



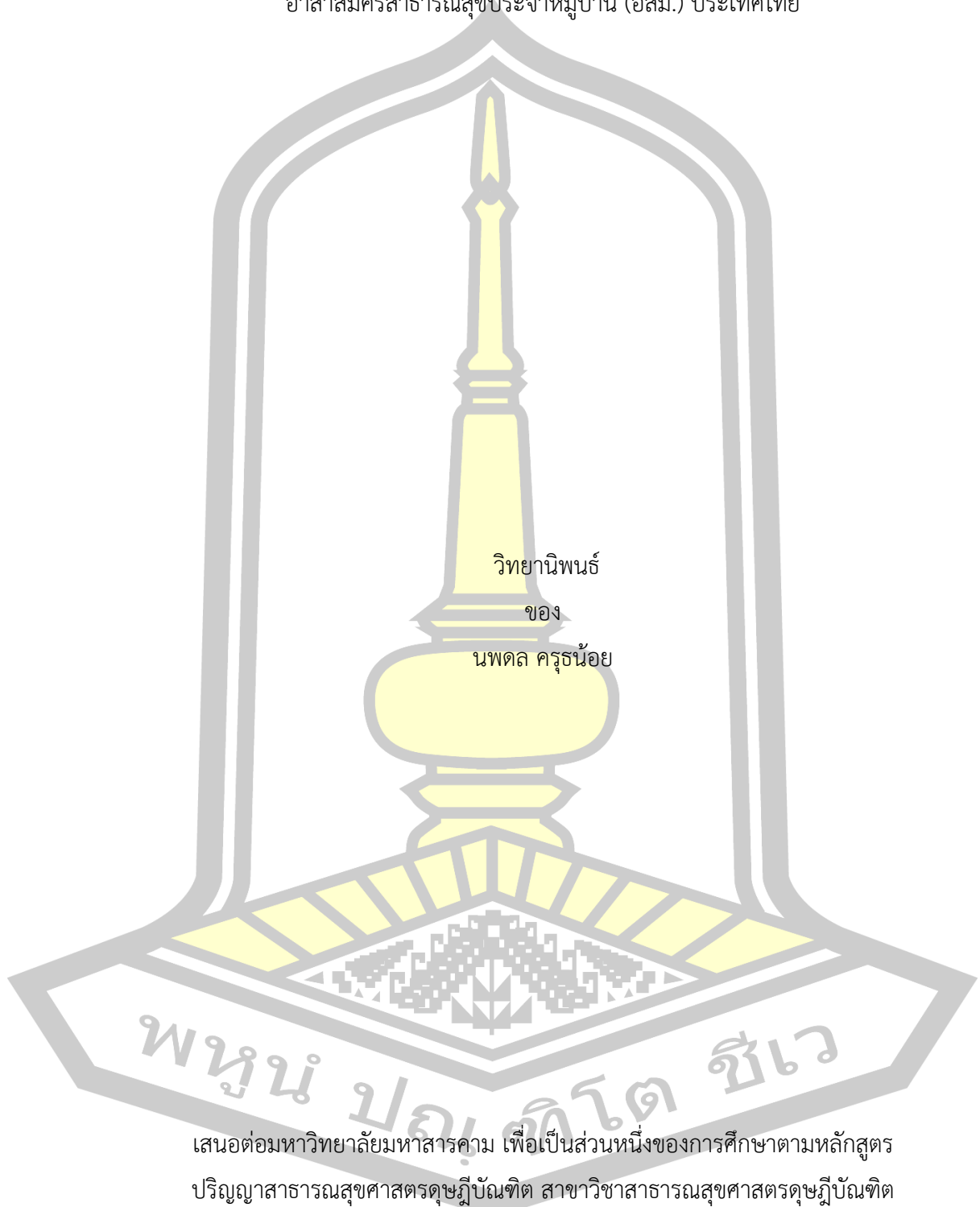
การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย

วิทยานิพนธ์
ของ
นพดล ครุฑน้อย

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มีนาคม 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย

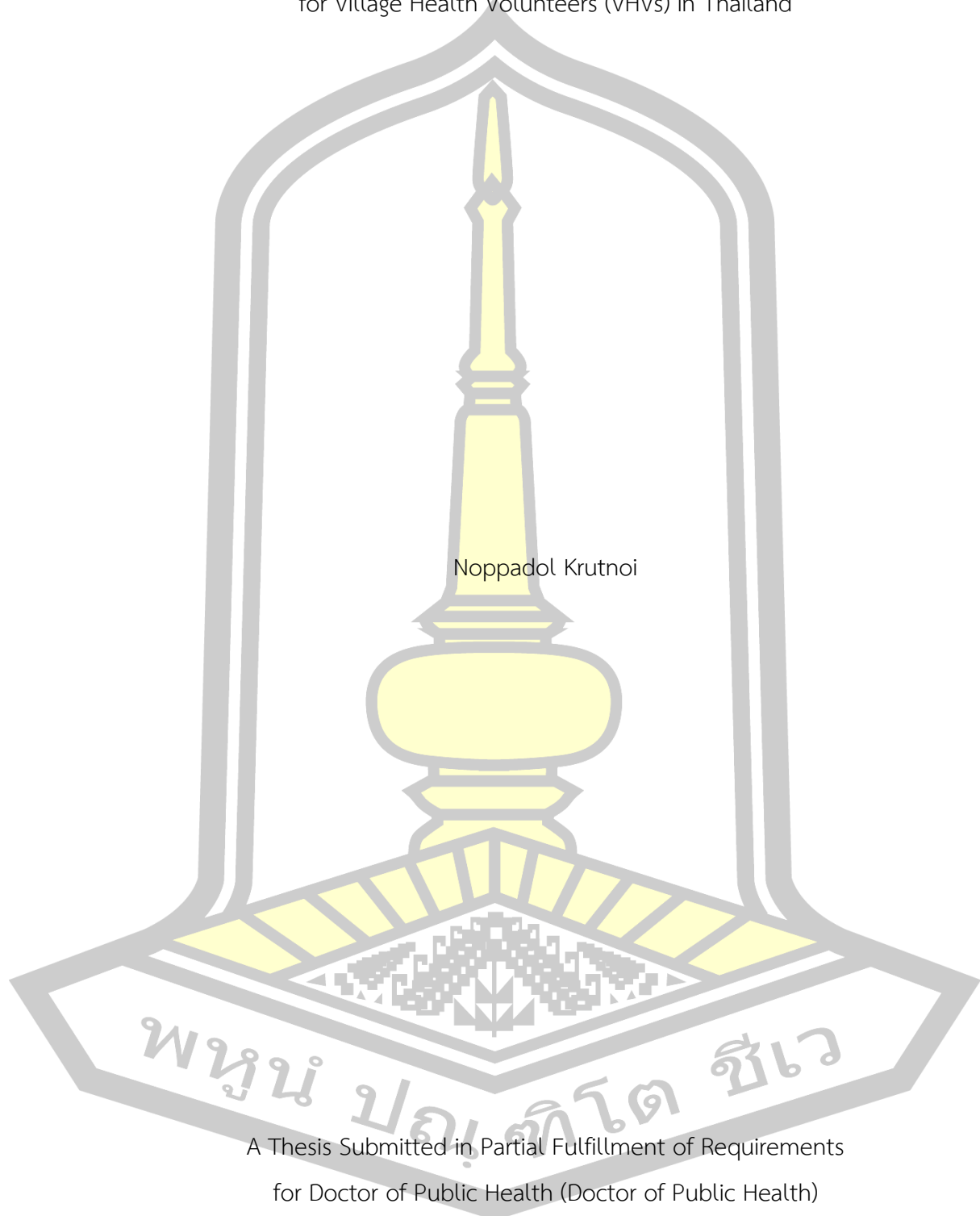


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มีนาคม 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of a Performance Competency Assessment Tool
for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand



Noppadol Krutnoi

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Public Health (Doctor of Public Health)

March 2024

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายพนพล ครุชน้อย แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธรรณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
สาธรรณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ประจักษ์ บัวผัน)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. อติศร วงศ์คงเดช)

กรรมการ

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

กรรมการ

(รศ. ดร. สุณิรัตน์ ยิ่งยืน)

กรรมการ

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาธรรณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธรรณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธรรณสุขศาสตร์

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย		
ผู้วิจัย	นพดล ครุฑน้อย		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติสร วงศ์คงเดช		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎี บัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2567

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือแกนนำด้านสุขภาพของชุมชน ที่ผ่านการคัดเลือกจากชุมชนและเข้าสู่กระบวนการฝึกอบรมหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ให้บริการดูแลสุขภาพในระดับหมู่บ้าน และการประสานกิจกรรมด้านสุขภาพกับภาคส่วนต่าง ๆ โดยจะได้รับการพัฒนาศักยภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งปัจจุบันระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย อสม. กำหนดให้ อสม. ต้องพัฒนาตนเองตามมาตรฐานสมรรถนะที่กำหนด ซึ่ง อสม. ต้องทราบระดับสมรรถนะตนเอง โดยการประเมินสมรรถนะ ด้วยเครื่องมือประเมินสมรรถนะที่มีความตรงและเชื่อถือได้

การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 การวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย โดยเครื่องมือที่พัฒนาจากกรอบเนื้อหามาตรฐานสมรรถนะและบทบาทหน้าที่ของ อสม. ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง อสม. จาก 4 ภูมิภาคของประเทศไทย จำนวน 500 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และระยะที่ 2 การวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย โดยนำผลการศึกษาระยะที่ 1 มาพัฒนาเป็นเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. และตรวจสอบความตรงของเครื่องมือด้วยเทคนิคเดลฟาย โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 12 คน และนำไปใช้จริงในพื้นที่กับ อสม. จำนวน 104 คน สุ่มตัวอย่างแบบจับฉลาก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษามีความเหมาะสมและกลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอในการใช้สถิติวิเคราะห์หาค่าประกอบเชิงสำรวจ ($KMO = 0.96$, $MSA = 0.94 - 0.98$) และผลการวิเคราะห์พบว่าสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย มี 7 ด้าน ได้แก่ 1) การสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน 2) การส่งเสริมสุขภาพ 3) การป้องกันโรค 4) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น 5) การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ 6) การสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ และ 7) การเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ จำนวน 48 ตัวชี้วัด โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมของตัวแปรได้ ร้อยละ 70.02 และเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง มีมาตรวัด 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีมาก (ภาพรวม 0.97, รายด้าน 0.90-0.96), ค่าความตรงเชิงเนื้อหาในระดับสูง ($CVI = 0.98$), มีค่าความสอดคล้องภายในสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (0.48-0.83)

เครื่องมือนี้มีความเที่ยงตรงตามเกณฑ์ของเครื่องมือที่ดี สามารถใช้ประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. และนำผลการประเมินไปพัฒนาศักยภาพตามสมรรถนะแต่ละบุคคล ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพของ อสม. เพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมได้

คำสำคัญ : สมรรถนะการปฏิบัติงาน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), และมาตรฐานสมรรถนะ



TITLE	Development of a Performance Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand		
AUTHOR	Noppadol Krutnoi		
ADVISORS	Associate Professor Vorapoj Promasatayaprot , Ph.D. Assistant Professor Adisorn Wongkongdech , Ph.D.		
DEGREE	Doctor of Public Health	MAJOR	Doctor of Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2024

ABSTRACT

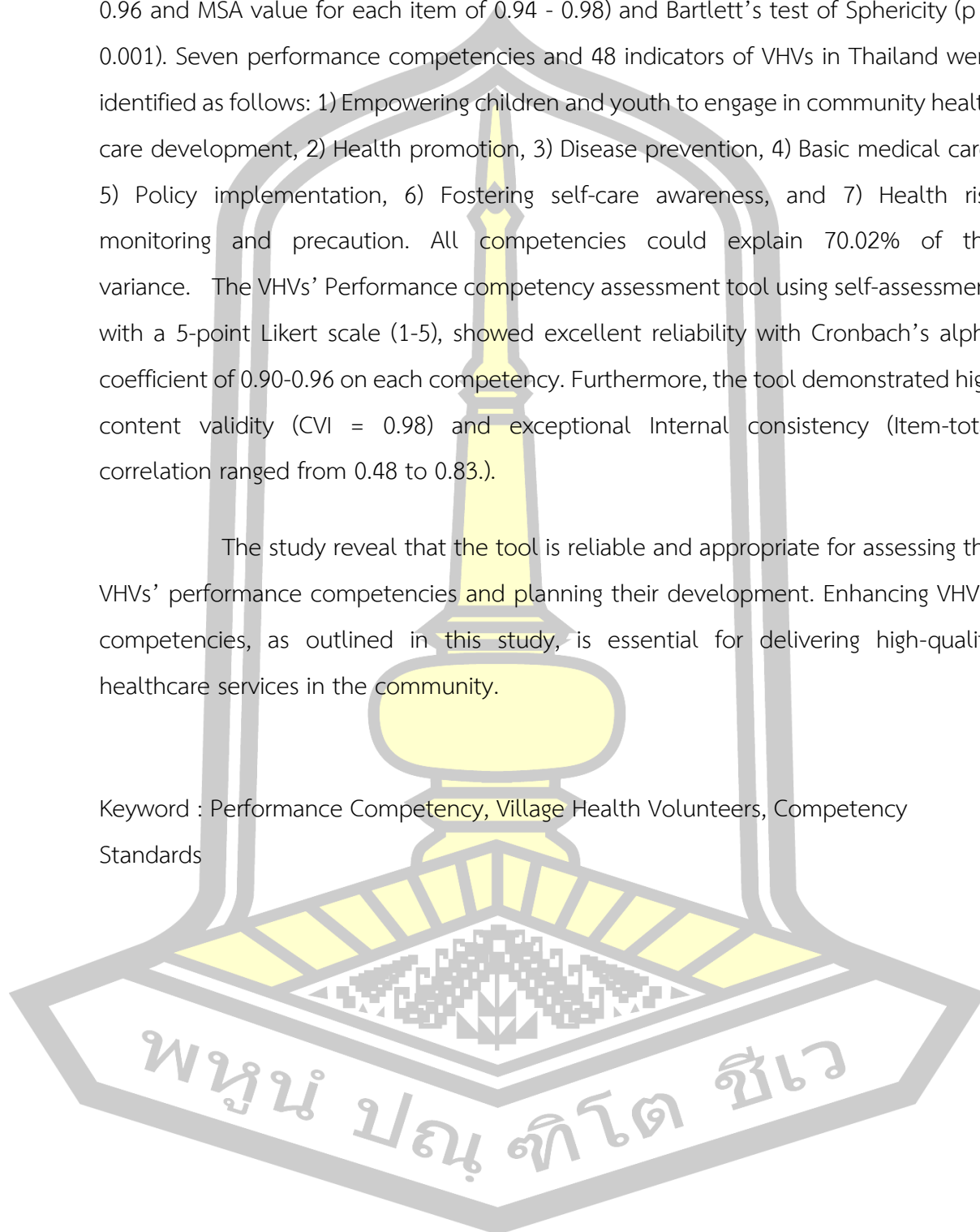
Thailand's village health volunteers (VHVs) originated from the PHC principles. These volunteers are chosen from the community based on their willingness and acceptance by their neighbors, and then undergo comprehensive training provided by the MOPH to become a crucial PHC workforce. The MOPH regularly develops capacity-building to enhance their knowledge and skills. Nowadays, VHVs are expected to continuously develop themselves in line with VHVs' Competency standards, and thus there is a need for putting in place a reliable competency assessment tool for VHVs.

The study aimed to develop a VHVs' Performance competencies assessment tool in Thailand. This study was divided into two phases. In Phase 1, a survey research was conducted to examine the VHVs' performance competency. 500 samples were collected from four regions in the country and selected through multi-stage random sampling. Data were analyzed using EFA. In Phase 2, R&D was conducted to develop the VHVs' competency assessment tool. The tool's validity was assessed by 12 experts using the Delphi technique. Then, the tool was piloted with 104 VHVs in the field who were selected through random sampling. The tool's reliability was analyzed using Cronbach's alpha coefficient.

The results indicated appropriate values for sampling adequacy ($KMO = 0.96$ and MSA value for each item of $0.94 - 0.98$) and Bartlett's test of Sphericity ($p < 0.001$). Seven performance competencies and 48 indicators of VHVs in Thailand were identified as follows: 1) Empowering children and youth to engage in community health care development, 2) Health promotion, 3) Disease prevention, 4) Basic medical care, 5) Policy implementation, 6) Fostering self-care awareness, and 7) Health risk monitoring and precaution. All competencies could explain 70.02% of the variance. The VHVs' Performance competency assessment tool using self-assessment with a 5-point Likert scale (1-5), showed excellent reliability with Cronbach's alpha coefficient of 0.90-0.96 on each competency. Furthermore, the tool demonstrated high content validity ($CVI = 0.98$) and exceptional Internal consistency (Item-total correlation ranged from 0.48 to 0.83.).

The study reveal that the tool is reliable and appropriate for assessing the VHVs' performance competencies and planning their development. Enhancing VHVs' competencies, as outlined in this study, is essential for delivering high-quality healthcare services in the community.

Keyword : Performance Competency, Village Health Volunteers, Competency Standards



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยประเภท นิสิตบัณฑิตศึกษา ประจำปีงบประมาณ 2566 (เงินรายได้) จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และสำเร็จจุล่งลงได้ ด้วยความอนุเคราะห์จาก รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพุด อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้เคี้ยวเชียว อบรม สั่งสอน ให้คำแนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดการศึกษาวิจัย จนสำเร็จจุล่งลงไปด้วยดี ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความเมตตา กรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงยิ่งไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ นายชาติชาย สุวรรณนิตย์ รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช และ ดร.อุทิศ ดวงผาสุข ที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิและให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบรายละเอียดและให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงข้อบกพร่องให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ผู้สอน คณาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ให้ความรู้ อบรมสั่งสอน ให้เป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพ ตลอดจนท่านผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่า และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงแก้ไขการวิจัยให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และเสียสละเวลาอันมีค่า โดยให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ท้ายนี้ ขอขอบคุณบุคลากรฝ่ายสนับสนุน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อนหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) รุ่นที่ 13 ทุกคน ครอบครัว เพื่อน ๆ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีได้กล่าวนาม ณ ที่นี้ ที่คอยเป็นกำลังใจและสนับสนุนช่วยเหลือด้วยดีมาโดยตลอด

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ขอมอบเป็นประโยชน์แก่วงการสาธารณสุขมูลฐานไทย และขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา มารดา ครู อาจารย์ ที่ข้าพเจ้ารักและเคารพนับถือทุกท่าน

พูน ปณ จิตโต ชเว

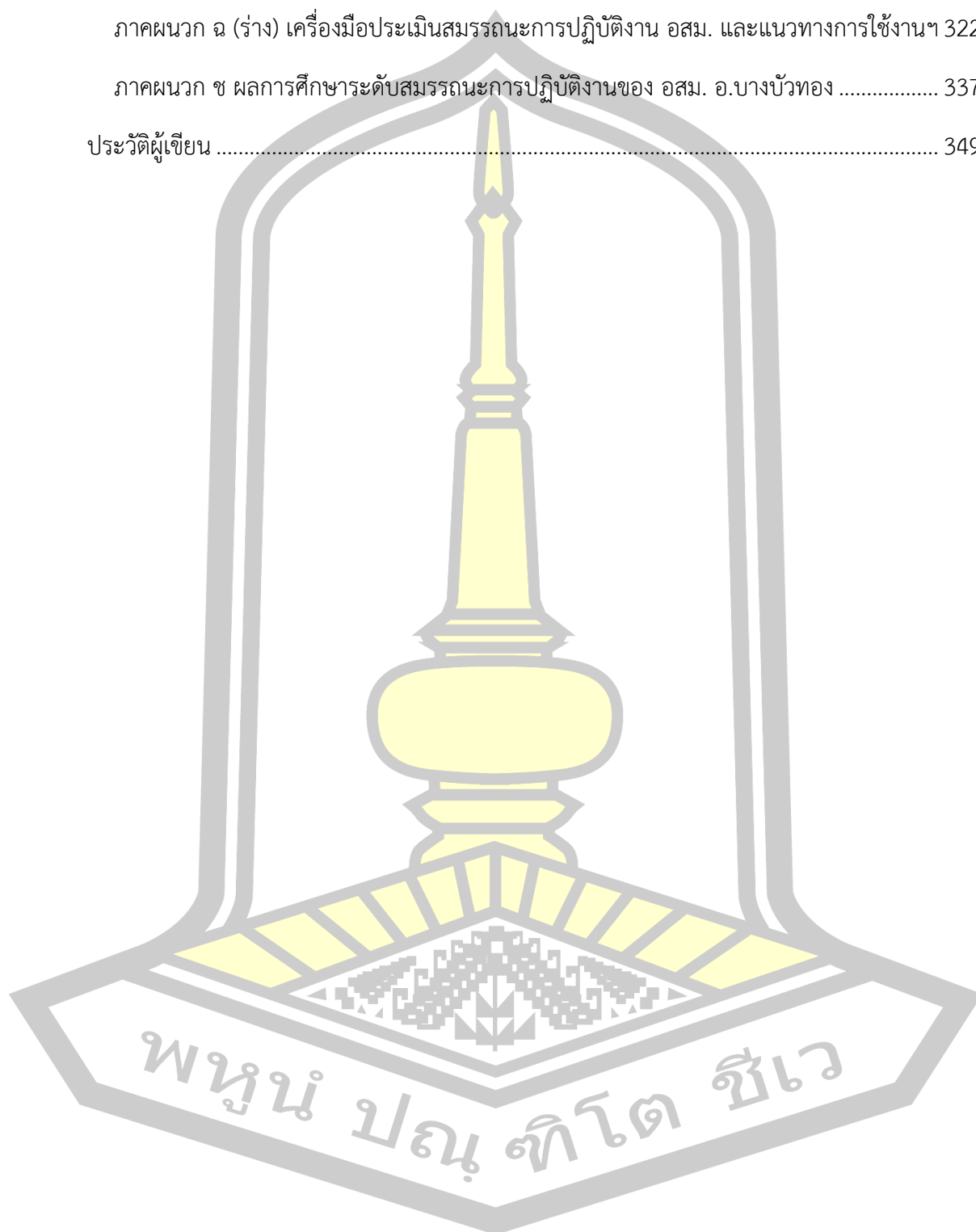
นพดล ครุฑน้อย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพประกอบ.....	ด
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 หลักการและเหตุผล.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	4
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ.....	9
บทที่ 2 ปรีทัศน์เอกสารข้อมูล.....	10
2.1 หลักการสารานุกรมสุขมูลฐาน.....	10
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสารานุกรมสุขประจำหมู่บ้าน.....	17
2.3 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับสมรรถนะ.....	35
2.4 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ.....	49
2.5 การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis).....	58
2.6 แนวคิดการวิจัยและพัฒนา.....	68
2.7 แนวคิดเทคนิคเดลฟาย (Delphi-Technique).....	73

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	81
2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	93
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการ.....	95
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	95
3.2 พื้นที่การวิจัย.....	95
3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย.....	96
3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	100
3.5 เครื่องมือในการวิจัย.....	102
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	106
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	106
3.8 จริยธรรมการวิจัย.....	108
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	109
ผลการศึกษาระยะที่ 1 ศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย	109
ผลการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.....	171
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	225
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	225
5.2 อภิปรายผล.....	230
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	237
บรรณานุกรม.....	239
ภาคผนวก.....	258
ภาคผนวก ก การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	259
ภาคผนวก ข เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย.....	262
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	276
ภาคผนวก ง แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร.....	298

ภาคผนวก จ หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการวิจัย	300
ภาคผนวก ฉ (ร่าง) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงาน อสม. และแนวทางการใช้งานฯ	322
ภาคผนวก ช ผลการศึกษาระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. อ.บางบัวทอง	337
ประวัติผู้เขียน	349



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การสุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งที่ 1	97
ตารางที่ 2 ความเชื่อมโยงกรอบแนวคิดการกำหนดตัวแปรกับข้อคำถาม.....	117
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามลักษณะทางประชากรของ กลุ่มตัวอย่าง (n=500).....	131
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะตามมาตรฐานสมรรถนะของ อสม. ประเทศไทย (n = 500).....	133
ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้าน การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (n = 500).....	134
ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้าน การเป็นผู้นำการรักษายาบาลเบื้องต้น (n = 500).....	136
ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้าน การเป็นผู้นำการป้องกันโรค (n = 500).....	137
ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้าน การเป็นผู้นำการส่งเสริมสุขภาพ (n = 500).....	139
ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้าน การเป็นผู้นำการเฝ้าระวังสุขภาพ (n = 500).....	141
ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้าน การสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน (n = 500)	142
ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้าน การรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนให้ตื่นตัวและรับผิดชอบตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อม (n = 500)	144
ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้าน การเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีผลต่อการจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ (n = 500).....	145

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้าน การสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ (n = 500).....	147
ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้าน การสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน (n = 500)	148
ตารางที่ 15 ผลการทดสอบความเหมาะสม โดยการวิเคราะห์ KMO-MSA และค่าสหสัมพันธ์ Bartlett's Test of Sphericity ครั้งที่ 1 (n = 500).....	151
ตารางที่ 16 ผลการสกัดองค์ประกอบ ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) ครั้งที่ 1	151
ตารางที่ 17 ผลการทดสอบความเหมาะสม โดยการวิเคราะห์ KMO-MSA และค่าสหสัมพันธ์ Bartlett's Test of Sphericity ครั้งที่ 2 (n = 500).....	152
ตารางที่ 18 ผลการสกัดองค์ประกอบ ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) ครั้งที่ 2	153
ตารางที่ 19 ผลการทดสอบความเหมาะสม โดยการวิเคราะห์ KMO-MSA และค่าสหสัมพันธ์ Bartlett's Test of Sphericity ครั้งที่ 3 (n = 500).....	154
ตารางที่ 20 ผลการสกัดองค์ประกอบ ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) ครั้งที่ 3	154
ตารางที่ 21 ผลการทดสอบความเหมาะสม โดยการวิเคราะห์ KMO-MSA และค่าสหสัมพันธ์ Bartlett's Test of Sphericity ครั้งที่ 4 (n = 500).....	155
ตารางที่ 22 ผลการสกัดองค์ประกอบ ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) ครั้งที่ 4	156
ตารางที่ 23 ผลการทดสอบความเหมาะสม โดยการวิเคราะห์ KMO-MSA และค่าสหสัมพันธ์ Bartlett's Test of Sphericity ครั้งที่ 5 (n = 500).....	157
ตารางที่ 24 ผลการสกัดองค์ประกอบ ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) ครั้งที่ 5	157
ตารางที่ 25 ผลการทดสอบความเหมาะสม โดยการวิเคราะห์ KMO-MSA และค่าสหสัมพันธ์ Bartlett's Test of Sphericity ครั้งที่ 6 (n = 500).....	158

ตารางที่ 26 ผลการสกัดองค์ประกอบ ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) ครั้งที่ 6	159
ตารางที่ 27 ผลการทดสอบความเหมาะสม โดยการวิเคราะห์ KMO-MSA และค่าสหสัมพันธ์ Bartlett's Test of Sphericity ครั้งที่ 7 (ครั้งสุดท้าย) (n = 500).....	160
ตารางที่ 28 ผลการสกัดองค์ประกอบ ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) ครั้งที่ 7 (ครั้งสุดท้าย).....	160
ตารางที่ 29 ข้อคำถามและน้ำหนักตัวประกอบ องค์ประกอบที่ 1	161
ตารางที่ 30 ข้อคำถามและน้ำหนักตัวประกอบ องค์ประกอบที่ 2	162
ตารางที่ 31 ข้อคำถามและน้ำหนักตัวประกอบ องค์ประกอบที่ 3	163
ตารางที่ 32 ข้อคำถามและน้ำหนักตัวประกอบ องค์ประกอบที่ 4	164
ตารางที่ 33 ข้อคำถามและน้ำหนักตัวประกอบ องค์ประกอบที่ 5	165
ตารางที่ 34 ข้อคำถามและน้ำหนักตัวประกอบ องค์ประกอบที่ 6	166
ตารางที่ 35 ข้อคำถามและน้ำหนักตัวประกอบ องค์ประกอบที่ 7	167
ตารางที่ 36 สรุปค่าไอเกนและร้อยละความแปรปรวนขององค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงาน .	170
ตารางที่ 37 แสดงค่าความสอดคล้องภายในขององค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงาน	171
ตารางที่ 38 แสดงข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (n=12)	174
ตารางที่ 39 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 1 รอบที่ 1 (n=12).....	183
ตารางที่ 40 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 2 รอบที่ 1 (n=12).....	184
ตารางที่ 41 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 3 รอบที่ 1 (n=12).....	186
ตารางที่ 42 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 4 รอบที่ 1 (n=12).....	187
ตารางที่ 43 ค่ามัธยฐาน (Mdn.) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 5 รอบที่ 1 (n=12).....	188

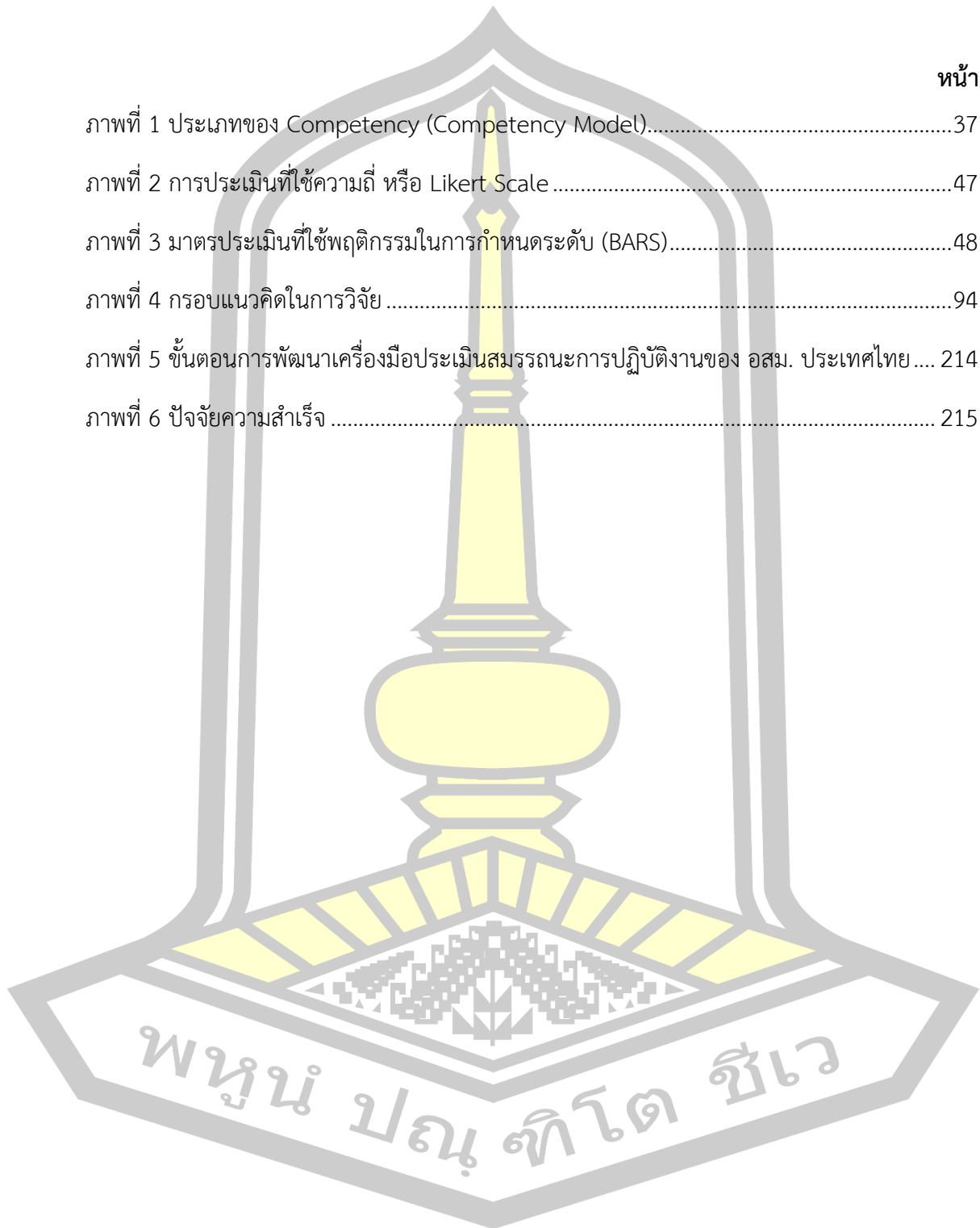
ตารางที่ 44 ค่ามัธยฐาน (Mdn) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 6 รอบที่ 1 (n=12).....	188
ตารางที่ 45 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 7 รอบที่ 1 (n=12).....	189
ตารางที่ 46 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 8 รอบที่ 1 (n=12).....	190
ตารางที่ 47 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 1 รอบที่ 2 (n=12).....	191
ตารางที่ 48 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 2 รอบที่ 2 (n=12).....	192
ตารางที่ 49 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 3 รอบที่ 2 (n=12).....	193
ตารางที่ 50 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 4 รอบที่ 2 (n=12).....	194
ตารางที่ 51 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 5 รอบที่ 2 (n=12).....	195
ตารางที่ 52 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 6 รอบที่ 2 (n=12).....	195
ตารางที่ 53 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 7 รอบที่ 2 (n=12).....	196
ตารางที่ 54 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 8 รอบที่ 2 (n=12).....	197
ตารางที่ 55 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=104).....	208
ตารางที่ 56 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (n = 104).....	210

ตารางที่ 57 ค่าความเชื่อมั่นและความสอดคล้องภายในของเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (n = 104).....	211
ตารางที่ 58 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน (n = 104).....	338
ตารางที่ 59 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ (n = 104).....	340
ตารางที่ 60 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรค (n = 104).....	342
ตารางที่ 61 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาล (n = 104).....	345
ตารางที่ 62 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (n = 104).....	346
ตารางที่ 63 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ (n = 104).....	347
ตารางที่ 64 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ (n = 104).....	348



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพที่ 1 ประเภทของ Competency (Competency Model).....	37
ภาพที่ 2 การประเมินที่ใช้ความถี่ หรือ Likert Scale	47
ภาพที่ 3 มาตรประเมินที่ใช้พฤติกรรมในการกำหนดระดับ (BARS).....	48
ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย	94
ภาพที่ 5 ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย	214
ภาพที่ 6 ปัจจัยความสำเร็จ	215



บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยกำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี โดยมียุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ เพื่อพัฒนาคนในทุกมิติ (สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ, 2561) โดยยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ได้กำหนดแผนการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) เพื่อสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ และบรรลุเป้าหมาย “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน”

คำว่า “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)” ก่อกำเนิดตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งประเทศไทยรับแนวคิดนี้มาเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ เมื่อ พ.ศ. 2521 (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) โดยประชาชนทั่วไปที่จะเข้ามาเป็น อสม. คือ บุคคลที่มีจิตอาสา ได้รับการยอมรับจากชาวบ้าน และผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) ซึ่งที่ผ่านมา อสม. ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพมาอย่างต่อเนื่อง โดยกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้ควบคุมกำกับแผนการพัฒนาศักยภาพ เพื่อตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก และกำหนดให้ดำเนินการเหมือนกันทั้งประเทศ ตัวอย่างเช่น “การอบรมหลักสูตรฟื้นฟูศักยภาพ อสม.” ในปี 2559 จำนวน 52,236 คน, ปี 2560 จำนวน 72,550 คน, ปี 2561 - 2562 เปลี่ยนหลักสูตรเป็น “การพัฒนา อสม.4.0” จำนวน 300,000 คน, ปี 2563 เปลี่ยนหลักสูตรเป็น “อสม.หมอประจำบ้าน” จำนวน 80,000 คน, ปี 2564 จำนวน 75,000 คน และ ปี 2565 จำนวน 75,000 คน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2565) ซึ่ง อสม. ทั่วประเทศมีมากกว่า 1 ล้านคน จากข้อมูลจะเห็นได้ว่ามี อสม. อีกจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้รับการอบรมพัฒนาในบางหลักสูตร เช่น การอบรมหลักสูตรฟื้นฟูศักยภาพ อสม. มี อสม. ที่ผ่านการอบรมเพียง 124,786 คน หรือ หลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน มีผู้ผ่านการอบรมเพียง 230,000 คน ซึ่งอาจส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชนได้ไม่ทั่วถึงและเท่าเทียม ดังจะเห็นได้จากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ที่ประเทศไทยเริ่มพบผู้ป่วยในเดือนธันวาคม 2562 ต่อมาช่วงเดือนกรกฎาคม 2563 มีการศึกษาพบว่ายังมีบางพื้นที่การดำเนินการป้องกันการระบาดในระดับชุมชนดำเนินการยังไม่ครอบคลุม (Tejativaddhana et al., 2020) ต่อมาใน ปี 2564 ธนาคารโลกได้สำรวจภาวะสุขภาพครัวเรือนในประเทศไทย พบว่ามีครัวเรือน 1 ใน 3 ที่ไม่สามารถเข้าถึงการบริการ

ทางการแพทย์และสาธารณสุขในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 และในจำนวนครัวเรือนที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้นั้นมีร้อยละ 40 เป็นครัวเรือนรายได้ต่ำและอยู่ในภาคเหนือ (The World Bank, 2021) โดยเฉพาะกลุ่มคนจนและผู้ด้อยโอกาสจะประสบปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากกว่าคนทั่วไป (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2565) เนื่องจากบริการของรัฐมีข้อจำกัดในการกระจายบุคลากรและทรัพยากรในพื้นที่ห่างไกล ส่งผลให้ อสม. มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่ง อสม. จะแบ่งความรับผิดชอบครัวเรือนคนละ 10 - 15 ครัวเรือน เพื่อกระจายการดูแลสุขภาพของประชาชน แต่กลับพบว่า อสม. ในหลายพื้นที่ ยังมีปัญหาศักยภาพในการปฏิบัติงาน เช่น ขาดความมั่นใจในการทำงาน และขาดทักษะการจดบันทึกผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ (นาฏยา นุชนารถ และคณะ, 2561) ขาดทักษะด้านสุขศึกษา (ชนิดา เตชะปิ่น, 2561) ความรู้ความเข้าใจการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน และการให้คำแนะนำมารดาหลังคลอดอยู่ในระดับต่ำ (กุลพัทธ์ มณี, 2560) การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ต่ำในบางด้าน ขาดทักษะการใช้เทคโนโลยีช่วยในการทำงาน เช่น สมาร์ทโฟน (วิเชียร เทียรจรรูวัฒนา, 2564) การจ่ารหัสผ่านอีเมลไม่ได้ การเข้าร่วมประชุมออนไลน์ไม่ได้ (นฤตม์ อภิชาติอำมฤต, 2565), สมรรถนะการจัดทำรายงานต่ำเนื่องจากมีระดับการศึกษาต่ำ (Jittimanee & Suwankij, 2023) ขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเองและยังใช้วิธีการทำงานแบบเดิม ๆ (คมสันต์ ธงชัย และสุชาตามณี บุญจรัส, 2560) ตามสภาพปัญหาที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าทักษะที่ด้อย จะเป็นทักษะและหน้าที่ขั้นพื้นฐานของ อสม. ทัวไปที่ควรปฏิบัติได้ จึงมีความจำเป็นที่ อสม. ทุกคนต้องพัฒนาสมรรถนะตนเอง ให้เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน สอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลกให้ข้อเสนอว่ามีความจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินรับรอง (certification) ผู้ที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชน ก่อนให้ออกไปปฏิบัติงานดูแลสุขภาพประชาชน เพื่อยืนยันว่าจะสามารถปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานสมรรถนะ (competency standards) หรือมาตรฐานอื่น ๆ (World Health Organization, 2018) ซึ่ง อสม. เป็นกลุ่มกำลังคนด้านสาธารณสุขในชุมชนที่สำคัญของประเทศไทย

ปัจจุบัน อสม. ได้ถูกกำหนดให้พัฒนาสมรรถนะตาม มาตรฐานสมรรถนะของ อสม. ที่ระบุไว้ในหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน ปี 2550 ซึ่งเป็นหลักสูตรสำหรับ อสม. และคาดหวังให้ผู้ผ่านการอบรมมีสมรรถนะ ตามมาตรฐานสมรรถนะ 7 ด้าน ได้แก่ (1) สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่ (2) สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และการเฝ้าระวังสุขภาพ (3) สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน (4) สามารถณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และภาวะแวดล้อม (5) สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีส่วนต่อการขจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ (6) สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ (7) สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน ซึ่ง

สมรรถนะเหล่านี้ถูกนำมาใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 การจะนำสมรรถนะนี้ไปใช้พัฒนาศักยภาพ อสม. มีประเด็นสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณา คือมาตรฐานสมรรถนะ หากไม่ได้รับการทบทวนอย่างต่อเนื่อง ก็จะทำให้ล้าสมัย (Allen & Palermo, 2022) เนื่องด้วยบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งสมรรถนะเหล่านั้น จะต้องให้มีความชัดเจนในระดับพฤติกรรมที่สังเกตได้ (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2564) โดยทั่วไปองค์ประกอบของสมรรถนะ ควรต้องประกอบด้วย นิยาม สมรรถนะย่อย และตัวบ่งชี้พฤติกรรมที่สามารถประเมินได้ (สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ, 2549) ดังนั้นจึงเห็นได้ว่ามาตรฐานสมรรถนะ 7 ด้าน ยังไม่สมบูรณ์เพียงพอในการจะนำมาใช้พัฒนาศักยภาพ อสม. ยิ่งขาดรายละเอียดของรูปแบบสมรรถนะที่ถูกต้อง จึงทำให้มาตรฐานสมรรถนะ อสม. ไม่ถูกนำมาใช้ประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานของ อสม. แต่มีการประเมินด้วยวิธีอื่น ๆ คือการประเมินตามบทบาทหน้าที่ด้วยเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้กับการศึกษานั้น ๆ ตัวอย่างเช่น การศึกษาสมรรถนะของ อสม. ใน การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค เนื้อหาของเครื่องมือจะเน้นการคุ้มครองผู้บริโภค (อรธิรา พลจร, 2563), การศึกษาบทบาทหน้าที่ของ อสม. ต่อการส่งเสริมสุขภาพประชาชน ในตำบลขุนทะเล เนื้อหาของเครื่องมือจะเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ (สุธิสา กรายแก้ว และคณะ, 2563), การศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในเขตเทศบาลเมืองชะอำ เนื้อหาของเครื่องมือจะเน้นบทบาทหน้าที่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษา และด้านการฟื้นฟู (พหุศักดิ์ญา บุญลบ และคณะ, 2563), การศึกษาบทบาทของ อสม. ในการป้องกันการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมืองสุพรรณบุรี เนื้อหาของเครื่องมือจะเน้นการป้องกันโรค (วิทยา ชินบุตร และนภัทร รักดีสรวิชัย, 2564), การประเมินศักยภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. จังหวัดระยอง เนื้อหาของเครื่องมือจะเน้นบทบาทหน้าที่ด้าน การป้องกันโรค ด้านการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรักษา และด้านการฟื้นฟู (ฉลาด ภูระหงษ์ และคณะ, 2564), การศึกษาสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. เนื้อหาจะเน้นความรู้และทักษะการป้องกันโรค (ยุพดี ตรีชลา, 2565) เป็นต้น จะเห็นได้ว่ายังไม่มีมีการนำกรอบมาตรฐานสมรรถนะ นำมาประเมิน อสม. ซึ่งเครื่องมือประเมินสมรรถนะ เป็นเครื่องมือที่มีความจำเพาะ จะต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ เป็นไปตามหลักการสร้างเครื่องมือที่ดี เช่น ต้องใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่ถูกต้อง มีการทดสอบซ้ำและการปรับปรุง (test and re-test) (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2550) ต้องสามารถวัดได้ตามจุดมุ่งหมาย ค่าที่วัดได้มีความแปรปรวนคลาดเคลื่อนต่ำ (ประสพชัย พสุนนท์, 2558) คุณสมบัติที่สำคัญที่สุดของเครื่องมือที่มีคุณภาพ คือ ความเชื่อมั่น (Reliability) และความเที่ยงตรง (Validity) (สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2547) ซึ่งความเที่ยงตรงแบ่งได้ 2 ส่วน คือ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เป็นการตรวจสอบเนื้อหาข้อคำถามว่าตรงตามแนวคิดหรือไม่ และความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) เป็นการตรวจสอบว่าแบบสอบถามมีความสามารถวัดพฤติกรรมได้ตรงตามแนวคิดหรือไม่ (ประสพชัย พสุนนท์, 2558)

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ด้วยระเบียบวิธีวิจัยที่ถูกต้อง เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีความเที่ยงตรง และผู้เกี่ยวข้องสามารถนำผลการประเมินสมรรถนะไปสู่การกำหนดแผนพัฒนาศักยภาพ หรืออบรมฟื้นฟูความรู้ ทักษะ และความสามารถของ อสม. ต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทยที่มีคุณภาพ ควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 **ด้านเนื้อหา** การศึกษานี้ ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย และการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยตั้งต้นเนื้อหาจากกรอบมาตรฐานสมรรถนะ 7 ด้าน ได้แก่ (1) สามารถนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไข

ปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่ (2) สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล เบื้องต้น และการเฝ้าระวังสุขภาพ (3) สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน (4) สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อม (5) สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีผลต่อการจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ (6) สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ (7) สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน

1.4.2 ด้านประชากรและกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1) ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประชากร คือ อสม. ที่มีสิทธิรับค่าป่วยการ ปี 2566 ทั้งประเทศ จำนวน 1,039,729 คน

2) ระยะที่ 2

2.1) การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะฯ ด้วยวิธีเดลฟาย กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นพี่เลี้ยง (Mentor) อสม. 12 คน ประกอบด้วย

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน
- นักวิชาการสาธารณสุขกำกับดูแล อสม. ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 2 คน
- นักวิชาการสาธารณสุขกำกับดูแล อสม. ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 2 คน
- ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 4 คน

2.2) เพื่อศึกษาผลการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประชากร คือ อสม. ที่มีสิทธิรับค่าป่วยการ ปี 2566 ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 260 คน

1.4.3 ด้านพื้นที่ ระยะที่ 1 ศึกษาในพื้นที่ของประเทศไทยซึ่งแบ่งเป็น 4 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ และระยะที่ 2 ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทองจังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. มีความสนใจ พร้อมเป็นพื้นที่นำร่องในการใช้เครื่องมือฯ อีกทั้งที่ผ่านมาได้รับการคัดเลือกให้เป็นพื้นที่ต้นแบบเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนา อสม. ในหลายรูปแบบ ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1.4.4 ด้านเวลา ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 – เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยยังปฏิบัติหน้าที่อย่างเป็นปัจจุบัน อ้างอิงตามทะเบียนผู้มีสิทธิรับค่าป่วยการปี 2566

1.5.2 สมรรถนะการปฏิบัติงาน หมายถึง ความสามารถของ อสม. ในการปฏิบัติหน้าที่ในความผิดชอบ ด้วยการประยุกต์ ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ผ่านการอบรม และสั่งสมประสบการณ์ มาบูรณาการใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ ที่ อสม. ทุกคนจำเป็นต้องมีเป็นเบื้องต้น ได้แก่ ได้แก่ 1) การสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน 2) การส่งเสริมสุขภาพ 3) การป้องกันโรค 4) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น 5) การนํานโยบายสู่การปฏิบัติ 6) การสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ และ 7) การเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ

1.5.3 เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. หมายถึง แบบสอบถาม ตอบด้วยตนเองที่มีข้อความเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติงานหรือพฤติกรรมของ อสม. ประกอบด้วย หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ขอบเขต คำจำกัดความ วิธีการประเมิน การให้คะแนน การแปลผล และข้อความบ่งชี้สมรรถนะการปฏิบัติงาน

1.5.4 คุณสมบัติของเครื่องมือประเมินสมรรถนะที่ดี หมายถึง แบบประเมินสมรรถนะที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยศึกษาและพัฒนาแบบประเมิน มีการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น ความค่าตรงตามเนื้อหา และค่าความตรงเชิงโครงสร้าง ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

1.5.5 มาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง ความสามารถของ อสม. ในการปฏิบัติงาน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน ปี 2550 จำนวน 7 ด้าน ประกอบด้วย

1) ด้านการนํานโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่ หมายถึง การรับรู้ มีความรู้ ความเข้าใจในนโยบาย มีทักษะสื่อสารนโยบายต่อผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อประสานงานการนํานโยบายไปปฏิบัติ และเพื่อโน้มน้าวให้มีส่วนร่วม และการมีข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ที่สอดคล้องกับนโยบาย แล้วประยุกต์นโยบายมาแก้ปัญหาโดยศักยภาพของชุมชน

2) ด้านการเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และการเฝ้าระวังสุขภาพ หมายถึง การมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะเป็นผู้นำกระบวนการดำเนินงานดังนี้

2.1) การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การให้บริการโดยตรงแก่บุคคล ครอบครัว หรือกลุ่มบุคคลเพื่อสร้างความตระหนักและเสริมขีดความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การ

สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การชั่งน้ำหนักเด็ก 0-5 ปี การติดตามภาวะขาดสารอาหาร การติดตามการฝากครรภ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเฝ้าระวังพัฒนาการและโภชนาการเด็ก การฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะพักฟื้น

2.2) การป้องกันโรค หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำให้โดยตรงแก่บุคคล ครอบครัว และกลุ่มบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การอธิบายวงจรการเกิดโรคและปัจจัยการเกิดโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่น สามารถเฝ้าระวัง ป้องกันโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่น การอธิบายลักษณะและปัจจัยการเกิดโรคไม่ติดต่อ สามารถคัดกรองหรือค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเสียสุขภาพ เช่น การใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต แบบคัดกรองผู้สูงอายุ แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ พร้อมจัดบันทึกข้อมูล และการออกปฏิบัติงานคัดกรองร่วมกับทีมสุขภาพ การเป็นผู้นำหรือสาธิตหรือให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.3) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น หมายถึง การจัดหายาสามัญประจำบ้าน ยาสมุนไพร เพื่อการรักษาเบื้องต้น การช่วยเหลือให้การพยาบาลตามอาการ การตรวจร่างกายเบื้องต้น การวัดอุณหภูมิ การเช็ดตัวลดไข้ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาอาการป่วย การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามความจำเป็น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การแยกแยะความรุนแรงด่วนของผู้ป่วยเพื่อส่งต่อการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องเจาะหาน้ำตาลในเลือด แผ่นวัดสายตา ชุดทำแผล เป็นต้น

2.4) การเฝ้าระวังสุขภาพ หมายถึง การสังเกตและแสวงหาข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ติดตามสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ นำเสนอ และการส่งสัญญาณเตือนภัยแก่เพื่อนบ้าน การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอรับการสนับสนุนการจัดการปัญหาสุขภาพ

3) ด้านสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน หมายถึง การมีความรู้ มีข้อมูลสุขภาพของชุมชน และมีทักษะการอธิบายให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเพื่อสร้างการยอมรับของเครือข่ายสุขภาพ และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ เพื่อนำไปออกแบบโครงการแก้ปัญหาสาธารณสุขร่วมกับเครือข่ายในชุมชน ชักชวนโน้มน้าวเพื่อนบ้านและภาคส่วนอื่น ๆ ร่วมสมทบทรัพยากรและร่วมเป็นหุ้นส่วนการจัดกิจกรรมสุขภาพ และสรุปผลการจัดกิจกรรมสุขภาพให้ชุมชนรับทราบเพื่อแสดงถึงความโปร่งใสในการจัดกิจกรรมร่วมกัน

4) การรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อม หมายถึง การมีความรู้ และทักษะการประชาสัมพันธ์ การถ่ายทอดผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจาก สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคต่าง ๆ สามารถจัดกิจกรรมรณรงค์รักษาความสะอาดสถานที่สาธารณะ ปรับปรุงพัฒนาสิ่งแวดล้อม การเข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาทำความดีด้วยหัวใจ เสียสละเวลาแรงกายเพื่อกิจกรรมของชุมชน

5) การเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมีผลต่อการจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ หมายถึง การเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยการค้นหาความรู้ ฝึกทักษะ พัฒนาตนเองเพิ่มเติม แล้วนำความรู้ทักษะ ประยุกต์ใช้พัฒนางานสาธารณสุขในชุมชน สามารถคิดแผนงานแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนจากการ ถอดบทเรียนในอดีต วิเคราะห์ปัจจุบัน และคิดวางแผนงานในอนาคตได้

6) การสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ หมายถึง การเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อสร้างการรับรู้ และการยอมรับของเพื่อนบ้าน การอธิบายความจำเป็นที่ต้องเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ เพื่อชี้ให้เห็นความสำคัญ และกระตุ้นให้เกิดมีการเฝ้าระวังสุขภาพ สามารถโน้มน้าวเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรมเฝ้าระวังดูแลสุขภาพเพื่อการฝึกปฏิบัติตน และนำกลับไปทำต่อได้ที่บ้าน การสนับสนุน ชื่นชม และให้กำลังใจเพื่อนบ้านที่มีความตั้งใจเฝ้าระวังดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สามารถสร้างโอกาสให้เกิดกิจกรรมการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพในชุมชน เพื่อขยายกลุ่มที่สนใจเพิ่มมากขึ้นได้

7) การสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน หมายถึง การมีข้อมูลเด็กและเยาวชนทั้งในระบบโรงเรียนและนอกโรงเรียน ในเขตรับผิดชอบ มีความรู้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชน และมีทักษะการนำมาข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพอนามัย เช่น การออกกำลังกายในกลุ่มเด็กและเยาวชน หรือชักชวนเด็กและเยาวชนเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันยาเสพติดที่มีการจัดขึ้นในชุมชน หรือการให้ความรู้มาตรการเฝ้าระวังอุบัติเหตุทางถนนแก่กลุ่มเด็กและเยาวชน

1.5.6 การพัฒนาระดับศักยภาพ อสม. หมายถึง การฝึกอบรมหรือการมอบหมายหน้าที่ให้ อสม. ปฏิบัติงาน ภายหลังจากการผ่านการรับรองการเป็น อสม. แล้ว ตัวอย่างเช่น การอบรมหลักสูตร อสม. เชี่ยวชาญ, อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน หรือ อสม. 4.0 เป็นต้น

1.5.7 บทบาทหน้าที่พื้นฐานของ อสม. หมายถึง ภารกิจของ อสม. ขึ้นพื้นฐานสำหรับ อสม. ทุกคนต้องปฏิบัติเป็นประจำ ตามที่ได้รับมอบหมายตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ได้แก่ บทบาทหน้าที่ตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน ปี 2550, บทบาทหน้าที่ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, บทบาทหน้าที่ตามมาตรฐานการสาธารณสุขมูลฐาน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และบทบาทหน้าที่ตามโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) เชิงรุก (ค่าป่วยการ)

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ

1.6.1 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถใช้แบบประเมินสมรรถนะประเมินตนเอง เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาในส่วนตัว

1.6.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ เช่น รพ.สต. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สามารถใช้เป็นเครื่องมือประเมินสมรรถนะ อสม. เพื่อนำผลการประเมิน กำหนดแผนการพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

1.6.3 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สามารถนำขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะนี้ ไปทบทวนมาตรฐานสมรรถนะ ปี 2550 เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทปัจจุบัน



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยเรื่องการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เป็นความรู้ แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

- 2.1 หลักการสาธารณสุขมูลฐาน
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 2.3 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับสมรรถนะ
- 2.4 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ
- 2.5 การวิเคราะห์องค์ประกอบ
- 2.6 แนวคิดการวิจัยและพัฒนา
- 2.7 แนวคิดเทคนิคเดลฟาย
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 หลักการสาธารณสุขมูลฐาน

2.1.1 ความเป็นมา

เมื่อ พ.ศ. 2520 สมัชชาองค์การอนามัยโลกได้มีมติร่วมกันว่า การมีสุขภาพดี เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่พึงได้รับ โดยกำหนดเป้าหมายให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2543 (Health for all by the year 2000) (World Health Organization, 1981) ต่อมาเมื่อ พ.ศ. 2521 นานาประเทศได้มีการประชุมหารือร่วมกันและประกาศแนวทางการพัฒนาสุขภาพของประชาชน (Declaration of Alma-Ata) ว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ณ เมืองอัลมา-อะตา ประเทศสหภาพโซเวียต และประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก ได้เข้าร่วมลงนามความตกลงในกฎบัตรเพื่อพัฒนาสุขภาพ (Charter for Health Development) ในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2523 ในการสนับสนุนกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2543 และได้นำมาสู่การจัดทำนโยบายการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทย (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557) ดังนี้

ระยะที่ 1 ประเทศไทยเริ่มบรรจุการสาธารณสุขมูลฐาน ในแผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 – 2524) โดยเริ่มต้นที่การกำหนดให้มีการฝึกอบรม

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 22,400 คน และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) จำนวน 200,000 คน ทำหน้าที่ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น รับข่าวสาร เผยแพร่ข่าวสารด้านสาธารณสุขและจ่ายยาตำราหลวง แก่ประชาชน สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดบริการสาธารณสุขในชุมชน และกระจายแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับให้ยอมรับความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพ (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2520) ต่อเนื่องมาจนถึงแผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) ได้กำหนดให้ฝึกอบรม อสม. ให้ครบทุกหมู่บ้าน และเร่งรัดดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมสนับสนุนบริการ และให้การสนับสนุนทรัพยากรในสัดส่วนที่เป็นธรรม เพื่อให้สามารถบริการสาธารณสุขมูลฐานที่มีคุณภาพแก่ประชาชนในชนบท (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2525) ผลการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในระยะเริ่มต้น ตัวอย่างเช่น 1) จัดตั้งโครงการสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านทั่วประเทศ 2) พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่เรียกว่า ผสส. จำนวน 510,286 คน และ อสม. จำนวน 53,498 คน 3) จัดตั้งกองทุนยาประจำหมู่บ้านโดยรัฐสนับสนุนงบประมาณจัดตั้งกองทุนเบื้องต้นกองทุนละ 800 บาท 4) โครงการบัตรประกันสุขภาพ 5) กองทุนพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน (กองทุนโภชนาการ กองทุนสุขภาพิบาล) 6) กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557)

ระยะที่ 2 ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 - 7 (พ.ศ. 2530 - 2539) เน้นการพัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเอง โดยหลักการ 3ก. ตัวอย่างเช่น 1) จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) โดยการระดมทรัพยากรของชุมชน เพื่อเป็นสถานที่ให้บริการบริการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนในชุมชน โดย อสม. 2) ประกาศเพิ่มองค์ประกอบงานสาธารณสุขมูลฐานจาก 10 องค์ประกอบ เป็น 14 องค์ประกอบ 3) จัดตั้งชมรม อสม. จังหวัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรณภูมิกิจสงเคราะห์ และส่งเสริมเครือข่ายสาธารณสุขมูลฐาน 4) คณะรัฐมนตรีมีมติให้วันที่ 20 มีนาคมของทุกปี เป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557)

ระยะที่ 3 ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 - 9 (พ.ศ. 2540 - 2549) หน่วยงานที่กำกับงานสาธารณสุขมูลฐาน คือสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ถูกเปลี่ยนบทบาท เป็น กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ขยายงานด้านสุขภาพภาคประชาชน เน้นการมีส่วนร่วม และส่งเสริมให้ชุมชนมีการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง การส่งเสริมศักยภาพ อสม. ชมรม อสม. องค์กรชุมชน ในการถ่ายทอดความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัว ส่งเสริมบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสาธารณสุขในชุมชน จัดสรรงบประมาณอุดหนุนหมู่บ้านละ 7,500 บาท ต่อปี เพื่อดำเนินการ 3 กิจกรรม คือ การพัฒนาศักยภาพคน แก้ไขปัญหา

สาธารณสุข และให้บริการใน ศสมช. ต่อมาปรับเปลี่ยนเป็น 10,000 บาทต่อหมู่บ้าน และการประกาศสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543 (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557)

ระยะที่ 4 ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 - 11 (พ.ศ. 2550 - 2559) มีการส่งเสริมการใช้แผนที่ยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือในการจัดทำแผนสุขภาพตำบล เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชน รวมทั้งการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล การริเริ่มโครงการส่งเสริม อสม. เชิงรุก โดยการจ่ายค่าป่วยการให้อสม. ที่ปฏิบัติงานเป็นรายเดือน ๆ ละ 600 บาท การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนโดยใช้รูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพให้อสม. เชี่ยวชาญ และ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน การสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับ อสม. และการพัฒนากลไกในการจัดการสุขภาพในระดับตำบลที่เรียกว่า “ตำบลจัดการสุขภาพ” (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557)

ระยะที่ 5 ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) จนถึงปัจจุบัน (พ.ศ. 2565) การสาธารณสุขมูลฐานถูกบรรจุไว้ในเป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 เพื่อเป็นกลวิธีการบรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข, 2559) อีกทั้งได้มีการประชุมระดับโลกด้านการสาธารณสุขมูลฐาน “จากปัญญาอัลมา-อตา สู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)” ซึ่งประเทศไทยได้เข้าร่วมประชุมรับหลักการ ตาม มติ ครม. เมื่อวันที่ 24 ตุลาคม 2561 เห็นชอบในหลักการตามปฏิญญาอัสตานา ที่ยืนยันการสาธารณสุขมูลฐานตามปฏิญญาอัลมา - อตา เมื่อ พ.ศ. 2521 ยังคงเป็นหัวใจหลักของการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ. 2573 อีกทั้งได้พัฒนาทักษะ อสม. 4.0 เพื่อก้าวทันเทคโนโลยีสุขภาพที่เปลี่ยนไปให้มีทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีจิตอาสาเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครัว (อสต.) ตามแนวทางการสาธารณสุขมูลฐาน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2561) มีการนำเทคโนโลยีมาใช้เป็นเครื่องมือในการทำงานผ่าน Application ของ กลุ่ม อสม. ชื่อ “สมาร์ท อสม.”, เว็บไซต์ อสม.com, มี Line Official และมีการพัฒนาความร่วมมือกับภาคเอกชน พัฒนาและใช้เป็นเครื่องมือในการทำงานผ่าน Application “อสม.ออนไลน์” ทำให้การสื่อสารความรู้ การควบคุมโรค เป็นไปได้อย่างรวดเร็วมากขึ้น (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2562) มีการพัฒนาชุมชนสร้างสุขโดยกลไกตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีการพัฒนา อสม. หมอประจำบ้าน หมู่บ้านละ 1 คน เพื่อการดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จำนวน 500,000 คน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2563) และในปี พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่คู่มือ

กรอบแนวคิดในการวัดและตัวชี้วัดเพื่อติดตามการสร้างความเข้มแข็งของการสาธารณสุขมูลฐานอย่างต่อเนื่อง (Primary health care measurement framework and indicators) ซึ่งเป็นคู่มือแนวทางของการสาธารณสุขมูลฐานแนวใหม่ โดยเฉพาะในด้านกำลังคนได้เสนอให้มีการวัดและประเมินการรับรองคุณภาพในการอบรมพัฒนา ของกลุ่มกำลังคนด้านสุขภาพ (World Health Organization and the United Nations Children's Fund, 2022)

สำหรับนิยาม การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) มีนิยามไว้ต่าง ๆ ดังนี้

World Health Organization (1978) primary health care is "essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part of both the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individual, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process." สรุปได้ว่าการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ให้ความสำคัญต่อความเสมอภาคและความเป็นธรรมในการให้ประชาชนได้รับบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น การมีส่วนร่วมของประชาชน ครอบครัว ชุมชนซึ่งจะนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในชุมชนและสังคม การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ การบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงตามแต่บริบทของแต่ละประเทศ เพื่อนำพาบริการการดูแลสุขภาพให้เข้าไปถึงที่ที่ประชาชนอยู่อาศัยให้มากที่สุด

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2529) ให้ความหมายว่า การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน เป็นวิธีการให้บริการสาธารณสุขที่ผสมผสาน ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินงาน โดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงาน และประเมินผลโดย ได้รับการสนับสนุน จากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูล ข่าวสาร การให้การศึกษา ฝึกอบรม และ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (2560) ให้ความหมายว่า เป็นบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ที่มีอยู่ในระดับตำบล หมู่บ้าน ทั้งในและนอกเขตเมือง

อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ตั้งแต่ การดูแลสุขภาพตนเอง ความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาสาธารณสุขให้แก่คนในครอบครัว ทั้ง ด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ในระดับหมู่บ้าน จนถึงระดับชุมชนด้วยเทคนิควิธีการง่าย ๆ และเทคโนโลยีที่เหมาะสม ไม่เกินกำลัง ประหยัด ใช้ ทรัพยากรในท้องถิ่น และสามารถปรับให้สอดคล้องและเหมาะสมกับระบบชีวิตประจำวัน ซึ่งมี เจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้สนับสนุน ช่วยเหลือในด้านองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหา นำมาปรับปรุงและพัฒนาให้ชุมชน สามารถพึ่งตนเองได้ และมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ ประสานงานเพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (2557) ให้ความหมายว่า การสาธารณสุขมูลฐาน คือ บริการสาธารณสุขอันจำเป็นแก่การดำรงชีวิตของมนุษย์ที่ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ สอดคล้อง กับความเป็นอยู่และเป็นที่ยอมรับของสังคม เข้าถึงชุมชน ครอบครัว และตัวบุคคล โดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนอย่างเต็มที่ และสามารถพัฒนาให้เจริญก้าวหน้าต่อไปอย่างมั่นคงตามหลักการพึ่งตนเอง และการตัดสินใจด้วยตนเอง ทั้งนี้จะต้องได้รับการเชื่อมต่อให้เป็นอันเดียวกันทั้งระบบการให้บริการ สุขภาพของประเทศ โดยถือว่าเป็นกลไกสำคัญยิ่งของการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของชุมชน ที่จะ นำบริการไปให้ถึงประชาชนยังที่พำนักอาศัยและที่ทำงานให้ดีที่สุดเท่าที่สามารถกระทำได้”

จึงสรุปได้ว่า การสาธารณสุขมูลฐาน คือ บริการดูแลสุขภาพที่เพิ่มเติมจากบริการของรัฐ ให้ครอบคลุมถึงครอบครัว หมู่บ้าน/ชุมชน และเป็นบริการที่มีความจำเป็นต่อชีวิต สอดคล้องกับวิถี ชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยทรัพยากรในท้องถิ่น และมีค่าใช้จ่ายที่ไม่เกินกำลังของชุมชน และประเทศ เพื่อให้ บุคคล ครอบครัว และชุมชน เข้าถึงการดูแลสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ภายใต้บริบท ของชุมชนและประเทศนั้น ๆ เพื่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ

2.1.2 องค์ประกอบงานสาธารณสุขมูลฐาน (Essential Elements Primary Health

Care)

องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยนั้น มีความเชื่อมโยงกับบริการ สาธารณสุขพื้นฐานที่รัฐจัดบริการแก่ประชาชน แบบผสมผสาน คือ การป้องกันโรค การส่งเสริม สุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ โดยการแยกกิจกรรมที่ประชาชนสามารถ ดำเนินการได้ด้วยตนเองแยกออกมาจากบริการที่รัฐจัดให้ จึงเรียกว่าเป็น องค์ประกอบของงาน สาธารณสุขมูลฐาน จากเดิมตามสาระสำคัญของกฎบัตรอัลมา - อตา นั้น กำหนดไว้ 8 องค์ประกอบ ต่อมาในปี พ.ศ. 2530 ได้ประกาศเพิ่มอีก 2 องค์ประกอบ คือ งานส่งเสริมสุขภาพฟัน และงานส่งเสริม สุขภาพจิต ต่อมาในปี พ.ศ. 2534 ได้ประกาศเพิ่มอีก 4 องค์ประกอบ คือ งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งาน คัดกรองผู้บริโภครายงานป้องกันควบคุมอุบัติเหตุนานาภัยและโรคไม่ติดต่อ และงานป้องกันควบคุมโรค เอ็ดส์ รวมเป็นจำนวน 14 องค์ประกอบ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557) ดังนี้

1. งานโภชนาการ (Nutrition : N)
2. งานสุขศึกษา (Education : E)
3. การสุขาภิบาลและจัดหาน้ำสะอาด (Water Supply and Sanitation : W)
4. การเฝ้าระวังโรคประจำถิ่น (Surveillance for Local disease Control : S)
5. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunization : I)
6. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Simple Treatment : T)
7. การจัดหาที่จำเป็นไว้ในชุมชน (Essential drugs : E)
8. อนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว (Maternal and Child Health and Family Planning)
9. การส่งเสริมสุขภาพจิต (Mental Health : E)
10. การส่งเสริมสุขภาพฟัน (Dental Health : D)
11. การอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environment Health : E)
12. การคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection : C)
13. การป้องกันควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ (Accident and Non-communicable Disease Control : A)
14. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (AIDs : A)

องค์ประกอบทั้งหมดไม่จำเป็นต้องเริ่มทีละตัวพร้อมกันหมด อาจจะเริ่มในเรื่องที่ชุมชนคิดว่ามีความจำเป็นของชุมชนของตนเองก่อน แล้วขยายไปสู่เรื่องต่อไป และหากชุมชนใดไม่มีปัญหาในบางเรื่อง องค์ประกอบที่ดำเนินการก็ลดลงตามสภาพของความเป็นจริงของชุมชนนั้น ซึ่งการจะดำเนินการ 14 องค์ประกอบให้บรรลุผล ต้องอาศัยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน (PHC Strategic) ร่วมด้วย

2.1.3 กลวิธีของการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Strategic)

กลวิธีดำเนินงานที่สำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานมี 4 ประการ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557) คือ

- 1) การมีส่วนร่วมของชุมชน (People Participation = P.P หรือ Community Participation, Community Involvement = C.I) หมายถึงประชาชนในชุมชนนั้นเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนของตนเองเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้กำหนดปัญหาสาธารณสุขสุขของชุมชน เป็นผู้วิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชน ทั้งนี้ โดยชุมชนมีความสามารถในการแยกแยะได้ว่าวิธีการแก้ปัญหาใดประชาชนในชุมชนสามารถแก้ไขได้ วิธีการใดอยู่นอกเหนือความสามารถของชุมชน ก็ให้เจ้าหน้าที่ของรัฐ บุคคลหรือองค์กรภายนอกเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหา

2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology = AT) เทคนิคและวิธีการที่ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ควรเป็นเทคนิควิธีการที่ง่ายไม่ซับซ้อน ยุ่งยาก เหมาะสมกับแต่ ละสภาพท้องถิ่นและประชาชนสามารถปฏิบัติได้ เช่น การทำระบบประปาด้วยพลังน้ำ การ ใช้ สมุนไพรในชุมชน เป็นต้น เทคนิคเหล่านี้อาจเป็นความรู้ดั้งเดิมในชุมชน ที่ชุมชนมีการถ่ายทอดในการ แก้ไขปัญหาสาธารณสุขของตนเองมาเป็นเวลาช้านาน เช่น การใช้ยาแผนไทยรักษาโรคบางอย่าง หรือ การนวดไทย หรือการเรียนรู้ในลักษณะที่ประชาชนถ่ายทอดความรู้สู่ด้วยกันเอง วิธีการนี้เรียกว่า TVDV (Technology cooperation among developing villages) จะทำให้ขบวนการเรียนรู้เหล่านี้ เป็นไปโดยกว้างขวาง รวดเร็ว

3) มีการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented Basic Health Service = BHS) โดยมีมุ่งหมายให้เกิดการกระจายการครอบคลุมบริการ (Coverage) การกระจายทรัพยากรลงสู่มวลชน (Resource Mobilized) และการจัดระบบส่งต่อ ผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (Referral System) ในช่วงเวลาที่ผ่านมาได้มีการปรับระบบบริการสาธารณสุข ของรัฐให้เอื้อต่องานสาธารณสุขมูลฐาน ดังจะพิจารณาได้จากโครงการต่าง ๆ ที่สำคัญ เช่น โครงการ บัตรสุขภาพ โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการ และหน่วยบริการสาธารณสุขในส่วนอื่นๆ

4) การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่น ๆ (Intersectoral Collaboration = IC) งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จผลได้ต้องผสมผสานทำงานไปด้วยกันได้ ทั้งภายในกระทรวงและต่าง กระทรวง แนวคิดที่สำคัญ คือ การประสานเพื่อให้หน่วยงานอื่นทำงานในความรับผิดชอบของ หน่วยงานนั้น ๆ ในลักษณะที่ส่งเสริมหรือสอดคล้องกับการพัฒนาด้านสุขภาพ ไม่ใช่ขอให้บุคลากร ของหน่วยงานอื่นมาร่วมกันปฏิบัติงานภาคสาธารณสุข ปัจจัยสำคัญ คือ ความสามารถในการวิเคราะห์ ว่า การดำเนินงานเรื่องอะไร ของหน่วยงานใดจะมีส่วนในการส่งเสริมการมีสุขภาพดี เช่น การศึกษา การเกษตร การปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อม บทบาทขององค์กรชุมชน ฯลฯ การประสานความร่วมมือ ต้องดำเนินการในหลายระดับ แต่ที่สำคัญเน้นให้เกิดความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาในชุมชนเป็นหลัก

สรุปความได้ว่า หลักการสาธารณสุขมูลฐาน คือ บริการดูแลสุขภาพที่เพิ่มเติมจาก บริการของรัฐ ให้ครอบคลุมถึงครอบครัว หมู่บ้าน/ชุมชน และเป็นบริการที่มีความจำเป็นต่อชีวิต สอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยทรัพยากรในท้องถิ่น และมีค่าใช้จ่ายที่ไม่เกิน กำลังของชุมชน เพื่อให้ บุคคลเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ภายใต้บริบทของพื้นที่นั้น ๆ เป็น แนวคิดสำคัญที่ก่อให้เกิด รูปแบบการดำเนินงานของ อสม. ดังนั้นการสาธารณสุขมูลฐานจึงมี ความสำคัญต่อบทบาทการปฏิบัติงานในรูปแบบ อสม. เนื่องจากเป็นแนวคิดเริ่มต้นของการให้ ประชาชนแสดงบทบาทการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.2.1 ความเป็นมา

ก่อนที่จะมีรูปแบบ อสม. อย่างเป็นทางการตามแนวคิด Primary Health Care ประเทศไทยมีอาสาสมัครที่ทำงานด้านสุขภาพมาแล้วกลุ่มหนึ่ง ในช่วง พ.ศ. 2504 ชื่อ “อาสาสมัครมาลาเรีย” ซึ่งเป็นช่วงที่ประเทศไทยมีการระบาดของโรคมาลาเรียในหลายพื้นที่ ต่อมา ปี พ.ศ. 2511 กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มทดลองการส่งเสริมบริการอนามัยชบท ที่ อ.วัดโบสถ์ จ.พิษณุโลก โดยการจ้างคนหนุ่มสาวแล้วนำมาผ่านการอบรมให้มาทำงานการดูแลสุขภาพ ต่อมา ปี พ.ศ. 2512 ได้ขยายโครงการไปยัง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ โดยเปลี่ยนเป็นจัดอบรมผู้สมัครใจ ที่เป็นอบรบชาวบ้านที่เป็นผู้นำตามธรรมชาติ มีอิทธิพลทางความคิดต่อชาวบ้าน โครงการนี้กลายเป็นต้นแบบของการให้มีอาสาสมัครมาช่วยงานสาธารณสุขจนถึงปัจจุบัน ซึ่งต่อมาได้มีการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2523 และประเทศไทยได้ลงนามความตกลงว่าจะสนับสนุนกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 จึงได้มีการกำหนดการฝึกอบรม อสม. บรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 อย่างเป็นทางการครั้งแรก โดยเริ่มต้นจาก ผสส. หลักการคือ คัดเลือกชาวบ้านที่สมัครใจและได้รับการยอมรับ จาก 10 หลังคาเรือน มาเป็น ผสส. 1 คน ให้การอบรม 5 วัน ทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสาร ให้ความรู้ แต่ไม่มีหน้าที่รักษาพยาบาล อีกกลุ่มคือ อสม. โดยคัดเลือกจาก ผสส. หมู่บ้านละ 1 คน มาอบรมเพิ่มเติม 15 วัน กำหนดบทบาทให้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชนของตนเอง เผยแพร่ความรู้ กิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข และให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ต่อมาในปี พ.ศ. 2535 ได้มีการยกระดับ ผสส. ให้เป็น อสม. ทั้งหมด (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557)

อสม. มีการกำหนดไว้ในระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ว่า คือบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557)

2.2.2 บทบาทและหน้าที่ของ อสม.

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อสม. มีบทบาทหน้าที่หลากหลาย เริ่มตั้งแต่หน้าที่ขั้นพื้นฐานของ อสม. ทุกคน และมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ขึ้นอยู่กับการกำหนดตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นในแต่ละช่วงเวลา โดยสามารถจำแนกได้ดังต่อไปนี้

1) บทบาทและหน้าที่ตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นหลักสูตรที่ถูกกำหนดให้ อสม. ใหม่ทุกคนต้องผ่านการอบรมหลักสูตรนี้ โดยมีโครงสร้างหลักสูตร 9 วิชา รวม 43 ชั่วโมง คือ 1) วิชาการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน เวลา 3

ชั่วโมง 2) วิชาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เวลา 3 ชั่วโมง 3) วิชากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ อสม. เวลา 3 ชั่วโมง 4) วิชาสุขภาพดีมีสุข เวลา 6 ชั่วโมง 5) วิชาการให้บริการสาธารณสุข เวลา 6 ชั่วโมง 6) วิชาการสื่อสารในงานสาธารณสุขมูลฐาน เวลา 6 ชั่วโมง 7) วิชาการจัดทำแผนงานโครงการ ของชุมชน เวลา 6 ชั่วโมง 8) วิชาบริหารจัดการ เวลา 4 ชั่วโมง และ 9) วิชาเลือก เวลา 6 ชั่วโมง โดย ให้พิจารณาเลือกสอนตามปัญหา ความจำเป็นของพื้นที่ และลักษณะผู้เรียน ประกอบด้วย วิชาการ เฝ้าระวัง ควบคุม สนับสนุนการรักษา และการป้องกันโรค วิชาการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามบริบท ของพื้นที่ เช่น โรคติดต่อ (ไข้เลือดออก โรคฉี่หนู วัณโรค) โรคไม่ติดต่อ (โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ มะเร็ง)

โครงสร้างในแต่ละวิชาจะประกอบด้วยหัวข้อการเรียนรู้ ดังนี้ 1) ชื่อวิชา 2) หัวข้อ เรื่องการเรียนรู้ 3) วัตถุประสงค์การเรียนรู้ 4) เนื้อหาการเรียนรู้ 5) แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 6) การประเมินผลการเรียนรู้ 7) ระยะเวลาการเรียนรู้ และ 8) ใบงานเพื่อจัดกิจกรรมการเรียนรู้ กระบวนการฝึกอบรมมีความยืดหยุ่นตามบริบทของพื้นที่ กล่าวคือ 1) การเรียนการสอน หลักเล็ง การอบรมแบบขั้นเรียน 2) ระยะเวลาอบรม รวม 7 วัน 43 ชั่วโมง 3) ไม่ควรจัดอบรมครั้งเดียวจนครบ ตามหลักสูตร อาจแบ่งเป็นช่วง ๆ ได้ตามความพร้อมของ อสม. และผู้จัดอบรม แต่ต้องดำเนินการ อบรมให้ครบตามหลักสูตรภายใน 3 เดือน โดยการอบรมระยะแรก มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ อสม. สามารถบอกบทบาทสำคัญของ อสม. ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขได้, สามารถบอกบทบาทหน้าที่ของ อสม.ได้, สามารถบอกกฎหมายที่เกี่ยวข้องได้ และสามารถปฏิบัติงานตามรายวิชาที่เรียนมาได้ 4) เมื่อ อบรมครบตามหลักสูตรแล้ว อสม. ควรปฏิบัติหน้าที่ได้ตามมาตรฐานสมรรถนะที่กำหนด 5) การ ทดสอบมาตรฐานสมรรถนะ อสม. ควรดำเนินการอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง 6) บทบาทหน้าที่ของ อสม. ตามหลักสูตรการฝึกอบรมนี้ ได้แก่ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550)

- 1.1) สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน
- 1.2) ให้การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค โดยให้คำแนะนำถ่ายทอด ความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แกนนำชุมชนในเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับการ สร้างเสริมสุขภาพพลานามัยให้แข็งแรง และเกิดการเจ็บป่วยน้อยที่สุด
- 1.3) ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การปฐม พยาบาลเบื้องต้น การจ่ายยุงยุงอนามัย การตรวจวัดความดันโลหิตสูง การตรวจหาน้ำตาลใน ปัสสาวะ การตรวจหาน้ำตาลในเลือด การส่งต่อผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถาน บริการ
- 1.4) ปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) หรือสถานที่ตามที่กำหนด ของหมู่บ้าน

1.5) จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น กิจกรรมเฝ้าระวังโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็ก การติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี กิจกรรมเฝ้าระวังสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และกิจกรรมเฝ้าระวังโรคระบาดและโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการทำจัดแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคหรือพาหะนำโรค

1.6) บริหารจัดการวางแผน แก้ปัญหาและพัฒนาสุขภาพชุมชน โดยใช้งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลและจากแหล่งอื่น ๆ

1.7) ชักชวนเพื่อบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน

1.8) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชน โดยการประสานกับผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้านบนพื้นฐานของข้อมูลชุมชน สอดคล้องกับหลักเศรษฐกิจพอเพียง โดยเน้นพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสังคม เศรษฐกิจ และจิตใจควบคู่กันไป (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550)

2) บทบาทและหน้าที่ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 กำหนดไว้ในหมวด 3 ข้อ 27 กำหนดบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของ อสม. (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) ไว้ดังต่อไปนี้

2.1) ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

2.2) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน

2.3) ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขหรือบทบัญญัติของกฎหมายอื่น ๆ

2.4) จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพ ของท้องถิ่น

2.5) เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแหล่งอื่น ๆ

2.6) ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน และการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชน เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ

2.7) ศึกษา พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมประชุม ตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่นร้องขอ

2.8) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.9) ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่น ๆ ในท้องถิ่น

3) บทบาทและหน้าที่ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่จะมีสิทธิได้รับค่าป่วยการตามระเบียบนี้ จะต้องเป็นผู้ปฏิบัติงาน โดยมีผลงานและบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

3.1) มีระยะเวลาในการทำงานที่แน่นอน อย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 4 วันต่อเดือน ในกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบ ทั้งนี้จะต้องมีการอบรม การดำเนินกิจกรรมและการรายงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างเป็นระบบตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและปัญหาของพื้นที่

3.2) มีการอบรมและปฏิบัติหน้าที่จริงในหมู่บ้านหรือชุมชนและมีการรายงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างเป็นระบบตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

3.3) มีการลงชื่อการปฏิบัติงานในการเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง เพื่อเป็นหลักฐานโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับตำบล เป็นผู้ตรวจสอบและรับรอง

3.4) มีการรายงานผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นประจำทุกเดือน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับรองผลการดำเนินงานในฐานะผู้สนับสนุนด้านวิชาการและการพัฒนาศักยภาพ และประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับตำบลรับรองผลการดำเนินงาน ในฐานะผู้ติดตามกำกับการทำงานของ อสม. ในตำบลให้เป็นระบบ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557)

4) บทบาทและหน้าที่ตามหลักสูตร อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน สืบเนื่องจากนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบาย การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ซึ่งต้องดำเนินการร่วมกันหลายภาคส่วนท้องถิ่น โดยมี อสม. เป็นผู้มีบทบาทสำคัญ จึงได้มีการจัดอบรมหลักสูตรนี้ โดยได้ให้ความหมายของ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน คือ อสม. ต้นแบบในการสร้างสุขภาพและเป็นผู้ร่วมดำเนินการ ส่งเสริม ควบคุม กำกับ ให้คำชี้แนะในการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน เพื่อให้มีการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชน โดยได้กำหนดบทบาทหน้าที่ไว้ดังนี้ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. 2556)

4.1) เป็นผู้ปฏิบัติตน และนำพาบุคคลในครอบครัวปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส.

4.2) เป็นผู้ร่วมดำเนินการสั่งการ ควบคุมกำกับ ให้คำชี้แนะ ในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดทำแผนด้านสุขภาพ ระดมพลังความคิดเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดแผนสร้างเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติ และแผนการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ 2) การจัดการงบประมาณ เป็นแกนนำในการระดมทุนด้านงบประมาณ และทรัพยากรที่จำเป็นในการขับเคลื่อนแผนการสร้างเสริมสุขภาพ 3) จัดกิจกรรมด้านสุขภาพ เป็นแกนนำจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น การเฝ้าระวังโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และเป็นบุคคลตัวอย่างในการนำออกกำลังกายด้วยรูปแบบที่เหมาะสมตามวัย 4) การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

4.3) เป็นแกนนำในการสร้างเสริมสุขภาพให้คนในชุมชนตื่นตัว และรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

4.4) เป็นแกนนำในการริเริ่มและสนับสนุนให้เกิดมาตรการทางสังคมด้านสุขภาพ

5) บทบาทและหน้าที่ อสม. ในทีมหมอครอบครัว สืบเนื่องจากนโยบายของรัฐบาลที่มุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรสุขภาพให้มีศักยภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดโครงการดูแลสุขภาพให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยการส่งมอบ ทีมหมอครอบครัว (family care team) เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกครัวเรือน โดยมีบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ร่วมอยู่ในทีมหมอครอบครัว สำหรับในระดับชุมชนหรือหมู่บ้าน จะมี อสม. เข้าร่วมเป็นทีมหมอครอบครัว เพื่อให้การดูแลสุขภาพแก่ประชาชนในทุกครอบครัว ทุกกลุ่มวัย กำหนดให้มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้ (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557)

5.1) ให้สุขศึกษาสำหรับเพื่อนบ้านและชุมชนอย่างใกล้ชิด รวมทั้งการรับทราบปัญหาครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม เพื่อการปรึกษาและแก้ปัญหาต่อไป

5.2) มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน เพื่อจัดทำแผนสุขภาพชุมชน/ตำบล และโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของชุมชน/ท้องถิ่น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไข้เลือดออก

5.3) ดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ตามปฏิทินสุขภาพของชุมชนและตามกลุ่มวัย ในเรื่อง 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุรา ยาเสพติด) รณรงค์ลดหวาน มัน เค็ม รณรงค์การออกกำลังกาย การคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ฯลฯ

5.4) ให้ความร่วมมือกับเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ ทีมหมอครอบครัว เช่น รพ.สต. รพช. ในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยติดเตียงนอนที่บ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อส่งต่อผู้ป่วยหนักที่ต้องการการดูแลฉุกเฉิน

5.5) สื่อสารข้อมูลระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและท้องถิ่นเพื่อการปรึกษาส่งต่อหรือการค้นหาโรคที่เร็วขึ้น

- 5.6) สำรวจและจัดทำข้อมูลผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ
- 5.7) ติดตาม รวบรวม และรายงานผลการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ
- 5.8) เป็นแบบอย่างที่ดีและเป็นแกนนำสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการเรียนรู้ของคนในชุมชน

6) บทบาทและหน้าที่ตามมาตรฐานการสาธารณสุขมูลฐาน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นหนึ่งในการกิจการจั้ดบริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะต้องส่งเสริม สนับสนุน ประสานงานให้มีการจัดบริการไปสู่ประชาชนอย่างครอบคลุม และถือเ็นบริการที่จำเป็นขั้นพื้นฐานที่ประชาชนต้องสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวกและเท่าเทียม เพื่อให้การบริการสาธารณสุขมูลฐานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงกำหนดมาตรฐานการบริหารงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้เกิดการบูรณาการทรัพยากรในชุมชน ทั้งจาก อปท. เจ้าหน้าที่รัฐ ภาคเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อสม. และแกนนำชุมชน โดยในคู่มือนี้ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ อสม. ไว้ดังนี้ (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2560)

- 6.1) เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน
- 6.2) รณรงค์และเป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้ ทักษะและวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค ให้แก่ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แกนนำชุมชน แกนนำกลุ่มต่าง ๆ ในเรื่องที่ครอบคลุม 14 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อก่อให้เกิดเครือข่ายการมีส่วนร่วมในชุมชน
- 6.3) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขหรือบทบัญญัติกฎหมายอื่น ๆ (ส่วนที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพเวชกรรม) เช่น
 - 6.3.1) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่น หรือสภาอากาศไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2539 ข้อ 15 ระบุให้อาสาสมัครสาธารณสุข/ชุมชนซึ่งได้ผ่านการอบรมและได้รับหนังสือรับรองความรู้และความสามารถจากกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงสาธารณสุข แต่งตั้งให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชนอยู่ ทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรมและการใช้ยาได้ดังต่อไปนี้

ก. การประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตามวิธีที่กำหนดไว้ในแบบเรียนด้วยตนเองของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อบรรเทาอาการหรือโรคต่อไปนั้ คือ ไข้ตัวร้อน ไข้และมีผื่นหรือจุดไข้จับสั่น

ไอ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย ปวดหลัง ปวดเอว ปวดท้อง ท้องผูก ท้องเดิน พยาธิลำไส้ ฝี ผื่นคันบน
ผิวหนัง ปวดฟัน เหงือกอักเสบ เจ็บตา เจ็บหู เหน็บชา และโลหิตจาง

- ให้การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดเจ็บแผลสด กระดูกหัก ข้อเคลื่อน ไฟไหม้ น้ำร้อน
ลวก เป็นลม ชัก จมน้ำ งูกัด สุนัขกัดหรือสัตว์อื่นกัด ไฟฟ้าดูด และได้รับสารพิษ

- เจาะโลหิตเพื่อตรวจหาเชื้อไข้จับสั่น

ข. การใช้ยา

- ยาสามัญประจำบ้านตามกฎหมายว่าด้วยยา

- ยาที่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม สั่งให้จ่ายให้แก่คนไข้เฉพาะรายและเฉพาะ

ชั่วคราว

- ยาสมุนไพรที่กำหนดในแบบเรียนด้วยตนเองของกระทรวงสาธารณสุขในงาน

สาธารณสุขมูลฐาน

6.3.2) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรค
ศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่
ซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะหรือผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2545 ข้อ 7 ให้อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งได้ผ่านการอบรมและได้รับหนังสือรับรองความรู้ความสามารถจาก
กระทรวงสาธารณสุข และยังคงเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ทำการประกอบโรค
ศิลปะโดยใช้ยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร การนวด อบ การประคบและวิธีอื่นตามที่กำหนด
ในแบบเรียนด้วยตนเองของ

6.3.3) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม เทศบาล
องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การปกครอง
ส่วนท้องถิ่นมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้
ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์หรือผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 ข้อ 6 ให้
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งได้ผ่านการอบรมโดยเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบ
วิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ตามหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากสภาเทคนิคการแพทย์ทำการประกอบ
วิชาชีพเทคนิคการแพทย์ โดยเจาะเลือดฝอยจากปลายนิ้วและตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด

6.3.4) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม
กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วน
ท้องถิ่นอื่น มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ
เวชกรรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2556 ข้อ 15.1.4 ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งได้
ผ่านการอบรมโดยเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุข

กำหนด โดยคำแนะนำของแพทยสภา ทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยเจาะเลือดฝอยจากปลายนิ้วและตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด” (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557)

6.4) หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ในการจัดทำข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาสุขภาพของหมู่บ้าน ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมงานสาธารณสุขมูลฐาน

6.5) จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้านที่สอดคล้องกับสถานะของท้องที่

6.6) เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาหมู่บ้าน ชุมชน และสามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหให้สอดคล้องกับพื้นที่โดยใช้งบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือกระทรวงสาธารณสุข

6.7) เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ชักชวนให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ

6.8) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชน โดยเป็นแกนนำประสานผู้นำชุมชน เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อกระตุ้นให้มีการวางแผนเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน/ชุมชน

6.9) อสม.ต้องศึกษาพัฒนาตนเองและเข้าร่วมประชุม รวมถึงปฏิบัติตามที่หน่วยงานอื่นร้องขอ ตลอดจนดำเนินการตามสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

7) บทบาทหน้าที่ตามนโยบายการพัฒนาระดับ อสม. ให้เป็น อสม. หมอประจำบ้าน

ในปีงบประมาณ 2563 รัฐบาลมีนโยบายด้านสาธารณสุข ในการการพัฒนาระดับความรู้ อสม. ให้เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีความคาดหวังว่าจะแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายประชาชนในการเดินทางไปพบแพทย์ ลดความแออัดของโรงพยาบาล โดยการคัดเลือก ประธาน อสม.ระดับตำบล จำนวน 80,000 คน ให้เข้ารับการอบรมหลักสูตรที่กำหนดขึ้น คือ 1) หลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน 18 ชั่วโมง (6 วิชา) 2) หลักสูตรอบรมเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ อสม.หมอประจำบ้าน 1 วัน และ 3) ฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้ประจำเดือน กำหนดบทบาทของ อสม. หมอประจำบ้านไว้ดังนี้

- 7.1) สนับสนุนให้มีอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ทุกครัวเรือน
- 7.2) เป็นพี่เลี้ยงให้ อสค. ดูแลสุขภาพคนในครอบครัว ทุกครัวเรือน
- 7.3) เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่
- 7.4) ส่งเสริมสุขภาพ ลดโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด และอุบัติเหตุ

7.5) ถ่ายทอดความรู้ด้านภูมิปัญญาไทย สมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์

7.6) การใช้เครื่องมือสื่อสารและแอปพลิเคชันในการคัดกรอง ประเมินสุขภาพ ร่วมกับทีมหมอครอบครัว (Tele-medicine) เป็นแกนนำเครือข่ายสุขภาพและจัดการปัญหาสุขภาพ ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย เข้าถึง และใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ วางแผน แก้ไขปัญหา และรายงานผล (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

8) บทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563) ได้แก่

- 8.1) กิจกรรมรณรงค์ทำความสะอาด จัดสภาพแวดล้อม
- 8.2) อสม. สอนประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนทำหน้ากากอนามัยจากผ้า
- 8.3) การเคาะประตูบ้านรณรงค์ให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร
- 8.4) อสม. เคาะประตูบ้าน “ค้นให้พบจบใน 14 วัน”
- 8.5) อสม. ติดตามเยี่ยมสังเกตอาการกลุ่มผู้ป่วยจนครบ 14 วัน
- 8.6) อสม. แนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีชีวิตใหม่ (New Normal)

ร่วมสร้างมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social Distancing)

สุชาติ อินทรกำแหง ณ ราชสีมา และคณะ (2564) ได้สรุปบทบาทของ อสม. ไทย จากการทบทวนเอกสาร (Thematic study) งานวิจัยในช่วง พ.ศ. 2550 – 2563 สรุปไว้ 4 ด้าน คือ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ อสม. มีหน้าที่ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, การสื่อสารข้อมูลข่าวสาร, ประชาสัมพันธ์, การเป็นต้นแบบแกนนำสุขภาพ, การให้สุขศึกษา, การค้นหาปัญหา, และการรณรงค์สร้างกระแส 2) ด้านการป้องกันโรค อสม. มีหน้าที่ จัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ, การเฝ้าระวังโรค, การคุ้มครองผู้บริโภค, การประสานพัฒนางานสาธารณสุข, การติดตามและการสร้างภูมิคุ้มกันโรค 3) ด้านการรักษาพยาบาล อสม. มีหน้าที่ ปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการส่งต่อผู้ป่วย 4) ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ อสม. มีบทบาทหน้าที่การเยี่ยมบ้านการฟื้นฟูสุขภาพและการติดตามให้กำลังใจ

สรุปได้ว่า บทบาทหน้าที่ของ อสม. มี 2 รูปแบบ คือ 1) บทบาทหน้าที่ขั้นเริ่มต้นหรือขั้นพื้นฐานสำหรับ อสม. ทุกคนที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ บทบาทหน้าที่ตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน ปี 2550, บทบาทหน้าที่ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, บทบาทหน้าที่ตามมาตรฐานการสาธารณสุขมูลฐาน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และบทบาทหน้าที่ตามการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการ และ 2) บทบาทหน้าที่จากการยกระดับศักยภาพด้วยการอบรมเพิ่มเติมสำหรับ อสม. บางคนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนดของนโยบาย ซึ่งอาจยกเลิก เปลี่ยนแปลงตามบริบทของนโยบาย ได้แก่ บทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, บทบาทหน้าที่ อสม. ในทีมหมอครอบครัว,

บทบาทหน้าที่ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน, สำหรับการศึกษาเน้นศึกษามาตรฐานสมรรถนะ การปฏิบัติงานขั้นพื้นฐานของ อสม. ทั่วไป จึงได้นำบทบาทหน้าที่ขั้นพื้นฐานของ อสม. ทุกคนพึง ปฏิบัติเป็นประจำ มาทบทวนร่วมกับมาตรฐานสมรรถนะ อสม. เพื่อให้ได้รายละเอียดมาตรฐาน สมรรถนะ และพัฒนาเป็นตัวชี้วัดมาตรฐานสมรรถนะแต่ละด้าน

2.2.3 ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.

2554 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) ระเบียบนี้ประกาศใช้เมื่อ วันที่ 20 มีนาคม 2554 มีสาระ ที่สำคัญดังนี้

1) กำหนดนิยามคำว่า อสม. คือ “บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและ ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ คณะกรรมการกลางกำหนด” กำหนดชื่อภาษาอังกฤษว่า “Village Health Volunteer” ตัวย่อ “VHV” นิยามของ องค์การอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายความว่า “การรวมกลุ่มของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ชมรม สมาคม หรือมูลนิธิ”

2) หมวด 1 ว่าด้วยคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน กำหนดให้มีคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบายการส่งเสริมศักยภาพ กำหนดหลักสูตร และประเมิน มาตรฐาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่งเสริมพัฒนามาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่งเสริมสนับสนุนการรวมกลุ่มทำงานเป็นเครือข่ายขององค์การอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร โดยมีหน้าที่เฉพาะในเขตจังหวัด และดำเนินการตาม นโยบายส่งเสริมศักยภาพและสวัสดิการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพิจารณาเรื่อง ร้องเรียน

3) หมวด 2 ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกบุคคลเข้ารับการฝึกอบรมเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำหนดคุณสมบัติ ต้องอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี มีชื่อในทะเบียน บ้านและอยู่อาศัยในพื้นที่นั้นไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถอ่านออกเขียนได้ สมัยใจและเสียสละ มี ความประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรม ได้รับความไว้วางใจจากประชาชน มีสุขภาพดี มีพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบอย่าง และมีเวลาให้กับการทำงาน อสม. หน่วยงานที่มีบทบาทในการคัดเลือก ตั้งแต่ระดับ หมู่บ้านหรือชุมชนเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติ เสนอชื่อต่อสถานบริการสุขภาพที่ดูแลชุมชนนั้น ๆ และเสนอ ชื่อต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อเข้ารับการฝึกอบรมโดยใช้หลักสูตรมาตรฐาน เมื่อผ่านการ อบรม ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดออกใบประกาศแก่ผู้ผ่านการ ฝึกอบรม และดำเนินการขึ้นทะเบียนพร้อมออกบัตรประจำตัว กำหนดให้มีการจัดฝึกอบรมฟื้นฟูหรือ

อบรมเฉพาะทางโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถดำเนินการได้ กำหนดการฟื้นฟูสภาพ ด้วยการตาย ล่าออก เป็นคนไร้ความสามารถ หรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีคำสั่งให้ออก หรือครัวเรือนไม่น้อยกว่า 1 ใน 3 ลงลายมือชื่อให้ออก

4) หมวด 3 ว่าด้วยบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบ

4.1) ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

4.2) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุข

มูลฐาน

4.3) ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขหรือบทบัญญัติของกฎหมายอื่น ๆ

4.4) จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ ของท้องถิ่น

4.5) เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแหล่งอื่น ๆ

4.6) ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ของประชาชน และการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ

4.7) ศึกษา พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมประชุม ตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่นร้องขอ

4.8) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.9) ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่น ๆ ในท้องถิ่น

5) หมวด 4 สิทธิประโยชน์ อสม.จะได้รับสวัสดิการรักษายาบาล จากหน่วยบริการ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ตามที่ประกาศไว้ มีสิทธิได้รับเงินค่าป่วยการ ได้รับประกาศเกียรติคุณ ได้รับการเสนอชื่อเพื่อขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ตามหลักเกณฑ์ อสม.และบุตรมีสิทธิได้รับโควตาเข้าศึกษาในสถาบันการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข

6) หมวด 5 ว่าด้วยการรักษาจรรยาบรรณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่ด้วยความขยัน อดทน เต็มใจ ตั้งใจ เชื้อมั่น ศรัทธา เสียสละ ซื่อสัตย์ สุจริต ไม่เรียกร้องหรือแสวงหาประโยชน์ส่วนตน การยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม

7) บทเฉพาะกาล กำหนดหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข พ.ศ.2550 เป็นหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานตามระเบียบนี้ และในระยะเริ่มแรกให้มีการคัดเลือกประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ให้มีประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับจังหวัด และระดับอำเภอ

จากข้อกำหนดในระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฯ จะเห็นได้ว่า ในหมวด 2 ได้กล่าวถึงการขึ้นทะเบียนเป็น อสม. ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐาน และในบทเฉพาะการได้กำหนดให้หลักสูตรมาตรฐาน หมายถึง หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข พ.ศ. 2550 นั้น หมายถึงหลักสูตรนี้เป็นหลักสูตรสำหรับการฝึกอบรม อสม. ใหม่ทุกคน โดยในหลักสูตรดังกล่าวได้กล่าวถึงมาตรฐานสมรรถนะ อสม. 7 ด้านไว้ แปลความได้ว่า อสม.ทุกคนเมื่อผ่านการอบรมการเป็น อสม. ใหม่แล้ว ควรมีสมรรถนะพื้นฐาน ในการปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานสมรรถนะดังกล่าว เช่นเดียวกับประเทศเคนยา ได้มีการกำหนด คู่มือหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (Community health volunteers (CHVs) basic modules handbook) โดยแบ่งเนื้อหาเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่เป็นเนื้อหาขั้นพื้นฐานและเนื้อหาด้านวิชาการ เพื่อใช้ประกอบการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานในชุมชนของ CHVs (Division of community health services, 2013)

ดังนั้นมาตรฐานสมรรถนะของ อสม. ทั้ง 7 ด้านจึงถือได้ว่าเป็นสมรรถนะพื้นฐานและมีความสำคัญต่อการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ทุกคน การศึกษานี้จึงได้นำกรอบมาตรฐานสมรรถนะ 7 ด้าน มาเป็นกรอบเนื้อหาตั้งต้น ร่วมกับการทบทวนบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ และทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเพื่อการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย

2.2.4 มาตรฐานสมรรถนะ อสม.

การปฏิบัติหน้าที่ในฐานะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการเปลี่ยนแปลงตามนโยบายและสถานการณ์ภาวะสุขภาพ แต่การได้รับการขึ้นทะเบียนเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ถูกกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการไว้ในระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ว่าต้องผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน พ.ศ. 2550 ซึ่งในหลักสูตรดังกล่าวระบุถึงมาตรฐานสมรรถนะ 7 ด้าน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550) ดังนี้

- 1) สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่
- 2) สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และการเฝ้าระวังสุขภาพ

- 3) สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน
- 4) สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสถานะแวดล้อม
- 5) สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมีผลต่อการจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ
- 6) สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ
- 7) สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน

จะเห็นได้ว่า มาตรฐานสมรรถนะ 7 ด้าน ยังขาดรายละเอียดค่านิยมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำไปสู่การประเมินสมรรถนะได้ ผู้วิจัยจึงขยายความของมาตรฐานสมรรถนะในแต่ละด้าน ด้วยการทบทวนเนื้อหาหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน พ.ศ. 2550 หลักการสาธารณสุขมูลฐาน และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จึงได้ขยายนิยามสมรรถนะในแต่ละด้านได้ดังต่อไปนี้

- 1) สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ของ อสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการพฤติกรรมการป้องกันโรคควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชน (มินลา นาคหนู และชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, 2565) และการที่ อสม. มีข้อมูลพื้นฐานของชุมชนที่สอดคล้องกับนโยบายยังสามารถประยุกต์แนวทางนโยบายมากำหนดกิจกรรมและดำเนินการร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (บุณิกา ศรีติมงคล, 2555), (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550)

จึงนิยามสมรรถนะด้านนี้ได้ว่า การรับรู้ มีความรู้ ความเข้าใจในนโยบาย มีทักษะสื่อสาร นโยบายต่อผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อประสานงานการนำนโยบายไปปฏิบัติ และเพื่อโน้มน้าวให้มีส่วนร่วม และการมีข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ที่สอดคล้องกับนโยบาย แล้วประยุกต์นโยบายมาแก้ปัญหาโดยศักยภาพของชุมชน

- 2) สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และการเฝ้าระวังสุขภาพ หมายถึง การมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะเป็นผู้นำกระบวนการดำเนินงานดังนี้

2.1) การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การให้บริการโดยตรงแก่บุคคล ครอบครัว หรือกลุ่มบุคคลเพื่อสร้างความตระหนักและเสริมขีดความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การชั่งน้ำหนักเด็ก 0-5 ปี การติดตามภาวะขาดสารอาหาร การติดตาม

การฝากครรภ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเฝ้าระวังพัฒนาการและโภชนาการเด็ก การฟื้นฟูสุขภาพ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยระยะพักฟื้น (ฉลาด ภูระหงษ์ และคณะ, 2564)

2.2) การป้องกันโรค หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้ได้โดยตรงแก่บุคคล ครอบครัว และกลุ่มบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค (ราชกิจจานุเบกษา, 2565) ได้แก่ การอธิบายวงจรการเกิดโรคและปัจจัยการเกิดโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่น สามารถเฝ้าระวัง ป้องกันโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่น การอธิบายลักษณะและปัจจัยการเกิดโรคไม่ติดต่อ สามารถคัดกรองหรือค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเสียสุขภาพ เช่น การใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต แบบคัดกรองผู้สูงอายุ แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ พร้อมจัดบันทึกข้อมูล และการออกปฏิบัติงานคัดกรองร่วมกับทีมสุขภาพ การเป็นผู้นำหรือสาคิตหรือให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550)

2.3) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น หมายถึง การจัดหาอาสาสมัครประจำบ้าน ยาสมุนไพร เพื่อการรักษาเบื้องต้น การช่วยเหลือให้การพยาบาลตามอาการ การตรวจร่างกายเบื้องต้น การวัดอุณหภูมิ การเช็ดตัวลดไข้ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาอาการป่วย การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามความจำเป็น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การแยกแยะความเร่งด่วนของผู้ป่วยเพื่อส่งต่อ การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องเจาะหาน้ำตาลในเลือด แผ่นวัดสายตา ชุดทำแผล เป็นต้น (ฉลาด ภูระหงษ์ และคณะ, 2564; กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550)

2.4) การเฝ้าระวังสุขภาพ หมายถึง การสังเกตและแสวงหาข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ติดตามสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ นำเสนอ และวิธีการส่งสัญญาณเตือนภัยแก่เพื่อนบ้าน การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอรับการสนับสนุนการจัดการปัญหาสุขภาพ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550)

3) สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน หมายถึง การมีความรู้ มีข้อมูลสุขภาพชุมชนและมีทักษะการอธิบายให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเพื่อสร้างการยอมรับของเครือข่ายสุขภาพ และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ เพื่อนำไปออกแบบโครงการแก้ปัญหาสาธารณสุขร่วมกับเครือข่ายในชุมชน ชักชวนโน้มน้าวเพื่อนบ้านและภาคส่วนอื่น ๆ ร่วมสมทบทรัพยากรและร่วมเป็นหุ้นส่วนการจัดกิจกรรมสุขภาพ และสรุปผลการจัดกิจกรรมสุขภาพให้ชุมชนรับทราบเพื่อแสดงถึงความโปร่งใสในการจัดกิจกรรมร่วมกัน (กุลทัต หงษ์ขยงกูร และปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, ม.ป.ป.)

4) สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อม หมายถึง การมีความรู้และทักษะการประชาสัมพันธ์ การถ่ายทอด ผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจาก สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคต่าง ๆ สามารถจัดกิจกรรมรณรงค์รักษาความ

สะอาดสถานที่สาธารณะ ปรับปรุงพัฒนาสิ่งแวดล้อม การเข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาทำความดีด้วยหัวใจ เสียสละเวลาแรงกายเพื่อกิจกรรมของชุมชน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550)

5) สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมีผลต่อการจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ หมายถึง การเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยการค้นหาความรู้ ฝึกทักษะ พัฒนาตนเองเพิ่มเติม แล้วนำความรู้ทักษะ ประยุกต์ใช้พัฒนางานสาธารณสุขในชุมชน สามารถคิดแผนงานแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนจากการ ถอดบทเรียนในอดีต วิเคราะห์ปัจจุบัน คิดสร้างสรรค์เพื่ออนาคต (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550)

6) สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ หมายถึง การมีความรู้และทักษะ การโน้มน้าวเพื่อนบ้านให้เฝ้าระวังดูแลสุขภาพ การเป็นแบบอย่างในการรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน การชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมพิจารณาตัดสินใจเลือกกิจกรรมสุขภาพของชุมชนเอง ความสามารถในการรับฟังข้อมูล ข่าวสารสุขภาพของเพื่อนบ้านและให้คำแนะนำที่เหมาะสม (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550)

7) สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน หมายถึง การมีข้อมูลเด็กและเยาวชนทั้งในระบบโรงเรียนและนอกโรงเรียนในเขตรับผิดชอบ มีความรู้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนและมีทักษะการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพอนามัย เช่น การออกกำลังกายในกลุ่มเด็กและเยาวชน หรือชักชวนเด็กและเยาวชนเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันยาเสพติดที่มีการจัดขึ้นในชุมชน หรือการให้ความรู้มาตรการเฝ้าระวังอุบัติเหตุทางถนนแก่กลุ่มเด็กและเยาวชน

โดยสรุปมาตรฐานสมรรถนะ อสม. คือความมุ่งหวังให้ผู้ผ่านการอบรม อสม.ใหม่ มีความสามารถที่จะปฏิบัติได้ตามมาตรฐานสมรรถนะ 7 ด้าน ซึ่งถือเป็นขั้นพื้นฐานของ อสม. ทุกคน ส่วนบทบาทหน้าที่ของ อสม. แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มบทบาทหน้าที่ขั้นพื้นฐานที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำ และกลุ่มบทบาทหน้าที่จากการอบรมเพิ่มเติมสำหรับ อสม. บางคน ซึ่งอาจยกเลิกเปลี่ยนแปลงตามบริบทของนโยบาย ซึ่งเมื่อนำกรอบมาตรฐานสมรรถนะ อสม. กับบทบาทหน้าที่ของ อสม. มาวิเคราะห์ร่วมกันพบว่ารายละเอียดในเนื้อหาสามารถบูรณาการร่วมกันได้ การศึกษาครั้งนี้จึงนำกรอบมาตรฐานสมรรถนะและบทบาทหน้าที่ของ อสม. มาสังเคราะห์ร่วมกัน เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย

2.2.5 การพัฒนาระดับศักยภาพ อสม.

ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชน ให้ทันต่อสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ ซึ่งการพัฒนาศักยภาพแต่ละกิจกรรม

ไม่สามารถให้ อสม.ทุกคนเข้ารับการพัฒนาดังทุกกิจกรรม จำเป็นต้องเลือก อสม. บางคนที่มีคุณสมบัติตามเงื่อนไขการพัฒนาในแต่ละกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

2.2.5.1 การคัดเลือก อสม. กลุ่มผู้นำองค์กร ตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง กำหนดให้ อสม. รวมกลุ่มกันเป็นชมรม ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ระดับตำบล ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ ระดับภาค และระดับประเทศ และให้มีคณะกรรมการบริหารชมรมระดับต่าง ๆ เช่น ประธาน รองประธาน เลขานุการ เหรัญญิกและ กรรมการ ในชมรม อสม.ทุกระดับ ทำให้ อสม. กลุ่มนี้ได้รับประสบการณ์หรือการฝึกอบรม ทักษะการบริหารจัดการและความเป็นผู้นำ (Leadership) และมีความสามารถจำเพาะที่แตกต่างจาก อสม.ปกติทั่วไป (ราชกิจจานุเบกษา, 2561)

2.2.5.2 การอบรม อสม. เชี่ยวชาญ 10 สาขา สืบเนื่องจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มีการพัฒนาขีดความสามารถของ อสม. ในการให้การดูแลสุขภาพประชาชน โดยดำเนินการอบรม อสม. จำนวน 200,000 คน (จาก อสม. ทั้งหมดหนึ่งล้านกว่าคน) ทำให้ อสม. กลุ่มที่ถูกคัดเลือกให้เข้ารับการอบรมพัฒนาตามหลักสูตรนี้ มีศักยภาพความสามารถที่มีความจำเพาะแตกต่างจาก อสม.ปกติทั่วไป โดยกำหนดให้มีการอบรมความเชี่ยวชาญ 10 สาขา (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2555) ได้แก่

- 1) การเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ
- 2) การส่งเสริมสุขภาพ
- 3) สุขภาพจิตชุมชน
- 4) การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
- 5) การบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)
- 6) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
- 7) ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
- 8) การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน
- 9) การจัดการสุขภาพชุมชน
- 10) นมแม่ สายใยรักแห่งครอบครัว

2.2.5.3 การคัดเลือก อสม. ดีเด่นแห่งชาติ สืบเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มีกระบวนการคัดเลือก อสม. ที่มีผลการปฏิบัติงานดีเด่นในแต่ละรอบปี เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้กับ อสม. ซึ่งกำหนดให้มีกระบวนการคัดเลือก อสม. ที่มีผลการปฏิบัติงานดีเด่น โดยคณะกรรมการจากหลายภาคส่วน ประกอบด้วย หัวหน้าส่วนราชการ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประธานชมรม อสม. องค์กรเอกชน องค์กรชุมชน และเครือข่ายภาคประชาชน ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด เขต ภาค และระดับชาติ อสม.ดีเด่นที่ผ่านการกระบวนการคัดเลือก จนได้รับ

คัดเลือกเป็น อสม. ดีเด่นระดับชาติจะได้รับพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ ทำให้ อสม.กลุ่มนี้มีศักยภาพความสามารถที่มีความจำเพาะในแต่ละสาขา แตกต่างจาก อสม. อื่น ๆ (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) โดยแบ่งเป็นสาขาดังนี้

อสม.ดีเด่นสาขาหลัก 12 สาขา คือ

- 1) สาขาการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ
- 2) สาขาการส่งเสริมสุขภาพ
- 3) สาขาสุขภาพจิตชุมชน
- 4) สาขาการป้องกันโรคและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน
- 5) สาขาการบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 6) สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
- 7) สาขาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
- 8) สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน
- 9) สาขาการจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม
- 10) สาขานมแม่และอนามัยแม่และเด็ก
- 11) สาขาทันตสุขภาพ
- 12) สาขาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

อสม.ดีเด่นสาขาพิเศษ 3 สาขา คือ

- 1) สาขาการจัดการสุขภาพชุมชนในพื้นที่พิเศษชายแดนภาคใต้
- 2) สาขาการจัดการสุขภาพชุมชนในกรุงเทพมหานคร
- 3) สาขาการจัดการสุขภาพชุมชนในการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย

2.2.5.4 การอบรม อสม. ทีมหมอประจำครอบครัว สืบเนื่องจากนโยบายของรัฐบาลที่มุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรสุขภาพให้มีศักยภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดโครงการดูแลสุขภาพเป็นของขวัญปีใหม่ให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยการส่งมอบ ทีมหมอครอบครัว (family care team) เพื่อให้ไปบริการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกครัวเรือน โดยมีบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ร่วมอยู่ในทีมหมอครอบครัว สำหรับในระดับชุมชนหรือหมู่บ้าน จะมี อสม. เข้าร่วมเป็นทีมหมอครอบครัว เพื่อให้การดูแลสุขภาพแก่ประชาชนในทุกครอบครัว ทุกกลุ่มวัย กำหนดให้ มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้ (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557)

- 1) ให้สุศึกษาเพื่อนบ้านและชุมชนอย่างใกล้ชิด รับทราบปัญหาครอบครัวสังคัมสิ่งแวดล้อมเพื่อให้การปรึกษาและแก้ปัญหาต่อไปช่วยเหลือครอบครัวและผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดูแลด้านสิ่งแวดล้อม เสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัว

2) มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพชุมชนเพื่อจัดทำแผนสุขภาพตำบล โครงการเพื่อแก้ปัญหาโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของชุมชน เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไข้เลือดออก

3) ดำเนินกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามปฏิทินสุขภาพของชุมชนและตามกลุ่มวัย ในเรื่อง 3 อ 2 ส.

4) ให้ความร่วมมือกับเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ ทีมหมอครอบครัว ในการเยี่ยมบ้าน และดูแลผู้ป่วยติดเตียงนอนที่บ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อส่งต่อไป

5) สื่อสารข้อมูลระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและท้องถิ่นเพื่อปรึกษา ส่งต่อหรือการค้นหาโรคที่เร็วขึ้น

6) สำรวจจัดทำข้อมูลผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ

7) ติดตามรวบรวมและรายงานผลการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ

8) เป็นแบบอย่างที่ดีและเป็นแกนนำสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการเรียนรู้ของคนในชุมชน

2.2.5.5 การอบรม อสม. หมอประจำบ้าน สืบเนื่องจากนโยบายของรัฐบาลในการพัฒนาระดับความรู้ อสม. ให้เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีความคาดหวังว่าจะแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายประชาชน ลดความแออัดของโรงพยาบาล โดยการให้ อสม. ผ่านการอบรมหลักสูตรที่กำหนดขึ้น คือ 1) หลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน 18 ชั่วโมง (6 วิชา) 2) หลักสูตรอบรมเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ อสม. หมอประจำบ้าน 1 วัน และ 3) ฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้ ประจำเดือน กลุ่มเป้าหมาย คือ ประธาน อสม. ระดับตำบล จำนวน 80,000 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

2.2.5.6 การอบรม อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน การจัดการภาวะวิกฤตหลังการระบาดของโรคโควิด-19 สืบเนื่องจากการระบาดของโรคโควิด-19 กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับ อสม. ที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี จึงให้มีการอบรมให้ความรู้การจัดการภาวะวิกฤตหลังการระบาดของโรคโควิด-19 เนื้อหาในการอบรม ได้แก่ 1) การวางแผนการดำเนินโครงการภายหลังสถานการณ์วิกฤติโควิด-19 การส่งเสริมสุขภาพ 2) การป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด-19 3) การเป็นผู้นำและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพชุมชน 4) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ 5) การจัดการภาวะวิกฤตภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565)

โดยสรุป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือประชาชนที่มีจิตอาสาและผ่านการอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน พ.ศ. 2550 (สำหรับ อสม. ใหม่) และหลักสูตรดังกล่าว กำหนดมาตรฐานสมรรถนะที่คาดหวังสำหรับ อสม. ทั่วไปไว้ 7 ด้าน อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการพัฒนาระดับศักยภาพ อสม. เก่าอย่างต่อเนื่องในหลายกิจกรรม ซึ่งแต่ละกิจกรรมมีการกำหนดคุณสมบัติผู้เข้ารับการพัฒนาไว้ ส่งผลให้ อสม. ที่มีคุณสมบัติตรงกับข้อกำหนดการอบรม ก็จะได้รับ การอบรมพัฒนาศักยภาพในหลาย ๆ เรื่อง ส่วน อสม. ที่ไม่มีคุณสมบัติ ก็จะไม่ค่อยได้รับการอบรม ส่งผลให้ อสม. แต่ละคนมีศักยภาพและความชำนาญที่แตกต่างกัน การศึกษานี้จึงตระหนักในศักยภาพของ อสม. กลุ่มที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพน้อย ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามผลการประเมินสมรรถนะ เพื่อการคงไว้ซึ่งมาตรฐานการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ จึงนำมาตรฐานสมรรถนะของ อสม. เป็นกรอบเนื้อหาตั้งต้นร่วมกับ ทบทวนบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย

2.3 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับสมรรถนะ

2.3.1 ความหมาย

McClelland (1973) หมายถึงบุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในปัจเจกบุคคล ซึ่งสามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลนั้นสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีหรือตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่ตนรับผิดชอบ

Spencer and Spencer (1993) ให้ความหมายสอดคล้องกันกับ McClelland คือ สมรรถนะ หมายถึงคุณลักษณะที่จำเป็นของบุคคล (Underlying Characteristics of an Individual) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของงาน เป็นคุณลักษณะในส่วนลึกเฉพาะของบุคคล ซึ่งก่อให้เกิดพฤติกรรมที่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่ดีเลิศ (Superior Performance) ในงานได้

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (2548) นิยามสมรรถนะว่า เป็นคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ ทักษะ/ความสามารถ และคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ทำให้บุคคลสามารถสร้างผลงานได้โดดเด่นกว่าเพื่อนร่วมงานอื่น ๆ ในองค์กร (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2548)

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (2564) สมรรถนะ เป็นพฤติกรรมเชิงคุณลักษณะส่วนบุคคลและความสามารถที่แสดงออกให้เห็นถึงการประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะ รวมทั้งพฤติกรรมการทำงาน ในบทบาทและสถานการณ์ต่าง ๆ โดยมีพื้นฐานมาจากความรู้ ทักษะ ความสามารถ คุณลักษณะ ส่วนบุคคล สมรรถนะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลมีโอกาสดำเนินการใช้ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะ ที่ตนมีในการทำงาน การแก้ปัญหา จนเกิดความชำนาญและความมั่นใจ ทำให้สามารถทำงานได้สำเร็จ

ศิริวรรณ ชูกำเนิด และคณะ (2563) นิยาม สมรรถนะ หมายถึง พฤติกรรมในการทำงานที่บุคคลแสดงออก ซึ่งสามารถวัดและประเมินได้โดยสะท้อนถึง ความรู้ ทักษะ ความสามารถ และคุณสมบัติเฉพาะบุคคล ที่เกิดจากการเรียนรู้ อบรมสั่งสมมา ประสบการณ์ การปฏิบัติ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า สมรรถนะ หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติ และการแสดงออกทางพฤติกรรม ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้นำความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่ตนมีไปใช้ในการทำงาน การแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ จนเกิดความชำนาญและความมั่นใจ ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงได้นำนิยามของสมรรถนะดังกล่าวนี้ มากำหนดเป็นนิยามเชิงปฏิบัติการในการศึกษาการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของ อสม. ประเทศไทย

2.3.2 ประเภทของสมรรถนะ

McClelland (1975) แบ่ง Competency ออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) Core Competency หมายถึง บุคลิกลักษณะของคนที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ทักษะ และความเชื่อ และอุปนิสัยของคนในองค์กรโดยรวม ที่จะช่วยสนับสนุนให้องค์กรบรรลุเป้าหมายได้

2) Job Competency หมายถึง บุคลิกลักษณะของคนที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ทักษะ ทักษะ ทักษะ และความเชื่อ และอุปนิสัย ที่จะช่วยส่งเสริมให้คน ๆ นั้นสามารถสร้างผลงานในการปฏิบัติงานตำแหน่งนั้น ๆ ได้สูงกว่ามาตรฐาน

3) Personal Competency หมายถึง บุคลิกลักษณะของคนที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ทักษะ ทักษะ ทักษะ และความเชื่อ และอุปนิสัย ที่ทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้โดดเด่นกว่าคนทั่วไป ซึ่งเรามักจะเรียกว่า “ความสามารถพิเศษส่วนบุคคล”

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (2548) จำแนกประเภทเป็น 4 ประเภท คือ

1) สมรรถนะหลัก (Core competencies) เป็นสมรรถนะร่วมที่ทุกคนในองค์กรต้องมี เพื่อทำให้องค์กรสามารถดำเนินการได้สำเร็จตามเป้าหมาย โดยสมรรถนะหลักของบุคคลนั้นจะสัมพันธ์เชื่อมโยงกับสมรรถนะหลักขององค์กรด้วย

2) สมรรถนะประจำลักษณะงานหรือสายงาน (Functional competencies) เป็นสมรรถนะที่บุคคลในแต่ละลักษณะงานหรือสายงานต้องมีเพิ่มเติมจากสมรรถนะหลัก โดยแตกต่างกันไปตามลักษณะงานหรือสายงาน

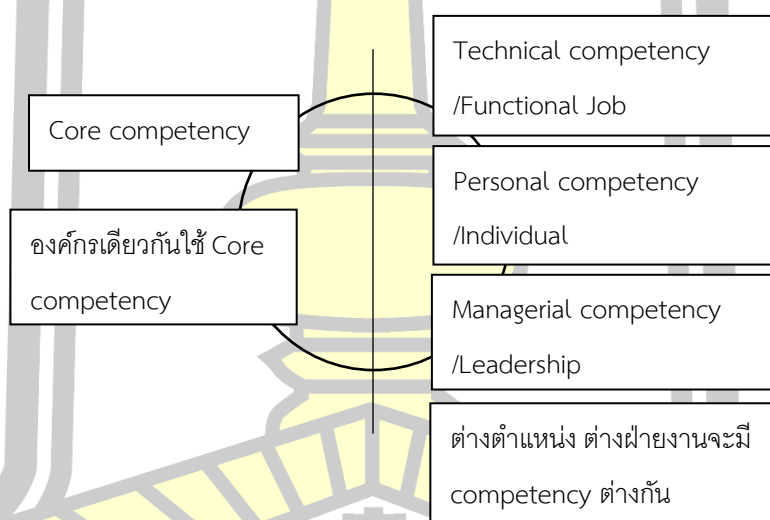
3) สมรรถนะส่วนบุคคล (Personal competency) หมายถึง บุคลิกลักษณะของคน ที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ทักษะ ทศนคติ ความเชื่อ และอุปนิสัยที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลนั้นสามารถ ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้โดดเด่นกว่าคนทั่วไป

4) สมรรถนะเฉพาะตำแหน่งงาน (Specific functional competency) เป็นขีด ความสามารถในการปฏิบัติงานตามลักษณะเฉพาะด้านวิชาชีพของแต่ละตำแหน่งในกลุ่มงาน โดยจะ แตกต่างกันไปตามลักษณะงาน

จํารงค์ดี คงคาสวัสดิ์ (2548) ได้กล่าวว่าไม่ว่าจะมีการจัดประเภทสมรรถนะไว้อย่างไร ก็จะสามารถแบ่งประเภทได้เป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ

1) Core competency หรือสมรรถนะหลักเป็นคุณสมบัติพื้นฐานที่เป็นหลักในองค์กร ถือว่าเป็นคุณสมบัติร่วมของคนในองค์กรที่พึงมี สมรรถนะนี้เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กร

2) Competency อื่น ๆ ที่ไม่ใช่สมรรถนะหลักเป็นคุณลักษณะที่องค์กรต้องการ สำหรับแต่ละตำแหน่งงานที่แตกต่างกันไป ซึ่งรวบรวมไว้ดังนี้



ภาพที่ 1 ประเภทของ Competency (Competency Model)
(จํารงค์ดี คงคาสวัสดิ์, 2548)

สถาบันดำรงราชานุภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย (2553) ได้กำหนดตัวแบบ สมรรถนะที่มีในองค์กรไว้ 2 ประเภท ได้แก่

1) สมรรถนะหลัก (Core competency) สมรรถนะหลักของบุคลากรในองค์กรทำ ให้องค์กรแตกต่างและมีความได้เปรียบคู่แข่ง สามารถสะท้อนการปฏิบัติงาน และสื่อถึงวัฒนธรรม ค่านิยมขององค์กร ดังนั้นการกำหนดค่านิยมหลักขององค์กร (Core values) ต้องเป็นค่านิยมที่ถาวร ที่พนักงานทุกคนจะต้องนำมาเป็นทัศนคติในการทำงาน

2) สมรรถนะเฉพาะ (Specific competencies) เป็นสมรรถนะของแต่ละตำแหน่งที่รับผิดชอบงานนั้น ๆ ซึ่งนอกเหนือจากสมรรถนะหลักที่องค์กรต้องกำหนดให้กับสมาชิกองค์กรแล้วนั้น ยังต้องกำหนดภาระหน้าที่ให้กับสมาชิกนั้นคือ สมรรถนะเฉพาะสำหรับตำแหน่งหน้าที่ต่าง ๆ อาทิเช่น สมรรถนะเฉพาะด้านการบริหาร สมรรถนะเฉพาะด้านงานธุรการ

สำนักงานงานเลขาธิการสภาการศึกษา (2564) แบ่งสมรรถนะออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกเป็นสมรรถนะขั้นพื้นฐาน หมายถึง ความรู้หรือทักษะพื้นฐานที่บุคคลที่จำเป็นต้องมีในการทำงาน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ และสมรรถนะในกลุ่มที่สอง คือสมรรถนะที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างจากผู้อื่น สมรรถนะในกลุ่มนี้มุ่งเน้นที่การใช้ความรู้ทักษะและคุณลักษณะอื่น เพื่อช่วยให้เกิดความสำเร็จที่ดีเลิศในงาน

สรุปความได้ว่า สมรรถนะมี 2 ประเภท คือ สมรรถนะหลัก (Core Competency) เป็นสมรรถนะที่มีความจำเป็นและเป็นพื้นฐานที่บุคคลในกลุ่มองค์กรจำเป็นต้องมี และสมรรถนะอื่น ๆ (Functional competency) เพื่อสื่อถึงความจำเพาะเจาะจงของงานแต่ละด้านที่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ศึกษาน กลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. ทัวไป ซึ่งมีการกำหนดให้ดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะ อสม. ที่ระบุไว้ในหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน ปี 2550 (สำหรับ อสม. ใหม่) ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นสมรรถนะขั้นพื้นฐานที่ อสม. ทุกคนจำเป็นต้องมี การศึกษาคณะศึกษานี้จึงเป็นการศึกษา สมรรถนะ core competency เป็นกรอบเนื้อหาตั้งต้นเพื่อศึกษาวิจัยพัฒนาไปสู่สมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ส่วนสมรรถนะ Functional competency ไม่อยู่ในขอบเขตการศึกษาคณะศึกษานี้ ซึ่งกลุ่ม อสม. ก็มีความชำนาญเฉพาะด้านได้ ตามแต่ศักยภาพของแต่ละคนที่ผ่านการฝึกอบรมพัฒนาด้านต่าง ๆ เช่น อสม.ผู้นำชมรม, อสม.ดีเด่นแห่งชาติ, อสม.เชี่ยวชาญ 10 สาขา หรือ อสม. หมอประจำบ้าน เป็นต้น

2.3.3 องค์ประกอบของสมรรถนะบุคคล

การที่บุคคลจะมีสมรรถนะแบบใด ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้น ๆ จะมีคุณลักษณะพื้นฐาน (Underlying Characteristic or Attribute) ที่คงติดตัวอยู่เป็นแบบใด จึงเป็นที่มาขององค์ประกอบของสมรรถนะบุคคล ซึ่ง McClelland (1975) ได้นิยามไว้ดังต่อไปนี้

- 1) แรงจูงใจ (Motive) เป็นสิ่งที่บุคคลตระหนักอยู่ในใจ เป็นแรงขับให้บุคคลกระทำพฤติกรรม หรือกำหนดทางเลือกในการกระทำพฤติกรรม หรือหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่พึงปรารถนา
- 2) อุปนิสัย (Trait) เป็นคุณลักษณะทางกายภาพของบุคคล ซึ่งจะแสดงออกมาเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ อุปนิสัยเป็นสิ่งที่เกิดจากการศึกษา การอบรมเลี้ยงดู ประสบการณ์ และการเรียนรู้ของบุคคล เช่น การควบคุมอารมณ์ ความคิดริเริ่ม เป็นต้น
- 3) อัตมโนทัศน์ (Self-Concept) หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง รวมถึงทัศนคติ (Attitude) ค่านิยม (Value) จินตภาพส่วนบุคคล (Self-Image) เป็นต้น
- 4) บทบาททางสังคม (Social Role) หมายถึง สิ่งที่บุคคลต้องการสื่อให้ผู้อื่นในสังคมเห็นว่าตัวเขามีบทบาทต่อสังคมอย่างไรบ้าง เช่น การเป็นผู้นำทีมงาน ความมีจริยธรรม เป็นต้น

5) ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจในหลักการแนวคิดต่าง ๆ ที่บุคคลจำเป็นต้องมี ในงานที่ตนเองปฏิบัติ เช่น ความรู้ภาษาอังกฤษ เป็นต้น

6) ทักษะ (Skill) หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติงานหรือการกระทำด้วยความคล่องแคล่ว ชำนาญมีผลงานออกมาดี

Spencer and Spencer (1993) ได้เปรียบเทียบคุณลักษณะดังกล่าวไว้ในโมเดลภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg Model) และอธิบายว่าคุณลักษณะของบุคคลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่สามารถมองเห็นได้คือ ความรู้ และทักษะ ซึ่งสามารถพัฒนาได้ไม่ยากนัก ด้วยการศึกษาค้นคว้า ทำให้เกิดความรู้ และการฝึกฝน ปฏิบัติทำให้เกิดทักษะ และส่วนที่ซ่อนอยู่ภายในซึ่งสังเกตได้ยาก ได้แก่ แรงจูงใจ อุปนิสัย อัตมโนทัศน์ เป็นสิ่งที่พัฒนาได้ยาก

สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ (2549) มีความเห็นว่า จากแนวคิดของ McClelland (1975) และ Parry Scott B. (1997) ควรจะรวมส่วนประกอบที่เป็นความคิดเกี่ยวกับตนเอง คุณลักษณะและแรงจูงใจเข้าเป็น กลุ่มเรียกว่า คุณลักษณะ (attributes) ทำให้องค์ประกอบของสมรรถนะ จึงมีเพียง 3 ส่วนคือ ความรู้ ทักษะ คุณลักษณะ

ฉัตรณรงค์ศักดิ์ สุธรรมดี และจินตกานต์ สุธรรมดี (2560) ให้ความเห็นว่าองค์ประกอบ 6 ประการ ที่รวมกันเป็นคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลและก่อให้เกิดสมรรถนะ นั้นมีทั้งส่วนที่ซ่อนอยู่ภายในซึ่งสังเกตเห็นได้ยากและที่สามารถสังเกตเห็นได้ทางพฤติกรรมที่แสดงออก

โดยสรุปองค์ประกอบของสมรรถนะบุคคลที่เป็นพื้นฐานนำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมของการมีสมรรถนะที่พึงประสงค์ควรประกอบด้วย 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลซึ่งพัฒนาเพิ่มเติมได้ยาก 2) ความรู้ที่สามารถพัฒนาเพิ่มเติมได้จากการอบรม เรียนรู้ 3) ทักษะที่สามารถเพิ่มเติมได้จากการฝึกปฏิบัติ ซึ่งในการศึกษาการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ได้นำมากรอบแนวคิดในการพัฒนาเนื้อหาของสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.

2.3.4 การประเมินสมรรถนะ (Competency - based Assessment)

1) ความหมาย

Wolf (1995) ได้กำหนดนิยามการประเมินสมรรถนะ (Competency - based Assessment) ว่าเป็นรูปแบบการประเมินที่สร้างจากลักษณะเฉพาะย่อย ๆ ของผลลัพธ์การเรียนรู้ ซึ่งประกอบด้วยลักษณะทั่วไป และลักษณะเฉพาะ ซึ่งทั้งผู้ประเมิน ผู้รับการประเมิน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น สามารถตัดสินได้สอดคล้องตรงกันอย่างสมเหตุสมผล ด้วยการตระหนักถึงผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้งที่เป็นเชิงวิชาการและคุณลักษณะอื่น ๆ เพื่อรับรองความก้าวหน้าที่จะแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์การเรียนรู้

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (2548) การประเมินสมรรถนะตามหลักจิตวิทยาการประเมิน คือการประเมินพฤติกรรม ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงระหว่างผลการปฏิบัติงานกับแรงจูงใจของพนักงาน จึงแบ่งรูปแบบการประเมินเป็น 2 ส่วน คือ งานที่ได้รับมอบหมาย และส่วนของพฤติกรรมในการทำงาน ซึ่งหากพิจารณาจากนิยามของ สมรรถนะ คือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจาก

ความรู้ ทักษะ ความสามารถ และคุณลักษณะอื่น ๆ ดังนั้นในการประเมินสมรรถนะ(หรือประเมินพฤติกรรม) จึงวัดที่ผลการทำงาน ส่วนด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ และคุณลักษณะอื่น ๆ เน้นประเมินในขั้นตอนคัดเลือกบุคลากรและขั้นตอนที่ต้องการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรเป็นหลัก การประเมินสมรรถนะจึงเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารผลงาน

สุจิตรา ปทุมลังการ (2552) กล่าวว่า การประเมินผลบนฐานสมรรถนะ เป็นการรวบรวมหลักฐานผลการเรียนรู้ว่าผู้เรียนมีความก้าวหน้าถึงเกณฑ์หรือระดับที่กำหนดในมาตรฐานสมรรถนะ เพื่อตัดสินว่าผู้เรียนสำเร็จตามสมรรถนะที่กำหนดหรือไม่ โดยมีลักษณะ เน้นกระบวนการเรียนรู้ ใช้การอิงเกณฑ์วัดความสำเร็จโดยไม่ต้องเปรียบเทียบกับผู้อื่น

สำนักงานงานเลขาธิการสภาการศึกษา (2564) กล่าวว่า การประเมินสมรรถนะเป็นประเด็นสำคัญในการนำกรอบสมรรถนะหลักไปสู่การปฏิบัติ และถือว่าเกี่ยวพันโดยตรงกับการพัฒนาสมรรถนะแก่ผู้เรียน ที่ต้องค้นหาศักยภาพโดยอาศัยข้อมูลจากการประเมิน เพื่อชี้ทิศทางการพัฒนาสมรรถนะของบุคคลต่อไป การประเมินสมรรถนะนี้มีลักษณะเป็น “การประเมินการเรียนรู้ (assessment)” ในลักษณะของการประเมินการปฏิบัติ (Performance Assessment) เพื่อให้ได้สารสนเทศไปใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอน มากกว่าที่จะเป็นการประเมินในลักษณะของ “การประเมินผล (evaluation)” ที่มุ่งตัดสินคุณค่า

สรุปได้ว่า การประเมินสมรรถนะ (Competency - based Assessment) คือการประเมินพฤติกรรมในการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจากการนำความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะของคนที่มิใช่ไปใช้ในการทำงาน จนเกิดความชำนาญและความมั่นใจ ถือว่าเป็นการประเมินการเรียนรู้ (assessment)” เปรียบเสมือนการประเมินระหว่างการปฏิบัติงาน (re-accredit) ส่วนการประเมินแยกส่วนของ ความรู้ ทักษะ ความสามารถ เป็นกระบวนการประเมินหลังจากการได้รับการฝึกอบรมพัฒนา (post-test) ซึ่งทุกหลักสูตรที่ อสม.ได้รับการอบรมพัฒนาจะมีกระบวนการประเมินหลังเสร็จสิ้นการอบรม ส่วนการประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานก็ถือเป็นการพัฒนาศักยภาพของ อสม. รูปแบบหนึ่ง โดยการค้นหาสมรรถนะที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และนำผลมาชี้ทิศทางการพัฒนา โดยเน้นการประเมินเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา (Assessment) ไม่เน้นการประเมินเพื่อตัดสินคุณค่า (Evaluation) ซึ่งการศึกษาพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย จึงนำรูปแบบการประเมินสมรรถนะ มาเป็นแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้

2) ประเภทและวิธีการประเมิน

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (2548) แบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 3 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 Test of Performance เป็นการทดสอบที่ให้ผู้รับการทดสอบทำงานบางอย่าง เช่น การเขียนคำอธิบาย หรือการคิดว่าถ้ารูปเรขาคณิตที่แสดงหมุนไปแล้วจะเป็นรูปใด

แบบทดสอบประเภทนี้ออกแบบมาเพื่อวัดความสามารถของบุคคล ภายใต้เงื่อนไขของการทดสอบ ตัวอย่างเช่น แบบทดสอบความสามารถทางสมอง หรือแบบทดสอบวัดความสามารถทางด้านร่างกาย

กลุ่มที่ 2 Behavior Observation เป็นแบบทดสอบที่เกี่ยวกับการสังเกต พฤติกรรมของผู้รับการทดสอบในบางสถานการณ์ แบบทดสอบประเภทนี้ต่างจากประเภทแรกตรงที่ผู้ ที่เข้ารับการทดสอบไม่ต้องพยายามทำงานอะไรบางอย่าง แต่เป็นการถูกสังเกตและประเมินพฤติกรรม ในบางสถานการณ์ เช่น การเข้าสังคม พฤติกรรมการทำงาน การสัมภาษณ์ก็อาจจัดอยู่ในกลุ่มนี้

กลุ่มที่ 3 Self Reports เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ตอบรายงานเกี่ยวกับตนเอง เช่น ความรู้สึก ทศนคติ ความเชื่อ แบบทดสอบบุคลิกภาพ แบบสอบถาม แบบสำรวจความคิดเห็น การตอบ คำถามประเภทนี้ อาจจะไม่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ตอบก็ได้ การทดสอบบางอย่าง เช่น การ สัมภาษณ์ อาจเป็นการผสมกันระหว่าง Behavior Observation และ Self Reports เพราะการถาม คำถามในการสัมภาษณ์อาจเกี่ยวข้องกับความรู้สึก ความคิด และทัศนคติ และในขณะเดียวกันผู้ สัมภาษณ์ ก็สังเกตพฤติกรรมของผู้ถูกสัมภาษณ์ด้วย การประเมินตนเองจะช่วยให้ผู้เรียนได้พัฒนา ตนเองด้านทักษะ การเรียนรู้ คุณภาพของผลงาน (วิชัย วงษ์ใหญ่ และมารุต พัฒนพล, 2562)

สุจิตรา ปทุมลังการ (2552) กล่าวถึง วิธีการประเมินผลบนฐานสมรรถนะ (Competency – based Assessment) จะใช้วิธีการที่หลากหลาย ได้แก่

- (1) การสังเกต (Observation)
- (2) รายการประเมิน (Checklist)
- (3) การสาธิตและการตั้งคำถาม (Demonstration and Question)
- (4) แบบทดสอบและข้อสอบอัตนัย (Pen and Paper Test and Essays)
- (5) การสอบปากเปล่า (Oral Test)
- (6) การทำโครงการ (Projects)
- (7) สถานการณ์จำลอง (Simulations)
- (8) แฟ้มผลงาน (Portfolios)
- (9) การประเมินผลโดยใช้คอมพิวเตอร์

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (2564) กล่าวถึงการประเมินบนฐานสมรรถนะ จำเป็นจะต้องใช้เทคนิค/วิธีการที่ใช้ในการประเมินตามสภาพจริง เพื่อสังเกตการการกระทำ รวมถึง การแสดงออกหลากหลายด้านของนักเรียนตามสภาพความเป็นจริง รวมถึงเลือกวิธีการที่หลากหลาย ในการประเมินการเรียนรู้ เช่น

- (1) การสังเกตการทำงานเดี่ยวและการทำงานกลุ่ม (Observation) เป็นการ ประเมินร่วมด้วยกับการประเมินภาคปฏิบัติและการประเมินตามสภาพจริง

(2) การสอบถาม สัมภาษณ์ (Interview, Questioning) โดยใช้การมีปฏิสัมพันธ์ พูดคุยเพื่อพัฒนาการเรียนรู้รวมถึงการประเมินการเรียนรู้ การสัมภาษณ์สามารถตรวจสอบความเข้าใจได้ลึกซึ้งกว่าการวัดประเมินผลที่เป็นการสื่อสารทางเดียว

(3) การมอบหมายงาน (Assignment) เป็นการประเมินที่เกิดจากการมอบหมายงานให้ศึกษาด้วยตนเอง

(4) การทดสอบ (Testing) เป็นการประเมินที่เป็นทางการ โดยใช้รูปแบบการทดสอบที่เป็นปรนัยและอัตนัย สามารถใช้ในการตรวจสอบความเข้าใจ ตรวจสอบความคลาดเคลื่อนในการเรียนรู้ ใช้วัดคุณลักษณะด้านพุทธิพิสัย แบบทดสอบแบบอัตนัยจะเป็นที่นิยมใช้ในการวัดสมรรถนะการคิดขั้นสูงได้

(5) การบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม (Attendance)

(6) การใช้แฟ้มสะสมงาน (Portfolio)

(7) การประเมินภาคปฏิบัติ (Performance Assessment) เป็นการประเมินที่ต้องสังเกตการวางแผน ตามสถานการณ์จำลองที่กระตุ้นให้ผู้เรียนได้แสดงพฤติกรรมที่ผ่านการฝึกฝนที่ได้เรียนรู้มาแล้ว

(8) การประเมินผลตามสภาพจริง (Authentic Assessment) เป็นการประเมินที่มีความใกล้เคียงกับการประเมินภาคปฏิบัติ โดยการบูรณาการสมรรถนะที่สำคัญเพื่อแสดงออกในสถานการณ์ความเป็นจริงหรือสถานการณ์ที่ต้องเผชิญในชีวิตประจำวัน

(9) การประเมินผลในสถานที่ทำงานจริง (Workplace Assessment)

(10) การประเมินแบบศูนย์การประเมิน (Assessment Center) เป็นการประเมินสมรรถนะที่ประกอบด้วยสถานการณ์จำลองที่ออกแบบกิจกรรมเพื่อให้ผู้ประเมินได้แสดงออกถึงสมรรถนะแฝงที่อยู่ในตัวของผู้เรียน ในลักษณะฐานปฏิบัติกิจกรรม

(11) การประเมินตนเอง (Self - Assessment) โดยตนเองพิจารณาความสามารถของตน สร้างความตระหนักหรือรับรู้ถึงจุดเด่นและจุดที่ควรได้รับการพัฒนาของตนเอง เพื่อให้ได้สารสนเทศในการฝึกฝนพัฒนาตนเองต่อไปในอนาคต

(12) การประเมินเพื่อน (Peer Assessment) ผู้ประเมินสามารถให้ข้อมูลจุดเด่น จุดที่ต้องพัฒนาแก่เพื่อน อีกทั้งผู้ประเมินเองก็สามารถนำบทเรียนการประเมิน กลับมาพัฒนาตนเองต่อไป

Cowan et al. (2008) กล่าวว่าเครื่องมือประเมินสมรรถนะแบบการสังเกต (observation) อาจลำสมัยเนื่องจากการปฏิบัติหน้างานเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัต ผู้ประเมินอาจมีอคติใช้มาตรฐานสูงทักษะบางอย่างไม่สามารถมองเห็นได้จากการสังเกต เช่น การสื่อสารอวัจนภาษา ส่วนการประเมินทางคลินิกมีค่าใช้จ่ายสูงและสร้างความกดดันต่อผู้ถูกประเมิน การประเมินด้วยการจำลองสถานการณ์ มีความตรงที่ดี แต่ไม่ได้รับประกันว่า สมรรถนะจากการจำลองสถานการณ์ จะ

สะท้อนสมรรถนะในสถานการณ์จริงเพียงไร จึงได้เลือกวิธีประเมินสมรรถนะแบบประเมินตนเอง (self-assessment tool) ในการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อรองรับการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการพยาบาลในทวีปยุโรป ซึ่งในบางประเทศขาดแคลนบุคลากร จึงต้องพัฒนาสมรรถนะให้เหมาะสมในแต่ละประเทศ ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยค่า Cronbach' alpha coefficient มีค่า 0.96 ถือว่ามีระดับความน่าเชื่อถือในระดับดีเยี่ยม และตรวจสอบความตรงของเนื้อหาที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

Colthart et al. (2008) ได้กล่าวถึงการประเมินตนเอง (Self-assessment) ว่ามีการใช้คำในหลายรูปแบบ เช่น “self-rating”, “self-audit”, “self-report”, “self-perception” or “self-knowledge” เป็นกระบวนการประเมินที่มีความเป็นรูปธรรม และสมจริงสำหรับการประเมินคุณลักษณะและความสามารถของบุคคล โดยเทียบกับค่าบรรทัดฐานต่าง ๆ ที่ตนเองรับรู้

Boud (1995) กล่าวว่า การประเมินตนเองประกอบด้วย การตัดสินใจเกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติที่คาดหวัง และการตัดสินใจเกี่ยวกับคุณภาพของการปฏิบัติ โดยมีความสัมพันธ์กับมาตรฐานความเที่ยงตรง ซึ่งการประเมินตนเอง จะช่วยสร้างภาพจำ ถึงความกระตือรือร้นของแต่ละบุคคลเพื่อพัฒนาความรู้ทักษะ ความสามารถในการปฏิบัติงาน และเป็นฐานคิดในการพัฒนาต่อไปในอนาคต อีกทั้งการมีวิธีการเพื่อทราบจุดแข็ง และจุดอ่อนของตนเอง ทำให้แต่ละบุคคลสามารถกำหนดเป้าหมายที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลได้ และจะสร้างแรงบันดาลใจในการพัฒนาสมรรถนะให้ดีขึ้น

Doi and Hosoda (2021) ได้ศึกษาพัฒนาและตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยาของเครื่องมือประเมินตนเอง ในกลุ่มอาจารย์พยาบาลในประเทศญี่ปุ่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ พบว่ามี 11 ด้าน ตัวชี้วัด 82 ข้อ เครื่องมือมีความเชื่อมั่นในระดับดี โดยมีค่าอัลฟาครอนบาค แต่ละด้านระหว่าง 0.86 - 0.98 และนำไปทดสอบซ้ำอีกครั้ง มีค่าความตรงของเนื้อหา (correlation coefficient = 0.57 - 0.80)

สรุปได้ว่า การประเมินสมรรถนะเป็นการประเมินตามสภาพจริง (Authentic Assessment) ซึ่งวิธีการประเมินตนเอง (Self - Assessment) เป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะของ อสม. เนื่องจากการประเมินสมรรถนะ อสม. มีเป้าหมายเพื่อให้ อสม. ได้พิจารณาความสามารถตนเอง สร้างความตระหนักการพัฒนาตนเอง และรับรู้ถึงจุดเด่น จุดที่ควรได้รับการพัฒนาของตนเอง ประหยัดงบประมาณ ลดขั้นตอนเนื่องจาก อสม.มีจำนวนมาก กระจ่ายในหลายพื้นที่และหน่วยงาน จะนำไปสู่การพัฒนาตนเองหลากหลายรูปแบบ อาจไม่จำเป็นต้องรอการสั่งการฝึกอบรมจากหน่วยงานภาครัฐเสมอไป

3) ประโยชน์การประเมินสมรรถนะ (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2548)

3.1) ช่วยให้การคัดสรรบุคคลที่มีลักษณะดีทั้ง ความรู้ ทักษะ และความสามารถ ตลอดจนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับงานเพื่อปฏิบัติงานให้สำเร็จตามความต้องการขององค์กร

3.2) ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทราบถึงระดับความสามารถของตัวเองว่าอยู่ในระดับใดและจะต้องพัฒนาในเรื่องใดช่วยให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองมากขึ้น

3.3) ไขประโยชน์ในการพัฒนาฝึกอบรมแกพนักงานในองคการ

3.4) ช่วยสนับสนุนให้ตัวชี้วัดหลักบรรลุปาหมาย เพราะสมรรถนะจะเป็นตัวบ่งบอกได้ว่า ภาตองการใบบรรลุปาหมายตามตัวชี้วัดแลว จะตองใชสมรรถนะตัวใหนบาง

3.5) ปองกันไมใหลงานเกิดจากโชคะตาเพียองยงเดียว

3.6) ช่วยให้เกิดการหล่อหลอมไปสู่สมรรถนะองค์การที่ดีขึ้น เพราะถ้าทุกคนปรับสมรรถนะของตัวเองให้เข้ากับผลงานที่องค์การต้องการ ในระยะยาวก็จะส่งผลให้เกิดเป็น สมรรถนะเฉพาะขององค์การนั้น การประเมินความสามารถเชิงสมรรถนะ (competency assessment) หรืออาจเรียกว่า Gap analysis หมายถึงการประเมินขีดความสามารถของบุคลากร เทียบกับมาตรฐานความสามารถของตำแหน่ง ว่าบุคลากรผู้นั้นมีความสามารถได้ตามมาตรฐาน ต่ำกว่า หรือสูงกว่า เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาต่อไป

4) ขั้นตอนการประเมินสมรรถนะ

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (2564) จำแนกขั้นตอนการประเมินสมรรถนะประกอบด้วย

(1) การกำหนดสมรรถนะให้มีความชัดเจนในระดับพฤติกรรมที่สังเกตได้ (What) โดยระบุเกณฑ์การปฏิบัติที่ดีให้ชัดเจน (Performance Criterion) ซึ่งสิ่งที่จะต้องประเมินอาจเป็น กระบวนการ (Process) หรือผลงาน (Product) รวมถึงลักษณะกลุ่มเป้าหมายในการประเมินทั้งในระดับรายบุคคล (Personal Level) หรือ รายกลุ่ม (Group Level)

(2) การออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้หรือการพัฒนาสมรรถนะร่วมกับการประเมินสมรรถนะ หรือการกำหนดสถานการณ์ในการประเมินที่เกิดพฤติกรรมแบบองค์รวมหรือบูรณาการร่วมกับสมรรถนะย่อยอื่น

(3) กำหนดลักษณะการประเมิน (Assessment Specification) ซึ่งประกอบด้วยวิธีการประเมิน กรอบการประเมินที่เป็นตัวแทนของพฤติกรรมที่ใช้ในการวัดสมรรถนะได้อย่างครบถ้วนครอบคลุมเกณฑ์การประเมินหรือเกณฑ์การให้คะแนน และกำหนดน้ำหนักคะแนน รวมถึงการกำหนดผู้มีส่วนร่วมในการประเมิน และอาจมีส่วนร่วมในการร่วมสร้างเกณฑ์การให้คะแนนดังกล่าวได้

(4) ดำเนินการประเมินตามสถานการณ์การประเมินที่กำหนด เพื่อใช้เป็นหลักฐาน (Evidence) ในการสะท้อนระดับการพัฒนาของสมรรถนะที่ต้องการประเมิน

(5) แปลผลการให้คะแนนรวมถึงการสะท้อนข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับในการพัฒนาผู้เรียน และการพัฒนากิจกรรมการพัฒนาและการประเมินนั้น

จากขั้นตอนการประเมินสมรรถนะ (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2564) จะเห็นได้ว่าขั้นตอนแรก คือการกำหนดสมรรถนะให้มีความชัดเจนในระดับพฤติกรรมที่สังเกตได้ ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญของการประเมินสมรรถนะ โดยต้องมีรายละเอียดของสมรรถนะแต่ละด้าน ต้องมีเนื้อหาที่เป็นกรอบมาตรฐานสมรรถนะ ซึ่ง สุจิตรา ปทุมลังการ (2552) ได้นิยาม กรอบมาตรฐานสมรรถนะ คือข้อกำหนดความรู้ และทักษะ และนำความรู้และทักษะนั้น ๆ ไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน โดยปฏิบัติให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด โดยควรประกอบด้วย

1) หน่วยสมรรถนะ (Unit of Competency) เป็นขอบข่ายกว้าง ๆ (Broad Area) ของงาน (Job) ในอาชีพหนึ่ง ๆ ที่ต้องปฏิบัติ

2) สมรรถนะย่อย (Element of Competency) เป็นภาระงานย่อย (Task) ที่ประกอบขึ้นภายใต้งานในหน่วยสมรรถนะนั้น ๆ

3) เกณฑ์การปฏิบัติ (Performance Criteria) เป็นกิจกรรมย่อย ๆ ภายใต้สมรรถนะย่อย ซึ่งคาดหวังว่าผู้เรียนจะสามารถปฏิบัติได้

4) เงื่อนไข / ขอบเขตการปฏิบัติ (Condition / Range of Variable)

สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ (2549) กล่าวถึงรายละเอียดของสมรรถนะควรประกอบด้วย

1) ความหมายและคำจำกัดความของสมรรถนะนั้น ๆ (Competency Names and Definitions)

2) กลุ่มหรือหมวดหมู่ของสมรรถนะ (Competency Categories)

3) ตัวชี้วัดพฤติกรรมและระดับพฤติกรรมที่วัดประเมินได้ (Behavioral Indicators and Proficiency Scales)

ชูชัย สมิทธิไกร (2556) กล่าวถึงองค์ประกอบของการจัดทำสมรรถนะ ได้แก่

1) ตัวแบบสมรรถนะ (Competency Model) เป็นกรอบแนวคิดที่จะแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงและเหตุผลของการจัดทำระบบสมรรถนะของหน่วยงาน ซึ่งจะเริ่มต้นจากการนำวิสัยทัศน์ พันธกิจ กลยุทธ์ วัฒนธรรมองค์กรและปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาเป็นตัวตั้งสมรรถนะขององค์กร (Organization Competency) เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อวิสัยทัศน์พันธกิจ กลยุทธ์ และเป้าหมายดังกล่าว

2) ประเภทของสมรรถนะ (Competency Categories) ซึ่งประกอบด้วย สมรรถนะ 3 ประเภท ได้แก่ สมรรถนะหลัก สมรรถนะตามสายงาน และสมรรถนะตามบทบาท

3) ชื่อและนิยามของสมรรถนะ (Competency Name and Definition) สมรรถนะแต่ละด้านจะต้องมีชื่อเรียกและมีคำนิยามหรือความหมายที่ชัดเจน เพื่อที่จะสื่อให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคนมีความเข้าใจตรงกัน

4) ระดับความเชี่ยวชาญ (Proficiency Scale) คือ ระดับของความสามารถ หรือระดับพฤติกรรมของสมรรถนะในแต่ละด้าน ซึ่งจะนำไปใช้เป็นหลักในการกำหนดว่าบุคลากรในองค์กรจำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญในสมรรถนะแต่ละด้านมากน้อยเพียงไร ซึ่งโดยทั่วไปจะกำหนดระดับของพฤติกรรมไว้ 4 - 6 ระดับ

5) ตัวชี้วัดเชิงพฤติกรรม (Behavioral Indicators) คือ สิ่งที่จะบ่งบอกว่าบุคคลากรแต่ละคนมีระดับความเชี่ยวชาญหรือระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับที่ต้องการหรือไม่

สรุปได้ว่า ขั้นตอนการประเมินสมรรถนะที่สำคัญคือขั้นตอนแรก การกำหนดกรอบแนวคิดกำหนดตัวแปร และรายละเอียดภายในของสมรรถนะ เช่น ชื่อสมรรถนะ ความหมายหรือคำจำกัดความ สมรรถนะย่อยในแต่ละด้าน เกณฑ์การปฏิบัติหรือเกณฑ์พฤติกรรม ซึ่งเมื่อพิจารณามาตรฐานสมรรถนะของ อสม. ที่กำหนดไว้ พบว่ายังขาดรายละเอียดขององค์ประกอบสมรรถนะในแต่ละด้าน ขาดความชัดเจนในระดับพฤติกรรมที่จะนำมาสู่การกำหนดเกณฑ์การวัดประเมินได้ การศึกษาพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. จึงได้กำหนดให้มีการศึกษาองค์ประกอบของสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ในระยะที่ 1 เพื่อให้ได้รายละเอียดและความชัดเจนขององค์ประกอบสมรรถนะในแต่ละด้าน ก่อนจะนำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะของ อสม.

5) เกณฑ์การประเมินสมรรถนะ

สามารถทำได้หลายวิธี แต่วิธีที่มีการใช้กันบ่อย ได้แก่ แบบประเมินที่ใช้ความถี่ในการกำหนดคะแนน และแบบประเมินที่ใช้พฤติกรรมในการกำหนดระดับคะแนน นอกจากนี้ยังมีการประเมินแบบอื่น ๆ เช่น การเลือกรายการพฤติกรรมที่กำหนด แต่ไม่มีแบบประเมินใดที่ดีเหนือกว่าอย่างชัดเจน การเลือกแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับพิจารณาข้อดี ข้อด้อย ของการประเมินแต่ละแบบ โดยแบ่งมาตรการประเมิน 2 แบบ คือ (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2548)

1) แบบประเมินที่ใช้ความถี่ในการกำหนดคะแนน หรือปริมาณกำหนดระดับ (Likert Scale) มีการกำหนดพฤติกรรมที่แสดงถึงสมรรถนะที่พึงประสงค์ แล้วมาเขียนเป็นมาตรประเมิน อาจแบ่งเป็นระดับ น้อยมาก น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด การกำหนดระดับประเมินตามแบบดังกล่าว มีความเป็นอัตนัยมาก เพราะระดับน้อยของแต่ละคนอาจไม่เหมือนกัน การแก้ปัญหาด้วยการให้ความหมายของระดับต่าง ๆ ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังภาพที่ 2

น้อยมาก หมายถึง มีพฤติกรรม ประมาณ 0 - 20% ของพฤติกรรมโดยรวม

น้อย หมายถึง มีพฤติกรรมประมาณ 20 - 40% ของพฤติกรรมโดยรวม

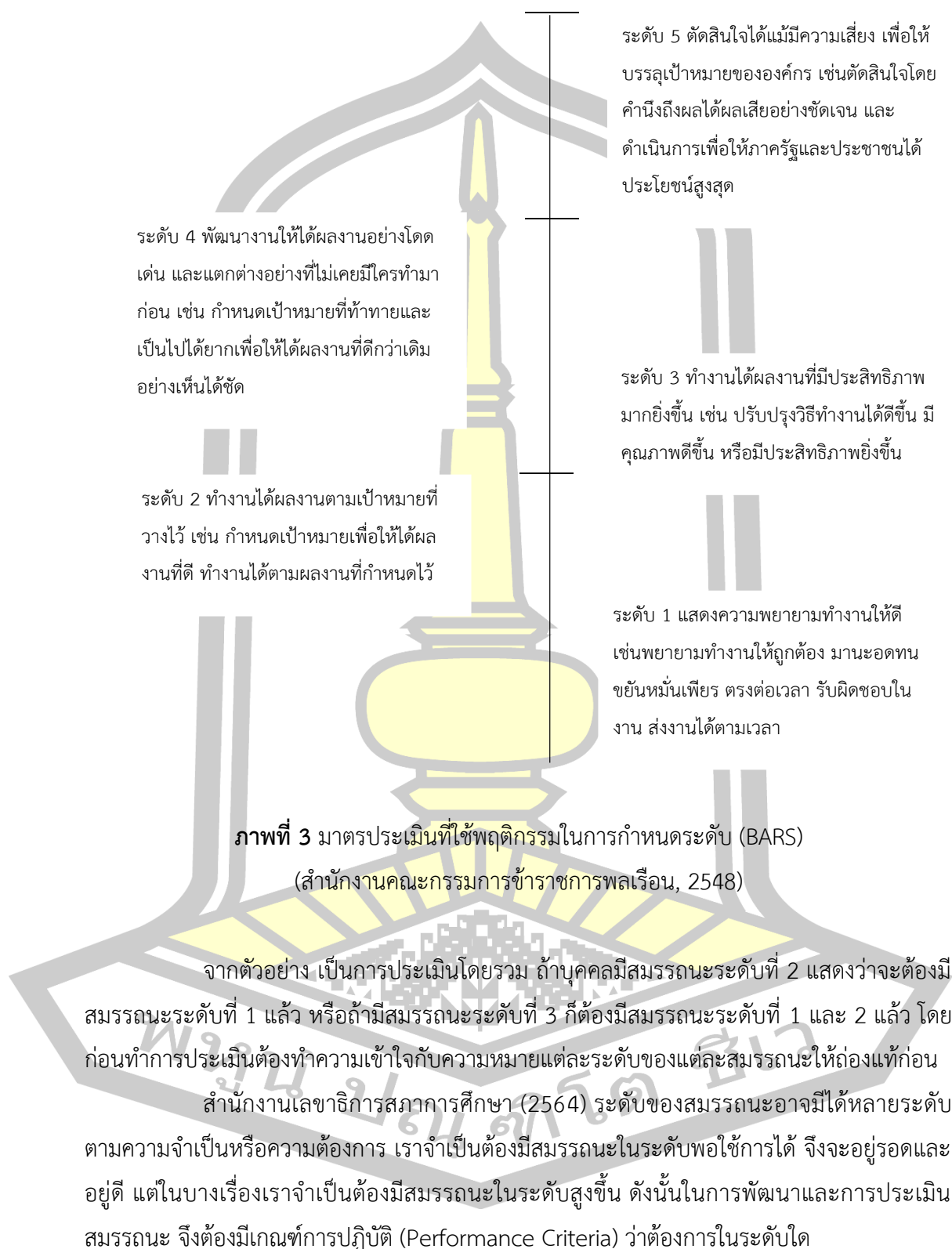
ปานกลาง หมายถึง มีพฤติกรรมประมาณ 40 - 60% ของพฤติกรรมโดยรวม
 มาก หมายถึง มีพฤติกรรมประมาณ 60 - 80% ของพฤติกรรมโดยรวม
 มากที่สุด หมายถึง มีพฤติกรรมประมาณ 80 - 100% ของพฤติกรรมโดยรวม

รายการพฤติกรรม	ระดับพฤติกรรมในการทำงาน				
	น้อยมาก	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. มีความขยัน อดทน และตรงต่อเวลา					
2. มีความรับผิดชอบ ส่งงานได้ตามกำหนดเวลา					

ภาพที่ 2 การประเมินที่ใช้ความถี่ หรือ Likert Scale

2) มาตรฐานที่ใช้พฤติกรรมในการกำหนดระดับ หรือ Behaviorally Anchored Rating Scale-BARS กำหนดพฤติกรรมเป็นระดับในการประเมิน ตัวอย่างดังภาพที่ 3





โดยสรุป แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะและการประเมินสมรรถนะได้ว่า สมรรถนะ หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติงาน และการแสดงออกทางพฤติกรรม ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้นำความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่ตนมีไปใช้ในการทำงาน การแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ จนเกิดความชำนาญและความมั่นใจ สมรรถนะมี 2 ประเภท คือ สมรรถนะหลัก (Core Competency) ที่เป็นสมรรถนะพื้นฐานที่บุคคลในกลุ่มองค์กรจำเป็นต้องมี และสมรรถนะอื่น ๆ เมื่อพิจารณามาตรฐานสมรรถนะ อสม. ตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตรอบรม อสม.ใหม่ ปี 2550 ที่คาดหวังให้ อสม.ทุกคนต้องสามารถปฏิบัติได้ และจะถูกพัฒนาเป็นสมรรถนะสำคัญตามเป้าหมายของการศึกษานี้ จึงจัดอยู่ในกลุ่มของสมรรถนะหลัก (Core Competency) ซึ่งการศึกษานี้ใช้กระบวนการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ(Competency - based Assessment) โดยออกแบบประเมินที่ใช้ความถี่ในการกำหนดคะแนน (Likert Scale) ด้วยวิธีการประเมินตนเอง (Self - Assessment) ซึ่งเป็นวิธีที่ อสม.สามารถนำไปใช้ในการประเมินตนเองได้ไม่ยากมากนักและไม่ซับซ้อนในการทำความเข้าใจแบบประเมิน โดยเน้นประเมินพฤติกรรมในการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้น เปรียบเสมือนการประเมินข้าราชการ การปฏิบัติงาน (re-accredit) และถือเป็นการพัฒนาศักยภาพของ อสม. รูปแบบหนึ่ง โดยเน้นการประเมินเพื่อการเรียนรู้ (assessment) ไม่เน้นการประเมินเพื่อตัดสินคุณค่า และเมื่อพิจารณามาตรฐานสมรรถนะ อสม. 7 ด้านที่กำหนดไว้ พบว่ายังขาดรายละเอียดขององค์ประกอบสมรรถนะในแต่ละด้าน ขาดความชัดเจนในระดับพฤติกรรมที่จะนำมาสู่การกำหนดเกณฑ์การวัดประเมินได้ การศึกษาการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. จึงได้กำหนดให้มีการศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. เป็นระยะที่ 1 เพื่อให้ได้รายละเอียดและความชัดเจนขององค์ประกอบสมรรถนะในแต่ละด้าน ต่อมาในระยะที่ 2 จึงเป็นการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย

2.4 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ

การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ ซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญในการที่จะให้มีเครื่องมือประเมินที่มีคุณภาพ และผลการประเมินสมรรถนะมีความน่าเชื่อถือ หากการพัฒนาเป็นไปตามขั้นตอนกระบวนการวิจัยที่ถูกต้องและมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ดี ซึ่งมีผู้ให้นิยามถึงเครื่องมือประเมิน ไว้ดังนี้

2.4.1 ความหมาย

ศิริชัย กาญจนวาสี (2540) เครื่องมือประเมิน คือ ตัวประกอบ ตัวแปร หรือค่าที่สังเกตได้ ซึ่งใช้ในการประเมินคุณภาพ เพื่อสะท้อนลักษณะการดำเนินงานหรือผลการดำเนินงาน เครื่องมือมีความผูกพันกับเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งเป็นตัวตัดสินความสำเร็จหรือคุณค่าของการดำเนินงาน

พรพันธุ์ บุญรัตนพันธุ์ (2542) เครื่องมือประเมิน คือตัวแปร หรือกลุ่มของตัวแปรต่างๆ ที่สร้างขึ้นเพื่อวัดสภาวะอย่างหนึ่งออกมา และเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้ทราบถึงระดับ ขนาดความรุนแรงของปัญหา หรือสถานการณ์ที่ต้องการใช้เครื่องมือในการวัด

สมถวิล ชูทรัพย์ (2550) เครื่องมือประเมิน เป็นตัวแปรและตัวประกอบที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพเพื่อทราบคุณลักษณะของการดำเนินงานและสภาพปัจจุบันขององค์กรและ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการตัดสินใจ

สรุปความหมายของเครื่องมือประเมิน คือสิ่งที่สร้างขึ้นจากตัวแปร หรือกลุ่มของตัวแปร ที่สังเกตได้ เพื่อวัดสิ่งที่สนใจศึกษา โดยอาจเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือมาตรฐานเพื่อทราบสภาพ ของผลการวัด

2.4.2 ประโยชน์การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ

สมชาติ ไตรรักษา (2543) กล่าวว่าประโยชน์ของการพัฒนาเครื่องมือประเมิน คือ

- 1) เป็นสิ่งจำเป็นต้องมีในการทำงาน
- 2) เป็นสิ่งที่ช่วยกำหนดเป้าหมายของการทำงานให้ชัดเจน
- 3) เป็นพื้นฐานของการพัฒนางาน
- 4) ช่วยให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของงานอย่างต่อเนื่อง ช่วยในการวางแผนควบคุม ประเมินผลการดำเนินงาน และปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานให้เหมาะสม

สมเกียรติ โพธิ์สัตย์ (2559) กล่าวว่าประโยชน์ของการพัฒนาเครื่องมือ คือ

- 1) เป็นเครื่องมือในการติดตามคุณภาพ จึงช่วยจึงช่วยให้สามารถธำรงรักษาระบบให้ มีความสม่ำเสมอไม่แปรปรวน
- 2) ใช้เป็นตัวบ่งบอกให้ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง โดยการวิเคราะห์ค่าของตัวชี้วัดว่ามีความเหมาะสม สอดคล้องกับทรัพยากรกระบวนการที่ใช้หรือไม่ และมีความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ พันธกิจ วิสัยทัศน์ขององค์กรหรือไม่ สมควรที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอย่างไร
- 3) ทำให้รู้จักตนเองและสามารถประเมินสถานการณ์ปัจจุบันได้
- 4) แสดงให้เห็นถึงผลการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรม และเป็นเครื่องมือในการ ติดตามการปฏิบัติงาน
- 5) เป็นการค้นหาโอกาสพัฒนา วางแผนการฝึกอบรมให้แก่บุคลากรและจัดสรร ทรัพยากรบนพื้นฐานของผลการปฏิบัติงาน
- 6) เป็นการสร้างโอกาสในการเรียนรู้ร่วมกัน และเป็นเครื่องมือในการเปรียบเทียบ ผลงาน

2.4.3 ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ

การพัฒนาแบบประเมินตามแนวคิดของ Springer et al. (1998) เป็นการพัฒนาแบบประเมินด้วยวิธีมาตราประมาณค่า แบบยึดพฤติกรรมแบบประเมิน มีขั้นตอนดังนี้

1) ทบทวนวรรณกรรมและกำหนดนิยามในแต่ละองค์ประกอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
ยืนยัน

2) สร้างรายการสมรรถนะย่อยในแต่ละองค์ประกอบแล้วนำมาจัดหมวดหมู่

3) ตรวจสอบยืนยันการจัดกลุ่มในแต่ละพฤติกรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิใช้เกณฑ์ความสอดคล้องของความคิดเห็น 2 ใน 3 ของผู้ตัดสินเกณฑ์

4) แปลงพฤติกรรมให้อยู่ในรูปของมาตรวัดโดยกำหนดเป็นมาตราประมาณค่า 5
ระดับเพื่อสอบถามระดับความสำคัญของสมรรถนะ

5) นำผลการยืนยันโดยผู้ทรงคุณวุฒิมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน

6) ตรวจสอบมาตรวัดของแบบประเมินโดยนำมาหาความตรงและความเที่ยง
ตามแนวคิดของ สุวิมล ว่องวานิช (2546) มีขั้นตอนดังนี้

1) การวิเคราะห์ขอบเขตของงานเพื่อกำหนดองค์ประกอบและรายการพฤติกรรม
บ่งชี้สมรรถนะในแต่ละองค์ประกอบ

2) เลือกรูปแบบเครื่องมือที่ใช้เป็นมาตรวัดการประเมินพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสิ่งที่
ต้องการวัดประเมิน

3) การสร้างรายการพฤติกรรมสมรรถนะย่อย คำอธิบายลักษณะพฤติกรรมและจัด
ข้อรายการสมรรถนะให้เป็นหมวดหมู่

4) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนประเมินสมรรถนะและสร้างคู่มือในการให้คะแนน

5) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วยความตรงและความเที่ยงของแบบ
ประเมิน

6) กำหนดเกณฑ์การตัดสินผลการประเมิน

ตามแนวคิดของ บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2555) ประกอบด้วย 16 ขั้นตอน คือ

1) ระบุตัวแปร (define the variable) ที่ผู้วิจัยต้องการสร้างแบบประเมินหรือ
ตัวแปร ที่ผู้วิจัยต้องการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูล

2) ระบุนิพจน์ของตัวแปร (define the concept) หรือแนวคิดของตัวแปรจะต้อง
สอดคล้อง กับตัวแปรที่ศึกษา ด้วยการทบทวนวรรณกรรมให้ครอบคลุมและพิจารณาคัดเลือกแนวคิด
หรือทฤษฎีที่เหมาะสมกับตัวแปรที่ศึกษา

3) ระบุคำนิยามเชิงปฏิบัติการ (define the operation definition) นิยามของตัวแปรต้องเป็นคำนิยามที่สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีของตัวแปร ต้องเขียนในลักษณะที่สามารถประเมินได้ หรือสังเกตได้ นอกจากนี้ต้องเป็นคำนิยามที่สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของตัวแปรที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในงานวิจัย

4) ออกแบบมาตรวัด (design the scale) มาตรวัดเครื่องมือมีหลายลักษณะเช่น แบบสำรวจรายการ (checklist) แบบจัดอันดับ (rank order) แบบมาตราประเมินค่า (rating scale) มาตรวัดลิเคิร์ต (likert scale) และแบบ doubly anchored visual analog scale การออกแบบมาตรวัดเครื่องมือวิจัย แบบสอบถาม ควรเลือกลักษณะมาตรวัดให้เหมาะสมกับตัวแปรที่ต้องการสร้างเครื่องมือ

5) ระบุมิติหลักและมิตีย่อย (define the domain and sub-domain content) ต้องสอดคล้องกับนิยาม เชิงปฏิบัติการของตัวแปร ซึ่งในขั้นตอนนี้ต้องกำหนดน้ำหนักความสำคัญของมิติด้วย

6) ร่างคำถาม (drafting the item content) ต้องคำนึงถึงความสอดคล้องระหว่างสาระในข้อคำถามกับเนื้อหาของมิติหลัก และให้มีความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ

7) เรียงลำดับคำถาม (sequence the questions) ยึดหลักการเรียงจากเรื่องง่ายไปยังคำถามที่ยาก เรียงคำถามเป็นหมวดหมู่หรือมิติ

8) เสาหาผู้ทรงคุณวุฒิ (seek the content experts) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยคำนึงถึงเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิที่ต้องมีความรู้ ประสบการณ์ที่ตรงในเนื้อหาตัวแปรที่ศึกษา จำนวนของผู้ทรงคุณวุฒิควรมีจำนวนระหว่าง 3 - 20 คน

9) การพิจารณาความตรง (validity judgment) โดยพิจารณาความสอดคล้องของสาระในคำถามกับ นิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร และเมโนทัศน์ของตัวแปร โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้วยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index : CVI) ค่า CVI ที่ยอมรับได้คือ 0.80 ข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ ระดับ 3 ควรปรับปรุงแก้ไขให้มีความสอดคล้อง ข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ ระดับ 1, 2 ยังไม่ควรตัดทิ้ง ให้นำมาปรับปรุงแก้ไข (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2550)

10) ปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ (modified accordingly)

11) การวิเคราะห์องค์ประกอบของสมรรถนะ นำเครื่องมือไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง และหาความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) ด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

12) วิเคราะห์รายข้อ (item analysis) เพื่อหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยการ หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนจากคำถามหนึ่ง ๆ กับคะแนนข้อคำถามทั้งฉบับ (corrected item total correlation) โดยกำหนดค่า corrected item total correlation $\geq .30$ ขึ้นไป

จัดว่าเป็นคำถามที่ดี จากนั้นวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป (DeVellis, 2003)

13) นำแบบสอบถามไปใช้ในภาคสนาม (perform a field test) ในกลุ่มที่มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนไม่น้อยกว่า 30 คน เพื่อตรวจสอบความเป็นปรนัยของข้อคำถาม

14) การวิเคราะห์รายข้อ (item analysis) วิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาควรมีค่าความเที่ยงมากกว่า 0.70

15) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (psychometric testing) โดยองค์ประกอบใหม่ที่เป็นตัวบ่งชี้ของสมรรถนะ มาพัฒนาเป็นแบบประเมินสมรรถนะฉบับสมบูรณ์ ด้วยวิธีการหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) กับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนมากกว่า 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยง (reliability) กับกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 คน เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค

16) กำหนดเกณฑ์การประมวลระดับสมรรถนะ

ตามแนวคิดของ พัทรินทร์ ชมภูวิเศษ (2559) การสร้างเครื่องมือวัดและประเมินผลด้านจิตพิสัย มีขั้นตอนดำเนินงาน ดังนี้

- 1) กำหนดสิ่งที่วัดให้ชัดเจนว่าต้องการวัดอะไร
- 2) นิยามความหมายของสิ่งที่วัดให้ชัดเจนว่ามีคุณลักษณะอย่างไร ทำได้โดยการวิเคราะห์ ศึกษา ค้นคว้า ถามผู้รู้เพื่อให้ได้ขอบเขตของคุณลักษณะของสิ่งที่ต้องการวัดนั้น
- 3) สร้างข้อความ โดยเขียนให้ครอบคลุมคุณลักษณะทุกด้าน คุณลักษณะแต่ละด้านอาจมีหลายข้อ แล้วนำข้อความที่ได้มาสร้างเป็นเครื่องมือวัด
- 4) นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง
- 5) นำผลที่ได้มาวิเคราะห์ตามเทคนิควิธีของแต่ละชนิดของเครื่องมือวัด
- 6) ปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้ วิเคราะห์จนแน่ใจในคุณภาพของเครื่องมือ
- 7) สร้างเกณฑ์การให้คะแนน และเขียนคู่มือการใช้เครื่องมือวัดนั้น

พิมพ์วิมล สุวรรณโน และคณะ (2560) ได้แบ่งขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะการวิจัยของอาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏ ภาคใต้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะด้วยการทบทวนวรรณกรรม สร้างแบบสัมภาษณ์ สัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามเชิงปริมาณ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะการวิจัย ตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 คน ด้วยแบบประเมินความเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการประเมินกับอาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา จำนวน 12 คน

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินรูปแบบการประเมินสมรรถนะการวิจัยด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (t-test one sample)

โดยสรุป การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ เป็นกิจกรรมที่สำคัญที่จะสามารถสร้างความน่าเชื่อถือของผลการประเมินสมรรถนะได้มาก หากการพัฒนาเป็นไปตามขั้นตอนและมีคุณภาพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการติดตามการทำงานให้มีความสม่ำเสมอ เป็นตัวบ่งบอกว่าควรจะมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอย่างไร ผู้รับการประเมินจะรู้จักตนเองมากขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้จึงนำขั้นตอนการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะมาประยุกต์ใช้ แบ่งเป็น 8 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดกรอบแนวคิดตัวแปรและนิยาม 2) ออกแบบข้อคำถามเชิงพฤติกรรม มาตรวัด ร่างข้อคำถาม 3) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญและหาค่าความตรงของเนื้อหา 3) ศึกษาองค์ประกอบด้วยการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ 5) วิเคราะห์ผลด้วยสถิติ factor analysis 6) พัฒนาเครื่องมือประเมินโดยนำผลการจัดองค์ประกอบใหม่มาออกแบบโครงสร้างเครื่องมือประเมิน 7) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้างโดยผู้เชี่ยวชาญ 8) นำไปใช้จริงในพื้นที่โดยการทดสอบภาคสนาม

2.4.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ประสพชัย พสุนนท์ (2558) กล่าวว่าเครื่องมือในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ที่สำคัญ คือ แบบสอบถาม แบบสอบถามที่มีคุณภาพควรมีคุณสมบัติ 8 ประการ คือ 1) ความเที่ยงตรง (Validity) 2) ความเชื่อมั่น (Reliability) 3) ความยากง่ายและอำนาจการจำแนก (Difficulty and Discrimination) 4) ความเป็นปรนัย (Objectivity) 5) ความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) 6) ความไว (Sensitivity) 7) ความเป็นมิติเดียว (One-dimensionality) และ 8) ความง่ายต่อการนำไปใช้ (Simplicity) อย่างไรก็ตาม ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น เป็นคุณสมบัติที่มีความสำคัญที่สุด (สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2547) จึงสรุปการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยความเที่ยงตรงดังนี้

ประสพชัย พสุนนท์ (2558) ให้ความหมายความเที่ยงตรง คือ คุณสมบัติของเครื่องมือที่สามารถวัด ในสิ่งที่ต้องการวัดได้ตามจุดมุ่งหมาย มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพและความถูกต้องของผลที่ได้จากการวัด สามารถนำคะแนนที่ได้ ไปแปลความหมายถึงสิ่งที่มุ่งวัดได้ 4 อย่างเหมาะสม ค่าที่วัดได้มีความแปรปรวนความคลาดเคลื่อนต่ำ ซึ่งในการจำแนกประเภทของความเที่ยงตรงนั้น มีผู้จำแนกไว้ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ๆ ดังนี้

กลุ่มแรก โดย Lyman (1963) แบ่งความเที่ยงตรงออกเป็น 4 ประเภท คือ ความเที่ยงตรงเชิงปรากฏ (Face Validity) ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความเที่ยงตรงเชิงประจักษ์ (Empirical Validity) และความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity)

กลุ่มที่สอง โดย Allen and Yen (1979) Anastasi (1982) และ Popham (1990) แบ่งความเที่ยงตรงออกเป็น 3 ประเภท คือ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง และความเที่ยงตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์(Criterion Related Validity)

กลุ่มที่สาม โดย Trochim (2006) และ Drost (2011) แบ่งความเที่ยงตรงออกเป็น 2 ประเภท คือ ความเที่ยงตรงเชิงตีความ (Translation Validity) และความเที่ยงตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์

ประสพชัย พสุนนท์ (2558) ได้สรุปและนำเสนอประเภทของความเที่ยงตรงโดยผสมผสานความเที่ยงตรงจากทั้ง 3 กลุ่ม โดยแบ่งความเที่ยงตรงออกเป็น 3 แบบ คือ 1) ความเที่ยงตรงเชิงตีความ 2) ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ และ 3) ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง กล่าวคือ

1) ความเที่ยงตรงเชิงตีความ (Translation Validity) แบ่งออกเป็น

1.1) ความเที่ยงตรงเชิงปรากฏ หรือความเที่ยงตรงอย่างผิวเผิน (Face Validity) เป็นวิธีที่ค่อนข้างอ่อนที่สุด ใช้การตัดสินใจด้วยอัตวิสัยของบุคคล ถึงความสมเหตุสมผลของนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร ผู้ประเมินควรต้องมีความน่าเชื่อถือระดับหนึ่งแต่ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประเมินดูอย่างผิวเผินว่าแบบสอบถามสามารถวัดได้จริงหรือไม่

1.2) ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เป็นวิธีที่มีคุณภาพ เป็นการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ความรู้ที่ต้องการสอบถาม ต้องมีความถูกต้องตามแนวคิดมีความครบถ้วนจำแนกสัดส่วนที่เหมาะสม มีการจัดหมวดหมู่ แบ่งออกเป็น 2 วิธี

1.2.1) ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item – Objective Congruence: IOC) ในการประเมินความเที่ยงตรงของแบบสอบถามด้วยค่า IOC โดยทั่วไปไม่มีเกณฑ์ในการกำหนดจำนวนของผู้เชี่ยวชาญ แต่มักมีจำนวนตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปและเป็นจำนวนคี่ โดยต้องมีความเชี่ยวชาญครอบคลุมประเด็นการวิจัย

1.2.2) ดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) พบมากในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ โดยมักกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 – 10 คน Davis (1992) ระบุว่าค่า CVI ควรมีค่าตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไปรวมกับความความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

2) ความเที่ยงตรงเชิงเกณฑ์สัมพันธ์ (Criterion – related Validity) เป็นวิธีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามกับลักษณะทางกายภาพและพฤติกรรม (Physiological and Behavioral Characters) ที่สัมพันธ์กับตัวแปรนั้น แบ่งออกเป็น 4 ประเภท

2.1) ความเที่ยงตรงตามสภาพ (Concurrent Validity) เป็นความเที่ยงตรงที่ใช้เกณฑ์เทียบความสัมพันธ์ที่เป็นสถานการณ์จริงด้วยแบบสอบถามเพื่อพิจารณาการดำเนินงานในปัจจุบัน การพิจารณาความเที่ยงตรงจะตรวจสอบค่า r จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นกับเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งสามารถวัดสภาพปัจจุบันได้

2.2) ความเที่ยงตรงเชิงพยากรณ์ (Predictive Validity) คือความเที่ยงตรงของแบบสอบถามที่มีความสามารถในการวัดลักษณะที่สนใจได้ตรงตามลักษณะของสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กล่าวคือความเที่ยงตรงเชิงพยากรณ์ต้องเก็บรวบรวมคะแนนจากแบบสอบถามไว้ก่อนแล้วทั้งระยะเวลาไว้สักระยะหนึ่งแล้วจึงนำผลคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปคำนวณค่า r

2.3) ความเที่ยงตรงเชิงเหมือน (Convergent Validity) เป็นการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นกับแบบสอบถามเดิมที่มีความเที่ยงตรงอยู่ก่อนแล้ว โดยที่แบบสอบถามเดิมไม่ใช่ประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการใช้ในการวิจัย แต่มีเนื้อหาหรือตัวแปรการวิจัยที่มีความเกี่ยวข้อง (Related) กัน พิจารณาความสอดคล้องแบบสอบถามผ่านเมทริกซ์หลายคุณลักษณะหลายวิธี (Multi-trait Multimethod Matrix : MTMM) ซึ่งค่า r ควรมีค่าสูงและเป็นแบบแปรผันตรง

2.4) ความเที่ยงตรงเชิงจำแนก (Discriminant Validity) จะมีวิธีการคล้ายกับความเที่ยงตรงเชิงเหมือน แต่การเลือกแบบสอบถามเดิมที่นำมาใช้คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะใช้แบบสอบถามที่วัดค่าตัวแปรที่มีลักษณะตรงกันข้ามกับตัวแปรการวิจัย ดังนั้น ค่าความสอดคล้องของแบบสอบถามที่พิจารณาจากค่า r จึงควรที่จะมีค่าสูงและเป็นแบบแปรผกผัน

3) ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) เป็นการตรวจสอบว่าแบบสอบถามมีความสามารถวัดพฤติกรรมได้ตรงตามโครงสร้างทฤษฎีหรือไม่ โดยการพิจารณาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างนั้น มี 3 วิธีดังนี้

3.1) การตรวจสอบเชิงเหตุผลโดยผู้เชี่ยวชาญ (Logical by Expert) เป็นการตรวจสอบโครงสร้างของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีองค์ความรู้ด้านนั้น ๆ เพื่อพิจารณาว่ากรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่นำไปใช้กำหนดเป็นโครงสร้างในการวัดมีความเหมาะสมหรือไม่ มีความคล้ายความเที่ยงตรงเชิงปรากฏและความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เพียงแต่การตรวจสอบเชิงเหตุผลโดยผู้เชี่ยวชาญนั้นเป็นการพิจารณาเฉพาะความเหมาะสมของโครงสร้างของแบบสอบถาม แต่หากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบทั้งเนื้อหาและโครงสร้างก็จะเข้าข่ายความเที่ยงตรงเชิงปรากฏหรือความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหามากกว่า

3.2) การตรวจสอบจากกลุ่มที่แตกต่างกัน (Known-Group Technique) เป็นการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ 2 กลุ่มที่มีลักษณะตรงข้ามกัน ผู้วิจัยควรทำการแยกกลุ่มให้ชัดเจนระหว่าง 2 กลุ่ม

3.3) การตรวจสอบจากตัวแบบสมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model : SEM) เป็นวิธีการทางสถิติในการยืนยันโครงสร้างของแบบสอบถาม โดยการสร้างตัวแบบที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝง (Latent Variable) และตัวแปรสังเกตได้ (Observed Variable) โดยเป็นการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงภายในและภายนอกที่ได้จากตัวแบบการวัดตัวแปรภายนอก (Exogenous Measurement Model) และตัวแบบการวัดตัวแปรภายใน (Endogenous

Measurement Model) (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) ดังนั้นในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วย SEM ผู้วิจัยต้องสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยที่ชัดเจนและนำมาจัดทำเป็นนิยามปฏิบัติการของตัวแปร จากนั้นจึงพิจารณาด้วยค่าสถิติต่าง ๆ ถึงความเที่ยงตรง ดังนี้

3.3.1) การตรวจสอบจากการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) การวิเคราะห์องค์ประกอบ แบ่งเป็น 1) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis : EFA) และ 2) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) สำหรับ EFA ภายหลังจากที่เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว โดยทั่วไปมักกำหนดจำนวนขององค์ประกอบจากค่าไอเกน (Eigen) ที่มีค่ามากกว่า 1 โดยพิจารณาค่าถ่วงน้ำหนักขององค์ประกอบ (Factor Loading) ในบางครั้งอาจพบว่าไม่สามารถจัดองค์ประกอบได้ วิธีการแก้ไข คือ ให้หมุนแกน (Rotate) ซึ่งมีวิธีคือ วิธี Orthogonal และวิธี Oblique เพื่อให้ค่าถ่วงน้ำหนักที่สัมพันธ์กับขนาดตัวอย่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

3.3.2) ตัวแบบไม่มีตัวแปรภายนอกสังเกตได้ (Non-observable Exogenous Variable Model) เป็นตัวแบบที่ประกอบด้วยตัวแปรภายนอกแฝง ตัวแปรภายในแฝง และตัวแปรภายในสังเกตได้เป็นองค์ประกอบ หรือในบางกรณีอาจไม่มีตัวแปรภายนอกแฝงก็ได้ โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (Multiple Correlation and Determination Coefficients) หากค่าที่ได้เข้าใกล้ 1 แสดงว่ามีความเที่ยงตรง หรือตรวจสอบความกลมกลืนโดยรวมของตัวแบบ (Overall Fit) เป็นการตรวจสอบว่าตัวแบบที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการวิจัยมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ โดยพิจารณาความกลมกลืนจากค่า Sig. ของตัวสถิติ (Chi-square Statistics) ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05 ค่าของที่น้อยกว่า 3 นั่นคือตัวแบบมีความกลมกลืน (Kline, 1998) ซึ่งใช้ในกรณีที่ตัวอย่างขนาดใหญ่ ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index: GFI) ถ้า GFI มีค่ามากกว่า 0.9 แสดงว่ามีความกลมกลืนที่ปรับแก้ (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับ GFI ดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือ (Root Mean-square Residual: RMR) ที่มีค่าน้อยกว่า 0.10 แสดงว่ามีความกลมกลืน ดัชนีเปรียบเทียบความกลมกลืน (Comparative Fit Index: CFI) ใช้ในการเปรียบเทียบตัวแบบการวิจัยว่ามีความกลมกลืนกว่าตัวแบบอิสระมากน้อยเพียงใด ถ้า CFI มีค่ามากกว่า 0.94 แสดงว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Hu and Bentler, 1999) นอกจากนี้ ยังวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อน (Residual Analysis) ภายหลังจากตรวจสอบความกลมกลืนของตัวแบบแล้ว เพื่อดูว่าผลของตัวแบบให้ผลตามกรอบแนวคิดการวิจัยสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ โดยพิจารณาจากดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของความแตกต่างโดยประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) ถ้า RMSEA น้อยกว่า 0.07 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Hu and Bentler, 1999)

โดยสรุป การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่มีความสำคัญที่สุด คือการวัดความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ซึ่งหมายถึง คุณสมบัติของเครื่องมือที่สามารถวัด ในสิ่งที่ต้องการวัดได้ตามจุดมุ่งหมาย แบ่งออกเป็น 3 แบบ คือ 1) ความเที่ยงตรงเชิงตีความ (Translation Validity) 2) ความเที่ยงตรงเชิงเกณฑ์สัมพันธ์ (Criterion-Relate Validity) และ 3) ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ซึ่งในการศึกษาพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ครั้งนี้ ได้พิจารณาลักษณะทางประชากร การนำเครื่องมือไปใช้และเนื้อหาของมาตรฐานสมรรถนะ อสม. จึงกำหนดการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประเมินสมรรถนะด้วยวิธี 1) ความเที่ยงตรงเชิงตีความ ด้วยวิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item – Objective Congruence: IOC) 2) ด้านความเที่ยงตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ ด้วยวิธีการหาความเที่ยงตรงตามสภาพ (Concurrent Validity) เนื่องจากเครื่องมือนี้จะนำไปใช้ประเมินเพื่อทราบภาวะสมรรถนะในปัจจุบัน 3) ด้านความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ด้วยวิธีการตรวจสอบเชิงเหตุผลโดยผู้เชี่ยวชาญ (Logical by Expert)

2.5 การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

ในการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ หากนักวิจัยต้องการศึกษาคุณลักษณะภายในตัวบุคคลที่เป็นตัวแปรแฝง ซึ่งไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง และจำเป็นต้องศึกษาคุณลักษณะดังกล่าว นั้น โดยศึกษาจากพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล โดยการวัดหรือการสังเกตพฤติกรรมเหล่านั้นแทนคุณลักษณะที่ต้องการศึกษา ในทางปฏิบัติ นักวิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลได้เป็นตัวแปรสังเกตได้หลายตัว และใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบมาวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้องค์ประกอบอันเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่ต้องการศึกษา ชื่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) เป็นชื่อทั่วไปที่ใช้เรียกรวบรวมวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีวิธีการวิเคราะห์ต่างกัน เช่น การวิเคราะห์ส่วนประกอบ (Component Analysis) การวิเคราะห์องค์ประกอบร่วม (Common Factor Analysis) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis : EFA) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis : CFA) (สังคม ศุภรัตน์กุล, 2557)

2.5.1 ความหมาย

Factor analysis มีผู้ให้ความหมายในภาษาไทยไว้หลายท่าน ดังนี้

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2549) การวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นเทคนิคทางสถิติสำหรับวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว (Multivariate analysis techniques) ที่ออกแบบมาเพื่อช่วยให้นักวิจัยได้แสวงหาความรู้ความจริงดังกล่าว เช่น นักวิจัยสามารถใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิง

สำรวจ (Exploratory Factor Analysis หรือ EFA) ในการพัฒนาทฤษฎี หรือนักวิจัยสามารถใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis หรือ CFA) ในการทดสอบหรือยืนยันทฤษฎี

ไชยันต์ สกฤตศรีประเสริฐ (2556) การวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นการวิเคราะห์ทางสถิติที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดปริมาณข้อมูลหรือลดจำนวนตัวแปรในการวิจัย โดยอาศัยการรวมตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันมาสร้างเป็นองค์ประกอบ (Factor) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันหรือมีความร่วมกันสูงมารวมกันเป็นองค์ประกอบเดียวกัน ส่วนตัวแปรที่อยู่คนละองค์ประกอบมีความร่วมกันน้อยหรือไม่มีความสัมพันธ์กัน

โดยสรุป Factor analysis เป็นการวิเคราะห์ทางสถิติที่นำมาใช้จัดการกับตัวแปรที่สนใจศึกษาและมีจำนวนมาก ด้วยวิธีการจัดการกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร นำมาจัดกลุ่มสร้างเป็นองค์ประกอบ (Factor) โดยภายในองค์ประกอบจะมีตัวแปรย่อยและมีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง ส่วนตัวแปรที่อยู่คนละองค์ประกอบจะมีความสัมพันธ์กันน้อย

2.5.2 วัตถุประสงค์การวิเคราะห์ Factor Analysis (สังคม ศุภรัตน์กุล, 2557)

1) เพื่อสำรวจและระบุองค์ประกอบรวมที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผลจากการวิเคราะห์องค์ประกอบช่วยให้นักวิจัยลดจำนวนตัวแปรลงและได้องค์ประกอบ ซึ่งทำให้เข้าใจลักษณะของข้อมูลได้ง่าย และสะดวกในการแปลความหมายรวมทั้งได้ทราบแบบแผน (pattern) และโครงสร้าง (structure) ความสัมพันธ์ของข้อมูลด้วย เรียกว่า การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis Model : EFA)

2) เพื่อทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับแบบแผนและโครงสร้างความสัมพันธ์ของข้อมูล กรณีนี้ นักวิจัยต้องมีสมมติฐานอยู่ก่อนแล้วและใช้การวิเคราะห์ เพื่อตรวจสอบยืนยันว่าข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องกลมกลืนกับสมมติฐานเพียงใด เรียกว่า การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis Model : CFA)

2.5.3 ประเภทการวิเคราะห์ Factor Analysis

การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท (ไชยันต์ สกฤตศรีประเสริฐ, 2556) ได้แก่

1) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis Model: EFA) เป็นการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาโมเดลการวัด (measurement model) โดยที่ไม่มีสมมติฐานกำหนดไว้ แต่ใช้ข้อมูลทางสถิติเป็นเครื่องมือในการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (variable) ทั้งตัวแปรที่สังเกตได้และตัวแปรแฝง นำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์จัดกลุ่มตัวแปร รวมกันเป็นองค์ประกอบ (factor) ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ทราบล่วงหน้าว่าองค์ประกอบที่จะได้ควรมีจำนวนเท่าใด

เนื่องจากข้อมูลความสัมพันธ์ดังกล่าวมาจากการคำนวณ ไม่ได้มาจากทฤษฎีหรืออาจมาจากทฤษฎีที่ไม่แข็งแรง นำมาวิเคราะห์หาองค์ประกอบและจำนวนตัวแปรที่น้อยที่สุดแต่อธิบายได้มากที่สุด ตัวแปรที่สังเกตก็สามารถสัมพันธ์กับตัวประกอบใดก็ได้

2) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis Model: CFA) เป็นการวิเคราะห์เพื่อยืนยันโมเดลการวัด กรณีที่ผู้ศึกษาทราบโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรหรือคาดว่าโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรควรจะเป็นรูปแบบใดหรือคาดว่าตัวแปรใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กันมากและควรอยู่ในปัจจัยเดียวกัน หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการศึกษาตัวประกอบที่มาจากกรอบความคิดทฤษฎีที่เข้มแข็ง จำนวนตัวแปรในองค์ประกอบถูกกำหนดไว้ล่วงหน้า และทราบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในองค์ประกอบก่อนการวิเคราะห์ยืนยันตรวจสอบโมเดล และการวิเคราะห์ CFA ต้องไม่ใช่ข้อมูลชุดเดียวกันกับการวิเคราะห์ EFA (Everitt & Hothorn, 2011) เช่นเดียวกับที่ สังคม ศุภรัตน์กุล (2557) กล่าวว่า ถ้านักวิจัยใช้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์แบบ EFA แล้วไม่ควรใช้กลุ่มตัวอย่างเดิมตรวจสอบความตรงของโมเดลด้วย CFA อีก แต่ควรจะใช้ข้อมูลอีกกลุ่มตัวอย่างหนึ่งในการตรวจสอบยืนยันโมเดล

โดยสรุปการวิเคราะห์องค์ประกอบแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) โดยประเภทแรก การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจเป็นการนำตัวแปรที่ยังไม่มีสมมติฐานยืนยันความสัมพันธ์ของตัวแปรมาวิเคราะห์หาจำนวนองค์ประกอบที่น้อยที่สุดแต่อธิบายความหมายได้มากที่สุด ประเภทที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เป็นการศึกษาองค์ประกอบที่มาจากกรอบความคิดทฤษฎีที่เข้มแข็ง จำนวนตัวแปรในองค์ประกอบถูกกำหนดไว้ล่วงหน้า และทราบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในองค์ประกอบก่อนการวิเคราะห์ ในการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) เนื่องจากวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้ เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ซึ่งที่ผ่านมายังไม่มีกำหนดตัวแปรที่วัดได้ในแต่ละองค์ประกอบของสมรรถนะแต่ละด้านมาก่อน จึงยังไม่มีข้อมูลระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรในแต่ละองค์ประกอบ

2.5.4 ประโยชน์การวิเคราะห์ Factor Analysis (ไซยงค์ สกุลศรีประเสริฐ, 2556)

1) ลดจำนวนตัวแปร โดยการรวมตัวแปรหลาย ๆ ตัวให้อยู่ในองค์ประกอบเดียวกัน องค์ประกอบที่ได้ ถือเป็นตัวแปรใหม่ ที่สามารถหาค่าข้อมูลขององค์ประกอบที่สร้างขึ้นได้ เรียกว่า Factor Score จึงสามารถนำองค์ประกอบดังกล่าวไปเป็นตัวแปรสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป เช่น การวิเคราะห์ความถดถอยและสหสัมพันธ์ (Regression and Correlation Analysis) การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) การทดสอบสมมติฐาน T-test หรือ Z-test และการวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม (Discriminant Analysis) เป็นต้น

2) ใช้ในการแก้ปัญหอันเนื่องมาจาก ตัวแปรอิสระของเทคนิคการวิเคราะห์สมการถดถอยมีความสัมพันธ์กัน (Multicollinearity) ซึ่งวิธีการอย่างหนึ่งในการแก้ปัญหานี้ คือการรวมตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ไว้ด้วยกันโดยการสร้างเป็นตัวแปรใหม่หรือเรียกว่าองค์ประกอบ โดยใช้เทคนิค Factor Analysis แล้วนำองค์ประกอบดังกล่าว ไปเป็นตัวแปรอิสระในการวิเคราะห์ความถดถอยต่อไป

3) ทำให้เห็นโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา เนื่องจากเทคนิค Factor Analysis จะหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation) ของตัวแปรที่ละคู่ แล้วรวมตัวแปรที่สัมพันธ์กันมากไว้ในองค์ประกอบเดียวกัน จึงสามารถวิเคราะห์โครงสร้างที่แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ที่อยู่ในองค์ประกอบเดียวกันได้ ทำให้สามารถอธิบายความหมายของแต่ละองค์ประกอบได้ ตามความหมายของตัวแปรต่าง ๆ ที่อยู่ในองค์ประกอบนั้น

4) นำมาใช้ในการพัฒนาเครื่องมือและแบบทดสอบทางจิตวิทยาได้หลายประการ ได้แก่ การตรวจสอบความตรงตามภาวะเชิงสันนิษฐาน (construct validation) การประมาณค่าความเที่ยง (reliability estimation) และการตรวจสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโครงสร้างของแบบทดสอบในการวัดระหว่างกลุ่มประชากรสองกลุ่มขึ้นไป (model invariance across groups)

2.5.5 ขั้นตอนการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

ขั้นตอนการวิเคราะห์องค์ประกอบมี 4 ขั้นตอน (วิเชียร ไชยบัง, 2544) ดังนี้

ขั้นที่ 1 การตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูล ด้วยการทดสอบค่า Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ซึ่งควรมีค่าเข้าใกล้ 1 ถ้ามีค่าน้อย แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีน้อยและไม่เหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยทั่วไปค่า KMO ต่ำกว่า 0.5 จะถือว่าข้อมูลไม่เหมาะสมที่จะใช้เทคนิค Factor Analysis และการทดสอบค่า Measurement of sampling adequacy (MSA) ของข้อคำถามแต่ละข้อมี ซึ่งควรมีค่ามากกว่า 0.5 แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และการทดสอบค่า Bartlett's Test of Sphericity ซึ่งเป็นการทดสอบสมมติฐานว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์นั้นเป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์ (Identity matrix) หรือไม่ โดยดูจากสมมติฐาน

H0: ตัวแปรต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือ

H1: ตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กัน

ดังนั้นถ้ายอมรับ H0 แสดงว่าตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน จึงไม่ควรใช้เทคนิค Factor Analysis แต่ถ้าปฏิเสธ H0 นั่นคือตัวแปรมีความสัมพันธ์กันจึงสามารถใช้ เทคนิค Factor Analysis ได้ (Hair et al., 2010; Tabachnick & Fidell, 2007)

ขั้นที่ 2 การสกัดองค์ประกอบ (Factor extraction) เพื่อหาจำนวนองค์ประกอบที่สามารถใช้แทนตัวแปรทั้งหมดทุกตัวได้หรือเป็นการดึงรายละเอียดจากตัวแปรมาไว้ในองค์ประกอบมีหลายวิธี (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2538) ดังนี้

1) วิธีองค์ประกอบหลัก Principal Component Analysis (PCA) เป็นวิธีอาศัยหลักความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบหลัก โดยสร้างการเชื่อมรวมกันเชิงเส้นของตัวแปร เพื่อลดจำนวนตัวแปรทั้งหมดให้อยู่ในปัจจัยที่มีจำนวนน้อยและเป็นตัวเก็บค่าความเป็นข้อมูลเดิมเอาไว้ได้มากที่สุด วิธีองค์ประกอบหลักเป็นวิธีที่ดีกว่าวิธีอื่น เพราะการวิเคราะห์ที่ใช้กลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มเพื่ออ้างอิงไปยังกลุ่มประชากร จะช่วยให้ได้โครงสร้างขององค์ประกอบที่เหมาะสม ตัวแปรประกอบมีค่าคงที่ มีข้อตกลงเบื้องต้นน้อย แต่โดยปกติผลที่ได้จากวิธีนี้และวิธีอื่น ๆ จะคล้ายคลึงกัน

2) วิธีองค์ประกอบร่วม (Common Factor Analysis : CFA) เป็นการหาปัจจัยที่เป็นตัวแทนของกลุ่มตัวแปรที่มีค่าความสัมพันธ์ (Common) กับปัจจัยนั้น ๆ นั่นคือตัวแปรทั้งหมดไม่ได้เป็นตัวก่อให้เกิดปัจจัยหนึ่ง จึงแปลได้ว่าตัวแปรใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เราพิจารณาด้วยค่าเท่าไร แบ่งเป็น 5 วิธีย่อย

2.1) วิธีแกนหลัก (Principal axis factor) เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบร่วมที่ใช้หลักการเดียวกับ PCA แต่แตกต่างกัน คือ ไม่ได้ใช้ค่า Community ของตัวแปรที่เป็น 1.0 เหมือน PCA (ตัวแปรในแนวทแยงของเมทริกซ์สหสัมพันธ์) โดยจะใช้ค่ากำลังสองของสหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรแต่ละตัวกับตัวแปรที่เหลือที่มีค่าสูงสุด เป็นค่าประมาณของค่าการร่วม หรือใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละตัวกับตัวแปรที่เหลือที่มีค่าสูงสุด มีการคำนวณทวนซ้ำ โดยขั้นแรกจะใช้กำลังสองของสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับตัวแปรที่เหลือเป็นค่าประมาณ ของค่าร่วมที่เป็นค่าตั้งต้น ทำการสกัดองค์ประกอบร่วมครั้งที่สอง ทำการคำนวณทวนซ้ำเรื่อย ๆ จนกว่าค่าประมาณของค่าการร่วมจะไม่เปลี่ยนแปลง จึงนำผลการสกัดองค์ประกอบร่วมเป็นผลการวิเคราะห์ขั้นสุดท้าย

2.2) วิธีกำลังสองน้อยที่สุด (Least Squares Method) เป็นการสกัดองค์ประกอบร่วม ประกอบด้วย 3 วิธีย่อย คือ วิธีกำลังสองน้อยที่สุดไม่ถ่วงน้ำหนัก วิธีกำลังสองน้อยที่สุดทั่วไป และวิธีพิเศษเหลือน้อยที่สุด ทั้ง 3 วิธีใช้หลักการเหมือนกับ Principal axis factor ที่มีการคำนวณทวนซ้ำ ข้อแตกต่างคือ เกณฑ์ในการตัดสินใจหยุดการคำนวณทวนซ้ำ ซึ่งเกณฑ์ Principal axis factor ใช้เกณฑ์ว่าจะทวนซ้ำจนกว่าค่าประมาณของค่าการร่วมจะไม่เปลี่ยนแปลง แต่วิธีกำลังสองน้อยที่สุดไม่ถ่วงน้ำหนัก จะหยุดเมื่อกำลังสองของผลต่างระหว่างเมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ กับเมทริกซ์สหสัมพันธ์จากตัวแปรสังเกตได้มีค่าน้อยที่สุด ส่วนวิธีกำลังสองน้อยที่สุดทั่วไปใช้เกณฑ์เดียวกับวิธีกำลังสองน้อยที่สุดไม่ถ่วงน้ำหนัก ตัวแปรในเมทริกซ์สหสัมพันธ์ด้วยค่าองค์ประกอบเฉพาะของตัวแปรแต่ละตัว ส่วนวิธีพิเศษเหลือน้อยที่สุด ใช้การทดสอบไค-สแควร์ สำหรับกลุ่มตัวอย่างขนาด

ใหญ่ ทดสอบความกลมกลืนระหว่างเมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้กับเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่สังเกตได้

2.3) วิธีความเป็นไปได้สูงสุด (Maximum Likelihood) มีหลักการเช่นเดียวกับวิธีกำลังสองน้อยที่สุด สหสัมพันธ์ของตัวแปรถูกถ่วงน้ำหนักด้วยอินเวอร์สขององค์ประกอบเฉพาะของส่วนตัวแปร เช่นเดียวกับวิธีกำลังสองน้อยที่สุดทั่วไป สิ่งที่แตกต่างกัน คือเกณฑ์ที่จะใช้หยุดการคำนวณทวนซ้ำ มีแตกต่างกัน 3 แบบ คือ วิธีหาค่าประกอบคาโนนิคอล (Canonical Factoring) วิธีดีเทอร์มิแนนท์ของเมทริกซ์สหสัมพันธ์เศษเหลือมีค่าสูงสุด (Maximum Residual Correlation Matrix) และวิธีการวิเคราะห์โมเดลลิสเรล เกณฑ์ของวิธีหาค่าประกอบคาโนนิคอล คือการให้ได้ค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอล ระหว่างองค์ประกอบร่วมกับตัวแปรสังเกตได้มีค่าสูงสุด เกณฑ์ของวิธีดีเทอร์มิแนนท์สหสัมพันธ์ เศษเหลือมีค่าสูงสุด คือ ลักษณะตามชื่อของวิธีนั้น คือการให้ดีเทอร์มิแนนท์ของเมทริกซ์ผลต่างระหว่างเมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ และเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้มีค่าสูงสุด ส่วนเกณฑ์ของวิธีการวิเคราะห์โมเดลลิสเรล ใช้การทดสอบไคสแควร์ ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างเมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้กับเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้

2.4) วิธีวิเคราะห์ภาพ (Image Analysis) วิธีวิเคราะห์ภาพถือว่าตัวแปรสังเกตได้เป็นตัวแปรสุ่มจากประชากรของตัวแปร มีหลักการว่า ตัวแปรสังเกตได้แยกได้เป็นส่วนที่เป็นองค์ประกอบร่วมและองค์ประกอบเฉพาะ ส่วนที่เป็นองค์ประกอบร่วมเรียกว่าภาพ (Image) ส่วนที่เป็นองค์ประกอบเฉพาะเรียกว่า ปฏิภาพ (Anti-Image) ถ้าตัวแปรสังเกตได้มีครบตามประชากรของตัวแปร ค่ากำลังสองของภาพของตัวแปรจะเท่ากับค่าการร่วมของตัวแปร และกำลังสองของ ปฏิภาพของตัวแปรจะมีค่าเท่ากับความแปรปรวนขององค์ประกอบเฉพาะ แต่ในการวิจัยข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ครอบคลุมประชากรของตัวแปรทั้งหมด จึงเรียกภาพและปฏิภาพของตัวแปรว่า ภาพย่อยและปฏิภาพย่อย (Partial Image and Partial Anti-Image) ในการสกัดองค์ประกอบใช้ข้อมูลเมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่มีการแทนที่สมาชิกในแนวทแยงด้วยค่าของภาพย่อย ในที่นี้ภาพย่อยคือ กำลังสองของสหสัมพันธ์

2.5) วิธีอัลฟา (Alpha Factoring) มีหลักการว่าตัวแปรสังเกตได้เป็นเพียงตัวแปรสุ่มจากประชากรของตัวแปรเช่นเดียวกับวิธีวิเคราะห์ภาพ และถือว่าค่าของตัวแปรวัดมาจากรวมประชากรทั้งหมด การสกัดองค์ประกอบมีหลักการว่าองค์ประกอบร่วมที่สกัดได้จะมีความสัมพันธ์สูงสุดกับองค์ประกอบร่วมที่มีอยู่ในประชากรของตัวแปร เมื่อเทียบกับ Maximum Likelihood ซึ่งมีการถ่วงน้ำหนักค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยส่วนกลับขององค์ประกอบเฉพาะ Alpha Factoring ถ่วงน้ำหนักค่าสหสัมพันธ์ด้วยส่วนกลับค่าการร่วม สหสัมพันธ์ที่มีค่าการร่วมสูงจะถูกถ่วงน้ำหนักน้อยกว่าสหสัมพันธ์ที่มีค่าการร่วมของตัวแปรต่ำ สำหรับเกณฑ์ในการเลือกจำนวนองค์ประกอบนั้นพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา อันเป็นค่าความเที่ยงที่จะใช้ได้ทั่วไปต้องมีค่ามากกว่าหนึ่ง

ขั้นที่ 3 การหมุนแกนองค์ประกอบ (Factor Rotation) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ค่า Factor Loading ของตัวแปร มีค่ามากขึ้นหรือลดลง แยกตัวแปรให้เห็นเด่นชัด จนกระทั่งทำให้ทราบว่าตัวแปรนั้นควรอยู่ในองค์ประกอบใดหรือไม่ควรอยู่ในองค์ประกอบใด เนื่องจากแต่ละองค์ประกอบ จะเกิดจากการรวมของตัวแปรหลายตัวแปร แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ตัวแปรหนึ่ง ๆ อาจจะเป็นสมาชิก ในหลายองค์ประกอบ ซึ่งยากต่อการให้ความหมาย โดยมีวิธีการหมุนแกนมี 2 วิธี คือ Orthogonal และ Oblique ดังนี้

3.1 Orthogonal Rotation เป็นการหมุนแกนไปแล้วยังคงทำให้องค์ประกอบ ตั้งฉากกันหรือเป็นอิสระกัน แต่ทำให้ค่า Factor Loading เพิ่มขึ้นหรือลดลง มีวิธีหมุน คือ

3.1.1 Quartimax Rotation หมุนแกนโดยเน้นการเปลี่ยนแถวให้ง่ายขึ้น เป็นการหาค่าผลรวมของกำลังสี่ของน้ำหนักองค์ประกอบในแต่ละแถวให้มีค่าสูงสุด ผลจากวิธีนี้จะได้องค์ประกอบที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมีค่าสูงบางตัวแปร และมีน้ำหนักองค์ประกอบปานกลางและต่ำ บนตัวแปรที่เหลือ เป็นผลให้ได้องค์ประกอบทั่วไป

3.1.2 Varimax Rotation หมุนแกนโดยเน้นการเปลี่ยนสดมภ์ให้ง่ายขึ้นวิธีนี้เป็น การหมุนแกนโดยให้กำลังสองของน้ำหนักองค์ประกอบแต่ละสดมภ์ในเมทริกซ์องค์ประกอบมีค่าสูงสุด วิธีนี้ได้องค์ประกอบที่มีโครงสร้างง่ายและได้องค์ประกอบเฉพาะ ซึ่งทำให้การแปลความหมาย องค์ประกอบสะดวกขึ้น กล่าวว่าการคำนวณในการหมุนแกนแบบ Varimax ซับซ้อนและยากกว่า วิธี Quartimax แต่แบบ Varimax ให้องค์ประกอบมีโครงสร้างง่ายมากกว่า และแบบแผนของ องค์ประกอบมีแนวโน้มที่จะคงที่มากกว่าแบบ Quartimax เมื่อมีการวิเคราะห์องค์ประกอบในกลุ่ม ตัวอย่างย่อยหลาย ๆ กลุ่ม

3.1.3 Equamax Rotation เป็นวิธีประนีประนอมระหว่าง Quartimax กับ Varimax เป็นการพยายามทำให้ความแปรปรวนทั้งแถวและสดมภ์มีค่าสูงสุด

3.2 Oblique Rotation เป็นการหมุนแกนไปในลักษณะที่ Factor ไม่ตั้งฉากกัน หรือ Factor ไม่เป็นอิสระกัน แต่ทำให้ค่า Factor loading เพิ่มขึ้นหรือลดลง มีวิธีหมุน คือ

3.2.1 Promax วิธีไพรแมกซ์ มีแนวคิดว่าการวิเคราะห์องค์ประกอบหมุนแกนแบบตั้งฉากกับแบบมุมแหลม ให้ผลใกล้เคียงกัน จึงนำผลจากการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบหมุน แกนแบบตั้งฉาก มาพิจารณาปรับค่าสัมประสิทธิ์ในเมทริกซ์องค์ประกอบที่มีค่าต่าง ๆ ให้เป็นศูนย์ แล้วให้เมทริกซ์องค์ประกอบที่ปรับแล้วเป็นเมทริกซ์เป้าหมายไปทำการวิเคราะห์องค์ประกอบหมุน แกนแบบมุมแหลม ซึ่งถือเป็นวิธีที่ดีที่สุดเพราะทำการหมุนแกนสองรอบ รอบแรกหมุนแบบมุมฉาก เพื่อให้ได้โครงสร้างเบื้องต้นก่อน แล้วจึงทำการหมุนแกนอีกครั้งเพื่อให้เกิดความแตกต่างระหว่าง น้ำหนักตัวประกอบที่น้อย และที่มากได้ดี ทำให้เกิด simple structure ปกติโปรแกรมจะตั้งไว้ที่ค่า 4 (สังคม ศุภรัตน์กุล, 2557)

3.2.2 Oblimin Rotation เป็นวิธีดั้งเดิมที่ผู้วิจัยต้องกำหนดค่า delta ถ้ามีค่าเป็น 0 แสดงว่าตัวประกอบมีความสัมพันธ์กันสูงมาก ถ้ามีค่าติดลบแสดงว่ามีค่าความสัมพันธ์กันน้อย

การจะหมุนแกนแบบใดขึ้นอยู่กับแนวคิดของผู้วิจัย หากตัวแปรมีความสัมพันธ์กันให้ใช้การหมุนแกนแบบมุมแหลม และหากคิดว่าตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กันให้ใช้การหมุนแบบมุมฉาก แต่ก็ให้ข้อเสนอแนะว่า การจะเลือกแบบใด สิ่งสำคัญคือใช้วิธีที่ทำให้ได้ปัจจัยที่ง่ายต่อการตีความหมายมากที่สุด (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2548) หากไม่มีทฤษฎีรองรับว่าองค์ประกอบเป็นอิสระจากกัน ให้ใช้การหมุนแกนแบบมุมแหลมเสมอ (สันทนต์ พรประเสริฐมานิต, 2559)

การหมุนแกนเป็นเพียงการทำให้ตีความหมายง่ายขึ้น ไม่ได้เปลี่ยนแปลงความเหมาะสมของโมเดล (Model fit) ไม่ได้เปลี่ยนแปลงค่าสัดส่วนร่วม (Communalities) การเปรียบเทียบระหว่างโมเดลที่จำนวนองค์ประกอบแตกต่างกันก็เหมือนเดิม ดังนั้นจะหมุนแกนอย่างไรก็ได้ โมเดลยังถูกต้องเสมอ ดังนั้นเป้าหมายสำคัญของการหมุนแกนคือให้สามารถตีความหมายได้เหมาะสมกับทฤษฎี ให้ได้องค์ประกอบที่สำคัญ ให้ได้องค์ประกอบที่ทำให้ขยายผลไปยังกลุ่มตัวอย่างอื่นได้ง่าย (สันทนต์ พรประเสริฐมานิต, 2559)

การพิจารณาน้ำหนักองค์ประกอบพหุ (dual loading) ถ้าน้ำหนักใกล้เคียงกัน กรณีการวิเคราะห์ด้วย วิธี EFA เพื่อพัฒนามาตรวัด มีหลักการพิจารณา คือ สามารถตัดออกได้หากทำให้ตีความหมายยาก หรือไม่ตัดออกเพราะถือว่ามีส่วนในการอธิบายองค์ประกอบอยู่ แต่ถ้ามีคำถามข้ออื่นเพื่อไว้แล้วควรตัดออก แต่ถ้าหากใช้ EFA เพื่อตรวจสอบมาตรวัดที่พัฒนามาก่อนแล้ว ไม่สามารถตัดออกได้ ต้องรายงานผลการวิเคราะห์ตามที่ได้ องค์ประกอบที่ดีควรมีข้อคำถามอย่างน้อย 3 ข้อ หากในองค์ประกอบมีข้อคำถามเพียง 2 ข้อ แต่เป็นข้อคำถามเด่น (ค่า loading สูง) อาจเก็บองค์ประกอบนี้ไว้แปลความหมายหรือสร้างข้อคำถามเพิ่มเติม (สันทนต์ พรประเสริฐมานิต, 2559)

การศึกษานี้เลือกใช้การหมุนแกนแบบมุมแหลม (Oblique Rotation) แบบ Promax เนื่องจากเชื่อว่าตัวแปรในแต่ละองค์ประกอบยังคงมีความสัมพันธ์กันในระหว่างองค์ประกอบ และในการวิเคราะห์จัดตัวแปรลงในแต่ละองค์ประกอบเป็นการเลือกตัวแปรที่มีค่า Loading สูงที่สุดในขณะที่แต่ละตัวแปรยังมีค่า Loading อยู่ในองค์ประกอบอื่นแต่อยู่ในระดับต่ำ นั้นแสดงว่าตัวแปรนั้น ๆ ยังคงส่งผลต่อความสัมพันธ์ในองค์ประกอบอื่นด้วยแต่อยู่ในระดับน้อย

ขั้นที่ 4 การกำหนดชื่อองค์ประกอบ มีเกณฑ์การพิจารณา คือ พิจารณาว้່องค์ประกอบนั้น ๆ มีตัวแปรอะไรบ้าง และการตั้งชื่อองค์ประกอบควรตั้งเพียงสั้น ๆ และให้สอดคล้องกับตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบ

ในการศึกษาการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย ได้สรุปขั้นตอนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ เพื่อนำมาใช้เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ดังนี้

ขั้นที่ 1 การจัดการข้อมูลนำเข้าก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีขององค์ประกอบที่จะศึกษา กำหนดวัตถุประสงค์ รวบรวมข้อมูล และพิจารณาเลือกประเภทการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ขั้นที่ 2 การเตรียมและตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยวิธีสร้างเมทริกซ์สหสัมพันธ์ (Correlation Matrix) วิธีตรวจสอบค่าสถิติ KMO (Kaiser-Meyer-Olk in Measure of Sampling Adequacy) และค่า Bartlett's Test of Sphericity

ขั้นที่ 3 การสกัดองค์ประกอบขั้นต้น (Extraction of the Initial Factors) ด้วยวิธีองค์ประกอบหลัก Principal Component Analysis (PCA)

ขั้นที่ 4 เลือกวิธีการหมุนแกน (Factors Rotation) ด้วยวิธี Oblique Rotation แบบ Promax จนกระทั่งทราบว่าตัวแปรนั้นควรอยู่ในองค์ประกอบใด และเลือกค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factors Score)

ขั้นที่ 5 ตั้งชื่อองค์ประกอบใหม่ที่เป็นผลจากการ วิเคราะห์องค์ประกอบโดยพิจารณาว่าองค์ประกอบนั้น ๆ มีตัวแปรอะไรบ้าง และตั้งชื่อให้สอดคล้องกับตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบ

2.5.6 เงื่อนไขข้อตกลงเบื้องต้น การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ มีข้อตกลงเบื้องต้น (Stevens, 1992, 1996; Tabachnick & Fidell, 2001; Munro, 2001 : 309 อ้างใน เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2549) ดังนี้

1) ตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบ ต้องเป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง หรือมีค่าในมาตราระดับช่วง (Interval scale) และมาตราอัตราส่วน (Ratio scale)

2) ตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบ ควรมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในระดับสูง ($r = 0.30 - 0.70$) รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบและตัวแปรที่อยู่ในรูปเชิงเส้น (linear) เท่านั้น

3) จำนวนตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบ ควรมีมากกว่า 30 ตัวแปร

4) กลุ่มตัวอย่าง ควรมีขนาดใหญ่และควรมีมากกว่าจำนวนตัวแปร ซึ่งมักมีคำถามว่าควรมากกว่ากี่เท่า มีบางแนวคิดที่เสนอแนะให้ใช้จำนวนข้อมูลมากกว่าจำนวนตัวแปรอย่างน้อย 5 - 10 เท่า หรืออย่างน้อยที่สุด สัดส่วนจำนวนตัวอย่าง 3 ราย ต่อ 1 ตัวแปร

5) กรณีที่ใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (PCA) ตัวแปรแต่ละตัว ไม่จำเป็นต้องมีการแจกแจงแบบปกติ แต่ถ้าตัวแปรบางตัวมีการแจกแจงเบ้ค่อนข้างมาก มีค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดผิดปกติ (Outlier) ผลลัพธ์ที่ได้อาจจะไม่ถูกต้อง

2.5.7 ข้อจำกัดการวิเคราะห์องค์ประกอบมี 3 ประเด็น ดังนี้

1) การวิเคราะห์องค์ประกอบไม่มีตัวแปรตาม ซึ่งแตกต่างกับการทดสอบสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบปกติ สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก สถิติการวิเคราะห์จำแนกประเภท และการวิเคราะห์เส้นทาง จึงไม่สามารถใช้แก้ปัญหาการวิจัยที่ต้องการหาตัวทำนายได้

2) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบย่อยที่ได้มาอาจไม่มีความหมายในเชิงเนื้อหาสาระที่ร่วมกันได้ เนื่องจากผลการวิเคราะห์ถูกออกแบบมาเพื่อให้สอดคล้องกับข้อมูล แต่ก็เหมาะที่จะต้องนำไปศึกษาวิจัยต่อไป (รุจิรัตน์ รุ่งหัวไผ่, 2558)

3) ข้อจำกัดของจำนวนตัวอย่าง การใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบต้องใช้จำนวนตัวอย่างจำนวนมาก หากใช้ตัวอย่างน้อยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะต่ำ มีความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ II (type II error) เพิ่มขึ้น ซึ่ง Lingard & Rowlnson (2006) ได้ศึกษาการกำหนดขนาดตัวอย่างในงานวิจัยที่ใช้สถิติ Factor Analysis ช่วงปี ค.ศ. 2000 – 2005 และกล่าวถึงแนวคิดการพิจารณาขนาดตัวอย่างว่าการประมาณขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ (N) ส่วนมากแนะนำพิจารณาจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามอัตราส่วนของตัวแปร เช่น Gorsuch (1983) แนะนำว่าควรมี 5 ตัวอย่าง ต่อ 1 ตัวแปร แต่หากจะไม่คำนึงถึงจำนวนตัวแปรควรมีอย่างน้อย 100 ตัวอย่าง ส่วน Comrey & Lee (1992) แนะนำการกำหนดขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม คือ จำนวน 100 ตัวอย่าง = poor, 200 = fair, จำนวน 300 ตัวอย่าง = good, 500 ตัวอย่าง = very good ตัวอย่าง, จำนวน 1,000 หรือมากกว่า = excellent ส่วน Everitt (1975) แนะนำควรมีอย่างน้อย 10 ตัวอย่างต่อตัวแปร ส่วน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร (2550) เสนอว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเกณฑ์ดี คือ ขนาด 300-500 ตัวอย่าง ซึ่ง Ellis (2017) เสนอว่าแต่ละสเกลย่อยในแต่ละตัวแปรควรมีตัวอย่างที่เพียงพอ และต้องตระหนักว่าจะมีตัวอย่างประมาณ 30% อาจหลุดไประหว่างการวิเคราะห์ จึงเป็นเรื่องยากที่จะบอกได้อย่างแม่นยำว่าตัวอย่างเท่าไรจึงเพียงพอแต่ตัวอย่างที่น้อยกว่า 10 ต่อตัวแปร ไม่น่าจะเพียงพอ และต้องตระหนักว่าข้อคำถามต้องไม่มากเกินไป ซึ่งในทางปฏิบัติจริงข้อคำถามที่มากเกินไปทำให้ผู้ตอบไม่ตอบคำถามอย่างจริงจัง

ดังนั้น การหาขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบ ควรพิจารณาสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนตัวแปรที่จะนำไปสู่การวิเคราะห์ทางสถิติ เพราะหากมีจำนวนน้อยเกินไปจะทำให้แปลผลผิดพลาด และเมื่อกำหนดขนาดตัวอย่างแล้วควรหลีกเลี่ยงการเพิ่มจำนวนตัวแปรหรือปัจจัยมากเกินไป ซึ่งจะส่งผลต่อจำนวนตัวอย่างในขั้นตอนการวิเคราะห์องค์ประกอบ ในการศึกษาการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย ได้นำแนวคิดการกำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวทาง บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร (2550) และ Comrey & Lee (1992) จำนวน 500 ตัวอย่าง

โดยสรุป การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) จะเห็นได้ว่าเป็นวิธีการทางสถิติที่ใช้จัดการกับตัวแปรที่มีจำนวนมาก ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กันเองมาจัดกลุ่มตัวแปรใหม่ให้มีตัวแปรจำนวนน้อยลง จัดการความสัมพันธ์ภายในองค์ประกอบและภายนอกองค์ประกอบให้เหมาะสม ซึ่งเหมาะกับการนำมาตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างของการพัฒนาเครื่องมือการประเมินทางพฤติกรรม ดังนั้นการวิเคราะห์ทางสถิติแบบ Factor Analysis จึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการศึกษาพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย

2.6 แนวคิดการวิจัยและพัฒนา

แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวิวัฒนาการสร้างความก้าวหน้าทางความคิดและการคิดค้นสิ่งใหม่ ๆ ให้กับศาสตร์ทุกสาขาวิชา ซึ่งนักวิทยาศาสตร์และนักวิจัยจำนวนมาก ได้พัฒนานวัตกรรมไว้มากมาย ตัวอย่างเช่น Isaac Newton นักฟิสิกส์ นักดาราศาสตร์ชาวอังกฤษ ผู้ค้นพบกฎแรงโน้มถ่วงของโลก ผู้ประดิษฐ์กล้องโทรทรรศน์ Benjamin Franklin นักวิทยาศาสตร์ชาวอเมริกัน ได้ค้นพบกระแสไฟฟ้าสถิต ผู้ประดิษฐ์หลอดไฟฟ้าก้านยาว ซึ่งการวิจัยและพัฒนาเป็นบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาเทคโนโลยียุคใหม่ เช่น Wikipedia (2001), Google (2004), YouTube (2004), Line (2010), Facebook (2012) เป็นต้น จากวิวัฒนาการความก้าวหน้าในการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ที่ผ่านมา แสดงให้เห็นบทบาทสำคัญของนักวิจัย ในการสังเกตสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น คิดวิเคราะห์ สร้างองค์ความรู้ใหม่อย่างเป็นระบบ จนสามารถประดิษฐ์สิ่งเหล่านั้นได้ ซึ่งมีรากฐานจากกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) (เดชกุล มัทวานุกุล, 2559)

2.6.1 ความหมายของการวิจัยและพัฒนา

การวิจัยและพัฒนาเป็นลักษณะหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้กระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบ โดยมีผู้ให้นิยามของการวิจัยและพัฒนาต่าง ๆ ดังนี้

วโร เพ็งสวัสดิ์ (2552) การวิจัยและพัฒนา หมายถึง กระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างมีระบบมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์ซึ่งมี 2 ลักษณะได้แก่ ผลิตภัณฑ์ประเภทวัสดุอุปกรณ์ (Material) และผลิตภัณฑ์ประเภทวิธีการหรือกระบวนการ (Process) โดยดำเนินการทดสอบในสภาพจริงและทำการปรับปรุงผลิตภัณฑ์หลาย ๆ รอบ จนได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนากลุ่มคน หน่วยงานหรือองค์กรให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เดชกุล มัทวานุกุล (2559) การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีองค์ประกอบของการประสานกันระหว่าง “การวิจัย” และ “การพัฒนา” โดยการวิจัยเป็นกระบวนการตรวจสอบ ยืนยันความถูกต้องและน่าเชื่อถือ แสวงหา สืบค้นองค์ความรู้ที่มีอยู่แต่ยังไม่มี การค้นพบมาก่อน หรือสร้างประดิษฐ์กรรม โดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ ส่วนการพัฒนา เป็นกระบวนการ

ปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้นและเหมาะสมกว่าเดิมหรือเปลี่ยนแปลงวิธีการหรือผลผลิต จนมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพอันเป็นประโยชน์ต่อบุคคล หน่วยงาน องค์กร สถาบัน หรือสังคมโดยรวม

กิตติยา วงษ์จันทร์ (2561) ได้นิยามว่า การวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) หมายถึง กระบวนการศึกษาค้นคว้า คิดค้น อย่างเป็นระบบน่าเชื่อถือ มีเป้าหมายในการพัฒนาผลผลิต เทคโนโลยี สิ่งประดิษฐ์ สื่อ อุปกรณ์ เทคนิควิธีหรือรูปแบบการทำงาน ระบบบริหารจัดการ หรือ “นวัตกรรม” และทดลองใช้งานได้ผลเป็นที่น่าพอใจ แล้วจึงนำไปเผยแพร่เพื่อพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

มารุต พัฒนา (2562) กล่าวว่า การวิจัยและพัฒนา (research and development) เรียกสั้นๆ ว่า “อาร์แอนด์ดี” หมายถึงระเบียบวิธีการวิจัยที่ใช้ที่ใช้การวิจัย (research) และกระบวนการพัฒนา (development) ในการพัฒนางานหรือนวัตกรรม เป็นวงจรต่อเนื่องกันไป จนได้ผลงานหรือนวัตกรรม ที่มีประสิทธิผลตามที่ต้องการ

โดยสรุปความหมายของ การวิจัยและพัฒนา คือ รูปแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีการใช้ระเบียบวิธีการวิจัยอย่างเป็นระบบ เพื่อการพัฒนาตามเป้าหมายที่ผู้วิจัยได้ตั้งไว้ เพื่อเป็นทางเลือกใหม่ในด้านต่าง ๆ

2.6.2 ลักษณะสำคัญของการวิจัยและพัฒนา

ลักษณะของการวิจัยและพัฒนา (เดชกุล มัทวานุกุล, 2559) มีดังนี้

1) เป็นการนำความรู้หรือความเข้าใจที่สร้างขึ้นมาพัฒนาเป็นต้นแบบใช้งาน แล้วทำการพัฒนาด้วยการคิดค้น ต่อยอดความรู้ความเข้าใจดังกล่าว ให้อยู่ในรูปของต้นแบบการพัฒนาที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในวงกว้างได้

2) เป็นการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เนื่องจากจุดแข็งของการวิจัยและพัฒนา มี 3 กระบวนการหลัก ได้แก่ การวิจัย การพัฒนา และการเผยแพร่ ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าเพื่อให้ได้ความรู้หรือความเข้าใจในแง่มุมใหม่ จึงต้องกระทำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ที่กล่าวว่า “อย่างเป็นระบบ” เป็นการดำเนินงานที่เป็นไปตามขั้นตอน ของกระบวนการวิจัยและพัฒนา ส่วนที่กล่าวว่า “อย่างต่อเนื่อง” เป็นกระบวนการดำเนินงานที่จะต้องกระทำติดต่อกัน และเผยแพร่ผลผลิตไปสู่ผู้ใช้อย่างกว้างขวาง

3) มีการดำเนินงานอย่างเป็นวัฏจักรด้วยวิธีการที่เชื่อถือได้ จะต้องกระทำอย่างพิถีพิถันภายใต้การกำกับติดตาม แล้วตรวจสอบซ้ำหลายครั้งเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผลผลิตขั้นสุดท้าย (End of Product) อยู่ในรูปของผลิตภัณฑ์ที่มีความถูกต้องและเชื่อถือได้

4) ใช้วิธีการผสมผสานวิธีการเชิงปริมาณ และวิธีการเชิงคุณภาพในการวิจัย ตามฐานคติภายใต้กระบวนการทัศน์แบบปฏิบัตินิยม และประโยชน์นิยมเป็นหลัก เช่น ผสมผสานวิธีการ

เชิงปริมาณ ได้แก่ การวิจัยเชิงสำรวจ ในขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลที่เป็นต่อการออกแบบ และการวิจัยเชิงทดลองในขั้นตอน ทดสอบคุณภาพ ของผลิตภัณฑ์และวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่การศึกษาเฉพาะกรณีในขั้นตอนการเผยแพร่ ผลิตภัณฑ์ สู่กลุ่มผู้ใช้หรือชุมชนใดชุมชนหนึ่ง

5) มุ่งเน้นการตอบสนองต่อผู้ต้องการใช้ผลการวิจัย ดังนั้นในการออกแบบการวิจัยและพัฒนา จึงมีการกำหนดให้กลุ่มผู้ประสงค์ใช้ผลการวิจัยมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย

6) ผลของการวิจัยและพัฒนาที่มีคุณค่า (Value) และมูลค่า (Worth) สามารถ จัดทะเบียนเป็นสิทธิบัตรเพื่อคุ้มครองสิทธิได้

2.6.3 ประเภทของการวิจัยและพัฒนา

Mahdjoubi (2009) ได้จำแนกประเภทของการทำวิจัยและพัฒนาไว้เป็น 4 แบบ ดังนี้

1) การวิจัยและพัฒนาที่เน้นกิจกรรมตามขั้นตอนการวิจัย (R&D as a set of Activities) โดยมีวิธีดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ 1) การวิจัยพื้นฐานเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ 2) ขั้นตอนการวิจัยประยุกต์เพื่อนำความรู้ใหม่มาประยุกต์ใช้ในการสร้าง และ 3) การพัฒนาเพื่อเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงและแก้ไขวิธีการหรือผลผลิตจนมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพเพื่อสร้างนวัตกรรม

2) การวิจัยและพัฒนาที่เน้นกระบวนการพัฒนาวัตกรรม (R&D as a Paradigm of Innovation) เป็นการสร้างนวัตกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากความต้องการของผู้ใช้ จากนั้นจึง 1) ออกแบบประดิษฐ์กรรมเบื้องต้นแบบลองถูก ลองผิด 2) ออกแบบประดิษฐ์กรรมอย่างเป็นระบบ 3) ทำการทดลองและการปรับปรุง 4) พัฒนาประดิษฐ์กรรมออกสู่ตลาด และผู้ใช้นำผลผลิตไปใช้ประโยชน์

3) การวิจัยและพัฒนาที่เน้นการออกแบบการพัฒนา (R&D as a Counterpart for Design and Development) โดยใช้กระบวนการออกแบบและปรับปรุงพัฒนาควบคู่กันไปจนได้ผลผลิตที่พึงประสงค์ ซึ่งสามารถจำแนกใน 2 รูปแบบ

3.1) สังเคราะห์องค์ความรู้ ออกแบบและพัฒนาผลผลิต ผู้วิจัยสังเคราะห์องค์ความรู้ (Synthesis) และบูรณาการองค์ความรู้ (Integration) เพื่อนำมาออกแบบและพัฒนาปรับปรุง (Design and Development) จนได้ผลผลิตที่พึงประสงค์

3.2) การวิจัยพื้นฐาน ออกแบบ และพัฒนาผลผลิต ผู้วิจัยทำการวิจัยพื้นฐาน เพื่อแสวงหาองค์ความรู้ใหม่ สำหรับนำมาใช้ในการออกแบบและพัฒนาปรับปรุง (Design and Development) จนได้ผลผลิตที่พึงประสงค์

4) การวิจัยและพัฒนาที่เน้นแหล่งความคิดของการพัฒนา (R&D as a Source of Idea) เป็นการผสมผสานความคิดจากหลายแหล่งมาใช้ออกแบบ ทดสอบ และพัฒนาปรับปรุง แนวความคิดอาจได้มาจากการวิจัยที่จัดทำขึ้น การวิจัยที่ผ่านมา ความต้องการของตลาด หรือความคิดสร้างสรรค์ของผู้วิจัย นำมาผสานการออกแบบ

2.6.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและพัฒนา

ขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาอาจเริ่มด้วยระบบของการวิเคราะห์สภาพปัญหาให้ชัดเจน แล้วเข้าสู่ระยะของการพัฒนาทางเลือก ซึ่งจะมีขั้นตอนคล้ายกับการวิจัยโดยทั่วไป แต่เป็นการพัฒนาต้นแบบ ให้ได้มาตรฐานก่อนที่จะทำการทดลองใช้ในสภาพจริง เพื่อตรวจสอบคุณภาพของนวัตกรรม มีขั้นตอนที่สำคัญ (กฤษนิยากร เตชะปิยพร, 2552) ดังนี้

ขั้นที่ 1 พัฒนาต้นแบบ

ขั้นที่ 2 ทดลองใช้นวัตกรรม

ขั้นที่ 3 สรุปผลการทดลอง / เขียนรายงานในการสร้างต้นแบบนวัตกรรม นักวิจัย

จะต้องตรวจสอบและปรับปรุงต้นแบบอย่างต่อเนื่องในลักษณะของ R&D ดังนี้

- 1) ต้องศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรม (Review literature)
- 2) สร้างต้นฉบับนวัตกรรม (D1 = Development ครั้งที่ 1)
- 3) ตรวจสอบประสิทธิภาพในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (R1 = Research ครั้งที่ 1)
- 4) ปรับปรุงต้นฉบับ (D2)
- 5) ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น (R2)
- 6) ดำเนินการจนได้ต้นแบบนวัตกรรมที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด

เดชกุล มัทวานุกูล (2559) ได้สรุปกระบวนการวิจัยและพัฒนาไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจสังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ เป็นการดำเนินการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) หรือการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับสภาพปัญหาความต้องการ ผลในขั้นตอนนี้จะทำให้ผู้วิจัยสามารถออกแบบได้สอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบพัฒนาผลิตภัณฑ์ โดยการนำความรู้และผลการวิจัยที่ได้จาก ขั้นตอนที่ 1 มาพัฒนาผลิตภัณฑ์ ให้มีลักษณะหรือรูปแบบตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ในขั้นตอนนี้ต้องใช้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการสร้างผลิตภัณฑ์นั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้ผลิตภัณฑ์ เป็นการตรวจสอบความเหมาะสม และประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ ถ้าหากผลการตรวจสอบความเหมาะสมและประสิทธิภาพยังไม่เป็นที่พึงพอใจ หรือมีบางส่วนที่ไม่สมบูรณ์จะต้องดำเนินการปรับปรุงแก้ไขจนผลิตภัณฑ์มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ ดังนี้

3.1 การทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก เป็นการทดลองเบื้องต้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมผล ประเมินเชิงคุณภาพเบื้องต้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยสังเกต สัมภาษณ์ สอบถาม แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงรูปแบบของผลิตภัณฑ์

3.2 ทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ หรือเรียกว่ากลุ่มนำร่อง (Pilot group) โดยมีการทดสอบก่อนและหลังการใช้ผลิตภัณฑ์ นำผลที่ประเมิน เปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์หรือกลุ่มควบคุมที่เหมาะสม เพื่อต้องการที่จะบ่งชี้ว่าผลิตภัณฑ์ที่พัฒนาขึ้นเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการพัฒนาหรือไม่

3.3 การทดลองความพร้อมนำไปใช้ หลังจากปรับปรุงรูปแบบผลิตภัณฑ์จนมีความมั่นใจในด้านคุณภาพ จึงนำมาสู่การตรวจสอบความพร้อมสู่การปฏิบัติ เช่น คู่มือในการใช้ผลิตภัณฑ์มีความชัดเจนหรือไม่ จะเป็นการประเมินผลการใช้ผลิตภัณฑ์ในภาพรวมทั้งหมด ซึ่งจะประเมินทั้งตัวผลิตภัณฑ์กระบวนการใช้ และปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ผลที่ได้จากการประเมินจะนำไปสู่การตัดสินใจปรับปรุงผลิตภัณฑ์นั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 4 การเผยแพร่ผลิตภัณฑ์ เช่น การนำเสนอในที่ประชุมสัมมนาทางวิชาการ หรือวิชาชีพ การตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางวิชาการ

ศิริชัย กาญจนวาสี (2559) ได้กำหนดขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา 6 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

- 1) การศึกษาสภาวะแวดล้อม วิเคราะห์สภาพปัญหา
- 2) การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนา
- 3) การสังเคราะห์องค์ความรู้ ออกแบบนวัตกรรม ทดลองนำร่องและประเมินผล
 - 3.1) สังเคราะห์องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องและออกแบบนวัตกรรมเบื้องต้น (D1)
 - 3.2) ทดลองนำร่อง และประเมินผลเบื้องต้น (R1)
- 4) ปรับปรุงการออกแบบ ทดลองซ้ำและประเมินผล
 - 4.1) บูรณาการองค์ความรู้ และปรับปรุงการออกแบบนวัตกรรม (D2)
 - 4.2) ทดลองซ้ำในสถานการณ์จริง และประเมินผล (R2)
- 5) การสรุปผลและจัดทำรายงานการวิจัย
- 6) การเผยแพร่และขยายผล

สรุปได้ว่า การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เป็นอีกรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีการใช้ระเบียบวิจัยอย่างเป็นระบบ และเป็นสร้างทางเลือกใหม่ในการพัฒนาเพื่อยกระดับคุณภาพ มีขั้นตอนคล้ายกับการขั้นตอนการพัฒนาการประเมินสมรรถนะ โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดการวิจัยและพัฒนามาประยุกต์เป็นกรอบการศึกษา เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ

- 1) สังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (Review literature)
- 2) ออกแบบต้นฉบับของเครื่องมือ (D1 = Development ครั้งที่ 1)
- 3) ตรวจสอบพิจารณาความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

- 4) ทดลองนำร่องเบื้องต้น (R1 =Research ครั้งที่ 1)
- 5) ปรับปรุงเครื่องมือพร้อมออกแบบคู่มือการใช้ (D2)
- 6) ตรวจสอบพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญ
- 7) นำไปใช้ในสถานการณ์จริง เพื่อตรวจสอบความพร้อมใช้ (R2)
- 8) สรุปผลและเผยแพร่

2.7 แนวคิดเทคนิคเดลฟาย (Delphi-Technique)

การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายเป็นกระบวนการให้ความเห็นในประเด็นใดประเด็นหนึ่งของผู้เชี่ยวชาญหลาย ๆ คน เพื่อให้มีฉันทามติร่วมกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดความเที่ยงตรง (valid) มากกว่าความคิดเห็นของบุคคลเพียงคนเดียว โดยมีรายละเอียดของเทคนิคเดลฟายดังต่อไปนี้

2.7.1 ความหมาย

มีผู้ให้นิยามของเทคนิคเดลฟายไว้ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

Norman & Olaf (1963) ให้คำนิยาม เทคนิคเดลฟายว่า เป็นระเบียบวิธีที่หาความแม่นยำ (reliability) จากฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ด้วยการใช้แบบสอบถามอย่างเข้มข้น สลับกับวิธีการแสดงความคิดเห็น ซึ่งมีการป้อนกลับโดยมีการควบคุม

Jensen (1996) ได้ให้คำนิยามของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นโครงการจัดทำรายละเอียดรอบคอบ ในการที่จะสอบถามบุคคลด้วยแบบสอบถามในเรื่องต่าง ๆ เพื่อจะได้ให้ข้อมูลและความคิดเห็นกลับมา โดยมุ่งที่จะรวบรวมการพิจารณาการตัดสินใจและสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในเรื่องที่เกี่ยวกับความเป็นไปได้ในอนาคต

Miller (2001) ได้กล่าวถึงเทคนิคเดลฟายว่าเป็นการใช้กระบวนการตัดสินใจโดยกลุ่มบุคคล ซึ่งจะเพิ่มความถูกต้องได้มากกว่าการตัดสินใจเพียงคนเดียว โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้เชี่ยวชาญที่คัดเลือกมาเป็นกลุ่มผู้มีความรู้และความชำนาญในเรื่องนั้น ๆ การตัดสินใจก็จะแม่นยำยิ่งขึ้น นอกจากนี้ หากผู้เชี่ยวชาญไม่มีการเผชิญหน้าในการตอบ ก็สามารถลดผลกระทบจากอิทธิพลอคติส่วนตัว และอคติต่อความคิดของกลุ่มได้

น้ำผึ้ง มีศีล (2559) เทคนิคเดลฟายคือ วิธีการหรือกระบวนการในการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ เพื่อสรุปให้เป็นมติที่เห็นชอบโดยเสียงข้างมากในการที่จะตัดสินใจถึงเรื่องราวเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

นิภาพรรณ เจนสันติกุล (2560) เทคนิคเดลฟาย หมายถึง กระบวนการหรือเครื่องมือที่ใช้ในการตัดสินใจหรือลงข้อสรุปในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างเป็นระบบที่ปราศจากการเผชิญหน้าโดยตรงของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้วิธีการรวบรวมและสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

สรุปความหมายของเทคนิคเดลฟาย คือกระบวนการพิจารณาให้ความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ของผู้เชี่ยวชาญในด้านนั้น ๆ จำนวนหลายคน โดยไม่มีการเผชิญหน้ากัน แล้วสรุปความเห็นที่สอดคล้องกันส่วนใหญ่ เป็นฉันทามติ ในเรื่องนั้น ๆ

2.7.2 ลักษณะสำคัญของเทคนิคเดลฟาย

Sackman (1974) ได้ระบุถึงลักษณะของเทคนิคเดลฟาย ดังนี้

- 1) ใช้แบบสอบถามที่มีโครงสร้าง
- 2) ข้อคำถามในแบบสอบถามถูกสร้างขึ้นโดยผู้ดำเนินการ ผู้ร่วมอภิปรายหรือทั้งสองกลุ่ม
- 3) ใช้ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ
- 4) กระบวนการมีสองรอบหรือมากกว่าสองรอบ
- 5) แบบสอบถามอาจจะรวมคำถามปลายเปิดหรืออาจไม่รวมคำถามปลายเปิด
- 6) ผลตอบรับจากแต่ละรอบอยู่ในรูปแบบของข้อเสนอแนะทางสถิติมักจะเกี่ยวข้องกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางและตัวชี้วัดของการกระจายตัว
- 7) ผลตอบรับจากแต่ละรอบอาจรวมถึงการเลือกข้อมูลที่เป็นข้อความ
- 8) การตอบกลับของผู้ให้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้โดยไม่ระบุชื่อ
- 9) ดำเนินการซ้ำจนกว่าจะได้ฉันทามติ
- 10) ผู้ให้ข้อมูลไม่มีการเผชิญหน้าและอาจจะมีการกระจายตัวทางภูมิศาสตร์
- 11) ค่าผิดปกติ (เช่นค่าสูงกว่าและค่าต่ำกว่าของควอไทล์) อาจถูกแสดงให้เห็นถึงการตอบโดยการเขียนอธิบาย

วัลลภ รัฐฉัตรานนท์ (2562) ได้สรุปลักษณะสำคัญของวิธีเดลฟายไว้ 4 ประการ คือ

- 1) การไม่เปิดเผยตัวบุคคล (anonymity) ที่ได้จากการใช้แบบสอบถาม เพื่อไม่ให้ผู้ออกความเห็นต้องเผชิญหน้ากัน จะได้ไม่รู้ว่าใครเป็นเจ้าของความเห็น ทำให้สามารถพิจารณาคุณค่าของความเห็นโดยไม่ถูกเบี่ยงเบนด้วยตำแหน่งหรือความสามารถในการโน้มน้าวของเจ้าของความเห็น ผู้ออกความเห็นที่แตกต่างออกไปไม่รู้สึกรู้สึกกดดันจากผู้ที่มีวุฒิสูงกว่าหรือความเห็นของคนส่วนใหญ่
- 2) การทำซ้ำ (reiteration) ได้จากการส่งแบบสอบถามเดียวกันให้ตอบหลายรอบ ให้โอกาสผู้ตอบเปลี่ยนใจโดยไม่เสียหน้าจากการพิจารณาความเห็นและเหตุผลของผู้อื่น

3) การป้อนกลับโดยมีการควบคุม (controlled feedback) มีการกลั่นกรองและป้อนกลับความเห็นของกลุ่มให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้ทราบในการส่งแบบสอบถามรอบต่อไป ผู้ตอบจะได้ทราบสถานภาพของความเห็นรวม คำวิจารณ์ข้อเสนอแนะ และเหตุผลประกอบความคิดเห็นของทั้งผู้เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย

4) การนำเสนอคำตอบด้วยสถิติ (statistical group response) เป็นส่วนหนึ่งของการป้อนกลับระหว่างการถามแต่ละรอบ โดยเสนอผลคำตอบของกลุ่มโดยใช้ค่าสถิติพื้นฐาน เช่น ค่ามัธยฐาน ค่าร้อยละ

2.7.3 ประเภทของเทคนิคเดลฟาย

ชัชวาล ทัชศิริวัต (2553) ได้จำแนกประเภทของเทคนิคเดลฟายไว้ 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ กลุ่มแรกเทคนิคเดลฟายแบบดั้งเดิม ซึ่งเน้นการใช้แบบสอบถามหรือสัมภาษณ์บนกระดาษเป็นสำคัญ กลุ่มที่สองเทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุง ซึ่งพัฒนาขึ้นมาเพื่อลดข้อจำกัดของเทคนิคเดลฟายแบบดั้งเดิมในหลายประเด็น โดยเฉพาะข้อจำกัดในขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการเก็บข้อมูล โดยรูปแบบของเทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุง ได้แก่

1) การใช้วิธีระดมความคิดเห็นแทนการตอบแบบสอบถามปลายเปิดในรอบแรก เพื่อรวบรวมแนวคิดที่หลากหลายของกลุ่มบุคคล สำหรับการจัดทำเป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิดในรอบที่ 2

2) การใช้วิธีการสัมภาษณ์แทนการตอบแบบสอบถามปลายเปิดในรอบแรกวิธีการสัมภาษณ์แบบเปิดและไม่ชี้นำ เทคนิควิธีนี้โดยทั่วไปต้องใช้ผู้ตอบเป็นจำนวนมากเพื่อให้ข้อมูลที่ได้นั้นครอบคลุมสิ่งที่ต้องการและจะไม่มีกำหนดกรอบของคำถามเพื่อกำหนดหัวข้อให้ผู้ตอบ ตอบได้อย่างอิสระ มีโอกาสปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และแก้ไขข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์จากนั้นจึงนำความคิดเห็นที่ได้นี้ไปสร้างเป็นแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ของเทคนิคเดลฟาย

3) การใช้แบบสอบถามปลายปิด (Close-ended) แทนแบบสอบถามปลายเปิดในรอบแรก ตัวอย่างงานวิจัยของ Hartman (1981) และงานของ Murray & Hammons (1995) ซึ่งทั้งสองท่านได้ปรับเทคนิคเดลฟายจากเดิมด้วยการใช้แบบสอบถามปลายปิดไปเก็บข้อมูลในรอบแรก และหากผู้ตอบแบบสอบถามไม่เห็นด้วยในข้อใดก็ให้แสดงหรือระบุเหตุผลประกอบมาด้วย และในการเก็บข้อมูลรอบที่สองก็นำข้อเสนอแนะจากรอบแรกระบุแยกในแต่ละประเด็นแล้วให้ผู้ตอบเลือกตอบทำเช่นนี้ในรอบที่ 3 และรอบที่ 4 จนกว่าจะได้ข้อมูลที่นิ่งพอ ทั้งสองตัวอย่างที่นำเสนอไปปรากฏข้อค้นพบที่สอดคล้องกันว่าเทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุงนี้ ช่วยให้ได้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่สอดคล้องต้องกันมากขึ้น และลดข้อขัดแย้งได้เป็นอย่างดี

4) การประชุมแบบเดลฟาย (Delphi Conference) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในลักษณะของการประชุม ระหว่างการประชุมจะเก็บข้อมูลซ้ำด้วยแบบสอบถามและนำเสนอข้อมูลย้อนกลับแก่สมาชิกในกลุ่ม และขอให้ผู้ให้ข้อมูลพิจารณาและตรวจสอบความคิดเห็นของตนเองอีกครั้งพร้อมกับการสนับสนุนให้ เกิดการอภิปรายกันภายในกลุ่ม การเก็บข้อมูลแบบนี้จะไม่สามารถปิดบังสถานภาพทางสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลได้

5) เดลฟายใช้คอมพิวเตอร์เป็นฐาน (Computer-Base Delphi) เป็นการนำเอาระบบจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-Mail) สำหรับส่งแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ที่เป็นไฟล์ข้อมูลไปยังกลุ่มเป้าหมายตามระเบียบวิธีของเทคนิคเดลฟาย ซึ่งช่วยให้สะดวกในการเก็บข้อมูลหลาย ๆ รอบ

6) เดลฟายกลุ่ม (Group Delphi) เป็นการเชิญผู้เชี่ยวชาญเข้าประชุม เมื่อได้รับการตอบรับการประชุม ผู้วิจัยจะส่งแบบสอบถามรอบที่ 1 ไปให้ก่อนประชุม หลังจากนั้นก่อนหรือหลังการประชุมประมาณ 3-4 ชั่วโมง ผู้เชี่ยวชาญจะได้รับแบบสอบถามฉบับที่ 2 โดยผู้เชี่ยวชาญจะใช้เวลาระหว่างพักประชุมประมาณ 20 นาที ตอบแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัย รวบรวมคำตอบที่ได้อย่างรวดเร็ว จากนั้นสร้างแบบสอบถามรอบที่ 3 เมื่อกลุ่มผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 เสร็จแล้ว ผู้วิจัยจะนำเสนอประเด็นที่มีผู้ไม่เห็นด้วยมาพิจารณาร่วมกันแบบเผชิญหน้าเพื่อหาข้อสรุป

น้ำผึ้ง มีศีล (2559) จำแนกเทคนิคเดลฟายเป็น 2 รูปแบบหลัก คือ รูปแบบดั้งเดิม (Traditional Delphi Technique) และรูปแบบปรับปรุง (Modified Delphi Technique) ซึ่งการเก็บข้อมูลรูปแบบดั้งเดิม มักเริ่มต้นด้วยการใช้คำถามปลายเปิดและกระทำซ้ำด้วยคำถามปลายปิดหลายรอบ ซึ่งจะทำให้ผู้เชี่ยวชาญเกิดความเบื่อหน่ายเพราะถูกรบกวนมากเกินไป ส่งผลให้อัตราการตอบกลับมีค่อนข้างน้อย ข้อมูลที่ได้จึงไม่ค่อยมีความหลากหลาย จึงมีการพัฒนาปรับปรุงข้อจำกัดของการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายแบบดั้งเดิมให้ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในรูปแบบดังต่อไปนี้

1) นำการระดมความคิดมาใช้แทนการตอบแบบสอบถามปลายเปิดในรอบแรก เพื่อรวบรวมแนวความคิดที่หลากหลายของกลุ่มบุคคล ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาลงไปได้มาก เพราะการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มด้วยวิธีการระดมความคิดจะทำให้ได้ความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์และมีการอภิปรายในกลุ่ม ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามปลายเปิดกลับคืนในรอบแรกได้มาก

2) นำวิธีการสัมภาษณ์มาใช้แทนการตอบแบบสอบถามปลายเปิดในรอบแรก ด้วยการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างไม่จำกัดขอบเขตของแนวคิดของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสปรับปรุง เปลี่ยนแปลงและแก้ไขข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์จึงทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ

3) การประชุมแบบเดลฟาย (Delphi Conference) ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการประชุม ซึ่งในระหว่างการประชุมจะเก็บข้อมูลซ้ำด้วยแบบสอบถามและนำเสนอข้อมูลย้อนกลับสู่สมาชิกเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลพิจารณาและตรวจสอบความคิดเห็นของตนเองซ้ำอีกครั้ง พร้อมทั้งการกระตุ้นให้เกิดการอภิปรายภายในที่ประชุม ซึ่งจะไม่สามารถปิดบังสถานภาพทางสังคมของผู้เข้าร่วมได้ แต่สามารถสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลได้

4) เดลฟายที่ใช้คอมพิวเตอร์เป็นฐาน (Computer – Base Delphi) เป็นการวิจัยที่เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ผู้ให้ข้อมูลจะเห็นข้อมูลของสมาชิกท่านอื่น ๆ ในกระบวนการทั้งหมด ทำให้นักวิจัยไม่ต้องสรุปหรือวิเคราะห์ความคิดเห็น ลดความลำเอียงในตัวนักวิจัยลงได้ อีกทั้งยังสามารถประหยัดทั้งเวลาและเงินลงได้มาก

5) เดลฟายกลุ่ม (Group Delphi) เป็นการกำหนดกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อเชิญเข้าร่วมประชุม โดยจัดส่งแบบสอบถามรอบที่ 1 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญก่อนการประชุม หลังจากนั้นก่อนหรือหลังการประชุมสามชั่วโมง ผู้เชี่ยวชาญจะได้รับแบบสอบถามฉบับที่ 2 ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจะใช้เวลาระหว่างพักการประชุมในการตอบแบบสอบถามชุดนี้โดยไม่มีการอภิปรายเกี่ยวกับคำตอบในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ทั้งนี้ นักวิจัยจะต้องรวบรวมคำตอบอย่างรวดเร็วและสร้างเป็นแบบสอบถามชุดที่ 3 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญตอบเมื่อตอบเสร็จแล้วผู้วิจัยจะนำเสนอประเด็นที่ยังมีผู้ไม่เห็นด้วยในที่ประชุมเพื่อหาข้อสรุปต่อไป

วัลลภ รัฐฉัตรานนท์ (2562) ได้จำแนกการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายเป็น 2 รูปแบบหลัก คือ รูปแบบดั้งเดิม และรูปแบบปรับปรุงที่เกิดจากความพยายามในการลดเวลาในการหามติสอดคล้อง โดยเสียงข้างมากให้เร็วที่สุด แบ่งรูปแบบปรับปรุงได้ดังต่อไปนี้

1) นำวิธีการระดมความคิดมาใช้แทนการตอบแบบสอบถามปลายเปิดในรอบแรก เพื่อรวบรวมแนวความคิดที่หลากหลาย ซึ่งจะลดระยะเวลาลงไปได้มาก เพราะการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มจะทำให้ได้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามกลับคืนในรอบแรกได้มาก

2) นำวิธีการสัมภาษณ์มาใช้แทนการตอบแบบสอบถามปลายเปิดในรอบแรก โดยไม่มีการจำกัดขอบเขตของแนวคิดของผู้เชี่ยวชาญ ใช้การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างและไม่ชี้นำ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสปรับปรุง เปลี่ยนแปลงและแก้ไขข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ จึงทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ

3) การประชุมแบบเดลฟาย (Delphi Conference) ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการประชุมซึ่งในระหว่างการประชุมจะเก็บข้อมูลซ้ำด้วยแบบสอบถามและนำเสนอข้อมูลย้อนกลับสู่สมาชิกเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลพิจารณาและตรวจสอบความคิดเห็นของตนเองซ้ำอีกครั้ง ซึ่งจะไม่สามารถปิดบังสถานภาพทางสังคมของผู้เข้าร่วมประชุมได้ แต่ผู้วิจัยจะสามารถสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลร่วมด้วยได้

4) เดลฟายที่ใช้คอมพิวเตอร์เป็นฐาน (Computer-Base Delphi) เป็นการวิจัยที่เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ผู้ให้ข้อมูลจะเห็นข้อมูลของสมาชิกท่านอื่น ๆ ในกระบวนการทั้งหมด ทำให้นักวิจัยไม่ต้องสรุปหรือวิเคราะห์ความคิดเห็น ทำให้ลดความลำเอียงในตัวนักวิจัยลงได้อีกทั้งยังสามารถประหยัดทั้งเวลาและเงินลงได้มาก

กล่าวโดยสรุป แม้ว่าจะมีการนำรูปแบบใหม่ ๆ ของการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายมาใช้เพื่อย่นระยะเวลาและเพิ่มประสิทธิภาพของเทคนิคเดลฟาย ซึ่งนักวิจัยเองควรเป็นผู้เลือกที่จะนำวิธีการที่เหมาะสมมาใช้กับงานของตนโดยคำนึงถึงหลักการสำคัญของเทคนิคเดลฟาย 3 ประการ คือ

1) การกำหนดโครงสร้างของประเด็นที่สนใจศึกษา 2) การให้ข้อมูลย้อนกลับ และ 3) การไม่เปิดเผย

ข้อมูลของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งหลักการสำคัญทั้งสามเป็นลักษณะเฉพาะของเทคนิคเดลฟายที่ทำให้ผลการวิจัยเป็นที่น่าเชื่อถือและยอมรับ

2.7.4 ขั้นตอนการศึกษาเทคนิคเดลฟาย

Murphy & Terry (1998) ได้แบ่งกระบวนการศึกษาเป็น 5 ระยะ คือ

- 1) การกำหนดกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ
- 2) การรวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจากแบบสอบถามปลายเปิด (Open-ended questionnaires)
- 3) การกำหนดค่าความเห็นบนมาตรวัดของแบบสอบถามฉบับที่สอง (รอบสอง)
- 4) การหามติสอดคล้องโดยเสียงข้างมาก
- 5) การวิเคราะห์สรุปผลข้อมูล

Fowles (1978) ได้อธิบายขั้นตอนของเทคนิคเดลฟายไว้ 10 ขั้นตอน ประกอบด้วย

- 1) การกำหนดคณะทำงานเพื่อตรวจสอบประเด็นในการศึกษา
- 2) การเลือกผู้เชี่ยวชาญ
- 3) การสร้างแบบสอบถามในรอบแรก
- 4) การตรวจและทดสอบแบบสอบถาม
- 5) การส่งแบบสอบถามรอบแรก
- 6) การวิเคราะห์คำตอบจากแบบสอบถามในรอบแรก
- 7) การเตรียมแบบสอบถามฉบับถัดไป
- 8) การส่งแบบสอบถามฉบับถัดไป
- 9) การวิเคราะห์คำตอบจากแบบสอบถามรอบที่สองหรือรอบต่อๆ ไป
- 10) การสรุปผลการศึกษาและจัดทำรายงาน ซึ่งการส่งแบบสอบถามจะกระทำซ้ำ

จนกว่าคำตอบที่ได้จะมีมติสอดคล้องโดยเสียงข้างมาก

2.7.5 คณะผู้เชี่ยวชาญ (The Expert Panel)

คณะผู้เชี่ยวชาญ คือกลุ่มเป้าหมายที่จะเข้าร่วมการวิจัยเทคนิคเดลฟาย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจะไม่ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นตัวแทนประชากรการศึกษา แต่จะใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sample) จากผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ในสาขาหรือเฉพาะเรื่องที่ศึกษา และมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Specialist) ในด้านนั้น ๆ มาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา (McKenna, 1994)

จำนวนของคณะผู้เชี่ยวชาญ และความหลากหลาย (Heterogeneity) ของผู้เชี่ยวชาญ ขึ้นอยู่กับเป้าหมายของงานวิจัย (Goodman, 1987; Green et al., 1999 อ้างอิงใน McKenna,

1994; Keeney et al., 2001) ความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง จะทำให้ข้อคิดเห็นที่ได้มีความน่าเชื่อถือมาก (Moore, 1987 อ้างอิงใน Keeney et al., 2001) Norman & Olaf (1963) และเสนอว่าจำนวนอย่างน้อยที่สุดควรมี 7 คน ส่วน Burns (1998) อ้างอิงใน Keeney et al., 2001) เสนอว่าควรมีผู้เชี่ยวชาญจำนวน 15 คน, Brockhoff (1975) ในงานเขียนเรื่อง Delphi performance เสนอให้เลือกใช้ผู้ให้ข้อมูลเพียง 11 คน ก็เพียงพอ หากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญไม่มีความแตกต่างกันมากนักก็มักจะใช้เพียง 10 – 15 คน เช่นเดียวกับ บุญมี พันธุ์ไทย (2565) ได้สรุปว่าการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่วิจัยเชิงประจักษ์มีหน้าที่การงานตรงกับเรื่องที่วิจัย จำนวนไม่ต้องมากจำนวน 10 คน ก็น่าจะเป็นที่ยอมรับได้ ส่วน Linstone & Turoff (1975) เสนอว่าสำหรับงานวิจัยระดับปริญญาเอก ที่มุ่งค้นหาข้อเท็จจริง ก็สามารถใช้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพียง 7 คนให้ข้อมูลได้ และจะเป็นผลดีในแง่ความง่ายต่อการควบคุมกระบวนการของผู้วิจัย ส่วน ชัชวาลย์ ทัดศิวิธ (2553) สรุปว่าการเลือกผู้เชี่ยวชาญจำนวนเท่าใดต้องพิจารณาควบคู่กับการได้มาซึ่งข้อมูลที่นิ่งเพียงพอและน่าเชื่อถือได้และอาจนำจำนวนผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาเป็นลำดับรอง เมื่อเทียบกับโอกาสหรือความสามารถในการควบคุมการวิจัยให้สำเร็จตามกรอบเวลา

สรุปได้ว่า คณะผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย จะใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนในทางวิชาการถึงจำนวนที่แน่นอนของผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสม ส่วนสำคัญคือผู้เชี่ยวชาญต้องมีประสบการณ์ มีความรู้อย่างแท้จริงในสาขาจะศึกษาวิจัย และยินดีเข้าร่วมการวิจัยจนจบกระบวนการ และควรคำนึงถึงการจัดการและระยะเวลาให้เป็นไปตามกรอบการศึกษาวิจัยเป็นสำคัญ

2.7.6 การพิจารณามติสอดคล้อง (Consensus)

การพิจารณามติที่สอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญโดยเสียงข้างมาก หรือ “ฉันทามติ” หมายถึง ระดับความสอดคล้องทางความคิดของผู้ให้ข้อมูล เพื่อนำไปจัดทำข้อสรุปความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้ค่าสถิติแสดงร้อยละของผู้ที่มีความเห็นสอดคล้องกันและสถิติวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางเพื่อแสดงลักษณะการกระจายของคำตอบ (วัลลภ รัฐฉัตรานนท์. 2562)

การกำหนดระดับความเห็นพ้องกันของเสียงส่วนใหญ่ ด้วยการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง (Central Tendency) ซึ่งเป็นระเบียบวิธีทางสถิติในการหาค่าเพียงค่าเดียวที่จะใช้เป็นตัวแทนของข้อมูลทั้งชุด ค่าที่หาได้จะเรียกว่า “ค่ากลาง” ได้แก่ ค่ามัชฌิมเลขคณิต (Arithmetic Mean) ค่ามัธยฐาน (Median) และ ค่าฐานนิยม (Mode) ปัจจุบันมีงานวิจัยจำนวนมากที่ใช้ค่าสถิติการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางจากค่ามัธยฐาน (Mdn) จากเครื่องมือวัดตัวแปรที่เป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ซึ่งพบได้บ่อยในการวิจัยประเภทการวิจัยและพัฒนา หรือกรณีการใช้เทคนิคเดลฟายที่เป็นการนำเสนอผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ ที่มีจำนวนไม่มาก จึงไม่ต้องใช้

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพราะมีแนวโน้มไม่เป็นโค้งปกติ (Normal curve) ซึ่งหากผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยในข้อความนั้นว่ามีความสำคัญมากโดยมีค่ามัธยฐาน (Mdn) 4.00 ขึ้นไปก็แสดงให้เห็นว่าสมาชิกส่วนใหญ่เห็นตรงกัน (พงศเทพ จิระโร. 2564) อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องพิจารณาระดับการกระจายของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญร่วมด้วย โดยการหาค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (interquartile range: IQR) ซึ่งเกณฑ์พิจารณาความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้หลักการ ค่า $IQR < 1.50$ แสดงถึงความคิดเห็นมีความสอดคล้อง และ ค่า $IQR > 1.50$ แสดงถึงความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกัน (จุมพล พุนภทธรชีวิน, 2544)

สรุปได้ว่าการพิจารณาอันตามติโดยพิจารณาจาก ค่ามัธยฐาน (Mdn) หากค่า Mdn > 4.00 แสดงว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ามีเหมาะสม และพิจารณาควบคู่กับการวัดการกระจายด้วยค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) กำหนดค่า $IQR < 1.50$ แสดงถึงความคิดเห็นมีความสอดคล้อง และ ค่า $IQR > 1.50$ แสดงถึงความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกัน

2.7.7 ปัจจัยที่มีผลต่อการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย

นิภาพรรณ เจนสันติกุล (2560) ได้สรุปปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพของผลการวิจัย ดังนี้

- 1) ความรู้และความเชี่ยวชาญของผู้ทรงคุณวุฒิในประเด็นที่ศึกษา
- 2) จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิในการตอบแบบสอบถาม ที่เหมาะสมจะลดอัตราความคลาดเคลื่อนลง

- 3) จำนวนรอบในการตอบแบบสอบถามเพื่อได้ผลเป็นฉันทามติ
- 4) การติดตามผลการตอบแบบสอบถามของผู้ทรงคุณวุฒิโดยผู้วิจัย

โดยสรุปเทคนิคเดลฟาย เป็นวิธีการพิจารณาให้ความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยผู้เชี่ยวชาญในด้านนั้น ๆ ในจำนวนมากพอ โดยไม่มีการเผชิญหน้ากัน แล้วสรุปความเห็นที่สอดคล้องกันส่วนใหญ่เป็นมติในเรื่องนั้น โดยมีคุณลักษณะสำคัญคือ ไม่มีการเผชิญหน้ากันของผู้เชี่ยวชาญ มีการให้ความเห็นหลายรอบเพื่อหามติสอดคล้องด้วยวิธีการทางสถิติ เดลฟายเทคนิคแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือเทคนิคแบบดั้งเดิมและเทคนิคแบบปรับปรุง

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกใช้วิธีเทคนิคแบบปรับปรุง ตามแนวทางของ ชัชวาล ทัชชีวัต (2553) กำหนดดำเนินการเดลฟาย จำนวน 3 รอบ โดยผู้เชี่ยวชาญ 12 คน โดยใช้แบบสอบถาม รอบที่ 1 ใช้ข้อคำถามปลายปิด (close-ended) ร่วมกับข้อคำถามปลายเปิด (Open-end) โดยการสัมภาษณ์ เนื่องจากได้มีผู้นำไปศึกษาแล้วพบว่าสามารถช่วยให้ได้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่สอดคล้องต้องกันมากขึ้นและลดข้อขัดแย้งได้เป็นอย่างดี กำหนดมาตรวัดการให้ความเห็นแบบ Likert scale 5 ระดับ รอบที่ 2 ใช้แบบสอบถามปิดที่ปรับปรุงจากรอบแรก และรอบที่ 3 การหาฉันทามติด้วยการประชุมกลุ่ม ด้วยวิธีการศึกษาดังกล่าวจะทำให้ลดระยะเวลาในการหามติสอดคล้อง ลดข้อขัดแย้ง

และลดการรบกวนผู้เชี่ยวชาญมากเกินไปได้ แต่ยังคงยึดหลักการสำคัญของเดลฟายเทคนิค คือการสอบถามแบบมีโครงสร้าง ไม่มีการเผชิญหน้าของผู้เชี่ยวชาญ มีการดำเนินการซ้ำ และใช้หลักสถิติในการหาฉันทมติสอดคล้อง

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.8.1 งานวิจัยต่างประเทศ

รายงานการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือประเมินต่าง ๆ มีผู้ศึกษาดังต่อไปนี้

Kitreerawutiwong et al. (2015) ได้ศึกษามาตรเกณฑ์ประเมินสมรรถนะสำหรับผู้จัดการสุขภาพ (Health care manager) ในประเทศไทย ด้วยระเบียบวิธีวิจัยผสมวิธี แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกพัฒนาแบบประเมินฯ มีขั้นตอนดังนี้ (1) พัฒนาข้อคำถามด้วยการให้คำจำกัดความสมรรถนะด้านต่าง ๆ ของผู้จัดการสุขภาพระดับตำบล (ผู้จัดการสุขภาพระดับตำบลหมายถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล) อย่างเป็นระบบ และนำนิยามสมรรถนะไปสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ในกลุ่มเป้าหมาย 35 คน ครอบคลุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิทุกภาคส่วน ผลจากการวิเคราะห์เนื้อหาในขั้นตอนนี้ได้โครงสร้างของสมรรถนะ 9 มิติ จำนวน 123 ข้อ (2) นำผลของขั้นที่ (1) มาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 7 ท่าน พิจารณานำมาหาค่า I-CVI กำหนดค่าที่ยอมรับได้ไม่ต่ำกว่า 0.80 ผลจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญมีสมรรถนะ 39 ข้อที่ถูกต้อง และมี 84 ข้อที่ยอมรับได้ (3) ทดลองนำร่องเบื้องต้น โดยการกำหนดมาตรวัด 5 ระดับในกลุ่มผู้จัดการสุขภาพระดับตำบลจังหวัดพิจิตร จำนวน 41 ตัวอย่าง กำหนดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคมากกว่า 0.70 ระยะที่สอง นำเครื่องมือไปทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยา (psychometric) โดยการทดสอบภาคสนามในพื้นที่ 5 จังหวัด สุ่มกลุ่มตัวอย่าง 620 ตัวอย่าง ได้รับแบบตอบกลับ 96.95% แบบสอบถามที่สมบูรณ์ 487 ตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วย SPSS ด้วยสถิติ Cronbach's a coefficient และ exploratory factor analysis ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะของผู้จัดการสุขภาพระดับตำบล จำแนกได้ 9 มิติ 48 ตัววัด มีความตรงเชิงโครงสร้าง 58.61% ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคภาพรวมเท่ากับ 0.96 และแต่ละมิติมีค่าระหว่าง 0.70 – 0.88

Rachmani et al. (2020) ศึกษาพัฒนาเครื่องมือวัดสมรรถนะด้านข้อมูลสารสนเทศของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขปฐมภูมิ (public health informatics of primary health care worker: PHIC4PHC) ในประเทศอินโดนีเซีย แบ่งการศึกษาเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) ทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนาหมวดหมู่ข้อคำถามและตัวบ่งชี้ และยกย่องเครื่องมือวัดสมรรถนะจากแนวคิด ICT literacy, Digital competency Assessment และ eHealth ร่างเครื่องมือเบื้องต้น ประกอบด้วย 4 หมวดหมู่ 12 ตัวบ่งชี้ 85 ข้อคำถาม ต่อจากนั้นจึงนำมารวมข้อมูลด้วยวิธีเดลฟายเทคนิค (Delphi-

technique) กับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ 24 คน และกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน 75 คน ผลขั้นตอนนี้ได้ร่างเครื่องมือวัดสมรรถนะที่มีข้อคำถามคงเหลือ 43 ข้อ 2) ทดสอบนำร่องในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน กลุ่มที่ 1 จำนวน 40 คน และกลุ่มที่ 2 จำนวน 35 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.923 มี 1 ข้อคำถามที่ถูกตัดออกไป 3) ทดสอบภาคสนามในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขปทุมธานี 462 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันและค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach ผลการศึกษาพบว่าผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขปทุมธานี ร้อยละ 45.7 มีความสามารถปานกลาง ร้อยละ 27.7 มีความสามารถระดับสูง และ ร้อยละ 25.6 มีความสามารถระดับต่ำ ผู้ชายมีความสามารถสูงกว่าผู้หญิง ยิ่งระดับการศึกษาสูง ระดับสมรรถนะก็ยิ่งสูงขึ้น ยิ่งมีประสบการณ์การทำงานนาน คะแนนสมรรถนะยิ่งต่ำ และยิ่งอายุมากขึ้นคะแนนสมรรถนะยิ่งลดลง

Shewade et al. (2017) การศึกษาพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ (Competency-base tool) การฝึกปฏิบัติภาคชุมชน (Community-base training) ของแพทย์เวชศาสตร์ชุมชนแพทย์ ในประเทศอินเดีย ด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi-technique) เริ่มจากการทบทวนกรอบเนื้อหาจากหลักสูตรการอบรมเวชศาสตร์ชุมชน ได้กรอบสมรรถนะ 6 ด้าน และนำมาสร้างเครื่องมือที่มีมาตรวัด 5 ระดับ (Likert scale) และนำไปเก็บข้อมูลศึกษาเบื้องต้น (Preliminarily) เพื่อให้ได้ประเด็นหลักและประเด็นย่อย ต่อจากนั้นจึงใช้เทคนิคเดลฟายเพื่อหาฉันทามติของเครื่องมือประเมิน ด้วยผู้เชี่ยวชาญ ภาคเวชศาสตร์ชุมชน 8 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยพิจารณาด้านความไว ความจำเพาะ ความยากง่าย เดลฟายรอบแรกได้นำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้น (Preliminarily) ให้ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนน 0-4 และข้อเสนอแนะซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด แล้วนำคะแนนหาค่ามัธยฐาน ผลการพิจารณาในแต่ละรอบ จะนำกลับมานำเสนอในการประชุมอีกครั้ง ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ ฉันทามติพิจารณาจากคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญให้ค่าคะแนน 3 และ 4 หากข้อใดมีคะแนนต่ำกว่า 2 รอบต่อไปจะไม่นำเข้าสู่การพิจารณาต่อไป ผลฉันทามติผู้เชี่ยวชาญ มากกว่าร้อยละ 70 เห็นว่ามีความสอดคล้อง หลังจากนั้นนำไปทดสอบความเข้าใจทางภาษากับนักศึกษาแพทย์เวชศาสตร์ชุมชน จำนวน 3 คน ใช้เวลาทำแบบทดสอบ 45 นาที สรุปเครื่องมือประเมินสมรรถนะการฝึกปฏิบัติภาคชุมชน เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วย 7 ด้าน 74 ข้อคำถาม ได้แก่ 1) ด้านการสาธารณสุข-ระบาดวิทยาและระเบียบวิธีวิจัย จำนวน 13 ข้อ 2) ด้านการสาธารณสุข-ชีวสถิติ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านการบริหารสาธารณสุขและการสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 17 ข้อ 4) ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 24 ข้อ 5) ด้านวัฒนธรรมชุมชน จำนวน 3 ข้อ 6) ด้านการพัฒนาชุมชน จำนวน 2 ข้อ 7) ด้านสมรรถนะทั่วไป จำนวน 9 ข้อ สรุปได้ว่าการใช้เทคนิคเดลฟาย มีความเหมาะสมในการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือการประเมินสมรรถนะ และช่วยให้มีความมั่นใจในการประเมินมากยิ่งขึ้น

Pop and Khampirat (2019) ได้ศึกษาความเที่ยงตรงของเครื่องมือประเมินตนเอง สำหรับวัดสมรรถนะของผู้จบการศึกษาระดับปริญญาตรีของประเทศนามิเบีย เนื่องจากประเทศนามิเบียเป็นประเทศที่มีอัตราการว่างงานสูงลำดับต้น ๆ ของโลก โดยการนำเครื่องมือประเมินสมรรถนะของผู้จบการศึกษาระดับปริญญาของกระทรวงศึกษาธิการ ที่ใช้สำรวจในปี 2013-2014 มีทั้งหมด 20 ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ (Likert scale) โดยไม่ได้ปรับปรุงใด ๆ นำมาศึกษาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยการสำรวจในกลุ่มตัวอย่าง 196 คน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วย EFA ผลจากการวิเคราะห์ พบว่า 20 ตัวชี้วัด แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการและความยืดหยุ่นผ่อนปรน 2) ความเป็นมืออาชีพและการสื่อสาร 3) การทำงานเป็นทีมและการคิดวิเคราะห์ 4) การควบคุมตนเอง และ 5) ความมุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นพบว่ามีค่าสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (0.75-0.86) และผลการตรวจสอบค่าความตรงเชิงโครงสร้าง โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) พบว่า สมรรถนะทั้ง 5 ด้าน 20 ตัวชี้วัด เป็นโมเดลที่ความเหมาะสม (CFI=0.921, TLI=0.906, RMSEA=0.071, SRMR=0.052) และผู้จบการศึกษา สามารถนำเครื่องมือนี้ ไปใช้ประเมินตนเองเพื่อหาจุดแข็งจุดอ่อนของสมรรถนะของตนเองเพื่อการคาดการณ์โอกาสในการจ้างงานได้มากยิ่งขึ้น

Zhang et al. (2019) ได้ศึกษารอบสมรรถนะของพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ในประเทศจีน ด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi-technique) แบบปรับปรุง ชนิด internet-base เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของกรอบสมรรถนะของพยาบาลเฉพาะทางฯ แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือระยะแรกเป็นการทบทวนวรรณกรรม และการประชุมกลุ่ม 4 รอบ เพื่อพัฒนารอบสมรรถนะตั้งต้น พบว่ามี 101 ประเด็น ระยะที่ 2 นำผลของระยะที่ 1 มาศึกษาด้วยวิธีเดลฟาย จำนวน 3 รอบ โดยการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย แพทย์, พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต, ผู้จัดการ, และนักวิชาการการศึกษา โดยใช้แบบแสดงความเห็น มาตรฐาน 5 ระดับ (Likert scale) กำหนดเกณฑ์ฉันทามติ อย่างน้อยร้อยละ 75 ผลการศึกษาพบว่าในรอบที่ 1 มีสมรรถนะที่ผ่านเกณฑ์ฉันทามติ จำนวน 78 ตัวชี้วัด ต่อมาในรอบที่ 2 สมรรถนะที่ผ่านเกณฑ์ฉันทามติเพิ่มเป็น 88 ตัวชี้วัด และรอบที่ 3 สมรรถนะที่ผ่านเกณฑ์ฉันทามติ จำนวน 92 ตัวชี้วัด และแบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือ 1) การปฏิบัติบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ 2) การตัดสินใจที่ซับซ้อน 3) ความเป็นมืออาชีพ 4) การสื่อสารและการปฏิบัติการ 5) การพัฒนาตนเองและการศึกษา และ 6) ความเป็นผู้นำ ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประเมิน และการฝึกปฏิบัติสำหรับพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อการบริการที่มีคุณภาพ

Jittimanee & Suwankij (2023) ได้ศึกษาการประเมินสมรรถนะ ของ อสม. ในการจัด บันทึกรายงานประจำเดือน ในประเทศไทยด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey) ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย โดยศึกษา การจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานประจำเดือน 6 ด้าน คือ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ 2) ด้านควบคุม ป้องกันและเฝ้าระวังโรค 3) ด้านฟื้นฟูสุขภาพ 4) ด้านคุ้มครองผู้บริโภค 5) ด้านการจัดการสุขภาพ ชุมชน และ 6) กิจกรรมรณรงค์ อื่น ๆ รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น ด้าน ความรู้ (5 ข้อ) ด้านทักษะ (1 ข้อ คือการประเมินทักษะการคิดค่า BMI) และด้านทัศนคติ (4 ข้อ) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 ตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Chi-square test และ Mann-Whitney U test ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา (ร้อยละ 62.9) และเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับ มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า จะมีสมรรถนะในการจดบันทึกและรายงานผลดีกว่าที่ระดับการศึกษาต่ำ (ค่าเฉลี่ยมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า 19.5 และค่าเฉลี่ยประถมศึกษา 18.1) จึงมีข้อเสนอวิธีการในการ ฝึกอบรมหรือให้ความรู้ต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับระดับการศึกษาแต่ละบุคคล

สรุปการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเครื่องมือประเมิน สมรรถนะ สรุปได้ว่ามีการใช้ศึกษาด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณควบคู่กัน ด้วยขั้นตอน การศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งการศึกษาเป็นขั้นตอน โดย ขั้นตอนแรกของการศึกษา เป็นการออกแบบต้นร่างเครื่องมือประเมิน มีการกำหนดองค์ประกอบและ ตัวบ่งชี้สมรรถนะ ด้วยวิธีการสังเคราะห์เอกสาร และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประเมินโดย ผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ ขั้นตอนต่อมา เป็นการ พัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ โดยการกำหนดโครงสร้างของแบบประเมินสมรรถนะ และ ตรวจสอบความเที่ยงตรงด้วยเทคนิคเดลฟาย การศึกษานี้จึงกำหนดให้การศึกษาระยะแรกมุ่งเน้น ทำความชัดเจนของสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. และระยะต่อมาจึงพัฒนาเครื่องมือประเมิน สมรรถนะ และตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือด้วยเทคนิคเดลฟาย และนำไปใช้จริงในพื้นที่

2.8.2 งานวิจัยในประเทศ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะแบบต่าง ๆ ในประเทศ ไทย มีดังต่อไปนี้

พิมพ์ปวีณ์ สุวรรณโน และคณะ (2560) ได้ศึกษาพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะ การวิจัยของอาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏ ภาคใต้ ด้วยระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา ขั้นตอนการศึกษา คือ 1) ศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการวิจัยด้วยการทบทวนวรรณกรรม สร้างแบบสัมภาษณ์ สํารวจ ข้อมูลด้วยแบบสอบถามเชิงปริมาณ 560 ตัวอย่าง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ

เชิงสำรวจ และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง 2) การพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะการวิจัย ตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 คน ด้วยแบบประเมินความเหมาะสม 3) ทดลองใช้รูปแบบการประเมินกับอาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา จำนวน 12 คน 4) ประเมินรูปแบบการประเมินสมรรถนะการวิจัยด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (t-test one sample) ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะการวิจัยของอาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏ ภาคใต้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้การวิจัย (Knowledge) ทักษะการวิจัย (Research skill) บุคลิกลักษณะและแรงจูงใจ (Trait and motive) มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าสถิติวัดความกลมกลืนผ่านเกณฑ์ทุกตัว (พิจารณาจากค่าChi-square = 14.85, df = 6, p-value=0.02149, RMSEA = 0.0514, NFI = 0.997, NNFI = 0.994, CFI = 0.998, GFI = 0.992, AGFI = 0.965) ส่วนผลการศึกษารูปแบบการประเมินสมรรถนะ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ คือ วัตถุประสงค์การประเมิน สิ่งที่จะประเมินตัวบ่งชี้ เกณฑ์การประเมิน ผู้ทำการประเมิน วิธีการประเมิน ระยะเวลาในการประเมิน และการให้ข้อมูลป้อนกลับ รูปแบบมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก

เพ็ญศรี ทองเพชร และรุ่งนภา จันทรา (2562) ได้ศึกษาพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในศตวรรษที่ 21 วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ด้วยระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา รวบรวมข้อมูลด้วย แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามความคิดเห็นของอาจารย์พยาบาล ตรวจสอบคุณภาพโดยผ่านการพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิ ค่า IOC ระหว่าง 0.66 – 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอบคลุม 0.87 ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 430 คน (10 เท่าของตัวแปร) โดยมีขั้นตอนการศึกษา 5 ระยะ คือ 1) การศึกษาสภาพการณ์ด้วยการสนทนากลุ่ม 2) พัฒนาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้การประเมินสมรรถนะอาจารย์พยาบาลด้วยการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ และการวิเคราะห์องค์ประกอบ 3) กำหนดโครงสร้างของแบบประเมิน ฯ และรายละเอียดภายในแบบประเมิน 4) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ ฯ ในกลุ่มอาจารย์พยาบาล 5) รับรองรูปแบบการประเมินสมรรถนะอาจารย์พยาบาลโดยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการประเมินสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในศตวรรษที่ 21 ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) เป้าหมายการประเมิน เพื่อประเมินสมรรถนะของอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในวิทยาลัยพยาบาลเป็นรายบุคคล 2) ขอบเขตการประเมิน มีการประเมินสมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ ประกอบด้วยความรู้ ทักษะและคุณลักษณะส่วนบุคคล ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน 3) การดำเนินการประเมิน ประกอบด้วย การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะซึ่งมี 7 องค์ประกอบ 43 ตัวบ่งชี้ การกำหนดผู้ประเมิน แบบสำรวจ และการรวบรวมข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป 4) การตัดสินผลการประเมิน โดยเทียบกับเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ 5) การนำผลการประเมินไปใช้

วิลาวณีย์ ขาดา (2562) ได้ศึกษาการสร้างและพัฒนาสมรรถนะทางวิชาชีพ เพื่อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายในการผลิตและพัฒนาบุคลากรวิชาชีพสาธารณสุข ด้วยรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในกลุ่มตัวอย่างนักวิชาชีพสาธารณสุข ระยะที่ 2 ศึกษาด้วยเทคนิคเดลฟายและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่านักวิชาชีพสาธารณสุขควรมีสมรรถนะหลักประกอบด้วย สมรรถนะด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านคุณลักษณะ ผลการศึกษาระยะที่ 2 พบว่าสมรรถนะด้านความรู้ ประกอบด้วยสมรรถนะรองจำนวน 11 สมรรถนะ 35 ตัวแปร ส่วนสมรรถนะด้านทักษะ ประกอบด้วยสมรรถนะรอง จำนวน 7 สมรรถนะ 44 ตัวแปร และสมรรถนะด้านคุณลักษณะ ประกอบด้วยสมรรถนะรอง จำนวน 2 สมรรถนะ 24 ตัวแปร โดยสรุปสมรรถนะของนักวิชาชีพสาธารณสุข ประกอบด้วย สมรรถนะหลัก 3 สมรรถนะ สมรรถนะรอง 20 สมรรถนะ และตัวแปรย่อย จำนวน 103 ตัวแปร

Arjyotha et al. (2021) ได้ศึกษาการพัฒนาเครื่องมือวัดสมรรถนะการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้วยวิธีวิจัยแบบผสมผสาน แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือระยะที่ 1 การกำหนดสมรรถนะด้วยการสนทนากลุ่ม จำนวน 30 คน และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะ รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ มีค่า IOC เท่ากับ 0.84 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.96 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักวิชาการสาธารณสุข 712 คน ระยะที่ 2 พัฒนาเครื่องมือวัดสมรรถนะ ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และการทดลองใช้เครื่องมือในพื้นที่จริง ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ อายุ จำนวนการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับงานใน 1 ปีที่ผ่านมา ระดับการศึกษา และเพศ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ได้จำนวน 16 องค์ประกอบ ข้อคำถาม 87 ข้อ เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันได้ค่าสถิติ GFI=0.994, AGFI=0.995, CFI=0.999, SRMR=0.0132, RMSEA=0.024, LSR=1.135, Critical N=764.000, SSR=-1.003 ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ศิริวรรณ ชูกำเนิด และคณะ (2564) ได้ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในภาวะที่มีการระบาดหรือภายหลังการระบาดของโรค COVID-19 กรณีศึกษา จังหวัดสงขลา ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ด้วยวิธีผสมผสานเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ 3 รูปแบบ คือ แนวทางปฏิบัติ, วิธีการพัฒนาสมรรถนะ และปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการพัฒนาสมรรถนะ โดยแนวทางการปฏิบัติ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน 2) การพัฒนาระบบการติดตามประเมินผล 3) กำหนดแนวทางการพัฒนาสมรรถนะตนเอง 4) ดำเนินการ

พัฒนาตามแนวทางที่กำหนด 5) การสรุปและรายงานผลการพัฒนา ส่วนวิธีการพัฒนาสมรรถนะ ได้แก่ 1) การอบรมสัมมนา 2) การเรียนรู้จากการปฏิบัติ 3) การเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ 4) การสอนงานด้วยระบบพี่เลี้ยง 5) การศึกษาด้วยตนเอง 6) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะ ได้แก่ บทบาทผู้นำทางการพยาบาล นโยบายแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ

สรุปจากการทบทวนงานวิจัย สรุปได้ว่าการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบผสมวิธี (ศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ) โดยขั้นตอนแรกจะทำความเข้าใจของสมรรถนะแต่ละด้านพร้อมทั้งพฤติกรรมบ่งชี้ของแต่ละสมรรถนะ ด้วยวิธีการสังเคราะห์เอกสารร่างพฤติกรรมบ่งชี้ ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ นำไปสำรวจข้อมูล และนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อให้ได้สมรรถนะและพฤติกรรมบ่งชี้ในแต่ละสมรรถนะ ขั้นตอนต่อมา เป็นการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ ด้วยระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา โดยการกำหนดโครงสร้างของแบบประเมินสมรรถนะ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ และนำเครื่องมือประเมินสมรรถนะในสถานการณ์จริง ซึ่งการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย ได้นำรูปแบบการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย โดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือระยะที่ 1 ศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ด้วยวิธีวิจัยเชิงสำรวจ ระยะที่ 2 พัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย ด้วยระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development) และใช้การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือด้วยเทคนิคเดลฟาย

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงานของ อสม.รูปแบบต่างๆ ดังนี้

กุลพัทธ์ มณี (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลว่า จังหวัดนครนายก เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ตามแนวทางองค์ประกอบสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ผลการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 95.65) ส่วนที่มีคะแนนอยู่ในระดับสูงมีเพียง ร้อยละ 4.35 เมื่อพิจารณาความรู้รายองค์ประกอบพบว่า อสม. มีความรู้เรื่องการขับถ่ายปลอดภัยมากที่สุด ด้านการให้คำแนะนำมารดาหลังคลอดมีความรู้ที่น้อยที่สุด ด้านเจตคติต่องานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับมาก ผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ พบว่า ปัจจัยด้านจิตวิทยาและความรู้ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับค่อนข้างต่ำ ($r = -0.29$ และ -0.28)

ศุภกัญญา ภาวังคะรัต (2562) ได้ศึกษาประเมินความสามารถของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พ.ศ. 2562 ด้วยวิธีวิจัยเชิงสำรวจ ประชากรคือผู้นำองค์กร อสม. จำนวน 930 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มีค่า IOC ระหว่าง 0.70 – 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.864 ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถของผู้นำ อสม. อยู่ระดับสูง (ร้อยละ 48.6) ทักษะ 3 ด้านคือ ด้านการใช้เทคโนโลยี ด้านการจัดการสุขภาพชุมชน และทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน และการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีข้อเสนอ ในการพัฒนามาตรฐานสมรรถนะ เพื่อพัฒนาภาวะผู้นำ อสม. ให้สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน และการจัดบริการสุขภาพใน ศสมช. จะส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ

นุไรฮัน ฮะ (2562) ได้ศึกษาความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต ด้วยวิธีวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 290 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความต้องการพัฒนาสมรรถนะ (ด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านคุณลักษณะ) ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะในการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการทดลองใช้ จำนวน 30 ตัวอย่าง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.986 ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.43) ด้านที่มีความต้องการพัฒนามากที่สุดคือ ด้านคุณลักษณะ (ค่าเฉลี่ย 3.48) รองลงมา ด้านทักษะ (ค่าเฉลี่ย 3.41) และด้านความรู้ (ค่าเฉลี่ย 3.41) ส่วนประเด็นย่อยในแต่ละด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อย ได้แก่ 1) ด้านความสามารถ/คุณลักษณะ เช่น ความน่าเชื่อถือได้ การจัดการความเร่งด่วนของงาน และความละเอียดรอบคอบ 2) ด้านความรู้ เช่น ความรู้การสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ตามแนวทางและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข และความรู้เกี่ยวกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข 3) ด้านทักษะ เช่น ทักษะในการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด น้ำตาลในปัสสาวะ ทักษะในการจัดทำแผนผลการปฏิบัติการของ อสม. และทักษะในการจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน เมื่อเปรียบเทียบความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะ ตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และพื้นที่ปฏิบัติงาน ที่แตกต่างกันมีผลต่อความต้องการพัฒนาสมรรถนะแตกต่างกัน

สุธิสรา กรายแก้ว และคณะ (2563) ได้ศึกษาบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการส่งเสริมสุขภาพประชาชน ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ ในกลุ่มประชากร อสม. ตำบลขุนทะเล จำนวน 139 คน ด้วย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 บทบาทหน้าที่ของ อสม.ต่อการส่งเสริมสุขภาพประชาชน ใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 2) ด้านการป้องกันโรค 3) ด้านการรักษา และ 4) ด้านการฟื้นฟู ส่วนที่ 3 คำถามปลายเปิด ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่น 0.903 ผลการศึกษาพบว่า บทบาทหน้าที่ของ อสม. ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.89) ด้านการส่งเสริมสุขภาพมีค่าสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.00) ด้านการรักษาพยาบาลน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.74) ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของบทบาทหน้าที่ อสม. ต่อการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า อสม. ที่มีเพศ อายุระดับการศึกษา/อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่างกัน มีบทบาทหน้าที่ของ อสม. ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

พลหัทธัญญา บุญลบ และคณะ (2563) ได้ศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลเมืองชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ด้วยวิธีการศึกษาเชิงสำรวจ ในกลุ่มตัวอย่างประชาชนเขตชุมชนสะพานหิน เทศบาลเมืองชะอำ จำนวน 642 คน โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ตอนที่ 2 การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ อสม. ใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ 2) ด้านป้องกันโรค 3) ด้านการรักษาพยาบาล และ 4) ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.83) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรักษาพยาบาลมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.84) ส่วนด้านการฟื้นฟูสุขภาพมีการปฏิบัติน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.79) และพบปัญหาการปฏิบัติงาน คือ อสม. ไม่มีทักษะในการให้ความรู้ที่เข้าใจได้ง่าย, ยาสาสมัญประจำบ้านมีไม่เพียงพอต่อการให้การรักษาเบื้องต้น, การรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายไม่ต่อเนื่อง, ขาดทักษะการช่วยเหลือฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยอัมพาตและผู้พิการปัญญาอ่อน

อรธิรา พลจร (2563) ได้ศึกษาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อประเมินสมรรถนะ อสม.ในด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และพัฒนาโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ อสม. ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพนม อำเภอนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ด้วยวิธีวิจัยและพัฒนา ประชากร คือ อสม. ของ รพ.สต.พนม จำนวน 85 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของสเปนเซอร์และสเปนเซอร์ บูรณาการกับมาตรฐานสมรรถนะ อสม.และบทบาท อสม.ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 สมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค 5 ด้าน ได้แก่ 1) คุณลักษณะ 2) ความรู้ 3) ทักษะ 4) อัตมโนทัศน์ 5) แรงจูงใจ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยผู้เชี่ยวชาญ มีค่า IOC ระหว่าง 0.80 – 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.96 ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.95) สมรรถนะรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านความรู้ (ค่าเฉลี่ย 4.10) ส่วนด้านแรงจูงใจมี

คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย 3.83) ผลการศึกษา ได้รูปแบบโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ อสม.ด้าน
คุ้มครองผู้บริโภค ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ จำนวน 60 ชั่วโมง ระยะเวลา 6 เดือน แบ่งเป็น
ระยะการอบรมให้ความรู้ 12 ชั่วโมง และระยะการปฏิบัติงาน 48 ชั่วโมง เน้นการถ่ายทอด
แลกเปลี่ยนความรู้ ฝึกปฏิบัติ และการวางแผนดำเนินงาน

ฉลาด ภูระหงษ์ และคณะ (2564) ได้ศึกษาประเมินศักยภาพการปฏิบัติงานตามบทบาท
หน้าที่ของ อสม. จังหวัดระยอง โดยการสุ่มตัวอย่างกลุ่ม อสม. ในจังหวัดระยอง จำนวน 200 ตัวอย่าง
เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบประเมินศักยภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
ประกอบด้วย บทบาทหน้าที่ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการป้องกันโรค 2) ด้านการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร
3) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 4) ด้านการรักษา และ 5) ด้านการฟื้นฟู ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดย
ผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และได้ค่า IOC ระหว่าง 0.6 – 1.0 แล้วนำข้อมูลมา
วิเคราะห์ประมวลผลคะแนนจัดระดับศักยภาพเป็น 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.51 –
5.00) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50) ระดับน้อย
(ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.50) และระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50) ผลการศึกษาศักยภาพการ
ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่โดยรวม อยู่ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.49) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า
ศักยภาพด้านการป้องกันโรค อยู่ระดับสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 3.55) ส่วนศักยภาพด้านการฟื้นฟู อยู่ในระดับ
ต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย 3.44)

ธิชาภรณ์ กำนันตน และโชติ บติรัตน์ (2564) ได้ศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอสอง จังหวัดแพร่ ด้วยวิธีวิจัยแบบผสมวิธี ในกลุ่ม อสม.
อำเภอสอง จังหวัดแพร่ จำนวน 318 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 12 คน เก็บ
ข้อมูลด้วยเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้น 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบสอบถามซึ่งมีข้อคำถามด้านการปฏิบัติงาน
ของ อสม. 5 ด้าน คือ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 2) ด้านการรักษาพยาบาล 3) ด้านการป้องกันโรค
4) ด้านการฟื้นฟูสภาพ และ 5) ด้านงานคุ้มครองผู้บริโภค และ ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์แนวทางการ
ปฏิบัติงานของ อสม. ผลการวิจัยพบว่าผลการปฏิบัติงานของ อสม. ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย
3.36) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรักษาพยาบาลสามารถปฏิบัติได้มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.69)
ด้านที่สามารถปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ ด้านการป้องกันโรค (ค่าเฉลี่ย 3.58) และผลการศึกษาแนวทาง
ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อสม.ควรปฏิบัติงานตามหลักการของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว (อสค.) และปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัคร
สาธารณสุข คือ หมอประจำบ้าน ด้วยการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ พร้อมทั้ง
ส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหสุขภาพที่ โดยนำหลักภูมิปัญญาไทย สมุนไพร และการใช้กัญชาทาง
การแพทย์ รวมทั้งเทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ โทรเวชกรรม (Telemedicine) และ
แอปพลิเคชันด้านสุขภาพ รวมทั้งเป็นผู้นำการสร้างสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

วิทยา ชินบุตร และนภัทร รักดีสรวิชัย (2564) ได้ศึกษาบทบาทของ อสม. ในการป้องกันการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามนโยบายรัฐบาล อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ด้วยวิธีวิจัยเชิงสำรวจ ในกลุ่ม อสม. อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จำนวน 540 คน จำนวน 230 ตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เกี่ยวกับบทบาท ของ อสม. ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านส่งเสริมสุขภาพ และด้านการป้องกันโรค ตรวจสอบคุณภาพด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า IOC ระหว่าง 0.67- 1.00 และค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.96 การแปลผลคะแนนระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. แบ่งเป็น 5 ระดับ คือระดับมากที่สุด (4.50 – 5.00) ระดับมาก (3.50 – 4.49) ระดับปานกลาง (2.50 – 3.49) ระดับน้อย (1.50 – 2.49) และระดับน้อยที่สุด (1.00 – 1.49) ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวม อสม. มีการปฏิบัติงานตามบทบาทอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.39) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าด้านการป้องกันโรคมีการปฏิบัติตามบทบาทมากกว่า (ค่าเฉลี่ย 4.43) ด้านส่งเสริมสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 4.25)

ศรายุทธ คชพงศ์ และธนัสสา โรจนตระกูล (2564) ได้ศึกษาผลการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในเขตพื้นที่อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดพิษณุโลก ด้วยวิธีการวิจัยแบบผสมวิธี ในกลุ่ม อสม.อำเภอกระทุ่มแบน จำนวน 608 คน จำนวน 241 ตัวอย่าง สัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 9 คน เก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น คือแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ อสม. 4 ด้าน คือ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 2) ด้านการป้องกันโรค 3) ด้านการรักษาพยาบาล 4) ด้านการฟื้นฟูสภาพ ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ อสม.ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.67) โดยด้านการรักษาพยาบาลมีการปฏิบัติมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.72) ส่วนด้านการฟื้นฟูสภาพมีการปฏิบัติน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.59) และผลการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงแนวทางการปฏิบัติงาน อสม. แนวใหม่ พบว่าควรนำแนวทางการปฏิบัติดังต่อไปนี้ไปปฏิบัติ คือ 1) การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก เน้นกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเรื้อรัง 2) สร้างระบบความร่วมมือผ่านการทำงานเป็นทีม หรือเวทีชุมชน 3) การพัฒนาบทบาทของประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมกับแผนสุขภาพระดับตำบล 4) สร้างมาตรการทางสังคม ขอดกลองร่วมกันของชุมชน

ปองจิต สร้อยแสง และชาญชัย จิวจินดา (2565) ได้ศึกษาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงสร้างสรรค์ในการจัดการสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง บ้านยายม่อม จังหวัดตราด ด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคิดตำบลจัดการสุขภาพเป็นกรอบในการวิจัย เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกการสนทนากลุ่มและ แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม ที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน กำหนดกลุ่มเป้าหมาย 14 คน ประกอบด้วย อสม. 3 คน, ผู้นำชุมชน 3 คน, บุคลากรสาธารณสุข 5 คน และประชาชน 3 คน ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีบทบาทดังนี้ 1) การสร้างนวัตกรรมในการจัดการสุขภาพของหมู่บ้านโดยการเชื่อมโยงหลักการทางสุขภาพกับวิถีชีวิตของชุมชน เช่น แก้ปัญหาความดันโลหิตสูงด้วยนวัตกรรมปลาโคกแดดเดียวโซเดียมต่ำ หรือนวัตกรรม

แก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกด้วยการเปลี่ยนกะละมะพร้าวซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเป็นผลิตภัณฑ์พอกหน้าถ่านกะละมะพร้าว 2) การคัดกรองสุขภาพเชิงรุกรายครัวเรือน เช่น คัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะสุขภาพจิต คัดกรองป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยบันทึกข้อมูลผ่าน application ส่งข้อมูลให้ รพ.แหลมงอบ 3) การเยี่ยมบ้านกรณีพบกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง อสม. จะเข้าเยี่ยมบ้านเพื่อแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การแนะนำให้ลดน้ำปลาในสำหรับอาหาร การเยี่ยมผู้สูงอายุติดเตียง 4) การประเมินภาวะโภชนาการเด็กร่วมกันที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 5) เป็นผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. และ 6) เป็นแกนนำริเริ่มและสนับสนุนให้มีมาตรการทางสังคมในด้านสุขภาพ

สรารุท พรหมแสง และคณะ (2565) ได้ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือประชาชน จำนวน 375 คน รวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีเนื้อหา ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยทำตนเป็นแบบอย่าง 2) ด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมป้องกันโรคติดต่อ 3) ด้านการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาชุมชน 4) ด้านการประสานงาน 5) ด้านการดูแลสิทธิประโยชน์ 6) ด้านหลักประกันสุขภาพของประชาชน 7) ด้านการให้บริการสาธารณสุข และ 8) ด้านการปฏิบัติงานที่ ศสมช. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผ่านการพิจารณาผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน กำหนดค่า IOC มากกว่า 0.67 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.921 ผลการศึกษาพบว่าการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในภาพรวมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.92) จำแนกรายด้าน ด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 4.05) ด้านการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.88)

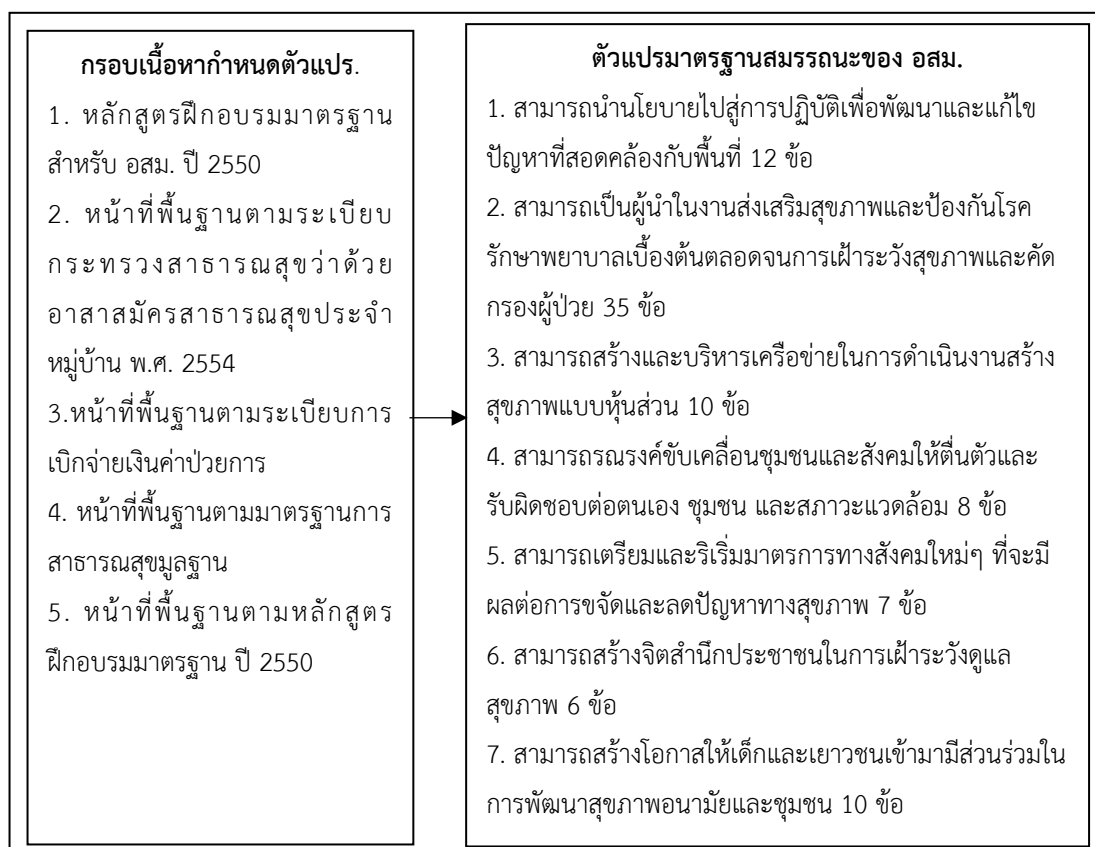
ยุพดี ตรีชลา (2565) ได้ศึกษาสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดมหาสารคาม ด้วยวิธีการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง อสม. 400 คน ในด้านความรู้เรื่องโรค Covid-19 ทักษะการป้องกันโรค Covid-19 และบทบาทของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรค Covid-19 รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น โดยขั้นแรกเป็นการให้คำนิยามปฏิบัติการและสร้างกรอบแนวคิด ขั้นต่อมาสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสร้างแบบสอบถาม ขั้นต่อมากำหนดตัวชี้วัด รูปแบบของเครื่องมือและข้อคำถาม ขั้นต่อมาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.5 และค่าความเชื่อมั่น 0.71 ผลการศึกษาพบว่าความรู้เรื่องโรค COVID-19 อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 61.25 ระดับทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 99.25 และผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองของ อสม. ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีความรู้เรื่องโรค COVID-19 แตกต่างกัน และ อสม. ที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน จะมีความรู้เรื่องโรค COVID-19 แตกต่างกัน ในขณะที่ อสม. ที่มี

ประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน จะมีบทบาททางสังคมของ อสม. ในการป้องกันโรคและควบคุมโรค COVID-19 แตกต่างกัน

สรุปได้ว่า การประเมินการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านมา ให้ความสำคัญกับการประเมินการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริม ด้านการฟื้นฟู ด้านการป้องกันโรค หรือการประเมินการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่เฉพาะประเด็นของปัญหาสุขภาพของพื้นที่นั้น ๆ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการปฏิบัติงานมีความหลากหลาย และยังไม่พบว่ามีมาตรฐานสมรรถนะ อสม. ที่กำหนดไว้ มาเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินการปฏิบัติงาน และยังไม่มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ อสม. เป็นการเฉพาะด้วยกระบวนการวิจัยที่ถูกต้อง ดังเช่นการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะของสาขาอื่น ๆ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงได้นำมาตรฐานสมรรถนะ อสม. มาเป็นเนื้อหาตั้งต้นในการพัฒนารายละเอียดของสมรรถนะแต่ละด้าน ด้วยการทบทวนบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ออกแบบตัวแปร พฤติกรรมบ่งชี้ และวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อจัดการกับความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา เมื่อได้องค์ประกอบที่เหมาะสม จึงนำมาสู่การวิจัยและพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. เพื่อให้ได้เครื่องมือประเมินสมรรถนะที่มีคุณภาพและผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ สมรรถนะของ อสม. พบว่ามีแนวคิดและหลักการ การกำหนดบทบาทหน้าที่ของ อสม. ทุกคนต้องปฏิบัติเป็นการประจำเป็นพื้นฐาน และการกำหนดมาตรฐานสมรรถนะที่คาดหวังของ อสม. จำนวน 7 ด้าน ซึ่งมาตรฐานสมรรถนะดังกล่าวยังไม่มีรายละเอียดของสมรรถนะในแต่ละด้าน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติได้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดและหลักการ บทบาทหน้าที่พื้นฐาน มาสังเคราะห์ร่วมกับมาตรฐานสมรรถนะ อสม. เพื่อกำหนดเป็นกรอบเนื้อหา การกำหนดตัวแปรในการศึกษาสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. และพัฒนาเป็นเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงาน ของ อสม. ประเทศไทย ดังกรอบแนวคิดดังต่อไปนี้



1. องค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย

2. กระบวนการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย

3. เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย

ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการ

การศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย ผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมา กำหนดวิธีการดำเนินการศึกษาวิจัย มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 พื้นที่ในการวิจัย
- 3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย
- 3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
- 3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.8 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) รูปแบบ Sequential Exploratory Design ตามแนวคิดของ Creswell (2014) แบ่งวิธีดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย และระยะที่ 2 เป็นการศึกษาด้วยรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย

3.2 พื้นที่การวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาในพื้นที่ของประเทศไทยแบ่งเป็น 4 ภูมิภาค คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้

ระยะที่ 2 ศึกษาในพื้นที่ ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ซึ่งมีความเป็นชุมชนเมืองในบางส่วน เนื่องจากการขยายตัวทางสังคมและเศรษฐกิจจากอำเภอเมืองนนทบุรี และบางส่วนก็ยังคงมีความเป็นชนบท มีการประกอบอาชีพเกษตรกรรมอยู่จำนวนมาก เนื่องจากมีสภาพเป็นที่ลุ่มเขตชลประทาน ตำบลบางรักพัฒนา จึงมีลักษณะผสมผสานทั้งความเป็นชุมชนเมือง และความเป็นชนบท จึงเป็นพื้นที่ตัวแทนของหลายบริบท มีความเหมาะสมเพื่อการทดลองใช้เครื่องมือฯ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

3.3.1 ระยะที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย

1) กลุ่มตัวอย่างเพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม “ศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.” โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่ม อสม. รพ.สต. บ้านท่าลาด อ.เขาชัยสน จ.พัทลุง จำนวน 30 ตัวอย่าง

2) ประชากรที่ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 1,039,729 คน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2565)

3) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การกำหนดขนาดตัวอย่างระยะที่ 1 กำหนดตามเงื่อนไขของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Factor Analysis คือจำนวนตัวอย่างต้องเพียงพอต่อการวิเคราะห์ตัวแปร ซึ่ง บุญใจ ศรีสถิตยันทรากร (2550) แนะนำว่าขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิเคราะห์องค์ประกอบ คือ ขนาด 300-500 ตัวอย่าง เช่นเดียวกับ Comrey & Lee (1992) แนะนำว่า ขนาดตัวอย่าง 500 ตัวอย่างถือว่าอยู่ในระดับดีมากในการวิเคราะห์องค์ประกอบ ดังนั้นเพื่อให้เป็นไปตามเงื่อนไขของการวิเคราะห์ Factor Analysis และผลการศึกษาที่มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น จึงกำหนดขนาดตัวอย่าง จำนวน 500 ตัวอย่าง

4) เกณฑ์การคัดเข้า-คัดออกจากการศึกษา

- เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (Inclusions criteria) ได้แก่

(1) เป็น อสม. มีรายชื่อ อยู่ในระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน และมีสิทธิรับค่าป่วยการ ปีงบประมาณ 2566

(2) เป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

(3) ผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐาน พ.ศ. 2550

(4) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

- เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusions criteria) ได้แก่

(1) ผู้ที่ย้ายออกนอกหมู่บ้าน หรือลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

(2) พุฒคู้ไม่รู้เรื่อง เกิดอาการสับสน

5) การสุ่มตัวอย่าง : Probability Sampling : Multi-stage Random sampling

(1) กำหนดแบ่งจำนวนประชากรตามพื้นที่เป็น 4 ภูมิภาค คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้

(2) แบ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 500 ตัวอย่าง ตามสัดส่วน ของ อสม.แต่ละภูมิภาค

(3) สุ่มอย่างง่ายเลือก 1 จังหวัดในแต่ละภูมิภาค

(4) สุ่มอย่างง่ายเลือก 1 อำเภอในจังหวัด

(5) สุ่มอย่างง่ายเลือก 1 ตำบลในอำเภอ

(6) สุ่มอย่างมีระบบโดยนำรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของแต่ละตำบลมาจับสลากแบบไม่ใส่คืน รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 การสุ่มตัวอย่าง การศึกษาระยะที่ 1

ขั้นตอน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)				รวม(คน)
1. แบ่งภูมิภาคในประเทศไทย	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง	ภาคใต้	
2. แบ่งจำนวน อสม.ในแต่ละภาค	263,264	426,939	210,623	138,903	1,039,729
3. แบ่งตัวอย่างตามสัดส่วน อสม.	127	205	101	67	500
4. สุ่มอย่างง่าย 1 จังหวัดในแต่ละภาค	จ. นครสวรรค์	จ.นครราชสีมา	จ. ประจวบคีรีขันธ์	จ.ตรัง	
5. สุ่มอย่างง่าย 1 อำเภอในแต่ละจังหวัด	อ.เมือง นครสวรรค์	อ.พิมาย	อ.ปรานบุรี	อ.หาดสำราญ	

ตารางที่ 1 การสุ่มตัวอย่าง การศึกษาระยะที่ 1 (ต่อ)

ขั้นตอน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)				รวม (คน)
6. สุ่มอย่างง่าย 1 ตำบลในแต่ละ อำเภอ	ต.หนองกรด อสม. 302 คน	ต.ท่าหลวง อสม. 231 คน	ต.ปากน้ำปราน อสม.106 คน	ต.หาดสำราญ อสม. 121 คน	
7. สุ่มจับสลากแบบ ไม่ใส่คืนตามจำนวน ตัวอย่างแต่ละภาค	อสม. 127 คน	อสม. 205 คน	อสม. 101 คน	อสม. 67 คน	500

3.3.2 ระยะที่ 2 การศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. แบ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง และกลุ่มตัวอย่างเพื่อการใช้จริงของเครื่องมือประเมินสมรรถนะฯ ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มเป้าหมายเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือประเมินสมรรถนะฯ ด้วยเทคนิคเดลฟาย คือผู้เชี่ยวชาญที่เป็นพี่เลี้ยง (Mentor) ของ อสม. จำนวน 12 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive) ประกอบด้วย

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน
- นักวิชาการสาธารณสุขที่กำกับดูแล อสม. ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 2 คน
- นักวิชาการสาธารณสุขที่กำกับดูแล อสม. ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 2 คน
- ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 4 คน

1.1 เกณฑ์การคัดเลือก กลุ่มเป้าหมายเข้าสู่การวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย อ้างอิงตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญของ Adler and Ziglio (1996) Skulmoski et al.(2007) (อ้างใน Giannarou & Zervas, 2014) คือ 1) ต้องมีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษาวิจัยนั้น ๆ 2) สนใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย 3) มีเวลาเพียงพอในการมีส่วนร่วมในการวิจัย ดังนั้นจึงกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่การวิจัย ได้แก่

1.1.1 ปัจจุบันยังปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวข้องโดยตรงกับการพัฒนาศักยภาพ อสม.

1.1.2 ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับ อสม. ไม่น้อยกว่า 5 ปี

1.1.3 สมัครใจเข้าร่วมวิจัย

1.1.4 คัดเลือกคละกันทั้งชายและหญิง

1.1.5 ในแต่ละกลุ่มเป้าหมายคัดเลือกกระจายในแต่ละภูมิภาค

1.2 เกณฑ์การคัดออก

1.2.1 เปลี่ยนงานหรือหน้าที่รับผิดชอบระหว่างการวิจัย

1.2.2 ขอลอนตัวจากการวิจัยหรืออุบัติเหตุไม่สามารถเข้าร่วมได้

1.3 การสุ่มตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ศึกษากรณีเฉพาะในการใช้จริงของเครื่องมือประเมินสมรรถนะฯ เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

2.1 ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีสิทธิรับค่าป่วยการ ปี 2566 ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 260 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบจำนวนประชากร (Daniel, 1995)

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{[e^2(N-1)] + [Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2]}$$

สูตร

$Z_{\alpha/2}$ คือ ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (Confidence level; Z เท่ากับ 1.96)

σ คือ ระดับของความแปรปรวน (Degree of variability) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการศึกษาประเมินศักยภาพการปฏิบัติงานของ อสม. จังหวัดระยอง เท่ากับ 0.82 คะแนน (ฉลาด ภูระหงษ์ และคณะ. 2564)

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้หรือระดับความแม่นยำ (Precision level) การศึกษาครั้งนี้กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนแตกต่างจากค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากวรรณกรรมที่ทบทวนมา ร้อยละ 15 ดังนั้น ดังนั้นค่าความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 0.123

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{260 \times 1.96^2 \times 0.82^2}{[0.123^2 \times (260-1)] + [1.96^2 \times 0.82^2]}$$

$$= \frac{671.60}{6.50}$$

$$= 103.29$$

เมื่อแทนค่าในสูตร จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 104 ตัวอย่าง ซึ่งเป็นขนาดตัวอย่างที่เพียงพอในการพัฒนาเครื่องมือในขั้นตอนการนำไปใช้จริงในภาคสนาม เพื่อเป็นตัวแทนของประชากร ตามแนวทางของ Spector (1992) กล่าวไว้ว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากร ในการนำเครื่องมือไปใช้ในภาคสนามควรมีอย่างน้อย 100 - 200 คน

2.3 เกณฑ์การคัดเลือกเข้าการศึกษา

2.3.1 เป็น อสม. มีรายชื่อ อยู่ในระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชนและมีสิทธิรับค่าป่วยการ ปีงบประมาณ 2566 ของตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

2.3.2 เป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2.3.3 ผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐาน พ.ศ. 2550

2.3.4 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

2.4 เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

2.4.1 ผู้ที่ย้ายออกนอกหมู่บ้าน หรือลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

2.4.2 พวดุ้ยไม่รู้เรื่อง เกิดอาการสับสน

2.5 การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างแบบมีระบบโดยนำรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมดมาจับสลากแบบไม่ใส่คืน จนได้ตัวอย่างครบตามที่กำหนด จำนวน 104 คน

3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการศึกษาวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ รายละเอียดดังต่อไปนี้

3.4.1 ระยะที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

- 1) กำหนดกรอบแนวคิดโครงสร้างของตัวแปร
- 2) กำหนดนิยามมาตรฐานสมรรถนะ ร่างข้อคำถามและมาตรวัด
- 3) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุขมูลฐาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยทักษิณ นักวิชาการสาธารณสุข วุฒิการศึกษาปริญญาเอก นำค่าคะแนนหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence: IOC) และดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

3.2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม “การศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วทดลองใช้กับกลุ่ม อสม. รพ.สต. บ้านท่าลาด อ.เขาชัยสน จ.พัทลุง ซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และเป็นคนละพื้นที่กับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 ตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

4) ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 500 ตัวอย่าง ด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นต่อการออกแบบเครื่องมือประเมิน (เดชกุล มัทวานุกุล, 2559)

5 วิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) เพื่อทดสอบว่าองค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบ ประกอบด้วยตัวแปรอะไรบ้างและตัวแปรแต่ละตัวมีอัตราความสัมพันธ์กับองค์ประกอบมากน้อยเพียงใด ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) โดยการตัดปัจจัยแบบการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) กำหนดเกณฑ์การเลือกตัวแปรเข้าองค์ประกอบ จากค่าความแปรปรวน (Eigenvalue) ที่มากกว่า 1.00, ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมมากกว่า 60%, ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) มีค่าตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไป และมีตัวแปรตั้งแต่ 3 ตัวขึ้นไป ตามแนวทางของไกเซอร์ (Kaiser) (Tabachnic, 2001)

3.4.2 ระยะที่ 2 การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.

เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1) ยกร่าง เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานและแนวทางฯ โดยใช้ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบในระยะที่ 1 ที่แบ่งองค์ประกอบและจัดกลุ่มตัวแปรใหม่ มากำหนดโครงสร้างของเครื่องมือประเมินสมรรถนะฯ และออกแบบแนวทางการใช้เครื่องมือ ประกอบด้วย 1) หลักการและเหตุผล 2) วัตถุประสงค์ 3) ขอบเขต 4) คำจำกัดความสมรรถนะ 5) วิธีการประเมินสมรรถนะ และ 6) การแปลผลการประเมิน

2) ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่า CVI และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ด้วยการตรวจสอบเชิงเหตุผลโดยผู้เชี่ยวชาญ (Logical by Expert) เพื่อพิจารณาว่าโครงสร้างของเครื่องมือประเมินสมรรถนะฯ มีความเหมาะสมและเป็นไปตาม

กรอบแนวคิดทฤษฎีหรือไม่ เนื่องจากองค์ประกอบสมรรถนะใหม่ เป็นผลจากการวิเคราะห์ทางสถิติตามลักษณะของข้อมูล ผู้วิจัยไม่ทราบล่วงหน้าว่าแต่ละด้านมีตัวแปรองค์ประกอบอะไรบ้าง (ไชนันต์ สกฤตศรีประเสริฐ, 2556) องค์ประกอบที่ได้มาอาจไม่มีความสอดคล้องตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของเครื่องมือประเมินสมรรถนะฯ (รุจิรัตน์ รุ่งหัวไผ่, 2558) จึงกำหนดตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยวิธีพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ (Logical by Expert) ด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) เพื่อลดอิทธิพลของความคิดจากผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน ซึ่งพบว่าวิธีนี้ได้ถูกนำมาใช้ในการศึกษาด้านพัฒนาตัวบ่งชี้คุณลักษณะบุคคล (นิภาพรณ เจนสันติกุล, 2560) สอดคล้องกับ Burns (1998) เสนอว่าผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อยที่สุดควรมี 7 คน ดังนั้นการศึกษานี้กำหนดผู้เชี่ยวชาญ 12 คน ซึ่งจะมีค่าความคลาดเคลื่อน 0.50 – 0.54 กำหนดการเดลฟาย 3 รอบหรือเมื่อได้ฉันทามติ โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1) เดลฟายรอบ 1 นำองค์ประกอบสมรรถนะใหม่ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา หากข้อใดไม่เห็นด้วยให้ระบุเหตุผล และปรับปรุงตามข้อคิดเห็น

2.2) เดลฟายรอบ 2 นำองค์ประกอบสมรรถนะที่ได้ปรับปรุงใหม่ตามข้อคิดเห็นให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา

2.3) เดลฟายรอบ 3 นำองค์ประกอบสมรรถนะที่ผ่านการพิจารณาในรอบที่ 2 และผลฉันทามติ นำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญพิจารณาฉันทามติร่วมกันด้วยการประชุมกลุ่ม

2.3) การพิจารณาฉันทามติโดยพิจารณาจาก ค่ามัธยฐาน (Mdn) หากค่า Mdn > 4.00 แสดงว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ามีเหมาะสม (พงศ์เทพ จิระโร, 2564) และพิจารณาควบคู่กับการวัดการกระจาย ด้วยค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) กำหนดค่า $IQR < 1.50$ แสดงถึงความคิดเห็นมีความสอดคล้อง และ ค่า $IQR > 1.50$ แสดงถึงความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกัน (จุมพล พูนภัทรชีวิน, 2544)

3) นำไปใช้จริงในพื้นที่กับกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม (เดชกุล มัทวานุกุล, 2559) เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ โดยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงในพื้นที่ ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 104 ตัวอย่าง

4) ศึกษาปัจจัยความสำเร็จโดยการถอดบทเรียนในกลุ่ม อสม. ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

3.5 เครื่องมือในการวิจัย

3.5.1 เครื่องมือวิจัยชุดที่ 1 คือแบบสอบถาม “การศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา ระยะเวลาการเป็น อสม. ตำแหน่ง/สมาชิกกลุ่มในชุมชน และการฝึกอบรมใน 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติตามมาตรฐานสมรรถนะของ อสม. จำนวน 88 ข้อ ให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยให้เลือกตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ (Likert & Rensis, 1967) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 5 มากที่สุด หมายถึง ความสามารถปฏิบัติได้ประมาณ ร้อยละ 81-100
- 4 มาก หมายถึง ความสามารถปฏิบัติได้ประมาณ ร้อยละ 61-80
- 3 ปานกลาง หมายถึง ความสามารถปฏิบัติได้ประมาณ ร้อยละ 41-60
- 2 น้อย หมายถึง ความสามารถปฏิบัติได้ประมาณ ร้อยละ 21-40
- 1 น้อยที่สุด หมายถึง ความสามารถปฏิบัติได้ประมาณ ร้อยละ 0-20

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติตามมาตรฐานสมรรถนะ โดยนำมา แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด (สมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนเฉลี่ย} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} = 0.8 \end{aligned}$$

ซึ่งแปลความหมายระดับสมรรถนะ ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับสมรรถนะของ อสม.
1.00 – 1.80	น้อยที่สุด
1.81 – 2.60	น้อย
2.61 – 3.40	ปานกลาง
3.41 – 4.20	มาก
4.21 – 5.00	มากที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ปัญหา อุปสรรค เป็นข้อคำถามปลายเปิด

3.5.2 เครื่องมือวิจัยชุดที่ 2 แบบตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้าง โดยผู้เชี่ยวชาญ ด้วยวิธีเดลฟาย (Delphi Technic) เป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ และคำถามปลายเปิด การแสดงความคิดเห็น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา ระยะเวลา ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับ อสม. และตำแหน่งปัจจุบัน จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 การพิจารณาให้ความเห็นต่อโครงสร้างของเครื่องมือประเมินฯ จำนวน 17 ข้อ และความเห็นต่อเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. จำนวน 48 ข้อ เป็นแบบแสดงความคิดเห็นแบ่งเป็น 5 ระดับ (Likert & Rensis, 1967) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

3.5.3 เครื่องมือวิจัยชุดที่ 3 แบบบันทึกผลการถอดบทเรียน และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. เป็นข้อคำถามปลายเปิด

3.5.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาค่าความตรง การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม “การศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.” รายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผ่านการพิจารณาจากกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) นายชาติชาย สุวรรณนิตย์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2) รศ.ดร. สมเกียรติยศ วรเดช อาจารย์สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ 3) ดร.อุทิศ ดวงผาสุข นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ผอ.รพ.สต. วัดปากสมุทร พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item - Objective Congruence : IOC) และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ดังนี้

1.1) ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) กำหนดการให้คะแนนการพิจารณา ดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553)

- ให้ +1 = แน่ใจว่าคำถามสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์การวิจัย
- ให้ 0 = ไม่แน่ใจว่าคำถามสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์การวิจัย
- ให้ -1 = แน่ใจว่าคำถามไม่สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์การวิจัย

จากผลการให้คะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิ นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (IOC)

โดยใช้สูตร

$$IOC = \frac{\text{ผลรวมคะแนนการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดในข้อคำถามนั้น}}{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ}}$$

กำหนดค่า IOC ที่ยอมรับได้ต้องมีค่าไม่น้อยกว่า 0.50 (ยุทธ ไกยวรรณ, 2550) ซึ่งมีผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัดประสงค์ (IOC) มีค่าระหว่าง 0.7 – 1.0

1.2) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) กำหนดการให้คะแนนการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาดังนี้ ดังนี้

ให้ 1 = คำถามไม่สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ

ให้ 2 = คำถามต้องปรับปรุงมากจึงสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ

ให้ 3 = คำถามต้องปรับปรุงเล็กน้อยจึงสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ

ให้ 4 = คำถามสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ

จากผลการให้คะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิ นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

กำหนดค่า CVI ที่ยอมรับได้ $CVI \geq 0.80$ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2555) และนำข้อคำถามที่ได้คะแนน 1 และ 2 ไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เครื่องมือวิจัยที่มีความครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการศึกษาโดยมีผลการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม จำนวน 88 ข้อ ได้ $CVI = 1$

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถาม “การศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.” ที่ผ่านการปรับปรุงแล้ว ทดลองใช้กับกลุ่ม อสม. รพ.สต.บ้านท่าลาด อ.เขาชัยสน จ.พัทลุง ซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และเป็นคนละพื้นที่กับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย จำนวน 30 ตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ค่าที่ยอมรับได้ต้องมีค่าไม่น้อยกว่า 0.70 (Nunnally, 1978) ผลการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.980 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.1 กำหนดผู้ช่วยนักวิจัย อำเภอละ 1 คน เพื่อประสานงาน ควบคุม ติดตาม รวบรวม แบบสอบถาม

3.6.2 ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยนำหนังสือแจ้งจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึง ผอ.รพ.สต. เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้เป็นผู้ช่วย นักวิจัย โดยเชิญเข้าร่วมรับฟังการชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย กระบวนการวิจัย การเก็บข้อมูล ให้ ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามทันที ที่ได้รับแบบสอบถามกลับ ชี้แจงเรื่องการ พิจารณาสีทธิ์ โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยและระหว่างการ วิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และซักซ้อมความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยเข้าใจบทบาทหน้าที่อย่าง ชัดเจน

3.6.3 นำส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงผู้ช่วยนักวิจัย เมื่อได้แบบสอบถามครบถ้วน ผู้ช่วย นักวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ ก่อนส่งกลับมายังผู้วิจัยทางไปรษณีย์

3.6.4 บรรณาธิการข้อมูล ลงหมายเลขรหัสแบบสอบถาม

3.6.5 บันทึกข้อมูลในโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูล

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.7.1 การวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 1 ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ (IBM Statistical Product and Service Solution Version 26.0) วิธีดำเนินการ ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ, เพศ, ระดับการศึกษา, ระยะเวลาการเป็น อสม., ตำแหน่งในชุมชน/สมาชิก กลุ่มในชุมชน, การฝึกอบรมใน 1 ปีที่ผ่านมา และความสามารถในการปฏิบัติตามมาตรฐานสมรรถนะ ของ อสม.

2) วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor analysis) เพื่อทดสอบว่า องค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบมีตัวแปรอะไรบ้าง และตัวแปรแต่ละตัวมีอัตราความสัมพันธ์กัน ภายในองค์ประกอบมากน้อยเพียงใด มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลในการใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ ซึ่ง ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์เป็นตัวแปรต่อเนื่อง จำนวน 88 ตัว ด้วยการตรวจสอบค่า Kaiser-Meyer-

Olkin: KMO เพื่อวัดความเหมาะสมของข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ โดยทั่วไปค่า KMO ต่ำกว่า 0.5 จะถือว่าข้อมูลไม่เหมาะสมที่จะใช้เทคนิค Factor Analysis และตรวจสอบความพอเพียงของกลุ่มตัวอย่าง (Measure of Sampling Adequacy: MSA) โดยตรวจสอบค่า Anti-image correlation ไม่ควรมีค่าต่ำกว่า 0.50 ถ้าต่ำกว่า 0.50 ควรตัดตัวแปรนั้นออกจากการวิเคราะห์ และตรวจสอบ Bartlett's Test of Sphericity โดยทดสอบสมมติฐานว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์นั้นเป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์ (Identity matrix) หรือไม่จากสมมติฐาน

H0: ตัวแปรต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือ

H1: ตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กัน

ดังนั้นถ้ายอมรับ H0 แสดงว่าตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน จึงไม่ควรใช้เทคนิค Factor Analysis แต่ถ้าปฏิเสธ H0 นั่นคือตัวแปรมีความสัมพันธ์กันจึงสามารถใช้ เทคนิค Factor Analysis ได้ (Hair et al., 2010; Tabachnick & Fidell, 2007)

ขั้นที่ 2 การสกัดองค์ประกอบ (Factor extraction) เพื่อหาจำนวนองค์ประกอบที่สามารถใช้แทนตัวแปรทั้งหมดทุกตัวได้หรือเป็นการดึงรายละเอียดจากตัวแปรมาไว้ใน Factor ด้วยวิธี Principal Component Analysis (PCA) เป็นวิธีที่จะนำรายละเอียดของตัวแปรที่มีจำนวนมาก ๆ มาไว้ในองค์ประกอบที่มีเพียงไม่กี่ตัว พิจารณาเลือกองค์ประกอบที่มีค่า Eigen Value มากกว่า 1 และค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมมากกว่า ร้อยละ 60 (Pett et al., 2003)

ขั้นที่ 3 การหมุนแกนองค์ประกอบ (Factor Rotation) เพื่อให้ค่า Factor Loading ของตัวแปรมีค่ามากขึ้นหรือลดลง จนกระทั่งทำให้ทราบว่าตัวแปรนั้นควรอยู่ในองค์ประกอบใด ด้วยการหมุนแกนแบบมุมแหลม วิธี Promax เนื่องจากยังไม่มีทฤษฎีรองรับว่าองค์ประกอบเป็นอิสระจากกัน โดยกำหนดการตัดข้อคำถามออกตามลำดับขั้น คือ

- 1) พิจารณาตัดตัวแปรที่มีค่า Communalities ที่ต่ำกว่า 0.5
- 2) พิจารณาตัดตัวแปรที่ไม่มีน้ำหนักเด่นในหลายองค์ประกอบ (Dual loading) ที่ค่าต่างกันน้อยกว่า 0.2
- 3) พิจารณาตัดตัวแปรที่มีน้ำหนัก (Factor Loading) น้อยกว่า 0.60 (สุกมาส อังสุโชติ และคณะ, 2554)
- 4) องค์ประกอบต้องเหลือข้อคำถามมากกว่า 2 ข้อคำถาม
- 5) ความหมายของข้อคำถามต้องมีความสอดคล้องและสามารถอยู่ร่วมองค์ประกอบเดียวกันได้ (สุกมาส อังสุโชติ และคณะ, 2554)

ขั้นที่ 4 การกำหนดชื่อองค์ประกอบ โดยพิจารณาว่าองค์ประกอบนั้น ๆ มีตัวแปรอะไรบ้าง และตั้งชื่อให้สอดคล้องกับตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบ

3.7.2 การวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 2

1) การวิเคราะห์ข้อมูลการความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีการเดลฟาย (Delphi technique) เพื่อหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter Quartile Range: IQR)

2) วิเคราะห์ข้อมูลความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

3) การวิเคราะห์ผลการนำเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ไปใช้ในภาคปฏิบัติในพื้นที่ ด้วยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Division) เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะ และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) และความสอดคล้องภายใน (Internal consistency)

3.8 จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสารานสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง : 058-446/2566 วันที่รับรอง : 26 กุมภาพันธ์ 2566 – 23 กุมภาพันธ์ 2567

การวิจัยครั้งนี้ให้ความสำคัญ และตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญอย่างยิ่ง และเพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตามเงื่อนไขของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยพิจารณาต่าง ๆ ดังนี้

1) ความตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ในการให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจในการให้ข้อมูล การเข้าร่วมกิจกรรม การบันทึกภาพหรือการบันทึกเสียง และผู้วิจัยจะไม่ทำการใดที่ขัดต่อกฎหมาย ความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้เข้าร่วมวิจัย

2) ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการ และระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้กับกลุ่มตัวอย่าง ได้ทราบล่วงหน้า กิจกรรมการดำเนินการวิจัยเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และไม่ก่อให้เกิดอันตราย รวมทั้งระมัดระวังมิให้เกิดความผิดพลาดต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

3) ในส่วนของข้อมูลที่ได้จะถือว่าเป็นความลับ โดยในการวิเคราะห์และนำเสนอจะกระทำในภาพรวม และนำเสนอผลการวิจัยตามความเป็นจริง

4) กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ หรือในระหว่างการศึกษาวิจัย จะขอถอนตัวไม่เข้าร่วมกิจกรรม จะไม่มีการบังคับและสามารถยกเลิกได้

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ และขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย โดยแบ่งการนำเสนอผลการศึกษาเป็น 2 ระยะ 9 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดกรอบแนวคิดการกำหนดตัวแปร

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดร่างข้อคำถาม และกำหนดมาตรวัด

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 4 เก็บข้อมูลวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ขั้นตอนที่ 5 วิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis)

2. ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.

ขั้นตอนที่ 6 พัฒนา (ร่าง) แบบเครื่องมือประเมินสมรรถนะฯ และแนวทางการ

นำไปใช้

ขั้นตอนที่ 7 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้าง

ขั้นตอนที่ 8 นำไปใช้จริงในพื้นที่ และวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 9 ศึกษาปัจจัยความสำเร็จ สรุปผล จัดทำข้อเสนอ

ผลการศึกษาต่อไปนี้

ผลการศึกษาระยะที่ 1 ศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดกรอบแนวคิดการกำหนดตัวแปร

ผลการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่า อสม. มีข้อกำหนดในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่พื้นฐานของ อสม. ที่กระทรวงสาธารณสุขระบุไว้ และมีความคาดหวัง ให้มีสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานสมรรถนะของ อสม. ปี 2550 ผู้วิจัยจึงได้นำหลักการดังกล่าวมากำหนดกรอบแนวคิดการกำหนดตัวแปรที่สนใจศึกษาพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ในขั้นตอนที่ 1 รายละเอียดดังต่อไปนี้

มาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง ความสามารถของ อสม. ในการปฏิบัติงาน ที่เป็นผลมาจากนำความรู้ ความสามารถ ทักษะ และ คุณลักษณะอื่น ๆ มาบูรณาการใช้ทำงาน จนเกิดความชำนาญในการปฏิบัติงาน ภายหลังจากการผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน ปี 2550 (หลักสูตรสำหรับ อสม.ใหม่) แบ่งมาตรฐานสมรรถนะ จำนวน 7 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่ หมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจ และสามารถสื่อสารนโยบายสาธารณสุขกับ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชน หรือชุมชน ด้วยการใช้คำพูดและท่าทาง เพื่อประสานงานการนำนโยบายไปปฏิบัติ และเพื่อโน้มน้าวให้มีส่วนร่วม และการมีข้อมูลพื้นฐานหรือข่าวสารที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในชุมชน แล้วนำมาเป็นข้อมูลสะท้อนปัญหาข้อเสนอแนะ การนำนโยบายไปปฏิบัติในชุมชน

2) ด้านการเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และการเฝ้าระวังสุขภาพ หมายถึง การมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถเป็นผู้นำกระบวนการดำเนินงานในแต่ละด้าน

2.1) การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การให้บริการโดยตรงแก่บุคคล ครอบครัว หรือกลุ่มบุคคล เพื่อสร้างความตระหนักและเสริมขีดความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การฝากครรภ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยระยะพักฟื้น

2.2) การป้องกันโรค หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้โดยตรงแก่บุคคล ครอบครัว และกลุ่มบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การอธิบายการป้องกันโรคและฤดูกาลระบาดของโรค การปฏิบัติกรควบคุมการระบาดของโรคของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่น การอธิบายลักษณะและปัจจัยการเกิดโรคไม่ติดต่อ สามารถคัดกรองหรือค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ เช่น การใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต แบบคัดกรองผู้สูงอายุ แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่างๆ พร้อมจดบันทึกข้อมูล และการออกปฏิบัติงานคัดกรองร่วมกับทีมสุขภาพ การเป็นผู้นำหรือสาธิตหรือให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.3) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น หมายถึง การตรวจร่างกายเบื้องต้น การวัดอุณหภูมิ การเช็ดตัวลดไข้ การจ่ายยาสามัญประจำบ้าน ยาสมุนไพร หรือยาตามอาการ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาอาการป่วย การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามความจำเป็น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การแยกแยะความแรงด่วนของผู้ป่วยเพื่อส่งต่อ การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องเจาะหาน้ำตาลในเลือด แผ่นวัดสายตา ชุดทำแผล เป็นต้น

2.4) การเฝ้าระวังสุขภาพ หมายถึง การสังเกตและแสวงหาข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ติดตามสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ นำเสนอ และการ

ส่งสัญญาณเตือนภัยแก่เพื่อนบ้าน การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอรับการสนับสนุนการจัดการปัญหาสุขภาพ

3) ด้านการสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน หมายถึง การมีข้อมูลบุคคลหรือหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างสุขภาพในชุมชน และสามารถชักชวนเข้าร่วมเป็นหุ้นส่วนในการสร้างสุขภาพ การร่วมกันสรรหาแกนนำของกลุ่มหรือเครือข่ายที่มีศักยภาพผลักดันการสร้างสุขภาพได้ การร่วมกันสร้างเป้าหมายร่วมหรือผลประโยชน์ร่วมของเครือข่ายเพื่อสร้างความปองตอง ลดความขัดแย้ง การใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีเพื่อสื่อสารและประสานงานเพื่อความสะดวก รวดเร็ว ทัวถึง และสม่ำเสมอ การร่วมกันระดมทรัพยากรและให้มีการจัดการทรัพยากรอย่างโปร่งใส การร่วมกันจัดกิจกรรมสุขภาพให้มีความสม่ำเสมอเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ และความยั่งยืนของเครือข่าย การร่วมกันสรุปกิจกรรมสุขภาพสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน และปรับปรุงการดำเนินงานให้ดีขึ้นต่อไป

4) ด้านการรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อม หมายถึง การประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ ผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจาก สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคต่าง ๆ สามารถจัดกิจกรรมรณรงค์รักษาความสะอาดสถานที่สาธารณะ ปรับปรุงพัฒนาสิ่งแวดล้อม การเข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาทำความดีด้วยหัวใจ เสียสละเวลาแรงกายเพื่อกิจกรรมของชุมชน

5) ด้านการเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีผลต่อการขจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ หมายถึง การเตรียมข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นในเขตรับผิดชอบและสามารถชี้แจงปัญหาสุขภาพในชุมชน เพื่อการวางแผนแก้ปัญหา การเข้าร่วมจัดเวทีประชาคมเพื่อกำหนดมาตรการชุมชนที่จะแก้ปัญหาสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลชุมชนและความรู้หลักวิชาการ การร่วมดำเนินการตามมาตรการของชุมชนที่มีผลต่อการลดปัญหาสุขภาพ การประเมินและสรุปผลการดำเนินการ และระบุจุดแข็ง จุดอ่อน ของมาตรการชุมชนได้

6) ด้านการสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ หมายถึง การเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อสร้างการรับรู้ และการยอมรับของเพื่อนบ้าน การอธิบายความจำเป็นที่ต้องระวังดูแลสุขภาพ เพื่อชี้ให้เห็นความสำคัญ และกระตุ้นให้เกิดมีการเฝ้าระวังสุขภาพ สามารถโน้มน้าวเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรมเฝ้าระวังดูแลสุขภาพเพื่อการฝึกปฏิบัติตนและนำกลับไปทำต่อได้ที่บ้าน การสนับสนุน ชื่นชม และให้กำลังใจเพื่อนบ้านที่มีความตั้งใจเฝ้าระวังดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สามารถสร้างโอกาสให้เกิดกิจกรรมการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพในชุมชน เพื่อขยายกลุ่มที่สนใจเพิ่มมากขึ้นได้

7) ด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัย และชุมชน หมายถึง การมีข้อมูลเด็กและเยาวชนทั้งในระบบโรงเรียนและนอกโรงเรียน ในเขต

รับผิดชอบ และนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพอนามัย เช่น การออกกำลังกายในกลุ่มเด็กและเยาวชน หรือชักชวนเด็กและเยาวชนเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันยาเสพติดที่มีการจัดขึ้นในชุมชน หรือการให้ความรู้มาตรการเฝ้าระวังอุบัติเหตุทางถนนแก่กลุ่มเด็กและเยาวชน

ขั้นตอนที่ 2 ผลการศึกษา กรอบเนื้อหาร่างข้อคำถามและกำหนดมาตรวัด

จากกรอบเนื้อหาแนวคิดเพื่อกำหนดตัวแปร ได้นำมากำหนดข้อคำถามและมาตรวัด โดยกำหนดมาตรวัดข้อคำถามให้มีมาตรวัด 5 ระดับ (Likert scale) รวมทั้งหมด 88 ข้อ ดังตารางแสดงความเชื่อมโยงการกำหนดคำถามกับกรอบแนวคิดกำหนดตัวแปร ต่อไปนี้



ตารางที่ 2 ความเชื่อมโยงกรอบแนวคิดการกำหนดตัวแปรกับข้อคำถาม

มาตรฐานสมรรถนะ	นิยาม	กรอบร่างข้อคำถาม	ตัวชี้วัด(ข้อคำถาม)
1. ด้านการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่	การรับรู้ ความเข้าใจ และสามารถสื่อสารนโยบายสาธารณะสู่กับประชาชน หรือชุมชน ด้วยการใช้คำพูดและท่าทางเพื่อประสานงาน การนำนโยบายไปปฏิบัติ และเพื่อโน้มน้าวให้มีส่วนร่วม และการมีข้อมูลพื้นฐานหรือข่าวสารที่เป็นปัญหาสาธารณะสุขในชุมชน แล้วนำมาเป็นข้อมูลสะท้อนปัญหา ข้อเสนอแนะ การนำนโยบายไปปฏิบัติในชุมชน	การรับรู้ นโยบาย	1. สามารถรับทราบนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละปีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้
		ความเข้าใจต่อนโยบาย	2. สามารถเข้าใจความหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้
		การสื่อสารนโยบายกับประชาชน และชุมชน	3. สามารถเข้าใจรายละเอียดของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้
			4. สามารถสื่อสารด้วยวาจาแก่เพื่อนบ้านตัวต่อตัว เพื่อแจ้งนโยบายสำคัญได้
			5. สามารถพูดในการประชุมหมู่บ้านเพื่อแจ้งนโยบายสำคัญได้
			6. สามารถสื่อสารนโยบายทางสุขภาพผ่านทางหอกระจายข่าวหรือวิทยุชุมชนได้
			7. สามารถประสานงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำนโยบายไปปฏิบัติได้
			8. สามารถใช้ข้อมูลปัญหาสุขภาพในหมู่บ้านเพื่อประกอบการชักชวนเพื่อนบ้านปฏิบัติตามนโยบาย

ตารางที่ 2 ความเชื่อมโยงกรอบแนวคิดการกำหนดตัวแปรกับข้อความถาม (ต่อ)

มาตรฐานสมรรถนะ	นิยาม	กรอบร่างข้อความถาม	ตัวชี้วัด(ข้อความถาม)
		การนำนโยบายไปปฏิบัติ	9. สามารถปรับปรุงกิจกรรมตามนโยบาย ให้เหมาะสมกับบริบทของหมู่บ้านได้ 10. สามารถปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม อสม. เพื่อดำเนินกิจกรรมตามนโยบายได้ 11. สามารถนำทรัพยากรในหมู่บ้าน มาสนับสนุนกิจกรรมตามนโยบายได้
		การสะท้อนปัญหาจากการนำนโยบายไปปฏิบัติ	12. สามารถรับข่าวสารสาธารณสุขจากเพื่อนบ้าน มาเพื่อใช้สะท้อนปัญหาการปฏิบัติตามนโยบายได้
2. ด้านการเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และการเฝ้าระวังสุขภาพ			
2.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	การให้บริการโดยตรงแก่บุคคล ครอบครัว หรือกลุ่มบุคคลเพื่อสร้างความตระหนักของบุคคลในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การฝากครรภ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเฝ้าระวังพัฒนาการ และโภชนาการเด็ก การฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยระยะพักฟื้น	การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน	1. สามารถให้คำแนะนำถึงความจำเป็นของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค(รับวัคซีน) ในเด็กแรกเกิด – 5 ปีได้ 2. สามารถให้คำแนะนำอาการสำคัญของโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีนได้ 3. สามารถให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังการรับวัคซีนและอาการข้างเคียงการรับวัคซีน 4. สามารถติดตามเด็กแรกเกิด – 5 ปี ให้มารับวัคซีนตามกำหนดนัดหมายได้

ตารางที่ 2 ความเชื่อมโยงกรอบแนวคิดการกำหนดตัวแปรกับข้อคำถาม (ต่อ)

มาตรฐานสมรรถนะ	นิยาม	กรอบร่างข้อคำถาม	ตัวชี้วัด(ข้อคำถาม)
		การเฝ้าระวัง พัฒนาการเด็กและ โภชนาการเด็ก	5. สามารถให้คำแนะนำและ ประเมินพัฒนาการเด็กได้ 6. สามารถเฝ้าระวังภาวะ โภชนาการในเด็กแรกเกิด - 5 ปีได้ เช่น เทียบเกณฑ์น้ำหนัก และส่วนสูงกับอายุ
		การฝากครรภ์	7. สามารถติดตามให้คำแนะนำ ให้ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ได้
		การเลี้ยงลูกด้วยนม แม่	8. สามารถให้คำแนะนำการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้
		การฟื้นฟูสุขภาพ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติด เตียง ผู้ป่วยระยะพัก ฟื้น	9. สามารถใช้แบบประเมินคัด กรองสุขภาพและจัดบันทึก ข้อมูลได้ เช่น แบบประเมิน สุขภาพจิต แบบคัดกรอง ผู้สูงอายุ 10. สามารถออกเยี่ยมบ้าน และแนะนำการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และ ผู้ป่วยระยะพักฟื้นได้

พูน ปณ จิต ชีเว

ตารางที่ 2 ความเชื่อมโยงกรอบแนวคิดการกำหนดตัวแปรกับข้อความถาม (ต่อ)

