

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

อรนงค์ คงเรือง

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

นางอรนงค์ คงเรือง

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ปิยธิดา ศรีเดช,
บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ส.ค.
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

นายชาญวิทย์ ศรีเดช,
Ph.D.(Chemical Engineering)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุคนธา ศิริ,
Ph.D.(Tropical Medicine)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์พัชรี เลิศฤทธิ,
พ.บ., Ph.D.(Biochemistry)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์สุรชาติ ณ หนองคาย,
Psy.D.(Management)
รักษาการประธานอนุคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
วิชาเอกการบริหารสาธารณสุข (ภาคพิเศษ)
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

วันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2558

นางอรนงค์ คงเรือง

ผู้วิจัย

นายชาญวิทย์ ตรีเดช,
Ph.D.(Chemical Engineering)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

นางสาวสุจิตรา นิลเลิศ,
ปช.ด.(ประชากรศาสตร์)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุคนธา ศิริ,
Ph.D.(Tropical Medicine)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์ปิยธิดา ตรีเดช,
บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ส.ด.
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์พัชรี เลิศฤทธิ,
พ.บ., Ph.D.(Biochemistry)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ประยูร ฟองสถิตย์กุล,
ปร.ด.(วิศวกรรมสิ่งแวดล้อม)
คณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ โดยได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งในการให้ความช่วยเหลือ การแนะนำ จากรองศาสตราจารย์ ดร.ปิยธิดา ตรีเดช อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุคนธา ศิริ ดร.ชาญวิทย์ ตรีเดช อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม ดร.สุจิตรา นิลเลิศ ประธานกรรมการ สอบสารนิพนธ์ และท่านคณาจารย์ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุขทุกท่าน ที่ได้สั่งสอนวิชาความรู้ วิธีการคิด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการทำสารนิพนธ์ รวมทั้งบุคลากรเจ้าหน้าที่ ธุรการ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล ทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ในการทำสารนิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณแพทย์หญิงนันทพร เหมสวัสดิชัย นายแพทย์เชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ นางอรรพรรณ บำรุง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้า งานด้านโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ นางตรีอมร วิสุทธีศิริ นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยและให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์อย่างมาก ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานในฝ่ายกลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 1 กรุงเทพฯ และเพื่อนร่วมรุ่น หลักสูตร วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกการบริหารสาธารณสุข (ภาคพิเศษ) รหัส 2555 ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัด พระนครศรีอยุธยา ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถามการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ครอบครัว และญาติพี่น้อง ที่ให้การสนับสนุน เป็น กำลังใจให้กับผู้วิจัยเสมอมา สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณความดีอันพึงเกิดจากสารนิพนธ์ฉบับนี้ แด่ บิดา มารดา คณาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้ ขอให้ทุกท่าน ประสบความสุข ความเจริญยิ่งขึ้นไป

อรนงค์ คงเรือง

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

PARTICIPATION IN THE PREVENTION AND CONTROL OF NON-COMMUNICABLE DISEASES FOR HEALTH VOLUNTEERS IN BANG PA-IN DISTRICT, PHRA NAKHON SI AYUTTHAYA PROVINCE

อรนงค์ คงเรือง 5537549 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ปิยธิดา ศรีเดช, ศ.ด, สุคนธา ศิริ, Ph.D.(TROPICAL MEDICINE), ชานูวิทย์ ศรีเดช, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอบางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. อำเภอบางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา จำนวน 376 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 15 พฤษภาคม ถึง 15 กรกฎาคม 2557 ได้แบบสอบถามคืน 376 ฉบับ (ร้อยละ 100) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t - test, One - Way ANOVA และค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ (r)

ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม.ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 64.6) เมื่อพิจารณาระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการร่วมวางแผน ด้านการร่วมดำเนินการ ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ ด้านการร่วมประเมินผล พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากทั้ง 4 ด้าน ขณะที่ความรู้ส่วนใหญ่ระดับสูง (ร้อยละ 72.6) และระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ระดับมาก (ร้อยละ 60.9) เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า อสม.ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไม่แตกต่างกัน แต่ อสม.ที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ความรู้ ระยะเวลาปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) ส่วนระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่น ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอสม. ข้อเสนอแนะในการวิจัย การสร้างการมีส่วนร่วมในด้านการวางแผน การดำเนินงาน การร่วมรับผลประโยชน์ และการประเมินผลนั้น สามารถทำได้หลายรูปแบบ อาจจะต้องการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างอำเภอ หรือระดับจังหวัด เลือกลงพื้นที่ การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจได้ง่ายและให้ความสำคัญในการวางแผน ในการจัดอบรม ประชุม ควรจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการในการให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ อสม.เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานได้มากขึ้น การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นั้น ควรมีอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม / การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง / อสม.

PARTICIPATION IN THE PREVENTION AND CONTROL OF NON-COMMUNICABLE DISEASES FOR HEALTH VOLUNTEERS IN BANG PA-IN DISTRICT, PHRA NAKHON SI AYUTTHAYA PROVINCE

ORANONG KONGRUANG 5537549 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PIYATHIDA TRIDECH, Dr.P.H., SUKHONTHA SIRI, Ph.D.(TROPICAL MEDICINE), CHARNWIT TRIDECH, Ph.D. (CHEMICAL ENGINEERING)

ABSTRACT

This study was descriptive research with the objective of studying participation in the prevention and control of chronic non-communicable diseases of village health volunteers in Bang Pa-in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. The studied sample were 376 village health volunteers working in Bang Pa-in District. The research tool was a questionnaire. The data was collected from 15th May – 15 July, 2014 B.E. There were 376 sets of returned questionnaires (100%). The statistical methods used for data analysis were percentage, mean, standard deviation, t-test, one-way ANOVA and correlation coefficient (r).

The study showed that the overall participation in the prevention and control of chronic non-communicable diseases of the village health volunteers was at a high level (64.6%); analysis per aspect of participation showed that planning, implementing, benefiting and evaluating were mostly at a high level. The knowledge was mostly high (72.6%), and working motivation was mostly high (60.9%).

Comparative analysis of personal characteristics and correlation analysis between knowledge about prevention and control of chronic non-communicable diseases and motivation in working for prevention and control of chronic non-communicable diseases with participation in prevention and control of non-communicable diseases showed that village health volunteers with differences in sex, age, education, and occupation were not different in their participation in the prevention and control of chronic non-communicable diseases. However, duration of working as a village health volunteer and knowledge had positive relationships with participation with statistical significance ($p < 0.001$). Duration of living in the community did not have any relationship with participation. The research recommendations are that there should be the promotion of participation of village health volunteers in planning, implementing, benefiting, and evaluating participation. The creation of such participation could be by many means: exchange of knowledge and experience of village health volunteers between districts or provinces, communication with village health volunteers with simple means and simple language which are easily understood. Planning should be given the top priority. For the meeting or training for village health volunteers, the focus should be on strengthening of the knowledge and increasing potentiality of the volunteers so that they would have more confidence with their work. There should be continuity of the building up of working motivation for village health volunteers in participating with the prevention and control of chronic non-communicable diseases.

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

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญแผนภูมิ.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามในการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์ในการวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตในการวิจัย.....	5
1.5 สมมติฐานการวิจัย.....	5
1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	6
1.7 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	7
1.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	9
2.2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	16
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข.....	21
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจ.....	28
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	31
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	37
3.1 รูปแบบของการวิจัย.....	37
3.2 ประชากรกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย.....	37
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	39
3.4 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	43

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.5 การดำเนินการด้านจริยธรรม.....	43
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	44
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	45
ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	45
ส่วนที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	49
ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	49
ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	52
ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	57
ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง.....	60
ส่วนที่ 7 ผลการสัมฤทธิ์เชิงลึก.....	62
บทที่ 5 การอภิปรายผล.....	64
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	69
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย.....	74
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ.....	88
บรรณานุกรม.....	103
ภาคผนวก.....	108
ประวัติผู้วิจัย.....	119

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตำบลในเขตพื้นที่อำเภอบางปะอิน.....	39
4.1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	46
4.2 จำนวนและร้อยละของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามระดับความรู้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	49
4.3 จำนวนและร้อยละของ อสม.อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามระดับแรงงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	49
4.4 จำนวนและร้อยละของ ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ตอบถูกต้อง ของ อสม.อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.....	50
4.5 จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอสม.อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.....	52
4.6 จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการร่วมวางแผน ของ อสม.อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.....	52
4.7 จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการร่วมดำเนินการ ของ อสม.อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.....	54
4.8 จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการร่วมรับผลประโยชน์ ของ อสม.อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	55
4.9 จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านการร่วมประเมินผลของ อสม.อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	56
4.10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามตัวแปรต่าง ๆ ของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.....	57
4.11 ค่าสัมประสิทธิ์ (r) ระหว่างอายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ แรงงใจในการปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	59

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
2.1 ความสัมพันธ์ของชนิดการมีส่วนร่วม.....	13
2.2 กระบวนการจูงใจ.....	28
2.3 ลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์.....	30

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังพัฒนาที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม จากประเทศเกษตรกรรมไปสู่ประเทศอุตสาหกรรม ทั้งวิถีการดำเนินชีวิต ด้านอาชีพ การเคลื่อนย้ายประชากร พฤติกรรมการบริโภค และการใช้เครื่องอุปโภคบริโภคของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป ความสำคัญของโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้นซึ่งล้วนเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการที่สูงมาก โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง และที่เป็นปัญหาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ คือ โรคที่เกิดจากการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2550)

การดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชากรจะเกิดประสิทธิผลนั้นจะต้องมุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อ ในปัจจุบันยังคงใช้หลักการของสาธารณสุขมูลฐานในการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ด้วยหลักการสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐาน คือการที่ประชาชนมีความสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง และสามารถแก้ปัญหาด้านการสาธารณสุขในหมู่บ้านหรือชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้คำแนะนำ ชี้แนะ สนับสนุน เพื่อให้ประชาชนและชุมชนได้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพและการมีส่วนร่วม ตลอดจนการสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลวิธีนี้จึงถูกนำมาใช้ให้บรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนคือมุ่งให้ประชาชนทุกคน ทุกกลุ่มอายุ มีสิทธิ และมีโอกาสและส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน คือเป็นผู้สื่อข่าวทางสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน ให้คำแนะนำและถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้าน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยใช้งบประมาณที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบลหรือจากแหล่งอื่น ๆ การชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) การดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน การประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือหน่วยงานอื่น เพื่อกระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงาน รวมถึงการมีส่วนร่วมเฝ้าระวังสุขภาพ ของ อสม. ที่สำคัญ 4 ด้าน คือ 1) ด้านการร่วมวางแผน คือ การเป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน 2) ด้านการร่วมดำเนินการ คือ เป็นแกนนำในการเข้าร่วมดำเนินงานกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุข

ของชุมชน พัฒนาคุณภาพชีวิต และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมในด้านต่าง ๆ 3) ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ คือการร่วมในผลประโยชน์ทางด้านวัตถุ ด้านสังคม หรือผลประโยชน์ส่วนบุคคลเพื่อให้การดำเนินงานเกิดประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4) ด้านการร่วมประเมินผล คือ เป็นแกนนำในการประสานงาน ประเมินผลการดำเนินงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อการวางแผนและดำเนินงานพัฒนางานสาธารณสุขต่อไป

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. พัฒนางองค์ความรู้ ทักษะ บทบาททั้งทางด้านคุณภาพและมาตรฐานการทำงาน โดยเน้นการทำงานสุขภาพเชิงรุก การส่งเสริมสุขภาพ ลดการเจ็บป่วย เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สร้างความเชื่อมั่น ขวัญและกำลังใจ ในการปฏิบัติงานสุขภาพชุมชน จึงได้วางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุข โดยจัดทำ คู่มือ อสม.ยุคใหม่ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้ อสม.มีความเชื่อมั่นในการแสดง บทบาทส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสุขภาพชุมชนมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเชิงรุกในการดูแลสุขภาพอนามัยในกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน จึงได้จัดสิทธิประโยชน์ สวัสดิการและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ อสม.ขึ้น โดยมีคำตอบแทน เป็นขวัญและกำลังใจในการทำงานสำหรับผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในหน้าที่ อสม.อีกด้วย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554)

ปัจจัยที่ทำให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเป็น อสม. จากการศึกษาของ รักศักดิ์ อ่อนทรง (2555) พบว่าปัญหาการมีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพของชุมชนประเด็นการพัฒนา ศักยภาพ และจัดการกำลังคน อสม.ส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานเป็นที่ยอมรับนับถือจากชุมชน และจากการ ศึกษาของวิมา เทียงธรรม (2554 อ้างถึงใน ขนิษฐา นันทบุตร) ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพชุมชน: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ พบว่า ลักษณะของการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนโดย องค์การต่าง ๆ ในประเทศไทย องค์การภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 1) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล 2) องค์การชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแล/ญาติ อาสาสมัคร/แกนนำ 3) หน่วยงานสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ/ หน่วยงานบริการปฐมภูมิ/โรงพยาบาล สิ่งที่สำคัญคือ ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมชุมชน จากการ ศึกษาของ สมบูรณ์สิทธิ์ นุสพา (2551) ได้ศึกษาปัจจัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างเสริม ชุมชนให้เข้มแข็ง พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนานั้นถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของ กระบวนการสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง เพราะฉะนั้นการพัฒนาจึงควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม และ ชุมชนจะช่วยให้เกิดการพัฒนาก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การมีส่วนร่วมใน การพัฒนาช่วยให้ประชาชนมีพลังต่อรองกับกลุ่มผลประโยชน์อื่น ๆ ในสังคม และเป็นเครื่องมือใน การส่งเสริมการยอมรับ และการใช้ความคิด วิธีการใหม่ หรือนวัตกรรมบางอย่างซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

ในกระบวนการพัฒนา และพบว่าในกระบวนการพัฒนา จะทำให้ประชาชนสามารถแสดงศักยภาพที่มีอยู่และช่วยให้ได้หนทางในการแก้ปัญหาเชิงนวัตกรรมที่เหมาะสมกับปัญหาของชุมชนได้มากกว่าการให้บุคคลภายนอกเข้ามาช่วยแก้ปัญหา แต่เนื่องจากมีบทบาทหลายหน้าที่ในแต่ละคน จึงส่งผลให้มีปัญหาในการเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน พบว่าเจ้าหน้าที่จะเป็นผู้ดำเนินการให้ อสม.ร่วมกิจกรรม การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อในท้องถิ่นกิจกรรมไม่ชัดเจน การกำหนดบทบาทในชุมชนยังไม่มี อสม. ส่วนใหญ่ที่ดำเนินการจะไม่มีค่าตอบแทนตามผลงาน ขาดแรงจูงใจในการทำงาน ประกอบกับ อสม. ต้องรับภาระงานมากทำให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมน้อย

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีการดำเนินงานสาธารณสุข มูลฐานมาตั้งแต่ พ.ศ. 2521 จนถึงปัจจุบัน ในการพัฒนางานสาธารณสุข โดยมีบทบาทสำคัญในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ตลอดจนเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องปัญหาสาธารณสุข และร่วมมือกันในการวางแผนทำกิจกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน เป็นแกนสำคัญที่ช่วยชักจูงและก่อให้เกิดการร่วมมือจากชุมชนในการดำเนินงาน และแก้ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านและในอำเภอบางปะอิน พบว่าปัญหาด้าน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือโรควิถีชีวิตที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ อันเนื่องมาจากพฤติกรรมของประชาชนนั้น ขาดความตระหนักและขาดความรู้ ในการดูแลสุขภาพจากการศึกษาเรื่องโครงการสำรวจและประเมินค่ากลางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วนและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในพื้นที่ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ของอรรณพ บำรุง (2556) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ พบว่าประชาชนในอำเภอบางปะอิน มีมาตรการทางสังคมที่ทุกตำบล ในอำเภอบางปะอิน จะต้องดำเนินการ ได้แก่ การกำหนดให้ประชาชนมีกิจกรรมออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกับวัย และแต่ละชมรมมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง กำหนดให้มีหมู่บ้านต้นแบบ เช่น กิจกรรมการทำอาหารลดหวาน มัน เค็ม โดยกลุ่มแม่บ้านเมนูสุขภาพ การงดเลี้ยงสุราในงานบวช งานบุญ งานศพ และปัจจัยแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปในอำเภอบางปะอิน ทางด้านความเจริญก้าวหน้าในภาคอุตสาหกรรมที่ทำให้มีการเคลื่อนย้ายประชากรทั้งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและพื้นที่อื่น ๆ เข้ามาอยู่อาศัยมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิต อันได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา วัฒนธรรม การเมือง สิ่งแวดล้อมและการดำเนินวิถีชีวิตที่ไม่ถูกต้องจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพทำให้เกิดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามมา ปัจจุบันจะเห็นได้ว่าในทุกหมู่บ้าน ทุกตำบล จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้กระจายไปครอบคลุมเกือบทุกพื้นที่ สถานการณ์ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบัน จากข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเขตพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ปี พ.ศ. 2551-2555 (นนทบุรี/

ปทุมธานี/พระนครศรีอยุธยา) อัตราป่วยโรคเบาหวานของประชาชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในปี พ.ศ.2554 - 2555 คิดเป็น 1,285.17, 1,061.88 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปี พ.ศ.2554 - 2555 คิดเป็น 2,133.84, 1,801.71 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ อัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2553 - 2555 พบเป็น 325.83, 301.96 และ 336.96 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อัตราป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า อัตราป่วย ปี พ.ศ. 2554 คิดเป็น 497.53 และเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2555 คิดเป็น 545.55 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2555) และผลการศึกษาการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555 โรงพยาบาล บางปะอิน สปสช.เขต 4 สระบุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลบางปะอิน มากกว่า 12 เดือน ขึ้นไป จากการมีระดับ Fasting Plasma Glucose อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (70-130 mg/dL) อยู่ในลำดับที่ 1 ในจังหวัด และมีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องมีการตัดนิ้วเท้า เท้า หรือขา เป็นลำดับที่ 1 ของจังหวัด เป็นตัวชี้วัดซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ควรควบคุมให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด แต่ที่อำเภอบางปะอิน พบปัจจัยเสี่ยงมากที่สุดเป็นลำดับ 1 พบภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหลอดเลือดหัวใจและสมองในรอบ 12 เดือนเป็นลำดับที่ 2 ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา อำเภอบางปะอิน จำเป็นต้องมี อสม. เป็นแกนนำสำคัญในการดำเนินงาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ว่ามีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับใด และปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมดังกล่าว รวมไปถึงปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้พิจารณาวางแผนในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 คำถามในการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาอยู่ในระดับใด
2. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร เมื่อจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

1.3 วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการป้องกันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
4. เพื่อระบุความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และอาศัยในท้องถิ่น ความรู้และแรงจูงใจในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
5. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

1.4 ขอบเขตในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยมีขอบเขตของการศึกษา ในกลุ่ม อสม.ที่ปฏิบัติงาน ในพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประชากรที่ใช้ในการทำวิจัย คืออายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์ มีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้ ปฏิบัติงานเป็นอสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี

1.5 สมมติฐานการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแตกต่างกัน

2. อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่น ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับคัดเลือกจากชาวบ้านไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือน ในแต่ละคุ้มหรือละแวกบ้านในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอนามัย (Change Agents) การทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยสรุปกล่าวคือ อสม. มีบทบาทหน้าที่สำคัญ 4 ด้าน คือ ด้านการร่วมวางแผน ด้านการร่วมดำเนินการ ด้านการร่วมรับผลประโยชน์และด้านการร่วมประเมินผล

2. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา หมายถึง พฤติกรรมของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ด้านการร่วมวางแผน (Decision Making) หมายถึง การร่วมประชุม การร่วมวางแผน ร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.2 ด้านการร่วมดำเนินการ (Implementation) หมายถึง การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.3 ด้านการร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) หมายถึง การร่วมในผลประโยชน์ทางด้านวัตถุ ทางด้านสังคม หรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล เพื่อให้การดำเนินงานเกิดประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.4 ด้านการร่วมประเมินผล (Evaluation) หมายถึง การร่วมติดตาม วิเคราะห์ และประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง โรคที่มีระยะการเจ็บป่วยที่ยาวนาน และมีความก้าวหน้าของโรคอย่างช้า ๆ เกิดจากความผิดปกติ หรือความเสื่อมโทรมของร่างกายและจิตใจ ไม่สามารถที่จะติดต่อไปยังบุคคลอื่นได้ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

4. การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง มาตรการซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งบุคคลและชุมชน ในการตรวจจับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะเริ่มต้น และดำเนินการเพื่อลดหรือกำจัดอุบัติการณ์ และหรือความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

5. ระยะเวลาปฏิบัติงาน หมายถึง ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม.

6. ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่น หมายถึง ระยะเวลาที่ อสม. อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอ บางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

7. ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง ข้อเท็จจริง ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ความหมาย อาการ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การป้องกันและควบคุมโรค

8. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง สภาวะของบุคคลที่ถูกกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมไปยังจุดหมายปลายทาง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จากทฤษฎีแรงจูงใจของเฮิร์ชเบอร์กเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจร่วมกับ สัทธิประโยชน์ของ อสม.

1.7 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1.7.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)

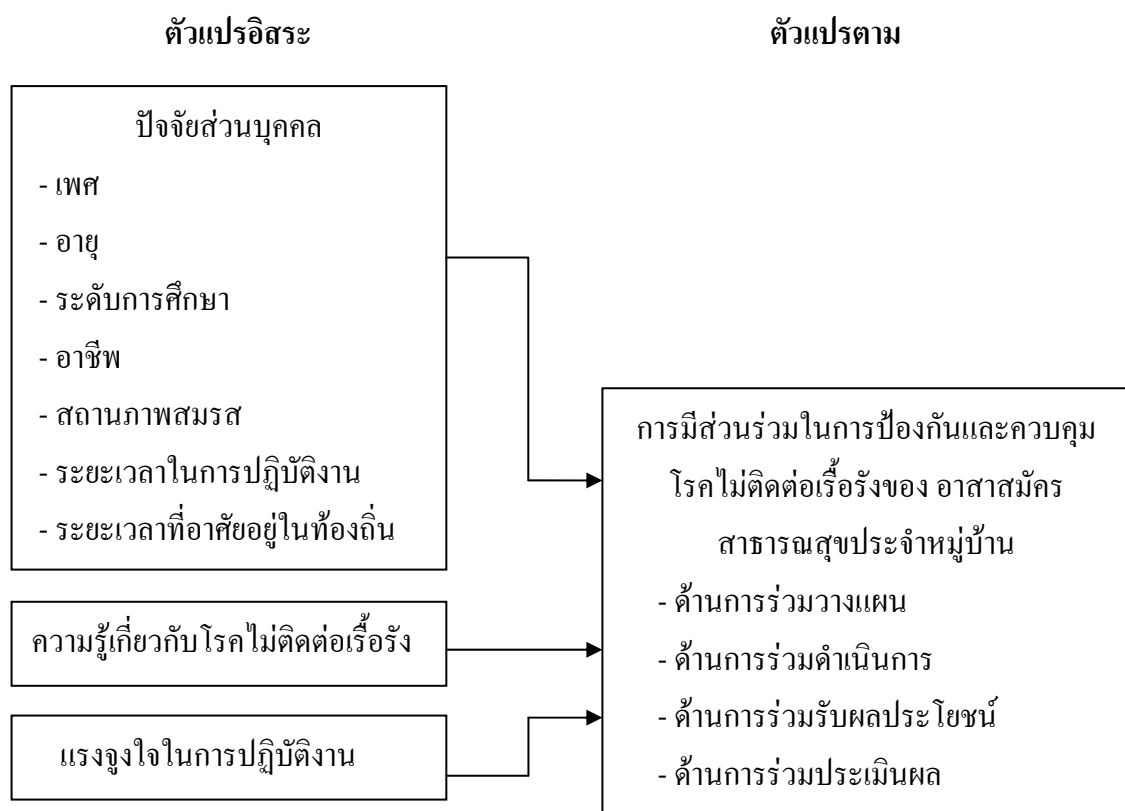
- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- อาชีพ
- สถานภาพสมรส
- ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน
- ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่น
- ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

1.7.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

- ด้านการวางแผน
- ด้านการร่วมดำเนินการ
- ด้านการร่วมรับผลประโยชน์
- ด้านการร่วมประเมินผล

1.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

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

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

2.1.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

แฟรงก์ ลิสก์ (Frankly Lisk, 1982) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม 3 ประการ คือ

1. อิทธิพลของประชาชนต่อการตัดสินใจนโยบายที่เกี่ยวกับการจัดสรร (allocation) และการใช้ประโยชน์ (utilization) ของทรัพยากรเพื่อการผลิต
2. เกี่ยวข้องกับความจำเป็นที่การเข้าร่วมของประชาชนในการวางแผนและดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ จะสร้างโอกาสด้านสังคม - เศรษฐกิจ เพื่อยกระดับรายได้และการจ้างแรงงาน และเพิ่มการกินดีอยู่ดี
3. การมีส่วนร่วมที่สนองตอบต่อสิ่งที่จะเข้าถึง ซึ่งการปรับปรุงให้คนจนได้รับประโยชน์ เพื่อการผลิตหลัก ๆ การบริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะด้วย การมีส่วนร่วมทางการเมือง จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้านเศรษฐกิจและสังคม การมีส่วนร่วมทางการเมืองนำมาซึ่งการกระจายอำนาจทางการบริหาร และทรัพยากรไปสู่ระดับท้องถิ่น เพื่อเป็นข้อยืนยันว่าการตัดสินใจของประชาชนจะมีได้และได้รับการปฏิบัติตามความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง

โดยสรุป จากความหมายของการมีส่วนร่วมสามารถแยกแยะประเด็นได้ 4 ประเด็น คือ

1. ใครมีส่วนร่วม
2. สาเหตุที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม
3. ลักษณะการมีส่วนร่วม
4. การมีส่วนร่วมเพื่ออะไร

