

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็ง
ปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง**

นางยุพดี อานุภาพเสถียร

การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
พ.ศ. 2553

**Factors Related to the Participation of Village Health Volunteers
in the Implementation of Cervical Cancer Screening,
Nayong District, Trang Province**

Mrs. Yupadee Arnupabstain

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

School of Health Science

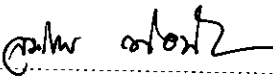
Sukhothai Thammathirat Open University

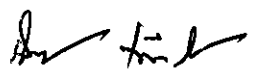
2010

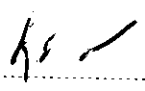
หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง
ชื่อและนามสกุล	นางยุพดี อานุภาพเสถียร
แขนงวิชา	สาธารณสุขศาสตร์
สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์สมโภช รติโอพาร

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2553

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์สมโภช รติโอพาร)


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


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การทำการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถจาก
รองศาสตราจารย์สม โภช รัตติโอพาร และรองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริรักษา ที่ได้กรุณา
ให้คำแนะนำ และติดตามการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้ อย่างใกล้ชิดตลอดมานับตั้งแต่ต้น
จนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ ดร. อาจินต์ สงทับ อาจารย์ประจำวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดตรัง และคุณพุทธิพงษ์ บุญชู นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุข
อำเภอเมืองตรัง ที่ให้ความกรุณาในการวิเคราะห์ข้อมูล คุณสุธี คำคง นักวิชาการสาธารณสุข
ชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง คุณจรุงพัฒน์ หอวิชัยกุล นักวิชาการสาธารณสุข
ชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาโยง และคุณปิยะรัตน์ กฤตยานวัช นักวิชาการ
สาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันตัง ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง สาธารณสุขอำเภอย่านตาขาว
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของสถานีนามัยบ้านควนหินที่
ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอนาโยง และ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาโยง ที่ให้ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ และยังให้ความร่วมมือและกรุณา
ต่อผู้วิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในอำเภอนาโยง จังหวัดตรัง ทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยเหลือในการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระในครั้งนี้

นอกจากนี้ ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เพื่อนนักศึกษา และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำการศึกษาค้นคว้า
อิสระครั้งนี้ทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน โดยเฉพาะ คุณบุญฤทธิ์ อานุภาพเสถียร
ครูวิทยฐานะชำนาญการพิเศษ สามี่ และลูก ๆ ที่คอยช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมา

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้ผู้สนใจศึกษาทั้งหมด และผู้ที่
ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

บุพดี อานุภาพเสถียร

กันยายน 2553

ชื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจ
คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง

ผู้ศึกษา นางยุพดี อานุกาฬเสถียร รหัสนักศึกษา 2505000030 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
(บริหารสาธารณสุข) **อาจารย์ที่ปรึกษา** รองศาสตราจารย์สมโภช รติโอพาร **ปีการศึกษา** 2553

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการปฏิบัติงาน ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการปฏิบัติงาน ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง จำนวน 729 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 259 คน ได้จากวิธีการคำนวณโดยใช้สูตรของยามานะ โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีความเที่ยง 0.90 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย (1) ปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 45.6 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ส่วนปัจจัยการปฏิบัติงาน พบว่า ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 11.09 ปี เคยประชุม/ฝึกอบรม มีความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง สำหรับปัจจัยสนับสนุนทางสังคม พบว่า ส่วนใหญ่คนในครอบครัวที่สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากที่สุดคือ สามีหรือภรรยา โดยรูปแบบการสนับสนุนมากที่สุด คือ การให้กำลังใจ ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับสูง (2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และรูปแบบการสนับสนุนของคนในครอบครัว

คำสำคัญ การดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
การมีส่วนร่วมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	8
แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม	14
ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม	26
แนวคิดเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	29
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล	43
การวิเคราะห์ข้อมูล	44

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	46
ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	46
ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยการปฏิบัติงานและการสนับสนุนทางสังคม	48
ส่วนที่ 3 ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	52
ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการปฏิบัติงาน ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน	57
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	66
สรุปการวิจัย	66
อภิปรายผล	68
ข้อเสนอแนะ	75
บรรณานุกรม	78
ภาคผนวก	85
ก ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	86
ข แบบสอบถาม	88
ประวัติผู้ศึกษา	97

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบล	41
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษา	47
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามประเภทของการดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการประชุม / ฝึกอบรม	49
ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับความรู้ เรื่อง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	50
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามความรู้ เรื่อง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	50
ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามคนในครอบครัวที่สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านและรูปแบบการให้การสนับสนุนมากที่สุด	51
ตารางที่ 4.6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมเป็นรายด้านและโดยรวม	52
ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วม ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านจำแนกรายข้อ	53
ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	58
ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการปฏิบัติงาน ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	60

ฉ

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการมีส่วนร่วมโดยรวมในการ ดำเนินงาน
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 64

ญ

สารบัญญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	5

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งของสตรีทั่วโลก โดยพบได้บ่อยเป็นอันดับสามของมะเร็งในสตรีทั้งหมด มีสตรีที่เป็นโรคนี้อยู่อย่างน้อย 1.4 ล้านคนทั่วโลก ในแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นมากกว่า 460,000 ราย และมีสตรีเสียชีวิตจากโรคนี้นี้ประมาณ 231,000 รายต่อปี (บันชิต ชุมวรฐายี 2550: 1)

ในประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในหญิงไทย มีอุบัติการณ์ 24.7 ต่อประชากรหญิง 100,000 คน โดยแต่ละปี มีหญิงไทยเป็นมะเร็งปากมดลูกเพิ่มปีละประมาณ 7,000 คน มะเร็งปากมดลูกยังเป็นสาเหตุการตายจากมะเร็งอันดับที่สามของหญิงไทยรองจากมะเร็งตับและมะเร็งปอด โดยเฉลี่ยมีหญิงไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก วันละ 7 ราย ช่วงอายุที่พบบ่อยคือ 45 - 55 ปี เป็นช่วงวัยทำงาน ส่วนใหญ่มีบุตรที่ยังอยู่ในวัยเรียน ซึ่งการเป็นมะเร็งปากมดลูกมีผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เป็นที่ทราบกันดีว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่สามารถป้องกันได้ ถ้าสามารถตรวจพบระยะก่อนเป็นมะเร็ง และให้การบำบัด ซึ่งมีตัวอย่างให้เห็นเช่นในประเทศที่พัฒนาแล้ว ในประเทศไทยได้มีความพยายามที่จะลดอัตราการตายของหญิงไทยด้วยมะเร็งปากมดลูกมายาวนาน โดยได้นำวิธีตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธี Pap smear มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2495 ร่วมกับการเพิ่มขีดความสามารถในการรักษาผู้ป่วย แต่ที่ผ่านมาอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยยังไม่ได้ลดลงเป็นที่น่าพอใจ จึงจำเป็นต้องหากลยุทธ์ใหม่มาช่วยในการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก (สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ 2552: 1)

จากผลการศึกษาขององค์การวิจัยมะเร็งนานาชาติ พบว่า การที่จะลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งนั้น ถ้าสามารถให้การค้นหาครอบคลุมประชากรได้จำนวนมากเท่าไร ยิ่งจะลดอัตราการตายได้ดีกว่าจำนวนความถี่ของสตรีที่ไปรับการตรวจ กล่าวคือ ถ้าสามารถทำการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกได้ครอบคลุมจำนวนประชากรร้อยละ 80 โดยการทำ Pap smear ทุกปี จะลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกลงได้ ร้อยละ 61 แต่ถ้าทำทุก 5 ปี ก็จะสามารถลดลงได้ ร้อยละ 55 แต่ในทางกลับกัน ถ้าสามารถตรวจครอบคลุมประชากรได้เพียง ร้อยละ 30 แม้ว่าจะทำการตรวจ Pap smear ให้กับสตรีทุกๆ ปี ก็ลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกได้เพียง ร้อยละ 15 เท่านั้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

2549: บทนำ) ดังนั้นการจะให้สตรีไทยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้มากที่สุด จำเป็นต้องมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเชิงรุกที่ดีที่สุด

จากแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 กลุ่มเป้าหมาย คือ หญิงไทยที่มีอายุระหว่าง 30- 60 ปี ได้รับการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งตามความเหมาะสม ดังนี้

1. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear ในผู้หญิงไทย ที่มีอายุระหว่าง 30- 60 ปี / หรือ

2. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA ในผู้หญิงไทยที่มีอายุระหว่าง 30-45 ปี ในพื้นที่ที่มีบุคลากรผ่านการอบรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA (โดยกรมอนามัย) และการจีด้วยความเย็น (Cryotherapy) ในรายที่พบผิดปกติ

จังหวัดตรังมีอัตราป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก ในปีงบประมาณ 2549 – 2551 เท่ากับ 19.60 , 22.55 และ 26.71 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2552 มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear ในสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุ 35,40,45,50,55 และ 60 ปี ซึ่งมีผลการดำเนินงานร้อยละ 75.6 พบอุบัติการณ์โรคมะเร็งปากมดลูก 3.22 ต่อแสนประชากร

อำเภอนาโยง มีอัตราป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก ในปีงบประมาณ 2549 – 2551 เท่ากับ 9.46 , 40.69 และ 55.49 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2552 มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear ในสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุ 35,40,45,50,55 และ 60 ปี ซึ่งมีผลการดำเนินงานร้อยละ 71.8 พบอุบัติการณ์โรคมะเร็งปากมดลูก 4.60 ต่อแสนประชากร ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เมื่อเปรียบเทียบกับอำเภออื่น ๆ ในจังหวัดตรัง ซึ่งมีผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองต่ำกว่าภาพรวมของจังหวัดตรัง ในขณะที่อัตราป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีอัตราอุบัติการณ์ของโรคสูงกว่าภาพรวมของจังหวัด

ผู้วิจัยเห็นว่า การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกในเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญด้านการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน จะส่งผลต่อความสำเร็จในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกได้สูง โดยบริบทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอนาโยง มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำ เผยแพร่ความรู้การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือ และรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับ

บริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน รับผิดชอบ 8-15 หลังคาเรือน ในแต่ละหมู่บ้านจะคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน เป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขระดับหมู่บ้านและที่เหลือเป็นสมาชิก ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้แถลงโดย นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 20 มกราคม 2553 คือ สนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีบทบาทเชิงรุกมากขึ้น เพื่อสนับสนุนนโยบายรัฐบาลในการปฏิบัติงานเชิงรุกในท้องถิ่นและชุมชน ในด้านการส่งเสริมสุขภาพการดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและการเฝ้าระวังโรคในชุมชน โดยจัดให้มีสวัสดิการค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสร้างแรงจูงใจ หนุนเสริมให้ปฏิบัติงานได้อย่างคล่องตัว และมีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายที่จะให้ความสำคัญต่อการเสริมสร้างทักษะองค์ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในชุมชน รวมทั้งสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครต่าง ๆ ในการพัฒนาระบบการติดตาม เฝ้าระวัง และป้องกันโรค ทั้งโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำในทุกพื้นที่ ตลอดจนจัดสวัสดิการและค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ขึ้นทะเบียนไว้เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติภารกิจที่เพิ่มขึ้น สร้างและขยายเครือข่ายแกนนำสุขภาพภาคประชาชนให้มีการดำเนินการเชิงรุก ด้านสุขภาพ โดยการอบรมฟื้นฟูให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ทักษะในการให้บริการแบบเชิงรุกด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่งเสริมให้แกนนำสุขภาพมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ เจมส์ค็อกซ์ ปิ่นทอง (2527: 10) ที่ได้กล่าวไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 4 ขั้นตอน คือ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา การวางแผนดำเนินงานกิจกรรมการลงทุน และปฏิบัติงาน และการติดตามและประเมินผล

เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่จังหวัดตรัง จันทิมา ลิมหั้น (2543: 84-85) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อยู่ในระดับปานกลางทั้งภาพรวมและรายด้าน ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ได้แก่ การได้รับสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ในการเผยแพร่ความรู้ เจตคติ ต่อการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การอบรมความรู้เพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและระดับการศึกษา ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อ

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้แก่ เพศ สถานภาพ สมรส อายุ รายได้ ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง การพบปะร่วมประชุมกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเสริมสร้างขวัญและกำลังใจการติดตามนิเทศจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากผลการศึกษาดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ นางสุดารัตน์ จันทร์ทอง อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นของอำเภอนาโยงและเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับชาติ ประจำปี 2552 ซึ่งได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการทำงานด้านสาธารณสุขเชิงรุก ของอำเภอในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน ด้านสาธารณสุข ได้มากน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอายุ การประกอบอาชีพ สถานภาพสมรสและการให้การสนับสนุน จากบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้ การได้รับการยอมรับ ให้เกียรติ ยกย่อง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคนในสังคม มีส่วนทำให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วม ในการดำเนินงานสาธารณสุขมากขึ้น

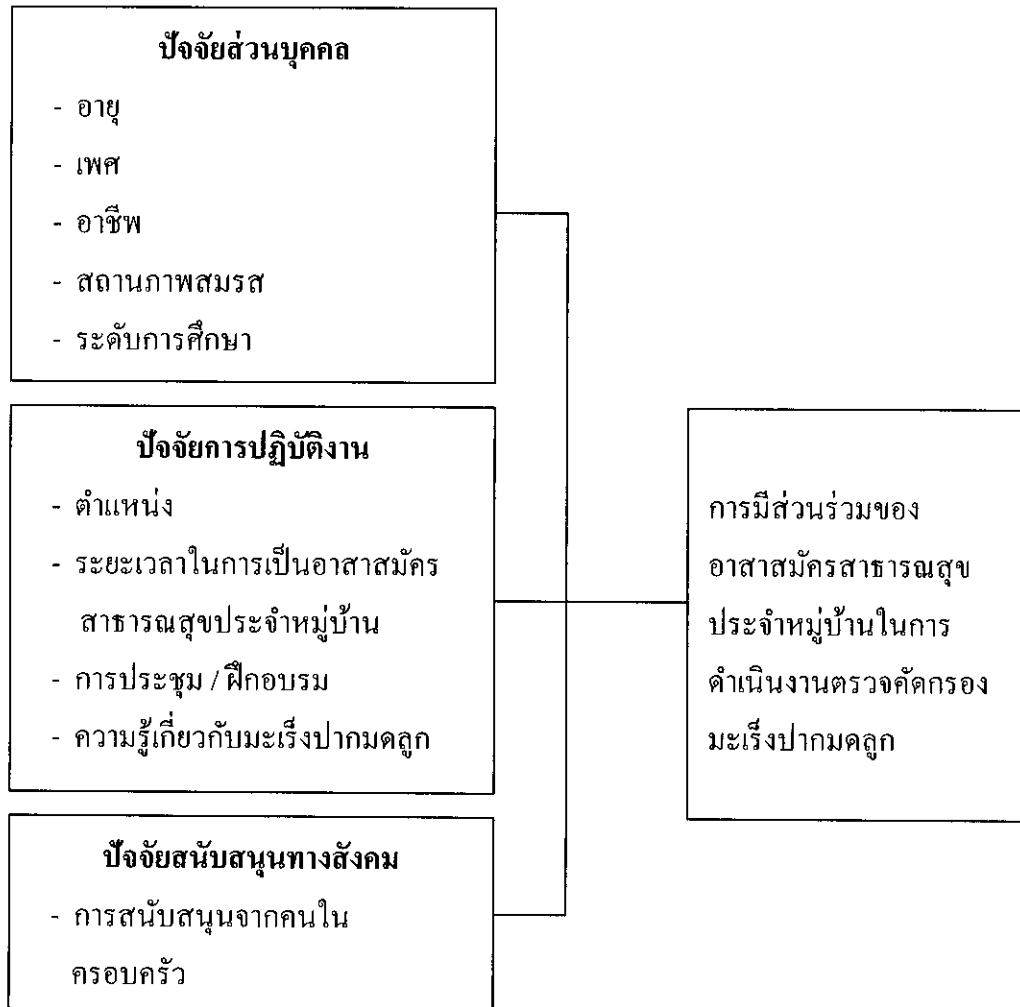
จากนโยบาย แนวคิด และเหตุผลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัย การมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอ นาโยง จังหวัดตรัง ว่ามีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับใด และมีปัจจัย อะไรบ้าง ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมดังกล่าว เพื่อนำผลวิจัยที่ได้มาเป็นข้อมูลสำหรับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ประกอบการพิจารณาวางแผนและดำเนินการ เพื่อให้การตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูกของอำเภอ นาโยง จังหวัดตรัง เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2.วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการปฏิบัติงาน ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.2 เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการปฏิบัติงาน ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4.ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาการมีส่วนร่วมของสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในอำเภอนาโยง จังหวัดตรัง เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในด้านการวางแผน ตัดสินใจ การดำเนินการจัดกิจกรรม การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 **อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** หมายถึง ประชาชนที่อาสาเข้ามาทำงานด้านสุขภาพในชุมชน อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง

5.2 **ตำแหน่ง** หมายถึง ตำแหน่งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งเป็น 2 ตำแหน่งคือ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

5.2.1 **ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** หมายถึง ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และได้รับการคัดเลือก ได้รับการไว้วางใจจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคนอื่นๆ ให้มาทำหน้าที่เป็นประธานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีตำแหน่งหมู่บ้านละคน

5.2.2 **สมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคนอื่นๆ ที่ไม่ใช่ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

5.3 **ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** หมายถึง ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยนับระยะเวลาเป็นปี

5.4 **การประชุม/ฝึกอบรม** หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเคยเข้าประชุม/ฝึกอบรม เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในปีงบประมาณ 2553

5.5 **ความรู้** หมายถึง ความรู้พื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งวัดโดยใช้แบบวัดความรู้ในประเด็นต่างๆ ดังนี้ กลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับการตรวจคัดกรอง เชื้อที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการไปรับบริการตรวจ และการรักษา

5.6 **การสนับสนุนจากคนในครอบครัว** หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับการช่วยเหลือ/สนับสนุนในด้านจิตใจ แรงงาน กำลังทรัพย์ จากบิดา มารดา สามี ภรรยา หรือบุตร

5.7 **การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** หมายถึง บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผน ตัดสินใจ การดำเนินการจัดกิจกรรม การรับผลประโยชน์และการประเมินผล ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

5.7.1 การวางแผน ตัดสินใจ หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ระดมสมอง จัดทำแผนงานสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหา และกำหนดกิจกรรม / วิธีการ ในการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชน

5.7.2 การดำเนินการจัดกิจกรรม หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์ ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับสตรีกลุ่มเป้าหมาย ให้ความรู้ ตรวจสอบรายชื่อ นัดหมาย ติดตามให้มารับบริการ นำยานพาหนะมาบริการรับส่ง และประสานข้อมูลเกี่ยวกับ วัน เวลาและสถานที่ แก่สตรีกลุ่มเป้าหมาย ในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

5.7.3 การรับผลประโยชน์ หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการที่ตนเองหรือบุคคลในครอบครัว และสตรีกลุ่มเป้าหมายในละแวกบ้าน ที่อยู่ในความรับผิดชอบ ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และได้รับผลตอบแทนเป็นเงินรางวัล หรือค่าตอบแทน ในการดำเนินงานตามโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

5.7.4 การประเมินผล หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการติดตาม ตรวจสอบ สังเกตการณ์ ให้ข้อเสนอแนะ และร่วมแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้วางแผน กำหนดนโยบายเพิ่มประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6.2 เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพและสร้างแรงจูงใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวิจัย และสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
3. ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม
4. แนวคิดเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มพัฒนา อสม. ศูนย์ฝึกอบรม และพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ม.ป.ป.) ได้กล่าวถึงแนวคิด เกี่ยวกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไว้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือที่เราเรียกย่อ ๆ ว่า อสม. นั้น เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการปฏิบัติงาน ด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2520 เป็นต้นมา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับ จนครอบคลุมหมู่บ้านในชนบทและชุมชนเมืองกว่า 8 แสนคนแม้ว่าพลังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาจจะดูเล็กน้อยคั้งแต่กรวดเม็ดทราย เมื่อยามกระจายอยู่ตามหมู่บ้านและชุมชนต่าง ๆ แต่เมื่อมีการรวมตัวเป็นกลุ่มก้อน เป็นชมรมฯ พลังเหล่านี้ ก็มีความมั่นคงคงภูผา พร้อมที่จะต่อสู้ และก้าวนำไปสู่การพัฒนาด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของภาคประชาชน

1.1 ประเภทและจำนวนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข ในงานสาธารณสุขมูลฐาน เพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งหมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวง

สาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านพฤติกรรมสุขภาพ อนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำ เผยแพร่ความรู้ การวางแผนและ ประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือ และรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตาม ขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรม พัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ ชุมชน โดยเฉลี่ย ดังนี้ พื้นที่ชนบท : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 8 - 15 หลังคา เรือนพื้นที่เขตเมือง : เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตชุมชนแออัดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 20 - 30 หลังคาเรือน เขตชุมชนชาน เมืองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 8 - 15 หลังคาเรือน ดังนั้น ในหมู่บ้าน/ ชุมชนหนึ่ง ๆ อาจมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคา เรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น ๆ โดยทั่วไปจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประมาณ 10-20 คน ต่อ หมู่บ้าน

1.2 คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- 1.2.1 เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวกหรือคุ้ม ยอมรับและเชื่อถือ
- 1.2.2 สนใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ
- 1.2.3 มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำในหมู่บ้าน ไม่ย้ายถิ่นใน ระยะเวลา 1 - 2 ปี) และมีความคล่องตัวในการประสานงาน
- 1.2.4 อ่านออกเขียนได้
- 1.2.5 เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน
- 1.2.6 ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ

1.3 วิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ให้ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคล เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1.3.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านทุกคนในหมู่บ้านและผู้นำอื่น ๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทและจำนวนของ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มอบหมายให้กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน และผู้นำดังกล่าว เป็นคณะกรรมการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.3.2 แบ่งละแวกหรือคุ้มบ้าน ออกเป็นคุ้มละ 8 - 15 หลังคาเรือน สอบถามหา ผู้สมัครใจและมีคุณสมบัติตามที่กำหนด คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน ในกรณีที่มีผู้สมัครเกิน 1 คน ให้คณะผู้ดำเนินการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จัดประชุมหัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทนครอบครัวในละแวกหรือคุ่มนั้น ๆ เพื่อลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่ คัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรม เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำละแวกบ้านหรือคุ่ม

อนึ่ง การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถปรับเปลี่ยนได้ หากชุมชนหรือคณะกรรมการหมู่บ้าน มีความเห็นเป็นอย่างอื่น แต่ต้องเป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวมและมีขั้นตอนที่โปร่งใส

1.4 การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใหม่

การฝึกอบรมอาสาสมัครใหม่ในที่นี้ หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกเข้ามาใหม่ มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถ และปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

1.4.1 วิธีการอบรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติให้บริการที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งมีการประเมินผลการอบรมว่า สามารถพัฒนาให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่ทุกคน มีความรู้ และสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพ

1.4.2 เนื้อหาหลักสูตร เนื้อหาความรู้ที่อบรม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) **กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ)** ประกอบด้วย วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลัก ๆ ของประเทศและการบริหารจัดการ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่

- (1) บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- (2) สิทธิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- (3) การถ่ายทอดความรู้และการเผยแพร่ข่าวสารระดับหมู่บ้าน
- (4) การค้นหา วิเคราะห์และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น
- (5) สุขวิทยาส่วนบุคคล
- (6) การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข
- (7) การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือเบื้องต้น
- (8) การฟื้นฟูสภาพ
- (9) การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการสาธารณสุข

(10) การจัดกิจกรรมการปฏิบัติงานและการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ใน
ศสภ.

(11) การทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)
เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขในท้องถิ่น

2) *กลุ่มความรู้เฉพาะ* เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่
และความรู้ด้านนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนาสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ด้านการ
พัฒนาอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตาม
ความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องการขึ้นทะเบียน
เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สถานภาพของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้
ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐาน และกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออก
ประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบอายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไป
ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1.5 วาระและการฟื้นฟูสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.5.1 *วาระ* กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตร
ประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงานร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน
(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยตนเอง
เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นอาสาสมัครที่เสียสละ ของประชาชน หากมีความ
จำเป็นก็ควรใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นกันเอง กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ที่มีอยู่ รวมทั้งกรรมการหมู่บ้านเพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น)

1.5.2 การฟื้นฟูสภาพ

- 1) *ฟื้นฟูสภาพตามวาระ*
- 2) *ตาย*
- 3) *ลาออก*
- 4) *ย้ายที่อยู่*
- 5) *ประชาชนลงมติ* โดยมีคะแนนเสียงเกินกึ่งหนึ่งของประชาชน ในหมู่บ้าน
หรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีมติให้พ้นจากตำแหน่ง เนื่องจาก มีความประพฤติเสียหายอันจะนำมา
ซึ่งความเสื่อมเสียประ โยชน์ของหมู่บ้านหรือบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่

1.6 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการเป็นผู้นำ การดำเนินงาน พัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่แก้ไขข้อร้อง กระจายข่าวดี ชี้นำบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงคนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีความรับผิดชอบ ดังนี้

1.6.1 เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้านนัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้ว จัดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.6.2 เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชนและการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

1.6.3 เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคล็ดอื่น ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

1.6.4 หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ สสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่

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

1.6.5 เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนดและเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

1.6.6 เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไป ที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุขหรือจากแหล่งอื่น ๆ

1.6.7 เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

1.6.8 ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2549) กล่าวว่า ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในอนาคตรวม ดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องปรับบทบาทจากการเป็นเจ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขไปเป็นผู้ส่งเสริมแนวคิดอาสาสมัครเพื่อสุขภาพ ในลักษณะที่หลากหลายมากขึ้น
2. สนับสนุนให้เกิดอาสาสมัครสาธารณสุขในทุกๆ ด้าน ของงานสาธารณสุข โดยทุกหน่วยงานของสาธารณสุขควรสร้างเครือข่ายอาสาสมัครของตนเอง แทนที่จะหวังพึ่งเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเท่านั้น
3. เปิดพื้นที่ในหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อรองรับงานอาสาสมัครให้กว้างขวางที่สุด
4. ส่งเสริมรูปแบบอาสาสมัครในชุมชนให้มีความหลากหลาย เพื่อเสริมส่วนที่เป็นข้อจำกัดซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่สามารถทำได้มากนัก
5. ส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุข ทำตัวเป็นแบบอย่างของการเป็นอาสาสมัครด้วยตนเอง
6. พัฒนากลไกการควบคุมดูแลกันเอง เพื่อให้เกิดองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่ฝักใฝ่พรรคการเมือง

จากแนวคิดดังกล่าวแล้วข้างต้น พอสรุปได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขในชุมชน ซึ่งรวมถึงการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย โดยเป็นกลุ่มที่สามารถเข้าถึงประชาชน ในหมู่บ้าน / ชุมชน และมีส่วนช่วยให้การปฏิบัติงานสาธารณสุขตามแผนงาน โครงการต่าง ๆ ประสบผลสำเร็จ

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

2.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม เป็นพฤติกรรมที่ประชาชนหรือคนที่อยู่ร่วมกันในสังคมนั้น ๆ ได้พัฒนาปัญญา ความรู้ ความสามารถ โดยการแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อพัฒนาสังคม สิ่งแวดล้อม หรือถิ่นที่ตนอาศัยอยู่ ความหมายของการมีส่วนร่วม ได้มีผู้ให้ความหมายที่หลากหลายและแตกต่างกันออกไปตามความเข้าใจและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลไว้ดังนี้

ดิเรก ฤกษ์ห่วย (2527: 66) ได้ให้ความหมายของการผนึกกำลังเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ เกิดความร่วมมือว่า หมายถึง การระดมพลังของประชาชนให้เกิดความร่วมมือร่วมใจระหว่างประชาชนด้วยกันภายในกลุ่มผลประโยชน์ในองค์กรหรือชุมชน และรวมทั้งการปฏิบัติการให้ประชาชนเกิดความร่วมมือร่วมใจกันกับรัฐหรือตัวแทน คือ เจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างเต็มที่

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2527:2) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า หมายถึง การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการ และควบคุมการใช้และการกระจายทรัพยากร และปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคมตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกสังคม

เสน่ห์ จามริก และคนอื่น ๆ (2524 : 20) ได้ให้นิยามของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกันของทุกฝ่าย และเป็นการปูพื้นฐานสำหรับการวิวัฒนาการ ไปสู่การปกครองตนเองของท้องถิ่นต่อไป โดยจุดเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมเกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรมของแต่ละคนที่มีประโยชน์เกี่ยวข้องและมีความสนใจในเรื่องอื่น ๆ รวมทั้งกิจกรรมนั้น ๆ จะต้องมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความต้องการและปัญหาของชุมชน ตลอดจนประเมินผลติดตามงานการมีส่วนร่วมของประชาชนที่แท้จริงจะต้องหมายถึง การมอบอำนาจอธิปไตยขั้นพื้นฐานคืนสู่ประชาชน การพยายามจัดตั้งและพัฒนาองค์กรประชาชนให้เข้มแข็ง บนพื้นฐานของการพึ่งพาตนเองเป็นสำคัญ

พจน์ บุญรัตพันธ์ (2527: 145) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นจะต้องมีขึ้น โดยตลอด ตั้งแต่การวางแผนโครงการ การเสาะสละกำลัง แรงงาน วัสดุ กำลังเงิน หรือทรัพยากรใด ๆ ที่ มีอยู่ในชุมชน

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527:6-7) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมว่าเป็นกระบวนการที่ รัฐบาลทำการส่งเสริมชักนำ สนับสนุนและสร้าง โอกาสให้ประชาชนในชุมชนทั้งส่วนบุคคล กลุ่มคน ชมรม สมาคม มูลนิธิ และองค์กรอาสาสมัครรูปแบบต่าง ๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องร่วมกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาที่ กำหนดไว้ โดยมีส่วนร่วมดังต่อไปนี้

1. ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนรวม ตลอดจนถึงความต้องการของชุมชน
2. ร่วมศึกษาและสร้างรูปแบบและวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนหรือ สร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนหรือสนองความต้องการของชุมชน
3. ร่วมวางแผนนโยบายหรือแผนงาน หรือ โครงการหรือกิจกรรมเพื่อจัด และแก้ไข ปัญหาและความสนองความต้องการของชุมชน
4. ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงาน พัฒนาให้มีประสิทธิภาพ
6. ร่วมกันลงทุนในกิจกรรมโครงการของชุมชน ตามขีดความสามารถของตนเอง และหน่วยงาน
7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการและกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ วางไว้
8. ร่วมควบคุม ติดตามประเมินผลและร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรม ที่ได้ ทำไว้โดยเอกชนและรัฐบาลเพื่อให้ได้ประโยชน์ตลอดไป

ปรัชญา เวสารัชช์ (2528: 8) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า หมายถึง การที่ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยการใช้ความพยายามหรือใช้ทรัพยากรบางอย่าง ส่วนตน ในกิจกรรมที่มุ่งสู่การพัฒนาชุมชน

ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2526:20) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชน ได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ อันมีผลกระทบต่อตัวประชาชน

ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์ (2531:25-28) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งอ้างถึงความหมายที่องค์การสหประชาชาติให้ไว้ ซึ่งเน้นว่าจะต้องมีความหมายครอบคลุมถึง

1. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนา
2. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการปฏิบัติตามโครงการพัฒนา
3. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจตลอดกระบวนการพัฒนา และได้แสดง

ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 7 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ถูกบังคับ = ไม่มีส่วนร่วมเลย

ระดับที่ 2 ถูกล่อ = มีส่วนร่วมน้อย

ระดับที่ 3 ถูกชักชวน = มีส่วนร่วมน้อย

ระดับที่ 4 ถูกสัมผัสความต้องการ = มีส่วนร่วมปานกลาง

ระดับที่ 5 มีโอกาสเสนอความเห็น = มีส่วนร่วมปานกลาง

ระดับที่ 6 มีโอกาสเสนอโครงการ = เป็นการมีส่วนร่วมระดับสูง

ระดับที่ 7 มีโอกาสตัดสินใจด้วยตนเอง = การมีส่วนร่วมในอุดมคติ

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนทั้งที่เป็นปัจเจกบุคคล กลุ่มคนหรือองค์กรเข้ามาเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในการกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือหลายกิจกรรม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือแนวทางที่วางไว้

2.2 แนวความคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม (Concept of Participation)

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการที่จะพัฒนาครอบครัว กลุ่มละแวกบ้าน ชุมชน ตลอดจนสังคมนั้น ได้มีการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ให้เจริญก้าวหน้าขึ้น เกี่ยวกับเรื่องนี้ นีรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527: 183) กล่าวว่า เกิดจากแนวความคิดที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. ความสนใจและห่วงกังวลร่วมกัน เกิดจากความสนใจและความห่วงกังวลซึ่งบุคคลบังเอิญเห็นพ้องต้องกัน กลายเป็นความสนใจและห่วงกังวลร่วมกันของส่วนรวม
2. ความเคียดแค้นและความไม่พึงพอใจร่วมกัน ที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่นั้น ผลักดันให้พุ่งไปสู่การรวมกลุ่ม วางแผนและลงมือกระทำร่วมกัน
3. การตกลงใจร่วมกันที่จะเปลี่ยนแปลงกลุ่ม หรือชุมชนไปในทิศทางที่ปรารถนา การตัดสินใจร่วมกันนี้ จะต้องรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดความคิดริเริ่มกระทำที่ตอบสนองความเห็นชอบของคนส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้น

นอกจากนี้ ไพรัตน์ เจริญรินทร์ (2527: 6) ได้เสนอหลักการและแนวทางพัฒนาให้เกิดการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. ยึดหลักความต้องการ และปัญหาของประชาชนเป็นจุดเริ่มต้นของกิจกรรมถ้าหากกิจกรรมที่จะนำไปให้ประชาชนเป็นเรื่องใหม่ ต้องใช้เวลาในการกระตุ้นเร้าความสนใจให้ ความรู้ ความเข้าใจ จนประชาชนยอมรับความจำเป็นและประโยชน์ในการที่จัดทำกิจกรรมเหล่านั้น

2. กิจกรรมต้องดำเนินการในลักษณะกลุ่ม เพื่อสร้างกลุ่มในการรับผิดชอบร่วมกัน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม ปลูกฝังทัศนคติและพฤติกรรมที่เห็นแก่ส่วนรวม ทำงานเสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว

3. แนวทางการพัฒนาในกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนต้องคำนึงถึงขีดความสามารถของประชาชนที่รับดำเนินการต่อไปได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาทักษะเฉพาะในระยะเริ่มแรกต้องไม่ท่วมท้นในลักษณะการให้เปล่าโดยสิ้นเชิง ต้องทำให้ประชาชนเกิดความสำนึกเป็นเจ้าของกิจกรรมและต้องสามารถทำต่อไปเองได้ เมื่อการช่วยเหลือจากภายนอกสิ้นสุดลง การช่วยตนเองและการพึ่งตนเองเป็นหลักสำคัญที่ต้องเริ่มตั้งแต่นั้น

4. กิจกรรมพัฒนาที่นำเข้าไปในชุมชน ต้องสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ความพร้อมรับของชุมชน ซึ่งหมายรวมถึงการใช้ทรัพยากรชุมชนจะต้องสอดคล้องกับขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชน

5. การเริ่มต้นกิจกรรมต้องอาศัยผู้นำชุมชน ซึ่งหมายถึง ผู้นำตามธรรมชาติที่ชาวบ้านเคารพนับถือ ผู้นำทางศาสนา ผู้นำที่ได้รับการเลือกตั้งหรือแต่งตั้งจากราชการเพื่อเป็นผู้บุกเบิกและชักนำชาวบ้านต่อไป ผู้นำชุมชนโดยทั่วไปจะสามารถปรับทัศนคติและการยอมรับสิ่งใหม่ ๆ ได้เร็วกว่า และเป็นผู้ที่ชาวบ้านมีศรัทธาในตัวอยู่แล้ว การเริ่มต้นจากผู้นำ จึงไปได้เร็วกว่าและได้รับการยอมรับมากกว่าประชาชนทั่วไป

6. ขั้นตอนการดำเนินงานต่าง ๆ ต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นต้น กล่าวคือ ร่วมค้นหาข้อมูล ร่วมหาสาเหตุของปัญหา ร่วมปรึกษาหาทางแก้ไขปัญหา ร่วมกันตัดสินใจ ร่วมการปฏิบัติงาน ร่วมกันติดตามผลงาน จนถึงขั้นการร่วมบำรุงรักษาในระยะยาวต่อไป

นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมอาจเกิดจากแนวคิดอื่น ๆ ดังต่อไปนี้

1. ความศรัทธาที่มีต่อความเชื่อถือบุคคลสำคัญ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การลงแขก การบำเพ็ญประโยชน์ การสร้างโบสถ์วิหาร

2. ความเกรงใจที่มีต่อบุคคลอื่นที่เคารพนับถือหรือมีเกียรติยศ ตำแหน่ง ทำให้ประชาชนเกิดความเกรงใจที่จะมีส่วนร่วมด้วยทั้งๆ ที่ยังไม่ศรัทธาหรือมีความเต็มใจอย่างเต็มเปี่ยมที่จะกระทำ เช่น ผู้ใหญ่ออกปากขอแรง ผู้น้อยช่วยแรง เป็นต้น

3. อำนาจบังคับที่เกิดจากบุคคลที่มีอำนาจเหนือกว่า ทำให้ประชาชนถูกบีบบังคับให้มีส่วนร่วมในการกระทำต่าง ๆ เช่น บังคับให้ทำงานเยี่ยงทาส

สรุปได้ว่า การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และคนในชุมชนได้ จะต้องเกิดจากความสนใจและห่วงกังวลร่วมกัน ตลอดจนมีความเคียดแค้นหรือไม่พึงพอใจเหมือนกันและตกลงใจร่วมกันเปลี่ยนแปลง

2.3 ลักษณะการมีส่วนร่วม

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1981) ได้เสนอว่ารูปแบบของการมีส่วนร่วมที่ถือว่าเป็นรูปแบบที่แท้จริงนั้น จะต้องประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ

1. การวางแผน (Planning) ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีการติดตามและประเมินผล และประการสำคัญคือการตัดสินใจด้วย

2. การดำเนินกิจกรรม (Implementation) ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการจัดการ และการบริหารการใช้ทรัพยากร มีความรับผิดชอบในการจัดสรร ควบคุมทางการเงินและการบริการ

3. การใช้ประโยชน์ (Utilization) ประชาชนจะต้องมีความสามารถในการนำกิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับของการพึ่งตนเองและการควบคุมทางสังคม

4. การได้รับผลประโยชน์ (Obtaining Benefits) ประชาชนจะต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่เท่ากัน ซึ่งอาจจะเป็นผลประโยชน์ส่วนตัวในสังคมหรือวัตถุก็ได้

โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1977) ได้สร้างกรอบพื้นฐานเพื่อการอธิบายและวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในแง่ของรูปแบบ (ชนิด) ของการมีส่วนร่วม โดยแบ่งเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision-Making) ซึ่งอาจเป็นการตัดสินใจ ตั้งแต่ในระยะเริ่มการตัดสินใจในช่วงของกิจกรรม และการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม

2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจการ (Implementation) ซึ่งอาจเป็นไปในรูปของการเข้าร่วมโดยการให้มีการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหารและการร่วมมือ รวมทั้งการเข้าร่วมในการร่วมแรงร่วมใจ

3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ซึ่งอาจจะเป็นผลประโยชน์ทางวัตถุ ทางสังคม หรือ โดยส่วนตัว

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ซึ่งนับเป็นการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดและเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป

จอห์น วุทฒิกกรรมรักษา (2526:16) ได้จำแนกการเข้ามามีส่วนร่วมไว้เป็น 5 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นกำหนดความต้องการ
2. ขั้นวางแผนการดำเนินการ
3. ขั้นตัดสินใจ
4. ขั้นดำเนินการ
5. ขั้นติดตามผลงาน

เจมส์ คี บีนทง (2527:10) ได้สรุปการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานกิจกรรม
3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

ไพรัตน์ เจริญรินทร์ (2527:6-7) กล่าวถึงขั้นตอนของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้ คือ

1. ร่วมทำการศึกษา ค้นคว้าปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน รวมถึงความต้องการของชุมชน
2. ร่วมคิดหาและสร้างรูปแบบและวิธีการพัฒนา เพื่อแก้ไขและลดปัญหา ของชุมชน หรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของชุมชน
3. ร่วมวางแผนนโยบายหรือแผนงานหรือ โครงการหรือกิจกรรม เพื่อขจัดและแก้ปัญหา และสนองความต้องการของชุมชน
4. ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนร่วม
5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนา ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
6. ร่วมการลงทุนในกิจกรรม โครงการของชุมชน ตามขีดความสามารถ ของตนเองและของหน่วยงาน
7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบายแผนงาน โครงการและกิจกรรม ให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้
8. ร่วมควบคุมติดตามประเมินผลและร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรม ที่ได้ทำไว้ ทั้งเอกชนและรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

กรมการพัฒนาชุมชน (2529:16) ได้สรุปลักษณะต่างๆ ของการมีส่วนร่วมของประชาชน ออกเป็น 18 ลักษณะ ดังนี้

1. มีส่วนร่วมเป็นผู้ริเริ่ม
2. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจดำเนินงาน
3. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้ทรัพยากร
4. มีส่วนร่วมในการออกความเห็นและข้อเสนอแนะ
5. มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา
6. มีส่วนร่วมในการคิดหาวิธีในการแก้ปัญหา
7. มีส่วนร่วมในการวางแผน
8. มีส่วนร่วมในการประชุม
9. มีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม
10. มีส่วนร่วมในการออกเสียงสนับสนุนหรือคัดค้าน
11. มีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการ หรือบริหารงาน
12. มีส่วนร่วมในการเป็นสมาชิก
13. มีส่วนร่วมในการเป็นผู้ชักชวน หรือประชาสัมพันธ์
14. มีส่วนร่วมในการดำเนินตามกิจกรรมที่วางไว้
15. มีส่วนร่วมในการลงทุน หรือบริจาคเงิน/ทรัพย์สิน
16. มีส่วนร่วมในการออกแรง หรือสละแรงงาน
17. มีส่วนร่วมในการออกวัสดุอุปกรณ์ และ
18. มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ติดตามหรือประเมินผล

จูรีรัตน์ ภาธา (2539:33 อ้างใน ประภา วัฒนชีพ 2547:18) ได้จำแนกลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. ร่วมคิดวางแผน (Planning Participation) โดยมีส่วนร่วมในเรื่อง ต่อไปนี้
 - 1.1 ร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา
 - 1.2 ร่วมจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
 - 1.3 ร่วมคิดเสนอแนวทางแก้ปัญหา
 - 1.4 ร่วมกำหนดความต้องการของชุมชน
 - 1.5 ร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสม
 - 1.6 ร่วมเสนอโครงการ/แผนงาน/กิจกรรม
2. ร่วมดำเนินการ (Implementing Participation) ได้มีส่วนร่วมในเรื่องต่อไปนี้
 - 2.1 ร่วมแรงในการดำเนินงาน
 - 2.2 ร่วมใจหรือการสนับสนุนให้กำลังใจ

2.3 ร่วมสนับสนุนทรัพยากร

2.4 ร่วมบริหารงาน เช่น ระดมทรัพยากร จัดสรรทรัพยากรแก้ปัญหาและประสานงาน

3. ร่วมประเมินผล (Evaluation Participation) โดยมีส่วนร่วมในเรื่องต่อไปนี้

3.1 ติดตามความก้าวหน้าความสำเร็จ

3.2 สรุปผล

3.3 รายงานผลการดำเนินงาน

ชูชาติ พ่วงสมจิตร (2540:28-29 อ้างในบุญเทียม อังสวัสดิ์ 2542: 21) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 11 มิติ คือ

1. การจำแนกตามกิจกรรมในการมีส่วนร่วม การพิจารณาการมีส่วนร่วม ในมิตินี้จะเกี่ยวข้องกับเรื่องต่อไปนี้ คือ การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ การมีส่วนร่วม ในการดำเนินโครงการ และการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนโครงการ

2. จำแนกตามประเภทของกิจกรรมหรือขั้นตอนของการมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ การมีส่วนร่วมในการริเริ่มงาน/โครงการ การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการวางแผนการมีส่วนร่วมในขั้นดำเนินโครงการ และการมีส่วนร่วมในขั้นการประเมินผลโครงการ

3. การจำแนกตามระดับความสมัครใจในการเข้าร่วมแบ่งระดับของความสมัครใจออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ การมีส่วนร่วมโดยสมัครใจ การมีส่วนร่วมโดยการ ถูกชักนำ และการมีส่วนร่วมโดยการบังคับหรือเกณฑ์จากผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่า

4. จำแนกตามวิธีของการมีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น 2 วิธีคือ การมีส่วนร่วมโดยตรง และการมีส่วนร่วมโดยอ้อม

5. จำแนกตามระดับความเข้มข้นของการมีส่วนร่วม แบ่งระดับของความเข้มในการมีส่วนร่วมออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับของการมีส่วนร่วมเทียม ระดับของการมีส่วนร่วมเพียงบางส่วน และระดับของการมีส่วนร่วมที่แท้จริง

6. จำแนกตามระดับความถี่ของการมีส่วนร่วม เป็นการพิจารณาจากจำนวนของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม และหรือจำนวนครั้งของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม

7. จำแนกตามประสิทธิผลของการมีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิผล หมายถึง การมีส่วนร่วมที่ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการอย่างชัดเจน และการมีส่วนร่วมที่ไม่มีประสิทธิผล หมายถึง การมีส่วนร่วมที่ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการเพียงบางส่วน

8. จำแนกตามพิสัยของกิจกรรม แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมเป็นช่วงๆ

9. จำแนกตามระดับขององค์การ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมในระดับล่างขององค์การ การมีส่วนร่วมในระดับกลางขององค์การและการมีส่วนร่วมในระดับสูงขององค์การ

10. จำแนกตามประเภทของผู้มีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ ผู้ที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่น ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ของรัฐและคนต่างชาติ

11. จำแนกตามลักษณะของการวางแผน แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การวางแผนจากบนลงล่างและการวางแผนจากล่างขึ้นบน

จากการศึกษาแนวคิด ลักษณะการมีส่วนร่วม ดังได้กล่าวแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าลักษณะของการมีส่วนร่วมมีรูปแบบที่หลากหลาย แตกต่างกันไปตามบริบทของสถานการณ์และเรื่องที่ศึกษา แต่ทุกรูปแบบจะมีลักษณะร่วมที่คล้ายคลึงกันคือ ประชาชนได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินการ ซึ่งผู้สนใจสามารถนำรูปแบบหรือลักษณะของการมีส่วนร่วม มาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องหรือเหมาะสมกับลักษณะงานที่จะศึกษาได้ตามความต้องการ

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมขององค์การอนามัยโลก โคอเสนและอัฟฮอฟ และเจิมศักดิ์ ปิ่นทอง มาบูรณาการและประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เนื่องจากมีความสอดคล้องกับบริบทของชุมชนและเรื่องที่จะทำการวิจัยมากที่สุด โดยผู้วิจัยได้แบ่งลักษณะของการมีส่วนร่วมในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง ออกเป็น 4 ด้าน คือ 1. ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ในการทำแผนงาน 2. ร่วมดำเนินการในกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3. ร่วมรับผลประโยชน์ 4. ร่วมประเมินผลในกิจกรรมด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

ปัจจัยที่ทำให้ประชาชนเกิดการมีส่วนร่วม นั้น มีผู้เสนอปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลการมีส่วนร่วม ดังนี้

ณรงค์ ศรีสวัสดิ์ (2525:43 อ้างใน ประภา วัฒนชีพ 2547:16) ได้รวบรวมแนวคิดของ Hay เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมของบุคคลนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ สถานภาพทางสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจ สถานภาพทางอาชีพและที่อยู่อาศัย โดยบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจดี จะเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนมากกว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำ

อัลวิน เบิร์ตแลนด์ (Alvin Bertrand, 1958:147-157 อ้างใน ประภา วัฒนชีพ 2547:17) กล่าวถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมของประชาชนที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ซึ่งได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลต่าง ๆ คือ

1. อายุ
2. เพศ
3. สถานภาพทางสังคม
4. อาชีพ
5. การศึกษา
6. ถิ่นที่อยู่อาศัย
7. ระยะเวลาที่อยู่ในท้องถิ่น
8. ปัจจัยอื่น ๆ เช่น การอาศัยอยู่ในเมืองหรือชานเมือง จำนวนสมาชิก ในครอบครัว และลักษณะครอบครัว ค่านิยมและทัศนคติ

สมปราชญ์ จอมเทศ (2525: 6-63 อ้างใน ประภา วัฒนชีพ 2547:17) ได้ศึกษาวิเคราะห์กลุ่มตามทฤษฎีของ George Homans ได้อธิบายถึงปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดการรวมกลุ่ม ไว้ในหนังสือ The Human Group ว่ามีอยู่ด้วยกัน 3 ประการ คือ

1. มีกิจกรรม (activity) หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำ เช่น การเขียนบันทึกลงนาม ในนิติกรรมสัญญา เจรจาโต้ตอบ ตัดสินใจ เป็นต้น

2. การปฏิบัติโต้ตอบซึ่งกันและกัน (interaction) หมายถึง การติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิก อันเป็นผลให้เกิดการปฏิบัติโต้ตอบซึ่งกันและกัน จึงเป็นการสนองตอบของบุคคลที่มีส่วนร่วมในกิจกรรม การสังเกต การปฏิบัติต่อกัน อาจพิจารณาได้ 3 ทาง คือ ในแง่ความบ่อย คือ มีการติดต่อกันเป็นประจำหรือไม่ ในแง่ความนาน คือ มีการติดต่อ เป็นระยะเวลานานเท่าใด และในแง่ลำดับ คือ ใครเป็นผู้ริเริ่มการติดต่อ

3. ความรู้สึกทางอารมณ์ (sentimental) หมายถึง ความรู้สึก (feeling) ต่าง ๆ อันได้แก่ ความรู้สึก ความคิด (thought) ความเชื่อ (belief) และความหวัง (hope) ของสมาชิกทั้งหลาย เป็นต้น อันเป็นลักษณะภายในของแต่ละคน ที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการปฏิบัติ

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527:184 อ้างใน ประภา วัฒนชีพ 2547:18) ได้กล่าวว่าการมีส่วนร่วมประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการ คือ

1. ความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นการเกี่ยวข้องทั้งตัว (self) ไม่ใช่เฉพาะเพียงแต่เกี่ยวข้องด้านกำลังกายหรือทักษะ กล่าวคือ ผู้มีส่วนร่วมจะมีส่วนเกี่ยวข้อง ทางจิต (ego-involved) ไม่ใช่เพียงแต่เฉพาะด้านการทำงาน (task-involved)

2. การกระทำการได้เมื่อผู้มีส่วนร่วมได้บังเกิดความเกี่ยวข้องด้านจิตใจและอารมณ์แล้ว ก็เท่ากับเปิดโอกาสให้เขาได้แสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การกระทำเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่ม โดยเหตุนี้การมีส่วนร่วมจึงเป็นมากกว่ายินยอม (consent) ที่จะกระทำตามคำสั่ง ซึ่งเป็นการ

กระทำโดยปราศจากการยินยอมพร้อมใจ และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การมีส่วนร่วมจึงเป็นความสัมพันธ์ทางอารมณ์และจิตใจแบบบุคคลวิถี คือ การติดต่อกับสื่อสารทั่วไปและกลับระหว่างบุคคลนั้นและกลุ่ม

3. ส่วนร่วมรับผิดชอบ เมื่อเกิดการเกี่ยวข้องกับด้านจิตใจ อารมณ์ และได้กระทำทำให้แก่สถานการณ์กลุ่มนั้นแล้ว ผู้มีส่วนร่วมจะเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมรับผิดชอบกลุ่ม นั้นด้วย เพราะการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการทางสังคมที่บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องกับกลุ่ม และต้องการเห็นผลสำเร็จของการทำงานนั้นด้วย จึงเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อกลุ่ม

โสภณ หมวดทอง (2533:12 อ้างใน ประภา วัฒนศัพท์ 2547:18) สรุปว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมของชุมชนนั้น มีปัจจัยสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ อาชีพ และที่อยู่อาศัยเข้ามาเกี่ยวข้องกับกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน จะได้รับความร่วมมือบรรลุความสำเร็จได้จะต้องได้รับความเห็นพ้องต้องกันของชุมชนเป็นส่วนมาก หรือการดำเนินงานกิจกรรมในนามกลุ่มองค์กรของชุมชน

รีคเดอร์ (Reeder 1974 อ้างใน ชวนพิศ มหาพรหม, 2544:11-14) ได้สรุปปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 11 ประการ ดังนี้

1. การปฏิบัติตนให้คล้ายตามความเชื่อพื้นฐาน กล่าวคือ บุคคลและกลุ่มบุคคลดูเหมือนจะเลือกแบบวิธีการปฏิบัติซึ่งสอดคล้องและคล้ายคลึงกับความเชื่อพื้นฐานของตนเอง
2. มาตรฐานคุณค่าบุคคลและกลุ่มบุคคล ดูเหมือนจะปฏิบัติในลักษณะที่สอดคล้องกับมาตรฐานคุณค่าของตนเอง
3. เป้าหมายบุคคลและกลุ่มบุคคลดูเหมือนจะส่งเสริมปกป้องและรักษาเป้าหมายของตนเอง
4. ประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา พฤติกรรมของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลบางครั้งมาจากประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา
5. ความคาดหวังบุคคลและกลุ่มบุคคล จะประพุดิตตามแบบที่ตนคาดหวังว่าจะต้องประพุดิตในสถานการณ์เช่นนั้น ทั้งยังชอบปฏิบัติต่อผู้อื่นในลักษณะที่ตนคาดหวังจากผู้อื่นด้วยเช่นกัน
6. การมองแต่ตนเองบุคคลและกลุ่มบุคคล มักจะทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งคิดว่าตนเองต้องกระทำเช่นนั้น
7. การบีบบังคับบุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยความรู้สึกว่า ตนถูกบังคับให้ทำ
8. นิติยและประเพณีบุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งเรามีนิสัยชอบกระทำเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ

9. โอกาสบุคคลและกลุ่มบุคคล มักจะเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบการปฏิบัติของสังคม โดยเฉพาะในทางที่เกี่ยวข้องกับจำนวนและชนิดของ โอกาส

10. ความสามารถบุคคลและกลุ่มบุคคล มักจะเข้าร่วมกิจกรรมที่ตน มีความสามารถ

11. การสนับสนุนบุคคลและกลุ่มบุคคล มักจะเริ่มปฏิบัติงานเมื่อเขาารู้สึกว่าเขาได้รับการสนับสนุน

อนุภาพ ถิระสาถ (2528:25-26 อ้างใน ชัยณูพงษ์ สุวรรณ, 2540:36) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนี้

1. ความเกรงใจผู้ที่มีสถานภาพสูงกว่า
2. ความต้องการเป็นกลุ่มพวก
3. ความเชื่อถือในตัวผู้นำ
4. ความใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ
5. การคำนึงถึงผลประโยชน์ตอบแทน
6. การยอมรับแบบอย่าง
7. ความไม่พอใจต่อสภาพแวดล้อม
8. การยอมรับในอำนาจรัฐ
9. ฐานะทางเศรษฐกิจ

โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดจากพื้นฐาน 4 ประการ คือ

1. ประชาชนต้องมีความสามารถที่จะมีส่วนร่วม กล่าวคือ ประชาชนต้องมีศักยภาพที่จะเข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ

2. ประชาชนจะต้องมีความพร้อมที่จะเข้าร่วม คือ ประชาชนต้องมี สภาพทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรมและกายภาพที่เปิด โอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วม

3. ประชาชนต้องมีความประสงค์จะเข้าร่วม คือ ต้องมีความเต็มใจ เห็นประโยชน์ในการเข้าร่วม ต้องมิใช่เป็นการบังคับ

4. ประชาชนต้องมีความเป็นไปได้ที่จะเข้าร่วม กล่าวคือ ประชาชนต้องมีโอกาสที่จะเข้าร่วม ซึ่งเป็นการกระจายอำนาจให้แก่ประชาชนในการตัดสินใจและกำหนดกิจกรรมที่ตนต้องการ ในระดับที่เหมาะสม ในระดับพื้นฐานทางการเมือง

กล่าวโดยสรุป งานวิจัยนี้ได้นำปัจจัยด้านอายุ เพศ อาชีพ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา การดำรงตำแหน่งในชุมชน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การประชุม/ฝึกอบรม ความรู้และการสนับสนุนจากคนในครอบครัว มาศึกษาความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง โดยทบทวนจากแนวคิดที่มีผู้ทำการศึกษาไว้แล้ว ในเรื่องปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

2.5 ระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชน

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2526:67-68 อ้างถึงใน สุวรรณฯ ศาคร, 2543:22) ได้จัดระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 8 ระดับ ได้แก่

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------|
| 1. ประชาชนเป็นผู้รับคำสั่ง | } ประชาชนไม่มีส่วนร่วมเลย |
| 2. ประชาชนเป็นผู้รับบริการ | |
| 3. ประชาชนได้รับการบอกเล่า | } ประชาชนมีส่วนร่วมปานกลาง |
| 4. ประชาชนได้รับการปรึกษาหารือ | |
| 5. ประชาชนได้เข้าร่วมบางส่วนในโครงการ | |
| 6. ประชาชนและรัฐมีส่วนเท่า ๆ กัน | } อำนาจอยู่ที่ประชาชน |
| 7. ประชาชนมีส่วนควบคุมบางส่วน | |
| 8. ประชาชนควบคุมเองทั้งหมด | |

จากการได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้ประยุกต์และสังเคราะห์รูปแบบของการมีส่วนร่วม เพื่อนำมาใช้ในการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง ตามโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 76 จังหวัด โดยแบ่ง ระดับการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้คือ 1. ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจในการทำแผนงาน 2. ร่วมดำเนินการในกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3. ร่วมรับผลประโยชน์ 4. ร่วมประเมินผลในกิจกรรมด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม

3.1 การสนับสนุนทางสังคม

เป็นความจริงที่ว่าคนเราเกิดมาแล้วไม่ได้อยู่คนเดียวในสังคม ต้องการติดต่อพบปะกับบุคคลอื่นเสมอ บางคนอาจจะใกล้ชิดกันมาก บางคนอาจจะใกล้ชิดกันน้อย การติดต่อกันทำให้รู้จักกัน ทำให้เกิดความสัมพันธ์กับคนอื่นหลายคน จนกลายเป็นเครือข่ายทางสังคม (Social Network) ขึ้น เครือข่ายทางสังคมเป็นเครือข่ายโยงใยที่แสดงให้เห็นว่า คนนั้นมีการติดต่อสัมพันธ์กับใครบ้าง เช่น กับคนในครอบครัวและญาติ เป็นต้น จากคนใกล้ชิดตัวชาย วงกว้างออกไปถึงเพื่อนบ้าน เพื่อนที่เรียนหนังสือด้วยกัน เพื่อนร่วมงาน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกชมรม หรือสมาคม

ต่าง ๆ เป็นต้น การได้ติดต่อกัน และการได้สื่อสารกัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงข้อมูลข่าวสาร สร้างความสนิทสนมคุ้นเคย ทำให้มีโอกาสนึกถึงกัน ซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือกัน บางครั้งบุคคลหนึ่งอาจจะเป็นฝ่ายให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น แต่บางครั้งอาจจะเป็นผู้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นด้วยการสนับสนุนเกื้อกูลกัน ทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม มีพื้นฐานมาจากการศึกษาทางด้านสังคมและจิตวิทยา ซึ่งในช่วงเวลาที่ผ่านมามีการศึกษาถึงผลกระทบของแรงสนับสนุนทางด้านสังคมในด้านต่าง ๆ รวมทั้งต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ซึ่งถ้าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้มีคน มีการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ ก็จะทำให้สุขภาพของบุคคลนั้นหรือกลุ่มนั้นดีไปด้วย

3.2 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

แนวความคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคม ได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก ในทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ โดยศึกษาถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อมนุษย์ไว้หลายประเด็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งพบว่า บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจะช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัวได้ดี เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัวในสังคม อันจะทำให้มีชีวิตรอดอยู่อย่างมีความสุขและมีความหวังมากขึ้น ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบแตกต่างกันออกไป ดังนี้คือ

คอบบ์ (Cobb, 1976:300-314) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ค่อนข้างกว้าง โดยกล่าวว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

คาห์น (Kahn, 1979:85) กล่าวว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ และมีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างเดียวหนึ่ง

นอร์เบค (Norbeck, 1982:22-29) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคล มีความเครียดลดลง จากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ ความความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลงสามารถป้องกันการเกิดโรคและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็น ต่อสุขภาพของบุคคล

ทอยท์ส (Thoits, 1982:145-159) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่าย ของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ ซึ่งเกิดจากมีการติดต่อกับบุคคลอื่น โดยการช่วยเหลือนี้ จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด และการตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็วขึ้น

ทองหล่อ เดชไทย (2542:33) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหนึ่งที่ทำให้การสนับสนุน เป็นการกระตุ้นเตือนเพื่อให้ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง อย่างต่อเนื่องต่อไป

ยุคนธ์ ชูติปัญญบุตร (2546:37) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการติดต่อสัมพันธ์กันในเครือข่ายของสังคม ที่เป็นการสนับสนุนกันทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึก การให้คุณค่า โดยการให้กำลังใจ ตลอดจนการสนับสนุนทางวัตถุ สิ่งของ แรงงานและเงิน เพื่อให้บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต้องการ

ธีรปณกรณ์ ศุภกิจโยธิน (2549:32) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างคนไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือด้านวัตถุและทางด้านอารมณ์ความรู้สึกเท่านั้น แต่รวมถึงการได้รับการยอมรับจากบุคคลในสังคม ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการติดต่อสัมพันธ์ได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ แรงงาน ตลอดจนการให้กำลังใจ เพื่อให้บุคคล ผู้นั้นได้กระทำกิจกรรมไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต้องการ

3.3 องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยสิ่งสำคัญดังนี้

3.3.1 ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับ การสนับสนุน

3.3.2 ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์ จะต้องประกอบด้วย

- 1.) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ ผู้รับ เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีกับตนอย่างแท้จริง
- 2.) ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ ผู้รับ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม
- 3.) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ ผู้รับ เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถทำประโยชน์ต่อสังคมได้

3.3.3 ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือแรงสนับสนุนทางด้านจิตใจ

3.3.4 จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

3.4 ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม มีอยู่ 3 ระดับได้แก่

3.4.1 *Macro level* คือ การวัดโดยพิจารณาถึงกิจกรรมร่วมและการมีส่วนร่วม ในสังคม โดยวัดจากลักษณะต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับบุคคลต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

3.4.2 Mezzo level คือ การวัดในระดับที่เฉพาะเจาะจงไปถึงกลุ่มที่ติดต่อยู่เสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนใกล้ชิด

3.4.3 Micro level คือ การวัดที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุดเพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม มาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์ อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยาหรือคนที่รัก

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แรงสนับสนุนทางสังคมแบบที่ 3 คือ การให้การสนับสนุนของบุคคลในครอบครัว ที่มีต่อการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4. แนวคิดเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4.1 สถานการณ์และแนวทางในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550:บทนำ) ได้กล่าวถึง สถานการณ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไว้ ดังนี้

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชาชนไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา สำหรับ โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในสตรีไทย โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2539 มีผู้ป่วยใหม่ 6,228 ราย และคาดการณ์จะเพิ่มขึ้นเป็น 8,000 รายในปี พ.ศ. 2551 ถ้าประเทศไทยไม่มีมาตรการในการควบคุม ดังนั้นสถาบันมะเร็งแห่งชาติซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการป้องกันและควบคุมมะเร็งแห่งชาติ จึงได้ร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการสนับสนุนเงินงบประมาณ เพื่อดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั่วประเทศขึ้น

เหตุที่ต้องใช้วิธีตรวจ Pap smear เป็นการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั่วประเทศก็เพราะ Pap smear เป็นวิธีการมาตรฐานที่ทำกันทั่วโลก และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถลดอัตราการเกิดและอัตราการตายของมะเร็งปากมดลูกได้ เพราะ Pap smear สามารถตรวจพบรอยโรคของปากมดลูกที่เป็นระยะก่อนเป็นมะเร็ง หรือมะเร็งในระยะที่เป็นระยะเริ่มแรก (in situ) ได้ ซึ่งถ้าทำการรักษารอยโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็งได้ ก็ย่อมทำให้จำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกลดลง ซึ่งต่างจากมะเร็งอื่นๆ หลายชนิดที่เราไม่สามารถตรวจค้นหาระยะก่อนเป็นมะเร็งได้ เช่น มะเร็งตับ, ปอด, กระเพาะอาหาร ซึ่งโรคมะเร็งดังที่กล่าวมาถึงแม้ว่าทำการตรวจค้นพบในระยะเริ่มแรกเท่าใด ก็จะทำให้พบจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น แม้ว่าจะตรวจพบโรคมะเร็งมากขึ้น แต่ถ้าพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกก็สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งจะช่วยให้อัตราการตายจากโรคมะเร็งลดลง ดังนั้น การ

ตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกของมะเร็งโดยทั่วไป (รวมทั้งมะเร็งปากมดลูกด้วย) จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งเป็นสำคัญ

สำหรับวิธีการตรวจด้วย VIA (Visual Inspection with Acetic Acid) นั้นองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้ในพื้นที่ที่ห่างไกล ขาดแคลนทรัพยากร และมีบุคลากรจำกัด นอกจากนี้ก็แนะนำให้ตรวจในสตรีอายุน้อยกว่า 45 ปี ซึ่งแม้แต่ในบางประเทศแอฟริกาหรืออินเดียยังต้องทำการศึกษาถึง ประสิทธิภาพต่อค่าใช้จ่ายของวิธีการตรวจชนิดนี้ โดยทั่วไป การตรวจหามะเร็งระยะแรกเริ่ม แบ่งออกได้เป็น 2 วิธีการ คือ

1. ทำการตรวจคัดกรองในประชาชนทั่วไป ซึ่งใช้ในคนจำนวนมาก
2. การตรวจวินิจฉัยมะเร็งในระยะแรกเริ่ม โดยปกติทางการแพทย์ จะเคยชินกับการตรวจวินิจฉัยมะเร็งในระยะแรกเริ่ม มากกว่าการตรวจคัดกรองในประชาชนทั่วไป การตรวจวินิจฉัยมะเร็งในระยะแรกเริ่ม คือ การตรวจหามะเร็งระยะแรกเริ่มในผู้ที่มีอาการสงสัยเป็นมะเร็งปากมดลูกหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยง องค์การทางการแพทย์ทั่วโลก เช่น สมาคมโรคมะเร็งอเมริกัน (American Cancer Society) แนะนำให้สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกแล้ว 3 ปี หรืออายุไม่เกิน 21 ปี ควรรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี หากใช้วิธีการตรวจด้วยวิธีแบบดั้งเดิม (conventional Pap smear) หรือทุก 2 ปี หากใช้วิธีการตรวจด้วยวิธี Thin prep และเมื่ออายุ 35 ปี ตรวจ 3 ครั้ง ถ้าผลการตรวจปกติก็ให้ตรวจทุก 2 ปี โดยวิธี conventional Pap smear หรือทุก 3 ปี โดยวิธี Thin prep โดยคำแนะนำเช่นนี้เป็น การให้สุขศึกษาแก่ สตรี และแนะนำให้สตรีกลุ่มดังกล่าว มารับการตรวจเอง เรียกว่า การทำ opportunistic Screening ก็ได้ ซึ่งมีใช้วิธีการเชิงรุกที่แท้จริง สำหรับประเทศไทยสตรีที่สนใจมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี ก็จะเป็นผู้ที่เคยตรวจอยู่แล้วเป็นประจำ แต่ยังมีสตรีอีกเป็นจำนวนมากที่ไม่เคยตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกเลย ดังนั้น มะเร็งปากมดลูกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยมาโดยตลอด จากผลการศึกษาขององค์การวิจัยมะเร็งนานาชาติ (IARC) พบว่า การที่จะลดอัตราการเกิดมะเร็งนั้น ถ้าสามารถให้การตรวจค้นหาคครอบคลุมประชากรได้จำนวนมากเท่าไรยิ่งจะลดอัตราการตายประชากรได้ดีกว่าจำนวนความถี่ของสตรีไปรับการตรวจ กล่าวคือถ้าสามารถทำการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกได้ครอบคลุมจำนวนประชากรได้ร้อยละ 80 โดยการ ทำ Pap smear ทุกปี จะลดอัตราการตาย จากมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 61 และหากทำทุก 3 ปี จะลดลงได้ร้อยละ 61 เช่นกัน แต่หาก ทำทุก 5 ปี ก็ยังสามารถลดได้ ถึงร้อยละ 55 แต่ในทางกลับกัน ถ้าสามารถทำการตรวจครอบคลุมประชากรได้เพียงร้อยละ 30 แม้จะทำการตรวจ Pap smear ให้กับสตรีทุก ๆ ปี ก็ลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกได้เพียงร้อยละ 15 เท่านั้น ดังนั้น การจะให้สตรีไทยได้รับการทำ Pap smear ได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้ได้มากที่สุด จึงเป็นการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเชิงรุกที่ดีที่สุด และจากการสำรวจจำนวนสตรีไทยอายุระหว่าง 35 -60 ปี

พบว่า มีจำนวนประมาณ 10 ล้านคน และประเทศไทยมีนักเซลล์วิทยาที่ปฏิบัติงานจริงสามารถทำการตรวจ slide ของ Pap smear ได้ประมาณ 2 ล้านแผ่นต่อปี จึงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้และหากเราสามารถทำ Pap smear ได้ครอบคลุมร้อยละ 80 ของสตรีไทยที่ตั้งเป้าหมายไว้ คาดว่า จะลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยได้ประมาณร้อยละ 50 ใน 5 ปี และจากสถิติของสถาบันมะเร็งฯ ก็พบว่ามะเร็งปากมดลูกของคนไทยจะมี peak ที่อายุ 45 ปี จะเห็นว่า ถ้าต้องการค้นหา มะเร็งระยะแรกเริ่มหรือระยะก่อนเป็นมะเร็ง ซึ่งใช้เวลาในการกลายเป็นมะเร็ง 10 ปี

สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปี 2553 ไว้ว่า กลุ่มเป้าหมาย คือ หญิงไทยที่มีอายุ ระหว่าง 30 - 60 ปี ต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งตามความเหมาะสม ดังนี้

1. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear ในผู้หญิงไทย ที่มีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี / หรือ
2. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA ในผู้หญิงไทยที่มีอายุระหว่าง 30 - 45 ปี ในพื้นที่ที่มีบุคลากรผ่านการอบรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA (โดยกรมอนามัย) และการจัดด้วยความเห็นในราชทัณฑ์พบผิดปกติ (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ 2553:69)

4.2 ความรู้เรื่องเบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย (ม.ป.ป.) ได้จัดทำแผ่นพับ เรื่อง มะเร็งปากมดลูกป้องกันได้ถ้าตรวจพบและรักษาแต่เนิ่น ๆ เพื่อใช้สำหรับเผยแพร่ความรู้ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกว่า สามารถป้องกันได้โดยการตรวจหาความผิดปกติของปากมดลูก ได้รับการรักษาและตรวจติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ โดยมีประเด็นเนื้อหาดังต่อไปนี้

4.2.1 มะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้นได้อย่างไร

สาเหตุสำคัญของที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกคือ ไวรัส มีชื่อว่า ฮิวแมนแพปพิลโลมา หรือเอช พี วี ชนิดที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูกหลังจากมีเพศสัมพันธ์ถ้าติดเชื้อไวรัส เอช พี วี นี้ เซลล์ปากมดลูกจะเกิดเปลี่ยนแปลงผิดปกติได้

4.2.2 อาการของมะเร็งปากมดลูก

1) ระยะเริ่มแรกผู้หญิงที่ได้รับเชื้อไวรัส เอช พี วี จะไม่มีอาการใด ๆ แต่ถ้าปล่อยทิ้งไว้ไม่ได้รับการรักษา ไวรัส เอช พี วี จะทำให้เซลล์ที่ปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลง และอาจกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกต่อไปได้ภายใน 10 - 15 ปี

2) ระยะที่เป็นมะเร็งแล้วจะมีอาการต่อไปนี้

- (1) ไม่มีอาการใดๆ
- (2) ตกขาวเป็นสีเหลืองหรือสีเขียว หรืออาจปนเลือด

- (3) มีเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์
- (4) มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด เช่น เลือดออกกะปริดกะปรอย
- (5) น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว อ่อนเพลีย

4.2.3 ผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

- 1) มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย
- 2) แต่งงานเมื่ออายุน้อย
- 3) มีคู่นอนหลายคน (สามีหรือภรรยา)
- 4) เป็นโรคกามโรคบ่อยครั้ง (สามีหรือภรรยา)
- 5) สามีเป็นมะเร็งที่องคชาต หรือเคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก
- 6) มีประวัติในครอบครัวว่าญาติผู้หญิงเป็นมะเร็งปากมดลูก
- 7) สูบบุหรี่หรือคนใกล้ชิดสูบบุหรี่

4.2.4 วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจุบันวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้กับผู้หญิงไทย คือ วิธีแปปสเมียร์ (Pap smear) และวิธี วี ไอ เอ (VIA)

วิธีแปปสเมียร์เป็นวิธีที่สามารถตรวจให้กับผู้หญิงทุกกลุ่มอายุ ผู้ผลการตรวจภายใน 2 สัปดาห์ ถึง 4 สัปดาห์

วิธี วี ไอ เอ เป็นวิธีใช้น้ำส้มสายชูชนิดเจือจางป้ายที่บริเวณปากมดลูกทิ้งไว้ 1 นาที ผู้ตรวจก็สามารถแจ้งผลการตรวจให้ผู้มาตรวจทราบทันที ว่าปากมดลูกปกติหรือผิดปกติ ถ้าปากมดลูกผิดปกติ จะได้รับการรักษาด้วยการจี้เย็นทันที โดยไม่ต้องใช้ยาและไม่ต้องนอนโรงพยาบาล

4.2.5 การเตรียมตัวก่อนมาตรวจ

- 1) หลังประจำเดือนหมดประมาณ 7 วัน
- 2) งดการเหน็บยา 4-5 วัน
- 3) งดการมีเพศสัมพันธ์ 2-3 วัน

4.2.6 การรักษาด้วยความเย็น

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี วี ไอ เอ ถ้าพบว่า ปากมดลูกมีความผิดปกติ ไม่ได้หมายความว่า เป็นมะเร็ง แต่ส่วนใหญ่หากปล่อยไว้ไม่ได้รับการรักษา ก็จะกลายเป็นมะเร็งได้ การรักษาด้วยการจี้ด้วยความเย็น ความเย็นจะทำให้เซลล์ปากมดลูกที่ผิดปกติตายและหลุดไปหมด ไม่กลายเป็นมะเร็งปากมดลูกต่อไป

4.3 แนวทางในการการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง

สำหรับในพื้นที่อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง แนวทางในการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีดังต่อไปนี้

4.3.1 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ งานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากโรงพยาบาลนาโยงและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาโยง ประชุมรับทราบนโยบาย การดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประจำปีงบประมาณ 2553 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

4.3.2 ส่งบุคลากรซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลและสถานีอนามัย เข้ารับการฝึกอบรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA

4.3.3 นำเสนอแนวทางการดำเนินงานให้ผู้บริหารคือผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนาโยงและสาธารณสุขอำเภอนาโยงรับทราบ

4.3.4 ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งปากมดลูกระดับสถานีอนามัย ในที่ประชุมประจำเดือนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ

4.3.5 จัดทำโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอำเภอนาโยง และจัดทำแผนรณรงค์การออกไปให้บริการ ในสถานีอนามัยทุกแห่งในอำเภอนาโยง

4.3.6 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชี้แจงนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประจำปีงบประมาณ 2553 และให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นำความรู้ที่ได้ไปประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย

4.3.7 ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สํารวจประชากรกลุ่มเป้าหมายหญิงไทยที่มีอายุระหว่าง 30-60ปี และอาศัยอยู่จริงในพื้นที่ ตามละแวกบ้านที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรับผิดชอบโดยประมาณ 8 - 15 หลังคาเรือน ต่อ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน

4.3.8 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประชุมร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการการให้บริการ

4.3.9 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตามกลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตามแผนปฏิบัติการการให้บริการที่กำหนด

4.3.10 กรณีผู้รับบริการมีผลการตรวจผิดปกติ จากการตรวจด้วยวิธี Pap smear จะได้รับการติดตามให้มาพบแพทย์ โดยการส่งผลการตรวจเป็นจดหมายทางไปรษณีย์ เจ้าหน้าที่

สาธารณสุขโทรศัพท์แจ้งผลการตรวจแก่ผู้รับบริการหรือให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่รับผิดชอบในละแวกนั้นติดตามผู้รับบริการให้มาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4.3.11 กรณีผู้รับบริการมีผลการตรวจผิดปกติ จากการตรวจด้วยวิธี VIA เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะนัดหมายวันที่จะให้ผู้รับบริการมารับการรักษาด้วยการจี้เย็บ ในกรณีที่พบความผิดปกติ มีฝ้าสีขาวขนาดไม่เกินร้อยละ 75 ของปากมดลูก หากพบความผิดปกติมีฝ้าสีขาวขนาดเกินร้อยละ 75 ของปากมดลูก จะส่งผู้รับบริการ ไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลตั้ง และถ้าหากผู้รับบริการ ไม่มาตามนัดหมายหรือมีการเปลี่ยนแปลงวัน เวลา ในการให้บริการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โทรศัพท์แจ้งการนัดหมายแก่ผู้รับบริการหรือให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่รับผิดชอบในละแวกนั้นติดตามแจ้งข่าวสารแก่ผู้รับบริการ

4.3.12 กรณีติดตามผลการรักษาหลังการจี้เย็บ ซึ่งจะนัดติดตาม 2 ครั้ง ครั้งแรก หลังจากได้รับการรักษาด้วยการจี้เย็บไปแล้ว 3 เดือน ครั้งที่ 2 หลังจากได้รับการรักษาด้วยการจี้เย็บครบ 1 ปี และถ้าหากผู้รับบริการไม่มาตามนัดหมาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโทรศัพท์แจ้งเตือน การตรวจแก่ผู้รับบริการ หรือให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่รับผิดชอบในละแวกนั้น ติดตามแจ้งเตือนการตรวจแก่ผู้รับบริการ

สรุปได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการวางแผน คัดเลือก ดำเนินการจัดกิจกรรม รับผลประโยชน์และประเมินผล การดำเนินงานตามโครงการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอำเภอนาโยง จังหวัดตรัง

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จันทิมา ลิ่มหัน (2543: 84 - 85) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วม ของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งภาพรวมและราย ด้าน ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ได้แก่ การได้รับสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ในการเผยแพร่ความรู้เจตคติต่อการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การอบรมความรู้เพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและระดับการศึกษา ส่วนปัจจัย ที่ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ รายได้ ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง การพบปะร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเสริมสร้างขวัญและกำลังใจ การติดตามนิเทศจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สุรัตน์ อยู่ยอด (2544) ศึกษาความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน อำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ประสิทธิภาพในการพัฒนาชุมชน การได้รับการอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง การศึกษาดูงานด้านสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข การยอมรับจากสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชน

ยุคนธ์ ชูติปัญญาบุตร (2546) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอแกลง จังหวัดระยอง ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ระยะเวลาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ขจร คำเงิน (2546) ศึกษาเรื่อง ความรู้ ความคิดเห็น และกระบวนการบริหารงบประมาณสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขในเขต อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี มีความรู้ และความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารงบประมาณสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามกระบวนการบริหาร งบประมาณสาธารณสุขมูลฐาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ เกี่ยวกับการบริหารงบประมาณสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา และตำแหน่งทางสังคม ส่วนอายุ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้ เกี่ยวกับการบริหารงบประมาณสาธารณสุขมูลฐาน ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการปฏิบัติงานทุกตัวแปร ไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็น เกี่ยวกับการบริหารงบประมาณสาธารณสุขมูลฐาน ความรู้ และความคิดเห็น มีความสัมพันธ์กับกระบวนการบริหารงบประมาณสาธารณสุขมูลฐานในภาพรวม

สิทธิพงษ์ ยอดสิงห์ (2546) ศึกษาเรื่อง บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 73 อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.84 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและรายได้

ประภา วัฒนสิทธิ์ (2547) ผลการวิจัย พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีส่วนร่วมด้านร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมแก้ไขในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงาน

ชมรมสร้างสุขภาพคือ สถานภาพสมรส การศึกษาตามอัธยาศัย ผลประโยชน์ตอบแทนที่ได้รับจากการมีส่วนร่วม ภาวะผู้นำและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในครอบครัว

ยุพาพร สุภาคคี (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่เสี่ยงโรคเลปโตสไปโรซิส จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า ระดับสิ่งจูงใจในการปฏิบัติงานการได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐอยู่ในระดับมาก ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส อยู่ในระดับสูง ส่วนการมีส่วนร่วมกับชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเพศอายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่แตกต่างกัน มีการปฏิบัติงานป้องกันเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ไม่แตกต่างกัน

สรรัชย์ สุวรรณรักษ์ (2548) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 35.9 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส อาชีพทำสวน ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่ำกว่า 5 ปี มีความรู้ในเรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ระดับการศึกษา การได้รับการสนับสนุน และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ภักพล ชะบากาญจน์ (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม ในการพัฒนาท้องถิ่น กรณีศึกษาของค์การบริหารส่วนตำบลลานสกา ผลการศึกษาพบว่า ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานการพัฒนาท้องถิ่นอยู่ในระดับปานกลาง ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นที่แตกต่างกัน ส่วนเหตุผลที่เข้าร่วมกิจกรรมเพราะต้องการให้ท้องถิ่นมีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น สาเหตุที่ประชาชนไม่เข้าร่วมเพราะไม่มีเวลาร่วมกิจกรรมเพราะต้องประกอบอาชีพ

สมศักดิ์ เผ่าสอน (2548) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอสัขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับปีที่ 6 มีรายได้ 3,001 บาท/เดือน มีอาชีพทำนาทำไร่ เลี้ยงสัตว์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับการศึกษาและรายได้แตกต่างกัน มีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เพศ อายุ

สถานภาพสมรส และอาชีพแตกต่างกัน มีการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2549) ศึกษาเรื่อง ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง : การสังเคราะห์ความรู้สู่ยุทธศาสตร์การพัฒนา ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังคงมีชีวิตอยู่ และมีผู้หญิงเข้ามาเป็นอาสาสมัครมากขึ้นถึงร้อยละ 70 ในขณะที่มากกว่าร้อยละ 35 ของอาสาสมัครเป็นคนรุ่นใหม่ที่เพิ่งเป็นอาสาสมัคร ได้ไม่เกิน 5 ปี อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอยู่มีความสามารถในการทำงานซึ่งเสร็จสิ้นได้ในระยะเวลาสั้น ๆ เช่น การสำรวจรวบรวมข้อมูล การรณรงค์ป้องกันโรค แต่มีข้อจำกัดในการทำงานที่ต้องใช้เวลาต่อเนืองยาวนาน เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอยู่ส่วนใหญ่ มาจากผู้ที่มีการศึกษาและมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่สูงนัก

ธีรปณกรณ์ ศุภกิจโยธิน (2549) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เรื่องไข้เลือดออกในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ เพศ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข อาชีพและการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สุรารดี รัศมีพงษ์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน คือ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

หนึ่งฤทัย สัจจจิน (2550) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการคัดแยกมูลฝอยโครงการขยะแห้งแลกไข่ ของเทศบาลยะลา อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการคัดแยกมูลฝอย กลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมในแต่ละด้าน โดยด้านการมีส่วนร่วมในด้านการคิดและเสนอแนวทางการดำเนินงานกับด้านการประเมินผล มีส่วนร่วมในระดับน้อย ส่วนด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาด้านการดำเนินงานและด้านการรับผลประโยชน์ มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง

ปิยะรัตน์ กฤตยานวิษ (2550) ศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ผลการวิจัยพบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 42.54 ปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้ต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท ดำรง

ตำแหน่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความคิดเห็นโดยรวมต่อการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับสูง การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (2) เพศ การศึกษา อาชีพ การดำรงตำแหน่งในชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม มีเพียงรายได้ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม และอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำสุดกับความคิดเห็นของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ความคิดเห็นด้านประโยชน์ บทบาทของสมาชิกเครือข่าย การจัดทำแผนงานและการได้รับรางวัลของชุมชนมีความสัมพันธ์

กับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ความคิดเห็นในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง

รติรส บัวเบ็ด (2550) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านแม่ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 78.12 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านรับผลประโยชน์ มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 89.71 ด้านการปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 79.31 ด้านการประเมินผล มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 78.19 ด้านการค้นหาปัญหา มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 77.20 อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการวางแผนมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 66.19

สุรีย์พร เนียมกระโทก (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการอนุรักษ์และพัฒนาพืชสมุนไพร ในอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมในการอนุรักษ์และพัฒนาพืชสมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ พบว่าการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์และพัฒนาพืชสมุนไพร ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขึ้นอยู่กับการเป็นสมาชิกกลุ่มส่งเสริมอนุรักษ์พืชสมุนไพร กรรมสิทธิ์การถือครองที่ดินและความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยอื่นๆ ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน การได้รับข่าวสารจากกระทรวงสาธารณสุข ทศนคคิ ไม่ขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์และพัฒนาพืชสมุนไพรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาด้านวิธีการมีส่วนร่วมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกระบวนการ รองลงมา คือ ร่วมในผลที่เกิดขึ้น ในส่วนรูปแบบการมีส่วนร่วม พบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและร่วมปฏิบัติการ

คเชนทร์ ชาญประเสริฐ (2551) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 53.0 การมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการรับผลประโยชน์ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการประเมินผล ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.18

ฉลวย หนูจิตร (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ด้านการให้บริการกิจกรรมในชุมชน อำเภอัญญาคีรี จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สมรสแล้ว จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เฉลี่ย 7.9 ปี ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมพบว่า อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิทักษ์ กาพภักดี (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 41.72 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร ความรู้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ระดับการมีส่วนร่วม ในดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ เพศ อายุ อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม

ชาตรี จันทร์ตา (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษา พบว่า การได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง การได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความพึงพอใจในการดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการปฏิบัติงาน ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง โดยแบ่งหัวข้อระเบียบวิจัยดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอนาโยง จังหวัดตรัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 - 2553 จำนวน 729 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

1.2.1 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากวิธีการคำนวณโดยใช้สูตรของ Taro Yamane (Yamane, 1973) ขนาดความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนตัวอย่าง 259 คน ดังนี้

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

เมื่อ n = จำนวนตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร = 729

e = ความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง = 0.05

$$n = \frac{729}{1+729(0.05)^2}$$

$$= 258.28$$

ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ = 259 คน

1.2.2 วิธีการสุ่มหรือเลือกตัวอย่าง มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การแบ่งชั้น เพื่อกำหนดตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอนาโยง จำนวน 729 คน พบว่า มีตำแหน่งประธาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 53 คน และสมาชิก 676 คน เมื่อขนาดตัวอย่าง ที่คำนวณ ได้เท่ากับ 259 คน จึงคำนวณสัดส่วนระหว่างประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ สมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ละประเภทจากจำนวนเต็ม คิดเป็นสัดส่วนไปคูณ กับขนาดตัวอย่างทั้งหมด จะได้ตัวอย่างรวม ดังนี้ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน 53 คน = $(53/729) \times 259 = 19$ คน สมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 676 คน = $(676/729) \times 259 = 240$ คน

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดโควตาจากขนาดตัวอย่างในแต่ละตำบล โดยกลุ่มประธาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน = 19 คน ให้โควตา ตำบลละ 3 คน จำนวน 5 ตำบล และให้โควตา 4 คน 1 ตำบล ในตำบลที่มีหมู่บ้านมากที่สุด ส่วนขนาดตัวอย่างสมาชิกอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน = 240 คน ให้โควตา ตำบลละ 40 คน จำนวน 6 ตำบล

ขั้นตอนที่ 3 ใช้การสุ่มโดยอาศัยหลักความน่าจะเป็น คือ การสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการ จับฉลากรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งกลุ่มประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน และสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามโควตาที่ต้องการ

ตารางที่ 3.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบล

ลำดับ	ตำบล	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่าง
		ทั้งหมด (คน)	ที่เป็นประธาน อสม.	ที่เป็นสมาชิก อสม.
1	ตำบลนาโยงเหนือ	43	3	40
2	ตำบลนาหมื่นศรี	43	3	40
3	ตำบลละมอ	43	3	40
4	ตำบลช่อง	43	3	40
5	ตำบลนาข้าวเสีย	43	3	40
6	ตำบลโคกสะบ้า	44	4	40
	รวม	259	19	240

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยการปฏิบัติงานและการสนับสนุนจากคนในครอบครัว จำนวน 6 ข้อ โดยข้อที่ 1 - 4 เป็นข้อมูลปัจจัยการปฏิบัติงาน ซึ่งในข้อที่ 4 เป็นการวัดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย 5 ข้อย่อย โดยวัดความรู้แบบถูกผิด ซึ่งให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบ ใช่ และไม่ใช่ เพียงอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น โดยมีเกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้

คะแนน 0 - 1 คะแนน มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 2 - 3 คะแนน มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 4 - 5 คะแนน มีความรู้อยู่ในระดับสูง

ส่วนข้อที่ 5 - 6 เป็นข้อมูลปัจจัยการสนับสนุนจากคนในครอบครัว ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยให้ทำเครื่องหมาย / ลงใน () ตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง จำนวน 20 ข้อ สร้างเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้

มีส่วนร่วมน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

มีส่วนร่วมน้อย ให้ 2 คะแนน

มีส่วนร่วมปานกลาง ให้ 3 คะแนน

มีส่วนร่วมมาก ให้ 4 คะแนน

มีส่วนร่วมมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

เกณฑ์การประเมินระดับการมีส่วนร่วมผู้วิจัยได้แบ่งระดับคะแนนการมีส่วนร่วมแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ให้คะแนนตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1997:174 อ้างใน ฤทธวย หนูจิตร 2551:43) โดยใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่มที่ต้องการแบ่ง คือ 3 กลุ่ม จัดเป็นช่วงระดับคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ

นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา แล้วนำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างคำถามวิจัยใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาหรือประเด็นคำถามที่มีความ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย พิจารณาคำถามที่ใช้วัดครอบคลุมเนื้อหาสาระหรือความหมาย ทั้งหมดของตัวแปรที่ต้องการวัด ตลอดจนขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย มีขั้นตอน ดังนี้

1. นำคำถามที่สร้างขึ้นไปหาความตรง (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (Content Validity) และความครอบคลุมเนื้อหา สาระหรือตัวแปรที่ต้องการวัด

2. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง จำนวน 30 ราย และนำไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นด้าน ความรู้เท่ากับ 0.79 ค่าอำนาจการจำแนกอยู่ระหว่าง 0.47 - 0.61 ค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.74 - 0.78 ค่าความเชื่อมั่นด้านการมีส่วนร่วมเท่ากับ 0.90

3. นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ มาปรับและพิจารณาความเหมาะสม ของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

3.1 ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพื่อขอความร่วมมือในการเชิญ ผู้รับผิดชอบงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานีนามัยมาประชุมชี้แจงเกี่ยวกับการเก็บ ข้อมูล

3.2 ประชุมชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับเครื่องมือเก็บข้อมูล วิธีการเก็บข้อมูล ซึ่งเป็น แบบสอบถามการวิจัย แก่ผู้รับผิดชอบงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานีนามัย

3.3 ผู้รับผิดชอบงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานีนามัย ดำเนินการ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่

3.4 ส่งแบบสอบถามกลับไปให้ผู้วิจัย โดยผ่านสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาโยง

3.5 ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

4.1 สถิติพรรณนา (Descriptive Analysis) เพื่อแจกแจงความถี่ของข้อมูลพื้นฐานด้านปัจจัยส่วนบุคคล

4.1.1 ข้อมูล เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง การประชุม/ฝึกอบรม และการสนับสนุนจากคนในครอบครัว วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ

4.1.2 ข้อมูล อายุ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความรู้ วิเคราะห์โดยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

4.1.3 ระดับการมีส่วนร่วม วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 สถิติวิเคราะห์ (Analysis Statistics)

4.2.1 เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการปฏิบัติงาน และปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ เพศ อาชีพ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง การประชุม/ฝึกอบรม และการสนับสนุนจากคนในครอบครัว กับการมีส่วนร่วม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใช้สถิติ Chi - Square ซึ่งตามข้อตกลงของการทดสอบไคสแควร์ ให้พิจารณาว่ามีจำนวนช่องเซลล์ที่มีค่าความถี่ที่คาดหวังน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ของจำนวนช่องเซลล์ทั้งหมดหรือไม่ ถ้าเป็นตารางที่ไม่ใช่ 2 แถว หรือ 2 คอลัมน์ จะมีค่าความถี่ที่คาดหวังน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ไม่ได้ จะต้องยุบตารางให้เหลือจำนวนแถวและจำนวนคอลัมน์ให้น้อยลง (สมหมาย คชนาม 2551: 129)

4.2.2 เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการปฏิบัติงาน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความรู้กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภาพรวมและรายด้าน ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เนื่องจากเป็นตัวแปรที่วัดอยู่ในระดับ Interval Scale และ Ratio Scale แต่เมื่อทดสอบการกระจายของข้อมูลตาม assumption พบว่า อายุ มีการกระจายของข้อมูลแบบปกติ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้ โดยแบ่งระดับความสัมพันธ์จากสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้

(Billy and George , 1971: 100 อ้างใน ขจร คำเงิน 2546: 52)

0.80 - 1.00 มีความสัมพันธ์สูงสุด

0.60 - 0.79 มีความสัมพันธ์สูง

0.40 - 0.59 มีความสัมพันธ์ปานกลาง

0.20 - 0.39 มีความสัมพันธ์ต่ำ

0.01 - 0.19 ความสัมพันธ์ต่ำสุด

ส่วนระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความรู้เมื่อทดสอบการกระจายของข้อมูลพบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันไม่ได้ จึงต้องใช้สถิติ Chi – Square

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามจำนวน 259 ชุด ที่ได้ตรวจสอบความครบถ้วนแล้ว วิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยการปฏิบัติงานและการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการปฏิบัติงาน ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ สมรสและระดับการศึกษา รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	5.4
หญิง	245	94.6
รวม	259	100.00
อายุ		
25 - 34 ปี	28	10.8
35 - 44 ปี	95	36.7
45 - 54 ปี	86	33.2
55 ปี ขึ้นไป	50	19.3
รวม	259	100.00
$\bar{X} = 45.68$ S.D. = 9.43 Min. = 25 Max. = 72		
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	186	71.8
ค้าขาย	18	6.9
รับจ้าง	39	15.1
ธุรกิจส่วนตัว	11	4.2
อาชีพอื่น	5	1.9
รวม	259	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	16	6.2
คู่	208	80.3
หม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่	35	13.5
รวม	259	100.00

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	160	61.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	43	16.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	39	15.1
อนุปริญญา/ ปวส.	10	3.9
ปริญญาตรี	7	2.7
รวม	259	100.00

จากตารางที่ 4.1 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ตอบแบบสอบถามส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.6 มีอายุเฉลี่ย 45.68 ปี อายุต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 72 ปี กลุ่มอายุ 35 - 44 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 36.7 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 45 - 54 ปี ร้อยละ 33.2 ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.8 รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 15.1 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 80.3 รองลงมา มีสถานภาพ หม้าย/หย่าร้าง / แยกกันอยู่ ร้อยละ 13.5 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 61.8 รองลงมา เป็นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 16.6

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยการปฏิบัติงานและการสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ประเภทของการดำรงตำแหน่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การประชุม/ฝึกอบรม ความรู้ ส่วนปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ การสนับสนุนของคนในครอบครัว ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ ดังตารางที่ 4.2 - 4.4

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามประเภทของการดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการประชุม / ฝึกอบรม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่ง		
ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	19	7.3
สมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	240	92.7
รวม	259	100.00
ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
น้อยกว่า 5 ปี	58	22.4
5 - 14 ปี	120	46.3
15 - 24 ปี	62	23.9
25 - 34 ปี	19	7.3
รวม	259	100.00
$\bar{X} = 11.09$ S.D. = 7.56 Min. = 1 Max. = 34		
การประชุม / ฝึกอบรม		
เคย	233	90.0
ไม่เคย	26	10.0
รวม	259	100.00

จากตารางที่ 4.2 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ตอบแบบสอบถาม มีตำแหน่งเป็นสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 92.7 และมีตำแหน่งเป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 7.3 โดยระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เฉลี่ย 11 ปี ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุดนานถึง 34 ปี ส่วนมากเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในช่วงระยะเวลา 5 - 14 ปี ร้อยละ 46.3 รองลงมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในช่วงระยะเวลา 15 - 24 ปี ร้อยละ 23.9 เคยเข้าประชุม / ฝึกอบรม ร้อยละ 90 และไม่เคยเข้าประชุม / ฝึกอบรม ร้อยละ 10

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับความรู้ เรื่อง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อที่	ข้อความคำถาม	ตอบถูกร้อยละ	\bar{X}	S.D.
1	สตรีอายุระหว่าง 30 – 60 ปี เป็นกลุ่มเป้าหมายของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปีงบประมาณ 2553	97.7	0.98	0.15
2	มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย	27.8	0.28	0.45
3	สตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก	90.0	0.90	0.30
4	สตรีควรมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกขณะมีประจำเดือน	92.3	0.92	0.27
5	ความคิดปกติที่ปากมดลูกระยะก่อนเป็นมะเร็งสามารถรักษาให้หายขาดได้	95.8	0.96	0.20

จากตารางที่ 4.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง มีความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในข้อความคำถาม สตรีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี เป็นกลุ่มเป้าหมายของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปีงบประมาณ 2553 มากที่สุด ร้อยละ 97.7 รองลงมาในข้อความคำถาม ความผิดปกติที่ปากมดลูกระยะก่อนเป็นมะเร็งสามารถรักษาให้หายขาดได้ ร้อยละ 95.8 และ น้อยที่สุด ข้อคำถาม มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ร้อยละ 27.8

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามความรู้ เรื่อง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	1	0.4
ปานกลาง	37	14.3
สูง	221	85.3
รวม	259	100.00
$\bar{X} = 4.03$ S.D. = 0.67 Min. = 1 Max. = 5		

จากตารางที่ 4.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง มีความรู้ เรื่อง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 85.3 รองลงมา มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 14.3 และมีความรู้ในระดับต่ำ น้อยที่สุด ร้อยละ 0.4 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม ด้านความรู้การตรวจมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 4.03

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตาม คนในครอบครัวที่สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และรูปแบบการให้การสนับสนุนมากที่สุด

การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
คนในครอบครัว		
สามีหรือภรรยา	157	60.6
บุตร	70	27.0
บิดาหรือมารดา	32	12.4
รวม	259	100.00
รูปแบบ		
ให้กำลังใจ	99	38.2
ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน	81	31.3
ช่วยเหลือบุตร	20	7.7
ช่วยเหลือด้านการเงิน	11	4.2
ช่วยเหลืองานในหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	48	18.5
รวม	259	100.00

จากตารางที่ 4.5 พบว่า คนในครอบครัวที่สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มากที่สุด เป็นสามี หรือภรรยา ร้อยละ 60.6 รองลงมาเป็นบุตร ร้อยละ 27.0 และเป็นบิดาหรือมารดา น้อยที่สุด ร้อยละ 12.4 ส่วนรูปแบบของการให้การสนับสนุน การปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มากที่สุด คือ การให้กำลังใจ ร้อยละ 38.2 รองลงมา คือ การช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน ร้อยละ 31.3 และน้อยที่สุด คือ ช่วยเหลือด้านการเงิน ร้อยละ 4.2

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ นาโยง จังหวัดตรัง ที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ การมีส่วนร่วม
ด้านการวางแผน คัดสินใจ การมีส่วนร่วมด้านการดำเนินการจัดกิจกรรม การมีส่วนร่วมด้านรับ
ผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล ในรายด้านและโดยรวม สรุปได้ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับ
การมีส่วนร่วมเป็นรายด้านและโดยรวม

ด้านของการมีส่วนร่วม	การมีส่วนร่วม			\bar{X}	S.D.	ระดับการ มีส่วนร่วม
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
- ด้านการวางแผน คัดสินใจ	163 (62.9)	94 (36.3)	2 (0.8)	3.84	0.65	สูง
- ด้านการดำเนินการ จัดกิจกรรม	157 (60.6)	101 (39.0)	0 (0.0)	3.88	0.55	สูง
- ด้านรับผลประโยชน์	139 (53.7)	108 (41.7)	5 (1.9)	3.83	0.78	สูง
- ด้านการประเมินผล	176 (68.0)	69 (26.6)	14 (5.4)	3.87	0.76	สูง
โดยรวม	166 (64.1)	91 (35.1)	2 (0.8)	3.86	0.52	สูง

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.86$) เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการดำเนินการจัดกิจกรรม มีระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด ($\bar{X} = 3.88$) รองลงมา คือ ด้านการประเมินผล ($\bar{X} = 3.87$) และน้อยที่สุด คือ ด้านรับผลประโยชน์ ($\bar{X} = 3.83$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ สรุปได้ ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วม ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกรายข้อ

การมีส่วนร่วมรายข้อ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการมีส่วนร่วม
	\bar{X}	S.D	
ด้านการวางแผน ตัดสินใจ			
1.ท่านได้ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการวิเคราะห์ปัญหาจากการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของชุมชน	3.98	0.80	สูง
2.ท่านได้มีส่วนร่วมกันระดมสมองวางแผนแก้ไขปัญหาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของชุมชน	3.84	0.73	สูง
3.ท่านได้มีส่วนร่วมจัดทำแผนงานสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของชุมชน	3.75	0.85	สูง
4.ท่านได้มีส่วนร่วมกำหนดกิจกรรม/วิธีการในการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.80	0.80	สูง

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมรายชื่อ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	การมีส่วน ร่วมรายชื่อ
	\bar{X}	S.D	
ด้านการดำเนินการจัดกิจกรรม			
5.ท่านได้มีส่วนร่วมประชาสัมพันธ์ในการดำเนินงาน ตามโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	4.14	0.70	สูง
6.ท่านได้มีส่วนร่วมในการประสานงานระหว่าง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสตรีกลุ่มเป้าหมายใน การเข้ารับบริการตามโครงการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	4.17	0.70	สูง
7.ท่านได้มีส่วนร่วมให้ความรู้ด้านการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกกับคนในชุมชนอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง	3.78	0.84	สูง
8.ท่านได้มีส่วนร่วมตรวจสอบรายชื่อสตรี กลุ่มเป้าหมายที่อาศัยอยู่จริงในชุมชน	4.16	0.75	สูง
9.ท่านได้มีส่วนร่วมในการนัดหมายสตรี กลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกในสถานบริการ	4.20	0.73	สูง
10.ท่านได้มีส่วนร่วมในการติดตามสตรีกลุ่มเป้าหมาย เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	4.09	0.79	สูง
11.ท่านได้มีส่วนร่วมในการนำรถยนต์หรือ รถจักรยานยนต์มาบริการ รับส่งสตรี กลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก ณ สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล	2.93	1.13	ปานกลาง
12.ท่านได้มีส่วนร่วมในการติดตามสตรีที่ตรวจพบ ความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกมารับการตรวจรักษา/ ส่งต่อ	3.34	1.13	ปานกลาง

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมรายชื่อ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	การมีส่วนร่วม รายชื่อ
	\bar{X}	S.D	
13.ท่านได้มีส่วนร่วมประสานข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ ที่จะรับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	4.12	0.77	สูง
ด้านรับผลประโยชน์			
14.ท่านได้มีส่วนร่วมดำเนินงานให้สตรี กลุ่มเป้าหมายในละแวกบ้านที่ท่านรับผิดชอบ ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่า ร้อยละ 50	3.93	0.84	สูง
15.ท่านหรือบุคคลในครอบครัวของท่าน เข้ารับการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นแบบอย่าง ของคนในชุมชน	4.10	1.05	สูง
16.ท่านได้รับผลตอบแทนเป็น เงินรางวัลหรือ ค่าตอบแทน ในการดำเนินงานตามโครงการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.47	1.28	ปานกลาง
ด้านการประเมินผล			
17.ร่วมติดตามและตรวจสอบ การเข้ารับบริการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย ในละแวกบ้านที่ท่านรับผิดชอบ	4.09	0.85	สูง
18.สังเกตการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกของสถานีนามัยหรือ โรงพยาบาลเช่น การบริหารงาน การจัดบริการ	3.81	9.72	สูง

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมรายชื่อ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	การมีส่วนร่วม รายชื่อ
	\bar{X}	S.D	
19.ร่วมให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขปัญหา/ อุปสรรคในการดำเนินงานการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	3.76	0.95	สูง
20.ร่วมแก้ไขปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.83	0.91	สูง

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมด้านการวางแผน ตัดสินใจ มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงทุกข้อ คือ การมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการวิเคราะห์ปัญหาจากการดำเนินการ การระดมสมองวางแผนแก้ไขปัญหา การจัดทำแผนงานสาธารณสุข ในการแก้ไขปัญหา และการกำหนดกิจกรรม / วิธีการ ในการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของชุมชน

ระดับการมีส่วนร่วมด้านการดำเนินการจัดกิจกรรม พบว่า มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง 7 ข้อ คือ การมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์ในการดำเนินงาน การประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสตรีกลุ่มเป้าหมายในการเข้ารับบริการ การให้ความรู้ด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับคนในชุมชนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง การตรวจสอบรายชื่อสตรีกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยอยู่จริงในชุมชน การนัดหมายสตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสถานบริการ การติดตามสตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการประสานข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัน เวลา และสถานที่ ที่จะรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตามโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ระดับการมีส่วนร่วมด้านรับผลประโยชน์ พบว่า มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง 2 ข้อ คือ การมีส่วนร่วมดำเนินงานให้สตรีกลุ่มเป้าหมายในละแวกบ้านที่รับผิดชอบได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าร้อยละ 50 และท่านหรือบุคคลในครอบครัวของท่านเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นแบบอย่างของคนในชุมชน

สำหรับระดับการมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล พบว่า มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงทุกข้อ คือ การร่วมติดตามและตรวจสอบการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายในละแวกบ้านที่ท่านรับผิดชอบ การสังเกตการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานอนามัยหรือโรงพยาบาล เช่น การบริหารงาน การจัดบริการ การร่วมให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน และการร่วมแก้ไขปัญหา/อุปสรรค ในการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการปฏิบัติงาน ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโยง จังหวัดศรีสะเกษ ขอเสนอเป็น 2 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

1. การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม ที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในด้าน เพศ อาชีพ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และปัจจัยการปฏิบัติงาน ได้แก่ การตำแหน่ง ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การประชุม/ฝึกอบรม ความรู้ คนในครอบครัวที่สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และรูปแบบของการให้การสนับสนุนของคนในครอบครัว กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยการทดสอบไคสแควร์ ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การมีส่วนร่วมโดยรวมในระดับสูง มีจำนวน 166 คน ระดับปานกลาง มีจำนวน 91 คน และระดับต่ำมีจำนวนเพียง 2 คน ซึ่งตามข้อตกลงของการทดสอบไคสแควร์ ให้พิจารณาว่า มีจำนวนช่องเซลล์ที่มีค่าความถี่ที่คาดหวังน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ของจำนวนช่องเซลล์ทั้งหมดหรือไม่ ถ้าเป็นตารางที่ไม่ใช่ 2 แถวหรือ 2 คอลัมน์ จะมีค่าความถี่ที่คาดหวังน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ไม่ได้ จะต้องยุบตารางให้เหลือจำนวนแถวและจำนวนคอลัมน์ให้น้อยลง (สมหมาย คชนาม 2551: 129) ซึ่งกรณีนี้จำเป็นต้องยุบตารางส่วนที่เป็นคอลัมน์ คือ ยุบรวมการมีส่วนร่วมระดับปานกลางและต่ำ เข้าเป็นคอลัมน์เดียวกัน และเมื่อยุบรวมแล้วเปลี่ยนชื่อระดับ เป็นระดับปานกลางลงมา สรุปได้ดังตารางที่ 4.8 และ 4.9

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการมีส่วนร่วม		
	สูง	ปานกลางลงมา	รวม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ			
ชาย	8 (57.1)	6 (42.9)	14 (100.0)
หญิง	158 (64.5)	87 (35.5)	245 (100.0)
รวม	166 (64.1)	93 (35.9)	259 (100.0)
$\chi^2 = 0.073$ df = 1 p = 0.786			
อาชีพ			
เกษตรกร	125 (67.2)	61 (32.8)	168 (100.0)
ค้าขาย	6 (33.3)	12 (66.7)	18 (100.0)
รับจ้าง	25 (64.1)	14 (35.9)	39 (100.0)
ธุรกิจส่วนตัว	6 (54.5)	5 (45.5)	11 (100.0)
รวม	162 (63.8)	92 (36.2)	254 (100.0)
$\chi^2 = 8.575$ df = 3 p = 0.036*			
สถานะภาพสมรส			
โสด	11 (68.8)	5 (31.1)	16 (100.0)
คู่	132 (63.5)	76 (36.5)	208 (100.0)
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	23 (65.7)	12 (34.3)	35 (100.0)
รวม	166 (64.1)	93 (35.9)	259 (100.0)
$\chi^2 = 0.227$ df = 2 p = 0.893			

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการมีส่วนร่วม		
	สูง	ปานกลางลงมา	รวม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	111 (69.4)	49 (30.6)	160 (100.0)
มัธยมศึกษาตอนต้น	24 (55.8)	19 (44.2)	43 (100.0)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	25 (64.1)	14 (35.9)	39 (100.0)
ตั้งแต่อนุปริญญา/ปวศ.	6 (35.3)	11 (64.7)	17 (100.0)
ขึ้นไป			
รวม	166 (64.1)	93 (35.9)	259 (100.0)
$\chi^2 = 9.347 \quad df = 3 \quad p = 0.025^*$			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

จากตารางที่ 4.8 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าเพศหญิงมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง มากกว่าเพศชายเล็กน้อย คือ ร้อยละ 64.5 และ 57.1 ตามลำดับ ในขณะที่เพศชายมีระดับการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลางลงมา มากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย คือ ร้อยละ 42.9 และ 35.5 ตามลำดับ

อาชีพเกษตรกรมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.2 และระดับปานกลางลงมา ร้อยละ 32.8 ในขณะที่อาชีพค้าขาย มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับปานกลางลงมา ร้อยละ 66.7 และระดับสูง ร้อยละ 33.3 ส่วนอาชีพรับจ้าง มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับสูง ร้อยละ 64.1 และระดับปานกลางลงมา ร้อยละ 35.9 สำหรับอาชีพธุรกิจส่วนตัว มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงและปานกลางลงมาใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 54.5 และ 45.5 ตามลำดับ

สถานภาพสมรส โสด มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 68.8 และระดับปานกลางลงมา ร้อยละ 31.3 ในขณะที่สถานภาพสมรสคู่ มีระดับการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.5 และระดับปานกลางลงมา ร้อยละ 36.5 ส่วนสถานภาพสมรสหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ มีระดับการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.1 และระดับปานกลางลงมา ร้อยละ 35.9

การศึกษาระดับประถมศึกษา มีระดับการมีส่วนร่วมสูง ร้อยละ 69.4 และระดับปานกลางลงมา ร้อยละ 30.6 ในขณะที่การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีระดับการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับสูงและระดับปานกลางลงมาใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 55.8 และ 44.2 ตามลำดับ ส่วนการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.1 และระดับปานกลางลงมา ร้อยละ 35.9 สำหรับการศึกษาตั้งแต่ระดับอนุปริญา / ปวส.ขึ้นไป มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางลงมา ร้อยละ 64.7 และระดับสูง ร้อยละ 35.3

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาชีพและระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศและสถานภาพสมรส พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการปฏิบัติงาน ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปัจจัยการปฏิบัติงาน / ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม	ระดับการมีส่วนร่วม		
	สูง จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลางลงมา จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
ตำแหน่ง			
ประธานอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	17 (89.5)	2 (10.5)	19 (100.0)
สมาชิกอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	149 (62.1)	91 (37.9)	240 (100.0)
รวม	166 (64.1)	93 (35.9)	259 (100.0)

$\chi^2 = 4.611$ df = 1 p = 0.032*

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ปัจจัยการปฏิบัติงาน / ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม	ระดับการมีส่วนร่วม		
	สูง จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลางลงมา จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
ระยะเวลาในการเป็น			
อาสาสมัครสาธารณสุข			
ประจำหมู่บ้าน			
น้อยกว่า 5 ปี	31 (53.4)	27 (46.6)	58 (100.0)
5 - 14 ปี	82 (68.3)	38 (31.7)	120 (100.0)
15 - 24 ปี	41 (66.1)	21 (33.9)	62 (100.0)
25 - 34 ปี	12 (63.2)	7 (36.8)	19 (100.0)
รวม	166 (64.1)	93 (35.9)	259 (100.0)
$\chi^2 = 3.912 \quad df = 3 \quad p = 0.271$			
การประชุม/ฝึกอบรม			
เคย	153 (65.7)	80 (34.3)	233 (100.0)
ไม่เคย	13 (50.0)	13 (50.0)	26 (100.0)
รวม	166 (64.1)	93 (35.9)	259 (100.0)
$\chi^2 = 1.860 \quad df = 1 \quad p = 0.173$			
ความรู้			
1-3 คะแนน	22 (57.9)	16 (42.1)	38 (100.0)
4-5 คะแนน	144 (65.2)	77 (34.8)	221 (100.0)
รวม	166 (64.1)	93 (35.9)	259 (100.0)
$\chi^2 = 0.461 \quad df = 1 \quad p = 0.497$			

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ปัจจัยการปฏิบัติงาน / ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม	ระดับการมีส่วนร่วม		
	สูง	ปานกลางลงมา	รวม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
คนในครอบครัวที่สนับสนุน			
การปฏิบัติหน้าที่สมาชิก			
อาสาสมัครสาธารณสุข			
ประจำหมู่บ้าน			
สามีหรือภรรยา	105 (66.9)	52 (33.1)	157 (100.0)
บุตร	45 (64.3)	25 (35.7)	70 (100.0)
บิดาหรือมารดา	16 (50.0)	16 (50.0)	32 (100.0)
รวม	166 (64.1)	93 (35.9)	259 (100.0)
$\chi^2 = 3.292 \quad df = 2 \quad p = 0.193$			
รูปแบบ			
ให้กำลังใจ	69 (69.7)	30 (30.3)	99 (100.0)
ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน	55 (67.9)	26 (32.1)	81 (100.0)
ช่วยดูแลบุตร	6 (30.0)	14 (70.0)	20 (100.0)
ช่วยเหลือด้านการเงิน	8 (72.7)	3 (27.3)	11 (100.0)
ช่วยเหลืองานในหน้าที่	28 (58.3)	20 (41.7)	48 (100.0)
อาสาสมัครสาธารณสุข			
ประจำหมู่บ้าน			
รวม	166 (64.1)	93 (35.9)	259 (100.0)
$\chi^2 = 13.011 \quad df = 4 \quad p = 0.011^*$			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

จากตารางที่ 4.9 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยการปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ในด้านตำแหน่ง พบว่า การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ในส่วนตำแหน่งประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.5 ในขณะที่ตำแหน่งสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วม ร้อยละ 62.1 ส่วนการมีส่วนร่วมระดับปานกลางลงมา พบว่า ตำแหน่งประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วม ร้อยละ 10.5 ในขณะที่ตำแหน่งสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วม ร้อยละ 37.9

ด้านระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า สัดส่วนการมีส่วนร่วมในระดับสูง จะพบในกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่าง 5 - 14 ปี ร้อยละ 68.3 ระหว่าง 15 - 24 ปี ร้อยละ 66.1 ระหว่าง 25 - 34 ปี ร้อยละ 63.2 และน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 53.4 ในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีสัดส่วนการมีส่วนร่วมในระดับปานกลางลงมา พบว่า ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 46.6 ระหว่าง 25 - 34 ปี ร้อยละ 36.8 ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่าง 15 - 24 ปี และ 25 - 34 ปี มีสัดส่วนการมีส่วนร่วมระดับปานกลางลงมาใกล้เคียงกัน

ด้านการประชุม/ฝึกอบรม พบว่า การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เคยประชุม/ฝึกอบรม มีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.7 ในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่เคยประชุม/ฝึกอบรม มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับสูง และระดับปานกลางลงมาเท่ากัน คือ ร้อยละ 50.0 ส่วนการมีส่วนร่วมระดับปานกลางลงมา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เคยประชุม / ฝึกอบรม มีส่วนร่วม ร้อยละ 34.3

ด้านความรู้ พบว่า การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคะแนนความรู้ 4-5 คะแนน มีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.2 ในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคะแนนความรู้ 1 - 3 คะแนน มีส่วนร่วม ร้อยละ 57.9 ส่วนการมีส่วนร่วมระดับปานกลางลงมา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคะแนนความรู้ 1 - 3 คะแนน มีส่วนร่วม ร้อยละ 42.1 ในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคะแนนความรู้ 4 - 5 คะแนน มีส่วนร่วม ร้อยละ 34.8

คนในครอบครัวที่สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ในส่วนของสามีหรือภรรยา มีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.9 ในขณะที่บุตร มีส่วนร่วม ร้อยละ 64.3 สำหรับบิดาหรือมารดา มีส่วนร่วมระดับสูงและระดับ

ปานกลางลงมาเท่ากัน คือ ร้อยละ 50.0 ส่วนการมีส่วนร่วมระดับปานกลางลงมา พบว่า บุตรมีส่วนร่วม ร้อยละ 35.7 ในขณะที่สามีหรือภรรยามีส่วนร่วม ร้อยละ 33.1

รูปแบบการสนับสนุนทางสังคม พบว่า สัดส่วนการมีส่วนร่วมในระดับสูง จะพบในรูปแบบการช่วยเหลือด้านการเงิน ร้อยละ 72.7 การให้กำลังใจ ร้อยละ 69.7 การช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน ร้อยละ 67.9 การช่วยเหลืองานในหน้าที่อาสาศัมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 58.3 และการช่วยเหลือบุตร ร้อยละ 30.0 ส่วนรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมที่มีสัดส่วนการมีส่วนร่วมในระดับปานกลางลงมา พบว่า รูปแบบการช่วยเหลือบุตรจะมีส่วนร่วม ร้อยละ 70.0 การช่วยเหลืองานในหน้าที่อาสาศัมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 41.7 ส่วนรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ มีสัดส่วนการมีส่วนร่วมระดับปานกลางลงมาใกล้เคียงกัน

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการปฏิบัติงาน ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า รูปแบบการให้การสนับสนุนของคนในครอบครัวต่อการปฏิบัติหน้าที่อาสาศัมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตำแหน่ง ระยะเวลาในการเป็นอาสาศัมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การประชุม / ฝึกอบรมความรู้และคนในครอบครัวที่สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่อาสาศัมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณกับตัวแปรตามที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ คือ การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในด้าน อายุ กับการมีส่วนร่วมของอาสาศัมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สรุปได้ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการมีส่วนร่วมโดยรวม ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาศัมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปัจจัย	การมีส่วนร่วมโดยรวม	
	r	P-value
อายุ	0.134*	0.031

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

จากตารางที่ 4.10 พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมโดยรวมใน การดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่าง มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ปัจจัยการปฏิบัติงาน ได้แก่ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านการประชุม/ฝึกอบรม ความรู้ ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมต่อการสนับสนุนจากคนในครอบครัว และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการปฏิบัติงาน ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโง จังหวัดตรัง จำนวน 729 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้จำนวน 259 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการปฏิบัติงาน ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และใช้สถิติวิเคราะห์ (Analysis Statistics) ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test) และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการปฏิบัติงาน ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. สรุปการวิจัย

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนมากเป็น เพศหญิง ร้อยละ 94.6 มีอายุเฉลี่ย 45.68 ปี อายุต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 72 ปี กลุ่มอายุ 35 - 44 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 36.7 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 45 - 54 ปี ร้อยละ 33.2 ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.8 รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 15.1 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 80.3 รองลงมาสถานภาพ หม้าย/หย่าร้าง / แยกกันอยู่ ร้อยละ 13.5 ส่วนมากมีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 61.8

1.2 ปัจจัยการปฏิบัติงานและปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนมากมีตำแหน่งเป็นสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 92.7 มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่าง 5 - 14 ปี มากที่สุด ร้อยละ 46.3 รองลงมามีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่าง 15 - 24 ปี ร้อยละ 24.0 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เฉลี่ย 11.09 ปี ส่วนมากเคยเข้าประชุม / ฝึกอบรม ร้อยละ 90 มีระดับความรู้ เรื่องการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.3 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม เท่ากับ 4.03 สำหรับการสนับสนุนของคนในครอบครัวพบว่า คนในครอบครัวที่สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนมากเป็นสามีหรือภรรยา ร้อยละ 60.6 ส่วนรูปแบบ ของการให้การสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่มากที่สุด คือ การให้กำลังใจ ร้อยละ 38.2

1.3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.1 รองลงมาเป็นการมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.1 เมื่อแยกระดับการมีส่วนร่วมเป็นรายด้าน พบว่า ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการวางแผน คิดสัใจ ด้านการดำเนินการจัดกิจกรรม ด้านการรับผลประโยชน์ ด้านการประเมินผล มีการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง

1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการปฏิบัติงาน ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีดังนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุ อาชีพและระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศและสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2) ปัจจัยการปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุนทางสังคม พบว่า ตำแหน่งและรูปแบบของการสนับสนุนของคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การประชุม/ฝึกอบรม ความรู้ และคนในครอบครัวที่สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. อภิปรายผล

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 17 เท่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่เพศชายต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัวนอกบ้าน ส่วนเพศหญิงทำงานในบ้านและบริเวณใกล้เคียง ทำให้มีเวลาร่วมมากกว่าสามารถให้ความช่วยเหลือกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชนได้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนมากมีอายุระหว่าง 35 - 44 ปี ส่วนมากมีอาชีพเกษตรกรกรรม ซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงานและแต่งงานแล้ว จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมศักดิ์ เผ่าสอน (2548) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับปีที่ 6 มีอาชีพทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์

2.2 ปัจจัยการปฏิบัติงานและปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม

จากผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนมากมีตำแหน่งเป็นสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระยะเวลาการเป็นระหว่าง 15 - 24 ปี ส่วนมากเคยเข้าประชุม / ฝึกอบรม มีระดับความรู้ เรื่อง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมานาน และได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีความรู้ในการปฏิบัติงานสูง

ส่วนมากสามีหรือภรรยาให้การสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ ในรูปแบบการให้กำลังใจ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคนในครอบครัวเห็นความสำคัญและช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เมื่อคนในครอบครัวพร้อมให้การสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงปฏิบัติหน้าที่ด้วยความสบายใจ

2.3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนมาก มีส่วนร่วมในการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวม อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตติส บัวเปิด (2550) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรวมอยู่ในระดับมาก และยังคงสอดคล้องกับผลการศึกษาของ คเชนทร์ ชาญประเสริฐ (2551) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกในภาพรวมอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฉลวย หนูจิตร (2551) ที่พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่สนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีบทบาทเชิงรุกในท้องถิ่นและชุมชน ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการเฝ้าระวังโรคในชุมชน โดยจัดให้มีสวัสดิการ ค่าตอบแทน ให้แก่สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสร้างแรงจูงใจหนุนเสริมให้ปฏิบัติงานได้อย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรค

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแยกตามข้อ พบว่า ด้านการวางแผน คัดลีนใจ มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับสูงทุกข้อ ได้แก่ การมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ ในการวิเคราะห์ปัญหาจากการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของชุมชน การมีส่วนร่วมกันระดมสมองวางแผนแก้ไขปัญหา การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของชุมชน การมีส่วนร่วมจัดทำแผนงานสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของชุมชน และการมีส่วนร่วมกำหนดกิจกรรม / วิธีการในการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ในการจัดทำแผนชุมชน แผนงานด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นตัวแทนของประชาชน ในการจัดทำแผนงานด้านสาธารณสุขเพื่อดูแลสุขภาพของคนในชุมชน

ด้านการดำเนินการจัดกิจกรรม พบว่า มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง 7 ข้อ ได้แก่ การมีส่วนร่วมประชาสัมพันธ์ในการดำเนินงานตาม โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การมีส่วนร่วมในการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสตรีกลุ่มเป้าหมายในการเข้ารับบริการตามโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การมีส่วนร่วมให้ความรู้ด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับคนในชุมชนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง การมีส่วนร่วมตรวจสอบรายชื่อสตรีกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยอยู่จริงในชุมชน การมีส่วนร่วมในการนัดหมายสตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสถานบริการ การมีส่วนร่วมในการติดตามสตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการมีส่วนร่วมประสานข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัน เวลา และสถานที่ ที่จะรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการนำรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์มาบริการรับส่งสตรีกลุ่มเป้าหมาย เข้ารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ณ สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล และการมีส่วนร่วมในการติดตามสตรี ที่ตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมารับ

การตรวจรักษา / ส่งต่อ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้รับบริการสะดวกที่จะ ใช้นานพาทนะของตนเอง ประหยัดเวลาในการรอรับบริการเป็นกลุ่ม ส่วนในกรณีที่ตรวจพบความผิดปกติโดยมากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขจะประสานงานกับผู้รับบริการ โดยตรงทางโทรศัพท์ ซึ่งถ้าหากประสานงานกับผู้รับบริการ โดยตรงไม่ได้ จึงจะประสานงานผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ด้านรับผลประโยชน์ พบว่า มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง 2 ข้อ ได้แก่ การมีส่วนร่วมดำเนินงานให้สตรีกลุ่มเป้าหมายในละแวกบ้านที่ท่านรับผิดชอบได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าร้อยละ 50 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือบุคคลในครอบครัวของท่านเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นแบบอย่างของคนในชุมชน และการมีส่วนร่วมในระดับปานกลางมีเพียง 1 ข้อ คือ ได้รับผลตอบแทนเป็น เงินรางวัลหรือค่าตอบแทน ในการดำเนินงานตาม โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องทำตัวเป็นแบบอย่างจึงจะสามารถทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายในละแวก บ้านที่ตนเองรับผิดชอบ มีความเชื่อถือ มั่นใจศรัทธาและเต็มใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกตามคำแนะนำ ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทุกสถานบริการของอำเภอนาโยง จะ ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่กลุ่มเป้าหมายที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านก่อนกลุ่มอื่นๆ

ด้านการประเมินผล พบว่า การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงทุกข้อ ได้แก่ การร่วม ติดตามและตรวจสอบการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเป้าหมายใน ละแวกบ้านที่ท่านรับผิดชอบ การสังเกตการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานี อนามัยหรือโรงพยาบาล เช่น การบริหารงาน การจัดบริการ การร่วมให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง แก้ไขปัญหา / อุปสรรค ในการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการร่วมแก้ไข ปัญหา / อุปสรรคในการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้วิจัยซึ่ง เป็นผู้รับผิดชอบโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอำเภอนาโยง ได้ออกหน่วยเคลื่อนที่ ไปปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งจากโรงพยาบาล และ สถานีอนามัย ในอำเภอนาโยง ในสถานีอนามัยทุกแห่ง โดยตลอดระยะเวลาในการปฏิบัติงานร่วมกัน ได้ให้ความรู้และกระตุ้นให้ผู้รับผิดชอบงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้เห็นและตระหนัก ถึงความสำคัญของการประเมินผลเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง และจากการติดตามการดำเนินงาน โครงการ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย ได้ชี้แจงให้อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน พร้อมทั้งรายงานผลให้เจ้าหน้าที่ทราบในวัน ประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน มีความกระตือรือร้นในการประเมินผลในทุก ๆ ด้าน

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

2.4.1 อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยผู้ที่มีอายุมากมีส่วนร่วมมาก น่าจะเนื่องมาจากมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และเป็นที่ยอมรับนับถือของคนในชุมชน มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิทักษ์ กาพกฤดี (2551) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการศึกษาของ ฉนวน หนูจิตร (2551) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งลักษณะความสัมพันธ์เป็นเชิงบวก นั่นคือ อายุมากขึ้นจะมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นด้วยซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลพบว่า ร้อยละ 89.2 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป

2.4.2 เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก น่าจะเนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอนาโยง ทั้งเพศหญิง และเพศชายสามารถปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในหน้าที่ที่รับผิดชอบได้ใกล้เคียงกัน ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนมาก เป็นเพศหญิง ถึงร้อยละ 94.6 มีระดับการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับสูงมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะรัตน์ กฤตยานวัช (2550) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง แต่แตกต่างจากการศึกษาของ ชีร์ปนกรณ์ ศุภกิจโยธิน (2549) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ และสุธารดี รัชย์พงษ์ (2549) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก

2.4.3 อาชีพมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยพบว่า อาชีพเกษตรกรกรรมมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง น่าจะเนื่องมาจากการประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมในอำเภอนาโยง ส่วนมากทำสวนยางพาราซึ่งจะทำงานเสร็จ ในช่วงเช้า และมีเวลาด่างในช่วงบ่าย จึงสามารถใช้เวลาช่วงดังกล่าวทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนในฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ปิยะรัตน์ กฤตยานวัช (2550) ที่พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ซึ่งลักษณะอาชีพ

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พบ จะเป็นอาชีพที่ทำในละแวกบ้าน ไม่ต้องเดินทางไปทำในที่อื่นคือ เกษตรกรรมและรับจ้าง

2.4.4 สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก น่าจะเนื่องมาจากผู้ที่สมัครใจและได้รับการคัดเลือกมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอหนองบัว ไม่ว่าจะมีสถานภาพสมรสแบบใด ล้วนเป็นผู้ที่คนในชุมชนเห็นว่า มีคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหมาะสมต่อการปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือ มีความเสียสละ มีเวลา มีความสนใจและมีความตระหนัก เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน จึงมีส่วนร่วมและสามารถปฏิบัติงานได้ใกล้เคียงกันในทุกสถานภาพสมรส ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ประภา วัฒนฉิพ (2547) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ และสุรารตี รักษ์พงษ์ (2549) ที่พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก

2.4.5 ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มีสัดส่วนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง มากกว่าที่ผู้ที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ ระดับอนุปริญญา / ปวส. ขึ้นไป น่าจะเนื่องมาจากผู้ที่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำสวนยางพารา จึงทำให้มีเวลาว่างในการมีส่วนร่วมดำเนินงานมากกว่า ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ ระดับอนุปริญญา / ปวส. ขึ้นไป มักจะประกอบอาชีพค้าขายและธุรกิจส่วนตัว จึงไม่ค่อยมีเวลาว่างในการมีส่วนร่วมดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สรรชัย สุวรรณรักษ์ (2548) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาอำเภอรามัน จังหวัดยะลา และสุรารตี รักษ์พงษ์ (2549) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการปฏิบัติงาน ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.5.1 ตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีตำแหน่งประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง เนื่องจาก ตำแหน่งประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ควบคุมกำกับดูแลการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมดในหมู่บ้าน รวมทั้งเป็นผู้ที่ได้รับการคัดเลือก ได้รับการไว้วางใจจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคนอื่น ๆ ให้มาทำหน้าที่เป็นประธานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงมีความกระตือรือร้นในการทำงานสูง ทำตัวเป็นแบบอย่างให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คนอื่น ๆ จึงทำให้ตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ปิยะรัตน์ กฤตยานวัช (2550) ที่พบว่าการดำรงตำแหน่งในชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

2.5.2 ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก น่าจะเนื่องมาจากการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นงานที่ไม่สลับซับซ้อน ไม่ต้องอาศัยทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากนัก อีกทั้งยังเป็นงานที่มีความน่าสนใจ และเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนในชุมชนโดยตรง ประกอบกับกระบวนการในการคัดเลือกผู้ที่จะมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอนาโยง มีประสิทธิภาพจึงทำให้ได้บุคคลที่มีศักยภาพมาปฏิบัติงาน ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์ในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาก หรือน้อย การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จึงไม่แตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สิทธิพงษ์ ยอดสิงห์ (2546) ที่พบว่า ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับบทบาท และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ และการศึกษาของ ชีร์ปนกรณ์ สุภกิจโยธิน (2549) ที่พบว่า ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์

2.5.3 การประชุม / ฝึกอบรม ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนมากร้อยละ 90 เคยประชุม/ฝึกอบรม เกี่ยวกับ การตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก น่าจะเนื่อง มาจากผู้ที่ไม่เคยเข้าประชุม / ฝึกอบรม ซึ่งมีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นจึงมีความกระตือรือร้นที่

จะรับทราบข้อมูลข่าวสาร และได้มีการติดต่อประสานงานกับผู้เข้าประชุม / ฝึกอบรม ทั้งนี้เพื่อเรียนรู้และรับการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารจากผู้เข้าประชุม / ฝึกอบรม ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้เช่นเดียวกับผู้ที่ เข้าประชุม / ฝึกอบรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา ลิมหัน (2543: 84 - 85) ที่พบว่า การพบปะร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง เกี่ยวกับเรื่องนี้ ผู้วิจัย มีความเห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำเป็นต้องมีการประชุม / ฝึกอบรม อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นอกจากจะดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ แล้วยังต้องปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแต่ละปีมีการเปลี่ยนแปลงไปตามปัญหาและสถานการณ์ ดังนั้น การประชุม / ฝึกอบรม จึงเป็นการเพิ่มพูนความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติงานร่วมกัน

2.5.4 ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้จะเนื่องมาจากการประชุม / ฝึกอบรมความรู้ เกี่ยวกับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้น มีทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เคย และ ไม่เคยเข้าประชุม / ฝึกอบรม จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้แตกต่างกัน แต่เมื่อไปปฏิบัติงานในชุมชน มักจะมีการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มและลักษณะการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกนั้นไม่มีความซับซ้อน และ ไม่ต้องอาศัยความรู้มากนัก แต่ต้องอาศัยความรับผิดชอบ ความเสียสละและความตั้งใจในการทำงาน มากกว่าการมีความรู้ จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีความรู้มากน้อยแตกต่างกันสามารถปฏิบัติงานได้ใกล้เคียงกัน ความรู้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สุรารัตน์ รัชพงษ์ (2549) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานร่วมกับชุมชนในพื้นที่ ผู้วิจัย มีความเห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญในการปฏิบัติหน้าที่ รวมทั้งต้องอาศัย ความตั้งใจและความร่วมมือในการปฏิบัติงานไปพร้อม ๆ กัน จึงจะทำให้การดำเนินงานนั้น ประสบความสำเร็จ

2.5.5 การสนับสนุนจากคนในครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้มีการศึกษาใน 2 ประเด็น คือ

1) คนในครอบครัวที่สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากที่สุด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัด

กรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งคนในครอบครัวที่ให้การสนับสนุนมากที่สุด ส่วนมากคือ สามี หรือ ภรรยา ร้อยละ 60.6

2) รูปแบบของการสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รูปแบบที่พบมากที่สุดคือการให้กำลังใจ ร้อยละ 38.2 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจกันของคนในครอบครัว จึงทำให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีเวลาในการไปร่วมทำกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชีร์ปนกรณ์ ศุภกิจโยธิน (2549) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ และการศึกษาของ สรรชัย สุวรรณรักษ์ (2548) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาอำเภอรามัน จังหวัดยะลา

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พอสรุปโดยรวมได้ว่า อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และรูปแบบของการให้การสนับสนุนของคนในครอบครัวต่อการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสอดคล้องกับการทัศนะของ นางสุภารัตน์ จันทร์ทอง อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่น ของอำเภอนาโยง และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับชาติ ประจำปี 2552 ได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการทำงานด้านสาธารณสุขเชิงรุก ของอำเภอนาโยงในภาพรวม อยู่ในเกณฑ์ดี ปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานด้านสาธารณสุขได้มากน้อยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับ อายุ การประกอบอาชีพ และการให้ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะ ดังนี้

3.1.1 จากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนมากอยู่ในวัยทำงาน ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรนำข้อมูลจาก

ศึกษาค้นคว้าที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไปนำเสนอในเวทีประชาคมของหมู่บ้าน เพื่อใช้เป็นข้อมูล ประกอบการตัดสินใจ ในการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในครั้งต่อไป และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเสนอให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุมากเป็นที่เล็งง่ายต่อความสะดวกให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุน้อย

3.1.2 จากการศึกษาพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนมาก มีอาชีพเกษตรกรกรรม ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรบูรณาการกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผ่านทางกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรซึ่งมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นสมาชิกของกลุ่ม ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต และบริบทของชุมชน เช่น การประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรมรณรงค์ การตรวจสอบรายชื่อสตรีกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ตลอดจนการติดตามผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3.1.3 จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอนาโยงส่วนมาก มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรผลิตและใช้สื่อประชาสัมพันธ์การดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้เหมาะสมกับระดับการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยในการจัดประชุม / ฝึกอบรม หรือให้ความรู้แก่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรใช้ภาษาท้องถิ่น และมีรูปภาพประกอบเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง

3.1.4 จากการศึกษาพบว่า ตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรจัดให้มีตำแหน่ง รองประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเลขาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในระดับหมู่บ้าน เพื่อแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำแหน่งต่างๆ นี้ เป็นการเพิ่มและพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สำหรับตำแหน่งประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลการปฏิบัติงานดีเด่น จะได้รับสิทธิพิเศษมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคนอื่นๆ เช่น ได้โควตาในการไปศึกษาดูงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นำผลงานไปแสดงในสถานที่ต่างๆ เพื่อให้สาธารณสุขชนได้

รับทราบ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจกับตำแหน่งที่เป็นอยู่ และสร้างแรงจูงใจในการตั้งอาสาศัมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมงาน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากขึ้น

3.1.5 จากการศึกษาพบว่า รูปแบบการให้การสนับสนุนของคนในครอบครัวต่อการปฏิบัติหน้าที่อาสาศัมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอาสาศัมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดกิจกรรมเสริมพลัง เช่น มอบเกียรติบัตร จัดหาทุนการศึกษาให้แก่ บุตร ก่อถ้วยก๋วยเตี๋ยวในเวทีสาธารณะต่างๆ เมื่อมีโอกาส ฯลฯ ให้แก่ครอบครัวของอาสาศัมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลงานดีเด่น ทั้งนี้เพื่อสร้างความเข้าใจและภาคภูมิใจให้แก่คนในครอบครัวของอาสาศัมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษาการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3.2.2 ควรศึกษารูปแบบในการสร้างความตระหนักให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3.2.3 ควรศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาศัมครสาธารณสุขในเขตเมืองและเขตชนบท

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย (2529) คู่มือการเตรียมชุมชนแบบมีส่วนร่วม
ตามโครงการแก้ไขปัญหาความยากจน กรุงเทพมหานคร หจก.บางกอกบลิ๊อค
กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย (ม.ป.ป.) “มะเร็งปากมดลูกป้องกันได้ถ้าตรวจพบ
และรักษาแต่เนิ่นๆ” (แผ่นพับ)
- กลุ่มพัฒนา อสม. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
(ม.ป.ป.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ค้นคืนวันที่ 10 ธันวาคม 2552
จาก <http://www.esanphc.net>
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2549) “ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในสถานการณ์
การเปลี่ยนแปลง : การสังเคราะห์ความรู้สู่การพัฒนา” สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ขจร คำเงิน (2546) “ความรู้ ความคิดเห็นและกระบวนการบริหารงบประมาณสาธารณสุข
มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอคำเนินสะดวก
จังหวัดราชบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- คเชนทร์ ชาญประเสริฐ (2551) “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงาน
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น”
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- จันทิมา ลิ้มหัน (2543) “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกัน
โรคอุจจาระร่วงจังหวัดศรีสะเกษ” วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2527) การบริหารงานพัฒนาชนบท กรุงเทพมหานคร
สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์
- ฉลวย หนูจิตร (2551) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการให้บริการ
กิจกรรมในชุมชน อำเภอแม่จางคีรี จังหวัดขอนแก่น”
การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- ฉอาน วุฒิกกรมรักษา (2526) “ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม
ของประชาชนในโครงสร้างงานชนบท ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการที่ได้รับรางวัลดีเด่น
ของคำบลคั้งพยอม อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี”
วิทยานิพนธ์มหาบัณจิต บัณจิตวิทยาลัยมหาวิทาลัยธรรมศาสตร์
- ชวนพิศ มหาพรหม (2544) “การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง
กรณีศึกษา อำเภอกวนโดน จังหวัดสตูล”
สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณจิต บัณจิตวิทยาลัย
มหาวิทาลัยสงขลานครินทร์
- ชาติรี จันทร์ดา (2552) “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
เทศบาลตำบลหางดง จังหวัดเชียงใหม่” การค้นคว้าแบบอิสระ
ปริญญารัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณจิต มหาวิทาลัยเชียงใหม่
- ชินณพงศ์ สุวรรณ (2540) “การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการบริหารการปกครองท้องถิ่น
รูปแบบเทศบาล : ศึกษากรณีเทศบาลนครศรีธรรมราช”
ปัญหาพิเศษทางรัฐประศาสนศาสตร์ บัณจิตวิทยาลัย มหาวิทาลัยสงขลานครินทร์
- ศิริก ฤกษ์ห่วย (2527) *การพัฒนาชนบท* กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานครพิมพ์ 68
- ทองหล่อ เดชไทย (2542) *หลักการบริหารสาธารณสุข* กรุงเทพมหานคร
โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ)
- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2527) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและ
วัฒนธรรมไทย กรุงเทพฯ ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทาลัยมหิดล
- ธีร์ปนกรณ์ สุภกิจโยธิน (2549) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกัน
โรคไข้เลือดออกในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์”
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณจิต แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมราช
- “นโยบายสำคัญของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2553”
ค้นคืนวันที่ 14 มิถุนายน 2553 จาก
http://www.nswo.moph.go.th/html/2553/policy_moph_julin
- นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์ (2527) *การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาวิถี
แนวทางวิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนาชุมชน*
กรุงเทพมหานคร ศักดิ์โสภารพิมพ์

- บัณฑิต ชุมวราฐยี่ (2550) *การป้องกันมะเร็งปากมดลูก : แนวทางสำหรับท้องถิ่นที่มีทรัพยากร
จำกัด พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี กรมอนามัย*
- บุญเทียม อังสวัสดิ์ (2542) “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานของศูนย์อบรมเด็ก
ก่อนเกณฑ์ในวัด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์” วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต
(บริหารการศึกษา) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ประภา วัฒนชีพ (2547) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดจันทบุรี”
วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ปรัชญา เวสารัชช์ (2528) *การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมเพื่อพัฒนาชนบท*
รายงานการวิจัย สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ปิยะรัตน์ กฤตยานวัช (2550) “ความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการ
เมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อำเภอกันตัง
จังหวัดตรัง” การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- พัฒน์ บุญยรัตน์พันธ์ (2527) *การสร้างพลังชุมชนโดยกระบวนการพัฒนาชุมชน*
กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช
- พิทักษ์ กาพกักดี (2551) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข
มูลฐานประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี”
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527) *นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์
การพัฒนาในปัจจุบัน การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาศูนย์ศึกษานโยบาย
สาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล*
- ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์ (2531) “การมีส่วนร่วมของประชาชน” *วารสารพัฒนาชุมชน*
27, 2 (กุมภาพันธ์): 25-28
- ภัคพล ชะบาภาณูจน์ (2548) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่น
กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลลานสกา อำเภอลานสกา
จังหวัดนครศรีธรรมราช” วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

- ยุคนธ์ ชุตติปัญญะบุตร (2546) “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.
ในเขตอำเภอแกลง จังหวัดระยอง”
วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขานโยบายสาธารณะ
มหาวิทยาลัยบูรพา
- ยุพาพร สุภาคคี (2547) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันเบื้องต้นเกี่ยวกับ
โรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
ในเขตพื้นที่เสี่ยงโรคเลปโตสไปโรซิส จังหวัดขอนแก่น”
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน
มหาวิทยาลัยศิลปากร
- ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2526) หลักการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาชนบท กรุงเทพมหานคร
ไทยอนุเคราะห์ไทย
- รติรส บัวเปิด (2550) “การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านแม อำเภอสันป่าตอง
จังหวัดเชียงใหม่” การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2552) “การตรวจคัดกรองรอยโรคระยะก่อนมะเร็ง
ปากมดลูกโดยวิธี VIA และการบำบัดโดยวิธีจี้เย็น (cryotherapy)”
สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ 18, 2 (กุมภาพันธ์): 1
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ (2549) การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear พิมพ์ครั้งที่ 2
กรุงเทพมหานคร บริษัทสยามออฟเซ็ทจำกัด
- (2550) การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear พิมพ์ครั้งที่ 3
กรุงเทพมหานคร บริษัทสยามออฟเซ็ทจำกัด
- สมศักดิ์ เผ่าสอน (2548) “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์”
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจัดระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- สมหมาย คชนาม (2551) เอกสารประกอบการบรรยายการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การวิจัย
(ระยะที่ 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

- สรราชัย สุวรรณรักษ์ (2548) “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการควบคุมป้องกันไข้เลือดออก กรณีศึกษาอำเภอรามัน จังหวัดยะลา”
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) *คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2553 พิมพ์ครั้งที่ 1* กรุงเทพมหานคร
บริษัทยูเนี่ยนอุลตราไวโอเล็ตจำกัด
- สิทธิพงษ์ ยอดสิงห์ (2546) “บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ”
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริการสุขภาพ
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- สุรัตน์ จันทร์ทอง (2552, 10 ตุลาคม) อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่น อำเภอนาโยง
และอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับชาติ ประจำปี 2552
สัมภาษณ์โดย ยุพดี อานุภาพเสถียร โรงพยาบาลนาโยง จังหวัดตรัง
- สุรัตน์ อยู่ยอด (2544) “ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน อำเภอทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร”
วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุรีย์พร เนียคกระโทก (2550) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการอนุรักษ์และพัฒนาพืชสมุนไพร ในอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุวรรณ สาคร (2543) “การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ : กรณีศึกษาอำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ” ภาคนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- สุธารดี รักษ์พงษ์ (2549) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก”
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- เสน่ห์ จามริก และคนอื่นๆ (2524) *นโยบายในการพัฒนาชนบทไทย* กรุงเทพมหานคร
โรงพิมพ์สำนักงานเลขาธิการนายกรัฐมนตรี

หนึ่งฤทัย สังข์จีน (2550) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการคัดแยกขยะมูลฝอยตามโครงการขยะแห้งแลกไข่ของเทศบาลนครยะลา อำเภอเมืองจังหวัดยะลา” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Cobb, S. (1976) Social support as a moderate of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (September-October): 300-314.

Cohen, J.M. and Uphoff, N.T. (1977) *Rural development participation : Concept and measure For project design implementation and evaluation*. Great Britain: Rural Development Committee, Center for International Studies, Cornell University

Kahn,R.L.(1979). Aging and social support. In *aging from birth to death: Interdisciplinary perspective* Colorado : Westview Press.

Norbeck, K. (1982). The use of social support in clinical practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Science*, 20 (December): 22-29.

Thoit, P.A. (1982). Conceptual methodological and theoretical problem in studying Social Support as a buffer against life stress. *Journal of Health Social Behavior*, 23 : 145-159.

World Health Organization. (1981) “Global Strategy for Health for All by the Year 2000”. Health for All. Series No.30. Geneva : WHO

Yamane, Taro. (1973). *Statistics : an Introductory Analysis*. Taro : Harper International Edition.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ชื่อ – สกุล นายสุธี คำคง
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ
สถานที่ปฏิบัติงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
วุฒิการศึกษา ปริญญาโท รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. ชื่อ – สกุล นายรุ่งพัฒน์ หอวิชชกุล
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ
สถานที่ปฏิบัติงาน สถานีอนามัยตำบลละมอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาโยง
จังหวัดตรัง
วุฒิการศึกษา ปริญญาโท รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. ชื่อ – สกุล นางสาวปิยะรัตน์ กฤตยานวัช
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ
สถานที่ปฏิบัติงาน สถานีอนามัยตำบลบางหมาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันตัง
จังหวัดตรัง
วุฒิการศึกษา ปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ภาคผนวก ข
แบบสอบถาม

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ผลการศึกษา สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการมีส่วนร่วม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเป็นแนวทางในการกำหนดคนโยบายการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่าน โปรดช่วยตอบแบบสอบถามนี้ให้ครบทุกข้อ ตามความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นของท่าน เพื่อจะนำไปใช้ประโยชน์ดังกล่าว และขอรับรองว่าข้อมูลที่ท่านตอบให้ทั้งหมดจะถือเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวมเท่านั้น

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยการปฏิบัติงานและการสนับสนุนจากคนในครอบครัว
จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง
จำนวน 20 ข้อ

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้ด้วย

นางยุพดี อานุภาพเสถียร

ผู้วิจัย

เลขที่แบบสอบถาม () () ()

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลมี 5 ข้อ โปรดเติมคำในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย / ลงใน () ตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ ปี
2. เพศ
 - () 1. ชาย
 - () 2. หญิง
3. อาชีพของท่าน
 - () 1. เกษตรกรรม
 - () 2. ค้าขาย
 - () 3. รับจ้าง
 - () 4. ธุรกิจส่วนตัว
 - () 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 - () 6. อื่นๆ (ระบุ)
4. สถานภาพการสมรส
 - () 1. โสด
 - () 2. คู่
 - () 3. หม้าย/หย่าร้าง/ แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษา

- () 1. ประถมศึกษา
- () 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
- () 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช.
- () 4. อนุปริญญา/ปวส.
- () 5.ปริญญาตรี
- () 6. สูงกว่าปริญญาตรี
- () 7. อื่นๆ (ระบุ)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยการปฏิบัติงานและการสนับสนุนจากคนในครอบครัว

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนข้อมูลปัจจัยการปฏิบัติงานและการสนับสนุนจากคนในครอบครัว มี 6 ข้อ โปรดเติมคำในช่องว่างหรือ ทำเครื่องหมาย / ลงใน () ตามความเป็นจริง

1. ประเภทของการดำรงตำแหน่ง อสม.ในหมู่บ้าน

- () 1. ประธาน อสม.
- () 2. สมาชิก อสม.

2. ระยะเวลาในการเป็น อสม. ปี

3. การประชุม/ฝึกอบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

- () 1. เคย
- () 2. ไม่เคย

4. ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4.1 สตรีอายุ ระหว่าง 30 - 60 ปี เป็นกลุ่มเป้าหมายของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในปีงบประมาณ 2553

- () 1. ใช่
- () 2. ไม่ใช่

4.2 มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย

() 1. ใช่

() 2. ไม่ใช่

4.3สตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคนมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

() 1. ใช่

() 2. ไม่ใช่

4.4 สตรีควมมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกขณะมีประจำเดือน

() 1. ใช่

() 2. ไม่ใช่

4.5 ความผิดปกติที่ปากมดลูกระยะก่อนเป็นมะเร็งสามารถรักษาให้หายขาดได้

() 1. ใช่

() 2. ไม่ใช่

5. คนในครอบครัวที่สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ อสม. ของท่านมากที่สุด

() 1. ไม่มี

() 2. สามีหรือภรรยา

() 3. บุตร

() 4. บิดาหรือมารดา

6. รูปแบบการให้การสนับสนุนของคนในครอบครัวต่อการปฏิบัติหน้าที่ อสม. ของท่านมากที่สุด

() 1. ให้กำลังใจ

() 2. ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน

() 3. ช่วยดูแลบุตร

() 4. ช่วยเหลือด้านการเงิน

() 5. ช่วยเหลืองานในหน้าที่ อสม.

() 6. อื่นๆ (ระบุ)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง

คำชี้แจง แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของท่านมี
20 ข้อ โดยลงเครื่องหมาย / ลงในช่องใดช่องหนึ่งในแต่ละข้อ

มีส่วนร่วมน้อยที่สุด หมายถึง มีส่วนรับรู้ว่ามีในกิจกรรมของหมู่บ้านในการดำเนินงาน
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

มีส่วนร่วมน้อย หมายถึง มีส่วนรับรู้รับทราบเข้ามาร่วมกิจกรรมของหมู่บ้านในการ
ดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่ไม่มีส่วนปฏิบัติและร่วมคิด

มีส่วนร่วมปานกลาง หมายถึง มีส่วนรับรู้ /รับทราบ/ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติ /ร่วมทำ
กิจกรรมการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับหมู่บ้าน

มีส่วนร่วมมาก หมายถึง มีส่วนรับรู้/ ร่วมคิด /ร่วมทำ/ร่วมตัดสินใจ หมายถึง มีส่วน
ร่วมรับรู้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ให้ข้อเสนอแนะ และการตัดสินใจในการจัดทำแผนงาน
สร้างสุขภาพตามดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับหมู่บ้าน

มีส่วนร่วมมากที่สุด หมายถึง มีส่วนรับรู้/ ร่วมคิด/ร่วมทำ/ร่วมตัดสินใจ/ ร่วมประเมินผล
หมายถึง มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น วางแผน ให้ข้อเสนอแนะ ร่วมตัดสินใจและร่วมปฏิบัติ
กิจกรรมและร่วมประเมินผลการดำเนินงานนั้นด้วยในระดับหมู่บ้าน

การเข้าร่วมกิจกรรม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านการวางแผน,ตัดสินใจ					
1. ท่านได้ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการวิเคราะห์ปัญหาจากการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของชุมชน					
2. ท่านได้มีส่วนร่วมกันระดมสมองวางแผนแก้ไขปัญหาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของชุมชน					
3. ท่านได้มีส่วนร่วมจัดทำแผนงานสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของชุมชน					
4. ท่านได้มีส่วนร่วมกำหนดกิจกรรม/วิธีการในการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
ด้านการดำเนินการจัดกิจกรรม					
5. ท่านได้มีส่วนร่วมประชาสัมพันธ์ในการดำเนินงานตามโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
6. ท่านได้มีส่วนร่วมในการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสตรีกลุ่มเป้าหมายในการเข้ารับบริการตามโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
7. ท่านได้มีส่วนร่วมให้ความรู้ด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับคนในชุมชนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง					
	ระดับการมีส่วนร่วม				

การเข้าร่วมกิจกรรม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
8.ท่านได้มีส่วนร่วมตรวจสอบรายชื่อสตรี กลุ่มเป้าหมายที่อาศัยอยู่จริงในชุมชน					
9.ท่านได้มีส่วนร่วมในการนัดหมายสตรี กลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกในสถานบริการ					
10.ท่านได้มีส่วนร่วมในการติดตามสตรีกลุ่มเป้าหมาย เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
11.ท่านได้มีส่วนร่วมในการนำรถยนต์หรือ รถจักรยานยนต์มาบริการ รับส่งสตรี กลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก ณ สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล					
12.ท่านได้มีส่วนร่วมในการติดตามสตรีที่ตรวจพบ ความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกมารับการตรวจรักษา/ ส่งต่อ					
13.ท่านได้มีส่วนร่วมประสานข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ ที่จะรับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก					

การเข้าร่วมกิจกรรม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านรับผลประโยชน์ 14. ท่านได้มีส่วนร่วมดำเนินงานให้สตรี กลุ่มเป้าหมายในละแวกบ้านที่ท่านรับผิดชอบ ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่า ร้อยละ 50					
15. ท่านหรือบุคคลในครอบครัวของท่าน เข้ารับการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นแบบอย่าง ของคนในชุมชน					
16. ท่านได้รับผลตอบแทนเป็น เงินรางวัลหรือ ค่าตอบแทน ในการดำเนินงานตาม โครงการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
ด้านการประเมินผล 17. ร่วมติดตามและตรวจสอบ การเข้ารับบริการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย ในละแวกบ้านที่ท่านรับผิดชอบ					
18. สังเกตการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกของสถานอนามัยหรือ โรงพยาบาลเช่น การบริหารงาน การจัดบริการ					
19. ร่วมให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขปัญหา/ อุปสรรคในการดำเนินงานการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก					
20. ร่วมแก้ไขปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางยุพดี อานุกาฬเสถียร
วัน เดือน ปีเกิด	13 มกราคม 2514
สถานที่เกิด	อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ระดับต้น) วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ยะลา พ.ศ. 2534 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2539 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปี พ.ศ. 2544 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2549
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลนาโยง อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)