



รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชา-
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน"

ของ ยุทธนา แยกคาย

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา-

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุตหนองบัว)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วัฒนสินธุ์)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ผู้วิจัย	ยุทธนา แยกคาย
ประธานที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ด. สาขาวิชา-, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2564
คำสำคัญ	การพัฒนา, ผลการปฏิบัติงาน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงผสมผสานขั้นสูงแบบการประเมินผลหลายขั้นตอนครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งระยะการวิจัยออกเป็น 3 ระยะตามกระบวนการวิจัย ได้แก่ 1) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้าน และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ จิตอาสา การรับรู้บทบาท ความตั้งใจ การทำงานเป็นทีม ภาศิเครือข่าย การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการยอมรับนับถือ ซึ่งมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์ด้านความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ และความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อนำรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปทดลองใช้พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงกว่าก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พัฒนาขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ จึงควรนำไปใช้ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น รวมทั้งนำประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ตามความเหมาะสมต่อไป

Title	THE MODEL OF PERFORMANCE DEVELOPMENT FOR VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS
Author	YUTTHANA YAEBKAI
Advisor	Associate Professor Pramote Wongsawat, Ph.D.
Academic Paper	Dr.P.H. Dissertation in Public Health Program - (Type 2.1), Naresuan University, 2021
Keywords	Development, Performance, Village health volunteers

ABSTRACT

This advanced mixed method research design with multistage evaluation design aimed to develop the model of performance development for Village Health Volunteers (VHVs). There were 3 phases of the research process as follows: 1) The factors affecting the performance of VHVs, and factors promoting the performance of VHVs; 2) Model development and examination of performance development for VHVs; and 3) Effectiveness of the model of performance development for VHVs. The results revealed that the model of performance development for VHVs consisted of 9 components as follows: voluntary, role perception, Intention, teamwork, association network, participation, social support, motivation, and recognition, which were the highest quality in terms of propriety, utility, feasibility, and accuracy. The implementation of the model of performance development for VHVs showed a median value of the experimental group after the intervention was higher than its before intervention. Also, the median value of the experimental group was higher than the control group after the intervention ($p < 0.05$). The findings indicate that the model of performance development for VHVs could increase performance. The model of performance development for VHVs should be employed to cover all targeted groups and applied in other areas appropriately.

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้อุทิศสละเวลาอันมีค่ามาเป็นทีปรึกษาพร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทจนถึงปริญญาเอก ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ และทรงคุณค่า

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุตหนองบัว กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ ว่างวนสินธุ์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์และคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา สุพรรณกุล ประธานกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนัช กนกเทศ กรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ กรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโครงร่างวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์ รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร นางชุตติมา เพชรรี่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ด้านวิชาการ (ข้าราชการบำนาญ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย และนางสาวอัมพวัน พุทธประเสริฐ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ที่ได้อุทิศสละเวลาอันมีค่ามาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย รองแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชนระดับอำเภอและระดับตำบลในจังหวัดสุโขทัย นายกสมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย คณะกรรมการสมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย และประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับอำเภอและระดับตำบลในจังหวัดสุโขทัย ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณ อาสาสมัครในโครงการวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบคุณทุกท่านที่ได้กล่าวนามที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณ ปู่ ตา ยาย บิดา มารดา และพี่สาวของผู้วิจัยที่ทำให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา ตลอดจนหลานชายอันเป็นที่รักยิ่ง

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ที่สนใจไม่มากนักน้อย



ยุทธนา แยกคาย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
ประกาศคุุณูปการ.....	จ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมติฐานของการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวข้อง.....	10
ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	10
ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	27
ตอนที่ 3 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	36
ตอนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	73
รูปแบบการวิจัย.....	73
การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน และปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	78
การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	88

การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานต่อผลการ ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	96
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	104
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	106
การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน และปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	106
การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	157
การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	198
บทที่ 5 บทสรุป.....	209
การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน และปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	209
การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	210
การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	212
สรุปผลการวิจัย	212
อภิปรายผลการวิจัย	219
ข้อเสนอแนะ	237
บรรณานุกรม	240
ภาคผนวก	252
ประวัติผู้วิจัย.....	300

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงสรุปตัวแปรต้นที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	58
ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 658)	108
ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ เจตคติ การรับรู้ บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และผลการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 658).....	111
ตาราง 4 แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร	114
ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร.....	116
ตาราง 6 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ	118
ตาราง 7 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับผลการ ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 658).....	121
ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลหลัก จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 50)	124
ตาราง 9 แสดงสรุปปัจจัยที่มีผล/ ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน.....	159
ตาราง 10 แสดงองค์ประกอบ และวิธีการ/ กิจกรรมของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	188
ตาราง 11 แสดงสรุปการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างปัจจัยนำเข้ากับองค์ประกอบของ รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	191
ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (N = 27)	194
ตาราง 13 แสดงผลการตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (N = 27).....	195
ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามคุณลักษณะทาง ประชากร (n = 76).....	200
ตาราง 15 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรภายนอก ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม (n = 76).....	203

ตาราง 16 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจิตอาสา การรับรู้ และความตั้งใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผล การปฏิบัติงาน (n = 76).....	204
ตาราง 17 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจิตอาสา ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการทำงาน (n = 76)	205
ตาราง 18 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้บทบาท ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n = 76).....	205
ตาราง 19 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจ ภายในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการทำงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 76).....	206
ตาราง 20 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการทำงาน (n = 76).....	207
ตาราง 21 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการทำงาน (n = 76).....	208
ตาราง 22 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลัง จัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการทำงาน (n = 76).....	208

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 แสดงขั้นตอนการวิจัย	75
ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1	76
ภาพ 3 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 3	77
ภาพ 4 แสดงแบบแผนการทดลอง.....	97
ภาพ 5 แสดงรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน..	192



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และประเทศสมาชิกทั่วไปได้ยกย่องประเทศไทยว่าเป็นประเทศที่สร้างระบบสุขภาพภาคประชาชน โดยการสร้างความรู้ในระดับชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่นในระดับชุมชนได้เป็นอย่างดีด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในรูปแบบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ดีที่สุดแห่งหนึ่งของโลก (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2559) ในประเทศกำลังพัฒนาโดยเฉพาะประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางมีอาสาสมัครสาธารณสุข (Health Volunteers) ที่มีชื่อเรียกกันหลากหลาย เช่น ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน (Community Health Workers: CHWs) อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (Community Health Volunteers: CHVs) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health Volunteers: VHVs) หรือประชาชนทั่วไปที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข (Lay Health Workers: LHWs) ฯลฯ เป็นประชาชนที่มีความสมัครใจให้บริการสาธารณสุขในชุมชน ซึ่งมีความเข้าใจในวัฒนธรรม จารีต ขนบธรรมเนียมประเพณี และบริบทพื้นที่ของตนเองจึงทำให้เกิดความไว้วางใจและการยอมรับนับถือของประชาชนในชุมชนนั้น ๆ โดยไม่ได้คาดหวังผลประโยชน์หรือผลตอบแทนเช่นเดียวกันกับประเทศไทยที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชนที่แตกต่างกันในหลายประเทศ แต่จะมีการทำงานร่วมกันในหลายภาคส่วนและเป็นส่วนสำคัญในการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรมโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางและการจัดการกับปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพของประชาชนในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งเป็นวิธีการที่ยั่งยืนและมีผลการดำเนินงานที่ดีที่สุด เนื่องจากการบูรณาการการทำงานพร้อมกับการดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการจัดการสุขภาพชุมชนด้วยการสนับสนุนที่เหมาะสม มีการดูแลอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ทำให้มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และภาระงานที่มากขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังเป็นส่วนหนึ่งของกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย (Health workforce) ตามกรอบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ขององค์การอนามัยโลก (System building blocks of the World Health Organization framework) (World Health Organization, 2010) ซึ่งเป็นกำลังหลักที่ช่วยขับเคลื่อนการ

ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานทำหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ ชุมชน และใน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้ครอบคลุมหมู่บ้านทั่วประเทศ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557)

ในอดีตที่ผ่านมาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเน้นการเป็นอาสาสมัครคือ การทำงานไม่หวังผลตอบแทน ไม่ใช่ผู้รับจ้างรัฐทำงานตามหน้าที่จึงไม่มีเงินเดือน แต่จะได้รับสิทธิ์และการตอบแทนอย่างอื่น ต่อมาเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2552 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบตามยุทธศาสตร์และแผนงานเสริมสร้างรายได้พัฒนาคุณภาพชีวิต และความมั่นคงด้านสังคม โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ปฏิบัติงานเชิงรุกในการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่นและชุมชน การดูแลผู้สูงอายุ คนพิการ การดูแลผู้ป่วย และเฝ้าระวังโรคในชุมชน และเพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั่วประเทศ โดยให้เบิกจ่ายอัตราค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรายเดือนในอัตราหนึ่งพันบาทต่อคน (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562, 2562, 21 มีนาคม, น.7 - 8; สำนักงบประมาณ, 2557) การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สำคัญคือ การเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนมีบทบาทหลักที่สำคัญคือ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี และยังมีกรปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่สำคัญอื่น ๆ ที่กำหนดไว้อีกมากมาย

การปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญต่าง ๆ ได้แก่ 1) การปฏิบัติงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 2) การปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) การปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน 8 องค์ประกอบ 4) การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ 5) การปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยุคใหม่ 6) การปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้านนักจัดการสุขภาพชุมชน 7) การปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้านนครบาลหรือเขตเมือง 8) การปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้านนักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย 9) การปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันการทุจริตในระดับชุมชน 10) การปฏิบัติงานบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในยุค 4.0 11) การปฏิบัติงานเฉพาะด้าน 12 สาขา คือ 1) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ 2) สุขภาพจิตชุมชน 3) การป้องกันและแก้ไขปัญหาเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน 4) การบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการสร้างหลักประกันสุขภาพ 5) การคุ้มครองผู้บริโภค

ด้านสุขภาพ 6) ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ 7) การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในชุมชน 8) การส่งเสริมสุขภาพ 9) การจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม 10) นมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก 11) ทันตสุขภาพ และ 12) การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560; ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 2554, 20 มีนาคม, น.1 - 10) และ 12) การปฏิบัติงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 เป็นลักษณะการปฏิบัติงานที่สำคัญในปัจจุบัน โดยที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานแน่นอนอย่างน้อยหนึ่งวันต่อสัปดาห์หรืออย่างน้อยสัปดาห์ต่อเดือน มีการปฏิบัติงานจริง และมีการรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ อสม. 1 โดยมีประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับหมู่บ้านหรือชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้ตรวจสอบและรับรองรายงานผลการปฏิบัติงานเข้าประชุมและหรืออบรมเพิ่มพูนความรู้อย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อเดือนในเรื่องที่เป็นความจำเป็นตามสภาพปัญหาของชุมชน หรือตามช่วงปฏิทินการรณรงค์ของกระทรวงสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสรุปรายงานการประชุมไว้ทุกครั้ง (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562, 2562, 21 มีนาคม, น.7 - 8) ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ อบรมเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง และได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ

ผลการประเมินการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภาพรวมเขตสุขภาพที่ 2 ในปี พ.ศ. 2558 - 2560 จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (เกณฑ์ร้อยละ 80) คือ ร้อย 98.54, 79.55 และ 83.63 ตามลำดับ โดยมีผลการประเมินการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกรายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ดังนี้ จังหวัดอุดรธานีมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คือ ร้อยละ 98.55, 75.13 และ 74.63 ตามลำดับ จังหวัดตาก มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคือ ร้อยละ 98.17, 81.05 และ 78.41 ตามลำดับ จังหวัดสุโขทัย มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คือ ร้อยละ 96.44, 71.03 และ 73.48 ตามลำดับ จังหวัดพิษณุโลก มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคือ ร้อยละ 100.00, 82.85 และ 91.61 ตามลำดับ และจังหวัดเพชรบูรณ์ มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คือ ร้อยละ 99.56, 85.56 และ 100.00 ตามลำดับ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) ซึ่งพบว่า จังหวัดสุโขทัยมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ในปี พ.ศ. 2558 - 2560 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 2 ต่ำที่สุดใน

เขตสุขภาพที่ 2 และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ในปี พ.ศ. 2559 - 2560 สอดคล้องกับการประเมินผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่า ผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79) มากที่สุด ร้อยละ 52.4 รองลงมา คือ ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ร้อยละ 41.7 และน้อยที่สุด คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ร้อยละ 5.9 (ยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คนของเขตสุขภาพที่ 2 เท่ากับ 18 และรายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า จังหวัดอุดรธานี จังหวัดตาก จังหวัดสุโขทัย จังหวัดพิษณุโลก และจังหวัดเพชรบูรณ์ เท่ากับ 15, 11, 18, 18 และ 15 ตามลำดับ (ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 2, 2561) ซึ่งพบว่า จังหวัดสุโขทัยมีค่าเฉลี่ยจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คนมากกว่าจังหวัดอุดรธานี จังหวัดตาก จังหวัดเพชรบูรณ์ และมีค่าเฉลี่ยจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คนเท่ากับเขตสุขภาพที่ 2 ดังนั้น จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่าจังหวัดสุโขทัยเป็นพื้นที่ที่เหมาะสมมากที่สุดในการพัฒนาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนในต่างประเทศมีความแตกต่างกันไปตามการพัฒนาทางเศรษฐกิจของประเทศ วัฒนธรรม ประเพณี และบริบทของแต่ละประเทศ ประกอบกับลักษณะการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนในต่างประเทศแตกต่างกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของประเทศไทย ส่วนประเทศไทยมีรูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่หลากหลาย ได้แก่ โมเดลสมการโครงสร้างพหุระดับ (วรเดช ช่างแก้ว, สมศักดิ์ ลิลา, ไพรัตน์ วงษ์นาม และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, 2557) ซึ่งผลการพัฒนาโมเดลสมการโครงสร้างพหุระดับประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังไม่ได้นำรูปแบบนี้ไปทดลองใช้ในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น การพัฒนาชุดฝึกอบรมสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (พรกุล สุขสุด, 2556) เป็นชุดฝึกอบรมสมรรถนะการปฏิบัติงาน โดยนำไปใช้พัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติงานที่จำเป็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมี 3 องค์ประกอบคือ การสร้างเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วม การบริหารจัดการ และการบริการสุขภาพ และรูปแบบการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือร่างโมเดลมด (นวิสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์, 2558) ประกอบด้วยแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์จากปัจจัยภายในตนเอง และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์จากปัจจัยภายนอกตนเอง และรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะด้าน เช่น การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน (ยุพิน หงษ์วะชิน, อำนวย ปาอ้าย, เพ็ญญา กุลนภาดล และ

วรากรณ์ ไตรติลลันท์, 2556) เป็นการพัฒนาหลักสูตรเพื่อพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนและสามารถนำหลักสูตรนำไปใช้แก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้ หรือการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการขยะที่สอดคล้องกับภูมิสังคมของชุมชนชาวเขาอย่างยั่งยืน (อิสราภาพ มาเรื่อน, จันทรเพ็ญ ชุมแสง และศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา, 2556) เป็นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สามารถทำตนเป็นต้นแบบและเป็นแกนนำในการชักชวนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการขยะในครัวเรือนและชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีผลสัมฤทธิ์ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพฤติกรรมหลังการเสริมสร้างสมรรถนะสูงกว่าก่อนการเสริมสร้างสมรรถนะ

รูปแบบการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศไทยจึงมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่นั้น ๆ โดยมีลักษณะเฉพาะด้านที่มีความเฉพาะเจาะจงกับประเด็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น รูปแบบการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท (คมสันต์ ธงชัย และสุชาตามณี บุญจรัส, 2560) หรือรูปแบบการบริหารจัดการของโรงเรียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ปรเมษฐ์ จินา, บรรจง เจริญสุข และเชียรนันท์ วาณิชย์ศุภวงศ์, 2559) อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีรูปแบบการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นสมรรถนะร่วม (Common competency) ที่มีความครอบคลุมการปฏิบัติงานในทุกด้านอย่างชัดเจน สอดคล้องกับทศพร ชูศักดิ์ (2554) ได้มีข้อเสนอแนะให้ควรมีรูปแบบบริหารจัดการที่จะพัฒนาผลการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดกลไกที่เอื้อต่อการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีปัจจัยต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องคือ ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (การวิจัยเชิงปริมาณ) และปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (การวิจัยเชิงคุณภาพ) พบว่า ตัวแปรที่มีผล/ ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรม การนิเทศงาน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การใช้สมาร์ทโฟน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ซึ่งผลการวิจัยจะทำให้ได้ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

นอกจากนี้ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวข้องยังสอดคล้องกับข้อเสนอแนะงานวิจัยและพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดสุโขทัย (2561) ได้เสนอแนะให้มีการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พัฒนาแนวทางการการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบริหารจัดการทรัพยากรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันเป็นการเชื่อมโยงหนุนเสริม การเพิ่มคุณภาพ และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน ตลอดจนทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ และเสริมพลังกำลังคนด้านสุขภาพภาครัฐได้ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และปัจจัยใดบ้างที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรเป็นอย่างไร
3. รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อสร้างและตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสามารถร่วมกันพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้
2. รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีประสิทธิผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเฉพาะในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุโขทัย ที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมาแล้ว 6 เดือนขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2562 - 2563

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์ มีความรู้ความสามารถอ่านออกเขียนได้ ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชน โดยประชาชนไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือน ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พุทธศักราช 2550 และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค

3. รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง โครงสร้างทางความคิดที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่าง 9 องค์ประกอบที่สำคัญของการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ จิตอาสา การรับรู้บทบาท ความตั้งใจ การทำงานเป็นทีม ภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ และการยอมรับนับถือ

4. ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

5. จิตอาสา หมายถึง จิตแห่งการให้ความดีงามทั้งปวงแก่เพื่อนมนุษย์โดยเต็มใจสมัครใจ อิ่มใจ ซาบซึ้งใจ ปีติสุข ที่พร้อมจะเสียสละเวลา แรงกาย แรงสติปัญญา เพื่อสาธารณประโยชน์ในการทำกิจกรรมหรือสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน และมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6. ความรู้ หมายถึง ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจดจำ และเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย

การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค

7. เจตคติ หมายถึง ความรู้สึก ความคิด และความคิดเห็นในทางบวกหรือลบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค

8. การรับรู้บทบาท หมายถึง ความรู้สึกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ประเมินว่าบทบาทในการปฏิบัติงานซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค นั้นควรเป็นบทบาทของตนหรือไม่ และมากน้อยเพียงใด

9. ความตั้งใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความมุ่งมั่นหรือความตั้งใจใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค

10. แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือในด้านอารมณ์ความรู้สึก การประเมินคุณค่า ทรัพยากร และข้อมูลข่าวสารจากบุคคลอื่น สมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหรือภาคีเครือข่าย เพื่อให้ก่อเกิด การปฏิบัติงานซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค

11. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง ความคิด ความรู้สึก หรือความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ด้านการยอมรับนับถือ ด้านโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน ด้านลักษณะงาน ด้านความรับผิดชอบ ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน ด้านสภาพในการทำงาน ด้านนโยบายและการบริหารงาน ด้านความมั่นคงในงาน และด้านวิธีปกครองบังคับบัญชา

12. การทำงานเป็นทีม หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานร่วมกับเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ มีการแบ่งหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกัน มีความสัมพันธ์เป็นกลุ่มเดียวกัน หรือมีความคาดหวังและวัตถุประสงค์เป้าหมายร่วมกัน

13. ภาคีเครือข่าย หมายถึง ภาคีเครือข่ายทางสังคมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนในหมู่บ้าน/ ชุมชน ซึ่งภาคีเครือข่ายมีจำนวนและความหลากหลายแตกต่างกันไปขึ้นกับบริบทของ

พื้นที่ เช่น หมู่บ้าน/ ชุมชน วัด โรงเรียน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น กองทุนต่าง ๆ ในชุมชน องค์การไม่แสวงหาผลกำไร ฯลฯ

14. การมีส่วนร่วม หมายถึง ภาคีเครือข่ายเข้าไปมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเริ่มตั้งแต่การให้ข้อมูลข่าวสาร การรับฟังความคิดเห็น การเข้ามาเกี่ยวข้อง การให้ความร่วมมือ และการเสริมพลังเพิ่มอำนาจ

15. การยอมรับนับถือ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการยอมรับนับถือจากภาคีเครือข่าย ซึ่งการยอมรับนับถือนี้อาจอยู่ในรูปของการยกย่องชมเชย การแสดงความยินดี การให้กำลังใจ หรือการยอมรับในผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประมวลจากการค้นคว้าเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตการศึกษาไว้ ดังนี้

ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตอนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตอนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประวัติความเป็นมาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและพัฒนาสาธารณสุข จึงได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนา โดยสนับสนุนให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ และส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเอง ซึ่งมีตัวจักรสำคัญในการดำเนินงานคือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อมาในปี พ.ศ. 2535 ได้มีการยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีเพียงระดับเดียวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ต่างก็เสียสละแรงกาย แรงใจ เวลา และทุนทรัพย์ในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้สามารถพึ่งตนเองได้ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ ทั้งสิ้น ด้วยเหตุนี้กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของคนกลุ่มนี้และยอมรับว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน และสามารถช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น

การสาธารณสุขมูลฐาน คือ การดูแลสุขภาพอนามัยโดยประชาชนเพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชนด้วยการสนับสนุนของรัฐ การสาธารณสุขมูลฐานได้รับการผลักดันให้เป็นนโยบายการพัฒนาระดับชาติและบรรจุให้เป็นนโยบายและแผนสาธารณสุขแห่งชาติในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) จนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) โดยพัฒนาการของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยได้มีการดำเนินงานมา

ก่อนที่รัฐบาลจะประกาศนโยบายตามมติองค์การอนามัยโลก ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบันมีสถานการณ์การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญ ดังนี้ (กฤษณชัย กิมชัย, 2558)

ในพัฒนาการระยะแรก (พ.ศ. 2504 - 2519) งานสาธารณสุขมูลฐานเกิดขึ้นมาจากการที่ประชาชนในชนบทประสบกับปัญหาสุขภาพอนามัยและปัญหาการขาดแคลนของบริการสาธารณสุข ขั้นพื้นฐานดังจะเห็นได้จากในปี พ.ศ. 2504 - 2505 มีการอบรมอาสาสมัครกำจัดไข้มาลาเรียขึ้นเพื่อช่วยแก้ปัญหาโรคมาลาเรียที่มีการระบาดในขณะนั้น ในปี พ.ศ. 2509 นายแพทย์สมบุรณ์ วัชรโรทัย ได้ทำการศึกษาปัญหาดังกล่าว พบว่า อัตราการไปใช้บริการที่สถานีอนามัยตำบลทุกแห่งมีระดับต่ำมาก จึงหาวิธีแก้ไขโดยจัดทำโครงการทดลองที่สำคัญคือ โครงการส่งเสริมอนามัยชนบท จังหวัดพิษณุโลก ในเวลาเดียวกันกับ นายแพทย์อมร นนทสุต ที่ได้ทำการทดลองโครงการที่อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ หลังจากทดลองโครงการไประยะหนึ่งคณะกรรมการดำเนินโครงการสารภี ประกอบด้วยนายแพทย์สมบุรณ์ วัชรโรทัย นายแพทย์อมร นนทสุต และนายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ เห็นว่าควรนำประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ พร้อมทั้งได้คัดเลือกประชาชนมาเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หลังจากนั้น 1 ปี พบว่า อัตราการมาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น จึงได้มีการขยายโครงการไปยังอำเภออื่น ๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ และอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) ได้มีบรรจุการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานไว้ในนโยบายและแผนสาธารณสุขแห่งชาติ มุ่งเน้นการค้นหา คัดเลือก และฝึกอบรมชาวบ้านเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยกำหนดบทบาทของอาสาสมัครเหล่านี้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) และกระจายแนวคิดและหลักการสาธารณสุขมูลฐานให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกประเภทและทุกระดับ เข้าใจและยอมรับความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสาธารณสุข ซึ่งการสาธารณสุขมูลฐานประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ในขณะเดียวกันที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในปี พ.ศ. 2520 ได้มีมติร่วมกันว่า “การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่พึงได้รับ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องเชื้อชาติ ศาสนา การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม” โดยที่ประชุมได้เรียกร้องให้รัฐบาลของประเทศเป็นผู้รับผิดชอบและจัดหาวิธีการที่เหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2543 (Health for All by the year 2000) ต่อมาในเดือนกันยายน พ.ศ. 2521 องค์การอนามัยโลกได้จัดให้มีการประชุมว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care: PHC) ที่เมืองอัลมา - อตา สหพันธรัฐรัสเซีย เพื่อร่วมกันพิจารณาหาวิธีที่จะทำให้บรรลุถึงการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ และที่ประชุมได้มีแถลงการณ์ที่กันเรียกว่าคำประกาศอัลมา - อตา (Alma - Ata Declaration) ซึ่งระบุว่า “การสาธารณสุขมูลฐานเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาเพื่อความยุติธรรมในสังคมและเป็นกุญแจที่จะนำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

ในปี พ.ศ. 2543 ได้” ในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2523 ประเทศไทย โดยนายกรัฐมนตรี พลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ ได้ร่วมลงนามในกฎบัตรเพื่อพัฒนาทางสุขภาพ (Charter for health development) อันเป็นข้อตกลงระหว่างไทยกับองค์การอนามัยโลก ยืนยันว่าจะยึดถือการสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบการสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งการตกลงร่วมกันระหว่างประเทศไทยกับองค์การอนามัยโลกครั้งนั้นเป็นคำยืนยันว่าประเทศไทยจะต้องสนับสนุนกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2543 (Health for All by the year 2000)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) ได้ขยายการจัดตั้งและพัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุขให้ครบทุกพื้นที่ในชนบทและริเริ่มทดลองดำเนินการในเขตเมืองและจัดระบบอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (กฟผ.) ที่เรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (อสม.กฟผ.) ริเริ่มโครงการหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐาน ผสมผสานการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานกับการพัฒนาชุมชนด้านอื่น โดยกำหนดให้สาธารณสุขมูลฐานเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งในส่วนเป้าหมายและวิธีการ มุ่งเน้นให้ชุมชนระดับหมู่บ้านบริหารจัดการสาธารณสุขมูลฐาน 8 องค์ประกอบ และได้เพิ่มเป็น 10 องค์ประกอบในปลายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) เน้นพัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานให้สามารถพึ่งตนเองทางสาธารณสุขในระดับชุมชนได้ โดยพัฒนา 3 ก. (กำลังคน กองทุน และการบริหารจัดการ) ในทุกหมู่บ้าน มีโครงการนำร่องการดูแลตนเอง (Self-care) ในระดับชุมชน ครอบครัว และปัจเจกบุคคล ส่งเสริมองค์กรภาคธุรกิจเอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชนเข้าร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐาน และโครงการนำร่อง 4 องค์ประกอบสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข ได้พยายามทุกวิถีทางที่จะให้การยกย่องเชิดชูเกียรติ ประกาศเกียรติคุณเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน โดยเริ่มให้มีการคัดเลือกผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ครั้งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 โดยในช่วงแรกนี้ได้จัดการประกวดขึ้นแบบปีเว้นปีเป็นจุดเริ่มต้นของการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่น โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่น จำนวน 2 สาขา ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นเขตชนบท และอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นเขตเมือง

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) ปรับปรุงโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน โดยการพัฒนา 3 ก. ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพกำลังคน การพัฒนาการบริหารจัดการ และการพัฒนากองทุน เพิ่มการพัฒนากระบวนการข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) สนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรประชาชน และธุรกิจเอกชน เข้าร่วมในการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เพิ่มองค์ประกอบสาธารณสุขมูลฐานจาก 10 องค์ประกอบเป็น 14 องค์ประกอบ พัฒนากลไกและกระบวนการถ่ายทอดความรู้ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในงานสาธารณสุขมูลฐาน เน้นการดูแลสุขภาพตนเองในระดับครอบครัว ต่อมาภายหลังคณะรัฐมนตรี สมัยพลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ เป็นนายกรัฐมนตรี ได้มีการอนุมัติให้บรรจุ “โครงการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ” เข้าเป็นโครงการหนึ่งในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ และได้ลงมติอนุมัติให้เปลี่ยนคำว่า “สาธารณสุขเบื้องต้น” เป็น “การสาธารณสุขมูลฐาน” จากเหตุการณ์สำคัญดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขออนุมัติจากคณะรัฐมนตรีให้วันที่ 20 มีนาคมของทุกปีเป็น “วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ” และคณะรัฐมนตรีให้การอนุมัติเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2536 ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เริ่มต้นจัดงานเฉลิมฉลองในนามวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม 2537 เป็นต้นมา

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ส่งเสริมบทบาทและศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และองค์กรชุมชน ในการถ่ายทอดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองให้แก่ครอบครัว ส่งเสริมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ให้เป็นแกนสำคัญในการดูแลสุขภาพของครอบครัว การส่งเสริมบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการจัดบริการสาธารณสุขในชุมชน ส่งเสริมและพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ส่งเสริมและพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการพัฒนาครอบครัวสุขภาพดีและการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน หมู่บ้านละ 7,500 บาทต่อปี เพื่อดำเนินกิจกรรม 3 กิจกรรม ได้แก่ พัฒนาศักยภาพคน แก้ไขปัญหาสาธารณสุข และให้บริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการประกาศสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2543 (Health for All by the year 2000)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) เกิดการปฏิรูประบบราชการ สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปรับเปลี่ยนเป็นกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และเกิดระบบสุขภาพภาคประชาชนที่ต่อยอดแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน สร้างความเข้มแข็งขององค์กรอาสาสมัครและสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเสริมสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในสังคม การสื่อสารเพื่อประชาชน พัฒนากระบวนการจัดการความรู้และข้อมูลข่าวสาร ถ่ายโอนงบประมาณเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน หมู่บ้านละ 7,500 บาทต่อปี ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) พร้อมเพิ่มงบประมาณเป็น 10,000 บาทต่อปี มีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น เพิ่มเติมเป็น 10 สาขา ได้แก่ 1) การควบคุมโรคไข้เลือดออก 2) การดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชน 3) สุขภาพจิตในชุมชน 4) การแก้ไขปัญหาหายาเสพติดในชุมชน

5) การสร้างสุขภาพ 6) การบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) 7) การออกกำลังกาย 8) การคุ้มครองผู้บริโภค 9) การแพทย์แผนไทย และ 10) การพัฒนาสังคม มีการก่อตั้งมูลนิธิอาสาสมัครสาธารณสุข เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2549 เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาการดำเนินงานสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุข ช่วยเหลือสวัสดิการต่าง ๆ ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เสริมสร้างขวัญกำลังใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และดำเนินการเพื่อสาธารณประโยชน์หรือร่วมมือกับองค์กรการกุศลอื่น ๆ เพื่อสาธารณประโยชน์โดยไม่เกี่ยวข้องกับการเมือง

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) เกิดกองทุนสุขภาพระดับตำบล โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้การสนับสนุนงบประมาณให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรอาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนในการพัฒนาด้านสาธารณสุขทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และตำบลจัดการสุขภาพ ส่งเสริมการใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy map) พร้อมทั้งมีการเปลี่ยนชื่อแผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy map) เป็นแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map: SRM) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาด้านสุขภาพของประชาชน องค์กรอนามัยโลก สำนักงานเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO South - East Asia Regional Office: SEARO) ได้มีวาระการประชุมระดับภูมิภาคเพื่อฟื้นฟูการสาธารณสุขมูลฐานขึ้นที่เมืองจาการ์ ประเทศอินโดนีเซีย ในวันที่ 6 - 8 สิงหาคม 2551 (Regional Conference on "Revitalizing Primary Health Care" Jakarta, Indonesia, 6 - 8 August 2008) มีการปรับเปลี่ยนการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น เพิ่มเติมเป็น 11 สาขา ได้แก่ 1) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ 2) สุขภาพจิตในชุมชน 3) ยาเสพติดในชุมชน 4) การบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) 5) การคุ้มครองผู้บริโภค 6) การแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ 7) การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน 8) การส่งเสริมสุขภาพ 9) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ 10) การจัดการสุขภาพชุมชน และ 11) นมแม่ สายใยรักแห่งครอบครัว ในสมัยรัฐบาลนายกรัฐมนตรีนอร์อิศสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้จัดทำโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจริญ โดยจ่ายเงินค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอัตราเดือนละ 600 บาทต่อคน เพื่อสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2552 ต่อมากระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2554 เพื่อกำหนดระเบียบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คุ้มครองประชาชน ตลอดจนส่งเสริม สนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชนตามหลักการการสาธารณสุขมูลฐานของ

กระทรวงสาธารณสุข และมีการประชุมเครือข่ายนวัตกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Meeting of the South - East Asia Primary Health Care Innovations Network: SEAPIN) ในวันที่ 20 สิงหาคม 2553 ณ จังหวัดเชียงใหม่

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) มีการปรับเปลี่ยนการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น เป็น 10 สาขา ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ 2) การส่งเสริมสุขภาพ 3) สุขภาพจิตในชุมชน 4) การป้องกันและแก้ไขยาเสพติดในชุมชน 5) การบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการสร้างหลักประกันสุขภาพ 6) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 7) ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ 8) การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน 9) การจัดการสุขภาพชุมชน และ 10) นมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก มีการพัฒนาต่อยอดกระบวนการตำบลจัดการสุขภาพเป็นตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย และตำบลจัดการสุขภาพดีวิสาหกิจชุมชนยั่งยืน ต่อมาจัดสรรเงินอุดหนุนทั่วไปสำหรับสนับสนุนการบริการสาธารณสุขเพิ่มจากหมู่บ้านละ 10,000 บาทต่อปี เป็น 15,000 บาทต่อปี เมื่อในวันที่ 30 - 31 มกราคม 2556 ณ กรุงเทพมหานคร มีการประชุมเครือข่ายนวัตกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ครั้งที่ 2 (The 2nd SEAPIN annual meeting) โดยมีประเทศสมาชิกเข้าร่วมประชุม ได้แก่ บังกลาเทศ ภูฏาน อินเดีย เนปาล อินโดนีเซีย ศรีลังกา และประเทศไทย ซึ่งเป็นการย้ำเตือนและเป็นโอกาสอันดีที่ประเทศไทยจะใช้วาระครบรอบ 30 ปีนี้ ในการฟื้นฟูและกำหนดทิศทางการทำงานสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษที่ 4 ให้สอดคล้องกับวาระขององค์การอนามัยโลก เพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนดังกล่าวที่ว่า “แม่เราเป็นชาวบ้าน เราก็สามารถดูแลสุขภาพของพวกเราเองได้” ดังนั้น จะเห็นได้ว่า งานสาธารณสุขมูลฐานไทยได้ดำเนินการผ่านมาแล้ว 3 ทศวรรษจวบจนเริ่มเข้าสู่ทศวรรษที่ 4 ซึ่งเส้นทางการดำเนินการที่ผ่านมาล้วนน่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง (สำนักข่าว Hfocus, 2557)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) มีการปรับเปลี่ยนการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น เพิ่มเติมเป็น 12 สาขา ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ 2) การส่งเสริมสุขภาพ 3) สุขภาพจิตในชุมชน 4) การป้องกันและแก้ไขยาเสพติดในชุมชน 5) การบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการสร้างหลักประกันสุขภาพ 6) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 7) ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ 8) การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน 9) การจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม 10) นมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก 11) ทันทสุขภาพ และ 12) การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ มีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนักจัดการสุขภาพชุมชนตามกลุ่มวัย มีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการเฝ้าระวังป้องกันการทุจริตในระดับชุมชน (อสม.ป.ป.ช.) มีการกำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (อสม.กฟผ.)

เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน "100 อสม.ดีเด่น 100 ปี การสาธารณสุขไทย" มีการปรับปรุงแบบการจ่ายเงินค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผ่านระบบบูรณาการฐานข้อมูลสวัสดิการสังคม (e - Social Welfare) เมื่อเดือนกรกฎาคม 2561 แทนรูปแบบการจ่ายเงินสด โดยมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2561 เห็นชอบให้เพิ่มค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากเดิมอัตราเดือนละ 600 บาทต่อคน เป็นเดือนละ 1,000 บาทต่อคน มีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4.0 (อสม. 4.0) มีการเปลี่ยนรูปแบบการจัดทำบัตร Smart Card อสม. ทดแทนรูปแบบบัตรกระดาษ มีการพัฒนาแอปพลิเคชัน SMART อสม. มีการพัฒนา Official Line อสม. มีการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรวมกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปแบบชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมีการพัฒนาศักยภาพยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็น อสม.หมอบริการบ้าน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556; ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560, 2561, 29 มิถุนายน, น.16-18; ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562, 2562, 21 มีนาคม, น.7 - 8; ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 2554, 20 มีนาคม, น.1 - 10)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 2554, 20 มีนาคม, น.1 - 10)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกรุงเทพมหานครซึ่งปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร อาสาสมัครสาธารณสุขการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย และอาสาสมัครอื่นตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้ชื่อย่อว่า “อสม.” มีชื่อเรียกภาษาอังกฤษว่า Village Health Volunteers และใช้ชื่อย่อภาษาอังกฤษว่า “VHVs” และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพร้อมออกบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้แล้ว โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้าน

สุขภาพ ซึ่งจะรับผิดชอบดูแลในแต่ละห้องที่ในสัดส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างน้อย 1 คนต่อหลังคาเรือน ไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือน

โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สนับสนุนการจัดการฝึกอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือการอบรมความรู้ความชำนาญเฉพาะทางให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี เพื่อยกระดับความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานตามประกาศที่คณะกรรมการกลางกำหนด พร้อมทั้งดำเนินการออกหนังสือรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทางให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการฝึกอบรม

หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกบุคคลเข้ารับการฝึกอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีคุณสมบัติ และได้รับความเห็นชอบของหัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทนจำนวนไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนที่บุคคลนั้นมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำไม่น้อยกว่า 6 เดือน ดังนี้

1. อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
 2. มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
 3. มีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้
 4. สมัยครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข
 5. ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง
 6. มีความประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน
 7. มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่าง
 8. มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสิ้นสุดสภาพเมื่อ
1. ตาย
 2. ลาออก
 3. เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
 4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี มีคำสั่งให้พ้นสภาพ

ในกรณีที่หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทนจำนวนไม่น้อยกว่าหนึ่งในสามหลังคาเรือนร่วมกันลงลายมือชื่อร้องเรียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดูแลครัวเรือนของตน ให้ยื่นหนังสือร้องเรียนนั้นต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี ส่งหนังสือร้องเรียนตามวรรคหนึ่งให้คณะกรรมการระดับจังหวัดเพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริงต่อไป นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี อาจมีคำสั่งให้พ้นสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หากปรากฏข้อเท็จจริงตามรายงานการตรวจสอบข้อเท็จจริงของคณะกรรมการระดับจังหวัดอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นั้นไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานของรัฐจัดขึ้นโดยไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็น
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นั้นไม่รักษาจรรยาบรรณของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือมีความประพฤติเสียหายที่อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียศักดิ์ศรีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สิทธิประโยชน์

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิที่จะได้รับสวัสดิการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามประกาศที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยให้เบิกจ่ายจากเงินรายได้ของหน่วยบริการสาธารณสุขนั้น ๆ
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของกรมบัญชีกลาง
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ตามประกาศที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิได้รับการประกาศเกียรติคุณตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังต่อไปนี้
 - 4.1 ได้รับการประกาศเกียรติคุณ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่น
 - 4.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผลการปฏิบัติงานดีเด่นมีสิทธิจะได้รับการเสนอชื่อเพื่อขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ตามหลักเกณฑ์การขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ตามกฎหมายว่าด้วยเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์
5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุตรมีสิทธิได้รับโควตาศึกษาในสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิที่จะได้รับสิทธิประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งกองทุนต่าง ๆ ที่เป็นสิทธิประโยชน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นกำหนด

การรักษาจรรยาบรรณ

การรักษาจรรยาบรรณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรปฏิบัติหน้าที่โดยรักษาจรรยาบรรณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังต่อไปนี้

1. ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความขยัน อดทน เต็มใจ ตั้งใจ เชื้อมั้น ศรัทธา เสียสละ ซื่อสัตย์สุจริต ตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนด
2. ไม่เรียกร้องหรือแสวงหาประโยชน์ส่วนตนโดยอาศัยตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่
3. ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม และเมตตาธรรมในการดำเนินงานและรักษาความสามัคคีในหมู่คณะ
4. ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ระเบียบนี้กำหนดโดยเคารพต่อกฎหมายและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
5. มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเป็นแบบอย่างแก่ผู้อื่นได้

บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี นอกจากนี้ ยังมีบทบาทหน้าที่ตามสภาวะการณ์ต่าง ๆ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556; ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560, 2561, 29 มิถุนายน, น.16 - 18; ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562, 2562, 21 มีนาคม, น.7 - 8; ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 2554, 20 มีนาคม, น.1 - 10) ดังนี้

1. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน

1.1 เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้านนัดหมายเพื่อนบ้านเข้ามาใช้บริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุขรับข่าวสารสาธารณสุขแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือ

โรคติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้ว จัดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.2 เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสุขภาพและการใช้ยารักษา การรักษาอนามัยร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการ洁หาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขภาพอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคติดต่อไม่สำคัญ การป้องกันและการแก้ไขปัญหาหมาภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน การส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย และการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

1.3 เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระจกหัก ข้อเคล็ดอื่น ๆ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ การติดตามและดูแลผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด

1.4 หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่

1.4.1 จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน/ ชุมชน

1.4.2 ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน

1.4.3 ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

1.5 เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาคัดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็กโดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่นโดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ฯลฯ

1.6 เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชนโดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุขหรือจากแหล่งอื่น ๆ

1.7 เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

1.8 คู่มือสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้านโดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน/ชุมชน

2. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยุคใหม่

2.1 ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก มุ่งส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ปฏิบัติงานเชิงรุกเพื่อเสริมสร้างสุขภาพประชาชนในท้องถิ่นและชุมชน โดยเฉพาะการดูแลกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยยาเสพติด

2.2 สร้างระบบความร่วมมือ เน้นการทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน โดยใช้แผนสุขภาพตำบลในการแก้ไขปัญหาผ่านเวทีชุมชนหรือทำข้อตกลงในการจัดการสุขภาพชุมชนร่วมกัน

2.3 พัฒนารูปแบบประชาชน องค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำหลักในการจัดทำแผนสุขภาพตำบลและขับเคลื่อนร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน และร่วมดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

2.4 สร้างมาตรการทางสังคม มีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันของคนในชุมชนในเรื่องการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน

3. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักจัดการสุขภาพชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนักจัดการสุขภาพชุมชนคือ ผู้ที่สามารถบริหารจัดการทุนคนและองค์ความรู้ที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อใช้พัฒนาด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและเป็นได้ทั้งแกนนำดำเนินการจัดการสุขภาพ ให้คำชี้แนะ ประสาน มอบหมายงาน และควบคุมทีมงานให้ดำเนินงานไปตามแผนได้สำเร็จ

3.1 จัดการตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและนำความรู้จากการปฏิบัติจริงด้วยตนเองไปขับเคลื่อนหมู่บ้าน/ชุมชนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3.2 จัดการครอบครัวให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง

3.3 จัดการชุมชน โดยเป็นผู้ร่วมดำเนินการ ประสานงาน บริหารจัดการ ติดตามกำกับ ประเมินผล ให้คำชี้แนะในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนได้สำเร็จ ได้แก่

3.3.1 จัดทำแผนด้านสุขภาพ โดยดำเนินการ 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 สำรวจและประเมินสถานการณ์ชุมชน ขั้นตอนที่ 2 สร้างเวทีการเรียนรู้ในหมู่บ้าน/ชุมชน และขั้นตอนที่ 3

จัดทำแผนด้านสุขภาพ โดยเริ่มจากประชุมประชาคมหมู่บ้านเพื่อร่วมกันเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค และกลุ่มองค์กร ภาคีเครือข่าย แกนนำชุมชน นำแผนชุมชนและแผนสุขภาพที่ได้ประกาศให้ประชาชนทั้งหมู่บ้านได้รับรู้และมีส่วนร่วมในกระบวนการทำแผน

3.3.2 จัดการงบประมาณ เพื่อใช้ในด้านเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยเป็นการจัดการงบประมาณให้เหมาะสมกับกิจกรรม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ผลงานสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นงบประมาณทั้งภาครัฐ เอกชน และจากหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งในและนอกชุมชน

3.3.3 จัดกิจกรรมด้านสุขภาพ การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอนคือ 1) สำรวจ ค้นหา จัดทำทะเบียน 2) เตรียมชุมชนเพื่อรับการตรวจสุขภาพเชิงรุก 3) จัดกิจกรรมการคัดกรองเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพเบื้องต้น 4) ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ 5) การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 6) สนับสนุนการจัดตั้งกลุ่ม/ ชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน 7) สร้างความเข้มแข็งของชุมชน และ 8) จัดระบบและทีมติดตาม ประเมินผลกิจกรรม และสรุปผล

3.4 การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม การประเมินผลแบบมีส่วนร่วมเป็นการประเมินผลที่เกิดประโยชน์ต่อชุมชนทำให้ชุมชนรับรู้สถานการณ์ และผลจากการทำงานของทีมที่ผ่านมาได้ทั่วถึง หัวใจสำคัญของการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมคือ การสร้าง/ เสริมสร้างแนวคิดและกระบวนการประเมินผลให้กับชุมชน เพื่อให้ชุมชนเห็นความสำคัญและตระหนักถึงความจำเป็นในการประเมินผลงาน และจะทำให้ค้นหาจุดอ่อน การดำเนินงานของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้น ควรสร้างระบบการประเมินผลการดำเนินงานของชุมชน ดังนี้ 1) จัดตั้งทีม/ คณะทำงานในการติดตามประเมินผลที่มีองค์ประกอบจากภาคีเครือข่าย/ จากหน่วยงานต่าง ๆ 2) กำหนดหัวข้อ/ ประเด็นในการติดตามประเมินผล พร้อมจัดทำแบบติดตามประเมิน 3) จัดทำแผนออกติดตามประเมินผล 4) ออกติดตาม ประเมิน 5) นำผลจากการประเมินมานำเสนอแลกเปลี่ยน ประสพการณ์ และวิเคราะห์ 6) สรุปผลโดยคณะทำงาน และ 7) จัดเวทีนำเสนอผลงานให้ชุมชนรับทราบ แสดงความยินดีในความสำเร็จ วางแผนแก้ไขในส่วนที่เป็นปัญหา และหาแนวทางการพัฒนาร่วมกันเพื่อนำเข้าไปสู่กระบวนการจัดแผนงานโครงการต่อไป

4. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนครบาลหรือเขตเมือง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนครบาลหรือเขตเมืองทุกคนจะต้องปฏิบัติหน้าที่ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและจัดการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนลุกขึ้นมามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง จัดการสภาวะแวดล้อม และปฏิบัติตามกติกาของสังคม ดังนี้

4.1 ประสานราชการ

4.2 เชื่อมรัฐ โดยการติดต่อ สื่อสาร เชื่อมประสานกับหน่วยงานภาครัฐและเป็น
ตัวกลางเชื่อมประสานระหว่างประชาชนในชุมชนกับหน่วยของรัฐและเอกชน

4.3 ร่วมจัดภัยสุขภาพ โดย

4.3.1 ตรวจ วัด คัดกรอง และค้นหาผู้ป่วยและผู้เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง
เบาหวาน หัวใจ และมะเร็ง ได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ

4.3.2 ถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะในเขตรับผิดชอบต้องดำเนินการ
ถ่ายทอดความรู้จนทำให้ประชาชนเข้าใจและปฏิบัติได้

4.3.3 ให้บริการประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ

4.3.4 จัดกิจกรรมเพื่อการจัดการสุขภาพของชุมชนและการสร้างเสริมสุขภาพของ
ชุมชนแบบร่วมคิด ร่วมทำ

4.3.5 เชื่อมประสานการบริการการจัดการสุขภาพชุมชนและการสร้างเสริม
สุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพกับสถานบริการ

4.3.6 จัดทำข้อมูล และพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นสำหรับการสนับสนุน
โครงการประกันสุขภาพของชุมชนและจัดระบบสื่อสารของชุมชน เพื่อสร้างระบบเฝ้าระวังของชุมชน

4.3.7 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและนำความรู้จากการปฏิบัติจริงด้วย
ตนเองไปขับเคลื่อนหมู่บ้าน/ ชุมชนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

5. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนจะต้องปฏิบัติหน้าที่ตามที่บัญญัติไว้ในข้อ
27 แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ดังนี้

5.1 ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

5.2 เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน

5.3 ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขหรือ
บทบัญญัติของกฎหมายอื่น ๆ

5.4 เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของ
ชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและประสานงานขอรับการสนับสนุนจากองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นและแหล่งอื่น ๆ

5.5 ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข
ของประชาชน และการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ
ด้านสุขภาพ

5.6 ศึกษา พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมประชุม ตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่นร้องขอ

5.7 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

5.8 ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่น ๆ ในท้องถิ่น

6. บทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนจะต้องปฏิบัติหน้าที่ตามที่บัญญัติไว้ในข้อ 27(8) แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ที่กำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

- 6.1 นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่
- 6.2 เป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน รักษาพยาบาลเบื้องต้น พื้นฟูสุขภาพ ค้ำครองผู้บริโรค ตลอดจนการเฝ้าระวังทางสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย
- 6.3 สร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน
- 6.4 รณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสิ่งแวดล้อมของชุมชน
- 6.5 เตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพ
- 6.6 สร้างจิตสำนึกเรื่องจิตอาสาในการร่วมจัดการสุขภาพชุมชน
- 6.7 สร้างโอกาสให้เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และแกนนำอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน

7. บทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบตามสิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

7.1 ปฏิบัติงานจริงอย่างน้อยหนึ่งวันต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อยสี่วันต่อเดือนในกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบ

7.2 ร่วมกับเจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดทำแผนปฏิบัติงานรายเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

7.3 ปฏิบัติงานจริงตามแผนปฏิบัติงานแล้วให้บันทึกข้อมูลกิจกรรม เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การค้ำครองผู้บริโรค การจัดการสุขภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมในแผนสุขภาพตำบล และอื่น ๆ ตามสภาพปัญหาสุขภาพของชุมชน

7.4 จัดทำรายงานผลการปฏิบัติงาน และรายงานผลการปฏิบัติงาน

7.5 เข้าประชุม และหรือ อบรมเพิ่มพูนความรู้อย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อเดือน ในเรื่องที่เป็นความจำเป็นตามสภาพปัญหาของชุมชน หรือตามช่วงปฏิทินการรณรงค์ของกระทรวงสาธารณสุข จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสรุปรายงานการประชุมไว้ทุกครั้ง

8. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย

8.1 มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการดูแลสุขภาพประชาชนตามกลุ่มวัย

8.2 มีทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพประชาชนตามกลุ่มวัย

8.3 สามารถนำความรู้และทักษะไปปฏิบัติงานตามบทบาทนักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัยในชุมชนได้

9. บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในยุค 4.0

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4.0 (อสม. 4.0) หรือสมาร์ทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (สมาร์ท อสม.) หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีจิตอาสา และการจัดการสุขภาพชุมชนได้ ประโยชน์ที่ได้รับจากการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4.0 คือ เพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้รวดเร็ว ทัวถึง และสอดคล้องกับประเทศไทย 4.0 ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของครัวเรือน ชุมชน และภาครัฐ และยังทำให้คนไทยสามารถเข้าถึงข่าวสารด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและทัวถึง ดังนี้

9.1 มีทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital skill) เช่น แอปพลิเคชัน SMART อสม./ RDU รู้เรื่องยา/ Thai CV risk score/ DoctorMe/ ThaiEMS1669: รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน/ KhunLook คุณลูก/ GIS Health: ค้นหาสถานพยาบาล ฯลฯ

9.2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เช่น การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล การป้องกันควบคุมโรค และชวนคนเลิกสูบบุหรี่

9.3 เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ (Change agent) และผู้นำการจัดการสุขภาพชุมชน

9.4 มีความรู้และทักษะด้านการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพพร้อมเป็นจิตอาสาช่วยเหลือสังคม

10. บทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบเฉพาะด้าน 12 สาขา

10.1 การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ

10.2 สุขภาพจิตชุมชน

10.3 การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

10.4 การบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการสร้างหลักประกันสุขภาพ

10.5 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

10.6 ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

10.7 การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในชุมชน

10.8 การส่งเสริมสุขภาพ

10.9 การจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม

10.10 นมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก

10.11 ทันตสุขภาพ

10.12 การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ข้อ 30 บัญญัติให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ซึ่งกำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องเป็นผู้ปฏิบัติงาน 1) ต้องมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานแน่นอนอย่างน้อยหนึ่งวันต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อยสี่วันต่อเดือนในกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบ 2) มีการปฏิบัติงานจริงและมีการรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ อสม.1 โดยมีประธานอาสาสมัครสาธารณสุขระดับหมู่บ้านหรือชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เป็นผู้ตรวจสอบและรับรองรายงานผลการปฏิบัติงาน และ 3) ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าประชุม และหรือ อบรมเพิ่มพูนความรู้อย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อเดือน ในเรื่องที่เป็นความจำเป็นตามสภาพปัญหาของชุมชน หรือตามช่วงปฏิทินการรณรงค์ของกระทรวงสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสรุปรายงานการประชุมไว้ทุกครั้ง โดยการปฏิบัติงานจริงตามแผนปฏิบัติงานแล้วให้บันทึกข้อมูลกิจกรรม เช่น 1) การส่งเสริมสุขภาพ 2) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค 3) การฟื้นฟูสุขภาพ 4) การคุ้มครองผู้บริโภค 5) การจัดการสุขภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมในแผนสุขภาพตำบล และ 6) อื่น ๆ ตามสภาพปัญหาสุขภาพของชุมชน เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวจึงจะมีสิทธิได้รับค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรายเดือนในอัตรา 1,000 บาทต่อคน อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติงานตามกิจกรรมการจัดการสุขภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมในแผนสุขภาพตำบล และอื่น ๆ ตามสภาพปัญหาสุขภาพของชุมชน เป็นการจัดกิจกรรมตามความเหมาะสมและมีช่วงเวลา

ที่แตกต่างกันในแต่ละบริบทของพื้นที่นั้น ๆ จึงเป็นกิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่อาจปฏิบัติได้เป็นประจำอย่างต่อเนื่องในแต่ละเดือน ดังนั้น บทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นสมรรถนะร่วม (Common competency) ระหว่าง 21 ลักษณะงาน คือ 1) การส่งเสริมสุขภาพ 2) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค 3) การฟื้นฟูสุขภาพ และ 4) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

จุฬารัตน์ โสตะ (2554) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและเครือข่ายทางสังคม และได้รับการช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร หรือสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งอาจจะเป็นผลทำให้ผู้รับการสนับสนุนนั้นได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับนั้นต้องการแรงสนับสนุน ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา พ่อ แม่ บุตร

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน (2553) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ บทบาทการทำงาน (Function) ของความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) การสนับสนุนทางสังคมอาจนิยามได้ว่าเป็นเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ให้ความเป็นเพื่อน (Companionship) การช่วยเหลือ (Assistance) และการหล่อเลี้ยงทางอารมณ์ (Emotional nourishment) โดยมีการระบุประเภทของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประการ ได้แก่ การให้กำลังใจ (Emotional) การสนับสนุนเครื่องมือ (Instrumental) การสนับสนุนข้อมูล (Informational) และการสนับสนุนเชิงประเมิน (Appraisal) โดยการให้กำลังใจ (Emotional support) หมายถึง การแสดงความห่วงใย ความเห็นใจ ความรัก และความไว้วางใจ การสนับสนุนทางเครื่องมือ (Instrumental support) ได้แก่ การสนับสนุนหรือลงมือเป็นรูปธรรม รวมถึงการสนับสนุนด้วยสิ่งของหรือบริการต่าง ๆ ส่วนการสนับสนุนข้อมูล (Informational support) คือ การให้คำแนะนำและให้ข้อมูลส่วนตัวหรือข้อเสนอแนะต่าง ๆ และสุดท้าย การสนับสนุนเชิงประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การสนับสนุนโดยการยืนยันหรือให้การตอบรับเชิงสร้างสรรค์ (Constructive feedback) ที่เอื้อประโยชน์ต่อการประเมินตนเอง (Self-evaluation) ชนิดของการสนับสนุนที่ให้ประโยชน์ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ อาจจะแตกต่างกันไปโดยขึ้นอยู่กับสภาพและระดับขั้นของสถานการณ์ที่บุคคลกำลังประสบอยู่ โดยการให้กำลังใจช่วยได้ในช่วงที่เกิดวิกฤตในชีวิต ในขณะที่การสนับสนุนข้อมูลมีประโยชน์มากกว่าการช่วยให้บุคคลเข้าใจว่าจะเข้าถึงเพื่อนของตนเองได้อย่างไร ส่วนการสนับสนุนทางเครื่องมือหรือในเชิงรูปธรรมจะเป็นตัวช่วย

ในการทำหน้าที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะ เช่น การเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ให้รับประทานหรือการช่วยขับ
 รถพาเด็กไปทำกิจกรรมนันทนาการ ในขณะที่การสนับสนุนเชิงประเมินหรือยืนยันประกอบด้วยการ
 ตอบรับเชิงสร้างสรรค์ที่ช่วยให้บุคคลตระหนักถึงจุดเด่นและศักยภาพของตนเองได้

Pender (1996) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึง
 ความเป็นเจ้าของได้รับความรัก การได้รับการยอมรับ ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเป็นที่ต้องการ
 ของบุคคลอื่นซึ่งจะได้จากกลุ่มคนในระบบสังคมนั้นเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุ
 อุปกรณ์ข่าวสาร คำแนะนำอันจะเป็นให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
 ประกอบด้วยความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานการให้
 ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

อานนทพร มุกตาม่วง (2556) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การให้
 ความช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤติ โดยที่บุคคลนั้นรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ
 การได้รับข้อมูลข่าวสารวัตถุประสงค์ของเงินทอง และแรงงาน เพื่อส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญกับ
 ปัญหาต่าง ๆ ได้ และส่งผลให้มีสุขภาพอนามัยและความเป็นอยู่ที่ดี

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2553) แร่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ชนิดของ
 การช่วยเหลือที่สมาชิกที่เป็นเครือข่ายทางสังคม ให้การสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่
 1) การยอมรับสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Emotion support) เช่น การฟัง แสดงให้เห็นว่า
 สนใจ ยอมรับ ไว้วางใจ 2) การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของ (Instrumental support) ได้แก่ การให้
 อุปกรณ์ สิ่งของ เงิน เวลา เพื่อเอื้อให้เกิดพฤติกรรม 3) การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information
 appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยเครือข่ายทางสังคมหรือแรงสนับสนุนทางสังคม
 ได้แก่ กลุ่มครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ฯลฯ ที่มีลักษณะ 3 ประการ คือ
 1) มีโครงสร้าง (Structural) เช่น จำนวนคน การรู้จักมักคุ้น 2) การมีปฏิสัมพันธ์ ความถี่ของ
 การพบปะกันความง่ายในการพบปะ และ 3) มีหน้าที่ (Function) เช่น ให้แรงสนับสนุนทางสังคม
 พันธสัญญาต่อกัน และให้ความรู้สึกมีคุณค่าทางสังคม

จากความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม
 หมายถึง สิ่งที่สมาชิกในเครือข่ายทางสังคมที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันให้การสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม
 โดยได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์/ ความรู้สึก ด้านการประเมินคุณค่า ด้านทรัพยากร
 และด้านข้อมูลข่าวสาร

แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดมาจากทฤษฎีจากการศึกษาทางสังคมจิตวิทยา พบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นมักจะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล และจะมีการแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์แบบมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลที่แสดงออกถึงความสนใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือทางด้านความรู้ ด้านอารมณ์ ข้อมูล วัสดุสิ่งของ และอื่น ๆ ทำให้เกิดความผูกพันได้ แรงสนับสนุนทางสังคมนั้นจำเป็นต่อพฤติกรรมของแต่ละคนมาก โดยเฉพาะพฤติกรรมทางด้านร่างกายและจิตใจ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุข (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)

องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคม
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้น ประกอบด้วย 1) ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่า มีคนสนใจ เอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงใจ 2) ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม และ 3) ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้
3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนอาจอยู่ในรูปข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการคือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี

จึงสรุปได้ว่า หลักการของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีองค์ประกอบหลายอย่างที่สำคัญเป็นการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้กับผู้รับการสนับสนุนและผู้รับการสนับสนุนไม่ว่าจะเป็นข้อมูลข่าวสารหรือวัสดุสิ่งของหรือจิตใจ ความรัก ความหวังดี เป็นต้น

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

จุฬารัตน์ โสตะ (2554) กล่าวว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สมาชิกที่อยู่ในเครือข่ายทางสังคมที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่บุคคล แหล่งสนับสนุนทางสังคมยังสามารถบอกถึงขนาดและเครือข่ายทางสังคม

House (1981) แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมได้ 2 แหล่ง ดังนี้

1. แหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการ (Informal source) เช่น เพื่อน ญาติ คู่สมรส เพื่อนบ้าน และบุคคลที่คุ้นเคยกัน
2. แหล่งสนับสนุนที่เป็นทางการ (Formal source) เช่น เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ หรือวิชาชีพและกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดย House (1981) และ Cobb และ Jones (1984) จะเน้นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งได้ให้เหตุผลว่าแหล่งดังกล่าวนี้เป็นแหล่งที่คนทั่วไปนิยมระบุว่าเป็นผู้ให้การสนับสนุนและเป็นแหล่งที่ช่วยป้องกันบุคคลได้ดีที่สุดและมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นใน

ปัจจุบัน ซึ่งถ้าแหล่งดังกล่าวมีประสิทธิภาพ บุคคลจะไม่ต้องการความช่วยเหลือจากแหล่งที่เป็นทางการและแหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการจะมีประสิทธิภาพมากในการลดภาวะเครียด ส่งเสริมภาวะสุขภาพและสามารถดูดซับผลกระทบของภาวะเครียดต่อสุขภาพ

จุฬารัตน์ โสตะ (2554) ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยธรรมชาติ เช่น กลุ่มสถาบันครอบครัว หรือแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง
2. กลุ่มเพื่อน เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน
3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา เช่น องค์การพุทธศาสนิกสัมพันธ์แห่งโลก พุทธสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
4. กลุ่มองค์กรทางวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสุขศึกษา นักสังคมสงเคราะห์
5. กลุ่มองค์กรอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น กลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

จึงสรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นสามารถแบ่งออกเป็นหลายกลุ่มคือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันโดยธรรมชาติ กลุ่มเพื่อน กลุ่มองค์กรทางศาสนา กลุ่มองค์กรทางวิชาชีพ และกลุ่มองค์กรอื่น ๆ ซึ่งล้วนแต่มีความสำคัญแตกต่างกันออกไป

ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม (Type of support)

แรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) สามารถแบ่งออกได้เป็นหลายรูปแบบ ซึ่งพฤติกรรมทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยเน้นถึงการแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ความรัก ความไว้วางใจ ความหวังใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ
2. ด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเองในการรับรองการให้ข้อมูลป้อนกลับการเปรียบเทียบกับสังคม
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ทำให้ได้ความรู้ คำแนะนำข้อเสนอแนะ การชี้แนะแนวทาง ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติและนำไปใช้ในการปรับสภาพแวดล้อมได้
4. ด้านทรัพยากรหรือเครื่องมือ (Instrumental support) ทำให้ได้รับความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่องวัสดุ สิ่งของ เงิน และแรงงาน จากที่กล่าวมาข้างต้นนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นสิ่งตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ของบุคคล

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

Gottlieb (1985) ได้แบ่งระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับมหภาค (Macro level) คือ การวัดระดับสังคม การสนับสนุนจากภาครัฐ ภาคเอกชน เป็นการพิจารณาการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งวัดได้จากลักษณะต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มอื่น ๆ ด้วยความสมัครใจ
2. ระดับกลาง (Mezzo level) คือ การวัดระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปจากกลุ่มบุคคล หรือบุคคลที่มีการติดต่อกันอยู่เสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ
3. ระดับบุคคลหรือระดับเล็ก (Micro level) คือ เป็นการวัดที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์แบบใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญที่สุดของการสนับสนุนทางสังคมนั้นก็จะเป็น การสนับสนุนทางอารมณ์แบบเล็กซึ่ง บุคคลที่จะสนับสนุนนั้นจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก

จึงสรุปได้ว่า ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับมหภาค ระดับกลาง และระดับบุคคลหรือระดับเล็ก

หลักการของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีเป้าหมายต่อบุคคลและครอบครัว 3 ประการ คือ ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของความสัมพันธ์ที่มีอยู่ ช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ต่างฝ่ายต่างพึงพอใจอย่างเหมาะสม และป้องกันไม่ให้นายสัมพันธ์ที่มีได้รับความกระทบกระเทือนจากความเจ็บป่วยไม่ว่าทางกายหรือทางจิต โดยมีหลักการ ดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้น จะต้องประกอบไปด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่าคนสนใจเอาใจใส่และมีความรักความหวังดีในตนอย่างจริงใจ
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับรู้สึกว่ามีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้
3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนอาจอยู่ในรูปข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการคือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดี ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต (วนิดา ตูรงค์ฤทธิชัย, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, ภัทรา เล็กวิจิตรธาดา, อัจฉรา จิยายน และกันยาสุวรรณศิริพันธ์, 2553)

2. แรงจูงใจ (Motivation)

ความหมายของแรงจูงใจ (Motivation)

Hellriegel, Slocum & Woodman (2001) ให้ความหมายแรงจูงใจว่าเป็นแรงผลักดันต่อบุคคลหรือแรงผลักดันภายในตัวบุคคลที่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่มีทิศทางไปสู่เป้าประสงค์

Johns (1996) กล่าวว่า เป็นการยากที่จะนิยามคำว่าแรงจูงใจ แต่เมื่อกล่าวถึงบุคคลในองค์กรที่มีแรงจูงใจในการทำงานจะพบว่า บุคคลนั้นจะทำงานหนัก ทำงานอย่างไม่หยุดยั้ง และทิศทางการแสดงออกพฤติกรรมมุ่งสู่ผลลัพธ์ที่ดี

Moorhead & Griffin (1995) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นกลุ่มของแรงผลักดันที่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมในแนวทางที่ต้องการ

Mondy, Arthur & Premeaux (1991) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นความเต็มใจที่จะใช้ความพยายามตามทิศทางที่เป็นวัตถุประสงค์ขององค์กร

สมยศ นาวิการ (2543) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นพลังที่ริเริ่ม กำกับ และค้ำจุน พฤติกรรมและการกระทำส่วนบุคคล คุณลักษณะพื้นฐานของแรงจูงใจ 3 ประการคือ ความพยายาม ความไม่หยุดยั้ง และทิศทาง

นิตยา เพ็ญศิริินภา (2555) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นแรงผลักดันภายในที่จะทำให้บุคคลทำงานด้วยความเต็มใจและมีพฤติกรรมที่นำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ มีลักษณะพื้นฐาน ดังนี้

1. การปลุกเร้า (Arousal หรือ Activation) แรงจูงใจเป็นสภาวะภายในของบุคคลที่เร้าให้เกิดความสนใจเลือกที่จะกระทำ และมีพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของคน
2. พฤติกรรมของบุคคลที่มีแรงจูงใจจะมีลักษณะของการใช้ความพยายามและเป็นไปอย่างไม่หยุดยั้ง
3. พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลจะมีทิศทางที่มุ่งสู่เป้าหมายที่ต้องการ

จากความหมายของแรงจูงใจสามารถสรุปได้ว่า แรงจูงใจ หมายถึง สิ่งที่เป็นความต้องการของคนทำงานภายในตัวบุคคล และสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการทำงานที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความพอใจและกระตือรือร้นในการทำงาน เมื่อได้รับการตอบสนองบุคคลจะเกิดความพึงพอใจในการทำงาน

ประเภทของแรงจูงใจ

สุรางค์ โคว์ตระกูล (2544) แบ่งประเภทของแรงจูงใจออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. แรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) เป็นแรงจูงใจที่มาจากภายในตัวบุคคล เป็นแรงขับที่ทำให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมโดยไม่หวังรางวัลหรือแรงเสริมจากภายนอก เพราะเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความต้องการหรือสนใจของผู้แสดงพฤติกรรมที่มองเห็นคุณค่าในตัวเอง ทำให้มีความสุขหรือความพึงพอใจที่ได้ทำสิ่งนั้น ซึ่งความรู้สึกมีความสุขนั้นเองที่เป็นรางวัล หรือ

สิ่งตอบแทนที่เขาได้รับ เช่น การได้ทำงานโครงการใหม่ ๆ ที่ทำให้รู้สึกตื่นเต้น การได้มีความสุขที่ได้จัดที่ทำงานให้สวยงามเป็นระเบียบ การมีความภูมิใจมีความสุขเมื่อตนทำงานได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic motivation) เป็นแรงจูงใจที่ได้รับอิทธิพลจากสิ่งภายนอกจูงใจให้เกิดพฤติกรรม เป็นความต้องการที่จะปฏิบัติเพื่อให้ได้รับสิ่งตอบแทน หรือรางวัล หรือหลีกเลี่ยงจากผลที่ไม่พึงปรารถนา เช่น การได้รับโบนัสเมื่อทำผลงานได้ตามเป้าหมายการได้รับคำชมจากหัวหน้า การได้รับรางวัลหรือโล่จากหน่วยงานเมื่อมีผลงานดีเด่น หรือการได้รับการยอมรับในผลงานและไม่ถูกไล่ออก เป็นต้น

ทฤษฎีสองปัจจัยในการจูงใจ (Two factors motivation theory) (Herzberg, Mausner & Snyderman, 1959)

เฟรดเดอริก เฮอร์ชเบิร์ก (Frederick Herzberg) เป็นศาสตราจารย์ด้านการจัดการที่มหาวิทยาลัยยูทาห์ (The University of Utah) สหรัฐอเมริกา และเป็นที่ปรึกษาธุรกิจสำคัญ ๆ หลายแห่ง ในปี ค.ศ. 1959 ได้ร่วมกับคณะทำการศึกษาวิจัยในเชิงประจักษ์ในด้านทัศนคติต่องาน (Job - attitude) โดยสำรวจความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานในองค์กรเอกชนแห่งหนึ่งในเมืองพิตส์เบิร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ในเรื่องเกี่ยวข้องกับทัศนคติต่องานโดยเผยแพร่ในปี ค.ศ. 1959 ในชื่อ แรงจูงใจในการทำงาน “The motivation to work” และได้สรุปเสนอเป็นทฤษฎีสองปัจจัยในการจูงใจ (Two factors of motivation theory) ซึ่งมีชื่อเรียกหลายชื่อด้วยกันคือ ทฤษฎีปัจจัยการจูงใจและอนามัย (The motivation hygiene theory) ทฤษฎีองค์ประกอบคู่ของเฮอร์ชเบิร์ก (Two factors theory) และ The motivation - maintenance theory ได้ศึกษาองค์ประกอบของความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจในการทำงาน พบว่า มีปัจจัยที่ทำให้คนเกิดความพึงพอใจในการทำงานว่ามีอยู่ 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัย ปัจจัยทั้งสองจะช่วยสนับสนุนให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานมากยิ่งขึ้นเป็นทฤษฎีที่เสนอแนะว่าความพึงพอใจในการทำงาน ประกอบด้วย 2 แนวคิด ดังนี้

แนวคิดที่มีขอบเขตจากความพึงพอใจ (Satisfaction) ไปยังความไม่พึงพอใจ (No satisfaction) และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยจูงใจ (Motivation factor)

แนวคิดที่มีขอบเขตจากความไม่พึงพอใจ (Dissatisfaction) ไปยังความไม่พึงพอใจ (No satisfaction) และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอนามัย (Hygiene factors) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยจูงใจหรือกระตุ้น (Motivation factor or Motivations) เป็นปัจจัยภายใน (ความต้องการภายใน) ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการสร้างความพอใจในการทำงาน (Job satisfiers) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นที่จะนำมาใช้จูงใจให้คนปฏิบัติงานดีขึ้น เช่น ความก้าวหน้าความสำเร็จ การยกย่อง ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นที่นำมาใช้จูงใจให้คนปฏิบัติงานให้ดีขึ้น ได้แก่

1.1 ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน (Achievement) หมายถึง การที่บุคคลสามารถทำงานได้เสร็จสิ้น และประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ความสามารถในการแก้ปัญหา และการแสดงสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่จะส่งผลให้เห็นผลงานของบุคคล เมื่อบุคคลปฏิบัติงานหรือทำอะไรได้สำเร็จก็จะมีความรู้สึกภาคภูมิใจว่าได้ทำงานสำเร็จ ซึ่งจะทำให้มีความพอใจในการปฏิบัติงานนั้น

1.2 การยอมรับนับถือ (Recognition) หมายถึง การได้รับการยอมรับนับถือไม่ว่าจะเป็นจากผู้บังคับบัญชา กลุ่มเพื่อน บุคคลในหน่วยงาน หรือจากบุคคลอื่น ซึ่งการยอมรับนี้อาจอยู่ในรูปของการยกย่องชมเชย เมื่อบุคคลได้รับการยอมรับนับถือก็จะเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

1.3 โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน (Advancement) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสถานะหรือตำแหน่งของบุคคลในองค์กร โดยมีการเพิ่มงานในความรับผิดชอบมากขึ้นความก้าวหน้าอาจจะมีหลายอย่าง เช่น ความก้าวหน้าในด้านหน้าที่การงาน และเงินเดือน ซึ่งเมื่อบุคคลได้รับความก้าวหน้าก็เท่ากับได้รับการตอบสนองความต้องการของบุคคล

1.4 ลักษณะงาน (The work itself) หมายถึง ความรู้สึกที่ดี หรือไม่ดีของบุคคลที่มีต่อลักษณะของงาน เช่น งานที่ง่ายหรือยากจนเกินไป ลักษณะงานจะเป็นสิ่งที่จะจูงใจบุคคลได้ถ้าผู้บริหารหรือหัวหน้างานได้ใช้ให้เป็นการจูงใจ เช่น การใช้เทคนิคในการมอบหมายงานให้งานโดยตรงกับความสามารถของบุคคล ตรงกับความชอบหรือความถนัดของบุคคล รวมทั้งการมอบหมายงานที่มีลักษณะไม่ยากเกินความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน หรือไม่มีปริมาณมากจนเกินไป รวมทั้งการมอบหมายงานอย่างเป็นธรรม

1.5 ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานใหม่ ๆ และมีอำนาจในการรับผิดชอบได้อย่างเต็มที่ บุคคลจะมีความพึงพอใจเมื่อได้รับผิดชอบที่เหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่ หากบุคคลได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานแล้วจะทำให้มีความรักงาน และมีความพึงพอใจในงานมากยิ่งขึ้น

2. ปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัย (Maintenance factor or Hygiene factor) เป็นปัจจัยภายนอกที่ป้องกันไม่ให้นักงงานเกิดความไม่พึงพอใจในการทำงาน (Job satisfiers) การเสนอปัจจัยนี้ไม่ใช่วิธีการจูงใจที่ดีที่สุดปัจจัยสุขอนามัยแต่เป็นการป้องกันความไม่พึงพอใจประกอบด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาทำงาน หรือการขาดงานของพนักงาน เช่น นโยบายของบริษัท การบังคับบัญชา ความมั่นคงในงาน ค่าตอบแทน สภาพการทำงาน เป็นต้น ได้แก่

2.1 เงินเดือน หรือ ค่าตอบแทน (Salary or Compensation) หมายถึง ผลตอบแทนหรือการเลื่อนขั้นเงินเดือนอย่างเป็นธรรมในหน่วยงาน ความพึงพอใจในเงินเดือนหรือความพึงพอใจหรือไม่พอใจต่อเงินเดือนที่เพิ่มขึ้น

2.2 ความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน (Relationship) ได้แก่ การพบปะติดต่อกันไม่ว่าจะเป็นทางกิริยาหรือวาจาที่แสดงถึงความสัมพันธ์อันดีต่อกันกับผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน

2.3 สถานภาพในการทำงาน (Working condition) หมายถึง ลักษณะของสถานที่ เป็นองค์ประกอบให้บุคคลเกิดความรู้สึกต่องาน สภาพทางกายภาพของสถานที่ทำงาน เช่น การถ่ายเทอากาศ อุณหภูมิ และเครื่องมือต่าง ๆ รวมทั้งปริมาณงาน ตลอดจนเครื่องอำนวยความสะดวกในการทำงาน

2.4 นโยบายและการบริหารงาน (Policy and Administration) หมายถึง การจัดการ การบริหารงานขององค์กร และการติดต่อสื่อสารในองค์กร การจัดการ และการบริหารงานองค์กร รวมถึงการติดต่อภายในองค์กร นโยบายขององค์กรจะต้องเด่นชัดเพื่อให้บุคคลดำเนินงานได้ถูกต้อง

2.5 ความมั่นคงในงาน (Job security) หมายถึง ความรู้สึกของคนที่มีต่อความมั่นคงของงาน หรือความมั่นคงและยั่งยืนในการปฏิบัติงาน การทำงานหรืออาชีพปฏิบัติงานและมีความสัมพันธ์อันดีต่อผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานทั้งในและนอกแผนก

2.6 วิธีปกครองบังคับบัญชา (Technical supervision) หมายถึง ความรู้ความสามารถของผู้บังคับบัญชาในการดำเนินงานหรือความยุติธรรมในการบริหารงาน การที่บุคคลสามารถปฏิบัติงานและมีความสัมพันธ์อันดีต่อผู้บังคับบัญชา

เฟรเดอริก เฮอร์ซเบิร์ก ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า องค์ประกอบด้วยการจูงใจจะต้องมีค่าเป็นบวกเท่านั้นจึงจะทำให้บุคคลมีความพึงพอใจในการทำงานขึ้นมาได้ แต่ถ้าได้ค่าลบไม่ทำให้บุคคลไม่พึงพอใจในการทำงานแต่อย่างใด โดยปัจจัยจูงใจและปัจจัยค่าจูงเป็นความต้องการของคนทำงาน เพราะเป็นแรงจูงใจในการทำงานและองค์ประกอบค่าจูงเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดความสุข เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองทั้งสองด้านบุคคลจะเกิดความพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งเป็นการศึกษาเจตคติ และการสร้างความสัมพันธ์อันดีในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญคือ สิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ และด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานมนุษย์มีความต้องการหลายระดับขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายด้าน ยังพบว่าความต้องการของมนุษย์มี 2 ลักษณะคือ ความต้องการด้านร่างกาย และความต้องการปรารถนาความสุขทางใจ การที่จะนำปัจจัยต่าง ๆ มาเป็นสิ่งจูงใจให้มนุษย์เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานทำให้ประสบความสำเร็จของงานมีข้อพิจารณา ดังนี้

1. เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของทั้งสองด้านนั้นเห็นได้ชัดว่าไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อกันหรือเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นสิ่งตรงกันข้ามกันเลย (Not polar opposites of the same phenomenon) เช่น องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานก็จะไม่นำจิตใจของคนงานไปในทางที่เสริมสร้างความรู้สึกที่ดีต่องานที่ทำอยู่ ตรงกันข้ามกับองค์ประกอบที่ไม่ทำให้เกิดความพึง

พอใจในงานก็จะโน้มนำจิตใจของคนทำงานไปในทางเสื่อมคือ เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในงานที่ทำมากขึ้นเรื่อย ๆ

2. ผลจากการสำรวจจะต่างจากความเชื่อแต่เดิมที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายว่า องค์ประกอบที่มีผลอย่างใดอย่างหนึ่งนั้นจะมีผลในทางตรงกันข้ามเสมอ กล่าวคือ ถ้าหากสภาพการทำงานไม่ดีก็จะเป็นเหตุให้คนทำงานเกิดความไม่พึงพอใจในงานและจะมีข้อเสนอว่าถ้าได้ปรับปรุงสภาพการทำงานให้ดีขึ้นแล้วก็จะส่งผลให้คนทำงานเกิดความพึงพอใจในการทำงานขึ้นมาได้ แต่เฟรดเดอริก เฮอร์ซเบิร์ก ได้ให้ข้อสรุปว่า

2.1 ถ้าสภาพการทำงานได้ถูกปรับปรุงแล้ว ความไม่พึงพอใจในงานของคนทำงานก็อาจจะหายไปได้บ้าง ส่วนความพึงพอใจจะเกิดขึ้นหรือไม่นั้นยังไม่สามารถสรุปได้ตรงข้าม

2.2 ถ้าปราศจากองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพอใจในงาน ได้แก่ ความสำเร็จและการได้รับยกย่องนับถือแล้วก็มีได้หมายความว่า จะเป็นผลทำให้เกิดความไม่พึงพอใจขึ้นแก่คนงาน ซึ่งเฟรดเดอริก เฮอร์ซเบิร์ก เรียกปัจจัยแห่งความใจในงานว่า “ปัจจัยจูงใจ (Motivator factors)” ส่วนปัจจัยที่ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจในงานว่า “ปัจจัยอนามัย (Hygiene factors) หรือปัจจัยบำรุงรักษา (Maintenance factors)”

2.3 ปัจจัยอนามัยเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทุกองค์กรควรมีเพื่อให้องค์กรอยู่ในสภาพที่สมบูรณ์ แต่ปัจจัยจูงใจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับงานโดยตรงและหากมีปัจจัยนี้คนงานจะมีความรู้สึกที่ตนเองมีมูลเหตุจูงใจที่จะปฏิบัติงาน

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยจูงใจนั้นเป็นปัจจัยที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีความพอใจและกระตือรือร้นในการทำงาน ซึ่งปัจจัยจูงใจเป็นปัจจัยภายในของตัวบุคคล และเป็นปัจจัยที่จูงใจบุคคลให้ทำงาน ส่วนปัจจัยค่าจูงหรือปัจจัยสุขอนามัยเป็นปัจจัยสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อความไม่พอใจในการทำงาน ทั้งนี้ หากบุคคลไม่ได้รับการตอบสนองปัจจัยนี้แล้วบุคคลนั้นจะไม่พอใจในการทำงานจะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง อาจเกิดถดถอย หรือลาออกได้

ตอนที่ 3 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความหมายของรูปแบบ

อุทุมพร จามรมาน (2541) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง โครงสร้างของความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยต่าง ๆ ซึ่งน่าจะมีมากกว่าหนึ่งมิติ หลายตัวแปร และตัวแปรดังกล่าวต่างมีความเกี่ยวข้องเชิงสัมพันธ์หรือเป็นเหตุผลซึ่งกันและกัน

เยาวดี วิบูลย์ศรี (2544) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง รูปแบบคือวิธีการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจตลอดทั้งจินตนาการที่มีต่อปรากฏการณ์หรือเรื่องราวใด ๆ ให้ปรากฏ

โดยใช้การสื่อสารในลักษณะต่าง ๆ เช่น ภาพวาด ภาพเหมือน แผนภูมิ แผนผังต่อเนื่อง หรือสมการทางคณิตศาสตร์ให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และในขณะเดียวกันก็สามารถนำเสนอเรื่องราว หรือประเด็นต่าง ๆ ได้อย่างกระชับภายใต้หลักการอย่างมีระบบ

รัตนะ บัวสนธ์ (2552) กล่าวว่า รูปแบบจำแนกออกเป็น 3 ความหมาย ดังนี้ 1) แผนภาพหรือภาพร่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ยังไม่สมบูรณ์เหมือนของจริงรูปแบบในความหมายนี้มักจะเรียกทับศัพท์ในภาษาไทยว่า “โมเดล” ได้แก่ โมเดลบ้าน โมเดลรถยนต์ โมเดลเสื้อ เป็นต้น 2) แบบแผนความสัมพันธ์ของตัวแปรหรือสมการทางคณิตศาสตร์ (Mathematical model) และ 3) แผนภาพที่แสดงถึงองค์ประกอบการทำงานของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง รูปแบบในความหมายนี้บางทีเรียกกันว่าภาพถ่ายส่วนของทฤษฎีหรือแนวคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น รูปแบบการสอน รูปแบบการบริหาร รูปแบบการประเมิน เป็นต้น

วาโร เฟ็งส์วีสต์ (2553) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง กรอบความคิดทางด้านหลักการ วิธีการดำเนินงาน และเกณฑ์ต่าง ๆ ของระบบที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้

ชีรวัดณ์ นิจนตร (2560) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง โครงสร้างหรือความสัมพันธ์เชิงเหตุผลแบบย่อยส่วนของปัจจัยต่าง ๆ ที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ ให้เข้าใจง่ายและมองเห็นเป็นรูปธรรม

จากความหมายของรูปแบบสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบ หมายถึง สิ่งที่เป็นตัวแทนของโครงสร้างทางความคิดหรือองค์ประกอบ และแสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่สำคัญของเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ ให้เข้าใจง่าย และมองเห็นเป็นรูปธรรม

ประเภทของรูปแบบ

นิคม ทาแดง (2553) จำแนกชนิดของรูปแบบ 4 ประเภทคือ รูปแบบที่ยึดกฎเกณฑ์เป็นรูปแบบที่มีระเบียบใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา รูปแบบที่ใช้พรรณนาเป็นรูปแบบที่ใช้บรรยายสิ่งที่ปรากฏว่ามีลักษณะเช่นไร รูปแบบที่มีตัวตนเป็นรูปแบบที่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน และรูปแบบที่ไม่มีตัวตนเป็นรูปแบบที่ต้องจินตนาการ

Steiner (1988) ได้จำแนกรูปแบบออกเป็น 2 ประเภทคือ รูปแบบเชิงกายภาพ (Physical model) เป็นแบบจำลองที่ออกแบบมาจากของจริงเพื่อเป็นต้นแบบของสิ่งหนึ่งสิ่งใด เช่น แบบจำลองเครื่องบิน และรูปแบบเชิงมโนทัศน์ (Conceptual model) ซึ่งเป็นรูปแบบเชิงความคิดของสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยจำลองมาจากทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว (Conceptual model - of) หรือแบบจำลองที่สร้างขึ้นเพื่อใช้อธิบายทฤษฎี (Theoretical model or Model - for) ซึ่งเป็นแบบจำลองที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดที่มีทฤษฎีเป็นพื้นฐานเพื่อช่วยให้เกิดรูปแบบที่มีโครงสร้างต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กัน

Keeves (1988) ได้แบ่งประเภทของรูปแบบทางการศึกษาและสังคมศาสตร์เป็น 5 ประเภท ดังนี้

1. รูปแบบเชิงเปรียบเทียบ (Analogue model) เป็นรูปแบบที่ใช้การอุปมาอุปไมยเทียบเคียงปรากฏการณ์ ซึ่งเป็นรูปธรรมเพื่อสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม

2. รูปแบบเชิงภาษา (Semantic model) เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้น ๆ และใช้ข้อความในการอธิบายเพื่อให้เกิดความกระจ่างมากขึ้น แต่ละจุดอ่อนของรูปแบบประเภทนี้คือ ขาดความชัดเจนแน่นอนทำให้ยากแก่การทดสอบรูปแบบ อย่างไรก็ตาม ได้มีการนำรูปแบบนี้มาใช้ในการศึกษาจำนวนมาก

3. รูปแบบทางคณิตศาสตร์ (Mathematical model) เป็นรูปแบบที่ใช้แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือตัวแปร โดยสัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ ปัจจุบันมีแนวโน้มว่าจะนำไปใช้ในด้านพฤติกรรมศาสตร์มากขึ้น โดยเฉพาะในการวัดและประเมินผลทางการศึกษารูปแบบลักษณะนี้สามารถนำไปสู่การสร้างทฤษฎี เพราะสามารถนำไปทดสอบสมมติฐานได้รูปแบบทางคณิตศาสตร์นี้ส่วนมากพัฒนามาจากรูปแบบเชิงภาษา

4. รูปแบบเชิงแผนผัง (Schematic model) เป็นความคิดที่แสดงออกผ่านทางแผนผัง แผนภาพ ไดอะแกรม กราฟ เป็นต้น

5. รูปแบบเชิงสาเหตุ (Causal model) เป็นรูปแบบที่เริ่มมาจากนำเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) ในการศึกษาเกี่ยวกับพันธุศาสตร์ รูปแบบเชิงสาเหตุทำให้สามารถศึกษารูปแบบเชิงข้อความที่มีตัวแปรสลับซับซ้อนได้ แนวคิดสำคัญของรูปแบบนี้คือ ต้องสร้างขึ้นจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหรืองานวิจัยที่มีมาแล้ว รูปแบบจะเขียนในลักษณะสมการเส้นตรง แต่ละสมการแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผลระหว่างตัวแปร จากนั้นมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในสภาพการณ์ที่เป็นจริงเพื่อทดสอบรูปแบบเชิงสาเหตุนี้แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

5.1 รูปแบบระบบเส้นเดียว (Recursive model) เป็นรูปแบบที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรด้วยเส้นโยงที่มีทิศทางของการเป็นสาเหตุในทิศทางเดียวโดยไม่มีความสัมพันธ์ย้อนกลับ

5.2 รูปแบบเชิงสาเหตุเส้นคู่ (Non - recursive model) คือ รูปแบบที่แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร โดยมีทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรภายในตัวแปรตัวหนึ่ง อาจเป็นทั้งตัวแปรเชิงเหตุและเชิงผลพร้อมกันจึงมีทิศทางย้อนกลับได้

สรุปได้ว่า รูปแบบมีหลายประเภททั้งในเชิงกายภาพที่เป็นรูปธรรมและเชิงแนวคิดที่เป็นนามธรรม สำหรับรูปแบบทางการศึกษาและสังคมศาสตร์ได้แบ่งออกเป็นรูปแบบที่ใช้การอุปมาอุปไมยเทียบเคียงปรากฏการณ์ ซึ่งเป็นรูปธรรมเพื่อสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม รูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ รูปภาพ รูปแบบที่

ใช้สมการทางคณิตศาสตร์เป็นสื่อในการแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ และรูปแบบที่นำเอาตัวแปรต่าง ๆ มาสัมพันธ์กันเชิงเหตุและผลที่เกิดขึ้น เป็นต้น (ชิรวัดน์ นิจนตร, 2560)

องค์ประกอบของรูปแบบ

Brown & Moberg (1980) ได้สังเคราะห์รูปแบบขึ้นจากแนวคิดเชิงระบบ (System approach) กับหลักการบริหารตามสถานการณ์ (Contingency approach) กล่าวว่า องค์ประกอบของรูปแบบประกอบด้วยสภาพแวดล้อม (Environment) เทคโนโลยี (Technology) โครงสร้าง (Structure) กระบวนการจัดการ (Management process) และการตัดสินใจสั่งการ (Decision making)

นิคม ทาแดง (2553) ได้กำหนดองค์ประกอบต่าง ๆ ของรูปแบบ ดังนี้

1. ส่วนประกอบ เป็นส่วนหนึ่งของระบบซึ่งถูกกำหนดขึ้นจากการกระทำต่าง ๆ เพื่อแสดงผลลัพธ์ของระบบ
2. ตัวแปร เป็นคุณสมบัติที่กำหนดขึ้นของระบบภายใต้เงื่อนไขต่าง ๆ กัน ซึ่งอาจจำแนกได้หลายชนิด
3. พารามิเตอร์ เป็นคุณสมบัติของระบบ
4. ฟังก์ชันความสัมพันธ์ เป็นฟังก์ชันที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพารามิเตอร์ และตัวแปรต่าง ๆ ในระบบ ซึ่งจะบอกถึงพฤติกรรมของระบบนั้น

วาโร เฟ็งสวัสต์ (2553) ได้ให้แนวคิดการกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบว่าจะประกอบด้วยอะไร จำนวนเท่าใด มีโครงสร้างและความสัมพันธ์กันอย่างไร ขึ้นอยู่กับปรากฏการณ์ปัจจัยหรือตัวแปรต่าง ๆ ที่กำลังศึกษา ซึ่งจะออกแบบตามแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย และหลักการพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบนั้น ๆ เป็นหลัก

ชิรวัดน์ นิจนตร (2560) ได้กำหนดรูปแบบต้องมียุทธศาสตร์ประกอบอย่างน้อย 6 ประการคือ วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของรูปแบบ ตัวแปรหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระบบหรือโครงสร้าง กลไกหรือกระบวนการทำงาน ข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีที่ใช้ในรูปแบบ และบริบทหรือสภาพแวดล้อมของรูปแบบ

ลักษณะของรูปแบบที่ดี

Keeves (1988) กล่าวว่า รูปแบบที่ใช้ประโยชน์ได้ควรมีลักษณะ 4 ประการดังนี้

1. รูปแบบควรประกอบด้วยความสัมพันธ์อย่างมีโครงสร้างมากกว่าความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องเนื่องกันแบบรวม ๆ
2. รูปแบบควรใช้เป็นแนวในทางพยากรณ์ผลที่จะเกิดขึ้นซึ่งสามารถรวบรวมได้ โดยการสังเกต ซึ่งเป็นไปได้ที่จะทดสอบรูปแบบบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ได้

3. รูปแบบควรจะต้องระบุหรือชี้ให้เห็นถึงกลไกเชิงเหตุผลของเรื่องที่ศึกษา ดังนั้น นอกจากรูปแบบจะเป็นเครื่องมือในการพยากรณ์ได้ ควรใช้อธิบายปรากฏการณ์ได้ด้วย

4. รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างมโนทัศน์ใหม่และสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะใหม่ ซึ่งเป็นการขยายในเรื่องที่กำลังศึกษา

เบญจพร แก้วมีศรี (2545) กล่าวว่า รูปแบบที่ดีควรมีลักษณะ ดังนี้

1. รูปแบบควรประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างตัวแปรมากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงธรรมดา อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงก็มีประโยชน์ในช่วงของการพัฒนารูปแบบ

2. รูปแบบควรนำไปสู่การทำนายผลที่ตามมา ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยเมื่อทดสอบรูปแบบแล้วถ้าปรากฏว่าไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ รูปแบบนั้นต้องถูกยกเลิก

3. รูปแบบควรอธิบายโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของเรื่องที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน

4. รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างความคิดรวบยอด (Concept) ใหม่ และการสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรใหม่ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มองค์ความรู้ (Body of knowledge) ในเรื่องที่กำลังศึกษา

5. รูปแบบในเรื่องใดจะเป็นเช่นไรขึ้นอยู่กับกรอบของทฤษฎีในเรื่องนั้น ๆ

การพัฒนารูปแบบ

Keefe, Valentine, Clark & Irvin (1994) กล่าวถึงหลักการกว้าง ๆ เพื่อการสร้างรูปแบบไว้แบบ 4 ประการ ดังนี้

1. รูปแบบควรประกอบขึ้นด้วยความสัมพันธ์อย่างมีโครงสร้างของตัวแปรมากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงแบบธรรมดา อย่างไรก็ตาม ความเชื่อมโยงแบบเส้นตรงธรรมดาทั่วไปนั้นก็ยังมีประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยในช่วงต้นของการพัฒนารูปแบบ

2. รูปแบบควรใช้เป็นแนวทางในการพยากรณ์ผลที่จะเกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบได้ สามารถตรวจสอบได้ โดยการสังเกตและหาข้อสนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้

3. รูปแบบควรต้องระบุหรือชี้ให้เห็นถึงกลไกเชิงเหตุผลของเรื่องที่ศึกษา ดังนั้น นอกจากรูปแบบจะเป็นเครื่องมือในการพยากรณ์ได้ ควรใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์นั้นได้ด้วย

4. นอกจากคุณสมบัติต่าง ๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างมโนทัศน์ใหม่ และการสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะใหม่ ซึ่งเป็นการขยายองค์ความรู้ในเรื่องที่กำลังศึกษาด้วย

นอกจากนี้ การพัฒนารูปแบบอาจมีขั้นตอนการดำเนินงานแตกต่างกันไป แต่โดยทั่วไปแล้วอาจแบ่งออกเป็น 2 ตอนใหญ่ ๆ คือ การสร้างหรือการพัฒนารูปแบบ (Construct) และการหา

ความตรงของรูปแบบ (Validity) ส่วนรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนว่ามีการดำเนินการอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะและแนวคิด ซึ่งเป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบนี้ ๆ (ชิรวัดน์ นิจนตร, 2560)

Meason, Albert & Khedourri (1985) ได้เสนอขั้นตอนการสร้างรูปแบบไว้ ดังนี้

1. ขั้นรวบรวมปัญหา (Problem formulation) เพื่อให้รู้ว่าอะไรคือปัญหาที่แท้จริง
2. ขั้นพัฒนารูปแบบ (Model construction) ดำเนินการหลังจากการรวบรวม ปัญหา พิจารณาวัตถุประสงค์เบื้องต้นของการสร้าง และลักษณะเฉพาะที่ต้องการของผลผลิต อาศัยข้อมูล สารสนเทศที่จำเป็น และคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการสร้างและความต้องการของผู้ใช้ด้วย เพราะถ้า รูปแบบมีค่าใช้จ่ายสูงและไม่เป็นที่ยอมรับของผู้ใช้ ควรใช้หลักวิชาการในการพิจารณาว่าควรนำ ตัวแปรใดบ้างมาวางไว้ในรูปแบบที่จะสร้าง มีการประเมินค่า และความแปรปรวนอย่างระมัดระวัง เมื่อสร้างเสร็จแล้ว ต้องดูว่าครอบคลุมตัวแปรทั้งหมดหรือไม่ มีความบกพร่องตรงไหนบ้าง

3. ขั้นการทดสอบรูปแบบ (Testing)

4. ขั้นการนำไปใช้ (Implementation) เพื่อดูว่าบรรลุผลสำเร็จหรือมีความสมบูรณ์หรือไม่

5. ขั้นพัฒนาปรับปรุงให้ทันสมัย (Model updating) เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ขององค์กร

และสถานการณ์ที่กระทบจากภายนอกและภายในองค์กร

ชิรวัดน์ นิจนตร (2560) ได้กล่าวถึง กระบวนการทั่ว ๆ ไปของขั้นตอนการสร้างรูปแบบ ดังนี้

1. การศึกษาสภาพปัญหาและ/ หรือองค์ประกอบของรูปแบบด้วยการศึกษา เอกสารและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง อาจมีการสอบถาม สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับ รูปแบบนั้น ๆ หรือศึกษาดูงานในหน่วยงานที่มีผลงานเด่นในด้านนั้น ๆ

2. นำข้อมูลจากขั้นที่ 1 มายกร่างหรือสร้างรูปแบบด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา หรือผลการ วิเคราะห์ทางสถิติจากการสำรวจความคิดเห็น จัดองค์ประกอบและรายละเอียดของรูปแบบ มีการตรวจสอบร่างรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงรูปแบบตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การสร้างรูปแบบ (Model) นั้นไม่มีข้อกำหนดที่ตายตัวแน่นอนว่าต้องทำอะไรบ้าง แต่โดยทั่วไปจะเริ่มจากการศึกษาองค์ความรู้ (Intensive knowledge) เกี่ยวกับเรื่องที่จะสร้าง รูปแบบให้ชัดเจน จากนั้นจึงค้นหาข้อเท็จจริง สมมติฐาน และหลักการของรูปแบบที่พัฒนาแล้วสร้าง รูปแบบตามหลักการที่กำหนดขึ้น

ชิรวัดน์ นิจนตร (2560) กล่าวว่า การวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบทำได้ 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยจะสร้างหรือพัฒนารูปแบบขึ้นมาก่อนเป็นรูปแบบ ตามสมมติฐาน โดยการศึกษาค้นคว้าทฤษฎีและแนวความคิดที่มีผู้พัฒนาไว้แล้วในเรื่องเดียวกัน หรือ เรื่องอื่น ๆ และผลการศึกษาหรือผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ สภาพสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะช่วย

ให้สามารถกำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ ของรูปแบบนั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบ การพัฒนารูปแบบนี้จะต้องใช้หลักเหตุผลเป็นรากฐานสำคัญ การศึกษาค้นคว้าที่ลึกซึ้งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยอาจจะคิดโครงสร้างของรูปแบบขึ้นมาก่อนแล้วปรับปรุง โดยอาศัยข้อมูลสารสนเทศจากการศึกษาค้นคว้าทฤษฎี แนวคิดของรูปแบบ หรือผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง หรือทำการศึกษารายละเอียดองค์ประกอบย่อยหรือตัวแปรแต่ละตัวแล้ว คัดเลือกองค์ประกอบย่อยหรือตัวแปรที่สำคัญประกอบขึ้นเป็นโครงสร้างของรูปแบบก็ได้ หัวใจสำคัญของขั้นตอนนี้อยู่ที่การเลือกเฟ้นองค์ประกอบในรูปแบบ ตัวแปร หรือกิจกรรมเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยควรกำหนดหลักการในการพัฒนารูปแบบอย่างชัดเจน เช่น เป็นรูปแบบที่ไม่ซับซ้อนสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย ตัวแปรในรูปแบบมีน้อยตัวแต่สามารถอธิบายผลได้มาก ฯลฯ ในการวิจัยบางเรื่องจำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความถูกต้องเหมาะสม

2. การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ หลังจากได้พัฒนารูปแบบในขั้นต้นแล้ว จำเป็นต้องทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แม้ว่าจะพัฒนาโดยมีรากฐานจากทฤษฎี แนวคิด รูปแบบของผู้อื่น และผลการวิจัยที่ผ่านมา หรือได้รับการกลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญแล้วก็ตาม แต่ก็ยังเป็นเพียงรูปแบบตามสมมติฐาน ซึ่งจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์จริงหรือทำการทดลองนำไปใช้ในสถานการณ์จริงเพื่อทดสอบดูว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ บางครั้งจึงใช้คำว่า การทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบ การเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์จริงหรือทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาในสถานการณ์จริงจะช่วยให้ทราบอิทธิพลหรือความสำคัญขององค์ประกอบย่อยหรือตัวแปรต่าง ๆ ในรูปแบบและอิทธิพลหรือความสำคัญของกลุ่มองค์ประกอบหรือกลุ่มตัวแปรในรูปแบบ ผู้วิจัยอาจปรับปรุงรูปแบบใหม่ โดยตัดองค์ประกอบหรือตัวแปรที่พบว่ามีอิทธิพลหรือมีความสำคัญน้อยออกจากรูปแบบของตนซึ่งจะทำให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

วาโร เฟ็งสวีสต์ (2553) ได้สรุปว่าการพัฒนารูปแบบแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ และการตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ ดังนี้

1. การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะสร้างหรือพัฒนารูปแบบขึ้นมาก่อนเป็นรูปแบบตามสมมติฐาน (Hypothesis model) โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ผู้วิจัยอาจจะศึกษารายกรณีหน่วยงานที่ดำเนินการในเรื่องนั้น ๆ ได้เป็นอย่างดี ซึ่งผลการศึกษานำมาใช้กำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปรเหล่านั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบในรูปแบบ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบในขั้นตอนนี้จะต้องอาศัยหลักการของเหตุผลเป็นรากฐานสำคัญ ซึ่งโดยทั่วไปการศึกษาในขั้นตอนนี้จะมีขั้นตอนย่อย ๆ ดังนี้

1.1 การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสารสนเทศที่ได้มาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เป็นร่างกรอบความคิดการวิจัย

1.2 การศึกษาจากบริบทจริงในขั้นตอนนี้อาจดำเนินการได้หลายวิธี ดังนี้

1.2.1 การศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินการในปัจจุบันของหน่วยงาน โดยศึกษาความคิดเห็นจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ซึ่งวิธีศึกษาอาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสอบถาม การสำรวจ การสนทนากลุ่ม เป็นต้น

1.2.2 การศึกษารายกรณี (Case study) หรือพหุกรณี หน่วยงานที่ประสบผลสำเร็จ หรือมีแนวปฏิบัติที่ดีในเรื่องที่ศึกษา เพื่อนำมาเป็นสารสนเทศที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบ

1.2.3 การศึกษาข้อมูลจากผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ วิธีศึกษาอาจใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) เป็นต้น

1.3 การจัดทำรูปแบบ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะใช้ข้อมูลสารสนเทศที่ได้ในข้อ 1.1 และข้อ 1.2 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นกรอบความคิดการวิจัย เพื่อนำมาจัดทำรูปแบบ อย่างไรก็ตาม ในงานวิจัยบางเรื่องนอกจากจะศึกษาตามขั้นตอนที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยอาจจะศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้กระบวนการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) ในการพัฒนารูปแบบก็ได้

2. การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ ภายหลังจากที่ได้พัฒนารูปแบบในขั้นตอนแรกแล้ว จำเป็นที่จะต้องทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบดังกล่าว เพราะรูปแบบที่พัฒนาขึ้นถึงแม้จะพัฒนาโดยมีรากฐานจากทฤษฎี แนวความคิดรูปแบบของบุคคลอื่น และผลการวิจัยที่ผ่านมา แต่ก็ยังเป็นเพียงรูปแบบตามสมมติฐาน ซึ่งจำเป็นที่จะต้องตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพตามที่มุ่งหวังหรือไม่ การเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์จริง หรือทดลองใช้รูปแบบในสถานการณ์จริงจะช่วยให้ทราบอิทธิพลหรือความสำคัญขององค์ประกอบย่อยหรือตัวแปรต่าง ๆ ในรูปแบบ ผู้วิจัยอาจจะปรับปรุงรูปแบบใหม่โดยการตัดองค์ประกอบหรือตัวแปรที่พบว่าไม่มีอิทธิพลหรือมีความสำคัญน้อยออกจากรูปแบบ ซึ่งจะช่วยให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

ขั้นตอนการทดสอบรูปแบบ

จุดมุ่งหมายที่สำคัญของการสร้างรูปแบบก็เพื่อทดสอบหรือตรวจสอบรูปแบบนั้นด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยการประมาณค่าพารามิเตอร์ของรูปแบบ รูปแบบที่สร้างขึ้นจึงควรมีความชัดเจน และเหมาะสมกับวิธีทดสอบ โดยปกติแล้วการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์มักจะดำเนินการทดสอบรูปแบบด้วยวิธีทางสถิติ ผลของการทดสอบจะนำไปสู่การยอมรับหรือปฏิเสธรูปแบบนั้นและนำไปสู่การสร้างทฤษฎีใหม่ต่อไป (ชีรวัดน์ นิจนตร, 2560) สรุปได้ว่า การทดสอบหรือตรวจสอบรูปแบบสามารถจะทำได้ 2 ลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมิน โดยคณะกรรมการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการประเมินการศึกษา (Joint Committee on Standards for Educational Evaluation) ได้กำหนด

เกณฑ์มาตรฐานทางการศึกษา 4 หมวดมาตรฐานคือ มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility standards) มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (Feasibility standards) มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety standards) และมาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy standards) (Madaus, Scriven & Stufflebeam, 1983)

2. การทดสอบรูปแบบโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ การทดสอบรูปแบบหรือการประเมินในบางเรื่องก็ไม่สามารถกระทำได้ด้วยข้อจำกัดสภาพการณ์ต่าง ๆ ซึ่ง Eisner (1976) ได้เสนอแนวคิดของการทดสอบหรือประเมินโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

2.1 การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จะเน้นการวิเคราะห์และวิจารณ์อย่างลึกซึ้งเฉพาะในประเด็นที่ถูกพิจารณา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเสมอไปแต่อาจจะผสมผสานกับปัจจัยต่าง ๆ ในการพิจารณาเข้าด้วยกันตามวิจาร์ณญาณของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับข้อมูลคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเหมาะสมของสิ่งที่ทำการประเมิน

2.2 รูปแบบการประเมินที่เป็นความชำนาญเฉพาะทาง (Specialization) ในเรื่องที่จะประเมินโดยพัฒนาจากแบบการวิจารณ์งานศิลปะ (Art criticism) ที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้ง และต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญระดับสูงมาเป็นผู้วินิจฉัย เนื่องจากเป็นการวัดคุณค่าที่ไม่อาจประเมินด้วยเครื่องวัดใด ๆ และต้องใช้ความรู้ความสามารถของผู้ประเมินอย่างแท้จริง แนวคิดนี้ได้นำมาประยุกต์ใช้ในทางการศึกษาระดับสูงมากขึ้น ทั้งนี้ เพราะเป็นองค์ความรู้เฉพาะสาขา ผู้ที่ศึกษาเรื่องนั้นจริง ๆ จึงจะทราบและเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ดังนั้น ในวงการศึกษาก็จึงนิยมนำรูปแบบนี้มาใช้ในเรื่องที่ต้องการความลึกซึ้งและความเชี่ยวชาญเฉพาะ

2.3 รูปแบบที่ใช้ตัวบุคคล ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมินโดยให้ความเชื่อถือถือว่าผู้ทรงคุณวุฒินั้นเที่ยงธรรมและมีดุลพินิจที่ดี ทั้งนี้ มาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาต่าง ๆ นั้น จะเกิดขึ้นจากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒิตนเอง

2.4 รูปแบบที่ยอมให้มีความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงานของผู้ทรงคุณวุฒิตามอัธยาศัยและความถนัดของแต่ละคน นับตั้งแต่การกำหนดประเด็นสำคัญที่จะนำมาพิจารณาการบ่งชี้ข้อมูลที่ต้องการการเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผล การวินิจฉัยข้อมูล ตลอดจนวิธีการนำเสนอ

2.5 การทดสอบรูปแบบโดยการสำรวจความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้อง มักจะใช้กับการพัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิคเดลฟาย เมื่อผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิคเดลฟายเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในรอบสุดท้ายมาจัดทำเป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) เพื่อนำไปสำรวจความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

2.6 การทดสอบรูปแบบโดยการทดลองใช้รูปแบบนี้ ผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย มีการดำเนินการตามกิจกรรมอย่างครบถ้วน ผู้วิจัยจะนำข้อค้นพบที่ได้จากการประเมินไปปรับปรุงรูปแบบต่อไป

ชิรวัดน์ นิจนตร (2560) ได้แบ่งขั้นตอนการตรวจสอบรูปแบบ (Model testing) 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การทดลองใช้รูปแบบกับหน่วยตัวอย่าง
2. การประเมินผลการทดลองการใช้รูปแบบด้วยการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบ รวมทั้งมีการแก้ไข ปรับปรุง เพิ่มเติม ติดตามผลการประเมิน แล้วจึงสรุปผลได้รูปแบบที่ต้องการ

การตรวจสอบรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมานั้นมีหลายวิธี อาจจะทำให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยวิเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งปริมาณ (Quantitative) และคุณภาพ (Qualitative) การตรวจสอบรูปแบบควรตรวจสอบคุณลักษณะ 2 อย่าง คือ การตรวจสอบความมากน้อยของความสัมพันธ์ ความเกี่ยวข้อง เหตุผลระหว่างตัวแปร และการประมาณค่าพารามิเตอร์ของความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยสามารถประมาณค่าข้ามช่วงเวลา กลุ่มตัวอย่าง หรือสถานที่ได้ หรืออ้างอิงจากกลุ่มตัวอย่างไปหาประชากรได้ โดยผลการตรวจสอบจะนำไปสู่คำตอบสองประเด็นคือการสร้างรูปแบบและการปรับปรุงหรือพัฒนารูปแบบเดิม Eisner (1976)

พูนสุข หิงคานนท์ (2540) และ เบญจพร แก้วมีศรี (2545) ได้เสนอว่า รูปแบบในบางเรื่องต้องการความละเอียดอ่อนมากกว่าการวิจัยเชิงปริมาณคือ การประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิเชื่อว่า การรับรู้ที่เท่ากันเป็นคุณสมบัติพื้นฐานของผู้รู้ และได้เสนอแนวคิดการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1. การประเมินในแนวทางนี้ ไม่ได้เน้นผลสัมฤทธิ์ของเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ตามแบบการประเมินอิงเป้าหมาย (Goal - based model) หรือการตอบสนองความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องตามการประเมินแบบตอบสนองความต้องการ (Responsive model) หรือประเมินเพื่อการตัดสินใจ (Decision making model) อย่างเป็นทางการใด แต่เป็นการวิเคราะห์วิจารณ์อย่างลึกซึ้งเฉพาะประเด็นที่นำมาพิจารณา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเสมอไป แต่อาจจะผสมผสานปัจจัยต่าง ๆ ในการพิจารณาเข้าด้วยกันตามวิจรรย์ญาณของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับคุณภาพ ประสิทธิภาพ หรือความเหมาะสมของสิ่งที่ทำการประเมิน

2. การประเมินที่เน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในเรื่องที่จะประเมิน โดยพัฒนามาจากรูปแบบการวิจารณ์งานศิลปะ (Art criticism) ที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้งและต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญระดับสูงมาเป็นผู้วินิจฉัย เนื่องจากเป็นการวัดคุณค่าที่มีอาจประเมินด้วยเครื่องวัดใด ๆ ได้ และต้องใช้ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ของผู้ประเมินอย่างแท้จริง

3. รูปแบบที่ใช้ตัวบุคคล ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมิน โดยเชื่อว่าผู้ทรงคุณวุฒิ นั้นมีความเที่ยงธรรมและมีคุณพินิจที่ดี มาตรฐานและเกณฑ์การพิจารณาจะเกิดจากประสบการณ์ และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒิเอง

4. รูปแบบที่ให้ความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงานของผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาตามอัธยาศัย และความถนัดของแต่ละคน นับตั้งแต่การกำหนดประเด็นสำคัญที่จะพิจารณา การบ่งชี้ข้อมูลที่ต้องการ การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผล การวินิจฉัย ตลอดจนวิธีการนำเสนอ

ดังนั้น ในขั้นตอนการทดสอบรูปแบบ นักวิจัยอาจเลือกใช้วิธีการตรวจสอบความเหมาะสม และความเป็นไปได้หลายวิธี นอกจากการให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เช่น การสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ซึ่งมีเกณฑ์ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติ และผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย ตามจำนวนที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม กำหนดให้เป็นกลุ่มผู้ตรวจสอบร่างรูปแบบก่อนนำไป ทดลองใช้ ข้อควรระวังอย่างยิ่งในการให้ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบรูปแบบคือ ผู้วิจัยต้อง เลือกบุคคลที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิอย่างเข้มงวดเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับในวงวิชาการ หรือกิจการนั้น ๆ อย่างแท้จริง โดยต้องมีเกณฑ์ในการกำหนดคุณสมบัติและความเชี่ยวชาญของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 ประการ เพื่อหลีกเลี่ยงให้ได้บุคคลที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิอย่างแท้จริง อาจจะทำให้รูปแบบที่ได้ไม่มี ประสิทธิภาพและขาดความน่าเชื่อถือ (ชิรวัดณ์ นิเจนตร, 2560)

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ในการทดลองใช้รูปแบบที่นักวิจัยพัฒนาขึ้นมา ส่วนใหญ่จะ ประเมินผลด้วยการให้ผู้บริหารหรือผู้ที่จะใช้รูปแบบนั้น ๆ ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ และปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง โดยใช้แบบสอบถามและหรือการสัมภาษณ์ หรือตรวจสอบ/ ยืนยัน รูปแบบที่เหมาะสมและเพิ่มความน่าเชื่อถือของรูปแบบโดยวิธีการชาติพันธุ์วรรณา (Ethnographic future research) เป็นต้น แต่มีส่วนน้อยที่ประเมินจากผลลัพธ์หรือผลสัมฤทธิ์ที่เกิดจากการใช้ รูปแบบของกลุ่มเป้าหมายหรือผู้ใช้รูปแบบ ซึ่งมีลักษณะเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยมีรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นนวัตกรรมและมีตัวแปรตามที่เป็นผลลัพธ์หรือ ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดจากการใช้รูปแบบนั้น ซึ่งไม่ใช่ขั้นตอนของการหาประสิทธิภาพของรูปแบบ แต่เป็น การทดลองว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถทำให้กลุ่มเป้าหมายหรือผู้ใช้รูปแบบเกิดผลลัพธ์หรือ ผลผลิตที่เกิดจากการใช้รูปแบบนั้นจริง ๆ งานวิจัยที่มีการทดลองใช้รูปแบบและวัดผลผลิตที่เกิดจาก การใช้รูปแบบว่าใช้ได้ผลจริงหรือไม่ เกิดผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้เพียงใด และเป็นวิธีการ ตรวจสอบรูปแบบที่น่าเชื่อถือมากที่สุด (ชิรวัดณ์ นิเจนตร, 2560)

รูปแบบโปรแกรมผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน

โปรแกรมผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน (Community Health Workers: CHWs) ได้รับการ ออกแบบเพื่อปรับปรุงการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ เพิ่มความรู้ การป้องกันโรค และเพิ่มผลลัพธ์ทาง สุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชน โปรแกรมผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนได้รับการปรับปรุงอย่าง

ละเอียดรอบคอบเพื่อตอบสนองความต้องการที่แตกต่างกันในแต่ละชุมชน รูปแบบโปรแกรม ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนมีหลายประเภทซึ่งแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับบริการผู้ป่วยและสมาชิกในชุมชนที่ให้บริการและเป้าหมายของโปรแกรมสุขภาพภายใต้ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีรูปแบบวิธีการให้บริการชุมชนในชนบทและรูปแบบวิธีการที่สามารถปรับให้ตรงกับความต้องการของชุมชน (U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration, 2011) ดังนี้

1. รูปแบบผู้จัดโครงการส่งเสริมสุขภาพ (Promotora de Salud) หรือประชาชนทั่วไปที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข (Lay Health Worker) (Promotora de Salud/Lay Health Worker model)
2. รูปแบบสมาชิกทีมผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ (Member of care delivery team mode)
3. รูปแบบผู้ประสานงานการดูแลหรือผู้จัดการ (Care coordinator/ Manager model)
4. รูปแบบนักสุขศึกษา (Health educator model)
5. รูปแบบการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และการลงทะเบียน (Outreach and Enrollment agent model)
6. รูปแบบผู้จัดการชุมชนและการสร้างสมรรถนะ (Community organizer and Capacity builder model)

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การยกร่างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยศึกษาสภาพปัญหาและองค์ประกอบของรูปแบบจากการค้นคว้าเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งยกร่างรูปแบบด้วยผลการวิจัยจากระยะที่ 1 จัดองค์ประกอบและรายละเอียดของรูปแบบตามสมมติฐาน (Hypothesis model)
2. การสร้างหรือพัฒนารูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าสู่เวทีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) จำนวน 3 กลุ่ม เพื่อกำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปรเหล่านั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบ ในระหว่างการจัดเวทีการสนทนากลุ่มอาจจะปรับปรุงรูปแบบใหม่ โดยการตัดองค์ประกอบหรือตัวแปรที่พบว่าไม่มีอิทธิพลหรือมาความสำคัญน้อยออกจากรูปแบบ ซึ่งจะทำได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นแล้วนำเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไข

3. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของร่างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายหลังจากการจบการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือผู้ร่วมสนทนากลุ่มช่วยตอบแบบสอบถามตรวจสอบร่างรูปแบบที่ประยุกต์จากเกณฑ์มาตรฐานทางการศึกษา 4 หมวดมาตรฐานคือ มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility standards) มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (Feasibility standards) มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety standards) และ มาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy standards) ของคณะกรรมการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการประเมินการศึกษา (Joint Committee on Standards for Educational Evaluation) (Madaus et al., 1983)

4. การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยนำรูปแบบไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นการทดลองว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดผลการปฏิบัติงานที่เกิดจากการใช้รูปแบบนั้นจริง ๆ การวิจัยครั้งนี้มีการทดลองใช้รูปแบบและวัดผลที่เกิดจากการใช้รูปแบบว่าใช้ได้ผลจริงหรือไม่ เกิดผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้เพียงใด และเป็นวิธีการตรวจสอบรูปแบบที่น่าเชื่อถือมากที่สุด

ตอนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผล/ ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลงานวิจัยในประเทศ

ศิริลักษณ์ ช่วยดี, โสภณ แสงอ่อน และพัชรินทร์ นินทจันทร์ (2560) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาการปฏิบัติงานด้านจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่างกัน และระดับความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่างกัน มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานด้านจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนแตกต่างกัน ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาการดำเนินงานด้านจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้

ยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2560) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

พบว่า ความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท และการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานจากมากไปหาน้อยได้ ดังนี้ 1) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 39.9 (R Square = 0.399) 2) การรับรู้บทบาทมีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 10.9 เป็นร้อยละ 50.8 (R Square Change = 0.109, R Square = 0.508) และ 3) เพศ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.0 เป็นร้อยละ 52.8 (R Square Change = 0.020, R Square = 0.528) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพศชายปฏิบัติงานได้ดีกว่าเพศหญิง ตัวแปรดังกล่าวสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานได้ร้อยละ 52.8 โดยมีข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไปคือ 1) ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานที่อาจนอกเหนือจากการวิจัยในครั้งนี้ และ 2) ควรพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีผลการปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปรางค์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์ และวรเดช ช่างแก้ว (2560) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวมีการปฏิบัติงานภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.84$, S.D. = 0.86) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.33, 0.30$ และ 0.52 ตามลำดับ) ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยได้แก่ การได้รับคำแนะนำความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัวจากบุคลากรสาธารณสุข นโยบายที่จูงใจและการสนับสนุนปัจจัยค้ำจุนแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

จารุกิตต์ สุริโย (2556) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านสาธารณสุขมูลฐานของเทศบาลเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านสาธารณสุขของเทศบาลเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี โดยรวมและรายด้านมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับมาก

ลำดับแรก ได้แก่ ด้านการฟื้นฟูสภาพ รองลงมาได้แก่ ด้านการป้องกัน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการรักษาพยาบาล ตามลำดับ ส่วนปัจจัยในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านสาธารณสุขมูลฐานของเทศบาลเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี โดยรวมมีผลการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก รายด้านมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ด้านลักษณะสภาพแวดล้อม และด้านคุณลักษณะของบุคลากร ส่วนที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านนโยบายและการจัดการ และด้านลักษณะขององค์กร และปัจจัยที่ในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงเหตุ - ผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านสาธารณสุขมูลฐานของเทศบาลเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณารายได้พบว่า ด้านลักษณะสภาพแวดล้อมและด้านนโยบายการจัดการและการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์เชิงเหตุ - ผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ชฎารัตน์ แก้วเวียงเดช, พัดชา หิรัญวัฒนกุล และสมเสาวนุช จมูศรี (2560) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการส่งเสริมความรู้ ทักษะคติ และทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังการเข้าอบรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนการเข้าอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$, 95%CI: (-2.08) – (-0.66)) และ ($p = 0.000$, 95%CI: (-7.46) – (-4.08)) ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างก่อนและหลังการเข้าอบรมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.932$, 95% CI: (-1.92) – (2.10)) จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรได้รับการอบรมความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความชำนาญและการปฏิบัติที่ถูกต้อง และเป็นการเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลให้นโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบผลสำเร็จและยั่งยืน

กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์ (2560) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม พบว่าการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยเรียงจากมากไปหาน้อยคือ ด้านการประชาสัมพันธ์ ด้านการเฝ้าระวังโรคและด้านการป้องกันและควบคุมโรค ตามลำดับ และกลุ่มอายุการได้รับการอบรมที่ต่างกันมีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแตกต่างกัน ส่วนอายุและการฝึกอบรมมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อไวรัสซิกา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

เมธี สุทธิศิลป์, เนตรนภา สาสังข์ และทัศนพร ชูศักดิ์ (2560) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนในระดับสูง ร้อยละ 13.8 ปานกลาง ร้อยละ 64.6 และน้อย ร้อยละ 21.7 ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ทศนคติต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน ($r = 0.387$) การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน ($r = 0.040$) และการรับรู้นโยบายการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน ($r = 0.012$) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนได้ร้อยละ 43.8 โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนสามารถร่วมทำนายได้สูงสุด ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบควรเพิ่มความรู้เกี่ยวกับนโยบายในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มากขึ้นและครอบคลุมทั้งหมด

ภิญญา จำปาศรี, สมสมัย รัตนกริธากุล และวรรณรัตน์ ลาวัง (2560) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายในภาพรวมและรายด้าน 6 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการค้นหาและประเมินปัญหาสุขภาพ ด้านการจัดทำฐานข้อมูลและทะเบียนคนพิการในชุมชน ด้านการจัดทำแผนฟื้นฟูสมรรถภาพ การประสานงานและการส่งต่อ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และด้านการประเมินผลความก้าวหน้า ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า การรับรู้บทบาท ($\beta = 0.38$) ปัจจัยจูงใจ ($\beta = 0.36$) และปัจจัยค้ำจุน ($\beta = -0.10$) สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 40.4 ผลการศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรพัฒนากลวิธีในการส่งเสริมการรับรู้บทบาท และการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน เพื่อให้มีการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายอย่างครอบคลุมเพิ่มมากขึ้นจะทำให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อติเทพ จินดา (2560) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ระดับปัจจัยจูงใจ ปัจจัยสนับสนุน และการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การดำรงตำแหน่งอื่นในชุมชน ระดับความรู้ และระดับปัจจัยจูงใจที่แตกต่างกัน แต่พบว่าการปฏิบัติงานการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน

แจ่มนภา ไขคำ, ชลียา ศิริกาล, ถนอมศักดิ์ บุญสูง และแก้วใจ มาลีสัย (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพมีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แรงแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน และด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ณัฐวุฒิ ช่วยหอม (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าทองใหม่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.9 และการปฏิบัติงานดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการอบรมหรือให้ความรู้เรื่องโรค และระดับความรู้เกี่ยวกับโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรจัดการอบรมหรือกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มระดับความรู้ และควรมีศึกษาวิจัยเชิงทดลองในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

ดวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า การปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.44$, S.D. = 0.36) ลักษณะส่วนบุคคลพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับอายุ

ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยรวม และด้านการประเมิน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.207$, $r = 0.222$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือหรือสิ่งของ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

พิทักษ์พงษ์ กุลวิมล, อารยา ประเสริฐชัย และวรางคณา จันทรงค์ (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว พบว่า 1) ปัจจัยการทำงานเป็นทีมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับสูงทุกด้าน 2) ปัจจัยสนับสนุนทางการบริหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับสูงทุกด้าน 3) การปฏิบัติตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพมีระดับมากทุกด้าน และ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการทำงานเป็นทีมกับผลการปฏิบัติตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กัน ในส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนทางการบริหารกับผลการปฏิบัติตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกระดับน้อยมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

มัทนา อัครสมฤทธิ, ชุติกร ด้านยุทธศิลป์ และตั้งคำวานิช. (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า การปฏิบัติงานป้องกันโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญจังหวัดเพชรบูรณ์โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.09$, $S.D = 0.47$) และปัจจัยจิตใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางในทิศทางบวกกับการปฏิบัติงานป้องกันโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.365$, $p < 0.001$) และปัจจัยคำจูน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางในทิศทางบวกกับการปฏิบัติงานป้องกันโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.434$, $p < 0.001$)

ยุทธนา แยกกาย (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่า ความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานจากมากไปหา

น้อย ได้ดังนี้ 1) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 48.7 (R Square = 0.487) 2) การรับรู้บทบาท มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.0 เป็นร้อยละ 54.7 (R Square Change = 0.060, R Square = 0.547) และ 3) แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.4 เป็นร้อยละ 57.0 (R Square Change = 0.024, R Square = 0.570) สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 57.0 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.755 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์เท่ากับ ± 8.226

อัมพวัน พุทธิประเสริฐ และยุทธนา แยกคาย (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงและการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ นโยบายและการบริหารงาน ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อายุ และความรับผิดชอบ โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 45.2

จรรยาลักษณ์ ป็องเจริญ และยุคนธ์ เมืองช้าง (2562) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับมาก ($\bar{x} = 4.47$, S.D. = 0.45) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานได้แก่ ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ($r=0.69$) ความก้าวหน้า ($r = 0.64$) การได้รับการยอมรับนับถือ ($r = 0.62$) ความสัมพันธ์ในการทำงาน ($r=0.60$) และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ($r = 0.55$) และเมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ความก้าวหน้าและการได้รับการยอมรับนับถือสามารถร่วมกันทำนายแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 58.6 การศึกษานี้แสดงถึงความสำคัญของการส่งเสริมในเรื่องค่าตอบแทนและสวัสดิการและความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น

ณัฐพงษ์ เที่ยงกุล และยุทธนา แยกคาย (2563) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเมือง จังหวัดสุโขทัย พบว่า ความรู้และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ เจตคติอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้บทบาท

แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเมืองอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีอำนาจทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเมืองสูงสุดคือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($Beta = 0.521$) รองลงมาคือ การรับรู้บทบาท ($Beta = 0.183$) ประชานกรรมการชุมชน ($Beta = 0.099$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($Beta = 0.097$) ตามลำดับ ตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัวร่วมทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเมืองได้ร้อยละ 48.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.695 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการทำนายเท่ากับ ± 43.036

มนู เกตุเอี่ยม และยุทธนา แยกคาย (2563) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แต่การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงสุด คือ การรับรู้บทบาท ($Beta = 0.341$) รองลงมาคือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($Beta = 0.288$) การใช้หน้าตาเตือนภัยสุขภาพ ($Beta = 0.131$) และความรู้เป็นตัวแปรผกผัน ($Beta = -0.104$) ตัวแปรเหล่านี้ร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 38.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลงานวิจัยในต่างประเทศ

Jaskiewicz & Tulenko (2012) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเพิ่มผลผลิตและประสิทธิภาพของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน: การทบทวนปัจจัยที่อิทธิพลต่อสิ่งแวดล้อมในการทำงาน พบว่า ส่วนใหญ่ผลผลิตของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน (Community Health Workers: CHWs) จะถูกกำหนดโดยเงื่อนไขสภาพแวดล้อมในการทำงาน การให้ความใส่ใจกับการเตรียมสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดีสำหรับผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนเป็นสิ่งจำเป็นต่อการบรรลุผลผลิตในระดับสูง โดยนำเสนอรูปแบบสภาพแวดล้อมในการทำงานครอบคลุม 4 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ ภาระงาน การสนับสนุน การกำกับดูแล วัสดุและอุปกรณ์ และความเคารพจากชุมชนและระบบสุขภาพ มีผลต่อผลผลิตของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน มีข้อเสนอให้เมื่อผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนมีภาระงานที่สามารถจัดการได้ในแง่ของจำนวนงานและลูกค้าที่เหมือนจริง มีการจัดการลักษณะการดำเนินงานนี้โดยมีขอบเขตทางภูมิศาสตร์ที่ครอบคลุมเหมาะสม มีความต้องการวัสดุและอุปกรณ์ การสนับสนุนการกำกับดูแล และความเคารพจากชุมชนและระบบสุขภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนปฏิบัติงานได้ดีมากขึ้นและนำไปสู่ประสิทธิภาพของกลยุทธ์ที่ใช้ในชุมชน

Kok et al. (1962) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยการออกแบบสิ่งแทรกแซงที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การผสมผสานระหว่างแรงจูงใจที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงินร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนที่มีหลายบทบาทหน้าที่ผลการดำเนินงานตามแรงจูงใจที่เป็นตัวเงินบางครั้งส่งผลให้เกิดการละเลยงานที่ยังไม่ได้ทำ การออกแบบสิ่งแทรกแซงที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลที่บ่อยและการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องนำไปสู่ผลการปฏิบัติงานที่ดีขึ้นตามที่ได้กำหนดไว้ การกำกับดูแลและการฝึกอบรมมักถูกกล่าวถึงเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวย แต่บางการศึกษาได้ทดสอบวิธีการที่ดีที่สุดหรือวิธีการเหล่านี้ถูกนำมาใช้งานได้ดีที่สุด การฝังตัวของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนในชุมชนและในระบบสุขภาพได้ลดภาระงานและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน บทบาทของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนที่กำหนดไว้อย่างชัดเจนและการเข้าสู่กระบวนการสื่อสารที่ชัดเจนในระดับต่าง ๆ ของระบบสุขภาพอาจช่วยเพิ่มการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน

Scott et al. (2018) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวโปรแกรมผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนในชุมชนคืออะไร: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน พบว่า โปรแกรมผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนประกอบด้วยความคิดเห็นที่หลากหลายในสิ่งแทรกแซงที่จัดไว้ให้ การคัดเลือกและการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน การนิเทศงาน ค่าตอบแทน และบูรณาการเข้าไปในระบบสุขภาพ คุณสมบัติที่ทำให้ผลลัพธ์ทางบวกของโปรแกรมผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนรวมถึงการฝังตัวในชุมชน (สมาชิกในชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของโปรแกรมและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน) การสนับสนุนการนิเทศงาน การศึกษาอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนด้านการขนส่งและวัสดุอุปกรณ์อย่างเพียงพอ การบูรณาการประสิทธิภาพของโปรแกรมผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนเข้าสู่ระบบสุขภาพสามารถสร้างความยั่งยืนและความน่าเชื่อถือ ซึ่งแจบบทบาทของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน และส่งเสริมความร่วมมือระหว่างผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนกับผู้แทนระบบสุขภาพในระดับสูง ทั้งนี้ ยังพบช่องว่างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วยสิทธิความจำเป็นของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนวิธีที่มีประสิทธิภาพในการฝึกอบรมและการนิเทศงาน ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในชุมชน และอิทธิพลของการกระจายอำนาจในระบบสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสังคมและธรรมาภิบาล

Mohajer & Singh (2018) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนและอาสาสมัครอาสาชณะอุปสรรคทางสังคมวัฒนธรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม: การวิเคราะห์อภิมาน (Meta - synthesis) โดยใช้แนวคิดของทุนทางสังคม พบว่า บทบาทของ

ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนในการให้บริการหรือเรียกว่าแรงจูงใจจากค่านิยมการทำประโยชน์เพื่อผู้อื่น การขับเคลื่อนการดำเนินงานของสมาชิกในชุมชน และจุดมุ่งหมายเพื่อการขับเคลื่อนการสร้างพลังอำนาจมากกว่าด้านสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนรู้สึกว่ามีทรัพยากรไม่เพียงพอที่จะจัดทำให้ตามความคาดหวังของชุมชน ตอบสนองความต้องการที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพ ตอบสนองความคาดหวังของผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ และความสามารถในการส่งมอบการให้บริการด้านสุขภาพ

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า ส่วนใหญ่ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผลการปฏิบัติงานเฉพาะด้าน และมีระดับผลการปฏิบัติงานแตกต่างกันไป โดยมีรายละเอียด ดังนี้ ผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง (อภิสิทธิ์ บุญเกิด, 2553) ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง (ประมวล เหล่าสมบัติทวี และพัชนี จินชัย, 2557; ภูติท เตชาติวัฒน์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2557; ศุทธิณี สาครวาสี, 2554) ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง (สิทธิชัย ชูจิ้น, 2554) ผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง (ยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560) ผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับค่อนข้างมาก (สหทัยา ถึงรัตน์, 2556) ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามโครงการส่งเสริมอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเชิงรุกอยู่ในระดับมาก (สุวัฒน์ วงศ์ปฏิมาพร, 2553) ผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่พึงประสงค์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับค่อนข้างสูง (สุชาติวิทยา ขวัญแก้ว, 2554) ผลการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 ขึ้นไป ร้อยละ 55.36 (วิภาพร สิทธิศาสตร์, ภูติท เตชาติวัฒน์, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, 2558) ผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูง (รติรัตน์ สารนอก, 2555) ผลการปฏิบัติงานป้องกันโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญอยู่ในระดับสูง (มัทนา อัครสัมฤทธิ์ และคณะ, 2561) ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูง (คณิต หนูพลอย, 2553) ผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูง (เอกรินทร์ โปะตะเวช, เรืองยศ จันทรสามารถ, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และยุภาพร ยุภาศ, 2551) ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวอยู่ในระดับสูง (ปรานค์ จักรไชย และคณะ, 2560) ผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูง (ยุทธนา แยกคาย, 2561) และสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูง (คุณภาพ คงเจือ, 2552)

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากการ ทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ตัวแปรต้นที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการ ปฏิบัติงาน การฝึกอบรม การนิเทศงาน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การใช้ สมาร์ทโฟน ระยะเวลาในการเป็น อสม. และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงสรุปตัวแปรต้นที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตัวแปร	ผู้วิจัย
ความรู้	คณิต หนูพลอย (2553), ดาวรุ่ง คำวงศ์ และทิวทัศน์ สัมพันธ์ (2555), ฤทธิ เตชาดิวัฒน์ และนิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์ (2557), ศิริลักษณ์ ช่วยดี และคณะ (2560)
เจตคติ	คณิต หนูพลอย (2553), จินตนา บุญยิ่ง, ธงชัย อามาตย์บัณฑิต และสุภาดา คำสุชาติ (2556), รติรัตน์ สารนอก (2555), วิภาพร สิทธิศาสตร์ และคณะ (2558)
การรับรู้บทบาท	ยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2560), ปรางค์ จักรไชย และคณะ (2560), ยุทธนา แยกคาย (2561)
แรงสนับสนุนทางสังคม	เอกรินทร์ โปตะเวช และคณะ (2551), ธวัชชัย วีระกิติกุล (2552), บัญชา อนันต์เต่า (2553), คุณภาพ คงเจือ (2552), Jaskiewicz & Tulenko (2012), ประสงค์ ชัยชนะ (2556), เตือนใจ ปาประโคน (2556), ประมวล เหล่าสมบัติทวี และพัชนี จินชัย (2557), Scott et al. (2018), ยุทธนา แยกคาย (2561)
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	ยุพิน อัมพรมราช และชนะพล ศรีฤทธา (2557), วรเดช ช่างแก้ว และคณะ (2557), ประมวล เหล่าสมบัติทวี และพัชนี จินชัย (2557), Kok et al. (1962), ปรางค์ จักรไชย และคณะ (2560), ยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2560), อัมพวัน พุทธประเสริฐ และยุทธนา แยกคาย (2561), มัทนา อัครสัมฤทธิ์ และคณะ (2561), ยุทธนา แยกคาย (2561)

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปร	ผู้วิจัย
การฝึกอบรม	สิทธิ์ชัย ชูจีน (2554), รติรัตน์ สารนอก (2555), Kok et al. (1962), Scott et al. (2018)
การนิเทศงาน	คุณภาพ คงเจือ (2552), อภิลิทธิ บุญเกิด (2553), สิทธิ์ชัย ชูจีน (2554), Jaskiewicz & Tulenko (2012), Kok et al. (1962), Scott et al. (2018)
จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ	Jaskiewicz & Tulenko (2012)
เพศ	เอกรินทร์ โปตะเวช และคณะ (2551), Kok et al. (1962), ยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2560)
อายุ	ศุทธิณี สาครวาสี (2554), จินตนา บุญยิ่ง และคณะ (2556), Kok et al. (1962), อัมพวัน พุทธประเสริฐ และยุทธนา แยกคาย (2561)
สถานภาพสมรส	สหทัย ถึงรัตน์ (2556), Kok et al. (1962)
ระดับการศึกษา	จินตนา บุญยิ่ง และคณะ (2556), สหทัย ถึงรัตน์ (2556), ศิริลักษณ์ ช่วยดี และคณะ (2560)
อาชีพ	ศุทธิณี สาครวาสี (2554), Kok et al. (1962)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ธวัชชัย วีระกิติกุล (2552), เกียรติศักดิ์ ศรีวงษ์ชัย (2554), ยุพิน อัมพรมราช และชนะพล ศรีฤาชา (2557) สหทัย ถึงรัตน์ (2556), Kok et al. (1962)
บทบาทในครอบครัว	Kok et al. (1962)
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	Kok et al. (1962)
การใช้สมาร์ทโฟน	Braun et al. (2013), คมสันต์ ธงชัย และสุชาตามณี บุญจรัส (2560)
ระยะเวลาในการเป็น อสม.	ธวัชชัย วีระกิติกุล (2552), ครรชิต พรหมสุ่ย (2554), Kok et al. (1962), ศิริลักษณ์ ช่วยดี และคณะ (2560)
การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน	ภูติท เตชาติวัฒน์ และนิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์ (2557)

โดยภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในชุมชนมีรูปแบบการปฏิบัติงานที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ของตนเอง จึงให้มีผลการปฏิบัติงานแตกต่างกันตามไปด้วย โดยมีตัวแปรต้นที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือ ปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การใช้สมาร์ทโฟน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การฝึกอบรม การนิเทศงาน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน

2. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลงานวิจัยในประเทศ

ทศพร ชูศักดิ์ (2554) ได้ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่สาธารณสุขเขต 18 พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่สาธารณสุขเขต 18 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยพิจารณาจากค่าไคสแควร์ เท่ากับ 193.644 ที่องศาอิสระ เท่ากับ 113 ค่า p-value เท่ากับ 0.060 ค่าไคสแควร์สัมพันธ์เท่ากับ 1.714 ค่า GFI เท่ากับ 0.953 ค่า AGFI เท่ากับ 0.928 และค่า RMSEA เท่ากับ 0.042 โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความพึงพอใจในงานและการเห็นคุณค่าในตนเอง ส่วนตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน สัมพันธภาพในชุมชน คุณลักษณะความเป็นอาสาสมัครและลักษณะงาน ผลการศึกษายืนยันว่า แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในองค์กรของคานเตอร์และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงจิตวิทยาของโทมัสและเวลเฮาส์และของสปีเซอร์สามารถอธิบายและทำนายรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เป็นอย่างดี ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีรูปแบบบริหารจัดการที่จะพัฒนาลักษณะงาน สัมพันธภาพในชุมชน คุณลักษณะความเป็นอาสาสมัคร ความพึงพอใจในงานและการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อให้เกิดกลไกที่เอื้อต่อการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รุ่ง วงศ์วัฒน์, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, จรรยา สันตยากร และจรรยา สารินทร์ (2556) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยการเสริมสร้างพลังที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน พบว่า กระบวนการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการเสริมสร้างพลังทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพฤติกรรมในการแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังเข้าร่วมกระบวนการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อิสราภาพ มาเรื่อน และคณะ (2556) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขในการจัดการขยะที่สอดคล้องกับภูมิสังคมของชุมชนชาวเขาอย่างยั่งยืนในพื้นที่ตำบลปากกลาง อำเภอปัว จังหวัดน่าน พบว่า พื้นที่วิจัยประกอบด้วยชาวเขาเผ่าม้ง เผ่าเมี่ยน และเผ่าลัวะ จำนวน 11,043 คน มีขยะเกิดขึ้นในพื้นที่ 7.06 ตันต่อวัน โดยมีสาเหตุสำคัญจากวิถีชีวิตที่เริ่มเลียนแบบชนพื้นเมือง การขาดความรู้ในการจัดการ และการมีทัศนคติเชิงลบต่อการจัดการขยะ รวมถึงวิธีการจัดการขยะที่ขาดประสิทธิภาพ ทำให้มีขยะตกค้างในพื้นที่จนส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน และผลจากการเสริมสร้างสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้เป็นแกนนำการจัดการขยะในชุมชน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีผลสัมฤทธิ์ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพฤติกรรมหลังการเสริมสร้างสมรรถนะสูงกว่าก่อนการเสริมสร้างสมรรถนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถทำตนเป็นต้นแบบและเป็นแกนนำในการชักชวนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการขยะในครัวเรือนและชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม

รัตนะ บัวสนธ์, สำราญ มีแจ้ง, สายฝน วิบูลรังสรรค์ และปณิกา ศรีติมงคล (2555) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นพัฒนา ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ การประเมิน มาตรฐานสมรรถนะ สมรรถนะตัวชี้วัดและเกณฑ์ เกณฑ์การตัดสินผลการประเมิน เทคนิคการประเมิน ผู้ประเมินและผู้รับการประเมิน ระยะเวลาในการประเมิน 2) ขั้นดำเนินการประเมิน เป็นการทำความเข้าใจกับทุกฝ่ายโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้ประเมินและการประชุมชี้แจงผู้รับการประเมิน เก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการประเมิน และคู่มือการประเมิน 3) ขั้นสรุปผลการประเมิน เป็นการสรุปผลรายบุคคลและในภาพรวม และ 4) ขั้นการให้ข้อมูลย้อนกลับ ประกอบด้วยทำให้ข้อมูลย้อนกลับแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรายบุคคลและภาพรวม รวมทั้งการนำผลการประเมินไปปรับปรุงและพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เมื่อนำรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านไปใช้ในสถานการณ์จริง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นมีผลการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะสูงกว่ากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์ด้านความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ และความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมาก

ยุพิน หงษ์วะชิน และคณะ (2556) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน พบว่า 1) สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ต้องพัฒนามีดังนี้ สมรรถนะหลักด้านความรู้ ($\bar{x} = 5.83$, S.D.= 1.67) และความตระหนักในบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต ($\bar{x} = 3.94$, S.D.= 0.37) สมรรถนะเชิงเทคนิคในการให้การปรึกษา การสอนสุขภาพจิตศึกษา และการใช้แบบประเมินทางสุขภาพจิต ($\bar{x} = 3.51$, S.D.= 0.37) สมรรถนะบริหารเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม การมีภาวะผู้นำ การให้แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($\bar{x} = 3.77$, S.D.= 0.36) 2) หลักสูตรเพื่อพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยผู้เชี่ยวชาญมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.52$, SD.= 0.19) และ 3) การประเมินผลการทดลองใช้หลักสูตร พบว่าภายหลังการทดลองใช้หลักสูตร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสมรรถนะหลัก สมรรถนะเชิงเทคนิคและสมรรถนะบริหารสูงขึ้นทุกสมรรถนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พรกุล สุขสุด (2556) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาชุดฝึกอบรมสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานที่จำเป็นในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยใช้แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 701 คน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi - stage random sampling) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) พบว่า สมรรถนะการปฏิบัติงานที่จำเป็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมี 3 องค์ประกอบคือ 1) องค์ประกอบการสร้างเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วม 2) องค์ประกอบการบริหารจัดการ และ 3) องค์ประกอบบริการสุขภาพ ขั้นตอนที่ 2 การสร้างชุดฝึกอบรม คัดเลือกสมรรถนะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประเมินตนเองที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินตนเองน้อยกว่า 3.50 มาวิเคราะห์ และกำหนดเนื้อหาชุดฝึกอบรมสร้างชุดฝึกอบรมในลักษณะบูรณาการเนื้อหา นำมาเป็นหลักในการจัดกิจกรรมและวิธีการเรียนรู้ เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ นำโครงสร้างชุดฝึกอบรมให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ประเมินความสอดคล้องและความเหมาะสมของโครงสร้างชุดฝึกอบรม พบว่า โครงสร้างชุดฝึกอบรมมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุดและมีความสอดคล้องกันทุกองค์ประกอบ ปรับปรุงแก้ไขเพื่อพัฒนาโครงสร้างชุดฝึกอบรมก่อนนำไปทดลองใช้เพื่อประเมิน

ประสิทธิภาพของชุดฝึกอบรมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชั้นตอนที่ 3 ประเมินโครงร่างชุดฝึกอบรมสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยการนำชุดฝึกอบรมไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คนที่ได้รับการคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง โดยใช้การทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน และหลังการทดลอง (The one group, Pretest - Posttest design) และใช้สถิติ t - test เพื่อทดสอบความแตกต่างของระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ระยะเวลาในการดำเนินการทดลองชุดฝึกอบรมทั้งสิ้น 2 วัน (15 ชั่วโมง) ผลการทดลอง พบว่า ระดับคะแนนสมรรถนะการปฏิบัติงานจากการประเมินตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจากการประเมินของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศาลารีไทยหลังการทดลองใช้ชุดฝึกอบรมมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองใช้ชุดฝึกอบรมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการประเมินความคงทนของสมรรถนะหลังผ่านการฝึกอบรมไปแล้ว 12 สัปดาห์ พบว่า ระดับคะแนนสมรรถนะการปฏิบัติงานจากการประเมินตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจากการประเมินของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศาลารีไทยหลังการทดลองใช้ชุดฝึกอบรมไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างยังคงมีความคงทนของสมรรถนะ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ชุดฝึกอบรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพเหมาะสมในการนำไปพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้

อัญชลี เอมวัฒน์ (2556) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า 1) สมรรถนะการป้องกันโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่โดยรวมและสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่โดยรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 92 คน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยมีสมรรถนะรายด้าน ได้แก่ ด้านความรู้การป้องกันโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ด้านการปฏิบัติงาน และด้านผลการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความรู้การควบคุมโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ และด้านผลการปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ด้านการปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 2) รูปแบบการเรียนรู้โดยการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะป้องกันโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่และรูปแบบการเรียนรู้โดยการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะควบคุมโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละรูปแบบมี 6 ขั้นตอนคือ 2.1) การประเมินสถานการณ์โรค 2.2) การเตรียมความพร้อมของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 2.3) การกำหนดกรอบในการเสริมสร้างสมรรถนะ 2.4) การวางแผนปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม 2.5) การปฏิบัติงานตามแผน และ 2.6) การประเมินผลการปฏิบัติงาน 3) สมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลองหลัง

ได้รับการพัฒนาด้วยรูปแบบการเรียนรู้โดยการปฏิบัติ และหลังการติดตามผลสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบการเรียนรู้โดยการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4) สมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลอง หลังได้รับการพัฒนาด้วยรูปแบบการเรียนรู้โดยการปฏิบัติและหลังการติดตามผลสูงกว่าสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 5) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่มเฉพาะเกี่ยวกับรูปแบบการเรียนรู้โดยการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพึงพอใจ เห็นประโยชน์ และคุณค่าของรูปแบบดังกล่าวในการเสริมสร้างสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่

วรเดช ช้างแก้ว และคณะ (2557) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโมเดลสมการโครงสร้างพระระดับประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ผลการพัฒนาโมเดลโครงสร้างพระระดับประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ทั้งระดับบุคคลและระดับหน่วยงาน ส่วนระดับบุคคลพบว่า ประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับอิทธิพลทางตรงเชิงบวกจากแรงจูงใจในการทำงาน ส่วนจิตอาสาได้รับอิทธิพลทางตรงเชิงลบจากสภาวะทางจิต และความผูกพันในงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สามารถร่วมกันทำนายประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 89.7 และระดับหน่วยงาน พบว่า ประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่ได้รับอิทธิพลจากภาวะผู้นำ กลยุทธ์ของผู้บริหารหน่วยงาน บรรยากาศการทำงาน และการสนับสนุนจากหน่วยงาน ข้อเสนอแนะผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงประสิทธิผลการทำงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยต้องคำนึงถึงการสร้างแรงจูงใจในการทำงานที่จะเกิดกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และทำงานด้วยจิตอาสาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนหน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำรูปแบบนี้ไปทดลองใช้ในการติดตามประเมินผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เวหา เกษมสุข และรักษนก คชไกร (2558) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการพัฒนาความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวานในชุมชน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) ขาดความรู้และไม่มั่นใจในการเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานครต้องการพัฒนาศักยภาพ และความสามารถอย่างต่อเนื่องในการให้ความรู้เรื่องยาเบาหวาน การฉีดยาอินซูลิน การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว การออกกำลังกาย การพักผ่อน การควบคุมอาหาร การใช้สมุนไพร อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครมีความต้องการ และเสนอแนะรูปแบบการพัฒนาศักยภาพคือ การจัดอบรมแก่อาสาสมัครสาธารณสุข

กรุงเทพมหานครอย่างต่อเนื่อง จัดประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครจากหลาย ๆ ชุมชน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดให้มีอุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้เป็นเบาหวานที่บ้าน มีการสอน และทบทวนความรู้และการใช้อุปกรณ์แนะนำให้อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ต้องการพัฒนาความสามารถตนเองเป็นระยะ ๆ พยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขควรมีการสอน และทบทวนความรู้และคำแนะนำ และสนับสนุนบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร สร้าง เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ช่วยขยายบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานครให้มีความหลากหลายและกว้างขวางขึ้น และสนับสนุนอุปกรณ์ในการเยี่ยมบ้านให้ ความรู้และการดูแลผู้เป็นเบาหวานที่บ้าน

นวิสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์ (2558) ได้ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสระแก้ว พบว่า ผลการศึกษาเสนอเป็นร่างโมเดล มด: รูปแบบการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัย 2 ส่วนคือ 1) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์จากปัจจัยภายในตนเอง 2) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์จากปัจจัย ภายนอกตนเอง กรอบหลักคิดของโมเดลมดเกิดมาจากการศึกษาที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านเป็นอาสาสมัครทางสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ดูแลด้านสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน เป็นทีมงานสาธารณสุขที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดมีจำนวนมากที่สุดและพบเจอปัญหามากที่สุด เช่นกันซึ่งแม้จะพบเจออุปสรรคอย่างไร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก็จะต้องทำงานที่ได้รับ มอบหมายให้สำเร็จเสมอ การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเปรียบเหมือนมดงานที่ ต้องทำงานหาอาหารมาเก็บกักตุนไว้ใช้ตลอดปีไม่ว่าพบเจออุปสรรคใด ๆ มดก็ไม่ละความพยายาม มุ่งฟันฝ่าอุปสรรคจนสำเร็จตามเป้าหมาย โดยปัจจัย 1) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์จากปัจจัยภายในตน เป็นพลังใจที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสร้างขึ้นเองโดยฝึกคิดเชิงบวกต่อการทำงานทุ่มเท ทำงานเต็มที่ ไม่ลดละความพยายาม มีปัญหาอุปสรรคแก้ไขจนประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย 2) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์จากปัจจัยภายนอกตนเองเป็นพลังใจที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สร้างขึ้นจากการได้รับการชื่นชม ยกย่อง สนับสนุนจากบุคคลที่ใกล้ชิด และกลุ่มบุคคลอื่น หน่วยงาน และทีมงาน เพื่อเอื้ออำนวยและสนับสนุนทำให้ตนเกิดแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำงานให้เกิดผล สำเร็จในที่สุด ปัญหาและอุปสรรคที่พบได้แก่ภาระงานที่เพิ่มขึ้น และยังขาดความร่วมมือจาก ประชาชนในบางพื้นที่ แนวทางแก้ปัญหาได้ ใช้วิธีการสื่อสาร ทำความเข้าใจกับประชาชนให้มากที่สุด หลากหลายรูปแบบ ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์เป็นแนวทางให้ผู้เกี่ยวข้องด้านบริหารจัดการ สุขภาพชุมชนได้นำไปสร้างระบบการจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำงาน ให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุดเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการทำงานต่อไป

ปรเมษฐ์ จินา และคณะ (2559) ได้ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารจัดการของ โรงเรียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: กรณีโรงเรียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บ้านสี่แยกสวนป่า พบว่า 1) บริบทของโรงเรียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแหล่งเรียนรู้ที่ประยุกต์ให้เป็นฐานเรียนรู้หรือห้องเรียนที่สามารถเรียนรู้ได้จากของจริง เข้าใจได้ง่าย เป็นรูปธรรมกระจายอยู่รอบ ๆ บริเวณโรงเรียน สอดรับกับธรรมชาติภายในบริเวณโรงเรียนอย่างสมดุล 2) รูปแบบการบริหารจัดการที่ประสบผลสำเร็จคือ ภาวะผู้นำของผู้บริหารโรงเรียนที่มีความมุ่งมั่น เสียสละ มองประโยชน์ของชาวบ้านเป็นหลักมีการทำงานแบบมีส่วนร่วม และมีการทำงานเป็นกลุ่มการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การมีใจที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยกัน มีการเอาแบบอย่างที่ดีมาประยุกต์ใช้จากการเรียนรู้และการศึกษาดูงานและสร้างแบบอย่างการให้แรงจูงใจในเชิงสร้างสรรค์ มีบุคคลต้นแบบในการสร้างสุขภาพ การทำงานโดยจิตอาสา ทำงานด้วยจิตวิญญาณ ทำงานที่มีใจรัก การแสดงบทบาทครูพี่เลี้ยง การสอนงาน การถ่ายทอดภูมิปัญญาที่มีอยู่และส่งเสริมให้มีการลงมือทำ เมื่อทำแล้วต้องทำอย่างจริงจังและต่อเนื่องและมีเครื่องมือที่เหมาะสมและทันสมัยเข้ากับบริบทของพื้นที่สรุปเป็นรูปแบบเรียกว่า TERAWAT model และ 3) คณะกรรมการพัฒนาโรงเรียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยืนยันความถูกต้องและเหมาะสม ตรงกับที่ได้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก ฟังพอใจ และภาคภูมิใจในรูปแบบที่สร้างขึ้น

คมสันต์ ธงชัย และสุชาดาภณี บุญจรัส (2560) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ประชากรที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ประกอบด้วย คนในพื้นที่ดั้งเดิมและคนต่างถิ่นแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มข้าราชการและพนักงานของรัฐ 2) กลุ่มชุมชนดั้งเดิม อาชีพค้าขาย รับจ้างเกษตรกร และ 3) กลุ่มนักศึกษาและแรงงานภาคอุตสาหกรรมที่อาศัยอยู่ตามหอพัก สภาพชุมชนทั่วไปจัดเป็นชุมชนกิ่งเมืองกิ่งชนบท เพราะได้รับอิทธิพลจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว เนื่องจากวิถีชีวิตของคนในชุมชนกับช่วงเวลาทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่ตรงกันทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่สามารถเข้าถึงชุมชนกลุ่มเป้าหมายได้ รวมถึงชุมชนรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ สะดวกขึ้น จึงทำให้ความจำเป็นในการรับข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านน้อยลง ประกอบกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน มีทัศนคติไม่ดีต่อการทำงานและยังคงใช้เทคนิคการทำงานแบบเดิมส่งผลให้การดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เกิดปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชน โรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเต็มที่ และยังสามารถพัฒนารูปแบบ TAMI Line model สำหรับการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประกอบด้วย 1) Team coaching คือ การทำงานเป็นทีมและใช้ระบบพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเก่าดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่ 2) Area working คือ การจัดเขตพื้นที่ทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามสภาพ

ของกลุ่มประชากร 3) Meeting คือการประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกวันอาทิตย์ แทนวันทำการ 4) Public information คือ การจัดการฐานข้อมูลประชาชนเพื่อเชื่อมโยงกิจกรรมการใช้สื่อสาธารณสุขกับผังความรับผิดชอบของแต่ละครัวเรือน และ 5) Line connection คือ การสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ (Line) เพื่อการสื่อสารที่เข้าใจตรงกันในเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งรูปแบบที่นำเสนอสามารถพัฒนาศักยภาพแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความมั่นใจในตัวเอง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการปฏิบัติงานในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท

กุลชญา ลอยหา และคณะ (2560) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างศักยภาพบทบาทของนักจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลบุเปือย อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจบทบาทนักจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรู้โรคเรื้อรังในชุมชน ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ ตำบลจัดการสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความสัมพันธ์ของความรู้ความเข้าใจบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นนักจัดการสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในชุมชน และทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. 2 ส. กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ ตำบลจัดการสุขภาพ พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นนักจัดการสุขภาพ ในประเด็นการเป็นนักจัดการสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. และการถ่ายทอดองค์ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ ตำบลจัดการสุขภาพ ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในชุมชน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ ตำบลจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในส่วนตัวทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. 2 ส. นั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้าน/ ตำบลจัดการสุขภาพ

พรฤดี นิธิรัตน์, ดารารวรรณ รองเมือง, เพ็ญญา พิสัยพันธุ์, ศรีสกุล ฉะบับแหลม และจันทร์เพ็ญ อามพัฒน์ (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่การเป็นนักจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ชั้นประสบการณ์ 2) ชั้นการสะท้อนและอภิปราย 3) ชั้นความคิดรวบยอด และ 4) ชั้นการทดลอง/ การประยุกต์แนวคิด กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดการเรียนรู้และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต และเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร่วมแสดงความคิดเห็น และเรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วยและชุมชน นอกจากนี้

ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้ง 4 ขั้นตอน ต้องมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความรู้ ทักษะ และเกิดทักษะการปฏิบัติ สามารถประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจะให้ความสำคัญกับการนำประสบการณ์เดิมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบทบาทการเป็นผู้ให้การดูแลสุขภาพมาพัฒนาให้เป็นนักจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน

นาฎยา นุชนารถ, ศิริชัย เพชรรักษ์ และสุเทพ เชาวลิต (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า สภาพปัจจุบันของการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ขาดสมรรถนะด้านการทำบัญชีและมีอายุมาก สำเร็จการศึกษาในระดับไม่สูงมากนัก การทำงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้กำกับดูแลเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นด้วยปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือเนื่องจากยังไม่มั่นใจในการทำงาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การทำงานขาดการบันทึกที่ถูกต้อง และขาดหลักฐานในการดำเนินงาน หน่วยงานต่าง ๆ มอบหมายงานให้มากเกินไป รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี ต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานเชิงรุก 4 ด้าน 4 หลักการ ซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จ

นพพันธ์ ชัยภูมิ และวิลาวัลย์ ชมนิรัตน์ (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ชุดข้อมูลที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้ในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบไปด้วยข้อมูลและกระบวนการจัดการข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยข้อมูล ได้แก่ 1) ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว 2) ข้อมูลความรู้จากการอบรม 3) ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีกระบวนการจัดการชุดข้อมูล ได้แก่ 1) การเรียนรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 2) การเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงและจากการอบรมทางวิชาการ และ 3) การนำใช้ข้อมูลที่ได้จากการเรียนรู้และเปรียบเทียบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีข้อเสนอแนะ 1) ควรศึกษาในพื้นที่ระดับตำบลที่มีบริบทแตกต่างจากการวิจัยครั้งต่อไป 2) พัฒนากระบวนการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เหมาะสมกับการทำงานและบริบทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยเน้นการปฏิบัติจริง และ 3) พัฒนาเครื่องมือประเมินผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมกับบริบทและองค์ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อมรพันธุ์ สมร, สืบตระกูล ตันตลานุกุล และกิตติพร เนาว์สุวรรณ (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการตรวจคัดกรองโรค

ชิมเศร้า ตำบลสรอย อำเภอวังซัน จังหวัดแพร่ พบว่า 1) บริบทชุมชนเป็นชุมชนชนบท ในปี พ.ศ. 2560 ผลการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 50.0 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง มีความสามารถในการโน้มน้าวชักจูงใจอยู่ในระดับต่ำ และไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินทักษะในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าทุกกิจกรรม 2) กระบวนการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การวางแผนปฏิบัติงาน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนการปฏิบัติงาน 3) ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเรื่องโรคซึมเศร้าหลังได้รับการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านความสามารถในการโน้มน้าวชักจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังได้รับการสอน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการโน้มน้าวชักจูงใจหลังการสอน สูงกว่าก่อนการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าหลังการสอนสูงกว่าก่อนการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ศิวพร สุนทรวิงศ์, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สุรีย์ จันทรมลิต และมยุรา ศรีสุภนันต์ (2562) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการเพิ่มประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลนครตรัง จังหวัดตรัง พบว่า 1) ปัจจัยการปฏิบัติงานส่งผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานไม่ส่งผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) รูปแบบการเพิ่มประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลนครตรัง จังหวัดตรัง ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล จำนวน 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน “รู้เขารู้เรา” กิจกรรมคู่มือดี “เพื่อนช่วยเพื่อน” ในการปฏิบัติงาน และการเสริมสร้างกำลังใจในการทำงาน ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานจำนวน 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการอบรม/ฟื้นฟู “ติดอาวุธทางปัญญา” เกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่ขาดทักษะการสื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์ “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านศูนย์ 3” และปัจจัยด้านการสนับสนุนจำนวน 4 กิจกรรม ได้แก่ การมอบหมายงาน จัดให้มีวัสดุ/ อุปกรณ์ในการปฏิบัติงานให้มากขึ้น สร้างคู่มือการปฏิบัติงานให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการนิเทศติดตามเพื่อช่วยเหลือเน้น “ไขปัญหาที่คาใจ” 3) ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังการทดลองใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ควรพัฒนาความรู้ทักษะเพิ่มเติมให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง และควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมหรือเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้เกิดความตระหนักในหน้าที่และเห็นคุณค่าในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากยิ่งขึ้น

ผลงานวิจัยในต่างประเทศ

Cherrington et al. (2008) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้รูปแบบผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนเพื่อการจัดการโรคเบาหวาน: การใช้วิธีเชิงผสมผสานเพื่อประเมินการดำเนินงานและประสิทธิผล พบว่า บทบาทผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน (Community Health Workers: CHWs) มี 5 ด้านคือ การให้ความรู้ (Educator) การจัดการดูแลผู้ป่วย (Case manager) ต้นแบบหรือตัวอย่างที่ดี (Role model) ผู้อำนวยการความสะอาดในการจัดทำโปรแกรม (Program facilitator) และผู้ให้การสนับสนุนหรือผู้ให้ความช่วยเหลือ (Advocate) โดยบทบาท ความรับผิดชอบ และการฝึกอบรมแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละโปรแกรม ผลลัพธ์ที่ได้รับแตกต่างกันไปตั้งแต่มาตรการทางสรีรวิทยา พฤติกรรมสุขภาพ มาตรการการใช้ประโยชน์ด้านการดูแลสุขภาพ และค่าใช้จ่าย

Braun, Catalani, Wimbush & Israelski (2013) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนและเทคโนโลยีโทรศัพท์เคลื่อนที่: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน (Community Health Workers: CHWs) ได้ใช้เทคโนโลยีโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานเพื่อก้าวไปสู่เป้าหมายด้านสุขภาพที่หลากหลายทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพแม่และเด็ก เอชไอวี/เอดส์และเพศสัมพันธ์ และอนามัยเจริญพันธุ์ ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนใช้เทคโนโลยีโทรศัพท์เคลื่อนที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามข้อมูลสุขภาพ รับแจ้งเตือนและใช้แจ้งเตือน ใช้อำนวยความสะดวกในการให้สุขศึกษา และใช้ในการสื่อสารแบบบุคคลต่อบุคคล ความพยายามในการเขียนโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างการมุ่งเน้นการให้บริการด้านสุขภาพในการปรับปรุงการปฏิบัติตามมาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติงาน การฝึกอบรม และการศึกษาชุมชน และการเขียนโปรแกรมภาวะผู้นำและการจัดการการปฏิบัติ ผลงานวิจัยอื่น ๆ เป็นการประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมที่แสดงให้เห็นว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าโทรศัพท์มือถือเป็นเครื่องมือช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนสามารถปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และเพิ่มความสามารถในการติดตามตรวจสอบโปรแกรม

Naimoli, Frymus, Wuliji, Franco & Newsome (2014) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน “โมเดลเชิงตรรกะ”: สู่ทฤษฎีของการเพิ่มการปฏิบัติงานในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง พบว่า โมเดลตรรกะทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน ระบุว่า การปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนที่ดีที่สุดคือ ฟังก์ชันของการสร้างโปรแกรมผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนมีคุณภาพสูง ซึ่งจะสร้างเสริมความยั่งยืนและนำไปสู่ระบบชุมชนที่เข้มแข็งและการสุขภาพที่ดี ซึ่งควรระดมปัจจัยนำเข้าและสร้างกระบวนการที่จำเป็นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้านประสิทธิภาพอย่างเต็มที่ ปัจจัยหลายตัวตามบริบทสามารถส่งผลต่อการสร้างโปรแกรมผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน การทำงานของระบบ และผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า รูปแบบการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในต่างประเทศมีรูปแบบการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน (Community Health Workers: CHWs) ได้แก่ รูปแบบผู้จัดโครงการส่งเสริมสุขภาพหรือประชาชนทั่วไปที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข รูปแบบสมาชิกทีมผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ รูปแบบผู้ประสานงานการดูแลหรือนักจัดการ รูปแบบนักศึกษา รูปแบบการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และการลงทะเบียน และรูปแบบนักจัดการชุมชนและการสร้างสมรรถนะ (HRSA, 2011) รูปแบบการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนเฉพาะด้านหรือเฉพาะโรค (Cherrington et al., 2008) โมเดลเชิงตรรกะของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน (Naimoli et al., 2014) รูปแบบสภาพแวดล้อมในการทำงาน (Jaskiewicz & Tulenko, 2012) รวมถึงการใช้เทคโนโลยีโทรศัพท์เคลื่อนที่ (สมาร์ทโฟน) เป็นเครื่องมือช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนสามารถปรับปรุงคุณภาพการดูแล เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และเพิ่มความสามารถในการติดตามตรวจสอบผลการดำเนินงาน (Braun et al., 2013) ซึ่งรูปแบบการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนในต่างประเทศมีความแตกต่างกันตามฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศ วัฒนธรรม ประเพณี และบริบทของแต่ละประเทศ ประกอบกับลักษณะการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนในต่างประเทศมีความแตกต่างกันกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย ดังนั้น การนำรูปแบบการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนในต่างประเทศมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยต้องมีการปรับปรุง พัฒนา และประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยด้วย

ส่วนในประเทศไทยมีรูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โมเดลสมการโครงสร้างพหุระดับ และรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะด้าน ได้แก่ รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ทัศนพร ชูศักดิ์, 2554) การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยการเสริมสร้างพลังที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน (รุ่ง วงศ์วัฒน์ และคณะ, 2556) การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน (ยุพิน หงษ์วะชิน และคณะ, 2556) การเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขในการจัดการขยะที่สอดคล้องกับภูมิสังคมของชุมชนชาวเขาอย่างยั่งยืน (อิสราภาพมาเรื่อน และคณะ, 2556) รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (รัตนะ บัวสนธ์ และคณะ, 2555) โมเดลสมการโครงสร้างพหุระดับ ประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (วรเดช ช่างแก้ว และคณะ, 2557) รูปแบบการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือร่างโมเดลมด (นวิสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์, 2558) รูปแบบการบริหารจัดการของโรงเรียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านหรือ TERAWAT model (ปรเมษฐ์ จินา และคณะ, 2559) รูปแบบ TAMILine model สำหรับการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (คมสันต์ ธงชัย และสุชาติตามณี บุญจรัส, 2560) ซึ่งรูปแบบการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศไทย มีความแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่นั้น ๆ มีลักษณะเฉพาะด้านที่มีความเฉพาะเจาะจงกับประเด็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีรูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นมาตรฐานกลาง มีความครอบคลุมการปฏิบัติงานในทุกด้าน และมีรูปแบบที่ชัดเจน พร้อมทั้งให้มีการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 เป็นแนวทางการปฏิบัติงานที่สำคัญในปัจจุบัน โดยที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานแน่นอนอย่างน้อยหนึ่งวันต่อสัปดาห์หรืออย่างน้อยสี่วันต่อเดือน มีการปฏิบัติงานจริง และรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ อสม. 1 โดยมีประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับหมู่บ้านหรือชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้ตรวจสอบและรับรองรายงานผลการปฏิบัติงาน เข้าประชุมและหรืออบรมเพิ่มพูนความรู้อย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อเดือนในเรื่องที่เป็นความจำเป็นตามสภาพปัญหาของชุมชน หรือตามช่วงปฏิทินการรณรงค์ของกระทรวงสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสรุปรายงานการประชุมไว้ทุกครั้ง (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562, 2562, 21 มีนาคม) ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ อบรมเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง และได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงนับได้ว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความรู้ความสามารถหรือบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสานขั้นสูง (Advanced mixed methods research designs) แบบการประเมินผลหลายขั้นตอน (Multistage evaluation design) โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

รูปแบบการวิจัย

กระบวนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีมุมมอง แนวความคิด และความเชื่อในกระบวนการแบบปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ที่เชื่อว่าความรู้ที่มีอยู่หากไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้จะไร้ค่า สามารถใช้วิธีวิจัยแบบใดก็ได้ที่ตอบคำถามการวิจัยได้ดีที่สุด และข้อมูลเพียงวิธีการเดียวไม่สามารถอธิบายรายละเอียดของสถานการณ์นั้นได้ การผสมผสานเทคนิคทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจะทำให้เกิดความสมบูรณ์ของข้อมูล ซึ่งเป็นการผสมผสานวิธีวิจัยที่เน้นผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มุ่งการแก้ปัญหามากกว่าการติดยึดวิธีวิจัย มีการใช้การเก็บข้อมูลหลากหลายวิธี และมุ่งให้เกิดการปฏิบัติในโลกจริง (Creswell, 2014) กระบวนการแบบปฏิบัตินิยมมีมุมมองประเด็นเชิงปรัชญาที่เกี่ยวข้องกัน 3 ด้านคือ 1) ภาววิทยา (Ontology) เป็นการแสวงหาความจริงที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และมุ่งผลลัพธ์จากการปฏิบัติ 2) ญาณวิทยา (Epistemology) ยอมรับธรรมชาติของความจริงทั้งปฏิฐานนิยม (Positivism) และปรากฏการณ์นิยม (Constructivism) ความรู้ที่ถูกต้องมาจากแบบปรวิสัย (Objectivity) และอัตวิสัย (Subjectivity) และการให้เหตุผลแบบนิรนัย (Deduction) และแบบอุปนัย (Induction) และ 3) วิธีการ (Method) ให้ความสำคัญกับปัญหาในโลกแห่งความเป็นจริง และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง มุ่งการแก้ปัญหามากกว่าการติดยึดวิธีวิจัย โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มาผสมผสานร่วมกันและมีการใช้การเก็บข้อมูลหลากหลายวิธี

จากกระบวนการข้างต้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) เนื่องจากผลการวิจัยจากการวิจัยเชิงผสมผสานสามารถเสริมต่อกันโดยใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งอธิบายขยายความผลการวิจัยอีกวิธีหนึ่งช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากกว่าการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพเพียงรูปแบบเดียว การใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งไปช่วยพัฒนาการวิจัยอีกวิธีหนึ่งหรือการใช้ผลการวิจัยวิธีหนึ่งไปตั้งคำถามการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดเด่นในตนเอง

สามารถนำจุดเด่นมาใช้ในการแสวงหาความรู้ความจริงได้ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น การวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดด้อยในตนเอง ผู้วิจัยสามารถใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงปริมาณมาแก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงคุณภาพ ขณะเดียวกันอาจใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้แก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงปริมาณ และสามารถนำผลผลิตจากการวิจัยเชิงผสมผสานมาสร้างความรู้ความจริงที่สมบูรณ์สำหรับใช้ในการปรับเปลี่ยนทฤษฎีหรือการปฏิบัติงาน (ภัทราวดี มากมี, 2559) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสานขั้นสูง (Advanced mixed methods research designs) แบบการประเมินผลหลายขั้นตอน (Multistage evaluation design) (Creswell, 2015) เป็นการวิจัยที่มีหลายช่วงหลายรูปแบบการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดำเนินการศึกษาในระหว่างการประเมินความสำเร็จของการนำโปรแกรมหรือกิจกรรมไปปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ โดยมีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ผล และการสรุปผลตามช่วงเวลาการดำเนินการวิจัยแต่ละช่วงหรือตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งในแต่ละขั้นตอนสามารถเป็นตัวแทนของการศึกษาเดี่ยวได้ ภายในการศึกษานี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นระยะการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบคู่ขนาน (Convergent design) ระยะการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (Exploratory sequential design) และระยะการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two - group, Pretest - Posttest design) ตามลำดับ

ระยะการวิจัย

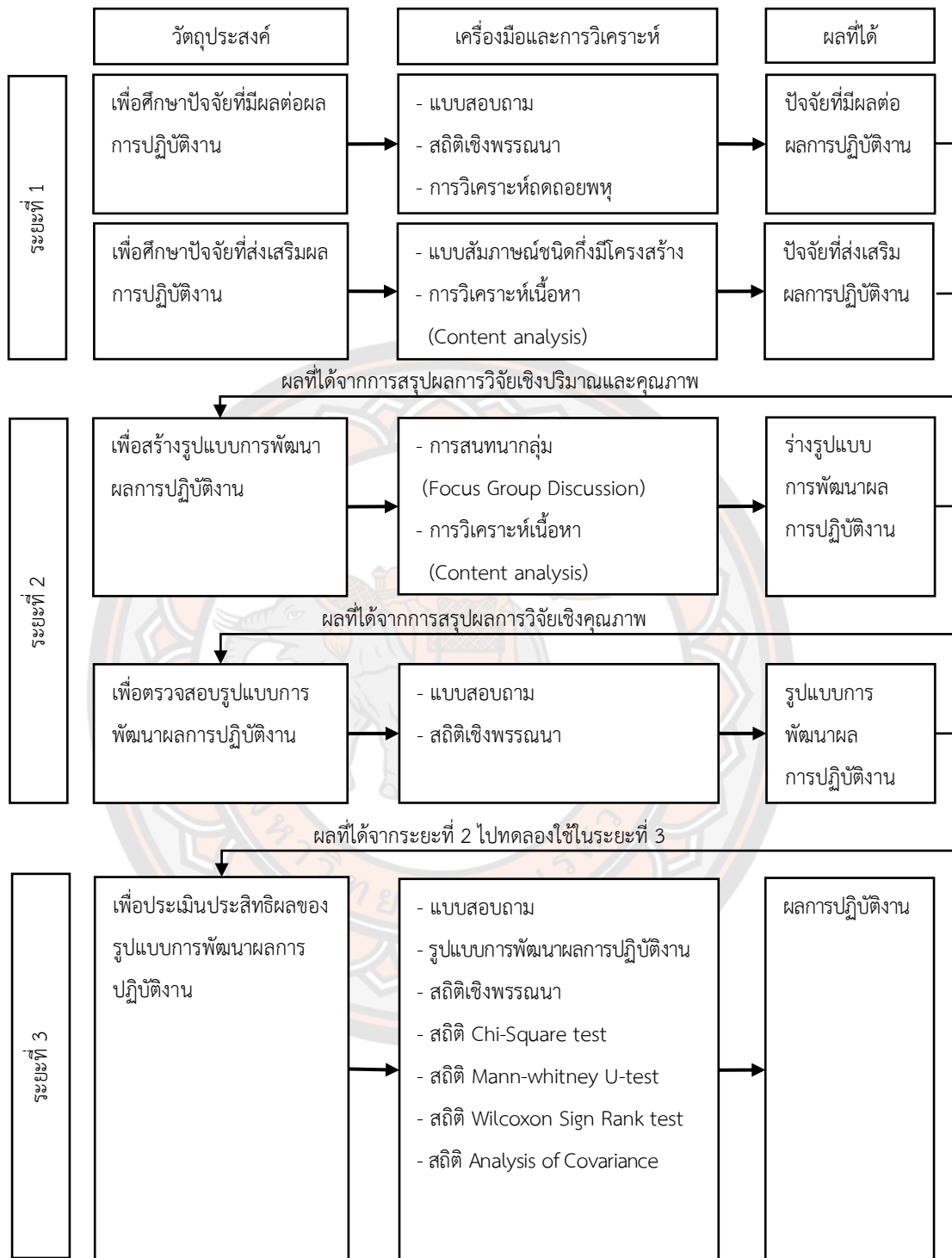
การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งระยะการวิจัยออกเป็น 3 ระยะตามกระบวนการวิจัยดังต่อไปนี้

1. การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

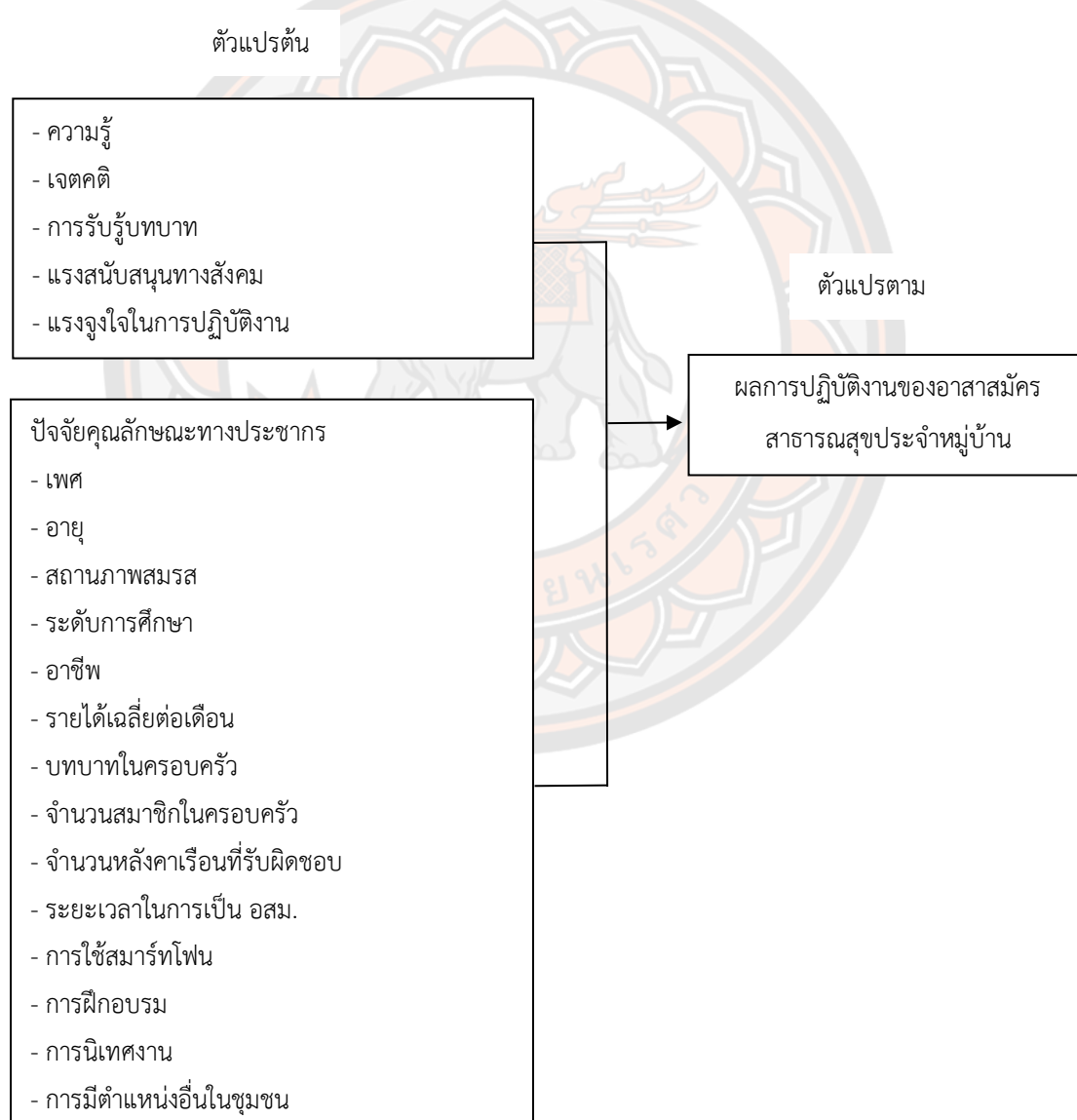
3. การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สามารถเขียนขั้นตอนการวิจัยได้ดังภาพ 1 ซึ่งขั้นตอนการวิจัยมีทั้งหมด 3 ระยะ ดังนี้



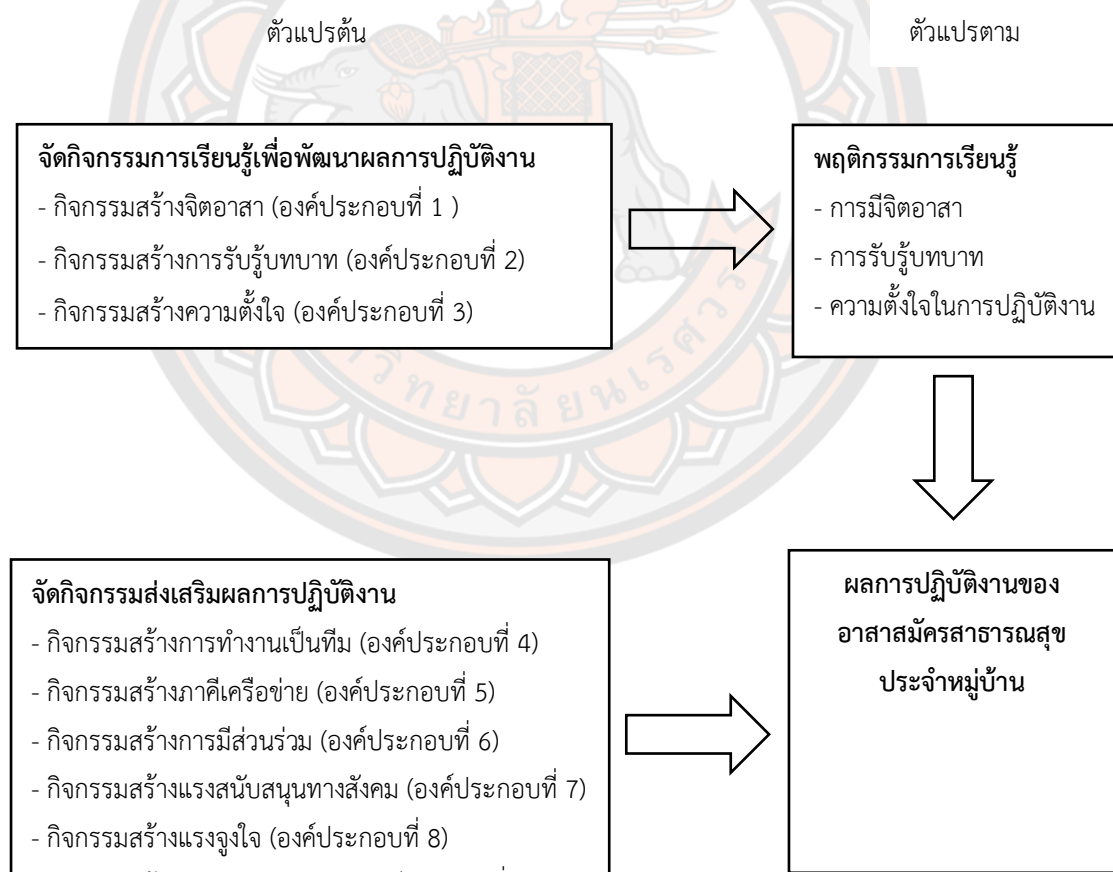
ภาพ 1 แสดงขั้นตอนการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ การรับรู้ บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การใช้สมาร์ทโฟน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การฝึกอบรม การนิเทศงาน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้น การวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1

การนำรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาผลการปฏิบัติงาน ได้แก่ กิจกรรมสร้างจิตอาสา (องค์ประกอบที่ 1) กิจกรรมสร้างการรับรู้บทบาท (องค์ประกอบที่ 2) และกิจกรรมสร้างความตั้งใจ (องค์ประกอบที่ 3) ในสัปดาห์ที่ 1 - 4 และจัดกิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน ได้แก่ กิจกรรมสร้างการทำงานเป็นทีม (องค์ประกอบที่ 4) กิจกรรมสร้างภาคีเครือข่าย (องค์ประกอบที่ 5) กิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วม (องค์ประกอบที่ 6) กิจกรรมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม (องค์ประกอบที่ 7) กิจกรรมสร้างแรงจูงใจ (องค์ประกอบที่ 8) และกิจกรรมสร้างการยอมรับนับถือ (องค์ประกอบที่ 9) ในสัปดาห์ที่ 1 - 4 ดังนั้นการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพ 3 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 3

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิจัยระยะนี้ เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบคู่ขนาน (Convergent design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยดำเนินการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (การวิจัยเชิงปริมาณ) พร้อมกันกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (การวิจัยเชิงคุณภาพ) ซึ่งให้ความสำคัญการวิจัยทั้ง 2 แบบเท่าเทียมกัน และนำผลมารวมกัน (Merge) ในช่วงการแปลผลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องหรือทำให้ผลการวิจัยสมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งจะนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ไปใช้ในระยยะถัดไป

ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุโขทัย จำนวน 12,835 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งได้จกคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณการค่าเฉลี่ยประชากร (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2558) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 598 คน

$$n = \frac{NZ\alpha\sigma^2}{NE^2 + Z\alpha\sigma^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

Z = ค่า Z ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05, ทดสอบ 2 ทาง (Z = 1.96)

E = ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (E = 0.05)

σ^2 = ค่าแปรปรวนของประชากร คำนวณจากกำลังสองของส่วนเบี่ยงเบน

การปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($S^2 = 155.25$) (ยุทธนา แยกคาย, 2561)

แทนค่า

$$N = \frac{12,835(1.96^2)(155.25)}{12,835(0.05^2) + (1.96^2)(155.25)}$$

$n = 598$ คน

โดยทำการสุ่มตัวอย่างสำรองไว้ ร้อยละ 10 รวมจำนวน 658 คน

1.3 การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling technique) ดังนี้

1.3.1 เรียงลำดับรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ชื่ออำเภอ และชื่อตำบลเรียงตามลำดับตัวอักษร ก - ฮ และเรียงลำดับเลขหมู่บ้านเรียงจากน้อยไปหามาก

1.3.2 กำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกหน่วยในประชากร

1.3.3 หาอัตราส่วน (k) ระหว่างประชากร (N) และขนาดตัวอย่าง (n) ได้เท่ากับ 20 หมายความว่าจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุก ๆ 20 คน จะได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 คน

แทนค่า

$$k = \frac{N}{n}$$

$$k = \frac{12,835}{658}$$

$$k = 20$$

1.3.4 สุ่มตัวอย่างเพื่อกำหนดกลุ่มตัวอย่างคนแรก (R) ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากกลุ่มตัวอย่างหมายเลข 1 - 20 มาหนึ่งหมายเลขได้ 15

1.3.5 หมายเลขของกลุ่มตัวอย่างคนต่อไปจะถูกกำหนดอย่างเป็นระบบโดยการรวมอัตราส่วนที่ได้จากข้อ 1.3.3 กับหมายเลขกลุ่มตัวอย่างเริ่มต้นที่ข้อ 1.3.4 ($R, R+k, R+2k, R+3k, \dots, R+nk$) เช่น กลุ่มตัวอย่างที่มีหมายเลข 15, 35(15+20), 55(35+20), 75(55+20), ..., 15+n20 เป็นต้น จนได้ขนาดตัวอย่างรวมจำนวนทั้งสิ้น 658 คน

1.4 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1.4.1 อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

1.4.2 มีสถานภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.4.3 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมาแล้ว 6 เดือนขึ้นไป

1.4.4 ยินดีให้ข้อมูล

1.5 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1.5.1 มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

1.5.2 ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างคือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การใช้สมาร์ทโฟน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน การฝึกอบรม การนิเทศงาน และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้าน 1) การส่งเสริมสุขภาพ 2) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค 3) การฟื้นฟูสุขภาพ และ 4) การคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นปลายปิด แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบแบบถูก - ผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน และถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 เจตคติ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเจตคติด้าน 1) การส่งเสริมสุขภาพ 2) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค 3) การฟื้นฟูสุขภาพ และ 4) การคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 17 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 การรับรู้บทบาท ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับบทบาทด้าน 1) การส่งเสริมสุขภาพ 2) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค 3) การฟื้นฟูสุขภาพ และ 4) การคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 18 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับสนับสนุนด้านอารมณ์/ความรู้สึก ด้านการประเมินคุณค่า ด้านทรัพยากร และด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับคือ เพียงพอ ไม่เพียงพอ และไม่เคยได้รับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

ส่วนที่ 6 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจ 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ ความสำเร็จในการทำงาน การยอมรับนับถือ โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน ลักษณะงาน และความรับผิดชอบ และ 2) ปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ เงินเดือนหรือค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพในการทำงาน นโยบายและการบริหารงาน ความมั่นคงในงาน และ วิธีปกครองบังคับบัญชา จำนวน 50 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ

ส่วนที่ 7 ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการแสดงออกถึงความรู้ เจตคติ และการลงมือปฏิบัติด้าน 1) การส่งเสริมสุขภาพ 2) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค 3) การฟื้นฟูสุขภาพ และ 4) การคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่เคย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ

3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้วัดปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 ทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น โดยศึกษารายละเอียดจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถามให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัย

3.3 สร้างข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยพิจารณาจากนิยามศัพท์ และวัตถุประสงค์ของการวิจัย นำมากำหนดการให้คะแนนสำหรับคำตอบแต่ละข้อ

3.4 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องของภาษา และปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำ

3.5 การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษา ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item - Objective Congruence: IOC) จำนวน 5 คน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 3 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านงานสุขภาพภาคประชาชน จำนวน 2 คน โดยเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

- ให้ +1 = แนใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย
 ให้ 0 = ไม่แนใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย
 ให้ -1 = แนใจว่าไม่สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัยจากสูตรของ (Rovinelli & Hambleton, 1977) ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

$\sum R$ = ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item - Objective Congruence: IOC) ของข้อคำถามในแบบสอบถามทุกข้อ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.6 – 1.0 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ เกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อ ให้มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป แต่ถ้าได้ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ต้องพิจารณาแก้ไขปรับปรุง หรือตัดทิ้ง (Rovinelli & Hambleton, 1977)

3.6 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 โดยใช้สูตร KR - 21 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้ เท่ากับ 0.704 และแบบสอบถามส่วนที่ 3 - 7 โดยใช้สูตรประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเจตคติ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เท่ากับ 0.837, 0.940, 0.877, 0.955 และ 0.978 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาความเชื่อถือว่าได้ ควรจะมากกว่า 0.70 (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2558)

3.7 จัดทำแบบสอบถามเป็นฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปเก็บข้อมูลกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัยต่อไป

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีวิธีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

4.1 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลตามหนังสือบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ อว 0603.02/1921 เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลวิจัยเพื่อการวิจัย ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2562

4.2 ผู้วิจัยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและฝึกทักษะการเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เทศบาลเมืองสุโขทัยธานี และเทศบาลเมืองสวรรคโลก เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

4.3 ส่งแบบสอบถามที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ในแบบสอบถามจะมีคำชี้แจงการทำแบบสอบถามและขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม พร้อมทั้งเขียนชี้แจงถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ไว้ที่แบบสอบถามทุกฉบับให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป เทศบาลเมืองสุโขทัยธานี และเทศบาลเมืองสวรรคโลก ช่วยเก็บข้อมูล

4.4 ประสานงานการเก็บรวบรวมข้อมูลรายอำเภอ โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ช่วยรวบรวมแบบสอบถามจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในเขตรับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปเป็นผู้ช่วยรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเขตรับผิดชอบ และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของเทศบาลเมืองสุโขทัยธานีและเทศบาลเมืองสวรรคโลกเป็นผู้ช่วยรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเขตรับผิดชอบ กำหนดส่งแบบสอบถามคืนผู้วิจัย ภายใน 2 สัปดาห์

4.5 แบบสอบถามที่ไม่ได้รับคืน ผู้วิจัยตรวจสอบจากรหัสแบบสอบถามแล้วลงเก็บข้อมูลด้วยตนเองและประสานงานช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลกับประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับหมู่บ้านหรือระดับตำบลหรือระดับอำเภอ แล้วแต่กรณี

4.6 หลังจากที่ได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการวิจัย ดังนี้

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การใช้สมาร์ทโฟน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

5.2 การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

5.3 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมุติฐาน

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 17 คน

1.1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ โรงพยาบาล/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลเมือง/ เทศบาลตำบล/ องค์การบริหารส่วนตำบล) จำนวน 10 คน

1.1.3 ผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น จำนวน 12 คน

1.1.4 สมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 11 คน

1.2 การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบกรณีหลากหลาย (Maximum variation sampling) เป็นการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีขนาดเล็กแต่ครอบคลุมความหลากหลายมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ หรืออาจจะเป็นการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่ศึกษากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่แตกต่างกันในพื้นที่ที่ต่างกัน และในระยะเวลาที่ต่างกัน (Miles & Huberman, 1994)

1.3 เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1.3.1 อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

1.3.2 ยินดีให้ข้อมูล

1.4 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1.4.1 มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

1.4.2 ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง โดยทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเพื่อวิเคราะห์สกัดหาตัวอย่างคำถาม/ ตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ หลังจากนั้นจึงนำมาสร้างแบบสัมภาษณ์ชนิด

กึ่งมีโครงสร้าง ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีแนวคำถามโดยกำหนดประเด็นที่ศึกษาอย่างหลวม ๆ และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบข้อความ

2.2 ผู้วิจัย (Researcher) เป็นเครื่องมือในการศึกษาต้องเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้ทั้งทางด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อดำเนินการศึกษาวินิจฉัยให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพที่จะส่งผลให้ผลการวิจัยมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ

2.3 สมุดจดบันทึก (Filed note)

3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หลังจากสร้างแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง แล้วทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง โดยการตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ มีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

3.1 ร่างแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างจากนั้นนำไปปรึกษาประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อขอข้อเสนอแนะและปรับปรุง

3.2 นำแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีผลงานเป็นที่ยอมรับจำนวน 5 คน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 3 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านงานสุขภาพภาคประชาชน จำนวน 2 คน เพื่อขอข้อชี้แนะในการปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3.3 นำแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงจากผู้เชี่ยวชาญ ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปปรึกษาประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง

3.4 ทำการทดสอบแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง โดยการทดลองสัมภาษณ์ในพื้นที่ศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น และสมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 11 คน โดยพิจารณาจากความเป็นไปได้ของการได้ข้อมูล ความเข้าใจเนื้อหา ความยากง่าย ความกำกวมของคำถาม หรือข้อสนทนา ปฏิกริยาสะท้อนกลับของผู้ให้ข้อมูลหลัก และระยะเวลาในการสัมภาษณ์ในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดให้ไม่เกิน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

3.5 นำแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างที่นำไปทดสอบมาปรับปรุงและเสนอประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อขอคำแนะนำและความเห็นชอบเพื่อความสมบูรณ์ของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation) ซึ่งมุ่งประเด็นหาข้อมูลเชิงลึกของแต่ละบุคคลจึงใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเพราะ

ข้อมูลที่ได้จะเป็นมุมมองส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลักเองและการสัมภาษณ์จะดำเนินการพร้อมกับการสังเกตทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในข้อมูลมากยิ่งขึ้น

4.1 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลตามหนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ อว 0603.02/1921 เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลวิจัยเพื่อการวิจัย ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2562

4.2 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล เทศบาลเมืองสุโขทัยธานี และเทศบาลเมืองสวรรคโลก เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลและประสานงานนัดหมายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักล่วงหน้าตามวันเวลา และสถานที่ที่จะทำการศึกษา

4.3 ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลหลัก กล่าวทักทาย สอบถามเรื่องทั่วไป อธิบายโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และขอคำยินยอมการวิจัยโดยการลงลายมือชื่อให้คำยินยอมในการวิจัยก่อนการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาประมาณ 15 - 30 นาที

4.4 อธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบ หากผู้ให้ข้อมูลหลักต้องการยุติในการให้ข้อมูลสามารถทำได้ตลอดเวลาในการให้สัมภาษณ์ และผู้วิจัยจะไม่ซักถามประเด็นการวิจัยต่อบุคคล การเก็บข้อมูลทันที โดยผู้ให้ข้อมูลหลักไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ จากโครงการวิจัย

4.5 อธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับทราบว่า ข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดจะไม่ถูกนำไปให้ผู้ใดทราบ และผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บไว้เพียงคนเดียว ทั้งนี้ เมื่อโครงการวิจัยสิ้นสุดข้อมูลทุกชนิดของผู้ให้ข้อมูลหลักจะถูกทำลายทิ้งทันที

4.6 ผู้วิจัยจะถามคำถามไปเรื่อย ๆ หากผู้ให้ข้อมูลหลักไม่ต้องการตอบหรืออยากพักก่อนสามารถกระทำได้ตลอดเวลา

4.7 เมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเสร็จ ผู้วิจัยจะกล่าวคำขอบคุณ และหากมีความไม่สบายใจเกี่ยวกับข้อมูล สามารถแจ้งผู้วิจัยได้รับทราบได้ทันที

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อหาปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

6.1 การใช้กระบวนการที่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกต ซึ่งมุ่งประเด็นหาข้อมูลเชิงลึกของแต่ละบุคคลเพื่อรวบรวมข้อมูลที่ได้จะเป็นมุมมองส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลักเอง และการสัมภาษณ์จะดำเนินการพร้อมกับการสังเกตทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในข้อมูล

6.2 การสร้างความคุ้นเคย (Rapport) กับบริบทของพื้นที่ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจในการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยก่อนที่เริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการลงสำรวจพื้นที่และทำความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนทำการเก็บข้อมูลจริง

6.3 การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้วิธีดังต่อไปนี้ ใช้ผู้ให้ข้อมูลและพื้นที่ที่หลากหลายการใช้เทคนิคถามคำถามซ้ำ การสะท้อนข้อสังเกต ข้อคิดเห็น การวิเคราะห์กรณีศึกษาทั้งทางบวกและลบ และการตรวจสอบจากข้อค้นพบหรือผลการวิจัยที่ผ่านมาจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการตรวจสอบแบบสามเส้า ดังนี้

6.3.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มาถูกต้องหรือไม่ โดยกำหนดให้ตรวจสอบข้อมูล 3 แหล่งที่มา ได้แก่ เวลา สถานที่ และบุคคล การตรวจสอบแหล่งเวลาโดยสอบถามเหตุการณ์ในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน และช่วงเวลาต่างกัน เพื่อให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้รับในช่วงเวลาต่าง ๆ นั้นเหมือนกันหรือไม่ รวมทั้งการตรวจสอบสถานที่ บุคคล โดยการสอบถามข้อมูลจากหลายพื้นที่และหลายคน

6.3.2 การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) เพื่อการตรวจสอบว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ กัน รวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน โดยในการศึกษานี้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากสัมภาษณ์เชิงลึกเชื่อมโยงผลการศึกษาระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 ควบคู่กับการค้นคว้าและทบทวนจากเอกสารรายงานต่าง ๆ และเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือมากขึ้น ได้กำหนดการซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักหลังจากสรุปผลการศึกษา เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปนั้น เที่ยงตรงตามความเป็นจริงหรือไม่ หลังจากนั้นจึงแก้ไขเป็นรายงานฉบับสมบูรณ์ต่อไป

6.3.3 การถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) เป็นการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังสถานที่อื่นที่มีคล้ายคลึงกันเปรียบเสมือนกับความตรงภายนอก (External validity) ในงานวิจัยเชิงปริมาณ ในการศึกษานี้ได้กำหนดผู้ให้ข้อมูลหลักหลากหลายพื้นที่ที่มีลักษณะครอบคลุมตามทฤษฎี รวมถึงผลการศึกษาในระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 เพื่อเข้าใจบริบทของเรื่องที่ศึกษา อธิบายปรากฏการณ์อย่างละเอียดด้วยคำถามที่สะท้อนเปรียบเทียบและความครอบคลุมทุก ๆ ด้าน เพื่อสามารถสรุปคำตอบและสร้างแนวทางอย่างชัดเจน

6.3.4 การพึ่งพาเกณฑ์ (Dependability) เป็นการใช้วิธีการหลาย ๆ วิธีในการตรวจสอบข้อมูลเปรียบเสมือนกับความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ในงานวิจัยเชิงปริมาณ ในการศึกษานี้ ได้กำหนดการใช้วิธีการหลาย ๆ วิธีที่สอดคล้อกัน (Overlapping methods) และการอธิบายรายละเอียดของวิธีวิทย์อย่างละเอียดลึกซึ้ง เพื่อให้สามารถทำวิจัยซ้ำได้

6.3.5 การยืนยันผลการวิจัย (Conformability) เป็นความสามารถในการยืนยันผลที่เกิดจากข้อมูลต่าง ๆ โดยการยืนยันผลดังกล่าวเป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์และความคิดของผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นเกณฑ์

การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (Exploratory sequential design) เพื่อสร้างและตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาใช้ในขั้นตอนที่ 1 การสร้างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (การวิจัยเชิงคุณภาพ) โดยการจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) แล้วนำผลการวิจัยไปใช้ในขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (การวิจัยเชิงปริมาณ) โดยใช้แบบสอบถามตรวจสอบร่างรูปแบบในด้านความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุม เพื่อยืนยันรูปแบบและสามารถนำไปใช้ต่อในวงกว้างต่อไป ซึ่งจะนำผลการวิจัยจากระยะที่ 2 ไปใช้ในระยะเวลาที่ 3 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ตามลำดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่ม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1.1.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 9 คน

1.1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ โรงพยาบาล/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลเมือง/ เทศบาลตำบล/ องค์การบริหารส่วนตำบล) จำนวน 9 คน

1.1.3 ผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น จำนวน 9 คน

1.2 การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเอกพันธ์ (Homogeneous sampling) เป็นการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีภูมิหลังหรือประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน มีวัตถุประสงค์ของการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มย่อยที่มีลักษณะเฉพาะในเชิงลึก (Miles & Huberman, 1994)

1.3 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1.3.1 อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

1.3.2 ยินดีให้ข้อมูล

1.4 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1.4.1 มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

1.4.2 ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามที่ผู้วิจัยใช้จุดประเด็นการสนทนา ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด เริ่มคำถามแรกเป็นการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในฐานะคนนอก จากนั้นเป็นคำถามที่ดึงกลุ่มให้เข้าใจตัวผู้ร่วมสนทนาซึ่งแนวทางดังกล่าวไม่ใช่เป็นตัวกำหนดการสนทนาว่าต้องมีประเด็นเท่าที่กำหนดเท่านั้น ในขณะดำเนินการอาจมีประเด็นใหม่ ๆ ที่ผุดขึ้นในวงสนทนา จากการจับประเด็นของผู้วิจัยจะปรับแนวทางการสนทนาไปเรื่อย ๆ ตลอดการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แน่นและลุ่มลึกขึ้นเรื่อย ๆ

2.2 ผู้วิจัย (Researcher) เป็นเครื่องมือในการศึกษา ต้องเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้ทั้งทางด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อดำเนินการศึกษาวิจัยให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพที่จะส่งผลให้ผลการวิจัยมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ

2.3 เครื่องบันทึกเสียง

2.4 สมุดจดบันทึก (Filed note)

3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หลังจากสร้างแนวทางการสนทนากลุ่มแล้วทำการตรวจสอบคุณภาพแนวทางการสนทนากลุ่ม โดยการตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.1 ร่างแนวทางในการสนทนากลุ่ม จากนั้นนำไปปรึกษาประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อขอข้อเสนอแนะและปรับปรุง

3.2 นำแนวทางการสนทนากลุ่ม ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีผลงานเป็นที่ยอมรับ จำนวน 5 คน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 3 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านงานสุขภาพภาคประชาชน จำนวน 2 คน เพื่อขอข้อชี้แนะในการปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3.3 นำแนวทางการสนทนากลุ่ม ที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงจากผู้เชี่ยวชาญ ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากนั้นนำไปปรึกษาประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง

3.4 ทำการทดสอบแนวทางการสนทนากลุ่ม โดยการทดลองสนทนากลุ่มในพื้นที่ที่ศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 9 คน โดยพิจารณาจากความเป็นไปได้

ของการได้ข้อมูล ความเข้าใจเนื้อหา ความยากง่าย ความกำกวมของคำถามหรือข้อสนทนา ปฏิบัติการสะท้อนกลับของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม และระยะเวลาในการสนทนาในการศึกษาครั้งนี้กำหนดให้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง

3.5 นำแนวทางการสนทนากลุ่มที่นำไปทดสอบมาปรับปรุงและเสนอประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อขอคำแนะนำและความเห็นชอบเพื่อความสมบูรณ์ของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ชั้นเตรียมการ

4.1.1 ศึกษาสภาพปัญหาและองค์ประกอบของรูปแบบจากการค้นคว้าเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1.2 สร้างและตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามตรวจสอบร่างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.1.3 ยกร่างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยผลการวิจัยจากระยะที่ 1 จัดองค์ประกอบ และรายละเอียดของรูปแบบตามสมมติฐาน

4.1.4 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลตามหนังสือบันทึกวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ อว 0603.02/1921 เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลวิจัยเพื่อการวิจัย ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2562

4.1.5 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลและประสานงานนัดหมายล่วงหน้า ตามวันเวลา และสถานที่ที่จะทำการศึกษา

4.1.6 จัดทำแนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามที่ผู้วิจัยใช้จุดประเด็นการสนทนา เป็นคำถามปลายเปิดที่แสดงความคิดเห็นต่อประเด็นการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.1.7 การเตรียมตัวและอุปกรณ์ นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเตรียมตัวโดยการทำ ความเข้าใจประเด็นที่ต้องการศึกษาให้ชัดเจน ศึกษาข้อมูลของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม และเตรียมอุปกรณ์ เช่น สมุด ปากกา

4.1.8 เตรียมสถานที่ ณ ห้องประชุมพระราชวิมลเมธี ชั้น 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ซึ่งเป็นสถานที่ที่สะดวกสบาย ไม่พลุกพล่าน สามารถควบคุมเสียงจากภายนอกและผู้ไม่เกี่ยวข้องได้ มีบรรยากาศเป็นกันเองเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลาย ไม่กังวล และไม่รู้สึกรังเกียจที่จะพูดและแสดงความคิดเห็น รวมถึงจัดที่นั่งเป็น

วงกลมหรือวงรีในการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ผู้ดำเนินการสนทนาสามารถสบตาในระหว่างดำเนินการสนทนา

4.2 ขั้นดำเนินการสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในการสนทนากลุ่ม ผู้ร่วมสนทนากลุ่มมาพบกันเริ่มด้วยการทำความรู้จักกันให้ทุกคนได้ผ่อนคลายและรู้สึกคุ้นเคยกันพอสมควรจากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยดำเนินการสนทนากลุ่มในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่นตามลำดับ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนา กล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนา ขอให้ทุกคนพูดได้โดยไม่กังวลเรื่องถูกผิด การรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้ และขออนุญาตให้ผู้ช่วยนักวิจัยบันทึกเทปการสนทนา หลังจากนั้นผู้วิจัยก็จุดประเด็นการสนทนาตามแนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้ดำเนินการจะคอยจับประเด็นต่าง ๆ ที่ปรากฏแล้วพยายามให้ผู้ร่วมวงสนทนาได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุด โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการทำแผนที่ความคิด (Mind mapping) และเทคนิคการใช้คำสำคัญ (Key word) เพื่อกำหนดองค์ประกอบภายในรูปแบบรวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบ อาจจะมีการปรับปรุงรูปแบบใหม่โดยการตัดองค์ประกอบหรือตัวแปรที่พบว่าไม่มีอิทธิพลหรือมาความสำคัญน้อยออกจากรูปแบบ ซึ่งจะทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นแล้วนำเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไข ซึ่งการสนทนากลุ่มครั้งนี้ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง

4.3 ขั้นสรุปหลังการสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเรียบเรียงเนื้อหา พร้อมทั้งจัดบันทึกลงสมุดจดบันทึก (Filed note) ตลอดการสนทนากลุ่ม เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการสร้างร่างรูปแบบ ปรับปรุงรูปแบบตามคำแนะนำ และสรุปร่างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

6.1 การใช้กระบวนการที่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้การสนทนากลุ่มเป็นวิธีการวิจัยที่เหมาะสม สามารถสกัดประสบการณ์ปัญหาและอุปสรรคจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักได้อย่างละเอียดช่วยให้เกิดประเด็นความคิดที่หลากหลายมีความเป็นปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระและก่อให้เกิดฉันทามติ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม และระหว่างดำเนินการจะพยายามกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลหลักแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน

6.2 การสร้างความคุ้นเคย (Rapport) กับบริบทของพื้นที่ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจในการให้ข้อมูลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยก่อนที่เริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการลงสำรวจพื้นที่และทำความคุ้นเคยกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนทำการเก็บข้อมูลจริง

6.3 การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้วิธีดังต่อไปนี้ ใช้ผู้ให้ข้อมูลและพื้นที่ที่หลากหลายการใช้เทคนิคถามคำถามซ้ำ การสะท้อนข้อสังเกต ข้อคิดเห็น การวิเคราะห์กรณีศึกษาทั้งทางบวกและลบ และการตรวจสอบจากข้อค้นพบหรือผลการวิจัยที่ผ่านมาจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการตรวจสอบแบบสามเส้า ดังนี้

6.3.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มาถูกต้องหรือไม่ โดยกำหนดให้ตรวจสอบข้อมูล 3 แหล่งที่มา ได้แก่ เวลา สถานที่ และบุคคล การตรวจสอบแหล่งเวลาโดยสอบถามเหตุการณ์ในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน และช่วงเวลาต่างกัน เพื่อให้ทราบว่าคุณสมบัติที่ได้รับในช่วงเวลาต่าง ๆ นั้นเหมือนกันหรือไม่ รวมทั้งการตรวจสอบสถานที่ บุคคล โดยการสอบถามข้อมูลจากหลายพื้นที่ และหลายคน

6.3.2 การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) เพื่อตรวจสอบว่าผู้วิจัยแต่ละคนจะได้ข้อมูลต่างกันอย่างใด ในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากผู้วิจัยแล้วได้กำหนดผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้ช่วยนักวิจัยจะได้รับการฝึกเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยก่อนออกเก็บข้อมูลจริง ด้วยเหตุผลของการใช้ผู้ช่วยนักวิจัยเนื่องจากต้องการความหลากหลายในการเก็บข้อมูลจากการใช้ผู้วิจัยคนเดียว เพื่อสร้างความแน่ใจได้ดีกว่านักวิจัยคนเดียว

6.3.3 การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory triangulation) เพื่อตรวจสอบว่า ผู้วิจัยสามารถใช้แนวคิดทฤษฎีตีความข้อมูลที่แตกต่างกันได้มากน้อยเพียงใด โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้ผสมผสานทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ผลตามต้องการ หลังจากที่ได้ข้อมูลแล้วจะลงมือตีความสร้างข้อสรุปเหตุการณ์แต่ละอย่าง และทำการตรวจสอบสามเส้าทางทฤษฎีต่าง ๆ ที่ปรากฏเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องต่อไป

6.3.4 การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) เพื่อการตรวจสอบว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ กัน รวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน โดยในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลทั้งการสนทนากลุ่มเชื่อมโยงผลการศึกษาระยะที่ 1 ควบคู่กับการค้นคว้าและทบทวนจากเอกสารรายงานต่าง ๆ และเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือมากขึ้น ได้กำหนดการซักถามผู้ให้ข้อมูลหลังจากสรุปผลการศึกษา เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปนั้นเที่ยงตรงตามความเป็นจริงหรือไม่ หลังจากนั้นจึงแก้ไขเป็นรายงานฉบับสมบูรณ์ต่อไป

6.3.5 การถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) เป็นการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังสถานที่อื่นที่มีคล้ายคลึงกันเปรียบเสมือนกับความตรงภายนอก (External validity) ในงานวิจัยเชิงปริมาณ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้กำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลาย ๆ กลุ่มที่มีลักษณะครอบคลุมตามแนวคิด

และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อเข้าใจบริบทของเรื่องที่ศึกษาอธิบายปรากฏการณ์อย่างละเอียดด้วยคำถามที่สะท้อนเปรียบเทียบและความครอบคลุมทุก ๆ ด้าน เพื่อสามารถสรุปคำตอบและสร้างแนวทางอย่างชัดเจน

6.3.6 การพึ่งพาเกณฑ์ (Dependability) เป็นการใช้วิธีการหลาย ๆ วิธีในการตรวจสอบข้อมูลเปรียบเสมือนกับความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ในงานวิจัยเชิงปริมาณ ในการศึกษาค้นคว้านี้ได้กำหนดการใช้วิธีการหลาย ๆ วิธีที่คล้องกัน (Overlapping methods) และการอธิบายรายละเอียดของวิธีวิทยาอย่างละเอียด ลึกซึ้ง เพื่อให้สามารถทำวิจัยซ้ำได้

6.3.7 การยืนยันผลการวิจัย (Conformability) เป็นความสามารถในการยืนยันผลที่เกิดจากข้อมูลต่าง ๆ โดยการยืนยันผลดังกล่าวเป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์และความคิดของผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นเกณฑ์

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 9 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ โรงพยาบาล/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลเมือง/ เทศบาลตำบล/ องค์การบริหารส่วนตำบล) จำนวน 9 คน และผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น จำนวน 9 คน รวมจำนวน 27 คน

1.2 การสุ่มตัวอย่าง ใช้เก็บข้อมูลจากหน่วยตัวอย่างทุกหน่วยในขอบเขตประชากรที่ศึกษาหรือการสำมะโนประชากร ซึ่งเป็นเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนในการวิจัยระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 1 จำนวน 27 คน

1.3 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1.3.1 อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

1.3.2 ยินดีให้ข้อมูล

1.4 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1.4.1 มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

1.4.2 ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างคือ แบบสอบถามตรวจสอบร่างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และประเภทกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นที่มีต่อร่างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเหมาะสม (Propriety) และความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ

3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ตรวจสอบร่างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 ทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น โดยศึกษารายละเอียดจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของตรวจสอบร่างรูปแบบ

3.3 สร้างข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยพิจารณาจากเกณฑ์มาตรฐานทางการศึกษา 4 หมวดมาตรฐานคือ มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility standards) มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (Feasibility standards) มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety standards) และ มาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy standards) ของคณะกรรมการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการประเมินการศึกษา (Joint Committee on Standards for Educational Evaluation) (Madaus et al., 1983)

3.4 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องของภาษา และปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำ

3.5 การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษา ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

(Index of item - Objective Congruence: IOC) จำนวน 5 คน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 3 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านงานสุขภาพภาคประชาชน จำนวน 2 คน โดยเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ให้ +1 = แนใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้ 0 = ไม่แนใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้ -1 = แนใจว่าไม่สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย (IOC) จากสูตรของ Rovinelli & Hambleton (1977) ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

$\sum R$ = ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item - Objective Congruence: IOC) ของข้อคำถามในแบบสอบถามทุกข้อ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.6 – 1.0 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ เกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อ ให้มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป แต่ถ้าได้ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ต้องพิจารณาแก้ไขปรับปรุง หรือตัดทิ้ง (Rovinelli & Hambleton, 1977)

3.6 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ โรงพยาบาล/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลเมือง/ เทศบาลตำบล/ องค์การบริหารส่วนตำบล) จำนวน 10 คน และผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น จำนวน 10 คน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง รวมจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ความคิดเห็นที่มีต่อร่างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สูตรประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.942 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาความเชื่อถือได้ควรจะมากกว่า 0.80 (กัลยา วานิชย์บัญชา และธิตา วานิชย์บัญชา, 2558)

3.7 จัดทำแบบสอบถามเป็นฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีวิธีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

4.1 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลตามหนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ อว 0603.02/1921 เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลวิจัยเพื่อการวิจัย ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2562

4.2 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนในการวิจัยระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 1 จำนวน 27 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ในแบบสอบถามจะมีคำชี้แจงการทำแบบสอบถามและขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม พร้อมทั้งเขียนชี้แจงถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ไว้ที่แบบสอบถามทุกฉบับ

4.3 หลังจากที่ได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการวิจัย ดังนี้

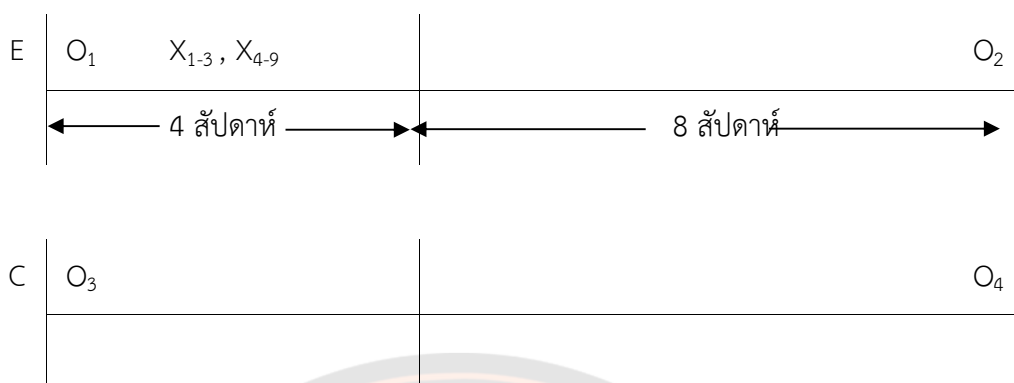
5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และประเภทกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

5.2 การวิเคราะห์ความคิดเห็นที่มีต่อร่างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเหมาะสม (Propriety) และความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group, pretest - posttest design) เพื่อทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้จากการวิจัยระยะที่ 2 ไปทดลองใช้ รายละเอียดดังแบบแผนการทดลอง

แบบแผนการทดลอง



ภาพ 4 แสดงแบบแผนการทดลอง

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการศึกษา

E หมายถึง กลุ่มทดลอง (Experiment group)

C หมายถึง กลุ่มควบคุม (Control group)

O₁ หมายถึง การวัดประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนทดลองในกลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 1

O₂ หมายถึง การวัดประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังทดลองในกลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 12

O₃ หมายถึง การวัดประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนทดลองในกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1

O₄ หมายถึง การวัดประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังทดลองในกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 12

X₁₋₃ หมายถึง จัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามองค์ประกอบที่ 1 - 4 ในสัปดาห์ที่ 1 - 4

X₄₋₉ หมายถึง จัดกิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงานตามองค์ประกอบที่ 5-9 ในสัปดาห์ที่ 1 - 4

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลวังทองแดง
อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 93 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้จากการ
คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยในการวิจัยเชิงทดลอง ชนิดกลุ่ม

ตัวอย่าง 2 กลุ่ม (ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2561) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 38 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 38 คน

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}\right)^2 \left[\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r}\right]}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

μ_1 = ค่าเฉลี่ยของตัวแปรในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 53.24 ได้มาจากค่าเฉลี่ยคะแนน ผลการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อะหลี หมานมานะ, 2557)

μ_0 = ค่าเฉลี่ยของตัวแปรในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 47.76 ได้มาจากค่าเฉลี่ยคะแนน ผลการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อะหลี หมานมานะ, 2557)

σ_1 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 9.01 ได้มาจาก ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนผลการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรคติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อะหลี หมานมานะ, 2557)

σ_2 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 7.95 ได้มาจาก ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนผลการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรคติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อะหลี หมานมานะ, 2557)

z = ค่าคะแนนมาตรฐาน

α = ค่าความผิดพลาดที่ยอมให้เกิดขึ้นจากการปฏิเสธสมมติฐานที่เป็นจริง (Type 1 error) กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 เท่ากับ 1.96

β = ค่าความผิดพลาดที่ยอมให้เกิดขึ้นจากการไม่ปฏิเสธสมมติฐานที่เป็นจริง (Type 2 error) กำหนด $\beta = 0.2$; Power $(1 - \beta) = 0.80$, $Z = 0.84$

r = อัตราส่วนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม เท่ากับ 1

แทนค่า

$$n = \frac{(1.96 + 0.84)^2 \left[9.01^2 + \frac{7.95^2}{1}\right]}{(53.24 - 47.76)^2}$$

n = 38 คน

1.3 การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

1.3.1 กลุ่มทดลองที่ศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาโชติ อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 38 คน

1.3.2 กลุ่มควบคุมที่ศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังทองแดง อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 38 คน

1.4 เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1.4.1 อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

1.4.2 มีสถานภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.4.3 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมาแล้ว 6 เดือนขึ้นไป

1.4.4 ยินดีให้ข้อมูล

1.5 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1.5.1 พันสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น เสียชีวิต ลาออก มติประชาคมให้ออก และย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น

1.5.2 มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

1.5.3 ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้และกิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างคือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การใช้สมาร์ทโฟน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน การฝึกอบรม การนิเทศงาน และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 จิตอาสา ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการเป็นจิตอาสาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating

scale) 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 การรับรู้บทบาท ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับบทบาทด้าน 1) การส่งเสริมสุขภาพ 2) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค 3) การฟื้นฟูสุขภาพ และ 4) การคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 18 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ความตั้งใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความตั้งใจในการปฏิบัติงานด้าน 1) การส่งเสริมสุขภาพ 2) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค 3) การฟื้นฟูสุขภาพ และ 4) การคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการแสดงออกถึงความรู้ เจตคติ และการลงมือปฏิบัติด้าน 1) การส่งเสริมสุขภาพ 2) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค 3) การฟื้นฟูสุขภาพ และ 4) การคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่เคย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ

3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้วัดประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 ทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น โดยศึกษารายละเอียดจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถามให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัย

3.3 สร้างข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยพิจารณาจากนิยามศัพท์ และวัตถุประสงค์ของการวิจัย นำมากำหนดการให้คะแนนสำหรับคำตอบแต่ละข้อ

3.4 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องของภาษา และปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำ

3.5 การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับ

วัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษา ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item – Objective Congruence: IOC) จำนวน 5 คน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 3 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านงานสุขภาพภาคประชาชน จำนวน 2 คน โดยเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ให้ +1 = แน่ใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้ 0 = ไม่แน่ใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้ -1 = แน่ใจว่าไม่สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย (IOC) จากสูตรของ Rovinelli & Hambleton (1977) ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

$\sum R$ = ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item - Objective Congruence: IOC) ของข้อคำถามในแบบสอบถามทุกข้อ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.6 – 1.0 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ เกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อ ให้มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป แต่ถ้าได้ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ต้องพิจารณาแก้ไขปรับปรุง หรือตัดทิ้ง (Rovinelli & Hambleton, 1977)

3.6 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 - 5 โดยใช้สูตรประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามจิตอาสา การรับรู้บทบาท ความตั้งใจ และผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เท่ากับ 0.917, 0.940, 0.980 และ 0.978 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาความเชื่อถือได้ควรจะมีมากกว่า 0.70 (กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตา วานิชย์บัญชา, 2558)

3.7 จัดทำแบบสอบถามเป็นฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปเก็บข้อมูลกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

4.1 ขั้นตอนเตรียมการ

4.1.1 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลตามหนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ อว 0603.02/1921 เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลวิจัยเพื่อการวิจัย ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2562

4.1.2 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุโขทัย เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาโชติ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังทองแดง อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

4.1.3 ติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาโชติ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังทองแดง ชี้แจงวัตถุประสงค์วิจัย วิธีดำเนินการ ระยะเวลา และแผนการดำเนินกิจกรรมแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม 2563

4.1.4 เตรียมเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

4.2 ขั้นตอนดำเนินการ

4.2.1 หลังจากได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยอธิบายอย่างละเอียดกับกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

การอธิบายอย่างละเอียดกับกลุ่มทดลองถึงขั้นตอนการทำวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

4.2.2 ในเดือนพฤษภาคม 2563 เก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบสอบถาม ในสัปดาห์ที่ 1

4.2.3 ในเดือนพฤษภาคม 2563 จัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ตามองค์ประกอบที่ 1 - 4 และกิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงานตามองค์ประกอบที่ 5 - 9 ในสัปดาห์ที่ 1 - 4

4.2.4 ในเดือนกรกฎาคม 2563 เก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 2 หลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบสอบถาม ในสัปดาห์ที่ 8

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการวิจัย ดังนี้

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การใช้สมาร์ทโฟน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

5.2 การควบคุมตัวแปรภายนอกที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการทดลองหรือตัวแปรตามให้เหลือน้อยที่สุด การวิจัยระยะนี้ใช้การควบคุมตัวแปรภายนอก แบบการจับคู่ (Match pair) เป็นการนำตัวแปรภายนอกจากผลการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาชีพ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยจัดให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอาชีพ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน เหมือนกันหรือให้คล้ายคลึงกันมากที่สุด โดยใช้สถิติ Chi - Square test

5.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจิตอาสา การรับรู้บทบาท ความตั้งใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติ Mann - whitney U - test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

5.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจิตอาสาที่เพิ่มขึ้น ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann - whitney U - test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

5.5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้บทบาท ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน โดยใช้ค่าเฉลี่ยการรับรู้บทบาทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองเป็นตัวแปรควบคุม ด้วยการใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

5.6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign Rank test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการ

พัฒนาผลการปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติ Mann - whitney U - test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

5.7 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงาน ก่อนการจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann - whitney U - test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้น ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann - whitney U - test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

5.8 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, The National and International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects (CIOMS) และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH - GCP) ชื่อโครงการ: รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิธีทบทวน: แบบเร่งรัด (Expedited Review) COA No. 479/2019, IRB No. 0428/62 วันที่รับรอง 13 กันยายน 2562 วันหมดอายุ 13 กันยายน 2563

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร อนุมัติให้ดำเนินการทำวิจัยตามโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่เสนอตามประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เรื่อง อนุมัติให้นิสิตระดับปริญญาเอกดำเนินการทำวิจัย ครั้งที่ 115/2562 ประกาศ ณ วันที่ 11 ตุลาคม 2562 และได้ออกหนังสือขออนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยตามหนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ อว 0603.02/1921 เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลวิจัยเพื่อการวิจัย ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2562

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดสุโขทัย ได้รับทราบการดำเนินการทำวิจัยรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามหนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ที่ สท 0032.003.6/456 เรื่อง รายงานผลการประเมินด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เรื่อง รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลงวันที่ 24 ตุลาคม 2562

หลังจากได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยลงจัดเก็บข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของอาสาสมัครในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมโครงการวิจัย การวิจัยครั้งนี้จะไม่ผลกระทบบใด ๆ ต่ออาสาสมัคร พร้อมทั้งปกปิดรายชื่อและข้อมูลที่ได้จากอาสาสมัครจะเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและข้อมูลจะเก็บไว้เฉพาะที่ผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลนี้จะถูกทำลายหลังจากมีการวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานหลังการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี เพื่อนำเสนอในภาพรวมจะไม่ระบุหรืออ้างอิงอาสาสมัครหากไม่ได้รับอนุญาต



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสานขั้นสูง (Advanced mixed methods research designs) แบบการประเมินผลหลายขั้นตอน (Multistage evaluation design) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) เพื่อสร้างและตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามระยะการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

1. การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบคู่ขนาน (Convergent design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งจะนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ไปใช้ในระยะที่ 2 ต่อไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิจัยส่วนนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 598 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ในเดือนตุลาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติ

การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.0 มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 42.2 รองลงมาคือ 40 – 49 ปี ร้อยละ 25.4 และน้อยที่สุดคือ 70 – 79 ปี ร้อยละ 2.1 อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 74 ปี และอายุเฉลี่ย 51.48 ปี มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 73.6 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 12.2 และน้อยที่สุดคือ หย่า ร้อยละ 3.6 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 42.6 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 27.5 และน้อยที่สุดคือ อนุปริญญา/ ปวส. หรือสูงกว่า ร้อยละ 5.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 59.0 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 22.9 และน้อยที่สุดคือ พนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 1.1 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 75.1 รองลงมาคือ 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 21.6 และน้อยที่สุดคือ 15,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 0.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 2,880.13 บาท ต่ำสุด 1,000 บาท และสูงสุด 20,000 บาท มีการใช้สมาร์ทโฟน (Smartphone) ร้อยละ 62.5 มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 - 10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 39.2 รองลงมาคือ 11 - 20 ปี ร้อยละ 36.2 และน้อยที่สุดคือ 31 – 40 ปี ร้อยละ 5.1 ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 14.60 ปี ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 40 ปี มีบทบาทในครอบครัวเป็นสมาชิกครอบครัว ร้อยละ 65.3 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 - 6 คนมากที่สุด ร้อยละ 55.2 รองลงมาคือ 1 - 3 คน ร้อยละ 40.7 และน้อยที่สุดคือ 7 - 10 คน ร้อยละ 4.1 จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4 คน ต่ำสุด 1 คน และสูงสุด 10 คน

กลุ่มตัวอย่างมีตำแหน่งอื่นในชุมชนเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ร้อยละ 35.1 คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้าน (กทบ.) ร้อยละ 22.9 คณะกรรมการกองทุนพัฒนาบทบาทสตรี ตำบล (คกส.ต.) ร้อยละ 14.1 ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) ร้อยละ 5.9 อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) ร้อยละ 6.7 อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) ร้อยละ 8.2 อาสาพัฒนาชุมชน (อช.) ร้อยละ 8.8 อาสาสมัครเกษตรหมู่บ้าน (อกม.) ร้อยละ 5.6 แพทย์ประจำตำบล ร้อยละ 0.6 คณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) ร้อยละ 23.9 คณะกรรมการชุมชน ร้อยละ 3.2 ผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 0.3 ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 3.8 ประธานกรรมการชุมชน ร้อยละ 1.4 รองประธานกรรมการชุมชน ร้อยละ 0.6 สมาชิกสภาเทศบาล (สท.) ร้อยละ 0.5 สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) ร้อยละ 0.9 รองนายกเทศมนตรี ร้อยละ 1.5 และอื่น ๆ ร้อยละ 2.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 95.3 ได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 86.6 และมีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ 11 – 20 หลังคาเรือน

มากที่สุด ร้อยละ 69.8 รองลงมาคือ 1 - 10 หลังคาเรือน ร้อยละ 28.7 และน้อยที่สุดคือ 21 - 30 หลังคาเรือน ร้อยละ 1.5 จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ย 13 หลังคาเรือน ต่ำสุด 5 หลังคาเรือน และสูงสุด 30 หลังคาเรือน รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 658)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	592	90.0
ชาย	66	10.0
อายุ		
20 - 29 ปี	15	2.3
30 - 39 ปี	64	9.7
40 - 49 ปี	167	25.4
50 - 59 ปี	278	42.2
60 - 69 ปี	120	18.2
70 - 79 ปี	14	2.1
(Minimum = 23, Maximum = 74, Mean = 51.48, S.D. = 9.70)		
สถานภาพ		
โสด	80	12.2
สมรส	484	73.6
หย่า	24	3.6
หม้าย/ ร้าง	70	10.6
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	280	42.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	158	24.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	181	27.5
อนุปริญญา/ ปวส. หรือสูงกว่า	39	5.9
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	388	59.0
รับจ้าง	151	22.9

ตาราง 2 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	64	9.7
งานบ้าน	48	7.3
พนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ	7	1.1
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	494	75.1
5,001 - 10,000 บาท	142	21.6
10,001 - 15,000 บาท	20	3.0
15,001 - 20,000 บาท	2	0.3
(Minimum = 1,000, Maximum = 20,000, Mean = 4,576.12, S.D. = 2,880.13)		
การใช้สมาร์ทโฟน		
ใช้	411	62.5
ไม่ใช้	247	37.5
ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
1 - 10 ปี	258	39.2
11 - 20 ปี	238	36.2
21 - 30 ปี	128	19.5
31 - 40 ปี	34	5.1
(Minimum = 1, Maximum = 40, Mean = 14.60, S.D. = 9.18)		
บทบาทในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	228	34.7
สมาชิกครอบครัว	430	65.3
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 - 3 คน	268	40.7
4 - 6 คน	363	55.2
7 - 10 คน	27	4.1
(Minimum = 1, Maximum = 10, Mean = 3.86, S.D. = 1.44)		

ตาราง 2 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)	231	35.1
คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้าน (กทบ.)	151	22.9
คณะกรรมการกองทุนพัฒนาบทบาทสตรีตำบล (คกส.ต.)	93	14.1
ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.)	39	5.9
อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.)	44	6.7
อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)	54	8.2
อาสาพัฒนาชุมชน (อช.)	58	8.8
อาสาสมัครเกษตรหมู่บ้าน (อกม.)	37	5.6
แพทย์ประจำตำบล	4	0.6
คณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.)	157	23.9
คณะกรรมการชุมชน	21	3.2
ผู้ใหญ่บ้าน	2	0.3
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	25	3.8
ประธานกรรมการชุมชน	9	1.4
รองประธานกรรมการชุมชน	4	0.6
สมาชิกสภาเทศบาล (สท.)	3	0.5
สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.)	6	0.9
รองนายกเทศมนตรี	4	1.5
อื่น ๆ	14	2.1
การฝึกอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
ได้รับ	627	95.3
ไม่ได้รับ	31	4.7
การนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
ได้รับ	570	86.6
ไม่ได้รับ	88	13.4

ตาราง 2 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ		
1 – 10 หลังคาเรือน	189	28.7
11 – 20 หลังคาเรือน	459	69.8
21 – 30 หลังคาเรือน	10	1.5
(Minimum = 5, Maximum = 30, Mean = 12.55, S.D. = 3.16)		

2. ความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.8 เจตคติที่มีต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.0 การรับรู้บทบาทเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.6 แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.7 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.4 และผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.1 รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 658)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		
	ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)
ความรู้	420 (63.8)	229 (34.8)	9 (1.4)
เจตคติ	112 (18.5)	533 (81.0)	3 (0.5)
การรับรู้บทบาท	412 (62.6)	233 (35.4)	13 (2.0)
แรงสนับสนุนทางสังคม	557 (84.7)	92 (14.0)	9 (1.4)
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	358 (54.4)	295 (44.8)	5 (0.8)
ผลการปฏิบัติงาน	120 (18.2)	310 (47.1)	228 (34.7)

3. ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความสามารถของปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรในการพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

3.1 สมการในการวิเคราะห์

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

เมื่อ Y = ผลการปฏิบัติงาน

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของเพศชาย

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอายุ

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพโสด

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพหย่า

b_5 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพหม้าย/ ร้าง

b_6 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น

b_7 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.

b_8 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการศึกษาอนุปริญญา/ ปวส. หรือสูงกว่า

b_9 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพเกษตรกร

b_{10} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพรับจ้าง

b_{11} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว

b_{12} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพงานบ้าน

b_{13} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

b_{14} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการใช้สมาร์ทโฟน

b_{15} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของระยะเวลาในการเป็น อสม.

b_{16} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของหัวหน้าครอบครัว

b_{17} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของจำนวนสมาชิกในครอบครัว

b_{18} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของจำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน

b_{19} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการได้รับการฝึกอบรม

b_{20} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการได้รับการนิเทศงาน

b_{21} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ

b_{22} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความรู้

b_{23} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของเจตคติ

- b_{24} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้บทบาท
 b_{25} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนทางสังคม
 b_{26} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
 x_1 = เพศชาย
 x_2 = อายุ
 x_3 = สถานภาพโสด
 x_4 = สถานภาพหย่า
 x_5 = สถานภาพหม้าย/ ร้าง
 x_6 = การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น
 x_7 = การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
 x_8 = การศึกษาอนุปริญญา/ ปวส. หรือสูงกว่า
 x_9 = อาชีพเกษตรกรกรรม
 x_{10} = อาชีพรับจ้าง
 x_{11} = อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว
 x_{12} = อาชีพงานบ้าน
 x_{13} = รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
 x_{14} = การใช้สมาร์ทโฟน
 x_{15} = ระยะเวลาในการเป็น อสม.
 x_{16} = หัวหน้าครอบครัว
 x_{17} = จำนวนสมาชิกในครอบครัว
 x_{18} = จำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน
 x_{19} = การได้รับการฝึกอบรม
 x_{20} = การได้รับการนิเทศงาน
 x_{21} = จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ
 x_{22} = ความรู้
 x_{23} = เจตคติ
 x_{24} = การรับรู้บทบาท
 x_{25} = แรงสนับสนุนทางสังคม
 x_{26} = แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

3.2 ตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตาราง 4 แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
เพศ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) (ชาย = 1, หญิง = 0)
อายุ	อัตราส่วน
สถานภาพ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) สถานภาพสมรส (อ้างอิง) สถานภาพโสด (โสด = 1, อื่น ๆ = 0) สถานภาพหย่า (หย่า = 1, อื่น ๆ = 0) สถานภาพหม้าย/ ร้าง (หม้าย/ ร้าง = 1, อื่น ๆ = 0)
ระดับการศึกษา	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) การศึกษาประถมศึกษา (อ้างอิง) การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (มัธยมศึกษาตอนต้น = 1, อื่น ๆ = 0) การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. (มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. = 1, อื่น ๆ = 0) การศึกษานุปริญญา/ ปวส. หรือสูงกว่า (อนุปริญญา/ ปวส. หรือสูงกว่า = 1, อื่น ๆ = 0)
อาชีพ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) อาชีพพนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ (อ้างอิง) อาชีพเกษตรกร (เกษตรกร = 1, อื่น ๆ = 0) อาชีพรับจ้าง (รับจ้าง = 1, อื่น ๆ = 0) อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว = 1, อื่น ๆ = 0) อาชีพงานบ้าน (งานบ้าน = 1, อื่น ๆ = 0)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	อัตราส่วน

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
สมาร์ทโฟน	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ใช้สมาร์ทโฟน (ใช้ = 1, ไม่ใช่ = 0)
ระยะเวลาในการเป็น อสม.	อัตราส่วน
บทบาทในครอบครัว	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) หัวหน้าครอบครัว (หัวหน้าครอบครัว = 1, สมาชิกในครอบครัว = 0)
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	อัตราส่วน
จำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน	อัตราส่วน
การฝึกอบรม	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ได้รับการฝึกอบรม (ได้รับ = 1, ไม่ได้รับ = 0)
การนิเทศงาน	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ได้รับการนิเทศงาน (ได้รับ = 1, ไม่ได้รับ = 0)
จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ	อัตราส่วน
ความรู้	อัตราส่วน
เจตคติ	อัตราส่วน
การรับรู้บทบาท	อัตราส่วน
แรงสนับสนุนทางสังคม	อัตราส่วน
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	อัตราส่วน
ผลการปฏิบัติงาน	อัตราส่วน

3.3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ตัวแปรตาม		
ผลการปฏิบัติงาน	97.21	24.64
ตัวแปรต้น		
เพศชาย	0.90	0.30
อายุ	51.48	9.70
สถานภาพโสด	0.12	0.33
สถานภาพหย่า	0.04	0.19
สถานภาพหม้าย/ ร้าง	0.11	0.31
การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น	0.24	0.43
การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	0.28	0.45
การศึกษานุปริญญา/ ปวส. หรือสูงกว่า	0.06	0.24
อาชีพเกษตรกร	0.59	0.49
อาชีพรับจ้าง	0.23	0.42
อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	0.10	0.30
อาชีพงานบ้าน	0.07	0.26
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	4576.12	2880.13
การใช้สมาร์ตโฟน	0.62	0.49
ระยะเวลาในการเป็น อสม.	14.60	9.18
หัวหน้าครอบครัว	0.35	0.48
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	3.86	1.435
จำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน	1.45	1.81
การได้รับการฝึกอบรม	0.95	0.21
การได้รับการนิเทศงาน	0.87	0.34
จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ	12.55	3.16
ความรู้	23.11	2.40
เจตคติ	62.99	4.98

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การรับรู้บทบาท	73.61	10.08
แรงสนับสนุนทางสังคม	53.51	6.58
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	204.53	22.64

3.4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้ง 26 ตัวแปร พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระอยู่ระหว่าง -0.654 ถึง 0.539 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุ โดยไม่มีตัวแปรพยากรณ์คู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไปไม่เกิน 0.80 (ชวลิต ทับสีรัก, 2555) รายละเอียดดังตาราง 6



ตาราง 6 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

แปรอิสระ	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈	X ₉	X ₁₀	X ₁₁	X ₁₂	X ₁₃	X ₁₄	X ₁₅	X ₁₆	X ₁₇	X ₁₈	X ₁₉	X ₂₀	X ₂₁	X ₂₂	X ₂₃	X ₂₄	X ₂₅	X ₂₆			
Y	0.017																													
X ₁	0.115	-0.060																												
X ₂	0.049	-0.123	-0.090																											
X ₃	-0.021	0.011	0.009	-0.072																										
X ₄	0.019	0.082	0.184	-0.128	-0.067																									
X ₅	0.073	-0.002	-0.039	-0.046	0.004	-0.044																								
X ₆	-0.100	-0.066	-0.228	0.073	0.025	-0.058	-0.346																							
X ₇	0.025	-0.045	-0.109	0.025	0.054	0.060	-0.141	-0.155																						
X ₈	-0.100	-0.042	0.012	-0.096	-0.085	-0.133	0.042	-0.019	-0.052																					
X ₉	0.045	0.014	-0.158	0.085	0.125	0.058	-0.002	-0.085	0.001	-0.654																				
X ₁₀	0.025	0.041	0.047	0.019	0.018	0.056	-0.028	0.142	0.091	-0.393	-0.179	-0.393																		
X ₁₁	0.054	0.074	0.181	-0.051	-0.055	0.131	-0.021	-0.016	-0.070	-0.336	-0.153	-0.092	-0.179																	
X ₁₂	0.023	-0.055	-0.156	0.054	0.022	-0.019	0.016	0.042	0.294	-0.146	0.075	0.154	-0.109	0.042																
X ₁₃	-0.044	0.002	-0.285	0.077	0.017	-0.089	0.010	0.196	0.128	-0.066	0.027	0.117	-0.084	0.167	0.142															
X ₁₄	0.184	-0.047	0.339	-0.050	-0.024	0.086	-0.001	-0.044	-0.080	0.141	-0.190	-0.007	0.061	-0.135	-0.212															
X ₁₅	0.023	-0.246	0.206	0.042	0.131	0.277	-0.006	-0.019	0.034	-0.009	-0.033	0.041	0.017	0.006	0.004	0.142														
X ₁₆	0.004	-0.030	-0.163	-0.145	-0.111	-0.103	-0.021	0.071	0.029	0.033	-0.014	-0.025	-0.013	0.005	0.030	-0.097														
X ₁₇	0.197	-0.118	0.028	0.008	0.023	0.023	0.024	0.174	0.098	0.012	-0.079	0.080	-0.063	0.178	0.133	0.130	0.142													
X ₁₈	0.077	0.021	0.010	0.017	0.043	0.030	0.058	0.008	-0.005	-0.011	-0.015	0.000	0.035	0.029	0.124	0.058	-0.268	0.033												
X ₁₉	0.068	0.062	0.027	-0.031	0.029	0.020	0.043	-0.018	0.004	-0.046	-0.009	0.054	0.024	0.030	0.147	-0.008	0.052	-0.132	0.122											
X ₂₀	0.066	0.057	0.038	-0.045	0.005	0.061	0.051	0.055	0.005	-0.001	-0.019	0.012	0.008	0.089	0.028	0.012	0.028	0.054	0.144	0.524										
X ₂₁	-0.080	0.053	-0.149	0.057	0.012	-0.018	0.015	0.116	0.120	-0.006	-0.056	0.028	0.017	0.056	0.166	-0.116	-0.030	0.028	0.144	-0.027	-0.067									
X ₂₂	0.215	0.035	-0.050	0.033	0.033	-0.008	0.056	0.029	0.107	0.008	-0.041	0.069	-0.040	0.153	0.184	-0.004	0.057	0.031	0.130	0.061	0.059	-0.027								
X ₂₃	0.333	0.036	0.041	0.018	-0.041	0.025	0.026	-0.034	0.017	0.014	-0.040	0.005	0.032	0.005	0.022	0.104	0.024	0.053	0.065	0.061	0.061	0.065	0.187							
X ₂₄	0.120	0.050	-0.116	0.033	0.021	-0.010	0.032	0.050	0.032	-0.038	0.032	0.019	-0.014	0.031	0.150	-0.056	-0.033	0.016	0.016	0.037	0.021	0.100	0.029	0.366						
X ₂₅	0.431	0.045	0.082	0.017	-0.035	0.052	0.043	-0.049	-0.028	0.015	-0.032	0.008	-0.003	0.012	0.017	0.140	0.038	0.036	0.142	0.070	0.046	0.052	0.023	0.036	0.134					
X ₂₆																											0.476	0.275	0.036	0.302

โดยที่

Y = ผลการปฏิบัติงาน

X_1 = เพศชาย

X_2 = อายุ

X_3 = สถานภาพโสด

X_4 = สถานภาพหย่า

X_5 = สถานภาพหม้าย/ ร้าง

X_6 = การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น

X_7 = การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.

X_8 = การศึกษาอนุปริญญา/ ปวส. หรือสูงกว่า

X_9 = อาชีพเกษตรกร

X_{10} = อาชีพรับจ้าง

X_{11} = อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว

X_{12} = อาชีพงานบ้าน

X_{13} = รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

X_{14} = การใช้สมาร์ทโฟน

X_{15} = ระยะเวลาในการเป็น อสม.

X_{16} = หัวหน้าครอบครัว

X_{17} = จำนวนสมาชิกในครอบครัว

X_{18} = จำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน

X_{19} = การได้รับการฝึกอบรม

X_{20} = การได้รับการนิเทศงาน

X_{21} = จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ

X_{22} = ความรู้

X_{23} = เจตคติ

X_{24} = การรับรู้บทบาท

X_{25} = แรงสนับสนุนทางสังคม

X_{26} = แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

3.5 ผลวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุ

ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ (Hair, Black, Babin & Anderson, 2012) พบว่า

3.5.1 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.5.2 ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน โดยพิจารณาค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.520 (เกณฑ์คือ 1.50 - 2.50)

3.5.3 ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจากตาราง Residuals statistic พบว่า ค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์คือ Mean = 0) และค่า S.D. เท่ากับ 0.992 (เกณฑ์คือ S.D. เข้าใกล้ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการแปลผลจากกราฟ Normal probability plot

3.5.4 ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homo-scedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot ซึ่งพบว่าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบ ๆ ค่า 0 และค่อนข้างคงที่

3.5.5 ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multi-collinearity) โดยพิจารณาจาก Correlation matrix พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าตั้งแต่ -0.654 ถึง 0.539 (เกณฑ์คือ น้อยกว่า 0.80) ร่วมกับการพิจารณาจากค่าปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance inflation factor) มีค่าตั้งแต่ 1.015 ถึง 1.573 (เกณฑ์คือ ทุกค่าต้องน้อยกว่า 10) และ Tolerance มีค่าตั้งแต่ 0.636 ถึง 0.985 (เกณฑ์คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 แต่ไม่เกิน 1)

ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายการผันแปรของผลการปฏิบัติงานจากมากไปหาน้อยได้ ดังนี้ ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยมีผลทางบวกต่อผลการปฏิบัติงานซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของผลการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 18.6 (R Square = 0.186) โดยเมื่อคะแนนแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนผลการปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น 0.338 คะแนน (B = 0.338) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2 คือ การรับรู้บทบาท โดยมีผลทางบวกต่อผลการปฏิบัติงานซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของผลการปฏิบัติงานได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.1 เป็นร้อยละ 20.7 (R Square Change = 0.021, R Square = 0.207) โดยเมื่อคะแนนการรับรู้บทบาทเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนผลการปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น 0.346 คะแนน (B = 0.346) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 3 คือ จำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน โดยมีผลทางบวกต่อผลการปฏิบัติงานซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของผลการปฏิบัติงานได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.9 เป็นร้อยละ 22.6 (R Square Change = 0.019, R Square = 0.226) โดยเมื่อคะแนนจำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชนเพิ่มขึ้น 1 ตำแหน่ง คะแนนผลการปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น 1.835 คะแนน (B = 1.835) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 4 คือ ความรู้ โดยมีผลทางลบต่อผลการปฏิบัติงานซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของผล

การปฏิบัติงานได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.2 เป็นร้อยละ 23.8 (R Square Change = 0.012, R Square = 0.238) โดยเมื่อคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนผลการปฏิบัติงานจะลดลง 1.151 คะแนน (B = -1.151) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 5 คือ อาชีพเกษตรกร โดยอาชีพเกษตรกรมีผลการปฏิบัติงานน้อยกว่าอาชีพพนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ (อ้างอิง) ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของผลการปฏิบัติงานได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.0 เป็นร้อยละ 24.8 (R Square Change = 0.010, R Square = 0.248) โดยเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีอาชีพเกษตรกร คะแนนผลการปฏิบัติงานจะลดลง 5.704 คะแนน (B = -5.704) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 6 คือ ระยะเวลาในการเป็น อสม. โดยมีผลทางบวกต่อผลการปฏิบัติงานซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของผลการปฏิบัติงานได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.1 เป็นร้อยละ 25.9 (R Square Change = 0.011, R Square = 0.259) โดยเมื่อคะแนนระยะเวลาในการเป็น อสม. เพิ่มขึ้น 1 ปี คะแนนผลการปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น 0.297 คะแนน (B = 0.297) และตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 7 คือ เจตคติ โดยมีผลทางบวกต่อผลการปฏิบัติงานซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของผลการปฏิบัติงานได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.5 เป็นร้อยละ 26.5 (R Square Change = 0.006, R Square = 0.265) โดยเมื่อคะแนนเจตคติเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนผลการปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น 0.403 คะแนน (B = 0.403) ซึ่งตัวแปรทั้ง 7 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 26.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การใช้สมาร์ทโฟน บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน การฝึกอบรม การนิเทศงาน และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ไม่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รายละเอียดดังตาราง 7

ตาราง 7 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 658)

ตัวแปรพยากรณ์	R Square	R Square Change	Beta	b	s.e. of b	t	p-value
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	0.186	0.186	0.311	0.338	0.042	7.971	<0.001
การรับรู้บทบาท	0.207	0.021	0.141	0.346	0.098	3.542	<0.001
จำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน	0.226	0.019	0.135	1.835	0.471	3.894	<0.001

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปรพยากรณ์	R Square	R Square Change	Beta	b	s.e. of b	t	p-value
ความรู้	0.238	0.012	-0.112	-1.151	0.358	-3.218	0.001
อาชีพเกษตรกรรม	0.248	0.010	-0.115	-5.704	1.691	-3.373	0.001
ระยะเวลาในการเป็น อสม.	0.259	0.011	0.111	0.297	0.094	3.176	0.002
เจตคติ	0.265	0.006	0.081	0.403	0.185	2.182	0.029

Constant (a) = 0.105, R = 0.514, R Square = 0.265, Adjusted R Square = 0.257, F = 33.397, P<0.001, MSE = 451.171

3.6 สมการในการพยากรณ์ตัวแปรตาม

จากผลการวิเคราะห์สามารถเขียนสมการอธิบายผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

$$\text{สมการทำนาย } Y = a + b_1 X_1 + b_2 X_2 + b_3 X_3 + b_4 X_4 + b_5 X_5 + b_6 X_6 + b_7 X_7$$

เมื่อ

Y = ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

a = ค่าคงที่

b₁ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

b₂ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้บทบาท

b₃ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของจำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน

b₄ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความรู้

b₅ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพเกษตรกรรม

b₆ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของระยะเวลาในการเป็น อสม.

b₇ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของเจตคติ

X₁ = แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

X₂ = การรับรู้บทบาท

X₃ = จำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน

X₄ = ความรู้

X₅ = อาชีพเกษตรกรรม

x_6 = ระยะเวลาในการเป็น อสม.

x_7 = เจตคติ

โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน = $0.105 + 0.338$ (แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน) + 0.346 (การรับรู้บทบาท) + 1.835 (จำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน) - 1.151 (ความรู้) - 5.704 (อาชีพเกษตรกรรม) + 0.297 (ระยะเวลาในการเป็น อสม.) + 0.403 (เจตคติ)

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิจัยส่วนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 17 คน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ โรงพยาบาล/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลเมือง/ เทศบาลตำบล/ องค์การบริหารส่วนตำบล) จำนวน 10 คน 3) ผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น จำนวน 12 คน และ 4) สมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 11 คน ซึ่งได้จากการใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบกรณีหลากหลาย (Maximum variation sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างโดยสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation) ในเดือนตุลาคม 2562 และวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก (ข้อมูลเชิงปริมาณ) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ข้อมูลเชิงคุณภาพ) ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 34.0 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 20.0 ผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น ร้อยละ 24.0 และสมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 22.0 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.0 มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 54.0 รองลงมาคือ 40 – 49 ปี ร้อยละ 22.0 และน้อยที่สุดคือ 20 – 29 ปี ร้อยละ 2.0 และ 70 – 79 ปี ร้อยละ 2.0 อายุเฉลี่ย 51.60 ปี อายุต่ำสุด 24 ปี และอายุสูงสุด 72 ปี มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 76.0 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ

12.0 และหม้าย/ ร้าง หย่า ร้อยละ 12.0 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 30.0 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา/ ปวช. ร้อยละ 24.0 และน้อยที่สุดคือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 0.6 มีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ ข้าราชการ ร้อยละ 20.0 และน้อยที่สุดคือ งานบ้าน ร้อยละ 1.0 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 75.1 รองลงมาคือ 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 21.6 และน้อยที่สุดคือ 15,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 0.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำสุด 1,000 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด 20,000 บาท และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 2,880.13 บาท รายละเอียดดังตาราง 8

ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลหลัก จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 50)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก		
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	17	34.0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	10	20.0
ผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น	12	24.0
สมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	11	22.0
เพศ		
หญิง	36	72.0
ชาย	14	28.0
อายุ		
20 – 29 ปี	1	2.0
30 – 39 ปี	4	8.0
40 – 49 ปี	11	22.0
50 – 59 ปี	27	54.0
60 – 69 ปี	6	12.0
70 – 79 ปี	1	2.0
(Minimum = 24, Maximum = 72, Mean = 51.60, S.D. = 9.18)		

ตาราง 8 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	6	12.0
สมรส	38	76.0
หม้าย/ ร้าง	6	12.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	15	30.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	6.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	12	24.0
อนุปริญญา/ ปวส.	4	8.0
ปริญญาตรี	11	22.0
ปริญญาโท	5	10.0
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	25	50.0
รับจ้าง	7	14.0
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	4	8.0
งานบ้าน	1	2.0
นักการเมืองท้องถิ่น	3	6.0
ข้าราชการ	10	20.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	36	72.0
10,001 – 20,000 บาท	5	10.0
20,001 – 30,000 บาท	1	2.0
30,001 – 40,000 บาท	3	6.0
40,001 – 50,000 บาท	5	10.0
(Minimum = 1,500, Maximum = 50,000, Mean = 13,204.00, S.D. = 15,188.50)		

2. ปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 4 กลุ่ม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health: VH) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Public Health: PH) ผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น (Community Leader: CL) และสมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Family Members: FM) พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับครอบครัว ปัจจัยระดับชุมชน และปัจจัยระดับสังคม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ปัจจัยระดับบุคคล

ปัจจัยระดับบุคคลที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 11 ปัจจัยรอง เรียงลำดับตามข้อค้นพบ ได้แก่ อายุ เวลา ความพร้อม สมาร์ทโฟน การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน แรงบันดาลใจ จิตอาสา ความตั้งใจ การรับรู้บทบาท ภาระงาน และความรับผิดชอบ

2.1.1 อายุ

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า อายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุน้อยจะมีผลการปฏิบัติงานที่ดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุมาก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุมากบางคนไม่สามารถปฏิบัติงานได้แต่ก็ยังคงเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยรอง ดังนี้

...มี อสม. บางส่วนที่ไม่ค่อยรับการอบรม โดยเฉพาะ อสม. ที่เป็นผู้สูงอายุ

(VH06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...อสม. บางคนอายุมากจึงทำรายการไม่ค่อยได้ ถ้าได้รับการสนับสนุนเรียนต่อก็จะแก้ปัญหาได้มาก

(VH10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...อายุของ อสม. บางท่านที่สูงขึ้นทำให้การทำงานในบางครั้งไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร

(PH01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...อสม. ที่มีอายุมากควรจะมีการลาออกได้ เมื่อไม่มีการจำกัดอายุ อสม. เพราะ อสม. อายุมากได้ทำงานได้ไม่ได้เต็มที่แต่ด้วยค่าป่วยการเลยต้องอยู่

(PH03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...ยังยึดระบบเก่า ยึดคนเก่าไม่มีการเปลี่ยน ทำงานไม่ได้ก็ยังเป็น อสม. อยู่

(PH08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

2.1.2 เวลา

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า เวลาเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเวลาว่างจากการประกอบอาชีพจะสามารถทุ่มเทให้การปฏิบัติงานจิตอาสาได้อย่างเต็มที่เพื่อก่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิผล จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยรอง ดังนี้

...อสม. มีเวลาเพียงพอเป็นบางครั้ง

(VH13, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...งานเยอะขึ้น ประชุมบ่อย ใบนุ่นใบนีไปเรื่อยหมูนุ่นหมูนี ทำงานมานานมากเคยขาดอยู่ครั้งตอนลูกตาย ไม่ให้มาก็มา จิตอาสา เมื่อเรียกเมื่อไรก็มา ไม่มาก็ตายหรือหยุดไปครบไปบ่อย...เวลาไปรับจ้างก็ขาดบ้างแต่ก็ไม่ใช่วันวัน...เวลาเจ็บป่วยก็ไม่ได้ทำงาน อสม. เวลาเจ็บป่วยก็ไม่ได้ทำงาน อสม.

(VH15, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...อสม. ไม่มีเวลาทำงาน ไม่ว่างบ้าง หรือมีงานประจำอยู่แล้ว

(PH02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...เป็น อสม. ต้องมีเวลา ทำงานอยู่ในพื้นที่ อยู่บ้านเป็นประจำ

(CL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 ตุลาคม 2562)

2.1.3 ความพร้อม

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ความพร้อมเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อปรับตัวให้เข้า

กับสถานการณ์ปัญหาสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป และเตรียมตัวเข้าสู่ยุคไทยแลนด์ 4.0 จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยรอง ดังนี้

...ความพร้อมของ อสม. ทั้งความพร้อมทางกายและพร้อมทางใจเพื่อที่จะปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพและให้สมกับที่เป็น อสม. ยุคใหม่

(PH01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...ความพร้อมของ อสม. ตัวเอง ที่พร้อมจะทำงาน

(PH02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...ความพร้อมของความรู้และความพร้อมของ อสม. ยุคใหม่ที่พร้อมจะเข้าถึงสื่อโซเชียลรู้ทันเหตุการณ์

(CL03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2562)

2.1.4 สมาร์ทโฟน

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า สมาร์ทโฟน (Smartphone) เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ใช้สมาร์ทโฟนในการติดต่อสื่อสาร หรือใช้ไลน์ (Line) เฟซบุ๊ก (Facebook) หรือแอปพลิเคชัน (Application) เช่น อสม.ออนไลน์/ SMART อสม./ RDU รู้เรื่องยา/ Thai CV risk score/ DoctorMe/ ThaiEMS1669: รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน/ KhunLook คุณลูก/ GIS Health: ค้นหาสถานพยาบาล เป็นเครื่องมือในการสนับสนุนการปฏิบัติงาน ค้นหาองค์ความรู้ด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในยุค 4.0 ที่ต้องมีทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital skill) จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยรอง ดังนี้

...อสม. มีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นทั้งด้านความรู้และด้านเทคโนโลยีแต่ก็มีการทำงานที่เพิ่มมากขึ้นจากปัจจัยที่มีค่าตอบแทนการมีที่เลี้ยงที่ดีก็จะทำให้ อสม. มีการพัฒนาที่ดีสังเกตจากการได้รับรางวัลที่มีอย่างต่อเนื่อง...การใฝ่รู้พัฒนาตนเองอยู่เสมอ และการเข้ารับการอบรมอย่างต่อเนื่อง...ยังมี อสม. บางส่วนที่ยังเขียนหนังสือไม่เก่ง และใช้สมาร์ทโฟนไม่เป็น

(VH02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...ความรู้ที่ได้จากการอบรมโครงการต่าง ๆ แล้วไปกระจายสู่สมาชิก อสม. และในชุมชนทั้งทางเฟซบุ๊กและไลน์

(VH06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...ติดต่อยาก เพื่อน อสม. บางคนเล่นไลน์ไม่เป็น

(VH14, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...การเข้าใจและเข้าถึงเทคโนโลยีสมัยใหม่ และพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างต่อเนื่อง

(PH06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...ความพร้อมของความรู้และความพร้อมของ อสม. ยุคใหม่ที่พร้อมจะเข้าถึงสื่อโซเชียลรู้ทันเหตุการณ์

(CL03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2562)

...การเข้าถึงโซเชียลมีด้าหลัง

(CL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2562)

...ต้องปรับตัวให้ทัน 4.0 ไม่มากก็น้อย

(FM08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

2.1.5 การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า การมีตำแหน่งอื่นในชุมชนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานได้ดี มีผลงานโดดเด่นเป็นที่ประจักษ์จนได้รับการชื่นชมจากคนในชุมชน เมื่อมีการเลือกตั้งหรือแต่งตั้งตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคนนั้นจะได้รับตำแหน่งอื่นในชุมชนเพิ่มขึ้น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีตำแหน่งอื่นในชุมชนจะปฏิบัติงานควบคู่กันหลายบทบาทหน้าที่ที่มีความเชื่อมโยงสอดคล้องกันไป ในทิศทางเดียวกันได้ดี จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยรอง ดังนี้

...การได้รับการเชิดชูเกียรติจากหน่วยงาน การได้รับโอกาสให้ทำหน้าที่อื่น ๆ ทำให้เกิดเป็นกำลังใจให้ อสม. ในการปฏิบัติงานของ อสม. เกิดความภาคภูมิใจ...อสม. มักจะได้รับตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้านและในระดับต่าง ๆ ด้วย ทำให้มีภาระงานมากขึ้นด้วยทั้งในบทบาทของ อสม. และในบทบาทของตำแหน่งอื่น ๆ

(PH05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...ปัญหางานมากขึ้น ไม่ว่าจะมาจากกระทรวงอื่น ๆ ให้ อสม. ทำ และการที่ อสม. มีหลายตำแหน่งทำให้ภาระหน้าที่ต่าง ๆ มากขึ้น

(PH06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...คนที่เข้ามาเป็น อสม. บางส่วนเข้ามาเพื่อหวังจะก้าวหน้าในตำแหน่งอื่น เช่น การได้เลือกตั้งเป็น ส.อบต. หรือผู้นำ

(PH07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...การสวมหมวกหลายใบและได้ทำงานควบคู่กันไป

(CL07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 ตุลาคม 2562)

...งานของ อสม. เยอะ เข้มข้นกว่างานของผู้ใหญ่บ้าน ทำทุกอย่างครอบคลุมทุกอย่าง ดูแลชาวบ้านแยกตามคุ้ม อสม. เป็นตัวแทนของผู้ใหญ่บ้าน ติดตามคนไข้ที่รู้ชื่อจากผู้ใหญ่บ้าน โดยหมอบอกผู้ใหญ่บ้านมาทางไลน์หรือโทรมาหา เมื่อมีการเลือกตั้งในหมู่บ้านส่วนใหญ่ อสม. จะชนะการเลือกตั้ง...อสม. ทุกวันนี้สวมหมวกหลายใบ...ทำงานของ อสม. ควบคู่กันของกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มสตรี มีกลุ่มมากก็ทำมากตามไปด้วย

(CL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 ตุลาคม 2562)

2.1.6 แรงบันดาลใจ

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า แรงบันดาลใจเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแรงบันดาลใจในการปฏิบัติงานจากความห่วงใยสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน/ ชุมชน ต้องการให้ประชาชนในหมู่บ้าน/ ชุมชนปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ สุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ และมีความสุขที่ได้ดูแลสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน/ ชุมชน จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยรอง ดังนี้

...ได้ใส่ใจในสุขภาพของคนในพื้นที่

(VH08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...ช่วยสอดส่อง เฝ้าระวังโรคต่าง ๆ ที่เกิดในหมู่บ้าน ช่วยแนะนำประชาชนในด้านสุขภาพ เฝ้าระวังและป้องกัน ซึ่เป้า เพราะทุกคนเป็น อสม. มีจิตใจอาสามาก่อน และให้ความร่วมมือกับหมอเพื่อช่วยดูประชาชนคนในหมู่บ้าน...ทุกคนมีเจตคติดี อาสาเป็นหนึ่งเดียวเพื่อดูแลคนในชุมชน

(VH10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...ทุกคนมีความรู้ในหน้าที่และได้รับการฝึกปฏิบัติอยู่เสมอ ๆ แต่ทุกคนตั้งใจปฏิบัติด้วยความมีความสุขที่ได้ให้

(VH11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...ได้ดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และเป็นแบบอย่างที่ดี

(CL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2562)

...อสม. อยากเห็นพี่น้องเพื่อนบ้านของเราอยู่อย่างมีความสุขสบายปราศจากโรคภัยสุขภาพแข็งแรงทุกคน

(CL09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 ตุลาคม 2562)

...ต้องการให้เพื่อนบ้านทุก ๆ คนสุขภาพดี

(CL11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 ตุลาคม 2562)

...อสม. ทำตามหน้าที่ดูแลญาติพี่น้องเพราะเรารักกัน คนในชุมชนเอื้อเฟื้อกันและกัน ดูแลเพื่ออยากให้คนในชุมชนไม่มีโรค คนในชุมชนมีความสุข และมีความสุขกับงานที่ทำ

(FM07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

2.1.7 จิตอาสา

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า จิตอาสาเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 7 กลุ่มคำ (Categories) คือ จิตอาสา เจตคติ ความสมัครใจ ความศรัทธา ความเสียสละ ความรักและความสุข โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเริ่มต้นด้วยการเจตคติที่ดีต่อการเป็นจิตอาสา อาสาช่วยให้ความเหลือผู้อื่นด้วยความรัก ความศรัทธา และความสมัครใจโดยไม่หวังสิ่งใดตอบแทน ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือด้วยร่างกาย แรงใจ เงิน หรือสิ่งของ การเห็นประโยชน์ส่วนรวมสำคัญจำเป็นมากกว่าประโยชน์ส่วนตน และมีความเสียสละเพื่อส่วนรวม จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยรอง ดังนี้

...ความตั้งใจที่อยากจะทำและความศรัทธาในการเป็น อสม. และรักงานในด้าน
สาธารณสุข

(VH01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...การมีเจตคติดีอยากอาสาสมัครของ อสม. ใจที่รักในการเป็น อสม. และใฝ่เรียนหา
ความรู้ เพราะถ้าใจไม่รักมาด้วยกับการที่จะได้รับเงินก็จะไม่รักในงานที่ทำ จึงทำให้องค์กรมี
งานไม่บรรลุตามเป้าประสงค์...อยู่ที่ตัวบุคคลที่จะรักในความเป็นอาสาสมัคร

(VH03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...และความเป็นจิตอาสาต้องมาก่อนเจตคติต่อการเป็นอาสาสมัคร อยากให้ทุกคนใน
ชุมชนมีสุขภาพดี

(VH06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...การทำงานจิตอาสา ถ้าครอบครัวไม่เข้าใจกัน ผลตามมาก็จะเป็นปัญหาครอบครัว

(VH07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...ทุกคนเป็น อสม. มีจิตใจอาสามาก่อน...ทุกคนมีเจตคติดี อาสามาเป็นหนึ่งเดียวเพื่อ
ดูแลคนในชุมชน

(VH10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...มีงานที่ได้ปฏิบัติทั้งงานในหน้าที่และงานฝากเยอะ แต่ อสม. ก็ทำกันด้วยใจ การที่
เราทำงานด้วยหัวใจในแต่ละงานที่ส่งพวกเรา อสม. ทำกันด้วยความรักและห่วงใยกัน...แต่
ทุกคนตั้งใจปฏิบัติด้วยความมีความสุขที่ได้ให้...การทำด้วยใจรักและมีความเข้าใจกัน

(VH11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...งานเยอะขึ้น ประชุมบ่อย ไปนู่นไปนี่ไปเรื่อยหมูนั่นหมูนี่ ทำงานมานานมากเคย
ขาดอยู่ครั้งตอนลูกตาย ไม่ให้มาก็มา จิตอาสา เมื่อเรียกเมื่อไรก็มา ไม่มาก็ตายหรือหยุด ไป
ครบไปบ่อย...จิตอาสา ไปครบ ไปบ่อย ค่าป่วยการได้เท่าไหนเท่านั้น เมื่อก่อนไม่ได้ไม่เห็น
เป็นไร

(VH15, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...การเข้ามาด้วยจิตอาสาจะทำได้ดีกว่าคิดเรื่องค่าป่วยการเข้ามา มีบางคนไม่มาด้วยใจ แม้เจตคติก็ไม่มี ถ้าบางคนมาด้วยใจจะปฏิบัติได้ดีมาก

(PH03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...บางคนตั้งใจทำงาน แต่บางคนไม่ใส่ใจในการทำงาน ทำให้การเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพคนในชุมชนยังไม่ทั่วถึง...ความสมัครใจ ความตั้งใจ ความเสียสละเพราะคนไหนไม่มีใจในการทำงาน เจ้าหน้าที่เหมือนไปสั่งการไปบังคับ แต่คนไหนที่เขาตั้งใจเข้ามาก็ไม่ต้องพูดอะไรกันมาก เขาก็ตั้งใจกันอย่างเต็มที่

(PH09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...มีส่วนร่วมอย่างยอดเยี่ยม ตั้งใจ มีความเสียสละ จิตอาสา ทำงานเป็นระบบร่วมมือทุกอย่าง บางส่วนเข้ามาหวังค่าตอบแทนและผลประโยชน์เป็นหลัก บางส่วนไปด้วยความร่วมมือปฏิบัติ แต่ภาพรวมแล้วโอเค

(PH10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...มีจิตอาสา จิตที่ทำด้วยความรัก เต็มใจ เจตคติดีต่องาน อสม...ส่วนหนึ่งรับผิดชอบหลาย ๆ องค์กร มาด้วยหวังเงินหนึ่งพันบาท (ค่าป่วยการ) ขาดความรับผิดชอบ ไม่หาประสบการณ์ให้ตนเอง

(CL01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2562)

...มีหน่วยงานอื่นมักมาใช้การทำงานของ อสม. เป็นเครื่องมือ การทำงานจากจิตอาสา มีตัวเงินเข้ามาเกี่ยวข้องกับจิตอาสาหายไปครึ่งหนึ่ง...การมีจิตสาธารณะที่มองว่างานของส่วนร่วมคือผลสำเร็จ

(CL03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2562)

...อสม. มีความสุขที่ชาวบ้านเรียกว่าคุณหมอ มีความสุขที่ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือ

(FM07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...อสม. ร่วมด้วยช่วยกันเพราะความสามัคคี เข้ามาทำงานด้วยเจตคติดีมีจิตอาสา และสมัครใจที่จะทำงานตรงนี้

(FM11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

2.1.8 ความตั้งใจ

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ความตั้งใจเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 2 กลุ่มคำ (Categories) คือ ความตั้งใจ และความกระตือรือร้น โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความตั้งใจและความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานจะทำให้ผลการปฏิบัติงานมีคุณภาพและประสิทธิผลมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ใส่ใจ ขาดความตั้งใจ และความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยรอง ดังนี้

...ความตั้งใจที่อยากจะทำและความศรัทธาในการเป็น อสม. และรักงานในด้านสาธารณสุข

(VH01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...ทุกคนตั้งใจปฏิบัติด้วยความมีความสุขที่ได้ให้ ทุกปัญหาย่อมมีอุปสรรคเกือบทุกเรื่อง แต่ถ้ามีความตั้งใจ ปัญหาย่อมผ่านไปคล่องเป็นอันดี

(VH11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...ในปัจจุบันงานของ อสม. มีความก้าวหน้ามากขึ้นทั้งในด้านวิชาการและกิจกรรมต่าง ๆ จะขาดก็เพียงแต่ความกระตือรือร้นในการทำงานของตัว อสม. บางท่านให้คนสนใจดีมากแต่บางท่านก็ไม่สนใจ ให้ทำงานก็ไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร งาน อสม. ในปัจจุบันสามารถช่วยเจ้าหน้าที่ได้ระดับหนึ่ง ทำให้ทำงานในหมู่บ้านง่ายขึ้น

(PH01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...บางคนตั้งใจทำงาน แต่บางคนไม่ใส่ใจในการทำงาน ทำให้การเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพคนในชุมชนยังไม่ทั่วถึง...ความสมัครใจ ความตั้งใจ ความเสียสละเพราะคนไหนไม่มีใจในการทำงาน เจ้าหน้าที่เหมือนไปสั่งการไปบังคับ แต่คนไหนที่เขาตั้งใจเข้ามาก็ไม่ต้องพูดอะไรกันมาก เขาก็ตั้งใจกันอย่างเต็มที่

(PH09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...มีส่วนร่วมอย่างยอดเยี่ยม ตั้งใจ มีความเสียสละ จิตอาสาทำงานเป็นระบบ ร่วมมือทุกอย่าง บางส่วนเข้ามาหวังค่าตอบแทนและผลประโยชน์เป็นหลัก บางส่วนไปด้วยความร่วมมือปฏิบัติ แต่ภาพรวมแล้วโอเค

(PH10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...ปัจจุบันนี้ อสม. ได้ตั้งใจทำงาน พุ่มเทร่างกาย แรงใจ ดูแลทุกข์สุขให้กันในหมู่บ้าน ได้อย่างสม่ำเสมอ

(CL09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 ตุลาคม 2562)

2.1.9 การรับรู้บทบาท

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า การรับรู้บทบาท เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประกอบด้วย 2 กลุ่มคำ (Categories) คือ การรับรู้บทบาท และบทบาทหน้าที่ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรมีการรับรู้บทบาทหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติและปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ซึ่งจะทำให้ผลการปฏิบัติงานดีขึ้น จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยรอง ดังนี้

...อสม. มีความรู้เพิ่มมากขึ้นสู่บทบาทหน้าที่มากขึ้น แต่ยังมีอีกบางส่วนที่ยังไม่มีเข้าใจในบทบาทหน้าที่

(VH03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...อสม. ต้องรับผิดชอบและรู้หน้าที่

(VH04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...อสม. ต้องรู้หน้าที่ที่รับผิดชอบถ้อยที่ถ้อยอาศัยซึ่งกันและกัน

(VH05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...การรับรู้และความสามารถของบางท่านไม่ได้มีการพัฒนาทำให้มีการทำงานเดิมซ้ำ ๆ

(PH01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...อสม. มีบทบาทในการดำเนินงานทั้งทางหน่วยงานสาธารณสุข และงานของหน่วยงานอื่นนอกเหนือจากงานสาธารณสุข อสม. มีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานควบคุมโรคในชุมชน ผู้นำทางด้านส่งเสริมสุขภาพ

(PH05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...อสม. มีบทบาทในการดูแลประชาชนในหมู่บ้านมากขึ้นทำให้เกิดผลดีต่อการรักษาโรคทำให้สามารถป้องกันโรคได้ดี และทันต่อเวลาทำให้การดำเนินชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านดีขึ้น...กิจกรรมและหน้าที่ช่วยเหลือประชาชนด้วยกัน

(CL12, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 ตุลาคม 2562)

...อสม. ทำตามหน้าที่ดูแลญาติพี่น้องเพราะเรารักกัน คนในชุมชนเอื้อเฟื้อกันและกัน

(FM07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

2.1.10 ภาระงาน

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ภาระงานเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 1 กลุ่มคำ (Categories) คือ ภาระงาน จากผลการปฏิบัติงานเชิงประจักษ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านมามีตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันจนได้รับความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงทำให้หน่วยงานต่าง ๆ มอบหมายงานให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำไปปฏิบัติเพิ่มมากขึ้นประกอบกับภาระงานเดิมที่มีอยู่แล้วและภาระงานใหม่ที่ได้มอบหมายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำไปปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีภาระงานที่เพิ่มขึ้น จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยรอง ดังนี้

...อสม. มีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นทั้งด้านความรู้และด้านเทคโนโลยีแต่ก็มีการทำงานที่เพิ่มมากขึ้น จากปัจจัยที่มีค่าตอบแทน การมีพี่เลี้ยงที่ดีก็จะทำให้ อสม. มีการพัฒนาที่ดีสังเกตจากการได้รับรางวัลที่มีอย่างต่อเนื่อง

(VH02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...อสม. มีความรู้เพิ่มมากขึ้นสู้บทบาทหน้าที่มากขึ้น แต่ก็ยังมีอีกบางส่วนที่ยังไม่มีเข้าใจในบทบาทหน้าที่

(VH03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...มีงานที่ได้ปฏิบัติทั้งงานในหน้าที่และงานฝากเยอะ แต่ อสม. ก็ทำกันด้วยใจ

(VH11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...อสม. มักจะได้รับตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้านและในระดับต่าง ๆ ด้วย ทำให้มีภาระงานมากขึ้นด้วยทั้งในบทบาทของ อสม. และในตำแหน่งอื่น ๆ

(PH05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...ปัญหางานมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นจากกระทรวงอื่น ๆ ให้ อสม. ทำ และการที่ อสม. มีหลายตำแหน่งทำให้ภาระหน้าที่ต่าง ๆ มากขึ้น

(PH06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...งาน อสม. เยอะขึ้นและการทำงานเข้าถึงได้ดี

(CL06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2562)

...งานของ อสม. เยอะ เข้มข้นกว่างานของผู้ใหญ่บ้าน ทำทุกอย่างครอบคลุมทุกอย่าง ดูแลชาวบ้านแยกตามคุ้ม อสม. เป็นตัวแทนของผู้ใหญ่บ้าน ติดตามคนไข้ที่รู้ชื่อจากผู้ใหญ่บ้าน โดยหมอบอกผู้ใหญ่บ้านมาทางไลน์หรือโทรมาหา เมื่อมีการเลือกตั้งในหมู่บ้านส่วนใหญ่ อสม. จะชนะการเลือกตั้ง

(CL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 ตุลาคม 2562)

...อสม. มีงานเพิ่มมากขึ้นและมีกิจกรรมให้ทำมากขึ้น

(CL10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 ตุลาคม 2562)

...อสม. มีงานเพิ่มมากขึ้นและยากขึ้น รับผิดชอบเยอะขึ้นแต่ก็ได้ความรู้เพิ่มขึ้น

(FM02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

2.1.11 ความรับผิดชอบ

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ความรับผิดชอบเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประกอบด้วย 2 กลุ่มคำ (Categories) คือ ความรับผิดชอบ และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละหมู่บ้าน/ ชุมชนควรได้รับมอบหมายจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ยใกล้เคียงกันหรือลักษณะบริบทของพื้นที่ที่ห่างไกล และควรมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายซึ่งจะทำให้ผลการปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยรอง ดังนี้

...ความรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ของเพื่อน อสม. และการลงพื้นที่จริงของเพื่อน ๆ อสม. เอง อสม. ต้องรับผิดชอบและรู้หน้าที่

(VH04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...เป็นงานที่ต้องรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย งานที่เจ้าหน้าที่มอบหมายให้ อสม. ช่วยทุกคนพอทำได้ งานที่ได้รับมอบหมายต้องทำได้ ทำไหว ทำให้ทัน อสม. ต้องรู้หน้าที่ที่รับผิดชอบถ้อยที่ถ้อยอาศัยซึ่งกันและกัน อุปสรรคที่เจอคือเกิดความสามารถที่ทำได้ เพราะยังขาดความรู้ในเชิงปฏิบัติจริง และงานที่ได้รับมอบชอบต่อหน่วยงานเช่นกัน และต้องปฏิบัติใช้ไม่ได้ก็มีบ้าง

(VH05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...อสม. มีการตื่นตัวดีขึ้นและรับผิดชอบงานมากขึ้น

(VH12, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...การทำงานมีแบบแผนเป็นไปตามระเบียบกำหนด...ทำงานเป็นกลุ่ม มีความสมัครสมานสามัคคี และแบ่งหน้าที่กันทำงานอย่างชัดเจน

(VH16, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...ภาระงานที่มากเกินไป ประเมินได้เพียงปริมาณงาน หรือคุณภาพงานได้ตามเป้าหมาย

(PH04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...อสม. มักจะได้รับตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้านและในระดับต่าง ๆ ด้วย ทำให้มีภาระงานมากขึ้นด้วยทั้งในบทบาทของ อสม. และในตำแหน่งอื่น ๆ

(PH05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...ปัญหางานมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นจากกระทรวงอื่น ๆ ให้ อสม. ทำ และการที่ อสม. มีหลายตำแหน่งทำให้ภาระหน้าที่ต่าง ๆ มากขึ้น

(PH06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...ประเมินสุขภาพประชาชนในเขตรับผิดชอบของ อสม. แต่ละบุคคล

(PH08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

..ให้เพื่อน อสม. มีส่วนร่วมควรแบ่งระแวกที่รับผิดชอบ...ความรับผิดชอบในหน้าที่
อสม. ปัญหาเพราะส่วนหนึ่งรับผิดชอบหลาย ๆ องค์กร มาด้วยหวังเงินหนึ่งพันบาท
(ค่าป่วยการ) ขาดความรับผิดชอบ ไม่หาประสบการณ์ให้ตนเอง

(CL01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2562)

...อสม. มีงานเพิ่มมากขึ้นและยากขึ้น รับผิดชอบเยอะขึ้นแต่ก็ได้ความรู้เพิ่มขึ้น

(FM02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...อสม. ช่วยกันทำงานดีดูแลรับผิดชอบ

(FM06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...เป็นบางครั้งทีละแวกที่รับผิดชอบไม่ค่อยให้ความร่วมมือ

(FM09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

2.2 ปัจจัยระดับครอบครัว

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ครอบครัวของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน โดยครอบครัวให้ความเห็นชอบหรือให้ความยินยอมให้สมัครเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านหรือปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือครอบครัวเข้าใจใน
บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านได้ส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่ง
จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานได้ดี จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่
สอดคล้องกับประเด็น ดังนี้

...การทำงานจิตอาสา ถ้าครอบครัวไม่เข้าใจกัน ผลตามมาก็จะเป็นปัญหาครอบครัว

(VH07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...สมาชิกในครัวเรือนทุกคนสนับสนุนในการทำงาน บางครั้งยังช่วยแนะนำ ทำงาน
ร่วมกันหรือแทนกันได้เป็นบางครั้ง

(VH16, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...เห็นชอบในการทำงาน

(VH17, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...ครอบครัวเป็นหลักที่ผลักดันการทำงานของ อสม.

(CL01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2562)

...การได้ดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวให้เป็นแบบอย่างที่ดี

(CL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2562)

...ครอบครัวสนับสนุนอย่างมากเพราะได้เข้ามาเป็นจิตอาสาจะได้รับรู้ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ได้กับคนในชุมชน

(CL10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 ตุลาคม 2562)

...เป็นแล้วมีความรู้เพิ่มขึ้นและมาบอกคนในบ้านว่าเป็นแล้วดีนะ

(CL11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 ตุลาคม 2562)

...สนับสนุนให้เป็น อสม.

(FM01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...แรก ๆ ก็ไม่สนับสนุนแต่นานไปก็เข้าใจในสิ่งที่เขาทำและผลงานที่ออกมา เข้าใจดี และช่วยเขาทำงานบ้าง

(FM02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...เข้าใจดีและช่วยเขาทำงานบ้าง

(FM03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...สนับสนุนในการทำงานนี้ดีมาก เพราะมีประโยชน์ต่อครัวเรือนและหมู่บ้าน

(FM05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...ต้องการให้ทำงานเพื่อชุมชนและมีใจรักเช่นกัน

(FM07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...อสม. ไปรู่ระก็จะทำให้สมาชิกในครัวเรือนไปแทนจุดที่ได้ฟังมา ลูกบอกแม่ว่า แม่ทำได้พวกเราก็ทำได้

(FM08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...สนับสนุน อสม. ในเรื่องต่าง ๆ และคอยแนะนำในส่วนต่าง ๆ

(FM09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...ทำตามที อสม. ชี้แนะ ปฏิบัติตามเพื่อความเป็นอยู่ สุขภาพอนามัยที่ดี

(FM11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

2.3 ปัจจัยระดับชุมชน

ปัจจัยระดับชุมชนที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 ปัจจัยรอง เรียงลำดับตามข้อค้นพบ ได้แก่ บริบทของพื้นที่ งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การทำงานเป็นทีม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.3.1 บริบทของพื้นที่

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า บริบทของพื้นที่ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 2 กลุ่มคำ (Categories) คือ บริบทของพื้นที่ และปัญหาของชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะปฏิบัติงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นตามสภาพปัญหาของชุมชน ความต้องการของชุมชน และความยากง่ายในแต่ละพื้นที่ในแต่ละบทบริบทของพื้นที่ ซึ่งบริบทของพื้นที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ลักษณะของการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแตกต่างกันไป ดังนั้น ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เกิดขึ้นจะมีความแตกต่างกันและมีความโดดเด่นเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยรอง ดังนี้

...การที่มีหมู่บ้านที่ดีพร้อมทำงานกับ อสม. ให้ความสำคัญกับ อสม. ให้ความร่วมมือ และมีการทำงานร่วมกันของคนในหมู่บ้าน

(PH01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...การปฏิบัติงานของ อสม. มีความเข้มแข็งแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถของตัว อสม. บริบทชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของแต่ละพื้นที่

(PH04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...บางงานเป็นความต้องการของหน่วยงานสาธารณสุข แต่ไม่ใช่ความต้องการของชุมชน

(PH09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...การมีส่วนร่วมของ อสม. การทำงานร่วมกันของ อสม. และการเข้าใจปัญหาของ
ชุมชน...กฎกติกาของ อสม. ของแต่ละหมู่บ้าน

(CL05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2562)

...สภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่

(CL06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2562)

2.3.2 งบประมาณ

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า งบประมาณเป็น
ปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 4 กลุ่มคำ
(Categories) คือ งบประมาณ เงิน ค่าตอบแทน และค่าป่วยการ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีส่วนสำคัญที่จะ
ส่งเสริม สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมและการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในหมู่บ้าน/ ชุมชน หากได้รับการสนับสนุนค่าตอบแทน ค่าป่วยการ เงิน
และงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อชดเชยการขาดรายได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะทำให้
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งงบประมาณที่ต้องใช้ในการ
การจัดกิจกรรมโครงการแก้ไขปัญหาในหมู่บ้าน/ ชุมชน ทั้งนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อาจจะขอรับสนับสนุนงบประมาณที่ต้องใช้ในการจัดกิจกรรมโครงการจากองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น (อปท.) หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัย
รอง ดังนี้

...เครื่องมือไม่เพียงพอเท่าที่ควรและงบประมาณไม่ค่อยมี

(VH04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...มีค่าตอบแทนการทำงานให้ อสม.

(PH05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...การเงินและค่าตอบแทน เพื่อเพิ่มพลังและตอบแทนในการทำงานที่ทำเพราะเป็น
ปัจจัย 4 ลำดับในการดำรงชีวิต

(PH06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...มีส่วนร่วมอย่างยอดเยี่ยม ตั้งใจ มีความเสียสละ จิตอาสาทำงานเป็นระบบ ร่วมมือทุกอย่าง บางส่วนเข้ามาหวังค่าตอบแทนและผลประโยชน์เป็นหลัก บางส่วนไปด้วยความร่วมมือปฏิบัติ แต่ภาพรวมแล้วโอเค...ต้องการงบประมาณและค่าตอบแทนสนับสนุนการทำงาน

(PH10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...มีจิตอาสา จิตที่ทำด้วยความรัก เต็มใจ เจตคติดีต่องาน อสม...ส่วนหนึ่งรับผิดชอบหลาย ๆ องค์กรมาด้วยหวังเงินหนึ่งพันบาท (ค่าป่วยการ) ขาดความรับผิดชอบ ไม่หาประสบการณ์ให้ตนเอง

(CL01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2562)

...มีหน่วยงานอื่นมักมาใช้การทำงานของ อสม. เป็นเครื่องมือ การทำงานจากจิตอาสา มีตัวเงินเข้ามาเกี่ยวข้องกับจิตอาสาหายไปครึ่งหนึ่ง...การมีจิตสาธารณะที่มองว่างานของตัวเองมีส่วนร่วมคือผลสำเร็จ

(CL03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2562)

...เงินเป็นส่วนสำคัญในการทำงาน สนับสนุนรายได้นอกจากที่ได้รับ

(CL08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 ตุลาคม 2562)

...งบประมาณน้อยจะทำอะไรก็ไม่ได้อย่างสมเหตุสมผล ทำให้ อสม. พัฒนาได้ช้ามาก ๆ

(CL09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 ตุลาคม 2562)

...มีค่าตอบแทนเป็นค่าน้ำมันรถให้ อสม.

(FM07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

2.3.3 วัสดุอุปกรณ์

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า วัสดุอุปกรณ์เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประกอบด้วย 2 กลุ่มคำ (Categories) คือ วัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน เช่น กระจาด สมุด ปากกา ดินสอ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก ปรอทวัดไข้ สายวัดตัว กล้องปฐมพยาบาลเบื้องต้น และเครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้า จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยรอง ดังนี้

...เครื่องมือไม่เพียงพอเท่าที่ควรและงบประมาณไม่ค่อยมี

(VH04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...เครื่องมือมีแต่น้อย อยากได้เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต กล้องปฐมพยาบาลเบื้องต้น และเครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้า...อุปกรณ์ไม่เพียงพอ เขียนของบก็ได้มาบ้าง ได้อุปกรณ์ใหม่อีกเครื่องก็พังแล้ว

(CL07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 ตุลาคม 2562)

2.3.4 การทำงานเป็นทีม

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า การทำงานเป็นทีม เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประกอบด้วย 4 กลุ่มคำ (Categories) คือ การทำงานเป็นทีม ความสามัคคี การแบ่งหน้าที่ และภาวะผู้นำ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนที่อยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชนควรมีความรักสามัคคี มีส่วนรวม ให้ความร่วมมือ และร่วมใจกันปฏิบัติงานด้วยความเป็นเพื่อนเป็นพี่เป็นน้อง ใส่ใจและช่วยเหลือในการปฏิบัติงาน ถ้อยทีถ้อยอาศัยซึ่งกันและกัน ทำด้วยใจรักและเข้าใจกันซึ่งกันและกัน จะทำอะไรก็ปรึกษารือกันอย่างพร้อมเพรียงกัน เปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมได้เข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตั้งแต่การร่วมวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การแบ่งหน้าที่ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการดำเนินงาน ตลอดจนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในทีมงาน ภายใต้การมีภาวะผู้นำของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีเป้าหมายเพื่อดูแลสุขภาพอนามัย และความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยรอง ดังนี้

...อสม. เราให้ความสามัคคีทุกคน และเราร่วมมือกันทำงาน

(VH01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...อสม. ต้องรู้หน้าที่ที่รับผิดชอบถ้อยทีถ้อยอาศัยซึ่งกันและกัน

(VH05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...การทำงานของ อสม. ทำให้มีความสามัคคีในหมู่คณะและในชุมชน

(VH06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...การทำงานเป็นทีม ถ้า อสม. ท่านใดต่างคนต่างทำงาน ผลสำเร็จก็ไม่บังเกิด ถ้าเราช่วยกัน รวมพลังเป็นหนึ่งเดียวกัน อุปสรรคต่าง ๆ ก็จะผ่านพ้นไปได้ด้วยดี

(VH07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...ความรักสามัคคีเป็นหลักจึงทำให้ทำงานเป็นไปในทางที่ดี

(VH09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...การทำด้วยใจรักและมีความเข้าอกเข้าใจกัน

(VH11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...เริ่มทำงานดีขึ้น รู้จักคิดและแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าที่ได้รับ แต่เป็นบางคนมีความเข้มแข็งมากขึ้น เริ่มทำงานเป็นทีม และขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของประธาน อสม. แต่ละหมู่บ้าน

(VH14, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...การทำงานมีแบบแผนเป็นไปตามระเบียบกำหนด...ทำงานเป็นกลุ่ม มีความสมัครสมานสามัคคี และแบ่งหน้าที่กันทำงานอย่างชัดเจน

(VH16, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...เราทำงานด้วยใจเป็นทีม มีความสุขที่ดูแลคนในกลุ่ม

(VH17, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...การมีส่วนร่วมของ อสม. การทำงานร่วมกันของ อสม. และการเข้าใจปัญหาของชุมชน

(CL05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2562)

...อสม. รักกัน สามัคคีกันจะทำอะไรก็ปรึกษาหารือกันอย่างพร้อมเพรียงกัน

(CL09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2562)

...ความสามัคคีในการทำงานของ อสม. ทุกคน มีอะไรช่วยกันทำตลอด มีความรักความเข้าใจในแต่ละหมู่และมีผู้นำที่ดี ความสามัคคี ความรัก ความเข้าใจดีในแต่ละคน ถ้าขาดความสามัคคี ความรัก ก็จะทำงานด้วยกันไม่ได้

(CL10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2562)

...ความร่วมมือและความเข้าใจของเพื่อน อสม. ด้วยกัน

(FM02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...งานเยอะขึ้นและยากขึ้นกว่าเมื่อก่อน ทำให้ อสม. บางคนท้อที่จะทำต่อ ทุกคนช่วยกันทำและขอคำปรึกษาจากคุณหมอทุก ๆ ครั้งที่มีปัญหา เราช่วยกันและอย่างไรจะทำไม่ได้เราจะมาคุยกันและแลกเปลี่ยนความรู้ ปรึกษา และช่วยเหลือกัน

(FM05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...อสม. ช่วยกันทำงานดีดูแลรับผิดชอบ การทำงานเป็นทีมที่จะช่วยกันแลกเปลี่ยนความรู้ช่วยกันและกัน การร่วมมือกันของเพื่อนร่วมงาน

(FM06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...อสม. ชักชวนกันทำงาน ช่วยเหลือดูแล เช่น คำว่ากะโหลกกะลา ใส่ทราย วัดความดันโลหิตให้

(FM07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...อสม. ทำงานกันเป็นทีม ใจพร้อมที่บริการชุมชน

(FM08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...อสม. ร่วมด้วยช่วยกันเพราะความสามัคคี เข้ามาทำงานด้วยเจตคติดีมีจิตอาสา และสมัครใจที่จะทำงานตรงนี้

(FM11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

2.3.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 2 กลุ่มคำ (Categories) คือ พี่เลี้ยง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการนิเทศงาน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคคลสำคัญมากที่สุดต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษา อำนวยความสะดวก กำกับดูแล นิเทศติดตามผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยรอง ดังนี้

...ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

(VH01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...การอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

(VH03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...การสนับสนุนภาควิชาการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพราะ อสม. พร้อมทำงาน
ถ้ามีพี่เลี้ยงที่ดีและใส่ใจผู้ร่วมงาน

(VH08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...ทีมหมอพี่เลี้ยงคอยแนะนำให้ความรู้ในการทำงานของ อสม.

(VH09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...หมอแจ้งข่าว แจ้งงาน รวดเร็ว มีงานบ้าง ไม่มีงานบ้าง

(VH15, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นกันเองต่อ อสม. ทุกคน

(VH16, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...การปฏิบัติงานของ อสม. ได้รับการสนับสนุนจากพี่เลี้ยง อสม.

(PH02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...การปฏิบัติงานของ อสม. มีความเข้มแข็งแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรู้
ความสามารถของตัว อสม. บริบทชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของแต่ละพื้นที่

(PH04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนิเทศติดตามเยี่ยมเสริมพลังการปฏิบัติงานของ อสม. และให้
คุณค่าเพิ่มมากขึ้น

(PH10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...พี่เลี้ยง อสม. ควรให้ความสำคัญและให้กำลังใจให้มากกว่านี้

(CL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2562)

...งานเยอะขึ้นและยากขึ้นกว่าเดิม ทำให้ อสม. บางคนท้อที่จะทำต่อ ทุกคนช่วยกันทำและขอคำปรึกษาจากคุณหมอทุก ๆ ครั้งที่มีปัญหา เราช่วยกันและอย่างไรจะทำให้ไม่ได้เราจะมาคุยกันและแลกเปลี่ยนความรู้ ปรึกษา และช่วยเหลือกัน

(FM05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...ได้รับความรู้ข้อมูลสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่คอยให้คำแนะนำ ให้ความรู้ทุก ๆ ด้าน อบรมให้ความรู้ในการประชุมประจำเดือน และการดูงานตามสถานที่ต่าง ๆ เมื่ออบรมมาแล้ว เพื่อน อสม. ทำตามได้ดีทำตามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและให้คำแนะนำด้านชุมชนได้ดี

(FM09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

2.4 ปัจจัยระดับสังคม

ปัจจัยระดับสังคมที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 ปัจจัยรอง เรียงลำดับตามข้อค้นพบ ได้แก่ ภาศึเครือข่าย การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการยอมรับนับถือ

2.4.1 ภาศึเครือข่าย

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ภาศึเครือข่ายเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 3 กลุ่มคำ (Categories) คือ ภาศึเครือข่าย การประสานงาน และสัมพันธ์ภาพ โดยภาศึเครือข่ายเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะเข้ามามีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ประสบผลสำเร็จได้เป็นอย่างดี ภาศึเครือข่ายในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีจำนวนและมีความหลากหลายแตกต่างกันไปขึ้นกับบริบทของพื้นที่ เช่น ครอบครัว หมู่บ้าน/ ชุมชน วัด โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น ประชาชน กองทุนต่าง ๆ ในชุมชน องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร ฯลฯ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีคุณสมบัติของการเป็นนักประสานงานที่ดีและมีสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างภาศึเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยจะเข้าไปติดต่อประสานงานและขอความร่วมมือในการ บูรณาการทำงานร่วมกับภาศึเครือข่ายทางสังคมต่าง ๆ ในหมู่บ้าน/ ชุมชน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพอนามัยที่ดีของประชาชนในชุมชน เช่น การประสานงานขอรับการสนับสนุนด้านสิ่งของหรือทรัพยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยรอง ดังนี้

...ทำงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายอื่น ๆ

(VH03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...ได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

(VH09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...และการได้รับการร่วมมือจากทุกภาคส่วนทำกันแบบบูรณาการ

(VH11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...อสม. มีบทบาทในการดำเนินงานทั้งทางหน่วยงานสาธารณสุข และงานของหน่วยงานอื่นนอกเหนือจากงานสาธารณสุข อสม. มีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานควบคุมโรคในชุมชน ผู้นำทางด้านส่งเสริมสุขภาพ

(PH05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...เป็นปัญหาที่ อสม. และผู้นำไม่ลงรอย และการประสานงานร่วมกันของผู้ใหญ่บ้าน และ อสม.

(PH08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 ตุลาคม 2562)

...การทำงานของ อสม. อาศัยสัมพันธ์ภาพระหว่าง อสม. กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. กับผู้นำ และ อสม. กับประชาชน

(PH10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

2.4.2 การมีส่วนร่วม

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า การมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 2 กลุ่มคำ (Categories) คือ การมีส่วนร่วม และความร่วมมือ โดยการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการปฏิบัติงานโดยเริ่มตั้งแต่การแบ่งปันข้อมูลปรึกษาหารือ การเข้ามาเกี่ยวข้อง การร่วมมือ และเสริมพลังเพิ่มอำนาจ ซึ่งจะก่อให้เกิดทำให้ภาคีเครือข่ายมีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและจะร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างเต็มที่ หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานเพียงลำพัง ขาดความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานจะทำให้ผลการปฏิบัติงานออกมาไม่ดีเท่าที่ควรหรือล้มเหลวได้ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยรอง ดังนี้

...ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี...อสม.
เรามีความสามัคคีทุกคน และเราร่วมมือกันทำงาน

(VH03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...ก็มีทั้งข้อดีและข้อเสียโดยส่วนมากความร่วมมือและความเข้าใจในด้านสาธารณสุข
ของชาวบ้านไม่ค่อยมีเท่าที่ควร แต่ก็พยายามทำความเข้าใจและความรู้ให้กับชาวบ้านให้
ได้มากที่สุด

(VH04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...การทำงานเป็นทีม ถ้า อสม. ท่านใดต่างคนต่างทำงาน ผลสำเร็จก็ไม่บังเกิด ถ้าเรา
ช่วยกัน รวมพลังเป็นหนึ่งเดียวกัน อุปสรรคต่าง ๆ ก็จะสามารถผ่านไปได้ด้วยดี

(VH07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...ได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

(VH09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...ความร่วมมือของประชาชนมีส่วนร่วมในหมู่บ้านตำบล

(VH10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...และการได้รับการร่วมมือจากทุกภาคส่วนทำกันแบบบูรณาการ

(VH11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...การที่มีหมู่บ้านที่ดีพร้อมทำงานกับ อสม. ให้ความสำคัญกับ อสม. ให้ความร่วมมือ
และมีการทำงานร่วมกันของคนในหมู่บ้าน

(PH01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...อสม. มีบทบาทในการดำเนินงานทั้งทางหน่วยงานสาธารณสุข และงานของ
หน่วยงานอื่นนอกเหนือจากงานสาธารณสุข อสม. มีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสาธารณสุข
โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานควบคุมโรคในชุมชน ผู้นำทางด้านส่งเสริมสุขภาพ

(PH05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...ความคิดความรู้สึกในใจของผู้คน การต่อต้านไม่ให้ความร่วมมือทัศนคติของบางคน ในชุมชน คนในชุมชนบางส่วนไม่เห็นความสำคัญในงานส่งเสริมสุขภาพ บางงานเป็นความต้องการของหน่วยงานสาธารณสุข แต่ไม่ใช่ความต้องการของชุมชน

(PH09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...มีส่วนร่วมอย่างยอดเยี่ยม ตั้งใจ มีความเสียสละ จิตอาสาทำงานเป็นระบบ ร่วมมือทุกอย่าง บางส่วนเข้ามาหวังค่าตอบแทนและผลประโยชน์เป็นหลัก บางส่วนไปด้วยความร่วมมือปฏิบัติ แต่ภาพรวมแล้วโอเค

(PH10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...การมีส่วนร่วมของ อสม. การทำงานร่วมกันของ อสม. และการเข้าใจปัญหาของชุมชน

(CL05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2562)

...เวลาไปทำงานที่บ้านแต่ละบ้านเขาไม่ค่อยให้ความร่วมมือกับ อสม. เช่น บอกให้ไปตามหมอนัด

(CL11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 ตุลาคม 2562)

...อสม. มีบทบาทในการดูแลประชาชนในหมู่บ้านมากขึ้นทำให้เกิดผลดีต่อการรักษาโรคทำให้สามารถป้องกันโรคได้ดี และทันต่อเวลาทำให้การดำเนินชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านดีขึ้น ความร่วมมือของคนในหมู่บ้าน ประชาชนในหมู่บ้านเป็นเป้าหมายหลักของ อสม. หากประชาชนไม่ให้ความร่วมมือแล้วนั้นก็จะไม่ทำให้ อสม. ทำงานได้ดีและไม่ทั่วถึง เกิดจากความร่วมมือของประชาชนในหมู่บ้าน เนื่องจากประชาชนในหมู่บ้านต้นตอตัวกับโรคมากขึ้น จึงจะยอมรับในการบริการของสมาชิก อสม. มากขึ้น

(CL12, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 ตุลาคม 2562)

...ความร่วมมือและความเข้าใจของเพื่อน อสม. ด้วยกัน

(FM02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...ชาวบ้านให้ความร่วมมือดี และความร่วมมือของเพื่อนๆ อสม. ด้วยกันเอง

(FM04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...อสม. ช่วยกันทำงานดีดูแลรับผิดชอบ การทำงานเป็นทีมที่จะช่วยกันแลกเปลี่ยน
ความรู้ช่วยกันและกัน การร่วมมือกันของเพื่อนร่วมงาน

(FM06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...อสม. ทำงานได้ดี เพราะชุมชนให้ความร่วมมือกันอย่างดี เชื่อถือและไว้วางใจในตัว
อสม.

(FM08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...ทุกคนให้ความร่วมมือดี อสม. มีความสุขที่ชาวบ้านเรียกว่าคุณหมอ มีความสุขที่
ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือ

(FM07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...เป็นบางครั้งทีละแวกที่ อสม. รับผิดชอบไม่ค่อยให้ความร่วมมือ

(FM09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...อสม. ทำให้ประชาชนรู้ความเป็นไปของสุขภาพได้ที่บ้านและป้องกันได้ทันเวลา
ชาวบ้านให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

(FM10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

2.4.3 แรงสนับสนุนทางสังคม

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า แรงสนับสนุนทาง
สังคม เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย
1 กลุ่มคำ (Categories) คือ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการ
ช่วยเหลือหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านอารมณ์ความรู้สึก การประเมินคุณค่า ทรัพยากร และ
ข้อมูลข่าวสาร จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หรือภาคีเครือข่ายที่
เกี่ยวข้อง ซึ่งจะก่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับ
ปัจจัยรอง ดังนี้

...การสนับสนุนภาควิชาการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพราะ อสม. พร้อมทำงาน
ถ้ามีพี่เลี้ยงที่ดีและใส่ใจผู้ร่วมงาน

(VH08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...ได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

(VH09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ตุลาคม 2562)

...และการได้รับการร่วมมือจากทุกภาคส่วนทำกันแบบบูรณาการ

(VH11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...หมอแจ้งข่าว แจ้งงาน รวดเร็ว มีงานบ้าง ไม่มีงานบ้าง

(VH15, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...สมาชิกในครัวเรือนทุกคนสนับสนุนในการทำงาน บางครั้งยังช่วยแนะนำ ทำงาน
ร่วมกันหรือแทนกันได้เป็นบางครั้ง

(VH16, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...การปฏิบัติงานของ อสม. ได้รับการสนับสนุนจากพี่เลี้ยง อสม.

(PH02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...ครอบครัวสนับสนุนอย่างมากเพราะได้เข้ามาเป็นจิตอาสาจะได้รับรู้ข้อมูลต่าง ๆ
เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ได้กับคนในชุมชน

(CL10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 ตุลาคม 2562)

...แรก ๆ ก็ไม่สนับสนุนแต่นานไปก็เข้าใจในสิ่งที่เขาทำและผลงานที่ออกมา เข้าใจดี
และช่วยเขาทำงานบ้าง

(FM02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...อสม. ไปธุระก็จะทำให้สมาชิกในครัวเรือนไปแทนจุดที่ได้ฟังมา ลูกบอกแม่ว่า แม่
ทำได้พวกเราก็ทำได้

(FM08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...สนับสนุน อสม. ในเรื่องต่าง ๆ และคอยแนะนำในส่วนต่าง ๆ

(FM09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

2.4.4 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 4 กลุ่มคำ (Categories) คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน สวัสดิการ ขวัญกำลังใจ การเชิดชูเกียรติ และความภาคภูมิใจ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพึงพอใจการปฏิบัติงานจากการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้สำเร็จหรือมีความรู้สึกภาคภูมิใจว่าได้การปฏิบัติงานนั้นประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดีจะปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการจูงใจ สวัสดิการ ขวัญกำลังใจ และการเชิดชูเกียรติจากหน่วยงานภาครัฐในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหนึ่งพันบาทต่อเดือน สวัสดิการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล สวัสดิการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษ และสวัสดิการช่วยเหลือค่าอาหารพิเศษของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุคคลในครอบครัว บัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สิทธิในการแต่งเครื่องแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุดพิธีการ และชุดปฏิบัติการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุตรมีสิทธิได้รับโควตาศึกษาในสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข การประกาศเกียรติคุณอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่น การเสนอชื่อเพื่อขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ตามหลักเกณฑ์การขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ และสิทธิที่จะได้รับสิทธิประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งกองทุนต่าง ๆ ที่เป็นสิทธิประโยชน์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นจะได้อำหนด เช่น ฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ฌกส.อสม.) จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยรอง ดังนี้

...การได้รับการเชิดชูเกียรติจากหน่วยงาน การได้รับโอกาสให้ทำหน้าที่อื่น ๆ ทำให้เกิดเป็นกำลังใจให้ อสม. ในการปฏิบัติงานของ อสม. เกิดความภาคภูมิใจ...อสม. มักจะได้รับตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้านและในระดับต่าง ๆ ด้วย ทำให้มีภาระงาน มากขึ้นด้วยทั้งในบทบาทของ อสม. และในบทบาทของตำแหน่งอื่น ๆ

(PH05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...การรักษาพยาบาลดี

(VH17, ผู้ให้สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2562)

...สวัสดิการรักษาพยาบาลและนอนห้องพิเศษ

(PH07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนิเทศ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลังการปฏิบัติงานของ อสม. และให้คุณค่าเพิ่มมากขึ้น

(PH10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...พี่เลี้ยง อสม. ควรให้ความสำคัญและให้กำลังใจให้มากกว่านี้...กำลังใจ ใบประกาศ โล่รางวัล เงินรางวัลให้เพิ่มกว่านี้ที่ได้ อสม. ดีเด่นระดับอำเภอ ระดับจังหวัด อันเก่ามันน้อยเกินขาดแรงจูงใจ

(CL02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2562)

...การฝึกอบรมอย่างเข้าถึงและขวัญกำลังใจ

(CL03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 ตุลาคม 2562)

2.4.5 การยอมรับนับถือ

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า การยอมรับนับถือเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 5 กลุ่มคำ (Categories) คือ การยอมรับนับถือ ความน่าเชื่อถือ ความเคารพ ความไว้วางใจ และโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน และมีผลงานของเป็นที่ประจักษ์จนได้รับความไว้วางใจ ความน่าเชื่อถือ ความเคารพ การยอมรับนับถือ และการยกย่องจากสมาชิกในครอบครัว ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน และยังเพิ่มโอกาสก้าวหน้าในการดำรงตำแหน่งอื่นในชุมชน โดยได้รับการมอบหมายหน้าที่สำคัญในชุมชน ได้รับการคัดเลือก ได้รับการแต่งตั้ง หรือได้รับเลือกตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สำคัญ ๆ ในชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล คณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้าน (กทบ.) คณะกรรมการกองทุนพัฒนาบทบาทสตรีตำบล (คกส.ต.) ชูรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) อาสาพัฒนาชุมชน (อช.) อาสาสมัครเกษตรหมู่บ้าน (อกม.) ฯลฯ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยรอง ดังนี้

...การได้รับการเชิดชูเกียรติจากหน่วยงาน การได้รับโอกาสให้ทำหน้าที่อื่น ๆ ทำให้เกิดเป็นกำลังใจให้ อสม. ในการปฏิบัติงานของ อสม. เกิดความภาคภูมิใจ...อสม. มักจะได้รับตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้านและในระดับต่าง ๆ ด้วย ทำให้มีภาระงานมากขึ้นด้วยทั้งในบทบาทของ อสม. และในบทบาทของตำแหน่งอื่น ๆ

(PH05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...ปัญหางานมากขึ้น ไม่ว่าจะมาจากกระทรวงอื่น ๆ ให้ อสม. ทำ และการที่ อสม. มีหลายตำแหน่งทำให้ภาระหน้าที่ต่าง ๆ มากขึ้น

(PH06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...คนที่เข้ามาเป็น อสม. บางส่วนเข้ามาเพื่อหวังจะก้าวหน้าในตำแหน่งอื่นเช่น การได้เลือกตั้งเป็น ส.อบต. หรือผู้นำ

(PH07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2562)

...อสม. ทำงานได้ดี เพราะชุมชนให้ความร่วมมือกันอย่างดี เชื่อถือและไว้วางใจในตัว อสม.

(FM08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

...สนับสนุน อสม. ในเรื่องต่าง ๆ และคอยแนะนำในส่วนต่าง ๆ

(FM09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2562)

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบคู่ขนาน (Convergent design) ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (การวิจัยเชิงปริมาณ) พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาท จำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ความรู้ อาชีพเกษตรกรรม ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจตคติ ซึ่งตัวแปรทั้ง 7 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 26.5

2. การวิจัยปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (การวิจัยเชิงคุณภาพ) พบว่า 1) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ เวลา ความพร้อม สมาร์ทโฟน การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน แรงบันดาลใจ จิตอาสา ความตั้งใจ การรับรู้บทบาท ภาระงาน และความรับผิดชอบ 2) ปัจจัยระดับครอบครัว ได้แก่ ครอบครัว 3) ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ บริบทของพื้นที่งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การทำงานเป็นทีม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 4) ปัจจัยระดับสังคม ได้แก่ ภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการยอมรับนับถือ ซึ่งตัวแปรทั้งจำนวน 22 ตัวแปรเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากผลการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสามารถรวมผลการวิจัยเชิงปริมาณและผลการวิจัยเชิงคุณภาพทั้ง 2 ส่วนเข้าด้วยกัน (Merge) จำนวน 29 ตัวแปร พบว่าตัวแปรที่มีความสอดคล้องกัน 3 ตัวแปรคือ การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน การรับรู้บทบาท และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ดังนั้น สรุปได้ว่าตัวแปรที่เป็นปัจจัยที่มีผล/ ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 26 ตัวแปรคือ อายุ อาชีพ เวลา ความพร้อม สมาร์ทโฟน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท ภาระงาน ความรับผิดชอบ แรงบันดาลใจ จิตอาสา ความตั้งใจ บริบทของพื้นที่ การทำงานเป็นทีม ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาควิชาเครือข่าย การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการยอมรับนับถือ ซึ่งจะนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ไปใช้สร้างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระยะที่ 2 ต่อไป

การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (Exploratory sequential design) เพื่อสร้างและตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาใช้ในขั้นตอนที่ 1 การสร้างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (การวิจัยเชิงคุณภาพ) โดยการจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) แล้วนำผลมาต่อด้วยขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (การวิจัยเชิงปริมาณ) โดยใช้แบบสอบถามตรวจสอบร่างรูปแบบในด้านความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุม เพื่อยืนยันรูปแบบและสามารถนำไปใช้ต่อในวงกว้างต่อไป ซึ่งจะนำผลการวิจัยจากระยะที่ 2 ไปใช้ในระยะที่ 3 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ตามลำดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิจัยขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 9 คน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ โรงพยาบาล/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(เทศบาลเมือง/ เทศบาลตำบล/ องค์การบริหารส่วนตำบล) จำนวน 9 คน และ 3) ผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น จำนวน 9 คน ซึ่งได้จากการใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเอกพันธ์ (Homogeneous sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแนวทางการสนทนากลุ่ม เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก โดยการจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในการสนทนากลุ่ม ผู้ร่วมสนทนากลุ่มมาพบกันเริ่มด้วยการทำความรู้จักกันให้ทุกคนได้ผ่อนคลายและรู้สึกคุ้นเคยกันพอสมควรจากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยดำเนินการสนทนากลุ่มในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามลำดับ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนา ขอให้ทุกคนพูดได้โดยไม่กังวลเรื่องถูกผิด การรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้ และขออนุญาตให้ผู้ช่วยนักวิจัยบันทึกเทปการสนทนา หลังจากนั้นผู้วิจัยจุดประเด็นการสนทนากลุ่มด้วยคำถามปลายเปิดเริ่มคำถามแรกเป็นการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นในฐานะคนนอก จากนั้นเป็นคำถามที่ดึงให้เข้าใจในตัวผู้ร่วมสนทนา และในระหว่างการสนทนากลุ่มผู้วิจัยจะคอยจับประเด็นใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นในวงสนทนา จากการจับประเด็นของผู้วิจัยจะปรับแนวทางการสนทนากลุ่มไปเรื่อย ๆ ตลอดการเก็บข้อมูล แล้วพยายามให้ผู้ร่วมวงสนทนาได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แน่นและลุ่มลึกขึ้นเรื่อย ๆ โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง ในระหว่างวันที่ 24 - 26 กุมภาพันธ์ 2563 ณ ห้องประชุมพระราชวิมลเมธี ชั้น 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย และวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อสร้างรูปแบบ ปรับปรุงรูปแบบตามคำแนะนำ และสรุปรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้าการสนทนากลุ่ม

ปัจจัยนำเข้าเวทีการสนทนากลุ่มเพื่อยกร่างหรือสร้างรูปแบบ การพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้จากผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบคู่ขนาน (Convergent design) ดังนี้

1.1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผลการวิจัยเชิงปริมาณ) พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาท จำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ความรู้ อาชีพเกษตรกรกรรม ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจตคติ จำนวน 7 ปัจจัย/ ตัวแปร

1.2 การวิจัยปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ) พบว่า 1) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ เวลา ความพร้อม สมาร์ทโฟน การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน แรงบันดาลใจ จิตอาสา ความตั้งใจ การรับรู้บทบาท ภาระงาน และความรับผิดชอบ 2) ปัจจัยระดับครอบครัว ได้แก่ ครอบครัว 3) ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ บริบทของพื้นที่ งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การทำงานเป็นทีม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 4) ปัจจัยระดับสังคม ได้แก่ ภาครัฐเครือข่าย การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการยอมรับนับถือ จำนวน 22 ปัจจัย/ ตัวแปร

1.3 ปัจจัยที่มีผล/ ส่งเสริมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สอดคล้องกันทั้งจากการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน การรับรู้บทบาท และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 3 ปัจจัย/ ตัวแปร รายละเอียดดังตาราง 9

ตาราง 9 แสดงสรุปปัจจัยที่มีผล/ ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปัจจัย/ ตัวแปร	ผลการวิจัย
ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงาน (ผลการวิจัยเชิงปริมาณ)	
1. ความรู้	ความรู้มีผลทางลบต่อผลการปฏิบัติงาน เมื่อความรู้เพิ่มขึ้นจะทำให้ผลการปฏิบัติงานจะลดลง
2. อาชีพ	อาชีพเกษตรกรรมมีผลการปฏิบัติงานต่ำกว่าอาชีพพนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ (อ้างอิง)
3. ระยะเวลาในการเป็น อสม.	ระยะเวลาในการเป็น อสม. มีผลทางบวกต่อผลการปฏิบัติงาน เมื่อระยะเวลาในการเป็น อสม. เพิ่มขึ้นจะทำให้ผลการปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น
4. เจตคติ	เจตคติมีผลทางบวกต่อผลการปฏิบัติงาน เมื่อเจตคติเพิ่มขึ้นจะทำให้ผลการปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น
ปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน (ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ)	
1. อายุ	อสม. ที่มีอายุน้อยจะมีผลการปฏิบัติงานที่ดีกว่า อสม. ที่มีอายุมาก และ อสม. ที่มีอายุมากบางคนไม่สามารถปฏิบัติงานได้แต่ก็ยังคงเป็น อสม.

ตาราง 9 (ต่อ)

ปัจจัย/ ตัวแปร	ผลการวิจัย
2. เวลา	อสม. ที่มีเวลาร่างกายจากการประกอบอาชีพจะสามารถทุ่มเทให้กับการปฏิบัติงานจิตอาสาได้อย่างเต็มที่เพื่อก่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิผล
3. ความพร้อม	อสม. ต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ปัญหาสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป และเตรียมตัวเข้าสู่ยุคไทยแลนด์ 4.0
4. สมาร์ทโฟน	อสม. ที่ใช้สมาร์ทโฟนในการติดต่อสื่อสาร หรือใช้ไลน์ (Line) เฟซบุ๊ก (Facebook) หรือแอปพลิเคชัน (Application) เป็นเครื่องมือในการสนับสนุนการปฏิบัติงาน ค้นหาองค์ความรู้ด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับบทบาทของ อสม. ในยุค 4.0 ที่ต้องมีทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital skill)
5. แรงบันดาลใจ	อสม. มีแรงบันดาลใจในการปฏิบัติงานจากความห่วงใยสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน/ ชุมชน ต้องการให้ประชาชนในหมู่บ้าน/ ชุมชนปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ สุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ และมีความสุขที่ได้ดูแลสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน/ ชุมชน
6. จิตอาสา	อสม. เริ่มต้นด้วยการเจตคติที่ดีต่อการเป็นจิตอาสา อาสาช่วยให้ความช่วยเหลือผู้อื่นด้วยความรัก ความศรัทธา และความสมัครใจโดยไม่หวังสิ่งใดตอบแทน ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือด้วยร่างกาย แรงใจ เงิน หรือสิ่งของ การเห็นประโยชน์ส่วนรวมสำคัญจำเป็นมากกว่าประโยชน์ส่วนตน และมีความเสียสละเพื่อส่วนรวม
7. ความตั้งใจ	อสม. ที่มีความตั้งใจและความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน จะทำให้ผลการปฏิบัติงานมีคุณภาพและประสิทธิผลมากกว่า อสม. ที่ไม่ใส่ใจ ขาดความตั้งใจ และความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน

ตาราง 9 (ต่อ)

ปัจจัย/ ตัวแปร	ผลการวิจัย
8. ภาระงาน	จากผลการปฏิบัติงานเชิงประจักษ์ของ อสม. ที่ผ่านมาตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันจนได้รับความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของ อสม. จึงทำให้หน่วยงานต่าง ๆ มอบหมายงานให้ อสม. นำไปปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับภาระงานเดิมที่มีอยู่แล้วและภาระงานใหม่ที่ได้อบรมมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ อสม. นำไปปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น
9. ความรับผิดชอบ	อสม. ในแต่ละหมู่บ้าน/ ชุมชนควรได้รับมอบหมายจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ยใกล้เคียงกันหรือลักษณะบริบทของพื้นที่ที่ห่างไกล และควรมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายซึ่งจะทำให้ผลการปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด
10. ครอบครั	ครอบครั
11. บริบทของพื้นที่	อสม. จะปฏิบัติงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นตามสภาพปัญหาของชุมชน ความต้องการของชุมชน และความยากง่ายในแต่ละพื้นที่ในแต่ละบริบทของพื้นที่ ซึ่งบริบทของพื้นที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ลักษณะของการปฏิบัติงานของ อสม. แตกต่างกันไป ดังนั้น ผลการปฏิบัติงานของ อสม. ที่เกิดขึ้นจะมีความแตกต่างกันและมีความโดดเด่นเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว

ตาราง 9 (ต่อ)

ปัจจัย/ ตัวแปร	ผลการวิจัย
12. งบประมาณ	งบประมาณ เงิน ค่าตอบแทน และค่าป่วยการ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีส่วนสำคัญที่จะส่งเสริม สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมและการปฏิบัติงานของ อสม. ในหมู่บ้าน/ชุมชน หากได้รับการสนับสนุนค่าตอบแทน ค่าป่วยการ เงิน และงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อชดเชยการขาดรายได้ของ อสม. จะทำให้ อสม. ปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง งบประมาณที่ต้องใช้ในการจัดกิจกรรมโครงการแก้ไขปัญหาในหมู่บ้าน/ชุมชน ทั้งนี้ อสม. อาจขอรับสนับสนุนงบประมาณที่ต้องใช้ในการจัดกิจกรรมโครงการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
13. วัสดุอุปกรณ์	อสม. ควรได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน เช่น กระจาด สมุด ปากกา ดินสอ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก พรอทวัดไข้ สายวัดตัว กล้องปฐมพยาบาลเบื้องต้น และเครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้า
14. การทำงานเป็นทีม	อสม. ทุกคนที่อยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชนควรมีความรักสามัคคี มีส่วนรวม ให้ความร่วมมือ และร่วมใจกันปฏิบัติงานด้วยความ เป็นเพื่อนเป็นพี่เป็นน้อง ใส่ใจและช่วยเหลือในการปฏิบัติงาน ถ้อยทีถ้อยอาศัยซึ่งกันและกัน ทำด้วยใจรักและเข้าใจกันซึ่งกัน และกัน จะทำอะไรก็ปรึกษาหารือกันอย่างพร้อมเพรียงกัน เปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมได้เข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตั้งแต่ การร่วมวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การแบ่งหน้าที่ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการดำเนินงาน ตลอดจนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในทีมงาน ภายใต้การมีภาวะ ผู้นำของประธาน อสม. โดยมีเป้าหมายเพื่อดูแลสุขภาพ อนามัย และความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน

ตาราง 9 (ต่อ)

ปัจจัย/ ตัวแปร	ผลการวิจัย
15. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคคลสำคัญมากที่สุดต่อ อสม. ซึ่งทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษา อำนวยความสะดวก กำกับดูแล นิเทศติดตามผลการปฏิบัติงานของ อสม. ตลอดจนส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด
16. ภาคิเครือข่าย	ภาคิเครือข่ายเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะเข้ามามีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. ให้ประสบผลสำเร็จได้เป็นอย่างดี ภาคิเครือข่ายในการปฏิบัติงานของ อสม. มีจำนวนและมีความหลากหลายแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ ซึ่ง อสม. ต้องมีคุณสมบัติของการเป็นนักประสานงานที่ดีและมีสัมพันธภาพอันดีระหว่างภาคิเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยจะเข้าไปติดต่อประสานงานและขอความร่วมมือในการบูรณาการทำงานร่วมกับภาคิเครือข่ายทางสังคมต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพอนามัยที่ดีของประชาชนในชุมชน เช่น การประสานงานขอรับการสนับสนุนด้านสิ่งของหรือทรัพยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
17. การมีส่วนร่วม	การปฏิบัติงานของ อสม. ต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของภาคิเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เปิดโอกาสให้ภาคิเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการปฏิบัติงานโดยเริ่มตั้งแต่การแบ่งปันข้อมูล ปรึกษาหารือ การเข้ามาเกี่ยวข้อง การร่วมมือ และเสริมพลังเพิ่มอำนาจ ซึ่งจะก่อให้เกิดทำให้ภาคิเครือข่ายมีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและจะร่วมมือกับ อสม. อย่างเต็มที่ หาก อสม. ปฏิบัติงานเพียงลำพัง ขาดความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานจะทำให้ผลการปฏิบัติงานออกมาไม่ดีเท่าที่ควรหรือล้มเหลวได้

ตาราง 9 (ต่อ)

ปัจจัย/ตัวแปร	ผลการวิจัย
18. แรงสนับสนุนทางสังคม	อสม. ได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานด้าน อารมณ์ความรู้สึก การประเมินคุณค่า ทรัพยากร และข้อมูล ข่าวสาร จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน อสม. เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น (อปท.) หรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
19. การยอมรับนับถือ	อสม. ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องยาวนาน และมีผลงานของ เป็นที่ประจักษ์จนได้รับความไว้วางใจ ความน่าเชื่อถือ ความ เคารพ การยอมรับนับถือ และการยกย่องจากสมาชิกใน ครอบครัว ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน และยังเพิ่มโอกาส ก้าวหน้าในการดำรงตำแหน่งอื่นในชุมชน โดยได้รับการ มอบหมายหน้าที่สำคัญในชุมชน ได้รับการคัดเลือก ได้รับการ แต่งตั้ง หรือได้รับเลือกตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สำคัญ ๆ ในชุมชน
ปัจจัยที่มีผล/ส่งเสริมการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกันทั้งจากผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ	
1. การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน	ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า การมีตำแหน่งอื่นในชุมชนมีผล ทางบวกต่อผลการปฏิบัติงานเมื่อจำนวนการมีตำแหน่งอื่นใน ชุมชนเพิ่มขึ้นจะทำให้ผลการปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น สอดคล้อง กับผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า เมื่อมีการเลือกตั้งหรือแต่งตั้ง ตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน อสม. คนนั้นจะได้รับตำแหน่งอื่นใน ชุมชนเพิ่มขึ้น และ อสม. ที่มีตำแหน่งอื่นในชุมชนจะ ปฏิบัติงานควบคู่กันหลายบทบาทหน้าที่ที่มีความเชื่อมโยง สอดคล้องกันไปในทิศทางเดียวกันได้ดี
2. การรับรู้บทบาท	ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า การรับรู้บทบาทมีผลทางบวก ต่อผลการปฏิบัติงาน เมื่อการรับรู้บทบาทเพิ่มขึ้นจะทำให้ผล การปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า อสม. ควรมีการรับรู้บทบาทหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติและ ปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ถูกต้องตรงตาม วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ซึ่งจะทำให้ผลการปฏิบัติงานดีขึ้น

ตาราง 9 (ต่อ)

ปัจจัย/ตัวแปร	ผลการวิจัย
3. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลทางบวกต่อผลการปฏิบัติงานเมื่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นจะทำให้ผลการปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า อสม. มีความพึงพอใจการปฏิบัติงานจากการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้สำเร็จหรือมีความรู้สึกภาคภูมิใจว่าได้การปฏิบัติงานนั้นประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดีจะมีการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ซึ่ง อสม. ได้รับการจูงใจ สวัสดิการ ขวัญกำลังใจ การเชิดชูเกียรติจากหน่วยงานภาครัฐในรูปแบบต่าง ๆ

2. องค์ประกอบของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) ผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเอกพันธ์ (Homogeneous sampling) จำนวน 3 กลุ่มคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Focus Group Discussion with Village Health: FGDVH) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Focus Group Discussion with Public Health: FGDPH) และผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น (Focus Group Discussion with Community Leader: FGDCL) ตามลำดับ เพื่อยกร่าง/สร้างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากปัจจัยนำเข้า จำนวน 26 ปัจจัย/ตัวแปร ได้แก่ อายุ อาชีพ เวลา ความพร้อม สมาร์ทโฟน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท ภาระงาน ความรับผิดชอบ แรงบันดาลใจ จิตอาสา ความตั้งใจ บริบทของพื้นที่ การทำงานเป็นทีม ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาศึเครือข่าย การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการยอมรับนับถือ โดยคัดเลือกปัจจัยนำเข้าที่สามารถพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงได้นำมาพิจารณาในด้านความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุม พร้อมทั้งปรับปรุงรูปแบบตามคำแนะนำ และสรุปรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า 1) ปัจจัยนำเข้าที่ไม่ได้รับคัดเลือกเป็นองค์ประกอบของ รำรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 17 ปัจจัย/ ตัวแปร ได้แก่ อายุ อาชีพ เวลา ความพร้อม สมาร์ทโฟน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ความรู้ เจตคติ ภาระงาน ความรับผิดชอบ แรงบันดาลใจ บริบทของพื้นที่ ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ และ 2) ปัจจัยนำเข้า ที่ได้รับคัดเลือกเป็นองค์ประกอบของรำรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 9 ตัวแปร/ องค์ประกอบ ได้แก่ จิตอาสา (Voluntary) การรับรู้ บทบาท (Role perception) ความตั้งใจ (Intention) การทำงานเป็นทีม (Teamwork) ภาควิ เครือข่าย (Association network) การมีส่วนร่วม (Participation) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) แรงจูงใจ (Motivation) และการยอมรับนับถือ (Recognition) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 จิตอาสา (Voluntary)

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า องค์ประกอบจิตอาสาควรมี การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกอบรมการสร้างแรงบันดาลใจในการทำงาน การพัฒนาจิต อาสา และบทบาทหน้าที่และการปฏิบัติงานจิตอาสา โดยใช้การประชุมประจำเดือนเป็นเวทีในการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวน และฝึกอบรมฟื้นฟู จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับ วิธีการ/ กิจกรรมขององค์ประกอบจิตอาสา ดังนี้

...ฝึกอบรมบทบาทหน้าที่และการปฏิบัติงานจิตอาสามีส่วนช่วยให้ระลึกตระหนัก ตนเองว่าที่ทำอยู่คือ จิตอาสา

(FGDVH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...การทำงานของ อสม. ด้วยจิตอาสา ทำทุกงาน

(FGDVH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...ทุกกิจกรรมต้องใช้พลังการร่วมตัวกันของจิตอาสา พอร่างกายเริ่มแก่ชรา จิตอาสาก็ไม่ค่อยมี

(FGDVH03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...ปกติเราก็ทำงานด้วยเต็มที่และเต็มใจอยู่แล้ว

(FGDVH05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...การมาเป็น อสม. ก็เกิดจากการมีจิตอาสาที่จะมาช่วยกันดูแลชุมชน และให้ อสม. ไปอบรมหรือประชุมก็จะไปได้โดยไม่มีข้อแม้

(FGDVH06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...การเป็น อสม. ต้องมีความเป็นจิตอาสา เพราะต้องเสียสละเวลาส่วนตัว เพื่อทำประโยชน์แก่ส่วนรวม ซึ่งบางครั้งเราต้องสละเวลาเพื่อคนในชุมชน

(FGDVH07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...จิตอาสาที่มีความสำคัญมากต่อการทำงานของ อสม. เพราะต้องทำงานแบบไม่เป็นเวลา บางครั้งต้องลงชุมชนด้วยความเสียสละ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

(FGDVH09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...ถ้าทำงานด้วยความไม่เต็มใจจะทำให้งานไม่มีประสิทธิภาพแล้วก็ไม่สนใจงาน แต่ถ้าคน ๆ หนึ่งมีจิตอาสาที่จะทำงานต่อให้งานยากลำบากแค่ไหนก็จะตั้งใจและทำให้งานออกมาดี ในเรื่องของการพัฒนาเราต้องสร้างแรงจูงใจเปิดโอกาสให้กล้าคิดกล้าทำและกล้าแสดงออก

(FGDPH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...การทำงานที่มีภาระงานเยอะ ต้องดูแลประชาชนหลายคน อีกทั้ง อสม. ต้องประกอบอาชีพประจำเพื่อหารายได้ ถ้าไม่มีจิตอาสาคงทำงาน อสม. ไม่ได้ ควรมีการพัฒนาโดยการฝึกอบรมหรือมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำจิตอาสาในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด เพื่อให้เห็นความสำคัญของการเป็นจิตอาสา

(FGDPH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...เสริมสร้างกำลังใจให้กับ อสม. มีเอกลักษณ์ด้านนี้ ควรพัฒนาโดยการกระตุ้นเสริมพลัง สร้างแรงบันดาลใจในการทำงาน

(FGDPH04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...จิตอาสาเป็นการทำงานด้วยความเสียสละในการช่วยเหลือไม่หวังผลตอบแทนใดๆ ซึ่งสำคัญมากกับ อสม. แต่ในปัจจุบันมีการจ่ายค่าป่วยการ มองแล้วเหมือนคำว่าจิตอาสาจะลดคุณค่าไป สังเกตได้จากคำถามเงินค่าป่วยการออกเมื่อไร การจะพัฒนาต้องทบทวนปลูกจิตสำนึกให้รู้จักเสียสละ ทำงานเพื่อส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว

(FGDPH08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...การเป็น อสม. ต้องมีจิตอาสาเป็นพื้นฐานคือ การให้โดยไม่หวังผลตอบแทน การเสียสละ ความเมตตา และหวังดีต่อกัน ต้องสร้างจิตสำนึกโดยการแลกเปลี่ยน ส่งเสริมการทำความดี ยกย่องให้กำลังใจ เป็นต้นแบบที่ดีของสังคม

(FGDPH09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...งาน อสม. จุดเริ่มต้นคือต้องทำด้วยใจที่ต้องมีทั้งความเสียสละในหลายๆ ด้านมานะ อดทน ที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการสร้างความร่วมมือ ความมีจิตอาสาจึงเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีที่สุดในการเป็น อสม. พัฒนาในเรื่องของการพัฒนาจิตอาสา การสร้างความเข้าใจ เป้าหมาย และการทำงานจิตอาสาที่ชัดเจน

(FGDCL02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...อสม. ทุกคนล้วนจะต้องมีจิตอาสา เพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการทำงาน และควรมีบทบาทการปลูกฝังจิตสำนึกในการมีจิตอาสาของ อสม.

(FGDCL03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...ทำงานด้วยความเสียสละและเต็มใจ งานจะออกมาดี ควรพัฒนาจิตอาสาโดยปลูกฝังความคิดจิตสาธารณะ

(FGDCL04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...อสม. มีความเป็นจิตอาสา และมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้าน ร่วมกัน มีส่วนดูแลป้องกัน ควบคุมโรค และให้ความรู้แก่คนในหมู่บ้าน

(FGDCL06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...เป็นเครือข่ายร่วมกับ อสม. ทำให้การทำงานมีความครอบคลุมมากขึ้น งานสำเร็จได้เร็วขึ้น

(FGDCL07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

1.2 การรับรู้บทบาท (Role perception)

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า องค์กรประกอบการรับรู้บทบาทควรมีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกอบรบบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้การประชุมประจำเดือนเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวน

และฝึกอบรมพื้นฐาน จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/ กิจกรรมของ องค์ประกอบการรับรู้บทบาท ดังนี้

...ไม่รับรู้บทบาทที่ไม่ทำหน้าที่ หรือทำก็อาจจะไม่ตรงกับหน้าที่

(FGDVH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...ทุกคนที่เข้ามาเป็น อสม. ต้องได้รับความรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของ อสม. มีความสำคัญมากที่สุดเพื่อจะปฏิบัติได้ตามกรอบบทบาทหน้าที่ต่อไป ควรมีการจัดอบรม พื้นฟูบาทของ อสม. เพิ่มเติม

(FGDVH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...การจะทำงานอะไรให้ประสบผลสำเร็จต้องรับรู้บทบาทและหน้าที่ของตนเองให้ ชัดเจน จะได้สามารถพัฒนาตนเอง และวางแผนการทำงานได้อย่างเหมาะสม

(FGDVH04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...อสม. ต้องรับรู้บทบาทของตัวเองว่าสิ่งไหนควรทำ หมั่นฝึกอบรม และให้ อสม. ได้ มีโอกาสแสดงบทบาทในเวทีการประชุมประจำเดือนของ อสม.

(FGDVH06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...ตัว อสม. ต้องตระหนักรู้ว่าบทบาทของ อสม. ต้องทำอะไรบ้าง ขอบเขตเช่นไร เพราะปัจจุบัน อสม. บางคนก็ทำเกินหน้าที่ของ อสม. เวลาประชุมก็ทบทวนเรื่องนี้ทุกเดือน

(FGDVH08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...มีความสำคัญตรงที่เราต้องรู้ก่อนว่าต้องทำอะไร ถ้าเราไม่มีจุดหมายปลายทางก็จะ ทำให้เราทำงานไปเรื่อย โดยไม่สนใจอะไร เวลาประชุมต้องเน้นย้ำให้แน่นอนและชัดเจน

(FGDVH09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...อสม. ต้องรู้หน้าที่และปฏิบัติงานตามหน้าที่ของแต่ละคนที่ได้รับมอบหมาย

(FGDPH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...บทบาทสามารถบ่งบอกถึงขอบเขตหน้าที่การปฏิบัติของ อสม.

(FGDPH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...ทำให้ อสม. ทราบหน้าที่ของ อสม. และการปฏิบัติงานเพื่อให้ อสม. ทำงานถูกต้องตามหน้าที่ของตน ไม่ปฏิบัติสิ่งที่เกินหน้าที่หน้าที่ อสม. เพื่อป้องกันตัวเองไม่ให้เกิดปัญหาตามมา ควรพัฒนาโดยการจัดอบรมฟื้นฟูบทบาทหน้าที่ อสม. และแจ้งข้อมูลถ้ามีการเพิ่มเติมหรือลดบทบาทหน้าที่ของ อสม. อย่างต่อเนื่อง

(FGDPH04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...อสม. ต้องรู้ในหน้าที่ตัวเองก่อนการทำงานว่าตัว อสม. ทำได้เพียงใด แคไหน การได้รับการอบรมก็เป็นช่องทางหนึ่งที่จะทำให้ อสม. มีความรู้ความเข้าใจในบทบาทและความรับผิดชอบของตนเอง ให้ข้อมูลกับชาวบ้านได้อย่างถูกต้อง ถ้าสิ่งไหนที่ อสม. ไม่เข้าใจต้องถามผู้รู้ เช่น เจ้าหน้าที่และให้คำตอบกับชาวบ้านได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ

(FGDPH07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...ประชุมประจำเดือนก็ให้ อสม. ได้ทบทวนหน้าที่ของ อสม. ร่วมกันจะทำให้ปฏิบัติงานได้ตรงตามหน้าที่ ทำได้ครบถ้วน

(FGDCL01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...ควรจัดอบรมบทบาทให้สามารถทำงานได้ตรงหน้าที่ที่ตนรับผิดชอบ

(FGDCL02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...จะได้ตระหนักถึงหน้าที่ ทบทวนหน้าที่บ่อย ๆ ฝึกให้ปฏิบัติ

(FGDCL03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...อสม. ต้องรู้บทบาทและหน้าที่ของตนเอง ทำงานก็จะรวดเร็ว ง่าย มีผลสำเร็จ โดยไม่ต้องบอกล่าว อสม. บางคนยังไม่รู้จักบทบาทและหน้าที่ของตนเอง อาจจะเป็นอสม. ใหม่ก็ต้องมีการอบรมเพิ่มศักยภาพ

(FGDCL04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...รู้การทำหน้าที่ของ อสม. พัฒนาโดยการเสริมพลัง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

(FGDCL05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...อสม. มีบทบาทในการดูแลสุขภาพ ดูแลสิ่งแวดล้อมในชุมชน ให้ความรู้แก่ชุมชนในช่วงที่เกิดโรคต่าง ๆ

(FGDCL09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

1.3 ความตั้งใจ (Intention)

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า องค์กรประกอบความตั้งใจควรมีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกอบรมการค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจ การสร้างความตั้งใจในการทำงาน และการทำงานสำเร็จด้วยความตั้งใจ โดยใช้การประชุมประจำเดือนเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวน และฝึกอบรมฟื้นฟู จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/ กิจกรรมขององค์กรประกอบความตั้งใจ ดังนี้

...ถ้าตั้งใจทำ งานจะสำเร็จดีมาก ควรฝึกอบรมสร้างความตั้งใจทำงานให้สำเร็จอย่างต่อเนื่อง

(FGDVH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...ความตั้งใจในการทำงานของ อสม. เป็นสิ่งที่ อสม. ทำแล้วมีความสุข ซึ่ง อสม. จะไม่คิดว่ามันเป็นภาระหรือหน้าที่ แต่มันเป็นประโยชน์สุขของชุมชนและคนในชุมชนคือครอบครัวของเรา

(FGDVH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...งานล่าช้า ไม่สนุกกับการทำงาน ซึ่งการทำงานเราก็ต้องมีใจรัก มุ่งมั่น มีเป้าหมายที่ชัดเจนในงานที่ทำเพื่อให้งานสำเร็จลุล่วง

(FGDVH6, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...งานใดๆ ที่มีความตั้งใจในการทำงาน งานนั้นที่ว่ายากก็จะเหมือนง่าย แต่ถ้าเราไม่ตั้งใจมันก็ทำให้ยาก

(FGDVH09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...ไม่มีความตั้งใจจะส่งผลให้งานไม่บรรลุเป็นไปตามเป้าหมาย ควรฝึกให้ อสม. ค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจและการทำงานสำเร็จด้วยความตั้งใจ

(FGDPH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...ถ้าตั้งใจแล้วจะทำให้งานที่รับผิดชอบง่ายและรวดเร็วตรงตามเป้าหมาย

(FGDPH03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...ความตั้งใจในการทำงานสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติงาน อสม. เพราะถ้า อสม. มีความตั้งใจ งานที่ทำออกมาก็จะทำได้ดี ถูกต้อง มีความพยายามที่ทำงานนั้นให้ประสบความสำเร็จ

(FGDPH04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...อสม. ตั้งใจทำงาน ผลงานที่ได้ก็จะมีคุณภาพ มีความสำคัญมากถ้าทำงานโดยไม่ตั้งใจก็จะได้อะไรและประชาชนก็จะไม่เชื่อถือในการทำงาน ใช้เวทีประชุมประจำเดือน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจและการทำงานด้วยความตั้งใจ

(FGDPH06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...มีความสำคัญต่อความสำเร็จของงาน พัฒนาโดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงาน สำเร็จด้วยความตั้งใจ การสร้างแรงจูงใจ พร้อมกับการกระตุ้นในทุก ๆ ระยะเวลาการทำงาน

(FGDPH07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...การทำงาน อสม. คือการทำงานอาสาที่ต้องทำงานกับภาคีเครือข่ายมากมาย อาจเกิดประเด็นปัญหา อุปสรรคมากมายเกิดขึ้นในการทำงาน อสม. จึงต้องมีความตั้งใจในการทำงานที่ต้องอาศัยระยะเวลาและความนับถือ เชื่อใจ ถึงจะส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงาน พัฒนาที่ตัว อสม. ให้เกิดแรงบันดาลใจ การมีความสุขในการทำงาน ค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจที่จะส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการทำงาน

(FGDPH08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...อสม. มีความตั้งใจ ให้คนในชุมชนหมู่บ้าน ลดเสียง ลดโรคต่าง ๆ

(FGDCL01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...ความตั้งใจในการทำงานทำให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จาก อสม. ได้โดยไม่ต้องร้องขอ และควรมีเวทีเชิดชูการทำงาน อสม. ในทุก ๆ ระดับในชุมชน

(FGDCL03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...มีความตั้งใจให้หมู่บ้านมีสุขภาพที่ดี มีสิ่งแวดล้อมที่ดี

(FGDCL04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...ควรพัฒนาให้ อสม. การทำงานประสบผลสำเร็จด้วยความตั้งใจ ไม่มีใครบังคับ เกิดประโยชน์ต่อประชาชนเกิดความภูมิใจ

(FGDCL05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...ถ้าตั้งใจทำผลจะสำเร็จดีมาก กระตุ้นความคิด

(FGDCL06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...ความตั้งใจจะเป็นแรงขับให้งานประสบผลสำเร็จ เราจะให้คำชม ให้กำลังใจ ให้เสริมพลังให้ อสม. มีคุณค่าทางใจเพื่อให้ความมุ่งมั่นตั้งใจต่อไป

(FGDCL07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...ตั้งใจทำงานลงพื้นที่ดี ประชาชนจะได้รับความรู้ได้รับการบริการที่ดีจาก อสม.

(FGDCL08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

1.4 การทำงานเป็นทีม (Teamwork)

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า องค์กรประกอบการทำงานเป็นทีมควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งที่จัดขึ้นทุกชั้นตอนตั้งแต่การร่วมวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การแบ่งหน้าที่ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการดำเนินงาน ตลอดจนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในทีมงาน ภายใต้การมีภาวะผู้นำของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/กิจกรรมขององค์กรประกอบการทำงานเป็นทีม ดังนี้

...ข้อมูลบางอย่าง อสม. คนเดียวไม่สามารถรู้ได้ทั้งหมดต้องอาศัยทีมเป็นสำคัญ

(FGDVH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...การทำงานเป็นทีมเป็นหัวใจของงาน อสม. ทำให้รวดเร็วและสร้างความสามัคคีในหมู่คณะและสร้างความเข้มแข็งให้กับ อสม. ด้วย ควรทำงานร่วมกันเป็นประจำทุกเดือน

(FGDVH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...การทำงานเป็นทีมสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติงานต่อกันได้ ทุกคนย่อมมีจุดเด่นและด้อยที่แตกต่างกัน เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งที่จัดขึ้นทุกชั้นตอน

(FGDVH04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...งานทุกงานของ อสม. ต้องมีความสามัคคี ทำงานเป็นทีมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน แก้ไขปัญหา แบ่งหน้าที่กันทำ ลงพื้นที่ และประเมินผลงาน ช่วยเหลือกัน ซึ่งกันและกันจะทำให้งานเสร็จเร็วและประสบความสำเร็จ

(FGDVH05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...ให้ อสม. ทำงานเป็นทีมมีความสำคัญมาก ถ้าเราทำงานคนเดียวเวลามีปัญหาเราก็ปรึกษาใครไม่ได้ แต่ถ้าเราทำเป็นทีมเราก็ช่วยกันคิดช่วยกันแก้ไขปัญหาได้เลย

(FGDVH06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...ฝึกให้ อสม. ทำงานเป็นทีมร่วมกันจะได้ทำงานไปในทิศทางเดียวกันทำให้เพื่อนร่วมองค์กรเกิดการรู้จักสามัคคี

(FGDVH08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...เพื่อความสามัคคีและมีกำลังใจในการทำงาน โดยไม่รู้สึกลดเดี้ยวและท้อแท้

(FGDVH09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...การทำงานเป็นทีม ลดความซ้ำซ้อนของงาน การร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมพัฒนา มีความสำคัญต่อการทำงานของ อสม. ให้ประสบผลสำเร็จโดยมีแนวทางการพัฒนาคือ การวางแผนการทำงานโดยชุมชน

(FGDPH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...การทำงานเป็นทีมจะทำให้เกิดความสำเร็จในการขับเคลื่อนดำเนินงาน อสม. พัฒนาให้เกิดความสามัคคี การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนของการทำงานร่วมกัน สร้างการมีส่วนร่วม ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและสำเร็จของการทำงานร่วมกัน

(FGDPH03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...งานที่ทำกันเป็นทีมจะมีการช่วยเหลือกัน ความถนัดต่างกัน มีการแสดงความคิดเห็นหลากหลายความคิด สร้างความสามัคคี การพัฒนาควรให้ความสำคัญกับทุกคน ยอมรับความเห็นที่แตกต่าง สร้างสัมพันธภาพ

(FGDPH06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...เกิดการ ทำงานแบบเครือข่าย เกิดความร่วมมือ คิด ร่วมทำ ทำให้งานเป็นไปตาม เป้าหมาย เกิดความสามัคคี

(FGDPH07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...ทำให้งานประสบความสำเร็จสูงขึ้น และชี้ให้เห็นผลดีของการทำงานเป็นทีม

(FGDPH09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...อสม. แค่คนเดียวไม่สามารถทำงานให้สำเร็จได้ จึงจำเป็นต้องทำงานเป็นทีม

(FGDCL02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...เพื่อให้งานในชุมชน ลุล่วงไปได้ด้วยดี พัฒนาโดยการอบรมการทำงานเป็นทีมอย่างต่อเนื่อง

(FGDCL03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...อสม. ทำงานคนเดียวไม่ได้ต้องทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาหมู่บ้าน

(FGDCL05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...ช่วยให้ อสม. ทำงานง่ายขึ้น และสร้างความต่อเนื่องของภาคีเครือข่าย

(FGDCL07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...การทำงานเป็นทีม มีความสำคัญในการพัฒนาหมู่บ้าน อสม. ต้องร่วมกัน สังเกตการณ์ ร่วมกันทำงาน ให้ความรู้ คัดกรองในละแวกที่ดูแล

(FGDCL08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

1.5 ภาคีเครือข่าย (Association network)

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า องค์กรประกอบภาคีเครือข่าย ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วม ประชุมกับภาคีเครือข่าย หรือเข้าร่วมกิจกรรมภาคีเครือข่ายจัดขึ้นอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง จากคำ บอกล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/ กิจกรรมขององค์กรประกอบภาคีเครือข่าย ดังนี้

...ถ้าภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง การประสานงานก็ง่าย ควรให้ อสม. เข้าร่วมกิจกรรมกับ ภาคีเครือข่ายทุกครั้ง

(FGDVH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...ภาคีเครือข่ายช่วยเติมเต็มในส่วนที่ขาดให้การดำเนินงานต่อไปได้จนบรรลุวัตถุประสงค์

(FGDVH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...จำเป็นต้องมีภาคีเครือข่ายเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนงานของ อสม.

(FGDVH04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...การได้รับความร่วมมือจากองค์กรต่าง ๆ หรือประชาชน ทำให้ อสม. ทำงานได้ง่าย สะดวกมากยิ่งขึ้น การประสานงานก็ราบรื่น อสม. ก็ควรเข้าร่วมงานกับภาคีเครือข่าย

(FGDVH06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...การมีภาคีเครือข่าย ทำให้งานจะประสบผลสำเร็จได้มาก แทนที่เราจะรู้แต่เรื่อง สุขภาพ เรายังได้รู้เรื่องหลากหลายจากเครือข่ายอื่น ๆ เช่น เกษตร ประมง ปศุสัตว์ เศรษฐกิจ เป็นต้น อสม. ก็ควรจะไปเข้าร่วมกับเขา

(FGDVH07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...ช่วยให้งานที่ติดขัดสามารถ แก้ปัญหาได้โดยมีเครือข่ายเข้ามาช่วยแก้ปัญหา โดยการจัดประชุมเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้อยู่เสมอ

(FGDPH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...การทำงานแบบมีส่วนร่วมในทิศทางเดียวกัน โดยการแต่งตั้งเป็นคณะทำงาน เข้าร่วมประชุมสม่ำเสมอ

(FGDPH03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...ส่งเสริมการทำงานด้านต่าง ๆ และพัฒนาโดยทบทวน การทำงาน วิเคราะห์สรุป ปัญหา ผลงาน และแนวทางแก้ไขร่วมกับเครือข่าย

(FGDPH4, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...ช่วยสนับสนุน ส่งเสริมให้งานสำเร็จ โดยการสร้างการมีส่วนร่วม อบรม ร่วมกิจกรรมบ่อย ๆ

(FGDPH07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...ในการทำงานแต่ละจุด จำเป็นต้องพึ่งพากัน ให้เครือข่ายเข้าใจการทำงานให้มากกว่านี้

(FGDPH08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...การมีภาคีเครือข่ายจะส่งผลให้การทำงานสะดวก รวดเร็ว ได้รับการสนับสนุนจากหลาย ๆ องค์กร

(FGDPH09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...มีส่วนในการส่งเสริมด้านงบประมาณและด้านประชาสัมพันธ์

(FGDCL03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...มีส่วนร่วมในการจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาชุมชน

(FGDCL06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...เป็นการเสริมพลังให้ อสม. การทำงานประสบผลสำเร็จ ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตในชุมชน อสม. ควรไปการประชุมกับเครือข่าย

(FGDCL07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...ช่วยให้ อสม. ทำงานง่ายขึ้น และสร้างความต่อเนื่องของภาคีเครือข่าย

(FGDCL08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...อสม. ควรมีภาคีเครือข่ายเพื่อช่วยกันทำงาน เพราะงานบางอย่าง อสม. ไม่สามารถทำเองได้ จึงต้องใช้ภาคีเครือข่ายช่วยทำงานนั้น ๆ สำเร็จได้

(FGDCL09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

1.6 การมีส่วนร่วม (Participation)

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า องค์กรประกอบการมีส่วนร่วมควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยเริ่มตั้งแต่การแบ่งปันข้อมูล ปรึกษาหารือ การเข้ามาเกี่ยวข้อง การร่วมมือ และเสริมพลังเพิ่มอำนาจ หรือบูรณาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/ กิจกรรมขององค์กรประกอบการมีส่วนร่วม ดังนี้

...บางงานภาคีเครือข่ายก็อาจเป็นเจ้าของภาพหรือช่วย อสม. ได้ทั้งคน เงิน ของ

(FGDVH03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...การปฏิบัติงานไม่สามารถทำได้ด้วยบุคคลเดียว ภาคีเครือข่ายสามารถเติมเต็มในส่วนที่ขาดให้เป็นประจำทุกครั้ง

(FGDVH04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...เป็นกำลังใจในการทำงานของ อสม. ในทุกด้าน

(FGDVH07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...ทำให้ อสม. มีความรู้หลากหลาย

(FGDVH08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...ทำงานสำเร็จได้ง่ายขึ้น ให้เครือข่ายมีส่วนร่วมทำกิจกรรมร่วมกันทุกเดือน

(FGDVH09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...ประชุมประจำเดือน ประสานงาน ร่วมมือ ร่วมใจในการทำงานด้วยกัน มีการแลกเปลี่ยนความรู้ งานที่ทำบรรลุผลได้ต่อเนื่องตามเป้าหมาย

(FGDPO1, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...ถ้าได้ความร่วมมือจากเครือข่าย จะทำให้การทำงานของ อสม. เป็นไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

(FGDPO2, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...ทำให้เราส่งต่อคนไข้ได้ทันเวลา แก้ไขปัญหาได้

(FGDPO3, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...ส่งเสริมการทำงานด้านต่าง ๆ และพัฒนาโดยทบทวน การทำงาน วิเคราะห์สรุป ปัญหา ผลงานและแนวทางแก้ไขเป็นประจำทุกครั้งที่ทีมงาน

(FGDPO4, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...ทำให้เกิดความสำเร็จ และมีความคลุมหลายด้านในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ควรจัดประชุมเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

(FGDPH05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...ช่วยเสริมเรื่องคน เงิน วัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน พัฒนาโดยการแต่งตั้งเป็นคณะทำงาน แลกเปลี่ยนร่วมกัน

(FGDPH08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...ช่วยแก้ปัญหาในพื้นที่โดยการช่วยเหลือของเครือข่ายได้ พัฒนาโดยการจัดอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายทุกปี

(FGDCL4, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...มีส่วนในการทำงานและของงบประมาณโครงการต่าง ๆ

(FGDCL06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมีความสำคัญต่อการทำงานของ อสม. เพราะมีความสำคัญในการจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาหมู่บ้าน

(FGDCL7, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทำให้ งาน อสม. สำเร็จได้ง่ายมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ งานที่ทำชุมชนมีส่วนร่วม และเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง

(FGDCL09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

1.7 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า องค์กรประกอบแรงสนับสนุนทางสังคมควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน โดยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์/ความรู้สึก ด้านการประเมินคุณค่า ด้านทรัพยากร และด้านข้อมูลข่าวสารแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้ 1) ได้รับการชื่นชมในการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ ภาคีเครือข่าย/ สมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 2) ได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงาน/ ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 3) ได้รับการสนับสนุนวัสดุ/ อุปกรณ์/ เครื่องมือ/ เงินหรืองบประมาณ/ ทีมงานช่วยเหลือในการปฏิบัติงานจากภาคีเครือข่ายอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และ 4) ได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ในการประชุมประจำเดือนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/ กิจกรรมขององค์ประกอบแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

...การได้รับการสนับสนุนทำให้งาน อสม. สำเร็จได้ง่ายมากยิ่งขึ้น อสม. มีกำลังใจ และแรงกายในการทำงานมากยิ่งขึ้นส่งผลให้งานที่ทำชุมชนมีส่วนร่วม และเห็นความสำคัญ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง

(FGDVH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเมินผลการปฏิบัติงานและชี้แนะในการทำงานเป็นประจำ ทุกเดือน ช่วยให้ อสม. มีกำลังใจและมีแรงผลักดันในการทำงาน เราต้องทำงานเป็นทีมและ เป็นที่น่าเชื่อถือถึงจะขอรับสนับสนุนได้

(FGDVH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องไม้เครื่องมือ เงิน หรือหากคนมาช่วยทำงาน ช่วยให้ อสม. ทำงานได้ง่ายขึ้น

(FGDVH03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...การได้รับการชื่นชมในการปฏิบัติงานช่วยทำให้เรามีความมั่นใจมากขึ้น กล้าทำงาน และตั้งใจ

(FGDVH04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...อสม. มีกำลังใจ มีแรงสนับสนุนด้านอำนวยความสะดวก และให้ความสำคัญต่อบทบาทหน้าที่ อสม.

(FGDVH05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับงาน อสม. ทำให้ทำงานง่ายขึ้น ภาคิ เครือข่ายต้องบูรณาการร่วมกัน...ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรชื่นชมผลงานของ อสม. ประเมินผลงาน เสนอแนะ แจ้งข้อมูลข่าวสารแก่ อสม. ในที่ประชุมประจำเดือน

(FGDPH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...งานใดที่ได้รับการสนับสนุนงานนั้นก็สำเร็จลุล่วงได้รวดเร็ว การทำงานก็จะง่าย ไม่ยุ่งยากจะให้ภาคีเครือข่ายสนับสนุนก็ต้องให้เห็นความสำคัญในงานนั้น ๆ โดยสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ และทีมงานเป็นประจำทุกงาน

(FGDPH03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...มีส่วนสนับสนุนในการทำงานของ อสม. อยากให้ภาคีเครือข่ายจัดสรรงบประมาณ ด้านสาธารณสุขมากขึ้น

(FGDPH05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...ชื่นชม อสม. บ่อย ๆ ทำให้ อสม. มีขวัญกำลังใจในการทำงาน ทำให้งานสำเร็จได้ ง่ายขึ้น ควรมีการวิเคราะห์ ค้นหา แก้ไขปัญหาพร้อมกัน

(FGDPH07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญคือการเป็นที่ยอมรับของสังคม มีความสำคัญ คือเป็นผลให้งานประสบผลสำเร็จ ลดอุปสรรคในการทำงานโดยจะให้ภาคีเครือข่าย สนับสนุนการทำแผน หาส่วนขาด และวางแผนการทำงานแบบมีส่วนร่วม เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างน้อยก็เดือนละครั้ง

(FGDPH08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...ช่วยทำงานง่ายขึ้น ให้มีการประชุมวางแผนร่วมกัน

(FGDCL2, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...มีความสำคัญช่วยให้งานลุล่วงไปได้ด้วยดี ภาคีเครือข่ายควรมีการสนับสนุนตาม หน้าที่ของเครือข่ายเพื่อแก้ไขปัญหาให้ลุล่วงไปได้

(FGDCL04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...ช่วยให้ทำงานง่ายสู่เป้าหมายที่วางไว้โดยให้ประชาชนได้ประโยชน์สูงสุด

(FGDCL06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...การได้รับการยอมรับทางสังคมเป็นพื้นฐานของบุคคลทำให้ อสม. มีร่างกายแรงใจ ที่จะก้าวต่อไปได้

(FGDCL08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...สนับสนุนงบประมาณสาธารณสุขเพื่อพัฒนาหมู่บ้านเป็นประจำทุกปี

(FGDCL09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

1.8 แรงจูงใจ (Motivation)

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า องค์กรประกอบแรงจูงใจควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน โดยหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย ให้การเชิดชูเกียรติ ประกาศเกียรติคุณ หรือรางวัลอื่น ๆ ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลการปฏิบัติงานดีเด่นประจำเดือน จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/ กิจกรรมขององค์กรประกอบแรงจูงใจ ดังนี้

...อสม. ส่วนใหญ่ต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเงินมาดูแลครอบครัว ถ้าการเสริมแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ ค่าตอบแทนมากขึ้นจากสาธารณสุขหรือท้องถิ่น ทางครอบครัวจะได้เข้าใจและยอมรับงานที่ อสม. ทำอย่างไม่มีปัญหาตามมา

(FGDVH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...มีความสุขที่ได้มีส่วนในการดูแลคนในหมู่บ้าน

(FGDVH03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...สำหรับงานอาสา ถ้าไม่มีแรงจูงใจ งานก็ไม่เกิด ผู้นำควรเชิดชูเกียรติให้แก่ อสม. ที่ทำงานดีทุกเดือน เอาตอนประชุมประจำเดือนหมู่บ้านก็ได้

(FGDVH04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...ทุกคนที่เข้ามาอาสาล้วนมีแรงจูงใจในการทำงานทั้งนั้น เราทำงานเป็นทีมจึงต้องสร้างขวัญกำลังใจให้กันและกัน...หน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่น ๆ น่าจะให้รางวัล อสม. ที่มีผลงานดีประจำเดือน

(FGDVH05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...ทำให้ อสม. มีแรงในการทำงาน สร้างโดยจากผลการปฏิบัติงานของ อสม. เอง ส่วนหน่วยงานภาครัฐหรือผู้นำชุมชนก็ควรประกาศผลงานของ อสม. ในแต่ละเดือนให้ชาวบ้านรู้บ้าง

(FGDVH07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...การทำงานทุกอย่างนอกจาก อสม. จะทำด้วยจิตอาสาแล้ว ถ้ามีแรงจูงใจหรือมีขวัญกำลังใจในการทำงานก็จะทำให้ อสม. มีแรงใจที่จะทำให้งานนั้น ๆ ให้สำเร็จได้เป็นอย่างดี...เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเชิดชูเกียรติ ประกาศเกียรติคุณ หรือรางวัลอื่น ๆ ให้แก่อสม. ที่มีผลการปฏิบัติงานดีเด่นประจำเดือนในที่ประชุม อสม. ของ รพ.สต.

(FGDPH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...เป็นแรงผลักดัน เป็นพลังที่ให้อสม. ทำงานต่อไป การสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน ใช้หลักมนุษยสัมพันธ์ คำชื่นชมในที่ประชุม การมอบใบประกาศนียบัตรในที่ประชุมประจำเดือน ประชาคมหมู่บ้าน

(FGDPH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...จะส่งผลให้เกิดการอาสาและความตั้งใจที่เป็นจุดเริ่มต้นของการทำงานที่จะเกิดความสำเร็จ สร้างขวัญและกำลังใจโดยการทำให้เขาเกิดความภาคภูมิใจในตนเองในสิ่งที่ทำซีให้เห็นประโยชน์และความสำเร็จที่เกิดขึ้น

(FGDPH03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...แรงจูงใจในการทำงานส่งเสริมให้การทำงานของ อสม. มีประสิทธิภาพ เพราะจะแรงจูงใจสามารถสร้างจิตสำนึกในการปฏิบัติหน้าที่ได้

(FGDPH04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...เป็นสิ่งสำคัญเป็นเครื่องมือที่สามารถกระตุ้นให้อสม. มีร่างกายแรงใจในการปฏิบัติงานต่อไป

(FGDPH05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...งานใดที่มีแรงจูงใจไม่ว่าจะเป็นการกล่าวชม ให้รางวัล งานนั้นก็จะเป็นที่น่าทำ ตรงกันข้ามถ้าไม่มีแรงจูงใจ งานก็จะล่าช้า น่าเบื่อ การสร้างขวัญกำลังใจโดยการฉลองความสำเร็จมอบรางวัล อสม. ที่มีผลการปฏิบัติงานดีเด่นประจำเดือน

(FGDPH06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...ทำให้มีความตั้งใจในการทำงาน งานเสร็จเร็ว สำเร็จตามวัตถุประสงค์ มีการเยี่ยมเสริมพลัง อสม. ทุกเดือน ดูแลสวัสดิการให้ได้รับตามสิทธิ

(FGDPH08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...มีความสำคัญตรงที่ถ้าไม่รู้ว่าการทำงานแล้วได้อะไร ก็ไม่มีใครอยากทำ แต่ถ้าเรามีแรงจูงใจให้เขาก็จะตั้งใจทำงานและเต็มที่กับงาน

(FGDCL03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...ช่วยให้ อสม. มุ่งมั่นในงานที่ได้รับมอบหมาย สร้างขวัญกำลังใจ ด้วยคำชมผลสำเร็จ การยกย่อง รูปแบบต่าง ๆ ในแต่ละเดือน

(FGDCL04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...สร้างแรงจูงใจในการทำงานจากคนในละแวกหมู่บ้าน มีส่วนร่วมให้ความร่วมมือคนในหมู่บ้านลดเสียง ลดโรค ประกาศออกเสียงตามสายหรือมอบรางวัลในที่ประชุมหมู่บ้านเดือนละครั้ง

(FGDCL06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...ช่วยให้ อสม. มุ่งมั่นในงานที่ได้รับมอบหมายมีผลสำเร็จ สร้างขวัญกำลังใจด้วยคำชม การยกย่องรูปแบบต่าง ๆ โดยประกาศเกียรติคุณผลงานประจำเดือน

(FGDCL07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

1.9 การยอมรับนับถือ (Recognition)

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า องค์กรประกอบการยอมรับนับถือควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน โดยหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย ให้การยอมรับนับถือหรือยกย่องแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/ กิจกรรมขององค์กรประกอบการยอมรับนับถือ ดังนี้

...การยอมรับนับถือไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบใดก็มีความสำคัญ อสม. เองก็ต้องการให้คนอื่นยอมรับนับถือ เพื่อส่งผลต่อการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ ก่อนที่เราจะให้คนอื่นยอมรับนับถือเราต้องยอมรับนับถือตัวเราก่อน เมื่อเราเป็น อสม. ต้องเข้าถึงชาวบ้าน ยอมลดอคติ มองโลกในแง่บวก

(FGDVH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...การทำงานของ อสม. คือต้องได้รับการยอมรับจากประชาชนจึงจะทำงานต่อไปได้ การจะสร้างความยอมรับนับถืออยู่ที่ตัวของ อสม. ต้องสร้างความรักในงาน มีจิตอาสา เสียสละ ทำความดีด้วยใจ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

(FGDVH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...ถ้าเราทำไม่ดี ประชาชนก็จะไม่ไว้ใจและไม่เปิดโอกาสให้เราดูแลเขา แต่ถ้าเราตั้งใจทำงานและทำให้เขายอมรับในตัวเราได้เขาก็จะนับถือเราและจะช่วยให้การทำงานได้ง่ายขึ้น

(FGDVH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...ถ้าไม่ยอมรับ ไม่นับถือ การเดินเข้าไปใส่ทรายในบ้าน เขาคงไม่ให้เข้า โดยสร้างการยอมรับได้ด้วยการทำงานเป็นทีมให้เกิดผลงาน

(FGDVH04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...การยอมรับนับถือของ อสม. จากชุมชนทำให้เราทำงานกับชุมชนง่ายขึ้น การสร้างการยอมรับเราต้องทำให้ชุมชนเห็นว่าเราทำเพื่อชุมชนด้วยใจจริง

(FGDVH05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...การเป็นที่ยอมรับ และมีพลังการปฏิบัติหน้าที่ ที่สร้างโดย อสม. เอง

(FGDVH07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...การยอมรับนับถือเป็นสิ่งที่ทุกคนใฝ่ฝัน ถ้า อสม. ได้รับแล้วจะส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในการดำเนินงานต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพจนบรรลุวัตถุประสงค์ได้

(FGDVH09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 24 กุมภาพันธ์ 2563)

...ยอมรับนับถือในตัว อสม. หรือกลุ่ม อสม. ทำให้ อสม. มีแรงกระตุ้นในการทำงาน การทำตนเป็นตัวอย่างที่ดีจะช่วยให้เป็นที่ยอมรับนับถือได้

(FGDPH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...ยอมรับและภาคภูมิใจผลงานของเขา และมั่นใจในการทำงานของ อสม.

(FGDPH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...ประชาชนรวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เลี้ยงให้การยอมรับนับถือ อสม. ทำงานได้ง่ายขึ้น อสม. ควรเข้าไปหาประชาชนสร้างความสนใจ ท่วงโยประชาชนในพื้นที่ เพื่อจะได้รับความยอมรับนับถือตามมา

(FGDPH04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...ยกย่องนับถือ อสม. จะส่งผลให้ อสม. มีความมั่นใจในการทำงานนั้น ๆ เป็นอย่างดี

(FGDPH08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...ยกย่อง อสม. จะเป็นแรงผลักดันหนุนเสริม และสนับสนุนให้ อสม. เกิดความสำเร็จในการทำงาน พัฒนาความรู้และทักษะเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ การยอมรับ การไว้วางใจ การสร้างสัมพันธภาพในการดำเนินงาน

(FGDPH09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 25 กุมภาพันธ์ 2563)

...อสม. สร้างความน่าเชื่อถือให้แก่คนในชุมชน คนในชุมชนจึงยกย่องในตัว อสม.

(FGDCL02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...การยอมรับในสังคมในชุมชนมีส่วนสำคัญที่สุดสำหรับ อสม.

(FGDCL04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...สร้างความน่าเชื่อถือในกลุ่มประชาชนให้การยอมรับในสิ่งที่ อสม. ชี้แนะ สร้างโดยให้ความรู้ อสม. ให้มีมากกว่าชาวบ้าน

(FGDCL05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

...โดยเสริมความรู้ให้ อสม. มีความเข้าใจในงานที่ทำก่อให้เกิดความภูมิใจใจ มั่นใจในการทำงาน งานสำเร็จตามเป้าหมาย

(FGDCL08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 26 กุมภาพันธ์ 2563)

3. องค์ประกอบและวิธีการ/ กิจกรรมของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบหลัก โดยมีวิธีการ/ กิจกรรมของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

3.1 กิจกรรมการเรียนรู้ โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกอบรมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 จิตอาสา (Voluntary) ประกอบด้วย 3 หัวข้อคือ 1) การสร้างแรงบันดาลใจในการทำงาน 2) การพัฒนาจิตอาสา และ 3) บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติงานจิตอาสา

องค์ประกอบที่ 2 การรับรู้บทบาท (Role perception) ประกอบด้วย 3 หัวข้อคือ 1) บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 3) ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

องค์ประกอบที่ 3 ความตั้งใจ (Intention) ประกอบด้วย 3 หัวข้อคือ 1) ค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจ 2) การสร้างความตั้งใจในการทำงาน และ 3) ทำงานสำเร็จด้วยความตั้งใจ

3.2 กิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

องค์ประกอบที่ 4 การทำงานเป็นทีม (Teamwork) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งที่จัดขึ้นทุกขั้นตอนตั้งแต่การร่วมวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การแบ่งหน้าที่ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการดำเนินงาน ตลอดจนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในทีมงาน ภายใต้การมีภาวะผู้นำของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

องค์ประกอบที่ 5 ภาควิชาเครือข่าย (Association network) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วมประชุมกับภาควิชาเครือข่าย หรือเข้าร่วมกิจกรรมภาควิชาเครือข่ายจัดขึ้นอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

องค์ประกอบที่ 6 การมีส่วนร่วม (Participation) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเปิดโอกาสให้ภาควิชาเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยเริ่มตั้งแต่การแบ่งปันข้อมูล ปรัชญาหรือ การเข้ามาเกี่ยวข้อง การร่วมมือ และเสริมพลังเพิ่มอำนาจ หรือบูรณาการทำงานร่วมกับภาควิชาเครือข่ายอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

องค์ประกอบที่ 7 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์/ความรู้สึก ด้านการประเมินคุณค่า ด้านทรัพยากร และด้านข้อมูลข่าวสารแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือ 1) ได้รับการชื่นชมในการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ ภาควิชาเครือข่าย/ สมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 2) ได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงาน/ ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 3) ได้รับการสนับสนุนวัสดุ/ อุปกรณ์/ เครื่องมือ/ เงินหรืองบประมาณ/ ทีมงานช่วยเหลือในการปฏิบัติงานจากภาควิชาเครือข่ายอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และ 4) ได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการประชุมประจำเดือนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

องค์ประกอบที่ 8 แรงจูงใจ (Motivation) โดยหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย ให้การเชิดชูเกียรติ ประกาศเกียรติคุณ หรือรางวัลอื่น ๆ ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลการปฏิบัติงานดีเด่นประจำเดือน

องค์ประกอบที่ 9 การยอมรับนับถือ (Recognition) โดยหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย ให้การยอมรับนับถือหรือยกย่องแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รายละเอียดดังตาราง 10

ตาราง 10 แสดงองค์ประกอบ และวิธีการ/ กิจกรรมของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

องค์ประกอบ	วิธีการ/ กิจกรรม
กิจกรรมการเรียนรู้	
1. การสร้างจิตอาสา	การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกอบรมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 3 หัวข้อคือ 1) การสร้างแรงบันดาลใจในการทำงาน 2) การพัฒนาจิตอาสา และ 3) บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติงานจิตอาสา
2. การสร้างการรับรู้บทบาท	การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 3 หัวข้อคือ 1) บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 3) ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. การสร้างความตั้งใจ	การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกอบรมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 3 หัวข้อคือ 1) ค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจ 2) การสร้างความตั้งใจในการทำงาน และ 3) ทำงานสำเร็จด้วยความตั้งใจ

ตาราง 10 (ต่อ)

องค์ประกอบ	วิธีการ/ กิจกรรม
กิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน	
4. การสร้างการทำงานเป็นทีม	<p>อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งที่จัดขึ้นทุกชั้นตอนตั้งแต่การร่วมวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การแบ่งหน้าที่ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการดำเนินงาน ตลอดจนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในทีมงาน ภายใต้การมีภาวะผู้นำของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง</p>
5. การสร้างภาคีเครือข่าย	<p>อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วมประชุมกับภาคีเครือข่าย หรือเข้าร่วมกิจกรรมภาคีเครือข่ายจัดขึ้นอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง</p>
6. การสร้างการมีส่วนร่วม	<p>อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยเริ่มตั้งแต่การแบ่งปันข้อมูลปรึกษาหารือ การเข้ามาเกี่ยวข้อง การร่วมมือ และเสริมพลังเพิ่มอำนาจ หรือบูรณาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง</p>
7. การให้แรงสนับสนุนทางสังคม	<p>ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์/ความรู้สึก ด้านการประเมินคุณค่าด้านทรัพยากร และด้านข้อมูลข่าวสารแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้ 1) ได้รับการชื่นชมในการปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ ภาคีเครือข่าย/ สมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 2) ได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงาน/ ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง</p>

ตาราง 10 (ต่อ)

องค์ประกอบ	วิธีการ/ กิจกรรม
	3) ได้รับการสนับสนุนวัสดุ/ อุปกรณ์/ เครื่องมือ/ เงินหรืองบประมาณ/ ทีมงานช่วยเหลือในการปฏิบัติงานจากภาคีเครือข่ายอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และ 4) ได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการประชุมประจำเดือนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
8. การสร้างแรงจูงใจ	หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย ให้การการเชิดชูเกียรติ ประกาศเกียรติคุณ หรือรางวัลอื่น ๆ ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลการปฏิบัติงานดีเด่นประจำเดือน
9. การสร้างการยอมรับนับถือ	หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย ให้การยอมรับนับถือหรือยกย่องแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

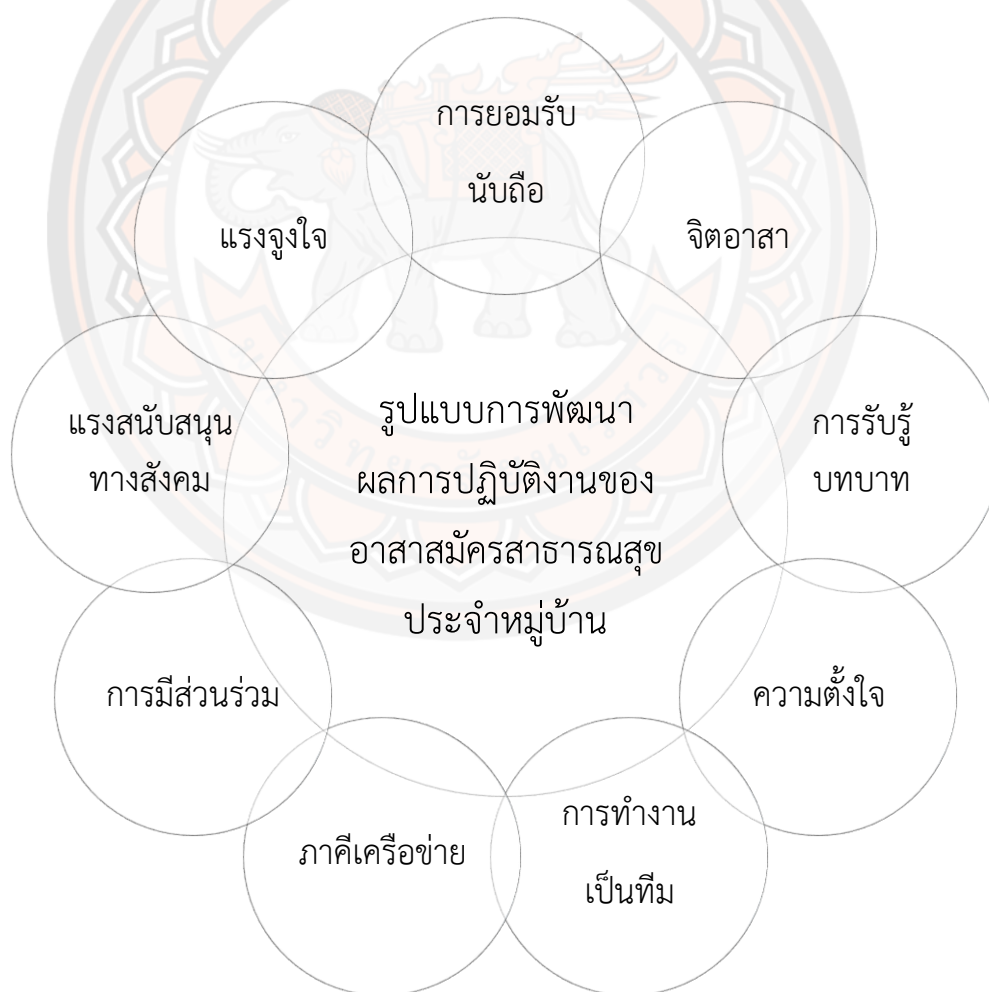
4. การตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างปัจจัยนำเข้ากับองค์ประกอบของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปัจจัยนำเข้าการสนทนา จำนวน 26 ปัจจัย/ ตัวแปร มีความสอดคล้องกับองค์ประกอบของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 9 ตัวแปร/ องค์ประกอบ และไม่สอดคล้องกับองค์ประกอบของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 17 ปัจจัย/ ตัวแปร รายละเอียดดังตาราง 11

ตาราง 11 แสดงสรุปการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างปัจจัยนำเข้ากับองค์ประกอบของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปัจจัยนำเข้า	องค์ประกอบของรูปแบบ	
	ใช่	ไม่ใช่
1. การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	✓	
2. การสร้างการรับรู้บทบาท	✓	
3. การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน		✓
4. ความรู้		✓
5. อาชีพ		✓
6. ระยะเวลาในการเป็น อสม.		✓
7. เจตคติ		✓
8. อายุ		✓
9. เวลา		✓
10. ความพร้อม		✓
11. การใช้สมาร์ทโฟน		✓
12. การสร้างแรงบันดาลใจ		✓
13. การสร้างจิตอาสา	✓	
14. การสร้างความตั้งใจ	✓	
15. ภาระงาน		✓
16. ความรับผิดชอบ		✓
17. ครอบครัว		✓
18. บริบทของพื้นที่		✓
19. งบประมาณ		✓
20. วัสดุอุปกรณ์		✓
21. การสร้างการทำงานเป็นทีม	✓	
22. การสร้างการมีส่วนร่วม	✓	
23. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข		✓
24. การสร้างภาคีเครือข่าย	✓	
25. การให้แรงสนับสนุนทางสังคม	✓	
26. การสร้างการยอมรับนับถือ	✓	

จากการวิเคราะห์เนื้อหาการสนทนากลุ่มสามารถสร้างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ จิตอาสา (Voluntary) การรับรู้บทบาท (Role perception) ความตั้งใจ (Intention) การทำงานเป็นทีม (Teamwork) ภาคิเครือข่าย (Association network) การมีส่วนร่วม (Participation) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) แรงจูงใจ (Motivation) และการยอมรับนับถือ (Recognition) โดยรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรเริ่มต้นด้วยการมีจิตอาสาเข้ารับการฝึกอบรมพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง รับรู้บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง มุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติงาน และทำงานเป็นทีมร่วมกับเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้การส่งเสริม การสนับสนุน และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ตลอดจนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ และการยอมรับนับถือจากภาคิเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดดังภาพ 5



ภาพ 5 แสดงรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิจัยขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ให้ข้อมูลหลักจากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 9 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 9 คน และผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น จำนวน 9 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามตรวจสอบร่างรูปแบบในด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเหมาะสม (Propriety) และความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) ของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเดือนมีนาคม 2563 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 33.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 33.3 และผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น ร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.0 มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 51.9 รองลงมาคือ 40 – 49 ปี ร้อยละ 33.3 และน้อยที่สุดคือ 60 – 69 ปี ร้อยละ 14.8 อายุเฉลี่ย 52.48 ปี อายุต่ำสุด 42 ปี และอายุสูงสุด 67 ปี มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 55.6 รองลงมาคือ หม้าย/ ร้าง ร้อยละ 18.5 และหย่า ร้อยละ 11.1 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 48.2 รองลงมาคือ มัธยมปลาย/ ปวช. ร้อยละ 22.2 และน้อยที่สุดคือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 11.1 มีอาชีพข้าราชการมากที่สุด ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 29.6 และน้อยที่สุดคือ นักการเมืองท้องถิ่น ร้อยละ 11.1 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 20,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 55.6 รองลงมาคือ 40,000 – 60,000 บาท ร้อยละ 33.3 และน้อยที่สุดคือ 60,001 – 80,000 บาท ร้อยละ 3.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำสุด 5,000 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด 70,000 บาท และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 27,462.96 บาท รายละเอียดดังตาราง 12

ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (N = 27)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ประชากร		
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	9	33.3
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	9	33.3
ผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น	9	33.3
เพศ		
หญิง	17	63.0
ชาย	10	37.0
อายุ		
40 – 49 ปี	9	33.3
50 – 59 ปี	14	51.9
60 – 69 ปี	4	14.8
(Minimum = 42, Maximum = 67, Mean = 52.48, S.D. = 6.31)		
สถานภาพ		
โสด	4	14.8
สมรส	15	55.6
หย่า	3	11.1
หม้าย/ ร้าง	5	18.5
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	11.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	6	22.2
ปริญญาตรี	13	48.2
ปริญญาโท	5	18.5
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	7	26.0
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	8	29.6
นักการเมืองท้องถิ่น	3	11.1
ข้าราชการ	9	33.3

ตาราง 12 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 20,000 บาท	15	55.6
20,001 – 40,000 บาท	2	7.4
40,001 – 60,000 บาท	9	33.3
60,001 – 80,000 บาท	1	3.7
(Minimum = 5,000, Maximum = 70,000, Mean = 27,462.96, S.D. = 21,751.63)		

2. การตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องครอบคลุม ซึ่งในภาพรวมทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.31$, S.D. = 0.51) แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.46$, S.D. = 0.52) ด้านความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.19$, S.D. = 0.58) ด้านความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.32$, S.D. = 0.57) และด้านความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.27$, S.D. = 0.59) รายละเอียดดังตาราง 13

ตาราง 13 แสดงผลการตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (N = 27)

ด้าน/ รายการประเมิน	\bar{x}	S.D.	การแปลผล
1. ความเป็นประโยชน์ (Utility)	4.46	0.52	มากที่สุด
1.1 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานได้ดีขึ้น	4.30	0.61	มากที่สุด

ตาราง 13 (ต่อ)

ด้าน/ รายการประเมิน	\bar{x}	S.D.	การแปลผล
1.2 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีประโยชน์ต่อหน่วยงานที่กำกับดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	4.56	0.58	มากที่สุด
1.3 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการ กำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	4.52	0.64	มากที่สุด
2. ความเป็นไปได้ (Feasibility)	4.19	0.58	มาก
2.1 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้	4.26	0.66	มากที่สุด
2.2 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความคุ้มค่า สอดคล้องกับเวลา และ ทรัพยากรในการปฏิบัติงาน	4.22	0.64	มากที่สุด
2.3 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถทำความเข้าใจได้ไม่ยุ่งยาก และ ซับซ้อนจนเกินไป	4.07	0.73	มาก
3. ความเหมาะสม (Propriety)	4.32	0.57	มากที่สุด
3.1 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความเหมาะสมสอดคล้องตามบทบาท หน้าที่ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	4.33	0.68	มากที่สุด
3.2 มีความเหมาะสมที่จะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงาน ที่กำกับดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำรูปแบบการ พัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไปใช้	4.26	0.67	มากที่สุด
3.3 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสอดคล้องกับระเบียบที่เกี่ยวข้อง และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข	4.37	0.69	มากที่สุด

ตาราง 13 (ต่อ)

ด้าน/ รายการประเมิน	\bar{x}	S.D.	การแปลผล
4. ความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy)	4.27	0.59	มากที่สุด
4.1 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีรูปแบบที่เป็นระบบและน่าเชื่อถือ ส่งผลต่อความถูกต้อง ครบถ้วนของผลการปฏิบัติงาน	4.26	0.66	มากที่สุด
4.2 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความถูกต้องตามบทบาทหน้าที่และ สภาพการปฏิบัติงานจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	4.22	0.64	มากที่สุด
4.3 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีเนื้อหาสาระครอบคลุมและชัดเจน สามารถที่จะนำไปปฏิบัติงานจริงได้	4.33	0.68	มากที่สุด
รวมเฉลี่ยทุกด้าน	4.31	0.51	มากที่สุด

จากการวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (Exploratory sequential design) เริ่มต้นด้วยขั้นตอนที่ 1 การสร้างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (การวิจัยเชิงคุณภาพ) แล้วนำผลมาเชื่อมโยง (Connect) กับขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (การวิจัยเชิงปริมาณ) เพื่อยืนยันรูปแบบและสามารถนำผลไปใช้ต่อในวงกว้างต่อไป พบว่า รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ จิตอาสา การรับรู้บทบาท ความตั้งใจ การทำงานเป็นทีม ภาควิชาเครือข่าย การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ และการยอมรับนับถือ โดยรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งได้จากการวิจัยระยะที่ 2 ไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในระยะที่ 3 ต่อไป

การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group, pretest - posttest design) เพื่อทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 38 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 38 คน ซึ่งได้จากวิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม และรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้และกิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน 8 สัปดาห์ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ Chi - Square test, Mann - whitney U - test, Wilcoxon Sign Rank test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง
 2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจิตอาสา การรับรู้บทบาท และความตั้งใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจิตอาสา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้บทบาท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 5. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 5.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

5.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.6 มีอายุ 40 – 49 ปีมากที่สุด ร้อยละ 42.1 รองลงมา คือ อายุ 50 – 59 ปี ร้อยละ 21.1 และอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 21.1 และน้อยที่สุด คือ อายุ 20 – 29 ปี ร้อยละ 2.6 และอายุ 70 – 79 ปี ร้อยละ 2.6 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 86.8 รองลงมา คือ โสด ร้อยละ 7.9 และน้อยที่สุดคือ หม้าย/ร้าง ร้อยละ 5.3 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 60.6 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 18.4 และน้อยที่สุด คือ ปริญญาตรี ร้อยละ 2.6 ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 86.8 ส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 81.6 มีระยะเวลาในการเป็น อสม. มากที่สุด คือ 21 – 30 ปี ร้อยละ 34.2 รองลงมา คือ 11 – 20 ปี ร้อยละ 28.9 และน้อยที่สุด คือ 31 – 40 ปี ร้อยละ 10.5 ใช้สมาร์โฟน ร้อยละ 71.1 มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ มากที่สุด คือ 11 – 20 หลังคาเรือน ร้อยละ 84.2 รองลงมา คือ 1 - 10 หลังคาเรือน ร้อยละ 15.8 และมีตำแหน่งอื่นในชุมชน 1 ตำแหน่งมากที่สุด ร้อยละ 34.2 รองลงมา คือ ไม่มีตำแหน่งอื่นในชุมชน ร้อยละ 28.9 และน้อยที่สุด คือ 5 ตำแหน่ง ร้อยละ 2.6

1.2 กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.68 มีอายุ 50 – 59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 47.4 รองลงมา คือ อายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 21.1 และน้อยที่สุด คือ อายุ 30 – 39 ปี ร้อยละ 2.6 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 81.6 รองลงมา คือ โสด ร้อยละ 13.2 และน้อยที่สุด คือ หม้าย/ร้าง ร้อยละ 5.3 มีระดับการศึกษาประถมศึกษาศึกษามากที่สุด ร้อยละ 78.9 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 13.2 และน้อยที่สุด คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 2.6 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 84.2 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 84.2 มีระยะเวลาในการเป็น อสม. มากที่สุด คือ 21 – 30 ปี ร้อยละ 34.2 รองลงมา คือ 1 – 10 ปี ร้อยละ 26.3 และน้อยที่สุด คือ 31 - 40 ปี ร้อยละ 18.4 ใช้สมาร์ทโฟน ร้อยละ 55.3 มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบมากที่สุด คือ 11 – 20 หลังคาเรือน ร้อยละ 52.6 รองลงมาคือ 21 – 30 หลังคาเรือน ร้อยละ 31.6 และน้อยที่สุด คือ 1 – 10 หลังคาเรือน ร้อยละ 15.8 และมีตำแหน่งอื่นในชุมชน 1 ตำแหน่งมากที่สุด ร้อยละ 36.6 รองลงมา คือ ไม่มีตำแหน่งอื่นในชุมชน ร้อยละ 31.6 และน้อยที่สุด คือ 3 ตำแหน่ง ร้อยละ 7.9 รายละเอียดตาราง 14

ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 76)

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 38)		กลุ่มควบคุม (n = 38)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	7	18.4	7	18.4
หญิง	31	81.6	31	81.6
อายุ				
20 – 29 ปี	1	2.6	0	0
30 – 39 ปี	4	10.5	1	2.6
40 – 49 ปี	16	42.1	7	18.4
50 – 59 ปี	8	21.1	18	47.4
60 – 69 ปี	8	21.1	8	21.1
70 – 79 ปี	1	2.6	4	10.5

ตาราง 14 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 38)		กลุ่มควบคุม (n = 38)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ				
โสด	3	7.9	5	13.2
สมรส	33	86.8	31	81.6
หม้าย/ร้าง	2	5.3	2	5.3
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	23	60.6	30	78.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	10.5	5	13.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	7	18.4	1	2.6
อนุปริญญา/ ปวส.	3	7.9	2	5.3
ปริญญาตรี	1	2.6	0	0
อาชีพ				
รับจ้าง	5	13.2	6	15.8
เกษตรกรกรรม	33	86.8	32	84.2
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
น้อยกว่า 5,000 บาท	31	81.6	32	84.2
5,001 - 10,000 บาท	7	18.4	6	15.8
การใช้สมาร์ทโฟน				
ใช้	27	71.1	21	55.3
ไม่ใช้	11	28.9	17	44.7
ระยะเวลาในการเป็น อสม.				
1 - 10 ปี	10	26.3	10	26.3
11 - 20 ปี	11	28.9	8	21.1
21 - 30 ปี	13	34.2	13	34.2
31 - 40 ปี	4	10.5	7	18.4
จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ				
1 - 10 หลังคาเรือน	6	15.8	6	15.8
11 - 20 หลังคาเรือน	32	84.2	20	52.6

ตาราง 14 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 38)		กลุ่มควบคุม (n = 38)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
21 – 30 หลังคาเรือน	0	0	12	31.6
จำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน				
ไม่มีตำแหน่งอื่นในชุมชน	11	28.9	12	31.6
1 ตำแหน่ง	13	34.2	14	36.6
2 ตำแหน่ง	4	10.5	5	13.2
3 ตำแหน่ง	7	18.4	3	7.9
4 ตำแหน่ง	2	5.3	4	10.5
5 ตำแหน่ง	1	2.6	0	0

1.3 การควบคุมตัวแปรภายนอก

การควบคุมตัวแปรภายนอกที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการทดลองหรือตัวแปรตามให้เหลือน้อยที่สุด การวิจัยระยะนี้ใช้การควบคุมตัวแปรภายนอกแบบการจับคู่ (Match pair) เป็นการนำตัวแปรภายนอกจากผลการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาชีพ ระยะเวลาในการเป็น อสม. และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยจัดให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอาชีพ ระยะเวลาในการเป็น อสม. และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชนเหมือนกันหรือให้คล้ายคลึงกันมากที่สุด โดยใช้สถิติ Chi - Square test พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอาชีพ ระยะเวลาในการเป็น อสม. และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชนไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตาราง 15

ตาราง 15 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรภายนอก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 76)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		χ^2	df	p - value
	กลุ่มทดลอง (n = 38)	กลุ่มควบคุม (n = 38)			
อาชีพ					
รับจ้าง	5(13.2)	6(15.8)	0.106	1	0.744
เกษตรกรกรรม	33(86.8)	32(84.2)			
ระยะเวลาในการเป็น อสม.					
1 – 10 ปี	10(26.3)	10(26.3)	1.292	3	0.731
11 – 20 ปี	11(28.9)	8(21.1)			
21 – 30 ปี	13(34.2)	13(34.2)			
31 – 40 ปี	4(10.5)	7(18.4)			
การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน					
มีตำแหน่งอื่นในชุมชน	27(71.1)	26(68.4)	0.062	1	0.803
ไม่มีตำแหน่งอื่นในชุมชน	11(28.9)	12(31.6)			

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจิตอาสา การรับรู้บทบาท และความตั้งใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจิตอาสา การรับรู้ และความตั้งใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติ Mann-whitney U - test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ พบว่า ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของอันดับจิตอาสา และการรับรู้บทบาทแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีค่าเฉลี่ยของอันดับความตั้งใจไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตาราง 16

ตาราง 16 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจิตอาสา การรับรู้ และความตั้งใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผล การปฏิบัติงาน (n = 76)

ก่อนจัดกิจกรรม	n	Mean Rank	Z	p - value
จิตอาสา				
กลุ่มทดลอง	38	31.13	-2.938	0.003
กลุ่มควบคุม	38	45.87		
การรับรู้บทบาท				
กลุ่มทดลอง	38	30.38	-3.210	0.001
กลุ่มควบคุม	38	46.62		
ความตั้งใจ				
กลุ่มทดลอง	38	35.64	-1.128	0.259
กลุ่มควบคุม	38	41.36		

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจิตอาสา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน

จากการทดสอบค่าเฉลี่ยของอันดับจิตอาสา พบว่า ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบ การพัฒนาผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของอันดับจิตอาสา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้น จึงได้ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจิตอาสา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน โดยใช้ สถิติ Mann - whitney U - test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ พบว่า หลังจัด กิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน กลุ่มทดลองมีคะแนนจิตอาสาส่วนต่างที่เพิ่มขึ้นสูง กว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 รายละเอียดดังตาราง 17

ตาราง 17 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจิตอาสา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน (n = 76)

จิตอาสา	n	Mean Rank	Z	p - value
คะแนนส่วนต่างที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลอง ($D_1 = O_2 - O_1$)	38	49.41	4.358	0.001
คะแนนส่วนต่างที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มควบคุม ($D_2 = O_4 - O_3$)	38	27.59		

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้บทบาท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการทดสอบค่าเฉลี่ยของการรับรู้บทบาท พบว่า ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของอันดับการรับรู้บทบาทแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้น จึงได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้บทบาท ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยใช้ค่าเฉลี่ยการรับรู้บทบาทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองเป็นตัวแปรควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายเป็นโค้งปกติ พบว่า หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตาราง 18

ตาราง 18 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้บทบาท ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n = 76)

การรับรู้บทบาท	n	\bar{X}	S.D.	F	df1	df2	p-value
กลุ่มทดลอง	38	76.76	5.948	6.138	1	74	0.016
กลุ่มควบคุม	38	72.47	10.021				

5. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

5.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการทดสอบค่าเฉลี่ยของอันดับความตั้งใจ พบว่า ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของอันดับความตั้งใจไม่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงได้ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอันดับความตั้งใจ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign Rank test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ พบว่า หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของอันดับความตั้งใจสูงกว่าก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของอันดับความตั้งใจไม่แตกต่างกันกับก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน รายละเอียดดังตาราง 19

ตาราง 19 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 76)

ความตั้งใจ	n	Mean Rank	Z	p - value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนจัดกิจกรรม	38	0	-5.168	0.001
หลังจัดกิจกรรม	38	18.00		
กลุ่มควบคุม				
ก่อนจัดกิจกรรม	38	48.69	0.269	0.788
หลังจัดกิจกรรม	38	29.61		

5.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการทดสอบค่าเฉลี่ยของอันดับความตั้งใจ พบว่า ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของอันดับความตั้งใจไม่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงได้ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความตั้งใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติ Mann - whitney U - test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ พบว่า หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของอันดับความตั้งใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 รายละเอียดดังตาราง 20

ตาราง 20 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน (n = 76)

หลังจัดกิจกรรม	n	Mean Rank	Z	p - value
ความตั้งใจ				
กลุ่มทดลอง	38	51.34	5.072	0.001
กลุ่มควบคุม	38	25.66		

6. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติ Mann - whitney U - test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ พบว่า ก่อนจัดกิจกรรมตาม

รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของอันดับผลการปฏิบัติงานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 รายละเอียดดังตาราง 21

ตาราง 21 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน (n = 76)

ผลการปฏิบัติงาน	n	Mean Rank	Z	p - value
กลุ่มทดลอง	38	26.91	-4.653	0.001
กลุ่มควบคุม	38	50.09		

6.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการทดสอบค่าเฉลี่ยของผลการปฏิบัติงาน พบว่า ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของอันดับผลการปฏิบัติงานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังนั้น จึงได้ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติ Mann - whitney U - test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ พบว่า หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน กลุ่มทดลองมีคะแนนผลการปฏิบัติงานส่วนต่างที่เพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001รายละเอียดดังตาราง 22

ตาราง 22 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน (n = 76)

ผลการปฏิบัติงาน	n	Mean Rank	Z	p - value
คะแนนส่วนต่างที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลอง ($D_1 = O_2 - O_1$)	38	52.26	5.434	0.001
คะแนนส่วนต่างที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มควบคุม ($D_2 = O_4 - O_3$)	38	24.74		

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสานขั้นสูง (Advanced mixed methods research designs) แบบการประเมินผลหลายขั้นตอน (Multistage evaluation design) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) เพื่อสร้างและตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยนำเสนอการสรุปผลการวิจัยตามระยะการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบคู่ขนาน (Convergent design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งจะนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ไปใช้ในระยะที่ 2 ต่อไปประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การวิจัยส่วนนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 598 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในเดือนตุลาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การวิจัยส่วนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 17 คน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ โรงพยาบาล/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลเมือง/

เทศบาลตำบล/ องค์การบริหารส่วนตำบล) จำนวน 10 คน 3) ผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น จำนวน 12 คน และ 4) สมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 11 คน ซึ่งได้จากการใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบกรณีหลากหลาย (Maximum variation sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation) ในเดือนตุลาคม 2562 และวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก (ข้อมูลเชิงปริมาณ) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ข้อมูลเชิงคุณภาพ) ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (Exploratory sequential design) เพื่อสร้างและตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาใช้ในขั้นตอนที่ 1 การสร้างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (การวิจัยเชิงคุณภาพ) โดยการจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) แล้วนำผลการวิจัยไปใช้ในขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (การวิจัยเชิงปริมาณ) โดยใช้แบบสอบถามตรวจสอบร่างรูปแบบในด้านความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุม เพื่อยืนยันรูปแบบและสามารถนำไปใช้ต่อในวงกว้างต่อไป ซึ่งจะนำผลการวิจัยจากระยะที่ 2 ไปใช้ในระยะเวลาที่ 3 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ตามลำดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การวิจัยขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 9 คน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ โรงพยาบาล/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลเมือง/ เทศบาลตำบล/ องค์การบริหารส่วนตำบล) จำนวน 9 คน และ 3) ผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น จำนวน 9 คน ซึ่งได้จากการใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเอกพันธ์ (Homogeneous sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแนวทางการสนทนากลุ่ม เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก

โดยการจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนาและ ผู้ร่วมสนทนา มาพบกันเริ่มด้วยการทำความรู้จักกัน ให้ทุกคนได้ผ่อนคลายและรู้สึกคุ้นเคยกัน พอสมควร จากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยเริ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนา กล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนากลุ่ม ขอให้ทุกคนพูดได้โดยไม่กังวลเรื่องถูกผิด การรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้ และขออนุญาตให้ผู้วิจัยบันทึกเทปการสนทนากลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยจุดประเด็น การสนทนากลุ่มด้วยคำถามปลายเปิดเริ่มคำถามแรกเป็นการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นในฐานะ คนนอก จากนั้นเป็นคำถามที่ดึงให้เข้าใกล้ตัวผู้ร่วมสนทนา และในระหว่างการสนทนากลุ่มผู้วิจัยจะ คอยจับประเด็นใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นในวงสนทนา จากการจับประเด็นของผู้วิจัยจะปรับแนวทางการ สนทนาไปเรื่อย ๆ ตลอดการเก็บข้อมูล แล้วพยายามให้ผู้ร่วมวงสนทนาได้ร่วมแลกเปลี่ยน ข้อคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แน่นและลุ่มลึกขึ้นเรื่อย ๆ โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง ในระหว่างวันที่ 24 - 26 กุมภาพันธ์ 2563 ณ ห้องประชุมพระราช วัฒนเมธี ชั้น 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัด สุโขทัย และวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อ สร้างรูปแบบ ปรับปรุงรูปแบบตามคำแนะนำ และสรุปรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน การวิจัยขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อตรวจสอบ รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ให้ข้อมูลหลักจากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 9 คน เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ โรงพยาบาล/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลเมือง/ เทศบาลตำบล/ องค์การบริหารส่วนตำบล) จำนวน 9 คน และ ผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น จำนวน 9 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามตรวจสอบร่างรูปแบบ ในด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเหมาะสม (Propriety) และ ความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) ของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเดือนมีนาคม 2563 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และ ค่าสูงสุด

การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The two group, pretest - posttest design) เพื่อทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 38 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 38 คน ซึ่งได้จากวิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม และรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้และกิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบ 8 สัปดาห์ ในเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม 2563 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ Chi - Square test, Mann - whitney U - test, Wilcoxon Sign Rank test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA)

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงผสมผสานขั้นสูง (Advanced mixed methods research designs) แบบการประเมินผลหลายขั้นตอน (Multistage evaluation design) ครั้งนี้ โดยนำเสนอสรุปผลการวิจัยตามระยะการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.0 มีอายุระหว่าง 50 - 59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 42.2 รองลงมาคือ 40 - 49 ปี ร้อยละ 25.4 และน้อยที่สุดคือ 70 - 79 ปี ร้อยละ 2.1 อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 74 ปี และอายุเฉลี่ย 51.48 ปี มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 73.6 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 12.2 และน้อยที่สุดคือ หย่า ร้อยละ 3.6 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 42.6 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 27.5 และน้อยที่สุดคือ อนุปริญญา/ ปวส. หรือสูงกว่า ร้อยละ 5.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 59.0

รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 22.9 และน้อยที่สุดคือ พนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 1.1 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 75.1 รองลงมาคือ 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 21.6 และน้อยที่สุดคือ 15,001 - ,000 บาท ร้อยละ 0.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 2,880.13 บาท ต่ำสุด 1,000 บาท และสูงสุด 20,000 บาท มีการใช้สมาร์ทโฟน (Smartphone) ร้อยละ 62.5 มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 - 10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 39.2 รองลงมาคือ 11 - 20 ปี ร้อยละ 36.2 และน้อยที่สุดคือ 31 - 40 ปี ร้อยละ 5.1 ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 14.60 ปี ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 40 ปี มีบทบาทในครอบครัวเป็นสมาชิกครอบครัว ร้อยละ 65.3 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 - 6 คนมากที่สุด ร้อยละ 55.2 รองลงมาคือ 1 - 3 คน ร้อยละ 40.7 และน้อยที่สุดคือ 7 - 10 คน ร้อยละ 4.1 จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4 คนต่ำสุด 1 คน และสูงสุด 10 คน

กลุ่มตัวอย่างมีตำแหน่งอื่นในชุมชนเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ร้อยละ 35.1 คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้าน (กทบ.) ร้อยละ 22.9 คณะกรรมการกองทุนพัฒนาบทบาทสตรีตำบล (คกส.ต.) ร้อยละ 14.1 ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) ร้อยละ 5.9 อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) ร้อยละ 6.7 อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) ร้อยละ 8.2 อาสาพัฒนาชุมชน (อช.) ร้อยละ 8.8 อาสาสมัครเกษตรหมู่บ้าน (อกม.) ร้อยละ 5.6 แพทย์ประจำตำบล ร้อยละ 0.6 คณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) ร้อยละ 23.9 คณะกรรมการชุมชน ร้อยละ 3.2 ผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 0.3 ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 3.8 ประธานกรรมการชุมชน ร้อยละ 1.4 รองประธานกรรมการชุมชน ร้อยละ 0.6 สมาชิกสภาเทศบาล (สท.) ร้อยละ 0.5 สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) ร้อยละ 0.9 รองนายกเทศมนตรี ร้อยละ 1.5 และอื่น ๆ ร้อยละ 2.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 95.3 ได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 86.6 และมีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ 11 - 20 หลังคาเรือนมากที่สุด ร้อยละ 69.8 รองลงมาคือ 1 - 10 หลังคาเรือน ร้อยละ 28.7 และน้อยที่สุดคือ 21 - 30 หลังคาเรือน ร้อยละ 1.5 และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ย 13 หลังคาเรือน ต่ำสุด 5 หลังคาเรือน และสูงสุด 30 หลังคาเรือน

2. ความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.8 เจตคติที่มีต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.0 การรับรู้บทบาทเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.6 แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.7 แรงจูงใจใน

การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.4 และผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.1

3. ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความสามารถของปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรในการพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายการผันแปรของผลการปฏิบัติงานจากมากไปหาน้อยได้ ดังนี้ ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยมีผลทางบวกต่อผลการปฏิบัติงานซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของผลการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 18.6 (R Square = 0.186) โดยเมื่อคะแนนแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนผลการปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น 0.338 คะแนน (B = 0.338) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2 คือ การรับรู้บทบาท โดยมีผลทางบวกต่อผลการปฏิบัติงานซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของผลการปฏิบัติงานได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.1 เป็นร้อยละ 20.7 (R Square Change = 0.021, R Square = 0.207) โดยเมื่อคะแนนการรับรู้บทบาทเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนผลการปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น 0.346 คะแนน (B = 0.346) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 3 คือ จำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน โดยมีผลทางบวกต่อผลการปฏิบัติงานซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของผลการปฏิบัติงานได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.9 เป็นร้อยละ 22.6 (R Square Change = 0.019, R Square = 0.226) โดยเมื่อคะแนนจำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชนเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนผลการปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น 1.835 คะแนน (B = 1.835) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 4 คือ ความรู้ โดยมีผลทางลบต่อผลการปฏิบัติงานซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของผลการปฏิบัติงานได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.2 เป็นร้อยละ 23.8 (R Square Change = 0.012, R Square = 0.238) โดยเมื่อคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนผลการปฏิบัติงานจะลดลง 1.151 คะแนน (B = -1.151)

ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 5 คือ อาชีพเกษตรกรรม โดยอาชีพเกษตรกรรมมีผลการปฏิบัติงานน้อยกว่าอาชีพพนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ (อ้างอิง) ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของผลการปฏิบัติงานได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.0 เป็นร้อยละ 24.8 (R Square Change = 0.010, R Square = 0.248) โดยเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีอาชีพเกษตรกรรม คะแนนผลการปฏิบัติงานจะลดลง 5.704 คะแนน (B = -5.704) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 6 คือ ระยะเวลาในการเป็น อสม. โดยมีผลทางบวกต่อผลการปฏิบัติงานซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของผลการปฏิบัติงานได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.1 เป็นร้อยละ 25.9 (R Square Change = 0.011, R Square = 0.259) โดยเมื่อคะแนนระยะเวลาในการเป็น

อสม. เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนผลการปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น 0.297 คะแนน ($B = 0.297$) และตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 7 คือ เจตคติ โดยมีผลทางบวกต่อผลการปฏิบัติงานซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของผลการปฏิบัติงานได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.5 เป็นร้อยละ 26.5 (R Square Change = 0.006, R Square = 0.265) โดยเมื่อคะแนนเจตคติเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนผลการปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น 0.403 คะแนน ($B = 0.403$) ซึ่งตัวแปรทั้ง 7 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 26.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การใช้สมาร์ทโฟน บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน การฝึกอบรม การนิเทศงาน และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ไม่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน = $0.105 + 0.338$ (แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน) + 0.346 (การรับรู้บทบาท) + 1.835 (จำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน) - 1.151 (ความรู้) - 5.704 (อาชีพเกษตรกรรม) + 0.297 (ระยะเวลาในการเป็น อสม.) + 0.403 (เจตคติ)

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 34.0 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 20.0 ผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น ร้อยละ 24.0 และสมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 22.0 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.0 มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 54.0 รองลงมาคือ 40 – 49 ปี ร้อยละ 22.0 และน้อยที่สุดคือ 20 – 29 ปี ร้อยละ 2.0 และ 70 – 79 ปี ร้อยละ 2.0 อายุเฉลี่ย 51.60 ปี อายุต่ำสุด 24 ปี และอายุสูงสุด 72 ปี มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 76.0 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 12.0 และหม้าย/ร้าง หย่า ร้อยละ 12.0 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 30.0 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา/ ปวช. ร้อยละ 24.0 และน้อยที่สุดคือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 0.6 มีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ ข้าราชการ ร้อยละ 20.0 และน้อยที่สุดคือ งานบ้าน ร้อยละ 1.0 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 75.1 รองลงมาคือ 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 21.6 และน้อยที่สุดคือ 15,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 0.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำสุด 1,000 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด 20,000 บาท และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 2,880.13 บาท

2. ปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4 ปัจจัยหลัก ดังนี้ 1) ปัจจัยระดับบุคคล ประกอบด้วย 11 ปัจจัยรอง ได้แก่ อายุ เวลา ความพร้อม สมาร์ทโฟน การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน แรงบันดาลใจ จิตอาสา ความตั้งใจ การรับรู้บทบาท ภาระงาน และความรับผิดชอบ 2) ปัจจัยระดับครอบครัว ประกอบด้วย 1 ปัจจัยรอง ได้แก่ ครอบครัว 3) ปัจจัยระดับชุมชน ประกอบด้วย 5 ปัจจัยรอง ได้แก่ บริบทของพื้นที่ งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การทำงานเป็นทีม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 4) ปัจจัยระดับสังคมประกอบด้วย 5 ปัจจัยรอง ได้แก่ ภาครัฐเครือข่าย การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการยอมรับนับถือ

จากการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และส่วนที่ 2 ปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยสามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผลการวิจัยเชิงปริมาณ) พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาท จำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ความรู้ อาชีพเกษตรกรรม ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจตคติ ซึ่งตัวแปรทั้ง 7 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ร้อยละ 26.5

2. การวิจัยปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ) พบว่า 1) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ เวลา ความพร้อม สมาร์ทโฟน การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน แรงบันดาลใจ จิตอาสา ความตั้งใจ การรับรู้บทบาท ภาระงาน และความรับผิดชอบ 2) ปัจจัยระดับครอบครัว ได้แก่ ครอบครัว 3) ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ บริบทของพื้นที่ งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การทำงานเป็นทีม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 4) ปัจจัยระดับสังคม ได้แก่ ภาครัฐเครือข่าย การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการยอมรับนับถือ ซึ่งตัวแปรทั้งจำนวน 22 ตัวแปรเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. ปัจจัยที่มีผล/ ส่งเสริมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สอดคล้องกันทั้งจากผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยสามารถรวมผลการวิจัยเชิงปริมาณและผลการวิจัยเชิงคุณภาพทั้ง 2 ส่วนเข้าด้วยกัน (Merge) จำนวน 29 ตัวแปร พบว่า ตัวแปรที่มีความสอดคล้องกัน 3 ตัวแปร คือ การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน การรับรู้บทบาท และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการวิเคราะห์เนื้อหาการสนทนากลุ่มสามารถสร้างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ จิตอาสา (Voluntary) การรับรู้บทบาท (Role perception) ความตั้งใจ (Intention) การทำงานเป็นทีม (Teamwork) ภา คี เครือ ข่าย (Association network) การมีส่วนร่วม (Participation) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) แรงจูงใจ (Motivation) และการยอมรับนับถือ (Recognition) โดยรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรเริ่มต้นด้วยการมีจิตอาสาเข้ารับการฝึกอบรมพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง รับรู้บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง มุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติงาน และทำงานเป็นทีมร่วมกับเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้การส่งเสริม การสนับสนุน และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ตลอดจนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ และการยอมรับนับถือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 33.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 33.3 และผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น ร้อยละ 33.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.0 มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 51.9 รองลงมาคือ 40 – 49 ปี ร้อยละ 33.3 และน้อยที่สุดคือ 60 – 69 ปี ร้อยละ 14.8 อายุเฉลี่ย 52.48 ปี อายุต่ำสุด 42 ปี และอายุสูงสุด 67 ปี มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 55.6 รองลงมาคือ หม้าย/ร้าง ร้อยละ 18.5 และหย่า ร้อยละ 11.1 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 48.2 รองลงมาคือ มัธยมปลาย/ปวช. ร้อยละ 22.2 และน้อยที่สุดคือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 11.1 มีอาชีพข้าราชการมากที่สุด ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 29.6 และน้อยที่สุดคือ นักการเมืองท้องถิ่น ร้อยละ 11.1 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 20,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 55.6 รองลงมาคือ 40,000 – 60,000 บาท ร้อยละ 33.3 และน้อยที่สุดคือ 60,001 – 80,000 บาท ร้อยละ 3.7 และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 27,462.96 บาท ต่ำสุด 5,000 บาท และสูงสุด 70,000 บาท

2. การตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องครอบคลุม ซึ่งในภาพรวมทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.31$, S.D. = 0.51) แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.46$, S.D. = 0.52) ด้านความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.19$, S.D. = 0.58) ด้านความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.32$, S.D. = 0.57) และด้านความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.27$, S.D. = 0.59)

การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.6 มีอายุ 40 – 49 ปีมากที่สุด ร้อยละ 42.1 รองลงมาคือ อายุ 50 – 59 ปี ร้อยละ 21.1 และอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 21.1 และน้อยที่สุดคือ อายุ 20 – 29 ปี ร้อยละ 2.6 และอายุ 70 – 79 ปี ร้อยละ 2.6 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 86.8 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 7.9 และน้อยที่สุดคือ หม้าย/ร้าง ร้อยละ 5.3 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 60.6 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 18.4 และน้อยที่สุดคือ ปริญญาตรี ร้อยละ 2.6 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 86.8 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 81.6 มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากที่สุดคือ 21 – 30 ปี ร้อยละ 34.2 รองลงมาคือ 11 – 20 ปี ร้อยละ 28.9 และน้อยที่สุดคือ 31 – 40 ปี ร้อยละ 10.5 ใช้สมาร์ทโฟน (Smartphone) ร้อยละ 71.1 มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบมากที่สุดคือ 11 – 20 หลังคาเรือน ร้อยละ 84.2 รองลงมาคือ 1 – 10 หลังคาเรือน ร้อยละ 15.8 และมีตำแหน่งอื่นในชุมชน 1 ตำแหน่งมากที่สุด ร้อยละ 34.2 รองลงมาคือ ไม่มีตำแหน่งอื่นในชุมชน ร้อยละ 28.9 และน้อยที่สุดคือ 5 ตำแหน่ง ร้อยละ 2.6

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.68 มีอายุ 50 – 59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 47.4 รองลงมาคือ อายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 21.1 และน้อยที่สุดคือ อายุ 30 – 39 ปี ร้อยละ 2.6 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 81.6 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 13.2 และน้อยที่สุดคือ หม้าย/ร้าง ร้อยละ 5.3 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 78.9 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 13.2 และน้อยที่สุดคือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 2.6 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 84.2 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 84.2 มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากที่สุดคือ 21 – 30 ปี ร้อยละ 34.2 รองลงมาคือ 1 – 10 ปี ร้อยละ 26.3 และน้อยที่สุดคือ 31 – 40 ปี ร้อยละ 18.4 ใช้สมาร์ทโฟน

(Smartphone) ร้อยละ 55.3 มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบมากที่สุดคือ 11 – 20 หลังคาเรือน ร้อยละ 52.6 รองลงมาคือ 21 – 30 หลังคาเรือน ร้อยละ 31.6 และน้อยที่สุดคือ 1 – 10 หลังคาเรือน ร้อยละ 15.8 และมีตำแหน่งอื่นในชุมชน 1 ตำแหน่งมากที่สุด ร้อยละ 36.6 รองลงมาคือ ไม่มีตำแหน่งอื่นในชุมชน ร้อยละ 31.6 และน้อยที่สุดคือ 3 ตำแหน่ง ร้อยละ 7.9

2. การเปรียบเทียบจิตอาสา การรับรู้บทบาท ความตั้งใจ และผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.1 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจิตอาสาสูงกว่าก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

2.2 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่าก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.3 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความตั้งใจสูงกว่าก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

2.4 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเชิงผสมผสานขั้นสูง (Advanced mixed methods research designs) แบบการประเมินผลหลายขั้นตอน (Multistage evaluation design) ครั้งนี้ โดยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามระยะการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผลการวิจัยเชิงปริมาณ)

1.1 ความรู้มีผลทางลบต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เพิ่มขึ้นจะทำให้ผลการปฏิบัติงานลดลง แม้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีความรู้เพิ่มขึ้นแต่ขาดการนำความรู้ไปปฏิบัติจึงทำให้

มีผลการปฏิบัติงานลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของมู เกตุเอี่ยม และยุทธนา แยกคาย (2563) ที่พบว่า ความรู้มีผลทางลบต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรเข้ารับการฝึกอบรม การฝึกปฏิบัติการศึกษาดูงาน และการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เมื่อผ่านการฝึกอบรมแล้วควรนำองค์ความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติจริงในหมู่บ้าน/ ชุมชน และถ่ายทอดต่อให้กับเพื่อนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและอาสาสมัครประจำครอบครัวต่อไป (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2558)

1.2 อาชีพมีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการประกอบอาชีพต่าง ๆ ได้แก่ เกษตรกรรม รับจ้างค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว งานบ้าน เลี้ยงสัตว์ พนักงานของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ และนักการเมืองท้องถิ่น โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาชีพเกษตรกรรมจะมีผลการปฏิบัติงานต่ำกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาชีพพนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมจะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผลผลิตการเกษตร ไม่สามารถเสียสละเวลาจากการประกอบอาชีพไปปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ตลอดเวลา เนื่องจากผลผลิตการเกษตรต้องพึ่งพาธรรมชาติที่มีความไม่แน่นอนสูง ราคาผลผลิตการเกษตรไม่แน่นอน และต้นทุนการผลิตมีแนวโน้มสูงขึ้นส่งผลให้เกษตรกรมีรายได้น้อย รายได้ไม่แน่นอน และไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้เกษตรกรบางส่วนนอกจากประกอบอาชีพเกษตรกรรมแล้วยังต้องหารายได้เสริมโดยการประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปหรือเป็นลูกจ้างในภาคการผลิตอื่นในช่วงนอกฤดูการผลิตยิ่งจะทำให้มีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นด้วย ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมจึงเสียสละเวลาและมีเวลาให้การปฏิบัติงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้น้อยกว่าจึงส่งผลให้ผลการปฏิบัติงานต่ำกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ประกอบอาชีพพนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจที่มีเวลาให้การปฏิบัติงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มากกว่า และสามารถเสียสละเวลาจากการประกอบอาชีพเพื่อให้ปฏิบัติงานได้ตลอดเวลา ช่วงเวลาใดก็ได้หรืออาจใช้เวลาว่างหลังจากเลิกงานประจำ หรือใช้เวลาว่าง และไม่จำเป็นต้องปฏิบัติงานในวันและเวลาราชการเท่านั้น (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560, 2561, 29 มิถุนายน, น.7 - 8; ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 2554, 20 มีนาคม, น.1 - 10)

1.3 ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนานมากขึ้นจะมีผล

การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 - 10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 39.2 รองลงมาคือ 11 - 20 ปี ร้อยละ 36.2 และน้อยที่สุดคือ 31 - 40 ปี ร้อยละ 5.1 ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 14.60 ปี ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 40 ปี สอดคล้องกับแนวทางและหลักเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินผลงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเยี่ยม และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเยี่ยมอย่างยิ่ง ได้กำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับชาติมีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่น้อยกว่า 7 ปี จะได้รับการเสนอชื่อเพื่อขอรับพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ ชั้นเหรียญเงินดิเรกคุณาภรณ์ (ร.ง.ภ.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเยี่ยมได้รับพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ ชั้นเหรียญเงินดิเรกคุณาภรณ์ (ร.ง.ภ.) มาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี จะได้รับการเสนอชื่อเพื่อขอรับพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ ชั้นเหรียญทองดิเรกคุณาภรณ์ (ร.ท.ภ.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเยี่ยมอย่างยิ่งได้รับพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ ชั้นเหรียญทองดิเรกคุณาภรณ์ (ร.ท.ภ.) มาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี จะได้รับการเสนอชื่อเพื่อขอรับพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ ชั้นเบญจมาภรณ์ดิเรกคุณาภรณ์ (บ.ภ.) (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ช่วยดี, โสภิต แสงอ่อน และพัชรินทร์ นินทจันทร์ (2560) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่างกันมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานด้านจิตเวช และสุขภาพจิตชุมชนแตกต่างกัน

1.4 เจตคติมีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเจตคติดีขึ้นจะมีผลการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเจตคติที่ดีต่อการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีมนุษยสัมพันธ์และสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เสียสละเพื่อส่วนรวมและขยันหมั่นพัฒนาตนเองอยู่เสมอ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2558) โดยสมัครใจ เสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง และมีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ถือว่าเป็นบุคคลที่มีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 2554, 20 มีนาคม, น.1 - 10) สอดคล้องกับการศึกษาของเมธี สุทธิศิลป์ และคณะ (2560) พบว่า เจตคติต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจตคติมีผลต่อ

พฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (สิวลี รัตน์ปัญญา, 2561)

2. ปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ)

2.1 อายุเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุน้อยจะมีผลการปฏิบัติงานที่ดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุมาก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุมากบางคนไม่สามารถปฏิบัติงานได้ แต่ก็ยังคงเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ ซึ่งเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกบุคคลเข้ารับการฝึกอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีคุณสมบัติอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 2554, 20 มีนาคม, น.1 - 10) โดยกำหนดอายุขั้นต่ำในการคัดเลือกบุคคลเข้ารับการฝึกอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ไม่ได้กำหนดอายุขั้นสูงในการคัดเลือกบุคคลเข้ารับการฝึกอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และไม่มีกำหนดอายุเกษียณจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพวัน พุทธิประเสริฐ และยุทธนา แยกคาย (2561) พบว่า อายุมีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (วิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย, รัตนาภรณ์ อาษา และอภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, 2560)

2.2 เวลาเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเวลาว่างจากการประกอบอาชีพจะสามารถทุ่มเทให้กับการปฏิบัติงานจิตอาสาได้อย่างเต็มที่เพื่อก่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิผล ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรมีเวลาให้กับการปฏิบัติงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานได้ตลอดเวลาช่วงเวลาใดก็ได้ หรืออาจใช้เวลาว่างหลังจากเลิกงานประจำ หรือใช้เวลาว่าง และไม่จำเป็นต้องปฏิบัติงานในวันและเวลาราชการเท่านั้น อย่างไรก็ตาม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานแน่นอนอย่างน้อยหนึ่งวันต่อสัปดาห์หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละหนึ่งเดือนในกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบ (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562, 2562, 21 มีนาคม, น.7 - 8; ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 2554, 20 มีนาคม, น.1 - 10)

2.3 ความพร้อมเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ปัญหาสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปที่ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรมีสุภาพดีทั้งกายและใจเพื่อเสียสละช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 2554, 20 มีนาคม, น.1 - 10) มีจิตอาสาที่มีความสมัครใจและมีความพร้อมเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพได้ ชาวบ้านยอมรับ (ชาติชาย สุวรรณนิตย์, 2560)

2.4 สมาร์ทโฟน (Smartphone) เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ใช้สมาร์ทโฟนในการติดต่อสื่อสาร หรือใช้ไลน์ (Line) เฟซบุ๊ก (Facebook) หรือแอปพลิเคชัน (Application) เช่น อสม. ออนไลน์ SMART อสม. RDU รู้เรื่องยา Thai CV risk score DoctorMe ThaiEMS1669: รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน KhunLook คุณลูก และ GIS Health: ค้นหาสถานพยาบาล เป็นเครื่องมือในการสนับสนุนการปฏิบัติงาน ค้นหาองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีจิตอาสา และการจัดการสุขภาพชุมชนได้ และสอดคล้องกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในยุค 4.0 ที่ต้องมีทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital skill) ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของครัวเรือน ชุมชน และภาครัฐ และยังทำให้คนไทยสามารถเข้าถึงข่าวสารด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึง (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2561)

2.5 แรงบันดาลใจเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแรงบันดาลใจในการปฏิบัติงานจากความหวังใยสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน ต้องการให้ประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ สุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ และมีความสุขที่ได้ดูแลสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉพาะแรงบันดาลใจที่สำคัญในการปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบเฉพาะด้าน 12 สาขา ได้แก่ 1) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ 2) สุขภาพจิตชุมชน 3) การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน 4) การบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการสร้างหลักประกันสุขภาพ 5) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 6) ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ 7) การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในชุมชน 8) การส่งเสริมสุขภาพ 9) การจัดการสุขภาพชุมชน 10) นมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก 11) ทันตสุขภาพ และ 12) การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพื่อให้เป็นไปตามแนวทางและ

หลักเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินผลงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น 12 สาขา (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2558)

2.6 จิตอาสาเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ช่วยให้ความเหลือผู้อื่นด้วยความรัก ความศรัทธา และความสมัครใจโดยไม่หวังสิ่งใดตอบแทน ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือด้วยแรงกาย แรงใจ หรือสิ่งของเงินทอง การเห็นประโยชน์ส่วนรวมสำคัญจำเป็นมากกว่าประโยชน์ส่วนตน และมีความเสียสละเพื่อส่วนรวม ปฏิบัติงานด้วยจิตอาสา ปฏิบัติงานด้วยจิตวิญญาณ ปฏิบัติงานที่มีใจรักในงานจิตอาสา (ปรเมษฐ์ จินา และคณะ, 2559) ดังนั้น ทิศทางการพัฒนาบทบาทและศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรสร้างอุดมการณ์และจิตอาสาให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรุ่นใหม่ เปิดโอกาสให้กลุ่มจิตอาสาเข้ามาร่วมทำงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มีจิตอาสาที่มีความสมัครใจและมีความพร้อมเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพได้ ชาวบ้านยอมรับ (ชาติชาย สุวรรณนิตย, 2560) พร้อมทั้งปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยต้องคำนึงถึงการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่จะเกิดกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและปฏิบัติงานด้วยจิตอาสาอย่างต่อเนื่อง (วรเดช ช้างแก้ว และคณะ, 2557) ซึ่งเป็นไปตามคุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ควรสมัครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง และมีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 2554, 20 มีนาคม, น.1 - 40) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคไทยแลนด์ 4.0 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4.0 หรือสมาร์ท อสม. (SMART อสม.) ที่สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีจิตอาสาช่วยเหลือสังคม และการจัดการสุขภาพชุมชนได้ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2561)

2.7 ความตั้งใจเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความตั้งใจและความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานจะทำให้ผลการปฏิบัติงานมีคุณภาพและประสิทธิผลมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ใส่ใจ ขาดความตั้งใจ และความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นไปตามจรรยาบรรณของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่กำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติหน้าที่ด้วยความขยัน อดทน เต็มใจ ตั้งใจ เชื้อมั่น ศรัทธา เสียสละ ซื่อสัตย์ สุจริต ตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนด ไม่เรียกร้อย หรือแสวงหาประโยชน์ส่วนตนโดยอาศัยตำแหน่งหรือ

บทบาทหน้าที่ ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม และเมตตาธรรมในการดำเนินงานและรักษาความสามัคคีในหมู่คณะ ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 นี้กำหนดโดยเคารพต่อกฎหมายและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเป็นแบบอย่างแก่ผู้อื่นได้ (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 2554, 20 มีนาคม) สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา เพชรมณีโชติ, ศุภรา หิমানันโต และสุรียา ฟองเกิด (2559) พบว่า ผลกระทบในมิติด้านจิตวิญญาณจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความตั้งใจ มุ่งมั่น มีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนและมีพลังใจที่จะใช้ชีวิตอยู่ต่อสุดท้ายได้

2.8 ภาระงานเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า จากผลการปฏิบัติงานเชิงประจักษ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านมาตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันจนได้รับความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงทำให้หน่วยงานต่าง ๆ มอบหมายงานให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำไปปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับภาระงานเดิมที่มีอยู่แล้วและภาระงานใหม่ที่ได้อบรมมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำไปปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น (นวัสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์, 2558) จะเห็นได้จากภาระงานตามบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 23 ลักษณะงาน ได้แก่ 1) งานสาธารณสุขมูลฐาน 2) การปฏิบัติงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 3) มาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) มาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน 5) บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยุคใหม่ 6) บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนครบาลหรือเขตเมือง 7) การปฏิบัติงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 8) การเฝ้าระวังป้องกันการทุจริตในระดับชุมชน 9) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย 10) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ 11) สุขภาพจิตชุมชน 12) การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน 13) การบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการสร้างหลักประกันสุขภาพ 14) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 15) ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ 16) การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในชุมชน 17) การส่งเสริมสุขภาพ 18) การจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม 19) นมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก 20) ทันทสุขภาพ 21) การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 22) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4.0 และ 23) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ดังนั้น ภาระงานตามบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นสมรรถนะร่วม (Common competency) ระหว่าง 23 ลักษณะงานคือ การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม

โรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2563) โดยเฉพาะการได้รับค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสมกับภาระงานที่มากขึ้นเป็นปัญหา และอุปสรรคที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยเช่นกัน (ยุพิน อัมพรมราช และชนะพล ศรีฤาชา, 2557)

2.9 ความรับผิดชอบเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละหมู่บ้าน/ชุมชน ควรได้รับมอบหมายจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ยใกล้เคียงกันหรือลักษณะบริบทของพื้นที่ที่ห่างไกล และควรมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งจะทำให้ผลการปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ย 13 หลังคาเรือน ต่ำสุด 5 หลังคาเรือน และสูงสุด 30 หลังคาเรือน โดยขวัญตา เพชรณิโชติ และคณะ (2559) ได้มีข้อเสนอแนะให้มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่อหมู่บ้าน/ชุมชนอย่างชัดเจน และเน้นความรับผิดชอบต่อสังคม (Scott et al., 2018) เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานใหม่ ๆ และมีอำนาจในการรับผิดชอบได้อย่างเต็มที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีความพึงพอใจเมื่อได้รับมอบหมายที่เหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่ หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานแล้วจะทำให้มีความรักงาน และมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น (Herzberg et al., 1959) สอดคล้องกับการศึกษาของอัมพวัน พุทธิประเสริฐ และยุทธนา แยกคาย (2561) พบว่า ความรับผิดชอบมีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พร้อมทั้งปรับตัวภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทโดยมุ่งเน้นการจัดการฐานข้อมูลประชาชนเพื่อเชื่อมโยงกิจกรรมการใช้สื่อสาธารณสุขกับผังความรับผิดชอบของแต่ละครัวเรือน (คมสันต์ ธงชัย และสุชาติตามณี บุญจรัส, 2560)

2.10 ครอบครัวเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า ครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานจิตอาสา มีความภาคภูมิใจ และมีส่วนร่วมดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนให้การสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ความเห็นชอบหรือให้ความยินยอมให้สมัครเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือครอบครัวเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานได้ดี (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2558)

2.11 บริบทของพื้นที่เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะปฏิบัติงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นตามสภาพปัญหาของชุมชน ความต้องการของชุมชน และความยากง่ายในแต่ละพื้นที่ในแต่ละบริบทของพื้นที่ ซึ่งบริบทของพื้นที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ลักษณะของการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแตกต่างกันไป ดังนั้น ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เกิดขึ้นจะมีความแตกต่างกันและมีความโดดเด่นเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่ง วงศ์วัฒน์ และคณะ (2556) พบว่าการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยการเสริมสร้างพลังที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน รูปแบบการบริหารจัดการของโรงเรียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ (ประเมษฐ์ จินา และคณะ, 2559) และการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีเนื้อหาและวิธีการที่นำมาใช้ของโปรแกรมมีความเหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ขาดการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคจึงควรมีการพัฒนาศักยภาพแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอื่น ๆ ทั้งด้านความรู้และทักษะในการตรวจสอบปนเปื้อนในอาหารเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ (สุภาวดี สุขมาก, ยินดี พรหมศิริไพบูลย์ และสาโรจน์ เพชรธรมณี, 2559)

2.12 งบประมาณเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสามารถในการประสานแหล่งทุนต่าง ๆ การจัดการทุนเพื่อการดำเนินการด้านสุขภาพ และใช้ประโยชน์จากทุนในชุมชนอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2558) โดยที่งบประมาณ เงินค่าตอบแทน ค่าป่วยการ และอื่น ๆ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีส่วนสำคัญที่จะส่งเสริม สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมและการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในหมู่บ้าน/ชุมชน หากได้รับการสนับสนุนค่าตอบแทน ค่าป่วยการ เงิน และงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อชดเชยการขาดรายได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งงบประมาณที่ต้องใช้ในการจัดกิจกรรมโครงการแก้ไขปัญหาในหมู่บ้าน/ชุมชน ทั้งนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอาจจะขอรับสนับสนุนงบประมาณที่ต้องใช้ในการจัดกิจกรรมโครงการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของจรูญลักษณ์ ป็องเจริญ และยุคนธ์ เมืองช้าง (2562) พบว่า ค่าตอบแทนและสวัสดิการมีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการผสมผสานระหว่างแรงจูงใจที่เป็นตัวเงินและไม่ใชตัวเงินร่วมกันสามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพใน

การเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนที่มีหลายบทบาทหน้าที่ (Kok et al., 1962)

2.13 วัสดุอุปกรณ์เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอเป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ยุพิน อัมพรมราช และชนะพล ศรีฤาชา, 2557) ควรจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือที่จำเป็นในการปฏิบัติงานให้เพียงพอ (Scott et al., 2018) เช่น กระดาษ สมุด ปากกา ดินสอ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก โปรทวัดไข้ สายวัดตัว กล้องปฐมพยาบาลเบื้องต้น และเครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้า

2.14 การทำงานเป็นทีมเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นการสร้างระบบความร่วมมือ เน้นการทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน โดยใช้แผนสุขภาพตำบลในการแก้ไขปัญหาผ่านเวทีชุมชน หรือทำข้อตกลงในการจัดการสุขภาพชุมชนร่วมกัน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556) ยึดมั่นในหลักการทั้งในการทำงานร่วมกับผู้อื่นและดำรงชีพตลอดจนเข้าใจและให้บริการหรือให้ความช่วยเหลือที่ตรงกับความต้องการที่แท้จริง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556) โดยการทำงานเป็นทีมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูงทุกด้าน (พิทักษ์พงษ์ กุลวิมล และคณะ, 2561) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนที่อยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชน ควรมีความรักสามัคคี มีส่วนรวม ให้ความร่วมมือ และร่วมใจกันปฏิบัติงานด้วยความ เป็นเพื่อนเป็นพี่เป็นน้อง ใส่ใจและช่วยเหลือในการปฏิบัติงาน ถ้อยทีถ้อยอาศัยซึ่งกันและกัน ทำด้วยใจรักและเข้าใจกันซึ่งกันและกัน จะทำอะไรก็ปรึกษาหารือกันอย่างพร้อมเพรียงกัน เปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมได้เข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตั้งแต่การร่วมวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การแบ่งหน้าที่ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการดำเนินงาน ตลอดจนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในทีมงานภายใต้การมีภาวะผู้นำของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยมีเป้าหมายเพื่อดูแลสุขภาพอนามัย และความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาของคมสันต์ ธงชัย และสุชาตามณี บุญจรัส (2560) พบว่า การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทเน้นการทำงานเป็นทีมและใช้ระบบพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเก่าดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่

2.15 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดทำแผนปฏิบัติงานรายเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องเข้าประชุมและหรืออบรมเพิ่มพูนความรู้อย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อเดือนในเรื่องที่เป็นความจำเป็นตามสภาพปัญหาของชุมชน หรือตามช่วงปฏิทินการรณรงค์ของกระทรวง

สาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสรุปรายงานการประชุมไว้ทุกครั้ง (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562, 2562, 21 มีนาคม, น.7 - 8) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงเป็นบุคคลสำคัญมากที่สุดต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยง ที่ปรึกษา อำนวยความสะดวก กำกับดูแล นิเทศติดตามผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด

2.16 ภาคิเครือข่ายเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นการสร้างระบบความร่วมมือ เน้นการทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคิเครือข่ายสุขภาพชุมชน มีทักษะในการพัฒนาชุมชนแบบผสมผสานโดยสร้างและบริหารเครือข่าย มีความสามารถในการประสานเครือข่ายทั้งในและนอกองค์กร (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556) ภาคิเครือข่ายยังเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะเข้ามามีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ประสบผลสำเร็จได้เป็นอย่างดี ภาคิเครือข่ายในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีจำนวนและมีความหลากหลายแตกต่างกันไปขึ้นกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีคุณสมบัติของการเป็นนักประสานงานที่ดีและมีสัมพันธภาพอันดีระหว่างภาคิเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยจะเข้าไปติดต่อประสานงานและขอความร่วมมือในการบูรณาการทำงานร่วมกับภาคิเครือข่ายทางสังคมต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพอนามัยที่ดีของประชาชนในชุมชน เช่น การประสานงานขอรับการสนับสนุนด้านสิ่งของหรือทรัพยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญเมือง แก้วดำเกิง, อลงกรณ์ เปลกาสิ, จำเนียร ชุมทโสภาค และชาติชาย สุวรรณนิตย์ (2559) พบว่า กลุ่มเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีทัศนคติทางบวกต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวในทุกพื้นที่ ทั้งบทบาทด้านการประสานงาน การจัดเตรียมข้อมูลในพื้นที่ ความเสียสละทุ่มเท การถ่ายทอดความรู้ และทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ

2.17 การมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทหน้าที่ในการจัดการสุขภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมในแผนสุขภาพตำบล (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562, 2562, 21 มีนาคม, น.7 - 8) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน โดยเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และแหล่ง

อื่น ๆ และให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน และการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 2554, 20 มีนาคม, น.1 - 10) การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการปฏิบัติงานโดยเริ่มตั้งแต่การแบ่งปันข้อมูล ปรีกษาหารือ การเข้ามาเกี่ยวข้อง การร่วมมือ และเสริมพลังเพิ่มอำนาจจะทำให้ภาคีเครือข่ายมีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและจะร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างเต็มที่ หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานเพียงลำพัง ขาดความร่วมมือหรือการส่วนร่วมในการปฏิบัติงานจะทำให้ผลการปฏิบัติงานออกมาไม่ดีเท่าที่ควรหรือล้มเหลวได้ ตลอดจนการได้รับการชื่นชม ยกย่อง สนับสนุนจากบุคคลที่ใกล้ชิด ทีมงาน กลุ่มบุคคลอื่น และหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อเอื้ออำนวยและสนับสนุนทำให้เกิดแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำงานให้เกิดผลสำเร็จในที่สุด (นวัสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์, 2558)

2.18 แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านอารมณ์ความรู้สึก การประเมินคุณค่า ทักษะการ และข้อมูลข่าวสาร (House, 1981) จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของยุทธนา แยกคาย (2561) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (แจ่มนภา ไขคำ และคณะ, 2561) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเมือง (ณัฐพงษ์ เชียงกุล และยุทธนา แยกคาย, 2563)

2.19 การยอมรับนับถือเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน และมีผลงานของเป็นที่ประจักษ์จนมีความน่าเชื่อถือ ได้รับความไว้วางใจ ความเคารพ การยอมรับนับถือ และการยกย่องจากสมาชิกในครอบครัว ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน (Herzberg et al., 1959) การยอมรับนี้อาจอยู่ในรูปของการยกย่องชมเชย ซึ่งเป็นไปตามคุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ควรประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจ และยกย่องจากประชาชน (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 2554, 20

มีนาคม, น.1 - 10) เมื่อบุคคลได้รับการยอมรับนับถือก็จะเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของจรูญลักษณ์ บ้องเจริญ และยุคนธ์ เมืองช้าง (2562) พบว่า การได้รับการยอมรับนับถือมีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนยังเพิ่มโอกาสก้าวหน้าในการดำรงตำแหน่งอื่นในชุมชนโดยการได้รับการมอบหมายหน้าที่สำคัญในชุมชน ได้รับการคัดเลือก ได้รับการแต่งตั้ง หรือได้รับเลือกตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สำคัญ ๆ ในชุมชน

3. ปัจจัยที่มีผล/ ส่งเสริมการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกันทั้งจากผลการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

3.1 การมีตำแหน่งอื่นในชุมชนเป็นปัจจัยที่มีผล/ ส่งเสริมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า การมีตำแหน่งอื่นในชุมชนมีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เมื่อมีการเลือกตั้งหรือแต่งตั้งตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคนนั้นจะได้รับตำแหน่งอื่นในชุมชนเพิ่มขึ้น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีตำแหน่งอื่นในชุมชนจะปฏิบัติงานควบคู่กันหลายบทบาทหน้าที่ที่มีความเชื่อมโยงสอดคล้องกันไปในทิศทางเดียวกันได้ดี เช่น อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ร้อยละ 35.1 คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้าน (กทบ.) ร้อยละ 22.9 คณะกรรมการกองทุนพัฒนาบทบาทสตรีตำบล (คกส.ต.) ร้อยละ 14.1 ชุติรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) ร้อยละ 5.9 อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) ร้อยละ 6.7 อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) ร้อยละ 8.2 อาสาพัฒนาชุมชน (อช.) ร้อยละ 8.8 อาสาสมัครเกษตรหมู่บ้าน (อกม.) ร้อยละ 5.6 แพทย์ประจำตำบล ร้อยละ 0.6 คณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) ร้อยละ 23.9 คณะกรรมการชุมชน ร้อยละ 3.2 ผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 0.3 ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 3.8 ประธานกรรมการชุมชน ร้อยละ 1.4 รองประธานกรรมการชุมชน ร้อยละ 0.6 สมาชิกสภาเทศบาล (สท.) ร้อยละ 0.5 สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) ร้อยละ 0.9 รองนายกเทศมนตรี ร้อยละ 1.5 และอื่น ๆ ร้อยละ 2.1 สอดคล้องกับผลการศึกษาของภูติพิ เตชาติวัฒน์ และนิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์ (2557) พบว่า การมีตำแหน่งอื่นในชุมชนมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับต่ำ

3.2 การรับรู้บทบาทเป็นปัจจัยที่มีผล/ ส่งเสริมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า การรับรู้บทบาทมีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้บทบาทหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติและปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ซึ่งจะทำให้ผลการปฏิบัติงานดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของภริญา จำปาศรี และคณะ (2560) พบว่า การรับรู้บทบาทมีผลต่อการปฏิบัติกรฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การรับรู้บทบาทมีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน

สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560) การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (เมธี สุทธิศิลป์ และคณะ, 2560) และการรับรู้บทบาทมีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (มนู เกตุเอี่ยม และยุทธนา แยกคาย, 2563) และการรับรู้บทบาทมีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเมือง (ณัฐพงษ์ เชียงกุล และยุทธนา แยกคาย, 2563)

3.3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยที่มีผล/ ส่งเสริมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อผลการปฏิบัติงาน เมื่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นจะทำให้ผลการปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพึงพอใจในปฏิบัติงานจากการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้สำเร็จหรือมีความรู้สึกภาคภูมิใจว่าได้การปฏิบัติงานนั้นประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดีจะมีการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น (Herzberg et al., 1959) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการจูงใจในการปฏิบัติงาน สวัสดิการ ขวัญกำลังใจ การเชิดชูเกียรติจากหน่วยงานภาครัฐในรูปแบบต่าง ๆ (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 2554, 20 มีนาคม, น.1 - 10) สอดคล้องกับการศึกษาของภริญา จำปาศรี และคณะ (2560) พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติการณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว (ปรากฏ์ จักรไชย และคณะ, 2560) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ยุทธนา แยกคาย, 2561) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (มนู เกตุเอี่ยม และยุทธนา แยกคาย, 2563) และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเมือง (ณัฐพงษ์ เชียงกุล และยุทธนา แยกคาย, 2563)

การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การสร้างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการยกร่างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากการศึกษาสภาพปัญหา และองค์ประกอบของรูปแบบจากการค้นคว้าเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี

และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งยกย่องรูปแบบด้วยผลการวิจัยจากระยะที่ 1 จัดองค์ประกอบ และรายละเอียดของรูปแบบตามสมมติฐาน (Hypothesis model) และสร้างหรือพัฒนารูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าสู่เวทีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) เพื่อกำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปรเหล่านั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบ ในระหว่างการจัดเวทีการสนทนากลุ่มอาจจะปรับปรุงรูปแบบใหม่โดยการตัดองค์ประกอบหรือตัวแปรที่พบว่าไม่มีอิทธิพลหรือมีความสำคัญน้อยออกจากรูปแบบซึ่งจะทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น แล้วนำข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไข (ศิริวัฒน์ นิเจนตร, 2560) ดังนั้น จากการวิเคราะห์เนื้อหาการสนทนากลุ่มสามารถสร้างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ จิตอาสา (Voluntary) การรับรู้บทบาท (Role perception) ความตั้งใจ (Intention) การทำงานเป็นทีม (Teamwork) ภาควิเคราะห์ (Association network) การมีส่วนร่วม (Participation) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) แรงจูงใจ (Motivation) และการยอมรับนับถือ (Recognition) โดยรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรเริ่มต้นด้วยการมีจิตอาสาเข้ารับการฝึกอบรมพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง รับรู้บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง มุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติงาน และทำงานเป็นทีมร่วมกับเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้การส่งเสริม การสนับสนุน และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ตลอดจนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ และการยอมรับนับถือจากภาควิเคราะห์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีความเหมาะสมและสอดคล้องเป็นไปตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 (2562, 21 มีนาคม), น.7 - 8; ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 (2554, 20 มีนาคม), น.1 - 10

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากผลการวิจัยระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ให้ข้อมูลหลักจากขั้นตอนที่ 1 รวมจำนวน 27 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 9 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 9 คน และผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น จำนวน 9 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ประยุกต์จากเกณฑ์มาตรฐานทางการศึกษา 4 หมวดมาตรฐานคือ มาตรฐาน

ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility standards) มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (Feasibility standards) มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety standards) และมาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy standards) ของคณะกรรมการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการประเมินการศึกษา (Joint Committee on Standards for Educational Evaluation) (Madaus et al., 1983) โดยตรวจสอบร่างรูปแบบในด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเหมาะสม (Propriety) และความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) ของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องครอบคลุม ซึ่งในภาพรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = 0.51) แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.46$, S.D. = 0.52) ด้านความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.19$, S.D. = 0.58) ด้านความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = 0.57) และด้านความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.27$, S.D. = 0.59) สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนะ บัวสนธ์ และคณะ (2555) พบว่า รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปใช้ในสถานการณ์จริงมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์ด้านความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ และความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมาก

การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การนำรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากการวิจัยระยะที่ 2 ไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลวังทองแดง อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 76 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาโชติ ตำบลวังทองแดง อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 38 คน และกลุ่มควบคุมคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังทองแดง ตำบลวังทองแดง อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 38 คน พร้อมทั้งควบคุมตัวแปรภายนอกที่อาจส่งผลต่อผลการทดลองหรือตัวแปรตามให้เหลือน้อยที่สุด พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอาชีพ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชนไม่แตกต่างกัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม และรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง

ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบสอบถาม ในสัปดาห์ที่ 1 พบว่า ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของอันดับความตั้งใจไม่แตกต่างกัน และมีค่าเฉลี่ยของอันดับจิตอาสา การรับรู้บทบาท และผลการปฏิบัติงานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นการทดลองว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดผลการปฏิบัติงานที่เกิดจากการใช้รูปแบบนั้นจริง ๆ การวิจัยครั้งนี้มีการทดลองใช้รูปแบบและวัดผลที่เกิดจากการใช้รูปแบบว่าใช้ได้ผลจริงหรือไม่ เกิดผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้เพียงใด และเป็นวิธีการตรวจสอบรูปแบบที่น่าเชื่อถือมากที่สุด (ชิรวัฒน์ นิจนตร, 2560) โดยระยะเวลาดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งออกเป็น 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมการเรียนรู้ โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกรอบมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 1 วัน (6 ชั่วโมง) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักคือ องค์ประกอบที่ 1 จิตอาสา (Voluntary) ประกอบด้วย 3 หัวข้อคือ 1) การสร้างแรงบันดาลใจในการทำงาน 2) การพัฒนาจิตอาสา และ 3) บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติงานจิตอาสา โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 ชั่วโมง องค์ประกอบที่ 3 การรับรู้บทบาท (Role perception) ประกอบด้วย 3 หัวข้อคือ 1) บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 3) ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 ชั่วโมง และองค์ประกอบที่ 3 ความตั้งใจ (Intention) ประกอบด้วย 3 หัวข้อคือ 1) ค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจ 2) การสร้างความตั้งใจในการทำงาน และ 3) ทำงานสำเร็จด้วยความตั้งใจ โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 ชั่วโมง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาโชติ ตำบลวังทองแดง อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

กิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน โดยการมอบหมายภารกิจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ จำนวน 4 สัปดาห์ ภายใต้การกำกับดูแลของผู้วิจัย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลักคือ องค์ประกอบที่ 4 การทำงานเป็นทีม (Teamwork) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งที่จัดขึ้นทุกขั้นตอนตั้งแต่การร่วมวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การแบ่งหน้าที่ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการดำเนินงาน ตลอดจนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในทีมงาน ภายใต้การมีภาวะผู้นำของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง องค์ประกอบที่ 5 ภาวเครือข่าย (Association network) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วมประชุมกับภาวเครือข่าย หรือเข้าร่วมกิจกรรมภาวเครือข่ายจัดขึ้นอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

องค์ประกอบที่ 6 การมีส่วนร่วม (Participation) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยเริ่มตั้งแต่การแบ่งปันข้อมูล ปรีกษาหารือ การเข้ามาเกี่ยวข้อง การร่วมมือ และเสริมพลังเพิ่มอำนาจ หรือบูรณาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

องค์ประกอบที่ 7 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์/ความรู้สึกรู้สึก ด้านการประเมินคุณค่า ด้านทรัพยากร และด้านข้อมูลข่าวสารแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือ 1) ได้รับการชื่นชมในการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ ภาคีเครือข่าย/ สมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 2) ได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงาน/ ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 3) ได้รับการสนับสนุนวัสดุ/ อุปกรณ์/ เครื่องมือ/ เงินหรืองบประมาณ/ ทีมงานช่วยเหลือในการปฏิบัติงานจากภาคีเครือข่ายอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และ 4) ได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการประชุมประจำเดือนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

องค์ประกอบที่ 8 แรงจูงใจ (Motivation) โดยหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย ให้การการเชิดชูเกียรติ ประกาศเกียรติคุณ หรือรางวัลอื่น ๆ ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลการปฏิบัติงานดีเด่นประจำเดือน และองค์ประกอบที่ 9 การยอมรับนับถือ (Recognition) โดยหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย ให้การยอมรับนับถือหรือยกย่องแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการบริหารจัดการของโรงเรียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ประสบผลสำเร็จคือ ภาวะผู้นำของผู้บริหารโรงเรียนที่มีความมุ่งมั่น เสียสละ มองประโยชน์ของชาวบ้านเป็นหลัก มีการทำงานแบบมีส่วนร่วม และมีการทำงานเป็นกลุ่มการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การมีใจที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยกัน มีการเอาแบบอย่างที่ดีมาประยุกต์ใช้จากการเรียนรู้และการศึกษาดูงานและสร้างแบบอย่างการให้แรงจูงใจในเชิงสร้างสรรค์ มีบุคคลต้นแบบในการสร้างสุขภาพ ปฏิบัติงานด้วยจิตอาสา ปฏิบัติงานด้วยจิตวิญญาณ ทำงานที่มีใจรัก การแสดงบทบาทครูพี่เลี้ยง การสอนงาน การถ่ายทอดภูมิปัญญาที่มีอยู่และส่งเสริมให้มีการลงมือทำ เมื่อทำแล้วต้องทำอย่างจริงจังและต่อเนื่องและมีเครื่องมือที่เหมาะสมและทันสมัยเข้ากับบริบทของพื้นที่ (ปรเมษฐ์ จินา และคณะ, 2559)

เก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 2 หลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบสอบถาม ในสัปดาห์ที่ 8 พบว่า การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามองค์ประกอบที่ 1 - 3 เพื่อการสร้างจิตอาสา การสร้างการรับรู้บทบาท และการสร้างความตั้งใจ ทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจิตอาสา การรับรู้บทบาท และความตั้งใจสูงกว่าก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$,

0.05 และ 0.001 ตามลำดับ) เมื่อร่วมกับการจัดกิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงานตามองค์ประกอบที่ 4 - 9 เพื่อการสร้างการทำงานเป็นทีม การสร้างภาคีเครือข่าย การสร้างการมีส่วนร่วม การให้แรงสนับสนุนทางสังคม การสร้างแรงจูงใจ และการสร้างการยอมรับนับถือ ทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถเปลี่ยนแปลงผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนะ บัวสนธ์ และคณะ (2555) ที่พบว่า เมื่อนำรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปใช้ในสถานการณ์จริง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นมีผลการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะสูงกว่ากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของศิวพร สุนทรวิงศ์ และคณะ (2562) พบว่า ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังการทดลองใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีข้อเสนอแนะให้มีการพัฒนาความรู้ทักษะเพิ่มเติมให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง และควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมหรือเวทีแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้เกิดความตระหนักในหน้าที่และเห็นคุณค่าในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะการวิจัย ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรนำปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านครั้งนี้ ไปใช้ในการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีผลการปฏิบัติงานดีขึ้น ได้แก่ การจัดกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อสร้างการมีจิตอาสา การรับรู้บทบาท และการสร้างความตั้งใจในการปฏิบัติงาน

1.2 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรจัดปัจจัยส่งเสริมการปฏิบัติงานแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การสร้างการยอมรับนับถือ การสร้างภาคีเครือข่าย การสร้างการมีส่วนร่วม การสร้างการทำงานเป็นทีม การให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และครอบครัว การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน ฯลฯ

1.3 โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่โดยคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อาชีพ อายุ ความพร้อมด้านสุขภาพกายและจิตใจ การสนับสนุนของครอบครัว และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน โดยผลการวิจัย พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยมีผลการปฏิบัติงานดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก ผู้ที่มีอาชีพพนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ จะมีผลการปฏิบัติงานดีกว่าผู้ที่มีอาชีพเกษตรกร ผู้ที่มีความพร้อมด้านสุขภาพกายและจิตใจจะมีผลการปฏิบัติงานที่ดี ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะมีผลการปฏิบัติงานที่ดี และผู้ที่มีจำนวนตำแหน่งในชุมชนหลายตำแหน่งจะมีผลการปฏิบัติงานที่ดี

1.4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรนำรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ ไปใช้ในพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายยิ่งขึ้น

1.5 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรนำรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่พิเศษชายแดนภาคใต้ อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (อสส.กฟผ.) อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสส.จ.) อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) และอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ว่าจะมีประสิทธิผลในการพัฒนาผลการปฏิบัติงานได้หรือไม่ อย่างไร

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรถอดบทเรียนจากการนำรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริงโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อประเมินผลการนำรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปทดลองใช้และต่อยอดความสำเร็จที่เกิดขึ้น

2.2 ควรศึกษาติดตามผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เกิดขึ้นว่ายังคงอยู่มากน้อยเพียงใด เช่น ในระยะ 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน หลังการจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านความคงทนของการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจากรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.3 ควรสร้างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบริบทต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ได้อย่างจำเพาะเจาะจงและเหมาะสมกับบริบทนั้น ๆ ต่อไป

2.4 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้ปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ เวลา ความพร้อม แรงบันดาลใจ จิตอาสา ความตั้งใจ ภาระงาน ความรับผิดชอบ ครอบครัวยุทธศาสตร์ บริบทของพื้นที่ งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การทำงานเป็นทีม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วม และการยอมรับนับถือ เพื่อเพิ่มอำนาจในการพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บรรณานุกรม

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2553). *หลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปีพุทธศักราช 2553*. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2556). *คู่มือ อสม. มีอาชีพ*. กรุงเทพฯ: พระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2558). *คู่มือแนวทางและหลักเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินผลงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเยี่ยม และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเยี่ยมอย่างยิ่ง*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). *หนังสือที่ระลึกวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ ประจำปี 2560*. นนทบุรี: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). *ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน*. สืบค้นเมื่อ 22 มีนาคม 2562, จาก <http://www.thaiphc.net/new2020/>
- กฤษณชัย กิมชัย. (2558). *ก้าวสู่ทศวรรษที่ 4 การสาธารณสุขมูลฐาน*. สืบค้นเมื่อ 22 มีนาคม 2562, จาก http://www.esanphc.net/hss8/phc/news570813/570813_4decade_phc.pdf
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2557). *วิวัฒนาการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521 - พ.ศ. 2557)*. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2559). *คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2561). *4 ทศวรรษการสาธารณสุขมูลฐาน*. นนทบุรี: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน.
- กัลยา วานิชย์บัญชา, และฐิตา วานิชย์บัญชา. (2558). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล* (พิมพ์ครั้งที่ 27). กรุงเทพฯ: สามลดา.
- กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์. (2560). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเชื้อไวรัสซิกา อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 24(2), 59 - 67.
- กุลชญา ลอยหา, เด่นดวงดี ศรีสุระ, มณฑิชา รักศิลป์, ชนัญพงศ์ เคลือศิริ, ภัทรภร เจริญบุตร, รมนิยากร มูลสิน, . . . จำลอง วงศ์ประเสริฐ. (2560). การเสริมสร้างศักยภาพบทบาทของนักจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลบุเปือย อำเภอน้ำยืน

- จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 24(1), 1 - 13.
- เกียรติศักดิ์ ศรีวงษ์ชัย. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ขวัญตา เพชรณิโชติ, ศุภรา หิমানันโต, และสุรียา ฟองเกิด. (2559). การประเมินผลกระทบของการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลบางทราย อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(3), 158 - 169.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, อลงกรณ์ เปลกาสิ, จำเนียร ชุณหโสภาค, และชาติชาย สุวรรณนิตย์. (2559). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 9(2), 6 - 16.
- คณิต หนูพลอย. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพัทลุง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). พัทลุง: มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- คมสันต์ ธงชัย, และสุชาตามณี บุญจรัส. (2560). การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทบ้านท่าป่อ ตำบลแจระแม จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่*, 9(3), 206 - 220.
- ครรชิต พรหมสุ่ย. (2554). *แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลตาลเนิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- คุณภาพ คงเจือ. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). พัทลุง: มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- จรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ, และยุคนธ์ เมืองช้าง. (2562). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(1), 60 - 70.
- จารุกิตต์ สุริโย. (2556). ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านสาธารณสุขมูลฐานของเทศบาลเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 14(2), 57 - 68.
- จินตนา บุญยิ่ง, ธงชัย อามาตย์บัณฑิต, และสุภาดา คำสุชาติ. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 22(6), 999.
- จุฬารณีย์ โสตะ. (2554). *แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*.

ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- แจ่มนภา ไขคำ, ชลียา ศิริกาล, ถนอมศักดิ์ บุญสูง, และแก้วใจ มาลีลัย. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภอมหาราช จังหวัดอยุธยา. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12(2), 59 - 68.
- ชฎารัตน์ แก้วเวียงเดช, พัดชา ทิรัญวัฒนกุล, และสมเสาวนุช จมูศรี. (2560). ผลของการส่งเสริมความรู้ทัศนคติ และทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 89 - 97.
- ชวลิต ทับสีรัก. (2555). ตัวแปรเชิงคุณภาพกับการวิเคราะห์การถดถอย. *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 17(1), 31 - 42.
- ชาติชาย สุวรรณนิตย์. (2560). การศึกษาสถานการณ์งานสุขภาพภาคประชาชนในปัจจุบันและทิศทางการพัฒนาในอนาคต. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 12(4), 4 - 15.
- ชิรวัดน์ นิจนตร. (2560). การวิจัยพัฒนารูปแบบทางสังคมศาสตร์และการศึกษา. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 4(2), 71 - 102.
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2553). *การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน แนวคิดและการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐพงษ์ เชียงกุล, และยุทธนา แยกคาย. (2563). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเมือง จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(2), 314 - 322.
- ณัฐวุฒิ ช่วยหอม. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลท่าทองใหม่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 32(1), 899 - 906.
- ดวงพร กตัญญูตานนท์, อมลวรรณ อนุการ, เบญจมาศ โฉว์ฉน, ทศนีย์ คงคล้าย, ศรีจิตรา อินสว่าง, วชิราภรณ์ บรรหาร, และปิยาภรณ์ เวชการ. (2561). ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 21(42), 1 - 12.
- ทัศนพร ชูศักดิ์. (2554). *รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พื้นที่สาธารณสุขเขต 18 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต)*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ธวัชชัย วีระกิติกุล. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดพัทลุง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต)*. พัทลุง: มหาวิทยาลัยทักษิณ.

- นพนนท์ ชัยภูมิ, และวิลาวณีย์ ชมนิรัตน์. (2561). การจัดการข้อมูลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของ
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(3), 61 - 68.
- นวิสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์. (2558). รูปแบบการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
 หมู่บ้าน จังหวัดสระแก้ว ประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร ฉบับภาษาไทย, 35(2),
 45 - 67.
- นาฏยา นุชนารถ, ศิริชัย เพชรรักษ์, และสุเทพ เขาวลิต. (2561). การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัคร
 สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 6(2), 768 -
 779.
- นิคม ทาแดง. (2553). *ประมวลสาระชุดวิชาการจัดระบบทางการศึกษา หน่วยที่ 5 การสร้างแบบจำลอง
 ระบบทางการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 6). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นิตยา เพ็ญศิริินภา. (2555). *เอกสารการสอนชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพอาชีวอนามัยและความ
 ปลอดภัย หน่วยที่ 5 การสร้างแรงจูงใจในงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย* (พิมพ์ครั้งที่ 3).
 นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บัญชา อนันเต่า. (2553). *การสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรค
 ใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัด
 ชัยภูมิ* (การค้นคว้าด้วยตนเองปริญญามหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เบญจพร แก้วมีศรี. (2545). *รูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล
 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข* (วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.
- ประเมษฐ์ จินา, บรรจง เจริญสุข, และเจียรนนท์ วาณิชยศุภวงศ์. (2559). รูปแบบการบริหารจัดการของ
 โรงเรียน อสม.: กรณีโรงเรียน อสม. บ้านสี่แยกสวนป่า. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 25(3),
 469 - 467.
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัคร
 สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560. (2561, 29 มิถุนายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. 135 152ง
 ตอนพิเศษ. น. 16 - 18.
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัคร
 สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562. (2562, 21 มีนาคม).
ราชกิจจานุเบกษา. 136 70ง ตอนพิเศษ. น. 7 - 8.
- ประมวล เหล่าสมบัติทวี, และพัชนี จินชัย. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขของ
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิชาการ
 ศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์*, 1: 199 - 111.

- ปรางค์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์, และวรงค์ ช่างแก้ว. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 31(1)*, 16 - 28.
- ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2561). *แบบแผนการวิจัยเชิงทดลอง: การประยุกต์ใช้ในงานวิจัยเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: เจริญดีมีนคังการพิมพ์.
- พรกุล สุขสุด. (2556). *การพัฒนาชุดฝึกอบรมสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- พรฤดี นิธิรัตน์, ดาราวรรณ ร่องเมือง, เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์, ศรีสกุล เฉียบแหลม, และจันทร์เพ็ญ อามพัฒน์. (2561). การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่การเป็นนักจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 12(1)*, 21 - 30.
- พิทักษ์พงษ์ กุลวิมล, อารยา ประเสริฐชัย, และวรางคณา จันทร์คง. (2561). การประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 8(2)*, 265 - 273.
- พูนสุข หิงคานนท์. (2540). *การพัฒนารูปแบบการจ้ดองค์การของวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทราวดี มากมี. (2559). การออกแบบการวิจัยสำหรับการวิจัยแบบผสมวิธี. *วารสารสมาคมนักวิจัย, 21(2)*, 19 - 30.
- ภิญญา จำปาศรี, สมสมัย รัตนกริษากุล, และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25(3)*, 78 - 88.
- ภูติห เตชาดิวัฒน์, และนิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. (2557). การประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 28(1)*, 16 - 28.
- มนู เกตุเอี่ยม, และยุทธนา แยกคาย. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2(2)*, 37 - 49.
- มัทนา อัครสัมฤทธิ์, ชุติกร ด่านยุทธศิลป์, และตั้งคำวานิช., ฐ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสาร*

การพยาบาลและสุขภาพ, 12(1), 95 - 105.

- เมธี สุทธิศิลป์, เนตรนภา สาสังข์, และทัศพร ชูศักดิ์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา. *วารสารพยาบาลทหารบก, 18(1), 83 - 93.*
- ยุทธนา แยกคาย. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา, 19(3), 145 - 155.*
- ยุทธนา แยกคาย, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 42(2), 179 - 186.*
- ยุทธนา แยกคาย, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2563). การปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 31(2), 269 - 279.*
- ยุพิน หงษ์วะชิน, อำนวย ปาอ้าย, เพ็ญนภา กุลนภาตล, และวรงค์ภรณ์ ไตรติลานันท์. (2556). การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 5(2), 61 - 78.*
- ยุพิน อัมพรมราช, และชนะพล ศรีฤาชา. (2557). แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 21(1), 31 - 43.*
- เยาวดี วิบูลย์ศรี. (2544). *การประเมินโครงการ: แนวคิดและแนวปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รติรัตน์ สารนอก. (2555). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลชุมพวง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา* (การค้นคว้าด้วยตนเองปริญญาโท). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554. (2554, 20 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา, 128 (33ง) ตอนพิเศษ. น. 1 - 10.*
- รัตนะ บัวสนธ์. (2552). *การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการศึกษา*. กรุงเทพฯ: คำสมัย.
- รัตนะ บัวสนธ์, สำราญ มีแจ่ม, สายฝน วิบูลย์สรณ์, และปฎิภา ศรีติมงคล. (2555). การพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา, 10(2), 96 - 107.*
- รุ่ง วงศ์วัฒน์, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, จรรยา สันตยากร, และจรรยา สารินทร์. (2556). การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยการเสริมสร้างพลังที่

- สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 3(3), 90 - 100.
- วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, ภัทรา เล็กวิจิตรธาดา, อัจฉรา จิยายน, และกันยาสุวรรณศิริ
 ชันธุ์. (2553). *การสร้างเสริมสุขภาพ: แนวคิด หลักการและการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการ
 พยาบาล*. สมุทรปราการ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- วรเดช ช่างแก้ว, สมศักดิ์ ลิลา, ไพรัตน์ วงษ์นาม, และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2557). โมเดลสมการ
 โครงสร้างพหุระดับประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.).
วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 22(1), 73 - 89.
- วโร เฟิงส์วีสดี. (2553). การวิจัยพัฒนารูปแบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*, 2(4), 1 - 15.
- วิภาพร สิทธิศาสตร์, ภูติหิ เตชาติวัฒน์, นิทรา กิจธิระวุฒิวงษ์, และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2558).
 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการ
 ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 9(1), 25 - 31.
- วิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย, รัตนาภรณ์ อาษา, และอภิเชษฐ์ จำเนียรสุข. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการ
 มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่. *วารสารวิชา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*, 36(1), 86 -
 97.
- เวหา เกษมสุข, และรักชนก คชไกร. (2558). ความต้องการพัฒนาความสามารถของอาสาสมัคร
 สาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวานในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(2), 59 -
 68.
- ศิริลักษณ์ ช่วยดี, โสภิณ แสงอ่อน, และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2560). การศึกษาการปฏิบัติงานด้านจิต
 เวชและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารการพยาบาลจิตเวช
 และสุขภาพจิต*, 31(1), 41 - 59.
- ศิวพร สุนทรวิวงศ์, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สุรีย์ จันทร์โมลี, และมยุนา ศรีสุภานันต์. (2562). การพัฒนา
 รูปแบบการเพิ่มประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาล
 นครตรัง จังหวัดตรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(1), 75 -
 88.
- ศุทธิณี สาครวาสี. (2554). *แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม
 กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัด
 นนทบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 2. (2561). *แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน และพัฒนา
 พฤติกรรมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2562*. พิษณุโลก: ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 2.
- สมยศ นาวิการ. (2543). *การบริหารพฤติกรรมองค์กร* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: กรุงเทพมหานคร.

- สัททยา ถึงรัตน์. (2556). การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลเมืองอ่างศิลา อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี (ปัญหาพิเศษปริญญา มหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สำนักข่าว Hfocus. (2557). เจาะลึกระบบสุขภาพ กว่า 3 ทศวรรษ การสาธารณสุขมูลฐานไทย. สืบค้นเมื่อ 25 พฤษภาคม 2558, จาก <http://www.hfocus.org/content/2014/07/7622>
- สำนักงบประมาณ. (2557). รายงานการประเมินผลประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 เรื่อง โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชียงรุก. สืบค้นเมื่อ 22 ตุลาคม 2560, จาก <http://www.bb.go.th/iWebTemp/25610320/1pyqqp55p3fpdh45ml0j1k55101129.PDF>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2561). รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.
- สิทธิ์ชัย ชูจัน. (2554). แรงจูงใจในการทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
- สิวลี รัตนปัญญา. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารราชพฤกษ์, 16(2), 87 - 96.
- สุชาติวิทยา ขวัญแก้ว. (2554). ความสัมพันธ์ของสมรรถนะกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่พึงประสงค์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). พัทลุง: มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- สุภาวดี สุขมาก, ยินดี พรหมศิริไพบุลย์, และสาโรจน์ เพชรมณี. (2559). ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ตำบลบ้านเสด็จ อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 4(1), 1 - 19.
- สุรางค์ ไคว้ตระกูล. (2544). จิตวิทยาการศึกษา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวัฒน์ วงศ์ปฎิมาพร. (2553). แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามโครงการส่งเสริมอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเชิงรุก จังหวัดชัยภูมิ (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อติเทพ จินดา. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 31(3), 555 - 568.
- อภิสิทธิ์ บุญเกิด. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านในตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต).
ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

อมรพันธุ์ สมร, สืบตระกูล ตันตลานุกุล, และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2561). การพัฒนาศักยภาพของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส ตำบลสรอย อำเภอวัง
ขึ้น จังหวัดแพร่. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 10(ฉบับพิเศษ), 59 - 69.

อะหลี หนานมานะ. (2557). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.) ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จังหวัดปัตตานี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต).
สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อัญชลี เอมวัฒน์. (2556). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการ
ป้องกันและควบคุมโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.
วารสารเกษมบัณฑิต, 14(2), 76 - 98.

อัมพวัน พุทธประเสริฐ, และยุทธนา แยกกาย. (2561). แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน
สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสุขภาพภาค
ประชาชน*, 12(4), 47 - 56.

อานนทพร มุกตาม่วง. (2556). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของตัวแทนครัวเรือน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อิสรภาพ มาเรือน, จันทรเพ็ญ ชุมแสง, และศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา. (2556). การเสริมสร้างสมรรถนะ
อาสาสมัครสาธารณสุขในการจัดการขยะที่สอดคล้องกับภูมิสังคมของชุมชนชาวเขาอย่างยั่งยืน
ในพื้นที่ตำบลปากกลาง อำเภอปัว จังหวัดน่าน. *วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม*, 9(2), 25 - 43.

อุทุมพร จามรมาน. (2541). โมเดลคืออะไร. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 1(2), 22 - 26.

เอกรินทร์ โปตะเวช, เรืองยศ จันทรสามารถ, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร, และยุภาพร ยุภาศ. (2551).
ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏ
มหาสารคาม*, 2(3), 265 - 266.

Braun, R., Catalani, C., Wimbush, J., & Israelski, D. (2013). Community Health Workers
and Mobile Technology: A Systematic Review of the Literature. *PLoS ONE*, 8(6).
doi: 10.1371/journal.pone.0065772

Brown, W. B., & Moberg, D. J. (1980). *Organization Theory and Management: A Macro
Approach*. New York: John Wiley and Sons.

Cherrington, A., Ayala, G. X., Amick, H., Scarinci, I., Allison, J., & Corbie-Smith, G. (2008).

- Applying the Community Health Worker Model to Diabetes Management: Using Mixed Methods to Assess Implementation and Effectiveness. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19(4), 1044 - 1059. doi: 10.1353/hpu.0.0077
- Cobb, S., & Jones, I. M. (1984). Social support groups and marital relationships. In S. Duck (Ed.), *Personal relationships: 5. Repairing personal relationships* (pp. 47 - 66). London: Academic.
- Creswell, J. W. (2015). *A Concise Introduction to Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Eisner, E. (1976). Educational connoisseurship and criticism: Their form and functions in education evaluation. *Journal of Aesthetic Education*, 39(2), 192 - 193.
- Gottlieb, J. L. (1985). *Social participation of individuals in four rural community of the northeast: Rural sociology*. Columbia: University Missouri Press.
- Hellriegel, D., Slocum, J. W., & Woodman, R. W. (2001). *Organization behavior* (9th ed.). Cincinnati: South - Western College Publishing.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The Motivation to work* (20th ed.). New Jersey: New Brunswick.
- House, J. S. (1981). The association of Social relationship and activities with mortality: community health study. *American Journal of Epidemiology*, 116(1), 123 - 140.
- Jaskiewicz, W., & Tulenko, K. (2012). Increasing community health worker productivity and effectiveness: a review of the influence of the work environment. *Human resources for health*, 1(38), 1-9. doi: 10.1186/1478-4491-10-38
- Johns, G. (1996). *Organization behavior: Understanding and managing lift at work* (4th ed.). New York: Harper Collins College.
- Keefe, J. W., Valentine, J., Clark, D. C., & Irvin, J. L. (1994). *Leadership in middle level education: Leadership in successfully restructuring middle level schools*. Reston (Vol. II). Virginia: National Association of Secondary School Principals.
- Keeves, P. J. (1988). *Model and model building Education Research, methodology and measurement: An International Handbook*. Oxford, England: Pergamon Press.
- Kok, M. C., Dieleman, M., Taegtmeier, M., Broerse, J. E., Kane, S. S., Ormel, H., . . . Ballachey, E. L. (1962). *Individuals in society*. New York: McGraw-Hill.

- Madaus, G. F., Scriven, M. S., & Stufflebeam, D. L. (Eds.). (1983). *Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation*. Boston: Kluwer-Nijhoff.
- Meason, M. H., Albert, M., & Khedourri, F. (1985). *Management*. New York: Harper & Row.
- Mohajer, N., & Singh, D. (2018). Factors enabling community health workers and volunteers to overcome sociocultural barriers to behaviour change: Meta-synthesis using the concept of social capital. *Human resources for health*, 16(63), 1 - 9. doi: 10.1186/s12960-018-0331-7
- Mondy, R. W., Arthur, S., & Premeaux, S. R. (1991). *Management: Concept, practice, and skills* (5th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Moorhead, G., & Griffin, R. W. (1995). *Organization behavior: Managing people and organization* (4th ed.). Boston: Houghton Mufflin Company.
- Naimoli, J. F., Frymus, D. E., Wuliji, T., Franco, L. M., & Newsome, M. H. (2014). A Community Health Worker “logic model”: towards a theory of enhanced performance in low- and middle-income countries. *Human resources for health*, 12(56), 1 - 16. doi: 10.1186/1478-4491-12-56
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49 - 60.
- Scott, K., Beckham, S., Gross, M., Pariyo, G., Rao, K. D., Cometto, G., & Perry, H. B. (2018). What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers. *Human resources for health*, 16(1), 1 - 17.
- Steiner, E. (1988). *Methodology of theory building*. Sydney: Educology Research Associates.
- U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration. (2011). *Community health workers evidence-based models toolbox HRSA office of rural health policy*. Fishers Lane Rockville, MD: U.S.

Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration.

World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: Switzerland: WHO Document Production Services.





ภาคผนวก ก การแปลความหมายของสมการพยากรณ์ที่มีตัวแปรหุ่น

สมการพยากรณ์คะแนนผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Y) ในรูปคะแนนดิบ เมื่อตัวแปรพยากรณ์จัดอยู่ในมาตรฐานบัญญัติ (ตัวแปรเชิงคุณภาพ) ซึ่งจัดกระทำให้เป็นตัวแปรหุ่นและมีตัวแปรต่อเนื่องร่วมด้วย

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5 + b_6x_6 + b_7x_7$$

เมื่อ

Y = ค่าของตัวแปรตามที่ได้จากการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

a = ค่าคงที่หรือจุดตัดแกน Y

b = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยหรือค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง ใน Y เมื่อ x เปลี่ยนแปลงไป

1 หน่วย

x = ค่าสังเกตของตัวแปรพยากรณ์

เขียนสมการพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Y) ที่อยู่ในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$Y = 0.105 + 0.338x_1 + 0.346x_2 + 1.835x_3 - 1.151x_4 - 5.704x_5 + 0.297x_6 + 0.403x_7$$

จากสมการพยากรณ์ แทนอาชีพ (x_5) โดยกำหนดให้อาชีพเกษตรกรกรรม = 1 ส่วนตัวแปรแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (x_1) การรับรู้บทบาท (x_2) จำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน (x_3) ความรู้ (x_4) ระยะเวลาในการเป็น อสม. (x_6) และ เจตคติ (x_7) ไม่ต้องแทนค่าโดยให้ถือว่าเป็นค่าคงที่

จะได้

$$Y = 0.105 + 0.338x_1 + 0.346x_2 + 1.835x_3 - 1.151x_4 - 5.704(1) + 0.297x_6 + 0.403x_7$$

$$Y_1 = - 5.599 + 0.338x_1 + 0.346x_2 + 1.835x_3 - 1.151x_4 + 0.297x_6 + 0.403x_7$$

จากสมการพยากรณ์ แทนอาชีพ (x_5) โดยกำหนดให้อาชีพพนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ = 0 ส่วนตัวแปรแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (x_1) การรับรู้บทบาท (x_2) จำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน (x_3) ความรู้ (x_4) ระยะเวลาในการเป็น อสม. (x_6) และ เจตคติ (x_7) ไม่ต้องแทนค่าโดยให้ถือว่าเป็นค่าคงที่

จะได้

$$Y = 0.105 + 0.338x_1 + 0.346x_2 + 1.835x_3 - 1.151x_4 - 5.704(0) + 0.297x_6 + 0.403x_7$$

$$Y_2 = 0.105 + 0.338x_1 + 0.346x_2 + 1.835x_3 - 1.151x_4 + 0.297x_6 + 0.403x_7$$

การแปลผล

เนื่องจากตัวแปรพยากรณ์ในนี้มีทั้งที่เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) คือ ตัวแปรอาชีพ (อาชีพเกษตรกรกรรม = 1, อาชีพพนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ = 0) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะการเปลี่ยนแปลง 1 หน่วยของตัวแปรอาชีพเป็นการเปลี่ยนแปลงจาก 1 (อาชีพเกษตรกรกรรม) เป็น 0 (อาชีพพนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจเทศหญิง) หรือการเปลี่ยนแปลงจาก 0 (อาชีพพนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ) เป็น 1 (อาชีพเกษตรกรกรรม) ส่วนตัวแปรพยากรณ์ที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องอื่น ๆ ให้แทนค่าไปตามค่าของตัวแปรนั้น ๆ แต่ในตัวอย่างนี้จะให้ค่าของตัวแปรแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาท จำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ความรู้ ระยะเวลาในการเป็น อสม. และเจตคติมีค่าคงที่ (อาจจะแทนค่าของตัวแปรแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาท จำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ความรู้ ระยะเวลาในการเป็น อสม. และเจตคติลงในสมการก็ได้ แต่ตัวแปรแต่ละตัวต้องมีค่าเท่ากันทุก ๆ สมการพยากรณ์) เพื่อเป็นการเปรียบเทียบลักษณะของตัวแปรหุ่นจากการแทนค่าต่าง ๆ ดังนี้

$$Y_1 = - 5.599 + 0.338x_1 + 0.346x_2 + 1.835x_3 - 1.151x_4 + 0.297x_6 + 0.403x_7$$

หมายถึง ค่าเฉลี่ยของผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Y) สำหรับความเป็นอาชีพเกษตรกรกรรม มีค่าต่ำกว่าอาชีพพนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ ซึ่งเป็นกลุ่มอ้างอิง ($Y_2 = 0.105 + 0.338x_1 + 0.346x_2 + 1.835x_3 - 1.151x_4 + 0.297x_6 + 0.403x_7$) อยู่ $Y_1 - Y_2$ เท่ากับ $- 5.704$ โดยค่าของตัวแปรแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาท จำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ความรู้ ระยะเวลาในการเป็น อสม. และเจตคติมีค่าคงที่ นั้นแสดงว่า ถ้ากลุ่มประชากรที่ต้องการอ้างอิงเป็นกลุ่มที่มีอาชีพเกษตรกรกรรมและอาชีพพนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจและมีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาท จำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ความรู้ ระยะเวลาในการเป็น อสม. และเจตคติเท่ากันทั้งสองกลุ่ม กลุ่มประชากรที่มีอาชีพเกษตรกรกรรมจะมีค่าเฉลี่ยของผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่ำกว่ากลุ่มประชากรที่มีอาชีพพนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจอยู่ -5.704 คะแนน

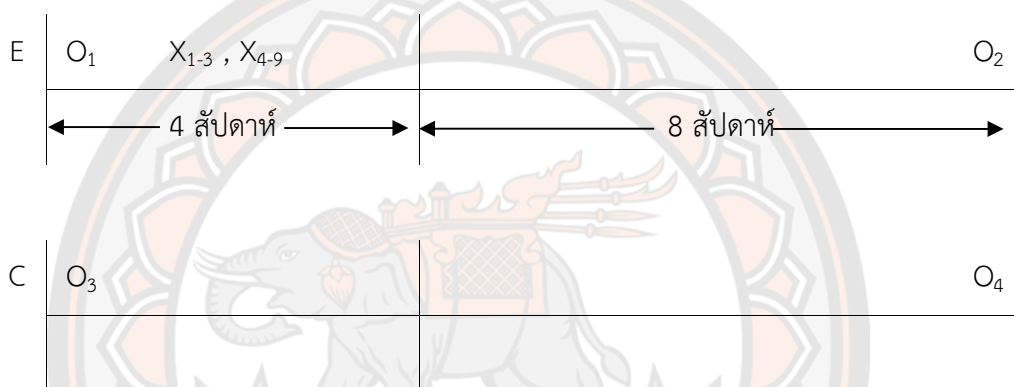
$$Y_2 = 0.105 + 0.338x_1 + 0.346x_2 + 1.835x_3 - 1.151x_4 + 0.297x_6 + 0.403x_7$$

หมายถึง ค่าเฉลี่ยของผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Y) สำหรับความเป็นอาชีพพนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ ซึ่งมีค่าเท่ากับค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ โดยค่าของตัวแปรแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาท จำนวนการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ความรู้ ระยะเวลาในการเป็น อสม. และเจตคติมีค่าคงที่

ภาคผนวก ข กิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

1. แบบแผนการทดลอง



สัญลักษณ์ที่ใช้ในการศึกษา

E หมายถึง กลุ่มทดลอง (Experiment group)

C หมายถึง กลุ่มควบคุม (Control group)

O₁ หมายถึง การวัดประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนทดลองในกลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 1

O₂ หมายถึง การวัดประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังทดลองในกลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 12

O₃ หมายถึง การวัดประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนทดลองในกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1

O₄ หมายถึง การวัดประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังทดลองในกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 12

X₁₋₃ หมายถึง จัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามองค์ประกอบที่ 1 - 4 ในสัปดาห์ที่ 1 - 4

X₄₋₉ หมายถึง จัดกิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงานตามองค์ประกอบที่ 5 - 9 ในสัปดาห์ที่ 1 - 4

1.1 ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลวังทองแดง อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 93 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยในการวิจัยเชิงทดลอง ชนิดกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 76 คน โดยใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้

1.2.1 กลุ่มทดลองที่ศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาโชติ อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 38 คน

1.2.2 กลุ่มควบคุมที่ศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังทองแดง อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 38 คน

2. ขั้นตอนเตรียมการ

2.1 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยเพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลตามหนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ อว 0603.02/1921 เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลวิจัยเพื่อการวิจัย ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2562

2.2 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุโขทัยเพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาโชติ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังทองแดง อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ตามหนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยที่ สท 0032.003.6/3503 เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ลงวันที่ 7 พฤศจิกายน 2562

2.3 ติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาโชติ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังทองแดง ชี้แจงวัตถุประสงค์วิจัย วิธีดำเนินการ ระยะเวลา และแผนการดำเนินกิจกรรมแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม 2563

2.4 เตรียมเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

3. ขั้นตอนดำเนินการ

3.1 หลังจากได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยอธิบายอย่างละเอียดกับกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

3.2 เก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบสอบถาม

3.3 จัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลอง โดยใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ จำนวน 1 วัน (6 ชั่วโมง) และใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน จำนวน 4 สัปดาห์ ดังนี้

3.3.1 กิจกรรมการเรียนรู้ โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกรวมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 1 วัน (6 ชั่วโมง) ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาโชติ ตำบลวังทองแดง อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 จิตอาสา (Voluntary) ประกอบด้วย 3 หัวข้อคือ 1) การสร้างแรงบันดาลใจในการทำงาน 2) การพัฒนาจิตอาสา และ 3) บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติงานจิตอาสา โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 ชั่วโมง

องค์ประกอบที่ 3 การรับรู้บทบาท (Role perception) ประกอบด้วย 3 หัวข้อคือ 1) บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 3) ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 ชั่วโมง

องค์ประกอบที่ 3 ความตั้งใจ (Intention) ประกอบด้วย 3 หัวข้อคือ 1) ค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจ 2) การสร้างความตั้งใจในการทำงาน และ 3) ทำงานสำเร็จด้วยความตั้งใจ โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 ชั่วโมง

3.3.2 กิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน โดยการมอบหมายภารกิจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ จำนวน 4 สัปดาห์ ภายใต้การกำกับดูแลของผู้วิจัย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

องค์ประกอบที่ 4 การทำงานเป็นทีม (Teamwork) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งที่จัดขึ้นทุกขั้นตอนตั้งแต่การร่วมวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การแบ่งหน้าที่ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการดำเนินงาน ตลอดจนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในทีมงาน ภายใต้การมีภาวะผู้นำของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

องค์ประกอบที่ 5 ภาควิชาเครือข่าย (Association network) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วมประชุมกับภาควิชาเครือข่าย หรือเข้าร่วมกิจกรรมภาควิชาเครือข่ายจัดขึ้นอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

องค์ประกอบที่ 6 การมีส่วนร่วม (Participation) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเปิดโอกาสให้ภาควิชาเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยเริ่มตั้งแต่การแบ่งปันข้อมูล ปรึกษาหารือ การเข้ามาเกี่ยวข้อง การร่วมมือ และเสริมพลังเพิ่มอำนาจ หรือบูรณาการทำงานร่วมกับภาควิชาเครือข่ายอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

องค์ประกอบที่ 7 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์/ความรู้สึกรู้สึก ด้านการประเมินคุณค่า ด้านทรัพยากร และด้านข้อมูลข่าวสารแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือ 1) ได้รับการชื่นชมในการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ภาควิชาเครือข่าย/สมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 2) ได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงาน/ ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 3) ได้รับการสนับสนุนวัสดุ/ อุปกรณ์/ เครื่องมือ/ เงินหรืองบประมาณ/ ทีมงานช่วยเหลือในการปฏิบัติงานจากภาควิชาเครือข่ายอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และ 4) ได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการประชุมประจำเดือนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

องค์ประกอบที่ 8 แรงจูงใจ (Motivation) โดยหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น และภาควิชาเครือข่าย ให้การกระตุ้นเกียรติ ประเกาศเกียรติคุณ หรือรางวัลอื่น ๆ ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลการปฏิบัติงานดีเด่นประจำเดือน

องค์ประกอบที่ 9 การยอมรับนับถือ (Recognition) โดยหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น และภาควิชาเครือข่าย ให้การยอมรับนับถือหรือยกย่องแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.4 เก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 2 หลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1 ภายหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปแล้ว 8 สัปดาห์

ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

วิทยานิพนธ์เรื่อง รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผู้วิจัย ว่าที่ร้อยตรียุทธนา แยกคาย

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) เรื่อง รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 3 เจตคติที่มีต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 4 การรับรู้บทบาทเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 6 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 7 ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงและตรงความคิดเห็นมากที่สุด ผู้วิจัยจะเก็บคำตอบของท่านไว้เป็นความลับ ซึ่งจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมด หลังการวิจัยเสร็จสิ้นสุด 1 ปี และขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบที่เสียหายต่อท่านแต่ประการใด

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ว่าที่ร้อยตรียุทธนา แยกคาย

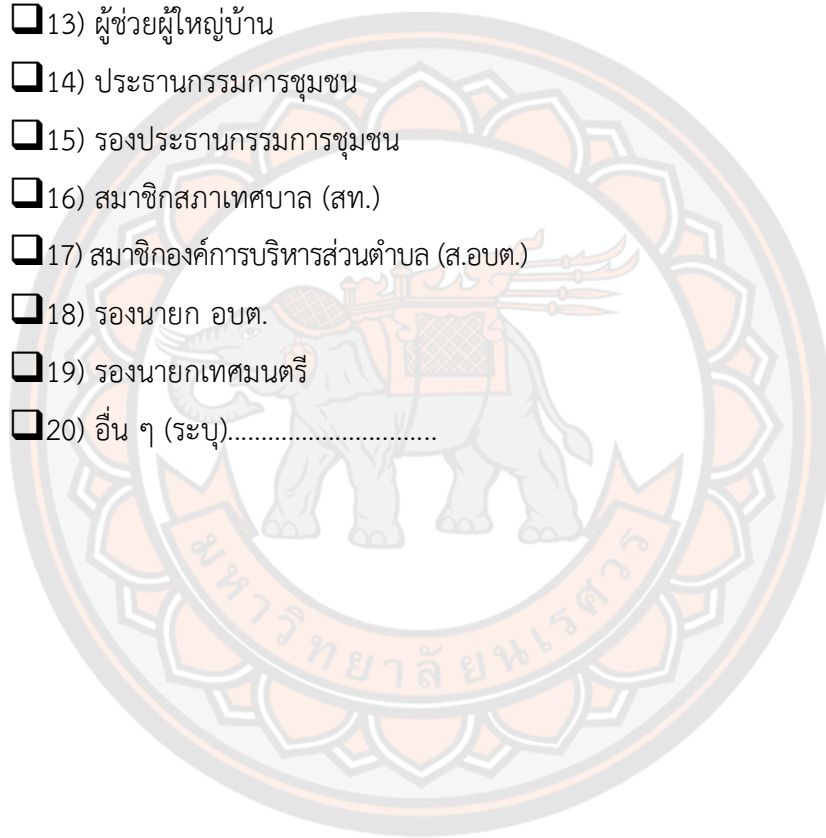
เลขที่แบบสอบถาม □□□

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง (.....) ให้สมบูรณ์

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ.....ปี (เศษมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)
3. สถานภาพสมรส
 1) โสด 2) สมรส 3) หย่า 4) หม้าย/ร้าง
4. วุฒิกการศึกษาสูงสุด
 1) ประถมศึกษา 2) มัธยมต้น 3) มัธยมปลาย/ปวช. 4) อนุปริญญา/ปวส.
 5) ป.ตรี 6) อื่น ๆ ระบุ).....
5. อาชีพหลัก
 1) รับจ้าง 2) เกษตรกรรม 3) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 4) งานบ้าน 5) เลี้ยงสัตว์ 6) พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ
 7) นักการเมืองท้องถิ่น 8) อื่น ๆ (ระบุ).....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท (โดยประมาณ)
7. บทบาทในครอบครัว
 1) หัวหน้าครอบครัว 2) สมาชิกครอบครัว 3) อื่น ๆ (ระบุ).....
8. จำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด.....คน
9. ระยะเวลาในการเป็น อสม. รวม.....ปี (เศษมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)
10. การใช้สมาร์ทโฟน 1) ใช่ 2) ไม่ใช่
11. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ.....หลังคาเรือน
12. การฝึกอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1) ได้รับ 2) ไม่ได้รับ
13. การนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1) ได้รับ 2) ไม่ได้รับ
14. การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) หากไม่มีให้ข้ามไปส่วนที่ 2
 1) อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)
 2) คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้าน (กทบ.)
 3) คณะกรรมการกองทุนพัฒนาบทบาทสตรีตำบล (คกส.ต.)
 4) ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.)
 5) อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.)

- 6) อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)
- 7) อาสาพัฒนาชุมชน (อช.)
- 8) อาสาสมัครเกษตรหมู่บ้าน (อกม.)
- 9) แพทย์ประจำตำบล
- 10) กรรมการหมู่บ้าน (กม.)
- 11) คณะกรรมการชุมชน
- 12) ผู้ใหญ่บ้าน
- 13) ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
- 14) ประธานกรรมการชุมชน
- 15) รองประธานกรรมการชุมชน
- 16) สมาชิกสภาเทศบาล (สท.)
- 17) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.)
- 18) รองนายก อบต.
- 19) รองนายกเทศมนตรี
- 20) อื่น ๆ (ระบุ).....



ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง ให้ท่านพิจารณาว่า ข้อความต่อไปนี้ ถูกหรือผิด ถ้าเห็นว่าถูกให้ใส่เครื่องหมาย ✓
และถ้าเห็นว่าผิดให้ใส่เครื่องหมาย ✗ ลงในช่องว่างหลังข้อความแต่ละข้อ

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	คำตอบ
	การส่งเสริมสุขภาพ	
1	การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลและชุมชน เพิ่มขีดความสามารถในการควบคุมและกำหนดสิ่งต่าง ๆ ที่จะมีผลต่อสุขภาพ อันจะก่อให้เกิดการมีสุขภาพดีในอนาคต	
2	ประชาชนทุกคนควรมีการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 - 5 วันๆ ละ 30 นาที จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้	
3	ประชาชนทุกคนควรกินผัก ผลไม้ ให้หลากหลาย อย่างน้อยวันละครั้งก็โลกรั่ม	
4	ไม่สามารถป้องกันโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น	
5	สิ่งหนึ่งที่บอกถึงความสำคัญในการดูแลของประชาชนคือ น้ำหนักตัวของแต่ละคน ดังนั้น อสม. ต้องส่งเสริมการเฝ้าระวังน้ำหนักของตนเองและประชาชน	
6	การบริโภคอาหารและการใช้พลังงานอย่างสมดุลเป็นปัจจัยสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งสามารถดูได้จากความสูงของแต่ละคนได้	
7	การสร้างสุขภาพในเรื่องอารมณ์ควรเน้นประชาชนให้รู้จักแสดงอารมณ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ว่าชอบหรือไม่ชอบอย่างเปิดเผย	
8	แม่ควรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว ตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือน และหลังจากนั้นให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ควบคู่กับอาหารที่เหมาะสมตามวัย	
	การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค	
9	โรคไม่ติดต่อ หมายถึง โรคที่ไม่สามารถถ่ายทอดติดต่อถึงกันได้ระหว่างบุคคลทางพาหะนำโรค หรือทางสารคัดหลั่งต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น	
10	สาเหตุของโรคไม่ติดต่อมาจากพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ กินอาหารหวาน มัน เค็มจัด กินมากเกินไป ความต้องการของร่างกาย ประกอบกับการใช้ชีวิตที่การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ไม่ได้ออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มสุรา	
11	ผู้หญิงไทยทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ควรได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี	

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	คำตอบ
12	โรคติดต่อ หมายถึง โรคที่สามารถถ่ายทอดติดต่อถึงกันได้ระหว่างบุคคล โดยมีเชื้อโรคต่าง ๆ เป็นสาเหตุของโรค	
13	โรคระบาดเป็นอันตรายและทำให้เกิดความเสียหายมากที่สุด	
14	โรคระบาดสามารถป้องกันได้ หรือลดความรุนแรงได้ด้วยวิธีการป้องกัน ควบคุมโรคอย่างเป็นระบบ ถูกวิธี รวดเร็ว และด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน	
15	การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและค้นหาโรคหรือสัตว์ปีกตายผิดปกติได้เร็วเป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมโรคไข้หวัดนกที่ถูกต้องและดีที่สุด	
16	กลุ่มที่เสี่ยงป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 รุนแรง ได้แก่ หญิงมีครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่น โรคปอด หอบหืด โรคหัวใจ คนอ้วนมาก คนที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เด็กเล็ก และคนชรา	
17	การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคไขเลือดออก ทำเดือนละครึ่งก็เพียงพอแล้ว	
18	การป้องกันตนเองไม่ให้ยุงลายกัด ประชาชนสามารถทำได้โดยการดูแลหน้าต่าง ประตู ช่องลมไม่ให้ยุงเข้า จัดข้าวของในบ้านไม่ให้กองสุมกัน นอนในมุ้งหรือทายากันยุง	
19	การป้องกันโรคไขเลือดออกที่สำคัญคือ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่เป็นพาหะนำโรค	
20	การฟื้นฟูสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ หมายถึง การแก้ไขสภาพร่างกายที่เกิดขึ้นและฟื้นฟูเพื่อให้สมรรถภาพร่างกาย สามารถกลับมาใช้งานได้ตามปกติหรือใกล้เคียงกับปกติ รวมทั้งการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพร่างกายภายหลังจากการที่ได้รับการฟื้นฟูเต็มที่แล้ว	
21	อสม. ช่วยฟื้นฟูสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยในระยะพักฟื้น กลุ่มผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้พิการ	
22	ผู้ที่มีสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ ต้องได้รับการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	
23	เครือข่ายที่มีบทบาทในการสนับสนุนการฟื้นฟูสุขภาพประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ และ อสม.	

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	คำตอบ
	การคุ้มครองผู้บริโภค	
24	การคุ้มครองผู้บริโภค หมายถึง การดูแลเฉพาะเรื่องอาหารการกินแต่เพียงอย่างเดียว	
25	ในปัจจุบันเครื่องสำอางทุกชนิดที่จำหน่ายในท้องตลาดเป็นเครื่องสำอางควบคุม ต้องแสดงเลขที่รับแจ้งเครื่องสำอางบนฉลากแทนเครื่องหมาย อย.	
26	สถานีวิทย์ชุมชนสามารถออกอากาศโฆษณา อาหาร และเครื่องมือแพทย์ได้โดยไม่ต้อง ขออนุญาต	
27	อสม. และชุมชนสามารถเฝ้าระวังสถานที่ผลิตอาหารที่อยู่ในชุมชน ช่วยให้ผู้บริโภคปลอดภัยจากการบริโภคอาหารได้	
28	สายด่วน 1669 เป็นสายด่วน อย. ที่ให้ข้อมูลความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและเป็นช่องทางร้องเรียนอีกช่องทางหนึ่ง	



ส่วนที่ 3 เจตคติที่มีต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง ท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โดยโปรดเขียนเครื่องหมาย ✓

ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
1. อสม. เป็นจิตอาสาทำงานโดยไม่หวังผลตอบแทน					
2. อสม. เป็นผู้มีความเสียสละต่อส่วนรวม					
3. อสม. เป็นผู้มึบบทบาทสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน					
4. อสม. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพด้วยการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพใน 5 กลุ่มวัย					
5. อสม. เป็นต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา)					
6. อสม. เป็นผู้ที่เหมาะสมควรได้รับการยกย่อง					
7. ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพดี มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติงานของ อสม.					
8. อสม. เป็นผู้มึบบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน					

ส่วนที่ 3 เจตคติที่มีต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
9. การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลายได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติงานของ อสม.					
10. การป้องกันและการควบคุม โรคสามารถทำได้ทั้งในโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ					
11. อสม. เป็นกำลังหลักในการคัด กรองกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต สูง					
12. โรคไม่ติดต่อสามารถรักษาให้ หายขาดได้					
13. ผู้ที่มีสุขภาพดีควรได้รับการ ฟื้นฟูสุขภาพ					
14. อสม. เป็นผู้มีความสำคัญใน การฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยใน ชุมชน					
15. การคุ้มครองผู้บริโภคเป็นการ ดูแลเฉพาะเรื่องสิ่งที่กินได้แต่เพียง อย่างเดียว					
16. เมื่อเห็นเครื่องหมาย อย. ที่ ฉลากผลิตภัณฑ์แล้วไม่ต้อง ตรวจสอบเลข อย. อีก					

ส่วนที่ 3 เจตคติที่มีต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
17. อสม. เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานตามกฎหมายกับผู้ที่ทำผิดกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค					



ส่วนที่ 4 การรับรู้บทบาทเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง ท่านคิดว่าการปฏิบัติในข้อความต่อไปนี้ ควรเป็นบทบาทหน้าที่ของท่านมากน้อยเพียงใด โดยโปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ควรเป็นบทบาทหน้าที่ของท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย					
2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา)					
3. การเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคอาหารเป็นพิษ โรคมือเท้าปาก โรคไข้หวัดใหญ่ โรคไข้หวัดนก โรคไข้เลือดออก โรคไข้วัดช้อยุงลาย โรคไข้ซิกา โรคไข้ฉี่หนู และโรคตาแดง เป็นต้น					
4. การป้องกันโรคติดต่อในชุมชน					
5. การควบคุมโรคติดต่อในชุมชน					
6. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง เป็นต้น					
7. การค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ					
8. การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ					
9. การฟื้นฟูสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยในระยะพักฟื้น					
10. การฟื้นฟูสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง					
11. การฟื้นฟูสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง					
12. การฟื้นฟูสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ					
13. การฟื้นฟูสุขภาพกลุ่มผู้พิการ					

ส่วนที่ 4 การรับรู้บทบาทเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

ข้อความ	ควรเป็นบทบาทหน้าที่ของท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
14. การให้ความรู้เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ					
15. การคุ้มครองผู้บริโภคในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ด้านอาหาร ยา และเครื่องสำอางอย่างถูกต้องและปลอดภัย					
16. การวิเคราะห์ปัญหาด้านผลิตภัณฑ์ด้านอาหาร ยา และเครื่องสำอาง ในพื้นที่อย่างเหมาะสม					
17. การแก้ไขปัญหาด้านผลิตภัณฑ์ด้านอาหาร ยา และเครื่องสำอาง ในพื้นที่อย่างเหมาะสม					
18. การสนับสนุนการดำเนินงานตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค					

ส่วนที่ 5 แร่งสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง การปฏิบัติงานในฐานะ อสม. ของท่าน ท่านเคยได้รับการสนับสนุนในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่ เพียงใด โดยโปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ตามความเป็นจริง

การได้รับการสนับสนุน	เพียงพอ (3)	ไม่เพียงพอ (2)	ไม่เคยได้รับ (1)
1. ด้านอารมณ์/ความรู้สึก			
1.1 ท่านได้รับการชื่นชมในการปฏิบัติงาน			
1.2 ท่านได้รับกำลังใจในการปฏิบัติงาน			
1.3 ท่านได้รับความไว้วางใจในการปฏิบัติงาน			
2. ด้านการประเมินคุณค่า			
2.1 ท่านได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
2.2 ท่านได้รับข้อมูลผลการปฏิบัติงานของตนเอง			
2.3 ท่านได้รับข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานที่สามารถนำไปเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นได้			
3. ด้านทรัพยากร			
3.1 ท่านได้รับทีมงานช่วยเหลือในการปฏิบัติงาน			
3.2 ท่านได้รับวัสดุหรืออุปกรณ์ เช่น กระดาษ สมุด ดินสอ ปากกา			
3.3 ท่านได้รับเครื่องมือในการปฏิบัติงาน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก ปรอทวัดไข้ สายวัดตัว			
3.4 ท่านได้เงินหรืองบประมาณสนับสนุนในการปฏิบัติงาน			
4. ด้านข้อมูลข่าวสาร			
4.1 ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ อสม.			
4.2 ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ อสม.			
4.3 ท่านได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติงานของ อสม.			
4.4 ท่านได้รับข่าวสารสาธารณสุขทางโทรทัศน์			

ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

การได้รับการสนับสนุน	เพียงพอ (3)	ไม่เพียงพอ (2)	ไม่เคยได้รับ (1)
4.5 ท่านได้รับข่าวสารสาธารณสุขทางวิทยุ			
4.6 ท่านได้รับข่าวสารสาธารณสุขทางอินเทอร์เน็ตทั่วไป			
4.7 ท่านได้รับข่าวสารสาธารณสุขทางเว็บไซต์ อสม.com			
4.8 ท่านได้รับข่าวสารสาธารณสุขทางสังคมออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก			
4.9 ท่านได้รับข่าวสารสาธารณสุขทางแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม.(SMART อสม.) หรือ อสม. ออนไลน์			
4.10 ท่านได้รับข่าวสารสาธารณสุขทางแอปพลิเคชัน ด้านสุขภาพ เช่น RDU รู้เรื่องยา, Thai CV risk score, DoctorMe, KhunLook คุณลูก, GIS Health: ค้นหาสถานพยาบาล และ ThaiEMS1669: รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน เป็นต้น			

ส่วนที่ 6 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง ท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โดยโปรดเขียนเครื่องหมาย ✓

ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
ปัจจัยจูงใจหรือกระตุ้น					
1. ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน					
1.1 ท่านสามารถแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน ได้เป็นอย่างดี					
1.2 ท่านประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน					
1.3 การปฏิบัติงานของท่านสามารถวัดผลการ ปฏิบัติงานได้ชัดเจนและเป็นรูปธรรม					
2. ด้านการยอมรับนับถือ					
2.1 ผลการปฏิบัติงานของท่านทำให้ท่านมี ชื่อเสียงเกียรติยศ					
2.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำท้องที่ ผู้นำ ท้องถิ่น เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว และ เพื่อนร่วมงาน ตลอดจนบุคคลอื่น ๆ ทั้งในและ นอกหน่วยงานชื่นชมต่อผลงานของท่าน					
2.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำท้องที่ ผู้นำ ท้องถิ่น เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว และ เพื่อนร่วมงาน ตลอดจนบุคคลอื่น ๆ ทั้งในและ นอกหน่วยงานยอมรับในความสามารถในการ ปฏิบัติงานของท่าน					
2.4 ผลการปฏิบัติงานของท่านมักถูกกล่าวถึง และนำไปใช้เป็นแบบอย่าง					
2.5 สิทธิได้รับการประกาศเกียรติคุณ อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นตามที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนดมีความเหมาะสม					

ส่วนที่ 6 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
2.6 สิทธิได้รับการเสนอชื่อเพื่อขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ตามหลักเกณฑ์การขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ สำหรับ อสม.ดีเด่นระดับชาติ มี ความเหมาะสม					
3. ด้านโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน					
3.1 การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ทำให้ท่านได้รับความรู้เพิ่มเติม เช่น การฝึกอบรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ การศึกษาดูงานอยู่เสมอ					
3.2 การปฏิบัติงานปัจจุบันก่อให้เกิดความก้าวหน้าในชีวิต เช่น การได้รับเลือกให้เป็นผู้นำชุมชน ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น กรรมการหมู่บ้าน อสม.ดีเด่นระดับต่าง ๆ ประธานชมรม อสม. หรือตำแหน่งสำคัญ อื่น ๆ					
3.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน ตลอดจนบุคคลอื่น ๆ เปิดโอกาสและให้การสนับสนุนแก่ท่านให้ได้รับการพัฒนา					

ส่วนที่ 6 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
ศักยภาพของตนเองอยู่เสมอ เช่น การฝึกอบรม ศึกษาดูงานประกวดแข่งขันในระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด/เขต/ประเทศ					
4. ด้านลักษณะงาน					
4.1 ท่านเห็นว่าการปฏิบัติงานของ อสม. เป็นงานที่น่าสนใจและท้าทาย					
4.2 ท่านปฏิบัติงานตรงกับความรู้ความสามารถของท่าน					
4.3 การปฏิบัติงานของ อสม. มีรูปแบบแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน					
5. ด้านความรับผิดชอบ					
5.1 ท่านรับผิดชอบการปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับท่าน					
5.2 ท่านรับผิดชอบการปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับตำแหน่งหรือหน้าที่ของท่าน					
5.3 ท่านมีอิสระในแก้ไขปัญหา และอุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน					
ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยสุขอนามัย					
1. ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน					
1.1 จากการปฏิบัติงานมีความเหมาะสมกับค่าป่วยการ 1,000 บาทต่อเดือนที่ได้รับ					
1.2 สวัสดิการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความเหมาะสม					
1.3 สวัสดิการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความเหมาะสม					
1.4 สิทธิได้รับบัตรประจำตัว อสม. มีความเหมาะสม					

ส่วนที่ 6 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
1.5 สิทธิในการแต่งเครื่องแบบ อสม. ชุดพิธีการ และชุดปฏิบัติการ มีความเหมาะสม					
2. ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน					
2.1 เพื่อนร่วมงานให้ความร่วมมือในการทำงานกับท่านด้วยดี					
2.2 ท่านเต็มใจที่จะร่วมมือในการทำงานกับทุกคนเพื่อให้งานสำเร็จ					
2.3 ท่านกับเพื่อนร่วมงาน ไม่เคยมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกันเลย แม้จะมีข้อขัดแย้งเกิดขึ้นในการทำงาน ท่านก็สามารถทำความเข้าใจกับเพื่อนร่วมงานได้					
3. ด้านสภาพในการทำงาน					
3.1 สภาพแวดล้อมรอบตัวท่านเอื้อต่อการปฏิบัติงาน					
3.2 ท่านสามารถเดินทางไปปฏิบัติงานในชุมชนได้อย่างสะดวก และปลอดภัย					
3.3 ท่านมีวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือที่ได้มาตรฐาน และเพียงพอต่อความต้องการในการปฏิบัติงาน					
3.4 คนในชุมชนให้ความร่วมมือ ให้ข้อมูล และให้การตอบรับท่านเป็นอย่างดี					
4. ด้านนโยบายและการบริหารงาน					
4.1 สิทธิได้รับเข็มที่ระลึกการปฏิบัติงานครบ 10 ปี 20 ปี 30 ปี และ 40 ปี มีความเหมาะสม					
4.2 สิทธิได้รับโควตาศึกษาในสถาบันพระบรมราชชนกตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดของ อสม. และบุตร มีความเหมาะสม					

ส่วนที่ 6 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
4.3 สิทธิที่จะได้รับสิทธิประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งกองทุนต่าง ๆ ที่เป็นสิทธิประโยชน์ของ อสม. ตามที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นกำหนด มีความเหมาะสม					
4.4 การปฏิบัติงานตามนโยบายของทาง กระทรวงสาธารณสุข มีความเหมาะสม					
4.5 การปฏิบัติงานตามนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เช่น อบจ. อบต. เทศบาล มีความเหมาะสม					
4.6 การปฏิบัติงานตามนโยบายของชุมชนหรือ มาตรการทางสังคมด้านสุขภาพของชุมชน มีความเหมาะสม					
4.7 การปฏิบัติงานตามนโยบายของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มีความเหมาะสม					
4.8 การนิเทศติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเหมาะสม					
4.9 การบริหารจัดการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเหมาะสม					
4.10 การบริหารจัดการขององค์กร อสม. รวมถึงการติดต่อสื่อสารภายในองค์กร มีความเหมาะสม					
5. ด้านความมั่นคงในงาน					
5.1 ท่านรู้สึกว่างานในตำแหน่ง อสม. มีความมั่นคง					
5.2 ท่านรู้สึกมั่นใจในการทำงานในตำแหน่ง อสม.					
5.3 ท่านรู้สึกว่าปลอดภัยในการทำงาน					

ส่วนที่ 6 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
6. ด้านวิธีปกครองบังคับบัญชา					
6.1 รูปแบบการปกครองบังคับบัญชาของผู้นำ ชุมชนหรือผู้นำท้องที่ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน มี ความเหมาะสม					
6.2 รูปแบบการปกครองบังคับบัญชาของผู้นำ ท้องถิ่น เช่น นายกเทศมนตรี นายก อบต. มี ความเหมาะสม					
6.3 รูปแบบการปกครองบังคับบัญชาของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความเหมาะสม					
6.4 รูปแบบการปกครองบังคับบัญชาของ ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน มีความเหมาะสม					
6.5 รูปแบบการปกครองบังคับบัญชาของ ประธาน อสม. ระดับตำบลหรือหน่วยบริการ สุขภาพ มีความเหมาะสม					
6.6 รูปแบบการปกครองบังคับบัญชาของ ประธาน อสม. ระดับอำเภอ มีความเหมาะสม					
6.7 รูปแบบการปกครองบังคับบัญชาของ ประธาน อสม. ระดับจังหวัด มีความเหมาะสม					

ส่วนที่ 7 ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้ บ่อยครั้งเพียงใด โดยโปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับการปฏิบัติงานของท่าน

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ (มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน)	บ่อยครั้ง (4 ครั้งต่อ เดือน)	บางครั้ง (3 ครั้งต่อ เดือน)	น้อยครั้ง (1 - 2 ครั้ง ต่อเดือน)	ไม่เคย (ไม่เคย ปฏิบัติ)
1. การส่งเสริมสุขภาพ					
1.1 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)					
1.2 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยเรียน (5 - 14 ปี)					
1.3 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยรุ่น (15 - 21 ปี)					
1.4 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี)					
1.5 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และกลุ่มคนพิการ					
1.6 การคัดกรองเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพเบื้องต้นและตรวจประเมินสุขภาพพร้อมจดบันทึกข้อมูล					
1.7 การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา)					

ส่วนที่ 7 ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ (มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน)	บ่อยครั้ง (4 ครั้งต่อ เดือน)	บางครั้ง (3 ครั้งต่อ เดือน)	น้อยครั้ง (1 - 2 ครั้ง ต่อเดือน)	ไม่เคย (ไม่เคย ปฏิบัติ)
2. การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค					
2.1 ท่านเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคอาหารเป็นพิษ โรคมือเท้าปาก โรคไข้หวัดนก โรคไข้เลือดออก โรคไข้ซิกา โรคไข้ปวดข้อยุงลาย โรคไข้หวัดใหญ่ โรคไข้ฉี่หนู และโรคตาแดง เป็นต้น					
2.2 ท่านดำเนินการป้องกันโรคติดต่อในชุมชน					
2.3 ท่านดำเนินการควบคุมโรคติดต่อในชุมชน					
2.4 ท่านเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง เป็นต้น					
2.5 ท่านคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ					
2.6 ท่านให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ					
3. การฟื้นฟูสุขภาพ					
3.1 ท่านลงเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง					

ส่วนที่ 7 ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ (มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน)	บ่อยครั้ง (4 ครั้งต่อ เดือน)	บางครั้ง (3 ครั้งต่อ เดือน)	น้อยครั้ง (1 - 2 ครั้ง ต่อเดือน)	ไม่เคย (ไม่เคย ปฏิบัติ)
3.2 ท่านลงเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำ การดูแลผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง					
3.3 ท่านลงเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำการ ดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ					
3.4 ท่านให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง					
3.5 ท่านให้การช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านหรือ ติดเตียง					
3.6 ท่านให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ และผู้ พิการ					
3.7 ท่านให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะ พักฟื้น					
3.8 ท่านติดตามผู้ป่วยที่ได้รับแจ้งจาก โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล					
4. การคุ้มครองผู้บริโภค					
4.1 ท่านได้เฝ้าระวังและให้คำแนะนำการ เลือกกินอาหารอย่างถูกต้องและปลอดภัย					
4.2 ท่านได้เฝ้าระวังและให้คำแนะนำการ เลือกกินยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย					

ส่วนที่ 7 ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ (มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน)	บ่อยครั้ง (4 ครั้งต่อ เดือน)	บางครั้ง (3 ครั้งต่อ เดือน)	น้อยครั้ง (1 - 2 ครั้ง ต่อเดือน)	ไม่เคย (ไม่เคย ปฏิบัติ)
4.3 ท่านได้เฝ้าระวังและให้คำแนะนำการ เลือกใช้เครื่องสำอางอย่างถูกต้องและ ปลอดภัย					
4.4 ท่านแนะนำให้ควรเลือกซื้อสินค้าที่มี เครื่องหมาย อย.					
4.5 ท่านแนะนำวิธีตรวจสอบเครื่องหมาย อย.					
4.6 ท่านให้คำแนะนำในการเลือกบริโภค อาหาร					
4.7 ท่านวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น อาหาร ยา และ เครื่องสำอางในพื้นที่อย่างเหมาะสม					
4.8 ท่านให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ คุ้มครองผู้บริโภค					
4.9 ท่านสนับสนุนการดำเนินงานตาม กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครอง ผู้บริโภค					

แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง

วิทยานิพนธ์เรื่อง รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง

การสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) เรื่อง รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ.....ปี (เศษมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)
3. สถานภาพสมรส
 - 1) โสด 2) สมรส 3) หย่า 4) หม้าย/ร้าง
4. วุฒิการศึกษาสูงสุด
 - 1) ประถมศึกษา 2) มัธยมต้น 3) มัธยมปลาย/ปวช.
 - 4) อนุปริญญา/ปวส. 5) ป.ตรี 6) อื่น ๆ (ระบุ).....
5. อาชีพหลัก
 - 1) รับจ้าง 2) เกษตรกรรม 3) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 - 4) งานบ้าน 5) เลี้ยงสัตว์ 6) พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ
 - 7) นักการเมืองท้องถิ่น 8) อื่น ๆ (ระบุ).....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท (โดยประมาณ)
7. ท่านคิดว่าการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในปัจจุบันเป็นอย่างไร
 8. ท่านคิดว่าปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้ท่านปฏิบัติงานได้ดี เพราะเหตุใด ทำไมถึงคิดเช่นนั้น
 9. ท่านคิดว่าปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้เพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานได้ดี เพราะเหตุใด ทำไมถึงคิดเช่นนั้น
 10. ท่านคิดว่า นอกจากปัจจัยที่คุยกันไปแล้ว มีปัจจัยอะไรเพิ่มเติมที่ทำให้ปฏิบัติงานได้ดี เพราะเหตุใด ทำไมถึงคิดเช่นนั้น
 11. ท่านคิดว่ามีปัญหา และอุปสรรคอะไรบ้าง เพราะเหตุใด ทำไมถึงคิดเช่นนั้น

แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง

วิทยานิพนธ์เรื่อง รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
คำชี้แจง

การสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น และสมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) เรื่อง รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ.....ปี (เศษมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)
3. สถานภาพสมรส
 1) โสด 2) สมรส 3) หย่า 4) หม้าย/ร้าง
4. วุฒิการศึกษาสูงสุด
 1) ประถมศึกษา 2) มัธยมต้น 3) มัธยมปลาย/ปวช.
 4) อนุปริญญา/ปวส. 5) ป.ตรี 6) อื่น ๆ (ระบุ).....
5. อาชีพหลัก
 1) รับจ้าง 2) เกษตรกรรม 3) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 4) งานบ้าน 5) เลี้ยงสัตว์ 6) พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ
 7) นักการเมืองท้องถิ่น 8) อื่น ๆ (ระบุ).....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท (โดยประมาณ)
7. ประเภทกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก
 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข/สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 2) ผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น
 3) สมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
8. ท่านคิดว่าการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในปัจจุบันเป็นอย่างไร
9. ท่านคิดว่าปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานได้ดี เพราะเหตุใด ทำไมถึงคิดเช่นนั้น
10. ท่านคิดว่า นอกจากปัจจัยที่พูดคุยกันไปแล้ว มีปัจจัยอะไรเพิ่มเติมที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานได้ดี เพราะเหตุใด ทำไมถึงคิดเช่นนั้น
11. ท่านคิดว่ามีปัญหา และอุปสรรคอะไรบ้าง เพราะเหตุใด ทำไมถึงคิดเช่นนั้น

แนวทางการสนทนากลุ่ม

วิทยานิพนธ์เรื่อง รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง

แนวทางการสนทนากลุ่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 2 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น) เรื่อง รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยนักวิจัย และผู้ร่วมสนทนาพบกันเริ่มด้วยการทำความรู้จักกัน ให้ทุกคนได้ผ่อนคลายและรู้สึกคุ้นเคยกันพอสมควร จากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยเริ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนา กล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนากลุ่ม ขอให้ทุกคนพูดได้โดยไม่กังวลเรื่องถูกผิด การรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้ และขออนุญาตให้ผู้ช่วยนักวิจัยบันทึกการสนทนากลุ่มพร้อมบันทึกภาพ หลังจากนั้นผู้วิจัยจุดประเด็นการสนทนากลุ่มด้วยคำถามปลายเปิดเริ่มคำถามแรกเป็นการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นในฐานะคนนอก จากนั้นเป็นคำถามที่ตั้งใจให้เข้าใกล้ตัวผู้ร่วมสนทนา และในระหว่างการสนทนากลุ่มผู้วิจัยจะคอยจับประเด็นใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นในวงสนทนา จากการจับประเด็นของผู้วิจัยจะปรับ แนวทางการสนทนาไปเรื่อยๆ ตลอดการเก็บข้อมูล แล้วพยายามให้ผู้ร่วมวงสนทนาได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แน่นและลุ่มลึกขึ้นเรื่อยๆ โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง ซึ่งมีประเด็นการสนทนากลุ่ม ดังนี้

1. ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและปัจจัยที่ส่งเสริม ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผู้วิจัยนำเสนอ (ผลการวิจัยระยะที่ 1) มีความครอบคลุมหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด
2. ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นำไปใช้สร้างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างไร จงวิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะ
3. รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความครอบคลุม ครบถ้วนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด

แบบสอบถามตรวจสอบร่างรูปแบบ

วิทยานิพนธ์เรื่อง รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 2 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น) เรื่อง รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์ตรวจสอบร่างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเหมาะสม (Propriety) และความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) ของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงและตรงความคิดเห็นมากที่สุด ผู้วิจัยจะเก็บคำตอบของท่านไว้เป็นความลับ ซึ่งจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมด หลังการวิจัยเสร็จสิ้นสุด 1 ปี และขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบที่เสียหายต่อท่านแต่ประการใด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง (.....) ให้สมบูรณ์

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ.....ปี (เศษมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)
3. สถานภาพสมรส 1) โสด 2) สมรส 3) หย่า 4) หม้าย/ร้าง
4. วุฒิการศึกษาสูงสุด 1) ประถมศึกษา 2) มัธยมต้น 3) มัธยมปลาย/ปวช. 4) อนุปริญญา/ปวส. 5) ป.ตรี 6) อื่น ๆ (ระบุ).....
5. อาชีพหลัก 1) รับจ้าง 2) เกษตรกรรม 3) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว 4) งานบ้าน 5) เลี้ยงสัตว์ 6) พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ 7) นักการเมืองท้องถิ่น 8) อื่น ๆ (ระบุ).....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท (โดยประมาณ)
7. ประเภทกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก
 - 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 - 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข/สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 - 3) ผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นที่มีต่อร่างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ลงในช่อง ที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีความหมายของคะแนน ดังนี้

- 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด
 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก
 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย
 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ด้าน/รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1. ความเป็นประโยชน์ (Utility)					
1.1 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานได้ดีขึ้น					
1.2 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีประโยชน์ต่อหน่วยงานที่กำกับดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน					
1.3 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน					
2. ความเป็นไปได้ (Feasibility)					
2.1 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้					
2.2 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความคุ้มค่าและสอดคล้องกับเวลาและทรัพยากรในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน					
2.3 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถทำความเข้าใจได้ ไม่ยุ่งยาก และซับซ้อนจนเกินไป					

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นที่มีต่อร่างรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

ด้าน/รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
3. ความเหมาะสม (Propriety)					
3.1 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความเหมาะสมสอดคล้องตามบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน					
3.3 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสอดคล้องกับระเบียบที่เกี่ยวข้องและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข					
4. ความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy)					
4.1 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีรูปแบบที่เป็นระบบและน่าเชื่อถือส่งผลต่อความถูกต้อง ครบถ้วนของผลการปฏิบัติงาน					
4.2 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความถูกต้องตามบทบาทหน้าที่และสภาพการปฏิบัติงานจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน					
4.3 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีเนื้อหาสาระครอบคลุมและชัดเจนสามารถที่จะนำไปปฏิบัติงานจริงได้					

แบบสอบถาม

วิทยานิพนธ์เรื่อง รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผู้วิจัย ว่าที่ร้อยตรียุทธนา แยกคาย

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 3 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) เรื่อง รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 2 จิตอาสาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 3 การรับรู้บทบาทเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 4 ความตั้งใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 5 ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงและตรงความคิดเห็นมากที่สุด ผู้วิจัยจะเก็บคำตอบของท่านไว้เป็นความลับ ซึ่งจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมด หลังการวิจัยเสร็จสิ้นสุด 1 ปี และขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบที่เสียหายต่อท่านแต่ประการใด

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ว่าที่ร้อยตรียุทธนา แยกคาย

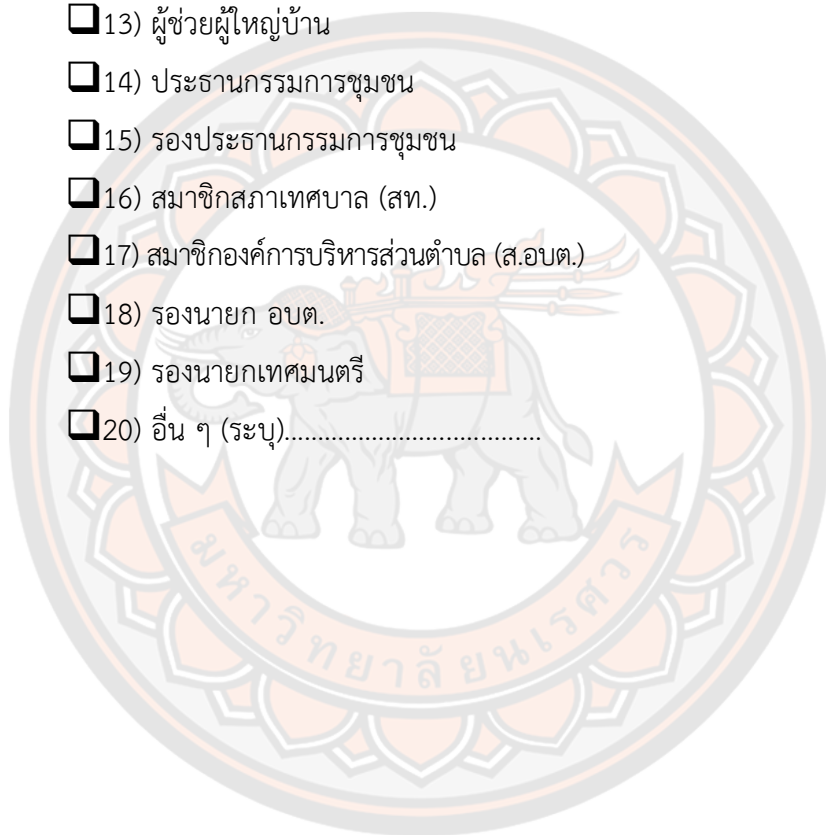
เลขที่แบบสอบถาม □□□

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ○ ที่ตรงกับความเป็นจริงหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง (.....) ให้สมบูรณ์

1. เพศ ○1) ชาย ○2) หญิง
2. อายุ.....ปี (เศษมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)
3. สถานภาพสมรส ○1) โสด ○2) สมรส ○3) หย่า ○4) หม้าย/ร้าง
4. วุฒิการศึกษาสูงสุด
 - 1) ประถมศึกษา ○2) มัธยมต้น ○3) มัธยมปลาย/ปวช.
 - 4) อนุปริญญา/ปวส. ○5) ป.ตรี ○6) อื่น ๆ (ระบุ).....
5. อาชีพหลัก
 - 1) รับจ้าง ○2) เกษตรกรรม ○3) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 - 4) งานบ้าน ○5) เลี้ยงสัตว์ ○6) พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ
 - 7) นักการเมืองท้องถิ่น ○8) อื่น ๆ (ระบุ).....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท (โดยประมาณ)
7. บทบาทในครอบครัว
 - 1) หัวหน้าครอบครัว ○2) สมาชิกครอบครัว ○3) อื่น ๆ (ระบุ).....
8. จำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด.....คน
9. ระยะเวลาในการเป็น อสม. รวม.....ปี (เศษมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)
10. การใช้สมาร์ทโฟน ○1) ใช่ ○2) ไม่ใช่
11. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ.....หลังคาเรือน
12. การฝึกอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ○1) ได้รับ ○2) ไม่ได้รับ
13. การนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ○1) ได้รับ ○2) ไม่ได้รับ
14. การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) หากไม่มีให้ข้ามไปส่วนที่ 2
 - 1) อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสมค.)
 - 2) คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้าน (กทบ.)
 - 3) คณะกรรมการกองทุนพัฒนาบทบาทสตรีตำบล (คกส.ต.)
 - 4) ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.)
 - 5) อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.)

- 6) อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)
- 7) อาสาพัฒนาชุมชน (อช.)
- 8) อาสาสมัครเกษตรหมู่บ้าน (อกม.)
- 9) แพทย์ประจำตำบล
- 10) กรรมการหมู่บ้าน (กม.)
- 11) คณะกรรมการชุมชน
- 12) ผู้ใหญ่บ้าน
- 13) ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
- 14) ประธานกรรมการชุมชน
- 15) รองประธานกรรมการชุมชน
- 16) สมาชิกสภาเทศบาล (สท.)
- 17) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.)
- 18) รองนายก อบต.
- 19) รองนายกเทศมนตรี
- 20) อื่น ๆ (ระบุ).....



ส่วนที่ 2 จิตอาสาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง ท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โดยโปรดเขียนเครื่องหมาย ✓

ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
1. ท่านช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน					
2. ท่านมีความเสียสละประโยชน์ส่วนตนเพื่อ ประโยชน์ส่วนรวม					
3. ท่านมุ่งมั่นพัฒนาสิ่งรอบตัวให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น					
4. ท่านมีความยินดีในการปฏิบัติงานเพื่อ ส่วนรวม					
5. ท่านเสียสละเวลา แรงกาย แรงสติปัญญา เพื่อสาธารณประโยชน์ในการทำกิจกรรมหรือ สิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นโดยไม่หวัง ผลตอบแทน					
6. ท่านมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น					
7. ท่านมีความสุขเมื่อได้ทำความดีและเห็น น้ำตาเปลี่ยนแปลงเป็นรอยยิ้ม					

ส่วนที่ 3 การรับรู้บทบาทเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง ท่านคิดว่าการปฏิบัติในข้อความต่อไปนี้ ควรเป็นบทบาทหน้าที่ของท่านมากน้อยเพียงใด โดยโปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ควรเป็นบทบาทหน้าที่ของท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย					
2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา)					
3. การเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน เช่น โรค อุจจาระร่วง โรคอาหารเป็นพิษ โรคมือเท้า ปาก โรคไข้หวัดใหญ่ โรคไข้หวัดนก โรค ไข้เลือดออก โรคไข้ปวดข้อยุงลาย โรคไข้ฉี่ กา โรคไข้ฉี่หนู และโรคตาแดง เป็นต้น					
4. การป้องกันโรคติดต่อในชุมชน					
5. การควบคุมโรคติดต่อในชุมชน					
6. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคมะเร็ง เป็นต้น					
7. การค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ					
8. การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพกลุ่ม เสี่ยงโรคไม่ติดต่อ					
9. การฟื้นฟูสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยในระยะ พักฟื้น					
10. การฟื้นฟูสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง					
11. การฟื้นฟูสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน หรือติดเตียง					
12. การฟื้นฟูสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ					

ส่วนที่ 3 การรับรู้บทบาทเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

ข้อความ	ควรเป็นบทบาทหน้าที่ของท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
13. การฟื้นฟูสุขภาพกลุ่มผู้พิการ					
14. การให้ความรู้เกี่ยวกับการคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านสุขภาพ					
15. การคุ้มครองผู้บริโภคในการเลือกใช้ ผลิตภัณฑ์ด้านอาหาร ยา และ เครื่องสำอางอย่างถูกต้องและปลอดภัย					
16. การวิเคราะห์ปัญหาด้านผลิตภัณฑ์ ด้านอาหาร ยา และเครื่องสำอาง ในพื้นที่ อย่างเหมาะสม					
17. การแก้ไขปัญหาด้านผลิตภัณฑ์ด้าน อาหาร ยา และเครื่องสำอาง ในพื้นที่ อย่างเหมาะสม					
18. การสนับสนุนการดำเนินงานตาม กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครอง ผู้บริโภค					

ส่วนที่ 4 ความตั้งใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง ท่านตั้งใจที่จะปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โดยโปรดเขียนเครื่องหมาย

✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความตั้งใจของท่านมากที่สุด

การปฏิบัติ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. การส่งเสริมสุขภาพ					
1.1 จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี)					
1.2 จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยเรียน (5 - 14 ปี)					
1.3 จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยรุ่น (15 - 21 ปี)					
1.4 จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี)					
1.5 จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และกลุ่มคนพิการ					
1.6 คัดกรองเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพเบื้องต้นและตรวจประเมินสุขภาพพร้อมจดบันทึกข้อมูล					
1.7 จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา)					
2. การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค					
2.1 เฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคอาหารเป็นพิษ โรคมือเท้าปาก โรคไข้หวัดนก โรคไข้เลือดออก โรคไข้ซิกา โรคไข้ปวดข้อยุงลาย โรคไข้หวัดใหญ่ โรคไข้ฉี่หนู และโรคตาแดง เป็นต้น					
2.2 ดำเนินการป้องกันโรคติดต่อในชุมชน					
2.3 ดำเนินการควบคุมโรคติดต่อในชุมชน					

ส่วนที่ 4 ความตั้งใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

การปฏิบัติ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
2.4 ฝึกระวังกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง เป็นต้น					
2.5 คัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ					
2.6 ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ					
3. การฟื้นฟูสุขภาพ					
3.1 ลงเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง					
3.2 ลงเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง					
3.3 ลงเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ					
3.4 ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง					
3.5 ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง					
3.6 ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ และผู้พิการ					
3.7 ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะพักฟื้น					
3.8 ติดตามผู้ป่วยที่ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					
4. การคุ้มครองผู้บริโภค					
4.1 ฝึกระวังและให้คำแนะนำการเลือกกินอาหารอย่างถูกต้องและปลอดภัย					
4.2 ฝึกระวังและให้คำแนะนำการเลือกกินยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย					
4.3 ฝึกระวังและให้คำแนะนำการเลือกใช้เครื่องสำอางอย่างถูกต้องและปลอดภัย					

ส่วนที่ 4 ความตั้งใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

การปฏิบัติ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
4.4 แนะนำให้ครัวรเลือกซื้อสินค้าที่มีเครื่องหมาย อย.					
4.5 แนะนำวิธีตรวจสอบเครื่องหมาย อย.					
4.6 ให้คำแนะนำในการเลือกบริโภคอาหาร					
4.7 วิเคราะห์และแก้ไขปัญหาด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพ เช่น อาหาร ยา และเครื่องสำอางใน พื้นที่อย่างเหมาะสม					
4.8 ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ คุ้มครองผู้บริโภค					
4.9 สนับสนุนการดำเนินงานตามกฎหมายที่ เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค					

ส่วนที่ 5 ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้ บ่อยครั้งเพียงใด โดยโปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับกรปฏิบัติงานของท่าน

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ (มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน)	บ่อยครั้ง (4 ครั้งต่อ เดือน)	บางครั้ง (3 ครั้งต่อ เดือน)	น้อยครั้ง (1 - 2 ครั้ง ต่อเดือน)	ไม่เคย (ไม่เคย ปฏิบัติ)
1. การส่งเสริมสุขภาพ					
1.1 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี)					
1.2 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยเรียน (5 - 14 ปี)					
1.3 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยรุ่น (15 - 21 ปี)					
1.4 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี)					
1.5 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และกลุ่มคนพิการ					
1.6 การคัดกรองเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพเบื้องต้นและตรวจประเมินสุขภาพพร้อม จดบันทึกข้อมูล					
1.7 การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา)					
2. การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค					
2.1 ท่านเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคอาหารเป็นพิษ โรคมือเท้าปาก โรคไข้หวัดนก โรคไข้เลือดออก โรคไข้ฉิกกา โรคไข้วัดข่อยงลาย โรคไข้หวัดใหญ่ โรคไข้ฉี่หนู และโรคตาแดง เป็นต้น					

ส่วนที่ 5 ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ (มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน)	บ่อยครั้ง (4 ครั้งต่อ เดือน)	บางครั้ง (3 ครั้งต่อ เดือน)	น้อยครั้ง (1 - 2 ครั้ง ต่อเดือน)	ไม่เคย (ไม่เคย ปฏิบัติ)
2.2 ท่านดำเนินการป้องกันโรคติดต่อในชุมชน					
2.3 ท่านดำเนินการควบคุมโรคติดต่อในชุมชน					
2.4 ท่านเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง เป็นต้น					
2.5 ท่านคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ					
2.6 ท่านให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ					
3. การฟื้นฟูสุขภาพ					
3.1 ท่านลงเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง					
3.2 ท่านลงเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง					
3.3 ท่านลงเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ					
3.4 ท่านให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง					
3.5 ท่านให้การช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง					
3.6 ท่านให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ และผู้พิการ					
3.7 ท่านให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะพักฟื้น					
3.8 ท่านติดตามผู้ป่วยที่ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					

ส่วนที่ 5 ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ (มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน)	บ่อยครั้ง (4 ครั้งต่อ เดือน)	บางครั้ง (3 ครั้งต่อ เดือน)	น้อยครั้ง (1 - 2 ครั้ง ต่อเดือน)	ไม่เคย (ไม่เคย ปฏิบัติ)
4. การคุ้มครองผู้บริโภค					
4.1 ท่านได้เฝ้าระวังและให้คำแนะนำการเลือกกินอาหารอย่างถูกต้องและปลอดภัย					
4.2 ท่านได้เฝ้าระวังและให้คำแนะนำการเลือกกินยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย					
4.3 ท่านได้เฝ้าระวังและให้คำแนะนำการเลือกใช้เครื่องสำอางอย่างถูกต้องและปลอดภัย					
4.4 ท่านแนะนำให้ควรเลือกซื้อสินค้าที่มีเครื่องหมาย อย.					
4.5 ท่านแนะนำวิธีตรวจสอบเครื่องหมาย อย.					
4.6 ท่านให้คำแนะนำในการเลือกบริโภคอาหาร					
4.7 ท่านวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น อาหาร ยา และเครื่องสำอางในพื้นที่อย่างเหมาะสม					
4.8 ท่านให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค					
4.9 ท่านสนับสนุนการดำเนินงานตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค					