

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอ
จังหวัดชุมพร

ผู้วิจัย นางสาวนภาพรรณ พานิช **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (วิชาเอกบริหาร
สาธารณสุข) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ สมโภช รติโอฬาร (2) รองศาสตราจารย์
สมศักดิ์ บุตรราช (3) อาจารย์ พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ **ปีการศึกษา** 2545

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์ 3 ประการคือ (1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร (2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอ กับการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข (3) เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นกรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร จำนวน 160 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความรู้ในการดำเนินงาน ทักษะคติต่อชมรมฯ การทำงานเป็นทีม การได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชน ปัจจัยจูงใจและการดำเนินงานของชมรมฯ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.9336

ผลการวิจัยพบว่า (1) กรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข นาน 5-6 ปี ซึ่งสัมพันธ์กับการดำเนินงานของชมรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2) ความรู้ของกรรมการชมรมฯ อยู่ในระดับดี สัมพันธ์กับการดำเนินงานของชมรมฯด้านบริหารจัดการฯ ทักษะคติการทำงานเป็นทีม การได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัดอยู่ในระดับดี การมีส่วนร่วมของชุมชน และปัจจัยจูงใจ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรมฯรวมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (3) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพบว่ กรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ขาดความรู้ในด้านการบริหารจัดการ ขาดงบประมาณในการดำเนินงาน ชุมชนขาดการมีส่วนร่วมและ ขาดเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่เล็งในการดำเนินงานพร้อมทั้งจัดหาสิ่งจูงใจเช่นรางวัล และเกียรติบัตร

คำสำคัญ ปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงาน ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอ

Thesis title: FACTOR SUPPORTING THE OPERATION OF VILLAGE HEALTH
VOLUNTEER CLUBS AT THE DISTRICT LEVEL IN CHUMPHON PROVINCE

Researcher: Miss.Napaporn Bhanij; **Degree:** Master of Public Health (Public Health Administration) ; **Thesis advisor;** (1) Mrs.Sompoch Rationan ,Associate Professor;
(2) Mr.Somsak Butaraj, Associate Professor; (3) Mr.Poonsak Pumviset; **Academic year:** 2002

ABSTRACT

The objective of this survey research were; (1) to identify factors supporting the operation of VHVC at the District Level in Chumphon Province; (2) to examine the correlation between the factors supporting VHVC's operation and VHVC's operation; (3) to identify problems and obstacles in VHVC's operation.

A total of 160 members of VHVC Boards were the studied sample. The questionnaires with reliability level at 0.9336 were used as in instrument to assess knowledge, attitude, teamwork, support from health personnel, community participation, motivational factors and operation of VHVCs.

The results of this research were: (1) Most of the members were marriage with grade 6 background and duration of being VHVC boards were correlated with VHVC's operation ($p < 0.05$). (2) Knowledge of Board's members was at 'good level' support of which corrected with good level of VHVC's operational administration attitude, team work and provincial and district health personnel supports. Intermediate level of community participation and motivational factors were positively correlated with all operation of VHVC at statistical significance ($p < 0.05$). (3) The operation' problems and obstacle were lacking of administrative, operational budgeting and community participation. The respondents need health personnel support as mentors in operation as well as incentives in terms of rewards, honorary certificate.

Keywords: Factors supporting the operation, Village Health Volunteer Clubs at the district level

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจาก
รองศาสตราจารย์สมโภช รติโอฬาร รองศาสตราจารย์สมศักดิ์ บุตราช
สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และอาจารย์พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ
เจ้าหน้าที่ฝึกอบรมระดับ 9 ช.ช. รองผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและติดตาม
การทำวิทยานิพนธ์นี้อย่างใกล้ชิดเสมอมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึก
ซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ อาจารย์เมธี จันทจักรภรณ์ ผู้อำนวยการสำนักงาน
คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
อาจารย์วันสรา เขาวนนิม ผู้อำนวยการศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน
ภาคกลาง จังหวัดชลบุรี อาจารย์อุไร ผึ้งประเสริฐศิลป์ หัวหน้างานพัฒนาบุคลากรและ
การสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจ
สอบแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา นายแพทย์สาธารณสุข
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และ ม.ล.เพ็ญประไพ หอยทอง หัวหน้างานควบคุมโรค สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทดสอบแบบสอบถาม
ขอขอบพระคุณนายแพทย์สถิตย์ บุญช่วย อดีตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร ที่อนุญาตให้
ดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์นพพร ชื่นกลิ่น นายแพทย์สาธารณสุข
จังหวัดชุมพร น.ส.ธนวรรณ ขนอม นักวิชาการศึกษา 4 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขต
สุราษฎร์ธานี นางธีรวัลย์ แสงสุวรรณ เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8 สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดชุมพรและสาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกอำเภอและเจ้าหน้าที่
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้
นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้รับการสนับสนุนกำลังใจจากคณะอาจารย์สาขาวิชา
วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ทุกท่านอย่างดีซึ่งผู้วิจัยถือว่ามีค่าเป็น
อย่างยิ่ง

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมอบให้ผู้สนใจในการศึกษาและผู้
ปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐานทั้งหมด

นางสาวนภาพรณี พานิช

สิงหาคม 2545

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของเรื่องที่วิจัย.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
สมมติฐานในการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอ.....	24
การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.....	35
แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน.....	37
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติงาน.....	47
แนวคิดการทำงานเป็นทีม.....	49
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ.....	53
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ.....	61
การบริหารจัดการ.....	72
แนวคิดเกี่ยวกับผู้นำ.....	85
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	95

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	103
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	103
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	103
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	105
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	105
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	112
ตอนที่ 1 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง.....	113
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน.....	141
ตอนที่ 3 สรุปปัญหาและข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง.....	160
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	162
สรุปการวิจัย.....	162
อภิปรายผล.....	167
ข้อเสนอแนะ.....	175
บรรณานุกรม.....	177
ภาคผนวก.....	184
ก. ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ (แบบสอบถาม).....	185
ข. แบบสอบถาม.....	187
ประวัติผู้วิจัย.....	209

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1	คณะกรรมการบริหารชมรม อสม.....	30
ตารางที่ 2.2	แสดงความสัมพันธ์พฤติกรรมผู้บริหารกับงาน.....	88
ตารางที่ 2.3	ตารางการบริหาร.....	89
ตารางที่ 3.1	การจำแนกลักษณะประชากรเป็น 2 – 3 กลุ่ม.....	109
ตารางที่ 3.2	การจำแนกลักษณะปัจจัยเป็น 2 กลุ่ม.....	109
ตารางที่ 3.3	การจำแนกลักษณะปฏิบัติเป็น 2 กลุ่ม.....	110
ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละของลักษณะประชากรของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการ ชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร ปี พ.ศ. 2545.....	113
ตารางที่ 4.2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้ของ อสม. ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ เกี่ยวกับการดำเนินงานของ ชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545	116
ตารางที่ 4.3	จำนวนและร้อยละของข้อความรู้ของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอ ในการดำเนินงานของกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 จำแนก เป็นรายชื่อ.....	117
ตารางที่ 4.4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการ ชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545....	118
ตารางที่ 4.5	ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นของ อสม. ที่เป็นคณะ กรรมการชมรม อสม.ระดับ อำเภอ ในการดำเนินงานของกรรมการ ชมรม อสม. ระดับ อำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 จำแนกเป็นรายชื่อ.....	119
ตารางที่ 4.6	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการทำงาน เป็นทีมของกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545.....	121
ตารางที่ 4.7	ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการทำงานเป็นทีมของ กรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 จำแนกเป็นรายชื่อ.....	121

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.8	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการได้รับการสนับสนุน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัด.....	124
ตารางที่ 4.9	ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการได้รับการสนับสนุน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอและระดับจังหวัด จำแนกเป็น รายชื่อ.....	125
ตารางที่ 4.10	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับ การมีส่วนร่วมของชุมชน.....	126
ตารางที่ 4.11	ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการมีส่วนร่วมของชุมชน จำแนกเป็นรายชื่อ.....	126
ตารางที่ 4.12	ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับปัจจัยจิตใจ ของคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545.....	128
ตารางที่ 4.13	ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยจิตใจของกรรมการ ชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 จำแนกเป็นรายชื่อ.....	128
ตารางที่ 4.14	ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติงานในการ ดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545.....	131
ตารางที่ 4.15	ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติงานในการ ดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 จำแนกเป็นรายชื่อ.....	132
ตารางที่ 4.16	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรด้านอายุของกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงาน ของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545.....	142
ตารางที่ 4.17	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรด้านเพศของกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงาน ของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545.....	143

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.18	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรด้านสถานภาพสมรสของกรรมการ ชมรม อสม.ระดับอำเภอกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545.....	144
ตารางที่ 4.19	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรด้านอาชีพของกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอ กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545.....	145
ตารางที่ 4.20	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรด้านการศึกษาของกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอ กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับ อำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545.....	146
ตารางที่ 4.21	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรด้านระยะเวลาการเป็น อสม. ของ กรรมการชมรม อสม.กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับ อำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545.....	147
ตารางที่ 4.22	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรด้านระยะเวลาการเป็นกรรมการ ชมรม อสม. กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545.....	148
ตารางที่ 4.23	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรด้านการมีตำแหน่งอื่นก่อนเป็น อสม.ของกรรมการชมรม อสม.กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของ ชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545.....	149
ตารางที่ 4.24	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรด้านการมีตำแหน่งอื่นหลังเป็น อสม. ของกรรมการชมรม อสม. กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของ ชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545.....	150
ตารางที่ 4.25	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรด้านความเพียงพอของรายได้ ของ กรรมการชมรม อสม.กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของ ชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ.2545.....	151

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.26	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะคนดี การทำงานเป็นทีม การได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชน และปัจจัยจูงใจ กับการปฏิบัติงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545.....	152
ตารางที่ 4.27	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545.....	154
ตารางที่ 4.28	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านทัศนคติกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545.....	155
ตารางที่ 4.29	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีมกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545.....	156
ตารางที่ 4.30	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัดกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545.....	157
ตารางที่ 4.31	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545.....	158
ตารางที่ 4.32	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจูงใจกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545.....	159

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ภาพที่ 2.1	กรอบแนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข.....	29
ภาพที่ 2.2	ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท.....	39
ภาพที่ 2.3	ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท.....	43
ภาพที่ 2.4	การเข้าไปมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาชนบท.....	44
ภาพที่ 2.5	Maslow' s Hierachy of Needs.....	68

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของเรื่องที่วิจัย

จากการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 30 พ.ศ. 2520 ขององค์การอนามัยโลก ประเทศภาคีสมาชิกได้มีมติให้ "สุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543" หรือ "Health For All by the Year 2000" เป็นเป้าหมายหลักทางสังคม และผลการประชุมใหญ่ที่อัลมา อตา ประเทศรัสเซีย ในปี 2521 ได้มีข้อตกลงว่า "การสาธารณสุขมูลฐาน หรือ Primary Health Care" เป็นกลวิธีหลักในการบรรลุเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้า" และเรียกร้องให้ทุกชาติสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจังและต่อเนื่องโดยผสมผสานไปกับการพัฒนาทุกสาขา ทั้งในระดับชุมชนและระดับชาติ ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน

ประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) เพื่อการพัฒนาสุขภาพ ปี 2543 จะสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เพื่อให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 (Health for All by the Year 2000) (กระทรวงสาธารณสุข 2535: 3)

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้แต่ละจังหวัดดำเนินการจัดการอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในหมู่บ้านต่างๆในชนบทเพื่อให้อาสาสมัครเหล่านี้มีความรู้ด้านสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดความรู้ จากเจ้าหน้าที่ไปสู่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งมีการจัดทำแบบเรียนด้วยตนเอง สำหรับอาสาสมัครใช้ศึกษาด้วยตนเองเพิ่มเติมจำนวนกว่า 50 เรื่อง โดยกำหนดให้ ผสส. 1 คน รับผิดชอบดูแล 8 - 15 หลังคาเรือน และให้มี อสม. 1 คน ต่อหมู่บ้าน

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 และ 6 (พ.ศ. 2525 - 2534) กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้จังหวัดดำเนินการจัดการอบรม ผสส. และ อสม. อย่างต่อเนื่องจนครอบคลุมพื้นที่ ร้อยละ 100 และมีการขยายการดำเนินงานเข้าไปในส่วนของชุมชนแออัดด้วย นอกจากนี้ยังขยายการอบรมไปยังผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา แพทย์ประจำตำบล เพื่อที่จะให้เป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานของอสม. ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนอีกด้วย

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) เป็นช่วงที่สังคมไทย

ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานจึงมีการปรับเปลี่ยน โดยการยกระดับให้มีอาสาสมัครประเภทเดียว คือ อสม. มีการส่งเสริมให้ทุกหมู่บ้าน ชุมชนจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อให้เป็นจุดศูนย์รวมของการพบปะหารือ และจัดบริการต่างๆให้แก่ประชาชน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ อสม. มีบทบาทที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น ด้วย นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้กลุ่ม อสม. รวมตัวกันจัดตั้งเป็นชมรมเพื่อเป็นองค์กรในการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

สำหรับช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540 - 2544) ซึ่งเป็นแผนที่ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนามากขึ้น รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาชุมชนแบบบูรณาการ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการพัฒนา อสม. ให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศ ด้วยการขยายบทบาทหน้าที่ของ อสม. ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาด้านอื่นๆ ของชุมชนมากขึ้น โดยนอกจากจะทำหน้าที่ด้านสาธารณสุขแล้ว ยังร่วมประสานงานกับผู้นำอื่นที่มีอยู่ในชุมชนพัฒนาเพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถพัฒนาตนเองให้มีความเจริญก้าวหน้าได้อย่างยั่งยืน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 2542: 5 - 6)

ในส่วนของจังหวัดชุมพร โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพรได้ดำเนินการงานสาธารณสุขมูลฐานมาตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 โดยเน้นการพัฒนาโครงสร้างการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน เช่น การสร้างและพัฒนา อสม. การพัฒนาองค์กร และกองทุนต่างๆ ให้ครอบคลุมหมู่บ้านในชนบท และชุมชนในเขตเมือง มีผลทำให้สุขภาพอนามัยของประชาชนดีขึ้นในหลายๆด้าน ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 ในปีงบประมาณ 2537 จังหวัดชุมพรได้เริ่มดำเนินการหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้าครอบคลุมพื้นที่ (หมู่บ้าน / ชุมชน) ร้อยละ 47.94 / 9.09 เนื่องจากจังหวัดชุมพรได้รับนโยบายการปรับเปลี่ยนเป้าหมายการพัฒนาไปสู่การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานโดยชุมชน มีการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนทั้งในเขตเมืองและในเขตชนบท เป็นสถานที่ให้บริการด้านสาธารณสุขและมี อสม. เป็นผู้ให้บริการในการดำเนินงานครั้งนี้ได้มีกลวิธีเสริมในกลวิธีดำเนินงาน คือ การพัฒนาศักยภาพของ อสม. โดยจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นจูงใจ อสม. ในหลายรูปแบบ ได้แก่ การสนับสนุนให้ก่อตั้งชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขในทุกระดับ ทั้งระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และระดับจังหวัด มีกิจกรรมให้ชมรม อสม. ระดับอำเภอเป็นผู้นำเสนอผลในการปฏิบัติงาน มีการประชุมกันอย่างสม่ำเสมอ การจัดกิจกรรมวัน อสม. แห่งชาติ การจัดการประกวดคัดเลือก อสม. และผู้นำชุมชนทางด้านสาธารณสุขดีเด่น และในปีงบประมาณ 2539 จังหวัดชุมพรได้ประกาศเป็นจังหวัดสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งมีสภาวะสุขภาพอนามัยผ่านเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน เช่น

เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนครบชุดตามเกณฑ์อายุ ร้อยละ 95 เด็กวัยประถมศึกษาได้รับการฉีดวัคซีนครบ ร้อยละ 99 หญิงมีครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด ตรวจสุขภาพและฉีดวัคซีนครบตามกำหนด ร้อยละ 75 เป็นต้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร 2537: (2 - 1) - (2 - 7) , 11)

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) เน้นการสร้างเสริมเข้มแข็งของชุมชน เพื่อชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการเรื่องของตนเอง ชุมชนและสังคมได้ และจังหวัด ได้รับงบประมาณสาธารณสุขมูลฐานแนวใหม่ (พ.ศ. 2541) สนับสนุนเงินให้หมู่บ้านละ 7,500 บาท เป็นการกระจายอำนาจให้ชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการ เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชนตามสภาพปัญหาที่แท้จริง ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาศักยภาพ อสม. จึงเป็นกิจกรรมหนึ่งที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพรได้ดำเนินการ และพัฒนาชมรม อสม. ที่ได้จัดตั้งไว้แล้วให้ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยปัจจุบันจังหวัดชุมพรมีอาสาสมัครทั้งหมด 9,509 คน มีชมรม อสม.ระดับอำเภอ 8 แห่ง ระดับตำบล 70 แห่ง และระดับหมู่บ้าน (ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน) อีก 716 แห่ง (งานพัฒนาบุคลากรและการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร: 2544) ชมรม อสม.นี้เป็นการรวมกลุ่มของประชาชนกลุ่มหนึ่งเพื่อดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุข ซึ่งการมีชุมชนที่เข้มแข็งนี้จะส่งผลให้เกิดการพัฒนาสาธารณสุขในหมู่บ้านให้ประสบผลสำเร็จได้ และจากการดำเนินงานของชมรม อสม.ที่ผ่านมา พบว่ามีผลงานที่หลากหลาย แตกต่างกันในแต่ละอำเภอและการดำเนินงานในส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้สั่งการ นอกจากนี้ยังพบว่าจังหวัดชุมพรการเกิดโรคไข้เลือดออกของจังหวัดชุมพรมีอัตราป่วย 193.55 ต่อแสนประชากร และมีอัตราตาย 1.51 ต่อแสนประชากรซึ่งมีอัตราป่วยสูงเป็นอันดับ 10 ของประเทศ และในแต่ละอำเภอมีอัตราป่วยแตกต่างกัน คือ อำเภอเมือง มีอัตราป่วย 172.68 ต่อแสนประชากร อำเภอท่าแซะ มีอัตราป่วย 178.02 ต่อแสนประชากร อำเภอปะทิว มีอัตราป่วย 285.40 ต่อแสนประชากร อำเภอหลังสวน มีอัตราป่วย 273.65 ต่อแสนประชากร อำเภอละแม มีอัตราป่วย 210.60 ต่อแสนประชากร อำเภอพะโต๊ะ มีอัตราป่วย 232.76 ต่อแสนประชากร อำเภอสวี มีอัตราป่วย 111.66 ต่อแสนประชากร และ อำเภอทุ่งตะโก มีอัตราป่วย 264.59 ต่อแสนประชากร ยังมีโรคติดต่อที่ประชาชนสามารถป้องกันได้อื่นอีก เช่น ในปี 2544 พบโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง เป็นอันดับ 1 ของประเทศ ซึ่งมีอัตราป่วย 9.07 ต่อแสนประชากร คือเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2543 อย่างชัดเจน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบอัตราป่วยและอัตราตาย ในเดือนมกราคมถึงเดือนตุลาคม ปี 2543 และ 2544 พบว่าผู้ป่วยอุจจาระร่วงอย่างแรง ปี 2543 มีอัตราป่วยเพียง 0.43 ต่อแสนประชากร

และผู้ป่วยไข้เลือดออก ปี 2543 มีอัตราป่วยเพียง 26.1 และไม่มีผู้ป่วยตาย (งานแผนงานและประเมินผลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร: 2544) จากการดำเนินงานของ อสม.ที่ผ่านมานั้นเป็นการดำเนินการแก้ไขปัญหาในระดับปัจเจกเป็นส่วนใหญ่ แต่เนื่องจากปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันมีลักษณะที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้นที่จะแก้ไขได้ตามลำพัง ดังนั้นการรวมตัวกันของ อสม.ในลักษณะชมรมจึงมีลักษณะที่เหมาะสมที่จะแก้ไขปัญหาในภาพรวมซึ่งเป็นประโยชน์ในการสร้างกระแสทางสังคมที่จะร่วมกันแก้ไขปัญหาของชุมชน

ดังนั้นเพื่อจะหาแนวทางในการสนับสนุนและพัฒนาชมรม อสม.ระดับอำเภอให้มีความเข้มแข็งยิ่งขึ้น เพื่อให้ดำเนินการพัฒนาสาธารณสุขและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร เพื่อผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของชมรม อสม.ระดับอำเภอต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

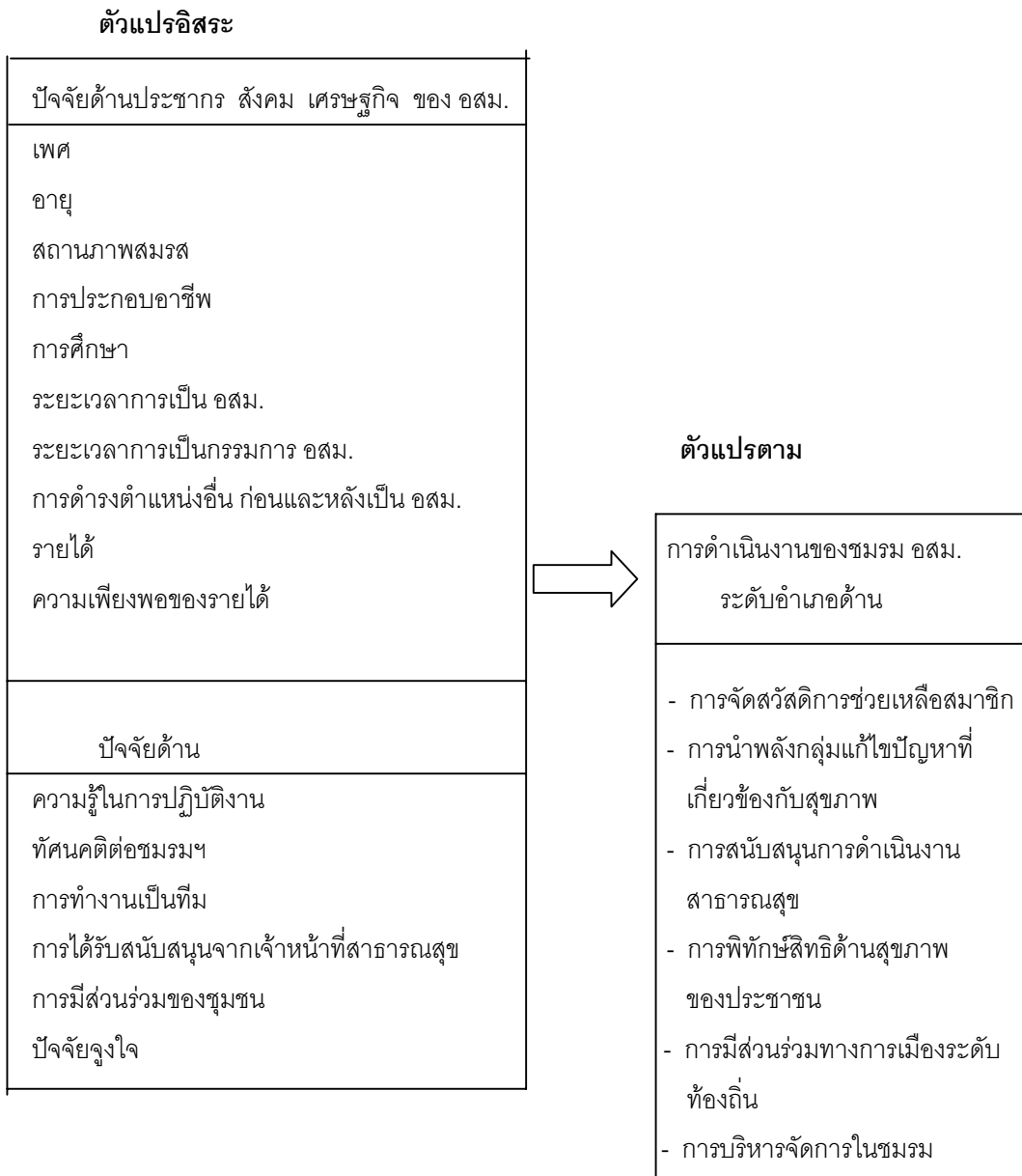
การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ กับการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร

2.3 เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 **ปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ** ของคณะกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพรมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร

4.2 **ความรู้**เกี่ยวกับการดำเนินงานของคณะกรรมการของชมรมอสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร

4.3 **ทัศนคติ**ของคณะกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร

4.4 **การทำงานเป็นทีม**ของคณะกรรมการชมรม อสม. จังหวัดชุมพร มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร

4.5 **การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับอำเภอและระดับจังหวัด** ของคณะกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร

4.6 **การมีส่วนร่วมของชุมชน** มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร

4.7 **ปัจจัยจูงใจ** มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร

4 ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็น อสม.ที่เป็นกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอ ที่เป็นกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ อย่างน้อย 1 ปี ทุกคน ทุกอำเภอในจังหวัดชุมพร

5.1 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

5.1.1 ตัวแปรอิสระ

- 1) ปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจของ อสม.
- 2) ความรู้ของกรรมการชมรม อสม. เกี่ยวกับการดำเนินงานของชมรม อสม.
- 3) ทัศนคติของกรรมการชมรม อสม.ที่มีต่อชมรม อสม.
- 4) การทำงานเป็นทีมของกรรมการชมรม อสม.

5) การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัด

6) การมีส่วนร่วมของชุมชน

7) ปัจจัยจูงใจ

(1) ความสำเร็จของงาน

(2) ลักษณะงาน

(3) การได้รับการยกย่องนับถือ

(4) ความรับผิดชอบ

(5) โอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

5.1.2 ตัวแปรตาม

คือการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ ในประเด็นต่อไปนี้

1) การจัดสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก

2) การนำพลังกลุ่มแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

3) การสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุข

4) การพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพของประชาชน

5) การมีส่วนร่วมทางการเมืองระดับท้องถิ่น

6) การบริหารจัดการในชมรมฯ

6. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

6.1 **อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)** หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agent) การสื่อข่าวสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสุขภาพ และการจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน / ชุมชน

6.2 **ปัจจัยที่ส่งเสริม** หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกันที่จะให้เกิดผลในการปฏิบัติงานของ อสม.ตามบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย

6.3 **ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับอำเภอ** หมายถึง

การรวมกลุ่มหรือการเข้าเป็นสมาชิกของกลุ่ม อสม.ระดับอำเภอจังหวัดชุมพรเพื่อร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมอันจะก่อให้เกิดความผาสุกแก่ประชาชน ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนอาสาสมัครระดับตำบลละ 1-3 คน (คณะกรรมการบริหารชมรม อสม. ระดับตำบล) และผู้แทนเขตเมือง 1-3 คน (ถ้ามี)

6.4 ระยะเวลาการเป็น อสม. หมายถึง ช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มเป็น อสม. (หลังจากอบรมหลักสูตร อสม.) จนถึงขณะที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล

6.5 ระยะเวลาการเป็นกรรมการชมรม อสม. หมายถึง ช่วงเวลาตั้งแต่ อสม. ได้เข้ามาเป็นกรรมการร่วมปฏิบัติงานในชมรม อสม. ระดับอำเภอ จนถึงขณะที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล

6.6 การดำรงตำแหน่งอื่น หมายถึง การมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน เช่น อาสาสมัครประชาสัมพันธ์ประจำหมู่บ้าน (อปม.) สมาชิกชมรมแม่บ้านเกษตรกร สมาชิกอาสาพัฒนาชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล สมาชิกสภาตำบล ฯลฯ

6.7 รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ อสม.ได้รับในแต่ละเดือนในทุกกิจกรรม โดยไม่หักค่าใช้จ่าย

6.8 ความเพียงพอต่อรายได้ หมายถึง รายได้ที่ อสม.ได้รับในแต่ละเดือนเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน

6.9 ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติงาน หมายถึง การที่ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอรู้เรื่องราวในสาระและบทบาทของการปฏิบัติงานของชมรม อสม.

6.10 ทักษะคิดต่อชมรม อสม. หมายถึง ความรู้สึก หรือความนึกคิดของ อสม.ที่เป็นกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอที่มีต่อชมรม อสม.ระดับอำเภอทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

6.11 การทำงานเป็นทีม หมายถึง การที่สมาชิกของชมรม อสม.ระดับอำเภอมีการติดต่อสื่อสาร ประสานงาน ตัดสินใจ ร่วมมือร่วมใจกันอย่างมีประสิทธิภาพ ในการร่วมปฏิบัติหน้าที่และความรับผิดชอบ โดยมีวัตถุประสงค์ในการทำงานร่วมกัน และบรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

6.12 การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง การที่ อสม.ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เพื่อให้มีการดำเนินงานของชมรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การได้รับการนิเทศอย่างสม่ำเสมอ การได้รับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง การเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินกิจกรรมสาธารณสุข

6.13 การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนเกิดตระหนักรู้และรับรู้สภาพตลอดจนปัญหาที่แท้จริงของตนแล้วเกิดผลอย่างต่อเนื่อง เป็นสำนึกรับผิดชอบที่จะร่วมมือกัน วางแผนดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆเหล่านั้นด้วยตนเอง ภายใต้แรงงาน ทรัพยากร

และวัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่ในชุมชนนั้นๆ

6.14 ปัจจัยจูงใจ หมายถึง สิ่งจูงใจที่ทำให้ อสม.เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและตั้งใจทำงานโดยใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่เพื่อให้งานประสบความสำเร็จ ได้แก่ ความสำเร็จในงาน ลักษณะงาน การได้รับการยกย่องนับถือ ความรับผิดชอบ และโอกาสก้าวหน้า

6.14.1 ความสำเร็จในงาน หมายถึง การที่ อสม.ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาในการทำงาน การปฏิบัติงานได้ตรงตามเป้าหมายในเวลาที่กำหนด

6.14.2 ลักษณะงาน หมายถึง ประเภทของงานที่ อสม. รับผิดชอบ เป็นงานที่ทำท้าทายความสามารถ หรือก่อให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

6.14.3 การได้รับการยกย่องนับถือ หมายถึง การที่ อสม. ได้รับการยอมรับ ยกย่องจากบุคคลอื่นทั้งผู้ร่วมงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

6.14.4 ความรับผิดชอบ หมายถึง ความรู้สึกของ อสม. ที่อยากปฏิบัติงานให้สำเร็จตามที่ได้รับมอบหมายตามอำนาจหน้าที่

6.14.5 โอกาสก้าวหน้า หมายถึง การที่ อสม. มีโอกาสได้เข้ารับรางวัล การได้เพิ่มพูนความรู้ การมีโอกาสเข้ารับการฝึกอบรม และศึกษาดูงาน

6.15 การดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ระดับอำเภอ หมายถึง การจัดให้มีศูนย์รวมของ อสม. จัดสวัสดิการแก่สมาชิกในชมรม สนับสนุนงานสาธารณสุขในพื้นที่ ประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน สร้างขวัญและกำลังใจแก่ อสม. และพัฒนาเครือข่ายชมรม อสม.ทุกระดับ ร่วมกิจกรรมวัน อสม.แห่งชาติ ร่วมคัดเลือกและมอบรางวัลแก่ อสม.ดีเด่น จัดประชุมสัมมนาเพื่อเพิ่มความรู้ การจัดสวัสดิการ ฌาปนกิจสงเคราะห์ สนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน การดำเนินงานด้านสาธารณสุข โดยเข้าร่วมเป็นสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุข เผยแพร่ประชาสัมพันธ์กิจกรรมของชุมชน ซึ่งแบ่งเป็นประเด็นในการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

6.15.1 ด้านการจัดสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก หมายถึง การที่ชมรม อสม. มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้สมาชิกมีชีวิต ตลอดจนสภาพการทำงานที่ดี และ สะดวกสบาย เช่น การช่วยเหลือครอบครัวสมาชิกที่เสียชีวิต หรือประสบภัยต่างๆ

6.15.2 ด้านการนำพลังกลุ่มแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หมายถึง การที่ชมรม อสม. มีการรวบรวมสมาชิกและประชาชนในการร่วมกันปฏิบัติงานในลักษณะการรณรงค์แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ เช่น รณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ในชุมชน รณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย

6.15.3 ด้านการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุข หมายถึง

การที่ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอมีการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมการดำเนินงานสาธารณสุข เช่น ประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้ความรู้เพิ่มเติม ชักชวนสมาชิก และอสม. ช่วยกันดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ตนเองและเพื่อนบ้านยามเจ็บป่วย

6.15.4 ด้านการพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพของประชาชน หมายถึง การที่ชมรม อสม. มีการดูแลคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน เช่น เผยแพร่เรื่องสิทธิประโยชน์ต่างๆแก่ประชาชนในด้านการรักษาพยาบาล สิทธิของผู้ป่วย

6.15.5 ด้านการมีส่วนร่วมทางการเมืองระดับท้องถิ่น หมายถึง การที่ชมรม อสม. ระดับอำเภอเข้าไปมีส่วนร่วมในทางการเมืองระดับท้องถิ่น เช่น สนับสนุนให้ อสม. ที่มีความรู้ลงสมัครรับเลือกตั้งผู้ใหญ่บ้าน กำนัน สมาชิกสภาตำบล

6.15.6 ด้านการบริหารจัดการในชมรม อสม. หมายถึง การที่ชมรม อสม. มีการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาชมรม อสม. ทั้งนี้จะต้องมีการนำข้อมูลที่เป็นปัจจุบันมาใช้ประโยชน์ มีการวางแผนดำเนินกิจกรรม เพื่อแก้ปัญหาที่ตรงกับความต้องการของชุมชน โดยมีการนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้อย่างคุ้มค่า มีการเพิ่มคุณค่าของทรัพยากร หรือจัดการเพื่อทดแทนทรัพยากรที่นำมาใช้ และจัดสรรประโยชน์ที่เกิดขึ้นแก่ประชาชนทุกกลุ่มอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ทราบถึงปัจจัยในการส่งเสริมการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร

7.2 เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร

7.3 เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้สามารถสนับสนุนการดำเนินการของชมรม อสม. ระดับอำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน
2. แนวคิดเกี่ยวกับชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับอำเภอ
3. การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
4. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน
5. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติงาน
6. แนวคิดเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม
7. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ
8. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการจูงใจ
9. แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการ
10. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะผู้นำ
11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน

เนื่องจาก "สุขภาพดี" เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และเป็นจุดมุ่งหมายทางสังคม ซึ่งสุขภาพดี มีความหมายถึง การมีสภาวะความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ จากการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 30 พ.ศ. 2532 ขององค์การอนามัยโลก ประเทศภาคีสมาชิก ได้มีมติให้ "สุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543" หรือ "Health For All by the Year 2000" เป็นเป้าหมายหลักทางสังคมและผลการประชุมใหญ่ที่อัลมา อตา ประเทศรัสเซียในปี 2521 ได้มีข้อตกลงว่า "การสาธารณสุขมูลฐาน หรือ Primary Health Care" เป็นกลวิธีหลักในการบรรลุเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้า" และเรียกร้องให้ทุกชาติสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง และประเทศไทยได้เริ่มงานสาธารณสุขมูลฐานตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520 - 2524) และดำเนินงานมาจนถึงปัจจุบัน (กระทรวงสาธารณสุข 2535: 3)

1.1 ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก คือ

ลักษณะของบริการสุขภาพที่จำเป็นซึ่งบุคคลและครอบครัวสามารถจะหาได้ในชุมชน โดยเป็นสิ่ง ที่บุคคลยอมรับและมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการดำเนินงาน รวมทั้งเป็นบริการที่ชุมชนและ ประเทศสามารถจะจัดให้มีได้ การสาธารณสุขมูลฐานจะเป็นส่วนที่ผสมผสานอยู่ในทั้งระบบ บริการสาธารณสุขของรัฐ โดยเป็นศูนย์กลางของระบบและเป็นส่วนผสมผสานอยู่ในกระบวนการ พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งหมดของชุมชน

การสาธารณสุขมูลฐาน ตามคำนิยามของกระทรวงสาธารณสุข คือ แนวทาง การดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขที่ผสมผสาน บริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การให้ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน และความร่วมมือ ของส่วนราชการในการบรรลุผลการดำเนินงาน ทั้งนี้มุ่งที่จะดำเนินงานโดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น เป็นหลัก รวมทั้งการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพในชีวิตประจำวัน วัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณีและลักษณะสังคมของประชาชนในท้องถิ่น รวมทั้งสามารถ แก้ไขปัญหาสุขภาพได้ทันกับความต้องการ ทั้งนี้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานจะเชื่อมโยง กับกิจกรรมการพัฒนาท้องถิ่นอื่นๆ โดยอาศัยการสนับสนุนจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ในลักษณะของการรับช่วงต่อจากท้องถิ่น และการพัฒนาระบบการสื่อสารภายในชุมชน

(สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 2528: 78)

1.2 แนวความคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน

แนวความคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน มีอยู่ 11 แนวคิดที่สำคัญๆ ดังนี้
(สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 2536: 7 - 9)

แนวคิดที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติม หรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับ ตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชนเอง

แนวคิดที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถ ในการที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนร่วมมือจัดทำกิจกรรมเพื่อแก้ไข ปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่

แนวคิดที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐานจะเกิดขึ้นมาได้จะต้องให้ชุมชนรับรู้และ ทราบว่าปัญหาของชุมชนคืออะไรและร่วมกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา รัฐมีหน้าที่ ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้

แนวคิดที่ 4 หน้าที่บทบาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐ จะต้องเข้าใจว่า เราไม่ได้ ทำงานแทนเขา เขาไม่ได้ทำงานให้เรา แต่เขาทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน (การสาธารณสุขมูลฐาน = การสาธารณสุขชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน)

แนวคิดที่ 5 "ความร่วมมือของชุมชน" คือ หัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจจะเป็นรูปของแรงงาน แรงแจ้งเงิน ความร่วมมือ ในการปฏิบัติด้วยความสมัครใจ เพราะมีการมองเห็นและรับรู้ปัญหาไม่ใช่เป็นเพราะเขาหวังสิ่งตอบแทน

แนวคิดที่ 6 สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่ และการดำรงชีวิต ดังนั้นงานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานการพัฒนาในด้านอื่นๆ อาทิ การเกษตรและสหกรณ์ การศึกษา การพัฒนาชุมชน การอุตสาหกรรม การพาณิชย์ เป็นต้น

แนวคิดที่ 7 งานสาธารณสุขมูลฐานต้องใช้เทคนิคและวิธีการง่ายๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจ และนำมาใช้ประโยชน์ เทคนิคที่นำมาใช้ต้องมีความเหมาะสม ประหยัดและราคาถูก ยืดหยุ่นและปรับให้เหมาะสมกับสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ มีผลต่อการแก้ไขปัญหา

แนวคิดที่ 8 งานสาธารณสุขมูลฐานจะต้องสอดคล้องและอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำของชุมชน

แนวคิดที่ 9 งานสาธารณสุขมูลฐาน ควรมีความยืดหยุ่นในการที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อมและปัญหาที่ประสบอยู่ และไม่จำเป็นจะต้องเป็นเรื่องที่เหมือนกันทุกหมู่บ้าน

แนวคิดที่ 10 บริการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เองในหมู่บ้าน 14 องค์ประกอบ ของงานสาธารณสุข

แนวคิดที่ 11 งานสาธารณสุขมูลฐานต้องมีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในด้านการให้การสนับสนุน การส่งผู้ป่วยเพื่อรับการรักษายาบาลต่อการให้การศึกษาคือเนื่อง การให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข

จากแนวคิดทั้ง 11 ประการ ดังกล่าวมาแล้ว พอสรุปได้ดังนี้

การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาชุมชนเพื่อให้ชุมชนมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการสาธารณสุขมูลฐาน จะเกิดขึ้นได้จะต้องให้ชุมชนรับรู้และเข้าใจว่าปัญหาของชุมชนคืออะไร และร่วมพิจารณาหาแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาด้วยเทคนิคและวิธีการง่ายๆ ซึ่งไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจและนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ได้ จากหลักการดังกล่าวมานี้ เทคนิคที่นำมาใช้จึงต้องมีความเหมาะสม ประหยัดและราคาถูก ยืดหยุ่นและปรับให้เหมาะสมกับสภาพของสังคม และสิ่งแวดล้อมได้ รวมทั้งต้องมีผลต่อการแก้ไขปัญหา ฉะนั้นโดยสรุป "ความร่วมมือของชุมชน" คือ หัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน โดยรัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาและแก้ปัญหาได้

1.3 พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (สำนักงานคณะกรรมการ สาธารณสุขมูลฐาน 2542: 6 - 7)

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนมาเป็นเวลานาน ดังจะเห็นได้จากการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในอันที่จะทำให้ประชาชนทุกคน ทุกครอบครัวและทุกชุมชนมีสุขภาพดี โดยใช้กลยุทธ์ของการสาธารณสุขมูลฐานมาตั้งแต่แผนพัฒนางานสาธารณสุขฉบับที่ 4 ซึ่งการดำเนินงานตามกลยุทธ์ดังกล่าวจะให้ความสำคัญกับการพัฒนา "คน" เป็นหลัก โดยถือว่า "คน" เป็นทั้ง "เป้าหมาย" และ "อุปกรณ์" ในการพัฒนาที่สำคัญที่สุด และในการพัฒนากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขนั้น นอกจากจะให้ความสำคัญกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแล้ว ยังเห็นถึงความสำคัญของกำลังคนที่เป็นประชาชนทั่วไปในชุมชนว่าเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญ ในการที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีได้ตามเป้าหมายที่กำหนด จึงได้มีการพัฒนา "อาสาสมัครสาธารณสุข" ขึ้นมาและปรับเปลี่ยนบทบาทให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของปัญหาและสถานการณ์อย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด โดยมีลำดับการพัฒนา ดังนี้

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขได้อบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในหมู่บ้านต่างๆ ในชนบท เพื่อให้อาสาสมัครเหล่านี้มีความรู้ด้านสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่ไปสู่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งมีการจัดทำแบบเรียนด้วยตนเองสำหรับอาสาสมัครใช้ศึกษาด้วยตนเองเพิ่มเติมจำนวนกว่า 50 เรื่อง โดยกำหนดให้ ผสส. 1 คน รับผิดชอบดูแล 8 - 15 หลังคาเรือน และให้มี อสม. 1 คน ต่อ 1 หมู่บ้าน

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 ได้จัดการอบรม ผสส. และ อสม. อย่างต่อเนื่องจนครอบคลุมร้อยละ 100 และมีการขยายการดำเนินงานเข้าไปในบางส่วนของเขตเมืองโดยเฉพาะในชุมชนแออัด นอกจากนี้ยังจัดให้มีการอบรมฟื้นฟูแก่อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ที่อบรมแล้วมีความรู้อย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับปัญหาของท้องถิ่น ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 เป็นระยะที่ให้ความสำคัญกับเรื่องคุณภาพมากขึ้น ได้มีการอบรม ผสส. และ อสม. เพิ่มเติมในส่วนที่ฟื้นฟูสภาพ และพื้นที่ที่ย้าย รวมทั้งอบรมฟื้นฟูแก่ อสม. เพื่อให้ผู้ที่อบรมไปแล้วมีความรู้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการอบรมผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา แพทย์ประจำตำบล เพื่อให้เป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนอีกด้วย

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 เป็นช่วงที่สังคมไทยได้รับผลกระทบ

จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานจึงมีการปรับเปลี่ยน โดยการยกระดับให้มีอาสาสมัครประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีการส่งเสริมให้ทุกหมู่บ้าน ชุมชน จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อให้เป็นจุดศูนย์รวมของการพบปะหารือ และจัดบริการต่างๆให้แก่ประชาชน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ อสม. มีบทบาทที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้กลุ่ม อสม. รวมตัวกันจัดตั้งเป็น ชมรมเพื่อเป็นองค์กรในการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

สำหรับช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 ซึ่งเป็นแผนที่ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนามากขึ้น รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาชุมชนแบบบูรณาการ กระทรวงสาธารณสุขก็ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางของการพัฒนา อสม. ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาด้านอื่นๆของชุมชนมากขึ้น นอกจากนี้จะทำหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขแล้ว ยังร่วมมือประสานงานกับผู้นำอื่นๆที่มีอยู่ในชุมชนพัฒนาเพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถพัฒนาตนเองให้มีความเจริญก้าวหน้าได้อย่างยั่งยืน

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 (2545 – 2549) (กระทรวงสาธารณสุข 2544: 50-51) ได้มียุทธศาสตร์ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพประชาชนและศักยภาพความเข้มแข็งกลุ่มประชาคมด้านสุขภาพ ซึ่งมีแนวโน้มในการพัฒนาดังนี้

1.3.1 สร้างเสริมค่านิยมให้คนในสังคมมุ่งเน้นและตระหนักถึงความ

สำคัญของการมีจิตสำนึกของการมีสุขภาพดี มีทักษะชีวิต บนหลักการฟังฟังและดูแลตนเอง รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพด้านองค์ความรู้ มาตรฐานเทคโนโลยีและนวัตกรรมของระบบกลไกและองค์กรที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อสร้างเสริมกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ

1.3.2 ส่งเสริม/พัฒนาภาคเอกชนและผู้ประกอบการกิจการการผลิต

ให้มี ความรู้ จิตสำนึกและบทบาทในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม โดยคำนึงถึงคุณภาพมาตรฐานผลิตภัณฑ์และผลกระทบที่อาจมีต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

1.3.3 เสริมสร้างโอกาสการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านสุขภาพใน

ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

1.3.4 พัฒนาปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน รวมทั้งสถาบันต่างๆ

1.3.5 พัฒนาระบบกลไก และภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อ

ของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพ

1.3.6 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

รวมทั้งระบบการเฝ้าระวังสุขภาพของชุมชน

1.3.7 พัฒนาศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ การคุ้มครองผู้บริโภค โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและเทคโนโลยีที่เหมาะสม

จากแนวคิดและหลักการเกี่ยวกับสาธารณสุขมูลฐานจะพบว่า การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานจะประสบผลสำเร็จได้ก็ต้องมี อสม. และชมรมอสม. ซึ่งเป็นองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

1.4 หลักการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care = PHC) เป็นระบบที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นที่ระดับครอบครัว หรือระดับหมู่บ้าน บุคลากรที่ใช้บริการหรือช่วยเหลือประชาชนนี้เป็นการสร้าง อสม. ขึ้นมา หรือใช้ผู้นำที่มีอยู่แล้วในชุมชน / หมู่บ้านมาอบรมพัฒนาให้มีความสามารถช่วยเหลือชาวบ้านได้ รวมทั้งอบรมชาวบ้านทุกคนให้พึ่งตนเองได้ทางสุขภาพอนามัย เพราะแนวคิดของสาธารณสุขมูลฐาน คือ ประชาชนบริการประชาชน(สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 2536: 7 – 9)

หลักการของสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญ 4 ประการ คือ

1.4.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน (People participation , Community participation หรือ Community involvement) สำคัญตั้งแต่การเตรียมเจ้าหน้าที่ เตรียมชุมชน การฝึกอบรม การติดตามดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รู้สึกเป็นเจ้าของและเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข ทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนมีได้หลายรูปแบบ เช่น

- 1) การสำรวจและใช้ผลการสำรวจ ทั่วประเทศในการวางแผนและแก้ปัญหาของชุมชน
- 2) การจัดตั้งกองทุนหมุนเวียนในหมู่บ้าน เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขเฉพาะเรื่อง
- 3) การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานของชุมชน (ศสมช.) เป็นรูปแบบหนึ่งที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีการร่วมกันดำเนินการแก้ไขปัญหา เป็นศูนย์กลางที่จะพัฒนาบุคลากรของชุมชนให้มีความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพอนามัย และประชาชนสามารถรวมกลุ่มบริหารจัดการและดูแลให้บริการใน ศสมช.
- 4) การจัดตั้ง ผสส./อสม. เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกลุ่มชุมชนและระดับบุคคล คือการคัดเลือกและฝึกอบรม ผสส. / อสม. จะเป็นการสร้างกลุ่มประชาชนในชุมชนที่มีความสามารถด้านสาธารณสุขที่จะมาเป็นผู้ดำเนินการแก้ไขปัญหา

ด้านสาธารณสุขของชุมชน

1.4.2 การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriated technology)

เทคนิคและวิธีการที่ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ควรเป็นเทคนิค วิธีการที่ง่ายไม่ซับซ้อนยุ่งยาก เหมาะสมกับแต่ละสภาพท้องถิ่น และประชาชนสามารถปฏิบัติได้

1.4.3 มีการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการ

สาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented basic health service) ระบบบริการของรัฐและระบบบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐจะต้องปรับให้เชื่อมต่อกัน และรองรับงานสาธารณสุขมูลฐานด้วย

1.4.4 การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่น ๆ (Intersectoral

collaboration) งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จผลได้ต้องผสมผสานทำงานไปด้วยกันได้ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง และงานพัฒนาชนบทต่างกระทรวง (กระทรวงสาธารณสุข 2535: 6 - 13)

1.5 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน (Elements of primary

health care)

องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า

"กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน" ซึ่งมีอยู่ 14 กิจกรรม เป็นกิจกรรมที่กำหนดให้ประชาชนและผู้นำชุมชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมและดำเนินการให้บริการแก่ชุมชนได้ด้วยตนเอง อันประกอบด้วย 14 องค์ประกอบดังนี้

1.5.1 ด้านโภชนาการ (Nutrition) เช่น การชั่งน้ำหนักเด็กอายุ 0 - 5 ปี

และร่วมแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร

1.5.2 ด้านการให้สุศึกษา (Education) แนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้ ทักษะ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง

1.5.3 ด้านการสุขภาพสิ่งแวดล้อมและการจัดหาสะอาด (Water

supply and sanitation) เช่น การสร้างส้วมที่ถูกสุขลักษณะ การจัดหาสะอาดไว้ดื่มอย่างพอเพียงตลอดปี

1.5.4 ด้านการควบคุมและป้องกันโรคในท้องถิ่น (Surveillance for

local disease control) เช่น การร่วมกิจกรรม กำจัดพาหะนำโรคใช้เลือดออก โดยกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

1.5.5 ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunization) เช่น

การติดตามให้ผู้ปกครองนำเด็กไปตรวจสุขภาพและรับวัคซีนตามกำหนด

1.5.6 ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Simple treatment) โดยจัดบริการรักษาพยาบาลที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อยังสถานีนอามัย

1.5.7 ด้านการจัดหายาที่จำเป็นและปลอดภัยไว้ใช้ในชุมชน (Essential drugs) เช่น การจัดตั้งกองทุนยา และเวชภัณฑ์ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

1.5.8 ด้านการอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว (Maternal and child health and family planning) เช่น การติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์ที่สถานีนอามัย ติดตามหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วให้มารับบริการวางแผนครอบครัว

1.5.9 ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต (Mental health) ให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพจิต เช่น การจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มออกกำลังกาย

1.5.10 ด้านการส่งเสริมทันตสาธารณสุข (Dental health) ให้คำแนะนำประชาชนในการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การจัดหาแปรงสีฟัน และยาสีฟันไว้จำหน่ายที่ ศสมช.

1.5.11 ด้านการป้องกันและแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อม (Environmental health) เช่น การตรวจคุณภาพแหล่งน้ำ แนะนำไม่ให้ทิ้งสิ่งปฏิกูลลงในแม่น้ำ

1.5.12 ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer protection) โดยการแนะนำให้ประชาชนรู้จักเลือกซื้ออาหาร บริโภคอาหารควบคุมที่มีฉลากอย. เช่น น้ำปลา น้ำส้มสายชู เป็นต้น

1.5.13 ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ (Accident and non - communicable disease control) เช่น แนะนำให้สวมหมวกกันน็อก วัดความดันโลหิต และตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ เป็นต้น

1.5.14 การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (AIDS) มีถุงยางอนามัยไว้บริการที่ ศสมช. แนะนำการป้องกันโรคเอดส์ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 2536: 77 - 141)

1.6 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

1.6.1 ความหมายของ อสม.

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย

(Change agents) การสื่อข่าวสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและการประสาน กิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน ในหมู่บ้าน / ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครในหมู่บ้าน / ชุมชน โดยเฉลี่ยดังนี้

พื้นที่ชนบท : อสม. 1 คน ต่อ 8 - 15 หลังคาเรือน

พื้นที่เขตเมือง : เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มีอาสาสมัคร

เขตชุมชนแออัด อสม. 1 คน ต่อ 20 - 35 หลังคาเรือน

เขตชุมชนชานเมือง อสม. 1 คน ต่อ 8 - 15 หลังคาเรือน

ดังนั้นในแต่ละหมู่บ้านจะมี อสม. 10 - 20 คน

1.6.2 คุณสมบัติของ อสม.

- 1) เป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาในหมู่บ้าน
 - 2) มีความรู้ขั้นต่ำสามารถอ่านออกเขียนได้
 - 3) เป็นบุคคลที่สมัครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข
 - 4) เป็นบุคคลที่สนใจเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข
 - 5) เป็นบุคคลที่กรรมการหมู่บ้านรับรองว่าเป็นผู้ที่มีความประพฤติดี
- ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน

1.6.3 วิธีการคัดเลือก อสม.

ให้ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

- 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน และผู้นำอื่นๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงเรื่องการคัดเลือก คุณสมบัติ วาระ จำนวน บทบาทหน้าที่ของ อสม. แล้วร่วมกันกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อคัดเลือก อสม. และ ศสมช. โดยให้กลุ่มผู้นำดังกล่าวเป็นคณะดำเนินการสรรหา
- 2) แบ่งละแวกบ้าน หรือคุ้มบ้าน คุ้มละ 8 - 15 หลังคาเรือน แล้วชี้แจงทุกบ้านให้รับทราบเปิดโอกาสให้ประชาชนผู้มีคุณสมบัติในข้อ 1.6.2 สมัครเข้ารับการอบรมเป็น อสม.

3) ให้ประชาชนในหมู่บ้าน หลังคาเรือนละ 1 คน เป็นตัวแทน
ครอบครัวในการเสนอชื่อผู้สมัครเข้าเป็น อสม. ได้ 1 คน

4) คณะดำเนินการสรรหา ซึ่งประกอบด้วยกรรมการหมู่บ้าน / ชุมชน
และผู้นำ อื่นๆ ดำเนินการคัดเลือก และลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่เลือกบุคคลเข้ารับการอบรม
เป็น อสม. ประจำละแวกบ้าน หรือคุ้มบ้าน

อนึ่งการคัดเลือก อสม. สามารถปรับเปลี่ยนได้หากชุมชน หรือ
คณะกรรมการหมู่บ้านมีความเห็นเป็นอย่างอื่น แต่ต้องเป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวม และมีขั้นตอน
ที่โปร่งใส

1.6.4 การฝึกอบรม อสม.ใหม่

การฝึกอบรม อสม.ใหม่ ในที่นี้ หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียน
การสอนเพื่อให้ อสม.ที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ ความสามารถ
และปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

วิธีการอบรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตาม
ความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางด้านทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติ
ให้บริการที่สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งต้องมีการประเมินผลการอบรมว่า
สามารถพัฒนาให้ อสม.ใหม่ทุกคน มีความรู้และสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ได้
อย่างมีคุณภาพ

เนื้อหาหลักสูตร เนื้อหาความรู้ที่อบรม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) *กลุ่มความรู้พื้นฐาน* (ภาคบังคับ) ประกอบด้วยวิชาที่เป็นพื้นฐาน
ในการปฏิบัติงานในฐานะ อสม.โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลักๆของประเทศ และ
การบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่

- (1) บทบาทหน้าที่ของ อสม.
- (2) สิทธิของ อสม.
- (3) การถ่ายทอดความรู้และการเผยแพร่ข่าวสารระดับหมู่บ้าน
- (4) การค้นหา วิเคราะห์ และแก้ปัญหาสาธารณสุขในท้องถิ่น
- (5) สุขวิทยาส่วนบุคคล
- (6) การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหา

สาธารณสุข

- (7) การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาล และการช่วยเหลือ

เบื้องต้น

- (8) การฟื้นฟูสภาพ
- (9) การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการสาธารณสุข
- (10) การจัดกิจกรรม การปฏิบัติงาน และการใช้เครื่องมือ

ต่างๆใน ศสมช.

(11) การทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขในท้องถิ่น

2) *กลุ่มความรู้เฉพาะ* เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่างๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ในด้านการพัฒนาด้านอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

1.6.5 การขึ้นทะเบียนเป็น อสม.

สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือกผ่านการอบรมและได้รับการประเมินความรู้ ความสามารถ ตามหลักสูตรความรู้ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐาน และกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1.6.6 บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของ อสม.

อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน / ชุมชน เป็นตัวกลางการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชีบบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี หน้าที่ความรับผิดชอบของ อสม.

1) เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่างๆ รับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

2) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษา

อนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขภาพibalสิ่งแวดล้อมและการจัดหา'น้ำสะอาด โภชนาการและการสุขภาพibalอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือก และฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหา'ยาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

3) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด ในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้วและจ่ายยุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคล็ดอื่น ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

4) หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน ให้บริการที่จำเป็น ใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด และให้บริการชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และตรวจสุขภาพตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

6) เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการ วางแผน แก้ปัญหา และพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่นๆ

7) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่างๆ

8) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

1.6.7 วาระและการพันสภาพการเป็น อสม.

วาระการเป็น อสม.กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้ว ให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัวโดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและ องค์การหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอน อสม. ด้วยตนเอง เพราะ อสม. เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชน หากมีความจำเป็นก็ต้องใช้การประชุมและปรึกษาหารือ อย่างเป็นทางการเองกับ อสม.ที่มีอยู่รวมทั้งกรรมการหมู่บ้านเพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น)

การพ้นสภาพ อสม.

- 1) พ้นสภาพตามวาระ
- 2) ตาย
- 3) ลาออก
- 4) ไม่ได้อยู่อาศัยในหมู่บ้านเป็นเวลาติดต่อกันเกินกว่า 6 เดือน
- 5) ประชาชนลงมติ โดยมีคะแนนเสียงเกินกึ่งหนึ่งของประชาชนใน

หมู่บ้าน หรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีมติให้พ้นจากตำแหน่ง เนื่องจากมีความประพฤติเสียหาย อันจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียประโยชน์ของหมู่บ้าน หรือบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่

(สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 2542: 6 - 10)

2. แนวคิดเกี่ยวกับชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ระดับอำเภอ

2.1 **ชมรม** หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีจุดประสงค์เพื่อประโยชน์บางประการ ร่วมกัน (ราชบัณฑิตยสถาน 2525: 254)

2.2 **ชมรม อสม.** หมายถึง การรวมกลุ่มหรือการเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มของ อสม. เพื่อร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมอันจะก่อให้เกิดความผาสุกแก่ประชาชน วัตถุประสงค์ที่สำคัญในการ จัดตั้งชมรม อสม. เพื่อให้ อสม. สามารถดำเนินงาน พัฒนาตามแนวทางของการสาธารณสุข มูลฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (นิตตะวุฒิ ภิรมย์ไทย 2540: 1)

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับชมรม อสม.

ความเป็นมา (วัฒนา โภธา 2541: 30 - 32)

ความเป็นมาของชมรม อสม. นั้น ไม่ปรากฏหลักฐานเป็นที่แน่ชัดว่าชมรม อสม. เกิดขึ้นเมื่อใด และที่ใดเป็นแห่งแรก แต่จากการศึกษาความเป็นมาพอจะสรุปโดยสังเขปได้ว่า แนวคิดในการ จัดตั้งชมรม อสม. ในระยะเริ่มแรกเกิดขึ้นหลังจากที่กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้กลวิธีของ การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนางานสาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ในชุมชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 เป็นต้นมา ได้ดำเนินการคัดเลือกประชาชนด้วยวิธีสังคมนตรี แล้วดำเนินการอบรมตามหลักสูตรที่จัดสร้างขึ้นเพื่อให้มีบทบาทเป็นตัวกลางในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมทางด้านสุขภาพของประชาชน ทำให้มีอาสาสมัครในระยะแรก 2 ประเภท คือ ผสส. จะได้รับการอบรมจำนวน 5 วัน ให้มีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข และ อีกประเภท ได้แก่ อสม. จะคัดเลือกโดยประชาชนในชุมชนจากผู้ที่เป็น ผสส. แล้วอบรมเพิ่ม เต็มอีก 15 วัน ให้มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเบื้องต้น อาสาสมัครทั้ง 2 ประเภท จะมีบทบาทในการแจ้งข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้แนะบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน กระทำตนเป็นตัวอย่างที่ดี (ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้อบรมเพิ่มเติมและ ยกฐานะจาก ผสส. เป็น อสม. ทั้งหมดแล้ว ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2537) โดยไม่มีค่าตอบแทนใดๆ แต่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสวัสดิการด้วยการให้มีสิทธิรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าเป็นการ เฉพาะตัว เพื่อเป็นการตอบแทนในความเสียสละต่อส่วนรวมของอาสาสมัครเหล่านั้น (ปัจจุบันให้มีสิทธิรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าได้ทั้งครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยคู่สมรสและบุตร)

จากการดำเนินงานในช่วงแรกจะเห็นว่า ถึงแม้ อสม. จะได้รับสิทธิจากกระทรวง สาธารณสุขให้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า แต่ในชีวิตความเป็นจริงนั้น อสม. ก็คือ ประชาชนที่ดำเนินชีวิตตามปกติเช่นเดียวกับประชาชนโดยทั่วไป โดยการมีรายได้จากการ ประกอบอาชีพที่สอดคล้องกับภูมิประเทศของแต่ละท้องถิ่น และภูมิหลังตามประสบการณ์

ของแต่ละคน ต้องประสบภาวะความเดือดร้อนเช่นเดียวกับที่ประชาชนคนอื่นๆ ต้องเผชิญ อสม.ส่วนใหญ่จะมีการศึกษาไม่สูง และมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีนัก ภาวะความเดือดร้อนที่กระทบกระเทือนต่อครอบครัวของ อสม. ที่สำคัญคือการเสียชีวิต ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้จัดสวัสดิการหรือค่าตอบแทนใดๆไว้ชดเชยให้ จึงน่าจะเป็นเหตุผลหนึ่งที่ อสม. ด้วยกันเอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกันมา ย่อมมองเห็นภาวะที่จะต้องดำเนินการตาม ประเพณีที่ปฏิบัติกันมาของสังคมไทย คือ การช่วยเหลือด้วยตัวเงินในการจัดงานศพ แต่ปัญหาเกิดขึ้น เมื่อมีเหตุการณ์นี้เกิดขึ้นบ่อยครั้งทำให้เป็นภาวะและปัญหาเฉพาะหน้าที่ต้องแก้ไข จึงก่อให้เกิดการรวมกลุ่มกันในระดับหมู่บ้าน ตำบล และขยายจนถึงระดับอำเภอ และจังหวัด โดยมีการเรียกเก็บเงินไว้สำหรับเป็นกองทุนสำรองเพื่อช่วยเหลือกันเองยามสมาชิกเสียชีวิต และมีการตั้งข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับวิธีการบริหารจัดการเกี่ยวกับการเรียกเก็บ การจ่าย ด้วยการ มอบหมายบทบาทให้สมาชิกที่มีความรู้ความสามารถแต่ละด้านร่วมกันบริหารจัดการกองทุนนั้นๆ รวมทั้งจัดให้มีการประชุมเป็นครั้งคราวเพื่อสรุปผลการดำเนินงานและปัญหาต่างๆ ตลอดจนจัดให้มีการพบปะสังสรรค์ประจำปีเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก อสม.ด้วยกันเอง โดยได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทุกระดับ มากน้อยตามแต่ ศักยภาพของแต่ละแห่ง หลังจากนั้นได้มีวิวัฒนาการกระทั่งมีการจดทะเบียนจัดตั้งเป็นสมาคม ฌาปนกิจสงเคราะห์ อสม.ขึ้นในหลายจังหวัด

ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2535 ซึ่งเป็นช่วงต้นของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) ที่ผลพวงจากการพัฒนาในช่วงที่ผ่านมาก่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและปัญหาสังคมซับซ้อนมากขึ้นหลายด้าน อาทิเช่น การเคลื่อนย้าย ของประชากรจากสังคมชนบทสู่สังคมเมืองเพิ่มขึ้น แบบแผนการเจ็บป่วยของประชาชน เปลี่ยนแปลงไปจากโรคติดต่อที่ป้องกันได้เป็นโรคไม่ติดต่อ และโรคที่เกิดจากสภาวะแวดล้อม ที่เสื่อมโทรม รวมทั้งโรคที่เกิดจากพฤติกรรม เช่น โรคเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างน่าวิตก เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานจึงได้มีแนวคิดในการ ส่งเสริมการจัดตั้งชมรม อสม.ขึ้นในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เขต ภาค และระดับประเทศ โดยให้มีการรวมตัวกันเป็นองค์กร ในการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและ กันของกลุ่ม อสม. อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาองค์กร อสม. ให้สามารถเกื้อหนุนการดำเนินงานของ อสม.ในชุมชนได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และเป็นแรงเสริมที่สำคัญยิ่งต่อการพัฒนา สาธารณสุขมูลฐานของประเทศ รวมทั้งเป็นการพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพของ อสม.ของ ไทยเกือบ 7 แสนคน ให้สามารถเป็นกำลังสำคัญและเป็นผู้นำในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพ ชีวิตของประชาชนอย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น ทั้งนี้หากมีการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพ

และการจัดตั้งชมรม อสม. ในทุกระดับอย่างจริงจังแล้ว น่าจะก่อให้เกิดความสามัคคีร่วมมือกันในการพัฒนางานสาธารณสุข อีกทั้งจะเชื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์การทำงานระหว่าง อสม. ด้วยกันเองอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งหวังว่า การรวมตัวขององค์กร อสม. นั้น จะก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ มีการให้การสนับสนุน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาศักยภาพขององค์กร อสม. ให้สามารถดำเนินบทบาทในการเป็นผู้นำได้ในทุกชุมชน โดยเน้นการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุข การแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของคนในชุมชน และสังคมโดยรวม

2.4 วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรม อสม. (สำนักงานคณะกรรมการ

สาธารณสุขมูลฐาน 2542: 131)

2.4.1 เป็นศูนย์กลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยี และประสานงานระหว่างชมรม อสม. ทุกระดับ หน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชน

2.4.2 ส่งเสริมให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน และกำหนดแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

2.4.3 พัฒนาศักยภาพ อสม. ให้สามารถบริหารจัดการชมรม อสม. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเชื่อมโยงกับการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขของภาครัฐได้

2.4.4 สร้างเครือข่ายชมรม อสม. ในระดับต่างๆ เพื่อให้เกิดการทำงานและประสานงานได้อย่างต่อเนื่อง

2.4.5 พิทักษ์สิทธิประโยชน์ สร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ อสม.

2.5 บทบาทและกิจกรรมของชมรม อสม. ในระดับต่างๆ ที่เห็นได้ชัดมีดังต่อไปนี้ (นิตถะวุฒิ ภิรมย์ไทย 2540: 2 - 3)

2.5.1 บทบาทหน้าที่ของชมรม อสม.

- 1) เป็นศูนย์รวมของ อสม. ที่สมัครเข้าร่วมกลุ่มหรือเป็นสมาชิกชมรม อสม.
- 2) ส่งเสริมช่วยเหลือ เกื้อกูลซึ่งกันและกัน ในด้านสวัสดิการให้แก่สมาชิกชมรม อสม.
- 3) สนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่
- 4) ประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐและเอกชน หรือเอกชนกับเอกชนเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน
- 5) สร้างขวัญและกำลังใจให้กับ อสม.

6) พัฒนาเครือข่ายชมรม อสม.ทุกระดับ

2.5.2 กิจกรรมของชมรม อสม.

- 1) การร่วมกิจกรรมวัน อสม.แห่งชาติ
- 2) การร่วมคัดเลือกและมอบรางวัลแก่ อสม.ดีเด่น
- 3) การจัดประชุมสัมมนาเพื่อเพิ่มความรู้ ความสามารถให้แก่สมาชิก
- 4) การจัดสวัสดิการฌาปนกิจสงเคราะห์
- 5) สนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน
- 6) การดำเนินงานด้านสาธารณกุศลโดยเข้าร่วมเป็นสมาชิก

อาสาภาค

- 7) การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์กิจกรรม อสม.ของชุมชน

2.6 โครงสร้างและการบริหารงานชมรม อสม

จากภารกิจที่ชมรม อสม.จะต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ทั้งกิจกรรมการพัฒนาและการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ของรัฐ ทั้งระดับบริหาร และระดับปฏิบัติ ตลอดจนเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งจำนวนสมาชิกที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการบริหารจัดการและการพัฒนาองค์กร จึงมีการจัดทำกฎระเบียบข้อบังคับ วัตถุประสงค์ คุณสมบัติของสมาชิก เพื่อให้เป็นกติกาในการอยู่ร่วมกัน นอกจากนั้น การจัดโครงสร้างในการบริหารจัดการของชมรม อสม. ซึ่งประกอบด้วย ประธาน รองประธาน เลขานุการ เหรัญญิก นายทะเบียน และประชาสัมพันธ์ ซึ่งการจัดแบ่งหน้าที่กันทำงานนั้น ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นประธานจะพิจารณาจากผู้ที่มีประสบการณ์ในแต่ละด้าน มีความพร้อม และมีความเหมาะสมเพื่อทำหน้าที่

บทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารชมรม อสม.

คณะกรรมการบริหารชมรม อสม. จะทำหน้าที่ในการวางแผน ระเบียบ ข้อบังคับ คำสั่ง การจัดทรัพย์สินของชมรมอสม. รวมทั้งการบริหารกิจกรรมของชมรม อสม. ให้เป็นไปตามมติของที่ประชุมใหญ่และตามวัตถุประสงค์ของชมรม อสม.

สำหรับบทบาทหน้าที่ของสมาชิกจะมีการกำหนดไว้ในกฎ ระเบียบ และ ข้อบังคับของชมรม อสม.ต้องปฏิบัติตามกฎ ระเบียบและข้อบังคับ ต้องส่งเสริมสนับสนุน กิจกรรมของชมรม อสม. ต้องชำระค่าบำรุงตามที่กำหนด และต้องให้ความร่วมมือแก่ชมรม อสม. ในการปฏิบัติให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของชมรม อสม. เป็นต้น

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการพัฒนาศักยภาพประชาชนโดยเฉพาะ อสม.ให้มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประชาชนและชุมชน

ด้วยกลวิธีของการสาธารณสุขมูลฐานอันประกอบด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชน การนำความรู้ และวิทยาการที่เหมาะสมมาใช้ การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการสนับสนุน จากเจ้าหน้าที่ของรัฐมาตั้งแต่ต้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) เป็นต้นมา แต่เจ้าหน้าที่ของรัฐบางส่วนก็ขาดความเอาใจใส่อย่างจริงจัง และยังขาด ความเข้าใจในการรวมกลุ่มของประชาชน ซึ่งหากเจ้าหน้าที่ของรัฐทำใจให้กว้าง คิดให้ไกลถึง ภารกิจการพัฒนาประเทศโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงาน มีความเสมอภาคและความเป็นธรรมของคนในสังคมเป็นเป้าหมายของการพัฒนา รวมทั้งมีความ เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของคนอยู่ในจิตสำนึกของความเป็นข้าราชการ ซึ่งมีหน้าที่ ต้องปฏิบัติงานให้ประชาชนพอใจแล้ว "รัฐธรรมนูญ" และ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับใดๆก็เป็นแต่เพียงกรอบความคิดในการปฏิบัติงานเท่านั้น แต่หากเจ้าหน้าที่ของรัฐยังทำใจ ไม่ได้ หลงใหลอยู่กับอำนาจ เคยชินกับการสั่งการ ทำงานเอาใจผู้บังคับบัญชามากกว่าเอาใจ ประชาชน "รัฐธรรมนูญ" จะกลายเป็นข้อบังคับที่จะต้องปฏิบัติโดยการเรียกร้อง หรือ การฟ้องร้อง จากประชาชนอย่างแน่นนอน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 2542: 15, 17) ในการจัดตั้งชมรม อสม. จะมีเครือข่ายตั้งแต่ระดับ ตำบล อำเภอ จังหวัด เขต/ภาค และระดับประเทศ ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข

หมายเหตุ : - อสม. 1 คน ดูแลถ่ายทอดความรู้สู่แกนนำครอบครัว 8 - 15 ครอบครัว

- แกนนำครอบครัวพูดคุยถ่ายทอดความรู้สู่คนในครอบครัวของตน และคน

ในครอบครัวที่อยู่บ้านใกล้เคียง คนละ 1 - 2 ครอบครัว

(สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 2542: 16)

คณะกรรมการบริหาร ประกอบด้วย

ผู้แทนระดับภาคฯละ 1 - 3 คน (ควรเป็นกรรมการบริหารชมรมฯ ระดับภาค)

ผู้แทนเขตเมือง 1 - 2 คน

ผู้แทนระดับจังหวัดฯละ 1 - 3 คน (ควรเป็นกรรมการบริหารชมรมฯ ระดับจังหวัด)

ผู้แทนระดับอำเภอฯละ 1 - 3 คน (ควรเป็นกรรมการบริหารชมรมฯ ระดับอำเภอ)

ผู้แทนระดับตำบลฯละ 1 - 3 คน (ควรเป็นกรรมการบริหารชมรมฯ ระดับตำบล)

ผู้แทนระดับหมู่บ้านฯละ 1 - 3 คน ดังตารางที่ 1.1

ตารางที่ 2.1 คณะกรรมการบริหารชมรม อสม.

15 คณะกรรมการบริหารชมรม อสม.ควรประกอบด้วย	
1. ประธาน 1 ตำแหน่ง	- วาระของคณะกรรมการบริหาร ควรมีข้อบังคับกำหนด และสอดคล้องกับการมีสมาชิกภาพในการเป็น อสม.
2. รองประธาน คณะกรรมการบริหารชมรม อสม.	- สมาชิกชมรมฯ ได้แก่ 1. อสม.ทุกคนในหมู่บ้าน 2. บุคคลอื่นสนใจกิจกรรมของชมรมฯ
3. เภรัญญิก 1 ตำแหน่ง	
4. นายทะเบียน 1 ตำแหน่ง	
5. เลขานุการ 1 ตำแหน่ง	
6. ประชาสัมพันธ์ 1 ตำแหน่ง	

(สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 2542: 16)

2.7 แนวความคิดเกี่ยวกับกลุ่มและชมรม

2.7.1 ความหมายของกลุ่ม (สร้อยตระกูล ธรรมมานะ 2520: 84 - 85)

ให้ความหมายว่า กลุ่ม ทางจิตวิทยาคือบุคคลจำนวนหนึ่งซึ่ง

- 1) มีปฏิกริยาต่อกัน
- 2) มีความรู้สึกทางจิตวิทยาต่อกัน
- 3) มีการรับรู้ถึงการรวมกันเป็นกลุ่ม

2.7.2 กลุ่มแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

- 1) กลุ่มที่เป็นทางการ (Formal group) ได้แก่

- (1) กลุ่มที่เป็นทางการแบบถาวร (Permanent formal group)

อันได้แก่ กลุ่มบริหารชั้นสูง หน่วยงานย่อยในแผนก ต่างๆขององค์การ กลุ่มเจ้าหน้าที่

ฝ่ายช่วยอำนวยความสะดวกที่ให้บริการพิเศษแก่หน่วยงาน

(2) กลุ่มที่เป็นทางการแบบชั่วคราว (Temporary formal group) คือ คณะกรรมการต่างๆ หรือกลุ่มทำงาน (Task forces) ที่อาจถูกตั้งขึ้นมาเพื่อทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จลุล่วง แต่เมื่อใดที่งานนั้นได้สำเร็จสิ้นสุดไปแล้ว กลุ่มนั้นก็จะมีหมดสภาพไป เว้นเสียแต่จะมีภาระหน้าที่อื่นบางอย่างที่ถูกตั้งขึ้นเพื่อกลุ่มเหล่านั้น หรือ เว้นแต่ว่ากลุ่มจะรับหน้าที่บางอย่างที่ไม่เป็นทางการอีก ในสมาชิกกลุ่มแบบเป็นทางการ สมาชิกจะได้รับคำสั่งอย่างเป็นทางการให้ปฏิบัติกิจกรรมที่แน่นอน เพื่อจะได้ทำให้บทบาทในองค์การของเขาสำเร็จผล แต่เพราะคนเราจะรายงานเกี่ยวกับงานหรือมีส่วนร่วมในองค์การ ซึ่งเป็นเหตุให้เขาพยายามที่จะทำให้ความต้องการบางอย่างเหล่านั้นเป็นผล โดยการสร้างสัมพันธภาพต่างๆ กับสมาชิกในองค์การ ถิ่นนิเวศวิทยา (Ecology) ของสถานที่ทำงานและตารางเวลาการทำงานเปิดโอกาสให้แล้ว

2) กลุ่มที่ไม่เป็นทางการ (Informal group) แนวโน้มที่จะทำให้เกิดมีกลุ่มที่ไม่เป็นทางการ อาจได้รับการสนับสนุนฐานเสมอมาว่า เป็นเพราะเนื่องมาจากธรรมชาติของมนุษย์นั่นเอง อย่างไรก็ตาม แนวโน้มในการสร้างกลุ่มนี้ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง แล่งที่ทาง กายภาพของคน ตลอดจนถึงลักษณะของงาน ตารางเวลา การทำงาน และอื่นๆ ดังนั้น กลุ่มที่ไม่เป็นทางการจึงเป็นผลของการผสมผสาน โดยเฉพาะของปัจจัยที่เป็น "ทางการ" และความต้องการของมนุษย์

2.7.3 กำจัด สวัสดิคติ (2526 อ่างโน บุญทัน ดอกโทสง และเรนศ ต่วนชะเอม 2529: 124) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงานหรือกลุ่มนั้นมีความเห็นว่าเป็นความสัมพันธ์อันราบรื่น อดทน ถาวรนั้น มีองค์ประกอบ ดังนี้

- 1) ความสนใจ
- 2) ความห่วงใย
- 3) ความเห็นใจ
- 4) ความยินดีที่จะแข่งขัน
- 5) ความยินดีที่จะรับใช้ซึ่งกันและกัน
- 6) เมื่อมีความสัมพันธ์อันดีแล้วย่อมเกิดการพัฒนากลุ่ม ซึ่งอิทธิพล

ของกลุ่มได้มีบทบาทต่อสมาชิกของแต่ละกลุ่ม ดังนี้

- (1) กลุ่มได้มีสมาชิกเพิ่มขึ้น
- (2) กลุ่มเป็นที่รวมของสติปัญญาและข้อเสนอแนะ
- (3) กลุ่มทำให้เกิดกำลังใจ

(4) กลุ่มทำให้เกิดแรงงาน

และกลุ่มที่คือนั้นผู้นำต้องมีศักยภาพในการเป็นผู้นำ ซึ่งจะต้องมีกลไกที่สำคัญ ดังนี้

- ก. ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
- ข. ความเชื่อตรงต่อกันและกันและต่อกลุ่ม
- ค. ความเห็นใจซึ่งกันและกัน
- ง. ความเสียสละเพื่อกลุ่ม
- จ. ความรับผิดชอบต่อกลุ่ม

2.7.4 วัฒนา โภธา (2541: 42) ได้สรุปว่า กลุ่ม คือ การรวมกันของบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป โดยมีวัตถุประสงค์ที่แน่ชัดและมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ตลอดจนมีบรรทัดฐานความสามัคคี การแสดงพฤติกรรม และโครงสร้างกลุ่มที่ชัดเจน การรวมกันเป็นกลุ่มต้องประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้

- 1) มีสมาชิกตั้งแต่สองคนขึ้นไปมารวมกัน
- 2) มีจุดประสงค์ของการรวมกันที่แน่นอน
- 3) มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก
- 4) มีบรรทัดฐาน (Norm) ที่กลุ่มกำหนดขึ้นมาเพื่อให้สมาชิกถือ

ปฏิบัติ

- 5) มีความสามัคคี ความผูกพัน และการรวมตัว
- 6) มีการแสดงพฤติกรรมตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิก
- 7) มีโครงสร้างของกลุ่ม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงเส้นทางการติดต่อ

และการปฏิบัติระหว่างสมาชิก

2.7.5 อมร นนทสุด (2544: 10 - 13) ได้ให้แนวคิดที่ว่า ชุมชนจะเข้มแข็งได้โดยที่ต้องมีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ 3 ก.

- 1) กำลังคน
- 2) องค์กร (กรรมการ / อบต. / ประชาชน)
- 3) กำลังเงิน - กองทุน

ในส่วนกำลังคนนั้นได้เน้นถึงบทบาทของชมรม อสม. ในฐานะองค์กรเอกชนควรได้รับการพัฒนาปรับปรุงให้เข้มแข็ง เพื่อยกระดับขึ้นเป็นสถาบันที่มีการรับรองโดยกฎหมายในที่สุด บทบาทของ อสม. และควรจะเกี่ยวกับการสร้างแผนงานโครงการของชมรมเอง เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของสมาชิก เช่น ในเรื่องการพัฒนาสุขภาพ การพัฒนาอาชีพ การดูแลสภาวะแวดล้อม การจัดสวัสดิการ และอื่นๆ เพื่อให้แผนงาน

โครงการเหล่านั้นเป็นไปได้ จำเป็นต้องมีโครงการ เพื่อระดมทรัพยากรสมอง การสรรหา เทคโนโลยีที่เหมาะสม ฯลฯ เป็นเอกเทศจากกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ เพื่อ อสม.เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของภาคเอกชนเต็มตัว และให้งาน อสม. สามารถขับเคลื่อนไปได้ โดยไม่ต้องอาศัย กระทรวงสาธารณสุขตลอดไปดังเช่นในปัจจุบัน

2.7.6 เอี่ยม กลิ่นคล้าย (2544: 10) ได้กล่าวไว้ว่า ชมรมจะตั้งอยู่ได้ เพราะเหตุ 7 ประการ คือ

- 1) หมั่นประชุมกันเนืองนิตย์
- 2) ช่วยกันคิดช่วยกันทำ
- 3) รักษาเวลา
- 4) เคารพกติกา
- 5) พุดจามีเหตุผล
- 6) ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี
- 7) มีคุณธรรมนำหลักการ

2.7.7 วัฒนา ไพธา (2541: 45 - 46) ได้สรุปแนวทางในการพัฒนากลุ่มไว้ว่าเป็นองค์กรที่มีเป้าหมายในการต่อสู้เพื่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ โดยการเสริมสร้างความสามารถขององค์กรให้อำนาจต่อรองเพื่อให้กระบวนการพัฒนาเป็นไปอย่างยุติธรรม ประชาชนสามารถใช้ทรัพยากรได้อย่างเท่าเทียมกันในการยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น โดยมีปัจจัยที่ทำให้กลุ่มดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ สมาชิกมีความสัมพันธ์ที่ดี ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และสมาชิกได้มีโอกาสรับผิชอบกลุ่มในการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ภายในกลุ่ม ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า เป็นแนวคิดที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนนั่นเอง นอกจากนี้ กลุ่มที่พัฒนาแล้วจะต้องมีลักษณะที่สำคัญ ดังนี้คือ

- 1) สามารถปกป้องผลประโยชน์ แก้ไขปัญหา และสนองความต้องการของสมาชิกได้ และมีการกระจายผลอย่างเสมอภาค
- 2) ประชาชนมีส่วนร่วม (Participation) ในกิจกรรมต่างๆ ขององค์กรอย่างมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และอย่างมีจิตสำนึกร่วมกัน
- 3) องค์กรมีผู้นำที่ดี สามารถแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสม
- 4) องค์กรมีความสามารถในการทำงานอย่างเป็นระบบด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาคณะอื่น มีบทบาทในการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายที่เหมาะสม และสอดคล้องกับทรัพยากร และความสามารถของคนในชุมชน
- 5) องค์กรสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆภายในชุมชนได้ และ

สภาพแวดล้อมพื้นฐานภายในองค์กร ให้เป็นไปตามทิศทางที่พึงประสงค์ได้

6) องค์กรมีการปรับตัวที่จะทำให้อรรถจุลมุ่งหมาย รักษาความมั่นคง และพัฒนาองค์กรให้เจริญต่อไปได้

จากการศึกษาทบทวน แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับกลุ่มดังกล่าวข้างต้น พบว่าสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการจัดตั้งและการดำเนินงานของชมรม อสม. จึงสามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบในการศึกษาการดำเนินงานของชมรม อสม. ได้

3. การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัดต้องมีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานแก่ชมรม อสม. ตามที่สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2542: 14 - 18) กำหนดไว้มีดังนี้

3.1 สนับสนุนการจัดตั้งชมรม อสม.ระดับอำเภอ โดย

3.1.1 *ส่งเสริมให้ อสม. มีการรวมตัวกันโดยสมัครใจ* ตั้งเป็นองค์กร มีผู้นำ 16 องค์กร มีแผนและแนวทางการจัดการที่ชัดเจน

3.1.2 *เปิดโอกาสและสนับสนุนให้องค์กร อสม.* เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกับงานสาธารณสุขของพื้นที่ตนเองอย่างจริงจังมากขึ้น

3.1.3 *กระตุ้นให้ อสม.* รวมตัวกันทำหน้าที่เป็นแกนนำในการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ วางแผน หาแนวทางการแก้ไขปัญหา และจัดการทรัพยากร

3.1.4 *ส่งเสริมให้องค์กร อสม.* เป็นที่ยอมรับ นับถือ สามารถถ่ายทอดความรู้แก่องค์กรอื่นๆ และผู้มาเยี่ยมชมศึกษาดูงาน

3.1.5 *สนับสนุนให้มีการระดมทุนจากชุมชน* หรือขอรับการสนับสนุนจากแหล่งทุนภายนอก เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาสาธารณสุขของชุมชน

3.1.6 *สนับสนุนให้กลุ่ม อสม.* ประสานความร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ พัฒนา 17 ชุมชนของตนเองให้มีความเจริญก้าวหน้าขึ้น และเกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมมากขึ้น

3.2 *สนับสนุนให้ชมรม อสม.* ได้มีการพัฒนาศักยภาพเพิ่มขึ้นในด้านต่างๆ เช่น 18 การสัมมนา การปรึกษาหารือ การศึกษาดูงาน การศึกษาจากสื่อทางไกล การทำงาน เพื่อ

แก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่จริงเป็นเครื่องมือในการพัฒนา โดยการจัดทำเป็นโครงการขึ้นมา ซึ่งเป็นการทำงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับ อสม. ซึ่งในการแก้ปัญหาเหล่านั้นจะช่วยให้ อสม.

เกิดการเรียนรู้และทักษะในเรื่องเหล่านั้น ซึ่งทำให้ได้ประโยชน์ทั้งทางแก้ไขปัญหา และพัฒนา ศักยภาพของ อสม. ไปพร้อมๆกัน

3.3 สนับสนุนชมรม อสม. โดยพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในเรื่องของการเป็น นักบริหารชุมชน

3.4 เสริมสร้างความเข้มแข็งของชมรม อสม. โดยสนับสนุนชมรม อสม. ดำเนินโครงการพิเศษ เช่น โครงการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ในชุมชน โครงการประชาสัมพันธ์ ร่วมใจต้านภัยเศรษฐกิจ โครงการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ฯลฯ ซึ่งโครงการพิเศษ เหล่านี้

จะมีความสำคัญมากยิ่งขึ้น เพราะเมื่อชมรม อสม. มีความเข้มแข็ง หน่วยงานต่างๆก็จะมาขอให้ ชมรม อสม.มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเหล่านั้นๆด้วย

3.5 สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบบริหารชมรม อสม. เพื่อให้การบริหารงาน ชมรม อสม. ซึ่งมีคณะกรรมการชุดต่างๆเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอควรดำเนินการ ดังนี้

3.5.1 การจัดหาสถานที่ตั้งสำนักงาน หรือที่ทำงานในลักษณะถาวร เพื่อ เป็นจุดรวมของการประสานชมรม อสม.

3.5.2 การจัดให้มีการประชุมคณะกรรมการบริหารงาน เป็นประจำทุก 1 - 2 เดือน แล้วแต่ความเหมาะสม

3.5.3 การประชุมแต่ละครั้งควรกำหนดวาระการประชุมให้ชัดเจน และ 19 มีการตกลงในมติต่างๆ ให้ชัดเจน เพื่อทุกฝ่ายจะได้นำไปปฏิบัติได้

3.5.4 การติดตามนิเทศงานโดยคณะกรรมการชมรม อสม.ซึ่งงบประมาณ อาจจะได้มาจากบบบริหารของชมรม อสม. ซึ่งรวบรวมและจัดหามาได้ หรือสนับสนุนจาก 20 ศูนย์ฝึกอบรม และพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาค

3.5.5 การศึกษาดูงาน ควรจัดให้มีการศึกษาดูงานตามความเหมาะสม 21 เพราะต้องอาศัยงบประมาณเป็นจำนวนมาก

3.6 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอควรมีการนิเทศงานชมรม อสม. โดยเข้าร่วม สังเกตการณ์ ในขณะที่มีการประชุมของชมรม อสม. ดังนั้น การดำเนินงานของชมรม อสม. จะดำเนินงานไปได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่นั้น การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 22 น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องด้วย

4. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (ประชาชน)

4.1 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (ประชาชน)

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนเกิดตระหนักรับรู้สภาพและปัญหาที่แท้จริงของตนแล้วเกิดผลต่อเนื่อง เป็นสำนึกรับผิดชอบที่จะร่วมมือกันวางแผนดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆเหล่านั้นด้วยตนเอง ภายใต้งาน ทรัพยากร และวัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่ในชุมชนนั้นๆ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 2528: 56)

ชุมชน (Community) หมายถึง กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกัน และมีการติดต่อสื่อสารเกี่ยวข้องกันอย่างเป็นปกติต่อเนื่องอันเกิดมาจากการอยู่ในพื้นที่ร่วมกัน หรือการมีอาชีพร่วมกัน หรือการประกอบกิจกรรมซึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือการมีวัฒนธรรมหรือความสนใจร่วมกัน

4.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (ประชาชน)

ชินรัตน์ สมสืบ (2539 อ้างใน วนิดา วิระกุล และถวิล เลิกชัยภูมิ 2543: 11-16) ได้เสนอปรัชญา แนวคิด และธรรมชาติของการมีส่วนร่วมของประชาชน สรุปความไว้ว่า ผู้ปฏิบัติงานพัฒนาจะต้องเชื่อว่าประชาชนในชนบทรู้ว่าพวกตนต้องการอะไร ประชาชนมีศักยภาพเพียงพอที่จะมีส่วนร่วมในการปรับปรุงชีวิตของตน ประชาชนมีความสามารถซ่อนเร้น (Latent talent) ที่จะค้นหาทั้งทางเลือกของท้องถิ่น (Local alternatives) และความเป็นไปได้ต่าง ๆ จากภายนอก (Outside possibilities) เพื่อที่จะแก้ไขปัญหาของพวกเขาเอง และวางแผนเพื่อการพัฒนาตนเอง และเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมดังนี้

4.2.1 การมีส่วนร่วมเป็นสิทธิ (Right) และเป็นเอกสิทธิ (Privilege)

ในฐานะสิทธิจะต้องได้รับการเคารพ และให้เกียรติ ในฐานะเอกสิทธิจะต้องไม่ถูกบังคับ (Enforce) และครอบงำ (Manipulate) ทั้งสองประการนี้ต้องเกิดจากบรรยากาศที่เป็นประชาธิปไตยมากที่สุด ไม่มีใครจะเป็นหุ่นเชิด ในกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน

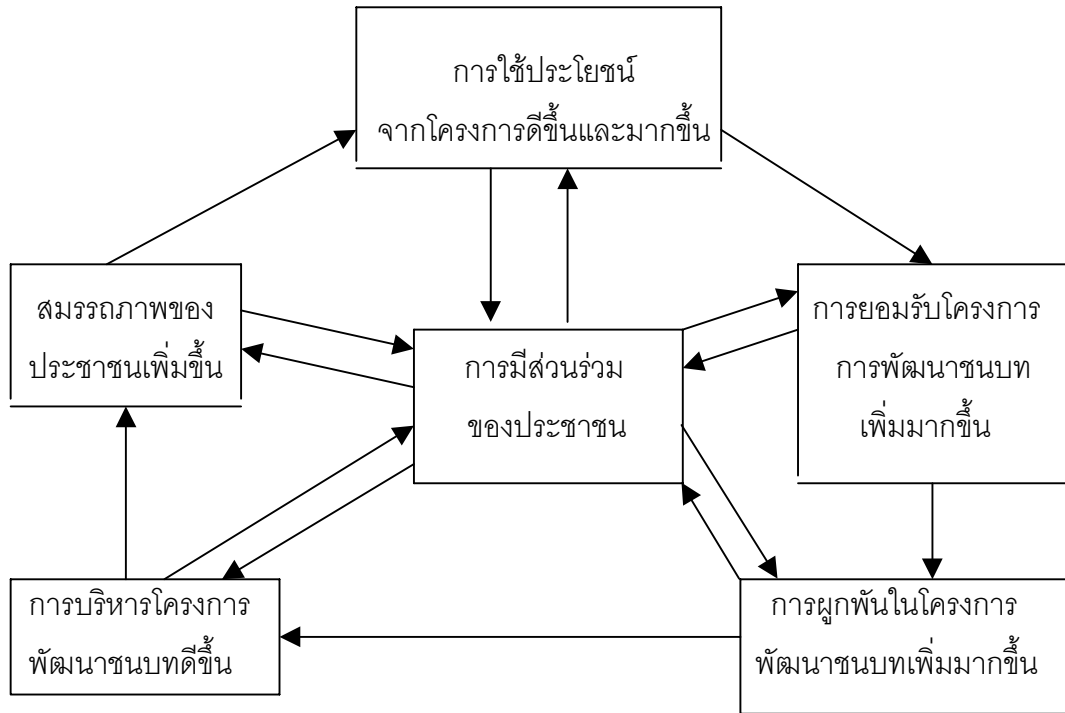
4.2.2 การมีส่วนร่วมคือการทำงานเป็นกลุ่ม เป็นผลรวมของข้อผูกมัดจากคนแต่ละคนบนพื้นฐานของความเชื่อที่ว่า โครงการกิจกรรมเป็นของพวกเขา เพื่อพวกเขา และโดยพวกเขา ที่แสดงออกมาในรูปพฤติกรรมร่วม รับผิดชอบต่อร่วม แต่ไม่ได้ทำเพื่อผลประโยชน์ของคนใดคนหนึ่ง หรือคนอื่น

4.2.3 การมีส่วนร่วมคือส่วนสำคัญของกระบวนการบริหารการพัฒนา
ชนบท การมีส่วนร่วมจะถูกดำเนินการใน 2 บริบท คือ ประการที่หนึ่ง นักบริหารการพัฒนาจะต้องรู้สิ่งที่ประชาชนมุ่งหวัง และต้องให้ประชาชนแสดงความคิดเห็น ประการที่สอง โครงการพัฒนาต้องให้ประชาชนรับรู้ ประชาชนต้องเข้าใจโครงการ รู้ถึงทรัพยากรที่จำเป็น และ

ประเด็นต่างๆที่เกิดขึ้นจากโครงการ

4.2.4 การมีส่วนร่วมคือเครื่องมือชี้วัดการพัฒนาชนบท การมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับพื้นฐานในการพัฒนาชนบทยิ่งมากและยิ่งเข้มข้นเท่าใดแสดงว่าผลประโยชน์ของการพัฒนาจะตกแก่ประชาชนมากขึ้นเท่านั้น การมีส่วนร่วมจำเป็นสำหรับความสำเร็จของการพัฒนาชนบท ซึ่งจะต้องเป็นการมีส่วนร่วมจริง เป็นเรื่องของการอาสาสมัคร เป็นผลของทางเลือกที่ประชาชนจะนำสิ่งต่างๆเพื่อตัวพวกเขาเอง

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท จะต้องได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลและบุคคลภายนอก เพื่อให้ประชาชนได้แก้ไขปัญหา วางแผนตัดสินใจ ดำเนินการใช้ประโยชน์และประเมินผลโครงการต่างๆด้วยตัวของประชาชนเอง จะทำให้ประชาชนมีการยอมรับโครงการ ผูกพันกับโครงการ ตลอดจนมีสมรรถภาพการบริหารโครงการเพิ่มขึ้น และเป็นเครื่องชี้วัดว่าการตัดสินใจในโครงการพัฒนาชนบทมาจากความต้องการของประชาชน ด้วยและประชาชนต้องมีส่วนร่วมในทุกๆระยะของกระบวนการพัฒนาตั้งแต่กำเนิดผลโครงการ ซึ่งเป็นสิ่งที่เชื่อว่าการกลไกนี้จะทำให้การพัฒนาชนบทที่แท้จริงจึงจะเกิดขึ้นในหมู่บ้านต่างๆ การมีส่วนร่วมของประชาชนจึงมีความสำคัญ ดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท
(Caayupan,P.B. อ้างใน วนิตา วิระกุล และ ถวิล เลิกชัยภูมิ 2543: 12)

4.3 ไพรัช เตชะรินทร์ (อ้างใน วนิตา วิระกุล และถวิล เลิกชัยภูมิ 2543: 13)

ระบุว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเป็นตัวแปรที่ขาดไม่ได้ งานพัฒนาที่ประชาชน 23 ไม่มีส่วนร่วมย่อมไม่ใช่งานพัฒนาที่แท้จริง แต่เป็นงานให้บริการแบบสงเคราะห์

4.4 อำนาจ อนันตชัย (อ้างใน วนิตา วิระกุล และถวิล เลิกชัยภูมิ 2543: 13)

สรุปว่า การมีส่วนร่วมเป็นหัวใจของการพัฒนาชนบท ไม่มีประเทศไหนที่พัฒนาโดยปราศจากการร่วมมือของประชาชน และเป็นข้อยืนยันได้ว่า การพัฒนาเป็นเรื่องของประชาชน โดยประชาชน และเพื่อประชาชน

4.5 สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2542: 22 - 23)

ให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าว่าการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยเฉพาะประชากรส่วนใหญ่ที่ยากจนและอยู่ในชนบทห่างไกล จะประสบผลสำเร็จตามนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 นั้น จำเป็นจะต้องพัฒนาประชากรให้สามารถพึ่งตนเองในการแก้ปัญหาสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน โดยการสนับสนุนให้ชุมชนสร้างสรรค์บริการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อแก้ปัญหาและสนองความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของชุมชนของตน โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

24 ในการพัฒนาสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชน ถือเป็นมาตรการที่สำคัญที่จะนำไปสู่การพึ่งตนเอง ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณค่าของความเป็นมนุษย์ที่สำคัญยิ่ง

การมีส่วนร่วมของชุมชน มีแนวคิดหลัก 3 ประการ คือ

4.5.1 ชุมชนจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจ ว่าควรจะทำอะไร และทำอย่างไร

4.5.2 ชุมชนจะต้องให้ความร่วมมือในการดำเนินการตามการตัดสินใจ
นั้น

4.5.3 ชุมชนพึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วม นั้น คือ จะต้องสนองตอบความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชน

4.6 ระบบ รูปแบบ และชนิดของการมีส่วนร่วม

4.6.1 อมร นนทสุด (วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง 2544: 10 - 13) ได้เสนอระบบการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ผ่านการพิสูจน์แล้ว ได้ผลว่า จะต้องประกอบด้วย

ระบบ 3 ก. คือ

- 1) องค์กรชุมชน ได้แก่ กรรมการหมู่บ้าน หัวหน้ากลุ่มแม่บ้าน ฯลฯ เป็นแกนกลางในการวางแผน การประเมินผล และการระดมทรัพยากร
- 2) กำลังคนในชุมชน ได้แก่ อสม. กลุ่มสตรี กลุ่มเยาวชน ฯลฯ จะเป็นผู้ได้รับการพัฒนาให้มีความชำนาญพิเศษ สามารถถ่ายทอดความรู้แก่ชาวบ้านด้วยตนเอง
- 3) กิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกองทุนเพื่อระดมเงินในการพัฒนา ระบบการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้ง 3 ส่วนนี้ มีความสัมพันธ์กันอย่างลึกซึ้ง ถ้าขาดส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือส่วนใดส่วนหนึ่งอ่อนแอลง การพัฒนาหมู่บ้านจะสำเร็จได้ยาก

4.6.2 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้เสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมที่ถือว่าเป็นรูปแบบที่แท้จริง หรือสมบูรณ์นั้น จะต้องประกอบไปด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ

- 1) การวางแผน ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีการติดตาม และประเมินผล ประการที่สำคัญคือต้องมีการตัดสินใจด้วยตัวเอง
- 2) การดำเนินกิจกรรม ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการจัดสรรควบคุมทางการเงิน และการบริหารจัดการ
- 3) การใช้ประโยชน์ ประชาชนจะต้องมีความสามารถ

ในการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการยกระดับของการพึ่งตนเอง และควบคุมทางสังคม

4) การได้รับประโยชน์ ประชาชนจะต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่เท่าๆกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ส่วนตัว สังคม หรือวัตถุก็ได้

4.6.3 ชินรัตน์ สมสืบ (2529อ้างใน วนิดา วิระกุล และถวิล เลิกชัยภูมิ 2543: 14) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบทเป็น 9 ชนิดคือ

1) บังคับส่วน (Join or Else) ประชาชนเข้าร่วมในการพัฒนาชนบท เพราะการขู่เข็ญ (threats) หรือการบังคับ (Cercion) จากภายนอก กลวิธีขู่เข็ญหรือบังคับมีหลายรูปแบบ และจะเกิดจากคนที่มีผลประโยชน์จากการดำเนินงาน หรือจากผลของงาน

2) การมีส่วนร่วมโดยมีการผลักดัน (Push cort participation) ประชาชนจะถูกผลักดันจากอำนาจของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Interest) และผลประโยชน์ (Benefit) จากโครงการ อำนาจของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียอาจจะเป็นการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน โดยได้รางวัลในรูปการแต่งตั้งให้ตำแหน่งสูงขึ้นเพื่อความสำเร็จของโครงการ ผู้ที่ใช้อำนาจนี้ เช่น ผู้นำ หัวคะแนน นักการเมือง ประชาชนก็เปรียบเหมือนรถลากที่ถูกผลักดัน 26 โดยอำนาจที่มองเห็นและมองไม่เห็น ประชาชนไม่ได้ตัดสินใจ ฉะนั้น การมีส่วนร่วมจึงเป็นเพียงในนาม (Nominal)

3) กลอุบายหรือการมีส่วนร่วมโดยมีเงื่อนงำ (Trick or Participation by glimicry) ประชาชนถูกจ้างให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมอื่นที่ไม่ได้แก้ปัญหามาของพวกเขาก่อน การเบี่ยงเบนความสนใจไปสู่เรื่องอื่นเป็นการสร้างความสบายใจให้แก่ประชาชนเป็นการชั่วคราวจากปัญหาที่แท้จริงของพวกเขา การใช้กลอุบายและเงื่อนงำนี้ ชนชั้นผู้นำ ผู้มีอิทธิพลสูง จะเสนอโครงการที่จะเบี่ยงเบนความสนใจของคนจนและคนไร้สิทธิ เช่น การส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมในการผลิตทางการเกษตรแทนการให้ทรัพยากรที่จำเป็นในการแก้ปัญหาของพวกเขาในโครงการปฏิบัติการเกษตร การมีส่วนร่วมชนิดนี้จึงเป็นเพียงในนาม (Nominal)

4) การพูดข้างเดียว (Monologue) โดยนัยของการพูดข้างเดียวนั้น การสื่อสารจะเป็นแบบทางเดียว (One - way) คนส่งข่าวจะป้อนข้อมูลแก่ผู้รับฝ่ายเดียว วิธีนี้ไม่ได้ทำกลไกสำหรับรับฟังข้อมูลย้อนกลับ และไม่ได้มีการเจรจาต่อรอง (Negotiation) สมมติฐานของโครงการคือให้ประชาชนรู้จักโครงการแล้วเขาจะมามีส่วนร่วมเอง โครงการเหล่านี้มักจะดำเนินการผ่านสื่อมวลชน (Mass media) เช่น สิ่งพิมพ์ วิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ ซึ่งการมีส่วนร่วมจะมีน้อย

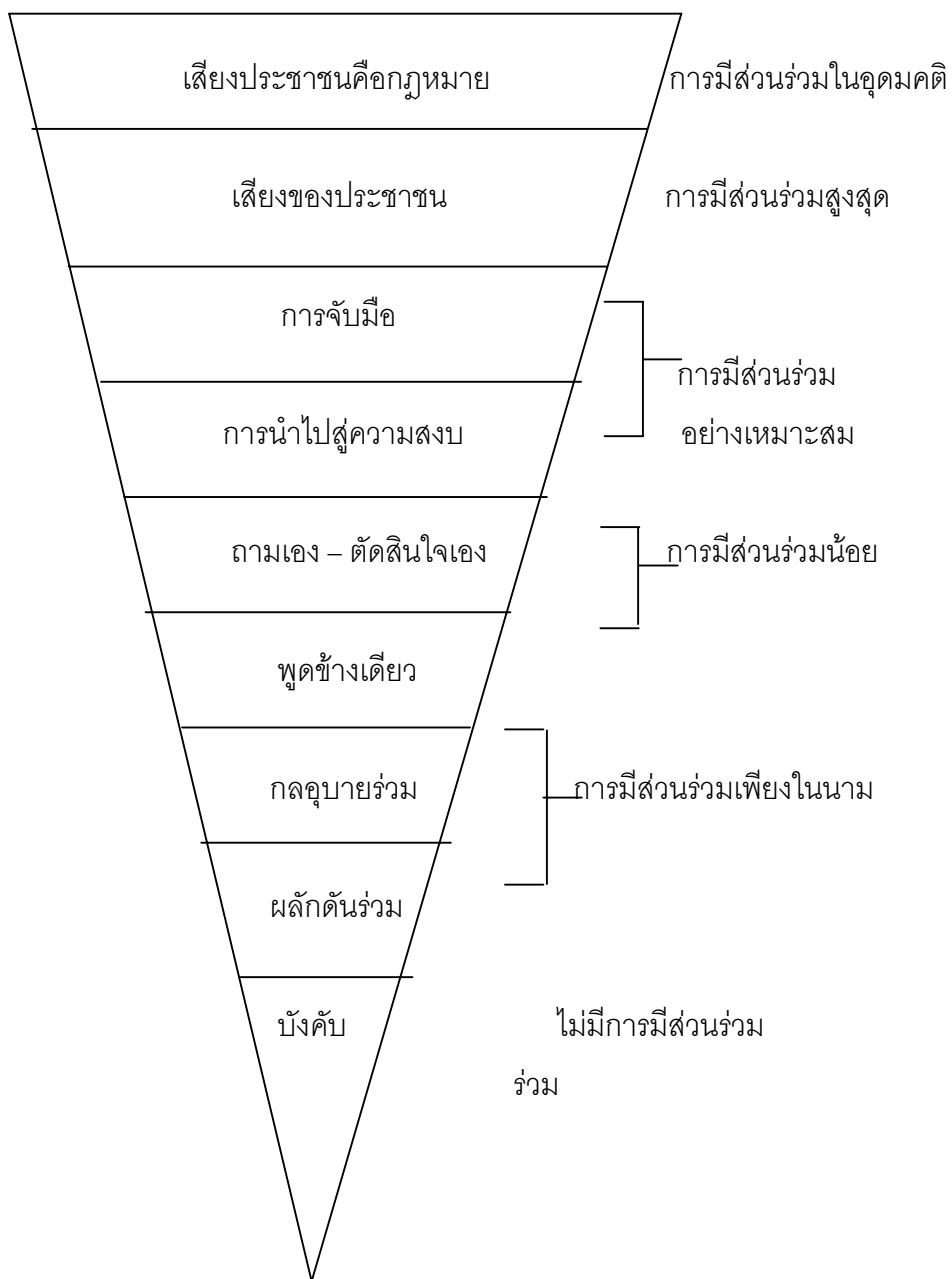
5) ถามเอง - ตัดสินใจเอง (I ask - I decide) ประชาชนจะถูกถามถึงความคิดและข้อเสนอแนะต่างๆ แต่ไม่ได้มีการยืนยันหรือรับประกันว่า ความคิดของประชาชนจะได้รับการพิจารณาในการกำหนด วางแผน และดำเนินการในโครงการ การถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆทำได้โดยการประชุม การมีสภาท้องถิ่น การสำรวจ การสอบถาม และการได้สวนสาธารณะ แต่ในความชัดเจนแล้ว การมีส่วนร่วมชนิดนี้จะมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

6) การนำไปสู่ความสงบ (Peach pipe) ความคิด ความเห็น และข้อเสนอของประชาชนจะถูกร้องขอให้มีส่วนร่วมในการวางแผน และการบริหารโครงการ ประชาชนจะมีส่วนร่วมจริงๆในกลไกการวางแผน แต่การตัดสินใจในเรื่องความสมเหตุสมผล และความคงอยู่ของโครงการยังเป็นสิทธิของผู้กำหนดโครงการ การมีส่วนร่วมแบบนี้จึงมีในระดับต่ำกว่าระดับที่เหมาะสม

7) การจับมือกัน (Handclasp) ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ตั้งแต่การกำหนดโครงการจนดำเนินการโครงการ การตัดสินใจจะทำงานร่วมกันระหว่างประชาชน และผู้ออกแบบโครงการ (Project designer) ปัญหาและประเด็นต่างๆจะถูกแก้ไขโดยการเจรจาต่อรอง และแลกเปลี่ยนความคิดอย่างเสรี มีการร่วมมือกันอย่างเป็นรูปธรรม (Concrete) ระหว่างผู้ได้รับประโยชน์และผู้มอบโครงการ เช่น การประสานงานในเรื่องทรัพยากร และการดำเนินโครงการให้มีความสำเร็จ การมีส่วนร่วมแบบนี้จะสูงกว่าระดับที่เหมาะสม

8) เสียงประชาชน (Vox populi) เสียงประชาชนจะได้รับการรับฟัง และพิจารณาความคิดความเห็น ข้อเสนอแนะและความรู้สึกของประชาชนจะมีน้ำหนัก ในกระบวนการตัดสินใจ ประชาชนจะมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการตัดสินใจจากการกำหนด (Formulation) จนถึงการประเมินผล (Evaluation) โครงการถ้ามีความคิดเห็นหรือปัญหา ระหว่างผู้ก่อให้เกิดโครงการและผู้ได้รับประโยชน์จากโครงการเกิดขึ้น ก็ต้องฟังเสียงประชาชนว่ามีความประสงค์อย่างไร การมีส่วนร่วมแบบนี้จะสูงมาก

9) เสียงประชาชนคือกฎหมาย (Vox populi est lex) การมีส่วนร่วมแบบนี้เป็นการที่ความต้องการของประชาชนมีความเข้มแข็งที่สุด ประชาชนจะตัดสินใจในโครงการด้วยตนเอง ตั้งแต่ชนิดของโครงการ ทิศทางโครงการ ทรัพยากรที่จะใช้ แหล่งที่มาของทรัพยากร (Where) ผู้ใช้ (By whom) และช่วงเวลาที่ใช้ (When) ประชาชนดำเนินงานในภาวะการถนัดนโยบายและโครงการอาจถูกเปลี่ยนแปลง ดัดแปลง และเปลี่ยนแปลงไป การมีส่วนร่วมจากท้องถิ่นจากกลุ่มไม่เป็นทางการเป็นตัวอย่างที่ดีของการมีส่วนร่วมแบบนี้ การมีส่วนร่วมจึงเป็นอุดมคติ ดังภาพที่ 2.3

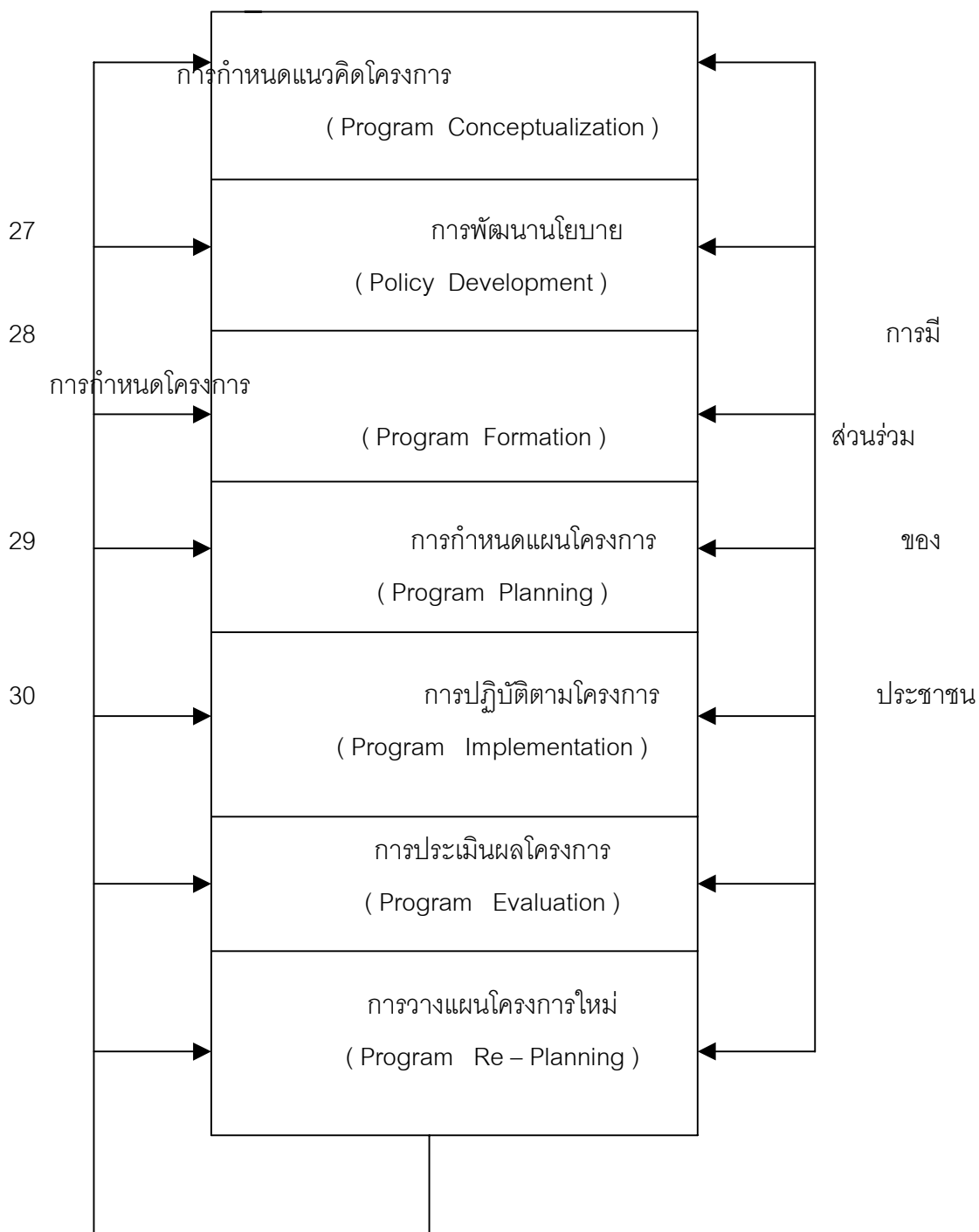


ภาพที่ 2.3 ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท

ชนิดและระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน (ปรับปรุงจาก Caayupan. P 32

อ้างอิงในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท , หน้า 61 อ้างใน วนิตา วิระกุล และ
 ถวิล เลิกชัยภูมิ 2543: 15)

และจุดที่ประชาชนจะรับเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาชนบท จึงต้องมีทุกๆขั้นตอน
 ในโครงการ ดังแสดงในภาพ



ภาพที่ 2.4 การเข้าไปมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาชนบท
(จาก Caayupan P.33 อ้างในวนิดา วิระกุล และถวิล เลิกชัยภูมิ 2543: 16)

4.7 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของประชาชน มีดังนี้

31 **4.7.1 ประชาชนตระหนักในปัญหาของตนเอง** และตระหนักที่จะมีส่วนร่วม
ในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาของตนเอง

32 **4.7.2 ประชาชนมีโอกาสใช้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่** ในรูปของ
ความคิด การตัดสินใจ และการกระทำได้อย่างเต็มที่

4.7.3 เป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์มาให้เกิดประโยชน์สูงสุด

33 **4.7.4 ประชาชนจะมีความรู้สึกในความเป็นเจ้าของ** ทำให้การพัฒนา
มีความมั่นคงถาวรและประหยัด

34 **4.7.5 จะเป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถ** และพลังของประชาชนใน
การพึ่งตนเอง

4.7.6 เป็นการส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย

**4.7.7 ประชาชนรับผิดชอบและมีอำนาจสูงสุดในการพัฒนาชุมชน
ของตนเอง**

4.7.8 เป็นการแสดงออกถึงการเคารพนับถือ เชื่อใจ ไว้วางใจ รักและศรัทธาใน
ประชาชนว่ามีความรู้ความสามารถ

โดยสรุป จากแนวคิดของการมีส่วนร่วมของประชาชนชี้ให้เห็นว่า
การมีส่วนร่วมของประชาชน มีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการพัฒนาประเทศและการพัฒนา
คุณภาพชีวิต ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อกิจกรรมงานพัฒนาต่างๆ จะบ่งบอกถึง
ความยั่งยืนของกิจกรรมงานพัฒนานั้นๆ ทั้งนี้เพราะเมื่อประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมจะทำให้
เกิดความรู้สึกการเป็นเจ้าของ จัดกิจกรรมและวางแผน ตลอดจนร่วมในการตรวจสอบคุณภาพ
ของผลการพัฒนาที่ได้รับ ดังนั้น แนวคิดการมีส่วนร่วมจึงสามารถนำมาใช้ในการจัดการ

35 พึ่งตนเองด้านสาธารณสุขได้อีกแนวคิดหนึ่ง

4.8 การมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถวัดได้โดยตัวชี้วัด 5 ด้าน (วัฒนา
โพธา และวสุธร ตันวัฒนกุล 2536: 20 - 21) คือ

4.8.1 มีการรวมกลุ่มของชุมชน และมีการวางแผนร่วมกันโดยใช้ข้อมูล

4.8.2 มีการระดมทุน เพื่อแก้ไขปัญหาที่จำเป็นต้องอาศัยเงินทุน โดยการ
จัดตั้งกองทุนหมุนเวียนในหมู่บ้าน

4.8.3 มีการพัฒนากำลังคนที่มีความรู้ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข
แต่ละเรื่องที่มีความสำคัญกับการจัดตั้ง ศสมช.

**4.8.4 มีการเรียนรู้หรือถ่ายทอดความรู้ระหว่างประชาชนในหมู่บ้าน
ต่าง ๆ หรือในชุมชนต่างกัน**

4.8.5 มีความสามารถในการดูแลสุขภาพอนามัยด้วยตนเอง

4.9 ปรีชา ดีสวัสดิ์ (2528: 41) กล่าวว่า ระบบที่สอดคล้องได้ดี คือ ระบบการจัดการของการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือระบบ Solidarity ระบบองค์กรชุมชน การบริหารจัดการนั่นเอง ไม่ว่าจะเป็นคน หรือเงิน หรือองค์กร พูดยถึงขบวนการจัดการ มี 3 องค์ประกอบ คือ คน องค์กร การจัดการ ถ้าทั้ง 3 องค์ประกอบนี้สามารถ Served PHC approach นั้นได้อย่างถึงที่สุด ชาวบ้านจะสามารถพึ่งตนเอง

4.10 สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (2541 อ้างใน ชีระพงษ์ แก้วหวางค์ 2543: 143) กล่าวว่า กลไกของรัฐแบบใหม่ที่ดูแลสุขภาพของประชาชนโดยรวม หนึ่งในกลไกนี้ คือ ส่งเสริมบทบาทขององค์กรชุมชน ประชาคม หรือประชาสังคม ในการพัฒนาสุขภาพ

4.11 พันธุ์ทิพย์ รามสูตร (2540 อ้างใน ชีระพงษ์ แก้วหวางค์ 2543: 147) กล่าวว่าในทัศนะของผู้นำการสาธารณสุขในสังคมไทยได้เสนอแนวความคิดการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน และทิศทางในอนาคต ซึ่งมีสาระสำคัญ คือ “การสาธารณสุขมูลฐานต้องเน้นบทบาทของครอบครัว ชุมชน และองค์กรอาสาสมัครมากขึ้นเรื่อยๆ หรือการพัฒนาที่เน้นที่ดิน หรือชุมชน เป็นฐาน (Community based organization) และแนวความคิดที่ใช้ชุมชนเป็นฐานของการพัฒนา ต้องเน้นการเป็นชุมชนที่ครอบครัว กลุ่มคน องค์กรชุมชน และอาสาสมัคร รวมทั้งสถาบันต่างๆของชุมชน เข้าร่วมมือกันพัฒนา โดยมีเป้าหมายสุขภาพและคุณภาพที่ดีร่วมกัน...”

จึงสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน (ประชาชน) คือการที่ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบ โดยมีการร่วมค้นหาปัญหา หาวิธีการแก้ปัญหา เพื่อที่จะร่วมพัฒนาชุมชน

5. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติงาน

ความรู้ (Knowledge) เป็นแนวทางอย่างหนึ่งของบุคคลในการที่จะนำไปใช้สำหรับการปฏิบัติ การที่บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจดี ก็จะไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง 36 ได้มีผู้ให้ความหมายของความรู้ ไว้ดังนี้

5.1 **ความรู้ตามความหมายในพจนานุกรม** เวบสเตอร์ (The Lexicon Webster Dictionary , 1977 อ้างใน พรพวรรณ เรียบัญญา 2535: 32) หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดขึ้นจากการศึกษาหรือค้นคว้า หรือเป็นความรู้เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของหรือบุคคล ที่ได้จากการสังเกต ประสบการณ์ หรือจากรายงาน การรับรู้ข้อเท็จจริงเหล่านี้ด้วยอาศัยเวลา

5.2 **เบนจามิน บลูม** (Benjamin Bloom อ้างใน ปราณี รามสูต 2528: 109) ได้ให้ความหมายว่าความรู้เป็นพฤติกรรม ซึ่งบุคคลจะแสดงให้เห็นได้โดยการเขียน พูด บอก อธิบาย แสดงเหตุผล หรือสามารถนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการแก้ปัญหาและในชีวิตประจำวันของตน

5.3 **บลูม** (Bloom อ้างใน สุรางค์ ไคว์ตระกูล 2541: 273) ได้แบ่ง 37 ความรู้ออกเป็นหมวดดังนี้

5.3.1 **ความรู้ที่เกี่ยวกับความจริงเฉพาะต่างๆ** โดยมีความรู้เกี่ยวกับ คำจำกัดความของสิ่งต่างๆ เช่น คำจำกัดความของคำว่า นาม กริยา เป็นต้น

5.3.2 **ความรู้เกี่ยวกับวิธีการที่จะใช้เกี่ยวกับสิ่งเฉพาะต่างๆ** เช่น ความรู้ 38 เกี่ยวกับการแบ่งประเภทหรือการจัดกลุ่ม ตัวอย่างเช่น การปกครองแบบประชาธิปไตย และการปกครองแบบอิตาลี เป็นต้น

5.4 **ฟลาวเวล** (อ้างใน สุรางค์ ไคว์ตระกูล 2541: 227) กล่าวว่า ความรู้เกี่ยวกับการรู้คิดของตนเองขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 อย่างคือ

5.4.1 **บุคคล** (Person) หมายถึง ความสามารถของผู้เรียนที่จะมีความรู้เกี่ยวกับตนเองในฐานะผู้เรียน เช่น ระดับความสามารถ ลีลาในการเรียนรู้ที่ตนเอง

5.4.2 **งาน** (Task) ความรู้เกี่ยวกับงานที่จะต้องเรียนรู้ รวมทั้งระดับความยากง่ายของงาน

5.4.3 **ยุทธศาสตร์** (Strategy) ที่ใช้ในการเรียนรู้งาน หรือสิ่งที่จะต้องเรียนรู้ ขึ้นอยู่กับวัยของผู้เรียน

5.5 **สุรางค์ ไคว์ตระกูล** (2541: 318) ได้สรุปว่า ความรู้เกี่ยวกับการรู้คิด

ของตนเอง นักจิตวิทยาพบว่า คนที่คิดเป็นหรือมีทักษะในการคิดจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการ
รู้คิดของตนเอง สามารถดูแลและควบคุมตรวจสอบการคิดของตนเอง พร้อมกับประเมินว่า
วิธีการคิดหรือเทคนิคการคิดที่ใช้เหมาะสม หรือและพร้อมที่จะเปลี่ยนเทคนิคที่ใช้

5.6 **พรพรรณ เกียรปัญญา** (2535: 32) ได้สรุปว่า ความรู้คือข้อเท็จจริงต่างๆ
ที่มนุษย์ได้รับจากประสบการณ์ การค้นคว้า ศึกษา สังเกต และมีการสะสมไว้ สามารถจำได้
โดยอาศัยความสามารถ และทักษะทางสติปัญญา

5.7 **สุรเชษฐ์ ญาณะโค** (2536: 6) ได้สรุปว่า ความรู้หมายถึง สิ่งที่เกิดจาก
การสัมผัสระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น การได้ยิน ได้ฟัง ได้เห็นประสบการณ์ต่างๆที่มนุษย์ได้
มาจากสภาพแวดล้อมรอบๆตัว อันนำไปสู่ความนึกคิดและการแสดงพฤติกรรมต่างๆ

จากแนวคิดดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า ความรู้หมายถึง ข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับเรื่อง
ราวต่างๆที่บุคคลได้สัมผัสมา แล้วนำมาแสดงออกเป็นพฤติกรรมในด้านการคิด พูด เขียน และ
สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงานให้ออกมาเป็นเรื่องราวต่างๆ

6. แนวคิดการทำงานเป็นทีม

39 เนื่องจากการบริหารงานในปัจจุบัน ภายใต้สภาวะการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว
ของสิ่งแวดล้อมภายนอกองค์กร ดังนั้นหนทางที่จะช่วยให้งานสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงต้อง
อาศัยทีมงานที่มีประสิทธิภาพ เพื่อร่วมทำงาน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความสำเร็จขององค์กร

6.1 ทีมงาน

การสร้างทีมงาน คือ กระบวนการพื้นฐานของการพัฒนากลุ่มคนที่ทำงานด้วย
กัน เพื่อว่าเขาเหล่านั้น สามารถเรียนรู้ว่าทำอย่างไรจึงจะสามารถบรรลุเป้าหมายของแต่ละคน
ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยที่บรรลุเป้าหมาย ความสำเร็จของทีม หรือองค์การ
ด้วยกัน ในขณะที่เดียวกันเป็นการพัฒนาการทำงานอย่างมีชีวิตชีวา โดยมองเห็นว่าสมาชิกของ
ทีมงานนั้นเป็นผู้มีชีวิตจิตใจ ไม่ใช่ทำงานในลักษณะเครื่องจักร

(สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2532: 41)

6.2 **เอกชัย กี่สุขพันธ์** (2538: 137) ได้ให้ความหมายของการทำงานเป็นทีมว่า
การทำงานเป็นทีม (Team work) หมายถึง การประสานงานที่ดี และสามารถผสมกลมกลืน
กันได้อย่างมีประสิทธิภาพในการทำงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการทำงานร่วมกัน

6.3 **สมศักดิ์ สุเมธยาจารย์** (2542: 21) ให้ความหมายว่าการทำงานเป็นทีม
หมายถึง การที่กลุ่มบุคคลมาร่วมปฏิบัติงานตามหน้าที่และความรับผิดชอบโดยมีวัตถุประสงค์

หรือจุดมุ่งหมายร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสาร ประสานงาน ตัดสินใจ ร่วมมือร่วมใจกันเพื่อให้งานที่รับผิดชอบนั้นบรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

6.4 นัตตะวุฒิ ภิรมย์ไทย (2543: 76) ได้ให้ความหมายว่า การทำงานเป็นทีม หมายถึง การที่บุคคลหลายคน กระทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ มีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบร่วมกัน มีความสัมพันธ์กันและมีจุดประสงค์หรือความคาดหวังร่วมกัน

6.5 นพดล ลิ้มสุรัตน์ (2536: 40) ได้ให้ความหมายของทีมงานว่า ทีมงานคือบุคคลมากกว่า 1 คนมารวมตัวกัน มีเป้าหมายร่วมกัน แบ่งหน้าที่กัน มีปฏิริยาและการรับรู้ต่อการรวมตัวกันของทีม

จากความหมายต่างๆดังกล่าวข้างต้น การทำงานเป็นทีม จึงหมายถึง การที่มีบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมาร่วมกันทำงานโดยมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน เพื่อที่จะให้การปฏิบัติงานนั้นๆสำเร็จด้วยความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

6.6 ดักลาส แมกเกรเกอร์ (Douglas Megregor) อ้างใน Wendell L. French & Cecil H. Bell, JR 1983: 118) ได้แบ่งลักษณะของกลุ่มที่ดี ควรมีดังต่อไปนี้

- 6.6.1 **บรรยากาศของกลุ่มเป็นกันเอง** เหมาะสมและไม่เป็นทางการ
- 6.6.2 **งานของกลุ่มต้องเป็นที่เข้าใจ** และเป็นที่ยอมรับของสมาชิก
- 6.6.3 **สมาชิกต้องตั้งใจฟังซึ่งกันและกัน** และมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือ
- 40 ในงานอย่างแท้จริง
- 6.6.4 **ต้องยอมรับทั้งความรู้สึกและความคิด**
- 6.6.5 **ความขัดแย้งและไม่ตกลงกันที่มีในปัจจุบัน** แต่จะมีจุดศูนย์รวมด้วย
- 41 ความคิดและวิธีปฏิบัติ ไม่ใช่บุคลิกของแต่ละคน
- 6.6.6 **กลุ่มอยู่ใต้จิตสำนึกของการปฏิบัติแต่ละคน**
- 6.6.7 **การตัดสินใจควรอยู่บนพื้นฐานของข้อสรุปตกลง** ไม่ใช่เสียงลงมติ
- 6.6.8 **เมื่อเกิดการตัดสินใจขึ้นแล้ว** ต้องให้หน้าที่ที่มอบหมายที่ชัดเจน และเป็นที่ยอมรับของสมาชิก

6.7 การทำงานเป็นทีม มีองค์ประกอบดังนี้ (TEAMWORK) (เอกชัย กี่สุขพันธ์ 2538: 139 - 147)

T = TRUST	ความไว้วางใจ เชื่อใจกัน
E = EMPATHY	ความเข้าใจ เห็นใจกัน
A = AGREEMENT	ความเห็นร่วมกัน
M = MUTUAL BENEFIT	ผลประโยชน์ร่วมกัน

W = WILLINGNESS	ความเต็มใจ
O = OPPORTUNITY	ให้โอกาสกับทุกคนในทีม
R = RECOGNITION	การยอมรับซึ่งกันและกัน
K = KNOWLEDGE TRANSFER	การแลกเปลี่ยนความรู้และ ประสบการณ์ในการทำงานร่วมกัน

6.8 องค์ประกอบที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม

องค์ประกอบที่ส่งเสริมให้เกิดการทำงานเป็นทีมที่ดีขึ้นมีดังนี้

6.8.1 ผู้นำ - มีความยุติธรรม มีหลักการ มีเหตุผล ความเป็นเพื่อนร่วมงาน
42 จะสามารถสร้างบรรยากาศในการทำงานเป็นทีมได้ดี

6.8.2 การสื่อสาร - การสื่อสารแบบเปิด ทำให้สมาชิกของทีมได้รับรู้ปัญหา
การทำงาน นโยบายการปฏิบัติงาน ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงต่างๆเกี่ยวกับงานได้อย่างทั่วถึง

6.8.3 โอกาส - หมายถึงการให้โอกาสพนักงานทุกคนได้พัฒนาทักษะ และ
ความสามารถในการทำงานอย่างสม่ำเสมอและให้โอกาสเขาได้ตัดสินใจเกี่ยวกับงานของเขาได้
มากที่สุด

6.8.4 การกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ในการปฏิบัติงานให้ชัดเจน
ลักษณะงาน และทิศทางไหลของงาน ที่เข้าใจตรงกัน ตลอดจนขอบเขตอำนาจหน้าที่
ของแต่ละคน

6.8.5 การมีส่วนร่วม เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกของทีมงานได้มีส่วนร่วม
ในการทำงานให้มากที่สุด การมีส่วนร่วมนั้นนอกจากจะทำให้เกิดความผูกพันกับทีมแล้วยังมีส่วน
ทำให้ใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

6.8.6 การประชุมปรึกษาหารือ การประชุมปรึกษาหารือกันในที่ทำงาน ไม่ว่าจะ
จะมีการประชุมอย่างเป็นทางการ หรือไม่เป็นการ เป็นวิธีหนึ่งที่จะสร้างความเข้าใจร่วมกันใน
การทำงาน ไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การกำหนดนโยบาย หรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆในที่ทำงาน

6.9 ทีมงานที่ดีควรมีลักษณะดังต่อไปนี้ (เอกชัย กี่สุขพันธ์ 2538: 139 - 140)

6.9.1 มีการกำหนดนโยบาย จุดมุ่งหมาย และวัตถุประสงค์ในการทำงานที่
43 ชัดเจน

6.9.2 สมาชิกทุกคนของทีมงานรับรู้นโยบาย จุดมุ่งหมาย และวัตถุประสงค์
ประสงค์ในการทำงานอย่างทั่วถึงด้วยความเข้าใจตรงกัน

6.9.3 สมาชิกมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและตัดสินใจ ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง
งานของตนเองมากที่สุด

6.9.4 **การกำหนดบทบาท** หน้าที่ความรับผิดชอบ ต่อการปฏิบัติงานของสมาชิกต้องมีความชัดเจน และเข้าใจตรงกัน

6.9.5 **การสื่อสารแบบเปิด** (Open communication) เพื่อให้สมาชิกทุกคนรับทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆได้อย่างทั่วถึง ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารแบบบนลงล่างหรือแบบล่างขึ้นบนก็ตาม

6.9.6 **มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ใหม่ๆ** ในการปฏิบัติงานอยู่เสมอ

6.9.7 **การแก้ปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้น** ไม่ว่าจะมีความสาเหตุมาจากอะไรก็ตาม จะต้องคำนึงถึงความพอใจของทุกฝ่ายเป็นสำคัญ

6.9.8 **ต้องมีความเชื่อใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน** ในหมู่สมาชิกของทีม

6.9.9 **สมาชิกแต่ละคนมีความจริงจัง** และความซื่อสัตย์ต่อหน่วยงาน

6.10 **ขั้นตอนการสร้างทีม** (เอกชัย กี่สุขพันธ์ 2538: 146 - 147)

6.10.1 **การกำหนดภารกิจหรืองานที่จะทำ**

6.10.2 **สร้างความเข้าใจกับสมาชิก**

6.10.3 **ระดมความคิด**

6.10.4 **คัดเลือกความคิด**

6.10.5 **กำหนดแผนปฏิบัติงาน**

6.10.6 **การปฏิบัติตามแผน**

6.10.7 **การประเมินผล**

6.11 **คุณสมบัติที่จำเป็นสำหรับนักสร้างทีมงานที่ดี** (นัตถะวุฒิ ภิรมย์ไทย 2543: 77)

6.11.1 **มีข้อมูลที่เพียงพอ**

6.11.2 **มีประสบการณ์การทำงานร่วมกับนักสร้างทีมงาน**

6.11.3 **มีความยืดหยุ่น**

6.11.4 **มีทักษะในการให้ข้อมูลย้อนกลับ**

6.11.5 **มีความเข้าใจที่ดีพอเกี่ยวกับการสร้างทีมงาน**

6.11.6 **มีเป้าหมายที่ชัดเจน**

6.11.7 **มีสภาพเป็นที่ยอมรับแก่สมาชิก**

6.11.8 **การใช้แหล่งทรัพยากรอื่นๆ**

6.11.9 **มีทักษะในการฝึกทีมงาน**

6.12 **หลักปฏิบัติในการทำงานเป็นทีม** (นัตถะวุฒิ ภิรมย์ไทย 2543: 78)

6.12.1 **ต้องมีอุดมการณ์ที่แน่นอนและสมาชิกทุกคนยอมรับ**

6.12.2 **ยึดความถูกต้อง ไม่จำเป็นต้องถูกใจ**

6.12.3 **ประนีประนอมโดยมีน้ำใจของความร่วมมือ**

- 6.12.4 อภัยซึ่งกันและกัน
- 6.12.5 อย่าพยายามเอาเปรียบกัน
- 6.12.6 ถือว่าทุกคนมีความสำคัญเท่ากัน
- 6.12.7 เคารพในสิทธิและเสรีภาพส่วนตัวของผู้อื่น
- 6.12.8 อย่าเด่นแต่ผู้เดียว ต้องเด่นทั้งทีม
- 6.12.9 ถือว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติ
- 6.12.10 เมื่อมีข้อสงสัยให้ชี้แจงทำความเข้าใจกันชัดเจน
- 6.12.11 รู้จักแบ่งงานและประสานงานกัน
- 6.12.12 มีความเป็นอิสระในการทำงานพอสมควร
- 6.12.13 ต้องปฏิบัติตามกฎและระเบียบของทีมโดยเคร่งครัด
- 6.12.14 ยอมรับผิดเมื่อทำผิด

6.12.15 เมื่อเกิดความขัดแย้งในกลุ่มให้ถือว่า เป็นการมอง
 ปัญหาคนละด้านดังนั้นการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้งานสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

7. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ

ราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525: 389 ให้ความหมายไว้ว่า ทัศนคติ คือ
 แนวความคิดเห็น

7.1 นิยามของทัศนคติ

คำว่า "ทัศนคติ" ตรงกับภาษาอังกฤษว่า "Attitude" มีรากศัพท์มาจาก
 ภาษาละตินว่า "Aptus" แปลว่า โน้มเอียง เหมาะสม มีผู้ใช้คำอื่นในความหมายเดียวกัน
 เช่น "เจตคติ" หรือ "เจตณคติ" ซึ่งมีนักศึกษาและนักวิจัยให้นิยามหรือคำจำกัดความ
 (รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธุ์ 2533: 9) พอสรุปได้ดังนี้

7.1.1 **ออสแคมป์ เฟ็ทตี้ และคาซิออปโฟ** (Oskamp , 1977: Petty α
 Cacioppo 1981 อ้างในสิทธิโชค วรานุสันติกุล : 107) ได้ให้นิยามของทัศนคติ หมายถึง
 ความรู้สึก ความเชื่อ และแนวโน้มของพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อบุคคลหรือสิ่งของ หรือ
 ความคิด ฯลฯ ความรู้สึก ความเชื่อ และแนวโน้มของพฤติกรรมนี้ต้องคงอยู่นานพอสมควร

7.1.2 **เฟสติงเจอร์** (Festinger อ้างในปราณี รามสูตร 2528: 185)
 กล่าวว่า ทัศนคติ คือ ความรู้ (Knowledge) ความเห็น (Opinion) และความเชื่อถือ
 (Belief) ของบุคคลที่มีสิ่งต่างๆซึ่งมีอิทธิพลต่อการกระทำของคนๆนั้นต่อสิ่งนั้นๆ

7.1.3 เซอร์ริฟ และ เซอร์ริฟ (Carolyn W Sherif and Muzaffer Sherif) อ้างใน ปรานี รามสูต 2528: 185) กล่าวว่า ทักษะคติเป็นกระบวนการของความพร้อมที่จะทำให้นบุคคลมีปฏิกิริยาโต้ตอบในทางบวกหรือลบต่อสิ่งแวดล้อมที่มากกระตุ้น

7.1.4 เฮอร์สโตน (Thurstone 1946 อ้างใน สมศักดิ์ สุเมธยาจารย์ 2542: 25) กล่าวว่า ทักษะคติเป็นผลรวมทั้งหมดของมนุษย์เกี่ยวกับความรู้สึก อคติ ความคิด ความกลัวต่อบางสิ่งบางอย่าง การแสดงออกทางด้านคำพูดเป็นความคิด และความคิดนี้เป็นลักษณะของทักษะคติ ดังนั้นถ้าเราจะวัดทักษะคติเราก็สามารถที่จะวัดได้โดยวัดความคิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ ทักษะคติเป็นระดับความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกและลบที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นอะไรก็ได้ในหลายอย่าง เป็นต้นว่า บุคคล สิ่งของ บทความ องค์การ ความคิด ฯลฯ ความรู้สึกเหล่านี้บอกถึงความแตกต่างว่าจะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

7.1.5 บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ (2534: 112) ได้สรุปว่า ทักษะคติ หมายถึง กิริยาท่าทีรวมๆของบุคคลที่เกิดจากความโน้มเอียงของจิตใจ และแสดงออกต่อสิ่งเข้าหนึ่งๆ โดยแสดงออกไปทางสนับสนุน มีความรู้สึกเห็นดีเห็นชอบต่อสิ่งเข้านั้น หรือแสดงออกในทางต่อต้าน ซึ่งมีความรู้สึกที่ไม่เห็นชอบต่อสิ่งเข้านั้นๆ

7.1.6 ปรานี รามสูต (2528: 186) กล่าวว่า ทักษะคติ หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ ความเห็น ความรู้สึก และความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งของ บุคคล หรือสถานการณ์เป็นอย่างไรไป อันมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้นๆ บุคคลนั้นๆ หรือเหตุการณ์นั้นๆ

7.1.7 สมศักดิ์ สุเมธยาจารย์ (2542: 27) สรุปว่า ทักษะคติ หมายถึง การแสดงความรู้สึกหรือความนึกคิดออกมาในเชิงบวกหรือเชิงลบ ซึ่งขึ้นกับพื้นฐานความเชื่อหรือประสบการณ์ที่เคยได้รับของแต่ละบุคคล

7.1.8 พรพรรณ เขียรปัญญา (2535: 33) ได้กล่าวโดยสรุปว่า ทักษะคติ คือสภาวะของจิตใจ ซึ่งรวมทั้งความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มที่จะสนองตอบของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ และสถานการณ์ต่างๆอาจจะเป็นไปในทางบวกหรือทางลบก็ได้ โดยเริ่มจากบุคคลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งนั้นก่อน แล้วทำการประเมินค่าสิ่งนั้น ตามประสบการณ์ การเรียนรู้ที่ผ่านมา โดยเก็บเอาไว้เป็นอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด สะสมไว้เป็นความตั้งใจ แล้วจึงสะท้อนความรู้สึกนั้นออกมาเป็นพฤติกรรม

7.1.9 รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธ์ (2533: 12) ได้ให้ความหมายของทักษะคติว่า ทักษะคติ หมายถึง ศักยภาพภายในของบุคคลที่มีแนวโน้มแสดงออกทางพฤติกรรมในทิศทางบวก ทิศทางลบ หรือเป็นกลาง

กล่าวโดยสรุป ทศนคติ หรือเจตคติ หมายถึง ความโน้มเอียงของจิตใจ ที่แสดงออกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าต่างๆที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งอาจแสดงออกทางด้าน คำพูด ความคิด และมีระดับมากน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้นนั้นๆ

7.2 องค์ประกอบของทศนคติ (บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ 2535: 235 - 236)

ตามแนวความคิดของนักจิตวิทยาได้เสนอองค์ประกอบของทศนคติไว้เป็น 44 3 แนว ดังนี้

7.2.1 ทศนคติ มี 3 องค์ประกอบ นักจิตวิทยาในกลุ่มนี้เสนอว่า ทศนคติ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1) องค์ประกอบด้านความรู้ (Cognitive component) ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ความคิดและความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อที่หมายของทศนคติ (Attitude object) เช่น ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ การที่จะแสดงความรู้สึกต่อการสูบบุหรี่ไปในทางชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยนั้น จะต้องมีความเข้าใจก่อนว่า " บุหรี่ " คืออะไร การสูบบุหรี่มีคุณและมีโทษอย่างไร

2) องค์ประกอบด้านท่าทีความรู้สึก (Affective component) ได้แก่ ความรู้สึกชอบ - ไม่ชอบ หรือท่าทีที่ดีหรือไม่ดีต่อที่หมายของทศนคติเป็นภาวะความรู้สึกที่สนองตอบต่อสิ่งเร้าหรือต่อที่หมายไปในทางดีหรือไม่ดี หรือในทางบวก (Positive) หรือในทางลบ (Negative) ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากองค์ประกอบด้านความรู้

3) องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ (Behavioral component) ได้แก่ แนวโน้มหรือความพร้อมของบุคคลที่จะปฏิบัติต่อที่หมายของทศนคติ หากมีสิ่งเร้าหรือที่หมายของทศนคติที่เหมาะสมจะเกิดการปฏิบัติ หรือมีปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง

นักจิตวิทยาที่สนับสนุนว่า ทศนคติมี 3 องค์ประกอบ ที่สำคัญ ได้แก่ Kretch , Crutchfield , Pallachey และ Triandis (อังใน ธีรพร อุวรรณโณ 2527 อังใน บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ 2535: 235) นักจิตวิทยาเหล่านี้จะให้ความหมายของทศนคติ โดยครอบคลุมองค์ประกอบทั้งสามอย่างครบถ้วน และเห็นว่าองค์ประกอบทั้งสามมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน

7.2.2 ทศนคติ 2 องค์ประกอบ แนวความคิดนี้ระบุว่า ทศนคติมีเพียง 2 องค์ประกอบเท่านั้น ได้แก่ องค์ประกอบด้านความรู้กับองค์ประกอบด้านท่าทีความรู้สึก นักจิตวิทยาที่สนับสนุนแนวความคิดนี้ ได้แก่ Katz , Rosenberg จึงให้ความหมายทศนคติ รวมเฉพาะสององค์ประกอบนี้ อย่างเช่น Rosenberg ให้ความหมายของทศนคติว่า เป็นโครงสร้างรวมระหว่างความรู้กับท่าทีความรู้สึก

7.2.3 ทศนคติองค์ประกอบเดียว แนวความคิดนี้ระบุว่า ทศนคติมีองค์ประกอบเดียวคือ องค์ประกอบด้านท่าทีความรู้สึก ซึ่งแสดงออกหรือตอบสนองต่อที่หมายของทศนคติไปในทางชอบหรือไม่ชอบ หรือดี หรือไม่ดี นักจิตวิทยาที่สนับสนุนแนวความคิดนี้ได้แก่ Bem, Fishbein & Ajzen Insko และ Thurstone

ในบรรดาแนวความคิดทั้ง 3 ดังกล่าว แนวความคิดที่ถือว่าทศนคติมีองค์ประกอบด้านท่าทีความรู้สึกเพียงอย่างเดียวได้รับความนิยมและยอมรับมากที่สุดในปัจจุบัน

7.3 ลักษณะทั่วไปของทศนคติ (รวิวรรณ อังคนุรักษ์พันธุ์ 2533: 14 - 15)

ทศนคติเป็นความรู้สึกที่ขี้งถึงลักษณะของจิตใจ อารมณ์ของบุคคล ซึ่งอาจเป็นลักษณะที่ไม่แสดงออกมาให้บุคคลอื่นเห็นหรือเข้าใจก็ได้ ซึ่งมีลักษณะทั่วไปที่สำคัญ 5 ประการ ดังนี้

7.3.1 ทศนคติเป็นเรื่องของอารมณ์ (Feeling) อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามเงื่อนไขหรือสถานการณ์ต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลจะมีการกระทำที่เสแสร้ง โดยแสดงออก

ไม่ให้ตรงกับความรู้สึกของตน เมื่อเขาารู้ตัวหรือรู้ว่ามีคนสังเกต

7.3.2 ทศนคติเป็นเรื่องเฉพาะตัว (Typical) ความรู้สึกของบุคคลอาจเหมือนกันแต่รูปแบบการแสดงออกแตกต่างกันออกไป หรืออาจมีการแสดงออกที่เหมือนกัน

47 แต่ความรู้สึกต่างกันได้

7.3.3 ทศนคติมีทิศทาง (Direction) การแสดงออกของความรู้สึกสามารถแสดงออกได้สองทิศทาง เช่น ทิศทางบวก เป็นทิศทางที่สังคมปรารถนา และทิศทางลบเป็นทิศทางที่สังคมไม่ปรารถนา ได้แก่ ซื่อสัตย์ - คดโกง ชอบ - ไม่ชอบ ขยัน - ขี้เกียจ เป็นต้น

7.3.4 ทศนคติมีความเข้ม (Intensity) ความรู้สึกของบุคคลอาจเหมือนกันในสถานการณ์เดียวกัน แต่อาจแตกต่างกันในเรื่องความเข้มที่บุคคลรู้สึกมากน้อยต่างกัน เช่น รักมาก - รักน้อย ขยันมาก - ขยันน้อย เป็นต้น

7.3.5 ทศนคติต้องมีเป้า (Target) ความรู้สึกจะเกิดขึ้นลอยๆไม่ได้ เช่น 48 รักพ่อแม่ ขยันเข้าชั้นเรียน ขี้เกียจทำการบ้าน เป็นต้น

7.4 การเกิดทศนคติ (ปราณี รามสูต 2528: 187 - 188)

ทศนคติไม่ใช่สิ่งที่ได้ติดตัวมาแต่กำเนิด ทศนคติเกิดมาเนื่องจากการที่บุคคลได้ปะทะสัมผัสกับสิ่งแวดล้อม นั่นก็คือ ทศนคติเกิดเนื่องมาจากประสบการณ์หรือการเรียนรู้

ซึ่งเซคคอร์ดและเบคแมน กล่าวว่า สิ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อการเกิดทัศนคติของบุคคลนั้นอาจเป็น
รูปธรรมหรือนามธรรมก็ได้ อาจเป็นสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวบุคคลนั้น ลักษณะประจำตัวของคนๆนั้น หรือ
อาจเป็นสิ่งที่อยู่ห่างไกลตัวออกไปก็ได้ อาจกล่าวสรุปเป็นข้อๆได้ว่าทัศนคติของบุคคลเกิดได้จาก
สิ่งต่อไปนี้ คือ

7.4.1 การอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก

7.4.2 การศึกษาเล่าเรียน

7.4.3 ประสบการณ์ครั้งแรกๆในสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคล

7.4.4 วัฒนธรรมภายในสังคม เช่น ความเชื่อทางศาสนา แนวคิดหรือ

49 หลักในการดำรงชีวิตของสังคมนั้นๆ การให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ ฯลฯ

7.4.5 รับการถ่ายทอดมาจากบุคคลอื่น หรือจากสังคมที่บุคคลนั้นๆเข้าไปเป็น

50 สมาชิกอยู่

7.4.6 สื่อมวลชนต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ฯลฯ เป็นต้น

7.4.7 ทัศนคติของแต่ละบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อมจะออกมาในรูปใด

นอกจากจะขึ้นกับอิทธิพลต่างๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว ยังขึ้นกับลักษณะส่วนตัวหรือบุคลิกภาพของ
ผู้นั้นเองด้วย คือ ถ้าเป็นคนที่คล้อยตามผู้อื่นโดยง่าย ไม่เป็นตัวของตัวเอง สิ่งแวดล้อมก็ย่อมมี
อิทธิพลต่อทัศนคติของเขามาก แต่ถ้าไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นของใคร เอาแต่ใจตัวเอง เป็น
ตัวของตัวเองมาก สิ่งแวดล้อมก็มีอิทธิพลต่อทัศนคติของเขาน้อย คือ ทัศนคติของเขามักโน้มเอียง
ไปตามความคิดเห็นดั้งเดิมของตัวเอง เช่น ถ้าเป็นคนมองโลกในแง่ดีชอบผูกไมตรีกับคน ทั่วไป
ก็มักจะมีทัศนคติในทางที่ดีกับเพื่อนหรือกับบุคคลที่อยู่รอบข้าง เป็นต้น

7.5 การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

(ชม ภูมิภาค 2523: 90 อ้างใน สมศักดิ์ สุเมธยาจารย์ 2542: 28 - 29)

กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้ทัศนคติเปลี่ยนแปลง ได้แก่

7.5.1 แหล่งที่มาของสิ่งสื่อสาร ได้แก่ ศักดิ์ศรีของผู้สื่อสาร ความสนใจ

ความชอบพอกัน ลักษณะความคล้ายกันของกลุ่มอ้างอิงบุคคลที่มีชื่อเสียง

7.5.2 ตัวเนื้อหาที่สื่อสาร เช่น ความใหม่ของเนื้อหา ความพึงพอใจ หรือ

ไม่พึงพอใจของเนื้อหา

7.5.3 สถานการณ์ เช่น การใช้บางสิ่งหนุนสิ่งที่ต้องการกระตุ้นให้เกิดการ

ตกใจกลัว การหันเหความสนใจไปทางอื่น ตลอดจนความกดดันของกลุ่ม และสรุปว่าการ
เปลี่ยนแปลงทัศนคติประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้น คือ

1) การใส่ใจ (Attention) เป็นการสนใจหรือใส่ใจในการรับฟัง

ถ้าบุคคลไม่ใส่ใจที่จะฟังแล้ว กระบวนการต่อไปก็จะไม่เกิดขึ้น และไม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ สิ่งที่ทำให้คนสนใจฟัง ได้แก่ ผู้สื่อความและเนื้อหาสาระนั้น

2) ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความเข้าใจในความหมายของสารนั้น ความยากหรือง่ายเกินไป จะทำให้ผู้ฟังไม่สนใจฟัง ไม่เข้าใจ

3) การยอมรับ (Acceptance) เป็นผลมาจากการใส่ใจและความเข้าใจ

4) การคงอยู่ (Retention) เป็นความคงทนหรือเป็นความจำซึ่งเวลาผ่านไป เจตคติอาจจะคงอยู่หรือเปลี่ยนไปก็ได้

5) การกระทำ (Action) เมื่อบุคคลเปลี่ยนเจตคติก็จะเปลี่ยนด้านการกระทำด้วย

7.6 หลักการวัดทัศนคติ (บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ 2535: 236)

การวัดทัศนคติมีหลักการเบื้องต้นที่ต้องทำความเข้าใจ 3 ประการ คือ

7.6.1 **เนื้อหา** (Content) การวัดทัศนคติต้องมีสิ่งเร้าไปกระตุ้นให้แสดงกริยาทำที่ออกมา สิ่งเร้าโดยทั่วไปได้แก่เนื้อหาที่ต้องการวัด เช่น ต้องการวัดทัศนคติต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตครอบครัวของคุณ เนื้อหาที่เป็นสิ่งเร้าในที่นี้ก็คือ สถานการณ์การตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตครอบครัวและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นต้น

7.6.2 **ทิศทาง** (Direction) การวัดทัศนคติโดยทั่วไปกำหนดให้ทัศนคติมีทิศทางเป็นเส้นตรงและต่อเนื่องกัน ในลักษณะเป็นซ้าย - ขวา หรือบวกกับลบ กล่าวคือเริ่มจากเห็นด้วยอย่างยิ่งและลดความเห็นด้วยลงเรื่อยๆจนถึงมีความรู้สึกเฉยๆ และลดต่อไปเป็นไม่เห็นด้วย จนไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ลักษณะของการเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอยู่เป็นเส้นตรงเดียวกัน และต่อเนื่องกัน

7.6.3 **ความเข้มข้น** (Intensity) กริยาทำที่หรือความรู้สึก ที่แสดงออกต่อสิ่งเร้านั้นมีปริมาณมากน้อยแตกต่างกัน ถ้ามีความเข้มข้นสูงไม่ว่าจะเป็นไปในทิศทางใดก็ตามจะมีความรู้สึกหรือกริยาทำที่รุนแรงมากกว่าที่มีความเข้มข้นเป็นกลาง

7.7 ข้อควรคำนึงในการวัดทัศนคติ (บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ 2535: 236 - 237)

51 การวัดทัศนคติมีความจำกัดในตัวของมันเองหลายประการ ซึ่งในการสร้าง

แบบวัดจะต้องคำนึงที่สำคัญ ได้แก่

7.7.1 ทัศนคติเป็นตัวแปรทางจิตวิทยา ในลักษณะตัวแปรสมมติ

(Hypothetical or Latent variable) ซึ่งในการศึกษาต้องอาศัยเทคนิค วิธีการที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ไม่สามารถสังเกตได้โดยง่าย ฉะนั้น ถ้าหากจะวัดทัศนคติให้ได้จริงๆ นอกจากต้องใช้เวลาศึกษานานแล้วยังต้องระมัดระวังในการสร้างแบบวัดทัศนคติเป็นพิเศษอีกด้วย

7.7.2 ทัศนคติที่วัดได้นั้นเป็นเพียงส่วนหนึ่งของทัศนคติทั้งหมดเท่านั้น

กล่าวคือ ทัศนคติในเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้นเป็นกริยาทำที่ทั้งปวงของบุคคลที่แสดงออกให้เห็น แต่ในการวัดจะเลือกกริยาทำที่แสดงออกให้เห็นเป็นเพียงบางส่วนเท่านั้น ฉะนั้น การเลือกกริยาทำที่ที่แสดงออกให้เห็นนั้นจะต้องเลือกให้เป็นตัวแทนของกริยาทำที่ทั้งหลายทั้งปวงที่บุคคลแสดงออกให้เห็น นั่นคือ ข้อความวัดทัศนคติที่สร้างต้องครอบคลุมประเด็นทัศนคติที่ต้องการวัดทั้งหมด

7.7.3 ทัศนคติเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก ฉะนั้น ในการวัดทัศนคติจะต้องไม่ถามเกี่ยวกับข้อเท็จจริง และข้อความทัศนคติที่ใช้ถามต้องไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิดอย่างเด่นชัด

7.7.4 ทัศนคติเป็นเรื่องที่ยังมีความหมายที่ไม่แน่นอน และมีขอบเขต

กว้างขวางมาก การวัดทัศนคติในแต่ละครั้งจึงต้องให้ความหมายและขอบเขตของทัศนคติในเรื่องนั้นให้ชัดเจน มิฉะนั้นอาจจะทำให้วัดทัศนคติผิดโดยไม่ตั้งใจ หรือวัดบางส่วนของทัศนคติที่ต้องการเท่านั้น หรือไม่ก็วัดทัศนคติหลายเรื่องพร้อมๆกัน ทั้งๆที่ต้องการวัดเพียงเรื่องเดียว

7.7.5 ทัศนคติเป็นเรื่องที่เปลี่ยนแปลงได้ และการเปลี่ยนแปลงของ

ทัศนคติในแต่ละเรื่องนั้นจะแตกต่างกัน ทัศนคติบางเรื่องมีความคงทนอยู่ได้นานกว่าทัศนคติในบางเรื่อง เช่น ทัศนคติต่อการเมือง หรือพรรคการเมืองจะคงทนอยู่ได้นานกว่า ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา เป็นต้น ฉะนั้น การวัดทัศนคติจะต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงและความคงอยู่ของทัศนคตินั้นๆด้วย

7.8 หลักการทั่วไปในการสร้างข้อความวัดทัศนคติ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ 2535: 237 - 238) แบบวัดทัศนคติโดยทั่วไปประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นข้อความ ซึ่งเรียกว่า ข้อความวัดทัศนคติ (Statement attitudes) และ ส่วนที่เป็นคำตอบ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราการประเมินค่า ซึ่งเรียกรวมกันว่า มาตราวัดทัศนคติ (Attitude scales) ข้อความวัดทัศนคติโดยทั่วไปในการสร้างจะต้องเริ่มจากการหาโครงสร้าง (Construct) ที่เป็นเนื้อหาของทัศนคติในเรื่องนั้นก่อนว่า ประกอบด้วยองค์ประกอบอะไรบ้าง แต่ละองค์ประกอบมีน้ำหนักมากน้อยแตกต่างกันอย่างไร การหาโครงสร้างของทัศนคตินั้นมักจะศึกษาจากเอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นจึงสร้างข้อความวัดทัศนคติในแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งการสร้างอาจจะรวบรวมข้อความที่เป็นข้อเขียน ข้อคิดจากหนังสือ ตำราหรือจากเอกสารต่างๆหรืออาจจะใช้วิธีการสร้างเป็นแบบคำถามเปิดแล้วส่งไปให้

ประชากรเป้าหมายบางส่วนตอบ แสดงความคิดเห็นมาก่อน แล้วเลือกจากข้อความเหล่านั้นมาใช้เป็นข้อความวัดทัศนคติก็ได้ อย่างไรก็ตามในการสร้างข้อความวัดทัศนคติมีข้อที่ควรยึดเป็นหลักในการสร้าง ดังนี้

7.8.1 ข้อความที่สร้างขึ้นต้องเป็นข้อความที่สามารถโต้แย้งได้ และการโต้แย้งนั้นต้องเป็นความคิดเห็น มิใช่เป็นข้อเท็จจริง

7.8.2 ข้อความวัดทัศนคติต้องมีความหมายสมบูรณ์ และชี้ให้เห็นทัศนคติอย่างเด่นชัดเพียงประเด็นเดียว

7.8.3 ข้อความวัดทัศนคติต้องเป็นข้อความง่าย ๆ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ควรเขียนเป็นประโยคแบบเอกัตถประโยค

7.8.4 ข้อความวัดทัศนคติต้องสั้นกะทัดรัด และได้ใจความชัดเจน

7.8.5 ข้อความวัดทัศนคติแต่ละข้อต้องมีความคิดหรือใจความเดียว หากมีหลายความคิดหรือหลายใจความจะทำให้กำกวม และยุ่งยากในการวิเคราะห์

7.8.6 การใช้ภาษาในข้อความวัดทัศนคตินั้น

1) ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ๆ ไม่ควรใช้ศัพท์เทคนิคทางวิชาการ ไม่ว่าจะใช้วัดผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงหรือไม่ก็ตาม

2) การใช้คำคุณศัพท์หรือกริยาวิเศษณ์ ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ หากหลีกเลี่ยงได้ก็ไม่ควรให้มีในข้อความวัดทัศนคติ ทั้งนี้เนื่องจากคำคุณศัพท์หรือกริยาวิเศษณ์นั้นมักจะทำให้ข้อความวัดทัศนคติกำกวมไม่ชัดเจน เช่น คำว่า ทั้งหมด เสมอๆ ไม่เลย ไม่เคย เป็นครั้งคราว สวยมาก เป็นต้น

3) ข้อความวัดทัศนคติไม่ควรใช้ประโยคปฏิเสธ โดยเฉพาะปฏิเสธซ้อนห้ามใช้เด็ดขาด ทั้งนี้เนื่องจากประโยคปฏิเสธนั้นเข้าใจยาก และเมื่อคำตอบเป็นปฏิเสธด้วยก็จะเป็นปฏิเสธซ้อนปฏิเสธ กล่าวคือ ถ้าตอบว่าเห็นด้วยจะแปลว่าไม่เห็นด้วย และถ้าตอบว่าไม่เห็นด้วย จะแปลว่าเห็นด้วย

7.9 มาตรฐานวัดทัศนคติ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ 2525 อ้างใน สมศักดิ์ สุเมธยาจารย์ 2542: 30) เครื่องมือที่ใช้วัดทัศนคติ เรียกว่า มาตรฐานวัดทัศนคติแบบประเมินค่า (Rating scale) มาตรฐานวัดทัศนคติแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่เป็นข้อความทัศนคติ (Attitude statements) กับส่วนที่เป็นคำตอบ ซึ่งมีลักษณะเปรียบเทียบมาตรฐานวัดทัศนคติ การวัดทัศนคติมีมาตรฐานที่นิยมมาใช้และรู้จักแพร่หลายอยู่ 4 วิธี ได้แก่

7.9.1 มาตรฐานวัดของเทอร์สโตน (Thurstone's scale) เป็นวิธีสร้างมาตรฐานวัดทัศนคติออกเป็นปริมาณแล้วเปรียบเทียบตำแหน่งของทัศนคติไปในทางเดียวกัน และเสมือนว่าเป็น scale ที่มีช่วงห่างเท่าๆกัน

7.9.2 มาตรฐานวัดของลิเคิร์ต (Likert's method) เป็นวิธีสร้างมาตรฐานวัดทัศนคติที่มีความนิยมแพร่หลาย สร้างได้ง่าย ประหยัดเวลา ผู้ตอบสามารถแสดงทัศนคติในทางที่ชอบและไม่ชอบ โดยจัดอันดับความชอบหรือไม่ชอบ ยิ่งกว่านั้นการตรวจคะแนนก็ทำได้ง่ายและสะดวก

7.9.3 มาตรฐานวัดของกัทท์แมน (Guttman's scale) เป็นวิธีการวัดทัศนคติไปในแนวเดียวกันและสามารถจัดอันดับข้อความทัศนคติสูงต่ำเปรียบเทียบกันและกันได้

7.9.4 วิธีการจำแนกแบบ S - D Scale (Semantic differential scale) เป็นวิธีการวัดทัศนคติโดยอาศัยคู่คุณศัพท์ที่มีความหมายตรงกันข้าม เช่น เลว - ดี ขยัน - ชี้เกียจ

มาตรฐานวัดทัศนคติแต่ละประเภทมีทั้งข้อดีและข้อจำกัด และเหมาะสำหรับการวัดทัศนคติในลักษณะแตกต่างกัน ดังนั้นการเลือกมาตรฐานวัดทัศนคติประเภทใด ก็ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ และความจำกัดของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้มาตรฐานวัดของ ลิเคิร์ต (Likert's method) วัดทัศนคติของกรมการชรมมอาสาสมัครสาธารณสุข ระดับอำเภอ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

8. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ

8.1 ความหมายของแรงจูงใจ

52

8.1.1 การจูงใจในการทำงาน

การจูงใจ (Motivation) มาจากคำว่า "Move" หมายถึง "การหมุน"

การผลักดันจากภายใน อำนาจที่ผลักดันหรือแรงจูงใจ (Motive) ซึ่งแรงจูงใจเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน พฤติกรรมต่างๆของมนุษย์เราเกิดจากแรงจูงใจที่ทำให้เกิดความต้องการ และแสดงการกระทำออกมา ดังนั้นแรงจูงใจจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคนโดยตรง โดยปกติคนเรามีความสามารถจะกระทำอะไรก็ได้หลายอย่างหรือพฤติกรรมแตกต่างกัน แต่พฤติกรรมเหล่านี้จะแสดงออกเพียงบางโอกาสเท่านั้น สิ่งที่จะดึงเอาความสามารถของคนออกมาใช้ คือ "แรงจูงใจ" คือ ชักจูงให้คนทำงานด้วยใจ

8.1.2 เดล เอส บีช (Dale S. Beach อ้างใน อรุณ รักรธรรม 2522: 268) ให้คำนิยามไว้ว่า การจูงใจ หมายถึง “ความเต็มใจที่จะใช้พลังเพื่อประสบความสำเร็จในเป้าหมายหรือรางวัลเป็นสิ่งสำคัญของการกระทำของมนุษย์ และเป็นสิ่งที่ยุให้คนไปถึงซึ่งวัตถุประสงค์ที่มีสัญญาณเกี่ยวกับรางวัลที่จะได้รับ”

8.1.3 ชาร์ล อาร์ มิลตัน (Charles R. Mitton 1981: 60) ได้ให้ความหมายว่า แรงจูงใจเป็นกระบวนการที่ครอบคลุม 3 ตัวแปร คือ

- 1) การมีพลัง
- 2) พฤติกรรมหรือการปฏิบัติ
- 3) สิ่งกระตุ้นหรือเป้าหมาย

8.1.4 สมพงษ์ เกษมสิน (2526 อ้างใน เนาวรัตน์ รัตนสาม 2542: 40) กล่าวว่า การจูงใจ (Motivation) มีลักษณะเป็นนามธรรม กล่าวคือ เป็นวิธีการที่จะชักนำพฤติกรรมผู้อื่นให้ประพฤติปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ พฤติกรรมของคนจะเกิดขึ้นได้ต้องมีแรงจูงใจ (Motive) เหตุนี้การจูงใจจึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิ่งเร้าหรือสิ่งจูงใจ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การจูงใจ หมายถึง ความพยายามที่จะชักจูงให้ผู้อื่นแสดงออกหรือปฏิบัติต่อ สิ่งจูงใจ สิ่งจูงใจอาจมีได้ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลนั้นๆเอง แต่มูลเหตุจูงใจอันสำคัญของบุคคลคือความต้องการ

8.1.5 อรุณ รักรธรรม (2522: 292) ได้สรุปไว้ว่า การจูงใจนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญในการที่จะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพสูงขึ้น คนงานที่ได้รับการจูงใจมากก็จะค้นหาวิธีการที่จะเพิ่มทักษะและพยายามที่จะทำงานโดยใช้ทักษะนั้นให้เป็นประโยชน์มากที่สุด ในระหว่างการทำงาน สิ่งจูงใจที่มีความสำคัญมากที่สุด อาจจะได้แก่ความต้องการ ในด้านตำแหน่งหน้าที่ ความมั่นคง และความพึงพอใจ ผู้บังคับบัญชาที่สามารถทำความเข้าใจถึงหลักในข้อนี้ และการนำหลักความจริงในข้อนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์จะทำให้เขาสามารถปฏิบัติงานได้ดีขึ้น บางครั้งการจูงใจต่างๆก็ส่งเสริมซึ่งกันและกัน และบางครั้งก็ขัดกัน เมื่อปัญหาความขัดแย้งในเรื่องการจูงใจเกิดขึ้น คนงานอาจจะไม่สามารถตัดสินใจได้ จะทำให้เกิดการกระทำที่รุนแรง การคัดค้านโต้แย้งหรือเป็นคนที่ไม่มีความสนใจไปเลย

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

8.1.7 กาญจนา วสุสิริกุล (2540: 20) ได้ให้ความหมายของการจูงใจไว้ว่า การจูงใจ คือการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดแรงจูงใจในการทำงานทั้งทางบวกและทางลบ การใช้สิ่งจูงใจแบบใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับบุคคลและสถานการณ์ การศึกษาถึงธรรมชาติและความต้องการของมนุษย์จะเป็นแนวทางสำคัญที่จะทำให้ผู้บริหารสามารถสร้างแรงจูงใจให้

เกิดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน

8.1.8 ซ่อทิพย์ บรมธนรัตน์ และคณะ (2539: 28) ได้สรุปความหมายไว้ว่า แรงจูงใจเป็นปัจจัยหรือสาเหตุที่ทำให้บุคคลใช้พลังงานไปเพื่อจุดมุ่งหมายที่ปรารถนา ซึ่งผู้บริหารสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อจูงใจ สร้างความพอใจให้กับผู้ปฏิบัติงานได้ ทั้งนี้เพราะเมื่อบุคคลมีความพอใจในการทำงาน และเต็มใจอุทิศเวลา แรงกาย และความคิดของตนเอง เพื่อสนองความต้องการของหน่วยงานหรือองค์การ

8.1.9 สุนีย์ สุขสว่าง (2539: 20) ได้กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติจริงทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม นอกจากนี้ แรงจูงใจยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคลด้วย

8.1.10 สมศักดิ์ สุเมธยาจารย์ (2542: 37) ได้สรุปว่า ปัจจัยจูงใจหมายถึง สิ่งจูงใจที่ทำให้เกิดความพอใจในงานที่ปฏิบัติ ตั้งใจทำงานโดยใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่เพื่อให้งานประสบผลสำเร็จ ได้แก่ ความสำเร็จของงาน ความนับถือยกย่อง ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ โอกาสก้าวหน้าที่จะกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพอใจในการปฏิบัติงาน แสดงพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

8.1.11 เกศินี หงสนันท์ (2518 อ้างใน กาญจนา วสุสิริกุล 2540: 22) ได้สรุปปัจจัยพื้นฐานในการสร้างแรงจูงใจในการทำงานไว้ 7 ประการ คือ

- 1) การให้เกียรติและตระหนักในผลงานที่ทำ
- 2) เป็นงานที่ควรแก่การสนใจ ทำทหายความสามารถ
- 3) การทำงานเป็นกลุ่มที่มีการประสานงานอย่างดี
- 4) มีอิสระในการวินิจฉัยปัญหา
- 5) มีความมั่นคงในการทำงาน
- 6) มีความก้าวหน้า ซึ่งได้รับการพิจารณาความเสมอภาคและยุติธรรม
- 7) มีการควบคุมที่ดี

8.2 ขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการทำงาน

พวงเพชร วัชรอยู่ (2526 อ้างใน บุญทัน ดอกไธสง และธเนศ ต่วนชะเอม 2529: 129) ได้กล่าวว่าแรงจูงใจในการทำงานมี 4 ขั้นตอน คือ

8.2.1 ^{ขั้น}ความต้องการ

8.2.2 ^{ขั้น}แรงขับ

8.2.3 ชั้นพฤติกรรม

8.2.4 ชั้นลดแรงขับ

และได้กล่าวต่อไปว่า บุคคลต้องการทำงาน เพราะค่าตอบแทน ความพอใจในการทำงาน ความต้องการทางสังคม โอกาสก้าวหน้า ความมั่นคงในงาน

8.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล ซึ่งสมัยศ นาวิการ (อ้างใน ซอทิพย์ บรมธนรัตน์ และคณะ 2539: 14) กล่าวไว้ มีดังนี้

8.3.1 ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situation factors) ซึ่งประกอบด้วย

1) สภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยผู้บริหารจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อ
53 ปัจจัยดังกล่าวนี้

2) อุปกรณ์และวัสดุที่ใช้ในการดำเนินงานรวมทั้งผู้ปฏิบัติงานด้วย

8.3.2 การรับรู้ทางด้านบทบาท (Role perception) หมายถึง แนวทางที่บุคคลให้ความหมายงานของเขา ประเภทของกำลังความพยายามที่เขาเชื่อว่า มีความสำคัญต่อผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

8.3.3 ความสามารถและทักษะ (Ability and skills) โดยที่ความสามารถเป็นลักษณะของบุคคล ส่วนทักษะส่วนบุคคล หมายถึง ระดับความเชี่ยวชาญในงานเฉพาะอย่างความสามารถจะมีความสัมพันธ์กับทักษะบุคคลที่มีความสามารถเบื้องต้นเฉพาะอย่าง จะเรียนรู้ทักษะที่เกี่ยวข้องกันได้ดีกว่า

8.3.4 กระบวนการจูงใจ (The Motivation Process) การจูงใจนับว่าเป็นปัจจัยอย่าง 3 ที่เป็นตัวกำหนดการปฏิบัติงานของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

8.4 ประเภทของแรงจูงใจ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2532: 9) แรงจูงใจเป็นเครื่องช่วยให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน แรงจูงใจมี 2 ประเภท คือ

8.4.1 แรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) ได้แก่ ความต้องการต่างๆ แบ่งออกเป็น

1) ความต้องการขั้นแรกหรือความต้องการปฐมภูมิ คือ ความต้องการที่จะดำรงชีพ ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และความต้องการที่จะดำรงพันธุ์

2) ความต้องการขั้นที่สองหรือทุติยภูมิ คือ ความต้องการที่จะให้เกิดความสุข ได้แก่ ความรัก ความยอมรับนับถือจากผู้อื่น

3) ความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จในชีวิต และความต้องการที่จะได้รับความปลอดภัยทั้งชีวิตและทรัพย์สินของตนเอง

8.4.2 **แรงจูงใจภายนอก** (Extrinsic motivation) ได้แก่ อิทธิพลจาก
54 สิ่งแวดล้อมต่างๆ เช่น การให้รางวัล การลงโทษ เป็นต้น

8.5 เทคนิคการจูงใจ (สมพงษ์ เกษมสิน 2516 อ้างใน เนาวรัตน์ รัตนสาม
2542: 41)

โดยเหตุที่การจูงใจมีอิทธิพลเหนือพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
มนุษย์ พฤติกรรมของบุคคลในองค์การ ย่อมมีผลเกี่ยวข้องกับผลผลิตและการดำเนินงาน
งานขององค์การเป็นอย่างมาก ดังนั้นหน้าที่ของนักบริหารหรือหัวหน้าจึงต้องพยายามที่จะแสวง
หา และพยายามใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อสร้างสรรค์สิ่งจูงใจให้เกิดขึ้นในบรรดาผู้ร่วมงาน
และอาจกล่าวถึงปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อการจูงใจได้ดังนี้

8.5.1 **ผู้ร่วมงานจะต้องมีส่วนร่วมรับรู้นโยบาย** และแผนงานขององค์การ

8.5.2 **ผู้บริหารและคนงานจักต้องเข้าใจในวัตถุประสงค์ขององค์การ**

56 ไปในทำนองเดียวกัน

8.5.3 **ต้องสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน** ในองค์การว่าเขาจะได้รับ

57 สิ่งตอบแทนคุ้มค่างับเวลาและแรงงานที่ได้ใช้ไปในการปฏิบัติงาน

8.5.4 **ทุกคนในองค์การควรได้รับการยกย่องในผลสำเร็จของงานร่วมกัน**

8.5.5 **มาตรการที่ใช้ในการวัดผลการปฏิบัติงานจะต้องยุติธรรม**

และได้กำหนดไว้เป็นการแน่นอนล่วงหน้า

8.5.6 **หน้าที่การงานควรกำหนดขึ้นไว้ให้เป็นการแน่นอนถูกต้อง**

8.5.7 **ลักษณะของงานและสภาพการปฏิบัติงาน** ควรให้มีลักษณะ

ที่เหมาะสมและน่าสนใจให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในสิ่งใหม่ๆ

8.5.8 **แผนการดำเนินงานขององค์การ** จะต้องพร้อมที่จะเผชิญกับสภาวะ
แวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

8.5.9 **สร้างสรรค์ความสัมพันธ์ที่ปรองดอง** ระหว่างฝ่ายบริหารกับฝ่ายปฏิบัติ

58 การให้กลมกลืนและราบรื่นอยู่เสมอ

นักบริหารที่ดีจะต้องสามารถนำเทคนิคการจูงใจนี้ไปประยุกต์ใช้กับ

59 ผู้ปฏิบัติงานในองค์การของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8.6 **สิ่งที่ทำให้คนอยากทำงาน** (เอกชัย กี่สุขพันธ์ 2538: 129 – 130) มีดังนี้

8.6.1 **สวัสดิการที่ดี**

8.6.2 **สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี**

8.6.3 **เพื่อนร่วมงานที่ดี**

8.6.4 **งานไม่น่าเบื่อ**

- 8.6.5 มีความก้าวหน้า มีหน้ามีตาในสังคม
- 8.6.6 งานไม่เสี่ยง อันตรายเกินไป
- 8.6.7 เงินเดือน ผลตอบแทนที่น่าพอใจ
- 8.6.8 หัวหน้างานที่ดีเข้าใจลูกน้อง
- 8.6.9 อุปกรณ์ในการทำงานครบและสมบูรณ์
- 8.6.10 งานที่ทำท้าทายความสามารถ
- 8.6.11 มองเห็นความสำเร็จในงานที่ทำ
- 8.6.12 รู้สึกว่างานนั้นมีความมั่นคงและถาวร
- 8.6.13 ได้รับความยุติธรรม
- 8.6.14 มีโอกาสได้แสดงฝีมือ
- 8.6.15 เมื่อทำงานดีต้องได้รับคำชมเชย
- 8.6.16 ยกระดับการทำงานตามความสามารถของคน
- 8.6.17 ได้พบปะเพื่อนฝูงในระดับต่าง ๆ กัน
- 8.6.18 งานนั้นไม่ยากเกินความสามารถ
- 8.6.19 ความเอาใจใส่ของหัวหน้างาน
- 8.6.20 การสั่งงานที่ดี

8.7 แนวทางสำหรับการจูงใจ ซึ่ง ชาร์ล อาร์ มิลตัน (Charles R. Mitton 1981: 81) ได้สรุปไว้ มีดังนี้

- 8.7.1 ต้องทราบถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์และกระบวนการจูงใจ
- 8.7.2 ค้นหาความเชื่อขั้นต้น หรือสมมติฐานของแต่ละคน
- 8.7.3 ใช้กระบวนการจูงใจในบริบทขององค์กรทั้งหมด
- 8.7.4 ต้องจำได้ว่ามีความแตกต่างในแต่ละบุคคล
- 8.7.5 ทราบถึงประชากรทั้งหมดขององค์กรหรือแต่ละบุคคล
- 8.7.6 มองหาสำหรับโอกาส เพื่อที่ความต้องการจะให้ประสบผลสำเร็จ
- 8.7.7 ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงต่อความต้องการความสำเร็จของแต่ละบุคคล

8.8 ทฤษฎีแรงจูงใจของฮัล ดอลลาร์ด และมิลเลอร์ (อ้างใน สุรางค์ โค้วตระกูล 254: 155) ได้แบ่งแรงขับหรือแรงจูงใจออกเป็น 2 ประเภท คือ

- 8.8.1 แรงจูงใจทางสรีระ (Physiological motives) แรงจูงใจประเภทนี้ประกอบด้วยความหิว ความกระหาย และความต้องการทางเพศ
- 8.8.2 แรงจูงใจทางจิตวิทยา (Psychological motives) ซึ่งเป็นแรงจูงใจ

ที่เกิดจากการเรียนรู้ ตัวอย่างเช่น แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ แรงจูงใจที่อยากจะเป็นส่วนหนึ่งของหมู่ เป็นต้น

8.9 ทฤษฎีแรงจูงใจของเมอร์เรย์ (Murray, 1938 อ้างใน สุรางค์ ไคว์ตระกูล 2541: 156) ได้สร้างทฤษฎีความต้องการ โดยถือว่า ความต้องการเป็นพื้นฐานที่จะทำให้เกิด แรงขับหรือแรงจูงใจ ซึ่งเป็นผลให้มนุษย์เราแสดงพฤติกรรมไปในทิศทางที่จะนำไปสู่เป้าหมาย (Goal) เมอร์เรย์ได้ทำการศึกษาความต้องการทางจิตวิทยาของบุคคลปกติกลุ่มหนึ่ง และได้แบ่ง ความต้องการทางจิตวิทยาออกเป็น 20 ชนิด ความต้องการของเมอร์เรย์ที่ยังคงใช้ในปัจจุบันนี้มี ดังต่อไปนี้

8.9.1 ความต้องการใฝ่สัมฤทธิ์ (Achievement)

8.9.2 ความต้องการที่จะมีความสัมพันธ์กับคนอื่น (Affiliation)

8.9.3 ความต้องการความก้าวร้าว (Aggression)

8.9.4 ความต้องการที่จะเป็นตนของตนเอง (Autonomy)

8.9.5 ความต้องการที่จะมีอิทธิพลหรือบังคับผู้อื่น (Dominance)

8.9.6 ความต้องการที่แสดงออกเป็นเป้าแห่งสายตาคน (Exhibition)

8.9.7 ความต้องการที่จะปกป้องคุ้มครองรักษาผู้อื่น (Nurturance)

8.10 ทฤษฎีการจูงใจของมาสโลว์

ลำดับชั้นของความต้องการของมาสโลว์ (Maslow, s hierarchy of needs) มาสโลว์กล่าวถึงลำดับชั้นความต้องการของมนุษย์ไว้ 5 ระดับ คือ (อ้างใน Charles R. Milton 1981: 62)

8.10.1 ความต้องการทางด้านร่างกาย เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีพ เช่น ความต้องการอากาศ อาหาร น้ำ การนอนหลับ ความต้องการทางเพศ เป็นต้น

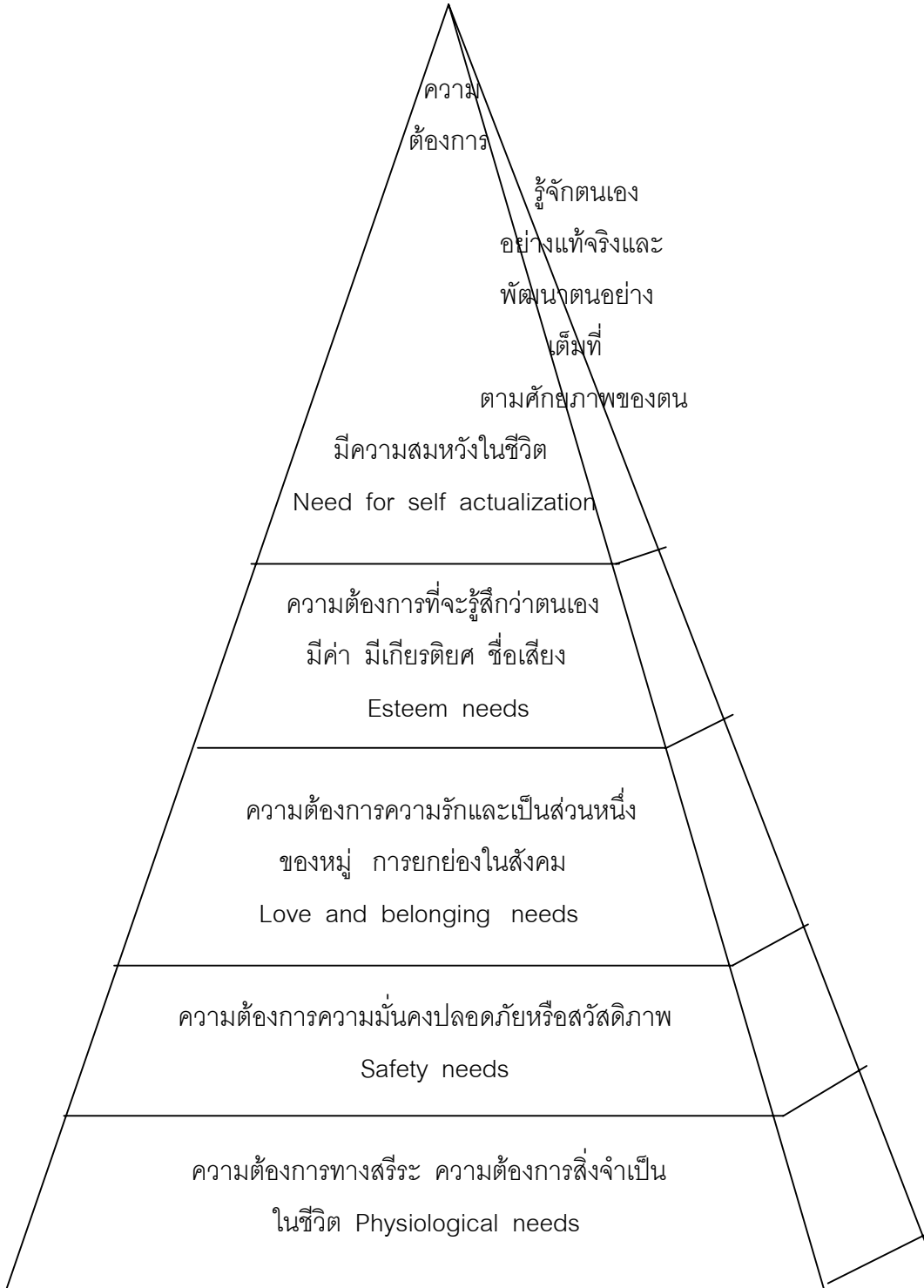
8.10.2 ความต้องการทางด้านความปลอดภัยหรือความมั่นคง เมื่อเราได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกายแล้วสิ่งต่อไปที่เราต้องการ คือ ต้องการความปลอดภัยจากอันตรายและภาวะคุกคามต่างๆ

8.10.3 ความต้องการทางด้านสังคมเกิดขึ้นเมื่อได้รับความต้องการทางด้านร่างกายและความปลอดภัยแล้ว เราจะต้องการการยอมรับต้องการความรักจากบุคคลอื่น ต้องการที่จะมีเพื่อน

8.10.4 ความต้องการที่จะได้รับการยกย่องในสังคมเป็นความต้องการที่เกิดขึ้นภายใน คือ ต้องการความเชื่อมั่นในตัวเอง การยอมรับและการได้รับความเคารพจากบุคคลอื่น ต้องการความสำเร็จในการทำงาน หรือสิ่งอื่นๆที่จะทำให้ฐานะของตนเองดีขึ้น

8.10.5 ความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จตามความนึกคิด เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของทุกคน ได้แก่ ต้องการความเจริญก้าวหน้า มีความสามารถ มีทักษะในการทำงาน บุคคลที่จะบรรลุในขั้นนี้จะถือว่าเป็นบุคคลมีความสามารถพิเศษ ดังภาพที่ 2.5

“A Theory of human motivation “ Psychological review vol 50 (1943) p.370 – 396 (อ้างใน สุรางค์ ไคว่ตระกูล 2541: 160)



ภาพที่ 2.5 Maslow ' s hierachy of needs

8.11 ทฤษฎีแรงจูงใจของแมคเคลแลนด (Mc Clelland อ้างใน Charles R. Milton 1981: 67 - 68) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยแบ่งความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 3 ประการ คือ

8.11.1 ความต้องการสัมฤทธิ์ผล (Need for achievement)
61 เป็นแรงขับเพื่อจะทำให้งานที่ทำประสบผลสำเร็จดีที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐาน

8.11.2 ความต้องการความรักและความผูกพัน (Need for affiliation)
เป็นความปรารถนาที่จะส่งเสริมและรักษาสัมพันธภาพอันอบอุ่น เพื่อความเป็นมิตรกับผู้อื่น คล้ายกับความต้องการทางสังคมของมาสโลว์

8.11.3 ความต้องการมีอำนาจ (Need for power) เป็นความต้องการที่จะทำให้อื่นมีความประพฤติหรือพฤติกรรมที่ต้องการ ต้องการที่จะมีอำนาจในการบังคับบัญชาผู้อื่น

8.12 ทฤษฎีการจูงใจของเฮอริชเบิร์ก (Herzberg อ้างใน John B. Miner: 86 และ สมศักดิ์ สุเมธยาจารย์ 2542: 34 - 36)

เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับแรงจูงใจ ที่เรียกว่า ทฤษฎีปัจจัยจูงใจ – ปัจจัยค้ำจุน (The Motivation – hygiene factors theory or Two – factor theory) ได้สรุปความต้องการของคนในองค์กร หรือการจูงใจจากการทำงานว่า ความพอใจในงานที่ทำและความไม่พอใจในงานไม่ได้มาจากปัจจัยกลุ่มเดียวกัน แต่มีเหตุมาจากปัจจัยสองกลุ่ม คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) กับปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยอนามัย (Hygiene factors) ซึ่งได้แสดงรายละเอียดของแต่ละปัจจัยไว้ดังนี้

8.12.1 ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน และความสำเร็จของงานโดยตรง คือมีความสัมพันธ์โดยตรงกับแรงจูงใจภายในที่เกิดจากงานที่ทำ (Job content) ถ้ามีอยู่ก็จะเป็นสิ่งจูงใจหรือทำให้เกิดความพอใจในงานที่ทำอย่างมาก ผู้ปฏิบัติงานเกิดแรงจูงใจ ตั้งใจทำงานจนสุดความสามารถ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของงานได้ แต่ถ้าไม่มีหมายความว่า คนจะไม่มี ความพอใจในงานที่ทำ ปัจจัยเหล่านี้มีอยู่ 5 ชนิด ได้แก่

1) **ความสำเร็จของงาน (Achievement)** หมายถึง การที่บุคคลสามารถทำงานได้เสร็จสิ้นและประสบความสำเร็จอย่างดี ความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ การรู้จักป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น และการแสดงสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ส่งผลให้เห็นผลงานของบุคคล

2) *ลักษณะของงาน (Work itself)* หมายถึง ความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีของบุคคลที่มีต่อลักษณะของงานว่า งานนั้นเป็นงานที่น่าเบื่อหน่าย ทำทนายความสามารถก่อให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ หรือเป็นงานที่ง่ายหรือยาก

3) *การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition)* หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับนับถือ ไม่ว่าจะจากผู้บังคับบัญชา กลุ่มเพื่อน บุคคลในหน่วยงาน หรือจากบุคคลอื่นโดยทั่วไป ซึ่งการยอมรับนี้อาจจะแสดงออกในรูปของการยกย่องชมเชย

4) *ความรับผิดชอบ (Responsibility)* หมายถึง ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานใหม่ๆ และมีอำนาจในการรับผิดชอบอย่างเต็มที่

5) *โอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน (Advancement)*
การเปลี่ยนแปลงสถานะหรือตำแหน่งของบุคคลในองค์กร แต่ในกรณีที่บุคคลย้ายตำแหน่งจากแผนกหนึ่งไปยังอีกแผนกหนึ่งโดยไม่มี การเปลี่ยนแปลงสถานะ ถือเป็นเพียงการเพิ่มโอกาสให้มีความรับผิดชอบงานมากขึ้น แต่ไม่ใช่เป็นความก้าวหน้าในตำแหน่งการงานอย่างแท้จริง กล่าวโดยสรุป ปัจจัยจูงใจ คือ สิ่งจูงใจที่ทำให้เกิดความพอใจในงานที่ปฏิบัติ ตั้งใจที่จะปฏิบัติงาน โดยใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่เพื่อให้งานประสบผลสำเร็จ

8.12.2 ปัจจัยค่าจูนหรือปัจจัยอนามัย (Hygiene factors) มีความสัมพันธ์โดยตรงกับสิ่งแวดล้อมภายนอกของงาน (Job context) เป็นปัจจัยที่ลดความไม่พอใจในงานอันจะทำให้คนทำงานได้เป็นปกติในองค์กรเป็นเวลานาน ปัจจัยเหล่านี้ไม่ถือว่าเป็นสิ่งจูงใจให้คนทำงานมากขึ้น แต่มีส่วนช่วยให้คนทำงานได้สุขสบายมากขึ้น ป้องกันไม่ให้เกิดผลงาน ถ้าปัจจัยนี้ไม่มีในงานหรือจัดไว้ไม่ดีจะทำให้ขวัญของคนทำงานไม่ดี ปัจจัยเหล่านี้มีอยู่ 8 ชนิด เฮอร์ซเบิร์ก (Herzberg, 1993: 46 – 49)

1) *เงินเดือนและค่าตอบแทน (Salary and compensation)*
หมายถึง ความพึงพอใจในเงินเดือน หรือความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อเงินเดือนที่เพิ่มขึ้น

2) *ความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน (Interpersonal relation)*
ได้แก่ การติดต่อพบปะกันไม่ว่าจะเป็นทางกริยาหรือวาจาที่แสดงถึงความสัมพันธ์อันดีต่อกันกับผู้บังคับบัญชา (Superior) ผู้ใต้บังคับบัญชา (Subordinate) และเพื่อนร่วมงาน (Peers)

3) *สถานะของอาชีพ (Status)* หมายถึง ลักษณะของสถานะที่เป็นองค์ประกอบทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกต่องาน เช่น การมีเลขาธุการ การมีรถประจำตำแหน่ง การมีอภิสิทธิ์ต่างๆ

4) นโยบายและการบริหารงาน (Policy and administration)

หมายถึง การจัดการและการบริหารงานขององค์การ เช่น การให้อำนาจแก่บุคคลในการให้เขาดำเนินงานได้สำเร็จ รวมถึงการติดต่อภายในองค์การ นั่นคือนโยบายขององค์การจะต้องเป็นที่แน่ชัดเพื่อให้บุคคลดำเนินงานได้ถูกต้อง

5) สภาพการทำงาน (Working conditions) หมายถึง

สภาพทางกายภาพอันได้แก่ แสง การถ่ายเทอากาศ อุปกรณ์หรือเครื่องมือต่างๆ สิ่งแวดล้อมอื่น ๆ รวมทั้งปริมาณงาน ตลอดจนเครื่องอำนวยความสะดวกในการทำงาน

6) ความมั่นคงในงาน (Job security) หมายถึง ความรู้สึก

ของบุคคลที่มีต่อความมั่นคงของงาน เช่น ระยะเวลาของงาน (Tenure) ความมั่นคงหรือไม่มั่นคงขององค์การ

7) วิธีการปกครองบังคับบัญชา (Supervision – technical)

หมายถึง ความรู้ความสามารถของผู้บังคับบัญชาในการดำเนินงาน หรือความยุติธรรมในการบริหารงาน อาจรวมถึงความเต็มใจ หรือไม่เต็มใจของผู้บังคับบัญชา ในการที่จะให้คำแนะนำหรือมอบหมายความรับผิดชอบต่างๆให้แก่ลูกน้อง

8) ลักษณะบางประการของงานที่ส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว

(Factor in personal life) ทำให้บุคคลมีความรู้สึกอย่างไรต่องานของเขา เช่น ถ้าองค์การต้องการให้บุคคลย้ายที่ทำงานใหม่ อาจจะไกลและทำให้ครอบครัวลำบาก

ผู้วิจัยจะนำเฉพาะปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) ซึ่งได้แก่

ความสำเร็จของงาน ความนับถือยกย่อง ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ โอกาสก้าวหน้าเท่านั้น เพราะเฮอริชเบอร์ก พบว่า ตัวประกอบเหล่านี้มีผลต่อการกระตุ้นคนงาน ทำให้ประสิทธิภาพของงานสูงขึ้นหรือต่ำลงขึ้นอยู่กับว่าผู้จัดการใช้องค์ประกอบนี้เฉพาะหรือไม่ การมีองค์ประกอบเหล่านี้จะก่อให้เกิดความพอใจและกระตุ้นการทำงานด้วย (เคิร์ท แลงค์ส 2528: 92) ส่วนปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) นั้นเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำงานและเนื้อหาของผลงานและจากการทบทวนทฤษฎีการจูงใจของเฮอริชเบอร์ก พบว่า ปัจจัยค้ำจุนนี้ถ้าได้รับการดูแลอย่างพอเพียง ความไม่พอใจก็จะหายหรือหมดไป แต่จะไม่ทำให้เกิดทัศนคติทางด้านบวกหรือเกิดแรงจูงใจต่อบุคคลในการทำงานให้มีผลผลิตหรือบริการในระดับสูงขึ้นได้ อีกทั้งมีข้อบกพร่องในการทำงานที่เกิดขึ้นจากปัจจัยค้ำจุนในระดับหนึ่ง สามารถชดเชยหรือทดแทนได้โดยปัจจัยจูงใจ ในทางกลับกัน ปัจจัยค้ำจุนนั้นไม่สามารถชดเชยหรือทดแทนปัจจัยจูงใจได้เลย

11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

11.1 **เกรียงศักดิ์ กำเนิดกาญจน์** (2540: 51 - 52) พบว่า ลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ / เดือน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยที่

อสม. เพศหญิง ปฏิบัติงานมากกว่า อสม. เพศชาย

อสม. ที่มีการศึกษาสูง ปฏิบัติงานมากกว่า อสม. ที่มีการศึกษาต่ำ

อสม. ที่มีรายได้ / เดือนสูง ปฏิบัติงานมากกว่า อสม. ที่มีรายได้ / เดือนต่ำ

อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเป็น อสม. และตำแหน่งอื่น

นอกเหนือจาก อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. และพบว่า

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในระดับมากของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ได้แก่ อสม. ต้องค้นหาปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านและวางแผนแก้ไขปัญหา มีส่วนร่วมในการสำรวจ จปฐ. / และแนะนำทำความเข้าใจในแบบสรูป จปฐ. 1 ให้แก่ชาวบ้าน กระตุ้นให้ทุกคนในหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานระดับปานกลาง ได้แก่ ปัจจัยด้านการฝึกอบรม ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการเยี่ยมเยียนดูแลการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน เกี่ยวกับคณะกรรมการหมู่บ้าน หรือกรรมการสภาตำบล ให้ความร่วมมือสนับสนุนในการปฏิบัติงาน

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในระดับน้อย ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ เกี่ยวกับ อสม. ต้องเป็นผู้ประสานงานกับคณะกรรมการหมู่บ้าน และกลุ่มผู้นำอื่นๆของหมู่บ้าน

อสม. ของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.8 มีอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 60.9 และได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับดี 1 ข้อ ระดับปานกลาง 2 ข้อ (จาก 3 ข้อ) การมีส่วนร่วมของชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อ ระดับดี 1 ข้อ (จาก 4 ข้อ)

11.2 **ชาญชัย คงรอด** (2543: 73 - 74 , 80) ได้มีการศึกษาคูณลักษณะของผู้นำของสาธารณสุขอำเภอที่พึงประสงค์ในจังหวัดพิษณุโลกในทศวรรษหน้า โดยใช้เทคนิคเดลฟลาย รวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 25 คน พบว่าด้านความรู้ความสามารถจากการวิจัยเรียงลำดับ คือ ควรมีความสามารถประยุกต์การทำงานให้เหมาะสมกับ

สถานการณ์ สามารถประสานงานได้ดีทั้งหน่วยงานของตนเองและหน่วยงานอื่น มีความสามารถควบคุมกำกับงานให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ มีจุดยืนในการทำงานเพื่อส่วนรวม มีความรู้ครอบคลุมงานสาธารณสุขทั้งในด้านส่งเสริมและป้องกัน มีการวางแผนเพื่อการป้องกันปัญหาในอนาคต มีความสามารถยอมรับความรู้ใหม่ๆที่เกิดขึ้น มีความสามารถในการบังคับตนเองเป็นอย่างดี มีความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมของผู้ได้บังคับบัญชา จบการศึกษาชั้นต่ำปริญญาตรี สามารถแก้ไขปัญหาในภาพรวมในระยะยาวมากกว่าเฉพาะหน้า และพบว่าอายุของผู้บริหารมิได้เป็นส่วนเกี่ยวข้องมากนักในการใช้การบริหารจัดการเกี่ยวกับการดำเนินงานสาธารณสุข เนื่องจากผู้ที่มีอาวุโสหน่อยก็สามารถบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ อยู่ที่ความรู้ความสามารถและความเชื่อมั่นตนเองมากกว่า

11.3 ชาญชัย ชัยสว่าง (254: 19) พบว่า สมาชิกชมรม อสม.อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย มีความคิดเห็นว่า ชมรม อสม.มีประโยชน์ต่อสมาชิกระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 78.2

11.4 ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ และคณะ (2539: 58 , 81– 82) พบว่าระดับการรับรู้บทบาทของ อสม.ในงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.ประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.1 และระดับต่ำ ร้อยละ 23.9 และไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.ประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน คะแนนปัจจัยจูงใจด้านปัจจัยจูงใจของ อสม.ในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.1 และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.ประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

11.5 บัญชร แก้วส่องและคณะ (อ้างใน วนิดา วิระกุล และถวิล เลิกชัยภูมิ 2543: 17) ทำการศึกษาศักยภาพขององค์กรชาวบ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้สรุปว่าองค์ประกอบที่สำคัญในการพิจารณาศักยภาพขององค์กรชาวบ้าน ดังนี้

11.5.1 อุดมการณ์ ในการที่จะสร้างอำนาจต่อรองทางเศรษฐกิจและการเมืองแก่ชุมชน โดยมีพื้นฐานร่วมกันจากวัฒนธรรมชุมชนและร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยอุดมการณ์ดังกล่าวนี้จะเป็นแรงจูงใจและยึดเหนี่ยวให้ชุมชนสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเข้มแข็งและเป็นจุดหนึ่งของชุมชน

11.5.2 ศักยภาพในการริเริ่มโครงการ องค์กรชาวบ้านในหลายพื้นที่สามารถรวมตัวกันเอง โดยริเริ่มโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนา อีกทั้งความสามารถในการประสานประสบการณ์เพื่อใช้ในกิจกรรมโครงการ

11.5.3 ศักยภาพการบริหารจัดการ องค์กรชาวบ้านหลายกลุ่มองค์กร

สามารถที่จะแบ่งบทบาทหน้าที่ และจัดการทั้งในเรื่องคน เรื่องเงิน และกิจกรรมรวมทั้งการกระจายผลประโยชน์สู่สมาชิกได้อย่างทั่วถึง

11.5.4 ศักยภาพในการระดมทุน มีทั้งการระดมทุนภายในชุมชนด้วยรูปแบบต่างๆ เช่น การลงหุ้น การเก็บเงินสมาชิก การทอดผ้าป่า เป็นต้น และการระดมทุนจากภายนอก เช่น ในรูปแบบของการกู้ยืมเงิน การประสานโครงการพัฒนาแบบให้เปล่าจากภาครัฐ การประสานงบประมาณจากองค์กรพัฒนาเอกชนและแหล่งทุนจากภาครัฐกิจ ซึ่งหลายองค์กรพบว่าสามารถเข้าถึงแหล่งทุนต่างๆเหล่านี้ได้เป็นอย่างดี และมีความสามารถในการนำเงินทุนมาใช้ในการดำเนินกิจกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

11.5.4 ศักยภาพในการต่อรองทางการเมือง การรวมตัวกันเป็นเครือข่ายขององค์กรชาวบ้าน สามารถที่จะมีอำนาจต่อรองทางการเมือง ซึ่งมีให้เห็นในหลายกรณีปัญหา เช่น ปัญหาป่าไม้ ที่ดิน สิ่งแวดล้อม หรือปัญหาการประกอบอาชีพ ซึ่งการต่อรองทางการเมืองจะทำให้ชาวบ้านลดความกลัวและกล้าแสดงออกต่อผู้มีอำนาจหรือกลุ่มทุนมากขึ้น

11.5.6 ศักยภาพของผู้นำชาวบ้าน ซึ่งผู้นำถือว่าเป็นคนที่มีความสำคัญอย่างสูง ผู้นำเหล่านี้อาจประกอบด้วยผู้นำทางความคิด ผู้นำทางด้านศีลธรรม ผู้นำทางด้านอาชีพ หรือเทคนิค หรือการปฏิบัติ ผู้นำที่สามารถประยุกต์งานและประสานงานกับทางราชการและเอกชน รวมทั้งประสานภายในหมู่บ้าน ศักยภาพของผู้นำต่างๆเหล่านี้มีอยู่จริงและได้รับการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ โดยงานวันประเมินผลนี้ พบว่าผู้นำที่สร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรชาวบ้าน มักมีคุณสมบัติหลายประการ คือ เป็นนักประสานงาน มีความสามารถในการบริหารจัดการ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีการพูดที่ชักจูงคนได้ มีความสามารถในการจัดทำและบันทึกรายละเอียด ได้รับการยอมรับจากชาวบ้าน มีความเท่าทันต่อสถานการณ์ภายนอกชุมชน รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีความเชื่อมั่น และเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งหากชุมชนใดมีผู้นำลักษณะนี้ก็จะสามารถสร้างความเข้มแข็งให้กับทั้งองค์กรชุมชนได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้สามารถนำเสนอเป็นภาพได้ ดังนี้

11.6 พรพรรณ เกียรปัญญา (2535: 35) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ มีความเกี่ยวข้องกันในหลายๆแบบ ทักษะของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดจะเป็นเช่นไรนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลนั้น กล่าวคือ ถ้าบุคคลนั้นมีความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งดี ทักษะต่อสิ่งนั้นจะดีตามไปด้วย ซึ่งการมีทักษะที่ดี ย่อมส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่ดีด้วย

11.7 ไพบุลย์ ชวงเรียน (อ้างใน สุณีย์ สุขสว่าง 2539: 15) กล่าวว่า การแสดงบทบาทของบุคคลจะแตกต่างกันไปตามลักษณะนิสัย ความรู้ ความสามารถ

มูลเหตุจูงใจ การอบรม ฯลฯ ซึ่งมูลเหตุจูงใจนั้นอาจมาจากความสนใจส่วนตัว การได้รับข่าวสาร การฝึกอบรม หรือสถานการณ์ที่แวดล้อมบุคคลในขณะนั้น

11.8 รัชนี จันทรสวัสดิ์ (2540: 9 , 34 - 39) จากการศึกษาพบว่า ปัญหาและสาเหตุของปัญหาของการทำงานของ อสม.

11.8.1 ปัญหา อสม. มิได้ปฏิบัติงานจริง เกิดจาก

1) การปฏิบัติงานของ อสม. มิได้กำหนดตารางการปฏิบัติงานไว้ให้ชัดเจน

2) ความรู้ของ อสม. ไม่เพียงพอ เนื่องจาก อสม. ไม่มีเวลาไปรับการปฐมนิเทศติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวๆ ประกอบกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมิได้มีการอบรมให้ความรู้อาสาสมัครต่อเนื่อง ทำให้ อสม.ขาดความรู้ ความมั่นใจ และไม่รู้จักทำอะไร จึงมิได้ทำงานตามบทบาท

11.8.2 อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรชุมชน และประชาชน

ตัดสินใจกำหนด การจัดบริการสาธารณสุขที่จำเป็นในชุมชนให้ชัดเจน และเหมาะสม สามารถปฏิบัติงานได้จริง โดยที่ประชาชนทุกคนต้องรับรู้ และให้การสนับสนุน เพื่อให้ประชาชนบริการประชาชน

11.8.3 การจัดอบรมอาสาสมัคร ให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพ อสม.

ให้สามารถให้บริการพื้นฐาน 14 องค์ประกอบแก่ประชาชนได้ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กระตุ้น และสนับสนุนด้านวิชาการทางสาธารณสุขแก่ อสม. นอกจากนี้ยังพบว่า อาชีพ รายได้ของ อสม.ไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับบริการของประชาชนในการได้รับบริการจาก อสม.

11.9 สีลาภรณ์ นาคทรพรพ (อ้างในวนิดา วิระกุล และถวิล เลิกชัยภูมิ

2543: 18) ได้ศึกษาการเรียนรู้ของชุมชนกับการพัฒนาที่ยั่งยืน การศึกษากรณีกลุ่มออมทรัพย์ตำบลคลองเปี้ยะ อำเภอจະนะ จังหวัดสงขลา ข้อสรุปที่พบว่า ในการศึกษา คือ จุดสำเร็จของโครงการอยู่ที่องค์การชุมชนมีกระบวนการจัดการที่ดี โดยมีกระบวนการใน 2 ประการ คือ กระบวนการเรียนรู้ และกระบวนการจัดการที่ดำเนินการควบคู่กันไปอย่างมีพลวัต การเรียนรู้และตัดสินใจกิจกรรมกันของสมาชิก ทำให้เกิดภาวะเปียบในการจัดการ กลุ่มออมทรัพย์และปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการจัดการที่กลายมาเป็นโจทย์ ให้สมาชิกในกลุ่มต้องขบคิด เพื่อหาทางแก้ หาวิธีจัดการที่ดีขึ้นไปอีกเรื่อยๆ

ในแง่ของการจัดการ กลุ่มออมทรัพย์ตำบลคลองเปี้ยะยึดหลักการกระจายอำนาจในการบริหารงาน และการสร้างกลุ่มให้เป็นระบบที่เปิดให้สมาชิกตรวจสอบได้ตลอดเวลา โครงสร้าง การบริหารประกอบด้วย สมาชิกผู้ฝากเงินโดยการถือหุ้น คณะกรรมการบริหาร และคณะกรรมการตรวจสอบทางบัญชี และการดำเนินงานของกลุ่ม คณะกรรมการบริหารจะ

ประชุมร่วมกันทุกเดือน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปรึกษาหารือกันในการทำงาน แต่การปรึกษาหารือนี้ไม่จำกัดอยู่เฉพาะในเรื่องการออมทรัพย์ แต่ยังคลุมนไปถึงกิจการอื่นๆ ในหมู่บ้านด้วย การที่คณะกรรมการได้มีโอกาสมาพูดคุยแลกเปลี่ยนกันทุกเดือนนี้ คือ เวทีของการเรียนรู้ เพื่อแก้ไขปัญหาใหม่ๆ นั้นเอง นอกจากนี้ คณะกรรมการยังมีหน้าที่คอยกระตุ้นให้สมาชิกมีความตื่นตัวในการเข้ารับรู้ปัญหา และตรวจสอบการทำงานของคณะกรรมการ รวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ชาวบ้านเห็นความสำคัญของการออมทรัพย์ด้วย

ลักษณะเด่นที่สำคัญประการหนึ่งของกลุ่มออมทรัพย์ตำบลคลองเปี้ยะ คือ การผสมผสานกิจกรรมทางเศรษฐกิจเข้ากับรากฐานในมิติทางสังคม วัฒนธรรมดั้งเดิมของชนบท คือความไว้วางใจและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน คนที่มีมากก็ช่วยเหลือคนที่มีน้อยได้ กรรมการกลุ่มจะดำรงตำแหน่งอยู่ได้ตลอดไปตราบที่ไม่ได้ทำความผิด "เพราะชาวบ้านถือว่าการเลือกตั้งกรรมการใหม่โดยที่คนเก่าไม่มีความผิดเป็นการไม่ให้เกียรติกัน ยิ่งถ้ากรรมการคนนั้นไม่ได้รับเลือกตั้งเข้ามาใหม่ ก็จะทำให้เกิดความไม่พอใจขึ้น กรรมการแต่ละคนก็มีญาติพี่น้อง มีพรรคพวกของตน ซึ่งอาจนำไปสู่ความแตกแยกภายในกลุ่มได้ การเลือกกรรมการใหม่เพิ่มขึ้นโดยไม่ปลดคนเก่าออกจึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับชาวบ้าน" กรรมการที่ปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์สุจริตไปจนเกษียณอายุก็จะได้รับเงินบำนาญเลี้ยงชีพด้วย อีกทั้งยังสอดคล้องกับวัฒนธรรมชาวชนบทที่ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ และผู้ทำคุณประโยชน์แก่ส่วนรวมด้วย

ผลสำเร็จของการดำเนินงานของกลุ่มออมทรัพย์ตำบลคลองเปี้ยะ มีทั้งในมิติทางเศรษฐกิจและมิติทางสังคมวัฒนธรรม ในมิติทางเศรษฐกิจ การดำเนินงานของกลุ่มทำให้สมาชิกมีแหล่งเงินกู้ไปลงทุนพัฒนาอาชีพที่ง่ายและสะดวก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับคนจนซึ่งไม่มีหลักทรัพย์จะไปค้ำประกันการกู้เงินจากธนาคาร การที่สมาชิกมีแหล่งกู้เงินทำให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกด้านดีขึ้น

สำหรับมิติทางสังคมวัฒนธรรม กลุ่มออมทรัพย์ได้พยายามจัดสวัสดิการสำหรับสมาชิกและกรรมการ ตลอดจนบริจาคเพื่อการกุศล ทั้งในหมู่บ้านและนอกหมู่บ้าน กระตุ้นให้สมาชิกและชาวบ้านตื่นตัวในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ยิ่งไปกว่านั้นกระบวนการที่ชาวบ้านใช้ในการกระจายภาระรับผิดชอบและตรวจสอบกรรมการในฐานะตัวแทนของสมาชิกกลุ่มออมทรัพย์ ยังสะท้อนถึงพฤติกรรมและกระบวนการประชาธิปไตยในระดับชุมชนได้เป็นอย่างดี

จะเห็นได้ว่า การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ควบคู่ไปกับการจัดการที่ดีในกลุ่มออมทรัพย์ ตำบลคลองเปี้ยะ ทำให้สมาชิกของกลุ่มมีชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งในด้านเศรษฐกิจ อาชีพ ด้านสังคม ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา และอื่นๆ อย่างไรก็ตามในความเป็นจริง

ภาพของความสำเร็จเช่นในกรณีกลุ่มออมทรัพย์ตำบลคลองเปี้ยวที่สามารถพัฒนาตนเองได้ด้วยความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อยจากคนภายนอกนั้น มิใช่ภาพนิ่ง รวมทั้งระดับความเข้มแข็งของชุมชนแห่งนี้ก็มิใช่ภาพนิ่งด้วย แต่เป็นกระบวนการที่มีการเคลื่อนไหวและปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา ในกระบวนการนี้ เราจะเห็นพลังที่เกิดจากภูมิปัญญา การเรียนรู้ และการจัดการที่ประสานสัมพันธ์กันอย่างสมดุล และเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนในการพัฒนาท้องถิ่นของตนในทุกๆด้าน อย่างไรก็ตาม ความยั่งยืนของการพัฒนาเช่นนี้ไม่ใช่สิ่งถาวร แต่จะดำรงอยู่ตราบเท่าที่ปัจจัยทั้ง 3 ข้างต้น มีพลังและมีความสมดุลกัน ดังนั้นตราบใดที่ชาวบ้านในตำบลคลองเปี้ยวยังรักษากระบวนการนี้ไว้ได้ การพัฒนาตนเองของชุมชนก็จะดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

11.10 วัฒนา โปธา (2541: 94 - 101) ได้ศึกษาความคิดเห็นของ อสม.ต่อการดำเนินงานของชมรม อสม.พบว่า

11.10.1 อสม.เห็นสมควรอย่างยิ่งให้อาสาสมัครรวมกลุ่มเป็นชมรม

11.10.2 ความคิดเห็นของ อสม.ต่อการดำเนินงานของชมรม อสม.

1) ด้านการจัดสวัสดิการ ให้มีการจัดสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก และเรียกร้องให้ภาครัฐให้จัดกองทุนช่วยเหลือ อสม.ที่ประสบภัยธรรมชาติ

2) ด้านการนำพลังกลุ่มแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พบว่า อสม.เห็นด้วยกับการนำพลังกลุ่ม เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ เช่น ร่วมกันรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด การชักชวนประชาชนร่วมกันรณรงค์ป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคต่างๆ

3) ในด้านการสนับสนุนงานสาธารณสุข อสม.เห็นด้วยกับการชักชวน อสม.ร่วมกันถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุขแก่แกนนำครอบครัว

4) ด้านพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพของประชาชน พบว่า อสม.เห็นด้วยกับการดำเนินงานด้านพิทักษ์สิทธิมนุษยชน ได้แก่ การชักชวนสมาชิกร่วมกันเผยแพร่ความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ต่างๆแก่ประชาชน การกระตุ้นให้ประชาชนรู้ถึงสิทธิและบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย และการนำสมาชิกเรียกร้องความเป็นธรรม กรณีที่ประชาชนถูกเอาเปรียบจากสถานบริการ

5) ด้านการมีส่วนร่วมทางการเมืองระดับท้องถิ่น พบว่าชมรม อสม.ควรมีส่วนร่วมทางการเมืองระดับท้องถิ่น ได้แก่ การร่วมเสนอแนะและผลักดันให้องค์การบริหารส่วนตำบลแก้ไขปัญหาของชุมชน / ท้องถิ่น การร่วมกันสอดส่องคอยเป็นหูเป็นตา และเอาใจใส่รักษาผลประโยชน์ของท้องถิ่นที่อยู่อาศัย และการให้การสนับสนุนการดำเนินงานแก่ อสม.ที่เป็นสมาชิก อบต. , สจ. , สท. ตามลำดับ

6) ด้านความรู้ความสามารถของชมรม อสม.พบว่า อสม.ที่เป็นสมาชิกของชมรมเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการดำเนินงานของชมรมในระดับดี ได้แก่ ความรู้ความสามารถในการทำงานเป็นทีม ความรู้ความสามารถในการเป็นผู้นำของกรรมการบริหารชมรม และความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชน และพบว่า อสม.ได้เสนอแนะว่า กรรมการบริหารของชมรมจะต้องเป็นผู้ที่มีลักษณะของการเป็นผู้นำที่ดี เช่น มีความเสียสละเพื่อส่วนรวม มีความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการ การทำงานเป็นทีม ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของรัฐให้ปฏิบัติงานกับ อสม. ด้วยเท่าที่ที่ให้เกียรติ

11.11 **ศิริรินทร์ภรณ์ อัจฉิมานุกร** (2539: 23 , 28) พบว่า อสม.ภาคใต้ที่ประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเป็นเพศชาย : เพศหญิง เท่ากับ 54.6 : 45.4 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 31.8 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 78.5

11.12 **เสวตฉัตร สุวรรณรัตน์** (อ้างใน ชาญชัย คงรอด 2543: 48) ได้ศึกษาบทบาทของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรสตรีในทางการเมืองไทย ปี 2531 - 2534 เนื้อหาข้อสรุปทั่วไปเกี่ยวกับ กระบวนการเข้าสู่บทบาททางการเมืองของสตรีไทย โดยการสัมภาษณ์สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรสตรีที่ได้รับการเลือกตั้งเมื่อ 24 กรกฎาคม 2531 จำนวน 8 คน ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการเข้าสู่บทบาททางการเมืองของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรสตรีนั้นมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อชัยชนะในการเลือกตั้ง 5 ประการ ซึ่งในประการแรก ได้แก่ คุณสมบัติส่วนตัวของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรสตรี (อายุ อาชีพ การศึกษา สถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ ฯลฯ)

11.13 **สเทียร์ (Steers** อ้างใน วิไล ทองทวี 2544: 11) ได้ศึกษาปัจจัยเบื้องต้นของความผูกพันต่อองค์กร พบว่ามีองค์ประกอบอยู่ 3 ประการ คือ ลักษณะของบุคคลในองค์กร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในองค์กร หน้าที่ที่รับผิดชอบ

11.14 **สรารุณ วลัยขพฤกษ์** (2543: 83 , 101 , 115 , 116) จากการศึกษาพบว่า อสม.จังหวัดอุดรธานีมีตำแหน่งอื่นด้วย ร้อยละ 54.2 และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม.อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.7 และระดับสูง ร้อยละ 35.1 และได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐระดับสูง 73.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 24.9 นอกจากนี้ ระดับศักยภาพ (ความรู้ และทัศนคติ) ของ อสม.ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 44.7 และพบว่าอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การรับรู้บทบาทในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน และแรงจูงใจในการวางแผนงานสาธารณสุข เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพของ อสม. ในการวางแผน

พัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขระดับชุมชน และตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดได้แก่แรงจูงใจในการวางแผนงานสาธารณสุข

11.15 สุนีย์ สุขสว่าง (2539: 19 , 74 - 76) จากการศึกษาพบว่า บทบาทที่คาดหวังขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ , อายุ) และปัจจัยทางสังคม คือ ความรู้ในเรื่องนั้นๆ และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สาขาวิชาชีพ รายได้ การรับรู้ประสบการณ์ในการทำงาน และความรู้ เป็นตัวแปรภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรภายใน คือ การรับรู้บทบาท แรงจูงใจ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า แรงจูงใจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบทบาทที่ปฏิบัติงานจริงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อมในจังหวัดพิจิตรอย่างมีนัยสำคัญ

บทบาทที่ถูกกำหนดในแผนปฏิบัติงานประจำปีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลมีระดับบทบาทที่ปฏิบัติจริงสูง แต่บทบาทที่ต้องลงไปปฏิบัติในชุมชน หรือต้องประสานงานกับหน่วยงานอื่นจะมีระดับบทบาทที่ปฏิบัติจริงต่ำ

11.16 สุขชัย อรรถธรรมและคณะ (2538: 35 – 39 , 60 – 65) พบว่า อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของจังหวัดชัยภูมิ เป็นชายร้อยละ 55.4 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 56.3 อาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 93.5 และพบว่า อายุ เพศ การศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเป็น อสม. ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของจังหวัดชัยภูมิ ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำงาน ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจังหวัดชัยภูมิ

11.17 เอมอร บุตรแสงดี (2541: 73) พบว่า อสม. ต้องการคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับการปฏิบัติงานอย่างมาก ในเรื่องของการรู้เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง

11.18 เอลตัน มาโย (Elton Mayo) อ้างใน พิมลจรรยา นามวัฒน์ (2543: 23 - 24) พบว่า มีสิ่งที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการผลิตของคนงานโดยมีปฏิกริยาต่อสภาวะทางจิตวิทยาและสังคมทางบวกและทางลบ ได้แก่ การให้รางวัล และการลงโทษ

กลุ่มอรูปนัย (Informal group) การได้รับความสนใจเป็นรายบุคคลก็ให้ผลดีต่อการบริหารทั้งสิ้น ดังนั้น การได้รับหรือไม่ได้รับความพอใจทางสังคมและจิตวิทยามีอิทธิพลต่อขวัญของคนงานเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดแนวคิดที่ว่า ขวัญและความสามารถในการผลิตมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แรงจูงใจของคนงานไม่เพียงแต่เกิดจากการตอบสนองของความต้องการทางเศรษฐกิจเท่านั้น แต่ยังเกิดจากการตอบสนองของความต้องการทางสังคมและจิตวิทยา ซึ่งไม่อาจใช้เงินซื้อได้ อีกด้วยการจัดองค์การ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อหาปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่เป็นกรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข (ชมรม อสม.) ระดับอำเภอในจังหวัดชุมพร

1.2 กลุ่มตัวอย่าง อสม.ที่เป็นกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอทุกอำเภอทุกคนในจังหวัดชุมพร ที่เป็นกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ อย่างน้อย 1 ปี รวม 177 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยแบ่งข้อคำถามออกเป็น 8 ตอน จำนวน 142 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพหลัก ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอสม. ระยะเวลาการเป็นกรรมการชมรม อสม. การมีตำแหน่งอื่นก่อนเป็น อสม. การมีตำแหน่งอื่นหลังเป็น อสม. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้ของกรรมการชมรม อสม. เกี่ยวกับการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จำนวน 16 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติของกรรมการชมรม อสม.ต่อชมรม อสม.จำนวน 13 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมของกรรมการชมรม อสม. จำนวน 17 ข้อ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ และจังหวัด จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจในการดำเนินงานของชมรม อสม.
จำนวน 16 ข้อ

ตอนที่ 8 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม
อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร ในด้าน

8.1 การจัดให้มีสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก จำนวน 8 ข้อ

8.2 การนำพลังกลุ่มแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

จำนวน 8 ข้อ

8.3 การสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุข จำนวน 12 ข้อ

8.4 การพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพของประชาชน จำนวน 7 ข้อ

8.5 การมีส่วนร่วมทางการเมืองระดับท้องถิ่น จำนวน 6 ข้อ

8.6 การบริหารจัดการในชมรม จำนวน 13 ข้อ

2.2 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เพื่อให้การศึกษาข้อมูลภาคสนามมีความถูกต้องและเชื่อถือได้ ก่อนที่จะนำ
เครื่องมือไปใช้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบเครื่องมือดังนี้

2.2.1 การทดสอบความตรงเนื้อหาของแบบสอบถาม (Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษา และ
ผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณา ตรวจสอบ แก้ไข ปรับปรุง ดังนี้

อาจารย์ที่ปรึกษา 3 ท่าน ได้แก่

รศ.สมโภช รติโอฬาร อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

รศ.สมศักดิ์ บุตรราช อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
ศูนย์วิทยพัฒน์บริการ มสธ.จ.นครศรีธรรมราช

อาจารย์พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ รองผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขมูลฐาน 3 ท่าน ได้แก่
นายเมธี จันท์จารุภรณ์ ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

นางวันัสรา เขาวนนิยม ผู้อำนวยการศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากาสาธารณสุข
มูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี

นางสาวอุไร ผึ้งประเสริฐศิลป์ หัวหน้างานพัฒนาบุคลากรและ
การสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

2.2.2 การหาความเชื่อถือของแบบสอบถาม (Reliability)

หลังจากผ่านการตรวจสอบแก้ไขแล้วนำแบบสอบถามไปทดลอง
ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (Try Out) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่จะศึกษา ได้แก่ กรรมการ
ชมรม อสม.ระดับอำเภอในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 30 คน เพื่อหาข้อบกพร่องของ
แบบสอบถามแต่ละข้อ โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach 's coefficient
of Alfa) เพื่อหาค่าความเชื่อถือของแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อถือของแบบสอบถามทั้งหมด
เท่ากับ 0.9336

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ระดับอำเภอ เพื่อมอบให้กับกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอของแต่ละอำเภอให้เป็นผู้ตอบ และ
ให้แต่ละอำเภอเก็บรวบรวมแบบสอบถามให้กับผู้วิจัย

3.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บแบบสอบถามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ
ระหว่าง 15 มีนาคม – 11 เมษายน 2545

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม
SPSS/PC*

4.1 เกณฑ์การให้คะแนน

4.1.1 ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของชมรม อสม. มีลักษณะเป็นแบบ
เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่

ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน

ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน

คะแนนที่ได้จากแบบทดสอบความรู้ แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ระดับดี
ต่ำกว่าร้อยละ 85 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

4.1.2 การให้คะแนนเกี่ยวกับทัศนคติของคณะกรรมการชมรม อสม.ที่มี

ต่อชมรม อสม. แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ตัวเลือก ใช้การสร้างมาตรวัดของลิเคอร์ท์ (R.A Likert อ้างในบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ 2534:130 -131) โดยการให้คะแนนข้อความนั้นจะยึดเนื้อความของข้อความเป็นหลัก คือ ถ้าเนื้อความเป็นไปตามความประสงค์ ก็จะทำให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน

จำแนกคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ (Best 1977: 174 อ้างในจรัส แต่งเล็ก 2542: 44) ดังนี้

ทัศนคติไม่ดี มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1 – 2.33

ทัศนคติด้านกลาง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.34 – 3.66

ทัศนคติดี มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.67 – 5.00

4.1.3 การให้คะแนนเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales)

กำหนดให้มี 5 ตัวเลือก ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดของลิเคอร์ท์ โดยให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด ให้ 5 คะแนน

มาก ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง ให้ 3 คะแนน

น้อย ให้ 2 คะแนน

น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

จำแนกคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ดังนี้

การทำงานเป็นทีมไม่ดี มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1 – 2.33

การทำงานเป็นทีมปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.34 – 3.66

การทำงานเป็นทีมดี มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.67 – 5.00

4.1.4 การให้คะแนนเกี่ยวกับการได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัด

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating

scale) กำหนดให้มี 5 ตัวเลือก ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดของลิเคอร์ท์ โดยให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด ให้ 5 คะแนน

มาก ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง ให้ 3 คะแนน

น้อย ให้ 2 คะแนน

น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

จำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับดังนี้

การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ไม่ดี มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1 – 2.33

การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.34 – 3.66

การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ดี มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.67 – 5.00

4.1.5 การให้คะแนนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

กำหนดให้มี 5 ตัวเลือก ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดของลิเคอร์ท์ โดยให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด ให้ 5 คะแนน

มาก ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง ให้ 3 คะแนน

น้อย ให้ 2 คะแนน

น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

จำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนไม่ดี มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1 – 2.33

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.34 – 3.66

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนดี มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.67 – 5.00

4.1.6 การให้คะแนนเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจ

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดให้มี 5 ตัวเลือก ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดของลิเคอร์ท์ โดยให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด ให้ 5 คะแนน

มาก ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง ให้ 3 คะแนน

น้อย ให้ 2 คะแนน

น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

จำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ระดับการจูงใจน้อย	มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ	1 – 2.33
ระดับการจูงใจปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ	2.34 – 3.66
ระดับการจูงใจมาก	มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ	3.67 – 5.00

4.1.7 การให้คะแนนเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของชมรม อสม.ระดับ

อำเภอ

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดให้มี 5 ตัวเลือก ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดของลิเคิอร์ท โดยให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด ให้ 5 คะแนน

มาก ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง ให้ 3 คะแนน

น้อย ให้ 2 คะแนน

น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

จำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับการปฏิบัติงานน้อย มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1 – 2.33

ระดับการปฏิบัติงานปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.34 – 3.66

ระดับการปฏิบัติงานมาก มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.67 – 5.00

4.1.8 การจัดกลุ่มปัจจัยและการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของ

ชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร ปี พ.ศ.2545 เพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์โดย ไค - สแควร์ (Chi - Square)

ผู้วิจัยได้จำแนกลักษณะประชากร ค่าเฉลี่ยของความคิดเห็น และค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติออกเป็น 2 – 3 กลุ่ม โดยใช้ค่าฐานนิยม (Mode) เป็นค่าจัดกลุ่ม ทั้งนี้ตามข้อจำกัดของการวิเคราะห์ด้วย ไค - สแควร์ (Chi - Square) ที่ว่าค่าที่จะนำมาวิเคราะห์ในแต่ละเซลล์ (Cell) ต้องไม่น้อยกว่า 5 ดังนั้นผู้วิจัยได้จัดกลุ่มดังนี้

ตารางที่ 3.1 แสดงการจำแนกลักษณะประชากรเป็น 2-3 กลุ่ม

ลักษณะประชากร	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3
อายุ	มาก (> 50 ปี)	น้อย (≤ 50 ปี)	
เพศ	ชาย	หญิง	
สถานภาพสมรส	โสด	สมรส	
อาชีพ	เกษตรกรรม, ประมง	รับจ้าง, ค้าขาย	ข้าราชการบำนาญ, แม่บ้าน
การศึกษา	ประถมฯ	สูงกว่าประถมฯ	
ระยะเวลาการเป็น อสม.	มาก (> 11 ปี)	น้อย (≤ 11 ปี)	
ระยะเวลาการเปิดกรรมการ ชมรม อสม.	มาก (> 5 ปี)	น้อย (≤ 5 ปี)	
การมีตำแหน่งอื่นก่อนเป็น อสม.	มี	ไม่มี	
การมีตำแหน่งอื่นหลังเป็น อสม.	มี	ไม่มี	
ความเพียงพอของรายได้	พอใช้ เหลือเก็บ	มีหนี้สิน	

ตารางที่ 3.2 แสดงการจำแนกลักษณะปัจจัยเป็น 2 กลุ่ม

ปัจจัย	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2
ความรู้	ดี (คะแนน ≥ 85 %)	ปานกลาง (คะแนน < 85 %)
ทัศนคติ	ดี ($\bar{x} \geq 3.75$)	ไม่ดี ($\bar{x} < 3.75$)
การทำงานเป็นทีม	ดี ($\bar{x} \geq 4.06$)	ไม่ดี ($\bar{x} < 4.06$)
การได้รับสนับสนุน	ดี ($\bar{x} \geq 4.00$)	ไม่ดี ($\bar{x} < 4.00$)
การมีส่วนร่วมของชุมชน	ดี ($\bar{x} \geq 3.43$)	ไม่ดี ($\bar{x} < 3.43$)
ปัจจัยจูงใจ	มาก ($\bar{x} \geq 3.20$)	น้อย ($\bar{x} < 3.20$)

ตารางที่ 3.3 แสดงการจำแนกลักษณะการปฏิบัติเป็น 2 กลุ่ม

การปฏิบัติ	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2
การจัดสวัสดิการฯ	มาก ($\bar{x} \geq 3.00$)	น้อย ($\bar{x} < 3.00$)
การนำพลังกลุ่มในการแก้ไข ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	มาก ($\bar{x} \geq 4.00$)	น้อย ($\bar{x} < 4.00$)
การสนับสนุนงานสาธารณสุข	มาก ($\bar{x} \geq 3.00$)	น้อย ($\bar{x} < 3.00$)
การพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพ	มาก ($\bar{x} \geq 3.00$)	น้อย ($\bar{x} < 3.00$)
การมีส่วนร่วมทางการเมือง ระดับท้องถิ่น	มาก ($\bar{x} \geq 3.00$)	น้อย ($\bar{x} < 3.00$)
การบริหารจัดการ	มาก ($\bar{x} \geq 3.42$)	น้อย ($\bar{x} < 3.42$)
การดำเนินงานรวมทุกด้าน	มาก ($\bar{x} \geq 3.00$)	น้อย ($\bar{x} < 3.00$)

4.2 สถิติที่ใช้

4.2.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะ

ของ อสม.

- 1) ปัจจัยด้านลักษณะประชากร เกี่ยวกับ สังคม เศรษฐกิจ
- 2) ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของชมรม อสม.
- 3) ทศนคติต่อชมรม อสม.
- 4) การทำงานเป็นทีม
- 5) การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 6) การมีส่วนร่วมของชุมชน
- 7) ปัจจัยจูงใจ
- 8) การดำเนินงานของชมรม อสม.

4.2.2 ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์

- 1) ไค -สแควร์ (Chi-Square)

เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะประชากร ของ อสม. ที่เป็นกรรมกรชมรม อสม. กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. รายด้าน และรวมทุกด้าน

2) ไค-สแควร์ (Chi-Square)

เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน ทักษะคติต่อชมรมฯ การทำงานเป็นทีม การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัด การมีส่วนร่วมของชุมชน และ ปัจจัยจูงใจของ อสม. ที่เป็นกรรมการชมรม อสม. กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. รายด้าน และรวมทุกด้าน

3) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson ' s correlation coefficient)

เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน ทักษะคติต่อชมรม อสม. การทำงานเป็นทีม การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชน และ ปัจจัยจูงใจ กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. รายด้าน และรวมทุกด้าน

ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ใช้โปรแกรม SPSS/PC * ใช้ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ เพื่อมอบให้กับ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการ อสม.ระดับอำเภอทุกคน ซึ่งเป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 177 คน ได้รับแบบสอบถามคืน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 90.4 เก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 15 มีนาคม - 11 เมษายน 2545 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

1. ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะของปัจจัยที่ส่งเสริม การดำเนินงานและการปฏิบัติในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ

- 1.1 ลักษณะประชากรของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ
- 1.2 ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของชมรม อสม. ของ อสม.ที่เป็น คณะกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอ
- 1.3 ทักษะคติของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ ที่มีต่อ ชมรม อสม.ระดับอำเภอ
- 1.4 การทำงานเป็นทีมของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ
- 1.5 การได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับอำเภอและระดับ จังหวัด ในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ
- 1.6 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ
- 1.7 ปัจจัยจูงใจของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ
- 1.8 การดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน

- 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับการดำเนินงานของ ชมรม อสม.ระดับอำเภอ
- 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ
- 2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการดำเนินงานของชมรม อสม.

ระดับอำเภอ

3. สรุป ปัญหาและข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 1 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะประชากรของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับ
อำเภอ จังหวัดชุมพร ปี พ.ศ. 2545

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของลักษณะประชากรของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.
ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร ปี พ.ศ. 2545

ลักษณะประชากร		จำนวน	ร้อยละ
อายุ	น้อยกว่า 40 ปี	47	29.4
	ระหว่าง 40- 60 ปี	95	59.4
	มากกว่า 60 ปี	18	11.3
	รวม	160	100
	ค่าต่ำสุด 21 ปี ค่าสูงสุด 79 ปี \bar{x} 47.22 S.D. 10.85		
เพศ	ชาย	77	48.1
	หญิง	83	51.9
	รวม	160	100
สถานภาพสมรส	โสด	17	10.6
	คู่	128	80.0
	หม้าย	13	8.1
	หย่าแยก	2	1.3
	รวม	160	100

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลัก เกษตรกรรม	124	77.5
แม่บ้าน	8	5.0
ค้าขาย	9	5.6
ประมง	3	1.9
ข้าราชการบำนาญ	3	1.9
รับจ้าง	12	7.5
อื่นๆ	1	0.6
รวม	160	100
ระดับการศึกษา ประถมศึกษา	48	30.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	55	36.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	40	25.0
ปวช.	5	3.1
ปวส.หรืออนุปริญญา	8	5.0
ปริญญาตรี	1	0.6
รวม	160	100
ระยะเวลาการเป็น อสม.		
ระหว่าง 1-5 ปี	20	12.5
6-10 ปี	26	16.3
11-15 ปี	61	38.1
16-20 ปี	44	27.5
มากกว่า 20 ปี	9	5.6
รวม	160	100
ค่าต่ำสุด 1 ปี ค่าสูงสุด 23 ปี \bar{X} 12.60 S.D. 5.38		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะประชากร		จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเป็นกรรมการชมรม อสม.			
	1-2 ปี	49	30.6
	3-4 ปี	29	18.1
	5-6 ปี	51	31.9
	7-8 ปี	17	10.6
	มากกว่า 8 ปี	14	8.8
	รวม	160	100
ค่าต่ำสุด 1 ปี	ค่าสูงสุด 15 ปี	\bar{X} 4.43	S.D. 2.83
การมีตำแหน่งอื่นก่อนเป็น อสม.			
	ไม่มี	90	56.3
	มี	70	43.8
	รวม	160	100
การมีตำแหน่งอื่นหลังเป็น อสม.			
	ไม่มี	49	30.6
	มี	111	69.4
	รวม	160	100
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
	น้อยกว่า 3,000 บาท	50	31.3
	ระหว่าง 3,000 -10,000 บาท	96	60.0
	มากกว่า 10,000 บาท	14	8.8
	รวม	160	100
ความเพียงพอต่อรายได้			
	พอใช้	71	44.4
	เหลือเก็บ	10	6.3
	มีหนี้สิน	79	49.4
	รวม	160	100

จากตารางที่ 4.1 แสดงให้เห็นว่า อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ ส่วนมากมีอายุระหว่าง 40-60 ปี ร้อยละ 59.4 รองลงมาคืออายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 29.4 และอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 11.3 อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 79 ปี อายุเฉลี่ย 47.22 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.9 เพศชายร้อยละ 48.1 มีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนมาก ร้อยละ 80 โสดร้อยละ 10.6 หม้ายร้อยละ 8.1 หย่าแยกร้อยละ 1.3 อาชีพส่วนมากมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 77.5 รองลงมาคือรับจ้างร้อยละ 7.5 การศึกษาส่วนมากระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 36.3 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 30.0 และ 25.0 ตามลำดับ ระดับ ปวส.หรืออนุปริญญา ร้อยละ 5.0 ระดับปวช. ร้อยละ 3.1 และระดับปริญญาตรี หรือมากกว่าเพียงร้อยละ 0.6 ระยะเวลาที่เป็น อสม. ส่วนมากเป็น อสม. มาแล้ว 11 - 15 ปี ร้อยละ 38.1 รองลงมา 16 - 20 ปี ร้อยละ 27.5 ระหว่าง 6 - 10 ปี ร้อยละ 16.3 ระหว่าง 1 - 5 ปี ร้อยละ 12.5 และมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 5.6 โดยเฉลี่ยเป็น อสม. มาแล้ว 12.60 ปี ค่าต่ำสุด 1ปี ค่าสูงสุด 23 ปี ระยะเวลาการเป็นกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอส่วนใหญ่ ระหว่าง 5-6 ปี ร้อยละ 31.9 รองลงมา ระหว่าง 1-2 ปี ร้อยละ 30.6 ระหว่าง 3-4 ปี ร้อยละ 18.1 ระหว่าง 7-8 ปี ร้อยละ 10.6 มากกว่า 8 ปี ร้อยละ 8.8 โดยเฉลี่ยเป็นคณะกรรมการ ชมรม อสม.มาแล้ว 4.43 ปี ค่าต่ำสุด 1 ปี ค่าสูงสุด 15 ปี ไม่มีตำแหน่งอื่นก่อนเป็น อสม. ร้อยละ 56.3 มีตำแหน่งอื่นก่อนเป็น อสม.ร้อยละ 43.8 มีตำแหน่งอื่นหลังเป็น อสม.ร้อยละ 69.4 ไม่มีตำแหน่งอื่นหลังเป็น อสม. ร้อยละ 30.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนมากอยู่ระหว่าง 3,000-10,000 บาท ร้อยละ 60 น้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 31.3 มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 8.8 ความเพียงพอของรายได้ มีหนี้สิน ร้อยละ 49.4 พอใช้ ร้อยละ 44.4 เหลือเก็บเพียง ร้อยละ 6.3

1.2 ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้ของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ เกี่ยวกับการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพรพ.ศ. 2545

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ดี (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85)	138	86.3
ปานกลาง (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 85)	22	13.8
รวม	160	100
คะแนนสูงสุด 15.00 คะแนนต่ำสุด 9.00 \bar{x} 13.875 S.D. 1.2922		

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของข้อความรู้ของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ ในการดำเนินงานของกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 จำแนก เป็นรายชื่อ

ลำดับที่ / ข้อ	ข้อความรู้ที่ถาม	ตอบถูก	
		จำนวน	ร้อยละ
1. ข้อที่ 1	การแก้ไขปัญหาสุขภาพในท้องถิ่นต้องใช้พลังชุมชน	158	98.8
2. ข้อที่ 2	การจัดรณรงค์ด้านสาธารณสุขเป็นหนทางที่จะช่วยพัฒนางานสาธารณสุขวิธีหนึ่ง	158	98.8
3. ข้อที่ 9	ชมรม อสม.ควรประสานการทำงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่	157	98.1
4. ข้อที่ 3	การชักชวนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเป็นการดำเนินงานที่ถูกต้อง	156	97.5
5. ข้อที่ 5	อสม.ไม่ต้องการอบรมฟื้นฟูความรู้	154	96.3
6. ข้อที่ 12	อสม.ไม่มีสิทธิในการลงรับสมัครเลือกตั้ง	153	95.6
7. ข้อที่ 6	ชมรม อสม.มีบทบาทในการสนับสนุนให้ อสม. ในพื้นที่ที่มีการถ่ายทอดความรู้ให้แก่แกนนำครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองและคนในครอบครัว	152	95.0
8. ข้อที่ 13	อสม.เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ไม่มีสิทธิสนับสนุน อสม. ด้วยกันลงสมัครเลือกตั้ง	152	95.0
9. ข้อที่ 8	ชมรม อสม. มีบทบาทในการวางแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่ โดยประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	151	94.4
10. ข้อที่ 15	งบประมาณหมู่บ้านละ 7,500 บาท ใช้เฉพาะการอบรมเท่านั้น	151	94.4
11. ข้อที่ 10	ชมรม อสม. ต้องดูแลถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆของสมาชิกชมรมและประชาชนด้วย เช่น สิทธิในการรักษาพยาบาล	148	92.5
12. ข้อที่ 14	งบประมาณที่ได้รับหมู่บ้านละ 7,500 บาท นั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นคนบริหารจัดการ	145	90.6
13. ข้อที่ 7	ชมรม อสม.มีบทบาทในการวิเคราะห์หาปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ อสม.เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ไม่มีสิทธิสนับสนุน อสม. ด้วยกันลงสมัครเลือกตั้ง	143	89.4
14. ข้อที่ 4	ชมรม อสม.เป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมต่างๆในพื้นที่	123	76.9
15. ข้อที่ 11	ชมรม อสม.สนับสนุนให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางการเมืองด้วย	119	74.4

จากตารางที่ 4.2 และตารางที่ 4.3 ความรู้ของ อสม. ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม. เกี่ยวกับการดำเนินงานของชมรม อสม. จากแบบสอบถามด้านความรู้ในการดำเนินงาน จำนวน 15 ข้อ พบว่า มีคะแนนความรู้ต่ำสุด เท่ากับ 9 คะแนน คะแนนความรู้สูงสุด เท่ากับ 15 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.88 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.29 เมื่อจัดแบ่ง ระดับความรู้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พบว่า ส่วนมากมีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 86.3 มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.8

เมื่อพิจารณาความรู้เป็นรายข้อ พบว่าข้อที่ อสม. ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ ข้อที่ 1 คือการแก้ไขปัญหาสุขภาพในท้องถิ่นต้องใช้พลังชุมชน และข้อที่ 2 คือการจัดรณรงค์ ด้านสาธารณสุขเป็นหนทางที่จะช่วยพัฒนางานสาธารณสุขวิธีหนึ่ง คือ ร้อยละ 98.8 ส่วนข้อ ความรู้ที่ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อที่ 11 คือ ชมรม อสม. สนับสนุนให้มีการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารทางการเมืองด้วย คิดเป็นร้อยละ 74.4

1.3 ทศนคติของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ ที่มีต่อการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร ปี พ.ศ. 2545

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นของ อสม. ที่เป็นคณะกรรมการ ชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

ระดับความคิดเห็น		จำนวน	ร้อยละ
ดี		96	60
ปานกลาง		64	40
ไม่ดี		0	0
รวม		160	100
ค่าต่ำสุด 2.58	ค่าสูงสุด 5.00	\bar{x} 3.70	S.D. 0.40

ตารางที่ 4.5 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นของ อสม.ที่เป็น
คณะกรรมการชมรม อสม.ระดับ อำเภอ ในการดำเนินงานของกรรมการชมรม อสม.
ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 จำแนกเป็นรายข้อ

ลำดับที่/ข้อ	ข้อความ	ร้อยละของความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
1. ข้อที่ 1 ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า การมีชมรม อสม.ระดับอำเภอจะ ส่งผลให้การดำเนินงานสาธารณสุข สุขมูลฐานในอำเภอดีขึ้น	45.6	42.5	11.3	0	0.06	4.33	0.72	
2. ข้อที่ 2 ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ที่ของชมรมเป็นไปตามข้อตกลง ของที่ประชุมกรรมการชมรมฯ	26.9	62.5	8.1	2.5	0	4.14	0.66	
3. ข้อที่ 4 ท่านเห็นด้วยหรือไม่ ว่าการดำเนินงานตามบทบาท ของชมรม อสม.ระดับอำเภอมี ส่วนช่วยสนับสนุนให้การดำเนิน งาน สสม.ในหมู่บ้านดีขึ้น	23.8	65.6	8.1	2.5	0	4.11	0.64	
4. ข้อที่ 3 ท่านเห็นด้วยหรือไม่ ว่าการดำเนินงานตามบทบาท ของชมรม อสม.ระดับอำเภอแล้ว งาน สสม. จะประสบผลสำเร็จ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้	26.9	56.3	15.6	1.3	0	4.09	0.69	
5. ข้อที่ 8 ท่านเห็นด้วยหรือไม่ ว่ากรรมการชมรมฯ มีส่วนร่วม ในการปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่ของชมรมฯ และดำเนิน การอย่างเต็มความสามารถ	23.1	63.1	13.1	0.6	0	4.09	0.62	
6. ข้อที่ 6 ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า คณะกรรมการชมรม อสม.ระดับ อำเภอของท่าน มีความร่วมมือ ในการดำเนินงานเป็นอย่างดี	20.0	63.1	14.4	2.5	0	4.01	0.67	

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ลำดับที่/ข้อ	ข้อความ	ร้อยละของความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
7. ข้อที่ 7	ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า การคัดเลือกคณะกรรมการ ชมรมระดับอำเภอของท่านนั้น มีการดำเนินการคัดเลือกอย่าง เหมาะสม	20.6	59.4	14.4	5.6	0	3.95	0.76
8. ข้อที่ 5	ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า การเป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอของท่านนั้น ทำให้ท่านมีความภาคภูมิใจ	17.5	61.3	13.8	7.5	0	3.89	0.78
9. ข้อที่ 9	ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า ชมรม อสม. เป็นชมรมที่ประกอบ ด้วยชาวบ้านที่เป็นอาสาสมัคร จึงไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ	3.8	14.4	19.4	53.1	9.4	3.5	0.98
10. ข้อที่ 10	ถ้าไม่มีชมรม อสม. ระดับอำเภอ งานสาธารณสุข มูลฐานก็ดำเนินไปได้	3.8	21.3	41.9	26.9	6.3	3.11	0.94
11. ข้อที่ 12	การเป็นสมาชิก ชมรม อสม.ระดับอำเภอเป็นการ เพิ่มภาระงาน	5.0	43.1	8.8	39.4	3.8	2.94	1.09
12. ข้อที่ 11	ชมรม อสม.ไม่มีงบประมาณ ของตนเอง จึงยากต่อ การบริหารจัดการ	19.4	51.3	11.9	15.6	1.9	2.29	1.01

จากตารางที่ 4.4 และตารางที่ 4.5 แสดงให้เห็นว่า ความคิดเห็นของคณะกรรมการชมรม อสม. ที่มีต่อชมรม อสม.ระดับอำเภอส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ดี ร้อยละ 60 ปานกลาง ร้อยละ 40 ค่าเฉลี่ย 3.70 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.40 ค่าต่ำสุด 2.58 ค่าสูงสุด 5 เมื่อพิจารณาความคิดเห็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 1 ที่เห็นด้วยว่าการมีชมรม อสม.ระดับอำเภอจะส่งผลให้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอำเภอดีขึ้น มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.33 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.72 รองลงมาคือ ข้อที่ 2

ที่เห็นด้วยว่าการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของชมรมเป็นไปตามข้อตกลงของที่ประชุม
กรรมการชมรม มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.14 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.66 ส่วนข้อที่มีคะแนน
เฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 12 ที่ว่าชมรม อสม.ไม่มีงบประมาณของตัวเองจึงยากต่อการบริหาร
จัดการ ซึ่งเป็นคำถามเชิงลบ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.29 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.01

1.4 การทำงานเป็นทีมของกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร

ตารางที่ 4.6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการทำงานเป็นทีม
ของกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

ระดับการทำงานเป็นทีม		จำนวน	ร้อยละ
ดี		108	67.5
ปานกลาง		52	32.5
ไม่ดี		0	0
รวม		160	100
ค่าต่ำสุด 2.38	ค่าสูงสุด 5.00	\bar{x} 3.78	S.D. 0.48

ตารางที่ 4.7 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการทำงานเป็นทีมของกรรมการ
ชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 จำแนกเป็นรายข้อ

ลำดับที่/ข้อ	การปฏิบัติ	ร้อยละของการปฏิบัติ					\bar{x}	S.D.
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
1.	ข้อที่ 15 การประชุมของ ชมรม มีการเปิดโอกาสให้ อภิปรายซักถามในที่ประชุม	45	43.8	7.5	3.8	0	4.30	0.77
2.	ข้อที่ 13 การตัดสินใจแก้ ปัญหาในชมรม จะอาศัยข้อมูล พื้นฐานที่เป็นจริง	38.1	46.3	13.1	2.5	0	4.20	0.76

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ลำดับที่/ข้อ	การปฏิบัติ	ร้อยละของการปฏิบัติ					\bar{X}	S.D.
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
3.	ข้อที่ 6 ท่านคิดว่าการตัดสินใจในการทำงานของทีมใช้ข้อมูลและข้อเท็จจริงเป็นหลัก	28.8	53.1	16.3	1.9	0	4.09	0.72
4.	ข้อที่ 12 ท่านยินดีร่วมมือและให้ความช่วยเหลือ เมื่อเพื่อนร่วมงานเสนอโครงการใหม่	23.8	58.8	16.3	1.3	0	4.05	0.67
5.	ข้อที่ 14 ในการทำงานในชมรม มีลักษณะยืดหยุ่น ถ้อยที่ถ้อยอาศัยซึ่งกันและกัน	25.0	56.9	13.1	3.1	1.9	4.00	0.82
6.	ข้อที่ 2 ท่านปฏิบัติงานในความรับผิดชอบโดยยึดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ที่ได้ตกลงร่วมกัน	23.1	50.6	24.4	1.9	0	3.95	0.74
7.	ข้อที่ 5 ท่านพบว่าการติดต่อสื่อสารภายในชมรมฯ เป็นไปอย่างเปิดเผยและไว้วางใจ	21.3	53.8	20.0	4.4	0.6	3.91	0.80
8.	ข้อที่ 4 ท่านคิดว่าเมื่อเกิดปัญหาในชมรมฯ สมาชิกทีมได้มีการประชุม เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน	20.0	57.5	14.4	8.1	0	3.89	0.81
9.	ข้อที่ 7 ท่านพบว่าเมื่อเกิดข้อบกพร่อง มีการทบทวนการทำงานของทีม เพื่อแก้ไขทันที	17.5	48.8	26.3	7.5	0	3.76	0.83
10.	ข้อที่ 10 ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และตัดสินใจเกี่ยวกับงานของชมรมฯ	14.4	48.1	31.3	5.6	0.6	3.70	0.81

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ลำดับที่/ข้อ	การปฏิบัติ	ร้อยละของการปฏิบัติ					X	S.D.
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
11. ข้อที่ 9	ท่านคิดว่ากรรมการชมรม มีการรับส่งความคิดเห็น แนวคิดหรือปัญหาของผู้อื่น พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือ เมื่อจำเป็น	11.9	45.6	34.4	7.5	0.6	3.61	0.82
12. ข้อที่ 16	ในชมรมของท่านมีการหมุนเวียนงานที่รับผิดชอบ เพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้งานอื่นด้วย	11.3	45.0	26.9	13.8	3.1	3.48	0.97
13. ข้อที่ 1	ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน กำหนดเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของงานต่างๆภายในชมรม อสม.ระดับอำเภอ	11.9	29.4	51.9	6.3	0.6	3.46	0.81
14. ข้อที่ 3	ท่านคิดว่าชมรม อสม.ได้มีการวางแผนปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ	8.8	39.4	38.8	10.6	2.5	3.41	0.89
15. ข้อที่ 8	ท่านพบว่า มีการพัฒนาคณะกรรมการชมรมฯ โดยการอบรม ดูงาน เพื่อจะได้นำความรู้มาใช้ในการทำงาน	14.4	35.0	28.8	16.3	5.6	3.36	1.09
16. ข้อที่ 11	ท่านเสนอความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ใหม่ๆ ในการปฏิบัติงาน	6.3	33.1	47.5	12.5	0.6	3.32	0.80

จากตารางที่ 4.6 และตารางที่ 4.7 การทำงานเป็นทีมของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม. อยู่ในระดับดี ร้อยละ 67.5 ปานกลาง ร้อยละ 32.5 ค่าเฉลี่ย 3.78 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48 ค่าต่ำสุด 2.38 ค่าสูงสุด 5

เมื่อพิจารณาการทำงานเป็นทีมรายข้อ พบว่า ข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ข้อที่ 15 ที่การประชุมของชมรมมีการเปิดโอกาสให้อภิปรายซักถามในที่ประชุม คะแนนเฉลี่ย 4.30

ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77 รองลงมา คือ ข้อที่ 13 เรื่องการตัดสินใจแก้ปัญหาในชมรม อสม. จะอาศัยข้อมูลพื้นฐานที่เป็นจริง คะแนนเฉลี่ย 4.20 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.76 ส่วนที่ปฏิบัติปานกลางคือ ข้อที่ 8 ที่พบว่ามีการพัฒนาคณะกรรมการชมรมโดยการอบรม ดูงาน เพื่อจะได้นำความรู้มาใช้ในการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 3.36 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.09 และที่ปฏิบัติปานกลาง รองลงมา คือข้อที่ 11 ที่เกี่ยวกับการเสนอความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ใหม่ๆ ในการปฏิบัติงาน คะแนนเฉลี่ย 3.32 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.80

1.5 การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับอำเภอและระดับจังหวัด

ตารางที่ 4.8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัด

ระดับการได้รับการสนับสนุน	จำนวน	ร้อยละ					
ดี	80	50					
ปานกลาง	72	45					
ไม่ดี	8	5.0					
รวม	160	100					
ค่าต่ำสุด	1.33	ค่าสูงสุด	5.00	\bar{x}	3.56	S.D.	0.68

ตารางที่ 4.9 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการได้รับการสนับสนุน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอและระดับจังหวัด จำแนกเป็น รายข้อ

ลำดับที่/ข้อ การปฏิบัติ	ร้อยละของการปฏิบัติ					\bar{X}	S.D.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
1. ข้อที่ 2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้คำแนะนำ ในการจัดทำแผน แก้ไขปัญหาสาธารณสุขของ อำเภอ	30.0	46.9	19.4	3.1	0.6	4.03	0.82
2. ข้อที่ 1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับอำเภอ/จังหวัดเป็นพี่เลี้ยง ในการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขของอำเภอ	29.4	48.1	15.6	5.0	1.9	3.98	0.91
3. ข้อที่ 3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นิเทศติดตามงานของท่านทุก เดือน	13.1	40.0	34.4	10.6	1.9	3.52	0.92
4. ข้อที่ 4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้ สม่่าเสมอ	10.0	38.8	36.9	11.3	3.1	3.41	0.93
5. ข้อที่ 6 การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงาน เช่น สื่อต่างๆ	12.5	25.0	39.4	20.6	2.5	3.24	1.0
6. ข้อที่ 5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดอบรมหลักสูตรนักบริหาร ชุมชนแก่ อสม. ที่เป็นคณะกรรมการชมรม	10.6	29.4	32.5	21.3	6.3	3.17	1.08

จากตารางที่ 4.8 และตารางที่ 4.9 แสดงให้เห็นว่า การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับดี ร้อยละ 50 ระดับปานกลาง ร้อยละ 45 และระดับไม่ดี ร้อยละ 5.0 ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.56 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68 เมื่อพิจารณาการได้รับการสนับสนุน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มาก ได้แก่ ข้อที่ 2 คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำในการจัดทำแผน แก้ไขปัญหาสาธารณสุขของอำเภอ คะแนนเฉลี่ย 4.03 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.82 ส่วนข้อที่ได้รับการสนับสนุน

จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปานกลาง ได้แก่ ข้อที่ 5 ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดอบรมหลักสูตร
นักบริหารชุมชนแก่ อสม. ที่เป็นคณะกรรมการชมรม คะแนนเฉลี่ย 3.17

ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.08

1.6 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

ตารางที่ 4.10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน	จำนวน	ร้อยละ
ดี	44	27.5
ปานกลาง	104	65
ไม่ดี	12	7.5
รวม	160	100
ค่าต่ำสุด 1.14 ค่าสูงสุด 5.00 \bar{x} 3.27 S.D. 0.65		

ตารางที่ 4.11 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการมีส่วนร่วมของชุมชน
จำแนกเป็นรายข้อ

ลำดับที่/ข้อ	การปฏิบัติ	ร้อยละของการปฏิบัติ					\bar{x}	S.D.
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
1.	ข้อที่ 1 ชุมชนให้ความร่วมมือ ในเรื่อง การปฏิบัติงานในด้าน สาธารณสุข เมื่อท่านร้องขอ	11.3	45.6	36.9	5.0	1.3	3.61	0.8
2.	ข้อที่ 4 ชุมชนมีความตระหนัก ในเรื่อง ปัญหาด้านสุขภาพ อนามัย และมีความกระตือรือร้น ในการเข้ามามีส่วนร่วมใน กิจกรรมทางด้านสาธารณสุข	8.1	40.6	41.3	8.8	1.3	3.46	0.82

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

ลำดับที่/ข้อ	การปฏิบัติ	ร้อยละของการปฏิบัติ					\bar{X}	S.D.
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
3.	ข้อที่ 3. กลุ่มต่างๆในหมู่บ้าน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มเกษตรกร กลุ่มออมทรัพย์ ให้ความร่วมมือสนับสนุนการปฏิบัติงานของท่าน	8.1	37.5	37.5	14.4	2.5	3.34	0.91
4.	ข้อที่ 2 คณะกรรมการหมู่บ้าน หรือองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานของท่าน	6.9	33.1	38.8	16.3	5.0	3.21	0.97
5.	ข้อที่ 7 การเรียนรู้หรือ ถ่ายทอดความรู้ระหว่าง ประชาชนในหมู่บ้านต่างๆ	4.4	26.9	50.6	15.0	3.1	3.14	0.84
6.	ข้อที่ 5 ชุมชนมีการวางแผน ร่วมกันกับชมรมฯในการแก้ ปัญหาของชุมชน	3.8	28.1	45.0	21.3	1.9	3.11	0.84
7.	ข้อที่ 6 ชุมชนมีส่วนร่วมใน การระดมทรัพยากรเพื่อแก้ ปัญหาของชุมชน	3.8	24.4	41.9	28.1	1.9	3.00	0.87

จากตารางที่ 4.10 และตารางที่ 4.11 แสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65 ระดับดี ร้อยละ 27.5 ระดับที่ไม่ดี ร้อยละ 7.5 ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.27 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร จำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีการปฏิบัติมาก คือ ข้อที่ 1 คือ ชุมชนให้ความร่วมมือในเรื่องการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขเมื่อร้องขอ คะแนนเฉลี่ย 3.61 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.80 ส่วนข้อที่มีการปฏิบัติปานกลาง คือ ข้อที่ 6 คือชุมชนมีส่วนร่วม ในการระดมทรัพยากรเพื่อแก้ปัญหาของชุมชน คะแนนเฉลี่ย 3.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87

1.7 ปัจจัยจุดใจของคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

ตารางที่ 4.12 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับปัจจัยจูงใจ
ของคณะ กรรมการ ชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

ปัจจัยจูงใจ	ร้อยละของปัจจัยจูงใจ			\bar{X}	S.D.
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
ความสำเร็จ	81.3	16.9	1.9	3.83	0.54
โอกาสก้าวหน้า	47.5	52.5	0	3.77	0.68
ความรับผิดชอบ	56.9	43.1	0	3.60	0.57
ลักษณะงาน	51.9	46.9	1.3	3.50	0.59
การได้รับการยกย่องนับถือ	35.0	63.1	1.9	3.42	0.60
รวมทุกด้าน	43.1	56.9	0	3.60	0.42
ค่าต่ำสุด 2.47	ค่าสูงสุด 5.00	\bar{x} 3.60	S.D. 0.42		

ตารางที่ 4.13 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยจูงใจของกรรมการ
ชมรมอสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 จำแนกเป็นรายชื่อ

ลำดับที่ / ชื่อ การปฏิบัติ	ร้อยละของการปฏิบัติ					\bar{X}	S.D.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
ความสำเร็จ						3.83	0.54
1.ชื่อที่ 1 ท่านมีความภาคภูมิใจ ที่มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ ปัญหา และร่วมวางแผนแก้ไข ปัญหาสาธารณสุขระดับอำเภอ	23.8	52.5	20.0	3.8	0	3.96	0.77
2.ชื่อที่ 3 งานที่สมาชิกชมรม ปฏิบัติทุกงานมีความสำคัญต่อ ความสำเร็จของชมรม	11.9	70.6	13.1	4.4	0	3.90	0.65
3. ชื่อที่ 2 ผลของการปฏิบัติงาน ในชมรม อสม.ของท่านที่ผ่านมา ประสบผลสำเร็จ	6.3	55.0	33.8	5.0	0	3.63	0.68

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ลำดับที่ / ข้อ	ร้อยละของการปฏิบัติ					\bar{X}	S.D.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
โอกาสก้าวหน้า						3.77	0.68
1. ข้อที่ 14 ท่านเห็นด้วยกับการให้เข็มเชิดชูเกียรติแก่ อสม. ที่ทำงานนาน	48.1	40.0	11.3	0.6	0	4.36	0.70
2. ข้อที่ 15. สมาชิกได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม หรือศึกษาดูงาน	12.5	26.3	35.0	20.0	6.3	3.19	1.09
ความรับผิดชอบ						3.60	0.57
1. ข้อที่ 12. ท่านมีอิสระในการตัดสินใจเต็มที่ในงานที่รับผิดชอบ	15.0	52.5	29.4	2.5	0.6	3.79	0.75
2. ข้อที่ 13. ท่านรับผิดชอบในผลงานที่เกิดขึ้นทุกด้าน	14.4	47.5	34.4	3.8	0	3.73	0.75
3. ข้อที่ 11. ท่านปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่โดยไม่ได้รับการกระตุ้นเตือนหรือชี้แจงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	5.0	34.4	50.0	7.5	3.1	3.31	0.81
ลักษณะงาน						3.50	0.59
1. ข้อที่ 6 งานในชมรมฯนี้เป็นงานที่ต้องใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์	19.4	56.3	20.6	3.1	0.6	3.91	0.76
2. ข้อที่ 5. งานในชมรมฯนี้เป็นงานที่ทำหายความสามารถ	12.5	44.4	32.5	9.4	1.3	3.02	0.90
3. ข้อที่ 4. การปฏิบัติงานของชมรมมีสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ และสิ่งอำนวยความสะดวกเหมาะสมเพียง	3.8	24.4	47.5	18.8	5.6	3.02	0.90

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ลำดับที่ / ข้อ	ร้อยละของการปฏิบัติ					\bar{X}	S.D.
	ปัจจัยจูงใจ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย		
การได้รับการยกย่องนับถือ						3.42	0.60
1. ข้อที่ 8 เพื่อนร่วมงานของท่าน เห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความ สามารถในการปฏิบัติงานตาม บทบาทหน้าที่ของชมรมฯ	7.5	42.5	46.3	3.8	0	3.54	0.69
2. ข้อที่ 10 ท่านได้รับการแสดง ความยินดี และชมเชยในความ สำเร็จต่อผู้ร่วมงานคนอื่นๆ	7.5	38.1	47.5	5.6	1.3	3.45	0.77
3. ข้อที่ 9. บุคคลอื่นๆนอก ชมรมฯ เห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มี ความสามารถในการปฏิบัติงาน ในชมรมฯ	5.6	40.0	45.6	7.5	1.3	3.41	0.76
4. ข้อที่ 7 ผลการปฏิบัติงานใน ชมรมฯของท่านได้รับการยกย่อง ชมเชยจากเจ้าหน้าที่อื่นและจาก จังหวัด	5.6	32.5	47.5	12.5	1.9	3.28	0.82

จากตารางที่ 4.12 และตารางที่ 4.13 แสดงให้เห็นว่า ระดับจูงใจรวมส่วนมาก อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.9 อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 43.1 และค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.60 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.42 เมื่อพิจารณาระดับการจูงใจเป็นรายด้าน พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จของงานมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.83 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.54 รองลงมา ได้แก่ โอกาสก้าวหน้า คะแนนเฉลี่ย 3.77 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68 ปัจจัยจูงใจที่น้อยที่สุด คือ การได้รับการยกย่องนับถือ คะแนนเฉลี่ย 3.42 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.60

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า

ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จที่มีมาก คือ ข้อที่ 1 ที่มีความภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมใน การวิเคราะห์ปัญหาและร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับอำเภอ คะแนนเฉลี่ย 3.96 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77

ปัจจัยจูงใจด้านโอกาสก้าวหน้าที่มีมากที่สุด คือ ข้อที่ 14 ที่เห็นด้วยกับการให้เพิ่ม เชิดชูเกียรติแก่ อสม.ที่ทำงานาน คะแนนเฉลี่ย 4.36 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70

ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบที่มีมาก คือ ข้อที่ 12 ที่มีอิสระในการตัดสินใจ เต็มที่ในงานที่รับผิดชอบ คะแนนเฉลี่ย 3.79 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.75

ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่มีมาก คือ ข้อที่ 6 ที่งานในชมรมเป็นงานที่ต้องใช้ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ คะแนนเฉลี่ย 3.91 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.76

ปัจจัยจูงใจด้านการได้รับการยกย่องนับถือที่มีมาก คือ ข้อที่ 8 เพื่อนร่วมงานของท่านเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ คะแนนเฉลี่ย 3.54 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69

1.8 การปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ.2545 รวม 6 ด้าน

ตารางที่ 4.14 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติงานในการดำเนินงาน
ของชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

การดำเนินงานของชมรมฯ	ร้อยละของระดับการปฏิบัติงาน			\bar{X}	S.D.
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
การนำพลังกลุ่มในการแก้ไขปัญหา	67.5	30.6	1.9	3.94	0.68
การสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุข	62.5	36.9	0.6	3.83	0.59
การบริหารจัดการในชมรมฯ	45.6	51.9	2.5	3.55	0.65
การพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพ	30.6	66.3	3.1	3.29	0.65
การมีส่วนร่วมทางการเมืองระดับท้องถิ่น	20.6	60.0	19.4	3.00	0.82
การจัดให้มีสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก	10.0	65.0	25.0	2.75	0.76
รวมทุกด้าน	23.8	73.8	2.5	3.39	0.48

จากตารางที่ 4.14 แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. มีระดับการปฏิบัติงานส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.8 ระดับมาก ร้อยละ 23.8 ระดับน้อย ร้อยละ 2.5 คะแนนเฉลี่ย 3.39 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การปฏิบัติที่มากที่สุด ได้แก่ การนำพลังกลุ่มในการแก้ไขปัญหา คะแนนเฉลี่ย 3.94 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68 รองลงมา ได้แก่ การสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุข คะแนนเฉลี่ย 3.83 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.59 ส่วนการปฏิบัติงานที่น้อย ได้แก่ การจัดให้มีสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก คะแนนเฉลี่ย 2.75 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.76

ตารางที่ 4.15 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติงานในการดำเนินงาน
ของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 จำแนกเป็นรายข้อ

ลำดับที่/ข้อ	ร้อยละของการปฏิบัติ					\bar{X}	S.D.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
ด้านการนำพลังกลุ่มแก้ไข ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ						3.94	0.68
1. ข้อที่ 2 การชักชวนสมาชิก และประชาชนร่วมกันรณรงค์ ป้องกันและควบคุมการ แพร่ระบาดของโรคติดต่อต่างๆ เช่น โรคเอดส์ โรคไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า ฯลฯ	47.5	40.6	10.0	1.9	0	4.34	0.73
2. ข้อที่ 1 การชักชวนสมาชิก และประชาชนร่วมกันรณรงค์ ต่อต้านการเสพยาเสพติด	31.9	45.0	20.6	2.5	0	4.06	0.79
3. ข้อที่ 4 การชักชวนสมาชิก และประชาชนร่วมกันรณรงค์ กำจัดขยะมูลฝอย	26.3	43.8	25.6	3.8	0.6	3.91	0.85
4. ข้อที่ 6 การชักชวนสมาชิก และประชาชนร่วมกันรณรงค์ ไม่ซื้อ ไม่ขายสินค้าที่ไม่มี คุณภาพ และไม่ถูกสุขลักษณะ	26.9	45.0	23.1	2.5	2.5	3.91	0.91
5. ข้อที่ 3 การชักชวนสมาชิก และประชาชนร่วมกันรณรงค์ ดูแลรักษาความสะอาดของ แม่น้ำลำธาร	20.6	43.1	28.8	6.9	0.6	3.76	0.88

ตารางที่ 4.15 (ต่อ)

ลำดับที่/ข้อ	การปฏิบัติ	ร้อยละของการปฏิบัติ					— X	S.D.
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
6.	ข้อที่ 5 การชักชวนสมาชิก และประชาชนร่วมกันรณรงค์ บำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติ	21.3	41.9	28.8	6.9	1.3	3.75	0.91
7.	ข้อที่ 7 การชักชวนสมาชิก และประชาชนร่วมกันรณรงค์ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ – อุบัติภัย	16.3	26.3	30.0	16.9	10.6	3.21	1.21
ด้านการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุข							3.83	0.59
1.	ข้อที่ 3 การชักชวนสมาชิก และ อสม.ช่วยกันดูแลตนเอง และเพื่อนบ้านไม่ให้เจ็บป่วย	26.9	49.9	21.3	2.5	0	4.01	0.76
2.	ข้อที่ 4.การชักชวนสมาชิก และ อสม.ช่วยกันดูแลรักษา พยาบาลเบื้องต้นแก่ตนเองและ เพื่อนบ้านไม่ให้เจ็บป่วย	20.0	51.9	26.3	1.9	0	4.01	0.76
3.	ข้อที่ 5 การชักชวนสมาชิก และ อสม.มาประชุมและรับการ ถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่	29.4	48.8	15.0	6.3	0.6	4.00	0.87
4.	ข้อที่ 6 การประสานงานกับ เจ้าหน้าที่ในการแก้ไขปัญหา สาธารณสุขในชุมชน	22.5	56.3	20.6	0	0.6	4.00	0.70
5.	ข้อที่ 1. การประสานงานกับ เจ้าหน้าที่ให้ดำเนินการถ่ายทอด ความรู้ด้านสาธารณสุขแก่ อสม. ตามสภาพปัญหาของท้องถิ่น	24.4	48.1	25.0	1.9	0.6	3.94	0.79

ตารางที่ 4.15 (ต่อ)

ลำดับที่/ข้อ	การปฏิบัติ	ร้อยละของการปฏิบัติ					— X	S.D.
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
6.	ข้อที่ 2 การชักชวนให้ อสม. ร่วมกันถ่ายทอดความรู้ด้าน สาธารณสุขแก่แกนนำครอบครัว ให้สามารถดูแลตนเองและคนใน ครอบครัวได้	29.4	43.8	24.4	1.9	0.6	3.94	0.79
7.	ข้อที่ 10 การจัดทำโครงการ แก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ โดยใช้งบประมาณหมู่บ้านละ 7,500 บาท มาดำเนินการ	26.9	48.8	17.5	1.9	5.0	3.91	0.98
8.	ข้อที่ 8 การร่วมประชุม ปรึกษาหารือ วางแผนดำเนิน การแก้ไขปัญหากับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	19.4	54.4	23.1	2.5	0.6	3.89	0.76
9.	ข้อที่ 9 การชักชวนให้ อสม. สนับสนุนการใช้สมุนไพรในการ รักษาโรค	19.4	41.9	31.9	5.6	1.3	3.73	0.88
10.	ข้อที่ 7การจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ สนับสนุนการแก้ไข ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน	8.8	35.0	46.9	8.8	0.6	3.43	0.80
11.	ข้อที่ 11 การเผยแพร่ผลงาน ที่ประสบความสำเร็จในการ พัฒนาสาธารณสุขของอาสา สมัครทางสื่อต่างๆ หรือการจัด ประชุมสัมมนา	9.4	38.8	36.9	10.6	4.4	3.38	0.95
ด้านการบริหารจัดการใน ชมรมฯ							3.55	0.65
1.	ข้อที่ 4 การจัดให้มีสถานที่ใน การดำเนินงานของชมรมชัดเจน	40.0	41.9	15.0	3.1	0	4.19	0.80

ตารางที่ 4.15 (ต่อ)

ลำดับที่/ข้อ การปฏิบัติ	ร้อยละของการปฏิบัติ					— X	S.D.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
2. ข้อที่ 7 มีการประชุม คณะกรรมการ ทุก 1 - 2 เดือน เพื่อติดตามงาน	33.1	42.5	19.4	3.1	1.9	4.02	0.91
3. ข้อที่ 5 มีการเลือกตั้ง คณะกรรมการใหม่เมื่อครบตาม วาระ	30.0	44.4	18.1	6.9	0.6	3.96	0.80
4. ข้อที่ 1 มีการจัดทำแผน ปฏิบัติงานประจำปีของชมรม	20.6	45.6	28.1	3.8	1.9	3.79	0.88
5. ข้อที่ 6 มีการเลือกตั้งคณะ กรรมการตามความรู้ ความ สามารถของสมาชิก	23.1	38.8	26.3	6.3	5.6	3.68	1.07
6. ข้อที่ 12 การจัดให้มีผลการ ประเมินผลการปฏิบัติงานของ ชมรมทุกปี	16.3	33.1	41.9	6.3	2.5	3.54	0.92
7. ข้อที่ 3 การจัดให้มีสถานที่ ในการดำเนินงานของชมรม ชัดเจน	14.4	40.0	28.1	13.8	3.8	3.48	1.02
8. ข้อที่ 11 การจัดให้มีศูนย์ ข้อมูลข่าวสารของชมรม	13.1	35.0	35.0	12.5	4.4	3.40	1.01
9. ข้อที่ 9 ชมรมมีการนิเทศงาน การปฏิบัติงานของ อสม. ใน พื้นที่	10.0	31.9	45.0	8.1	5.0	3.34	0.94
10. ข้อที่ 8. มีการประชุม ระหว่างเครือข่าย	10.6	33.1	36.3	15.0	5.0	3.29	1.01
11. ข้อที่ 10 การจัดให้มีเงินทุน ในการดำเนินงานของชมรม	8.1	35.0	36.3	13.8	6.9	3.24	1.02
12. ข้อที่ 2 การจัดให้มีการ ศึกษาดูงานนอกสถานที่	5.0	18.1	28.8	34.4	13.8	2.66	1.08

ตารางที่ 4.15 (ต่อ)

ลำดับที่/ชื่อ การปฏิบัติ	ร้อยละของการปฏิบัติ					\bar{X}	S.D.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
ด้านการพิทักษ์สิทธิด้าน สุขภาพ						3.29	0.65
1. ข้อที่ 1 การชักชวนสมาชิก ร่วมกันเผยแพร่ความรู้ เรื่อง สิทธิประโยชน์ต่างๆแก่ประชาชน เช่น บัตรสุขภาพ การรักษาฟรี แก่คนยากจน คนพิการ ผู้สูงอายุ และเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี	48.8	42.5	6.9	1.9	0	4.38	0.7
2. ข้อที่ 2 การกระตุ้นให้ ประชาชนรู้ถึงสิทธิและบทบาท หน้าที่ของผู้ป่วย	20.6	59.4	18.1	0.6	1.3	3.98	0.73
3. ข้อที่ 6 การดูแลการคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านสาธารณสุข	15.6	45.6	29.4	5.6	3.8	3.64	0.94
4. ข้อที่ 3 การนำสมาชิกเรียก ร้องความเป็นธรรมกรณีที่ ประชาชนถูกเอาผิดเอาเปรียบ จากสถานบริการ	5.6	18.1	34.4	26.9	15.0	2.73	1.10
5. ข้อที่ 4. การนำสมาชิกเรียก ร้องความเป็นธรรมกรณีที่สถาน บริการคิดค่ารักษาพยาบาลจาก ประชาชน	5.0	21.3	21.3	29.4	23.1	2.56	1.20
6. ข้อที่ 5 การนำสมาชิกเรียก ร้องความเป็นธรรมกรณีที่ ประชาชนถูกปฏิเสธให้การรักษา พยาบาลผู้มีสิทธิรักษาฟรี	4.4	16.3	25.6	28.8	25.0	2.46	1.16

ตารางที่ 4.15 (ต่อ)

ลำดับที่/ข้อ การปฏิบัติ	ร้อยละของการปฏิบัติ					\bar{X}	S.D.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
ด้านการมีส่วนร่วมทางการ เมืองระดับท้องถิ่น						3.00	0.82
1. ข้อที่ 1 มีการติดตามและ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางการ เมืองให้แก่สมาชิกทราบ	8.1	36.3	40.6	10.6	4.4	3.33	0.93
2. ข้อที่ 2 การนำสภาพปัญหาที่ มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย ของประชาชน เสนอต่อนักการ เมืองท้องถิ่น เพื่อผลักดันให้เกิด เป็นนโยบายในการแก้ไขปัญหา	8.8	34.4	35.0	11.9	10.0	3.20	1.09
3. ข้อที่ 4 การสนับสนุน อสม. ที่ มีความรู้ความสามารถให้ลง สมัครรับการเลือกตั้ง เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน สมาชิกสภา จังหวัด สมาชิกสภาผู้แทน ราษฎร	13.8	25.0	36.3	13.1	11.9	3.16	1.18
4. ข้อที่ 5 การสนับสนุน อสม. ที่ลงสมัครรับการเลือกตั้งอย่าง เปิดเผย	11.3	19.4	33.1	15.6	20.6	2.85	1.27
5. ข้อที่ 3 การชักชวนสมาชิก เลือกตั้งผู้ที่ตนสนับสนุนให้ได้รับ การเลือกตั้งอย่างเปิดเผย	4.4	18.1	28.1	19.4	30.0	2.48	1.22
ด้านการจัดสวัสดิการ ช่วยเหลือสมาชิก						2.75	0.76
1. ข้อที่ 1 ชมรม อสม. ของท่าน มีการจัดตั้งกองทุนสำหรับช่วย เหลือสมาชิกที่เสียชีวิต	30.6	34.4	15.6	10.0	9.4	3.67	1.27

ตารางที่ 4.15 (ต่อ)

ลำดับที่/ข้อ การปฏิบัติ	ร้อยละของการปฏิบัติ					\bar{X}	S.D.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
2. ข้อที่ 2 ชมรม อสม.ของท่าน มีการดำเนินการให้ส่วน สาธารณสุขจัดให้มีกองทุนช่วย เหลือ อสม.ที่เสียชีวิต	21.3	36.3	16.9	12.5	13.1	3.40	1.31
3. ข้อที่ 7. ชมรม อสม.ของท่าน มีการจัดหาทุนด้วยการจัดงาน ต่างๆ (งานเลี้ยงสังสรรค์เพื่อหา เงิน เลี้ยงน้ำชา ฯลฯ) เพื่อรวบรวม เงินไว้ใช้ในกิจการของชมรม	16.3	26.3	30.0	16.9	10.6	3.21	1.21
4. ข้อที่ 3 ชมรม อสม.ของท่าน มีการระดมทุนจากสมาชิกเพื่อ เป็นกองทุนสำหรับเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจสมาชิกที่เจ็บป่วย	4.4	15.6	22.5	35.6	21.9	2.45	1.13
5. ข้อที่ 5 ชมรม อสม.ของท่าน มีการระดมทุนจากสมาชิกเพื่อ เป็นกองทุนให้สมาชิกกู้ยืมไปลง ทุนประกอบอาชีพ	5.6	14.4	19.4	23.1	37.5	2.28	1.26
6. ข้อที่ 6 ชมรม อสม.ของท่าน มีการดำเนินการให้ภาครัฐ (เช่น อบต. กองทุนหมู่บ้าน สหกรณ์ ฯลฯ) จัดให้มีกองทุนให้ อสม. กู้ยืมไปประกอบอาชีพ	4.4	10.6	20.0	25.0	40.0	2.14	1.19
7. ข้อที่ 4 ชมรม อสม.ของท่าน มีการระดมทุนจากภาคเอกชน (เช่น ขอสนับสนุนจากชมรมอื่น สโมสรไลออนส์ สโมสรโรตารี ฯลฯ) หรือผู้มีจิตศรัทธา เพื่อ เป็นกองทุนสำหรับช่วยเหลือ สมาชิกและ อสม. เมื่อประสบ ความเดือดร้อน	4.4	6.3	18.8	34.4	36.3	2.08	1.09

จากตารางที่ 4.15 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในแต่ละด้าน พบว่า การปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 ในด้านต่างๆ เป็นรายข้อ มีดังนี้

ด้านการนำพลังกลุ่มแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ ข้อที่ 2 การชักชวนให้สมาชิกและประชาชนร่วมกันรณรงค์ป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อต่างๆ เช่น โรคเอดส์ โรคไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า ฯลฯ คะแนนเฉลี่ย 4.34 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73 ส่วนข้อที่ปฏิบัติปานกลาง คือ ข้อที่ 7 การชักชวนสมาชิกและประชาชนร่วมกันรณรงค์ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ อุบัติภัย คะแนนเฉลี่ย 3.21 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.21

ด้านการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุข ข้อที่ปฏิบัติมาก คือ ข้อที่ 3 การชักชวนสมาชิกและ อสม.ช่วยกันดูแลตนเองและเพื่อนบ้านไม่ให้เจ็บป่วย คะแนนเฉลี่ย 4.01 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.76 ข้อที่ปฏิบัติปานกลาง คือ ข้อที่ 11 การเผยแพร่ผลงานที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาสาธารณสุขของอาสาสมัครทางสื่อต่างๆ หรือการจัดประชุมสัมมนา คะแนนเฉลี่ย 3.38 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.95

ด้านการบริหารจัดการในชมรม ข้อที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การจัดให้มีสถานที่ในการดำเนินงานของชมรมชัดเจน คะแนนเฉลี่ย 4.19 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.80 และข้อที่ปฏิบัติน้อยคือ ข้อที่ 2 การจัดให้มีการศึกษาดูงานนอกสถานที่ คะแนนเฉลี่ย 2.66 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.08

ด้านการพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพ ข้อที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ ข้อที่ 1 การชักชวนสมาชิกร่วมกันเผยแพร่ความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ต่างๆแก่ประชาชน เช่น บัตรสุขภาพ การรักษาฟรีแก่คนยากจน คนพิการ ผู้สูงอายุ และเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี คะแนนเฉลี่ย 4.38 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 ส่วนข้อที่ปฏิบัติน้อยคือ ข้อที่ 5 การนำสมาชิกเรียกร้องความเป็นธรรมกรณีที่ประชาชนถูกปฏิเสธให้การรักษาพยาบาลค่าเฉลี่ย 2.46 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.16

ด้านการมีส่วนร่วมทางการเมืองระดับท้องถิ่น ข้อที่ปฏิบัติปานกลาง คือ ข้อที่ 1 มีการติดตามการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางการเมืองให้แก่สมาชิกทราบ คะแนนเฉลี่ย 3.33 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.93 ข้อที่ปฏิบัติน้อย คือ ข้อที่ 3 การชักชวนให้สมาชิกเลือกตั้งผู้ที่ตนสนับสนุนให้ได้รับการเลือกตั้งอย่างเปิดเผย คะแนนเฉลี่ย 2.48 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.22

ด้านการจัดให้มีสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก ข้อที่ปฏิบัติมาก คือ ข้อที่ 1 ชมรม อสม. มีการจัดตั้งกองทุนสำหรับช่วยเหลือสมาชิกที่เสียชีวิต คะแนนเฉลี่ย 3.67 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.27 ข้อที่ปฏิบัติน้อย คือ ข้อที่ 4 ชมรม อสม. มีการระดมทุนจากภาคเอกชน (เช่น ขอสนับสนุนจากชมรมอื่น สโมสรไลออนส์ สโมสรโรตารี ฯลฯ) หรือ

ผู้มีจิตศรัทธา เพื่อเป็นกองทุนสำหรับช่วยเหลือสมาชิก และ อสม. เมื่อประสบความเดือดร้อน
ค่าเฉลี่ย 2.08 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.09

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน

2.1 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรของกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอ
จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอจังหวัด
ชุมพร พ.ศ. 2545 รายด้านและรวมทุกด้าน

ตารางที่ 4.16 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรด้านอายุของกรรมการชมรม อสม.
ระดับอำเภอกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงาน ของชมรม อสม. ระดับอำเภอ
จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

การปฏิบัติ	อายุ				df	χ^2	p-value		
	มาก		น้อย						
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
การจัดสวัสดิการฯ	มาก	27	16.9	34	21.3	1	0.052	0.820	
	น้อย	42	26.3	57	35.6				
การนำพลังกลุ่มฯ	มาก	37	23.1	49	30.6	1	0.001	0.978	
	น้อย	32	20.0	42	26.3				
การสนับสนุนงานฯ	มาก	29	18.1	39	24.4	1	0.11	0.916	
	น้อย	40	25.0	52	32.5				
การพิทักษ์สิทธิ์ฯ	มาก	51	31.9	64	40.0	1	0.249	0.618	
	น้อย	18	11.3	27	16.9				
การมีส่วนร่วมทางการเมืองฯ	มาก	41	25.6	53	33.1	1	0.249	0.618	
	น้อย	28	17.5	38	23.8				
การบริหารจัดการ	มาก	41	25.6	60	37.5	1	0.715	0.398	
	น้อย	28	17.5	31	19.4				
การดำเนินงานรวม	ทุกด้าน	มาก	54	33.8	81	50.6	1	3.44	0.064
	น้อย	15	9.4	10	6.3				

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 4.16 พบว่าอายุของกรรมการชมรม อสม.
ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงาน ของชมรม อสม.

ตารางที่ 4.17 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรด้านเพศของกรรมการชมรม อสม.
ระดับอำเภอกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงาน ของชมรม อสม. ระดับอำเภอ
จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

การปฏิบัติ	เพศ				df	χ^2	p-value	
	ชาย		หญิง					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
การจัดสวัสดิการฯ	มาก	26	16.3	35	21.9	1	1.195	0.274
	น้อย	51	31.9	48	30.0			
การนำพลังกลุ่มฯ	มาก	44	27.5	42	26.3	1	0.687	0.407
	น้อย	33	20.6	41	25.6			
การสนับสนุนงานฯ	มาก	31	19.4	37	23.1	1	0.305	0.581
	น้อย	46	28.8	46	28.8			
การพิทักษ์สิทธิ์ฯ	มาก	53	33.1	62	38.9	1	0.680	0.409
	น้อย	24	15.0	21	13.1			
การมีส่วนร่วมทางการเมืองฯ								
มาก		42	26.3	52	32.5	1	1.083	0.298
	น้อย	35	21.9	31	19.4			
การบริหารจัดการ	มาก	50	31.3	51	31.9	1	0.209	0.648
	น้อย	27	16.9	32	20.0			
การดำเนินงานรวม								
ทุกด้าน	มาก	64	40.0	71	44.4	1	0.178	0.673
	น้อย	13	8.1	12	7.5			

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 4.17 พบว่าเพศของกรรมการชมรม อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงาน ของชมรม อสม.

ตารางที่ 4.18 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรด้านสถานภาพสมรสของกรรมการ
ชมรม อสม.ระดับอำเภอกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.
ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

การปฏิบัติ	สถานภาพสมรส				df	χ^2	p-value		
	โสด		สมรส						
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
การจัดสวัสดิการฯ	มาก	4	2.5	57	35.6	1	1.718	0.190	
	น้อย	13	8.1	86	53.8				
การนำพลังกลุ่มฯ	มาก	9	5.6	77	48.1	1	0.005	0.944	
	น้อย	8	5.0	66	41.3				
การสนับสนุนงานฯ	มาก	9	5.6	59	36.9	1	0.849	0.357	
	น้อย	8	5.0	84	52.5				
การพิทักษ์สิทธิ์ฯ	มาก	11	6.9	104	65	1	0.484	0.487	
	น้อย	6	3.8	3.9	24.4				
การมีส่วนร่วมทางการเมืองฯ	มาก	7	4.4	87	54.4	1	2.424	0.119	
	น้อย	10	6.3	56	35.0				
การบริหารจัดการ	มาก	11	6.9	90	56.3	1	0.020	0.886	
	น้อย	6	3.8	53	33.1				
การดำเนินงานรวม	ทุกด้าน	มาก	11	6.9	124	77.5	1	5.582	0.018*
	น้อย	6	3.8	19	11.9				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 22 พบว่าสถานภาพสมรสของกรรมการชมรม อสม.
มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงาน ของชมรม อสม.รวมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -
value = 0.018)

ตารางที่ 4.19 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรด้านอาชีพของกรรมการชมรม อสม.
ระดับอำเภอ กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ
จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

การปฏิบัติ	อาชีพ						df	χ^2	P-value		
	เกษตรกรรม ประมง		รับจ้าง ค้าขาย		ข้าราชการ บำนาญ, แม่บ้าน						
	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ					
การจัดสวัสดิการฯ	มาก	49	30.6	7	4.4	5	3.1	2	0.279	0.870	
	น้อย	78	48.8	14	8.8	7	4.4				
การนำพลังกลุ่มฯ	มาก	66	41.3	12	7.5	8	5.0	2	1.065	0.587	
	น้อย	61	38.1	9	5.6	4	2.5				
การสนับสนุนงานฯ	มาก	56	35.0	7	4.4	5	3.1	2	0.858	0.651	
	น้อย	71	44.4	14	8.8	7	4.4				
การพิทักษ์สิทธิ์ฯ	มาก	93	58.1	16	10.0	6	3.8	2	3.149	0.207	
	น้อย	34	21.2	5	3.1	6	3.8				
การมีส่วนร่วมทางการเมืองฯ	มาก	76	47.5	12	7.5	6	3.8	2	0.464	0.793	
	น้อย	51	31.9	9	5.6	6	3.8				
การบริหารจัดการ	มาก	80	50.0	14	8.8	7	4.4	2	0.232	0.890	
	น้อย	47	29.4	7	4.4	5	3.1				
การดำเนินงานรวม	ทุกด้าน	มาก	110	68.8	16	10.0	9	5.6	2	2.350	0.309
	น้อย	17	10.6	5	3.1	3	1.9				

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 4.19 พบว่าอาชีพของกรรมการชมรม อสม.
 ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงาน ของชมรม อสม.

ตารางที่ 4.20 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรด้านการศึกษาศึกษาของกรรมการชมรม
 อสม. ระดับอำเภอ กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.
 ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

การปฏิบัติ	การศึกษา				df	χ^2	p-value		
	ประถมฯ		สูงกว่า ประถม						
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
การจัดสวัสดิการฯ	มาก	25	15.6	36	22.5	1	5.664	0.017*	
	น้อย	23	14.4	76	47.5				
การนำพลังกลุ่มฯ	มาก	27	16.9	59	36.9	1	0.172	0.678	
	น้อย	21	13.1	53	33.1				
การสนับสนุนงานฯ	มาก	23	14.4	45	28.1	1	0.823	0.364	
	น้อย	25	15.6	67	41.9				
การพิทักษ์สิทธิ์ฯ	มาก	34	21.2	81	50.6	1	0.037	0.848	
	น้อย	14	8.8	31	19.4				
การมีส่วนร่วมทางการเมืองฯ	มาก	29	18.1	65	40.6	1	0.079	0.779	
	น้อย	19	11.9	47	29.4				
การบริหารจัดการ	มาก	31	19.4	70	43.8	1	0.063	0.802	
	น้อย	17	10.6	42	26.3				
การดำเนินงานรวม	ทุกด้าน	มาก	42	26.3	93	58.1	1	0.508	0.476
		น้อย	6	3.8	19	11.9			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 4.20 พบว่าการศึกษาของกรรมการชมรม อสม.
 มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงาน ของชมรม อสม.ด้านการจัดสวัสดิการ
 ช่วยเหลือสมาชิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value = 0.017)

ตารางที่ 4.21 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรด้านระยะเวลาการเป็น อสม. ของ
 กรรมการชมรม อสม.กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับ
 อำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

การปฏิบัติ	ระยะเวลาการเป็น อสม.				df	χ^2	p-value		
	มาก		น้อย						
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
การจัดสวัสดิการฯ	มาก	42	26.3	19	11.9	1	0.277	0.599	
	น้อย	72	45.0	27	16.9				
การนำพลังกลุ่มฯ	มาก	63	39.4	23	14.4	1	0.365	0.546	
	น้อย	51	31.9	23	14.4				
การสนับสนุนงานฯ	มาก	52	32.5	16	10.0	1	1.573	0.210	
	น้อย	62	38.8	30	18.8				
การพิทักษ์สิทธิ์ฯ	มาก	81	50.6	34	21.3	1	0.133	0.716	
	น้อย	33	20.6	12	7.5				
การมีส่วนร่วมทางการเมืองฯ	มาก	66	41.3	28	17.5	1	0.120	0.729	
	น้อย	48	30.0	18	11.3				
การบริหารจัดการ	มาก	70	43.8	31	19.4	1	0.505	0.477	
	น้อย	44	27.5	15	9.4				
การดำเนินงานรวม	ทุกด้าน	มาก	98	61.3	37	23.1	1	0.760	0.383
		น้อย	16	10.0	9	5.6			

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 4.21 พบว่าระยะเวลาการเป็น อสม.ของ กรรมการชมรม อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงาน ของชมรม อสม.

ตารางที่ 4.22 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรด้านระยะเวลาการเป็นกรรมการ
ชมรม อสม. กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ
จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

การปฏิบัติ	ระยะเวลาการเป็นกรรมการชมรม อสม.				df	χ^2	p-value	
	มาก		น้อย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
การจัดสวัสดิการฯ	มาก	31	19.4	30	18.8	1	0.007	0.932
	น้อย	51	31.9	48	30.0			
การนำพลังกลุ่มฯ	มาก	52	32.5	34	21.3	1	6.320	0.012*
	น้อย	31	18.8	44	27.5			
การสนับสนุนงานฯ	มาก	38	23.8	30	18.8	1	1.016	0.314
	น้อย	44	27.5	48	30.0			
การพิทักษ์สิทธิ์ฯ	มาก	58	36.3	57	35.6	1	0.019	0.742
	น้อย	24	15.5	21	13.1			
การมีส่วนร่วมทางการเมืองฯ								
มาก		50	31.3	44	27.5	1	0.344	0.558
	น้อย	32	20.0	34	21.3			
การบริหารจัดการ	มาก	52	32.5	49	30.6	1	0.006	0.938
	น้อย	30	18.8	29	18.1			
การดำเนินงานรวม								
ทุกด้าน	มาก	68	42.5	67	41.9	1	0.268	0.605
	น้อย	14	8.8	11	6.9			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 4.22 พบว่าระยะเวลาการเป็นกรรมการชมรม อสม.
มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงาน ของชมรม อสม. ด้านการนำพลังกลุ่ม
ในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value = 0.012)

ตารางที่ 4.23 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรด้านการมีตำแหน่งอื่นก่อนเป็น อสม.
ของกรรมการชมรม อสม.กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.
ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

การปฏิบัติ	การมีตำแหน่งอื่นก่อนเป็น อสม.				df	χ^2	p-value		
	มี		ไม่มี						
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
การจัดสวัสดิการฯ	มาก	29	18.1	32	20.0	1	0.576	0.448	
	น้อย	41	25.6	58	36.3				
การนำพลังกลุ่มฯ	มาก	42	26.3	44	27.5	1	1.955	0.162	
	น้อย	28	17.5	46	28.8				
การสนับสนุนงานฯ	มาก	34	21.3	34	21.3	1	1.877	0.171	
	น้อย	36	22.5	56	35.0				
การพิทักษ์สิทธิ์ฯ	มาก	53	33.1	62	38.8	1	0.907	0.341	
	น้อย	17	10.6	28	17.5				
การมีส่วนร่วมทางการเมืองฯ	มาก	43	26.9	51	31.9	1	0.368	0.544	
	น้อย	27	16.9	39	24.4				
การบริหารจัดการ	มาก	47	29.4	54	33.8	1	0.863	0.353	
	น้อย	23	14.4	36	22.5				
การดำเนินงานรวม	ทุกด้าน	มาก	61	38.1	74	46.3	1	0.723	0.395
		น้อย	9	5.6	16	10.0			

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 4.23 พบว่าการมีตำแหน่งอื่นก่อนเป็น อสม. ของกรรมการชมรม อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงาน ของชมรม อสม.

ตารางที่ 4.24 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรด้านการมีตำแหน่งอื่นหลังเป็น อสม.
ของกรรมการชมรม อสม. กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.
ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

การปฏิบัติ	การมีตำแหน่งอื่นหลังเป็น อสม.				df	χ^2	p-value		
	มี		ไม่มี						
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
การจัดสวัสดิการฯ	มาก	42	26.3	19	11.9	1	0.013	0.910	
	น้อย	69	43.1	30	18.8				
การนำพลังกลุ่มฯ	มาก	59	36.9	27	16.9	1	0.052	0.820	
	น้อย	52	32.5	22	13.8				
การสนับสนุนงานฯ	มาก	48	30.0	20	12.5	1	0.082	0.775	
	น้อย	63	39.4	29	18.1				
การพิทักษ์สิทธิ์ฯ	มาก	77	48.1	38	23.8	1	1.126	0.289	
	น้อย	34	21.3	11	6.9				
การมีส่วนร่วมทางการเมืองฯ	มาก	65	40.6	29	19.1	1	0.005	0.941	
	น้อย	46	28.8	20	12.5				
การบริหารจัดการ	มาก	72	45.0	29	18.1	1	0.471	0.492	
	น้อย	39	24.4	20	12.5				
การดำเนินงานรวม	ทุกด้าน	มาก	94	58.8	41	25.6	1	0.026	0.871
	น้อย	17	10.6	8	5.0				

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 4.24 พบว่าการมีตำแหน่งอื่นหลังเป็น อสม.ของกรรมการชมรม อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงาน ของชมรม อสม.

ตารางที่ 4.25 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรด้านความเพียงพอของรายได้ของ
กรรมการชมรม อสม.กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.
ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ.2545

การปฏิบัติ	ความเพียงพอของรายได้				df	χ^2	p-value	
	พอใช้ เหลือเก็บ		มีหนี้สิน					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
การจัดสวัสดิการฯ	มาก	30	18.8	31	19.4	1	0.082	0.774
	น้อย	51	31.9	48	30.0			
การนำพลังกลุ่มฯ	มาก	41	25.6	45	28.1	1	0.648	0.421
	น้อย	40	25.0	34	21.3			
การสนับสนุนงานฯ	มาก	29	18.1	39	24.4	1	3.011	0.083
	น้อย	52	32.5	40	25.0			
การพิทักษ์สิทธิ์ฯ	มาก	60	37.5	55	34.4	1	0.392	0.531
	น้อย	21	13.1	24	15.0			
การมีส่วนร่วมทางการเมืองฯ								
มาก		44	27.5	50	31.3	1	1.328	0.249
	น้อย	37	23.1	29	18.1			
การบริหารจัดการ	มาก	48	30.0	33	20.6	1	1.053	0.305
	น้อย	53	33.1	26	16.3			
การดำเนินงานรวม								
ทุกด้าน	มาก	69	43.1	66	41.3	1	1.042	0.307
	น้อย	10	6.3	15	9.4			

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 4.25 พบว่าความเพียงพอของรายได้ของกรรมการชมรม อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงาน ของชมรม อสม.

2.2 ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของชมรม อสม.

ทัศนคติต่อชมรมฯ การทำงานเป็นทีม การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชน ปัจจัยจูงใจ กับการปฏิบัติงานของกรรมการชมรม อสม. ในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

ตารางที่ 4.26 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ การทำงานเป็นทีม

การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชน และ ปัจจัยจูงใจ กับการปฏิบัติงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

ตัวแปร	การปฏิบัติงานของชมรมฯ	
	r	p - value
ความรู้	.125	.114
ทัศนคติ	.258	.001*
การทำงานเป็นทีม	.411	.000*
การได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	.469	.000*
การมีส่วนร่วมของชุมชน	.509	.000*
ปัจจัยจูงใจ	.563	.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 4.26 แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของชมรมฯ ทัศนคติต่อชมรมฯ การทำงานเป็นทีม การได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชน ปัจจัยจูงใจกับการปฏิบัติงานของชมรม อสม. จากวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ความรู้ของ อสม.ที่เป็นกรรมการชมรม อสม.เกี่ยวกับการดำเนินงานของชมรมไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ในด้านทัศนคติของกรรมการชมรม อสม.ที่มีต่อชมรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value = 0.001) ด้านการทำงานเป็นทีมของกรรมการชมรม อสม. มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value = 0.000)

ในด้านการได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.000) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.000) ด้านปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p -value = 0.000)

2.3 ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของชมรม อสม.

ทัศนคติต่อชมรม อสม. การทำงานเป็นทีม การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชน ปัจจัยจูงใจ กับการปฏิบัติงานของกรรมการชมรม อสม.ในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 รายด้าน และรวมทุกด้าน

ตารางที่ 4.27 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงาน
ของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

การปฏิบัติ	ระดับความรู้				df	χ^2	p-value		
	ดี		ปานกลาง						
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
การจัดสวัสดิการฯ	มาก	51	31.9	10	6.3	1	0.581	0.446	
	น้อย	87	54.4	12	7.5				
การนำพลังกลุ่มฯ	มาก	77	48.1	9	5.6	1	1.692	0.193	
	น้อย	61	38.1	13	8.1				
การสนับสนุนงานฯ	มาก	62	38.8	6	3.8	1	2.420	0.120	
	น้อย	76	47.5	16	10.0				
การพิทักษ์สิทธิ์ฯ	มาก	99	61.9	16	10.0	1	0.009	0.924	
	น้อย	39	24.4	6	3.8				
การมีส่วนร่วมทางการเมืองฯ	มาก	80	50.0	14	8.8	1	0.251	0.616	
	น้อย	58	36.3	8	5.0				
การบริหารจัดการ	มาก	92	57.5	9	5.6	1	5.408	0.020*	
	น้อย	46	28.8	13	8.1				
การดำเนินงานรวม	ทุกด้าน	มาก	117	73.1	18	11.3	1	0.126	0.722
	น้อย	21	13.1	4	2.5				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 4.27 พบว่าความรู้ของกรรมการชมรม อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 ในด้านการบริหารจัดการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value = 0.020) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในด้านอื่นๆ

ตารางที่ 4.28 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านทัศนคติกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงาน
ของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

การปฏิบัติ	ระดับทัศนคติ				df	χ^2	p-value		
	ดี		ไม่ดี						
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
การจัดสวัสดิการฯ	มาก	30	18.8	31	19.4	1	0.004	0.834	
	น้อย	47	29.4	52	32.5				
การนำพลังกลุ่มฯ	มาก	50	31.3	36	22.5	1	7.470	0.006*	
	น้อย	27	16.9	47	29.4				
การสนับสนุนงานฯ	มาก	41	25.6	27	16.9	1	7.015	0.008*	
	น้อย	36	22.5	56	35.0				
การพิทักษ์สิทธิ์ฯ	มาก	52	34.5	63	39.4	1	1.385	0.239	
	น้อย	25	15.6	20	12.5				
การมีส่วนร่วมทางการเมืองฯ	มาก	44	27.5	50	31.3	1	0.158	0.691	
	น้อย	33	20.6	33	20.6				
การบริหารจัดการ	มาก	53	33.1	48	30.0	1	2.076	0.150	
	น้อย	24	15.0	35	21.9				
การดำเนินงานรวม	ทุกด้าน	มาก	67	41.9	68	42.5	1	0.784	0.376
	น้อย	10	6.3	15	9.4				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 4.28 พบว่าทัศนคติของกรรมการชมรม อสม.

มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 ในด้านการนำพลังกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และ

ด้านการสนับสนุนงานสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value = 0.006 และ 0.008 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.29 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีมกับการปฏิบัติงาน
ในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

การปฏิบัติ	ระดับการทำงานเป็นทีม				df	χ^2	p-value		
	ดี		ไม่ดี						
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
การจัดสวัสดิการฯ	มาก	18	11.3	43	26.9	1	0.582	0.445	
	น้อย	35	21.9	64	40.0				
การนำพลังกลุ่มฯ	มาก	36	22.5	50	31.2	1	6.405	0.011*	
	น้อย	17	10.6	57	35.6				
การสนับสนุนงานฯ	มาก	34	21.3	34	21.3	1	15.202	0.000*	
	น้อย	19	11.9	73	45.6				
การพิทักษ์สิทธิ์ฯ	มาก	36	22.5	79	49.4	1	0.612	0.434	
	น้อย	17	10.6	28	17.5				
การมีส่วนร่วมทางการเมืองฯ	มาก	37	23.1	57	35.6	1	4.001	0.045*	
	น้อย	16	10.0	50	31.3				
การบริหารจัดการ	มาก	43	26.9	58	36.3	1	11.40	0.001*	
	น้อย	10	6.3	49	30.6				
การดำเนินงานรวม	ทุกด้าน	มาก	51	31.9	84	52.5	1	8.443	0.004*
	น้อย	2	1.3	23	14.4				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผล

การวิเคราะห์จากตารางที่ 4.29 พบว่าการทำงานเป็นทีมของกรรมการชมรม อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 ในด้านการนำพลังกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ด้านการสนับสนุนงานสาธารณสุข ด้านการมีส่วนร่วมทางการเมืองระดับท้องถิ่น ด้านการบริหารจัดการ และการดำเนินงานรวมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value = 0.011 , 0.000 , 0.045 , 0.001 และ 0.004 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.30 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ระดับอำเภอและระดับจังหวัดกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของ
ชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

การปฏิบัติ	ระดับการได้รับสนับสนุน				df	χ^2	p-value		
	ดี		ไม่ดี						
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
การจัดสวัสดิการฯ	มาก	31	19.4	30	18.8	1	12.847	0.000*	
	น้อย	23	14.4	76	47.5				
การนำพลังกลุ่มฯ	มาก	38	23.8	48	30.0	1	9.057	0.003*	
	น้อย	16	10.0	58	36.3				
การสนับสนุนงานฯ	มาก	40	25.0	28	17.5	1	33.252	0.000*	
	น้อย	14	8.8	78	48.8				
การพิทักษ์สิทธิ์ฯ	มาก	40	25.0	75	46.9	1	0.195	0.659	
	น้อย	14	8.8	31	19.4				
การมีส่วนร่วมทางการเมืองฯ	มาก	33	20.6	61	38.1	1	0.188	0.665	
	น้อย	21	13.1	45	28.1				
การบริหารจัดการ	มาก	48	30.0	53	33.1	1	22.243	0.000*	
	น้อย	6	3.8	53	33.1				
การดำเนินงานรวม	ทุกด้าน	มาก	54	33.8	81	50.6	1	15.094	0.000*
	น้อย	0	0.0	25	15.6				

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 4.30 พบว่าการได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ และระดับจังหวัดของกรรมการชมรม อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 ในด้านการจัดสวัสดิการ ช่วยเหลือสมาชิก ด้านการนำพลังกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ด้านการสนับสนุนงานสาธารณสุข ด้านการบริหารจัดการ และการดำเนินการรวมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.000 , 0.003 , 0.000 , 0.000 และ 0.000 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.31 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการปฏิบัติงาน
ในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

การปฏิบัติ	ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน				df	χ^2	p-value		
	ดี		ไม่ดี						
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
การจัดสวัสดิการฯ	มาก	30	18.8	31	19.4	1	1.181	0.277	
	น้อย	40	25.0	59	36.9				
การนำพลังกลุ่มฯ	มาก	51	31.9	55	34.4	1	18.276	0.000*	
	น้อย	19	11.9	35	21.9				
การสนับสนุนงานฯ	มาก	46	28.8	22	13.8	1	27.443	0.000*	
	น้อย	24	15.0	68	42.5				
การพิทักษ์สิทธิ์ฯ	มาก	53	33.1	62	38.8	1	0.907	0.341	
	น้อย	17	10.6	28	17.5				
การมีส่วนร่วมทางการเมืองฯ									
	มาก	46	28.8	48	30.0	1	2.491	0.115	
	น้อย	24	15.0	42	26.3				
การบริหารจัดการ	มาก	54	33.8	47	29.4	1	10.505	0.001*	
	น้อย	16	10.0	43	26.9				
การดำเนินงานรวม									
	ทุกด้าน	มาก	67	41.9	68	42.5	1	12.137	0.000*
		น้อย	3	1.9	22	13.8			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 4.31 พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนของกรรมการชมรม อสม.มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรมอสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 ในด้านการนำพลังกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ด้านการสนับสนุนงานสาธารณสุข ด้านการบริหารจัดการ และการดำเนินการรวมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.000 , 0.000 , 0.001 และ 0.000 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.32 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจูงใจกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของ
ชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545

การปฏิบัติ	ระดับปัจจัยจูงใจ				df	χ^2	p-value		
	มาก		น้อย						
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
การจัดสวัสดิการฯ	มาก	53	33.1	8	5.0	1	0.034	0.854	
	น้อย	87	54.4	12	7.5				
การนำพลังกลุ่มฯ	มาก	81	50.6	5	3.1	1	7.600	0.006*	
	น้อย	59	36.9	15	9.4				
การสนับสนุนงานฯ	มาก	67	41.9	1	0.6	1	13.153	0.000*	
	น้อย	73	45.6	19	11.9				
การพิทักษ์สิทธิ์ฯ	มาก	102	63.8	13	8.1	1	0.534	0.465	
	น้อย	38	23.8	7	4.4				
การมีส่วนร่วมทางการเมืองฯ	มาก	82	51.3	12	7.5	1	0.015	0.903	
	น้อย	58	36.3	8	5.0				
การบริหารจัดการ	มาก	97	60.6	4	2.5	1	18.262	0.000*	
	น้อย	43	26.9	16	10.0				
การดำเนินงานรวม	ทุกด้าน	มาก	122	76.3	13	8.1	1	6.508	0.011*
	น้อย	18	11.3	7	4.4				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 36 พบว่าปัจจัยจูงใจของกรรมการชมรม อสม.

มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 ในด้านการนำพลังกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ด้านการสนับสนุนงานสาธารณสุข ด้านการบริหารจัดการ และการดำเนินการรวมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.006 , 0.000 , 0.000 และ 0.011 ตามลำดับ)

ตอนที่ 3 สรุปปัญหาและข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง

3.1 **ลักษณะประชากร** พบว่าก่อนที่จะเป็น อสม.นั้น กลุ่มตัวอย่าง มีตำแหน่งอื่นมาก่อน 70 คน ร้อยละ 43.8 ได้แก่ คณะกรรมการหมู่บ้านจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 รองลงมาคือประธานแม่บ้านสตรีพัฒนา 8 คน ร้อยละ 11.4 ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 7 คน ร้อยละ 10 สมาชิกสภาตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล 6 คน ร้อยละ 8.6 และตำแหน่งอื่นๆอีก ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มเกษตรกร กรรมการโรงเรียน อาสาพัฒนาชุมชน กลุ่มแม่บ้าน กรรมการสุขาภิบาล ไทยอาสาป้องกันชาติ อาสาสมัคร มาลาเรีย และผู้นำชุมชน และเมื่อเป็น อสม.แล้วยังมีตำแหน่งอื่นๆอีกจำนวน 111 คน ร้อยละ 69.4 ได้แก่ กรรมการหมู่บ้าน 39 คน คิดเป็น

ร้อยละ 35.1 ประธานสตรีตำบล 15 คน ร้อยละ 13.5 สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 15 คน คิดเป็นร้อยละ 13.5 ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 13 คน ร้อยละ 11.7 นอกจากนี้ก็มีแพทย์ประจำตำบล อาสาสมัครมาลาเรีย กรรมการโรงเรียน กรรมการผู้สูงอายุ หัวหน้ากลุ่มเกษตรกร และผู้ใหญ่บ้าน

3.2 **ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน** ซึ่งคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัด ชุมพร มีข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานดังนี้

3.2.1 **ด้านความรู้ของ อสม.**ที่เป็นกรรมการชมรมเกี่ยวกับการดำเนินงานของ ชมรม อสม.ระดับอำเภอ พบว่า กรรมการชมรมฯ ต้องการให้มีการอบรมต่อเนื่อง พื้นฟูความรู้ของ อสม. และ อบรมเพิ่มเติมในด้านการบริหารจัดการ ตลอดจนให้มีการนิเทศงาน ร้อยละ 27.5

3.2.2 **ด้านทัศนคติของ อสม.**ที่เป็นคณะกรรมการชมรมที่มีต่อชมรม อสม. ระดับอำเภอ มีความเห็นว่าชมรม อสม. ระดับอำเภอขาดเงินสนับสนุน ร้อยละ 11.9 อสม. ที่เป็นกรรมการไม่เห็นความสำคัญ ไม่มีความพร้อมและไม่ให้ความร่วมมือ ร้อยละ 12.5 และ ยังพบว่าเจ้าหน้าที่ขอชี้แจงในการทำงาน และไม่คอยให้ความร่วมมือ ร้อยละ 3.1

3.2.3 **ด้านการทำงานเป็นทีมของ อสม.**ที่เป็นคณะกรรมการชมรมที่มีต่อ ชมรม อสม.ระดับอำเภอ พบว่า อสม.ยังไม่คอยให้ความร่วมมือ ทำให้การประชุมไม่พร้อมเพรียง เนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจ การไม่เข้าใจกัน และไม่มีควมสามัคคี ร้อยละ 18.8

3.2.4 **ด้านการได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข** พบว่า ต้องการให้มีการอบรมความรู้เพิ่มเติม เช่น หลักสูตรนักบริหารชุมชน ร้อยละ 13.8 ต้องการ การสนับสนุนด้านวัสดุและอุปกรณ์ในการดำเนินงาน ร้อยละ 11.9 ต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความร่วมมือเป็นที่เล็งในการดำเนินงาน ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงาน พร้อมทั้ง เผยแพร่ผลงานของชมรม ร้อยละ 9.4

3.2.5 **ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน** พบว่า ชุมชนขาดความเข้าใจและ ขาดการมีส่วนร่วมด้านสาธารณสุข ร้อยละ 31.9

3.2.6 **ด้านปัจจัยจูงใจในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ** พบว่า คณะกรรมการชมรม อสม. ควรมีค่าตอบแทน เช่น ค่าพาหนะ เบี้ยเลี้ยงในการเข้าประชุม ร้อยละ 14.4 ควรมีรางวัลพร้อมทั้งมอบเกียรติบัตรแก่ อสม.ที่ทำงานดีและมีประโยชน์ต่อชุมชน พร้อมทั้ง ประชาสัมพันธ์ผลงานของ อสม.ด้วย ร้อยละ 8.1 ต้องการขวัญและกำลังใจจาก

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 7.5 ต้องการศึกษาดูงานนอกสถานที่ ร้อยละ 5.0

3.2.7 ด้านการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ

- 1) ด้านการจัดสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก พบว่า ขาดเงินทุนในการจัดสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก ร้อยละ 15.6
- 2) ด้านการนำพลังกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พบว่า ประชาชนยังขาดความรู้ และไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน ร้อยละ 15.0
- 3) ด้านการสนับสนุนงานสาธารณสุข พบว่า งบประมาณในการดำเนินงานน้อย และอยู่ในกรอบที่จำกัด ร้อยละ 13.8 ต้องการให้เจ้าหน้าที่ปรับเปลี่ยนการทำงาน ไม่ควรสั่งการ หรือชี้แนะในการปฏิบัติ ควรปล่อยให้ อสม.ปฏิบัติงาน เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขตามสภาพปัญหาที่พบ ร้อยละ 3.8
- 4) ด้านการพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพ พบว่า ประชาชนยังขาดความรู้และไม่เข้าใจในสิทธิของตน ร้อยละ 7.5
- 5) ด้านการบริหารจัดการในชมรมฯ พบว่า ขาดงบประมาณในการดำเนินงาน ร้อยละ 5.6 คณะกรรมการยังไม่เข้าใจบทบาทของตนเอง ยังไม่มีความพร้อมและไม่มีประสบการณ์ ทั้งยังขาดการวางแผนและประเมินผล ร้อยละ 6.9

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) เรื่อง ปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 สรุปผลดังนี้

1 สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา

1.1.1 ลักษณะของปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรม อสม.

ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร

1.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร

1.1.3 ปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร

1.2 สมมติฐานการวิจัย

1.2.1 ปัจจัยด้านลักษณะประชากร สังคม เศรษฐกิจของ อสม.ที่เป็นกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร

1.2.2 ความรู้ของคณะกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร

1.2.3 ทักษะของคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร

1.2.4 การทำงานเป็นทีมของคณะกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร

1.2.5 การได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ และ

ระดับจังหวัดของคณะกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร

1.2.6 การมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร

1.2.7 ปัจจัยจูงใจ มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร

1.3 วิธีดำเนินการวิจัย

1.3.1 ประชากรที่ศึกษา ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอทุกอำเภอในจังหวัดชุมพรทุกคน ที่เป็นกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 177 คน ซึ่งเป็นประชากรทั้งหมด (Census)

1.3.2 เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีทั้งหมด 8 ตอน จำนวน 142 ข้อ

1.3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ได้จัดทำขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดสอบกับ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้ Coefficient Alpha Cronbach Method ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร = 0.9336

1.3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาเก็บข้อมูล 4 สัปดาห์ ระหว่าง 15 มีนาคม – 11 เมษายน 2545 โดยขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นผู้แจกแบบสอบถามและเก็บแบบสอบถาม ส่งคืนผู้วิจัย ได้แบบสอบถามกลับคืน 160 ชุด คิดเป็นร้อยละ 90.4

1.3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร โดยใช้ไค - แสควร์ (Chi – square) และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Peason' s Product Moment Correlation Coefficient)

1.4 ผลการวิจัย

1.4.1 ลักษณะของปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร ปี 2545 มีดังนี้

1) ปัจจัยด้านลักษณะประชากรของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการ
ชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.9 อายุ
ระหว่าง 40 – 60 ปี ร้อยละ 59.4 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.0 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ
77.0 การศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 36.3 ระยะเวลาการเป็น อสม. ระหว่าง
11 – 15 ปี ร้อยละ 38.1 ระยะเวลาการเป็นกรรมการชมรม อสม. ระหว่าง 5 – 6 ปี ร้อยละ
31.9 การมีตำแหน่งอื่นก่อนเป็น อสม. ไม่มีตำแหน่งอื่นก่อนเป็น อสม. ร้อยละ 56.3 การมี
ตำแหน่งอื่นหลังเป็น อสม. มีตำแหน่งอื่น ร้อยละ 69.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 3,000
– 10,000 บาท ร้อยละ ความเพียงพอของรายได้ มีหนี้สินร้อยละ 49.4

2) ลักษณะปัจจัยด้านความรู้ของ อสม. ที่เป็นคณะกรรมการ
ชมรม อสม.ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร พบว่า อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม มีความรู้อยู่ใน
ระดับดี ร้อยละ 86.3

3) ลักษณะปัจจัยด้านทัศนคติของ อสม. ที่เป็นคณะกรรมการ
ชมรม อสม.ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร พบว่า ทัศนคติของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.
ระดับอำเภอที่มีต่อชมรม อสม.ระดับอำเภออยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.0

4) ลักษณะปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีมของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการ
ชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พบว่า มีการทำงานเป็นทีมระดับดี ร้อยละ 67.5

5) ลักษณะปัจจัยด้านการได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ระดับอำเภอและระดับจังหวัด พบว่า การได้รับสนับสนุนฯ ในระดับดี ร้อยละ 50.0

6) ลักษณะปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า
การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.0 ระดับดีร้อยละ 27.5

7) ลักษณะปัจจัยด้านปัจจัยจูงใจ พบว่า ปัจจัยจูงใจอยู่ใน
ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.9 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความสำเร็จอยู่ในระดับมาก
ร้อยละ 81.3 ด้านโอกาสก้าวหน้า ระดับปานกลาง ร้อยละ 52.5 ด้านความรับผิดชอบ
ระดับมาก ร้อยละ 56.9 ด้านลักษณะงาน ระดับมาก ร้อยละ 51.9 ด้านการได้รับการยกย่อง
นับถือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 63.1

1.4.2 ลักษณะการปฏิบัติในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ
จังหวัดชุมพร พบว่า การปฏิบัติงานในการดำเนินงาน ระดับปานกลาง ร้อยละ 73.8 และเมื่อ
พิจารณารายด้าน พบว่าด้านการนำพลังกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพปฏิบัติระดับ
มากร้อยละ 67.5 ด้านการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับมากร้อยละ 62.5 ด้าน
การบริหารจัดการในชมรมฯ ระดับปานกลาง ร้อยละ 51.9 ด้านการพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพ

ระดับปานกลาง ร้อยละ 66.3 การจัดให้มีสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก ระดับปานกลาง ร้อยละ 65.0 ด้านการมีส่วนร่วมทางการเมืองระดับท้องถิ่น ระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0

1.4.3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะประชากรของกรรมการชมรม อสม. จังหวัดชุมพร กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับ อำเภอ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานรวมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.018) การศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติด้านการจัดสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.017) ระยะเวลาการเป็นกรรมการชมรม อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติด้านการนำพลังกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -Value = 0.012)

1.4.4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ ทักษะคติการทำงานเป็นทีม การได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัด การมีส่วนร่วมของชุมชน และปัจจัยจูงใจกับการปฏิบัติงานด้านการจัดสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก การนำพลังกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การสนับสนุนงานสาธารณสุข การพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางการเมืองท้องถิ่น การบริหารจัดการและการปฏิบัติในการดำเนินงานรวมทุกด้าน พบว่า ทักษะคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.001) การทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงาน ในการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.000) การได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.000) การมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.000) ปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.000) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.020) ทักษะคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในด้านการนำพลังกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และด้านการสนับสนุนงานสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.006 และ 0.008 ตามลำดับ) การทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ด้านการนำพลังกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ด้านการสนับสนุนงานสาธารณสุข ด้านการมีส่วนร่วมทางการเมืองท้องถิ่น ด้านการบริหารจัดการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.011, 0.000, 0.045, 0.001 และ 0.004 ตามลำดับ) การได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัด มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในด้านการจัดสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก ด้านการนำพลังกลุ่มแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ด้านการสนับสนุน

งานสาธารณสุข ด้านการบริหารจัดการและการดำเนินงานรวมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.000 , 0.003 , 0.000 , 0.000 และ 0.000 ตามลำดับ) การมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการนำพลังกลุ่มในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพด้านการสนับสนุนงานสาธารณสุข ด้านการบริหารจัดการ และการดำเนินงานรวมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.000, 0.000, 0.001, และ 0.000 ตามลำดับ) ปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในด้านการนำพลังกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านการสนับสนุนงานสาธารณสุข ด้านการบริหารจัดการ และการดำเนินงานรวมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.006, 0.000, 0.000 และ 0.011 ตามลำดับ)

จากผลการวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร ได้แก่ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาการเป็นกรรมการชมรม อสม. ความรู้ ทักษะคติ การทำงานเป็นทีม การได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัด การมีส่วนร่วมของชุมชน และปัจจัยจูงใจของกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ

1.5 ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ซึ่งคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร มีข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นและปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงานฯ ดังนี้

1.5.1 ด้านปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ
พบว่า คณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอต้องการให้มีการอบรมต่อเนื่อง อบรมเพิ่มเติมในด้านการบริหารจัดการ อบรมหลักสูตรนักบริหารชุมชน และศึกษาดูงานนอกสถานที่ ต้องการให้มีการสนับสนุนงบประมาณในการปฏิบัติงานให้เพียงพอ ทีมงานยังไม่ดีเท่าที่ควร ต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัดเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน พร้อมทั้งจัดหาสิ่งสนับสนุนด้านวัสดุและอุปกรณ์ในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่ายังมีส่วนร่วมในการดำเนินงานน้อยเนื่องจากขาดความเข้าใจในการดำเนินงาน และคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอยังต้องการสิ่งจูงใจในการทำงาน ได้แก่ ค่าพาหนะและค่าเบี้ยเลี้ยงในการประชุมรางวัลพร้อมทั้งเกียรติบัตรแก่ อสม.ที่ทำงานดี มีประโยชน์ต่อชุมชน และให้มีการประชาสัมพันธ์ผลงานของ อสม.ด้วย

1.5.2 ด้านการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ
พบว่า ขาดเงินทุนในการจัดสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก ด้านการนำพลังกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพพบว่าประชาชนขาดความรู้และไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน ขาดงบประมาณในการดำเนินงานสนับสนุนงานสาธารณสุข ประชาชนส่วนมากยังขาดความรู้และไม่เข้าใจในสิทธิของตนเอง ส่วนในด้านการบริหารจัดการพบว่าขาดงบประมาณในการดำเนินงานและกรรมการบางคนยังไม่เข้าใจบทบาทของตนเอง ไม่มีความพร้อมและ

ประสบการณ์ในการดำเนินงาน

2. อภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ที่ตอบแบบสอบถามเป็น อสม. ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร พ.ศ. 2545 ที่เป็นกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอ อย่างน้อย 1 ปี ทุกคน จำนวน 177 คน และได้รับแบบสอบถามกลับคืน 160 ชุด คิดเป็นร้อยละ 90.4 ซึ่งใกล้เคียงกับจำนวนประชากรที่ศึกษา และแบบสอบถามไม่ได้มีการลงชื่อผู้ตอบ ดังนั้นผู้ตอบแบบสอบถามจึงมีอิสระในการตอบแบบสอบถามอย่างเต็มที่ เป็นการลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

ผลการวิจัยที่ได้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

2.1 ลักษณะของปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร มีดังนี้

2.1.1 สถานภาพสมรส ของกรรมการชมรม อสม. มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 อาจเนื่องมาจากความพร้อมของครอบครัวทำให้มีเวลาในการปฏิบัติงานในลักษณะของอาสาสมัครได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ กำเนิดกาญจน์ (2540: 24) ที่พบว่า อสม. ของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.8 ระดับการศึกษาของกรรมการชมรม อสม. อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 36.3 ระยะเวลาการเป็นกรรมการชมรม อสม. ซึ่งประสบการณ์การเป็นกรรมการชมรม อสม. ระหว่าง 5 – 6 ปี ร้อยละ 31.9 ระยะเวลาเฉลี่ย 4.43 ปี สอดคล้องกับการดำเนินงานของจังหวัดชุมพรที่ได้สนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรม เมื่อ พ.ศ. 2537 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร 2537: 251)

2.1.2 ระดับความรู้ในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 86.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ และคณะ (2539: 58) ที่พบว่าอสม. ประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมีระดับการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.1 แสดงให้เห็นว่า อสม. ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอมีความรู้พร้อมที่จะดำเนินงานของชมรม อสม. ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติงาน ของเบนจามิน บลูม (อ้างใน ปราณี รามสูต 2528: 109) ที่ชี้ให้เห็นว่าความรู้เป็นพฤติกรรมซึ่งบุคคลจะแสดงออกโดยการเขียน พูด บอก อธิบาย แสดงเหตุผล หรือสามารถนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาชีวิตประจำวันของตน และสอดคล้องกับข้อสรุป สุรางค์ ไคว์ตระกูล (2541: 318) ที่ว่าคนที่มีความรู้ต้องมีความรู้ เกี่ยวกับความรู้คิดของตนเอง สามารถดูแล และควบคุม

ตรวจสอบการคิดของตนเอง และสอดคล้องกับข้อสรุปของ พรพรรณ เขียวปัญญา (2535: 32) ที่ว่า ความรู้ คือ ข้อเท็จจริงต่างๆที่มนุษย์ได้จากประสบการณ์ การค้นคว้า ศึกษา สังเกต และมีการสะสมไว้ สามารถจำได้ โดยอาศัยความสามารถ และทักษะทางสติปัญญา

2.1.3 ลักษณะปัจจัยด้านทัศนคติ ของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร ที่มีต่อการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พบว่า อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม. มีทัศนคติต่อการดำเนินงานของ ชมรม อสม.ระดับอำเภอในระดับดี ร้อยละ 60 ซึ่งเห็นด้วยว่าการมีชมรม อสม.ระดับอำเภอ จะส่งผลให้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานดีขึ้น และเห็นด้วยกับการที่มีการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของชมรมตามข้อตกลงของที่ประชุม คะแนนเฉลี่ย 4.33 และ 4.14 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ เห็นด้วยน้อยที่สุด คือ การที่ชมรม อสม.ไม่มีงบประมาณของตัวเอง จึงยากต่อการบริหารจัดการ คะแนนเฉลี่ย 2.29 โดยเป็นข้อคำถามเชิงลบ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ไม่มีงบประมาณ สนับสนุน ชมรมก็ยังสามารถดำเนินไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาญชัย ชัยสว่าง (2541: 19) ที่ว่าสมาชิกชมรม อสม. อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย มีความคิดเห็น ว่า ชมรม อสม.มีประโยชน์ต่อสมาชิกระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 78.2 และสอดคล้องกับการ ศึกษาของ สราวุธ วลัยชุกฤษฏ์ (2543: 115) ที่พบว่าระดับศักยภาพ (ความรู้และทัศนคติ) ของอสม. จังหวัดอุดรธานี ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.3 และระดับกลาง ร้อยละ 44.7

2.1.4 ลักษณะปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีมของ อสม. ที่เป็น คณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พบว่า การทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับ ดี ร้อยละ 67.5 เนื่องจากชมรมมีการประชุมและมีการเปิดโอกาสให้คณะกรรมการอภิปราย ชักถาม มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมมือ และให้ความช่วยเหลือกัน และมีการทำงานใน ลักษณะยืดหยุ่น ถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน ยืดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ตามที่ได้ตกลงร่วมกัน มีการ ติดต่อสื่อสารภายในชมรมฯ อย่างเปิดเผย และไว้วางใจกัน ซึ่งสอดคล้องกับข้อสรุปของ เอกชัย กี่สุขพันธ์ (2538: 137 – 140) นัตตะวุฒิ ภิมย์ไทย (2543: 76) นพดล ลิ้มสุรัตน์ (2536: 40) ดักลาส แมกเกรเกอร์ (อ้างใน Wendell L. French & Cecil H. Bell , JR 1983: 118) ที่สรุปว่า การทำงานเป็นทีม หมายถึง การที่บุคคลหลายคนมาทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้บรรลุ ผลสำเร็จ มีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบร่วมกัน มีการประสานงานที่ดี มีการตัดสินใจร่วมกัน ภายใต้บรรยากาศที่ดี เพื่อที่จะกระทำกิจกรรมร่วมกัน ให้บรรลุผลสำเร็จ

2.1.5 ลักษณะปัจจัยด้านการได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับอำเภอและระดับจังหวัด พบว่า อสม. ที่เป็นคณะกรรมการชมรมอสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัด

ในระดับดี ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ให้การสนับสนุนในด้านการให้คำแนะนำในการจัดทำแผน เป็นพี่เลี้ยงในการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขของอำเภอ นิเทศติดตามและจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางที่สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2542: 14 – 18) กำหนดไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เกรียงศักดิ์ กำเนิดกาญจน์ (2540: 31) ที่การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการปฏิบัติงานของอสม. จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อยู่ในระดับดี 1 ข้อ ระดับปานกลาง 2 ข้อ (จากจำนวน 3 ข้อ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สราวุธ วลัยชพฤกษ์ (2543: 101) ที่พบว่า อสม.จังหวัดอุดรธานี ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ระดับสูง ร้อยละ 73.8 และระดับกลาง ร้อยละ 24.9

2.1.6 ลักษณะปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65 เนื่องจากจังหวัดชุมพรเป็นจังหวัดที่มีอาชีพเกษตรกรรมที่ต้องใช้เวลากับการทำมาหากิน และบ้านเรือนไม่ได้อยู่เป็นกลุ่ม ดังนั้น การรวมกลุ่มของชุมชนค่อนข้างลำบาก ซึ่งมีผลทำให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภออยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น สอดคล้องกับประชาชนจังหวัดชุมพร มีอาชีพหลักเป็นเกษตรกรรม ร้อยละ 57 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร 254: 2) และความหนาแน่นของประชากรจังหวัดชุมพรเท่ากับ 75 คนต่อตารางกิโลเมตร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร 2545: 1, 4) สอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ กำเนิดกาญจน์ (2540: 31) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปฏิบัติงานของอสม. จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อ ระดับดี 1 ข้อ (จากจำนวน 4 ข้อ) และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของสุขชัย อรรถธรรม และคณะ (2538: 59) ที่พบว่าศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้รับความสนใจและการสนับสนุนจากชาวบ้านในระดับมาก ร้อยละ 28.99 และระดับพอใจร้อยละ 17.39

2.1.7 ลักษณะปัจจัยด้านปัจจัยจิตใจของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ พบว่า ปัจจัยจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.9 สอดคล้องกับการศึกษาของสราวุธ วลัยชพฤกษ์ (2543: 93) ที่พบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอสม.จังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 38.7 ระดับสูง ร้อยละ 35.1 และสอดคล้องกับการศึกษาของช่อทิพย์ บรมธนรัตน์และคณะ (2539: 81) ที่พบว่า คະແນນຈູງໃຈດ້ານປັຈຈຸຍຈູງໃຈຂອງ ອສມ.ຈັງຫວັດສຸພຣຣນນຸຣີ ໃນການປະຕິບັດງານຢູ່ໃນລະດັບສູງ ຮ້ອຍລະ 58.1 ເມື່ອພິຈາລະນາຮາຍດ້ານ ພົບວ່າ ດ້ານຄວາມສໍາເລັດຢູ່ໃນລະດັບສູງ ຮ້ອຍລະ 81.3 ດ້ານໂອກາດກ້າວໜ້າ ລະດັບສູງ ຮ້ອຍລະ 52.5 ດ້ານຄວາມຮັບຜິດຊອບ ລະດັບສູງ ຮ້ອຍລະ 56.9 ດ້ານລັກຊະນະງານ ລະດັບສູງ ຮ້ອຍລະ 51.9 ດ້ານການໄດ້ຮັບການຍ່ອຍນັບຕົວ

ระดับปานกลาง ร้อยละ 63.1 ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ เฮอริชเบอร์ก (Herzberg อ้างใน John B. Miner: 86 และสมศักดิ์ สุเมธยาจารย์ 2542: 34 – 36) และทฤษฎีแรงจูงใจของ แมคเคลแลนด (อ้างใน Charles R. Milton 198: 67 – 68) ที่ว่าการปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ นั้น เป็นไปตามความต้องการของมนุษย์ ความพอใจในงานที่ทำ

2.2 ลักษณะการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ

จังหวัดชุมพร พบว่า การปฏิบัติงานด้านการนำพลังกลุ่มแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 67.5 ด้านการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับมาก ร้อยละ 62.5 ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของ อสม.ในการปฏิบัติงานในหมู่บ้าน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 2542: 6 – 10) และสอดคล้องกับจังหวัดชุมพรที่มีอสม.ที่ปฏิบัติงานนานเฉลี่ย 11 ปี ทำให้มีประสบการณ์ในการดำเนินงาน แต่ด้านการบริหารจัดการในชมรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.9 สอดคล้องกับแนวคิดในการจัดตั้งชมรมของ วัฒนา โภธา (2541: 30 – 32) ที่สนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรม อสม. และมีการบริหารจัดการของชมรม อสม. ด้านการพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.3 ด้านการมีส่วนร่วมทางการเมืองท้องถิ่น อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0 และด้านการจัดให้มีสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.0 ทั้งนี้เนื่องมาจากจังหวัดชุมพรได้มีการเริ่มก่อตั้งชมรม อสม.เมื่อปี 2537 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร 2537: 2-7) แต่ไม่ได้เน้นถึงบทบาทของกรรมการชมรม อสม. ประกอบกับคณะกรรมการชมรม อสม.มีการหมุนเวียนผลัดเปลี่ยนและระยะเวลาการเป็นกรรมการชมรม อสม.เฉลี่ย 4.43 ปี และการสนับสนุนด้านงบประมาณในการดำเนินงานน้อยและอยู่ในกรอบที่จำกัด เช่นงบประมาณสนับสนุนหมู่บ้านละ 7500 บาท และจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค) ซึ่งได้มีการกำหนดสิทธิประโยชน์หลักในการรับบริการจากสถานพยาบาล (กระทรวงสาธารณสุข 2544: 28-30) ดังนั้นเพื่อประชาชนได้รับสิทธิประโยชน์ที่ทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม จึงควรให้ความสำคัญและเน้นบทบาทของชมรม อสม. ในด้านการพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพให้มากขึ้น

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับการปฏิบัติงานในการ

ดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ ผลการศึกษา พบว่า

สถานการณ์สมรสของกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอรวมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = 0.018$) ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการจัดสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = 0.017$) และระยะเวลาการเป็นกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอมีความสัมพันธ์กับการนำพลังกลุ่มในการแก้ไขปัญหา

ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} = 0.012$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าปัจจัยด้านลักษณะประชากรมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก อสม.ที่สถานภาพสมรสคู่มีความพร้อม ในการปฏิบัติงาน และระดับการศึกษาแม้ว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาแต่เนื่องจากปัจจุบันมีสื่อความรู้ที่มีมากและหลากหลายทำให้กรรมการชมรม อสม.ที่ปฏิบัติงานนานสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานได้ อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายที่ส่งเสริมให้ อสม.มีการศึกษาต่อเนื่อง ด้วยการศึกษานอกระบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ กำเนิดกาญจน์ (2540: 36) ที่ว่าการศึกษาของอสม. จังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของสราวุธ วัลย์ชพฤกษ์ (2543: 116) ที่พบว่า ระดับการศึกษา ของ อสม. จังหวัดอุดรธานี เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพของอสม. ในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของธานี จันทร์สวัสดิ์ (2540: 32) ที่สรุปว่าสถานภาพสมรสของ อสม.ในตำบลจอมปลวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ไม่สัมพันธ์กับการยอมรับของประชาชนในการได้รับบริการของ อสม. แต่ในสวนรายได้ของกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอมีหนี้สินร้อยละ 49.4 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเนื่องจากอาชีพของกรรมการชมรม อสม.ส่วนมากมีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 77.5 และในการประกอบอาชีพนี้ เกษตรกรในจังหวัดชุมพรจะมีการซื้อวัสดุการเกษตร เช่น ปุ๋ย ยาฆ่าแมลง ในช่วงที่ไม่มีผลผลิต ในลักษณะเงินเชื่อ และในการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงที่ไม่ได้เก็บเกี่ยวผลผลิตจึงทำให้เห็นว่ากรรมการชมรม อสม. มีหนี้สินมาก แต่จากการมีหนี้สินนี้ถือเป็นเรื่องธรรมดาของเกษตรกรชุมพรและกรรมการชมรม อสม. ดังนั้นการที่เสียสละมาปฏิบัติงานในลักษณะอาสาสมัครนั้นจึงไม่เกี่ยวกับการมีหรือไม่มีหนี้สิน

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร ผลการศึกษา พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร ในด้านการบริหารจัดการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} = 0.020$) กล่าวคือ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอที่มีความรู้ดีจะส่งเสริมให้การทำงาน ในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพรดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับข้อสรุปของสุรเชษฐ์ ญาณะโค (2536: 6) ที่สรุปว่าความรู้ที่เกิดจากการสัมผัสของระบบร่างกาย เช่น ได้ยิน ได้ฟัง ได้เห็นประสบการณ์ต่างๆที่มนุษย์ได้มาจากสภาพแวดล้อมรอบๆตัวอันนำไปสู่ความนึกคิดและแสดงพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าความรู้ของคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ เกี่ยวกับการดำเนินงานของชมรม อสม.มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของชมรม อสม.

ระดับอำเภอ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมศักดิ์ สุเมธยาจารย์ (2542: 63) ที่พบว่า ความรู้ในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติงานในการดำเนินงานมีแนวทางปฏิบัติที่ค่อนข้างชัดเจน ดังนั้นจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อที่จะปฏิบัติได้

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอที่มีต่อการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร ผลการศึกษา พบว่า ทัศนคติของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ รวมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญ (p -value = 0.001) และมีความสัมพันธ์กับการนำพลังกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การสนับสนุนงานสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญ (p -value = 0.006 และ 0.008 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 นั่นคือหาก อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอมีทัศนคติที่ดีต่อชมรม อสม.ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร จะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร ในทางที่ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับข้อสรุปของบุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ (2534: 112) ที่ว่าทัศนคติ หมายถึง กริยาท่าทีรวมๆของบุคคลที่เกิดจากความโน้มเอียงของจิตใจและแสดงออกต่อสิ่งเร้าหนึ่งๆ โดยแสดงออกไปทางสนับสนุน มีความรู้สึกเห็นดีเห็นชอบต่อสิ่งเร้า นั้น หรือแสดงออกในทางต่อต้าน ซึ่งมีความรู้สึกที่ไม่เห็นชอบต่อสิ่งเร้า นั้นๆ และสอดคล้องกับ ปราณีย์ รามสูต (2528: 186) ที่ว่าทัศนคติ หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึกและความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งของ บุคคล หรือสถานการณ์เป็นอย่างไรไป อันมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้นๆ

2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็นทีมของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร ผลการศึกษา พบว่า การทำงานเป็นทีมของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.000) และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานรายด้าน ได้แก่ ด้านการนำพลังกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ด้านการสนับสนุนงานสาธารณสุข ด้านการมีส่วนร่วมทางการเมืองท้องถิ่น และด้านการบริหารจัดการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p -value = 0.011, 0.000, 0.045, 0.001 และ 0.004 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 กล่าวคือ การที่ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร มีการทำงาน เป็นทีมดี

มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของของชมรม อสม.ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร ดีด้วย ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากจังหวัดมีนโยบายในการพัฒนาศักยภาพกรรมการชมรม อสม. ด้วยการเสริมหลักสูตรนักบริหารชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการทำงานเป็นทีม ของเอกชัย กี่สุขพันธ์ (2538: 139 – 147) ที่เสนอแนะองค์ประกอบของการทำงานเป็นทีม ลักษณะของทีมงานที่ดี และสอดคล้องกับหลักการปฏิบัติในการทำงานเป็นทีมของ นัตถะวุฒิ ภิรมย์ไทย (2543: 78)

2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัด ของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร ผลการศึกษาพบว่า การได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและจังหวัดของ อสม.ที่เป็นคณะกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรมอสม.ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p- value = 0.000) และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานรายด้าน ได้แก่ ด้านการจัดสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก ด้านการนำพลังกลุ่มแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ด้านการสนับสนุนงานสาธารณสุข ด้านการบริหารจัดการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value = 0.000, 0.003, 0.000, 0.000 และ 0.000 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่าการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและจังหวัดมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีโครงสร้างองค์กรในการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่ชัดเจนในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับกระทรวง ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ในระดับจังหวัด ได้แก่ งานพัฒนาบุคลากรและการสาธารณสุขมูลฐาน และในระดับอำเภอได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบโดยตรง (สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย 2545: 34 , 41) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนี จันทรสวัสดิ์ (2540: 9) ที่พบว่า ปัญหาและสาเหตุของปัญหาของการทำงานของ อสม.ในตำบลจอมปลวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม คือการจัดอบรมอาสาสมัครให้ความรู้ และพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุนด้านวิชาการทางสาธารณสุขแก่ อสม.

2.8 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value = 0.000) และมีความสัมพันธ์กับ

การปฏิบัติงานรายด้าน ได้แก่ ด้านการนำพลังกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ด้านการสนับสนุนงานสาธารณสุข และด้านการบริหารจัดการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.000, 0.000, 0.001 และ 0.000 ตามลำดับ) นั่นคือ การมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของชินรัตน์ สมสืบ (2539 อ้างใน วนิดา วิระกุล และถวิล เลิกชัยภูมิ 2543: 11 – 16) ที่ได้เสนอ ปรัชญาแนวคิด และธรรมชาติการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า ประชาชนมีศักยภาพเพียงพอที่จะมีส่วนร่วมในการปรับปรุงชีวิตของตน ประชาชนมีความสามารถซ่อนเร้นที่จะค้นหาทั้งทางเลือกของท้องถิ่น และความเป็นไปได้ต่างๆจากภายนอก เพื่อที่จะได้แก้ปัญหาของพวกเขาเอง และวางแผนเพื่อการพัฒนาตนเอง และสอดคล้องกับแนวคิดหลัก 3 ประการของการมีส่วนร่วมของชุมชน สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2542: 22 – 23) คือ ชุมชนจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจว่า ควรจะทำอะไร และทำอย่างไร ชุมชนจะต้องให้ความร่วมมือในการดำเนินงานตามการตัดสินใจนั้น และชุมชนพึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วม นั้น คือ จะต้องสนองตอบความจำเป็นพื้นฐานของประชาชน และสอดคล้องกับการศึกษาของซอทิพย์ บรมธนรัตน์ และคณะ (2539: 82) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี

2.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจูงใจกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.000) และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานรายด้าน ได้แก่ ด้านการนำพลังกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ด้านการสนับสนุนงานสาธารณสุข และด้านการบริหารจัดการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p -value = 0.006, 0.000, 0.000 และ 0.011 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร ทั้งนี้เนื่องจากอสม.ที่เป็นกรรมการชมรมนั้นมีความพร้อมทั้งด้านการงาน และครอบครัว ดังนั้นถ้าเสริมแรงจูงใจให้แก่กรรมการก็จะทำให้การดำเนินงานดีขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการจูงใจของเฮอิร์ชเบอร์ก (Herzberg อ้างใน John B. Miner : 86) ที่ได้สรุปความต้องการของคนในองค์กรหรือการจูงใจในการทำงานว่าความพอใจในงานที่ทำและความไม่พอใจในงาน มาจากปัจจัยของงกลุ่ม คือ ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน ในขณะที่ เคิร์ท แลงค์ (2528: 92) ได้สรุปว่า

ปัจจัยจูงใจจะทำให้เกิดความพอใจและกระตุ้นการทำงานด้วยและสอดคล้องกับข้อสรุปของอรุณ รักรธรรม (2522: 292) ที่ว่าการจูงใจเป็นปัจจัยที่สำคัญในการที่จะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพสูงขึ้น คนงานที่ได้รับการจูงใจมากก็จะค้นหาวิธีการเพิ่มทักษะและพยายามที่จะทำงานโดยใช้ทักษะนั้นให้เป็นประโยชน์มากที่สุด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับข้อสรุปปัจจัยพื้นฐานในการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน 7 ประการของเกคินี หงสนันท์ (2518: 129 – 130 อ้างใน กาญจนา วสุสิริกุล 2540: 22) ได้แก่ การให้เกียรติและตระหนักในผลงานที่ทำ เป็นงานที่ควรแก่การสนใจ ทำทหายความสามารถ การทำงานกลุ่มที่มีการประสานงานอย่างดี มีอิสระในการวินิจฉัยปัญหา มีความมั่นคงในการทำงาน มีความก้าวหน้าซึ่งได้รับการพิจารณาความเสมอภาคและยุติธรรม และมีการควบคุมที่ดี และสอดคล้องกับสิ่งที่ทำให้คนอยากทำงานของ เอกชัย กี่สุขพันธ์ (2538: 129 – 130) สอดคล้องกับการศึกษาของ สราวุธ วลัยชพฤกษ์ (2543: 116) ที่พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการวางแผนงานสาธารณสุขคือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอสม.จังหวัดอุดรธานี

3. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พ.ศ.2545 ผู้วิจัยจึงสรุปข้อเสนอแนะจากการวิจัยไปใช้ในการพัฒนา ปรับปรุงงาน เพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพรดีขึ้น ดังนี้

3.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัดควรส่งเสริมให้เกิด

บรรยากาศการทำงานในลักษณะเป็นทีม โดยการสนับสนุนให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจร่วมกันโดยยึดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ตามที่ตกลงร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารภายในชมรมอย่างเปิดเผย ไว้วางใจกันและมีการทำงานในลักษณะยึดหยุ่น

3.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัด ควรมีนโยบายที่จะ

สนับสนุนการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอที่ชัดเจนและจริงจัง โดยจัดหางบประมาณ สนับสนุนการดำเนินงานให้เพียงพอ จัดหาวัสดุและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดำเนินงาน ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเกิดประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่มากที่สุด เนื่องจากชมรม อสม.ระดับอำเภอเป็นองค์กรชุมชนที่สามารถประสานกับ อสม.ในแต่ละตำบล หมู่บ้าน และเป็นอาสาสมัครที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด

3.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัดควรส่งเสริมปัจจัย

จูงใจ ด้านความสำเร็จของงานและโอกาสก้าวหน้าในการทำงาน โดยจัดให้มีเวทีนำเสนอผลงาน

หรือนำผลงานไปเผยแพร่ เพื่อให้เป็นที่ประจักษ์แก่ปวงชน พร้อมทั้งจัดทำรางวัล และจัดทำเกียรติบัตรเพื่อยกย่องและเชิดชูผลงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอและคณะกรรมการชมรม ฯ.

3.4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัดควรประชาสัมพันธ์ และให้ข้อมูลแก่ประชาชนในการทำงานของ อสม. ที่เป็นกรรมการชมรม อสม. เพื่อประชาชนจะ
ได้เห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของชมรม อสม.ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัด ควรเป็นพี่เลี้ยง ในการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ แนะนำการวางแผนการปฏิบัติงานและประเมินผล แต่ไม่ใช่เป็นการสั่งการเพื่อการปฏิบัติงาน

3.6 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและจังหวัดควรมีรูปแบบการส่งเสริม
ความรู้ในการดำเนินงานของชมรม อสม. ที่ชัดเจน เพื่อให้การดำเนินงานของชมรม อสม. ที่มี
ประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น อบรมในหลักสูตรนักบริหารชุมชน และการดำเนินการจัดหา
งบประมาณสนับสนุนให้มีการศึกษาดูงาน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงาน

3.7 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัด ควรสนับสนุนให้
ชมรม อสม. มีบทบาทในการพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพให้มากขึ้น

4. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

4.1 ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม
อสม.ระดับอำเภอระหว่างอำเภอในจังหวัดชุมพร เพื่อที่จะได้เป็นตัวอย่างในการปฏิบัติงาน

4.2 ควรทำการศึกษาเชิงทดลองในการหารูปแบบการดำเนินงานของชมรม
อสม.ระดับอำเภอที่เหมาะสม

4.3 ควรศึกษาความพึงพอใจของประชาชนที่ได้รับประโยชน์จากผลการดำเนินงาน
ของชมรม อสม.ระดับอำเภอ

4.4 ควรทำการศึกษาเชิงทดลองโดยใช้รูปแบบการสนับสนุนและการให้ความรู้
ในการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ

4.5 ควรศึกษาความพึงพอใจของ อสม. ในจังหวัดชุมพรที่มีต่อการดำเนินงาน
ของชมรม อสม. ระดับอำเภอจังหวัดชุมพร

4.6 ควรศึกษาภาวะผู้นำของกรรมการบริหารชมรม อสม. ระดับอำเภอ
จังหวัดชุมพร

4.7 ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับจังหวัด
ทั่วประเทศ

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. นายเมธี จันทจักรภรณ์ ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุข
มูลนิธิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
2. นางวนัสรา เขาวนนิยม ผู้อำนวยการศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุข
มูลนิธิภาคกลาง จังหวัดชลบุรี
3. นางสาวอุไร ผึ้งประเสริฐศิลป์ หัวหน้างานพัฒนาบุคลากรและการสาธารณสุข
มูลนิธิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

1 2 3
เลขที่แบบสอบถาม

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ระดับอำเภอ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย 2 ลงใน
หน้าข้อความตามความเป็นจริง

1. ท่านมีอายุปี

2. เพศ

1.ชาย

2.หญิง

3. สถานภาพสมรส

1.โสด

2. คู่

3.หม้าย

4.หย่าแยก

4. อาชีพหลัก

1.เกษตรกรรม

3.ค้าขาย

5.ข้าราชการบำนาญ

2.แม่บ้าน

4.ประมง

6.รับจ้าง

7.อื่นๆ ระบุ.....

5. ระดับการศึกษา

1.ประถมศึกษา

4.ปวช.

2.มัธยมศึกษาตอนต้น

5.ปวส.หรืออนุปริญญา

3.มัธยมศึกษาตอนปลาย

6.ปริญญาตรี

7.สูงกว่าปริญญาตรี ระบุ.....

6. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เมื่อ พ.ศ.....

7. เป็นกรรมการชมรม อสม.ระดับอำเภอตั้งแต่พ.ศ.....ขณะนี้ดำรงตำแหน่ง.....

8. ก่อนเป็น อสม.ท่านดำรงตำแหน่งอื่นมาก่อนหรือไม่

1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....

9. ขณะนี้ท่านดำรงตำแหน่งอื่นนอกจาก อสม. หรือไม่

1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....

10. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

1.น้อยกว่า 3,000 บาท 2. 3,000-10,000 บาท

3.มากกว่า 10,000 บาท

11. ความเพียงพอของรายได้

1.พอใช้ 2. เหลือเก็บ 3.มีหนี้สิน

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของชมรมฯ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย 2 ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงตามความเป็นจริงมากที่สุดและเติมข้อความลงในช่องว่างในข้อสุดท้ายของตอนนี้

ลำดับที่	เนื้อหา	ใช่	ไม่ใช่
1	การแก้ไขปัญหาสุขภาพในท้องถิ่นต้องใช้พลังชุมชน		
2	การจัดรณรงค์ด้านสาธารณสุขเป็นหนทางที่จะช่วยพัฒนางานสาธารณสุขวิธีหนึ่ง		
3	การชักชวนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเป็นการดำเนินงานที่ถูกต้อง		
4	ชมรม อสม. เป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมต่างๆ ในพื้นที่		
5	อสม. ไม่ต้องการอบรมฟื้นฟูความรู้		
6	ชมรม อสม. มีบทบาทในการสนับสนุนให้ อสม. ในพื้นที่มีการถ่ายทอดความรู้ให้แก่แกนนำครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองและคนในครอบครัว		
7	ชมรม อสม. มีบทบาทในการวิเคราะห์หาปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่		
8	ชมรม อสม. มีบทบาทในการวางแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่ โดยประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
9	ชมรม อสม. ควรประสานการทำงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่		
10	ชมรม อสม. ต้องดูแลถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆของสมาชิกชมรมและประชาชนด้วย เช่น สิทธิในการรักษาพยาบาล		
11	ชมรม อสม. สนับสนุนให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางการเมืองด้วย		
12	อสม. ไม่มีสิทธิในการลงรับสมัครเลือกตั้ง		

ลำดับที่	เนื้อหา	ใช่	ไม่ใช่
13	อสม.เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ไม่มีสิทธิสนับสนุน อสม. ด้วยกันลงสมัครเลือกตั้ง		
14	งบประมาณที่ได้รับหมู่บ้านละ 7,500 บาท นั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นคนบริหารจัดการ		
15	งบประมาณหมู่บ้านละ 7,500 บาท ใช้เฉพาะ การอบรมเท่านั้น		

16. ท่านต้องการเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของชมรม อสม. (ระบุ)

- 1.....
- 2.....
- 3.....

ตอนที่ 3 ทศนคติต่อชมรม อสม.

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย 2 ในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1 ช่อง และเติมข้อความลงในช่องว่างในข้อสุดท้ายของตอนนี

ลำดับที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการมีชมรม อสม.ระดับอำเภอจะส่งผลให้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในอำเภอดีขึ้น					
2	ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของชมรมเป็นไปตามข้อตกลงของที่ประชุมกรรมการชมรมฯ					

ลำดับที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
3	การดำเนินงานตามบทบาท ของ ชมรม อสม.ระดับอำเภอ ประสบผลสำเร็จตาม วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้					
4	การดำเนินงานตามบทบาท ของชมรม อสม. ระดับอำเภอ มีส่วนช่วยในการสนับสนุนให้ การดำเนินงาน สสม.ใน หมู่บ้านดีขึ้น					
5	การเป็นกรรมการชมรม อสม. ระดับอำเภอเป็นความ ภาคภูมิใจ					
6	กรรมการชมรม อสม.ระดับ อำเภอมีความร่วมมือในการ ดำเนินงานเป็นอย่างดี					
7	การคัดเลือกคณะกรรมการ ชมรมระดับอำเภอดำเนินการ อย่างเหมาะสม					
8	กรรมการชมรมมีส่วนร่วม ในการปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่ของชมรม จะต้อง ดำเนินการอย่างเต็มความ สามารถ					
9	ชมรม อสม.เป็นชมรมที่ ประกอบด้วยชาวบ้านที่เป็น อาสาสมัคร ไม่มีอำนาจ ในการตัดสินใจ					

ลำดับที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
10	ถ้าไม่มีชมรม อสม.ระดับ อำเภอ งานสาธารณสุข มูลฐานก็ดำเนินไปได้					
11	ชมรม อสม. ไม่มีงบประมาณ ของตัวเองจึงยากต่อการ บริหารจัดการ					
12	การเป็นสมาชิกชมรม อสม. ระดับอำเภอเป็นการ เพิ่มภาระงาน					

13. ท่านคิดว่าชมรมฯมีปัญหอะไรอีกบ้าง

- 1.....
- 2.....
- 3.....

ตอนที่ 4 การทำงานเป็นทีม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย **2** ในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อละ 1 ช่อง และเติมข้อความลงในช่องว่างในข้อสุดท้ายของ
ตอนนี้

ลำดับที่	ข้อความ	การปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
1	ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา , วางแผน กำหนดเป้าหมาย และ วัตถุประสงค์ของงานต่างๆ ภายใน ชมรม อสม.ระดับอำเภอ					

ลำดับที่	ข้อความ	การปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
2	ท่านปฏิบัติงานในความรับผิดชอบ โดยยึดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ที่ได้ตกลงร่วมกัน					
3	ท่านคิดว่าชมรม อสม. ได้มีการวางแผนปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ					
4	ท่านคิดว่าเมื่อเกิดปัญหาในชมรมฯ สมาชิกทีมได้มีการประชุม เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน					
5	ท่านพบว่าการติดต่อสื่อสารภายในชมรมฯ เป็นไปอย่างเปิดเผยและไว้วางใจ					
6	ท่านคิดว่าการตัดสินใจในการทำงานของทีมใช้ข้อมูลและข้อเท็จจริงเป็นหลัก					
7	ท่านพบว่าเมื่อเกิดข้อบกพร่อง มีการทบทวนการทำงานของทีมงาน เพื่อแก้ไขทันที					
8	ท่านพบว่า มีการพัฒนาคณะกรรมการชมรมฯ โดยการอบรมดูงาน เพื่อจะได้นำความรู้มาใช้ในการทำงาน					
9	ท่านคิดว่ากรรมการชมรม มีการรับส่งความคิดเห็น แนวคิดหรือปัญหาของผู้อื่น พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น					

ลำดับที่	ข้อความ	การปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
10	ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจเกี่ยวกับงานของชมรมฯ					
11	ท่านเสนอความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ใหม่ๆ ในการปฏิบัติงาน					
12	ท่านยินดีร่วมมือและให้ความช่วยเหลือ เมื่อเพื่อนร่วมงานเสนอโครงการใหม่					
13	การตัดสินใจแก้ปัญหาในชมรมจะอาศัยข้อมูลพื้นฐานที่เป็นจริง					
14	ในการทำงานในชมรม มีลักษณะยืดหยุ่น ถ้อยที่ถ้อยอาศัยซึ่งกันและกัน					
15	การประชุมของชมรม มีการเปิดโอกาสให้อภิปรายซักถามในที่ประชุม					
16	ในชมรมของท่านมีการหมุนเวียนงานที่รับผิดชอบ เพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้งานอื่นด้วย					

17. ปัญหาที่พบจากการทำงานเป็นที่มาของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอ

1.....

2.....

3.....

ตอนที่ 5 การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ
และระดับจังหวัด

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย 2 ในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อละ 1 ช่อง และเติมข้อความลงในช่องว่างในข้อสุดท้ายของ
ตอนนี้

ลำดับที่	ข้อความ	ความพึงพอใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ/ จังหวัดเป็นพี่เลี้ยงในการวิเคราะห์ปัญหา สาธารณสุขของอำเภอ					
2	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำ ในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหา สาธารณสุขของอำเภอ					
3	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนิเทศติดตามงาน ของท่านทุกเดือน					
4	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดอบรมฟื้นฟู ความรู้ให้สม่ำเสมอ					
5	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดอบรมหลักสูตร นักบริหารชุมชนแก่ อสม. ที่เป็น คณะกรรมการชมรม					
6	การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ในการ ดำเนินงาน เช่น สื่อต่างๆ					

7. ท่านต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่

1.....

2.....

3.....

ตอนที่ 6 การมีส่วนร่วมของชุมชน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย 2 ในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อละ 1 ช่อง และเติมข้อความลงในช่องว่างในข้อสุดท้ายของตอนนี

ลำดับที่	ข้อความ	การปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ชุมชนให้ความร่วมมือในเรื่องการปฏิบัติงานในด้านสาธารณสุขเมื่อท่านร้องขอ					
2	คณะกรรมการหมู่บ้าน หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานของท่าน					
3	กลุ่มต่างๆในหมู่บ้าน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มเกษตรกร กลุ่มออมทรัพย์ ให้ความร่วมมือสนับสนุนการปฏิบัติงานของท่าน					
4	ชุมชนมีความตระหนักในเรื่อง ปัญหา ด้านสุขภาพอนามัย และมีความกระตือรือร้นในการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางด้านสาธารณสุข					
5	ชุมชนมีการวางแผนร่วมกันกับชมรมฯ ในการแก้ปัญหาของชุมชน					
6	ชุมชนมีส่วนร่วมในการระดมทรัพยากร เพื่อแก้ปัญหาของชุมชน					
7	การเรียนรู้หรือถ่ายทอดความรู้ระหว่างประชาชนในหมู่บ้านต่างๆ					

8. ปัญหาที่พบจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่

1.....

2.....

3.....

ตอนที่ 7 ปัจจัยจูงใจ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย 2 ในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อละ 1 ช่อง และเติมข้อความลงในช่องว่างในข้อสุดท้ายของตอนนี้

ลำดับที่	ข้อความ	การปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ท่านมีความภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา และร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับอำเภอ					
2	ผลของการปฏิบัติงานในชมรม อสม. ของท่านที่ผ่านมาประสบความสำเร็จ					
3	งานที่สมาชิกชมรมปฏิบัติทุกงานมีความสำคัญต่อความสำเร็จของชมรม					
4	การปฏิบัติงานของชมรมฯ มีสถานที่เครื่องมือ เครื่องใช้ และสิ่งอำนวยความสะดวกพอเพียง					
5	งานในชมรมฯนี้เป็นงานที่ทำด้วยความสามารถ					
6	งานในชมรมฯนี้เป็นงานที่ต้องใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์					

ลำดับที่	ข้อความ	การปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
7	ผลการปฏิบัติงานในชมรมฯของท่านได้รับการยกย่องชมเชยจากเจ้าหน้าที่อื่นและจากจังหวัด					
8	เพื่อนร่วมงานของท่านเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของชมรม					
9	บุคคลอื่นนอกชมรมฯ เห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติงานในชมรมฯ					
10	ท่านได้รับการแสดงความยินดี และชมเชยในความสำเร็จต่อผู้ร่วมงานคนอื่นๆ					
11	ท่านปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่โดยไม่ได้รับการกระตุ้นเตือนหรือชี้แนะจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
12	ท่านมีอิสระในการตัดสินใจเต็มที่ในงานที่รับผิดชอบ					
13	ท่านรับผิดชอบในผลงานที่เกิดขึ้นทุกด้าน					
14	ท่านเห็นด้วยกับการให้เข็มเชิดชูเกียรติแก่ อสม. ที่ทำงานนาน					
15	สมาชิกได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม หรือศึกษาดูงาน					

16. ท่านคิดว่าควรมีสิ่งใดที่จะทำให้ท่านมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น

- 1.....
- 2.....
- 3.....

ตอนที่ 8 การปฏิบัติงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับอำเภอ

8.1 การจัดให้มีสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย 2 ในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อละ 1 ช่อง และเติมข้อความลงในช่องว่างในข้อสุดท้ายของตอนนี้

ลำดับที่	กิจกรรม	การปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	การจัดตั้งกองทุนสำหรับช่วยเหลือสมาชิกที่เสียชีวิต					
2	การดำเนินการระดมทุนจากภาคเอกชนหรือผู้มีจิตศรัทธา เพื่อเป็นกองทุนสำหรับช่วยเหลือสมาชิกและ อสม. เมื่อประสบความเดือดร้อน					
3	มีการระดมทุนจากสมาชิกเพื่อเป็นกองทุนให้สมาชิกกู้ยืมไปลงทุนประกอบอาชีพ					
4	มีการระดมทุนจากสมาชิกเพื่อเป็นกองทุนสำหรับเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจสมาชิกที่เจ็บป่วย					
5	มีการดำเนินการให้ภาครัฐจัดให้มีกองทุนช่วยเหลือ อสม. ที่เสียชีวิต					
6	มีการดำเนินการให้ภาครัฐจัดให้มีกองทุนให้ อสม. กู้ยืมไปประกอบอาชีพ					
7	การดำเนินการให้ภาครัฐจัดให้มีกองทุนช่วยเหลือ อสม. ที่ประสบภัยธรรมชาติ					

ลำดับที่	กิจกรรม	การปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
8	มีการจัดหาทุนด้วยการจัดงานต่างๆ เพื่อรวบรวมเงินไว้ใช้ในกิจกรรมของชมรม					

9. ปัญหาและอุปสรรคในการจัดสวัสดิการของชมรม ได้แก่

1.....

2.....

3.....

8.2 การนำพลังกลุ่มแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย 2 ในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อละ 1 ช่อง และเติมข้อความลงในช่องว่างในข้อสุดท้ายของตอนนี้

ลำดับที่	กิจกรรม	การปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	การชักชวนสมาชิกและประชาชนร่วมกันรณรงค์ต่อต้านการเสพยาเสพติด					
2	การชักชวนสมาชิกและประชาชนร่วมกันรณรงค์ป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อต่างๆ เช่น โรคเอดส์ โรคไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า ฯลฯ					
3	การชักชวนสมาชิกและประชาชนร่วมกันรณรงค์ดูแลรักษาความสะอาดของแม่น้ำลำธาร					
4	การชักชวนสมาชิกและประชาชนร่วมกันรณรงค์กำจัดขยะมูลฝอย					
5	การชักชวนสมาชิกและประชาชนร่วมกันรณรงค์บำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติ					
6	การชักชวนสมาชิกและประชาชนร่วมกันรณรงค์ไม่ซื้อ ไม่ขายสินค้าที่ไม่มีคุณภาพ และไม่ถูกสุขลักษณะ					
7	การชักชวนสมาชิกและประชาชนร่วมกันรณรงค์ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ - อุบัติภัย					

8. ปัญหาและอุปสรรคของการนำพลังกลุ่มแก้ไขปัญหา ได้แก่

- 1.....
- 2.....
- 3.....

8.3 การสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุข

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย 2 ในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อละ 1 ช่อง และเติมข้อความลงในช่องว่างในข้อสุดท้ายของตอนนี้

ลำดับที่	กิจกรรม	การปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ให้ดำเนินการถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุขแก่ อสม. ตามสภาพปัญหาของท้องถิ่น					
2	การชักชวนให้ อสม. ร่วมกันถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุขแก่แกนนำครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองและคนในครอบครัวได้					
3	การชักชวนสมาชิกและ อสม. ช่วยกันดูแลตนเองและเพื่อนบ้านไม่ให้เจ็บป่วย					
4	การชักชวนสมาชิกและ อสม. ช่วยกันดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ตนเองและเพื่อนบ้านยามเจ็บป่วย					

ลำดับที่	กิจกรรม	การปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5	การชักชวนสมาชิกและ อสม.มาประชุมและรับการถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่					
6	การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน					
7	การจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ สนับสนุนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน					
8	การร่วมประชุมปรึกษาหารือวางแผนดำเนินการแก้ไขปัญหากับเจ้าหน้าที่					
9	การชักชวนให้ อสม.สนับสนุนการใช้สมุนไพรในการรักษาโรค					
10	การจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ โดยใช้งบประมาณหมู่บ้านละ 7,500 บาทมาดำเนินการ					
11	การเผยแพร่ผลงานที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาสาธารณสุขของอาสาสมัครทางสื่อต่างๆ หรือการจัดประชุมสัมมนา					

12. ปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุข

- 1.....
- 2.....
- 3.....

8.4 การพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพของประชาชน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย 2 ในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อละ 1 ช่อง และเติมข้อความลงในช่องว่างในข้อสุดท้ายของตอนนี้

ลำดับที่	กิจกรรม	การปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	การชักชวนสมาชิกร่วมกันเผยแพร่ความรู้ เรื่องสิทธิประโยชน์ต่างๆแก่ประชาชน เช่น บัตรสุขภาพ การรักษาฟรีแก่คนยากจน คนพิการ ผู้สูงอายุ และเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี					
2	การกระตุ้นให้ประชาชนรู้ถึงสิทธิและบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย					
3	การนำสมาชิกเรียกร้องความเป็นธรรมกรณีที่ประชาชนถูกเอาเปรียบจากสถานบริการ					
4	การนำสมาชิกเรียกร้องความเป็นธรรมกรณีที่สถานบริการคิดค่ารักษาพยาบาลจากผู้มีสิทธิรักษาฟรี					
5	การนำสมาชิกเรียกร้องความเป็นธรรมกรณีที่ประชาชนถูกปฏิเสธให้การรักษาพยาบาล					
6	การดูแลการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข					

7. ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดำเนินการพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพของประชาชน

- 1.....
- 2.....
- 3.....

8.5 การมีส่วนร่วมทางการเมืองระดับท้องถิ่น

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย 2 ในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อละ 1 ช่อง และเติมข้อความลงในช่องว่างในข้อสุดท้ายของตอนนี

ลำดับที่	กิจกรรม	การปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	มีการติดตามและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางการเมืองให้แก่สมาชิกทราบ					
2	การนำสภาพปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน เสนอต่อนักการเมืองท้องถิ่น เพื่อผลักดันให้เกิดเป็นนโยบายในการแก้ไขปัญหา					
3	การชักชวนให้สมาชิกเลือกตั้งผู้ที่ตนสนับสนุนให้ได้รับการเลือกตั้งอย่างเปิดเผย					
4	การสนับสนุน อสม. ที่มีความรู้ความสามารถให้ลงสมัครรับการเลือกตั้ง เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน สมาชิกสภาจังหวัด สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร					
5	การสนับสนุน อสม. ที่ลงสมัครรับการเลือกตั้งอย่างเปิดเผย					

6. ปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการมีส่วนร่วมทางการเมืองระดับท้องถิ่น

- 1.....
- 2.....
- 3.....

8.6 การบริหารจัดการในชมรมฯ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย 2 ในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อละ 1 ช่อง และเติมข้อความลงในช่องว่างในข้อสุดท้ายของตอนนี้

ลำดับที่	กิจกรรม	การปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปีของชมรม					
2	การจัดให้มีการศึกษาดูงานนอกสถานที่					
3	การจัดให้มีสถานที่ในการดำเนินงานของชมรมชัดเจน					
4	มีการจัดองค์กรชัดเจน มีประธานชมรม เลขา เหรัญญิก					
5	มีการเลือกตั้งคณะกรรมการใหม่เมื่อครบตามวาระ					
6	มีการเลือกตั้งคณะกรรมการตามความรู้ความสามารถของสมาชิก					
7	มีการประชุมคณะกรรมการ ทุก 1 - 2 เดือน เพื่อติดตามงาน					
8	มีการประชุมระหว่างเครือข่าย					
9	ชมรมมีการนิเทศงาน การปฏิบัติงานของ อสม. ในพื้นที่					
10	การจัดให้มีเงินทุนในการดำเนินงานของชมรม					
11	การจัดให้มีศูนย์ข้อมูลข่าวสารของชมรม					
12	การจัดให้มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของชมรมทุกปี					

13. ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการบริหารจัดการในชมรม

1.....

2.....

3.....

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข **แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า**
ม.ป.ท. 2535
- **แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน** ม.ป.ท.
2544
- **แผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุขตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผน
พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545- 2549)** ม.ป.ท. 2544
- กาญจนา วสุสิริกุล "ขวัญในการปฏิบัติงานของบุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์"
วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการศึกษา)
บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 2542
- เกรียงศักดิ์ กำเนิดกาญจน์ **รายงานการวิจัย: ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าจังหวัด
ประจวบคีรีขันธ์** ม.ป.ท. 2540
- เคิร์ท แฮงค์ส **การจูงใจเพื่อความสำเร็จ** แปลจาก Motivating People โดย ปราชญา
กล้าผจญ กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์ต้นหมาก 2528
- งานพัฒนาบุคคลากรและการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร
ทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดชุมพร ชุมพร
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร 2544
- งานแผนงานและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร **รายงานสถานการณ์โรค
ประจำเดือนตุลาคม 2544** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร 2544
- จรัญ แดงเล็ก " ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ
หัวหน้าสถานีอนามัยในงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดพิจิตร " วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก
บริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2542
- ชาญชัย คงรอด "คุณลักษณะผู้นำของสาธารณสุขอำเภอที่พึงประสงค์ในจังหวัด
พิษณุโลกในทศวรรษหน้า" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล 2543

- ชาญชัย ชัยสว่าง *รายงานการวิจัย: กรณีศึกษาผลการดำเนินงานของชมรม
อาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย* ม.ป.ท. 2541
- ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ และคณะ *รายงานการวิจัย: ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้าน
สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในโครงการเร่งรัดพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุ
สุขภาพดีถ้วนหน้าจังหวัดสุพรรณบุรี* ม.ป.ท. 2539
- ธนชัย ยมจินดา "หน่วยที่ 1 การวางแผน" ใน *เอกสารสอนชุดวิชาองค์การและการจัดการ*
(พิมพ์ครั้งที่ 31) หน้าที่ 129-130 นนทบุรี สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 2543
- ธีระพงศ์ แก้วหาวงค์ *ทศวรรษใหม่แห่งการสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาสุขภาพ
เพื่อมวลชน* ขอนแก่น โรงพิมพ์คังนนวนาวิทยา 2543
- นภดล ลิ้มสุรัตน์ "การทำงานเป็นทีม" ใน *ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข
ภาคกลาง ปี 2536* หน้า 24-27 ชลบุรี ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการ
สาธารณสุขมูลฐาน 2536 (เอกสารการประชุมวิชาการและถ่ายทอดเทคโนโลยี 24 -
27 มกราคม 2536)
- นัตถะวุฒิภิรมย์ไทย *โครงการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานขององค์กรชมรม
อาสาสมัครสาธารณสุขภาคใต้ ปี 2540* นครศรีธรรมราช โรงพิมพ์ศิษย์เพาะช่าง
2540
- _____ *.การพัฒนาผู้นำอาสาสมัครเพื่อสังคม* ขอนแก่น
โรงพิมพ์พระธรรมจันทร์ 2543
- เนาวรัตน์ รัตนสาม "การนิเทศงานกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขระดับตำบล" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล 2542
- บุญทัน ดอกไธสง และธเนศ ต่วนชะเอม *กระบวนการและวิธีการพัฒนาจิตใจเพื่อ
พัฒนาสังคมไทย* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ทิพย์อักษร 2529
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย*
พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร B & B Publishing 2534
- _____ *.ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* พิมพ์ครั้งที่ 6
กรุงเทพมหานคร B & B Publishing 2535

บุญเลิศ เตียวสุวรรณ "ศรีลังกา : ประสบการณ์ที่ประทับใจไม่รู้ลืม"

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน 1 (ตุลาคม - ธันวาคม 2543) หน้า 81 - 83

ปรีชา ดีสวัสดิ์ "สถานการณ์ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน" ใน

การสาธารณสุขมูลฐานเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า หน้า 41 นครปฐม

ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
2528 (เอกสารรายงานการสัมมนาครั้งที่ 20)

ปราณี รามสูต **จิตวิทยาการศึกษา** พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร เจริญกิจ 2528

พรพรรณ เขียวปัญญา "ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ ทักษะเกี่ยวกับโรคเอดส์กับ

การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาล

สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่" วิทยานิพนธ์ปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2535

พิมลจรรย์ นามวัฒน์ "หน่วยที่ 1 องค์การและการจัดการ : แนวความคิดและทฤษฎี" ใน

เอกสารสอนชุดวิชาของค์การและการจัดการ (พิมพ์ครั้งที่ 31) หน้า 22-24

นนทบุรี สาขาวิชาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 2543

รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธ์ "การวัดทัศนคติเบื้องต้น" เอกสารคำสอน 2533 (อัดสำเนา)

รัชนี จันทร์สวัสดิ์ **รายงานการวิจัย: การยอมรับของประชาชนในการได้รับบริการของ**

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลจอมปลวก อ.บางคนที

จ.สมุทรสงคราม ม.ป.ท. 2540

ราชบัณฑิตยสถาน **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525** กรุงเทพมหานคร

อักษรเจริญทัศน์ 2525

วนิดา วิระกุล และ ถวิล เลิกชัยภูมิ **รายงานผลการศึกษาการประเมินศักยภาพการ**

พึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขอนแก่น

โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา 2543

วัฒนา โปธา **รายงานผลการวิจัย: ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการ**

ดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์ฝึกอบรมและการพัฒนาการ

สาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จ.ชลบุรี 2541

วัฒนา โปธา และวสุธร ต้นวัฒนกุล รวบรวม / เรียบเรียง "เครื่องชี้วัดในการพัฒนาสาธารณสุข

เพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า" ใน **เอกสารการประชุมชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข**

ภาคกลาง ปี 2536 (เอกสารการประชุมวิชาการและถ่ายทอดเทคโนโลยี 24 - 27

มกราคม 2536 20 – 21)

วิไล ทองทวี "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความผูกพันต่อองค์กรของเจ้าหน้าที่
สถาบันพระบรมราชชนก" วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
(พัฒนาสังคม) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 2544
ศิริรินทร์ภรณ์ อัจฉิมานกุล **รายงานการวิจัย: ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะผู้นำของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านภาคใต้** ม.ป.ท. 2539

สมศักดิ์ สุเมธยาจารย์ "การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสาธารณสุข
ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล 2542

สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย **ปฏิทินสาธารณสุข พุทธศักราช 2545** กรุงเทพมหานคร
สหประชาพานิชย์ 2545

สิทธิโชค วรานุสันติกุล **ทฤษฎีและการปฏิบัติการทางจิตวิทยาสังคม** กรุงเทพมหานคร
พิทักษ์อักษร ม.ป.ป.

สรารุณ วลัยชุกฤกษ์ "ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการ
วางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี"
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อ
การพัฒนาทรัพยากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2543

สุขชัย อรรถธรรม และคณะ **รายงานการวิจัย: การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ
อาสาสมัครสาธารณสุขในการทำงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่เป็น
เอกเทศกับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่ไม่เป็นเอกเทศ จังหวัดชัยภูมิ**
ม.ป.ท. 2538

สุนีย์ สุขสว่าง "บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในการปฏิบัติงานด้าน
สิ่งแวดล้อม ศึกษากรณีจังหวัดพิจิตร" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2539

สุรเชษฐ ญาณะโค "ความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติในการนำข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน
(จปฐ.) ไป ใช้สำหรับการวางแผนพัฒนาหมู่บ้านของคณะกรรมการหมู่บ้าน
อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2536

- สุรางค์ ไคว่ตระกูล **จิตวิทยาการศึกษา** พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2541
- สร้อยตระกูล อรรถมานะ **จิตวิทยาองค์กร** กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช 2520
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน **รวมบทความพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน เล่ม 1** 6 พฤศจิกายน 2528 ม.ป.ท. 2528
- _____ **คู่มือการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล** พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพมหานคร องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2536
- _____ **คู่มือเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข** กรุงเทพมหานคร ร.ส.พ. 2542
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข **คู่มือนิเทศงานสาธารณสุข พ.ศ. 2532** ม.ป.ป.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร **รายงานการประเมินผลโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าจังหวัดชุมพร** ชุมพร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร 2537
- _____ "รายงานประจำปี 2541" ชุมพร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร 2541
- _____ "เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปี 2545" ชุมพร 2545 (อัดสำเนา)
- อดิศักดิ์ สัตยธรรม "หน่วยที่ 1 หลักการและกระบวนการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข" ใน **ประมวลสาระ ชุดวิชาการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานสาธารณสุข** หน้า 6 นนทบุรี บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 2544
- อมร นนทสุด "ชุมชนเข้มแข็งกับการปฏิรูป" **วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง** 6 (กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2544) หน้า 10 - 13
- อรุณ รักธรรม **หลักมนุษยสัมพันธ์กับการบริหาร** พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช 2522
- เอกชัย กี่สุขพันธ์ **การบริหารทักษะและการปฏิบัติ** พิมพ์ครั้งที่ 3 น.ส.พ.สุขภาพใจ 2538
- เอมอร บุตรแสงดี **รายงานการวิจัย: ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของ อสม. ใน ศสมช. อ.พนมทวน จ.กาญจนบุรี** ม.ป.ท. 2541
- เอี่ยม กลิ่นคล้าย "ชมรมผู้สูงอายุ ต.ทะเลทรัพย์ อ.ปะทิว จ.ชุมพร" เอกสารสรุปผลงาน 2544 (อัดสำเนา)

Charles R. Milton *Human Behavior in Organization : Three Level of Behavior*. United State of America 1981.

John B. miner . *Industrial Organization Psychology* . Newyork : Megraw – Hill, n.d.

Wendell L. French **α** Cecil H. Bell , JR. *Organization Development* . New Delhi : mohan Makhijani at Rekha Printers Private Limited 1983.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวนภาพรณีย์ พานิช
วัน เดือน ปีเกิด 8 กุมภาพันธ์ 2496
สถานที่เกิด อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร
ประวัติการศึกษา วิทยาศาสตร์บัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับสอง) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2517
ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับสอง)
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2519
สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข 9 (ชช.) (ด้านส่งเสริมพัฒนา)