

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร



นางนันทนา เชี่ยวชาญ

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2553

**Factors Related to the Participation on Community-Based Health Promotion
Intervention of Health Volunteers in Sai Mai District, Bangkok**

Mrs. Nantana Chiewchan

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health in Public Health Administration

School of Health Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2010

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร

ชื่อและนามสกุล นางนันทนา เชื้อวชาญ

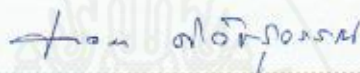
แขนงวิชา บริหารสาธารณสุข

สาขาวิชา สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. เขาวภา คีอิชสุวรรณ

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2554

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ



ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. เขาวภา คีอิชสุวรรณ)



กรรมการ

(อาจารย์ ดร. ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์)



(รองศาสตราจารย์ ดร. จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยการสนับสนุนและช่วยเหลือเป็นอย่างดี
ยิ่ง รศ. ดร. เขียวภา ตี้อัฐสุวรรณ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าให้ความรู้ คำแนะนำ และชี้แนะ
แนวทางในการศึกษา ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณ
อย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงภาวิณี รุ่งทนต์กิจ ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 61
สังวาลย์ ทัศนารมย์ ที่ได้กรุณาให้โอกาสเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ ภาควิชา
อนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คุณมยุรี เถาลัดดา นักวิชาการ
สาธารณสุข 8 ว. ฝ่ายสาธารณสุขมูลฐาน กองส่งเสริมสุขภาพ คุณสุชญา เอื้อชูจิตต์ นักวิชาการ
สาธารณสุข 7 ว. กลุ่มพัฒนาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในการ
ให้คำปรึกษา แนะนำและพิจารณาเครื่องมือวิจัยในการศึกษา ขอขอบคุณ คุณคันสนีย์ รัศมีพยาบาล
วิชาชีพ 7 วช. ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์ สุดสาคร ตู้อินดา คุณบุปผาชาติ ศรีพิบูลย์
พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. ศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ทุ่งสองห้อง คุณเชาวนี เพชระบูรณิน พยาบาล
วิชาชีพ 7 วช. ศูนย์บริการสาธารณสุข 61 สังวาลย์ ทัศนารมย์ และและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการ
สาธารณสุข ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้ เป็นอย่างดียิ่ง

ขอขอบคุณ น.อ.รณชัย เชี่ยวชาญ และสมาชิกครอบครัวทุกคน ผู้เป็นกำลังใจและคอย
ช่วยเหลืออย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อยให้ผู้ศึกษาก้าวผ่านความยากลำบากของการศึกษาจนประสบ
ผลสำเร็จ

นันทนา เชี่ยวชาญ

สิงหาคม 2554

สารบัญ (ต่อ)

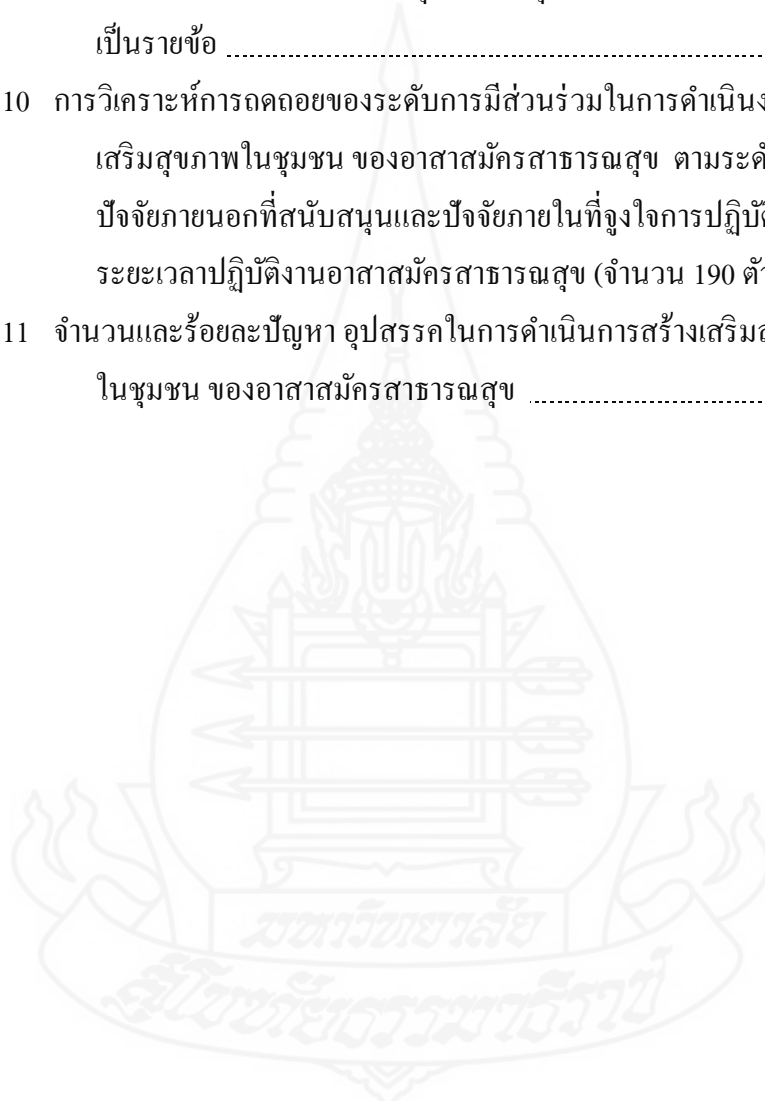
	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา.....	68
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	68
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	72
การเก็บรวบรวมข้อมูล	75
การวิเคราะห์ข้อมูล	75
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุข	77
ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัคร สาธารณสุข	80
องค์ประกอบของปัจจัยการปฏิบัติงาน (ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและ ภายในที่มุ่งใจการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข	85
องค์ประกอบของกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข	94
ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริม สุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข	104
ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข	107
บทที่ 5 สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	113
สรุปการศึกษา	113
อภิปรายผล	119
ข้อเสนอแนะ	124
บรรณานุกรม	127
ภาคผนวก	137
ก เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	138
ข ผลลัพธ์การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis).....	151
ค ผลลัพธ์การวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis).....	167
ประวัติผู้ศึกษา	181

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1	เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างนิยามสุขภาพในแนวใหม่และแนวดั้งเดิม 17
ตารางที่ 2.2	ตารางสรุปทฤษฎีสองปัจจัยของเฮิร์ชเบิร์ก 58
ตารางที่ 4.1	การแจกแจงข้อมูลลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของ อาสาสมัครสาธารณสุข 78
ตารางที่ 4.2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของความรู้ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน โดยรวม และรายด้าน 81
ตารางที่ 4.3	จำนวน และร้อยละ ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับ การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนเป็นรายข้อในแต่ละด้าน และการแปลผล 82
ตารางที่ 4.4	การไหลตองค์ประกอบที่หมุนแบบเฉียงของข้อความเกี่ยวกับปัจจัยภายนอก ที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุข จำนวน 21 ข้อ 86
ตารางที่ 4.5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของระดับการรับรู้ถึง ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยภาพรวม และรายองค์ประกอบ 88
ตารางที่ 4.6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของระดับการรับรู้ถึง ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นรายข้อ 89
ตารางที่ 4.7	การไหลตองค์ประกอบที่หมุนแบบเฉียงของข้อความเกี่ยวกับกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของ อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 32 ข้อ 95
ตารางที่ 4.8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของระดับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยภาพรวม และรายองค์ประกอบ 98

สารบัญตาราง (ต่อ)

		หน้า
ตารางที่ 4.9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของระดับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นรายข้อ	99
ตารางที่ 4.10	การวิเคราะห์การถดถอยของระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้าง เสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ตามระดับการรับรู้ ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน และ ระยะเวลาปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข (จำนวน 190 ตัวอย่าง).....	106
ตารางที่ 4.11	จำนวนและร้อยละปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข	108



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1	กรอบแนวคิดการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร	8
ภาพที่ 2.1	บันไดของการมีส่วนร่วม (Participation Ladder) 8 ขั้น ของอาร์นสไตน์	30
ภาพที่ 2.2	เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow กับทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอริชเบิร์ก	59
ภาพที่ 5.1	ข้อค้นพบเกี่ยวกับองค์ประกอบของปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน และองค์ประกอบของกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข.....	123



ชื่อการศึกษา คั่นคว่าอิสระ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร

ผู้ศึกษา นางนันทนา เชี่ยวชาญ รหัสนักศึกษา 2525000572 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) **อาจารย์ที่ปรึกษา** รองศาสตราจารย์ ดร. เขาวภา ตีอัสสุวรรณ **ปีการศึกษา** 2553

บทคัดย่อ

การศึกษารูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม (2) ระดับความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ (3) องค์ประกอบและระดับของปัจจัยสนับสนุนและจูงใจการปฏิบัติงาน (4) องค์ประกอบและระดับของกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน (5) ตัวแปรทำนายระดับการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน และ (6) ปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติงานของ อสส.

ประชากรที่ศึกษาคือ อสส. ในเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร 347 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีกำหนดสัดส่วนให้ได้ อสส. จำนวน 190 คน กระจายครอบคลุม 74 ชุมชน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม 5 ฉบับสำหรับสอบถาม ข้อมูลลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน (มีความเที่ยง = 0.743) ปัจจัยสนับสนุนและจูงใจการปฏิบัติงาน (มีความเที่ยง = 0.902) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน (มีความเที่ยง = 0.945) และปัญหา/อุปสรรคของ อสส. เก็บข้อมูลโดยการทอแบบสอบถาม การตอบกลับ ร้อยละ 100 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ปัจจัย และการวิเคราะห์การถดถอยพหุ

ผลการศึกษาพบว่า (1) อสส. ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง อายุเฉลี่ย 58.59 ปี จบประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ เป็นแม่บ้าน รายได้ต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท ปฏิบัติงาน อสส. นานเฉลี่ย 6.96 ปี ประมาณครึ่งหนึ่งมีตำแหน่งทางสังคม (2) อสส. มีความรู้ที่ถูกต้องโดยภาพรวมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับดีมาก (3) มี 3 องค์ประกอบของปัจจัยภายนอกที่สนับสนุน และมี 3 องค์ประกอบของปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน โดยภาพรวมและรายปัจจัย อยู่ในระดับค่อนข้างมาก (4) มี 6 องค์ประกอบของกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมโดยภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก (5) มี 3 ตัวแปรทำนายของระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ อสส. คือ ระดับการรับรู้ปัจจัยภายในที่จูงใจ และระดับการรับรู้ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน และระยะเวลาปฏิบัติงาน อสส. และ (6) อสส. ร้อยละ 13.1 ระบุประชากร และกรรมการชุมชน ไม่ให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ อสส.

คำสำคัญ ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุน ปัจจัยภายในที่จูงใจ การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การศึกษา	6
คำถามการศึกษา	7
กรอบแนวคิดการศึกษา	7
ขอบเขตของการศึกษา	9
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
ประโยชน์ที่ได้รับ	12
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	14
แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ	14
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน	25
แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน และการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน กรุงเทพมหานคร	32
นโยบายการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของ อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร	45
แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน	48
แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน	50
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ	51
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	61

สารบัญ (ต่อ)

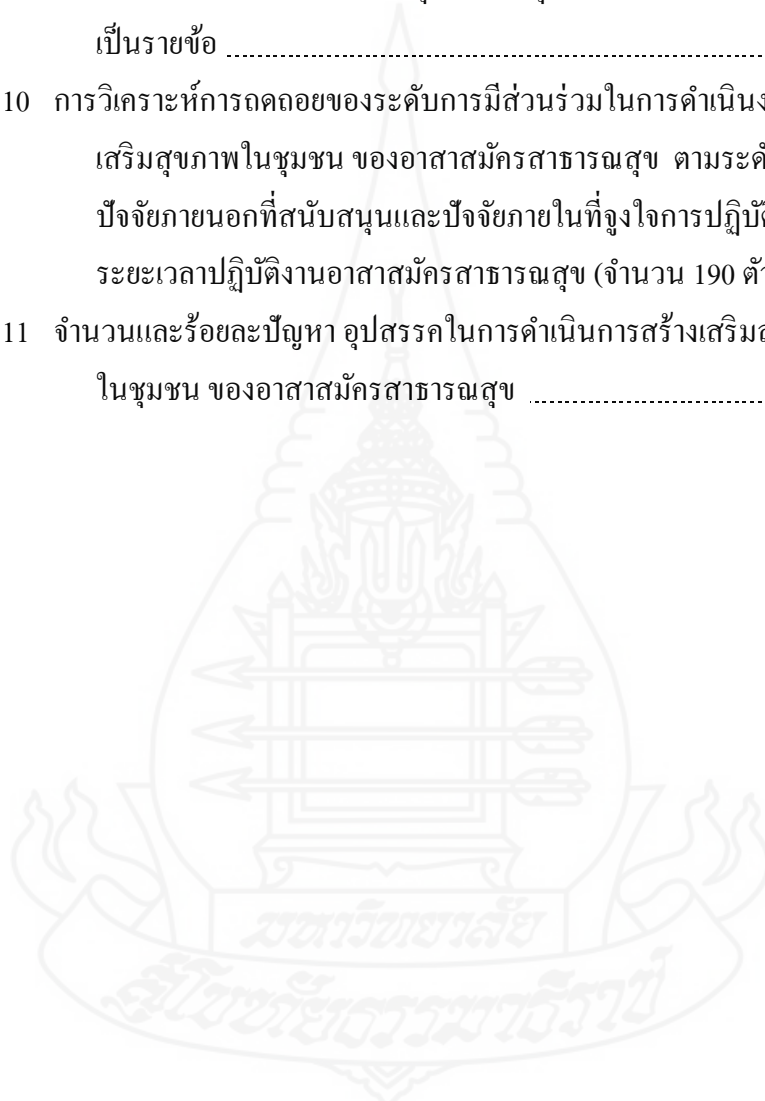
	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา.....	68
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	68
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	72
การเก็บรวบรวมข้อมูล	75
การวิเคราะห์ข้อมูล	75
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุข	77
ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัคร สาธารณสุข	80
องค์ประกอบของปัจจัยการปฏิบัติงาน (ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและ ภายในที่มุ่งใจการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข	85
องค์ประกอบของกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข	94
ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริม สุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข	104
ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข	107
บทที่ 5 สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	113
สรุปการศึกษา	113
อภิปรายผล	119
ข้อเสนอแนะ	124
บรรณานุกรม	127
ภาคผนวก	137
ก เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	138
ข ผลลัพธ์การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis).....	151
ค ผลลัพธ์การวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis).....	167
ประวัติผู้ศึกษา	181

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1	เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างนิยามสุขภาพในแนวใหม่และแนวดั้งเดิม 17
ตารางที่ 2.2	ตารางสรุปทฤษฎีสองปัจจัยของเฮิร์ชเบิร์ก 58
ตารางที่ 4.1	การแจกแจงข้อมูลลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของ อาสาสมัครสาธารณสุข 78
ตารางที่ 4.2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของความรู้ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน โดยรวม และรายด้าน 81
ตารางที่ 4.3	จำนวน และร้อยละ ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับ การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนเป็นรายข้อในแต่ละด้าน และการแปลผล 82
ตารางที่ 4.4	การไหลตองค์ประกอบที่หมุนแบบเฉียงของข้อความเกี่ยวกับปัจจัยภายนอก ที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุข จำนวน 21 ข้อ 86
ตารางที่ 4.5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของระดับการรับรู้ถึง ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยภาพรวม และรายองค์ประกอบ 88
ตารางที่ 4.6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของระดับการรับรู้ถึง ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นรายข้อ 89
ตารางที่ 4.7	การไหลตองค์ประกอบที่หมุนแบบเฉียงของข้อความเกี่ยวกับกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของ อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 32 ข้อ 95
ตารางที่ 4.8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของระดับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยภาพรวม และรายองค์ประกอบ 98

สารบัญตาราง (ต่อ)

		หน้า
ตารางที่ 4.9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของระดับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นรายข้อ	99
ตารางที่ 4.10	การวิเคราะห์การถดถอยของระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้าง เสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ตามระดับการรับรู้ ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน และ ระยะเวลาปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข (จำนวน 190 ตัวอย่าง).....	106
ตารางที่ 4.11	จำนวนและร้อยละปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข	108



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1	กรอบแนวคิดการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร	8
ภาพที่ 2.1	บันไดของการมีส่วนร่วม (Participation Ladder) 8 ขั้น ของอาร์นสไตน์	30
ภาพที่ 2.2	เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow กับทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอริชเบิร์ก	59
ภาพที่ 5.1	ข้อค้นพบเกี่ยวกับองค์ประกอบของปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน และองค์ประกอบของกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข.....	123



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาสังคมด้านการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบันคำว่า “สุขภาพ” มิได้หมายเพียงแต่การไม่มีโรคเท่านั้น แต่หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ และเชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางสังคม และจิตวิญญาณ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ 2545: 4) องค์การอนามัยโลกตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างสุขภาพของประชากรโลก และได้ประกาศ “กฎบัตรออตตาวา” (The OTTAWA Charter) ซึ่งถือว่าเป็นคัมภีร์ของการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่สะท้อนแนวคิดและนิยามใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพว่า คือ กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง โดยมีวิธีการที่สำคัญ 5 ประการคือ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ จะต้องมีเงื่อนไขพื้นฐานของการมีสุขภาพดี ได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา รายได้ ระบบนิเวศที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความเป็นธรรมและความเท่าเทียม (World Health Organization, 1986: 3 และหทัย ชิตานนท์ 2541: 5) ซึ่งประเทศต่าง ๆ ได้นำไปพัฒนา และปรับให้เข้ากับความเป็นจริงของท้องถิ่น และสอดคล้องกับความเป็นไปได้ของแต่ละประเทศ โดยคำนึงถึงระบบสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน

ในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้มีความพยายามที่จะเน้นงานสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคตาม “กฎบัตรออตตาวา” โดยเฉพาะอย่างยิ่งยุคที่งานสาธารณสุขมูลฐานมีฐานะเป็นนโยบายที่สำคัญของประเทศ รัฐบาลได้พยายามผลักดันนโยบายและการดำเนินการต่างๆ เพื่อสร้างความเข้มแข็งภาคประชาชนจนประสบผลสำเร็จและมีความคืบหน้าไปมาก ดังจะเห็นได้จากการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ที่สำคัญคือ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การออกพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พ.ศ.2543 พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544 การรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทย ภายใต้กลยุทธ์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” (Empowerment for Health) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรู้และทักษะที่

จำเป็นด้านสุขภาพจนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ รวมทั้งเกิดการรวมตัวจัดตั้งกลุ่ม หรือชมรมสร้างสุขภาพ เพื่อเป็นกลไก ขับเคลื่อน และแลกเปลี่ยนกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยการส่งเสริม สนับสนุนจากหน่วยงาน องค์กร ภาครัฐ เครือข่ายทุกภาคส่วน ภายใต้แนวคิด “ใช้พื้นที่เป็นฐาน บูรณาการทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการเรียนรู้วิถีชุมชน” ให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ มีการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดแผนการสร้างสุขภาพที่มีจุดมุ่งหมายให้ประชาชนมีการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การบริโภคอาหารสะอาด ปลอดภัย ให้คุณค่า การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันยาเสพติด การปลอดโรค และการดูแลสิ่งแวดล้อม ซึ่งประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้โดยถือว่า สุขภาพเป็นเรื่องของประชาชนทุกคน และเพื่อประชาชนทุกคน (All for health and health for all) ทั้งหมดจะทำให้ระบบเน้นที่การ “สร้าง” สุขภาพมากกว่าการ “ซ่อม” สุขภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2547: 11)

สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 - 10 นั้น มีสาระที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และสนับสนุนด้านการงบประมาณการคลังและทรัพยากร ที่มีการให้ความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งให้ภาคประชาชนร่วมสร้างมาตรการทางสังคม ให้มีกลไกการจัดการระบบสุขภาพชุมชน พัฒนาระบบเฝ้าระวังของชุมชน โดยเชื่อมกับระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและทุนอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2553: คำนำ) ในวันที่ 29 ธันวาคม 2551 รัฐบาลได้แถลงนโยบายด้านสาธารณสุขต่อรัฐสภาในการปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น โดยการยกระดับความสามารถของสถานอนามัยเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งนับเป็นนวัตกรรมของการเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการที่เล็กที่สุดของกระทรวงสาธารณสุข และนับเป็นนวัตกรรมบริการเชิงรุกบนพื้นฐานแนวคิดสำคัญที่จะคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่ควรได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมและเสมอภาค โดยมุ่งให้ประชาชนพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ ด้วยการสร้างสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อย่างเข้าถึง ต่อเนื่อง เชื่อมโยง ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม ยึดชุมชนเป็นฐาน ใช้บ้านเป็นเรือนส่งเสริมสุขภาพ และเรือนดูแลรักษาเมื่อยามเจ็บป่วย (Home ward) ภายใต้การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม มีความยืดหยุ่น คล่องตัว ยั่งยืน เป็นธรรม มีประสิทธิภาพ เป็นระบบที่ชุมชนสนับสนุน กำกับดูแล และรู้สึกเป็นเจ้าของ เพื่อมุ่งสู่การที่จะทำให้เกิดสุขภาวะกับการลดปัญหาสุขภาพและปัจจัยทางสังคม (Social Determinant of Health; SDH)

การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของชุมชน ท้องถิ่น ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีจุดหมายปลายทางคือ “การสร้างโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ของกลุ่มเป้าหมาย” หัวใจของความสำเร้จ (Critical Success Factor; CSF) ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ มาตรการทางสังคมของชุมชน และชุมชนมีระบบเฝ้าระวังของชุมชนเพื่อแก้ปัญหาที่ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านสุขภาพและสังคม ด้วยการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map; SRM) เป็นเครื่องมือในการบริหารการเปลี่ยนแปลงในทุกระดับ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2553: 1-6) ทั้งนี้ ในทศวรรษที่ 4 ของงานสาธารณสุขมูลฐานในช่วงปี 2552–2562 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เป็นทศวรรษแห่งการสร้างนวัตกรรมเพื่อสุขภาพชุมชนโดยชุมชน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จะเป็นกลไกสำคัญร่วมขับเคลื่อนงานเชิงรุกในพื้นที่ในการพัฒนา โดยมุ่งเน้นบทบาทในการสื่อสารสุขภาพ การบริหารจัดการสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2553: 3) จึงอาจกล่าวได้ว่า บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขในทศวรรษจากนี้ไปนับวันจะทวีความเข้มแข็งมากขึ้น จากการให้บริการใน 14 องค์ประกอบ เป็นผู้นำในการสร้างสุขภาพเชิงรุก เป็นนักพัฒนา นักวิเคราะห์ และวางแผนงานสุขภาพชุมชนได้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิต พร้อมกับเป็นศูนย์กลางในการบูรณาการงานพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐ และกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อพาชุมชนไปสู่เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน

กรุงเทพมหานคร ในฐานะเมืองหลวงของประเทศ และเป็นศูนย์กลางของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีความเจริญก้าวหน้าในด้านเศรษฐกิจ ระบบขนส่งมวลชน สภาพแวดล้อมทางสังคมมีความหลากหลาย มีประชากรอยู่หนาแน่น และมีการเคลื่อนย้ายของประชากรอยู่ตลอดเวลา ทำให้ปัจจัยกำหนดสุขภาพมีความซับซ้อนหลากหลาย (Multiple Determinants) วิถีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมกรบริโภค ซึ่งถือเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพ ที่ทำให้อัตราการเกิดโรคที่ป้องกันได้มีแนวโน้มสูงขึ้นจากเดิม (สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร 2552: 21) สอดคล้องกับผลการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนในชุมชนทั่วไปและชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร ในปี 2551 ซึ่งพบว่า ประชาชนทุกกลุ่มวัยของกรุงเทพมหานคร โดยรวม มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 24.16 โรคที่สำคัญ 5 อันดับแรกของประชาชนในกรุงเทพมหานคร คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 10.41) เบาหวาน (ร้อยละ 5.63) ภูมิแพ้ (ร้อยละ 2.32) โรคระบบกล้ามเนื้อรวม โครงสร้างยึดเสริม (ร้อยละ 2.30) และโรคหัวใจ (ร้อยละ 2.22) ปัญหาสุขภาพที่พบมีความเด่นชัดและยืนยันแบบแผนของโรคที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของประชาชนในกรุงเทพมหานคร (ฉวีวรรณ บุญสุยา และคณะ 2551: บทสรุปสำหรับผู้บริหาร)

สถานการณ์ด้านสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานคร ได้รับความใส่ใจและมีความตื่นตัวมากกว่าเดิม สืบเนื่องจากการที่รัฐบาลมีนโยบายพัฒนาสุขภาพของประชาชน และการใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ทุกคนมีสุขภาพดี และสามารถเข้าถึงบริการด้าน

สุขภาพได้อย่างทั่วถึงตามความจำเป็น โดยมีสำนักอนามัย ทำหน้าที่พัฒนางานด้านสาธารณสุขของ กรุงเทพมหานครเพื่อสนองตอบความต้องการ ทั้งในระดับภาพรวมและระดับพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ภายใต้วิสัยทัศน์การพัฒนา (Vision) “ ประชาชนมีสุขภาพดี ใส่ใจสุขภาพ เข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีและเครือข่าย (Accomplishing health for people and city)” เพื่อบรรลุเป้าประสงค์ประชาชนแข็งแรง (Healthy Citizen) ชุมชนแข็งแรง (Healthy Community)มหานครที่แข็งแรง (Healthy Metropolis) (กองพัฒนาระบบสาธารณสุข 2551: 5-6) ซึ่งสำนักอนามัย ได้พัฒนางานสาธารณสุขแบบองค์รวม ประกอบกับบูรณาการงานสาธารณสุขมูลฐาน เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการดูแลให้บริการเชิงรุกด้านสุขภาพในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมดำเนินการระดับพื้นที่ (Area Based) ในแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Total Development for Sustainability) สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ตระหนักถึงสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่มีอุบัติการณ์ของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และเล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาพฤติกรรมของประชาชนเพื่อลดปัญหาสุขภาพข้างต้น ดังนั้น ในปี 2552 จึงได้ดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ อาทิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุข ในการใช้กระบวนการทางสุศึกษาเพื่อจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยและอย่างทั่วถึง สนองความต้องการของประชาชนและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้อย่างตรงประเด็น (ฉัชชา ประภายนต์ 2553: 1-5)

ศูนย์บริการสาธารณสุข 61 สังกัด สำนักอนามัย รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชากรในพื้นที่เขตสายไหม ในอาณาเขต 36.7 ตารางกิโลเมตร มีชุมชนจัดตั้ง 69 ชุมชน และชุมชนไม่จัดตั้ง 99 ชุมชน จำนวนประชากร 183,278 คน มีอาสาสมัครสาธารณสุข 347 คน สถานการณ์ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เขตสายไหม จากการสำรวจข้อมูลสุขภาพครอบครัว จำนวน 106,579 คน พบว่า มีประชากรกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 1.89 กลุ่มป่วย ร้อยละ 5.47 ประชากรกลุ่มที่ป่วย พบว่า มีสาเหตุมาจากโรคที่สำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.17 โรคเบาหวาน ร้อยละ 25.87 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 10.63 โรคหัวใจ ร้อยละ 9.49 และโรคทางเดินหายใจและอื่นๆ ร้อยละ 7.84 ประชาชนเริ่มมีปัญหาสุขภาพอย่างเห็นได้ชัดเมื่ออายุ 35 ปี ต่อจากนั้นสัดส่วนของการมีปัญหาสุขภาพก็จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ กลุ่มโรคความดันโลหิต คอเลสเตอรอล หัวใจ และโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจนเมื่ออายุ 45 ปี ความครอบคลุมของการฝากครรภ์ ร้อยละ 93.55 หญิงหลังคลอดรับบริการตรวจหลังคลอดภายใน 45 วัน ร้อยละ 84.62 ในภาพรวมเด็กอายุ 0-6 ปี ได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 89.31 หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปเคยได้รับการ

ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้งในระยะเวลา 3 ปี ร้อยละ 25.74 และไม่เคยตรวจในระยะเวลา 3 ปี ร้อยละ 48.64 ด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง เป็นประจำทุกเดือน ร้อยละ 25.55 เคยตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 15.57 และไม่เคยตรวจ ร้อยละ 25.41 ในส่วนการคุมกำเนิด หญิงอายุ 15-44 ปี ที่ยังอยู่กินกับสามี ภาพโดยรวมมีการคุมกำเนิด ร้อยละ 63.4 ด้านการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมในการสร้างสุขภาพในรูปกลุ่ม หรือชมรมสร้างสุขภาพ ยังไม่สามารถดำเนินการครอบคลุมได้ทุกหมู่บ้านหรือทุกชุมชน อีกทั้งการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพนั้นๆ ส่วนใหญ่ยังไม่มีความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอ ด้านปัญหาสุขภาพในระดับชุมชนในปัจจุบันมีความซับซ้อน เช่น ปัญหาเสพติด ชุมชนมีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้สภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัต

การแก้ไขปัญหาและการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากการทำงานที่มีประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแล้ว ยังต้องอาศัยความร่วมมือในทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชน เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน ซึ่งการดำเนินการในชุมชนต้องอาศัยการสร้างกระแสของชุมชนและการผลักดันทางสังคม เพิ่มการมีส่วนร่วมภาคประชาชนให้ชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ที่มีความสำคัญทั้งในบทบาทเป็นผู้นำด้านสุขภาพ ผู้สื่อสาร ผู้ประสานความร่วมมือร่วมกับผู้นำชุมชน องค์กรต่างๆ และเจ้าหน้าที่ในการบูรณาการความคิด แผนงานสุขภาพ และการกระทำที่เป็นรูปธรรมอันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและวิถีชีวิตชุมชน (กองส่งเสริมสุขภาพสำนักอนามัย 2547: 23) ซึ่งในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในการสร้างเสริมสุขภาพในเขตสายไหมยังไม่ประสบผลสำเร็จมากเท่าที่ควร ดังจะเห็นได้จากที่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายบางส่วนยังไม่สามารถเข้ารับบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานตามความจำเป็นได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้งในระยะเวลา 3 ปี การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม การคุมกำเนิด และการมีส่วนร่วมภาคประชาชนยังไม่เข้มแข็งขาดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อแนวคิดและหลักการสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างแจ่มชัด พบว่า การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพประสบผลสำเร็จลุล่วงได้ผลดีในระดับหนึ่ง แต่ขาดความต่อเนื่องและยั่งยืน รวมทั้งยังไม่ครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่

ผู้ศึกษาตระหนักว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาสังคมด้านสุขภาพ กอปรกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลให้บริการเชิงรุกด้านสุขภาพในชุมชน จะช่วยให้การส่งเสริมวิถีการดำเนินชีวิตที่ก่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีเป็นไปอย่างกว้างขวางและทั่วถึง

ตามความจำเป็น อีกทั้งเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเพิ่มความตระหนักของชุมชนในเรื่องสุขภาพและมีผลให้เรื่องสุขภาพเป็นประเด็นที่ผู้นำชุมชนและประชาชนต้องให้ความสำคัญ (Community's Agenda) ตื่นตัว เร่งคิด ร่วมทำ ร่วมพัฒนาแผนงานสุขภาพชุมชน ให้ตอบสนองต่อความต้องการภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในแต่ละชุมชนหรือท้องถิ่นของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร ทั้งปัจจัยลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ปัจจัยความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยการปฏิบัติงาน และปัจจัยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และตัวแปรที่สามารถทำนายระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฯ รวมทั้งปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานฯ ทั้งนี้ เพื่อนำเสนอผลการศึกษาต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการปรับปรุงและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพด้วยความเชื่อมั่นในความรู้ความสามารถของตน และสร้างบรรยากาศในชุมชนที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน

2. วัตถุประสงค์การศึกษา

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อระบุปัจจัยที่สามารถพัฒนาระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุข

2.2.2 เพื่อศึกษาระดับความรู้ ส่วนขาดของความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน และลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความรู้ไม่ถูกต้อง

2.2.3 เพื่อศึกษาองค์ประกอบของปัจจัยการปฏิบัติงาน (ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน) และระดับการสนับสนุนและจูงใจการปฏิบัติงาน ตามการรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข

2.2.4 เพื่อศึกษาองค์ประกอบของกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และระดับของการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ตามการรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข

2.2.5 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา กับการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข

2.2.6 เพื่อศึกษาปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข

3. คำถามการศึกษา

1. อาสาสมัครสาธารณสุข เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร มีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม เป็นอย่างไร

2. อาสาสมัครสาธารณสุข เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร มีความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ในระดับใด มีส่วนขาดของความรู้ในเรื่องใดบ้าง และอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความรู้ไม่ถูกต้องนั้น มีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม เป็นอย่างไร

3. ปัจจัยอะไรบ้างที่สนับสนุนการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขรับรู้ถึงการสนับสนุนการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนในระดับใด

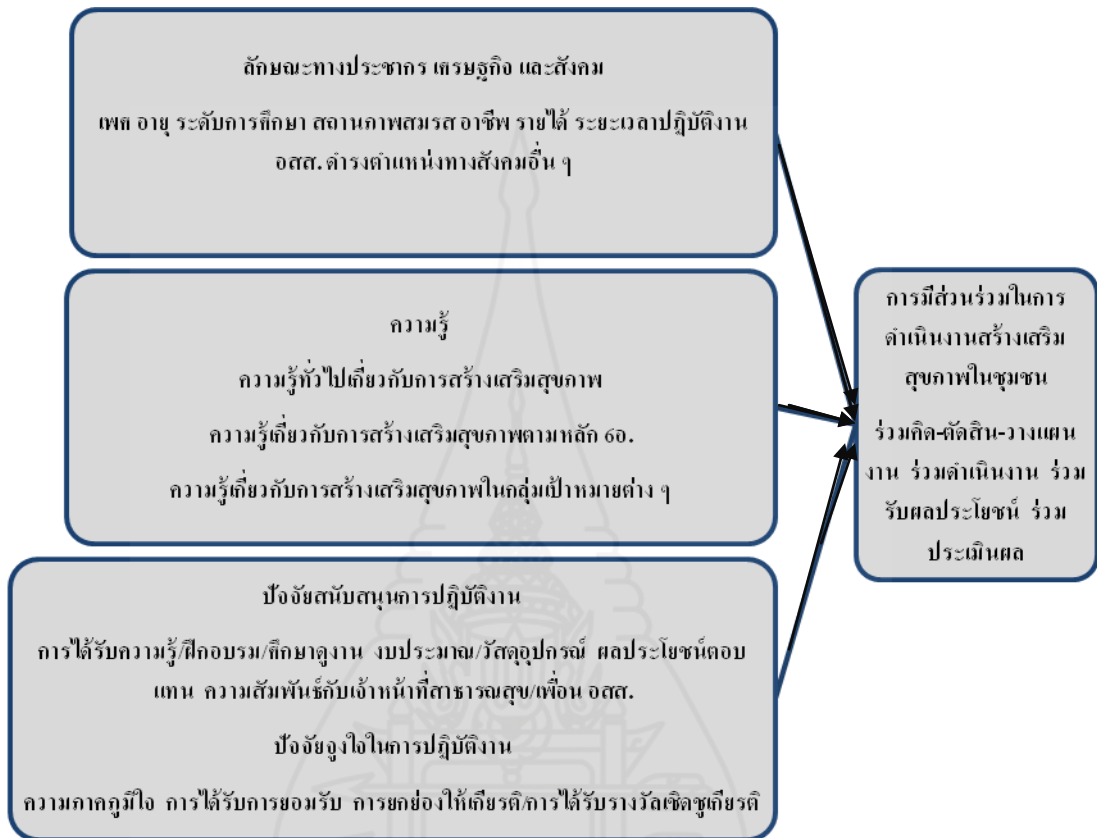
4. ปัจจัยอะไรบ้างที่จูงใจการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขรับรู้ถึงการจูงใจในการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนในระดับใด

5. กิจกรรมอะไรบ้างที่อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุขรับรู้ถึงการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนในระดับใด

6. ตัวแปรใดบ้างที่อธิบายการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข

7. อาสาสมัครสาธารณสุขมีปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะอะไรบ้างในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

4. กรอบแนวคิดการศึกษา



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร

ปัจจัยที่มีส่วนร่วม แบ่งเป็น ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ และการเป็นสมาชิกกลุ่ม ปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ การติดต่อสื่อสารทั้งมวลชนและส่วนบุคคล ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ได้แก่ สิ่งจูงใจ โอกาส และอำนาจ เป็นต้น (ชูเกียรติ เปี่ยมศรี 2543)

เงื่อนไขการมีส่วนร่วม มีอย่างน้อย 3 ประการ คือ ประชาชนต้องมีอิสรภาพที่จะเข้าร่วม (Freedom to Participation) ประชาชนต้องสามารถที่จะมีส่วนร่วม (Ability to Participation) และ ประชาชนต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม (Willingness to Participation) (นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ 2527) ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมขึ้นอยู่กับเงื่อนไข ดังนี้

- 1) ประชาชนต้องมีเวลาที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรม การมีส่วนร่วมไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ฉุกเฉิน
 - 2) ประชาชนต้องไม่เสียค่าใช้จ่ายในการมีส่วนร่วมมากเกินไปจนกว่าผลตอบแทนที่จะได้รับ
 - 3) ประชาชนต้องมีความสนใจที่สัมพันธ์สอดคล้องกับการมีส่วนร่วมนั้น
 - 4) ประชาชนต้องสามารถสื่อสารรู้เรื่องกันทุกฝ่าย
 - 5) ประชาชนต้องไม่รู้สึกระทอบกระเทือนจากการมีส่วนร่วมนั้น
- การมีส่วนร่วมของประชาชน ถือว่าเป็นหลักการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน เป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาในด้านต่างๆ เป็นทางเลือกที่จะช่วยให้ชุมชนพึ่งตนเองได้

5. ขอบเขตของการศึกษา

5.1 อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนในการศึกษานี้ ได้รับการอบรมความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ซึ่งจัดโดยศูนย์บริการสาธารณสุข 61 สังกวาลย์ ทัศนารมย์ และเคยมีเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ เป็นพี่เลี้ยงในการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

5.2 การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ของศูนย์บริการสาธารณสุข 61 สังกวาลย์ ทัศนารมย์ มีวัตถุประสงค์ เป้าหมาย กลวิธี และวิธีการดำเนินการ ตามแผนงาน โครงการ เป็นอย่างเดียวกันในทุกพื้นที่

5.3 ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 61 สังกวาลย์ ทัศนารมย์ คล้ายคลึงกัน หรือไม่แตกต่างกันจนมีนัยสำคัญ

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 อาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง ประชาชนในชุมชนที่อาสาสมัครเข้ามาเป็นตัวแทนในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยผ่านการคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขและผ่านการฝึกอบรมพื้นฐานตามหลักสูตรของกองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย

กรุงเทพมหานคร และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร โดยมีบทบาทหน้าที่ในงานสาธารณสุขมูลฐานตามที่กรุงเทพมหานครกำหนด ปฏิบัติงานในชุมชนมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี (นับถึงวันเก็บข้อมูล)

6.2 ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม หมายถึง เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข ตำแหน่งทางสังคม

6.2.1 เพศ หมายถึง เพศหญิง เพศชาย

6.2.2 อายุ หมายถึง อายุ นับเป็นปีบริบูรณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน สาธารณสุขมูลฐานนับถึงวันเก็บข้อมูล

6.2.3 สถานภาพสมรส หมายถึง การมีคู่สมรสและอยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา ของบุคคล แบ่งเป็นสถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย/หย่า/แยก

6.2.4 การศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของอาสาสมัครสาธารณสุข แบ่งเป็น ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรี และอื่นๆ

6.2.5 อาชีพ หมายถึง การประกอบกิจกรรมที่ทำให้เกิดรายได้สูงสุดเพื่อการเลี้ยงชีพในรอบปีที่ผ่านมา

6.2.6 รายได้ หมายถึง ผลตอบแทนที่ได้รับจากการประกอบอาชีพในรูปแบบตัวเงิน ของทุกคน มีหน่วยเป็นบาท โดยยังไม่ได้หักค่าใช้จ่าย และคิดค่าเฉลี่ยต่อเดือน

6.2.7 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง ช่วงเวลาตั้งแต่เริ่ม เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (หลังจากอบรมหลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุข) จนถึงวันที่ผู้วิจัย เก็บข้อมูล นับเป็นปี

6.2.8 ตำแหน่งทางสังคม หมายถึง การดำรงตำแหน่งหน้าที่ทางสังคมที่ช่วยเหลือ ในชุมชน เช่น ประธานชุมชน กรรมการชุมชน กรรมการกองทุนหมู่บ้าน อาสาสมัครป้องกันภัย พลดรเรือน ตำรวจบ้าน กรรมการชมรมต่างๆ กรรมการเครือข่ายอาสาสมัคร กรรมการออมทรัพย์ชุมชน เป็นต้น

6.3 ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ

6.3.1 หลัก 6 อ. หมายถึง สารความรู้ที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับจากศูนย์ บริการสาธารณสุข เพื่อใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ โรคภัย อายุมุม และอนามัยสิ่งแวดล้อม

6.3.2 แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเป้าหมายต่างๆ หมายถึง สาระความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลสุขภาพหรือแนวปฏิบัติการให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพประชากรในชุมชนตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มหญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด ทารกแรกเกิด-5 ปี วัยแรงงาน-หญิงวัยเจริญพันธุ์ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ-ผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มในศาสนสถาน

6.4 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน หมายถึง สิ่งต่างๆ หรือสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงานได้ด้วยความมั่นใจและเต็มใจปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ได้แก่

6.4.1 ได้รับการความรู้/ฝึกอบรม/ศึกษาดูงาน หมายถึง การได้รับการอบรมความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ/หรือการได้ไปศึกษาดูงานการสร้างเสริมสุขภาพที่หน่วยงานอื่น และการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

6.4.2 งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ สื่อสุขภาพต่างๆ หมายถึง เงินสนับสนุนการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน วัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับการสนับสนุนจาก กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร หรือองค์กรอื่นบริจาคให้ เช่น เอกสาร แผ่นพับ โปสเตอร์ ป้ายผ้าประชาสัมพันธ์ คู่มือเรื่องต่างๆ เสื้อ หมวก กระเป๋า เป็นต้น

6.4.3 สวัสดิการ หมายถึง สวัสดิการที่ได้รับเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจาก กรุงเทพมหานคร เช่น รักษาพยาบาลฟรีที่ศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัด กรุงเทพมหานครเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขเจ็บป่วย

6.4.4 ค่าตอบแทน หมายถึง ค่าป่วยการที่ได้รับจากรัฐบาลเดือนละ 600 บาท

6.4.5 ผลประโยชน์ตอบแทน หมายถึง สิ่งต่างๆที่ได้รับอันเนื่องมาจากการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ได้แก่ ค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน เบี้ยเลี้ยงเงินเพิ่มพิเศษของขวัญ เป็นต้น

6.4.6 ความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง การเป็นมิตร ใกล้ชิด สนับสนุน เป็นกันเองกับเจ้าหน้าที่ บุคลากรสาธารณสุข ได้รับความสะดวก รวดเร็ว กระตือรือร้นในการให้บริการ ให้การช่วยเหลือ ให้กำลังใจและรับฟังข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะของอส. อย่างดี

6.4.7 ความสัมพันธ์กับเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง การเป็นมิตร ใกล้ชิด สนับสนุน เป็นกันเอง ให้การช่วยเหลือ ให้กำลังใจและรับฟังข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะของกันและกันระหว่าง อส. เป็นอย่างดี

6.5 ปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน หมายถึง แรงกระตุ้นหรือพลังภายในที่ผลักดันให้เกิดพฤติกรรมต่างๆให้อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ได้แก่

6.5.1 ความภาคภูมิใจ หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถปฏิบัติงานได้ตามที่ได้รับมอบหมายเป็นผลสำเร็จ จึงเกิดความภาคภูมิใจและพอใจ รวมทั้งปลาบปลื้มในผลสำเร็จนั้น ทำให้รู้สึกคุณค่าแห่งตน ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและพัฒนางานให้ดียิ่งๆ ขึ้น

6.5.2 การได้รับการยอมรับนับถือ หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับความเชื่อถือ และการนับถือในความรู้ ความสามารถของตนจากบุคคลต่างๆ เช่น ประชาชน เพื่อน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน แกนนำเครือข่ายชุมชน ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

6.5.3 การยกย่องให้เกียรติ/การได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติ หมายถึง การได้รับคำชื่นชม ยกย่องชมเชยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเพื่อนร่วมงาน และประชาชนในชุมชนด้านการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือการได้รับรางวัล ได้รับเข็มเชิดชูเกียรติ เกียรติบัตร การได้รับคัดเลือกให้เป็นตัวแทน อสส. ระดับหน่วยงานทั้งจาก สำนักงานมัย และหน่วยงานต่างๆ

6.6 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องหรือร่วมในการปฏิบัติงาน เพื่อดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือทุกขั้นตอนตามแนวคิดของโคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1997: 6 อ้างถึงใน บุญเทียม อังสวัสดิ์ 2542: 18) ประกอบด้วย

6.6.1 การมีส่วนร่วมตัดสินใจ (Decision-Making) ซึ่งอาจเป็นการตัดสินใจตั้งแต่ในระยะเริ่มการตัดสินใจในช่วงของกิจกรรม และการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม

6.6.2 การมีส่วนร่วมดำเนินงาน (Implementation) อาจเป็นไปในรูปของการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหารและการร่วมมือ รวมทั้งการเข้าร่วมในการร่วมแรงร่วมใจ

6.6.3 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ (Benefits) ซึ่งอาจเป็นผลประโยชน์ทางวัตถุทางสังคม หรือโดยส่วนตัว

6.6.4 การมีส่วนร่วมประเมินผล (Evaluation) ซึ่งนับเป็นการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป

7. ประโยชน์ที่ได้รับ

7.1 หน่วยงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข 61 ตำบลยี่หุบ ได้ประเด็นสำคัญสำหรับการพัฒนาความรู้ เพิ่มพูนปัจจัยภายนอกที่สนับสนุน และปัจจัยภายในที่มุ่งใจการปฏิบัติงาน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงานสร้าง

เสริมสุขภาพในชุมชนด้วยความเชื่อมั่นและมีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

7.2 อาสาสมัครสาธารณสุขได้มีโอกาสทบทวนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพตามแบบสอบถาม และทราบส่วนขาดในความรู้ของตน

7.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีโอกาสทบทวนการปฏิบัติของตนในฐานะพี่เลี้ยงและผู้นิเทศการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้บังเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร ได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 8 ส่วน ดังนี้

1. แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน
3. แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานและการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

กรุงเทพมหานคร

4. นโยบายการมีส่วนร่วมในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

5. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน
6. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน
7. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกกล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต และสังคม โดยมีได้หมายเพียงแต่การไม่มีโรคเท่านั้น เช่นเดียวกับนิยามของ พระราชบัญญัติปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติที่ให้ความหมายของสุขภาพ ว่าหมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ และเชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวม สมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคมและจิตวิญญาณ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ 2545: 4) นิยามใหม่นี้ทำให้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพกินความกว้างขวางขึ้น กล่าวคือ สุขภาพเป็นเรื่องขององค์รวม เป็นพหุสาขา มีตัวกำหนดสุขภาพที่หลากหลาย (Multiples determinants) และเริ่มต้นจากมุมมองสุขภาพที่เป็นด้านบวก มากกว่าด้านลบ

ประเทศแคนาดา นับเป็นประเทศที่ได้เริ่มบุกเบิกตั้งกรอบแนวคิด กลยุทธ์ และปฏิบัติการในการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ โดยมุ่งเน้นมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อมจนเป็นที่ยอมรับ

ขององค์การอนามัยโลกและวงการด้านสุขภาพทั่วโลก นำไปสู่การจัดประชุมนานาชาติ 38 ประเทศ และการประกาศ “กฎบัตรออตตาวา” (The OTTAWA Charter) ครั้งแรกของโลกเมื่อ พ.ศ.2529 ซึ่งถือว่าเป็นคัมภีร์ของการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่นานาอารยประเทศต่างได้ดำเนินการพัฒนาและปรับให้เข้ากับความต้องการของท้องถิ่น โดยคำนึง ถึงระบบสังคม วัฒนธรรม การเมืองและเศรษฐกิจที่แตกต่างกันเพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นไปได้ของแต่ละประเทศ

1.1 แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

จากการประชุมวิชาการเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งแรกในปี 2529 ที่กรุงออตตาวา ได้สะท้อนแนวคิดการสาธารณสุขแนวใหม่ โดยเฉพาะนิยามใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ ไว้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO 1986 อ้างถึงใน สมัย จันทวิมล 2541: 57) ให้คำจำกัดความว่า การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ในการที่จะบรรลุสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคนจะต้องมีความสามารถที่จะบ่งบอก และตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเองที่จะตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ของตนเองและสามารถที่จะปรับเปลี่ยนหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม

หทัย ชิตานนท์ (2541: 1) กล่าวว่า กฎบัตรออตตาวาบัญญัติว่า การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองในการบรรลุซึ่งสภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอก และตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเองและสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ สุขภาพจึงถูกมองว่าเป็นทรัพยากรสำหรับชีวิตประจำวัน มิใช่เป้าหมายของการดำรงชีวิต สุขภาพเป็นคำที่มีความหมายเชิงบวก ซึ่งเน้นในเรื่องทรัพยากรบุคคล รวมทั้งสมรรถนะของร่างกาย ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพจึงมิใช่อยู่ในความรับผิดชอบของภาคสุขภาพ (Health sector) เท่านั้น แต่ออกไปนอกวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี (Healthy lifestyles) จนถึงความรู้สึกสุขสบาย (Well-being) ด้วย

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541: 17) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นการพัฒนาการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ที่เน้นการกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งเป็นกระบวนการทางสังคมและการเมืองที่ครอบคลุมกิจกรรมต่างๆ ทั้งในระดับที่มุ่งเพิ่มทักษะความสามารถในด้านต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล ไปถึงกิจกรรมระดับชุมชน และระดับการรวมพลังทางสังคม เพื่อเปลี่ยน

แปลงสภาวะแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยในการกำหนดสุขภาพของ คนในสังคม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน และการเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชน และ พัฒนาแบบแผนความร่วมมือในการดำเนินงานด้านต่าง ๆ ในลักษณะของหุ้นส่วน หรือภาคีที่มีส่วน ร่วมรับผิดชอบอย่างเสมอภาคและสมานฉันท์

เพนเดอร์ (Pender 1996) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่ยกระดับและเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคลให้มีความ เป็นอยู่ที่ดี (well-being) และมีผลกระทบโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความผาสุก เพื่อนำไปสู่สุขภาพดี ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (Healthy People) โดยเน้นพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพดี

พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ พ.ศ.2542 และ พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544 กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพ คือ การใดๆที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาพทางกาย จิต และสังคม โดยสนับสนุน พฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อม ที่จะนำไปสู่การมีร่างกายแข็งแรง สภาพจิตที่ สมบูรณ์ อายุยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดี

กองสุศึกษา (2546: 12) อธิบายความหมายของการสร้างสุขภาพว่า เป็นกระบวนการ เพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นในการที่จะ บรรลุสุขภาพที่สมบูรณ์ที่ร่างกาย จิตใจ และสังคม บังเอิญบุคคลหรือกลุ่มคนจะต้องสามารถที่จะ บ่งบอก และตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเองที่จะสนองความต้องการต่างๆ และ สามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม โดยมีความเชื่อมโยงถึงบุคคล ครอบครัว บ้าน ชุมชน โรงเรียน พยาบาล สถานที่ทำงาน สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม การเมือง กฎหมาย และระบบ บริการสังคม อันจะนำไปสู่การบริการเพื่อให้ประชาชนทุกคน ทุกกลุ่มอายุ มีสุขภาพดี

ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย (2546: 2) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการ ส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง รวมทั้งสรุปเสนอ ข้อคิดเห็นไว้ดัง ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างนิยามของการสร้างเสริมสุขภาพใน แนวใหม่ และแนวดั้งเดิม โดยการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่เน้นการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเมือง และถือเป็นวิธีการเบื้องต้นในการสร้าง เงื่อนไขที่เอื้อต่อสุขภาพ ข้อถกเถียงพื้นฐาน คือบุคคลไม่สามารถมีสุขภาพที่ดีได้ใน สังคมที่มีสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ (A person cannot be healthy in an unhealthy environment) ดังนั้น บทบาทของนักสร้างเสริมสุขภาพจึงต้องทำทั้งสอง อย่าง ซึ่งเป็นงานที่ทำทนาย เพราะนักส่งเสริมสุขภาพจะเคยชินกับการทำ หนดกิจกรรมเพื่อ การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับปัจเจก แต่เมื่อต้องก้าวไปอีกขั้นหนึ่งหมายถึงว่า นักสร้างเสริม

สุขภาพจะต้องเผชิญหน้ากับโครงสร้างทางการเมืองหรือสถาบัน/องค์กรต่างๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางนโยบาย และเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยให้นักสร้างเสริมสุขภาพบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้คือ "การชี้แนะสาธารณะผ่านสื่อ" (Media advocacy)

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างนิยามสุขภาพในแนวใหม่ และแนวดั้งเดิม

สุขภาพแนวใหม่	สุขภาพแนวดั้งเดิม
- เน้นประเด็นทางสังคมและการเมือง	- เน้นปัญหาและพฤติกรรมส่วนบุคคล
- เน้นบทบาทของเงื่อนไขทางสังคม	- เน้นบทบาทของความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง
- ให้ความสำคัญต่อการพัฒนานโยบาย	- ให้ความสำคัญต่อระบบบริการทาง การแพทย์และสาธารณสุข
- สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	- ตัวกำหนดโรค (determinants of diseases)
- การวางแผนแบบสหสาขา	- การวางแผนของภาคสุขภาพเท่านั้น
- การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนของ สังคมในการกำหนดปัญหา	- จำกัดผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา
- สังคมสามารถตรวจสอบได้	- เป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคล
- การชี้แนะสาธารณะและการออก กฎหมาย	- การให้การศึกษาและการรักษาพยาบาล

ที่มา: ลักษณ์ เต็มศิริกุลชัย (2546)

สรุปได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการพัฒนาทักษะ ความสามารถในการควบคุมดูแลกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคล เพื่อพัฒนาสุขภาพของบุคคลให้ดีขึ้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวก ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือปรับวิถีการดำเนินชีวิตตนเองให้เข้ากับสถานะเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม ทั้งยังช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคล กลุ่ม องค์กรชุมชนในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ ดังประกาศในกฎบัตรออกตาวา "Health promotion is the process of enabling people to control over, and to improve, their health." อีกทั้งเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม และความเข้มแข็งของชุมชน ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพจะให้ความสำคัญกับกลุ่มคนสุขภาพดีทั่วไป เพื่อส่งเสริมให้สุขภาพสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและป้องกันไม่ให้เกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม รวมทั้งลดภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ การค้นหาโรคระยะเริ่มแรก และการพัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและ

กลุ่มผู้พิการให้สามารถดูแลตนเองและอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข

1.2 หลักการของการสร้างเสริมสุขภาพ

หลักการของการสร้างเสริมสุขภาพ (Wallack and Dorfman 1996: 293-317)

มีประเด็นสำคัญ ดังนี้

1.2.1 สุขภาพ คือ สุขภาวะทั้งทางกาย จิต และสังคม

1.2.2 สุขภาพสัมพันธ์กับเงื่อนไขด้านบวกของสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การมีที่อยู่อาศัย การมีงาน การเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน

1.2.3 ธรรมชาติและคุณภาพของเงื่อนไขต่างๆ เหล่านี้ เป็นสิ่งที่สามารถควบคุมได้

1.2.4 วิธีการควบคุมที่สำคัญ คือ การมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง การวางแผนแบบสหสาขา และการมีความมุ่งมั่นทางการเมือง (Political will)

1.2.5 กิจกรรมโครงการ (Intervention) จะต้องกระทำทั้งในระดับชุมชนและนโยบาย ชุมชนมิได้หมายถึงผลรวมของประชาชนในชุมชนนั้นๆ เท่านั้น แต่หมายถึง โยงใยของเครือข่ายระหว่างประชาชนและสถาบันต่างๆ ที่ทำให้ชุมชนอยู่ร่วมกันได้

1.3 กลยุทธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ

ในกฎบัตรออกตาวา กล่าวถึง สาระสำคัญของกลยุทธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการ ไว้ดังนี้ (สมัย จันทวิมล 2541: 56-62 และ หทัย ชิตานนท์ 2541: 5)

1.3.1 การให้การศึกษาและข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขแก่สาธารณะ (Public Information and Education) นับเป็นกลยุทธ์พื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพ โดยอาจทำได้โดยผ่านสื่อต่างๆ ซึ่งมีหลากหลายประเภทในยุคข้อมูลข่าวสารปัจจุบันนี้ และมีบทบาทที่สำคัญในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ โดยส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในความสัมพันธ์กับระบบสุขภาพ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น การให้ข่าวสารเป็นการ์ตูนในหนังสือพิมพ์

1.3.2 การชี้นำด้านสุขภาพ (Advocacy) งานสร้างเสริมสุขภาพ มีเป้าหมายที่จะทำให้ปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และชีววิทยา ที่มีผลต่อสุขภาพเป็นผลดี โดยการชี้นำเรื่องสุขภาพ

1.3.3 การตลาดสังคม (Social marketing) นำหลักการตลาดมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อส่งสื่อไปยังกลุ่มเป้าหมาย ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เกิดบรรทัดฐานใหม่ทางสังคม (Social norm) เช่น การไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ การวางแผนครอบครัว และการใช้เกลือไอโอดีนของกรมอนามัย

1.3.4 การทำให้มีความสามารถ (Enable) การกระทำเพื่อสร้างเสริมสุขภาพมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดข้อแตกต่างทางสภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และสร้างความมั่นใจว่าทุกคนมีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ ที่เท่าเทียมกันเพื่อเพิ่มความสามารถของทุกคนให้บรรลุถึงศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพ มีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่เขาจะทำได้ ซึ่งรวมถึงการมีรากฐานที่มั่นคง ภายใต้อุปสรรคที่เอื้ออำนวย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทักษะการดำรงชีวิตและการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ถูกต้องเหมาะสม

1.3.5 การไกล่เกลี่ย (Mediating) การสร้างเสริมสุขภาพ อาจจะทำให้เกิดความขัดแย้ง กับผู้ที่มีผลประโยชน์หรือระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคม การไกล่เกลี่ยจะเป็นการช่วยประสานประโยชน์ ของกลุ่มต่างๆ ในสังคม เพื่อจุดมุ่งหมายในการส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทในการประสาน ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน เจ้าหน้าที่ของท้องถิ่น ภาคอุตสาหกรรม สื่อมวลชน สังคม ให้เข้าใจ และตระหนักว่าสุขภาพมิได้เกิดจากภาคสุขภาพ แต่เพียงฝ่ายเดียว แต่จะเกิดได้ จากความร่วมมือกันจากทุกฝ่าย และสุขภาพเป็นทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต

1.4 วิธีการปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพ (Method of Health Promotion)

ตามกฎบัตรออตตาวา ได้จำแนกวิธีการปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพ เป็น 5 ประเภท

1.4.1 การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Building Healthy Public Policy)
นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพนั้น เป็นเรื่องของการมองแบบองค์รวมในการกำหนดนโยบายใดๆ ของภาคต่างๆ ในสังคม จึงต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพที่จะเกิดจากการกำหนดนโยบายนั้นด้วย นโยบายสร้างเสริมสุขภาพต้องกำหนดวิธีการที่หลากหลายแต่สอดคล้องและสนับสนุนกันโดยอาศัยมาตรการสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ (1) วิธีทางนิติบัญญัติ (2) มาตรการทางการเงิน (3) มาตรการทางภาษี และ (4) การปรับเปลี่ยนองค์กร นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพนี้ ต้องการแสวงหาอุปสรรคในองค์กรภาคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่องค์กรภาคสุขภาพ(Non-health sectors) และวิธีการที่จะจัดอุปสรรคเหล่านี้ ส่วนการประสานกิจกรรมที่จะนำไปสู่สภาวะสุขภาพต้องเสริมสร้างความเสมอภาคให้ประชาชนมากขึ้นด้วย

1.4.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment)
สุขภาพมิอาจแยกออกจากโยงใยที่ตัดขาดไม่ได้ระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อม จึงเป็นรากฐานสำคัญในการคิดค้นหาวิถีทางสังคมและนิเวศวิทยาเพื่อพัฒนาสุขภาพ หลักการที่จะชี้แนะในภาพรวมต่อโลก ประเทศต่าง ๆ ตลอดจนชุมชนต่างๆ ในแนวทางเดียวกัน คือความจำเป็นในการส่งเสริมงานอนุรักษ์ระหว่างกันและกัน ทั้งชุมชนและธรรมชาติของเรา และตอกย้ำว่าการอนุรักษ์ธรรมชาติทั่วโลกเป็นภาระหน้าที่ของประชาคมโลก การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำรงชีวิต การทำงาน และการ

พักผ่อน มีผลกระทบต่อสุขภาพ งานส่งเสริมสุขภาพช่วยเสริมสร้างเงื่อนไขต่าง ๆ ทางด้านการดำรงชีวิตและการทำงานที่มีความปลอดภัย โดยวิธีที่สังคมร่วมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

1.4.3 การเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง (Strength Community Action) การทำให้ชุมชนเข้มแข็ง ได้แก่ การทำให้ชุมชนสามารถมีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้เอง โดยตัดสินใจเลือกปัญหาที่จะแก้ไขก่อนหลังเอง กำหนดวิธีการเอง ดำเนินการเอง ภายใต้การจัดการที่ดีมีกลุ่มช่วยตัวเอง และพัฒนาระบบของชุมชนให้มีประสิทธิภาพ หัวใจของขบวนการนี้คือการเพิ่มอำนาจให้ชุมชน ให้มีความเป็นเจ้าของ การพัฒนาชุมชนเป็นการดึงเอาทรัพยากรบุคคลและวัตถุในชุมชนมาเสริมการพึ่งพาตนเองและการสนับสนุนทางสังคม การให้สาธารณะมีส่วนร่วมและการชี้แนะในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ นั่นคือรัฐอาจสนับสนุนในเรื่องของงบประมาณ ให้คำปรึกษาทางวิชาการ

1.4.4 พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Person Skills) การสร้างเสริมสุขภาพสนับสนุนการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และสังคม โดยการให้ข้อมูล การให้การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อเตรียมตัวเองสำหรับช่วงต่างๆ และเพื่อเผชิญกับโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนมีทางเลือก ในการควบคุมสุขภาพตนเอง และสิ่งแวดล้อม วิธีการให้ข้อมูล และการศึกษา อาจผ่านระบบโรงเรียน บ้าน ที่ทำงาน ชุมชน ร่วมดำเนินการ โดยผ่านองค์กรทางการศึกษาสายอาชีพ การพาณิชย์ และอาสาสมัคร

1.4.5 การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) บทบาทขององค์กรสุขภาพต้องปรับเปลี่ยนไปในทิศทางของการสร้างเสริมสุขภาพ มากกว่าการบริการตรวจรักษาแต่เพียงด้านเดียว ให้ตอบสนองต่อความต้องการ และสอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชน เพื่อให้มีชีวิตที่สุขภาพดีขึ้น การปรับบริการสาธารณสุขจำต้องมีรากฐานความใส่ใจในเรื่องการวิจัยด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงการศึกษาและฝึกอบรมในวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานดังกล่าวนี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเจตคติและการจัดบริการสาธารณสุขซึ่งจะเน้นการมองความต้องการเบื้องต้นของปัจเจกบุคคล เป็นองค์รวม

1.5 แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในสหัสวรรษใหม่: ยุคศตวรรษที่ 21 จากการจัดการประชุมการสร้างเสริมสุขภาพโดยองค์การอนามัยโลก ที่นครจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย ในปี พ.ศ. 2540 โดยมีหัวข้อ “New Players for a New Era: Leading Health Promotion into the 21 Century” หมายถึง ผู้เล่นยุคใหม่ที่จะนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพยุคศตวรรษที่ 21 จะสำเร็จได้ จำเป็นจะต้องสร้างภาคีเครือข่ายจากภาคต่างๆ ต้องแสวงหา “ผู้เล่นใหม่” ทั้งนี้ เกิดจากสาเหตุสำคัญ คือ ตัวกำหนด (Determinants) ของสุขภาพ ได้มีเพิ่มมากขึ้นในโลก ซึ่งเนื่องมาจากมีความ

ซับซ้อนหลากหลายของสภาพแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ และระบบนิเวศ องค์การอนามัยโลกได้สรุปว่า “ผู้เล่นใหม่” ของการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

1.5.1 องค์การภาครัฐ จะไม่ใช่บทบาทผู้นำในงานนี้ แต่จะเป็น“หุ้นส่วน” เท่านั้น

1.5.2 องค์การที่ไม่ใช่รัฐ (NGOs) จะเป็น“ผู้เล่น” ที่สำคัญในกระบวนการพัฒนาสุขภาพ และจะเป็นผู้แทนสำคัญของประชาสังคม (Civil society) มีบทบาทเด่นในการชี้นำหรือชี้แนะสาธารณะและบทบาทในการสร้างเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและการปฏิบัติการร่วมกัน

1.5.3 ภาคเอกชน ที่จะมีพลังที่เข้มแข็งในตลาดการสร้างเสริมสุขภาพ มี 3 กลุ่มคือ อุตสาหกรรมสื่อ/ คมนาคม/ข้อมูลข่าวสาร อุตสาหกรรมด้านผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ อาหาร เครื่องดื่ม การบันเทิง การท่องเที่ยว ฯลฯ และอุตสาหกรรมบริการสุขภาพภาคเอกชนที่มีมากขึ้น

1.5.4 ชุมชนดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ “ผู้เล่น” พัฒนาองค์ความรู้รูปแบบต่างๆ

1.5.5 องค์การส่วนท้องถิ่น มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคนและสภาพแวดล้อม โดยประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

ในปี พ.ศ.2543 มีการจัดการประชุมการสร้างเสริมสุขภาพโดยองค์การอนามัยโลกที่ประเทศเม็กซิโก โดยมีสาระการปิดช่องว่างของความไม่เท่าเทียมกันของประชาชน

ปี พ.ศ.2548 ในการจัดการประชุมการสร้างเสริมสุขภาพ ณ ประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลก กล่าวถึง กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพยุคโลกาภิวัตน์ และมาตรการที่มีประสิทธิผล และการทำให้ประชากรโลกมีสุขภาพดีขึ้น โดยต้องอาศัยการดำเนินการทางการเมืองที่เข้มแข็ง การออกระเบียบ กฎ และกฎหมาย เพื่อให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองจากอันตราย และมีโอกาสที่จะมีสุขภาพดีเท่าเทียมกัน การลงทุนเพื่อการพัฒนานโยบายที่ยั่งยืนและการจัดโครงสร้างพื้นฐานที่จะจัดการกับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดด้านสุขภาพ การสร้างศักยภาพเพื่อการพัฒนานโยบาย สร้างภาวะผู้นำ พัฒนาทักษะสร้างเสริมสุขภาพ การถ่ายทอดความรู้ และศึกษาวิจัย ตลอดจนมีความแตกฉานด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง การสร้างภาคีเครือข่าย และพันธมิตรทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม องค์การระหว่างประเทศ เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน รวมทั้งการชี้นำเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งบนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนและภราดรภาพ ทั้งนี้ได้มีพันธสัญญาหลัก 4 ประการ คือ ให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาระดับโลก เป็นความรับผิดชอบหลักของรัฐบาล เป็นเป้าหมายสำคัญของชุมชนและประชาสังคม และเป็นข้อกำหนดหนึ่งของการดำเนินธุรกิจที่ดี

ปี พ.ศ.2552 การประชุมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลก ณ ประเทศเคนย่า โดยมีสาระสำคัญในประเด็นเน้นการพัฒนาทักษะทางสังคมที่บุคคลแสดงให้เห็น ศักยภาพในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ การผลักดันให้ชุมชนพึ่งตนเอง สร้างภาคีเครือข่ายในกลุ่มคนที่มีความสนใจเหมือนกัน ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ลดช่องว่างความไม่เท่าเทียม การทบทวนการสาธารณสุขมูลฐาน การเพิ่มความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของประชาชนและ เพิ่มศักยภาพประเทศ ในการนำยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติ

โดยสรุป จากแนวคิด กลยุทธ์ และการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ ดังกล่าว พบปัจจัยสำคัญที่ทำให้กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพประสบผลสำเร็จ และเกิดการพัฒนายั่งยืน ส่งผลให้ประชากรมีสุขภาพดีขึ้น โดยอาศัยการดำเนินการที่เข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางของประชาชนในการคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจเลือก และกำหนดแนวทางตามศักยภาพของตนเอง รวมทั้งการสร้างภาคีเครือข่ายจากภาคต่างๆ ทั้งนี้ คนทุกคน และชุมชนจะต้องได้รับการพัฒนาให้เป็นคนสามารถคิด วิเคราะห์ เลือก ตัดสินใจ และลงมือทำเอง โดยการสนับสนุนชี้นำ (Advocate) และการสนับสนุนทางสังคมเสริมสร้างพลัง (Empower) เพิ่มความสามารถ (Enable) โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชน

1.6 นโยบายการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย

ภายหลังที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศ “กฎบัตรรอดตาย” ให้ประเทศสมาชิกใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการนั้น ประเทศไทยได้ดำเนินการพัฒนาและปรับระบบงานสร้างเสริมสุขภาพให้มีความสอดคล้องกับบริบทความเป็นไปได้ของประเทศ โดยคำนึงถึงระบบการเมือง สภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และความต้องการของท้องถิ่น เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนภายในปี 2543 (Health for All By the Year 2000) แต่กลับพบว่า ระบบสุขภาพของประเทศไทยที่ผ่านมายังไม่ตอบสนองต่อการสร้างสุขภาพของคนไทยโดยรวมอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นระบบ “ซ่อมสุขภาพ” มากกว่า “สร้างสุขภาพ”

รัฐบาลได้ผลักดันนโยบายและการดำเนินการต่างๆ เพื่อสร้างความเข้มแข็งภาคประชาชนจนประสบผลสำเร็จและมีความคืบหน้าไปมาก ดังจะเห็นได้จากการสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ ซึ่งได้มีการผนึกกำลังระหว่างภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน โดยยึดหลักการเสริมสร้างศักยภาพ และความเข้มแข็งภาคประชาชนในชุมชน และสร้างสำนึกความเป็นเจ้าของ สำนึกต่อส่วนรวม และความร่วมมือ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รองรับ การดำเนินงานให้ยั่งยืนที่ยึดหลักการ “การสร้างสุขภาพ” นำ “การซ่อมสุขภาพ” สอดคล้องกับ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ที่มีเจตนารมณ์ว่าด้วย สุขภาพดีเป็นสิทธิของทุกคน

คนไทยทุกคนต้องได้รับโอกาสและมีความเสมอภาคเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการได้รับบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานเช่นเดียวกัน โดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม และทุกคนมีหน้าที่และมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ ในเวลาต่อมารัฐบาลได้ดำเนินการออกพระราชกฤษฎีกา จัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พ.ศ.2543 และพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ใน พ.ศ.2544 รวมทั้งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2546

การสร้างสุขภาพ เป็นหัวใจสำคัญของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐบาลได้ประกาศแผนการสร้างสุขภาพขึ้นในวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2545 ให้ปี 2545-2547 เป็น “ปีแห่งการณรงค์ สร้างสุขภาพทั่วไทย” โดยดำเนินการภายใต้กลยุทธ์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุ ทุกหมู่เหล่า มีการเรียนรู้ มีทักษะที่จำเป็นด้านสุขภาพ จนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ โดยการมีส่วนร่วมจากหน่วยงาน องค์กร ภาคี เครือข่ายทุกภาคส่วน ในการส่งเสริมให้ภาคประชาชนมีบทบาทในการสร้างสุขภาพมากขึ้น ภายใต้แนวคิด “ใช้พื้นที่เป็นฐาน บูรณาการทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการเรียนรู้ สุวิถีชุมชน” และกำหนดกรอบการณรงค์ “5 อ” ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม และโรคภัย (ขงยุทธ chnikul 2550: 2) โดยมีจุดมุ่งหมายให้ประชาชนมีการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลอนามัยชุมชน และพฤติกรรมการดูแลส่งเสริมให้คนไทยปลอดโรค เป็นต้น

ในปี 2546-2549 การดำเนินงานการณรงค์สร้างสุขภาพนั้น สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย มีบทบาทสำคัญในการสร้างสุขภาพ ซึ่งจะต้องดำเนินการให้ประชาชนในความรับผิดชอบมีสุขภาพดีทั้งในขณะเจ็บป่วย และป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย ดังนั้น แผนการดำเนินการสร้างสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานีอนามัย จะต้องมีการแก้ปัญหาในภาวะเจ็บป่วย และแผนการสร้างสุขภาพประชาชนที่มีสุขภาพดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัยทุกแห่งจะต้องไปดำเนินการให้มีชมรมสร้างสุขภาพ และสนับสนุนให้ชมรมสร้างสุขภาพจัดกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพ และการถ่ายทอดความรู้และภูมิปัญญาซึ่งกันและกันภายในชุมชนของตนเอง โดยศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัยทำหน้าที่สนับสนุนให้มีชมรมสร้างสุขภาพครอบคลุมทุกเทศบาล ทุกหมู่บ้าน และทุกชุมชน อีกทั้งส่งเสริมพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพให้มีศักยภาพในการจัดการเรียนรู้ด้านสุขภาพ พึ่งตนเอง และสามารถถ่ายทอดให้กับเครือข่ายอื่นในชุมชนได้ การดำเนินการ โดยประสานงานกับองค์กรภาคี เครือข่ายท้องถิ่น ซึ่งเน้นกิจกรรมสร้างสุขภาพตามนโยบาย 5 อ. ส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพดี คือ

1. ส่งเสริมให้คนไทย “ออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ”
2. ส่งเสริมให้คนไทย “บริโภคอาหารที่สะอาด ปลอดภัย ให้คุณค่า”
3. ส่งเสริมให้คนไทย “อารมณ์ดี” เพื่อสุขภาพจิตที่ดีและแจ่มใส
4. ส่งเสริมให้เกิด “อนามัยชุมชน” เพื่อความสะอาด ปลอดภัยของที่อยู่อาศัย
5. ส่งเสริมให้คนไทย ปลอดภัยโรค “อโรคยา” โดยเฉพาะโรคที่ทำให้คนไทยตาย

ลำดับแรก ๆ คือ มะเร็ง หัวใจ หลอดเลือด และเบาหวาน

ต่อมาใน ปี พ.ศ.2548 ได้เพิ่มเป็น “6 อ” ตามนโยบายของรัฐบาล คือ อบายมุข (กระทรวงสาธารณสุข 2548: 3)

สำหรับในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) ได้กล่าวถึง สรุปผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ว่า ระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้นมาก อันเนื่องมาจากการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การมีหลักประกันสุขภาพ ที่มีการปรับปรุงทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ โดยครอบคลุมคนส่วนใหญ่ของประเทศ (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554: ความนำ) ซึ่งในระยะแผนฯ 10 นี้ ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพคน ให้คนไทยทุกคนได้รับการพัฒนาทั้งทางร่างกาย จิตใจ ความรู้ ความสามารถ ทักษะการประกอบอาชีพ และมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้กับตนเอง ที่จะนำไปสู่ความเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชน และสังคมไทย ควบคู่กับลดอัตราเพิ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ใน 5 อันดับแรก คือ หัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง และลดรายจ่ายด้านสุขภาพของบุคคลลงในระยะยาว (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554: ๖) อีกทั้งกล่าวถึงสาระที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและสนับสนุนงบประมาณ การคลัง และทรัพยากรที่มีการให้ความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งให้ภาคประชาชนร่วมสร้างมาตรการทางสังคม ให้มีกลไกการจัดการระบบสุขภาพ ชุมชน พัฒนาระบบเฝ้าระวังของชุมชน โดยเชื่อมกับระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและทุนอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2553: คำนำ)

ในวันที่ 29 ธันวาคม 2551 รัฐบาลได้แถลงนโยบายด้านสาธารณสุขต่อรัฐสภาในการปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น โดยการยกระดับความสามารถของสถานอนามัยเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งนับเป็นนวัตกรรมของการเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการที่เล็กที่สุดของกระทรวงสาธารณสุข และนับเป็นนวัตกรรมบริการเชิงรุกบนพื้นฐานแนวคิดสำคัญ โดยมุ่งให้ประชาชนพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ ด้วยการสร้างสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อย่างเข้าถึง ต่อเนื่อง เชื่อมโยง ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม

ยึดชุมชนเป็นฐาน ใช้บ้านเป็นเรือนส่งเสริมสุขภาพ และเรือนดูแลรักษาเมื่อยามเจ็บป่วย ภายใต้การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม เป็นระบบที่ชุมชนสนับสนุน กำกับดูแล และรู้สึกเป็นเจ้าของ เพื่อมุ่งสู่การที่จะทำให้เกิดสุขภาพะกับการลดปัญหาสุขภาพและปัจจัยทางสังคม

โดยสรุป ในปัจจุบันประเทศไทยดำเนินการพัฒนาสุขภาพด้วยยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ บทบาทภาครัฐและเอกชน เป็นสิ่งสำคัญที่จะสนองตอบต่อบทบาทและความต้องการของประชาชน กล่าวคือ บุคลากรสาธารณสุขทุกคนต้องสร้างกระบวนการของประชาชน ซึ่งจะเป็นโอกาสของการสร้างบทบาทประชาชน ทั้งนี้ ภาครัฐต้องปรับเจตคติ ปรับบทบาทให้ตอบสนองต่อภาคีและภาคประชาชน ให้งานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค สู่ความสำเร็จ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2553: 4-5)

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

2.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

มีผู้ให้ความหมายและนิยามของการมีส่วนร่วม ไว้หลากหลาย ดังนี้
 ทนงศักดิ์ คุ่มไชนะ และคณะ (2534: 76) ให้ความเห็นว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น หมายถึง การที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ในลักษณะของการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมติดตามประเมินผล เป็นกระบวนการที่กลุ่มเป้าหมายได้รับโอกาสและใช้โอกาสที่ได้รับ แสดงออกซึ่งความรู้สึกร่วมคิด แก้ไขปัญหาความต้องการของตน โดยการช่วยเหลือของหน่วยงานภายนอกน้อยที่สุด

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2546: 198-199) ได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมว่า มี 2 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนา โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยโครงการพัฒนาดังกล่าวจะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

2. การมีส่วนร่วมในนัยทางการเมือง ซึ่งแบ่งออกเป็นอีก 2 ประเภท คือ

- 1) การส่งเสริมสิทธิและพลังอำนาจของพลเมืองโดยประชาชน หรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการ เพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่ม ควบคุมการใช้และ

และกระจายทรัพยากรของชุมชน อันจะก่อให้เกิดกระบวนการและโครงสร้างที่ประชาชนในชนบทสามารถแสดงออกซึ่งความสามารถของตนและได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา

2) การเปลี่ยนแปลงกลไกการพัฒนาโดยรัฐ มาเป็นการพัฒนาที่ประชาชนมีบทบาทหลัก โดยการกระจายอำนาจในการวางแผนจากส่วนกลางมาเป็นส่วนภูมิภาค เพื่อให้ภูมิภาคมีลักษณะเป็นเอกเทศ ให้มีอำนาจทางการเมือง การบริหาร มีอำนาจต่อการจัดการทรัพยากรอยู่ในมาตรฐานเดียวกัน โดยประชาชนสามารถตรวจสอบได้ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการคืนอำนาจ (Empowerment) ในการพัฒนาให้แก่ประชาชนให้มีส่วนร่วมในการกำหนดอนาคตของตนเอง ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงการพัฒนาที่เท่าเทียมกันของชายและหญิง (Gender) ในการดำเนินงานพัฒนาด้วย

ชินรัตน์ สมสืบ (2547: 254) ให้ความเห็นว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น หมายถึง การให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจในกระบวนการดำเนิน โครงการที่มีผลกระทบต่อประชาชนในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวางแผน การดำเนินงาน การใช้ประโยชน์ และการประเมินผล

เพียงจันทร์ เสวตศรีสกุล (2547: 195) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนาจะทำให้ประชาชนสามารถแสดงศักยภาพที่มีอยู่และช่วยให้ได้หนทางแก้ปัญหาเชิงนวัตกรรมที่เหมาะสมกับปัญหาของชุมชนได้มากกว่าการให้บุคคลภายนอกเข้ามาช่วยแก้ปัญหา นอกจากนี้ ยิ่งฐานการมีส่วนร่วมของประชาชนกว้างขวางมากขึ้นเท่าใด จะทำให้อิทธิพลของประชาชนต่อการกำหนดนโยบายและแผนมีมากขึ้น แผนที่น่าเสนอจะเป็นทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และแผนดังกล่าวจะได้รับการสนับสนุนจากมหาชน

โดยสรุป การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นการที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งในลักษณะของการร่วมกันคิดค้นหาปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมการตัดสินใจ ร่วมระดม ทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมติดตามประเมินผล เป็นกระบวนการที่กลุ่มเป้าหมาย แสดงออกซึ่งความรู้สึกร่วมกันคิดแก้ไขปัญหาความต้องการของตน

2.2 ลักษณะการมีส่วนร่วม

แคร์รี่ (Cary 1976 อ้างถึงใน สัมฤทธิ์ ทำเหล็กเจริญ 2546: 24) แบ่งลักษณะของการมีส่วนร่วมไว้ 4 ลักษณะ คือ (1) เป็นสมาชิก (Membership) (2) เป็นผู้เข้าประชุม (Attendance at Meeting) (3) เป็นผู้บริจาค (Financial Contribution) และ (4) เป็นกรรมการ (Leader)

บาร์เบอร์ (Barber 1972 อ้างถึงใน สัมฤทธิ์ ทำเหล็กเจริญ 2546: 24) แบ่งการมีส่วนร่วมทางการบริหาร เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมโดยตรง เป็นลักษณะที่ประชาชนเป็นผู้กำหนดการปกครองตนเองโดยตรง เช่น ภาริหารงาน กำหนดนโยบายและตัดสินใจในการดำเนินงานด้วยตนเอง

2. การมีส่วนร่วมโดยอ้อม เป็นลักษณะที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม แต่มิได้เป็นผู้ดำเนินการโดยตรง โดยการเลือกตั้งตัวแทนของประชาชนเข้าไปทำหน้าที่ เปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกตั้งโดยเสรี แต่กำหนดกลไก เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ามาควบคุมติดตามความเคลื่อนไหวของฝ่ายผู้ปกครอง เพื่อให้การปกครองเป็นไปตามความต้องการของประชาชน

ชินรัตน์ สมสืบ (2539: 58-61) แบ่งชนิดของการมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้

1. บังคับร่วม (Join of Eiae) ประชาชนเข้าร่วมเพราะการขู่เข็ญ (threats) หรือการบังคับ (coercion) จากภายนอก ได้แก่ จากคนที่มิมีผลประโยชน์จากการดำเนินงาน หรือจากผลของงาน

2. การมีส่วนร่วมโดยการผลักดัน (Push Cart Participation) ประชาชนจะถูกผลักดันจากอำนาจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือ ผู้ที่ใช้อำนาจนี้ เช่น ผู้นำ หัวคะแนน นักการเมือง

3. การพูดข้างเดียว (Monologue) เป็นการสื่อสารแบบทางเดียวโดยส่งข่าวป้อนข้อมูลให้แก่ผู้รับฝ่ายเดียว โครงการเหล่านี้มักดำเนินการผ่านสื่อมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ เป็นต้น

4. กลอุบายหรือการมีส่วนร่วมโดยมีเงื่อนไข (Trick or Participation by Gimmickry) ประชาชนถูกจ้างให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมอื่นที่ไม่ได้แก้ปัญหาของพวกเขาการเบี่ยงเบนความสนใจไปสู่เรื่องอื่น เป็นการสร้างความสบายใจให้แก่ประชาชนเป็นการชั่วคราวจากปัญหาแท้จริงของเขา

5. ถาม-ตัดสินใจเอง (I ask - I decide) ประชาชนจะถูกถามถึงความคิดและข้อเสนอแนะต่างๆ แต่ในความจริงแล้วการมีส่วนร่วมชนิดนี้มีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

6. การนำไปสู่ความสงบ (Peace Pipe) ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของประชาชนจะถูกร้องขอให้มีส่วนในการวางแผนและการบริหาร โครงการ ประชาชนจะมีส่วนร่วมจริงๆ ในกลไกการวางแผน แต่การตัดสินใจและการคงอยู่ของโครงการยังเป็นสิทธิของผู้กำหนดโครงการ

7. การจับมือกัน (Handclasp) ประชาชนมีส่วนร่วมตัดสินใจ กำหนดและดำเนินโครงการ ร่วมกันกับผู้ออกแบบโครงการ ปัญหาและประเด็นต่างๆ จะถูกแก้ไขโดยการเจรจาต่อรอง และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างเสรี มีการร่วมมือกันอย่างเป็นรูปธรรม

8. เสียงประชาชน (Vox Populi) ความคิด ความเห็น ข้อเสนอแนะและความรู้สึกของประชาชนมีน้ำหนักในกระบวนการตัดสินใจ จนถึงการประเมินผลโครงการ

9. เสียงประชาชนคือกฎหมาย (Vox Populi Est Lex) วิธีนี้เป็นวิธีที่ความต้องการของประชาชนมีความเข้มแข็งสูงสุดในการมีส่วนร่วมตัดสินใจทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

2.3 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

องค์การอนามัยโลก(WHO 1981) เสนอแนะว่า การมีส่วนร่วมที่แท้จริง ต้องมี 4 ขั้นตอน คือ

1. การวางแผน (Planning) ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีติดตามและประเมินผล
2. การดำเนินกิจกรรม (Implement) ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการจัดการและบริหารการใช้ทรัพยากร มีความรับผิดชอบในการจัดสรร ควบคุมทางการเงิน และการบริการ
3. การใช้ประโยชน์ (Utilization) ประชาชนต้องมีความสามารถในการทำกิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับของการพึ่งตนเองและการควบคุมทางสังคม
4. การได้ประโยชน์ (Obtaining Benefits) ประชาชนจะต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่เท่ากัน ซึ่งอาจจะเป็นผลประโยชน์ส่วนตัวในสังคมหรือวัตถุดิบก็ได้ โคลเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff 1997: 6) จำแนกการมีส่วนร่วมเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision-Making) ซึ่งอาจเป็นการตัดสินใจตั้งแต่ในระยะเริ่มการตัดสินใจในช่วงของกิจกรรม และการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม
2. การมีส่วนร่วมดำเนินงาน (Implementation) อาจเป็นไปได้ในรูปแบบของการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหารและการร่วมมือ รวมทั้งการเข้าร่วมแรงร่วมใจ
3. การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์(Benefits) ซึ่งอาจจะเป็นผลประโยชน์ทางวัตถุทางสังคม หรือโดยส่วนตัว
4. การมีส่วนร่วมประเมินผล (Evaluation) ซึ่งนับเป็นการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป

2.4 ระดับความเข้มของการมีส่วนร่วม (เพียงจันทร์ เสวตศรีสกุล ,2547:198-199)

สมาคมสาธารณสุขอเมริกัน (American Public Health Association) เสนอว่า การมีส่วนร่วมไม่ได้แปรเปลี่ยนชนิด (Picked) และปริมาณของกิจกรรมที่กระทำเท่านั้น แต่ยังมี ความแปรเปลี่ยนในระดับความเข้ม (Degree) ในการเข้าไปมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการริเริ่มและวางแผนกิจกรรม ดังนั้น พิสัยของการมีส่วนร่วมอาจมีตั้งแต่ระดับการยอมรับบริการที่จัดไว้ให้แล้ว ไปจนถึงการรวมกลุ่มเพื่อตัดสินใจและริเริ่มโครงการพัฒนาเอง ซึ่งจำแนกได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับการตัดสินใจ (Decision-Making) ในระดับนี้ ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมวางแผนและจัดการกับกิจกรรมการพัฒนาด้วยตัวของตัวเอง จึงถือว่าการมีส่วนร่วมระดับนี้เป็นระดับการรับผิดชอบด้วยตนเอง (Level of Responsibility by Themselves)

2. ระดับการร่วมมือ (Cooperation) ในระดับนี้ ประชาชนจะให้ความร่วมมือต่อแผนงานที่ริเริ่มโดยหน่วยงานภายนอก ซึ่งอาจต้องการความเสียดลจากประชาชนในด้านเวลา ทรัพย์สิน และแรงงาน เพื่อช่วยให้โครงการประสบความสำเร็จ ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมในระดับที่ยอมรับได้

3. ระดับการใช้ประโยชน์ (Utilization) ในระดับนี้ ประชาชนจะยอมรับและใช้ประโยชน์จากบริการที่ได้วางโครงการไว้ให้ เป็นการมีส่วนร่วมในระดับการยอมรับบริการเท่านั้น อาร์นสไตน์ (Arnstein อังโน เพียงจันทร์ เสวตศรีสกุล 2547: 197) เห็นว่า การมีส่วนร่วมมีลักษณะเป็นรูปของบันไดการมีส่วนร่วม (Participation Ladder) 8 ขั้น แสดงดังภาพที่ 2.1 อธิบายว่า

1. การมีส่วนร่วมเทียม หรือไม่มีส่วนร่วม (Pseudo-Participation or Non-Participation) เป็นขั้นที่ประชาชนเข้าไม่ถึงการมีส่วนร่วมที่แท้จริงในการตัดสินใจ วัตถุประสงค์ที่แท้จริงของสองขั้นนี้ ไม่ใช่เป็นการทำให้ประชาชนเข้าถึงการมีส่วนร่วมในการวางแผนหรือควบคุมโครงการ แต่จะช่วยให้ผู้กุมอำนาจอยู่ดำเนินการให้การศึกษา (Educate) หรือการชี้แจงแก่ผู้ที่เข้ามาร่วม

2. การมีส่วนร่วมระดับพิธีกรรมหรือการมีส่วนร่วมบางส่วน (Degree of Tokenism of Partial Participation) กล่าวถึงบันไดขั้นที่ 3 ถึง 5 ซึ่งความเห็นหรือข้อคิดของประชาชนได้รับการรับฟังจากผู้กุมอำนาจอยู่มากขึ้น แต่ไม่อาจประกันได้ว่าจะได้รับการเอาใจใส่จากผู้มีอำนาจเต็ม เมื่อการมีส่วนร่วมถูกจำกัด จึงไม่มีทางที่จะทำการเปลี่ยนแปลงตามข้อเรียกร้องของผู้มีส่วนร่วมได้

3. การมีส่วนร่วมระดับอำนาจเป็นของประชาชนนั้น ประชาชนจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้น และก้าวสู่การเป็นหุ้นส่วน ซึ่งจะทำได้สามารถเข้าร่วมในการเจรจาเพื่อผลได้ผลเสียกับผู้มีอำนาจดั้งเดิม ในขั้นที่ 7 ใช้อำนาจผ่านตัวแทน และขั้นที่ 8 ขึ้นควบคุมโดยประชาชนที่ใช้อำนาจการตัดสินใจผ่านตัวแทนหรือประชาชนเป็นผู้ใช้อำนาจนั่นเอง

การมีส่วนร่วมระดับอำนาจเป็นของประชาชน (Degree of Citizen Power) ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้น ประชาชนสามารถเข้าร่วมในการเจรจาเพื่อผลได้ผลเสีย (Tradeoffs) กับผู้มีอำนาจดั้งเดิม โดยใช้อำนาจตัดสินใจผ่านตัวแทนหรือประชาชนเป็นผู้ใช้อำนาจนั่นเอง

8	ขั้นควบคุมโดยประชาชน Citizen Control	} การมีส่วนร่วมระดับอำนาจเป็น ของประชาชน Degree of Citizen Power
7	ขั้นใช้อำนาจผ่านตัวแทน Delegated Power	
6	ขั้นเป็นหุ้นส่วน Partnership	
5	ขั้นแสดงความคิดเห็น Placation	} การมีส่วนร่วมระดับพิธีกรรม หรือ การมีส่วนร่วมบางส่วน Degree of Tokenism of Partial Participation
4	ขั้นปรึกษาหารือ Consultation	
3	ขั้นให้ข้อมูลข่าวสาร Informing	
2	ขั้นชี้แจง Therapy	} การมีส่วนร่วมเทียม หรือไม่มีส่วนร่วม Pseudo-Participation or Non - Participation
1	ขั้นถูกจัดกระทำ Manipulation	

ภาพที่ 2.1 บันไดของการมีส่วนร่วม (Participation Ladder) 8 ขั้นของ อาร์นสไตน์
ที่มา: เพียงจันทร์ เสวตศรีสกุล (2547) แนวโน้มการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสุขภาพ ใน
ประมวลสาระชุดวิชา ประเด็นและแนวโน้มทางการบริหารสาธารณสุข หน่วยที่ 15
หน้า 197

2.5 การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation)

การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นแนวคิดเกี่ยวกับ Community participation และ Community involvement ซึ่งเป็นแนวคิดหลักของการสาธารณสุขมูลฐาน แนวคิดนี้หมายถึง การมีส่วนร่วมในกระบวนการแก้ไขปัญหาตลอดทุกขั้นตอน ตั้งแต่ระบุปัญหาจนถึงการเลือกวิธีแก้ไขปัญหาและประเมินผล

การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสุขภาพ ขึ้นอยู่กับการรับรู้และตระหนักในปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน หากได้รู้ถ่องแท้ถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ และแนวคิดในการให้ความหมายของคำว่าสุขภาพดี การมีส่วนร่วมจะมีระดับความลึกซึ้งในการเข้าไปมีส่วนร่วม เช่น ร่วมในการวางแผน กำหนดนโยบายร่างพระราชบัญญัติด้านสุขภาพ เป็นต้น และหากมีประชาชนที่มีความ

ตระหนักเป็นจำนวนมาก การมีส่วนร่วมของชุมชนจะมีจำนวนมากด้วย ดังนั้น ปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสุขภาพจึงขึ้นอยู่กับทำให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ ชุมชน ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน (เพียงจันทร์ เสวตศรีสกุล 2547: 188)

องค์การอนามัยโลก เชื่อว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกลยุทธ์ที่จะทำให้สุขภาพดี และเกิดความยั่งยืนในชุมชน เช่นเดียวกันกับการบริหารองค์การแบบมีส่วนร่วมการมีส่วนร่วมของประชาชน ในกระบวนการพัฒนา จะทำให้ประชาชนสามารถแสดงศักยภาพที่มีอยู่ และช่วยให้ได้แนวทางแก้ปัญหาเชิงนวัตกรรมที่เหมาะสมกับปัญหาของชุมชน ได้มากกว่าการให้บุคคลภายนอกเข้ามาช่วยแก้ปัญหา นอกจากนี้ ยิ่งฐานการมีส่วนร่วมของประชาชนกว้างขวางมากขึ้นเท่าใด จะทำให้อิทธิพลของประชาชนต่อการกำหนดนโยบายและแผนมีมากขึ้น แผนที่น่าเสนอจะเป็นทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และแผนดังกล่าวจะได้รับการสนับสนุนจากมหาชน

2.6 แนวโน้มการมีส่วนร่วมของชุมชนเมืองด้านสุขภาพ

2.6.1 สถานการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนเมืองด้านสุขภาพ

คำประกาศอัลมา อตา ในประเทศรัสเซียในศตวรรษที่ 20 ทำให้สุขภาพกลายเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคนทั่วไป ศตวรรษที่ 21 ประชาคมโลกได้ให้ความสำคัญของชุมชนเมืองมากขึ้น สุขภาพของชุมชนเป็นผลมาจากระบบทั้งหมดในชุมชน กระแสโลกมุ่งไปที่ชุมชนเมืองที่มีประชากรอยู่มาก มีโอกาสที่คนจะสร้างมลภาวะ มีผลกระทบต่อสุขภาพมาก จึงเกิดพันธสัญญาของประชาคมโลกยืนยันแนวคิดเมืองน่าอยู่ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแกนสำคัญ

ลักษณะร่วมสำคัญที่ดำเนินการในโครงการเมืองน่าอยู่ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ เพราะการส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่ทุกคนสามารถมีส่วนร่วมได้ และการมีส่วนร่วมของชุมชน จะทำให้การดำเนินโครงการตรงกับความต้องการของประชาชนและมีความยั่งยืน

2.6.2 แนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสุขภาพได้แก่

1) ปัจจัยด้านการเมือง ปัจจุบันประเทศไทยมีรัฐธรรมนูญที่ให้สิทธิการรับรู้ แสดงความคิดเห็น ตัดสินใจ เสนอกฎหมาย ร่วมรับบริการและตรวจสอบกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ จากความหวาดกลัวต่อความเสี่ยงเรื่องสุขภาพ ทำให้การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ชุมชนเมืองจะเกิดแรงกดดันมากในการดำรงชีพ ดำรงสถานะในสังคมเกิดการแสวงหากลุ่ม ผูกพันกับกลุ่มสัญลักษณ์ต่างๆ เกิดเป็นความ

พยายามของเครือข่ายสุขภาพ ร่วมกันกำหนดค่านิยมพฤติกรรมใหม่ผ่านสื่อเพื่อสร้างวัฒนธรรมการมีส่วนร่วม การส่งเสริมสุขภาพเมืองน่าอยู่ บ้านน่าอยู่

4) ปัจจัยด้านการพัฒนาเทคโนโลยี ทำให้มีเครื่องมืออย่างง่ายในการดูแลตนเองเพิ่ม ขึ้นชุมชนเมืองมีแนวโน้มที่จะนำข้อมูลด้านสุขภาพมาวิเคราะห์ตรวจสอบ ระบบบริการของภาครัฐทุกๆด้าน

5) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ การที่มีประชากรหนาแน่น ก่อเกิดมลภาวะ แนวโน้มการมีส่วนร่วม จะเป็นการแสดงความคิดเห็นต่อสิ่งนั้นแล้วตั้งกฎเกณฑ์ในการอยู่ร่วมกัน

โดยสรุป การมีส่วนร่วมหมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการพัฒนา ซึ่งประชาชนควรได้เข้ามามีบทบาทตั้งแต่การร่วมคิด ค้นหาปัญหา จัดลำดับความสำคัญและวิเคราะห์ปัญหา รวมทั้งการวางแผนแก้ไขและป้องกันปัญหาโดยสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมกำหนดนโยบาย ร่วมตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐในทุกๆระดับ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผิดชอบติดตามประเมินผล และร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบต่อประชาชน และชุมชน

ในการศึกษานี้ ในการจัดทำเครื่องมือประเมินระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1997: 6) ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมประเมินผล

3. แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน และการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

กรุงเทพมหานคร

3.1 แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน

ในปี 2521 องค์การอนามัยโลกร่วมกับองค์การสหประชาชาติจัดการประชุมนานาชาติและได้มีคำประกาศเจตนารมณ์ อัลมา-อตา (Alma-Ata Declaration) กำหนดเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนภายในปี 2543 (Health for All By the Year 2000) หมายถึงสิทธิพื้นฐานของบุคคลทุกคนที่ควรจะมีชีวิตยืนยาวและอยู่อย่างมีคุณภาพ ไม่เจ็บป่วยด้วยสาเหตุที่ไม่จำเป็น และสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทัดเทียมกันและเหมาะสมกับสภาพของโรค

ที่ควรจะเป็น สามารถดำรงชีวิตอยู่และสร้างประโยชน์ให้แก่สังคมอย่างมีคุณค่าและตายอย่างมีศักดิ์ศรี โดยได้กำหนดแนวทางหรือกลวิธีที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในเป้าหมายนั้น คือ กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care; PHC) (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน 2536: 7)

การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า เป็นกิจการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพของประชาชนบนพื้นฐานของความเป็นไปได้ เป็นวิทยาศาสตร์และยอมรับของสังคมโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมซึ่งปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถได้รับบริการ โดยทั่วถึงและมีส่วนร่วมในการดำเนินการ โดยครอบคลุมกิจกรรมอย่างน้อย 8 ด้าน ได้แก่ สุขศึกษา โภชนาการ การจัดหาวัสดุสะอาดและการสุขาภิบาลพื้นฐาน การบริการสุขภาพสำหรับมารดาและเด็ก รวมถึงการวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันโรค การป้องกันและควบคุมโรคประจำถิ่น การรักษาพยาบาลโรคที่พบบ่อยและอันตราย และการจัดหาที่เป็น ซึ่งการจัดบริการเหล่านี้อยู่บนหลักของความเป็นธรรม การมีส่วนร่วมของภาครัฐ เอกชน ประชาชนและชุมชน (ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ 2549: 30-31)

แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน มี 11 แนวคิดที่สำคัญ ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน 2536: 7-9)

แนวคิดที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติม หรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชนเอง

แนวคิดที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการที่จะแก้ปัญหาสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยที่ชุมชนร่วมมือจัดทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่ชุมชนเผชิญอยู่

แนวคิดที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐาน จะเกิดขึ้นมาต้องให้ประชาชนรับรู้และทราบว่าปัญหาของชุมชนคืออะไรและร่วมพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้

แนวคิดที่ 4 หน้าที่บทบาทของเจ้าหน้าที่รัฐ ต้องเข้าใจว่า เราไม่ได้ทำงานแทนเขา เราไม่ได้ทำงานแทนเรา แต่เขาทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน

แนวคิดที่ 5 “ความร่วมมือของชุมชน” คือ หัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจเป็นในรูปของแรงงาน แรงเงิน และการให้ความช่วยเหลือร่วมมือ ด้วยความสมัครใจและไม่หวังผลตอบแทน

แนวคิดที่ 6 สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้น บริการสุขภาพจะต้องผสมผสานกับงานด้านอื่นๆ ด้วย เช่น การเกษตรและสหกรณ์ การศึกษา การพัฒนาชุมชน ฯ

แนวคิดที่ 7 สาธารณสุขมูลฐานต้องใช้เทคนิคและวิธีการง่ายๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังของชุมชนที่จะเข้าใจและนำมาใช้ประโยชน์ได้ โดยมีเทคนิคที่เหมาะสม ประหยัด ราคาถูก เหมาะสมกับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อมของชุมชน

แนวคิดที่ 8 สาธารณสุขมูลฐานต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของชุมชนนั้นๆ

แนวคิดที่ 9 สาธารณสุขมูลฐานต้องมีความยืดหยุ่นในการแก้ไขปัญหา ประยุกต์ให้เหมาะสมกับปัญหาในแต่ละพื้นที่

แนวคิดที่ 10 สาธารณสุขมูลฐานบริการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เองในหมู่บ้านคือ องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ

แนวคิดที่ 11 ต้องมีความเชื่อมโยงกับบริการของรัฐในการสนับสนุนระบบส่งต่อการให้การศึกษาคือ และทำให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข

3.2 หลักการสาธารณสุขมูลฐาน

หลักสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน มี ประการ(สาถึ การรักษ๒544) ดังนี้

3.2.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation or People

Participation or Community Involvement) นับเป็นรากฐานที่สำคัญของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีความสำคัญตั้งแต่การเตรียมเจ้าหน้าที่ การเตรียมชุมชน การคัดเลือกประชาชนเพื่อเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัคร การฝึกอบรม การจัดให้มีและการจัดกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ทั้งนี้ ต้องให้ประชาชน ได้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเข้าร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข โดยจะต้องให้ประชาชนเกิดความตระหนักถึงปัญหาของชุมชน เปิดโอกาสให้ประชาชนได้กำหนดปัญหา วิเคราะห์ปัญหา เสนอทางเลือกและแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับชุมชน และร่วมดำเนินการตามแนวทางที่ตัดตัดสินใจเลือก โดยใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด และหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนต่างๆ ให้การสนับสนุนในส่วนที่อยู่นอกเหนือความสามารถของชุมชน อันจะเป็นการนำไปสู่การพัฒนาคน ชุมชน ให้มีศักยภาพและขีดความสามารถในการพึ่งตนเองได้อย่างแท้จริง

3.2.2 การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (*Appropriate Technology*) เพื่อให้ประชาชนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยใช้วิธีการง่ายๆ ไม่ซับซ้อนยุ่งยากและปลอดภัยทั้งอาสาสมัครและประชาชนทั่วไป สอดคล้องกับความต้องการ เหมาะสมตามสภาพท้องถิ่นและวิถีของชาวบ้าน

และให้การช่วยเหลือสนับสนุนประชาชนให้ได้ถ่ายทอดความรู้ให้กันในกลุ่มชนแลในระดับหมู่บ้าน เรียกว่า การแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีระหว่างหมู่บ้าน (Technology Cooperation among Developing Villages; TCDV) วิธีนี้จะทำให้กระบวนการเรียนรู้เหล่านี้เป็นไปโดยกว้างขวาง รวดเร็ว ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับประชาชนในการแก้ไขปัญหาของตนเอง

3.2.3 การปรับระบบบริการพื้นฐานและระบบการบริหารจัดการของรัฐ เพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented Basic Health Service; BSH or Health Infrastructure) โดยมีความมุ่งหมาย คือ ต้องการให้เกิดการกระจายการครอบคลุมบริการให้ทั่วไป (Coverage) การกระจายทรัพยากรลงสู่มวลชน (Resource Mobilization) การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (Referral System) ปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐให้เอื้อต่องานสาธารณสุขมูลฐาน

3.2.4 การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่น หรือการประสานงานระหว่างสาขา (Intersectoral Collaboration) เพื่อการสร้างให้เกิดความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาในชุมชนเป็นหลักอย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน

กิจกรรมที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อช่วยเหลือบริการตนเอง เรียกว่า กิจกรรมจำเป็นของการสาธารณสุขมูลฐาน หรือองค์ประกอบสาธารณสุขมูลฐาน (Essential Element Primary Health Care) ซึ่งระยะเริ่มแรก องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ 8 ประการ ต่อมาประเทศไทยได้เพิ่มกิจกรรมเป็น 10 ประการ และปัจจุบันได้เพิ่ม เป็น 14 ประการ ดังนี้

1. การสุศึกษา
2. การโภชนาการ
3. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
4. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น
5. การสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม และการจัดหาน้ำสะอาด
6. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน
7. การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว
8. การควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น
9. การดูแลสุขภาพจิต
10. การทันตสาธารณสุข
11. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์
12. การคุ้มครองผู้บริโภค
13. การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ

14. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัย

โดยสรุป การสาธารณสุขมูลฐาน คือการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองในสิ่งที่ประชาชนสามารถทำได้ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยประชาชนเป็นผู้ริเริ่มค้นหาปัญหา วางแผน และดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้คำแนะนำและสนับสนุนทางด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากรที่จำเป็น ทั้งนี้มีเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองได้

การใช้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกุญแจหลักในการบรรลุเป้าหมายทางสังคมของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า รูปแบบการดำเนินการของสาธารณสุขในประเทศต่างๆ จะแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม ความพร้อมของบุคลากร ตลอดจนนโยบายของรัฐ สำหรับในประเทศไทยกำลังพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานส่วนใหญ่เป็นกระบวนการที่ประชาชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการเอง ภายใต้การสนับสนุนของรัฐ ในขณะที่ในประเทศที่พัฒนาแล้วการบริการสาธารณสุขมูลฐานจะดำเนินการโดยบุคลากรวิชาชีพเป็นค้ำหน้าให้ประชาชนเข้าใช้บริการสาธารณสุข (ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ 2549: 31)

3.4 การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยมีวิวัฒนาการตั้งแต่อดีตจวบจนปัจจุบันดังนี้

ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 1-3 (พ.ศ. 2504 – 2519) นับเป็นยุคสมัยแห่งความขาดแคลนบริการ รัฐบาลพยายามเร่งรัดจัดหาบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานให้เข้าถึงประชาชน โดยเฉพาะในชนบทแต่ยังไม่สามารถทำได้ครอบคลุม ปัญหาความขาดแคลนของบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ทำให้ประเทศไทย เกิดโครงการทดลองที่สำคัญ เช่น โครงการส่งเสริมอนามัยชนบท จังหวัดพิษณุโลก โครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบงานเพื่อการวางแผนระดับจังหวัด จังหวัดชลบุรี ฯลฯ ซึ่งประเทศไทยได้บทเรียนที่สำคัญจากโครงการดังกล่าวเบื้องต้นคือ การจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานให้ครอบคลุม จำเป็นต้องให้ประชาชนและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม (ชัยณรงค์ สังกัจ้าง, 2545:4)

แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 – 2524) ประเทศไทยได้เริ่มการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) เป็นครั้งแรก โดยได้กำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจนและจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานขึ้นเพื่อรับผิดชอบนโยบายนี้โดยตรง พร้อมดำเนินการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่างๆ ให้ทำหน้าที่เป็นครูฝึกการสาธารณสุขมูลฐาน อบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผศส.) และอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จัดทำแบบเรียนด้วยตนเองของ ผสส. และ อสม.เพื่อใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติงาน กำหนดให้การบริการสาธารณสุขมูลฐานสำหรับประชาชน จัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์

แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 – 2529) ในแผนฯ ฉบับนี้ ได้เพิ่มการบริการสาธารณสุขมูลฐานจากเดิม 8 ประการเป็น 10 ประการ และเร่งรัดการอบรม ผสส. และอสม. มากยิ่งขึ้น มีการจัดทำแผนการเรียนด้วยตนเองให้ ผสส. และ อสม.มากกว่า 50 เรื่อง ครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ ผสส. และ อสม.ใช้เป็นคู่มือการปฏิบัติงาน พบว่า แนวคิดเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานเป็นไปอย่างกว้างขวาง สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งในเขตเมืองและในเขตชนบท

แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 – 2534) ในแผนฯ ฉบับนี้ มุ่งเน้นในเชิงคุณภาพ เพราะการอบรม ผสส. และ อสม.สามารถครอบคลุมได้เกือบ ร้อยละ 100 ของหมู่บ้านในชนบท และบางส่วนของชุมชนในเขตเมือง ผลการพัฒนาทำให้คุณภาพของงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นและทำให้เกิดการพัฒนาความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ เพิ่มขึ้น

แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – 2539) พบว่า สถานะทางสุขภาพและสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไป จึงทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งนี้ได้เพิ่มการบริการสาธารณสุขมูลฐานจากเดิม 10 ประการ เป็น 14 ประการ มีการยกระดับ ผสส. เป็น อสม. โดยอบรมเพิ่มเติมและต่อเนื่องทั่วประเทศ มีการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุข โดยพัฒนาและจัดตั้ง“ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)” ให้ครบทุกหมู่บ้านในเขตชนบท และชุมชนเขตเมือง และมีการส่งเสริมการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพ

แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) เป็นจุดหักเหที่สำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน โดยได้ปรับเปลี่ยนทิศทางและนโยบายการพัฒนาสุขภาพตามทิศทางของแผน พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งมีเป้าหมายคือ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการพึ่งตนเองโดยได้มีการพัฒนา “แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว” เพื่อให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างเหมาะสม และการพัฒนาชุมชนในรูปแบบใหม่ที่เข้มข้นและกว้างขวางมากขึ้น คือ การสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนและการดำเนินงานด้วยองค์กรแบบใหม่ในรูปแบบของ “ประชาคม”

แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549)ในแผนฯ ฉบับนี้ได้มียุทธศาสตร์ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพประชาชน และศักยภาพความเข้มแข็งของกลุ่มประชาคมด้านสุขภาพ โดยเน้นการเสริมสร้างค่านิยมให้คนในสังคมตระหนักถึงความสำคัญของ

การมีสุขภาพดีบนหลักการฟังฟังและดูแลตนเองเสริมสร้าง โอกาสการเรียนรู้และพัฒนาด้านสุขภาพ พร้อมทั้งพัฒนาปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพทั้งในระดับครอบครัว ชุมชนและสังคม พัฒนาภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมรับผิดชอบของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การบริหารจัดการยังไม่ตอบสนองต่อการเสริมสร้างธรรมาภิบาล โดยยังไม่เปิดโอกาสให้มิ กระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของประชาชนให้เพียงพอต่อการพึ่งพาตนเอง

แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550–2554) ทิศทางการพัฒนาในแผนฯ ฉบับนี้ เป็นการปรับตัวหันมาทบทวนกระบวนการพัฒนาศักยภาพในทิศทางที่พึ่งตนเองและมี ภูมิคุ้มกันมากขึ้น โดยยึดหลัก “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ควบคู่ไปกับการพัฒนาแบบบูรณา การเป็นองค์รวมที่ยึด “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” เชื่อมโยงทุกมิติทั้งคน สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจและการเมือง ด้วยการวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล

ในทศวรรษที่ 4 ของการสาธารณสุขมูลฐานไทย กระทรวงสาธารณสุข ได้ปรับ บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเน้นการพัฒนามากกว่าการบริการ (กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2553: 10) ดังนี้

1. ปรับพฤติกรรมสุขภาพ ทำตนเป็นแบบอย่าง และเป็นแกนนำในการขับเคลื่อน ชุมชนเพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกัน โรคและชักชวน เพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน
2. เป็นผู้นำในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพชุมชน เฝ้าระวังป้องกันปัญหา สาธารณสุขในหมู่บ้าน ชุมชน ดูแลสิ่งแวดล้อม รณรงค์ลดโลกร้อน ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ
3. บริหารจัดการวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน ที่มีฐานจากแผนที่ทางเดิน ยุทธศาสตร์ โดยใช้งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลและจากแหล่งอื่น ๆ
4. สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน ชุมชน หรือ เป็นนักสื่อสารสุขภาพอย่างมีพลัง
5. ประสานงานกับบุคคล องค์กรและเครือข่าย ทำงานเป็นทีมกับอาสาสมัคร สาธารณสุข และกลุ่มภาคีสุขภาพ ตลอดจนเป็นผู้ดำเนินการจัดกระบวนการประชุมอย่างสร้างสรรค์ โดยเป็นวิทยากร กระบวนการ อำนวยความสะดวกการประชุม รวมถึงการจัดการความรู้
6. เป็นแกนนำประสานงานกับผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วนตำบลและเครือข่าย สุขภาพ กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อ การพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน
7. ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนเช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การปฐม พยาบาลเบื้องต้น การจ่ายถุงยางอนามัย การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจน้ำตาลในเลือด การ ส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ

8. ปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) หรือสถานที่ที่หมู่บ้านกำหนด
กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไว้ดังนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2553: 9)

1. สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่
2. สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการเฝ้าระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย
3. สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน
4. สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และภาวะแวดล้อมของสังคม
5. สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีส่วนต่อการขจัดหรือลดปัญหาทางสุขภาพ
6. สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ
7. สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยชุมชน

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ปี 2552– 2562 เป็นทศวรรษแห่งการสร้างนวัตกรรมเพื่อสุขภาพชุมชน โดยชุมชน อสม.จะเป็นกลไกสำคัญร่วมขับเคลื่อนงานเชิงรุกในการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ ทั้งนี้ ได้มีนโยบายพัฒนาศักยภาพ อสม.ด้วยการอบรมฟื้นฟูและเพิ่มความรู้ให้อสม.อย่างเข้มข้นทั่วประเทศ จำนวน 150,000 คน โดยมุ่งเน้นบทบาทการสื่อสารสุขภาพและการบริหารจัดการสุขภาพ โดยนำแนวคิดของนายแพทย์อมร นนทสูต ที่ได้คิดค้นเครื่องมือที่เรียกว่า *แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์* เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ เพื่อให้ภาคีเครือข่ายได้กำหนดทิศทางและเป้าหมายเดียวกันด้วยตนเองและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสุขภาพชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2553: 3)

โดยสรุป ประเทศไทยได้ใช้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้สามารถค้นหาปัญหาและหาทางแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนและชุมชน ด้วยตนเองโดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากประชาชน และทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งงานสาธารณสุขมูลฐานนับเป็นงานที่เป็นจุดศูนย์กลาง หรือจุดเชื่อมต่อที่สำคัญ ของงานทางสาธารณสุข ร่วมกับการพัฒนางานในด้านเศรษฐกิจและสังคมเพื่อการ

บรรลุเป้าหมายหลักสำคัญ คือ การมีสุขภาพทั่วหน้าของประชาชน และมี อสม.เป็นแกนหลักสำคัญ ร่วมขับเคลื่อนงานเชิงรุกในการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง โดยช่วยให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเร่งพัฒนาหาแนวทางการดำเนินงาน หรือสร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อการพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้มีความรู้ ทักษะ และความสามารถเพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืน

3.4 การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของกรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานคร ได้บรรจุงานสาธารณสุขมูลฐานไว้ในแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2525-2529) ซึ่งตรงกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ตามแนวการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับการดำเนินงานที่ผ่านมาในระยะแรกนั้น ยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่แน่นอน อาศัยขั้นตอนการดำเนินงานที่กระทรวงสาธารณสุขใช้มาประยุกต์ (สาลี การรักษา 2544: 6) เริ่มด้วยการเตรียมความพร้อมของบุคลากรตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูง ระดับกลาง และระดับหัวหน้างาน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง โดยได้ทดลองจัดการอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เช่นเดียวกับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะให้บริการด้านสุขภาพเบื้องต้นแก่ประชาชนในชุมชนของตนเองในพื้นที่กรุงเทพมหานครรอบนอกที่มีการปกครองเป็นหมู่บ้านในเขตหนองจอกและเขตตลิ่งชัน ทั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนจากยูนิเซฟและกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาได้ขยายการดำเนินงานออกไปยังชุมชนชานเมืองเขตอื่นๆ ภายหลังได้มีอาสาสมัครสาธารณสุข ประเภทที่ 3 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) ซึ่งจะดำเนินการให้บริการด้านสุขภาพเบื้องต้นแก่ประชาชนในชุมชนแออัด (สาลี การรักษา 2544: 3)

เมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครฉบับที่ 2 การดำเนินงานโครงการสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมา สามารถดำเนินงานครอบคลุมในเขตพื้นที่รอบนอกร้อยละ 62.5 ของหมู่บ้าน และร้อยละ 8.8 ของชุมชนแออัด นับว่ายังไม่ครอบคลุมประชากรในพื้นที่กรุงเทพมหานครจึงได้จัดทำแผนงานพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2530-2534) กำหนดให้มีโครงการสาธารณสุขมูลฐานเป็นโครงการต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพและจิตความสามารถภายในชุมชน ให้ชุมชนสามารถพัฒนาตนเองต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ตามสภาพ โดยอาศัยความร่วมมือของภาครัฐ และภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งกายและจิตใจ

ในแผนพัฒนากรุงเทพมหานครฉบับที่ 4-5 (2535-2544) กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านสุขภาพ และการพึ่งตนเองในด้านสาธารณสุข พบว่า การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมา ประชาชนไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส ซึ่งอพยพมาจากต่างจังหวัดและขาดความรู้ อีกทั้งต้องมีภาระหนัก

ในการประกอบอาชีพ การคาดการณ์ในแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 4 กรุงเทพมหานครจะมีประชากรถึง 10 ล้านคน เป็นผลให้สถานพยาบาลรวมทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีอยู่ไม่เพียงพอจะรองรับจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นได้ แผนงานเสริมสร้างความสามารถในการพึ่งตนเองของประชากรจึงเป็นส่วนสำคัญของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับนี้ โดยการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (Mini health center) ขึ้น เพื่อเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนขนาดเล็กในลักษณะเน้นการบริหารจัดการเพื่อประสิทธิภาพในการให้บริการและส่งต่อ ให้กระจายทั่วทุกพื้นที่อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะกลุ่มประชากรผู้ด้อยโอกาส ให้มีการดำเนินงานในลักษณะศูนย์การพยาบาลเบื้องต้น รวมทั้งประสานงานเพื่อการส่งต่อโดยความร่วมมือของ สำนักอนามัย สำนักการแพทย์ สำนักสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต และองค์กรเอกชน ในด้านการจัดหาสถานที่ในชุมชนและการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม

ในปี 2535 ได้มีการยกระดับและปรับเปลี่ยนให้มีอาสาสมัครเหลือเพียงประเภทเดียวใช้ชื่อว่า “อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.)” ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน (กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร 2553: 20)

แผนพัฒนากรุงเทพมหานครฉบับที่ 6 (2545-2549) ถึงปัจจุบัน สภาพการณ์ของพื้นที่กรุงเทพมหานครมีการเปลี่ยนแปลงไป ความแออัดของชุมชนขยายตัวสู่เขตชานเมืองมากขึ้น ทำให้สภาพพื้นที่เขตรอบนอกและเขตรอบในไม่มีความแตกต่างกัน ประกอบกับสภาพความเป็นอยู่และวิถีชีวิตของประชาชนส่วนใหญ่ในเขตรอบนอกได้เปลี่ยนจากภาคเกษตรกรรมไปสู่ภาคอุตสาหกรรม การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่กรุงเทพมหานครจึงมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและสภาพความต้องการของประชาชนในชุมชน

ปี 2549 กรุงเทพมหานคร มีนโยบายขยายเวลาให้บริการแนะนำสุขภาพในชุมชน โดยการเพิ่มค่าตอบแทนแก่อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน จากเดิมวันละ 3 ชั่วโมงครึ่ง ได้รับค่าตอบแทน 70 บาท/คน/วัน เป็นไม่น้อยกว่า วันละ 7 ชั่วโมง ได้รับค่าตอบแทน 140 บาท/คน/วัน และเพิ่มจำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนที่เปิดดำเนินการจาก 1,020 แห่ง ในปีงบประมาณ 2548 เป็นจำนวน 1,500 แห่ง โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงานให้บริการด้านสุขภาพหมุนเวียนทุกวัน (กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย 2551: 12)

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานกรุงเทพมหานครคล้ายคลึงกับกระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่า ออส. ไม่มีแผนงาน ไม่รู้ข้อมูล ไม่มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และจากการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2540 พบว่า ออส. ไม่ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย ไม่รู้บทบาทของตนเอง ขาดความสามัคคี แบ่งพรรคแบ่งพวก และไม่มีความสามารถในการปฏิบัติงาน (มยุรี เถาดีดดา 2540: 48-49)

ปี พ.ศ.2550 กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย จัดการประชุมเพื่อระดมความคิด จากบุคลากร เรื่อง “การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน” ได้ข้อสรุปปัญหา อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) 4 ด้าน ดังนี้ (กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย 2551: 13-18) ด้านกำลังคน พบว่า อสส.ขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ไม่ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ และไม่ส่งรายงานผลการปฏิบัติงาน ด้านงบประมาณ พบว่า ไม่มีงบประมาณในการปรับปรุงซ่อมแซมศูนย์สุขภาพชุมชน ด้านวัสดุ อุปกรณ์ พบว่า วัสดุ ครุภัณฑ์ ขาดแคลน ขาดยานพาหนะในการปฏิบัติงานของ อสส. ด้านบริหารจัดการ พบว่า ไม่มีสถานที่จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนไม่ได้มาตรฐาน มีความขัดแย้งของ อสส. การบริหารจัดการเวรปฏิบัติงาน และค่าตอบแทนไม่เหมาะสม

3.5 อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) หมายถึง ประชาชนที่ได้รับคัดเลือก หรือ สมัครเข้ารับการอบรมในหลักสูตรอบรมปฐมนิเทศอาสาสมัครสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครและได้รับการสอนต่อเนื่องตามหลักสูตรที่กำหนด เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนในชุมชน ตามความรู้ บทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย (กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย 2552: 5) ซึ่งบุคคลเหล่านี้เป็นผู้มีจิตอาสา เสียสละแรงกาย แรงใจ เวลา และทุนทรัพย์ เพื่อส่วนรวมในด้านการพัฒนาสุขภาพประชาชน ชุมชนตามนโยบายสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร

3.5.1 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย 2552: 7-9)

1) เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข

ก. เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้าน ได้แก่ นัดหมายประชาชนมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น แจ้งข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข เช่น การออกหน่วยฉีดวัคซีน หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ประกวดสุขภาพเด็ก ผู้สูงอายุ ฯลฯ และแจ้งข่าวงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

ข. เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่นๆจากประชาชนส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขทราบ

2) เป็นผู้ให้บริการและดำเนินกิจกรรมตามองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน 14 ประการ ได้แก่

ก. การให้สุขศึกษา ให้คำแนะนำความรู้ในเรื่องโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ แก่ประชาชน จัดหาสื่อ เอกสาร สานิต จัดนิทรรศการ เพื่อเผยแพร่ประชาชน

- ข. การโภชนาการ เฝ้าระวังโภชนาการในเด็กและผู้ใหญ่ ร่วมแก้ไข ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร แนะนำ สาธิตอาหารและส่งต่อเพื่อรับการดูแลจากเจ้าหน้าที่
- ค. การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว ติดตาม แนะนำหญิงมี ครรภ์ให้ฝากท้อง และตรวจครรภ์ตามกำหนด ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้รับการตรวจสุขภาพ
- ง. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ติดตามให้มารดานำเด็กไปฉีดวัคซีนตาม กำหนด ให้คำปรึกษาแนะนำการให้วัคซีนแก่ทารกตามวัย
- จ. การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์พาหะนำ แนะนำเจ้าของสุนัขให้นำสุนัขไปฉีดวัคซีน
- ฉ. จัดหาน้ำสะอาด และกำจัดขยะมูลฝอยสิ่งปฏิกูล แนะนำการเก็บกักน้ำ ไว้ใช้เมื่อจำเป็น ร่วมกับประชาชนรณรงค์ เก็บขยะสิ่งปฏิกูล ขุดลอกคลองทางระบายน้ำ
- ช. การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ โดยใช้ยาสามัญประจำบ้าน รวมทั้งให้การปฐมพยาบาลก่อนการส่งต่อ เช่น ทำแผล เข้าเฝือกชั่วคราว
- ซ. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน พัฒนาการใช้สมุนไพร
- ฌ. การทันตสาธารณสุข ให้ความรู้ จัดนิทรรศการ สาธิตการป้องกัน รักษาโรคในช่องปาก จัดหา จำหน่ายแปรงสีฟัน-ยาสีฟัน ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ
- ญ. การดูแลสุขภาพจิตและยาเสพติด ให้ความรู้ จัดนิทรรศการ รณรงค์การ ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมต่างๆ
- ฎ. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ให้ความรู้ จัดนิทรรศการ รณรงค์ การป้องกันและแก้ไขปัญหาทั้งระดับปัจเจก ครอบครัว และชุมชน และติดตามเยี่ยมผู้ป่วย
- ฏ. การคุ้มครองผู้บริโภค ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภค เช่น ยา หมดยอายุ สัมผัสอาหาร สารกันบูด และจัดกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค
- ฐ. การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ เฝ้าระวัง และค้นหาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้พิการ
- ฑ. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัย เฝ้าระวัง และจัดการสิ่งแวดล้อม มลภาวะ สารพิษ ส่งเสริมการปลูกต้นไม้ จัดการขยะ เป็นต้น
- 3) เป็นผู้ประสานงานสาธารณสุข และงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาสุขภาพ ทั้งนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถจัดบริการอย่างผสมผสานให้สอดคล้องกับสภาพแต่ละชุมชน

3.5.2 ขอบเขตความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข มีการกำหนดให้

อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน รับผิดชอบ 10-20 หลังคาเรือน (สำนักงานคณะกรรมการการ

สาธารณสุขมูลฐาน 2538: 75) และ/หรือตามการมอบหมายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พิจารณาตาม ศักยภาพและความเต็มใจ ตั้งใจของอาสาสมัครสาธารณสุข

3.5.3 การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข พิจารณาตามคุณสมบัติ ดังนี้

- 1) มีความรู้อย่างน้อยอ่านออกเขียนได้
- 2) เป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ดี
- 3) มีความเสียสละที่จะทำงานเพื่อส่วนรวม
- 4) มีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี
- 5) เป็นผู้ที่ชาวบ้านนับถือศรัทธา
- 6) มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์แข็งแรง
- 7) มีที่อยู่อาศัยในชุมชน
- 8) มีเวลาพอที่จะเข้าร่วมอบรม ประชุม และร่วมกิจกรรม
- 9) สมารถใจ และญาติผู้เกี่ยวข้องเต็มใจให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข
- 10) มีอาชีพ และรายได้เลี้ยงตัวเอง

ปัจจุบันกรุงเทพมหานครมีอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 26,000 คน กระจายอยู่ตามชุมชนใน 50 เขตทั่วกรุงเทพมหานคร โดยได้รับค่าตอบแทนการปฏิบัติงานจากรัฐบาล เดือนละ 600 บาท สิทธิการรักษาฟรี และสวัสดิการอื่นๆที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการปฏิบัติหน้าที่ ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตกรุงเทพมหานคร ยังไม่ประสบผลสำเร็จมากเท่าที่ควร การมีส่วนร่วมภาคประชาชนยังไม่เข้มแข็ง ขาดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้านบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อแนวคิดและหลักการสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างแจ่มชัด จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการสนับสนุนในรูปแบบต่างๆ เพื่อการพัฒนาศักยภาพตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพปี 2549 ที่ประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลงในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับยุทธศาสตร์การพัฒนา พบว่า อสม. มีศักยภาพสูงในด้านการควบคุมโรคติดต่อ และด้านสำรวจ/จัดทำข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ส่วนด้านบริการสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการวัดความดันโลหิต พบว่า อสม. มีศักยภาพต่ำ ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่พึงพอใจต่อบทบาทโดยรวมของ อสม. โดยเฉพาะด้านการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การยอมรับของประชาชน และการเผยแพร่ข่าวสารแก่ประชาชน ส่วนความคิดเห็นที่มีต่อการแสดงบทบาทของ อสม. พบว่า ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่เห็นว่า อสม. มีบทบาทมากในการเฝ้าระวังโรค การสำรวจข้อมูล/จัดทำข้อมูลพื้นฐานของชุมชน และมีบทบาทน้อยในด้านการส่งต่อผู้ป่วย บริการสุขภาพ และการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ ด้านความรู้ ความสามารถของ อสม. ผู้นำชุมชน

ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า อสม. มีความรู้ความสามารถในด้านการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ และเอกชน และการระดมชาวบ้านมาช่วยแก้ไขปัญหาและพัฒนาหมู่บ้าน ส่วนประเด็นที่เห็นว่า อสม. มีความรู้ความสามารถน้อย ได้แก่ การเขียนแผนงาน โครงการ วิทยากรกระบวนการ และการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน สำหรับปัญหาอุปสรรคในการทำงาน ประเด็นที่เป็นปัญหามากหนึ่งในสี่ของ อสม. เห็นว่า ประชาชนไม่เห็นความสำคัญของ อสม. หากประชาชนไม่ให้ความร่วมมือจะทำให้งานสำเร็จได้ยาก และขาดการอบรมทักษะความสามารถ ส่วนในมุมมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประเด็นที่เป็นปัญหาค่อนข้างมาก คือ อสม. ไม่ค่อยมีเวลาให้กับชุมชน และประชาชนไม่เห็นความสำคัญของ อสม. (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ 2549: 10-57)

4. นโยบายการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

ในทศวรรษที่ 4 ของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับบทบาทหน้าที่และกำหนดมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ให้สามารถเป็นผู้นำด้านสุขภาพทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพการป้องกัน ควบคุมโรค การเฝ้าระวังสุขภาพ และคัดกรองผู้ป่วย รักษาพยาบาลเบื้องต้น การสร้างจิตสำนึก ของประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ การรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสถานะแวดล้อมของสังคม การเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมิต่อการขจัดหรือลดปัญหาทางสุขภาพ การสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วนซึ่งล้วนต้องใช้ความสามารถและความเข้มแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่ของตนเอง

ด้วยเหตุนี้ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร จำเป็นต้องเร่งพัฒนาบทบาทก้าวสู่การเปลี่ยนแปลงที่สอดคล้องกับแผนงานสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษที่ 4 อาสาสมัครสาธารณสุขนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการช่วยเพิ่มความตระหนักของชุมชนในเรื่องสุขภาพและมีผลให้เรื่องสุขภาพ เป็นประเด็นที่ประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้นำชุมชน ต้องให้ความสำคัญในการจัดการด้านสุขภาพ นั่นคือกระตุ้นชี้ให้ประชาชนตื่นตัว เร่งคิด ร่วมวางแผน ร่วมพัฒนาสุขภาพร่วมทำ และร่วมดำเนินแผนงานสุขภาพชุมชน ให้ตอบสนองต่อความต้องการภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในแต่ละชุมชน หรือท้องถิ่นของตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.1 แผนบริหารราชการกรุงเทพมหานครและ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

ในช่วงระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมากรุงเทพมหานคร ได้มีการกำหนดกรอบชี้แนะและควบคุมการพัฒนาโดยจัดทำเป็นแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2520-2524) ถึงปัจจุบัน ซึ่งแต่ละฉบับมีเป้าหมายของการพัฒนาที่แตกต่างกันตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

ในแผนบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2552-2555 ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาไว้ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานแบบบูรณาการเพื่อมุ่งสู่การเป็นศูนย์กลางภูมิภาค

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพเมืองเพื่อก้าวทันการแข่งขันทางเศรษฐกิจและเป็นมหานครแห่งการเรียนรู้

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนากรุงเทพมหานครให้เป็นมหานครแห่งสิ่งแวดล้อม

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนากรุงเทพมหานครให้เป็นมหานครแห่งคุณภาพชีวิตที่ดีและมีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม

ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อเป็นต้นแบบด้านการบริหารมหานคร ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอยู่ในแผนฯ

สำหรับยุทธศาสตร์ที่ 4 ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4.3 การพัฒนาสุขภาพและสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ มีกลยุทธ์หลัก กล่าวคือ

1. ส่งเสริมให้ประชาชนลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคที่ป้องกันได้ ได้แก่ โรคความดันโลหิต เบาหวาน วัณโรค การติดเชื้อเอชไอวี
2. พัฒนาศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค
3. การส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนได้บริโภคอาหารปลอดภัย
4. เร่งรัดการส่งเสริมสุขภาพกายของเด็กและเยาวชนใน โรงเรียนทั้งในและนอก

สังกัดกรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้ การดำเนินงานตามกรอบความคิดตามนโยบายของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ด้วยนโยบาย “ทั้งชีวิต.....เราดูแล” ที่เน้นการพัฒนาให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงปลอดภัย สะดวก เมืองสะอาด โดยต้องอาศัยการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนของสังคมกรุงเทพมหานครได้จัดทำ *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพคนเมือง 2553-2556* เพื่อให้กรุงเทพมหานครเป็นเมืองแห่งสุขภาพ โดยการส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาสุขภาพคนเมือง ส่งเสริมการบริหารราชการเป็นระบบเปิด (Good Governance) ใช้กระบวนการให้ประชาชนมีส่วนร่วมพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจแก้ปัญหา และร่วมสร้างสรรค์การ

ดำเนินโครงการต่างๆ ซึ่ง *อาสาสมัครสาธารณสุข* (อสส.) เป็นเป้าหมายหลักในการร่วมการดำเนินงานดังกล่าว

4.2 แนวนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้พัฒนางานสาธารณสุขแบบองค์รวมบูรณาการงานสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการดูแลให้บริการเชิงรุกด้านสุขภาพในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมดำเนินการระดับพื้นที่ (Area Based) ในแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Total Development for Sustainability)

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนนั้น มีความสำคัญทั้งในบทบาทเป็นผู้นำด้านสุขภาพ ผู้สื่อสาร ผู้ประสานความร่วมมือร่วมกับผู้นำชุมชน องค์กรต่างๆ และเจ้าหน้าที่ในการบูรณาการความคิด แผนงานสุขภาพ และการกระทำที่เป็นรูปธรรมอันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนในการพัฒนาสุขภาพอนามัย และวิถีชีวิตชุมชน (กองส่งเสริมสุขภาพสำนักอนามัย 2547: 23)

สำนักอนามัย ได้เปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย และประชากรตามกลุ่มวัย โดยกำหนดแผนการสร้างสุขภาพที่มีจุดมุ่งหมายให้ประชาชนมีการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้วยหลัก 6 อ. ได้แก่ (1) การบริโภคอาหารสะอาด ปลอดภัย ให้คุณค่า (2) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (3) การส่งเสริมสุขภาพจิต (4) การป้องกันยาเสพติด (5) การปลอดโรค และ (6) การดูแลสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้โดยถือว่า สุขภาพเป็นเรื่องของประชาชนทุกคน และเพื่อประชาชนทุกคน (All for health and health for all) ซึ่งจะทำให้ระบบเน้นที่การ “สร้าง” สุขภาพมากกว่าการ “ซ่อม”

4.3 แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร)

สืบเนื่องจาก การที่รัฐบาลมีนโยบายพัฒนาสุขภาพของประชาชน และการใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี และสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึงตามความจำเป็น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร) มีเป้าหมายที่จะให้บริการประชาชนทุกคนที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร โดยไม่คำนึงถึงสิทธิการรักษาใดๆ ทั้งนี้ มีหน่วยบริการในพื้นที่จัดบริการทางสุขภาพอันจะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลัก

ประกันสุขภาพตามความเหมาะสมอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยกำหนดแนวทางในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ (PPนอก) ในชุมชน ซึ่งเป็นการให้บริการในเชิงรุก ได้แก่ การเข้าสำรวจชุมชน วิเคราะห์ปัญหาชุมชน คัดกรองผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยง ค้นหาผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง การให้บริการเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้คำปรึกษา การรับส่งต่อเพื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มกิจกรรมเพื่อสุขภาพในชุมชนครอบคลุมอย่างน้อย 3 ด้าน คือ ชมรมออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร) ได้ร่วมพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีส่วนร่วมในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพด้วย ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลเอาใจใส่สุขภาพให้กับครอบครัว และให้การบริบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพตามความจำเป็น มีการจัดบริการเชิงรุกในชุมชนเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัว ตลอดจนปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ มีการวางแผนงานการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ (PPนอก) ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาแต่ละพื้นที่ ให้ความรู้ สร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์ที่ 4 ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4.3 การพัฒนาสุขภาพและสร้างสังคมแห่งสุขภาพ

ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาจัดทำเครื่องมือการศึกษาในส่วนของความรู้ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ตามคู่มือแนวทางปฏิบัติ บริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย (กรมอนามัย) แผนนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร)

5. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

5.1 แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

เชอร์มhorn และคณะ (Schermerhorn, et al., 1991: 104 – 108 อ้างใน ขวัญฤทัย พรรณวิจารณ์ 2543: 30-31) มีความเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล (Individual Performance Factors) ว่า ประกอบด้วย

5.1.1 ลักษณะส่วนบุคคล (Individual Characteristic) ได้แก่

1) ลักษณะประชากร (Demographic Characteristic) ได้แก่ ตัวแปรที่ช่วยให้เห็นถึงภูมิหลังของบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานะทางเศรษฐกิจ สังคม สถานที่อยู่อาศัย ขนาดของครอบครัว ตลอดจนสิ่งอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน

2) ความรู้ความสามารถ (Competency Characteristic) เป็นสิ่งหนึ่งที่สำคัญ และเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่สามารถกระตุ้นให้เกิดความพยายามในการทำงาน เป็นแรงจูงใจในขั้นต้นที่มีผลกระทบต่อไหวพริบของบุคคลที่เอาชนะสภาพแวดล้อมได้ ความรู้ความสามารถ แบ่งได้ 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (Physical Competency) และด้านสมอง (Mental Competency) ซึ่งบ่อยครั้งได้ใช้ผลการเรียนเป็นเครื่องชี้วัดถึงแนวโน้มความรู้ความสามารถ ด้านสมองและการปฏิบัติงาน

3) ลักษณะทางจิตวิทยา (Psychological Characteristic) เป็นการแสดงแนวโน้มของพฤติกรรมแต่ละบุคคลที่จะเกิดขึ้น และมีอิทธิพลค่อนข้างถาวรต่อพฤติกรรม ลักษณะทางจิตวิทยาเหล่านี้ เช่น ทักษะคิด การรับรู้ ความต้องการ และบุคลิกภาพ เป็นต้น

เซอร์เมอร์ฮอร์น เห็นว่า คุณลักษณะของบุคคลจะต้องมีความเหมาะสมกับความจำเป็นของแต่ละงาน เพื่อที่จะนำไปสู่ผลการปฏิบัติงานที่ต้องการ

5.1.2 ความพยายามในการทำงาน (Work Effect) คุณลักษณะของบุคคลที่มีความเหมาะสมกับความจำเป็นของงานนั้น ยังไม่สามารถที่จะทำให้บุคคลมีผลการปฏิบัติงานในระดับที่สูง อีกทั้งยังมีตัวแปรหนึ่งที่สำคัญและต้องมีก็คือ ความพยายามในการทำงาน (Motivation to work) เป็นแรงผลักดันภายในตัวบุคคลที่ผลโดยตรง และคงไว้ซึ่งความพยายามในการทำงาน คนที่มีแรงจูงใจในระดับสูงจะทำงานอย่างจริงจัง แรงจูงใจจึงเป็นสิ่งหนึ่งที่สำคัญที่จะช่วยกำหนดความพยายามในการทำงาน

5.1.3 การสนับสนุนจากองค์กร (Organization Support) การปฏิบัติงานของบุคคลนั้น จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์กรที่ปฏิบัติอยู่ บุคคลที่มีลักษณะบุคคลตรงกัน มีความจำเป็นของงานและได้รับการจูงใจ ในระดับสูง อาจไม่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ดี หากได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอจากหน่วยงาน หรือที่เรียกว่า ข้อจำกัดด้านสถานการณ์ (Situation Constraint) เช่น ขาดเวลาที่จะทำงาน งบประมาณ เครื่องมือเครื่องใช้ และวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับงาน ไม่ชัดเจน ระดับความคาดหวังของผลการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม ขาดอำนาจที่เกี่ยวกับงาน ขาดการช่วยเหลือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ไม่ยืดหยุ่น เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลการปฏิบัติของบุคคล

ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของเซอร์เมอร์ฮอร์น และคณะ เป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดตัวแปรที่ศึกษา

6. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน

6.1 ความหมายของการสนับสนุนการปฏิบัติงาน

องค์การอนามัยโลก (WHO อ้างใน ยูพาพร สุภาคี 2547: 29-31) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ว่า คือ ความช่วยเหลือจากชุมชนที่มีต่อบุคคลและกลุ่มคนในชุมชนนั้น ๆ

แคลแลน (Kalan 1967 อ้างใน ยูพาพร สุภาคี 2547: 29-31) อธิบายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มคน อาจเป็นทางด้านสิ่งของ เช่น ข้าวสาร เงิน กำลังคน หรือทางด้านอารมณ์ ที่เป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

สรุปได้ว่า ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ ได้รับการสนับสนุนในรูปแบบต่าง ๆ จากภาครัฐ

6.2 ประเภทของการสนับสนุน

จาคอบสัน (Jacobson 1986: 252, อ้างใน ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ 2541: 25) แบ่งการสนับสนุน เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลเกิดความสบายใจ ได้แก่ การยกย่องเคารพนับถือ ความรับความเอาใจใส่และการให้ความมั่นใจ
2. การสนับสนุนทางสติปัญญา (Cognitive Support) ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ที่จะช่วยให้บุคคลได้เข้าใจสิ่งต่าง ๆ จนสามารถนำไปปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้
3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Materials Support) ได้แก่ การให้ทางด้านสิ่งของและบริการที่จะช่วยแก้ปัญหาได้

เฮาส์ (House อ้างใน ยูพาพร สุภาคี 2547: 30-31) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) ได้แก่ ความรู้สึก เห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การให้ความรักความผูกพันต่อกัน การยอมรับนับถือ ความหวังใย การกระตุ้นเตือน และการเห็นคุณค่าที่เกี่ยวข้องกัน
2. การสนับสนุน โดยการประเมินผล (Appraisals Support) ได้แก่ การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือการรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมา เพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ และทำให้รู้สึกเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น

3. การสนับสนุนทางด้านข่าวสาร (Information Support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ตักเตือน การให้คำปรึกษาและการให้ข่าวสาร ที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยนี้ได้

4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrument Support) ได้แก่ แรงงาน เงิน เวลา โดยสรุป ประเภทของการสนับสนุน หมายถึง การที่ได้รับการสนับสนุนด้านสติปัญญา สิ่งของ เช่นการได้รับข่าวสาร การเงิน วัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น

7. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ

7.1 ความหมายของแรงจูงใจ

แรงจูงใจ (Motivation) มาจากรากศัพท์ภาษาลาตินคำว่า “Movere” แปลว่า ความเคลื่อนไหว (Move) ได้มีผู้ให้นิยามไว้หลายท่าน ดังนี้

ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์ และคณะ (2539: 28) สรุปไว้ว่า แรงจูงใจ เป็นปัจจัยหรือสาเหตุที่ทำให้บุคคลใช้พลังงานไปเพื่อจุดมุ่งหมายที่ปรารถนา ซึ่งผู้บริหารสามารถประยุกต์ใช้เพื่อจูงใจและสร้างความพอใจให้กับผู้ปฏิบัติงานได้ ทั้งนี้ เมื่อบุคคลมีความพอใจในการทำงานและเต็มใจอุทิศเวลา แรงกาย และความคิดของตน เพื่อสนองความต้องการของหน่วยงานและองค์กร กรองแก้ว อยู่สุข (2541: 17) สรุปไว้ว่า การจูงใจ หมายถึง การให้สิ่งที่เขาต้องการเพื่อโน้มน้าวให้เขาเต็มใจทำสิ่งที่เราต้องการ

ฉายศิลป์ เชี่ยวชาญพิพัฒน์ ผุสดี รุมาคม และสุวรรณ วาประคิษฐ์ (อ้างใน ยงยุทธ เกตุสาคร 2541: 61) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นแรงกดดันภายในร่างกายที่ผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมในทางใดทางหนึ่ง อันมีสาเหตุเกิดจากร่างกายหรือจิตที่มีความต้องการสิ่งนั้น ซึ่งความหมายของการจูงใจ คือ ต้องการให้พนักงานทุ่มเทความรู้ ความสามารถ และความพยายามทำงานในองค์กรอย่างเต็มที่ มีความกระตือรือร้นเพื่อช่วยให้งานของสำเร็จตามที่ต้องการ

อารี พันธุ์ฉิม และสุพิร์ ลิ้มไทย (2541: 129) สรุปว่า การจูงใจ หมายถึง การที่บุคคลได้รับการกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมในการกระทำกิจกรรมต่างๆ อย่างมีพลัง มีคุณค่า มีทิศทางที่ชัดเจนแสดงออกถึงความตั้งใจ เต็มใจ ความพยายาม หรือพลังภายในตนเอง รวมทั้งการเพิ่มพูนความสามารถที่จะทุ่มเทในการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามต้องการและสร้างความพึงพอใจสูงสุด

ทองใบ สุธชาลี (2543: 194) สรุปความหมายของแรงจูงใจว่า เป็นวิธีการที่จะทำให้บุคคลใด บุคคลหนึ่ง ได้พยายามในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้เงื่อนไขที่สอดคล้องกับความต้องการและเป้าหมายส่วนบุคคล

รัตติกรณ์ จงวิศาล(2550: 127) สรุปว่า แรงจูงใจเป็นกระบวนการที่สำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายโดยเฉพาะในด้านการทำงานในองค์กร คือทำให้เกิดความสนใจ การเลือก การกำหนดพฤติกรรมหรือเกิดพฤติกรรม มีพลังงาน หรือเกิดกิจกรรม เกิดผลการปฏิบัติงานที่นำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดแรงจูงใจ เช่น สภาพแวดล้อม เป้าหมายโอกาส และสิ่งจูงใจ รวมทั้งความสามารถและสิ่งอื่นๆ

โดยสรุป แรงจูงใจ เป็นพลังภายในที่เป็นแรงกระตุ้น หรือผลักดันให้บุคคลตื่นตัว เต็มใจ ตั้งใจ ในการตอบสนองความต้องการและเป้าหมายของตนเอง

ความสำคัญของแรงจูงใจในแง่ของการทำงาน คือการนำองค์ความรู้ในเรื่องของแรงจูงใจไปประยุกต์ใช้ในการจูงใจให้บุคคลในองค์กรมีความสนใจ มีความกระตือรือร้น มีพลังงานทำงาน ทำกิจกรรม หรือมีพฤติกรรมที่องค์กรต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์การในปัจจุบันต่างมีเป้าหมายมุ่งเน้นความมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล การมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ การเป็นองค์กรที่ดีเยี่ยม (รัตติกรณ์ จงวิศาล 2550: 83)

7.2 แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจ

มนุษย์มีแรงผลักดันบางอย่างที่ทำให้มีการแสดงพฤติกรรมออกมาเพื่อตอบสนองแรง ผลักดันที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อหิวน้ำก็ต้องการน้ำมาดื่ม เพราะมีความกระหายเป็นแรงผลักดัน ซึ่งเป็นความต้องการของร่างกายและเป็นแรงผลักดันตามธรรมชาติเพื่อความอยู่รอด และถ้าต้องการให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมแบบใดก็ตาม ก็ต้องสร้างแรงผลักดันที่เป็นต้นเหตุแห่งพฤติกรรมนั้น ซึ่งนั่นคือ การสร้างแรงจูงใจ

เทอริ และแฟรงกิน (อั้งโน ขงยุทธ เกตุสาคร 2541: 61) กล่าวว่า กระบวนการจูงใจ ประกอบด้วย

1. ความต้องการภายใน (Internal Needs) ซึ่งก่อให้เกิดพฤติกรรม
2. แรงขับ (Drive) คือพลังงานภายในที่ขับเคลื่อนพฤติกรรมให้สู่ทิศทางที่แน่นอน
3. เป้าหมาย (Goals) ซึ่งเป็นสิ่งล่อใจ (Incentives) หรือสิ่งตอบแทน (Pay off)

ทองหล่อ เดชไทย (2540: 171-174) กล่าวว่า แรงจูงใจหรือแรงกระตุ้นที่อยู่ภายในตัวบุคคลที่สามารถผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะต่างๆ มีหลายระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 เพื่อให้ได้มาซึ่งความจำเป็นพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิต เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค การพักผ่อน และความปลอดภัย

ระดับที่ 2 เพื่อสนองความต้องการทางสังคม เช่น ความรัก การยอมรับ และการได้รับการยกย่องนับถือ

ระดับที่ 3 เพื่อสนองความพึงพอใจส่วนตัว เช่น รู้สึกสบายใจกับสิ่งต่างๆ ที่ตนกระทำ และพอใจกับความรู้ ความฉลาด และความสามารถของตน

นักจิตวิทยาแบ่งแรงจูงใจเป็น 2 ประเภท (อารี พันธุ์ณี และสุพิร์ ลิ้มไทย 2541: 107-108)

1. แรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motive) หมายถึง การที่บุคคลมองเห็นคุณค่าและมีความต้องการที่จะกระทำด้วยความเต็มใจด้วยตนเอง เชื่อกันว่า ผู้เรียนที่เกิดแรงจูงใจประเภทนี้จะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุด แรงจูงใจภายในประเภทนี้ ได้แก่

1) ความต้องการ (Need) คนทุกคนมีความต้องการที่อยู่ภายในอันจะทำให้เกิดแรงขับให้เกิดพฤติกรรมต่างๆขึ้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และความพอใจ

2) ทักษะคติ (Attitude) เป็นความรู้สึกนึกคิดที่ดีที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลทำในพฤติกรรมที่เหมาะสม

3) ความสนใจพิเศษ (Special interest) การที่เรามีความสนใจในเรื่องใดเป็นพิเศษก็จัดว่าเป็นแรงจูงใจที่ทำให้เกิดความเอาใจใส่ในสิ่งนั้น

2. แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motive) หมายถึง สภาวะของบุคคลที่ได้รับแรงกระตุ้นมาจากภายนอกให้มองเห็นจุดหมายปลายทาง และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือการแสดงพฤติกรรมของบุคคล แรงจูงใจประเภทนี้ ได้แก่

1) เป้าหมายและความคาดหวังของบุคคล คนที่มีเป้าหมายในการกระทำใดๆ ย่อมกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสม

2) ความรู้เกี่ยวกับความก้าวหน้า รู้ว่าตนจะได้รับความสำเร็จจะเป็นแรงจูงใจให้ตั้งใจและเกิดพฤติกรรมขึ้นได้

3) บุคลิกภาพ ความประทับใจอันเกิดจาก บุคลิกภาพจะจูงใจให้เกิดพฤติกรรมขึ้นได้ เช่นบุคลิกภาพผู้นำที่ดี

4) เครื่องล่อใจอื่น ๆ ที่จะก่อให้เกิดแรงกระตุ้น ให้เกิดพฤติกรรมขึ้น เช่นการให้รางวัล การชมเชย การติเตียน การลงโทษ

เพิ่มศักดิ์ วรรณยางกูร (2547: 110-111) ได้แบ่งประเภทแรงจูงใจออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. แรงจูงใจทางสรีรวิทยา แรงจูงใจด้านนี้เกิดขึ้นเพื่อสนองความต้องการทางร่างกายทั้งหมด เพื่อให้บุคคลมีชีวิตอยู่ได้ เป็นความต้องการที่จำเป็นตามธรรมชาติของมนุษย์ได้แก่

ความต้องการน้ำ อาหาร พักผ่อน และปราศจากโรค เป็นต้น เราสามารถวัดระดับความต้องการทาง สรีระได้จากการสังเกตพฤติกรรมกระทำของคนเรา คือ จากความถี่ของการกระทำ การ เลือกรกระทำ (เลือกสิ่งใดแสดงว่าเราต้องการสิ่งนั้นมาก) การโต้ตอบสิ่งที่มาขัดขวาง

2. แรงจูงใจทางจิตวิทยา มีความสำคัญน้อยกว่าแรงจูงใจทางสรีรวิทยา เพราะ จำเป็นในการดำรงชีวิตน้อยกว่า แต่จะช่วยคนเราด้านจิตใจ ทำให้มีสุขภาพจิตดีและสดชื่น แรงจูงใจ ประเภทนี้ประกอบด้วย ความอยากรู้อยากเห็นและการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ความต้องการ ความรักและความเอาใจใส่ใกล้ชิดจากผู้อื่น

3. แรงจูงใจทางสังคมหรือแรงจูงใจที่เกิดจากการเรียนรู้ แรงจูงใจชนิดนี้มี จุดเริ่มต้นส่วนใหญ่มาจากประสบการณ์ทางสังคมในอดีตของบุคคล และเป้าหมายของแรงจูงใจ ชนิดนี้มีความสัมพันธ์กับการแสดงปฏิกิริยาของบุคคลอื่นที่มีต่อเรา

ตัวอย่างแรงจูงใจทางสังคมที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของคนเรา ได้แก่

1) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ (Achievement Motives) เป็นความปรารถนาของบุคคล ที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ให้ดีและประสบความสำเร็จ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์นี้ได้รับการส่งเสริมมาตั้งแต่ ในวัยเด็ก จากการศึกษาวิจัยหลายชิ้น แสดงให้เห็นว่า เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูอย่างอิสระ เป็นตัวของ ตัวเอง (เช่น แต่งตัวเอง) เมื่อโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ มีความต้องการความสำเร็จในชีวิตสูง การฝึกบุคคล ให้มีความต้องการความสำเร็จ หรือมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์จึงมักจะเริ่มจากครอบครัวเป็นสำคัญ

2) แรงจูงใจใฝ่สัมพันธ์ (Affiliative Motives) เป็นแรงจูงใจที่ทำให้บุคคล ปฏิบัติให้เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น ต้องการความเอาใจใส่ ความรักจากผู้อื่น

3) แรงจูงใจต่อความนับถือของตนเอง (Self-Esteem) เป็นแรงจูงใจที่บุคคล ปรารถนาที่จะเป็นที่ยอมรับของสังคม มีชื่อเสียง เป็นที่รู้จักของคนทั่วไป คือการที่ได้รับการยกย่อง จากสังคม ซึ่งจะนำมาสู่ความรู้สึกนับถือตนเอง

7.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ

นักจิตวิทยาได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ และได้จัดกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (รัตติกรณ์ จงวิศาล 2550: 90)

1. ทฤษฎีที่เน้นเนื้อหา (Content Theories) เป็นกลุ่มทฤษฎีที่เน้นเนื้อหาสาระของ แรงจูงใจพยายามอธิบายว่า อะไรบ้างที่ใช้เป็นตัวจูงใจ หรือตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรม ทฤษฎีที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ ได้แก่ ทฤษฎีความต้องการลำดับขั้นของ Maslow ทฤษฎีอี อาร์ จี (ERG) ของ Alderfer ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอริชเบิร์ก ทฤษฎีความต้องการของ Murray ทฤษฎีความ ต้องการของ McClelland ทฤษฎีแรงจูงใจภายในและภายนอก เป็นต้น

2. ทฤษฎีที่เน้นกระบวนการ (Process Theories) เป็นกลุ่มทฤษฎีที่มุ่งเน้นเรื่องกระบวนการรู้คิดการตัดสินใจ และการเลือกพฤติกรรม พยายามอธิบายว่า แรงจูงใจเกิดขึ้นได้อย่างไร และอะไรคือเป้าหมายของการจูงใจ ทฤษฎีที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ ได้แก่ ทฤษฎีความคาดหวังของ Vroom ทฤษฎีการตั้งเป้าหมายของ Locke ทฤษฎีความเสมอภาคของ Adams ทฤษฎีตัวแบบการจูงใจของ Porter และ Lower เป็นต้น

3. ทฤษฎีที่เน้นการเสริมแรง (Reinforcement Theories) เป็นกลุ่มทฤษฎีที่มุ่งเน้นเรื่องกระบวนการเรียนรู้ การเสริมแรงทางบวกและทางลบ การปรับพฤติกรรม ทฤษฎีที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผลกรรมของ Thorndike ทฤษฎีการเสริมแรงทางบวกและทางลบ เป็นต้น

ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาประยุกต์ใช้ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอรัชเบอร์ก (Two-Factor Theory) ในการกำหนดตัวแปรที่ทำการศึกษา ตามที่พบในงานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ดังนั้น จึงขอนำเสนอเฉพาะสาระสำคัญของทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอรัชเบอร์ก

ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอรัชเบอร์ก (Two-Factor Theory) หรือในบางครั้งถูกเรียกว่า “ทฤษฎีจูงใจ- สุขอนามัย (motivation- hygiene theory)” ถูกพัฒนาขึ้นโดย Frederick Herzberg นักจิตวิทยา ชาวอเมริกา ซึ่งได้ศึกษาและพัฒนาแนวคิดเรื่องแรงจูงใจของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจและไม่พึงพอใจในงาน รวมทั้งสิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและไม่พึงพอใจในการทำงาน ซึ่งมีความแตกต่างกัน และส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน

ปี 1959 Herzberg ได้ร่วมกับ Bernard Mausner และ Babara Synderman ทำการศึกษาวิจัยความพึงพอใจในการทำงานและการเพิ่มผลผลิตของวิศวกรและนักบัญชี จำนวน 200 คน ที่เมือง Pitsberg ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานกับประสิทธิภาพในการผลิต ตลอดจนพยายามศึกษาว่ามีสิ่งใดที่ทำให้ลูกจ้างรู้สึกดีหรือไม่ดี พอใจหรือไม่พอใจเกี่ยวกับงานที่พวกเขาทำ ผลการวิจัยจำแนกปัจจัยที่เกี่ยวกับแรงจูงใจได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (อารี พันธุ์ณี และสุพิร์ ลิมไทย์ 2541: 112)

1) ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) หมายถึง ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการทำงาน ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ผลผลิตเพิ่มขึ้นทำให้นักกเกิดความพึงพอใจในการทำงาน มีความรู้สึกนึกคิดในด้านดี ซึ่งจัดเป็นความต้องการในขั้นที่ 4 และขั้นที่ 5 ของทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow คือการยกย่องนับถือ และความสำนึกในชีวิต ปัจจัยจูงใจนี้ประกอบด้วย

ก. ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง การจัดลำดับของการทำงานได้เอง ความตั้งใจ ความสำนึกในอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบตลอดจนอิสระในการปฏิบัติงาน

ข. การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) หมายถึง การยอมรับหรือเห็นด้วยกับความสำเร็จ การได้รับการชมเชย ยกย่อง ชื่นชม เชื่อถือ ไว้วางใจในผลงานหรือการดำเนินงานจากผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน ผู้ได้บังคับบัญชาและบุคคลอื่น ๆ ซึ่งถ้าหากไม่ได้รับการยอมรับนับถือก็จะทำให้เกิดการไม่ยอมรับ การได้รับคำตำหนิติเตียนหรือการกล่าวโทษ

ค. ความก้าวหน้าในตำแหน่ง (Advancement) หมายถึง ผลหรือการมองเห็นการเปลี่ยนแปลงในสภาพของบุคคล หรือตำแหน่งในสถานที่ทำงาน โอกาสในการเลื่อนตำแหน่งหรือระดับที่สูงขึ้น และมีโอกาสได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะที่เพิ่มขึ้นในวิชาชีพจากการปฏิบัติงาน ตลอดจน โอกาสการศึกษาต่อ อบรม ฝึกงาน

ง. ความสำเร็จของงาน (Achievement) หมายถึง ความสำเร็จสมบูรณ์ของงาน ความสามารถในการแก้ไขปัญหา การมองเห็นผลงาน ความชัดเจนของงานเป็นความสำเร็จที่วัดได้จากการปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมาย ตามกำหนดเวลา ความสามารถในการแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน และความพอใจในผลการปฏิบัติงาน

จ. ลักษณะของงาน (Work Itself) หมายถึง การลงมือกระทำหรือการทำงานเป็นชิ้นเป็นอัน ซึ่งมีกำหนดเวลาหรือเป็นกิจวัตรหรือยึดหยุ่นได้ อาจมีการสร้างสรรค์งานไม่ว่าเป็นงานง่ายหรืองานยาก เป็นงานที่ชวนให้ปฏิบัติไม่น่าเบื่อ เป็นงานที่ส่งเสริมต่อความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เป็นงานที่มีคุณค่า รวมทั้งปฏิบัติงานได้สมบูรณ์หรือทำงานให้เสร็จในเวลาอันสั้น

โดยสรุป เฮอร์ซเบิร์ก เชื่อว่าปัจจัยจูงใจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวงาน เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจสัมพันธ์กับความรู้สึกในทางบวกกับงานที่ปฏิบัติ ทำให้บุคคลในองค์กรปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ผลการปฏิบัติงานเพิ่มสูงขึ้น ถือว่าเป็น “ปัจจัยภายใน (Intrinsic)”

2) ปัจจัยสุขอนามัยหรือปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors) หมายถึง ปัจจัยที่ป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกไม่พอใจในงานที่ทำ ไม่ใช่ปัจจัยที่จูงใจโดยตรงในการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ปัจจัยสุขอนามัยมีความสัมพันธ์กับความต้องการทางกาย ความต้องการความมั่นคง ความต้องการทางสังคม ตามทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow ปัจจัยสุขอนามัยนี้ได้แก่

ก. เงินเดือน (Salary) หมายถึง ผลตอบแทนจากการทำงาน เช่น ค่าจ้าง เงินเดือน ค่าตอบแทน รวมทั้งสวัสดิการ ประโยชน์อื่น ๆ ตามความเหมาะสมของเงินเดือน และขั้นเงินเดือน ตามความเหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบ

ข. สภาพการปฏิบัติงาน (Working Condition) หมายถึง สภาพเหมาะสมในการทำงาน สภาพการทำงานที่เป็นกายภาพ ได้แก่ สภาพแวดล้อม สถานที่ทำงาน เครื่องมือ เครื่องใช้ วัสดุอุปกรณ์ ความสะดวกสบายในการทำงาน สิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานต่าง ๆ ตลอดจนครอบคลุมไปถึงความสมดุลของปริมาณงานกับจำนวนบุคลากร

ค. ความมั่นคงในงาน (Job Security) หมายถึง ความรู้สึกที่มีต่อการปฏิบัติงาน ในด้านความมั่นคงในตำแหน่งและความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

ง. นโยบายและการบริหารจัดการงานขององค์กร (Policy and Administration) หมายถึง ความสามารถในการจัดลำดับเหตุการณ์ต่าง ๆ ของการทำงาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง นโยบายของหน่วยงาน การบริหารงาน การจัดระบบงานของผู้บังคับบัญชา การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย

จ. การบังคับบัญชา (Supervision Technical) หมายถึง สภาพการปกครอง บังคับบัญชางานของผู้บริหารระดับสูง ในเรื่องการวิเคราะห์ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน การกระจายงาน การมอบหมายอำนาจ ความยุติธรรม

ฉ. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relationship) หมายถึง สภาพความสัมพันธ์ การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับคนอื่น ได้แก่ ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และผู้ใต้บังคับบัญชา ในสถานการณ์ต่าง ๆ การร่วมมือปฏิบัติงาน การช่วยเหลือ การสนับสนุน และการปรึกษาหารือ

โดยสรุป เฮอร์ซเบอร์ก เชื่อว่า ปัจจัยสุขอนามัย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน (Environment) สัมพันธ์กับความรู้สึกในทางลบกับงานที่ปฏิบัติ ปัจจัยนี้ไม่ได้ทำให้ผลผลิตเพิ่มขึ้น หรือประสิทธิภาพในการผลิตเพิ่มขึ้น เพียงแต่เป็นการป้องกันผลผลิตลดลง หรือป้องกันไม่ให้คนไม่พอใจในงานที่ทำอยู่ (รัตติกรัตน์ จงวิศาล 2550: 96) ถือว่าเป็น “ปัจจัยภายนอก (Extrinsic)”

ผู้ศึกษาได้สรุปทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอร์ซเบอร์กเพื่อให้เข้าใจได้ง่าย แสดงดังตารางที่ 2.2

เฮอร์ซเบอร์ก เสนอแนวคิดว่า ความพอใจในงานจะถูกกำหนดโดยความรู้สึกของคนมีต่อเนื้อหางานที่เขาทำ ความไม่พอใจในงานจะถูกกำหนดโดยความรู้สึกของคนที่มีต่อสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับงานของเขา (เอกมน โลหะญาณจารี 2547: 26) และงานที่ดีจะต้องมีความท้าทายเพื่อกระตุ้นให้พนักงานได้ใช้ความสามารถ พนักงานที่มีความสามารถสูงขึ้นไปจะต้องได้รับงานที่มีความรับผิดชอบสูงขึ้นด้วยเช่นกัน หากงานที่มีอยู่ไม่เหมาะสมกับความสามารถของพนักงานจะ ต้องมีการพิจารณาโดยเร่งด่วนหรือหาพนักงานมีความสามารถต่ำมาทำงานแทน แต่หากพนักงานไม่ปฏิบัติ

งานอย่างเต็มความสามารถ แสดงว่าเกิดปัญหาด้านการจูงใจ (ภคภรณ์ สิงห์ และชัชวาล ศรีหมื่น ไวทย 2551)

Robbins (2005: 50-52) กล่าวว่า เฮอร์ซเบิร์ก ได้ชี้ชัดถึงสิ่งสำคัญในการกระตุ้นให้ งานประสบผลอย่างสูง คือ การมอบหมายงาน และให้อำนาจการจัดการให้ทำงาน ผู้บริหารต้องไม่ ควบคุมการทำงานจนมากเกินไป แต่ช่วยส่งเสริมในการรับผิดชอบวางแผนงาน การควบคุมงาน ของพวกเขาเพื่องานที่สมบูรณ์

ตารางที่ 2.2 ตารางสรุปทฤษฎีสองปัจจัยของ เฮอร์ซเบิร์ก

บุคคลที่อยู่ในสถานะที่ไม่อยากทำงาน (ความรู้สึกในทางลบ)	บุคคลที่อยู่ในสถานะที่อยากทำงาน (ความรู้สึกในทางบวก)
ปัจจัยสุขอนามัย (Hygiene Factors)	ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors)
คือ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความพอใจในการ ทำงาน	คือ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจให้คนทำงาน อย่างมีความสุข และมีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์
แต่ยังไม่พอที่จะนำไปใช้ในการจูงใจ	
เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวสภาพแวดล้อมใน การทำงาน (Environment)	เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก
เป็น “ปัจจัยภายนอก (Extrinsic)”	เป็น “ปัจจัยภายใน (Intrinsic)”
ได้แก่ เงินเดือน สภาพการปฏิบัติงาน ความ มั่นคงของงาน นโยบายและการ บริหาร การบังคับบัญชา ความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล	ได้แก่ ความรับผิดชอบ การได้รับการ ยอมรับนับถือ ความก้าวหน้าใน ตำแหน่ง ความสำเร็จของงาน ลักษณะของงาน

ที่มา: ดัดแปลงมาจาก แผนภาพอธิบายทฤษฎีสองปัจจัยของ เฮอร์ซเบิร์ก (รัตติภรณ์ จงวิศาล 2550: 97)

มีผู้กล่าวว่า ทฤษฎีการจูงใจของ เฮอร์ซเบิร์ก นั้น คำนึงถึงเป้าหมายของบุคคลและ องค์กร เพื่อจัดความขัดแย้งระหว่างความต้องการของบุคคลและความต้องการขององค์กร ส่วน ทฤษฎีของ Maslow นั้นสนใจเฉพาะตัวบุคคลเท่านั้น (เอกมน โลหะญาณจารี 2547: 26)

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2540: 56-61) กล่าวว่า องค์กรประกอบพื้น ฐานต่าง ๆ ที่จูงใจให้เกิดการทำงาน มีดังนี้

1. งานมีลักษณะท้าทายความสามารถ ความน่าเบื่อหน่ายของงานทำให้เกิดการเก็บกอดในการจงใจให้คนปฏิบัติงานเต็มความสามารถ ผู้บริหารควรให้งานที่จะให้เขาทำมีลักษณะที่ท้าทายความสามารถให้มากที่สุด
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน ผู้ปฏิบัติงานจะถูกสร้างให้มีแรงจูงใจสูง ถ้าหากเขามีส่วนในการวางแผนและกำหนดสถานะแวดล้อมของเขาเอง
3. การให้การยกย่อง และสภาพความต้องการที่จะได้รับการยกย่องมีอยู่ในบุคคลทุกคน ทุกคนต้องการได้รับการยอมรับจากเพื่อนพ้อง ผู้บังคับบัญชา ความมากน้อยของความต้องการในการยกย่องชมเชยนั้นแตกต่างกัน และเป็นสิ่งจูงใจในการทำงานของบุคคลแต่ละคนแตกต่างกันไป



ภาพที่ 2.2 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow กับทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอริชเบิร์ก

ที่มา: ภคกรณ สิงห์ และชัชวาล ศรีหมื่น ไททย 2551

4. การให้ความรับผิดชอบมากขึ้นและการให้อำนาจบารมี คนจำนวนมากต้องการจะมีความรับผิดชอบ มีอำนาจบารมีมากขึ้นจากการเป็นผู้บังคับบัญชา และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติ เนื่องจากมีการคาดหวังว่าจะได้รับสิ่งเหล่านั้นจากการทำงาน

5. ความมั่นคงและความปลอดภัยเป็นความปรารถนาที่จะหลุดพ้นจากความกลัวต่างๆ เช่น สูญเสียตำแหน่ง ความมั่นคงปลอดภัยเป็นสิ่งจูงใจที่สำคัญมาก

6. ความเป็นอิสระในการทำงาน คนทุกคนมีความปรารถนาที่จะมีอิสระในการกระทำบางสิ่งบางอย่างด้วยตัวของเขาเอง ความต้องการนี้ในบางคนรุนแรงมาก โดยเฉพาะผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง การบอกทุกอย่างว่าควรจะทำอย่างไรจะทำให้แรงจูงใจต่ำ

7. โอกาสในด้านความเจริญเติบโตทางด้านส่วนตัว คนส่วนมากต้องการที่จะมีการเติบโตทางด้านทักษะ วิชาชีพ และประสบการณ์ต่างๆ การฝึกอบรม การดูงาน ล้วนแต่เป็นแรงจูงใจในการทำงาน

8. โอกาสในการก้าวหน้า เช่น ได้รับเลื่อนตำแหน่งไปสู่ระดับที่สูงขึ้น

9. เงินและรางวัลที่เกี่ยวกับงาน สำหรับบางคน เงินเป็นสิ่งที่มียุทธูปสงค์สูงมากก็อาจเป็นแรงจูงใจสำหรับบุคคลนั้นได้

10. สภาพของการทำงานที่ดี ซึ่งรวมองค์ประกอบทั้งด้านกายภาพและด้านจิตใจของสมาชิก

11. การแข่งขันเป็นแรงจูงใจที่สำคัญมากอันหนึ่งของผู้บริหาร เนื่องจากผู้บริหารมักต้องการความเป็นเลิศ

โดยสรุป แรงจูงใจ เป็นพลังภายในหรือแรงผลักดันที่เป็นสิ่งกระตุ้น / สิ่งนำพฤติกรรมของมนุษย์ไปสู่การตอบสนองความต้องการและความสำเร็จในเป้าหมายของตนเอง หรือการจูงใจเป็นกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อการกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจให้แสดงพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจใดๆ เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในเป้าหมายที่ต้องการนั้นๆ ความสำคัญของแรงจูงใจ คือการนำองค์ความรู้ในเรื่องของแรงจูงใจไปประยุกต์ใช้ในการจูงใจให้บุคคลมีความสนใจ มีความกระตือรือร้น มีพลังงาน ทำงานทำกิจกรรมหรือมีพฤติกรรมตามที่องค์กรต้องการ โดยมีเป้าหมายที่ผลิตผลของงานจะมีคุณภาพดี มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล การมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ และการเป็นองค์การที่ดี

แนวคิดและทฤษฎีการจูงใจของเฮอริชเบิร์ก เป็นทฤษฎีที่เน้นเนื้อหาโดยได้อธิบายถึง ปัจจัยจูงใจให้บุคคลพึงพอใจในงานที่ทำ ประกอบด้วย 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยสุขอนามัยหรือปัจจัยค้ำจุนซึ่งจะสัมพันธ์กับความรู้สึกลงในทางลบกับงานที่ปฏิบัติ และเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน ถือว่าเป็น“ปัจจัยภายนอก” และปัจจัยจูงใจ คือ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจสัมพันธ์กับความรู้สึกลงในทางบวกกับงานที่ปฏิบัติ ทำให้อยากทำงานโดยเกี่ยวข้องกับตัวงาน ถือว่าเป็น“ปัจจัยภายใน”

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข

อุไรวรรณ บุญสาสิทธิ์พิทักษ์ (2542: 88) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า รายได้ของอสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.

สรารุช วลัยชพฤกษ์ (2543: 126) ศึกษาเรื่อง ศักยภาพของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี พบว่า ระดับการศึกษาและอาชีพมีผลต่อศักยภาพของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน

จันทิมา ลิมหัน (2543: 75) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจังหวัดตรัง พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

วิรัตน์ ศรีริรักษ์ (2546: 97) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอภูหินร่องกล้า จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า เพศของ อสม. มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 55) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม.

เอกมน โลหะญาณจารี (2547: 97) ศึกษาวิจัยเรื่อง แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตชนบุรี กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยด้านการดำรงตำแหน่งทางสังคมที่แตกต่าง มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. ที่แตกต่างกัน

สมศักดิ์ เผ่าสอน (2548) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอสิชลบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบว่า อสม. ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน การได้รับนิเทศงานและดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้านแตกต่างกัน จะมีการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

ประเสริฐ บินตะคุ และไพจิตร ศิริมงคล (2549: 49) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข กิ่งอำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร - อาชีพ รายได้ ของ อสม. มี

ความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก

ศันสนีย์ รัตมี (2550) ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข คือ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 อายุ มีความสัมพันธ์ในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

โดยสรุป ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน อสส. ตำแหน่งทางสังคม ในการศึกษา ผู้ศึกษาได้นำลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของ อสม. มาเป็นตัวแปรในการศึกษา

8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

นัทธมน เจริญแหลม (2544: 54, 86) ศึกษาเรื่อง ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดระยอง ปี 2543 พบว่า อสม. มีความรู้ในการดำเนินงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในระดับปานกลาง

ปิยนารถ สิงห์ชู (2547 : 78-81) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตเทศบาลตำบลเวียงสระ อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า อสม. มีความรู้ในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

พัชรินทร์ สมบูรณ์ (2547: 101, 111) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า อสม. มีความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง อยู่ในระดับปานกลาง

พรพันธ์ คชเดช (2550: 98 -101) ศึกษาเรื่อง ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า โดยภาพรวม อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61 และความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม.

โดยสรุป ผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่า มีในระดับปานกลาง จนถึงระดับสูง ในการศึกษา ผู้ศึกษาทำการศึกษาระดับความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 6 อ. และความรู้ตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ตามนโยบายของ สำนักอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพนอกหน่วยบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

8.3 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

สุวิทย์ สุขารมย์ และสมพร เนติรัฐกร (2540: 13-18) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน คือ การได้รับการอบรม การได้รับการนิเทศติดตามงานสาธารณสุขมูลฐาน ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมากที่สุด คือ เรื่องการขาดงบประมาณในการบริหารและดำเนินกิจกรรมในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน รองลงมา คือ ขาดแคลนอุปกรณ์เวชภัณฑ์ ความรู้ในการปฏิบัติงาน ความร่วมมือของประชาชน และขาดผู้เสียสละรับผิดชอบศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอย่างจริงจัง

สุนทร อุทรวทิกการ ณ อุทยาน (2540: 93-96) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า งบประมาณที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ความพอเพียงของงบประมาณ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

กรแก้ว ทัทมาลัย (2544: 50 - 70) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารจัดการด้านการวางแผน การประเมินผล และรวมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ยุคนธ์ ชุตินิพนธ์บุตร (2546: 95-100) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่า ปัจจัยสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน

ประภา วุฒิกุล (2547 : 84 - 95) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี พบว่า การฝึกอบรมและศึกษาดูงาน อยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม.

ยุพาพร สุภาคคี (2547: 81-87) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า การได้รับการฝึกอบรมและศึกษาดูงาน อยู่ในระดับมาก และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ อสม.

พรทิพย์ จักขุทิพย์ (2551) ประเมินและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนที่ได้รับค่าตอบแทน และอาสาสมัครสาธารณสุข

สุขที่ปฏิบัติงานในชุมชนที่ไม่ได้รับค่าตอบแทน ในกรุงเทพมหานคร พบว่า การปฏิบัติงานโดยรวมของ อสส. ที่ได้รับค่าตอบแทน อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง แต่ อสส.ที่ไม่ได้รับค่าตอบแทน อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องปรับปรุง พฤติกรรมภาวะผู้นำโดยรวมของสองกลุ่ม พบว่า อยู่ในเกณฑ์ปานกลางใกล้เคียงกัน การรับรู้บทบาทโดยรวม และปัจจัยจูงใจ โดยรวมสำหรับ อสส. ที่ได้รับค่าตอบแทน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี แต่สำหรับ อสส.ที่ไม่ได้รับค่าตอบแทน อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง การได้รับการนิเทศงานโดยรวม สำหรับ อสส.ที่ได้รับค่าตอบแทนอยู่ในเกณฑ์ดี แต่สำหรับ อสส.ที่ไม่ได้รับค่าตอบแทน อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องปรับปรุง เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยพบว่า อสส.ที่ได้รับค่าตอบแทนดีกว่า อสส.ที่ไม่ได้รับค่าตอบแทน ทั้งการปฏิบัติงาน พฤติกรรมภาวะผู้นำ การรับรู้บทบาท ปัจจัยจูงใจ และการได้รับนิเทศงาน

โดยสรุป ผลงานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย การได้รับการอบรม/ศึกษาดูงาน งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ สวัสดิการของอสม./ ค่าตอบแทน อสม. ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำมาเป็นตัวแปรในการศึกษา

8.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

อุไรวรรณ บุญสาทิพัทธ์ (2542: 76 - 84) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า แรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการปฏิบัติงานของ อสม.ตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วรนุช บุญยะกมล (2542: 73-78) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในศูนย์สุขภาพชุมชน กรุงเทพมหานคร พบว่า ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจ และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของ อสส.

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 41- 51) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม.

เอกมน โลหะญาณจารี (2547: 97-104) ศึกษาเรื่อง แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตชนบุรี กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยในการทำงาน ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ระหว่าง อสม. กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และระหว่าง อสม. กับ อสม. การได้รับการยอมรับนับถือ ผลประโยชน์ตอบแทน สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานและการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม.

ศันสนีย์ รัตมี (2550: 81-86) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข ระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์ระดับน้อย

พรพันธ์ คชเดช (2550: 111-114) ศึกษาเรื่อง ศักยภาพการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการศักยภาพการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข คือ ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การได้รับการยอมรับนับถือ ความสำเร็จของงาน ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าในตำแหน่ง

โดยสรุป ผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน พบว่า ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่าง อสม.กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และระหว่าง อสม.กับ อสม. การได้รับการยอมรับนับถือ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำมาเป็นตัวแปรในการศึกษา

8.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

สาธิตมน ศิริสมบูรณ์เวช (2542: 123,127) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในด้านการรับรู้สาเหตุของปัญหาและปัญหา การวางแผนดำเนินกิจกรรม และการปฏิบัติการติดตามประเมินผล มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประภา วัฒนชีพ (2547: 60) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ จังหวัดจันทบุรี พบว่า อสม. มีส่วนร่วมในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพในระดับปานกลาง

สาโรจน์ สมัยคำ (2549: 99) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดเลย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ การรับรู้ประโยชน์ในการควบคุมป้องกันโรค พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ชนิดดา ระดาฤทธิ์ (2549: 150) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนในชุมชน กรณีศึกษาเฉพาะเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร พบว่า ภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งการประเมินปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน ด้านบทบาทผู้ประสานงาน ระดับการมีส่วนร่วม
 ร่วมมากที่สุด คือ การทำงานร่วมกันระหว่างคนในชุมชนกับเจ้าหน้าที่ การมีส่วนร่วมในบทบาท
 ผู้ให้บริการ การสนับสนุนให้คนในชุมชนให้รู้จักดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย

ศันสนีย์ รัชมี (2550: 81-86) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม
 ในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร พบว่า
 ระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับสูง การมี
 ส่วนร่วมดำเนินงาน อยู่ในระดับสูง แต่การมีส่วนร่วมคิด ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล
 อยู่ในระดับปานกลาง

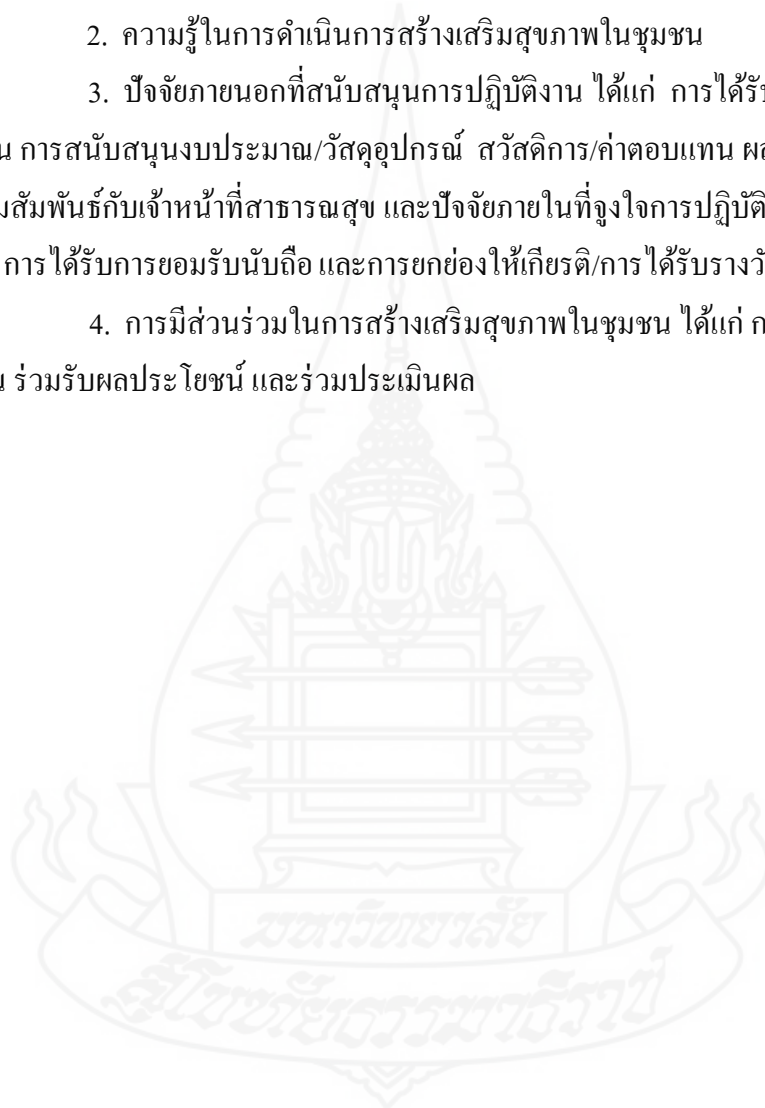
มงคล โชตแสง (2552) ศึกษาเรื่อง การประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการ
 สุขภาพ อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร ปี 2552 พบว่า (1) การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า
 หมู่บ้านส่วนใหญ่มีส่วนร่วมค่อนข้างมากในการพัฒนาสุขภาพ ในด้านการจัดเวทีการประชุมของ
 องค์การอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการกำหนดมาตรการทางสังคมด้านสุขภาพ และ
 หมู่บ้านส่วนใหญ่มีส่วนร่วมปานกลางในการพัฒนาสุขภาพ ในด้านการมีกลุ่มองค์กรที่เข้าร่วมใน
 การขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพในชุมชน (2) การจัดทำแผน พบว่า หมู่บ้านส่วนใหญ่มีการจัดทำ
 แผนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ/หรือแกนนำชุมชน
 ร่วมกันทำ (3) การจัดการงบประมาณ พบว่า ทุกหมู่บ้านได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก
 องค์กรบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล และกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (4) การจัดกิจกรรม
 พัฒนาสุขภาพ พบว่า การจัดบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยส่วนใหญ่ยังเปิดให้
 บริการ การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ พบว่า ทุกหมู่บ้านมีการจัดกิจกรรมใน 5 กิจกรรมหลัก คือ
 กิจกรรมด้านการสร้างสุขภาพ กิจกรรมด้านการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
 หมู่บ้าน/แกนนำสุขภาพ กิจกรรมด้านการบริการสุขภาพภาคประชาชน กิจกรรมด้านการถ่ายทอด
 ความรู้ และกิจกรรมด้านการควบคุมและป้องกันโรค ทุกหมู่บ้านมีระบบการเฝ้าระวังไข้หวัดนกใน
 หมู่บ้าน (5) การประเมินผล พบว่า ทุกหมู่บ้านมีการประเมินผลโดยใช้แบบประเมินหมู่บ้านจัดการ
 สุขภาพ และแบบประเมินตนเองเพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้าน

โดยสรุป ผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของ
 อาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า การมีส่วนร่วมมีระดับปานกลางถึงมาก และส่วนใหญ่การมีส่วนร่วม
 มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน

การทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของ
 อาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้ทราบว่าปัจจัยลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ความรู้ด้าน
 สุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วน

ร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษากำหนดตัวแปรสำหรับกรอบแนวคิดการศึกษา 4 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอสส. ตำแหน่งทางสังคม
2. ความรู้ในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน
3. ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้แก่ การได้รับความรู้/ ฝึกอบรม/ ศึกษาดูงาน การสนับสนุนงบประมาณ/วัสดุอุปกรณ์ สวัสดิการ/ค่าตอบแทน ผลประโยชน์ตอบแทน ความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน ได้แก่ ความภาคภูมิใจ การได้รับการยอมรับนับถือ และการยกย่องให้เกียรติ/การได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติ
4. การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ได้แก่ การร่วมคิด ร่วมดำเนินงาน ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล



บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร ที่ปฏิบัติงานเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 347 คน แสดงดังตารางที่ 3.1

1.2 ตัวอย่าง

1.2.1 การกำหนดขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดของตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับใช้ในการศึกษา โดยใช้หลักการคำนวณของยามานะ (Yamane 1973: 725 อ้างใน บุญธรรม กิจปรีดา บริสุทธิ์ 2540: 71) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + (Ne^2)}$$

โดย

n	หมายถึง	ขนาดตัวอย่าง
N	หมายถึง	ขนาดของประชากรทั้งหมด ซึ่งกำหนดไว้เท่ากับ 347 คน
E	หมายถึง	ความคลาดเคลื่อนที่จะยอมรับได้ ซึ่งกำหนดไว้เท่ากับ 0.05

แทนค่าจากสูตร

$$\text{ขนาดตัวอย่าง} = \frac{347}{1 + (347 \times 0.0025)} = 185.81$$

นั่นคือ ขนาดของตัวอย่างทั้งหมดที่ทำการไม่น้อยกว่า 186 คน

1.2.2 การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบกำหนดสัดส่วน (Proportional Random Sampling) ตามจำนวน อสส. ในแต่ละชุมชน เพื่อให้ได้ตัวอย่างของ อสส. กระจายครอบคลุม 74 ชุมชน ดังตารางที่ 3.1 ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 คำนวณขนาดตัวอย่าง อสส. แต่ละชุมชน ตามสัดส่วน อสส. ของชุมชนนั้น ๆ ดังนี้

$$\text{จำนวนตัวอย่างแต่ละชุมชน} = \frac{\text{ขนาดตัวอย่าง (186) x จำนวน อสส.แต่ละชุมชน}}{\text{จำนวน อสส.ทั้งหมด}} \quad (347)$$

ขั้นที่ 2 สุ่มตัวอย่าง อสส. แต่ละชุมชน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Sample Random Sampling) โดยการจับสลากรายชื่อ อสส. ตามจำนวนตัวอย่างในแต่ละชุมชน ได้จำนวน อสส. ทั้งหมด 186 คน

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนประชากรและตัวอย่าง อสส. ที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานมากกว่า 1 ปี ในปีงบประมาณ 2554 เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร

ลำดับที่	ชุมชน	จำนวน ประชากร (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
แขวงสายไหม			
1	อัมรินทร์ 3 ผัง 1	2	1
2	อัมรินทร์ 3 ผัง 2	7	4
3	อัมรินทร์ 3 ผัง 3	4	2
4	อัมรินทร์ 3 ผัง 4	5	3
5	สายไหมวิลล่า	2	1
6	อภินคร 2000	6	3
7	เลิศปิยะวรรณ	2	1
8	สายไหม 79	3	2
9	อรุณวรรณ	4	2
10	ทองสถิตย์ 6	2	1
11	ซิคส์วิลเลจ	5	3
12	เกษะเอื้ออาทร	8	4
13	ทัฬฟ้า	5	3
14	นภาภาส	4	2
15	มันฑาวรรณ	5	3
16	ประชานุกูล	8	4
17	กรุงทอง	6	3
18	กลอรีเฮาส์	3	2
19	แก้วแสนห้า	6	3
20	เสริมศิริ	4	2

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ลำดับที่	ชุมชน	จำนวน ประชากร (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
21	ชลลดา	3	2
22	มนชญา 1	3	2
23	มนชญา 2	3	2
24	เทพทิพย์	2	1
25	เจริญวงศ์	2	1
26	มารวย	4	2
27	สายไหม 8	2	1
28	พลายรัตนะ	6	3
29	แอนเน็กซ์	6	3
30	ศิรินคร	4	2
31	ชื่อตรงลีลาวดี	2	1
32	ศ.พัฒนา ม.5	4	2
33	กม.25	4	2
34	กม.24	3	2
35	เลียบคลอง 2	3	1
36	สายไหมวิลล่า	2	1
	แขวงออเงิน		
37	รัชดาออเงิน	7	4
38	หนองใหญ่	3	2
39	แสงธรรม	2	1
40	อรุณธร	7	4
41	วัชรพล 3	9	5
42	ตะวันนา	2	1
43	พรพระร่วงพัฒนา	3	2
44	สหชุมชน	3	2
45	เกษะพรพระร่วง	5	3
	แขวงคลองถนน		
46	กสบ.	10	5
47	ชื่อตรง	9	5
48	เทพนคร	8	4
49	เพิ่มสิน 1-2	12	6