1. ใครมีส่วนร่วมนั้น พบว่าทั้งประชาชนที่เป็นปัจเจกบุคคล เป็นกลุ่ม ชมรม สมาคม มูลนิธิ หรือองค์กรอาสาสมัคร รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐเองด้วย

2. สาเหตุที่ทำให้การมีส่วนร่วมนั้นเกิดจากเจ้าหน้าที่ของรัฐกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน ชักนำ เปิดโอกาสและสร้างโอกาสให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้ามามีส่วนร่วม ตลอดจนสิ่งที่ประชาชนเกิดความคิดที่จะเข้ามามีส่วนร่วมเองก็เป็นอีกสามเหตุหนึ่ง

3. ลักษณะของการมีส่วนร่วม จัดได้เป็นขั้นตอน ดังนี้

- ร่วมค้นหาปัญหา กำหนดปัญหา
- ร่วมตัดสินใจแก้ปัญหา
- ร่วมวางแผน
- ร่วมปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหา
- ร่วมติดตามประเมินผล

ทั้งนี้ลักษณะการร่วมกิจกรรมตามขั้นตอนดังกล่าว จะต้องกระทำโดย สมัยครใจ ใช้ความคิดสร้างสรรค์ ความชำนาญ และวิทยาการต่าง ๆ สนับสนุนการปฏิบัติงาน และเต็มไปด้วยความรับผิดชอบ

4. การมีส่วนร่วมเพื่ออะไร ประเด็นนี้บอกถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วม ที่มีผลต่อ ผู้มีส่วนร่วมโดยตรง และมีผลต่อการพัฒนาประเทศ ดังนี้

- ผู้มีส่วนร่วมได้พัฒนาตนเอง พัฒนาขีดความสามารถในการ จัดการ พัฒนาความรู้ และภูมิปัญญา
- สามารถควบคุมเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาในเรื่อง ที่มีผลกระทบถึงประชาชนโดยส่วนร่วมได้
- การมีส่วนร่วมทำให้สามารถจัดสรร กระจายทรัพยากรและ ปัจจัยเพื่อใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติอย่างทั่วถึง ให้เกิดประโยชน์ต่อการดำรงชีพ
- สุดท้ายมีผลทำให้ยกระดับรายได้เกิดการจ้างแรงงานและ มีความเป็นอยู่ดีขึ้น และสามารถพึ่งตนเองได้ในที่สุด ถือได้ว่าเป็นการบรรลุเป้าหมายของการพัฒนา

ผู้วิจัยได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การแสดงออกถึงความร่วมมือของประชาชนไม่ว่าของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความเห็นสอดคล้องกัน และเข้าร่วมรับผิดชอบหรือเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม เพราะเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ถูกต้อง และเป็นวิธีการพัฒนาอย่างเหมาะสม โดยการกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์กร เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ร่วมกันเพื่อดำเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทาง ที่ต้องการ

2.1.2 ทฤษฎีการมีส่วนร่วม (Participation Theory)

ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาและทางสังคมวิทยา การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับตัวบุคคลและสังคม ในด้านตัวบุคคลทฤษฎีทางจิตวิทยาช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดจากแนวคิด ความปรารถนา แรงจูงใจ ความจำและความรู้สึก โดยศึกษามนุษย์ในฐานะที่เป็นปัจเจกบุคคลที่มีลักษณะทางจิตใจแตกต่างกัน ในด้านสังคมทฤษฎีทางสังคมวิทยาจะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดจากการกระทำระหว่างกัน โดยศึกษามนุษย์ในฐานะที่เป็นสมาชิกของกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม

1. ทฤษฎีการวิเคราะห์การกระทำ เป็นทฤษฎีที่ระบุถึงสาเหตุของพฤติกรรมมนุษย์ ฟรีดริช ไฮเดอร์ (Fritz Heider อ้างถึงในพนิดา วิมานรัตน์, 2541: 14) แบ่งสาเหตุได้ 2 ประเภท คือ สาเหตุที่มาจากส่วนบุคคล และสาเหตุที่มาจากเงื่อนไขสิ่งแวดล้อม โดยเงื่อนไขทั้ง 2 ประเภทนี้ไม่อยู่ในความสัมพันธ์เพิ่ม หรือลด แบบบวกลบ กล่าวคือ ถ้าจะกระทำใด ๆ ด้วยความต้องการของตน บุคคลจะกระทำได้ง่ายขึ้นเมื่อมีสิ่งแวดล้อมอำนวยให้ แต่จะยากขึ้นเมื่อสิ่งแวดล้อมเป็นตัวขัดขวาง สาเหตุที่มาจากบุคคลสามารถแยกได้เป็น 2 สาเหตุย่อย คือ สาเหตุที่มาจากแรงจูงใจให้พยายามทำ และความสามารถที่จะทำให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ ทักษะและกำลังที่จะทำ สาเหตุย่อยทั้ง 2 สาเหตุนี้มีความสัมพันธ์จะขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ได้หมายความว่าบุคคลจะไม่กระทำพฤติกรรมออกมาหากไม่มีแรงจูงใจและสามารถที่จะกระทำได้

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

- 1) บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล
- 2) วัฒนธรรมในสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่ และวัฒนธรรม

นี้จะเป็นตัวกำหนดเกี่ยวกับความคิดหรือความเชื่อ ความสนใจและระบบค่านิยมของบุคคล

3. ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร โรเจอร์ (Roger อ้างถึงใน ชื่นใจ บุญธรรม, 2542:

ได้สรุปถึงความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับสิ่งใหม่กับกระบวนการติดต่อสื่อสารไว้ว่า การที่บุคคลจะมีการยอมรับสิ่งใหม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการติดต่อสื่อสารซึ่งได้แก่ ช่องทางการสื่อสาร และปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะส่วนตัว ดังนี้

1) ปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะส่วนตัว ได้แก่ อายุ สถานภาพทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งรวมรายได้ ขนาดที่ดิน การถือครองที่ดินและความสามารถเฉพาะอย่างซึ่งรวมถึงระดับการศึกษา

2) ช่องทางการสื่อสาร ความรู้หรือกระบวนการติดต่อสื่อสาร ซึ่งประกอบด้วยผู้ส่งสาร หรือแหล่งกำเนิดสาร ช่องทางการสื่อสาร และผู้รับสาร

สรุปได้ว่า กระบวนการติดต่อสื่อสารมีอิทธิพลต่อการเพิ่มความรู้ ความสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลได้ ย่อมส่งผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจแก่บุคคลมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนมากขึ้น

2.1.3 รูปแบบและขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

โคเฮน และนอร์แมน อัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Norman Uphoff, 1980: 219-222) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 แบบ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

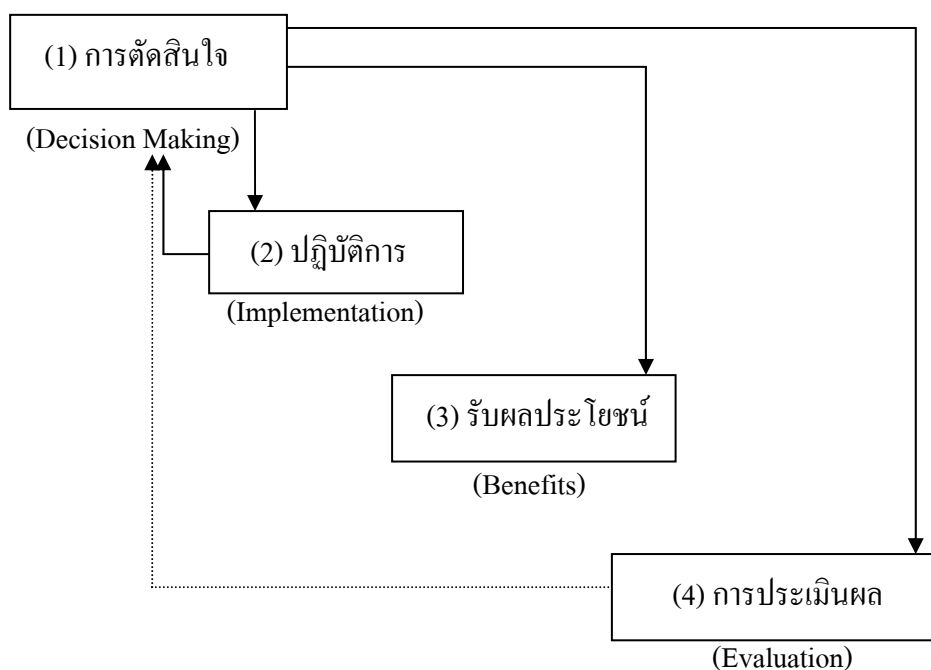
- ริเริ่มตัดสินใจ
- ดำเนินการตัดสินใจ
- ตัดสินใจปฏิบัติการ

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานขอความร่วมมือ

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ไม่ว่าจะเป็นผลประโยชน์ทางด้านวัตถุ ผลประโยชน์ ทางด้านสังคม หรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) การร่วมวิเคราะห์ติดตามและประเมิน

นอกจากนี้ โคเฮน และนอร์แมน อัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Norman Uphoff) ยังได้แสดงความสัมพันธ์ของชนิดการมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้



————— หมายถึง การส่งผลโดยตรง

..... หมายถึง การส่งผลย้อนกลับ

แผนภูมิที่ 2.1 ความสัมพันธ์ของชนิดการมีส่วนร่วม

ที่มา: Cohen & Norman Uphoff (1980)

จากแผนภูมิที่ 2.1 จะเห็นได้ว่าโคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน ในขั้นตัดสินใจมาก ดังจะเห็นได้จากภาพ จุดเริ่มต้นอยู่ที่ (1) การตัดสินใจซึ่งโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ แสดงเส้นความสัมพันธ์ด้วยเส้นทึบ () การตัดสินใจจะมีผลต่อการปฏิบัติการ และจากการปฏิบัติการจึงส่งผลต่อไปยังการรับผลประโยชน์และการประเมินผล ในขณะเดียวกันการตัดสินใจจะมีผลโดยตรงต่อการรับผลประโยชน์ และการประเมินผล ดังจะเห็นได้จากเส้นทึบ () แสดงความสัมพันธ์ ในขณะเดียวกัน การประเมินผลจะ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการปฏิบัติการ และการตัดสินใจ ซึ่งแสดงให้เห็นโดยเส้นประ (....) และยังแสดงให้เห็นชัดด้วยว่าการปฏิบัติการจะส่งผลย้อนกลับไปยังการตัดสินใจอีกด้วย

จากแนวความคิดเกี่ยวกับรูปแบบและขั้นตอนของการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่จะมีลักษณะที่ไม่แตกต่างกันมากนัก อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สรุปการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของแกนนำชุมชนดังนี้ คือ

1. ด้านการร่วมวางแผน
2. ด้านการร่วมดำเนินการ
3. ด้านการร่วมรับผลประโยชน์
4. ด้านการร่วมประเมินผล

2.1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

สมบุญสิทธิ์ บุญผา (2551) ศึกษาปัจจัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างเสริมชุมชนให้เข้มแข็ง มีดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของกระบวนการสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง ดังนั้นการดำเนินการพัฒนาจึงควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม
2. การมีส่วนร่วมของชุมชนจะช่วยให้เกิดการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วยเหตุผล 4 ประการ คือ
 - 2.1 การมีส่วนร่วมในการกำหนดความจำเป็นพื้นฐาน ช่วยให้กลุ่มที่ถูกกีดกันทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ได้มีโอกาสเสนอสิ่งที่ต้องการต่อผู้จัดทำนโยบายการพัฒนา และมีโอกาสพัฒนาระดับให้สูงขึ้น หลุดพ้นจากการถูกเอารัดเอาเปรียบ
 - 2.2 การมีส่วนร่วมของประชาชน ช่วยให้รัฐบาลสามารถที่จะระดมทรัพยากรในชุมชน เช่น ความรู้ ทักษะ บุคคล และต้นทุนที่ต้องใช้ในการพัฒนา
 - 2.3 การมีส่วนร่วมของประชาชน ช่วยปรับปรุงการกระจายสินค้าและบริการ ตลอดจนการกระจายรายได้ให้ดีขึ้นและการมีชีวิตสาธารณะที่มีสุขภาพดี
 - 2.4 การมีส่วนร่วมของประชาชน ในส่วนสุดท้ายช่วยสนองความต้องการทางจิตวิทยาของประชาชนจากการที่ได้มีอิทธิพลในการตัดสินใจต่อเรื่องที่ที่มีผลกระทบต่อชีวิตและการทำงาน
3. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาอย่างจริงจังทุกขั้นตอน จะช่วยให้ประชาชนมีพลังต่อรองกับกลุ่มผลประโยชน์อื่น ๆ ในสังคม
4. การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนาเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมการยอมรับ และการใช้ความคิดใหม่ วิธีการใหม่ หรือนวัตกรรมบางอย่างซึ่งการยอมรับและการใช้นวัตกรรมนี้เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในกระบวนการพัฒนา
5. การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนา จะทำให้ประชาชนสามารถแสดงศักยภาพที่มีอยู่และช่วยให้ได้หนทางการแก้ปัญหาเชิงนวัตกรรมที่เหมาะสมกับปัญหาของชุมชนได้มากกว่าการให้บุคคลภายนอกเข้ามาช่วยแก้ปัญหา

2.1.5 คุณลักษณะประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วม

ประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมมีหลายลักษณะด้วยกัน ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของประชาชนหรือกลุ่มประชาชนนั้นในทางระดับการศึกษาและระดับทางสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับผลกระทบที่มีต่อประชาชนกลุ่มนั้น ซึ่งย่อมขึ้นอยู่กับที่อยู่อาศัย สถานที่ประกอบอาชีพ ลักษณะและความรุนแรงของผลกระทบ โดยในการมีส่วนร่วมของประชาชน สามารถแบ่งกลุ่มประชาชนได้ 3 กลุ่มคือ

1. กลุ่มที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากโครงการ
2. กลุ่มประชาชนโดยรอบโครงการ ที่อาจได้รับทั้งผลดีและผลเสียจากโครงการ
3. กลุ่มประชาชนในท้องถิ่นที่อาจได้รับผลประโยชน์จากโครงการ

2.1.6 ระดับการมีส่วนร่วม

สุณีย์ มัลลิกะมาส (2545) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพิทักษ์รักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม แยกออกเป็น 6 ระดับ

ระดับที่ 1 ร่วมรับรู้ หมายถึง รัฐได้ให้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมแก่ประชาชน เมื่อรัฐมีความคิดริเริ่มหรือมีนโยบายที่จะให้มีโครงการหรือกิจกรรมนั้น ๆ แล้วเปิดโอกาสให้ประชาชนได้รับรู้ โดยการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน หรือให้สิทธิแก่ประชาชนในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

ระดับที่ 2 ร่วมคิด ร่วมแสดงความคิดเห็น หมายถึง เมื่อประชาชนได้ร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากรัฐแล้ว ประชาชนก็ร่วมกันหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ความจำเป็นและความต้องการที่ต้องให้มีโครงการหรือกิจกรรมนั้น พร้อมร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อหน่วยงานเจ้าของโครงการ/กิจกรรม หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจ จะได้นำไปใช้ประกอบการพิจารณาต่อไป

ระดับที่ 3 ร่วมพิจารณา ร่วมตัดสินใจ หมายถึง ร่วมพิจารณาเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยกับโครงการหรือกิจกรรม การเลือกพื้นที่ตั้งโครงการ โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ที่จะตั้งโครงการควรจะมีส่วนร่วมพิจารณารับหรือปฏิเสธไม่ให้โครงการตั้งในพื้นที่ หากเห็นว่ามาตรการที่จะใช้ในการลดผลกระทบสิ่งแวดล้อมและมาตรการการติดตามตรวจสอบไม่ชัดเจน และไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมตรวจสอบด้วย

ระดับที่ 4 ร่วมดำเนินการ หมายถึง ร่วมในการลงทุน ร่วมในการคัดเลือกผู้ปฏิบัติงาน หรือร่วมปฏิบัติงาน ในระดับการมีส่วนร่วมนี้อาจจะทำได้ในทุกประเภทของโครงการ

ระดับที่ 5 ร่วมติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล หมายถึง การร่วมตรวจสอบ และติดตามการดำเนินงานตามโครงการ หรือกิจกรรมนั้น ๆ ว่าเป็นไปตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์หรือไม่

ระดับที่ 6 ร่วมรับผล หมายถึง การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินไปแล้ว ย่อมได้มาซึ่งผลประโยชน์ และผลกระทบด้านบวก และผลกระทบด้านลบ ทั้งต่อประชาชนและต่อสิ่งแวดล้อม โดยที่ประชาชนหลักเลียงไม่พ้น ที่จะต้องรับเอาผลที่เกิดขึ้นมานั้น

2.2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความสำคัญต่อผู้ปฏิบัติงานเป็นอย่างยิ่ง กล่าวคือ เมื่อผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคแล้ว ก็จะสามารถที่จะให้คำแนะนำผู้รับบริการในชุมชนปฏิบัติตัวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และเสี่ยงปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคได้ รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค และปรับการจัดบริการให้เหมาะสมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ลดโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม ซึ่งตามบทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบในด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. นั้น ในการดำเนินการทางด้านสาธารณสุขจะไม่ได้รวมถึงโรคมะเร็ง เพราะฉะนั้นในการศึกษาครั้งนี้จะกล่าวถึงเฉพาะ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง เท่านั้น

2.2.1 ความหมายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)

องค์การอนามัยโลก ได้ใช้คำว่า “Non- Communicable Diseases” โดยหมายถึง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และได้กล่าวถึงคำจำกัดความของโรคเรื้อรังไว้สั้น ๆ ว่าเป็นโรคที่มีระยะการเจ็บป่วยยาวนาน และมีความก้าวหน้าของโรคอย่างช้า ๆ โดยได้ยกตัวอย่างโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไว้ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ผู้ทำการวิจัยได้ให้ความหมายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง ความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคที่ไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากการผิดปกติ หรือความเสื่อมสภาพของร่างกาย จิตใจ และไม่สามารถที่จะติดต่อไปยังบุคคลอื่นได้มีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคได้หลายปัจจัย มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่การได้รับ

ปัจจัยสาเหตุจนเกิดอาการของโรคที่สามารถตรวจพบได้โดยใช้เวลานาน และสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อการดำรงชีวิต ในการวิจัยครั้งนี้ ตามบทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบในด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. นั้น ในการดำเนินการทางด้านสาธารณสุขจะไม่ได้รวมถึงโรคมะเร็ง เพราะฉะนั้นในการศึกษาครั้งนี้จะกล่าวถึงเฉพาะ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง เท่านั้น

2.2.2 การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การที่จะป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำเป็นต้องดำเนินการป้องกันทั้งก่อนเกิดโรค และหลังเกิดโรค ซึ่งประกอบด้วยการป้องกัน 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

1. การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) การป้องกันโรคในระยะที่ยังไม่เกิดโรคขึ้น โดยการลดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค ช่วยทำให้อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคลดน้อยลงโดย

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อที่สำคัญมากเพื่อส่งเสริมให้คน (Host) มีความสมบูรณ์ สมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม สุขภาพแข็งแรงดี (Good Health) ไม่เป็นโรคง่าย โดยการให้ความรู้ หลักเสี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่มีอันตรายต่อสุขภาพ มีทัศนคติที่ดีต่อปัจจัยส่งเสริมสุขภาพในการรักษาสุขภาพอนามัยให้แข็งแรง การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมกับวัย ซึ่งความรู้ที่ได้จากการศึกษาประชาสัมพันธ์นั้นจะนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เสี่ยงให้มีคุณภาพมากขึ้น (Behavioral Modification) การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทั้งทางกาย และสังคมไม่ให้เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรค

1.2 การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ (General Counselling) เป็นการป้องกันโรค โดยการให้คำแนะนำ ให้ความรู้ที่ถูกต้องเมื่อประชาชนมีปัญหา

2. การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) การป้องกันโรคในระยะนี้เป็นการป้องกันคนที่เป็นโรคแล้ว เพื่อหยุดยั้งการดำเนินการหรือลุกลามของโรค หรือเมื่อโรคได้เกิดขึ้นในระยะแรกเริ่ม การค้นพบผู้ป่วยหรือผู้ที่มีอาการสงสัยว่าจะเป็นโรค (Case or Suspected Patient) ถ้าได้รับให้การรักษาหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ออกได้ทันเวลา และสามารถลดความรุนแรง และหยุดยั้งความพิการของโรคให้น้อยลง วิธีและขั้นตอนในการดำเนินงานระดับนี้ คือ

2.1 การตรวจคัดกรองโรค (Screening) หมายถึง การตรวจค้นหาผู้ป่วย โรคหรือความพิการต่าง ๆ ที่ยังไม่ได้ปรากฏอาการให้เห็นในการตรวจทางคลินิก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการทดสอบอื่น ๆ ทำให้สามารถแยกผู้ป่วยหรือผู้ที่มีสิ่งผิดปกติในร่างกายได้ คำแนะนำวินิจฉัยโรคให้ถูกต้อง ดูแลและรักษาทันเวลาอันจะนำมาซึ่งการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาภาวะแทรกซ้อนความพิการ ความตาย และผลเสียต่อสุขภาพ

2.2 การตรวจวินิจฉัยโรค เมื่อเริ่มมีอาการ และได้รับการรักษาทัน่วงที (Early Diagnosis of Symptomatic Cases and Prompt Treatment) เมื่อพบผู้ป่วยหรือประชากรกลุ่มเสี่ยงมีอาการของโรค จะต้องรีบดำเนินการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการทดสอบต่าง ๆ เพื่อจะได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง รวดเร็ว จะทำให้การรักษาโรคนั้นได้ทัน่วงที ลดระยะเวลาการเจ็บป่วยการดำเนินของโรค อัตราการหายขาดเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น ความพิการตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นก็ลดน้อยลงไปด้วยเช่นกัน

3. การป้องกันโรกระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การเกิดภาวะแทรกซ้อน การไว้สมรรถภาพที่จะประกอบอาชีพตามปกติได้ และการเพิ่มคุณภาพชีวิตคือ การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการให้หายโดยเร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังจากเกิดโรค

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่นำมาศึกษา มีดังต่อไปนี้

โรคเบาหวาน

ชื่อโรค โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)

โรคเบาหวาน เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติอย่างเรื้อรัง และจะเกิดโรคแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่าง ๆ ตามมา เช่น ตา ไต ระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด

เบาหวานแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. เบาหวานชนิดที่ 1 ร่างกายมีการผลิตอินซูลินน้อยมาก หรือขาดอินซูลินโดยสิ้นเชิง ซึ่งส่วนใหญ่ร่างกายสร้างแอนติบอดีทำลายเบต้าเซลล์ที่สร้างอินซูลิน พบประมาณร้อยละ 5 - 10 จากการวินิจฉัยโรคเบาหวานทั้งหมด

2. เบาหวานชนิดที่ 2 ร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินที่ผลิตมาได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน พบประมาณร้อยละ 90 - 95 จากการวินิจฉัยโรคเบาหวานทั้งหมด

สำหรับเบาหวานชนิดอื่น ๆ ที่อาจพบได้ ได้แก่ เบาหวานที่เกิดในขณะตั้งครรภ์ หรือเบาหวานที่เกิดจากสาเหตุเฉพาะเจาะจง เช่น ความบกพร่องทางพันธุกรรมโรคของตับอ่อน ความผิดปกติของฮอร์โมน เป็นต้น ซึ่งพบได้จำนวนน้อยมากขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ที่สำคัญคือ

ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ พันธุกรรม อายุที่เพิ่มขึ้น ประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือน้ำหนักเด็กแรกคลอดมากกว่า 4 กิโลกรัม ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ อ้วน ความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของไขมันในเลือดสูง การขาดการออกกำลังกาย เกิดจากการใช้ยาบางชนิด

อาการ

ปัสสาวะบ่อยและมาก กระหายน้ำ ดื่มน้ำบ่อย ๆ หิวบ่อย หรือกินจุ อ่อนเพลีย อาการอื่น ๆ ที่อาจเกิด ได้แก่ แผลหายช้า คันตามผิวหนัง สัญญาณเตือนต่อการเกิดโรคเบาหวานในเด็กคือ เด็กอ้วน มีปื้นดำที่คอ ใต้รักแร้ดำ

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน

เลือกอาหารที่เหมาะสม ลดการรับประทานอาหารที่มีรสชาติดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก และผลไม้ที่รสไม่หวาน เลิกสูบบุหรี่ ลดการดื่มปริมาณแอลกอฮอล์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การควบคุมน้ำหนักตัวที่เหมาะสม (ดัชนีมวลกายไม่เกิน 23 รอบเอวน้อยกว่า 90 ซม.หญิงน้อยกว่า 80 ซม.) การดูแลจิตใจและอารมณ์ ทำจิตใจให้สบาย ผ่อนคลาย ควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท

โรคความดันโลหิตสูง

ชื่อโรค โรคความดันโลหิตสูง (Hypertention)

โรคความดันโลหิตสูง เกิดจากสภาวะผิดปกติที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าระดับปกติของคนทั่วไป คือ ค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 120/ 80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปถือว่าเป็นสภาวะที่ต้องทำการควบคุม แต่ถ้าวัดความดันโลหิตได้ค่าตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ถือว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงทำให้เกิดความเสียหายและการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดแดงทั้งร่างกาย ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะหลอดเลือดแข็ง หลอดเลือดแตก หรืออุดตัน

สาเหตุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปโดยมักบริโภคอาหารที่มีรสเค็มขึ้น ขณะที่ส่วนประกอบของผัก ผลไม้ น้อย ไม่ออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน และการมีความเครียดเรื้อรัง

ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ ด้านพันธุกรรม เช่น พ่อ แม่ พี่น้องเป็นความดันโลหิตสูง และอายุ

ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด หวาน มันจัด ไขมันในเลือดสูง ภาวะเบาหวาน ขาดการออกกำลังกาย อ้วน หรือมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น เครียดเรื้อรัง สูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

อาการเตือน

ภาวะความดันโลหิตสูงส่วนมากมักจะไม่มีแสดงอาการเตือน แต่มักตรวจพบโดยบังเอิญ ขณะไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาจากปัญหาเรื่องอื่น ๆ มีบางรายที่อาการเตือน เช่น ปวด มึนท้ายทอย วิงเวียน ปวดศีรษะ

ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

อาจทำให้เกิดหลอดเลือดในตาอาจตีบตันหรือแตกทำให้ตาบอดได้ สายตาเสื่อมลง หลอดเลือดในสมองอาจตีบหรือแตก อาจเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หลอดเลือดหัวใจตีบตัน ไตพิการหรือไตอักเสบ

โรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจและหลอดเลือดมีความหมายครอบคลุมถึง 3 กลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่

1. โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคของหลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจตีบ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
2. โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่ทำให้เกิดการขาดเลือดที่หล่อเลี้ยงสมอง
3. โรคหลอดเลือดส่วนปลาย เป็นโรคของหลอดเลือดไปหล่อเลี้ยงแขนขาลดลง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

- อายุ กรรมพันธุ์ เพศ เชื้อชาติ
- ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันผิดปกติ
- การสูบบุหรี่ ความอ้วน การบริโภคไม่เหมาะสม

อาการของโรคหัวใจและหลอดเลือด

อาการหัวใจขาดเลือด มีลักษณะปวดเค้นกลางหน้าอก เจ็บนานหลายนาที อาจร้าวไปที่แขน ไหล่ซ้าย ข้อศอก ขากรรไกร หรือไปที่ด้านหลังก็ได้ อาการอื่นที่ร่วมด้วย ได้แก่ แน่นหน้าอก หายใจลำบากคลื่นไส้อาเจียน เป็นลมหมดสติ เหงื่อออกมาก ซีด

อาการหลอดเลือดสมองที่พบบ่อย คือ การอ่อนแรงบริเวณใบหน้า แขนขา ส่วนมากเป็นข้างเดียว อาการอื่นที่อาจเกิดร่วมได้แก่ ชาบริเวณใบหน้า แขนขามองเห็นไม่ชัด เห็นภาพซ้อน การคิดสับสน พูดลำบาก หรือฟังคนอื่นเข้าใจยาก ปวดศีรษะรุนแรง เดินลำบาก งุนงง ทรงตัวไม่ได้เหมือนปกติ เป็นลมหมดสติ ความรุนแรงและอาการของโรคเกี่ยวข้องกับบริเวณที่สมองขาดเลือด อาจทำให้มีอาการชา อัมพฤกษ์ หรืออัมพาต ถ้ารุนแรงมากอาจถึงเสียชีวิต (กุลยา นาคสวัสดิ์, 2554)

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข

2.3.1 ความเป็นมาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กระทรวงสาธารณสุขได้นำกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้เป็นกลวิธีในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุขขึ้นมา เพื่อเป็นแกนนำด้านสุขภาพในการร่วมขับเคลื่อนภารกิจการพัฒนาสุขภาพของประชาชน มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 ในระยะเริ่มแรกมีอาสาสมัครสาธารณสุข 2 ประเภท คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมด ปัจจุบันมีอาสาสมัครสาธารณสุข ปฏิบัติงานอยู่ในระบบ จำนวน 1,040,000 คน ซึ่งได้รับการอบรมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของแต่ละจังหวัด ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำหลักสูตรมาตรฐานในปี 2550 และมีการออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2554 อาสาสมัครสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนในระบบปัจจุบัน จึงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพและเนื้อหาองค์ความรู้ที่แตกต่างกัน มีการทบทวนความรู้ใหม่ ๆ ตามยุคสมัยในการที่จะให้อาสาสมัครปฏิบัติตามภารกิจที่เป็นนโยบายสำคัญ ที่จะให้ขับเคลื่อนพร้อมกันด้วยรูปแบบและวิธีการเดียวกัน เพื่อให้การดูแลสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึงทุกกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะประชาชนกลุ่มด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ และผู้พิการในชุมชน กองสนับสนุนสุขภาพประชาชนจึงได้จัดทำหลักสูตรอบรมฟื้นฟูความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขขึ้น อสม.จะได้รับการอบรมตามหลักสูตรตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.3.2 ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือน ในแต่ละคุ้มหรือละแวกบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอนามัย (Change Agents) การทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

2.3.3 ประเภทและจำนวนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สำหรับความรับผิดชอบดูแลครัวเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชน กำหนด อสม. ในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ยรับผิดชอบ 10-15 ครัวเรือน ดังนั้น ในหมู่บ้านหนึ่ง ๆ จะมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับจำนวนครัวเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น โดยทั่วไปจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประมาณ 10-20 คนต่อหมู่บ้าน

2.3.4 คุณสมบัติของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

- 1) อายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์
- 2) มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็น อสม. ไม่น้อยกว่าหกเดือน
- 3) มีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้
- 4) สม่ครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข
- 5) ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุข และต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง
- 6) มีความประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน
- 7) มีสุขภาพดีทั้งกายและใจและมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่าง
- 8) มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.3.5 วิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. ใหม่ โดยมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

- 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับประธานกรรมการหมู่บ้าน/ชุมชน จัดประชุมหัวหน้าครัวเรือน หรือผู้แทนในหมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทของ อสม. แล้วมอบหมายให้ประธานกรรมการหมู่บ้าน/ชุมชน และ อสม. (กรณีที่ยังมี อสม. คงสภาพอยู่) เป็นคณะกรรมการคัดเลือก อสม. ใหม่
- 2) จัดแบ่งหลังคาเรือนให้เป็นกลุ่มบ้าน กลุ่มละ 10-15 หลังคาเรือน หรือใช้กลุ่มเดิมที่มีการจัดอยู่แล้ว สอบถามหาผู้สมัครใจ และมีคุณสมบัติตามที่กำหนดคัดเลือกเข้ารับการอบรม

เป็น อสม. ในกรณีที่มีผู้สมัครเกิน 1 คน ให้คณะผู้ดำเนินการคัดเลือก อสม. จัดประชุมหัวหน้าครอบครัว หรือผู้แทนครอบครัวในคุ่มนั้น ๆ เพื่อลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่คัดเลือกให้เป็น อสม. ประจำคุ่มบ้าน นั้น

2.3.6 การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การฝึกอบรมตามมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประจำปี 2550 เป็นหลักสูตร มาตรฐาน ในการฝึกอบรม อสม. ใหม่ ซึ่งเนื้อหาวิชาแบ่งเป็น 2 หมวดใหญ่ ได้แก่ หมวดวิชาหลัก จำนวน 8 วิชา เวลาอบรม 37 ชั่วโมง ประกอบด้วย วิชาการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน วิชา อสม. วิชากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ อสม. วิชาสุขภาพดีมีสุข วิชาการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น วิชาการสื่อสารในการสาธารณสุขมูลฐาน วิชาการจัดทำแผน/โครงการของชุมชน วิชาการบริหารจัดการ และหมวดวิชาเลือก เวลา 6 ชั่วโมง สอนตามสภาพปัญหาและความจำเป็นของพื้นที่

2.3.7 การขึ้นทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สถานภาพของ อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้น ได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะออกประกาศนียบัตร และบัตรประจำตัวไว้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบอาขุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

วาระและการพ้นสภาพการเป็น อสม.

อสม. กำหนดให้มีวาระคราวละ 4 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่ออัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงานร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอน อสม. ด้วยตนเองเพราะ อสม. เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชน หากมีความจำเป็นที่จะใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นทางการกับ อสม. ที่มีอยู่ร่วมกับกรรมการหมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น

การพ้นสภาพการเป็น อสม.

การพ้นสภาพการเป็น อสม. สิ้นสุดเมื่อ 1) ตาย 2) ลาออก 3) เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถแล้วแต่กรณี 4) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือ ผู้อำนวยการสำนักงานมัณฑนเทศมณฑล มีคำสั่งให้พ้นสภาพ ตามที่หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทน จำนวนไม่น้อยกว่าสองในสามของหลังคาเรือนที่ อสม.รับผิดชอบร่วมกันลงลายมือชื่อยื่นต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการสำนักงานมัณฑนเทศมณฑล แล้วแต่กรณี และอาจตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริง ก่อนมีคำสั่งให้พ้นสภาพการเป็น อสม. หากปรากฏข้อเท็จจริงตามรายงานการตรวจสอบอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

- 1) อสม.ผู้นั้นไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานของรัฐจัดขึ้นโดยไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็น
- 2) อสม. ผู้นั้นไม่รักษาจริยบรรณของ อสม. หรือความประพฤติเสียหายที่อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียศักดิ์ศรีขององค์กร อสม.

2.3.8 บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทบาทและหน้าที่ของ อสม. ตามมาตรฐานการสาธารณสุขมูลฐาน

1. เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน
2. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดองค์ความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ 14 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน
3. เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากสถานบริการการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ฯลฯ
4. หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ สสมช. ในการ
 - จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน
 - ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของหมู่บ้านชุมชน
 - ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน
5. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น ในเรื่องโภชนาการขาดสารอาหารและ ขาดธาตุไอโอดีน เรื่องอนามัยแม่และเด็กโดยติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้อง และตรวจครรภ์ตามกำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนดและการเฝ้าระวังเรื่องโรคประจำถิ่น เป็นต้น
6. เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนโดยใช้งบประมาณ ที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบลหรือจากแหล่งอื่น ๆ
7. เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน จปฐ. (จปฐ) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ
8. คู่มือสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้านโดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

มาตรฐานสมรรถนะ อสม.

1. สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่
2. สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น พื้นฟูสมรรถภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค
3. สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน
4. สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเองชุมชนและสิ่งแวดล้อมของชุมชน
5. สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
6. สามารถสร้างจิตสำนึกเรื่องจิตอาสาในการร่วมจัดการสุขภาพชุมชน
7. สามารถสร้างโอกาสให้เด็ก เยาวชน แก่นนำอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสุขภาพชุมชน

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข (เชิงรุก)

1. ดูแลสุขภาพอนามัยเชิงรุกในกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน
2. เสริมสร้างสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยแผนสุขภาพตำบลร่วมกับภาคีเครือข่าย ต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อลดโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง มะเร็ง หัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต และหนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล
3. เป็นทูตไอโอดีน ในการให้ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีนตรวจสอบสารไอโอดีนในเกลือ น้ำปลา และแนะนำหญิงตั้งครรภ์บริโภคไอโอดีน

2.3.9 สิทธิประโยชน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุข นับเป็นกลุ่มบุคคลที่เสียสละเวลาทำหน้าที่ให้ข้อมูลความรู้ทางสุขภาพ ให้คำแนะนำการใช้บริการสาธารณสุข ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น รวมทั้งทำตนให้เป็นตัวอย่างที่ดี แก่เพื่อนบ้าน โดยไม่รับสิ่งของค่าตอบแทนใด ๆ กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความเสียสละดังกล่าว จึงได้พยายามดำเนินการจัดการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

1) การให้สวัสดิการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลฟรีพร้อมทั้งครอบครัว โดยสิทธิดังกล่าวครอบคลุมถึง บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร
- อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถใช้บัตรประจำตัวในการเข้ารับบริการสาธารณสุขจากสถานบริการของรัฐ และสามารถใช้ได้ทั่วประเทศ ในกรณีฉุกเฉิน

2) การให้เงินอุดหนุนสำหรับกิจกรรมและค่าตอบแทนในการเข้ารับบริการฝึกอบรม

- ให้เงินค่าตอบแทนในการอบรมต่อเนื่องแก่อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคน ที่ปฏิบัติงานในชุมชน
- ให้เงินอุดหนุนแก่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน
- จัดงบประมาณสนับสนุนการศึกษาดูงานและการศึกษาต่อเนื่องให้แก่ อสม.

3) การส่งเสริมการจัดตั้งและพัฒนาชมรม อสม. ในทุกระดับ

4) การส่งเสริมให้มีรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุข

- มีการจัดประกวดผู้นำชุมชนดีเด่นในทุก ๆ ปี
- มีการประกาศเกียรติคุณ และมอบรางวัลเพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติแก่ อสม.

- มีการเผยแพร่ผลงานที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาของ อสม. ทางสื่อมวลชน แผ่นพับ หรือการจัดประชุมสัมมนา

5) การส่งเสริมให้มีเครื่องแบบ อสม.

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

รัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของ อสม. เพื่อส่งเสริมให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนเชิงรุกอย่างเป็นระบบ จึงมีนโยบายในการสนับสนุนค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั่วประเทศให้ปฏิบัติงานเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่นและชุมชน การดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและการเฝ้าระวังโรคในชุมชน โดยจัดให้มีสวัสดิการค่าตอบแทนให้แก่ อสม. เพื่อสร้างแรงจูงใจ หนุนเสริมให้ปฏิบัติงานได้อย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ และเป็นการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานของ อสม. ในพื้นที่ เพื่อเป็นค่าป่วยการ อสม. ทั่วประเทศ ในการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับสาธารณสุขเชิงรุกในอัตราคนละ 600 บาทต่อเดือน ภายใต้งบโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เชิงรุก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการดูแลสุขภาพมารดาและทารก การดูแลเด็กไทยให้เจริญเติบโตอย่างแข็งแรงและสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีสติปัญญาที่ดี การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้นในอนาคต การดูแลสุขภาพผู้พิการ ตลอดจนการแก้ไขปัญหา และพัฒนาด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

1. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั่วประเทศ สามารถปฏิบัติงานในเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่นและชุมชน การดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้พิการ ตลอดจน การจัดกิจกรรมการแก้ไขปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อสร้างกระแสการเคลื่อนไหวของประชาชน ให้มีส่วนร่วมพัฒนาสุขภาพด้านสาธารณสุขของชุมชน
3. เพื่อเสริมสร้างขวัญ กำลังใจ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้แก่ อสม. โดยจัดให้มีสวัสดิการค่าตอบแทนให้แก่ อสม. เพื่อสร้างแรงจูงใจหนุนเสริมให้ปฏิบัติงานได้อย่างคล่องตัว และมีประสิทธิภาพ

2.3.10 วาระและการฟื้นฟูสภาพ การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1) วาระ กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชน และองค์กรหมู่บ้าน

2) การฟื้นฟูสภาพ

- ฟื้นฟูสภาพตามวาระ
- คาย
- ลาออก
- ไม่ได้อยู่อาศัยในหมู่บ้านเป็นเวลาติดต่อกันเกินกว่า 6 เดือน
- ประชาชนลงมติ โดยมีคะแนนเสียงเกินกึ่งหนึ่งของประชาชนในหมู่บ้าน หรือคณะกรรมการหมู่บ้าน มีมติให้พ้นจากตำแหน่ง เนื่องจากมีความประพฤติเสียหาย อันจะนำมานซึ่งความเสื่อมเสียประโยชน์ของหมู่บ้าน หรือบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจ

2.4.1 ความหมายของแรงจูงใจ

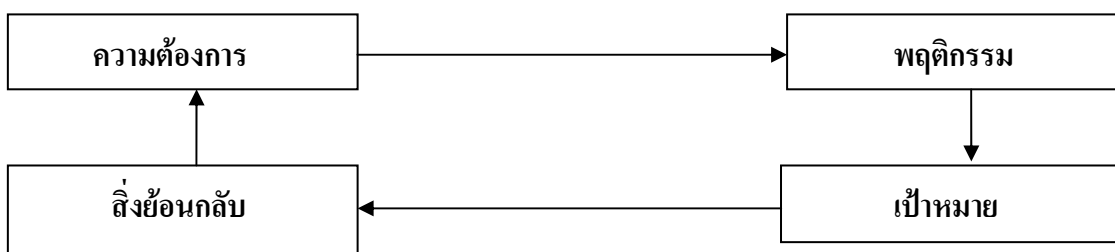
เกรียงศักดิ์ เจริญยิ่ง (2543: 25) กล่าวว่าแรงจูงใจคือสภาวะของบุคคลที่ถูกกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมไปยังจุดหมายปลายทาง ความต้องการแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งเป็นความพยายามของบุคคลในการทำงาน

สมยศ นาวิการ (2546:38) กล่าวว่าแรงจูงใจโดยพื้นฐานแล้วเราต้องอ้างถึงแรงผลักดันที่กระตุ้นพฤติกรรมแรงจูงใจซึ่งมีความสำคัญต่อผลสำเร็จของโครงการ

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า แรงจูงใจ หมายถึง สภาวะของบุคคลที่บุคคลได้รับ การกระตุ้นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการซึ่งเป็นความพยายามของบุคคลในการทำงาน และเป็นการผลักดันให้เกิดความสำเร็จได้

2.4.2 กระบวนการจูงใจ

กระบวนการจูงใจเกี่ยวข้องกับ (1) ความต้องการ (2) พฤติกรรม (3) เป้าหมาย และ (4) สิ่งย้อนกลับ สิ่งเหล่านี้เกี่ยวกันระหว่างกันตามรูป



แผนภูมิที่ 2.2 กระบวนการจูงใจ

ที่มา: สมยศ นาวิการ (2546: 38-39)

แรงจูงใจเกิดจากความต้องการที่รู้สึกบางอย่าง เราต้องการบางสิ่งบางอย่างที่เราไม่มี บ่อยครั้งที่เราไม่ได้รู้ความต้องการของเราเอง และทำบางสิ่งบางอย่างโดยไม่ต้องสงสัย แต่อย่างไรก็ตามข้อสมมติพื้นฐานของทฤษฎีจูงใจคือ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างมีเป้าหมายเราถูก “จูงใจ” เพื่อบรรลุเป้าหมายในบางอย่าง

2.4.3 แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2541: 68) กล่าวว่าแรงจูงใจคือ การที่บุคคลได้รับการกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรม ในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างมีพลังมีคุณค่า มีทิศทางที่ชัดเจนซึ่งแสดงออกอย่างตั้งใจ เต็มใจ แรงจูงใจของบุคคลมี 2 ลักษณะ (Types of Motivation) ได้แก่

1. แรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) เป็นสภาวะของบุคคลที่ต้องการเรียนรู้ หรือแสวงหาบางสิ่งบางอย่างด้วยตนเอง โดยมีต้องให้บุคคลอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น บุคคลตั้งใจทำงานด้วยความรู้สึกพอใจด้วยตนเองไม่ใช่เพราะถูกบังคับ

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

สรุปได้ว่าแรงจูงใจเกิดขึ้นได้โดยตัวของบุคคลเอง และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากภาวะที่บุคคลได้รับ การกระตุ้นจากภายนอกให้เห็นจุดหมายปลายทาง และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.4.4 แนวคิดทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow)

มาสโลว์ (Maslow, 1987) ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งกำหนดโดยนักจิตวิทยาอับราฮัม มาสโลว์ (Abraham Maslow) เป็นทฤษฎีการจูงใจที่มีการกล่าวขวัญอย่างแพร่หลาย มาสโลว์มองว่าความต้องการของมนุษย์มีลักษณะเป็นลำดับขั้น จากระดับต่ำสุดไปยังระดับสูงสุด เมื่อความต้องการในระดับหนึ่งได้รับการตอบสนองแล้ว มนุษย์ก็จะมีความต้องการอื่นในระดับที่สูงขึ้นต่อไป (Mc Shane and Von Glinow: 597)



แผนภูมิที่ 2.3 ลำดับชั้นความต้องการของมาสโลว์

ที่มา: Maslow (1987)

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

ขั้นที่ 2. ความต้องการด้านความปลอดภัยและความมั่นคง (Safety Needs) เป็นความต้องการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและครอบครัว โดยบุคคลจะต้องการสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในทางกายภาพและจิตใจ มีรายได้พอเพียงต่อการดำรงชีวิต ซึ่งได้รับการตอบสนองโดยการเลื่อนขั้นเงินเดือน ประกันสุขภาพ การประกันสังคม

ขั้นที่ 3. ความต้องการมีส่วนร่วมในสังคม (Social Needs) บุคคลต้องการการยอมรับจากสังคมโดยต้องการการมีส่วนร่วม ความรักจากบุคคลอื่นซึ่งบุคคลจะได้รับจากกลุ่มผู้ร่วมทำงาน หรือกลุ่มสังคมต่าง ๆ

ขั้นที่ 4. ความต้องการเกียรติยศ ชื่อเสียง (Esteem Needs) บุคคลต้องการความยอมรับนับถือจากบุคคลอื่นว่ามีความสามารถ และเป็นที่ยอมรับจากบุคคลอื่น ซึ่งจะสร้างความภาคภูมิใจให้กับบุคคล โดยจะได้รับการตอบสนองจากตำแหน่งงาน คำชมเชย รางวัลพิเศษ

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

จากทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs) แสดงให้เห็นว่าบุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองแล้วค่อย ๆ พัฒนาขึ้นเป็นลำดับขึ้น โดยที่ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้วจะลดความต้องการลง ขณะที่ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง อาจก่อให้เกิดความไม่พอใจ ความเครียด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พนมกร สุวรรณรัต (2541) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนในการป้องกันอาชญากรรม ในเขตจังหวัดนครปฐม พบว่า ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในพื้นที่ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันอาชญากรรม

วรรณชนก จันทุม และคณะ (2541) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเอดส์ ในบ้านเสมา ตำบลหนองแปน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ เสนอเงื่อนไขเบื้องต้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ คือ รัฐบาลจะต้องมีการยอมรับในแนวความคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ก่อนในเบื้องต้น และได้บรรจุหลักการนี้ไว้ในแผนหรือนโยบายในระดับต่าง ๆ ด้วย ประชาชนจะต้องมีพื้นฐานองค์การของประชาชนที่สามารถเป็นตัวแทนในการเจรจาต่อรองกับกลุ่มผลประโยชน์ และบุคคลอื่น ๆ ได้ ประชาชนจะต้องมีอิสระในแนวคิดริเริ่ม และการตัดสินใจระดับท้องถิ่น เพื่อกำหนดกิจกรรมของตนเอง ชุมชนจะต้องมีการไหลเวียนข่าวสาร และความรู้ใหม่ ๆ โดยเฉพาะหลักการและปรัชญาของการพัฒนา เทคนิควิธีการในการจัดสรรทรัพยากร และความรู้ทางการบริหารงาน ชุมชนจะต้องได้รับการสนับสนุนทางด้านสิ่งของ และเทคนิคที่จำเป็นด้วย โดยเฉพาะในระยะเริ่มแรก

วีณา เทียงธรรม (2554 อ้างถึงใน ขนิษฐา นันทบุตร) ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพชุมชน: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ พบว่า ลักษณะของการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนโดยองค์กรต่าง ๆ ในประเทศไทย องค์กรภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบล 2) องค์กรชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแล/ญาติ อาสาสมัคร/แกนนำ 3) หน่วยงานสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ/หน่วยบริการปฐมภูมิ/โรงพยาบาล

สาธิต ศิริสมบุญเวช (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่ามีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในด้านการรับรู้สาเหตุของปัญหา การวางแผนดำเนินกิจกรรม การลงทุนและปฏิบัติ และการติดตามประเมิน

สถิตย์ คล้ายคลึง (2543) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.6 มีการปฏิบัติงานในระดับต่ำ เรื่องการจัดหาน้ำสะอาด และสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การนัดประชุม การจัดกิจกรรมสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การจัดนิทรรศการ และสาธิตการแปรงฟัน และการจัดตั้งกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคในหมู่บ้าน ซึ่งแสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ได้

รัชณี เข้มกันชู (2543) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตปริมณฑล จังหวัดนนทบุรี พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พอชม นวิวัฒน์ (2543) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อโครงการ “ประชาร่วมใจ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระชนมายุ 72 พรรษา” กรณีศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี โดยภาพรวม การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในโครงการฯ พบว่าระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศ อายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกัน

นิรุจน์ อุทธา และคณะ (2543) ได้ศึกษารูปแบบการควบคุมโรค และการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ 5 อำเภอของจังหวัดขอนแก่น ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 450 คน จากการมีส่วนร่วมของประชาชน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการค้นหาปัญหา ด้านการวิเคราะห์ปัญหา ด้านการแก้ไขปัญหา ด้านการรับผลประโยชน์ และด้านการประเมินผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ภายหลังจากการทำวิจัย ประชาชนมีส่วนร่วมต่อการแสดงความคิดเห็น ต่อการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกมากขึ้น ส่วนด้านการแก้ไขปัญหา นั้น ประชาชนมีส่วนร่วมต่อการสำรวจลูกน้ำยุงลายมากที่สุด รองลงมาคือ การเลี้ยงปลาในลูกน้ำ การจัดทำบ่อเพาะพันธุ์ปลาในลูกน้ำ และการหาฝาปิดภาชนะ นอกจากนี้ประชาชนยังมีส่วนร่วม

ต่อการรับผลประโยชน์จากการทำความสะอาดบ้านเรือน และมีส่วนร่วมด้านการประเมินผลต่อประสิทธิภาพ การกำจัดลูกน้ำด้วยปลากินลูกน้ำมากที่สุด นอกจากนี้ยังศึกษาพบว่า รูปแบบการควบคุมโรคโดยไม่ใช้ สารเคมี ทำให้ประชาชนเกิดการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ดีกว่าวิธีอื่น

สมหวัง ช่อนงาม (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ต่อการมีส่วนร่วม 3 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาสาเหตุของปัญหาและการวางแผน การปฏิบัติกิจกรรม และการติดตามประเมินผล พบว่า มีส่วนร่วมมากที่สุดในขั้นตอนการค้นหาสาเหตุของปัญหาและการวางแผน ได้แก่ มีการร่วมประชุมหรือลงมติในที่ประชุม รองลงมา ร่วมแสดงความคิดเห็นถึง สาเหตุของโรค และร่วมแสดงความคิดเห็นถึงวิธีการป้องกันและควบคุมโรค ส่วนขั้นการปฏิบัติได้ ร่วมมากที่สุด คือมีส่วนร่วมทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในภาชนะน้ำดื่ม น้ำใช้ และในขั้นตอนการ ติดตามประเมินผลได้ร่วมมากที่สุด คือการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของครอบครัว

รวี ศิริประเสริฐ (2544) ได้ศึกษาการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกระดับจังหวัด และ ระดับหมู่บ้าน ในจังหวัดปราจีนบุรี เน้นการควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ พบว่า หมู่บ้านที่ ใช้การมีส่วนร่วม โดยให้อาสาสมัครเป็นผู้นำประชาชนในหมู่บ้าน ในการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย นั้น สามารถทำให้ลูกน้ำยุงลายลดลงได้ดี

ปณัฏฐ์ เปสลาพันธ์ (2544) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารระดับ สถานีตำรวจตามโครงการพัฒนาสถานีตำรวจเพื่อประชาชน (โรงพักเพื่อประชาชน) ในจังหวัดสระบุรี พบว่า คณะกรรมการบริหารระดับสถานีตำรวจตามโครงการพัฒนาสถานีตำรวจเพื่อประชาชน (โรงพัก เพื่อประชาชน) มีส่วนร่วมในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการร่วมวางแผน ด้านการร่วมดำเนินการ และด้านการร่วมประเมินโครงการ และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของคณะกรรมการบริหารระดับสถานี ตำรวจ ได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชน และตำแหน่งทางสังคม ต่างกันมีส่วนร่วม ตามโครงการพัฒนาสถานีตำรวจเพื่อประชาชน (โรงพักเพื่อประชาชน) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ ระดับ 0.05 ส่วนเพศมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาสถานีตำรวจเพื่อประชาชน (โรงพักเพื่อประชาชน) ไม่แตกต่างกัน

กนกทอง สุวรรณบุลย์ (2545) ได้ศึกษาเรื่องอิทธิพลของค่านิยมทางจริยธรรม สิ่งจูงใจ การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จังหวัดระยอง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ผู้นำ ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก และการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทอย่างมากใน การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

นาตยา เกรียงชัยพฤกษ์ (2552) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่อการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด: กรณีศึกษาจังหวัดมุกดาหาร นครพนม สกลนคร กาฬสินธุ์ สุรินทร์ พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่วนกลางและส่วนภูมิภาคต่อการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมมีขั้นตอนการดำเนินงานอย่างเด่นชัด การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายส่งผลให้หมู่บ้านเป้าหมายมีการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีส่วนร่วมต่อการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้ประชาชนในหมู่บ้านที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายซึ่งมีความสำคัญมากต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

ปวิวรรณ แสงพิทักษ์ (2545) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมในโครงการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผลอยู่ในระดับสูงทุกด้าน และพบว่าสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีเพศ และการดำรงตำแหน่งต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่อาศัย อยู่ในชุมชน ตำแหน่งทางสังคม การเข้ารับการอบรม และระดับชั้นขององค์การบริหารส่วนตำบลต่างกัน จะมีส่วนร่วมในโครงการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลไม่แตกต่างกัน

สนธยา มโหทาน (2546) ได้ศึกษาการเข้ามามีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานหรือสุขภาพภาคประชาชน วิถีชุมชน: ชีวิตที่มีความหมาย กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าหลายครั้งที่ต้องแลกมาด้วยความสำเร็จบนความไม่เข้าใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางท่าน ด้วยความมุ่งมั่นที่อยากจะเห็นความเข้มแข็งและการพึ่งพาตนเองขององค์กร อสม. เพื่อนำไปสู่การนำการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของคนในชุมชนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน กับการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างยั่งยืนโดยประชาชนเอง และการที่ประชาชนจะมีความเข้มแข็งสามารถเข้ามามีส่วนร่วม และเกิดความสำเร็จในโครงการพัฒนาต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของชุมชนเป็นหลัก ที่มีเจ้าหน้าที่ของภาครัฐ และผู้เกี่ยวข้องเป็นฝ่ายให้การสนับสนุน เปิดโอกาสให้ชาวบ้านมั่นใจได้ว่าโครงการพัฒนาที่เข้ามาในชุมชนของเขานั้น จะสนองความต้องการที่แท้จริงของชุมชนได้

เมธี จันทจักรุณ (2546) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยตามกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานมาโดยตลอด และยังมีบทบาทเพิ่มขึ้นด้วยจากโครงการต่าง ๆ เป็นการ

เฉพาะแล้ว ยังมีบทบาทที่ขยายไปสู่การดูแลสังคมอย่างเป็นระบบมากขึ้น ซึ่งการมีส่วนร่วมดังกล่าว ประกอบด้วย การให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือและให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ร่วมวางแผนในการแก้ปัญหา ร่วมอยู่ในกระบวนการแก้ปัญหาของหมู่บ้านและชุมชน

จิรพันธุ์ วิบูลย์วงศ์ (2546) ได้ศึกษาการประเมินผลระบบสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พบว่าการดำเนินงานและความสำเร็จของระบบสุขภาพภาคประชาชนในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุข การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนช่วยให้การดำเนินงานต่าง ๆ ในการจัดการสุขภาพของคนในชุมชนเป็นไปได้ง่ายขึ้นกว่าการสวมบทบาทเป็นประชาชนทั่วไป

สีวรงค์ เหมือนละม้าย (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ได้แก่ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงาน และด้านการประเมินผลทุกด้านอยู่ในระดับมากสำหรับปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. พบว่าเพศ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน สมาชิกกลุ่มทางสังคมและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ส่วนอายุ ระดับการศึกษา อาชีพและความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อ.บางเลน จ.นครปฐม

สมบุญลธิ์ บุปผา (2551) ศึกษาปัจจัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างเสริมชุมชนให้เข้มแข็ง พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนานั้นถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของกระบวนการสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง เพราะฉะนั้นการพัฒนาจึงควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม และชุมชนจะช่วยให้เกิดการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การมีส่วนร่วมในการพัฒนาช่วยให้ประชาชนมีพลังต่อรองกับกลุ่มผลประโยชน์อื่น ๆ ในสังคม และเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมการยอมรับ และการใช้ความคิด วิธีการใหม่ หรือนวัตกรรมบางอย่างซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในกระบวนการพัฒนา และพบว่าในกระบวนการพัฒนา จะทำให้ประชาชนสามารถแสดงศักยภาพที่มีอยู่และช่วยให้ได้หนทางการแก้ปัญหาเชิงนวัตกรรมที่เหมาะสมกับปัญหาของชุมชนได้มากกว่าการให้บุคคลภายนอกเข้ามาช่วยแก้ปัญหาในชุมชน

สุธิดา ห้าวเจริญ (2554) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน เมื่อ

พิจารณาเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงาน และด้านการประเมินผล เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับความรู้ที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน แต่ อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันจะส่งผลให้มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน ส่วนระยะเวลาปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เสาวนีย์ สีสองสม (2554) ได้ศึกษาลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนและปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในโครงการป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยศึกษาชุมชนหมู่บ้านกิ้วพร้าว ตำบลจันจระได้อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนบ้านกิ้วพร้าวนั้นไม่พบการมีส่วนร่วมในระดับการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการควบคุมประเมินผล แต่พบในระดับของการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรมเท่านั้น

อรรณ บำรุง (2556) ได้ศึกษาโครงการสำรวจและประเมินค่ากลางการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วนและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ พบว่า ประชาชนในอำเภอบางปะอิน มีมาตรการทางสังคมที่ทุกตำบลในอำเภอบางปะอินจะต้องดำเนินการ โดยกำหนดให้ประชาชนมีกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย และแต่ละชมรมมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง กำหนดให้มีหมู่บ้านต้นแบบเพื่อร่วมกันทำกิจกรรม เช่น การทำอาหารลดหวาน มัน เกล็ม โดยกลุ่มแม่บ้านเมณูสุขภาพ การงดเลี้ยงสุราในงานบวช งานบุญ งานศพ ซึ่งการกำหนดมาตรการทางสังคมเหล่านี้เป็นการสร้างความตระหนักและเพิ่มความรู้ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนร่วมกัน เป็นแนวทางในการสร้างความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนเพื่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ หรือโรควิถีชีวิตได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดขั้นตอน ดังนี้

3.2 ประชากรกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวนทั้งหมด 1,286 คน

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป
2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
3. สัมผัสเข้าร่วมโครงการโดยได้รับการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ไม่อยู่ในพื้นที่ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ขณะทำการเก็บข้อมูล

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตร Cochran (1977: 107)

$$n = \frac{N(Z_{\alpha/2})^2 \sigma^2}{Nd^2 + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

- เมื่อ n = แทนจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา
 N = แทนจำนวนประชากรที่ใช้ในการศึกษา
 d = แทนค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่ายอมรับได้ที่ $= 0.05$
 $Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติมาตรฐานได้ไ้คงปกติ ดังนั้น $z_{.025}$ มีค่า $= 1.96$
 σ^2 = แทนค่าความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.52 ดังนั้น $s^2 = 0.2704$ (สุริดา ห้าวเจริญ, 2554)

$$N = \frac{1,286 (1.96)^2 (0.2704)}{1,286 (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.2704)}$$

$$n = 314$$

จากการคำนวณ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 314 คน แต่เนื่องจากการเก็บข้อมูลอาจได้รับแบบสอบถามตอบกลับไม่ครบหรือไม่สมบูรณ์ เพื่อป้องกันการสูญหายของแบบสอบถาม จึงใช้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มจากกลุ่มตัวอย่าง ที่คำนวณได้ 20% คือ 62 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 376 คน

การชักกลุ่มตัวอย่าง (Sampling Technique)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้สุ่มจากประชากร คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป จำนวน 1,286 คน หาตัวอย่างตามสัดส่วนของตัวแทนแต่ละตำบล โดยอำเภอบางปะอิน มีทั้งหมด 18 ตำบล โดยการกระจายตามสัดส่วนที่ได้จากการคำนวณมาใช้ในการวิจัย รายละเอียดได้แสดงไว้ในตารางที่ 3.1

$$\text{ขนาดตัวอย่าง} = \frac{\text{ขนาดตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{จำนวนประชากร (อสม.) ในแต่ละตำบล}}{\text{จำนวนประชากร (อสม.) ทั้งหมดในอำเภอบางปะอิน}}$$

$$\text{จำนวนตัวอย่างแต่ละตำบล} = \frac{376 \times \text{จำนวน อสม. แต่ละตำบล}}{1,286}$$

ตารางที่ 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตำบลในเขตพื้นที่อำเภอบางปะอิน

ตำบลในเขตพื้นที่อำเภอบางปะอิน	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1. บ้านเลน	173	51
2. เขียวรากน้อย/คลองเปรม/พระอินทร์ราชา	255	74
3. บ้านโพธิ์	44	13
4. บ้านกรด/ขนอนเหนือ	76	22
5. บางกระสั้น	137	40
6. คลองจิก	86	25
7. บ้านหว่า	53	16
8. วัดยม	42	12
9. บางประแดง	55	16
10. สามเรือน	43	12
11. เกาะเกิด	36	11
12. บ้านพลับ	29	9
13. บ้านเป้ง	25	7
14. คู้งลาน	29	9
15. คลิ่งชัน	26	8
16. บ้านสร้าง	97	28
17. ตลาดเกรียบ	42	12
18. ขนอนหลวง	38	11
รวม	1,286	376

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นตัวแทนในการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากไม่แทนที่ (Sampling without replacement) ตามจำนวนที่กำหนดไว้

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ เพื่อให้ได้ข้อความครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยได้เก็บ

รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In Depth Interview) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาอาชีพ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่น รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การได้รับการฝึกอบรม การดูงาน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. อำเภอบางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำตอบถูก ได้แก่ คำถามข้อที่ 1-10, 12-13, 16-20

ตอบ ถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบ ไม่แน่ใจ, ผิด ให้ 0 คะแนน

คำตอบผิด ได้แก่ คำถามข้อที่ 11, 14, 15

ตอบ ผิด ให้ 1 คะแนน

ตอบ ไม่แน่ใจ, ถูก ให้ 0 คะแนน

(20 ข้อ รวม 20 คะแนน)

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

$\geq$ ร้อยละ 80 คือ คะแนน 16 - 20 คะแนน ระดับสูง

ร้อยละ 60 - 79 คือ คะแนน 12 - 15 คะแนน ระดับปานกลาง

$<$ ร้อยละ 60 คือ คะแนน ≤ 11 คะแนน ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. อำเภอบางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา 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. โดยให้คะแนนตามกลุ่ม ตามแนวคิดของเบสท์ (Best) โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

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

(ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ดังนั้นจำนวนชั้นที่ต้องการคือ 3)

$$\text{แทนค่า ช่วงกว้างของข้อมูล} = \frac{45 - 15}{3}$$

$$\text{ได้ช่วงกว้างของข้อมูลแต่ละชั้น} = 10.00$$

จากการคำนวณดังกล่าวได้นำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการแปลผลระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับ
15 - 24	ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานต่ำ
25 - 34	ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานปานกลาง
35 - 45	ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. ลักษณะคำถามปลายปิด แบบมาตราส่วน (Rating scale) โดยแบ่งระดับการมีส่วนร่วมเป็น 3 ระดับ คือ ทุกครั้ง บางครั้ง และไม่เคยเลย จำนวน 20 ข้อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ด้านการร่วมวางแผน	จำนวน 7 ข้อ
- ด้านการร่วมดำเนินการ	จำนวน 6 ข้อ
- ด้านการร่วมรับผลประโยชน์	จำนวน 3 ข้อ
- ด้านการร่วมประเมินผล	จำนวน 4 ข้อ

ทุกครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติทุกครั้งเมื่อมีกิจกรรมนั้น
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นบางครั้งเมื่อมีกิจกรรมนั้น
ไม่เคยเลย	หมายถึง	ไม่มีการปฏิบัติเลย

โดยให้คะแนนคำถามเชิงบวก (Positive) และคำถามเชิงลบ (Negative) ดังนี้

การให้คะแนน	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ระดับการมีส่วนร่วม ทุกครั้ง	3	1
ระดับการมีส่วนร่วม เป็นบางครั้ง	2	2
ระดับการมีส่วนร่วม ไม่เคยเลย	1	3

โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแปลผลระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. โดยให้คะแนนกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (Best) โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

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

(ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ดังนั้นจำนวนชั้นที่ต้องการ คือ 3)

$$\text{แทนค่า ช่วงกว้างของข้อมูล} = \frac{60 - 20}{3}$$

$$\text{ได้ช่วงกว้างของข้อมูลแต่ละชั้น} = 13.33$$

จากการคำนวณดังกล่าวได้นำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการแปลผลระดับการมีส่วนร่วม ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับ
20 - 33.33	ระดับการมีส่วนร่วม น้อย
33.34 - 46.67	ระดับการมีส่วนร่วม ปานกลาง
46.68 - 60.00	ระดับการมีส่วนร่วม มาก

ส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะของ อสม. ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นคำถามแบบปลายเปิด (Open Ended) จำนวน 4 ข้อ ได้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In Depth Interview) จำนวน 10 เปรอร์เซ็นต์ของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 38 คน

3.4 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้องเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา ได้แก่ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน เพื่อหาความบกพร่องของแบบสอบถามแต่ละข้อ นำแบบสอบถามในส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ โดยวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร Kuder Richardson Formula (KR-20) และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α Coefficient) ของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient Alpha) ของแบบสอบถาม เท่ากับ .9050 และ .9053 ตามลำดับ

3.5 การดำเนินการด้านจริยธรรม

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมเพื่อขอดำเนินการวิจัยตามแบบฟอร์มที่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนด แล้วส่งให้คณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรม เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงดำเนินการทดสอบแบบสอบถาม เพื่อหาความเชื่อมั่นแล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงก่อนนำมาใช้

ข้อพิจารณาเชิงจริยธรรมในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. ปฏิบัติตามการป้องกันความเสี่ยงอย่างเคร่งครัด
2. ชี้แจงให้ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย ทราบถึงวิธีการและตอบข้อข้องใจต่างๆ ถึงประโยชน์และสิ่งที่จะเกิดขึ้นขณะทำการวิจัย
3. ต้องได้รับคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย
4. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์บอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดโดยไม่มีผลกระทบในทางลบแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย
5. การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ข้อมูล ชื่อ นามสกุล รวมถึงข้อมูลรายบุคคลจะไม่ ถูกนำเสนอหรือเผยแพร่

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาตามจำนวนประชากรในการศึกษา เพื่อแจกให้ อสม. ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอบางปะอินรวบรวมส่งกลับให้ผู้วิจัย
2. ผู้วิจัยมอบแบบสอบถามให้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาตามจำนวนประชากรในการศึกษา เพื่อแจกให้ อสม. ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอบางปะอินรวบรวมส่งกลับให้ผู้วิจัย
3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แรงจูงใจในการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของอสม.
2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการติดต่อของอสม. จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลโดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) แบบ Independent t - test และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. จำแนกตามอายุ โดยการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One - Way ANOVA) และทดสอบความสัมพันธ์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ (r)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. อำเภอบางปะอิน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 376 คน ได้นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามของ อสม. มาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์ โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยายนำเสนอต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่ 7 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 376 คน จำแนกเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่น รวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 15 พฤษภาคม 2557 ถึง 15 กรกฎาคม 2557 โดยผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอบางปะอิน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการศึกษาวิจัย มอบแบบสอบถามให้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาตามจำนวนประชากรในการศึกษา เพื่อแจกให้ อสม. ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 376 ชุด ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์คืนให้ผู้วิจัย ร้อยละ 100

ตารางที่ 4.1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 376)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	40	10.6
หญิง	336	89.4
อายุ (ปี)		
≤ 30	4	1.0
31-40	46	12.3
41-50	105	28.0
51-60	138	36.7
> 60	83	22.0
$\bar{x} = 52.80$ S.D. = 9.64 Min = 29 Max = 77		
สถานภาพสมรส		
โสด	43	11.4
สมรส	262	69.7
หม้าย/หย่า/แยก	71	18.9
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	173	46.0
มัธยมศึกษา	142	37.8
อนุปริญญา/เทียบเท่า	39	10.3
ปริญญาตรีขึ้นไป	22	5.9
อาชีพ		
รับจ้าง	127	33.8
อื่น ๆ	103	27.4
ค้าขาย	99	21.2
เกษตรกรรม	38	10.2
รับราชการ	9	2.4

ตารางที่ 4.1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 376) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม. (ปี)		
≤ 5	136	36.2
6 - 10	136	36.2
11 - 20	79	21.0
> 20	25	6.6
$\bar{x} = 9.02$ S.D. = 6.77 Min = 1 Max = 32		
ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น (ปี)		
1 - 10	37	9.8
11 - 20	33	8.8
> 20	306	81.4
$\bar{x} = 41.38$ S.D. = 17.89 Min = 1 Max = 75		
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
$< 10,000$	191	50.8
10,000 - 20,000	108	28.7
20,001 - 30,000	49	13.0
$> 30,000$	28	7.5
$\bar{x} = 15,604.79$ S.D. = 15,144.59 Min = 1,000 Max = 152,000		
เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
เคย	348	92.6
ไม่เคย	28	7.4
ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง > 1 ครั้ง/ปี	227	65.2
ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค 1 ครั้ง/ปี	121	34.8

ตารางที่ 4.1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 376) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
เคย	367	97.6
ไม่เคย	9	2.4
ถ้าเคย เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ	336	91.5
การอบรม/ศึกษาดูงาน	231	62.9
ถ้าเคย เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,หน่วยงานภาครัฐ	336	91.5
การอบรม/ศึกษาดูงาน	231	62.9
ศึกษาด้วยตนเอง	164	44.7
อบต./อปท.	157	42.8
เพื่อนร่วมงาน	137	37.3
สื่อมวลชน	117	31.9
อื่น ๆ	16	4.3

จากตารางที่ 4.1 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของอสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.4 มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 12.3 อายุมากที่สุด 29 ปี อายุมากที่สุด 77 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 52.80 ปี ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.0 และมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.8 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.8 โดยมีรายได้ต่อเดือนน้อยที่สุด 1,000 บาท และรายได้ต่อเดือนมากที่สุด 152,000 บาท รวมมีรายได้เฉลี่ย 15,604 บาท ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม. น้อยกว่า 5 ปี และ อสม. ที่ปฏิบัติงานระหว่าง 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.2 เท่ากัน ระยะเวลาเฉลี่ย 9.0 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม. น้อยที่สุด 1 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม. มากที่สุด 32 ปี

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามระดับความรู้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 376)

ระดับความรู้ในการปฏิบัติงาน เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (< ร้อยละ 60)	16	4.3
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	87	23.1
ระดับสูง ($\geq$ ร้อยละ 80)	273	72.6
$\bar{X} = 16.78$ S.D.= 2.62 Min = 5.00 Max = 20.00		

จากตารางที่ 4.2 พบว่า อสม. เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.6 รองลงมา มีความรู้ในระดับกลาง ร้อยละ 23.1 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.78 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.62

ส่วนที่ 3 แรงงูใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของ อสม.อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามระดับแรงงูใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=376)

ระดับแรงงูใจในการปฏิบัติงาน ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แรงงูใจในการปฏิบัติงานน้อย (15 - 24 คะแนน)	92	24.5
แรงงูใจในการปฏิบัติงานปานกลาง (25 - 34 คะแนน)	55	14.6
แรงงูใจในการปฏิบัติงานมาก (35 - 45 คะแนน)	229	60.9
$\bar{X} = 33.92$ S.D.= 9.45 Min = 15 Max = 45		

จากตารางที่ 4.3 พบว่า อสม. เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงงูใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.9 รองลงมา มีแรงงูใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 14.6 และมีแรงงูใจในระดับน้อย ร้อยละ 24.5 คะแนนแรงงูใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.92 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.45

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของ ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ตอบถูกต้อง ของ อสม.อำเภอ บางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n=376)

ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
- การรับประทานอาหารหวาน มัน มีน้ำหนักเกิน อ้วน ไม่ออกกำลังกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน	363	96.5
- ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง คือ อัมพฤกษ์ อัมพาต	360	95.7
- การลดการบริโภคอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่ และดื่มสุรา สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้	355	94.4
- ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจะมีอาการ หิว ใจสั่น หน้าซีดเหงื่อออก มึนงง	348	92.6
- การควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม งดสูบบุหรี่ งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	343	91.2
- ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นอาการที่รุนแรงของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันด่วนที่	339	90.2
- อาการปวดมึนท้ายทอย วิงเวียน ปวดศีรษะตื้อ ๆ เป็นอาการเตือนของโรคความดันโลหิตสูง	333	88.6
- โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง	332	88.3
- โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะมีอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน เดินเซ เสียการทรงตัว ตามัว เห็นภาพซ้อน แขนขาชา อ่อนแรง	332	88.3
- โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง	323	85.9
- บุคคลใดที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140/90 มม.ปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง	321	85.4
- โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นโรคที่เกิดจากการสะสมปัจจัยเสี่ยง เช่น การดื่มเหล้า กินอาหารมัน เคี้ยว ซึ่งต้องใช้เวลาานกว่าจะเกิดอาการของโรค	321	85.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของ ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ตอบถูกต้อง ของ อสม.อำเภอ บางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n=376) (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
- การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ไม่ออกกำลังกาย การดื่มเหล้า การมีความเครียด จะส่งผลทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	314	83.5
- หากมีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดโรคเบาหวาน	301	80.1
- โรคหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก หายใจเร็ว ปวดร้าวไปที่แขนด้านในและบริเวณต้นคอ กราม บางรายมีอาการคล้ายอาการปวดฟัน	285	75.8
- ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ไม่มีความเสี่ยง ในการเกิดโรค อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	279	74.2
- โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นโรคที่ไม่มีการติดต่อไปยังผู้อื่น ยกที่จะรักษาให้หายขาด	278	73.9
- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่จำเป็นต้อง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพียงแต่หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มจัดอย่างเดียวก็น่าจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้	262	69.7
- หากมีอาการเตือนของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่ควร รับประทานอาหาร หรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ	256	68.1
- ระดับน้ำตาลที่ 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่า เริ่ม เป็นเบาหวาน	247	65.7

จากตารางที่ 4.4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกี่ยวกับการรับประทานอาหารหวาน มัน มีน้ำหนักเกิน อ้วน ไม่ออกกำลังกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน มากที่สุด ร้อยละ 96.5 รองลงมาได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง คือ อัมพฤกษ์ อัมพาต และการลดบริโภคอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่ และดื่มสุรา สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 95.7 และ 94.4 ตามลำดับ ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกี่ยวกับอาการเตือนของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควรรับประทานอาหาร หรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ และระดับ

น้ำตาล ที่ 100 - 125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่าเริ่มเป็นเบาหวาน มีจำนวนผู้ตอบภูกระดาน้อย ร้อยละ 68.1 และ 65.7 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอสม.อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n= 376)

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (20-33.33)	4	1.1
ระดับปานกลาง (33.34-46.67)	129	34.3
ระดับมาก (46.68-60.00)	243	64.6
$\bar{x} = 49.7$ S.D = 7.45 Min = 29.0 Max = 60		

จากตารางที่ 4.5 ผลการศึกษาพบว่า อสม. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.6 รองลงมามีส่วนร่วมอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 34.3 ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ 49.7 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 7.45 คะแนนระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของ อสม. สูงสุด 60 คะแนน คะแนนน้อยสุด 29 คะแนน

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านการร่วมวางแผน ของ อสม.อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n= 376)

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	ระดับการมีส่วนร่วม					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	n	%	n	%	n	%
ด้านการร่วมวางแผน						
1. การเข้าร่วมการจัดการประชุม ปรึกษาหารือ เพื่	228	60.7	140	37.2	8	2.1
ดำเนินการ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง						
ในหมู่บ้าน						

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการร่วมวางแผน ของ อสม.อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n= 376) (ต่อ)

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	ระดับการมีส่วนร่วม					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	n	%	n	%	n	%
2. การเข้าร่วมในการวางแผนในการกำหนดวิธีการ การดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	181	48.1	163	43.4	32	8.5
3. การเข้าร่วมกำหนดมาตรการการลดโรค ไม่ติดต่อ และลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	174	46.3	177	47.1	25	6.6
4. การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายในชุมชนเกี่ยวกับการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	170	45.2	162	43.1	44	11.7
5. การเข้าร่วมในการพิจารณาปรับปรุงกิจกรรม การดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	162	43.1	188	50.0	26	6.9
6. การเข้าร่วมในการนำฐานข้อมูลของชุมชนมาวิเคราะห์สถานการณ์ โรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อวางแผนในการแก้ปัญหา	159	42.3	184	48.9	33	8.8
7. การมีส่วนร่วมในการเสนอแนะความคิดเห็นเพื่อการดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้าน	155	41.2	211	56.1	10	2.7

จากตารางที่ 4.6 พบว่าจำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการร่วมวางแผน ของอสม.อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ด้านที่อยู่ในระดับมาก - มากที่สุด ได้แก่ การเข้าร่วมการจัดการประชุม ปรึกษาหารือ เพื่อดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้าน และรองลงมาคือการเข้าร่วมในการวางแผนในการกำหนดวิธีการ การดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และระดับการมีส่วนร่วมด้านการวางแผนระดับมาก น้อยที่สุด คือการมีส่วนร่วมในการเสนอแนะความคิดเห็นเพื่อการดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้าน

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการร่วมดำเนินการ ของ อสม.อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n= 376)

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	ระดับการมีส่วนร่วม					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	n	%	n	%	n	%
ด้านการร่วมดำเนินการ						
1. การร่วมปฏิบัติการให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผน และนโยบาย การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน	202	53.7	157	41.8	17	4.5
2. การมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วย ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	241	64.1	128	34.0	7	1.9
3. การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การผลิตนวัตกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	148	39.4	192	51.0	36	9.6
4. การมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กับชุมชน	245	65.1	124	33.0	7	1.9
5. การได้ร่วมให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเองให้แก่ประชาชน เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	248	66.0	124	33.0	4	1.0
6. การมีส่วนร่วมในการผลักดันมาตรการทางสังคมเพื่อการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน	190	50.5	165	43.9	21	5.6

จากตารางที่ 4.7 พบว่า จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วม ด้านการร่วมดำเนินการด้านที่อยู่ระดับมาก - มากที่สุด ได้แก่ การได้ร่วมให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเองให้แก่ประชาชน เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและรองลงมา ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กับชุมชน และระดับการมีส่วนร่วมด้านการร่วมดำเนินการระดับมาก น้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การผลิตนวัตกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กับชุมชน

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการร่วมรับผลประโยชน์ ของ อสม.อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n=376)

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	ระดับการมีส่วนร่วม					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	n	%	n	%	n	%
ด้านการร่วมรับผลประโยชน์						
1. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสภาวะสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน	244	64.9	127	33.8	5	1.3
2. การได้ประโยชน์ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่าน จากการนำข้อมูลมาร่วมวิเคราะห์	207	55.0	153	40.7	16	4.3
3. การได้รับความร่วมมือจากคนในชุมชนมากขึ้นในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	194	51.6	179	47.6	3	0.8

จากตารางที่ 4.8 พบว่า จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ ด้านที่อยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสภาวะสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน และรองลงมาได้แก่ การได้ประโยชน์ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จากการนำข้อมูลมาร่วมวิเคราะห์ และระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ ระดับน้อยที่สุด คือ การได้รับความร่วมมือจากคนในชุมชนมากขึ้นในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการร่วมประเมินผลของ อสม.อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n= 376)

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	ระดับการมีส่วนร่วม					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	n	%	n	%	n	%
ด้านการร่วมประเมินผล						
1. การมีการติดตามผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้านเป็นประจำทุกปี	263	69.9	104	27.7	9	2.4
2. การร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการวิเคราะห์ประเมินผลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้าน	231	61.4	128	34.0	17	4.6
3. การเข้าร่วมในการประเมินผลสำเร็จของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้าน	219	58.2	126	33.6	31	8.2
4. การเข้าร่วมในการกำกับดูแลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังกับสถานบริการสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ	210	55.9	154	41.0	12	3.1

จากตารางที่ 4.9 พบว่า จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านการร่วมประเมินผล ด้านที่อยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การมีการติดตามผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้านเป็นประจำทุกปี และรองลงมา ได้แก่ การร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการวิเคราะห์ประเมินผลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้าน การเข้าร่วมในการกำกับดูแลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับสถานบริการสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ และระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านการร่วมประเมินผล ระดับน้อยที่สุด คือ การเข้าร่วมในการกำกับดูแลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังกับสถานบริการสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามตัวแปรต่าง ๆ ของ อสม. อสม.อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n=376)

ตารางที่ 4.10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามตัวแปรต่าง ๆ ของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n=376)

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	F-value	p-value
เพศ						
ชาย	40	48.85	8.03	- 0.181		0.86
หญิง	336	49.09	7.90			0.86
อายุ (ปี)						
≤ 30	4	53.50	5.91		1.806	0.072
31-40	46	47.41	7.83			
41-50	107	49.27	7.15			
≥ 51	219	50.33	7.47			
อายุ (ปี)						
≤ 30	4	53.50	5.91		1.806	0.072
31-40	46	47.41	7.83			
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	173	49.76	7.68		0.111	0.911
มัธยมศึกษา	142	50.61	6.77			
อนุปริญญา/เทียบเท่า	39	47.25	7.24			
ปริญญาตรีขึ้นไป	22	47.77	9.22			
อาชีพ						
รับจ้าง	127	49.66	7.54	-2.815		0.005
อื่น ๆ	103	49.74	7.51			
ค้าขาย	99	49.72	7.67			
เกษตรกร	38	51.55	6.39			

ตารางที่ 4.10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามตัวแปรต่าง ๆ ของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n=376) (ต่อ)

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	F-value	p-value
รับราชการ	9	47.44	8.01			
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม. (ปี)						
≤ 5	135	49.04	7.52		-0.734	0.463
6-10	137	49.52	7.66			
11-20	79	50.37	7.12			
> 20	25	52.20	6.65			
ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น (ปี)						
1-10	36	48.22	7.73		-0.734	0.463
11-20	32	49.03	7.05			
> 20	308	49.95	7.46			
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)						
≤ 10,000	183	49.71	7.41		0.439	0.645
10,001-20,000	117	49.89	7.68			
20,001-30,000	47	48.08	4.45			
> 30,000	29	49.96	7.13			
เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง						
เคย	348	50.28	7.23	5.492		0.001
ไม่เคย	28	42.53	6.53			
ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง						
เคย	367	49.87	7.40	2.709		0.007
ไม่เคย	9	43.11	6.99			
ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					5.183	0.006
ระดับต่ำ	16	47.12	7.05			

ตารางที่ 4.10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามตัวแปรต่าง ๆ ของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n=376) (ต่อ)

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	F-value	p-value
ระดับปานกลาง	87	47.83	8.00			
ระดับสูง	273	50.45	7.18			
แรงงใจในการปฏิบัติงาน					1.906	0.007
ระดับน้อย	92	52.05	6.83			
ระดับปานกลาง	55	45.43	7.52			
ระดับมาก	229	49.79	7.26			

จากตารางที่ 4.10 พบว่า อสม. ที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ที่ต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่แตกต่างกัน แต่ อสม. ที่มี อาชีพ เคยได้รับการฝึกอบรม และเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความรู้และแรงงใจในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน จะมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$, $p = 0.001$, $p = 0.007$, $p=0.006$, $p = 0.007$)

การทดสอบความสัมพันธ์ (Correlation)

ตารางที่ 4.11 ค่าสัมประสิทธิ์ (r) ระหว่างอายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ แรงงใจในการปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตัวแปรที่ใช้ศึกษา	การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	
	r	p-value
อายุ	0.085	0.099
ระยะเวลาปฏิบัติงาน	0.109	0.035
ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น	0.065	0.210
ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	0.186	< 0.001
แรงงใจในการปฏิบัติงาน	0.191	< 0.001

จากตารางที่ 4.11 พบว่า อายุ และระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ระยะเวลาปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับเชิงบวกการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (p-value = 0.035)

ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับเชิงบวกการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (p-value < 0.001)

กล่าวคือ อสม.ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานมาก ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานสูง จะมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น

ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

6.1 ปัญหาและอุปสรรค

ด้านการร่วมวางแผน พบว่า

1. อสม.บางคน ยังขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. อสม.ขาดความรู้ในการวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. อสม.ได้เข้าร่วมในการประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินงาน มีการแบ่งภาระงานกันในการรับผิดชอบดูแลอย่างชัดเจน

ด้านการร่วมดำเนินการ พบว่า

1. อสม.ต้องไปประกอบอาชีพหลักของตนเองมากกว่ากิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. อสม.บางคน ยังขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. อสม.ยังไม่ตระหนักถึงปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
4. อสม.ขาดงบประมาณในการจัดกิจกรรมให้กับชุมชน

5. อสม.อยากให้มีการรณรงค์ให้ความรู้กับประชาชนในชุมชนหลายช่องทาง การสื่อสารมากขึ้น

6. อสม. ขาดสื่อต่าง ๆ สำหรับใช้ในการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ พบว่า

1. ประชาชนได้ความรู้ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

2. ประชาชนในชุมชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถใช้เป็นแนวทาง ในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องมากขึ้น

3. ประชาชนให้ความร่วมมือกับ อสม.ดีขึ้นส่งผลให้ทราบถึงภาวะสุขภาพของตนเองส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ด้านการร่วมประเมินผล พบว่า

1. ยังได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนเนื่องจากการประเมินผลยังไม่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือดีในการดูแลสุขภาพ

2. อสม.มีส่วนร่วมในการประเมินภาวะสุขภาพของประชาชนมากขึ้น

3. อสม.อยากให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการศึกษาดูงานที่อื่น ๆ บ้าง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานและการประเมินผล

4. อสม.เสนอให้มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดโรคในชุมชน

6.2 ข้อเสนอแนะ

1. ควรใช้รูปแบบ ช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้หลากหลายช่องทางมากขึ้นเพื่อความสะดวก รวดเร็ว ประชาชนจะสามารถได้รับข้อมูลข่าวสารได้มากขึ้น

2. ควรมีการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ อสม. และประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากขึ้น

3. ควรมีการจัดอบรมเพื่อเป็นการให้ความรู้และเพิ่มศักยภาพให้กับ อสม. เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค

ส่วนที่ 7 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกประมาณร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง คือจำนวน 38 คน พบว่า

อสม. ทุกคนมีความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วมในการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้านของตน ส่งผลให้ประชาชนในหมู่บ้านมีความรู้นำไปใช้ในการดูแลสุขภาพ การฝึกอบรมจากหน่วยงาน ศูนย์วิชาการต่าง ๆ ส่งผลให้ อสม. มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย ได้ดีขึ้น และอยากเห็นประชาชนในชุมชนมีสุขภาพดี สามารถเข้าถึงการรับบริการทางด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึงมากกว่าเมื่อก่อน ดัง อสม. กล่าวว่า “มีบ้านอยู่ในหมู่บ้านนี้มาตั้งแต่เกิด ดีใจและภูมิใจที่มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการให้การดูแลสุขภาพของคนในหมู่บ้าน อยากเห็นคนในชุมชนมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วย”

“หมอแนะวิธีการทำงาน ทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายได้มากขึ้น และอยากเห็นประชาชนในชุมชนไม่เจ็บป่วย มีสุขภาพดี”

การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า

ด้านการร่วมวางแผน อสม. ยังคิดว่าการวางแผนนั้นเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่รู้ว่าการวิเคราะห์ปัญหานั้นต้องทำอะไรบ้าง อยากมีความรู้และเข้าใจในเรื่องการวางแผนจะได้มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ได้มากขึ้น ดังคำพูดของ อสม. ท่านหนึ่งกล่าวว่า “การวางแผนเป็นเรื่องใหญ่ อยากเสนอความคิดเห็นบ้างแต่ไม่มั่นใจว่าต้องทำอะไร แต่หมอสั่งอะไรมาถ้าเราทำได้ เราก็ทำให้หมด”

ด้านการร่วมดำเนินการ

อสม. บางท่านมีอาชีพประจำที่ต้องทำ บางครั้งในวันที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนัดทำกิจกรรม จึงไม่สามารถเข้าร่วมได้ ดังคำกล่าวของ อสม. ท่านหนึ่งว่า “อยากเข้าร่วมกิจกรรมที่หมอเรียกไปช่วยในทุกครั้ง แต่บางทีงานประจำก็สำคัญ จึงไม่สามารถเข้าร่วมได้” อยากให้มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์หลายช่องทางมากขึ้นในการป้องกันควบคุมโรค ดังคำกล่าวของ อสม. ท่านหนึ่งว่า “การสื่อสารเดี๋ยวนี้ต้องเร็ว ทำให้หลายช่องทางมากขึ้น เห็นเพื่อน ๆ อสม. บอกว่า แข่งข่าวกันทางไลน์ สะดวกรวดเร็ว อยากทำแบบนี้บ้าง”

ด้านการร่วมรับผลประโยชน์

ประชาชนให้ความร่วมมือกับ อสม. ดีขึ้นส่งผลให้ทราบถึงภาวะสุขภาพของตนเอง ประชาชนในชุมชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องมากขึ้นดังคำกล่าวของ อสม. ท่านหนึ่งว่า “หลายปีที่ผ่านมา ชาวบ้านในชุมชนให้ความร่วมมือดีขึ้น เขารู้ว่าถ้าเขาทำตามคำแนะนำแล้วจะได้ประโยชน์ เป็นผลดีต่อสุขภาพของเขาเอง”

ด้านการร่วมประเมนผล

อสม.มีส่วนร่วมในการประเมินภาวะสุขภาพของประชาชนมากขึ้น แต่อยากให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการศึกษาดูงานที่อื่น ๆ บ้าง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานและการประเมินผล ดังคำกล่าวของ อสม.ท่านหนึ่งว่า “อยากรู้ว่าที่อื่น ๆ เขาทำกันอย่างไรบ้าง ไม่เคยไปดูที่ไหน มีแต่คนเล่าให้ฟัง จะทำได้ทำได้ เรื่องการประเมินอะไรเนี่ย ทำยากหรือเปล่า ทำแล้วจะได้อะไร”

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทำให้ทราบถึงระดับการมีส่วนร่วมของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. ระดับแรงจูงใจ การปฏิบัติงาน ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างปัจจัย อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น ความรู้ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยดังนี้

ระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนมาก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.4 ระดับปานกลางร้อยละ 33.2 และร้อยละ 14.4 ตามลำดับ สอดคล้องกับการ ศึกษาของสุธิดา ห้าวเจริญ (2554) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงาน และด้านการประเมินผล

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากทั้ง 4 ด้าน คือด้านการร่วมวางแผน ด้านการร่วมดำเนินการ ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ และด้านการร่วมประเมินผล อธิบายได้ว่า

ด้านการร่วมวางแผน อสม. ยังคิดว่าการวางแผนนั้นเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่รู้ว่าการวิเคราะห์ปัญหานั้นต้องทำอะไรบ้าง อยากมีความรู้และเข้าใจในเรื่องการวางแผนจะได้มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ได้มากขึ้น ควรจัดให้มีการอบรมในเรื่องการวางแผนให้ อสม. แขนงนำชุมชน เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจและความสามารถในการวางแผนแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ได้ การฝึกความคิด ร่วมกำหนดวัตถุประสงค์ ร่วมจัดทำแผน การเข้าร่วมการจัดการประชุม ปรึกษาหารือ เพื่อดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้าน โดยสร้างการมีส่วนร่วมในการให้ อสม. ได้มีการเสนอแนะความคิดเห็นเพื่อการดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ในหมู่บ้าน เปิดโอกาสให้ อสม. มีการเข้าร่วมในการวางแผนในการกำหนดวิธีการ การดำเนินงาน การเข้าร่วมในการพิจารณาปรับปรุงกิจกรรม การดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสร้างการมีส่วนร่วม ให้ อสม. ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายในชุมชนเกี่ยวกับการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงให้โอกาส อสม. ในการเข้าร่วมกำหนดมาตรการการลดโรคไม่ติดต่อ และลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษา สุนีย์ มัลลิกะมาส (2545) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพิทักษ์รักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม แยกออกเป็น 6 ระดับ ประกอบด้วย ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมแสดงความคิดเห็น หมายถึง เมื่อประชาชนได้ร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากรัฐแล้ว ประชาชนก็ร่วมกันหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ความจำเป็นและความต้องการที่ต้องให้มีโครงการ หรือกิจกรรมนั้น พร้อมร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อหน่วยงานเจ้าของโครงการ กิจกรรม หน่วยงาน หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจ จะได้นำ ไปใช้ประกอบการพิจารณาต่อไป ร่วมพิจารณา ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล และร่วมรับผล

ด้านการร่วมดำเนินการ อสม.บางท่านมีอาชีพประจำที่ต้องทำ บางครั้งในวันที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนัดทำกิจกรรมจึงไม่สามารถเข้าร่วมได้ อสม. จะมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในด้านการร่วมดำเนินการ มีการดำเนินการมากกว่าด้านร่วมวางแผนและร่วมประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เจาะลึก พบว่า อสม. ทุกคนมีความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วมในการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้านของตน ส่งผลให้ประชาชนในหมู่บ้านมีความรู้ นำไปใช้ในการดูแลสุขภาพ การฝึกอบรมจากหน่วยงาน ศูนย์วิชาการต่าง ๆ ส่งผลให้ อสม.มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายได้ดีมากขึ้น และอยากเห็นประชาชนในชุมชนมีสุขภาพดี ฉะนั้น ควรมีการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่าง อสม.กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมต่าง ๆ เปิดโอกาสให้ อสม. มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การผลิตนวัตกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีส่วนร่วมในการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กับชุมชน การให้ อสม.ได้ร่วมให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเองให้แก่ประชาชน และการมีส่วนร่วมในการผลักดันมาตรการทางสังคมเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ ประชาชนให้ความร่วมมือกับ อสม.ดีขึ้นส่งผลให้ทราบถึงภาวะสุขภาพของตนเอง ประชาชนในชุมชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องมากขึ้น ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพดี ฉะนั้น ควรมีการสร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสภาวะสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน เพื่อให้ อสม. และประชาชนได้ทราบว่าในการร่วมกิจกรรมในการ

ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่รับผิดชอบนั้น ประชาชนจะได้ประโยชน์อย่างไร และการที่จะนำข้อมูลมาร่วมวิเคราะห์จะทำให้ทราบว่าในชุมชนยังมีปัญหาด้านใด ถ้าหากได้รับความร่วมมือจากคนในชุมชนมากขึ้นในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะส่งผลให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพดี

ด้านร่วมประเมินผล อสม. บางท่านยังไม่เข้าใจว่าประเมินผลคืออะไร และทำไปเพื่ออะไร พบว่า อสม.มีส่วนร่วมในการประเมินภาวะสุขภาพของประชาชนมากขึ้น แต่อยากให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการศึกษาดูงานที่อื่น ๆ บ้าง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานและการประเมินผล ในด้านการประเมินผลควรมีการให้ อสม.มีการติดตามผลการดำเนินงาน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้านเป็นประจำทุกปี สร้างการมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการวิเคราะห์ ประเมินผลในการดำเนินงาน การเข้าร่วมในการกำกับดูแลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับสถานบริการสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ รวมถึงเปิดโอกาสให้ อสม. ได้มีการเข้าร่วมในการประเมินผลสำเร็จของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้าน กิจกรรมเหล่านี้น่าจะเป็นแนวทางในการดำเนินงาน และการประเมินผลให้ อสม. ได้มีส่วนร่วมในด้านการร่วมประเมินผลมากขึ้น

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.80 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.40 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 4.78 สอดคล้องกับระดับการศึกษาของ อสม.ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.01 ดังนั้น การให้ความรู้กับอสม. ควรใช้ภาษาที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ การอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ อสม. ได้มีการฝึกปฏิบัติก็จะสามารถทำให้ อสม. มีความเข้าใจมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนมากขึ้น (กรมส่งเสริมปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย, 2548: 5)

ระดับแรงจูงใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.9 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 14.6 และระดับน้อย ร้อยละ 24.5 อธิบายได้ว่า ในปัจจุบัน สิทธิประโยชน์ของ อสม. มีมาก เช่น การให้สวัสดิการการรักษาพยาบาล การได้รับค่าป่วยการ เป็นต้น ทำให้ อสม. เกิดแรงจูงใจเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็น อสม. และเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นบทบาทของ อสม.มากขึ้น

จากการเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อที่แตกต่างกัน ไม่ส่งผลให้การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน สอดคล้องกับรัชณี แยมกันชู (2543) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตปริมณฑล จังหวัดนนทบุรี พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการ

ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า ทุกคนที่เข้ามาเป็น อสม. ได้ช่วยเหลือสังคม มีใจรักอยากจะช่วยเหลือประชาชน ได้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งการเข้ามาเป็น อสม. ไม่ได้มีการจำกัด เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และความรู้ จึงทำให้ปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้ไม่ได้มีผลทำให้การมีส่วนร่วมของ อสม. แตกต่างกัน

จากการทดสอบความสัมพันธ์พบว่า แรงงูใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.001$ แสดงให้เห็นว่า แรงงูใจในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. จะเห็นได้ว่าการสร้างแรงงูใจในการปฏิบัติงานเป็นสิ่งจำเป็นในการที่จะให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของสาธารณสุข โดยในปัจจุบันนอกจากจะมีสวัสดิการด้านต่าง ๆ ให้กับ อสม.แล้ว ยังมีค่าป่วยการเดือนละ 600 บาท เพื่อส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องโดยกำหนดให้ อสม. เข้ารับการอบรมและปฏิบัติหน้าที่ในหมู่บ้านและชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นแรงงูใจ และเป็นการสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของ อสม. ซึ่งสมยศ นาวิการ (2546: 38) กล่าวว่า แรงงูใจโดยพื้นฐานแล้วเราต้องอ้างถึงแรงผลักดันที่กระตุ้นพฤติกรรมแรงงูใจซึ่งมีความสำคัญต่อผลสำเร็จของโครงการ สรุปได้ว่า แรงงูใจ หมายถึงสภาวะของบุคคลได้รับการกระตุ้นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการซึ่งเป็นการพยายามของบุคคลในการทำงาน และเป็นการผลักดันให้เกิดความสำเร็จได้ แต่อย่างไรก็ตามข้อสมมติฐานของทฤษฎีแรงงูใจ คือเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างมีเป้าหมาย และเราถูกแรงงูใจเพื่อบรรลุเป้าหมายบางอย่าง

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ความรู้ และแรงงูใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) อธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากขึ้น การมีส่วนร่วมของ อสม.เพิ่มมากขึ้น เมื่อ อสม. เข้าร่วมกิจกรรมด้านสาธารณสุขมากขึ้นจะทำให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติจริงในชุมชนได้ ทำให้อยากเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติด้านสาธารณสุข ดังนั้น การให้ความรู้ ความเข้าใจ การฝึกปฏิบัติบ่อย ทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมของ อสม. มากขึ้น สอดคล้องกับ งานวิจัยของศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2541: 68) พฤติกรรมองค์กร พบว่า การที่บุคคลได้รับการกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรม ในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างมีพลังมีคุณค่า มีทิศทางที่ชัดเจน ซึ่งแสดงออกอย่างตั้งใจ เต็มใจ แรงงูใจของบุคคลมี 2 ลักษณะ คือ แรงงูใจเกิดขึ้นได้โดยตัวของบุคคลเอง และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากภาวะที่บุคคลได้รับการกระตุ้นจากภายนอกให้เห็นจุดหมายปลายทางและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่นไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) อธิบายได้ว่า ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นที่มากขึ้น ไม่มีความสัมพันธ์ให้การมีส่วนร่วมของ อสม. มีมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการติดต่อสื่อสารของ โรเจอร์ (Roger อ้างถึงใน ชื่นใจ บุญธรรม, 2542: 14) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม คือ อายุ สถานภาพทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ รายได้ การถือครองที่ดิน และยังคงสอดคล้องกับ งานวิจัยของ สาธิตน ศิริสมบุญเรือง (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ การรับรู้สาเหตุของปัญหา การวางแผนดำเนินกิจกรรม การลงทุน การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล

จากผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของ อสม. ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา คือ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ เมธี จันท์จารุภรณ์ (2546) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยตามกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานมาโดยตลอด และยังมีบทบาทเพิ่มขึ้นด้วยจากโครงการต่าง ๆ เป็นการเฉพาะแล้ว ยังมีบทบาทที่ขยายไปสู่การดูแลสังคมอย่างเป็นระบบมากขึ้น ซึ่งการมีส่วนร่วมดังกล่าว ประกอบด้วย การให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือ และให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ร่วมวางแผนในการแก้ปัญหา ร่วมอยู่ในกระบวนการแก้ปัญหาของหมู่บ้านและชุมชน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมบูรณ์สิทธิ์ บุญผา (2551) ศึกษาปัจจัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างเสริมชุมชนให้เข้มแข็ง พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนานั้นถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของกระบวนการสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง เพราะฉะนั้นการพัฒนาจึงควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม และชุมชนจะช่วยให้เกิดการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การมีส่วนร่วมในการพัฒนาช่วยให้ประชาชนมีพลังต่อรองกับกลุ่มผลประโยชน์อื่น ๆ ในสังคม และเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมการยอมรับและการใช้ความคิด วิธีการใหม่ หรือนวัตกรรมบางอย่างซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในกระบวนการพัฒนา และพบว่าในกระบวนการพัฒนา จะทำให้ประชาชนสามารถแสดงศักยภาพที่มีอยู่และช่วยให้ได้หนทางการแก้ปัญหาเชิงนวัตกรรมที่เหมาะสมกับปัญหาของชุมชนได้มากกว่าการให้บุคคลภายนอกเข้ามาช่วยแก้ปัญหาในชุมชน

