

500.0

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร**

นางคันสนีย์ รัตมี

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2550

**Factors Related to Community Participation in Diabetes Mellitus
Surveillance of Health Volunteers in Suanlaung District,
Bangkok Metropolitan Administration**

Mrs. Sansanee Russamee

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

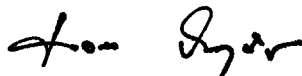
2007

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง
โรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข
ในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร
ชื่อและนามสกุล นางศันสนีย์ รัศมี
แขนงวิชา สาธารณสุขศาสตร์
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ ได้ให้ความเห็นชอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ
ฉบับนี้แล้ว

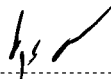


..... ประธานกรรมการ
(อาจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์)



..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวภา ปิ่นทุพันท์)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ อนุมัติให้การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช



.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วันที่ 2 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2551

ชื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร
ผู้ศึกษา นางคันสนีย์ รัศมี **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์ **ปีการศึกษา** 2550

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) คุณลักษณะประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสส.) (2)ระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (3) ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (4) ระดับการมีส่วนร่วมของ อสส.(5) ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากร ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร และ (6) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อสส.เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร จำนวน 222 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบ ชั้นภูมิ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 143 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยง 0.80 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า (1) คุณลักษณะประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 50.23 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา อาชีพเป็นแม่บ้าน/พ่อบ้าน มีรายได้เฉลี่ย 9,156.92 บาท ประสบการณ์การทำงาน 5.50 ปี และเคยได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน (2) มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง (3) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับสูง (4) การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง (5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข คือ คุณลักษณะประชากรด้าน สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อายุ มีความสัมพันธ์ในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ส่วนแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (6) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานของ อสส. ได้แก่ ขาดอุปกรณ์ในการดำเนินงานคัดกรองโรคเบาหวาน ประชาชนในชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ และเอกสารความรู้เรื่องโรคเบาหวานไม่เพียงพอ ข้อเสนอแนะ คือ ควรสนับสนุนอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานคัดกรองโรคเบาหวาน เจ้าหน้าที่ควรออกพื้นที่ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข และ ควรสนับสนุนเอกสารความรู้เรื่องโรคเบาหวานให้เพียงพอ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบควรพัฒนาศักยภาพของ อสส.ด้านการมีส่วนร่วมคิด ร่วมประเมิณผล เพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น และสร้างแรงจูงใจให้แก่ อสส. โดยการยกย่องชมเชย สนับสนุนให้รางวัล ตลอดจนจัดทำเกียรติบัตรเพื่อยกย่องเชิดชูเกียรติ

คำสำคัญ อาสาสมัครสาธารณสุข การมีส่วนร่วม การเฝ้าระวังโรคเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องจากการสนับสนุนและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากหลายๆท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าให้ความรู้ คำแนะนำและชี้แนะแนวทางในการศึกษา ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนทำให้การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุริยะ วิไลนรินทร์ ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์ สุคสาคร ตูจินดา ที่ท่านได้กรุณาให้โอกาสเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กราบขอบพระคุณ ดร.วรนุช เนตรพิศาลวณิช นักวิชาการพยาบาล 7 ว. ฝ่ายวิจัยและเผยแพร่ คุณกรรกริรมย์ นวพันธุ์ นักวิชาการพยาบาล 7 ว. ฝ่ายนิเทศการพยาบาล กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร คุณมยุรี เถา ถัดดา นักวิชาการสาธารณสุข 8 ว. คุณสุภัคณันดี กระแสร์ นักวิชาการสาธารณสุข 7 ว. ฝ่ายสาธารณสุขมูลฐาน กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำและพิจารณาเรื่องมีอวัยวะในการศึกษา คุณสกวดี ดอกเทียน นักวิชาการ 7 ว. ฝ่ายนิเทศการพยาบาล กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ให้คำปรึกษา คำแนะนำและพิจารณาเรื่องมีอวัยวะในการศึกษา ตลอดจนสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ และขอบคุณ คุณจินดา คชวัฒน์ พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. ศูนย์บริการสาธารณสุข 22 วัดปากบ่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่กรุณารวบรวมแบบสอบถามจากอาสาสมัครสาธารณสุข แขวง ประเวศ เขตประเวศ เป็นอย่างดี

สุดท้าย ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง และแขวงประเวศ เขตประเวศ กรุงเทพมหานครที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่าน ที่กรุณาตอบแบบสอบถามสมาชิกในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์ – สุคสาคร ตูจินดาทุกคนที่เป็นกำลังใจ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้

ศันสนีย์ รัศมี

สิงหาคม 2551

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การศึกษา	4
ตัวแปรที่ศึกษา	5
กรอบแนวคิดการศึกษา	6
สมมติฐานการศึกษา	7
ขอบเขตของการศึกษา	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
ประโยชน์ที่ได้รับ	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	11
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	11
แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัคร และการสาธารณสุขมูลฐานของกรุงเทพมหานคร	24
แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน	30
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ	33
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	45
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	56
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	56
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	59
การตรวจคุณภาพเครื่องมือ	62
การเก็บรวบรวมข้อมูล	63
การวิเคราะห์ข้อมูล	63
สถิติที่ใช้ในการศึกษา	63

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	65
ส่วนที่ 1 คุณลักษณะประชากร	65
ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	69
ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	73
ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	77
ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน	81
ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการป้องกันและ ควบคุมโรคเบาหวาน	87
บทที่ 5 สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	91
สรุปผลการศึกษา	91
อภิปรายผล	95
ข้อเสนอแนะ	102
บรรณานุกรม	104
ภาคผนวก	113
ก เอกสารรับรองการวิจัยในคน	114
ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือศึกษา	115
ค แบบสอบถาม	119
ง แบบฟอร์มการคัดกรองภาวะเบาหวาน	130
ประวัติผู้ศึกษา	132

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนและขนาดตัวอย่าง อสส.ที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 1 ปี ใน ปีงบประมาณ 2551.....	57
ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามคุณลักษณะประชากร.....	66
ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ของระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานของ อสส. เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร จำแนกรายชื่อ	69
ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละ ของข้อความรู้เรื่องโรคเบาหวานของ อสส. เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร จำแนกรายชื่อ	70
ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละ ของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามระดับแรงจูงใจในการ ปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานโดยภาพรวม.....	74
ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ของ อสส. เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร จำแนกรายด้านและรายชื่อ	74
ตารางที่ 4.6 จำนวน ร้อยละ ของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามระดับของปัจจัย การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน โดยภาพรวม.....	77
ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุข.....	77
ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรกับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง โรคเบาหวาน.....	81
ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ประสิทธิภาพการทำงาน กับการมีส่วนร่วม ในการปฏิบัติงาน.....	85
ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเบาหวาน กับการมีส่วนร่วมใน การปฏิบัติงาน.....	86
ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจ กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน.....	86
ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละปัญหาอุปสรรคในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของ อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร.....	87
ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะการเฝ้าระวัง โรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร.....	88

ฉ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา	6

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นที่คุ้นเคยกันดีในประชากรไทย ซึ่งทำให้ประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาลในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มพบว่าเป็นโรค จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต เพราะเมื่อผู้ป่วยเป็นเบาหวานแล้วมักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ที่สำคัญได้แก่ โรคหัวใจ ไตวาย ตาบอด การตัดเท้าหรือขา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ เบาหวานเป็นทั้งกลุ่มอาการและโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ปัจจุบันได้แบ่งเบาหวานออกเป็น 2 ชนิด คือ 1.) เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin dependent diabetes mellitus, IDDM, Type I) พบได้ในเด็กและมีประมาณร้อยละ 5 - 10 ของเบาหวานทั้งหมด 2.) เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non - Insulin dependent diabetes mellitus, NIDDM, Type II) พบในวัยกลางคน มีประมาณร้อยละ 90 - 95 ของเบาหวานทั้งหมด

ปัจจุบันเบาหวานชนิดที่ 2 (NIDDM) เป็นโรคซึ่งมีการศึกษาขึ้นแล้วว่าสามารถป้องกันการเกิดโรคได้ หรือเมื่อป่วยในระยะแรกแล้วสามารถรักษาให้หายได้ และหากผู้ป่วยเบาหวานที่ดูแลตัวเองเป็นอย่างดีจะป่วยจากภาวะแทรกซ้อนช้าลง (ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2542) องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2568 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นเป็น 300 ล้านคน และพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ (อภิชาติ เมฆมาลิน, 2547) และข้อมูลจากการสำรวจของสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยในกลุ่มประชากรอายุ 30 ปี พบความชุกของเบาหวานเท่ากับร้อยละ 3.26 และพบความชุกของเบาหวานเพิ่มขึ้นตามอายุ ช่วงอายุที่เบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดคืออายุเกินกว่า 40 ปี เช่นเดียวกับเมื่อน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ความชุกของเบาหวานก็เพิ่มขึ้น และพบว่าความชุกของเพศหญิงมีมากกว่าเพศชายประมาณ 1.5 ถึง 2 เท่า (กรมการแพทย์, 2537) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ตรวจพบในระยะแรกกว่ามีความคงทนต่อกลูโคสต่ำ (Impaired glucose tolerance, IGT) จะกลายเป็นผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ภายในระยะเวลา 10 ปี ซึ่งเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับ ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ รวมทั้งทางด้านชีวภาพ พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และสังคมร่วมด้วย เช่น ผู้ที่มีน้ำหนักเกิน อ้วน มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร การมีวิถีชีวิตที่ขาดการออกกำลังกาย

เป็นต้น ในปี พ.ศ. 2548 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โดยเน้นกลุ่มที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งมีการใช้การตรวจคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) และการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด (Blood Screening) ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องให้บริการการตรวจคัดกรองที่เน้นการบริการด้านการสื่อสาร ความเสี่ยงและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม (กรมควบคุมโรค, 2547)

ข้อมูลการตายเป็นเรื่องที่แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของโรค จากสถิติสาธารณสุข ในช่วง ปี พ.ศ. 2538 - 2547 ที่ผ่านมามีจำนวนผู้ป่วยตายและอัตราการตายโรคเบาหวานสูงขึ้นตามลำดับเวลาทั้งในภาพรวมและในแต่ละเพศ โดยในปี 2538 พบอัตราการตายโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 7.4 (จำนวน 4,383 ราย) อัตราตายโรคเบาหวานในเพศชาย 6.0 ต่อแสนประชากร (จำนวน 1,774 ราย) ในเพศหญิง เท่ากับ 8.8 ต่อแสนประชากร (จำนวน 2,609 ราย) อัตราส่วนการตาย ชาย:หญิง เท่ากับ 1:1.5 และปี 2547 พบอัตราการตายโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 12.3 (จำนวน 7,665 ราย) อัตราตายโรคเบาหวานในเพศชาย 9.5 ต่อแสนประชากร (จำนวน 2,941 ราย) ในเพศหญิง เท่ากับ 15.0 ต่อแสนประชากร (จำนวน 4,724 ราย) อัตราส่วนการตาย ชาย:หญิง เท่ากับ 1:1.6 (อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ, 2548)

ในส่วนของกรุงเทพมหานคร ตามสถิติผู้ป่วยในในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานครจำแนกตามกลุ่มสาเหตุ (รง.505) และร้อยละของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมดของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ ปีงบประมาณ 2547, 2548 และ 2549 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 4,810, 5,233 และ 6,609 คิดเป็นร้อยละ 3.95, 4.05 และ 4.37 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (สถิติกรุงเทพมหานคร 2547, 2548, 2549) และจากการสำรวจประชากรในพื้นที่เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร โดยศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์ - สูดสาคร ผู้จินดาใน ปีงบประมาณ 2548 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1,025 คน คิดเป็นร้อยละ 2.55 จากจำนวนประชากรที่สำรวจได้ทั้งสิ้น 40,177 คน จึงนับว่าโรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานครเช่นกัน

การแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนด้วยการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นทั้งกระบวนการ กิจกรรม และแนวทางสำหรับการดำเนินงาน เกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและเกื้อหนุนให้บุคคลได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนในทุกด้านแบบองค์รวมอย่างเป็นระบบ เนื่องจากสุขภาพนั้นเป็นองค์รวมที่มาจากส่วนประกอบหลายๆประการ อาทิ สังคม สิ่งแวดล้อม ระบบบริการสุขภาพ และวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล เพื่อสนับสนุน ยับยั้ง หรือกำหนดพฤติกรรมสุขภาพไปสู่การปฏิบัติจึงต้องอาศัยความร่วมมือและการระดมพลังจากทุกฝ่ายในการดูแลสุขภาพของตนเองและการปรับปรุงสังคมด้านต่างๆ เช่น สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง

การศึกษา และอื่นๆ โดยใช้กลยุทธ์การถ่ายโอนอำนาจจากรัฐมาสู่ประชาชน ให้มีพลังอำนาจที่จะดูแลสุขภาพ และจัดการกับชุมชนของตนเองอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการและความเป็นไปได้ในแต่ละท้องถิ่น โดยคำนึงถึงระบบสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ที่แตกต่างกันของชุมชน และเน้นการทำงานร่วมกัน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนอย่างเต็มที่

กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีที่ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา เพื่อให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพ ปรับเปลี่ยนบทบาทรัฐจากผู้ให้บริการเป็นผู้ให้การสนับสนุนการบริการ โดยให้ประชาชนและองค์กรชุมชนเป็นผู้ริเริ่มและลงมือแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนด้วยตนเอง สิ่งทีนอกเหนือจากความสามารถที่ประชาชนและองค์กรชุมชนจะทำได้ รัฐจึงเป็นผู้ให้บริการ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537 : 1) โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนจะก่อผลดีต่อการบรรลุเป้าหมายในโครงการพัฒนาของรัฐ โดยเฉพาะทำให้ผลการพัฒนาเข้าถึงประชาชนอย่างกว้างขวาง ทำให้เกิดความต่อเนื่องของกิจกรรมพัฒนา และการทำให้ประชาชนเรียนรู้ที่จะพึ่งพาและช่วยเหลือตัวเองในที่สุด ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยให้การแก้ไขปัญหาของประชาชนเกิดผล โดยรวดเร็ว กว้างขวาง ประหยัดและคงทน การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นดัชนีสะท้อนการได้มาของความยุติธรรม และความเท่าเทียมในสังคม (White, 1981 : 18 อ้างถึงใน สุพจน์ จิตสงวนสุข 2546) ไม่ว่าจะมองจากแง่มุมของการเป็นหน้าที่ของประชาชนในฐานะของการเป็นผู้มีสิทธิได้รับการพัฒนา หรือมองว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นเครื่องมืออันมีประสิทธิภาพที่จะช่วยขยายผลสำเร็จของงานการให้บริการของรัฐ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2547:15) ศึกษาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง:การสังเคราะห์ความรู้สู่ยุทธศาสตร์การพัฒนา ได้สรุปสถานการณ์อาสาสมัครสาธารณสุขด้านจุดแข็งว่า บทบาทในงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม.มีแนวโน้มที่ชัดเจนว่ามีความสามารถและได้แสดงบทบาทในกิจกรรมที่ทำได้สำเร็จในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เช่น การให้ความรู้ หรือแจ้งข่าวสารแก่ชาวบ้าน การสำรวจข้อมูลต่างๆ การรณรงค์เพื่อควบคุมโรค เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องอาชีพที่ต้องทำมาหากินและเลี้ยงดูครอบครัว ส่วนงานที่ต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่องจะเป็นงานที่ อสม.ทำเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่า เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และงานบริการสุขภาพ เป็นต้น ประพันธ์ บรรลูลีลปี (2531: ก-ข) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการไม่มีส่วนร่วมของประชาชน ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของจังหวัดอุบลราชธานี ในหมู่บ้านคิเค่น 5 หมู่บ้าน และหมู่บ้านลำหลัง 5 หมู่บ้าน พบว่า ลักษณะของประชากรของหมู่บ้านทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันของการมีส่วนร่วมและการไม่มีส่วนร่วม ส่วนตำแหน่งทางสังคมในหมู่บ้านลำหลัง พบว่า มีความแตกต่างกันของการมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การศึกษาของวรรณุช บุญยะกมล (2542: 73-78) ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจิตใจ และปัจจัยคำจูน

มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนกรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาปัญหาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติงานพยาบาลสาธารณสุขถึงเห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งอาศัยในชุมชนต่างๆในพื้นที่เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานครเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน เป็นผู้ที่มีความสำคัญในการมีส่วนร่วมเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชนได้อย่างดีเยี่ยม จึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ต่อไป

2. วัตถุประสงค์การศึกษา

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 เพื่อศึกษาคูณลักษณะประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

2.2.2 เพื่อศึกษาระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

2.2.3 เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานครซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน

2.2.4 เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

2.2.5 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

2.2.6 เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค ในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 คุณลักษณะประชากร ประกอบด้วย

- 3.1.1 เพศ
- 3.1.2 อายุ
- 3.1.3 สถานภาพสมรส
- 3.1.4 ระดับการศึกษา
- 3.1.5 อาชีพ
- 3.1.6 รายได้
- 3.1.7 ประสบการณ์การทำงาน
- 3.1.8 การได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน

3.2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

- 3.2.1 ความหมาย
- 3.2.2 ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค
- 3.2.3 การเฝ้าระวังโรคเบาหวาน

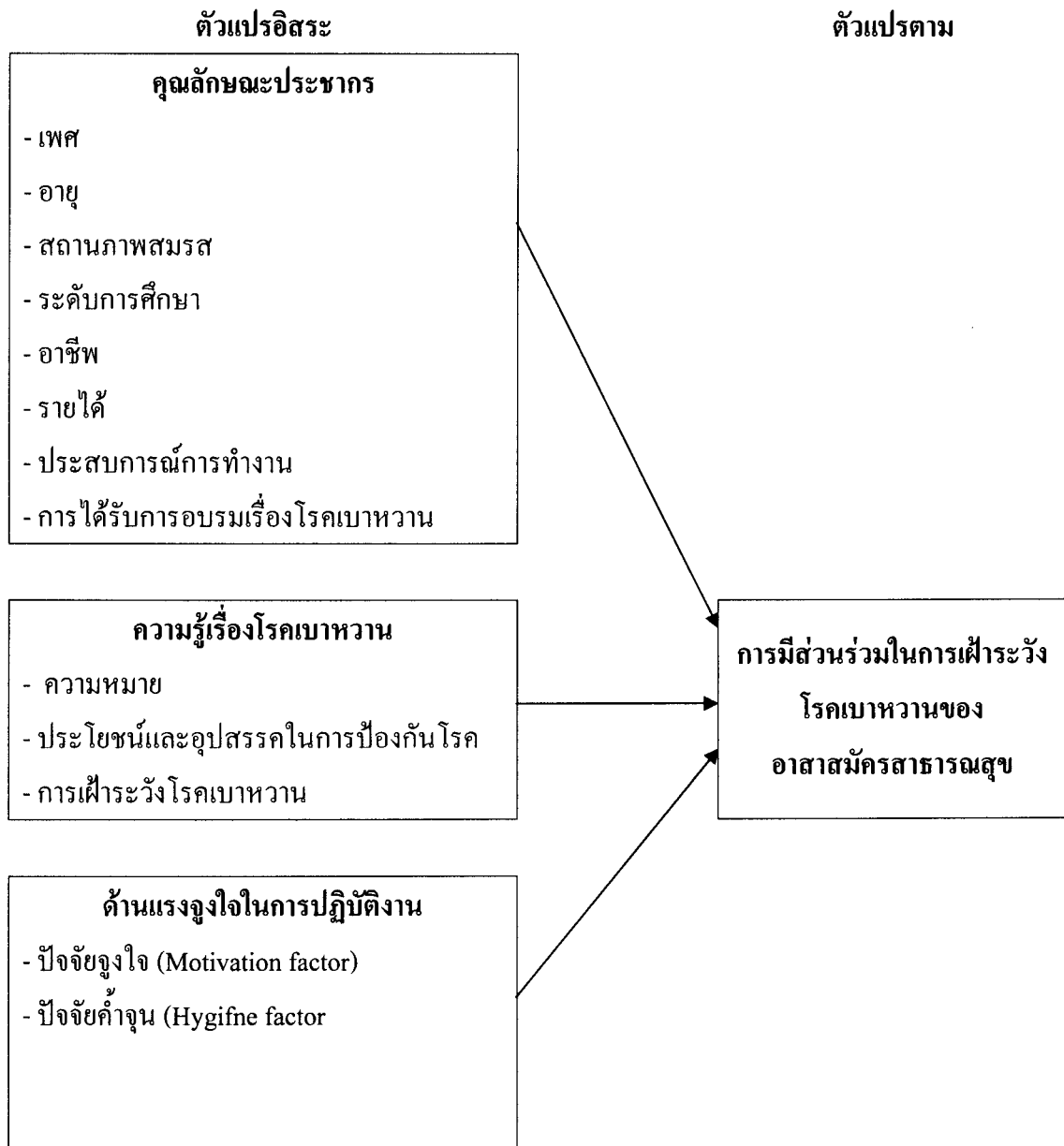
3.3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

- 3.3.1 ปัจจัยจูงใจ
- 3.3.2 ปัจจัยค้ำจุน

3.4 การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน

- 3.4.1 การมีส่วนร่วมคิด
- 3.4.2 การมีส่วนร่วมดำเนินงาน
- 3.4.3 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์
- 3.4.4 การมีส่วนร่วมประเมินผลการปฏิบัติงาน

4. กรอบแนวคิดการศึกษา



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการศึกษา

5. สมมติฐานการศึกษา

สมมติฐานข้อที่ 1 คุณลักษณะประชากร ประกอบด้วย เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, ประสบการณ์การทำงาน, การได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน

สมมติฐานข้อที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค และการเฝ้าระวังโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน

สมมติฐานข้อที่ 3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานประกอบด้วยปัจจัยจูงใจ, ปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน

6. ขอบเขตของการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร จำนวน 143 คน

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 อาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง บุคคลในชุมชนที่ได้รับการคัดเลือก ให้เป็นตัวแทนมาดำเนินงานสาธารณสุขและได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร โดยมีบทบาทในงานสาธารณสุขมูลฐานตามที่กรุงเทพมหานคร กำหนด ปฏิบัติงานในชุมชนมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี (นับถึงวันเก็บข้อมูล)

7.2 คุณลักษณะประชากร หมายถึง คุณลักษณะทั่วไปของอาสาสมัคร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน

7.2.1 เพศ หมายถึง เพศหญิง, เพศชาย

7.2.2 อายุ หมายถึง อายุนับเป็นปีบริบูรณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานนับถึงวันเก็บข้อมูล

7.2.3 สถานภาพสมรส หมายถึง การมีคู่สมรสและอยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา
ของบุคคล แบ่งเป็นสถานภาพสมรส, โสด, คู่, หม้าย/หย่า/แยก

7.2.4 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของอาสาสมัครสาธารณสุข
แบ่งเป็น ต่ำกว่าปริญญาตรี, ปริญญาตรี, สูงกว่าปริญญาตรี, อื่นๆ

7.2.5 อาชีพ หมายถึง การประกอบกิจกรรมที่ทำให้เกิดรายได้สูงสุดเพื่อการเลี้ยง
ชีพในรอบปีที่ผ่านมา

7.2.6 รายได้ หมายถึง ผลตอบแทนที่ได้รับจากการประกอบอาชีพในรูปตัวเงิน
ของทุกคน มีหน่วยเป็นบาท โดยยังไม่ได้หักค่าใช้จ่าย และคิดค่าเฉลี่ยต่อเดือน

7.2.7 ประสบการณ์การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง ช่วงเวลา
ตั้งแต่เริ่มเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (หลังจากอบรมหลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุข) จนถึง
ขณะที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล

7.2.8 การได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุข
ได้รับการอบรมทางวิชาการเกี่ยวกับ โรคเบาหวาน การประชุมชี้แจง แนะนำบทบาทในการ
ดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน

7.3 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน หมายถึง ความรู้ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุข
เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ประเภท สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยง ประโยชน์และอุปสรรคใน
การป้องกันโรค และการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน

7.4 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง สิ่งจูงใจที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิด
ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและตั้งใจทำงาน โดยใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่เพื่อให้งาน
ประสบผลสำเร็จ ได้แก่

7.4.1 ปัจจัยจูงใจ ได้แก่

1) ความสำเร็จของงาน หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถ
ปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานได้ตามที่ได้รับมอบหมายเป็นผลสำเร็จ จึงเกิดความภาคภูมิใจและ
พอใจ รวมทั้งปลื้มปิติในผลสำเร็จนั้น

2) ลักษณะของงาน หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุข มีความสนใจ พึง
พอใจ เพราะงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน เป็นงานที่ใช้ความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ ทำหาย ต้องใช้ทักษะ
และความสามารถเฉพาะด้านและมีความสำคัญ หรือเป็นงานที่แสดงถึงความเสียสละในการทำ
ประโยชน์ต่อชุมชน

- 3) การได้รับการยอมรับนับถือ หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการยกย่องชื่นชมในความรู้ ความสามารถของตนจากบุคคลต่างๆ เช่น จากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ก่อให้เกิดความรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง
- 4) ความรับผิดชอบ หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมอบหมายงานให้รับผิดชอบ ให้โอกาสทำงานอย่างเต็มที่โดยไม่มีการตรวจสอบหรือควบคุมจนมากเกินไป
- 5) ความก้าวหน้าในหน้าที่ หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาที่จะได้รับการเลื่อนตำแหน่งให้ไปสู่ระดับที่สูงกว่าในหน่วยงานเดิมหรือหน่วยงานใหม่ รวมทั้งมีโอกาได้ศึกษาเพิ่มพูนความสามารถเพื่อความเจริญก้าวหน้าในการทำงาน

7.4.2 ปัจจัยสำคัญ ได้แก่

- 1) นโยบายและการบริหารงาน หมายถึง แนวทาง วิธีการดำเนินงานและการบริหารงานจัดการงานองค์กร การติดต่อสื่อสาร การสนับสนุนการมอบอำนาจให้ปฏิบัติงาน
- 2) การควบคุมบังคับบัญชา หมายถึง ความสามารถในการบังคับบัญชา ความเป็นผู้นำ ความยุติธรรมในการบริหารงาน ตลอดจนความเต็มใจให้คำปรึกษาแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาของผู้บังคับบัญชา
- 3) สภาพการทำงาน หมายถึง สภาพแวดล้อมในการทำงาน สถานที่ทำงาน เครื่องมือเครื่องใช้ วัสดุอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน
- 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หมายถึง การที่มีมิตรไมตรีกับบุคคล ที่อยู่แวดล้อม กลุ่มเพื่อนร่วมอาชีพ การมีความรักความสามัคคี และการมีทัศนคติที่ดีต่อกันทุกลำดับสถานภาพ แม้กระทั่งบุคคลภายนอก
- 5) ค่าตอบแทนและสวัสดิการ หมายถึง ผลตอบแทนและสวัสดิการที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับของเงินที่พึงจะได้รับจากการปฏิบัติงาน ได้แก่ ค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน เบี้ยเลี้ยงเงินเพิ่มพิเศษ เป็นต้น

7.5 ปัจจัยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง หรือทุกขั้นตอนในงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ตามแนวคิดของโคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1997: 6 อ้างถึงใน บุญเทียม อังสวัสดิ์ 2542: 18) ประกอบด้วย

7.5.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (*Decision-Making*) ซึ่งอาจเป็นการตัดสินใจตั้งแต่ในระยะเริ่มการตัดสินใจในช่วงของกิจกรรม และการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม

7.5.2 การมีส่วนร่วมดำเนินงาน (Implementation) ซึ่งอาจเป็นไปในรูปของการเข้าร่วมโดยการให้มีการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหารและการร่วมมือ รวมทั้งการเข้าร่วมในการร่วมแรงร่วมใจ

7.5.3 การมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์ (Benefits) ซึ่งอาจจะเป็นผลประโยชน์ทางวัตถุ ทางสังคม หรือโดยส่วนตัว

7.5.4 การมีส่วนร่วมประเมินผล (Evaluation) ซึ่งนับเป็นการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป

8. ประโยชน์ที่ได้รับ

8.1 ได้ทราบระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

8.2 ได้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

8.3 นำผลการศึกษาวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนางานของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร เพื่อให้งานด้านสาธารณสุขมูลฐานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด

8.4 เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
2. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข และการสาธารณสุขมูลฐาน

กรุงเทพมหานคร

3. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ
5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

1.1 นิยาม

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus : DM) เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ (เทพ หิมะทองคำ : 2542) ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้ง 2 อย่างร่วมกัน (diabetes care : 1997 อ้างใน สมเกียรติ วสุวิญญูกุล และไพโรจน์ สิ้นลาร์ตัน : 2541)

ร่างกายของคนเราจำเป็นต้องใช้พลังงานในการดำรงชีวิต พลังงานเหล่านี้ได้มาจากอาหารต่างๆที่รับประทานเข้าไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารประเภทแป้งซึ่งจะถูกย่อยสลายเป็นน้ำตาลกลูโคสในกระเพาะอาหารและถูกดูดซึมเข้าไปในกระแสเลือดเพื่อส่งผ่านไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆของร่างกาย แต่การที่ร่างกายจะนำน้ำตาลกลูโคสไปใช้พลังงานได้นั้นมีความจำเป็นต้องอาศัยฮอร์โมนจากตับอ่อนชื่อ อินซูลิน เป็นตัวพาน้ำตาลกลูโคสในเลือดเข้าไปในเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆ หากขาดฮอร์โมนอินซูลินแล้วก็จะทำให้น้ำตาลไม่สามารถเข้าไปในเนื้อเยื่อได้ และจะมี

น้ำตาลในเลือดเหลือค้างอยู่มากกว่าปกติ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินออกมาได้เพียงพอ หรือสร้างไม่ได้เลย หรือสร้างได้แต่อินซูลินนั้นออกฤทธิ์ไม่ดี ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดเหลือค้างอยู่มากและมีระดับสูงกว่าปกติ (ในคนปกติ ก่อนรับประทานอาหารเข้าจะมีระดับน้ำตาลในเลือดประมาณ 70 – 110 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และหลังรับประทานอาหารแล้ว 2 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) เมื่อในเลือดมีระดับน้ำตาลสูงมาก ไตจะกรองน้ำตาลออกมากับปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะมีรสหวาน จึงเรียกภาวะนี้ว่า เบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หรือผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงมากนัก (ระหว่าง 140 – 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) อาจตรวจไม่พบน้ำตาลในปัสสาวะก็ได้ ทั้งนี้เพราะไตของคนเรามีความสามารถในการกั้นน้ำตาลได้ระดับหนึ่ง คือ ประมาณ 180 – 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 180 – 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไตจะไม่กรองน้ำตาลในเลือดออกมากับปัสสาวะ ดังนั้นในการวินิจฉัยโรค หากใช้วิธีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจะได้ผลแน่นอนกว่า และสามารถตรวจพบได้แต่เนิ่นๆ เพราะการตรวจพบว่ามีน้ำตาลออกมาในปัสสาวะย่อมแสดงว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 180 – 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตรแล้ว (วิริยา สุขวงศ์ : 2545)

1.2 ประเภทของโรคเบาหวาน

จากการประชุมผู้ชำนาญการโรคเบาหวานนานาชาติ ในปี ค.ศ. 1997 (diabetes care : 1997 อ้างใน สมเกียรติ วสุวิญญูกุลและไพโรจน์ สิ้นลารัตน์ : 2541) ภายใต้การสนับสนุนโดยสมาคมโรคเบาหวานของสหรัฐอเมริกา ได้เสนอให้จัดแบ่งโรคเบาหวานออกเป็น 4 ชนิดใหญ่ๆ คือ

1.2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 DM) เดิมเรียกว่า Insulin Dependent Diabetes Mellitus, IDDM หรือ Juvenile onset DM หมายถึง โรคเบาหวานที่เกิดจากเซลล์ของตับอ่อนถูกทำลายจนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ (diabetes care : 1997 อ้างใน สมเกียรติ วสุวิญญูกุลและไพโรจน์ สิ้นลารัตน์ : 2541) มีอาการและอาการแสดงเมื่ออายุต่ำกว่า 20 ปี ผู้ป่วยเบาหวานประเภทนี้ร่างกายจะขาดอินซูลินโดยสิ้นเชิง เมื่อไม่มีอินซูลินร่างกายก็ไม่สามารถนำน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อเพื่อเผาผลาญให้เกิดพลังงานได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ยังผลให้เกิดอาการปัสสาวะบ่อยและมาก คอแห้ง กระหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เมื่อร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่างกายจะมีการสลายไขมันและโปรตีนมาใช้เป็นพลังงานทดแทน ซึ่งกระบวนการสลายไขมันจะได้สารคีโตนซึ่งมีฤทธิ์เป็นกรดและเป็นพิษต่อร่างกายออกมากับ การขาดอินซูลินจะทำให้เกิดการสลายไขมันในอัตราที่รวดเร็วมาก ทำให้มีสารคีโตนเกิดขึ้นมาก เมื่อมีสารคีโตนคั่งในเลือดมากๆ จะทำให้เกิดภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตน (diabetic ketoacidosis, DKA) เมื่อหายใจออกมาจะมีกลิ่นเหม็นผลไม้ (fruity odor) มีอาการหายใจหอบลึก ชีพจรเต้น

เร็ว ผิวแห้งและอ่อน คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ระดับความรู้สึก ตัวจะค่อยๆลดลง และถ้าไม่ได้รับการรักษาจะนำไปสู่การหมดสติ (โคม่า) จากภาวะกรดคั่งในเลือดได้ อาการที่เกิดขึ้นมักจะเป็นอย่างรุนแรงและเกิดขึ้นกะทันหัน อย่างไรก็ตาม ภาวะนี้เป็นภาวะที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กล่าวคือต้องฉีดอินซูลินทุกวันตามคำแนะนำของแพทย์ และเมื่อเจ็บป่วยก็ต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (sick day rules) อย่างเคร่งครัด (วิริยา สุขวงศ์ : 2545)

1.2.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 DM) เดิมเรียกว่า Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus, INDDM หรือ Maturity onset DM หรือ Adult onset DM หมายถึง โรคเบาหวานที่เป็นผลจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน และภาวะขาดอินซูลินสัมพัทธ์ โดยอาจมีภาวะใดภาวะหนึ่งเด่นกว่าอีกภาวะหนึ่งก็ได้ (diabetes care : 1997 อ้างใน สมเกียรติ วสุวิญญูกุลและไพโรจน์ สินลารัตน์ : 2541) ขบวนการ metabolism ของ Carbohydrate ในร่างกายไม่สามารถใช้ประโยชน์จากอินซูลินจึงมีการคั่งค้างในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ การที่ระดับของอินซูลินในเลือดสูง จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และอ้วน ทำให้เลือดแข็งตัวเร็วกว่าปกติ กลไกสลายลิ้มเลือดก็เสื่อมไป เซลล์ของหลอดเลือดลดประสิทธิภาพการทำงาน (Endothelialdysfunction) ทำให้หลอดเลือดอีกเสบและเกิดการอุดตันของหลอดเลือด ผู้ป่วยเบาหวานประเภทนี้ ด้บอ่อนยังสามารถผลิตอินซูลินได้ตามปกติ หรืออาจจะน้อย หรือมากกว่าปกติได้ จึงไม่ถึงกับขาดอินซูลินไปโดยสิ้นเชิงเหมือนคนที่เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ผู้ป่วยจึงไม่เกิดภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตน แต่อินซูลินที่มีอยู่ออกฤทธิ์ได้ไม่ดี ในคนอ้วนอินซูลินจะออกฤทธิ์ได้น้อยกว่าปกติจึงเป็นเหตุให้คนอ้วนเป็นเบาหวานประเภทนี้กันมาก และมักจะพบได้บ่อยในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และคนที่อ้วนมากเกินไปจะเกิดโรคนีได้ง่าย นอกจากนี้ กรรมพันธุ์ยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับเกิดโรคอย่างมาก ผู้ที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานก็มีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานชนิดนี้ได้มากด้วย อาการที่เกิดขึ้นมีได้ตั้งแต่ไม่แสดงอาการเลยแต่ตรวจพบโดยบังเอิญ หรือมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปจนถึงขั้นแสดงอาการรุนแรงเบาหวานประเภทที่ 2 ซึ่งเกิดจากกรรมพันธุ์จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี คือ ความอ้วน (ไขมันที่พุง) ทำให้ Triglyceride ในเลือดสูงแล้วแตกตัวออกเป็นกรดไขมันอิสระ (Free fatty acid) ซึ่งมีผลทำให้เกิดการดื้อต่ออินซูลิน เป็นผลทำให้เป็นโรคเบาหวาน การรักษาเบาหวานประเภทนี้ทำได้ตั้งแต่การควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกายโดยไม่ต้องรับประทานยาลดน้ำตาล แต่ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดยังสูงกว่าที่ควร ก็จะใช้ยารับประทานร่วมด้วย แต่ในผู้ป่วยบางราย หากใช้การควบคุมอาหารร่วมกับรับประทานยาแล้วยังไม่ได้ผลอาจต้องฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินนี้ หากปล่อยปละละเลยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง น้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อไม่ได้ และโปรตีนก็ถูกสลายมาสร้างเป็นน้ำตาลมากขึ้น

แต่เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีอินซูลินอยู่บ้างจึงไม่เกิดการสลายไขมันในอัตราที่รวดเร็ว จนเกิดภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตนเหมือนกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน แต่หากผู้ป่วยไม่ระมัดระวังจะไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง น้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้นอีกเพราะถูกขับออกจากร่างกายไม่ได้ ภาวะรับรู้ของผู้ป่วยจะลดลงเรื่อยๆ ในที่สุดอาจหมดสติ และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ภาวะนี้เรียกว่า โคมาจากน้ำตาลในเลือดสูงมาก (Hyperosmolar hyperglycemic nonketonic coma) (วิริยาสุขวงศ์, 2545)

1.2.3 โรคเบาหวานชนิดอื่นๆ (Others specific type) ซึ่งมีหลายสาเหตุ เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรม (Genetic defect), โรคของตับอ่อน (Diseases of the exocrine pancreases), โรคต่อมไร้ท่อต่างๆ (Endocrinopathies), ยาและสารเคมี, ภาวะการติดเชื้อ เป็นต้น

1.2.4 โรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus, GDM) (diabetes care : 1997 อ้างใน สมเกียรติ วสุวิญญูกุลและไพโรจน์ สิ้นลาร์ตัน : 2541 หมายถึงโรคเบาหวานหรือความผิดปกติของความทนต่อกลูโคสที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์

1.3 สาเหตุ

1.3.1 สาเหตุจากพันธุกรรม เป็นสาเหตุให้เกิดเบาหวานทั้งชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin Dependent Diabetes Mellitus, IDDM หรือ Juvenile onset DM) และชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus, NIDDM หรือ Maturity onset DM หรือ Adult onset DM) ซึ่งมีความแตกต่างกัน ดังนี้

1) พันธุกรรมในโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน มีความสัมพันธ์กับระบบแอนติเจนของเม็ดโลหิตขาว (Human Leukocyte Antigen : HLA) ระบบแอนติเจนของเม็ดโลหิตขาวที่พบมากในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ HLA – D, HLA – DR, ผู้ที่มีระบบแอนติเจนของเม็ดโลหิตขาวดังกล่าว มีแนวโน้มเกิดการอักเสบเรื้อรังที่ตับอ่อนภายหลังการติดเชื้อไวรัสบางตัว ทำให้เบต้าเซลล์ถูกทำลายและเสื่อมสมรรถภาพลงจนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้

2) พันธุกรรมโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ไม่มีความสัมพันธ์กับระบบแอนติเจนของเม็ดโลหิตขาวแต่มีความสัมพันธ์กับความอ้วนและอายุที่เพิ่มขึ้น

1.3.2 สาเหตุอื่นที่ไม่ใช่พันธุกรรม ได้แก่

1) โรคอ้วน (Obesity) หมายถึง ผู้ที่มีปริมาณของไขมันอยู่ในร่างกายมากกว่าเกณฑ์ปกติ ซึ่งตามหลักสากลกำหนดไว้ว่า ผู้ชายไม่ควรจะมีปริมาณไขมันอยู่ในตัวเกินกว่าร้อยละ 12 – 15 ของน้ำหนักตัว สำหรับผู้หญิงไม่เกินร้อยละ 18 – 20 ของน้ำหนักตัว หรือโดยทั่วไปถ้าใครมีน้ำหนักตัวมากกว่ามาตรฐานร้อยละ 20 ก็ถือว่ามีความอ้วน คนอ้วนมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานมากกว่าคนปกติ ร้อยละ 80 โรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวาน กล่าวคือ คน

อ้วนมักมีระดับอินซูลินในเลือดสูง แต่จำนวนอินซูลินรีเซปเตอร์ในเซลล์ไขมันและเซลล์กล้ามเนื้อลดลง หรือความผิดปกติในระดับหลังต่อรีเซปเตอร์ เป็นผลให้อินซูลินที่หลั่งออกฤทธิ์ไม่ได้ เซลล์ต้องทำงานมากเพื่อผลิตอินซูลินให้มากขึ้นจนตับอ่อนเสื่อมสมรรถภาพ และในที่สุดไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ จึงทำให้เกิดโรคเบาหวาน หากคนอ้วนน้ำหนักลดลง จำนวนอินซูลินรีเซปเตอร์จะเพิ่มขึ้น ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีดังปกติ

2) ความเครียด ทำให้ออร์โมนแคทีโคลามีนถูกหลั่งมาก กลูโคสจึงสูง

3) เชื้อไวรัส ได้แก่ เชื้อรูเบลลา และเชื้อไวรัสคอกซากี บี อาจจะทำให้ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง และทำลายเบต้าเซลล์จนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้

4) ความผิดปกติในการผลิตโกรทฮอร์โมนสูง ทำให้มีการสลายกลัยโคเจนเป็นกลูโคสเพิ่มขึ้น คอร์ติคอสเตียรอยด์สูง ทำให้ร่างกายเร่งปฏิกิริยาการสร้างกลูโคสจากสารโปรตีนแคททีโค

5) โรคตับ ทำให้ตับไม่สามารถเก็บกลูโคสไว้ในรูปของกลัยโคเจนได้ ทำให้ระดับกลูโคสในเลือดสูง

6) ยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะ เพรดนิซิโลน ยาเหล่านี้จะไปต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน เมื่อกินยาดังกล่าว อินซูลินก็จะออกฤทธิ์ได้ดังเดิม

7) การขาดการออกกำลังกาย ทำให้จำนวนอินซูลินรีเซปเตอร์ลดลง

1.4 อาการและสัญญาณบ่งบอกของเบาหวาน

โรคเบาหวานนั้นบางทีก็เกิดขึ้นโดยไม่มีอาการอะไรบ่งบอก ค่อยๆก่อตัวขึ้นอย่างเงียบๆ หากไม่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก็ไม่ทราบว่าเป็นเบาหวาน จนกระทั่งโรคดำเนินไปมากแล้วจึงจะรู้ตัว แต่บางครั้งผู้ป่วยมาพบแพทย์เนื่องจากมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น โดยที่ตัวเองไม่รู้ตัวมาก่อนเลยว่าเป็นเบาหวาน ซึ่งหากปล่อยไว้ บางรายอาจสายเกินกว่าที่จะเรียกสุขภาพที่ดีกลับคืนมาได้ ดังนั้น เราควรตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองด้วยว่าอาการต่างๆที่เกิดขึ้นนี้เกี่ยวกับโรคเบาหวานหรือไม่ (วิริยา สุขวงศ์, 2545)

อาการสำคัญที่พบบ่อย คือ

1. ปัสสาวะบ่อย มีปริมาณมากเนื่องจากกระบวนการกรองน้ำตาลในเลือดที่สูงมากออกมาทางปัสสาวะ โดยไตนี้ จำเป็นต้องดึงน้ำออกมาด้วย ดังนั้น ผู้ป่วยยังมีระดับน้ำตาลสูงมากเท่าใดก็ยิ่งปัสสาวะบ่อยและมากขึ้นเท่านั้น ทำให้ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำน้ำตอนกลางคืนหลายครั้ง
2. คอแห้ง กระหายน้ำ และดื่มน้ำมาก เป็นผลจากการที่ร่างกายเสียน้ำไปจากการ
3. น้ำหนักลด ผอมลงเนื่องจากในภาวะที่ขาดอินซูลินร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย ร่างกายจึงจำเป็นต้อง

นำเอาโปรตีนและไขมันที่เก็บสะสมไว้ในเนื้อเยื่อมาใช้แทน จึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียและน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

4. หิวบ่อยและรับประทานจุเนื่องจากร่างกายขาดพลังงาน จึงทำให้รู้สึกหิวบ่อยและรับประทานจุ ผู้ที่มีอาการบางอย่างดังกล่าวมาแล้วข้างต้นควรได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดให้แน่ใจว่าเป็นเบาหวานหรือไม่ สำหรับบุคคลทั่วไปก็ควรได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นประจำทุกปี จะทำให้ตรวจพบการเกิดโรคได้ก่อนที่จะมีอาการปรากฏ ซึ่งจะดูแลรักษาได้ง่ายกว่าการตรวจพบเมื่ออาการปรากฏแล้ว

5. สำหรับผู้ที่อยู่ในข่ายที่มีโอกาสเป็นเบาหวานได้โดยไม่รู้ตัว ถึงแม้จะยังไม่มีอาการเบาหวานปรากฏอย่างชัดเจน แต่ก็ควรหมั่นตรวจสอบ ได้แก่ผู้ที่มีประวัติดังนี้

5.1 ผู้ที่มีประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน

5.2 อยู่ในเกณฑ์ที่ถือว่าเป็นโรคอ้วน

5.3 เคยแท้งหรือตายคลอด (หมายถึงตายขณะคลอด) โดยไม่ทราบสาเหตุ หรือคลอดบุตรน้ำหนักแรกคลอดเกิน 4 กิโลกรัม

5.4 หญิงตั้งครรภ์ทุกราย (อายุครรภ์ระหว่าง 24 – 28 สัปดาห์)

5.5 มีประวัติติดเชื้อง่าย เป็นๆ หายๆ บริเวณผิวหนัง ระบบสืบพันธุ์ หรือระบบขับถ่ายปัสสาวะ หากผู้ใดจัดอยู่ในข่ายของผู้ที่มีโอกาสเป็นเบาหวาน ก็ควรหมั่นตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้าทุกๆ 6 – 12 เดือน เพื่อให้แน่ใจว่าเป็นเบาหวานหรือไม่

1.5 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

1.5.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

คือ ปัจจัยพื้นฐานทางด้านชีวภาพที่ประกอบขึ้นเป็นระบบต่างๆ ในร่างกายของบุคคล ได้แก่ พันธุกรรม (genetic inheritance) อายุ (aging)

- ปัจจัยทางพันธุกรรม พันธุกรรมเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานทั้งแบบพึ่งอินซูลิน และไม่พึ่งอินซูลิน (วิริยา สุขวงศ์. 2545) ปัจจัยทางด้านพันธุกรรมนี้ หลายๆ สถาบัน เช่น ADA (American Diabetes Association) IDC (International Diabetes Center) CTF (The Canadian Task Force) ได้ใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ การมีประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะญาติสายตรง เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง และผู้ที่สืบเชื้อมาจากเชื้อชาติที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เช่น ชาวอัฟริกัน-อเมริกา, เอเชีย-อเมริกัน, ชาวหมู่เกาะแปซิฟิก เป็นต้น

- ปัจจัยด้านอายุ อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวาน โดยพบว่าเบาหวานชนิดที่ 1 จะพบในกลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย เบาหวานชนิดที่ 2 จะพบในผู้ที่มีอายุมาก โดยเฉพาะ

ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ในปัจจุบันจะพบว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจะพบภาวะต่อต้านอินซูลิน โดยมีสาเหตุหลักมาจากปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น ความอ้วน การเพิ่มขึ้นของไตรกลีเซอไรด์ และการลดลงของไขมันชนิดดี ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจหลอดเลือดได้ การให้คำแนะนำในกลุ่มนี้ คือ การเพิ่มปริมาณการกินคาร์โบไฮเดรต ลดไขมัน กินอาหารที่มีไฟเบอร์ร่วมกับจัดโปรแกรมการออกกำลังกายจะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานได้ถึงร้อยละ 40

1.5.2 ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อม

ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดำรงชีวิตของบุคคลที่อยู่ในสังคมนั้นๆ เช่น พฤติกรรมการกินอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด

- ปัจจัยด้านพฤติกรรมการกินอาหาร และความอ้วน หลักฐานทางระบาดวิทยาที่มีในปัจจุบัน และหลักฐานทางห้องปฏิบัติการพบว่า การบริโภคไขมันอิ่มตัวในปริมาณมาก และการบริโภคปริมาณเส้นใยอาหารที่ไม่เพียงพออาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ นอกจากนี้ ในผู้ที่อ้วน มีการบริโภคอาหารที่ให้ปริมาณพลังงานที่สูงกว่าคนทั่วไป ซึ่งความอ้วนนี้ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน การหันมานิยมบริโภคอาหารแบบตะวันตกซึ่งมีไขมันสูง และปริมาณเส้นใยอาหารต่ำก็อาจเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเช่นกัน

- ภาวะอ้วน (Obesity) และน้ำหนักเกิน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินอาหาร ผู้ที่กินอาหารไม่ถูกส่วนและมากเกินไปก็มีโอกาสเป็นโรคอ้วนได้ พบว่าในคนที่อายุระหว่าง 29 – 39 ปี ถ้ามีน้ำหนักตัวเกิน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) จะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า และพบว่าเพศหญิงที่มีเส้นรอบเอวมมากกว่า 35 นิ้ว หรือ 89 เซนติเมตร เพศชายที่มีเส้นรอบเอวมมากกว่า 40 นิ้ว หรือ 102 เซนติเมตร จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ไขมันในเลือดสูง จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อกลูโคส ความไวของอินซูลิน ลดไขมันและลดความดันโลหิต (Cheah : 1998) นอกจากนี้ การกระจายของไขมันในส่วนต่างๆของร่างกาย ยังมีความสำคัญต่อโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้ต่างกัน โดยผู้ที่มีไขมันสะสมบริเวณท้องมากจะมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้สูงกว่าผู้ที่มีไขมันมากในบริเวณอื่น

ดัชนีชี้วัดภาวะโภชนาการ โดยใช้ในการประเมินภาวะขาดสารอาหารและภาวะโภชนาการเกิน (Obesity) ในวัยผู้ใหญ่ คือ ดัชนีมวลกาย ($BMI = \text{Body Mass Index}$) วินัส ลีพทูล (วินัส ลีพทูล : 2545) ได้ให้ความหมายดัชนีมวลกายไว้ว่า เป็นการประเมินมวลของร่างกายทั้งหมด ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมันของร่างกายสูงสุด เมื่อวัดส่วนสูงและน้ำหนักแล้วสามารถนำมาประเมินภาวะโภชนาการ คำนวณได้จาก น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม/ส่วนสูงเป็นเมตร² เกณฑ์ในการตัดสินดัชนีมวลกายนั้น คณะผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลก (Expert committee) ได้กำหนดไว้ดังนี้

ระดับปกติ	18.5 – 24.9	กิโลกรัม/เมตร ²
น้ำหนักเกิน (เริ่มอ้วน)	25.0 – 29.9	กิโลกรัม/เมตร ²
อ้วนระดับ 1	30.0 - 34.9	กิโลกรัม/เมตร ²
อ้วนระดับ 2	35.0 – 39.9	กิโลกรัม/เมตร ²
อ้วนระดับ 3	≥ 40	กิโลกรัม/เมตร ²

วัดรอบเอว (Waist circumference) การวัดรอบเอว คือการวัดส่วนที่แคบที่สุดระหว่างกระดูกซี่โครง และสะโพก เมื่อมองจากด้านหน้าหลังจากผ่อนลมหายใจออก รอบเอวเป็นการวัดไขมันหน้าท้อง และเป็นตัวบ่งชี้สภาวะสุขภาพของร่างกาย ถึงแม้เมื่อการคำนวณค่า BMI จะบอกว่าน้ำหนักตัวปกติก็ตาม ค่ามาตรฐานของการวัดรอบเอวที่ใช้กันทั่วโลกคือ รอบเอวมากกว่า 102 ซม. (40 นิ้ว) ในผู้ชาย และมากกว่า 88 ซม. (35 นิ้ว) ในผู้หญิง ถือเป็นขนาดที่คนๆ นั้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัว เมื่อเร็วๆ นี้ ได้มีการกำหนดเรื่องของการวัดรอบเอวในประชากรเอเชียใหม่ โดยคณะทำงานเกี่ยวกับโรคอ้วนในประเทศจีน ได้ศึกษาทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง ค่าดัชนีมวลกายกับรอบเอว และปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง ได้มีการกำหนดค่าใหม่ของชาวจีน ค่ารอบเอวมากกว่า 85 ซม. ในผู้ชาย และมากกว่า 80 ซม. ในผู้หญิง นับเป็นจุดเริ่มต้นของการวิเคราะห์ว่าเป็นโรคอ้วนส่วนกลางหรือบริเวณหน้าท้องนั่นเอง (Zhou Bei Fan, 2002)

สำหรับประเทศไทย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดค่าความเสี่ยงของความยาวเส้นรอบเอวต่อการเกิดโรค ในคู่มือเอวงาม ไว้ดังนี้

คนที่มีความเสี่ยงสูง	เพศชายวัดรอบเอวได้ ≥ 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว
	เพศหญิงวัดรอบเอวได้ ≥ 80 เซนติเมตร หรือ 32 นิ้ว
คนที่มีความเสี่ยงต่ำ	เพศชายวัดรอบเอวได้ ≤ 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว
	เพศหญิงวัดรอบเอวได้ ≤ 80 เซนติเมตร หรือ 32 นิ้ว

1.6 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การที่จะวินิจฉัยโรคเบาหวานทำได้ 3 วิธี

1.6.1 ระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล.

1.6.2 ระดับกลูโคสในพลาสมาเมื่อเวลาใดก็ตามมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน (ดื่มน้ำมาก ปัสสาวะมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ)

1.6.3 ระดับกลูโคสในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (75 g) OGTT มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล.

ทั้ง 3 วิธีจำเป็นต้องได้รับการตรวจซึ่งอีกครั้งหนึ่งเพื่อยืนยันเสมอไม่ว่าจะใช้วิธีใดก็ตาม ยกเว้นในรายที่มีอาการชัดเจน ร่วมกับมีความผิดปกติทางเมตาบอลิสมชนิดรุนแรงที่เกิดจากระดับน้ำตาลที่สูงเช่น ภาวะ Diabetic ketoacidosis(DKA) หรือ Hyperosmolon hypeegkyceneic state (HHS) เนื่องจากภาวะดังกล่าวจะต้องได้รับการตรวจน้ำตาลหลายครั้งอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม สำหรับการตรวจโดยใช้ 75 gm. OGTT นั้น ไม่แนะนำให้ทำในทางปฏิบัติเนื่องจากยุ่งยาก ไม่สะดวกและใช้เวลา (www.chatlert.worldmedic.com/docfile/pdm.doc)

1.7 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน

1.7.1 ภาวะแทรกซ้อนทางตา (Diabetic retinopathy)

เป็นภาวะที่พบได้บ่อยแต่มักจะไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือได้รับวินิจฉัยล่าช้า หากไม่ได้ทำการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างจริงจัง พบว่าเบาหวานเป็นสาเหตุที่สำคัญในการเกิดตาบอดหรือสูญเสียสายตาในวัยทำงาน การควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติหรือเท่ากับระดับปกติสามารถลดอุบัติการณ์และชะลอการดำเนินโรคได้

รอยโรคอาจแบ่งได้เป็นระยะๆ คือ background (BDR) หรือ nonproliferative retinopathy (NPDR) , preproliferative (PPDR) และ proliferative retinopathy (PDR) การดำเนินโรคมักค่อยเป็นค่อยไป อาจไม่มีอาการใดๆจนกระทั่งถึงระยะที่มี macular edema หรือ PDR ที่มีเลือดออกรุนแรงซึ่งทำให้ตามัวมากได้ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ในช่วง 5 ปีแรกมักไม่พบ NPDR และอัตราความชุกจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วหลังเป็นเบาหวานเกิน 10 ปีขึ้นไป สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เริ่มเป็นเมื่ออายุมาก อาจพบ NPDR ได้แม้ว่าเพิ่งได้รับการวินิจฉัยใน 2 ปีแรก ส่วน macular edema มักเกิดในผู้ป่วยที่เริ่มเป็นเบาหวานเมื่ออายุมากแล้ว

การคัดกรองและการวินิจฉัย

ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายควรได้รับการตรวจคัดกรองหา BDR แม้ผู้ป่วยไม่มีอาการทางตา เพื่อค้นหาพยาธิสภาพซึ่งอาจก่อให้เกิดการสูญเสียสายตาโดยทำการตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งด้วยวิธีการดังนี้

- ตามอาการทางตา

- ตรวจดู fundi ด้วย ophthalmoscope ถ้าเป็นไปได้ควรขยายม่านตาด้วย และตรวจ visual acuity โดยจักษุแพทย์ เป็นผู้ตรวจ ควรทำการตรวจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 เป็นมาเกิน 5 ปี และในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกรายตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรค

- ในผู้ป่วยที่มีอาการทางตาหรือมีความดันลูกตาสูงหรือมี albuminuria หรือ ตั้งครรภ์ จำเป็นต้องตรวจตาบ่อยขึ้น

แนวทางป้องกันและการดูแลรักษา

1. พยายามควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับใกล้เคียงหรือเท่ากับเกณฑ์ปกติตลอดวัน ควรตรวจวัดความดันเลือดทุกครั้งที่มาพบแพทย์ หากเป็นไปได้ต้องควบคุมให้ดีคือน้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท เพราะสามารถลดความรุนแรงในการดำเนินโรคได้

2. การใช้ laser photocoagulation ในเวลาที่เหมาะสม สามารถป้องกันการสูญเสียสายตาจาก PDR ชั้นปานกลางถึงรุนแรงไปได้มาก รวมทั้งมีประสิทธิภาพสูงในการใช้รักษา macular edema และอาจป้องกันการสูญเสียสายตาได้ถึงร้อยละ 90 ในผู้ป่วยที่ microaneurysm มากๆ , มี hemorrhage หรือ hard exudate

3. ผู้ป่วยที่มี PPDR และ PDR ควรพบจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทันที และควรมีความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างแพทย์ผู้ดูแลและจักษุแพทย์

4. เมื่อผู้ป่วยมีสายตาเสื่อมลงบ้าง แพทย์ควรให้ความสำคัญต่อสภาพจิตใจ สภาวะทางสังคม ปัญหาค่าใช้จ่าย คุณภาพชีวิต และภาวะต่างๆที่อาจเกิดจากการสูญเสียสายตา

1.7.2 ภาวะแทรกซ้อนทางไต (Diabetic nephropathy)

เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเจ็บป่วยและการตายในผู้ป่วยเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และ 2 พบว่าอุบัติการณ์และการดำเนินโรคมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตสูง และปัจจัยทางพันธุกรรม ในผู้ป่วยเบาหวานที่มี diabetic nephropathy จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด diabetic retinopathy และไขมันในเลือดผิดปกติ ได้บ่อยกว่าผู้ที่ไม่ได้มี nephropathy

สำหรับความผิดปกติที่พบในระยะแรกได้แก่ microalbuminuria ซึ่งเป็นภาวะที่มีอัลบูมินในปัสสาวะระหว่าง 30-300 มก.ต่อวัน หรือ 20-200 ไมโครกรัมต่อนาที ซึ่งไม่สามารถตรวจพบด้วยวิธีทั่วไปสำหรับตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ พบว่าเป็นปัจจัยที่พยากรณ์การเกิด clinical diabetic nephropathy คือมี proteinuria ชัดเจนหรือ macroalbuminuria และการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายควรได้รับการตรวจ

การคัดกรองและการวินิจฉัย

ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายควรได้รับการตรวจหา macroalbuminuria ควรตรวจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีอายุพ้นวัย puberty หรือเป็นโรคนานเกิน 5 ปี ส่วนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรได้รับการตรวจหาตั้งแต่แรกที่วินิจฉัยที่ตรวจไม่พบ macroalbuminuria ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจหา microalbuminuria ปีละ 1 ครั้ง โดยใช้ปัสสาวะที่เก็บอย่างไม่เจาะจงเวลาหรือเก็บในเวลารุ่งเช้า หากได้ผลมากกว่า 20 มก.ต่อลิตร โดยที่ไม่มีภาวะหัวใจวายหรือการติดเชื้อในปัสสาวะหรือสาเหตุอื่นใดที่อาจทำให้เกิด albuminuria ได้ก็ให้เก็บปัสสาวะในช่วงเวลา 24 ชั่วโมงวัดปริมาณ albumin ในปัสสาวะต่อวัน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหรือยังไม่มี diabetic retinopathy การตรวจพบ proteinuria อาจบ่งถึงพยาธิสภาพในไตที่ไม่ได้เกิดจากโรคเบาหวาน

แนวทางการป้องกันและการดูแลรักษา

อาจแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะแรกซึ่งตรวจพบ microalbuminuria (incipient nephropathy) เมื่อพบว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะนี้ ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เท่ากับหรือใกล้เคียงปกติเท่าที่สามารถทำได้ โดยพิจารณาความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ถ้ามีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยควรลดระดับความดันไม่ให้เกิน 130/85 มม.ปรอท ควรจำกัดโปรตีนในอาหารไม่ให้เกินวันละ 0.8 กรัมต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัวและหลีกเลี่ยงการใช้ยาหรือสารที่อาจมีอันตรายต่อไต เช่น ยากลุ่ม NSAIDs , สารที่บรังสี , ยาปฏิชีวนะกลุ่ม aminoglycoside เป็นต้น นอกจากนั้นควรสำรวจและให้การรักษาโรคหรือภาวะอื่นที่อาจทำให้ไตเสื่อมสภาพ เช่น การติดเชื้อในปัสสาวะ ด้วย

สำหรับการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และ 2 นั้นพบว่าการใช้ยา ACEI สามารถลด microalbuminuria และชะลอการเสื่อมของไตได้ และสามารถให้ได้แม้ว่าผู้ป่วยไม่มีความดันโลหิตสูง

2. ระยะที่มี macroalbuminuria (clinical diabetic nephropathy) ผู้ป่วยควรได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต รวมทั้งการจำกัดปริมาณโปรตีนในอาหาร จะช่วยชะลอการเสื่อมของไตให้ช้าลงได้ สำหรับยาลดความดันโลหิตบางกลุ่ม เช่น ACEI อาจมีส่วนช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ดีกว่ายาประเภทอื่น อย่างไรก็ตามควรเลือกยาลดความดันโลหิตที่มีผลกระทบต่อระดับน้ำตาลหรือไขมันให้น้อยที่สุดและต้องระวังการแย่งลงของการทำงานของไตร่วมด้วย ควรตรวจหาและให้การักษา diabetic retinopathy ซึ่งมักพบร่วมด้วยในระยะนี้

3. ระยะสุดท้าย (end stage renal failure) ผู้ป่วย diabetic nephropathy ควรได้พบผู้เชี่ยวชาญโรคไตแต่เนิ่นๆ เช่น เมื่อระดับ serum creatinine เท่ากับ 3-4 มก./ดล. เพื่อ

พิจารณาการใช้ renal replacement therapy และการรักษาประคับประคอง การรักษาด้วย continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) สามารถนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และถ้าหากเป็นไปได้การเปลี่ยนถ่ายไตเป็นทางเลือกที่น่าจะทำในผู้ป่วยเบาหวานที่มีไตวายระยะสุดท้ายเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.7.3 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Diabetic neuropathy)

เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อย แต่ผู้ป่วยมักไม่ได้รับการวินิจฉัยและแพทย์มักจะไม่ได้ซักประวัติหรือตรวจร่างกายผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยมีได้หลายรูปแบบอาจเพียงอาการเล็กน้อยจนถึงรุนแรงได้ เช่นผู้ป่วยอาจมีอาการชาเพียงเล็กน้อย หรืออาจมี painful neuropathy ที่ปลายเท้า มือ หรือตามตัว (truncal radiculopathy) บางรายมีอาการอึดอัด แน่นท้อง หรือท้องเสีย บ่อยๆ (autonomic neuropathy) ปัสสาวะไม่สะดวกและมีตกค้างในกระเพาะปัสสาวะ (neurogenic bladder) ทำให้เกิดการติดเชื้อแทรกซ้อนได้บ่อยและเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

การคัดกรองและการวินิจฉัย

ควรถามถึงอาการต่างๆอย่างเป็นระบบซึ่งครอบคลุมถึงกลุ่มอาการ somatic และ autonomic อย่างน้อยปีละครั้ง รวมทั้งตรวจระบบประสาทเพื่อทดสอบความรู้สึกลึกซึ้ง pinprick และ vibration และ deep tendon reflex ปีละครั้งแม้ไม่มีอาการใดๆ

แนวทางการป้องกันและการดูแลรักษา

การดูแลที่ดีที่สุด คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีที่สุดและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสริมต่างๆ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์และยาที่อาจมีผลต่อเส้นประสาท และเนื่องจากยังไม่มีการรักษาโดยเฉพาะที่ได้ผลเป็นที่น่าพอใจสำหรับภาวะนี้ การรักษาตามอาการจึงมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติชนิด mononeuropathy ซึ่งมักจะทุเลาหายได้แต่อาการชามักไม่หายไป

สำหรับ painful neuropathy อาจต้องการการรักษาในเบื้องต้นด้วยยาแก้ปวดธรรมดา หากได้ผลไม่ดี ควรใช้ยา tricyclic antidepressants เช่น amitriptyline โดยเริ่มให้ประมาณ 10 มก.ต่อวัน และปรับขนาดยาตามความเหมาะสม อาจพิจารณาให้ยา carbamazepine ขนาด 100-200 มก.วันละ 3 ครั้งหรือ phenytoin 100 มก.วันละ 3 ครั้งหากไม่ได้ผลอาจใช้ยา gabapentin ซึ่งเป็นยาและได้ผลในการรักษาดีมาก

ในผู้ป่วยที่มีภาวะ diabetic gastroparesis ซึ่งทำให้มีอาการอึดอัด แน่นท้อง อาจมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดแปรปรวนได้มาก ยาที่สามารถใช้ได้ คือยาในกลุ่มที่กระตุ้น gastric emptying time เช่น metoclopramide , domperidone ส่วนในรายที่มี diabetic diarrhea ยาที่ใช้ในการ

รักษาได้แก่ ยาในกลุ่ม opiate derivatives เช่น diphenoxylate , loperamide อาจพิจารณาใช้ tetracycline หรือ cholestyramine ในบางราย

สำหรับ impotence เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยชาย ยาที่ใช้ได้ผลได้แก่ sildenafil , alpostedil และควรได้รับการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง(www.chatlert.worldmedic.com/docfile/pdm.doc)

1.8 ผลกระทบจากการเป็นโรคเบาหวาน

การเป็นโรคเบาหวานมีผลกระทบต่อตนเองและการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ คือ (วัลลา ตันยาศัย 2540 อ้างถึงใน ภาวนา กิริติยตวงศ์ 2546: 5-8)

1.8.1 ผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพ ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวานทำให้สุขภาพแย่ลง อ่อนแอ ไม่มีแรง เหนื่อยง่าย ร่างกายและความสามารถในการทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป รับรู้ถึงอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและเฉียบพลัน

1.8.2 ผลกระทบต่อวิถีชีวิต การเป็นโรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยต้องปรับกิจกรรมในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยาหรือการฉีดยา การควบคุมความเครียด การจัดเวลาสำหรับตรวจตามนัด ซึ่งผู้ป่วยต้องปรับวิถีการดำเนินชีวิตที่เคยปฏิบัติมาแต่เดิมและผสมผสานการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน

1.8.3 ผลกระทบต่อความมีคุณค่าและภาพลักษณ์ของตนเอง ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากภาวะที่น้ำตาลในเลือดสูง ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย ทำงานไม่ได้ ขาดอิสระขาดความมั่นใจและความภาคภูมิใจในตนเอง โดยเฉพาะในวัยหนุ่มสาว จะมีอาการมากกว่าผู้สูงอายุ

1.8.4 ผลกระทบด้านการทำงาน การที่ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอหรือบางครั้งมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ถ้าหากอาการรุนแรงมากต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน กระทบต่อความก้าวหน้าในการทำงาน บางรายต้องเปลี่ยนงานหรือเลิกประกอบอาชีพมาเป็นพ่อบ้านหรือแม่บ้านแทน

1.8.5 ผลกระทบด้านการเงิน เมื่อผู้ป่วยเบาหวานได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน นั้นหมายถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ผู้ป่วยต้องจ่ายตลอดชีวิต ไม่ว่าจะเป็นต้นทุนทางตรงหรือต้นทุนทางอ้อมก็ตาม

1.8.6 ผลกระทบต่อแผนการชีวิตในอนาคต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่าผู้ป่วยคิดว่าการเป็นโรคเบาหวานมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และการมีบุตร เพราะเกรงว่าบุตรจะติดโรคไปด้วย กลัวบุตรจะพิการ บางรายเชื่อว่าไม่ควรแต่งงานและมีบุตร เพราะคู่สมรสอาจไม่ยอมรับและเกิดการหย่าร้างกันในที่สุด (วรรณภา ศรีชัยรัตน์ 2540: 86)

สรุป โรคเบาหวาน หมายถึง ภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับมีอาการที่สำคัญ เช่น ปัสสาวะบ่อยและมาก กระหายน้ำบ่อย น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ต้อกระจก ไตวาย ซาปลายมือปลายเท้า อันจะนำไปสู่ความพิการ ตามอด หรือสูญเสียอวัยวะ เช่น นิ้วเท้า ข้อเท้า ขา ทำให้กระทบกระเทือนต่อคุณภาพชีวิตทั้งของตนเองและครอบครัว

2. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัคร และการสาธารณสุขมูลฐานของกรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาโดย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (2549:10-57) ได้ประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลงในโครงการการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับยุทธศาสตร์การพัฒนา โดยเก็บข้อมูลจาก อสม. ผู้นำชุมชน ประธานชมรม อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลการประเมินศักยภาพของ อสม. ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ พบว่า อสม. มีศักยภาพสูง (5ดาว) ด้านการควบคุมโรคติดต่อ และด้านสำรวจ/จัดทำข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ส่วนด้านบริการสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการวัดความดันโลหิต พบว่า อสม. มีศักยภาพต่ำ (1ดาว) ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อบทบาทโดยรวมของ อสม. โดยเฉพาะด้านการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การยอมรับของประชาชน และการเผยแพร่ข่าวสารแก่ประชาชน ส่วนความคิดเห็นที่มีต่อการแสดงบทบาทของ อสม. พบว่า ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่เห็นว่า อสม. มีบทบาทมากในการเฝ้าระวังโรค การสำรวจข้อมูล/จัดทำข้อมูลพื้นฐานของชุมชน และมีบทบาทน้อยด้านการส่งต่อผู้ป่วย บริการสุขภาพ และการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ ด้านความรู้ ความสามารถของ อสม. ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีความเห็นว่า อสม. มีความรู้ความสามารถในด้านการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของรัฐและเอกชน และการระดมชาวบ้านมาช่วยแก้ไขปัญหาและพัฒนาหมู่บ้าน ส่วนประเด็นที่เห็นว่า อสม. มีความรู้ความสามารถน้อย ได้แก่ การเขียนแผนงาน โครงการ วิทยากร กระบวนการ และการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน สำหรับปัญหาอุปสรรคในการทำงาน ประเด็นที่เป็นปัญหามากหนึ่งในสิ่งของ อสม. เห็นว่า ประชาชนไม่เห็นความสำคัญของ อสม. หากประชาชนไม่ให้ความร่วมมือจะทำให้งานสำเร็จได้ยาก และขาดการอบรมทักษะความสามารถ ส่วนในมุมมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประเด็นที่เป็นปัญหาค่อนข้างมาก คือ อสม. ไม่ค่อยมีเวลาให้กับชุมชน และประชาชนไม่เห็นความสำคัญของ อสม.

2.1 อาสาสมัครสาธารณสุข

หมายความว่า บุคคลที่สมัครใจ เสียสละ ทำงานเพื่อสังคมโดยส่วนรวม ในด้าน การพัฒนาสุขภาพ ตามแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นราย เดือน มีชื่อย่อว่า “อสม.” จำแนกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ภูมิภาค หมายความว่า อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ส่วนภูมิภาค ทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง รวมถึงเมืองพัทยา เรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2. อาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร หมายความว่า อาสาสมัคร สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เรียกว่า อาสาสมัครกรุงเทพมหานคร (อสส.)

3. อาสาสมัครสาธารณสุข ของหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่ผ่านการอบรมตาม แนวทางของกระทรวงสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (อสม.กฟผ.) และอาสาสมัครสาธารณสุขชนสงฆ์ (อสม.ขสมก) ฯลฯ

4. อาสาสมัครสาธารณสุขกิตติมศักดิ์ หมายความว่า บุคคลผู้ทำคุณประโยชน์หรือ สนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

แนวคิดเกี่ยวกับงานอาสาสมัคร

อัมพร มีสุข (อ้างถึงใน อภิชาติ เกตุทัต 2541) กล่าวถึงคนทำงานเพื่อสังคมว่า การจะตัดสินใจเข้ามาทำงานพัฒนาสังคมนั้น เขาจะต้องแสวงหาความเข้าใจด้วยตัวเองว่าทำไมถึง มาทำงานนี้ ซึ่งไม่ใช่งานที่ง่ายเลย เพราะเหตุว่าสังคมเรามีปัญหาทุกทาง ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทาง เศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง ปัญหาในเชิงวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงค่านิยมของสังคมอย่าง รวดเร็วและค่อนข้างจะเป็น ไปในทางลบ การที่จะเข้ามาทำงานซึ่งไม่ใช่งานง่ายให้สำเร็จต้องมีความ อดทน มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งซึ่งว่าในสังคมนี้ ชีวิตของเราจะเอาเฉพาะแต่ตัวเองรอดไม่ได้

อาร์โนลด์ ทอยบี (อ้างถึงใน อภิชาติ เกตุทัต 2541) มีแนวคิดเกี่ยวกับการทำงาน เพื่อสังคมว่า ปัญญาชนมีพันธะที่จะต้องทำงานมีประโยชน์เพื่อรับใช้สังคม เป็นการตอบแทนที่ ทรัพยากรของสังคมได้ถูกนำมาลงทุนในเรื่องของการศึกษา ซึ่งเขาเป็นคนหนึ่งที่ได้รับผลและ ในทางกลับกัน สังคมก็มีพันธะต่อปัญญาชน คือจะต้องตอบแทนเขาให้คุ้ม เพื่อให้เขาสามารถ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยจะต้องคิดว่างานที่เขาทำนั้นมีประโยชน์ต่อสังคม

สรุป

จากแนวคิดงานอาสาสมัครที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า งานอาสาสมัครเป็นงานที่ จะต้องมีการจูงใจ ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่เกิดขึ้นจากตัวอาสาสมัคร และการจูงใจให้อาสาสมัครเข้าใจ และศรัทธาในโครงการ เพื่อให้เกิดการยอมรับ และพิจารณาความต้องการของตนเอง ซึ่งงาน

อาสาสมัครส่วนมากเป็นงานที่ให้ความพึงพอใจแก่อาสาสมัครในด้านคุณค่าของตนเอง แต่ก็มี การพิจารณาถึงค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานให้แก่อาสาสมัครด้วยเพื่อรักษาให้คนทำงานปฏิบัติงานอยู่ต่อไป และการปฏิบัติงานในโครงการอาสาสมัครนั้นมีการบริหารงานมีการแต่งตั้งคณะทำงานที่รับผิดชอบโครงการ

2.2 การสาธารณสุขมูลฐานของกรุงเทพมหานคร

2.2.1 การสาธารณสุขมูลฐาน

ตามที่มีคำประกาศ อัลมา อาต้า (Alma - Ata Declaration) เมื่อ พ.ศ. 2521 ณ เมืองอัลมา อาต้า ประเทศรัสเซีย ให้ใช้การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นกลวิธีหลักในการพัฒนางานสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 (Health For All by the Year 2000) ประเทศไทยก็ได้รับนโยบายหลักดังกล่าวมาดำเนินงาน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นครั้งแรก ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 – 2524) สำหรับกรุงเทพมหานครได้บรรจุงานสาธารณสุขมูลฐานไว้ในแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2525 – 2529) ซึ่งตรงกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (ฝ่ายสาธารณสุขมูลฐาน สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. 2541)

2.2.2 แนวคิดของสาธารณสุขมูลฐาน

สาธารณสุขมูลฐานเป็นบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดโดยประชาชนเพื่อประชาชน เจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้คำแนะนำและสนับสนุน

1) หัวใจของสาธารณสุขมูลฐาน คือ ความร่วมมือของชุมชน อาจเป็นความร่วมมือในรูปของแรงงาน แรงเงิน และการให้ความช่วยเหลือร่วมมือ การปฏิบัติงานต้องทำด้วยความสมัครใจ และไม่หวังผลตอบแทน

2) สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้นบริการสุขภาพจะต้องผสมผสานกับงานด้านอื่นๆด้วย เช่น การเกษตรและสหกรณ์ การศึกษา การพัฒนาชุมชน ฯ

3) สาธารณสุขมูลฐานต้องใช้เทคนิคและวิธีการง่ายๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังของชุมชนที่จะเข้าใจและนำมาใช้ประโยชน์ โดยมีเทคนิคที่เหมาะสม ประหยัด ราคาถูกเหมาะสมกับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อมและสามารถแก้ปัญหาได้

4) สาธารณสุขมูลฐานจะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของชุมชนนั้นๆ และต้องมีความยืดหยุ่นในการแก้ไขปัญหา ประยุกต์ให้เหมาะสมกับปัญหาในแต่ละพื้นที่

5) สาธารณสุขมูลฐานต้องมีความเชื่อมโยงกับบริการของรัฐในการสนับสนุนระบบส่งต่อ การศึกษาต่อเนื่อง และข้อมูลข่าวสาร

2.2.3 หลักการสาธารณสุขมูลฐาน

หลักสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน มี 4 ประการ (สาส์น การรักษา: 2544) คือ

1.การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation or People Participation / P.P.) นับเป็นรากฐานที่สำคัญของการพัฒนาความสำเร็จ หรือความล้มเหลวของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญตั้งแต่การเตรียมเจ้าหน้าที่ การเตรียมชุมชน การคัดเลือกประชาชนเพื่อเข้ารับการอบรม เป็นอาสาสมัคร การฝึกอบรม การจัดให้มีและการจัดกิจกรรมต่างๆในชุมชน ทั้งนี้ จะต้องให้ประชาชนได้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเข้าร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข ทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ มิได้หมายถึงเพียงแต่การให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาเท่านั้น หากแต่จะต้องให้ประชาชนเกิดความตระหนักถึงปัญหาของชุมชนอย่างดี เปิดโอกาสให้ประชาชนได้กำหนดปัญหา วิเคราะห์ปัญหา เสนอทางเลือกและแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับชุมชนและร่วมดำเนินการตามแนวทางที่ตัดสินใจเลือก โดยใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด และหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนต่างๆให้การสนับสนุนในส่วนที่อยู่นอกเหนือความสามารถของชุมชน อันจะเป็นการนำไปสู่การพัฒนาคน ชุมชน ให้มีศักยภาพและขีดความสามารถในการพึ่งตนเองได้อย่างแท้จริง

2.การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อให้ประชาชนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพของแต่ละชุมชนในการรักษาพยาบาล การดูแลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตลอดจนฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยใช้วิธีการง่ายๆ ไม่ซับซ้อน ไม่ยุ่งยาก ปลอดภัย สามารถปฏิบัติได้ทั้งอาสาสมัครและประชาชนทั่วไป สอดคล้องกับความต้องการ เหมาะสมตามสภาพท้องถิ่นและชีวิตชาวบ้าน ด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมจะช่วยให้มีการใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์ ทั้งในแง่การผลิตและการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชน ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประสบการณ์ระหว่างชุมชน เพื่อส่งเสริมความเป็นปึกแผ่นของชุมชน ความสามารถของชุมชน และกระตุ้นให้ชุมชนสนใจในการระดมทรัพยากรมาใช้พัฒนาให้มากที่สุด หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

เทคโนโลยีในที่นี้หมายรวมถึงตั้งแต่ วิธีการค้นหา ขบวนการแก้ปัญหา จนกระทั่งถึงเทคโนโลยีในการแก้ไขปัญหโดยชุมชนเอง รูปแบบของเทคโนโลยีที่เหมาะสม เช่น ระบบประปาที่ทำด้วยปล้องไม้ไผ่ การใช้สมุนไพรในชุมชน การใช้การนวดไทยเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยในชุมชน เป็นต้น ซึ่งเทคนิคเหล่านี้ อาจเป็นภูมิความรู้ดั้งเดิมในชุมชน ที่ชุมชนมีการ

ถ่ายทอดในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของตนเองมาเป็นเวลาช้านานแล้ว เช่น การใช้ยาหรือแพทย์แผนไทยในการรักษาพยาบาล โรคต่างๆบางอย่าง การนวดไทยเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย หรือภูมิความรู้ใหม่ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่าเหมาะสมกับชุมชนในการแก้ไขปัญหา เช่น การใช้อาหารเสริมในการแก้ไขปัญหาโภชนาการ การจัดทำโอ่งน้ำเพื่อเก็บน้ำสะอาด

3. การปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการและระบบบริหารที่มีอยู่แล้วของรัฐจะต้องปรับให้เชื่อมต่อการรับและเชื่อมต่องานสาธารณสุขมูลฐาน กล่าวคือ ต้องมีความมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการกระจายและครอบคลุมบริการให้ทั่วถึง มีการกระจายทรัพยากรสู่ชุมชน รวมทั้งการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการปรับบริการให้ง่ายและสะดวกต่อประชาชน รูปแบบการปรับบริการพื้นฐานของรัฐ ที่เห็นได้ชัดเจน เช่น โครงการบัตรประกันสุขภาพ เป็นต้น

4. การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่นๆหรือการประสานงานระหว่างสาขา การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานจะสัมฤทธิ์ผลได้ก็ต่อเมื่อ มีการผสมผสานระหว่างหน่วยงานของรัฐทั้งงานด้านสาธารณสุขและงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหน่วยงานของเอกชนและชุมชน หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการสนับสนุนของหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

2.2.4 องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน

กิจกรรมที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อช่วยเหลือบริการตนเอง เรียกว่า กิจกรรมจำเป็นของการสาธารณสุขมูลฐาน หรือองค์ประกอบสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งระยะเริ่มแรก องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ 8 ประการ ต่อมาประเทศไทยได้เพิ่มกิจกรรมเป็น 10 ประการ และปัจจุบันได้เพิ่มอีก 4 ประการ เป็น 14 ประการ ดังนี้

- 1) การสุศึกษา
- 2) การโภชนาการ
- 3) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- 4) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น
- 5) การสุขภาพิบาล สิ่งแวดล้อม และการจัดหาน้ำสะอาด
- 6) การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน
- 7) การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว
- 8) การควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น
- 9) การดูแลสุขภาพจิต
- 10) การทันตสาธารณสุข
- 11) การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

- 12) การคุ้มครองผู้บริโภค
- 13) การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ
- 14) การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัย

2.3 การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

จากการศึกษาของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2549: 15) ศึกษาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง: การลงเคราะห์ความรู้สู่ยุทธศาสตร์การพัฒนา ได้สรุปสถานการณ์อาสาสมัครสาธารณสุขด้านจุดแข็งว่า บทบาทในงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. มีแนวโน้มที่ชัดเจนว่ามีความสามารถและได้แสดงบทบาทในกิจกรรมที่ทำได้สำเร็จในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เช่น การให้ความรู้ หรือแจ้งข่าวสารแก่ชาวบ้าน การสำรวจข้อมูลต่างๆ การรณรงค์เพื่อควบคุมโรค เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องอาชีพที่ต้องทำมาหากินและเลี้ยงดูครอบครัว ส่วนงานที่ต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่องจะเป็นงานที่ อสม. ทำเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่า เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และงานบริการสุขภาพ เป็นต้น

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข

- 1) เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่ประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบ
 - 1.1 นัดหมายประชาชนมารับบริการสาธารณสุข เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค การวางแผนครอบครัว
 - 1.2 แจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น เช่น อุจจาระร่วง, ไข้เลือดออก ฯลฯ
 - 1.3 แจ้งข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข เช่น การออกหน่วยฉีดวัคซีน หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ประกวดสุขภาพเด็ก ผู้สูงอายุ ฯลฯ
- 2) เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวอื่นๆจากประชาชนแล้วส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ
- 3) รับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ในบันทึกการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานประจำเดือน เพื่อส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขทราบ
- 4) ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการสำรวจชุมชน ร่วมประชุม และจัดกิจกรรมต่างๆ
- 5) เป็นผู้ให้คำแนะนำ เผยแพร่ความรู้ และชักชวนประชาชนในด้านสาธารณสุขต่างๆ
- 6) เป็นผู้ประสานงานสาธารณสุขกับกรรมการชุมชน ประชาชน ตลอดจนเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นๆเพื่อพัฒนาชุมชนให้ดีขึ้น เช่น ร่วมกันกำจัดขยะมูลฝอย ขุดลอกคูคลอง สาธิตอาหารเสริมในชุมชน จัดให้มีการประชุมวางแผนร่วมกันดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน และกิจกรรมส่วนรวมอื่นๆ

7) เป็นผู้ให้บริการ เช่น

7.1 ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชั่งน้ำหนักเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทุกคน ปีละ 1 ครั้ง เพื่อสำรวจเฝ้าระวังและติดตามภาวะโภชนาการในเด็ก

7.2 ให้การปฐมพยาบาล

7.3 เป็นผู้ให้การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้นแก่ผู้เจ็บป่วยตามบทบาทที่ได้รับการฝึกอบรมมา

7.4 จ่ายเวชภัณฑ์ตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมอบหมาย เช่น ยาสามัญประจำบ้านให้แก่ประชาชนในชุมชนที่มาขอรับบริการ

7.5 ส่งต่อผู้ป่วยในรายที่ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นแล้วอาการไม่ทุเลา โดยส่งต่อตามขั้นตอน ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน

8) ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การจัดนิทรรศการให้ลูกศึกษาในชุมชน การรณรงค์ควบคุมและป้องกันโรคต่าง ๆ

9) เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ดังกล่าวข้างต้นเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ให้หมดไป โดยได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบชุมชนนั้น ๆ

สรุป การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุข โดยมีระบบสาธารณสุขเป็นแกนกลาง โดยการยอมรับและการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน ผสมผสานการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการโดยประชาชน

3. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่อันตรายรุนแรง การคัดกรองโรคเบื้องต้นเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยโดยแพทย์จึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะป้องกันความรุนแรงของโรคได้ การคัดกรองโรคเบาหวานซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย ใช้บุคลากรทางสาธารณสุขที่มีอยู่แล้วในชุมชน คือ อสส. โดยการเฝ้าระวังโรค โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การคัดกรองภาวะเบาหวาน (Screening Test)

การตรวจคัดกรองเบาหวาน เป็นการตรวจหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โดยบุคคลนั้นยังไม่มีอาการของการเกิดโรคเบาหวาน หรือได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์มาก่อนว่าเป็น โรคเบาหวาน แต่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมที่นำไปสู่การเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งระยะนี้

เรียกว่า Prediabetes (Early phase of Diabetes Mellitus) (http://www.udo.moph.go.th/post-to-day/upload/900629968/KPI_DM&HT&Stroke_26Dec2007%5B1%5D.doc สืบค้นเมื่อ 30 มี.ค. 51)

3.2 มาตรฐานการคัดกรองเบาหวาน

ประกอบด้วย

3.2.1 การตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานด้วยเครื่องมือและการวัดที่ได้มาตรฐานตามแนวเวชปฏิบัติเพื่อการ คัดกรอง

3.2.2 การแจ้งค่าและอธิบายความหมายระดับน้ำตาลในเลือดที่วัดได้

3.2.3 การแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม (http://www.udo.moph.go.th/post-to-day/upload/900629968/KPI_DM&HT&Stroke_26Dec2007%5B1%5D.doc สืบค้นเมื่อ 30 มี.ค. 51)

3.3 เครื่องมือคัดกรองภาวะเบาหวานที่มีมาตรฐานเพื่อการคัดกรอง

ประกอบด้วยเครื่องมือ ดังนี้

3.3.1 เครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นเป็นเครื่องมือคัดกรองด้วยวาจา (Verbal screening) เพื่อประเมินโอกาสเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานในประชากรเป็นขั้นต้น ด้วยคำถามถึงข้อบ่งชี้โอกาสเสี่ยงดังต่อไปนี้

- 1) ท่านอายุ 35 ปีขึ้นไปใช่หรือไม่
- 2) มีบิดา มารดา พี่หรือน้อง คนใดคนหนึ่งเป็นโรคเบาหวาน หรือไม่
- 3) มีภาวะอ้วน โดยมีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 หรือไม่
- 4) มีภาวะความดันโลหิตสูงหรือไม่
- 5) มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (ไตรกลีเซอไรด์)มากกว่า 250 มก./ดล. เอช ดี แอล คอลเลสเตอรอล(HDL cholesterol) น้อยกว่า 35 มก.ดล. หรือไม่

6) มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือมีประวัติการคลอดบุตรที่น้ำหนักตัวแรกคลอดมากกว่า 4 กิโลกรัม หรือไม่

7) มีประวัติหรือเคยมีประวัติน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือดโดยการงดอาหาร (Fasting Plasma Glucose) = 110-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ ตรวจวัดน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมง หลังกินกลูโคส 75 กรัม ตรวจพบระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (<http://203.157.184.7/Newaumpher/fileupload/147KPINCD51.doc>)

จากเครื่องมือนี้จะสามารถคัดกรองแยกกลุ่มประชากรเสี่ยงเป้าหมายอายุ 35 ปีขึ้นไปถือเป็นกลุ่มประชากรเสี่ยง และ ถ้าประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปและมีข้อบ่งชี้ อีก 1 ข้อ (1.2 ถึง 1.7) ถือเป็น กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง ต้องส่งตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ในการบริการคัดกรองขั้นต่อไป

แต่ถ้าไม่พบข้อบ่งชี้ใด ๆ (ตามแบบฟอร์มการคัดกรองภาวะเบาหวาน) ให้ถือว่ารายนั้นผ่านการคัดกรองแล้ว สามารถลงรายงานได้

3.3.2 เครื่องมือคัดกรองโดยตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Blood screening) ที่ใช้บริการ ให้สามารถใช้การตรวจเลือดค้ำที่ ข้อพับแขน หรือ ใช้การตรวจเลือดแดงจาก Capillary blood ด้วยเครื่องมือตรวจเลือดที่ปลายนิ้ว ในกรณีที่มีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดให้แจ้งค่าระดับน้ำตาลใน

3.3.3 เครื่องมือคัดกรองโดยตรวจระดับน้ำตาลในปัสสาวะ (Urine strip)
(<http://203.157.184.7/Newaumpher/fileupload/147KPINCD51.doc>)

แนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโอกาสเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน

สำหรับคนที่ได้รับการ ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ต้องได้รับคำแนะนำข้อปฏิบัติตัวเพิ่มเติมดังนี้

กลุ่มที่ 1 ถ้าพบว่าระดับน้ำตาลน้อยกว่า 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้นัดตรวจซ้ำอีก 2 ปีข้างหน้า

กลุ่มที่ 2 ถ้าพบว่าระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 110 และน้อยกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่าเสี่ยงต่อการเป็นโรค ให้ส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัย

กลุ่มที่ 3 ถ้าพบว่าระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สงสัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ให้ส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัย

ดังนั้นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน เพื่อลดโอกาสต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต (<http://203.157.184.7/Newaumpher/fileupload/147KPINCD51.doc> สืบค้นเมื่อ 30 มี.ค. 51)

สรุป

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ความชุกของโรคมีแนวโน้มสูงขึ้นมาก ผู้ที่ยังไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานแต่ยังคงควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ยังมีอีกเป็นจำนวนมาก การเฝ้าระวังและคัดกรองโรคเบาหวานจึงเป็นมาตรการสำคัญเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ

4.1 ความหมายแรงจูงใจ

ความหมายของแรงจูงใจ (Motivation) ได้มีผู้ให้นิยามไว้หลายท่าน ดังนี้

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2540 : 21) กล่าวว่า แรงจูงใจ (Motivation) มาจากรากศัพท์ภาษาลาติน Movere ซึ่งมีความหมายว่า การเคลื่อนไหว (Move) ซึ่งมีความหมายที่ว่ามีเห็น ได้ชัดจากคำจำกัดความที่เขียน โดย เบอร์เรลสัน และสไตเนอร์ (Berelson & Steiner) กล่าวว่าแรงกระตุ้น (Motive) เป็นสภาวะภายในอย่างหนึ่งที่เป็นพลัง สิ่งกระตุ้น สิ่งนำ การกระทำของมนุษย์ไปในทิศทางหรือช่องทางที่จะทำให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

ปิยธิดา ตรีเดช (2540 : 99) ให้ความหมายว่า แรงจูงใจ (Motive) หมายถึง แรงหนุนหรือความเครียดที่จะปฏิบัติไปในทิศทางที่กำหนดไว้ หรือเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

กาญจนา วสุสิริกุล (2540 : 20) ได้ให้ความหมายของการจูงใจไว้ว่า การจูงใจ คือ การกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดแรงจูงใจในการทำงานทั้งทางบวกและทางลบ การใช้สิ่งจูงใจแบบใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับบุคคลและสถานการณ์ การศึกษาถึงธรรมชาติและความต้องการของมนุษย์จะเป็นแนวทางสำคัญที่จะทำให้ผู้บริหารสามารถสร้างแรงจูงใจให้เกิดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน

กรองแก้ว อยู่สุข (2541: 17) สรุปไว้ว่า การจูงใจ หมายถึง การให้สิ่งที่เขาต้องการ เพื่อโน้มน้าวให้เขาเต็มใจทำสิ่งที่เราต้องการ

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

ทองใบ สุธชาติ (2543 : 194) สรุปความหมายของแรงจูงใจว่า เป็นวิธีการที่จะทำใ้บุคคลหนึ่งบุคคลใด ได้พยายามในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้เงื่อนไขที่สอดคล้องกับความต้องการและเป้าหมายส่วนบุคคล

กล่าวโดยสรุป แรงจูงใจ หมายถึง สภาวะการณ์ใดๆที่เป็นแรงกระตุ้นหรือผลักดันให้บุคคลที่จะตอบสนองความต้องการและเป้าหมายของตนเอง ทำใ้บุคคลมีความพอใจในงาน

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจ

แรงจูงใจหรือแรงกระตุ้นนั้น เป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลที่สามารถผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะต่างๆ ซึ่งมีหลายระดับด้วยกัน ดังนี้ (ทองหล่อ เดชไทย 2540: 171-174)

ระดับที่ 1 เพื่อให้ได้มาซึ่งความจำเป็นพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิต เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค การพักผ่อน และความปลอดภัย

ระดับที่ 2 เพื่อสนองความต้องการทางสังคม เช่น ความรัก การยอมรับและการได้รับการยกย่องนับถือ

ระดับที่ 3 เพื่อสนองความพึงพอใจส่วนตัว เช่น ฐีสักสบายใจกับสิ่งต่างๆ ที่ตนกระทำ และพอใจกับความรู้อ ความฉลาด และความสามารถของตน

นายศิลป์ เชี่ยวชาญพิพัฒน์ ผุสดี รุมาคม และสุวรรณา วงประคิษฐ์ (อ้างใน ยงยุทธ เกตุสาคร 2541: 61) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นแรงกดดันภายในร่างกายที่ผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมในทางใดทางหนึ่ง อันมีสาเหตุเกิดจากร่างกายหรือจิตที่มีความต้องการสิ่งนั้น ซึ่งความหมายของการจูงใจ คือ ต้องการให้พนักงานทุ่มเทความรู้ ความสามารถ และความพยายามทำงานในองค์การอย่างเต็มที่ มีความกระตือรือร้นเพื่อช่วยให้งานขององค์การสำเร็จตามที่ต้องการ

เทอริ และแฟรงกิน (อ้างใน ยงยุทธ เกตุสาคร 2541: 61) กล่าวถึง กระบวนการจูงใจว่า ประกอบด้วย

1. ความต้องการภายใน (Internal Needs) ซึ่งก่อให้เกิดพฤติกรรม
2. แรงขับ (Drive) คือ พลังงานภายในที่ขับเคลื่อนพฤติกรรมให้สู่ทิศทางใดทิศทางหนึ่งที่แน่นอน

3. เป้าหมาย (Goals) ซึ่งเป็นสิ่งล่อใจ (Incentives) หรือสิ่งตอบแทน (Pay off) เพิ่มศักดิ์ วรรณยางกูร (2547: 110-111) ได้แบ่งประเภทแรงจูงใจออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. แรงจูงใจทางสรีรวิทยา แรงจูงใจด้านนี้เกิดขึ้นเพื่อสนองความต้องการทางร่างกายทั้งหมด เพื่อให้บุคคลมีชีวิตอยู่ได้ เป็นความต้องการที่จำเป็นตามธรรมชาติของมนุษย์ ได้แก่ ความต้องการน้ำ อาหาร พักผ่อน และปราศจากโรค เป็นต้น เราสามารถวัดระดับความต้องการทางสรีระได้จากการสังเกตพฤติกรรมกระทำของคนเรา คือ จากความมากน้อยของการกระทำ การเลือกกระทำ (เลือกสิ่งใดแสดงว่าเราต้องการสิ่งนั้นมาก) การโต้ตอบสิ่งที่มาขัดขวาง

2. แรงจูงใจทางจิตวิทยา มีความสำคัญน้อยกว่าแรงจูงใจทางสรีรวิทยา เพราะจำเป็นในการดำรงชีวิตน้อยกว่า แต่จะช่วยคนเราด้านจิตใจ ทำให้มีสุขภาพจิตดีและสดชื่น แรงจูงใจ

ประเภทนี้ประกอบด้วย ความอยากรู้อยากเห็นและการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ความต้องการความรักและความเอาใจใส่ใกล้ชิดจากผู้อื่น

3. แรงจูงใจทางสังคมหรือแรงจูงใจที่เกิดจากการเรียนรู้ แรงจูงใจชนิดนี้มีจุดเริ่มต้นส่วนใหญ่มาจากประสบการณ์ทางสังคมในอดีตของบุคคล และเป้าหมายของแรงจูงใจชนิดนี้มีความสัมพันธ์กับการแสดงปฏิกิริยาของบุคคลอื่นที่มีต่อเรา ตัวอย่างแรงจูงใจทางสังคมที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของคนเรา ได้แก่

แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ (Achievement Motives) เป็นความปรารถนาของบุคคลที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ให้ดีและประสบความสำเร็จ

แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์นี้ได้รับการส่งเสริมมาตั้งแต่ในวัยเด็ก จากการศึกษาวิจัยหลายชิ้น แสดงให้เห็นว่า เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูอย่างอิสระ เป็นตัวของตัวเอง (เช่น แต่งตัวเอง) เมื่อโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ มีความต้องการความสำเร็จในชีวิตสูง การฝึกบุคคลให้มีความต้องการความสำเร็จ หรือมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์จึงมักจะเริ่มจากครอบครัวเป็นสำคัญ

แรงจูงใจใฝ่สัมพันธ์ (Affiliative Motives) เป็นแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลปฏิบัติให้เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น ต้องการความเอาใจใส่ ความรักจากผู้อื่น

แรงจูงใจต่อความนับถือของตนเอง (Self-Esteem) เป็นแรงจูงใจที่บุคคลปรารถนาที่จะเป็นที่ยอมรับของสังคม มีชื่อเสียง เป็นที่รู้จักของคนทั่วไป คือการที่ได้รับการยกย่องจากสังคม ซึ่งจะนำมาสู่ความรู้สึกนับถือตนเอง

4.3 ทฤษฎีแรงจูงใจ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาขอเสนอทฤษฎีการจูงใจของเฮอรัชเบอร์กนำมาใช้เป็นแนวคิดในการศึกษา ดังต่อไปนี้

ทฤษฎีการจูงใจของเฮอรัชเบอร์ก (Herzberg) : “two-factor theory”

เฮอรัชเบอร์ก และผู้ร่วมงานได้ทำการพัฒนาทฤษฎีของเขา ด้วยการเริ่มศึกษาโดยการสัมภาษณ์วิศวกรและนักบัญชี จำนวน 200 คน ที่ทำงานที่เมือง Pitsberg สหรัฐอเมริกา เพื่อจะดูความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานกับประสิทธิภาพในการผลิต ตลอดจนพยายามศึกษาว่ามีสิ่งใดที่ทำให้ลูกจ้างรู้สึกดีหรือไม่ดี พอใจหรือไม่พอใจเกี่ยวกับงานที่พวกเขาทำ คำตอบที่ได้จากการวิจัยสามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่ม (Harold F., 1997, pp. 224-225)

1. กลุ่มแรก เกี่ยวกับปัจจัยที่ 1 คือ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่พอใจในงาน เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับความรู้สึกในทางลบกับงานที่ปฏิบัติ และเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมของทำงาน เป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลยังคงปฏิบัติงานได้ตลอดเวลา ซึ่ง เฮอรัชเบอร์ก เรียกปัจจัยนี้ว่า “Hygiene Factors” (ปัจจัยค่าจูนหรือปัจจัยสุขอนามัย) ซึ่งประกอบด้วย

(1) เงินเดือน (Salary) หมายถึง ผลตอบแทนจากการทำงาน เช่น ค่าจ้าง เงินเดือน ค่าตอบแทน รวมทั้งสวัสดิการ ประโยชน์เกื้อกูลอื่น ๆ ตามความเหมาะสมของเงินเดือน และขั้นเงินเดือน ตามความเหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบ

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

(3) การปกครองบังคับบัญชา (Supervision Technical) หมายถึง สภาพการปกครองบังคับบัญชางานของผู้บริหารระดับสูง ในเรื่องการวิเคราะห์ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน การกระจายงาน การมอบหมายอำนาจ ความยุติธรรม

(4) นโยบายและการบริหารงาน (Policy and Administration) หมายถึง ความสามารถในการจัดลำดับเหตุการณ์ต่าง ๆ ของการทำงาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงนโยบายของหน่วยงาน การบริหารงาน การจัดระบบงานของ ผู้บังคับบัญชา การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย

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

(6) สภาพการปฏิบัติงาน (Status) หมายถึง สถานสภาพของบุคคลในสังคมที่มีวิชาชีพเดียวกัน หรือสถานภาพของวิชาชีพในสายตาของสังคมที่มีวิชาชีพต่างกัน หรือเป็นการรับรู้จากบุคคลวิชาชีพอื่น ที่เป็นองค์ประกอบทำให้บุคคลรู้สึกต้องงาน ให้คุณค่าแก่งานที่ปฏิบัติ

(7) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน (Job Security) หมายถึง ความรู้สึกที่มีต่อการปฏิบัติงานในด้านความมั่นคงในตำแหน่งและความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

(8) ชีวิตความเป็นส่วนตัว (Factors in Personal Life) หรือสภาพความเป็นอยู่ หมายถึง สถานการณ์ที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกดี หรือไม่ดีในช่วงเวลาที่ได้ทำงาน สภาพความเป็นอยู่ทางครอบครัว และส่วนตัวอันเนื่องมาจากการปฏิบัติงาน

ปัจจัยเหล่านี้ไม่ใช่เป็นสิ่งจูงใจที่ทำให้ผลผลิตเพิ่มขึ้น หรือประสิทธิภาพในการผลิตเพิ่มขึ้น แต่จะเป็นข้อกำหนดเบื้องต้น เพื่อป้องกันไม่ให้คนไม่พอใจในงานที่ทำอยู่เท่านั้น

2. กลุ่มที่ 2 เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สอง คือปัจจัยที่ทำให้เกิดความพอใจในงานที่ทำ ปัจจัยเหล่านี้ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกในทางบวกของงานที่ทำ และเกี่ยวกับเนื้อหาของ

งานที่ปฏิบัติเอง เป็นสิ่งที่สร้างความพึงพอใจในงานให้เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรักและชอบงานที่ปฏิบัติอยู่ และทำให้บุคคลในองค์กรปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลจะได้รับการจูงใจหรือแรงจูงใจให้เพิ่มผลผลิตด้วยปัจจัยเหล่านี้ ซึ่ง เฮิร์ชเบิร์ก เรียกปัจจัยนี้ว่า “Motivation Factors” (ปัจจัยจูงใจ) ประกอบด้วย

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

(2) การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) หมายถึง การยอมรับหรือเห็นด้วยกับความสำเร็จ การได้รับการชมเชย ยกย่อง ชื่นชม เชื้อถือ ไว้วางใจในผลงานหรือการดำเนินงานจากผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชาและบุคคลอื่น ๆ ซึ่งถ้าหากไม่ได้รับการยอมรับนับถือก็จะทำให้เกิดการไม่ยอมรับ การได้รับคำตำหนิติเตียนหรือการกล่าวโทษ

(3) ลักษณะของงาน (Work Itself) หมายถึง การลงมือกระทำหรือการทำงานเป็นชิ้นเป็นอัน ซึ่งมีกำหนดเวลาหรือเป็นกิจวัตรหรือยืดหยุ่นได้ อาจมีการสร้างสรรค์งานไม่ว่าเป็นงานง่ายหรืองานยาก เป็นงานที่ชวนให้ปฏิบัติไม่น่าเบื่อ เป็นงานที่ส่งเสริมต่อความคิดริเริ่มสร้างสรรค์เป็นงานที่มีคุณค่า รวมทั้งปฏิบัติงานได้สมบูรณ์หรือทำงานให้เสร็จในเวลาอันสั้น

(4) ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง การจัดลำดับของการทำงานได้เอง ความตั้งใจ ความสำนึกในอำนาจ หน้าที่ และความรับผิดชอบ ตลอดจนอิสระในการปฏิบัติงาน

(5) ความก้าวหน้าในตำแหน่ง (Advancement) หมายถึง ผลหรือการมองเห็นการเปลี่ยนแปลงในสภาพของบุคคล หรือตำแหน่งในสถานที่ทำงาน โอกาสในการเลื่อนตำแหน่งหรือระดับที่สูงขึ้น และมีโอกาสได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะที่เพิ่มขึ้นในวิชาชีพจากการปฏิบัติงาน ตลอดจนโอกาสการศึกษาต่อ อบรม คูงาน

จากทฤษฎีของเฮิร์ชเบิร์กหากความต้องการทางด้านปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยสุขอนามัย (Hygiene Factors) ได้รับการตอบสนองอย่างไม่เต็มที่มนุษย์จะเกิดความไม่พอใจ แต่ถึงแม้ว่าจะได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขอนามัยของมนุษย์จะเป็นเงื่อนไขหนึ่งในการลดความไม่พึงพอใจในการทำงานลงเท่านั้นแต่ไม่สามารถจะทำให้มนุษย์พอใจได้ในเวลาเดียวกัน หากความต้องการด้านความจูงใจ (Motivation Factors) ได้รับการตอบสนองอย่างเต็มที่มนุษย์จะรู้สึกพึงพอใจพร้อมปฏิบัติงานด้วยความรักในหน้าที่ อุทิศตนเองอย่างหนัก รวมทั้งเสียสละทุ่มเททั้งร่างกายและแรงใจ ให้กับองค์กร อย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย แต่หากไม่ได้รับ

ตอบสนองมนุษย์จะรู้สึกเฉย ๆ ไม่ยินดียินร้าย อาจทำงานเพียงเพื่อให้งานสำเร็จไปวัน ๆ เท่านั้น ไม่สนใจที่จะอุทิศตนเองแต่อย่างใด (ตุลา มหาพสุธานนท์ 2547 อ้างในวีระวัฒน์ หมื่นมา 2550 : 25-26)

4.4 ประเภทของแรงจูงใจ

แบ่งตามแหล่งที่มาของแรงจูงใจ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ (ประสาน หอมพูล และทิพวรรณ หอมพูล 2540: 48)

1. แรงจูงใจทางร่างกาย (Physiology Motive) เป็นแรงจูงใจที่คิดตัวมาแต่เกิด มีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งเกิดจากความต้องการทางร่างกาย ได้แก่ ความหิว ความกระหาย ความต้องการทางเพศ เป็นต้น

2. แรงจูงใจทางสังคม (Social Motive) เป็นแรงจูงใจที่เกิดขึ้นหลังจากการเรียนรู้ในสังคม ได้แก่ ความต้องการความรัก ความอบอุ่น การเป็นที่ยอมรับในสังคม เป็นต้น

ถ้าแบ่งตามเหตุผลของเบื้องหลังในการแสดงออกของพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. แรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motive) หมายถึง การที่บุคคลมองเห็นคุณค่าที่จะกระทำด้วยความเต็มใจ เชื่อกันว่า ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจประเภทนี้จะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุด ดังนั้น ผู้บริหารควรพยายามสร้างแรงจูงใจประเภทนี้ให้เกิดขึ้นมากที่สุด

2. แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motive) หมายถึง การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมเพราะต้องการสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่นำมาไว้ภายนอก เช่น รางวัล เกรด เป็นต้น แรงจูงใจภายในมีคุณค่าดีกว่าแรงจูงใจภายนอก แต่แรงจูงใจภายในปลูกฝังให้เกิดแก่บุคคลได้ยากกว่า ดังนั้น ในการใช้แรงจูงใจ มักใช้แรงจูงใจภายนอกเสียก่อน แล้วจึงสร้างให้เกิดแรงจูงใจภายในภายหลัง

4.5 องค์ประกอบพื้นฐานที่จูงใจให้เกิดการทำงาน

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2540 : 56-61) กล่าวว่า มีองค์ประกอบพื้นฐานต่างๆที่จูงใจให้เกิดการทำงาน ดังนี้

1. งานมีลักษณะท้าทายความสามารถ ความน่าเบื่อหน่ายของงานทำให้เกิดการเก็บกดในการจูงใจให้คนปฏิบัติงานเต็มความสามารถ ผู้บริหารควรให้งานที่จะให้เขาทำมีลักษณะที่ท้าทายความสามารถให้มากที่สุด

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน ผู้ปฏิบัติงานจะถูกสร้างให้มีแรงจูงใจสูง ถ้าหากเขามีส่วนในการวางแผนและกำหนดสถานะแวดล้อมของเขาเอง

3. การให้การยกย่อง และสภาพความต้องการที่จะได้รับการยกย่องมีอยู่ในบุคคลทุกคน ทุกคนต้องการได้รับการยอมรับจากเพื่อนพ้อง ผู้บังคับบัญชา ความมาน้อยของความ

ต้องการในการยกย่องชมเชยนั้นแตกต่างกัน และเป็นสิ่งจูงใจในการทำงานของบุคคลแต่ละคนแตกต่างกันไปด้วย

4. การให้ความรับผิดชอบมากขึ้นและการให้อำนาจบารมี คนจำนวนมากต้องการจะมีความรับผิดชอบ มีอำนาจบารมีมากขึ้นจากการเป็นผู้บังคับบัญชา และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติเนื่องจากการคาดหวังว่าจะได้รับสิ่งเหล่านั้นจากการทำงาน

5. ความมั่นคงและความปลอดภัยเป็นความปรารถนาที่จะหลุดพ้นจากความกลัวต่างๆ เช่น สูญเสียตำแหน่ง ความมั่นคงปลอดภัยเป็นสิ่งจูงใจที่สำคัญมาก

6. ความเป็นอิสระในการทำงาน คนทุกคนมีความปรารถนาที่จะมีอิสระในการกระทำบางสิ่งบางอย่างด้วยตัวของตนเอง ความต้องการนี้ในบางคนรุนแรงมาก โดยเฉพาะผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง การบอกทุกอย่างว่าควรจะทำอย่างไรจะทำให้แรงจูงใจต่ำ

7. โอกาสในด้านความเจริญเติบโตทางด้านส่วนตัว คนส่วนมากต้องการที่จะมีการเติบโตทางด้านทักษะ วิชาชีพ และประสบการณ์ต่างๆ การฝึกอบรม การดูงาน ล้วนแต่เป็นแรงจูงใจในการทำงาน

8. โอกาสในการก้าวหน้า เช่น ได้รับเลื่อนตำแหน่งไปสู่ระดับที่สูงขึ้น

9. เงินและรางวัลที่เกี่ยวกับงาน สำหรับบางคน เงินเป็นสิ่งที่มียุทธิพลสูงมากก็อาจเป็นแรงจูงใจสำหรับบุคคลนั้นได้

10. สภาพของการทำงานที่ดี ซึ่งรวมองค์ประกอบทั้งด้านกายภาพและทางด้านจิตใจของส

11. การแข่งขันเป็นแรงจูงใจที่สำคัญมากอันหนึ่งของผู้บริหาร เนื่องจากผู้บริหารมักต้องการความเป็นเลิศ

สรุป

การจูงใจมียุทธิพลต่อผลผลิตของงาน ผลผลิตของงานจะมีคุณภาพดีเพียงใดขึ้นอยู่กับ การจูงใจในการทำงานซึ่งช่วยเพิ่มพลังในการทำงานอันเป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญ ถ้าบุคคลมีแรงจูงใจในการทำงานสูง ย่อมทำให้ขยันขันแข็ง กระตือรือร้น ไม่ทอดถอย มีความมุ่งมั่นทำงานให้เจริญก้าวหน้า ช่วยเสริมสร้างความเป็นคนที่สมบูรณ์ ใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย เพราะการทำงานเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ ทำให้ชีวิตมีคุณค่าเพิ่มขึ้นอีกด้วย

จากแนวคิดและทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษาเลือกศึกษาทฤษฎีการจูงใจของเฮอริชเบิร์ก โดยศึกษาเฉพาะปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) ซึ่งได้แก่ ความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะของงาน ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้าในตำแหน่ง เพราะเฮอริชเบอร์ก พบว่า ตัวประกอบเหล่านี้มีผลต่อการกระตุ้นคนงาน ทำให้ประสิทธิภาพของงาน

สูงขึ้นหรือต่ำลงขึ้นอยู่กับว่าผู้จัดการใช้องค์ประกอบนี้ชี้เฉพาะหรือไม่ ส่วนปัจจัยคำจูน (Hygiene Factors) นั้นเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำงานและเนื้อหาของผลงาน และจากการทบทวนทฤษฎีการจูงใจของเฮอรัชเบอร์ก พบว่า ปัจจัยคำจูนนี้ถ้าได้รับการดูแลอย่างพอเพียงความไม่พอใจก็จะหายหรือหมดไป แต่จะไม่ทำให้เกิดทัศนคติทางด้านบวกหรือเกิดแรงจูงใจต่อบุคคลในการทำงานให้มีผลผลิตหรือบริการในระดับขึ้นได้ อีกทั้งมีข้อบกพร่องในการทำงานที่เกิดขึ้นจากปัจจัยคำจูนในระดับหนึ่ง สามารถชดเชยหรือทดแทนได้โดยปัจจัยจูงใจในทางกลับกัน ปัจจัยคำจูนนั้นไม่สามารถชดเชยหรือทดแทนปัจจัยจูงใจได้เลย

5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

5.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม มีความหมายที่หลากหลาย แต่เป้าประสงค์และเนื้อหาสาระไปในการทำงานเดียวกัน ซึ่งมีการนิยามกันมากมายตามแต่ผู้ที่ทำการศึกษา ดังนี้

ชินรัตน์ สมสืบ (2547: 254) ให้ความเห็นว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นหมายถึง การให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจในกระบวนการดำเนินโครงการที่มีผลกระทบต่อประชาชนในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวางแผน การดำเนินงาน การใช้ประโยชน์ และการประเมินผล

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

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

2. การมีส่วนร่วมในนัยทางการเมือง ซึ่งแบ่งออกเป็นอีก 2 ประเภท คือ

- 2.1 การส่งเสริมสิทธิและพลังอำนาจของพลเมืองโดยประชาชน หรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการ เพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่ม ควบคุมการใช้และกระจายทรัพยากรของชุมชน อันจะก่อให้เกิดกระบวนการและโครงสร้างที่ประชาชนในชนบทสามารถแสดงออกซึ่งความสามารถของตนและได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา

- 2.2 การเปลี่ยนแปลงกลไกการพัฒนาโดยรัฐ มาเป็นการพัฒนาที่ประชาชนมีบทบาทหลัก โดยการกระจายอำนาจในการวางแผนจากส่วนกลางมาเป็นส่วนภูมิภาค เพื่อให้

ภูมิภาคมีลักษณะเป็นเอกเทศ ให้มีอำนาจทางการเมือง การบริหาร มีอำนาจต่อรองในการจัดสรรทรัพยากรอยู่ในมาตรฐานเดียวกัน โดยประชาชนสามารถตรวจสอบได้ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการคืนอำนาจ (Empowerment) ในการพัฒนาให้แก่ประชาชนให้มีส่วนร่วมในการกำหนดอนาคตของตนเอง ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงการพัฒนาที่เท่าเทียมกันของชายและหญิง (Gender) ในการดำเนินงานพัฒนาด้วย

โดยสรุป การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นการเข้าร่วมที่เกิดขึ้นโดยสมัครใจ และมีความกระตือรือร้น โดยมี 3 มิติ คือ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการตามที่ได้ตัดสินใจ และมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการดำเนินการ

5.2 ลักษณะการมีส่วนร่วม

แคร์รี่ (Cary 1976 อ้างถึงในสัมฤทธิ์ ท่าเหล็กเจริญ 2546: 24) แบ่งลักษณะของการมีส่วนร่วมไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

1. เป็นสมาชิก (Membership)
2. เป็นผู้เข้าประชุม (Attendance at Meeting)
3. เป็นผู้บริจาค (Financial Contribution)
4. เป็นกรรมการ (Leader)

บาร์เบอร์ (Barber 1972 อ้างถึงในสัมฤทธิ์ ท่าเหล็กเจริญ 2546: 24) แบ่งการมีส่วนร่วมทางการบริหารออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมโดยตรง เป็นลักษณะที่ประชาชนเป็นผู้กำหนดการปกครองตนเองโดยตรง เช่น บริหารงาน กำหนดนโยบายและตัดสินใจในการดำเนินงานด้วยตนเอง
2. การมีส่วนร่วมโดยอ้อม เป็นลักษณะที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม แต่ไม่ได้เป็นผู้ดำเนินการโดยตรง โดยการเลือกตั้งตัวแทนของประชาชนเข้าไปทำหน้าที่ เปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกตั้งโดยเสรี แต่กำหนดกติกา เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ามาควบคุมติดตามความเคลื่อนไหวของฝ่ายผู้ปกครอง เพื่อให้การปกครองเป็นไปตามความต้องการของประชาชน

โคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1997: 6) ประกอบด้วย

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision-Making) ซึ่งอาจเป็นการตัดสินใจตั้งแต่ในระยะเริ่มการตัดสินใจในช่วงของกิจกรรม และการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม
2. การมีส่วนร่วมดำเนินงาน (Implementation) ซึ่งอาจเป็นไปในรูปของการเข้าร่วมโดยการให้มีการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหารและการร่วมมือ รวมทั้งการเข้าร่วมในการร่วมแรงร่วมใจ

3. การมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์ (Benefits) ซึ่งอาจจะเป็นผลประโยชน์ทางวัตถุ ทางสังคม หรือโดยส่วนตัว

4. การมีส่วนร่วมประเมินผล (Evaluation) ซึ่งนับเป็นการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินงานทั้งหมด และเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป

5.3 ระดับการมีส่วนร่วม

ชินรัตน์ สมสืบ (2539: 58) ได้แบ่งระดับของการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

1. การไม่มีส่วนร่วมอย่างสิ้นเชิง (no participation at all)
2. การมีส่วนร่วมเพียงในนาม (nominal participation)
3. การมีส่วนร่วมเพียงเล็กน้อย (minimal participation)
4. การมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม (optimal participation)
5. การมีส่วนร่วมมาก (maximal participation)
6. การมีส่วนร่วมในอุดมคติ (ideal participation)

และแบ่งชนิดของการมีส่วนร่วมได้ดังนี้ (ชินรัตน์ สมสืบ 2539: 58-61)

1. บังคับร่วม (Join of Eiae) ประชาชนเข้าร่วมเพราะการขู่เข็ญ (threats) หรือการบังคับ (coercion) จากภายนอก กลวิธีการขู่เข็ญและการบังคับมีหลายรูปแบบ จะเกิดจากคนที่มีผลประโยชน์จากการดำเนินงานหรือจากผลของงาน

2. การมีส่วนร่วมโดยการผลักดัน (Push Cart Participation) ประชาชนจะถูกผลักดันจากอำนาจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) อาจเป็นการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน โดยได้รางวัลในรูปแบบการแต่งตั้งในตำแหน่งที่สูงขึ้นเพื่อความสำเร็จของโครงการ ผู้ที่ใช้อำนาจนี้ เช่น ผู้นำ หัวหน้าแผนก นักการเมือง

3. กลอุบายหรือการมีส่วนร่วมโดยมีเงื่อนไข (Trick or Participation by Gimmickry) ประชาชนถูกจ้างให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมอื่นที่ไม่ได้แก้ปัญหของพวกเขา การเบี่ยงเบนความสนใจไปสู่เรื่องอื่น เป็นการสร้างความสบายใจให้แก่ประชาชนเป็นการชั่วคราวจากปัญหาที่แท้จริงของพวกเขา

4. การพูดข้างเดียว (Monologue) เป็นการสื่อสารแบบทางเดียวโดยส่งข่าวป้อนข้อมูลให้แก่ผู้รับฝ่ายเดียว วิธีนี้ไม่ได้จัดทำกลไกสำหรับรับฟังข้อมูลย้อนกลับ และไม่ได้มีการเจรจาต่อรอง โครงการเหล่านี้มักดำเนินการผ่านสื่อมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ เป็นต้น

5. ถาม-ตัดสินใจเอง (I ask - I decide) ประชาชนจะถูกถามถึงความคิดและข้อเสนอแนะต่างๆ แต่ไม่รับประกันว่าความคิดของประชาชนจะได้รับการพิจารณาในการกำหนดวางแผน และดำเนินโครงการ วิธีกระทำโดยการประชุม การมีสภาท้องถิ่น การสำรวจ การ

สอบถาม และการไต่สวนสาธารณะ แต่ในความจริงแล้วการมีส่วนร่วมชนิดนี้มีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

6. การนำไปสู่ความสงบ (Peace Pipe) ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของประชาชนจะถูกร้องขอให้มีส่วนในการวางแผนและการบริหารโครงการ ประชาชนจะมีส่วนร่วมจริงๆ ในกลไกการวางแผน แต่การตัดสินใจและการคงอยู่ของโครงการยังเป็นสิทธิของผู้กำหนดโครงการ

7. การจับมือกัน (Handclasp) ประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การกำหนดโครงการ จนดำเนินโครงการ การตัดสินใจจะร่วมกันระหว่างประชาชนและผู้ออกแบบโครงการ ปัญหาและประเด็นต่างๆ จะถูกแก้ไขโดยการเจรจาต่อรองและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างเสรี มีการร่วมมือกันอย่างเป็นรูปธรรมระหว่างผู้ได้รับประโยชน์และผู้มอบโครงการ

8. เสียงประชาชน (Vox Populi) เสียงของประชาชนจะได้รับการรับฟังและพิจารณา ความคิด ความเห็น ข้อเสนอแนะและความรู้สึกของประชาชนมีน้ำหนักในกระบวนการตัดสินใจ ประชาชนจะมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการตัดสินใจจากการกำหนดจนถึงการประเมินผลโครงการ ถ้ามีปัญหาผู้จัดทำโครงการและผู้ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ ก็ต้องฟังเสียงว่ามีความต้องการอย่างไร

9. เสียงประชาชนคือกฎหมาย (Vox Populi Est Lex) การมีส่วนร่วมแบบนี้เป็นวิธีที่ความต้องการของประชาชนมีความเข้มแข็งสูงสุด ประชาชนจะตัดสินใจในโครงการด้วยตนเอง ตั้งแต่ชนิดของโครงการ ทิศทางโครงการ ทรัพยากรที่ใช้ แหล่งที่มาของทรัพยากร ผู้ใช้ และช่วงเวลาที่ใช้ การมีส่วนร่วมแบบนี้มีทั้งจากกลุ่มที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดที่จะใช้ในการศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในครั้งนี้อย่างมีประสิทธิภาพของการมีส่วนร่วมใน 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

5.4 การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation)

การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นแนวคิดเกี่ยวกับ Community participation และ Community involvement ซึ่งเป็นแนวคิดหลักของการสาธารณสุขมูลฐาน แนวคิดนี้หมายถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการแก้ไขปัญหาตลอดทุกขั้นตอน ตั้งแต่ระบุปัญหาจนถึงการเลือกวิธีแก้ไขปัญหาและประเมินผล (สมจิต หนูเจริญกุล 2539 : 254)

5.5 รูปแบบของการมีส่วนร่วม

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1981) ได้เสนอรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่แท้จริง ต้องมี 4 ขั้นตอน คือ

1. การวางแผน (Planning) ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีติดตามและประเมินผล และ ประการ
2. การดำเนินกิจกรรม (Implement) ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการจัดการและ บริหารการใช้ทรัพยากร มีความรับผิดชอบในการจัดสรร ควบคุมทางการเงิน และการบริการ
3. การใช้ประโยชน์ (Utilization) ประชาชนต้องมีความสามารถในการทำ กิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับของการพึ่งตนเองและการควบคุมทางสังคม
4. การได้ประโยชน์ (Obtaining Benefits) ประชาชนจะต้องได้รับการแจกจ่าย ผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่ฐานที่เท่ากัน ซึ่งอาจจะเป็นผลประโยชน์ส่วนตัวในสังคมหรือวัตถุประสงค์

สรุป

การมีส่วนร่วมก่อให้เกิดผลดีต่อการขับเคลื่อนองค์กรหรือเครือข่าย เพราะมีผล ในทางจิตวิทยาเป็นอย่างยิ่ง คือผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมย่อมเกิดความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร ความคิดเห็นถูกรับฟังและนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนา และที่สำคัญผู้ที่มีส่วนร่วมจะ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ความรู้สึกเป็นเจ้าของจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนการทำงานที่ดีที่สุด

การมีส่วนร่วมมีหลายรูปแบบ สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดของโคเฮน และ อัพฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1997: 6) ประกอบด้วย

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision-Making)
2. การมีส่วนร่วมดำเนินงาน (Implementation)
3. การมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์ (Benefits)
4. การมีส่วนร่วมประเมินผล (Evaluation)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะประชากร

6.1.1 เพศ

เพศ เป็นปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดคุณลักษณะของบุคคล เช่น เพศหญิง เพศชาย ซึ่งจะมีความคิดเห็นและการปฏิบัติในสิ่งต่าง ๆ ที่แตกต่างกันไปตามสถานการณ์ที่ตนเองได้เรียนรู้ ซึ่งมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

ชวนพิศ มหาพรหม (2544 :105) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง : กรณีศึกษาอำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ผลการศึกษาพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง

วิรัตน์ ศรีรักษ์ (2546 : 97) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในเขตอำเภอภูนิารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า เพศของอาสาสมัครสาธารณสุข มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

จีราภา สุขสวัสดิ์ (2547 : 55) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประเสริฐ บินตะคุ และไพจิตร ศิริมงคล (2549: 49) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขกิ่งอำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรในด้าน เพศมีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก

สรุปจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นส่วนใหญ่ พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ต่างจากการศึกษาของสรารุช วลัยชพฤกษ์ (2543 : 127) ศึกษาเรื่อง ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี พบว่า เพศ ไม่มีผลต่อศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน

จันทิมา ลิมหัน (2543 :84-85) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมกับการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

6.1.2 อายุ

อายุ เป็นปัจจัยที่เป็นลักษณะของบุคคลประการหนึ่งที่สามารถบ่งบอกถึงประสบการณ์การตัดสินใจและความรับผิดชอบ ซึ่งจะมีความคิดเห็นและการปฏิบัติในสิ่งต่าง ๆ ที่แตกต่างกันไปตามสถานการณ์ที่ตนเองได้เรียนรู้ มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

สรารุช วลัยขพฤษ (2543 : 125) ศึกษาเรื่อง ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี พบว่า อายุมีผลต่อศักยภาพของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

ชวนพิศ มหาพรหม (2544 :105) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง : กรณีศึกษาอำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ผลการศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง

วรภรณ์ อึ้งพานิชย์ และคนอื่นๆ (2548: 65-66) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านที่พบและไม่พบการระบาดของโรคไข้หวัดนกในประเทศไทย พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547 : 55) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม.

สรุปจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นส่วนใหญ่ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ต่างจากการศึกษาของปฏิบัติงาน จันทิมา ลิมหัน (2543 : 74) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจังหวัดตรังซึ่งพบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง การศึกษาของวรรณุช บุญยะกมล (2542:73-78) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน กรุงเทพมหานคร ที่พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

ยุคนธ์ ชูติปัญญาบุตร (2546 : 98) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตอำเภอเกล่ง จังหวัดระยอง พบว่า อายุของ อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมกับการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

6.1.3 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นตัวแปรหนึ่งที่จะก่อให้เกิดผลในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

สุพัตรา จึงสง่างาม (2541:75-76,91-92) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุขเทศบาลเมือง พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่รวมทุกด้าน

ประภา วัฒนชีพ (2547: 61) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดจันทบุรีที่พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ

สรุปจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ต่างจากการศึกษาของ วรนุช บุญยะกมล (2542:73-78) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมกับการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

6.1.4 ระดับการศึกษา

การศึกษา เป็นสิ่งที่เสริมสร้างศักยภาพในตัวบุคคล ซึ่งมีผลต่อความเชื่อมั่นและความสามารถในการทำงาน ซึ่งบุคคลจะมีความคิดเห็นและการปฏิบัติในสิ่งต่าง ๆ ที่แตกต่างกันไปตามสถานการณ์ที่ตนเองได้เรียนรู้ มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

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

จันทิมา ลิ้มหัน (2543 : 75) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจังหวัดตรังซึ่งพบว่า ระดับการศึกษา มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547 : 55) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม.

สรุปจากการศึกษากล่าวข้างต้น ส่วนใหญ่ พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน แต่การศึกษาของการศึกษาของวรรณุช บุญยะกมล (2542:73-78) ที่พบว่า การศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข และการศึกษาของ บุคนธ์ ชุตินัญญะบุตร (2546 : 98) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในเขตอำเภอเกล้ง จังหวัดระยอง พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีผลกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

ดังนั้นในการศึกษครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมกับการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

6.1.5 อาชีพ

อาชีพ เป็นตัวแปรหนึ่งที่จะก่อให้เกิดผลในการปฏิบัติงาน ในด้านความสามารถที่จะเสียสละ มีความคล่องตัว ซึ่งมีผลต่อความเชื่อมั่นและความสามารถในการทำงาน มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

สรารุช วลัยชพฤกษ์ (2543 : 125) ศึกษาเรื่อง ศักยภาพของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี พบว่า อาชีพ มีผลต่อศักยภาพของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547 : 55) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม.

ประเสริฐ บินตะกู และไพจิตร ศิริมงคล (2549: 49) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขกิ่งอำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรในด้าน อาชีพ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก

สรุปจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ส่วนใหญ่ พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน แต่การศึกษาของอุไรวรรณ บุญสาทิพัทธ์ (2542 : 87 - 88) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า อาชีพ ของ อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.

และยุคนธ์ ชูติปัญญาบุตร (2546 : 100) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในเขตอำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่า อาชีพของ อสม. ไม่มีผลกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมกับการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

6.1.6 รายได้

รายได้ เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของมนุษย์ อีกทั้งมีผลต่อการปฏิบัติงาน มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

อุไรวรรณ บุญสาทิพัทธ์ (2542 : 88) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า รายได้ ของ อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.

จีราภา สุขสวัสดิ์ (2547 : 55) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม.

ประเสริฐ บินตะกู และไพจิตร ศิริมงคล (2549: 49) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขกิ่งอำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรในด้านรายได้ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก

สรุปจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ส่วนใหญ่ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน แต่การศึกษาของของวรรณุช บุญยะกมล (2542:73-78) ที่พบว่า รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข สราวุธ

วลัญชพฤกษ์ (2543 : 128) ศึกษาเรื่อง ศักยภาพของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี พบว่า รายได้ไม่มีผลต่อศักยภาพของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมกับการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

6.1.7 ประสพการณ์การทำงาน

ประสพการณ์การทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นตัวแปรหนึ่งที่แสดงถึงประสพการณ์ในการทำงาน ที่ทำให้งานประสพผลสำเร็จ มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

ยุคนธ์ ชูติปัญญะบุตร (2546 : 99) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในเขตอำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. มีผลกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

จีราภา สุขสวัสดิ์ (2547 : 55) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม.

วราภรณ์ อึ้งพานิชย์ และคนอื่นๆ (2548: 65-66) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกของ อสม. ที่พบและไม่พบการระบาดของโรคไข้หวัดนกในประเทศไทย พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับการดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก

สรุปจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ส่วนใหญ่ พบว่า ระยะเวลาการเป็นอสม. มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน แต่การศึกษาของการศึกษาของวรรณุช บุญยะกมล (2542:73-78) พบว่า ประสพการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข อุไรวรรณ บุญสาทิพัทธ์ (2542 : 88 – 89) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า ระยะเวลาที่เป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานว่า ประสพการณ์การทำงานของ อสส. มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมกับการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

6.1.8 การได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน

การได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่เป็นปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน เป็นการสอนให้บุคคลได้เรียนรู้ เข้าใจถึงหลักวิชาการและวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของงาน มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

สุพัตรา จึงสง่างาม (2541:75-76,91-92) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุขเทศบาลเมือง พบว่า การฝึกอบรม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่รวมทุกด้าน

กรแก้ว ทัทมาลัย (2544 : 50 - 70) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ของ อสม. ในอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การได้รับการอบรมการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารจัดการด้านการวางแผน การประเมินผล และรวมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

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

บุภาพร สุภาคคี (2547 : 81 - 87) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า การได้รับการฝึกอบรมและการศึกษาดูงานอยู่ในระดับมาก และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ อสม.

สรุปจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ส่วนใหญ่ พบว่า การได้รับการอบรมอยู่ในระดับมาก มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน แต่การศึกษาของอุไรวรรณ บุญสาสิทธิ์ (2542 : 90) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า การฝึกอบรม ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.

ดังนั้นในการศึกษาดังนี้ ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานว่า การได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมกับการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้

ความรู้เป็นส่วนที่นำมาซึ่งความน่าเชื่อถือ ซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพของการสื่อสาร มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

วัฒนา แม้นพยัคฆ์ (2541: 72) ศึกษาเรื่อง ความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการให้คำปรึกษาแนะนำในระดับชุมชนเกี่ยวกับโรคเอดส์ ในจังหวัดอุทัยธานี พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 98.9

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

ปิยนารถ สิงห์ชู (2547 : 81) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลตำบลเวียงสระ อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า อสม.มีความรู้ในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

พัชรินทร์ สมบูรณ์ (2547: 101, 111) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า อสม. มีความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง อยู่ในระดับปานกลาง

วารภรณ์ อึ้งพานิชย์ และคนอื่นๆ (2548: 47) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านที่พบและไม่พบการระบาดของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีกในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ส่วนใหญ่ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน แต่การศึกษาของประเสริฐ บินตะคุ และไพโรจิตร ศิริมงคล (2549: ๗) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข กิ่งอำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย พบว่า อสม.มีความรู้การเฝ้าระวังป้องกันโรคไข้หวัดนกในระดับมาร้อยละ 62.3 ความรู้การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก ไม่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ดังนั้นในการศึกษาดังนี้ ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมกับการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน พฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์เกิดจากแรงจูงใจ มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

อุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2542 : 76 - 84) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า แรงจูงใจอยู่ในระดับ

ปานกลาง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม.ตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$)

วรรณุช บุญยะกมล (2542 : 73-78) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน กรุงเทพมหานคร พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่มีแรงจูงใจและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข คือ ปัจจัยจูงใจ

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547 : 41 - 51) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม.

สรุปจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ส่วนใหญ่ พบว่า ปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมกับการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

6.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน

การมีส่วนร่วม เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการของการทำงานเพื่อส่วนรวมให้สำเร็จ มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

แสงจันทร์ ศรีทะวงษ์ (2540:128) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดำเนินงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในจังหวัดร้อยเอ็ด ความร่วมมือของชุมชนในทุกกลุ่มมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน

สาธิตน ศิริสมบูรณ์เวช (2542:123,127) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในด้านการรับรู้สาเหตุของปัญหาและปัญหา การวางแผนดำเนินกิจกรรม การลงทุนและการปฏิบัติการติดตามประเมินผลมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

จรรย์ แสงเล็ก (2542:74-76)ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในสถานอนามัย พบว่า ความร่วมมือจากชุมชนมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานอนามัยในงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดพิจิตร

จันทิมา ลิมหัน (2543 :84-85) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อยู่ในระดับปานกลางทั้งภาพรวมและรายด้าน

ชวนพิศ มหาพรหม (2544 :105) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง : กรณีศึกษาอำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง อยู่ในระดับปานกลางทั้งภาพรวมและรายด้าน

ประภา วัฒนชีพ (2547: 60) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดจันทบุรีพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วมในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพในระดับปานกลาง

สรุปจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ส่วนใหญ่ พบว่า การมีส่วนร่วมมีระดับปานกลาง และส่วนใหญ่การมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน แต่ต่างจากการศึกษาของสุพัตรา จึงสง่างาม(2541:108-115) พบว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากร ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข เทศบาลเมือง สนิทวงศ์สารา (2546 : 44) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้และสัตว์ป่าพื้นที่เขตห้ามล่าสัตว์เขาน้ำพราย จังหวัดตรัง ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้และสัตว์ป่าพื้นที่เขตห้ามล่าสัตว์ เขาน้ำพราย จังหวัดตรัง ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ ประชาชนต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้และสัตว์ป่าพื้นที่เขตห้ามล่าสัตว์เขาน้ำพราย จังหวัดตรัง

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ทราบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมากที่สุด ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษ โดยเน้นกลวิธีทางสุขศึกษาในการให้ความรู้แก่บุคคลในครอบครัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน ผู้นำชุมชน นำไปสู่การจัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน นอกจากนี้แรงจูงใจยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในด้านการรับรู้สาเหตุของปัญหา การวางแผนดำเนินกิจกรรม และการปฏิบัติการมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรเพื่อหาความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชน ตามกรอบแนวคิดการศึกษาดังนี้

1. ปัจจัยลักษณะประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน
2. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
3. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ทั้งปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน
4. การมีส่วนร่วมของ อสส. ในการร่วมคิด ร่วมดำเนินงาน ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มประชากรเป้าหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการศึกษาตามขั้นตอน ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรที่ทำการศึกษาในการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขเขต สวนหลวง กรุงเทพมหานคร ที่ปฏิบัติงานเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวนประชากรที่ศึกษา 222 คน แสดงดังตารางที่ 3.1

1.2 ตัวอย่าง

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

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

โดย n หมายถึง ขนาดตัวอย่าง
N หมายถึง ขนาดของประชากรทั้งหมด ซึ่งกำหนดไว้เท่ากับ 222 คน
e หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่จะยอมรับได้ ซึ่งกำหนดไว้เท่ากับ 0.05

แทนค่าจากสูตร

$$\text{ขนาดตัวอย่าง} = \frac{222}{1+(222 \times 0.0025)} = 143$$

ดังนั้น ขนาดของตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษานี้เท่ากับ 143 คน

1.2.2 ผู้ศึกษาทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ เพื่อให้ตัวแทนของ อสส. กระจายครอบคลุมทุกชุมชน ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเลือก อสส. จากทุกชุมชน ดำเนินการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วน อสส. จำแนกรายชุมชน รายละเอียดดังตาราง 3.1 สำหรับการเลือก อสส. ในแต่ละชุมชนนั้น ผู้ศึกษาได้เลือกสุ่มตัวอย่างโดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 กำหนดขนาดตัวอย่าง อสส. แต่ละชุมชน ตามสัดส่วน อสส. ของชุมชนนั้นๆ ดังนี้

$$\text{จำนวนตัวอย่างแต่ละชุมชน} = \frac{\text{ขนาดตัวอย่าง}(143) \times \text{จำนวน อสส. แต่ละชุมชน}}{\text{จำนวน อสส. ทั้งหมด} (222)}$$

ได้ขนาดตัวอย่างแต่ละชุมชนดังแสดงในตารางที่ 3.1

ขั้นที่ 2 สุ่มตัวอย่าง อสส. แต่ละชุมชน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อ อสส. ตามจำนวนตัวอย่างในแต่ละชุมชน ได้จำนวน อสส. ทั้งหมด 143 คน

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนประชากรและตัวอย่าง อสส. ที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานมากกว่า 1 ปี ในปีงบประมาณ 2551

ลำดับที่	ชุมชน	จำนวน ประชากร (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
1	หมู่บ้านเกษมสันต์ 1	1	1
2	หมู่บ้านเกษมสันต์ 2	2	1
3	ข้างร.กสิกรไทย	3	2
4	คลองจวน	8	5
5	คลองสะแก	1	1
6	หมู่บ้านเคหะนคร 3	2	1
7	เจริญพัฒนาถาวร	4	3
8	ช.พัฒนาการ 39	2	1
9	ช.อ่อนนุช 30 แยกอยู่รวบ	5	3
10	ช.อ่อนนุช 44	2	1
11	คาราฉาย	6	4

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ลำดับที่	ชุมชน	จำนวน ประชากร (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
12	คารู้ตอามีน	6	4
13	ถนนพระรามเก้าพัฒนา	5	3
14	ธรรมานุรักษ์	4	3
15	นาคเกษิต	7	4
16	ประสาทศีล	8	5
17	พร้อมใจ	3	2
18	พัฒนาคลองสะเก	10	6
19	เพ็ชรอนันต์	1	1
20	มุสลิมพัฒนาบ้านป่า	5	3
21	โมรารวรรณ 1	13	8
22	โมรารวรรณ 2	6	4
23	ยาใจ	7	4
24	ร่วมพัฒนาบ้านป่า	9	6
25	ริมคลองหัวหมากใหญ่	1	1
26	โรงหวาย	4	3
27	วัดใต้	2	1
28	วัดทองเจ้าพัฒนา	3	2
29	ศาลเจ้า	2	1
30	สะและน้อย	12	8
31	สุเหร่าคลองตัน	2	1
32	แสงสันติ	4	3
33	หมู่บ้านฮอลลิวีดู	8	5
34	หลังวัดปากบ่อ	10	6
35	หลังสถานีรถไฟหัวหมาก	7	4
36	หัวป่า	3	2

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ลำดับที่	ชุมชน	จำนวน ประชากร (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
37	หัวหมากเกาะกลาง	6	4
38	แหลมทองพัฒนา	4	3
39	อัลกุบรอ	4	3
40	อัลเอียะติซอม	18	11
41	เอืออารีย์	6	4
42	พัฒนาริมคลองบ้านป่า	4	3
43	ช.อ่อนนุช 12	1	1
44	ช.อ่อนนุช 36	1	1
รวม	44 ชุมชน	222	143

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่สร้างขึ้นโดยศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถาม 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) และ อายุ รายได้ ประสบการณ์การทำงาน ออส. มีลักษณะคำถามเป็นแบบเติมข้อความให้สมบูรณ์ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถาม ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน จำนวน 10 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค จำนวน 5 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน จำนวน 5 ข้อ รวม 20 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก	ให้คะแนน	1 คะแนน
ตอบผิดหรือไม่ทราบ	ให้คะแนน	0 คะแนน

การแปลผล การแปลผลรายข้อและรายด้านโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้หลักเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ตามเกณฑ์ของ ยิวดี ภาษาและคณะ 2526 อ้างใน สมเกียรติ เลิศสกุล 2543 : 37 ดังนี้

ความรู้ระดับสูง	มีค่าคะแนน	มากกว่า 16 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80)
ความรู้ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนน	12-16 คะแนน (ร้อยละ 60-80)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถาม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยก้ำกั้นในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรา ส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบเป็นทางเลือก 3 ระดับ มีระดับการวัดแบบช่วงสเกล (Interval Scale) จำนวน 20 ข้อ โดยประยุกต์จาก ติเคอร์ทสเกล (Likert Scale) มีเกณฑ์การให้ คะแนน ดังนี้

ตอบเห็นด้วยมาก	ให้คะแนน	3 คะแนน
ตอบเห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน	2 คะแนน
ตอบไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	1 คะแนน

1) การแปลผลแรงจูงใจรายข้อและรายด้าน โดยการแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับ ปานกลาง และระดับต่ำ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (Best 1977 อ้างใน ประเสริฐ บินตะคุ และ ไพจิตร ศิริมงคล 2549:29) โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนกลุ่ม ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการวัด}} = \frac{3 - 1}{3} = 1.66$$

แรงจูงใจระดับสูง	มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง	2.34 - 3.00
แรงจูงใจระดับปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.67 - 2.33
แรงจูงใจระดับต่ำ	มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.00 - 1.66

2) การแปลผลภาพรวม โดยการแบ่งคะแนนแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในภาพรวม โดยใช้เกณฑ์ของ Best (Best 1977 อ้างใน ประเสริฐ บินตะคุ และ ไพจิตร ศิริมงคล 2549:29) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการวัด}} = \frac{60 - 20}{3} = 13.33$$

แรงจูงใจระดับสูง	มีค่าคะแนน	46.68-60.00 คะแนน
แรงจูงใจระดับปานกลาง	มีค่าคะแนน	33.34-46.67 คะแนน
แรงจูงใจระดับต่ำ	มีค่าคะแนน	20.00-33.33 คะแนน

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามปัจจัยการมีส่วนร่วมของ อสส. ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การ ร่วมคิด ร่วมดำเนินงาน ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผลการเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบเป็นทางเลือก 3 ระดับ มีระดับการวัดแบบช่วงสเกล (Interval Scale) จำนวน 19 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ โดยประยุกต์จาก ลีเคอร์ทสเกล (Likert Scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบปฏิบัติประจำ	ให้คะแนน	3 คะแนน
ตอบปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน	2 คะแนน
ตอบไม่ได้ปฏิบัติ	ให้คะแนน	1 คะแนน

1) การแปลผลปัจจัยการมีส่วนร่วมรายข้อและรายด้าน โดยการแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (Best 1977 อ้างใน ประเสริฐ บินตะคุ และไพจิตร ศิริมงคล 2549:29) โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนกลุ่ม ดังนี้

$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการวัด}}$	=	$\frac{3-1}{3}$	=	1.66
ปัจจัยการมีส่วนร่วมระดับสูง	มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง	2.34 - 3.00		
ปัจจัยมีส่วนร่วมระดับปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.67 - 2.33		
ปัจจัยมีส่วนร่วมระดับต่ำ	มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.00 - 1.66		

2) การแปลผลปัจจัยการมีส่วนร่วมในภาพรวม โดยการแบ่งปัจจัยการมีส่วนร่วมของ อสส. โดยใช้แนวคิดของ Best (Best 1977 อ้างใน ประเสริฐ บินตะคุ และไพจิตร ศิริมงคล 2549:29) ดังนี้

$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการวัด}}$	=	$\frac{57-19}{3}$	=	12.66
--	---	-------------------	---	-------

ปัจจัยการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานระดับสูง	มีค่าคะแนน	44.34-57.00 คะแนน
ปัจจัยการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานระดับปานกลาง	มีค่าคะแนน	31.67-44.33 คะแนน
ปัจจัยการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานระดับต่ำ	มีค่าคะแนน	19.00-31.66 คะแนน

ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถาม ปัญหา อุปสรรคในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน เป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ สามารถตอบได้โดยเสรีตามความรู้สึของผู้ตอบแบบสอบถาม

3. การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาดำเนินการสร้างและปรับปรุงคุณภาพแบบสอบถาม โดยดำเนินการดังนี้

3.1 ศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์

3.2 กำหนดกรอบแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างประเด็นคำถาม

3.3 สร้างแบบสอบถามจากกรอบแนวคิดการศึกษา

3.4 นำแบบสอบถามเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาค้นคว้าอิสระและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (รายชื่อภาคผนวก ข) เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบและแก้ไขเพื่อความถูกต้องของภาษาและความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ก่อนนำไปทดสอบ

3.5 นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ อสส. ในแขวงประเวศเขตประเวศกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน

3.5.1 คำนวณค่าความเที่ยงชนิดเชิงความสอดคล้องภายในของเนื้อหา โดยใช้วิธีคูเดอริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ด้วยสูตร KR - 20 ได้ค่าเท่ากับ 0.62

3.5.2 หาค่าความเที่ยงของแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยการมีส่วนร่วมของ อสส. โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.85 และ 0.94 ตามลำดับ แล้วจึงนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้

3.5.3 หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.80

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 4.1 ผู้ศึกษายื่นขออนุมัติวิจัยในคนต่อคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร และได้รับการรับรองวิจัยในคนเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2551
- 4.2 ผู้ศึกษาทำหนังสือถึงประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- 4.3 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ส่งถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์
- 4.4 สดุดาคร ตูจันดา และผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 22 วัดป่ากบ่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บข้อมูล
- 4.5 ผู้ศึกษาอธิบายและแจกแบบสอบถามด้วยตนเองตามจำนวน อสส. ในแต่ละชุมชนที่สุ่มได้ โดยใช้ระยะเวลาในการแจกและเก็บแบบสอบถามระหว่างวันที่ 26 – 30 มิถุนายน 2551
- 4.6 ผู้ศึกษารวบรวมแบบสอบถามที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแล้วนำมาวิเคราะห์ผลต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

- 5.1 ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล ในแบบสอบถามระหว่างเก็บข้อมูล
- 5.2 จัดทำคู่มือลงรหัส
- 5.3 ลงรหัสในแบบฟอร์มลงรหัส
- 5.4 สรุปรวมข้อมูลแต่ละองค์ประกอบของแบบสอบถาม
- 5.5 วิเคราะห์ความสอดคล้องของแบบสอบถาม โดยวิเคราะห์ร่วมกับความรู้ทางทฤษฎี แล้วอภิปรายผลการศึกษา

6. สถิติที่ใช้ในการศึกษา

6.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

เพื่อแจกแจงความถี่ ของข้อมูลพื้นฐาน โดยนำเสนอในรูปแบบตารางแสดงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ ประสิทธิภาพการทำหน้าที่ อสส.

และการได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ปัจจัยการมีส่วนร่วมของ อสส. ในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

6.2 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ (Analytic Statistics)

เพื่อทดสอบสมมติฐานตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาสถิติที่ใช้

6.2.1 การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากร ในด้าน เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test = χ^2)

6.2.2 การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณกับตัวแปรตามที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในด้าน อายุ รายได้ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ปัจจัยจูงใจกับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient = r) การแปลผลค่า r ใช้เกณฑ์ ดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดา บริสุทธิ 2547 : 462 - 463)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
0.8 - 1.0	ระดับมาก
0.3 - 0.7	ระดับปานกลาง
ต่ำกว่า 0.3	ระดับน้อย

6.2.3 กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาคั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร จำนวน 143 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 143 ชุด และได้กลับคืนมาจำนวน 143 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามทั้งหมด การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะประชากร

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุม

โรคเบาหวานของ อสส. ในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ประสบการณ์การทำงานที่อาสาสมัครสาธารณสุข การได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปได้ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามคุณลักษณะประชากร

n = 143

คุณลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	21	14.7
หญิง	122	85.3
อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	7	4.9
30 – 39 ปี	21	14.7
40 – 49 ปี	42	29.4
50 – 59 ปี	40	28.0
60 ปี ขึ้นไป	33	23.1
ชาย	$\bar{X} = 52.95$, S.D = 14.493 , Min = 18 , Max = 71	
หญิง	$\bar{X} = 49.76$, S.D. = 11.694 , Min = 25 , Max = 73	
รวม	$\bar{X} = 50.23$, S.D. = 12.140 , Min = 18 , Max = 73	
สถานภาพสมรส		
โสด	27	18.9
คู่	92	64.3
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	24	16.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	65	45.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	26	18.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	29	20.3
ปวส./อนุปริญญา	12	8.4
ปริญญาตรี/สูงกว่า	11	7.7

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

n = 143		
คุณลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	55	38.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน	14	9.8
รับจ้าง	35	24.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	37	25.9
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	1.4
รายได้		
รายได้ต่ำกว่า 5000 บาท	66	46.2
รายได้ 5001-10000 บาท	43	30.1
รายได้ 10001-20000 บาท	30	21.0
รายได้มากกว่า 20000 บาท	4	2.8
$\bar{X} = 9156.92$, S.D. = 7524.490, Min = 1,500, Max = 50,000		
ประสบการณ์การทำงาน		
1-7 ปี	103	72.0
8-15 ปี	33	23.1
16-20ปี	6	4.2
มากกว่า20 ปี	1	.7
$\bar{X} = 5.50$, S.D. = 4.181, Min = 1, Max = 21		
การได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน		
เคยได้รับการอบรม	109	76.2
ไม่เคยได้รับการอบรม	34	23.8

จากตารางที่ 4.1 แสดงคุณลักษณะประชากรของ อสส. ในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร จำนวน 143 คน มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เพศ

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวงจำนวนทั้งสิ้น 143คน โดยผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงจำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 85.3 ของกลุ่มตัวอย่าง และเป็นเพศชายจำนวน 21 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 14.7 ของกลุ่มตัวอย่าง

2. อายุ

เมื่อแจกแจงช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.4 รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 28) ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 23.1) และช่วงอายุ 30-39 ปี (ร้อยละ 14.7) ตามลำดับ โดยช่วงอายุที่น้อยที่สุดคือ ช่วงอายุต่ำกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 4.9 อายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 50.23 ปี อายุน้อยสุด คือ 18 ปี และอายุสูงสุดคือ 73 ปี

3. สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่แล้ว โดยคิดเป็นร้อยละ 64.3 ของทั้งหมด รองลงมา ได้แก่ สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 18.9 และสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 16.8 ตามลำดับ

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

พบว่า อสส. จบการศึกษาระดับสูงสุดในระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 45.5 รองลงมาได้แก่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 20.3 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 18.2 และที่น้อยที่สุดคือระดับการศึกษาสูงสุดถึงขั้นปริญญาตรี/สูงกว่า ร้อยละ 7.69

5. อาชีพ

พบว่า อสส. ส่วนใหญ่ แม่บ้าน/พ่อบ้านมากที่สุด ร้อยละ 38.5 รองลงมาได้แก่ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 27.3 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 24.5 และไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน ร้อยละ 9.8

6. รายได้ครอบครัว

พบว่า อสส. มีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.2 รองลงมา มีรายได้ 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.1 รายได้ 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 21.0 และมีรายได้ มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 2.8 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยเฉลี่ยเท่ากับ 9,156.92 บาท รายได้น้อยสุด คือ 1,500 บาท และรายได้มากที่สุด คือ 50,000 บาท

7. ประสบการณ์การทำงาน

พบว่า อสส. ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานเป็น อสส. 1-7 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.0 รองลงมาได้แก่ 8-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.1 ประสบการณ์ 16-20 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 และประสบการณ์มากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.7 ตามลำดับ ระยะเวลาเฉลี่ย 5.50 ปี ระยะเวลาสั้นที่สุด 1 ปี สูงสุด 21 ปี

8. การได้รับการอบรมเรื่องเบาหวาน

พบว่า อสส. ส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 76.2 ส่วน อสส. ที่ไม่เคยผ่านการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 23.8

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของ อสส.เขตสวนหลวง ที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค และความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ผลการศึกษาสรุปได้ดังตารางที่ 4.2 และตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานของ อสส. เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (\leq ร้อยละ 80)	15	10.5
ระดับสูง ($>$ ร้อยละ 80)	128	89.5
รวม	143	100.0
$\bar{X} = 18.76$, $S.D. = 1.70$, $Min = 12$, $Max = 20$		

ตารางที่ 4.2 ผลการศึกษาระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานของ อสส. โดยภาพรวมพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 89.5 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.76 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.70 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 12 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของข้อความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ของ อสส. เขตสวนหลวง
กรุงเทพมหานคร จำแนกรายข้อ

n = 143

ข้อ	ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	คนที่ตอบถูก		คนที่ตอบผิด		\bar{x}	S.D.
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
I. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน						9.11	1.199
1.	โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง	133	93.0	10	7.0	0.93	0.256
2.	ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานมี 2 ประเภท คือ พันธุกรรม และ พฤติกรรมการบริโภค	140	97.9	3	2.1	0.98	0.144
3.	โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และจะมีอาการรุนแรงขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง	135	94.4	8	5.6	0.94	0.231
4.	คนที่มีญาติพี่น้องในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานสูง	129	90.2	14	9.8	0.90	0.298
5.	คนอ้วนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน	129	90.2	14	9.8	0.90	0.298
6.	คนที่มีพฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม และขาดการออกกำลังกายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	138	96.5	5	3.5	0.97	0.184
7.	คนที่มีภาวะเครียดเป็นประจำ เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนที่ไม่มีความเครียด	111	77.6	32	22.4	0.78	0.418
8.	สตรีที่เขยลดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม หรือเคยตั้งครรภ์ผิดปกติ เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน	109	76.2	34	23.8	0.76	0.427

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อ	ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	n = 143				\bar{x}	S.D.
		คนที่ตอบถูก		คนที่ตอบผิด			
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
9.	โรคแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวาน คือ ไตวาย, หัวใจขาดเลือด, ตาบอด	141	98.6	2	1.4	0.99	0.118
10.	ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไปในคนที่เบาหวานจะเป็นอันตรายถึงตายได้	138	96.5	5	3.5	0.97	0.184
II. ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค						4.82	0.498
11.	การรับประทานอาหารประเภทผักเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การดูดซึมอาหารของลำไส้ช้าลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงมาก	133	93.0	10	7.0	0.93	0.256
12.	การออกกำลังกายช่วยทำให้กล้ามเนื้อนำน้ำตาลไปใช้ได้มากขึ้น สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้	139	97.2	4	2.8	0.97	0.165
13.	การทำจิตใจให้สบาย รู้จักผ่อนคลาย จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้	139	97.2	4	2.8	0.99	0.167
14.	การใช้ยาที่ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์จะสามารถควบคุมโรคเบาหวานและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้	139	97.2	4	2.8	0.97	0.165
15.	การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเบาหวานอย่างถูกต้องจะเป็นตัวอย่างที่ดีกับบุคคลอื่นในครอบครัวและชุมชน	137	95.8	6	4.2	0.96	0.201

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อ	ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	n = 143				\bar{x}	S.D.
		คนที่ตอบถูก		คนที่ตอบผิด			
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
III. ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง โรคเบาหวาน					4.83	0.569	
16.	การสำรวจเพื่อค้นหาผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเป็นภารกิจอันดับต้นๆของการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน	132	92.3	11	7.7	0.92	0.267
17.	ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และมีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคเบาหวาน ควรได้รับการค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน	139	97.2	4	2.8	0.97	0.165
18.	ผู้ป่วยเบาหวานควรงดอาหารรสหวานจัดทุกชนิด เช่น ทองหยอด ทูเรียน น้ำอัดลม เป็นต้น	139	97.2	4	2.8	0.97	0.165
19.	ผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ วันละประมาณ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง	140	97.9	3	2.1	0.98	0.144
20.	ผู้ป่วยเบาหวานควรมารับการตรวจตามนัดกับแพทย์ทุกครั้ง เพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ	141	98.6	2	1.4	0.99	0.188

จากตารางที่ 4.3 ผลการศึกษาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน รายด้านและรายข้อ พบว่า

1. ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า อสส.มีความรู้ระดับสูง ($\bar{X}=9.11$, S.D.=1.199) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่ อสส.ตอบได้มากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 9 “โรคแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวาน คือ ไตวาย, หัวใจขาดเลือด, ตาบอด” ($\bar{X}=0.99$, S.D.=0.118) รองลงมา คือ ข้อ 2 “ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานมี 2 ประเภท คือ พันธุกรรม และ พฤติกรรมการบริโภค” ($\bar{X}=0.98$, S.D.=0.144) ส่วนข้อที่อสส.ตอบได้น้อยที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย

ต่ำสุด คือ ข้อ 8 “สตรีที่เคยคลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม หรือเคยตั้งครรภ์ผิดปกติ เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน” ($\bar{X}=0.76$, S.D.=0.427)

2. ด้านความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค พบว่า อสส.มีความรู้ระดับสูง ($\bar{X}=4.82$, S.D.=0.498) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่ อสส.ตอบได้มากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 13 “การทำจิตใจให้สบาย รู้จักผ่อนคลาย จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้” ($\bar{X}=0.99$, S.D.=0.167) รองลงมา คือ ข้อ 12 “การออกกำลังกายช่วยทำให้กล้ามเนื้อน้ำตาลไปใช้ได้มากขึ้น สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้” และ ข้อ 14 “การใช้ยาที่ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์จะสามารถควบคุมโรคเบาหวานและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้” ซึ่งมีคนตอบได้ในสัดส่วนที่เท่ากัน ($\bar{X}=0.97$, S.D.=0.165) ส่วนข้อที่อสส.ตอบได้น้อยที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 11 “การรับประทานอาหารประเภทผักเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การดูดซึมอาหารของลำไส้ช้าลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงมาก” ($\bar{X}=0.93$, S.D.=0.256)

3. ด้านความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคเบาหวานโรค อสส.มีความรู้ระดับสูง พบว่า อสส.มีความรู้ระดับสูง ($\bar{X}=4.83$, S.D.=0.569) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่อสส.ตอบได้มากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 20 “ผู้ป่วยเบาหวานควรมารับการตรวจตามนัดกับแพทย์ทุกครั้ง เพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ” ($\bar{X}=0.99$, S.D.=0.188) รองลงมา คือ ข้อ 19 “ผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ วันละประมาณ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง” ($\bar{X}=0.98$, S.D.=0.144) ส่วนข้อที่ อสส.ตอบได้น้อยที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 16 “การสำรวจเพื่อค้นหาผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเป็นภารกิจอันดับต้นๆของการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน” ($\bar{X}=0.92$, S.D.=0.267)

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

แรงจูงใจในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานครที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน โดยจำแนกตามระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในรายด้าน รายข้อ และโดยภาพรวม ผลการศึกษาสรุปได้ดังตารางที่ 4.4 และตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามระดับแรงงูใจในการปฏิบัติงานโดยภาพรวม

แรงงูใจในการปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (20.00-33.33 คะแนน)	5	3.5
ระดับปานกลาง (33.34-46.67 คะแนน)	17	11.9
ระดับสูง (46.68-60.00 คะแนน)	121	84.6
$\bar{X} = 52.52$, $S.D. = 6.93$, $Min = 21$, $Max = 60$		

n = 143

จากตารางที่ 4.4 ผลการศึกษาระดับแรงงูใจในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน โดยภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ระดับแรงงูใจในการปฏิบัติงานของ อสส. อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 84.6 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 11.9 และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 3.5 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 52.52 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.93 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 21 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 60 คะแนน

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แรงงูใจในการปฏิบัติงานของ อสส.

เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร จำแนกรายด้านและรายชื่อ

ข้อ	แรงงูใจในการปฏิบัติงาน	X	S.D	ระดับ
	ปัจจัยงูใจ	2.71	0.53	สูง
1.	การได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.75	0.55	สูง
2.	การมีส่วนร่วมทำให้การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชนประสบความสำเร็จ	2.45	0.58	สูง
3.	ความภูมิใจในผลการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานที่ปฏิบัติ	2.60	0.57	สูง
4.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การยกย่องชมเชยการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชน	2.35	0.58	สูง

n = 143

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

n = 143				
ข้อ	แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	\bar{X}	S.D	ระดับ
5.	ชาวบ้านในชุมชนที่ท่านรับผิดชอบให้การยก ย่องชมเชยการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง โรคเบาหวานของท่าน	2.31	0.63	ปานกลาง
6.	เพื่อนร่วมงานยอมรับความสามารถในการ ปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานของท่าน	2.43	0.59	สูง
7.	งานเฝ้าระวังโรคเบาหวานเป็นงานที่ท้าทาย และไม่น่าเบื่อ	2.58	0.62	สูง
8.	งานเฝ้าระวังโรคเบาหวานเป็นงานที่ท่านใช้ ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่	2.66	0.53	สูง
9.	การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานของท่าน เป็นที่รู้จักของประชาชนในชุมชน	2.46	0.60	สูง
10.	ในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน มี โอกาสให้ท่านพัฒนาความรู้ใหม่ๆ ให้กับ ตนเอง	2.82	0.44	สูง
ปัจจัยค่าจูน		2.85	0.42	สูง
11.	เพื่อน อสส. มักจะมาขอคำแนะนำการ ปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานจากท่าน	2.43	0.67	สูง
12.	มีการสนับสนุนอุปกรณ์การดำเนินงานเฝ้า ระวังโรคเบาหวานจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.48	0.69	สูง
14.	เมื่อรู้สึกท้อแท้ในการปฏิบัติงาน จะได้รับ กำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.80	0.46	สูง
15.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับฟังข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการดำเนินงานของท่าน	2.84	0.45	สูง
16.	ความพึงพอใจที่ได้ดำเนินงานร่วมกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.91	0.37	สูง
17.	ความพึงพอใจในการทำงานร่วมกับเพื่อน อสส.	2.77	0.51	สูง

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

n = 143				
ข้อ	แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	\bar{x}	S.D	ระดับ
18.	เมื่อเจ็บป่วยหรือได้รับความเดือดร้อนในเรื่องส่วนตัวหรือเรื่องงาน เพื่อน อสส.ให้ความเห็นใจและช่วยเหลือ	2.72	0.54	สูง
19.	เมื่อเจ็บป่วย หรือได้รับความเดือดร้อนในเรื่องส่วนตัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความเห็นใจและช่วยเหลือ	2.62	0.61	สูง
20.	การที่ท่านได้รับเข็มเช็ดขูเกียรติตามระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ทำให้ท่านรู้สึกภาคภูมิใจ	2.68	0.61	สูง

จากตารางที่ 4.5 ผลการศึกษาแรงจูงใจในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานรายด้าน และรายข้อ พบว่า เมื่อพิจารณารายด้าน ส่วนใหญ่แรงจูงใจในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง โดยเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ ปัจจัยคำจุน และปัจจัยจูงใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 และ 2.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.42 และ 0.53 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายข้อของแต่ละด้าน พบรายละเอียด ดังนี้

1. **ปัจจัยจูงใจ** พบว่า อสส. ส่วนใหญ่ มีปัจจัยจูงใจในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานในระดับสูง ($\bar{X} = 2.71$, S.D.=0.55) เมื่อพิจารณารายข้อ พบรายละเอียด ดังนี้ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 10 “ในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน มีโอกาสให้ท่านพัฒนาความรู้ใหม่ๆ ให้กับตนเอง” ($\bar{X} = 2.82$, S.D.=0.44) รองลงมาคือ ข้อ 1 “การได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข” ($\bar{X} = 2.75$, S.D.=0.55) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อ 5 “ชาวบ้านในชุมชนที่ท่านรับผิดชอบให้การยกย่องชมเชยการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานของท่าน” ($\bar{X} = 2.31$, S.D.=0.63)

2. **ปัจจัยคำจุน** อสส. ส่วนใหญ่ มีปัจจัยคำจุนในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานในระดับสูง ($\bar{X} = 2.85$, S.D.=0.42) เมื่อพิจารณารายข้อ พบรายละเอียด ดังนี้ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 16 “ความพึงพอใจในการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข” ($\bar{X} = 2.91$, S.D.=0.37) รองลงมาคือ ข้อ 13 “เมื่อมีปัญหา สามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเจ้าหน้าที่รับฟัง และให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี” ($\bar{X} = 2.87$, S.D.=0.45) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อ 11 “เพื่อนอสส.มักจะมาขอคำแนะนำการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานจากท่าน” ($\bar{X} = 2.43$, S.D.=0.67)

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานครที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ การมีส่วนร่วมคิด การมีส่วนร่วมดำเนินงาน การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมประเมินผล โดยจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานเป็นรายด้าน รายข้อ และโดยภาพรวม ผลการศึกษาสรุปได้ดังตารางที่ 4.6 และตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามระดับของปัจจัยการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานโดยภาพรวม

n = 143

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (19.00-31.66 คะแนน)	20	14.0
ระดับปานกลาง (31.67-44.33 คะแนน)	44	30.8
ระดับสูง (44.34-57.00 คะแนน)	79	55.2
$\bar{X} = 43.21$, S.D. = 10.67, Min = 19, Max = 57		

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.2 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 14.0

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

n = 143

ข้อ	ปัจจัยการมีส่วนร่วม	\bar{x}	S.D	ระดับ
I. ร่วมคิด		2.21	0.72	ปานกลาง
1.	ท่านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อน อสส.วิเคราะห์สาเหตุของโรคเบาหวานในชุมชน	2.28	0.63	ปานกลาง
2.	ท่านและเพื่อน อสส.ร่วมกันจัดทำแผนงาน หรือโครงการเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชน	2.19	0.67	ปานกลาง

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ข้อ	ปัจจัยการมีส่วนร่วม	\bar{x}	S.D	ระดับ
3.	ท่านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเพื่อน อสส. จัดทำแผนกิจกรรมการคัดกรอง โรคเบาหวานในชุมชน	2.24	0.76	ปานกลาง
4.	ท่านกับเพื่อน อสส. ร่วมกันคัดเลือกคนเข้ามา ช่วยในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ในชุมชน	2.17	0.76	ปานกลาง
II. ร่วมดำเนินงาน		2.48	0.72	สูง
5.	ท่านได้รับการชี้แจงให้ทราบบทบาทหน้าที่ ในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคเบาหวาน	2.52	0.68	สูง
6.	ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชน	2.35	0.69	สูง
7.	ท่านได้ดำเนินการให้ความรู้เรื่อง โรคเบาหวานแก่ประชาชนในชุมชน	2.43	0.67	สูง
8.	ท่านมีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคเบาหวานใน ชุมชนด้วยการวัดความดันโลหิตให้แก่ผู้มีอายุ มากกว่า 35 ปี	2.52	0.70	สูง
9.	ท่านได้ให้คำแนะนำผู้มีภาวะเสี่ยงต่อ โรคเบาหวาน ให้ไปรับการตรวจยืนยันที่ สถานบริการสาธารณสุข	2.58	0.63	สูง
10.	ท่านติดตามเยี่ยมผู้มีภาวะเสี่ยงและผู้ป่วย โรคเบาหวานที่บ้าน	2.22	0.71	ปานกลาง
11.	เพื่อน อสส. มักจะมาขอคำแนะนำการ ปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานจากท่าน	2.43	0.67	สูง
12.	ท่านมีส่วนร่วมในการติดต่อประสานงานจาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเฝ้า ระวังโรคเบาหวานในชุมชน	2.38	0.34	สูง

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

				n = 143
ข้อ	ปัจจัยการมีส่วนร่วม	\bar{x}	S.D	ระดับ
III. ร่วมรับผลประโยชน์		2.17	0.74	ปานกลาง
13.	ท่านมีโอกาสได้รับความรู้จากการประชุม/อบรมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน	2.48	0.66	สูง
14.	ท่านมีส่วนทำให้ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	2.38	0.66	สูง
15.	ท่านสามารถนำผลการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานของท่าน ไปประกวด อสส.ดีเด่นได้	1.77	0.76	ต่ำ
16.	ท่านได้รับการยกย่อง ชมเชยจากประชาชนในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน	2.02	0.74	ปานกลาง
IV. ร่วมประเมินผล		2.03	0.71	ปานกลาง
17.	ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชนอย่างต่อเนื่องทุกเดือน	2.20	0.75	ปานกลาง
18.	ท่านเสนอปัญหาและอุปสรรคที่พบในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชนแก่คณะกรรมการชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.13	0.77	ปานกลาง
19.	ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชนแก่คณะกรรมการชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.24	0.76	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.7 ผลการศึกษาปัจจัยการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานรายด้าน และรายชื่อ พบว่า เมื่อพิจารณารายด้าน ส่วนใหญ่การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านร่วมคิด ด้านร่วมรับผลประโยชน์ และด้านร่วมประเมินผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.21, 2.17 และ 2.03 ตามลำดับ ส่วนด้านร่วมดำเนินงานอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.48

เมื่อพิจารณารายชื่อของแต่ละด้าน พบรายละเอียด ดังนี้

1. **ด้านการมีส่วนร่วมคิด** พบว่า อสส. ส่วนใหญ่การมีส่วนร่วมคิดในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.21, S.D.=0.72$) และในรายชื่อจะพบว่า ข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 1 “ท่านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อน อสส.วิเคราะห์สาเหตุของโรคเบาหวานในชุมชน” ($\bar{X} = 2.28, S.D.=0.63$) ส่วนข้อที่มีความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 4 “ท่านกับเพื่อน อสส. ร่วมกันคัดเลือกคนเข้ามาช่วยในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชน” ($\bar{X} = 2.17, S.D.=0.76$)

2. **ด้านการมีส่วนร่วมดำเนินงาน** พบว่า อสส. มีส่วนร่วมดำเนินงาน ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.48, S.D.=0.72$) และในรายชื่อจะพบว่า ข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 9 “ท่านได้ให้คำแนะนำผู้มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ให้ไปรับการตรวจยืนยันที่สถานบริการสาธารณสุข” ($\bar{X} = 2.58, S.D.=0.63$) ส่วนข้อที่มีความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 11 “ท่านได้รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องเฝ้าระวังให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ” ($\bar{X} = 2.22, S.D.=0.71$)

3. **ด้านการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์** พบว่า ส่วนใหญ่ อสส. มีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.17, S.D.=0.74$) ในรายชื่อจะพบว่า ข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 13 “ท่านมีโอกาสได้รับความรู้จากการประชุม/อบรมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน” ($\bar{X} = 2.48, S.D.=0.66$) ส่วนข้อที่มีความคิดเห็นเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 15 “ท่านสามารถนำผลการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานของท่าน ไปประกวด อสส.ดีเด่นได้” ($\bar{X} = 1.77, S.D.=0.76$)

4. **ด้านการมีส่วนร่วมประเมินผลการปฏิบัติงาน** พบว่า ส่วนใหญ่ อสส.มีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงาน ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.03, S.D.=0.71$) และในรายชื่อจะพบว่า ข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 19 “ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชนแก่คณะกรรมการชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข” ($\bar{X} = 2.24, S.D.=0.76$) ส่วนข้อที่มีความคิดเห็นเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 18 “ท่านเสนอปัญหาและอุปสรรคที่พบในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชนแก่คณะกรรมการชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข” ($\bar{X} = 2.13, S.D.=0.77$)

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน

ในการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ปัจจัยเชิงจิตในการปฏิบัติงาน กับ การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ขอนำเสนอเป็น 2 ส่วน ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

5.1 การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากรในด้าน เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และการได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน กับ การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test = χ^2) สรุปได้ดังตารางที่ 4.8

5.2 การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณกับตัวแปรตามที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากรในด้าน อายุ รายได้ ประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แรงจูงใจ กับ การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient , r) สรุปได้ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรกับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน

n = 143

คุณลักษณะประชากร	ระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน			χ^2	df	p-value
	ต่ำ-ปานกลาง	สูง	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ				4.076	2	0.130
ชาย	7 (33.3)	14 (66.7)	21 (100.0)			
หญิง	57 (46.7)	65 (53.3)	122 (100.0)			
รวม	64 (44.8)	79 (55.2)	143 (100.0)			

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

n = 143

คุณลักษณะ ประชากร	ระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน			χ^2	df	p-value
	ต่ำ-ปานกลาง	สูง	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
สถานภาพสมรส				13.837	4	0.008**
โสด	11 (40.7)	16 (59.3)	27 (100.0)			
คู่	45 (48.9)	47 (51.1)	92 (100.0)			
หม้าย/หย่า/แยก	8 (33.3)	16 (66.7)	24 (100.0)			
รวม	64 (44.8)	79 (55.2)	143 (100.0)			
ระดับการศึกษา				7.208	8	0.514
ประถมศึกษา	28 (43.1)	37 (56.9)	65 (100.0)			
มัธยมศึกษา	11 (42.3)	15 (57.7)	26 (100.0)			
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13 (44.8)	16 (55.2)	29 (100.0)			
สูงกว่า ปวส./ อนุปริญญา	12 (52.17)	11 (47.83)	23 (100.0)			
รวม	64 (44.8)	79 (55.2)	143 (100.0)			

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

n = 143

คุณลักษณะ ประชากร	ระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน			χ^2	df	p-value
	ต่ำ-ปานกลาง	สูง	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
อาชีพ				3.095	6	0.797
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	25 (45.5)	30 (54.5)	55 (100.0)			
ไม่ได้ประกอบ	4 (28.6)	10 (71.4)	14 (100.0)			
อาชีพ/ว่างงาน						
รับจ้าง	16 (45.7)	19 (54.3)	35 (100.0)			
ค้าขาย/ธุรกิจ	19 (48.7)	20 (51.3)	39 (100.0)			
ส่วนตัว/รับราชการ /รัฐวิสาหกิจ						
รวม	64 (44.8)	79 (55.2)	143 (100.0)			
การได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน				3.472	2	0.176
ได้รับการอบรม	46 (42.2)	63 (57.8)	109 (100.0)			
ไม่ได้รับการ	18 (29.4)	16 (47.1)	34 (100.0)			
อบรม						
รวม	64 (44.8)	79 (55.2)	143 (100.0)			

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4.8 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า เพศหญิงมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.3 รองลงมาอยู่ใน

ระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 46.7 ส่วนเพศชายมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 66.7 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 33.3 ตามลำดับ

สถานภาพสมรสคู่มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.1 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ - ปานกลาง ร้อยละ 48.9 สถานภาพสมรสโสดและหม้าย/หย่า/แยก มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.3 และ 66.7 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 40.7 และ 33.3 ตามลำดับ

อสส.ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.9 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 43.1 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.2 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 44.8 การศึกษาระดับอนุปริญญาตรี มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.5 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 45.5

อสส.ที่เป็นแม่บ้าน/พ่อบ้านมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.5 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 45.5 อาชีพรับจ้างและค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 51.3 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 48.7 ส่วนไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงานมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.4 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง คือ ร้อยละ 28.6

การได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 57.8 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 42.2 การไม่ได้รับการอบรม มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 47.1 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 29.4

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรกับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และการได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 ที่ว่า “คุณลักษณะส่วนบุคคล (เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน) มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน”

ส่วนสถานภาพสมรสนั้นก็มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งจะเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 ที่ว่า “คุณลักษณะประชากร(สถานภาพสมรส) มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน”

ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ประสิทธิภาพการทำงาน (ปัจจัยเชิงใจ ปัจจัยคำนวณ) กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน

	จำนวน	r	p-value
คุณลักษณะประชากร			
อายุ	143	0.197	0.018 *
รายได้	143	-0.151	0.072
ประสิทธิภาพการทำงาน	143	0.078	0.355

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.9 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) พบว่า คุณลักษณะประชากรในด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับน้อย ($r=0.197$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งจะเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 ที่ระบุว่า "คุณลักษณะประชากร (อายุ) มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน" สำหรับรายได้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับน้อยในทิศทางตรงกันข้ามอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนประสิทธิภาพการทำงานนั้น มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่า "คุณลักษณะประชากร ได้แก่ รายได้ และ ประสิทธิภาพการทำงานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน"

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเบาหวานกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน

ปัจจัยลักษณะบุคคล	r	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	0.133	0.114

จากตารางที่ 4.10 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตใจกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	r	p-value
- ปัจจัยจูงใจ	0.460	0.000 (**)
- ปัจจัยค้ำจุน	0.280	0.037 (**)
รวม	0.433	0.001 (**)

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4.11 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) พบว่า แรงจูงใจโดยรวมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับปานกลาง ($r=0.433$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อพิจารณาแยกแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน พบว่า ปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับปานกลาง ($r=0.460$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนมีปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับน้อย ($r=0.280$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งนำไปตามสมมติฐานที่ 3 ที่ระบุว่า “ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน”

ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร พบว่า มีปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ซึ่งผู้ศึกษาได้แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ประกอบด้วย การสำรวจผู้ป่วยเบาหวาน การวางแผนการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชน การดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวาน การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานแก่ประชาชนในชุมชน การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเบาหวาน การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงาน การเสนอแนะปัญหาและอุปสรรคในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชนแก่กรรมการชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และข้อเสนอแนะอื่นๆเพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 4.12-4.13

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละปัญหาอุปสรรคในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

n = 143

ปัญหาอุปสรรค	ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน			
	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านการสำรวจผู้ป่วยเบาหวาน	27	18.9	116	81.1
2. ด้านการวางแผนการดำเนินงาน	18	12.6	125	87.4
3. ด้านการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน	32	22.4	111	77.6
4. ด้านการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	25	17.5	118	82.5
5. ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน	15	10.5	128	89.5
6. ด้านการมีส่วนร่วมประเมินผล	5	3.5	138	96.5
7. ด้านการเสนอแนะปัญหาแก่กรรมการชุมชน	5	3.5	138	96.5

จากตารางที่ 4.12 ผลการศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะมีรายละเอียด ดังนี้ ในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานของ อสส. ในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานครในแต่ละด้านพบว่า อสส. ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาอุปสรรค คิดเป็นร้อยละ 81.1 และมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ 18.9 โดยเรียงปัญหาจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการสำรวจผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ด้านการวางแผนการ

ดำเนินงาน ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน ด้านการมีส่วนร่วมประเมินผล และด้านการเสนอแนะปัญหา
แก่กรรมการชุมชน คิดเป็นร้อยละ 22.4, 18.9, 17.5, 12.6, 10.5, 3.5 และ 3.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะการการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

n = 143

ปัญหา / อุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ	ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน					
1.1 ขาดอุปกรณ์	32	22.38	สนับสนุนอุปกรณ์	32	22.38
2. ด้านการสำรวจผู้ป่วยเบาหวาน					
1 ประชาชนในชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ	27	18.88	เจ้าหน้าที่ออกพื้นที่ร่วมกับ อสส.	27	18.88
3. ด้านการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน					
3.1 เอกสารไม่เพียงพอ	25	17.48	ขอเอกสารเพิ่ม	25	17.48
4. ด้านการวางแผนการดำเนินงาน					
4.1 ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ	18	12.59	จัดกิจกรรมรณรงค์	7	4.90
5. ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน					
5.1 ผู้ป่วยซื้อยารับประทานเอง	15	10.49	เจ้าหน้าที่ช่วยเข้าไปแนะนำ	15	10.49
6. ด้านการมีส่วนร่วมประเมินผล					
ไม่นำความรู้ที่ได้รับจากการประชุมหรืออบรมไปดำเนินงานต่อในชุมชน	5	3.50	เจ้าหน้าที่ช่วยกระตุ้น อสส.	2	1.40
7. ด้านการเสนอแนะปัญหาแก่กรรมการชุมชน					
กรรมการชุมชนไม่เห็นความสำคัญไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมของ อสส.	5	3.50	เจ้าหน้าที่ชี้แจงกับกรรมการชุมชน	2	1.40

จากตารางที่ 4.13 พบว่า ในการศึกษาปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานของ อสส. เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้สรุปรวบรวมจากคำถามปลายเปิด พบว่าความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของ อสส. ต่อปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานในเขตสวนหลวง เรียงตามลำดับได้ดังนี้

1. ด้านการดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปัญหาและอุปสรรคที่พบ ได้แก่ ขาดอุปกรณ์การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานโดยมีผู้ตอบประเด็นนี้ร้อยละ 22.38 (32 คน) และผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 22.38 (32 คน) มีข้อเสนอแนะคือการให้การสนับสนุนอุปกรณ์การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน

2. ด้านการสำรวจผู้ป่วยเบาหวาน ปัญหาและอุปสรรคที่พบ ได้แก่ ประชาชนในชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ โดยมีผู้ตอบประเด็นนี้คิดเป็นร้อยละ 18.88 (27 คน) และผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 27 คน (ร้อยละ 18.88) มีข้อเสนอแนะคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรออกพื้นที่ร่วมกับ อสส.

3. การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานแก่ประชาชนในชุมชน ปัญหาและอุปสรรคที่พบ ได้แก่ เอกสารไม่เพียงพอ มีผู้ตอบประเด็นนี้ร้อยละ 17.48 (25 คน) และผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 17.48 (25 คน) มีข้อเสนอแนะคือ จัดเอกสารเพิ่มขึ้นให้พอเพียง

4. ด้านการวางแผนการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชน ปัญหาและอุปสรรคที่พบ ได้แก่ ประชาชนไม่ค่อยให้ความร่วมมือเท่าที่ควร โดยมีผู้ตอบประเด็นนี้ร้อยละ 12.59 (18 คน) และผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 4.90 (7 คน) มีข้อเสนอแนะคือ จัดกิจกรรมรณรงค์

5. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปัญหาและอุปสรรคที่พบ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่พบแพทย์ ซื่อร้ายประทานเอง ร้อยละ 10.49 (15 คน) ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 10.49 (15 คน) มีข้อเสนอแนะคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย

6. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงาน ปัญหาและอุปสรรคที่พบ ได้แก่ ไม่นำความรู้ที่ได้รับจากการประชุมหรืออบรมไปดำเนินงานต่อในชุมชน มีผู้ตอบคิดเป็นร้อยละ 3.5 (5 คน) และมีผู้ให้ข้อเสนอแนะคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยกระตุ้น อสส. ร้อยละ 1.40 (2 คน)

7. การเสนอแนะปัญหาและอุปสรรคในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชนแก่กรรมการชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัญหาและอุปสรรคที่พบ ได้แก่ กรรมการชุมชนไม่เห็นความสำคัญ ไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมของ อสส. ร้อยละ 3.50 (5 คน) มีผู้ให้ข้อเสนอแนะคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชี้แจงกับประธานชุมชนให้เข้าใจงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 1.40 (2 คน)

8. ข้อเสนอแนะอื่นๆเพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ได้แก่ ขอสนับสนุน
อุปกรณ์ ต้องการอุปกรณ์ในการตรวจหาน้ำตาล ขอเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมปฏิบัติงานด้วย
บางครั้ง เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ ให้อสส.ร่วมกันวัดความดันโลหิต และตรวจหาน้ำตาลในชุมชน
สร้างการณรงค์ให้มากขึ้น เช่น สื่อโทรทัศน์ วิทยุ เป็นต้น อบรมความรู้ในการรักษาโรคอย่างถูกวิธี
ให้แก่ อสส. ควรมีงบประมาณสนับสนุนการทำงานของ อสส. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเข้าไป
ให้บริการเจาะเลือดแก่ประชาชนในชุมชนทุกเดือน อสส.ทุกคนควรได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
อย่างสม่ำเสมอ จัดอบรมให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานให้รู้จักการปฏิบัติตัว ดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ อสส.
เป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ประชาชน เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ต้องการเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขเยี่ยมบ้านเป็นประจำ

บทที่ 5

สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์การศึกษา วิธีดำเนินการศึกษา และผลการศึกษา ดังนี้

1. สรุปผลการศึกษา

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาคุณลักษณะประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร (2) เพื่อศึกษาระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร (3) เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน (4) เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร (5) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร (6) เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค ในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

1.2 สมมติฐานการวิจัย

1.2.1 คุณลักษณะประชากร ประกอบด้วย เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, ประสบการณ์การทำงาน, การได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

1.2.2 ความรู้เรื่องโรคหวน ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค และการเฝ้าระวังโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

1.2.3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจ, ปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

1.3 วิธีดำเนินการวิจัย

1.3.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร จำนวน 222 คน โดยใช้หลักการคำนวณของยามานะ (Yamanac 1973) อ้างใน บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2540:71) คำนวณหาขนาดตัวอย่าง ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 143 คน

1.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้น โดยการศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรมที่ข้อง โดยแบ่งเป็น 6 ส่วน คือ 1) ข้อมูลคุณลักษณะประชากร 2) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 3) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน 4) ปัจจัยการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน และ 5) ปัญหา อุปสรรค ในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน

1.3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ หาค่าความเที่ยงชนิดเชิงความสอดคล้องภายในของเนื้อหาของแบบสอบถามความรู้ (Reliability) โดยใช้วิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ด้วยสูตร KR - 20 ได้ค่าเท่ากับ 0.62 และหาความเที่ยงของแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยการมีส่วนร่วมของ อสส. โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.8551 และ 0.9439 ตามลำดับ

1.3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 26-30 มิถุนายน 2551 โดยขอความร่วมมือ และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้รับคืนจำนวน 143 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100.0 นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อเตรียมข้อมูลสำหรับการนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1.3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายคุณลักษณะประชากร ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของ อสส. ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากร ในด้าน เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

อาชีพ การได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวานกับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ด้วย การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test = χ^2) และการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณกับตัวแปรตามที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรในด้าน อายุ รายได้ ประสบการณ์การทำงาน ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients)

1.4 ผลการศึกษา

1.4.1 คุณลักษณะประชากรของ อสส. จากการศึกษ พบว่า อสส. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.3 อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 29.4 อายุเฉลี่ย 50.23 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 45.5 เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 38.5 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยเฉลี่ยเท่ากับ 9,156.92 บาท มีประสบการณ์การทำงาน 1-7 ปี มากที่สุด ร้อยละ 72.0 ระยะเวลาเฉลี่ย 5.50 ปี ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน ร้อยละ 76.2

1.4.2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่า ในภาพรวมระดับความรู้ของ อสส.ส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.5

1.4.3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน พบว่า ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสส. โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.6 เมื่อพิจารณาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในแต่ละด้าน พบว่า ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับสูงทุกด้าน

1.4.4 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของ อสส. โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.2 เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมรายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมดำเนินงาน อยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 2.48) ส่วนการมีส่วนร่วมคิด (\bar{X} = 2.21) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ (\bar{X} = 2.17) และ การมีส่วนร่วมประเมินผล (\bar{X} = 2.03) มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ ปานกลาง

1.4.5 ผลการวิจัยตามสมมติฐาน

1) คุณลักษณะประชากร ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน รายได้ ประสบการณ์การทำงาน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของ อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า คุณลักษณะประชากร ประกอบด้วย เพศ

ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน รายได้ ประสบการณ์การทำงาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน

ส่วนคุณลักษณะประชากร ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับกับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า คุณลักษณะประชากร ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน

2) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค และการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค และการเฝ้าระวังโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน

3) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจ, ปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน

1.4.6 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ของ อสส.

ในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร อสส.มีข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ ดังนี้

- 1) ด้านการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า อสส.ขาดอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 22.38 เสนอว่าควรสนับสนุนอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 22.38
- 2) ด้านการสำรวจผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ประชาชนในชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ ร้อยละ 18.88 เสนอว่าเจ้าหน้าที่ควรออกพื้นที่ร่วมกับ อสส. ร้อยละ 18.88
- 3) ด้านการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่า เอกสารไม่เพียงพอ ร้อยละ 17.48 เสนอว่าควรจัดหาเอกสารเพิ่มให้แก่ อสส. ร้อยละ 17.48
- 4) ด้านการวางแผนการดำเนินงาน พบว่า ประชาชนในชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ ร้อยละ 12.59 เสนอว่าควรจัดกิจกรรมรณรงค์ ร้อยละ 4.90

5) ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ป่วยชื่อยารับประทานเอง ร้อยละ 10.49 เสนอว่า ควรให้เจ้าหน้าที่ช่วยเข้าไปแนะนำ ร้อยละ 10.49

6) ด้านการมีส่วนร่วมประเมินผล พบว่า อสส.ไม่นำความรู้ไปปฏิบัติ ร้อยละ 3.50 เสนอว่า ควรให้เจ้าหน้าที่ช่วยกระตุ้น ร้อยละ 1.40

7) ด้านการเสนอแนะปัญหาแก่กรรมการชุมชน พบว่า กรรมการไม่เห็นความสำคัญของงานอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 3.50 เสนอว่า ควรให้เจ้าหน้าที่ชี้แจงกับกรรมการชุมชน

2. อภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาคุณลักษณะประชากร ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน และปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ผู้ศึกษาขออภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

2.1 ระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

จากการศึกษาพบว่า อสส.ส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 89.5 อสส. มีประวัติการได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน ร้อยละ 76.2 อาจอธิบายได้ว่าเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการสอดแทรกความรู้เรื่องโรคเบาหวานอย่างสม่ำเสมอในการประชุมประจำเดือน ณ ห้องประชุมศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์ – สูดสาคร ตูจินดา ทุกวันพุธสัปดาห์ที่ 4 ของเดือน ทำให้ อสส.ได้รับความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนา แม้นพยัคฆ์ (2541: 72) ที่พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 98.9 ของปิยนารถ สิงห์ชู (2547 : 81) พบว่า อสม.มีความรู้ในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก และประเสริฐ บินตะคุ และไพโรจิตร ศิริมงคล (2549: 35) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับความรู้การเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้หวัดนก อยู่ในระดับมาก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวรภรณ์ อึ้งพานิชย์ และคนอื่นๆ (2548: 47) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ ขอนัทธมน เฉียบแหลม (2544 : 54, 86) พบว่า อสม. มีความรู้ในการดำเนินงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของพัชรินทร์ สมบูรณ์ (2547 : 101, 111) พบว่า อสม. มีความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง อยู่ในระดับปานกลาง

2.2 ระดับแรงจูงใจ

จากการศึกษาพบว่า อสส. มีระดับปัจจัยจูงใจในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาด้าน พบว่า ระดับปัจจัยจูงใจและระดับปัจจัยค้ำจุน อยู่ในระดับสูง เช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขพึงพอใจในการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ได้ และเจ้าหน้าที่ให้ความช่วยเหลือตลอดจนรับฟังข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณุช บุญยะกมล (2542 : 73-78) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่มีแรงจูงใจและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2542 : 84) และการศึกษาของจิราภา สุขสวัสดิ์ (2547 : 41 - 51) พบว่า ปัจจัยจูงใจการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง

2.3 ระดับการมีส่วนร่วม

จากการศึกษาพบว่า อสส. มีระดับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจนการได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างสม่ำเสมอในการประชุมประจำเดือน ระดับการมีส่วนร่วมจึงอยู่ในระดับสูง ไม่สอดคล้องกับการศึกษา จันทิมา ลิ้มหัน (2543 :84-85) พบว่าการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อยู่ในระดับปานกลางทั้งภาพรวมและรายด้าน ชวนพิศ มหาพรหม (2544 :105) พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง อยู่ในระดับปานกลางทั้งภาพรวมและรายด้าน ประภา วัฒนชีพ (2547: 60) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วมในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพในระดับปานกลาง สนิท องค์กรสารา (2546 : 44) พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้และสัตว์ป่าพื้นที่เขตห้ามล่าสัตว์ เขาน้ำพราย จังหวัดตรัง ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ เมื่อจำแนกการมีส่วนร่วมเป็นรายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมดำเนินงานมีระดับสูง ส่วนการมีส่วนร่วมคิด ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล มีระดับปานกลาง โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.3.1 การมีส่วนร่วมในการคิด จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของประภา วัฒนชีพ(2547: 60) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมด้านร่วมคิดของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาของ จันทิมา ลิ้มหัน (2543 :84-85) พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อยู่ในระดับปานกลางทั้งภาพรวมและรายด้าน ชวนพิศ

มหาพรหม (2544 :105) พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง อยู่ในระดับปานกลางทั้งภาพรวมและรายด้าน

2.3.2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จากการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วม ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ซึ่งแตกต่างจาก ประภา วัฒนชีพ(2547:60) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ มีระดับปานกลาง จันทิมา ลิ้ม หัน (2543 :84-85) พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อยู่ในระดับปานกลางทั้งภาพรวมและรายด้าน ชวนพิศ มหาพรหม (2544 :105) พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง อยู่ในระดับปานกลางทั้งภาพรวมและรายด้าน

2.3.3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ จากการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา ลิ้ม หัน (2543 :84-85) พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อยู่ในระดับปานกลางทั้งภาพรวมและรายด้าน ชวนพิศ มหาพรหม (2544 :105) พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง อยู่ในระดับปานกลางทั้งภาพรวมและรายด้าน

2.3.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล จากการศึกษาพบว่าระดับการมีส่วนร่วมในการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา วัฒนชีพ(2547: 60) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในด้านการติดตามประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง จันทิมา ลิ้ม หัน (2543 :84-85) พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อยู่ในระดับปานกลางทั้งภาพรวมและรายด้าน ชวนพิศ มหาพรหม (2544 :105) พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง อยู่ในระดับปานกลางทั้งภาพรวมและรายด้าน

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรกับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข

คุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ประสิทธิภาพการทำงาน และการได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน

2.4.1 เพศ จากการศึกษาพบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข อาจเนื่องมาจาก เพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย ปัจจุบันเพศชายและเพศหญิงมีความเท่าเทียมกันในการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพหรือทางสังคมอื่นๆ มีความเสียสละเพื่อส่วนรวม การดูแลประชาชนที่รับผิดชอบด้านสภาวะสุขภาพ รวมทั้งการเข้าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขไม่ได้มีการกำหนดว่าต้องเป็นเพศชายหรือเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สราวุธ วัลย์ชพฤกษ์ (2543 : 127) จันทิมา ลิ้ม หัน (2543 : 73) ซึ่งพบว่า เพศไม่

มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชวนพิศ มหาพรหม (2544 :105) พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง การศึกษาของจิราภา สุขสวัสดิ์ (2547 : 55) วิรัตน์ ศรีรักษ์ (2546 : 97) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน และการศึกษาของประเสริฐ บินตะคุ และไพจิตร ศิริมงคล(2549: 49) ที่พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข

2.4.2 อายุ จากการศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของชวนพิศ มหาพรหม (2544 :105) พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง รวมทั้งการศึกษาของวรภรณ์ อึ้งพานิชย์ และคนอื่นๆ (2548: 65-66) ที่พบว่า อายุ มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข สราวุธ วัลย์ชพฤกษ์ (2543 : 125) รวมทั้งการศึกษาของ จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547 : 55) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวรนุช บุญยะกมล (2542:73-78) ที่พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ยุคนธ์ ชูติปัญญาบุตร (2546 : 98) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน จันทิมา ลิ้มหัน (2543 : 74) ซึ่งพบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ทั้งนี้การที่อายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข อาจเนื่องมาจาก อสม. ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40 – 49 ปี ความรับผิดชอบในการดำเนินงานต่างๆ ย่อมมีมากกว่า อสม.ที่มีอายุน้อย อีกทั้งการรูปแบบการทำงานที่เหมือนกัน มีคู่มือในการปฏิบัติงานและมีเป้าหมายในการทำงานเหมือนกัน โดยมีรูปแบบในการทำงานเป็นรูปแบบเดียวกัน จึงทำให้ทุกคนสามารถปฏิบัติได้แต่ความพร้อมและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน อสม.ซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 40 – 49 ปีอาจจะมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ

2.4.3 สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า อสม. ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ มีวุฒิภาวะและความพร้อมของครอบครัว ประกอบกับกระแสนการทำงานเพื่อสังคมที่มีความสนใจกันมาก ทำให้งานอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นงานที่สามารถตอบสนองความต้องการส่วนนี้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา จึงสง่างาม (2541:75-76,91-92) พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่รวมทุกด้าน และประภา วัฒนชีพ (2547: 61) ที่พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้อง

กับการศึกษาของของวรนุช บุญยะกมล (2542:73-78) ที่พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

2.4.4 ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรนุช บุญยะกมล (2542:73-78) ที่พบว่า การศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ยุคนธ์ ชูติปัญญะบุตร (2546 : 98) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสรารุช วลัยุช พฤกษ์ (2543 : 126) พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อศักยภาพของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จันทิมา ลิ่มหัน (2543 : 75) ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง และการศึกษาของจิราภา สุขสวัสดิ์ (2547 : 55) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ทั้งนี้การที่ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข อาจเนื่องมาจาก อสส.ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา จึงทำให้มีข้อแตกต่างกันในเรื่องระดับการศึกษาน้อย และ อสส.ได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานในการประชุมประจำเดือนอยู่เสมอ

2.4.5 อาชีพ จากการศึกษาพบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านหรือพ่อบ้าน รองลงมาได้แก่ ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว และอาชีพรับจ้าง ซึ่งอาจเป็นการประกอบอาชีพในพื้นที่ทำให้การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเรื่องโรคเบาหวานในบางช่วงเวลาไม่กระทบกับการประกอบอาชีพ จึงพบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับอุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2542 : 87 - 88) เช่นเดียวกับการศึกษาของยุคนธ์ ชูติปัญญะบุตร (2546 : 100) พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสรารุช วลัยุช พฤกษ์ (2543 : 128) จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547 : 55) รวมทั้งประเสริฐ บินตะคุ และไพจิตร ศิริมงคล (2549: 49) ที่พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน

2.4.6 รายได้ จากการศึกษาพบว่า รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข อสส.ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า เนื่องมาจากการเป็น อสส. มีความเสียสละ ทำงานเพื่อส่วนรวม เมื่อเข้ามาเป็นอสส.แล้ว ย่อมคำนึงถึงสุขภาพของประชาชนเพื่อให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถดำเนินงานจึงไม่จำเป็นต้องมีรายได้อีก โดยสอดคล้องกับการศึกษาของวรนุช บุญยะกมล (2542:73-78) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์

ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในศูนย์สุขภาพชุมชนกรุงเทพมหานคร สราวุธ วลัยชุกฤษดิ์ (2543 : 128) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2542 : 88) และการศึกษาของจิราภา สุขสวัสดิ์ (2547 : 55) รวมทั้งการศึกษาของประเสริฐ บินตะกูและไพจิตร ศิริมงคล (2549 : 49) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ทั้งนี้การที่รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข

2.4.6 ประสพการณ์การทำงาน จากการศึกษาพบว่า ประสพการณ์การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข อาจเนื่องมาจากกระแสการทำงานเพื่อสังคมที่ได้รับการยอมรับเป็นวงกว้าง นโยบายการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมาเปิดกว้างให้ อสส.มีส่วนร่วมมากขึ้น ด้วยวิธีการคัดกรองง่ายๆ ที่ อสส.สามารถทำได้ไม่ยาก ทำให้ประสพการณ์การทำงานที่อาสาสมัครสาธารณสุขไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณุช บุญยะกมล (2542:73-78) ที่พบว่า ประสพการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข เช่นเดียวกับการศึกษาของอุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2542 : 88 – 89) พบว่า ระยะเวลาที่เป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของยุคนธ์ ชูดิปัญญาบุตร (2546 : 99) และจิราภา สุขสวัสดิ์ (2547 : 55) รวมทั้งเช่นเดียวกับวราภรณ์ อึ้งพานิชย์และคนอื่นๆ (2548 : 65 - 66) พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม.มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ วราภรณ์ อึ้งพานิชย์และคนอื่นๆ (2548: 65-66)

2.4.7 การได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า การได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ได้รับการอบรม มีส่วนน้อยที่ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน แต่มีระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานโดยรวมในระดับสูง อาจเนื่องมาจากมีการสอดแทรกเรื่องโรคเบาหวานทั้งด้านความรู้ทั่วไป ภาวะแทรกซ้อนของโรค การเฝ้าระวังโรค อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอในการประชุมประจำเดือนของ อสส. ทำให้การเข้ารับการอบรมหรือการไม่ได้เข้ารับการอบรมไม่สัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2542 : 90) พบว่า การฝึกอบรมตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา จึงสง่างาม (2541:75-76,91-92)พบว่า การฝึกอบรม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่รวมทุกด้าน การศึกษาของ กรแก้ว ทัทมาลัย (2544 : 50 - 70)

พบว่า การได้รับการอบรมการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารจัดการด้านการวางแผน การประเมินผล และรวมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประภา วุฒิกุล (2547 : 84 - 95) พบว่า การฝึกอบรมและศึกษาดูงานในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. อยู่ในระดับมาก และการศึกษาของยุพพร สุภาคี (2547 : 81 - 87) พบว่า การได้รับการฝึกอบรมและศึกษาดูงานในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอยู่ในระดับมาก

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเบาหวานกับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข

จากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข อาจเนื่องมาจาก การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มเป้าหมายเป็นนโยบายจากส่วนกลาง แม้อาสาสมัครสาธารณสุขที่ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง แต่การปฏิบัติงานเป็นไปตามนโยบายที่กำหนดไว้เป็นหลัก ในทางปฏิบัติ อสส.ปฏิบัติเหมือนกันตามนโยบาย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานจึงไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมประเสริฐ บินตะคุ และไพจิตร ศิริมงคล (2549: 49) ที่พบว่า ความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของอาสาสมัครสาธารณสุข แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนา แม้นพยัคฆ์ (2541: 106-109) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับความพร้อมและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้คำปรึกษาแนะนำในระดับชุมชนเกี่ยวกับโรคเอดส์

2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข

จากการศึกษาพบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานโดยรวมทุกด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแรงจูงใจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยตรง เช่น การที่สามารถทำงานได้สำเร็จตามเป้าหมาย การได้รับการยอมรับนับถือ การได้รับการพัฒนาทางทักษะ รวมทั้งความรับผิดชอบที่มีต่องานซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรนุช บุญยะกมล (2542:73-78) ที่พบว่าปัจจัยจูงใจ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ บุญสาตี พิทักษ์ (2542 : 76 - 84) เช่นเดียวกับการศึกษาของจิราภา สุขสวัสดิ์ (2547 : 41 - 51) พบว่าปัจจัยจูงใจการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง

2.6.1 ด้านปัจจัยจูงใจ เป็นปัจจัยที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดความภาคภูมิใจในการดำเนินงานที่เสร็จสิ้นตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย สำหรับการศึกษาปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขนั้น พบว่า ปัจจัยจิตใจมีระดับสูง ทั้งนี้อาสาสมัครสาธารณสุขอาจเกิดความภาคภูมิใจจากการที่ได้ทำการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการตรวจคัดกรองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณช บุญยะกมล (2542:73-78) ที่พบว่า ปัจจัยจิตใจด้านความสำเร็จในงานที่ทำ สามารถอธิบายความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของสราวุธ วัลัญชพฤกษ์ (2543:116) ที่พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการวางแผนงานสาธารณสุข คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. จังหวัดอุดรธานี

2.6.2 ด้านปัจจัยค้ำจุน จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจาก อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ พึงพอใจที่ได้ปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่ได้ ซึ่งเจ้าหน้าที่รับฟังและให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขยังได้รับกำลังใจจากเจ้าหน้าที่ด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณช บุญยะกมล (2542 : 73-78) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ปัจจัยจิตใจและปัจจัยค้ำจุน

3. ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษากการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

3.1.1 จากการศึกษาพบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ปัจจัยจิตใจ และปัจจัยค้ำจุน มีระดับสูง ดังนั้น ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครควรสร้างแรงจูงใจให้อาสาสมัครสาธารณสุขโดยการยกย่องชมเชย ยอมรับความสามารถ จัดทำเกียรติบัตร เพื่อยกย่องเชิดชูเกียรติ ตลอดจนจัดให้มีการนำเสนอผลงานไปเผยแพร่เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

3.1.2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานโดยภาพรวม มีระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการมีส่วนร่วมคิด ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ดังนั้น ควรส่งเสริม พัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการมีส่วนร่วมคิด ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล ซึ่งเป็นสิ่งที่จะผลักดันให้ อสม. รู้สึกภาคภูมิใจและมีส่วนร่วม

อย่างจริงจังในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพของประชาชน อันจะนำไปสู่การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของ อสส. ในการปฏิบัติงาน สาธารณสุขมูลฐาน เพื่อประเมินความต้องการและหาแนวทางในการสนับสนุนให้ อสส. ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2.2 ควรศึกษาปัจจัยที่ทำให้ อสส.มีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาต่างๆที่จะ ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น

3.2.3 ควรศึกษาความสามารถของ อสส. ตามภาระงานหลักของกิจกรรมด้าน สาธารณสุขมูลฐาน เพื่อหารูปแบบของการดำเนินงานที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ในการ ปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรแก้ว ทัทมาลัย (2544) “ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2537) รายงานการประชุมวิชาการ โรคไม่ติดต่อ ครั้งที่ 1 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อ่างใน เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2542): ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หน้า 12
- กรมควบคุมโรค (2547) คู่มือแนวทางการดำเนินงานเป้าหมาย ตัวชี้วัด การป้องกันควบคุมโรค ไม่ติดต่อ ปีงบประมาณ 2548 กลุ่มงานส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หน้า 12
- กรองแก้ว อยู่สุข (2541) พฤติกรรมองค์การ กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- กาญจนา วสุศิริกุล (2542) “ขวัญในการปฏิบัติงานของบุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต(การบริการศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ (2547) พลวัตสุขภาพกับการพึ่งตนเอง ภาคชนบท กรุงเทพฯ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
- จรัส แต่งเล็ก (2542) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในสถานอนามัย” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- จันทิมา ลิ้มหัน (2543) “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจังหวัดตรัง” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- จีราภา สุขสวัสดิ์ (2547) “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ปี2547” วิทยานิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

- ชวนพิศ มหาพรหม(2544) “การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง
กรณีศึกษา อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล” สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ชินรัตน์ สมสืบ (2547) “รัฐประศาสนศาสตร์กับการมีส่วนร่วม” ใน *ประมวลทฤษฎีแนวคิด
ทฤษฎี และหลักการรัฐประศาสนศาสตร์* หน่วยที่ 12 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- ทองใบ สดขาลี (2543) *ภาวะผู้นำและการจูงใจ* พิมพ์ครั้งที่ 2 อุบลราชธานี คณะวิทยาการจัดการ
สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี
- ทองหล่อ เดชไทย (2540) *หลักการบริหารสาธารณสุข* นครปฐม สถาบันพัฒนาการสาธารณสุข
อาเซียน
- เทพ หิมะทองคำ (2542) *ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์* พิมพ์ครั้งที่ 7
กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์
- เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ. (2540). *พฤติกรรมองค์กร* พิมพ์ครั้งที่ 2
กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช.
- นัทธมน เจริญแหลม (2544) “ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์
สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดระยอง ปี 2543” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
- บุญเทียม อังสวัสดิ์. (2542) “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานของศูนย์อบรมเด็กก่อน
เกณฑ์ในวัด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรบัณฑิต แขนง
วิชาบริหารการศึกษา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2540) *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* พิมพ์ครั้งที่ 3
กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล
- ประพันธ์ บรรลูลี (2531) “ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมของประชาชนใน
การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของจังหวัดอุบลราชธานี” วิทยานิพนธ์ปริญญา
รัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ประภา วัฒนชีพ (2547) “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดจันทบุรี” วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

- ประภา วุฒิกุล (2547) “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดราชบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง
- ประสาน หอมพุด และทิพวรรณ หอมพุด (2540) *จิตวิทยาทั่วไปจิตวิทยาธุรกิจ* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร พิเศษการพิมพ์
- ประเสริฐ บินตะคุ และไพโรจตร ศิริมงคล (2549) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข กิ่งอำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย” เอกสารเผยแพร่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ออนไลน์) ค้นคืนวันที่ 22 ธันวาคม 2549 จาก <http://library.hsri.or.th/th/index.php>
- ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2546) *กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา กรุงเทพมหานคร โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส.)*
- ปิยธิดา ตรีเดช (2532) *การนิเทศงานสาธารณสุข* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ปิยนารถ สิงห์ชู (2547) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลตำบลเวียงสระ อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
- ฝ่ายสาธารณสุขมูลฐาน กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย (2541) *การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าของกรุงเทพมหานคร* มปท
- พัชรินทร์ สมบูรณ์ (2547) “การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
- เพิ่มศักดิ์ วรรณยางกูร (2547) *จิตวิทยามนุษย์เชิงธุรกิจ* กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์วังอักษร
- ภาวนา กิริติคุณวงศ์ (2546) *การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร พี.เพรส
- ยงยุทธ เกตุสาคร (2541) *ภาวะผู้นำและการจูงใจ* กรุงเทพมหานคร ศูนย์เอกสารและตำรา สถาบันราชภัฏสวนดุสิต

- ยุคนธ์ ชุตติปัญญาบุตร (2546) “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.
ในเขตอำเภอแกลง จังหวัดระยอง” ปัญหาพิเศษปริญญารัฐประศาสนศาสตร
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา
- ยุพาพร สุภาคี (2547) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันเบื้องต้นเกี่ยวกับ
โรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใน
เขตพื้นที่เสี่ยงโรคเลปโตสไปโรซิส จังหวัดร้อยเอ็ด” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหา
บัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร
- วรรณช นุณยะกมล (2542) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ กับความพึงพอใจ
ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนกรุงเทพมหานคร”
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- วรรณภา ศรีธีรรัตน์ (2540) “กระบวนการดูแลตนเองของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวาน : A
grounded theory study.” *วารสารวิจัยทางการแพทย์* 1, 1 (เดือนมกราคม-มีนาคม)
: 71-91
- วราภรณ์ อึ้งพานิชย์ และคนอื่นๆ (2548) “ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเพื่อการป้องกันควบคุม
โรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านที่พบและไม่พบการระบาดของ
โรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีกในประเทศไทย” รายงานการวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุม
โรคที่ 2,3,6,7,9,11 สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- วัฒนา แม้นพยัคฆ์ (2541) “ความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้คำปรึกษาแนะนำใน
ระดับชุมชนเกี่ยวกับโรคเอดส์ ในจังหวัดอุทัยธานี” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- วิรัตน์ ศรีรักษ์ (2546) “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอภูจินรายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์”
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาบัณฑิต
วิทยาลัย สถาบันราชภัฏมหาสารคาม
- วิริยา สุขวงศ์ (2545) เอกสารคำสอนวิชา สข.414 *โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ* ภาควิชา
สุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- วินัส ลิพท์กุล (2545) “โภชนศาสตร์ทางการแพทย์” *การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลใน
การประเมินภาวะโภชนาการ* กรุงเทพมหานคร บุญศิริการพัฒน์

- วีระวัฒน์ หมื่นมา (2550) “แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน
เมืองไทยแข็งแรงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดขอนแก่น”
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ศุภวรรณ มโนสุนทร (2542) “การพยาบาลโรคเบาหวาน” *การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์
และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง หนังสือชุดการดูแลและรักษากลุ่มโรคไม่
ติดต่อด้าน พฤติกรรมและวิถีชีวิต 7 : 150-153*
- สถิติกรุงเทพมหานคร (2547) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มสาเหตุการป่วย
(รง.505) 10 อันดับแรก ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ สาระสังเขป
ออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 16 มกราคม 2551 จาก
http://203.155.220.230/stat_search/frame.asp
- สถิติกรุงเทพมหานคร (2548) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มสาเหตุการป่วย
(รง.505) 10 อันดับแรก ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ สาระสังเขป
ออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 16 มกราคม 2551 จาก
http://203.155.220.230/stat_search/frame.asp
- สถิติกรุงเทพมหานคร (2549) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มสาเหตุการป่วย
(รง.505) 10 อันดับแรก ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ สาระสังเขป
ออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 16 มกราคม 2551 จาก
http://203.155.220.230/stat_search/frame.asp
- สนธิ องค์ศาลา (2546) “การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้และสัตว์ป่า
พื้นที่เขตห้ามล่าสัตว์เขาน้ำพราย จังหวัดตรัง” สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- สมเกียรติ เลิศสกุล (2543) “การส่งเสริมการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ
ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดบุรีรัมย์” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- สมเกียรติ วสุวิญญูกุล และไพโรจน์ สิ้นลารัตน์ (2541) *อายุรศาสตร์ทันยุค 4* กรุงเทพมหานคร
มหาวิทยาลัยมหิดล
- สมจิต หนูเจริญกุล (2539) *การดูแลตนเอง ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 4).
กรุงเทพมหานคร ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินติ้ง.
- สมศักดิ์ สุเมธยาจารย์ (2544) “ความรู้ทัศนคติ การดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วน
หน้าของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอสวี จังหวัดชุมพร”

- สรารุช วลัยชพฤกษ์ (2543) “ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการวางแผนพัฒนา และแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี” วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อการพัฒนาทรัพยากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สัมฤทธิ์ เหล็กท่าเจริญ (2546) “ปัญหาในการปฏิบัติงานของคณะผู้บริหารองค์การบริหาร ส่วนตำบล: ศึกษาเฉพาะกรณีองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตจังหวัดปทุมธานี” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (รัฐศาสตร์) มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- สาริมน ศิริสมบูรณ์เวช (2541) “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัด สุพรรณบุรี” วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(บริหารสาธารณสุข) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สาตี การรักษา (2539) *คู่มือศูนย์สุขภาพชุมชน* กรุงเทพฯ: ฝ่ายสาธารณสุขมูลฐาน กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย.
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2537) *ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เอกสารเผยแพร่สาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข*
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2547) *แนวทางการเฝ้าระวัง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและวัสดุภัณฑ์(ร.ส.พ.)
- สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (2549) “การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับบทบาทที่ กำลังเปลี่ยนแปลงในโครงการการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับ ยุทธศาสตร์การพัฒนา” (ออนไลน์) วันที่ 16 กันยายน 2550 จาก Website <http://libraly.hsri.or.th/cgi-bin/website>
- สุพจน์ จิตสงวนสุข (2543) “การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสระบุรี ปี 2543” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตศิลปศาสตร(สังคมศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุพัตรา จึงสง่างาม (2541) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่าย บริหารงานสาธารณสุข เทศบาลเมือง” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- แสงจันทร์ ศรีทะวงษ์ (2540) “ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ในจังหวัดร้อยเอ็ด” วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- อภิชาติ เกตุทัต (2541) “การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกทำงานใน
องค์กรพัฒนาเอกชน ระหว่างนักพัฒนารุ่นใหม่กับนักพัฒนารุ่นเก่า: ศึกษาเฉพาะกรณี
องค์กรพัฒนาเอกชนในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- อภิชาติ เมฆมาสิน (2547) *วันเบาหวานโลก ปี 2547* สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา)
- อัญชลี สิริพิทยาคุณกิจ (2548) “สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย” *Weekly
epidemiological surveillance report* 36(47) หน้า 826-828
- อุไรวรรณ บุญสาส์พิทักษ์ (2541: ง) “การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี” วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์
มหาบัณฑิต(บริหารสาธารณสุข) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- Cheah, J.S. (1998) *Management of obesity in NIDDM*. Singapore-Med-J 39(8) 380-4
- 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.
- Harold, F. G. (1997) *Administration in the Public Sector*. New York: Jogn Wiley & Sons
- White, A.T. (1982) “Why community participation: A discsion of arguments” *Assignment
Children* 59/60.18. อ้างถึงในสุพจน์ จิตสงวนสุข (2546) “การปฏิบัติงานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสระบุรี 2543” วิทยานิพนธ์
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- WHO. (1981). “National decition-making for primary health care.” a study by the UNICEF/WHO
Join committee on Health Policy, WHO, Geneva.
- World Health Organization. (1981) “Global Strategy for Health for All by the Year
2000”. Health for All. Series No.30. Geneva : WHO
- Zhou Bei Fan (2002) “The cooperative Meta analysis Group of Working Obesity in China”
*Predictive values of bodymass index circumference for risk factors of certain related
diseases in china study on optimal cut-off points of bodymass index and waist
circumference in China adult. Asia_Pacific Journal of clinical Nutrition* 58 : 5685

<http://203.157.184.7/Newaumpher/fileupload/147KPINCD51.doc> Retrived March 30, 2008

www.chatlert.worldmedic.com/docfile/pdm.doc Retrived February 17, 2008

[www.udo.moph.go.th/post-to-day/upload/900629968/KPI_ DM&HT&Stroke_ 26Dec2007 %](http://www.udo.moph.go.th/post-to-day/upload/900629968/KPI_DM&HT&Stroke_26Dec2007_5B1%5D.doc)

[5B1%5D.doc](http://www.udo.moph.go.th/post-to-day/upload/900629968/KPI_DM&HT&Stroke_26Dec2007_5B1%5D.doc) Retrived March 30, 2008

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เอกสารรับรองการวิจัยในคน

No. SN. 135.....

Ethics Committee
For
Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration

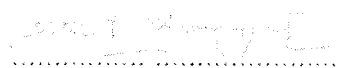
Title of Project : Factors Related to the Community
 Participation in Diabetes Mellitus Surveillance
 of Health Volunteers in Suanlaung District,
 Bangkok Metropolitan Administration

Registered Number : 0088.51

Principal Investigator : Mrs. Sansanee Russamee

Name of Institution : Department of Health

The aforementioned project has been reviewed and approved by Ethics
 Committee for Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of
 Helsinki.


 Chairman
 (Mr. Sithisat Chiamwongpaet)
 Deputy Permanent Secretary for BMA

DATE OF APPROVAL 25 JUN 2008

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. นางมยุรี เถลัดดา	คุณวุฒิ	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
	ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข 8 ว. ฝ่ายสาธารณสุขมูลฐาน กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
2. นางสุภัทน์ดี กระแสร์	คุณวุฒิ	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
	ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข 7 ว. ฝ่ายสาธารณสุขมูลฐาน กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
3. ดร.วรรณุช เนตรพิศาลวนิช	คุณวุฒิ	ครุศาสตร์ศึกษาศาสตร์บัณฑิต วิชาเอกเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ตำแหน่ง	นักวิชาการพยาบาล 7 ว. ฝ่ายวิจัยและเผยแพร์ กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
4. นางกรรภิรมย์ นวพันธุ์	คุณวุฒิ	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต วิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
	ตำแหน่ง	นักวิชาการพยาบาล 7 ว. ฝ่ายนิเทศการพยาบาล กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย (ต่อ)

5. นางสาวดี ดอกเทียน	คุณวุฒิ	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ตำแหน่ง	นักวิชาการพยาบาล 7 ว ฝ่ายนิเทศการพยาบาล กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักรอเนรมัย กรุงเทพมหานคร

ภาคผนวก ค
แบบสอบถาม

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข
ในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปพัฒนางานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชน และส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสวนหลวงที่เหมาะสมต่อไป

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถาม ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
 - ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถาม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
 - ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามปัจจัยการมีส่วนร่วมของ อสส.
 - ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถาม ปัญหา อุปสรรคในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน
2. ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามทุกข้อ และตรวจสอบก่อนส่งคืนผู้วิจัย
3. การตอบแบบสอบถามเป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลจากแบบสอบถามจะถือเป็นความลับ ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบไม่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ข้อมูลจะวิเคราะห์และเสนอภาพรวมของเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามอย่างดี

ศันสนีย์ รัศมี

พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.

ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์-สุคตสาร ผู้จินดา

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต แผนกวิชาสาธารณสุขศาสตร์

สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง

“ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข
ในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร”

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย \surd ลงใน หรือเติมข้อความ.....ให้สมบูรณ์

1. เพศ		
<input type="checkbox"/> 1. ชาย	<input type="checkbox"/> 2. หญิง	
2. อายุปีบริบูรณ์		
3. สถานภาพสมรส		
<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่	<input type="checkbox"/> 3. หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		
<input type="checkbox"/> 1. ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษาตอนต้น	
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	<input type="checkbox"/> 4. ปวส./อนุปริญญา	
<input type="checkbox"/> 5. ปวท./ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 6. อื่นๆระบุ.....	
5. อาชีพ		
<input type="checkbox"/> 1. แม่บ้าน/พ่อบ้าน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน	
<input type="checkbox"/> 3. รับจ้าง	<input type="checkbox"/> 4. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	
<input type="checkbox"/> 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> 6. อื่นๆระบุ.....	
6. รายได้ครอบครัวประมาณ บาทต่อเดือน (ไม่หักค่าใช้จ่าย)		
7. ประสบการณ์การทำหน้าที่ อสส. ปี		
8. ท่านเคยได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวานหรือไม่		
<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ลงใน ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ใช่	หมายถึง	ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้องทั้งหมด
ไม่ใช่	หมายถึง	ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นผิดทั้งหมด

ข้อ	ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	ใช่	ไม่ใช่
	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน		
1.	โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง		
2.	ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานมี 2 ประเภท คือ พันธุกรรม และ พฤติกรรมการบริโภค		
3.	โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และจะมีอาการรุนแรงขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง		
4.	คนที่มีญาติพี่น้องในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานสูง		
5.	คนอ้วนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน		
6.	คนที่มีพฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสมและขาดการออกกำลังกาย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน		
7.	คนที่มีภาวะเครียดเป็นประจำ เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนที่ไม่มีความเครียด		
8.	สตรีที่เคยคลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม หรือเคยตั้งครรภ์ผิดปกติ เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน		
9.	โรคแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวาน คือ ไตวาย, หัวใจขาดเลือด, ตาบอด		
10.	ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไปในคนที่ป่วยเป็นเบาหวานจะเป็นอันตรายถึงตายได้		

ข้อ	ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	ใช่	ไม่ใช่
	ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค		
11.	การรับประทานอาหารประเภทผักเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การดูดซึมอาหารของลำไส้ช้าลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงมาก		
12.	การออกกำลังกายช่วยทำให้กล้ามเนื้อนำน้ำตาลไปใช้ได้มากขึ้น สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้		
13.	การทำจิตใจให้สบาย รู้จักผ่อนคลาย จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้		
14.	การใช้ยาที่ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์จะสามารถควบคุมโรคเบาหวานและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้		
15.	การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเบาหวานอย่างถูกต้องจะเป็นตัวอย่างที่ดีกับบุคคลอื่นในครอบครัวและชุมชน		
	ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน		
16.	การสำรวจเพื่อค้นหาผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเป็นภารกิจอันดับต้นๆของการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน		
17.	ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และมีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคเบาหวาน ควรได้รับการค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน		
18.	ผู้ป่วยเบาหวานควรงดอาหารรสหวานจัดทุกชนิด เช่น ทองหยอด ทุเรียน น้ำอัดลม เป็นต้น		
19.	ผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ วันละประมาณ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง		
20.	ผู้ป่วยเบาหวานควรมารับการตรวจตามนัดกับแพทย์ทุกครั้ง เพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ลงใน ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ข้อ	แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	ระดับความคิดเห็น		
		เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย
	คำถามเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจ			
1.	ท่านได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
2.	ท่านมีส่วนร่วมให้การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชนประสบความสำเร็จ			
3.	ท่านภูมิใจในผลการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานของท่าน			
4.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยกย่องชมเชยท่านในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชน			
5.	ชาวบ้านในชุมชนที่ท่านรับผิดชอบให้การยกย่องชมเชยการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานของท่าน			
6.	เพื่อนร่วมงานยอมรับความสามารถในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานของท่าน			
7.	งานเฝ้าระวังโรคเบาหวานเป็นงานที่ทำท่าย และไม่น่าเบื่อ			
8.	งานเฝ้าระวังโรคเบาหวานเป็นงานที่ท่านใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่			
9.	การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานของท่านเป็นที่รู้จักของประชาชนในชุมชน			

ข้อ	แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	ระดับความคิดเห็น		
		เห็นด้วยมาก	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย
10.	ในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน มีโอกาสให้ท่านพัฒนาความรู้ใหม่ๆให้กับตนเอง			
11.	คำถามเกี่ยวกับปัจจัยคำจูง เพื่อน อสส.มักจะมาขอคำแนะนำการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานจากท่าน			
12.	ท่านได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
13.	เมื่อท่านมีปัญหา ท่านสามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่ง เจ้าหน้าที่รับฟัง และให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี			
14.	เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้ในการปฏิบัติงาน ท่านได้รับกำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
15.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับฟังข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานของท่าน			
16.	ท่านพึงพอใจในการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
17.	ท่านพึงพอใจในการทำงานร่วมกับเพื่อน อสส.			
18.	เมื่อท่านเจ็บป่วยหรือได้รับความเดือดร้อนในเรื่องส่วนตัวหรือเรื่องงาน เพื่อน อสส.ให้ความเห็นใจและช่วยเหลือ			
19.	เมื่อท่านเจ็บป่วย หรือได้รับความเดือดร้อนในเรื่องส่วนตัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความเห็นใจและช่วยเหลือ			
20.	การที่ท่านได้รับเข็มเช็ชชูเกียรติตามระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ทำให้ท่านรู้สึกภาคภูมิใจ			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยการมีส่วนร่วมของ อสส.

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ลงใน ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	ท่านมีระดับการปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่มีการกิจกรรม
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านมีระดับการปฏิบัติบางครั้ง
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่มีการปฏิบัติเลย

ข้อ	ปัจจัยการมีส่วนร่วมของ อสส.	ระดับการปฏิบัติ		
		ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
	ร่วมคิด			
1.	ท่านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อน อสส. วิเคราะห์สาเหตุของโรคเบาหวานในชุมชน			
2.	ท่านและเพื่อน อสส. ร่วมกันจัดทำแผนงานหรือโครงการเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชน			
3.	ท่านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเพื่อน อสส. จัดทำแผนกิจกรรมการคัดกรองโรคเบาหวานในชุมชน			
4.	ท่านกับเพื่อน อสส. ร่วมกันคัดเลือกคนเข้ามาช่วยในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชน			
	ร่วมดำเนินงาน			
5.	ท่านได้รับการชี้แจงให้ทราบบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคเบาหวาน			
6.	ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน			
7.	ท่านได้ดำเนินการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานแก่ประชาชนในชุมชน			
8.	ท่านมีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคเบาหวานในชุมชนด้วยการวัดความดันโลหิตให้แก่ผู้มีอายุมากกว่า 35 ปี			
9.	ท่านได้ให้คำแนะนำผู้มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ให้ไปรับการตรวจยืนยันที่สถานบริการสาธารณสุข			

ข้อ	ปัจจัยการมีส่วนร่วมของ อสส.	ระดับการปฏิบัติ		
		ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
10.	ท่านติดตามเยี่ยมผู้มีภาวะเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเบาหวานที่บ้าน			
11.	ท่านได้รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องเฝ้าระวังให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ			
12.	ท่านมีส่วนร่วมในการติดต่อประสานงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชน			
ร่วมรับผลประโยชน์				
13.	ท่านมีโอกาสได้รับความรู้จากการประชุม/อบรมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน			
14.	ท่านมีส่วนทำให้ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน			
15.	ท่านสามารถนำผลการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานของท่าน ไปประกวด อสส.ดีเด่นได้			
16.	ท่านได้รับการยกย่อง ชมเชยจากประชาชนในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน			
ร่วมประเมินผล				
17.	ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชนอย่างต่อเนื่องทุกเดือน			
18.	ท่านเสนอปัญหาและอุปสรรคที่พบในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชนแก่คณะกรรมการชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
19.	ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชนแก่คณะกรรมการชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถาม ปัญหา อุปสรรคในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย \surd ลงใน ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ในการสำรวจผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในชุมชนที่ท่านรับผิดชอบ
ท่านมีปัญหาหรือไม่

- ไม่มี
- มีปัญหา ระบุปัญหาที่พบ.....

.....
ข้อเสนอแนะ

2. ในการวางแผนการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชนที่ท่านรับผิดชอบท่านมีปัญหาหรือไม่

- ไม่มี
- มีปัญหา ระบุปัญหาที่พบ.....

.....
ข้อเสนอแนะ

3. ในการดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดย อสส.ในชุมชนที่ท่านรับผิดชอบท่านมีปัญหา
หรือไม่

- ไม่มี
- มีปัญหา ระบุปัญหาที่พบ.....

.....
ข้อเสนอแนะ

4. ในการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานแก่ประชาชนในชุมชนที่ท่านรับผิดชอบท่านมีปัญหาหรือไม่

- ไม่มี
- มีปัญหา ระบุปัญหาที่พบ.....

.....
ข้อเสนอแนะ

.....

5. ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนที่ท่านรับผิดชอบท่านมีปัญหาหรือไม่

ไม่มี

มีปัญหา ระบุปัญหาที่พบ.....

ข้อเสนอแนะ

6. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงานท่านมีปัญหาหรือไม่

ไม่มี

มีปัญหา ระบุปัญหาที่พบ.....

ข้อเสนอแนะ

7. ในการเสนอแนะปัญหาและอุปสรรคในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชนแก่คณะกรรมการชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขท่านมีปัญหาหรือไม่

ไม่มี

มีปัญหา ระบุปัญหาที่พบ.....

ข้อเสนอแนะ

8. ข้อเสนอแนะอื่นๆในการดำเนินงานเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

5.1

5.2

5.3

ขอขอบคุณ ในความร่วมมือ และเสียสละเวลาตอบแบบสอบถาม

นางศันสนีย์ รัศมี

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ง
แบบฟอร์มการคัดกรองภาวะเบาหวาน

แบบฟอร์มการคัดกรองภาวะเบาหวาน

ข้อบ่งชี้	มี	ไม่มี
1.1 ท่านอายุ 35 ปีขึ้นไปใช่หรือไม่		
1.2 มีบิดา มารดา พี่หรือน้อง คนใดคนหนึ่งเป็นโรคเบาหวานหรือไม่		
1.3 มีภาวะอ้วน โดยมีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 หรือไม่		
1.4 มีภาวะความดันโลหิตสูงหรือไม่		
1.5 มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (ไตรกลีเซอไรด์) มากกว่า 250 มก./คล. เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล(HDL cholesterol) น้อยกว่า 35 มก.คล. หรือไม่		
1.6 มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือมีประวัติการคลอดบุตรที่ น้ำหนักตัวแรกคลอดมากกว่า 4 กิโลกรัม หรือไม่		
1.7 มีประวัติหรือเคยมีประวัติน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือดโดย การงดอาหาร (Fasting Plasma Glucose) = 110-125 มิลลิกรัมต่อ เดซิลิตร หรือ ตรวจวัดน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมง หลังกินกลูโคส 75 กรัม ตรวจพบระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร		

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางศันสนีย์ รัศมี
วัน เดือน ปี	16 มกราคม 2505
สถานที่เกิด	เขตคูสิต กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ พ.ศ. 2527 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่อง 1 ปี) เทียบเท่าปริญญาตรี วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ พ.ศ. 2528
สถานที่ทำงาน	ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์ – สูดสาคร ตู้อินดา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.