

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในทีมหมอ
ครอบครัว ตำบลนาหมอบุญ อำเภोजุฬารักษ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
Factors Affecting the Performance of Village Health Volunteers in Their
Roles within the Family Care Team in Na Mo Bun Subdistrict,
Chulabhorn District, Nakhon Si Thammarat Province.

พัฒนา พูนพั่ง

Pathana Poonpanang

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกาโหนด

อำเภोजุฬารักษ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: August 7, 2026; Revised: August 24, 2026; Accepted: September 7, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอบุญ ครอบครัว รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในตำบลนาหมอบุญ อำเภोजุฬารักษ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 96 คน จากประชากร 132 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้บทบาทหน้าที่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานในทีมหมอบุญครอบครัว มีค่า IOC เท่ากับ 0.75 และค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ 0.724 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 (Mean = 4.55, SD = 0.43) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.67 (Mean = 4.23, SD = 0.53) และการปฏิบัติงานในทีมหมอบุญครอบครัวอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.67 (Mean = 4.33, SD = 0.53) การรับรู้บทบาทหน้าที่และแรงจูงใจสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 39.058, p < 0.001$) และอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 45.70 ($R^2 = 0.457$) โดยแรงจูงใจมีน้ำหนักในการพยากรณ์สูงที่สุด (Beta = 0.429) รองลงมาคือการรับรู้บทบาทหน้าที่ (Beta = 0.335) ดังนั้น ควรส่งเสริมความชัดเจนในบทบาทและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในทีมหมอบุญครอบครัว

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การรับรู้บทบาทหน้าที่, แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine the levels of role perception, work motivation, and performance among Village Health Volunteers (VHVs) within Family Care Teams, and to identify factors influencing their performance in Na Mo Bun Subdistrict, Chulabhorn District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample consisted of 96 VHVs drawn from a population of 132 using simple random sampling without replacement. Data were collected using a four-part questionnaire covering general characteristics, role perception, work motivation, and performance within Family Care Teams. The questionnaire had an Index of Item-Objective Congruence (IOC) of 0.75 and an overall reliability coefficient of 0.724. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression analysis.

The results showed that all participants had a high level of role perception (100.00%; Mean = 4.55, SD = 0.43). Most participants had a high level of work motivation (91.67%; Mean = 4.23, SD = 0.53) and a high level of performance within Family Care Teams (91.67%; Mean = 4.33, SD = 0.53). Role perception and work motivation jointly significantly predicted VHV performance ($F = 39.058$, $p < 0.001$), explaining 45.70% of the variance in performance ($R^2 = 0.457$). Work motivation was the strongest predictor (Beta = 0.429), followed by role perception (Beta = 0.335). These findings suggest that promoting role clarity and strengthening work motivation among VHVs may contribute to improved performance within Family Care Teams.

Keywords: Village Health Volunteers, Role Perception, Work Motivation

บทนำ

ระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นกลไกสำคัญในการทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่ใกล้บ้าน ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับบริบทของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ประเทศไทยได้ยกระดับการจัดบริการปฐมภูมิให้มีฐานทางกฎหมายที่ชัดเจนผ่านพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ซึ่งกำหนดให้บริการสุขภาพปฐมภูมิครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง ผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมกันดูแลประชาชน ตลอดจนเชื่อมโยงการดูแลระหว่างครอบครัว ชุมชน และบริการสุขภาพระดับที่สูงขึ้น แนวคิดดังกล่าวเป็นฐานสำคัญของการทำงานในลักษณะทีมหมอครอบครัว ซึ่งมุ่งให้บุคลากรหลายสาขาและภาคประชาชนร่วมกันรับผิดชอบสุขภาพประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นระบบ (พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562, 2562)

การดำเนินงานในระดับชุมชนจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่สามารถเชื่อมโยงระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงมีบทบาทสำคัญในฐานะกำลังคนสุขภาพภาคประชาชนที่ทำงานใกล้ชิดกับครัวเรือนและชุมชน กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาบทบาทของ อสม. อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภายใต้นโยบายคนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน ซึ่งกำหนดให้ อสม. หมอประจำบ้านทำหน้าที่เป็นหมอคนที่ 1 เชื่อมโยงกับบุคลากรสาธารณสุขและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว บทบาทดังกล่าวครอบคลุมตั้งแต่การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงาน การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง การ

ให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน การคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุ การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ตลอดจนการประสานเครือข่ายสุขภาพในชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565)

บทบาทของ อสม. ในปัจจุบันจึงมีขอบเขตกว้างกว่าการประชาสัมพันธ์หรือถ่ายทอดข่าวสารด้านสุขภาพในอดีต เนื่องจากต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เยี่ยมบ้าน ดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีสนับสนุนการจัดการสุขภาพในชุมชน หลักฐานจากประเทศไทยพบว่า การจัดการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านในพื้นที่ชนบทต้องอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและกำลังคนในชุมชน โดย อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพสามารถสนับสนุนการเยี่ยมบ้าน การดูแลสุขภาพพื้นฐาน การเฝ้าระวังสภาพแวดล้อม และการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวได้ (Pagaiya et al., 2021) ขณะเดียวกัน หลักฐานระดับนานาชาติชี้ว่า เมื่อบทบาทของ community health workers ขยายตัว ผู้บริหารระบบสุขภาพจำเป็นต้องกำหนดบทบาทและภารกิจให้เหมาะสมกับความสามารถ การฝึกอบรม ภาระงาน ทรัพยากร และการสนับสนุนจากระบบสุขภาพ เนื่องจากความไม่ชัดเจนของบทบาทหรือการมอบหมายภารกิจที่ไม่สอดคล้องกับบริบทอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติงานและความยั่งยืนของระบบอาสาสมัคร (Glenton et al., 2021)

ด้วยเหตุนี้ การรับรู้บทบาทหน้าที่ จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการปฏิบัติงานของ อสม. การที่บุคคลเข้าใจว่าตนมีหน้าที่ ความรับผิดชอบ และขอบเขตการทำงานอย่างไร ช่วยให้สามารถกำหนดพฤติกรรมและเลือกวิธีปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับความคาดหวังของระบบบริการและประชาชนในพื้นที่ได้ หลักฐานจาก

การศึกษาของ Yaebkai และ Wongsawat (2022) ใน อสม. จังหวัดสุโขทัย จำนวน 598 คน พบว่า การรับรู้ บทบาทและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง และทั้งสองปัจจัยมีความสำคัญต่อการพยากรณ์ผลการ ปฏิบัติงาน โดยแรงจูงใจเป็นตัวพยากรณ์ที่มีน้ำหนักมากที่สุด รองลงมาคือการรับรู้บทบาท ทั้งนี้ ตัวแปรใน แบบจำลองสามารถร่วมกันอธิบายผลการปฏิบัติงานได้ ร้อยละ 26.50 ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแม้ อสม. จะ ได้รับมอบหมายหน้าที่ตามนโยบายเดียวกัน แต่ระดับ ความเข้าใจและการรับรู้ต่อบทบาทของตนเองยังเป็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างของการปฏิบัติงาน จริง (Yaebkai & Wongsawat, 2022) นอกจากการ รับรู้บทบาทแล้ว แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เป็นอีก องค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากการทำงาน ของ อสม. ต้องใช้ทั้งเวลา ความรับผิดชอบ การ ประสานงาน และการทำงานร่วมกับประชาชนอย่าง ต่อเนื่อง โดยในหลายกรณี อสม. ยังต้องปฏิบัติงาน ควบคู่กับอาชีพและภาระครอบครัว หลักฐานจากการ ทบทวนระบบ community health workers พบว่า แรงจูงใจไม่ได้เกิดจากค่าตอบแทนเพียงด้านเดียว แต่ สัมพันธ์กับการได้รับการยอมรับ ความรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ความชัดเจนของบทบาท ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรสุขภาพและชุมชน รวมถึง โอกาสในการพัฒนาตนเองและความก้าวหน้า เมื่อบุคคล เห็นคุณค่าของงานและได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม จะช่วยคงแรงจูงใจและสนับสนุนการปฏิบัติงานในระยะ ยาว (Colvin et al., 2021)

ผลการศึกษาในประเทศไทยสนับสนุน ความสำคัญของแรงจูงใจเช่นเดียวกัน น้อมจิต ศรีราช และคณะ (2567) ศึกษา อสม.หมอบุญประจำบ้านในอำเภอ หนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี พบว่าแรงจูงใจโดยรวมมี ความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการปฏิบัติงานหมอบุญประจำ

บ้าน ($r = .815, p < .001$) และปัจจัยด้านความก้าวหน้า การยอมรับนับถือ นโยบายและการบริหาร ลักษณะงาน และความรับผิดชอบสามารถร่วมพยากรณ์การ ปฏิบัติงานได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาดังกล่าว สะท้อนว่าการพัฒนา อสม. ไม่ควรเน้นเฉพาะการเพิ่ม ความรู้หรือทักษะด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ต้องให้ ความสำคัญกับแรงจูงใจและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการ ทำงานด้วย

เมื่อพิจารณาบริบทจังหวัดนครศรีธรรมราช พบหลักฐานในทิศทางเดียวกัน อัญญารัตน์ แสงศรี (2567) ศึกษา อสม. ตำบลเขาน้อย อำเภอลิขิต จังหวัด นครศรีธรรมราช พบว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .505$) นอกจากนี้ นิรมล รัตนสุภา (2569) ศึกษา อสม. ตำบลหนองหงส์ อำเภอ ทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าปัจจัยจูงใจอยู่ใน ระดับสูง และเมื่อวิเคราะห์เชิงพยากรณ์พบว่าทัศนคติ และปัจจัยจูงใจสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงาน ของ อสม. ได้ร้อยละ 28.30 ข้อมูลจากพื้นที่จังหวัด นครศรีธรรมราชจึงสนับสนุนว่าแรงจูงใจเป็น องค์ประกอบที่ควรนำมาพิจารณาในการพัฒนา ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. อย่างไรก็ตาม ผล จากแต่ละพื้นที่ไม่สามารถนำมาอธิบายบริบทของตำบล นาหมอบุญได้โดยตรง เพราะลักษณะการจัดบริการ เครือข่ายการทำงาน ภารกิจที่ได้รับมอบหมาย และ ความสัมพันธ์ระหว่าง อสม. กับหน่วยบริการอาจ แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอ ครอบครัว ตำบลนาหมอบุญ อำเภोजุฬารักษ์ จังหวัด นครศรีธรรมราช จึงมีความจำเป็น เพื่อให้ได้ข้อมูล เฉพาะพื้นที่เกี่ยวกับระดับการปฏิบัติงาน รวมถึงบทบาท



ของการรับรู้หน้าที่และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่สัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของ อสม. ข้อมูลดังกล่าวจะช่วยให้หน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถกำหนดแนวทางพัฒนาศักยภาพ อสม. ได้ตรงกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานจริง ทั้งในด้านการสร้างความเข้าใจต่อบทบาท การพัฒนาความรู้และทักษะ การสร้างแรงจูงใจ การยอมรับ การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน อันจะนำไปสู่การเสริมความเข้มแข็งของทีมหมอครอบครัวและระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

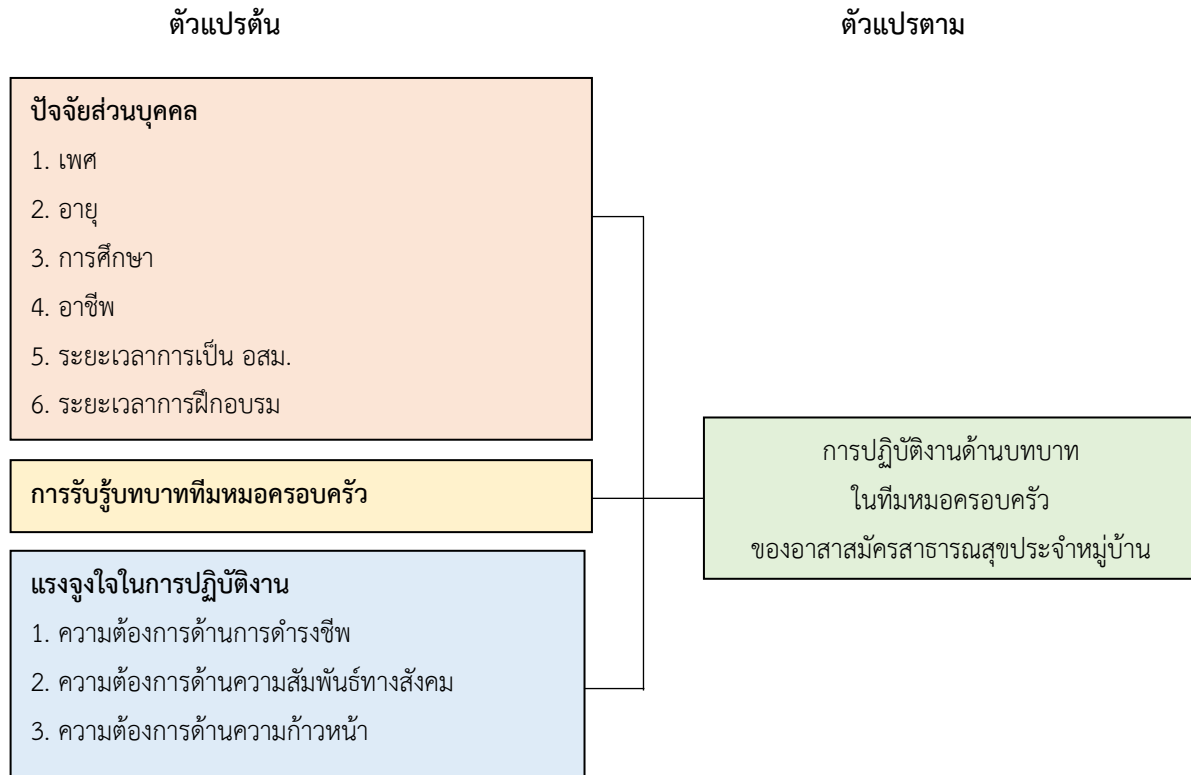
1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ตำบลนาหมอบุญ อำเภोजุฬารักษ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ตำบลนาหมอบุญ อำเภोजุฬารักษ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ตำบลนาหมอบุญ อำเภोजุฬารักษ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยกำหนดตัวแปรสำคัญ ได้แก่ การรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม. และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งคาดว่าจะส่งผลต่อ การปฏิบัติงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว ทั้งนี้ การรับรู้บทบาทที่ชัดเจนช่วยให้ อสม. เข้าใจหน้าที่และสามารถปฏิบัติงานได้สอดคล้องกับภารกิจที่ได้รับมอบหมาย ขณะที่แรงจูงใจเป็นแรงผลักดันที่ช่วยให้เกิดความตั้งใจและความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน โดยมีหลักฐานสนับสนุนว่าทั้งการรับรู้บทบาทและแรงจูงใจสามารถพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานของ อสม. ได้อย่างมีนัยสำคัญ (Yaebkai & Wongsawat, 2022)

สำหรับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิด ทฤษฎี ERG ของ Alderfer ซึ่งแบ่งความต้องการออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านการดำรงชีพ ความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และความต้องการด้านความก้าวหน้า ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบที่ใช้วัดแรงจูงใจในการศึกษาครั้งนี้ และมีงานวิจัยในประเทศไทยที่สนับสนุนว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. (น้อมจิต ศรีราช และคณะ, 2567; วิระดา เสือมาก และประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2566) ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ตำบลนาหมอบุญ อำเภोजุฬารักษ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบล

นาหมอบุญ อำเภोजุฬารักษ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
จำนวน 132 คน

กลุ่มตัวอย่าง และการสุ่ม

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของ Krejcie และ Morgan (1970) จากประชากร 132 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยจับฉลากรายชื่อ อสม. แบบไม่ใส่คืนจนครบตามจำนวนที่กำหนด เพื่อให้ประชากรมีโอกาสได้รับการคัดเลือกอย่างเท่าเทียมกัน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลนาหมอบุญ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ขาดอนตัวจากการวิจัย ลาออกจากการเป็น อสม. ในระหว่างการศึกษา หรือให้

ข้อมูลในแบบสอบถามไม่ครบถ้วนในส่วนสำคัญที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่พัฒนาจากการทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการเป็น อสม. และการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพในรอบ 2 ปี

ส่วนที่ 2 การรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม. จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนสูงแสดงถึงการรับรู้บทบาทหน้าที่ในระดับสูง โดยแปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1.00–2.33 คะแนน ระดับน้อย 2.34–3.67 คะแนน ระดับปานกลาง และ 3.68–5.00 คะแนน ระดับมาก แบบสอบถามจริงประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านการดำรงชีพ 4 ข้อ ความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 4 ข้อ และความต้องการด้านความก้าวหน้า 4 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับน้อย ปานกลาง และมาก โดยใช้เกณฑ์ 1.00–2.33, 2.34–3.67 และ 3.68–5.00 คะแนน ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว จำนวน 8 ข้อ ครอบคลุมการให้สุศึกษา การมีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การเยี่ยมบ้าน การสื่อสาร

ข่าวสารสุขภาพ การจัดทำข้อมูลและแผนการดูแล การติดตามรายงานผล และการเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติในระดับน้อยที่สุด ถึง 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติในระดับมากที่สุด แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1.00–2.33 คะแนน ระดับน้อย 2.34–3.67 คะแนน ระดับปานกลาง และ 3.68–5.00 คะแนน ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องของข้อคำถามกับตัวแปรที่ศึกษา และความเหมาะสมของภาษา โดยเอกสารโครงการรายงานค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.75 หลังจากปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และตรวจสอบความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยรวมเท่ากับ 0.724

การรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจุฬาภรณ์และหน่วยบริการสุขภาพในตำบลนาหมอบุญ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและประสานกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่ม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัว และการรักษาความลับของข้อมูลก่อนขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ เอกสารต้นฉบับระบุขั้นตอนการประสานหน่วยงานและการนัดหมาย อสม. เพื่อเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรม

กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามข้อคำถามที่กำหนด โดยจัดสถานที่ให้เหมาะสมและมีความเป็นส่วนตัว หลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของแบบสอบถาม ลงรหัสโดยใช้หมายเลขแทนข้อมูลส่วนบุคคล และนำเฉพาะแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วนไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล ลงรหัส และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ตามระดับการวัดของตัวแปร ส่วนการรับรู้บทบาทหน้าที่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานทั้งรายด้านและโดยรวม และการปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอกรอบครัว วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด พร้อมแปลผลระดับตามเกณฑ์ที่กำหนด

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอกรอบครัวด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression analysis) แบบ Enter โดยกำหนดคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอกรอบครัวเป็นตัวแปรตาม และกำหนดคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทหน้าที่กับคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็นตัวแปรพยากรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับแบบจำลองที่ใช้รายงานผลการวิจัยครั้งนี้

ก่อนนำตัวแปรเข้าสมการ ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอย ได้แก่ ความสัมพันธ์เชิงเส้น ความเป็นปกติและความแปรปรวนคงที่ ของค่าคลาดเคลื่อน ความเป็นอิสระของค่า

คลาดเคลื่อน ปัญหาความสัมพันธ์เชิงเส้นพหุคูณระหว่างตัวแปรอิสระ และข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อสมการ โดยพิจารณาจากกราฟค่าคลาดเคลื่อน ค่า Durbin-Watson ค่า Tolerance ค่า Variance Inflation Factor (VIF) และ Cook's Distance ก่อนแปลผลการวิเคราะห์

รายงานผลด้วยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SEb) ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) ค่า t ค่า p-value ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R^2) ค่า Adjusted R^2 และค่า F โดยตีความผลในลักษณะของความสามารถในการพยากรณ์ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช (เลขที่รับรอง NSTPH99/2569 ลงวันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2569) ก่อนดำเนินงาน ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดโครงการ ประโยชน์ ความเสี่ยง และสิทธิของผู้มีส่วนร่วม พร้อมทั้งขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธหรือยุติการมีส่วนร่วมได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อสิทธิการรับบริการสุขภาพ ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับผ่านการกำหนดรหัสแทนตัวตน และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวมโดยไม่เปิดเผยอัตลักษณ์รายบุคคล

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.63 มีอายุระหว่าง 50-59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 46.88 อายุเฉลี่ย 51.15 ปี (SD = 8.60) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 73.96 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอน

ปลาย/ปวช. ร้อยละ 53.13 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 78.13 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 85.42 มีระยะเวลาการเป็น อสม. 11-20 ปีมากที่สุด ร้อยละ 44.79 โดยมีระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 15.30 ปี (SD = 10.48) และส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ 10-20 ครั้งต่อปี ร้อยละ 48.96 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 96)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	9.38
หญิง	87	90.63
อายุ (ปี)		
≤ 39 ปี	6	6.25
40-49 ปี	34	35.42
50-59 ปี	45	46.88
60-69 ปี	10	10.42
≥ 70 ปี	1	1.04
Mean = 51.15, SD = 8.60, Min = 27.00, Max = 77.00		
สถานภาพสมรส		
โสด	8	8.33
คู่	71	73.96
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	17	17.71
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	11	11.46
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	13.54
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	51	53.13
อนุปริญญา/ปวส.	7	7.29
ปริญญาตรีขึ้นไป	14	14.58
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	4	4.17
ค้าขาย	4	4.17

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รับจ้าง	8	8.33
เกษตรกร	75	78.13
อื่น ๆ	5	5.21
รายได้ต่อเดือน		
≤ 5,000 บาท	39	40.63
5,001–10,000 บาท	43	44.79
10,001–15,000 บาท	6	6.25
> 15,000 บาท	8	8.33
ระยะเวลาการเป็น อสม.		
≤ 5 ปี	18	18.75
6–10 ปี	15	15.63
11–20 ปี	43	44.79
21–30 ปี	11	11.46
> 30 ปี	9	9.38
Mean = 15.30, SD = 10.48, Min = 0.50, Max = 48.00		
การอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ		
น้อยกว่า 10 ครั้ง/ปี	44	45.83
10–20 ครั้ง/ปี	47	48.96
มากกว่า 20 ครั้ง/ปี	5	5.21

2. ระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม. อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.55 คะแนน (SD = 0.43) คะแนนต่ำสุด 3.70 คะแนน และคะแนนสูงสุด 5.00 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 96)

ระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม.	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย (1.00–2.33 คะแนน)	0	0.00
ปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน)	0	0.00
มาก (3.68–5.00 คะแนน)	96	100.00
รวม	96	100.00

Mean = 4.55, SD = 0.43, Min = 3.70, Max = 5.00

3. ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.67 มีคะแนนเฉลี่ย 4.23 คะแนน (SD = 0.53) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.38, SD = 0.55) รองลงมาคือด้านความก้าวหน้า (Mean = 4.30, SD = 0.55) และด้านการดำรงชีพ (Mean = 4.01, SD = 0.71) ตามลำดับ โดยทั้ง 3 ด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำแนกรายด้านและโดยรวม (n = 96)

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	ระดับ			Mean	SD	ระดับ
	น้อย n (%)	ปานกลาง n (%)	มาก n (%)			
ความต้องการด้านการดำรงชีพ	4 (4.17)	15 (15.63)	77 (80.21)	4.01	0.71	มาก
ความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	1 (1.04)	3 (3.13)	92 (95.83)	4.38	0.55	มาก
ความต้องการด้านความก้าวหน้า	0 (0.00)	4 (4.17)	92 (95.83)	4.30	0.55	มาก
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวม	1 (1.04)	7 (7.29)	88 (91.67)	4.23	0.53	มาก

เกณฑ์การแปลผล: 1.00–2.33 = ระดับน้อย, 2.34–3.67 = ระดับปานกลาง และ 3.68–5.00 = ระดับมาก

4. ระดับการปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัวอยู่ในระดับมาก จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 91.67 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 และไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานโดยรวมเท่ากับ 4.33 คะแนน (SD = 0.53) คะแนนต่ำสุด 3.00 คะแนน และคะแนนสูงสุด 5.00 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับการปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว (n = 96)

ระดับการปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย (1.00–2.33 คะแนน)	0	0.00
ปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน)	8	8.33
มาก (3.68–5.00 คะแนน)	88	91.67
รวม	96	100.00

Mean = 4.33, SD = 0.53, Min = 3.00, Max = 5.00

5. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในทีมหมอครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ พบว่าการรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม. และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 39.058, p < 0.001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ 0.676 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 45.70 ($R^2 = 0.457$) เมื่อปรับค่าตามจำนวนตัวแปรในสมการแล้ว พบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 44.50 ($\text{Adjusted } R^2 = 0.445$)

เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีน้ำหนักในการพยากรณ์การปฏิบัติงานสูงที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ

0.429 ($\text{Beta} = 0.429, t = 4.667, p < 0.001$) หมายความว่า เมื่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น การปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามไปด้วย รองลงมาคือการรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม. ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ 0.335 ($\text{Beta} = 0.335, t = 3.638, p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า อสม. ที่มีการรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะมีการปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัวในระดับสูงเช่นกัน

จากสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ พบว่าเมื่อคะแนนการรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม. เพิ่มขึ้น 1 หน่วย โดยควบคุมแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้คงที่ คะแนนการปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัวจะเพิ่มขึ้น 0.410 หน่วย ขณะที่เมื่อคะแนนแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 1 หน่วย โดยควบคุมการรับรู้บทบาทหน้าที่ให้คงที่ คะแนนการปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น 0.426 หน่วย ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว

ตัวแปร	b	SE _b	Beta	t	p-value
การรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม.	0.410	0.113	0.335	3.638	<0.001
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	0.426	0.091	0.429	4.667	<0.001

ค่าคงที่ = 0.661 ; SE_b = 0.439

$R = 0.676$; $R^2 = 0.457$; $\text{Adjusted } R^2 = 0.445$; $F = 39.058$; $p\text{-value} < 0.001$

โดยสามารถสร้างเป็นสมการในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ดังต่อไปนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$Y_i = 0.661 + 0.410(\text{การรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม.}) + 0.426(\text{แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน})$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_y = 0.335Z(\text{การรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม.}) + 0.429Z(\text{แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน})$$

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ สะท้อนลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลนาหมอบุญ อำเภอจุฬาภรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.63 มีอายุเฉลี่ย 51.15 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 78.13 มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 85.42 และมีระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 15.30 ปี โดยเกือบครึ่งหนึ่งได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ 10–20 ครั้งต่อปี ลักษณะดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานในชุมชนมาเป็นระยะเวลานาน แม้จะมีภาระด้านอาชีพและรายได้ควบคู่กับงานอาสาสมัครก็ตาม การอยู่ในพื้นที่และปฏิบัติงานต่อเนื่องเป็นเวลานานอาจทำให้ อสม. มีความคุ้นเคยกับประชาชน ปัญหาสุขภาพ และระบบการประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเอื้อต่อการปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว ผลดังกล่าวใกล้เคียงกับการศึกษาของรักษัสุดา หยวกทอง และยุทธนา แยกคาย (2569) ที่พบว่า อสม. ในเขตสุขภาพที่ 3 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 51.96 ปี และมีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 13.64 ปี แสดงให้เห็นว่า อสม. ที่ปฏิบัติงานจริงในระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทยจำนวนมากเป็นกำลังคนที่มีประสบการณ์และอยู่กับระบบมาเป็นเวลานาน

ผลการศึกษาด้าน การรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม. พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการรับรู้บทบาทหน้าที่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 มีคะแนนเฉลี่ย 4.55 คะแนน (SD = 0.43) ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเป็น อสม. ค่อนข้างยาวนาน ประกอบกับได้รับการอบรมด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จึงมีโอกาสรับรู้และทำความเข้าใจบทบาทของตนทั้งด้านการให้สุศึกษา การเฝ้าระวังและคัดกรองโรค การเยี่ยมบ้าน การประสานข้อมูลระหว่าง

ประชาชนกับบุคลากรสุขภาพ และการเป็นแกนนำด้านสุขภาพในชุมชน ซึ่งเป็นบทบาทที่ อสม. ต้องปฏิบัติเป็นประจำ ยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2563) อธิบายว่า อสม. มีบทบาทสำคัญครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ขณะที่การศึกษาของ Yaebkai และ Wongsawat (2022) พบเช่นกันว่า การรับรู้บทบาทของ อสม. อยู่ในระดับสูง และการรับรู้บทบาทเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานได้ อย่างไรก็ตาม การที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับมากควรตีความด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากคะแนนต่ำสุดยังอยู่ที่ 3.70 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ระดับมากเพียงเล็กน้อย จึงอาจสะท้อนทั้งการรับรู้บทบาทที่จริงจังและลักษณะการกระจายตัวของคะแนนที่ค่อนข้างอยู่ด้านบนของมาตรวัด การศึกษาของรักษัสุดา หยวกทอง และยุทธนา แยกคาย (2569) สนับสนุนในทิศทางเดียวกันว่า การรับรู้บทบาทของ อสม. อยู่ในระดับสูง แต่ผลการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักกลับอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าการรับรู้บทบาท เพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติงานในระดับสูงเสมอไป เพราะการปฏิบัติงานจริงยังขึ้นอยู่กับแรงสนับสนุนทางสังคม ภาวศีเครือข่าย ลักษณะงาน และบริบทของพื้นที่ด้วย

ด้าน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงจูงใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.67 มีคะแนนเฉลี่ย 4.23 คะแนน (SD = 0.53) โดยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.38, SD = 0.55) รองลงมาคือด้านความก้าวหน้า (Mean = 4.30, SD = 0.55) และด้านการดำรงชีพ (Mean = 4.01, SD = 0.71) ผลที่ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีคะแนนสูงที่สุดมีความ

สอดคล้องกับธรรมชาติของงาน อสม. ซึ่งเป็นงานที่ต้องอาศัยความสัมพันธ์กับประชาชน เพื่อน อสม. เจ้าหน้าที่รพ.สต. และเครือข่ายชุมชนอย่างต่อเนื่อง ในบริบทของตำบลนาหมอบุญที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและปฏิบัติงานเป็น อสม. มาเป็นเวลานาน ความสัมพันธ์และการได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนจึงอาจเป็นแรงผลักดันที่สำคัญไม่แพ้คำตอบแทนหรือสวัสดิการ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ Colvin et al. (2021) ซึ่งทบทวนการดำเนินงานของ community health workers และพบว่าแรงจูงใจไม่ได้เกิดจากคำตอบแทนเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกิดจากการมีบทบาทที่ชัดเจน ความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ การได้รับการยอมรับ โอกาสพัฒนาตนเอง และความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรสุขภาพและชุมชน นอกจากนี้ Wongpreedee และ Sudhipongpracha (2023) ซึ่งศึกษากับ อสม. ไทย 798 คน พบว่าแรงจูงใจในการบริการสาธารณะสามารถส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทของ อสม. ผ่านความรู้สึกมีคุณค่าและการรับรู้ว่าการทำงานของตนสร้างประโยชน์ต่อสังคมและชุมชน ผลดังกล่าวจึงช่วยอธิบายว่าทำไมแรงจูงใจด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและความก้าวหน้าจึงมีคะแนนสูงในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้

ผลการศึกษาด้าน การปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอกรอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.67 มีคะแนนเฉลี่ย 4.33 คะแนน (SD = 0.53) และมีเพียงร้อยละ 8.33 ที่อยู่ในระดับปานกลาง ผลดังกล่าวอาจสัมพันธ์กับการที่ อสม. ในพื้นที่มีประสบการณ์ทำงานค่อนข้างยาวนาน มีการรับรู้บทบาทที่ชัดเจน และมีแรงจูงใจในระดับสูง ทำให้สามารถนำความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทไปสู่การปฏิบัติงาน เช่น การให้สุขศึกษา การร่วมวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ การณรงค์ป้องกันโรค การ

เยี่ยมบ้าน การสื่อสารข่าวสารสุขภาพ และการติดตามรายงานผลการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ดำเนินการในจังหวัดนครศรีธรรมราชโดยตรง นิรมล รัตนสุภา (2569) ศึกษา อสม. ตำบลหนองหงส์ อำเภอกุพราภรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าการปฏิบัติงานของ อสม. อยู่ในระดับสูง ($M = 4.01$, $SD = 0.57$) เช่นเดียวกับปัจจัยจูงใจที่อยู่ในระดับสูง และยังพบว่าปัจจัยจูงใจร่วมกับทัศนคติสามารถทำนายการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 28.30 การศึกษาอีกแห่งในจังหวัดเดียวกันของอัญญารัตน์ แสงศรี (2567) ในตำบลเขาน้อย อำเภอสหัส พบบว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. ($r = 0.505$, $p < .05$) ข้อค้นพบจากพื้นที่นครศรีธรรมราชทั้งสองแห่งสนับสนุนว่าแรงจูงใจเป็นองค์ประกอบสำคัญของการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติงานของ อสม. แม้ลักษณะงานและพื้นที่จะแตกต่างกัน นอกจากนี้ พิมลกานต์ ดีบุญศรี และวิราสิริ วสีวีร์ (2566) ศึกษา อสม. อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี พบว่าการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก และแรงจูงใจแรงสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาการปฏิบัติงานสามารถร่วมกันอธิบายการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 68.90 ซึ่งสนับสนุนข้อสังเกตของการศึกษาครั้งนี้ว่า อสม. ที่ปฏิบัติงานมายาวนานและได้รับแรงเสริมจากความสัมพันธ์ทางสังคม มีแนวโน้มที่จะสามารถปฏิบัติงานชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณา ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในทีมหมอกรอบครัว ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณพบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม. และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 39.058$, $p < 0.001$) โดยมี $R = 0.676$ และสามารถอธิบายความ

แปรปรวนของการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 45.70 ($R^2 = 0.457$; Adjusted $R^2 = 0.445$) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีน้ำหนักในการพยากรณ์สูงสุด ($Beta = 0.429$, $p < 0.001$) รองลงมาคือการรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม. ($Beta = 0.335$, $p < 0.001$) ผลดังกล่าวแสดงว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอีกตัวหนึ่งให้คงที่ อสม. ที่มีแรงจูงใจสูง และมีการรับรู้บทบาทชัดเจนมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนการปฏิบัติงานสูงขึ้น โดยแรงจูงใจมีน้ำหนักในการอธิบายการปฏิบัติงานมากกว่าการรับรู้บทบาทเล็กน้อย ผลนี้สอดคล้องอย่างชัดเจนกับ Yaebkai และ Wongsawat (2022) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. จังหวัดสุโขทัย จำนวน 598 คน พบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็นตัวพยากรณ์ที่มีความสำคัญสูงสุด รองลงมาคือการรับรู้บทบาท และเมื่อรวมปัจจัยอื่น ได้แก่ จำนวนบทบาทในชุมชน ความรู้ อาชีพเกษตรกรรม ระยะเวลาการเป็น อสม. และทัศนคติ สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานได้ร้อยละ 26.50 ผลที่สอดคล้องกันระหว่างงานดังกล่าวกับการศึกษาครั้งนี้ช่วยยืนยันว่าแรงจูงใจและการรับรู้บทบาทไม่ได้เป็นเพียงคุณลักษณะทางจิตวิทยาของบุคคล แต่เชื่อมโยงกับการนำบทบาท อสม. ไปปฏิบัติจริงในระบบบริการปฐมภูมิ ในด้านการรับรู้บทบาท ผลการศึกษาครั้งนี้พบค่า $Beta = 0.335$ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของรักษ์สุตา หยวกทอง และยุทธนา แยกคาย (2569) ซึ่งพบว่าการรับรู้บทบาทเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. ($\beta = 0.23$) อย่างไรก็ตาม งานดังกล่าวพบว่าเมื่อควบคุมปัจจัยอื่นในสมการ แรงจูงใจมีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานเป็นลบ ($\beta = -0.12$) ขณะที่การศึกษาครั้งนี้พบผลทางบวก ($Beta = 0.429$) ความแตกต่างนี้แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานอาจขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของแบบวัด ตัวแปรที่นำเข้า

สมการ ลักษณะงาน และบริบทของพื้นที่ จึงไม่ควรตีความว่าแรงจูงใจจะมีผลในขนาดหรือทิศทางเดียวกันในทุกพื้นที่

เมื่อพิจารณาค่า $R^2 = 0.457$ พบว่าการรับรู้บทบาทและแรงจูงใจสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 45.70 ซึ่งถือว่าอธิบายได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังคงมีความแปรปรวนอีกร้อยละ 54.30 ที่อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นที่ไม่ได้รวมอยู่ในแบบจำลอง เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม การทำงานเป็นทีม ภาศิเครือข่าย การมีส่วนร่วม การยอมรับนับถือ ทรัพยากรที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ภาระงาน และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอดคล้องกับรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2566) ซึ่งเสนอองค์ประกอบสำคัญ 9 ประการ ได้แก่ จิตอาสา การรับรู้บทบาท ความตั้งใจ การทำงานเป็นทีม ภาศิเครือข่าย การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ และการยอมรับนับถือ และพบว่าการนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้สามารถเพิ่มผลการปฏิบัติงานของ อสม. ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น ในบริบทของตำบลนาหมอบุญ การพัฒนาการปฏิบัติงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัวไม่ควรมุ่งเพียงการอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ แต่ควรทำให้ อสม. มีความเข้าใจบทบาทของตนอย่างชัดเจน เห็นความสำคัญของงานที่ทำ ได้รับการยอมรับจากประชาชนและบุคลากรสุขภาพ มีโอกาสพัฒนาศักยภาพ และมีระบบสนับสนุนที่เหมาะสมกับบริบทการดำรงชีวิตของ อสม. ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีรายได้ไม่สูง การสร้างแรงจูงใจจึงควรครอบคลุมทั้งมิติด้านสวัสดิการ ความสัมพันธ์ทางสังคม การยอมรับ และโอกาสในการพัฒนา ไม่ควรจำกัดเฉพาะค่าตอบแทนทางการเงิน แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับหลักฐานระดับนานาชาติที่ชี้ว่าระบบแรงจูงใจของ community