ดังนั้น การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการจึงเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญในการเริ่มวางแผน การดำเนินการและการประเมินผล เพื่อเพิ่มทักษะ ให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพในการทำงานของ อสม. ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมในการป้องกันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ บางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ บางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ บางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ บางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
4. เพื่อระบุความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และอาศัยในท้องถิ่น ความรู้และแรงจูงใจในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ บางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
5. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ บางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอ บางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปฏิบัติงานเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 376 คน ใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาหาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และสำนวนภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอ บางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงงูใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. อำเภอบางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม

ส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะของ อสม. ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นคำถามแบบปลายเปิด (Open Ended)

ผู้วิจัย นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้อง ได้นำเครื่องมือตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และหลังจากนั้นได้นำเครื่องมือไปทดสอบกับ อสม.อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อโดยวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder Richardson Formula (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 1.00 และแรงงูใจในการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์ความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α Coefficient) ของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .9050 และ .9053 ตามลำดับ ใช้ระยะเวลารวบรวมข้อมูล 60 วัน โดยเริ่มเก็บตั้งแต่วันที่ 15 พฤษภาคม 2557 ถึง 15 กรกฎาคม 2557 แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ 376 ฉบับ (ร้อยละ 100) ซึ่งผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ 1.สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แรงงูใจในการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของ อสม. 2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการติดต่อของ อสม. จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลโดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) แบบ Independent t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม.จำแนกตามอายุ โดยการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) และทดสอบความสัมพันธ์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)

สรุปผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย จากผลการวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ผลการทดสอบสมมุติฐานการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา และอาชีพแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แตกต่างกัน ผลการทดสอบสมมุติฐานที่ 1 พบว่า ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของอสม. อำเภอ บางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.4 มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 13.3 อายุมากที่สุด 29 ปี อายุมากที่สุด 77 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 52.80 ปี ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.0 ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.8 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.8 โดยมีรายได้ต่อเดือนน้อยที่สุด 1,000 บาท และรายได้ต่อเดือนมากที่สุด 152,000 บาท รวมมี รายได้เฉลี่ย 15,604 บาท ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม. น้อยกว่า 5 ปี และอสม.ที่ ปฏิบัติงาน ระหว่าง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.2 เท่ากัน ระยะเวลาเฉลี่ย 9.02 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม.น้อยที่สุด 1 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม. มากที่สุด 32 ปี ระยะเวลาที่ อสม.อาศัยอยู่ใน ท้องถื่นนานกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 81.4 และระยะเวลาที่ อสม.อาศัยอยู่ในท้องถื่น น้อยที่สุด เท่ากับ 1 ปี ระยะเวลาที่ อสม.อาศัยอยู่ในท้องถื่นนานที่สุด 75 ปี

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน ความรู้เกี่ยวกับโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังแตกต่างกัน ผลการทดสอบสมมุติฐานที่ 2 พบว่า

ระดับความรู้ในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง พบว่า อสม. เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ ในระดับสูง ร้อยละ 72.6 รองลงมา มีความรู้อยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 23.1 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.78 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.62

ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ตอบถูกต้อง ของ อสม.อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม.มีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังเกี่ยวกับการรับประทานอาหารหวาน มัน มีน้ำหนักรเกิน อ้วน ไม่ออกกำลังกาย เป็นปัจจัยเสี่ยง ของการเกิดโรคเบาหวาน มากที่สุด ร้อยละ 96.5 รองลงมาได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะ แทรกซ้อนของโรค หลอดเลือดสมอง คือ อัมพฤกษ์ อัมพาต และการลดการบริโภคอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม ทำจิตใจ ให้ผ่อนคลาย ออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่ และดื่มสุรา สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 95.7 และ 94.4 ตามลำดับ ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกี่ยวกับอาการเตือนของภาวะน้ำตาลในเลือด ต่ำ ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควรรับประทานอาหาร หรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ และระดับ น้ำตาล ที่ 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่าเริ่มเป็นเบาหวาน มีจำนวนผู้ตอบถูกระดับน้อย ร้อยละ 68.1 และ 65.7 ตามลำดับ

ระดับแรงงใจในการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า อสม. เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.9 รองลงมา มีแรงงใจในระดับน้อย ร้อยละ 24.5 และมีแรงงใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 14.6 คะแนนแรงงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.92 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.45

สรุปผลทดสอบสมมุติฐาน พบว่า อสม.ที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่แตกต่างกัน แต่ อสม.ที่มีเวลาในการปฏิบัติงานนาน จะมีแรงงใจในการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศและอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อายุและเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความรู้และแรงงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กล่าวคือ อสม.ที่มีอายุและเวลาการปฏิบัติงานมากขึ้น มีแรงงใจในการปฏิบัติงานสูง และจะมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น

เป็นที่น่าสังเกตว่า ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่นนาน ไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งอาจเกิดจากรูปแบบสังคมและปัจจัยแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปในอำเภอบางปะอิน มีความเจริญก้าวหน้าในภาคอุตสาหกรรม การเคลื่อนย้ายประชากรทั้งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและพื้นที่อื่น ๆ เข้ามาอยู่อาศัยมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม สิ่งเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องที่อาจจะส่งผลให้ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่นจึง ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม.

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. การสร้างการมีส่วนร่วมในด้านการวางแผน การดำเนินงาน การร่วมรับผลประโยชน์ และการประเมินผล นั้น สามารถทำได้หลายรูปแบบ อาจจะต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างอำเภอหรือระดับจังหวัด เลือกใช้ภาษา การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจได้ง่าย และให้ความสำคัญในการวางแผนในการจัดอบรม ประชุม ควรจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการในการให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ อสม. เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานได้มากยิ่งขึ้น
2. การสร้างแรงงใจเพื่อให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นั้น ควรมีอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในอำเภออื่น ๆ ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น ๆ ด้วย ว่ายังมีปัจจัยอื่นใดที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อีกบ้าง เช่น พื้นที่สังคมเมือง สังคมกึ่งเมือง สังคมชนบท

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

PARTICIPATION IN THE PREVENTION AND CONTROL OF NON-COMMUNICABLE
DISEASES FOR HEALTH VOLUNTEERS IN BANGPA-IN DISTRICT, PHRA NAKHON SI
AYUTTHAYA PROVINCE

อรนงค์ คงเรือง 5537549 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ปิยธิดา ตรีเดช, ศ.ค., สุนทรา ศิริ, Ph.D.(TROPICAL MEDICINE),
ชาญวิทย์ ตรีเดช, Ph.D.(CHEMICAL ENGINEERING)

แบบสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชากรจะเกิดประสิทธิผลนั้นจะต้องมุ่งเน้น
การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อ ในปัจจุบันยังคงใช้
หลักการของสาธารณสุขมูลฐานในการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ด้วยหลักการสำคัญของ
งานสาธารณสุขมูลฐาน คือการที่ประชาชนมีความสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง และสามารถแก้ปัญหา
ด้านการสาธารณสุขในหมู่บ้านหรือชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้คำแนะนำ ชี้แนะ สนับสนุน
เพื่อให้ประชาชนและชุมชนได้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพและการมีส่วนร่วม ตลอดจนการสนับสนุน
ส่งเสริมการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลวิธีนี้จึงถูกนำมาใช้ให้
บรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนคือมุ่งให้ประชาชนทุกคน ทุกกลุ่มอายุ มีสิทธิ และมีโอกาส
และส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน คือเป็นผู้สื่อข่าวทางสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่
และประชาชนในหมู่บ้าน ให้คำแนะนำและถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้าน และแกนนำสุขภาพประจำ
ครอบครัว โดยใช้งบประมาณที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบลหรือจากแหล่ง
อื่น ๆ การชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิต
โดยใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) การดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชน

ในหมู่บ้าน การประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือหน่วยงานอื่นเพื่อกระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงาน รวมถึงการมีส่วนร่วมเฝ้าระวังสุขภาพ ของ อสม. ที่สำคัญ 4 ด้าน คือ 1) ด้านการร่วมวางแผน คือ การเป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน 2) ด้านการร่วมดำเนินการ คือ เป็นแกนนำในการเข้าร่วมดำเนินงานกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน พัฒนาคุณภาพชีวิต และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมในด้านต่าง ๆ 3) ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ คือการร่วมในผลประโยชน์ทางด้านวัตถุ ด้านสังคม หรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล เพื่อให้การดำเนินงานเกิดประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4) ด้านการร่วมประเมินผล คือเป็นแกนนำในการประสานงาน ประเมินผลการดำเนินงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อการวางแผนและดำเนินงานพัฒนางานสาธารณสุขต่อไป

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. พัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ บทบาททั้งทางด้านคุณภาพและมาตรฐานการทำงาน โดยเน้นการทำงานสุขภาพเชิงรุก การส่งเสริมสุขภาพ ลดการเจ็บป่วย เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สร้างความเชื่อมั่น ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานสุขภาพชุมชน จึงได้วางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุข โดยจัดทำคู่มือ อสม.ยุคใหม่ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้ อสม.มีความเชื่อมั่นในการแสดงบทบาทส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคและเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสุขภาพชุมชนมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเชิงรุกในการดูแลสุขภาพอนามัยในกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน จึงได้จัดสิทธิประโยชน์ สวัสดิการและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ อสม.ขึ้น โดยมีคำตอบแทน เป็นขวัญและกำลังใจในการทำงานสำหรับผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในหน้าที่ อสม.อีกด้วย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554)

จังหวัดพระนครศรีอยุธยามีการดำเนินงานสาธารณสุข มูลฐานมาตั้งแต่ พ.ศ. 2521 จนถึงปัจจุบัน ในการพัฒนางานสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ตลอดจนเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องปัญหาสาธารณสุข และร่วมมือกันในการวางแผนทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน เป็นแกนสำคัญที่ช่วยชักจูงและก่อให้เกิดการร่วมมือจากชุมชนในการดำเนินงาน และแก้ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านและในอำเภอบางปะอิน พบว่าปัญหาด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือโรควิถีชีวิตที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ อันเนื่องมาจากพฤติกรรมของประชาชนนั้น ขาดความตระหนักและขาดความรู้ ในการดูแลสุขภาพ จากการศึกษาเรื่องโครงการสำรวจและประเมินค่ากลางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วนและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในพื้นที่ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ของ อรรพรรณ บำรุง (2556) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ พบว่าประชาชนในอำเภอบางปะอิน มีมาตรการทาง

สังคมที่ทุกตำบล ในอำเภอบางปะอิน จะต้องดำเนินการ ได้แก่ การกำหนดให้ประชาชนมีกิจกรรมออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกับวัย และแต่ละชมรมมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง กำหนดให้มีหมู่บ้านต้นแบบ เช่น กิจกรรมการทำอาหารลดหวาน มัน เค็ม โดยกลุ่มแม่บ้านเมณฐสุภาพ การงดเลี้ยงสุราในงานบวช งานบุญ งานศพ และปัจจัยแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปในอำเภอบางปะอิน ทางด้านความเจริญก้าวหน้า ในภาคอุตสาหกรรมที่ทำให้มีการเคลื่อนย้ายประชากรทั้งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและพื้นที่อื่น ๆ เข้ามาอยู่อาศัยมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิต อัน ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา วัฒนธรรม การเมือง สิ่งแวดล้อมและการดำเนินวิถีชีวิตที่ไม่ถูกต้องจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพทำให้เกิดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามมา ปัจจุบันจะเห็นได้ว่าในทุกหมู่บ้าน ทุกตำบล จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้กระจายไปครอบคลุมเกือบทุกพื้นที่ สถานการณ์ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบัน จากข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเขตพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ปี พ.ศ. 2551-2555 (นันทบุรี/ปทุมธานี/พระนครศรีอยุธยา) อัตราป่วยโรคเบาหวานของประชาชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ใน ปี พ.ศ.2554-2555 คิดเป็น 1,285.17, 1,061.88 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปี พ.ศ. 2554-2555 คิดเป็น 2,133.84, 1,801.71 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ อัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2553-2555 พบเป็น 325.83, 301.96, และ 336.96 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อัตราป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า อัตราป่วย ปี พ.ศ. 2554 คิดเป็น 497.53 และเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2555 คิดเป็น 545.55 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2555) และผลการศึกษาการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555 โรงพยาบาลบางปะอิน สปสช.เขต 4 สระบุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลบางปะอิน มากกว่า 12 เดือน ขึ้นไป จากการมีระดับ Fasting Plasma Glucose อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (70-130 mg/dL) อยู่ในลำดับที่ 1 ในจังหวัด และมีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องมีการตัดนิ้วเท้า, เท้า หรือขา เป็นลำดับที่ 1 ของจังหวัด เป็นตัวชี้วัดซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ควรควบคุมให้เกิดน้อยที่สุด แต่ที่อำเภอบางปะอิน พบปัจจัยเสี่ยงมากที่สุดเป็นลำดับ 1 พบภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจและสมองในรอบ 12 เดือนเป็นลำดับที่ 2 ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา อำเภอบางปะอิน จำเป็นต้องมี อสม. เป็นแกนนำสำคัญในการดำเนินงาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ว่ามีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับใด และปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมดังกล่าว รวมไปถึงปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้พิจารณาวางแผนในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการป้องกันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
4. เพื่อระบุความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และอาศัยในท้องถิ่น ความรู้และแรงจูงใจในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
5. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ขอบเขตในการวิจัย

การศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยมีขอบเขตของการศึกษาในกลุ่ม อสม.ที่ปฏิบัติงาน ในพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประชากรที่ใช้ในการทำวิจัย คืออายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์ มีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้ ปฏิบัติงานเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี

ทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาและทางสังคมวิทยา การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวบุคคลและสังคม ในด้านตัวบุคคลทฤษฎีทางจิตวิทยาช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดจากแนวคิด ความปรารถนา แรงจูงใจ ความจำและความรู้สึก โดยศึกษามนุษย์ในฐานะ

ที่เป็นปัจเจกบุคคลที่มีลักษณะทางจิตใจแตกต่างกัน ในด้านสังคมทฤษฎีทางสังคมวิทยาจะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดจากการกระทำระหว่างกัน โดยศึกษามนุษย์ในฐานะที่เป็นสมาชิกของกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม

ทฤษฎีการวิเคราะห์การกระทำ ทฤษฎีที่ระบุถึงสาเหตุของพฤติกรรมมนุษย์ ฟรีดริช ไฮเดอร์ (Fritz Heider อ้างถึงในพินิจา วิมานรัตน์, 2541: 14) แบ่งสาเหตุได้ 2 ประเภท คือ สาเหตุที่มาจากส่วนบุคคล และสาเหตุที่มาจากเงื่อนไขสิ่งแวดล้อม โดยเงื่อนไขทั้ง 2 ประเภทนี้ไม่อยู่ในความสัมพันธ์เพิ่มหรือลด แบบบวกลบ กล่าวคือ ถ้าจะกระทำใด ๆ ด้วยความต้องการของตนบุคคลจะกระทำได้ง่ายขึ้นเมื่อมีสิ่งแวดล้อมอำนวยให้ แต่จะยากขึ้นเมื่อสิ่งแวดล้อมเป็นตัวขัดขวาง สาเหตุที่มาจากบุคคลสามารถแยกได้เป็น 2 สาเหตุย่อย คือ สาเหตุที่มาจากแรงจูงใจให้พยายามทำ และความสามารถที่จะทำให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ ทักษะและกำลังที่จะทำ สาเหตุย่อยทั้ง 2 สาเหตุนี้มีความสัมพันธ์จะขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ได้หมายความว่าบุคคลจะไม่กระทำพฤติกรรมออกมาหากไม่มีแรงจูงใจและสามารถที่จะกระทำ

ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร โรเจอร์ ได้สรุปถึงความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับสิ่งใหม่กับกระบวนการติดต่อสื่อสารไว้ว่า การที่บุคคลจะมีการยอมรับสิ่งใหม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการติดต่อสื่อสาร ซึ่งได้แก่ ช่องทางการสื่อสาร และปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะส่วนตัว ปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะส่วนตัว ได้แก่ อายุ สถานภาพทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งรวมรายได้ ขนาดที่ดิน การถือครองที่ดินและความสามารถเฉพาะอย่างซึ่งรวมถึงระดับการศึกษา และช่องทางการสื่อสาร ความรู้หรือกระบวนการติดต่อสื่อสาร ซึ่งประกอบด้วยผู้ส่งสาร หรือแหล่งกำเนิดสาร ช่องทางการสื่อสาร และผู้รับสาร

ทฤษฎีการกระทำทางสังคม พาร์สัน (1979) อธิบายการกระทำของมนุษย์ ในลักษณะที่สามารถนำไปปรับใช้ทางสังคมทั่วไป ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลและวัฒนธรรมในสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่ และวัฒนธรรมนี้จะเป็นตัวกำหนดเกี่ยวกับความคิดหรือความเชื่อ ความสนใจ และระบบค่านิยมของบุคคล

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การที่จะป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำเป็นต้องดำเนินการป้องกันทั้งก่อนเกิดโรค และหลังเกิดโรค ซึ่งประกอบด้วยการป้องกัน 3 ระดับ 1. การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) การป้องกันโรคในระยะที่ยังไม่เกิดโรคขึ้น โดยการลดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค ช่วยทำให้อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคลดน้อยลงโดย การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ (General Counselling) 2. การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) การป้องกันโรคในระยะนี้เป็นการป้องกันคนที่ เป็นโรคแล้ว เพื่อหยุดยั้งการดำเนินการหรือ

ลูกหลานของโรค หรือเมื่อโรคได้เกิดขึ้นในระยะแรกเริ่ม การค้นพบผู้ป่วยหรือผู้ที่มีอาการสงสัยว่าจะเป็นโรค (Case or Suspected Patient) ถ้าได้รับให้การรักษาหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ออกได้ทันเวลา และสามารถลดความรุนแรงและหยุดยั้งความพิการของโรคให้น้อยลง โดยขั้นตอนต่อไปนี้ คือ การตรวจคัดกรองโรค (Screening) การตรวจวินิจฉัยโรค ได้รับการรักษาทันทั่วที่ เมื่อเริ่มมีอาการ (Early Diagnosis of Symptomatic Cases and Prompt Treatment) 3. การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการให้หายโดยเร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังจากเกิดโรค เพื่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การเกิดความพิการ การไร้สมรรถภาพที่จะประกอบอาชีพตามปกติได้ และการเพิ่มคุณภาพชีวิต

แนวคิดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอนามัย การทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข การวางแผน แนะนำ เผยแพร่ความรู้ และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การฟื้นฟูสภาพ การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

สิทธิประโยชน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน

1. การให้สวัสดิการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลฟรี พร้อมทั้งครอบครัว โดยสิทธิดังกล่าวครอบคลุมถึง บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร
- อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถใช้บัตรประจำตัวในการเข้ารับบริการสาธารณสุขจากสถานบริการของรัฐ และสามารถใช้ได้ทั่วประเทศ ในกรณีฉุกเฉิน

2. การให้เงินอุดหนุนสำหรับกิจกรรมและค่าตอบแทนในการเข้ารับบริการฝึกอบรม

- ให้เงินค่าตอบแทนในการอบรมต่อเนื่องแก่อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนที่ปฏิบัติงานในชุมชน
- ให้เงินอุดหนุนแก่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน
- จัดงบประมาณสนับสนุนการศึกษาดูงานและการศึกษาต่อเนื่องให้แก่ อสม.

3. การส่งเสริมการจัดตั้งและพัฒนาชมรม อสม. ในทุกระดับ

4. การส่งเสริมให้มีเครื่องแบบอาสาสมัครสาธารณสุข

- มีการจัดประกวดผู้นำชุมชนดีเด่นในทุก ๆ ปี
- มีการประกาศเกียรติคุณ และมอบรางวัลเพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติแก่ อสม.
- มีการเผยแพร่ผลงานที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาของอสม. ทางสื่อมวลชน แผ่นพับ หรือการจัดประชุมสัมมนา

5. การส่งเสริมให้มีเครื่องแบบ อสม.

6. การได้รับค่าป่วยการ อสม. ในการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับสาธารณสุขเชิงรุก ในอัตราคนละ 600 บาทต่อเดือน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552: 4-5)

แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจ

แรงจูงใจของบุคคลมี 2 ลักษณะ (Types of Motivation) ได้แก่

1. แรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) เป็นสภาวะของบุคคลที่ต้องการเรียนรู้ หรือแสวงหาบางสิ่งบางอย่างด้วยตนเอง โดยมีต้องให้บุคคลอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น บุคคลตั้งใจทำงานด้วยความรู้สึกใฝ่ดีด้วยตนเองไม่ใช่เพราะถูกบังคับ
2. แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motivation) หมายถึง ภาวะที่บุคคลได้รับแรงกระตุ้นภายนอกให้มองเห็นจุดหมายปลายทาง และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แรงจูงใจโดยมากเป็นแรงจูงใจจากสังคม เช่น การแข่งขันและการร่วมมือ ความสำเร็จในงาน ความนิยมชมชอบจากผู้อื่น

แนวคิดทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow)

มาสโลว์ (Maslow, 1987) ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ความต้องการของมนุษย์มีลักษณะเป็นลำดับขั้น จากระดับต่ำสุดไปยังระดับสูงสุด เมื่อความต้องการในระดับหนึ่งได้รับการตอบสนองแล้ว มนุษย์ก็จะมีความต้องการอื่นในระดับที่สูงขึ้นต่อไป (Mc Shane and Von Glinow : 597)

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

ขั้นที่ 2. ความต้องการด้านความปลอดภัยและความมั่นคง (Safety Needs) เป็นความต้องการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและครอบครัว โดยบุคคลจะต้องการสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย

ในทางกายภาพและจิตใจ มีรายได้พอเพียงต่อการดำรงชีวิต ซึ่งได้รับการตอบสนองโดยการเลื่อนขั้นเงินเดือน ประกันสุขภาพ การประกันสังคม

ขั้นที่ 3. ความต้องการมีส่วนร่วมในสังคม (Social Needs) บุคคลต้องการการยอมรับจากสังคม โดยต้องการการมีส่วนร่วม ความรักจากบุคคลอื่นซึ่งบุคคลจะได้รับจากกลุ่มผู้ร่วมทำงาน หรือกลุ่มสังคมต่าง ๆ

ขั้นที่ 4. ความต้องการเกียรติยศ ชื่อเสียง (Esteem Needs) บุคคลต้องการความยอมรับนับถือจากบุคคลอื่นว่ามีความสามารถ และเป็นที่ชื่นชมจากบุคคลอื่น ซึ่งจะสร้างความภาคภูมิใจให้กับบุคคล โดยจะได้รับการตอบสนองจากตำแหน่งงาน ค่าชมเชย รางวัลพิเศษ

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

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอบางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. อำเภอบางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา จำนวน 376 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 15 พฤษภาคม ถึง 15 กรกฎาคม 2557 ได้แบบสอบถามคืน 376 ฉบับ (ร้อยละ 100) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test, One-Way ANOVA และค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ (r)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 64.6) เมื่อพิจารณาระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการร่วมวางแผน ด้านการร่วมดำเนินการ ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ ด้านการร่วมประเมินผล พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากทั้ง 4 ด้าน ขณะที่ความรู้ส่วนใหญ่ในระดับสูง (ร้อยละ 72.6) และระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ระดับมาก (ร้อยละ 60.9) เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค

ไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า อสม.ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความรู้ที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่แตกต่างกัน แต่ อสม.ที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ความรู้ ระยะเวลาปฏิบัติงานแตกต่างกัน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วม ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ส่วน อสม.ที่มีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นที่ต่างกัน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของ อสม. ข้อเสนอแนะในการวิจัย การสร้างการมีส่วนร่วมในด้านการวางแผน การดำเนินงาน การร่วมรับผลประโยชน์ และการประเมินผล นั้น สามารถทำได้หลายรูปแบบ อาจจะต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างอำเภอ หรือระดับจังหวัด เลือกใช้ภาษา การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจได้ง่าย และให้ความสำคัญในการวางแผนในการจัดอบรม ประชุม ควรจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการในการให้ความรู้ และพัฒนาศักยภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ อสม.เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานได้มากขึ้น การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นั้น ควรอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน

การอภิปรายผล

ระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนมากอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 4 ด้าน คือด้านการร่วมวางแผน ด้านการร่วมดำเนินการ ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ และด้านการร่วมประเมินผล

ด้านการร่วมวางแผน อสม.ยังคิดว่าการวางแผนนั้นเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่รู้ว่าการวิเคราะห์ปัญหานั้นต้องทำอะไรบ้าง อยากมีความรู้และเข้าใจในเรื่องการวางแผนจะได้มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ได้มากขึ้น ควรจัดให้มีการอบรมในเรื่องการวางแผนให้ อสม. แยกนำชุมชน เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการวางแผนแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ได้ การฝึกความคิด ร่วมกำหนดวัตถุประสงค์ ร่วมจัดทำแผน การเข้าร่วมการจัดการประชุม ปรึกษาหารือ เพื่อดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้าน โดยสร้างการมีส่วนร่วมในการให้ อสม. ได้มีการเสนอแนะความคิดเห็นเพื่อการดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้าน เปิดโอกาสให้ อสม.มีการเข้าร่วมในการวางแผนในการกำหนดวิธีการ การดำเนินงาน การเข้าร่วมในการพิจารณาปรับปรุงกิจกรรม การดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสร้างการมีส่วนร่วม ให้ อสม. ได้เข้าร่วมในการกำหนดนโยบายในชุมชนเกี่ยวกับการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงให้โอกาส อสม. ในการการเข้าร่วมกำหนดมาตรการการลดโรคไม่ติดต่อ และลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สอดคล้องกับการศึกษา สุนีย์ มัลลิกะมาส (2545) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพิทักษ์ รักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม แยกออกเป็น 6 ระดับ ประกอบด้วย ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมแสดงความคิดเห็น หมายถึง เมื่อประชาชนได้ร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากรัฐแล้ว ประชาชนก็ร่วมค้นหา ปัญหา สาเหตุของปัญหา ความจำเป็นและความต้องการที่ต้องให้มีโครงการหรือกิจกรรมนั้น พร้อมร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อหน่วยงานเจ้าของโครงการ กิจกรรม หน่วยงาน หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจ จะได้นำไปใช้ประกอบการพิจารณาต่อไป ร่วมพิจารณา ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตาม ตรวจสอบ และ ประเมินผล และร่วมรับผล

ด้านการร่วมดำเนินการ อสม.บางท่านมีอาชีพประจำที่ต้องทำ บางครั้งในวันที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนัดทำกิจกรรมจึงไม่สามารถเข้าร่วมได้ อสม. จะมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในด้านการร่วมดำเนินการ มีการดำเนินการมากกว่าด้านร่วมวางแผนและร่วมประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เจาะลึก พบว่า อสม. ทุกคนมีความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วมในการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้านของตน ส่งผลให้ประชาชนในหมู่บ้านมีความรู้ นำไปใช้ในการดูแลสุขภาพ การฝึกอบรมจากหน่วยงาน ศูนย์วิชาการต่าง ๆ ส่งผลให้ อสม.มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายได้ดีมากขึ้น และอยากเห็นประชาชนในชุมชนมีสุขภาพดี ฉะนั้น ควรมีการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่าง อสม. กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมต่าง ๆ เปิดโอกาสให้ อสม. มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การผลิตนวัตกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีส่วนร่วมในการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กับชุมชน การให้ อสม. ได้ร่วมให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเองให้แก่ประชาชน และการมีส่วนร่วมในการผลักดันมาตรการทางสังคมเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ ประชาชนให้ความร่วมมือกับ อสม.ดีขึ้นส่งผลให้ทราบถึง ภาวะสุขภาพของตนเอง ประชาชนในชุมชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคสามารถใช้เป็นแนวทาง ในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องมากขึ้น ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพดี ฉะนั้น ควรมีการสร้าง การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อ สภาวะสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน เพื่อให้ อสม. และประชาชนได้ทราบว่าในการร่วมกิจกรรมในการ ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่รับผิดชอบนั้น ประชาชนจะได้ประโยชน์อย่างไร และการที่จะนำ ข้อมูลมาร่วมวิเคราะห์จะทำให้ทราบว่าในชุมชนยังมีปัญหาด้านใด ถ้าหากได้รับความร่วมมือจากคนใน ชุมชนมากขึ้นในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะส่งผลให้ประชาชน ในชุมชนมีสุขภาพดี

ด้านร่วมประเมนผล อสม. บางท่านยังไม่เข้าใจว่าประเมนผลคืออะไร และทำไปเพื่ออะไร พบว่า อสม.มีส่วนร่วมในการประเมินภาวะสุขภาพของประชาชนมากขึ้น แต่อยากให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการศึกษาคูงานที่อื่น ๆ บ้าง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานและการประเมินผล ในด้านการประเมินผลควรมีการให้ อสม.มีการติดตามผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้านเป็นประจำ ทุกปี สร้างการมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการวิเคราะห์ ประเมินผลในการดำเนินงาน การเข้าร่วมในการกำกับดูแลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับสถานบริการสาธารณสุข ในเขตรับผิดชอบ รวมถึงเปิดโอกาสให้ อสม.ได้มีการเข้าร่วมในการประเมินผลสำเร็จของการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้าน กิจกรรมเหล่านี้จะเป็นแนวทางในการดำเนินงานและการประเมินผลให้ อสม. ได้มีส่วนร่วมในด้านการร่วมประเมนผลมากขึ้น

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 71.80 รองลงมา คือระดับปานกลาง ร้อยละ 23.40 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 4.78 สอดคล้องกับระดับการศึกษาของอสม.ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.01 ดังนั้น การให้ความรู้กับ อสม. ควรใช้ภาษาที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ การอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ อสม.ได้มีฝึกปฏิบัติก็จะสามารถทำให้ อสม. มีความเข้าใจมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนมากขึ้น (กรมส่งเสริมปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย, 2548:5)

ระดับแรงจูงใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในระดับมาก ร้อยละ 60.9 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 14.6 และระดับน้อย ร้อยละ 24.5 อธิบายได้ว่า ในปัจจุบัน สิทธิประโยชน์ของ อสม.มีมาก เช่น การให้สวัสดิการการรักษาพยาบาล การได้รับ ค่าป่วยการ เป็นต้น ทำให้ อสม. เกิดแรงจูงใจเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็น อสม. และเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นบทบาทของ อสม.มากขึ้น

จากการเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อที่แตกต่างกัน ไม่ส่งผลให้การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน สอดคล้องกับรัชณี เข้มกันชู (2543) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตปริมณฑล จังหวัดนนทบุรี พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า ทุกคนที่เข้ามาเป็น อสม. ได้ช่วยเหลือสังคม มีใจรักอยากจะช่วยเหลือประชาชน ได้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งการเข้ามาเป็น อสม.

ไม่ได้มีการจำกัด เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และความรู้ จึงทำให้ปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้ไม่ได้มีผลทำให้การมีส่วนร่วมของ อสม. แตกต่างกัน

จากการทดสอบความสัมพันธ์พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.001$ แสดงให้เห็นว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. จะเห็นได้ว่าการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็นสิ่งจำเป็นในการที่จะให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของสาธารณสุข โดยในปัจจุบันนอกจากจะมีสวัสดิการด้านต่าง ๆ ให้กับ อสม. แล้ว ยังมีค่าป่วยการเดือนละ 600 บาท เพื่อส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องโดยกำหนดให้ อสม. เข้ารับการอบรมและปฏิบัติหน้าที่ในหมู่บ้านและชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นแรงจูงใจ และเป็นการสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของ อสม. ซึ่งสมยศ นาวีการ (2546:38) กล่าวว่า แรงจูงใจโดยพื้นฐานแล้วเราต้องอ้างถึงแรงผลักดันที่กระตุ้นพฤติกรรมแรงจูงใจซึ่งมีความสำคัญต่อผลสำเร็จของโครงการ สรุปได้ว่า แรงจูงใจ หมายถึงสภาวะของบุคคลได้รับการกระตุ้นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการซึ่งเป็นการพยายามของบุคคลในการทำงาน และเป็นการผลักดันให้เกิดความสำเร็จได้ แต่อย่างไรก็ตามข้อสมมติฐานของทฤษฎีจูงใจ ถือเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างมีเป้าหมาย และเราถูกจูงใจเพื่อบรรลุเป้าหมายบางอย่าง

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ความรู้ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) อธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากขึ้น การมีส่วนร่วมของ อสม.เพิ่มมากขึ้น เมื่อ อสม. เข้าร่วมกิจกรรมด้านสาธารณสุขมากขึ้นจะทำให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติจริงในชุมชนได้ ทำให้อยากเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติด้านสาธารณสุข ดังนั้น การให้ความรู้ ความเข้าใจ การฝึกปฏิบัติบ่อย ทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมของ อสม. มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2541: 68) พฤติกรรมองค์กร พบว่า การที่บุคคลได้รับการกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรม ในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างมีพลังมีคุณค่า มีทิศทางที่ชัดเจนซึ่งแสดงออกอย่างตั้งใจ เต็มใจ แรงจูงใจของบุคคลมี 2 ลักษณะ คือ แรงจูงใจเกิดขึ้นได้โดยตัวของบุคคลเอง และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากภาวะที่บุคคลได้รับการกระตุ้นจากภายนอกให้เห็นจุดหมายปลายทางและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่นไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) อธิบายได้ว่า ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นที่มากขึ้น ไม่มีความสัมพันธ์ให้การมีส่วนร่วมของ อสม. มีมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร ของโรเจอร์ (Roger อ้างถึงใน ชื่นใจ บุญธรรม, 2542: 14) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม

คือ อายุ สถานภาพทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ รายได้ การถือครองที่ดิน และยังคงคล้องกับ งานวิจัยของสาธิตน ศิริสมบุญเวช (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ การรับรู้สาเหตุของปัญหา การวางแผนดำเนินกิจกรรม การลงทุน การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล

จากผลการศึกษามีส่วนร่วมของ อสม. ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา คือ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยในท้องถิ่น และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ เมธิ จันทจักรภรณ์ (2546) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยตามกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานมาโดยตลอด และยังมีบทบาทเพิ่มขึ้นด้วยจากโครงการต่าง ๆ เป็นการเฉพาะแล้ว ยังมีบทบาทที่ขยายไปสู่การดูแลสังคมอย่างเป็นระบบมากขึ้น ซึ่งการมีส่วนร่วมดังกล่าว ประกอบด้วย การให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือและให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ร่วมวางแผนในการแก้ปัญหา ร่วมอยู่ในกระบวนการแก้ปัญหาของหมู่บ้านและชุมชน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมบูรณ์สิทธิ์ บุปผา (2551) ศึกษาปัจจัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างเสริมชุมชนให้เข้มแข็ง พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนานั้นถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของกระบวนการสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง เพราะฉะนั้นการพัฒนาจึงควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม และชุมชนจะช่วยให้เกิดการพัฒนาศูนย์สุขภาพและสังคม ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การมีส่วนร่วมในการพัฒนาช่วยให้ประชาชนมีพลังต่อรองกับกลุ่มผลประโยชน์อื่น ๆ ในสังคม และเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมการยอมรับ และการใช้ความคิด วิธีการใหม่ หรือนวัตกรรมบางอย่างซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในกระบวนการพัฒนา และพบว่าในกระบวนการพัฒนา จะทำให้ประชาชนสามารถแสดงศักยภาพที่มีอยู่และช่วยให้ได้หนทางการแก้ปัญหาเชิงนวัตกรรมที่เหมาะสมกับปัญหาของชุมชน ได้มากกว่าการให้บุคคลภายนอกเข้ามาช่วยแก้ปัญหาในชุมชน

ดังนั้น การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการจึงเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญในการเริ่มวางแผนการดำเนินการและการประเมินผล เพื่อเพิ่มทักษะให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพในการทำงานของ อสม. ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. การสร้างการมีส่วนร่วมในด้านการวางแผน การดำเนินงาน การร่วมรับผลประโยชน์ และการประเมินผล นั้น สามารถทำได้หลายรูปแบบ อาจจะต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างอำเภอ หรือระดับจังหวัด เลือกใช้ภาษา การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจได้ง่าย และให้ความสำคัญในการวางแผนในการจัดอบรม ประชุม ควรจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการในการให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ อสม.เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานได้ดีมากขึ้น
2. การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น ควรมีอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน

PARTICIPATION IN THE PREVENTION AND CONTROL OF NON-COMMUNICABLE DISEASES FOR HEALTH VOLUNTEERS IN BANG PA-IN DISTRICT, PHRA NAKHON SI AYUTTHAYA PROVINCE

ORANONG KONGRUANG 5537549 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PIYATHIDA TRIDECH, Dr.P.H., SUKHONTHA SIRI, Ph.D.(TROPICAL MEDICINE), CHARNWIT TRIDECH, Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

Rationale and Significance of Problem

For the country to be able to effectively solve public health problem, the emphasis should be given more upon the prevention and the control of health risk which are the causes of major health problems both communicable and non-communicable diseases. The principles of primary health care has been used for solving the problems. The major principles of primary health care are the building up of the capacity of the public to be able to take care of their own health and solve health problems of their village or community with the government official acting as advisor . The community and the people should be advised to be aware of the importance of the caring of their own health and the participation in solving community health problem, the support of the work of village health volunteer is also the key concept of primary health care.

Supporting the work of village health volunteer has been chosen as one of the strategy for achieving the goal of health for all, every people of all age group has the right and opportunity in participating for health development equally. The village health volunteer acts as intermediary person between public health personnel and

people in the village, conveying knowledge and advice to his / her neighbor and public health core person for the family. The budget supporting their work comes from Ministry of Public Health, Tambol Administrative Organization and others. The village health volunteer (VHV) has many functions e.g. motivating the neighbor to participate in community health development and quality of life development using basic needs as guidelines, takes care the health benefit of the people, coordinates with community leaders, Tambol Administrative Organizations and others in order to stimulate the planning, implementing and monitoring the health of the public. The function of village health volunteer in participation for development may be classified in to four groups 1. Planning, as core person in planning and managing community problem 2. Implementing as core person in participating with development of community health, quality of life and social development etc. 3 Benefit Receiving, as receiver of material, social or personal gain in order to be able to carry out activities in prevention and control of chronic non-communicable diseases 4 Evaluating, as core person in coordinating in the evaluation of activities with community leaders, Tambol Administrative Organization (TAO) etc. to get the information for planning and implementing for further development.

The Department of Health Services Support has been implementing activities for the building up of the potentiality of village health volunteer both in quality and in the standard of working. The activities have been focused in progressive aspect more than defensive e.g. health promotion to reduce number of sickness, behavior modification of the public etc. In order to create more confidence and working morale for village health volunteer, there has been the planning and implementing of program for the development of village health volunteer by publishing handbook for new - era village health volunteer has guideline for VHV in carrying out their function resulting in the increase of their confidence in playing their role in health promotion and prevention of diseases, including in participating with community health management activities. Ministry of Public Health has advocated progressive policy in taking care of the health of particular target group of population e.g. mother and child, elderly, disabled and chronically ill patient in the community. In addition, Ministry of Public Health had provided some extra benefit and welfare for VHV as motivation for working as volunteer. (Department of Health Services Support, 2554 B.E.)

Phra Nakhon Si Ayutthaya Province has been implementing primary health care activities for health development since 2521 B.E. until now.

Village Health Volunteers have played important role in promoting health and prevention of diseases including disseminating the information and knowledge about health to the people, VHV have been working as an important core person in encouraging people to cooperate with each other in solving many health problems of the community. Presently there is the increasing in severity of chronic non-communicable diseases (but preventable) in Bangpa-in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. Those sickness include diabetes, hypertension, cardiovascular diseases, cerebrovascular diseases and cancer. The causes of the sickness are due to the behavior of the people, the lack of awareness and knowledge about self-care. Orawan Bamroong (2556) had surveyed and assessed mean value of surveillance in the prevention and control of diabetes, hypertension, obesity and adjustment of risk behavior in Bangpa-in District (1st Office of Diseases Prevention and Control) found that the people in the area under the care of 1st Office of Diseases Prevention and Control) had implemented social measures relating to health in every sub-district which were exercise in accord with different age-group, each civic club had continuously exercised. There were model-village for health development e.g. reduction of sweet, fat, salt in food menu by housewife group, non-alcoholic drink in religious ceremony e.g. Buddhist ordination, merit making, cremation etc. However with the change of socio - economy and physical environment especially industry boom in the area of Bangpa-in, there are mass migration of people into the province and in the surrounding area. Ways of life of people have changed which include socio-economic, education, culture, politics, and physical environment including inappropriate life styles relating to health and resulting in the increase of number of patients with non-communicable diseases (NCDs).

There are now the wide spread of patients with NCDs in almost every corner of the province. The severity of diabetes and hypertension in Bang pa-in district has been increased rapidly and continuously since 2550 until now. Report of 1st Office of Diseases Prevention and Control (2551-2555 B.E. (Nondhaburi/Pratumthani/Phra Nakhon Si Ayutthaya Province reported the sickness situation in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province as follows; Diabetes in 2554 B.E. - 2555 B.E was 1285.17/100,000 population,

hypertension in 2554 B.E. - 2555 B.E. was 2,133.84/100,000 population, cerebrovascular diseases in 2553 B.E. - 2555 B.E. was 325.83; 301.96 and 336.96/100,000 population, cardio vascular diseases in 2554 B.E. was 497.53/100,000 population but had increased to 545.55/ 100,000 population in 2555 B.E. (Office of Policy and Strategy, 2555)

The study on the evaluation of caring for 2nd type of diabetes and hypertension patient in hospitals under Ministry of Public Health and Bangkok Metropolitan Administration in 2555 B.E found that in Bangpa-in Hospital (under National health Security Council Region 4, Saraburi, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province) there were the largest number of diabetes patient in the province who had received treatment from hospital for more than 12 months,(with fasting plasma glucose under control (70-130 mg dL), there were also the largest number of diabetes patient with complication and their limbs amputated. These situation indicated that the reduction of health risk must be reduced as soon as possible. However in Bangpa-in district there are high number of health risk, and the complication from cardiovascular diseases and cerebrovascular diseases has been found as the second in the province. Thus there was the need that Bangpa-in District must have VHV as the core person to help solve the problem. The researcher became interested in studying the participation in prevention and control of non-communicable diseases of village health volunteer in Bangpa-in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province; what level of participation did they have and what were the factors affecting such participation including constraints related. The knowledge gained from the research would be useful as input for concerned organizations for the planning and implementing for efficient prevention and control of chronic non-communicable diseases in the future.

Research objective

1. To measure the level of the participation in prevention and control of non-communicable diseases of village health volunteer in Bangpa-in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.
2. To study personal characteristics, knowledge about chronic non-communicable diseases and working motivation of village health volunteer in Bangpa-in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.

3. To compare the participation in prevention and control of non - communicable diseases of village health volunteer in Bangpa-in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province in accord with their difference in personal characteristics, knowledge and working motivation.

4. To identify the relationship between personal characteristics ; age, duration in working and living in the community, knowledge and motivation in prevention and control of non-communicable diseases with the participation in prevention and control of non-communicable diseases of village health volunteer in Bangpa-in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.

5. To study problems and constraints in prevention and control of non - communicable diseases of village health volunteer in Bangpa-in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. Scope of the study.

The scope of the study about the participation in prevention and control of non - communicable diseases of village health volunteer in Bangpa-in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province was, the studied population were village health volunteer working in Bangpa-in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, with the age not < 18 years old, literate and had been working as village health volunteer for not less than 1 year

Literature Reviews

Theories and concepts related to participation are linked to psychology and sociology. Participation involves directly with the person and society. In the personal aspect, psychology theories help elaborate the understanding about human behavior which are moved by their thought, desire, motivation, memory and feeling as an individual with the difference in mental characteristics. In social aspect, theories in sociology help elaborate the understanding about human interaction behavior; human as a member of groups in the society.

Theories of behavioral analysis Friezt Heider (cited by Panida Wimanratna, 2541: 14) classified the causes of human behavior into two groups ; personal and conditioned by environmental situation. These two major causes are not mathematically related as plus or minus. A person will behaves more comfortably with

his/her own want when the environment is conducive but more difficulty if the environment becomes constraint. Personal cause can be classified in to two, personal motivation and capability which are skill and competency these two causes are essentially interrelated with each other; the absence of either one will result in non-behavior. A person will not behave if he does not have motivation and the capability to act.

Communication Theories

Everett Roger cited about the relationship between adoption and communication process that for a person to adopt thing into practice depends upon communication process which are composed of communication channel and personal characteristics; age, social status, economic status, income, size of land being hold, land holding and some special skill which include education level and common channel, knowledge and communication process which composed with sender or source of message, communication channel and receiver.

Social action theories of Parson (1979)

Parson provided theory explaining human action which can be applied in society in general. Human action depends upon each one's personality and cultural context in which he/she belongs. Cultural context would determine thought, belief, interest and value of a person.

Knowledge about prevention and control of non-communicable diseases

In order to be able to effectively prevent and control non-communicable diseases there must be the prevention and control of disease both before and after the incident.

There are three kinds of diseases prevention

1. Primary prevention, preventing before the disease occurs by reduction of the causes of disease by using health promotion and counseling.

2. Secondary prevention, this stage of prevention are focused upon the sick person to slow down or reduce aggravation of diseases by identifying the sick person or suspected case and provide them the treatment or reduce all of risk in order to lessen the severity of the disease and disability of the patient . The process include screening of the sick person, early diagnosis of symptomatic case and provide prompt treatment.

3. Tertiary prevention This stage includes the prevention of the recurrence of the disease by providing treatment to the patient and bring them back to normal state as soon as possible in order to prevent the complication from the disease, the recurrence, disability and incompetency leading to regular living and increase the quality of life of the patient.

Concepts about village health volunteer

The important function of village health volunteer is to be the community leader for change in health aspect. He/she acts as health communicator, planner, counselor and coordinator for health development activities including providing basic health services to people e.g. health promotion, health surveillance, basic medical care (using medicine and medical appliance in accord with the regulation provided by Ministry of Public Health), rehabilitation, referral of patient and consumer protection.

Welfare and fringe benefit of village health volunteer

1. Welfare scheme

- Free medical care for VHV and their family covering parent and the children
- For emergency health VHV are eligible to receive service from all government health institution, service

2. Subsidy for activity and for training

- Subsidy to VHV for continuous training
- Subsidy for community health care center
- Subsidy for arranging study tour and continuous training for VHV

3. Support for setting up and development of VHV group at all level

4. Contest for outstanding community leader

- Honoring and awarding outstanding VHV
- Publicizing success story of VHV through mass media, pamphlet, seminar etc.

5. Support the uniform for VHV

6. Provide monthly subsidy for VHV who work in progressive health development program (600 bath/month) (Department of Health Services Support, 2552:4-5)

Concept about motivation

There are two types of motivation

1. Intrinsic Motivation is the quality of the mind which a person learns or search by himself without any person involved e.g. a person has determined to work by his own will without any force from outside.
2. Extrinsic Motivation is the motivation a person being stimulated from outside to be aware of the objective and leads to action. Most of this type of motivation are derived from the social surrounding e.g. competition, cooperation, success in the work, compliment and praise from others.

Maslow's Hierarchy of Needs Theory

Maslow(1987) described about basic needs of a person relating to hierarchy of needs from lowest to highest when one need has been responded a person will look for means to satisfy the need in higher order (Mc Shane an Vo Glynow; 597)

1st stage Physical Need This is basic need for human survival eg food, water, medicine and lodging. These need can be responded by physical means eg salary, income, work, environment.

2nd stage Safety Needs A person has the need for safety of himself and the family. He needs physical environment which can provide safety both for the body and mind, sufficient income for living. These can be responded by the increase of salary, health security and social security.

3rd stage. Social Needs A person needs to be accepted by the society by being part of the society, receiving the love and caring from other people, working colleagues or social group.

4th stage. Esteem Need A person needs to be accepted from other that he has the capability and being appreciated by other which will make him be proud of himself. These will be responded by working position, praise or special reward.

5th stage. Self-actualization A person needs to reach the highest aim of his life by using knowledge, skill and capability at full capacity. This will be responded by being promoted to be in higher position.

Research Methodology

This study was a descriptive research with the objective of studying the participation in prevention and control of non - communicable diseases of village health volunteer in Bangpa-in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. The studied sample were 376 village health volunteers. The research tool were questionnaires, collecting data during 15th May-15th July 2557 B.E. There were 376 sets of returned questionnaires the statistics used for data analysis were standard deviation, t-test One Way ANOVA and Correlation Coefficient (r).

Research Result

The study found that the overall participation in prevention and control of non-communicable diseases of village health volunteer in Bangpa-in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province was in high level (64:6%) Analysis per aspect found that planning, implementing, receiving benefit and evaluating were in high level .The majority had high level of knowledge (72.6%), working motivation was in high level (69%) analysis of relationship between personal characteristics and participation in prevention and control of chronic non-communicable diseases found that VHV will difference in sex, age, education, occupation and knowledge did not have difference in participation in prevention and control of chronic non-communicable diseases but the

study found that knowledge and duration of work of VHV had relationship with the participation in prevention and control of chronic non-communicable diseases of VHV. Research recommendation were: there should be the promotion of the creation of participation of village health volunteer in planning, implementing, benefitting and evaluating. The creation of such participation could be in many means; exchange of knowledge and experience of village health volunteer between district or province, communication with village health volunteer with simple means, simple language which are easily to be understood. Planning should be given the priority. For the meeting or training for village health volunteer the issue should be focused on strengthening of the knowledge and the increasing of the potentiality of the volunteer so that they would have more confidence with their work. There should be continuity of the building up of working motivation for village health volunteer in participating with the prevention and control of chronic non-communicable diseases.

Discussion

The study found that the overall participation in prevention and control of non - communicable diseases of village health volunteer in Bangpa-in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province was in high level

For the planning aspect, VHV had the opinion that this was the responsibility of health personnel, they did not have the knowledge about what should be done in dealing with problems analysis. The VHV would like to have more knowledge and understanding about planning so that they would be able to suggest more useful comment thus there should be the training about planning knowledge for core VHV so that they would be able to participate in thinking, setting the objective, planning and setting workshop for the prevention and control of non-communicable diseases (NCDs) in their village. There should be the support of opportunity for VHV to take more active part in the prevention and control of NCDs in various steps e.g. setting up community policy, and implementation of activities to reduce the incidence of NCDs and risks. These were in accord with the study by Suneeya Mullikolaya (2545) which cited that the participation of the public in the conservation of natural

resources and the environment could be classified into 6 levels consisting of knowing, thinking, commenting which means that when the public receive the information from the government official they will take part in searching for problems and causes of problem including the need and want to have the project or activity including giving suggestion for the responsible government units to be used as input for making decision. The participation of the public could be summarized as considering, making decision, following up, monitoring, evaluating and receiving the effect from the project.

For the implementing aspect, some VHV had to carry on their regular occupation for their living thus they might not be able to participate with the activity arranged by health personnel in some occasion .In general VHV had participated in “Implementing” more than in “planning and evaluating” which was in accord with the result of in-depth interview that most of VHV had the pride in taking part in providing health knowledge for their own neighbor in the village. This finding was in accord with the information gathered from depth interview that all VHV had the pride in providing health knowledge to their neighbor in the community resulting in their increased ability to take care of their own health. The training which VHV had received from many technical centers helped increased their self-confidence in carrying out their duty to help their neighbors to have better health. Thus there should be activities in which VHV and health personnel could exchange knowledge and innovation about prevention and control of chronic non- communicable diseases, support VHV to take part in dissemination of knowledge and a information about self-care to the public and in campaigning for social measure in prevention and control of NCDs in the community.

For benefit receiving aspect, the people in the community had received more useful information as guideline for caring of their own health, cooperated more with VHV resulting in better health of the people in the community. Thus there should be activity providing information and knowledge to the people about the benefit they would receive from helping the community in prevention and control of NCDs. The information gained from participating with the community would be useful for identifying problems in the community .Thus the implementation of the program will be more successful.

For the evaluating aspect, some VHV did not understand the meaning and the usefulness of the evaluation. The study found that VHV had participated more in the evaluation of the health of the people, however they would like to have some study tour to be arranged for them so that they would be able to use the experience gained for their own work. The VHV should take part in yearly evaluation of NCDs program, they should work together with health personnel in analysis and evaluation of the program including the monitoring and control of the program.

The study found that the majority of VHV had knowledge about NCDs in high level (71.80%), medium level (23.40%) and low level (4.78%), had general education in primary level (40.01%) Thus the language used for training of VHV should be simple and easy to understand.

The training model should be “workshop” which the concept of learning by doing are applied. By this method the VHV should have more understanding and participate more with community activities. (Department of Local Administration, Ministry of Interior, 2548: 5)

The study found that working motivation of VHV was in high level (60.9%), medium (14.6%) and low (24.5%). This could be explained that because there were many kinds of welfare and fringe benefit for VHV e.g. medical welfare, subsidy etc. thus they had motivation to play more active role as VHV.

Association analysis between personal characteristics of VHV with the participation of VHV in prevention and control of NCDs in Bangpa-in District Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, the study found no relationship between sex, age, education, occupation and knowledge about NCD with the participation of VHV in prevention and control of NCDs This was in accord with study by Rachanee Yaemkanchoo(2543) which studied factors affecting the performance of VHV in primary health care in periphery area of Nondhaburi and found no relationship between age, education and occupation with the performance of VHV but found that duration of work had relationship with the performance of VHV. This could be explained that VHV volunteered to work for the community because they would like to help the people by working along with health personnel. In recruiting for VHV there are not any limitation for sex, age, education, occupation and knowledge thus these personal characteristics did not affect the level of participation of VHV.

The association analysis found that working motivation had positive relationship with the participation in prevention and control of non-communicable diseases of village health volunteer in Bangpa-in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province was in high level with statistical significance at $p < 0.001$ which indicated that working motivation was one of the factor which affected the participation of VHV in health matter .Presently, besides welfare benefit has been provided for VHV, there is also monthly subsidy of 600 baht for VHV as well in order to promote the role of VHV in working for health promotion in the community without interruption. These VHV had been trained and assigned to perform their duty in the village and in the community. This welfare could be considered as the motivation and incentive for VHV. Somyos Navykarn (2546: 38) cited that motivation involves with the stimulation for a person to behave in some direction in order to achieve the goal and everyone is motivated to achieve some goal.

Association analysis between duration of working as VHV, knowledge and working motivation with the participation in prevention and control of non-communicable diseases of village health volunteer in Bangpa-in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province found positive relationship with statistical significance ($p < 0.001$) This could be explained that the longer VHV had worked as volunteer the more their knowledge and understanding about health could be applied for daily living had increased and motivated them to participate more. It could be said that the more understanding and the more practice about health could increase the participation of VHV. This was in accord with the study by Siriwan Seriratna (2541: 68) about organization behavior and found that a person could be motivated to do certain kind of valuable activity with full of energy if there were right kind of stimulation. There are two kinds of motivation; internal (originated by oneself) and external created by outside stimulation. Both could lead to the change in personal behavior.

The study found no relationship between length of time living in the community with the participation in prevention and control of non - communicable diseases of village health volunteer in Bangpa-in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

This was in accord with communication theory suggested by Roger (cited by Chuenjai Buchadham, 2542: 14) that factors which associated with the participation in activities of a person were age, social status, economic status, income and land ownership. The study finding was also in accord with the study by Sathimon Sirisomboonwech (2542) which found that perceiving of the causes of problem, planning, investing, implementing and evaluation effected the performance of VHV in Supanburi Province.

This study had found that the overall participation of VHV in prevention and control of non - communicable diseases of village health volunteer in Bangpa-in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province was in high level and the factor which had high level of relationship with the participation of VHV were length of stay in the community, duration of work and working motivation. The finding was in accord with the study by Methie Chantajaruporn (2546) which found that VHV had been taking part in health development of the people in accord with primary health care strategy. Their roles have been increasing with many other projects and have extended to the service to the society as a whole with more systematic scheme of work. The participation of VHV include cooperation, help, advice, providing information to official of all level, problem identification and planning to solve the problem of the community.

The finding was also in accord with the study by Somboonsithi Buppha (2551) about factors relating with participation in creating community strength and concluded that participation of the public in development is the fundamental right of the people in the creation of community strength.

Thus the conclusion of this study was; the public should take part in development of the community which would result in socioeconomic development of the community, increased quality of life, helping the people to gain bargaining power against the powerful interest group. Public participation is also the instrument in promoting the acceptance of people for new thought and innovation which are highly essential for development process. For community development, the stimulation of people own potentiality to solve their own problem with innovation could do more in helping the community than using outsider. This training in the topics of planning, implementing and evaluating by using work shop method is essential for the improvement of knowledge, skill and potentiality of VHV so that they would have more confidence in taking part in the prevention and control of chronic NCDs.

Research Recommendations

1. The promotion of the participation of VHV in planning, implementing, receiving benefit and evaluating could be done by many means e.g.; exchange of knowledge and experience among different districts/provinces using language and communication technics which are easy to understand, give priority in planning for training and meeting, use work-shop technic in training and improving the potentiality of VHV so that they would have more confidence with their work.
2. There should be the continuity in building up working motivation for VHV in the participation in prevention and control of non - communicable diseases.

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กนกทอง สุวรรณบุลย์. (2545). **อิทธิพลของค่านิยมทางจริยธรรม สิ่งจูงใจ การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จังหวัดระยอง**. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. (2548). **มาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน**. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงมหาดไทย.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2552). **ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (เอกสารอัดสำเนา)**.
- กุลยา นาคสวัสดิ์. (2554). **การศึกษาทางวิทยาการระบาดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**.
- เกรียงศักดิ์ เขียวยิ่ง. (2543). **การบริหารทรัพยากรมนุษย์**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). **คู่มือ อสม.ยุคใหม่**. กระทรวงสาธารณสุข.
- จิรภรณ์ ไถ่บ้านแก้ว. (2544). **ความรู้และการมีส่วนร่วมในการแก้ไขมลพิษทางน้ำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดนครปฐม**. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชื่นใจ บุชาธรรม. (2542). **การมีส่วนร่วมอนุรักษ์สภาพแวดล้อมของผู้ประกอบการธุรกิจท่องเที่ยวบริเวณชายหาดบางแสน จังหวัดชลบุรี**. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงเดือน มูลประดับ. (2541). **แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของวัยรุ่นตอนต้น**. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธารกมล อนุสิทธิ์สุกการ. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการผลิตความเครียดในบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วย**. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล] บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นาคยา เกรียงชัยฤกษ์. (2552). **การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่อการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด: กรณีศึกษาจังหวัดมุกดาหาร นครพนม สกลนคร กาฬสินธุ์ สุรินทร์. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนการบริการสุขภาพ; 6(1).**

- นรินทร์ สังข์รักษา. (2547). **ถอดรหัสการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนชนบทไทย**. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาคุณวุฒิปบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นิรุจน์ อุทธาและคณะ. (2543). **รูปแบบการควบคุมโรคและการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก**. [รายงานการวิจัย]. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.
- นิภาภรณ์ หะสุวรรณ. (2543). **การทดลองใช้กระบวนการการประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ขององค์กร (AIC) เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการนำแผนการพัฒนาสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ: กรณีศึกษาแผนงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับหมู่บ้าน จังหวัดชัยภูมิ**. [รายงานการศึกษาศิระปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพัฒนา]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บัลลังก์ วิเศษศรี. (2543). **ศักยภาพการเพิ่มพื้นที่สีเขียวโดยประชาชนมีส่วนร่วมในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่**. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปณัย เปสลาพันธ์. (2544). **การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารระดับสถานีตำรวจตามโครงการพัฒนาสถานีตำรวจเพื่อประชาชน**. (โรงพักเพื่อประชาชน) ในจังหวัดสระบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (รัฐศาสตร์) สาขาวิชารัฐศาสตร์และรัฐศาสนศาสตร์] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ปวิวรรณ แสงพิทักษ์. (2545). **การมีส่วนร่วมในโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครปฐม**. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา] บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันราชภัฏพระนครปฐม.
- พนิดา วิมานรัตน์. (2541). **การมีส่วนร่วมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมกรณีศึกษา บึงบอระเพ็ด จังหวัดนครสวรรค์**. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนมกร สุวรรณรัตน์. (2541). **การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครป้องกันภัยพลเรือนในการป้องกันอาชญากรรมในเขตจังหวัดนครปฐม**. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชญาวิทยาและงานยุติธรรม] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พอชม ฅวีวัฒน์. (2543). **การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อโครงการ “ประชาชนร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พระชนมายุ 72 พรรษา”กรณีศึกษา อำเภอมือง จังหวัดนนทบุรี**. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- เมธี จันทจารุภรณ์. (2546). การสร้างสุขภาพชุมชน: สร้างคน สร้างปัญญา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- รักศักดิ์ อ่อนทรง. (2555). รูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาด้านสุขภาพ ของหมู่บ้านโป่งคอม ตำบลฝักะ อำเภอดอนจาน จังหวัดสระแก้ว. วารสารสุขภาพภาคประชาชน ภาคกลาง; 28(1).
- รัชนิ แยมกันชู. (2543). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สุขภาพชุมชน (สสมช.) อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. [ภาคนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รวี ศิริประเสริฐ. (2544). การป้องกันควบคุมไข้เลือดออกระดับจังหวัดและระดับหมู่บ้าน: กรณีศึกษาในจังหวัดปราจีนบุรี ปี 2542. ว. วิชาการสาธารณสุข; 10(3): 424-429.
- วาด หนูมา. (2540). กรณีศึกษาปัจจัยและกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงเรียนประถมศึกษาที่มีประสิทธิภาพต่อคุณภาพทางการศึกษา: ศึกษาเปรียบเทียบเฉพาะกรณีโรงเรียนดีเด่นรางวัลพระราชทานในจังหวัดชัยนาทและอุทัยธานี. [วิทยานิพนธ์ ปริญญา กศ.ม. (การบริหารการศึกษา)] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วรรณก จันทุม และคณะ. (2541). การมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเอดส์ ในบ้านเสมา ตำบลหนองแปน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ (รายงานการวิจัย). คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. (2541). พฤติกรรมองค์การ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธีระฟิล์มและไซเท็กซ์ จำกัด. สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิววงศ์ เหมือนละม้าย. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม. โรงพยาบาลบางเลน อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม.
- สุจิตต์ ทับละอ. (2545). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (สสมช.) อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี. [ภาคนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาติ โคตรทุม. (2541). ปัจจัยด้านความเป็นผู้นำที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานพัฒนาตำบลของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล : ศึกษาเฉพาะจังหวัดขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์] ขอนแก่น.

- สุนีย์ มัลลิกะมาส. (2545). รัฐธรรมนูญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพิทักษ์รักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สนธยา มโหทาน. (2546). วิถีชุมชน: ชีวิตที่มีความหมาย กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมบูรณ์สิทธิ์ บุปผา. (2551). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างเสริมชุมชนให้เข้มแข็ง. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมหวัง ช่อนงาม. (2544). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก. ว.สาธารณสุขพิษณุโลก; 2(5): 15-23.
- สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย. (2542). สุขภาพเพื่อชีวิต. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สถิต คล้ายกลิ้ง. (2543). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี. [ภาคานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สาริมน ศิริสมบูรณ์เวช. (2542). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุธิดา ห้าวเจริญ. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2550). รายงานประจำปี 2550. (เอกสารอัดสำเนา).
- สปสข. เขต 4 สระบุรี. (2553-2555). ผลการศึกษาการประเมินผลดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2553-2555. (เอกสารอัดสำเนา).
- สีสด เหมะบาล. (2542). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสมช.) อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี. [ภาคานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสาวนีย์ สีทองสม. (2554). การมีส่วนร่วมของชุมชนและปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในโครงการป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ศึกษาชุมชน หมู่บ้านกิ้วพร้าว ตำบลจันจว้าใต้ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย.

อรรณพ บำรุง. (2556). **โครงการสำรวจและประเมินค่ากลางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วนและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในพื้นที่ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ. กรุงเทพมหานคร.**

ภาษาอังกฤษ

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. Muasne, 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

ภาคผนวก ก
จริยธรรมการวิจัย



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารรับรองเลขที่	MUFH 2014-108
ชื่อโครงการ :	การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
รหัสโครงการ :	49/2557
ชื่อหัวหน้าโครงการ :	นางعرนงค์ คงเรือง
หน่วยงานที่สังกัด :	หลักสูตร วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เอกสารที่รับรอง :	1. แบบเสนอโครงการวิจัย 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3. หนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย 4. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรมหรือกิจกรรม
วันที่รับรอง :	7 พฤษภาคม 2557
วันที่หมดอายุ :	6 พฤษภาคม 2558

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเจตจำนงจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุธรรม นันทมงคลชัย)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร. นพ. พิทยา จารุพูนผล)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



Certificate of Approval
Ethical Review Committee for Human Research
Faculty of Public Health, Mahidol University

COA. No. MUPH 2014-108

Protocol Title : THE PARTICIPATION IN PREVENTION AND CONTROL OF NON-COMMUNICABLE DISEASES FOR HEALTH VOLUNTEERS IN BANGPA-IN DISTRICT, AYUTTHAYA PROVINCE

Protocol No. : 49/2557

Principal Investigator : Mrs. Oranong Kongruang

Affiliation : Master of Science (Public Health) Major in Public Health Administration
Faculty of Public Health, Mahidol University

Approval Includes :

1. Project proposal
2. Information sheet
3. Informed consent form
4. Data collection form/Program or Activity plan

Date of Approval : 7 May 2014

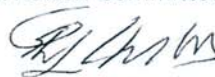
Date of Expiration : 6 May 2015

The aforementioned project have been reviewed and approved according to the Declaration of Helsinki by Ethical Review Committee for Human Research, Faculty of Public Health, Mahidol University



(Assoc. Prof. Dr. Sutham Nanthamongkolchai)

Chairman of Ethical Review Committee for Human Research



(Assoc. Prof. Dr. Phitaya Charupoonphol)

Dean of Faculty of Public Health

420/1 Rajvithi Road, Bangkok, Thailand 10400

Tel. (662) 3548543-9 ext. 1127, 7404 Fax. (662) 6409854

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามเพื่อการวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

- | | | |
|-----------|--|--------------|
| ส่วนที่ 1 | คำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม | จำนวน 10 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 | ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | จำนวน 20 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 | แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | จำนวน 15 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 | การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | จำนวน 20 ข้อ |
| ส่วนที่ 5 | ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง | จำนวน 4 ข้อ |

กรุณาตอบแบบสอบถามที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เกี่ยวกับข้อคำถามนั้น เพราะคำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ ในการปรับปรุงและพัฒนางานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ต่อไป คำตอบของท่านผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และจะไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน

หากมีข้อสงสัย ไม่เข้าใจคำถาม ติดต่อ คุณอรนงค์ คงเรือง กลุ่มพัฒนาวิชาการ งานโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ โทร 0 2972 9606 ต่อ 13, 18

ขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการตอบแบบสอบถาม

อรนงค์ คงเรือง

วิชาเอกการบริหารสาธารณสุข

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความและเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนดไว้

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี บริบูรณ์
3. สถานภาพสมรส
☐ 1. โสด ☐ 2. คู่ ☐ 3. หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษา
☐ อนุปริญญา/เทียบเท่า
☐ ปริญญาตรีขึ้นไป
☐ อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพหลักของท่าน
☐ เกษตรกรรม
☐ ค้าขาย
☐ รับจ้าง
☐ รับราชการ
☐ อื่น ๆ ระบุ.....
6. ระยะเวลาปฏิบัติงานในหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาแล้ว.....ปี.....เดือน
7. ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่น.....ปี.....เดือน
8. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาท/เดือน (รวมรายได้ประจำและรายได้นอกเหนือจากงานประจำ)
9. ท่านเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือไม่
☐ 1. เคย ☐ 2. ไม่เคย
 ถ้าเคยโปรดระบุ
☐ 1.1 ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ครั้ง/ปี
☐ 1.2 ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่า 1 ครั้ง/ปี

10. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยได้รับ **ข้อมูลข่าวสาร** เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือไม่

☐ 1.เคย ☐ 2.ไม่เคย

ถ้าเคยโปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1.1 องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)/อปท.

☐ 1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากหน่วยงานภาครัฐ

☐ 1.3 สื่อมวลชน

☐ 1.4 การอบรม / ศึกษาดูงาน

☐ 1.5 เพื่อนร่วมงาน

☐ 1.6 ศึกษาด้วยตนเอง

☐ 1.7 อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ความรู้” ทางขวามือ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เกี่ยวกับข้อคำถามนั้น เพียงข้อละ 1 ช่อง

โดยมีหลักเกณฑ์การประเมินในแต่ละระดับ ดังนี้

ถูก หมายถึง ข้อความนั้นถูกต้อง

ผิด หมายถึง ข้อความนั้นไม่ถูกต้อง

ไม่แน่ใจ หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นถูกหรือผิด

ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ
1. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นโรคที่ไม่มีการติดต่อไปยังผู้อื่น หากที่จะรักษาให้หายขาด			
2. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นโรคที่เกิดจากการสะสมปัจจัยเสี่ยง เช่น การดื่มเหล้า กินอาหารมัน เกลียด ซึ่งต้องใช้เวลาอันกว่าจะเกิดอาการของโรค			
3. การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ไม่ออกกำลังกาย การดื่มเหล้า การมีความเครียด จะส่งผลทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
4. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง			
5. การป้องกัน ควบคุมโรค และการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ			

ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ
6. การรับประทานอาหารหวาน มัน มีน้ำหนักรุนเกิน อ้วน ไม่ออกกำลังกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน			
7. หากมีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดโรคเบาหวาน			
8. ระดับน้ำตาลที่ 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่า เริ่ม เป็นเบาหวาน			
9. ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจะมีอาการ หิว ใจสั่น หน้าซีดเหงื่อออกมึนงง			
10. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นอาการที่รุนแรงของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที			
11. หากมีอาการเตือนของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่ควร รับประทานอาหาร หรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ			
12. บุคคลใดที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140-90 มม.ปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง			
13. อาการปวดมึนท้ายทอย วิงเวียน ปวดศีรษะตื้อ ๆ เป็นอาการเตือนของโรคความดันโลหิตสูง			
14. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่จำเป็นต้อง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพียงแต่หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มจัดอย่างเดียวก็สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้			
15. ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ไม่มีความเสี่ยง ในการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด			
16. โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะมีอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน เดินเซ เสียการทรงตัว ตามัว เห็นภาพซ้อน แขนขาชา อ่อนแรง			
17. การควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม งดสูบบุหรี่ งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง			
18. ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง คือ อัมพฤกษ์ อัมพาต			
19. โรคหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอก หายใจเร็ว ปวดร้าวไปที่แขนด้านในและบริเวณต้นคอ กราม บางรายมีอาการคล้ายอาการปวดฟัน			
20. การลดการบริโภคอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่ และดื่มสุรา สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้			

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 15 ข้อ

คำชี้แจง คำถามส่วนที่ 3 นี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับ “ระดับความคิดเห็น” เกี่ยวกับแรงจูงใจ ในการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีหลักเกณฑ์การประเมินในแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับมาก หมายถึง ท่านมีความเห็นว่ามีแรงจูงใจในประเด็นนี้ **มาก** คือ ตั้งแต่ 80% ขึ้นไป

ระดับปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเห็นว่ามีแรงจูงใจในประเด็นนี้ **ปานกลาง** คือ ตั้งแต่ 40-79%

ระดับน้อย หมายถึง ท่านมีความเห็นว่ามีแรงจูงใจในประเด็นนี้ **น้อย** คือ ตั้งแต่ -39%

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ระดับความคิดเห็น” ทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เกี่ยวกับข้อคำถามนั้น เพียงข้อละ 1 ช่อง

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านทุ่มเทและความพยายามที่จะทำงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จ			
2. ท่านสามารถแก้ไขปัญหเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี			
3. ท่านรู้สึกภูมิใจกับความสำเร็จในการปฏิบัติงานของท่าน			
4. ท่านได้รับคำยกย่องชมเชยเมื่อทำงานได้สำเร็จตามเป้าหมาย			
5. งานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นงานที่ส่งเสริมให้ท่านมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์			
6. ท่านมีความพร้อมที่จะเสียสละเวลาเพื่อทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย			
7. งานที่ท่านรับผิดชอบเป็นงานที่เพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ให้สูงขึ้น			
8. ท่านได้รับการส่งเสริม หรือมีสิ่งจูงใจที่สนับสนุนการพัฒนาความสามารถด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ			
9. ท่านได้ใช้ความรู้ความสามารถในการทำงานให้เป็นไปตามนโยบาย			
10. ท่านมีความสุขที่ได้ปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
11. ท่านอยากให้ประชาชนในชุมชนของท่านมีความสุขภาพดี			
12. สิ่งแวดล้อมในชุมชนของท่านเอื้อในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี			
13. ท่านรู้สึกว่ามีสิทธิในการรักษาพยาบาลของท่านทำให้ท่านได้รับความสะดวกสบายในการเข้ารับการรักษาพยาบาล			

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
14. ท่านรู้สึกอยากทำงานเป็น อสม. เนื่องจากมีชีวิตประสบความสำเร็จ และมีฐานะมั่นคงแล้ว			
15. คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ช่วยแก้ไขปัญหให้กับ อสม. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ			

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง ท่านได้มีส่วนร่วมทำกิจกรรม ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไปนี้เพียงใด โดยเลือกคำตอบ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เกี่ยวกับข้อคำถามนั้น เพียงข้อละ 1 ช่อง

โดยมีหลักเกณฑ์การประเมินในแต่ละระดับ ดังนี้

ทุกครั้ง หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมทำกิจกรรมทุกครั้ง คือ ตั้งแต่ 80% ขึ้นไป

บางครั้ง หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมทำกิจกรรมเป็นบางครั้ง คือ ตั้งแต่ 40-79%

ไม่เคย หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมทำกิจกรรมแต่ไม่ครบทุกครั้ง คือ ตั้งแต่ -39%

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม		
	ทุกครั้ง	เป็นบางครั้ง	ไม่เคย
1. ด้านการร่วมวางแผน			
1. ท่านเข้าร่วมการจัดการประชุม ปรึกษาหารือ เพื่อดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้าน			
2. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอแนะความคิดเห็นเพื่อการดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้าน			
3. ท่านเข้าร่วมในการวางแผนในการกำหนดวิธีการ การดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
4. ท่านเข้าร่วมในการพิจารณาปรับปรุงกิจกรรม การดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
5. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายในชุมชนเกี่ยวกับการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
6. ท่านเข้าร่วมกำหนดมาตรการการลดโรคไม่ติดต่อ และลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม		
	ทุกครั้ง	เป็นบางครั้ง	ไม่เคย
7. ท่านเข้าร่วมในการนำฐานข้อมูลของชุมชนมาวิเคราะห์สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อวางแผนในการแก้ปัญหา			
2. ด้านการร่วมดำเนินการ			
1. ท่านร่วมปฏิบัติการให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผน และนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน			
2. ท่านมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมต่างๆที่ช่วยในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
3. ท่านมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การผลิตนวัตกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
4. ท่านมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กับชุมชน			
5. ท่านได้ร่วมให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเองให้แก่ประชาชน เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
6. ท่านมีส่วนร่วมในการผลักดันมาตรการทางสังคมเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน			
3. ด้านการร่วมรับผลประโยชน์			
1. ท่านมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสภาวะสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน			
2. ท่านได้ประโยชน์ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่าน จากการนำข้อมูลมาร่วมวิเคราะห์			
3. ท่านได้รับความร่วมมือจากคนในชุมชนมากขึ้นในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
4. ด้านการร่วมประเมินผล			
1. ท่านมีการติดตามผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้านเป็นประจำทุกปี			
2. ท่านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการวิเคราะห์ ประเมินผลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้าน			

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม		
	ทุกครั้ง	เป็นบางครั้ง	ไม่เคย
3. ท่านเข้าร่วมในการกำกับดูแลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังกับสถานบริการสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ			
4. ท่านเข้าร่วมในการประเมินผลสำเร็จของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้าน			

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (จำนวน 4 ข้อ)

1. ด้านการวางแผน ร่วมตัดสินใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัญหาและอุปสรรค.....

.....

ข้อเสนอแนะ.....

.....

2. ด้านการดำเนินกิจกรรมการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัญหาและอุปสรรค.....

.....

ข้อเสนอแนะ.....

.....

3. ด้านการรับผลประโยชน์การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัญหาและอุปสรรค.....

.....

ข้อเสนอแนะ.....

.....

4. ด้านการประเมินผลการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัญหาและอุปสรรค.....

.....

ข้อเสนอแนะ.....

.....

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ

นางอรนงค์ คงเรือง

วัน เดือน ปีเกิด

28 กันยายน 2514

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลมิชชั่น กรุงเทพฯ
พยาบาลศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล,พ.ศ.2555-2558
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
วิชาเอกการบริหารสาธารณสุข

ตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

สถานที่ปฏิบัติงาน

กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข