ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3

Factors Influencing Performance Based on Core Competency of Village Health Volunteers in Health Region 3

รักษ์สุดา หยวกทอง[1,3], ยุทธนา แยบคาย[2]

Raksuda Yuakthong[1,3], Yutthana Yaebkai[2]

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตรและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[3]ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3

[1]Master of Public Health Student, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

[2]Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute.

[3]Health Service Support Center 3

Corresponding author: Yutthana Yaebkai; Email: yutthanaya@scphpl.ac.th

Received: April 16, 2026 **Revised:** August 13, 2026 **Accepted:** August 17, 2026

บทคัดย่อ

การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3 โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 880 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.70 อายุเฉลี่ย 51.96 ปี (SD=10.75) มีระยะเวลาปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 13.64 ปี (SD=9.61) ระดับการรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับสูง ส่วนการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลัก ได้แก่ การรับรู้บทบาท (β=.23) แรงสนับสนุนทางสังคม (β=.19) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (β=-.12) อาชีพรับจ้าง/อิสระ (β=.09) และการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (β=.08) ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักได้ ร้อยละ 10.00 ($p<.05$) ดังนั้น ควรพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้บทบาท การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยออกแบบการพัฒนาให้เหมาะสมตามกลุ่มอาชีพและระดับการศึกษา

คำสำคัญ: การปฏิบัติงาน; สมรรถนะหลัก; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Factors Influencing Performance Based on Core Competency of Village Health Volunteers in Health Region 3

Raksuda Yuakthong[1,3], Yutthana Yaebkai[2]

[1]Master of Public Health Student, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

[2]Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok,
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

[3]Health Service Support Center 3

Corresponding author: Yutthana Yaebkai; Email: yutthanaya@scphpl.ac.th

Received: April 16, 2026 **Revised:** August 13, 2026 **Accepted:** August 17, 2026

Abstract

Village health volunteers (VHVs) play a crucial role in strengthening Thailand's primary health care system. This cross-sectional analytical study examined factors influencing VHVs performance based on core competencies in Health Region 3. The sample consisted of 880 VHVs selected using a multistage sampling method. Data were collected through a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The results showed that most participants were female (80.70%), with a mean age of 51.96 ± 10.75 years, and the average duration of service as VHVs was 13.64 ± 9.61 years. Role perception, social support, work motivation, and intersectoral collaboration were high, while performance based on core competencies was moderate. Factors influencing performance included role perception (β=.23), social support (β=.19), work motivation (β=-.12), being employed or self-employed (β=.09), and lower secondary education (β=.08). These five predictors accounted for 10.00% of the variance in performance ($p<.05$). Therefore, the capacity of VHVs should be developed by focusing on enhancing role perception, social support, and work motivation, with development programs tailored to their occupations and educational levels.

Keywords: performance; core competency; village health volunteers

ความเป็นมาและความสำคัญ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้นำเสนอกรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งเน้นการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพและการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐาน[1] โดยกระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้เป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศผ่านการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพชุมชน แนวทางสาธารณสุขมูลฐานจึงถูกผลักดันอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) เป็นต้นมา ในปัจจุบันประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวนกว่า 1,075,163 คน[2] ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศ ปฏิบัติงานด้วยจิตอาสาและเสียสละ มีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนการให้บริการด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแก่ประชาชน

ในอดีตที่ผ่านมา อสม. ปฏิบัติงานด้วยจิตอาสาโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนจากรัฐ ต่อมาในปี พ.ศ. 2552 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนค่าป่วยการ จำนวน 600 บาทต่อคนต่อเดือนเพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและรองรับภาระงานที่เพิ่มขึ้น และปรับเพิ่มขึ้นเป็น 1,000 บาทต่อคนต่อเดือนในปี พ.ศ. 2561 ควบคู่กับการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานจากระบบดั้งเดิมสู่ระบบอิเล็กทรอนิกส์ ปัจจุบันได้มีการปรับเพิ่มค่าป่วยการเป็น 2,000 บาทต่อคนต่อเดือน ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 สอดคล้องกับภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากเดิมมากกว่า 4 วันต่อเดือนหรือสัปดาห์ละ 1 วัน เป็นมากกว่า 8 วันต่อเดือนหรือสัปดาห์ละ 2 วัน[3] ในปี พ.ศ. 2567 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึง โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้พัฒนาแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. (smart AorSorMor) เป็นเครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติงาน และการรายงานผลของ อสม. เชื่อมโยงข้อมูลกับระบบสุขภาพระดับพื้นที่ ทั้งนี้ กำหนดให้ อสม. จัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน เพื่อใช้รับรองผลการปฏิบัติงานที่มีผลผูกพันตามกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิในการรับค่าป่วยการ โดยแบบรายงานผลการปฏิบัติงานดังกล่าวครอบคลุมภาระงานหลัก 9 ด้าน ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมสุขภาพ 2) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค 3) การฟื้นฟูสุขภาพ 4) การคุ้มครองผู้บริโภค 5) การจัดการสุขภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมในแผนสุขภาพตำบล 6) การสนับสนุนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) 7) การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล/การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ 8) การเข้าร่วมกับทีมหมอครอบครัว และ 9) กิจกรรมอื่นๆ ตามประเด็นปัญหาสุขภาพหรือกิจกรรมเชิงนโยบายเร่งรัด ซึ่งสะท้อนสมรรถนะหลักที่ต้องปฏิบัติอย่างครบถ้วนในทุกพื้นที่[3]

เขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ ชัยนาท นครสวรรค์ อุทัยธานี กำแพงเพชร และพิจิตร มีอสม. จำนวน 63,150 คน[2] ทั้งนี้ จากข้อมูลสถานการณ์การเบิกจ่ายค่าป่วยการของ อสม. ทั่วประเทศในช่วงเดือนมกราคมถึงกันยายน พ.ศ. 2567 พบว่า เขตสุขภาพที่ 3 มีอัตราการไม่ส่งเบิกค่าป่วยการสูงที่สุดในภาคเหนือ จำนวน 6,292 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 ซึ่งสูงกว่าเขตสุขภาพที่ 1 ร้อยละ 1.5 และเขตสุขภาพที่ 2 ร้อยละ 6.2 โดย “อัตราการไม่ส่งเบิกค่าป่วยการ” หมายถึง สัดส่วนของ อสม. ที่ไม่ส่งรายงานผลการปฏิบัติงาน ภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน ซึ่งใช้รับรองผลการปฏิบัติงานที่มีผลผูกพันตามกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิในการรับค่าป่วยการ ทั้งนี้สาเหตุหลักมาจากการไม่ส่งรายงานผลการปฏิบัติงานภายในระยะเวลาที่กำหนด จำนวน 5,764 คน คิดเป็นร้อยละ 91.6[4] จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติงานของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 3 ยังประสบปัญหาและข้อจำกัด ส่งผลต่อประสิทธิภาพ

ในการปฏิบัติงานและสูญเสียสิทธิประโยชน์ที่พึงจะได้รับ ในทำนองเดียวกัน ยังสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบที่ประชาชนควรได้รับจากการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. การดูแลสุขภาพประชาชน การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในระดับชุมชน ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. จึงมีความจำเป็น โดยการเสริมสร้างสมรรถนะหลักในด้านต่าง ๆ ให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวและปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติงานให้มีความเหมาะสม สร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ให้ อสม. สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 ตลอดจนระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง ใกล้บ้าน และใกล้ใจต่อไป

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้บทบาทของ Biddle[5] ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House[6] และทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg[7] เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. โดยจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การรับรู้บทบาทที่ชัดเจนช่วยส่งเสริมความมั่นใจและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน[8-9] ขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว และชุมชน มีส่วนช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม.[9] นอกจากนี้ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานและความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน[8,10] สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการดำเนินงาน[11] อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. ตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน (อสม.1) ฉบับปัจจุบัน โดยเฉพาะในบริบทของเขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งมีบริบทด้านเศรษฐกิจสังคม และระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น จึงเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ที่นำไปสู่การศึกษาครั้งนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3 เพื่อเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ ใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนานโยบายและการประยุกต์ในการวางแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. ส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของ อสม. ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

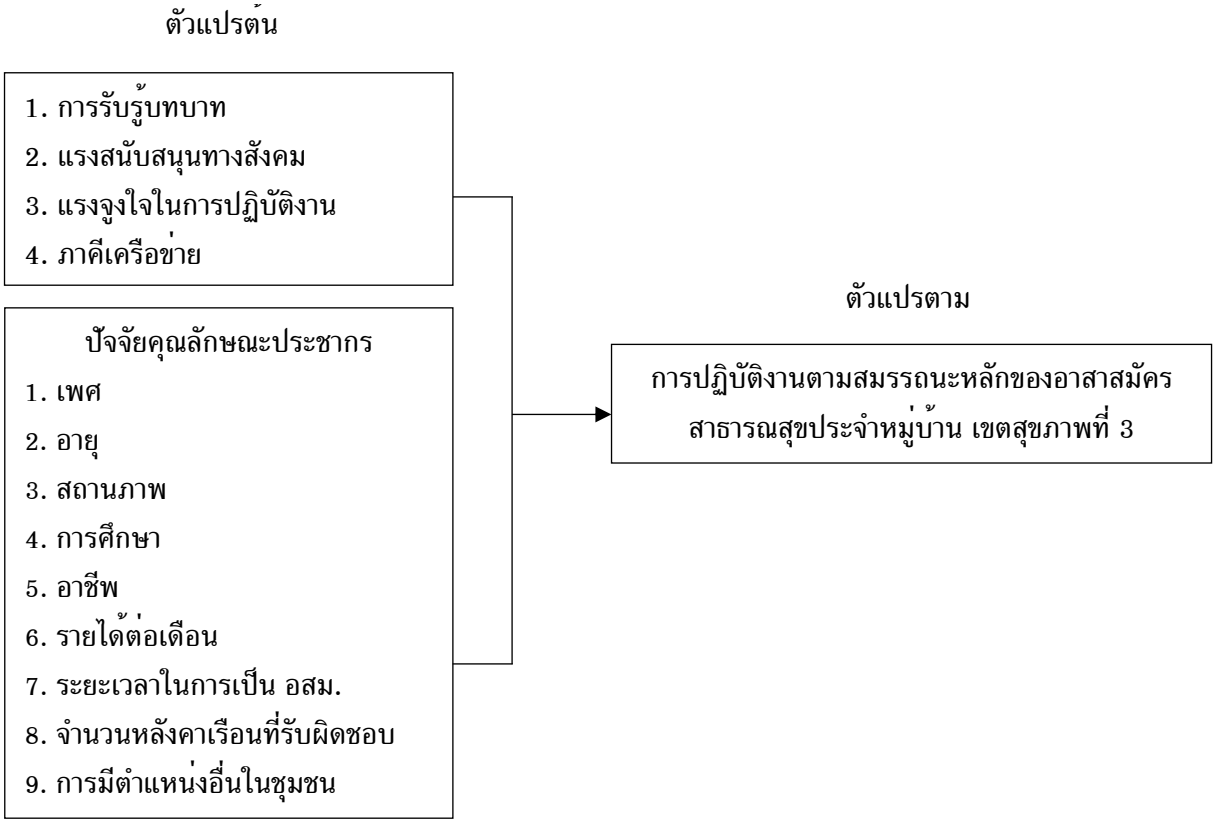
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ภาคีเครือข่าย และการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และภาคีเครือข่าย มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

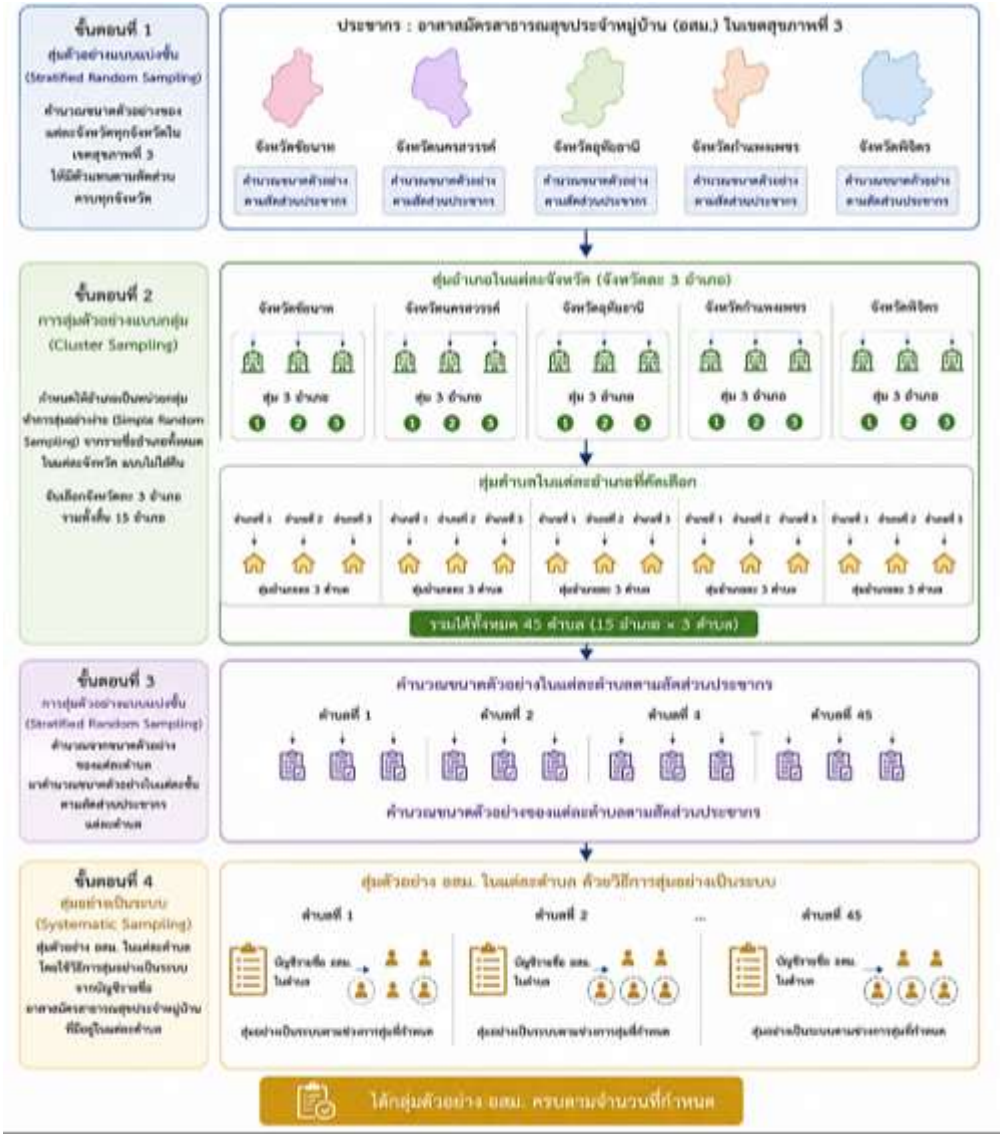
วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย คือ การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-sectional analysis study)

ประชากร คือ อสม. เขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 63,150 คน[2]

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. เขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 836 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าเฉลี่ยกลุ่มประชากรแบบทราบขนาดประชากร[12] ขนาดของกลุ่มตัวอย่างต้องมีอย่างน้อย 836 ตัวอย่าง และเพื่อป้องกันการตอบข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ โดยการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างภายใต้เงื่อนไขเฉพาะอัตราการเกิดผลลัพธ์ไม่ครบถ้วนตามความคาดหวัง ร้อยละ 5.0 ได้ขนาดตัวอย่างใหม่ จำนวน 880 คน

การสุ่มตัวอย่าง คือ ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) โดยเริ่มจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 5 จังหวัด เพื่อให้ได้ตัวแทนที่ครอบคลุมทุกจังหวัด จากนั้นดำเนินการสุ่มแบบกลุ่มโดยกำหนดให้อำเภอเป็นหน่วยกลุ่มและสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน จังหวัดละ 3 อำเภอ รวม 15 อำเภอ ต่อมาสุ่มเลือกตำบลในแต่ละอำเภอ อำเภอละ 3 ตำบล ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน รวมทั้งสิ้น 45 ตำบล จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลตามสัดส่วนของประชากร และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบจากบัญชีรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยสุ่มตามช่วงการสุ่มที่กำหนด จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดในแต่ละตำบล ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า คือ กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 20 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย และพ้นสถานภาพการเป็น อสม. ขณะเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็น อสม. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน จำนวน 9 ข้อ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้บทบาท ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ในบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของ อสม. ตามหลักเกณฑ์การปฏิบัติงาน อสม. และรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.1) พ.ศ. 2566 (ฉบับ 2) พ.ศ. 2567[3] จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่

น้อยที่สุด ถึงมากที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ โดยมีการแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ[13] ได้แก่ 1) คะแนน 1.00-34.00 หมายถึง การรับรู้บทบาทอยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนน 34.01-67.00 หมายถึง การรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) คะแนน 67.01-100.00 หมายถึง การรับรู้บทบาทอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์/ความรู้สึก 2) ด้านการประเมินคุณค่า 3) ด้านทรัพยากร และ 4) ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยได้รับ ถึง เป็นประจำ เกณฑ์การให้คะแนน คือ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ โดยมีการแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ[13] ได้แก่ 1) คะแนน 1.00-12.66 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนน 12.67-24.33 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) คะแนน 24.34-36.00 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจ 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้น และ 2) ปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัย จำนวน 24 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ โดยมีการแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ[13] ได้แก่ 1) คะแนน 1.00-40.66 หมายถึง แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนน 40.67-80.33 หมายถึง แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) คะแนน 80.34-120.00 หมายถึง แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วยข้อคำถามด้านการประสานงาน การเข้าร่วมกิจกรรม การทำงานเป็นทีม และการมีส่วนร่วม จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด ถึง มากที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ โดยมีการแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ[13] ได้แก่ 1) คะแนน 1.00-17.33 หมายถึง ภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนน 17.34-33.67 หมายถึง ภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) คะแนน 33.68-50.00 หมายถึง ภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 6 การปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะหลัก ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานของ อสม. และรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.1) พ.ศ. 2566 (ฉบับ 2) พ.ศ. 2567 โดยมีกิจกรรมการปฏิบัติงานทั้งสิ้น 9 กิจกรรม[3] จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ตั้งแต่ ไม่เคย ถึง เป็นประจำ เกณฑ์การให้คะแนน คือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ โดยมีการแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ[13] ได้แก่ 1) คะแนน 1.00-34.00 หมายถึง การปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะหลักอยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนน 34.01-67.00 หมายถึง การปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะหลักอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) คะแนน 67.01-100.00 หมายถึง การปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะหลักอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of Item-Objective Congruence: IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง .67-1.00 แล้วนำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 30 คน และนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามการรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ภาคีเครือข่าย และการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. เท่ากับ .96, .94, .93, .96 และ .98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ IRRB of SCPHPL 6/2568.2.5 วันที่รับรอง 4 ธันวาคม 2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3 ได้แก่ จังหวัดชัยนาท จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดอุทัยธานี จังหวัดกำแพงเพชร และจังหวัดพิจิตร

2. ผู้วิจัยประสานเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในเขตรับผิดชอบทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยรวบรวมแบบสอบถาม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

3. ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม 2569 และติดตามการส่งคืนแบบสอบถามจากหน่วยบริการสุขภาพในแต่ละพื้นที่ เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ภาคีเครือข่าย และการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3 ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน จำนวน 5 ข้อ[14] พบว่า 1) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระต่อกัน โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.657 3) ค่าความคลาดเคลื่อน

มีการแจกแจงปกติ 4) ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ และ 5) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าระหว่าง -0.368 ถึง 0.695 แสดงให้เห็นว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุ และสามารถนำไปวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ตัวแปรเชิงคุณลักษณะที่มีระดับการวัดเป็นนามบัญญัติ (nominal scale) ได้แก่ เพศ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ได้ถูกแปลงให้อยู่ในรูปตัวแปรหุ่น (dummy variables) โดยกำหนดค่ารหัส 0 และ 1 ก่อนนำเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.7 มีอายุเฉลี่ย 51.96±10.75 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี และอายุสูงสุด 78 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.00 สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 34.20 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/เลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 55.20 และรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,709.98±4,019.00 บาท ต่ำสุด 500 บาท และสูงสุด 30,000 บาท มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 13.64±13.64 ปี ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 44 ปี มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบค่าเฉลี่ย 11.83±3.83 หลังคาเรือน ต่ำสุด 5 หลังคาเรือน และสูงสุด 29 หลังคาเรือน และส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งอื่นในชุมชน ร้อยละ 83.50

2. ข้อมูลการรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ภาคีเครือข่าย และการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม.

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับสูง (M=74.97, SD=13.91) แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (M=30.99, SD=4.38) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง (M=96.91, SD=15.58) ภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับสูง (M=38.71, SD=7.14) และการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง (M=66.50, SD=18.35) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผลการรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ภาคีเครือข่าย และการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. (n = 880)

ตัวแปร	M	SD	แปรผล
การรับรู้บทบาท (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)	74.97	13.91	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคม (คะแนนเต็ม 36 คะแนน)	30.99	4.38	สูง
1. ด้านอารมณ์/ความรู้สึก (คะแนนเต็ม 9 คะแนน)	7.64	1.32	สูง
2. ด้านการประเมินคุณค่า (คะแนนเต็ม 9 คะแนน)	7.61	1.37	สูง
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (คะแนนเต็ม 9 คะแนน)	8.13	1.26	สูง
4. ด้านทรัพยากร/เครื่องมือ (คะแนนเต็ม 9 คะแนน)	7.61	1.31	สูง
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (คะแนนเต็ม 120 คะแนน)	96.91	15.58	สูง
1. ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้น (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	40.82	6.82	สูง

ตัวแปร	M	SD	แปรผล
1.1 ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	8.36	1.48	สูง
1.2 ด้านการยอมรับนับถือ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	8.24	1.47	สูง
1.3 ด้านโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	7.78	1.65	สูง
1.4 ด้านลักษณะงาน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	8.09	1.44	สูง
1.5 ด้านความรับผิดชอบ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	8.34	1.52	สูง
2. ปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัย (คะแนนเต็ม 70 คะแนน)	56.08	9.35	สูง
2.1 ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	7.73	1.50	สูง
2.2 ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	8.29	1.53	สูง
2.3 ด้านสภาพในการทำงาน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	8.09	1.45	สูง
2.4 ด้านนโยบายและการบริหารงาน (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)	11.93	2.21	สูง
2.5 ด้านความมั่นคงในงาน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	7.98	1.64	สูง
2.6 ด้านวิธีปกครองบังคับบัญชา (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)	12.08	2.20	สูง
ภาคีเครือข่าย (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	38.71	7.14	สูง
การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลัก (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)	66.50	18.35	ปานกลาง
1. การส่งเสริมสุขภาพ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	13.06	3.95	ปานกลาง
2. การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)	13.63	3.89	สูง
3. การฟื้นฟูสุขภาพ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	3.42	1.06	ปานกลาง
4. การคุ้มครองผู้บริโภค (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	6.74	1.98	ปานกลาง
5. การจัดการสุขภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมในแผนสุขภาพตำบล (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	6.35	2.12	ปานกลาง
6. การสนับสนุนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	3.31	1.05	ปานกลาง
7. การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล/การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	6.58	1.99	ปานกลาง
8. การเข้าร่วมกับทีมหมอครอบครัว (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	6.59	2.14	ปานกลาง
9. กิจกรรมอื่น ๆ ตามประเด็นปัญหาสุขภาพหรือกิจกรรมเชิงนโยบายเร่งรัด (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	6.82	2.07	ปานกลาง

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3 ได้แก่ การรับรู้บทบาท (β=.23) แรงสนับสนุนทางสังคม (β=.19) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (β=-.12) อาชีพรับจ้าง/อิสระ (β=.09) และการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (β=.08) ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. ได้ร้อยละ 10.0 (Adjusted R^2=.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็น อสม. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน และภาคีเครือข่าย ไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3 (n = 880)

ตัวแปรพยากรณ์	R^2	R^2 Change	b	s.e. of b	β	t	p-value
การรับรู้บทบาท	.064	.063	.306	.054	.232	5.708	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	.084	.081	.787	.156	.188	5.048	<.001
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	.092	.088	-.138	.046	-.117	-2.989	.003
อาชีพรับจ้าง/อิสระ (งานบ้าน/ว่างงาน/เกษียณอายุ = กลุ่มอ้างอิง)	.100	.096	3.849	1.319	.094	2.919	.004
การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (ประถมศึกษา = กลุ่มอ้างอิง)	.105	.100	3.360	1.424	.076	2.359	.019
Constant (a)=30.71, R=.325, R^2=.105, Adjusted R^2=.10, F=20.605, t=6.403, p<.001							

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงทั้งระดับของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. โดยผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. การศึกษาการรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ภาคีเครือข่าย และการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3 พบว่า การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับสูง เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลไกสำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชนที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านองค์ความรู้ การอบรม การสื่อสารนโยบาย และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงการได้รับการยอมรับจากชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ส่งผลให้ อสม. เกิดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และสามารถประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่า แม้ อสม. จะมีความพร้อมทั้งด้านการรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และภาคีเครือข่ายในระดับสูง แต่การนำศักยภาพดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติงานจริงต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนด้านอื่นร่วมด้วย โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะเชิงปฏิบัติ การนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง และระบบบริหารจัดการที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ สอดคล้องกับแนวคิดสมรรถนะของ McClelland[15] ที่อธิบายว่า สมรรถนะเป็นคุณลักษณะที่เกิดจากการบูรณาการความรู้ ทักษะ คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจ ซึ่งส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของบุคคล โดยการที่ อสม. มีการรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง สะท้อนถึงการมีปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมรรถนะ อย่างไรก็ตาม การมีศักยภาพของบุคคลเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการเกิดผลการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลัก หากยังขาดปัจจัยสนับสนุนที่เอื้อต่อการนำสมรรถนะและความพร้อมดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติจริงในบริบทพื้นที่

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3 ได้แก่ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การศึกษา และอาชีพ ทั้ง 5 ตัวแปร

สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 10.00 ซึ่งสามารถนำไปสู่การอภิปรายผลต่อไปดังนี้

2.1 การรับรู้บทบาท มีอิทธิพลทางบวกต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. สามารถอธิบายได้ว่า อสม. มีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และขอบเขตการปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายอย่างชัดเจนส่งผลให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้บทบาทของ Biddle ที่ระบุไว้ว่า การที่บุคคลมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองตามที่ได้รับมอบหมาย และสามารถปฏิบัติตามบทบาทนั้นได้อย่างถูกต้องจะนำไปสู่การปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และตัวชี้วัดที่กำหนดไว้[5] ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้บทบาทที่ชัดเจนช่วยส่งเสริมความมั่นใจและเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน[8]

2.2 แรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางบวกต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. สามารถอธิบายได้ว่า การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อน อสม. ครอบครัว และภาคีเครือข่าย จะช่วยเสริมสร้างขวัญกำลังใจ ความมั่นใจ และเอื้อต่อการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House[6] ที่ระบุไว้ว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร อารมณ์/ความรู้สึก การประเมินคุณค่า และทรัพยากร/เครื่องมือ ล้วนเป็นปัจจัยที่ช่วยเสริมสร้างศักยภาพและเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของ อสม. ได้ และเป็นปัจจัยที่มีผล/ส่งเสริมการปฏิบัติงานของ อสม.[8,16] รวมทั้งเป็นปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานของ อสม. และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานและเป็นตัวแปรสำคัญในการพยากรณ์ผลการดำเนินงานของ อสม.[9] การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่และเครือข่ายในชุมชนมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และทุนทางสังคมซึ่งสะท้อนถึงการยอมรับ ความไว้วางใจ และความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน มีส่วนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของ อสม. [17-18]

2.3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีอิทธิพลทางลบต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. สามารถอธิบายตามทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg[7] ได้ว่า ปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัยเป็นปัจจัยภายนอกมีบทบาทเพียงช่วยลดความไม่พึงพอใจ แต่ไม่สามารถสร้างแรงจูงใจในการทำงานได้อย่างแท้จริง ในขณะที่ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้น ซึ่งเป็นปัจจัยภายในจึงเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง แต่อาจเป็นแรงจูงใจจากปัจจัยภายนอกเป็นหลัก เช่น ค่าป่วยการ นโยบาย หรือภาระหน้าที่ตามระบบการรายงานผลการปฏิบัติงานจึงเป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความจำเป็นมากกว่าความพึงพอใจในงาน และทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านระบบสนับสนุนและบริบทการทำงานมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานมากกว่าแรงจูงใจเพียงอย่างเดียว[17,19] สะท้อนถึงความแตกต่างของบริบทพื้นที่ รูปแบบการสนับสนุน หรือระบบการบริหารจัดการในแต่ละพื้นที่ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าแรงจูงใจมีอิทธิพลทางบวกต่อการปฏิบัติงานของ อสม. และเป็นองค์ประกอบสำคัญในรูปแบบ

การพัฒนาการปฏิบัติงานของ อสม.[8,10,16] ดังนั้น แรงจูงใจในการปฏิบัติงานจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ควรได้รับการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานทุกมิติ

2.4 อาชีพ มีอิทธิพลทางบวกต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. สามารถอธิบายได้ว่า อสม. ที่ประกอบอาชีพรับจ้าง/อิสระ จะมีการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. บ้านมากกว่า อสม. ที่ประกอบอาชีพงานบ้าน/ว่างงาน/เกษียณอายุ ทั้งนี้แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรม/เลี้ยงสัตว์ ซึ่งเป็นอาชีพหลักของประชาชนในพื้นที่ แต่ลักษณะงานด้านเกษตรกรรมมักมีภาระงานตามฤดูกาล ระยะเวลาการทำงานไม่แน่นอน และต้องใช้เวลาในการประกอบอาชีพค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในช่วงเพาะปลูกหรือเก็บเกี่ยว จึงส่งผลถึงความต่อเนื่องของการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน ในขณะที่อาชีพรับจ้าง/อิสระมักมีความยืดหยุ่นด้านเวลา และมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ได้มากกว่า ส่งผลให้ อสม. กลุ่มนี้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการอบรม หรือการดำเนินงานในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง สำหรับกลุ่มอาชีพงานบ้าน/ว่างงาน/เกษียณอายุ แม้จะมีเวลาอยู่ในชุมชนมาก แต่บางส่วนมีข้อจำกัดด้านศักยภาพในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยี หรือการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ รวมถึงขาดแรงกระตุ้นหรือบทบาททางสังคมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมเชิงรุกส่งผลให้การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักขาดความต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมอย่างเพียงพอ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า อาชีพมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. และสามารถร่วมทำนายผลการปฏิบัติงานได้[10,16] แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า อาชีพไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. [20]

2.5 การศึกษา มีอิทธิพลทางบวกต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. สามารถอธิบายได้ว่า อสม. ที่มีการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นจะมีการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักมากกว่า อสม. ที่มีการศึกษาประถมศึกษา กล่าวคือ ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นส่งผลให้บุคคลมีทักษะด้านการคิด วิเคราะห์ การสื่อสาร และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ดีขึ้น ทำให้สามารถทำความเข้าใจถึงแนวทางการดำเนินงานตามสมรรถนะหลักได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งยังมีความสามารถในการเรียนรู้และปรับตัวต่อองค์ความรู้ใหม่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานในปัจจุบัน นอกจากนี้แนวโน้มของผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นว่า การมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น อาจเอื้อต่อการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานของอสม. ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การศึกษามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอสม. และเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทุนทางสังคม และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน[10,18] แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม.[19]

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) จึงสะท้อนความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. ณ ช่วงเวลาที่ศึกษา นอกจากนี้ การศึกษาดำเนินการเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 3 จึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลไปยังพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของ อสม. อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับสมรรถนะหลักควบคู่กับการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทสภาพพื้นที่และปัญหาสุขภาพของแต่ละชุมชน เช่น การจัดทำแผนสุขภาพตำบล การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน และการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบทเฉพาะพื้นที่

2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรพัฒนาโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะของ อสม. โดยมุ่งเน้นการรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ให้สอดคล้องกับบริบท สภาพพื้นที่ และปัญหาสุขภาพของแต่ละชุมชน

3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวกับ อสม. การพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็นไปตามสมรรถนะหลัก และการพัฒนาระบบการกำกับและติดตามผลการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. ในระดับเขตสุขภาพ ภาค และประเทศ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังพื้นที่ภาคเหนือหรือเขตสุขภาพอื่น เพื่อเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. ในแต่ละพื้นที่นำไปสู่การพัฒนาแนวทางหรือกำหนดนโยบายที่เหมาะสม

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น นโยบาย ภาระงาน เทคโนโลยีดิจิทัล และการมีส่วนร่วมที่อาจมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักขอ งอสม. โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยแบบผสมผสาน

3. ควรพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้บทบาท ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และทฤษฎีแรงจูงใจของ ร่วมกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งปัจจัยที่ได้มีการศึกษาเพิ่มเติม และพัฒนานวัตกรรมหรือเครื่องมือสนับสนุน เช่น แดชบอร์ด (dashboard) หรือแอปพลิเคชัน (application) เพื่อใช้ในการวางแผน กำกับติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักอย่างเป็นระบบ

References

1. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO Document Production Services; 2010.
2. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. 3 Doctor System [internet]. Nonthaburi: Department of Health Service Support; [cited 31 Oct 2025]. Available from: https://3doctor.hss.moph.go.th. (in Thai).
3. Announcement of the Village Health Volunteer Promotion and Support Committee on the criteria for the performance of village health volunteers (VHV) and the reporting of performance results according to the form (Form VHV.1), B.E. 2566 (2023), revised B.E. 2567 (2024). Royal Thai Government Gazette. 2024;141(Special Issue 281D):33.

4. Health Service Support Center 3. Report on compensation payments for village health volunteers. Nakhon Sawan: Health Education and Primary Health Care, Health Service Support Center 3; 2024. (in Thai).
5. Biddle BJ. Recent developments in role theory. Annu Rev Sociol. 1986;12:67-92. doi:10.1146/annurev.so.12.080186.000435.
6. House JS, Robbins C, Metzner HL. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the tecumseh community health study. Am J Epidemiol. 1982;116(1):123-40. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a113387.
7. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. The motivation to work. New Brunswick (NJ): Transaction Publishers; 2011.
8. Yaebkai Y, Wongsawat P. Main role performances of village health volunteers. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2020;31(2):269-279. (in Thai).
9. Margboon W. A causal relationship model for diabetes prevention and control performance among village health volunteers Phauyuha Khiri, Nakhon Sawan Province. Academic Journal of Nursing and Health Sciences. 2022;2(1):17-28. (in Thai).
10. Yusuk P. Factors affecting performance of village health volunteers in family care teams, Mueang Prachuap Khiri Khan District, Prachuap Khiri Khan Province [master's thesis]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2023. (in Thai).
11. Nichol B, Wilson R, Rodrigues A, Haighton C. Exploring the effects of volunteering on the social, mental, and physical health and well-being of volunteers: An umbrella review. Voluntas. 2023;1-32. doi:10.1007/s11266-023-00573-z.
12. Daniel WW, Cross CL. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 10th ed. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2013.
13. Nitko AJ, Brookhart SM. Educational assessment of students. 7th ed. Boston: Pearson; 2014.
14. Wanichbancha K, Wanichbancha T. Using SPSS for Windows in data analysis. Bangkok: Samlada; 2015. (in Thai).
15. McClelland DC. Testing for competence rather than for intelligence. Am Psychol. 1973;28(1):1-14. doi:10.1037/h0034092.
16. Yaebkai Y, Wongsawat P. The model of performance development for village health volunteers. Royal Thai Navy Medical Journal. 2023;50(3):651-668. (in Thai).
17. Audtasen W, Chantaramanee N. Factors predicting performance efficiency among village health volunteers in Nan Province. Academic Journal of Community Public Health. 2025;11(1):135-148. (in Thai).
18. Prasatkettkarn P, Sithisarankul P, Ratanachina J. Social capital and related factors among village health volunteers in Samutprakarn Province. Royal Thai Navy Medical Journal. 2023;50(2):261-277. (in Thai).
19. Loekchaiphum T. The Effectiveness of Village Health Volunteers, the 1st doctor work in primary health care system, health region 7. Primary Health Care Journal (Northern Edition). 2024;34(1):20-27. (in Thai).
20. Kotchapong S, Rojanatrakul T. Performance according to the role of village health volunteers in Bangkrathum District, Phitsanulok Province. Journal of MCU Buddhapanya Review. 2021;6(2):107-119. (in Thai).