

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการ  
คุณภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
จังหวัดชัยนาท

นายกิตติศักดิ์ กาพภักดี



การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2557

**Factors Associated with Participation in Village Health Management  
Implementation of Village Health Volunteers, Chainat Province.**

**Mr. Kittisak Kalapakdee**

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Public Health  
School of Health Science  
Sukhothai Thammathirat Open University

2014

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ      บัณฑิตที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน  
หมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
จังหวัดชัยนาท

ชื่อและนามสกุล      นายกิตติศักดิ์ กาพภักดี

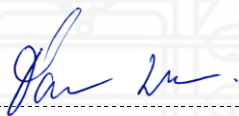
วิชาเอก      บริหารสาธารณสุข

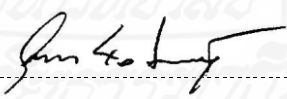
สาขาวิชา      วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

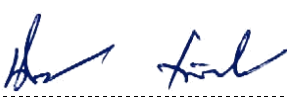
อาจารย์ที่ปรึกษา      ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2558

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ

  
..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์)

  
..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันท์คง)

  
.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริินภา)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

**ชื่อการศึกษา** คั่นคว้ออิสระ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดชัยนาท

**ผู้ศึกษา** นายกิตติศักดิ์ กาพักดี **รหัสนักศึกษา** 2565000268 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
**อาจารย์ที่ปรึกษา** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ **ปีการศึกษา** 2557

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในชุมชน (2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพจังหวัดชัยนาท (3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในชุมชนกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพจังหวัดชัยนาท และ (4) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพจังหวัดชัยนาท

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จังหวัดชัยนาท จำนวน 9,669 คน คำนวณตัวอย่างได้จำนวน 323 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบสอบถาม ที่มีค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.74-0.85 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไค-สแควร์

ผลการวิจัยพบว่า (1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 30-39 ปี อาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยระหว่าง 6,001-9,000 บาทต่อเดือน ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ ระยะเวลาการทำงานระหว่าง 10- 14 ปี ความรู้ในการดำเนินงานในหมู่บ้านจัดการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย ส่วนสัมพันธภาพในชุมชนอยู่ในระดับมากที่สุด (2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอยู่ในระดับน้อย (3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในชุมชน และ (4) ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ คือ ประชาชนบางคนและกลุ่มองค์กรในชุมชนบางกลุ่มไม่ให้ความร่วมมือ การอบรมให้ความรู้ไม่ต่อเนื่อง และงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานยังไม่เพียงพอ ข้อเสนอแนะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรสร้างพลังชุมชนเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานสาธารณสุข จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้ อสม.อย่างต่อเนื่อง และขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

**คำสำคัญ** การมีส่วนร่วม การดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

**Independent Study title:** Factors Associated with Participation in Village Health Management Implementation of Village Health Volunteers, Chainat Province

**Author:** Mr. Kittisak Kalapakdee; **ID:** 2565000268; **Degree:** Master of Public Health;

**Independent Study advisor:** Dr. Chawthip Boromtanarat, Assistant Professor;

**Academic year:** 2014

### **Abstract**

The objectives of this survey research were to study: (1) personal characteristics, knowledge about village health management (VHM) implementation, social support and community relationship; (2) participation in VHM implementation in Chainat province; (3) association between factors of personal characteristics, knowledge, social support, community relationship and the participation in VHM implementation in Chainat province; and (4) problems, obstacles and suggestion of participation in VHM implementation in Chainat province.

The study population was 9,699 village health volunteers (VHVs) in Chainat province. A sample size of 323 VHVs was selected by stratified random sampling technique. The study instrument was a questionnaire, with reliability values of between 0.74 to 0.85. Statistics used for data analyses were frequency, percentage, mean, standard deviation, and Chi-square test.

The results revealed that: (1) personal characteristics: the majority of samples were female, between 30-39 years old, agriculturists, having average monthly income of 6,001-9,000 baht, finished primary school level, married, Buddhism, and having between 10-14 years of work experiences. Knowledge about the VHM implementation, and social support were at low levels, while relationship in the community was at a highest level; (2) the participation in VHM implementation was at a low level; (3) the statistically significant factors associated with the participation in VHM implementation were knowledge, social support, and community relationship; and (4) major problems and obstacles were that lack cooperation from people and community organizations, lack continual training sessions, and inadequate budget. Recommendations were that public health officers should encourage community empowerment to get cooperation in public health, should conduct continual knowledge refreshing sessions for VHVs, and ask for budgetary support from local government organizations.

**Keywords:** Participation, Implementation, Village health management, Village health volunteers

## กิตติกรรมประกาศ

การทำการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ ที่ได้ให้ความกรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการทำงาน และติดตามความก้าวหน้าในการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้ง ในพระคุณของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันทร์คง ซึ่งเป็นคณะกรรมการสอบ การศึกษาค้นคว้าอิสระและได้ให้คำแนะนำ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งทำให้การศึกษารุ่นนี้มีความ ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ตามหลักวิชาการ ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอและบุคลากรที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐาน ทุกอำเภอในจังหวัดชัยนาท ที่กรุณาช่วยเหลือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม และขอขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดชัยนาททุกท่านที่เสียสละเวลาและ ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษารุ่นนี้

นอกจากนี้ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เพื่อนนักศึกษา และผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้องในการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้ทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจในการศึกษาตลอดมา

กิตติศักดิ์ กาพักดี

ตุลาคม 2558

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	3
สมมติฐานการวิจัย .....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	5
ขอบเขตการวิจัย .....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	6
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย .....	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	9
หลักการ ขั้นตอนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ .....	9
แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข	
ประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ .....	17
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน .....	22
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และการวัดความรู้ .....	27
ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม .....	31
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพในชุมชน .....	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	47
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	49
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	54

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	55
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	57
การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง .....	57
การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง .....	60
การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง .....	63
การวิเคราะห์ปัจจัยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง .....	69
การทดสอบสมมติฐานการวิจัย .....	73
ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง .....	81
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	84
สรุปการวิจัย .....	84
อภิปรายผล .....	86
ข้อเสนอแนะ .....	92
บรรณานุกรม .....	95
ภาคผนวก .....	105
ก ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (แบบสอบถาม) .....	106
ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (แบบสอบถาม) .....	108
ประวัติผู้ศึกษา.....	117



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำแนกตามสัดส่วนรายอำเภอ .....	48
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละปัจจัยคุณลักษณะลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	58
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง.....	60
ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละ และการแปลผลระดับความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้าน จัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายชื่อ.....	61
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง.....	63
ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับแรงสนับสนุน ทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้าน .....	64
ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับแรงสนับสนุน ทางสังคม จำแนกเป็นรายชื่อ .....	64
ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของระดับสัมพันธภาพในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง.....	67
ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับสัมพันธภาพ ในชุมชน จำแนกเป็นรายชื่อ .....	67
ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน จัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง .....	69
ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้าน .....	70
ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายชื่อ .....	70
ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ของปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ .....	73
ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ของความรู้และปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมกับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ .....	78

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละของประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของกลุ่มตัวอย่าง.....	81
ตารางที่ 4.15 ค่าแจกแจงความถี่ และร้อยละของข้อเสนอแนะในการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานของกลุ่มตัวอย่าง .....	82



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย ..... 5



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นแนวคิดซึ่งพัฒนาและต่อยอดมาจากแนวคิดงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นเรื่องของชุมชนที่จะคิด ตั้งเป้าหมาย บริหารจัดการและวัดผลสำเร็จด้วยตนเอง เพื่อการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน ถือเป็นหน้าที่ของทุกคนในชุมชน ที่จะต้องมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการพัฒนา รับผิดชอบ การดูแลชีวิตและสุขภาพพื้นฐานได้ด้วยตนเอง ดังนั้น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงใช้เป็นกลยุทธ์ การส่งเสริมพัฒนาศักยภาพองค์กรภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพของชุมชน โดยใช้ แนวคิดพื้นฐานของระบบสุขภาพภาคประชาชน ประกอบด้วย 3 แนวคิดหลัก คือ 1) แนวคิดเรื่องคน 2) แนวคิดด้านองค์ความรู้ และ 3) แนวคิดเรื่องทุน ซึ่ง 3 แนวคิดนี้ ถือเป็นแนวคิดพื้นฐานที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชน ในแต่ละชุมชน ส่วนกลไกหลักที่เป็นหัวใจสำคัญ ในการขับเคลื่อนองค์ประกอบหลักทั้ง 3 ประการ มีความเชื่อมโยงทั้งในทางปฏิบัติและการประสานงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้อย่างเหมาะสม ก็คือ การจัดการองค์ประกอบทั้ง 3 ประการ เพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ โดยมีกระบวนการจัดการอย่างเป็นขั้นตอนและอาศัยความร่วมมือจากองค์กรต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อให้เกิดหมู่บ้านที่มีการจัดการด้านสุขภาพได้ อันส่งผลให้ชุมชนหมู่บ้านเข้มแข็ง เป็นฐานสู่เมืองไทยแข็งแรง ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2534: 15)

หมู่บ้านจัดการสุขภาพ เป็นทั้งเป้าหมายในการพัฒนา (Ultimate Goal) คือ ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนพึ่งพาตนเองได้ ทางด้านสาธารณสุขและเป็นทั้งกระบวนการพัฒนา (Process) กล่าวคือ เป้าหมายสุดท้ายหรือสิ่งที่เราอยากเห็นหรืออยากให้เกิดขึ้น คือ ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน พึ่งพาตนเองได้ทางสาธารณสุข แต่การที่ประชาชนจะสามารถพึ่งพาตนเองได้นั้น ต้องอาศัยกระบวนการพัฒนา ด้วยกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเอง จนสามารถรู้จักตนเอง เข้าใจตนเองและกำหนดอนาคตของชุมชนได้เอง จนเกิดเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้และการพึ่งพาตนเองหรือจัดการตนเอง นอกจากชุมชนจะต้องมีความรู้ในการจัดการแล้ว คนในชุมชนจะต้องมีคุณธรรมด้วย เพราะคุณธรรมจะเป็นกรอบกำหนดพฤติกรรมหรือ จัดระบบ ระเบียบ การทำงานร่วมกันของหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ

มีมาตรการทางสังคมที่จะเป็นตัวกำหนด คนในชุมชนอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติสุข (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2551: บทนำ)

กระบวนการพัฒนาให้หมู่บ้านมีการจัดการสุขภาพได้นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพทุกภาคส่วน ร่วมกันบริหารจัดการ กระตุ้นให้หมู่บ้านมีการดำเนินการร่วมกันใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดทำแผนสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม 2) การจัดการงบประมาณ เพื่อใช้ในการพัฒนาด้านสุขภาพ 3) จัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน และ 4) ประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการผลักดันให้เกิดเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพก็คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2551: 25)

จากการประเมินผลหมู่บ้าน การดำเนินงานจัดการสุขภาพของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ในปีงบประมาณ 2557 พบว่า ทั้งประเทศมีหมู่บ้านผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 76.85 ภาคกลางมีหมู่บ้านผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 67.09 และจังหวัดชัยนาทมีหมู่บ้าน จำนวนทั้งหมด 542 หมู่บ้าน ผ่านเกณฑ์การประเมิน จำนวน 265 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 21.22 ซึ่งการดำเนินงานของจังหวัดชัยนาท ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (สรุปผลการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท 2557: 46-49)

จากการทบทวนแนวคิด หลักการ การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดทำแผนสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม 2) การจัดการงบประมาณ เพื่อใช้ในการพัฒนาด้านสุขภาพ 3) จัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน 4) ประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2551: 25)

และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน คือ เพศ อาชีพ รายได้ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา เจตคติ แรงจูงใจ แหล่งข้อมูลข่าวสาร ความครบถ้วนของวัสดุอุปกรณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรม การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชน และการมีมนุษยสัมพันธ์ของอสม.กับชุมชน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอสม.ดังกล่าว ส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมในระบบสุขภาพภาคประชาชน หากมีประสิทธิภาพจะสามารถลดต้นทุนการดูแลสุขภาพของประชาชนลงได้ โดยการสนับสนุนให้ อสม. มีบทบาทในการดำเนินงาน พัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมทั้งเป็นผู้นำในการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมและมาตรการทางสังคมที่เหมาะสม อสม. จึงมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนให้ทุกภาคส่วน ร่วมกันพัฒนาความเข้มแข็งของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในอนาคตอย่างแท้จริง (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2551: 16)

ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของจังหวัดชัยนาท ยังไม่มีรายงานการวิจัยที่อธิบาย เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานของ อสม. ตามบริบทของจังหวัดชัยนาท ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชัยนาท โดยเลือกศึกษาปัจจัย 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล 2) ความรู้ในการดำเนินงาน และ 3) ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม ซึ่งผลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จะได้นำเสนอต่อผู้บริหาร เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประกอบการวิเคราะห์วางแผนและพัฒนา การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ให้บรรลุผลสำเร็จ รวมถึงนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ในชุมชนต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

### 2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดชัยนาท

### 2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ สัมพันธภาพในชุมชนของ อสม. และแรงสนับสนุนทางสังคม ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดชัยนาท

2.2.2 เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดชัยนาท

2.2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ สัมพันธภาพในชุมชนและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดชัยนาท

2.2.4 เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรค ในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดชัยนาท

### 3. สมมติฐานการวิจัย

3.1 อายุมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.2 อาชีพมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.3 รายได้มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.4 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.5 ระยะเวลาการเป็น อสม.มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

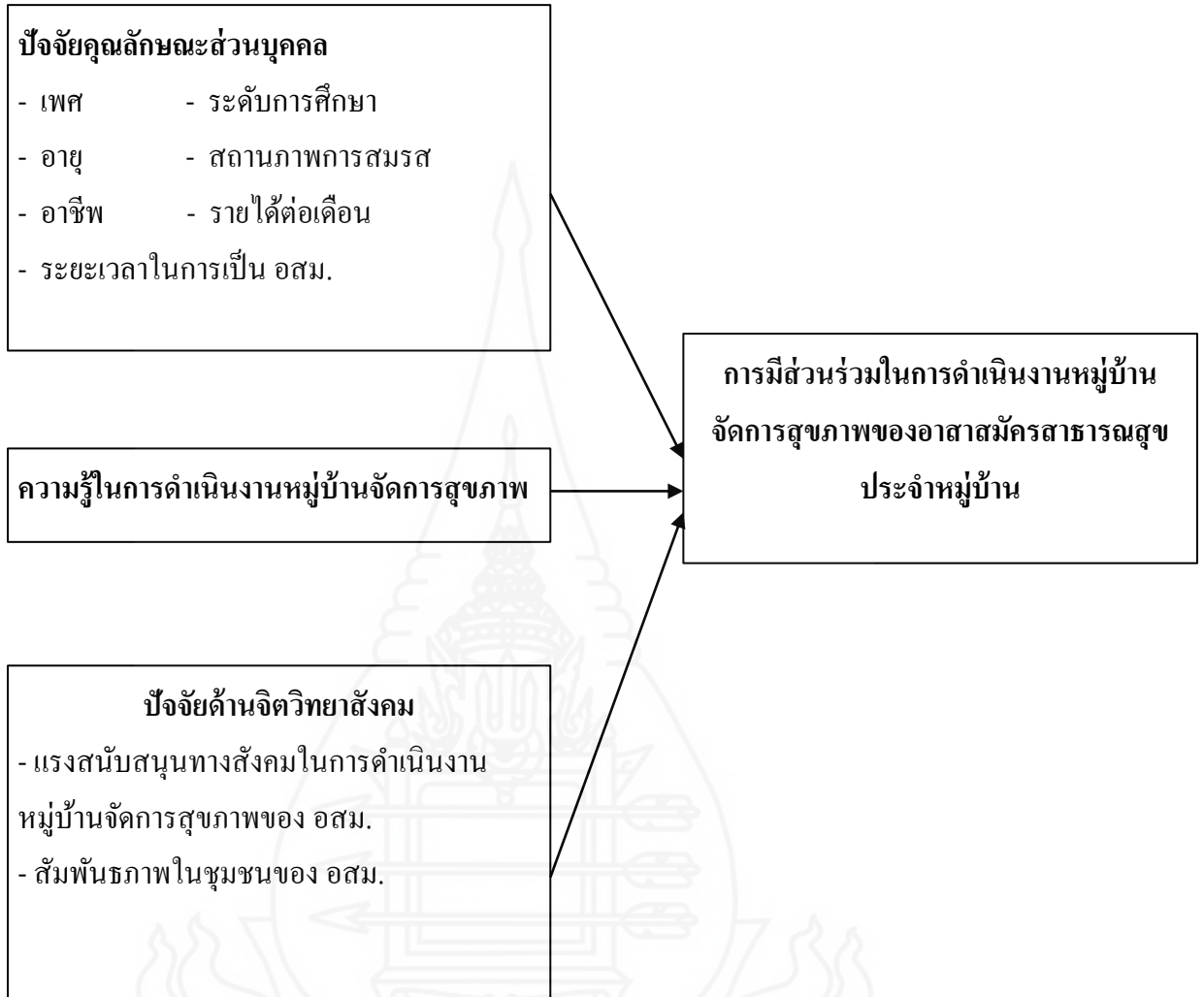
3.5 ความรู้มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.6 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.7 สัมพันธภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



#### 4. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย



## 5. ขอบเขตของการวิจัย

### 5.1 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

5.1.1 ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดชัยนาททั้งหมด จำนวน 9,669 คน

5.1.2 กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรของ วิลเลียม เกมเมลล์ คอเครน (W.G. Cochran, 1977) โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่น 95 % และระดับค่าความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 323 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง แบบแบ่งชั้นภูมิและการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

### 5.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

5.2.1 *ตัวแปรต้น* คือ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม

- 1) *ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล* ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ศาสนาและระยะเวลา ในการดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุข
- 2) *ปัจจัยด้านความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ*
- 3) *ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม* ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. และสัมพันธภาพในชุมชนของ อสม.

5.2.2 *ตัวแปรตาม* คือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

### 5.3 ขอบเขตด้านเวลา

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการส่งแบบสอบถามรวบรวม วิเคราะห์และแปลผลข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน 2558 ถึง กันยายน 2558

## 6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 *ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล* หมายถึง คุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรสและระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

6.2 *ความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ* หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมตาม

บทบาทของ อสม. ในกระบวนการของหมู่บ้านจัดการสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน 2) การบริหารจัดการงบประมาณ 3) การจัดบริการสุขภาพในชุมชน และ 4) การประเมินผลการดำเนินงาน

### 6.3 ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม

#### 6.3.1 แรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม.

หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับกิจกรรม การกระทำหรือการช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายของสังคม ประกอบด้วย การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรและการดำเนินการประเมินผลและพัฒนาความรู้ และประสบการณ์ในการดำเนินงาน

6.3.2 สัมพันธภาพในชุมชนของ อสม. หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของ อสม. กับบุคคลในชุมชน ซึ่งแสดงออกถึงการแลกเปลี่ยนความสัมพันธ์อันดีต่อกัน การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การตอบแทนซึ่งกันและกัน รวมถึงการแบ่งเบาความทุกข์ต่อกัน โดยไม่ทอดทิ้งกัน ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ ไม่หวาดระแวงกันและเปิดเผยต่อกัน การยอมรับซึ่งกันและกัน ความชื่นชมและศรัทธาต่อกัน การให้ความสนใจห่วงใยกัน ใส่ใจในทุกข์ สุข และการสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง

6.4 หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมายถึง หมู่บ้าน/ชุมชน ที่มีกระบวนการพัฒนาและมีการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน โดยประชาชน/องค์กรชุมชน/ภาคีสุขภาพ ให้สามารถดูแลและจัดการสุขภาพบรรลุตามเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้ข้อมูลการประเมินของงานสุขภาพ ภาคประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ปีงบประมาณ 2557

6.5 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง กิจกรรมที่ อสม. มีส่วนร่วมปฏิบัติ ในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านของตนเอง ให้เป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพใน 4 ด้าน ประกอบด้วย

6.5.1 ด้านการจัดทำแผนสุขภาพสุขภาพชุมชน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกับแกนนำชุมชนและกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ร่วมจัดทำแผนด้านสุขภาพของหมู่บ้าน

6.5.2 ด้านการบริหารจัดการงบประมาณ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกับแกนนำชุมชน ในบริหารจัดการงบประมาณและมีการบริหารจัดการงบประมาณ เพื่อใช้ในการดำเนินงานจัดกิจกรรม ในด้านการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข/กำลังคนในหมู่บ้าน

ด้านการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนและด้านการจัดบริการสาธารณสุข ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

**6.5.3 ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน** หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน เช่น การจัดบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การสร้างสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข/แกนนำสุขภาพ การบริการสุขภาพภาคประชาชน การถ่ายทอดความรู้ การควบคุมและป้องกันโรคหรือปัญหาสาธารณสุข

**6.5.4 ด้านการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพ** หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกับแกนนำชุมชน/หมู่บ้าน ในการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพ เช่น ใช้แบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ มีการประชุมสรุปผลงานหรือกิจกรรมที่ดำเนินการในแต่ละปี มีการประเมินผลโดยเปรียบเทียบกับแผนที่ตั้งไว้ มีการใช้แบบประเมินตนเอง เพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน ในการพัฒนาหมู่บ้าน

## 7. ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

7.1 ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในบริบทของจังหวัดชัยนาท

7.2 ทราบถึงปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดชัยนาท

7.3 นำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลเสนอให้กับผู้บริหาร ในการพิจารณากำหนดเป็นนโยบายการพัฒนางานหรือปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ให้มีความต่อเนื่อง เกิดประสิทธิภาพภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่

7.4 นำผลการศึกษามาประยุกต์ใช้เป็นแนวทาง ในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน และงานสุขภาพภาคประชาชน ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารุ่นนี้ได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นพื้นฐานและกำหนดแนวทางในการวิจัย โดยเนื้อหาประกอบด้วยสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. หลักการและขั้นตอนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพและแนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดชัยนาท
2. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
4. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และการวัดความรู้
5. ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม
6. ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพในชุมชน
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. หลักการและขั้นตอน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพและแนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดชัยนาท

##### 1.1 หลักการและขั้นตอน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมายถึง การที่ชุมชน/หมู่บ้าน มีกระบวนการร่วมกันในการวางแผนด้านสุขภาพ มีการจัดการงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาด้านสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพและมีการสรุป ประเมินผล การจัดการด้านสุขภาพ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2551: 4)

**1.1.1 เป้าหมายสูงสุด (Ultimate Goal)** ของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ คือ เป็นหมู่บ้านที่ประชาชน สามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2551: 4) ตามคำขวัญที่ว่า “แม้เราเป็นชาวบ้าน เราก็สามารถดูแลสุขภาพของพวกเราเองได้” ด้วยคำขวัญนี้มีปรัชญาและฐานคิดอยู่เบื้องหลัง คือ หมู่บ้านจัดการสุขภาพเป็นทั้งเป้าหมายในการพัฒนา (Ultimate Goal) คือ ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน พึ่งพาตนเองได้ ทางด้านสาธารณสุข และเป็น

ทั้งกระบวนการพัฒนา (Process) กล่าวคือ เป้าหมายสุดท้ายหรือสิ่งที่เราอยากเห็นหรืออยากให้เกิดขึ้นคือ ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน พึ่งพาตนเองได้ทางสาธารณสุข แต่การที่ประชาชนจะสามารถพึ่งพาตนเองได้นั้น ต้องอาศัยกระบวนการพัฒนาด้วยกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเอง จนสามารถรู้จักตนเอง เข้าใจตนเองและกำหนดอนาคตของชุมชนได้เอง จนเกิดเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้และการพึ่งพาตนเองหรือจัดการตนเอง นอกจากชุมชนจะต้องมีความรู้ในการจัดการแล้ว คนในชุมชนจะต้องมีคุณธรรมด้วย เพราะคุณธรรมจะเป็นกรอบกำหนดพฤติกรรมหรือจัดระบบ ระเบียบการทำงานร่วมกันของหมู่บ้าน/ชุมชน หรือมีมาตรการทางสังคมที่จะเป็นตัวกำหนด คนในชุมชนอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติสุข

หลักการจัดการด้านสุขภาพในหมู่บ้าน/ชุมชน เน้นกระบวนการหลัก 5 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดทำแผนด้านสุขภาพในหมู่บ้าน การจัดการงบประมาณเพื่อใช้พัฒนาด้านสุขภาพ การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้านและการประเมินผล การดำเนินงานในหมู่บ้าน ซึ่งทั้งหมดนี้ต้องดำเนินการโดย อสม. และแกนนำฯ ในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรอื่น ๆ ร่วมสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนและเกิดกระบวนการจัดการด้านสุขภาพขึ้น ครบ 5 ด้าน พร้อมผ่านการประเมินจากเกณฑ์ที่กำหนด จึงจะเรียกว่าเป็น “หมู่บ้านจัดการสุขภาพ” (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2551: 5)

**1.1.2 องค์ประกอบของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ** ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ คน ทูท และความรู้ ตรงนี้ทุกหมู่บ้านมีองค์ประกอบทั้ง 3 อยู่พร้อมแล้ว ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2551: 9)

1) คน หมายถึง กลุ่มองค์กรภาคประชาชน เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเกษตรปลอดสารพิษ กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ กลุ่มจักสาน กำนัน กรรมการหมู่บ้าน และกลุ่มอื่นๆ อีกมาก รวมทั้งคนเก่ง คนดี กลุ่มคนเหล่านี้ ถือเป็นกำลังหลักในการพัฒนาหมู่บ้าน เป็นทุนทางสังคมที่มีคุณค่ายิ่งต่อการพัฒนาชุมชนของตนเอง แต่ถ้าเน้นเรื่องหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อย่างน้อยจะต้องมีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นเจ้าภาพและอสม. จะต้องแสวงหาแนวร่วม ในการดำเนินงานในหมู่บ้านเพิ่มเติม เพื่อเป็นกำลังหนุนเสริม ซึ่งก็คือ กลุ่มองค์กรชุมชนที่มีอยู่แล้วในหมู่บ้านนั้นมาช่วยกันคิด ช่วยกันทำ

2) ทูท ทูทในที่นี้จะเน้นทุนที่เป็นตัวเงิน (ส่วนทุนทางสังคมได้รวมอยู่ในวงแรกคือเรื่องของคนแล้ว) ในหมู่บ้าน/ชุมชนมีเงินทุนอยู่มากมาย ทั้งที่เป็นเงินทุนที่ชาวบ้านระดมหรือรวมหุ้นกันเอง เช่น กองทุนสัจจะออมทรัพย์ กองทุนฌาปนกิจ กองทุนยา กองทุนกลุ่มต่าง ๆ อีกหลายกลุ่มและเงินทุนจากภายนอก ที่ทางราชการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนมา

ให้ถึงหมู่บ้าน ได้แก่ กองทุนเงินล้าน กองทุนพัฒนาศักยภาพหมู่บ้านและชุมชน (SML) กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เป็นต้น

3) **ความรู้** หมายถึง ความรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นและรวมถึงความรู้ในการจัดการ เพื่อจัดการสิ่งที่มีอยู่แล้วในชุมชนให้เกิดคุณค่าต่อการพัฒนาเพิ่มขึ้น วิธีปฏิบัตินี้ คือ ต้องจัดการให้ ทั้งสามเรื่องมาบูรณาการร่วมกัน โดยการจัดการในรูปแบบไหนก็ได้ ตามความเหมาะสมของแต่ละชุมชน เช่น การจัดเวที การประชุม การทำประชาคม ให้แกนนำองค์กรกลุ่มต่าง ๆ ได้วิเคราะห์และเรียนรู้ ถึงสิ่งดี ๆ และสิ่งที่เป็นปัญหาของชุมชนตนเอง จนเกิดความเข้าใจวิถีชุมชนของตนว่าชุมชนของตน เป็นอยู่อย่างไร แล้วร่วมกันหาช่องทางการพัฒนาและป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น จากทั้งภายใน และภายนอกชุมชน

คุณลักษณะ 3 ประการนี้ ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ คือ ในวิถีปฏิบัติ ให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน โดยการจัดให้คนหรือองค์กรชุมชนต่างๆ ได้เกิดการเรียนรู้ และเข้าใจตนเองว่า หมู่บ้าน/ชุมชนตนเองเป็นอยู่อย่างไร มีอะไรที่ดีหรือที่เป็นปัญหา เมื่อหมู่บ้าน หรือชุมชนได้เรียนรู้ เข้าใจตนเอง วางอนาคตของตนเองและจัดการตนเองได้ด้วยพอเหมาะพอดี ตามศักยภาพที่ตนเองมี ไม่จัดการหรือทำอะไรที่เกินกำลังของตนเอง คือ ทำพอประมาณหรือ เลือกรับทำตามสภาพปัญหา ตามศักยภาพ ด้วยเหตุด้วยผลและท้ายที่สุดหมู่บ้าน/ชุมชนที่ผ่าน กระบวนการเรียนรู้และเข้าใจตนเองแล้ว ชุมชนจะมีความรู้เท่าทัน มีความรอบคอบที่จะเลือกรับ ปรับใช้ หรือปฏิเสธสิ่งใหม่ ๆ ที่จะเข้ามาสู่ชุมชน ซึ่งก็เท่ากับหมู่บ้าน/ชุมชน มีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว พร้อมที่จะปรับตัวเองให้อยู่ในสถานะที่สมดุล คือ หมู่บ้าน/ชุมชนสามารถยืนอยู่ได้ท่ามกลางกระแส โลกที่เปลี่ยนแปลง โดยที่หมู่บ้าน/ชุมชนยังคงรักษาไว้ ซึ่งเอกลักษณ์และคุณค่าของตนเอง

## 1.2 ขั้นตอนการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

หมู่บ้านควรมีการดำเนินการพัฒนาเป็นระยะๆ โดยไปดูที่กระบวนการพัฒนาของ หมู่บ้านว่า “หมู่บ้าน/ชุมชน มีกระบวนการพัฒนาและมีการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน จนสามารถดูแล จัดการสุขภาพได้ด้วยชุมชนเอง” โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5 ขั้นตอน คือ (1) สำรวจกลไกหลักและประเมินสถานการณ์ (2) สร้างเวทีการเรียนรู้ในหมู่บ้าน/ชุมชน (3) กระบวนการทำแผนชุมชน (4) ปฏิบัติการตามแผน และ (5) ประเมินผล ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน 2551: 15-20)

### 1.2.1 ขั้นตอนที่ 1 สำรวจกลไกหลักและประเมินสถานการณ์

การสำรวจกลไกหลักและประเมินสถานการณ์การดำเนินงานด้านสุขภาพ ของหมู่บ้านที่ผ่านมา เริ่มต้น ด้วยการสำรวจและวิเคราะห์หมู่บ้าน/ชุมชนของตนเองก่อนว่า มีกลไกหลักในการก่อรูป “ระบบสุขภาพภาคประชาชน” หรือไม่ โดยอาจใช้เครื่องมือในการสำรวจ

ที่มีอยู่ เช่น จปฐ. แบบประเมินตนเองเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน ในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แบบคัดกรองพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพ ฯลฯ แล้วสรุปข้อมูลที่ได้ จากการสำรวจ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องนำเสนอในเวทีเรียนรู้ชุมชน

กลไกที่ว่า คือ มืองค์กร คือ เจ้าภาพหลัก แคนนำหรือเป็นกำลังหลักในการพัฒนาสุขภาพในที่นี้ คือ อสม. และนอกจาก อสม. แล้ว ยังมีชมรมสร้างสุขภาพ กลุ่มแกนนำองค์กร ภาติ เครือข่ายอื่น ๆ รวมทั้งคนเก่ง คนดี ในหมู่บ้าน ที่พร้อมจะมาร่วมกันทำงานสุขภาพอีก หรือไม่ มากน้อยแค่ไหน

มีกองทุนหรือไม่ มากน้อยแค่ไหน กองทุน ในที่นี้หมายถึง กองทุนที่ชาวบ้านระดมกันเอง เกิดเป็นกองทุนต่าง ๆ และกองทุนที่ภาครัฐสมทบมาให้ เช่น กองทุนหมู่บ้าน SML กองทุนสุขภาพระดับตำบล ฯลฯ เป็นต้น (กองทุนนี้ รวมถึงกองทุนต่าง ๆ ที่มีอยู่ในหมู่บ้านทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ)

มีการนำองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน เช่น นำประสบการณ์ การจัดการเหมืองฝาย มาบริหารจัดการ คน ทูน เพื่อการพัฒนาชุมชนหรือการใช้ภูมิปัญญาในเรื่อง สมุนไพร ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีมาใช้เป็นสิ่งหล่อหลอมและดึงดูดให้คนในหมู่บ้านมารวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นต้น

### 1.2.2 ขั้นตอนที่ 2 สร้างเวทีการเรียนรู้ในหมู่บ้าน/ชุมชน

เป็นขั้นตอนของการนำกลไกทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มองค์กร ทูนและความรู้ มาก่อรูปให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน สามกลไกทั้ง 3 ให้เกิดคุณค่ามากขึ้นกว่าเดิม โดยร่วมระดมความคิด ในประเด็นต่างๆ ของหมู่บ้าน/ชุมชนด้วยการ

1) กลุ่มองค์กร ภาติ/เครือข่าย มาทำประชาคม คุยกันถึงเรื่องสภาพความเป็นอยู่ของคนในหมู่บ้าน ในทุกแ่ง ทุกมุม ทุกด้าน ขั้นตอนนี้ถือว่าเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์หมู่บ้าน/ชุมชนโดยคนในหมู่บ้าน/ชุมชนเอง

2) ร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนา โดยวิเคราะห์ให้ลึกถึงสาเหตุของปัญหานั้น ๆ ด้วย ร่วมกันจดบันทึก แดกประเด็นของเรื่องที่พูดคุย เพื่อนำสู่กระบวนการจัดทำแผนชุมชน ในแต่ละเรื่องได้ง่ายขึ้น

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากขั้นตอนนี้ คือ ได้ปัญหาและข้อมูลต่างๆที่เป็นของจริงจากชุมชน ซึ่งจะทำให้การจัดทำแผนได้ละเอียดและครอบคลุมทุกปัญหา

### 1.2.3 ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการทำแผนชุมชน

1) ร่วมกันวางแผนแก้ไขหรือพัฒนาหมู่บ้าน จากการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 2 ให้ได้แผนชุมชน

2) กลุ่มองค์กร ภาศิ/เครือข่าย แกนนำชุมชน แกนนำชุมชนนำแผนชุมชน ที่ได้ประกาศให้ประชาชนทั้งหมู่บ้านได้รับรู้และมีส่วนร่วมในกระบวนการทำแผน อาจจะใช้วิธีการ ประชุมชาวบ้าน หรือจัดเวทีกลางบ้าน เพื่อให้ชาวบ้านได้มีโอกาสรับรู้ ได้เสนอ ได้แย้ง และประชาพิจารณ์ แผนด้วย

3) แผนชุมชนนี้ควรจะออกมาในลักษณะเป็นแผนรวมทุกเรื่อง ซึ่งเรียกว่า แผนชีวิตหรือแผนแม่บทชุมชนและมีแผนสุขภาพเป็นแผนหนึ่งในนั้น

4) แผนสุขภาพควรจะประกอบด้วย 2 ด้านใหญ่ ๆ คือ ด้านสร้างสุขภาพ และด้านซ่อมสุขภาพ ซึ่งแผนสุขภาพทั้ง 2 ด้าน จะมีกิจกรรมอะไรบ้างขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการพัฒนาของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน

ผลที่จะเกิดขึ้นในขั้นตอนนี้ คือ ได้แผนชุมชนหรือแผนแม่บทชุมชน ที่เป็นแผนรวมทุกเรื่องและมีแผนสุขภาพเป็นแผนย่อยแผนหนึ่งในแผนแม่บทนั้น

### 1.2.4 ขั้นตอนที่ 4 ปฏิบัติการตามแผน

การปฏิบัติตามแผนสุขภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ในเวทีกลางบ้าน เลือกกิจกรรมด้านสุขภาพและร่วมกันกำหนดว่า

- 1) กิจกรรมใด ควรทำก่อน ทำหลัง นำมาจัดลำดับ
- 2) กิจกรรมใด ทำโดยชุมชนเองทั้งหมด
- 3) กิจกรรมใด ต้องทำร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่นทำ
- 4) กิจกรรมใด ต้องเสนอให้หน่วยงานหรือองค์กรอื่นทำ

จากนั้นจึงปฏิบัติตามแผนและผลที่คาดว่าจะได้รับ จากขั้นตอนนี้ คือ เป็นการยืนยันผลการวิเคราะห์แผน อันจะนำไปสู่ความสำเร็จตามที่ชุมชนมุ่งหวังไว้

### 1.2.5 ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผล

การประเมินผลโดยชุมชนมาร่วมกันสรุป ผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพของชุมชนที่กำหนดไว้ว่าการดำเนินงานมีความก้าวหน้าหรือไม่ หรือเกิดความสำเร็จของกิจกรรมมากน้อยเพียงใด โดยอาจจะประเมินระหว่างการทำงานหรือเมื่อเสร็จสิ้นภารกิจก็ได้ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับกิจกรรมของแผนสุขภาพที่ดำเนินการ จุดประสงค์การประเมิน เพื่อพัฒนาระดับการพัฒนาหมู่บ้าน รวมทั้งได้ข้อมูลในการจัดทำแผนในปีต่อไป โดยอาจจะใช้เวทีประชาคม



เวทีการถอดบทเรียนหรือใช้ แบบประเมินตนเอง เพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

1) ผลที่คาดว่าจะได้รับจากขั้นตอนนี้คือ

- (1) ได้ทราบว่าหมู่บ้านของท่านเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพหรือไม่
- (2) มีภาคีเครือข่ายสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมมากน้อยเพียงใด
- (3) ประชาชน มีส่วนร่วม และได้รับประโยชน์มากน้อยเพียงใด

**1.2.6 สรุป** กระบวนการพัฒนาหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จึงเน้นกิจกรรมถ่ายทอดองค์ความรู้ ทักษะ แนวคิด/ประสบการณ์สู่ภาคีเครือข่ายชุมชนและประชาชน โดยมุ่งหวังว่าองค์กรภาคีเครือข่ายที่ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะด้านสุขภาพนั้น จะสามารถร่วมกันบริหารจัดการด้านสุขภาพของหมู่บ้านของตนเอง ให้เกิดเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพได้ ดังนั้น หมู่บ้านจัดการสุขภาพจึงหมายถึง หมู่บ้านที่มีกระบวนการดำเนินการร่วมกันใน 4 ด้าน ได้แก่

- 1) จัดทำแผนด้านสุขภาพ โดยชุมชนมีส่วนร่วม
- 2) การจัดการงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาด้านสุขภาพ
- 3) จัดกิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้านและ
- 4) การประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพ ในหมู่บ้าน

หมู่บ้านจัดการสุขภาพ ถือเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาให้ครอบครัว ชุมชน และประชาชนมีจิตสำนึกในการแสดงบทบาท อันจะนำไปสู่การพัฒนาตนเองและการมีสุขภาพดี อันจะส่งผลให้สังคมอยู่เย็นเป็นสุขได้ในที่สุด กระบวนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพนั้น มิได้มุ่งเน้นที่ผลผลิตแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่มุ่งเน้นที่กระบวนการการมีส่วนร่วมและสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนควบคู่ไปด้วย (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน 2551: 24)

### 1.3 แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดชัยนาท

กรอบแนวทางการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพของจังหวัดชัยนาทที่สำคัญที่สุด คือ การเตรียมบุคลากร โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพแกนนำเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้เข้าใจแนวคิด กระบวนการของการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพและมีความสามารถในการจัดทำแผนพัฒนาหมู่บ้าน โดยเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วม (จัดเวทีประชาคม) โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพและการจัดการ ด้านกำลังคน/องค์กรในชุมชน เน้นที่กลุ่ม อสม. และแกนนำชุมชน นอกจากนี้ ยังมีการสร้างระบบบริหารจัดการ ตามแนวคิด การรวมคน รวมเงิน รวมงาน เพื่อสร้างกลไกประสานงานที่ดี มีการบูรณาการกิจกรรมร่วมกันของภาคีเครือข่าย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, 2557: 89)

ในด้านการจัดการด้านทุนเพื่อสุขภาพนั้น ระดับหมู่บ้านมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนทุนในการพัฒนาสุขภาพชุมชนในหมู่บ้าน โดยงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน แกนนำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น การฝึกอบรม ประชุม สัมมนาศึกษาดูงาน แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและ พัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนหรือแหล่งบริการด้านสุขภาพ ในหมู่บ้าน/ชุมชน ซึ่งมีส่วนร่วม ในการบริหารจัดการทุนของชุมชน โดยรับรู้แหล่งที่มาของเงินทุน มีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม การพัฒนาด้านสุขภาพและมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเงินทุนนั้นด้วย (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยนาท, 2557: 114)

ด้านการจัดการด้านข้อมูล เพื่อใช้ในกระบวนการวางแผนสุขภาพชุมชน ในระดับ หมู่บ้าน ได้มีการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนา ซึ่งได้มาจากการทำเวทีประชาคมหมู่บ้าน มีการเก็บรวบรวม ข้อมูลด้านสุขภาพ (ข้อมูล จปฐ.) และประชาชนทั่วไปในหมู่บ้านสามารถเข้าถึง เรียนรู้ และ ใช้ประโยชน์ ข้อมูลได้โดยมีเอกสารสรุปข้อมูลที่สามารถเปิดอ่านได้ ประเภทของข้อมูลที่นำมาใช้ ในการวางแผนพัฒนาด้านสุขภาพของหมู่บ้าน ประกอบด้วย ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานและข้อมูล จากแฟ้มชุมชน กระบวนการในการทำแผนด้านสุขภาพของหมู่บ้าน จะเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม โดยการจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน มีแกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน เป็นแกนนำ ในการจัดเวทีประชาคม มีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ร่วมกันเป็นเจ้าภาพหลัก ในการดำเนินการตามแผนด้านสุขภาพ รวมทั้งการประเมินผล โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านร่วมดำเนินการ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วม ในการพัฒนาสุขภาพ เริ่มตั้งแต่ กระบวนการวางแผน ร่วมกิจกรรมตามแผนและสนับสนุน งบประมาณ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, 2557: 118)

**1.3.1 สรุป** จากการศึกษาการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของจังหวัดชัยนาท ในปีที่ผ่านมา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, 2557: 126)

**1) จุดแข็ง คือ**

(1) ด้านกำลังคน/องค์กรในชุมชน มีการจัดการความรู้ โดยการฝึกอบรม ให้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านและแกนนำชุมชน เกี่ยวกับ แนวคิด การดำเนินงาน หมู่บ้าน จัดการสุขภาพ เน้นกระบวนการมีส่วนร่วม นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านส่วนใหญ่ มีทักษะความรู้ ความสามารถ ในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน ส่วนองค์กรภาครัฐ สถานีนอามัยและองค์การบริหารส่วนตำบล มีการบูรณาการกิจกรรมสาธารณสุขร่วมกัน ภายใต้แนวคิด การรวมคน รวมเงิน รวมงาน ทำให้มีทรัพยากรในการบริหารจัดการร่วมกันอย่างพอเพียง

(2) ด้านทุนเพื่อสุขภาพ มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ ด้านกระบวนการวางแผนสุขภาพชุมชน กระบวนการในการดำเนินงานด้านสุขภาพของหมู่บ้าน จะเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม โดยการจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน มีแกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านเป็นแกนนำ ในการจัดเวที ประชาคม มีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาและที่สำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน ร่วมกิจกรรมตามแผนและสนับสนุนงบประมาณ

(3) ด้านการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพสู่ชุมชน มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนหรือสถานที่ใช้สำหรับการให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพและใช้เป็นที่พักประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านและแกนนำชุมชน รวมทั้งมีการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนทางหอกระจายข่าว ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน สถานีอนามัยมีกิจกรรมเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านและองค์การบริหารส่วนตำบล

## 2) จุดอ่อนในการดำเนินงานที่ผ่านมา คือ

(1) ด้านกำลังคน/องค์กรในชุมชน มีเพียงองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน เป็นแกนหลักในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพในหมู่บ้าน ส่วนองค์กรอื่น ๆ ในหมู่บ้านคอยร่วมกิจกรรมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลการมีส่วนร่วมของกลุ่มเยาวชนในการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพของชุมชน นอกจากนี้ยังพบว่าคนในครัวเรือน มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสาธารณสุขน้อย

(2) ด้านทุนเพื่อสุขภาพ หมู่บ้าน/ชุมชน ไม่มีการนำผลกำไรจากกองทุนต่าง ๆ ในชุมชนมาจัดการด้านสุขภาพของชุมชน ไม่มีการขอสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งทุนอื่น

(3) ด้านกระบวนการวางแผนสุขภาพชุมชน ไม่มีการนำแผนที่ได้เข้าสู่ที่ประชุมชาวบ้านหรือจัดเวทีกลางบ้าน เพื่อเปิดให้มีการซักถาม ประชาพิจารณ์แผนและสามารถปรับเปลี่ยนแผนใหม่ได้ ตามมติของที่ประชุม

(4) ด้านการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพสู่ชุมชน ในหมู่บ้านมีการถ่ายทอดความรู้หรือแจ้งข่าวสารด้านสุขภาพ ด้วยวิธีการประกาศทางหอกระจายข่าวโดยผู้ใหญ่บ้าน แต่ไม่ได้ดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการหรือไม่ได้แบ่งบทบาทหน้าที่กันอย่างชัดเจน

(5) ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน มีเพียงเจ้าหน้าที่กับ อาสาสมัครสาธารณสุข ในหมู่บ้านที่เป็นแกนหลัก ในการร่วมกันจัดกิจกรรมสุขภาพในหมู่บ้าน กลุ่มองค์กรอื่น ๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมน้อย

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

### 2.1 ความสำคัญและความหมายของการมีส่วนร่วม

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO)) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า ปัจจัยพื้นฐานในการมีส่วนร่วมของประชาชน (WHO, 2005: 202) คือ

2.1.1 ปัจจัยของสิ่งจูงใจ จากสภาพความเป็นรองของชาวบ้านที่จะต้องเข้าร่วมกิจกรรมใด กิจกรรมหนึ่ง ทั้งในแง่ การร่วมแรง ร่วมทรัพยากร หรืออื่น ๆ นั้น มีเหตุผลอยู่ 2 ประการ คือ

1) การมองเห็นว่าจะได้รับประโยชน์จากสิ่งตอบแทนในสิ่งที่ตนทำไป ซึ่งถือเป็นเรื่องการกระตุ้นให้เกิดมีสิ่งจูงใจ

2) การได้รับคำบอกเล่าหรือชักชวนจากเพื่อนบ้าน ให้เข้าร่วมโดยมีสิ่งจูงใจเป็นตัวนำ ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องของการก่อให้เกิดมีสิ่งจูงใจ

2.1.2 ปัจจัยโครงสร้างของช่องทางในการเข้ามีส่วนร่วม แม้ว่าชาวชนบทเป็นจำนวนมากจะเห็นประโยชน์ของการเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนา แต่ก็ไม่อาจเข้าร่วมกิจกรรมได้ เนื่องจากการเข้ามามีส่วนร่วมนั้น มิได้จัดรูปแบบความสัมพันธ์ที่เหมาะสม เช่น ภาวะผู้นำ ลักษณะการทำงาน กฎระเบียบ แบบแผน เป็นต้น ดังนั้น ปัจจัยพื้นฐานทางด้านโครงสร้างของช่องทางในการเข้ามามีส่วนร่วมจึงควรมีลักษณะ ดังนี้

1) เปิดโอกาสให้ทุกคนและทุกกลุ่มในชุมชน มีโอกาสเข้าร่วมในการพัฒนาในรูปแบบใด รูปแบบหนึ่ง โดยการเข้าร่วมอาจอยู่ในรูปของการมีส่วนร่วมโดยตรง หรือโดยมีตัวแทนก็ได้

2) ควรมีการกำหนดเวลาที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถกำหนดเงื่อนไขของตนเอง

3) กำหนดลักษณะกิจกรรมที่แน่นอน

2.1.3 ปัจจัยอำนาจในการส่งเสริมกิจกรรมของการมีส่วนร่วม โดยปกติที่ผ่านมา ในกิจกรรมหนึ่ง ๆ แม้ว่าประชาชนจะเห็นด้วยและมีโอกาสเข้าร่วม แต่ไม่อาจกำหนดเป้าหมาย วิธีการหรือผลประโยชน์ของกิจกรรมเพราะสิ่งเหล่านี้ เจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้กระทำ

วินชัย วัฒนศัพท์ (2549: 25) การทำงานแบบมีส่วนร่วมนั้นไม่ว่าจะเป็นระดับครอบครัว ระดับโรงเรียน ระดับชุมชน ระดับองค์กร หรือระดับประเทศนั้น มีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการที่ศึปัจจุบัน เพราะจะช่วยให้ผู้มีส่วนร่วมเกิดความรู้สึกความเป็นเจ้าของ (Ownership) และจะทำให้ผู้มีส่วนร่วมหรือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียนั้น ยินยอมปฏิบัติตาม (Compliance) และรวมถึงตกลงยอมรับ (Commitment) ได้อย่างสมัครใจ เต็มใจ และสบายใจ

เจเลียว บุรีภักดีและคณะ (2545: 115) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมหมายถึง การเข้าร่วมอย่างแข็งขันของกลุ่มบุคคล ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ในทุกขั้นตอนของโครงการพัฒนา การมีส่วนร่วมต้องเป็นไปในรูปที่ผู้รับการพัฒนา เข้ามามีส่วนกระทำให้เกิดการพัฒนา มิใช่เป็นผู้รับการพัฒนาตลอดไป ทั้งนี้ เป็นการเกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริงและถาวร การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ใช่หมายความว่าเพียงการดึงประชาชนเข้ามาทำกิจกรรม ตามที่ผู้นำท้องถิ่นคิดหรือจัดทำขึ้น เพราะแท้จริงแล้ว ในหมู่บ้านหรือชุมชนต่าง ๆ มีกิจกรรมและวิถีดำเนินงานของตนอยู่แล้ว ประชาชนมีศักยภาพที่จะพัฒนาหมู่บ้านของตนได้ แต่ผู้บริหารการพัฒนา มักไม่สนใจสิ่งที่มีอยู่แล้ว โดยพยายามสร้างสิ่งใหม่ ๆ ขึ้นมา เพื่อให้ได้ชื่อว่าเป็นความคิดหรือโครงการของตน

สุริยา วีรวงศ์ (2544: 61) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม คือ การที่ประชาชนในท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาตั้งแต่จุดเริ่มต้น กล่าวคือ ตั้งแต่การสร้างแนวคิด ไปจนถึงสิ้นสุดการทำกิจกรรม การพัฒนาร่วมกัน กล่าวคือ มุ่งเน้นถึงการให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือโครงการพัฒนาที่จักต้องมาจากการเริ่มต้นกำหนดและวิเคราะห์ปัญหา โดยประชาชนเป็นหลัก

จุฬารักษ์ โสตะ (2543: 23) กล่าวถึง การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคล หรือคณะบุคคลเข้ามาช่วยเหลือ สนับสนุนทำประโยชน์ต่าง ๆ หรือกิจกรรมต่าง ๆ อาจเป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจหรือกระบวนการบริหาร ประสิทธิภาพขององค์กรขึ้นอยู่กับความร่วมมือของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับองค์กรนั้น ในการปฏิบัติภารกิจให้บรรลุเป้าหมาย วิธีการหนึ่งในการรวมพลังความคิด สติปัญญา ก็คือ การให้มีส่วนร่วม การให้บุคคลมีส่วนร่วมในองค์กรนั้น บุคคลจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้อง ในการดำเนินการหรือปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ เป็นผลให้บุคคลนั้น มีความผูกพัน (Commitment) ต่อภารกิจและองค์การ

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2543: 152) การมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาเป็นการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในกระบวนการพัฒนา ตั้งแต่เริ่มต้น จนถึงสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยี ในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยโครงการจะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

สรงศ์กฤษณ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2540: 35) การที่จะพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้ได้ยั่งยืนนั้น จะต้องช่วยให้ประชาชนและชุมชนมีศักยภาพและความสามารถที่จะดำเนินการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนได้ด้วยตนเอง ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงาน เพื่อจะช่วยให้ชุมชนได้พัฒนาในเรื่องต่าง ๆ คือ

1) ช่วยให้แผนงานต่าง ๆ ที่วางไว้ นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับความสนใจ ความต้องการและค่านิยมของประชาชน หรือชุมชน

2) ได้แนวคิดใหม่ ๆ และภูมิปัญญาของชุมชนมาช่วยแก้ปัญหา อย่างมีประสิทธิภาพ

3) ให้เกิดการไว้วางใจและสนับสนุน ในการดำเนินงานช่วยให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหา หรือให้ความสนใจปัญหาและพัฒนาความสามารถที่จะนำไปสู่การรับผิดชอบในการดำเนินงานด้วยตนเอง

4) ช่วยให้เกิดการประสานงาน ภายในชุมชน

**สรุป** การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การที่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วม ในกิจกรรมหรือโครงการตั้งแต่ต้น กล่าวคือ มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจ ในเรื่องที่จะพัฒนาพร้อมทั้ง เข้าร่วมปฏิบัติในกิจกรรมของโครงการพัฒนาและมีส่วนร่วมในการติดตาม ประเมินผลรวมทั้งรับผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนานั้น ๆ ด้วย

## 2.2 การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

หมู่บ้านจัดการสุขภาพเป็นทั้งเป้าหมายในการพัฒนา (Ultimate Goal) คือ ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน พึ่งพากันเองได้ ทางด้านสาธารณสุขและเป็นทั้งกระบวนการพัฒนา (Process) กล่าวคือ เป้าหมายสุดท้ายหรือสิ่งที่เราอยากเห็นหรืออยากให้เกิดขึ้น คือ ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน พึ่งพากันเองได้ทางสาธารณสุข แต่การที่ประชาชนจะสามารถพึ่งพากันเองได้นั้น ต้องอาศัยกระบวนการพัฒนา ด้วยกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเอง จนสามารถรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง และกำหนดอนาคตของชุมชนได้เอง จนเกิดเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้และการพึ่งพากันเอง หรือจัดการกันเอง นอกจากชุมชนจะต้องมีความรู้ในการจัดการแล้ว คนในชุมชนจะต้องมีคุณธรรมด้วย เพราะคุณธรรมจะเป็นกรอบกำหนดพฤติกรรมหรือ จักรระบบ ระเบียบ การทำงานร่วมกันของหมู่บ้าน/ชุมชน หรือมีมาตรการทางสังคมที่จะเป็นตัวกำหนดคนในชุมชนอยู่ร่วมกัน ได้ อย่างปกติสุข (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2551: 5)

ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อสม. เป็นองค์กรผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลง ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Change agent) โดยเป็นแกนหลัก ในการพัฒนาด้านสุขภาพและวิเคราะห์

ถึงปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนาของหมู่บ้าน มีบทบาทและทักษะในการจัดหาเทคโนโลยีและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งมีความสำคัญต่อการดำเนินงานในหมู่บ้าน โดยมีบทบาทในการสร้างความร่วมมือกับองค์กรอื่น ๆ ที่มีอยู่ในการบริหารจัดการหมู่บ้านให้มีการดำเนินการใน 3 ลักษณะ คือ การวางแผน การระดมทุนและเชื่อมโยงประสานประโยชน์จาก คน ทุน และองค์ความรู้ หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น ให้เกิดคุณค่ามากกว่าเดิม

โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินการควบคุม กำกับ ให้คำชี้แนะ ในกระบวนการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพใน 4 ด้าน ดังนี้ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2551: 25)

**2.2.1 การจัดทำแผนด้านสุขภาพ** ระดมพลังความคิด เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดแผนสร้างเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติและแผนการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) **สำรวจและประเมินสถานการณ์ชุมชน** โดยการสำรวจและวิเคราะห์ในประเด็นของพฤติกรรมเสี่ยง ที่มีผลต่อสุขภาพ สำรวจองค์กร/คนที่เป็นแกนนำ มีความพร้อมในการร่วมดำเนินการ สำรวจทุนและองค์ความรู้ ตลอดจนภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่จะนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์

2) **สร้างเวทีการเรียนรู้ในหมู่บ้าน/ชุมชน** ซึ่งเป็นการนำกลุ่มคน/องค์กร และความรู้ มาก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ในลักษณะระดมพลังกันของกลุ่มองค์กร ภาติ/เครือข่าย ร่วมกำหนด สิ่งที่ต้องการพัฒนา

3) **จัดทำแผนด้านสุขภาพ** เริ่มจากทำประชาคมหมู่บ้าน จากข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้ในชุมชน/ที่ประชุม มาจัดทำแผน โดยใช้เครื่องมือที่ชุมชนมีความพร้อม เช่น เครื่องมือ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์หรือเครื่องมืออื่น ๆ ทั้งนี้ แผนที่ได้ควรมี 2 ด้าน นำสู่การสร้างกิจกรรม คือ ด้านสร้างสุขภาพและด้านซ่อมสุขภาพ จากนั้นกลุ่มองค์กร ภาติ/เครือข่าย แกนนำชุมชน นำแผนสุขภาพ ที่ได้ประกาศให้ชาวบ้านทั้งหมู่บ้านได้รับรู้และมีส่วนร่วม ในกระบวนการทำแผน อาจจะใช้วิธีการประชุมชาวบ้านหรือจัดเวทีกลางบ้าน เพื่อสร้างโอกาสรับรู้ เสนอโต้แย้งและประชาพิจารณ์ ปรับแผนให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

**2.2.2 การจัดการงบประมาณ** เป็นแกนนำในการระดมทุนด้านงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็น ในการขับเคลื่อนแผนสุขภาพ ทั้งที่ได้รับจากภาครัฐ เอกชน และจากหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งในและนอกชุมชน มาเพื่อใช้ในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง/เป็นโรค เป็นการจัดงบประมาณให้เหมาะสมกับกิจกรรม โดยมีขั้นตอน ดังนี้

- 1) สำรวจแหล่งทุนในชุมชน
- 2) จัดทำข้อมูล นำเสนอแผน ฯ โครงการของงบประมาณ
- 3) เปิดเวที ทำข้อตกลงร่วมกัน ระหว่างผู้สนับสนุนกับทีมดำเนินงาน
- 4) ประชุมเครือข่าย ทีมงาน/แกนนำ เพื่อจัดสรรงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนใช้ในกิจกรรม ทั้งนี้ เจ้าของงบประมาณต้องได้รับทราบและเข้าใจในการใช้งบประมาณ ดังกล่าว
- 5) จัดทำแบบรายงานผลงานและการใช้จ่ายงบประมาณ รายงาน นำเสนอ ชี้แจง ทีมงานและเจ้าของงบประมาณ

**2.2.3 การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ** เป็นแกนนำจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน ทั้งด้านสร้างสุขภาพและด้านซ่อมสุขภาพ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

- 1) สำรวจ ค้นหา จัดทำทะเบียน
- 2) เตรียมชุมชน เพื่อรับการตรวจสุขภาพเชิงรุก
- 3) จัดกิจกรรมการคัดกรอง เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพเบื้องต้น
- 4) ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ
- 5) การจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 6) สนับสนุนการจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน
- 7) สร้างความเข้มแข็งของชุมชน
- 8) จัดระบบและทีมติดตาม ประเมินผลกิจกรรมและสรุปผล

**2.2.4 การประเมินผลการดำเนินงาน** เป็นการประเมินผลที่เกิดประโยชน์ต่อชุมชน ทำให้ชุมชนได้รับรู้สถานการณ์และผลการดำเนินงานที่ผ่านมาได้อย่างทั่วถึง เพื่อให้ชุมชนเห็นความสำคัญ และตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องประเมินผลงาน ทำให้ค้นหาจุดอ่อนการดำเนินงานของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมีขั้นตอน ดังนี้

- 1) จัดทีม/คณะทำงาน ในการติดตามประเมินผล ที่มีองค์ประกอบจากภาคีเครือข่ายจากหน่วยงานต่าง ๆ
- 2) กำหนดหัวข้อ/ประเด็น ในการติดตามประเมินผล พร้อมจัดทำแบบติดตามประเมิน
- 3) จัดทำแผนออกติดตามประเมินผล
- 4) ออกติดตามประเมินผล
- 5) นำผลจากการประเมิน มานำเสนอแลกเปลี่ยนประสบการณ์และวิเคราะห์
- 6) สรุปผลโดยคณะทำงาน



7) จัดเวทีเสนอผลให้ชุมชนรับทราบ แสดงความยินดีในความสำเร็จวางแผนแก้ไขส่วนที่เป็นปัญหาและหาทางพัฒนาร่วมกัน เพื่อนำสู่กระบวนการจัดทำแผน ฯ ต่อไป

**สรุป** กระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการพัฒนาให้หมู่บ้านมีการจัดการสุขภาพได้นั้น ต้องดำเนินการใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดทำแผนสุขภาพโดยมีส่วนร่วมกับชุมชน 2) การจัดการงบประมาณ เพื่อใช้ในการพัฒนาด้านสุขภาพ 3) จัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน 4) ประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ที่มียุทธศาสตร์สำคัญในการผลักดันให้เกิดความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในชุมชน ให้มีการดำเนินการร่วมกันในการบริหารจัดการด้านสุขภาพของหมู่บ้าน

### 3. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

#### 3.1 แนวคิด ทฤษฎี

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎี เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน พบว่าการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของบุคคล จะเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านจิตวิทยาและปัจจัยด้านสังคมวิทยา มีทฤษฎีที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ดังต่อไปนี้

**3.1.1 ทฤษฎีลำดับความต้องการของมาสโลว์** (Maslow, 1943, อ้างถึงในปริยาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2553, หน้า 51-52) นับว่าเป็นทฤษฎีดั้งเดิม เกี่ยวกับการจูงใจให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วม ในการดำเนินงานต่าง ๆ ให้บรรลุความสำเร็จ ด้วยการจูงใจบุคลากรในองค์กร โดยคำนึงถึงความจำเป็นขั้นพื้นฐานของมนุษย์เป็นหลัก อับราฮัม เอช มาสโลว์ (Abraham H.Maslow) กล่าวว่า ความต้องการของมนุษย์ จะมีความต้องการปัจจัยต่าง ๆ ที่ไม่มีที่สิ้นสุดตามลำดับ ได้แก่

1) ความต้องการพื้นฐานทางกายภาพและชีวภาพ ถือว่าเป็นปัจจัยในขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน เพื่อการดำรงอยู่และความอยู่รอดของชีวิต ได้แก่ อาหาร น้ำ ความอบอุ่นที่อยู่อาศัย การพักผ่อน การนอน การขับถ่ายและเรื่องเพศ

2) ความต้องการความมั่นคงและปลอดภัย เป็นความต้องการที่เป็นอิสระจากภัยอันตรายทางด้านร่างกาย ความกลัวต่อการสูญเสียงาน ทรัพย์สินต่าง ๆ อาหารและที่อยู่อาศัย ความต้องการทางสังคม ความรักใคร่และความเป็นเจ้าของ เนื่องจากอยู่ในสังคม ก็ยังต้องการความรัก การเป็นเจ้าของบุคคลอื่น รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นคนที่มีคุณค่าของกลุ่มเป็นสมาชิกนั้น ๆ

3) ความต้องการได้รับการยกย่องและเป็นที่ยอมรับจากสังคม ซึ่งเป็นความต้องการของบุคคลที่จะเป็นบุคคลที่มีคุณค่าในสายตาคนอื่น และได้รับการยอมรับทั่วไปว่า

ตนเองมีความก้าวหน้าและประสบผลสำเร็จในสิ่งที่ปรารถนา โดยตระหนักถึงศักยภาพ ทักษะความสามารถของตนเองและเกิดความเชื่อมั่นในตัวเองสูง

4) ความต้องการมีฐานะเด่นในสังคม (Esteem or Status Needs) ความต้องการขั้นต่อมา จะเป็นความต้องการที่จะประกอบไปด้วยสิ่งต่าง ๆ ดังนี้ คือ ความมั่นใจในตนเอง

5) ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จสูงสุดในชีวิต หมายถึง แนวโน้มของบุคคลที่จะเป็นหรืออยู่ในสถานภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่เป็นไปได้ อาจกล่าวได้ว่าเป็นความปรารถนาที่จะเป็นอย่างที่ตนเองเป็นมากขึ้น สูงขึ้น โดยเป็นทุกสิ่งทุกอย่างที่สามารถจะเป็นได้และประสบความสำเร็จ เพื่อที่จะมีศักยภาพบรรลุในระดับสูงสุด

### 3.1.2 ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮร์เบิร์ต (Herzberg's two – factors theory, 1959)

(อ้างใน ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2550) ได้นำประเด็นปัจจัยจูงใจและปัจจัยสุขอนามัยร่วมกันเรียกว่า ทฤษฎีสองปัจจัย นำเสนอปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ ในการทำงานให้แก่ พนักงาน เพื่อให้การเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ทำให้เกิดประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ปัจจัย 2 ประการ คือ

1) ปัจจัยรักษาหรือปัจจัยสุขอนามัย (Maintenance factor or Hygiene factors) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการสร้างความไม่พึงพอใจ ในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก ได้แก่ นโยบายและการบริหาร เงินเดือน ความมั่นคงในการทำงาน การบังคับบัญชา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพการทำงานและสถานภาพ

2) ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) นับเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยภายใน ปัจจัยเหล่านี้ มีผลต่อพนักงานคล้ายกับการรักษาอนามัยของคน ได้แก่ ความก้าวหน้าส่วนตัว ลักษณะงานที่ท้าทาย ความสำเร็จ การยกย่องชมเชย ความรับผิดชอบและความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ 2545, น. 243-244)

### 3.1.3 แนวคิดการมีส่วนร่วม

เสรีมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ (2537, หน้า 187) ได้อธิบายถึงการมีส่วนร่วมว่าเป็นการที่บุคคลหรือคณะบุคคลเข้ามาช่วยเหลือ สนับสนุนการทำประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ หรือกิจกรรมต่าง ๆ อาจเป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ หรือกระบวนการบริหารและประสิทธิผลขององค์กรขึ้นอยู่กับกระบวนการตัดสินใจ หรือกระบวนการบริหารและประสิทธิผลขององค์กร ขึ้นอยู่กับการรวมพลังของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับองค์กรนั้นในการปฏิบัติภารกิจให้บรรลุเป้าหมาย วิธีการหนึ่งในการรวมพลังความคิดสติปัญญา ก็คือ การมีส่วนร่วม การให้บุคคลมีส่วนร่วมในองค์กรนั้น บุคคลจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้อง (involvement) ในการดำเนินการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ เป็นผลให้บุคคลนั้นมีความผูกพัน (commitment) ต่อกิจกรรมและองค์กรในที่สุด

ปราณี รามสูต และจำรัส ค้วงสุวรรณ (2545: 15) กล่าวถึง การทำงานร่วมกันที่มีประสิทธิภาพว่าต้องประกอบด้วย 11 องค์ประกอบ คือ

- 1) ความสมดุลในบทบาท สมาชิกจะต้องมีความรู้ความสามารถที่เหมาะสม
- 2) เป้าหมายที่ชัดเจนและเห็นพ้องต้องกัน เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกในการรับรู้และมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย
- 3) การเปิดเผยและกล้าเผชิญหน้าเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกสามารถแสดงเหตุผล ความคิด ได้อย่างอิสระ
- 4) การสนับสนุนและการไว้วางใจกัน จะทำให้สมาชิกรู้สึกต้องการที่จะปกป้องงานที่เขารับผิดชอบ
- 5) ความร่วมมือและความขัดแย้ง จะช่วยให้ทุกคนยอมรับจุดอ่อนจุดแข็งของกันและกัน และจะช่วยดึงความรู้ความสามารถและประสบการณ์ออกมาใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
- 6) วิธีการดำเนินการที่ดี จะทำให้เกิดการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
- 7) ภาวะผู้นำที่เหมาะสม ย่อมให้มีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนเพื่อเปิด โอกาส และดึงศักยภาพของผู้ร่วมงานออกมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่องาน
- 8) การตรวจสอบและติดตามเป็นการศึกษาทบทวนการทำงาน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และการปรับปรุงขั้นตอน วิธี และกระบวนการทำงาน
- 9) การพัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของงานที่จะเกิดขึ้น
- 10) ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเพื่อช่วยเหลือและเรียนรู้จากกลุ่มข้างเคียง ที่ยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างกลุ่ม
- 11) การติดต่อสื่อสารที่ดี เปรียบเสมือนน้ำมันหล่อลื่นในการทำงาน

### 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม มีนักวิชาการได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

พรทิพย์ คำพอ และคณะ (2544: 56) ได้สรุปสาระสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น อยู่ que การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การริเริ่ม การวางแผน การตัดสินใจ การร่วมรับผิดชอบ ตลอดจนการร่วมประเมินผล มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับเรื่องของปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม ดังนี้ ความสำเร็จของการพัฒนาแบบระดมความร่วมมือขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ

1) การเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจของประชาชน ตั้งแต่เริ่มต้นว่ามีปัญหา สาเหตุการแก้ไขปัญหา ด้านการคิดว่าจะทำโครงการอะไร ที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน โดยใช้ประโยชน์ จากแรงงาน ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างเต็มที่

2) การผสมผสานแผนงานและโครงการของส่วนราชการ ด้วยการพัฒนาความรู้ทักษะ ความสามารถด้านประชาชนและคุณภาพของเจ้าหน้าที่ เพื่อแก้ไขปัญหาเดือดร้อน สนองผลประโยชน์ ได้ถูกต้อง ตามเวลาและสถานที่

3) การสร้างองค์กรท้องถิ่น กลไกการประสานงาน งบประมาณ บังคับดำเนินงาน ทั้งภาครัฐและเอกชน ตามความต้องการอันจำเป็นของประชาชน

สำหรับปัจจัยที่ผลักดันการมีส่วนร่วมของประชาชนมี 4 ปัจจัย คือ (ปรัชญา เวสารัชช, 2538: 8)

- 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล เป็นแรงผลักดันหรือจูงใจที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล
- 2) ปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม และ การเมือง
- 3) ปัจจัยผลักดันจากบุคคลอื่น
- 4) รางวัลตอบแทน คือ ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา โดยหวังประโยชน์ตอบแทน Cohen Uphoff, and Goldsmith (1979 อ้างถึงในประภัสสร เตชะประเสริฐวิทยา, 2544: 145) กล่าวถึง สิ่งที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมว่า คุณสมบัติหรือภูมิหลังของแต่ละบุคคล อาจจะเป็นตัวแปรสำคัญ ต่อการให้ความร่วมมือ ร่วมใจ หรือการเข้ามามีส่วนร่วมในงานพัฒนา ได้แก่

- 1) อายุและเพศ
- 2) สถานภาพของครอบครัว
- 3) ระดับการศึกษา
- 4) ชั้นทางสังคม
- 5) อาชีพ
- 6) ระดับของรายได้ และที่มาของรายได้
- 7) ระยะเวลาของการอยู่อาศัยในชุมชนนั้น
- 8) ชนิดของโครงการและกิจกรรม
- 9) การเป็นผู้เช่าที่ดินหรือมีสถานภาพเป็นลูกจ้าง

นอกจากนี้ ประยูร ศรีประสาธน์ (2542: 5) ได้นำเสนอปัจจัยของการมีส่วนร่วมว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมมีด้วยกัน 3 ปัจจัย คือ

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ต่าง ๆ
- 2) ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้และการเป็นสมาชิกกลุ่ม
- 3) ปัจจัยด้านการสื่อสาร ได้แก่ การรับข่าวสารจากสื่อมวลชนและสื่อบุคคล ความดีในการรับรู้ข่าวสารและแหล่งที่มาของข่าวสาร

สิริวรรณ เดชวิถี (2544: 78 ) ได้สรุป ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคคลไว้ดังนี้

- 1) การปฏิบัติตนให้สอดคล้องตามความเชื่อพื้นฐาน กล่าวคือ บุคคลและกลุ่มบุคคล ดูเหมือนจะเลือกวิธีปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องและคล้ายคลึงกับความเชื่อพื้นฐานของตัวเอง
- 2) มาตรฐานคุณค่าบุคคลและกลุ่มบุคคล ดูเหมือนจะปฏิบัติในลักษณะที่สอดคล้องกับมาตรฐานคุณค่าของตัวเอง
- 3) เป้าหมายบุคคลและกลุ่มบุคคล ดูเหมือนจะส่งเสริม ป้องกันและรักษาเป้าหมายของตัวเอง
- 4) ประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา พฤติกรรมของบุคคล บางครั้งมาจากประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา
- 5) บุคคลและกลุ่มบุคคล จะประพฤติตามแบบที่ตนคาดหมายว่าจะต้องประพฤติในสถานการณ์เช่นนั้น ทั้งยังชอบปฏิบัติต่อผู้อื่น ในลักษณะที่ตนคาดหวังจากผู้อื่นด้วย
- 6) การบีบบังคับ บุคคลและกลุ่มบุคคล มักจะทำในสิ่งต่าง ๆ ด้วยความรู้สึกว่าตนเองต้องกระทำเช่นนั้น
- 7) การมองแต่ตัวเอง บุคคลและกลุ่มบุคคล มักจะทำในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งคิดว่าตนเองต้องกระทำเช่นนั้น
- 8) นิสัยและประเพณี บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งมีนิสัยชอบกระทำ เมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้นๆ
- 9) โอกาส บุคคลและกลุ่มบุคคล จะมีส่วนร่วมในรูปแบบการปฏิบัติงานของสังคม โดยเฉพาะในทางที่เกี่ยวข้องกับจำนวนและชนิดของโอกาส ซึ่งโครงสร้างของสังคมเอื้ออำนวย ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกระทำเช่นนั้น
- 10) การสนับสนุน บุคคลและกลุ่มบุคคล มักจะเริ่มปฏิบัติ เมื่อเขารู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนที่ดี

**สรุป** จากแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องและผลักดันให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน ได้แก่ สรุปได้ว่าการเข้ามามีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน/ปฏิบัติงานของ อสม. นั้น เกิดจาก

- 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล เป็นแรงผลักดันหรือจูงใจที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล เช่น อายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการทำงาน ความรู้ในการดำเนินงาน เป็นต้น
- 2) ปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม และการเมือง
- 3) ปัจจัยผลักดันจากบุคคลอื่น เช่น การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ เพื่อนร่วมงาน คนในหมู่บ้าน/ชุมชน และ
- 4) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในชุมชน

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และการวัดความรู้

##### 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ (Knowledge)

วิทยากร เชียงกูล (2541: 85) อธิบายว่า ความรู้ หมายถึง การตระหนักถึงหรือการคุ้นกับบางสิ่ง หรือบางคน หรือความเชื่อมั่นในความถูกต้อง แม่นยำ ของความจริงหรือข้อมูลอื่น บ่อยครั้งที่ความรู้ มักจะถูกนิยามว่า คือ ความเชื่อที่แท้จริงที่มีความสมเหตุ สมผล ให้นำเชื่อถือได้ (Justified)

บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธี (2551: 178) กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง การระลึกถึงเรื่องราวต่าง ๆ ที่เคยมีประสบการณ์มาแล้ว และรวมถึงการจำเนื้อเรื่องต่าง ๆ ทั้งที่ปรากฏและเกี่ยวพันกัน แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

ประเภทที่ 1 ความรู้เฉพาะสิ่ง (Knowledge of Specifics) เป็นความสามารถในการระลึกหรือจำได้ในเรื่องราว ประเภท คำศัพท์เฉพาะและข้อเท็จจริงบางประการ

ประเภทที่ 2 ความรู้เรื่องวิถีและการจัดการกระทำกับสิ่งเฉพาะสิ่ง (Knowledge of Ways and Means of Dealing with Specifics) เป็นเรื่องเกี่ยวกับแบบแผนนิยม แนวโน้มและลำดับเหตุการณ์ การจัดพวกและประเภท เหนือ และระเบียบวิธี

ประเภทที่ 3 ความรู้เรื่องสากลและนามธรรมในสาขาต่าง ๆ (Knowledge of the Universals and Abstracts in a Field) เกี่ยวกับหลักการและข้อสรุปทั่วไป ทฤษฎีและโครงสร้าง

วิจารณ์ พานิช (2548: 5-6) กล่าวว่าความรู้ คือ สิ่งที่น่าไปใช้จะไม่หมดไปหรือสึกหรอ แต่จะงอกงยหรืองอกงามขึ้น เป็นสารสนเทศที่น่าไปสู่การปฏิบัติ เป็นสิ่งที่คาดเดาไม่ได้ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้น

ณ จุดที่ต้องการใช้ความรู้ นั้น และเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับบริบทที่กระตุ้น ให้เกิดขึ้นตามความต้องการ แบ่งชนิดของความรู้ 3 ลักษณะที่ปรากฏ ดังนี้

ลักษณะที่ 1 ความรู้ที่เปิดเผย (explicit knowledge) รู้กันทั่วไป พบเห็นในหนังสือตำรา สื่อต่าง ๆ เข้าถึงและแลกเปลี่ยน ได้ไม่ยาก

ลักษณะที่ 2 ความรู้ที่แฝงอยู่ในองค์กร (embedded knowledge) แฝงอยู่ใน กระบวนการทำงาน คู่มือ กฎกติกา ข้อตกลง ตารางการทำงาน บันทึกจากการทำงาน

ลักษณะที่ 3 ความรู้ที่ฝังลึกในคน (tacit knowledge) ฝังอยู่ในความคิด ความเชื่อ ค่านิยม ที่คนได้จากประสบการณ์ ข้อสังเกตที่สั่งสมมานาน จากการเรียนรู้ที่หลากหลายและ เชื่อมโยงจนเป็นความรู้ที่มีคุณค่าสูงแลกเปลี่ยนยากและไม่สามารถเปลี่ยนมาเป็นความรู้ที่เปิดเผยได้ ทั้งหมด แบ่งความรู้ เป็น 4 ระดับ คือ

- 1) Know-what เป็นความรู้เชิงทฤษฎีล้วน ๆ เมื่อนำความรู้ไปใช้อาจ ใช้ได้บ้าง ไม่ได้บ้าง
- 2) Know-how เป็นความรู้ที่มีทั้งเชิงทฤษฎี และบริบทและรู้จักปรับ สภาพได้
- 3) Know-why เป็นความรู้ในระดับที่อธิบายเหตุผลได้ และ
- 4) Care-why เป็นความรู้ในระดับคุณค่าความเชื่อ ซึ่งจะเป็แรงขับเคลื่อน มาจากภายในจิตใจ ให้ต้องกระทำสิ่งนั้น ๆ เมื่อเผชิญสถานการณ์

จากการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องความรู้ สรุปว่าความรู้ หมายถึง การระลึกรู้ ในข้อเท็จจริงกฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่ได้จากการศึกษาหรือประสบการณ์ที่มนุษย์ได้รับและ สะสมไว้ ซึ่งถือเป็นพฤติกรรมขั้นต้น การแบ่งชนิดของความรู้มี 3 ลักษณะ คือ 1) ความรู้ที่เปิดเผย 2) ความรู้ที่แฝงอยู่ในองค์กร 3) ความรู้ที่ฝังลึกในคน

ชม ภูมิภาค. (2533: 44) กล่าวว่า ความรู้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ ระลึกถึงวิธีและกระบวนการต่าง ๆ หรือระลึกถึงแบบกระสวน โครงสร้าง วัตถุประสงค์ ในด้านความรู้ นั้น ย้ำในเรื่องกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำเป็น กระบวนการเชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระเบียบใหม่ ความรู้ประกอบด้วยสิ่งต่าง ๆ หลายอย่าง เช่น

- 1) ความรู้เกี่ยวกับสิ่งเฉพาะ เป็นการจดจำสิ่งต่าง ๆ อย่างโดดเด่น เป็นเรื่องการ เชื่อมโยงสัญลักษณ์กับสิ่งที่เป็นรูปธรรม เป็นรากฐานของการสร้างความคิดที่เป็นนามธรรม
- 2) ความรู้เกี่ยวกับความหมายของข้อความ เป็นความรู้เกี่ยวกับความหมายของ สัญลักษณ์ของศัพท์ต่าง ๆ เป็นข้อความหรือศัพท์ทางเทคนิค

3) ความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงเฉพาะ เช่น ความรู้เกี่ยวกับชื่อบุคคล สถานที่ เหตุการณ์ เวลา

4) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการในการจัดการกับสิ่งเฉพาะ เช่น ความรู้ในการจัดระเบียบ การศึกษา การวิจารณ์ สิ่งนี้รวมถึงวิธีการ สืบสวน สอบสวน มาตรฐานในการตัดสินเป็นความรู้ที่อยู่กลาง ระหว่างสิ่งที่เป็นรูปธรรมกับนามธรรม

5) ความรู้ในระเบียบวิธีของกลุ่ม เช่น นักข่าวมีความรู้ในการเขียนข่าว เป็นต้น

6) ความรู้เกี่ยวกับแนวโน้มหรือเหตุการณ์ตามลำดับต่อเนื่อง เป็นความรู้เกี่ยวกับ กระบวนการ

7) ความรู้เกี่ยวกับการแยกประเภท เช่น ประเภทของวรรณคดี

8) ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ เช่น ความรู้ในการตั้งเกณฑ์ประเมินผลกิจกรรม นันทนาการ

9) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการ เช่น ความรู้เกี่ยวกับวิธีการสืบสวนเทคนิคหรือ กระบวนการที่ใช้ในวิชาเฉพาะ ๆ เป็นความเข้าใจในวิธี มิใช่ความเข้าใจในการใช้วิธีหรือ ความสามารถในการใช้วิธี เช่น ความรู้เกี่ยวกับวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ในการประเมินผลรวบยอด เกี่ยวกับสุขภาพ

10) ความรู้เกี่ยวกับนามธรรมของวิชาด้านต่าง ๆ ด้านใด ด้านหนึ่ง ส่วนมากเป็น ทฤษฎี กฎเกณฑ์เป็นระดับสูงสุดของนามธรรม

11) ความรู้เกี่ยวกับหลักและการสรุป

12) ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีและโครงสร้าง เป็นการรวมหลักการ หรือการสรุปเข้า เกี่ยวพันกันเป็นระบบ

#### 4.2 การวัดความรู้

ก่อนที่จะรู้ระดับความรู้ ความเข้าใจของแต่ละบุคคล จะต้องทำการวัดความรู้ ซึ่ง (แสงจันทร์ โสภากาล, 2550: 15-16) ได้เสนอแนวคิดในด้านวิธีการวัดความรู้ที่เป็นที่นิยมไว้ว่า วิธีการวัดผลความรู้ กระทำได้หลายวิธี ที่นิยมปฏิบัติกันโดยทั่วไป คือ การวัดโดยการใช้ แบบทดสอบและเป็นแบบทดสอบ ชนิด เลือกตอบ (Multiple Choice Tests) เป็นส่วนใหญ่ เพราะเป็นแบบทดสอบที่วัดได้รอบด้าน สามารถวัดผลของการเรียนรู้ได้หลายอย่าง ตั้งแต่ กระบวนการทางสติปัญญาชั้นสูง ได้แก่ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่าตลอดจนถึง การจดจำเบื้องต้น



เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้มีหลายชนิด แต่ละชนิดก็เหมาะสมกับการวัดความรู้ตามคุณลักษณะซึ่งแตกต่างกันออกไป ซึ่งในที่นี่ จะกล่าวถึงเครื่องมือที่นิยมใช้กันเป็นส่วนใหญ่ คือ แบบทดสอบ (Test) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540: 96-98)

#### 4.2.1 แบบทดสอบ

แบบทดสอบ คือ ชุดของสิ่งเร้าที่นำไปใช้กระตุ้นบุคคลให้ตอบสนองออกมา ชุดของสิ่งเร้านี้ มักจะอยู่ในรูปของข้อคำถาม ซึ่งอาจให้เขียนตอบ ให้แสดงพฤติกรรมหรือพูดออกทางวาจา โดยสามารถวัดได้ สังเกตได้ และนำไปสู่การแปลความหมายได้ แบ่งออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1) ชนิดที่ 1 แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ (Achievement Test) เป็นแบบสอบถามที่มุ่งวัดความรู้ ทักษะและสมรรถภาพทางสมองของบุคคล อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเรียนการสอนว่าผู้เรียนได้เกิดพฤติกรรม การเรียนรู้อะไรบ้าง มีการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาการอย่างไร

แบบทดสอบประเภทนี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ แบบทดสอบที่สร้างขึ้นเอง (Teacher made Test) และแบบทดสอบที่เป็นมาตรฐาน (Standardized Test) ซึ่งอาจจะถามเนื้อหาเหมือนกัน โดยจัดเป็นกลุ่มพฤติกรรมได้ 6 ประเภท คือ ความรู้ ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์และการประเมินค่า

รูปแบบของแบบทดสอบ วัดผลสัมฤทธิ์ที่นิยมใช้มี 3 รูปแบบคือ

(1) แบบทดสอบปากเปล่า (Oral Test) เป็นการทดสอบที่อาศัยการซักถามเป็นรายบุคคล ใช้ได้ผลดีถ้ามีผู้เข้าสอบจำนวนน้อย เพราะต้องใช้เวลามาก ถามได้รายละเอียด เพราะสามารถโต้ตอบกันได้

(2) แบบเขียนตอบ (Paper-pencil Test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้กันทั่วไป ซึ่งจะมีกระดาษและดินสอ หรือปากกาเป็นอุปกรณ์ช่วยตอบ แบ่งได้ 2 แบบ คือ

ก. แบบความเรียง (Essay Type) เป็นการทดสอบที่ให้ผู้ตอบได้รวบรวมเรียบเรียงคำพูดของตนเอง แสดงเจตคติและความคิดได้อย่างอิสระ ภายใต้หัวข้อเรื่องที่กำหนดให้

ข. แบบจำกัดคำตอบ (Fixed-response Test) เป็นแบบคำตอบที่มีคำตอบถูกภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดให้อย่างจำกัด แบ่งออกเป็น 4 แบบ คือ แบบถูกผิด (True - False) แบบเติมคำ (Completion) แบบจับคู่ (Matching) แบบเลือกตอบ (Multiple Choice)

(3) แบบทดสอบปฏิบัติ (Performance Test) เป็นแบบทดสอบที่ผู้สอบได้แสดงพฤติกรรมออกมาโดยการกระทำหรือลงมือปฏิบัติจริง ๆ

2) ชนิดที่ 2 แบบทดสอบวัดความถนัด (*Aptitude Test*) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดศักยภาพระดับสูงสุดของบุคคลว่าสมรรถภาพในการเรียนรู้มากน้อยเพียงใด และควรเรียนด้านใด จึงจะประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

(1) แบบทดสอบความถนัดในการเรียน (*Scholastic Aptitude Test*) เป็นแบบทดสอบความถนัดที่วัดความสามารถทางวิชาการว่า มีความถนัดวิชาใดและสามารถเรียนไปได้มากน้อยเพียงใด

(2) แบบทดสอบวัดความถนัดจำเพาะ (*Spectific Aptitude Test*) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดความสามารถพิเศษของบุคคล เช่น ความถนัดทางดนตรี ทางกายภาพบำบัด ทางศิลปะ เป็นต้น

3) ชนิดที่ 3 แบบทดสอบวัดความสัมพันธ์ของบุคคลต่อสังคม (*Personal – social Test*) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดเกี่ยวกับบุคลิกภาพหรือการปรับตัวของบุคคลในสังคม มักอยู่ในรูปแบบทดสอบ

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือ คือ แบบทดสอบ (Test) วัดปัจจัยด้านความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เป็นแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ (*Achievement Test*) ที่มุ่งวัดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมตามบทบาทของ อสม. ในกระบวนการของหมู่บ้านจัดการสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1)การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน 2) การบริหารจัดการงบประมาณ 3) การจัดบริการสุขภาพในชุมชน และ 4) การประเมินผลการดำเนินงาน

## 5. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support)

### 5.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support)

แคพแลน (Caplan, 1976: 39-42, อ้างใน ขวัญใจ พิมพิมล, 2543: 65) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงานหรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

พิลิสุก (Pilisuk, 1982: 20, อ้างใน ขวัญใจ พิมพิมล, 2543: 65) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ เป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

ทรงศักดิ์ คางคำสวัสดิ์ (2539: 29-35) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ผู้รับ ได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้ หมายถึง การมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

## 5.2 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคม จัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคม ถือว่ามีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น มีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิแรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์ จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิ ถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่นๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสารและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

5.3 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม (Pilisuk, 1982: 20, อังไฉน ขวัญใจ พิมพ์ผล, 2543: 66) หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

5.3.1 ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน

5.3.2 ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย

1) ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส่และมีความรัก ความหวังดี

ในสังคมอย่างจริงจัง

2) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับ

ในสังคม

5.3.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

#### 5.4 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

เฮ้าส์ (House, J. S., 1981: 83-108 อ้างใน วราภรณ์ อมรเพชรกุล, 2543: 38) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

5.4.1 *Emotional Support* คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

5.4.2 *Appraisal Support* คือ การสนับสนุนด้านการให้ประเมินผลและการพัฒนา เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติหรือ การบอกให้ทราบผลถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

5.4.3 *Information Support* คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ

5.4.4 *Instrumental Support* คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

#### 5.5 ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

นักพฤติกรรมศาสตร์ชื่อ กอทต์ลิบ (Gottlieb, 1985 :5-12), (อ้างใน วราภรณ์ อมรเพชรกุล, 2543: 38) ได้แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ระดับ คือ

5.4.1 *ระดับกว้าง (Macro level)* เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือ การมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการ ในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มต้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

5.4.2 *ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level)* เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์และการยกย่อง

5.4.3 *ระดับแคบ หรือระดับลึก (Micro level)* เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้ มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวนและความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย

ในการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามี ภรรยาและสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจและแสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

**สรุป** จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมของ อสม.ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ คือ การที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับกิจกรรม การกระทำหรือการช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายของสังคมและชุมชน ประกอบด้วย การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรและการดำเนินการประเมินผลและพัฒนาความรู้ และประสบการณ์ในการดำเนินงาน

## 6. ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในชุมชน

การมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่นเป็นสิ่งจำเป็นในการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์ พัฒนาการทางสังคมและความคิดความเข้าใจของบุคคล พัฒนาขึ้นจากการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล ความสำเร็จในอาชีพ การค้นพบความหมายของชีวิตและสุขภาพจิต ล้วนได้รับผลกระทบจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมนุษย์แต่ละคนถูกหล่อหลอมจากประสบการณ์ให้มีความคิด ความเชื่อ ทศนคติและค่านิยม ที่แตกต่างกัน ดังนั้น การเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างคน 2 คน จึงต้องอาศัยความเข้าใจ ถึงปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อสัมพันธภาพที่มีระหว่างกัน เพื่อบุคคลทั้งสองฝ่ายจะได้ประสบความสำเร็จ ในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (จิน แบร์รี, 2538)

### 6.1 ความหมายของสัมพันธภาพ

สัมพันธภาพ หมายถึง ความผูกพันความเกี่ยวข้อง (ราชบัณฑิตยสถาน 2525: 796) จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับเรื่องสัมพันธภาพ ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า “สัมพันธภาพ” ไว้ดังนี้

ซิกเกอร์ริง (Chickering, 1993: 90) อ้างใน ปรีชาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2539: 115–117) ได้ให้ความหมายของสัมพันธภาพไว้ว่า สัมพันธภาพ หมายถึง การที่บุคคลมีความอดทนที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น และการเปลี่ยนแปลง จากการพึ่งพาตนเองไปสู่การพึ่งพาซึ่งกันและกัน ซึ่งการอดทนที่จะอยู่ร่วมกับ บุคคลอื่น ได้แก่ ความสามารถยอมรับความแตกต่างของบุคคลอื่นได้และการมีน้ำใจกว้าง การให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน การให้และการรับ เป็นต้น

ชัยพร วิชาวุธ (2530: 69) กล่าวว่า สัมพันธภาพ เป็นพฤติกรรมปฏิสัมพันธ์ตอบโต้ระหว่างบุคคล มนุษย์อยู่เป็นสังคม การกระทำของมนุษย์แต่ละคนจึงสัมพันธ์กับการกระทำของคนอื่น ๆ ในสังคม เกิดขึ้นทันที เมื่อการกระทำของคนหนึ่งมีผลกระทบต่อผลกรรมที่อีกคนหนึ่งจะได้รับ

กฤษฎณา ศักดิ์ศรี (2534: 10) กล่าวถึง ความหมายของสัมพันธภาพว่า สัมพันธภาพ เป็นความเกี่ยวข้องของมนุษย์ที่มีต่อกัน โดยทางตรงและทางอ้อม มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีความสามัคคีกัน ขอมรับนับถือ ตลอดจนการปฏิบัติตนให้อยู่ในกรอบของสถาบันและวัฒนธรรม เดียวกัน มีการสืบทอดเจตนารมณ์จนเกิดเป็นสังคมขึ้น ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันของมนุษย์เข้าใจ ซึ่งกันและกัน ทั้งระหว่างบุคคลหรือกลุ่ม

เกย์ (Gay, 1981: 10) อ้างใน มณี ดีประสิทธิ์ (2541: 7) กล่าวว่า สัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในระหว่างบุคคล โดยกระบวนการนี้ จะเกิดขึ้นทีละเล็กทีละน้อย อย่างต่อเนื่องและรวมเข้าด้วยกัน เป็นองค์ประกอบของกระบวนการของความคุ้นเคยและบุคคล ที่เกี่ยวข้อง จะอยู่ในฐานะบุคคลอันเป็นที่รักของกันและกัน

จากความหมายของ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ดังกล่าว สรุปได้ว่า สัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล หมายถึง พฤติกรรมปฏิสัมพันธ์ ตอบโต้ ระหว่างบุคคล เพื่อทำความรู้จักกัน เพื่อให้ ได้มาซึ่งความรักใคร่ ความเข้าใจอันดีต่อกัน อันจะนำมาซึ่งความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันของบุคคล รวมทั้งสังคม ทำให้เกิดการปรับตัวทางสังคม ขอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล เคารพในสิทธิผู้อื่น รู้จักการให้และการยอมรับซึ่งกันและกัน

## 6.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2539: 115 –117) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นผลรวมของการปฏิบัติ ความประพฤติ ระหว่างบุคคล ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลได้ร่วมทำกิจกรรม และมีส่วนร่วมในด้านการติดต่อ สื่อความหมาย ความร่วมมือ การเปลี่ยนแปลง การแก้ปัญหาและการจูงใจซึ่งกันและกัน

แนวคิดหรือทฤษฎีที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้น มีหลายทฤษฎี สำหรับ งานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ดังนี้

**6.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีสามมติของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (FIRO – Fundamental Interpersonal Relation Orientation)** โดยวิลเลียม ชูทซ์ (Schultz.,1966) ทฤษฎีนี้ได้กล่าวถึง ความต้องการระหว่างบุคคล ทั้งในระดับพฤติกรรมและความรู้สึก ซึ่งจำเป็นและเพียงพอที่จะอธิบายการแสดงออกของบุคคล เมื่อมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในกลุ่มได้ โดยความต้องการระหว่างบุคคล ในระดับพฤติกรรมประกอบด้วย 3 มิติ ดังนี้ (ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2539: 115 –117)

1) มิติที่ 1 การเข้ากลุ่ม (Inclusion) เป็นมิติการเข้า –ออก (In-Out) หมายถึง ขอบเขตการติดต่อของมนุษย์ บางคนชอบการเข้ากลุ่มมาก ชอบที่จะไปงานเลี้ยงต่าง ๆ และทำสิ่ง ต่าง ๆ ร่วมกับกลุ่ม ชอบที่จะเป็นผู้เริ่มต้นการสนทนากับคนแปลกหน้าก่อน ในขณะที่บางคนชอบที่จะอยู่คนเดียว ชอบความเป็นส่วนตัว และหลีกเลี่ยงงานต่าง ๆ ซึ่งความแตกต่างเหล่านี้ มีตั้งแต่ระดับ Over Social

(สภาพที่บุคคลรู้สึกเป็นทุกข์เมื่ออยู่ตามลำพัง) จนถึง Under Social (สภาพที่บุคคลรู้สึกเป็นทุกข์เมื่อมีบุคคลอื่น ปรากฏอยู่ด้วย)

2) *มิติที่ 2 การควบคุม (Control)* เป็นมิติของการอยู่เหนือกว่า หรืออยู่ใต้กว่า (Top-Bottom) หมายถึง ขอบเขตของอำนาจการควบคุมและมีอิทธิพล บางคนมีความสุขเมื่อเขาได้รับมอบหมาย ให้ดูแลบุคคลอื่น ชอบที่จะเป็นเจ้านาย เป็นผู้ให้คำสั่งหรือเป็นผู้ทำการตัดสินใจ สำหรับตนเองและผู้อื่น แต่บางคนชอบที่จะไม่ต้องควบคุมหรืออยู่เหนือบุคคลอื่น พอใจที่จะไม่เคยบอกให้ใครทำอะไรและพยายามค้นหาสภาพที่จะไม่ต้องรับผิดชอบอะไร มนุษย์มีความแตกต่างกันในความปรารถนาที่จะควบคุมบุคคลอื่น หรือเป็นอิสระจากการควบคุมบุคคลอื่น ตั้งแต่ Autocratic (สภาพที่บุคคลรู้สึกเป็นทุกข์ เมื่อไม่ได้เป็นผู้ควบคุม) จนถึง Abdicratic (สภาพที่บุคคลรู้สึกเป็นทุกข์ ขณะที่ควบคุมบุคคลอื่น)

3) *มิติที่ 3 ความรักใคร่ผูกพัน (Affection)* เดิม ชูทส์ ใช้คำว่า “Affection” ซึ่งแสดงถึง มิติของการอยู่ใกล้ – ไกล (Near-Far) หมายถึง ขอบเขตของการใกล้ชิดสนิทสนมกับบุคคลอื่น แต่จากประสบการณ์ที่ผ่านมา หลายครั้งที่ใช้แบบการวัดไฟโร-บี แสดงให้เห็นว่า การใช้คำว่า Affection ทำให้ผู้ตอบสับสน แยกไม่ออก ระหว่างความชอบพอ ที่เป็นความรู้สึกและความชอบที่เป็นพฤติกรรม ดังนั้น ชูทส์ จึงเปลี่ยนมาใช้คำว่า “Openness” แทนความเปิดเผย (Openness) เป็นมิติของการเปิด – ปิด (Open-Close) หมายถึง ขอบเขตของการเปิดเผยของมนุษย์ บางคนได้รับความพอใจจากการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งเขาสามารถพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกของเขา ความลับและความคิดภายในตัว เขาชอบที่จะมีคนที่เขาไว้วางใจได้หนึ่งหรือสองคนหรือมากกว่านั้น แต่บางคนพอใจกับการหลีกเลี่ยง จากการเปิดเผยกับบุคคลอื่นและค่อนข้างที่จะรักษาสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ให้อยู่ในระดับที่คุ้นเคย มากกว่าระดับการเป็นเพื่อนสนิท

ส่วนความต้องการระหว่างบุคคลในระดับความรู้สึก ประกอบด้วย 3 มิติ คือ

(1) *มิติที่ 1 ความสำคัญ (Significance)* เป็นความรู้สึกของบุคคลที่รู้สึกว่าตนเองนั้น มีความสำคัญกับบุคคลอื่นและรู้สึกว่าบุคคลอื่นนั้น มีความสำคัญ มีความหมายกับตนเอง

(2) *มิติที่ 2 ความสามารถ (Competence)* เป็นความรู้สึก ถึงความสามารถของบุคคล เมื่อความสามารถ คือ การตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ หรือแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยความสามารถของตนเอง

(3) *มิติที่ 3 ความน่าคบ (Likability)* เป็นความรู้สึกน่าคบ กับบุคคลอื่น บุคคลส่วนมาก อาจจะมีความสามารถ มีความสำคัญ แต่ไม่น่าคบ เช่น อาชญากรที่ประสบความสำเร็จ หรือจอมเผด็จการ ผู้กดขี่

นอกจากนี้ ฮุทส์ ยังได้ แบ่งความเข้ากันได้ของบุคคล (Compatability) ออกเป็น 2 ชนิด คือ

(1) Atmosphere Compatability เป็นความเข้ากันได้ของบุคคล ซึ่งเกิดจากความต้องการที่เหมือนกัน เช่น ชอบสังคมเหมือนกัน

(2) Role Compatability เป็นความเข้ากันได้ของบุคคล ซึ่งเกิดจากความต้องการที่ต่างกันหรือตรงกันข้ามกัน เช่น บุคคลที่ต้องการควบคุมบุคคลอื่น จะเข้ากันได้กับบุคคลที่ต้องการให้บุคคลอื่น ควบคุมตนเอง

**6.2.2 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของซัลลิแวน (Interpersonal Relationship Theory of Harry Stack Sullivan)** (Harry Stack Sullivan., 1931: 102) โดยมีความเห็นว่าพฤติกรรมและบุคลิกภาพของมนุษย์ เป็นผลมาจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคล บุคคลไม่สามารถแยกความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้เลย นับตั้งแต่เกิด มนุษย์นั้น เป็นผลผลิตของการมีความสัมพันธ์กันทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา เป็นเครื่องบ่งชี้ความต้องการของบุคคลและบอกทิศทางของการเจริญเติบโต (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, 2530: 55– 57)

1) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีความเชื่อว่า มนุษย์มีความต้องการพื้นฐาน 2 ประการ คือ

(1) ความต้องการความพึงพอใจ (Satisfaction) เป็นความต้องการทางสรีระวิทยา เช่น ความหิวความกระหาย ความต้องการทางเพศ

(2) ความต้องการความมั่นคง (Security) เป็นความต้องการด้านจิตสังคม รวมถึง ความสุขสบายใจ การมีความคิดและค่านิยมที่อยู่ในกรอบกับการยอมรับของสังคม สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยที่บุคคลจะได้รับความอบอุ่นใจ เพราะมีเพื่อน ซึ่งเพื่อนในที่นี้ หมายถึง ผู้หนึ่งผู้ใดที่บุคคลนั้น สนับสนุนพอที่จะยอมรับทุกชั่วร้ายได้ ไม่ว่าจะอยู่ในวัยเดียวกันหรือไม่ ก็ตาม บุคคลที่มีเพื่อนแม้หนึ่งคน ย่อมไม่เป็นโรคจิตประสาท (ปีลดี อุณหเลขกะ, 2533: 14)

2) โครงสร้างบุคลิกภาพ ซึ่งซัลลิแวน ได้อธิบายว่าโครงสร้างบุคลิกภาพมีหลากหลาย เป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสามารถ แบ่งได้ 3 ประการ คือ

(1) กระบวนการปรับเปลี่ยนพลังงาน (Dynamism) คือ พฤติกรรมที่เป็นความเคยชินในด้านความสัมพันธ์กับคนอื่น เช่น ชอบรับใช้ ช่วยเหลือ บุคคลชอบเอาเปรียบ ชอบบ่น เพื่อให้ใครๆ เห็นอกเห็นใจ ฯลฯ ศูนย์กลางของกระบวนการปรับเปลี่ยนพลังงาน คือ ระบบตัวตน (Self System) เป็นกระบวนการที่พัฒนามาจากวิธีการป้องกันตนเอง เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์กับผู้อื่นดำเนินไปอย่างราบรื่น



(2) กระบวนการสร้างภาพบุคคล (Personification) คือ มโนภาพที่บุคคลวาดเป็นภาพตัวเอง เป็นภาพคนอื่นที่มีสัมพันธภาพกับตน โดยจะมีความเกี่ยวข้องอย่างลึกซึ้งกับความรูสึก เจตคติและความคิดที่บุคคลมีขึ้น เนื่องจากได้รับประสบการณ์ทางด้านความพึงพอใจและความวิตกกังวล และจะมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของบุคคล ที่เคยได้รับจากบุคคลอ้างอิง และสร้างภาพบุคคลตามประสบการณ์ที่ได้รับได้ผลิต อันจะทำให้บุคคลมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างตนเองและบุคคลอื่น นั่นก็คือ บุคคลสามารถที่จะประเมินตนได้ ดังนั้น ภาพก็จะเกิดขึ้น

3) กระบวนการคิด (Cognitive Process) ซัลลิแวนเชื่อว่า กระบวนการคิดเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างบุคลิกภาพ ซึ่งมี 3 ลักษณะใหญ่ ๆ

(1) ประสบการณ์โปรโตแทกซิก (Prototaxic) เป็นประสบการณ์ที่ยังมิได้พัฒนาปรับปรุง เป็นความคิดระดับทารก เกี่ยวกับการรับรู้ทางด้านประสาทสัมผัส ความรูสึกซึ่งเกิดขึ้นทันทีทันใด โดยปราศจากการเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมและในที่สุดบุคคลไม่สามารถรำลึกได้อีก

(2) ประสบการณ์พาราแทกซิก (Parataxic) เป็นประสบการณ์ที่ต่อเนื่องจากประสบการณ์โปรโตแทกซิก บุคคลเริ่มเชื่อมโยงสิ่งแวดล้อมให้มีความสัมพันธ์เป็นประสบการณ์ ได้แยกได้ว่าสิ่งใด คือ ตนเอง สิ่งใดไม่ใช่ตนเอง ซึ่งเป็นลักษณะเข้าใจสัมพันธภาพระหว่างสิ่งต่าง ๆ

(3) ประสบการณ์ซินแทกซิก (Syntactic) เป็นประสบการณ์ขั้นสูงสุด บุคคลเริ่มเรียนรู้ ติดต่อกันโดยใช้ภาษา คำพูด สัญลักษณ์ มีผลให้บุคคลสามารถติดต่อกับบุคคลอื่นได้อย่างมั่นคง

สรุปได้ว่า ซัลลิแวน เน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม เพราะจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมเกิดขึ้น เขาเน้นความมั่นคงและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดี เพื่อสภาพจิตสังคมสมบูรณ์ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ไม่ดี จะก่อให้เกิดปัญหาตามมามากมาย

นอกจากนี้แล้ว ยังมีทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ เพบพลาว ที่มีความเห็นสอดคล้องกัน โดยมีสาระสำคัญ ตอนหนึ่งที่เน้นในเรื่องบุคคลที่มีความเชื่อว่า บุคคลแต่ละคนประกอบด้วย ลักษณะและความต้องการทางเคมี สรีระวิทยาและด้านสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้ พื้นฐานของการพัฒนาของบุคลิกภาพ ตั้งแต่วัยทารกตลอดจนช่วงชีวิต พัฒนาการนี้เป็นไปเพื่อให้ชีวิตที่มีความสุขและมีประโยชน์ บุคคลทุกคนมีความต้องการเฉพาะตน เมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง เป็นผลให้เกิดความไม่พอใจ ความคับข้องใจ เกรียดและกังวล ความรูสึกเหล่านี้ เกี่ยวข้องกับระดับของความปรารถนาที่แต่ละบุคคลได้ตั้งไว้ (มณี ดิประสิทธิ์, 2541: 28)

**สรุป** จากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสัมพันธภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ จึงศึกษาปัจจัยด้านสัมพันธภาพในชุมชนของ อสม. ซึ่งเป็นการวัดการรับรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างกันของอสม.กับบุคคลในชุมชน ซึ่งแสดงออกถึงการแลกเปลี่ยนความสัมพันธ์อันดีต่อกัน การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การตอบแทนซึ่งกันและกัน รวมถึงการแบ่งเบาความทุกข์ต่อกัน โดยไม่ทอดทิ้งกัน ความเชื่อถือ ความไว้วางใจไม่หวาดระแวงกัน และเปิดเผยต่อกัน การยอมรับซึ่งกัน และกัน ความชื่นชมและศรัทธาต่อกัน การให้ความสนใจห่วงใยกัน ใส่ใจในทุกข์ สุขและการสร้าง บรรยากาศที่เป็นกันเอง

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 7.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน/การปฏิบัติงานของ อสม.

จินตนา บุญยิ่ง, ธงชัย อามาตย์บัณฑิต และสุภาดา คำสุชาติ (2555: 97-104) ศึกษา การมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยมีอายุเฉลี่ย 41.3 ปี (SD=9.5) ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 89.1 ระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ย 7.7 ปี (SD=5.7) ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 53.6 มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เฉลี่ย 89.8 จากช่วงคะแนน 23-115 โดยเทียบเป็นการมีส่วนร่วมร้อยละ 76.9-79.1 ซึ่งนับได้ว่ามีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ตัวแปรซึ่งเป็นปัจจัยศึกษา สามารถ ร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 29.1 ( $R^2=0.300$ ,  $R^2_{adjusted}=0.291$ ,  $F=226.5$ ,  $p<0.001$ ) ตัวแปรที่เป็นปัจจัยทำนาย ได้แก่ แรงจูงใจในการยอมรับนับถือ แรงจูงใจใน ความสำเร็จของการทำงาน อายุทัศนคติ การศึกษาระดับประถม ความสัมพันธ์ในการทำงานและ การได้รับการสนับสนุนด้านนโยบาย

ชุตติกาญจน์ กกล้าหาญ (2550: 72-73) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตเมืองพัทยา อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน สาธารณสุขมูลฐานของเมืองพัทยา ในภาพรวมพบว่า ด้านวางแผนและตัดสินใจ ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ ด้านร่วมการประเมินผล การปฏิบัติงาน มีส่วนร่วมอยู่ระดับปานกลาง ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนงาน มีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ในเรื่องให้คำแนะนำเมื่อเพื่อนบ้านเจ็บป่วยและจากการทดสอบ สมมติฐาน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตเมืองพัทยา อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ที่มีเพศ

อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและอาชีพต่างกัน มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ไม่แตกต่างกัน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตเมืองพัทยา อำเภอ บางละมุง จังหวัดชลบุรี ที่มีรายได้ต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติงานและวิธีการเข้ามาเป็นอาสาสมัครต่างกัน มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน สาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน

ไพรัช พันธุ์อุดม (2548) ศึกษาวิจัยเรื่อง การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ในงานสาธารณสุขมูลฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน ในเครือข่ายโรงพยาบาล พรหมคีรี นครศรีธรรมราช พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีแรงจูงใจใน การปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง การปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม.ในงาน สสม.อยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ตามบทบาทของ อสม.ในงาน สสม. คือ เพศอายุ ความเพียงพอของรายได้ การมีตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้าน การศึกษาปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้แก่ การได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับการฝึกอบรม ด้านสาธารณสุขมูลฐาน เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง การได้ไปศึกษาดูงานสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้านอื่น การรับรู้บทบาทของอสม.ในงาน สสม. การได้รับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในงาน สสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงาน ตามบทบาทของ อสม. ในงาน สสม. พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาในเรื่องการวางแผนและวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข ร้อยละ 83.10 แนวทางแก้ไขปัญหา คือ จัดอบรมให้ความรู้แก่ อสม. ในเรื่องการวางแผนงานสาธารณสุขและการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข

นภาพรณี พานิช (2545) ศึกษาการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เป็นกรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร จำนวน 160 คน เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถามความรู้ในการดำเนินงาน ทักษะติดต่อชมรม ฯ การทำงานเป็นทีม การได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชน ปัจจัยจูงใจ และการดำเนินงานของชมรม ฯ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.9336 ผลการวิจัยพบว่า (1) กรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขนาน 5-6 ปี ซึ่งสัมพันธ์กับการดำเนินงาน ของชมรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (2) ความรู้ของกรรมการชมรม ฯ อยู่ในระดับดี สัมพันธ์กับการดำเนินงานของชมรม ฯ ด้านบริหารจัดการ ฯ ทักษะการทำงานเป็นทีม การได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับอำเภอ และระดับจังหวัดอยู่ในระดับดี (3) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพบว่า กรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ขาดความรู้ในด้านการบริหารจัดการ

ขาดงบประมาณในการดำเนินงาน ชุมชนขาดการมีส่วนร่วมและขาดเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน พร้อมทั้งจัดหาสิ่งจูงใจ เช่น รางวัลและเกียรติบัตร

บัณฑิต เมลจิตร (2540) ได้วิจัยเรื่อง การรับรู้และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในงานสาธารณสุขมูลฐาน อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.9 มีการรับรู้บทบาทหน้าที่ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.4 มีการรับรู้บทบาทหน้าที่ระดับดีและร้อยละ 15.7 มีการรับรู้บทบาทหน้าที่ ในระดับไม่ดี การรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม. ในงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ อสม. ในงานสาธารณสุขมูลฐาน

นริศรา ธนาภิวัดนกุล (2542: 76) ศึกษาการประเมินการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดอ่างทอง ผลการศึกษาพบว่าการบริหารงานสาธารณสุขมูลฐานโดยรวม ด้านการวางแผน การจัดองค์การ การใช้ภาวะผู้นำ การควบคุมงาน การสนับสนุนทางสังคมด้านฝึกอบรม การนิเทศงาน การมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและพบว่า การควบคุมงาน การจัดองค์การ การมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถอธิบาย ความผันแปรของการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ ร้อยละ 25.31

สมคิด เกาวัลย์ (2546) ศึกษาวิจัยเรื่อง การแสดงบทบาทและความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน: กรณีศึกษาอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความพึงพอใจต่อระบบบริการของศูนย์พัฒนาสุขภาพชุมชนโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความแตกต่างกันเรื่อง เพศ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ มีการแสดงบทบาทการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน โดยรวมและในรายด้าน ไม่แตกต่างกัน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน คือ ปัญหาการขาดแคลนทั้งจำนวนและคุณภาพ ในด้านวัสดุ อุปกรณ์ บุคลากร งบประมาณ

สรุป จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน/การปฏิบัติงานของ อสม. สรุปได้ว่าการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน/ปฏิบัติงานของ อสม. นั้น เกิดจาก (1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล เป็นแรงผลักดันหรือจูงใจที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล (2) ปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคมและการเมือง (3) ปัจจัยผลักดันจากบุคคลอื่น เช่น เจ้าหน้าที่ เพื่อร่วมงาน คนในหมู่บ้าน/ชุมชน และ (4) สิ่งจูงใจ รางวัลหรือผลตอบแทน คือ เข้าร่วมกิจกรรมหรือการดำเนินงานโดยมีสิ่งจูงใจ มีผลประโยชน์ตอบแทนในการปฏิบัติงาน

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน คือ ปัญหาการขาดแคลนทั้งจำนวนและคุณภาพในด้านวัสดุ อุปกรณ์ บุคลากร งบประมาณ ส่วนใหญ่มีปัญหาในเรื่องการวางแผนและวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข ความรู้ อสม. ในเรื่องการวางแผนงานสาธารณสุขและการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข กรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขขาดความรู้ ในด้านการบริหารจัดการ ขาดงบประมาณในการดำเนินงาน ชุมชนขาดการมีส่วนร่วมและขาดเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน พร้อมทั้งจัดหาสิ่งสนับสนุน/แรงจูงใจในการทำงาน

## 7.2 งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน/ปฏิบัติงาน ของ อสม.

ธวัชชัย วีระกิติกุล (2552: 78-79) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ตามบทบาทหน้าที่ อสม. ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดพัทลุง จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทของ อสม. ได้แก่ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. ความพึงพอใจในตำแหน่ง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินงาน แรงสนับสนุนทางสังคม จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัวและชุมชน สัมพันธภาพระหว่าง อสม. กับประชาชน ผู้นำท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

วิระยุทธ ขุนพล (2545: 54) ศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชนในเทศบาล ตำบลเส้าไห้ อำเภอเส้าไห้ จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพและแหล่งข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกัน จะทำให้การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ประกอบพร สินธุรัตน์ (2542: 85) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติงานอยู่ระดับดี ร้อยละ 16.4 และควรปรับปรุง ร้อยละ 83.6 ซึ่งอายุ ประสบการณ์และการฝึกอบรม ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ( $p > 0.05$ ) ส่วนความรู้ ทัศนคติและแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยแรงจูงใจสามารถอธิบายความแปรผันของการปฏิบัติงาน ได้ร้อยละ 30.6 ( $R = .306$ )

อุไรวรรณ บุญสาทิพิทักษ์ (2542: 85) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ การฝึกอบรมและความรู้

ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) ส่วนตำแหน่ง การรับรู้บทบาท และแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) การรับรู้บทบาท และแรงจูงใจ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรผันของการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 29.7 ( $R=.297$ )

จิระวัฒน์ คงฉาย (2554: 60) ศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอนาโยง จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.9) รองลงมา ได้แก่ ระดับสูงและระดับต่ำ (ร้อยละ 38.8 และ 9.2 ตามลำดับ) ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค ไข้เลือดออก ( $p>0.05$ ) ส่วนเพศ อาชีพ ความรู้และเจตคติ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคไข้เลือดออก ( $p<0.05$ )

สีสด เขมะบาล (2542: 37) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่ ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ รายได้ของครอบครัว ความครบถ้วนของวัสดุอุปกรณ์ การได้รับการ สนับสนุนจากผู้นำชุมชนและความคาดหวัง ในความสามารถของอาสาสมัครที่จะปฏิบัติ ตามบทบาทหน้าที่

พิทักษ์ ยินดีจันทร์ (2540: 47) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ในอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 21.5 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.2 และในระดับต่ำ ร้อยละ 18.4 ปัจจัยด้านประชากร สังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ 0.05 ได้แก่ เพศ อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุข ปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ได้แก่ ความสะดวกใน การปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ที่อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงานอยู่ ความครบถ้วน ของวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ความสม่ำเสมอของการนิเทศงาน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความสามัคคีของเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยกัน การให้ความร่วมมือของประชาชน การให้ การสนับสนุนของผู้นำชุมชนและการคงอยู่ของกองทุนต่าง ๆ ในหมู่บ้าน ปัจจัย ด้านจิตวิทยาสังคม เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน คือ ความสนใจในงานตามบทบาทหน้าที่ ความคาดหวังในความสามารถที่จะ ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่

โสภา รัตนชัย (2540: 61) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ในเขตชนบท จังหวัดสมุทรสาคร ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ มีความรู้ ความเข้าใจ ในบทบาทหน้าที่ อยู่ในระดับมาก เกือบทุกกิจกรรม นอกจากกิจกรรมการวางแผนแก้ไขปัญหาและการค้นหาปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ ความเข้าใจในระดับปานกลาง ด้านการฝึกอบรม พบว่า การฝึกอบรมทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความเข้าใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อยู่ในระดับมาก ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ในระดับมาก ทุกกิจกรรม ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าส่วนใหญ่ได้รับความร่วมมือจากกลุ่มต่าง ๆ ในหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าความรู้ ความเข้าใจ ในบทบาทหน้าที่ ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรม การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ การมีส่วนร่วมของชุมชนและการมีมนุษยสัมพันธ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วรจิตร หนองแก (2548: 67-68) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุข ตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ได้แก่ การได้รับข่าวสารทางด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากชุมชน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่ม อสม. และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อระดับ การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ของ อสม. คือ การได้รับข่าวสารทางด้านสุขภาพ ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ ไม่มีความสำคัญกับการปฏิบัติงานของ อสม.

อัญชญา วงศ์ภัทรดี (2536: 76) พบว่า การยอมรับจากสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินงานของ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. จังหวัดบุรีรัมย์

ธีระศักดิ์ มั่งคั่ง (2543: 85) ได้ศึกษาเรื่องผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษาร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้และพฤติกรรมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จังหวัดตรัง พบว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงถูกต้องขึ้น ในด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงและผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ในการป้องกันโรคและพฤติกรรมในการป้องกันโรค อีกทั้งยังพบว่า ความรู้ การรับรู้ด้านต่าง ๆ และการได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และโรคอุจจาระร่วง ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

ศุวารี สุขุมาลัยวรรณ (2533: 69-72) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุข ในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน: ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดนครนายก พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่ ความเพียงพอของสิ่งของสนับสนุนการปฏิบัติงาน การประสานงานระหว่าง ผสส. กับ อสม. นอกจากนี้ยังพบว่า ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจของประชาชน ต่อการรับบริการจาก อสม. ส่วนปัญหาส่วนใหญ่ในการปฏิบัติงานนั้น ได้แก่ คุณสมบัติและวิธีการคัดเลือก ผสส. / อสม. ไม่เหมาะสม ขาดการอบรมฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งขาดการนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล ทั้งคุณภาพและปริมาณ

พิศ ตาอ้ายเทียบ (2532: 64-67) การศึกษาการปฏิบัติงานของ ผสส./อสม. ในเขตอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ สภาพการสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

จินตนา จันทร์ธาราม (2534: 67-68) ได้ทำการศึกษา เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความแตกต่างในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ต่อภาวะทุพโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาจากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตพื้นที่ของศูนย์ฯ 47 คลองขวาง จำนวน 60 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตความรับผิดชอบของศูนย์ฯ 48 นาควัชรอุทิศ จำนวน 75 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขทั้ง 2 แห่ง ทั้งในด้าน เพศ อายุ อาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน

เกรียงศักดิ์ กำเนิดกาญจน์ (2540: 43-46) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อบรรลุดูสุขภาพดีถ้วนหน้า จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ในระดับดีมาก ได้แก่ การแจ้งข่าว การเคลื่อนไหวก้าวหน้าในกิจกรรมสาธารณสุขให้แก่ ชาวบ้าน แนะนำชาวบ้านเรื่องการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ กระตุ้นเตือนให้ผู้ปกครองพาเด็กไปรับวัคซีนป้องกันโรคและชั่งน้ำหนัก เพื่อค้นหาเด็กขาดสารอาหาร สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าความรู้ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรม การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ การมีส่วนร่วมของชุมชน มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประภาส ศิลปรัศมี (2531: 45) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ผู้นำอาสาพัฒนาชุมชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6 จังหวัด ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ



ผู้นำดังกล่าว ได้แก่ อายุ การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน การติดตามข่าวสารการพัฒนา การมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ โอกาสในการที่จะแสดงความสามารถ การที่ทราบว่าการทำงานมีค่าตอบแทน ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน คือ ระเบียบรายได้ ความรู้ความเข้าใจในงานพัฒนา สำหรับปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ ผู้นำอาสาพัฒนา ชุมชนมีความรู้ที่น้อย เจ้าหน้าที่ของรัฐไม่ติดตามงานและชาวบ้านไม่ค่อยให้ความร่วมมือ

**สรุป** จากการศึกษางานวิจัยสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน/ปฏิบัติงานของ อสม. คือ เพศ อายุ รายได้ การมีตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้าน การศึกษา ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้แก่ การได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับการฝึกอบรมเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง การได้ไปศึกษาดูงานสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้านอื่น การรับรู้บทบาทของ อสม. และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของอสม.

จากการทบทวนหลักการ แนวคิด ทฤษฎี และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดทำแผนสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม 2) การจัดการงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาด้านสุขภาพ 3) จัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน 4) ประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพ และพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ เพศ อาชีพ รายได้ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา เจตคติ แรงจูงใจ แหล่งข้อมูลข่าวสาร ความครบถ้วนของวัสดุอุปกรณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรม การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชนและการมีมนุษยสัมพันธ์ของ อสม. ดังนั้น ผู้ศึกษาได้นำปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ สัมพันธภาพในชุมชนและแรงสนับสนุนทางสังคม มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิด ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดชัยนาท

# บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดชัยนาท โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### 1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านทั้งหมดในจังหวัดชัยนาท จำนวน 9,669 คน

#### 1.2 กลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของวิลเลียม เกมเมิลล์ คอแครน (W.G. Cochran, 1977) โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่น 95 % และระดับค่าความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 (กัลยา วาณิชย์ปัญญา, 2549 :74)

$$n = \frac{P(1 - P)Z^2}{d^2}$$

$$n = \frac{0.3 (1 - 0.3) 1.96^2}{0.05^2}$$

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

P คือ สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยต้องการสุ่ม 30% หรือ 0.30 (สมศักดิ์ สามัคคีธรรม, 2546, หน้า 195)

Z คือ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 เท่ากับ 1.96 (ความเชื่อมั่น 95%)

d คือ สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ระดับความเชื่อมั่น 95% สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 323 คน และใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) โดยใช้อำเภอเป็นตัวแบ่งชั้นภูมิและใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยมีขั้นตอนการสุ่มดังนี้

ขั้นที่ 1 สำรวจและจัดทำบัญชีรายชื่อหมู่บ้าน แยกรายอำเภอตามรหัส โดยเรียงลำดับเป็นอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน

ขั้นที่ 2 คำนวณหากลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายอำเภอ แล้วเทียบตามสัดส่วนของแต่ละอำเภอ โดยให้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนรวม 323 ตัวอย่าง

ขั้นที่ 3 นำรายชื่อหมู่บ้าน จากการสำรวจในขั้นที่ 1 มาใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling ) โดยการจับสลากแบบไม่คืนที่

ตารางที่ 3.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำแนกตามสัดส่วนรายอำเภอ

อำเภอ	จำนวนหมู่บ้าน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
เมืองชัยนาท	101	60
มโนรมย์	40	24
สรรพยา	55	33
สรรคบุรี	97	58
วัดสิงห์	51	30
หันคา	109	65
หนองมะโมง	41	24
เนินขาม	48	29
<b>รวม</b>	<b>542</b>	<b>323</b>

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

**2.1 แบบสอบถามส่วนที่ 1** เป็นแบบสอบถามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส และระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นสอบถามลักษณะสำรวจรายการ (Checklist)

**2.2 แบบสอบถามส่วนที่ 2** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. สร้างขึ้นตามแนวคิดการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน 2551 :16-22) ลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบใช่หรือไม่ใช่ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 7 ข้อ (ข้อ1,3,4,6,8,10 และ12) ข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ (ข้อ 2,5,7,9 และ 11) ตอบถูกมีค่าคะแนนเท่ากับ 1 ตอบผิดมีค่าคะแนนเท่ากับ 0

การแปลผลความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพใช้การประเมินโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) ดังนี้

มีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ( มากกว่า 9 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอยู่ในระดับมาก

มีคะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 79 (ระหว่าง 7 – 9 คะแนน) หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

มีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 7 คะแนน) หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

**2.3 แบบสอบถามส่วนที่ 3** เป็นแบบสอบถามปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่

**2.3.1 เป็นแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)** การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ของ อสม. ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านอารมณ์ (2) ด้านข้อมูลข่าวสาร (3) ด้านทรัพยากร และ (4) ด้านการเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์เป็นข้อคำถามที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของเฮ้าส์ (House, J. S. (1981: 83-108) ลักษณะข้อคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating Scale) โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ โดยทุกข้อคำถามเป็นข้อความทางบวก (Positive) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

- 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ (ข้อที่ 1-5 )
- 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ (ข้อที่ 6-9)
- 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ (ข้อที่ 10-12 )
- 4) การสนับสนุนด้านการเพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ (ข้อที่ 13-15 )

มีหลักเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2551: 324) คือ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ 5
เห็นด้วย	มีค่าคะแนนเท่ากับ 4
ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนนเท่ากับ 3
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนนเท่ากับ 2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

การพิจารณาระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทุกข้อ แปลผลคะแนนโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 - 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสต์ (Best, 1977: 174) ( บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์, 2545 : 304 – 305 ) ดังนี้

$$\begin{aligned}
 & \text{การคำนวณช่วงความกว้างระหว่างชั้น} \\
 \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\
 &= \frac{5 - 1}{5} \\
 &= 0.80
 \end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมากที่สุด

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อยที่สุด

### 2.3.2 เป็นแบบสอบถามสัมพันธภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

หมู่บ้าน เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของวิลเลียม ชูลทซ์ (Schultz, 1966: 59) ลักษณะข้อคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับความคิดเห็น (เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยทุกข้อคำถามเป็นข้อความทางบวก (Positive) มีหลักเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ (บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ, 2551: 324) คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ 5
เห็นด้วย	มีค่าคะแนนเท่ากับ 4
ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนนเท่ากับ 3
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนนเท่ากับ 2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

การพิจารณาระดับสัมพันธภาพในชุมชน โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทุกข้อ แปลผลคะแนนโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00-5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977: 174) (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2545: 304-305) ดังนี้

การคำนวณช่วงความกว้างระหว่างชั้น

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} \\ &= 0.80 \end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลระดับสัมพันธภาพในชุมชน ได้ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง มีสัมพันธภาพในชุมชนระดับมากที่สุด
ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง มีสัมพันธภาพในชุมชนระดับมาก
ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง มีสัมพันธภาพในชุมชนระดับปานกลาง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง มีสัมพันธภาพในชุมชนระดับน้อย
ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80	หมายถึง มีสัมพันธภาพในชุมชนระดับน้อยที่สุด

2.3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลักษณะข้อคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ให้เลือกตอบ 3 คำตอบ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติ ซึ่งมีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ โดยทุกข้อคำถามเป็นคำถามการปฏิบัติเชิงบวก (Positive) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

- 2.3.1 การมีส่วนร่วมด้านการจัดทำแผนสุขภาพ มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ (ข้อที่ 1-5)  
 2.3.2 การมีส่วนร่วมด้านการจัดการงบประมาณ มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ (ข้อที่ 6-7)  
 2.3.3 การมีส่วนร่วมด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ (ข้อที่ 8-17)  
 2.3.4 การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพ มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ (ข้อที่ 18-20)

มีเกณฑ์การให้คะแนน โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ มีค่าคะแนนเท่ากับ 3  
 ปฏิบัติบางครั้ง มีค่าคะแนนเท่ากับ 2  
 ไม่เคยปฏิบัติ มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

การพิจารณาระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้เกณฑ์ค่าสัมบูรณ์ของเบสท์ (Best, 1977: 174) (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2545: 304 – 305 ) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{การคำนวณช่วงความกว้างระหว่างชั้น} \\ \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} \\ &= 0.67 \end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ดังนี้

- ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง มีระดับการมีส่วนร่วมมาก  
 ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง มีระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง  
 ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง มีระดับการมีส่วนร่วมน้อย

### 2.3.5 การทดสอบความคุณภาพของเครื่องมือ

1) หาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เชิงเนื้อหา (IOC: Index of Item- Objective Conguence) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบข้อคำถามจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้บริหารสาธารณสุข นักวิชาการการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนที่มีประสบการณ์การทำงานและเคยทำวิทยานิพนธ์/งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อการวิจัยในครั้งนี้ โดยพิจารณาข้อคำถามนั้นๆ มีความชัดเจนของภาษาว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีความสอดคล้องกับคุณลักษณะที่ระบุไว้ในนิยามตัวแปรที่ต้องการวัดหรือไม่ จากนั้นนำผลการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องกับนิยามตัวแปรในแต่ละข้อ (IOC: Index of Item- Objective Conguence) และทำการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร., 2545) ทดลองใช้ (Try Out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณลักษณะทางสังคม วิธีชีวิตที่คล้ายคลึงกับจังหวัดชัยนาท จำนวน 30 ราย

2) การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำไปทดสอบ (Try Out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richarson 20) ในแบบสอบถามแบบให้ค่าคะแนน 2 ค่า (Dichotomous) และใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในแบบสอบถามที่เป็นลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547: 231 - 243)

สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20

$$r_{tt} = \frac{k}{k-1} \left\{ 1 - \frac{\sum p_i q_i}{S_x^2} \right\}$$

$r_{tt}$  = ค่าความสอดคล้องภายใน

$k$  = จำนวนข้อสอบ

$p_i$  = ค่าความยากของข้อสอบที่  $i$

$q_i$  =  $1 - p_i$

$S_x^2$  = ค่าความแปรปรวนของคะแนนสอบ



สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

$$\alpha = n / n-1 [ 1 - \sum S_i^2 / S^2 ]$$

$\alpha$  = คือค่าความสอดคล้องภายใน

$n$  = คือจำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม

$\sum S_i^2$  = คือผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

$S^2$  = คือความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับซึ่งได้ผลการ

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้

(1) หากความเชื่อมั่นของ แบบสอบถามประเมินความรู้ในการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้วิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder – Richardson 20) หรือ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85

(2) การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม – แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82

(3) การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดสัมพันธภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.74

(4) การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81

### 3. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ หลักความเคารพในบุคคล (Respect For Person) หลักคุณประโยชน์ และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) หลักยุติธรรม (Justice) ซึ่งจะคำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การให้คำยินยอมโดยได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเป็นอิสระในการตัดสินใจ การเคารพในความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ กล่าวคือ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการจัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เอกสารพิทักษ์สิทธิแนบไว้กับแบบสอบถามเพื่อแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจและข้อมูลทุกอย่างที่อยู่ในแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการวิจัยเท่านั้น และผู้วิจัยจะ

ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยประสานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่รับผิดชอบหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง ของจังหวัดชัยนาท เพื่อชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การศึกษา อธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถาม มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจ ไม่มีการบังคับหรือทำให้เกิดความเกรงใจ และการตัดสินใจจะไม่ส่งผลกระทบต่องานปัจจุบันที่ทำอยู่ รวมถึงในอนาคต และข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ โดยในแบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล ที่อยู่ หรือข้อมูลต่าง ๆ ที่จะสามารถสื่อถึงตัวบุคคลได้ ผู้วิจัยจะทำการระบุเพียงรหัสชุดของแบบสอบถาม และสรุปผลการวิจัยในภาพรวมของจังหวัดชัยนาท

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 เสนอโครงร่างงานวิจัยต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณา

4.2 ประสานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่รับผิดชอบหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล

4.3 ประสานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่รับผิดชอบหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การศึกษา อธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.4 นัดหมายวัน เวลา โดยกำหนดให้ตรงกับการประชุมประจำเดือนของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขของแต่ละอำเภอ

4.5 ตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง ครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถามทุกฉบับก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

#### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมและปัจจัยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ( $\bar{X}$ ) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับการแปลผล

5.3 การทดสอบสมมติฐานการวิจัย เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ และปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้สถิติวิเคราะห์การแจกแจงความถี่แบบสองทางนำเสนอในรูปแบบตารางไขว้ (Cross-tabulation) พิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ ( $\chi^2$ ) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดชัยนาท โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 323 ชุด อัตราการตอบกลับ ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดไว้จำนวน 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านความรู้ ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง
3. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านด้านจิตวิทยาและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง
4. การวิเคราะห์ปัจจัยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง
5. การวิเคราะห์การทดสอบสมมติฐานการวิจัย
6. ปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดชัยนาท

#### 1. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ศาสนา และระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขได้ผลการวิเคราะห์แสดงเป็นค่าแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละปัจจัยคุณลักษณะลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>.เพศ</b>		
ชาย		39.9
หญิง		60.1
<b>รวม</b>	<b>323</b>	<b>100</b>
<b>อายุ</b>		
ต่ำกว่า 20 ปี	25	7.7
ระหว่าง 20 – 29 ปี	87	26.9
ระหว่าง 30 – 39 ปี	100	31.0
ระหว่าง 40-49 ปี	58	18.0
ระหว่าง 50 – 59 ปี	28	8.7
60 ปีขึ้นไป	25	7.7
<b>รวม</b>	<b>323</b>	<b>100</b>
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกรรวม	170	52.6
รับจ้าง	84	26.0
ค้าขาย	50	15.5
ธุรกิจส่วนตัว	19	5.9
<b>รวม</b>	<b>323</b>	<b>100</b>
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>		
ต่ำกว่า 6,000 บาท/เดือน	56	17.3
ระหว่าง 6,001-9,000 บาท/เดือน	191	59.2
ระหว่าง 9,001-12,000 บาท/เดือน	62	19.2
1,2000 บาทขึ้นไป	14	4.3
<b>รวม</b>	<b>323</b>	<b>100</b>

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	194	60.1
มัธยมศึกษาปีที่ 3	103	31.9
มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า	26	8.0
<b>รวม</b>	<b>323</b>	<b>100</b>
<b>สถานภาพการสมรส</b>		
โสด	65	20.1
คู่	235	72.8
หม้าย	23	7.1
<b>รวม</b>	<b>323</b>	<b>100</b>
<b>ระยะเวลาที่เป็น อสม.</b>		
ต่ำกว่า 5 ปี	54	16.7
ระหว่าง 5 – 9 ปี	61	18.9
ระหว่าง 10 -14 ปี	97	30.0
ระหว่าง 15-19 ปี	58	18.0
ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป	53	16.4
<b>รวม</b>	<b>323</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 4.1 พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 323 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.1 อายุของอสม.ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30 ถึง 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.0 อาชีพของอสม.ส่วนใหญ่เป็นอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 52.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของอสม.ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 6,001 ถึง 9,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 59.2 ระดับการศึกษาของอสม. ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.1 สถานภาพการสมรสของอสม.ส่วนใหญ่เป็นประเภทคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.8 ส่วนระยะเวลาการทำงานในตำแหน่ง อสม.ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10 ถึง 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.0

## 2. การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ปัจจัยด้านความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 323 คน ได้ผลการวิเคราะห์แสดงเป็นแสดงเป็นความถี่และค่าร้อยละ ของการจัดกลุ่มระดับความรู้ของอสม. ส่วนการแปลผลระดับความรู้จำแนกเป็นรายชื่อคำถามแสดงด้วยค่าความถี่ และค่าร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบข้อคำถามถูกและตอบผิด ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60)	259	80.2
มาก (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	64	19.8
<b>รวม</b>	<b>323</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 4.2 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 323 คน ส่วนใหญ่มีความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในระดับน้อย จำนวน 259 คน (ร้อยละ 80.2) รองลงมาในระดับมาก จำนวน 64 คน (ร้อยละ 19.8)

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละ และการแปลผลระดับความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการ  
สุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายชื่อ

ข้อ	ความรู้ในการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพ	ตอบถูก		ตอบผิด		ระดับความรู้
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1	ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จะต้องมีการประเมินสถานการณ์หมู่บ้าน โดย ใช้ข้อมูลพื้นที่และมีกลุ่ม/องค์กรในพื้นที่เป็น เจ้าภาพในการขับเคลื่อนหลักในการพัฒนา สุขภาพ	311	96.3	12	3.7	มาก
2	กลุ่ม/องค์กรในการจัดการด้านสุขภาพใน หมู่บ้านมีเฉพาะกลุ่ม อสม.เท่านั้น	53	16.4	270	83.6	น้อย
3	การถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน และการจัด กิจกรรมสุขภาพในชุมชน เป็นบทบาทที่ สำคัญของ อสม. ในการจัดการสุขภาพ	101	31.3	222	68.7	น้อย
4	ผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการใช้จ่าย งบประมาณในการพัฒนาสุขภาพ ได้แก่ อสม. อบต./เทศบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ ประชาชนในชุมชน	302	93.5	21	6.5	มาก
5	ทุนที่ใช้ในการพัฒนาด้านสุขภาพของหมู่บ้าน มีเพียงงบสาธารณสุขมูลฐาน ที่ อบต./ เทศบาลสนับสนุนให้เท่านั้น	302	93.5	21	6.5	มาก
6	ในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของหมู่บ้าน ต้องใช้ข้อมูลจากสภาพปัญหา และความ ต้องการของคนในชุมชน	302	93.5	21	6.5	มาก
7	ในการค้นหาปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน จำเป็นต้องอาศัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็น ผู้ดำเนินการ	41	12.7	282	87.3	น้อย



ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อ	ความรู้ในการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพ	ตอบถูก		ตอบผิด		ระดับความรู้
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
8	แผนพัฒนาชุมชนที่ได้ ต้องประกาศให้ ประชาชนทั้งหมู่บ้านได้รับรู้และมีส่วนร่วม พิจารณาแผนด้วย	61	18.9	262	81.1	น้อย
9	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้นที่สามารถ ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพตนเองสู่ ชุมชน	242	74.9	81	25.1	ปานกลาง
10	ประชาชนต้องเป็นผู้ดำเนินการศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.) หรือ สถานที่/แหล่งที่ใช้ในสำหรับจัดกิจกรรม สุขภาพของชุมชนเอง	101	31.3	222	68.7	น้อย
11	การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ต้อง ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น	81	25.1	242	84.9	น้อย
12	การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ต้องมี การประเมินผลเพื่อพัฒนาตนเองอย่าง ต่อเนื่องทุกปี	242	74.9	81	25.1	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.3 พบว่าข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ ข้อที่ 1 ซึ่งเป็นความรู้เกี่ยวกับการใช้ข้อมูลหมู่บ้านในการประเมินสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของหมู่บ้าน จำนวน 311 คน (ร้อยละ 96.3) ส่วนข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อที่ 2 ซึ่งเป็นความรู้เกี่ยวกับกลุ่ม/องค์กรที่เกี่ยวข้องในการจัดการด้านสุขภาพของหมู่บ้าน จำนวน 53 คน (ร้อยละ 16.4)

### 3. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มตัวอย่างจำนวน 323 คน ซึ่งประกอบด้วย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างและ สัมพันธภาพในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

#### 3.1 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ของ อสม. แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านอารมณ์ (2) ด้านข้อมูลข่าวสาร (3) ด้านทรัพยากร และ (4) ด้านการเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ การนำเสนอการจัดกลุ่มการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ของ อสม. ในภาพรวมและรายด้าน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ แสดงด้วยค่าความถี่ และค่าร้อยละ มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.4 และ 4.5 ส่วนการวิเคราะห์การแปลผลระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง เป็นรายชื่อคำถามของแบบสอบถาม แสดงเป็นค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของการจัดกลุ่มระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.80)	65	20.1
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.81 – 2.60)	203	62.8
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.61 – 3.40)	55	17.0
รวม	323	100.0

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้าน

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. ด้านอารมณ์ (ข้อคำถามที่ 1-5)	2.18	0.534	น้อย
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร (ข้อคำถามที่ 6-9)	2.27	0.591	น้อย
3. ด้านทรัพยากร (ข้อคำถามที่ 10-12)	2.26	0.550	น้อย
4. ด้านการเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ (ข้อคำถามที่ 13-15)	2.08	0.391	น้อย
รวม	2.19	0.516	น้อย

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายข้อ

ข้อ	การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนางานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอสม.	2.15	0.636	น้อย
2	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยแนะนำทางเลือกในการทำงานที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความสามารถของอสม.	2.15	0.636	น้อย
3	บุคคลในครอบครัวสนับสนุนทุกๆด้าน เพื่อให้อสม.สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	2.15	0.636	น้อย
4	อสม.ได้รับการนิเทศ ติดตามให้กำลังใจในการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.15	0.636	น้อย

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ข้อ	การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
5	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้จัดเอกสารหรือคู่มือต่างๆ สำหรับ อสม. ได้ใช้ศึกษาค้นคว้าเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน	2.31	0.755	น้อย
6	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดให้มีระบบการติดต่อสื่อสารเพื่อ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอย่างรวดเร็วและทั่วถึง	2.31	0.755	น้อย
7	อสม. ได้รับทราบข้อมูลข่าวสาร เรื่องการประชุม การอบรม และการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วและทัน เหตุการณ์	2.31	0.755	น้อย
8	อสม. ได้รับข้อมูลภาวะสุขภาพของชุมชนเพื่อประกอบการ ทำแผนชุมชนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือจากคนใน ชุมชน	2.15	0.636	น้อย
9	อสม. ได้รับรู้เรื่องขั้นตอนการจัดทำแผนสุขภาพของชุมชน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.31	0.755	น้อย
10	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้จัดหาวัสดุ อุปกรณ์และเครื่องมือ ต่างๆอย่างเพียงพอ และพร้อมใช้สำหรับการปฏิบัติงาน ของอสม.	2.15	0.636	น้อย
11	อสม.มีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการวัสดุ อุปกรณ์ที่ ใช้ในการปฏิบัติงาน	2.31	0.755	น้อย
12	อสม. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการ ปฏิบัติงานจากหมู่บ้าน หรือจาก อบต./เทศบาล	2.31	0.755	น้อย
13	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดให้มีการศึกษาดูงานนอกสถานที่ แก่อสม.	1.78	0.417	น้อยที่สุด

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ข้อ	การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
14	อสม.มีโอกาสดำเนินงานหรืออบรมสัมมนาวิชาการ จากหน่วยงานอื่นๆ โดยการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	2.15	0.636	น้อย
15	อสม.ได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการ ดำเนินงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.31	0.755	น้อย
<b>รวม</b>		<b>2.20</b>	<b>0.676</b>	<b>น้อย</b>

จากตารางที่ 4.4 , 4.5 และ 4.6 พบว่า ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของ อสม. พบว่า ส่วนใหญ่ อสม. ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในระดับ น้อย จำนวน 203 คน (ร้อยละ 62.8) รองลงมาคือ ระดับน้อยที่สุด จำนวน 65 คน (ร้อยละ 20.1) และ ระดับปานกลาง จำนวน 55 คน (ร้อยละ 17.0) ตามลำดับ

ส่วนประเด็นที่ อสม. ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด คือ การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร ( $\bar{X} = 2.27, SD = 0.591$ ) ส่วนน้อยที่สุดคือ การสนับสนุนด้านการเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ ( $\bar{X} = 2.08, SD = 0.391$ )

### 3.2 ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง

การจัดกลุ่มการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และระดับสัมพันธภาพในชุมชน ของ อสม. ออกเป็น 3 ระดับแสดงเป็นค่าความถี่ และค่าร้อยละ มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.7 ส่วน การวิเคราะห์การแปลผลสัมพันธภาพในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายข้อคำถามของ แบบสอบถาม แสดงเป็นค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ มีรายละเอียดดัง ตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของระดับสัมพันธภาพในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับสัมพันธภาพในชุมชน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.61 – 3.40)	46	14.2
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.41 – 4.20)	129	39.9
ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00)	148	45.8
รวม	323	100

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับสัมพันธภาพในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายชื่อ

ข้อ	สัมพันธภาพในชุมชน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับสัมพันธภาพ
1	คนในชุมชนมีความเข้าใจ ในกรณีที่ อสม.คิดภารกิจที่จำเป็นทำให้ไม่สามารถมาปฏิบัติงานได้ตามที่นัดหมาย	4.07	0.805	มาก
2	คนในชุมชนมีการประสานงานช่วยเหลือการทำงานของ อสม. เป็นอย่างดี	4.13	0.712	มาก
3	อสม.สามารถพึ่งพาอาศัยคนในชุมชนได้เมื่อถึงคราวจำเป็น	4.04	0.474	มาก
4	อสม.ได้รับการชักชวนจากคนในชุมชนให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของชุมชนเสมอ	3.95	1.044	มาก
5	อสม.ให้ความไว้วางใจต่อคนในชุมชนด้วยความจริงใจ	4.25	0.569	มากที่สุด
6	คนในชุมชนมีการทักทายและได้ถามความทุกข์สุขของกันและกันเสมอ	4.24	0.597	มากที่สุด

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ข้อ	สัมพันธภาพในชุมชน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ สัมพันธภาพ
7	อสม.คิดว่าคนในชุมชนมีการแสดงออกถึงความ เป็นมิตรที่ดีกับตนเอง	4.19	0.786	มาก
8	อสม. และคนในชุมชนสามารถพูดจาปรึกษาหารือ อย่างเป็นกันเอง	4.30	0.635	มากที่สุด
9	คนในชุมชน ยอมรับและไว้วางใจในการปฏิบัติงาน ของอสม.	4.07	0.805	มาก
10	อสม.ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและให้ ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานกับเพื่อนร่วมงาน และคนในชุมชนอยู่เสมอ	4.13	0.712	มาก
<b>รวม</b>		<b>4.75</b>	<b>0.713</b>	<b>มากที่สุด</b>

จากตารางที่ 4.7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในชุมชนในระดับมากที่สุด จำนวน 148 คน (ร้อยละ 45.8) รองลงมาคือ ระดับมาก จำนวน 129 คน (ร้อยละ 39.9) และระดับปานกลาง จำนวน 46 คน (ร้อยละ 14.2) ตามลำดับ

และจากตารางที่ 4.8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสัมพันธภาพในชุมชนมากที่สุด ได้แก่ ประเด็น อสม. และคนในชุมชนสามารถพูดจาปรึกษาหารืออย่างเป็นกันเอง ( $\bar{X} = 4.30$ ,  $SD = 0.635$ ) ส่วนมีสัมพันธภาพในชุมชนน้อยที่สุด ได้แก่ ประเด็น อสม.ได้รับการชักชวนจากคนในชุมชนให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของชุมชนเสมอ ( $\bar{X} = 3.95$ ,  $SD = 1.044$ )

#### 4. การวิเคราะห์ปัจจัยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมด้านการจัดทำแผนสุขภาพ มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ (ข้อที่ 1-5) (2) การมีส่วนร่วมด้านการจัดการงบประมาณ มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ (ข้อที่ 6-7) (3) การมีส่วนร่วมด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ (ข้อที่ 8 - 17) และ (4) การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพมีข้อคำถาม จำนวน 3 ข้อ (ข้อที่ 18 - 20) โดยแบ่งระดับการมีส่วนร่วมออกเป็น 3 ระดับ คือ (1)ระดับการมีส่วนร่วมมาก (2) ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง และ (3)ระดับการมีส่วนร่วมน้อย

การวิเคราะห์ปัจจัยการมีส่วนร่วมในภาพรวมและรายด้าน แสดงเป็นค่าความถี่ และค่าร้อยละ มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.9 และ 4.10 ส่วนการวิเคราะห์การจัดกลุ่มระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายข้อ ด้วยค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.11 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.66 )	198	61.3
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67 – 2.33)	81	25.1
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.00)	44	13.6
<b>รวม</b>	<b>323</b>	<b>100.0</b>



ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้าน

ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. ด้านการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน (ข้อคำถามที่ 1-5)	2.27	0.605	ปานกลาง
2. ด้านการจัดการงบประมาณ (ข้อคำถามที่ 6-7)	1.44	0.336	น้อย
3. ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน (ข้อคำถามที่ 8 - 17)	1.50	0.760	น้อย
4. ด้านการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพ (ข้อที่ 18 - 20)	1.65	0.488	น้อย
รวม	1.64	0.447	น้อย

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายข้อ

ข้อ	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1	อสม.ร่วมประชุม เพื่อจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน	1.90	0.987	ปานกลาง
2	อสม.ได้ร่วมประชุมประชาคมชาวบ้าน เพื่อให้ชาวบ้านได้มีโอกาสรับรู้ เสนอ อภิปรายข้อพิจารณาแผนชุมชน	1.41	0.616	น้อย
3	อสม. ร่วมกำหนดแหล่งงบประมาณในแผนชุมชนด้านสุขภาพ	1.73	0.577	ปานกลาง

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

ข้อ	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
4	อสม.ได้ร่วมกำหนดข้อบังคับด้านสุขภาพของหมู่บ้าน	1.89	0.851	ปาน กลาง
5	อสม.เข้าร่วมกำหนดเวลาในการดำเนินงานตามแผนชุมชน	2.15	0.636	ปาน กลาง
6	อสม.ได้ร่วมจัดหาทุนเพื่อการพัฒนาทางด้านสุขภาพชุมชน	1.44	0.830	น้อย
7	อสม.ได้ร่วมบริหาร/จัดการทุน หรือพิจารณางบประมาณที่ใช้พัฒนาสุขภาพของหมู่บ้าน	1.56	0.866	น้อย
8	อสม.ได้ร่วมสำรวจร้านอาหาร แผงลอยจำหน่ายอาหารในหมู่บ้าน และตรวจสอบปนเปื้อน ในอาหาร	2.31	0.755	ปาน กลาง
9	อสม.ได้ร่วมกิจกรรมด้านพัฒนาศักยภาพอสม./แกนนำสุขภาพในหมู่บ้านของอสม.	1.41	0.808	น้อย
10	อสม.ได้ชักชวนกลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุและสนับสนุนให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	1.70	0.827	ปาน กลาง
11	อสม.ได้ร่วมเฝ้าระวัง และรณรงค์ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	1.83	0.773	ปานกลาง
12	อสม.ได้ร่วมรณรงค์ให้ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปให้ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	1.56	0.811	น้อย
13	อสม.ได้ร่วมรณรงค์ให้หมู่บ้านมีการจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด เป็นระเบียบ และถูกสุขลักษณะ	1.15	0.356	น้อย
14	อสม.ได้ร่วมจัดกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน	1.78	0.417	ปานกลาง

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

ข้อ	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
15	อสม.ได้ร่วมจัดให้มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)หรือมีสถานที่/มีแหล่งใช้สำหรับจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ	1.42	0.766	น้อย
16	อสม.ได้ร่วมให้บริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ	1.83	0.773	ปาน กลาง
17	อสม.ได้ร่วมถ่ายทอดความรู้หรือแจ้งข่าวสารด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน	1.56	0.811	น้อย
18	อสม.ได้ร่วมให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมสุขภาพเมื่อมีการสำรวจ หรือสอบถาม	1.15	0.356	น้อย
19	อสม.ได้ร่วมเสนอความคิดเห็นรูปแบบการสรุปผลการจัดกิจกรรมสุขภาพของหมู่บ้าน	1.78	0.417	ปาน กลาง
20	อสม.เข้าร่วมประชุม รับฟัง การสรุปผลกิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้าน	1.42	0.766	น้อย
<b>รวม</b>		<b>1.64</b>	<b>0.699</b>	<b>น้อย</b>

จากตารางที่ 4.9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย จำนวน 198 คน (ร้อยละ 61.3) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 81 คน (ร้อยละ 25.1) และระดับมาก จำนวน 44 คน (ร้อยละ 13.6) ตามลำดับ

จากตารางที่ 4.10 เมื่อจำแนกเป็นรายด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับมาก คือ ด้านการจัดทำแผนชุมชน ( $\bar{X} = 2.27$  ,  $SD = 0.605$ ) และมีส่วนร่วมระดับน้อย คือ ด้านการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพ

( $\bar{X} = 1.65$ ,  $SD = 0.488$ ) ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน ( $\bar{X} = 1.50$ ,  $SD = 0.760$ ) และด้านการจัดการงบประมาณ ( $\bar{X} = 1.44$ ,  $SD = 0.336$ ) ตามลำดับ

จากตารางที่ 4.11 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ ด้านการจัดทำแผนชุมชน ( $\bar{X} = 2.27$ ,  $SD = 0.605$ ) และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ ด้านการจัดการงบประมาณ ( $\bar{X} = 1.44$ ,  $SD = 0.336$ )

## 5. การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

การทดสอบสมมติฐานการวิจัย เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ และปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้สถิติวิเคราะห์การแจกแจงความถี่แบบสองทางนำเสนอในรูปแบบตารางไขว้ (Cross-tabulation) พิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ ( $\chi^2$ ) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.12 และ 4.13 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ของปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะส่วนบุคคล	ระดับการมีส่วนร่วม			รวม	$\chi^2$	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก			
เพศ						
ชาย	71 (55.0%)	37 (28.7%)	21 (16.3%)	129 (100%)		
หญิง	127 (65.5%)	44 (22.7%)	23 (11.9%)	194 (100%)	3.600	0.165
รวม	198 (61.3%)	81 (25.1%)	44 (13.6%)	323 (100%)		

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

คุณลักษณะ ส่วนบุคคล	ระดับการมีส่วนร่วม			รวม	$\chi^2$	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก			
<b>อายุ</b>						
ต่ำกว่า 30 ปี	69 (61.6%)	31 (27.7%)	12 (10.7%)	112 (100%)		
ระหว่าง 31-59 ปี	96 (60.8%)	39 (24.7%)	23 (14.6%)	158 (100%)	<b>1.960</b>	<b>0.743</b>
60 ปีขึ้นไป	33 (62.3%)	11 (20.8%)	9 (17.0%)	53 (100%)		
<b>รวม</b>	<b>198 (61.3%)</b>	<b>81 (25.1%)</b>	<b>44 (13.6%)</b>	<b>323 (100%)</b>		
<b>อาชีพ</b>						
เกษตรกร	102 (60.0%)	41 (24.1%)	27 (15.9%)	170 (100%)		
รับจ้าง	53 (63.1%)	22 (26.2%)	9 (10.7%)	84 (100%)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	43 (62.3%)	18 (26.1%)	8 (11.6%)	69 (100%)	1.602	0.808
<b>รวม</b>	<b>198 (61.3%)</b>	<b>81 (25.1%)</b>	<b>44 (13.6%)</b>	<b>323 (100%)</b>		
<b>รายได้ต่อเดือน</b>						
< 6,000 บาท	33 (58.9%)	15 (26.8%)	8 (14.3%)	56 (100%)		
6,001- 9,000 บาท	117 ( 61.3%)	48 (25.1%)	26 (13.6%)	191 (100%)	0.249	0.993
> 9,000 บาท	48 (63.2%)	18 (23.7%)	10 (13.2%)	76 (100%)		
<b>รวม</b>	<b>198 100.0%</b>	<b>75 100.0%</b>	<b>50 100.0%</b>	<b>323 100.0%</b>		

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

คุณลักษณะ ส่วนบุคคล	ระดับการมีส่วนร่วม			รวม	$\chi^2$	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก			
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	120 (61.9%)	43 (22.2%)	31 (16.0%)	194 (100%)	4.928	0.295
มัธยมศึกษาปีที่ 3	62 (60.2%)	29 (28.2%)	12 (11.7%)	103 (100%)		
มัธยมศึกษาปีที่ 6	16 (61.5%)	9 (34.6%)	1 (3.8%)	26 (100%)		
<b>รวม</b>	<b>198 100.0%</b>	<b>75 100.0%</b>	<b>50 100.0%</b>	<b>323 100.0%</b>		
<b>สถานภาพ</b>						
โสด	41 (63.1%)	19 (26.2%)	7 (10.8%)	65 (100%)		
คู่	145 (61.7%)	91 (25.1%)	31 (13.2%)	235 (100%)	<b>3.528</b>	<b>0.474</b>
หม้าย	12 (52.2%)	5 (21.7%)	6 (26.1%)	23 (100%)		
<b>รวม</b>	<b>198 (100%)</b>	<b>75 (100%)</b>	<b>50 (100%)</b>	<b>323 (100%)</b>		
<b>ระยะเวลาการเป็น อสม.</b>						
ต่ำกว่า 10 ปี	71 (61.7%)	32 (27.8%)	12 (10.4%)	115 (100%)		
ระหว่าง 10-19 ปี	94 (60.6%)	38 (24.5%)	23 (14.8%)	155 (100%)	2.248	0.690
ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป	33 (62.3%)	11 (20.8%)	9 (17.0%)	53 (100%)		
<b>รวม</b>	<b>198 (100%)</b>	<b>75 (100%)</b>	<b>50 (100%)</b>	<b>323 (100%)</b>		

\*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จากตารางที่ 4.12 พบว่า อสม.ที่เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 71 คน (ร้อยละ 55.0) ส่วนเพศหญิง ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 127 คน (ร้อยละ 65.5)

อสม. ที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 69 คน (ร้อยละ 61.6) ส่วน อสม.ที่มีอายุระหว่าง 31–59 ปี ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 96 คน (ร้อยละ 60.8) ส่วน อสม.ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 33 คน (ร้อยละ 62.3)

อสม. ที่มีอาชีพเกษตรกรรม ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 102 คน (ร้อยละ 60.0) ส่วน อสม.ที่มีอาชีพรับจ้าง ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 53 คน (ร้อยละ 63.1) ส่วน อสม.ที่มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 43 คน (ร้อยละ 62.3)

อสม. ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 120 คน (ร้อยละ 61.9) ส่วนอสม.ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 62 คน (ร้อยละ 60.2) ส่วน อสม.ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6เทียบเท่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 16 คน (ร้อยละ 61.5)

อสม.ที่มีสถานภาพการสมรสประเภทโสด ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 41 คน (ร้อยละ 63.1) ส่วนสถานภาพการสมรสประเภทคู่ ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 145 คน (ร้อยละ 61.7) ส่วนสถานภาพการสมรสประเภทหย่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 12 คน (ร้อยละ 52.2)

อสม. ที่มีระยะเวลาการเป็น อสม. ต่ำกว่า 10 ปี ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 71 คน (ร้อยละ 61.7) ส่วน อสม. ที่มีระยะเวลาการเป็น อสม. ระหว่าง 10 – 19 ปี ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 94 คน (ร้อยละ 60.6) ส่วน อสม.ที่มีระยะเวลาการเป็น อสม. ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 33 คน (ร้อยละ 62.3)

#### สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1

$H_0$  = อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

$H_1$  = อายุมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $\chi^2 = 0.05$

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 สรุปได้ว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.05$ )

#### สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2

$H_0$  = อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

$H_1$  = อาชีพมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $\chi^2 = 0.05$

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 สรุปได้ว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.05$ )

#### สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 3

$H_0$  = รายได้ต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

$H_1$  = รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $\chi^2 = 0.05$

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3 สรุปได้ว่า รายได้ต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.05$ )

#### สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 4

$H_0$  = ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

$H_1$  = ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $\chi^2 = 0.05$

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 4 สรุปได้ว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.05$ )



### สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 5

$H_0$  = ระยะเวลาการเป็นอสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

$H_1$  = ระยะเวลาการเป็นอสม. มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $\chi^2 = 0.05$

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 5 สรุปได้ว่า ระยะเวลาการเป็นอสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.05$ )

ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความรู้และปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	ระดับการมีส่วนร่วม			รวม	$\chi^2$	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก			
<b>ระดับความรู้</b>						
น้อย	169 (65.3%)	59 (22.8%)	31 (12.0%)	259 (100%)	<b>8.702</b>	<b>0.013</b>
มาก	29 (45.3%)	22 (34.4%)	13 (20.3%)	64 (100%)		
<b>รวม</b>	<b>198 (61.3%)</b>	<b>81 (25.1%)</b>	<b>44 (13.6%)</b>	<b>323 (100%)</b>		
<b>ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม</b>						
น้อยที่สุด	65 (100%)	-	-	65 (100%)		
น้อย	133 (65.5%)	70 (34.5%)	-	203 (100%)		
ปานกลาง		11 (20.0%)	44 (80.0%)	55 (100%)		
<b>รวม</b>	<b>198 (61.3%)</b>	<b>81 (25.1%)</b>	<b>44 (13.6%)</b>	<b>323 (100%)</b>	<b>288.611</b>	<b>0.000</b>

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการมีส่วนร่วม			รวม	$\chi^2$	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก			
ระดับสัมพันธภาพในชุมชน						
ปานกลาง	25 (54.3%)	9 (19.6%)	12 (26.1%)	46 (100%)		
มาก	88 (68.2%)	21 (16.3%)	20 (15.5%)	129 (100%)	<b>20.350</b>	<b>0.000</b>
มากที่สุด	85 (57.4%)	51 (34.5%)	12 (8.1%)	148 (100%)		
รวม	<b>198 (61.3%)</b>	<b>81 (25.1%)</b>	<b>44 (13.6%)</b>	<b>323 (100%)</b>		

\*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 4.13 พบว่า ที่มีระดับความรู้มาก ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 169 คน (ร้อยละ 65.3) ส่วนอสม. ที่มีระดับความรู้มาก ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 29 คน (ร้อยละ 45.3)

อสม. ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยที่สุด มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 65 คน (ร้อยละ 100) ส่วนอสม. ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 133 คน (ร้อยละ 65.5) ส่วนอสม. ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับมาก จำนวน 44 คน (ร้อยละ 80.0)

อสม. ที่มีสัมพันธภาพในชุมชนระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 25 คน (ร้อยละ 54.3) ส่วนอสม. ที่มีสัมพันธภาพในชุมชนระดับมาก ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 88 คน (ร้อยละ 68.2) ส่วนอสม. ที่มีสัมพันธภาพในชุมชนระดับมากที่สุด ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับน้อย จำนวน 85 คน (ร้อยละ 57.4)

### การทดสอบสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 6

$H_0$  = ปัจจัยด้านความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

$H_1$  = ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $\chi^2 = 0.05$

ผลการทดสอบสมมติฐาน สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

### การทดสอบสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 7

$H_0$  = แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

$H_1$  = แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $\chi^2 = 0.05$

ผลการทดสอบสมมติฐาน สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

### การทดสอบสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 8

$H_0$  = สัมพันธภาพในชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

$H_1$  = สัมพันธภาพในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $\chi^2 = 0.05$

ผลการทดสอบสมมติฐาน สรุปได้ว่า สัมพันธภาพในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

## 6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

จากการสอบถามความคิดเห็นปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดชัยนาท ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด พบรายละเอียดดังตารางที่ 4.14 และ 4.15

ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละของประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ประเด็นปัญหาและอุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
1. การร่วมมือของประชาชน และกลุ่มองค์กรต่างๆในชุมชน	168	52.1
2. การได้รับการอบรมให้ความรู้ในเรื่องแนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ รวมถึงงานด้านสาธารณสุขอื่นๆที่ไม่ต่อเนื่อง	103	31.8
3. งบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานไม่เพียงพอ	52	16.1
<b>รวม</b>	<b>323</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 4.14 พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้แก่ ประเด็นการร่วมมือของประชาชนบางส่วน และกลุ่มองค์กรต่างๆในชุมชน จำนวน 168 คน (ร้อยละ 52.1) รองลงมาคือ ประเด็นการได้รับการอบรมให้ความรู้ในเรื่องแนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ รวมถึงงานด้านสาธารณสุขอื่นๆที่ไม่ต่อเนื่อง จำนวน 103 คน (ร้อยละ 31.8) และประเด็นงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานยังไม่เพียงพอ จำนวน 52 คน (ร้อยละ 16.1) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.15 ค่าแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินงาน  
หมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. ด้านการให้ความร่วมมือของประชาชน / กลุ่ม/องค์กรในชุมชน</b>		
- การจัดประชุม/ประชาคม ควรจัดในช่วงตอนเย็นหรือตอนค่ำ เพื่อไม่ให้รบกวนการประกอบอาชีพของประชาชนในหมู่บ้าน	67	39.0
- การออกให้บริการด้านสุขภาพ ควรมีการแจ้งให้ประชาชนทราบล่วงหน้า	56	34.3
- ควรให้กลุ่ม /องค์กรอื่นๆในหมู่บ้านมีบทบาทในการดำเนินงาน เช่น การจัดทำแผนชุมชน การบริหารงบประมาณ	45	26.7
<b>รวม</b>	<b>168</b>	<b>100</b>
<b>2. ด้านการพัฒนาความรู้ในการดำเนินงาน</b>		
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการอบรมให้ความรู้ในการดำเนินงาน แก่ อสม. อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	51	49.5
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการออกนิเทศติดตาม การทำงานของ อสม.อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ	34	33.0
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดให้มีการศึกษาดูงานในหมู่บ้านที่ผ่านการประเมิน	18	17.5
<b>รวม</b>	<b>103</b>	<b>100</b>
<b>3. ด้านงบประมาณในการดำเนินงาน</b>		
- ควรให้โอกาส อสม. เข้ามามีบทบาทในการเสนอของบประมาณจาก อปท. ในการพัฒนาสุขภาพของหมู่บ้าน มากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	41	78.8
- หมู่บ้านควรมีการจัดตั้งกองทุนด้านการพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้านของตนเอง	11	21.2
<b>รวม</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 4.15 ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในประเด็นการให้ความร่วมมือของประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรจัดประชุม/ประชาคม ในช่วงเวลาที่ไม่รบกวนเวลาการประกอบอาชีพของประชาชน (ร้อยละ 39.0) รองลงมาคือ ควรมีการแจ้งให้ประชาชนทราบล่วงหน้าก่อนออกให้บริการสุขภาพ (ร้อยละ 34.3) และ ควรให้กลุ่ม / องค์กรอื่นๆ ในหมู่บ้านมีบทบาทในการดำเนินงาน (ร้อยละ 26.7) ตามลำดับ

ส่วนประเด็นการพัฒนาความรู้ในการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการอบรมให้ความรู้/ฝึกทักษะแก่ อสม. ในการออกปฏิบัติงานในชุมชน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 49.5) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการออกนิเทศติดตาม ให้กำลังใจในการทำงานของ อสม.อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (ร้อยละ 33.0) และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดให้มีการศึกษาดูงานในหมู่บ้านที่ผ่านการประเมิน (ร้อยละ 17.5) ตามลำดับ

ส่วนประเด็นด้านงบประมาณในการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะว่าควรให้โอกาส อสม. เข้ามามีบทบาทในการเสนอของบประมาณจาก อปท. ในการพัฒนาสุขภาพของหมู่บ้าน มากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (ร้อยละ 78.8) รองลงมาคือ หมู่บ้านควรมีการจัดตั้งกองทุนด้านการพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้านของตนเอง (ร้อยละ 21.2)



## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดชัยนาท โดยศึกษาปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้และปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดชัยนาท จำนวน 323 คน โดยมีอัตราตอบกลับของแบบสอบถาม คิดเป็นร้อยละ 100 นำเสนอผลสรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

#### 1. สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในชุมชน (2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพจังหวัดชัยนาท (3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในชุมชน กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพจังหวัดชัยนาท และ (4) ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพจังหวัดชัยนาท

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านทั้งหมดในจังหวัดชัยนาท จำนวน 9,669 คน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของวิลเลียม เกมเมลล์ คอแครน (W.G. Cochran, 1977) โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่น 95 % และระดับค่าความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 323 คน และใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) โดยใช้อำเภอเป็นตัวแบ่งชั้นภูมิ และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

**1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** เป็นแบบสอบถามหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เชิงเนื้อหา (IOC: Index of Item- Objective Conguence) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำผลการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องกับนิยามตัวแปรในแต่ละข้อ และทำการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป ทดลองใช้ (Try Out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในพื้นที่ที่มีลักษณะทางสังคมคล้ายคลึงกับจังหวัดชัยนาท จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมีค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.74- 0.85

### 1.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

1.3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

1.3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม และปัจจัยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ( $\bar{X}$ ) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับการแปลผล

1.3.3 การทดสอบสมมติฐานการวิจัย ใช้สถิติวิเคราะห์การแจกแจงความถี่แบบสองทางนำเสนอในรูปแบบตารางไขว้ (Cross-tabulation) และพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ ( $\chi^2$ )

**1.4 ผลการวิจัยพบว่า** (1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 30- 39 ปี อาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยระหว่าง 6,001 - 9,000 บาทต่อเดือน ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ ระยะเวลาการทำงานระหว่าง 10- 14 ปี ความรู้ในการดำเนินงานในหมู่บ้านจัดการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย ส่วนสัมพันธภาพในชุมชนอยู่ในระดับมาก (2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอยู่ในระดับน้อย (3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในชุมชน และ (4) ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ คือประชาชนบางคนและกลุ่มองค์กรในชุมชนบางกลุ่มไม่ให้ความร่วมมือ การอบรมให้ความรู้ไม่ต่อเนื่อง และงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานยังไม่เพียงพอ ข้อเสนอแนะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรสร้างพลังชุมชนเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานสาธารณสุขจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้ อสม. อย่างต่อเนื่องและขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



## 2. อภิปรายผล

### 2.1 ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานอยู่ในระดับน้อย จำนวน 198 คน (ร้อยละ 61.3) ( $\bar{X} = 1.44$ ,  $SD = 0.336$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษยาภัสสร ชาวปทุมทิพย์ (2556 : 62-63) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพของ รพ.สต. ในอำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย การตัดสินใจ การปฏิบัติการ การรับรู้ผลประโยชน์ และการประเมินผล ของอสม. ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 3.37$ )

ผลการศึกษานี้แตกต่างกับ จินตนา บุญยิ่ง, ธงชัย อามาตย์บัณฑิต และสุภาดา คำสุชาติ (2555: 97-104) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยเทียบเป็นการมีส่วนร่วมร้อยละ 76.9-79.1 และแตกต่างจากผลการศึกษาของ ยศเอก ไชยฤทธิ์ (2552: 32-39) . ที่ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ บ้านสร้างแก้ว ตำบลกุงเก่า อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมการรับรู้กระบวนการงานของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ พบว่าการมีส่วนร่วมการรับรู้ในเรื่องการมีกิจกรรมด้านการสร้างสุขภาพกับ และมีกิจกรรมด้านการบริการสุขภาพภาคประชาชนมากที่สุด (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ การมีกิจกรรมพัฒนาศักยภาพของ อสม./แกนนำสุขภาพ (ร้อยละ 99) และมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพในชุมชน (ร้อยละ 94) ตามลำดับและแตกต่างจากผลการศึกษาของ สุรศักดิ์ เกษงาม (2557: 71-72) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลพรเจริญ อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ด้านจัดทำแผนดำเนินงานและร่วมลงมือปฏิบัติกิจกรรม ด้านการค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาโรคไข้เลือดออก และ ด้านการติดตามและประเมินผล พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของอสม.อยู่ในระดับปานกลาง

## 2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

### 2.2.1 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

#### 1) เพศ

ผลการศึกษาพบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอสม. นั่นคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นเพศชายหรือเพศหญิง มีส่วนร่วมในการดำเนินงานไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าเนื่องจากการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ไม่ได้แบ่งลักษณะงานให้ปฏิบัติตามเพศ ดังนั้น อสม. ไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือชายก็สามารถปฏิบัติงานและดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรจิตร หนองแก (2540) ที่พบว่าเพศไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น, อุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2542: 85) ที่พบว่าเพศไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี, จิระวัฒน์ คงฉาย (2554 : 60) ที่พบว่า ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอสม. ในเขตอำเภอนาโยง จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) แตกต่างจากการศึกษาของวิระยุทธ ขุนพล (2545: 54) ที่พบว่า เพศที่แตกต่างกันจะทำให้การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ )

#### 2) อายุ

จากผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) เพราะการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของจังหวัดชัยนาท อสม. ทุกกลุ่มอายุสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมได้อย่างเท่าเทียมกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2542: 85), ประกอบพร สิ้นธุรัตน์ (2542: 85); สุขชัย อรรถธรรม (2525), วรจิตร หนองแก (2548: 67-68) และอัญชนา วงศ์ภัทรดี (2536) ที่มีผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.

#### 3) อาชีพ

อสม. ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 70.0 ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะทางภูมิศาสตร์ของพื้นที่จังหวัดชัยนาทที่เหมาะสมต่อการทำการเกษตร เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า อาชีพไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) อาจเป็นเพราะ อสม. ในจังหวัดชัยนาท ส่วนใหญ่

มีอาชีพเกษตรกรรม และประกอบอาชีพอยู่ในพื้นที่หรือในภูมิสำเนาของตนเอง เช่น ทำนา ทำไร่ อ้อย มันสำปะหลัง ทำสวนผลไม้ เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึง อสม.ที่มีอาชีพรับจ้าง หรือค้าขาย ทำให้สามารถมีเวลาเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในชุมชนได้ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2542 :85) สมพร ชุมช่วย และคณะ (2540) ที่พบว่า อสม. ที่มีอาชีพต่างกันมีการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาแตกต่างจากผลการศึกษาของจิระวัฒน์ คงฉาย (254 :60 , พิทักษ์ ยินดีจันทร์ (2540: 47) ที่พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมและผลการปฏิบัติงานของ อสม.

#### 4) รายได้ต่อเดือน

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า รายได้ต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับรายได้ต่อเดือนของอสม.ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 6,000 บาท ทำให้การดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพไม่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในชุมชนของ อสม.ส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร ชุมช่วย และคณะ (2540) และจิระวัฒน์ คงฉาย (254: 60) ที่พบว่า รายได้ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. แต่แตกต่างกับผลการศึกษาของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2520) และสุวารี สุขุมลววรรณ (2533) ซึ่งได้ผลจากการศึกษาคัดลึงกันที่พบว่า อสม. ที่มีรายได้มากกว่า ปฏิบัติงานได้ดีกว่าอสม.ที่มีรายได้น้อย และแตกต่างจากผลการศึกษาของ รัชชชัย วีระกิติกุล (2552: 78-79), สีสด เหมะบาล (2542: 37), พิทักษ์ ยินดีจันทร์ (2540: 47) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

#### 5) ระดับการศึกษา

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) จากข้อมูลด้านลักษณะส่วนบุคคล พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ในจังหวัดชัยนาทมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา แต่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการรับรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เนื่องจากรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้เป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดชัยนาทนั้นเป็นความรู้ใหม่และมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการและหลักการดำเนินงานอยู่เสมอ อสม.ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันก็ได้รับการพัฒนาความรู้ ซึ่งแจ้งแนวทางการดำเนินงานจากเจ้าหน้าที่ไปพร้อมๆกัน จากผลการทดสอบความสัมพันธ์ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาของอุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2542: 85), จิระวัฒน์ คงฉาย (254: 60), สมพร ชุมช่วย และคณะ(2540) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อ

การปฏิบัติงานของ อสม. แตกต่างจากการศึกษาของวีระยุทธ ชุนพล (2545: 54) ที่ศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเทศบาล ตำบลเสาไห้ อำเภอเสาไห้ จังหวัดสระบุรี พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันจะทำให้การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

#### 6) สถานภาพการสมรส

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสคู่ร้อยละ 95.5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า สถานภาพการสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. สอดคล้องกับการศึกษาของ ทัด ตาอ้ายเทียบ (2532) ที่พบว่า สถานภาพการสมรสไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในจังหวัดสุโขทัย แตกต่างจากผลการศึกษาของ อัญชญา วงศ์ภัทรดี (2536) ที่พบว่า อสม. ที่แต่งงานแล้วมีความสามารถในการ ปฏิบัติงานดีกว่า อสม. ที่ยังไม่แต่งงาน

#### 7) ระยะเวลาการเป็น อสม.

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการทำงานอยู่ระหว่าง 10 – 14 ปี ร้อยละ 95.5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ระยะเวลาการทำงานในตำแหน่ง อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. สอดคล้องกับการศึกษาของ ประกอบพร สินธุรัตน์ (2542: 85) ที่พบว่า ประสบการณ์ทำงาน และการฝึกอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในงานสาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุขชัย อรรถธรรม (2525) ที่พบว่า จำนวนปีที่ทำงานใช้เป็นเครื่องประกันว่าคนที่ทำงานนานกว่าจะทำงานได้ดีกว่าคนที่ทำงานมาน้อยกว่า ทั้งนี้เพราะในแต่ละวันที่ทำงานย่อมมีประสบการณ์ต่างกัน แตกต่างกับผลการศึกษาของชัชชัย วีระกิติกุล (2552: 78-79) ที่พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดพัทลุง และ อัญชญา วงศ์ภัทรดี (2536) ที่พบว่า อสม. ที่มีจำนวนปีในการทำงานมาก จะมีความสามารถในการปฏิบัติงานมากกว่า อสม. ที่มีจำนวนปีน้อยกว่า และการศึกษาของ วรจิตร หนองแก (2548) ที่พบว่าระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งมีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น

## 2.2.2 ความรู้กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

การทดสอบความสัมพันธ์พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาตรี จันทรตา (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเทศบาลตำบลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อการการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภชัย จันทสังข์ และ เบญญา ลวกโรสง (2551) ที่ศึกษาเรื่องทิศทางการพัฒนาระบบและกระบวนการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งพบว่า สิ่งสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการทำงาน อสม. นั้นขึ้นอยู่กับ ความรู้ และความสามารถของ อสม. และสอดคล้องกับผลการศึกษาของเกรียงศักดิ์ กำเนิดกาญจน์ (2540 :43-46) , โสภา รัตนนัย (2540 :61) ที่พบว่าความรู้ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

## 2.2.3 ปัจจัยด้านปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

จากผลการทดสอบความสัมพันธ์พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของชัชชัย วีระกิติกุล (2552: 78-79) , นริศรา ธนาภิวัฒน์กุล (2542: 76) , ลีสด เหมะบาล (2542: 37) , โสภา รัตนนัย (2540: 61), เกรียงศักดิ์ กำเนิดกาญจน์ (2540: 43-46) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว และชุมชนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทของอสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของพิทักษ์ ยินดีจันทร์ (2540: 47) ที่พบว่า ความครบถ้วนของวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ความสม่ำเสมอของการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ในอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

## 2.3.4 ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในชุมชนกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

การทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า สัมพันธภาพในชุมชนของ อสม. มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชัชชัย วีระกิติกุล (2552: 78-79), โสภา รัตนนัย (2540: 61) ที่พบว่า การมีมนุษย

สัมพันธ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ *จินตนา บุญยิ่ง, ธงชัย อาทิตย์บัณฑิต และสุภาดา คำสุชาติ* (2555 : 97-104) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ตัวแปรซึ่งเป็นปัจจัยศึกษาสามารถร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 29.1 ( $R^2=0.300$ ,  $R^2_{adjusted}=0.291$ ,  $F=226.5$ ,  $p<0.001$ ) ตัวแปรที่เป็นปัจจัยทำนายได้แก่ ความสัมพันธ์ในการทำงานของ อสม.

#### 2.4 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.4.1 การร่วมมือของประชาชนบางส่วน และกลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชน เพราะถึงแม้ว่า อสม. จะทำงานเชิงรุก ทุ่มเทกับการทำงานมากแค่ไหน แต่ถ้าขาดความร่วมมือร่วมใจของ อสม. ชุมชน และเทศบาล แล้ว การทำงานของ อสม. ในทุกเรื่องก็จะไม่สำเร็จลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ *วรจิตร หนองแก* (2548) ; *อัจฉรา ชาติกานนท์* (2541) ; *โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ* (2550) ; *ชาตรี จันทร์ดา* (2552) ที่พบว่า ปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติงานและความสำเร็จในการทำงานของ อสม. คือ ปัญหาความร่วมมือจากชุมชน เช่น ผู้นำท้องถิ่นไม่ให้การสนับสนุน ชาวบ้านไม่มีเข้าใจการทำงานทำให้ไม่ให้ความร่วมมือ

2.4.2 การได้รับการอบรมให้ความรู้ในเรื่องแนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ รวมถึงงานด้านสาธารณสุขอื่นๆ ไม่ต่อเนื่อง ทำให้ อสม. ขาดความเชื่อมั่นในการทำงานของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ *ชาตรี จันทร์ดา* (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาพบว่า การได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อการการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ *สุกชัย จันทสังข์ และ เบญญา ลวกไธสง* (2551) เรื่องทิศทางการพัฒนาระบบและกระบวนการ พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งพบว่า สิ่งสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการทำงาน อสม. นั้นขึ้นอยู่กับ ความรู้ และความสามารถของ อสม.

2.4.3 ด้านงบประมาณการสนับสนุนการดำเนินงานยังไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนไปตามแผน ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ *วรจิตร หนองแก* (2548) ; *อัจฉรา ชาติกานนท์* (2541); *โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ* (2550); *ชาตรี จันทร์ดา* (2552) ที่ผ่านมาก็พบว่า อุปสรรคต่อการทำงานด้านสุขภาพในชุมชนของ อสม. ได้แก่

งบประมาณไม่ชัดเจน ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน การสนับสนุนล่าช้า และการติดขัดในการใช้จ่ายงบประมาณ

## 2.5 จุดเด่นและข้อจำกัดของวิธีการวิจัย

1. งานวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบมาตรฐานของแบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี ทั้งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาและค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยมีอัตราตอบกลับ ร้อยละ 100 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอย่างดียิ่ง

2. การออกแบบงานวิจัยที่เก็บรวบรวมข้อมูลในลักษณะที่เป็นการประเมินการปฏิบัติตนเอง ในงานวิจัยนี้คือ ข้อมูลปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม ข้อมูลปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เป็น Self – administered questionair (ตนเอง) โดยแกนนำที่ปฏิบัติงานในหมู่บ้าน อาจจะมีอคติจากการเลือกเก็บข้อมูลได้ (Selection bias)

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามพร้อมกันทีเดียวในวันประชุมประจำเดือนของแต่ละสถานีอนามัย ถึงแม้ว่าจะได้รับการตอบกลับครบ แต่อาจมีปัญหาในเรื่องของคุณภาพของข้อมูล เนื่องจากผู้ตอบแบบสอบถามไม่มีเวลามากพอที่จะใคร่ครวญในการตอบแบบสอบถาม (Procedural bias)

## 3. ข้อเสนอแนะ

### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

#### 3.1.1 ข้อเสนอแนะสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1) พัฒนาระบบนิเทศติดตามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความสม่ำเสมอ พร้อมทั้งสนับสนุนทางด้านวิชาการ ความรู้ ความเข้าใจ ปลุกจิตสำนึกให้รักสุขภาพ สร้างศรัทธาที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอันนำไปสู่ความต้องการเรียนรู้ ซึ่งอาจทำได้หลายวิธี เช่น การประชุมสัมมนา การประชุมเชิงปฏิบัติการ การให้การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะการนำไปทัศนศึกษา/ดูงาน

2) พัฒนาระบบการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และการถ่ายทอดความรู้สู่ภาคประชาชน ประเด็นที่ต้องพัฒนาคือ ระบบการจัดทำเนื้อหา สาระ องค์ความรู้ และกระบวนการถ่ายทอดที่ต้องสร้างให้เกิดความต่อเนื่อง และครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตลอดจนองค์ความรู้ที่ให้ต้องครบถ้วนและมีการบูรณาการความรู้กับวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนได้อย่างเหมาะสม

3) ควรจะมีช่องทางในการกระตุ้นแรงสนับสนุนไม่ว่าจะเป็นการเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วมประชุม/อบรมในเรื่องต่างๆ ที่ทันสมัย

การเขียนเพื่อเป็นกำลังใจจากเจ้าหน้าที่ ตลอดจนการให้คำแนะนำชี้แจงเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่เป็นอย่างดีเมื่อมีข้อสงสัยในการดำเนินงานต่างๆ รวมทั้งการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินงาน

4) ควรสนับสนุนให้มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันของผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ไม่ว่าจะเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชนในชุมชน เพราะงานด้านสาธารณสุขต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกเครือข่ายในชุมชน หากเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

### 3.1.2 ข้อเสนอแนะสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

1) พัฒนาทักษะความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขในด้านต่างๆ ดังนี้

(1) สนับสนุน ส่งเสริมให้ได้เรียนรู้และรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เพิ่มทักษะการอบรม ฝึกสอนทางปฏิบัติที่ถูกต้องเน้นการปฏิบัติจริงและเป็นต้นแบบแก่บุคคลอื่นในการถ่ายทอดความรู้เชิงเทคนิคและการบริหารจัดการ ตลอดจนการเป็นผู้ตัดสินใจที่จะขับเคลื่อนชุมชนและสังคมไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า โดยมีมาตรการทางสังคมเป็นเครื่องมือสำคัญ

(2) พัฒนาและส่งเสริมการทำงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายอื่นๆ ในชุมชน ด้วยการสร้างกลุ่ม/ เครือข่ายเพื่อประสาน สนับสนุน เชื่อมโยง และแสดงบทบาทที่พึงประสงค์ในการทำงานร่วมกัน

2) ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับพื้นที่/ชุมชนเพื่อให้หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานของกระทรวงหรือองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยน ร่วมกำหนดเป้าหมาย กระบวนการดำเนินงานและงบประมาณเพื่อมุ่งสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชนและควรมีการนำข้อมูลกลับไปทบทวนและพิจารณาหาแนวทางเพื่อแก้ไขในส่วนขาด เพื่อจะได้พัฒนาไปสู่หมู่บ้านจัดการสุขภาพในปีต่อไป

3) ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับพื้นที่/ชุมชนเพื่อให้หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานของกระทรวงหรือองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยน ร่วมกำหนดเป้าหมาย กระบวนการดำเนินงานและงบประมาณเพื่อมุ่งสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชน และควรมีการนำข้อมูลกลับไปทบทวนและพิจารณาหาแนวทางเพื่อแก้ไขในส่วนขาด เพื่อจะได้พัฒนาไปสู่หมู่บ้านจัดการสุขภาพในปีต่อไป



### 3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรจะทำการวิจัยซ้ำกับกลุ่มประชากรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่จังหวัดอื่นๆ เพื่อที่จะได้ขยายผลการศึกษากว้างขวางยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่อาจจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เช่น ลักษณะโครงสร้างทางสังคม วิธีการดำเนินชีวิต เป็นต้น

3.2.2 ควรทำการศึกษาวิจัยโดยการวิเคราะห์ห่า้างอิงถดถอยแบบพหุระดับ (Multilevel analysis) ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เช่น ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยการเสริมแรงสนับสนุนปัจจัยนโยบายระดับจังหวัด

3.2.3 ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มแบบเจาะจง (Focus Group interview) เป็นการนำกระบวนการสัมภาษณ์กลุ่มแบบเจาะจง และการสนทนากลุ่มตามธรรมชาติมาใช้ร่วมกัน เป็นการสนทนาเป็นกลุ่ม ซึ่งควรกำหนดประเด็นปัญหาในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงในการสนทนาแต่ละครั้งมีการใช้กระบวนการกลุ่ม (Group Dynamics) เข้ามาช่วยในการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวในกลุ่มผู้สนทนา เพื่อให้แสดงความคิดเห็นร่วมกัน

3.2.4 ควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เช่น แกนนำกลุ่ม/องค์กรต่างๆ ในชุมชน กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม และการรับรู้ในการดำเนินงานให้มากขึ้น เพื่อชุมชน/หมู่บ้านสามารถดูแลและจัดการสุขภาพด้วยตัวเอง ซึ่งจะเป็แนวทางในการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

บรรณานุกรม



## บรรณานุกรม

- กนกทิพย์ พัฒนาพัฑฒ์.(2543). *สถิติเบื้องต้นทางการศึกษา. ภาควิชาประเมินผลและวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- กฤษณา ศักดิ์ศรี.(2534). *มนุษย์สัมพันธ์ . กรุงเทพมหานคร: รวมสาส์นการพิมพ์.*
- กองแผนงานสาธารณสุข. (2524). *รายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ใน 20 จังหวัด. กรุงเทพมหานคร: กองสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข.*
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (2549). *แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.*
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (2551). *เส้นทางสู่ความสำเร็จการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ. นนทบุรี : โรงพิมพ์ตำรวจ.*
- กัลยา วานิชย์บัญชา.(2549). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- กิตติวดี บุญเชื้อ.(2522). *การให้และรับความร่วมมือในกลุ่มสัมพันธ์: ทฤษฎีและแนวปฏิบัติ . กรุงเทพมหานคร: บุรพาณิชการพิมพ์.*
- เกรียงศักดิ์ กำเนิดกาญจน์. (2540). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารสาธารณสุขภาคกลาง, 13(2) , 43-46.*
- ขวัญใจ พิมพ์มล. (2543). *ปัจจัยทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียนหลักสูตรศิลปกรรมระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ศ.ปวช.). (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพมหานคร.*
- คมเพชร ฉัตรสุกกุล. (2530). *กิจกรรมกลุ่มในโรงเรียน. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.*
- จินตนา จันทร์ธาราม. (2534). *ปัจจัยที่มีผลต่อความแตกต่างในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อภาวะทุพโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.*

- จินตนา บุญยิ่ง, ชงชัย อามาตย์บัณฑิต และสุภาคา คำสุชาติ. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม  
ในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ  
หมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 22 (6) , 97-104.
- จินตนา สุขจางนันท์. (2549). *การศึกษาและการพัฒนาชุมชน*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิระวัฒน์ คงอาจ. (2554). *ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอนาโยง จังหวัดตรัง  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยมหิดล,  
นครปฐม.
- จิราภรณ์ ศรีคำ. (2547). *การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการพัฒนาการจัดการศึกษาของโรงเรียน  
วชิรวิทย์ ระดับประถมศึกษา จังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิ้น แบรี่. (2538). *คู่มือการฝึกทักษะให้การปรึกษา*. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2543). กลยุทธ์เพื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. *วารสารศูนย์บริการวิชาการ  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 8(1), 18-22.
- เฉลียว บุรีภักดีและคณะ. (2545). *การวิจัยชุมชนชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง*. กรุงเทพมหานคร:  
สำนักมาตรฐานการศึกษา สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ กระทรวงศึกษาธิการ.
- ชม ภูมิภาค. (2533). *จิตวิทยาการเรียนการสอน*. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- ชัยพร วิชาวุธ. (2530). *เอกสารการสอนชุดวิชามนุษยศาสตร์กับสังคม*. กรุงเทพมหานคร:  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- จิต นิลพานิช, และกุลชน ธนาพงศธร. (2532). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท.  
ในเอกสารการสอนชุดวิชาความรู้ทั่วไปสำหรับการพัฒนาระดับตำบล หมู่บ้าน  
(พิมพ์ครั้งที่ 3, หน่วยที่ 8)*. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ชูชัย สมितिไกร. (2530). *ผลของประสบการณ์กลุ่มฝึกมนุษยสัมพันธ์ที่มีต่อทัศนคติส่วนบุคคลตาม  
การรับรู้ของผู้รับการฝึก*. เชียงใหม่ , มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชุดิกาญจน์กล้าหาญ. (2550). *การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัคร  
สาธารณสุขในเขตเมืองพัทยา อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ถวิลวดี บุรีกุล. (2550). *ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม*. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า.
- ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์. (2550). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาในพื้นที่บริการของ  
โรงเรียนล้อมแรดวิทยา อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง (วิทยานิพนธ์ ปริญญาศึกษาศาสตร  
มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- ทัต ตาอ้ายเทียบ. (2532). การศึกษาการปฏิบัติงานของ ผสส./อสม. ในเขตอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- ธีระศักดิ์ มั่งคุ่น. (2543). ผลการจัดกิจกรรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธาณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน ต่อความรู้ การรับรู้พฤติกรรมของแกนนำของสุขภาพประจำครอบครัวในการป้องกัน โรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง. ตีพิมพ์: สำนักงานสาธาณสุขจังหวัดตรัง.
- นภาพรณ พานิช. (2545). ปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธาณสุขระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- นรินทร์ชัย พัฒนาพงศา. (2546). การมีส่วนร่วมหลักการพื้นฐานเทคนิคและกรณีตัวอย่าง. เชียงใหม่: นริศรา ธนาภิวัดนกุล. (2542). การประเมินการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธาณสุขประจำหมู่บ้านในศสมข. จังหวัดอ่างทอง(วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- นิคม ผัดแสน. (2540). การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ โรงเรียนประถมศึกษาต่อการพัฒนาการศึกษาของกลุ่มโรงเรียนอัครศึกษา จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นิตยา รัศมีรัตน์. (2520). ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานกับการปฏิบัติงาน :ศึกษาเฉพาะกรณีพนักงานวางแผนครอบครัว ศูนย์บริการสาธาณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพฯ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). กรุงเทพมหานคร, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2527). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บัณฑิต แมลจิตร. (2540). การรับรู้และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธาณสุขประจำหมู่บ้านในงานสาธาณสุขมูลฐานอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2545). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2551). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 10)  
กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์
- เบญจา ยอดคำเนิน. (2530). *รายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข  
โครงการลำปาง: (การศึกษาทางมนุษยวิทยา)*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัย  
ประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประกอบพร ดินธูรัตน์. (2542). *การประเมินการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในงาน  
สาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (วิทยานิพนธ์ปริญญา  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- ประพันธ์ สร้อยเพชร. (2547). *การมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้น  
พื้นฐาน ศูนย์โรงเรียนตำบลแช่ช้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์  
ปริญญาการบริหารการศึกษามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. เชียงใหม่,  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประภัสสร เตชะประเสริฐวิทยา. (2549). *ยุทธศาสตร์การพัฒนาและการวางแผนชุมชนเกษตรกรรม.  
ภาควิชาส่งเสริมการเกษตร คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,ขอนแก่น*.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). “องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ” *เอกสารการสอนชุดวิชา  
สุขศึกษา หน่วยที่ 1-7*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, กรุงเทพมหานคร: ห้าง  
หุ้นส่วนจำกัดอรุณการพิมพ์.
- ประภาส ศิลปศรี. (2531). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาพัฒนาชุมชนในเขตภาค  
ตะวันออกเฉียงเหนือ 6 จังหวัด*. กรุงเทพมหานคร: กองวิจัยและประเมินผล กรมการ  
พัฒนาชุมชน.
- ประยูร ศรีประสาธน์. (2542). *รายงานการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการ  
ดำเนินงานของคณะกรรมการการศึกษาประจำโรงเรียนประถมศึกษาศึกษาจังหวัดปทุมธานี:  
นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*.
- ปรัชญา เวสารัชช์. (2538). *รายงานการวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมเพื่อพัฒนา  
ชุมชน*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันไทยคดีศึกษา, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปราณี รามสูตร และจรัส ดั่งสุวรรณ. (2545). *พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาตน*. กรุงเทพมหานคร  
:สถาบันราชภัฏธนบุรี.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2539). *จิตวิทยาอุตสาหกรรม*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อเสริม  
กรุงเทพมหานคร.

- ปัดดี อุณหเลขกะ. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพตามการรับรู้ของพยาบาล  
ประจำการกับความสามารถในการปฏิบัติงานตามการรับรู้ของตนเองและหัวหน้าหอ  
ผู้ป่วย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาการพยาบาลมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). กรุงเทพมหานคร:  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ. (2543). *กระบวนการพัฒนาและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา.  
กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).*
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2530). *การปรับพฤติกรรมเบื้องต้น = Introduction to Behavior  
Modification. (โครงการส่งเสริมการแต่งตั้ง).* กรุงเทพมหานคร: ทบวงมหาวิทยาลัย.
- พรทิพย์ คำพอ และคณะ. (2544). *บทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์การบริหารส่วน  
ตำบลในการใช้การแพทย์แผนไทยเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองในชุมชน. : ภาค  
วิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.*
- พรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์กิจ. (2531). *ปัจจัยด้านบุคคลและความพอใจในสิ่งแวดล้อมของงานที่มีผล  
ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข. โครงการสาธารณสุขเขตเมืองอำเภอ  
เมืองจังหวัดราชบุรี: มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร :  
สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.*
- พิทักษ์ ยินดีจันทร์. (2540). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ  
หมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ในอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี  
(วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).  
มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.*
- พีระ พรนวม. (2544). *ศรัทธาต่อหลักการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของผู้บริหารโรงเรียนสังกัด  
สำนักงานการประถมศึกษาอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน (รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ  
ปริญญาการบริหารการศึกษา มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,  
เชียงใหม่.*
- ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม และพรณทิพย์ เพชรมาก. (2551). *การบริหารสังคมศาสตร์แห่งศตวรรษ  
เพื่อสังคมไทยและสังคมโลก. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน.*
- ไพรัช พันธุ์อุดม. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัคร  
สาธารณสุข ในงานสาธารณสุขมูลฐานของศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่ายโรงพยาบาล  
พรหมคีรี นครศรีธรรมราช. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.*

- มณี ดีประสิทธิ์. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลอัตมโนทัศน์สัมพันธ์สภาพเชิงช่วยเหลือของพยาบาลประจำการกับความสามารถในการตัดสินใจทางการพยาบาล ลูกเนินของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (วิทยาลัยพยาบาลมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). กรุงเทพมหานคร, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เมตต์ เมตต์การุณจิต. (2553). การบริหารจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม: ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และราชการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บั๊กพอยท์.
- บุภาพร รูปงาม. (2545). การมีส่วนร่วมของข้าราชการสำนักงบประมาณในการปฏิรูประบบราชการ. (ภาคนิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- วรภรณ์ อมรเพชรกุล. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคลกับการเผชิญความเครียดของตำรวจจราจร ในเขตกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการพยาบาลสาธารณสุขมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- วันชัย วัฒนศัพท์. (2549). คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจของชุมชน. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า.
- วันรักษ์ มิ่งมณีนาคนิ. (2531). การพัฒนาชนบทไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิจารณ์ พานิช. (2548). การจัดการความรู้ฉบับนักปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทตลาดาพับลิเคชั่น จำกัด.
- วิทยากร เชียงกุล. (2541). รายงานสภาวะการศึกษาไทย ปี 2540. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- วิมล หนองพงษ์. (2538). ผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนองครักษ์ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก (ปริญญาานิพนธ์ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- วีระยุทธ ขุนพล. (2545). ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเทศบาลตำบลเสาไห้ อำเภอเสไห้ จังหวัดสระบุรี. (รายงานการวิจัย). สระบุรี: โรงพยาบาลเสาไห้.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2547). ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เรือนแก้ว.



- ศิริรัตน์ ผุดผ่อง. (2540). ผลการฝึกสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนตามรูปแบบของจอยซ์ และคณะ  
ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์  
จังหวัดนครสวรรค์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ,  
กรุงเทพมหานคร.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. (2550). การจัดการและพฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์  
บริษัทธีระฟิล์มและไซเท็กซ์ จำกัด.
- สงวน สุทธิเลิศอรุณ. (2529). ทฤษฎีและปฏิบัติการทางจิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร:  
อักษรบัณฑิต.
- สมคิด เถาว์ลัย. (2546). การแสดงบทบาทและความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ  
หมู่บ้านกับการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน : กรณีศึกษา อำเภอพิบูลย์มังสาหาร จังหวัด  
อุบลราชธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม,มหาสารคาม.
- สมพร แวงแก้ว และนิดา มุสิกบุญเลิศ. (2551). ศึกษาแบบการจัดการสุขภาพของหมู่บ้านใน  
อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. สืบค้นจาก <http://www.vcharkarn.com/blog/67652>.
- สมยศ นาวิการ. (2545). การบริหารแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพมหานคร :บรรณกิจ.
- สมศักดิ์ สามัคคีธรรม. (2546). การวิจัยทางสังคมศาสตร์. เชียงใหม่: คณะศิลปศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สรศักดิ์คุณ ควงคำสวัสดิ์.(2540). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้แรงงานสนับสนุน  
ทางสังคมจากผู้นำชุมชนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์  
อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- สัญญา เคนาภูมิ. (2551). ความสำเร็จของวิสาหกิจชุมชนใน 4 จังหวัดชายแดนลุ่มน้ำโขง  
(วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต).มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์  
ในพระบรมราชูปถัมภ์, กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน .(2543). สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มของ  
งานสาธารณสุขมูลฐานชุมชนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึก.
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน.(2545). สิทธิหน้าที่พลเมือง:ระบบสุขภาพภาค  
ประชาชน. นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท (2557). สรุปผลการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน  
ปีงบประมาณ 2557. ชัยนาท: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท.

- สิริวรรณ เดชวิถี. (2544). การมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมของประชาชนในชุมชนเมืองเขตเทศบาลขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)
- ลีสด เหมะบาล. (2542). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- สุภาพรรณ โคตรจรัส. (2527). จิตวิทยาในการดำรงชีวิต. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุริยา วีรวงศ์. (2544). ระเบียบวิธีวิจัย :และเทคนิคของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาการ สาธารณสุขอาเซียน.
- สุวารี สุขุมลววรรณ. (2533). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน : (ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดนครนายก.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์. (2537). ปัญหาและแนวโน้มเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารการศึกษา. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- แสงจันทร์ โสภากาล. (2550). รายงานการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเข้าใจของบุคลากรขององค์การบริหารส่วนตำบล. คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย, เลย.
- โสภา รัตนชัย (2540: 61) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าในเขตชนบท จังหวัดสมุทรสงคราม. สมุทรสงคราม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม.
- อภิัญญา กังสนารักษ์. (2544). รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในองค์กรที่มีประสิทธิผลระดับคณะของสถาบันอุดมศึกษา. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชญา วงศ์ภัทรภักดี.(2536). ความสามารถในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- อาจารย์ ช่างประดับ. (2550). องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อนของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 โรงเรียนอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี (ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิตนิพนธ์ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- อุทัย บุญประเสริฐ. (2542). หลักสูตรและการบริหารงานวิชาการของโรงเรียน. (พิมพ์ครั้งที่ 3) กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.

อุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์. (2541). งานวิจัย “การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัคร  
สาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดลพบุรี”. นครปฐม :  
มหาวิทยาลัยมหิดล

Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc. Retrieved  
from <http://www.abebooks.com/Research-Education-Best-John-W-Prentice-Hall1393179363/bd>

Bloom.B.S. (1968). *Mastery learning*. UCLA – CSEIP Evaluation Comment.1 (2) Losangeles.  
University of California at Los Angeles. Retrieved from <http://www.freepatentsonline.com/article/Exceptional-Children/15824001.html>

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison- Wesley. Retrieved  
from [https://openlibrary.org/books/OL4107456M/Work\\_stress\\_and\\_social\\_support](https://openlibrary.org/books/OL4107456M/Work_stress_and_social_support)

Schultz, William C. (1966). *FIRO : A three diminution theory of Interpersonal Behavior*.  
New York :Rinihart. Retrieved from [https://www.cpp.com/Products/firo-b/firob\\_info.aspx](https://www.cpp.com/Products/firo-b/firob_info.aspx)

WHO. (2005). *definition of community participation*. Retrieved from <http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/participation-definition/en/>



ภาคผนวก



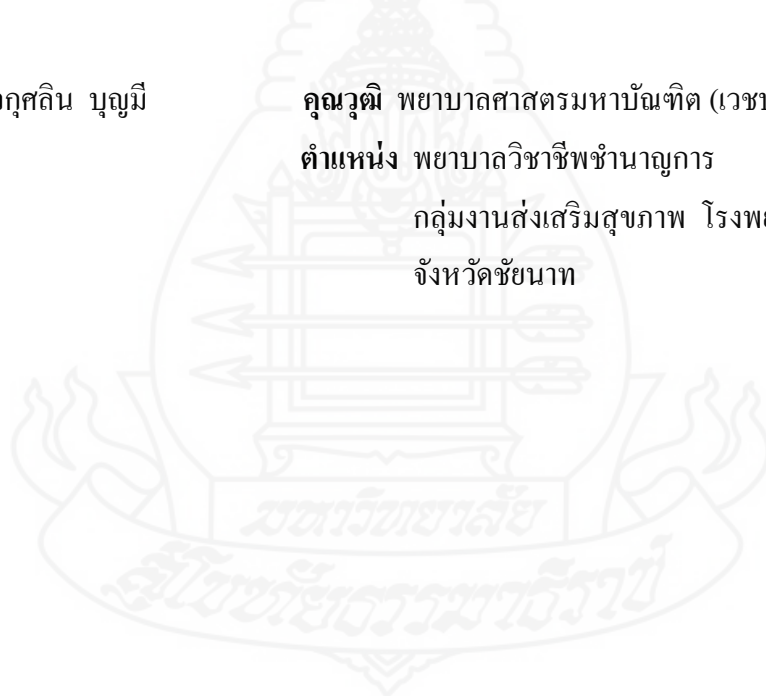
ภาคผนวก ก

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่อง



ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (แบบสอบถาม)

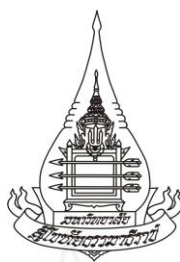
- |                              |   |
|------------------------------|---|
| 1. นายณรงค์ เอี่ยมรอด        | <p><b>คุณวุฒิ</b> สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)</p> <p><b>ตำแหน่ง</b> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br/>           กลุ่มงานสุขภาพภาคประชาชน<br/>           สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท</p> |
| 2. นายเกรียงศักดิ์ เจตนาจิตร | <p><b>คุณวุฒิ</b> สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (อนามัยสิ่งแวดล้อม)</p> <p><b>ตำแหน่ง</b> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br/>           หัวหน้าฝ่ายประกันสุขภาพ โรงพยาบาลหันคา<br/>           จังหวัดชัยนาท</p>  |
| 3. นางสาวกุศลสิน บุญมี       | <p><b>คุณวุฒิ</b> พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (เวชปฏิบัติชุมชน)</p> <p><b>ตำแหน่ง</b> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br/>           กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลวัดสิงห์<br/>           จังหวัดชัยนาท</p>           |



ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม





## แบบสอบถาม

“ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชัยนาท”

### คำชี้แจง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดชัยนาท ซึ่งจะนำประโยชน์ที่ได้จากผลการศึกษามาประยุกต์ใช้ เป็นแนวทางในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานและงานสุขภาพภาคประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลให้กับผู้บริหารในการกำหนดนโยบาย การพัฒนางาน หรือปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพให้มีความต่อเนื่อง เกิดประสิทธิภาพภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่

ข้อมูลคำตอบทุกข้อในแบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบต่อหน้าที่การงานของท่านแต่อย่างใด

แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล) ของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน อสม. ของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

3.2 แบบสอบถามสัมพันธภาพ ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

“ขอขอบพระคุณทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามฉบับนี้ครบทุกข้อ”



### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ใน • หน้าข้อความที่ตรงกับคุณสมบัติของท่าน หรือเติมคำ  
ในช่องว่างที่เว้นไว้

เพศ • ชาย • หญิง

#### ปัจจุบันท่านมีอายุ

• ต่ำกว่า 20 ปี • 20 – 29 ปี • 30 – 39 ปี • 40-49 ปี • 50 – 59 ปี • 60 ปีขึ้นไป

#### อาชีพ

- 1.เกษตรกรรม
- 2.รับจ้าง
- 3.ค้าขาย
- 4.ธุรกิจส่วนตัว
- 5.อื่นๆ ระบุ.....

#### ครอบครัวของท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- ไม่เกิน 3,000 บาท/เดือน
- 3,001-6,000 บาท/เดือน
- 6,001-9,000 บาท/เดือน
- 9,001-12,000 บาท/เดือน
- 1,2000 บาทขึ้นไป

#### ระดับการศึกษา

- 1.ประถมศึกษา
- 2.มัธยมศึกษาปีที่ 3
- 3.มัธยมศึกษาปีที่ 6 /ปวช.
- 4.อนุปริญญา / ปวส.
- 5.ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

#### สถานภาพการสมรส

- 1.โสด
- 2. คู่
- 3. หม้าย
- 4. หย่า
- 5.แยก

#### ระยะเวลาที่ท่านเป็น อสม.

- ต่ำกว่า 5 ปี
- 5 – 9 ปี
- 10 -14 ปี
- 15-19 ปี
- 20 ปีขึ้นไป

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

### 2.1 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ใน • ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพจะต้องมีการประเมินสถานการณ์หมู่บ้าน โดยใช้ข้อมูลพื้นที่และมีกลุ่ม/องค์กรในพื้นที่เป็นเจ้าภาพในการขับเคลื่อนหลักในการพัฒนาสุขภาพ		
2. กลุ่ม/องค์กรในการจัดการด้านสุขภาพในหมู่บ้านมีเฉพาะกลุ่ม อสม.เท่านั้น		
3. การถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน และการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน เป็นบทบาทที่สำคัญของ อสม. ในการจัดการสุขภาพ		
4. ผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการใช้จ่ายงบประมาณในการพัฒนาสุขภาพ ได้แก่ อสม. อบต./เทศบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนในชุมชน		
5. ทุนที่ใช้ในการพัฒนาสุขภาพของหมู่บ้านมีเพียงงบสาธารณสุขมูลฐาน ที่ อบต./เทศบาลสนับสนุนให้เท่านั้น		
6. ในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของหมู่บ้านต้องใช้ข้อมูลจากสภาพปัญหา และความต้องการของคนในชุมชน		
7. ในการค้นหาปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน จำเป็นต้องอาศัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ		
8. แผนพัฒนาชุมชนที่ได้ ต้องประกาศให้ประชาชนทั้งหมู่บ้านได้รับรู้และมีส่วนร่วมพิจารณาแผนด้วย		

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้นที่สามารถถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพตนเองสู่ชุมชน		
10. ประชาชนต้องเป็นผู้ดำเนินการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) หรือ สถานที่/แหล่งที่ใช้ในสำหรับจัดกิจกรรมสุขภาพของชุมชนเอง		
11. การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ต้องดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น		
12. การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ต้องมีการประเมินผลเพื่อพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องทุกปี		

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม

3.1 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ใน • ที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ แนวทางการพัฒนางานหมู่บ้านจัดการสุขภาพจากท่าน					
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยแนะนำทางเลือกในการทำงานที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความสามารถของท่าน					
3. บุคคลในครอบครัวสนับสนุนทุกๆด้าน เพื่อให้ท่านสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
4. ท่านได้รับการนิเทศ ติดตามให้กำลังใจในการปฏิบัติงานจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้จัดเอกสารหรือคู่มือต่างๆ สำหรับท่าน ได้ใช้ศึกษาค้นคว้าเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน					
6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดให้มีระบบการติดต่อสื่อสารเพื่อ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอย่างรวดเร็วและทั่วถึง					
7. ท่านได้รับทราบข้อมูลข่าวสารเรื่องการประชุมการอบรม และการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วและทัน เหตุการณ์					
8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้จัดหาวัสดุ อุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ อย่างเพียงพอ และพร้อมใช้สำหรับการปฏิบัติงาน					
9. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ ในการปฏิบัติงาน					
10. ท่านได้รับการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการปฏิบัติงาน จากหมู่บ้าน หรือจาก อบต./เทศบาล					
11. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดให้มีการศึกษาดูงานนอกสถานที่แก่ท่าน					
12. ท่านมีโอกาสได้เข้าร่วมประชุมหรืออบรมสัมมนาวิชาการจาก หน่วยงานอื่นๆ โดยการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
13. ท่านได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงาน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
15. ท่านมีโอกาสได้เข้าร่วมประชุมหรืออบรมสัมมนาวิชาการจาก หน่วยงานอื่นๆ โดยการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
16. ท่านได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงาน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					

## 3.2 แบบสอบถามสัมพันธภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ใน • ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. คนในชุมชนมีความเข้าใจ ในกรณีที่ อสม.ติดภารกิจที่จำเป็น ทำให้ไม่สามารถมาปฏิบัติงานได้ตามที่นัดหมาย					
2. คนในชุมชนมีการประสานงานช่วยเหลือการทำงานของท่าน เป็นอย่างดี					
3. ท่านสามารถพึ่งพาอาศัยคนในชุมชนได้เมื่อถึงคราวจำเป็น					
4. ท่านได้รับการชักชวนจากคนในชุมชนให้เข้าร่วมกิจกรรม ต่างๆของชุมชนเสมอ					
5. ท่านให้ความไว้วางใจต่อคนในชุมชนด้วยความจริงใจ					
6. คนในชุมชนมีการทักทายและได้ถามความทุกข์สุขของกัน และกันเสมอ					
7. ท่านมีความสนิทสนมและเป็นกันเองกับคนชุมชน					
8. ท่านและคนในชุมชนสามารถพูดจาปรึกษาหารืออย่างเป็น กันเอง					
9. คนในชุมชน ยอมรับและไว้วางใจในการปฏิบัติงานของท่าน					
10.ท่านได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะในการ ปฏิบัติงานกับเพื่อนร่วมงานและคนในชุมชนอยู่เสมอ					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ใน • ที่ตรงกับความเป็นจริง

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. ท่านได้ร่วมประชุม จัดลำดับปัญหา เพื่อจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน			
2. ท่านได้ร่วมประชุมประชาคมชาวบ้าน เพื่อให้ชาวบ้านได้มีโอกาสรับรู้เสนอ อภิปรายข้อพิจารณาแผนชุมชน			
3. ท่านร่วมกำหนดแหล่งงบประมาณในแผนชุมชนด้านสุขภาพ			
4. ท่านได้ร่วมกำหนดข้อบังคับด้านสุขภาพของหมู่บ้าน			
5. ท่านเข้าร่วมกำหนดช่วงเวลาในการดำเนินงานตามแผนชุมชน			
6. ท่านได้ร่วมจัดหาทุนเพื่อการพัฒนาทางด้านสุขภาพในหมู่บ้าน			
7. ท่านได้ร่วมบริหาร/จัดการทุน หรือพิจารณางบประมาณที่ใช้พัฒนาสุขภาพของหมู่บ้าน			
8. ท่านได้ร่วมสำรวจร้านอาหาร แผงลอยจำหน่ายอาหารในหมู่บ้าน และตรวจสอบปนเปื้อน ในอาหาร			
9. ท่านได้ร่วมกิจกรรมด้านพัฒนาศักยภาพอสม./แกนนำสุขภาพในหมู่บ้านของท่าน			
10. ท่านได้ชักชวนกลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุและสนับสนุนให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง			
11. ท่านได้ร่วมเฝ้าระวัง และระงับป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในชุมชน			
12. ท่านได้ร่วมรณรงค์ให้ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน			

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
13.ท่านได้ร่วมรณรงค์ให้หมู่บ้านมีการจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด เป็นระเบียบ และถูกสุขลักษณะ			
14.ท่านได้ร่วมจัดกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน			
15.ท่านได้ร่วมจัดให้มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)หรือมีสถานที่/มีแหล่งใช้สำหรับจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ			
16.ท่านได้ร่วมให้บริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ			
17.ท่านได้ร่วมถ่ายทอดความรู้หรือแจ้งข่าวสารด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน			
18.ท่านได้ร่วมให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมสุขภาพเมื่อมีการสำรวจ หรือสอบถาม			
19.ท่านได้ร่วมเสนอความคิดเห็นรูปแบบการสรุปผลการจัดกิจกรรมสุขภาพของหมู่บ้าน			
20.ท่านเข้าร่วมประชุม รับฟัง การสรุปผลกิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้าน			

ที่ผ่านมาท่านพบ/มีปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างไร

โปรดระบุ.....  
 .....  
 .....  
 .....

\*\*\*\*\*ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง ที่กรุณาตอบแบบสอบถามฉบับนี้\*\*\*\*\*

## ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ สกุล	นายกิตติศักดิ์ กาพภักดี
วัน เดือน ปีเกิด	18 ธันวาคม 2521
สถานที่เกิด	อำเภอเนินขาม จังหวัดชัยนาท
ประวัติการศึกษา	ศึกษาศาสตรบัณฑิต (สาขารณศาสตรมัชฌม) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พ.ศ. 2549 สาขารณศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
สถานที่ทำงาน	สถานีอนามัยบ้านทุ่งโพธิ์ อำเภอเนินขาม จังหวัดชัยนาท
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านทุ่งโพธิ์)

