

- พีระพล ศิริไพบูลย์. (2553). แนวทางการพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขต่องานสาธารณสุข
 มูลฐาน กรณีศึกษาเขตพญาไท. *วารสารวิทยบริการ*, 21(2), 25-40.
- พรฤดี จิวสวัสดิ์. (2553). *แรงจูงใจและการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
 : กรณีศึกษาเทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี*. (ปัญหาพิเศษปริญญา
 รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคนอื่นๆ. (2546). *การศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
 ในประเทศไทย*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พัชรา ผิวขาว. (2551). *การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดร้อยเอ็ด*. ร้อยเอ็ด:
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด.
- ไพฑูรย์ บัณฑิตสังข์. (2551). *การศึกษาการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข
 อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย ขอนแก่น*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- ไพบูลย์ บุญแสนแสน. (2551). *งานวิจัยการประเมินผลการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
 จังหวัดหนองบัวลำภู*. หนองบัวลำภู: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู.
- ภูคิต เตชาดิวัฒน์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2557). การประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร
 สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพรหมพิราม
 จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 28(1), 2-17.
- มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี. (2556). *ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพ*.
 สืบค้นจาก <http://www.lib.kmutt.ac.th>
- มินตรา สารระรักษ์. (2552). การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
 ตำบลโคกสว่างและตำบลนากระแซง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการ มอบ*, 12(2),
 5-20.
- มณฑลดา สุขอร่าม. (2557). แนวทางการพัฒนาการเรียนรู้ผ่านเครือข่ายทางสังคมเพื่อเพิ่มศักยภาพ
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา OJED*, 9(3),
 215-223.
- เรวดี ศรีฤทธิ และคนอื่นๆ. (2552). *ศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข
 ประจำหมู่บ้านในเขตตำบลนาเพียง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร*. สกลนคร:
 ภาควิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และ
 เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
- วิชัย ภูโยธิน และคนอื่นๆ. (2560). *หน้าที่พลเมือง วัฒนธรรมและการดำเนินชีวิตในสังคม ม.4-ม.6*.
 กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.

- วันทีย์ รัตนะ. (2554). *ความคิดเห็นของประชาชนต่อประสิทธิผลการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดชัยภูมิ*. ม.ป.ป.
- วัชรภรณ์ บุญญศิริวัฒน์. (ม.ป.ป.). *จิตวิทยาเพื่อคุณ*. บทสารคดีทางวิทยุ.
- วีรยุทธ โสภี. (2555). *ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจจราจร : กรณีศึกษาเจ้าหน้าที่ตำรวจจราจรสถานีตำรวจทางด่วน ชั้นที่ 1 ชั้นที่ 2 ชั้นที่ 3*. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต, กรุงเทพฯ.
- วีราภรณ์ คำศรี. (ม.ป.ป.). *แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอหนองหวาย จังหวัดอุบลราชธานี*. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2552). *รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *แบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ*. สืบค้นจาก <http://www.nakhonphc.go.th/>
- สราวุธ วัลัญชพฤกษ์. (2543). *ศึกษาเรื่องศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สมยศ เลิศถายอง. (2553). *การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : กรณีศึกษาอำเภอเบตง จังหวัดยะลา*. (ปัญหาพิเศษปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สหัทยา ถึงรัตน์. (2556). *การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลเมืองอ่างศิลา อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สุกัญญา จันทรมณี. (2557). *แรงจูงใจและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานบริษัท ฮานา เซมิคอนดักเตอร์ (อยุธยา) จำกัด*. (การค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยกรุงเทพ, กรุงเทพฯ.
- สุจินดา สุขกำเนิด และเบญจวิทย์ เมืองไทย. (2552). *ถอดบทเรียน พลังศักยภาพ อสม. ผ่านบล็อกการจัดการความรู้ อสม.* ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

- สุดารัตน์ หล่อเพชร. (2554). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัคร
 สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร.
*วารสารการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Health Volunteers
 Performance, 6(2), 3-18.*
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขามเฒ่าลักษ์บุรี. (2561). รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2560. กำแพงเพชร:
 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขามเฒ่าลักษ์บุรี.
- เสาวนีย์ เดือนเด่น และคนอื่นๆ. (2558). การมีส่วนร่วมของบุคลากร. กรุงเทพฯ: กองบริการการศึกษา
 สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- อรอรุณ เมียนแก้ว และนารี วงศ์เลิศคุณากร. (2559). ความพึงพอใจต่อการให้บริการทำบัตร
 อิเล็กทรอนิกส์ (ATM) ด้วยระบบ CardM โดยใช้อุปกรณ์ PINPAD. กรุงเทพฯ:
 กลุ่มวิชาการบริหาร คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย.
- อนัญญา โปราณานนท์. (2553). ความพึงพอใจในการใช้เอกสารประกอบการสอนวิชาเศรษฐศาสตร์
 สำหรับธุรกิจ ของนักศึกษาภาคปกติ หลักสูตรเศรษฐศาสตร์ภาษาอังกฤษธุรกิจ
 คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
 สืบค้นจาก <https://www.google.com/search?q>
- อุไรวรรณ พวงกลิ่น และคนอื่นๆ. (มปป.). ผลของการออกกำลังกายแบบซิ่งต่อสมรรถภาพทางกาย
 ของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุตำบลห้วยใหญ่. การประชุมวิชาการ: นำเสนอประสบการณ์
 และงานวิจัยการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสุขภาพ กองการแพทย์ทางเลือก
 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
 สืบค้นจาก <http://www.google.com/search/rlz>
- อุไรรัตน์ ศรีสม. (2551). การประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพจังหวัดหนองคาย ปี
 2550. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน ภาคอีสาน, 22(1), 37-46.*
- เอกรินทร์ โปตะเวช และคนอื่นๆ. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตาม
 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัด
 หนองคาย. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; ว.มร., 2(3), 15-25.*



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สกลนคร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเขาฉกรรจ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร

คำชี้แจง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเขาฉกรรจ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร คำตอบและความคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์ต่อแนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
2. ข้อความที่ท่านตอบในแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยถือเป็นความลับส่วนบุคคล จะไม่นำไปเปิดเผยต่อสาธารณะ แต่จะนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านได้โปรดตอบหรือให้ความคิดเห็นตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยท่านไม่ต้องลงชื่อตัวเองในแบบสอบถาม
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยชุดนี้ประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ปัจจัยส่วนบุคคล) ของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม จำนวน 25 ข้อ
 - ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จำนวน 17 ข้อ
4. ขอความกรุณาจากท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อตามที่กำหนดไว้และผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามนี้

ไพบุลย์ อินทมาศ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

คำชี้แจง จงอ่านข้อความแต่ละแล้วพิจารณาว่าข้อความนั้นถูกหรือผิด ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง
คำตอบนั้น

ข้อคำถาม	คำตอบ	
	ถูก	ผิด
การสำรวจกลไกหลักและการประเมินสถานการณ์		
1. ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพจะต้องมีการประเมินสถานการณ์หมู่บ้าน โดยใช้ข้อมูลพื้นที่		
2. การประชุม อบรม เป็นเวทีเรียนรู้ของชุมชน		
3. กลุ่ม/องค์กรในการจัดการด้านสุขภาพในหมู่บ้านมีเฉพาะกลุ่ม อสม. เท่านั้น		
4. ในการค้นหาปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้านจำเป็นต้องอาศัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ		
การจัดกระบวนการเรียนรู้		
5. เวทีประชาคม เป็นกระบวนการเรียนรู้ชนิดหนึ่ง		
6. กระบวนการเรียนรู้จะได้มาซึ่งปัญหาที่แท้จริง		
7. กระบวนการเรียนรู้เป็นการเปิดโอกาสให้ทุกคนในชุมชนได้แสดงความคิดเห็นทุกด้าน		
8. การจดบันทึกรายงานการประชุมเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องกระทำเมื่อมีการประชุมอบรม		
การจัดทำแผนชุมชน		
9. ในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพชุมชน มี อสม. กับ ผู้ใหญ่บ้านก็เพียงพอแล้ว		
10. แผนสุขภาพคือ กิจกรรมด้านสุขภาพที่คิดไว้ล่วงหน้า		
11. แผนสุขภาพ เป็นแผนเฉพาะรักษาคนป่วยเท่านั้น		
12. แผนพัฒนาชุมชนเมื่อทำเสร็จแล้วต้องประกาศให้ประชาชนทั้งหมู่บ้านได้รับรู้		

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการค้าเนงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (ต่อ)

ข้อความ	คำตอบ	
	ถูก	ผิด
การปฏิบัติตามแผน		
13. ก่อนปฏิบัติตามแผนต้องมีการวิเคราะห์จัดลำดับแผนเพื่อเรียงลำดับก่อนหลัง		
14. ต้องมีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินงานตามแผนหากเกินความสามารถของชุมชน		
15. การปฏิบัติตามแผนต้องให้ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วม		
16. แผนปรับได้เมื่อมีอุปสรรคในการดำเนินงาน		
การประเมินผล		
17. การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้องมีการประเมินผลเพื่อพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องทุกปี		
18. การประเมินผลที่ดีควรมี องค์กร ภาคีเครือข่าย อสม. ร่วมงานประเมินผล		
19. ประเมินผลเพื่อให้ได้ข้อมูลในปีถัดไป		
20. ประเมินผลเพื่อดูความสำเร็จของโครงการ		



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม

คำชี้แจง โปรดขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างข้างข้อความที่ตรง ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นครึ่งหนึ่ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ความพึงพอใจในตำแหน่ง					
1. ท่านมีความรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการทำหน้าที่เป็น อสม.					
2. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจ ที่ได้เป็น อสม.					
3. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ได้รับความร่วมมือด้วยดีทุกครั้งจากภาคส่วนต่าง ๆ					
4. การเป็น อสม. เป็นอุปสรรคต่ออาชีพประจำของท่าน					
การมองผู้อื่นเชิงบวก					
5. ท่านเข้าใจ รับผิดชอบเพื่อนบ้านที่ไม่ร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพเพราะยังมีเหตุผลส่วนตัวอยู่					
6. ท่านเข้าใจที่เพื่อนบ้านเห็นความสำคัญของปัญหาด้านเศรษฐกิจมากกว่าปัญหาสุขภาพ					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
การมองผู้อื่นเชิงบวก (ต่อ)					
7. ท่านเข้าใจเพื่อนบ้านที่ไม่มาร่วมกิจกรรม หมู่บ้านจัดการสุขภาพเพราะมีขั้นตอนหลาย อย่างที่ยังไม่เข้าใจเลยไม่เห็นความสำคัญ					
8. ท่านมีความหวังว่าอีกไม่นาน เพื่อนบ้าน ต้องมาร่วมกิจกรรมสร้างสุขภาพกับท่าน					
การมีอิทธิพลต่อผู้อื่น					
9. ท่านสามารถชักนำให้ผู้อื่นปฏิบัติกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพได้					
10. ท่านสามารถเป็นแบบแกนกลางในการ ประสานงานกับกลุ่มองค์กรอื่นๆ ทั้งใน และนอกหมู่บ้าน เพื่อสนับสนุนการพัฒนา สุขภาพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้					
11. ท่านสามารถโน้มน้ำจิตใจให้ประชาชน หันมาดูแลสุขภาพของตนเองได้					
12. ท่านสามารถกระตุ้นให้ผู้ร่วมงานปฏิบัติ หน้าที่ด้วยความ กระตือรือร้น และเต็มใจ					
ความสัมพันธ์กับผู้อื่น					
13. ท่านสามารถสื่อสารแลกเปลี่ยน เรื่องราวดีๆ กับคนในชุมชน					
14. ท่านสามารถประสานขอความช่วยเหลือ จากผู้นำท้องถิ่นให้ช่วยแก้ไขปัญหา ด้านสุขภาพได้					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
ความสัมพันธ์กับผู้อื่น (ต่อ)					
15. ท่านสามารถติดต่อขอรับการสนับสนุน วัสดุ ในการดำเนินงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
16. ท่านสามารถเป็นคนกลางเชื่อมต่อระหว่าง คนในชุมชนกับ ผู้นำท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข					
การสนับสนุนทางสังคม					
17. ท่านได้รับการนิเทศจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
18. ท่านได้รับการชี้แจงการทำงานสาธารณสุข จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
19. ท่านได้รับงบประมาณจากกองทุน สปสช. หรือหน่วยงานราชการให้ดำเนินงาน ด้านสุขภาพ					
20. ท่านได้รับโอกาสไปศึกษาดูงานทางด้าน สุขภาพในหมู่บ้านอื่นหรือสถานที่อื่นๆ ทุกครั้งที่มี					
21. ท่านได้รับการสนับสนุนการเผยแพร่ข่าวสาร ด้านสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
22. ท่านได้รับโอกาสเข้าร่วมประชุม / อบรม เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ					
23. ท่านได้รับการเยี่ยมชม เพื่อเป็นกำลังใจ จากเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการ สุขภาพ					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
การสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)					
24. ท่านได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ในการปฏิบัติหน้าที่ อสม.					
25. ท่านได้รับความร่วมมือจากเพื่อนบ้านเข้าร่วม ประชุมหรือกิจกรรมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ งานสาธารณสุข					



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการ

สุขภาพ

คำชี้แจง โปรดขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างข้างหลังข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติ การกระทำของท่านมากที่สุด

ประจำ คือ ทำแบบนี้ทุกครั้งที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการ

บ่อยๆ คือ ทำแบบนี้เป็นส่วนใหญ่มากที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการ

นานๆ ครั้ง คือ ทำแบบนี้เป็นส่วนน้อยที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการ

ไม่เคย คือ ไม่มีการกระทำนี้ที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการ

ข้อความ	การปฏิบัติ			
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
การจัดทำแผนด้านสุขภาพ				
1. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมเวทีและวาระการประชุมเพื่อวิเคราะห์ถึงปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนาของหมู่บ้าน				
2. ท่านได้ร่วมจัดทำแผนงานพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน				
3. ท่านได้ร่วมจัดประชุมชาวบ้านเพื่อให้ชาวบ้านได้มีโอกาสรับรู้ เสนอ อภิปรายข้อพิจารณาแผนชุมชน				
4. ท่านมันสังเกต คน ถึงแวดล้อมในหมู่บ้านเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผน เช่น พฤติกรรมสุขภาพของคนในหมู่บ้าน				
การจัดการงบประมาณ				
5. ท่านได้ร่วมหาทุนเพื่อนำมาพัฒนางานด้านสุขภาพในหมู่บ้าน				
6. ท่านร่วมบริจาคสมทบทุนเพื่อพัฒนาสุขภาพ				
7. ท่านได้ร่วมบริหารจัดการทุนเพื่อพัฒนางานด้านสุขภาพในหมู่บ้าน				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (ต่อ)

ข้อความ	การปฏิบัติ			
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
การจัดการงบประมาณ (ต่อ) 8. ท่านจัดทำรายงานผลงาน และการใช้จ่ายงบประมาณ รายงาน เพื่อเสนอหรือชี้แจงต่อคณะกรรมการหมู่บ้าน				
การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ 9. ท่านได้ร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย				
10. ท่านได้ร่วมสำรวจร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในหมู่บ้าน				
11. ท่านได้ร่วมรณรงค์ประชาชนให้ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน				
12. ท่านได้ให้ความรู้แก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ให้สามารถตรวจมะเร็งเต้านมได้				
13. ท่านได้ร่วมรณรงค์ตรวจสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปี				
การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม 14. ท่านร่วมกับคณะกรรมการเก็บข้อมูลกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 4 ด้าน คือ (1) การจัดทำแผนด้านสุขภาพ (2) การจัดการงบประมาณ (3) การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ (4) การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม				
15. ท่านร่วมกับคณะกรรมการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ				
16. ท่านกับคณะกรรมการได้ร่วมกันตัดสินผลการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด				
17. ท่านร่วมกันกับคณะกรรมการสรุปผลการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ				



ภาคผนวก ข

สรุปค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)

สรุปค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)

ของแบบประเมินต่อแบบสอบถามเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร

รายการขอความคิดเห็น	ความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
ความพึงพอใจในตำแหน่ง					
1. ท่านมีความรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการทำหน้าที่ เป็น อสม.	1	1	1	1	ใช้ได้
2. ท่านภูมิใจที่ได้ชักชวนเพื่อนบ้านดำเนินการ พัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	1	1	1	1	ใช้ได้
3. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในการดำเนินงานด้าน สาธารณสุขที่ได้รับความร่วมมือด้วยดีทุกครั้ง จากภาคส่วนต่างๆ	1	1	1	1	ใช้ได้
4. การเป็น อสม. เป็นอุปสรรคต่ออาชีพประจำ ของท่าน	1	1	1	1	ใช้ได้
5. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจ ที่ได้เป็น อสม.	1	1	1	1	ใช้ได้
6. ท่านคิดว่าค่าป่วยการ ไม่มีผลต่อความตั้งใจ มุ่งมั่นในการทำงาน อสม.	1	1	1	1	ใช้ได้
การมองผู้อื่นเชิงบวก					
7. ท่านรู้สึกเห็นใจ เข้าใจ เพื่อนบ้านที่ไม่ร่วม กิจกรรมเพราะยังธุระส่วนตัวที่ต้องทำก่อน	1	1	0	0.6	ใช้ได้
8. ท่านเข้าใจที่เพื่อนบ้านเห็นความสำคัญของ ปัญหาด้านเศรษฐกิจมากกว่าปัญหาสุขภาพ	1	1	1	1	ใช้ได้

รายการขอความคิดเห็น	ความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC	แปลผล
	คนที่	คนที่	คนที่		
	1	2	3		
การมองผู้อื่นเชิงบวก (ต่อ)					
9. ท่านเข้าใจเพื่อนบ้านที่ไม่มาร่วมกิจกรรม หมู่บ้านจัดการสุขภาพเพราะมีขั้นตอน หลายอย่างที่ยังไม่เข้าใจเลยไม่เห็น ความสำคัญ	1	1	1	1	ใช้ได้
10. ท่านมีความหวังว่าอีกไม่นาน เพื่อนบ้าน ต้องมาร่วมกิจกรรมสร้างสุขภาพกับท่าน	1	1	1	1	ใช้ได้
การมีอิทธิพลต่อผู้อื่น					
11. ท่านสามารถชักนำให้ผู้อื่นปฏิบัติกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพได้	1	1	1	1	ใช้ได้
12. ท่านสามารถเป็นแบบแกนกลางในการ ประสานงานกับกลุ่มองค์กรอื่นๆ ทั้งใน และนอกหมู่บ้าน เพื่อสนับสนุนการพัฒนา สุขภาพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้	1	1	1	1	ใช้ได้
13. ท่านสามารถโน้มน้าวจิตใจให้ประชาชน หันมาดูแลสุขภาพของตนเองได้	1	1	1	1	ใช้ได้
14. ท่านสามารถกระตุ้นให้ผู้ร่วมงานปฏิบัติ หน้าที่ด้วยความ กระตือรือร้น และเต็มใจ	1	1	1	1	ใช้ได้
ความสัมพันธ์กับผู้อื่น					
15. ท่านสามารถสื่อสารแลกเปลี่ยน เรื่องราวดีๆ กับคนในชุมชน	1	1	1	1	ใช้ได้
16. ท่านสามารถประสานขอความช่วยเหลือ จากผู้นำท้องถิ่นให้ช่วยแก้ไขปัญหาได้	1	1	1	1	ใช้ได้
17. ท่านสามารถติดต่อขอรับการสนับสนุน วัสดุ ในการดำเนินงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1	1	1	1	ใช้ได้

รายการขอความคิดเห็น	ความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC	แปลผล
	คนที่	คนที่	คนที่		
	1	2	3		
ความสัมพันธ์กับผู้อื่น (ต่อ)					
18. ท่านสามารถเป็นคนกลางเชื่อมต่อระหว่าง คนในชุมชนกับ ผู้นำท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	1	1	1	1	ใช้ได้
การสนับสนุนทางสังคม					
19. ท่านได้รับการนิเทศจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1	1	1	1	ใช้ได้
20. ท่านได้รับการชี้แจงการทำงานสาธารณสุข จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1	1	1	1	ใช้ได้
21. ท่านได้รับงบประมาณจากกองทุน สปสช. หรือ หน่วยงานราชการให้ดำเนินงาน ด้านสุขภาพ	1	1	1	1	ใช้ได้
22. ท่านได้รับโอกาสไปศึกษาดูงานทางด้าน สุขภาพในหมู่บ้านอื่นหรือสถานที่อื่นๆ ทุกครั้งที่มี	1	1	1	1	ใช้ได้
23. ท่านได้รับการสนับสนุนการเผยแพร่ข่าวสาร ด้านสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1	1	1	1	ใช้ได้
24. ท่านได้รับโอกาสเข้าร่วมประชุม / อบรม เรื่องการค้าดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	1	1	1	1	ใช้ได้
25. ท่านได้รับการเยี่ยมชม เพื่อเป็นกำลังใจจาก เจ้าหน้าที่ในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	1	1	1	1	ใช้ได้
26. ท่านได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ในการปฏิบัติหน้าที่ อสม.	1	1	1	1	ใช้ได้
27. ท่านได้รับความร่วมมือจากเพื่อนบ้านเข้าร่วม ประชุมหรือกิจกรรมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ งานสาธารณสุข	1	1	1	1	ใช้ได้

รายการขอความคิดเห็น	ความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC	แปลผล
	คนที่	คนที่	คนที่		
	1	2	3		
การจัดทำแผนด้านสุขภาพ	1	1	1	1	ใช้ได้
1. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมเวทีและวาระการประชุมเพื่อวิเคราะห์ถึงปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนาของหมู่บ้าน					
2. ท่านได้ร่วมจัดทำแผนงานพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน	1	1	1	1	ใช้ได้
3. ท่านได้ร่วมจัดประชุมชาวบ้านเพื่อให้ชาวบ้านได้มีโอกาสรับรู้ เสนอ อภิปรายข้อพิจารณาแผนชุมชน	1	1	1	1	ใช้ได้
4. ท่านมั่นสังเกต คน ถึงแวดล้อมในหมู่บ้านเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผน เช่น พฤติกรรมสุขภาพของคนในหมู่บ้าน	1	1	1	1	ใช้ได้
การจัดการงบประมาณ	1	1	1	1	ใช้ได้
5. ท่านได้ร่วมหาทุนเพื่อนำมาพัฒนางานด้านสุขภาพในหมู่บ้าน					
6. ท่านได้ร่วมบริหารจัดการทุนเพื่อการพัฒนาทางด้านสุขภาพในหมู่บ้าน	1	1	1	1	ใช้ได้
7. ท่านจัดทำรายงานผลงาน และการใช้จ่ายงบประมาณ รายงาน เพื่อเสนอหรือชี้แจงต่อคณะกรรมการหมู่บ้าน	1	1	1	1	ใช้ได้
การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ	1	1	1	1	ใช้ได้
8. ท่านได้ร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย					
9. ท่านได้ร่วมตรวจสอบสารปนเปื้อน ในอาหาร เช่น สารกันราในหน่อไม้ดอง	1	1	0	0.6	ใช้ได้
10. ท่านได้ร่วมสำรวจร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในหมู่บ้าน	1	1	1	1	ใช้ได้

รายการขอความคิดเห็น	ความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ (ต่อ)					
11. ท่านได้ชักชวนกลุ่มวัยรุ่นให้เป็นสมาชิก ทูป็นัมเบอร์วันและสนับสนุนให้มีกิจกรรม ทำอย่างต่อเนื่อง	1	1	1	1	ใช้ได้
12. ท่านได้ชักชวนกลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นกลุ่ม หรือชมรมผู้สูงอายุและสนับสนุนให้มีการ ทำกิจกรรมทำอย่างต่อเนื่อง	1	1	1	1	ใช้ได้
13. ท่านได้ร่วมรณรงค์ป้องกันควบคุม โรคไข้เลือดออก	1	1	1	1	ใช้ได้
14. ท่านได้ร่วมรณรงค์ประชาชนให้ได้รับการ คัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	1	1	0	0.6	ใช้ได้
15. ท่านได้ให้ความรู้แก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ ให้สามารถตรวจมะเร็งเต้านมได้	1	1	0	0.6	ใช้ได้
16. ท่านได้ช่วยกันเฝ้าระวังร้านค้าไม่ให้จำหน่าย บุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี	1	1	0	0.6	ใช้ได้
17. ท่านได้ร่วมรณรงค์ตรวจสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปี	1	1	0	0.6	ใช้ได้
18. ท่านได้ร่วมจัดให้มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ชุมชน (ศสมช.) หรือมีสถานที่ / แหล่งใช้ สำหรับจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ	1	1	1	1	ใช้ได้
19. ท่านถ่ายทอดความรู้หรือแจ้งข่าวสาร ด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน	1	1	1	1	ใช้ได้

รายการขอความคิดเห็น	ความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC	แปลผล
	คนที่	คนที่	คนที่		
	1	2	3		
การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม	1	1	1	1	ใช้ได้
21. ท่านร่วมกับคณะกรรมการเก็บข้อมูล กระบวนการการพัฒนาหมู่บ้านจัดการ สุขภาพ 4 ด้าน คือ (1) การจัดทำแผนด้าน สุขภาพ (2) การจัดการงบประมาณ (3) การจัด กิจกรรมด้านสุขภาพ (4) การประเมินผล การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม	1	1	1	1	ใช้ได้
22. ท่านร่วมกับคณะกรรมการวิเคราะห์ข้อมูล การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	1	1	1	1	ใช้ได้
23. ท่านกับคณะกรรมการได้ร่วมกันตัดสิน ผลการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	1	1	1	1	ใช้ได้
24. ท่านร่วมกันกับคณะกรรมการสรุปผลการพัฒนา หมู่บ้านจัดการสุขภาพ	1	1	1	1	ใช้ได้

ข้อที่ปรับตามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ

ข้อความเดิม	ข้อความใหม่
7. ท่านรู้สึกเห็นใจ เข้าใจ เพื่อนบ้านที่ไม่ร่วมกิจกรรมเพราะยังต้องใช้เวลาทำมาหากิน หรือวันนี้อากาศร้อนไป หรือวันนี้ฝนตกมาก	7. ท่านรู้สึกเห็นใจ เข้าใจ เพื่อนบ้านที่ไม่ร่วมกิจกรรมเพราะยังธุระส่วนตัวที่ต้องทำก่อน
9. ท่านได้ร่วมตรวจสอบเบ็ด 6 ชนิด ในอาหาร	9.ท่านได้ร่วมตรวจสอบเบ็ด ในอาหาร เช่น สารกันราในหน่อไม้ดอง
14. ท่านได้ร่วมรณรงค์ประชากรให้ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน	14. ท่านได้ร่วมรณรงค์ประชาชนให้ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน
16. ท่านได้ช่วยกันเฝ้าระวังร้านค้าไม่ให้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี	16. ท่านได้ช่วยกันเฝ้าระวังร้านค้าไม่ให้จำหน่ายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี
17. ท่านได้ร่วมรณรงค์ตรวจสุขภาพเด็กปฐมวัย	17. ท่านได้ร่วมรณรงค์ตรวจสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปี

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางไพบุลย์ อินทมาศ
วัน เดือน ปีเกิด	8 มีนาคม 2504
สถานที่เกิด	อำเภอขามเฒ่าลักษ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร พ.ศ. 2537 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ. 2552
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโค้งไผ่
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโค้งไผ่