health workers ควรมีหลายมิติ และการยอมรับเชิงสังคมรวมถึงแรงจูงใจที่ไม่ใช่ตัวเงินสามารถส่งผลต่อการให้บริการและการคงอยู่ของแรงจูงใจในการทำงานได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ควรจัดกิจกรรมหรือการพัฒนาศักยภาพที่ช่วยให้ อสม. มีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองในทีมหมอกรอบครัวอย่างชัดเจน โดยเฉพาะบทบาทด้านการประสานข้อมูลสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน การคัดกรองความเสี่ยง การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และการติดตามดูแลประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการรับรู้บทบาทหน้าที่สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ควรส่งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างเป็นระบบ โดยให้ความสำคัญทั้งด้านการยอมรับและความสัมพันธ์ทางสังคม การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โอกาสในการพัฒนาความรู้และทักษะ ตลอดจนสวัสดิการที่เหมาะสม เนื่องจากแรงจูงใจเป็นปัจจัยที่มีน้ำหนักในการพยากรณ์การปฏิบัติงานสูงที่สุดในการศึกษาครั้งนี้

3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการศึกษามาใช้ประกอบการวางแผนพัฒนาระบบทีมหมอกรอบครัวในตำบลนาหมอบุญ โดยออกแบบแนวทางที่ผสมผสานการสร้างเสริมความชัดเจนในบทบาทกับการเสริมแรงจูงใจในการทำงาน และควรพิจารณาให้สอดคล้องกับบริบทของ

อสม. ในพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้ไม่สูง และมีประสบการณ์การเป็น อสม. มาเป็นเวลานาน เพื่อให้การดำเนินงานสามารถปฏิบัติได้จริงและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมที่อาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอกรอบครัว เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การทำงานเป็นทีม ภาวศรัทธา ภาระงาน ทรัพยากรในการปฏิบัติงาน และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากการรับรู้บทบาทหน้าที่และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 45.70 ซึ่งยังมีปัจจัยอื่นที่อาจร่วมอธิบายการปฏิบัติงานได้เพิ่มเติม นอกจากนี้ ควรขยายพื้นที่ศึกษาไปยังตำบลหรืออำเภออื่นเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของบริบท และอาจใช้การวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยแบบผสมผสานร่วมกับการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อให้เข้าใจเหตุผล แรงจูงใจ ปัญหา และเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น รวมทั้งอาจพัฒนาการศึกษาเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่มุ่งเสริมการรับรู้บทบาทและแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานในทีมหมอกรอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม

อ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). *คู่มือ อสม. “สมารถ อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน” ปีงบประมาณ 2565*.
 น้อมจิต ศรีราช, สุพัฒน์ กองศรีมา, นครินทร์ ประสิทธิ์, พิรยุทธ แสงตรีสุ, ณัฐพร นิจธรรมสกุล, ภูวนาถ ศรีสุธรรม, และ
 อัมภารณ นนทมาตย์. (2567). แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข
 ประจำหมู่บ้าน อำเภอนางรอง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 11(1), 83–99.
- นิรมล รตนสุภา. (2569). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลหนองหงส์
 อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ*, 2(1), e7250.
- พิมลกันต์ ตี๋บุญศรี, และวิราสิริ วสีวีร์. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(3),
 113–124.
- พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. (2562, 30 เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา*, 136(56 ก), 165–185.
- ยุทธนา แยกคาย, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2563). การปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุข
 ประจำหมู่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 31(2), 269–279.
- ยุทธนา แยกคาย, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2566). รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
 ประจำหมู่บ้าน. *วารสารแพทย์นาวิ*, 50(3), 651–668.
- รักษ์สุตา หยวทอง, และยุทธนา แยกคาย. (2569). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของอาสาสมัคร
 สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 36(2), 159–173.
- วิระดา เสือมาก, และประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เทศบาลตำบลวิชิต อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต. *วารสารสาธารณสุข
 และสุขภาพศึกษา*, 3(2), 14–31.
- อัญญรัตน์ แสงศรี. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาน้อย อำเภอสีชล จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการสร้างเสริม
 สุขภาพไทย*, 3(3).
- Colvin, C. J., Hodgins, S., & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 8.
 Incentives and remuneration. *Health Research Policy and Systems*, 19(Suppl 3), 106. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00750-w>
- Gadsden, T., Mabunda, S. A., Palagyi, A., Maharani, A., Sujarwoto, S., Baddeley, M., & Jan, S. (2021).
 Performance-based incentives and community health workers’ outputs, a systematic review.
Bulletin of the World Health Organization, 99(11), 805–818. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.285218>
- Glenton, C., Javadi, D., & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 5.
 Roles and tasks. *Health Research Policy and Systems*, 19(Suppl 3), 128. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00748-4>

- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Pagaiya, N., Noree, T., Hongthong, P., Gongkulawat, K., Padungson, P., & Setheetham, D. (2021). From village health volunteers to paid care givers: The optimal mix for a multidisciplinary home health care workforce in rural Thailand. *Human Resources for Health*, 19, Article 2. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00542-3>
- Wongpreedee, A., & Sudhipongpracha, T. (2024). Street-level quasi-bureaucracy and professional discretion: How transformational leadership and public service motivation influence village health volunteers' professional discretion. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 44(3/4), 390–407. <https://doi.org/10.1108/IJSSP-04-2023-0083>
- Yaebkai, Y., & Wongsawat, P. (2022). Factors affecting performance of village health volunteers in Sukhothai, Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 20(1), 120–131. <https://doi.org/10.55131/jphd/2022/200110>