

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

สุจิตา ห้าวเจริญ

นางสาวสุจิตา ห้าวเจริญ
ผู้วิจัย

พรชัชวาล

รองศาสตราจารย์ปิยธิดา ตรีเดช,
บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ส.ค.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อ.ปิ่นดี

รองศาสตราจารย์วงเดือน ปิ่นดี,
วท.ม.(ชีวสถิติ), วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์), ส.ค.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

พรชัชวาล

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว.(ออร์โธปิดิกส์)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พรชัชวาล

รองศาสตราจารย์ปิยธิดา ตรีเดช,
บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ส.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

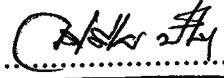
เรื่อง

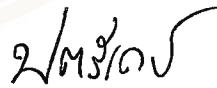
ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

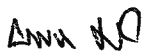
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข
วันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2554

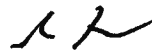
สุจิตา หัวเจริญ
นางสาวสุจิตา หัวเจริญ
ผู้วิจัย

กัญจนา นิลเลิศ
นางสาวสุจิตรา นิลเลิศ,
ปช.ด.(ประชากรศาสตร์)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


รองศาสตราจารย์บังเอิญ ปันดี,
วท.ม.(ชีวสถิติ), วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์), ศ.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


รองศาสตราจารย์ปิยธิดา ตรีเดช,
บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ศ.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว.(ออร์โทปิดิกส์)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพนผล,
พ.บ., อ.ว.(ระบาดวิทยา)
คณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยธิดา ตรีเดช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.วงเดือน ปั่นดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้ความเอาใจใส่ช่วยเหลือให้คำปรึกษา แนะนำตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ดร.สุจิตรา นิลเลิศ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณท่านคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้และประสบการณ์อันมีค่ายิ่งให้กับนักศึกษา และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินงานวิจัย

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณมารดา ญาติพี่น้อง และขอขอบคุณเพื่อนร่วมชั้นทุกท่าน ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ทุกท่านสำหรับความช่วยเหลือ ความเอื้ออาทร ความเข้าใจ และกำลังใจที่ดีเสมอมา

สุธิดา หัวเจริญ

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

FACTOR EFFECTING THE PARTICIPATION AND CONTROL OF NON COMMUNICATE DISEASE FOR HEALTH VOLUNTEERS IN SANGKHLABURI DISTRICT KANCHANABURI

ศุติดา หัวเจริญ 4937497 PPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ปิยธิดา ศรีเดช, ส.ค., วงเดือน ปั่นดี, ส.ค.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 152 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 – 30 กันยายน 2551 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้ค่า t -test และ (One-way ANOVA) และทดสอบความสัมพันธ์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson's Sample Correlation Coefficient

ผลการวิจัย พบว่า การมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.12$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน ($\bar{X} = 2.14$) ด้านการดำเนินงาน ($\bar{X} = 2.30$) และด้านการประเมินผล ($\bar{X} = 2.16$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พบว่า อสม. ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับความรู้ที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน แต่ อสม. ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันจะส่งผลให้มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน และระยะเวลาปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ การวางแผน การประเมินผล โดยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเริ่มวางแผน การดำเนินการและการประเมินผล เพื่อเพิ่มความรู้และพัฒนาศักยภาพในการทำงานของ อสม. ส่งผลให้เกิดความมั่นใจ และเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างจริงจัง และต่อเนื่อง และมีรูปแบบการประชาสัมพันธ์และสื่อที่เหมาะสม เพื่อสร้างแรงจูงใจกระตุ้นให้ประชาชนและ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และควรจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในวันประชุมประจำเดือนของ อสม. หรือวันที่มารับค่าป่วยการ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม / การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ / อสม.

FACTORS AFFECTING THE PARTICIPATION IN PREVENTION AND CONTROL OF NON-COMMUNICABLE DISEASES OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN SANGKLABURI DISTRICT, KANCHANABURI PROVINCE

SUTHIDA HAWCHAROEN 4937497 PPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH ADMINISTRATION

THESIS ADVISORY COMMITTEE: PIYATHIDA TRIDECH, Dr.P.H., WONGDYAN PANDII, Dr.P.H.

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate factors affecting the participation in prevention and control of non-communicable diseases of village health volunteers (VHVS) in Sangklaburi district, Kanchanaburi province.

The sample population was 152 village health volunteers. The research tools were questionnaires collected between 1-30 September, 2551 B.E. The statistics used for analysis were mean, standard deviation (S.D.), analysis of difference by t-test, and one-way analysis of variance (ANOVA). Pearson's Sample Correlation Coefficient was also employed.

The study found the participation of village health volunteers in prevention and control of non-communicable diseases was at the medium level ($\bar{x} = 2.12$), classified by the following aspects; planning ($\bar{x} = 2.14$), and implementation ($\bar{x} = 2.16$). Comparative analysis between personal factors (knowledge of prevention and control of non-communicable diseases, and working motivation and participation in prevention and control of non-communicable diseases) found that the VHVS who were different in sex, age, education, occupation, and their knowledge of non-communicable diseases were not different in their participation in the prevention and control of the diseases. However, VHVS who had volunteered for different lengths of time, had different lengths of stay in the community, and different reasons for their working motivation, varied in their participation in prevention and control of non-communicable diseases.

The study also found a positive relationship between the duration of being a VHV, the length of stay in the community, and the working motivation and participation of VHVS in prevention and control of non-communicable diseases

The recommendations from the study are; there should be operational training for VHVS about non-communicable diseases in the aspects of prevention and control, planning, and evaluation. The training should emphasize the importance of planning implementation and evaluation to increase the knowledge and the capability of VHVS so that they have more confidence and participate more in disease prevention and control with more consistency and continuity. Appropriate public relations and mass media should be used to motivate the public and VHVS to participate more in the campaign. Additional activities should be scheduled on the same date as the VV (village volunteers) monthly meeting or monthly pay-day.

KEY WORDS: PARTICIPATION / PREVENTION AND CONTROL OF NON-COMMUNICABLE DISEASES / VILLAGE HEALTH VOLUNTEER

106 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญแผนภูมิ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 ปัญหาในการวิจัย.....	3
1.3 วัตถุประสงค์ในการวิจัย.....	3
1.4 สมมุติฐานการวิจัย.....	4
1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	4
1.6 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	5
1.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	7
2.2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ.....	15
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข.....	17
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจ.....	25
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	30
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 รูปแบบของการวิจัย.....	34
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	34
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	36
3.4 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	39
3.5 การดำเนินการด้านจริยธรรม.....	39
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	40
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	40

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล.....	41
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ การมีส่วน ร่วมในการป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อ.....	43
ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กัยการ มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ.....	48
ตอนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อ.....	51
ตอนที่ 5 ผลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก.....	52
บทที่ 5 การอภิปรายผล.....	54
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย.....	58
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย.....	63
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ.....	75
บรรณานุกรม.....	88
ภาคผนวก.....	92
ประวัติผู้วิจัย.....	106

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
3.1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของ อสม. อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี	35
4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม.....	42
4.2 จำนวน และร้อยละ ของ อสม. จำแนกตามระดับของความรู้และระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ.....	44
4.3 คะแนนเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอสม. แยกเป็นรายด้าน.....	45
4.4 คะแนนเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอสม. โดยภาพรวม.....	47
4.5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอสม.ตามตัวแปรต่าง ๆ.....	48
4.6 ค่าสัมประสิทธิ์ (r) ระหว่างอายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ.....	50

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
2.1 ชนิดและระดับการมีส่วนร่วม.....	14
2.2 กระบวนการจูงใจ.....	26



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม จากประเทศเกษตรกรรมไปสู่ประเทศอุตสาหกรรม ทำให้อาชีพ วิธีการดำเนินชีวิต การเคลื่อนย้ายประชากร พฤติกรรมการบริโภค และการใช้เครื่องอุปโภคของประชาชนเปลี่ยนแปลงซึ่งมีปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้ปัญหาโรคไม่ติดต่อมีการขยายตัวเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) โรคเบาหวานและอุบัติเหตุจากการจราจรทางบก ขณะนี้ความสำคัญของโรคไม่ติดต่อกำลังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งโรคไม่ติดต่อกำลังมีบทบาทในการเป็นภัยต่อสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก และที่เป็นปัญหาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ คือ โรคที่เกิดจากการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2550)

การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันยังคงใช้หลักการของงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีในการพัฒนางานสาธารณสุข ซึ่งงานสาธารณสุขมูลฐานถือเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพราะหลักการสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐาน คือการที่ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้านการสาธารณสุขในหมู่บ้านหรือชุมชนของตน โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้คำแนะนำ ซึ่งเน้นสนับสนุนตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน หลักการของงานสาธารณสุขมูลฐานมีองค์ประกอบรวม 14 องค์ประกอบ ได้แก่ การสุศึกษา โภชนาการ การจัดหาที่สะอาดและการสุขาภิบาล การเฝ้าระวังโรคประจำถิ่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การรักษาพยาบาลง่าย ๆ การจัดหายาที่จำเป็นในหมู่บ้าน สุขภาพจิต ทันตสาธารณสุข การอนามัยสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อ และการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โดยให้ประชาชนและชุมชนได้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพและการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐาน ตลอดจนการสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน (อสม.) การสาธารณสุขมูลฐาน จึงถูกนำมาใช้เป็นกลยุทธ์ให้

บรรลุมิติสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน คือมุ่งให้ประชาชนทุกคน ทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มอาชีพ มีสิทธิ มีโอกาสและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน ตลอดจนได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ อันจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีถึงระดับที่จะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่าทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งในปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมากขึ้น ทั้งในด้านการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพให้กับคนในชุมชน การให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน การเป็นผู้เชื่อมประสานระหว่างเจ้าหน้าที่กับหน่วยงานต่าง ๆ กับประชาชน และกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาและสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ในการดูแลจัดการด้านสุขภาพเชื่อมโยงไปถึงการพัฒนาในด้านอื่น ๆ การรวมพลังกับแกนนำสุขภาพอื่น ๆ ในการสร้างสุขภาพ การเฝ้าระวังโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ รูปแบบการบริการเชิงรุกแบบต่าง ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การให้ความรู้ และทักษะการดูแลวิถีชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การคลายความเครียด การเคลื่อนไหว การออกกำลังกายที่ถูกต้อง พฤติกรรมความปลอดภัย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การเฝ้าระวังโรคที่ควรระวังตามวัย ความเสี่ยงของแต่ละบุคคลในกลุ่มประชาชนทั่วไปและพัฒนาการจัดการเชิงรุกและเชิงรับให้ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วย รวมถึงเป็นผู้นำในการรณรงค์ด้านสุขภาพต่าง ๆ ในชุมชน มีส่วนร่วมเฝ้าระวังสุขภาพ ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ เป็นแกนนำในการดูแลและจัดการด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่สำคัญ 3 ด้าน คือ ด้านการร่วมวางแผน กล่าวคือ การเป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหา และพัฒนาชุมชน ด้านการร่วมดำเนินการ คือเป็นแกนนำในการเข้าร่วมดำเนินงานกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตและรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมในด้านต่าง ๆ และด้านการร่วมประเมินผล คือเป็นแกนนำในการประสานงานประเมินผล การดำเนินงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อกระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขในครั้งต่อไป (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย, 2548: 35)

ปัจจัยที่ทำให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขอาจเนื่องมาจากหลายปัจจัย เช่น คุณลักษณะของแต่ละบุคคล ความรู้ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาของปวีวรรณ แสงพิทักษ์ (2545) พบว่า เพศที่แตกต่างกันจะมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกแตกต่างกันและผลการศึกษาของสกวรัตน์ ลิ้มเลิศลบ (2537) พบว่า อายุระดับการศึกษา อาชีพ ความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอสม.

จังหวัดกาญจนบุรีมีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมาตั้งแต่ พ.ศ.2521 จนถึงปัจจุบัน ในการพัฒนางานสาธารณสุขโดยมีบทบาทสำคัญสำคัญในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ตลอดจนเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องปัญหาสาธารณสุข และร่วมมือกันในการวางแผน ทำกิจกรรมเพื่อจะแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขของหมู่บ้าน และเป็นแกนสำคัญที่จะช่วยชักจูงและก่อให้เกิดการร่วมมือจากชุมชนในการดำเนินงาน และแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขของหมู่บ้าน และในอำเภอสังขละบุรี เนื่องจากเป็นอำเภอที่ติดต่อกับชายแดน ประกอบด้วยประชากรหลายเชื้อชาติ มีการเคลื่อนย้ายของประชากรต่างดาวตลอดเวลา ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การแพร่กระจายโรคต่าง ๆ ไปยังอีกที่หนึ่งได้ง่ายและรวดเร็วและยากแก่การป้องกันควบคุมโรค ทำให้การพัฒนางานสาธารณสุขของอำเภอสังขละบุรีจำเป็นต้องมี อสม. เป็นแกนนำสำคัญในการดำเนินงาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ว่ามีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับใดและมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ฯ ดังกล่าว และมีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างในการปฏิบัติงาน เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ประกอบพิจารณาวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ปัญหาในการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรีอยู่ในระดับใด
2. การมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรีมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร เมื่อจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

1.3 วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อวัดระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่ออธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

3. เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการป้องกันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติด และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
4. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

1.4 สมมุติฐานการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่น ความรู้เกี่ยวกับโรค ไม่ติดต่อ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อแตกต่างกัน

1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญ 3 ด้าน คือ ด้านการร่วมวางแผน ด้านการร่วมดำเนินการ และด้านการร่วมประเมินผล
2. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี หมายถึง พฤติกรรมของ อสม. อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ตามกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในด้านต่าง ๆ ดังนี้
 - 2.1 ด้านการร่วมวางแผน หมายถึง การร่วมประชุม การร่วมวางแผน ร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
 - 2.2 ด้านการร่วมดำเนินการ หมายถึง การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
 - 2.3 ด้านการร่วมประเมินผล หมายถึง การร่วมติดตาม วิเคราะห์ และ ประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

3. โรคไม่ติดต่อ หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติหรือความเสื่อมโทรมของร่างกายและจิตใจ ไม่สามารถที่จะติดต่อไปยังบุคคลอื่นได้ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) โรคเบาหวานและอุบัติเหตุจากการจราจรทางบก

4. การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ หมายถึง มาตรการซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งบุคคลและชุมชน ในการตรวจจับการเกิดโรคไม่ติดต่อในระยะเริ่มต้น และดำเนินการเพื่อลดหรือกำจัดอุบัติการณ์และ/หรือความชุกของโรคไม่ติดต่อ

5. ระยะเวลาปฏิบัติงาน หมายถึง ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม. โดยแบ่งเป็นต่ำกว่า 5 ปี 6 – 10 ปี 11 – 20 ปี และมากกว่า 20 ปีขึ้นไป

6. ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่น หมายถึง ระยะเวลาที่ อสม. อาศัยอยู่ในพื้นที่ โดยแบ่งเป็น 1 – 10 ปี 11 – 20 ปี และตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

7. ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ หมายถึง ข้อเท็จจริง ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ ความหมาย อาการ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการป้องกันและควบคุมโรค

8. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง สภาพของบุคคลที่ถูกกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมไปยังจุดหมายปลายทาง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จากทฤษฎีแรงจูงใจของเฮอรัชเบอร์เกอร์เกี่ยวกับปัจจัยจูงใจร่วมกับสิทธิประโยชน์ของ อสม.

1.6 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1.6.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)

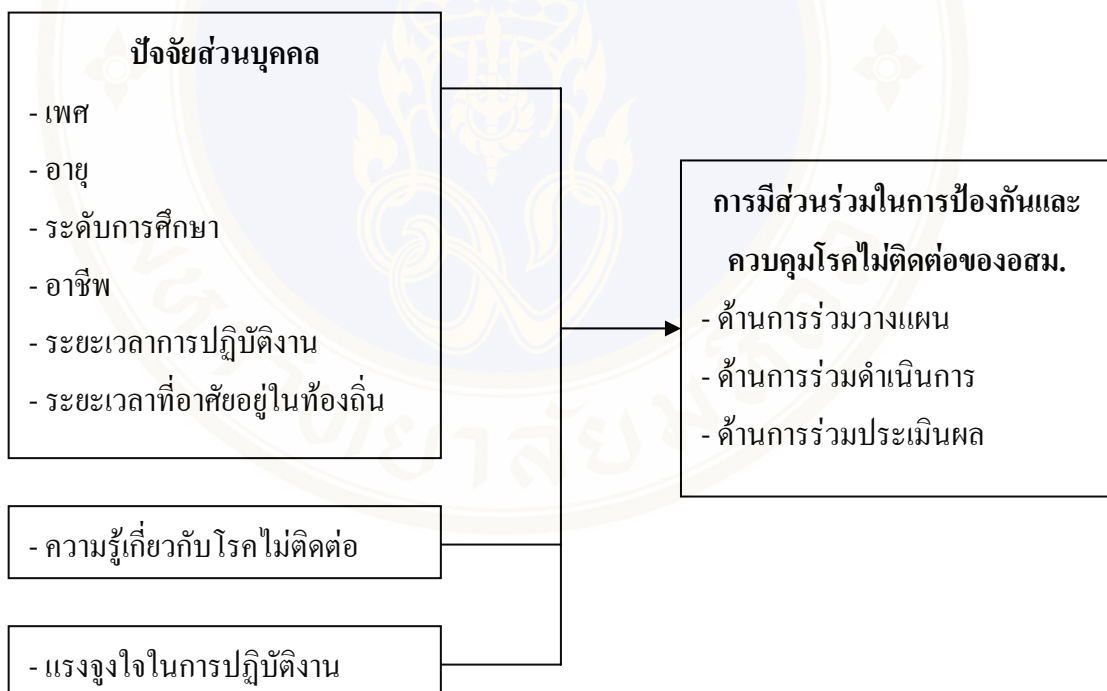
- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- อาชีพ
- ระยะเวลาการปฏิบัติงาน
- ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่น
- ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ
- แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

1.6.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ในด้านการวางแผน ด้านการร่วมดำเนินการและด้านการร่วมประเมินผล

1.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการรวบรวมแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้สรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยไว้ดังนี้



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
- 2.2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจ
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

2.1.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

ยูวัฒน์ วุฒิเมธี (2526: 25) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึงการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติและรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ อันมีผลกระทบต่อตัวประชาชนเอง การที่สามารถทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบท เพื่อแก้ไขปัญหาและนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนที่ดีขึ้นได้นั้น ผู้นำการเปลี่ยนแปลงต้องยอมรับปรัชญาการพัฒนาชุมชนที่ว่า มนุษย์ทุกคนต่างมีความปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม และเป็นที่ยอมรับของผู้อื่นและพร้อมที่จะอุทิศเพื่อกิจกรรมชุมชน ขณะเดียวกันต้องยอมรับความจริงที่ว่ามนุษย์นั้นสามารถพัฒนาได้ ถ้ามีโอกาสและได้รับการชี้แนะอย่างถูกต้อง

อคิน รพีพัฒน์ (2527: 320) อธิบายว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนหมายความว่าให้ประชาชนเป็นผู้คิดค้นปัญหา เป็นผู้ที่ทำทุกอย่าง ไม่ใช่เรากำหนดไปแล้วมาให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทุกอย่างต้องเป็นเรื่องของประชาชนที่จะคิดขึ้นมา

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527: 183-186) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าให้กระทำบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น ทั้งยังให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มนั้นด้วย นอกจากนี้ยังกล่าวถึงเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมว่ามีอย่างน้อย 3 ประการ คือ

1. ประชาชนต้องมีอิสรภาพที่จะมีส่วนร่วม
2. ประชาชนต้องสามารถที่จะมีส่วนร่วม
3. ประชาชนต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม

บัลลังก์ วิเศษศรี (2543: 9) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง กระบวนการกระทำที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนิน การติดตามและตรวจสอบในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพื่อบรรลุตามวัตถุประสงค์ตามความต้องการของตนหรือของกลุ่ม

วาด หนูมา (2540: 20) ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วมคือ การที่สมาชิกของหน่วยงานนั้น ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาหน่วยงานของตนเองระหว่างสมาชิกด้วยกัน ระหว่างสมาชิกกับองค์กร ด้วยข้อเท็จจริงที่ว่า งานจะสำเร็จได้ด้วยการมีส่วนร่วมของสมาชิกซึ่งจะนำไปสู่ความร่วมมือแห่งการดำรงชีวิตในสังคมเดียวกัน

ผู้วิจัยได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึงการแสดงออกถึงความร่วมมือของประชาชนไม่ว่าของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความเห็นสอดคล้องกัน และเข้าร่วมรับผิดชอบหรือเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม เพื่อดำเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ต้องการ โดยการกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์กร เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ร่วมกัน

2.1.2 ทฤษฎีการมีส่วนร่วม (Participation Theory)

ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมส่วนใหญ่เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาและทางสังคมวิทยา เนื่องจากการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวบุคคลและสังคม ในด้านตัวบุคคลทฤษฎีทางจิตวิทยาช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดจากแนวความคิด ความปรารถนา แรงจูงใจ ความจำและความรู้สึก โดยศึกษามนุษย์ในฐานะที่เป็นปัจเจกบุคคลที่มีลักษณะทางจิตใจแตกต่างกัน ในด้านสังคมทฤษฎีทางสังคมวิทยาจะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดจากการกระทำระหว่างกัน โดยศึกษามนุษย์ในฐานะที่เป็นสมาชิกของกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม

1) **ทฤษฎีการวิเคราะห์การกระทำ** เป็นทฤษฎีที่ระบุถึงสาเหตุของพฤติกรรมมนุษย์ ฟรีดซ์ ไฮเดอร์ (Fritz Heider อ้างถึงในพินดา วิมานรัตน์, 2543: 14) แบ่งสาเหตุได้ 2 ประเภท คือ สาเหตุที่มาจากส่วนบุคคล และสาเหตุที่มาจากเงื่อนไขสิ่งแวดล้อม โดยเงื่อนไขทั้ง 2 ประเภทนี้ไม่อยู่ในความสัมพันธ์เพิ่มหรือลดแบบบวกลบ กล่าวคือ ถ้าจะกระทำใด ๆ ด้วยความ

ต้องการของตนบุคคลจะกระทำได้ง่ายขึ้นเมื่อสิ่งแวดล้อมอำนวยให้ แต่จะยากขึ้นเมื่อสิ่งแวดล้อมเป็นตัวขัดขวาง สาเหตุที่มาจากบุคคลสามารถแยกได้เป็น 2 สาเหตุย่อย คือ สาเหตุที่มาจากแรงจูงใจให้พยายามทำและความสามารถที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมอันได้แก่ ทักษะและกำลังที่จะทำสาเหตุย่อยทั้ง 2 สาเหตุนี้มีความสัมพันธ์จะขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ได้ หมายความว่า บุคคลจะไม่กระทำพฤติกรรมออกมาหากไม่มีแรงจูงใจและสามารถที่จะกระทำได้

2) ทฤษฎีการกระทำทางสังคม พาร์สัน (1979) อธิบายการกระทำของมนุษย์ ในลักษณะที่สามารถนำไปปรับใช้ทางสังคมทั่วไป กล่าวคือ การกระทำใด ๆ ขึ้นอยู่กับ

(1) บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล

(2) วัฒนธรรมในสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่ และวัฒนธรรมนี้จะเป็นตัวกำหนดเกี่ยวกับความคิดหรือความเชื่อ ความสนใจและระบบค่านิยมของบุคคล

3) ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร โรเจอร์ (Roger อ้างถึงใน ชื่นใจ บูชาธรรม, 2542: 14) ได้สรุปถึงความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับสิ่งใหม่กับกระบวนการติดต่อสื่อสารไว้ว่า การที่บุคคลจะมีการยอมรับสิ่งใหม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการติดต่อสื่อสารซึ่งได้แก่ ช่องทางการสื่อสารและปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะส่วนตัว ดังนี้

(1) ปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะส่วนตัว ได้แก่ อายุ สถานภาพทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งรวมรายได้ ขนาดที่ดิน การถือครองที่ดินและความสามารถเฉพาะอย่างซึ่งรวมถึงระดับการศึกษา

(2) ช่องทางการสื่อสาร ความรู้หรือกระบวนการติดต่อสื่อสารซึ่งประกอบด้วย ผู้ส่งสารหรือแหล่งกำเนิดสาร ช่องทางการสื่อสาร และผู้รับสาร ช่องทางการสื่อสารซึ่งเป็นวิธีการที่ผู้ส่งสารส่งไปยังผู้รับสาร

สรุปได้ว่า กระบวนการติดต่อสื่อสารมีอิทธิพลต่อการเพิ่มความรู้ ความสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลได้ ย่อมส่งผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจแก่บุคคลมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนมากขึ้น

2.1.3 รูปแบบและขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

เจมส์ ค็อกซ์ ปิ่นทอง (2527: 272-273) ได้แบ่งขั้นตอนของการมีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ
3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน

4. การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล

อकिन รพีพัฒน์ (2527: 100-101) แบ่งการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนไว้ ดังนี้

1. การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข
2. การตัดสินใจเลือกแนวทาง
3. การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน
4. การประเมินผลงานกิจกรรมพัฒนา

วาด หนุณา (2540: 20) ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วมคือ การที่สมาชิกของหน่วยงานนั้น ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาหน่วยงานของตนเอง ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ระหว่างสมาชิกกับองค์กร ด้วยข้อเท็จจริงที่ว่า งานจะสำเร็จ ได้ด้วยการมีส่วนร่วมของสมาชิก ซึ่งจะนำไปสู่ความร่วมมือแห่ง การดำรงชีวิตในสังคมเดียวกัน สมาชิกควรจะมีส่วนร่วมในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การรับรู้ด้านข่าวสาร
2. การแสดงความคิดเห็น
3. การตัดสินใจ
4. การวางแผนและดำเนินการ
5. การประเมินผล
6. ความรับผิดชอบ
7. การรับผลประโยชน์

โคเฮน และอัพฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980: 219-222) ได้แบ่งการมีส่วนร่วม ออกเป็น 3 แบบ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานขอความช่วยเหลือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ ไม่ว่าจะ เป็นผลประโยชน์ด้านวัตถุ ผลประโยชน์ทางด้านสังคม หรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล

จากแนวความคิดเกี่ยวกับรูปแบบและขั้นตอนของการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่จะมีลักษณะที่ไม่แตกต่างกันมากนัก อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสรุปการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ไว้ดังนี้ คือ

1. ด้านการร่วมวางแผน
2. ด้านการร่วมดำเนินการ
3. ด้านการร่วมประเมินผล

2.1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

เบอร์นาร์ด (Bernard, 1958: 147-157 อ้างถึงในจूरिกรณ ใต้บ้านกวย, 2544: 20) ได้กล่าวถึง ปัจจัยทางวัฒนธรรมของประชาชนที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ซึ่งได้แก่ลักษณะส่วนบุคคลต่าง ๆ คือ

1. อายุ
2. เพศ
3. สถานภาพทางสังคม
4. อาชีพ
5. การศึกษา
6. ถิ่นที่อยู่อาศัย
7. ระยะเวลาที่อยู่ในท้องถิ่น
8. ปัจจัยอื่น ๆ เช่น การอาศัยในเมืองหรือชานเมือง จำนวนสมาชิกในครอบครัว และลักษณะครอบครัว ค่านิยม และทัศนคติ

คัฟแมน (Kaufman, 1949: 528) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดครอบครัว อาชีพ รายได้ และระยะเวลาอาศัยอยู่ในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำจะเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนน้อยกว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจสูง

รีเดอร์ (Reeder, 1974: 39-53) ได้สรุปปัจจัยต่าง ๆ ที่มีต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 11 ประการ ดังนี้

1. การปฏิบัติตนให้คล้ายตามความเชื่อพื้นฐาน กล่าวคือ บุคคลแต่ละกลุ่มบุคคลดูเหมือนจะเลือกแบบวิธีการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องและคล้ายคลึงกับความเชื่อพื้นฐานของตนเอง

2. มาตรฐานคุณค่า บุคคลและกลุ่มบุคคล ดูเหมือนจะปฏิบัติในลักษณะที่สอดคล้องกับมาตรฐานคุณค่าของตนเอง
3. เป้าหมาย บุคคลและกลุ่มบุคคล ดูเหมือนจะส่งเสริมปกป้องและรักษาเป้าหมายของตนเอง
4. ประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา พฤติกรรมของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล บางครั้งมีรากฐานจากประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา
5. ความคาดหวัง บุคคลและกลุ่มบุคคลจะประพฤติตามแบบที่ตนคาดหวังว่าจะต้องประพฤติในสถานการณ์เช่นนั้น ทั้งยังชอบปฏิบัติต่อผู้อื่นในลักษณะที่ตนคาดหวังจากผู้อื่นด้วย
6. การมองตนเอง บุคคลและกลุ่มบุคคล มักจะทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งคิดว่าตนเองควรกระทำเช่นนั้น
7. การบีบบังคับ บุคคลหรือกลุ่มบุคคล มักจะทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยความรู้สึกว่าตนถูกบีบบังคับให้ทำ
8. นิสัยและประเพณี บุคคลและกลุ่มบุคคล มักจะทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งมีนิสัยชอบกระทำอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ
9. โอกาส บุคคลและกลุ่มบุคคล มักจะเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบการปฏิบัติของสังคม โดยเฉพาะในทางที่เกี่ยวข้องกับจำนวนและชนิดของโอกาส ซึ่งโครงสร้างทางสังคมจะเอื้ออำนวยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกระทำเช่นนั้น เท่าที่พวกเขาได้รับรู้มา
10. ความสามารถ บุคคลหรือกลุ่มบุคคล มักจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่างที่ตนเห็นว่าสามารถทำให้สิ่งที่ต้องการให้เข้าทำในสถานการณ์เช่นนั้น
11. การสนับสนุน บุคคลและกลุ่มบุคคล มักจะเริ่มปฏิบัติเมื่อเขาารู้สึกว่าเขาได้รับการสนับสนุนที่ดี เพื่อให้กระทำการเช่นนั้น

2.1.5 คุณลักษณะของประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วม

ประชาชนที่จะเข้ามามีส่วนร่วมมีหลายลักษณะด้วยกัน ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของประชาชนหรือกลุ่มประชาชนนั้น ในทางระดับการศึกษาและระดับทางสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับผลกระทบที่มีต่อประชาชนกลุ่มนั้น ซึ่งย่อมขึ้นอยู่กับที่อยู่อาศัย สถานที่ประกอบอาชีพ ลักษณะและความรุนแรงของผลกระทบ โดยในการมีส่วนร่วมของประชาชนสามารถแบ่งกลุ่มประชาชนได้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากโครงการ

2. กลุ่มประชาชนโดยรอบโครงการที่อาจได้รับทั้งผลดีและผลเสียจากโครงการ

3. กลุ่มประชาชนในท้องถิ่นที่อาจได้รับแต่ผลประโยชน์จากโครงการ

2.1.6 ระดับการมีส่วนร่วม

ชินรัตน์ สมสืบ (2539: 58-61) แบ่งชนิดการมีส่วนร่วม ได้ดังนี้

1. บังคับร่วม (Join or Eiae) ประชาชนเข้าร่วมเพราะการขู่เข็ญ หรือการบังคับจากภายนอก กลวิธีการขู่เข็ญและการบังคับมีหลายรูปแบบ จะเกิดจากคนที่มิผลประโยชน์จากการดำเนินงานหรือจากผลของงาน

2. การมีส่วนร่วมโดยการผลักดัน (Push Cart Participation) ประชาชนจะถูกผลักดันจากอำนาจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียผลประโยชน์จากโครงการ อำนาจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอาจเป็นการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน โดยได้รางวัลในรูปแบบการแต่งตั้งในตำแหน่งที่สูงขึ้น เพื่อความสำเร็จของโครงการ ผู้ที่ใช้อำนาจนี้เช่น ผู้นำ หัวหน้าแผนกการเมือง

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

4. การพูดข้างเดียว (Monologue) เป็นการสื่อสารแบบทางเดียวโดยผู้ส่งข่าวจะป้อนข้อมูลแก่ผู้รับฝ่ายเดียว วิธีนี้ไม่ได้จัดทำกลไกสำหรับการรับฟังข้อมูลย้อนกลับ และไม่ได้มีการเจรจาต่อรอง โครงการเหล่านี้มักดำเนินการผ่านสื่อมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ เป็นต้น

5. ถาม – ตัดสินใจเอง (I ask – I decide) ประชาชนจะถูกถามถึงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ แต่ไม่รับประกันว่าความคิดเห็นของประชาชนจะได้รับการพิจารณาในการกำหนดวางแผน และดำเนินโครงการ วิธีกระทำโดยการประชุม การมีสภาท้องถิ่น การสำรวจ การสอบถาม และการได้สวนสาธารณะ แต่ในความจริงแล้วการมีส่วนร่วมชนิดนี้มีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

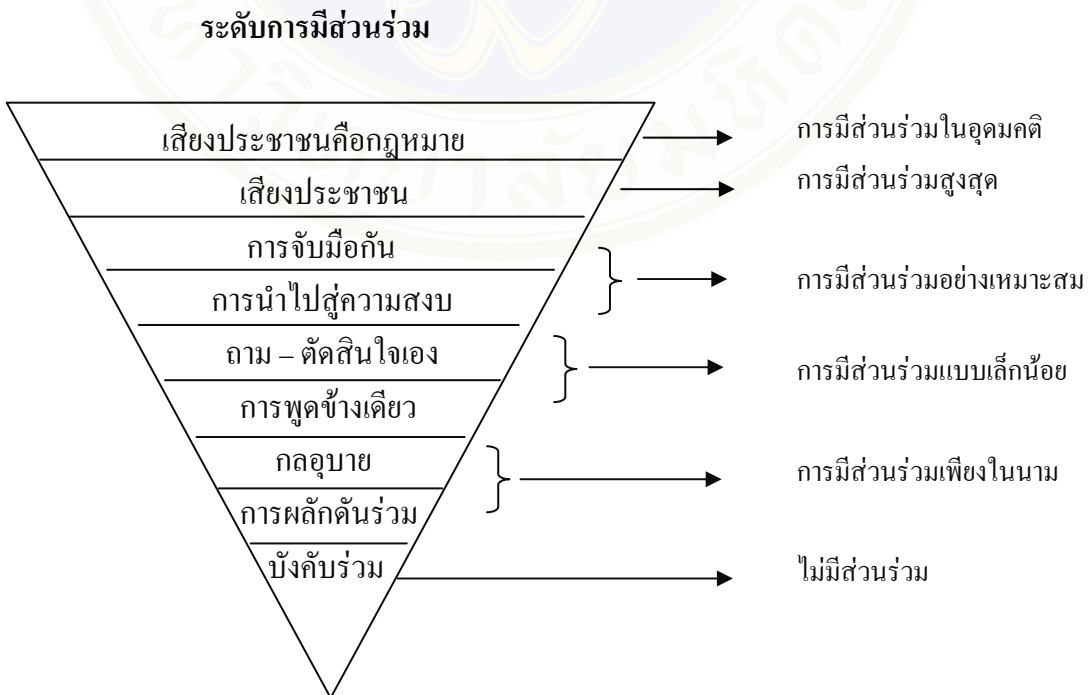
6. การนำไปสู่ความสงบ (Peace Pipe) ความคิดเห็นและข้อเสนอของประชาชนจะถูกร้องขอ ให้มีส่วนร่วมในการวางแผนและการบริหารโครงการ ประชาชนจะมีส่วนร่วมจริง ๆ ในกลไกของการวางแผนแต่การตัดสินใจและการคงอยู่ของโครงการยังเป็นสิทธิของผู้กำหนดโครงการ

7. การจับมือกัน (Handclasp) ประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การกำหนดโครงการจนดำเนินโครงการ การตัดสินใจจะร่วมกันระหว่างประชาชนและผู้ออกแบบโครงการ ปัญหาและประเด็นต่าง ๆ จะถูกแก้ไขโดยการเจรจาต่อรอง และการแลกเปลี่ยนความคิดอย่างเสรี มีการร่วมมือกันอย่างเป็นรูปธรรมระหว่างผู้ได้รับประโยชน์และผู้มอบ โครงการ

8. เสียงประชาชน (Voice People) เสียงของประชาชนจะได้รับการรับฟัง และพิจารณา ความคิด ความเห็น ข้อเสนอแนะ และความรู้สึกของประชาชนมีน้ำหนักในกระบวนการตัดสินใจ ประชาชนจะมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการตัดสินใจจากการกำหนดจนถึงการประเมินผลโครงการ ถ้ามีปัญหาผู้จัดทำโครงการและผู้ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการเกิดขึ้นก็ต้องฟังเสียงประชาชนว่ามีความต้องการอย่างไร

9. เสียงประชาชนคือกฎหมาย (Voice People is Law) การมีส่วนร่วมแบบนี้เป็นวิธีที่ความต้องการของประชาชนมีความเข้มแข็งสูงสุด ประชาชนจะตัดสินใจในโครงการด้วยตนเอง ตั้งแต่ชนิดโครงการ ทิศทางโครงการ ทรัพยากรที่ใช้ แหล่งที่มาของทรัพยากร ผู้ใช้และช่วงเวลาที่ใช้ การมีส่วนร่วมแบบนี้มีทั้งจากกลุ่มที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถพิจารณาได้จาก ชนิดและระดับการมีส่วนร่วมดังแผนภูมิที่ 2.1



แผนภูมิที่ 2.1 ชนิดและระดับการมีส่วนร่วม

ที่มา: ชินรัตน์ สมสืบ (2539: 58-61 อ้างถึงใน พนิดา วิมานรัตน์, 2543: 17)

2.2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

2.2.1 ความหมายของโรคไม่ติดต่อ

โรคไม่ติดต่อ หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติหรือความเสื่อมโทรมของร่างกาย และจิตใจ ไม่สามารถที่จะติดต่อไปยังบุคคลอื่นได้ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) และ อุบัติเหตุจากการจราจรทางบก

2.2.2 การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

การที่จะป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำเป็นต้องดำเนินการป้องกันทั้งก่อนเกิดโรคและหลังเกิดโรค ซึ่งประกอบด้วย การป้องกัน 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

1. การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) การป้องกันโรคในระยะที่ยังไม่เกิดโรคขึ้น โดยการลดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค ช่วยทำให้อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคลดน้อยลงโดย

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อที่สำคัญมาก เพื่อส่งเสริมให้คน (Host) มีความสมบูรณ์ สมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมสุขภาพแข็งแรงดี (Good Health) ไม่เป็นโรคร่าง โดยให้ความรู้ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่มีอันตรายต่อสุขภาพ มีทัศนคติที่ดีต่อปัจจัยส่งเสริมสุขภาพในการรักษาสุขภาพอนามัยให้แข็งแรง การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมกับวัย ซึ่งความรู้ที่ได้จากการศึกษาประชาสัมพันธ์นั้น จะนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และวิถีชีวิตที่เสี่ยงให้มีคุณภาพมากขึ้น (Behavioral Modification) การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทั้งทางกาย และสังคมไม่ให้เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรค เช่น การระวังไม่ให้สารพิษต่าง ๆ ออกมาปนเปื้อนกับสิ่งแวดล้อม ไม่เชื่อในคำนิยามการบริโภคสิ่งที่ไม่จำเป็น การดำรงชีวิตในทางสายกลางเพื่อให้เกิดคุณภาพและการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อม (Environment) เช่น การตรวจวัดสารตะกั่วในบรรยากาศ หรือการหาสารพิษอื่น ๆ ในน้ำและดิน เป็นต้น

1.2 การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ (General Counselling) เป็นการป้องกันโรคโดยการให้คำแนะนำ ให้ความรู้ที่ถูกต้องเมื่อประชาชนมีปัญหา และการที่นักสาธารณสุขให้คำแนะนำ แนวทางที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพความรู้ทางพันธุกรรม เพศศึกษา การสมรส การส่งเสริมสุขภาพจิต ภาวะโภชนาการ เป็นต้น

2. การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) การป้องกันโรคในระยะนี้เป็นการป้องกันคนที่ เป็นโรคแล้ว เพื่อหยุดยั้งการดำเนินหรือลุกลามของโรค หรือเมื่อโรคได้เกิดขึ้นในระยะแรกเริ่ม การค้นพบผู้ป่วยหรือผู้ที่มีอาการสงสัยว่าจะเป็นโรค (Case or

Suspected Patient) ถ้าได้รับให้การรักษาหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ออกได้ทันเวลา และสามารถลดความรุนแรงและหยุดยั้งความพิการของโรคให้น้อยลงได้หรือแทบไม่มีเลย การป้องกันโรคในขั้นนี้กระทำทั้งในคน (Host) คือ ระยะก่อนมีอาการ หรือระยะมีอาการ โดยการค้นหาผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการ รีบตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีอาการแล้วและรีบให้การรักษาและฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้เกิดความพิการน้อยที่สุด วิธีและขั้นตอนในการดำเนินงานระดับนี้ คือ

2.1 การตรวจคัดกรองโรค (Screening) หมายถึง การตรวจค้นหาโรคหรือความพิการต่าง ๆ ที่ยังไม่ได้ปรากฏอาการให้เห็นในการตรวจทางคลินิก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการทดสอบอื่น ๆ ทำให้สามารถแยกผู้ป่วยหรือผู้ที่มีสิ่งผิดปกติในร่างกายได้ การตรวจคัดกรองโรคไม่ใช่การวินิจฉัยโรค แต่เป็นเพียงวิธีการสืบค้นหาบุคคลที่มีโอกาสเป็นโรค หรือบุคคลที่เป็นโรคแต่ไม่แสดงอาการ เพื่อนำบุคคลที่ค้นพบมาให้คำแนะนำวินิจฉัยโรคให้ถูกต้อง ดูแลและรักษาทันเวลา อันจะนำมาซึ่งการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ ความตาย และผลเสียต่อสุขภาพ จากการดำเนินโรคโดยอาจทำในกลุ่มประชากรทั้งหมด (Mass Screening) หรือเลือกทำเฉพาะในกลุ่มที่มีอัตราการเกิดโรคสูง (Selective Screening) หรือรวมการตรวจสอบหลาย ๆ โรคเข้าด้วยกัน ทำการตรวจคัดกรองโรคร่วมกัน (Multiple Screening) การตรวจคัดกรองโรคทำให้ทราบว่า กลุ่มประชากรที่กำลังศึกษานั้นจะเป็นโรคที่ต้องการศึกษาอยู่มากน้อยเพียงใด ในการดำเนินการตรวจคัดกรองเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อกันมีความสำคัญมากการค้นพบผู้ป่วย ก่อนที่จะมีอาการของโรคลุกลามเร็วเท่าไร ผู้ป่วยก็มีโอกาสรักษาให้หายขาดมากขึ้นเท่านั้น เช่น การตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก และการตรวจเต้านมด้วยตนเองในหญิงแต่งงานแล้วอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง การวัดความดันโลหิตสูง เพื่อค้นหาโรคความดันโลหิตสูง การตรวจหาระดับน้ำตาลโดยใช้แถบตรวจปัสสาวะ เพื่อค้นหาโรคเบาหวาน เป็นต้น

2.2 การตรวจวินิจฉัยโรค เมื่อเริ่มมีอาการและได้รับการรักษาทันท่วงที (Early Diagnosis of Symptomatic Cases and Prompt Treatment) เมื่อพบผู้ป่วยหรือประชากรกลุ่มเสี่ยงมีอาการของโรค จะต้องรีบดำเนินการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการทดสอบต่าง ๆ เพื่อจะได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง รวดเร็ว จะได้ให้การรักษาโรคนั้นได้ทันท่วงที ลดระยะเวลาการเจ็บป่วยการดำเนินของโรค อัตราการหายขาดเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น ความพิการตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นก็ลดน้อยลงไปด้วยเช่นกัน

ซึ่งการดำเนินการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการบริการเชิงรุกที่สำคัญ ถ้ามีคุณภาพดีพอจะรักษาผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง สามารถทำได้เป็นครั้งคราว (Periodic Survey) หรือระบบปกติคือ การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน (Home Health Care) โดยทีมสุขภาพ (Health Team) เพื่อค้นหาผู้ป่วยในระยะแรกเริ่มและรักษาให้หายขาด กระตุ้นให้ผู้ป่วยมารับการ

รักษาอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนดูแลป้องกันผู้ป่วยไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อน (Complication) เช่น ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลแผลที่เท้ามิให้ลุกลามจนต้องตัดทิ้ง เป็นต้น

3. การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การเกิดความพิการ การไร้สมรรถภาพที่จะประกอบอาชีพตามปกติได้ และการเพิ่มคุณภาพชีวิตคือ การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการให้หายโดยเร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังจากเกิดโรค เช่น โรคไขข้ออักเสบ เมื่อผู้ป่วยมีอาการแล้วจำเป็นต้องได้รับการติดตามดูแลรักษาให้ต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคซ้ำขึ้นซึ่งอาจเกิดความพิการของหัวใจขึ้นได้ เราเรียกว่าโรคหัวใจรูห์มาติก เป็นต้น ปัจจุบันวิชาการแพทย์และสาธารณสุขเจริญมากขึ้น การลดความพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายจึงขยายขอบเขตครอบคลุมไปถึงการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะที่สำคัญ ๆ รวมทั้งการใช้อวัยวะเทียม เช่น แขน ขา หรือลิ้นหัวใจ เป็นต้น ซึ่งจะต้องพัฒนาระบบบริการของรัฐและเอกชนให้มีคุณภาพในการรักษา (Quality of Care) จากการที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ทำให้การให้บริการด้านการรักษาและดูแลผู้ป่วยในของโรคไม่ติดต่อต้องมีค่าใช้จ่ายสูงมาก เมื่อเทียบกับการลงทุนและผลที่ได้รับทำให้มีการถกเถียงและวิจารณ์ว่าในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด เพื่อลงทุนด้านสาธารณสุขให้คุ้มค่ามากที่สุด ระหว่างการบำบัดรักษาความพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะของบุคคลหรือกลุ่มชนกับการดำเนินงานป้องกันระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างหลังน่าจะคุ้มค่าในการลงทุนมากกว่าคือ ป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้นเลย ส่งเสริมให้ประชาชนมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพ และไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรเมื่อดูจากการดำเนินการป้องกันและจัดแบ่งและระเบียบวิธีในการประสานงานและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและองค์กร (อรุณา ศรีอรุณ, 2537: 53)

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข

2.3.1 ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

กรมส่งเสริมปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย (2548: 5) ได้ให้ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ว่าหมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอนามัย (Change Agents) การสื่อข่าวสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสุขภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน/ชุมชน

2.3.2 ความสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตามที่แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) ทิศทางของการพัฒนาในแผนฉบับนี้ ยังคงมีทิศทางหลักที่สานต่อจากแผนที่ผ่านมา แต่ให้ความสำคัญต่อยอดความคิด สร้างจินตนาการสุขภาพใหม่ และมุ่งสู่จุดมุ่งหมายที่เป็นเอกภาพในการสร้างระบบสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นในการพัฒนาสุขภาพที่เป็นองค์รวม ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ การรวมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ และการน้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มาใช้เป็นฐานคิดและขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในการดำเนินชีวิต การบริหารและการพัฒนาทางด้านสุขภาพในทุกมิติ ทุกระดับ และทุกภาคส่วน เน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา เพราะคนเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จของการพัฒนาในทุกเรื่อง คนเป็นผู้กำหนดทิศทางการพัฒนาและคนก็เป็นผู้ได้รับผลประโยชน์และผลกระทบจากการพัฒนา ในการพัฒนาคนแต่เดิมจะมีการพัฒนาแบบแยกเป็นส่วน ๆ หรือเป็นเรื่อง ๆ ตามสาขา แต่ปัจจุบันจะให้ความสำคัญต่อการพัฒนาแบบองค์รวมหรือบูรณาการ คือพัฒนาปัจจัยต่าง ๆ ในลักษณะที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันเป็นระบบ โดยกำหนดแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพของคนทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควบคู่ไปกับการพัฒนาสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่อยู่รอบด้าน ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และทรัพยากรธรรมชาติ ที่เอื้อต่อการพัฒนาคน อันจะนำไปสู่การพัฒนาที่สมดุลและยั่งยืนในระยะต่อไป

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนเป็นเวลานาน ดังจะเห็นได้จากการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในอันที่จะทำให้ประชาชนทุกคน ทุกครอบครัวและทุกชุมชนมีสุขภาพดีโดยใช้กลยุทธ์ดังกล่าว จะให้ความสำคัญกับการพัฒนา “คน” เป็นหลัก โดยถือว่าคนเป็นทั้งเป้าหมายและอุปกรณ์ ในการพัฒนาที่สำคัญที่สุด และการพัฒนากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขนั้น นอกจากจะให้ความสำคัญกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแล้ว ยังเห็นถึงความสำคัญของกำลังคนที่ประชาชนทั่วไปในชุมชน เป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีได้ตามเป้าหมายที่กำหนด จึงได้มีการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขึ้นมา และปรับเปลี่ยนบทบาทให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของปัญหาและสถานการณ์อย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด

2.3.3 ประเภทและจำนวนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปัจจุบันนี้ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข ในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย ดังนี้

พื้นที่ชนบท : อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน
พื้นที่เขตเมือง : เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มีอาสาสมัคร
สาธารณสุข

เขตชุมชนแออัด : อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 1 คน ต่อ 20-30 หลังคาเรือน

เขตชุมชนชานเมือง : อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

ดังนั้น ในหมู่บ้านหนึ่ง ๆ จะมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น โดยทั่วไปจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประมาณ 10-20 คนต่อหมู่บ้าน

2.3.4 คุณสมบัติของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

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

สาธารณสุข

- 4) เป็นบุคคลที่สนใจเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข
- 5) เป็นบุคคลที่กรรมการหมู่บ้านรับรองว่า เป็นผู้ที่มีความประพฤติดี

ได้รับความไว้วางใจ และยกย่องจากประชาชน

2.3.5 วิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

หลักการคัดเลือกใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีแนวทางดังนี้

- 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมอาสาสมัครสาธารณสุข กรรมการหมู่บ้านและผู้นำอื่น ๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบ ถึงเรื่องการคัดเลือกคุณสมบัติ วาระ จำนวน บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข แล้วร่วมกันกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขและศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน โดยให้กลุ่มผู้นำดังกล่าว เป็นคณะกรรมการดำเนินการสรรหา
- 2) แบ่งละแวกหรือคุ้มบ้าน คุ้มละ 8-15 หลังคาเรือน แล้วชี้แจงให้ทุกบ้านได้รับทราบ
- 3) เปิดโอกาสโดยให้ประชาชนผู้มีคุณสมบัติสมัครเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

4) ให้ประชาชนในหมู่บ้าน หลังคาเรือนละ 1 คน เป็นตัวแทนครอบครัว ในการเสนอชื่อผู้สมัครเข้าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขได้ 1 คน

5) คณะดำเนินการสรรหา ซึ่งประกอบด้วย อสม. กรรมการหมู่บ้าน/ชุมชน และผู้นำอื่น ๆ ดำเนินการคัดเลือก และลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่เลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน

2.3.6 การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่ ในที่นี้หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกเข้ามา มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ความรู้ความสามารถ และปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

1) วิธีการอบรม

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติให้บริการที่สถานอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งต้องมีการประเมินผลการอบรม ว่าสามารถพัฒนาให้อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคน มีความรู้ความสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพ

2) เนื้อหาหลักสูตร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ)

ประกอบด้วยวิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลัก ๆ ของประเทศ และการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่

- บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข
- สิทธิของอาสาสมัครสาธารณสุข
- การถ่ายทอดความรู้และการเผยแพร่ข่าวสารระดับ

หมู่บ้าน

- การค้นหา วิเคราะห์และแก้ปัญหาสาธารณสุขในท้องถิ่น
- สุขวิทยาส่วนบุคคล
- การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหา

สาธารณสุข

- การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาล และการช่วยเหลือ

เบื้องต้น

- การฟื้นฟูสภาพ
- การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการสาธารณสุข
- การจัดกิจกรรม การปฏิบัติงานและการใช้เครื่องมือต่าง ๆ

ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน

- การทำงานร่วมกับชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล
เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขในท้องถิ่น

2. กลุ่มความรู้เฉพาะ

เป็นความรู้เรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ในด้านการพัฒนาอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

2.3.7 การขึ้นทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สถานภาพของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือกผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ ความสามารถ ตามหลักสูตรความรู้ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐาน และกลุ่มความรู้เฉพาะ ตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตร และบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขที่กำหนด

2.3.8 บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นตัวกลางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่บริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี

2.3.9 หน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1) เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข ระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาด ในท้องถิ่นตลอดจนการเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาด หรือ

โรคติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้ว จดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้าน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้บริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและการสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหียงอกและฟัน การดูแลส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ ที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพร และแพทย์แผนไทย ฯลฯ

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

4) หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่ จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน และให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็ก และร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้อง และตรวจครรภ์ตามกำหนด และให้บริการชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และตรวจสุขภาพตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนดและเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

6) เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหา และพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

7) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

8) คู่มือสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน

2.3.10 สิทธิประโยชน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุข นับเป็นกลุ่มบุคคลที่เสียสละเวลาทำหน้าที่ให้ข้อมูลความรู้ทางสุขภาพ ให้คำแนะนำการใช้บริการสาธารณสุข ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น รวมทั้งทำตนให้เป็นตัวอย่างที่ดีแก่เพื่อนบ้าน โดยไม่รับสิ่งของค่าตอบแทนใด ๆ กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความเสียสละดังกล่าว จึงได้พยายามดำเนินการจัดการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

- 1) การให้สวัสดิการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 - อาสาสมัครสาธารณสุข ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลฟรีพร้อมทั้งครอบครัวโดยสิทธิดังกล่าวครอบคลุมถึง บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร
 - อาสาสมัครสาธารณสุข สามารถใช้บัตรประจำตัวในการเข้ารับบริการสาธารณสุขจากสถานบริการของรัฐ และสามารถใช้ได้ทั่วประเทศในกรณีฉุกเฉิน
- 2) การให้เงินอุดหนุนสำหรับกิจกรรมและค่าตอบแทนในการเข้ารับการฝึกอบรม
 - ให้เงินค่าตอบแทนในการอบรมต่อเนื่องแก่อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคน ที่ปฏิบัติงานในชุมชน
 - ให้เงินอุดหนุนแก่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน
 - จัดงบประมาณสนับสนุนการศึกษาดูงานและการศึกษาต่อเนื่อง ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 3) การส่งเสริมการจัดตั้งและพัฒนาชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ในทุกระดับ
- 4) การส่งเสริมให้มีเครื่องแบบอาสาสมัครสาธารณสุข
 - มีการจัดประกวดผู้นำชุมชนดีเด่นในทุก ๆ ปี
 - มีการประกาศเกียรติคุณและมอบรางวัลเพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 - มีการเผยแพร่ผลงานที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาของอาสาสมัครสาธารณสุข ทางสื่อมวลชน แผ่นพับ หรือการจัดประชุมสัมมนา

5) การส่งเสริมให้มีเครื่องแบบอาสาสมัครสาธารณสุข

6) การได้รับค่าป่วยการ อสม. ในการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับสาธารณสุข
เชิงรุกในอัตราคนละ 600 บาทต่อเดือน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552: 4-5)

รัฐบาลได้ตระการนั้ถึงความสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนเชิงรุกอย่างเป็นระบบ จึงมีนโยบายในการสนับสนุนค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นโยบาย ข้อที่ 1.2.10 ส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั่วประเทศให้ปฏิบัติงานเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่นและชุมชน การดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและการเฝ้าระวังโรคในชุมชน โดยจัดให้มีสวัสดิการค่าตอบแทนให้แก่ อสม. เพื่อสร้างแรงจูงใจ หนุนเสริมให้ปฏิบัติงานได้อย่างคล่องตัว และมีประสิทธิภาพ และเป็นการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานของ อสม. ในพื้นที่ เพื่อเป็นค่าป่วยการ อสม. ทั่วประเทศ ในการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับสาธารณสุขเชิงรุกในอัตราคนละ 600 บาทต่อเดือน ภายใต้ชื่อโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชิงรุก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการดูแลสุขภาพมารดาและทารก การดูแลเด็กไทยให้เจริญเติบโตอย่างแข็งแรงและสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีสติปัญญาที่ดี การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้นในอนาคต การดูแลสุขภาพผู้พิการ ตลอดจนการแก้ไขปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขของชุมชนอื่น ๆ ในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

- เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั่วประเทศ สามารถปฏิบัติงานในเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่นและชุมชน การดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้พิการ ตลอดจนการจัดกิจกรรมการแก้ไขปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- เพื่อสร้างกระแสการเคลื่อนไหวของประชาชนให้มีส่วนร่วมพัฒนาสุขภาพด้านสาธารณสุขของชุมชน

- เพื่อเสริมสร้างขวัญ กำลังใจ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้แก่ อสม. โดยจัดให้มีสวัสดิการค่าตอบแทนให้แก่ อสม. เพื่อสร้างแรงจูงใจหนุนเสริมให้ปฏิบัติงานได้อย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ

2.3.11 วาระและการฟื้นฟูสภาพ การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1) วาระ

กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรหมู่บ้าน

2) การฟื้นฟูสภาพ

- ฟื้นฟูสภาพตามวาระ
- ตาย
- ลาออก
- ไม่ได้อยู่อาศัยในหมู่บ้านเป็นเวลาติดต่อกันเกินกว่า 6

เดือน

ประชาชนลงมติ โดยมีคะแนนเสียงเกินกึ่งหนึ่งของประชาชนในหมู่บ้าน หรือคณะกรรมการหมู่บ้าน มีมติให้พ้นจากตำแหน่ง เนื่องจากมีความประพฤติเสียหาย อันจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียประโยชน์ของหมู่บ้าน หรือบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจ

2.4.1 ความหมายของแรงจูงใจ

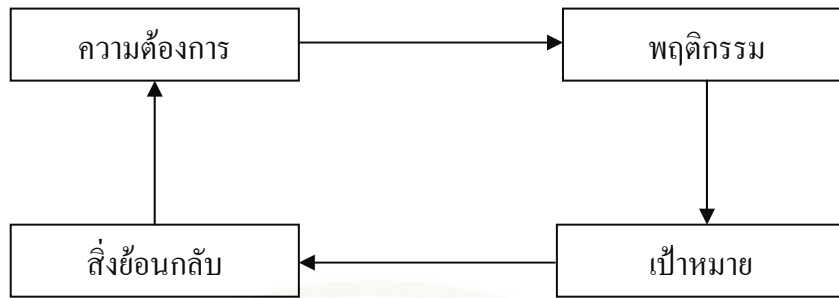
เกรียงศักดิ์ เขียวยิ่ง (2543: 25) กล่าวว่า แรงจูงใจคือสภาวะของบุคคลที่ถูกกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมไปยังจุดหมายปลายทาง ความต้องการแรงจูงใจในการทำงานซึ่งเป็นความพยายามของบุคคลในการทำงาน

สมยศ นาวิการ (2546: 38) กล่าวว่าแรงจูงใจ โดยพื้นฐานแล้วเราต้องอ้างถึงแรงผลักดันที่กระตุ้นพฤติกรรม แรงจูงใจซึ่งมีความสำคัญต่อผลสำเร็จของโครงการ

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า แรงจูงใจ หมายถึง สภาวะของบุคคลที่บุคคลได้รับการกระตุ้นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการ

2.4.2 กระบวนการจูงใจ

โดยทั่วไปกระบวนการจูงใจเกี่ยวข้องกับ (1) ความต้องการ (2) พฤติกรรม (3) เป้าหมาย และ (4) สิ่งย้อนกลับ สิ่งเหล่านี้เกี่ยวข้องกับระหว่างกันตามรูป



แผนภูมิที่ 2.2 กระบวนการจูงใจ

ที่มา: สมยศ นาวิการ (2546: 38-39)

แรงจูงใจเกิดจากความต้องการที่รู้สึกบางอย่าง เราต้องการบางสิ่งบางอย่างที่เราไม่มีบ่อยครั้งที่เราไม่ได้รู้ความต้องการของเราเอง และทำบางสิ่งบางอย่างโดยไม่ต้องสงสัย แต่อย่างไรก็ตามข้อสมมติพื้นฐานของทฤษฎีจูงใจคือ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างมีเป้าหมายเราถูก “จูงใจ” เพื่อบรรลุเป้าหมายในบางอย่าง

2.4.3 แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ

ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ (2541: 68) กล่าวว่า แรงจูงใจคือ การที่บุคคลได้รับการกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรม ในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างมีพลังมีคุณค่า มีทิศทางอย่างชัดเจน ซึ่งแสดงออกอย่างตั้งใจ เต็มใจ แรงจูงใจของบุคคลมี 2 ลักษณะ (Types of Motivation) ได้แก่

1. แรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) เป็นสภาวะของบุคคลที่ต้องการเรียนรู้หรือแสวงหาบางสิ่งบางอย่างด้วยตนเอง โดยมีต้องให้บุคคลอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น บุคคลตั้งใจทำงานด้วยความรู้สึกใฝ่ดีด้วยตนเอง ไม่ใช่เพราะถูกบังคับ

2. แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motivation) หมายถึง ภาวะที่บุคคลได้รับแรงกระตุ้นภายนอกให้มองเห็นจุดหมายปลายทางและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แรงจูงใจโดยมากเป็นแรงจูงใจจากสังคม เช่น การแข่งขันและการร่วมมือ ความสำเร็จในงาน ความนิยมชมชอบจากผู้อื่น

สรุปได้ว่า แรงจูงใจเกิดขึ้นได้โดยตัวของบุคคลเองและอีกส่วนหนึ่งเกิดจากภาวะที่บุคคลได้รับการกระตุ้นจากภายนอกให้เห็นจุดหมายปลายทางและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.4.4 แนวคิดทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow)

มาสโลว์ (Maslow, 1987) ได้เสนอแนวคิดว่าคุณคนมีความต้องการอย่างไม่มีที่สิ้นสุด และความต้องการจะก่อให้เกิดพฤติกรรมตอบสนอง เมื่อความต้องการหนึ่งได้รับการตอบสนองแล้ว ก็จะลดความสำคัญลง โดยบุคคลจะเกิดความต้องการขึ้นมาใหม่ โดยเรียงลำดับจากต่ำไปสูงดังนี้

ขั้นที่ 1 ความต้องการทางกายภาพ (Physiological Needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงอยู่ของบุคคล เช่น อาหาร น้ำ ยา ที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นความต้องการขั้นแรกของการมีชีวิต ซึ่งจะได้รับการตอบสนองจากปัจจัยทางกายภาพ เช่น เงินเดือน สภาพแวดล้อมในการทำงาน

ขั้นที่ 2 ความต้องการด้านความปลอดภัยและความมั่นคง (Safety Needs) เป็นความต้องการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและครอบครัว โดยบุคคลจะต้องการสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในทางกายภาพและจิตใจมีรายได้พอเพียงต่อการดำรงชีวิต ซึ่งได้รับการตอบสนองโดยการเลื่อนขั้นเงินเดือน ประกันสุขภาพ การประกันสังคม

ขั้นที่ 3 ความต้องการมีส่วนร่วมในสังคม (Social Needs) บุคคลต้องการการยอมรับจากสังคม โดยต้องการการมีส่วนร่วม ความรักจากบุคคลอื่นซึ่งบุคคลจะได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมทำงาน หรือกลุ่มสังคมต่าง ๆ

ขั้นที่ 4 ความต้องการเกียรติยศ ชื่อเสียง (Esteem Needs) บุคคลต้องการความยอมรับนับถือจากบุคคลอื่นว่ามีความสามารถ และเป็นที่ยอมรับจากบุคคลอื่น ซึ่งจะสร้างภาคภูมิใจให้กับบุคคล โดยจะได้รับการตอบสนองจากตำแหน่งงาน ค่าชมเชย รางวัลพิเศษ

ขั้นที่ 5 ความต้องการความสำเร็จสูงสุด (Self-Actualization) เป็นความต้องการที่จะบรรลุความต้องการขั้นสูงสุดของบุคคล โดยใช้ความรู้ ทักษะ ความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่ ซึ่งจะได้รับการตอบสนองจากความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

จากทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs) แสดงให้เห็นว่าบุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองแล้วค่อย ๆ พัฒนาขึ้นเป็นลำดับขึ้น โดยที่ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้วจะลดความสำคัญลง ขณะที่ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองอาจก่อให้เกิดความไม่พอใจ ความเครียด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน

2.4.5 แนวคิดทฤษฎีของเฮร์ซเบิร์ก (Herzberg)

ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮร์ซเบิร์ก (Herzberg's two-factor theory) ประกอบด้วย (Herzberg, 1959)

1) ปัจจัยจูงใจ (Motivation factor) หมายถึง ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการทำงาน การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลผลิตที่เพิ่มขึ้น ทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในการทำงาน บุคคลมีความรู้สึกในด้านดี ซึ่งเป็นขั้นที่ 4 และที่ 5 ตามทฤษฎีของมาสโลว์ คือ ความต้องการการยกย่องนับถือ และความต้องการความสำเร็จ ปัจจัยที่ผลักดันให้เกิดแรงจูงใจ ได้แก่

- ความสำเร็จในการทำงาน (Sense of Achievement) หมายถึง การที่บุคคลสามารถทำงานได้เสร็จสิ้น ประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี มีความสามารถในการแก้ปัญหาต่าง ๆ รู้จักป้องกันที่จะเกิดขึ้น เมื่อผลงานสำเร็จจะรู้สึกเกิดความพึงพอใจในผลสำเร็จของงานนั้น

- การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) หมายถึง การได้รับการยอมรับนับถือจากผู้บังคับบัญชา จากเพื่อน จากผู้มาขอคำปรึกษา หรือจากบุคคลในหน่วยงาน การยอมรับนับถืออาจอยู่ในรูปของการยกย่องชมเชย แสดงความยินดี การให้กำลังใจ หรือการแสดงออกอื่นที่สื่อถึงการยอมรับในความสามารถ เมื่อทำงานอย่างหนึ่งอย่างประสบความสำเร็จ

- ลักษณะงานที่ปฏิบัติ (Nature of the work) หมายถึง งานที่น่าสนใจ งานที่ต้องอาศัยความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ทำทนายให้ต้องลงมือทำ หรือเป็นงานที่มีลักษณะสามารถทำให้สามารถทำให้สำเร็จได้ตั้งแต่ต้นจนจบโดยลำพังผู้เดียว อาชีพนั้นเป็นที่ยอมรับนับถือของสังคม มีเกียรติและมีศักดิ์ศรี หรือการมอบหมายงาน การให้งานที่ตรงกับความสามารถ ความชอบ ความถนัดของบุคคล รวมทั้งการมอบหมายที่ไม่ยากเกินความสามารถของผู้ปฏิบัติหรืออุปสรรคที่ไม่มากเกินไป รวมทั้งการมอบหมายงานอย่างเป็นธรรมก็จะสร้างความพึงพอใจได้

- ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง บุคคลจะมีความพึงพอใจได้เมื่อได้รับผิดชอบที่เหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่ หากบุคคลได้รับมอบหมายงานแล้วจะมีความรักงานและความพึงพอใจยิ่งขึ้น ความพึงพอใจอาจเกิดจากการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานใหญ่ ๆ และมีอำนาจในการรับผิดชอบอย่างเต็มที่ ไม่มีการตรวจหรือควบคุมอย่างใกล้ชิด

- ความก้าวหน้า (Advancement) หมายถึง การได้รับการเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่งสูงขึ้นของบุคคล การมีโอกาสได้ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม หรือได้รับการฝึกอบรม เมื่อบุคคลได้รับความก้าวหน้าที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการของบุคคล ทำให้เกิดความพึงพอใจ

ปัจจัยการจูงใจในการปฏิบัติงานที่เป็นปัจจัยจูงใจ ที่ประกอบด้วยความสำเร็จในการทำงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบในงานที่ปฏิบัติและความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน เป็นสิ่งที่มีผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลการ

ทำงาน ดังนี้ในการบริหารงานในองค์กรต้องคำนึงถึงปัจจัยกระตุ้นเพื่อที่จะเป็นการจูงใจบุคคลในองค์กรให้ทำงานเต็มศักยภาพและลดผลกระทบสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ขององค์กรได้

2) ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factor) หมายถึง ปัจจัยป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกไม่พอใจในงานที่ทำ ไม่ใช่ปัจจัยที่ใช้ในงานจูงใจโดยตรงในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน เป็นเพียงสิ่งที่ป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจ ได้แก่

- นโยบายและการบริหารงานขององค์กร (Company Policies and Administrative Procedures) หมายถึง การจัดการและการบริหารงานขององค์กร การติดต่อสื่อสารภายในองค์กร การทำงานซ้ำซ้อน การแก่งแย่งอำนาจกัน และการดำเนินการที่ขาดความเป็นธรรมตลอดจนการบริหารงานที่ไร้ประสิทธิภาพ ถ้าบุคคลได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดแนวทางในการดำเนินงานเอง จะมีแรงจูงใจการทำงานให้สำเร็จมากขึ้นหากบุคคลในองค์กร ไม่เข้าใจอย่างแน่ชัดในบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานของตน รวมทั้งไม่เข้าใจในเป้าหมายและมาตรฐานย่อมมีความสับสนเพราะปฏิบัติไม่ถูกต้อง ซึ่งส่งผลให้เกิดความไม่พอใจในงานได้

- ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในองค์กร (Interpersonal Relationships at Work) หมายถึง การติดต่อไม่ว่าจะเป็นกริยาหรือวาจาที่แสดงถึงความสัมพันธ์อันดีต่อกัน สามารถทำงานร่วมกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี

- สภาพการทำงาน (Working Conditions) หมายถึง สภาพทางกายภาพของงาน เช่น แสงสว่าง เสียง อากาศ ชั่วโมงการทำงาน รวมทั้งลักษณะของสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เช่น อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ การจัดองค์ประกอบในการทำงานที่ดี ไม่ว่าจะเป็นทางกายภาพ จิตใจ หรือสภาพแวดล้อมในการทำงาน จะมีผลต่อการสร้างแรงจูงใจอย่างมาก งานที่มีสภาพที่ไม่ดีมักทำให้คนทำงานท้อแท้ เบื่อหน่ายการทำงาน

- ความมั่นคง (Job Security) ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความมั่นคงในการทำงาน ความยั่งยืนของอาชีพ หรือความมั่นคงขององค์กร การให้ความมั่นใจว่าจะไม่ประสบต่อ สิ่งที่ไม่ปรารถนา เช่น การไม่มีงานทำ การสูญเสียตำแหน่งงาน การถูกลดตำแหน่งงาน การสูญเสียรายได้ จะเป็นการขจัดความกลัวและสร้างความมั่นคงปลอดภัยให้เกิดขึ้น

- การปกครองบังคับบัญชา (Level and Quality of Supervision) หมายถึง ความสามารถของผู้บังคับบัญชาในการบังคับบัญชาในการดำเนินงาน หรือความยุติธรรมในการบริหาร การที่หัวหน้างานมีการควบคุมอย่างเข้มงวด ก่อให้เกิดความไม่พอใจในการทำงานเสมอ การควบคุมงานที่เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติได้มีส่วนในการตัดสินใจมีส่วนส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่องาน

ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่เป็นปัจจัยค้ำจุน ซึ่งประกอบด้วย นโยบายและการบริหารงานในองค์กร ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในองค์กร สภาพการทำงาน และ

การปกครองผู้บังคับบัญชา เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้การปฏิบัติงานของบุคคลในองค์กรมีประสิทธิภาพ ให้บุคลากรทำงาน ได้แก่ การบริหาร โดยการควบคุม การบริหาร โดยให้อำนาจในการปกครองตนเองและการบริหารงานโดยวัตถุประสงค์

สรุปได้ว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็นวิธีการชักนำพฤติกรรมของบุคคลให้ปฏิบัติงานตามวัตถุประสงค์ของผู้บริหารองค์กร ซึ่งอาจใช้สิ่งจูงใจอย่างเดียวหรือหลายอย่างโดยอาศัยสิ่งจูงใจที่สอดคล้องกับความต้องการของบุคคล เช่น ผลตอบแทน การเลื่อนตำแหน่ง มีความมั่นคงในงานที่ทำ ถ้าองค์กรสามารถจัดบริการสนองต่อความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน และผู้ปฏิบัติงานได้รับความพึงพอใจเขาก็จะรักงานและช่วยเพิ่มความสนใจในงานมากขึ้น สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่หากองค์กรไม่สามารถจัดบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของเขาได้ ผู้ปฏิบัติงานก็จะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากทำงาน ผลผลิตงานตกต่ำ ทั้งนี้การจูงใจให้บุคคลปฏิบัติงานและเกิดความพึงพอใจนั้นต้องมีปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการทำงาน บุคคลมีความรู้สึกในด้านดีและต้องมีปัจจัยป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกไม่พอใจในงานที่ทำไม่ใช่ปัจจัยในการจูงใจโดยตรง เป็นเพียงสิ่งที่ป้องกันไม่ให้เกิดความพึงพอใจด้วย

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุภาณี รุ่งเรืองศรี (2535) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารประชากรศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชัยนาท ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีส่วนร่วมเผยแพร่ในด้านผลสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงประชากรในเรื่องการเพิ่มจำนวนคนในครอบครัวหรือชุมชน มีส่วนร่วมกิจกรรมด้านเปลี่ยนแปลงประชากรในเรื่องการเพิ่มจำนวนคนในครอบครัวหรือชุมชน มีส่วนร่วมกิจกรรมด้านการให้คำแนะนำ และใช้สื่อประเภทหอกระจายข่าวในการเผยแพร่ข่าวสารประชากรศึกษา

ตะวัน สำราญใจ (2537) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีส่วนร่วมสูงในขั้นตอนการจัดตั้งการประชุม และการปฏิบัติงาน ซึ่งการปฏิบัติงานยังไม่มีเวลาที่แน่นอนและไม่ต่อเนื่อง การเข้าร่วมเป็นสมาชิกกองทุนสาธารณสุขในหมู่บ้านยังมีน้อย และมีบางส่วนที่ไม่มีงบแบ่งหน้าที่การรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

สกาวรัตน์ ลับเลิศ (2537) ได้ศึกษาการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป จะมีการปฏิบัติงานได้ดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุน้อย และระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการศึกษาในระดับปริญญาตรีมีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาชีพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ประกอบอาชีพค้าขายจะมีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานสูงสุด และ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สาธิตมน ศิริสมบุญแนว (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่ามีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในด้านการรับรู้สาเหตุของปัญหา การวางแผนดำเนินกิจกรรม การลงทุนและปฏิบัติ และการติดตามประเมิน

สถิตย์ คล้ายคลึง (2543) ได้ศึกษาการปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน อำเภอวัดเพลง จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.6 มีการปฏิบัติงานในระดับต่ำ เรื่องการจัดหาน้ำสะอาด และสุขภาพสิ่งแวดล้อม การนัดประชุม การจัดกิจกรรมสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การจัดนิทรรศการและสาธิตการแปรงฟัน และการจัดตั้งกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคในหมู่บ้าน ซึ่งแสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ได้

ปวีรพรรณ แสงพิทักษ์ (2545) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมในโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผลอยู่ในระดับสูงทุกด้าน และพบว่า สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลที่มี เพศและการดำรงตำแหน่งต่างกัน มีส่วนร่วมในโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำแหน่งทางสังคม การเข้ารับการอบรมและระดับชั้นขององค์การบริหารส่วนตำบลต่างกัน จะมีส่วนร่วมในโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลไม่แตกต่างกัน

กนกทอง สุวรรณบุลย์ (2545) ได้ศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก และการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทอย่างมากในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ศิววงศ์ เหมือนละม้าย (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ได้แก่ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงาน และด้านการประเมินผล ทุกด้านอยู่ในระดับมาก สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พบว่า เพศ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน สมาชิกกลุ่มทางสังคม และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุ ระดับการศึกษา อาชีพและความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม

พนมกร สุวรรณรัตน์ (2541) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนในการป้องกันอาชญากรรมในเขตจังหวัดนครปฐม พบว่า ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในพื้นที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันอาชญากรรม

ปณัย เปสลาพันธ์ (2544) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารระดับสถานีตำรวจตามโครงการพัฒนาสถานีตำรวจเพื่อประชาชน (โรงพักเพื่อประชาชน) ในจังหวัดสระบุรี พบว่า คณะกรรมการบริหารระดับสถานีตำรวจตามโครงการพัฒนาสถานีตำรวจเพื่อประชาชน (โรงพักเพื่อประชาชน) มีส่วนร่วมในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน คือด้านการร่วมวางแผน ด้านการร่วมดำเนินการ และด้านการร่วมประเมินโครงการ และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของคณะกรรมการบริหารระดับสถานีตำรวจ ได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชน และตำแหน่งทางสังคม ต่างกันมีส่วนร่วมตามโครงการพัฒนาสถานีตำรวจเพื่อประชาชน (โรงพักเพื่อประชาชน) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ มีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาสถานีตำรวจเพื่อประชาชน (โรงพักเพื่อประชาชน) ไม่แตกต่างกัน

พอชม ฉวีวัฒน์ (2543) ได้ศึกษา เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อโครงการ “ประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พระชนมายุ 72 พรรษา” กรณีศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี โดยภาพรวม การมีส่วนร่วมอยู่ใน

ระดับมาก เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพฤติกรรมมีส่วนร่วมในโครงการฯ พบว่า ระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศ อายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกัน

รัชนี้ แยมกันฐู (2543) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตปริมณฑล จังหวัดนนทบุรี พบว่าอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดขั้นตอนดังนี้

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 287 คน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัยมีจำนวนที่แน่นอน ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเชิงเดียว หรือแบบมีระบบ สำหรับการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีสูตรการคำนวณดังนี้ (Daniel, 1995: 178)

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ค่า Z ที่ $\alpha/2 = 1.96$

- d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ระดับ 0.05
- σ = ความแปรปรวนประชากร นำมาจากการวิจัยเรื่อง ความสามารถในการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.314

จากสูตรคำนวณแทนค่าจำนวนประชากรทั้งหมดจำนวน 287 คน เพื่อหาค่าขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.314)^2}{(0.05)^2}$$

$$= 151.44$$

ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 152 คน

3.2.3 การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยใช้การสุ่มตัวอย่างจากประชากรแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Sampling) แล้วนำกลุ่มที่ได้ไปเปรียบเทียบอัตราส่วนกับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ต่อจำนวนประชากร เพื่อให้ได้ตัวแทนที่ดีของกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยดังปรากฏดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของ อสม. อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

สถานบริการ	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
สอ.บ้านพระเจดีย์สามองค์	21	11
สอ.บ้านชองกาเรีย	23	12
สอ.บ้านใหม่พัฒนา	55	29
สอ.บ้านเวียงคะดี	37	20
สอ.บ้านกองม่องทะ	32	17

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของ อสม. อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี (ต่อ)

สถานบริการ	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
สอ.บ้านยางขาว	58	31
สสช.บ้านจะแก	16	9
รพ.สังขละบุรี	45	23
รวม	287	152

โดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยใช้รายชื่อจากทะเบียน อสม. เรียงลำดับตามบ้านเลขที่ โดยการอ่านข้ามทีละ n คน และจุดเริ่มต้นในการสุ่มจะเริ่มที่ 5 คนแรก ดังนั้น จุดเริ่มต้นในการสุ่มจะต้องเริ่มที่ 5 คนแรก สมมติว่าสุ่มออกมาได้คนที่ 5 ประชากรที่อยู่เป็นลำดับที่ 5 จะเป็นกลุ่มตัวอย่างคนแรก แล้วนับต่อไปทีละ 5 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างคนที่ 2 คือคนที่อยู่ในลำดับที่ 10 กลุ่มตัวอย่างคนที่ 3 คือคนที่อยู่ในลำดับที่ 15 กลุ่มตัวอย่างคนที่ 4 คือคนที่อยู่ในลำดับที่ 20 อ่านไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบ 152 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่น จำนวน และเหตุผลหลักที่เป็นอสม. จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอสม. อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 17 ข้อ

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน (20 ข้อ รวม 20 คะแนน)

แล้วนำมาแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้วิธีอิงเกณฑ์ตามหลักเกณฑ์ของ Learning for Mastery ของบลูม ดังนี้ (Bloom, 1971: 47-62)

มากกว่าร้อยละ 80	คือ คะแนน 14 - 17 คะแนน	ระดับสูง
ร้อยละ 60-79	คือ คะแนน 11 - 13 คะแนน	ระดับปานกลาง
ระดับความรู้ต่ำ	คือ คะแนน 0 - 10 คะแนน	ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ลักษณะคำถามแบบปลายปิด แบบมาตราส่วน (Rating scale) โดยแบ่งระดับของแรงจูงใจเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย จำนวน 15 ข้อ โดยให้ค่าคะแนนคำถามเชิงบวก (Positive) และคำถามเชิงลบ (Negative) ดังนี้

การให้คะแนน	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมาก	3	1
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานปานกลาง	2	2
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานน้อย	1	3

โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแปลผลระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. โดยให้คะแนนตามกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (Best) โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{ช่วงกว้างของข้อมูล} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}}$$

(ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ดังนั้น จำนวนชั้นที่ต้องการ คือ 3)

$$\text{แทนค่า ช่วงกว้างของข้อมูล} = \frac{3 - 1}{3}$$

$$\text{ได้ช่วงกว้างของข้อมูลแต่ละชั้น} = 0.66$$

จากการคำนวณดังกล่าวได้นำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการแปลผลระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับ
1.00 – 1.66	ต่ำ
1.67 – 2.34	ปานกลาง
2.35 – 3.00	สูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. ลักษณะคำถามแบบปลายปิด แบบมาตราส่วน (Rating scale) โดยแบ่งระดับการมีส่วนร่วมเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย จำนวน 18 ข้อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ด้านการร่วมวางแผน	จำนวน 6 ข้อ
ด้านการร่วมดำเนินการ	จำนวน 7 ข้อ
ด้านการร่วมประเมินผล	จำนวน 5 ข้อ

โดยให้ค่าคะแนนคำถามเชิงบวก (Positive) และคำถามเชิงลบ (Negative) ดังนี้

การให้คะแนน	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ระดับการมีส่วนร่วมมาก	3	1
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	2	2
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	1	3

โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแปลผลระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. โดยให้คะแนนกลุ่มตามแนวคิดของเบสต์ (Best) โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{ช่วงกว้างของข้อมูล} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}}$$

(ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ดังนั้น จำนวนชั้นที่ต้องการคือ 3)

$$\text{แทนค่า ช่วงกว้างของข้อมูล} = \frac{3 - 1}{3}$$

$$\text{ได้ช่วงกว้างของข้อมูลแต่ละชั้น} = 0.66$$

จากการคำนวณดังกล่าวได้นำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการแปลผลระดับการมีส่วนร่วม ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับ
1.00 – 1.66	ต่ำ
1.67 – 2.34	ปานกลาง
2.35 – 3.00	สูง

ส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะของ อสม. ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เป็นคำถามแบบปลายเปิด (Open Ended) จำนวน 3 ข้อ

3.4 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้องเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา ได้แก่ อสม. อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 30 คน เพื่อหาความบกพร่องของแบบสอบถามแต่ละข้อ นำแบบสอบถามในส่วนของความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อโดยวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder Richardson Formula (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75 และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α Coefficient) ของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.7572 และ 0.9116 ตามลำดับ

3.5 การดำเนินการด้านจริยธรรม

3.5.1 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

1. ปฏิบัติตามการป้องกันความเสี่ยงอย่างเคร่งครัด
2. ชี้แจงให้ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย ทราบถึงวิธีการและตอบข้อข้องใจต่าง ๆ ถึงประโยชน์และสิ่งที่จะเกิดขึ้นขณะทำการวิจัย
3. ต้องได้รับคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย

4. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์บอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด
5. ข้อมูลชื่อ นามสกุล และข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลจะไม่ถูกนำเสนอหรือเผยแพร่

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอสังขละบุรี ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการศึกษาวิจัย
2. ผู้วิจัยมอบแบบสอบถามให้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอสังขละบุรี ตามจำนวนประชากรในการศึกษา เพื่อแจกให้ อสม. ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอสังขละบุรีรวบรวมส่งกลับให้ผู้วิจัย
3. สุ่มสัมภาษณ์แบบเจาะลึกประมาณร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง
4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของอสม.
2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการติดต่อของ อสม. จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลโดยใช้การทดสอบค่าที (t - test) แบบ Independent t - test และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. จำแนกตามอายุ โดยการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และ ทดสอบความสัมพันธ์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอสม. อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. อำเภอสังขละบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 152 คน ได้นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของ อสม. มาวิเคราะห์ และเสนอผลการวิเคราะห์ โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ตอนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ตอนที่ 5 ผลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 152 คน จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น และเหตุผลหลักที่เป็นอสม. ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม.

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (n=152)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	51	33.6
หญิง	101	66.4
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	37	24.3
31 – 40 ปี	65	42.8
41 – 50 ปี	33	21.7
51 ปีขึ้นไป	17	11.2
$\bar{X} \pm S.D.$; min – max 37.22 \pm 10.02; 15 - 64		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	81	53.3
มัธยมศึกษา	61	40.2
อนุปริญญา	6	3.9
ปริญญาตรี	4	2.6
อาชีพ		
เกษตรกร	64	42.1
ค้าขาย	20	13.2
รับจ้าง	47	30.9
อื่น ๆ	21	13.8
ระยะเวลาปฏิบัติงานในหน้าที่อสม.		
น้อยกว่า 5 ปี	90	59.2
6 – 10 ปี	38	25.0
11 – 20 ปี	18	11.9
มากกว่า 20 ปี	6	3.9
ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น		
1 – 10 ปี	12	7.9
11 – 20 ปี	27	17.8
มากกว่า 20 ปี	113	74.3

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (n=152)	ร้อยละ
เหตุผลหลักที่เป็น อสม. (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
มีใจรักที่จะช่วยเหลือประชาชน	65	59.63
ได้มีความรู้เกี่ยวกับด้านสาธารณสุข	41	37.61
ได้ช่วยเหลือสังคม	34	31.19

จากตารางที่ 4.1 พบว่า อสม. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.4 ที่เหลือเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 33.6 มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.8 รองลงมา มีอายุน้อยกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 การประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 42.1 รองลงมา คืออาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 30.9 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. คือ น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 59.2 และระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น ส่วนใหญ่มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 74.3 ส่วนเหตุผลหลักที่เป็น อสม. คือ มีใจรักที่จะช่วยเหลือประชาชน ร้อยละ 59.63

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ การมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ

2.1 การวิเคราะห์ระดับความรู้และระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ดังปรากฏในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละ ของ อสม. จำแนกตามระดับของความรู้และระดับแรงงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ความรู้และระดับแรงงใจในการปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ		
ระดับต่ำ	30	19.7
ระดับปานกลาง	112	73.7
ระดับสูง	10	6.6
รวม	152	100.0
$\bar{X} \pm S.D.$; min – max = 13.9 \pm 1.9; 9 - 17		
แรงงใจในการปฏิบัติงาน		
ระดับต่ำ	4	2.6
ระดับปานกลาง	44	28.9
ระดับสูง	104	68.4
รวม	152	100.0
$\bar{X} \pm S.D.$; min – max = 2.47 \pm 0.32; 24 - 42		

จากตารางที่ 4.2 พบว่า อสม. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.7 รองลงมามีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 19.7 และมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 6.6 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 13.9 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.9

อสม. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีแรงงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.4 รองลงมามีแรงงใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.0 และมีแรงงใจอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 2.6

2.2 การวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ดังปรากฏในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 คะแนนเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอสม. แยกเป็นรายด้าน

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	\bar{x}	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
ด้านการร่วมวางแผน			
1. การเข้าร่วมการจัดการประชุม ปรึกษาหารือ เพื่อดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในหมู่บ้าน	2.38	0.60	มาก
2. การเข้าร่วมการเสนอแนะความคิดเห็นในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในหมู่บ้าน	2.18	0.65	ปานกลาง
3. การเข้าร่วมในการวางแผนในการกำหนดวิธีการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	2.17	0.64	ปานกลาง
4. การเข้าร่วมในการพิจารณาปรับปรุงกำหนดการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	2.16	0.68	ปานกลาง
5. การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์มาตรการในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	2.00	0.62	ปานกลาง
6. การเข้าร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	1.99	0.63	ปานกลาง
โดยรวม	2.12	0.45	ปานกลาง
ด้านการร่วมดำเนินการ			
1. การร่วมปฏิบัติการให้บรรลุวัตถุประสงค์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	2.26	0.60	ปานกลาง
2. การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	2.38	0.59	มาก
3. การมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมรณรงค์ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	2.39	0.66	มาก
4. การมีส่วนร่วมในการแจกสื่อประชาสัมพันธ์ให้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในหมู่บ้าน	2.36	0.66	มาก

ตารางที่ 4.3 คะแนนเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอสม. แยกเป็นรายด้าน (ต่อ)

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	\bar{x}	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
5. การให้คำแนะนำการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อแก่ประชาชนในหมู่บ้าน	2.45	0.59	มาก
6. การได้มีการติดตามผู้ป่วยไม่ติดต่อในหมู่บ้าน	2.19	0.64	ปานกลาง
7. การเข้าประชุมและการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	2.09	0.62	ปานกลาง
โดยรวม	2.30	0.49	ปานกลาง
ด้านการร่วมประเมินผล			
1. การมีการติดตามผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อในหมู่บ้านเป็นประจำทุกปี	2.22	0.67	ปานกลาง
2. การร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการวิเคราะห์สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ ในหมู่บ้าน	2.14	0.66	ปานกลาง
3. การเข้าร่วมในการกำกับดูแลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อกับสถานบริการสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ	2.27	0.64	ปานกลาง
4. การเข้าร่วมพิจารณาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	2.07	0.64	ปานกลาง
5. การเข้าร่วมประเมินผลสำเร็จของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในหมู่บ้าน	2.10	0.64	ปานกลาง
โดยรวม	2.16	0.53	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.3 พบว่า เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการร่วมวางแผน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.14 ด้านการร่วมดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.30 และด้านร่วมประเมินผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.16

ด้านการร่วมวางแผน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าการเข้าร่วมการจัดการประชุมปรึกษาหารือ เพื่อดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.38 นอกจากนั้นทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การเข้า

ร่วมการเสนอแนะความคิดเห็นในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในหมู่บ้าน เท่ากับ 2.18 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การเข้าร่วมในการวิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเท่ากับ 1.99

ด้านการร่วมดำเนินการ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การมีส่วนร่วมด้านการดำเนินการในระดับมาก คือ การให้คำแนะนำการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อแก่ประชาชน ในหมู่บ้าน การมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมรณรงค์ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และการมีส่วนร่วมในการแจกสื่อประชาสัมพันธ์ให้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในหมู่บ้าน โดยมีค่าเฉลี่ย 2.45, 2.39, 2.38 และ 2.36 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังอยู่ในระดับปานกลาง คือ การร่วมปฏิบัติการให้บรรลุวัตถุประสงค์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ มีการติดตามผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อในหมู่บ้าน และเข้าประชุมและการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.26, 2.19 และ 2.09 ตามลำดับ

ด้านการร่วมประเมินผล เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การเข้าร่วมในการกำกับดูแลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อกับสถานบริการสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ เท่ากับ 2.27 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การเข้าร่วมพิจารณาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เท่ากับ 2.07

ตารางที่ 4.4 คะแนนเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอสม. โดยภาพรวม

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	14	9.2
ระดับปานกลาง	70	46.1
ระดับสูง	68	44.7
$\bar{X} \pm S.D.$; min - max = 2.65 \pm 0.52; 25 - 53		

จากตารางที่ 4.4 พบว่า อสม. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.1 รองลงมามีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 44.7 และมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 9.2

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ

3.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของอสม.ตามตัวแปรต่าง ๆ

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอสม.ตามตัวแปรต่าง ๆ

ตัวแปร	n	\bar{X}	S.D.	t-value F-value	p-value
เพศ					
ชาย	51	2.25	0.47	0.062	0.452
หญิง	101	2.18	0.44		
อายุ					
ต่ำกว่า 30 ปี	37	2.18	0.38	0.760	0.518
31-40 ปี	65	2.27	0.42		
41-50 ปี	33	2.13	0.59		
51 ปีขึ้นไป	17	2.17	0.40		
รวม					
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	81	2.22	0.47	0.733	0.534
มัธยมศึกษา	61	2.17	0.41		
อนุปริญญา	6	2.21	0.64		
ปริญญาตรี	4	2.50	0.29		
อาชีพ					
เกษตรกร	64	2.23	0.48	0.779	0.508
ค้าขาย	20	2.17	0.60		
รับจ้าง	47	2.25	0.39		
อื่น ๆ	21	2.08	0.33		

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอสม.ตามตัวแปรต่าง ๆ (ต่อ)

ตัวแปร	n	\bar{X}	S.D.	t-value	p-value
ระยะเวลาปฏิบัติงาน					
ต่ำกว่า 5 ปี	90	2.10	0.46	6.461	<0.001
6-10 ปี	38	2.38	0.36		
11-20 ปี	18	2.46	0.27		
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	6	1.97	0.68		
ระยะเวลาอาศัยในท้องถิ่น					
1-10 ปี	12	1.89	0.54	3.279	0.040
11-20 ปี	27	2.22	0.42		
ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป	113	2.24	0.44		
ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ					
ระดับต่ำ	30	2.30	0.11	1.676	0.191
ระดับปานกลาง	112	2.33	0.06		
ระดับสูง	10	2.70	0.48		
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน					
ระดับต่ำ	4	1.00	0.00	41.153	<0.001
ระดับปานกลาง	44	2.00	0.52		
ระดับสูง	104	2.55	0.57		

จากตารางที่ 4.5 พบว่า อสม. ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน แต่สำหรับอสม. ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน ระยะเวลาอาศัยในท้องถิ่น และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$, $P = 0.040$ และ $P < 0.001$ ตามลำดับ) โดยพบว่า อสม.ที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

3.2 การทดสอบความสัมพันธ์ (Correlation)

ตารางที่ 4.6 ค่าสัมประสิทธิ์ (r) ระหว่างอายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	
	r	p-value
อายุ	0.43	0.595
ระยะเวลาปฏิบัติงาน	0.194	0.017
ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น	0.171	0.035
ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ	0.064	0.436
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	0.627	<0.001

จากตารางที่ 4.6 พบว่า อายุ และความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ระยะเวลาปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (p-value = 0.017)

ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (p-value = 0.035)

และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (p-value <0.001)

กล่าวคือ อสม. ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่นมากขึ้น มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานสูง จะมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น

ตอนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

4.1 ปัญหาและอุปสรรค

ด้านการวางแผน

1. อสม. ขาดความรู้ในด้านการวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผนงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ด้านการดำเนินงาน

1. อสม. บางคนยังขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และยังไม่ตระหนักถึงปัญหาโรคไม่ติดต่อโดยเข้าใจว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. อสม. ต้องไปประกอบอาชีพของตนเองมากกว่ากิจกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ

3. ขาดการประชาสัมพันธ์และการชี้แจงให้ประชาชนได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ด้านการประเมินผล

1. การประเมินผลไม่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน จึงไม่ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนในการวิเคราะห์และวางแผนการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในระยะต่อไป

4.2 ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดอบรมเพิ่มความรู้และศักยภาพในการทำงานให้แก่ อสม. ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างต่อเนื่อง

2. ควรใช้รูปแบบการประชาสัมพันธ์และสื่อที่เหมาะสม เพื่อสร้างแรงจูงใจกระตุ้นให้ประชาชนและ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ตอนที่ 5 ผลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกประมาณร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง คือ จำนวน 15 คน พบว่า อสม. ทุกคนมีใจรักที่จะช่วยเหลือประชาชน อยากเห็นประชาชนในหมู่บ้านของตนเอง มีสุขภาพดี ได้มีความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับด้านสาธารณสุขทำให้มั่นใจที่จะได้ดูแลตนเอง ครอบครัวและคนในชุมชนได้ ได้ช่วยเหลือสังคม เมื่อได้ช่วยเหลือหมอแล้วรู้สึกว่าคุณเองมีความสุข ดัง อสม. กล่าวไว้ว่า

“สงสารหมอ เห็นหมอทำงานเหนื่อย อยากช่วยหมอ คนในบ้านในชุมชนจะได้มีสุขภาพดี”

“อยู่หมู่บ้านนี้มาตั้งแต่เกิด ก็รักที่นี่ อยากเห็นประชาชนในหมู่บ้านทุกคนมีสุขภาพดี ไม่อยากให้ใครเจ็บไข้”

“พอหมอนัดประชุม หมอก็จะสอนวิธีการเกี่ยวกับสาธารณสุขหลายอย่าง เช่น วัดความดัน เจาะเลือดตรวจเบาหวาน การดูแลตนเอง พออบรมมาแล้วมีความรู้ก็เลยมั่นใจจะเข้าไปบอกเพื่อนบ้านได้ ถ้าไม่รู้ก็ไม่กล้าไปบอกใครหรอก”

สำหรับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ พบว่า

ด้านร่วมวางแผน ผู้ที่ไม่เข้าร่วมด้านการวางแผน เนื่องจากคิดว่ายังไม่มีความรู้ด้านการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการแก้ไขปัญหา ดังคำพูดของอสม.ท่านหนึ่งกล่าวว่า **“ก็ไม่รู้ต้องวางแผนยังไง ทำไม่เป็น พอหมอนัดมาประชุมก็เลยไม่อยากมา ก็อยากเสนอความคิดมั่งแต่กลัวเค้าไม่ฟัง ให้หมอทำหอะ เดี่ยวค่อยทำตามทีหมอสั่ง”** และเมื่อได้มาเข้าร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่เข้าใจ หรือเมื่อเสนอความคิดเห็นในที่ประชุมก็ไม่ได้รับการตอบรับ จึงไม่ได้แสดงความคิดเห็นเท่าที่ควร จึงอยากมีความเข้าใจพื้นฐานในด้านการวางแผน เพื่อจะได้มีความเข้าใจและสามารถเข้าร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มากขึ้น ดังคำกล่าวของอสม.ท่านหนึ่งว่า **“ก็อยากมีความรู้เกี่ยวกับวางแผนว่าต้องทำยังไงมั่ง จะได้ช่วยหมอได้”**

ด้านร่วมดำเนินการ อสม. บางท่านยังขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยเข้าใจว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และยังไม่ตระหนักถึงปัญหาโรคไม่ติดต่อ ทั้ง ๆ ที่ อสม. บางท่านก็เป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นต้น ก็ยังไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ดังคำกล่าวของอสม.ที่ว่า **“ผมก็เป็น แต่ไม่ค่อยไปหาหมอนัด หรือ ลืมมั่งอะไรมั่ง พอนึกได้ค่อยไปขอยา”** ประกอบกับ อสม. บางท่านต้องไปประกอบอาชีพประจำของตนเอง ในวันที่สถานบริการจัดกิจกรรมรณรงค์ จึงทำให้ขาดการเข้าร่วม

ในการร่วมดำเนินการ และอยากให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ **“บางที่ต้องไปเข้า
ไร้เลยไปช่วยงานหมอไม่ได้”** และมีการชี้แจงให้ประชาชนได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับดำเนินงานโรค
ไม่ติดต่ออย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนัก

ด้านร่วมประเมินผล อสม. บางท่านยังไม่เข้าใจว่าประเมินผลคืออะไร และทำไปเพื่อ
อะไร **“ประเมินผลคืออะไร ไม่รู้หรอก ทำไม่เป็น”** แต่เมื่อเข้าร่วมในวันประชุมประจำเดือนของ อสม.
 ทำให้ทราบถึงสถานการณ์โรคไม่ติดต่อในหมู่บ้าน ได้ทราบว่าใครในหมู่บ้านเป็นผู้ป่วยโรคไม่
ติดต่อ จะได้แนะนำวิธีการดูแลตนเองและติดตามผู้ป่วยให้ไปพบแพทย์ตามนัด และอยากให้
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการประเมินผลงานในทุกหมู่บ้าน เพื่อจะได้มีข้อมูลที่ครบถ้วนเพื่อนำไป
วางแผนแก้ไขปัญหาได้ต่อไปในอนาคต ดังคำกล่าวของ อสม. ว่า **“พอรู้ว่าใครเป็น ก็ไปบอกให้ไปหา
หมอตตามนัด กินยาสม่ำเสมอ จะได้อาการไม่หนัก”**

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรีนี้ ทำให้ทราบถึงระดับการมีส่วนร่วมของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอสม. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน รวมถึงทราบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างระยะเวลาปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอสม. ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ระดับการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อส่วนมาก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.1 รองลงมา ร้อยละ 44.7 อยู่ในระดับสูง และร้อยละ 9.2 อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการร่วมวางแผน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.14 ด้านการร่วมดำเนินงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.30 และด้านการร่วมประเมินผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.16 อธิบายได้ว่า อสม. จะมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในด้านการร่วมดำเนินการ มากกว่าด้านร่วมวางแผนและร่วมประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เจาะลึก อสม. พบว่า อสม. กล่าวว่า **“ก็ไม่รู้ต้องวางแผนยังไง ทำไม่เป็น พอหมอนัดมาประชุมก็เลยไม่ยอมมา ก็อยากเสนอความคิดมั่งแต่กลัวเค้าไม่ฟัง ให้หมอบอกทำอะไรดีว่าค่อยทำตามทีหมอสั่ง”** และเมื่อได้มาเข้าร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่เข้าใจ หรือเมื่อเสนอความคิดเห็นในที่ประชุมก็ไม่ได้รับการตอบรับ จึงไม่ได้แสดงความคิดเห็นเท่าที่ควร จึงอยากมีความเข้าใจพื้นฐานในด้านการวางแผน เพื่อจะได้มีความเข้าใจและสามารถเข้าร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มากขึ้น ดังคำกล่าวของอสม.ท่านหนึ่งว่า **“ก็อยากมีความรู้เกี่ยวกับวางแผนว่าต้องทำยังไงมั่ง จะได้ช่วยหมอได้”** และด้านร่วมประเมินผล อสม.บางท่านยังไม่เข้าใจว่าประเมินผลคืออะไร และทำไปเพื่ออะไร ดังคำพูดของอสม. กล่าวว่า **“ประเมินผลคืออะไร ไม่รู้หรอก ทำไม่เป็น”** ดังนั้น จึงควรจัดให้มีการอบรมในเรื่องการวางแผนให้กับ อสม. แก่นนำชุมชน เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการวางแผนแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ได้ การฝึกร่วมคิด ร่วมกำหนดวัตถุประสงค์ ร่วมจัดทำแผน จะส่งผลให้ อสม. ออกร่วมวางแผนการดำเนินงาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการ

นำเสนอสถานการณ์โรคไม่ติดต่อในวันประชุมประจำเดือนของ อสม. (เนื่องจาก อสม.ต้องมารับค่าป่วยการ 600 บาท ในวันประชุมประจำเดือน ทำให้ต้องมาทุกคน) ทำให้ทราบถึงสถานการณ์โรคไม่ติดต่อในหมู่บ้าน ได้ทราบว่าใครในหมู่บ้านเป็นผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อ ทำให้เกิดความตระหนักที่จะดูแลคนในชุมชนของตนเอง เพื่อจะได้แนะนำวิธีการดูแลตนเองและติดตามผู้ป่วยให้ไปพบแพทย์ตามนัด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการประเมินผลงานในทุกหมู่บ้าน เพื่อจะได้มีข้อมูลที่ครบถ้วนเพื่อนำไปวางแผนแก้ไขปัญหาได้ต่อไปในอนาคต และจากปัญหาและอุปสรรคในเรื่องของการประเมินผลยังพบว่า การประเมินผลไม่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน จึงไม่ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนในการวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาค่าดำเนินงานในระยะต่อไปได้ ดังนั้น จึงควรมีการประเมินผลอย่างครอบคลุมโดยอสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีการแจ้งผลการประเมินในที่ประชุมหมู่บ้าน/อำเภอ เพื่อสร้างความตระหนักให้กับประชาชนในการดูแลตนเองร่วมด้วย กล่าวคือ การวางแผนและการประเมินผลมีประโยชน์อย่างยิ่ง เป็นสิ่งที่บอกให้เห็นถึงทิศทาง วัตถุประสงค์ในอนาคตขององค์กร เป็นสิ่งที่ชี้ถึงการบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการประเมินผลให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ขึ้นอยู่กับการวางแผนที่ดีเป็นประการสำคัญ (ธงชัย สันติวงษ์, 2540: 2)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.7 รองลงมา คือระดับต่ำ ร้อยละ 19.7 และอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 6.6 สอดคล้องกับระดับการศึกษา ของอสม.ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 ดังนั้น การให้ความรู้กับอสม. ควรใช้ภาษาที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ การอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ อสม. ได้มีการฝึกปฏิบัติก็จะสามารถทำให้ อสม. มีความเข้าใจมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนมากขึ้น (กรมส่งเสริมปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย, 2548: 5)

ระดับแรงจูงใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 68.4 รองลงมา ร้อยละ 28.9 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 2.6 อยู่ในระดับต่ำ อาจอธิบายได้ว่า ในปัจจุบัน สิทธิประโยชน์ของอสม.มีมาก เช่น การให้สวัสดิการการรักษาพยาบาล การได้รับ ค่าป่วยการ เป็นต้น ทำให้ อสม. เกิดแรงจูงใจเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็น อสม. และเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นบทบาทของ อสม.

จากการทดสอบความสัมพันธ์พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. สอดคล้องกับผลงานวิจัยของจิตติมา พานิชกิจ (2540) พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความ

สัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในจังหวัดนครสวรรค์

จะเห็นได้ว่าการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็นสิ่งจำเป็นในการที่จะให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข โดยในปัจจุบันนอกจากจะมีสวัสดิการด้านต่าง ๆ ให้กับ อสม. แล้ว ยังมีการให้ค่าป่วยการเดือนละ 600 บาทแก่ อสม. เพื่อส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องโดยกำหนดให้ อสม. เข้ารับการอบรมและปฏิบัติหน้าที่ในหมู่บ้านและชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่ง และเป็นการสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของอสม.

จากการเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ ที่แตกต่างกัน ไม่ส่งผลให้การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน อธิบายได้ว่า ทุกคนที่เข้ามาเป็น อสม. มีใจรักอยากจะช่วยเหลือประชาชน ได้ช่วยเหลือสังคม ได้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจากคำพูดของอสม. ที่ว่า **“อยากเห็นประชาชนในหมู่บ้านทุกคนมีสุขภาพดี ไม่อยากให้ใครเจ็บไข้”** และ **“สงสารหมอเห็นหมอทำงานเหนื่อย อยากช่วยหมอ คนในบ้านในชุมชนจะได้มีสุขภาพดี”** ซึ่งการเข้ามาเป็น อสม. ไม่ได้มีการจำกัดเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และความรู้ จึงทำให้ปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้ ไม่ได้มีผลทำให้การมีส่วนร่วมของอสม.แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี อธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากขึ้น จะส่งผลให้การมีส่วนร่วมของ อสม. มากขึ้น เมื่อ อสม. เข้าร่วมกิจกรรมด้านสาธารณสุขมากขึ้นจะทำให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติจริงในชุมชนได้ ทำให้ออยากเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติด้านสาธารณสุข ดังคำกล่าวของอสม.ท่านหนึ่งว่า **“พอหมอนัดประชุม หมอก็จะสอนวิธีการเกี่ยวกับสาธารณสุขหลายอย่าง เช่น วัดความดัน เจาะเลือดตรวจเบาหวาน การดูแลตนเอง พออบรมมาแล้วมีความรู้ก็เลยมั่นใจจะได้ไปบอกเพื่อนบ้านได้ ถ้าไม่รู้ก็ไม่กล้าไปบอกใครหรอก”** ดังนั้น การให้ความรู้ ความเข้าใจ การฝึกปฏิบัติบ่อย จะส่งผลให้การเข้าร่วมกิจกรรมของ อสม. มากขึ้น กล่าวคือ การสนับสนุนบุคคลและกลุ่มบุคคล มักจะเริ่มปฏิบัติเมื่อเขาารู้สึกว่าเขาได้รับการสนับสนุนที่ดี เพื่อให้กระทำการเช่นนั้น (Reeder, 1974: 39-53)

ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งจากการสัมภาษณ์ อสม. ท่านหนึ่งกล่าวว่า **“อยู่หมู่บ้านนี้มาตั้งแต่เกิด ก็รักที่นี่ อยากเห็นประชาชนในหมู่บ้านทุกคนมีสุขภาพดี ไม่อยากให้ใครเจ็บไข้”** แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นที่มากขึ้น จะส่งผลให้การมีส่วนร่วมของอสม.มีมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีของเบอร์นาร์ด (Bernard, 1958: 147-157 อ้างถึงใน จุริภรณ์ ไถ่บ้านกวย, 2544: 20) ปัจจัยทางวัฒนธรรมของประชาชนที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม คือ ระยะเวลาที่อยู่ในท้องถิ่น เนื่องจากผู้ที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นมานานย่อมมีความรักและผูกพันกับพื้นที่ที่อยู่อาศัย อยากให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ถือเป็นแนวทางหนึ่งในการคัดเลือก อสม. ให้เข้ามาปฏิบัติงานของแต่ละท้องถิ่นด้วย

จากผลการศึกษา ทำให้ทราบถึงการมีส่วนร่วมของอสม. ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี คือ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ประกอบกับทำให้ทราบถึงระดับความรู้ของอสม.ยังอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเริ่มวางแผน การดำเนินการและการประเมินผล เพื่อเพิ่มความรู้และพัฒนาศักยภาพในการทำงานของ อสม. ส่งผลให้เกิดความมั่นใจ และเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างจริงจัง และต่อเนื่อง

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อวัดระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่ออธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี
3. เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการป้องกันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติด และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
4. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ อสม. อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 152 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ
- ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ จำนวน 17 ข้อ
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 15 ข้อ
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำนวน 18 ข้อ
- ส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะของ อสม. จำนวน 3 ข้อ

ผู้วิจัย นำแบบสอบถาม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้อง ได้นำเครื่องมือตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และหลังจากนั้นได้นำเครื่องมือไปทดสอบกับ อสม. อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ โดย วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder Richardson Formula (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75 และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α Coefficient) ของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.7572 และ 0.9116 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ปังจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วย ค่าความถี่และร้อยละ การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอสม. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. จำแนกตามปังจัยส่วนบุคคล โดยใช้การทดสอบค่าที (t - test) แบบ Independent t - test และการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอสม. จำแนกตามอายุ โดยการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)

สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล ได้ดังนี้

1. ปังจัยส่วนบุคคลของอสม. อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.4 ที่เหลือเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 33.6 มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.8 รองลงมา มีอายุน้อยกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 การประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 42.1 รองลงมา คืออาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 30.9 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. คือ น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 59.2 และระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น ส่วนใหญ่ มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 74.3 ส่วนเหตุผลหลักที่อยากเป็น อสม. คือ มีใจรักที่จะช่วยเหลือประชาชน อยากเห็นประชาชนมีสุขภาพดี ร้อยละ 59.63
2. การวิเคราะห์ระดับ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่

ติดต่อกัน พบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.7 รองลงมา มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 19.7 และมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 6.6

อสม. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.4 รองลงมา มีแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.0 และมีแรงจูงใจอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 2.6

การมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.12 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.14 ด้านการดำเนินงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.30 และด้านการประเมินผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.16

เมื่อพิจารณาเป็นภาพรวม อสม. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.1 รองลงมา มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 44.7 และมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 9.2

3. การเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

อสม. ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ไม่แตกต่างกัน

อสม. ที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ แตกต่างกัน

4. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี กล่าวคือ เมื่อ อสม. มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น และแรงจูงใจที่มากขึ้น จะส่งผลให้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น

5. ปัญหาและอุปสรรค

ด้านการวางแผน

1) อสม. ขนาดความรู้ในด้านการวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผนงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ด้านการดำเนินงาน

1) อสม.บางคนยังขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และยังไม่ตระหนักถึงปัญหาโรคไม่ติดต่อโดยเข้าใจว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2) อสม. ต้องไปประกอบอาชีพของตนเองมากกว่ากิจกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ

3) ขาดการประชาสัมพันธ์และการชี้แจงให้ประชาชนได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ด้านการประเมินผล

1) การประเมินผลไม่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน จึงไม่ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนในการวิเคราะห์และวางแผนการแก้ไขปัญหาคาดการณ์งานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกในระยะต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. เนื่องจากระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อยังอยู่ในระดับปานกลาง ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเริ่มวางแผน การดำเนินการและการประเมินผล เพื่อเพิ่มความรู้และพัฒนาศักยภาพในการทำงานของ อสม. ส่งผลให้เกิดความมั่นใจ และเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างจริงจัง และต่อเนื่อง และควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ หรืองานสาธารณสุขอื่น ๆ ในวันประชุมประจำเดือนของอสม.หรือวันที่มารับค่าป่วยการ เพราะ อสม.ต้องมารับทุกคนและนำผลการปฏิบัติงานมาส่งที่สถานบริการ

2. ควรใช้รูปแบบการประชาสัมพันธ์และสื่อที่เหมาะสม เนื่องจากพื้นที่อำเภอสังขละบุรีมีประชากรที่หลากหลายทางวัฒนธรรม ภาษา การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ที่มีรูปแบบที่เหมาะสมในการให้ความรู้ อสม. และประชาชน ทำให้เข้าใจง่ายขึ้น ทำให้เกิดความรู้ และเพื่อสร้างแรงจูงใจกระตุ้นให้ประชาชนและ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอสม. โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาทักษะหรือวิธีการในการสร้างแนวคิดการรวมพลัง (Empowerment) ให้เกิดขึ้นในกลุ่ม อสม. กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าตระหนักถึงบทบาทหน้าที่และสามารถนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ได้

2. ควรเพิ่มขอบเขตการศึกษาในพื้นที่อำเภออื่น ๆ หรือระดับจังหวัด เพื่อสามารถศึกษาการมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในภาพรวมของจังหวัด



ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

FACTOR EFFECTING THE PARTICIPATION AND CONTROL OF NON COMMUNICATE DISEASE FOR HEALTH VOLUNTEERS IN SANGKHLABURI DISTRICT KANCHANABURI

สุธิดา หัวเจริญ 4937497 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ปิยธิดา ศรีเดช, ศ.ค., วงเดือน ปั่นดี, ศ.ค.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันยังคงใช้หลักการของงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีในการพัฒนางานสาธารณสุข ซึ่งงานสาธารณสุขมูลฐานถือเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพราะหลักการสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐานคือ การที่ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนมีความสามารถในการแก้ปัญหาด้านการสาธารณสุขในหมู่บ้านหรือชุมชนของตน โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้คำแนะนำ ชี้นำ สนับสนุนตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน หลักการของงานสาธารณสุขมูลฐานมีองค์ประกอบรวม 14 องค์ประกอบ ได้แก่ การสุขศึกษา โภชนาการ การจัดหา น้ำสะอาดและการสุขาภิบาล การเฝ้าระวังโรคประจำถิ่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การรักษาพยาบาลง่าย ๆ การจัดหายาที่จำเป็นในหมู่บ้าน สุขภาพจิต ทันตสาธารณสุข การอนามัยสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อ และการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โดยให้ประชาชนและชุมชนได้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพและการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐาน ตลอดจนการสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน (อสม.) การสาธารณสุขมูลฐาน จึงถูกนำมาใช้เป็นกลยุทธ์ให้บรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน คือมุ่งให้ประชาชนทุกคน ทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่ม

อาชีพ มีสิทธิ มีโอกาสและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน ตลอดจนได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ อันจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีถึงระดับที่จะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่าทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งในปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมากขึ้น ทั้งในด้านการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพให้กับคนในชุมชน การให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน การเป็นผู้เชื่อมประสานระหว่างเจ้าหน้าที่กับหน่วยงานต่าง ๆ กับประชาชน และกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาและสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ในการดูแลจัดการด้านสุขภาพเชื่อมโยงไปถึงการพัฒนาในด้านอื่น ๆ การรวมพลังกับแกนนำสุขภาพอื่น ๆ ในการสร้างสุขภาพ การเฝ้าระวังโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ รูปแบบการบริการเชิงรุกแบบต่าง ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การให้ความรู้ และทักษะการดูแลวิถีชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การคลายความเครียด การเคลื่อนไหว การออกกำลังกายที่ถูกต้อง พฤติกรรมความปลอดภัย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การเฝ้าระวังโรคที่ควรระวังตามวัย ความเสี่ยงของแต่ละบุคคลในกลุ่มประชาชนทั่วไปและพัฒนาการจัดการบริการเชิงรุกและเชิงรับให้ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วย รวมถึงเป็นผู้นำในการรณรงค์ด้านสุขภาพต่าง ๆ ในชุมชน มีส่วนร่วมเฝ้าระวังสุขภาพ ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ เป็นแกนนำในการดูแลและจัดการด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่สำคัญ 3 ด้าน คือ ด้านการร่วมวางแผน กล่าวคือ การเป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหา และพัฒนาชุมชน ด้านการร่วมดำเนินการ คือเป็นแกนนำในการเข้าร่วมดำเนินงานกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตและรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมในด้านต่าง ๆ และด้านการร่วมประเมินผล คือเป็นแกนนำในการประสานงานประเมินผล การดำเนินงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อกระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขในครั้งต่อไป (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย, 2548: 35)

จังหวัดกาญจนบุรีมีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมาตั้งแต่ พ.ศ.2521 จนถึงปัจจุบันในการพัฒนางานสาธารณสุขโดยมีบทบาทสำคัญสำคัญในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ตลอดจนเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องปัญหาสาธารณสุข และร่วมมือกันในการวางแผนทำกิจกรรมเพื่อจะแก้ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน และเป็นแกนสำคัญที่จะช่วยชักจูงและก่อให้เกิดการร่วมมือจากชุมชนในการดำเนินงาน และแก้ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน และในอำเภอสังขละบุรี เนื่องจากเป็นอำเภอที่ติดต่อกับชายแดน ประกอบด้วยประชากรหลายเชื้อชาติ มีการเคลื่อนย้ายของประชากรต่างดาวตลอดเวลา ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การแพร่กระจายโรคต่าง ๆ

ไปยังอีกที่หนึ่งได้ง่ายและรวดเร็วและยากแก่การป้องกันควบคุมโรค ทำให้การพัฒนางานสาธารณสุขของอำเภอสังขละบุรีจำเป็นต้องมี อสม.เป็นแกนนำสำคัญในการดำเนินงาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอ สังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ว่ามีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับใดและมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมฯ ดังกล่าว และมีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างในการปฏิบัติงาน เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ประกอบพิจารณาวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวัดระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่ออธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี
3. เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการป้องกันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติด และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
4. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

ทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมส่วนใหญ่เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาและทางสังคมวิทยา เนื่องจากการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวบุคคลและสังคม ในด้านตัวบุคคลทฤษฎีทางจิตวิทยาช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดจากแนวความคิด ความปรารถนา แรงจูงใจ ความจำและความรู้สึก โดยศึกษามนุษย์ในฐานะที่เป็นปัจเจกบุคคลที่มีลักษณะทางจิตใจแตกต่างกัน ในด้านสังคมทฤษฎีทางสังคมวิทยาจะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดจากการกระทำระหว่างกัน โดยศึกษามนุษย์ในฐานะที่เป็นสมาชิกของกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม

ทฤษฎีการวิเคราะห์การกระทำ เป็นทฤษฎีที่ระบุถึงสาเหตุของพฤติกรรมมนุษย์ ฟรีดริช ไฮเดอร์ (Fritz Heider อ้างถึงในพินิตา วิมานรัตน์, 2543: 14) แบ่งสาเหตุได้ 2 ประเภทคือสาเหตุที่มาจากส่วนบุคคล และสาเหตุที่มาจากเงื่อนไขสิ่งแวดล้อม โดยเงื่อนไขทั้ง 2 ประเภทนี้ไม่อยู่ในความสัมพันธ์เพิ่มหรือลดแบบบวกลบ กล่าวคือ ถ้าจะกระทำใด ๆ ด้วยความต้องการของตนบุคคล จะกระทำได้ง่ายขึ้นเมื่อสิ่งแวดล้อมอำนวยให้ แต่จะยากขึ้นเมื่อสิ่งแวดล้อมเป็นตัวขัดขวาง สาเหตุที่มาจากบุคคลสามารถแยกได้เป็น 2 สาเหตุย่อย คือ สาเหตุที่มาจากแรงจูงใจให้พยายามทำและความสามารถที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมอันได้แก่ ทักษะและกำลังที่จะทำสาเหตุย่อยทั้ง 2 สาเหตุนี้มีความสัมพันธ์จะขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ได้ หมายความว่า บุคคลจะไม่กระทำพฤติกรรมออกมาหากไม่มีแรงจูงใจและสามารถที่จะกระทำได้

ทฤษฎีการกระทำทางสังคม พาร์สัน (1979) อธิบายการกระทำของมนุษย์ ในลักษณะที่สามารถนำไปปรับใช้ทางสังคมทั่วไป กล่าวคือ การกระทำใด ๆ ขึ้นอยู่กับ

1. บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล
2. วัฒนธรรมในสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่ และวัฒนธรรมนี้จะเป็น

ตัวกำหนดเกี่ยวกับความคิดหรือความเชื่อ ความสนใจและระบบค่านิยมของบุคคล

ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร โรเจอร์ (Roger อ้างถึงใน ชื่นใจ บูชาธรรม, 2542: 14) ได้สรุปถึงความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับสิ่งใหม่กับกระบวนการติดต่อสื่อสารไว้ว่า การที่บุคคลจะมีการยอมรับสิ่งใหม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการติดต่อสื่อสารซึ่งได้แก่ ช่องทางการสื่อสารและปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะส่วนตัว ดังนี้

1. ปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะส่วนตัว ได้แก่ อายุ สถานภาพทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งรวมรายได้ ขนาดที่ดิน การถือครองที่ดินและความสามารถเฉพาะอย่างซึ่งรวมถึงระดับการศึกษา

2. ช่องทางการสื่อสาร ความรู้หรือกระบวนการติดต่อ สื่อสารซึ่งประกอบด้วยผู้ส่งสารหรือแหล่งกำเนิดสาร ช่องทางการสื่อสาร และผู้รับสาร ช่องทางการสื่อสารซึ่งเป็นวิธีการที่ผู้ส่งสารส่งไปยังผู้รับสาร

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

การที่จะป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำเป็นต้องดำเนินการป้องกันทั้งก่อนเกิดโรคและหลังเกิดโรค ซึ่งประกอบด้วย การป้องกัน 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

1. การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) การป้องกันโรคในระยะที่ยังไม่เกิดโรคขึ้น โดยการลดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค ช่วยทำให้อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคลดน้อยลงโดย

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

1.2 การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ (General Counselling)

2. การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) การป้องกันโรคในระยะนี้เป็นการป้องกันคนที่ เป็นโรคแล้ว เพื่อหยุดยั้งการดำเนินหรือลุกลามของโรค การป้องกันโรคในขั้นนี้กระทำทั้งในคน (Host) คือ ระยะก่อนมีอาการ หรือระยะมีอาการ โดยการค้นหาผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการ รีบตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีอาการแล้วและรีบให้การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้เกิดความพิการน้อยที่สุด วิธีและขั้นตอนในการดำเนินงานระดับนี้ คือ

2.1 การตรวจคัดกรองโรค (Screening)

2.2 การตรวจวินิจฉัยโรค เมื่อเริ่มมีอาการและได้รับการรักษาทัน่วงที (Early Diagnosis of Symptomatic Cases and Prompt Treatment)

3. การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การเกิดความพิการ การไร้สมรรถภาพที่จะประกอบอาชีพตามปกติได้ และการเพิ่มคุณภาพชีวิตคือ การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการให้หายโดยเร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังจากเกิดโรค

แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นตัวกลางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่บริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี

สิทธิประโยชน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. การให้สวัสดิการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- อาสาสมัครสาธารณสุข ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาล

ฟรีพร้อมทั้งครอบครัวโดยสิทธิดังกล่าวครอบคลุมถึง บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร

- อาสาสมัครสาธารณสุข สามารถใช้บัตรประจำตัวในการเข้ารับบริการสาธารณสุขจากสถานบริการของรัฐ และสามารถใช้ได้ทั่วประเทศในกรณีฉุกเฉิน
- 2. การให้เงินอุดหนุนสำหรับกิจกรรมและค่าตอบแทนในการเข้ารับบริการฝึกอบรม
 - ให้เงินค่าตอบแทนในการอบรมต่อเนื่องแก่อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคน ที่ปฏิบัติงานในชุมชน
 - ให้เงินอุดหนุนแก่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน
 - จัดงบประมาณสนับสนุนการศึกษาดูงานและการศึกษาต่อเนื่อง ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 3. การส่งเสริมการจัดตั้งและพัฒนาชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขในทุกระดับ
- 4. การส่งเสริมให้มีเครื่องแบบอาสาสมัครสาธารณสุข
 - มีการจัดประกวดผู้นำชุมชนดีเด่นในทุก ๆ ปี
 - มีการประกาศเกียรติคุณและมอบรางวัลเพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 - มีการเผยแพร่ผลงานที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาของอาสาสมัครสาธารณสุข ทางสื่อมวลชน แผ่นพับ หรือการจัดประชุมสัมมนา
- 5. การส่งเสริมให้มีเครื่องแบบอาสาสมัครสาธารณสุข
- 6. การได้รับค่าพยาบาล อสม. ในการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับสาธารณสุขเชิงรุกในอัตราคนละ 600 บาทต่อเดือน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552: 4-5)

แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจ

1. แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ

แรงจูงใจของบุคคลมี 2 ลักษณะ (Types of Motivation) ได้แก่

1. แรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) เป็นสภาวะของบุคคลที่ต้องการเรียนรู้หรือแสวงหาบางสิ่งบางอย่างด้วยตนเอง โดยมีต้องให้บุคคลอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น บุคคลตั้งใจทำงานด้วยความรู้สึกใฝ่ดีด้วยตนเอง ไม่ใช่เพราะถูกบังคับ
2. แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motivation) หมายถึง ภาวะที่บุคคลได้รับแรงกระตุ้นภายนอกให้มองเห็นจุดหมายปลายทางและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

แรงจูงใจ โดยมากเป็นแรงจูงใจจากสังคม เช่น การแข่งขันและการร่วมมือ ความสำเร็จในงาน ความนิยมชมชอบจากผู้อื่น

2. แนวคิดทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow)

มาสโลว์ (Maslow, 1987) ได้เสนอแนวคิดว่าคุณคนมีความต้องการอย่างไม่มีที่สิ้นสุดและความต้องการจะก่อให้เกิดพฤติกรรมตอบสนอง เมื่อความต้องการหนึ่งได้รับการตอบสนองแล้วก็จะลดความสำคัญลง โดยบุคคลจะเกิดความต้องการขึ้นมาใหม่ โดยเรียงลำดับจากต่ำไปสูงดังนี้

ขั้นที่ 1 ความต้องการทางกายภาพ (Physiological Needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงอยู่ของบุคคล เช่น อาหาร น้ำ ยา ที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นความต้องการขั้นแรกของการมีชีวิต ซึ่งจะได้รับการตอบสนองจากปัจจัยทางกายภาพ เช่น เงินเดือน สภาพแวดล้อมในการทำงาน

ขั้นที่ 2 ความต้องการด้านความปลอดภัยและความมั่นคง (Safety Needs) เป็นความต้องการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและครอบครัว โดยบุคคลจะต้องการสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในทางกายภาพและจิตใจมีรายได้พอเพียงต่อการดำรงชีวิต ซึ่งได้รับการตอบสนองโดยการเลื่อนขั้นเงินเดือน ประกันสุขภาพ การประกันสังคม

ขั้นที่ 3 ความต้องการมีส่วนร่วมในสังคม (Social Needs) บุคคลต้องการการยอมรับจากสังคมโดยต้องการการมีส่วนร่วม ความรักจากบุคคลอื่นซึ่งบุคคลจะได้รับจากกลุ่มผู้ร่วมงาน หรือกลุ่มสังคมต่าง ๆ

ขั้นที่ 4 ความต้องการเกียรติยศ ชื่อเสียง (Esteem Needs) บุคคลต้องการความยอมรับนับถือจากบุคคลอื่นว่ามีความสามารถ และเป็นที่ยอมรับจากบุคคลอื่น ซึ่งจะสร้างความภาคภูมิใจให้กับบุคคลโดยจะได้รับการตอบสนองจากตำแหน่งงาน คำชมเชย รางวัลพิเศษ

ขั้นที่ 5 ความต้องการความสำเร็จสูงสุด (Self-Actualization) เป็นความต้องการที่จะบรรลุความต้องการขั้นสูงสุดของบุคคล โดยใช้ความรู้ ทักษะ ความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่ ซึ่งจะได้รับการตอบสนองจากความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

3. แนวคิดทฤษฎีของเฮร์ซเบอร์ก (Herzberg)

ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮร์ซเบอร์ก (Herzberg's two-factor theory) ประกอบด้วย (Herzberg, 1959)

1) ปัจจัยจูงใจ (Motivation factor) หมายถึง ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการทำงาน การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลผลิตที่เพิ่มขึ้น ทำให้บุคคลเกิดความพึง

พอใจในการทำงาน บุคคลมีความรู้สึกในด้านดี ซึ่งเป็นขั้นที่ 4 และที่ 5 ตามทฤษฎีของมาสโลว์ คือ ความต้องการการยกย่องนับถือ และความต้องการความสำเร็จ ปัจจัยที่ผลักดันให้เกิดแรงจูงใจ

2) ปัจจัยค่าจูน (Hygiene Factor) หมายถึง ปัจจัยป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกไม่พอใจในงานที่ทำ ไม่ใช่ปัจจัยที่ใช้ในงานจูงใจโดยตรงในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน เป็นเพียงสิ่งที่ป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจ

การศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ใน อสม. อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 152 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะของอสม. การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ โดย วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder Richardson Formula (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75 และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α Coefficient) ของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.7572 และ 0.9116 ตามลำดับ การวิเคราะห์ใช้สถิติพรรณนาและสถิติวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าที (t - test) แบบ Independent t - test การทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม.คือ น้อยกว่า 5 ปี และระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น ส่วนใหญ่ มากกว่า 20 ปี ส่วนเหตุผลหลักที่อยากเป็น อสม. คือ มีใจรักที่จะช่วยเหลือ

ประชาชน อยากเห็นประชาชนมีสุขภาพดี ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับปานกลาง มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับสูง และการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับปานกลาง

อสม.ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ไม่แตกต่างกัน และ อสม.ที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี กล่าวคือ เมื่อ อสม.มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น และแรงจูงใจที่มากขึ้น จะส่งผลให้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น

การอภิปรายผล

ระดับการมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อส่วนมาก อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการร่วมวางแผน ด้านการร่วมดำเนินงาน และด้านการร่วมประเมินผล อธิบายได้ว่า อสม.จะมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในด้านการร่วมดำเนินการ มากกว่าด้านร่วมวางแผนและร่วมประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เจาะลึก อสม. พบว่า อสม.กล่าวว่า **“ก็ไม่รู้ต้องวางแผนยังไง ทำไม่เป็น พอหมอนัดมาประชุมก็เลยไม่อยากมา ก็อยากเสนอความคิดมันแต่กลัวเค้าไม่ฟัง ให้หมอบอกทำหอะ เดี่ยวค่อยทำตามทีหมอบอกสั่ง”** และเมื่อได้มาเข้าร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่เข้าใจ หรือเมื่อเสนอความคิดเห็นในที่ประชุมก็ไม่ได้รับการตอบรับ จึงไม่ได้แสดงความคิดเห็นเท่าที่ควร จึงอยากมีความเข้าใจพื้นฐานในด้านการวางแผน เพื่อจะได้มีความเข้าใจและสามารถเข้าร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มากขึ้น ดังคำกล่าวของอสม.ท่านหนึ่งว่า **“ก็อยากมีความรู้เกี่ยวกับวางแผนว่าต้องทำยังไงมัน จะได้ช่วยหมอบได้”** และด้านร่วมประเมินผล อสม. บางท่านยังไม่เข้าใจว่าประเมินผลคืออะไร และทำไปเพื่ออะไร ดังคำพูดของอสม. กล่าวว่า **“ประเมินผลคืออะไร ไม่รู้หรอก ทำไม่เป็น”** ดังนั้น จึงควรจัดให้มีการอบรมในเรื่องการวางแผนให้กับ อสม. แก่นนำชุมชน เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการวางแผนแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ได้ การฝึกพร้อมคิด ร่วมกำหนดวัตถุประสงค์ ร่วมจัดทำแผน จะส่งผลให้ อสม.อยากเข้าร่วมวางแผนการดำเนินงาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการนำเสนอสถานการณ์โรคไม่ติดต่อในวันประชุม

ประจำเดือนของอสม. (เนื่องจาก อสม. ต้องมารับค่าป่วยการ 600 บาท ในวันประชุมประจำเดือน ทำให้ต้องมาทุกคน) ทำให้ทราบถึงสถานการณ์โรคไม่ติดต่อในหมู่บ้าน ได้ทราบว่าใครในหมู่บ้านเป็นผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อ ทำให้เกิดความตระหนักที่จะดูแลคนในชุมชนของตนเอง เพื่อจะได้แนะนำวิธีการดูแลตนเองและติดตามผู้ป่วยให้ไปพบแพทย์ตามนัด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการประเมินผลงานในทุกหมู่บ้าน เพื่อจะได้มีข้อมูลที่ครบถ้วนเพื่อนำไปวางแผนแก้ไขปัญหาได้ต่อไปในอนาคต และจากปัญหาและอุปสรรคในเรื่องของการประเมินผลยังพบว่า การประเมินผลไม่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน จึงไม่ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนในการวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาคำเนินงานในระยะต่อไปได้ ดังนั้น จึงควรมีการประเมินผลอย่างครอบคลุมโดยอสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีการแจ้งผลการประเมินในที่ประชุมหมู่บ้าน/อำเภอ เพื่อสร้างความตระหนักให้กับประชาชนในการดูแลตนเองร่วมด้วย กล่าวคือ การวางแผนและการประเมินผลมีประโยชน์อย่างยิ่ง เป็นสิ่งที่บอกให้เห็นถึงทิศทาง วัตถุประสงค์ในอนาคตขององค์กร เป็นสิ่งที่ชี้ถึงการบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการประเมินผลให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ขึ้นอยู่กับ การวางแผนที่ดีเป็นประการสำคัญ (ธงชัย สันติวงษ์, 2540: 2)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับระดับการศึกษา ของอสม.ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ดังนั้น การให้ความรู้กับ อสม. ควรใช้ภาษาที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ การอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ อสม. ได้มีการฝึกปฏิบัติจะสามารถทำให้ อสม. มีความเข้าใจมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนมากขึ้น (กรมส่งเสริมปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย, 2548: 5)

ระดับแรงจูงใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจอยู่ในระดับสูง อาจอธิบายได้ว่าในปัจจุบัน สิทธิประโยชน์ของอสม.มีมาก เช่น การให้สวัสดิการการรักษาพยาบาล การได้รับ ค่าป่วยการ เป็นต้น ทำให้ อสม.เกิดแรงจูงใจเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็น อสม. และเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นบทบาทของอสม.

จะเห็นได้ว่าการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็นสิ่งจำเป็นในการที่จะให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข โดยในปัจจุบันนอกจากจะมีสวัสดิการด้านต่าง ๆ ให้กับอสม. แล้ว ยังมีการให้ค่าป่วยการเดือนละ 600 บาท แก่ อสม. เพื่อส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องโดยกำหนดให้ อสม. เข้ารับการอบรมและปฏิบัติหน้าที่ในหมู่บ้านและชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่ง และเป็นการสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของอสม.

จากการเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ ที่แตกต่างกัน ไม่ส่งผลให้การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน อธิบายได้ว่า ทุกคนที่เข้ามาเป็น อสม. มีใจรักอยากจะช่วยเหลือประชาชน ได้ช่วยเหลือสังคม ได้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจากคำพูดของอสม. ที่ว่า **“อยากเห็นประชาชนในหมู่บ้านทุกคนมีสุขภาพดี ไม่อยากให้ใครเจ็บไข้”** และ **“สงสารหมอ เห็นหมอลำงานเหนื่อย อยากช่วยหมอ คนในบ้านในชุมชนจะได้มีสุขภาพดี”** ซึ่งการเข้ามาเป็น อสม. ไม่ได้มีการจำกัดเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และความรู้ จึงทำให้ปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้ ไม่ได้มีผลทำให้การมีส่วนร่วมของอสม.แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี อธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากขึ้น จะส่งผลให้การมีส่วนร่วมของ อสม. มากขึ้น เมื่อ อสม. เข้าร่วมกิจกรรมด้านสาธารณสุขมากขึ้นจะทำให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติจริงในชุมชนได้ ทำให้อยากเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติด้านสาธารณสุข ดังคำกล่าวของอสม.ท่านหนึ่งว่า **“พอหมอนัดประชุม หมอก็จะสอนวิธีการเกี่ยวกับสาธารณสุขหลายอย่าง เช่น วัดความดัน เจาะเลือดตรวจเบาหวาน การดูแลตนเอง พออบรมมาแล้วมีความรู้ก็เลยมั่นใจจะได้ไปบอกเพื่อนบ้านได้ ถ้าไม่รู้ก็ไม่กล้าไปบอกใครหรอก”** ดังนั้น การให้ความรู้ ความเข้าใจ การฝึกปฏิบัติบ่อย จะส่งผลให้การเข้าร่วมกิจกรรมของอสม.มากขึ้น กล่าวคือ การสนับสนุนบุคคลและกลุ่มบุคคล มักจะเริ่มปฏิบัติเมื่อเขารู้สึกว่าเขาได้รับการสนับสนุนที่ดี เพื่อให้กระทำการเช่นนั้น (Reeder, 1974: 39-53)

ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งจากการสัมภาษณ์ อสม. ท่านหนึ่งกล่าวว่า **“อยู่หมู่บ้านนี้มาตั้งแต่เกิด ก็รักที่นี่ อยากเห็นประชาชนในหมู่บ้านทุกคนมีสุขภาพดี ไม่อยากให้ใครเจ็บไข้”** แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นที่มากขึ้น จะส่งผลให้การมีส่วนร่วมของอสม.มีมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีของเบอร์นาร์ด (Bernard, 1958: 147-157 อ้างถึงใน จูริกรณ ใต้บ้านกวย, 2544: 20) ปัจจัยทางวัฒนธรรมของประชาชนที่มีความสัมพันธ์กับ การมีส่วนร่วม คือ ระยะเวลาที่อยู่ในท้องถิ่น เนื่องจากผู้ที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นมานานย่อมมีความรักและผูกพันกับพื้นที่ที่อยู่อาศัย อยากให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ถือเป็นแนวทางหนึ่งในการคัดเลือก อสม. ให้เข้ามาปฏิบัติงานของแต่ละท้องถิ่นด้วย

จากผลการศึกษา ทำให้ทราบถึงการมีส่วนร่วมของอสม.ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี คือ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ประกอบกับทำให้ทราบถึงระดับความรู้ของ อสม. ยังอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเริ่มวางแผน การดำเนินการและการประเมินผล เพื่อเพิ่มความรู้และพัฒนาศักยภาพในการทำงานของ อสม. ส่งผลให้เกิดความมั่นใจ และเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างจริงจัง และต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. เนื่องจากระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อยังอยู่ในระดับปานกลาง ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเริ่มวางแผน การดำเนินการและการประเมินผล เพื่อเพิ่มความรู้และพัฒนาศักยภาพในการทำงานของ อสม. ส่งผลให้เกิดความมั่นใจ และเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างจริงจัง และต่อเนื่อง และควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ หรืองานสาธารณสุขอื่น ๆ ในวันประชุมประจำเดือนของ อสม. หรือวันที่มารับค่าป่วยการ เพราะ อสม. ต้องมารับทุกคนและนำผลการปฏิบัติงานมาส่งที่สถานบริการ
2. ควรใช้รูปแบบการประชาสัมพันธ์และสื่อที่เหมาะสม เนื่องจากพื้นที่อำเภอสังขละบุรี มีประชากรที่หลากหลายทางวัฒนธรรม ภาษา การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ที่มีรูปแบบที่เหมาะสมในการให้ความรู้ อสม. และประชาชน ทำให้เข้าใจง่ายขึ้น ทำให้เกิดความรู้ และเพื่อสร้างแรงจูงใจกระตุ้นให้ประชาชนและ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

FACTORS AFFECTING THE PARTICIPATION IN PREVENTION AND CONTROL OF NON-COMMUNICABLE DISEASES OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN SANGKLABURI DISTRICT, KANCHANABURI PROVINCE

SUTHIDA HAWCHAROEN 4937497 PPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH ADMINISTRATION

THESIS ADVISORY COMMITTEE: PIYATHIDA TRIDECH, Dr.P.H.,
WONGDYAN PANDII, Dr.P.H.

EXTENDED SUMMARY

Rationale

Principles of primary health care is still strongly valid to be applied as major strategy for the solution of today public health problems. The key concept of primary health care is to increase the capability of the people in managing their own health including community health with the support and guidance from government personnel. There are 14 components in primary health care which are education, nutrition, supply of clean water and sanitation, local diseases control, expanded program of immunization, mother and child health and family planning, treatment of simple diseases, supply of essential drug, mental health, dental health, environmental health, consumers' protection, prevention and control of accident and non-communicable diseases and the last one; prevention and control of AIDS. Primary health care emphasizes that the individual and the public must be motivated to be aware of the importance of self-care and community participation, the work of the health volunteers must be given the full support. Primary health care has been employed as an important strategy in achieving the Goal of Health for All. Every individual, no matter at what age or occupation must be given equally the right, opportunity and participation in improving health of the individual and community.

They must also be provided the comprehensive and essential health services which include health promotion, diseases prevention ,curative care and rehabilitation so that their health will attain the level of achieving the valuable life both in economic and social aspects.

With the present situation, village health volunteers (VHV) should have more roles in health development program. They should be the health information mediator for community, providing basic health services, coordinating between government officials and people including with various people's organizations so that there exist social improvement and public participation. Community health management have to involve and coordinate with the development of many other sectors, coordinate with other health coordinators in promoting health, surveillance of high priority diseases. The services have to be progressive not defensive in order to create healthy behavioral change such as education and training of skill in daily healthy practice, eating right kind of food, rest, relaxation, movement, right kind of exercise, healthy behavior, reducing risk factors. The surveillance of diseases relating to ages and risks of each individual among general public and development of services both defensive and progressive to be responsive to the need of risk groups and patients are deemed necessary. The VHV should be leaders in campaigning for community health in various aspects. The participation of VHV can be summarized in three important aspects which are planning for problems solving and community development; implementing as core group leaders in community health, quality of life and social development; evaluating as core coordinator for the evaluation of community development programs initiated by community leaders and Tambol Administrative Organization. The evaluation would be useful for stimulating the planning and implementation for the future. (Department of Local Government Promotion, Ministry of Interior, 2540).

Kanchanaburi province has been implementing primary health care program since 2521 B.E. until now. The program has played important roles in promoting health and prevention of diseases and disseminating pubic health knowledge to the people including the planning to solve health problems of the village. Village health volunteers are important core coordinators to motivate and encourage community members to cooperate with each other in solving health

problems and improving health of the community. Sangklaburi is a district in Kanchanaburi bordering with Myanmar, the district is consisted of multi-racial population. There is always dynamic movement of migrating population which is one of the causal factors facilitating the quick dissemination of many communicable diseases and difficult to curb them down. Improving health of the people in this district requires the help from village health volunteers to act as key and important coordinators.

Thus the researcher became interested to carry out the study about the factors affecting the participation of village health volunteers in the prevention and control of non-communicable diseases in Sangklaburi district. The researcher would like to find out the level of participation, the factor affecting those participation and the obstacles hindering the operation of the program. The result of the study would be useful for concerned agencies as the input for planning of effective prevention and control of non-communicable diseases.

The Objectives of the Study

1. To measure the level of participation in preventing and controlling of non-communicable diseases of village health volunteers (VHV) in Sangklaburi district, Kanchaburi province.
2. To explain the personal factors, knowledge of non-communicable diseases and working motivation of village health volunteers (VHV) in Sangklaburi district, Kanchanaburi province.
3. To compare the participation in preventing and controlling of non-communicable diseases of village health volunteers (VHV) in Sangklaburi district, Kanchanaburi province, classified by personal factors, knowledge about non-communicable diseases and working motivation .
4. To study problems and obstacles in preventing and controlling of non-communicable diseases of village health volunteers (VHV) in Sangklaburi district, Kanchanaburi province.

Literature Review

Theories and concepts about participation

Most of the theories and concepts about participation are related to psychology and sociology because participation directly correlates with the person and society in which he lives.

Psychological theories help us understand human behavior which resulted from his perception, desire, motivation, memory and feeling. The study focuses upon each person as an individual with different psychological characteristics. Sociological theories help explain the behavior of people resulting from inter-action between each individual, the study focus upon each person as a member of different groups in the society.

Theory of action-analysis explains the reasons behind each individual's behavior. Fritz Heider (cited by Panida Wimanratna, 2543: 14) classified the reasons behind each individual's behavior into personal and environmental. These two reasons had no clear relationship of positive or negative, which meant that the person would act to respond to his desire more easily if the environment was in positive direction but it would be more difficult if the environment became the obstacle. The personal factors could be sub-divided into two which were the motivation and capability to create such behavior. These two factors were inter-dependent which meant that the individual would not behave such behavior if he did not have the motivation and lacked the capability to do it.

Parson's Social Action theory (1979) explained the action of a person which could be applied for social action in general. Parson explained that any person's action depended upon two factors

1. Each individual's personality
2. Social culture in which that individual belonged to. These social culture influenced thought or belief, interest and value of each individual.

Roger's Communication Theory (cited in Chuenjai Buchadham, 2542: 14) summarized the relationship between the adoption of innovation and communication process as follows.

Two major factors relating to communication process which affected adoption of innovation in the person were;

1. Personal factors which were age, social status, economic status which included income, size of land owned and land ownership including personal capability especially education level.

2. Communication channels, knowledge or communication process which consisted of the senders or source of information, communication channels and receivers.

Knowledge about the prevention and control of non-communicable diseases

To prevent and control non-communicable diseases, the measures have to be done both before and after the occurrence of diseases. The prevention is consisted of three levels of action as follows.

1. Primary Prevention. This measure must be done before the occurrence of diseases by reducing the causes of sickness so that health risk is minimized. There are two measures which are

1.1 Health Promotion

1.2 General Counseling

2. Secondary Prevention

This measure is taken when the diseases has already occurred in order to stop or slow down the progress of the diseases. The action is taken in the host before the symptom is recognized or once the symptom has been noticed. There will be the search for the non-symptom hosts and diagnosis of the sick to provide treatment and rehabilitation so that the disability has been minimized. The measures are as follows:

2.1 Screening of Diseases

2.2 Early Diagnosis of Symptomatic Cases and

Prompt Treatment.

3. Tertiary Prevention

This measure is consisted of the prevention of the recurrence of diseases, disability, inability to lead normal life and improve the quality of life by providing treatment to bring the sick back to normal life as soon as possible in order to reduce complication of the diseases.

Concepts about village health volunteer.**Role and function of village health volunteers.**

The village health volunteers are the leaders in improving health and quality of life of people in the village/community. They are the mediators for healthful behavioral change of the people, correct the wrong message and disseminate the correct information, suggest proper services, coordinate health activities, serving the people and be good example.

Fringe benefit for village health volunteer

1. Social welfare for village health volunteers

- Village health volunteers and their family members including their parents and the parents of their spouses are eligible to receive free medical care provided by the government health institution.

- Village health volunteers can request for free medical care from government health institution upon producing their VHV identity card. In case of emergency such request can be applied nationwide.

2. Financial subsidy for activities and training

- Every VHV who carries out their service activities regularly will be provided financial subsidy for their continuing training.

- The village primary health care centers are provided some financial support for the activities.

- Study tour and continuing training for VHV receive some financial support from the government.

3. The government support the recruitment and development of VHV in all level.

4. Annual Competition for outstanding VHV

- Rewarding and public announcement of outstanding VHV.

- The successful stories of outstanding VHV are publicly informed through mass media, pamphlets or in the seminars.

5. The special uniform for community work of VHV are supported by government.

6. The subsidized payment of 600.00 baht per month is provided for all active VHV. (Department of Health Services Support, 2552: 4-5).

Concepts about motivation

There are two types of motivation; intrinsic and extrinsic.

1. Intrinsic Motivation. This motivation is self-initiated by each individual; he or she may wish to learn or seek for something by themselves. There are not any externalities involved e.g. He or she has strong ambition to do the work without any external force.

2. Extrinsic Motivation. This motivation needs external stimulation to create drive within the individual. The individual is motivated to realize the goal to be achieved and lead to behavioral change. Most of the stimulation comes from social environment, competition, success and admiration from outside.

2. Maslow' Hierarchy of Needs Theory

Abraham Maslow (1987) suggested the theory that a person naturally has unlimited need and he will behave to respond to such need. When such need has been responded that need became less important, that individual will continually feel the other need in higher sequence, as follows:

Stage 1 Physiological Needs

This is the basic need for bodily survival such as food, clothing, medicine and shelter; these needs will be responded by physical factors such as salary and working environment.

Stage 2 Safety Needs

Every person has the need for the safety of his own life and his family member. He requires safe physical and psychological environment. He needs to have enough income for the survival; the need may be responded by increasing salary, provision of health and social security.

Stage 3 Social Needs

Every individual needs to be accepted and loved from the society in which he lives; this can be responded from working companions or people in various groups of society

Stage 4 Esteem Needs

Every person has the need for being accepted and appreciated by others that he has the capability and value. The response to the need may be the career promotion, admiration or special reward.

Stage 5 Self-actualization Needs

This need is the highest need for every one. One wants to achieve the highest need by mobilizing his full knowledge, skill and capability so that his career will be as highly advanced as he can.

3. Herzbert's two factors theory

Herzberg (1959) proposed that there were two factors relating to people's motivation.

1. Motivation Factor, means the factor which stimulate people to do the work, increase efficiency and productivity, have more satisfaction and positive attitude toward the work. This factor is equivalent to the needs in stage 4th and 5th of Maslow's (Esteem and Self-actualization Need).

2. Hygienic Factor, this factor is not motivating factor in itself but it is the factor which prevents dis-satisfaction among the workers (physiological, safety etc.)

Research Methodology

This study was descriptive research about 152 village health volunteers in Sangklaburi district, Kanchanaburi province. The tool for collecting information was the questionnaires. There were 5 parts in the questionnaires – Part 1; personal factor; Part 2; test of knowledge about non-communicable diseases; Part 3; motivation in working as VHV; Part4; participation in prevention and control of non-communicable

diseases; Part 5; problems and obstacles in performing activities and suggestions by VHV.

The reliability of the test for knowledge of non-communicable diseases had been analyzed, using Kuder Richardson Formula (KR-20); the validity was 0.75. The reliability of the tools measuring working motivation and participation in the prevention and control of non-communicable diseases had been analyzed using Cronbach & Coefficient, the validity were 0.7572 and 0.9116 consecutively. The collected data were analyzed by SPSS program using descriptive and analytical statistics. The statistics measured were percentages, mean, standard deviation, independent t-test, one way ANOVA. The relationship analysis was tested by correlation coefficient (r).

Research Result

The study found that most of VHV in Sangklaburi district were female, 31-40 years of age, had primary education, earned their living by agriculture, serving as VHV less than 5 years and lived in the community more than 20 years. Main reasons to volunteer as VHV were; fond of helping people, wishing to see the people having good health. Their knowledge about non-communicable diseases was medium, motivation to work for the prevention and control of non-communicable diseases was high, the participation in prevention and control of non-communicable diseases was medium.

The VHV with difference in sex, age, education, occupation and knowledge of non-communicable diseases were not different in the participation in prevention and control of non-communicable diseases.

However, VHV who were different in duration of being VHV, length of stay in the community and working motivation were different in the participation in prevention and control of non-communicable diseases.

The study had found positive relationship between; duration of being VHV; length of stay of in the community; working motivation and the participation in the prevention and control of non-communicable diseases of the VHV in Sangklaburi

district, Kanchanaburi province. In other word it could be said that the volunteers who had longer duration of being VHV, longer length of stay in the community and higher working motivation had participated more in the prevention and control of non-communicable diseases.

Discussion

The study found the participation of most of VHV in prevention and control of non-communicable diseases in 3 aspects; planning, implementing and evaluation in medium level. The explanation for this finding was; VHV had participated more in implementing than in planning and evaluation; this was relevant with the interview with VHV that many of them did not understand the terms of planning and evaluation. As one VHV said, “I do not know how to plan for the prevention and control of the diseases thus I want to come to have the meeting with the doctors. I want to suggest some idea but I am afraid they would not listen to me. So I let the doctor lead, I will follow”. Many of them wanted to have some knowledge about planning so that they could help the officials, as one of them said “I want to learn something about planning so that I could lend my hand to the doctors”.

Many VHV did not understand the meaning and the usefulness of evaluation as one of the VHV said in the interview. “I do not know what is evaluation, I do not know how to do it.” The researcher suggested that there should be some training about planning technics for VHV and core members of the community so that they have some knowledge and skill in planning for effectiveness, participative thinking, objective setting and planning. Public health officials, whose roles are supervisors to VHV should help update the situation of non-communicable diseases in the community to VHV at the monthly meeting of VHV (all VHV have to come on this day to receive the monthly subsidy payment of 600 baht) so that VHV be informed about the current situation and the sick persons in the community. This will help create awareness among VHV to take care of their community members, teaching self-care know-how and remind the patients to have medical check- up.

Public health officials should have comprehensive evaluation of health situation in every village so that they will understand the constraints and plan for more effectiveness. VHV should be encouraged to participate with the officials in evaluation work also. The result of the evaluation should be announced in village/district meeting so that the public are aware of their own health and the scheme of caring. Planning and evaluation are extremely useful for the organization to set the right direction, formulate organization objectives and appropriate strategies to achieve the goal. The success of the organization depends upon good planning (Thongchai Santiwongsa, 2540: 21).

The study found the knowledge of VHV about non-communicable diseases in the medium level; this could be understandable because most of VHV had primary school education. Thus the training for VHV should use simple language integrated with the real practice so that they could have more insight understanding which would lead to higher participation with the community program. (Department of Local Government Support, Ministry of Interior, 2548: 5).

The study found that VHV in Sangklaburi district had working motivation in high level. It might be explained that the fringe benefit for VHV was quite sufficient e.g. full benefit for medical care for VHV and family members including their parents and the spouses' parents and monthly subsidy of 600 baht.

Building up working motivation is essential to attract VHV to participate in implementing public health activities. Besides the above mentioned fringe benefit there is also the continuing training program for VHV which is very important strategy to promote working morale and motivation

Comparative analysis between personal factors such as sex, age, education, occupation and knowledge about non-communicable diseases found no connection with the participation in prevention and control of non-communicable diseases. It might be explained that almost every VHV who volunteered to work with public health program had their hearts for the work to help their fellows, their society and assist the work of public health officials as one of them said during the interview. "I love to see the people in every village healthy, I do not like to see them get sick" and the other said, "I have sympathy for the doctors, they work very hard. I want to help them so that all people in the home and in the community are well. "Since the recruitment for VHV did not have any discrimination of sex, age educating,

occupation and knowledge thus these personal factors did not have any effect upon the participation to work of VHV.

The study had found positive relationship between duration of being VHV, length of stay in the community, working motivation and the participation to work of VHV. This might be explained that the longer the VHV had been working the more they participate in the work with the official; because when they had participated they gained more knowledge and understanding which they could apply for real practice in their own community thus their eagerness to participate had increased. As one VHV said during the interview, “When the doctors called us for the meeting, they would teach us many technics about public health such a measuring blood pressure, blood sample taking for diabetes check up, self-care etc. The training gave us knowledge and enough confidence to teach my neighbor. If I do not understand, I would not dare to teach my neighbors”. Thus continuously provide knowledge, understanding and practical training could positively affect the participation of VHV as Reeder (1974: 39-53) cited that the support to people and their group should start early, if they felt the good support they would continue their work well. (Reeder, 1974: 39-53).

The study found positive relationship between length of stay in the community of VHV and their participation. As one VHV said, “I have been living here since I was born, I love my home village. I wish everyone in the village healthy, no body should get sick”. Thus it signified that the longer VHV stayed in the community the more they participate with volunteer activities. As Bernard stated (Bernard, 1958: 147-157) cited in Jureeporn Taibankuay, 2544: 20) “Cultural factors which related to participation was the length of stay in the community. People who had been living in the community for many years often had love and spiritual bounding with their home village; wishing their fellows having quality of life.” Length of stay in the community was one of the criteria to be considered in recruiting VHV.

The research finding had provided us the information that the overall participation of VHV in Sangklaburi district was in medium level; duration of serving as VHV, length of stay in the community and working motivation affected the participation of VHV and knowledge of VHV about non-communicable disease was in medium level. Thus training is very necessary, the training should include the topics of planning and the importance of planning, implementing and evaluation. The training

may improve knowledge and potentialities of VHV, create more confidence within them and motivate them to participate in prevention and control of non-communicable diseases consistently and continually.

Recommendation

1. There should be operational training for VHV about non-communicable diseases, how to prevent and control the occurrence of diseases; planning, implementing and evaluation of diseases control.
2. The implementation about non-communicable diseases and public health knowledge should be provided periodically to VHV in the monthly meeting of VHV, because all VHV must come to health centers for meeting, pick up their monthly financial subsidy and bring their monthly reports to the official.
3. The public relation system and mass media should be modified to be appropriate with the community because the population in Sangklaburi are diversely mixed of various ethnic, culture and language. The use of appropriate media would facilitate public and VHV education so that they have more knowledge about non-communicable diseases and participate more in the prevention and control program.

บรรณานุกรม

- กนกทอง สุวรรณบุคย์. (2545). อิทธิพลของค่านิยมทางจริยธรรม สิ่งจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จังหวัดระยอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. (2548). มาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงมหาดไทย.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2552). ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). (เอกสารอัดสำเนา).
- เกรียงศักดิ์ เขียวยิ่ง. (2543). การบริหารทรัพยากรมนุษย์. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านานาวิทยา.
- จूरिภรณ์ ไถ่บ้านก้วย. (2544). ความรู้และการมีส่วนร่วมในการแก้ไขมลพิษทางน้ำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดนครปฐม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. (2527). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์โสภการพิมพ์.
- ชินรัตน์ สมสืบ. (2539). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ชื่นใจ บุชาธรรม. (2542). การมีส่วนร่วมอนุรักษ์สภาพแวดล้อมของผู้ประกอบการธุรกิจท่องเที่ยวบริเวณชายหาดบางแสน จังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงเดือน มูลประดับ. (2541). แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของวัยรุ่นตอนต้น. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ตะวัน สำราญใจ. (2537). ความรู้ ความคิดเห็น และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมข.) ของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์. [ภาคินิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ธารกมล อนุสิทธิ์สุกการ. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับความเครียดในบทบาทหัวหน้าผู้ป่วย.** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล] บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นรินทร์ สังข์รักษา. (2547). **ถอดรหัสการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนชนบทไทย.** [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาดุสิตบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษาศาสตร์] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2527). **การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาวิถี แนวทางวิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนาชุมชน.** กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์โสภณาการพิมพ์.
- บัลลังก์ วิเศษศรี. (2543). **ศักยภาพการเพิ่มพื้นที่สีเขียวโดยประชาชนมีส่วนร่วมในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่.** [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปณีย์ เปสลาพันธ์. (2544). **การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารระดับสถานีตำรวจตามโครงการพัฒนาสถานีตำรวจเพื่อประชาชน (โรงพักเพื่อประชาชน) ในจังหวัดสระบุรี.** [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (รัฐศาสตร์) สาขาวิชารัฐศาสตร์และรัฐศาสนศาสตร์] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ปวิวรรณ แสงพิทักษ์. (2545). **การมีส่วนร่วมในโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครปฐม.** [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา] บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันราชภัฏนครปฐม.
- พนมกร สุวรรณรัตติ. (2541). **การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครป้องกันภัยพลเรือนในการป้องกันอาชญากรรมในเขตจังหวัดนครปฐม.** [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชญาวิทยาและงานยุติธรรม] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนิดา วิมานรัตน์. (2541). **การมีส่วนร่วมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม กรณีศึกษา บึงบอระเพ็ด จังหวัดนครสวรรค์.** [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อม] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พอชม จวีวัฒน์. (2543). การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อโครงการ “ประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พระชนมายุ 72 พรรษา” กรณีศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. (2526). หลักการพัฒนาชุมชนและหลักการพัฒนาชนบท. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไทยอนุเคราะห์.
- รัชณี เข้มกันชู. (2543). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสมช.) อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. [ภาคนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาด หนูมา. (2540). การศึกษาปัจจัยและกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงเรียนประถมศึกษาที่มีประสิทธิผลต่อคุณภาพทางการศึกษา: ศึกษาเปรียบเทียบเฉพาะกรณีโรงเรียนดีเด่นรางวัลพระราชทานในจังหวัดชัยนาทและอุทัยธานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญา กศ.ม. (การบริหารการศึกษา)] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. (2541). พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธีระฟิล์มและไซเท็กซ์ จำกัด.
- ศิววงศ์ เหมือนละม้าย. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม. โรงพยาบาลบางเลน อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม.
- สกาวรัตน์ ดับเลิศลบ. (2537). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตปริมณฑล จังหวัดนนทบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต] คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถิตย์ คล้ายคลึง. (2543). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี. [ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมยศ นาวิการ. (2538). การบริหาร. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ดอกหญ้า.
- สาริมน ศิริสมบูรณ์เวช. (2542). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สีเสด เขมะบาล. (2542). **ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน ศูนย์สุขภาพชุมชน (ตสมช.) อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี.** [ภาคนิพนธ์สาขารณสุขศาสตร์ บัณฑิต สาขาสาขารณสุขศาสตร์] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย. (2542). **สุขภาพเพื่อชีวิต.** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุภาณี รุ่งเรืองศรี. (2535). **การมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ข่าวสารประชากรศึกษาของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของจังหวัด ชัยนาท ในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข.** [วิทยานิพนธ์ปริญญา ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2550). **รายงานประจำปี 2550.** (เอกสารอัดสำเนา).
- อกิน รพีพัฒน์. (2527). **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย.**
นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Best, J. W. (1997). **Research in Education.** (3rd ed). New Jersey: Prentice-Hall.
- Cohen, John M. and Uphoff Noament. (1980). **“Participation is place in Rural Development Seeking Clarity through Specificity”:** World Development.
- Herzberh, F., Muasner, Band Synderman. (1959). **The Motivation to Work.** (2nd ed). New York: Wiley.
- Kaufman, H. F. (1949). **“Participation in Organization Activities in Selected Kentucky Localities Localities”:** Agriculture Experiment Station Bulletin.
- Maslow, A. H. (1987). **Motivation and Personality.** (3rd ed). New York. Harper and Row.
- Reeder W.W. (1974). **Some Aspects of the Information Social Participation of Farm Families in New York State.** New York: Doctoral dissertation Ph.D., Cornell University.



ภาคผนวก ข
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



COA. No. MU-IRB 2010/026.1901

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board

Title of Project. Factor Affecting the Participation and Control of Non Communicable Disease for Health Volunteers in Sangkhlaburi District Kanchanaburi Province
(Thesis for Master Degree)

Principle Investigator. Miss Suthida Hawcharoen

Name of Institution. Faculty of Public Health

Approval includes. Annual Report version received date 18 January 2010

Mahidol University Institutional Review Board is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Renewal (1st). 19 January 2010

Date of Expiration. 18 January 2011

Signature of Chairman. 
(Professor Shusee Visalyaputra)

Signature of Head of the Institute. 
(Associate Professor Sansanee Chaiyaraj)
Vice President for Research and Academic Affairs

Office of the President, Mahidol University, 999 Phuttamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon District, Nakhon Pathom 73170. Tel. (662) 8496223-5 Fax. (662) 8496223

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1	คำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 2	ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	จำนวน 17 ข้อ
ส่วนที่ 3	แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 4	การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	จำนวน 18 ข้อ
ส่วนที่ 5	ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อ	จำนวน 3 ข้อ

กรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ เพราะคำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนางานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรีต่อไป คำตอบของท่านผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและจะไม่มีผลกระทบต่อกรปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความและเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนดไว้

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุปี.....เดือน
3. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
 - () ประถมศึกษา
 - () มัธยมศึกษา
 - () อนุปริญญา/เทียบเท่า
 - () ปริญญาตรีขึ้นไป
 - () อื่น ๆ ระบุ.....
4. อาชีพหลักของท่าน
 - () เกษตรกรรม
 - () ค้าขาย
 - () รับจ้าง
 - () รับราชการ
 - () อื่น ๆ ระบุ.....
5. ระยะเวลาปฏิบัติงานในหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 - () ต่ำกว่า 5 ปี
 - () 6 – 10 ปี
 - () 11 – 20 ปี
 - () มากกว่า 20 ปีขึ้นไป
6. ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่น
 - () 1 – 10 ปี
 - () 11 – 20 ปี
 - () ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
7. เหตุผลหลักที่ท่านเป็น อสม.

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ จำนวน 17 ข้อ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในข้อที่ถูกต้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ	ถูก	ผิด
1. โรคมาลาเรีย ไข้เลือดออก และวัณโรคถือเป็นโรคไม่ติดต่อชนิดหนึ่ง		
2. ความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอส่งผลให้เกิดโรคเบาหวาน		
3. ผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140/90 มม.ปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
4. ภาวะความดันโลหิตสูง ส่งผลให้เกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้		
5. วิธีที่รักษาโรคความดันโลหิตสูง ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพียงแต่หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มจัดเพียงอย่างเดียวก็ได้		
6. อาการเจ็บหน้าอก เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือด ส่งผลให้หัวใจได้รับเลือดไม่เพียงพอ		
7. โรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด		
8. โรคหัวใจขาดเลือด บางครั้งมีอาการเหมือนอาการอาหารไม่ย่อย		
9. โรคหลอดเลือดสมองสามารถจำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ โรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ และโรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก		
10. อุบัติเหตุจากรถทางบก ถือเป็นโรคไม่ติดต่อชนิดหนึ่ง		
11. โรคหลอดเลือดสมอง คือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต		
12. การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นวิธีหนึ่งในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อได้		
13. เป็นแผลแล้วหายช้าเป็นอาการหนึ่งของโรคความดันโลหิตสูง		
14. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ คือการออกกำลังกายครั้งละประมาณ 15-20 นาที 3-6 ครั้ง/สัปดาห์		
15. โรคความดันโลหิตสูง สามารถหายได้เองโดยไม่ต้องเข้ารับการรักษา		
16. ผู้ที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดควรระวังอย่าให้ท้องผูก เพราะจะทำให้กระตุ้นอาการโรคหัวใจกำเริบ		
17. โรคไม่ติดต่อ เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่สูบบุหรี่ ผ่อนคลายความเครียด ฯลฯ		

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำนวน 15 ข้อ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านโดยเลือกคำตอบ เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านทุ่มเทและมีความพยายามที่จะทำงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จ			
2. ท่านสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี			
3. ท่านรู้สึกภูมิใจกับความสำเร็จในการปฏิบัติงานของท่าน			
4. ท่านได้รับคำยกย่องชมเชยเมื่อทำงานได้สำเร็จตามเป้าหมาย			
5. งานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเป็นงานที่ทำทนายความสามารถของท่าน			
6. งานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเป็นงานที่ส่งเสริมให้ท่านมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์			
7. งานที่ท่านรับผิดชอบเป็นงานที่เพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ให้สูงขึ้น			
8. ท่านได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับนโยบายและแนวทางใหม่ ๆ ในการปฏิบัติงาน			
9. ท่านได้ใช้ความรู้ความสามารถในการทำงานให้เป็นไปตามนโยบาย			
10. ท่านมีความสุขที่ได้ปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
11. ท่านอยากให้ประชาชนในชุมชนของท่านมีสุขภาพดี			
12. สิ่งแวดล้อมในชุมชนของท่านเอื้อในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี			
13. ท่านรู้สึกว่ามีสิทธิในการรักษาพยาบาลของท่านทำให้ท่านได้รับความสะดวกสบายในการเข้ารับการรักษาพยาบาล			
14. ท่านรู้สึกอยากทำงานเป็น อสม. เนื่องจากมีชีวิตประสบความสำเร็จและมีฐานะมั่นคงแล้ว			
15. คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยแก้ไขปัญหาคืออย่างมีประสิทธิภาพ			

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำนวน 18 ข้อ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง ท่านได้มีส่วนร่วมทำกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อต่อไปนี้เพียงใด โดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ด้านการวางแผน			
1. ท่านเข้าร่วมการจัดการประชุม ปรึกษาหารือ เพื่อดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในหมู่บ้าน			
2. ท่านเข้าร่วมการเสนอแนะความคิดเห็นในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในหมู่บ้าน			
3. ท่านเข้าร่วมในการวางแผนในการกำหนดวิธีการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ			
4. ท่านเข้าร่วมในการพิจารณาปรับปรุงกำหนดการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ			
5. ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์มาตรการในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ			
6. ท่านเข้าร่วมในการวิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ			
2. ด้านร่วมดำเนินการ			
1. ท่านร่วมปฏิบัติกรให้บรรลุวัตถุประสงค์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ			
2. ท่านเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ			
3. ท่านมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมรณรงค์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ			
4. ท่านมีส่วนร่วมในการแจกสื่อประชาสัมพันธ์ให้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในหมู่บ้าน			
5. ท่านให้คำแนะนำการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อแก่ประชาชนในหมู่บ้าน			

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
6. ท่านได้มีการติดตามผู้ป่วยไม่ติดต่อในหมู่บ้าน			
7. ท่านเข้าประชุมและการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ			
3. ด้านการร่วมประเมินผล			
1. ท่านมีการติดตามผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อในหมู่บ้านเป็นประจำทุกปี			
2. ท่านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการวิเคราะห์สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ ในหมู่บ้าน			
3. ท่านเข้าร่วมในการกำกับดูแลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อกับสถานบริการสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ			
4. ท่านเข้าร่วมพิจารณาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ			
5. ท่านเข้าร่วมประเมินผลสำเร็จของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในหมู่บ้าน			

**ส่วนที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี**

1. ด้านการวางแผน

ปัญหาและอุปสรรค

.....
.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....
.....

2. ด้านการดำเนินงาน

ปัญหาและอุปสรรค

.....
.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....
.....

3. ด้านการประเมินผล

.....
.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....
.....

ตารางภาคผนวกที่ 1 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ	ถูก	ผิด
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
1. โรคมะเร็งเรื้อรัง ใช้เลือดออก และวัณโรคถือเป็นโรคไม่ติดต่อชนิดหนึ่ง	134 88.2%	18 11.8%
2. ความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอส่งผลให้เกิดโรคเบาหวาน	119 78.3%	33 21.7%
3. ผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140/90 มม.ปรอท ถือเป็นโรคความดันโลหิตสูง	135 88.8%	17 11.2%
4. ภาวะความดันโลหิตสูง ส่งผลให้เกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้	138 90.8%	106 69.7%
5. วิธีที่รักษาโรคความดันโลหิตสูง ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพียงแต่หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มจัดเพียงอย่างเดียวก็ได้	106 69.7%	46 30.3%
6. อาการเจ็บหน้าอก เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือด ส่งผลให้หัวใจได้รับเลือดไม่เพียงพอ	123 80.9%	29 19.1%
7. โรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	121 79.6%	31 20.4%
8. โรคหัวใจขาดเลือด บางครั้งมีอาการเหมือนอาการอาหารไม่ย่อย	88 57.9%	64 42.1%
9. โรคหลอดเลือดสมองสามารถจำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ โรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ และโรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก	143 94.1%	9 5.9%
10. อุบัติเหตุจากจรรยาทางบก ถือเป็นโรคไม่ติดต่อชนิดหนึ่ง	125 82.2%	27 17.8%
11. โรคหลอดเลือดสมอง คือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต	136 89.5%	16 10.5%
12. การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นวิธีหนึ่งในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อได้	119 78.3%	33 21.7%

ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ	ถูก	ผิด
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
13. เป็นแผลแล้วหายช้าเป็นอาการหนึ่งของโรคความดันโลหิตสูง	129 84.9%	23 15.1%
14. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ คือ การออกกำลังกายครั้งละประมาณ 15-20 นาที 3-6 ครั้ง/สัปดาห์	123 80.9%	29 19.1%
15. โรคความดันโลหิตสูง สามารถหายได้เองโดยไม่ต้องเข้ารับการรักษา	132 86.8%	20 13.2%
16. ผู้ที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดควรระวังอย่าให้ท้องผูก เพราะจะทำให้กระตุ้นอาการโรคหัวใจกำเริบ	102 67.1%	50 32.9%
17. โรคไม่ติดต่อ เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่สูบบุหรี่ ผ่อนคลายความเครียด ฯลฯ	140 92.1%	12 7.9%

ตารางภาคผนวกที่ 2 จำนวนและร้อยละของแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
1. ท่านทุ่มเทและมีความพยายามที่จะทำงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จ	94 61.8%	39 25.7%	19 12.5%
2. ท่านสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี	48 31.6%	97 63.8%	7 4.6%
3. ท่านรู้สึกภูมิใจกับความสำเร็จในการปฏิบัติงานของท่าน	93 61.2%	54 35.5%	5 3.3%
4. ท่านได้รับคำยกย่องชมเชยเมื่อทำงานได้สำเร็จตามเป้าหมาย	52 34.2%	86 56.6%	14 9.2%
5. งานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเป็นงานที่ทำทลายความสามารถของท่าน	60 39.5%	77 50.7%	15 9.9%
6. งานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเป็นงานที่ส่งเสริมให้ท่านมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์	71 46.7%	71 46.7%	10 6.6%
7. งานที่ท่านรับผิดชอบเป็นงานที่เพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ให้สูงขึ้น	116 76.3%	32 21.1%	4 2.6%
8. ท่านได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับนโยบายและแนวทางใหม่ ๆ ในการปฏิบัติงาน	73 48.0%	72 47.4%	7 4.6%
9. ท่านได้ใช้ความรู้ความสามารถในการทำงานให้เป็นไปตามนโยบาย	77 50.7%	64 42.1%	11 7.2%
10. ท่านมีความสุขที่ได้ปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	122 80.3%	27 17.8%	3 2.0%
11. ท่านอยากให้ประชาชนในชุมชนของท่านมีสุขภาพดี	135 88.8%	16 10.5%	1 0.7%

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
12. สิ่งแวดล้อมในชุมชนของท่านเอื้อในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี	69 45.4%	74 48.7%	9 5.9%
13. ท่านรู้สึกว่าคุณสมบัติในการรักษาพยาบาลของท่านทำให้ท่านได้รับความสะดวกสบายในการเข้ารับการรักษาพยาบาล	77 50.7%	62 40.8%	13 8.6%
14. ท่านรู้สึกอยากทำงานเป็น อสม. เนื่องจากมีชีวิตประสบความสำเร็จและมีฐานะมั่นคงแล้ว	45 29.6%	85 55.9%	22 14.5%
15. คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ	101 66.4%	44 28.9%	7 4.6%

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวสุธิดา ห้าวเจริญ
วันเดือนปีเกิด	8 เมษายน 2523
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข
ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสังขละบุรี อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี