



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้น
แบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว

นางภัทรา ผาแก้ว

ภาคนี้พนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

พ.ศ. 2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์



FACTORS RELATING TO THE PARTICIPATION OF VILLAGE HEALTH
VOLUNTEERES ON PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENT WITH
DIRECTLY OBSERVED TREATMENT SHORT COURSE,
SA KAEO PROVINCE

Mrs. Phattphra Pakeaw

An Independent Study in Partial Fulfillment of the Requirements for
The Degree of Master of Public Health Program in Health management

Rajabhat Rajanagarindra University

2015

ชื่อเรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านในการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง
(DOTS) จังหวัดสระแก้ว

ผู้วิจัย

นางภัทรา ผาแก้ว

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ดร.ฉัตรชัย ประภัสร์

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ดร.วรพล แวงนอก

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ

(ดร.วรากร เกரியงไกรศักดิ์ตา)

.....กรรมการ

(ดร.ฉัตรชัย ประภัสร์)

.....กรรมการ

(ดร.วรพล แวงนอก)

.....กรรมการและเลขานุการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.กุลวดี โรจนไพศาลกิจ)

คณะกรรมการประจำบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ อนุมัติให้นับภาคนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 10 เดือน พ.ค. พ.ศ. 2558

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยา ระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว
ผู้วิจัย	นางภัทรา ผาแก้ว
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ
พ.ศ.	2558
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ดร.ฉัตรชัย ประภัสร์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ดร.วรพล แวงนอก

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ และปัจจัยด้านแรงจูงใจ ในการปฏิบัติงาน กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้ดำเนินการเยี่ยมบ้านและกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 354 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไค-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การได้รับการฝึกอบรม และการได้รับสิ่งของวัสดุอุปกรณ์ทางแพทย์ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (.05) 3) ปัจจัยด้านความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) 4) ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (.05) 5) ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้ คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรได้รับการฝึกอบรม หรือชี้แจงเกี่ยวกับงานที่ได้รับมอบหมาย เพื่อสร้างความเข้าใจและความตระหนักในการทำงาน เจ้าหน้าที่ภาครัฐควรให้การสนับสนุนทั้งในเรื่องขององค์ความรู้ และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน มีการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพิ่มมากขึ้น ทำให้งานที่ได้รับมอบหมายประสบความสำเร็จและบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การรักษาวัณโรค

Title: FACTORS RELATING TO THE PARTICIPATION OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS TO THE TREATMENT OF TUBERCULOSIS WITH SHORT-TERM MEDICATION WITH MENTORS (DOTS), SAKAEO PROVINCE

Researcher: Mrs.Phattha Phakaew

Degree: Master of Public Health Program in Health management

Year: 2015

Advisor: Dr.Chatchai Parpatson

Co-advisor: Dr.Worraphol Wangnork

ABSTRACT

The research aimed to study the participation of village health volunteers to the treatment of tuberculosis with short-term medication with mentors (DOTS) and the relation between the partfactors of person, knowledge, and motivation in working for the treatment of tuberculosis with short-term medication with mentors participants. The population of the study was 354 volunteers of the village. The instrument used for the research was a questionnair. The obtained data were analysed by percentage, arithmetic mean, standard deviation, Chi-square, and Pearson product moment correlation coefficient.

The results of this research show that 1) the participation of volunteers for the village to the treatment of tuberculosis with short-term medication with mentors (DOTS) was at a moderate level, 2) the selected personal factors such as age meeting and receive medical supplies have the statistical significant correlation with the participations at a level of 0.5, 3) the factor of knowledge were not found to has statistical significant correlation with the participations, 4) motivation factor doesn't have the statistical significant correlation with health promotion behaviors, and 5) the finding from the research suggests that the village health volunteers should be trained or clarifications about assignments and make the understanding and awareness of the work. Government officials should provide support in terms of knowledge and medical supplies used in the operation. Support the work motivation to the volunteer for achiving with the goals.

Keywords: correlation with participation, village health volunte, treatment of

tuberculosis

สำนักวิทยบริการฯ
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

กิตติกรรมประกาศ

ภาคินพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ดร.ฉัตรชัย ประภัสร์ และ ดร.วรพล
แวงนอก ที่คอยอบรมสั่งสอน ทั้งในด้านความรู้ และแนวทางในการดำรงชีวิต ตลอดจนปลูกฝังให้
ผู้วิจัยมีระเบียบวินัย อดทน และรอบคอบในการปฏิบัติงาน ซึ่งถือได้ว่าเป็นประสบการณ์ ที่สำคัญ
อีกช่วงหนึ่งสำหรับผู้วิจัยผู้ศึกษาซึ่ง และขอขอบพระคุณในความกรุณาของท่านทั้งสองเป็นอย่างสูง

ณ โอกาสนี้ขอขอบพระคุณ ดร.วรการ เกรียงไกรศักดิ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.กุลวดี
โรจน์ไพศาลกิจ ประธานและกรรมการสอบการค้นคว้าอิสระ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ
อันเป็นประโยชน์ เพื่อให้การค้นคว้าอิสระครั้งนี้สมบูรณ์และมีคุณค่ามากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สมยศ ศรีจารณัย ดร.สุรศักดิ์ ธิโนสรวรรยากร ดร.ไพโรจน์
จันทร์มณี นางประภา วัฒนาชีพ และนางสาวมนตรียา อุ่นเทียนโสม ที่กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรง
เชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอขอบพระคุณอาจารย์สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ
ทุกท่าน ที่กรุณาถ่ายทอดวิชา ความรู้ จนกระทั่งการค้นคว้าอิสระครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบคุณเพื่อนการจัดการสุขภาพ รุ่น 3 และพี่ น้อง การจัดการสุขภาพทุกท่านที่ช่วยเหลือ
และมอบมิตรจิตที่ดีให้กับผู้วิจัยเสมอมาตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษา ขอขอบคุณทุกท่านผู้อยู่เบื้องหลัง
ความสำเร็จที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้เป็นกำลังใจ และเป็นแหล่งทุน
ที่สำคัญยิ่งในการศึกษา ขอขอบคุณ สามิและลูกๆ ผู้เป็นกำลังใจที่มอบให้กับผู้วิจัยเสมอมา และตลอดไป

นางภัทรา ผาแก้ว

สารบัญ

บทที่	หน้า
หน้าอำนวยการ.....	(1)
บทคัดย่อภาษาไทย	(2)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(3)
กิตติกรรมประกาศ.....	(4)
สารบัญ	(5)
สารบัญตาราง	(8)
สารบัญภาพ	(9)
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	4
1.4 สมมติฐานการวิจัย.....	4
1.5 ขอบเขตการวิจัย.....	4
1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	8
2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน	8
2.1.2 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	9
2.1.3 คุณสมบัติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (กระทรวงสาธารณสุข, 2553, หน้า 14) ดังนี้	10
2.1.4 การทันสมัยการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (กระทรวงสาธารณสุข, 2553, หน้า 14) ดังนี้.....	11
2.1.5 มาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (หลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2553, หน้า 9)	11
2.2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรค	12
2.2.1 วัณโรค.....	12
2.2.2 การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค.....	12
2.2.3 อาการสงสัยเป็นวัณโรค (tuberculosis suspects)	13

บทที่ หน้า

2.2.4	วิธีการวินิจฉัยโรค	13
2.2.5	การจำแนกประเภทผู้ป่วย (disease classification).....	13
2.2.6	กลวิธีการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้น (directly observe treatment short course หรือ DOTS).....	14
2.2.7	การจัดบริการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (organization of tuberculosis treatment service).....	15
2.2.8	แนวทางการดำเนินการ DOT	16
2.2.9	หลักการสำคัญของ DOTS.....	19
2.3	บทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค.....	19
2.4	ทฤษฎีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	20
2.4.1	ความหมายของแรงจูงใจ.....	20
2.4.2	ชนิดของแรงจูงใจ	21
2.4.3	ความสำคัญของแรงจูงใจในการทำงาน	22
2.4.4	ทฤษฎีแรงจูงใจ.....	22
2.5	แนวคิดและทฤษฎีของการมีส่วนร่วม.....	24
2.5.1	ความหมายของการมีส่วนร่วม	24
2.5.2	แนวความคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	26
2.5.3	รูปแบบของการมีส่วนร่วม	27
2.5.4	ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของชุมชน	32
2.5.5	ความสำคัญ	32
2.6	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	34
3	วิธีดำเนินการวิจัย	38
3.1	ประชากร	38
3.2	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	38
3.3	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	42
3.4	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	42
3.5	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	42
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	44
4.1	ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม	45
4.2	ข้อมูลปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัณโรคและความรู้เกี่ยวกับเรื่องการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค.....	47
4.3	ข้อมูลปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน.....	49

บทที่ หน้า

4.4 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS).....	51
4.5 ข้อมูลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัย แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS).....	54
4.6 ข้อเสนอแนะของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษา วัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS).....	56
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	58
5.1 สรุปผลการวิจัย	58
5.2 อภิปรายผล	60
5.3 ข้อเสนอแนะ	62
รายการอ้างอิง	63
ภาคผนวก.....	70
ภาคผนวก ก หนังสือราชการ.....	71
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม	88
ภาคผนวก ค รายงานผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	100
ประวัติผู้วิจัย.....	102

สารบัญตาราง

ตาราง หน้า

1 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	45
2 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามระดับความรู้เรื่องวัณโรคและความรู้เกี่ยวกับเรื่อง การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค	47
3 จำนวน และร้อยละความรู้เรื่องวัณโรคและความรู้เกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรคจำแนกเป็นรายข้อ	47
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับแรงจูงใจการปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค	49
5 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรคจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม.....	49
6 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรคจำแนกเป็นรายข้อ	51
7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS)..	52
8 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม	54
9 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนการมีส่วนร่วมในการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) จำแนกรายข้อ.....	56

สารบัญภาพ

ภาพ หน้า

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย6

สำนักวิทยบริการฯ
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี ได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วศักยภาพของเทคโนโลยีด้านต่างๆ ได้ส่งผลให้ความเจริญทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุขเติบโตมากขึ้นอย่างไม่มีขีดจำกัด แต่ปัญหาโรคติดต่อก็ยังมีอยู่ เช่น โรคโควิด โรคเป็นโรคติดต่อที่ยังเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขเป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในหลายๆ ประเทศทั่วโลก สาเหตุที่ทำให้วัณโรคกลับมามีปัญหาใหม่ทั่วโลก เนื่องจากการแพร่ระบาดของเอชไอวี ความยากจน การอพยพย้ายถิ่นและแรงงานเคลื่อนย้าย ส่งผลให้การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น โดยสถานการณ์วัณโรคของโลกในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกรายงานว่า 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกหรือประมาณ 2,000 ล้านคน ติดเชื้อวัณโรคแล้วแต่ยังไม่มีการป่วยความชุก (prevalence) ของผู้ป่วยวัณโรคมีประมาณ 14-15 ล้านคน โดยประมาณครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ (highly infectious) และแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่ (incidence) ประมาณ 9.2 ล้านคน โดยร้อยละ 95.00 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตปีละประมาณ 1.7 ล้านคน (ร้อยละ 98.00 อยู่ในประเทศยากจน) และจากรายงานขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี พ.ศ. 2552 ในกลุ่ม 22 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคโดยประมาณร้อยละ 80.00 ของผู้ป่วยทั่วโลกอยู่ใน 22 ประเทศดังกล่าวและได้มีการจัดอันดับประเทศ ที่มีจำนวนผู้ป่วยมากตามลำดับซึ่ง 3 ประเทศแรกที่มีผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดในโลกอยู่ในทวีปเอเชีย ได้แก่ ประเทศอินเดีย จีน อินโดนีเซีย สำหรับประเทศไทยจัดอยู่ในอันดับที่ 18 จากการคำนวณทางระบาดวิทยาในรายงานขององค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าประเทศไทยน่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่ทุกประเภท ปีละ 90,000 ราย (142 ต่อแสนประชากร) และประมาณ 40,000 ราย (62 ต่อแสนประชากร) เป็นผู้ป่วยที่เสมหะบวกซึ่งสามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ องค์การอนามัยโลกก็ได้ประกาศให้วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉินสากล (global emergency) ที่ต้องการแก้ไขอย่างเร่งด่วนและได้แนะนำแนวทางการควบคุมวัณโรคโดยวิธี การรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (directly observed treatment, short course: DOTS) (กระทรวงสาธารณสุข, 2551, หน้า 2)

ประเทศไทยได้นำกลยุทธ์ DOTS มาใช้อย่างเป็นทางการเมื่อปี พ.ศ. 2539 โดยใช้ในการควบคุมป้องกันวัณโรคในพื้นที่ 8 อำเภอ กระจายอยู่ตามเขตต่างๆ ทั่วประเทศ ซึ่งมีผลการดำเนินงานดี จึงได้ขยาย DOTS จนครอบคลุมทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2545 และความครอบคลุมร้อยละ 100 ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยวัณโรคทุกราย จะได้รับบริการการกินยาโดยมีที่เลี้ยงกำกับซึ่งพบปัญหาจากการใช้ DOTS เช่น จำนวนเจ้าหน้าที่ในการควบคุมวัณโรคยังไม่ได้รับการอบรมหรือไม่มีความสนใจที่จะเข้ารับการอบรม เจ้าหน้าที่สุขภาพขาดแรงจูงใจที่จะผลักดันให้มีการใช้ DOTS ในพื้นที่ตนเอง สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ช่วยเหลือไม่สามารถใช้ DOTS ได้อย่างมีคุณภาพ

เป็นต้น ส่งผลให้อัตราความสำเร็จของการรักษาไม่ถึงร้อยละ 85.00 ต่อมาในปี พ.ศ. 2551 กระทรวงสาธารณสุข จึงได้นำกลยุทธ์หยุดวัณโรคขององค์การอนามัยโลกมาจัดทำนโยบายเร่งรัดงานวัณโรค ด้านการประสานกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (ยุทธวิชัย เกษตรเจริญ, 2551, หน้า 75)

วัณโรคเป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนจังหวัดสระแก้ว เนื่องจากวัณโรคเป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 10 อันดับโรคมาตลอด ทั้งที่จังหวัดสระแก้วดำเนินการควบคุมวัณโรคตามนโยบายของกรมควบคุมโรค โดยเริ่มดำเนินการควบคุมวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีแอล (DOTS) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ผลการดำเนินงานพบว่าในปีงบประมาณ 2552-2556 อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85) แต่มีแนวโน้มลดลง คือ ร้อยละ 83.34, 85.45, 90.00, 89.80 และ 84.31 ตามลำดับและอัตราตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 5.31, 5.91, 4.90, 5.34 และ 6.61 อัตราการขาดยาที่มีแนวโน้มลดลง คือ ร้อยละ 7.30, 3.62, 2.33, 2.14 และ 3.90 อัตราการรักษาล้มเหลวมีแนวโน้มสูงขึ้น คือ ร้อยละ 1.71, 1.45, 1.18, 3.43 และ 1.79 จากผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีแอล (DOTS) ของจังหวัดสระแก้ว ดังกล่าวข้างต้นจะพบว่าในปีงบประมาณ 2556 ผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมาย ในการควบคุมป้องกันวัณโรคให้ได้ผลดีนั้น ตามที่วิธีการขององค์การอนามัยโลก แนะนำให้ประเทศต่างๆ กว่า 100 ประเทศนำไปปฏิบัติได้ผลดี คือ การรักษาผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อ โดยมีพีแอลคอยกำกับดูแลให้ผู้ป่วยกินยาครบถ้วน ทุกมื้อให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้า เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา จนหายจากวัณโรค และไม่แพร่เชื้ออีกต่อไป (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, 2556, หน้า 1 สรุปสถานการณ์วัณโรค) และตามที่ประเทศไทยได้นำการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้เป็นกลวิธีหลักในการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศ เพื่อเป็นเป้าหมายแห่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ประชาชนได้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งการสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบการบริการสาธารณสุขที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขระดับตำบลและหมู่บ้าน ด้วยการผสมผสานการให้บริการทั้งทางด้านรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง และประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานและการประเมินผลโดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐบาลด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสารการให้การศึกษาอบรมและระบบส่งต่อผู้ป่วยโดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลักและอาศัยการพัฒนาสาธารณสุขผสมผสานไปกับการพัฒนาของกระทรวงอื่นๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ปัญหาด้วยตนเองและพึ่งตนเองได้ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2543, หน้า 9) ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินการให้สุศึกษาและสื่อสารในพื้นที่ชุมชนของตนเอง เพื่อให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ในการเฝ้าระวังโรคแก่ประชาชนในพื้นที่ให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ค้นหาผู้ที่มีอาการสงสัย ให้เข้ารับการรักษาที่ถูกต้องประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ เช่น ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ โดยการจัดทำแผนชุมชน การประสานการดำเนินงานอื่นจากการกำหนดบทบาทให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพอนามัยให้คนในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านั้น จะต้องปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายเป็นอย่างดี

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเซอร์เมอร์ฮอร์น (Schermerhon, 2008, p. 151; อ้างถึงใน ลลิตา เสนกรรหา , 2552, หน้า 5) และปัจจัยเชิงจิต ด้านความสำเร็จงาน ลักษณะงาน และการได้รับการยอมรับนับถือ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ระดับ 0.01 จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจ ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ลักษณะของงาน ความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ความรับผิดชอบและผลประโยชน์ตอบแทน เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ลลิตา เสนกรรหา , 2552, หน้า 46)

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีแอล (DOTS) พื้นที่จังหวัดสระแก้ว ซึ่งโรควัณโรค กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขของ จังหวัดสระแก้ว และได้คัดเลือกปัจจัยที่เป็นประเด็นที่ยังไม่สามารถนำข้อสรุปจากการศึกษาในอดีต มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบกับในพื้นที่ที่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้คัดเลือก ปัจจัยที่มี ผลต่อการมีส่วนร่วมใน การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงาน การรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีแอล (DOTS) ในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรควัณโรค แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยประยุกต์เอาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผลที่ได้จากการวิจัยนี้ น่าจะนำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมการปฏิบัติงาน การรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีแอล (DOTS) ในจังหวัดสระแก้ว ซึ่งเป็นการ ส่งเสริมสุขภาพควบคุมป้องกันโรคในชุมชน สนับสนุน ลดผลกระทบของโรค วัณโรค เช่น งบประมาณในการรักษาผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัยโรคทางห้องชั้นสูง การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนที่ยั่งยืน รวมถึงเตรียมความพร้อม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อรองรับที่ประเทศไทยเข้าสู่สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในปี พ.ศ. 2558 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในโอกาสต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีแอล (DOTS) จังหวัดสระแก้วเป็นอย่างไร

1.2.2 ปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ และปัจจัยด้านแรงจูงใจ ในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีแอล (DOTS) จังหวัดสระแก้วเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว

1.3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัย ด้านความรู้ และปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว

1.4 สมมติฐานในการวิจัย

1.4.1 การมีส่วนร่วมในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสระแก้ว อยู่ในระดับต่ำ

1.4.2 อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การศึกษา อาชีพ รายได้ การได้รับการฝึกอบรม และการได้รับสิ่งของ/เอกสาร/วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS)

1.4.3 ปัจจัย ด้านความรู้ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS)

1.4.4 ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS)

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตการวิจัย มีดังนี้

1.5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา ใช้ทฤษฎีของเฮอร์ ซเบิร์ก เป็นทฤษฎีแรงจูงใจ ในการทำงาน ของมนุษย์ และแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.5.2 ขอบเขต ของประชากร ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 354 คน ซึ่งเป็นที่เลี้ยงในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาวัณโรค ในโรงพยาบาล จังหวัดสระแก้ว ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555-30 กันยายน 2556

1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

1.6.1 ตัวแปรต้น

ผู้วิจัย ได้ศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอร์ซเบิร์ก และแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม เพื่อนำมากำหนดเป็นตัวแปรต้นคือ

- 1) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ การได้รับการฝึกอบรม ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านและการได้รับสิ่งของ เช่น เอกสาร วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีทีเอช (DOTS) จังหวัดสระแก้ว
- 2) ปัจจัยด้านความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ต่อการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีทีเอช (DOTS) จังหวัดสระแก้ว
- 3) ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ปัจจัยจูงใจ ประกอบด้วย ความสำเร็จ ของงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้าในหน้าที่ การงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีทีเอช (DOTS) จังหวัดสระแก้ว
- 4) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ได้แก่ ร่วมวางแผนการดำเนินงาน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินงาน ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีทีเอช (DOTS) จังหวัดสระแก้ว

1.6.2 ตัวแปรตาม

ตัวแปรตาม ได้แก่ การมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อ การรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีทีเอช (DOTS)

ตัวแปรต้น ตัวแปรตาม



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

1.7 นิยามศัพท์

การวิจัยครั้งนี้ มีนิยามศัพท์เฉพาะ ดังนี้

1.7.1 ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอดและผลการเสมหะโดยวิธี direct smear acid fast bacilli (AFB positive)

1.7.2 พี่เลี้ยง หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรค

1.7.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลในชุมชน หมู่บ้าน ที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นตัวแทนหรือสมัครเข้ามา โดยผ่านการอบรมตามหลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านของกระทรวงสาธารณสุข มาดำเนินงานสาธารณสุขและได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว ปฏิบัติงานในชุมชนมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี เพื่อมาทำงานด้านสาธารณสุข ด้วยความสมัครใจ และไม่มีค่าตอบแทน

1.7.4 การรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบบีพีเลี้ยงกำกับดูแลการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค (DOTS) หมายถึง การรักษาวัณโรคโดยมีบุคคลที่ได้รับการฝึกอบรมทำหน้าที่สนับสนุนดูแลให้ผู้ป่วยกินยาทุกมื้อให้ครบอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ตามระยะเวลาของการรักษา (6-8 เดือน)

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การวิจัยครั้งนี้ มีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดังนี้

1.8.1 ทราบถึงระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบบีพีเลี้ยง (DOTS)

1.8.2 ทราบถึง ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบบีพีเลี้ยง (DOTS)

สำนักวิทยบริการ
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัย เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัย ด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัย ด้านความรู้ และปัจจัยด้านแรงจูงใจ ในการปฏิบัติงาน กับ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาในการทำวิจัย ประกอบด้วย

- 2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 2.2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรค
- 2.3 บทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค
- 2.4 แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
- 2.5 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน มีความสมัครใจและได้รับประกาศนียบัตรรองรับความรู้ ความสามารถ และยังได้รับการแต่งตั้งให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขโดยมีบทบาทสำคัญในฐานะ นักสื่อสารสุขภาพ ในชุมชนผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นในหมู่บ้าน ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพการเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการจัดกิจกรรมและการประสานการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน/ชุมชน จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2551, หน้า 1)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, 2554, หน้า 1-10) ดังนี้

1) ประเภทและจำนวน

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตาม หลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุข

กำหนดโดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสุขภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย ดังนี้

2) พื้นที่ชนบท: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน พื้นที่เขตเมือง: เขตชุมชนแออัด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 20-30 หลังคาเรือน เขตชุมชนชานเมือง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

ดังนั้น ในหมู่บ้าน/ชุมชนหนึ่งๆ อาจมีจำนวน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้นๆ โดยทั่วไปจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประมาณ 10-20 คน ต่อหมู่บ้าน

2.1.2 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ ความรับผิดชอบ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2553, หน้า 12-13) ดังนี้

1) เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจกข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาด หรือโรคติดต่อต่างๆ รับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษา และป้องกันสุขภาพเหิงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

3) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่

สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายยุงยากันยุง การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระจกหัก ข้อเคลื่อน ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

- 4) หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่
 - (1) จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน
 - (2) ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน
 - (3) ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน
- 5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็ก และร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากครรภ์และตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดาพาเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น
- 6) เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหา และพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่นๆ
- 7) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่างๆ
- 8) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

2.1.3 คุณสมบัติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (กระทรวงสาธารณสุข , 2553, หน้า 14) ดังนี้

- 1) อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์
- 2) มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 3) มีความรู้ สามารถอ่านออกเขียนได้
- 4) สมัยครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข
- 5) ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง
- 6) มีความประพฤติ อยู่ในกรอบ ศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจ และยกย่องจากประชาชน
- 7) มีสุขภาพดีทั้งกายและใจและมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่าง

มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สถานภาพของการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐาน และ

กลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.1.4 การฟื้นฟูสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (กระทรวงสาธารณสุข 2553, หน้า 14) ดังนี้

1) วาระกำหนดให้มีวาระคราวละ 4 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงานร่วมกับการพิจารณาของประชาชน และองค์กรของหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยตนเอง เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชนหากมีความจำเป็นก็ต้องใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นกันเองกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอยู่รวมทั้งกรรมการหมู่บ้าน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น

2) การฟื้นฟูสภาพ

- (1) ตาย
- (2) ลาออก
- (3) เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถแล้วแต่กรณีหรือ
- (4) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีคำสั่งให้ฟื้นฟูสภาพ ตามที่หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทนจำนวนไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 ของหลังคาเรือนที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรับผิดชอบ ร่วมกันลงลายมือชื่อยื่นหนังสือต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแล้วแต่กรณี และอาจตั้งคณะกรรมการ เพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริง ก่อนมีคำสั่งให้ฟื้นฟูสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หากปรากฏข้อเท็จจริงตามรายงานการตรวจสอบอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

ค. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นั้นไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ ที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานของรัฐจัดขึ้นโดยไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็น

ข. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นั้นไม่รักษาจรรยาบรรณของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือมีความประพฤติเสียหายที่อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียศักดิ์ศรีขององค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.1.5 มาตรฐานสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (หลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2553, หน้า 9)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขไว้ในหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปี พ.ศ. 2553 ดังนี้

- 1) สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่
- 2) สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการเฝ้าระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย
- 3) สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน
- 4) สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อม

5) สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมีผลต่อการจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ

6) สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ

7) สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน

2.1.6 บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้ผู้ป่วยวัณโรคกินยาต่อหน้า (DOT) การติดตาม กระตุ้น และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการให้ความรู้คำแนะนำ การดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2551, หน้า 3)

สรุป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลในชุมชนที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นตัวแทนมาดำเนินงานสาธารณสุขและได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ โดยมีบทบาทในงานสาธารณสุขมูลฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และปฏิบัติงานในชุมชนมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

2.2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรค

2.2.1 วัณโรค

วัณโรค (tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย mycobacterium หลายชนิดที่พบบ่อยที่สุด และเป็นปัญหาในประเทศไทย คือ M. tuberculosis สำหรับ M. africanum พบในแถบแอฟริกา ส่วน M. bovis นั้น มักก่อให้เกิดโรคในสัตว์ซึ่งอาจติดต่อมาถึงคนได้โดยการบริโภคนมที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ นอกเหนือจากเชื้อ mycobacterium สามชนิดข้างต้นแล้วเราอาจพบ mycobacterium ชนิดอื่นๆ ได้ในธรรมชาติ ซึ่งมักไม่ก่อให้เกิดโรค เชื้อเหล่านี้เดิมเรียก atypical mycobacterium หรือ mycobacterium other tuberculosis (Mott) ในปัจจุบันเรียกว่า nontuberculous mycobacteria (NTM) อย่างไรก็ตาม หากเชื้อเหล่านี้ก่อโรคในคนแล้วมักจะมีปัญหาในเรื่องการรักษาด้วยวัณโรคทั่วไป (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551, หน้า 1)

2.2.2 การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

เชื้อวัณโรคจะแพร่กระจายจากปอดของผู้ป่วยวัณโรค เมื่อผู้ป่วยไอ จาม หรือบ้วนเสมหะ เชื้อเหล่านี้จะอยู่ในฝอยละออง (droplets) และหายใจเข้าสู่ปอดของบุคคลทั่วไป แล้วไปเกาะกันอยู่ในบริเวณหนึ่งที่เรียกว่า primary focus เชื้อวัณโรคอาจแพร่ไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่ซั้วปอด ทำให้ต่อมน้ำเหลืองโตขึ้น เราวมเรียก primary focus และต่อมน้ำเหลืองที่โตขึ้น primary complex อย่างไรก็ตามมีเพียง ร้อยละ 10 ของผู้ที่ติดเชื้อเหล่านี้จะป่วยเป็นวัณโรค ซึ่งอาจเกิดภายหลังติดเชื้อในไม่กี่สัปดาห์ หรืออีก 20-30 ปีต่อมาก็ได้ กล่าวโดยสรุป คือ หากผู้ติดเชื้อวัณโรคมีภูมิต้านทานที่ลดลง (เช่น ภาวะขาดสารอาหาร เบาหวาน ฯลฯ) โอกาสป่วยเป็นวัณโรคก็มากขึ้น ในปัจจุบันนี้ การติดเชื้อเอชไอวี เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการป่วยเป็นวัณโรค (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551, หน้า 1)

2.2.3 อาการสงสัยเป็นวัณโรค (tuberculosis suspects)

อาการที่สำคัญของวัณโรคปอด คือ ไอเรื้อรังติดต่อกันนานกว่า 2 สัปดาห์ อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้ คือ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย มีไข้ (มักจะเป็นตอนบ่าย เย็น หรือตอนกลางคืน) ไอมีเลือดปน (haemoptysis) เจ็บหน้าอก หายใจขัด สำหรับผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคนอกปอด (extra pulmonary tuberculosis) มักจะมีอาการทั่วไป ได้แก่ น้ำหนักลด มีไข้ และมีเหงื่อออกตอนกลางคืน ทั้งนี้ อาการอื่นๆ อาจมีได้ขึ้นอยู่กับอวัยวะที่เป็นโรค เช่น ถ้าเป็นวัณโรคต่อมน้ำเหลือง อาจมี discharge ไหลออกมาจากต่อมที่โตได้ เมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยอาจเป็นวัณโรคปอด จะต้องตรวจเสมหะ 3 ครั้ง เป็นอย่างน้อย โดยใช้เวลาเก็บเสมหะ 2-3 วัน และต้องส่งเสมหะไปยังห้องชันสูตรภายในเวลา 7 วัน (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551, หน้า 25-26)

2.2.4 วิธีการวินิจฉัยโรค

การตรวจเสมหะเพื่อหาเชื้อวัณโรค การตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ direct microscopy หรือ direct smear เป็นวิธีการหลักของงานควบคุมวัณโรค สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ สามารถใช้รายงานของบริการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อให้บริการครอบคลุม โดยทั่วถึง ส่วนการเพาะเลี้ยงเชื้อ (culture) ในสภาพการปัจจุบันดีขึ้นเพราะโรงพยาบาลต่างๆ ในภูมิภาคสามารถทำได้แล้วที่ยังมีปัญหา คือ สถานที่รับทดสอบความไวของเชื้อต่อยาซึ่งยังมีจำนวนน้อย โอกาสในการพบเชื้อวัณโรคในเสมหะขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2551, หน้า 25-26)

1) ปริมาณเสมหะ ในแต่ละครั้งของการเก็บส่งตรวจไม่ควรน้อยกว่า 5 มิลลิลิตร และต้องมีคุณภาพ คือ มีลักษณะเป็นเมือก เหนียว สีขุ่นเข้มคล้ายหนอง ต้องได้จากการไอ ไม่ใช่จากจากลำคอ

2) ปริมาณเชื้อวัณโรคจากเสมหะ การที่จะมีโอกาสพบเชื้อวัณโรคโดยการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์นั้น ในเสมหะ 1 มล. ต้องมีเชื้อประมาณ 10,000 เซลล์ขึ้นไป ซึ่งโอกาสจะพบเชื้อมีแค่ร้อยละ 50 แต่ถ้าในเสมหะมีปริมาณเชื้ออยู่ถึง 50,000 เซลล์ หรือมากกว่า โอกาสตรวจพบเชื้อจะมีร้อยละ 99.95 ถ้าปริมาณเชื่อน้อยกว่า 10,000 เซลล์ โอกาสตรวจพบด้วยกล้องจุลทรรศน์จะน้อยลงมาก แต่ถ้าใช้วิธีการตรวจโดยการเพาะเลี้ยงเชื้อก็จะช่วยในการวิเคราะห์โรคได้มากยิ่งขึ้น

3) จำนวนครั้งที่ตรวจ ในแง่ปฏิบัติควรตรวจ 3 ครั้ง ดังนี้ คือ
ครั้งที่ 1 ให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะทันที (spot sputum) บ้วนใส่ภาชนะแล้วส่งตรวจ
ครั้งที่ 2 ในเช้าวันที่จะไปโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะเมื่อตื่นนอนตอนเช้า ก่อนล้างหน้า แปรงฟัน บ้วนใส่ภาชนะแล้วนำมาส่งตรวจ (collection sputum)
ครั้งที่ 3 เป็นตัวอย่างเสมหะ spot sputum ที่เก็บหลังจากที่นำตัวอย่างครั้งที่ 2 มาส่งแล้ว

2.2.5 การจำแนกประเภทผู้ป่วย (disease classification)

วัณโรคสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกอวัยวะในร่างกาย โดยส่วนมากร้อยละ 80.00 มักพบที่ปอด ซึ่งแบ่งผู้ป่วยวัณโรคออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ และการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยแต่ละประเภท (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551, หน้า 35) ดังนี้

1) วัณโรคปอด (pulmonary tuberculosis) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ โดยวิธี direct smear เป็นบวกอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือผู้ป่วยที่มีผลเสมหะเป็นบวก 1 ครั้ง ภาพรังสีทรวงอก เข้าได้กับวัณโรคปอดหรือผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะโดยวิธี direct smear เป็นบวก 1 ครั้ง และมีผลเพาะเชื้อ เป็นบวก 1 ครั้ง รวมถึงผู้ป่วยที่มีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้รับวัณโรคตรวจเสมหะอย่างน้อย 3 ครั้ง เป็นลบไม่ตอบสนองต่อการให้ยาปฏิชีวนะ

2) วัณโรคนอกปอด (extrapulmonary tuberculosis) ได้แก่ วัณโรคอวัยวะอื่นๆ นอกเหนือจากปอด เช่น วัณโรคต่อมไทรอยด์ วัณโรคลำไส้ วัณโรคกระดูก วัณโรคผิวหนัง วัณโรคที่ไต และวัณโรคที่เยื่อหุ้มสมอง การวินิจฉัยโดยอาศัยการตรวจชิ้นเนื้อให้ผลบวก หรือผลการตรวจร่างกาย เข้าได้กับข้อบ่งชี้ชัดเจนและแพทย์ตัดสินใจรักษาโรค

2.2.6 กลวิธีการรักษาวัณโรค ด้วยระบบระยะสั้น (directly observe treatment short course หรือ DOTS)

DOT และ DOTS คืออะไร directly observed treatment หรือ DOT แปลตรงตัวก็คือ การรักษายาในการสังเกตโดยตรง หมายถึง การรักษาวัณโรคให้บุคคลที่ได้รับการฝึกอบรม ทำหน้าที่สนับสนุนดูแลให้ผู้ป่วยกินยาทุกขนาน ตามขนานทุกมื้อให้ครบถ้วน (ซึ่งอาจเรียกว่า การบริหารยาแบบมีพี่เลี้ยง โดยแต่เดิมองค์การอนามัยโลกก็ได้เสนอแนะให้เข้ามาบ้างแล้วตั้งแต่ ปี 2507 (ค.ศ. 1964) โดยเรียกว่า fully supervised treatment ในการเสนอแนะแนวความคิดเรื่อง “แผนงานวัณโรคแห่งชาติ” (national tuberculosis programme: NTP) (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551, หน้า 59)

DOTS หมายถึงยุทธศาสตร์ใหม่ที่เสนอแนะโดยองค์การอนามัยโลกตั้งแต่ปี 2537 ที่พิสูจน์แล้วว่า มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการควบคุมการระบาดของวัณโรค ในปัจจุบันโดยมี 5 องค์ประกอบหลัก ซึ่งต่อมาเนื่องจากประเทศส่วนมากประสบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานและขยายงาน ในกิจกรรมควบคุมวัณโรค จึงได้มีการตั้งหุ้นส่วนระดับโลกเชื่อมโยงสุขภาพเข้ากับภาคเศรษฐกิจ-สังคม เพื่อต่อสู้วัณโรค สถาบันหุ้นส่วนนี้เรียกว่า “หุ้นส่วนเพื่อหยุดวัณโรค” (stop TB partnership) ซึ่งได้ขยายกรอบงาน (expanded DOTS framework) เมื่อปี 2545 ให้เป็นองค์ประกอบแรกของ 6 องค์ประกอบของยุทธศาสตร์หยุดวัณโรค (stop TB strategies) ซึ่งได้กล่าวแล้วในบทที่ 2 ใหม่ เพื่อติดตามดำเนินการขยายและส่งเสริมยุทธศาสตร์ DOTS ด้วยคุณภาพ ดังต่อไปนี้

1) พันธกิจที่ต่อเนื่องของรัฐบาล โดยผู้บริหารระดับสูงที่จะเพิ่มกำลังคนและแหล่งเงิน เพื่อให้การดำเนินงานควบคุมวัณโรคผสมผสานเป็นส่วนสำคัญ อยู่ในระบบบริการสาธารณสุข ของชาติให้กว้างขวางทั่วประเทศ

2) เข้าถึงวิธีการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ที่ประกันคุณภาพเพื่อค้นหาผู้ป่วย ในผู้ที่มาด้วยอาการ หรือพบโดยการคัดกรองด้วยอาการของวัณโรค (ที่สำคัญที่สุด คือ ไอเป็นระยะ เวลานาน) โดยจำเป็นที่จะต้องฟังเสียงเป็นพิเศษในผู้ที่ติดเชื้อ HIV และในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้สัมผัสโรคในบ้านที่มีผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อวัณโรคและกลุ่มที่ต้องอยู่รวมกันในบ้านต่างๆ

3) การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น มาตรฐานแก่รายผู้ป่วยวัณโรคทุกรายภายใต้สภาวะการบริหารจัดการรายผู้ป่วยที่ถูกต้องรวมทั้ง DOT และการสนับสนุนผู้ป่วยที่ชอบด้วยหลักวิชาและบริการที่สนับสนุนการรักษาในด้านสังคม

4) มียารักษาวัณโรคที่ประกันคุณภาพจ่ายโดยไม่ขาดแคลน โดยระบบการจัดหาและการจัดส่งยาที่เชื่อถือได้

5) มีระบบทะเบียนรายงานสำหรับประเมินผลการรักษาผู้ป่วยทั้งสิ้น และประเมินสมรรถนะของแผนงานโดยส่วนรวม เป็นพื้นฐานของการติดตามแผนงานอย่างเป็นระบบ เพื่อการแก้ไขปัญหาที่ตรวจพบ

2.2.7 การจัดบริการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (organization of tuberculosis treatment service)

จำเป็นต้องมีโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้แน่ใจในการยอมรับรักษาครบถ้วนประกอบด้วยมาตรการ (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551, หน้า 60) ดังต่อไปนี้

- 1) มีหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบแน่นอน
- 2) การขึ้นทะเบียนการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์และวิธีอื่นๆ การเพาะเลี้ยงเชื้อและข้อมูลอื่นๆ เช่น การเพาะเลี้ยงเชื้อและข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในสมุดทะเบียนชั้นสูตรเชื้อวัณโรค และการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคในสมุดทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค เพื่อติดตามและประเมินผล
- 3) การให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้เข้าใจความจำเป็นในการรักษา โดยสม่ำเสมอ และครบถ้วนและเพื่อให้เข้าใจและยอมรับการรักษาแบบมีที่เลี้ยง หรือมีผู้สนับสนุน
- 4) ต้องพยายามให้ผู้ป่วยวัณโรคทุกราย หรืออย่างน้อยผู้ป่วยที่ตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ทั้งผู้ป่วยใหม่ และผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษามาแล้วได้รับการรักษาแบบ DOT
- 5) การนัดหมาย/การติดตามการรักษาแต่ละครั้งในช่วงที่เหมาะสม โดยการบันทึกรายละเอียดที่อยู่ของผู้ป่วย หรือที่ทำงาน (ถ้าผู้ป่วยยินยอม) เพื่อติดต่อทางโทรศัพท์ จดหมาย หรือผ่านทางหน่วยงานเครือข่ายที่ใกล้ที่อยู่ผู้ป่วยให้ช่วยติดตามให้
 - (1) ให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วยในการมาติดต่อ ทั้งเวลา และสถานที่ โดยเฉพาะในการมารับ DOT
 - (2) การแจ้งเตือนผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนถึงวันนัด จะได้ผลดีกว่าการติดตามหลังจากการผิดนัด ซึ่งมักจะชกซ้ำ
 - (3) บริการประทับใจ แสดงความห่วงใย การให้ความเป็นกันเอง แสดงความห่วงใยและบริการที่ทำให้กำลังใจ เช่น การช่วยแก้ปัญหาอุปสรรคของผู้ป่วยในการมารับการรักษาการแจ้งผลความก้าวหน้าในการรักษา ฯลฯ
 - (4) การเตรียมยาให้ผู้ป่วยกินได้ง่ายและกันลืม เช่น รวมยาหลายขนานไว้ในซองที่ปิดได้ตามขนาดกินรวมครั้งเดียวต่อวันหรือการใช้เม็ดยาที่รวม 2 หรือ 3 หรือ 4 ขนาน (fixed dose combinations: FDCs) ที่ได้มาตรฐานในการผลิตและมีการศึกษา bioavailability ที่เชื่อถือได้
 - (5) มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ เช่น การส่งต่อไปยังสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านผู้ป่วย เป็นต้น

(8) ควรจะมีการพบปะปรึกษาหารือระหว่างเจ้าหน้าที่แผนงานวัณโรคแห่งชาติ หน่วยงานบริการสาธารณสุขท้องถิ่น และชุมชนเพื่อพิจารณาหาทางให้มีการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยชุมชน เพื่อส่งเสริมการตรวจหาผู้ป่วยวัณโรคและการให้การรักษา DOT โดยผู้นำชุมชน ซึ่งอาจจะรวมทั้งการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์โดยชุมชนด้วย

2.2.8 แนวทางการดำเนินการ DOT

การดำเนินงาน DOT (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข 2551, หน้า 61-63) รายละเอียดดังนี้

1) ผู้ป่วยที่ให้การรักษาแบบ DOT เรียงตามลำดับความสำคัญ ดังนี้ ผู้ป่วยวัณโรค ที่ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ พบ acid-fast bacilli หรือ AFB (smear-positive TB) และ ที่ตรวจ smear-negative แต่มีขนาดของโรคในปอดมาก ที่มีโรคเอชไอวีรุนแรงหรือวัณโรคนอกปอด ที่รุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยใหม่ ที่ไม่เคยได้รับการรักษาหรือเคยได้รับยาวัณโรคมาไม่เกิน 1 เดือน และ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาวัณโรคมาแล้ว ได้แก่ รักษาหายแล้วกลับเป็นซ้ำ (relapse) รักษาซ้ำ หลังจากขาดยานานเกิน 2 เดือน (treatment after default) และการรักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว (treatment failure) ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ไม่พบ AFB (smear-negative PTB) โดยอาจมีผลเพาะเชื้อเป็นบวกรหรือเป็นลบ

2) บุคคลที่มีหน้าที่สนับสนุนการรักษาวัณโรค (tuberculosis treatment supporter) ซึ่งแต่เดิมเคย เรียกว่า พี่เลี้ยงคอยกำกับการดูแลให้ผู้ป่วยกินยา จะต้องได้รับการฝึกอบรมให้มีหลักเกณฑ์ พิจารณาคุณสมบัติเรียงตามลำดับความสำคัญดังนี้ความน่าเชื่อถือได้ (accountability) เป็นความสำคัญ อันดับแรก ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ (accessibility) และกการยอมรับของผู้ป่วย (acceptance) เป็นรอง ผู้สนับสนุนการรักษาวัณโรค หน้าที่ที่สำคัญส่วนใหญ่ที่จะต้องดูแลให้ผู้ป่วยกินยา รักษาวัณโรค อย่างสม่ำเสมอตามกำหนดจนตลอดระยะเวลาของการรักษา และยังคงคอยรับฟังปัญหาและ ให้กำลังใจผู้ป่วยเป็นส่วนของการสนับสนุนด้วยการเลือกบุคคลที่จะทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนการรักษา วัณโรคให้พิจารณาตามความเหมาะสมจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติและได้รับการยินยอมของผู้ป่วย แต่ละราย ควรให้ผู้ป่วยผู้สนับสนุนการรักษาวัณโรคเอง

(1) เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรประจำโรงพยาบาล สถานบริการทางการแพทย์หรือ สาธารณสุข เช่น สถานีอนามัยที่อยู่ใกล้บ้านผู้ป่วยมากที่สุดที่ผู้ป่วยจะไปรับ DOT (ทุกวันหรือเว้นระยะ) ได้สะดวกหรือถ้ามีปัจจัยพร้อม เจ้าหน้าที่ที่อาจนำไปให้ผู้ป่วยกินที่บ้านก็ได้

ก. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้รักษาที่โรงพยาบาลก็เป็นโอกาสอันดีที่จะให้ DOT ตลอดจนการแนะนำในการทำ DOT ต่อหลังจากจำหน่าย

ข. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมาฉีดยาตามนัดก็เป็นโอกาสที่จะให้กินยาไปด้วยพร้อมกัน

(2) ถ้าผู้ป่วยไม่มารับ DOT ที่โรงพยาบาลหรือสถานีอนามัยอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านหรือผู้นำชุมชนอื่น ได้แก่ ครู พระสงฆ์ บุคคลอื่นๆ ฯลฯ ที่อยู่ในหมู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย น่าจะเหมาะสมที่สุดเพราะอยู่ใกล้บ้านผู้ป่วยซึ่งยิ่งในระดับหมู่บ้านในชนบทมักมีปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ที่จะต้องให้ DOT เฉลี่ยเพียง 1 คนต่อปี และบางหมู่บ้านอาจไม่มีผู้ป่วยวัณโรคนอกจากนี้ก็มีผู้ดูแลสุขภาพ ของคนงานในโรงงาน ซึ่งถ้าได้รับความร่วมมือจากผู้ประกอบการ เจ้าของโรงงานผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับ

การรักษา (โดยวิธี DOT) หายแล้ว ก็มีตัวอย่างในประเทศอื่นๆ ที่สามารถให้การฝึกอบรมให้ทำหน้าที่สนับสนุนการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยการให้ DOT ได้ดีทัดเทียมกับเจ้าหน้าที่ได้

(3) อาศัยความร่วมมือกับแผนงานอื่น ที่อาจมีเจ้าหน้าที่ที่มีเวลามาช่วยทำหน้าที่ให้การรักษาแบบ DOT เช่น จากแผนงานโรคเรื้อน แผนงานโรคที่นำโดยแมลง ฯลฯ

(4) โดยทั่วไปไม่ควรให้สมาชิกหรือญาติครอบครัวผู้ป่วยทำหน้าที่ DOT เพราะจะต้องมีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบท้องที่ที่ผู้ป่วยอยู่เยี่ยมติดตามแต่เนิ่นๆ โดยเฉพาะในระยะเข้มข้นของการรักษา ทุก 1-2 สัปดาห์ ใน 2 เดือนแรก เพื่อให้ทำหน้าที่ DOT ให้ถูกต้อง และถ้าขาดการเยี่ยมดังกล่าว ผลมักจะไม่ดีกว่าให้ผู้ป่วยเอายาไปกินเองที่บ้าน ซึ่งจะมีการขาดการรักษาบ่อยๆ กัน

3) เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้สนับสนุนการรักษาวัณโรค

(1) ให้กำลังใจ และสนับสนุนดูแลให้ผู้ป่วยกินยาทุกขนานทุกมื้อโดยครบถ้วน โดยทั่วไปให้ยารวม 1 มื้อ/วัน

(2) ถาม หรือสังเกตอาการของผู้ป่วย ว่ามีอาการแพ้ยาหรือไม่ ถ้ามีอาการไม่มาก เช่น คลื่นไส้ เบื่ออาหารปวดท้องอาจให้ลดขนาดความวิตมนะนำให้กินอาหารพร้อมกับยาก็พอ หรือมีปัสสาวะเป็นสีส้ม ก็ช่วยให้คลายความกังวล แต่มีอาการมากกว่านี้ เช่น คั้น ผื่นขึ้น ตามตัว หรือตาเหลือง อาเจียนไม่หยุด หูหนวกตามัว ก็ให้หยุดยาทันทีแล้วส่งพบแพทย์

(3) จัดการให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะ เพื่อส่งตรวจอย่างน้อยเดือนที่ 2 เดือนที่ 5 และเมื่อสิ้นสุดการรักษา เพื่อส่งผลการตรวจให้แพทย์ทราบและทบทวนผลการรักษาทุกครั้ง

(4) บันทึกการให้ DOT ลงในบัตรบันทึกการรักษา (กรณีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้) DOT card (ถ้าเป็นอาสาสมัคร ผู้นำชุมชนเป็นผู้ให้)

(5) ให้กำลังใจและแจ้งผลความก้าวหน้าการรักษาให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ได้ทราบเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารับการรักษาโดยไม่ขาด

(6) รับดำเนินการติดตาม หรือเยี่ยมบ้านถ้าผู้ป่วยผิदनัด

(7) คอยดูแลและจัดยามาเตรียมไว้ให้พร้อมอยู่เสมอ

(8) ผู้สนับสนุนการรักษา หรือผู้ป่วยจะไม่อยู่เป็นการชั่วคราว ต้องจัดการให้ยาชั่วคราวไม่เกิน 1 สัปดาห์ หรืออาจจะต้องให้มีการส่งต่อไปดูแลจากสถานบริการที่มีมาตรฐานที่เหมาะสม

4) ดำเนินการสนับสนุนและรายละเอียดด้านอื่นๆ

(1) เตรียมบริการสถานที่ควรจัดอย่างง่ายๆ เช่น มุมหนึ่งของคลินิก (DOT corner) ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก อาจติดประกาศรายชื่อของผู้ป่วยและวันที่จะต้องมารับ DOT พร้อมทั้งเตรียม package หรือซองใส่ยาของผู้ป่วยแต่ละคน แต่ละวันสำหรับผู้ป่วยกินครั้งเดียว หรืออาจให้ยาเม็ดรวม (FDCs) เพื่อที่จะให้เจ้าหน้าที่ที่จะมาให้ DOT สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ใกล้สถานพยาบาลได้สะดวก

(2) เมื่อแพทย์วินิจฉัยโรค และกำหนดระบบยาแล้ว ให้นำผู้ป่วยและครอบครัว มาให้การปรึกษา (counseling) อธิบายถึงความจำเป็นเพื่อให้ยอมรับการรักษาแบบ DOT

(3) ถามที่อยู่ปัจจุบันที่ชัดเจนที่จะติดตามได้สถานที่ใกล้เคียง หมายเลขโทรศัพท์ ภูมิลาเนาเดิมมาอยู่ชั่วคราว อยู่นาน หรือสม่าเสมอเพียงใด อาชีพ รายได้ การได้รับความช่วยเหลือในการรักษา ประวัติการรักษาโรคอื่น หรือวัณโรค การใช้ยาเสพติด การต้องโทษในเรือนจำ ฯลฯ การเดินทางมารับการรักษา การทำงาน เพื่อพิจารณาว่าจะมีอุปสรรคที่จะมารับ DOT หรือไม่

(4) พิจารณาเลือกผู้ที่จะทำหน้าที่สนับสนุนการรักษาฯ ตามความเหมาะสม และความยินยอมของผู้ป่วยแต่ละราย โดยการพิจารณาจะอยู่บนพื้นฐานของการยอมรับซึ่งกันและกัน (อย่าให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกผู้สนับสนุนการรักษาเอง) ถ้าผู้ป่วยอยู่ใกล้โรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพ และสะดวกในการเดินทางก็อาจมารับ DOT ที่สถานบริการนั้นๆ หรือถ้าอยู่ไกลก็พิจารณาโอนย้ายผู้ป่วยไปติดต่อขอรับ DOT จากสถานบริการในเครือข่ายหรือนอกเขตที่สถานบริการรับผิดชอบ ที่มีการปฏิบัติในมาตรฐานเดียวกันและอยู่ใกล้บ้านผู้ป่วยมากที่สุด โดยให้ส่งสำเนาบัตรบันทึกการรักษา ที่กรอกข้อมูลผลการตรวจแล้วไปให้ด้วย

(5) ไม่ว่าผู้ป่วยจะได้รับการกำหนดให้ได้รับ DOT โดยผู้ใดหรือโดยวิธีใดหรืออาจเป็นผู้ป่วยที่ยังไม่อยู่ในระดับความสำคัญที่จะต้องรับ DOT เช่น ผู้ป่วยที่ smear-negative หรืออาจจะไม่สะดวกที่จะมารับ DOT ก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้านหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรค และการปรึกษาเป็นที่เข้าใจและเต็มใจที่จะปฏิบัติในการรักษาแล้ว ก็ควรถือโอกาสนำยาที่ผู้ป่วยได้รับไปกินเอง มาแสดงให้ผู้ป่วยเริ่มปฏิบัติโดยการกินยามื้อแรกต่อหน้าเจ้าหน้าที่ (และให้เป็นการเรียนรู้ DOT โดยเจ้าหน้าที่เอง) และไม่ควรจ่ายยาล่วงหน้าให้กับผู้ป่วยที่จะต้องรับ DOT เพราะทำให้ผู้ป่วยไปบริหารยาเองโดยไม่มีกรอกกำกับดูแล

(6) การให้ DOT ในเมื่อยังมีพลังบุคลากร และทรัพยากรจำกัดในระยะแรก ให้อย่างน้อยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความสำคัญอันดับหนึ่งก่อน คือ มีผลเสมหะ smear-positive ดังกล่าวแล้ว แต่ถ้าระบบยาในระยะต่อเนื่องมียาไรแฟมพิซินก็ต้องให้ DOT ตลอดไปจนครบ 6 เดือน เมื่อมีความพร้อมในปัจจุบันต่างๆ ก็อาจขยาย DOT ไปยังผู้ป่วยที่ smear-negative ได้

(7) ในผู้ป่วยที่เจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้ DOT อาจใช้ระบบยาแบบเว้นระยะสัปดาห์ละ 3 วัน เพื่อลดภาระของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

(8) ถ้าผู้สนับสนุนการรักษาวัณโรคเป็นอาสาสมัคร ผู้นำชุมชน หรือผู้ดูแลคนงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องออกไปเยี่ยมผู้ปฏิบัติ หรือเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ในระยะเข้มข้น และอย่างน้อยเดือนละครั้งในระยะต่อเนื่อง

(9) ควรพิจารณาจัดหาสิ่งจูงใจ (incentives) และปัจจัยอื่นๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ (enablers) ให้แก่ผู้ป่วยที่มารับการรักษาโดย DOT เช่น แจกผ้าเช็ดหน้าเพื่อไม่ให้หัดปิดปาก และจุ่มเวลาไอ และจาม ของใช้ส่วนตัว เงินค่ารถประจำทาง อาหารเสริม ฯลฯ

(10) ผู้ทำหน้าที่สนับสนุนการรักษาวัณโรคต้องจัดการให้ถ้วยเสมหะแก่ผู้ป่วย เพื่อเก็บเสมหะส่งห้องปฏิบัติการตรวจตามกำหนดครั้งละ 2 ตัวอย่าง เมื่อได้ผลการตรวจก็แจ้งผลให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพื่อทบทวนการรักษา โดยเฉพาะเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นและเมื่อครบการรักษา

5) การติดตามประเมินผล DOT

(1) ตรวจสอบเปรียบเทียบระหว่างทะเบียนการตรวจเสมหะ แผ่นบันทึกผู้ป่วยวัณโรค และ DOT card ปริมาณยาที่ยังเหลืออยู่ดูสีส้มแดงในปัสสาวะ

(2) ตรวจสอบการลงทะเบียนและข้อมูลที่สำคัญในแผ่นบันทึกการรักษา เช่น ประวัติการรักษาในอดีตระบบยา ผลการตรวจเสมหะ ฯลฯ ลงครบถ้วน และทันต่อเหตุการณ์เพื่อทบทวนผลการรักษาโดยแพทย์

(3) ทำ cohort analysis ของผู้ป่วยเป็นรุ่นที่ขึ้นทะเบียนในงวดละ 3 เดือน เพื่อประเมินผลการตรวจรักษาผู้ป่วยทั้งหมด และผลสัมฤทธิ์ของการควบคุมวัณโรค

(4) ควรหาโอกาสพบปะปรึกษาหารือกับผู้ที่ทำหน้าที่สนับสนุนการรักษาวัณโรค (DOT meeting) observer เพื่อทราบปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

2.2.9 หลักการสำคัญของDOTS (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข 2551, หน้า 64)

1) ความสะดวกของผู้ป่วยในการมารับบริการ ณ สถานบริการสาธารณสุขที่ใกล้บ้าน ลดค่าใช้จ่ายและไม่เสียเวลาทำมาหากิน

2) การกระจายการให้บริการรักษาไปยังสถานบริการที่ใกล้ที่สุด โดยแบ่งการบริการเป็นการตรวจวินิจฉัยคงไว้ที่โรงพยาบาล ส่วนสถานอนามัยชุมชนในการดูแลเรื่องยาภายหลังการตรวจวินิจฉัยแล้ว

3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในผู้ป่วยบางรายที่อยู่ห่างไกลจากสถานบริการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนในโครงสร้างสาธารณสุขของประเทศ สามารถมีบทบาทในการจ่ายยาให้ผู้ป่วยรับประทานได้ทุกวัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้ทุกวัน หรือถ้าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่สามารถจ่ายยาให้ผู้ป่วยรับประทานได้ทุกวัน สมาชิกในครอบครัวจะทำหน้าที่นี้ได้ แต่ต้องมีการตรวจเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งใน 2 เดือนแรกของการรักษา ผู้ทำหน้าที่ตรวจเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอาจจะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็ได้

4) การควบคุมคุณภาพ ต้องอาศัยบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ ซึ่งจะทำหน้าที่ในการประสานงานมีการนิเทศงานหรือติดตามเยี่ยมการรวบรวมข้อมูลทะเบียนรายงานวัณโรคที่เกี่ยวข้อง

2.3 บทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค

การดูแลกันเองยามเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว เป็นสิ่งที่บุคคลในครอบครัวมีอาจหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะการที่บุคคลในครอบครัวคนหนึ่งต้องเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถติดต่อกันได้ โดยง่ายโดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ จึงนับได้ว่าบุคคลในครอบครัวเองต้องเผชิญอยู่กับสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพกายและอีกประการหนึ่งบุคคลในครอบครัวเองก็ย่อมมีความวิตกกังวลกลัวจะติดโรคจากผู้ป่วยนับว่าเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต การจัดการหรือให้การสนับสนุนให้บุคคลอยู่กับสิ่งแวดล้อม (ผู้ป่วย) และทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยกลวิธี DOTS (จินตนา แว่วสวัสดิ์, 2546, หน้า 67-68)

บทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (จินตนา แว่วสวัสดิ์, 2546, หน้า 68) ดังนี้

ประการแรก ในแง่การป้องกันโรค ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรคเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคและเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค เนื่องจากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีเชื้อวัณโรค

จากตัวผู้ป่วยที่เป็นแหล่งเกิดโรค ดังนั้น จึงต้องมีการจัดการกับสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อทำลายเชื้อ ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ทั้งการกำจัดเสมหะ การจัดบ้านให้โปร่ง อากาศถ่ายเทสะดวก การตากเตอนผู้ป่วยให้ปิดปากปิดจมูกเวลาไอ จาม

ประการที่สอง พี่เลี้ยงต้องดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอทุกวัน นับเป็นหัวใจ สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรค ร่วมกับดูแลผู้ป่วยในด้านการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ การพักผ่อน การงดเว้นสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ นับเป็นการช่วยฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยให้แข็งแรง เป็นการส่งเสริมการหายของผู้ป่วย

ประการที่สาม นอกจากให้ดูแลให้ผู้ป่วยทางด้านร่างกายแล้ว พี่เลี้ยงยังต้องให้การดูแลจิตใจ ผู้ป่วยด้วย ด้วยการพูดคุย ซักถามปัญหาต่างๆ และให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนคอยช่วยเหลือ หรือถูกรังเกียจ การมีคนคอยห่วงใย ให้การดูแล ย่อมก่อให้เกิดความซาบซึ้งใจ เกิดความรักใคร่ผูกพัน เกิดกำลังใจในการรักษาตนเอง และนับเป็นการสร้างเสริมความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว

2.4 ทฤษฎีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

2.4.1 ความหมายของแรงจูงใจ

แรงจูงใจเป็นคำที่ใช้กันมากแต่บางครั้งก็ใช้กันไม่ค่อยถูกต้อง ความจริงแล้วแรงจูงใจใช้เพื่อ อธิบายว่าทำไมอินทรีย์จึงกระทำอย่างนั้นและทำให้เกิดอะไรขึ้นมาบ้าง มีนักวิชาการหลาย ท่านได้ให้ ความหมายไว้ดังนี้

เดล เอส บีช (Beach, 1965; อ้างถึงใน สมพร ศรีประเสริฐ, 2555, หน้า 6) ให้ความหมาย การจูงใจ ว่าหมายถึง การกระทำที่จะให้คนเต็มใจ ที่จะใช้พลังงานของเขา เพื่อให้เกิดความสำเร็จ ตามเป้าหมาย (goal) หรือรางวัล (reward) ที่จะได้รับ

เอ็ดวิน บี ฟลิปโป (Flippo, 1971; อ้างถึงใน สมพร ศรีประเสริฐ, 2555, หน้า 6) ให้ความหมาย การจูงใจ ว่าหมายถึง การกระตุ้นหรือเร่งเร้า เพื่อทำให้เกิดอิทธิพลเหนือพฤติกรรมของคน อันจะเป็น ผลให้คนเกิดความรู้สึกภายในที่เป็นพลังที่จะดำเนินการใดๆ หรือแสดงพฤติกรรม ให้มุ่งไปสู่เป้าหมาย ที่ต้องการ ทั้งนี้ การกระตุ้นหรือการเร่งเร้าที่จะดำเนินการเพื่อสนองความต้องการ หรือความปรารถนาต่างๆ ให้เป็นที่พอใจนั้น จะมีทั้งที่วัดด้วยวิธีการเชิงบวก (ปฏิฐาน) และเชิงลบ (นิเสธ)

สำหรับโลเวลล์ (Lovell, 1980; อ้างถึงใน ฐาตุร ไพสิฐอนันต์, 2554, หน้า 8) ให้ความหมาย ของแรงจูงใจว่า “เป็นกระบวนการที่ชักนำโน้มน้าวให้บุคคลเกิดความมานะพยายามเพื่อที่จะ สสนองตอบความต้องการบางประการให้บรรลุผลสำเร็จ”

ไมเคิล คอสมแจน (Domjan, 1996; อ้างถึงใน ฐาตุร ไพสิฐอนันต์, 2554, หน้า 8) อธิบายว่า การจูงใจเป็นภาวะในการเพิ่มพฤติกรรมการกระทำกิจกรรมของบุคคลโดยบุคคลลงใจกระทำ พฤติกรรมนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

เทพพนม เมื่องแมน และสวิง สุวรรณ(2540, หน้า 11) แรงจูงใจเป็นสภาวะภายในอย่างหนึ่ง ที่เป็นพลังสิ่งกระตุ้น สิ่งนำการกระทำของมนุษย์ไปในทิศทางหรือช่องทางที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย ที่ต้องการ

ตุลา มหาสุธานนท์ (2547, หน้า 8) แรงจูงใจ หมายถึง พลังหรือแรงผลักดันทั้งภายในและภายนอกและภายในตัวบุคคล หรืออินทรีย์ซึ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในแนวทางที่สนองต่อความต้องการของตน

ปรัชญา แก้วพัฒน์ (2551, หน้า 37) กล่าวว่า แรงจูงใจ หมายถึง ปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นหรือผลักดันให้บุคคล มุ่งมั่นทุ่มเทร่างกาย แรงใจ แสดงความสามารถในการทำงานอย่างเต็มที่ และมีจุดมุ่งหมายในตัวบุคคล เพื่อปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดขององค์การ

รติ บุญมาก (2551, หน้า 23) กล่าวว่า แรงจูงใจ หมายถึง ปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นหรือผลักดันให้บุคคล มุ่งมั่นทุ่มเทร่างกาย แรงใจ และแสดงความสามารถอย่างเต็มที่ ในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ

มณีรัตน์ เจริญศิลป์ และจิตราหนู เขียมเขา (2552, หน้า 22) กล่าวว่า แรงจูงใจ หมายถึง การกระทำทุกวิถีทางที่จะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมมุ่งสู่เป้าหมายที่ต้องการอย่างมีทิศทาง การจูงใจจึงเป็นเหมือนแรงขับเคลื่อนที่จะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการทำงานอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้การดำเนินงานขององค์ประกอบประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

จากความหมายดังกล่าวที่ผ่านสรุปได้ว่าแรงจูงใจหมายถึงแรงผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการ ดังนั้น ในที่นี้ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานควบคุมวัณโรค จึงหมายถึง แรงผลักดันทั้งภายในและภายนอกที่กระตุ้นความรู้สึกให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่ในการปฏิบัติงานควบคุมวัณโรค

2.4.2 ชนิดของแรงจูงใจ

เฉลิมพล ตันสกุล (2541, หน้า 27) ได้แบ่งแรงจูงใจออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1) แรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) หมายถึง สภาพแรงจูงใจที่เกิดขึ้นโดยมิต้องใช้วัตถุเป็นเครื่องล่อ แต่เกิดมาจากความสมัครใจความพอใจ ความชอบความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งนั้น เช่น เลือกเรียนดนตรีเพราะใจรัก แรงจูงใจประเภทนี้นับว่ามีคุณค่าต่อการทำงานอย่างยิ่ง เพราะผู้บริหารได้ต้องหากลวิธีมาชักจูงให้พนักงานเกิดแรงจูงใจในการทำงาน

2) แรงจูงใจภายนอก (extrinsic motivation) เป็นสภาพแรงจูงใจที่เกิดขึ้นจากสิ่งเร้าภายนอกเช่น เงิน ยศ ตำแหน่ง ปริญญาบัตรชื่อเสียง สามารถเร้าใจให้คนต้องทำงานเช่น เด็กบางคนขยันเพราะพ่อแม่สัญญาว่าถ้าสอบได้คะแนนดี ๆ จะซื้อจักรยานให้ นอกจากนี้ ยังรวมถึงคำชมเชยที่ออกมาในรูปของคำพูดสีหน้าท่าทางอีกด้วย

3) แรงจูงใจที่เกิดขึ้นมาจากความต้องการของร่างกาย (internal motivation) เป็นสภาพการจูงใจที่เกิดจากความต้องการของร่างกาย (physiological needs) เช่น ความหิว ความกระหาย ความต้องการขับถ่าย ความต้องการทางเพศ สิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวบังคับให้คนมีพฤติกรรมเพื่อลดความต้องการ

หากจะกล่าวว่าแรงจูงใจชนิดใดมีอิทธิพลต่อกิจกรรมของบุคคลมากที่สุดพอสรุปได้ว่า ต้องการให้เกิดกิจกรรมอย่างรวดเร็ว แรงจูงใจที่ใช้รางวัลเป็นสิ่งล่อจะได้ผลมากที่สุด แต่ถ้าต้องการความต่อเนื่องของระยะเวลาและความคงอยู่ของกิจกรรมนั้นๆ แรงจูงใจที่เกิดขึ้นภายในจะได้ผลดีที่สุด แต่แรงจูงใจภายในนั้นมักสร้างได้ยากกว่าแรงจูงใจภายนอก

2.4.3 ความสำคัญของแรงจูงใจในการทำงาน

เซอร์เมอร์ฮอร์น ฮันแทนด์ และออสบอร์น (Shermerhorn, Huntand & Osborn, 1989, p. 48; อ้างถึงใน ศศิธร เฉลยพงษ์, 2543, หน้า 54) กล่าวว่า ความพยายามในการทำงานของบุคคล อันได้แก่ ความตั้งใจเต็มใจของบุคคลต่องานที่ปฏิบัติอยู่ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับความยินดีที่จะปฏิบัติงาน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแรงจูงใจในการทำงานหากบุคคลมีแรงจูงใจก็จะพยายามทำงานนั้นให้ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง

สคอฟฟิลด์ (Schofield, 1975, p. 117; อ้างถึงใน ชมเชย เมืองแสน, 2543, หน้า 45) กล่าวว่า ในการทำงานนั้นทุกหน่วยงานย่อมต้องการบุคลากรที่มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ส่วนผู้ที่ทำงาน ก็ต้องการบรรยากาศในการทำงานที่สนับสนุนความก้าวหน้า และสิ่งที่จะประสานความต้องการของ ทั้งสองฝ่าย คือ แรงจูงใจในการทำงาน

กิบสัน ไอแวนชวิซ และดอนเนลลี (Gibson, Ivancevich & Donnelly, 1982; อ้างถึงใน ศศิธร เฉลยพงษ์, 2543, หน้า 49) กล่าวว่า ตัวแปรต่างๆ เช่น ความรู้ความสามารถระดับของความใฝ่ฝัน ภูมิหลังของแต่ละคน รวมทั้งผลตอบแทนต่างๆ มีส่วนทำให้ผลปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล มีความแตกต่างกัน แต่สิ่งที่สำคัญซึ่งช่วยในการกระตุ้นให้บุคคลเพิ่มความพยายามในการทำงาน คือ การจูงใจ บุคคลที่ถูกจูงใจมีแนวทางการทำงานที่แน่นอนระดับการทำงานสม่ำเสมอซึ่งผลการปฏิบัติงาน จะสูงกว่าเมื่อไม่มีแรงจูงใจ

ธงชัย สันติวงษ์ (2548, หน้า 63) กล่าวว่า พฤติกรรมการทำงานมักเป็นผลโดยตรง จากความเข้าใจในงานหรือกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติ ซึ่งรวมถึงรางวัลหรือผลประโยชน์ที่อาจได้รับ หรือแรงดลใจที่อยากให้เกิดความสำเร็จในงานบางอย่าง และรวมถึงสภาวะของแรงจูงใจในปัจจุบัน

สรุปได้ว่า แรงจูงใจในการทำงาน มีความสำคัญและมีความจำเป็นสำหรับหน่วยงาน หรือองค์กร ทุกแห่ง ถ้าผู้บริหารชักจูงบุคคลในหน่วยงาน องค์กร ให้ตรงกับเรื่องที่เขาต้องการแล้ว ก็จะทำให้บุคคลมีแรงจูงใจ ส่งผลให้เขาเต็มใจที่จะใช้ความพยายามอย่างเต็มที่ในการจะให้ความร่วมมือทำงานให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน องค์กร

2.4.4 ทฤษฎีแรงจูงใจ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจนั้นมีมากมายหลายทฤษฎี แต่ที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย ในด้านของแรงจูงใจ เช่น ทฤษฎีแรงจูงใจของมาสโลว์ ทฤษฎีแรงจูงใจอี อาร์ จี ของอัลเออร์เฟอร์ และทฤษฎีสองปัจจัยของเฮิร์ซเบิร์ก

ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg's two-factor theory; อ้างถึงใน อ้อมจิตร พงษ์ธีระดูล, 2551, หน้า 35) ได้สรุปความต้องการของคนในองค์กรหรือแรงจูงใจจากการทำงานไว้ว่า ความพอใจในงานที่ทำและไม่พอใจในงานที่ทำไม่ได้จากปัจจัยกลุ่มเดียว แต่มีสาเหตุมาจาก 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยจูงใจ (motivating factors) และปัจจัยค้ำจุน (hygiene factors)

1) ปัจจัยจูงใจ (motivating factors) เป็นปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้คนทำงาน อย่างเต็มความสามารถที่เขา มีอยู่ ปัจจัยจูงใจนี้จะเกี่ยวกับเนื้อหาของงาน เป็นสิ่งที่สร้างความพอใจ ในงานให้เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรักและชอบงานที่ปฏิบัติอยู่และทำให้บุคคลในองค์กรปฏิบัติงานได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยจูงใจเหล่านี้ ได้แก่

(1) การยอมรับนับถือ หมายถึง การได้รับการยอมรับหรือยกย่องชมเชยจากผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน ตลอดจนผู้รับบริการอันเป็นผลมาจากความสำเร็จหรือพยายามที่จะทำงานนั้นให้สำเร็จ

(2) โอกาสที่จะเติบโตและก้าวหน้า หมายถึง การที่บุคคลได้รับตำแหน่งใหม่ในหน้าที่ที่ตึ่ซึ้น ได้รับผิดชอบงานเพิ่มขึ้นกว่าเดิม ได้เลื่อนขั้นเลื่อนระดับรวมทั้งได้มีโอกาสพัฒนาตนเองในด้านความรู้ทักษะและความเป็นวิชาชีพ

(3) ความรับผิดชอบ หมายถึง การได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานและมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับงานที่ได้รับมอบหมาย ได้รับผิดชอบงานร่วมกับคนอื่นรวมทั้ง มีโอกาสได้รับผิดชอบงานสำคัญ

(4) ความสำเร็จในการทำงาน หมายถึง ความสำเร็จที่ได้รับเมื่อผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกว่าเขาทำงานสำเร็จ ความต้องการที่จะทำให้สำเร็จหรือสามารถที่จะแก้ไขปัญหาจากการทำงานได้รวมถึงมองเห็นผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

(5) ลักษณะของงาน หมายถึง การลงมือทำงานหรือกระทำงานเป็นขั้นเป็นอัน ซึ่งลักษณะงานมีความหลากหลายเป็นงานที่มีความสำคัญน่าสนใจท้าทายความสามารถให้ต้องลงมือทำตั้งแต่ต้นจนจบ

2) ปัจจัยค้ำจุน (hygiene factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานอันจำเป็นที่ทุกคนต้องได้รับการดูแลตอบสนอง ปัจจัยเหล่านี้มิใช่สิ่งจูงใจที่จะทำให้คนทำงานมากขึ้นแต่เป็นปัจจัยที่ต้องมีเพื่อป้องกันมิให้เกิดความไม่พอใจในงานที่ทำ ปัจจัยค้ำจุนเหล่านี้ ได้แก่

(1) สภาพการทำงาน หมายถึง สภาพที่เหมาะสมด้านกายภาพในการทำงาน เช่น มีแสงสว่างและพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ ไม่มีเสียงดังหรือกลิ่นรบกวน เป็นต้น รวมถึงมีปริมาณงานที่เหมาะสมและมีสิ่งอำนวยความสะดวกสบายในการปฏิบัติงาน

(2) นโยบายและการบริหารงาน หมายถึง ความเพียงพอเหมาะสมของนโยบายและลักษณะการบริหารที่เอื้อต่อการทำงานให้สำเร็จ

(3) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง การติดต่อสื่อสารการช่วยเหลือเกื้อกูลและสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน เพื่อนร่วมวิชาชีพ และผู้รับบริการ ความสามารถให้ต้องลงมือทำตั้งแต่ต้นจนจบ

(4) วิธีปกครองบังคับบัญชา หมายถึง ความสามารถของผู้บังคับบัญชาในการดำเนินงานหรือความยุติธรรมในการบริหาร ความเต็มใจในการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบหรือสอนงาน

(5) เงินเดือนและค่าตอบแทน หมายถึง ผลตอบแทนจากการทำงาน เช่น ค่าจ้าง เงินเดือน ค่าตอบแทนรวมถึงสวัสดิการอื่นๆ ที่ได้มาจากการปฏิบัติงาน

(6) สถานภาพวิชาชีพ หมายถึง สถานภาพของบุคคลในสังคมที่มีวิชาชีพเดียวกัน หรือสถานภาพของวิชาชีพในสายตาของสังคมที่มีวิชาชีพต่างกัน หรือการรับรู้จากบุคคลวิชา ชีพอื่นที่เป็นองค์ประกอบทำให้บุคคลรู้สึกต่องานให้คุณค่าแก่งานที่ปฏิบัติ

(7) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน หมายถึง ความรู้สึกที่มีต่อการปฏิบัติงานในด้านความมั่นคงในตำแหน่งและความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

(8) ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว หมายถึง สถานการณ์ที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกดีหรือไม่ดีในช่วงเวลาที่ได้ทำงาน สภาพความเป็นอยู่ทางครอบครัวและส่วนตัวอันเนื่องมาจากการปฏิบัติงาน

สรุปได้ว่า ด้านแรงจูงใจ พบว่า ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอริชเบอร์คเป็นทฤษฎีแรงจูงใจในการทำงานของมนุษย์ 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน ที่มีองค์ประกอบย่อยในการจูงใจครอบคลุมชัดเจน เป็นทฤษฎีที่ได้มีการอธิบายวิธีการนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน ดังนั้น การศึกษา การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีพีทีเอช (DOTS) จึงจำเป็นคำนึงถึงแรงจูงใจในการปฏิบัติงานรักษาวัณโรค ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยกำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดความพยายามในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

2.5 แนวคิดและทฤษฎีของการมีส่วนร่วม

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านมาในอดีต รัฐพยายามที่จะส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมและดำเนินกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองตลอดมาจนถึงปัจจุบัน โดยที่กิจกรรมต่างๆ จะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของประชาชนในชุมชนนั้นๆ งานสาธารณสุขจะต้องมีความยืดหยุ่นในการแก้ไขปัญหา นำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาของแต่ละพื้นที่ เพราะฉะนั้นจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชนหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมเป็นตัวแทนในการดำเนินงานร่วมกันแบบบูรณาการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชุมชน ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งในการนำไปสู่การแก้ไขปัญหาทางด้านสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี ก่อให้เกิดการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขที่ยั่งยืนเกิดชุมชนเข้มแข็งได้ โดยรัฐเป็นเพียงพี่เลี้ยงหน่วยสนับสนุน กระตุ้นให้ชุมชนเกิดแนวคิดในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เพื่อให้ตรงกับความต้องการของชุมชนได้มากที่สุด

2.5.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

รุ่งทิพย์ มั่นคง (2542, หน้า 12) อธิบายว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการที่ครอบครัว เข้าไปร่วมรับผิดชอบเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ในกระบวนการค้นหาปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผนกิจกรรมตลอดจนการสนับสนุนสิ่งต่างๆ

ติน ประชัญญฤทธิ์ (2543, หน้า 623) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเลือกตั้งผู้นำหรือผู้บังคับบัญชาการเข้าไปมีส่วนร่วมมีเสียงในการกำหนดนโยบาย และการนำนโยบายไปปฏิบัติ ทั้งนี้รวมถึงการมีส่วนร่วมเข้าไปพิจารณาผลกระทบของนโยบาย เพื่อนำมาแก้ไขปรับปรุงเป็นนโยบายใหม่ในครั้งต่อไปด้วย

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2543, หน้า 34; อ้างถึงใน พิมพกา นพคุณ, 2547, หน้า 9) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ได้หมายถึง เพียงการระดมความร่วมมือของประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในแผนงาน / โครงการ/กิจกรรมตามที่หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้กำหนด แต่หมายถึง การให้อำนาจประชาชน / ชุมชน

ในการตัดสินใจ โดยให้ประชาชนมีส่วนในการกำหนดกิจกรรมและวิธีการดำเนินการ ตั้งแต่เริ่มต้น กำหนดปัญหาค้นหาสาเหตุ ร่วมวางแผน ร่วมกำหนดอนาคตที่พึงปรารถนา หรือสิ่งที่ต้องการจะเป็น จนถึงร่วมลงทุน ร่วมปฏิบัติ ร่วมตรวจสอบ และติดตามประเมินผล รวมทั้งร่วมรับผลประโยชน์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง หรืออย่างน้อยที่สุด มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ คือ หัวใจสำคัญของการมีส่วนร่วม

ปารีชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2543, หน้า 138-139) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมมีความหมาย ใน 2 ลักษณะ คือ

1) การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนา โดยให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ตั้งแต่เริ่มจนสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากร และเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ โดยโครงการพัฒนาดังกล่าว จะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

2) การมีส่วนร่วมนัยทางการเมือง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

(1) การส่งเสริมสิทธิและพลังอำนาจของพลเมืองโดยประชาชน หรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการ เพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่มควบคุมการใช้และการกระจายทรัพยากรของชุมชน อันจะก่อให้เกิดกระบวนการและโครงสร้างที่ประชาชนในชุมชนสามารถแสดงออกซึ่งความสามารถของตนและได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา

(2) การเปลี่ยนแปลงกลไกพัฒนาโดยรัฐมาเป็นการพัฒนาที่ประชาชนมีบทบาทหลัก โดยการกระจายอำนาจในการวางแผนจากส่วนกลางมาเป็นส่วนภูมิภาค เพื่อให้ภูมิภาคมีลักษณะเป็นเอกเทศ ให้มีอำนาจทางการเมือง การบริหาร มีอำนาจต่อการจัดการจัดสรรทรัพยากรอยู่ในมาตรฐานเดียวกันโดยประชาชนสามารถตรวจสอบได้จากกล่าวได้ว่าเป็นการคืนอำนาจ(empowerment) ในการพัฒนาให้แก่ประชาชนให้มีส่วนร่วมในการกำหนดอนาคตของตนเอง ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงการพัฒหน้าที่เท่าเทียมกันของชายและหญิง (gender) ในการดำเนินงานพัฒนาด้วย

นภดล เจนอักษร และสุวิทย์ มูลคำ (2544, หน้า 18) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในกระบวนการทุกขั้นตอน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการคิด การวางแผน การดำเนินงาน การติดตามและประเมินผล และการรับผลการดำเนินงาน

ทวี ธีระวิทย์ (2545, หน้า 18) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการเพื่อให้เกิดการพัฒนา ซึ่งกระบวนการดังกล่าว ได้แก่ การกำหนดความต้องการ การวางแผน การตัดสินใจ การดำเนินงาน การบริหารจัดการ การติดตามและประเมินผล ตลอดจนการจัดสรรผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น โดยการมีส่วนร่วมดังกล่าวอาจจะมีทั้งด้านทรัพยากร แรงงาน และความคิดเห็น ซึ่งประชาชนผู้มีส่วนร่วมจะมีความรู้สึกรับผิดชอบและผูกพันต่อกระบวนการพัฒนาดังกล่าว

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547, หน้า 4) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วม คือ การที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่ไม่เคยได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ หรือเข้าร่วมการตัดสินใจ หรือเคยเข้ามีส่วนร่วมเล็กน้อย หรือได้เข้ามีส่วนร่วมมากขึ้น เป็นไปอย่างมีอิสระภาพ เสมอภาค มิใช่เพียงมีส่วนร่วมอย่างผิวเผินแต่เข้าร่วมด้วยแท้จริงยิ่งขึ้นและการเข้าร่วมนั้นต้องเริ่มตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงขั้นสุดท้ายของโครงการ

บราวน์ลี (Brownlea, 1987; อ้างถึงใน นภา รังสิเวโรจน์, 2544, หน้า 18) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยว่า หมายถึง การร่วมมือกันของบุคคลในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับระบบการให้บริการ การประเมินผลการให้บริการ หรือการให้คำปรึกษาแก่บุคคลที่เข้ามาใช้บริการ ซึ่งในความหมายนี้เกี่ยวข้องกับกระบวนการร่วมมือ ซึ่งได้นำพลังอำนาจของผู้ป่วย และผู้รับบริการเข้ามาใช้ด้วย

เพียร์ และสไตเฟล (Pearse & Stiehl cited in Pongquan, 1992; อ้างถึงใน เกษณี เอกสุวรรณ, 2545, หน้า 6) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมคือ การที่องค์กรนำพลังจากกลุ่มมาใช้ในการเพิ่มระดับการควบคุมทรัพยากร และกำหนดระบบขององค์กรให้เหมาะสมกับสถานการณ์โดยอาศัยกลุ่ม

ออสเวิร์ท, ลองเมท และมอร์ริสัน (Asworth, Longmate & Morrison, 1992; อ้างถึงใน นภา รังสิเวโรจน์, 2544, หน้า 18) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม คือ การที่บุคคลสองฝ่ายได้ร่วมกันนำความรู้ที่มีอยู่มาใช้ โดยที่ได้มีความตระหนักถึงอารมณ์ และแรงจูงใจที่มีต่อการทำงานร่วมกันปราศจากการช่วยเหลือกันในทางที่ผิด และการเข้ามามีส่วนร่วมนั้น บุคคลทั้งสองฝ่ายจะต้องไม่รู้สึกรับได้รับผลกระทบหรือคุกคามจากอีกฝ่ายหนึ่ง

จากแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง เป็นกระบวนการที่บุคคล ตัดสินใจสมัครใจ เข้าไปมีบทบาทในขั้นตอนต่างๆ ของกิจกรรม เริ่มตั้งแต่การ กำหนดความต้องการ ความคิดเห็น ความรู้ ความสามารถ การวางแผน การตัดสินใจ การบริหารจัดการ การกระจายทรัพยากร การดำเนินงานการควบคุมการใช้ การติดตามและประเมินผลจนประสบความสำเร็จ ซึ่งผู้มีส่วนร่วมจะมีความรู้สึกรับผิดชอบ และผูกพันต่อกระบวนการ ดังกล่าว

2.5.2 แนวความคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการที่จะพัฒนาครอบครัว กลุ่มละแวกบ้าน ชุมชน ตลอดจนสังคมนั้นให้มีการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ให้เจริญก้าวหน้าขึ้น นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2543, หน้า 183) กล่าวว่า เกิดจากแนวความคิดที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1) ความสนใจห่วงกังวลร่วมกัน ซึ่งเกิดจากความสนใจและความกังวลซึ่ง บุคคล บังเอิญเห็นพ้องต้องกัน กลายเป็นความสนใจและห่วงกังวลร่วมกันของส่วนรวม

2) ความเดือดร้อนและความไม่พึงพอใจรวมกัน ที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่นั้น ผลักดันให้พุ่งไปสู่การรวมกลุ่ม วางแผนและลงมือกระทำร่วมกัน

3) การตัดสินใจร่วมกันนี้จะต้องรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดความคิดริเริ่มการกระทำที่จะตอบสนองความเห็นของคนส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้น

ไพรัตน์ เดชะรินทร์ (2527, หน้า 6) ได้เสนอหลักการและแนวทางพัฒนาให้เกิดการมีส่วนร่วม ดังนี้

1) ยึดหลักความต้องการและปัญหาของประชาชนเป็นจุดเริ่มต้นของกิจกรรม ถ้าหากกิจกรรมที่จะนำไปให้ประชาชนเป็นเรื่องใหม่ต้องใช้เวลาในการกระตุ้นเร่งเร้าความสนใจ ให้ความรู้ความเข้าใจจนประชาชนยอมรับความจำเป็นและประโยชน์ในการที่จะดำเนินกิจกรรมเหล่านั้น

2) กิจกรรมต้องดำเนินการในลักษณะกลุ่ม เพื่อสร้างกลุ่มในการรับผิดชอบร่วมกัน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม ปลุกฝังทัศนคติและพฤติกรรมที่เห็นแก่ส่วนรวม ทำงาน เสียสละ เพื่อประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว

3) แนวทางในการพัฒนากิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ต้องคำนึงถึงขีดความสามารถของประชาชนที่รับดำเนินการต่อไปได้ไม่ต้องพึ่งพาทภายนอก เฉพาะในระยะเริ่มแรกต้องไม่ทุ่มเทในลักษณะการให้เปล่าโดยสิ้นเชิง ต้องทำให้ประชาชนเกิดความสำนึกเป็นเจ้าของกิจกรรม และต้องสามารถทำต่อไปได้ เมื่อการช่วยเหลือจากภายนอกสิ้นสุดลง การช่วยตนเองและการพึ่งตนเองเป็นหลักสำคัญที่ต้องเริ่มแต่ต้น

4) กิจกรรมพัฒนาที่นำเข้าไปในชุมชน ต้องสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ความพร้อมของชุมชน ซึ่งหมายรวมถึงการใช้ทรัพยากรชุมชนจะต้องสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชุมชน

5) การเริ่มต้นกิจกรรมต้องอาศัยผู้นำชุมชน ซึ่งหมายถึง ผู้นำตามธรรมชาติที่ชาวบ้านเคารพนับถือ ผู้นำทางศาสนา ผู้นำที่ได้รับการเลือกตั้งหรือแต่งตั้งจากทางราชการ เพื่อเป็นผู้บุกเบิก และชักนำชาวบ้านต่อไป ผู้นำชุมชนโดยทั่วไปจะสามารถปรับทัศนคติและการยอมรับสิ่งใหม่ๆ ได้เร็วกว่า และเป็นผู้ที่ชาวบ้านมีศรัทธาในตัวอยู่แล้ว การเริ่มต้นจากผู้นำจึงไปได้เร็วกว่า และได้รับการยอมรับมากกว่าประชาชนทั่วไป

6) ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเริ่มตั้งแต่ขั้นต้น กล่าวคือ ร่วมค้นหาข้อมูล ร่วมหาสาเหตุของปัญหา ร่วมปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ตัดสินใจร่วมการปฏิบัติงาน ร่วมติดตามผลงาน จนถึงขั้นการร่วมกันบำรุงรักษาในระยะยาวต่อไป

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2544, หน้า 67-70) ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าที่ยั่งยืน โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณค่าของความเป็นมนุษย์ที่สำคัญยิ่ง การมีส่วนร่วมของชุมชนมีแนวคิดหลัก 3 ประการ คือ

- 1) ชุมชนจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจว่า ควรทำอะไร และทำอย่างไร
- 2) ชุมชนจะต้องให้ความร่วมมือในการดำเนินการตัดสินใจนั้น
- 3) ชุมชนพึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วม นั่นคือ จะต้องสนองตอบความจำเป็น

ขั้นพื้นฐานของชุมชน

สรุปได้ว่า แนวความคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการพัฒนาชุมชน ซึ่งจะนำพาให้ประชาชนให้เกิดการพึ่งพาตนเอง มีความเชื่อมั่นในการดำเนินงานหรือกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนเพื่อให้ชุมชนได้เกิดการพัฒนากิจกรรมต่างๆ ทำให้ชุมชนเกิดความสามารถและมีการดำเนินงานในชุมชนที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

2.5.3 รูปแบบของการมีส่วนร่วม

ธีระพงษ์แก้วหาวงษ์ (2543, หน้า 155) ได้แบ่งรูปแบบของการมีส่วนร่วมโดยใช้ความเที่ยงตรงที่ใช้วิเคราะห์การมีส่วนร่วมได้ โดยลักษณะทั้ง 4 ประการ ได้แก่

ประเภทที่ 1 การมีส่วนร่วมแบบถูกกระทำ (passive participation) ขั้นนี้เป็นขั้นเริ่มแรก ซึ่งถือว่าการมีส่วนร่วมนั้นเป็นการยอมรับ (accepting) หรือการเพิ่ม (gaining) การเข้าถึงผลประโยชน์ที่เป็นรูปธรรม หรือการช่วยเหลือปัจจัยการดำรงชีวิตเฉพาะหน้าบางประการ สำหรับผู้ที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับโครงการพัฒนา ซึ่งอาจจะหมายถึงบริการหรือสิ่งอำนวยความสะดวกเฉพาะซึ่งไม่เคยมีมาก่อนหรือหมายถึงการปรับปรุงหรือการแนะนำรูปแบบการผลิตตามแนวทางเศรษฐกิจใหม่

ประเภทที่ 2 การมีส่วนร่วมแบบสะท้อนการถูกกระทำ (passive/reflexive participation) การมีส่วนร่วมประเภทนี้เป็นส่วนต่อเนื่องจากประเภทที่หนึ่ง โดยถือว่าการมีส่วนร่วมเป็นกิจกรรมทางการศึกษาบางประการที่สามารถช่วยให้ประชาชนเข้าใจสาเหตุของสภาพการณ์ต่างๆ เช่น การด้อยพัฒนา และเข้าใจปัญหาซึ่งจะต้องแก้ไขโดยการจัดทำโครงการพัฒนา

ประเภทที่ 3 การมีส่วนร่วมแบบกระตือรือร้น (active participation) การมีส่วนร่วมในขั้นที่ 3 นี้ เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับองค์กรหรือบุคคลระดับพื้นฐาน (grass roots) ซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์จากโครงการ การมีส่วนร่วมในระดับนี้ คือ การส่งเสริม (promote) หรือการร่วมผลักดันให้องค์กรที่เกี่ยวข้องของชุมชนเข้าดำเนินการควบคุม หรือติดตามผลของโครงการหรือทำการกระตุ้น การมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับกว้างๆ จากกลุ่มอื่นๆ ทั่วๆ ไป ที่มีอยู่ในส่วนต่างๆ ของสังคม นอกเหนือไปจากกลุ่มผลประโยชน์เอง โดยปกติแล้วการมีส่วนร่วมในมิตินี้ รวมไปถึงองค์กรในท้องถิ่น ที่มีอยู่แล้วและมีขอบข่ายที่ขยายความครอบคลุมไปถึงกลุ่มอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องหรือได้รับผลกระทบด้วย

ประเภทที่ 4 การมีส่วนร่วมแบบสะท้อนความกระตือรือร้น (active/reflective participation) ขั้นนี้เสริมต่อจากขั้นการมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นเป็นการสะท้อนหรือการประเมินเกี่ยวกับข้อจำกัด และทางเลือกต่างๆ ของโครงการภายใต้บริบทระดับชาติภายใต้เงื่อนไขเดิมของโครงการที่มีอยู่ โดยปกติจะรวมถึงการออกแบบการก่อรูปหรือการประเมินเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ทางเลือกของโครงการพัฒนา ซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะความจำเพาะของโครงการ และลักษณะทั่วไปของสังคมที่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การศึกษา ตัดสินใจไปจนถึงการประเมินผลและควบคุม เรลลี่ (Reilly) ได้แบ่งรูปแบบของการเข้าร่วมกิจกรรมโดยได้ใช้หลักความสมดุลของอำนาจในการบริหารจัดการและการปฏิบัติซึ่งขึ้นอยู่กับระดับการยินยอมของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรมนั้น แบ่งได้เป็น 6 รูปแบบ ได้แก่ (Reilly, 1979; อ้างถึงใน นริศ ชัยสุวิรัตน์, 2545, หน้า 6-7)

1) การตัดสินใจขึ้นอยู่กับผู้บริหารแต่เพียงฝ่ายเดียวหมายถึง การที่ผู้บริหารใช้อำนาจสั่งการให้บุคลากรปฏิบัติตาม โดยบุคลากรไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และไม่ทราบเหตุผลในการตัดสินใจของผู้บริหารในการดำเนินกิจกรรมมาก่อน

2) บุคลากรได้ทราบการตัดสินใจของผู้บริหารเมื่อผู้บริหารแจ้งให้ทราบ หมายถึง การที่ผู้บริหารสั่งการให้บุคลากรปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้บริหารต้องการ โดยผู้บริหารแจ้งให้บุคลากรรับทราบเพื่อขอความร่วมมือในการปฏิบัติตาม

3) บุคลากรมีสิทธิปรึกษาผู้บริหารก่อนตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรม หมายถึง การที่บุคลากรมีสิทธิปรึกษาผู้บริหารก่อนตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งอาจทำได้ในรูปแบบของการเป็นตัวแทนในคณะกรรมการ คณะทำงาน หรือที่ปรึกษาของคณะกรรมการ โดยการปรึกษาแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

(1) การปรึกษาเกี่ยวกับนโยบายขององค์กรหรือหลักการในการปฏิบัติงาน

ส่วนใหญ่จะเป็นการปรึกษาในเรื่องเกี่ยวกับการวางแผนงานงบประมาณ และการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับปัญหาต่างๆ ในหน่วยงาน ตลอดจนผลกระทบจากนโยบาย กฎหมาย หรือกฎระเบียบขององค์กร

(2) การปรึกษาเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเป็นการปรึกษาที่เกิดขึ้นได้ในระดับหน่วยงานย่อย และหน่วยงานระดับองค์การ โดยบุคลากรมักจะปรึกษาผู้บริหารเกี่ยวกับกิจกรรมที่ต้องตัดสินใจ ในการปฏิบัติโดยตรง ตลอดจนปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ

4) บุคลากรมีสิทธิเจรจาต่อรองกับผู้บริหารเกี่ยวกับการตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรม หมายถึง การที่บุคลากรสามารถเจรจาต่อรองกับผู้บริหารในเรื่อง นโยบาย อัตราค่าจ้าง ภาระงาน ตลอดจนทักษะด้านการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งการเจรจาต่อรองอาจทำได้หลายรูปแบบ เป็นต้นว่า บุคลากรจัดกลุ่มเจรจาต่อรองหรือเป็นตัวแทนของกลุ่มบุคลากรในการเจรจาต่อรองกัน เพื่อที่จะหาข้อยุติ หรือข้อตกลงที่เป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกัน ถึงแม้ว่าการเจรจาต่อรองจะพบว่า ฝ่ายหนึ่งได้ประโยชน์และอีกฝ่ายหนึ่งเสียประโยชน์ทั้งสองฝ่าย ก็มีหมายเพื่อให้งานประสบผลสำเร็จ ตามที่คาดหวังไว้

5) บุคลากรมีส่วนร่วมตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้บริหาร หมายถึง การที่ผู้บริหารและบุคลากรร่วมกันตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน ส่วนใหญ่อยู่ในขอบเขตหรือข้อจำกัดของงาน ในทางปฏิบัติบุคลากรที่ได้มีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการในระดับ หน่วยงานย่อย อาจตัดสินใจแล้วเสนอผลการตัดสินใจให้ผู้บริหารทราบ แต่ในบางสถานการณ์ตัวแทนของบุคลากรจะเป็นผู้เสนอแนะวิธีปฏิบัติ ให้คณะกรรมการผู้บริหารเป็นผู้ตัดสินใจ

6) บุคลากรสามารถตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง หมายถึง การที่บุคลากรสามารถตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองได้ทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติหรือบุคลากรได้รับอำนาจจากผู้บริหารในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการทำงานสามารถสร้างการตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งการตัดสินใจแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

(1) การตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมในหน่วยงานของตนเองเกี่ยวกับการกำหนดกฎระเบียบ ข้อปฏิบัติต่างๆ แต่อยู่ภายใต้นโยบายการบริหารขององค์การ

(2) การตัดสินใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการในเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับงานของบุคลากรภายใต้กฎระเบียบการทำงานขององค์การ

(3) การตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมในโครงการของตนเอง เป็นรูปแบบที่บุคลากรสามารถบริหารจัดการทุกอย่างสำหรับโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อผลประโยชน์ของหน่วยงาน

โคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980, pp. 55-56; อ้างถึงใน อารีรัตน์ เถกิงสรคันธ์, 2545, หน้า 9-11) ได้จำแนกรูปแบบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทไว้ 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ซึ่งการมีส่วนร่วมในด้านต่างๆ นี้ นักวิชาการสาขาต่างๆ มีจุดเน้นของการมีส่วนร่วมแตกต่างกันออกไป เช่น นักรัฐศาสตร์ จะให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจนักบริหาร จะเน้นการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติและนักเศรษฐศาสตร์จะเน้นการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ แต่สำหรับการมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้น ยังไม่มีการศึกษาที่กว้างขวางนัก ซึ่งโคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ ได้อธิบายถึง การมีส่วนร่วมทั้ง 4 ด้าน ไว้ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (participation in decision making) การตัดสินใจชนิดนี้เป็นศูนย์กลางของการเกิดความคิดที่หลากหลาย มีการกำหนดทางเลือก การประเมินทางเลือก

และการตัดสินใจเลือกซึ่งเปรียบได้กับการวางแผนเพื่อนำทางที่เลือกมาสู่การปฏิบัติ สามารถแบ่งการตัดสินใจนี้ออกเป็น 3 ชนิด คือ

(1) การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น (initial decisions) เป็นการเริ่มต้นหาความต้องการจากคนในท้องถิ่น และวิธีการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการที่สำคัญ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญที่จะเลือกเอาโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มคนและมีความเป็นรูปธรรมโดยผ่านการใช้ขบวนการตัดสินใจ ในระยะนี้สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญของท้องถิ่นเพื่อป้องกันความเข้าใจผิดที่อาจเกิดขึ้น และเสนอกลยุทธ์เพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งคนในท้องถิ่นสามารถเข้ามาเกี่ยวข้องตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นโครงการ ทั้งในเรื่องการเงิน การจัดสรรบุคลากร ตลอดจนวิธีการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการและการสนับสนุนโครงการที่จะนำเข้ามา

(2) การตัดสินใจช่วงดำเนินการ (ongoing decisions) คนในท้องถิ่นอาจไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในช่วงเริ่มต้น แต่ถูกขอร้องให้เข้ามาดำเนินการเมื่อโครงการเข้ามา ความสำเร็จในช่วงนี้เกิดขึ้นได้มากกว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจช่วงเริ่มต้น ซึ่งโครงการจะต้องค้นหาความต้องการของบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในภายหลังนี้ และจัดลำดับความสำคัญของโครงการ และวิธีการดำเนินโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม

(3) การตัดสินใจช่วงปฏิบัติการ (operational decisions) เป็นความเกี่ยวข้องในองค์กรเมื่อโครงการเข้ามาหรือมีการเชื่อมโยงโครงการเข้ามาสู่คนในท้องถิ่น มีการรวมตัวกันขององค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเกณฑ์สำหรับปฏิบัติกิจกรรมในโครงการ กรอบที่สมาชิกยึดถือประกอบด้วย การประชุมเพื่อจัดทำนโยบายการคัดเลือกผู้นำที่จะมีอิทธิพลต่อองค์กร

2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ(participation in implementation) คนในท้องถิ่นสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ซึ่งแบ่งได้ 3 ทางใหญ่ๆ คือ

(1) การมีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร(resource contribution) สามารถดำเนินการได้หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ แรงงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และข้อมูลข่าวสาร ทั้งหมดนี้ เป็นแหล่งทรัพยากรหลักที่สำคัญซึ่งมีอยู่ในท้องถิ่น นำมาใช้ในการพัฒนาโครงการ การส่งเสริมโดยใช้แรงงานในท้องถิ่นเป็นสิ่งที่ดี การบริจาคเงินและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ และอื่นๆ แสดงให้เห็นทิศทางที่ชัดเจนของการมีส่วนร่วม สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วมนี้ คือ การรู้ว่าใครเป็นผู้สนับสนุนและทำอย่างไร โดยวิธีการจูงใจ การได้รับค่าตอบแทนหรือโดยการบีบบังคับ การสนับสนุนเรื่องทรัพยากร บ่อยครั้งที่พบว่า มีความไม่เท่าเทียมกัน และการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว

(2) การมีส่วนร่วมในการบริหารและการประสานงาน (project administration and co-ordination) คนในท้องถิ่นสามารถรวมตัวกันในการปฏิบัติงานโดยการเป็นลูกจ้างหรือสมาชิกทีมที่ปรึกษา หรือเป็นผู้บริหารโครงการเป็นสมาชิกอาสา ซึ่งทำหน้าที่ประสานงานกิจกรรมของโครงการ มีการฝึกอบรมให้รู้เทคนิคการปฏิบัติงานในโครงการสำหรับผู้เข้ามาบริหารหรือประสานงาน วิธีนี้นอกจากจะเพิ่มความไว้วางใจให้กับคนไทยในท้องถิ่นแล้ว ยังช่วยให้สมาชิกเกิดความตระหนักถึงปัญหาของตนเองอีกด้วย อีกทั้งยังทำให้เกิดการสื่อสารข้อมูลภายใน และได้รับคำแนะนำ ซึ่งเป็นปัญหาของคนในท้องถิ่น ตลอดจนผลกระทบที่ได้รับเมื่อโครงการเข้ามา

(3) การมีส่วนร่วมในการขอความร่วมมือ (enlistment) การขอความร่วมมือไม่จำเป็นต้องการผลประโยชน์เสมอไป แต่พิจารณาจากข้อเท็จจริงที่ว่า ผลเสียที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังจากนำโครงการเข้ามาใช้ และผลกระทบต่อคนในท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการ

3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (participation in benefits) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมานานและมีผลในทางเศรษฐกิจซึ่งไม่ควรมองข้ามการสังเกตไป บางครั้งการมีส่วนร่วมชนิดนี้มีความสำคัญต่อการยอมรับเอาโครงการที่สำคัญๆ เข้ามา ทั้งที่การตัดสินใจอาจไม่เกิดขึ้นหรือมีขีดจำกัด การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ แบ่งได้ 3 ชนิด คือ

(1) ผลประโยชน์ด้านวัตถุ (material benefits) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลสรุปได้ว่า มีการเพิ่มของสินค้าในการบริโภค มีรายได้ซึ่งเป็นผลกำไรหรือจากการขายผลิตภัณฑ์และมีทรัพย์สินที่ถือยึดครองเป็นกรรมสิทธิ์เพิ่มขึ้น ผลประโยชน์ด้านนี้เป็นสิ่งสำคัญที่อาจทำให้การสรุปข้อมูลล้นเหลือได้ จึงมีการวิเคราะห์ให้ได้ว่าใคร คือ ผู้มีส่วนร่วม รวมทั้งขบวนการที่เกิดขึ้น

(2) ผลประโยชน์ด้านสังคม (social benefits) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณะ มักอยู่ในรูปของการบริการหรือความพึงพอใจที่ได้รับจากสาธารณูปโภคที่ดีขึ้นกว่าเดิม มีการเพิ่มโครงการพัฒนาชนบทเข้ามาเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับคนยากจน จึงมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องมีการกำหนดการเข้ามามีส่วนร่วมให้ผลประโยชน์ทั้งในเรื่องของปริมาณ การแบ่งปันผลประโยชน์และคุณภาพบริการและความพึงพอใจ

(3) ผลประโยชน์ด้านบุคคล (personal benefits) มักเป็นสิ่งที่ต้องการอย่างมากบ่อยครั้งที่ไม่ได้มาตามลำพัง แต่มักมาจากการเข้ามาเป็นสมาชิกกลุ่มหรือได้รับการคัดเลือกให้โครงการผลประโยชน์ที่สำคัญด้านบุคคลมี 3 ชนิด คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) มีพลังอำนาจทางการเมือง (political power) และความรู้สึกว่าตนมีประสิทธิภาพ (sense of efficiency) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ควรศึกษาผลเสียที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังจาก เพราะถ้าอัตราการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์มีความแตกต่างกัน จะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการวางนโยบายหลักที่เกี่ยวข้องว่าจะมีส่วนร่วม หากผลที่ออกมาตรงกันข้ามกับโครงการเมื่อทราบแล้วว่าทำไมจะได้แก้ไขเพื่อหาแนวทางที่มีความเป็นไปได้ในการวางรูปแบบใหม่

4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (participation in evaluation) มีการรายงานเกี่ยวกับความสำเร็จในการประเมินผลไว้น้อย เนื่องจากเป็นสิ่งเข้าใจยากกว่าจะมีส่วนร่วมในการประเมินผลอย่างไรจึงจะดีที่สุด ซึ่งจะทำการวิเคราะห์หรือวัดผลได้ต่อเมื่อได้ทำกิจกรรมทั้ง 3 อย่างมาแล้ว

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปได้ว่ารูปแบบการมีส่วนร่วม แบ่งได้ดังนี้ การมีส่วนร่วมเป็นการกระทำที่ขึ้นอยู่กับผู้บริหารแต่เพียงฝ่ายเดียว โดยบุคคลากรมีส่วนร่วมตัดสินใจยอมรับการมีส่วนร่วมของบุคคลในองค์กรที่สามารถปรึกษาผู้บริหารก่อนปฏิบัติกิจกรรม และการมีส่วนร่วมที่เป็นกรกระทำ ของผู้ปฏิบัติงาน ที่สามารถตัดสินใจปฏิบัติ ได้ด้วยตัวเอง แต่อยู่ภายใต้นโยบายการบริหารองค์กร

2.5.4 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของชุมชน

วนิดา วิระกุล (2543, หน้า 16) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วม ดังนี้

- 1) ประชาชนตระหนักในปัญหาของตนเอง และตระหนักที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาของตนเอง
 - 2) ประชาชนมีโอกาสใช้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ในรูปของความคิด การตัดสินใจและการกระทำได้อย่างเต็มที่
 - 3) เป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
 - 4) ประชาชนจะมีความรู้สึกในความเป็นเจ้าของ ทำให้การพัฒนาที่มีความมั่นคง
- ประหยัด
- 5) จะเป็นการพัฒนาความสามารถและพลังของประชาชนในการพึ่งตนเอง
 - 6) เป็นการส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย
 - 7) ประชาชนรับผิดชอบและมีอำนาจสูงสุดในการพัฒนาชุมชนของตนเอง
 - 8) เป็นการแสดงออกถึงการเคารพนับถือ เชื่อใจ ไว้วางใจ รักและศรัทธาในประชาชน
- ที่มีความรู้ ความสามารถ

2.2.5 ความสำคัญ

ธีระพงษ์ แก้วหาญ (2543, หน้า 147) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญ ดังนี้

- 1) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานและเป็นสิทธิมนุษยชน ดังนั้น การดำเนินการพัฒนาจึงควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม
 - 2) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาอย่างจริงจังทุกขั้นตอนจะช่วยให้ประชาชนมีพลังการต่อกรกับกลุ่มผลประโยชน์อื่นๆ ในสังคม (อุทัย ดุลยเกษม, 2528, หน้า 542-544)
 - 3) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาแสดงนัยถึง การช่วยเหลือตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ในที่สุด (Buijs & Galijart, 1982, pp. 2-3)
 - 4) การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนาเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมการยอมรับและการใช้ความคิดใหม่ วิธีการใหม่ หรือนวัตกรรมบางอย่าง ซึ่งการยอมรับ และการใช้นวัตกรรมนี้เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในกระบวนการพัฒนา
 - 5) การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนา จะทำให้ประชาชนสามารถแสดงศักยภาพที่มีอยู่ และช่วยให้ได้หนทางในการแก้ปัญหาเชิงนวัตกรรมที่เหมาะสมกับปัญหาของชุมชนได้มากกว่าการให้บุคคลภายนอกเข้ามาช่วยแก้ปัญหา
- นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547, หน้า 20-21) ให้เหตุผลของความจำเป็นในการมีส่วนร่วมโดยทั่วไปไว้ ดังนี้
- 1) ประชาชนอยู่ใกล้ชิดเหตุการณ์รับทราบและเผชิญปัญหานั้นๆ เอง เช่น การรณรงค์ลดปัญหาอาชญากรรม ยาเสพติด การใช้สิ่งเสพติด ใช้สิ่งสาธารณประโยชน์ ทุจริต การเลือกตั้ง การคอร์รัปชัน
 - 2) เมื่อเข้าร่วมวิเคราะห์ปัญหาแล้ว ต่อไปก็คิดแก้ไขโดยมักพึ่งตนเอง

3) ทรัพยากรธรรมชาติมีอยู่จำกัด ทุกคนมีความห่วงใย จึงต้องเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้ประหยัดงบประมาณลงได้

4) เป็นหลักการบริหารบนพื้นฐานของความสุจริต และยุติธรรม ภายใต้ระบอบประชาธิปไตย การให้มีส่วนร่วมจากประชาชนเสมือนการให้ตรวจสอบการทำงานของหน่วยงาน นอกจากนี้การที่ชนกลุ่มต่างๆ มีส่วนร่วมโดยร่วมในการค้นหาปัญหา ร่วมวางแผน ฯลฯ หมายถึง การได้ให้ความเป็นธรรมที่จะให้พวกเขาได้รับประโยชน์จากการพัฒนาอย่างทั่วถึงยิ่งขึ้น

5) ทำให้เกิดฉันทามติที่คนทั้งหลายทราบเหตุผลของกันและกัน ก็มักเห็นพ้องที่จะเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด

6) จำเป็นต้องมีตัวแทนประชาชนหลายฝ่ายร่วมดูแลผลประโยชน์ของตนเพราะที่ผ่านมาผลประโยชน์จากการพัฒนา มักตกเฉพาะคนบางกลุ่มเท่านั้น

7) เพื่อให้ชุมชนและกลุ่มต่างๆ สนับสนุนต่อผลการตัดสินใจนั้นๆ หรือในบางกรณีที่หน่วยงานของรัฐไม่อยู่ในสถานะที่จะบังคับใช้การตัดสินใจนั้นๆ ได้ หรือต้องได้รับความสมัครใจสนับสนุนจากคนส่วนใหญ่ของชุมชน จึงจะสามารถดำเนินการได้ มิฉะนั้นกลุ่มที่คัดค้านอาจทำให้โครงการล้มเลิกได้จึงต้องให้ชุมชนสนับสนุนโครงการให้มาก โครงการจึงยั่งยืน

8) เมื่อตัดสินใจอย่างไรแล้วจะเกิดผลกระทบที่สำคัญต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลได้ จึงต้องรับทราบปัญหาและแนวทางแก้ไขให้รอบด้าน

9) ประชาชนอาจเป็นต้นเหตุของความล้มเหลวของโครงการได้ถ้าไม่ให้มีส่วนร่วม เพราะประชาชนต้องเป็นผู้ปฏิบัติ เช่น การรณรงค์ลดปริมาณขยะ ให้งดสูบบุหรี่หรือเลิกดื่มสุรา เป็นต้น

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547, หน้า 27) ได้กล่าวถึงข้อดีของการมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้

1) ทำให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีส่วนร่วมกันทำกิจกรรมทำให้แต่ละฝ่ายได้เรียนรู้ซึ่งกันและกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน จนไปสู่การยอมรับความแตกต่างในรูปร่าง ความรู้ นิสัย ค่านิยมต่างๆ อันเป็นรากฐานสำคัญของประชาธิปไตย

2) ทำให้งานที่ยากบางอย่างสำเร็จขึ้นมาได้ งานหลายอย่างหากทำเพียงผู้เดียวหรือทำน้อยคนอาจไม่สำเร็จ ต้องให้ผู้มาร่วมงานมากคนจึงจะสำเร็จ

3) ทำให้บุคคลคิดช่วยตนเอง เพราะถ้ารัฐเป็นฝ่ายทำให้ก็จะรอความช่วยเหลือ หากมาร่วมกันพิจารณา อาจทำบางสิ่งได้เอง และจะร่วมดูแลรักษาสิ่งนั้นมากขึ้น

4) ให้ความช่วยเหลือที่ตรงกับที่ต้องการ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในขั้นการระบุประเด็นปัญหาและความต้องการ จึงไม่เกิดปัญหาที่สร้างไว้เพื่อใช้แล้วไม่ใช่ให้เกิดประโยชน์ เช่น ที่อ่านหนังสือในหมู่บ้าน สะพานลอยให้คนข้าม ซึ่งทำแล้วไม่มีผู้ใช้ก็เสียประโยชน์ไป

5) มักทำให้ประหยัดทรัพยากรลงได้ เพราะการช่วยตรงกับความต้องการที่จะใช้ จะทำและยังอาจมีแรงงานจากการมีส่วนร่วมมาช่วยได้ อาจมีบ้างถ้ามีส่วนร่วมจนวุ่นวาย ไม่มีการจัดการที่ดีก็อาจสิ้นเปลืองทรัพยากรมากกว่าที่ควร หรืออาจเกิดความเสียหายก็ได้

6) ทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของ การมาร่วมคิดร่วมทำ ทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของก็มักร่วมกันดูแลรักษา ซ่อมแซม และมีความภูมิใจในสิ่งที่ตนร่วมกันทำขึ้นมาสิ่งของที่บุคคลได้ทำร่วมกันมา จึงอยู่คงทน

7) เพิ่มทางเลือกที่ดีเพื่อการตัดสินใจ การได้รับรู้ในโครงการอย่างละเอียดทำให้ช่วยกันหาทางเลือก (ทางออก) หลายทางที่สมบูรณ์และเหมาะสมที่สุด ทำให้เกิดผลเสียหายน้อยลงหรือเกิดผลดีมากกว่าการไม่ให้เข้ามามีส่วนร่วม

8) เกิดการสร้างฉันทามติ (consensus building) หรือการเห็นพ้องต้องกันขึ้นมาได้ โดยในประเทศตะวันตกการมีส่วนร่วมของประชาชน มักทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างคู่กรณี เกิดการสร้างข้อตกลงที่มั่นคง ยืนยงได้

9) ทำให้ชุมชนหรือสังคมเข้มแข็งเพราะชุมชนที่เข้มแข็งต้องมีส่วนร่วมกันตัดสินใจ ร่วมดูแลการปกครองพิทักษ์ผลประโยชน์ของชุมชน หรือสังคมนั้นเอง โดยการมีส่วนร่วมคิดร่วมทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมเสมอๆ ทำให้ชุมชนรู้สึกว่าได้ควบคุมโชคชะตาของตนเอง แทนที่จะเป็นผู้ชำนาญที่อื่นที่ “เขาไม่รู้จัก” หรือไม่ไว้ใจมาควบคุม-สั่งการ

10) ทำให้การดำเนินงานของชุมชนหรือสังคมนั้นโปร่งใส เพราะการมีส่วนร่วมเพื่อกิจการสาธารณะอยู่เสมอ ทำให้ผู้ที่จะทุจริตคดโกงก็หวั่นเกรงกระทำได้ยากขึ้น กลัวพลังการมีส่วนร่วมของประชาสังคม (civil society)

11) ทำให้บุคคลที่อาจยอมรับยากยอมรับโครงการนั้นได้ โดยยอมรับว่าเมื่อมีโครงการแล้วตนอาจเสียประโยชน์ไปบ้างแต่เมื่อมีค่าชดเชยที่เหมาะสม และคนอื่นๆ ยอมรับโครงการนั้นก็เห็นแก่ประโยชน์ของคนส่วนใหญ่

จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้วิจัยสรุปได้ว่าลักษณะการมีส่วนร่วมทั้งหมดใน 4 ด้าน คือ ด้านการตัดสินใจ ด้านการดำเนินงาน ด้านการรับผลประโยชน์ และด้านการติดตามประเมินผล ซึ่งเป็นสิ่ง กำหนดว่าการทำงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นั้น หมายถึง การเปิดโอกาสให้มีส่วนเกี่ยวข้องไม่ว่าจะประชาชน หรือบุคลากรในหน่วยงานได้ร่วมรับรู้ ร่วมแสดงความคิดเห็นร่วมปฏิบัติ หรือตัดสินใจ ตลอดจนร่วมสนับสนุน ติดตาม และตรวจสอบการปฏิบัติตามสิ่งที่ตนได้ร่วมตัดสินใจ เพื่อให้เกิดพลังในการดำเนินงาน ทำให้ผู้มีส่วนร่วมมีความพึงพอใจมีความสามัคคีให้ความร่วมมือ (collaboration) ในการทำงาน เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของซึ่งจะเป็นพลังให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์เป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งลักษณะการมีส่วนร่วม 5 ด้าน ดังกล่าวประกอบด้วย

- 1) การมีส่วนร่วมในการวางแผน
- 2) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
- 4) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
- 5) การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นางกุลดา ประกิจ (2547, หน้า 105-107) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการจัดทำแผนพัฒนาเทศบาลในเขตเทศบาลสมุทรปราการ พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมอยู่ในการจัดทำแผนพัฒนาเทศบาล ในเขตเทศบาลสมุทรปราการ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัย

ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาเทศบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เรียบลำดับดังนี้
 1) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์จากแผน 2) การมีความรู้ความเข้าใจต่อโครงการพัฒนา 3) การมีส่วนร่วม
 ในการตัดสินใจ 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล 5) การมีส่วนร่วมปฏิบัติตามแผน
 6) การติดต่อสื่อสารที่ดี

บุญยงค์ วงศ์เทพ (2548, หน้า 66-72) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงาน
 ขององค์การบริหารส่วนตำบล : ศึกษากรณี องค์การบริหารส่วนตำบลศรีดอนมูล อำเภอเชียงแสน
 จังหวัดเชียงราย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานขององค์การ
 บริหารส่วนตำบล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพหลัก ระยะเวลาที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ และ
 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลและประชาชน สำหรับปัจจัย
 ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบล
 ได้แก่ เพศ การศึกษา รายได้ และสภาพเศรษฐกิจ โดยที่ปัจจัยด้านการเป็นสมาชิกกรรมการกลุ่ม
 ทางสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบล และ
 ความรู้สึกผูกพันกับถิ่นที่อยู่ไม่สามารถทดสอบสมมติฐานได้เนื่องจากขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 มีความแตกต่างกัน

ชนิดดา ระดาฤทธิ์ (2549, หน้า 149-153) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข
 ต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน กรณีศึกษา เฉพาะเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร
 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 51-60 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป
 มีระดับรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท และระดับรายได้ของกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า
 5,000 บาทต่อเดือน มีสถานภาพสมรส และมีคู่ครองหัวหน้าครอบครัว มีระยะเวลาปฏิบัติงานน้อยกว่า
 5 ปี ผลการศึกษาภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการสร้างเสริม
 สุขภาพของประชาชนในชุมชนอยู่ในระดับมาก ด้านร่วมวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน
 โดยเฉพาะการประเมินปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน ผลการศึกษาภาพรวมของระดับปฏิบัติงาน
 ตามบทบาทหน้าที่ การสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนปฏิบัติอยู่ในระดับมาก
 ด้านบทบาทผู้ประสานงานมากที่สุดในประเด็นการตระหนักถึงการทำงานร่วมกันระหว่างคนในชุมชน
 กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนและบทบาทผู้ให้บริการสาธารณสุขปฏิบัติอยู่ในระดับมากในประเด็น
 การสนับสนุนให้คนในชุมชนให้รู้จักดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย

ดวงพร แสงทอง (2550, หน้า 87-90) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำ
 แผนพัฒนาท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลในอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี พบว่า การเปิดรับ
 ข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลจากสื่อแหล่งต่างๆ สื่อที่เปิดรับมากที่สุด
 และกระทำเป็นประจำ คือ การพูดคุยกับบุคคลอื่น เช่น เพื่อนบ้าน ในขณะที่ความเข้าใจเกี่ยวกับ
 บทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลของประชาชน อยู่ในระดับปานกลาง และระดับน้อย
 ส่วนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่น อยู่ในระดับน้อย เช่นเดียวกัน
 การมีส่วนร่วมหากเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ร่วมคิดกำหนดความต้องการ ร่วมดำเนินการ
 และร่วมรับผิดชอบ ร่วมรับผลประโยชน์ ร่วมปฏิบัติตาม และการประเมินผล ตลอดจน
 การร่วมตรวจสอบ เนื้อหาของแผนพัฒนา เมื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของประชาชนจำแนก
 ตามลักษณะส่วนบุคคล ประชาชนที่มีอาชีพ สถานภาพ ระดับการเปิดรับสื่อ และความรู้ความเข้าใจ

เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของ องค์การบริหารส่วนตำบลที่แตกต่างกัน มีส่วนรวมในการจัดทำแผนพัฒนา
แตกต่างกัน

โสภณ นุชเจริญ (2551, หน้า 112-123) ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในชมรม
สร้างสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ปัจจัย
ที่ไม่มีผลต่อการ ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในชมรมสร้างสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน คือ อายุ สถานภาพ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็น อสม. และแรงสนับสนุน
ทางสังคม ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการให้กำลังใจในการดำเนินงาน มีผล
ต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในชมรมสร้างสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เอกรินทร์ โปตะเวช (2551, หน้า 79-84) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุข
มูลฐานตาม บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอศรีเชียงใหม่
จังหวัดหนองคาย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ
เพศ สถานที่ตั้งที่ทำ หน้าที่ การได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และงบประมาณ ทัศนคติในงาน
สาธารณสุขมูลฐาน และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย
ความสำเร็จในงานที่ทำ การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ และ
ความก้าวหน้า ระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครอยู่ในระดับสูง มีทัศนคติในการปฏิบัติงาน
อยู่ในระดับมาก และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก อาสาสมัครสาธารณสุข มีข้อเสนอแนะว่า
ควรจัดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน ควรมีการประชาสัมพันธ์งานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน
จัดให้มีการอบรมให้ความรู้ด้านนโยบายแก่คณะกรรมการของศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ให้เจ้าหน้าที่
มานิเทศและติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ และควรมีการจัดทำแผนปฏิบัติงานของศูนย์
สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ลลิตา เสนอกรรหา (2552, หน้า 46-49) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน
ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด เอ (H1N1) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ สำหรับ ปัจจัยที่มีผลต่อ
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ลักษณะของงาน
ความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ความรับผิดชอบและผลประโยชน์ตอบแทน และ
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุอุปกรณ์ และสิ่งของ มีความสัมพันธ์
กับการปฏิบัติงานหรือการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

พรพันธ์ คชเดช (2550, หน้า 98-101) ศึกษาเรื่อง ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
ในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า
โดยภาพรวม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ
61 และความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริม
สุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พรพันธ์ คชเดช (2550, หน้า 111-114) ศึกษาเรื่อง ศักยภาพการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ
ในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพ
การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข คือ

ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การได้รับการยอมรับนับถือ ความสำเร็จของงาน ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าในตำแหน่ง

ฉลวย หนูจิตร (2551, หน้า 76) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ด้านการให้บริการกิจกรรมในชุมชน จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม คือ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value <0.001

รติ บุญมาก (2551, หน้า 138-139) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดหนองบัวลำพู พบว่า การได้รับการยอมรับนับถือ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรวิมล พุ่มซ้อน (2552, หน้า 101-108) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลด้าน เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คุณลักษณะส่วนบุคคลด้าน อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งด้านปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน โดยปัจจัยจูงใจ ได้แก่ ความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ นโยบายและการบริหารงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความเป็นอยู่ส่วนตัว และความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุม วัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยได้นำผลงานการวิจัยดังกล่าวมาปรับใช้ โดยกำหนดตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะ ประชากร เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาชีพ รายได้ การได้รับการฝึกอบรม การได้รับสิ่งของ เอกสาร วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค และปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ตาม ทฤษฎีสองปัจจัย ของเฮอริชเบอร์ค ได้แก่ ความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะ ของงาน ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าใน หน้าที่การงาน สำหรับ ตัวแปรตาม ได้ใช้แนวความคิด ทฤษฎีการมีส่วนร่วม 5 ด้าน คือ ด้านการตัดสินใจ ด้านการดำเนินงาน ด้านการรับผลประโยชน์ และด้านการติดตามประเมินผล ในการศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีแอล (DOTS) จังหวัดสระแก้ว โดยมีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

3.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนอยู่ในจังหวัดสระแก้ว (9 อำเภอ) ในจังหวัดสระแก้ว โดยการศึกษาครั้งนี้จะเก็บข้อมูลตัวอย่างทั้งหมดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้ดำเนินการเยี่ยมบ้านและกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาจากโรงพยาบาลทุกแห่ง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2556 จำนวน 354 คน และที่ยินดีให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีแอล (DOTS) จังหวัดสระแก้วแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การได้รับการอบรม และการได้รับสิ่งของ เอกสาร วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการปฏิบัติงาน (forced choice) มีจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัณโรค และการปฏิบัติงานตาม บทบาทหน้าที่ของพีแอล ผู้ป่วยวัณโรค ประกอบด้วย การแพร่เชื้อวัณโรค การรักษา การป้องกันโรค การดูแลกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ลักษณะข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ ใช่ หรือไม่ใช่ ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 4, 6, 7, 10, 11, 12 และข้อ 15 จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 5, 8, 9, 13 และข้อ 14 จำนวน 7 ข้อ คำถามทั้งหมด 15 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือกคะแนน คำถามด้านบวก คะแนนคำถามด้านลบ

	ถูกต้อง	1	0
ไม่	ถูกต้อง	0	1

การแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนน ตามแนวคิดของเบสท์ (Best W., 1997, p. 174; อ้างถึงใน มูทิตา พัวพิพัฒน์พงษ์, 2552, หน้า 68) โดยเลือกใช้สูตร max-min หาดด้วยจำนวนขั้นที่ต้องการ ค่าที่ได้ คือ 15-1 หาดด้วย 3 เท่ากับ 4.66 ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	การแปลผลระดับความรู้
9.34-15.00	ระดับสูง
4.67-9.33	ระดับปานกลาง
0.00-4.66	ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยสร้างขึ้น จาก ทฤษฎี สองปัจจัย ของ เฮอริชเบิร์ก เป็นคำถามปลายปิด ได้แก่ ปัจจัยจูงใจ ประกอบด้วย ลักษณะความสำเร็จ ของงาน การได้รับการยอมรับนับถือลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบและความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน รวมข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ

แบบสอบถาม มีลักษณะเป็น แบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ของ ลิเคิร์ท (Best & Kahn, 1993, pp. 246-250; อ้างถึงใน บุญชม ศรีสะอาด, 2549, หน้า 69-71) มี 5 ระดับ คือ

5 คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุด
4 คะแนน เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นจริงมาก
3 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นความจริงปานกลาง
2 คะแนน ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นความจริงน้อย
1 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับ ข้อความนั้นเลย

การแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนน ตามแนวคิดของเบสท์ (Best W., 1997, p. 174; อ้างถึงใน ปรัชญา แก้วพัฒน์, 2551, หน้า 60) โดยเลือกใช้สูตร max-min หาดด้วยจำนวนขั้นที่ต้องการค่าที่ได้ คือ 5-1 หาดด้วย 3 เท่ากับ 1.33 ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	การแปลผลระดับทัศนคติ
3.67-5.00	ระดับสูง
2.34-3.66	ระดับปานกลาง
1.00-2.33	ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใน การรักษา วัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพิเลียง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากแนวคิดและ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย คำถามปลายปิด จำนวน 15 ข้อ

แบบสอบถาม มีลักษณะเป็น แบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ของ ลิเคิร์ท (Best & Kahn, 1993, pp. 246-250; อ้างถึงใน บุญชม ศรีสะอาด, 2549, หน้า 69-71) มี 5 ระดับ คือ

5 คะแนน มากที่สุด หมายถึง ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมมากที่สุด หรือข้อความนั้น เป็นจริงมากที่สุด

4 คะแนน มาก	หมายถึง	ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมมาก หรือข้อความนั้นเป็นจริงมาก
3 คะแนน ปานกลาง	หมายถึง	ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมปานกลาง หรือข้อความนั้นเป็นจริงปานกลาง
2 คะแนน น้อย	หมายถึง	ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมน้อย หรือ ข้อความ นั้นเป็นความจริงน้อย
1 คะแนน น้อยที่สุด	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นเลย หรือข้อความนั้นเป็นความจริงน้อยที่สุด

และในส่วนท้าย มีคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค ของการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 1 ข้อ ซึ่งผู้ตอบจะต้องเขียนคำตอบ ในแบบสอบถาม

การแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนน ตามแนวคิดของเบสท์ (Best W., 1997, p. 174; อ้างถึงใน มูทิตา พัวพิพัฒน์พงษ์, 2552, หน้า 70) โดยเลือกใช้สูตร max-min หาดด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการ ค่าที่ได้ คือ 5-1 หาดด้วย 3 เท่ากับ 1.33 ดังนี้

ช่วง	คะแนนเฉลี่ย	การแปลผลระดับการมีส่วนร่วม
3.67-5.00		ระดับมาก
2.34-3.66		ระดับปานกลาง
1.00-2.33		ระดับน้อย

การแปลผลระดับ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ และปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว

สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ของ อิลิฟสัน เคริท (Elifson Kirkw, 1990; อ้างถึงใน รติ บุญมาก, 2551, หน้า 78) ดังนี้

ช่วงค่าคะแนน	การแปลผล
$r = 0$	ไม่มีความสัมพันธ์
$r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.30	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
$r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
$r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
$r = \pm 1$	มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

3.2.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

- 1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บุคลากร องค์กร หน่วยงานต่างๆ เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างเครื่องมือ
- 2) กำหนดนิยามศัพท์เฉพาะของการวิจัย
- 3) สร้างแบบสอบถามฉบับร่าง เพื่อให้อาจารย์ที่ปรึกษา หลัก และที่ปรึกษาร่วมตรวจสอบเนื้อหา และเหมาะสมของภาษาเป็นเบื้องต้น

3.2.3 การหาคุณภาพของเครื่องมือในงานวิจัย

1) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วตามข้อเสนอแนะ ให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) จำนวน 5 ท่าน และนำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้ว มาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (index of item objective concurrence: IOC) โดยประยุกต์วิธีการ IOC เป็นแนวทางในการตรวจสอบ ได้ค่าตั้งแต่ 0.5-1 แล้วนำเครื่องมือมาปรับปรุงให้ถูกต้องตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้ โดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (rating scale 3 ระดับ คือ 1 = แน่ใจว่าสอดคล้อง 0 = ไม่แน่ใจว่าสอดคล้อง -1 = แน่ใจว่าไม่สอดคล้อง) โดยใช้เกณฑ์การตัดสินใจการคัดเลือกข้อคำถาม ดังนี้ ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นข้อคำถามที่ใช้ได้ ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้นหรือตัดข้อความนั้นออกไป

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้ (try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอทับปุด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 30 คน ผลการทดลองใช้นำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น ดังนี้

(1) แบบทดสอบ ปัจจัยด้าน ความรู้ และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค วิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson method) KR 20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88 หาค่าความยากง่ายรายข้อ โดยใช้วิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ (correlation) ระหว่างคะแนนรายข้อ และคะแนนรวมแต่ละฉบับ (item total correlation) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง 0.22 ถึง 0.80 ซึ่งสูงกว่า 0.2 ทุกข้อ (ค่าอำนาจระดับที่พอใช้ได้ ต้องมากกว่า 0.2 ระดับดี 0.4-0.6 ระดับดีมากต้องมากกว่า 0.6) (วรพล แวงนอก , 2554, หน้า 82-83) และหาค่าความยากง่าย (difficulty) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความยากง่ายรายข้อ ระหว่าง 0.37 ถึง 0.80

โดยใช้สูตรและเกณฑ์การประเมินความยากง่าย ดังนี้

$$P = R / N$$

P= ความยากง่ายในแต่ละข้อ

R= จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ

N=จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

ค่าความยากง่าย ระดับปานกลาง มีค่าอยู่ระหว่าง 0.2 – 0.8

ค่าความยากง่าย ระดับดี มีค่าอยู่ระหว่าง 0.4 – 0.6

(2) แบบสอบถามวัดปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

(3) แบบสอบถามวัดปัจจัยด้าน การมีส่วนร่วม วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

(4) นำแบบสอบถามที่ทดลองใช้แล้ว มาปรับปรุงแก้ไข ทำเป็นฉบับสมบูรณ์ เพื่อเก็บข้อมูลต่อไป

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

- 1) เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ถึง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- 2) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ผ่านการอบรมจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ มีความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แบบ สอบถาม ตลอดจนการเก็บรักษาความลับของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้สามารถใช้แบบสอบถามอย่างมีมาตรฐานเดียวกัน
- 3) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ประสานงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย คัดเลือก กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 4) ผู้วิจัยประสานกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ รับผิดชอบ งานวิชันโรค เป็นผู้ชี้แจงเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบ สอบถาม และ ตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที
- 5) หลังจาก ได้แบบสอบถาม ตาม หัวข้อ ครบถ้วน ผู้วิจัย แสดงความขอบคุณ ที่ให้ความร่วมมือ
- 6) นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์และสรุป

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

- 3.4.1 นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมา จำแนกตามคุณลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถาม
- 3.4.2 นำแบบสอบถามให้ค่าคะแนน (code) ในแต่ละข้อ และบันทึกผลลงในเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
- 3.4.3 วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย

3.5 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.5.1 สถิติเชิงพรรณนา

- 1) ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่

(1) เพศ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ตำแหน่งทางสังคมอื่นๆ ในชุมชน การได้รับการอบรม/ชี้แจง การได้รับสิ่งของ/เอกสาร/วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (frequency) และหาค่าร้อยละ (percentage)

(2) อายุ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าสูงสุด (maximum) และค่าต่ำสุด (minimum) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2) ข้อมูลปัจจัยด้านความรู้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) ข้อมูลปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะของงาน ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4) ข้อมูลเกี่ยวกับระดับการมีส่วนร่วม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5) ข้อเสนอแนะ การมีส่วนร่วม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) นำข้อมูลมาสรุปพรรณนา

3.5.2 สถิติเชิงอนุมาน

1) ใช้สถิติไค-สแควร์ (χ^2 -test) เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ตำแหน่งทางสังคมอื่นๆ ในชุมชน การได้รับฝึกอบรม/ชี้แจง การได้รับสิ่งของ/เอกสาร/วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS)

2) ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ความรู้เรื่องวัณโรคและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค แรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วม ของของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS)จังหวัดสระแก้ว เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ในการปฏิบัติงานกับการมีส่วนร่วม ของของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS)จังหวัดสระแก้ว ดังต่อไปนี้

4.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

4.2 ข้อมูลปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัณโรคและความรู้เกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค

4.3 ข้อมูลปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานประกอบด้วย ความรับผิดชอบ ลักษณะการได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ความสำเร็จของงาน และความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS)

4.4 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS)

4.5 ข้อมูลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS)

4.6 ข้อเสนอแนะของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS)

4.1 ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n = 354)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	99	27.96
หญิง	255	72.04
2. อายุ		
21-40 ปี	104	29.40
41-60 ปี	233	65.80
60 ปีขึ้นไป	17	4.80
min = 22 ปี max= 63 ปี \bar{X} = 45.54 ปี		
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	146	41.20
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	102	28.80
มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	106	29.90
4. สถานภาพ		
โสด	51	14.40
สมรส	303	85.60
5. ประกอบอาชีพ		
เกษตรกร (ทำสวน/ทำไร่/ทำนา/เลี้ยงสัตว์)	248	70.10
รับจ้าง	50	14.10
ค้าขาย	56	15.80
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	89	25.15
5,000-10,000 บาท	258	72.88
10,000 บาทขึ้นไป	7	1.97
min = 2,000บาท max= 60,000บาท		
medium 7269.77บาท		
7. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข		
ต่ำกว่า 5ปี	89	25.14
6-10 ปี	106	29.94
11-15 ปี	81	22.88
16-20 ปี	52	14.68

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(n = 354)	ร้อยละ
21 ปีขึ้นไป min = 1 ปี max= 34ปี $\bar{X} = 10.86$ ปี	26	7.34
8. การดำรงตำแหน่งทางสังคมอื่นๆ ในชุมชน (นอกเหนือจากการเป็น อสม.)		
ไม่มี	122	34.46
มี (ผู้นำชุมชน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/ สมาชิกสภาเทศบาล/สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล/ กรรมการกองทุนชุมชน/กรรมการหมู่บ้าน/อาสาสมัคร อื่นๆ	232	65.54
9. การได้รับฝึกอบรม/ชี้แจง		
ไม่เคยได้รับการอบรม/ชี้แจง	40	11.29
เคยได้รับการอบรม/ชี้แจง	314	88.71
10. การได้รับสิ่งของ/เอกสาร/วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์		
ไม่เคยได้รับ	60	16.94
เคยได้รับสิ่งของ/เอกสาร/วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์	294	83.06

จากตาราง 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.04 อายุระหว่าง 41-60 ปี สูงสุด ร้อยละ 65.80 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาสูงสุด ร้อยละ 41.20 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 85.60 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.10 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 72.88 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 6-10 ปี ร้อยละ 29.94 อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีตำแหน่งทางสังคมอื่นๆในชุมชน ร้อยละ 65.54 เคยได้รับการฝึกอบรม/ชี้แจง ร้อยละ 88.71 และเคยได้รับสิ่งของ/เอกสาร/วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อใช้ในการดำเนินงาน ร้อยละ 83.06

4.2 ข้อมูลปัจจัยด้าน ความรู้เรื่องวัณโรค และความรู้เกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติงานตาม บทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามระดับความรู้เรื่องวัณโรคและความรู้เกี่ยวกับ เรื่องการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค ($n = 354$)

ระดับความรู้เรื่องวัณโรคและความรู้เกี่ยวกับเรื่อง การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยง ผู้ป่วยวัณโรค	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง	41	11.58
ความรู้ระดับปานกลาง	41	11.58
ความรู้ระดับต่ำ	36	10.16

จากตาราง 2 กลุ่มประชากรส่วนใหญ่ มีระดับความรู้ เรื่องวัณโรค และความรู้เกี่ยวกับเรื่อง การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.24 รองลงมา มีความรู้อยู่ในระดับสูงและต่ำ ร้อยละ 11.58 และ 10.16 ตามลำดับ

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละความรู้เรื่องวัณโรคและความรู้เกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรคจำแนกเป็นรายข้อ ($n = 354$)

ความรู้เรื่องวัณโรคและความรู้เกี่ยวกับเรื่อง การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เชื่อวัณโรคสามารถติดต่อผ่านทางระบบทางเดินหายใจ เมื่อผู้ป่วย ไอ จาม เชื้อจะออกมาที่ละอองเสมหะ	285	79.94	69	20.06
2. ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคไม่มีโอกาสเสี่ยงสูง ในการติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้	280	79.10	74	20.90
3. เด็กผู้สูงอายุและคนที่มีร่างกายอ่อนแอ (ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวาน เอคส์) ไม่มีโอกาสติดเชื้อ วัณโรคได้มากกว่าคนอื่น ๆ	284	80.79	70	19.21
4. อาการสำคัญของผู้ป่วยวัณโรคปอดคือ มีไข้ต่ำๆ ตอนบ่ายเหงื่อออกมากตอนกลางคืน เจ็บหน้าอก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีอาการไอติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป ไออาจมีเลือดออกมา	285	80.79	69	19.21
5. การรักษาโรควัณโรคปอดจะต้องรับประทานยาติดต่อกัน อย่างน้อย 1 ปี จึงจะรักษาหาย	277	77.4077	22.60	

ตาราง 3 (ต่อ)

ความรู้เรื่องวัณโรคและความรู้เกี่ยวกับเรื่อง การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. อสม. มีหน้าที่ในการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขกับผู้ป่วยวัณโรค	294	81.07	60	18.93
7. อสม. มีหน้าที่ในการเป็นแกนนำในการถ่ายทอดความรู้ เรื่องวัณโรค การป้องกันและการให้การรักษาวัณโรค แก่คนในชุมชนผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย	286	80.36	68	19.64
8. ท่านไม่จำเป็นต้องบอกผู้ป่วยวัณโรคถึงอาการผิดปกติ หลังจากรับประทานยาในระยะ 1-2 สัปดาห์แรก	231	65.25	123	34.75
9. ผู้ป่วยวัณโรคต้องกินยาทุกวันเมื่อถึงเวลากินยา	276	76.84	78	23.16
10. ผู้ป่วยวัณโรควัณโรคต้องไปหาหมอตามนัดทุกครั้ง ถึงแม้ไม่มีอาการแล้วก็ตาม	279	79.39	75	20.61
11. วิธีการกำจัดสิ่งที่ปนเปื้อน และเสมหะให้ถูกวิธีคือ เททิ้งในถังขยะ	244	68.93	110	31.07
12. ผู้ป่วยวัณโรคต้องการกำลังใจในการกินยา ตลอดระยะเวลาในการรักษาระยะเข้มข้น	273	76.84	81	23.16
13. ผู้ป่วยวัณโรคห้ามดื่มเหล้า สูบบุหรี่ หรือใช้สารเสพติด	280	79.94	74	20.06
14. เมื่ออาการของผู้ป่วยวัณโรคปกติขึ้น ผู้ป่วยสามารถ หยุดกินยาได้เองโดยไม่ต้องรอพบแพทย์	235	66.10	119	33.90
15. ผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อจำเป็นต้องใช้น้ำกาก อนามัยเพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายไปยัง บุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นในชุมชน	279	79.94	75	20.06

จากตาราง 3 พบว่า อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินงาน โดยข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุดคือ อสม. มีหน้าที่ในการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้ป่วย วัณโรค ร้อยละ 81.07 รองลงมาได้แก่ เด็กผู้สูงอายุและคนที่มีร่างกายอ่อนแอ (ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวาน เอดส์) ไม่มีโอกาสติดเชื้อวัณโรคได้มากกว่าคนอื่นๆ และอาการสำคัญของผู้ป่วยวัณโรคปกติคือ มีไข้ต่ำๆ ตอนบ่ายเหงื่อออกมา กตอนกลางคืน เจ็บหน้าอก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีอาการไอติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไปและไออาจมีเลือดออก มาเท่ากันร้อยละ 80.79 ในส่วนของข้อคำถามที่อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ตอบผิดสูงสุด ได้แก่ ท่านไม่จำเป็นต้องบอกผู้ป่วยวัณโรคถึงอาการผิดปกติหลังจากรับประทานยาในระยะ 1-2 สัปดาห์แรก ร้อยละ 65.25 รองลงมาได้แก่ เมื่ออาการของผู้ป่วยวัณโรคปกติขึ้น ผู้ป่วยสามารถหยุดกินยาได้เองโดยไม่ต้องรอพบแพทย์ และวิธีการกำจัดสิ่งที่ปนเปื้อน และเสมหะให้ถูกวิธีคือเททิ้งในถังขยะ ร้อยละ 66.10 และ 68.93 ตามลำดับ

4.3 ข้อมูลปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค ($n = 354$)

ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค	จำนวน	ร้อยละ
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับสูง	207	58.47
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับปานกลาง	143	40.39
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับต่ำ	4	1.14

จากตาราง 4 พบว่าอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีระดับแรงจูงใจในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.47 รองลงมาในระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 40.39 และ 1.14 ตามลำดับ

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลคะแนนแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรคจำแนกเป็นรายข้อ ($n = 354$)

ปัจจัยจูงใจในการทำงาน	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ด้านลักษณะความสำเร็จของงาน			
1. ท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีส่วนทำให้งานการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยงในหมู่บ้านสำเร็จได้ด้วยดี	4.09	.68	สูง
2. ท่านสามารถปฏิบัติงานการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยงในหมู่บ้านที่ได้รับมอบหมายได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	4.00	.74	สูง
ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ			
1. คนในชุมชน/หมู่บ้านให้การยอมรับและเชื่อถือในความสามารถของท่าน	3.91	.65	สูง
2. เพื่อนร่วมทีมงานอสม.ยอมรับในความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานของท่าน	3.88	.65	สูง
3. งานที่ท่านปฏิบัติมีคุณค่าและมีความหมายกับตัวของท่าน	4.21	.60	สูง
4. งานที่ท่านปฏิบัติมีความสำคัญต่อ ชุมชน/หมู่บ้าน	4.22	.58	สูง

ตาราง 5(ต่อ)

ปัจจัยจูงใจในการทำงาน	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ			
1. งานด้านการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีที่เลี้ยง ที่ท่านได้รับมอบหมายเป็นงานที่ทำทหายความสามารถ ของท่าน	3.91	.75	สูง
2. งานด้านการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบ มีพีที่เลี้ยง เป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ทักษะเฉพาะด้าน ใช้ความคิดในการให้คำแนะนำผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติ ในการรักษาวัณโรค	4.05	.68	สูง
3. งานรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีที่เลี้ยง เป็นงานที่สร้างประโยชน์ต่อคนในชุมชน	4.15	.65	สูง
ด้านความรับผิดชอบ			
1. ท่านเข้าใจถึงความสำคัญของงานในการรักษาด้วยระบบ ยาระยะสั้นแบบมีพีที่เลี้ยงที่รับผิดชอบ	4.01	.62	สูง
2. ท่านมีการจัดลำดับความสำคัญของงานในการรักษาด้วย ระบบยาระยะสั้นแบบมีพีที่เลี้ยงที่รับผิดชอบ	3.93	.61	สูง
3. ท่านมีความตั้งใจปฏิบัติงานในต่อการรักษาด้วยระบบ ยาระยะสั้นแบบมีพีที่เลี้ยงที่ท่านรับผิดชอบ	4.03	.59	สูง
4. ท่านมีอำนาจตัดสินใจในการปฏิบัติงานต่อการรักษา ด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีที่เลี้ยงที่ท่านรับผิดชอบ	3.69	.81	สูง
5. ท่านมีอิสระในการปฏิบัติงานต่อการรักษาด้วยระบบ ยาระยะสั้นแบบมีพีที่เลี้ยงที่ท่านรับผิดชอบ	3.74	.77	สูง
ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน			
1. การปฏิบัติงานด้านการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีพีที่เลี้ยงมีส่วนทำให้ท่านได้มีความรู้เพิ่มพูน ความสามารถและทักษะต่างๆ เพิ่มขึ้น	4.13	.61	สูง
2. ท่านได้รับโอกาสในการอบรมหรือประชุมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ และทักษะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานการรักษา วัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีที่เลี้ยง	3.97	.61	สูง
3. การได้รับการยกย่อง เชิดชู คำชมในที่ประชุมระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอจากเจ้าหน้าที่ในด้านความรู้ ความสามารถ ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานของท่าน	3.85	.66	สูง

จากตาราง 5 พบว่า ด้าน ความสำเร็จ ของงานกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าเป็นผู้หนึ่งที่มีส่วนทำให้งานการรักษาวัดโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยงในหมู่บ้านสำเร็จได้ด้วยดี สูงสุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.09) รองลงมาได้แก่ ท่านมีความพึงพอใจกับผลจากการมีส่วนร่วมในการรักษาวัดโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.06) ส่วนข้อความที่กลุ่มตัวอย่างตอบได้ต่ำสุด คือ ท่านสามารถปฏิบัติงานการรักษาวัดโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยงในหมู่บ้านที่ได้รับมอบหมายได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00) ด้าน การได้รับการยอมรับนับถือ พบว่า งานที่ท่านปฏิบัติมีความสำคัญ ต่อชุมชน/หมู่บ้านสูงสุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.22) ใกล้เคียงกับ งานที่ท่านปฏิบัติมีคุณค่าและมีความหมายกับตัวของท่าน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21) ส่วนข้อความที่กลุ่มตัวอย่างตอบต่ำสุด ได้แก่ เพื่อนร่วม ทีม งาน อสม.ยอมรับในความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานของท่าน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88) ด้านลักษณะของ งาน ที่ปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างตอบว่า งานรักษาวัดโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง เป็นงานที่สร้างประโยชน์ต่อคนในชุมชน สูงสุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15) ส่วนข้อความที่ตอบต่ำสุด ได้แก่ งานด้านการรักษาวัดโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยงที่ท่านได้รับมอบหมายเป็นงานที่ทำทลายความสามารถของท่าน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91) ด้านความรับผิดชอบกลุ่มตัวอย่างตอบว่า ท่านมีความตั้งใจปฏิบัติงานในต่อการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง ที่ท่านรับผิดชอบ สูงสุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.03) ส่วนข้อความที่ตอบต่ำสุด ได้แก่ ท่านมีอำนาจตัดสินใจใน การปฏิบัติงานต่อการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยงที่ท่านรับผิดชอบ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69) และด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบว่า การปฏิบัติงานด้านการรักษาวัดโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยงมีส่วนทำให้ท่านได้มีความรู้เพิ่มพูนความสามารถและทักษะต่างๆ เพิ่มขึ้น (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13) ส่วนข้อความที่กลุ่มตัวอย่างตอบต่ำสุด ได้แก่ การได้รับการยกย่อง เชิดชู ค่าชมในที่ประชุมระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอจากเจ้าหน้าที่ในด้านความรู้ ความสามารถความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานของท่าน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85)

4.4 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษาวัดโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS)

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัดโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) ($n = 354$)

ระดับการมีส่วนร่วมของอสม.ในการรักษาวัดโรคด้วยระบบDOTS	จำนวน	ร้อยละ
การมีส่วนร่วมระดับมาก	101	28.53
การมีส่วนร่วมระดับปานกลาง	206	58.19
การมีส่วนร่วมระดับน้อย	47	13.28

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการ รักษาวัณโรคด้วยระบบยา ระยะสั้นแบบมีพีทีเลียง (DOTS)อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.19 รองลงมามีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 28.53 และ 13.27 ตามลำดับ

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย (mean)ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)และการแปลผลคะแนน การมีส่วนร่วมในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยา ระยะสั้นแบบมีพีทีเลียง (DOTS)จำแนก รายชื่อ($n = 354$)

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
การวางแผนการดำเนินงาน			
1. ท่านมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหาวัณโรคในชุมชน	3.76	.75	สูง
2. ท่านได้ร่วมในการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมให้เพื่อนร่วมงานและอสม.ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.33	.70	ปานกลาง
3. ท่านได้ร่วมในการกำหนดและเข้าร่วมกิจกรรมที่แสดงถึงความรับผิดชอบต่อสังคมในการป้องกันโรควัณโรคในชุมชน/หมู่บ้าน	3.43	.73	ปานกลาง
4. ท่านได้ร่วมในการกำหนดวิธีการในการทบทวนผลการดำเนินงานเพื่อนำมาปรับปรุงในการทำงานของหน่วยงาน โรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	3.27	.82	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมตัดสินใจ			
1. ท่านได้ร่วมในการจัดทำแผนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคหรือการวางแผนการป้องกันวัณโรค	3.17	.74	ปานกลาง
2. ท่านได้ร่วมดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่ได้รับมอบหมายหรืองานที่รับผิดชอบของหน่วยงาน โรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	3.69	.74	สูง
3. ท่านได้ร่วมในการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าตามแผนปฏิบัติการการรักษาวัณโรคด้วยระบบยา ระยะสั้นแบบมีพีทีเลียง	3.06	.75	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมดำเนินงาน			
1. ท่านได้ร่วมในการกำกับกำกับการรับประสานยาของผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ได้รับมอบหมายในพื้นที่	3.72	.76	สูง
2. ท่านได้ร่วมในการรณรงค์เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรควัณโรคในชุมชน/หมู่บ้าน	3.89	.72	สูง

ตาราง 7(ต่อ)

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
3. ท่านได้ร่วมในการให้คำแนะนำการป้องกันการแพร่เชื้อ และผลข้างเคียงของยารักษาวัณโรคแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย และญาติ	3.90	.70	สูง
4. ท่านได้ร่วมในการกำหนดวิธีการและจัดการปัญหา และการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยวัณโรคของชุมชน/หมู่บ้าน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.74	.80	สูง
การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์			
1. ผลการดำเนินงานของท่านได้รับคำชมเชย รางวัล หรือค่าตอบแทน	3.96	.87	สูง
2. การดำเนินงานของท่านในการเป็นที่เลี้ยง ในการรักษา วัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้น ทำให้ผู้ป่วยวัณโรค รักษาหาย	3.79	.65	สูง
3. การดำเนินงานของท่านในการเป็นที่เลี้ยงการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้น ทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ ให้ความไว้วางใจ เชื่อถือ และปฏิบัติตามคำแนะนำ ของท่าน	3.84	.74	สูง
การมีส่วนร่วมประเมินผล			
1. การดำเนินงานของท่านในการเป็นที่เลี้ยง การรักษา วัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้นทำให้ผู้ป่วยรับประทาน ยาครบและหายจากการป่วยเป็นวัณโรค	3.44	.76	ปานกลาง
2. ในระหว่างที่ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาท่านได้ร่วม ในการประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคเป็นระยะๆ ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.28	.81	ปานกลาง

จากตาราง 7 การมีส่วนร่วมในการ รักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS)ด้านการวางแผนการดำเนินงาน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหาวัณโรคในชุมชน สูงสุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76) ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าตนเอง มีส่วนร่วมน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านได้ร่วมในการกำหนดวิธีการในการทบทวนผลการดำเนินงาน เพื่อนำมาปรับปรุงในการทำงานของหน่วยงานโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27) ในด้าน การมีส่วนร่วมตัดสินใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ได้ร่วมดำเนินการ ตามแผนปฏิบัติ การที่ได้รับมอบหมายหรืองานที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

โรงพยาบาล หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สูงสุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69) ส่วนข้อความที่กลุ่มตัวอย่าง คิดว่าตนเองมีส่วนร่วมน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านได้ร่วมในการติดตามประเมินผลความก้าวหน้า ตามแผนปฏิบัติการการ รักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีลีเย็ง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06) ด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ท่านได้ร่วมในการให้คำแนะนำการป้องกัน การแพร่เชื้อ และผลข้างเคียงของยารักษาวัณโรคแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย และญาติ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90) ส่วนข้อความที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าตนเองมีส่วนร่วมน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านได้ ร่วมในการกำกับกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ได้รับมอบหมายในพื้นที่ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ พบว่า ผลการดำเนินงานของท่านได้รับคำชมเชย รางวัล หรือค่าตอบแทน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96) ส่วนข้อความที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าตนเองมีส่วนร่วมน้อยที่สุด ได้แก่ การดำเนินงานของท่านในการเป็นพี่เลี้ยงในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้น ทำให้ผู้ป่วยวัณโรครักษาหาย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.79) ด้านการประเมินผล พบว่า การดำเนินงานของท่านในการเป็นพี่เลี้ยง การรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาครบและหายจากการป่วยเป็นวัณโรค สูงสุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.44) ส่วนข้อความที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่า ตนเองมีส่วนร่วมน้อยที่สุด ได้แก่ ในระหว่างที่ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาท่านได้ร่วมในการประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคเป็นระยะๆร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28)

4.5 ข้อมูลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีลีเย็ง (DOTS)

ตาราง 8 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศระดับการศึกษาสถานภาพสมรส อาชีพ การปฏิบัติงานการได้รับฝึกอบรม การได้รับสิ่งของกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีลีเย็ง (DOTS)

ปัจจัย	การมีส่วนร่วมของอสม.			χ^2	df	p-value
	ระดับสูง	ระดับ	ระดับต่ำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. เพศ				.39	2	.822
ชาย	30	55	14			
หญิง	71	151	33			

ตาราง 8 (ต่อ)

ปัจจัย	การมีส่วนร่วมของอสม.			χ^2	df	p-value
	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับ ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)			
2. ระดับการศึกษา				5.32	4	.256
ประถมศึกษา	51	78	17			
มัธยมศึกษาตอนต้น	24	62	16			
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า	26	66	14			
สมรส	85	177	41			
มี	73	132	27			
3. สถานภาพสมรส				.29	2	.865
โสด	16	29	6			
สมรส	85	177	41			
มี	73	132	27			
4. อาชีพ				1.74	4	.784
เกษตรกรกรรม	73	140	35			
รับจ้าง	15	30	5			
อื่นๆ เช่น รับราชการ ค่าขาย	13	36	7			
5. การดำรงตำแหน่งทางสังคมอื่นๆ ในชุมชน				5.71	2	.457
ไม่มี	28	74	20			
มี	73	132	27			
6. การได้รับฝึกอบรม				16.49	2	.002
ไม่เคยได้รับการอบรม	21	16	5			
เคยได้รับการอบรม	77	190	42			
7. การได้รับสิ่งของ/เอกสาร/วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์				11.71	2	.020
ไม่เคยได้รับ	27	25	8			
เคยได้รับ	74	181	39			

P < .05

จากตาราง 8 พบว่า การได้รับการฝึกอบรมและการได้รับสิ่งของ/เอกสาร/วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 9 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านความรู้ และปัจจัยด้านแรงจูงใจในการทำงาน กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS)

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	.204*	.000	ต่ำ
รายได้	-.022	.683	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	-.057	.289	ไม่มีความสัมพันธ์
ปัจจัยด้านความรู้	.060	.259	ไม่มีความสัมพันธ์
ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	.426**	.000	ปานกลาง

* p-value < .01

จากตาราง 9 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับปานกลาง กับการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนรายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานและปัจจัยด้านความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับ การมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.6 ข้อเสนอแนะของ การมีส่วนร่วม ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS)

อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) ได้ให้ข้อเสนอแนะหลายแบบสอบถาม ได้แก่ ยังไม่ได้รับการอบรมหรือชี้แจงเจ้าหน้าที่แจ้งหรือส่งผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้ให้ดูแลล่าช้า ไม่มีประสบการณ์การดูแลกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค และไม่มีความรู้เรื่องการรักษาของแพทย์ และผลข้างเคียงของยา

บางครั้งไม่สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติได้ วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น หน้ากากอนามัย ไม่เพียงพอควรเพิ่มเงินให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉพาะรายที่มีการดูแลเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยวัณโรค ควรมีการจัดประชุม อบรมหรือชี้แจงทบทวนความรู้เรื่องวัณโรคบ่อยๆ หรือทุกปี

สำนักวิทยบริการฯ
มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราชนครินทร์

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องมีส่วนร่วมของของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว ครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ในการปฏิบัติงานกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ กลุ่มประชากรทั้งหมด จำนวน 354 คน โดยเป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานเป็นพี่เลี้ยง ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) ตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในหน่วยบริการโรงพยาบาลทุกแห่งสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนกันยายน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม เรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการ หาค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าสูงสุด (maximum) ค่าต่ำสุด (minimum) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) เพื่ออธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับเรื่องวัณโรค และเรื่อง การปฏิบัติงานตาม บทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ในการปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมของ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) และสถิติเชิงพรรณนาใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อ การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.04 อายุระหว่าง 41-60 ปีสูงสุด ร้อยละ 65.80 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาสูงสุด ร้อยละ 41.20 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 85.60 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.10 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 72.88

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 6-10 ปี ร้อยละ 29.94 อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีตำแหน่งทางสังคมอื่นๆ ในชุมชน ร้อยละ 65.54 เคยได้รับการฝึกอบรม/ชี้แจง ร้อยละ 88.71 และเคยได้รับสิ่งของ/เอกสาร/วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อใช้ในการดำเนินงาน ร้อยละ 83.06

5.1.2 ข้อมูลปัจจัยด้านความรู้ เรื่องวัณโรค และความรู้เกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค จากการศึกษาปัจจัยความรู้เรื่องวัณโรคและความรู้เกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค พบว่า กลุ่มอาสาสมัครมีระดับความรู้เกี่ยวกับ เรื่องวัณโรค และความรู้เกี่ยวกับเรื่อง การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 78.2 4 รองลงมา มีความรู้ในระดับสูง และต่ำ ร้อยละ 11.58 และ 10.16 ตามลำดับ

5.1.3 ข้อมูลปัจจัยด้าน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จากการศึกษา ปัจจัยด้าน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่ มีระดับแรงจูงใจ ในการทำงาน โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.47 รองลงมาในระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 40.39 และ 0.12 ตามลำดับ

5.1.4 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) จากการศึกษา พบว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.19 รองลงมามีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 28.53 และ 13.27 ตามลำดับ

5.1.5 ข้อมูล การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS)

จากการศึกษา ความสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมของ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) ในกรณีที่ตัวแปรต้นเป็นข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็นนามมาตรา (nominal scale) และอันดับมาตรา (ordinal scale) ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การดำรงตำแหน่งทางสังคม การได้รับการฝึกอบรม และการได้รับสิ่งของวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ใช้สถิติไค-สแควร์ (chi-square) พบว่า การได้รับการฝึกอบรม และการได้รับสิ่งของวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในกรณีที่ตัวแปรมีการแจกแจงไม่ปกติ ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านความรู้ และปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) เชิงบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง(DOTS) เชิงบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5.1.6 ข้อมูลปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) พบว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขได้ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้ ยังไม่ได้รับการอบรมหรือชี้แจง เจ้าหน้าที่แจ้งหรือส่งผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ให้ดูแล ลำช้า ไม่มีประสิทธิภาพ ดูแล กำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค และไม่มี ความรู้เรื่องการรักษาของแพทย์ และผลข้างเคียงของยา บางครั้งไม่สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วย และญาติได้ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น หน้ากากอนามัยไม่เพียงพอ ควรมีเงินเพิ่มให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เฉพาะรายที่มีการดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ควรมีการจัดประชุม อบรม หรือชี้แจงทบทวนความรู้เรื่องวัณโรคบ่อยๆ หรือทุกปี

5.2 อภิปรายผล

ผลจากการศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษา วัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้วอยู่ในระดับต่ำ

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษา วัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง(DOTS) จังหวัดสระแก้วอยู่ในระดับปานกลางซึ่งไม่สอดคล้อง กับสมมติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร ได้ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน จึงทำให้ อสม. มีความตั้งใจและมีส่วนร่วมในการทำงานมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลการดำเนินงานที่ดี เหมาะสมกับค่าตอบแทนที่ได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาของ วันเผด็จ สนธิทิพย์ (2553, หน้า 95) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน พื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พิทักษ์ กาฬภักดี (2551 , หน้า 89) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับมาก

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS)

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การได้รับการฝึกอบรม และ การได้รับสิ่งของวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากอาสาสมัครที่มีอายุมากขึ้น จะมีประสิทธิภาพในการทำงานมากขึ้นทำให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาของฉนวน หนูจิตร(2551, หน้า 76) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ด้านการให้บริการกิจกรรมในชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ในส่วนของการได้รับการฝึกอบรมและการได้รับสิ่งของ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ถือเป็นการเสริมแรง การสร้างพลังอำนาจให้ อสม. มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน มีวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ในการป้องกันโรคสำหรับตนเอง และผู้ป่วยวัยโรคมามากขึ้น ส่วนปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลอื่นๆ ได้แก่เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และการดำรงตำแหน่งทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากถึงแม้ว่า อสม. จะมีเพศใด สถานภาพสมรสเป็นอย่างไร ระดับการศึกษาสูงต่ำเพียงใด อาชีพอะไร มีรายได้มากน้อยเท่าไร มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากน้อยเพียงใด และดำรงตำแหน่งอื่นๆ ทางสังคมหรือไม่ ถ้ามีความตั้งใจในการปฏิบัติงาน มีจิตอาสา เสียสละ สามารถมีส่วนร่วมในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) ได้ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วันเผด็จ สนธิทิม (2553, หน้า 95) ที่พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยด้านความรู้ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) ในจังหวัดสระแก้ว ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ ไม่ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาสูงสุด ร้อยละ 41.20 ซึ่งเป็นเพียงการศึกษาขั้นพื้นฐาน จึงทำให้ปัจจัยด้านความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพันธ์ คชเดช (2550, หน้า 98-101) ศึกษาเรื่อง ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พิทักษ์ภาพภักดี (2551, หน้า 89) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) ในจังหวัดสระแก้ว

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จะมีความตั้งใจ และตั้งมั่นที่จะทำให้งานในหน้าที่

ความรับผิดชอบให้ประสบความสำเร็จ เพื่อให้ได้รับ การยอมรับ นับถือจากประชาชน ในพื้นที่ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศันสนีย์ รัตมี (2550, หน้า 81-86) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ที่พบว่า ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข และการศึกษาของ พรชูลี จันทร์แก้ว (2555 , หน้า 73) ที่พบว่า ปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในอำเภอละงู จังหวัดยะลา

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีทีเอช (DOTS) โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อายุ การได้รับการฝึกอบรม และการได้รับสิ่งของวัสดุอุปกรณ์ทางแพทย์ และปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับ การมีส่วนร่วมของ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีพีทีเอช (DOTS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

- 1) อาสาสมัครสาธารณสุขควรได้รับการฝึกอบรม หรือชี้แจงเกี่ยวกับงานที่ได้รับ มอบหมาย เพื่อสร้างความเข้าใจและการตระหนักในการทำงาน เพื่อให้งานที่ได้รับมอบหมายประสบความสำเร็จ
- 2) ในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ภาครัฐควรให้การสนับสนุน ทั้งในเรื่องขององค์ความรู้ในการปฏิบัติงาน และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการดำเนินงานเพื่อที่จะทำให้งานที่ได้รับมอบหมายบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
- 3) การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ควรเน้นในด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพิ่มมากขึ้น

5.3.2 ข้อเสนอแนะเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรทำการศึกษาถึงตัวแปรที่ยังไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ โดยเพิ่มเติมตัวแปรอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข เช่น ความรู้ความสามารถ ความเข้าใจในงาน หรือกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ
- 2) ควรทำการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านเพื่อเตรียมความพร้อมในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีพีทีเอช (DOTS) เพื่อให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

รายงานอ้างอิง
สำนักวิทยบริการฯ
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณีนครินทร์

รายการอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2551). *วันอาสาสมัคร
สาธารณสุขแห่งชาติประจำปี 2551*.กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2551). *แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ*.
กรุงเทพมหานครสำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2548).*แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ*.
กรุงเทพมหานครสำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข
ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พิมพ์ที่ สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก*
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *ระเบียบ
กระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พิมพ์ที่ สำนักงาน
กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก*
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนกระทรวงสาธารณสุข. (2551).*หลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช(2551)* กรุงเทพมหานคร.
- เกษณีเอกสุวรรณ. (2545). *การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
ของบุคลากรโรงพยาบาลลำพูน*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การบริหารการพยาบาล).เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินตนา แวสวัสดี. (2546). *พฤติกรรมกรเป็นพี่เลี้ยงของสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย
วัณโรคกรอศึกษาจังหวัดเพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาจิตวิทยา
ชุมชนบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ชมเชยเมืองแสน. (2543). “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านในจังหวัดนครพนม” ภาคนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสถาบันบัณฑิตพัฒน
บริหารศาสตร์.
- ชนิดดา ระดาฤทธิ์.(2549). “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
ในประชาชนในชุมชนกรศึกษาเฉพาะเขตปทุมวันกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญา
สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม)
หาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ฉลวยหนูจิตร. (2551) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการให้บริการกิจกรรมในชุมชนอำเภอเมืองจาศรี
จังหวัดขอนแก่น”วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาธิราช.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2541). *พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข*.(พิมพ์ครั้งที่ 3.) กรุงเทพฯ:
สหประชาพาณิชย์.

- ดวงพรแสงทอง. (2550). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลในอำเภอโพธารามจังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการบริหารทั่วไปบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- ตินปรัชญพฤทธิ. (2543). *ภาวะผู้นำและการให้มีส่วนร่วม*. ในเอกสารการสอนชุดวิชาพฤติกรรมมนุษย์ในองค์กรหน่วยที่ 11. (พิมพ์ครั้งที่ 18). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ตุลา มหาพสุธานนท์. (2547). *หลักการจัดการหลักการบริหาร*. กรุงเทพฯ: เพิ่มทรัพย์การพิมพ์.
- ฐากรไพสิฐอนันต์ (2554). *แรงจูงใจในการทำงานของตัวแทนธุรกิจประกันชีวิตบริษัทไทยประกันชีวิตจังหวัดชลบุรี*. ปัญหาพิเศษของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารทั่วไปวิทยาลัยการบริหารรัฐกิจมหาวิทยาลัยบูรพา.
- ทวี ธีระวิทย์. (2545). *การมีส่วนร่วมของสหภาพแรงงานในการแปรรูปรัฐวิสาหกิจ ศึกษาเฉพาะกรณีการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค*. ปัญหาพิเศษ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารทั่วไป). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เทพพนมเมืองแมนและสวิงสุวรรณ. (2540). *พฤติกรรมองค์กร*. (พิมพ์ครั้งที่ 2.) กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- ธีระพงษ์แก้วหาวงษ์. (2543). *กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง: ประชาคม ประชาสังคม*. (พิมพ์ครั้งที่ 6.) ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์. (2540). *พฤติกรรมในองค์กร*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- นภดลเจนอักษรและสุวิทย์มุสคา. (2544). *การบริหารจัดการโรงเรียนทั้งระบบ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานฯ, โครงการรุ่งอรุณ: สถาบันสิ่งแวดล้อมไทย.
- นภา รังสิเวโรจน์. (2544). *การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นรินทร์ชัยพัฒนาพงศา. (2547). *การมีส่วนร่วม: หลักพื้นฐาน เทคนิค และกรณีตัวอย่าง*. (พิมพ์ครั้งที่ 2.) เชียงใหม่: สิริลักษณ์การพิมพ์.
- นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์. (2547). *“กลวิธี แนวทาง วิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาในงานพัฒนาชุมชน”* การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. ทิวทองหงส์วิวัฒน์ บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นริศชัยสุวิรัตน์. (2545). *การเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลเพชรบูรณ์*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นาฏลดดาประกิจ. (2547). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนพัฒนาเทศบาลในเขตเทศบาลนครสมุทรปราการตำบลปากน้ำอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยฉะเชิงเทรา.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2549). *พื้นฐานการวิจัยการศึกษา*. (พิมพ์ครั้งที่ 3.) กทม: ประสานการพิมพ์.

- บุญยงค์วงศ์เทพ. (2548). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบล: ศึกษากรณีองค์การบริหารส่วนตำบลศรีดอนมูลอำเภอเชียงแสนจังหวัดเชียงราย. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาสังคมสงเคราะห์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ปรัชญา แก้วพัฒน์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ของหัวหน้าสถานีนอนามัย ในจังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปาริชาติ วลัยเสถียรและคณะ. (2543). กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.). แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2550-2555.(2549)
- พิทักษ์ กาฬกิติ. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข).
- พิมณกานพคุณ. (2547). การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์: กรณีศึกษาตำบลสันปูเลยอำเภอคลองขี้เหล็กจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการวิจัยและพัฒนาท้องถิ่นมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- พรชูลี จันทรแก้ว. (2555). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในอำเภอละงู จังหวัดสตูล. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา ปีที่7.
- พรพันธ์คชเดช.(2550). “ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี” วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ.
- พรวิมล พุดซ้อน. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ไพรัตน์เตชะรินทร์. (2527). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน. กรุงเทพฯ ไทยวัฒนาพานิช.(2527)
- มณีรัตน์ เจริญศิลป์ และจิตราหนู เทียมเขา. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ของผู้บริหารระดับต้น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว.
- มุกิตา พัวพิพัฒน์พงษ์. (2553). การมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพิษณุโลก ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามเกณฑ์คุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- รติบุญมาก.(2551). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการพัฒนา
คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัด
หนองบัวลำพู.วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาวิทยาศาสตร์
สุขภาพ แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รุ่งทิพย์ มั่นคง. (2542). การปฏิบัติงานตามกิจกรรมการเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการในเด็ก
อายุต่ำกว่า 5 ปี ของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม.
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ลลิตา เสนกรรหา. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค
ไข้หวัดใหญ่ชนิด เอ (H1N1) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอคลองหลวง
จังหวัดปทุมธานี.วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการบริหาร
สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ยุทธิชัย เกษตรเจริญ และคณะ.(2538).การควบคุมกำกับกับการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรค
โดยสมาชิกในครอบครัวของศูนย์วัณโรคเขต12 จังหวัดยะลา.วารสารวัณโรคและ
โรคทรวงอก.
- ยุทธิชัย เกษตรเจริญ.(2551).เรื่องหลายมุมมองเกี่ยวกับ DOTS.วารสารวัณโรคและ
โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต ปีที่ 29.
- วันเผด็จสนธิ์ทิม. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟู
สมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
จังหวัดสมุทรปราการ.ปริญญา สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข).
- วนิดาวิระกุล. (2543). การศึกษาทิศทางการพัฒนาระบบและกระบวนการพัฒนาศักยภาพของ
อาสาสมัครสาธารณสุขขอนแก่น.
- สมพรศรีประเสริฐ. (2555). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของข้าราชการและลูกจ้างศาลจังหวัด
จันทบุรี.ปัญหาพิเศษนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตร
มหาบัณฑิตสาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ
มหาวิทยาลัยบูรพา
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค.(2551). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ.
กรุงเทพมหานครกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข
- สำนักวัณโรคกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2552). คู่มือเรียนรู้เข้าใจวัณโรคด้วยตนเอง
สำหรับอาสาสมัครพัฒนาภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชน.
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน.(2544 ข).“อสม.บทบาทที่ต้องปรับเปลี่ยน”
_____.แนวทางการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาลภาคประชาชนพ.ศ. 2544.นนทบุรี: ม.ป.พ.
- โสภณ นุชเจริญ. (2551). การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในชมรมสร้างสุขภาพของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี.วิทยานิพนธ์ ศิลปะศาสตร
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

- คັນสนีย์ รัศมี. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร. ปรินญา สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข).*
- ศศิธร บัวผัน. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคบัณฑิต. แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.*
- ศิริพร จันทศรี. (2550). *การศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนเอกชนสังกัดสำนักบริหารงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชนที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนแตกต่างกัน. ปรินญานิพนธ์ตามหลักสูตรปรินญาการศึกษามหาบัณฑิตสาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.*
- อารีรัตน์ เกกิงสรคันธ์. (2545). *การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- อ้อมจิตร พงษ์ธีระดุลย์. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมโรคตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคแห่งชาติของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- เอกรินทร์ โปตะเวช. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.*
- ฮาชาลีมา เหมรัมย์. (2541). *บทบาทที่ปฏิบัติงานและบทบาทที่คาดหวังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสตูล. วิทยานิพนธ์ปรินญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาสารคาม.*
- Adisasmitho (2000). *Psychomatic Medicine*. United State of America: Mcgraw-Hill.
- Best, J. W. and J.V. Kahn. (1993). *Research in Education*. 7th ed. Boston, M.A.: Allyn & Bacon.
- Best, J. W. (1997). *Research in Education*. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Cohen, J.M. and Uphoff, N.T. (1980). *Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity*. World Development, 8, 213-235.
- Herzberg, F., Mausnerm B., & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work*. New York: John Willey and Sons.
- McCormick, J.E. and Illgen, D. (2005) *Industrial and Organization Psychology*. Englewood: Printice-Hall.
- Reily, P.A. (1979). *Participation, democracy and control: Format employee involvement (Management survey report No 45)*. London: British Institute of management.

World Health Organization.(2002) *Practice guidelines for infection control in health in health care facilities*: India.

Vroom, V.H. (1995).*Work and Motivation*. California:Jossey-Bass Inc.

สำนักวิทยบริการฯ
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

สำนักวิทยบริการฯ
ภาคผนวก
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณีนครินทร์

สำนักวิทยบริการฯ
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ภาคผนวก ก
หนังสือราชการ



ที่ ศธ ๐๕๔๘.๑๒/ว๗๘

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์

อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔

๐๐๐

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คุณสมยศ ศรีจารนัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย เค้าโครงย่อวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือเพื่อการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนางภัทรา ผาแก้ว นักศึกษาระดับ บัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ จัดการสุขภาพ ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีพิเลียง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว” ซึ่งขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการ สร้างเครื่องมือวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัย พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ เป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย ของนักศึกษาในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา บัณฑิตวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๓๘๕๓-๕๔๓๐



ที่ ศธ ๐๕๔๘.๑๒/ว๗๘

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์

อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔

๐๐๐

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ดร.สุรศักดิ์ ชโนศวรรค์ยางกูร

สิ่งที่ส่งมาด้วย คำโครงการวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือเพื่อการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนางภัทรา ผาแก้ว นักศึกษาระดับ บัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ จัดการสุขภาพ ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ได้รับอนุมัติให้ทำ วิทยานิพนธ์ เรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีพิเลียง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว” ซึ่งขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการ สร้าง เครื่องมือวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัย พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ เป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย ของนักศึกษาในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา บัณฑิตวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๓๘๕๓-๕๔๓๐



ที่ ศธ ๐๕๔๘.๑๒/ว๗๘

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์

อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔

๐๐๐

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ดร.ไพโรจน์ จันทรมณี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ค่าโครงการวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือเพื่อการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนางภัทรา ผาแก้ว นักศึกษาระดับ บัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ จัดการสุขภาพ ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ได้รับอนุมัติให้ทำ วิทยานิพนธ์ เรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีพิเลียง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว” ซึ่งขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการ สร้าง เครื่องมือวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัย พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ เป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย ของนักศึกษาในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา บัณฑิตวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๓๘๕๓-๕๔๓๐



ที่ ศธ ๐๕๔๘.๑๒/ว๗๘

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์

อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔

๐๐๐

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คุณประภา วัฒนชีพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย เค้าโครงย่อวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือเพื่อการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนางภัทรา ผาแก้ว นักศึกษาระดับ บัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ จัดการสุขภาพ ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีพิเลียง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว” ซึ่งขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการ สร้างเครื่องมือวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัย พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ เป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย ของนักศึกษาในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา บัณฑิตวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๓๘๕๓-๕๔๓๐



ที่ ศธ ๐๕๔๘.๑๒/ว๗๘

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์

อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔

๐๐๐

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คุณมนตรียา อุ่นเทียมโสสม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ค่าโครงการวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือเพื่อการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนางภัทรา ผาแก้ว นักศึกษาระดับ บัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ จัดการสุขภาพ ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ได้รับอนุมัติให้ทำ วิทยานิพนธ์ เรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีพิเลียง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว” ซึ่งขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการ สร้าง เครื่องมือวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัย พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ เป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย ของนักศึกษาในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา บัณฑิตวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๓๘๕๓-๕๔๓๐



ที่ ศธ ๐๕๔๘.๑๒/๘๑

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์

อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔

๐๐๐

๒๓ มีนาคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการศึกษาและเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกบินทร์บุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีพีทีเลียง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว”

ด้วยนางภัทรา ผาแก้ว นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ ภาควิชาเฉพาะ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีพีทีเลียง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว”

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าหน่วยงานของท่านเป็นหน่วยงานที่ควรศึกษา จึงขอความอนุเคราะห์ในการศึกษาและเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยของนักศึกษาในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา บัณฑิตวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๓๘๕๓-๕๔๓๐



ที่ ศธ ๐๕๔๘.๑๒/ว ๙๘

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์

อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔

๐๐๐

๑๗ เมษายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ประธานมูลนิธิอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ด้วยนางภัทรา ผาแก้ว นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว”

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ จึงขอความอนุเคราะห์ท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยของนักศึกษาในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๓๘๕๓-๕๔๓๐



ที่ ศธ ๐๕๔๘.๑๒/ว ๙๘

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์

อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔

๐๐๐

๑๗ เมษายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองสระแก้ว

ด้วยนางภัทรา ผาแก้ว นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว”

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ จึงขอความอนุเคราะห์ท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยของนักศึกษาในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๓๘๕๓-๕๔๓๐



ที่ ศธ ๐๕๔๘.๑๒/ว ๙๘

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์

อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔

๐๐๐

๑๗ เมษายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภออรัญประเทศ

ด้วยนางภัทรา ผาแก้ว นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว”

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ จึงขอความอนุเคราะห์ท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยของนักศึกษาในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๓๘๕๓-๕๔๓๐



ที่ ศธ ๐๕๔๘.๑๒/ว ๙๘

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์

อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔

๐๐๐

๑๗ เมษายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอวังน้ำเย็น

ด้วยนางภัทรา ผาแก้ว นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว”

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ จึงขอความอนุเคราะห์ท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยของนักศึกษาในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๓๘๕๓-๕๔๓๐



ที่ ศธ ๐๕๔๘.๑๒/ว ๙๘

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์

อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔

๐๐๐

๑๗ เมษายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอวัฒนานคร

ด้วยนางภัทรา ผาแก้ว นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว”

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ จึงขอความอนุเคราะห์ท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยของนักศึกษาในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๓๘๕๓-๕๔๓๐



ที่ ศธ ๐๕๔๘.๑๒/ว ๙๘

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์

อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔

๐๐๐

๑๗ เมษายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอตาพระยา

ด้วยนางภัทรา ผาแก้ว นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว”

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ จึงขอความอนุเคราะห์ท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยของนักศึกษาในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๓๘๕๓-๕๔๓๐



ที่ ศธ ๐๕๔๘.๑๒/ว ๙๘

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์

อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔

๐๐๐

๑๗ เมษายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอคลองหาด

ด้วยนางภัทรา ผาแก้ว นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว”

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ จึงขอความอนุเคราะห์ท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยของนักศึกษาในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๓๘๕๓-๕๔๓๐



ที่ ศธ ๐๕๔๘.๑๒/ว ๙๘

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์

อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔

๐๐๐

๑๗ เมษายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอเขาฉกรรจ์

ด้วยนางภัทรา ผาแก้ว นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว”

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ จึงขอความอนุเคราะห์ท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยของนักศึกษาในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๓๘๕๓-๕๔๓๐



ที่ ศธ ๐๕๔๘.๑๒/ว ๙๘

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์

อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔

๐๐๐

๑๗ เมษายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอโคกสูง

ด้วยนางภัทรา ผาแก้ว นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว”

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ จึงขอความอนุเคราะห์ท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยของนักศึกษาในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๓๘๕๓-๕๔๓๐



ที่ ศธ ๐๕๔๘.๑๒/ว ๙๘

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์

อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔

๐๐๐

๑๗ เมษายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์

ด้วยนางภัทรา ผาแก้ว นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว”

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ จึงขอความอนุเคราะห์ท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยของนักศึกษาในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๓๘๕๓-๕๔๓๐

สำนักวิทยบริการฯ
ภาคผนวก ข
แบบสอบถาม
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณีราชนครศรีธรรมราช

เลขที่แบบสอบถาม

□□□

แบบสอบถาม

เรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรค
ด้วยระบบยา ระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ และปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดสระแก้ว โดยแบบสอบถามมี จำนวน 8 หน้า แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับเรื่องวัณโรค การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้าน แรงจูงใจในการ ปฏิบัติงาน ได้แก่ ปัจจัยจูงใจ ประกอบด้วยลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ ลักษณะความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับนับถือ และความก้าวหน้าในหน้าที่การงานแรงจูงใจในการทำงาน จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จำนวน 16 ข้อ

ขอความอนุเคราะห์ท่านตอบแบบสอบถามด้วยข้อมูลที่เป็นจริงให้ครบทุกข้อ คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ และไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของท่านแต่อย่างใด ผลการวิเคราะห์จะนำเสนอในภาพรวม และนำผลไปใช้เป็นประโยชน์ในทางวิชาการต่อไป ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่าน ที่เสียสละให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม

นางภัทรา ผาแก้ว

นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
โทรศัพท์ 081-7818263 Email: phattha_1@hotmail.com

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อความในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ปัจจัยส่วนบุคคล	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง	[] Sex
2. อายุ.....ปี (หากนับอายุเกิน 6 เดือน ให้คิดเป็น 1 ปีเต็ม)	[] [] Age
3. ระดับการศึกษา () 1. ประถมปีที่ 4 หรือประถมปีที่ 6 () 2. มัธยมศึกษาตอนต้น (ม .3) () 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า (ม. 6/ปวช.) () 4. อนุปริญญา (ปวส./ปวท.) หรือ ปริญญาตรี ขึ้นไป	[] Edu
4. สถานภาพ () 1. โสด () 2. สมรส	[] Status
5. ประกอบอาชีพ () 1. เกษตรกร (ทำนา/ทำสวน/ทำไร่/เลี้ยงสัตว์) () 2. รับจ้าง () 4. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว () 5. อื่นๆ (ระบุ).....	[] Occ
6. รายได้เฉลี่ย.....บาทต่อเดือน	[] Money
7. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปี (เริ่มตั้งแต่ปฏิบัติงาน หากนับอายุเกิน 6 เดือน ให้คิดเป็น 1 ปีเต็ม)	[] [] Exp

ปัจจัยส่วนบุคคล	สำหรับผู้วิจัย
<p>8. ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่งทางสังคมอื่นๆ ในชุมชน (นอกเหนือจากการเป็น อสม.)</p> <p>() 1. ไม่มี</p> <p>() 2. มี (ผู้นำชุมชน (ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน /ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน /สท. /อบต./ กรรมการกองทุนชุมชน/กรรมการหมู่บ้าน/อาสาสมัครอื่นๆ) (ระบุ).....</p> <p>การได้รับการสนับสนุนในการดำเนินงานจากหน่วยงานภาครัฐ</p> <p>9. การได้รับฝึกอบรม/ชี้แจง</p> <p>() 1. ไม่เคยได้รับการอบรม/ชี้แจง</p> <p>() 2. เคยได้รับการอบรม/ชี้แจง จำนวน.....ครั้ง</p> <p>() 3. แหล่งผู้จัดอบรม/ให้ความรู้(ระบุ).....</p> <p>10. การได้รับสิ่งของ/เอกสาร/วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ (ในการดำเนินงาน)</p> <p>() 1. ไม่เคยได้รับ</p> <p>() 2. เคยได้รับสิ่งของ/เอกสาร/วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ (หน้ากากอนามัย) () พอเพียง ในการดำเนินงาน () ไม่พอเพียง ในการดำเนินงาน</p> <p>() 3.อื่นๆ (ระบุ).....</p>	<p>[] Salary</p> <p>[] [] Train</p> <p>[] Infrom</p>

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับเรื่องวัณโรคและความรู้เกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติงาน

ตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] ที่ท่านคิดว่า ใช่ หรือเครื่องหมาย ✓ ลง ในช่อง [] ที่ท่านคิดว่า ไม่ใช่ ตามความคิดเห็นของท่านเพียงช่องเดียว

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
ความรู้เกี่ยวกับเรื่องวัณโรค			
1. เชื้อวัณโรคสามารถติดต่อผ่านทางระบบทางเดินหายใจ เมื่อผู้ป่วยไอ จาม เชื้อจะออกมากับละอองเสมหะ			[] K1
2. ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคไม่มีโอกาสเสี่ยงสูงในการติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้			[] K2
3. เด็ก ผู้สูงอายุและคนที่มีร่างกายอ่อนแอ (ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน เอตส์) ไม่มีโอกาสติดเชื้อวัณโรคได้มากกว่าคนอื่นๆ			[] K3
4. อาการสำคัญของผู้ป่วยวัณโรคปอดคือ มีไข้ต่ำๆ ตอนบ่าย เหงื่อออกมากตอนกลางคืน เจ็บหน้าอก เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลง มีอาการไอติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป และไออาจมีปนเลือดออกมา			[] K4
5. การรักษาโรควัณโรคปอดจะต้องรับประทานยาติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี จึงจะรักษาหาย			[] K5
ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค			
6. อสม. มีหน้าที่ในการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้ป่วยวัณโรค			[] K6
7. อสม. มีหน้าที่ในการเป็นแกนนำในการถ่ายทอดความรู้เรื่องวัณโรค การป้องกันและการให้การรักษาวัณโรคแก่คนในชุมชน ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย			[] K7
8. ท่านไม่จำเป็นต้องบอกผู้ป่วยวัณโรคถึงอาการผิดปกติหลังจากรับประทานยาในระยะ 1-2 สัปดาห์แรก			[] K8
9. ผู้ป่วยวัณโรคต้องกินยาทุกวันเมื่อถึงเวลากินยา			[] K9

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
10. ผู้ป่วยวัณโรควัณโรคต้องไปหาหมอตตามนัดทุกครั้งถึงแม้ไม่มีอาการแล้วก็ตาม			[] K10
11. วิธีการกำจัดสิ่งที่ปนเปื้อน และเสมหะให้ถูกวิธีคือทิ้งในถังขยะ			[] K11
12. ผู้ป่วยวัณโรคต้องการกำลังใจในการกินยาตลอดระยะเวลาในการรักษา ระยะเข้มข้น			[] K12
13. ผู้ป่วยวัณโรคห้ามดื่มเหล้า สูบบุหรี่ หรือใช้สารเสพติด			[] K13
14. เมื่ออาการของผู้ป่วยวัณโรคปกติขึ้น ผู้ป่วยสามารถหยุดกินยาได้เองโดยไม่ต้องรพพบแพทย์			[] K14
15. ผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อจำเป็นต้องใช้หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายไปยังบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นในชุมชน			[] K15

สำนักวิทยบริการ
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ปัจจัยจูงใจ ประกอบด้วยลักษณะ
ของงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ ลักษณะความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับ
นับถือ และความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาว่าท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด แล้วทำ
เครื่องหมาย ✓ ลงใน [] ของแต่ละข้อ ตามความเป็นจริงของท่านเพียงช่องเดียว
เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
1. ด้านลักษณะความสำเร็จของงาน						[]
1.1 ท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีส่วนทำให้งาน การรักษาวัณโรคด้วยระบบยา ระยะสั้น แบบมีที่เลี้ยงในหมู่บ้านสำเร็จได้ด้วยดี						Ach1
1.2 ท่านสามารถปฏิบัติงานการรักษา วัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบ มีที่เลี้ยง ในหมู่บ้าน ที่ได้รับ มอบหมายได้ผลสำเร็จตาม เป้าหมายที่ตั้งไว้						[] Ach2
1.3 ท่านมีความพึงพอใจกับผลจาก การมีส่วนร่วมในการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง						[] Ach3
2. ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ						[]
2.1 คนในชุมชน/หมู่บ้านให้การยอมรับ และเชื่อถือในความสามารถ ของท่าน						Rec1
2.2 เพื่อนร่วมทีมงาน อสม. ยอมรับใน ความรู้ ความสามารถใน การปฏิบัติงานของท่าน						[] Rec2
2.3 งานที่ท่านปฏิบัติมีคุณค่าและ มีความหมายกับตัวของท่าน						[] Rec3
2.4 งานที่ท่านปฏิบัติมีความสำคัญ ต่อชุมชน/หมู่บ้าน						[] Rec4

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับผู้วิจัย
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
3. ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ						
3.1 งานด้านการรักษาวัณโรคด้วย ระบบยาระยะสั้นแบบมีพีเคเอ็ม ที่ท่านได้รับมอบหมายเป็นงาน ที่ทำหายความสามารถของท่าน						[] Wor1
3.2 งานด้านการรักษาวัณโรคด้วย ระบบยาระยะสั้นแบบมีพีเคเอ็ม เป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ทักษะ เฉพาะด้านใช้ความคิดในการให้ คำแนะนำผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติ ในการรักษาวัณโรค						[] Wor2
3.3 งานรักษาวัณโรคด้วยระบบยา ระยะสั้นแบบมีพีเคเอ็ม เป็นงาน ที่สร้างประโยชน์ต่อคนในชุมชน						[] Wor3
4. ด้านความรับผิดชอบ						
4.1 ท่านเข้าใจถึงความสำคัญของงาน ในการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีพีเคเอ็มที่รับผิดชอบ						[] Res1
4.2 ท่านมีการจัดลำดับความสำคัญ ของงานในการรักษาด้วยระบบยา ระยะสั้นแบบ มีพีเคเอ็มที่ รับผิดชอบ						[] Res2
4.3 ท่านมีความตั้งใจปฏิบัติงานในต่อ การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีพีเคเอ็มที่ท่านรับผิดชอบ						[] Res3
4.4 ท่านมีอำนาจตัดสินใจใน การปฏิบัติงานต่อการรักษาด้วย ระบบยาระยะสั้นแบบมีพีเคเอ็ม ที่ท่านรับผิดชอบ						[] Res4

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
4.5 ท่านมีอิสระในการปฏิบัติงานต่อ การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีพีเค็ลียงที่ท่านรับผิดชอบ						[] Res5
5. ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน 5.1 การปฏิบัติงานด้านการรักษา วัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบ มีพีเค็ลียง มีส่วนทำให้ท่านได้มี ความรู้เพิ่มพูนความสามารถและ ทักษะต่างๆ เพิ่มขึ้น						[] Adv1
5.2 ท่านได้รับโอกาสในการอบรมหรือ ประชุมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และ ทักษะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติงานการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีเค็ลียง						[] Adv2
5.3 การได้รับการยกย่อง เชิดชู คำชม ในที่ประชุมระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จากเจ้าหน้าที่ในด้าน ความรู้ความสามารถ ความมุ่งมั่น ในการปฏิบัติงานของท่าน						[] Adv3

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีเค็ลียง

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาว่า ท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [] ของแต่ละข้อ ตามความเป็นจริงของท่านเพียงช่องเดียว

มากที่สุด หมายถึง ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมมากที่สุด หรือข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุด
 มาก หมายถึง ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมมาก หรือข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุด
 ปานกลาง หมายถึง ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมปานกลาง หรือข้อความนั้นเป็นจริงปานกลาง
 น้อย หมายถึง ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมน้อย หรือข้อความนั้นเป็นจริงน้อย
 น้อยที่สุด หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นเลย หรือข้อความนั้นเป็นจริงน้อยที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับการปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
1. การวางแผนการดำเนินงาน						[]
1.1 ท่านมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหา วัดโรคในชุมชน/หมู่บ้าน						WP1
1.2 ท่านได้ร่วมในการสร้างบรรยากาศที่ ส่งเสริม ให้เพื่อนร่วมงานและเพื่อน อสม. ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ						[] WP2
1.3 ท่านได้ร่วมในการกำหนดและเข้าร่วม กิจกรรมที่แสดงถึงความรับผิดชอบ ต่อสังคม ในการป้องกันโรควัดโรค ในชุมชน/หมู่บ้าน						[] WP3
1.4 ท่านได้ร่วมในการกำหนดวิธีการใน การทบทวนผลการดำเนินงาน เพื่อนำมาปรับปรุงในการทำงานของ หน่วยงาน โรงพยาบาล หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล						[] WP4
2. การมีส่วนร่วมตัดสินใจ						
2.1 ท่านได้ร่วมในการจัดทำแผนการ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัดโรค หรือการวางแผนการป้องกันวัดโรค						[] SP1
2.2 ท่านได้ร่วมดำเนินการตามแผน ปฏิบัติการที่ได้รับมอบหมายหรืองาน ที่รับผิดชอบของหน่วยงานโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล						[] SP2
2.3 ท่านได้ร่วมในการติดตามประเมินผล ความก้าวหน้าตามแผนปฏิบัติการ การรักษาวัดโรคด้วยระบบยาระยะสั้น แบบมีพี่เลี้ยง						[] SP3
3. การมีส่วนร่วมดำเนินงาน						
3.1 ท่านได้ร่วมในการกำกับ การรับประทานยาของผู้ป่วยวัดโรค ทุกรายที่ได้รับมอบหมายในพื้นที่						[] CS1

ข้อคำถาม	ระดับการปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
3.2 ท่านได้ร่วมในการรณรงค์เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคฉี่หนูโรค ในชุมชน/หมู่บ้าน						[] CS2
3.3 ท่านได้ร่วมในการให้คำแนะนำ การป้องกันการแพร่เชื้อ และ ผลข้างเคียงของยารักษาวัณโรค แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ						[] CS3
3.4 ท่านได้ร่วมในการกำหนดวิธีการและ จัดการปัญหา และการแก้ไขปัญหาของ ผู้ป่วยวัณโรค ของชุมชน/หมู่บ้าน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข						[] CS4
4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์						
4.1 ผลการดำเนินงานของท่านได้รับ คำชมเชย รางวัล หรือค่าตอบแทน						[] IT1
4.2 การดำเนินงานของท่านในการเป็น พี่เลี้ยง ในการรักษาวัณโรค ด้วยระบบ ยาระยะสั้น ทำให้ผู้ป่วยวัณโรค รักษาหาย						[] IT2
4.3 การดำเนินงานของท่านในการเป็น พี่เลี้ยงการรักษาวัณโรค ด้วยระบบ ยาระยะสั้น ทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และญาติ ให้ความไว้วางใจ เชื่อถือ และปฏิบัติตามคำแนะนำของท่าน						[] IT3
5. การมีส่วนร่วมประเมินผล						
5.1 การดำเนินงานของท่านในการเป็น พี่เลี้ยง การรักษาวัณโรค ด้วยระบบยา ระยะสั้น ทำให้ผู้ป่วยรับประทาน ยาครบและหายจากการป่วยเป็น วัณโรค						[] HRD1

ข้อคำถาม	ระดับการปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย [] HRD2
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
5.2 ในระหว่างที่ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษา ท่านได้ร่วมในการประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคเป็นระยะๆ ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข						

ข้อเสนอแนะ/ปัญหา/อุปสรรค.....

สำนักวิทยบริการ
มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

ภาคผนวก ค
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพเครื่องมือ

สำนักวิจัยบริการ
มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย | ตำแหน่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว |
| 2. ดร.สุรศักดิ์ ธีโนสวรยาภูร | ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์ |
| 3. ดร.ไพโรจน์ จันทรมณี | อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง |
| 4. นางประภา วัฒนชีพ | ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
พิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจันทบุรี |
| 5. นางมนตรียา อุ่นเทียนโสม | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี |

สำนักวิทยบริการ
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล นางภัทรา ผาแก้ว

วัน เดือน ปีเกิด วันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2505

สถานที่เกิด จังหวัดปราจีนบุรี

ที่อยู่ บ้านเลขที่ 99 หมู่ที่ 1 ตำบลป่าไร่ อำเภออรัญประเทศ

จังหวัดสระแก้ว เบอร์โทรศัพท์ 081-7818263

ตำแหน่งหน้าที่การงาน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ตำบลท่าเกษม อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว 27000

ประวัติการศึกษา ประกาศนียบัตร วิชาพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง

พ.ศ. 2532

สำนักวิทยบริการ
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี