

**การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ของตำบลลิซด อำเภอลิซด จังหวัดนครศรีธรรมราช**

นางบุปผา เลิศวาสนา

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2552

**Participation of Village Health Volunteers in Performance of the Cervical
Cancer Screening in Sichon Subdistrict, Sichon District,
Nakhon Si Thammarat Province**

Mrs. Buppha Lertwassana

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

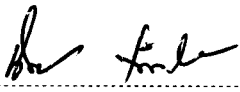
Sukhothai Thammathirat Open University

2009

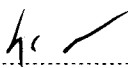
หัวข้อการศึกษาคั่นคว่ำอิสระ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ของตำบลลิซด อำเภอลิซด จังหวัดนครศรีธรรมราช
ชื่อและนามสกุล นางบุปผา เลิศวาสนา
แขนงวิชา สาธารณสุขศาสตร์
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา ผลประเสริฐ

คณะกรรมการสอบการศึกษาคั่นคว่ำอิสระ ได้ให้ความเห็นชอบการศึกษาคั่นคว่ำอิสระ
ฉบับนี้แล้ว


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา ผลประเสริฐ)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริินภา)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ อนุมัติให้รับการศึกษา
คั่นคว่ำอิสระฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. จักรกฤษณ์ คิวะเดชาเทพ)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วันที่ 19 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2553

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา ผลประเสริฐ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาราช ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำและติดตามการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้อย่างใกล้ชิด ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องของงานวิจัยด้วยดีเสมอมา นับตั้งแต่เริ่มต้น จนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริรักษา ที่สละเวลามาเป็นกรรมการสอบ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณคุณพนิตนาฏ วิสุทธิธรรม นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคใต้ จังหวัด นครศรีธรรมราช คุณฉวีวรรณ แซ่ซึ้ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. จังหวัดนครศรีธรรมราช และคุณกำไล สมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลปากพ่อง ที่กรุณา ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย พร้อมทั้งเสนอแนะแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และให้คำแนะนำในการ วิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณคุณเอี่ยมเดือน มณีรัตน์ หัวหน้าสถานีอนามัยจอมพิบูลย์ ที่กรุณา ช่วยประสานงาน อสม. ของตำบลทุ่งปรัง ในการเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ และขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของตำบลลิซล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ทุกท่านที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาราช เพื่อนนักศึกษา เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาล สิชล และผู้ที่เกี่ยวข้องในการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้ทุกท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมา

บุปผา เลิศวาสนา

เมษายน 2553

ชื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของ ตำบลลิซัล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผู้ศึกษา นางบุปผา เลิศวาสนา **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา ผลประเสริฐ **ปีการศึกษา** 2552

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) คุณลักษณะประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (2) การรับรู้บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (3) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ด้านปัจจัยจูงใจ และปัจจัยก้ำจุน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (4) การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ (5) ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนประชากร การรับรู้บทบาทหน้าที่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกคน จำนวน 140 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.94 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า (1) อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 44 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรกรรม รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 8,953 บาทต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นอสม. เฉลี่ย 8.86 ปี (2) อสม. มีการรับรู้บทบาทหน้าที่อยู่ในระดับสูง (3) ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยก้ำจุนการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง (4) ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง และ (5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ การรับรู้บทบาทหน้าที่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อายุและระยะเวลาการเป็น อสม.

คำสำคัญ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การมีส่วนร่วม ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
สมมติฐานของการวิจัย	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	6
ประโยชน์ที่จะได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	10
ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก	17
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้บทบาท (Role Perception)	29
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ (Motivation)	32
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	43
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	52
ประชากรที่ศึกษา	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	52
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล	55
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย	56

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	58
ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป	58
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการรับรู้บทบาทหน้าที่	61
ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	63
ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	69
ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	72
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	77
สรุปการวิจัย	77
อภิปรายผล	79
ข้อเสนอแนะ	89
บรรณานุกรม	91
ภาคผนวก	97
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	98
ข แบบสอบถาม	100
ประวัติผู้ศึกษา	112

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของ อสม. ตำบลลือชิต อำเภอลือชิต จังหวัดนครศรีธรรมราช จำแนกตามคุณลักษณะประชากร	59
ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. ตำบลลือชิต อำเภอลือชิต จังหวัดนครศรีธรรมราช จำแนกโดยภาพรวม	61
ตารางที่ 4.3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้บทบาท อสม. ตำบลลือชิต อำเภอลือชิต จังหวัดนครศรีธรรมราชจำแนกรายข้อ	62
ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับแรงงูใจ ของ อสม. ตำบลลือชิต อำเภอลือชิต จังหวัดนครศรีธรรมราช จำแนกโดยภาพรวม	64
ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับแรงงูใจด้านปัจจัยงูใจ	64
ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับ แรงงูใจด้านปัจจัยค้ำงูน	65
ตารางที่ 4.7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัจจัยงูใจ จำแนกรายด้าน และรายข้อ	65
ตารางที่ 4.8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัจจัยค้ำงูน จำแนกรายด้าน และรายข้อ	67
ตารางที่ 4.9 แสดงจำนวน ร้อยละ และระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของ อสม. ตำบลลือชิต อำเภอลือชิต จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยภาพรวม	69
ตารางที่ 4.10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ อสม. ตำบลลือชิต อำเภอลือชิต จังหวัดนครศรีธรรมราช จำแนกภาพรายด้าน และรายข้อ	70
ตารางที่ 4.11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การศึกษา อาชีพกับการมีส่วนร่วมใน การดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	73
ตารางที่ 4.12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. กับการมีส่วนร่วมดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	75

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.13 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้บทบาทหน้าที่ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	75

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปี ค.ศ. 2005 ทั่วโลกมีคนเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ 58 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 7.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในสตรีทั่วโลก รองมาจากมะเร็งเต้านม แต่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของสตรีเป็นอันดับ 3 ของสตรีทั่วโลก รองลงมาจากระยะเริ่มต้นและมะเร็งปอด ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกใหม่ประมาณ 500,000 คน ซึ่งพบว่าประมาณร้อยละ 80 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาและผู้ป่วยรายใหม่จะเสียชีวิตครึ่งหนึ่ง (WHO 1995 อ้างใน จตุพล ศรีสมบูรณ์ 2550: 1) สาเหตุการตายเนื่องจากยังไม่มีระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพที่ดีพอ ในการตรวจหารอยโรคในระยะแรก และให้การรักษาก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม (ธีรวิมล คูหะเปรม 2548: 3) แนวทางแก้ไขปัญหาคือ การตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 – 60 ปี ตรวจทุก 3 ปี จะลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกระยะแพร่กระจายลง 2 ใน 3 ส่วน หรืออัตราการตาย จากมะเร็งมดลูกลดลง ร้อยละ 91 ถ้าตรวจทุกปีลดลง ร้อยละ 93 (WHO 1995 อ้างในจตุพล ศรีสมบูรณ์ 2550: 1)

สำหรับประเทศไทย พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกในปี พ.ศ. 2551 คิดเป็น 3.08 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง 2551: 3) เป็นโรคที่พบมาก เป็นอันดับหนึ่งในกลุ่มสตรีไทย โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 5,600 ราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 3,000 ราย ร้อยละ 80 พบในคนอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป (กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข 2545: 4) ระยะที่พบส่วนใหญ่อยู่ในระยะลุกลาม อัตราอยู่รอด 5 ปี ประมาณร้อยละ 60 จึงมีผู้ป่วยสะสมจำนวนมาก คาดประมาณว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยทั้งรายใหม่และรายเก่าที่ต้องทำการรักษาทั้งประเทศไม่น้อยกว่า 60,000 คน ดังนั้น สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการป้องกันและควบคุมมะเร็ง เล็งเห็นความสำคัญจึงได้ร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการสนับสนุนเงินงบประมาณเพื่อดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั่วประเทศ ขึ้น จากผลการศึกษาขององค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer: IARC) (คู่มือการดำเนินงานโครงการมะเร็งปากมดลูก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2548: 1) พบว่าการที่จะลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น ถ้าสามารถให้การตรวจค้นหาครอบคลุมประชากร

สตรีได้จำนวนมากเท่าไร จะยิ่งลดอัตราการตายได้ดีกว่า จำนวนความถี่ของการที่สตรีไปรับการตรวจ กล่าวคือ ถ้าสามารถทำการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกให้ครอบคลุมจำนวนประชากรสตรี ร้อยละ 80 จะลดอัตราการตายจากมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกได้ ร้อยละ 61 และหากทำการตรวจทุก 3 ปี จะลดได้ ร้อยละ 61 เช่นกัน หรือถ้าทำการตรวจทุก 5 ปี ก็จะสามารถลดได้ถึงร้อยละ 55 ซึ่งในทางกลับกัน แม้ว่าจะทำการตรวจได้ครอบคลุมร้อยละ 30 โดยทำการตรวจทุกปี กลับลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้เพียง ร้อยละ 15 เท่านั้น และการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกโดยวิธีการตรวจแปป สเมียร์ (Pap Smear) เป็นวิธีการตรวจคัดกรองที่มีมาตรฐาน นิยมใช้กันทั่วโลกและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถลดอัตราการเกิดและอัตราการตายจากโรคมะเร็งเรื้องรังปากมดลูก เพราะสามารถตรวจพบรอยโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็ง (Precancerous lesion) หรือมะเร็งที่อยู่ในระยะลุกลาม ช่วยลดอัตราการตายของสตรีจากโรคมะเร็งดังกล่าวได้เป็นอย่างดี (คู่มือแนวทางการดำเนินงาน โครงการคัดกรองมะเร็งเรื้องรังปากมดลูก 75 จังหวัด 2548: 1)

ผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกในประเทศไทยปี 2548 และ 2549 (ในกลุ่มสตรีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องรังปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 48.62 และ 54.50 พบว่ามีผลการตรวจผิดปกติ จำนวน 2,872 คน และจำนวน 6,276 คน และยังพบว่าเป็นมะเร็งเรื้องรังปากมดลูก จำนวน 196 คน และจำนวน 384 คน คิดเป็นร้อยละ 6.36 และ 3.11 ตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2550: 2) จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช พบว่า ปี 2551 สตรีอายุ 35 - 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกด้วยวิธี Pap Smear จำนวน 52,735 คน คิดเป็นร้อยละ 22.74 โดยเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 60 ผลผิดปกติ จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 0.15 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช: 2551) สำหรับการดำเนินงานของอำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ปี 2551 สตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 35-60 ปี จำนวน 7,059 คน ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องรังปากมดลูก จำนวน 1,764 คน คิดเป็นร้อยละ 24.99 (รายงาน คปสอ. สิชล ปี 2551) ส่วนเขตตำบลสิชล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้ศึกษาวิจัยรับผิดชอบในการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องรังปากมดลูก เป็นชุมชนเขตเทศบาล มีสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 35-60 ปี จำนวน 579 คน ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องรังปากมดลูก จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 14.51 (ทะเบียนรายงาน รพ. สิชล ปี 2551) ซึ่งพบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกต่ำกว่าเกณฑ์มาก

การมีส่วนร่วมของประชาชน ถือว่าเป็นหลักการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน เป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ที่จะช่วยให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ และการมีส่วนร่วมนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ จากแนวคิดทฤษฎีของโคเฮน และอ็พสอพฟ์ (อ้างใน บำรุง วงษ์นัม 2551:) แบ่งการมีส่วนร่วมเป็น 4 ขั้นตอน คือ (1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision

Making) (2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Implementation) (3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) (4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีของโคเฮน และอัทซอพฟ์ มาเป็นแนวทางในการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของตำบลสีชล อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า สถานภาพสมรส การศึกษา ค่าตอบแทน ภาวะผู้นำ และพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ (ประกาศ วัฒนธรรม 2547) นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการศึกษา การได้รับการสนับสนุน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก (สรรัช สุวรรณรักษ์ 2548) อายุ ศาสนา ประสบการณ์ความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติของ อสม. มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ (ศรีกัญญา เงามแก้ว 2544) การได้รับสนับสนุนในการดำเนินงาน อายุ ระยะเวลาในการเป็น อสม. อาชีพ มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. (อตุลย์ วรรณชาติ 2545)

จากข้อมูลดังกล่าว การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแกนนำในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย ผู้ศึกษาในฐานะผู้สนับสนุน และควบคุมกำกับในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้บทบาทหน้าที่ แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของตำบลสีชล อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ว่าเป็นอย่างใด ตลอดจนศึกษาว่าปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารงานสาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบงาน ได้นำแนวทาง การวางแผน ในการพัฒนางานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

2.1 การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.2 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในด้านการตัดสินใจ
การดำเนินการ การรับผลประโยชน์ การประเมินผล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ตำบลสีชล อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากร การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของตำบลสีชล อำเภอสีชล จังหวัด
นครศรีธรรมราช

3. สมมติฐานการวิจัย

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมใน
การดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3.2 การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์
กับการมีส่วนร่วม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็ง
ปากมดลูก

3.3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

5.2 ขอบเขตเนื้อหา ในที่นี้ผู้วิจัยกำหนดที่จะศึกษาเกี่ยวกับ

5.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการเป็น อสม.

5.2.2 การรับรู้บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

5.2.3 แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่ปัจจัยจูงใจและปัจจัยก้ำจุน ตามแนวคิด ทฤษฎีการจูงใจ แบบสองปัจจัยของเฮร์ซเบิร์ก (Herzberg)

5.2.4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในด้านการ ตัดสินใจ การดำเนินการ การรับผลประโยชน์ การประเมินผล ตามแนวคิดทฤษฎีของ โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff)

5.3 ขอบเขตด้านเวลา

5.3.1 ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง วันที่ 1 – 15 กุมภาพันธ์ 2553

6. นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

6.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลลิซล อำเภอสิชล จังหวัด นครศรีธรรมราช หมายถึง บุคคลอาศัยอยู่ในหมู่บ้านของตำบลลิซล ที่ได้รับการคัดเลือกจาก ชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้านและได้รับการอบรมหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาท ในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอนามัย การสื่อสารสาธารณสุข การประสานงาน และ การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน ตลอดจนการร่วมปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพในหมู่บ้าน ในตำบลลิซล อำเภอสิชล จังหวัด นครศรีธรรมราช

6.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูก ของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อดูความผิดปกติของเซลล์บริเวณปากมดลูก โดยวิธี ป้ายเอามูกหรือเซลล์จาก ช่องคลอด ส่วนด้านหลังปากมดลูกด้านนอกและภายในช่องคอมดลูก ไปตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคมะเร็ง ปากมดลูก

6.3 ลักษณะส่วนบุคคล หมายถึง คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่

6.3.1 อายุ หมายถึง อายุจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขที่นับถึงวันสัมภาษณ์นับเป็น ปีบริบูรณ์ (ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี)

6.3.2 สถานภาพสมรส หมายถึง ในปัจจุบันของอาสาสมัครสาธารณสุขมีสถานภาพสมรส ได้แก่ โสด คู่ ม้าย หย่า แยก

6.3.3 ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งเป็น ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. อนุปริญญา/ปวส./ปวท.ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี

6.3.4 รายได้ หมายถึง ทั้งครอบครัวมีรายได้รวม เป็นรายเดือนโดยไม่หักค่าใช้จ่าย

6.3.5 ระยะเวลาในการเป็น อสม.หมายถึง เวลาเป็นปีเต็มตั้งแต่ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง อสม. จนถึงปัจจุบัน

6.4 การรับรู้บทบาทหน้าที่ หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขรู้และเข้าใจบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การสำรวจ ค้นหากลุ่มเป้าหมายวางแผนการปฏิบัติงาน เผยแพร่ความรู้ ให้คำปรึกษา/แนะนำ จัดกิจกรรมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งการรายงานและประเมินผลการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

6.5 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง สาเหตุจูงใจที่ทำให้ อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยกระตุ้นติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ต้องตรวจมะเร็งปากมดลูกตัดสินใจไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการจูงใจ แบบสองปัจจัยของเฮอรัชเบอร์เกอร์ (Herzberg) มาประยุกต์ใช้ เป็นแนวคิดในการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน

6.5.1 ปัจจัยจูงใจ (Motivation factor) ซึ่งประกอบด้วย

- 1) ด้านความสำเร็จของงาน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถทำงานได้เสร็จสิ้นและประสบผลสำเร็จอย่างดี ความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆ
- 2) ด้านการได้รับความยอมรับนับถือ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับความยอมรับนับถือจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อนร่วมงาน กลุ่มเพื่อน และบุคคลอื่นโดยทั่วไป ซึ่งการยอมรับนับถือนี้บางครั้งอาจแสดงออกมาในรูปของการยกย่องชมเชย
- 3) ด้านลักษณะของงาน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้สึกที่ดีและไม่ดีต่อลักษณะงาน น่าเบื่อหน่าย หรือ ทำทลายความสามารถ ก่อให้เกิดความริเริ่มสร้างสรรค์ หรือเป็นงานที่ยากหรือง่าย
- 4) ด้านความรับผิดชอบ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการ ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานใหม่ๆ และมีอำนาจในการรับผิดชอบอย่างเต็มที่

5) ด้านความก้าวหน้าในงาน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการเปลี่ยนแปลง การพัฒนาตนเอง ที่แต่ละบุคคลในองค์กรมีโอกาสได้เพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ ความชำนาญใหม่ๆ

6.5.2 ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors) ประกอบด้วย

1) ด้านนโยบายและการบริหาร หมายถึง การจัดการและการบริหารขององค์กร การให้อำนาจแก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการให้ดำเนินงานได้สำเร็จ รวมทั้งการติดต่อสื่อสารในชุมชน

2) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน หมายถึง การช่วยเหลือเกื้อกูล การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เรียนรู้งาน ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชน

3) ด้านสภาพการทำงาน หมายถึง สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยความสะดวก ในการปฏิบัติงาน เช่น สิ่งแวดล้อม สถานที่ปฏิบัติงาน อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้

6.6 การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในทุกขั้นตอนหรือขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในด้านการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การรับผลประโยชน์และการประเมินผล ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ตามทฤษฎีโคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff 1980 : 324-328) ดังนี้

6.6.1 การมีส่วนร่วมตัดสินใจ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไปมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ร่วมสำรวจข้อมูล การค้นหาปัญหา การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา การนำเสนอข้อมูล การวางแผนแก้ไขปัญหา และกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา

6.6.2 ร่วมในการดำเนินกิจกรรม หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไปมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ร่วมปรึกษาหารือ การมีส่วนร่วมในการค้นหา ติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การชักชวนกลุ่มเป้าหมายมารับบริการ การบริหารจัดการงบประมาณ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การทำกิจกรรมแก้ไขปัญหาในหมู่บ้าน การประชาสัมพันธ์กิจกรรมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การประสานงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนหรือนอกชุมชน

6.6.3 ร่วมในการรับผลประโยชน์ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์จากการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ มีความภาคภูมิใจในการดำเนินงาน การได้รับความชื่นชมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับความร่วมมือร่วมใจ การยอมรับและศรัทธาจากประชาชนในชุมชน

6.6.4 ร่วมในการประเมินผล หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทบทวน กิจกรรมการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การติดตามผลปฏิบัติงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด การร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล การสรุปผลการดำเนินงาน การนำผลการประเมินไปใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่ และการประเมินผลการใช้จ่ายงบประมาณ

7. ประโยชน์ที่จะได้รับ

7.1 นำผลวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัย ในพื้นที่อื่นๆ สำหรับผู้ที่สนใจเกี่ยวกับงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อไป

7.2 ผลที่ได้จากการศึกษาจะมีประโยชน์ต่อผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้บรรลุเป้าหมาย

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของตำบลลิซัด อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้บทบาทหน้าที่ และแรงจูงใจ กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทหน้าที่
4. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.1 ความเป็นมา

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขได้อบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในหมู่บ้านต่าง ๆ ในชนบท เพื่อให้อาสาสมัครเหล่านี้ มีความรู้ด้านสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่ไปสู่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งมีการจัดทำแบบเรียนด้วยตนเองสำหรับอาสาสมัครใช้ศึกษาด้วยตนเองเพิ่มเติม จำนวนกว่า 50 เรื่อง โดยกำหนดให้ ผสส. 1 คน รับผิดชอบดูแล 8 – 15 หลังคาเรือน และให้มี อสม. 1 คน ต่อหมู่บ้าน

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 ได้จัดการอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างต่อเนื่องจนครอบคลุม 100% และมีการขยายการดำเนินงาน

เข้าไปในบางส่วนของเขตเมือง โดยเฉพาะในชุมชนแออัด นอกจากนี้ยังจัดให้มีการอบรมฟื้นฟูแก่อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้ผู้อบรมไปแล้วมีความรู้อย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับปัญหาของท้องถิ่น

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 เป็นระยะที่ให้ความสำคัญกับเรื่องคุณภาพมากขึ้น ได้มีการอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพิ่มเติมในส่วนที่พื้นสภาพ และพื้นที่ที่ยาก รวมทั้งอบรมฟื้นฟูแก่อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ที่อบรมไปแล้วมีความรู้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการอบรมผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา แพทย์ประจำตำบล เพื่อให้เป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน อีกด้วย

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 เป็นช่วงที่สังคมไทยได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานจึงมีการปรับเปลี่ยน โดยการยกระดับ ให้มีอาสาสมัครประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีการส่งเสริมให้ทุกหมู่บ้าน ชุมชน จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อให้เป็นจุดศูนย์รวมของการพบปะหารือ และจัดบริการต่าง ๆ ให้แก่ประชาชน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ อสม. มีบทบาทที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขรวมตัวกันจัดตั้งเป็นชมรม เพื่อเป็นองค์กรในการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

สำหรับช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ซึ่งเป็นแผนที่ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนามากขึ้น รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาชุมชนแบบบูรณาการ กระทรวงสาธารณสุข ก็ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางของการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาด้านอื่น ๆ ของชุมชนมากขึ้น โดยนอกจากจะทำหน้าที่ด้านสาธารณสุขแล้ว ยังร่วมมือประสานงานกับผู้นำอื่น ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน พัฒนาเพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถพัฒนาตนเองให้มีความเจริญก้าวหน้าได้อย่างยั่งยืน

1.2 ระบบอาสาสมัครสาธารณสุข

1.2.1 ประเภทและจำนวน อาสาสมัครสาธารณสุข

ในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด (กระทรวงสาธารณสุข 2545 อ้างใน บำรุง วงษ์นิยม 2551: 14) ให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข ในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งหมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสาน

กิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วย ไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย ดังนี้

พื้นที่ชนบท : อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 1 คน ต่อ 8 – 15 หลังคาเรือน

พื้นที่เขตเมือง : เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มีอาสาสมัคร

เขตชุมชนแออัด (อสม.) 1 คน ต่อ 20 – 30 หลังคาเรือน

เขตชุมชนชานเมือง (อสม.) 1 คน ต่อ 8 – 15 หลังคาเรือน

ดังนั้น ในหมู่บ้านหนึ่ง ๆ จะมีจำนวน อสม. ไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับจำนวน

หลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น โดยทั่วไปจะมี อสม. ประมาณ 10 – 20 คนต่อหมู่บ้าน

1.2.2 คุณสมบัติของ อสม.

- 1) เป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาในหมู่บ้าน
- 2) มีความรู้ขั้นต่ำสามารถอ่านออกเขียนได้
- 3) เป็นบุคคลที่สมัครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงาน

สาธารณสุข

- 4) เป็นบุคคลที่สนใจเข้าร่วมหรือเคยเข้าในการดำเนินงานสาธารณสุข
- 5) เป็นบุคคลที่กรรมการหมู่บ้านรับรองว่าเป็นผู้ที่มีความประพฤติดีได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน

6) ไม่เป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้านมาก่อนที่จะสมัครใจเป็น อสม.

7) ต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรมาตรฐาน อสม./ประชุม/ร่วมกิจกรรม หรือมีผลการปฏิบัติงานตามที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด

8) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

9) สุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่างได้

10) เป็นบุคคลที่มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน โดยไม่รบกวนเวลาในการทำมาหากินและชีวิตครอบครัว

1.2.3 วิธีการคัดเลือก

ให้ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

- 1) สังกมมติ

2) การลงคะแนนและลายมือชื่อรับรองและยินยอมจากประชาชนในละแวกบ้านหรือหมู่บ้าน ที่แสดงเจตจำนง ใ้บุคคลเป็นผู้ดูแลสุขภาพโดยเป็น อสม.

3) กลุ่มผู้นำชุมชนเป็นคณะกรรมการสรรหา

3.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุม อสม. กรรมการหมู่บ้าน อบต. และผู้นำอื่น ๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบ ถึงเรื่องการคัดเลือก คุณสมบัติ วาระ จำนวน บทบาทหน้าที่ของ อสม. แล้วร่วมกันกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อคัดเลือก อสม. โดยให้กลุ่มผู้นำของชุมชนเป็นคณะกรรมการสรรหา

3.2 แบ่งละแวกบ้าน หรือหมู่บ้าน กลุ่มละ 8 – 15 หลังคาเรือน แล้วชี้แจงให้ทุกบ้านได้รับทราบ

3.3 เปิดโอกาสให้ประชาชน ผู้มีคุณสมบัติตามกำหนด สมัครเข้ารับการอบรมเป็น อสม.

3.4 ให้ประชาชนในหมู่บ้าน หลังคาเรือนละ 1 คน เป็นตัวแทนครอบครัว ในการเสนอชื่อผู้สมัครเข้าเป็น อสม. ได้ 1 คน

3.5 คณะกรรมการสรรหา ดำเนินการคัดเลือก และลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่เลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ประจำละแวกบ้าน หรือหมู่บ้าน

อนึ่งการคัดเลือก อสม. สามารถปรับเปลี่ยนได้หากชุมชน หรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีความเห็นเป็นอย่างอื่น แต่ต้องเป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวม และมีขั้นตอนที่โปร่งใส

1.2.4 การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่

การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่ ในที่นี้หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข ที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถและปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

วิธีการอบรม

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถ วางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติ ให้บริการที่สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งต้องมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้ อสม. ใหม่ทุกคน มีความรู้และสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพ

เนื้อหาหลักสูตร: เนื้อหาความรู้ที่อบรม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ): ประกอบด้วยวิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลัก ๆ ของประเทศ และการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่

1. บทบาทหน้าที่ของ อสม.
2. สิทธิของ อสม.
3. การถ่ายทอดความรู้และการเผยแพร่ข่าวสาร
4. การค้นหาวิเคราะห์และแก้ปัญหาในท้องถิ่น
5. สุขวิทยาส่วนบุคคล
6. การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาสาธารณสุข
7. การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาล
8. การฟื้นฟูสภาพ
9. การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานพยาบาลสาธารณสุข
10. การจัดกิจกรรม การปฏิบัติงานและการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ใน ศสมช.
11. การทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

เพื่อการพัฒนาสาธารณสุขในท้องถิ่น

2) กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ในด้านการพัฒนาอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2.5 การขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรมและได้รับการประเมินความรู้ ความสามารถตามหลักสูตร ความรู้ ตามที่กำหนดไว้ จังหวัด ออกใบประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับ เป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1.2.6 บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของ อสม.

อสม. มีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นตัวกลางการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) พฤติกรรมด้านสุขภาพของประชชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่บริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี

หน้าที่ความรับผิดชอบของ อสม.

1. เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิด โรคที่สำคัญ หรือ

โรคที่ระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องที่สำคัญ

2. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้าน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่างๆ
3. เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด ในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้วและจ่ายถุงยางอนามัยการปฐมพยาบาลเบื้องต้น
4. หมุนเวียนปฏิบัติงานกันที่ ศสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่
 - จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน
 - ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน
 - ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน
5. เผื่อระวังป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เผื่อระวังปัญหาโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและสารไอโอดีน เผื่อระวังอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด และเผื่อระวังเรื่องโรคประจำถิ่นโดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เป็นต้น
6. เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผน แก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่นๆ
7. เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ
8. คู่มือสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

1.2.7 สมรรถนะของประธาน อสม.

- 1) สามารถนำนโยบายสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่
- 2) สามารถเป็นผู้นำในงานเสริมสร้างสุขภาพและป้องกัน โรครักษาพยาบาลเบื้องต้น การเผื่อระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย
- 3) สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน

- 4) สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคม ให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาพแวดล้อมของสังคม
- 5) สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีผลต่อการจัดหรือลดปัญหาทางสุขภาพ
- 6) สร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ
- 7) สร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัย และชุมชน

1.2.8 วาระและการฟื้นฟูสภาพการเป็น อสม.

กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อับตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรในหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอน อสม. ด้วยตนเองเพราะ อสม. เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชน หากมีความจำเป็นก็ต้องใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นทางการเป็นกันเองกับ อสม. ที่มีอยู่ รวมทั้งกรรมการหมู่บ้าน เพื่อป้องกันการขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น)

การฟื้นฟูสภาพ

- 1) ฟื้นฟูสภาพตามวาระ
- 2) ตาย
- 3) ลาออก
- 4) ย้ายที่อยู่ หรืออยู่ในหมู่บ้านไม่ถึง 6 เดือน หรืออยู่ในหมู่บ้านแต่ไม่เคยปฏิบัติงาน หรือปฏิบัติงานไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด
- 5) ป่วย/พิการ
- 6) ไม่เคยร่วมกิจกรรมของ อสม.เลย
- 7) ประชาคมลงมติให้ออก

สรุปได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย เป็นผู้สื่อข่าวสารให้การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนจัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน บริหารจัดการวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน และชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา อสม. ทุกคน ของตำบลลิซล เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

ผู้วิจัยขอแนะนำเสนอ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ออกเป็น 11 ส่วน ได้แก่ ความหมาย ชนิดของมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค อาการแสดง/การดำเนินของโรค การตรวจหา มะเร็งปากมดลูก การป้องกันมะเร็งปากมดลูกระยะแรก การรักษา การติดตามหลังการรักษา การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี แปป สเมียร์ (Pap smear) แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการมีส่วนร่วมการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รายละเอียด ดังต่อไปนี้

2.1 ความหมายของมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูก คือ การที่เซลล์ของเยื่อปากมดลูกมีการแบ่งตัวอย่างผิดปกติ (Cervical Intraepithelium Neoplasia: CIN) โดยความผิดปกติ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามความหนาของเยื่อ ซึ่งเซลล์เรียงกันอยู่หลายชั้น ได้แก่

CIN I มีการแบ่งตัวผิดปกติเฉพาะด้านบน (lower 1/3)

CIN II มีการแบ่งตัวผิดปกติด้านล่าง และส่วนกลาง (up to mid 2/3)

CIN III มีการแบ่งตัวผิดปกติทุกชั้นของเยื่อปากมดลูก

2.2 ชนิดของมะเร็งปากมดลูกที่พบบ่อย

2.2.1 เกิดจากเยื่อปากมดลูก (Ectocervix) ซึ่งบุด้วย squamous cell มีลักษณะคล้ายเซลล์ผิวหนังเรียกว่า Squamous Cell Carcinoma

2.2.2 เกิดจากเยื่อปากมดลูก ด้านในของรูเปิดเข้าไปในตัวมดลูก (Ectocervix) ซึ่งบุด้วย glandular cell โดยลักษณะของเซลล์จะมีฐานแคบ และลำตัวสูงเรียกว่า Adenocarcinoma

2.3 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

สาเหตุจริงไม่มีการยืนยันอย่างแน่นอน ปัจจุบันนี้มีรายงานจากหลายแห่งกล่าวว่า การเกิดมะเร็งปากมดลูก มีความเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไวรัสที่บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ กล่าวคือ ในสตรีที่ติดเชื้อไวรัสชนิดที่เรียกว่า Herpes Simplex Virus Type 2 ซึ่งเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sex transmitted disease = STD) เมื่อมีการติดเชื้อโรคนี้ ครั้งหนึ่งแล้ว ต่อไปในอนาคตพบเป็นมะเร็งของปากมดลูกได้มากกว่าพวกที่ไม่เคยมีการติดเชื้อชนิดนี้ ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา เชื่อว่ามีไวรัสใหม่ที่ทำให้สตรีที่ติดเชื้อชนิดนี้เกิดเป็นมะเร็งปากมดลูกในอนาคต เชื้อชนิดนี้คือ HPV (Human Papilloma Virus ชนิด 16 และ 18) และมีสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ คือ

2.3.1 สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยก่อนวัย 20 ปี และมีเพศสัมพันธ์กับ

ชายหลายคน โดยเฉพาะชายที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์เรื้อรัง เช่น หนองใน หนองในเทียม ไวรัส หรือเริม และ HPV

2.3.2 ผ่านการคลอดบุตรจำนวนมาก

2.3.3 ปากมดลูกอักเสบเรื้อรังเป็นเวลานาน และไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

2.3.4 พบว่าเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกน้อยมากในสตรีมุสลิม เพราะผู้ชายชาวมุสลิมส่วนมากได้รับการขลิบหนังที่ปลายอวัยวะเพศตั้งแต่เกิดทำให้ไม่มีการหมักหมมของเชื้อโรคที่ปลายอวัยวะเพศ

2.3.5 เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ในครอบครัวที่ประวัติการเป็นมะเร็งปากมดลูก สตรีผู้ที่สืบเชื้อสายโดยตรงมีโอกาสจะเป็นโรคนี้อีก มากกว่าครอบครัวที่ไม่มีประวัติของการเป็นโรคนี้อีก

2.3.6 สตรีที่มีจำนวนครั้งของการคลอดบุตรมาก พบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่มีจำนวนครั้งของการคลอดบุตรน้อย

2.3.7 การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดจำพวกฮอร์โมน อาจมีผลทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกได้

2.3.8 การสูบบุหรี่ สารพิษในบุหรี่สามารถกระตุ้นให้เซลล์ที่ปากมดลูกมีการแบ่งตัวผิดปกติได้

2.4 อาการแสดงและการดำเนินของโรค

2.4.1 ระยะก่อนเป็นมะเร็ง (Dysplasia) ระยะนี้อาจจะไม่มีอาการผิดปกติเลย พบได้โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เซลล์ปากมดลูกเริ่มเปลี่ยนแปลงไปจากลักษณะปกติ

2.4.2 ระยะเริ่มแรก พบว่า มีความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก ตลอดความหนาของเยื่อปากมดลูก แต่ความผิดปกติมิได้ลดลงไปในชั้นใต้เยื่อ เซลล์มีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นเซลล์มะเร็งชัดเจน ระยะนี้ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการผิดปกติ แต่สามารถพบได้เมื่อไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก แต่ถ้าเป็นรายที่มีอาการผิดปกติ อาจมีปากมดลูกอักเสบ ซึ่งแสดงโดยการมีตกขาวออกมาผิดปกติ หรือมีเลือดออกหลังจากร่วมเพศ การตรวจภายในของแพทย์ไม่พบอะไรเลย หรืออาจพบลักษณะปากมดลูกอักเสบเรื้อรัง

2.4.3 ระยะลุกลาม เป็นระยะที่โรคดำเนินต่อไปจากระยะเริ่มแรก เซลล์มะเร็งลุกลามลึกกลงไปในชั้นใต้เยื่อ อาจลุกลามเข้าไปในหลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลือง อาการแรกที้อาจพบได้คือ การมีเลือดออกผิดปกตินอกเหนือไปจากเลือดประจำเดือน หรือมีเลือดออกหลังจากร่วมเพศ แพทย์จะตรวจพบมีแผลหรือก้อนที่ปากมดลูกขนาดของแผลหรือก้อนขึ้นอยู่กับระยะที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ บางราย โดยเฉพาะสตรีสูงอายุอาจไม่เห็นแผลที่ปากมดลูกส่วนนอก แต่จะเริ่มเป็น

ที่ปากมดลูกส่วนในที่อยู่ลึกเข้าไป ในรายที่โรคลุกลามไปมากแล้ว จะมีเลือดออกกระปริกระปรอย อยู่เรื่อย หรืออาจมีเลือดออกมากขึ้นมาเป็นครั้งคราว เมื่อออกกำลังกายหรือทำงานหนัก ตกขาวมีกลิ่นเหม็นปนออกมาด้วย ซึ่งเป็นผลมาจากการตายเนื้อมะเร็ง และมีการติดเชื้อเกิดขึ้น ในระยะนี้แพทย์อาจจะพบมะเร็งเป็นก้อนเนื้อขรุขระ งอกยื่นออกมานอกพื้นผิวของปากมดลูก หรืออาจ พบในลักษณะเป็นแผลลุกลามลึกเข้าไป ในปากมดลูก อาจเห็นเป็น โพรงลึกเข้าไปข้างในมะเร็งปากมดลูกอาจลุกลามกระจายออกไปได้ ดังนี้คือ

- (1) ลุกลามสูงขึ้น เข้าไปในโพรงมดลูก
- (2) ลุกลามในช่องคลอด แล้วลุกลามต่อออกมาที่ปากช่องคลอด
- (3) ลุกลามสู่กระเพาะปัสสาวะหรือท่อปัสสาวะทำให้มีอาการทางระบบปัสสาวะ เช่น ถ่ายลำบาก ปัสสาวะเป็นเลือด หรือมีปัสสาวะทางช่องคลอด
- (4) ลุกลามออกมาทางด้านหลังของมดลูก จะเข้าลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ซึ่งเป็นทางออกของอุจจาระ ทำให้เกิดปัญหาในการถ่ายอุจจาระ เช่น การถ่ายไม่ค่อยออก ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน หรือมีอุจจาระไหลทางช่องคลอด การมีปัสสาวะหรืออุจจาระไหลทางช่องคลอดได้นั้น เกิดจากการมีตายของเนื้อมะเร็งที่ลุกลามเข้าไปในบริเวณนั้นทำให้เกิดรูทะลุขึ้น
- (5) มะเร็งอาจลุกลามออกทางข้างๆของปากมดลูกเข้าไปล้อมหลอดไตตรงระดับที่ทอดผ่านลงมาข้าง ๆ ปากมดลูกทั้ง 2 ข้าง ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดไต ปัสสาวะไหลผ่านลงไปกระเพาะปัสสาวะไม่ได้ ทำให้ปัสสาวะคั่งอยู่เหนือรอยอุดตันมีผลทำให้บริเวณหลอดไตและไตส่วนที่มีปัสสาวะคั่งบวม และมีขนาดใหญ่ขึ้นและในที่สุดจะเสียหายที่ไป ในการที่มีการอุดตันของหลอดไตทั้ง 2 ข้าง ปัสสาวะจะถูกขับถ่ายออกไม่ได้เลยจะทำให้มีน้ำ และของเสียคั่งค้างอยู่ในร่างกาย ทำให้อาการบวมทั่วตัวและมีโลหิตเป็นพิษจากของเสียคั่งค้าง ถ้าปล่อยไว้เป็นเวลา ๆ อาจเกิดอาการชักและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ ถ้ามะเร็งลุกลามไกลออกไปอีก ทางข้างหลังไปตามเอ็นยึดมดลูกทั้ง 2 คู่ จะไปถึงกระดูกเชิงกราน ทำให้เกิด อาการปวดสะโพกข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้าง ถ้าลุกลามไปถึงกระดูกเชิงกรานเหล่านี้เป็นอาการของโรคลุกลามออกไปถึงกระดูกเชิงกรานเหล่านี้เป็นอาการของโรคลุกลามไปมากแล้ว
- (6) มะเร็งกระจายเข้าท่อน้ำเหลือง หรือหลอดเลือดดำที่บริเวณใกล้เคียงกับปากมดลูกเซลล์มะเร็งจะไหลไปตามกระแสเลือดหรือเลือดดำผ่านต่อไปยังอวัยวะส่วนอื่นของร่างกาย เมื่อหลุดไปติดที่อวัยวะส่วนใด ก็ทำให้เกิดมะเร็งขึ้นที่ตำแหน่งนั้นอีก ที่พบได้บ่อย คือ ที่ปอด ตับ หรือที่กระดูกส่วนต่าง ๆ ได้ทั่วไป จะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก ไอเป็นเลือด มีอาการหอบเหนื่อย เมื่อไปที่ปอด ถ้าไปที่ตับจะทำให้ตับโต มีอาการเจ็บบริเวณชายโครง และมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง

2.5 การตรวจหามะเร็งปากมดลูก

การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก โดยวิธี แปป สเมียร์ (Pap smear) เป็นการตรวจคัดกรองหาความผิดปกติของเซลล์มะเร็งปากมดลูก ถ้าผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกจากการทำ Pap smear ผิดปกติ และสงสัยว่าจะเป็นมะเร็ง จะต้องทำการตรวจเพิ่มเติม เพื่อให้การวินิจฉัยที่แน่นอน ซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่ ตรวจด้วยกล้องขยายโดยการส่องกล้อง แล้วใช้ iodine ป้ายบริเวณปากมดลูกเซลล์ปกติจะเป็นสีน้ำตาล ส่วนเซลล์ผิดปกติจะเป็นสีขาว วิธีนี้เรียกว่า Schiller Test หลังจากนั้นแพทย์จะตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกไปตรวจ ซึ่งอาจทำได้หลายวิธี ได้แก่

2.5.1 การตรวจด้วยกล้องขยาย ชนิดตั้งพื้น (Colposcopy)

การตรวจด้วยวิธีนี้ เป็นการขยายภาพของปากมดลูก เพื่อดูตำแหน่งของมะเร็งปากมดลูก และบริเวณที่ผิดปกติ โดยใช้ 3% Acetic Acid ป้าย ซึ่งจะมีลักษณะเฉพาะบ่งบอกว่าเป็นมะเร็ง โดยใช้กล้องขยายโดยแพทย์จะใส่ Speculum ขนาดเล็กต่างปากช่องคลอดออก เพื่อให้เห็นตำแหน่งที่ชัดเจน บางเครื่องจะมี TV monitor อยู่ด้วยซึ่งจะใช้เวลาทำประมาณ 5 นาที บางครั้งอาจจะต้องตัดชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูก ที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งออกมาด้วยในขณะที่ส่องกล้อง

2.5.2 การตัดชิ้นเนื้อ (Punch biopsy)

เป็นการตัดชิ้นเนื้อขนาดเล็ก บริเวณที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็ง และส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา หลังการตัดอาจจะมีเลือดออกเล็กน้อย แพทย์อาจจะใช้ก้อนผ้า (Tampons pack) ใส่ไว้ในช่องคลอด เพื่อกดบริเวณแผลไม่ให้เลือดออก และจะให้ผู้ป่วยดื่มน้ำออก ในวันรุ่งขึ้น และต้องแนะนำคนไข้งดการมีเพศสัมพันธ์ ประมาณ 2-3 สัปดาห์

2.5.3 การตัดชิ้นเนื้อ ด้วยขดลวดที่มีความถี่สูง (LEEP: Loop Electrosurgical Excision Procedure) การตัดชิ้นเนื้อด้วยวิธีนี้ สามารถทำได้ทั้งที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ไม่เจ็บ ไม่ปวด เสียเลือดน้อย และไม่ต้องใช้ยาสลบ ปัจจุบันนิยมทำวิธีนี้กันมาก

2.5.4 การตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (Cone biopsy หรือ Conization)

การผ่าตัดมดลูกเป็นรูปกรวย เนื่องจากแผลอาจลึกเข้าไปใน Endocervix วิธีนี้เป็นทั้งการวินิจฉัยและการรักษาไปในคราวเดียวกัน การผ่าตัดชนิดนี้เป็นการผ่าตัดเล็ก ซึ่งอาจจะใช้ยาชาเฉพาะที่ หรือ การใช้ยาสลบก็ได้ ส่วนใหญ่มักจะต้องพักอยู่ในโรงพยาบาล

2.6 การป้องกันมะเร็งปากมดลูกระยะแรก

หลักสำคัญของการป้องกัน คือ พยายามกำจัดสาเหตุ หรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก ซึ่งได้แก่

2.6.1 ละเว้นการร่วมประเวณี ตั้งแต่อายุน้อย ๆ

2.6.2 สตรีที่แต่งงานแล้ว หรือเคยมีเพศสัมพันธ์ ควรได้รับการตรวจ Pap smear อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง

2.6.3 ในรายที่มีการศึกษาของปากมดลูกจากการช่วยคลอด หรือตรวจพบว่ามีปากมดลูกอักเสบเรื้อรัง ควรได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

2.6.4 ในรายที่มีประวัติการติดเชื้อไวรัสบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ควรได้รับการตรวจ Pap smear เป็นระยะ ตามแพทย์สั่ง

2.6.5 รายที่ใช้ยาคุมกำเนิด ควรได้รับการตรวจ Pap smear ทุก 6 เดือน

2.6.6 ในสตรีที่สามีมิได้รับการขลิบปลายอวัยวะเพศควรต้องเอาใจใส่ เรื่องการรักษาความสะอาด

2.7 การรักษามะเร็งปากมดลูก

2.7.1 การจี้ด้วยความเย็น ใช้รักษารายที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มแรกที่แพทย์สามารถส่องกล้องมองเห็นตำแหน่งที่เป็นมะเร็งได้ทั่วถึง สามารถจี้ตำแหน่งที่เป็นได้ทั้งหมด

2.7.2 การผ่าตัด อาจทำได้หลายวิธีดังนี้

(1) มะเร็งระยะเริ่มแรก (ระยะ 0) อาจทำการผ่าตัดโดย คว้านปากมดลูก (Cervical cold knife conization หรือ LEEP) ในรายที่ผู้ป่วยอายุน้อยยังไม่มีบุตร หรือต้องการมีบุตรอีก และตัดมดลูกอย่างเดียว หรือตัดมดลูกพร้อมปีกมดลูก ทั้งสองข้าง

(2) มะเร็งระยะที่ 1 ทำการตัดมดลูกพร้อมทั้งปีกมดลูกทั้งสองข้างและส่วนบนของช่องคลอด ร่วมกับการเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองในช่องเชิงกราน ออกทั้งหมด

2.7.3 รังสีรักษา เป็นการรักษาโดยการฉายรังสีบริเวณหน้าท้องส่วนล่างและเชิงกราน ร่วมกับการใส่แร่เรเดียม หรือซีเซียม ใช้รักษาในรายที่เป็นมะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่ระยะที่ I แผลมะเร็งที่ขนาด ไม่เกิน 2 – 3 ซม. ขึ้นไป ระยะที่ II, III และ IV

2.7.4 เคมีบำบัด ใช้รักษาในรายที่มะเร็งปากมดลูกกระจายไปที่อวัยวะอื่น ๆ แล้ว (ระยะที่ VI) ร่วมกับรังสีรักษาและใส่แร่ที่บริเวณปากมดลูกและเชิงกราน

2.7.5 การรักษาแบบผสมผสาน โดยเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา ร่วมกับการผ่าตัดที่ในรายที่เป็นระยะที่ I, II หรือ III

2.8 การติดตามหลังการรักษา

ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจ หลังการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ตามการนัดของแพทย์ แม้จะตัดมดลูกไปแล้ว หรือมีปากมดลูกอยู่ ในกรณีที่รักษาโดยการฉายแสง ต้องตรวจ Pap smear ที่บริเวณช่องคลอดด้านในสุดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตามการเกิดซ้ำบริเวณช่องคลอด ซึ่งจะทำให้สามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่แรกเริ่ม และวางแผนการรักษาได้ทัน

สรุป โรคมะเร็งปากมดลูก เป็นโรคที่เซลล์เยื่อปากมดลูก มีการแบ่งตัวผิดปกติ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคที่สำคัญๆ ได้แก่ การติดเชื้อไวรัส HPV มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย อาการระยะเริ่มแรกมักไม่พบอาการผิดปกติ ต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจึงพบในระยะนี้ ถ้าปล่อยไว้อาจกลายเป็นระยะลุกลาม

2.9. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี แปป สเมียร์ (Pap smear)

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ถือว่าเป็นการป้องกันโรคขั้นทุติยภูมิ (Secondary Prevention) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจให้พบโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งเป็นการคัดกรองที่ปฏิบัติง่าย สะดวก ขั้นตอนการตรวจไม่ยุ่งยากซับซ้อน

2.9.1 ความหมายของ แปป สเมียร์ (Pap smear)

การทำ Pap smear หรือ Cervical Pap smear มาจากคำเต็มว่า Papanicolaou Smear เป็นวิธีการตรวจหาความผิดปกติของเซลล์เยื่อปากมดลูก ด้วยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากปากมดลูกภายนอกบริเวณช่องคลอดด้านหลัง และภายในช่องคอมดลูก แล้วป้ายลงบนแผ่นกระจกใส ย้อมสีแล้วดูเซลล์ด้วยกล้องจุลทรรศน์ โดยคำว่า Pap มาจากชื่อของ Dr. George Papanicolaou ซึ่งเป็นผู้ค้นพบวิธีการตรวจนี้เมื่อปี ค.ศ. 1930 เพื่อเป็นเกียรติแก่ผู้คิดค้น จึงเรียกวินิจฉัยการตรวจนี้ว่า Pap smear

2.9.2 การทำ Pap smear อย่างมีคุณภาพ

ปัจจัยที่ทำให้การตรวจ Pap smear มีประสิทธิภาพ ได้ผลถูกต้องแม่นยำ

1) ผู้ตรวจ/ผู้ทำ Pap smear ปฏิบัติได้ถูกต้องตามหลักการ โดย

(1) จัดท่า (position) ของผู้รับการตรวจ (นอนท่า Lithotomy) ให้พอเหมาะ สะดวกต่อการใส่ Speculum และมองเห็นภายในช่องคลอดชัดเจน

(2) Adequate smear โดยต้องเก็บเซลล์จาก Ectocervix เพื่อตรวจ Squamous cell เก็บจาก Endocervix เพื่อตรวจ Endocervical cell หรือ Glandular cell และเก็บ Transformation Zone เพื่อตรวจ Metaplastic cell

(3) เก็บเซลล์เยื่อปากมดลูก โดยใช้ spatula แล้วนำมาป้ายบนแผ่นกระจก (slide) โดยป้ายให้เรียบ บาง พลิก spatula ป้ายอีกด้านของ spatula ป้ายไปทางเดียวกัน ไม่กดแรงมาก ป้ายอย่างรวดเร็ว ๆ

(4) นำ slide ไปแช่ในน้ำยารักษาสภาพเซลล์

2) ระยะเวลา/ช่วงเวลา ที่เหมาะสมในการเก็บเซลล์มาตรวจ

(1) ในวัยเจริญพันธุ์ แนะนำให้มารับตรวจ ในระยะกึ่งกลางของรอบเดือน เนื่องจากระยะนี้จะเป็นระดับที่ฮอร์โมนเอสโตรเจนสูง (high estrogen level) ซึ่งภาวะนี้จะมีจำนวน endocervical cell ออกมามาก

(2) Post menopausal women มี low estrogen จะมี endocervical cell ออกมาน้อย รับการตรวจได้ทุกเวลา

(3) ในรายที่กำลังได้รับการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมน มารับการตรวจทุก ระยะ

(4) ในรายที่มีเลือดออกตลอดเวลา ไม่ควรจะรอจนเลือดหยุด เพราะ เลือดอาจไม่หยุด ควรมารับการตรวจหรือปรึกษาแพทย์ทางสูตินรีเวช แพทย์จะให้ยาบางชนิด เพื่อให้เลือดหยุดชั่วคราว

3) ผู้รับการตรวจ การเตรียมตัว / ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง การเตรียมตัวก่อนรับ การตรวจ Pap smear

(1) ต้องไม่มีการตรวจภายในมาก่อน (ในช่วง 24 ชั่วโมง) เพราะอาจมี สารหรือยาปนเปื้อนอยู่ และไม่มีการเหน็บยาในช่องคลอดก่อนมาตรวจ 48 ชั่วโมง

(2) ห้ามล้างหรือทำความสะอาดในช่องคลอดภายใน 48 ชั่วโมง ก่อนมา ตรวจเพราะอาจไม่มีเซลล์เหลือให้ตรวจ

(3) งดการมีสัมพันธ์ ก่อนมารับการตรวจ 48 ชั่วโมง

(4) ถ้ายังอยู่ในระหว่างการรักษาปากมดลูกอักเสบ (cervicitis) ให้รักษา ก่อน แล้วจึงทำ Pap smear ซ้ำภายใน 4 – 6 สัปดาห์

4) อุปกรณ์ ที่ใช้ในการตรวจถูกต้องและเหมาะสม

(1) เตียง ใช้เตียงตรวจภายในธรรมดา อาจใช้เตียงสำหรับตรวจโรคธรรมดา ก็ได้และมีสิ่งช่วยหนุนกันคนไข้ให้สูงขึ้น

(2) ไฟ ควรเป็นชนิดรวมแสง ส่องเฉพาะที่

(3) ถุงมือ ขนาดต่างๆ ที่เหมาะสมกับขนาดมือผู้ที่ทำการตรวจ

(4) Speculum ขนาดต่างๆ ตั้งแต่ เล็ก กลาง ใหญ่

(5) Spatula สำหรับเก็บหรือป้ายเอาเซลล์ที่ต้องการตรวจ จะต้องมีความเหมาะสมสามารถเก็บเซลล์จากจุดก้นของมดลูกทั้ง จากปากมดลูกส่วนนอก (ectocervix) ส่วนใน (endocervix) และ t-Zone

(6) แผ่นกระจกใส (Frosted end glass slide) สำหรับป้ายเซลล์ ลักษณะ ของแผ่น slide คือ มีปลายด้านหนึ่งเป็นฝ้าย เพื่อเขียน ชื่อ นามสกุล อายุ และวันที่ตรวจโดยเขียนด้วย ดินสอดำ ห้ามใช้หมึกทุกชนิด

(7) น้ำยารักษาสภาพเซลล์ (Fixative) โดยใช้ Alcohol 95% อย่างเดียว หรือ Ether ผสม กับ Alcohol 95% หนึ่งต่อหนึ่งส่วน

- (8) ภาชนะสำหรับใส่ slide ใต้น้ำยารักษาสภาพเซลล์ ใช้ขวดที่มีฝาปิด
- (9) น้ำทำความสะอาดบริเวณ Vulva ก่อนใส่ Speculum
- (10) สำลี ผ้าก๊อซ และไม้พันสำลี ชนิดก้านยาว
- (11) ผ้าคลุม สำหรับคลุมหน้าห้องและขาทั้งสองข้าง

5) กระบวนการจัดการสไลด์ Pap smear ถูกต้องตามหลักวิธีกระบวนการจัดการสไลด์ Pap smear จะต้องเริ่มตั้งแต่การซักประวัติข้อมูลที่จำเป็น และเกี่ยวข้อง การเก็บ Specimen และการเตรียม Slide (Specimen collection and preservation)

(1) Clinical information and specimen Labeling มีการซักประวัติและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยทางเซลล์วิทยาอย่างครบถ้วนหรือเพียงพอ เช่น

- ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ (วัน เดือน ปีเกิด) เลขประจำตัวประชาชน ที่อยู่ สถานที่ตรวจ วันที่ตรวจ ผู้ทำ smear
- ข้อมูลทางนรีเวช ต้องระบุว่าส่งตรวจ (Specimen) ได้มาจากส่วนใด (Vaginal, Cervical, Endocervical, Endometrium หรือส่วนอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้) ประวัติการตั้งครรภ์ การมีประจำเดือน และการคุมกำเนิด
- ข้อมูลประวัติการรักษา การผ่าตัดของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ประวัติการรับการรักษารังสี การใช้ฮอร์โมน estrogen

(2) Proper preservation มีการจัดการกับ slide อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดย

- เตรียม slide 1 แผ่น ต่อผู้รับการตรวจ 1 คน เขียน รายละเอียดลงบนส่วนฝา โดยใช้ดินสอ HB เขียน ชื่อ นามสกุล อายุ หรือสถานที่ทำการตรวจ
- การป้ายเซลล์บน slide ต้องทำอย่างเบา มือ นุ่มนวลและรวดเร็ว ป้ายบาง ๆ โดยวาง Spatula ด้านปลายแหลมที่ขอบด้านหนึ่งของ slide ตรงระดับต่ำกว่ารอยฝาประมาณ 1 เซนติเมตร วางให้นาบและขนานไปบน slide แล้วค่อย ๆ ลาก Spatula ไปทางปลายด้านในของ slide ต้องป้ายในทิศทางเดียวกัน ห้ามป้ายแบบถูไปถูมา เพราะจะเป็นการบดขยี้เซลล์ทำให้รูปร่างของเซลล์เปลี่ยนไป ใ้หรับแช่ลงในน้ำรักษาสภาพเซลล์โดยเร็ว หรือถ้าจะใช้แบบพ่นก็ต้องรีบทำโดยเร็ว เพราะถ้าช้า smear จะแห้ง และอ่านผลไม่ได้

(3) Specimen adequacy มีการเก็บเซลล์ได้ตรงตามตำแหน่ง และมีปริมาณมากพอเพียง

(4) Timeliness of specimen delivery ดำเนินการจัดส่ง slide ไปให้หน่วยอ่านเซลล์วิทยา และหน่วยอ่านเซลล์วิทยาคำเนิการอ่านผล ภายในเวลาที่เหมาะสมโดยที่

เซลล์ยังอยู่ในสภาพที่ดี โดยจุ่ม slide ในน้ำยา (Alcohol 95%) ทันทีกึ่งไว้อย่างน้อย 30 นาที ในกรณีส่งแบบเปียก ให้ใส่ภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด ป้องกันการระเหยของน้ำยา ถ้าส่งแบบแห้ง นำ slide มาผึ่งให้แห้ง ในอุณหภูมิห้อง จากนั้นนำมาบรรจุในวัสดุป้องกันการแตก ส่งห้องปฏิบัติการ พร้อมใบนำส่ง ภายใน 7 วัน

(5) ความชำนาญ/คุณภาพ ของผู้อ่านเซลล์วิทยา ในส่วนของ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่เป็นหน่วยอ่านเซลล์ ก็ได้รับการฝึกอบรมในบทบาทหน้าที่เช่นเดียวกันกับ หน่วยบริการ ที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้กระบวนการของการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สรุป การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการ แปป สเมียร์ เป็นวิธีการที่ใช้ทรัพยากรบุคคล ดังนั้นการที่จะลดความผิดพลาด ควรมีความระมัดระวังและปฏิบัติตามวิธีที่ถูกต้อง ตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วย การเก็บเซลล์ และกระบวนการจัดการสไลด์ ผู้ที่ทำหน้าที่ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต้องปฏิบัติให้ถูกต้อง ตามขั้นตอน อย่างมีคุณภาพ เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการ

2.10 แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.10.1 นโยบายการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ธีรวุฒิ กุหะเปรมะ 2549) จากสาเหตุที่โรคมะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในสตรีไทย ถ้าหากยังไม่มีการควบคุมโรค จะทำให้อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) โดยกำหนดเป้าหมายสตรีอายุ 35 - 59 ปี ร้อยละ 80 ต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร และรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปีละ 1 ครั้ง ซึ่งหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ ได้ดำเนินการตามนโยบาย แต่ผลการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยในปี 2544 พบว่า สตรีอายุ 35 - 59 ปี ทั่วประเทศ ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 28.93 (กระทรวงสาธารณสุข 2539) สาเหตุเนื่องมาจากความกลัว และความอายในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งยังขาดความรู้และไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนี้อย่างที่ควร ต่อมาในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) จึงได้มีนโยบายลดอัตราการตาย และอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย ร้อยละ 50 โดยดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี) ให้ครอบคลุมอย่างน้อย ร้อยละ 60 เพราะการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก นอกจากจะก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจค่อนข้างสูง มีผลกระทบทางด้านสังคมแล้ว ยังมีผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างมากต่อผู้ป่วยและครอบครัว การที่สามารถตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก

ก็จะเป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ ซึ่งนอกจากจะประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แล้วยังส่งผลประหยัดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยรวมของประเทศอีกด้วย

สรุป นโยบายการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการลดอัตราการตาย และอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย ให้ลดลง โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60

2.10.2 แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2548) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เป็นหน่วยงานหลักในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Control Programme) ได้เห็นความสำคัญของการลดอัตราการตาย และอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูก จึงได้ร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั่วประเทศโดยดำเนินการทั้ง 75 จังหวัด (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) โดยเริ่มดำเนินโครงการตั้งแต่ พ.ศ. 2548 กำหนดระยะเวลาในการดำเนินการ 5 ปี การเริ่มต้นตรวจคัดกรองสตรีไทยตั้งแต่อายุ 35 ปี จึงเป็นช่วงอายุที่เหมาะสม และเพื่อการง่ายต่อการควบคุมและดูแลข้อมูล ได้อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็น ต้องแบ่งอายุ ของสตรีกลุ่มเป้าหมาย ออกเป็นอายุ 35, 40, 45, 50 และ 60 ปี เป็นการคัดกรอง (Screening) ในกลุ่มผู้ที่คาดว่าไม่มีอาการ ใดๆ ได้รับการคัดกรอง 1 ครั้ง ทุก 5 ปี ซึ่งเป็นโครงการเชิงรุก โดยมีเป้าหมายการคัดกรองอย่างน้อย ร้อยละ 60 ของสตรีกลุ่มเป้าหมาย ส่วนสตรีที่อยู่นอกเหนือกลุ่ม อายุ 35 - 60 ปี ก็แนะนำให้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกตามปกติปีละ 1 ครั้ง หรือถ้ามีอาการผิดปกติ ก็ให้พบแพทย์ เพื่อรับการตรวจ โดยไม่คำนึงถึงกลุ่มอายุ

วิธีการตรวจคัดกรองกรอมะเร็งปากมดลูกที่ใช้ในโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มี 2 วิธี คือ

1) วิธี แปป สเมียร์ (Pap Smear) จะทำในสตรีที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และมีอายุครบ 35, 40, 45, 50 และ 60 ปี ตามปี พ.ศ. นั้น ๆ ครอบคลุมทั้ง 75 จังหวัด

2) วิธี VIA (Visual inspection with acetic acid) เป็นวิธีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการใช้น้ำส้มสายชู (กรดอะซิติก) โดยจะทำในสตรีที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก กลุ่มอายุ 30 - 34 ปี อายุ 36 - 39 ปี และอายุ 41 - 44 ปี เฉพาะใน 13 จังหวัด ครอบคลุม ทุกอำเภอที่ดำเนินการ ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดหนองคาย จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดยโสธร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดอุดรดิษฐ์ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดน่าน จังหวัดเพชรบูรณ์ จังหวัดตาก จังหวัดกระบี่ และจังหวัดลพบุรี และอีก 5 อำเภอ ได้แก่ (1) อำเภอ วัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก (2) อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี (3) อำเภอนิคมน้ำอ้อม จังหวัด

มูกตาหาร (4) อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม (5) อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ (คู่มือแนวทางการดำเนินงาน โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 75 จังหวัด 2549)

สรุป แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทย โดยมีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 35, 40, 45, 50 และ 60 ปี อย่างน้อย ร้อยละ 60 ต้องได้รับการตรวจคัดกรอง 1 ครั้ง ทุก 5 ปี วิธีที่ใช้ในการตรวจ คัดกรอง ได้แก่ วิธี แปป สเมียร์ และวิธี VIA

แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจังหวัดนครศรีธรรมราช

จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตามโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 75 จังหวัด ได้กำหนดให้สถานีอนามัย 251 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 18 แห่ง ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกลุ่มเป้าหมายสตรี โดยจะทำในสตรีที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก อายุ 35, 40, 45, 50, 55, 60 ปี ด้วยวิธี แปป สเมียร์ (Pap smear) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ และ วิธี VIA (Visual inspection with acetic acid) เป็นวิธีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการใช้น้ำส้มสายชู (กรดอะซิติก) โดยจะทำในสตรีที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก กลุ่มอายุ 30 - 34 ปี อายุ 36 - 39 ปี และ อายุ 41 - 44 ปี โดยมีการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานการตรวจมะเร็งปากมดลูก ทุกแห่ง จัดการอบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก และฝึกทักษะในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี แปป สเมียร์ และวิธี VIA ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีกลุ่มเป้าหมาย ทั้งแบบเชิงรุกและเชิงรับ รวมทั้งมีการให้ความรู้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำสุขภาพในชุมชน โดยจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพการติดตามการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม ในชุมชน (วิทยากรชุมชน) ทุกอำเภอ เพื่อเป็นการช่วยกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และสนับสนุน เครื่องมือ วัสดุ/อุปกรณ์ สื่อประชาสัมพันธ์ เพื่อเชิญชวนให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เพื่อเป็นการค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก และช่วยลดผู้ป่วยในระยะลุกลาม ลดอัตราการเกิด อัตราตายจากโรคมะเร็ง จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ ดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ควบคู่ไปพร้อมกัน โดยคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมาย ไปรับบริการครั้งเดียวจะได้รับการทั้ง การตรวจเต้านมและตรวจ แปป สเมียร์ (Pap Smear) ซึ่งกลวิธีในการดำเนินงาน ได้ปฏิบัติตามแผนงานที่กำหนดไว้เป็น ขั้นตอนดังนี้

1. ให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกแก่ประชาชนและให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งในและนอกสถานบริการ ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ
2. อบรมเชิงปฏิบัติการ ฟื้นฟูความรู้และเทคนิคที่ถูกต้องในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่เซลล์วิทยาระดับ โรงพยาบาลชุมชน

3. นิเทศ ติดตาม ประเมินผล และแก้ไขปัญหาอุปสรรค การดำเนินงานตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก

สรุป แนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของจังหวัด นครศรีธรรมราช ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งแบบเชิงรุกและเชิงรับ ดำเนินงาน ควบคู่ไปกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมาย ไปรับบริการครั้งเดียวจะ ได้รับบริการทั้ง การตรวจเต้านมและตรวจ แปป สเมียร์ (Pap Smear) โดยกำหนดเป้าหมายการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรี อายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60

2.11 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการมีส่วนร่วมการ ดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากรายละเอียดข้างต้น การดำเนินงานป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกเป็น บทบาทหนึ่งที่สถานบริการสาธารณสุข จะต้องดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย เพื่อป้องกันและควบคุม โรคมะเร็งปากมดลูก โดยกำหนดบทบาท ให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ดังนี้

1. สำรวจครอบครัว ชุมชน เพื่อค้นหากลุ่มเป้าหมายที่ต้องตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกในพื้นที่
2. จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ สตรีอายุ 35, 40, 45, 50, 55, 60 ปี เพื่อ สะดวกในการติดตาม (ดูตามข้อมูลทะเบียนราษฎรที่ โรงพยาบาลจัดส่งให้ในแต่ละพื้นที่)
3. ประชุมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก แก่แกนนำสุขภาพครอบครัว สตรี กลุ่มเป้าหมาย และประชาชนทั่วไป
4. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผ่านทาง ผู้นำชุมชน ที่ประชุมของหมู่บ้านในชุมชน สื่อต่าง ๆ ในชุมชน
5. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยกำหนดวันให้บริการที่ชัดเจน ในหมู่บ้าน/สถานบริการสาธารณสุข เพื่อนัดให้ผู้มารับบริการ ตามวันเวลาที่กำหนด
6. ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในรายที่ไม่ไปตามนัด เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีกำลังใจ และเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่ออาสาสมัคร สาธารณสุข
7. ประเมินผลงานโดยเปรียบเทียบผู้รับบริการกับกลุ่มเป้าหมาย

สรุป การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การสำรวจ ค้นหาสตรีกลุ่มเป้าหมาย ที่มีอายุ 35, 40, 45, 50, 55

และ 60 ปี โดยมีการจัดทำข้อมูลทะเบียนคัดกรองสตรีกลุ่มเป้าหมาย แล้ววางแผนการดำเนินงาน โดยมีการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ ประสานงานให้บริการตรวจแป๊ป สเมียร์ ที่ในหมู่บ้านหรือสถานบริการสาธารณสุข ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในรายที่ไม่ไปตาม รวมทั้งมีการประเมินผลงานของหมู่บ้านทุกเดือน

3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้บทบาท (Role Perception)

การแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์นั้นเป็นสิ่งที่ได้รับความสนใจจากนักคิดมาทุกยุคทุกสมัย ในเบื้องต้นได้ทราบว่ามนุษย์จะมีพฤติกรรมก็ต่อเมื่อมีแรงขับหรือแรงจูงใจ ทำให้มีการศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแรงขับหรือแรงจูงใจที่ทำให้มนุษย์แสดงออกถึงพฤติกรรมจนได้ พบว่านอกจากแรงจูงใจแล้วยังมีปัจจัยอื่นอีก การรับรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์เช่นกัน มีการศึกษาถึงการรับรู้ในแง่มุมต่าง ๆ ที่มีผลต่อการกระทำ หรือพฤติกรรมของมนุษย์ การรับรู้ในแง่หนึ่งที่เป็นที่สนใจ โดยเฉพาะการรับรู้ในการปฏิบัติงานนั้นคือ การรับรู้บทบาท การรับรู้บทบาทมาจากคำว่า “การรับรู้” และคำว่า “บทบาท” มีกระบวนการและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ และบทบาทได้ดังนี้

3.1 ความหมายของการรับรู้ (Perception) มีผู้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ ดังนี้

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ ให้ความหมายไว้ว่า การรับรู้หมายถึง การแสดงออกของความรู้ ความเข้าใจที่เกิดขึ้นในจิตใจของตน นอกจากนี้แล้วยังมีผู้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้อย่างมากมาย

นวลศิริ เปาโรหิตย์ และอุบลรัตน์ เฟิงสถิต (2528: 225) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการแปรความหมายของสิ่งเร้าที่มากระทบกับประสาทสัมผัสต่าง ๆ โดยผลการแปรความหมายจะขึ้นตรงกับประสบการณ์ในอดีตและสภาพจิตใจในปัจจุบันของบุคคล

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2528: 377) ที่กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลจะแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับอวัยวะที่ใช้ในการรับรู้ ได้แก่ ระบบประสาทรับความรู้สึกและสมองหรือประสบการณ์ในอดีต ความนึกคิดเกี่ยวกับตนเองภูมิหลังด้านชีวภาพ ด้านการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคม

สรุป การรับรู้หมายถึง การแปลความหมายสิ่งเร้าต่าง ๆ ด้วยความเข้าใจที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคล แล้วมีผลทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของสิ่งเร้าที่บุคคลได้รับรู้มา

3.2. กระบวนการรับรู้ (The Perception Process)

กระบวนการรับรู้ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรงกับการรับรู้ เป็นกระบวนการซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ อาจแบ่งการรับรู้ออกเป็นกระบวนการย่อยๆ ดังนี้

(1) สภาพแวดล้อมภายนอก หมายถึง สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่อาจเป็นสภาพแวดล้อมทางกายภาพ หรือสภาพแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรม การรับรู้ในขั้นตอนแรกจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าจากสภาพแวดล้อม

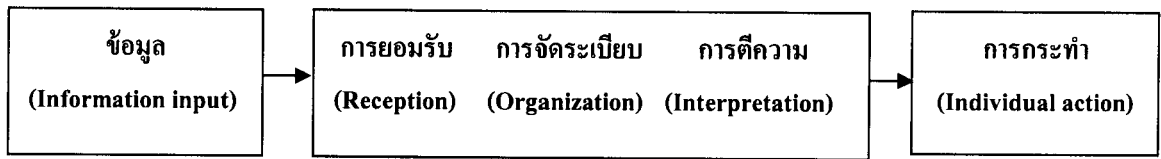
(2) การเผชิญหน้า (confrontation) การรับรู้ของบุคคลจะเริ่มเมื่อมีการเผชิญหน้ากับสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ว่าจะเป็นสิ่งเร้าทางกายภาพ หรือทางสังคมก็ตาม การรับรู้สิ่งเร้านั้นๆ จะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับตัวกรองความรู้สึกรับรู้ของบุคคลนั้นๆ การรับรู้ในขั้นนี้เป็นการรับรู้ข้อมูลดิบของสิ่งเร้าเท่านั้น ความรู้สึกนึกคิดในจิตใจของบุคคลยังไม่เกิดขึ้นจนกว่าขั้นตอนการคัดเลือกจะมีขึ้น

(3) การคัดเลือก เมื่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้ผ่านประสาทสัมผัสของบุคคลในขั้นตอนการเผชิญหน้าแล้ว บุคคลจะคัดเลือกให้ความสนใจในสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งหรือหลายอย่างตามทัศนคติของตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับตัวกรองทางจิตวิทยาซึ่งกำหนดว่าจะยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งเร้าใด บุคคลจะให้ความสำคัญกับสิ่งเร้าที่ตนเลือก ปัจจัยที่มีอิทธิพลในขั้นตอนนี้ ได้แก่ ลักษณะของสิ่งเร้า และลักษณะของผู้คัดเลือก

(4) การจัดระเบียบ เมื่อบุคคลได้คัดเลือกรับรู้ในสิ่งเร้าแล้วจะเกิดการจัดระเบียบของการรับรู้เพื่อเตรียมการในกระบวนการขั้นต่อไป ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดระเบียบของการรับรู้ในสิ่งเร้า ได้แก่ ความคล้ายคลึง ระยะทางใกล้ไกล และความเร็วของสิ่งเร้านั้น ๆ

(5) การตีความ เป็นขั้นตอนที่ตีความในสิ่งเร้าที่จัดระเบียบแล้ว ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตีความ ได้แก่ ลักษณะของสิ่งเร้า ลักษณะบุคคลลักษณะของกลุ่มที่บุคคลเป็นสมาชิก และจุดเด่นหรือจุดด้อยของบุคคล

เซอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์ และออสบอร์น (Schermerhorn Hunt & Osborn 2008: 83 อ้างใน บำรุง วงษ์นันทน์ 2552: 49) กล่าวว่าไว้ว่ากระบวนการรับรู้ เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาเบื้องต้นในการตีความสิ่งเร้าเพื่อสร้างประสบการณ์ การรับรู้เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกัน เมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าซึ่งเป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะตนเอง ดังภาพ ที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 กระบวนการรับรู้ของบุคคล (The perceptual process)

ที่มา: John R.Schermerhorn Jr., G Hunt and Richard N. Osborn. 2008: 83 “ Organization Behavior 10/E”

3.3 ความหมายของการรับรู้บทบาท ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

อลบานส์ และฟลีท (Albanese & Fleet, 1983, p. 51) ได้ให้ความหมายการรับรู้บทบาท หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ต้องกระทำที่แต่ละบุคคล เชื่อว่ามีความเหมาะสมในการที่จะปฏิบัติงานให้ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

ออร์แกน และ เบทแมน (Organ & Bateman, 1986: 267) กล่าวว่า การรับรู้บทบาท หมายถึง ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติในงานของบุคคลนั้น จากความหมายที่กล่าวมาอาจสรุปได้ว่า การรับรู้บทบาท หมายถึง ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งที่จะต้องปฏิบัติตามสถานภาพ หรือตำแหน่งที่บุคคลนั้นดำรงอยู่ ซึ่งลักษณะของบทบาทของบุคคลนั้น

บรูม และเซลส์นิก (Broom & Selnick, 1973, p. 36) ได้แบ่งออกเป็นลักษณะต่าง ๆ 3 ประการ ได้แก่

(1) บทบาทในอุดมคติ หรือสิ่งที่สังคมกำหนดไว้ (The socially perscribed or ideal role) เป็นบทบาทในอุดมคติ ที่มีกำหนดสิทธิหน้าที่ตามตำแหน่งทางสังคมไว้ ซึ่งบุคคลจะต้องปฏิบัติ บทบาทเช่น บทบาทของคนที่เป็นบิดา บทบาทของคนที่เป็นครู เป็นต้น

(2) บทบาทที่รับรู้ (The perceived role) เป็นบทบาทที่แต่ละบุคคลเชื่อว่าควรกระทำตามตำแหน่งหน้าที่ที่ได้รับ ซึ่งอาจจะไม่เหมือนบทบาทในอุดมคติหรืออาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

(3) ที่กระทำจริง (The perform role) เป็นบทบาทที่บุคคลได้กระทำไปจริง ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความคาดหวัง และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ตลอดจนความกดดัน และโอกาสในแต่ละสังคมในระยะเวลาหนึ่ง ๆ และยักรวมถึงบุคลิกภาพและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

การรับรู้บทบาทเป็นแนวทางที่บุคคลให้ความหมายของงานของเขา ประเภทของกำลังความพยายามที่เขาเชื่อว่าจะมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพและได้ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้บทบาทเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน หากมีการรับรู้บทบาทที่ไม่ถูกต้องแล้วผลการปฏิบัติงานจะเป็น

ศูนย์ ถึงจะมีความสามารถและแรงจูงใจในระดับสูงก็ตาม (Lyman W. Porter and Edward E. lawler 1975)

สรุป การรับรู้บทบาท จึงเป็นการรับรู้ในบทบาทของตนว่าควรจะมีบทบาทของตนเองได้ตามการรับรู้ที่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับความต้องการของบุคคล ทั้งนี้การรับรู้ในบทบาทและความต้องการของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะส่วนบุคคล ตลอดจนเป้าหมายในชีวิต และค่านิยมของบุคคลที่สวมบทบาทนั้น การรับรู้บทบาทที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง การรับรู้หน้าที่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการมีส่วนร่วมการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การสำรวจ ค้นหากลุ่มเป้าหมาย วางแผนการปฏิบัติงาน เผยแพร่ความรู้ ให้คำปรึกษา/แนะนำ จัดกิจกรรมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งการรายงาน และประเมินผลการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ (Motivation)

งานในชุมชนจะบรรลุถึงความสำเร็จตามเป้าหมายมากขึ้น เพียงโดยอ้อมขึ้นอยู่กับความร่วมมือ ร่วมใจของชุมชน การให้ความร่วมมือในการทำงาน จะบังเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าใจถึงความต้องการของมนุษย์ และสามารถเลือกใช้วิธีการจูงใจให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดความมั่นใจและเกิดความรู้สึกที่จะอุทิศตนเพื่องานได้ถูกต้อง ซึ่งการจูงใจนี้มีผลอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงานของบุคคลในชุมชน โดยเป็นที่ยอมรับกันว่าผลการปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคล ในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจเป็นแนวทางในการศึกษา ดังจะเสนอตามลำดับต่อไปนี้

4.1 ความหมายของแรงจูงใจ

คำว่า การจูงใจ (Motivation) มาจากคำว่า “Move” หมายถึง “การหมุน” การผลักดันจากภายในอำนาจที่ผลักดันหรือแรงจูงใจ (Motive) ซึ่งแรงจูงใจเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างขวัญ และกำลังใจในการทำงาน พฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์เราเกิดจากแรงจูงใจที่ทำให้เกิดความ ต้องการ และแสดงการกระทำ ออกมา ดังนั้นแรงจูงใจจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคน โดยตรง โดยปกติคนเรามีความสามารถจะกระทำอะไร ๆ ได้หลายอย่างหรือพฤติกรรมแตกต่างกันแต่พฤติกรรมเหล่านี้จะแสดงออกเพียงบางโอกาสเท่านั้น สิ่งที่จะดึงเอาความสามารถของคนออกมาใช้ คือ “แรงจูงใจ” คือ ชักจูงให้คนทำงานด้วยใจ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ใกล้เคียงกัน ดังนี้

Glolier International Dictionary (1992: 653) นิยามความหมายของ “การจูงใจ หมายถึง ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการแสดงพฤติกรรม”

เฮอริชเบิร์ก (Herzberg 1959) กล่าวว่า เหตุที่ทำให้คนทำงานมีความรู้สึกพอใจและไม่พอใจในงานก็คือ แรงจูงใจนั่นเอง

ทองใบ สุธาจารย์ (2543: 194) สรุปความหมายของการจูงใจ เป็นวิธีการที่จะทำให้บุคคลหนึ่งบุคคลใด ได้ใช้ความพยายามในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้เงื่อนไขที่สอดคล้องกับความต้องการและเป้าหมายส่วนบุคคล

จรัญ แสงเล็ก (2542: 33) ได้ให้ความหมายของ แรงจูงใจ ว่าเป็นความพยายามในการชักจูงบุคคลให้ปฏิบัติ และชักจูงให้บุคคลเกิดความเต็มใจในการทำงาน โดยมีสิ่งจูงใจเพื่อเพิ่มความพอใจให้กับผู้ปฏิบัติงานให้สูงขึ้น เพื่อบรรลุเป้าหมาย อันจะนำไปสู่การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งกระทำได้โดยการเข้าใจความต้องการของมนุษย์เป็นสิ่งแรกและตอบสนองความต้องการด้านงานของบุคคล

เนาวรัตน์ รัตนสาม (2542: 41) ได้สรุปว่า แรงจูงใจ คือ แรงขับหรือแรงกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

กาญจนา วสุศิริกุล (2540: 20) ได้ให้ความหมายของการจูงใจไว้ว่า การจูงใจ คือ การกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดแรงจูงใจในการทำงานทั้งทางบวกและทางลบการใช้สิ่งจูงใจแบบใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับบุคคลและสถานการณ์ การศึกษาถึงธรรมชาติและความต้องการของมนุษย์จะเป็นแนวทางสำคัญที่จะทำให้ผู้บริหารสามารถสร้างแรงจูงใจให้เกิดขวัญ และกำลังใจในการปฏิบัติงาน

สมศักดิ์ สุเมธยาจารย์ (2542: 37) ได้สรุปว่า ปัจจัยจูงใจ หมายถึง สิ่งจูงใจที่ทำให้เกิดความพอใจในงานที่ปฏิบัติ ตั้งใจทำงานโดยใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่ เพื่อให้งานประสบผลสำเร็จ ได้แก่ ความสำเร็จของงาน ความนับถือยกย่อง ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ โอกาสก้าวหน้าที่กระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพอใจในการปฏิบัติงาน แสดงพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

สรุปได้ว่า แรงจูงใจ หมายถึง ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้บุคคลแสดงพฤติกรรมในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร โดยตอบสนองความต้องการและเป้าหมายส่วนบุคคลด้วย

4.2 ทฤษฎีแรงจูงใจ

แรงจูงใจมีความสำคัญในการเร้าให้เกิดพฤติกรรมที่พึงปรารถนา นักวิชาการได้พยายามศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจมนุษย์ และสร้างทฤษฎีการจูงใจไว้มากมาย ในการศึกษาครั้งนี้ขอเสนอแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ ดังนี้

4.2.1 ทฤษฎีความต้องการ: ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs) อ้างในศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2545: 311 - 312) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ มองความต้องการของมนุษย์เป็นลักษณะลำดับขั้นจากระดับต่ำสุดไปยังระดับสูงสุด ซึ่งมี 5 ระดับดังนี้

ระดับที่ 1 ความต้องการด้านร่างกาย เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อความอยู่รอด เช่น อาหาร น้ำ ความอบอุ่น ที่อยู่อาศัย การนอน และการพักผ่อน

ระดับที่ 2 ความต้องการความมั่นคงหรือความปลอดภัยความต้องการเหล่านี้เป็นความต้องการที่จะเป็นอิสระจากอันตรายทางกาย และความกลัวต่อการสูญเสียงาน ทรัพย์สิน อาหาร หรือที่อยู่อาศัย

ระดับที่ 3 ความต้องการการยอมรับ หรือความผูกพัน หรือความต้องการทางสังคม เนื่องจากบุคคลอยู่ในสังคมจึงต้องการการยอมรับจากบุคคลอื่น

ระดับที่ 4 ความต้องการการยกย่อง ตามทฤษฎีของมาสโลว์เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการการยอมรับแล้ว จะต้องการการยกย่องจากตัวเอง และจากบุคคลอื่น ความต้องการนี้เป็นการพึงพอใจในอำนาจ ความภาคภูมิใจ สถานะ และความเชื่อมั่นในตนเอง

ระดับที่ 5 ความต้องการความสำเร็จในชีวิต เป็นความต้องการในระดับสูงสุด เป็นความปรารถนาที่จะสามารถประสบความสำเร็จ เพื่อที่จะมีศักยภาพและบรรลุความสำเร็จในสิ่งใดสิ่งหนึ่งในระดับสูงสุด

4.2.2 ทฤษฎีความต้องการ: ทฤษฎีความต้องการที่แสวงหาของเดวิด แมคคิลีแลนด (McClelland's acquired-needs theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความต้องการของมนุษย์โดยที่มุ่งความปรารถนาเพื่อความสำเร็จ อำนาจ และความผูกพัน ซึ่งบุคคลมีการพัฒนาสิ่งนี้ขึ้น โดยเป็นผลจากประสบการณ์ของชีวิต (Certo, 2000: 555) เป็นทฤษฎีซึ่งเสนอว่าความต้องการที่แสวงหาการเรียนรู้ โดยอาศัยชีวิต และการที่บุคคลมุ่งที่ความต้องการเฉพาะอย่างมากกว่าความต้องการอื่น ๆ ดังนั้น ความต้องการเพื่อความสำเร็จจึงเป็นความปรารถนาที่จะบรรลุเป้าหมาย ซึ่งมีลักษณะท้าทายและเยี่ยมยอด ความต้องการอำนาจเป็นความปรารถนาที่จะมีอิทธิพลหรือควบคุมบุคคลอื่น ความต้องการเพื่อความผูกพันเป็นความปรารถนาที่จะกำหนดความผูกพันส่วนตัวกับบุคคลอื่น ทฤษฎีนี้แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจของการจูงใจซึ่งมีรูปแบบการจูงใจอยู่บนความต้องการพื้นฐาน 3 ประการ คือ ความต้องการความสำเร็จ ความต้องการอำนาจ ความต้องการความผูกพัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ความต้องการความสำเร็จ บุคคลที่ต้องการความสำเร็จสูงจะมีความปรารถนาอย่างรุนแรงที่จะประสบความสำเร็จและกลัวต่อความล้มเหลว ต้องการการแข่งขันและ

กำหนดเป้าหมายที่ยากลำบากสำหรับตนเอง มีทัศนคติชอบเสี่ยงแต่ไม่ชอบการพนัน พอใจที่จะวิเคราะห์ และประเมินปัญหา มีความรับผิดชอบเพื่อให้งานสำเร็จลุล่วง มีการป้อนกลับในการทำงาน และมีความปรารถนาจะทำงานให้ดีกว่าบุคคลอื่นตลอดจนแสวงหาหรือพยายามรับผิดชอบในการค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาที่ดีที่สุด

2) ความต้องการอำนาจ พบว่าบุคคลที่มีความต้องการอำนาจสูงจะมีความเกี่ยวข้องกับอิทธิพลและการควบคุม บุคคลเช่นนี้จะต้องการความเป็นผู้นำ เป็นนักพูด เป็นผู้ที่ต้องการให้เหนือกว่าบุคคลอื่น เป็นกลุ่มที่แสวงหา หรือค้นหาวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด ชอบสอน และชอบพูดในที่ชุมชน ชอบแข่งขันเพื่อให้สถานภาพสูงขึ้น และจะกังวลเรื่องอำนาจมากกว่าการทำงานให้มีประสิทธิภาพ

3) ความต้องการความผูกพัน บุคคลที่มีความต้องการในข้อนี้สูงจะพอใจกับการเป็นที่รัก และมีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดจากการต่อต้านโดยสมาชิกกลุ่มสังคม เขาจะรักษาความสัมพันธ์อันดีในสังคม พอใจในการให้ความร่วมมือมากกว่าการแย่งชิง และพยายามสร้างและรักษาสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ตลอดจนต้องการสร้างความเข้าใจอันดีจากสังคมที่เขาเป็นสมาชิกอยู่

4.2.3 ทฤษฎีแรงจูงใจของเฮร์ซเบิร์ก (Herzberg's Theory 1959: 67 - 70) หรือทฤษฎี 2 ปัจจัย (Two-factors Theory) ทฤษฎีนี้เป็นที่นิยมมากเนื่องจากเป็นทฤษฎีที่สรุปความต้องการของคนในองค์การที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานและความไม่พึงพอใจในงาน โดยมีแนวคิดว่าคุณสมบัติที่มีความพึงพอใจในการทำงาน จะแสดงออกถึงความรู้สึกพอใจในการที่ได้ทำงานมากกว่าบุคคลที่ไม่มีความพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งความรู้สึกของบุคคลที่มีความพึงพอใจ และไม่พึงพอใจไม่ได้มาจากปัจจัยกลุ่มเดียวกัน แต่มีเหตุมาจากปัจจัย 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยลักษณะงานหรือปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) และปัจจัยสภาพแวดล้อมในงาน หรือปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors) มีรายละเอียดดังนี้

1) ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) หมายถึง องค์ประกอบที่เกี่ยวกับลักษณะของงานนำไปสู่การพัฒนาทัศนคติด้านบวกและการจูงใจ ปัจจัยเหล่านี้มีผลให้ผลผลิตของงานเพิ่มขึ้น ประกอบด้วย

(1) ความสำเร็จของงาน (Achievement) หมายถึง การที่บุคคลสามารถทำงาน แก้ปัญหา มองเห็นผลงาน ความชัดเจนของงาน เป็นความสำเร็จที่วัดได้จากการปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมายตามกำหนดเวลา ความสามารถในการแก้ปัญหาในการปฏิบัติงานและความพอใจในผลของการปฏิบัติงานนั้น

(2) การยอมรับนับถือ (Recognition) หมายถึง การได้รับการยอมรับหรือเห็นด้วยกับความสำเร็จ การได้รับการชมเชยก่อนหรือหลังเสร็จสิ้นงาน หรือการดำเนินงานจากผู้บังคับบัญชาผู้ร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชาและบุคคลอื่น ๆ

(3) ลักษณะงาน (Work Itself) หมายถึง งานที่กำหนดเวลา หรือยืดหยุ่นได้ เป็นงานที่ก่อให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ลักษณะเนื้องานเป็นงานที่ซับซ้อน มีความยุ่งยาก ทำทายความสามารถ เป็นงานที่มีคุณค่าต้องใช้ทักษะเฉพาะ

(4) ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง สามารถจัดลำดับความสำคัญของงานได้เอง การได้รับมอบหมายงานใหม่ ๆ ความตั้งใจ ความสำนึกในอำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบ มีอิสระในการปฏิบัติงาน ตลอดจนมีอำนาจตัดสินใจได้อย่างเต็มที่

(5) โอกาสก้าวหน้าในงาน (Advancement) หมายถึง ผลหรือการมองเห็น การเปลี่ยนแปลงในสถานภาพของบุคคลหรือตำแหน่งในหน้าที่ทำงาน โอกาสในการเลื่อนตำแหน่งหรือระดับที่สูงขึ้น ได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถ ทักษะในการปฏิบัติงาน โดยการศึกษาต่อการฝึกอบรมและการดูงาน

2) ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors) หมายถึง ปัจจัยอันเป็นสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ช่วยป้องกันความไม่พึงพอใจของคนทำงาน ปัจจัยนี้ไม่ทำให้ผลผลิตมากขึ้น แต่ป้องกันมิให้ผลการปฏิบัติงานลดลง ตามทฤษฎีของเฮอรัซเบิร์ก (1959) ประกอบด้วย

(1) เงินเดือนและค่าตอบแทน (Salary and Compensation) หมายถึง ความเหมาะสมของอัตราเงินเดือน ขึ้นเงินเดือนและผลตอบแทนจากการทำงาน เช่น ค่าจ้าง เงินเดือน ค่าตอบแทน รวมทั้งสวัสดิการ ประโยชน์เกื้อกูลอื่น ๆ รวมทั้งการได้รับการพิจารณาความคิดเห็นความชอบที่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบ

(2) นโยบายและการบริหารงาน (policy and Administration) หมายถึง ความสามารถในการจัดการและการบริหารงาน การจัดลำดับเหตุการณ์ต่าง ๆ ของการทำงานซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงนโยบายของหน่วยงาน การบริหารงาน การจัดระบบงานของผู้บังคับบัญชา การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย เพื่อให้บุคคลดำเนินงานได้ถูกต้อง มีการใช้ข้อมูลสารสนเทศในการบริหารงานได้ครอบคลุม ถูกต้องตรวจสอบได้

(3) การบังคับบัญชา (Supervision - Technical) หมายถึง ความรู้ ความสามารถของผู้บังคับบัญชาในการดำเนินงานหรือความยุติธรรมในการบริหารงาน อาจรวมถึงความเต็มใจ หรือไม่เต็มใจของผู้บังคับบัญชาในการที่จะให้คำแนะนำ หรือมอบหมายความรับผิดชอบต่าง ๆ ให้แก่ลูกน้อง เป็นการกระจายงาน

(4) ความมั่นคงในงาน (Job Security) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการปฏิบัติงานด้านความมั่นคงในตำแหน่ง ความมั่นคงในอาชีพการงานและความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

(5) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation) หมายถึง การติดต่อกัน ไม่ว่าจะเป็นทางกิริยา การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับคนอื่น ๆ ทั้งกิริยา ท่าทางหรือวาจา ได้แก่ ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และผู้ใต้บังคับบัญชาในสถานการณ์ต่าง ๆ การร่วมมือปฏิบัติงาน การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การสนับสนุนและการปรึกษาหารือ ความเป็นมิตรในกลุ่มงาน

(6) สภาพแวดล้อมในการทำงาน (Working Condition) หมายถึง สภาพทางกายภาพที่เหมาะสมในการทำงาน ได้แก่ สภาพแวดล้อม สถานที่ทำงานสะอาด สงบเงียบ เครื่องมือเครื่องใช้สะอาดปราศจากโรค วัสดุอุปกรณ์ทันสมัย มีเทคโนโลยีสมัยใหม่อำนวยความสะดวกสบายในการทำงาน สิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานต่าง ๆ ตลอดจนครอบคลุมถึงความสมดุลของปริมาณงานกับจำนวนบุคลากร

ทฤษฎีของเฮอริชเบิร์ก (Herzberg's Theory) นี้สิ่งที่สำคัญ คือ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและไม่พึงพอใจนั้นมาจากปัจจัยที่ต่างกัน จุดอ่อนขององค์ประกอบด้านปัจจัยจ้ำจูนในระดับหนึ่งนั้นสามารถทดแทนได้หรือชดเชยได้ โดยการจัดการเพิ่มองค์ประกอบทางด้านปัจจัยจูงใจ แต่ในทางตรงกันข้ามองค์ประกอบทางด้านปัจจัยจ้ำจูนนั้นจะไม่สามารถทดแทนองค์ประกอบด้านปัจจัยจูงใจได้เลย ซึ่งทฤษฎีนี้ถือเป็นทฤษฎีการจูงใจในการทำงานที่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในวงการบริหาร

จากหลาย ๆ ทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมหรือการแสดงออกของบุคคลเกิดได้จากหลายปัจจัยหรือหลายสาเหตุ แต่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้นำทฤษฎีของ เฮอริชเบิร์ก (Herzberg's Theory) มาใช้ เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่สรุปความต้องการของคนในองค์การที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานและความไม่พึงพอใจในงาน โดยเลือกศึกษาปัจจัยจูงใจและปัจจัยจ้ำจูนทุกตัวตามทฤษฎีดังกล่าว มาศึกษาว่ามีผลต่อการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นอย่างไร

4.3 สิ่งจูงใจในการปฏิบัติงาน

บาร์นาร์ด (Barnard อ้างถึง จุฑาทิพย์ อุดคณทิ 2551: 34) กล่าวถึงสิ่งจูงใจซึ่งหน่วยงานหรือผู้บริหารของหน่วยงานใช้เป็นเครื่องกระตุ้นบุคคลให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานไว้ 8 ประการ ดังนี้

1) สิ่งจูงใจที่เป็นวัตถุ ได้แก่ เงิน สิ่งของ หรือสภาวะทางกาย ที่ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานเป็นการตอบแทน หรือเป็นรางวัลที่ได้ปฏิบัติงานมาเป็นอย่างดี

2) สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่วัตถุ เป็นสิ่งจูงใจที่สำคัญในการส่งเสริมให้มีความร่วมมือในการทำงาน ซึ่งบุคคลจะได้รับแตกต่างจากบุคคลอื่น เช่น เกียรติภูมิ ตำแหน่ง การมีอำนาจ เป็นต้น

3) สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ได้แก่ สถานที่ทำงาน เครื่องมือเครื่องใช้ในสำนักงาน สิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงานก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน

4) สมรรถภาพของหน่วยงาน

5) ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ถ้ามีความสัมพันธ์ที่ดีจะทำให้เกิดความผูกพันและความพอใจร่วมงานกับหน่วยงาน

6) การปรับสภาพการทำงานให้เหมาะสม ปรับวิธีการทำงานให้สอดคล้องกับความสามารถของบุคคล

7) เปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในงาน

8) ความมั่นคงในการทำงาน

คูเปอร์ (Cooper 1958) ถือว่าสิ่งที่ทำให้มนุษย์ต้องการทำงานจะมี แรงจูงใจอยู่ 7 อย่าง คือ

1) ทำงานที่เขาสนใจ

2) มีอุปกรณ์ที่ดีในการทำงาน

3) มีค่าจ้างเงินเดือนที่ยุติธรรม

4) มีโอกาสก้าวหน้าในงานที่ทำ

5) มีสภาพการทำงานที่ดี รวมทั้งชั่วโมงการทำงาน และสถานที่ที่เหมาะสม

6) ความสะดวกในการไปกลับ รวมทั้งสวัสดิการอื่นๆ

7) การทำงานร่วมกับผู้อื่นทั้งผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานที่เขายกย่องนับถือ

4.4 ประเภทการจูงใจ

วิธีการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติกรอย่างใดอย่างหนึ่งนั้น อาจมีแนวทางหรือกลวิธีหลายอย่างต่างกันสุดแต่ผู้บริหาร หรือหัวหน้าจะเลือกสรรใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะของบุคคล ลักษณะของงาน และบรรยากาศ แห่งการปฏิบัติงานนั้น ๆ อย่างไรก็ตามเราก็สามารถจำแนกวิธีจูงใจออกเป็นประเภทใหญ่ๆได้ 2 ประเภท (สมยศ นาวิการ 2540: 345-347) คือ

4.4.1 การจูงใจทางบวก (Positive Motivation) การจูงใจประเภทนี้เป็นการใช้ "ไม้หอม" กล่าวคือ จูงใจให้บุคคลหรือผู้ร่วมงานโดยวิธีการให้รางวัล หรือส่งเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงานเช่น การให้รางวัลเมื่อปฏิบัติงานดี เลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง ตลอดจนการจัดสภาพการปฏิบัติงานให้ดี การยกย่องชมเชยการปฏิบัติงาน เป็นต้น

4.4.2 การจูงใจทางลบ (Negative Motivation) การจูงใจแบบนี้เป็นการใช้ "ไม้แฉิ่ง" ซึ่งเป็นการจูงใจบุคคลหรือผู้ร่วมงานโดยวิธีขู่บังคับและลงโทษ เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นปฏิบัติตาม โดยอาศัยความเกรงกลัวเป็นพื้นฐาน เช่น การลงโทษทางวินัย การโยกย้าย และการตัดอัตราค่าจ้าง และเงินเดือน เป็นต้น ข้อมเป็นที่ประจักษ์แจ้งแล้วว่า สิ่งจูงใจเป็นปฐมเหตุทำให้เกิดผลต่าง ๆ ใน

พฤติกรรมของการปฏิบัติงาน ดังนั้นการบริหารงานที่ดีจึงควรจัดให้มีระบบการจูงใจที่ดี ซึ่งต้องอาศัยสิ่งจูงใจที่ดี ถูกต้อง และเหมาะสมด้วย

4.5 การสร้างแรงจูงใจ

การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน เพื่อให้บุคคลได้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล เกิดความสุขในการทำงาน มี 5 วิธี คือ (ชนธิตา คิษยบุตร 2541)

1) การดำเนินการอย่างเด็ดขาดใช้วิธีบังคับให้ทำงาน หากไม่ทำงานก็ไล่ออกไปดีกว่าการที่บุคคลได้เงินเดือนเป็นการสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่แล้ว วิธีการนี้ใช้การขู่เข็ญและการลงโทษอย่างรุนแรง เป็นเครื่องมือจูงใจ

2) การดำเนินการอย่างละมุนละม่อม ใช้วิธีสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา องค์การสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ปฏิบัติงาน และการจัดสวัสดิการต่าง ๆ เพื่อให้เกิดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน

3) การดำเนินการแบบต่อรอง นั่นคือการต่อรองบนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง และความสามารถที่พึงปฏิบัติได้ ซึ่งจะสร้างความพึงพอใจและจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานให้อุทิศแรงกายและแรงใจให้แก่งานอย่างเต็มที่

4) การดำเนินการ โดยการแข่งขัน องค์การจะกำหนดวิธีการวัดผลและแข่งให้ผู้ร่วมงานทราบถึงวิธีการวัดและผลที่จะมอบให้ เมื่อปฏิบัติงานได้ผลดี การแข่งขันอาจทำ เป็นกลุ่ม แต่วิธีนี้ผู้บริหารควรระวังข้อขัดแย้ง

5) การดำเนินการแบบให้จูงใจตนเอง โดยจูงใจให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และมีส่วนรับผิดชอบร่วมกัน สร้างให้เกิดการร่วมใจ และความร่วมมือสร้างท่าทีในการเป็นพวกพ้องเดียวกัน ให้ผู้ร่วมงานได้มีส่วนในการปฏิบัติงาน

4.6 ประโยชน์ของแรงจูงใจ

การสร้างแรงจูงใจ เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้บริหารจำเป็นต้องพัฒนา หรือสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ขององค์กร ประโยชน์ของแรงจูงใจมี 8 ประการ คือ (สร้อยทอง ย้อยดี 2542)

- 1) เสริมสร้างกำลังใจในการปฏิบัติงานให้แก่แต่ละบุคคลในองค์กร และหมู่คณะซึ่งเป็นการสร้างพลังกลุ่ม
- 2) ส่งเสริมและสร้างเสริมสามัคคีธรรมในหมู่คณะคนงาน พนักงาน และเจ้าหน้าที่ในองค์กร
- 3) สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานแก่พนักงาน คนงาน หรือบุคคลในองค์กร
- 4) ช่วยเสริมสร้างให้เกิดความจงรักภักดีต่อองค์กร

5) ช่วยให้การควบคุมงานดำเนินไปด้วยความราบรื่น อยู่ในกรอบแห่งระเบียบวินัยและศีลธรรมอันดีงาม ลดอุบัติเหตุและอันตรายในการปฏิบัติงาน

6) เกื้อหนุนและจูงใจให้สมาชิกขององค์การ เกิดความคิดสร้างสรรค์ในกิจการต่างๆขององค์การซึ่งเป็นการสร้างความก้าวหน้าให้แก่พนักงานและองค์การ

7) ทำให้เกิดศรัทธาและความเชื่อมั่นในองค์การที่ตนปฏิบัติงานอยู่

8) ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน เป็นการสร้างเสริมพฤติกรรมกลุ่มบุคคลให้ร่วมมือร่วมใจกันทำงาน โดยไม่ย่อท้อและหยุดยั้งเพื่อให้ได้ผลงานร่วมกัน ส่วนการจูงใจเป็นการกระตุ้นให้คนทำงาน ให้เกิดผลสำเร็จมากที่สุด ผู้บริหารจะต้องรู้และเข้าใจเรื่องการสร้างขวัญและกำลังใจให้คนทำงาน สามารถนำ ความรู้เหล่านั้นมาประยุกต์ใช้เพื่อประโยชน์ขององค์การ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีกำลังใจ เสริมสร้างความสามัคคีในหมู่คณะ เกิดความจงรักภักดีต่อองค์การ เกิดความคิดสร้างสรรค์และร่วมกันทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป แรงจูงใจเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน พฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์เราเกิดจากแรงจูงใจที่ทำให้เกิดความต้องการ และแสดงการกระทำออกมา จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคนโดยตรง โดยแรงจูงใจเป็นสาเหตุที่ทำให้คนมีความรู้สึกพอใจและไม่พอใจในการทำงาน หากผู้ปฏิบัติงานมีความพอใจในการทำงานแล้ว จะทำให้มีความตั้งใจ อุทิศเวลา และร่างกายในการที่จะทำให้งานนั้นประสบความสำเร็จ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้แนวคิด ทฤษฎี ของ เฮอร์ซเบิร์ก (Herzberg) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ใช้กันแพร่หลาย เพราะเป็นทฤษฎีที่สรุปความต้องการของคนในองค์การที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานและความไม่พึงพอใจในงาน โดยมีแนวคิดว่าคุณคดียุทธศาสตร์ที่มีความพึงพอใจในงาน จะแสดงออกถึงความรู้สึกพึงพอใจในการที่ได้ทำงานมากกว่าบุคคลที่ไม่พึงพอใจในการทำงาน ซึ่งความรู้สึกไม่ได้มาจากปัจจัยกลุ่มเดียวกัน แต่มีเหตุมาจากปัจจัย 2 กลุ่มคือ ปัจจัยลักษณะงานหรือปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) และปัจจัยสภาพแวดล้อมหรือปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors)

5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ โดยได้มีผู้ศึกษาได้ให้ความหมาย แนวคิดและทฤษฎีไว้ ดังนี้

5.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม (Participation)

บรรจง กนะกาศัย (2540: 10) ได้สรุปว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง ความร่วมมือของประชาชน หรือกลุ่มคนที่เห็นพ้องต้องกันเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อดำเนินการพัฒนา และเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ โดยกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์กรเพื่อบรรลุถึงการเปลี่ยนแปลง ที่พึงประสงค์

เมตต์ เมตต์การุณจิต (2541: 17) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า คือการ เปิดโอกาสให้ประชาชนไม่ว่าจะเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ไม่ว่าจะ เป็นทางตรงหรือทางอ้อมในลักษณะของการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำ ที่มีผลกระทบต่อตนเองหรือชุมชน

สมนึก ปัญญาสิงห์ (2542: 24) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมในแง่การทำงานว่า หมายถึง พฤติกรรมการทำงานร่วมกันของหมู่คณะ กลุ่มบุคคลใดบุคคลหนึ่งภายในหน่วยงานเดียวกัน หรือต่างหน่วยงาน โดยเฉพาะหน่วยงานที่ต้องอาศัยการประสานความร่วมมือ และความสัมพันธ์ อย่างต่อเนื่องในกระบวนการทำงานระหว่างภาครัฐ ภาคประชาชน ภาคเอกชนและภาคธุรกิจ

บังลังก์ วิเศษศรี (2543: 9) ได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินงาน ติดตามและตรวจสอบ ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ตามความต้องการของตนหรือของกลุ่ม

รัตวัลย์ วจนรจนา (2544: 174 - 175) ได้ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การให้โอกาสประชาชนได้ตัดสินใจ และหาทางเลือกตลอดจนกำหนดทิศทางในการพัฒนาด้วยตนเอง ทั้งนี้เพราะประชาชนจะเป็นผู้รับประโยชน์และผลกระทบต่อการพัฒนาทั้งในแง่ดีและไม่ดี โดยร่วมรับผิดชอบร่วมกันในการดำเนินงานตาม โครงการที่จะทำในชุมชน ตั้งแต่การวางแผน ดำเนินการตลอดจนการติดตามและประเมินผล

ไพสุตา ตรีเดซี (2546: 11) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม ว่าหมายถึง กระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ในลักษณะ ของการเข้าร่วมการจัดการ ตั้งแต่การเข้าร่วมตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วม ติดตามประเมินผลในรูปของชุมชนที่ได้รับผลประโยชน์หรือผลกระทบ โดยตรงจากการพัฒนา

พัชรี สิโรรส (2546: 5) ให้ความหมายว่า หมายถึง การเข้าไปเกี่ยวข้องในการ ทำงานหลายรูปแบบหลายระดับ คือ การมีส่วนร่วมในการรับรู้รับทราบข้อมูล ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการ ดำเนินงานที่มีผลกระทบต่อประชาชน การมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นหรือให้ข้อมูล การร่วม ปรึกษาหารือ และการร่วมในการตัดสินใจ

ประภา วัฒนชีพ (2547: 11-12) ได้สรุปไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมรับผิดชอบ ในเรื่องต่าง ๆ อันมีผลกระทบมาถึงตัวประชาชนเอง การที่จะสามารถทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมใน

การพัฒนาชนบท เพื่อแก้ไขปัญหาและนำมา ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนที่ดีขึ้นได้นั้น ผู้กระทำการเปลี่ยนแปลงจะต้องยอมรับในปรัชญาทางการพัฒนาชุมชนที่ว่า มนุษย์ทุกคนต่างมีความปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมและเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น และพร้อมที่จะอุทิศตนเพื่อกิจกรรมของชุมชน ขณะเดียวกันจะต้องยอมรับด้วยความบริสุทธิ์ใจว่ามนุษย์สามารถพัฒนาได้ถ้ามีโอกาสและการชี้แนะที่ถูกต้อง

พัชรินทร์ สมบูรณ์ (2547: 39) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมหมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนเข้าไปเกี่ยวข้องกับกระบวนการดำเนินงานทุกขั้นตอน โดยปราศจากการกำหนดจากภายนอก เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาของชุมชนให้ลุกล่วงไป

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้บุคคลหรือ กลุ่มคนเข้าไปเกี่ยวข้องกับกิจกรรมขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง หรือทุกขั้นตอน ในลักษณะของการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ และร่วมติดตามผล เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ตามความต้องการของตน หรือของกลุ่ม

5.2 แนวคิดการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชน ถือว่าเป็นหลักการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืนเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาด้านต่าง ๆ เป็นทางเลือกที่จะช่วยให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ แม้จะมีการกล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน และมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างแพร่หลาย แต่ยังไม่สามารถให้ประชาชนพึ่งตนเองได้และชุมชน ไม่มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามนักวิชาการและนักพัฒนาได้ให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน และได้เสนอแนวคิดของการมีส่วนร่วมไว้ ดังต่อไปนี้

โคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1981: 6) ได้สร้างกรอบพื้นฐานเพื่อการอธิบาย และวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในแง่ของรูปแบบ (ชนิด) ของการมีส่วนร่วม โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนคือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประการแรกที่สุดที่จะต้องกระทำคือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายและประชากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจเป็นการตัดสินใจตั้งแต่ในระยะการวางแผนและการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจการ (Implementation) ประกอบด้วย การสนับสนุน ด้านทรัพยากร การบริหาร การประสานความร่วมมือ ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินงาน โครงการนั้นจะได้คำถามที่ว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้างและจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด

3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมทั้งผลประโยชน์ในทางบวก และผลที่เกิดขึ้นในทางลบ ที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคมด้วย

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) เป็นการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วม สิ่งสำคัญที่จะต้องสังเกตคือ ความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectation) ซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ได้

พัชรินทร์ สมบูรณ์ (2547: 41) ได้ให้สรุปแนวคิดของการมีส่วนร่วมว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมใน 4 ลักษณะ คือ การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สาเหตุและที่มาของปัญหาการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

กล่าวโดยสรุป จากแนวคิดทฤษฎีที่กล่าวมาจะเห็นว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้บรรลุวัตถุประสงค์นั้น ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีของ โคเฮน และอัฟซอพ เป็นแนวทางในการศึกษา การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของตำบลลิซล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราชนี้ โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ (1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) (2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจการ (Implementation) (3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) (4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยพบว่า มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรต่าง ๆ ดังนี้

6.1 การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานในหมู่บ้านประสบผลสำเร็จ ได้มีผู้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไว้ดังนี้

ฉลวย หนูจิตร (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการบริการกิจกรรมในชุมชน อำเภอแม่จางศิริ จังหวัดขอนแก่น พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงาน

ตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการบริการกิจกรรมในชุมชนอยู่ในระดับสูง และพบว่า เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการบริการกิจกรรมในชุมชน แต่พบว่า รายได้ อาชีพ สถานภาพการสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการบริการกิจกรรมในชุมชน

บำรุง วงษ์น้อม (2551) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในพื้นที่อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี พบว่า การมีส่วนร่วมของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอยู่ในระดับสูง และพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ของ อสม.

โลน่า โมลิก่า (2550) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน พบว่าการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเสพติดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานตาม มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการบริการกิจกรรมในชุมชน แต่พบว่า อายุ รายได้ และเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการบริการกิจกรรมในชุมชน

ชนิดา ระดาฤทธิ์ (2549) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการ สร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน กรณีศึกษาเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร พบว่า การมี ส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน ตามบทบาท หน้าที่ดีมาก และพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการ สร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน แต่พบว่า เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการ สร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน

สรรชัย สุวรรณรักษ์ (2548) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาอำเภอรามัน จังหวัดยะลา พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรค โดยรวมอยู่ใน ระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านร่วมวางแผน ด้านร่วมการปฏิบัติงาน และด้านร่วมการ ประเมินผลการปฏิบัติงาน มีส่วนร่วมในระดับมาก แต่สำหรับด้านการร่วมรับผลประ โยชน์นี้มีการมี

ส่วนร่วมในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออก ได้แก่ ระดับการศึกษา แต่เพศ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานพบว่าระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในงานสาธารณสุขมูลฐาน

ประภา วัฒนชีพ (2547) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดจันทบุรี พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นตัวอย่าง มีส่วนร่วมด้านร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมแก้ไขปัญหาระดับปานกลาง และพบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส การศึกษา มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ

ศศิธร คงสกุล (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอตาลชุม จังหวัด อุบลราชธานี พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลางและ พบว่า ปัจจัยด้านอายุ เพศ การศึกษา รายได้ ของ อสม. มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ปัจจัยด้านอาชีพ ระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อดุลย์ วรรณชาติ (2545) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ศึกษากรณีอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับร่วมสูง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ อายุ ระยะเวลา อาชีพ แต่พบว่า ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส

ศรีกัญญา เงามแก้ว (2544) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า อายุ ศาสนา ประสบการณ์ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและ

ควบคุมโรคเอดส์ แต่พบว่า เพศ อาชีพ รายได้ การศึกษา สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานการหลายระดับแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยองค์ประกอบอื่น ๆ หลายอย่าง

6.2 คุณลักษณะประชากร

ลักษณะประชากรมีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้มีผู้ศึกษาลักษณะประชากรที่เกี่ยวข้องในการศึกษารั้งนี้ ดังนี้

วัลภา พรหมฤทธิ์ (2550) ศึกษา การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษา ในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองนักเรียนในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แต่พบว่า เพศ อายุ อาชีพ และรายได้ ของผู้ปกครองนักเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

วิยะดา คงเพชร (2550) ศึกษาการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาการดำเนินงานสุขภาพตามมาตรฐานงานสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่า เพศ สถานภาพสมรส และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามมาตรฐานงานสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน

บุญเลิศ โพธิ์ชัย (2550) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภอเขาสนกวาง จังหวัดขอนแก่น พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภอเขาสนกวาง จังหวัดขอนแก่น

ประเสริฐ บินตะคุ และไพจิตร ศิริมงคล (2549) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข กิ่งอำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย พบว่า ปัจจัยด้าน รายได้ อาชีพ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก

เนาวรัตน์ จันทร์รุ่งเรือง (2548) ศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาเพื่อการประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า เพศ อายุ และการศึกษาที่ต่างกันมีส่วนร่วมในการพัฒนา เพื่อการประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ไม่แตกต่างกัน

วราภรณ์ อึ้งพานิชย์ และคนอื่นๆ (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน เพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกของ อสม. ที่พบและไม่พบการระบาดของโรคไข้หวัดนก ในประเทศไทย พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับการดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก

ประภา วุฒิกุล (2547) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดราชบุรี พบว่า ปัจจัยด้านรายได้ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษาสถานภาพสมรส อาชีพและระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดราชบุรี

ยุคนธ์ ชูติปัญญาบุตร (2546: 99) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในเขตอำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. มีผลกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. แต่พบว่า ปัจจัยด้านอายุ อาชีพ ไม่มีผลในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

ศศิธร คงสกุล (2545) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอตาลชุม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า เพศ อายุของ อสม. มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ธีรชัย เค็ดขาด (2544) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมด้านความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของชุมชน: ศึกษาเฉพาะประชาชนในพื้นที่สถานีตำรวจนครบาลหลักสอง พบว่า เพศ อายุ และการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมด้านความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

ดวงนภา สิทธิธรรม (2544) ศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีที่มีต่อโครงการโรงพยาบาลสีเขียว พบว่าบุคลากรสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีส่วนร่วมในการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมตามโครงการโรงพยาบาลสีเขียวอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า อายุ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมของบุคลากรสถาบันเด็กแห่งชาติมหาราชินี แต่ พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่มีต่อโครงการโรงพยาบาลสีเขียว

เพ็ญรพี ผ่องกลิ่น (2544) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อปัญหามลพิษทางอากาศจากโรงไฟฟ้าแม่เมาะ กรณีศึกษา ตำบลสบป่าด อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง พบว่า อายุ เพศ

และการศึกษา มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกขั้นตอนในการแก้ไขปัญหา มลพิษทางอากาศจากโรงไฟฟ้าแม่เมาะ

วารุณี วัชรเสวี (2544) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตเมืองที่มีต่อ โครงการเมืองนำอยู่ของเทศบาลนครนครราชสีมา พบว่า อายุ เพศหญิง และเพศชาย ที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในโครงการเมืองนำอยู่ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า ระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีส่วนร่วม แตกต่างกัน

สุชาดา สารบุญ และคณะ (2544) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการค้า อาหาร เจ้าหน้าที่ และผู้บริโภคต่อโครงการอาหารสะอาดรสชาติอร่อย ผลการศึกษาพบว่า ความแตกต่างในด้านเพศ ระดับการศึกษามีผลต่อการมีส่วนร่วมในโครงการอาหารสะอาดรสชาติอร่อย

6.3 การรับรู้บทบาทหน้าที่

จุฑาทิพย์ อุคคณที (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ตรวจสอบเครื่องมะเร็งปากมดลูก ในสถานีนามัย จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าการรับรู้บทบาทหน้าที่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในภาพรวม มีความสัมพันธ์ กับผลการปฏิบัติงานตรวจสอบเครื่องมะเร็งปากมดลูก แต่ปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ประสิทธิภาพตรวจสอบเครื่องมะเร็งปากมดลูกที่สถานีนามัย ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ตรวจสอบเครื่องมะเร็งปากมดลูก

บุญเลิศ โพธิ์ชัย (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาท ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภอเขาสนกวาง จังหวัดขอนแก่น พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ในงาน สุขภาพภาคประชาชน อำเภอเขาสนกวาง จังหวัดขอนแก่น

อดิศร บาล โสง (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันและ ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในองค์การบริหารส่วนตำบล ในสาธารณสุข เขต 5 พบว่า การรับรู้บทบาท ของ อบต. ในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในองค์การบริหารส่วนตำบล

สุพัตรา จึงสง่าสม (2541) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข เทศบาลเมือง พบว่า การรับรู้บทบาทอยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ด้านบริหารและด้านวิชาการ ของหัวหน้า ฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข เทศบาลเมือง

กนกวรรณ มุกดาสนิท (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ การรับรู้บทบาท กับ การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองของบุคลากรสาธารณสุข

เทศบาลที่มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน และปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 1 ปี พบว่า การรับรู้บทบาทการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ในเขตเมืองอยู่ในระดับสูง และการรับรู้บทบาท มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง

สุเมธ ทิพย์ชาติ (2533) ได้ศึกษาการปฏิบัติงานและการรับรู้บทบาทการให้บริการสาธารณสุข ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประจำสถานีอนามัย จังหวัดพิษณุโลก โดยการรับรู้บทบาทหน้าที่ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประจำสถานีอนามัย พบว่า การรับรู้บทบาท โดยเฉลี่ยทั้งหมด มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในทิศทางที่ไม่แน่นอน ผู้ศึกษาจึงสนใจนำตัวแปรการรับรู้บทบาทหน้าที่มาศึกษาว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หรือไม่อย่างไร

6.4 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

วิระวัฒน์ หมื่นมา (2550) ศึกษาแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน

สุพิมพ์ พุ่มสมบัติ (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัย จังหวัดเพชรบุรี พบว่า แรงจูงใจ และการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัย อยู่ในระดับปานกลาง และแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัย แต่พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานอาหารปลอดภัย

ณัฐพงศ์ ดามาพงษ์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดชัยภูมิ พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน: กรณีศึกษา โรงพยาบาลนครินทร์

สุประภา จักษุศล (2549) ศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตาม โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา พบว่าบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา มีระดับการจูงใจในการปฏิบัติงานตาม โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ใน

ระดับมาก และพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ตาม โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของบุคลากรสาธารณสุข

สมเกียรติ ศักดิ์สิทธิกร (2546) ที่ศึกษาการสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลเอกชนที่ได้รับการรับรอง ISO 9002; กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครินทร์และโรงพยาบาลศิริรินทร์ พบว่า ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านนโยบาย ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านความก้าวหน้า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมคุณภาพ แต่ปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้ สถานะภาพการสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมคุณภาพ

พิมลพรรณ คุณสิทธิ์ (2548) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจ กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน พบว่า ปัจจัยจูงใจ ระดับการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมาก และปัจจัยจูงใจ อายุ รายได้ และประสบการณ์ในการอบรม มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ของพยาบาลวิชาชีพ ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล

วนิดา รุประมาณ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการบริหารการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน เขต 6 พบว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริหารการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน เขต 6

สมโภชน์ คชศิลา (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทัศนสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีอนามัยจังหวัดนครปฐม การศึกษาพบว่าแรงจูงใจด้านรายได้ประโยชน์เกื้อกูล ความสำเร็จและการยอมรับนับถือ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านบริหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จำนวนบุคลากรประจำสถานีอนามัย แรงจูงใจด้านลักษณะงาน โอกาสก้าวหน้าในงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานวิชาการ

เนาวรัตน์ รัตนสาม (2542) ศึกษาการนิเทศงานกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดชุมพร พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยรวมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ นโยบายของหน่วยงาน จำนวนบุคลากร และความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล

สุพัตรา จึงสง่าสม (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข เทศบาลเมือง จากการศึกษาวิจัยพบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ด้านบริหารและด้านบริการ ของหัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข เทศบาลเมือง

จิตติมา พานิชกิจ (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมด้านต่างๆ อีกทั้งยังมีผลต่อการปฏิบัติงาน ผู้ศึกษาจึงสนใจนำแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมาศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หรือไม่ อย่างไร

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขมีหลายระดับแตกต่างกันและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้บทบาทหน้าที่ และแรงจูงใจ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้บทบาทหน้าที่ และแรงจูงใจ กับ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของตำบลลิซล อำเภอลิซล จังหวัดนครศรีธรรมราช ว่าเป็นอย่างไ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของตำบลสีชล อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยออกเป็น 5 หัวข้อ คือ ประชากรที่ศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ดังรายละเอียดตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสีชล อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช รวมทั้งสิ้น จำนวน 140 คน ศึกษาทั้งประชากรทั้งหมด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทางประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาเป็น อสม. เป็นคำถามเติมช่องว่างและแบบปิดให้เลือกตอบที่เหมาะสม จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้บทบาทหน้าที่การดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นคำถามแสดงความคิดเห็น แบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 14 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มาก	หมายถึง	รับรู้บทบาท มากกว่า ร้อยละ 80	ให้ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	รับรู้บทบาท ระหว่าง ร้อยละ 51-80	ให้ 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง	รับรู้บทบาท ระหว่าง ร้อยละ 21-50	ให้ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง	รับรู้บทบาท น้อยกว่า ร้อยละ 21	ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล

เกณฑ์ที่ใช้จัดระดับคะแนนในแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสนับสนุนขององค์กรในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้การแปรผลของเบสท์ (Best, 1981: 174 อ้างในวิยะดา คงเพชร 2550: 58) ดังนี้

คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม - คะแนนต่ำสุดของแบบสอบถาม

จำนวนระดับที่แบ่ง

$$\frac{4-1}{3} = 1$$

นำค่า 1.00 มากำหนดช่วงระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสนับสนุนขององค์กร ดังนี้

การรับรู้บทบาท ระดับต่ำ	มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.00 – 2.00
การรับรู้บทบาท ระดับปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง	2.01 – 3.00
การรับรู้บทบาท ระดับสูง	มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง	3.01 – 4.00

ส่วนที่ 3 ข้อมูลแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 28 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ระดับตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มาก	หมายถึง รับรู้บทบาท มากกว่า ร้อยละ 80	ให้ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง รับรู้บทบาท ระหว่าง ร้อยละ 51-80	ให้ 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง รับรู้บทบาท ระหว่าง ร้อยละ 21-50	ให้ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง รับรู้บทบาท น้อยกว่า ร้อยละ 21	ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล

เกณฑ์ที่ใช้จัดระดับคะแนนในแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้การแปรผลของเบสท์ (Best, 1981: 174 อ้างในวิยะดา คงเพชร 2550: 58) ดังนี้

คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม - คะแนนต่ำสุดของแบบสอบถาม

จำนวนระดับที่แบ่ง

$$\frac{4-1}{3} = 1$$

นำค่า 1.00 มากำหนดช่วงระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงงใจ ดังนี้		
แรงงใจระดับต่ำ	มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.00 – 2.00
แรงงใจระดับปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง	2.01 – 3.00
แรงงใจระดับสูง	มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง	3.01 – 4.00

สวนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นคำถามแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ระดับตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มีส่วนร่วมมาก	หมายถึง เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าร้อยละ 80	ให้ 4 คะแนน
มีส่วนร่วมปานกลาง	หมายถึง เข้าร่วมกิจกรรมระหว่างร้อยละ 51-80	ให้ 3 คะแนน
มีส่วนร่วมน้อย	หมายถึง เข้าร่วมกิจกรรมระหว่างร้อยละ 21-50	ให้ 2 คะแนน
มีส่วนร่วมน้อยที่สุด	หมายถึง เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 21	ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล

เกณฑ์ที่ใช้จัดระดับคะแนนในแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้การแปรผลของเบสท์ (Best, 1981: 174 อ้างในวิยะดา คงเพชร 2550: 58) ดังนี้

คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม - คะแนนต่ำสุดของแบบสอบถาม

จำนวนระดับที่แบ่ง

$$\frac{4-1}{3} = 1$$

3

และนำค่า 1.00 มากำหนดช่วงระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขดังนี้

ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.00 – 2.00
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง	2.01 – 3.00
ระดับการมีส่วนร่วมมาก	มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง	3.01 – 4.00

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบพิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของสำนวน ภาษา และความชัดเจนในเนื้อหา หลังจากการผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้มีความชัดเจนของเนื้อหา ก่อนนำไปทดสอบ

3.2 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

3.2.1 นำแบบสอบถามไปทดสอบ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทุ่งปรัง จำนวน 50 คน

3.2.2 วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้

- ค่าความเที่ยงการรับรู้บทบาทหน้าที่การดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 0.85

- ค่าความเที่ยงแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 0.92

- ค่าความเที่ยงในการมีส่วนร่วมของ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากเท่ากับ 0.88

- ค่าความเที่ยงโดยภาพรวม เท่ากับ 0.94

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย

4.1 ประชุมชี้แจงผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ละหมู่บ้าน จำนวน 10 คน เพื่อเป็นผู้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนส่งแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัย

4.2 จัดประชุมชี้แจง ผู้ศึกษาจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดต่าง ๆ ของงานวิจัยและแบบสอบถาม ให้กับประชากรเป้าหมาย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 140 คน ในที่ประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อขอความอนุเคราะห์ ใน

การเก็บข้อมูล และส่งแบบสอบถามกลับที่ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.3 เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 - 15 กุมภาพันธ์ 2553 ได้รับแบบสอบถาม
กลับจำนวน 140 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

หลังจากตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลจากแบบสอบถามมาลงรหัสในแบบฟอร์มลงรหัส เพื่อนำมาคำนวณค่าสถิติ ประมวลข้อมูล ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งสถิติที่ใช้ ได้แก่

5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อพรรณนาคุณลักษณะส่วนประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ อาชีพ ประสบการณ์การทำงาน การรับรู้บทบาทหน้าที่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

5.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย สถิติที่ใช้

5.2.1 การทดสอบ ไคสแควร์ (Chi - square test) ทดสอบปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของตำบลสีชล อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

5.2.2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ประสบการณ์ทำงาน การรับรู้บทบาทหน้าที่ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของตำบลสีชล อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน กำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) แทนด้วยสัญลักษณ์ r การแปลผลค่า r ใช้เกณฑ์ดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ 2547: 462 - 463)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
0.8 - 1.0	ระดับสูง
0.3 - 0.7	ระดับปานกลาง
ต่ำกว่า 0.3	ระดับต่ำ

5.2.3 การวิจัยครั้งนี้กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significance) ที่ระดับเท่ากับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของตำบลลิซล อำเภอลิซล จังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากรที่ศึกษา คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในทุกหมู่บ้าน ในเขตของตำบลลิซล อำเภอลิซล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 10 หมู่บ้าน ทุกคน จำนวน 140 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 1-15 กุมภาพันธ์ 2553 และได้กลับคืนมา จำนวน 140 ชุด คิดเป็น ร้อยละ 100 ของแบบสอบถามทั้งหมด นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการรับรู้บทบาทหน้าที่

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปาก

มดลูก

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

เป็นคุณลักษณะประชากรของ อสม. ตำบลลิซล อำเภอลิซล จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. ผลการวิเคราะห์ ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของ อสม. ตำบลศิขล อำเภอลือชัย จังหวัดนครศรีธรรมราช
จำแนกตามคุณลักษณะประชากร

				(N = 140)	
คุณลักษณะประชากร		จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ					
	ชาย	30	21.4		
	หญิง	110	78.6		
2. อายุ					
	27 – 40 ปี	58	41.4		
	41 – 60 ปี	74	52.9		
	60 ปี ขึ้นไป	8	5.7		
	$\bar{X} = 44.43$ S.D = 9.10 Min = 27 Max = 71				
3. สถานภาพทางสมรส					
	โสด	11	7.8		
	คู่	104	74.3		
	หย่า/หม้าย / ร้าง	25	17.9		
4. ระดับการศึกษา					
	ประถมศึกษา	95	67.9		
	มัธยมศึกษาตอนต้น	30	21.4		
	มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	11	7.9		
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า / ปวส./ ปวท.	3	2.1		
	ปริญญาตรีขึ้นไป	1	0.7		
5. อาชีพ					
	เกษตรกรกรรม (ทำไร่ ทำนา เลี้ยงสัตว์)	69	49.3		
	รับจ้าง	31	22.1		
	ค้าขาย	26	18.6		
	ประกอบธุรกิจส่วนตัว	14	10.0		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

(N = 140)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
6. รายได้		
1,000-10,000 บาท	111	79.3
10,001-20,000 บาท	20	14.3
20,001-30,000 บาท	9	6.4
$\bar{X} = 8,953.57$ S.D = 6,970.36 Min = 1,000 Max = 30,000		
7. ระยะเวลาการเป็น อสม.		
น้อยกว่า 10 ปี	109	77.9
10 - 20 ปี	15	10.7
20 ปีขึ้นไป	16	11.4
$\bar{X} = 8.86$ S.D = 7.03 Min = 1 Max = 26		

จากตารางที่ 4.1 แสดงคุณลักษณะประชากร อาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลลิซัด อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 140 คน มีลักษณะดังต่อไปนี้

1) เพศ ของ อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 78.6 เพศชาย จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 21.4

2) อายุ ของ อสม. ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 41 - 60 ปี จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 27 - 40 ปี จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 41.4 และที่น้อยที่สุด คือ กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 5.7 อายุโดยเฉลี่ย 44.43 ปี อายุน้อยสุด คือ 27 ปี และอายุสูงสุด คือ 71 ปี

3) สถานภาพสมรส อสม. ส่วนใหญ่สถานภาพทางสมรสคู่ จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 74.3 รองลงมา คือ โสด จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 7.9

4) ระดับการศึกษา ของ อสม. ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 67.9 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 21.4 และกลุ่มที่น้อยที่สุดคือ จบปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7

5) อาชีพ ของ อสม. ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 49.3 รองลงมา รับจ้างทั่วไป จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 22.1 และที่น้อยที่สุด คือ ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 10

6) รายได้ของครอบครัว ส่วนใหญ่มีรายได้ 1,000 - 10,000 บาท ต่อเดือน จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 79.3 รองลงมา คือ รายได้ 10,001 - 20,000 บาท ต่อเดือน จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 และที่น้อยที่สุด คือ 20,001 - 30,000 บาท ต่อเดือน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4 รายได้เฉลี่ย 8,953.57 บาท ต่อเดือน รายได้น้อยสุด คือ 1,000 บาท ต่อเดือน และรายได้มากที่สุด คือ 30,000 บาท ต่อเดือน

7) ระยะเวลาการเป็น อสม. ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็น อสม. น้อยกว่า 10 ปี มากที่สุด จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 77.9 รองลงมา มีระยะเวลาการเป็น อสม. 20 ปีขึ้นไป จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 11.4 และที่น้อยที่สุดคือมีระยะเวลาการเป็น อสม. 10 - 20 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 10.7 ระยะเวลาเฉลี่ยเป็น อสม. 8.86 ปี ระยะเวลาสั้นที่สุด 1 ปี ระยะเวลาสูงสุด 26 ปี

สวนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการรับรู้บทบาทหน้าที่

การศึกษาการรับรู้บทบาทหน้าที่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของตำบลสิชล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีเกณฑ์การแบ่งระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่ ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ผู้วิจัยนำเสนอโดยใช้สถิติพรรณนาแสดงด้วยค่าความถี่ ร้อยละ และระดับของการรับรู้บทบาทหน้าที่ เป็นภาพรวม ดังตารางที่ 4.2 และระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. รายข้อ ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. ตำบลสิชล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำแนกโดยภาพรวม

(N = 140)		
ระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่ในภาพรวม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00-2.00 คะแนน)	1	0.7
ระดับปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน)	66	47.2
ระดับสูง (3.01-4.00 คะแนน)	73	52.1
$\bar{x} = 3.11$ S.D. = 0.38 Min. = 2 Max. = 4		
รวม	140	100.0

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ระดับของการรับรู้บทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในภาพรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.11$) และเมื่อจัดกลุ่มระดับการรับรู้พบว่าส่วนใหญ่ อสม. มีระดับของการรับรู้บทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.1 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.1

ตารางที่ 4.3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้บทบาท อสม. ตำบลลิซล อำเภอลิซล จังหวัดนครศรีธรรมราชจำแนกรายข้อ

(N = 140)

	การรับรู้บทบาทหน้าที่	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1.	อสม. ต้องสำรวจข้อมูล สตรีกลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เขตพื้นที่รับผิดชอบ	3.25	.577	สูง
2.	อสม. ต้องค้นหาสตรีกลุ่มเป้าหมายตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้ครอบคลุมและมีการปรึกษางานกับ เพื่อน ๆ อสม. ผู้นำชุมชน, แกนนำสุขภาพในชุมชน	3.14	.552	สูง
3.	เพื่อวางแผน ติดตาม กลุ่มเป้าหมายให้มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ท่านต้องใช้ทะเบียนสตรีกลุ่มเป้าหมาย	3.00	.646	ปานกลาง
4.	อสม. ต้องร่วมประชุมชี้แจงการวางแผนการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่ ผู้นำชุมชน แกนนำในพื้นที่	3.17	.599	สูง
5.	อสม. ต้องเผยแพร่ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกโดยการชี้แจง แจกเอกสาร, แผ่นพับ ให้กับสตรีกลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไป	3.24	.548	สูง
6.	อสม. ต้องมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ ในชุมชน เกี่ยวกับการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.11	.538	สูง
7.	อสม. ต้องจัดกิจกรรมเพื่อเป็นการจูงใจให้กลุ่มเป้าหมายได้ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.02	.581	สูง
8.	อสม. ต้องมีการแนะนำผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกถึงขั้นตอนและวิธีการเตรียมตัวในการตรวจ มะเร็งปากมดลูก	3.09	.529	สูง

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

		(N = 140)		
การรับรู้บทบาทหน้าที่		\bar{X}	S.D.	ระดับ
9.	อสม. ต้องมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในการจัดให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในชุมชน	3.26	.604	สูง
10.	อสม. ต้องเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามกระแสนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.05	.638	สูง
11.	อสม. ต้องมีการสอบถามความคิดเห็นของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี	3.18	.626	สูง
12.	อสม. ต้องประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก 6 เดือน	2.93	.653	ปานกลาง
13.	อสม. ต้องนำความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของกลุ่มเป้าหมายมาปรับปรุงการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.06	.547	สูง
14.	อสม. ต้องสรุปจำนวนผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเป้าหมายทุกปี	3.06	.632	สูง

จากตารางที่ 4.3 ผลการศึกษาปัจจัยการรับรู้บทบาทหน้าที่ รายข้อ พบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หัวข้อ อสม. ต้องมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในการจัดให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในชุมชนมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด ($\bar{X}=3.26$) รองลงมา คือ อสม. ต้องสำรวจข้อมูล สตรีกลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เขตพื้นที่รับผิดชอบของท่าน ($\bar{X}= 3.25$) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ อสม. ต้องประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก 6 เดือน ($\bar{X}= 2.93$)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

3.1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ในการศึกษาครั้งนี้ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยก้ำจุน ซึ่งมีเกณฑ์การแบ่งระดับ ออกเป็น

3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ผู้วิจัยนำเสนอจำนวนและร้อยละ และระดับของ ปัจจัยแรงงใจ ในภาพรวม ดังตารางที่ 4.4 - ตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับแรงงใจ ของ อสม. ตำบลลิซด อำเภอลิซด จังหวัดนครศรีธรรมราช จำแนกโดยภาพรวม

(N = 140)

ระดับแรงงใจ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00-2.00 คะแนน)	1	0.7
ระดับปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน)	91	65.0
ระดับสูง (3.01-4.00 คะแนน)	48	34.3
$\bar{X} = 2.92$ S.D. = .283 Min. = 1.79 Max. = 3.71		
รวม	140	100.0

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ระดับแรงงใจในการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลิซด อำเภอลิซด จังหวัดนครศรีธรรมราช ภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.92$) และเมื่อจัดกลุ่มระดับปัจจัยแรงงใจในการปฏิบัติงานตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูก ของ อสม. พบว่า ส่วนใหญ่ อสม. มีระดับปัจจัยแรงงใจในการปฏิบัติงาน ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.0 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 34.3

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับแรงงใจด้าน ปัจจัยงใจ

(N = 140)

ระดับแรงงใจด้านปัจจัยงใจ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00-2.00 คะแนน)	6	4.3
ระดับปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน)	106	75.7
ระดับสูง (3.01-4.00 คะแนน)	28	20.0
$\bar{X} = 2.76$ S.D. = .345 Min. = 1.79 Max. = 3.71		
รวม	140	100.0

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ระดับปัจจัยแรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจของ อสม. ในการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสีชล อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.7 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 20

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับแรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจ

(N = 140)

ระดับแรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00-2.00 คะแนน)	1	0.7
ระดับปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน)	66	47.1
ระดับสูง (3.01-4.00 คะแนน)	73	52.1
$\bar{X} = 3.14$ S.D. = .315 Min. = 2.00 Max. = 3.92		
รวม	140	100.0

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ระดับแรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสีชล อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.1 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.1

3.2 ผลการวิเคราะห์ด้านปัจจัยจูงใจ

โดยการศึกษาครั้งนี้แรงจูงใจในการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้านปัจจัยจูงใจ ประกอบด้วย ด้านการยอมรับนับถือ ด้านความรับผิดชอบ ด้านความสำเร็จของงาน ด้านลักษณะงาน มีผลการวิเคราะห์ ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัจจัยจูงใจ จำแนกรายด้าน และรายชื่อ

(N = 140)

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการยอมรับนับถือ			
1. การที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลให้ความไว้วางใจในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	2.96	.880	ปานกลาง
2. การที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ยอมรับในความรู้และความสามารถในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	2.91	.719	ปานกลาง

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

		(N = 140)		
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน		\bar{X}	S.D.	ระดับ
3.	การที่ อสม. ได้รับคำชมเชยจากจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	2.51	.791	ปานกลาง
4.	การที่ อสม. ในหมู่บ้านยอมรับในความรู้ ความสามารถในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	2.80	.741	ปานกลาง
5.	การที่ประชาชนในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบให้ความร่วมมือกับท่านในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	2.74	.664	ปานกลาง
รวม		2.78	.509	ปานกลาง
ด้านความรับผิดชอบ				
6.	การที่ อสม. มีความตั้งใจและมุ่งมั่นที่จะออกติดตามกลุ่มเป้าหมายให้มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทุกคน	3.02	.791	สูง
7.	การที่ อสม. ได้รับมอบอำนาจการตัดสินใจในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	2.80	.670	ปานกลาง
8.	การที่ อสม. ได้วางแผนดำเนินการตรวจมะเร็งปากมดลูกไว้ล่วงหน้า	2.81	.716	ปานกลาง
9.	การที่ อสม. ได้ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้	2.97	.623	ปานกลาง
รวม		2.90	.469	ปานกลาง
ด้านความสำเร็จของงาน				
10.	การที่ อสม. มีความภูมิใจที่ได้ร่วมดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.14	.630	สูง
11.	การที่ อสม. สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้	2.51	.715	ปานกลาง
12.	การที่ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหมู่บ้านเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด	2.46	.713	ปานกลาง
13.	การที่ อสม. สามารถดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทันเวลาตามที่กำหนดได้	2.69	.647	ปานกลาง
รวม		2.69	.484	ปานกลาง

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

(N = 140)			
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านลักษณะงาน			
14. การออกติดตามกลุ่มเป้าหมายตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นงานที่ทำทนาย ความรู้ความสามารถของ อสม.	2.59	.768	ปานกลาง
15. การดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยุ่งยากซับซ้อน จนเกินความสามารถที่จะทำได้	2.62	.925	ปานกลาง
16. การดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้มีปริมาณงานเพิ่มขึ้นจนเกินความสามารถ	2.59	.937	ปานกลาง
รวม	2.60	.610	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.7 ผลการศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านปัจจัยจูงใจ พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความรับผิดชอบ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.90$) และด้านที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ด้านลักษณะงาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.60$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ มีความภูมิใจที่ได้ร่วมดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($\bar{X} = 3.14$) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหมู่บ้านเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ($\bar{X} = 2.46$)

3.3 ผลการวิเคราะห์ด้านปัจจัยค้ำจุน

โดยการศึกษาครั้งนี้แรงจูงใจในการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้านปัจจัยค้ำจุน ประกอบด้วย ด้านสภาพการทำงาน ด้านนโยบายและการบริหาร ด้านความสัมพันธ์ในการทำงาน มีผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัจจัยค้ำจุน จำแนกรายด้าน และรายข้อ (N = 140)

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านสภาพการทำงาน			
17. การสนับสนุน แผ่นพับ ใบประชาสัมพันธ์ต่างๆ ในการปฏิบัติงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตรงกับความต้องการของ อสม.	2.96	.493	ปานกลาง

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

		(N = 140)		
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน		\bar{X}	S.D.	ระดับ
18.	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลให้ความรู้ เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่ อสม.จนเข้าใจชัดเจน	3.07	.558	สูง
19.	สภาพพื้นที่ที่ อสม.รับผิดชอบมีความสะดวกในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	2.89	.665	ปานกลาง
20.	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลคอยเป็นที่ปรึกษาให้คำปรึกษารับทราบปัญหาและแก้ไขปัญหาพร้อมกับ อสม.	3.31	.510	สูง
รวม		3.06	.363	สูง
ด้านนโยบายและการบริหาร				
21.	โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไว้อย่างชัดเจน	3.22	.576	สูง
22.	โรงพยาบาลมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไว้อย่างชัดเจน	3.14	.626	สูง
23.	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีการประชุมชี้แจงนโยบาย การดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้ อสม.ทราบ	3.24	.503	สูง
24.	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีการกำหนด กิจกรรมและขั้นตอนการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไว้อย่างชัดเจน	3.20	.512	สูง
25.	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล มีการนิเทศ ติดตาม การดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ อสม. อย่างต่อเนื่อง	3.14	.595	สูง
รวม		3.19	.395	สูง
ด้านความสัมพันธ์ในการทำงาน				
26.	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลให้ความเป็นกันเองกับ อสม.ในขณะที่ปฏิบัติงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร่วมกัน	3.26	.607	สูง
27.	การที่ อสม.มีสัมพันธภาพที่ดีกับ อสม. คนอื่น ในการปฏิบัติงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.16	.527	สูง
28.	การมีสัมพันธภาพที่ดีกับประชาชนในการออกปฏิบัติงานติดตามการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	3.08	.524	สูง
รวม		3.17	.403	สูง

ผลการศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านปัจจัยค่าจูน รายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านนโยบายและการบริหาร อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.19$) และด้านที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ด้านความสัมพันธ์ภาพในการทำงาน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.17$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลคอยเป็นพี่เลี้ยง ให้คำปรึกษา รับทราบปัญหาและแก้ไขปัญหาพร้อมกัน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.31$) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ สภาพพื้นที่ที่รับผิดชอบ มีความสะดวกในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.89$)

สวนที่ 4 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสีชล อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ร่วมในการตัดสินใจ ร่วมในการปฏิบัติงาน ร่วมในการรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล โดยจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รายด้าน และรายข้อและโดยภาพรวม ผลการศึกษาสรุปได้ดังตารางที่ 4.9 และตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.9 แสดงจำนวน ร้อยละ และระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ อสม. ตำบลสีชล อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยภาพรวม

(N=140)		
ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00-2.00 คะแนน)	0	0.0
ระดับปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน)	42	30.0
ระดับสูง (3.01-4.00 คะแนน)	98	70.0
$\bar{X} = 3.27$ S.D. = .360 Min = 2.27 Max = 3.93		

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ระดับ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสีชล อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.27$) เมื่อจัดระดับการมีส่วนร่วมพบว่าส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานระดับสูง ร้อยละ 70.0 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 30.0

ตารางที่ 4.10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
 คัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ อสม. ตำบลสีชล อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช
 จำแนกภาพรายด้าน และรายข้อ

(N = 140)

การมีส่วนร่วม		\bar{X}	S.D.	ระดับ
ร่วมในการตัดสินใจ				
1.	การมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหาการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข	3.11	.490	สูง
2.	การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับหมู่บ้านของท่านในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.19	.599	สูง
3.	การมีส่วนร่วมในการติดตามการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้าน	3.29	.617	สูง
4.	การมีส่วนแสดงความคิดเห็นในการปรับปรุงและพัฒนางานการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ	3.11	.624	สูง
รวม		3.18	.454	สูง
ด้านการร่วมปฏิบัติงาน				
6.	การมีส่วนร่วมในการออกประชาสัมพันธ์ติดตาม กลุ่มเป้าหมาย การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.45	.554	สูง
6.	การมีส่วนร่วมในการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทีมงาน อสม. ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.38	.581	สูง
7.	อสม. ได้ชักชวนคนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมเมื่อมีการรณรงค์เกี่ยวกับการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.40	.609	สูง
รวม		3.41	.554	สูง
ด้านการรับผลประโยชน์				
8.	การมีความภาคภูมิใจเมื่อติดตามกลุ่มเป้าหมายตรวจมะเร็งปากมดลูกประสบความสำเร็จ	3.53	.581	สูง

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

		(N = 140)		
การมีส่วนร่วม		\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการรับผลประโยชน์				
9.	ท่านได้นำความรู้ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับตนเองและครอบครัว	3.49	.556	สูง
10.	การที่เป็น อสม. จะช่วยให้ได้รับความสะดวกในการนำผู้ไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าคนทั่วไป	3.49	.629	สูง
11.	ประชาชนให้ความร่วมมือ สนับสนุนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับ อสม. เป็นอย่างดี	2.90	.780	ปานกลาง
12.	ประชาชนในชุมชนให้การยกย่อง ชมเชย เมื่อ อสม. ได้ดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในหมู่บ้าน ประสพผลสำเร็จ	2.92	.647	ปานกลาง
13.	อสม. รู้สึกภูมิใจที่ได้เป็นแกนนำในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.43	.538	สูง
รวม		3.29	.402	สูง
ด้านการร่วมประเมินผล				
14.	ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนประเมินผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.16	.595	สูง
15.	ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.19	.598	สูง
รวม		3.18	.533	สูง

จากตารางที่ 4.9 ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสิชล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การมีส่วนร่วมในด้านการร่วมปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด ($\bar{X} = 3.41$) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ($\bar{X} = 3.29$) การมีส่วนร่วมประเมินผล ($\bar{X} = 3.18$) และการมีส่วน

ร่วมในการร่วมตัดสินใจ ($\bar{X} = 3.18$) ตามลำดับ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับสูง และจำแนกรายข้อ ดังนี้

1) ด้านร่วมในการตัดสินใจ พบว่า อสม. มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้านร่วมในการตัดสินใจในระดับสูง ($\bar{X} = 3.18$) ข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ มีส่วนร่วมในการติดตามการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($\bar{X} = 3.29$) ส่วนข้อที่มีความคิดเห็นต่ำสุด คือ การมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหาการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อนำมาปรับปรุง และข้อที่มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการปรับปรุงและพัฒนางานการดำเนินงานตรวจมะเร็งปากมดลูกก่อนตัดสินใจปฏิบัติ ($\bar{X} = 3.11$)

2) ด้านการร่วมปฏิบัติงาน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.41$) ข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ มีส่วนร่วมในการออกประชาสัมพันธ์ ติดตามกลุ่มเป้าหมายมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($\bar{X} = 3.45$) ส่วนข้อที่มีความคิดเห็นต่ำสุด คือ การมีส่วนร่วมในการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมงาน อสม. ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($\bar{X} = 3.38$)

3) ด้านร่วมในการรับผลประโยชน์ พบว่า อสม. มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้านร่วมในการรับผลประโยชน์ ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.29$) ข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ มีความภูมิใจเมื่อติดตามกลุ่มเป้าหมายมาตรวจมะเร็งปากมดลูกประสบผลสำเร็จ ($\bar{X} = 3.53$) ส่วนข้อที่มีความคิดเห็นต่ำสุด คือ ประชาชนให้ความร่วมมือ สนับสนุนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นอย่างดี ($\bar{X} = 2.90$)

4) ด้านร่วมประเมินผล พบว่า อสม. มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้านร่วมประเมินผล ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.18$) ข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ มีส่วนร่วมในการประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($\bar{X} = 3.19$) ส่วนข้อที่มีความคิดเห็นต่ำสุด มีส่วนร่วมในการวางแผนประเมินผลของการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($\bar{X} = 3.16$)

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผู้วิจัย ได้แบ่งเกณฑ์การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับต่ำ - ระดับปานกลาง และระดับสูง โดยมีการหาความสัมพันธ์ 2 ส่วน ดังนี้

5.1 การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากร ในด้านเพศ การศึกษา อาชีพ กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การศึกษา อาชีพกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

(N = 140)					
คุณลักษณะประชากร	กับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			χ^2	p-value
	ต่ำ ถึง ปานกลาง (ร้อยละ)	สูง (ร้อยละ)	รวม		
	เพศ				
ชาย	9 (30.0)	21 (70.0)	30 (100.0)	0.000	1.00
หญิง	33 (30.0)	77 (70.0)	110 (100.0)		
สถานภาพทางสมรส					
โสด	5 (45.5)	6 (54.5)	11 (100.0)	3.733	0.155
คู่	33 (31.7)	71 (68.3)	104 (100.0)		
หม้าย หย่า แยก	4 (16.0)	21 (84.0)	25 (100.0)		

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

(N = 140)

คุณลักษณะประชากร	กับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			χ^2	p-value
	ต่ำ ถึง	สูง	รวม		
	ปานกลาง (ร้อยละ)	(ร้อยละ)			
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	35 (36.8)	60 (63.2)	95 (100.0)	6.642	0.036
มัธยมศึกษาตอนต้น	5 (16.7)	25 (83.3)	30 (100.0)		
มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	2 (13.3)	13 (86.7)	15 (100.0)		
อาชีพ					
เกษตรกรกรรม	20 (29.0)	49 (71.0)	69 (100.0)	1.63	.443
รับจ้าง	12 (38.7)	19 (61.3)	31 (100.0)		
ธุรกิจส่วนตัว	10 (25.0)	30 (75.0)	40 (100.0)		

จากตารางที่ 4.11 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพทางสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ พบว่า เพศ สถานภาพทางสมรส และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

5.2 การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณกับตัวแปรตามที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลในด้าน อายุ

รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient = r) ดังตารางที่ 4.12 – 4.13

ตารางที่ 4.12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. กับการมีส่วนร่วมดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

(N = 140)

คุณลักษณะประชากร	การมีส่วนร่วมของ อสม.	
	r	p- value
อายุ	.213	0.012
รายได้	.006	0.941
ระยะเวลาการเป็น อสม.	.260	0.002

จากตารางที่ 4.12 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ และระยะเวลาการเป็น อสม. กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า อายุ และ ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.213$ และ $r = 0.260$ ตามลำดับ) แต่พบว่า รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 4.13 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้บทบาทหน้าที่และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

(N = 140)

การรับรู้บทบาทหน้าที่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	การมีส่วนร่วมของ อสม.	
	r	p- value
รับรู้บทบาทหน้าที่	0.347	<0.001
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	0.442	<0.001

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

(N = 140)

การรับรู้บทบาทหน้าที่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	การมีส่วนร่วมของ อสม.	
	r	p- value
ปัจจัยจูงใจ	0.413	<0.001
ด้านการยอมรับนับถือ	0.422	<0.001
ด้านความรับผิดชอบ	0.245	0.003
ด้านความสำเร็จของงาน	0.353	<0.001
ด้านลักษณะงาน	0.033	0.701
ปัจจัยค้ำจุน	0.323	<0.001
ด้านสภาพการทำงาน	0.256	0.002
ด้านนโยบายและการบริหาร	0.318	<0.001
ด้านความสัมพันธ์ภาพในการทำงาน	0.187	0.027

ตารางที่ 4.13 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาทหน้าที่ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.347$ และ $r = 0.442$ ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณารายด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ด้านปัจจัยจูงใจ พบว่า ด้านการยอมรับนับถือ, ด้านความสำเร็จของงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.422$ และ $r = 0.353$ ตามลำดับ) ส่วนด้านความรับผิดชอบ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการมีส่วนร่วม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.245$) แต่ด้านลักษณะงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ด้านปัจจัยค้ำจุน พบว่าด้านนโยบายและการบริหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.318$) ส่วน

ด้านสภาพการทำงาน และด้านความสัมพันธ์ภาพในการทำงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.256$ และ $r = 0.187$ ตามลำดับ)

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาการรับรู้ บทบาทหน้าที่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน การมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความสัมพันธ์ ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ ตำบลสีชล อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ และผลการวิจัย ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 ผลการวิจัย

1.1.1 คุณลักษณะประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากการศึกษา พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.6 อายุเฉลี่ย 44 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 67.9 มีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 49.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 1,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 79.3 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,953 บาท ส่วนใหญ่เป็น อสม. น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 77.9 โดยระยะเวลาเฉลี่ยการเป็น อสม. 8 ปี

1.1.2 การรับรู้บทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.11$) และ อสม. มีระดับของการรับรู้บทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ตรวจคัดกรองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.1

1.1.3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสีชล อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{x} = 2.92$) มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.0 ระดับสูง ร้อยละ 34.3 แรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจ ในการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัคร สาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.76$) แรงจูงใจด้านปัจจัยค้ำจุน ในการปฏิบัติงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.14$)

1.1.4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลิซล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.27$) และส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ระดับสูง ร้อยละ 70.0 โดยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูงทุกด้าน คือ การมีส่วนร่วมในด้านการร่วมปฏิบัติ ($\bar{X} = 3.41$) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ($\bar{X} = 3.29$) การมีส่วนร่วมประเมินผล ($\bar{X} = 3.18$) และการมีส่วนร่วมในการร่วมตัดสินใจ ($\bar{X} = 3.18$)

1.2 ผลการวิจัยตามสมมติฐาน

1.2.1 ความสัมพันธ์ ระหว่างคุณลักษณะประชากรกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุข ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 อายุ และระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ สถานภาพทางสมรส อาชีพ และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

1.2.2 การรับรู้บทบาทหน้าที่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

1.2.3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

เมื่อพิจารณาแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ด้านปัจจัยจูงใจ พบว่า การยอมรับนับถือ, ความสำเร็จของงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความรับผิดชอบ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ลักษณะงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ด้านปัจจัยข้างต้น พบว่า นโยบายและการบริหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับ ปานกลางกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนสภาพการทำงาน และความสัมพันธ์ภาพในการทำงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. อภิปรายผล

จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีผลการวิจัยที่น่าสนใจ ซึ่งผู้ศึกษานำมาอภิปรายผล ดังนี้

2.1 การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก อสม. ตำบลลิซัลเห็นความสำคัญของการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับคำแนะนำ และได้รับการกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในที่ประชุมทุกเดือน และเป็นแกนนำในการออกติดตามเยี่ยมกลุ่มเป้าหมายที่บ้านในเขตรับผิดชอบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของ บำรุง วงษ์นิ่ม (2551: ง) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของประชาชน อสม. อยู่ในระดับสูง กล้วย หนูจิตร (2551:97) พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ด้านการบริการกิจกรรมในชุมชน อำเภอเมืองจัตวีร์ จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับสูง ชนิตา ระดาฤทธิ์ (2549: 86) พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน กรณีศึกษาเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ระดับดีมากสรรรัชย์ สุวรรณรักษ์ (2548: 1-2) และของ อดุลย์ วรรณชาติ (2545: 72) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ โลน่า โมลิกา (2550: 124) พบว่าการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ประภา วัฒนชีพ (2547: 68) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วมในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพในระดับปานกลาง ศรีกัญญา เงามแก้ว (2544: 85) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2.1.1 การมีส่วนร่วมรายด้านดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า อสม. มีระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ได้มอบหมายให้ อสม. แต่ละหมู่บ้าน แสดงความคิดเห็นในการปรับปรุงและพัฒนางานในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับที่สูงและสามารถในการตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับสูง ทำให้การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ บำรุง วงษ์น้อม (2551: 90) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของประธาน อสม. อยู่ในระดับสูง ฉลวย หนูจิตร (2551: 97) พบว่า การมีส่วนร่วมการตัดสินใจของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ด้านการบริการกิจกรรมในชุมชน อำเภอแม่จัน จังหวัดพะเยา อยู่ในระดับสูง ชนิตา ระดาฤทธิ์ (2549: 86) พบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน กรณีศึกษาเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ระดับดีมาก สรรชัย สุวรรณรักษ์ (2548: 1-2) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ โลน่า โมลิเก่า (2550: 124) พบว่าการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ประภา วัฒนชีพ (2547: 68) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมด้านร่วมคิดของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

2) การมีส่วนร่วมปฏิบัติงาน จากการศึกษาพบว่า อสม. มีระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก อสม. ตำบลลิซล มีการรับรู้บทบาทหน้าที่ โรงพยาบาลได้กำหนดนโยบาย กำหนดกิจกรรมชัดเจน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ที่ดีกับ อสม. ในระดับสูง ทำให้การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ บำรุง วงษ์น้อม (2551: 90) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมดำเนินการกิจกรรมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของประธาน อสม. อยู่ในระดับสูง ฉลวย หนูจิตร (2551: 97) พบว่า การมีส่วนร่วมดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการบริการกิจกรรมในชุมชน อำเภอแม่จัน จังหวัดพะเยา อยู่ในระดับสูง ชนิตา ระดาฤทธิ์ (2549: 86) พบว่า การมีส่วนร่วมดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชนกรณีศึกษาเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ระดับดีมาก สรรชัย สุวรรณรักษ์ (2548: 78) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก

3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ จากการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก อสม. ตำบลลิซล ได้รับการยอมรับและการให้เกียรติจากประชาชน และได้รับการยกย่องจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในที่ประชุม อสม. เมื่อทำงานประสบผลสำเร็จ หรือให้กำลังใจ ร่วมกันแก้ไขปัญหาในรายที่มีปัญหาและการได้รับการเชิดชูเกียรติจากทางราชการในโอกาสสำคัญ เช่น วัน อสม. ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ บำรุง วงษ์น้อม (2551: 90) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของประธาน อสม. อยู่ในระดับสูง ฉลวย หนูจิตร (255: 97) พบว่า การมีส่วนร่วมด้านผลประโยชน์ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการบริการกิจกรรมในชุมชน อำเภอแม่จาศรี จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับสูง ชนิตา ระคาฤทธิ์ (2549: 86) พบว่า การมีส่วนร่วมด้านผลประโยชน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน กรณีศึกษาเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ระดับดีมาก กับประภา วัฒนชีพ (2547: 68) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดจันทบุรี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ตามผลประโยชน์ตอบแทนที่ได้รับจากการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับสูง

4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงาน จากการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการประเมินผลอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก อสม. ทราบบทบาทหน้าที่เป็นอย่างดีในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีการกระตุ้นติดตามทุกเดือน จึงทำให้การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ บำรุง วงษ์น้อม (2551: 90) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงาน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของประธาน อสม. อยู่ในระดับสูง ฉลวย หนูจิตร (2551: บทคัดย่อ) พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านการประเมินผลในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการบริการกิจกรรมในชุมชน อำเภอแม่จาศรี จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับสูง ชนิตา ระคาฤทธิ์ (2549: 86) พบว่า การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผลของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน กรณีศึกษาเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ระดับดีมาก ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา วัฒนชีพ (2547: 68) และ สรรชัย สุวรรณรักษ์ (2548: 78) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ใน อยู่ในระดับปานกลาง

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.2.1 เพศ

จากผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1.2.1 ทั้งนี้การที่เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาจเนื่องจาก อสม. ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีส่วนร่วม ร้อยละ 70 อยู่ในระดับสูง โดยสอดคล้องกับการศึกษา บำรุง วงษ์น้อม (2551: 102) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. วัลภา พรหมฤทธิ์ (2550: 56) พบว่า เพศของผู้ปกครองนักเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ วิยะดา คงเพชร (2550: 62) พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามมาตรฐานงานสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน สุพิมพ์ พุ่มสมบัติ (2549: 84) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานอาหารปลอดภัย เนาวรัตน์ จันทร์รุ่งเรือง (2548: 122) พบว่า เพศที่ต่างกันมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อการประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จีราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 55) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ศศิธร คงสกุล (2545: 46) พบว่า เพศของ อสม. มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อนุรักษ์ สิงห์ชัย (2545: 123-125) พบว่า ชาวบ้านเพศหญิงมีส่วนร่วมมากกว่าเพศชายคิดเป็นร้อยละ 57.8 และ 42.2 ตามลำดับ ชีรชัย เต็ดขาด (2544: 138) พบว่า เพศชายมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ตำรวจมากกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพ็ญทิพย์ กิ่งถิ่น (2544: 9) พบว่า เพศมีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกขั้นตอนในการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศจากโรงไฟฟ้าแม่เมาะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยเพศชายจะมีส่วนร่วมและความต้องการมีส่วนร่วมมากกว่าเพศหญิง สุชาดา สารบุญ และคณะ (2544) ศึกษาพบว่า ความแตกต่างในด้านเพศ มีผลต่อการมีส่วนร่วมในโครงการอาหารสะอาดรสชาติอร่อย

2.2.2 สถานภาพสมรส

จากผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1.2.1 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการปฏิบัติงานของ อสม. ในหมู่บ้าน/ชุมชน ในบางช่วงเวลาอาจไม่ได้มีผลกระทบกับชีวิตครอบครัว อสม. ที่มีสถานภาพสมรส สมรสหรือโสด จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ บำรุง วงษ์น้อม (2551: 103) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. วิยะดา คงเพชร (2550: 62)

พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานตามมาตรฐานงาน สุขศึกษาของศูนย์สุขภาพชุมชน บุญเลิศ โพธิ์ชัย (2550: 67) พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภอ เขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น สรรชัย สุวรรณรักษ์ (2548: 76) ที่พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข และประภา วุฒิกุล (2548: 94) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดราชบุรี พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดราชบุรี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของประภา วัฒนชีพ (2547: ๓) ที่พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ และจิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 55) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลเสม็ด อำเภอ เมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001

2.2.3 อายุ

จากผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1.2.1 โดยที่อายุมากมีส่วนร่วมมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจาก อสม. ที่มีอายุแตกต่างกัน อาจจะมี ความรับผิดชอบแตกต่างกัน ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุ 41-60 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีความกล้าในการตัดสินใจ ในการชักจูง แนะนำผู้มารับบริการ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 55) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบล เสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ศศิธร คงสกุล (2545: 46) พบว่า อายุของ อสม. มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอตาลชุม จังหวัดอุบลราชธานี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ บำรุง วงษ์น้อม (2551: 103) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. โนน่า โมลิกา (2550: 124) พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด วัลภา พรหมฤทธิ์ (2550: 57) พบว่า อายุของผู้ปกครองนักเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ วิยะดา คงเพชร (2550: 62) พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานตามมาตรฐานงานสุขศึกษาของศูนย์สุขภาพชุมชน และยุคนันท์ ชูติปัญญาบุตร (2546: 98) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตาม บทบาทหน้าที่ของ อสม.

2.2.4 ระดับการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1.2.1 ทั้งนี้อาจเนื่องจาก อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา จึงทำให้มีข้อแตกต่างกับ อสม. ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า เพราะว่า อสม. ที่จบการศึกษาที่สูงกว่าย่อมมีความรู้มากกว่า จึงมีความมั่นใจในการที่จะมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นจึงส่งเสริมให้ อสม. ได้รับการประชุมหรืออบรมในเรื่องงานสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคอยู่เสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัลภา พรหมฤทธิ์ (2550: 57) พบว่า การศึกษาของผู้ปกครองนักเรียน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โลน่า โมลิค่า (2550: 124) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด และการศึกษาของจิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 55) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ บำรุง วงษ์น้อม (2551: 104) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. วิยะดา คงเพชร (2550: 62) พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานตามมาตรฐานงานสุขศึกษาของศูนย์สุขภาพชุมชน สุพิมพ์ พุ่มสมบัติ (2549: 84) พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานอาหารปลอดภัย ยุคนธ์ ชูติปัญญะบุตร (2546: 98) พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ทั้งนี้การที่ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.2.5 อาชีพ

จากผลการศึกษาพบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1.2.1 ทั้งนี้การที่อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาจเนื่องจาก อสม. ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม รองลงมาได้แก่ อาชีพรับจ้าง ซึ่งเป็นการประกอบอาชีพในพื้นที่ทำให้การปฏิบัติงานของ อสม. ในเรื่องการทำงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่ง อสม.สามารถเลือกช่วงเวลาตามความเหมาะสมของแต่ละหมู่บ้านจึงไม่กระทบกับการประกอบอาชีพ โดยสอดคล้องกับ การศึกษาของ บำรุง วงษ์น้อม (2551: 104) พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. วัลภา พรหมฤทธิ์ (2550: 49) พบว่า อาชีพของผู้ปกครองนักเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับ

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ชนิตา ระดาฤทธิ์ (2549: 99) พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการสร้างเสริมสุขภาพของ ประชาชนในชุมชน กรณีศึกษาเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร และบุคณธ์ ชุตติปัญญาบุตร (2546: 100) พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในเขตอำเภอแกลง จังหวัดระยอง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ บินตะคุ และไพจิตร ศิริมงคล (2549: 49) พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรในด้านอาชีพ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคไข้หวัดนก ของอาสาสมัครสาธารณสุขกิ่งอำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย จีราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 55) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุข มูลฐานของ อสม. ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

2.2.6 รายได้

จากผลการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งไม่เป็นไป ตามสมมติฐานข้อที่ 1.2.1 ทั้งนี้การที่รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาจเนื่องมาจากการเป็น อสม. มีความเสียสละ ทำงานเพื่อส่วนรวม ไม่ได้หวังผลตอบแทน การทำงานส่วนใหญ่ก็จัดสรรเวลาที่เหมาะสมกับอาชีพของ อสม. เองแต่ละ พื้นที่ เพื่อไม่ให้กระทบกับรายได้ จะพบว่าทุกคนเมื่อเข้ามาเป็น อสม.แล้ว ย่อมคำนึงถึงสุขภาพของ ประชาชน โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ บำรุง วงษ์น้อม (2551: 102) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์ กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. วัลภา พรหมฤทธิ์ (2550: 57) พบว่า รายได้ของผู้ปกครองนักเรียน ไม่มีความสัมพันธ์ กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพ โฉน่า โมลิก่า (2550: 124) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ของ อาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ชนิตา ระดาฤทธิ์ (2549: 99) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการสร้างเสริมสุขภาพของ ประชาชนในชุมชน กรณีศึกษาเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร และบุคณธ์ ชุตติปัญญาบุตร (2546: 99) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของประเสริฐ บินตะคุ และไพจิตร ศิริมงคล (2549: 49) พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรในด้าน รายได้ มีความสัมพันธ์ ระดับต่ำทางบวกกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุม โรคไข้หวัดนก ของอาสาสมัครสาธารณสุขกิ่ง อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย และจีราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 55) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัด ชลบุรี

2.2.7 ระยะเวลาการเป็น อสม.

จากผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้การที่ระยะเวลาเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอาจเนื่องมาจาก อสม. มีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนมากขึ้น มีความรับผิดชอบสูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่มากขึ้นมีการยอมรับ ความไว้วางใจจากชุมชนมากขึ้นทำให้การทำงานไม่มีอุปสรรค จึงทำให้มีความสุขในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โลงน่า โมลิเก่า (2550: 124) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน พบว่าระยะเวลามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเสพติด วราภรณ์ อึ้งพานิชย์และคนอื่น ๆ (2548: 65 - 66) พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จีราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 55) พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. บุคนธ์ ชูดีปัญญาบุตร (2546: 99) พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. มีผลกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. และของดวงภา สติธรรม (2544: ง) พบว่าการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์พลังงาน และสิ่งแวดล้อมของบุคลากรสถาบันเด็กแห่งชาติมหาราชินีมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.005 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1.2.1 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ บำรุง วงษ์น้อม(2551:102) พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอสม. วิยะดา คงเพชร (2550:62) พบว่า ระยะเวลาปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานตามมาตรฐานงานสุขศึกษาของศูนย์สุขภาพชุมชน จุฑาทิพย์ อุดคณที (2550: 96) พบว่าระยะเวลา ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในสถานีอนามัย จังหวัดสุพรรณบุรี ในระดับสูง ชนิตา ระดาฤทธิ์ (2549) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนใน พบว่า ระยะเวลาไม่มีความสัมพันธ์กับ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน กรณีศึกษาเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร สุพิมพ์ พุ่มสมบัติ (2549: 102) พบว่า ระยะเวลาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานอาหารปลอดภัย จังหวัดเพชรบุรี และเนาวรัตน์ จันทร์รุ่งเรือง (2548: 122) พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่ต่างกันการมีส่วนร่วมในการพัฒนา เพื่อการประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนไม่แตกต่างกัน

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม. พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้อาจเนื่องจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้มีการชี้แจงบทบาทหน้าที่ของ อสม. แต่ละหมู่บ้าน ที่ต้องดำเนินงานในเขตรับผิดชอบในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ และต้องมีการบันทึกส่งผลการทำงานทุกวันที่ประชุมประจำเดือน จึงทำให้การรับรู้บทบาทหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา ระคาฤทธิ์ (2549: 92) พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน ตามบทบาทหน้าที่ที่ดีมาก สุเมธ ทิพย์ชาติ (2533: 35-76) พบว่า การรับรู้บทบาทโดยเฉลี่ยทั้งหมด มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สุพัตรา จึงสง่าสม (2541: ง) พบว่า การรับรู้บทบาทอยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ด้านบริหารและด้านวิชาการ ของหัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข เทศบาลเมือง และกนกวรรณ มุกดาสนิท (2541: ง) พบว่า การรับรู้บทบาทการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองอยู่ในระดับสูง และการรับรู้บทบาท มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาทิพย์ อุดคณทิ (2550: 97) พบว่าการรับรู้บทบาทหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอดิศร บาลโสง (2546: ง) พบว่า การรับรู้บทบาทของ อปต. ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในองค์การบริหารส่วนตำบล ในสาธารณสุข เขต 5

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษาพบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ถ้า อสม. มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง ก็จะมีความสามารถในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงเช่นกัน แต่การศึกษาครั้งนี้ พบว่า อสม. ที่มีแรงจูงใจในระดับปานกลางมีผลการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 14 ซึ่งเป็นผลงานที่ต่ำมากเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายและเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าปัจจัยจูงใจ มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน

ตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องรังปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ปัจจัยคำจูน ด้านลักษณะงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยคำจูน เป็นข้อกำหนดเบื้องต้นที่ป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจ ถ้าขาดหรือไม่สอดคล้องกับผู้ปฏิบัติงาน ก็จะนำไปสู่การไม่ชอบงานนั้น ทำให้ผลการปฏิบัติงานต่ำลง แต่หากมีปัจจัยคำจูนเพียงพอก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ผลงานระยะหนึ่ง จึงจำเป็นต้องมีปัจจัยคำจูนเป็นสิ่งนำมา ก่อน และเป็นการเสริมปัจจัยจูงใจเพื่อให้เกิดความพึงพอใจในงานและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานได้ ด้านปัจจัยจูงใจ เป็นแรงกระตุ้นให้คนงานให้เกิดผลสำเร็จมากที่สุด

สำหรับการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกก็ต้องอาศัยปัจจัยจูงใจที่ทำให้ อสม. มีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน มีความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย เต็มความสามารถ และถ้ามีผลการปฏิบัติงานดีเด่น ได้รับการยกย่องชมเชยจากเจ้าหน้าที่ เพื่อนร่วมงาน ประชาชน และการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกเป็นงานที่ซับซ้อนยุ่งยาก ทำทลายความสามารถ ต้องใช้ทักษะเฉพาะในชักชวนกลุ่มเป้าหมาย โดยต้องมีการปฏิบัติงานกับผู้รับบริการที่เป็นสตรีที่มี ทั้งความอาย และมีความกลัว ในการมารับบริการตรวจมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกทั้งต้องมีสร้างการยอมรับ นับถือไว้วางใจของประชาชนเพราะฉะนั้นแรงจูงใจ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่เจ้าหน้าที่หรือผู้เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเป็นประโยชน์แก่องค์กร เพราะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน การสร้าง ขวัญและกำลังใจในการทำงานเป็นการสร้างเสริมพฤติกรรมกลุ่มบุคคลให้ร่วมมือร่วมใจกันทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วีระวัฒน์ หมื่นมา (2550) พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น จุฑาทิพย์ อุดคณทิ (2550: 98) พบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องรังปากมดลูก โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในระดับสูง สุประภา จักษุศล (2549: 106) พบว่าบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา มีความสัมพันธ์ในการปฏิบัติงานตามโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 สุพิมพ์ พุ่มสมบัติ (2549: 102) พบว่า แรงจูงใจในการดำเนินงานอาหารปลอดภัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานอาหารปลอดภัย ณัฐพงษ์ ดามาพงษ์ (2549: 1) พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดชัยภูมิ: กรณีศึกษา โรงพยาบาลนครินทร์ วนิดา รุประมาณ (2545: 67) พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริหารการ พยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน เขต 6

3. ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 จากการศึกษาพบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ จึงควรดำเนินงานดังต่อไปนี้

1) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลควรสร้างแรงจูงใจในด้านการยกย่องชมเชยให้แก่ผู้มีผลงานดีเด่น เช่น การมอบเกียรติบัตรเพื่อเชิดชูเกียรติ หรือประกาศนียบัตร ในที่ประชุมสรุปผลการดำเนินงานประจำปี ในระดับอำเภอ

2) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ควรใช้ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือก หมู่บ้านพัฒนางานดีเด่น ประจำปี เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

3) เจ้าหน้าที่ควรจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้กับ อสม. เป็นระยะๆ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจ และเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อสร้างความมั่นใจในการแนะนำ แก่กลุ่มเป้าหมายให้กับ อสม.

3.1.2 การศึกษาพบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ ของ อสม. มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้ อสม. มีการรับรู้บทบาทตัวเองในเรื่องประเมินผลและติดตามกลุ่มเป้าหมายอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น เจ้าหน้าที่ควรมีการกระตุ้น ให้ อสม. ติดตามการประเมินผลงานตามที่ได้กำหนดไว้ตามแผนงาน พร้อมทั้ง ให้ความรู้เพิ่มเติมการประเมินผลงานเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับ อสม.

3.1.3 จากการศึกษาระดับการมีส่วนร่วม พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมร่วม ในการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง แต่ยังมีจุดอ่อนในเรื่อง ประชาชนให้ความร่วมมือ สนับสนุนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระดับปานกลาง ดังนั้น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลควรให้การสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อสร้างความมั่นใจและยอมรับของประชาชน พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์งานของ อสม. ที่ต้องดำเนินการในชุมชนให้ประชาชนทราบ เป็นการทำให้เกิดการยอมรับ เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จะทำให้ผลการดำเนินงานประสบความสำเร็จได้

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางในการสนับสนุนให้ อสม. ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพกว่าเดิม

3.3.2 ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบ กระบวนการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่าง อสม. ที่ปฏิบัติงานในชุมชนเขตเมืองและชุมชนชนบท เพราะมีความสัมพันธ์ภาพระหว่างประชาชนกับ อสม. มีความเป็นกันเองต่างกัน ทำให้การยอมรับมีความแตกต่างกัน เพื่อหารูปแบบของการดำเนินงานที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3.3.3 ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.3.4 ศึกษาความพึงพอใจของประชาชน ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาล

3.3.5 ควรขยายผลการศึกษาเรื่องนี้ให้ครอบคลุมทั้งอำเภอ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนางานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้มีผลลัพท์ดีขึ้น

3.3.6 ศึกษาเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงานกับพื้นที่ที่มีผลการดำเนินงานในระดับต่ำกว่าเป้าหมาย

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข (2549) “คู่มือแนวทางการดำเนินงานโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 75 จังหวัด” สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- กระทรวงสาธารณสุข (2545) “นโยบายด้านสาธารณสุขของรัฐบาล” (เอกสารอัดสำเนา)
- กระทรวงสาธารณสุข (2548) “แนวทางการปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรง” (Healthy Thailand) ม.ป.ท.
- กระทรวงสาธารณสุข (2548) “การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear” สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- กระทรวงสาธารณสุข (2547) “แนวทางเวชปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและวิธีรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปากมดลูก” สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- กัลยา วานิชย์บัญชา (2549) “การวิเคราะห์สถิติ: สถิติสำหรับงานวิจัย” พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- กนกวรรณ มุกดาสนิท (2541) “ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ การรับรู้ บทบาทกับการปฏิบัติงาน สาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง ของบุคลากร สาธารณสุขเทศบาล” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอสีชล (2551) “รายงานประจำปี 2552” (อัดสำเนา)
- จุฑาทิพย์ อุดคณที (2550) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสถานีอนามัย จังหวัดสุพรรณบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- จิรภา สุขสวัสดิ์ (2547) “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นชลบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต สาขาการจัดการทรัพยากรมนุษย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

- จิตติมา พานิชกิจ (2540) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในจังหวัดนครสวรรค์” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ฉลวย หนูจิตร (2551) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการบริการกิจกรรมในชุมชน อำเภอแม่จางศรี จังหวัดขอนแก่น” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ชนิดา ระดาฤทธิ์ (2549) “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน กรณีศึกษาเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญา คณะสังคมศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ณัฐพงษ์ คามาพงษ์ (2549) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดชัยภูมิ” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ดวงนภา สิทธิธรรม (2544) “การมีส่วนร่วมของบุคลากรสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่มีต่อโครงการโรงพยาบาลสีเขียว” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- เนาวรัตน์ รัตนสาม (2542) “การนิเทศงานกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- บำรุง วงษ์นิยม (2551) “การมีส่วนร่วมของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในพื้นที่อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- บังลิ่งก์ วิเศษศรี (2543) “ศักยภาพการเพิ่มพื้นที่สีเขียวโดยประชาชนมีส่วนร่วมในเขตเทศบาล นครเชียงใหม่” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- บุญเลิศ โพธิ์ชัย (2550) “การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภอเขาสนกวาง จังหวัดขอนแก่น” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- บรรจง กณะกาศัย (2540) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา
ป่าชายเลน: ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดจันทบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาการจัดการป่าไม้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ประภา วัฒนชีพ (2547) “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดจันทบุรี” วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) สาขาวิชาวิทยาศาสตร์
สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ประภา วุฒิกุล (2548) “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
จังหวัดราชบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการ
พัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง
- ประกายรัตน์ สุวรรณ (2548) “คู่มือการใช้โปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 12 สำหรับ Window”
กรุงเทพมหานคร ซีเอ็ดยูเคชั่น จำกัด มหาชน
- ประเสริฐ บินตะคุ และไพโรจิตร์ ศิริมงคล (2549) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังและควบคุม
โรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข กิ่งอำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย”
เอกสารเผยแพร่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ออนไลน์)
- พัชรินทร์ สมบูรณ์ (2547) “การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
- เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล ชีรวุฒิ ภูหะเปรม และสมยศ ศิริศรี (2547) “แผนการดำเนินงานการป้องกัน
และควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในประเทศไทย” สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- ไพสุตา ตรีเดซี (2546) “การมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์ป่าชุมชนบ้านทุ่งสง จังหวัด
กระบี่” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยาประยุกต์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- นิรัตน์ อิมามี่ (2543) “เครื่องมือการวิจัย” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสถิติและระเบียบวิธีวิจัยใน
งานสาธารณสุข หน่วยที่ 9 หน้า 147 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- เมตต์ เมตต์การุณจิต (2541) “การมีส่วนร่วมในการบริหารโรงเรียนของคณะกรรมการศึกษาประจำ
โรงเรียนเทศบาลในจังหวัดนครราชสีมา” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาบริหารการศึกษา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

- ยุคนธ์ ปัญญาบุตร (2546) “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอแกลง จังหวัดระยอง” วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขานโยบายสาธารณะ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
- โลน่า โมลิกา (2550) “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเยาเสฟตติคในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเยาเสฟตติค” วิทยานิพนธ์ปริญญาคณะสังคมศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- วรารณ อึ้งพานิชย์ และคณะ (2548) “ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านที่พบและไม่พบการระบาดของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีกในประเทศไทย” รายงานการวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2, 3, 6, 7, 9, 11 สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- วีระวัฒน์ หมั่นมา (2550) “แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- วิยะดา คงเพชร (2550) “การมีส่วนร่วมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาการดำเนินงานสุขภาพตามมาตรฐานงานสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ศรีกัญญา เงามแก้ว (2544) “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จังหวัดนราธิวาส” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- ศศิธร คงสกุล (2545) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอตาลสุ่ม จังหวัดอุบลราชธานี” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (2549) “การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear” พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร สยามออฟเซ็ท

- สุพิมพ์ พุ่มสมบัติ (2549) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยในการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัย จังหวัดเพชรบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- สุประภา จักขุคูล (2549) “แรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสารคาม
- สมเกียรติ ศักดิ์สิทธิ์กร (2546) “การสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลเอกชนที่ได้รับการรับรอง ISO 9002: กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครินทร์และโรงพยาบาลศิครินทร์” วิทยานิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
- สรารุช วลัยชพฤกษ์ (2543) “ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อการพัฒนาทรัพยากร มหาวิทยาลัยมหิดล
- สรรัชต์ สุวรรณรักษ์ (2548) “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาอำเภอรามัน จังหวัดยะลา” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- อดุลย์ วรรณชาติ (2545) “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ศึกษากรณีอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ – สกุลผู้ทรงคุณวุฒิ	นางพนิตนาฏ วิสุทธิธรรม
ตำแหน่งทางวิชาการ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
วุฒิการศึกษา	วิทยาศาสตร์บัณฑิต เอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2524 นิเทศศาสตร์พัฒนการมหาบัณฑิต เอกการสื่อสาร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี 2535
ชื่อ – สกุลผู้ทรงคุณวุฒิ	นางสาวฉวีวรรณ แซ่ซี้
ตำแหน่งทางวิชาการ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
วุฒิการศึกษา	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 2535 ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2546
ชื่อ – สกุลผู้ทรงคุณวุฒิ	นางกำไล สมรักษ์
ตำแหน่งทางวิชาการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ APN สาขาการพยาบาลชุมชน หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2537 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต เอกอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี 2545

ภาคผนวก ข
แบบสอบถาม

แบบสอบถาม**เรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูก ของตำบลลิซล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช**

แบบสอบถามฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อศึกษา การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของตำบลลิซล อำเภอสิชล จังหวัด
นครศรีธรรมราช เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการศึกษาค้นคว้าอิสระของ นางบุปผา เลิศวาสนา นักศึกษา
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยนครราชสีมา

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถาม (กรุณาอ่านให้เข้าใจก่อนลงมือตอบแบบสอบถาม)
แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ
- ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทหน้าที่ จำนวน 14 ข้อ
- ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 28 ข้อ
- ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 15 ข้อ

ขอความอนุเคราะห์ท่านตอบแบบสอบถามด้วยข้อมูลที่เป็นจริงให้ครบทุกข้อ คำตอบ
ของท่านจะถือเป็นความลับและไม่มีผลต่อท่านแต่อย่างใด ผลการวิเคราะห์จะเสนอในภาพรวมและ
นำไปใช้เป็นประโยชน์ในทางวิชาการต่อไป

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่สละเวลาให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม

นางบุปผา เลิศวาสนา

ผู้วิจัย

แบบสอบถามเลขที่

--	--	--

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดเติมข้อมูลลงในช่องว่าง หรือ เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ตามความเห็นของท่าน

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ ปี (นับเป็นจำนวนเต็ม)

age

--	--

2. เพศ () 1. ชาย

sex

() 2. หญิง

--

3. สถานภาพสมรสของท่าน

sta

() 1. โสด

() 2. คู่

--

() 3. หย่า/หม้าย

4. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

edu

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ

--

() 2. ประถมศึกษา

() 3. มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)

() 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) / ปวช. หรือเทียบเท่า

() 5. ปวส. / อนุปริญญา หรือเทียบเท่า

() 6.ปริญญาตรี หรือ สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพหลักของท่าน

occ

() 1. ไม่มีอาชีพ

--

() 2. เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา เลี้ยงสัตว์)

() 3. รับจ้าง

() 4. ค้าขาย

() 5. ประกอบธุรกิจส่วนตัว (ช่างเสริมสวย, แม่ครัว, แม่บ้าน ฯลฯ)

() 6. อื่นๆ (ระบุ)

6. ครอบครัวของท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (ไม่หักค่าใช้จ่าย) บาท

incom

--	--	--	--	--

exp

7. ท่านมีประสบการณ์ในการเป็น อสม. (ระบุปีเต็มโดยตัดเศษของเดือนทิ้ง)..... ปี

--

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้บทบาทหน้าที่การดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความโดยละเอียด แล้วพิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นอย่างไรจากนั้นทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างทางขวามือเพียงช่องเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด

มาก หมายถึง รับรู้บทบาท มากกว่าร้อยละ 80 ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง รับรู้บทบาท ระหว่างร้อยละ 51-80 ให้ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง รับรู้บทบาท ระหว่างร้อยละ 21-50 ให้ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง รับรู้บทบาท น้อยกว่าร้อยละ 21 ให้ 1 คะแนน

ข้อ	บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข	ความคิดเห็น				
		มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1.	ท่านต้องสำรวจข้อมูล สตรีกลุ่มเป้าหมาย ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เขต พื้นที่รับผิดชอบของท่าน					A1 <input type="checkbox"/>
2.	เพื่อค้นหาสตรีกลุ่มเป้าหมายตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ให้ครอบคลุมท่านต้อง ปรึกษางานกับ อสม. ผู้นำชุมชน ,แกนนำ สุขภาพในชุมชน					A2 <input type="checkbox"/>
3	เพื่อวางแผน ติดตาม กลุ่มเป้าหมายให้มา ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ท่านต้องใช้ ทะเบียนสตรีกลุ่มเป้าหมาย					A3 <input type="checkbox"/>
4.	ในการวางแผนการดำเนินงาน ตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูกท่านต้องร่วมประชุม ชี้แจงแก่ อสม. ผู้นำชุมชน แกนนำในพื้นที่					A4 <input type="checkbox"/>
5.	ท่านต้องเผยแพร่ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก โดยการชี้แจง, แจกเอกสาร,แผ่นพับ ให้กับ สตรีกลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไป					A5 <input type="checkbox"/>
6.	ท่านต้องมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ ในชุมชน เกี่ยวกับการให้บริการตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูก					A6 <input type="checkbox"/>

ข้อ	บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข	ความคิดเห็น				
		มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
7.	ท่านต้องจัดกิจกรรมเพื่อเป็นการจูงใจให้กลุ่มเป้าหมายได้ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					A7 <input type="checkbox"/>
8.	ท่านต้องมีการแนะนำผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกถึงขั้นตอนและวิธีการเตรียมตัวในการตรวจมะเร็งปากมดลูก					A8 <input type="checkbox"/>
9.	ท่านต้องมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในการจัดให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในชุมชน					A9 <input type="checkbox"/>
10.	ท่านต้องเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามกระตุ้นสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					A10 <input type="checkbox"/>
11.	ท่านต้องมีการสอบถามความคิดเห็นของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี					A11 <input type="checkbox"/>
12.	ท่านต้องประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก 6 เดือน					A12 <input type="checkbox"/>
13.	ท่านต้องนำความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของกลุ่มเป้าหมายมาปรับปรุงการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					A13 <input type="checkbox"/>
14.	ท่านต้องสรุปจำนวนผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเป้าหมายทุกปี					A14 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 3 ข้อมูลแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความโดยละเอียด แล้วพิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นอย่างไร จากนั้นทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างทางขวามือเพียงช่องเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด

- มาก หมายถึง รับรู้บทบาท มากกว่าร้อยละ 80 ให้ 4 คะแนน
 ปานกลาง หมายถึง รับรู้บทบาท ระหว่างร้อยละ 51-80 ให้ 3 คะแนน
 น้อย หมายถึง รับรู้บทบาท ระหว่างร้อยละ 21-50 ให้ 2 คะแนน
 น้อยที่สุด หมายถึง รับรู้บทบาท น้อยกว่าร้อยละ 21 ให้ 1 คะแนน

ข้อ	แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	ความคิดเห็น				
		มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1.	การยอมรับนับถือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลให้ความไว้วางใจ ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกของท่าน					B1 <input type="checkbox"/>
2.	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ยอมรับในความรู้ และความสามารถในการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของท่าน					B2 <input type="checkbox"/>
3.	ท่านได้รับคำชมเชยจากจากเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล ในการดำเนินงานตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูก					B3 <input type="checkbox"/>
4.	อสม. ในหมู่บ้านยอมรับในความรู้ ความสามารถในการดำเนินงานตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกของท่าน					B4 <input type="checkbox"/>
5.	ประชาชนในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบให้ ความร่วมมือกับท่านในการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					B5 <input type="checkbox"/>
6.	ด้านความรับผิดชอบ ท่านมีความตั้งใจและมุ่งมั่นที่จะออก ติดตามกลุ่มเป้าหมายให้มาตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูก ทุกคน					B6 <input type="checkbox"/>

ข้อ	แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	ความคิดเห็น				
		มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
7.	ท่านได้รับมอบอำนาจการตัดสินใจในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					B7 <input type="checkbox"/>
8.	ท่านได้วางแผนดำเนินการตรวจมะเร็งปากมดลูกไว้ล่วงหน้า					B8 <input type="checkbox"/>
9.	ท่านได้ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้					B9 <input type="checkbox"/>
10.	ด้านความสำเร็จของงาน ท่านมีความภูมิใจที่ได้ร่วมดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					B10 <input type="checkbox"/>
11.	ท่านสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้					B11 <input type="checkbox"/>
12.	ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหมู่บ้านท่านเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด					B12 <input type="checkbox"/>
13.	ท่านสามารถดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทันเวลาตามที่กำหนดได้					B13 <input type="checkbox"/>
14.	ด้านลักษณะงาน การออกติดตามกลุ่มเป้าหมายตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นงานที่ทำทลายความรู้ความสามารถของท่าน					B14 <input type="checkbox"/>
15.	การดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยุ่งยากซับซ้อนจนเกินความสามารถที่ท่านจะทำได้					B15 <input type="checkbox"/>
16.	การดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้มีปริมาณงานเพิ่มขึ้นจนเกินความสามารถที่ท่านจะทำได้					B16 <input type="checkbox"/>

ข้อ	แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	ความคิดเห็น				
		มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
17.	ด้านสภาพการทำงาน การสนับสนุน แผ่นพับ ใบ ประชาสัมพันธ์ต่างๆ ในการปฏิบัติงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตรงกับ ความต้องการของท่าน					B17 <input type="checkbox"/>
18.	เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลให้ความรู้ เรื่อง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่ ท่านจนเข้าใจชัดเจน					B18 <input type="checkbox"/>
19.	สภาพพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบมีความ สะดวกในการดำเนินงานตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก					B19 <input type="checkbox"/>
20.	เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลคอยเป็นที่ปรึกษาให้ คำปรึกษารับทราบปัญหาและแก้ไข ปัญหาร่วมกับท่าน					B20 <input type="checkbox"/>
21.	ด้านนโยบายและการบริหาร โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายใน การดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูก ไว้อย่างชัดเจน					B21 <input type="checkbox"/>
22.	โรงพยาบาลมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก ไว้อย่างชัดเจน					B22 <input type="checkbox"/>
23.	เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลมีการประชุม ชี้แจงนโยบาย การดำเนินงานตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูก ให้ท่านทราบ					B23 <input type="checkbox"/>
24.	เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลมีการกำหนด กิจกรรมและขั้นตอนการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไว้อย่าง ชัดเจน					B24 <input type="checkbox"/>

ข้อ	แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	ความคิดเห็น				
		มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
25.	เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล มีการนิเทศ ติดตาม การดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ อสม.อย่างต่อเนื่อง					B25 <input type="checkbox"/>
26.	ด้านความสัมพันธ์ภาพในการทำงาน เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลให้ความเป็นกันเองกับท่านในขณะที่ปฏิบัติงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร่วมกัน					B26 <input type="checkbox"/>
27.	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับ อสม. ในการปฏิบัติงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					B27 <input type="checkbox"/>
28.	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับประชาชนในการออกปฏิบัติงานติดตามการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ					B28 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความแต่ละข้อ ที่ตรงกับการมีส่วนร่วมของท่านต่อการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

มีส่วนร่วมในการดำเนินงานมาก หมายถึง มีการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าร้อยละ 80

มีส่วนร่วมในการดำเนินงานปานกลาง หมายถึง มีการเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างร้อยละ 51-80

มีส่วนร่วมในการดำเนินงานน้อย หมายถึง มีการเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างร้อยละ 21-50

มีส่วนร่วมในการดำเนินงานน้อยที่สุด หมายถึง มีการเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 21

ข้อ	กิจกรรม	การมีส่วนร่วม				
		มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1.	ด้านการร่วมตัดสินใจ ท่านมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหาการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข					C1 <input type="checkbox"/>
2.	ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับหมู่บ้านของท่านในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					C2 <input type="checkbox"/>
3.	ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้าน					C3 <input type="checkbox"/>
4.	ท่านมีส่วนแสดงความคิดเห็นในการปรับปรุงและพัฒนางานการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ					C4 <input type="checkbox"/>
5.	ด้านการร่วมปฏิบัติ ท่านมีส่วนร่วมในการออกประชาสัมพันธ์ ติดตาม กลุ่มเป้าหมายการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					C5 <input type="checkbox"/>
6.	ท่านมีส่วนร่วมในการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมงาน อสม. ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					C6 <input type="checkbox"/>

ข้อ	กิจกรรม	การมีส่วนร่วม				
		มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
7.	ท่านชักชวนคนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรม เมื่อมีการณรงค์เกี่ยวกับการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					C7 <input type="checkbox"/>
8.	ด้านกรร่วมรับผลประโยชน์ ท่านมีความภาคภูมิใจเมื่อติดตามกลุ่มเป้าหมาย ตรวจมะเร็งปากมดลูกประสบผลสำเร็จ					C8 <input type="checkbox"/>
9.	ท่านได้นำความรู้ในการดำเนินงานตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูกมาใช้ให้เกิดประโยชน์ กับตนเองและครอบครัว					C9 <input type="checkbox"/>
10.	การที่ท่านเป็น อสม. จะช่วยให้ได้รับความ สะดวกในการนำผู้ไปรับบริการตรวจมะเร็ง ปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่า คนทั่วไป					C10 <input type="checkbox"/>
11.	ประชาชนให้ความร่วมมือ สนับสนุนการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกของท่านเป็นอย่างดี					C11 <input type="checkbox"/>
12.	ประชาชนในชุมชนให้การยกย่อง ชมเชยท่าน เมื่อท่านได้ดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูก ในหมู่บ้านประสบผลสำเร็จ					C12 <input type="checkbox"/>
13.	ท่านรู้สึกภูมิใจที่ได้เป็นแกนนำในการ ดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					C13 <input type="checkbox"/>
14.	ด้านการร่วมประเมินผล ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนประเมินผล การดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					C14 <input type="checkbox"/>
15.	ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลความสำเร็จ ของการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูก					C15 <input type="checkbox"/>

ขอขอบคุณในความร่วมมืตอบแบบสอบถาม

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางบุปผา เลิศวาสนา
วัน เดือน ปี	22 กรกฎาคม 2504
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลสงขลา พ.ศ. 2527 ประกาศนียบัตรพยาบาลเฉพาะทาง การรักษาโรคทั่วไป มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ พ.ศ. 2546 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช พ.ศ. 2552
สถานที่ทำงาน	กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลลิซล อำเภอลิซล จังหวัดนครศรีธรรมราช
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