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ลำดับที่	ชุมชน	จำนวน ประชากร (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
50	พุนทรัพย์	6	3
51	เมตตา	3	2
52	ณัฐกานต์3-5	9	5
53	เลิศอุบล	4	2
54	ชนวรรณ	6	3
55	รวมใจสามัคคี	8	4
56	ร่วมใจสามัคคี	4	2
57	ทิมเรืองเวช	6	3
58	ม.2 คลองถนน	2	1
59	ดวงมณี	3	2
60	วัดคุ้ม	4	2
61	ตลาดเพิ่มสิน	4	2
62	แม่บ้านร่วมใจ	6	3
63	ศาลเจ้าพ่อสมบูรณ	5	3
64	ทหารอากาศ 52	7	4
65	พัฒนา ม.2	8	4
66	รุ่งเรืองเฮาส์	6	3
67	เสนาวัฒนา	15	8
68	รวมมิตรสัมพันธ์	6	3
69	คอนเมืองวิลล่า 2	2	1
70	เชียรสวนพัฒนา	3	2
71	ทองอยู่ร่วมใจ	2	1
72	พัฒนา ม.1	2	1
73	ใจรัก	2	1
74	เพิ่มสินทรัพย์ (ป.สุวิมล)	1	1
รวม 74 ชุมชน		347	186

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

2.1 ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวน เอกสารการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข เอกสารแนวคิดทฤษฎีและ งานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ปัจจัยจูงใจการปฏิบัติงาน และปัจจัยการมีส่วนร่วม ในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุข แบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของ อาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน อสส. และตำแหน่งทางสังคมอื่น ๆ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบ เติมข้อความ และเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

1) ลักษณะของแบบสอบถาม ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด จำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ข้อ

ด้านความรู้เกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 6 อ. 8 ข้อ

ด้านความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ 5 ข้อ

2) เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ตอบถูก ให้คะแนน 1 คะแนน

ตอบผิด ให้คะแนน 0 คะแนน

3) การแปลผลคะแนน

พิจารณาคะแนนของตัวอย่างเป็นกลุ่ม ทั้งรายข้อ และรายด้าน และ โดยรวมทั้ง 18 ข้อ ดังนี้

ก. ผลรวมของคะแนนรายข้อ

ดีมาก ตั้งแต่ร้อยละ 87.0 ขึ้นไป

ดี ร้อยละ 75 – ร้อยละ 86.9

ปานกลาง ร้อยละ 50 – ร้อยละ 74.9

ไม่ดี น้อยกว่า ร้อยละ 50

- ข. ผลรวมของคะแนนรายด้าน และโดยภาพรวม พิจารณาจากค่าเฉลี่ย
 ที่ได้เปรียบเทียบกับจำนวนข้อคำถามทั้งหมด
 สำหรับจำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ พิจารณา ดังนี้
- | | |
|---------|------------------------------|
| ดีมาก | ค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 4.6 ขึ้นไป |
| ดี | ค่าเฉลี่ย 4 – 4.59 |
| ปานกลาง | ค่าเฉลี่ย 3 – 3.99 |
| ไม่ดี | ค่าเฉลี่ย ต่ำกว่า 3 |
- สำหรับจำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ พิจารณา ดังนี้
- | | |
|---------|------------------------------|
| ดีมาก | ค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 7.0 ขึ้นไป |
| ดี | ค่าเฉลี่ย 6 – 6.9 |
| ปานกลาง | ค่าเฉลี่ย 4 – 5.9 |
| ไม่ดี | ค่าเฉลี่ย ต่ำกว่า 4 |

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
 สำหรับระดับการรับรู้ถึงปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน และระดับการรับรู้ปัจจัยจูงใจในการ
 ปฏิบัติงาน จำนวน 27 ข้อ

1) ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ของ
 ลิเคอร์ท (Likert) กำหนดคำตอบเป็น 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน	5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้คะแนน	1 คะแนน

2) การแปลผลคะแนน

พิจารณาคะแนนของตัวอย่างเป็นกลุ่ม ทั้งรายข้อ และรายด้าน และ
 โดยภาพรวม ดังนี้

มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 4.6 ขึ้นไป
มาก	ค่าเฉลี่ย 4 – 4.59
ค่อนข้างมาก	ค่าเฉลี่ย 3.6 – 3.9
ปานกลาง	ค่าเฉลี่ย 3 – 3.59
ค่อนข้างปานกลาง	ค่าเฉลี่ย 2.6 – 2.9

น้อย ค่าเฉลี่ย ต่ำกว่า 2.6

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของ อสส. สำหรับระบุกิจกรรมเกี่ยวกับ การร่วมคิด ร่วมดำเนินงาน ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผลการในชุมชน

1) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบเป็นทางเลือก 5 ระดับ มีระดับการวัดแบบช่วงสเกล (Interval Scale) จำนวน 33 ข้อ โดยประยุกต์จาก ลิเคอร์ทสเกล (Likert Scale) กำหนดคำตอบเป็น 5 ระดับ ดังนี้

มีส่วนร่วมมากที่สุด	ให้คะแนน	5 คะแนน
มีส่วนร่วมมาก	ให้คะแนน	4 คะแนน
มีส่วนร่วมปานกลาง	ให้คะแนน	3 คะแนน
มีส่วนร่วมน้อย	ให้คะแนน	2 คะแนน
มีส่วนร่วมน้อยที่สุด	ให้คะแนน	1 คะแนน

2) การแปลผลคะแนน

พิจารณาคะแนนของตัวอย่างเป็นกลุ่ม ทั้งรายข้อ และรายด้าน และโดยภาพรวม ดังนี้

มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 4.6 ขึ้นไป
มาก	ค่าเฉลี่ย 4 – 4.59
ค่อนข้างมาก	ค่าเฉลี่ย 3.6 – 3.9
ปานกลาง	ค่าเฉลี่ย 3 – 3.59
ค่อนข้างปานกลาง	ค่าเฉลี่ย 2.6 – 2.9
น้อย	ค่าเฉลี่ย ต่ำกว่า 2.6

ส่วนที่ 5 แบบสอบถาม ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิด ให้เติมข้อความได้ตามความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ตอบ

2.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการศึกษา

ดำเนินการสร้างและปรับปรุงคุณภาพแบบสอบถาม ดังนี้

2.2.1 นำแบบสอบถามเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาคณาจารย์อิสระและผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 4 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเพื่อความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความถูกต้องของภาษา

2.2.2 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ อสส. ในเขตคอนเมือง กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน

1) สำหรับแบบสอบถามความรู้ คำนวณค่าความเที่ยงชนิดเชิงความสอดคล้องภายในของเนื้อหา โดยใช้วิธีคูเคอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ด้วยสูตร KR - 20 ได้เท่ากับ 0.743

2) สำหรับแบบสอบถามปัจจัยการสนับสนุนการปฏิบัติงาน และปัจจัยการมีส่วนร่วม คำนวณหาความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.902 และ 0.945 ตามลำดับ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้ศึกษายื่นขออนุมัติวิจัยในคนต่อคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร และได้รับการรับรองวิจัยในคนตามหลักเกณฑ์

3.2 ผู้ศึกษาทำหนังสือถึงประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ส่งถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 61 สังกัด สำนักรมย์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บข้อมูล

3.3 ผู้ศึกษาชี้แจงและแจกแบบสอบถามด้วยตนเองตามจำนวน อสส. ในแต่ละชุมชน ที่สุ่มได้ โดยใช้ระยะเวลาในการทดสอบระหว่างวันที่ 1-10 มิถุนายน 2554 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาได้แจกแบบสอบถามจำนวน 190 ฉบับ ซึ่งมากกว่าจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ 4 ฉบับ

3.4 ผู้ศึกษารวบรวมแบบสอบถามที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแล้วนำมาวิเคราะห์ผลต่อไป ได้รับแบบสอบถามคืนทั้ง 190 ฉบับ อัตราการตอบกลับ เท่ากับร้อยละ 100

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายการกระจายข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษา

4.2 ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงวิเคราะห์

4.2.1 การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis) หองค์ประกอบของปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ปัจจัยจูงใจการปฏิบัติงาน และปัจจัยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

4.2.2 การวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) หาตัวแปรทำนายของระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการศึกษา แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

1. ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุข
2. ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข
3. องค์ประกอบของปัจจัยการปฏิบัติงาน (ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจ) ของอาสาสมัครสาธารณสุข
4. องค์ประกอบของกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข
5. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข
6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุข

ข้อมูลลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาปฏิบัติงาน อาสาสมัครสาธารณสุข และตำแหน่งทางสังคม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุข แสดงดังตารางที่ 4.1 อาสาสมัครสาธารณสุขที่ทำการศึกษามีจำนวน 190 คน

ตารางที่ 4.1 การแจกแจงข้อมูลลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของอาสาสมัคร
สาธารณสุข

ข้อมูลลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนทั้งหมด	190	100.0
เพศ		
ชาย	56	29.5
หญิง	134	70.5
อายุ		
ไม่เกิน 40 ปี	12	6.3
41 – 50 ปี	33	17.4
51 – 60 ปี	57	30.0
61 ปีขึ้นไป	88	46.3
อายุเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 58.59 ± 11.218 อายุต่ำสุด/สูงสุด = 26/86		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	58	30.5
มัธยมต้น	38	20.0
มัธยมปลาย/ปวช.	43	22.6
อนุปริญญา ปริญญาตรี	14	7.4
ปริญญาตรี	35	18.4
อื่น ๆ	2	1.1
สถานภาพสมรส		
โสด	11	5.8
คู่	134	70.5
หม้าย/หย่า/แยก	45	23.7
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน	10	5.3
รับจ้าง	29	15.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	11	5.8
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	49	25.8
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	65	34.2
อื่น ๆ	26	13.7

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
ไม่เกิน 5,000 บาท	51	26.8
5,001 – 10,000 บาท	59	31.1
10,001 – 15,000 บาท	28	14.7
15,001 – 20,000 บาท	30	15.8
มากกว่า 20,000 บาท ขึ้นไป	22	11.6
ระยะเวลาปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข		
ไม่เกิน 5 ปี	69	36.3
6 – 10 ปี	94	49.5
11 ปี ขึ้นไป	27	14.2
ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.96 ± 3.671 ต่ำสุด/สูงสุด = 1/20		
ปัจจุบันดำรงตำแหน่งทางสังคมอื่น ๆ ในชุมชนด้วย		
ไม่มี	90	47.4
มี	100	52.6
กรรมการชุมชน	34	17.9
กรรมการชมรมผู้สูงอายุ	8	4.2
กรรมการคุ้มครองผู้บริโภคร	3	1.6
อื่น ๆ	22	11.6
กรรมการชุมชนและตำแหน่งอื่น ๆ	24	12.6
ตำแหน่งต่าง ๆ หลายตำแหน่ง	9	4.7

เพศ อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เท่ากับร้อยละ 70.5 และเพศชาย ร้อยละ 29.5

อายุ สัดส่วนที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไปมีสูงสุด เท่ากับร้อยละ 46.3 อายุ 51 – 60 ปี ร้อยละ 30.0 และ 41 – 50 ปี ร้อยละ 17.4 นอกนั้น อายุไม่เกิน 40 ปี อายุเฉลี่ย 58.59 ปี

ระดับการศึกษา สัดส่วนที่จบชั้นประถมศึกษาที่มีสูงสุด เท่ากับร้อยละ 30.5 มัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 22.6 มัธยมต้น ร้อยละ 20.0 และปริญญาตรี ร้อยละ 18.4 นอกนั้น จบอนุปริญญา ร้อยละ 7.4

สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.5 หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 23.7 นอกนั้นเป็น โสด ร้อยละ 5.8

อาชีพ สักส่วนที่เป็นแม่บ้าน/พ่อบ้านมีสูงสุด เท่ากับร้อยละ 34.2 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 25.8 รับจ้าง ร้อยละ 15.3 นอกนั้น รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 5.8 สักส่วนที่ไม่ได้ทำงาน/ว่างงาน ร้อยละ 5.3

รายได้ต่อเดือน สักส่วนที่มีรายได้ต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท มีสูงสุด เท่ากับร้อยละ 31.1 ไม่เกิน 5,000บาท ร้อยละ 26.8 15,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 15.8 10,001 – 15,000 บาท ร้อยละ 14.7 และ มากกว่า 20,000 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 11.6

ระยะเวลาปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข สักส่วนที่ปฏิบัติงานนาน 6 – 10 ปี มีสูงสุด เท่ากับร้อยละ 49.5 ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 36.3 และ มากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.2 ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 6.96 ปี

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งทางสังคมอื่น ๆ ด้วย สักส่วนที่ไม่มีตำแหน่งอื่น ๆ เท่ากับร้อยละ 47.4 ดำรงตำแหน่งอื่น ๆ ด้วย ร้อยละ 52.6 โดยเป็นกรรมการชุมชน กรรมการชุมชนและตำแหน่งอื่น ๆ ร้อยละ 11.6 และ 12.6

โดยสรุป อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.5 สักส่วนที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไปมีสูงสุด เท่ากับร้อยละ 46.3 อายุเฉลี่ย 58.59 ปี จบชั้นประถมศึกษา มีสูงสุด เท่ากับร้อยละ 30.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.5 เป็นแม่บ้าน/พ่อบ้านมีสูงสุด เท่ากับร้อยละ 34.2 มีรายได้ต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท มีสูงสุด เท่ากับร้อยละ 31.1 ปฏิบัติงานนาน 6 – 10 ปี มีสูงสุด เท่ากับร้อยละ 49.5 ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 6.96 ปี และดำรงตำแหน่งทางสังคมอื่น ๆ ด้วย มีร้อยละ 52.6

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข

ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข มีทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 6 อ. จำนวน 8 ข้อ และความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ จำนวน 5 ข้อ

ทำการวิเคราะห์ข้อที่ตอบถูกและตอบผิด และนำเสนอผลการวิเคราะห์ความรู้เป็น 3 ส่วน คือ ค่าเฉลี่ยความรู้โดยภาพรวม และรายด้าน สักส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความรู้ที่

ถูกต้องเป็นรายชื่อในแต่ละด้าน และลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขที่ตอบผิมาก

2.1 ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนโดยภาพรวม
และรายด้าน แสดงดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการ
ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน โดยภาพรวม และรายด้าน

ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริม สุขภาพในชุมชน	$\bar{X} \pm S.D.$	การแปลผล ระดับความรู้
ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ (5 ข้อ)	4.6684 \pm .67499	ดีมาก ⁽¹⁾
ด้านความรู้เกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 6 อ. (8 ข้อ)	7.0316 \pm 1.18592	ดีมาก ⁽²⁾
ด้านความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่ม เป้าหมายต่าง ๆ (5 ข้อ)	4.1211 \pm .86745	ดี ⁽³⁾
โดยภาพรวม (18 ข้อ)	15.8211 \pm 1.92713	ดีมาก ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ = ร้อยละ 92 ⁽²⁾ = ร้อยละ 87.5 ⁽³⁾ = ร้อยละ 82 ⁽⁴⁾ = ร้อยละ 87.7

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
ในชุมชนโดยภาพรวม และรายด้าน พบว่า

ค่าเฉลี่ยของความรู้ที่ถูกต้องด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และ
ด้านความรู้เกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 6 อ. อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยของความรู้ที่ถูกต้อง
ด้านความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ อยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ยของความรู้ที่ถูกต้องโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก

2.2 สัดส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดำเนินงาน
สร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เป็นรายชื่อในแต่ละด้าน แสดงดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวน และร้อยละ ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการ
ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เป็นรายชื่อในแต่ละด้าน และการแปลผล

ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริม สุขภาพในชุมชน	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)	การแปลผล ระดับความรู้
ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ			
1. ปัจจุบัน เราให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล	168 (88.4)	22 (11.6)	ดีมาก ⁽¹⁾
2. การสร้างเสริมสุขภาพ จะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และป้องกันไม่ให้เกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม รวมทั้งลดภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ	182 (95.8)	8 (4.2)	ดีมาก
3. การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม	175 (92.1)	15 (7.9)	ดีมาก
4. การเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง ทำได้โดยการกระตุ้นให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมและมีสำนึกในความเป็นเจ้าของ	181 (95.3)	9 (4.7)	ดีมาก
5. อสส.มีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมพัฒนาสุขภาพชุมชน และร่วมขับเคลื่อนงานเชิงรุกในพื้นที่	181 (95.3)	9 (4.7)	ดีมาก
ด้านความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 6 อ			
1. การวางแผนและการจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ตามหลัก 6 อ เป็นสิ่งที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี	165 (86.8)	25 (13.2)	ดี ⁽²⁾
2. ผู้ที่มีพฤติกรรมบริโภคไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง - ความดันโลหิตสูง หัวใจ เบาหวาน	178 (93.7)	12 (6.3)	ดีมาก
3. พฤติกรรม “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ” ป้องกันโรคติดต่อได้	173 (91.1)	17 (8.9)	ดีมาก
4. การออกกำลังกาย เป็นวิธีการลดความอ้วนที่ได้ผลดีที่สุด	164 (86.3)	26 (13.7)	ดี

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริม สุขภาพในชุมชน	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)	การแปลผล ระดับความรู้
5. การออกกำลังกายที่มีประโยชน์ต่อหัวใจ ปอด และหลอดเลือด คือ การออกกำลังกายแบบ แอโรบิก ได้แก่ การเดินแอโรบิก รำมวยจีน เดินเร็ว ทำสวน	172 (90.5)	18 (9.5)	ดีมาก
6. การสร้างเสริมคุณค่าในตนเอง และการสร้าง พลังใจ จะช่วยให้การดำเนินชีวิตของบุคคล เป็นไปอย่างเหมาะสม	179 (94.2)	11 (5.8)	ดีมาก
7. ปัจจัยที่เป็นสาเหตุก่อให้เกิดความขัดแย้งใน ครอบครัวมากที่สุด คือ การสื่อสารที่ไม่เข้าใจ กันระหว่างสมาชิกใน ครอบครัว	152 (80.0)	38 (20.0)	ดี
8. การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในชุมชนเป็น บทบาทหน้าที่สำคัญของ อสส.	153 (80.5)	37 (19.5)	ดี
ด้านความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพใน กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ			
1. หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดเป็นกลุ่ม เสี่ยง ที่ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ	163 (85.8)	27 (14.2)	ดี
2. การคัดกรองพัฒนาการเด็ก พบเด็กที่ “ไม่สบตา ไม่พาทไม่ชี้หน้า” ต้องแนะนำให้รีบพบแพทย์ โดยด่วน เพราะอาจเป็นออทิสติก/ปัญญาอ่อน	154 (81.1)	36 (18.9)	ดี
3. เด็กที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ ให้ รับประทานอาหาร เน้น เนื้อ นม ไข่ และ ซังน้ำหนักรักทุกเดือน	166 (87.4)	24 (12.6)	ดีมาก
4. การเจ็บป่วยเรื้อรังไม่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของ ผู้สูงอายุ เพราะเป็นการเสื่อมตามวัย	125 (65.8)	65 (34.2)	ปานกลาง ⁽³⁾
5. การรวมกลุ่มจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพ เป็นการ รวมพลังภาคประชาชนที่สามารถใช้เป็นเครื่อง มือขับเคลื่อนนโยบายท้องถิ่น และนโยบาย สาธารณะด้านสุขภาพ	175 (92.1)	15 (7.9)	ดีมาก

หมายเหตุ ⁽¹⁾ = ตั้งแต่ ร้อยละ 87.0 ขึ้นไป ⁽²⁾ = ร้อยละ 75 – 86.9 ⁽³⁾ = ร้อยละ 50 – 74.9

ผลการวิเคราะห์สัดส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เป็นรายชื่อในแต่ละด้าน พบว่า

ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขตอบถูกใน *ระดับดีมาก* ทั้ง 5 ข้อ (มากกว่าร้อยละ 87.0 ขึ้นไป)

ด้านความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 6 อ อาสาสมัครสาธารณสุขตอบถูกใน *ระดับดีมาก* 4 ข้อ (มากกว่าร้อยละ 87.0 ขึ้นไป) ซึ่งเกี่ยวกับความสำคัญของการทำพฤติกรรมสุขภาพ และ ตอบถูกใน *ระดับดี* 4 ข้อ (ตั้งแต่ร้อยละ 75 – 86.9) ซึ่งเกี่ยวกับแนวคิดของหลัก 6 อ

ด้านความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ อาสาสมัครสาธารณสุขตอบถูกใน *ระดับดีมาก* 2 ข้อ (มากกว่าร้อยละ 87.0 ขึ้นไป) ซึ่งเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติในเด็กที่มีภาวะขาดสารอาหาร และเป้าหมายของการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพ ตอบถูกใน *ระดับดี* 2 ข้อ (ตั้งแต่ร้อยละ 75 – 86.9) ซึ่งเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลหญิงตั้งครรภ์และวิธีการปฏิบัติเมื่อพบเด็กมีความผิดปกติ และตอบถูกใน *ระดับปานกลาง* 1 ข้อ (ร้อยละ 50 – 74.9) ซึ่งเกี่ยวกับความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังและการเสื่อมวัยในผู้สูงอายุ

2.3 ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ตอบผิดมาก

ทำการวิเคราะห์หาลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ตอบผิดมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในข้อที่ตอบถูกต้องอยู่ในระดับดี (ตั้งแต่ร้อยละ 75 – 86.9) ได้แก่ ข้อ 6 9 12 13 14 15 และในข้อที่ตอบถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50 – 74.9) คือ ข้อ 17

ซึ่งได้ข้อสรุปว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ตอบผิดมาก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในกลุ่มอายุ 51 – 60 ปี จบระดับประถมศึกษา มีงานทำ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมานาน ไม่เกิน 5 ปี และ 6 – 10 ปี และมีตำแหน่งอื่นทางสังคมคือ เป็นกรรมการ

โดยสรุป อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ที่ถูกต้องโดยภาพรวมเกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนอยู่ในระดับดีมาก มีความรู้ที่ถูกต้องความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ อยู่ในระดับดี อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ที่ถูกต้องโดยรายชื่อ ในระดับดี 4 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับแนวคิดของหลัก 6 อ และ 2 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลหญิงตั้งครรภ์และวิธีการปฏิบัติเมื่อพบเด็กมีความผิดปกติ และในระดับปานกลาง 1 ข้อ เกี่ยวกับความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังและการเสื่อมวัยในผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ตอบผิดมาก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จบประถมศึกษา มีงานทำ ทำงานสาธารณสุขในชุมชนมานาน ไม่เกิน 10 ปี และมีตำแหน่งเป็นกรรมการในชุมชน

ส่วนที่ 3 องค์ประกอบของปัจจัยการปฏิบัติงาน (ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน) ของอาสาสมัครสาธารณสุข

การวิเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ดำเนินการและนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) เพื่อหาองค์ประกอบของปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และการวิเคราะห์ระดับปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน

3.1 การวิเคราะห์ปัจจัยเพื่อหาองค์ประกอบของปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

เพื่อให้แน่ใจว่าข้อความในส่วนของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่ผู้ศึกษาจัดสร้างขึ้นนั้น มีความเกี่ยวข้องและสามารถอธิบายการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขได้อย่างแท้จริง ผู้ศึกษาจึงได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยของข้อความเหล่านั้น ซึ่งมีทั้งหมดจำนวน 27 ข้อ

ทำการวิเคราะห์ปัจจัยหลัก (Principal factor analysis) ด้วยการหมุนแบบวาริแมกซ์ของข้อความแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 21 ข้อ จาก ทั้งหมด 27 ข้อ ที่สอบถามจากอาสาสมัครสาธารณสุข 190 คน การทดสอบการวัดความเพียงพอของตัวอย่างด้วยค่า Kaiser-Meyer Olkin = .866 (ซึ่งเป็นค่าที่สูงกว่าค่าที่ควรที่จะเป็นคือ .6) แสดงว่า ตัวอย่างมีขนาดเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ปัจจัย และ ค่า Bartlett's test of sphericity มีนัยสำคัญทางสถิติ $\chi^2(351, N=190) = 2483.287, p < .001$ นั่นคือ ความเป็นไปได้ที่ข้อความจะมีความสัมพันธ์กันนั้นน้อยกว่า 0.05 ซึ่งในความเป็นจริงพบว่า น้อยกว่า .001 จึงหมายความว่า เมทริกซ์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรนี้ไม่ใช่ identity matrix

ผลลัพธ์ของการหมุนแบบ orthogonal ของการวิเคราะห์ แสดงดังตารางที่ 4.4 เมื่อนำการ load ที่มีค่าน้อยกว่า 0.50 มารวมด้วย จะได้องค์ประกอบของปัจจัย 6 กลุ่ม ผลลัพธ์การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข อยู่ในภาคผนวก ข

ตารางที่ 4.4 การไหลขององค์ประกอบที่หมุนแบบเฉียงของข้อความเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่มุ่งใจการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข 21 ข้อ*

องค์ประกอบ	1	2	3	4	5	6
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประชุมชี้แจงแนวนโยบายการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน	.752					
ท่านได้รับการอบรมความรู้และแนะแนวทางการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ	.747					
ท่านได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มเติมจากหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน	.688					
ท่านสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติงานได้เหมาะสม	.687					
ท่านได้รับการนิเทศติดตามงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	.598					
ท่านได้รับคัดเลือกให้ไปศึกษาดูงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	.594					
ท่านนำความรู้จากการเป็น อสส. มาใช้กับตนเองและครอบครัว		.829				
ท่านพึงพอใจในสวัสดิการรักษายาพยาบาลฟรีตามสิทธิ อสส.		.724				
ค่าพยาบาล อสส. เดือนละ 600 บาท เป็นแรงจูงใจสำคัญให้ท่าน		.660				
การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพทำให้ท่านได้รับผลประโยชน์ หรือสิ่งตอบแทนในรูปแบบต่างๆ ด้วย		.534				
ท่านรู้จักคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นอย่างดี			.783			
เพื่อน อสส. ให้ข้อคิดข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อท่าน			.743			
เพื่อน อสส. ร่วมมือร่วมใจกับท่านในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของท่าน			.693			
ท่านปฏิบัติงานการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนบรรลุผลสำเร็จ				.806		
การได้เป็น อสส. ทำให้ท่านรู้สึกมีคุณค่าและภาคภูมิใจ				.777		
ประชาชนรู้ว่าท่านเป็น อสส. และยอมรับบทบาทของท่าน				.559		
ผู้นำชุมชนยอมรับและให้ความร่วมมือเมื่อท่านจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ					.821	
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยอมรับในบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพของท่าน				.685		
เครือข่ายสุขภาพและองค์กรต่างๆให้การยอมรับในบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของท่าน				.596		

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

องค์ประกอบ	1	2	3	4	5	6
ท่านได้รับเกียรติให้เข้าร่วมเป็นเครือข่ายภาคประชาชนจาก หน่วยงานต่าง ๆ						.728
ท่านได้รับเชิญหรือได้รับเกียรติให้เป็นตัวแทน อสส./ พี่เลี้ยง /ครูฝึก/วิทยากร ในการอบรมเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ในที่ต่างๆ						.695
ค่าไถ่	8.946	2.222	1.861	1.784	1.192	1.127
ร้อยละของความแปรปรวนทั้งหมด	33.133	8.230	6.892	6.607	4.415	4.173
จำนวนของค่าที่ทดสอบ	6	4	3	3	3	2

* Loadings => .10

ชื่อของปัจจัยองค์ประกอบ 6 กลุ่ม ที่สกัดได้ จะพิจารณาจากข้อความที่โหลดเข้าไว้ในแต่ละกลุ่มของปัจจัย ดังนี้

ปัจจัยที่ 1 มีข้อความ 6 ข้อ โหลดเข้าไปในปัจจัยที่ 1 ซึ่งล้วนเกี่ยวข้องกับการได้รับความรู้ การอบรม การนิเทศติดตาม และการศึกษาดูงานการสร้างเสริมสุขภาพ จึงให้ชื่อปัจจัยนี้ว่า “การรับรู้ถึงความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับในการปฏิบัติงาน”

ปัจจัยที่ 2 มีข้อความ 4 ข้อ โหลดเข้าไปในปัจจัยที่ 2 ซึ่งเกี่ยวข้องกัผลประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข จึงให้ชื่อปัจจัยนี้ว่า “การรับรู้ถึงผลดีของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข”

ปัจจัยที่ 3 มีข้อความ 3 ข้อ โหลดเข้าไปในปัจจัยที่ 3 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเป็นที่รู้จักในหมู่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการได้รับความร่วมมือจากเพื่อนร่วมงาน จึงให้ชื่อปัจจัยนี้ว่า “การรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน”

ปัจจัยที่ 4 มีข้อความ 3 ข้อ โหลดเข้าไปในปัจจัยที่ 4 ซึ่งเกี่ยวข้องกัผลการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขที่ประชาชนชื่นชมและยอมรับ จึงให้ชื่อปัจจัยนี้ว่า “การรับรู้ถึงคุณค่าของอาสาสมัครสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน”

ปัจจัยที่ 5 มีข้อความ 3 ข้อ โหลดเข้าไปในปัจจัยที่ 5 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการที่ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายสุขภาพและองค์กรต่าง ๆ ให้ความร่วมมือและยอมรับการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข จึงให้ชื่อปัจจัยนี้ว่า “การรับรู้ถึงบทบาทสำคัญของงานอาสาสมัครสาธารณสุขต่อสุขภาพของชุมชน”

ปัจจัยที่ 6 มีข้อความ 2 ข้อ โหลดเข้าไปในปัจจัยที่ 6 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการได้เข้าร่วมในเครือข่ายสุขภาพและการได้เป็นตัวแทนเข้าร่วมในการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพในสถานที่ต่าง ๆ จึงให้ชื่อปัจจัยนี้ว่า “การรับรู้ถึงความมีเกียรติของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข”

3.2 ระดับการรับรู้ถึงปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่มุ่งใจการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยภาพรวม และรายองค์ประกอบ แสดงดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของระดับการรับรู้ถึงปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่มุ่งใจการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยภาพรวม และรายองค์ประกอบ

การรับรู้ถึงปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่มุ่งใจ การปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข	$\bar{X} \pm S.D.$	การแปลผล ระดับการรับรู้
ปัจจัยภายนอก (13 ข้อ)	3.7251 ± .51014	ค่อนข้างมาก
องค์ประกอบที่ 1 การรับรู้ถึงความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ ในการปฏิบัติงาน (6 ข้อ)	4.3307 ± .67597	มาก
องค์ประกอบที่ 2 การรับรู้ถึงผลดีของการเป็นอาสาสมัคร สาธารณสุข (4 ข้อ)	3.6184 ± .71209	ค่อนข้างมาก
องค์ประกอบที่ 3 การรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อน ร่วมงาน (3 ข้อ)	3.9421 ± .63100	ค่อนข้างมาก
ปัจจัยภายใน (8 ข้อ)	3.6967 ± .66032	ค่อนข้างมาก
องค์ประกอบที่ 4 การรับรู้ถึงคุณค่าของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน (3 ข้อ)	4.0596 ± .61143	มาก
องค์ประกอบที่ 5 การรับรู้ถึงบทบาทสำคัญของงานอาสา สมัครสาธารณสุขต่อสุขภาพของชุมชน (3 ข้อ)	3.8228 ± .70578	ค่อนข้างมาก
องค์ประกอบที่ 6 การรับรู้ถึงความมีเกียรติของการเป็นอาสา สมัครสาธารณสุข (2 ข้อ)	2.9632 ± 1.21115	ค่อนข้างปานกลาง
โดยภาพรวม (21 ข้อ)	3.7143 ± .51525	ค่อนข้างมาก

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่มุ่งใจการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยภาพรวม และรายองค์ประกอบ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่มุ่งใจการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยภาพรวมของทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน และรายปัจจัย อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 3.6 - 3.9$)

ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงปัจจัยภายนอกเป็นรายองค์ประกอบ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.0 - 4.59$) สำหรับองค์ประกอบที่ 1 คือ การรับรู้ถึงความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับในการปฏิบัติงาน และสำหรับองค์ประกอบที่ 2 และ 3 ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 3.6 - 3.9$) คือ การรับรู้ถึงผลดีของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และการรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงปัจจัยภายในเป็นรายองค์ประกอบอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.0 - 4.59$) สำหรับองค์ประกอบที่ 4 คือ การรับรู้ถึงคุณค่าของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 3.6 - 3.9$) สำหรับองค์ประกอบที่ 5 คือ การรับรู้ถึงบทบาทสำคัญของงานอาสาสมัครสาธารณสุขต่อสุขภาพของชุมชน และในระดับค่อนข้างปานกลาง ($\bar{X} = 2.6 - 2.9$) สำหรับองค์ประกอบที่ 6 คือ การรับรู้ถึงความมีเกียรติของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

3.3 ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่มุ่งใจการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นรายชื่อแสดงดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของระดับการรับรู้ถึงปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่มุ่งใจการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นรายชื่อ

การรับรู้ถึงปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่มุ่งใจ การปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข	$\bar{X} \pm \text{s.d.}$	การแปลผล ระดับการรับรู้
ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุน (13 ข้อ)	3.7251 \pm .51014	ค่อนข้างมาก
องค์ประกอบที่ 1 การรับรู้ถึงความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ ในการปฏิบัติงาน (6 ข้อ)	4.3307 \pm .67597	มาก
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประชุมชี้แจงแนวนโยบายการ ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน	4.05 \pm .775	มาก
2. ท่านได้รับการอบรมความรู้ และแนะแนวทางการดำเนิน การสร้างเสริมสุขภาพใน กลุ่มเป้าหมายต่างๆ	4.04 \pm .775	มาก

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

การรับรู้ถึงปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจ การปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข	$\bar{X} \pm S.D.$	การแปลผล ระดับการรับรู้
3. ท่านได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มเติมจาก หน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน	3.61 + .781	ค่อนข้างมาก
4. ท่านสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติงานได้เหมาะสม	3.86 + .732	ค่อนข้างมาก
5. ท่านได้รับการนิเทศติดตามงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.52 + .907	ปานกลาง
6. ท่านได้รับคัดเลือกให้ไปศึกษาดูงานด้านการสร้างเสริม สุขภาพ	3.05 + 1.165	ปานกลาง
องค์ประกอบที่ 2 การรับรู้ถึงผลดีของการเป็นอาสาสมัคร สาธารณสุข (4 ข้อ)	3.6184 + .71209	ค่อนข้างมาก
1. ท่านนำความรู้จากการเป็น อสส. มาใช้กับตนเองและ ครอบครัว	4.25 + .697	มาก
2. ท่านพึงพอใจในสวัสดิการรักษาพยาบาลฟรีตามสิทธิ อสส.	4.04 + .911	มาก
3. ค่าป่วยการ อสส. เดือนละ 600 บาท เป็นแรงจูงใจสำคัญ ให้ท่าน	2.98 + 1.274	ค่อนข้างปานกลาง
4. การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพทำให้ท่านได้รับ ผลประโยชน์ หรือสิ่งตอบแทนในรูปแบบต่างๆ ด้วย	3.22 + 1.061	ปานกลาง
องค์ประกอบที่ 3 การรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อน ร่วมงาน (3 ข้อ)	3.9421 ± .63100	ค่อนข้างมาก
1. ท่านรู้จักคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นอย่างดี	4.12 ± .733	มาก
2. เพื่อน อสส. ให้ข้อคิดข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อท่าน	3.81 ± .748	ค่อนข้างมาก
3. เพื่อน อสส. ร่วมมือร่วมใจกับท่านในการสร้างเสริมสุขภาพ ในชุมชนของท่าน	3.91 ± .837	ค่อนข้างมาก
ปัจจัยภายในที่จูงใจ (8 ข้อ)	3.6967 ± .66032	ค่อนข้างมาก
องค์ประกอบที่ 4 การรับรู้ถึงคุณค่าของอาสาสมัครสาธารณสุข สูงในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน (3 ข้อ)	4.0596 ± .61143	มาก
1. ท่านปฏิบัติงานการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนบรรลุผล สำเร็จ	3.73 ± .761	ค่อนข้างมาก
2. การได้เป็น อสส. ทำให้ท่านรู้สึกมีคุณค่าและภาคภูมิใจ	4.45 ± .731	มาก
3. ประชาชนรู้ว่าท่านเป็น อสส. และยอมรับบทบาทของท่าน	4.00 ± .797	มาก

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

การรับรู้ถึงปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่จูงใจ การปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข	$\bar{X} \pm S.D.$	การแปลผล ระดับการรับรู้
องค์ประกอบที่ 5 การรับรู้ถึงบทบาทสำคัญของงานอาสา สมัครสาธารณสุขต่อสุขภาพของชุมชน (3 ข้อ)	3.8228 ± .70578	ค่อนข้างมาก
1. ผู้นำชุมชนยอมรับและให้ความร่วมมือเมื่อท่านจัดกิจกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ	3.87 ± .870	ค่อนข้างมาก
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยอมรับในบทบาทด้านการสร้างเสริม สุขภาพของท่าน	3.94 ± .764	ค่อนข้างมาก
3. เครือข่ายสุขภาพและองค์กรต่างๆให้การยอมรับในบทบาท ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของท่าน	3.65 ± .912	ค่อนข้างมาก
องค์ประกอบที่ 6 การรับรู้ถึงความมีเกียรติของการเป็นอาสา สมัครสาธารณสุข (2 ข้อ)	2.9632 ± 1.21115	ค่อนข้างปานกลาง
1. ท่านได้รับเกียรติให้เข้าร่วมเป็นเครือข่ายภาคประชาชนจาก หน่วยงานต่าง ๆ	3.21 ± 1.263	ปานกลาง
2. ท่านได้รับเชิญหรือได้รับเกียรติให้เป็นตัวแทน อสส. / พี่เลี้ยง /ครูฝึก/วิทยากร ในการอบรมเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ในที่ต่างๆ	2.72 ± 1.385	ค่อนข้างปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นรายชื่อ พบว่า

3.3.1 ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน

1) องค์ประกอบที่ 1 (6 ข้อ) พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับในการปฏิบัติงาน

ก. อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.0 - 4.59$) สำหรับการได้รับการชี้แจงนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ และการได้รับการอบรมความรู้และแนวทางการดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมาย

ข. อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 3.6 - 3.9$) สำหรับการได้รับการอบรมความรู้เพิ่มเติมจากหน่วยงานอื่น และการนำความรู้ไปปฏิบัติงานได้เหมาะสม และ

ค. อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.0 - 3.59$) สำหรับการได้รับการนิเทศติดตาม และการได้รับคัดเลือกไปศึกษาดูงานสร้างเสริมสุขภาพ

2) องค์ประกอบที่ 2 (4 ข้อ) พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงผลดีของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ก. อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.0 - 4.59$) สำหรับการนำความรู้จากการเป็นอสส. มาใช้ และการได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลฟรี

ข. อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.0 - 3.59$) สำหรับการได้รับประโยชน์ หรือสิ่งตอบแทนจากการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ และ

ค. อยู่ในระดับค่อนข้างปานกลาง ($\bar{X} = 2.6 - 2.9$) สำหรับค่าป่วยการอสส. รายเดือน และ

3) องค์ประกอบที่ 3 (3 ข้อ) พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงการรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน

ก. อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.0 - 4.59$) สำหรับการคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ

ข. อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 3.6 - 3.9$) สำหรับการได้ข้อคิดและข่าวสาร และความร่วมมือในการทำงานจากเพื่อน อสส.

3.3.2 ปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน

1) องค์ประกอบที่ 4 (3 ข้อ) พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงคุณค่าของอาสาสมัครสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน

ก. อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.0 - 4.59$) สำหรับการมีคุณค่าและความภูมิใจในการเป็น อสส. และการได้รับการยอมรับจากประชาชน และ

ข. อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 3.6 - 3.9$) สำหรับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพได้บรรลุผลสำเร็จ

2) องค์ประกอบที่ 5 (3 ข้อ) พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงบทบาทสำคัญของงานอาสาสมัครสาธารณสุขต่อสุขภาพของชุมชน

ก. อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 3.6 - 3.9$) สำหรับการได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เครือข่ายสุขภาพ และองค์กรต่าง ๆ ในบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการได้รับความร่วมมือจากผู้นำชุมชนในการจัดกิจกรรมสุขภาพ

3) องค์กรประกอบที่ 6 (2 ข้อ) พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงความมีเกียรติของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ก. อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.0 - 3.59$) สำหรับการได้เข้าร่วมเครือข่ายภาคประชาชนจากหน่วยงานต่าง ๆ และ

ข. อยู่ในระดับค่อนข้างปานกลาง ($\bar{X} = 2.6 - 2.9$) สำหรับการได้เป็นตัวแทน อสส./พี่เลี้ยง/ครูฝึก/วิทยากร ในการอบรมเรื่องสุขภาพในที่ต่าง ๆ

โดยสรุป การวิเคราะห์ปัจจัยทำให้ระบุงค์ประกอบของปัจจัยการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้ ซึ่งประกอบด้วย

ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุน 3 องค์กรประกอบ คือ

องค์กรประกอบที่ 1 “การรับรู้ถึงความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับในการปฏิบัติงาน” มี 6 ข้อความที่เกี่ยวข้อง

องค์กรประกอบที่ 2 “การรับรู้ถึงผลดีของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข” มี 4 ข้อความที่เกี่ยวข้อง

องค์กรประกอบที่ 3 “การรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน” มี 3 ข้อความที่เกี่ยวข้อง และ

ปัจจัยภายในที่จูงใจ 3 องค์กรประกอบ คือ

องค์กรประกอบที่ 4 “การรับรู้ถึงคุณค่าของอาสาสมัครสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน” มี 3 ข้อความที่เกี่ยวข้อง

องค์กรประกอบที่ 5 “การรับรู้ถึงบทบาทสำคัญของงานอาสาสมัครสาธารณสุขต่อสุขภาพของชุมชน” มี 3 ข้อความที่เกี่ยวข้อง

องค์กรประกอบที่ 6 “การรับรู้ถึงความมีเกียรติของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข” มี 2 ข้อความที่เกี่ยวข้อง

ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยภาพรวมของทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน และรายปัจจัย อยู่ในระดับค่อนข้างมาก

ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนการปฏิบัติงานซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างปานกลาง คือ ค่าป่วยการ อสส. เดือนละ 600 บาท เป็นแรงจูงใจสำคัญให้ท่าน และใน

ระดับปานกลาง คือ การได้รับการนิเทศติดตามงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับคัดเลือกให้ไปศึกษาดูงานสร้างเสริมสุขภาพ และการได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงานซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างปานกลาง คือ การได้เป็นตัวแทน อสส./พี่เลี้ยง/ครูฝึก/วิทยากร ในการอบรมเรื่องสุขภาพในที่ต่าง ๆ และในระดับปานกลาง คือ การได้เข้าร่วมเครือข่ายภาคประชาชนจากหน่วยงานต่าง ๆ

ส่วนที่ 4 องค์ประกอบของกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข

การวิเคราะห์องค์ประกอบของกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ดำเนินการและนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) เพื่อหาองค์ประกอบของกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฯ ของอาสาสมัครสาธารณสุข และการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฯ

4.1 การวิเคราะห์ปัจจัยเพื่อหาองค์ประกอบของกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข

เพื่อให้แน่ใจว่าข้อความในส่วนของกิจกรรมการมีส่วนร่วมที่ผู้ศึกษาจัดสร้างขึ้น นั้น มีความเกี่ยวข้องและสามารถอธิบายการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขได้อย่างแท้จริง ผู้ศึกษาจึงได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยของข้อความเหล่านั้น ซึ่งมีทั้งหมดจำนวน 33 ข้อ

ทำการวิเคราะห์ปัจจัยหลัก (Principal factor analysis) ด้วยการหมุนแบบวาริแมกซ์ของข้อความแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 32 ข้อ จาก ทั้งหมด 33 ข้อ ที่สอบถามจากอาสาสมัครสาธารณสุข 190 คน การทดสอบการวัดความเพียงพอของตัวอย่างด้วยค่า Kaiser-Meyer Olkin = .919 (ซึ่งเป็นค่าที่สูงกว่าค่าที่ควรที่จะเป็นคือ .6) แสดงว่า ตัวอย่างมีขนาดเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ปัจจัย และ ค่า Bartlett's test of sphericity มีนัยสำคัญทางสถิติ $\chi^2(528, N=190) = 5156.573, p < .001$ นั่นคือ ความเป็นไปได้ที่ข้อความจะมีความสัมพันธ์กันนั้นน้อยกว่า 0.05 ซึ่งในความเป็นจริงพบว่า น้อยกว่า .001 จึงหมายความว่า เมทริกซ์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรนี้ไม่ใช่ identity matrix

ผลลัพธ์ของการหมุนแบบ orthogonal ของการวิเคราะห์ แสดงดังตารางที่ 4.7 เมื่อไม่นำการ load ที่มีค่าน้อยกว่า 0.50 มารวมด้วย จะได้องค์ประกอบของปัจจัย 6 กลุ่ม ผลลัพธ์การวิเคราะห์กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข อยู่ในภาคผนวก ข

ตารางที่ 4.7 การไหลขององค์ประกอบที่หมุนแบบเฉียงของข้อความเกี่ยวกับกิจกรรมการมีส่วนร่วม
ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของ อสส. จำนวน 32 ชื่อ*

องค์ประกอบ	1	2	3	4	5	6
การสำรวจปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน	.776					
การวิเคราะห์ปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องแก้ไขในชุมชน	.729					
วางแผนการจัดกิจกรรมรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ตามหลัก 6 อ	.697					
การตัดสินใจกำหนดรูปแบบการจัดกิจกรรมรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน กลุ่ม เป้าหมายต่างๆ	.682					
การประสานขอความร่วมมือจากฝ่ายที่เกี่ยวข้องให้ร่วมสนับสนุนทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์ เงิน คน เพื่อดำเนินงานในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน	.646					
การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมาร่วมกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพของชุมชน	.627					
การกระตุ้นให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน	.614					
การจัดเตรียมสถานที่จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน	.602					
การเป็นแกนนำจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	.538					
การรณรงค์เรื่อง โภชนาการ อาหารและยา และการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน	.501					
การรณรงค์จัดกิจกรรม การออกกำลังกาย รูปแบบต่างๆ	.832					
การเฝ้าระวังและสร้างเสริมสุขภาพจิตบุคคลและครอบครัวในชุมชน	.785					
การรณรงค์อนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดการขยะ สิ่งปฏิกูล น้ำเสีย มลพิษ สัตว์ถูกทิ้งในชุมชน	.778					
การเฝ้าระวังและจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อต่างๆ ตามฤดูกาลและช่วงที่มีการระบาด ใช้เลือดออก ไข้หวัดนก	.681					
การเฝ้าระวังโรค การตรวจคัดกรอง และจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น สอนและสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คัดกรองเพื่อค้นหา เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในชุมชน	.622					
การเฝ้าระวังและจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ และอุบัติภัยต่างๆ	.579					
การเฝ้าระวังโรคและจัดกิจกรรมรณรงค์ในศาสนสถาน	.756					
การเฝ้าระวังและให้การดูแลกลุ่มเป้าหมายในงานอนามัยแม่และเด็ก เช่น การแนะนำการฝากครรภ์ ตรวจหลังคลอด กระตุ้นให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วางแผนครอบครัว	.721					

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

องค์ประกอบ	1	2	3	4	5	6
การเฝ้าระวังและให้การดูแลกลุ่มเด็กแรกเกิด-5 ปี เช่น การ ไปรับวัคซีนตามกำหนด ตรวจคัดกรองและส่งเสริม พัฒนาการเด็ก การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ท่านร่วมติดตามเยี่ยมที่บ้านในผู้มีภาวะเสี่ยง ผู้ป่วยโรค เรื้อรังผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส			.719			
การดูแลสุขภาพและเฝ้าระวังโรคในผู้สูงอายุ ท่านมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วยในชุมชนไป สถานพยาบาล					.708	
การแก้ไขปัญหาระหว่างการดำเนินการจัดกิจกรรมสร้าง เสริมสุขภาพ				.700		
การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพของท่าน ทำให้ท่านได้ รับคำชมเชย / รางวัลต่างๆ /งบประมาณเพิ่ม				.661		
การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของท่าน ทำให้ ท่านและคนในชุมชนมีสุขภาพดี				.577		
การร่วมมือร่วมใจในกิจกรรมรณรงค์ของคนในชุมชนทำ ให้เกิดสังคมน่าอยู่ ชุมชนปลอดภัย					.747	
การมีส่วนร่วมของท่านและคนในชุมชนทำให้ชุมชน เข้มแข็ง					.705	
การติดตาม ประเมินผลกิจกรรม/โครงการสร้างเสริม สุขภาพว่า เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่					.585	
การติดตาม ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมต่างๆ สามารถ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในชุมชนได้					.524	
การติดตาม ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมต่างๆมีความ ครอบคลุมทุกกลุ่ม						.748
รายงานความก้าวหน้าของกิจกรรม/โครงการสร้างเสริม สุขภาพให้หน่วยราชการทราบอย่างต่อเนื่อง						.730
ท่านเสนอปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนแก่คณะกรรมการชุมชนและเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข						.614
ค่าไอเก็น	15.024	2.447	2.091	1.620	1.176	1.036
ร้อยละของความแปรปรวนทั้งหมด	45.528	7.461	6.337	4.910	3.563	3.140
จำนวนของค่าที่ทดสอบ	10	6	5	4	4	3

* Loadings => .10

ชื่อของปัจจัยองค์ประกอบ 6 กลุ่ม ที่สกัดได้ จะพิจารณาจากข้อความที่โหลดเข้าไว้ในแต่ละกลุ่มของปัจจัย ดังนี้

ปัจจัยที่ 1 มีข้อความ 10 ข้อ โหลดเข้าไปในปัจจัยที่ 1 ซึ่งล้วนเกี่ยวข้องกับการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมตัดสินใจในการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน จึงให้ชื่อปัจจัยนี้ว่า “การมีส่วนร่วมในการจัดการให้เกิดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน”

ปัจจัยที่ 2 มีข้อความ 6 ข้อ โหลดเข้าไปในปัจจัยที่ 2 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง และการจัดกิจกรรมรณรงค์ต่าง ๆ ของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ จึงให้ชื่อปัจจัยนี้ว่า “การมีส่วนร่วมในการรณรงค์และเฝ้าระวังการดำเนินงานกิจกรรมทางสุขภาพในชุมชน”

ปัจจัยที่ 3 มีข้อความ 5 ข้อ โหลดเข้าไปในปัจจัยที่ 3 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง และการให้การดูแลสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่บ้านและในสถานที่ต่าง ๆ จึงให้ชื่อปัจจัยนี้ว่า “การมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน”

ปัจจัยที่ 4 มีข้อความ 4 ข้อ โหลดเข้าไปในปัจจัยที่ 4 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลการส่งต่อผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาในการสร้างเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติงานที่ส่งผลดีต่อสุขภาพของชุมชน จึงให้ชื่อปัจจัยนี้ว่า “การมีส่วนร่วมให้การดำเนินงานสุขภาพในชุมชนบรรลุเป้าหมาย”

ปัจจัยที่ 5 มีข้อความ 4 ข้อ โหลดเข้าไปในปัจจัยที่ 5 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการได้รับความร่วมมือจากชุมชนในการจัดกิจกรรมสุขภาพ และการติดตามตรวจสอบให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ จึงให้ชื่อปัจจัยนี้ว่า “การมีส่วนร่วมในผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพของชุมชน”

ปัจจัยที่ 6 มีข้อความ 3 ข้อ โหลดเข้าไปในปัจจัยที่ 6 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการติดตาม และประเมินผลความครอบคลุมกิจกรรมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน จึงให้ชื่อปัจจัยนี้ว่า “การมีส่วนร่วมในการติดตามและปรับปรุงการดำเนินงานสุขภาพในชุมชน”

4.2 ระดับการมีส่วนร่วมการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยภาพรวม และรายองค์ประกอบ แสดงดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยภาพรวม และรายองค์ประกอบ

กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข	$\bar{X} \pm \text{s.d.}$	การแปลผล ระดับการรับรู้
องค์ประกอบที่ 1 การมีส่วนร่วมในการจัดการให้เกิดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน (10 ข้อ)	3.6058 \pm .67426	ค่อนข้างมาก
องค์ประกอบที่ 2 การมีส่วนร่วมในการรณรงค์และเฝ้าระวังการดำเนินงานกิจกรรมทางสุขภาพในชุมชน (6 ข้อ)	3.7535 \pm .66196	ค่อนข้างมาก
องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน(5 ข้อ)	3.7358 \pm .77109	ค่อนข้างมาก
องค์ประกอบที่ 4 การมีส่วนร่วมให้การดำเนินงานสุขภาพในชุมชนบรรลุเป้าหมาย (4 ข้อ)	3.3697 \pm .78499	ปานกลาง
องค์ประกอบที่ 5 การมีส่วนร่วมในผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพของชุมชน (4 ข้อ)	3.6500 \pm .70326	ค่อนข้างมาก
องค์ประกอบที่ 6 การมีส่วนร่วมในการติดตามและปรับปรุงการดำเนินงานสุขภาพในชุมชน (3 ข้อ)	3.4211 \pm .82895	ปานกลาง
โดยภาพรวม (32 ข้อ)	3.6125 \pm .60988	ค่อนข้างมาก

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยภาพรวม และรายองค์ประกอบ พบว่า

ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยภาพรวม อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 3.6 - 3.9$)

ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมฯ เป็นรายองค์ประกอบ อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 3.6 - 3.9$) สำหรับองค์ประกอบที่ 1 คือ การมีส่วนร่วมในการจัดการให้เกิดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน สำหรับองค์ประกอบที่ 2 คือ การมีส่วนร่วมในการรณรงค์และเฝ้าระวังการดำเนินงานกิจกรรมทางสุขภาพในชุมชน สำหรับองค์ประกอบที่ 3 คือ การมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน และสำหรับองค์ประกอบที่ 5 คือ การมีส่วนร่วมในผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพของชุมชน

ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมฯ เป็นรายองค์ประกอบ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.0 - 3.59$) สำหรับองค์ประกอบที่ 4 การมีส่วนร่วมให้การดำเนินงานสุขภาพในชุมชนบรรลุเป้าหมาย และ สำหรับองค์ประกอบที่ 6 คือ การมีส่วนร่วมในการติดตามและปรับปรุงการดำเนินงานสุขภาพในชุมชน

4.3 ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นรายข้อ แสดงดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นรายข้อ

กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข	$\bar{X} \pm S.D.$	การแปลผลระดับการมีส่วนร่วม
องค์ประกอบที่ 1 การมีส่วนร่วมในการจัดการให้เกิดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน (10 ข้อ)	3.6058 \pm .67426	ค่อนข้างมาก
1. การสำรวจปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน	3.87 \pm .800	ค่อนข้างมาก
2. การวิเคราะห์ปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องแก้ไขในชุมชน	3.48 \pm .895	ปานกลาง
3. วางแผนการจัดกิจกรรมรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ตามหลัก 6 อ	3.48 \pm .901	ปานกลาง
4. การตัดสินใจกำหนดรูปแบบการจัดกิจกรรมรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน กลุ่มเป้าหมายต่างๆ	3.48 \pm .924	ปานกลาง
5. การประสานขอความร่วมมือจากฝ่ายที่เกี่ยวข้องให้ร่วมสนับสนุนทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์ เงิน คน เพื่อดำเนินงานในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน	3.14 \pm 1.050	ปานกลาง
6. การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมาร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน	3.76 \pm .886	ค่อนข้างมาก
7. การกระตุ้นให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน	3.75 \pm .848	ค่อนข้างมาก
8. การจัดเตรียมสถานที่จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน	3.70 \pm .965	ค่อนข้างมาก
9. การเป็นแกนนำจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	3.65 \pm 1.171	ค่อนข้างมาก
10. การรณรงค์เรื่อง โภชนาการ อาหารและยา และการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน	3.74 \pm .805	ค่อนข้างมาก

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข	$\bar{X} \pm \text{s.d.}$	การแปลผล ระดับการมีส่วนร่วม
องค์ประกอบที่ 2 การมีส่วนร่วมในการรณรงค์และเฝ้าระวัง การดำเนินงานกิจกรรมทางสุขภาพใน ชุมชน (6 ข้อ)	3.7535 \pm .66196	ค่อนข้างมาก
1. การรณรงค์จัดกิจกรรม การออกกำลังกาย รูปแบบต่างๆ	3.64 \pm .902	ค่อนข้างมาก
2. การเฝ้าระวังและสร้างเสริมสุขภาพจิตบุคคลและครอบครัว ในชุมชน	3.66 \pm .851	ค่อนข้างมาก
3. การรณรงค์อนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดการขยะ สิ่ง ปฏิกูล น้ำเสีย มลพิษ สัตว์ลูกทิ้งในชุมชน	3.81 \pm .820	ค่อนข้างมาก
4. การเฝ้าระวังและจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและควบคุม โรคติดต่อต่างๆ ตามฤดูกาลและช่วงที่มีการระบาด ไข้เลือดออก ไข้หวัดนก	4.05 \pm .856	มาก
5. การเฝ้าระวังโรค การตรวจคัดกรอง และจัดกิจกรรม รณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น สอนและสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คัดกรอง เพื่อค้นหา เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในชุมชน	3.90 \pm .876	ค่อนข้างมาก
6. การเฝ้าระวังและจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ และ อุบัติภัยต่างๆ	3.46 \pm .906	ปานกลาง
องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสุขภาพ แก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน (5 ข้อ)	3.7358 \pm .77109	ค่อนข้างมาก
1. การเฝ้าระวังโรคและจัดกิจกรรมรณรงค์ในศาสนสถาน	3.12 \pm 1.246	ปานกลาง
2. การเฝ้าระวังและให้การดูแลกลุ่มเป้าหมายในงานอนามัยแม่ และเด็ก เช่น การแนะนำการฝากครรภ์ ตรวจหลังคลอด กระตุ้นให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วางแผนครอบครัว	3.82 \pm .948	ค่อนข้างมาก
3. การเฝ้าระวังและให้การดูแลกลุ่มเด็กแรกเกิด-5 ปี เช่น การ ไปรับวัคซีนตามกำหนด ตรวจคัดกรองและส่งเสริม พัฒนาการเด็ก การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ	3.86 \pm .921	ค่อนข้างมาก
4. ทำน่วมติดตามเยี่ยมที่บ้านในผู้มีภาวะเสี่ยง ผู้ป่วยโรค เรื้อรังผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส	3.89 \pm .902	ค่อนข้างมาก
5. การดูแลสุขภาพและเฝ้าระวังโรคในผู้สูงอายุ	3.98 \pm .773	ค่อนข้างมาก

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข	$\bar{X} \pm S.D.$	การแปลผล ระดับการมีส่วนร่วม
องค์ประกอบที่ 4 การมีส่วนร่วมให้การดำเนินงานสุขภาพ ในชุมชนบรรลุเป้าหมาย (4 ข้อ)	3.3697 ± .78499	ปานกลาง
1. ท่านมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วยในชุมชนไปสถาน พยาบาล	3.27 ± 1.048	ปานกลาง
2. การแก้ไขปัญหาระหว่างการดำเนินการจัดกิจกรรมสร้าง เสริมสุขภาพ	3.34 ± .933	ปานกลาง
3. การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพของท่าน ทำให้ท่านได้ รับคำชมเชย / รางวัลต่างๆ /งบประมาณเพิ่ม	3.08 ± 1.085	ปานกลาง
4. การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของท่าน ทำให้ ท่านและคนในชุมชนมีสุขภาพดี	3.78 ± .784	ค่อนข้างมาก
องค์ประกอบที่ 5 การมีส่วนร่วมในผลลัพธ์ของการดูแล สุขภาพของชุมชน (4 ข้อ)	3.6500 ± .70326	ค่อนข้างมาก
1. การร่วมมือร่วมใจในกิจกรรมรณรงค์ของคนในชุมชนทำ ให้เกิดสังคมน่าอยู่ ชุมชนปลอดภัย	3.87 ± .719	ค่อนข้างมาก
2. การมีส่วนร่วมของท่านและคนในชุมชนทำให้ชุมชน เข้มแข็ง	3.86 ± .746	ค่อนข้างมาก
3. การติดตาม ประเมินผลกิจกรรม/โครงการสร้างเสริม สุขภาพว่า เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่	3.52 ± .901	ปานกลาง
4. การติดตาม ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมต่างๆ สามารถ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในชุมชนได้	3.36 ± .908	ปานกลาง
องค์ประกอบที่ 6 การมีส่วนร่วมในการติดตามและปรับปรุง การดำเนินงานสุขภาพในชุมชน (3 ข้อ)	3.4211 ± .82895	ปานกลาง
1. การติดตาม ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมต่างๆ มีความ ครอบคลุมทุกกลุ่ม	3.31 ± .939	ปานกลาง
2. รายงานความก้าวหน้าของกิจกรรม/โครงการสร้างเสริม สุขภาพให้หน่วยราชการทราบอย่างต่อเนื่อง	3.43 ± .967	ปานกลาง
3. ท่านเสนอปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนแก่คณะกรรมการชุมชน และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	3.52 ± .901	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของอาสาสมัคร
สาธารณสุข เป็นรายชื่อ พบว่า

องค์ประกอบที่ 1 (10 ข้อ) พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการให้เกิด
กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

1) อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 3.6 - 3.9$) สำหรับการสำรวจปัญหาสุขภาพ
ของชุมชน การประชาสัมพันธ์และกระตุ้นให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริม
สุขภาพ การจัดเตรียมสถานที่และการเป็นแกนนำจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการรณรงค์การ
คุ้มครองผู้บริโภค

2) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.0 - 3.59$) สำหรับการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับ
ความสำคัญของปัญหาสุขภาพของชุมชน การวางแผนจัดกิจกรรมตามหลัก 6 อ. การตัดสินใจ
กำหนดรูปแบบการรณรงค์ในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ และการประสานขอความร่วมมือในการสนับสนุน
ทรัพยากรต่าง ๆ ในการดำเนินงาน

องค์ประกอบที่ 2 (6 ข้อ) พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการรณรงค์และเฝ้า
ระวังการดำเนินงานกิจกรรมทางสุขภาพในชุมชน

1) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.0 - 4.59$) สำหรับการเฝ้าระวังและจัดกิจกรรมรณรงค์
ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อต่างๆ ตามฤดูกาลและช่วงที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก ไข้หวัดนก

2) อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 3.6 - 3.9$) สำหรับการรณรงค์จัดกิจกรรมการ
ออกกำลังกาย อนามัยสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต การควบคุมโรค
ต่าง ๆ ตามฤดูกาล การตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อต่าง ๆ และ

3) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.0 - 3.59$) สำหรับการเฝ้าระวังและจัดกิจกรรม
การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยต่าง ๆ

องค์ประกอบที่ 3 (5 ข้อ) พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม
สุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน

1) อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 3.6 - 3.9$) สำหรับการเฝ้าระวังและจัด
กิจกรรมสำหรับกลุ่มเป้าหมายในงานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี และผู้สูงอายุ และ
การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ผู้ด้อยโอกาส

2) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.0 - 3.59$) สำหรับการเฝ้าระวังและจัดกิจกรรม
ในศาสนสถาน

องค์ประกอบที่ 4 (4 ข้อ) พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมให้การดำเนินงาน
สุขภาพในชุมชนบรรลุเป้าหมาย

1) อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 3.6 - 3.9$) สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี และ

2) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.0 - 3.59$) สำหรับการส่งต่อผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาระหว่างการดำเนินงาน การได้รับคำชมเชย รางวัล และงบประมาณเพิ่ม

องค์ประกอบที่ 5 (4 ข้อ) พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพของชุมชน

1) อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 3.6 - 3.9$) สำหรับการร่วมมือของชุมชนทำให้เกิดตั้งคมน่าอยู่และเข้มแข็ง และ

2) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.0 - 3.59$) สำหรับการติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

องค์ประกอบที่ 6 (3 ข้อ) พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการติดตามและปรับปรุงการดำเนินงานสุขภาพในชุมชน

1) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.0 - 3.59$) สำหรับการติดตามการดำเนินงานให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย การรายงานความก้าวหน้าให้หน่วยงานราชการ และการเสนอปัญหาอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพ

โดยสรุป การวิเคราะห์ปัจจัยทำให้ระบุงค์ประกอบของกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้ ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบคือ

องค์ประกอบที่ 1 “การมีส่วนร่วมในการจัดการให้เกิดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน” มี 10 ข้อความที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบที่ 2 “การมีส่วนร่วมในการรณรงค์และเฝ้าระวังการดำเนินงานกิจกรรมทางสุขภาพในชุมชน” มี 6 ข้อความที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบที่ 3 “การมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน” มี 5 ข้อความที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบที่ 4 “การมีส่วนร่วมให้การดำเนินงานสุขภาพในชุมชนบรรลุเป้าหมาย” มี 4 ข้อความที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบที่ 5 “การมีส่วนร่วมในผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพของชุมชน” มี 4 ข้อความที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบที่ 6 “การมีส่วนร่วมในการติดตามและปรับปรุงการดำเนินงานสุขภาพในชุมชน” มี 3 ข้อความที่เกี่ยวข้อง

ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยภาพรวม อยู่ในระดับค่อนข้างมาก และโดยรายองค์ประกอบ อยู่ในระดับค่อนข้างมาก สำหรับองค์ประกอบที่ 1 2 3 และ 5 และอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับองค์ประกอบที่ 4 และ 6

ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพฯ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง คือ การวิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ การวางแผนจัดกิจกรรมตามหลัก 6 อ. การกำหนดรูปแบบการจัดกิจกรรมรณรงค์ในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ การประสานขอความร่วมมือด้านทรัพยากรและงบประมาณจากฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การเฝ้าระวังและจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ การจัดกิจกรรมในศาสนสถาน การร่วมส่งต่อผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาระหว่างการจัดกิจกรรมสุขภาพ การดำเนินงานให้ได้รับการชมเชย ยกย่อง การติดตามให้กิจกรรมเป็นไปตามวัตถุประสงค์และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน การติดตามและรายงานความก้าวหน้าของกิจกรรม และการเสนอปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงานแก่หน่วยงานราชการ

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

5.1 ตัวแปรที่ทำการวิเคราะห์

มีตัวแปรที่ทำการวิเคราะห์ทั้งหมด 16 ตัว จำนวนตัวอย่าง 190 คน ดังนี้

5.1.1 ตัวแปรตาม คือ ตัวแปรค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข (WHOLEP)

5.1.2 ตัวแปรต้น มี 15 ตัว ได้แก่

- 1) ตัวแปร Dummy ของระดับรายได้ต่อเดือน 3 ตัว คือ รายได้ 5,001 – 10,000 บาท รายได้ 15,001 – 20,000 บาท และรายได้ มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป
- 2) ตัวแปร Dummy ของการมีตำแหน่งทางสังคม 1 ตัว
- 3) ตัวแปร Dummy ของอาชีพ 2 ตัว คือ การทำงาน (รับจ้าง ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ) และ พ่อบ้านแม่บ้าน
- 4) ตัวแปร Dummy ของสถานภาพสมรส 1 ตัว คือ สถานภาพสมรสคู่

- 5) ตัวแปร Dummy ของระดับการศึกษา 3 ตัว คือ มัธยมต้น มัธยมปลาย
อนุปริญญาขึ้นไป
- 6) ตัวแปรคะแนนความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ (SUMKK)
- 7) ตัวแปรระยะเวลาปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข (working time) (ปี)
- 8) ตัวแปรอายุ (ปี)
- 9) ตัวแปรค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุข (SUMOUT)
- 10) ตัวแปรค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงานของ
อาสาสมัครสาธารณสุข (SUMIN)

5.2 ตัวแปรต้นที่เข้าสู่สมการและที่ถูกลบออกจากสมการ (Variable Entered/Removed)

สมการที่ 1 มีตัวแปรต้นที่เข้าสู่สมการ 1 ตัว คือ ตัวแปรผลรวมของการรับรู้ถึง
ปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (องค์ประกอบที่ 4 5 และ 6 จำนวน
8 ข้อ) (SUMIN)

สมการที่ 2 มีตัวแปรต้นที่เข้าสู่สมการ 1 ตัว คือ ตัวแปรผลรวมของการรับรู้ถึง
ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (องค์ประกอบที่ 1 2 และ 3
จำนวน 13 ข้อ) (SUMOUT) และ

สมการที่ 3 มีตัวแปรต้นที่เข้าสู่สมการ 1 ตัว คือ ตัวแปรระยะเวลาปฏิบัติงาน
อาสาสมัครสาธารณสุข (working time)

5.3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ แสดงดังตารางที่ 4.10 ผลลัพธ์การวิเคราะห์
อยู่ในภาพผนวก ค

ตารางที่ 4.10 การวิเคราะห์หาค่าถดถอยของระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
ของอาสาสมัครสาธารณสุข ตามระดับการรับรู้ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัย
ภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน และระยะเวลาปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข
(จำนวนตัวอย่าง 190 คน)

Step	Variable	$r^{(1)}$	R^2 added ⁽²⁾	B ⁽³⁾	SE _B ⁽⁴⁾	Beta ⁽⁵⁾
1	SUMIN	.727 ***	.528	.488	.055	.533 ***
2	SUMOUT	.766 ***	.058	.372	.072	.311 ***
3	working time	.774 *	.013	-.019	.008	-.112 *
	Constant			.553	.217	

* $p < .05$; *** $p < .001$; Cumulative R squared = .599; (Adjusted R squared = .592)

(1) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

(2) สัมประสิทธิ์การทำนาย ที่เพิ่มขึ้น

(3) สัมประสิทธิ์การทำนาย ของตัวแปรแต่ละตัว

(4) ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์การทำนาย ของตัวแปรแต่ละตัว

(5) สัมประสิทธิ์การทำนาย ของตัวแปรแต่ละตัว ที่ปรับมาตรฐาน

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ โดยวิธี Stepwise พบว่า

1) ได้สมการถดถอยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{3, 186} = 92.597, p < .001$)

2) ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่ปรับแล้ว = .592

3) มีตัวแปรทำนาย 3 ตัวที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ปัจจัย
ภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน (SUMIN) ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนการปฏิบัติ
งาน (SUMOUT) และระยะเวลาปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข (working time)

4) ผลของตัวแปรทำนายแต่ละตัวที่มีต่อระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฯ มี
ค่าแตกต่างกัน กล่าวคือ

สัมประสิทธิ์การทำนายของระดับการรับรู้ปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน
เท่ากับ .533 ดังนั้น สำหรับทุกหน่วยที่เพิ่มขึ้นในระดับการรับรู้ปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน
ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ จะเพิ่มขึ้น .533 หน่วย เมื่อให้ตัวแปร
อื่น ๆ มีค่าคงที่

สัมประสิทธิ์การทำนายของระดับการรับรู้ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนการปฏิบัติงานเท่ากับ .311 ดังนั้น สำหรับทุกหน่วยที่เพิ่มขึ้นในระดับการรับรู้ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ จะเพิ่มขึ้น .311 หน่วย เมื่อให้ตัวแปรอื่น ๆ มีค่าคงที่

สัมประสิทธิ์การทำนายของระยะเวลาปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขเท่ากับ -.112 ดังนั้น สำหรับทุกหน่วยที่เพิ่มขึ้นในระยะเวลาปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ จะลดลง .112 หน่วย เมื่อให้ตัวแปรอื่น ๆ มีค่าคงที่

โดยสรุป ตัวแปรทำนายระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข คือ ระดับการรับรู้ปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน ระดับการรับรู้ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน และระยะเวลาปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข

ส่วนที่ 6 ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข

การวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการจัดการให้เกิดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน การมีส่วนร่วมในการรณรงค์และเฝ้าระวังการดำเนินกิจกรรมสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมาย การมีส่วนร่วมให้การดำเนินงานสุขภาพในชุมชนบรรลุเป้าหมาย และการมีส่วนร่วมในผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพของชุมชน ดังตารางที่ 4.11 และ 4.12

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของ
อาสาสมัครสาธารณสุข

ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ	ไม่มี	มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนทั้งหมด	140 (73.7)	50 (26.3)
1. ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการให้เกิดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในชุมชน	168 (88.4)	22 (11.6)
2. ด้านการมีส่วนร่วมในการรณรงค์และเฝ้าระวังการดำเนินกิจกรรม สุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมาย	165 (88.8)	25 (13.2)
3. ด้านการมีส่วนร่วมให้การดำเนินงานสุขภาพในชุมชนบรรลุ เป้าหมาย	176 (92.6)	14 (7.4)
4. ด้านการมีส่วนร่วมในผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพของชุมชน	178 (96.7)	12 (6.3)

อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน สัดส่วนที่มีปัญหา/อุปสรรค ในด้านการมีส่วนร่วมในการรณรงค์และเฝ้าระวังการดำเนินกิจกรรมสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมาย มีสูงสุด เท่ากับร้อยละ 13.2 รองลงมาคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการให้เกิดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ร้อยละ 11.6 ด้านการมีส่วนร่วมให้การดำเนินงานสุขภาพในชุมชนบรรลุเป้าหมาย ร้อยละ 7.4 และด้านการมีส่วนร่วมในผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพของชุมชน ร้อยละ 6.3

ตารางที่ 4.12 จำนวน และร้อยละ ของปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงาน
สร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข*

ปัญหา/อุปสรรค	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อเสนอแนะ	จำนวน (ร้อยละ)
1. ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการให้เกิด กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน	22 (11.6)		10 (5.3)
1.1 ประชาชนขาดความตระหนัก ขาด ความรู้	20 (10.5)	1.1 อยากให้เจ้าหน้าที่จัดโครงการสร้าง จิตสำนึกให้ประชาชน	2 (1.05)

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ปัญหา/อุปสรรค	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อเสนอแนะ	จำนวน (ร้อยละ)
1.2 ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ	20 (10.5)	1.2 เจ้าหน้าที่ช่วยกระตุ้น อสส.	4 (2.1)
1.3 หัวหน้าศูนย์สุขภาพไม่เรียกประชุมหรือวางแผนงาน	4 (2.1)	1.3 เจ้าหน้าที่ช่วยประสาน หรือ แก้ไขระบบ/ระเบียบ	3 (1.6)
1.4 อสส.ไม่มีเวลาพร้อมเพรียงกัน	8 (4.2)		
1.5 ไม่ได้รับโอกาสในการวางแผนงานต่างๆ	4 (2.1)		
1.6 กรรมการชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ	7 (3.7)		
1.7 ความคิดเห็นไม่ตรงกัน ขาดความสามัคคี	5 (2.6)		
2. ด้านการมีส่วนร่วมในการณรงค์และเฝ้าระวังการดำเนินกิจกรรมสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมาย	25 (13.1)		15 (7.9)
2.1 อสส.ไม่นำความรู้ที่ได้รับจากการประชุม หรืออบรมให้ดำเนินงานต่อในชุมชน	2 (1.05)	2.1 เจ้าหน้าที่ช่วยกระตุ้น อสส.	4 (26.7)
2.2 ประชาชนในชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ	20 (10.5)	2.2 เจ้าหน้าที่ช่วยเข้าไปแนะนำประชาชน	4 (2.1)
2.3 ประชาชนย้ายเข้า-ออกในชุมชนบ่อย	2 (1.05)	2.3 เจ้าหน้าที่ชี้แจงกับกรรมการชุมชน	7 (3.7)
2.4 ประชาชนที่มีฐานะเข้าถึงได้ยาก	2 (1.05)	2.4 เจ้าหน้าที่ออกพื้นที่ร่วมกับ อสส.	5 (2.6)
2.5 กรรมการชุมชนไม่ให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมของ อสส.	7 (3.7)	2.5 หน่วยงานที่รับผิดชอบออกชุมชนปีละ 2 ครั้ง หรือทุก 3 เดือน อย่างสม่ำเสมอ	4 (2.1)
2.6 กรรมการชุมชนมีอิทธิพล แบ่งพรรค แบ่งพวก กลัวทำเกินหน้า	2 (1.05)	2.6 มีแพทย์ออกชุมชน	1 (0.5)

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ปัญหา/อุปสรรค	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อเสนอแนะ	จำนวน (ร้อยละ)
2.7 ไม่มีสถานที่จัดกิจกรรม	2 (1.05)	2.7 จัดกิจกรรมณรงค์บ่อยๆ	2 (1.05)
		2.8 เชื่อมบ้านแบบตัวต่อตัว สำหรับราย ที่ไม่ร่วมกิจกรรม	1 (0.5)
		2.9 เจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมก่อน และ อสส. ตามเยี่ยมภายหลัง	2 (1.05)
3. ด้านการมีส่วนร่วมให้การดำเนินงาน สุขภาพในชุมชนบรรลุเป้าหมาย	14 (7.4)		5 (2.6)
3.1 เมื่อไปใช้สิทธิ์ในการรักษาพยาบาล ไม่ได้รับการดูแลดีพอ	2 (1.05)	3.1 ปรับปรุงสวัสดิการ	1 (0.5)
3.2 ไม่มีเงินทุนจัดกิจกรรมณรงค์/ กิจกรรมต่างๆ	4 (2.1)	3.2 สร้างแรงจูงใจให้ทุกคน	2 (1.05)
3.3 ไม่มีงบประมาณปรับปรุงศูนย์ สุขภาพชุมชน	3 (1.6)	3.3 จัดกิจกรรมในชุมชนมีของแจก ล่อใจ	3 (1.6)
3.4 ไม่มีกรรมการชุมชน/ไม่มีแกนนำ/ ไม่มีใคร ดูแล อสส.ทำงานหนัก	2 (1.05)	3.4 ของบประมาณจัดกิจกรรมในชุมชน	2 (1.05)
		3.5 ของบประมาณปรับปรุงศูนย์สุขภาพ ชุมชน	2 (1.05)
4. ด้านการมีส่วนร่วมในผลลัพธ์ของการ ดูแลสุขภาพของชุมชน	2 (1.05)		7 (3.7)
4.1 ประชาชนไม่อยู่บ้าน ติดตามเรื่อง ต่างๆ ได้ยาก	2 (1.05)	4.1 เพิ่มแบบติดตามงาน	2 (28.6)
4.2 อสส. ไม่มีเวลาติดตาม	2 (1.05)	4.2 เจ้าหน้าที่ออกตรวจพื้นที่ร่วมกับ อสส.บ่อยๆ	5 (2.6)
		4.3 อยากให้ตอบแบบสอบถามนี้อีกเพื่อ ประเมินตนเองเป็นระยะ	2 (1.05)

หมายเหตุ * ใช้จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมด 190 คน เป็นฐานในการคำนวณ

ผลการวิเคราะห์คำถามปลายเปิดของปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข สรุปลไว้ในตารางที่ 4.12 พบว่า

1. ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการให้เกิดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

มีอาสาสมัครสาธารณสุขระบุปัญหา/อุปสรรคด้านนี้ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 11.6) ส่วนใหญ่ (22 คน ร้อยละ 11.6) ระบุว่า ประชาชนขาดความตระหนัก ขาดความรู้และประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ และ อสส. ไม่มีเวลาพร้อมเพรียงกัน

มีอาสาสมัครสาธารณสุขให้ข้อเสนอแนะ 10 คน (ร้อยละ 5.3) คือ ให้เจ้าหน้าที่จัดโครงการสร้างจิตสำนึกให้ประชาชน (2 คน ร้อยละ 1.05) เจ้าหน้าที่ช่วยกระตุ้น อสส. (4 คน ร้อยละ 2.1) และเจ้าหน้าที่ช่วยประสาน หรือแก้ไขระบบ/ระเบียบ (3 คน ร้อยละ 1.2)

2. ด้านการมีส่วนร่วมในการรณรงค์และเฝ้าระวังการดำเนินกิจกรรมสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมาย

มีอาสาสมัครสาธารณสุขระบุปัญหา/อุปสรรคด้านนี้ จำนวน 25 คน (ร้อยละ 13.1) ส่วนใหญ่ (20 คน ร้อยละ 10.5) ระบุว่า ประชาชนในชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ และ กรรมการชุมชนไม่ให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมของ อสส. (7 คน ร้อยละ 3.4)

มีอาสาสมัครสาธารณสุขให้ข้อเสนอแนะ 15 คน (ร้อยละ 7.9) คือ ให้เจ้าหน้าที่เข้าไปช่วยแนะนำประชาชน (4 คน ร้อยละ 2.1) และ เจ้าหน้าที่ออกพื้นที่ร่วมกับ อสส. (5 คน ร้อยละ 2.6)

3. ด้านการมีส่วนร่วมให้การดำเนินงานสุขภาพในชุมชนบรรลุเป้าหมาย

มีอาสาสมัครสาธารณสุขระบุปัญหา/อุปสรรคด้านนี้ จำนวน 14 คน (ร้อยละ 7.4) ระบุว่า ไม่มีเงินทุนจัดกิจกรรมรณรงค์ต่าง ๆ (4 คน ร้อยละ 2.1) ไม่มีงบประมาณปรับปรุงศูนย์สุขภาพชุมชน (3 คน ร้อยละ 1.2)

มีอาสาสมัครสาธารณสุขให้ข้อเสนอแนะ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 2.6) ระบุว่า จัดกิจกรรมในชุมชน มีของแจก ล่อใจ (3 คน ร้อยละ 1.2) และของงบประมาณจัดกิจกรรมในชุมชน (2 คน ร้อยละ 1.05)

4. ด้านการมีส่วนร่วมในผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพของชุมชน

มีอาสาสมัครสาธารณสุขระบุปัญหา/อุปสรรคด้านนี้ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.05) ระบุว่า ประชาชนไม่อยู่บ้าน ติดตามเรื่องต่าง ๆ ได้ยาก และ อสส. ไม่มีเวลาดูติดตาม

มีอาสาสมัครสาธารณสุขให้ข้อเสนอแนะ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 3.7) ระบุว่า เพิ่มแบบติดตามงาน (2 คน ร้อยละ 1.05) และเจ้าหน้าที่ออกตรวจพื้นที่ร่วมกับ อสส. บ่อย ๆ (5 คน ร้อยละ 2.6)

โดยสรุป อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน
สร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

สัดส่วนที่มีปัญหา/อุปสรรคด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการให้เกิดกิจกรรมสร้าง
เสริมสุขภาพในชุมชนมีสูงสุด ร้อยละ 13.1 คือ ประชาชนในชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ และกรรม
การชุมชนไม่ให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมของ อสส. และข้อเสนอแนะ คือ ให้เจ้าหน้าที่เข้าไป
ช่วยแนะนำประชาชน และ เจ้าหน้าที่ออกพื้นที่ร่วมกับ อสส.

สัดส่วนที่มีปัญหา/อุปสรรคด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการให้เกิดกิจกรรมสร้าง
เสริมสุขภาพในชุมชน ร้อยละ 11.6 คือ ประชาชนขาดความตระหนัก ขาดความรู้ และประชาชน
ไม่ให้ความร่วมมือ และ อสส. ไม่มีเวลาพร้อมเพรียงกัน และข้อเสนอแนะ คือ ให้เจ้าหน้าที่จัด
โครงการสร้างจิตสำนึกให้ประชาชน เจ้าหน้าที่ช่วยกระตุ้น อสส. และเจ้าหน้าที่ช่วยประสาน หรือ
แก้ไขระบบ/ระเบียบ

สัดส่วนที่มีปัญหา/อุปสรรคด้านการมีส่วนร่วมให้การดำเนินงานสุขภาพในชุมชน
บรรลุเป้าหมาย ร้อยละ 7.4 คือ ไม่มีเงินทุนจัดกิจกรรมรณรงค์ต่าง ๆ และไม่มียงบประมาณปรับปรุง
ศูนย์สุขภาพชุมชน และข้อเสนอแนะ คือ จัดกิจกรรมในชุมชน มีของแจก ล่อใจ และของงบประมาณ
จัดกิจกรรมในชุมชน



บทที่ 5

สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการศึกษา

การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาสังคมด้านการพัฒนาสุขภาพ เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง รวมทั้งให้ภาคประชาชนร่วมสร้างมาตรการทางสังคม ให้มีกลไกการจัดการระบบสุขภาพชุมชน พัฒนาระบบเฝ้าระวังของชุมชน โดยเชื่อมกับระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและทุนอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน ในช่วงทศวรรษแห่งการสร้างนวัตกรรมเพื่อสุขภาพชุมชน โดยชุมชน ปี 2552–2562 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จะเป็นกลไกสำคัญร่วมขับเคลื่อนงานเชิงรุกในพื้นที่ ในการพัฒนา โดยมุ่งเน้นบทบาทในการสื่อสารสุขภาพ การบริหารจัดการสุขภาพ จะมีบทบาทเข้มแข็งมากขึ้นจากการให้บริการใน 14 องค์ประกอบ เป็นผู้นำในการสร้างสุขภาพเชิงรุก เป็นนักพัฒนา นักวิเคราะห์ และวางแผนงานสุขภาพชุมชนได้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิต พร้อมกับเป็นศูนย์กลาง ในการบูรณาการงานพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐ และ กลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อพาชุมชนไปสู่เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่พัฒนางานด้านสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร เพื่อสนองตอบความต้องการทั้งในระดับภาพรวมและระดับพื้นที่ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน ภายใต้วิสัยทัศน์การพัฒนา ประชาชนมีสุขภาพดี ใส่ใจสุขภาพ เข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีและเครือข่าย เพื่อบรรลุเป้าประสงค์ประชาชนแข็งแรง ชุมชนแข็งแรง มหานครที่แข็งแรง โดยได้พัฒนางานสาธารณสุขแบบองค์รวม ประกอบกับบูรณาการงานสาธารณสุขมูลฐาน เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการดูแลให้บริการเชิงรุกด้านสุขภาพในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขร่วม ดำเนินการระดับพื้นที่ในแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน

อย่างไรก็ตาม ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในเขตสายไหมยังไม่ประสบผลสำเร็จมากเท่าที่ควร ประชาชนกลุ่มเป้าหมายบางส่วนยังไม่สามารถเข้ารับ บริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานตามความจำเป็นได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง และการมีส่วนร่วมภาค ประชาชนยังไม่เข้มแข็ง ขาดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข

สุขที่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อแนวคิดและหลักการสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างแจ่มชัด พบว่า การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพประสบผลสำเร็จลุล่วงได้ผลดีในระดับหนึ่ง แต่ขาดความต่อเนื่องและยั่งยืน รวมทั้งยังไม่ครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการศึกษา ศึกษาระดับความรู้ ส่วนขาดของความรู้ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร คือ เพื่อศึกษา

1. ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุข
2. ระดับความรู้ ส่วนขาดของความรู้ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน และลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความรู้ไม่ถูกต้อง
3. องค์ประกอบของปัจจัยการปฏิบัติงาน (ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน) และระดับการสนับสนุนและจูงใจการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ตามการรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข
4. องค์ประกอบของกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และระดับของการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ตามการรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข
5. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา กับการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข
6. ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข

ทั้งนี้ โดยมุ่งหวังเพื่อระบุปัจจัยที่สามารถพัฒนาระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร

รูปแบบการศึกษา เป็นแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ในตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุข 190 คน จากประชากรในเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร จำนวน 347 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกำหนดสัดส่วน ให้ได้จำนวน อสส. กระจายครอบคลุม 74 ชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน อสส. และตำแหน่งทางสังคมอื่น ๆ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด จำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 6 อ. 8 ข้อ และความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพใน

กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข สำหรับระดับการรับรู้ถึงปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน และระดับการรับรู้ปัจจัยจิตใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 27 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากเห็นด้วยมากที่สุด ถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของ อสส. สำหรับระบุเกี่ยวกับ การร่วมคิด ร่วมดำเนินงาน ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผลการในชุมชน จำนวน 33 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากมีส่วนร่วมมากที่สุด ถึงมีส่วนร่วมน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถาม ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิด ให้เติมข้อความได้ตามความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ตอบ

ผลการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบบสอบถามความรู้ มีค่าความเที่ยงชนิดเชิงความสอดคล้องภายในของเนื้อหา ของคูเคอร์ริชาร์ดสัน (KR – 20) เท่ากับ 0.743 แบบสอบถามปัจจัยการสนับสนุนการปฏิบัติงาน และปัจจัยการมีส่วนร่วม มีค่าความเที่ยงของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.902 และ 0.945 ตามลำดับ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการ โดยผู้ศึกษาที่แจ้งและแจกแบบสอบถามด้วยตนเองตามจำนวน อสส. ในแต่ละชุมชนที่สุ่มได้ และทอดแบบสอบถามระหว่างวันที่ 1–10 มิถุนายน 2554 และได้รับแบบสอบถามคืนทั้ง 190 ฉบับ อัตราการตอบกลับ ร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายการกระจายข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษา แสดงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ คือ การวิเคราะห์ปัจจัย หองศ์ประกอบของปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยจิตใจการปฏิบัติงาน และปัจจัยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน และทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุ หาตัวแปรทำนายของระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

ผลการศึกษาลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 190 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.5 สัดส่วนที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไปมีสูงสุด ร้อยละ 46.3 อายุเฉลี่ย 58.59 ปี จบชั้นประถมศึกษาสูงสุด ร้อยละ 30.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 70.5 เป็นแม่บ้าน/พ่อบ้านมีสูงสุด ร้อยละ 34.2 มีรายได้ต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท มีสูงสุด ร้อยละ 31.1 ปฏิบัติงานนาน 6 – 10 ปี มีสูงสุด ร้อยละ 49.5 ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 6.96 ปี และดำรงตำแหน่งทางสังคมอื่น ๆ ด้วย มีร้อยละ 52.6

ผลการศึกษาคำถามรู้ในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัคร
 สาธารณสุข พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ที่ถูกต้อง โดยภาพรวมเกี่ยวกับการดำเนินงาน
 สร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับดีมาก คือ มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการสร้างเสริม
 สุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 6 อยู่ในระดับดีมาก และความรู้เกี่ยว
 กับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ อยู่ในระดับดี

อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ที่ถูกต้องโดยรายชื่อ ในระดับดี 4 ข้อ เกี่ยวกับแนวคิด
 ของหลัก 6 ข้อ และ 2 ข้อ เกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลหญิงตั้งครรภ์และวิธีการปฏิบัติเมื่อพบ
 เด็กมีความผิดปกติ และในระดับปานกลาง 1 ข้อ เกี่ยวกับความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังและการ
 เสื่อมวัยในผู้สูงอายุ

อาสาสมัครสาธารณสุขที่ตอบผิดมาก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จบประถมศึกษา มีงานทำ
 ทำงานสาธารณสุขในชุมชนมานาน ไม่เกิน 10 ปี และมีตำแหน่งเป็นกรรมการในชุมชน

ผลการศึกษาคำถามประกอบของปัจจัยการปฏิบัติงาน (ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและ
ปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน) และระดับการสนับสนุนและจูงใจการปฏิบัติงานสร้างเสริม
 สุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า การวิเคราะห์ปัจจัยทำให้ระบอบองค์ประกอบของ
 ปัจจัยการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้ ซึ่งประกอบด้วย

ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุน 3 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ 1 “การรับรู้ถึงความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับในการปฏิบัติงาน” มี 6
 ข้อความที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบที่ 2 “การรับรู้ถึงผลดีของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข” มี 4 ข้อความที่
 เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบที่ 3 “การรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน” มี 3 ข้อความที่
 เกี่ยวข้อง และ

ปัจจัยภายในที่จูงใจ 3 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ 4 “การรับรู้ถึงคุณค่าของอาสาสมัครสาธารณสุขในการสร้างเสริม
 สุขภาพของประชาชน” มี 3 ข้อความที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบที่ 5 “การรับรู้ถึงบทบาทสำคัญของงานอาสาสมัครสาธารณสุขต่อสุขภาพ
 ของชุมชน” มี 3 ข้อความที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบที่ 6 “การรับรู้ถึงความมีเกียรติของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข” มี 2
 ข้อความที่เกี่ยวข้อง

ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติ

งานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยภาพรวมของทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน และรายปัจจัย อยู่ในระดับค่อนข้างมาก

ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนการปฏิบัติงานซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างปานกลาง คือ ค่าป่วยการ อสส. เดือนละ 600 บาท เป็นแรงจูงใจสำคัญให้ท่าน และในระดับปานกลาง คือ การได้รับการนิเทศติดตามงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับคัดเลือกให้ไปศึกษาดูงานสร้างเสริมสุขภาพ และการได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงานซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างปานกลาง คือ การได้เป็นตัวแทน อสส./พี่เลี้ยง/ครูฝึก/วิทยากร ในการอบรมเรื่องสุขภาพในที่ต่าง ๆ และในระดับปานกลาง คือ การได้เข้าร่วมเครือข่ายภาคประชาชนจากหน่วยงานต่าง ๆ

ผลการศึกษาระดับการรับรู้ถึงปัจจัยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และระดับของการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า การวิเคราะห์ปัจจัยทำให้ระบอบองค์ประกอบของปัจจัยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้ ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ 1 “การมีส่วนร่วมในการจัดการให้เกิดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน” มี 10 ข้อความที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบที่ 2 “การมีส่วนร่วมในการรณรงค์และเฝ้าระวังการดำเนินงานกิจกรรมทางสุขภาพในชุมชน” มี 6 ข้อความที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบที่ 3 “การมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน” มี 5 ข้อความที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบที่ 4 “การมีส่วนร่วมให้การดำเนินงานสุขภาพในชุมชนบรรลุเป้าหมาย” มี 4 ข้อความที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบที่ 5 “การมีส่วนร่วมในผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพของชุมชน” มี 4 ข้อความที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบที่ 6 “การมีส่วนร่วมในการติดตามและปรับปรุงการดำเนินงานสุขภาพในชุมชน” มี 3 ข้อความที่เกี่ยวข้อง

ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยภาพรวม อยู่ในระดับค่อนข้างมาก และโดยรายองค์ประกอบ อยู่ในระดับค่อนข้างมาก สำหรับองค์ประกอบที่ 1 2 3 และ 5 และอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับองค์ประกอบที่ 4 และ 6

ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพฯ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง คือ การวิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ การวางแผนจัดกิจกรรมตามหลัก 6 อ. การกำหนดรูปแบบการจัดกิจกรรมรณรงค์ในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ การประสานขอความร่วมมือด้านทรัพยากรและงบประมาณจากฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การเฝ้าระวังและจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ การจัดกิจกรรมในศาสนสถาน การร่วมส่งต่อผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาระหว่างการจัดกิจกรรมสุขภาพ การดำเนินงานให้ได้รับการชมเชย ยกย่อง การติดตามให้กิจกรรมเป็นไปตามวัตถุประสงค์และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน การติดตามและรายงานความก้าวหน้าของกิจกรรม และการเสนอปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงานแก่หน่วยงานราชการ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา กับการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ตัวแปรทำนายระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข คือ ระดับการรับรู้ปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน ระดับการรับรู้ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน และระยะเวลาปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข โดยระดับการรับรู้ปัจจัยภายในที่จูงใจและปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวก ขณะที่ระยะเวลาปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางลบ กับระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

สัดส่วนที่มีปัญหา/อุปสรรคด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการให้เกิดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนมีสูงสุด ร้อยละ 13.1 คือ ประชาชนในชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ และกรรมการชุมชนไม่ให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมของ อสส. และข้อเสนอแนะ คือ ให้เจ้าหน้าที่เข้าไปช่วยแนะนำประชาชน และ เจ้าหน้าที่ออกพื้นที่ร่วมกับ อสส.

สัดส่วนที่มีปัญหา/อุปสรรคด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการให้เกิดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ร้อยละ 11.6 คือ ประชาชนขาดความตระหนัก ขาดความรู้และประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ และ อสส. ไม่มีเวลาพร้อมเพรียงกัน และข้อเสนอแนะ คือ ให้เจ้าหน้าที่จัดโครงการสร้างจิตสำนึกให้ประชาชน เจ้าหน้าที่ช่วยกระตุ้น อสส. และเจ้าหน้าที่ช่วยประสาน หรือ แก้ไขระบบ/ระเบียบ

สัดส่วนที่มีปัญหา/อุปสรรคด้านการมีส่วนร่วมให้การดำเนินงานสุขภาพในชุมชนบรรลุเป้าหมาย ร้อยละ 7.4 คือ ไม่มีเงินทุนจัดกิจกรรมรณรงค์ต่าง ๆ และไม่มีงบประมาณปรับปรุง

ศูนย์สุขภาพชุมชน และข้อเสนอแนะ คือ จัดกิจกรรมในชุมชน มีของแจก ล่อใจ และของบประมาณ จัดกิจกรรมในชุมชน

2. อภิปรายผล

2.1 อภิปรายข้อค้นพบของการศึกษา

2.1.1 อาสาสมัครสาธารณสุข ของศูนย์บริการสาธารณสุข เขตสายไหม 7 ใน 10 คนเป็นเพศหญิง และสถานภาพสมรสคู่ อายุเฉลี่ย 58.59 ปี 3 ใน 10 คน จบระดับประถมศึกษา และมีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน ประมาณครึ่งหนึ่งทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขมานาน 6 – 10 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 6.96 ปี และปีนกรรมการตำแหน่งอื่นในชุมชนด้วย ซึ่งอาจอภิปรายผลได้ ดังนี้

1) ผู้หญิงมีส่วนสำคัญอย่างมากในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เขตสายไหม เพราะคุณสมบัติหรือความสามารถทางเพศ ในการดูแลสุขภาพผู้อื่นของผู้หญิงนั้น เป็นความสามารถในการรับทราบข้อมูล องค์ความรู้จากแหล่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมไปถึงการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ในการดูแลสุขภาพแก่สมาชิกในครอบครัว ชุมชนหรือแม้แต่มุมมองต่างๆ ในชุมชนตามแต่โอกาส พฤติกรรมเหล่านี้ของเพศหญิงที่แสดงออกด้วยความคาดหวังของชุมชน ในทางทฤษฎีเรียกพฤติกรรมเหล่านี้ว่า Gatekeepers หรือผู้เฝ้าประตู คอยกั้นกรอง ข้อมูลการดูแลสุขภาพจากการถ่ายทอดผ่านวัฒนธรรมการดำรงชีวิต ข้อมูลความรู้จากแหล่งต่างๆ เพื่อปฏิบัติและถ่ายทอดให้สมาชิกในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้รับทราบและปฏิบัติสืบทอดต่อไป

2) การดำรงรักษาให้อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มนี้ทำประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ชุมชนในระยะยาว ทางศูนย์บริการสาธารณสุขต้องดูแลให้ความรู้และทักษะด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้แน่ใจในความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องด้านสุขภาพสำหรับให้คำแนะนำและปฏิบัติงานตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผนงาน โครงการ นอกจากนี้ การทดสอบความรู้ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นในการสร้างเสริมสุขภาพ ควรดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ

2.1.2 อาสาสมัครสาธารณสุขแม้จะมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมากในทุกข้อ แต่ด้านความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 6 อ. และด้านความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ยังมีบางรายข้ออยู่ในระดับดี และปานกลาง และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ตอบผิดมาก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จบประถมศึกษา มีงานทำ

ทำงานสาธารณสุขในชุมชนมานาน ไม่เกิน 10 ปี และมีตำแหน่งเป็นกรรมการในชุมชน ซึ่งอาจ อภิปรายผลได้ ดังนี้

1) อาสาสมัครสาธารณสุขที่ตอบผิดมากมีระดับการศึกษาประถมศึกษาและ ต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ อาจทำให้ไม่มีเวลามากนักสำหรับการรับฟังความรู้ หรือเข้าอบรมความรู้ที่ ทางเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขจัดให้ นอกจากนี้ ความที่ทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขมานาน อาจคิดว่าตนเองมีความรู้พื้นฐานด้านการสร้างเสริมสุขภาพดีอยู่แล้ว (อยู่ในระดับดีมาก) จึงอาจ ละเลยความรู้เฉพาะเจาะจงตามหลัก 6 อ. และในกลุ่มเป้าหมาย

2) เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขอาจไม่ได้ทดสอบหรือทบทวนความรู้ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นระยะ ๆ เพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง

2.1.3 องค์ประกอบของปัจจัยการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนก ได้เป็นปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน 3 องค์ประกอบ (ได้แก่ การรับรู้ถึงความรู้และ ประสบการณ์ที่ได้รับในการปฏิบัติงาน การรับรู้ถึงผลดีของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และ การรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน) และปัจจัยภายในที่มุ่งใจการปฏิบัติงาน 3 องค์ ประกอบ (ได้แก่ การรับรู้ถึงคุณค่าของอาสาสมัครสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพของ ประชาชน การรับรู้ถึงบทบาทสำคัญของงานอาสาสมัครสาธารณสุขต่อสุขภาพของชุมชน และการ รับรู้ถึงความมีเกียรติของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข) และระดับการรับรู้ถึงปัจจัยภายนอกที่ สนับสนุนและปัจจัยภายในที่มุ่งใจการปฏิบัติงาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ซึ่งอาจ อภิปรายผลได้ ดังนี้

1) ค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุข เดือนละ 600 บาท ที่ทางหน่วยงาน สาธารณสุขพิจารณาว่าจะเป็นแรงจูงใจสำคัญให้ทำงาน แต่อาสาสมัครสาธารณสุขรับรู้ว่าค่าป่วย เดือนละ 600 บาท เป็นสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานในระดับค่อนข้างปานกลาง นอกจากนี้ การ ได้รับการนิเทศติดตามงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับคัดเลือกให้ไปศึกษาดูงานสร้าง เสริมสุขภาพ ที่ได้รับอาจยังไม่เพียงพอสำหรับภาระงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องทำ ซึ่ง อาสาสมัครสาธารณสุขรับรู้ว่าเป็นสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง ดังนั้น สิ่งใดที่ ทางศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถดำเนินการเพื่อทดแทนและชดเชยค่าป่วยการ เดือนละ 600 บาท ได้ จะส่งผลดีต่อการปฏิบัติงานของ อสส.

2) การได้เป็นตัวแทน อสส./พี่เลี้ยง/ครูฝึก/วิทยากร ในการอบรมเรื่อง สุขภาพในที่ต่าง ๆ ที่ทางศูนย์บริการสาธารณสุขพิจารณาว่าจะเป็นแรงจูงใจสำคัญให้ทำงาน แต่ อาสาสมัครสาธารณสุขรับรู้ว่าเป็นแรงจูงใจการปฏิบัติงานในระดับค่อนข้างปานกลาง นอกจากนี้ ยังรับรู้ถึงการได้เข้าร่วมเครือข่ายภาคประชาชนจากหน่วยงานต่าง ๆ ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ ใน

ความเป็นจริง อสส. ทุกคนอาจไม่ได้รับโอกาสดังกล่าว ทางศูนย์บริการสาธารณสุขจะต้องพิจารณาหากลวิธีให้ อสส. ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ดังกล่าว เพื่อส่งผลดีต่อการปฏิบัติงานของ อสส.

2.1.4 องค์ประกอบของปัจจัยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ 6 องค์ประกอบ คือ การมีส่วนร่วมในการจัดการให้เกิดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน การมีส่วนร่วมในการรณรงค์และเฝ้าระวังการดำเนินงานกิจกรรมทางสุขภาพในชุมชน การมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน การมีส่วนร่วมให้การดำเนินงานสุขภาพในชุมชนบรรลุเป้าหมาย การมีส่วนร่วมในผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพของชุมชน และ การมีส่วนร่วมในการติดตามและปรับปรุงการดำเนินงานสุขภาพในชุมชน และระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพโดยภาพรวม อยู่ในระดับค่อนข้างมาก และโดยรายองค์ประกอบ อยู่ในระดับค่อนข้างมาก สำหรับองค์ประกอบที่ 1 2 3 และ 5 และอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับองค์ประกอบที่ 4 และ 6 ทั้งนี้ การที่อาสาสมัครสาธารณสุขรับรู้หรือประเมินตนเองว่ามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์ประกอบต่าง ๆ ยังไม่ถึงระดับมาก อาจอธิบายผลได้ ดังนี้

1) ในเชิงวิชาการ ภาระงานและขั้นตอนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งชุมชนเมืองและโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผนงานโครงการนั้น เป็นเรื่องยากมากที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเต็ม 100 ที่จะทำภาระงานนี้ได้ตามบทบาทที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกำหนดหรือคาดหวัง อย่างไรก็ตาม การจัดเตรียมภาระงานตามขั้นตอน การอบรมและฝึกปฏิบัติแบบจำลอง สถานการณ์จริง การชมวิดิทัศน์การดำเนินงานในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย การเป็นพี่เลี้ยง การนิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอ การทบทวนทดสอบความรู้ความเข้าใจและทักษะ รวมทั้งการร่วมกันแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน จะเป็นหนทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสส. ในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ได้ด้วยความเชื่อมั่นในตนเองที่เพิ่มขึ้น

2) ในเชิงปฏิบัติการ ศูนย์บริการสาธารณสุขต้องเตรียมบรรยากาศของพื้นที่ในชุมชนให้พร้อมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเตรียมความพร้อมการสร้างความตระหนักถึงการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน การประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และการจัดสรรงบประมาณในการจัดกิจกรรมอย่างเพียงพอ ซึ่งทั้งหมดนี้จะมีส่วนเสริมอย่างสำคัญต่อความเชื่อมั่นของ อสส. ว่าจะสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทและหน้าที่ในการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างเต็มที่

2.1.5 ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข จะเพิ่มขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของระดับการรับรู้ปัจจัยภายในที่มุ่งใจการปฏิบัติ

งาน และระดับการรับรู้ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน และจะลดลงตามการเพิ่มขึ้นของระยะเวลาปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งอาจอภิปรายผลได้ ดังนี้

ในความเป็นจริง ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับคัดเลือกและแต่งตั้งแล้วก็ต้องปฏิบัติงานตามบทบาทและหน้าที่ของตน กล่าวคือ ไม่ว่าจะรับรู้ถึงปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงานในระดับมาก หรือน้อย ก็ตาม ก็ต้องทำหน้าที่ต่อไป จะด้วยความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเต็ม 100 หรือไม่กี่ตาม แต่สำหรับระยะเวลาปฏิบัติงานนั้นเกี่ยวข้องกับอายุและสภาพทางร่างกายตามวัยของอาสาสมัครสาธารณสุขด้วย เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสายไหมที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงสุดเท่ากับร้อยละ 46.3 และอายุเฉลี่ย 58.59 ปี ดังนั้น หากวัย สภาพร่างกาย และสุขภาพไม่เอื้อ ก็จะมีผลไปลดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของ อสส.

2.1.6 อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพในชุมชน สำหรับปัญหา/อุปสรรคที่พบ ในส่วนของประชาชนคือ ประชาชนในชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ ประชาชนขาดความตระหนัก ขาดความรู้ในส่วนของผู้นำหรือแกนนำในชุมชน คือ กรรมการชุมชนไม่ให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมของ อสส. ในส่วนของ อสส. คือ อสส. ไม่มีเวลาพร้อมเพียงกัน และในส่วนของงบประมาณ คือ ไม่มีเงินทุนจัดกิจกรรมรณรงค์ต่าง ๆ และไม่มีงบประมาณปรับปรุงศูนย์สุขภาพชุมชน สำหรับข้อเสนอแนะ คือ ให้เจ้าหน้าที่เข้าไปช่วยแนะนำประชาชน และ เจ้าหน้าที่ออกพื้นที่ร่วมกับ อสส. ให้เจ้าหน้าที่จัด โครงการสร้างจิตสำนึกให้ประชาชน เจ้าหน้าที่ช่วยกระตุ้น อสส. และเจ้าหน้าที่ช่วยประสาน หรือแก้ไขระบบ/ระเบียบ จัดกิจกรรมในชุมชน มีของแจก ล่อใจ และของงบประมาณจัดกิจกรรมในชุมชน ซึ่งอภิปรายผลได้ ดังนี้

การศึกษาทำให้ทราบข้อมูลย้อนกลับและความต้องการจากอาสาสมัครสาธารณสุขบางส่วนเกี่ยวกับสภาพความเป็นจริงในการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ซึ่งข้อเสนอแนะเกือบทั้งหมดเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน

2.2 อภิปรายความเกี่ยวข้องของผลการศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาที่ผ่านมา

2.2.1 ข้อค้นพบเกี่ยวกับระดับความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของ อสส. เขตสายไหม ในระดับดีมาก พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย 1 เรื่อง ของ ปิยนารถ สิงห์ชู (2547) ในอาสาสมัครสาธารณสุข เขตเทศบาลตำบลเวียงสระ อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2.2.2 ข้อค้นพบเกี่ยวกับตัวแปรทำนายระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (การปฏิบัติงาน) สร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของ อสส. เขตสายไหม คือ ตัวแปรทำนายระยะเวลาปฏิบัติงาน อสส. พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาวิจัย 1 เรื่อง ของ จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547) ใน



ภาพที่ 5.1 ข้อค้นพบเกี่ยวกับองค์ประกอบของปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่มุ่งใจการปฏิบัติงาน และองค์ประกอบของกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ตัวแปรทำนายปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาวิจัย 4 เรื่อง ของ สุวิทย์ สุขารมย์ และสมพร เนติรัฐกร (2540) ในอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ยุคนธ์ หุติปัญญะบุตร (2546) ในอาสาสมัครสาธารณสุข เขตอำเภอแกลง จังหวัดระยอง ประภา วุฒิคุณ (2547) ในอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี และ ยุพาพร สุภาคดี (2547) ในอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

3.1.1 ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ไปใช้

- 1) ทบทวนความรู้ให้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการจำแนกจากฐานข้อมูลการศึกษานี้ตามลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ตอบผิดในข้อที่มีสัดส่วนตอบผิดสูง
- 2) วางแผนและกำหนดการสอบวัดและทบทวนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในลักษณะของแบบสอบถามที่เป็นเครื่องมือในการศึกษานี้ แก่อาสาสมัครสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ ทุก 2-3 เดือน ครั้ง เพื่อให้แน่ใจในความรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติงานกับประชาชน และกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ

3.1.2 ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน ไปใช้

- 1) เสริมปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงาน ในข้อที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขรับรู้ในระดับปานกลางถึงระดับค่อนข้างมาก ในองค์ประกอบที่วิเคราะห์ได้
- 2) ใช้เทคนิคการประชุมกลุ่มในการหาวิธีเพิ่มพูนปัจจัยดังกล่าวซึ่งสมาชิกประกอบด้วยทั้งเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข โดยพิจารณาตามลำดับความจำเป็นของพื้นที่ ดำเนินการหมุนเวียนกันไปจนครบทุกพื้นที่ของเขตสายไหม

3.1.3 ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาปัจจัยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ไปใช้

1) เสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ในข้อที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขรับรู้ในระดับปานกลางถึงระดับค่อนข้างมาก ใน 6 องค์ประกอบที่วิเคราะห์ได้

2) ใช้เทคนิคการประหมกลุ่มในการหากลวิธีเพิ่มพูนปัจจัยดังกล่าวซึ่งสมาชิกประกอบด้วยทั้งเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข โดยพิจารณาตามลำดับความจำเป็นของพื้นที่ ดำเนินการหมุนเวียนกัน ไปจนครบทุกพื้นที่ของเขตสายไหม

3) ทบทวนความรู้ เทคนิค และทักษะที่จำเป็นสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขในการปฏิบัติงานกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ตามหลัก 6 อ. เพื่อให้แน่ใจว่า อาสาสมัครมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเต็ม 100 ที่จะปฏิบัติงานดังกล่าวได้อย่างคล่องตัว โดยอาจต้องจัดทำคู่มือปฏิบัติงานขนาดพกพา และสายด่วนให้อาสาสมัครสาธารณสุขติดต่อสื่อสารเพื่อขอคำปรึกษาการปฏิบัติงานได้

3.1.4 ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาดำเนินงานระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ไปใช้

1) กำหนดแผนและกลวิธีดำรงรักษาอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานมาเป็นระยะเวลาอันนานให้มีทั้งระดับความรู้ที่ถูกต้อง มีระดับการรับรู้ปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนและปัจจัยภายในที่จูงใจการปฏิบัติงานในระดับมาก และมีระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนในระดับมาก นอกจากนี้ ในแง่ของขวัญกำลังใจ อาจใช้วิธีการจำแนกระดับของ อสส. ตามระยะเวลาปฏิบัติงาน โดยการคิดเข็ม ให้โล่เกียรติยศ หรืออื่น ๆ

2) ให้ข้อมูลย้อนกลับของผลการศึกษานี้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อสะท้อนให้เข้าใจถึงความต้องการและความจำเป็นของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเติมเต็มให้ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถทำบทบาทเป็นผู้นำในการสร้างสุขภาพเชิงรุก เป็นนักพัฒนา นักวิเคราะห์ และวางแผนงานสุขภาพชุมชนได้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิต และเป็นศูนย์กลางในการบูรณาการงานพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐ และกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อพาชุมชนไปสู่เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน ตามเป้าหมายของทศวรรษแห่งการสร้างนวัตกรรมเพื่อสุขภาพชุมชนโดยชุมชน

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาต่อไป

3.2.1 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือของประชาชน และของผู้นำชุมชน ในการเข้าร่วมในกระบวนการและกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน โดย

เฉพาะอย่างยิ่งพื้นที่ของศูนย์บริการสาธารณสุข เขตสายไหม ซึ่งเป็นชุมชนเมือง โดยใช้รูปแบบการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

3.2.2 ศึกษาแบบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่จะทำให้แน่ใจได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามองค์ประกอบที่วิเคราะห์ได้ ด้วยความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เต็ม 100 ทั้งนี้ เพื่อช่วยเสริมระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่อยู่ในระดับปานกลางให้มากขึ้น





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข (2548) *การประเมินผลโครงการเมืองไทยแข็งแรง* กรุงเทพมหานคร
องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.)
- กรแก้ว ทัทมาลัย (2544) “ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบ
งบประมาณแนวใหม่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี”
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยมหิดล
- กรองแก้ว อยู่สุข (2541) *พฤติกรรมองค์การ* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2552) *แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัด
บริการคัดกรองและเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ
ในสถานบริการและในชุมชน นนทบุรี สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข*
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2553) *หลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปีพุทธศักราช 2553* กรุงเทพมหานคร
โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- _____ (2553) *เส้นทางสู่ความสำเร็จ การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล (รพ.สต.)* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2549) *แนวปฏิบัติบริการสุขภาพ ด้านส่งเสริมสุขภาพประชากร
ตามกลุ่มวัย นนทบุรี สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข*
- _____ (2553) *การประชุมปฏิบัติการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพ: ภาควิชาอายุรศาสตร์
การส่งเสริมสุขภาพ นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข*
- กองพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักอนามัย (2551) *แผนปฏิบัติราชการสำนักอนามัย 4 ปี (แผนแม่บท
2552-2555)* กรุงเทพมหานคร สำนักอนามัย
- กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (2539) *คู่มือศูนย์สุขภาพชุมชน (Mini Health
Center) เอกสารอัดสำเนาเย็บเล่ม* กรุงเทพมหานคร สำนักอนามัย
- _____ (2547) *วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติของกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2547
กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย*

- _____. (2551) หลักสูตรการอบรมปฐมนิเทศอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2551 กรุงเทพมหานคร นวัตกรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด
- _____. (2552) หลักสูตรปฐมนิเทศอาสาสมัครสาธารณสุข เอกสารอัดสำเนาเย็บเล่ม กรุงเทพมหานคร สำนักอนามัย
- กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (2553) วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติของ กรุงเทพมหานคร ประจำปี 2553 กรุงเทพมหานคร สำนักอนามัย
- กองสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2546) แผนพัฒนาชมรมสุขภาพปีงบประมาณ 2546-2549 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- ขวัญฤทัย พรณวิจารย์ (2543) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของหัวหน้างานสุขภาพิบาลอนามัย สิ่งแวดล้อม เทศบาลเมือง” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอก บริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
- จันทิมา ลิ่มหัน (2543) “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- จีราภา สุขสวัสดิ์ (2547) “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ปี 2547” วิทยานิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา
- ฉวีวรรณ บุญสุยา (2551) “ผลการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2551” คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ชนิดดา ระดาฤทธิ์ (2549) “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการสร้างเสริมสุขภาพใน ประชาชนในชุมชน กรณีศึกษาเฉพาะเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ชวนพิศ มหาพรหม (2544) “การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง: กรณีศึกษาอำเภอกวนโดน จังหวัดสตูล” สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ชินรัตน์ สมสืบ (2547) “รัฐประศาสนศาสตร์กับการมีส่วนร่วม” ในประมวลชุดวิชาแนวคิดทฤษฎีและ หลักการรัฐประศาสนศาสตร์ หน่วยที่ 12 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาการจัดการ

- ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ และคณะ(2539) “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐานตาม
 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ณ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
 (ศสมช.) ในโครงการเร่งรัดพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า จังหวัด
 สุพรรณบุรี” สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี
- ชัยณรงค์ สังข์จำง (2545) “เหลียวหน้า แลหลัง กว่าสองทศวรรษการสาธารณสุขมูลฐานไทย”
 บทความพิเศษ ปีที่ 11 ฉบับ 5 (มี.ค. - เม.ย.45)
- ทองศักดิ์ กุ่มไข่น้ำ และคณะ(2534) การพัฒนาชุมชนเชิงปฏิบัติ กรุงเทพมหานคร บทพิเคราะห์พิมพ์
 เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2540) พฤติกรรมองค์กร พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร
 ไทยวัฒนาพานิช
- ทองใบ สุดชาติ (2543) ภาวะผู้นำและการจูงใจ พิมพ์ครั้งที่ 2 อุบลราชธานี คณะวิทยาการจัดการ
 สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี
- ทองหล่อ เดชไทย (2540) หลักการบริหารสาธารณสุข นครปฐม สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน
 นัทธมน เฉียบแหลม (2544) “ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์
 สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดระยอง ปี 2543” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหา
 บัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
- บุญเทียม อังสวัสดิ์ (2542) “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานของศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์
 ในวัด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์” วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์บัณฑิต แขนงวิชาบริหาร
 การศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์
- บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ (2540) *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* พิมพ์ครั้งที่ 3
 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541) *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2541* พิมพ์ครั้งที่ 2 ม.ป.ท.
 ปวีร์วรรณ แสงพิทักษ์ (2545) “การมีส่วนร่วมในโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของ
 สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดนครปฐม” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตร
 บัณฑิต สถาบันราชภัฏนครปฐม
- ประภา วัฒนชีพ (2547) “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 (อสม.)ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดจันทบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญา
 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์
 สุขภาพ

- ประภา วุฒิกุล (2547) “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดราชบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์ เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง
- ประเสริฐ บินตะคุ และไพโรจตร ศิริมงคล (2549) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข กิ่งอำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย” เอกสารเผยแพร่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ออนไลน์) ค้นคืนวันที่ 8 มกราคม 2554 จาก <http://library.hsri.or.th/th/index.php>
- ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2546) *กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนากรุงเทพมหานคร โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส.)*
- ปิยนารถ สิงห์ชู (2547) “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลตำบลเวียงสระ อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) เอกสารอัดสำเนาเย็บเล่ม กรุงเทพมหานคร
- ฝ่ายสาธารณสุขมูลฐาน กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย (2541) การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าของกรุงเทพมหานคร ม.ป.ท
- พรพันธ์ คชเดช (2550) “ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี” วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- พัชรินทร์ สมบูรณ์ (2547) “การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน มหาวิทยาลัยศิลปากร
- เพียงจันทร์ เสวตศรีสกุล (2547) “แนวโน้มนำการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสุขภาพ” ในประมวลสาระชุดวิชาประเด็นและแนวโน้มนำทางการบริหารสาธารณสุข หน่วยที่ 15 โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- เพิ่มศักดิ์ วรรณยางกูร (2547) *จิตวิทยามนุษย์เชิงธุรกิจ* กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์วังอักษร
- ภคกรณ์ สิงห์ และชัชวาล ศรีหมื่นไวยไทย (2551) ทฤษฎีการจัดการของ Herzberg

- มยุรี เถาลัดดา (2540) การติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2540 เอกสารอัดสำเนาเย็บเล่ม กรุงเทพมหานคร
- มงคล โชตแสง (2552) “การประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอพังโคน
จังหวัดสกลนคร ปี 2552” ค้นคืนวันที่ 13 พฤษภาคม 2554 จาก
http://hedstd.mongkolsoft.com/research_2552.htm
- ขงยุทธ เกตุสาคร (2541) *ภาวะผู้นำและการจูงใจ* กรุงเทพมหานคร ศูนย์เอกสารและตำราสถาบันราชภัฏ
สวนดุสิต
- ขงยุทธ ธนิกกุล (2550) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง จังหวัดสมุทรสงคราม” รายงานการวิจัย
สำนักสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม
- คุณธิ์ ชูติปัญญาบุตร (2546) “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขในเขตอำเภอแกลง จังหวัดระยอง” วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตร
มหาบัณฑิต สาขานโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยบูรพา
- ยุพาพร สุภาคี (2547) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส
ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่เสี่ยงโรคเลปโต
สไปโรซิส จังหวัดร้อยเอ็ดวิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร
- รัตติกรณ์ จงวิศาล (2550) *มนุษย์สัมพันธ์: พฤติกรรมมนุษย์ในองค์กร* กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์
- ลักขณา เต็มศิริกุลชัย (2546) *การชี้แนะสาธารณะด้านสุขภาพ ในทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ใน
งานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์* โครงการตำรา เล่มที่ 1 ภาควิชาสุขศึกษาและ
พฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
โรงพิมพ์ยุทธินการพิมพ์
- วรนุช บุญยะกมล (2542) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ กับความพึงพอใจใน
การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนกรุงเทพมหานคร”
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก
พยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
- วรรณดี จันทรศิริ และพัชรา ชุ่มชูจันทร์ (2550) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วม
ของชุมชนภายใต้ นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: หมู่ที่ 8 ตำบลนาป่า อำเภอ

เมือง จังหวัดชลบุรี

- วานีรัตน์ รุ่งเกียรติกุล (2541) “ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรร บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ตาม การรับรู้ของตนเองและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข กับการปฏิบัติงานตามบทบาทใน ศูนย์สุขภาพชุมชนกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
- วิรัตน์ ศรีรักษ์ (2546) “ปัจจัยที่มีผลปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์” วิทยานิพนธ์ปริญญา ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา สถาบันราชภัฏมหาสารคาม
- ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ (2549) “ระบบสาธารณสุข” ในประมวลสาระชุดวิชา สาธารณสุขและการ วางแผนในการพัฒนางานสาธารณสุข หน่วยที่ 1 พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร โรง พิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- ศันสนีย์ รัศมี (2550) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของ อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร” การศึกษาค้นคว้าอิสระ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- สรารุช วัลัญชพฤกษ์ (2543) “ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวางแผน พัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี” วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อพัฒนาทรัพยากร มหาวิทยาลัยมหิดล
- สาธิตมน ศิริสมบุญแนว (2541) “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัด สุพรรณบุรี” วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล
- สาโรจน์ ลิ้มปิญญะ (2549) “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครปฐม” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- สาโรจน์ สมัยคำ (2549) “การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การ บริหารส่วนตำบล จังหวัดเลย” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

- สาดี การรักษา (2544) คู่มือการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานและศูนย์สุขภาพชุมชนกรุงเทพมหานคร
สำหรับเจ้าหน้าที่กรุงเทพมหานคร กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย
- สุพรรณิ ทรายกุล และคณะ (2546) การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนเมืองภายใต้มาตรฐานการจัดระบบ
บริการปฐมภูมิ Rama Nurs J September-December 2008 Vol.14 No. 3
- สุวิทย์ สุอารมย์ และสมพร เนติรัฐกร (2540) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุข
ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัด
สุราษฎร์ธานี” ใน *สาธารณสุขมูลฐานภาคใต้* 13,3 (กุมภาพันธ์-มีนาคม) หน้า 13-18
- สรราชัย สุวรรณรักษ์ (2547) “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการ
ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา” วิทยานิพนธ์
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- สมเกียรติ เลิศสกุล (2543) “การส่งเสริมการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ
ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดบุรีรัมย์” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- สมนึก หงส์ยิ้ม และสมภพ เจริญนทต แผนพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพภาค
ประชาชนของหมู่บ้าน/ชุมชนในตำบลทัพทัน อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี
- สมศักดิ์ เผ่าสอน (2548) “ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ
อาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอสิชลบุรีรัมย์ จังหวัดสุรินทร์” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- สัมฤทธิ์ เหล็กท่าเจริญ (2546) “ปัญหาในการปฏิบัติงานของคณะผู้บริหารองค์การบริหาร
ส่วนตำบล : ศึกษาเฉพาะกรณีองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตจังหวัดปทุมธานี”
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (รัฐศาสตร์) มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข (2536) คู่มือการปฏิบัติงาน
สาธารณสุขมูลฐานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับจังหวัด อำเภอและตำบล พิมพ์
ครั้งที่ 7 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข (2538) แนวทางการดำเนินงาน
สาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง สำหรับผู้ปฏิบัติงานในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร
(อัดสำเนา)

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (2545) ธรรมนูญสุขภาพกับคนไทย กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2547) คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2547
กรุงเทพมหานคร

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2548) แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ
ประจำปีงบประมาณ 2549-2552 ภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งชาติร่วมพลังสร้างสุขภาพ
เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง (อัดสำเนา)

สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร (2552) “แผนบริหารราชการกรุงเทพมหานคร
พ.ศ.2552-2555” กรุงเทพมหานคร

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (2549) “การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับบทบาทที่
กำลังเปลี่ยนแปลงในโครงการการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับ
ยุทธศาสตร์การพัฒนา ” (ออนไลน์) วันที่ 16 กันยายน 2553 จาก Website
<http://library.hsri.or.th/cgi-bin/website>

สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ (2549) แนวปฏิบัติบริการสุขภาพ ด้านส่งเสริมสุขภาพประชากรตามกลุ่มวัย
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2552) แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในการจัดบริการคัดกรองและเสริมทักษะ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ในสถานบริการและในชุมชน

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (2551) แนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
ประชาชน สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (2554) คู่มือนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับโรคเรื้อรัง

หทัย ชิดานนท์ (2541) *การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ กฎบัตรออตตาวา* เอกสารเผยแพร่สถาบันวิจัย
ระบบ สาธารณสุข (ออนไลน์) ค้นคืนวันที่ 8 มกราคม 2554 จาก
<http://www.healthythaichn.com>

อารี พันธุ์ณี และสุพรีร์ ลิมไทย (2541) *พฤติกรรมองค์กร* กรุงเทพมหานคร บริษัท ซีระฟิล์ม และ
ไซเท็กซ์ จำกัด

- อุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2542) “การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี” วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล
- เอกมน โลหะญาณจารี (2547) “แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตชนบุรี
กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
- Cohen, J. M. and Uphoff, N.T. (1997) *Rural development participation: Concept and measure
for project design implementation and evaluation*. Great Britain: Rural
Development Committee, Center for International Studies, Cornell University.
- Pender, N. J. (1996) *Health Promotion in Nursing Practice*. Connecticut: Apple Tan and Lange.
- Robbins, S. P. (2005) *Essentials of Organizational Behavior*. 8th ed. New Jersey: Pearson
Education, Inc.
- Wallack, L. and Dorfman, L. (1996). Media advocacy: A Strategy for Advancing Policy and
Promoting Health. *Health Education Quarterly*.3 (23), 293-317.
- World Health Organization. (1981) “Global Strategy for Health for All by the Year 2000”.
Health for All. Series No.30. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1986). *Health Promotion, Ottawa Charter*. Charter adopted at an
International Conference on Health Promotion, The move towards a new public health,
November 17-21, Ottawa, Ontario, Canada.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*, WHO Europe,
Copenhagen.
- Yamanae, T. (1973). *Statistics: an Introductory Analysis*. 3rd ed . New York: Harper and
Row International.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถาม

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงาน
สร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 8 ข้อ

คำชี้แจง โปรดเติมข้อมูลลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ลงใน ตรงตามข้อเท็จจริงของท่าน

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุปีบริบูรณ์
3. สถานภาพสมรส
 1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย/หย่า/แยก
4. วุฒิกการศึกษาสูงสุด
 1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. 4. อนุปริญญา/ปวส.
 5. ปริญญาตรี 6. อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. อาชีพ
 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. รับจ้าง
 3. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 4. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 5. แม่บ้าน/พ่อบ้าน 6. อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
 1. ต่ำกว่า 5,000 บาท 2. 5,000 - 10,000 บาท
 3. 10,001 - 15,000 บาท 4. 15,001 - 20,000 บาท
 5. มากกว่า 20,000 บาท
7. ระยะเวลาปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข.....ปี
8. ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่งทางสังคมอื่นๆ ในชุมชน ที่นอกเหนือจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข
อะไรบ้าง (ระบุ) 1..... 3.
2. 4.

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 18 ข้อ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ใช่ หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้องทั้งหมด

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นผิดทั้งหมด

ข้อ	ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ	ใช่	ไม่ใช่
1	ปัจจุบัน เราให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล		
2	การสร้างเสริมสุขภาพ จะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และป้องกันไม่ให้เกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม รวมทั้งลดภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ		
3	การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสม		
4	การเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็งทำได้โดยการกระตุ้นให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมและมีสำนึกในความเป็นเจ้าของ		
5	ออส.มีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมพัฒนาสุขภาพชุมชนและร่วมขับเคลื่อนงานเชิงรุกในพื้นที่		
6	การรับประทานถั่วต่างๆให้คุณค่าทางอาหารเทียบเท่าเนื้อสัตว์ได้		
7	คนที่มีพฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง หัวใจ เบาหวาน		
8	พฤติกรรม “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ” ป้องกันโรคติดต่อได้		
9	การออกกำลังกาย เป็นวิธีการลดความอ้วนที่ได้ผลดีที่สุด		
10	การออกกำลังกายที่มีประโยชน์ต่อหัวใจ ปอด และหลอดเลือดคือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ การเดินแอโรบิก ว่ายน้ำ เล่น เรือ ทำสวน		

คำถามเกี่ยวกับความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ (ต่อ)

ข้อ	ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ	ใช่	ไม่ใช่
11	การสร้างเสริมคุณค่าในตนเองและการสร้างพลังใจจะช่วยให้การดำเนินชีวิตของบุคคลเป็นไปอย่างเหมาะสม		
12	ปัจจัยที่เป็นสาเหตุก่อให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวมากที่สุด คือการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว		
13	การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในชุมชนเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของอสส.		
14	หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ		
15	จากการคัดกรองพัฒนาการเด็ก เมื่อพบเด็กที่ “ไม่สบตา ไม่พาทิ ไม่ชี้หน้า” ต้องแนะนำให้รับพบแพทย์โดยด่วน เพราะอาจเป็นออทิสติกหรือปัญญาอ่อน		
16	เด็กที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ ให้รับประทานอาหารเน้น เนื้อ นม ไข่ และซังน้ำหนักรทุกเดือน		
17	การเจ็บป่วยเรื้อรังไม่ส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้สูงอายุเพราะเป็นการเสื่อมตามวัย		
18	การรวมกลุ่มจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพเป็นการรวมพลังภาคประชาชนที่สามารถใช้เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนนโยบายท้องถิ่นและนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ		

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยฉุ่ใจการปฏิบัติงาน จำนวน 27 ข้อ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่มีต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนในฐานะที่ท่านเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับสิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่มาก หมายถึง ท่านได้รับสิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ

ปานกลาง หมายถึง ท่านได้รับสิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานพอสมควร

น้อย หมายถึง ท่านได้รับสิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอ

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านได้รับสิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานน้อยมาก

ข้อ	ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยจูงใจการปฏิบัติงาน งานสร้างเสริมสุขภาพ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน					
1	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการประชุมชี้แจงแนวนโยบายการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน					
2	ท่านได้รับการอบรมความรู้ และแนะแนวทางการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ					
3	ท่านได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มเติมจากหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน					
4	ท่านสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติงานได้เหมาะสม					
5	ท่านได้รับการนิเทศติดตามงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
6	ท่านได้รับคัดเลือกให้ไปศึกษาดูงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ					
7	ศูนย์บริการสาธารณสุขจัดหางบประมาณสนับสนุนการดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของท่าน					
8	ศูนย์บริการสาธารณสุข สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ และสื่อต่างๆ เพื่อดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของท่าน					

ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยจูงใจการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ข้อ	ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยจูงใจการปฏิบัติงาน งานสร้างเสริมสุขภาพ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
9	ชุมชนของท่านได้รับงบประมาณและสิ่งต่างๆ ในการดำเนินงานด้านการพัฒนาสุขภาพจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง					
10	ท่านนำความรู้จากการเป็น อสส. มาใช้กับตนเองและครอบครัว					
11	ท่านพึงพอใจในสวัสดิการรักษายาบาลฟรีตามสิทธิ อสส.					
12	ค่าป่วยการอสส.เดือนละ 600 บาท เป็นแรงจูงใจสำคัญให้ท่านทำงานเต็มความสามารถ					
13	การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของท่านทำให้ท่านได้รับผลประโยชน์ หรือสิ่งตอบแทนในรูปแบบต่างๆ ด้วย					
14	ท่านสามารถขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี					
15	ท่านรู้จักคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นอย่างดี					
16	เพื่อนอสส.ให้ข้อคิดข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อท่าน					
17	เพื่อนอสส.ร่วมมือร่วมใจกับท่านในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของท่าน					

ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยจูงใจการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ข้อ	ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยจูงใจการปฏิบัติงาน งานสร้างเสริมสุขภาพ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	ปัจจัยจูงใจการปฏิบัติงาน					
18	ท่านได้รับมอบหมายให้ร่วมดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน					
19	ท่านปฏิบัติงานการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนบรรลุผลสำเร็จ					
20	การที่ท่านได้เป็น อสส. ทำให้ท่านรู้สึกมีคุณค่าและภาคภูมิใจ					
21	ประชาชนรู้ว่าท่านเป็นอสส. และยอมรับบทบาทของท่าน					
22	ผู้นำชุมชนของท่านยอมรับและให้ความร่วมมือเมื่อท่านจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน					
23	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยอมรับในบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพของท่าน					
24	เครือข่ายสุขภาพและองค์กรต่างๆให้การยอมรับในบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของท่าน					
25	การที่ท่านได้รับเกียรติบัตรและเข็มเชิดชูเกียรติในการทำงาน อสส. ตามระยะที่ปฏิบัติงาน มีคุณค่าอย่างยิ่งสำหรับท่าน					
26	ท่านได้รับเกียรติให้เข้าร่วมเป็นเครือข่ายภาคประชาชนจากหน่วยงานต่างๆ					
27	ท่านได้รับเชิญหรือได้รับเกียรติให้เป็นตัวแทน อสส. / พี่เลี้ยง / ครูฝึก/วิทยากร ในการอบรมเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพในที่ต่างๆ					

ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน 33 ข้อ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติทุกครั้งที่มีกิจกรรม

มาก หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติเกือบทุกครั้ง

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติบางครั้ง

น้อย หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติบ้างนานๆครั้ง

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานน้อยมาก

ข้อ	กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	ร่วมคิด-ตัดสินใจ-วางแผนงาน					
1	การสำรวจปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน					
2	การวิเคราะห์ปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องแก้ไขในชุมชน					
3	วางแผนการจัดกิจกรรมรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ตามหลัก 6 อ					
4	การตัดสินใจกำหนดรูปแบบการจัดกิจกรรมรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ					
5	การประสานขอความร่วมมือจากฝ่ายที่เกี่ยวข้องให้ร่วมสนับสนุน ทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์ เงิน คน เพื่อดำเนินงานในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน					
	ร่วมดำเนินงาน					
6	การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมาร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน					
7	การกระตุ้นให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน					

กิจกรรมการมีส่วนร่วมฯ (ต่อ)

ข้อ	กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
8	การจัดเตรียมสถานที่จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน					
9	การเป็นแกนนำจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ					
10	การรณรงค์เรื่อง โภชนาการ อาหารและยา และการคุ้มครองผู้บริโภค ในชุมชน					
11	การรณรงค์จัดกิจกรรม การออกกำลังกาย รูปแบบต่างๆ					
12	การเฝ้าระวังและสร้างเสริมสุขภาพจิตบุคคลและครอบครัวในชุมชน					
13	การรณรงค์อนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดการขยะ สิ่งปฏิกูล น้ำเสีย มลพิษ สัตว์ถูกทิ้งในชุมชน					
14	การเฝ้าระวังและจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อต่างๆ ตามฤดูกาลและช่วงที่มีการระบาด ไข้เลือดออก ไข้หวัดนก					
15	การเฝ้าระวังโรค การตรวจคัดกรอง และจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น สอนและสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คัดกรองเพื่อค้นหาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ในชุมชน					
16	การเฝ้าระวังและจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุและอุบัติภัยต่างๆ					

กิจกรรมการมีส่วนร่วมฯ (ต่อ)

ข้อ	กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
17	การเฝ้าระวังและจัดกิจกรรมรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด					
18	การเฝ้าระวังโรคและจัดกิจกรรมรณรงค์ในศาสนสถาน					
19	การเฝ้าระวังและให้การดูแลกลุ่มเป้าหมายในงานอนามัยแม่และเด็ก เช่น การแนะนำการฝากครรภ์ ตรวจหลังคลอด กระตุ้นให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วางแผนครอบครัว					
20	การเฝ้าระวังและให้การดูแลกลุ่มเด็กแรกเกิด-5 ปี เช่น การไปรับวัคซีนตามกำหนด ตรวจคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ					
21	ท่านร่วมติดตามเยี่ยมที่บ้านในผู้มีภาวะเสี่ยง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส					
22	การดูแลสุขภาพและเฝ้าระวังโรคในผู้สูงอายุ					
23	ท่านมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วยในชุมชนไปสถานพยาบาล					
24	การแก้ไขปัญหาระหว่างการดำเนินการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ					
	ร่วมรับผลประโยชน์					
25	การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพของท่าน ทำให้ท่านได้รับคำชมเชย / รางวัลต่างๆ/งบประมาณเพิ่ม					

กิจกรรมการมีส่วนร่วมฯ (ต่อ)

ข้อ	กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
26	การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของท่าน ทำให้ท่านและคนในชุมชนมีสุขภาพดี					
27	การร่วมมือร่วมใจในกิจกรรมรณรงค์ของคนใน ชุมชนทำให้เกิดสังคมน่าอยู่ ชุมชนปลอดภัย					
28	การมีส่วนร่วมของท่านและคนในชุมชนทำให้ชุมชน เข้มแข็ง					
	รวมประเมินผล					
29	การติดตาม ประเมินผลกิจกรรม/โครงการสร้างเสริม สุขภาพว่า เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่					
30	การติดตาม ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมต่างๆ สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในชุมชนได้ หรือไม่					
31	การติดตาม ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมต่างๆมี ความครอบคลุมทุกกลุ่มหรือไม่					
32	รายงานความก้าวหน้าของกิจกรรม/โครงการสร้าง เสริมสุขภาพให้หน่วยราชการทราบอย่างต่อเนื่อง					
33	ท่านเสนอปัญหา อุปสรรค ที่พบในการดำเนิน กิจกรรมต่างๆในชุมชนแก่คณะกรรมการชุมชนและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					

ส่วนที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของท่าน
คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ท่านมีปัญหา อุปสรรคในการมีส่วนร่วมคิดและวางแผนการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน
หรือไม่

ไม่มี

มี ระบุ

ข้อเสนอแนะ

2. ท่านมีปัญหา อุปสรรคในการมีส่วนร่วมดำเนินการในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนหรือไม่

ไม่มี

มี ระบุ

ข้อเสนอแนะ

3. ท่านมีปัญหา อุปสรรคในการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนหรือไม่

ไม่มี

มี ระบุ

ข้อเสนอแนะ

4. ท่านมีปัญหา อุปสรรคในการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผลในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน
หรือไม่

ไม่มี

มี ระบุ

.....

ข้อเสนอแนะ

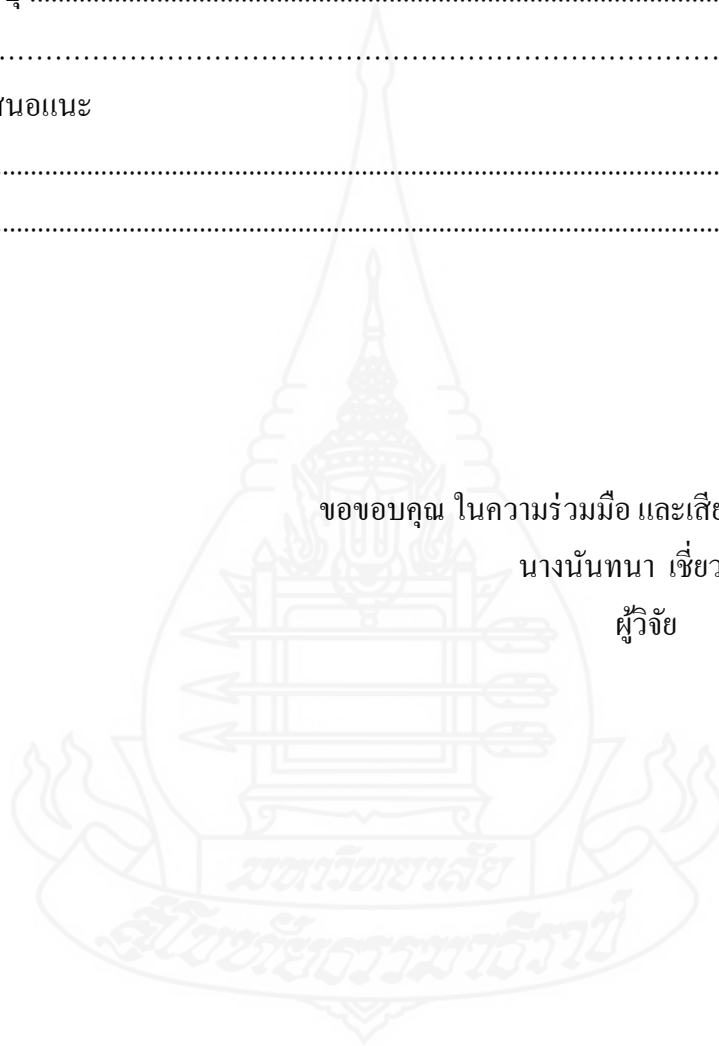
.....

.....

ขอขอบคุณ ในความร่วมมือ และเสียสละเวลาให้ข้อมูล

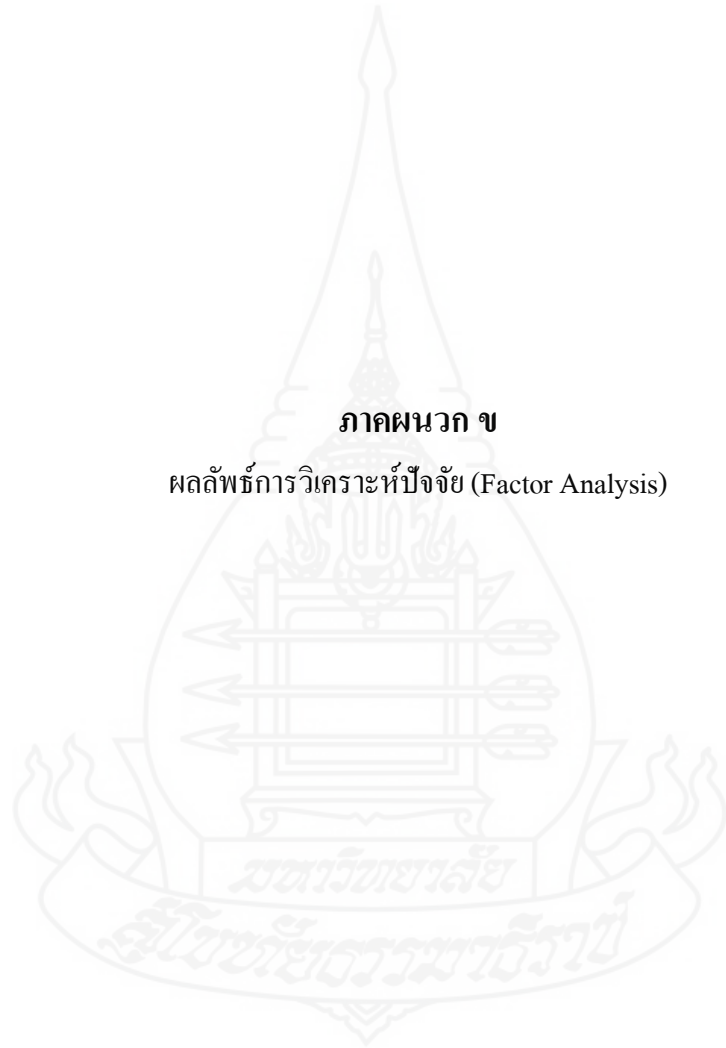
นางนันทนา เชี่ยวชาญ

ผู้วิจัย



ภาคผนวก ข

ผลลัพธ์การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis)



ผลลัพธ์การวิเคราะห์ปัจจัย

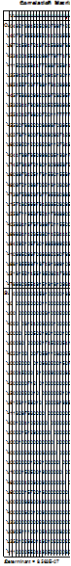
1. การวิเคราะห์ปัจจัยองค์ประกอบของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มุ่งใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

Factor Analysis



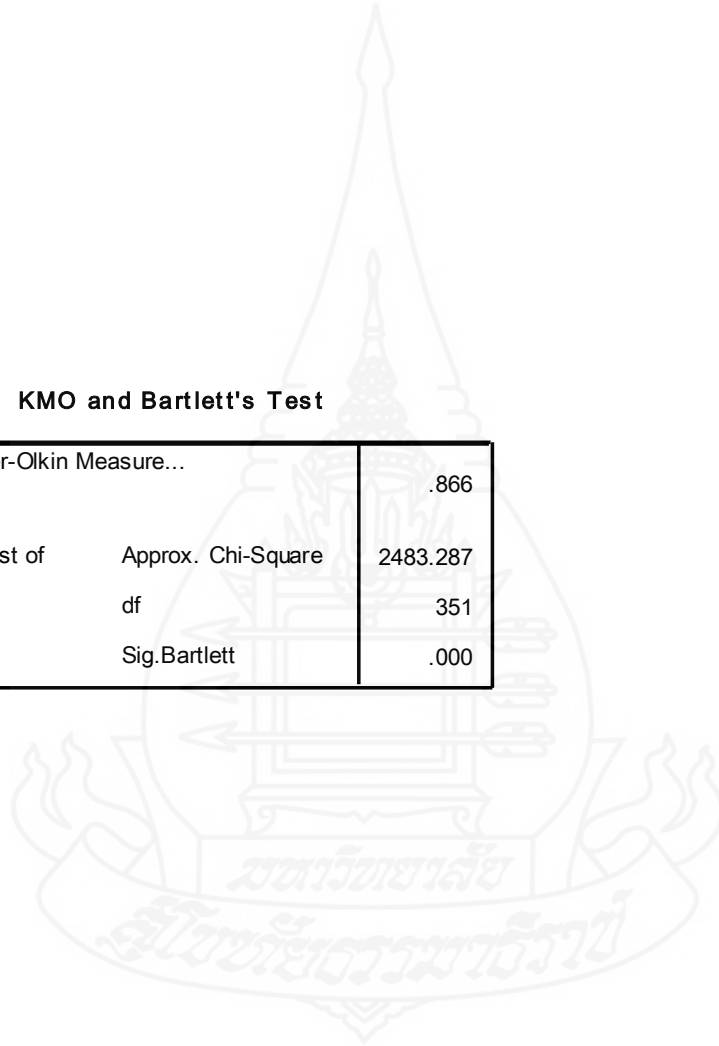
Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	Analysis N
บัจจยสนับสนุน	4.05	.775	190
บัจจยสนับสนุน	4.04	.775	190
บัจจยสนับสนุน	3.61	.781	190
บัจจยสนับสนุน	3.86	.732	190
บัจจยสนับสนุน	3.52	.907	190
บัจจยสนับสนุน	3.05	1.165	190
บัจจยสนับสนุน	2.73	1.082	190
บัจจยสนับสนุน	3.34	1.014	190
บัจจยสนับสนุน	2.84	1.103	190
บัจจยสนับสนุน	4.23	.697	190
บัจจยสนับสนุน	4.04	.911	190
บัจจยสนับสนุน	2.98	1.274	190
บัจจยสนับสนุน	3.22	1.061	190
บัจจยสนับสนุน	4.19	.753	190
บัจจยสนับสนุน	4.12	.733	190
บัจจยสนับสนุน	3.81	.748	190
บัจจยสนับสนุน	3.91	.837	190
บัจจยสนับสนุน	3.74	.811	190
บัจจยสนับสนุน	3.73	.761	190
บัจจยสนับสนุน	4.45	.731	190
บัจจยสนับสนุน	4.00	.797	190
บัจจยสนับสนุน	3.87	.870	190
บัจจยสนับสนุน	3.94	.764	190
บัจจยสนับสนุน	3.65	.912	190
บัจจยสนับสนุน	3.98	1.021	190
บัจจยสนับสนุน	3.21	1.263	190
บัจจยสนับสนุน	2.72	1.385	190



KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure...		.866
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2483.287
	df	351
	Sig. Bartlett	.000



Communalities

	Initial	Extraction
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.615
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.780
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.615
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.520
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.626
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.532
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.645
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.637
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.721
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.480
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.645
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.706
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.612
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.626
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.556
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.522
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.649
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.685
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.652
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.643
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.624
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.585
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.681
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.635
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.708
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.689
ปัจจัยสนับสนุน	1.000	.743

EXTRACTION PC...

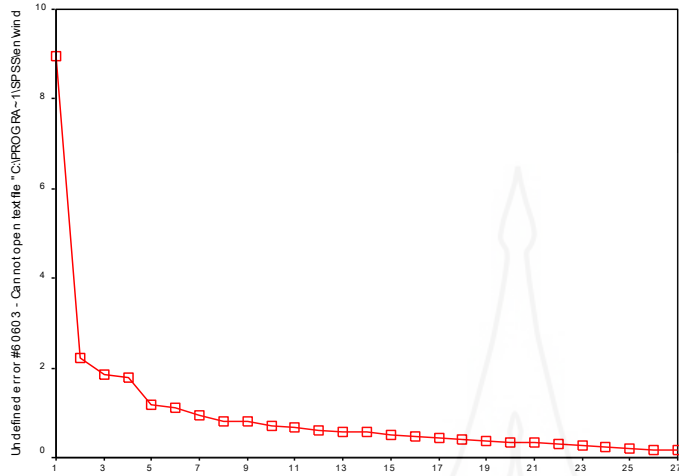
Total Variance Explained

Component_Total	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	8.946	33.133	33.133	8.946	33.133	33.133	4.312	15.972	15.972
2	2.222	8.230	41.362	2.222	8.230	41.362	3.139	11.626	27.597
3	1.861	6.892	48.254	1.861	6.892	48.254	2.570	9.518	37.116
4	1.784	6.607	54.861	1.784	6.607	54.861	2.508	9.288	46.404
5	1.192	4.415	59.277	1.192	4.415	59.277	2.366	8.763	55.167
6	1.127	4.173	63.450	1.127	4.173	63.450	2.236	8.282	63.450
7	.955	3.536	66.986						
8	.817	3.027	70.013						
9	.803	2.975	72.988						
10	.698	2.587	75.575						
11	.680	2.517	78.091						
12	.592	2.193	80.285						
13	.581	2.151	82.436						
14	.558	2.068	84.504						
15	.496	1.837	86.341						
16	.466	1.728	88.068						
17	.430	1.594	89.662						
18	.409	1.515	91.177						
19	.373	1.381	92.558						
20	.331	1.225	93.782						
21	.327	1.211	94.993						
22	.293	1.086	96.079						
23	.280	1.035	97.115						
24	.222	.822	97.936						
25	.208	.772	98.708						
26	.181	.670	99.378						
27	.168	.622	100.000						

EXTRACTION PC...



Undefined error #60601 - Cannot open text file "C:\PROGRA~1\SPSS\enwind



Undefined error #60618 - Cannot open text file "C:\PROGRA~1\SPSS\enwind



Component Matrix^a

	Component					
	1	2	3	4	5	6
ปัจจัยสนับสนุน	.781					
ปัจจัยสนับสนุน	.720					
ปัจจัยสนับสนุน	.681					
ปัจจัยสนับสนุน	.671					
ปัจจัยสนับสนุน	.664					
ปัจจัยสนับสนุน	.654					
ปัจจัยสนับสนุน	.654					
ปัจจัยสนับสนุน	.621					
ปัจจัยสนับสนุน	.611		.571			
ปัจจัยสนับสนุน	.610					
ปัจจัยสนับสนุน	.607					
ปัจจัยสนับสนุน	.601					
ปัจจัยสนับสนุน	.581					
ปัจจัยสนับสนุน	.578					
ปัจจัยสนับสนุน	.568					
ปัจจัยสนับสนุน	.549					
ปัจจัยสนับสนุน	.531			.515		
ปัจจัยสนับสนุน	.527					
ปัจจัยสนับสนุน	.524				-.502	
ปัจจัยสนับสนุน	.518					
ปัจจัยสนับสนุน	.517					
ปัจจัยสนับสนุน		.624				
ปัจจัยสนับสนุน		.616				
ปัจจัยสนับสนุน		.505				
ปัจจัยสนับสนุน						
ปัจจัยสนับสนุน	.513		.515			
ปัจจัยสนับสนุน				.672		

Undefined error #11401 - Cannot open text file "C:\PROGRA~1\SPSS\en\windows\spss.er":

No such file

- a. 6 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

	Component					
	1	2	3	4	5	6
ปัจจัยสนับสนุน	.752					
ปัจจัยสนับสนุน	.747					
ปัจจัยสนับสนุน	.688					
ปัจจัยสนับสนุน	.687					
ปัจจัยสนับสนุน	.598					
ปัจจัยสนับสนุน	.594					
ปัจจัยสนับสนุน						
ปัจจัยสนับสนุน						
ปัจจัยสนับสนุน						
ปัจจัยสนับสนุน		.829				
ปัจจัยสนับสนุน		.724				
ปัจจัยสนับสนุน		.660				
ปัจจัยสนับสนุน		.534				
ปัจจัยสนับสนุน						
ปัจจัยสนับสนุน			.783			
ปัจจัยสนับสนุน			.743			
ปัจจัยสนับสนุน			.693			
ปัจจัยสนับสนุน						
ปัจจัยสนับสนุน				.806		
ปัจจัยสนับสนุน				.777		
ปัจจัยสนับสนุน				.559		
ปัจจัยสนับสนุน					.821	
ปัจจัยสนับสนุน					.685	
ปัจจัยสนับสนุน					.596	
ปัจจัยสนับสนุน						.728
ปัจจัยสนับสนุน						.695

Undefined error #11401 - Cannot open text file "C:\PROGRA~1\SPSS\en\windows\spss.err":

No such file

Undefined error #11408 - Cannot open text file "C:\PROGRA~1\SPSS\en\windows\spss.err":

No such file

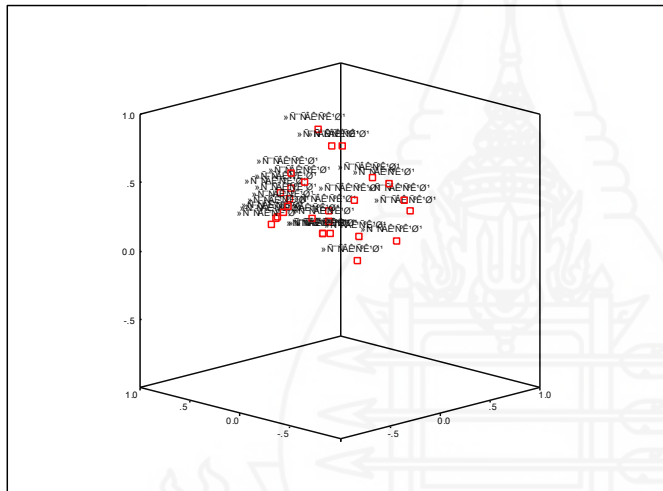
^a. Rotation converged in 8...

Component Transformation Matrix

Component_Trans	1	2	3	4	5	6
1	.610	.437	.291	.342	.327	.357
2	-.448	-.056	.835	.287	.008	-.129
3	-.197	.772	.117	-.570	.002	-.159
4	-.108	-.332	.102	-.452	.782	.226
5	.515	-.170	.192	-.147	.119	-.796
6	-.333	.264	-.396	.499	.517	-.383

Undefined error #11401 - Cannot open text file "C:\PROGRA~1\SPSS\en\windows\spss.err": No such file

Undefined error #60619 - Cannot open text file "C:\PROGRA~1\SPSS\en\wind



2. การวิเคราะห์ปัจจัยองค์ประกอบของกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข

Factor Analysis



Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	Analysis N
การมีส่วนร่วม	3.87	.800	190
การมีส่วนร่วม	3.48	.895	190
การมีส่วนร่วม	3.48	.901	190
การมีส่วนร่วม	3.48	.924	190
การมีส่วนร่วม	3.14	1.050	190
การมีส่วนร่วม	3.76	.886	190
การมีส่วนร่วม	3.75	.848	190
การมีส่วนร่วม	3.70	.965	190
การมีส่วนร่วม	3.65	1.171	190
การมีส่วนร่วม	3.74	.805	190
การมีส่วนร่วม	3.64	.902	190
การมีส่วนร่วม	3.66	.851	190
การมีส่วนร่วม	3.81	.820	190
การมีส่วนร่วม	4.05	.856	190
การมีส่วนร่วม	3.90	.876	190
การมีส่วนร่วม	3.46	.906	190
การมีส่วนร่วม	3.86	.940	190
การมีส่วนร่วม	3.12	1.246	190
การมีส่วนร่วม	3.82	.948	190
การมีส่วนร่วม	3.86	.921	190
การมีส่วนร่วม	3.89	.902	190
การมีส่วนร่วม	3.98	.773	190
การมีส่วนร่วม	3.27	1.048	190
การมีส่วนร่วม	3.34	.933	190
การมีส่วนร่วม	3.08	1.085	190
การมีส่วนร่วม	3.78	.784	190
การมีส่วนร่วม	3.87	.719	190
การมีส่วนร่วม	3.86	.746	190
การมีส่วนร่วม	3.52	.901	190
การมีส่วนร่วม	3.36	.908	190
การมีส่วนร่วม	3.31	.939	190
การมีส่วนร่วม	3.43	.967	190
การมีส่วนร่วม	3.52	.901	190

Communalities

	Initial	Extraction
การมีส่วนร่วม	1.000	.611
การมีส่วนร่วม	1.000	.703
การมีส่วนร่วม	1.000	.741
การมีส่วนร่วม	1.000	.759
การมีส่วนร่วม	1.000	.705
การมีส่วนร่วม	1.000	.783
การมีส่วนร่วม	1.000	.799
การมีส่วนร่วม	1.000	.793
การมีส่วนร่วม	1.000	.531
การมีส่วนร่วม	1.000	.737
การมีส่วนร่วม	1.000	.663
การมีส่วนร่วม	1.000	.757
การมีส่วนร่วม	1.000	.680
การมีส่วนร่วม	1.000	.714
การมีส่วนร่วม	1.000	.664
การมีส่วนร่วม	1.000	.753
การมีส่วนร่วม	1.000	.712
การมีส่วนร่วม	1.000	.664
การมีส่วนร่วม	1.000	.692
การมีส่วนร่วม	1.000	.640
การมีส่วนร่วม	1.000	.677
การมีส่วนร่วม	1.000	.651
การมีส่วนร่วม	1.000	.544
การมีส่วนร่วม	1.000	.718
การมีส่วนร่วม	1.000	.599
การมีส่วนร่วม	1.000	.823
การมีส่วนร่วม	1.000	.878
การมีส่วนร่วม	1.000	.828
การมีส่วนร่วม	1.000	.778
การมีส่วนร่วม	1.000	.734
การมีส่วนร่วม	1.000	.835
การมีส่วนร่วม	1.000	.620
การมีส่วนร่วม	1.000	.611

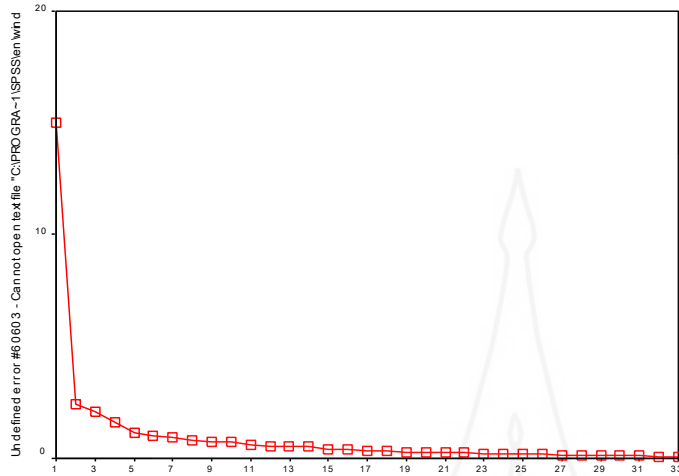
EXTRACTION PC...

Total Variance Explained

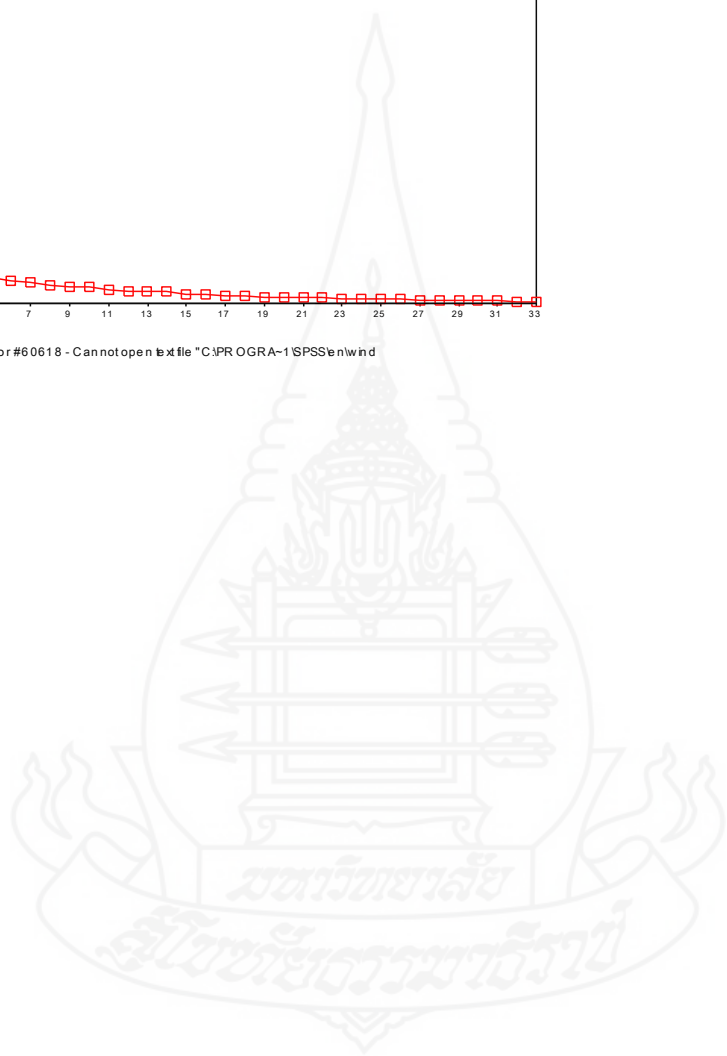
Component_Total	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	15.024	45.528	45.528	15.024	45.528	45.528	5.957	18.051	18.051
2	2.447	7.416	52.943	2.447	7.416	52.943	5.305	16.075	34.126
3	2.091	6.337	59.281	2.091	6.337	59.281	3.954	11.983	46.109
4	1.620	4.910	64.191	1.620	4.910	64.191	2.917	8.841	54.950
5	1.176	3.563	67.754	1.176	3.563	67.754	2.772	8.401	63.351
6	1.036	3.140	70.894	1.036	3.140	70.894	2.489	7.543	70.894
7	.923	2.798	73.692						
8	.793	2.402	76.094						
9	.764	2.315	78.409						
10	.714	2.163	80.572						
11	.610	1.848	82.420						
12	.535	1.621	84.041						
13	.525	1.592	85.633						
14	.509	1.541	87.174						
15	.426	1.290	88.464						
16	.419	1.269	89.733						
17	.347	1.050	90.783						
18	.320	.968	91.751						
19	.297	.901	92.652						
20	.285	.863	93.515						
21	.277	.838	94.353						
22	.243	.737	95.090						
23	.228	.690	95.780						
24	.221	.671	96.451						
25	.192	.581	97.033						
26	.179	.542	97.575						
27	.145	.438	98.013						
28	.135	.409	98.422						
29	.121	.368	98.789						
30	.115	.348	99.137						
31	.110	.333	99.470						
32	.101	.305	99.776						
33	.074	.224	100.000						

EXTRACTION PC...

Undefined error #60601 - Cannot open text file "C:\PROGRA~1\SPSS\enwind



Undefined error #60618 - Cannot open text file "C:\PROGRA~1\SPSS\enwind



Component Matrix^a

	Component					
	1	2	3	4	5	6
การมีส่วนร่วม	.799					
การมีส่วนร่วม	.756					
การมีส่วนร่วม	.742					
การมีส่วนร่วม	.738					
การมีส่วนร่วม	.737					
การมีส่วนร่วม	.730					
การมีส่วนร่วม	.717					
การมีส่วนร่วม	.716					
การมีส่วนร่วม	.716					
การมีส่วนร่วม	.713					
การมีส่วนร่วม	.709					
การมีส่วนร่วม	.702					
การมีส่วนร่วม	.689					
การมีส่วนร่วม	.689					
การมีส่วนร่วม	.689					
การมีส่วนร่วม	.688					
การมีส่วนร่วม	.686					
การมีส่วนร่วม	.680					
การมีส่วนร่วม	.676		.521			
การมีส่วนร่วม	.674	.572				
การมีส่วนร่วม	.674					
การมีส่วนร่วม	.668					
การมีส่วนร่วม	.656					
การมีส่วนร่วม	.651					
การมีส่วนร่วม	.640					
การมีส่วนร่วม	.620					
การมีส่วนร่วม	.617					
การมีส่วนร่วม	.611					
การมีส่วนร่วม	.609					
การมีส่วนร่วม	.590					
การมีส่วนร่วม	.560			.542		
การมีส่วนร่วม	.527					
การมีส่วนร่วม						

Undefined error #11401 - Cannot open text file "C:\PROGRA~1\SPSS\en\windows\spss.err"

No such file

a. 6 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

	Component					
	1	2	3	4	5	6
การมีส่วนร่วม	.776					
การมีส่วนร่วม	.729					
การมีส่วนร่วม	.697					
การมีส่วนร่วม	.682					
การมีส่วนร่วม	.646					
การมีส่วนร่วม	.627					
การมีส่วนร่วม	.614					
การมีส่วนร่วม	.602					
การมีส่วนร่วม	.538					
การมีส่วนร่วม	.501					
การมีส่วนร่วม		.832				
การมีส่วนร่วม		.785				
การมีส่วนร่วม		.778				
การมีส่วนร่วม		.681				
การมีส่วนร่วม		.622				
การมีส่วนร่วม		.579				
การมีส่วนร่วม			.756			
การมีส่วนร่วม			.721			
การมีส่วนร่วม			.719			
การมีส่วนร่วม			.677			
การมีส่วนร่วม			.588			
การมีส่วนร่วม				.708		
การมีส่วนร่วม				.700		
การมีส่วนร่วม				.661		
การมีส่วนร่วม				.577		
การมีส่วนร่วม					.747	
การมีส่วนร่วม					.705	
การมีส่วนร่วม					.585	
การมีส่วนร่วม					.524	
การมีส่วนร่วม						.748
การมีส่วนร่วม						.730
การมีส่วนร่วม		.537				.614

Undefined error #11401 - Cannot open text file "C:\PROGRA~1\SPSS\en\windows\spss.err"
No such file

Undefined error #11408 - Cannot open text file "C:\PROGRA~1\SPSS\en\windows\spss.err"
No such file

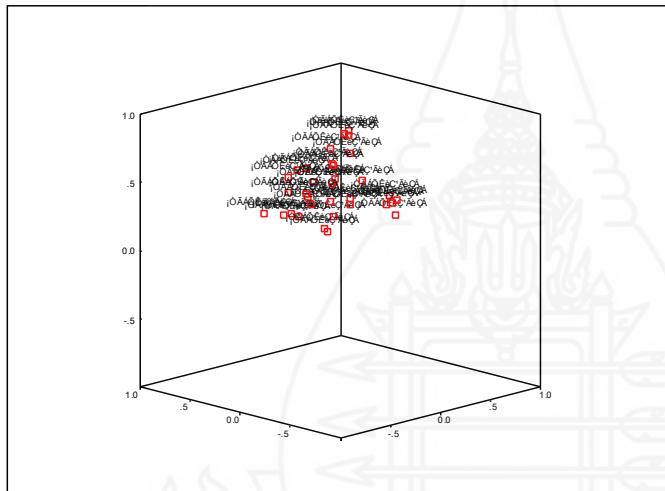
^a. Rotation converged in 10...

Component Transformation Matrix

Component_Trans	1	2	3	4	5	6
1	.546	.495	.413	.326	.318	.279
2	-.627	.720	-.057	-.170	-.003	.237
3	-.379	-.275	.687	-.196	.503	-.134
4	-.226	.158	-.156	.667	.219	-.637
5	-.322	-.273	.273	.601	-.406	.470
6	-.101	-.247	-.505	.140	.658	.470

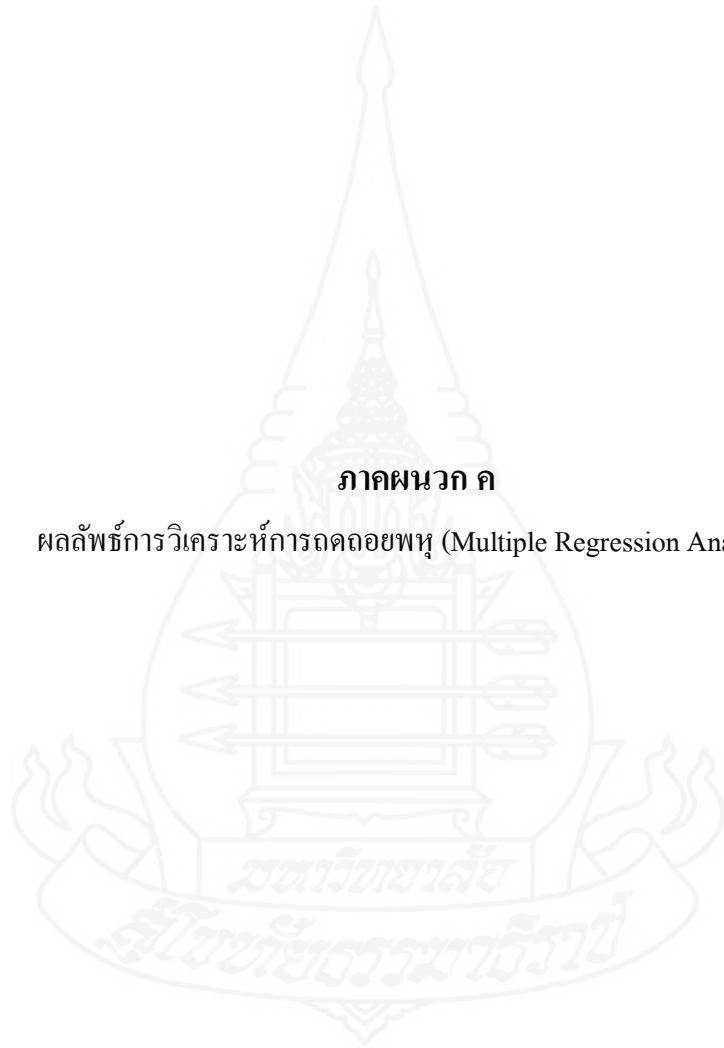
Undefined error #11401 - Cannot open text file "C:\PROGRA~1\SPSS\en\windows\spss.err": No such file

Undefined error #60619 - Cannot open text file "C:\PROGRA~1\SPSS\en\wind



ภาคผนวก ค

ผลลัพธ์การวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis)



ผลลัพธ์การวิเคราะห์การถดถอยพหุ

Regression

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
WHOLEP	3.6125	.60988	190
5001 - 10000 บาท	.3105	.46393	190
15000-20000 บาท	.1579	.36561	190
มากกว่า 20000 บาทขึ้นไป	.1158	.32082	190
มีตำแหน่งทางสังคม	.5263	.50063	190
ทำงาน	.4684	.50032	190
พอบ้านแม่บ้าน	.3421	.47567	190
คู่	.7053	.45713	190
มด้น	.2000	.40106	190
มปลาย	.2263	.41955	190
อนและปตรี	.2579	.43863	190
SUMKK	15.8211	1.92713	190
working time	6.96	3.671	190
Age	58.59	11.218	190
SUMOUT	3.7251	.51014	190
SUMIN	3.6967	.66632	190

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	SUMIN		Criteria prob F enter<=.0 50, prob F remove> =.100...
2	SUMOUT		Criteria prob F enter<=.0 50, prob F remove> =.100...
3	working time		Criteria prob F enter<=.0 50, prob F remove> =.100...

a. Dependent Variable: WHOLEP

Model Summary^d

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Significance F Change	
1	.727 ^a	.528	.526	.42010	.528	210.333	1	188	.000	
2	.766 ^b	.586	.582	.39434	.058	26.360	1	187	.000	
3	.774 ^c	.599	.592	.38932	.013	5.850	1	186	.017	1.673

a. Predictors: (constant) SUMIN...

b. Predictors: (constant) SUMIN, SUMOUT...

c. Predictors: (constant) SUMIN, SUMOUT, working time...

d. Dependent Variable: WHOLEP

ANOVA^d

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Significance
1	Regression	37.120	1	37.120	210.333	.000 ^a
	Residual	33.179	188	.176		
	Total	70.298	189			
2	Regression	41.219	2	20.609	132.533	.000 ^b
	Residual	29.079	187	.156		
	Total	70.298	189			
3	Regression	42.106	3	14.035	92.597	.000 ^c
	Residual	28.193	186	.152		
	Total	70.298	189			

a. Predictors: (constant) SUMIN...

b. Predictors: (constant) SUMIN, SUMOUT...

c. Predictors: (constant) SUMIN, SUMOUT, working time...

d. Dependent Variable: WHOLEP

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	Significance	95% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta				Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	1.154	.172			6.699	.000	.814	1.494					
	SUMIN	.665	.046	.727		14.503	.000	.575	.756	.727	.727	.727	1.000	1.000
2	(Constant)	.432	.214			2.019	.045	.010	.855					
	SUMIN	.485	.056	.530		8.729	.000	.375	.594	.727	.538	.411	.601	1.665
	SUMOUT	.373	.073	.312		5.134	.000	.229	.516	.646	.351	.241	.601	1.665
3	(Constant)	.553	.217			2.545	.012	.124	.982					
	SUMIN	.488	.055	.533		8.889	.000	.379	.596	.727	.546	.413	.600	1.666
	SUMOUT	.372	.072	.311		5.198	.000	.231	.514	.646	.356	.241	.601	1.665
	working time	-.019	.008	-.112		-2.419	.017	-.034	-.003	-.094	-.175	-.112	.999	1.001

a. Dependent Variable: WHOLEP

Excluded Variables^d

Model	Beta In	t	Significance	Partial Correlation	Collinearity Statistics			
					Tolerance	VIF	Minimum Tolerance	
1	5001 - 10000 บาท	-.007 ^a	-.132	.895	-.010	.980	1.020	.980
	15000-20000 บาท	.023 ^a	.453	.651	.033	.999	1.001	.999
	มากกว่า 20000 บาทขึ้นไป	.041 ^a	.811	.418	.059	1.000	1.000	1.000
	มีตำแหน่งทางสังคม	-.011 ^a	-.213	.831	-.016	.976	1.024	.976
	ทำงาน	-.040 ^a	-.789	.431	-.058	.995	1.005	.995
	พอบ้านแม่บ้าน	.019 ^a	.371	.711	.027	.996	1.004	.996
	คู่	.041 ^a	.815	.416	.059	.999	1.001	.999
	มด้น	-.018 ^a	-.365	.715	-.027	.998	1.002	.998
	มปลาย	.006 ^a	.118	.907	.009	.994	1.006	.994
	อเนและปดรี	.042 ^a	.828	.409	.060	.976	1.025	.976
	SUMKK	.070 ^a	1.400	.163	.102	.987	1.013	.987
	working time	-.113 ^a	-2.271	.024	-.164	.999	1.001	.999
	Age	-.096 ^a	-1.917	.057	-.139	.996	1.004	.996
SUMOUT	.312 ^a	5.134	.000	.351	.601	1.665	.601	
2	5001 - 10000 บาท	-.002 ^b	-.033	.974	-.002	.980	1.021	.595
	15000-20000 บาท	.027 ^b	.570	.569	.042	.999	1.001	.600
	มากกว่า 20000 บาทขึ้นไป	.050 ^b	1.071	.285	.078	.998	1.002	.600
	มีตำแหน่งทางสังคม	.017 ^b	.358	.721	.026	.964	1.038	.579
	ทำงาน	-.005 ^b	-.113	.910	-.008	.975	1.026	.589
	พอบ้านแม่บ้าน	-.003 ^b	-.057	.954	-.004	.989	1.011	.596
	คู่	.050 ^b	1.055	.293	.077	.998	1.002	.600
	มด้น	-.025 ^b	-.521	.603	-.038	.998	1.002	.599
	มปลาย	.006 ^b	.133	.894	.010	.994	1.006	.599
	อเนและปดรี	.053 ^b	1.117	.266	.082	.974	1.027	.587
	SUMKK	.068 ^b	1.390	.166	.101	.987	1.013	.597
	working time	-.112 ^b	-2.419	.017	-.175	.999	1.001	.600
	Age	-.098 ^b	-2.092	.038	-.152	.996	1.004	.599
3	5001 - 10000 บาท	-.004 ^c	-.076	.939	-.006	.979	1.021	.595
	15000-20000 บาท	.015 ^c	.330	.742	.024	.988	1.012	.599
	มากกว่า 20000 บาทขึ้นไป	.042 ^c	.910	.364	.067	.993	1.007	.600
	มีตำแหน่งทางสังคม	.033 ^c	.682	.496	.050	.947	1.056	.579
	ทำงาน	-.012 ^c	-.250	.803	-.018	.972	1.029	.588
	พอบ้านแม่บ้าน	.002 ^c	.044	.965	.003	.987	1.013	.596
	คู่	.057 ^c	1.218	.225	.089	.994	1.006	.600
	มด้น	-.033 ^c	-.715	.475	-.053	.992	1.008	.599
	มปลาย	.016 ^c	.337	.736	.025	.987	1.013	.598
	อเนและปดรี	.036 ^c	.765	.445	.056	.950	1.052	.586
	SUMKK	.044 ^c	.919	.359	.067	.944	1.059	.596
	Age	-.066 ^c	-1.326	.187	-.097	.869	1.151	.599

a. Predicors in the Model: (const) SUMN...

b. Predicors in the Model: (const) SUMN, SUMOUT...

c. Predicors in the Model: (const) SUMN, SUMOUT, working time...

d. Dependent Variable: WHOLEP

Coefficient Correlations^a

Model			SUMIN	SUMOUT	working time
1	Correlations	SUMIN	1.000		
	Covariances	SUMIN	.002		
2	Correlations	SUMIN	1.000	-.632	
		SUMOUT	-.632	1.000	
	Covariances	SUMIN	.003	-.003	
		SUMOUT	-.003	.005	
3	Correlations	SUMIN	1.000	-.632	-.021
		SUMOUT	-.632	1.000	.001
		working time	-.021	.001	1.000
	Covariances	SUMIN	.003	-.002	-8.709E-06
		SUMOUT	-.002	.005	5.772E-07
		working time	-8.71E-06	5.772E-07	5.956E-05

^a. Dependent Variable: WHOLEP

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions			
				(Constant)	SUMIN	SUMOUT	working time
1	1	1.984	1.000	.01	.01		
	2	.016	11.214	.99	.99		
2	1	2.977	1.000	.00	.00	.00	
	2	.016	13.732	.54	.62	.00	
	3	.007	20.156	.46	.38	1.00	
3	1	3.803	1.000	.00	.00	.00	.01
	2	.174	4.676	.01	.01	.01	.96
	3	.015	15.686	.53	.62	.00	.02
	4	.007	22.844	.46	.37	.99	.01

^a. Dependent Variable: WHOLEP

Casewise Diagnostics^a

Case Number	Standardized Residual	WHOLEP	Unstandardized Predicted Value	Unstandardized Residual
121	-3.699	2.56	4.0026	-1.4401

^a. Dependent Variable: WHOLEP

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Unstandardized Predicted Value	1.7179	4.5602	3.6125	.47200	190
Unstandardized Residual	-1.4401	1.0511	.0000	.38622	190
Standardized Predicted Value	-4.014	2.008	.000	1.000	190
Standardized Residual	-3.699	2.700	.000	.992	190

^a. Dependent Variable: WHOLEP

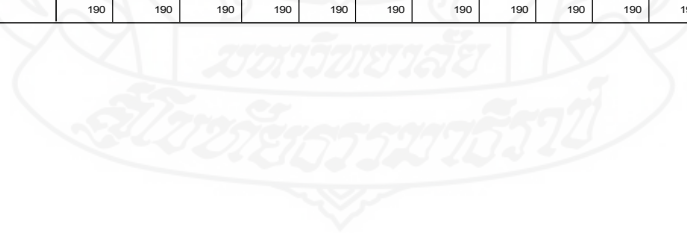
Regression

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
WHOLEP	3.6125	.60988	190
5001 - 10000 บาท	.3105	.46393	190
15000-20000 บาท	.1579	.36561	190
มากกว่า 20000 บาทขึ้นไป	.1158	.32082	190
มีตำแหน่งทางสังคม	.5263	.50063	190
ทำงาน	.4684	.50032	190
พอบ้านแม่บ้าน	.3421	.47567	190
คู่	.7053	.45713	190
มด้น	.2000	.40106	190
มปลาย	.2263	.41955	190
อนุนและปตรี	.2579	.43863	190
SUMKK	15.8211	1.92713	190
WHOLEF	3.7143	.51525	190
working time	6.96	3.671	190
Age	58.59	11.218	190

Correlations

	WHOLEP	5001 - 10000 บาท	15000-20000 บาท	มากกว่า 20000 บาทขึ้นไป	ตำแหน่งรอง	ทำงาน	พอลานแม่บ้าน	อยู่	มัน	มปลาย	อนุปริญญาตรี	SUMKK	WHOLEP	working time	Age	
Pearson Correlation	WHOLEP	1.000	-.109	.046	.044	.101	-.093	.062	.021	-.049	-.050	.154	.151	.754	-.094	-.047
	5001 - 10000 บาท	-.109	1.000	-.291	-.243	-.070	.236	-.100	-.015	.034	.045	-.214	-.085	-.134	-.021	-.111
	15000-20000 บาท	.046	-.291	1.000	-.157	.064	-.088	-.099	.122	-.072	.111	.108	.048	.020	-.102	.118
	มากกว่า 20000 บาทขึ้นไป	.044	-.243	-.157	1.000	.080	.023	-.192	.162	-.099	.001	.313	.128	-.015	-.073	.057
	ตำแหน่งรอง	.101	-.070	.064	.080	1.000	-.060	-.071	.127	-.105	.110	.101	-.001	.082	.132	-.004
	ทำงาน	-.093	.236	-.088	.023	-.060	1.000	-.677	.028	-.074	.022	-.023	-.077	-.132	-.057	-.265
	พอลานแม่บ้าน	.062	-.100	-.099	-.192	-.071	-.677	1.000	.004	.166	-.072	-.121	-.019	.095	.044	-.006
	อยู่	.021	-.015	.122	.162	.127	.028	.004	1.000	-.081	.212	-.094	-.096	-.042	.060	-.133
	มัน	-.049	.034	-.072	-.099	-.105	-.074	.166	-.081	1.000	-.270	-.295	-.097	-.024	-.078	.082
	มปลาย	-.050	.045	.111	.001	.110	.022	-.072	.212	-.270	1.000	-.319	-.022	-.069	.081	-.069
	อนุปริญญาตรี	.154	-.214	.108	.313	.101	-.023	-.121	-.094	-.295	-.319	1.000	.286	.116	-.149	-.047
	SUMKK	.151	-.085	.048	.128	-.001	-.077	-.019	-.096	-.097	-.022	.286	1.000	.108	-.204	-.130
	WHOLEF	.754	-.134	.020	-.015	.082	-.132	.095	-.042	-.024	-.069	.116	.108	1.000	.022	.062
	working time	-.094	-.021	-.102	-.073	.132	-.057	.044	.060	-.078	.081	-.149	-.204	.022	1.000	.358
	Age	-.047	-.111	.118	.057	-.004	-.265	-.006	-.133	.082	-.069	-.047	-.130	.062	.358	1.000
Significance (1-tailed)	WHOLEP	.	.067	.264	.274	.082	.101	.197	.389	.253	.245	.017	.019	.000	.099	.259
	5001 - 10000 บาท	.067	.	.000	.000	.170	.001	.084	.417	.320	.270	.002	.121	.033	.386	.064
	15000-20000 บาท	.264	.000	.	.015	.191	.113	.086	.047	.161	.064	.070	.256	.392	.081	.053
	มากกว่า 20000 บาทขึ้นไป	.274	.000	.015	.	.137	.377	.004	.013	.088	.495	.000	.039	.417	.159	.216
	ตำแหน่งรอง	.082	.170	.191	.137	.	.205	.164	.041	.074	.065	.082	.497	.130	.035	.480
	ทำงาน	.101	.001	.113	.377	.205	.	.000	.348	.156	.384	.377	.145	.035	.218	.000
	พอลานแม่บ้าน	.197	.084	.086	.004	.164	.000	.	.479	.011	.162	.048	.395	.097	.275	.466
	อยู่	.389	.417	.047	.013	.041	.348	.479	.	.134	.002	.099	.093	.284	.207	.034
	มัน	.253	.320	.161	.088	.074	.156	.011	.134	.	.000	.000	.091	.369	.144	.131
	มปลาย	.245	.270	.064	.495	.065	.384	.162	.002	.000	.	.000	.384	.173	.133	.172
	อนุปริญญาตรี	.017	.002	.070	.000	.082	.377	.048	.099	.000	.000	.	.000	.055	.020	.259
	SUMKK	.019	.121	.256	.039	.497	.145	.395	.093	.091	.384	.000	.	.068	.002	.036
	WHOLEF	.000	.033	.392	.417	.130	.035	.097	.284	.369	.173	.055	.068	.	.381	.197
	working time	.099	.386	.061	.159	.035	.218	.275	.207	.144	.133	.020	.002	.381	.	.000
	Age	.259	.064	.053	.216	.480	.000	.466	.034	.131	.172	.259	.036	.197	.000	.
N	WHOLEP	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190
	5001 - 10000 บาท	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190
	15000-20000 บาท	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190
	มากกว่า 20000 บาทขึ้นไป	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190
	ตำแหน่งรอง	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190
	ทำงาน	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190
	พอลานแม่บ้าน	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190
	อยู่	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190
	มัน	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190
	มปลาย	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190
	อนุปริญญาตรี	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190
	SUMKK	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190
	WHOLEF	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190
	working time	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190
	Age	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190



Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	WHOLEF		Criteria prob F enter<=.0 50, prob F remove> =.100...
2	working time		Criteria prob F enter<=.0 50, prob F remove> =.100...

^a. Dependent Variable: WHOLEP

Model Summary^c

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				Significance F Change	Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2		
1	.754 ^a	.569	.566	.40157	.569	247.935	1	188	.000	
2	.762 ^b	.581	.576	.39690	.012	5.455	1	187	.021	1.660

^a. Predictors: (constant) WHOLEF...

^b. Predictors: (constant) WHOLEF, working time...

^c. Dependent Variable: WHOLEP

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Significance
1	Regression	39.982	1	39.982	247.935	.000 ^a
	Residual	30.317	188	.161		
	Total	70.298	189			
2	Regression	40.841	2	20.421	129.633	.000 ^b
	Residual	29.457	187	.158		
	Total	70.298	189			

a. Predictors: (constant) WHOLEF...

b. Predictors: (constant) WHOLEF, working time...

c. Dependent Variable: WHOLEP

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Significance	95% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	.297	.213		1.397	.164	-.122	.716					
	WHOLEF	.893	.057	.754	15.746	.000	-.781	1.004	.754	.754	.754	1.000	1.000
2	(Constant)	.414	.216		1.917	.057	-.012	.840					
	WHOLEF	.896	.056	.757	15.979	.000	.785	1.006	.754	.760	.756	1.000	1.000
	working time	-.018	.008	-.111	-2.336	.021	-.034	-.003	-.094	-.168	-.111	1.000	1.000

a. Dependent Variable: WHOLEP

Excluded Variables^c

Model	Beta In	t	Significance	Partial Correlation	Collinearity Statistics		
					Tolerance	VIF	Minimum Tolerance
1							
5001 - 10000 บาท	-.008 ^a	-.168	.867	-.012	.982	1.018	.982
15000-20000 บาท	.031 ^a	.643	.521	.047	1.000	1.000	1.000
มากกว่า 20000 บาทขึ้นไป	.055 ^a	1.155	.250	.084	1.000	1.000	1.000
มีตำแหน่งทางสังคม	.040 ^a	.825	.411	.060	.993	1.007	.993
ทำงาน	.007 ^a	.139	.889	.010	.983	1.018	.983
พอบ้านแม่บ้าน	-.009 ^a	-.192	.848	-.014	.991	1.009	.991
คู่	.052 ^a	1.087	.279	.079	.998	1.002	.998
มต้น	-.030 ^a	-.629	.530	-.046	.999	1.001	.999
มปลาย	.002 ^a	.033	.974	.002	.995	1.005	.995
อนและปตรี	.068 ^a	1.409	.161	.102	.987	1.014	.987
SUMKK	.070 ^a	1.466	.144	.107	.988	1.012	.988
working time	-.111 ^a	-2.336	.021	-.168	1.000	1.000	1.000
Age	-.095 ^a	-1.985	.049	-.144	.996	1.004	.996
2							
5001 - 10000 บาท	-.010 ^b	-.213	.832	-.016	.982	1.019	.982
15000-20000 บาท	.020 ^b	.413	.680	.030	.989	1.011	.989
มากกว่า 20000 บาทขึ้นไป	.048 ^b	1.001	.318	.073	.995	1.006	.994
มีตำแหน่งทางสังคม	.055 ^b	1.150	.252	.084	.976	1.024	.976
ทำงาน	.001 ^b	.014	.989	.001	.980	1.021	.980
พอบ้านแม่บ้าน	-.005 ^b	-.098	.922	-.007	.989	1.011	.989
คู่	.059 ^b	1.245	.215	.091	.995	1.005	.995
มต้น	-.039 ^b	-.819	.414	-.060	.993	1.007	.993
มปลาย	.011 ^b	.227	.821	.017	.988	1.012	.988
อนและปตรี	.052 ^b	1.079	.282	.079	.964	1.038	.964
SUMKK	.049 ^b	1.015	.311	.074	.945	1.058	.945
Age	-.063 ^b	-1.242	.216	-.091	.869	1.151	.869

a. Predictors in the Model: (const) WHOLEF...

b. Predictors in the Model: (const) WHOLEF, working time...

c. Dependent Variable: WHOLEP

Coefficient Correlations^a

Model			WHOLEF	working time
1	Correlations	WHOLEF	1.000	
	Covariances	WHOLEF	.003	
2	Correlations	WHOLEF	1.000	-.022
		working time	-.022	1.000
	Covariances	WHOLEF	.003	-9.749E-06
		working time	-9.75E-06	6.188E-05

^a. Dependent Variable: WHOLEP

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions		
				(Constant)	WHOLEF	working time
1	1	1.991	1.000	.00	.00	
	2	.009	14.524	1.00	1.00	
2	1	2.837	1.000	.00	.00	.02
	2	.154	4.295	.02	.02	.96
	3	.009	17.448	.98	.98	.01

^a. Dependent Variable: WHOLEP

Casewise Diagnostics^a

Case Number	Standardized Residual	WHOLEP	Unstandardized Predicted Value	Unstandardized Residual
121	-3.550	2.56	3.9714	-1.4089
179	3.038	5.00	3.7942	1.2058

^a. Dependent Variable: WHOLEP

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Unstandardized Predicted Value	1.6561	4.5809	3.6125	.46486	190
Unstandardized Residual	-1.4089	1.2058	.0000	.39479	190
Standardized Predicted Value	-4.209	2.083	.000	1.000	190
Standardized Residual	-3.550	3.038	.000	.995	190

^a. Dependent Variable: WHOLEP



ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางนันทนา เชื้อวชาญ
วัน เดือน ปีเกิด	10 กันยายน 2505
สถานที่เกิด	จังหวัดปทุมธานี
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ พ.ศ. 2527 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่อง 1 ปี) เทียบเท่าปริญญาตรี วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ พ.ศ. 2528
สถานที่ทำงาน	ศูนย์บริการสาธารณสุข 61 สังกวาลย์ ทักษนารมย์ เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.