มาตรฐานสมรรถนะ	นิยาม	กรอบร่างข้อความถาม	ตัวชี้วัด(ข้อความถาม)
2.2 ด้านการป้องกันโรค	การให้บริการทาง การ แพ ทย และ สาธารณสุขที่ให้โดยตรง แก่บุคคล ครอบครัว และกลุ่มบุคคลเพื่อ ป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การอธิบายการ ป้องกันโรค ฤดูกาล ระบาดขงโรค และการ ปฏิบัติการควบคุมการ ระบาดขงโรคของ โรคติดต่อที่เป็นปัญหา ในท้องถิ่น การอธิบาย ลักษณะและปัจจัยการ เกิดโรค ไม่ติดต่ สามารถคัดกรองหรือ ค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง ต่อการเสียสุขภาพ เช่น การใช้แบบคัดกรอง สุขภาพจิต แบบคัด กรองผู้สูงอายุ แบบคัด กรองกลุ่มเสี่ยงต่างๆ พร้อมจัดบันทึกข้อมูล และการออกปฏิบัติงาน คัดกรองร่วมกับทีม สุขภาพ การเป็นผู้นำ	การอธิบายฤดูกาล เกิดโรคติดต่อที่เป็น ปัญหาในท้องถิ่น	1. สามารถอธิบายฤดูกาล ระบาดขงโรคติดต่อที่เป็น ปัญหาในท้องถิ่นได้ เช่น โรค ไข้เลือดออก โรคฉี่หนู โรคมือ เท้าปาก โรคตาแดง โรค อหิวาห์ระร่วง ฯ
		การอธิบายการ ป้องกันโรคติดต่อที่ เป็นปัญหาในท้องถิ่น	2. สามารถระบุสาเหตุของ โรคติดต่อที่เป็นปัญหาใน ท้องถิ่นได้
			3. สามารถระบุการเริ่มต้นที่ สำคัญ ของโรคติดต่อที่เป็น ปัญหาในท้องถิ่นได้
			4. สามารถอธิบายการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อที่เป็น ปัญหาในท้องถิ่นได้
		การปฏิบัติ การ ควบคุมโรค	5. สามารถร่วมออกปฏิบัติงาน ควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหา ในท้องถิ่นได้
		การอธิบายปัจจัย เสี่ยงการเกิดโรคไม่ ติดต่อ	6. สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงที่ สำคัญ ของโรคไม่ติดต่ได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง
			7. สามารถระบุพฤติกรรมเสี่ยง ต่อการเกิดโรคไม่ติดต่ได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2 ความเชื่อมโยงกรอบแนวคิดการกำหนดตัวแปรกับข้อคำถาม (ต่อ)

มาตรฐานสมรรถนะ	นิยาม	กรอบร่างข้อคำถาม	ตัวชี้วัด(ข้อคำถาม)
	การสาธิตหรือให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	การคัดกรองโรคไม่ติดต่อ	8. สามารถใช้แบบคัดกรองโรคไม่ติดต่อ เช่น แบบคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
			9. สามารถออกปฏิบัติงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ได้
		การเป็นผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	10. สามารถให้คำแนะนำกลุ่มเสี่ยงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อได้
			11. สามารถเป็นผู้นำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อได้
2.3 ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น	การตรวจร่างกายเบื้องต้น อุดหนุน การเช็ดตัวลดไข้ การจ่ายยาสามัญประจำบ้าน ยาสมุนไพรหรือยาตามอาการ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาอาการป่วย การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามความจำเป็น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การแยกแยะความเร่งด่วนของผู้ป่วย	การตรวจร่างกายเบื้องต้น	1. สามารถตรวจร่างกายเบื้องต้นได้ เช่น การวัดไข้ จับชีพจร สังเกตความผิดปกติด้วยการดู คลำ เคาะ ฟัง
			2. สามารถใช้ยาสามัญประจำบ้านเพื่อรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ เช่น ยาแก้ไอ ยาลดไข้แก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาใส่แผล ยาสมุนไพร
			3. สามารถให้คำแนะนำการบรรเทาอาการเบื้องต้นได้ เช่น อาการตัวร้อน ปวดหัว ไอ ปวดเมื่อย ท้องผูก

ตารางที่ 2 ความเชื่อมโยงกรอบแนวคิดการกำหนดตัวแปรกับข้อคำถาม (ต่อ)

มาตรฐานสมรรถนะ	นิยาม	กรอบร่างข้อคำถาม	ตัวชี้วัด(ข้อคำถาม)
	เพื่อส่งต่อ การใช้ อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องวัดความดัน โลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องเจาะหาน้ำตาลใน เลือด แผ่นวัดสายตา ชุด ทำแผล เป็นต้น	การใช้ยาตามความ จำเป็นและสมเหตุผล	4. สามารถเก็บรักษายาแต่ละ ชนิด ได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัยได้
			5. สามารถจำแนกยาหมดอายุ หรือยาเสื่อมสภาพได้
			6. สามารถอธิบายเพื่อนบ้าน ให้ใช้ยาได้อย่างเหมาะสมตาม ความจำเป็นหรือตามวิธีใช้ที่ แพทย์แนะนำได้
		การปฐมพยาบาล เบื้องต้น	7. สามารถปฐมพยาบาล เบื้องต้นได้ เช่น เช็ดตัวลดไข้ ห้ามเลือดบาดแผล ข้อมเคลื่อนไหว กระดูกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นลม จมน้ำ สุนัขกัด แมลง มีพิษกัดต่อย
		การส่งต่อ	8. สามารถแยกแยะอาการ ความเจ็บป่วย เพื่อการส่งต่อ ผู้ป่วยได้
		การใช้อุปกรณ์ทาง การแพทย์	9. สามารถใช้อุปกรณ์ การแพทย์ได้ เช่น เครื่องวัด ความดันโลหิต ปรอทวัดไข้ เครื่องเจาะหาน้ำตาลในเลือด แผ่นวัดสายตา ชุดทำแผลได้

พหุ ประสิทธิภาพ

ตารางที่ 2 ความเชื่อมโยงกรอบแนวคิดการกำหนดตัวแปรกับข้อคำถาม (ต่อ)

มาตรฐานสมรรถนะ	นิยาม	กรอบร่างข้อคำถาม	ตัวชี้วัด(ข้อคำถาม)
2.4 ด้านการเฝ้าระวังสุขภาพ	การสังเกตและแสวงหาข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ	การติดตามข่าวสารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	1. สามารถติดตามสถานการณ์ข่าวสารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเพื่อนบ้านได้
	ติดตามสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	การแสวงหาข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง	2. สามารถค้นหาความรู้ทางสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่ถูกต้องได้
	การวิเคราะห์ สังเคราะห์ นำเสนอ และการส่งสัญญาณเตือนภัยแก่เพื่อนบ้าน	การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข่าวสารที่อาจเป็นเท็จ	3. สามารถตั้งข้อสังเกตและตรวจสอบข่าวสาร ที่อาจเป็นเท็จได้
	ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอรับการสนับสนุนการจัดการปัญหาสุขภาพ	การแจ้งข่าวเตือนภัยต่อเพื่อนบ้าน	4. สามารถแจ้งข่าวเตือนภัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเพื่อนบ้าน
		การประสานงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพ	5. สามารถประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อ ป้องกันภัยสุขภาพได้
3. ด้านการสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน	การมีข้อมูลบุคคลหรือหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างสุขภาพ	มีข้อมูลบุคคลที่มีบทบาทในการสร้างสุขภาพในชุมชน	1. สามารถระบุบุคคลหรือหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างสุขภาพในชุมชนได้
	ในชุมชน และสามารถชักชวนเข้าร่วมเป็นหุ้นส่วนในการสร้างสุขภาพ	ชักชวนกลุ่มต่าง ๆ เข้าร่วมเป็นหุ้นส่วนสร้างสุขภาพ	2. สามารถชักชวนกลุ่มต่าง ๆ ร่วมเป็นหุ้นส่วนในกิจกรรมสร้างสุขภาพได้
	ร่วมกันสรรหาแกนนำของกลุ่มหรือเครือข่ายที่มีศักยภาพผลักดันการสร้างสุขภาพได้	การสรรหาแกนนำของเครือข่ายเพื่อเป็นผู้นำการขับเคลื่อน	3. สามารถร่วมกันสรรหาแกนนำของกลุ่มหรือเครือข่ายที่ผลักดันการสร้างสุขภาพในชุมชนได้
	สร้างเป้าหมายร่วมหรือผลประโยชน์ร่วมของเครือข่ายเพื่อสร้างความ	การสร้างจุดร่วมของแต่ละกลุ่ม รวมกลุ่มกันเป็นเครือข่าย	4. สามารถสร้างจุดร่วมหรือผลประโยชน์ร่วมของกลุ่มเพื่อสร้างความปรองดอง ลดความขัดแย้งได้
	ปองดอง ลดความขัดแย้งการใช้เครื่องมือ หรือ		

ตารางที่ 2 ความเชื่อมโยงกรอบแนวคิดการกำหนดตัวแปรกับข้อคำถาม (ต่อ)

มาตรฐานสมรรถนะ	นิยาม	กรอบร่างข้อคำถาม	ตัวชี้วัด(ข้อคำถาม)
	เทคโนโลยีเพื่อสื่อสารและประสานงานเพื่อความสะดวก รวดเร็วทั่วถึง และสม่ำเสมอ		5. สามารถประสานสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อให้เป็นเครือข่ายสร้างสุขภาพได้
	การร่วมกันระดมทรัพยากรและให้มีการจัดการทรัพยากรอย่างโปร่งใส การร่วมกันจัด	การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อความรวดเร็ว	6. สามารถใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีเพื่อสื่อสารและประสานงาน เพื่อความรวดเร็วและทั่วถึงได้
	กิจกรรมสุขภาพให้มีความสม่ำเสมอเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์และความยั่งยืนของเครือข่าย การร่วมกัน	การระดมทรัพยากรและมีการจัดการที่โปร่งใส	7. สามารถระดมทรัพยากรหรือเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุขภาพได้
	สรุปกิจกรรมสุขภาพสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน		8. สามารถร่วมบริหารจัดการทรัพยากรของกลุ่มหรือเครือข่ายสุขภาพ อย่างโปร่งใสได้
	และปรับปรุงการดำเนินงานให้ดีขึ้นต่อไป	การเป็นผู้นำจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพให้มีความต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ	9. สามารถเป็นทีมบริหารจัดการกิจกรรมสร้างสุขภาพร่วมกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้มีกิจกรรมสม่ำเสมอได้
	การสรุปถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน		10. สามารถร่วมกันสรุปผลการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพเพื่อการเรียนรู้ และปรับปรุงการดำเนินงานได้

ตารางที่ 2 ความเชื่อมโยงกรอบแนวคิดการกำหนดตัวแปรกับข้อคำถาม (ต่อ)

มาตรฐานสมรรถนะ	นิยาม	กรอบร่างข้อคำถาม	ตัวชี้วัด(ข้อคำถาม)
4. ด้านการรณรงค์ และ ขับเคลื่อน ชุมชนให้ตื่นตัวและ รับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะ แวดล้อม	การประชาสัมพันธ์ให้ ความรู้ ผลกระทบต่อ สุขภาพที่เกิดจาก สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการ เกิดโรคต่าง ๆ สามารถ จัดกิจกรรมรณรงค์ รักษาความสะอาด สถานที่สาธารณะ ปรับปรุงพัฒนา สิ่งแวดล้อม การเข้าร่วม กิจกรรมจิตอาสาทำ ความดีด้วยหัวใจ เสียสละเวลาแรงกาย เพื่อกิจกรรมของชุมชน	การประชาสัมพันธ์ รณรงค์ ให้ความรู้ ชักชวนให้ชุมชน ตื่นตัวรับผิดชอบต่อ สิ่งแวดล้อมในชุมชน	1. สามารถให้ข้อเสนอ วิธีการ รณรงค์ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับ วิถีชีวิตของชุมชนได้
			2. สามารถเลือกใช้ช่องทาง สื่อสาร รณรงค์ที่ตรงกับ กลุ่มเป้าหมายได้ เช่น หอกระจายข่าว การบอกกล่าว รายบุคคล สื่อสังคมออนไลน์
			3. สามารถใช้สื่อโซเชียลมีเดีย ในการรณรงค์ด้านสุขภาพได้
			4. สามารถประชาสัมพันธ์ ให้ ความรู้ผลกระทบต่อสุขภาพที่ เกิดจากสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ การเกิดโรคได้ เช่น ขยะ น้ำเสีย
			5. สามารถชักชวนเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์ ด้านสุขภาพได้
		การปฏิบัติการเป็น แบบอย่าง และแสดง ถึงความรับผิดชอบต่อ ชุมชน ในการปรับปรุง พัฒนาสิ่งแวดล้อม	6. สามารถเป็นแบบอย่างใน การสละเวลา แรงกาย เพื่อ กิจกรรมของชุมชน ได้
			7. สามารถเข้าร่วมปฏิบัติงาน จิตอาสาทำความดีด้วยหัวใจได้
			8. สามารถจัดกิจกรรมรณรงค์ รักษาความสะอาดสถานที่ สาธารณะ และปรับปรุงพัฒนา สิ่งแวดล้อมได้

ตารางที่ 2 ความเชื่อมโยงกรอบแนวคิดการกำหนดตัวแปรกับข้อคำถาม (ต่อ)

มาตรฐานสมรรถนะ	นิยาม	กรอบร่างข้อคำถาม	ตัวชี้วัด(ข้อคำถาม)
5. ด้านการเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีผลต่อการจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ	การเตรียมข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นในเขตรับผิดชอบและสามารถชี้แจงปัญหาสุขภาพในชุมชน เพื่อการวางแผนแก้ปัญหา การเข้าร่วมจัดเวทีประชาคมเพื่อกำหนดมาตรการชุมชนที่จะแก้ปัญหาสุขภาพโดยใช้ข้อมูลชุมชนและความรู้หลักวิชาการ ร่วมดำเนินการตามมาตรการของชุมชนที่มีผลต่อการลดปัญหาสุขภาพ การประเมินและสรุปผลการดำเนินการ และระบุจุดแข็ง จุดอ่อน ของมาตรการชุมชนได้	การเตรียมข้อมูลสุขภาพเพื่อใช้ในการวางแผนแก้ปัญหาในชุมชน การนำเสนอข้อมูลให้ชุมชนตระหนักในปัญหา การจัดให้มีเวทีประชาคม การกำหนดมาตรการชุมชนด้วยข้อมูลและความรู้ทางวิชาการ การปฏิบัติการตามมาตรการของชุมชน การสรุปผลการดำเนินงานตามมาตรการ การปรับปรุงมาตรการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการ	1. สามารถจัดบันทึก รวบรวมข้อมูลสุขภาพของเพื่อนบ้าน จัดเก็บเป็นทะเบียนได้ 2. สามารถนำข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัญหา มาชี้แจงหรือพูดนำเสนอในการประชุมประชาคมได้ 3. สามารถร่วมกันจัดเวทีประชาคมของหมู่บ้านได้ 4. สามารถร่วมกำหนดมาตรการชุมชนที่จะลดปัญหาสุขภาพของชุมชนได้ 5. สามารถร่วมดำเนินการตามมาตรการของชุมชน เพื่อลดปัญหาสุขภาพของชุมชนได้ 6. สามารถสรุปผล และระบุจุดแข็ง จุดอ่อน ของการดำเนินการตามมาตรการชุมชนได้ 7. สามารถให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงมาตรการชุมชนได้

พหุบัณฑิต ชีวะ

ตารางที่ 2 ความเชื่อมโยงกรอบแนวคิดการกำหนดตัวแปรกับข้อคำถาม (ต่อ)

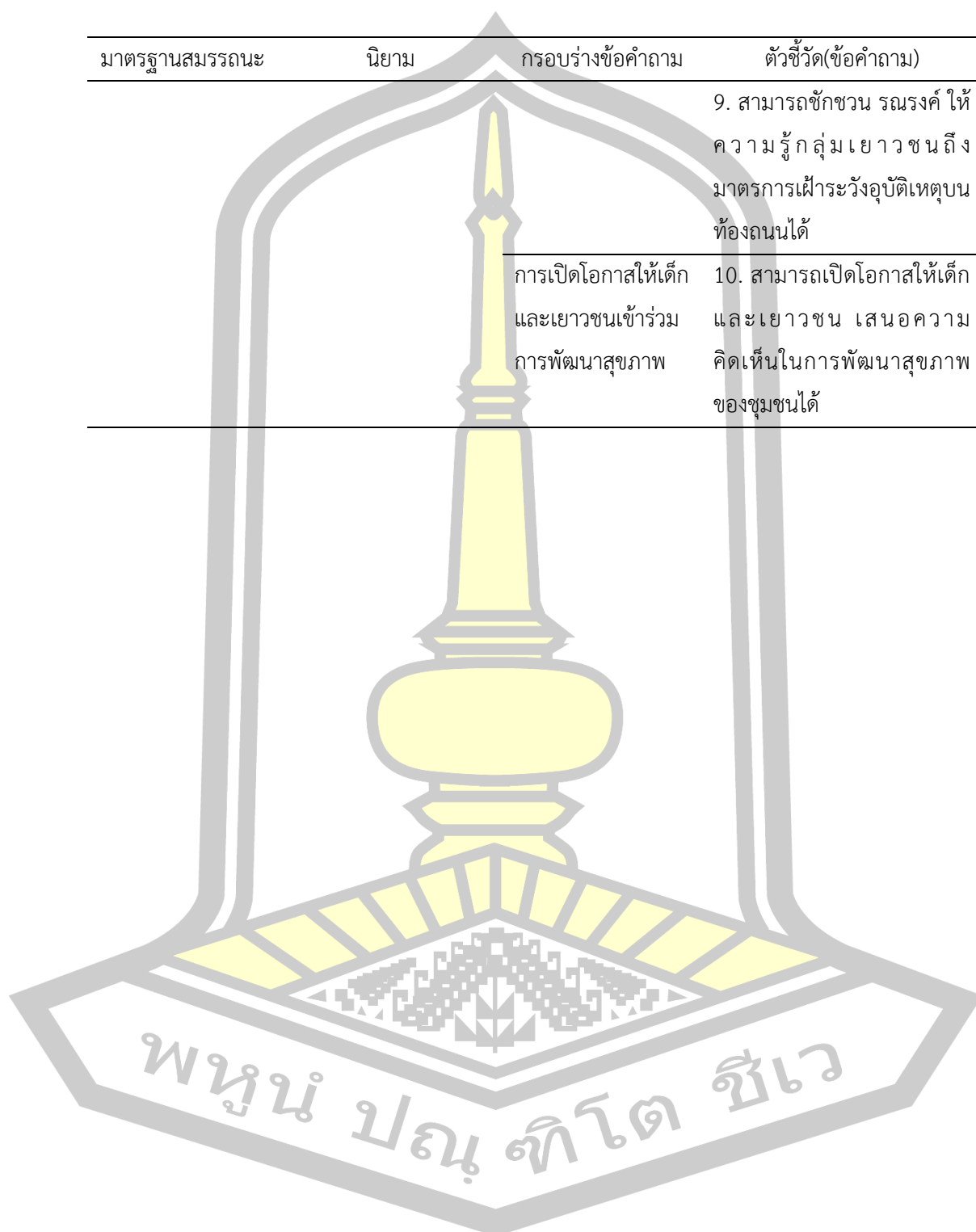
มาตรฐานสมรรถนะ	นิยาม	กรอบร่างข้อคำถาม	ตัวชี้วัด(ข้อคำถาม)
6. ด้านการสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ	การเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อสร้างการรับรู้ และการยอมรับของเพื่อนบ้าน การอธิบายความจำเป็นที่ต้องระวังดูแลสุขภาพ	การเป็นแบบอย่าง การดูแลสุขภาพตนเอง อธิบายความจำเป็นที่ต้องดูแลสุขภาพต่อผู้อื่น	1. สามารถเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้
	ความจำเป็นที่ต้องระวังดูแลสุขภาพ เพื่อชี้ให้เห็นความสำคัญ และกระตุ้นให้เกิดมีการเฝ้าระวังสุขภาพ สามารถโน้มน้าวเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรมเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ	โน้มน้าวเพื่อนบ้านให้ร่วมกิจกรรมดูแลสุขภาพ	2. สามารถชี้แจงความจำเป็นที่ต้องระวังดูแลสุขภาพต่อเพื่อนบ้านได้
	และกระตุ้นให้เกิดมีการเฝ้าระวังสุขภาพ สามารถโน้มน้าวเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรมเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ	การสนับสนุน ชื่นชม และให้กำลังใจเพื่อนบ้านที่มีความตั้งใจเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ	3. สามารถโน้มน้าวเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรมเฝ้าระวังสุขภาพและดูแลสุขภาพได้
	เพื่อนบ้าน การอธิบายความจำเป็นที่ต้องระวังดูแลสุขภาพ	การสนับสนุน ชื่นชม และให้กำลังใจเพื่อนบ้านที่มีความตั้งใจเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ	4. สามารถให้คำแนะนำเพื่อนบ้านที่เจอปัญหาจากการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้
	เพื่อนบ้าน การอธิบายความจำเป็นที่ต้องระวังดูแลสุขภาพ	การสนับสนุน ชื่นชม และให้กำลังใจเพื่อนบ้านที่มีความตั้งใจเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ	5. สามารถให้กำลังใจสนับสนุน เพื่อนบ้านที่มีความตั้งใจ จะเฝ้าระวังดูแลสุขภาพตนเอง
	เพื่อนบ้าน การอธิบายความจำเป็นที่ต้องระวังดูแลสุขภาพ	การสนับสนุน ชื่นชม และให้กำลังใจเพื่อนบ้านที่มีความตั้งใจเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ	6. สามารถประสานงานเพื่อให้เกิดกิจกรรมการส่งเสริมการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพในชุมชนได้

ตารางที่ 2 ความเชื่อมโยงกรอบแนวคิดการกำหนดตัวแปรกับข้อคำถาม (ต่อ)

มาตรฐานสมรรถนะ	นิยาม	กรอบร่างข้อคำถาม	ตัวชี้วัด(ข้อคำถาม)
7. ด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน	การมีข้อมูลเด็กและเยาวชนทั้งในระบบโรงเรียนและนอกโรงเรียนในเขตสุขภาพของชุมชน	การมีข้อมูลเด็กและเยาวชนเพื่อนำไปจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ	1. สามารถจัดทำข้อมูลเด็กและเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนในเขตรับผิดชอบได้
			2. สามารถให้ข้อมูลเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนในเขตรับผิดชอบให้แก่ผู้เกี่ยวข้องได้
	รับผิดชอบ และนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพอนามัย เช่น การออกกำลังกายในกลุ่มเด็กและเยาวชน หรือชักชวนเด็กและเยาวชนเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันยาเสพติดที่มีการจัดขึ้นในชุมชน หรือการให้ความรู้มาตรการเฝ้าระวังอุบัติเหตุทางถนนแก่กลุ่มเด็กและเยาวชน	ประสานงานกับโรงเรียน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เพื่อให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน	3. สามารถร่วมกับโรงเรียนจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่เด็กนักเรียนได้
			4. สามารถร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชนได้
			5. สามารถส่งเสริมการรวมกลุ่มของเด็กและเยาวชนเพื่อกิจกรรมพัฒนาสุขภาพได้
			6. สามารถร่วมกับชุมชนกำหนดให้มีกิจกรรม ส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มเด็กและเยาวชนได้
		สนับสนุนให้มีกิจกรรมสร้างสุขภาพ	7. สามารถประสานงานหรือการสนับสนุนจัดหาอุปกรณ์เพื่อกิจกรรมสุขภาพของกลุ่มเยาวชนได้
			8. สามารถประสานชักชวนกลุ่มเยาวชน เข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันยาเสพติดได้

ตารางที่ 2 ความเชื่อมโยงกรอบแนวคิดการกำหนดตัวแปรกับข้อคำถาม (ต่อ)

มาตรฐานสมรรถนะ	นิยาม	กรอบร่างข้อคำถาม	ตัวชี้วัด(ข้อคำถาม)
			9. สามารถชักชวน ปรณรงค์ ให้ ความรู้กลุ่มเยาวชนถึง มาตรการเฝ้าระวังอุบัติเหตุบน ท้องถนนได้
		การเปิดโอกาสให้เด็ก และเยาวชนเข้าร่วม การพัฒนาสุขภาพ	10. สามารถเปิดโอกาสให้เด็ก และเยาวชน เสนอความ คิดเห็นในการพัฒนาสุขภาพ ของชุมชนได้



ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ระยะที่ 1

3.1 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุขมูลฐาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ และนักวิชาการสาธารณสุข รพ.สต. พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัดประสงค์ (IOC) มีค่าระหว่าง 0.7 – 1.0 ซึ่งมากกว่าค่าที่ยอมรับได้ที่กำหนดไว้ต้องไม่น้อยกว่า 0.50 (ยุทธ ไกยวรรณ, 2550) และผลการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 1 ซึ่งมากกว่าค่าที่ยอมรับได้ที่กำหนดไว้ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.70 (Nunnally, 1978)

3.2 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง อสม. รพ.สต.บ้านท่าลาด อ.เขาชัยสน จ.พัทลุง จำนวน 30 ตัวอย่าง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคภาพรวม เท่ากับ 0.98, ด้านการนํานโยบายไปสู่การปฏิบัติ เท่ากับ 0.86, ด้านการเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และการเฝ้าระวังสุขภาพ เท่ากับ 0.96, ด้านสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน เท่ากับ 0.92, ด้านการรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อม เท่ากับ 0.87, ด้านการเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีส่วนต่อการจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ เท่ากับ 0.90, ด้านการสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ เท่ากับ 0.86, และด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน เท่ากับ 0.87 ซึ่งมากกว่าค่าที่ยอมรับได้ที่กำหนดไว้ ต้องไม่น้อยกว่า 0.70 (Nunnally, 1978)

ขั้นตอนที่ 4 การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย มีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 411 คน (ร้อยละ 82.20) มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี จำนวน 210 คน (ร้อยละ 42) มีอายุเฉลี่ย 54.53 ปี (S.D.=10.25) อายุมากที่สุด 87 ปี อายุน้อยที่สุด 24 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 266 คน (ร้อยละ 53.20) ระยะเวลาการเป็น อสม.ระหว่าง 11 – 20 ปี จำนวน 195 คน (ร้อยละ 39.00) ระยะเวลาเฉลี่ย 15.02 ปี (S.D.=9.24) ระยะเวลาสั้นที่สุด 1 ปี มากที่สุด 41 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน จำนวน 277 คน (ร้อยละ 55.40) และได้รับการฝึกอบรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 437 คน (ร้อยละ 87.40) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามลักษณะทางประชากรของ
กลุ่มตัวอย่าง (n=500)

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ			
ชาย		89	17.80
หญิง		411	82.20
2. อายุ			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี		10	2.00
31 – 40 ปี		38	7.60
41 – 50 ปี		106	21.20
51 – 60 ปี		210	42.00
มากกว่าหรือเท่ากับ 61 ปี		136	27.20
(Mean=54.53 ปี, S.D.=10.25 ปี, Min=24 ปี, Max=87 ปี)			
3. การศึกษา			
ประถมศึกษา		266	53.20
มัธยมศึกษาตอนต้น		90	18.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.		108	21.60
อนุปริญญา/ปวส.		20	4.00
ปริญญาตรี		15	3.0
ปริญญาโท		0	0.00
ปริญญาเอก		1	0.20
4. ระยะเวลาการเป็น อสม.			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี		189	37.80
11 – 20 ปี		195	39.00
21 – 30 ปี		82	16.40
31 – 40 ปี		32	6.40
มากกว่าหรือเท่ากับ 41 ปี		2	0.40
(Mean=15.02 ปี, S.D.=0.24 ปี, Min=1 ปี, Max=41 ปี)			
5. ตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
ไม่มีตำแหน่งอื่นใด	ตอบ	277	55.40
	ไม่ตอบ	223	44.60

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามลักษณะทางประชากรของ
กลุ่มตัวอย่าง (n=500) (ต่อ)

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้นำชุมชน	ตอบ	33	6.60
	ไม่ตอบ	467	93.40
กรรมการหมู่บ้าน	ตอบ	138	27.60
	ไม่ตอบ	362	72.40
นายกฯ/รองนายกองค์การบริหารส่วน ท้องถิ่น (อบจ./เทศบาล/อบต.)	ตอบ	0	0.00
	ไม่ตอบ	500	100.00
สมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อบจ./เทศบาล/อบต.)	ตอบ	3	0.60
	ไม่ตอบ	497	99.40
สมาชิกกลุ่มอื่นๆ หรืออาสาสมัครอื่นๆ	ตอบ	94	18.80
	ไม่ตอบ	406	81.20
6. การฝึกอบรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา			
ได้รับ		437	87.40
ไม่ได้รับ		63	12.60

2. ความสามารถในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของ อสม.

2.1 ระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะ ของ อสม.

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ระดับสมรรถนะตามมาตรฐานสมรรถนะของกลุ่มตัวอย่าง ในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.62 (S.D.=0.59) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ทุกด้านมีระดับสมรรถนะอยู่ในระดับมาก ประกอบด้วย ด้านการสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.76 (S.D.=0.59), ด้านการนํานโยบายไปปฏิบัติฯ ค่าเฉลี่ย 3.75 (S.D.=0.53), ด้านการรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อม ค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D.=0.59), ด้านการเป็นผู้นำในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และการเฝ้าระวังสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.69 (S.D.=0.54), ด้านการเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีผลต่อการขจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.50 (S.D.=0.63), ด้านการสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน ค่าเฉลี่ย 3.49 (S.D.=0.62) และด้านการสร้าง

โอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน ค่าเฉลี่ย 3.47 (S.D.=0.66) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะตามมาตรฐานสมรรถนะของ อสม. ประเทศไทย (n = 500)

มาตรฐานสมรรถนะ	Mean	S.D.	ระดับสมรรถนะ
1. ด้านการสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ	3.76	0.59	มาก
2. ด้านการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ	3.75	0.53	มาก
3. ด้านการรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนให้ตื่นตัวและรับผิดชอบตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อม	3.70	0.59	มาก
4. ด้านการเป็นผู้นำในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และการเฝ้าระวังสุขภาพ	3.69	0.54	มาก
5. ด้านการเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีผลต่อการจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ	3.50	0.63	มาก
6. ด้านการสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน	3.49	0.62	มาก
7. ด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน	3.47	0.66	มาก
ภาพรวม	3.62	0.59	มาก

2.2) สมรรถนะด้านการนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม อสม. เพื่อดำเนินกิจกรรมตามนโยบาย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4.11 (S.D.=0.66) รองลงมาคือ สามารถรับทราบนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละปีได้ ค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D.=0.72) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้าน
การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (n = 500)

ข้อความ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D.)	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. ปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม อสม. เพื่อดำเนินกิจกรรมตามนโยบาย	139 (27.80)	276 (55.20)	84 (16.80)	1 (0.20)	0 (0.00)	4.11 (0.66)	มาก
2. สามารถรับทราบนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขในแต่ละปีได้	121 (24.20)	267 (53.40)	104 (20.80)	7 (1.40)	1 (0.20)	4.00 (0.72)	มาก
3. เข้าใจความหมายและวัตถุประสงค์ ของนโยบายกระทรวงสาธารณสุข	94 (18.80)	277 (55.40)	126 (25.20)	3 (0.60)	0 (0.00)	3.92 (0.68)	มาก
4. สื่อสารด้วยวาจาแก่เพื่อนบ้านตัว ต่อตัวเพื่อแจ้งนโยบายสำคัญ	95 (19.00)	268 (53.60)	132 (26.40)	5 (1.00)	0 (0.00)	3.91 (0.69)	มาก
5. เข้าใจรายละเอียดของนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข	76 (15.20)	294 (58.80)	125 (25.00)	5 (1.00)	0 (0.00)	3.88 (0.65)	มาก
6. ใช้ข้อมูลปัญหาสุขภาพในหมู่บ้าน เพื่อประกอบการชักชวนเพื่อนบ้าน ปฏิบัติตามนโยบาย	70 (14.00)	263 (52.60)	155 (31.00)	11 (2.20)	1 (0.20)	3.78 (0.71)	มาก
7. รับข่าวสารสาธารณสุขจากเพื่อน บ้านมาเพื่อใช้สะท้อนปัญหา ข้อเสนอแนะการปฏิบัติตาม นโยบาย	67 (13.40)	252 (50.40)	173 (34.60)	7 (1.40)	1 (0.20)	3.75 (0.70)	มาก
8. ประสานงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำ นโยบายไปปฏิบัติ	57 (11.40)	245 (49.00)	177 (35.40)	20 (4.00)	1 (0.20)	3.67 (0.73)	มาก
9. สามารถนำทรัพยากรในหมู่บ้าน มาสนับสนุนกิจกรรมตาม นโยบายได้	57 (3.00)	212 (42.40)	214 (42.80)	15 (3.00)	2 (0.40)	3.61 (0.72)	มาก

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้าน
การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (n = 500) (ต่อ)

ข้อความ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D.)	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
10. ปรับปรุงกิจกรรมตามนโยบาย ให้ เหมาะสมกับบริบทของหมู่บ้าน	33 (6.60)	237 (47.40)	212 (42.40)	16 (3.20)	2 (0.40)	3.57 (0.68)	มาก
11. พุดในการประชุมหมู่บ้านเพื่อแจ้ง นโยบายสำคัญ	54 (10.80)	205 (41.00)	201 (40.20)	34 (6.80)	6 (1.20)	3.53 (0.82)	มาก
12. สื่อสารนโยบายหรือให้ความรู้ ทางสุขภาพผ่านทางหอกระจาย ข่าวหรือวิทยุชุมชน	50 (10.00)	163 (32.60)	212 (42.40)	58 (11.60)	17 (3.40)	3.34 (0.92)	ปานกลาง

2.3) สมรรถนะด้านการเป็นผู้นำการรักษายาบาลเบื้องต้น ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ
และการเฝ้าระวังสุขภาพ

เมื่อพิจารณารายสมรรถนะด้านการเป็นผู้นำการรักษายาบาลเบื้องต้นรายข้อพบว่า
กลุ่มตัวอย่างสามารถให้ยาสามัญประจำบ้านเพื่อรักษายาบาลเบื้องต้น มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3.90
(S.D.=0.71) รองลงมาคือ สามารถให้คำแนะนำการบรรเทาอาการเบื้องต้น ค่าเฉลี่ย 3.87 (S.D.=0.74)
สามารถอธิบายเพื่อนบ้านให้ใช้อย่างเหมาะสมตามความจำเป็นหรือตามวิธีใช้ที่แพทย์แนะนำ
ค่าเฉลี่ย 3.87 (S.D.=0.71) และ สามารถแยกแยะอาการความเจ็บป่วยเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย
น้อยที่สุด 3.52 (S.D.=0.77) ดังตารางที่ 6

พูน ปณ ทัโต ชเว

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้าน
การเป็นผู้นำการรักษายาบาลเบื้องต้น (n = 500)

ข้อความ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D.)	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. ด้านการรักษายาบาลเบื้องต้น							
1.1 ใช้ยาสามัญประจำบ้านเพื่อรักษา ยาบาลเบื้องต้น	96 (19.20)	269 (53.80)	126 (25.20)	8 (1.60)	1 (0.20)	3.90 (0.71)	มาก
1.2 ให้คำแนะนำการบรรเทาอาการ เบื้องต้น	86 (17.20)	274 (54.80)	132 (26.40)	7 (1.40)	1 (0.20)	3.87 (0.74)	มาก
1.3 อธิบายเพื่อนบ้านให้เข้าใจอย่าง เหมาะสมตามความจำเป็นหรือ ตามวิธีใช้ที่แพทย์แนะนำ	91 (18.20)	261 (52.20)	140 (28.00)	8 (1.60)	0 (0.00)	3.87 (0.71)	มาก
1.4 เก็บรักษายาแต่ละชนิด ได้อย่าง ถูกต้องปลอดภัย	95 (19.00)	246 (49.20)	148 (29.60)	9 (1.80)	2 (0.40)	3.85 (0.75)	มาก
1.5 จำแนกยาหมดอายุ หรือยา เสื่อมสภาพได้	98 (19.60)	247 (49.40)	142 (28.40)	10 (2.00)	3 (0.60)	3.85 (0.77)	มาก
1.6 ใช้อุปกรณ์การแพทย์	95 (19.00)	198 (39.60)	183 (36.60)	20 (4.00)	4 (0.80)	3.72 (0.84)	มาก
1.7 ตรวจร่างกายเบื้องต้น	64 (12.80)	196 (39.20)	216 (43.20)	22 (4.40)	2 (0.40)	3.60 (0.78)	มาก
1.8 ปฐมพยาบาลเบื้องต้น	56 (11.20)	203 (40.60)	210 (42.00)	26 (5.20)	5 (1.00)	3.56 (0.79)	มาก
1.9 แยกแยะอาการความเจ็บป่วย เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยได้	50 (10.00)	194 (38.80)	221 (44.20)	34 (6.80)	1 (0.20)	3.52 (0.77)	มาก

เมื่อพิจารณาสมรรถนะด้านการเป็นผู้นำการป้องกันโรค รายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถออกปฏิบัติงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3.92 (S.D.=0.76) รองลงมาคือ สามารถให้คำแนะนำกลุ่มเสี่ยงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส.เพื่อ

ป้องกันโรคไม่ติดต่อ ค่าเฉลี่ย 3.78 (S.D.=0.71) และ สามารถระบุการเริ่มต้นที่สำคัญของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาท้องถิ่น มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3.50 (S.D=0.77) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้านการเป็นผู้นำการป้องกันโรค (n = 500)

ข้อความ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D.)	ระดับ
	มาก	มาก	ปาน	น้อย	น้อย		
	ที่สุด		กลาง		ที่สุด		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
2. ด้านการป้องกันโรค							
2.1 ออกปฏิบัติงานคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรค ความดันโลหิตสูง	116 (23.20)	235 (47.00)	140 (28.00)	9 (1.80)	0 (0.00)	3.92 (0.76)	มาก
2.2 ให้คำแนะนำกลุ่มเสี่ยงใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส.เพื่อป้องกันโรคไม่ ติดต่อ	74 (14.80)	249 (49.80)	169 (33.80)	7 (1.40)	1 (0.20)	3.78 (0.71)	มาก
2.3 ใช้แบบคัดกรองโรคไม่ ติดต่อได้	83 (16.60)	229 (45.80)	171 (34.20)	16 (3.20)	1 (0.20)	3.75 (0.77)	มาก
2.4 ร่วมออกปฏิบัติงานควบคุม โรคติดต่อที่เป็นปัญหาใน ท้องถิ่น	75 (15.00)	246 (49.20)	156 (31.20)	21 (4.20)	2 (0.40)	3.74 (0.77)	มาก
2.5 ระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ของโรคไม่ติดต่อได้	76 (15.20)	225 (45.00)	179 (35.80)	18 (3.60)	2 (0.40)	3.71 (0.77)	มาก
2.6 อธิบายเหตุการณ์ระบาดของ โรคติดต่อที่เป็นปัญหาใน ท้องถิ่น	77 (15.40)	214 (42.80)	186 (37.20)	23 (4.60)	0 (0.00)	3.69 (0.78)	มาก
2.7 ระบุพฤติกรรมเสี่ยงต่อการ เกิดโรคไม่ติดต่อได้	78 (15.60)	214 (42.80)	181 (36.20)	26 (5.20)	1 (0.20)	3.68 (0.80)	มาก

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้าน
การเป็นผู้นำการป้องกันโรค (n = 500) (ต่อ)

ข้อความ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D.)	ระดับ
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
2.8 อธิบายการป้องกันและ ควบคุมโรคติดต่อที่เป็น ปัญหาในท้องถิ่นได้	48 (9.60)	220 (44.00)	203 (40.60)	27 (5.40)	2 (0.40)	3.57 (0.75)	มาก
2.9 เป็นผู้นำในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพเพื่อ ป้องกันโรคไม่ติดต่อ	60 (12.00)	194 (38.80)	219 (43.80)	25 (5.00)	2 (0.40)	3.57 (0.78)	มาก
2.10 ระบุสาเหตุของโรคติดต่อ ที่เป็นปัญหาในท้องถิ่น	48 (9.60)	211 (42.20)	204 (40.80)	34 (6.80)	3 (0.60)	3.53 (0.78)	มาก
2.11 ระบุอาการเริ่มต้นที่สำคัญ ของโรคติดต่อที่เป็น ปัญหาในท้องถิ่นได้	45 (9.00)	199 (39.98)	217 (43.40)	38 (7.6)	1 (0.20)	3.50 (0.77)	มาก

เมื่อพิจารณาสมรรถนะด้านการเป็นผู้นำการส่งเสริมสุขภาพ รายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถติดตามเด็ก 0-5 ปี ให้มารับวัคซีนตามกำหนดนัดหมาย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3.90 (S.D.=0.73) รองลงมาคือ สามารถให้คำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D.=0.74) และสามารถให้คำแนะนำและประเมินพัฒนาการเด็ก มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3.56 (S.D.=0.81) ดังตารางที่ 8

พูน ปณ จิต ชีเว

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้าน
การเป็นผู้นำการส่งเสริมสุขภาพ (n = 500)

ข้อความ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D.)	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ							
3.1 ติดตามเด็ก 0 – 5 ปี	102	257	132	8	1	3.90	มาก
ให้มารับวัคซีนตาม	(21.40)	(51.40)	(26.40)	(1.60)	(0.20)	(0.73)	
กำหนดนัดหมาย							
3.2 ให้คำแนะนำการเลี้ยง	79	256	149	15	1	3.79	มาก
ลูกด้วยนมแม่	(15.80)	(21.20)	(29.80)	(3.00)	(0.20)	(0.74)	
3.3 ออกเยี่ยมบ้านและ	78	235	176	11	0	3.76	มาก
แนะนำการฟื้นฟู	(15.60)	(47.00)	(35.20)	(2.20)	(0.00)	(0.73)	
สุขภาพผู้สูงอายุ							
ผู้ป่วยติดเตียง และ							
ผู้ป่วยระยะพักฟื้น							
3.4 ใช้แบบประเมินคัด	66	247	176	11	0	3.74	มาก
กรองสุขภาพและจด	(13.20)	(49.40)	(35.20)	(2.20)	(0.00)	(0.70)	
บันทึกข้อมูลได้							
3.5 ให้คำแนะนำถึงความ	64	220	204	12	0	3.67	มาก
จำเป็นของการสร้าง	(12.80)	(44.00)	(40.80)	(2.40)	(0.00)	(0.72)	
เสริมภูมิคุ้มกันโรค (รับ							
วัคซีน) ในเด็ก 0 – 5 ปี							
3.6 ให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติ	59	226	197	17	1	3.65	มาก
ตนก่อนและหลังการรับ	(11.80)	(45.20)	(39.40)	(3.40)	(0.20)	(0.73)	
วัคซีน และอาการ							
ข้างเคียงการรับวัคซีน							
3.7 ติดตามให้คำแนะนำให้	60	231	181	26	2	3.64	มาก
ฝากครรภ์ก่อน 12	(12.00)	(46.20)	(36.20)	(5.20)	(0.40)	(0.77)	
สัปดาห์							

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้านการเป็นผู้นำการส่งเสริมสุขภาพ (n = 500) (ต่อ)

ข้อความ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D.)	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
3.8 ให้คำแนะนำอาการ สำคัญของโรค ที่ ป้องกันด้วยวัคซีน	61 (12.20)	217 (43.40)	199 (39.80)	19 (3.80)	4 (0.80)	3.62 (0.77)	มาก
3.9 เฝ้าระวังภาวะ โภชนาการในเด็ก แรกเกิด - 5 ปี	71 (14.20)	200 (40.00)	203 (40.60)	22 (4.40)	4 (0.80)	3.62 (0.81)	มาก
3.10 ให้คำแนะนำและ ประเมินพัฒนาการ เด็ก	64 (12.80)	189 (37.80)	216 (43.20)	27 (5.40)	4 (0.80)	3.56 (0.81)	มาก

เมื่อพิจารณาสมรรถนะด้านการเป็นผู้นำการเฝ้าระวังสุขภาพ รายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถติดตามสถานการณ์ข่าวสารที่ส่งผลต่อสุขภาพของเพื่อนบ้าน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3.75 (S.D.= 0.70) รองลงมาคือ สามารถแจ้งข่าวเตือนภัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของเพื่อนบ้าน มีค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D.= 0.72) และสามารถตั้งข้อสังเกตและตรวจสอบข่าวสารที่อาจเป็นเท็จ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3.51 (S.D.= 0.76) ดังตารางที่ 9

พูน ปณ จิต ชีเว

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้าน
การเป็นผู้นำการเฝ้าระวังสุขภาพ (n = 500)

ข้อความ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D.)	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
4. ด้านการเฝ้าระวังสุขภาพ							
4.1 ติดตามสถานการณ์ข่าวสารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเพื่อนบ้าน	70 (14.00)	241 (48.20)	183 (36.60)	5 (1.00)	1 (0.20)	3.75 (0.70)	มาก
4.2 แจ้งข่าวเตือนภัย ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเพื่อนบ้าน	60 (12.00)	253 (50.60)	170 (34.00)	16 (3.20)	1 (0.20)	3.71 (0.72)	มาก
4.3 ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการป้องกันภัยสุขภาพ	58 (11.60)	237 (47.40)	187 (37.40)	16 (3.20)	2 (0.40)	3.67 (0.73)	มาก
4.4 ค้นหาความรู้ทางสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่ต้องการ	61 (12.20)	228 (45.60)	192 (38.40)	16 (3.20)	3 (0.60)	3.66 (0.75)	มาก
4.5 ตั้งข้อสังเกตและตรวจสอบข่าวสารที่อาจเป็นเท็จ	45 (9.00)	202 (40.40)	220 (44.00)	30 (6.00)	3 (0.60)	3.51 (0.76)	มาก
ภาพรวม						3.65 (0.62)	มาก

2.4) สมรรถนะด้านการสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบ หุ้นส่วน

เมื่อพิจารณาสมรรถนะด้านการสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน รายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถระบุบุคคลหรือหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างสุขภาพในชุมชน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3.60 (S.D.=0.71) รองลงมาคือ สามารถประสานสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อให้เป็นเครือข่ายสร้างสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.51 (S.D.=0.78) สามารถเป็นทีมบริหารจัดการกิจกรรมสร้างสุขภาพร่วมกับเครือข่ายในชุมชนเพื่อให้มีกิจกรรมสม่ำเสมอ มีค่าเฉลี่ย

3.51 (S.D.=0.81) และสามารถสร้างจุดร่วมหรือผลประโยชน์ร่วมของกลุ่มเพื่อสร้างความปรองดอง ลดความขัดแย้ง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3.43 (S.D.=0.80) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้านการสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน (n = 500)

ข้อความ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D.)	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. ระบุบุคคลหรือหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญ ในการสร้างสุขภาพในชุมชน	58 (11.60)	197 (39.40)	234 (46.80)	11 (2.20)	0 (0.00)	3.60 (0.71)	มาก
2. ประสานสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้เป็นเครือข่ายสร้างสุขภาพ	44 (8.80)	206 (41.20)	214 (42.80)	31 (6.20)	5 (1.00)	3.51 (0.78)	มาก
3. เป็นทีมนำจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพร่วมกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้มีกิจกรรมสม่ำเสมอ	51 (10.20)	198 (39.60)	210 (42.00)	36 (7.20)	5 (1.00)	3.51 (0.81)	มาก
4. ร่วมบริหารจัดการทรัพยากรของกลุ่มหรือเครือข่ายสุขภาพ อย่างโปร่งใส	43 (8.60)	203 (40.60)	221 (44.20)	28 (5.60)	5 (1.00)	3.50 (0.77)	มาก
5. ชักชวนกลุ่มต่างๆ ร่วมเป็นหุ้นส่วนในกิจกรรมสร้างสุขภาพ	38 (7.60)	204 (40.80)	227 (45.40)	30 (6.00)	1 (0.20)	3.50 (0.73)	มาก
6. ใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีเพื่อสื่อสารและประสานงาน เพื่อความรวดเร็วและทั่วถึง	59 (11.80)	199 (39.60)	202 (40.40)	40 (8.00)	11 (2.20)	3.49 (0.88)	มาก
7. ระดมทรัพยากรหรือเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุขภาพ	37 (7.40)	209 (41.80)	217 (43.40)	32 (6.40)	5 (1.00)	3.48 (0.76)	มาก

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้านการสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน (n = 500)
(ต่อ)

ข้อความ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D.)	ระดับ
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
8. ร่วมกันสรุปผลการจัดกิจกรรม สร้างสุขภาพเพื่อการเรียนรู้ และ ปรับปรุงการดำเนินงาน	44 (8.80)	188 (37.60)	232 (46.40)	31 (6.20)	5 (1.00)	3.47 (0.78)	มาก
9. ร่วมกันสรรหาแกนนำของกลุ่ม หรือเครือข่ายที่ผลักดันการสร้าง สุขภาพในชุมชน	37 (7.40)	187 (37.40)	242 (48.40)	30 (6.00)	4 (0.80)	3.45 (0.75)	มาก
10. สร้างจุดร่วมหรือผลประโยชน์ ร่วมของกลุ่มเพื่อสร้างความ ปรองดอง ลดความขัดแย้ง	38 (7.60)	190 (38.00)	229 (45.80)	34 (6.80)	9 (1.80)	3.43 (0.80)	มาก

2.5) สมรรถนะด้านการรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อม

เมื่อพิจารณาสมรรถนะด้านการรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อม รายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมปฏิบัติงานจิตอาสา ทำความดีด้วยหัวใจ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3.99 (S.D.=0.74) รองลงมาคือ สามารถเป็นแบบอย่างในการสละเวลา แรงกาย เพื่อกิจกรรมของชุมชน มีค่าเฉลี่ย 3.92 (S.D.=0.77) และสามารถเลือกใช้ช่องทางสื่อสารที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3.48 (S.D.=0.82) สามารถใช้สื่อโซเชียลมีเดียในการรณรงค์ด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3.48 (S.D.=0.88) ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้าน
การรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะ
แวดล้อม (n = 500)

ข้อความ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D.)	ระดับ
	มาก ที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อย ที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. เข้าร่วมปฏิบัติงานจิตอาสาทำความดี ด้วยหัวใจ	130 (26.00)	244 (48.80)	119 (23.80)	7 (1.40)	0 (0.00)	3.99 (0.74)	มาก
2. เป็นแบบอย่างในการสละเวลา แรงกาย เพื่อกิจกรรมของชุมชน	118 (23.60)	235 (47.00)	135 (27.00)	11 (2.20)	1 (0.20)	3.92 (0.77)	มาก
3. ชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์ด้านสุขภาพ	72 (14.40)	255 (51.00)	161 (32.20)	12 (2.40)	0 (0.00)	3.77 (0.71)	มาก
4. จัดกิจกรรมรณรงค์รักษาความสะอาดสถานที่สาธารณะ และปรับปรุงพัฒนาสิ่งแวดล้อม	70 (14.00)	237 (47.40)	175 (35.00)	18 (3.60)	0 (0.00)	3.72 (0.74)	มาก
5. ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ผลกระทบต่อนิสัยสุขภาพที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรค	67 (13.40)	242 (48.40)	170 (34.00)	20 (4.00)	1 (0.20)	3.71 (0.75)	มาก
6. ให้ข้อเสนอ วิธีการรณรงค์ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของชุมชน	48 (9.60)	223 (44.60)	204 (40.80)	21 (4.20)	4 (0.80)	3.58 (0.75)	มาก
7. เลือกใช้ช่องทางสื่อสาร ที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย	43 (8.60)	206 (41.20)	207 (41.40)	34 (6.80)	10 (2.00)	3.48 (0.82)	มาก
8. ใช้สื่อโซเชียลมีเดียในการรณรงค์ด้านสุขภาพ	48 (9.60)	198 (39.60)	201 (40.20)	45 (9.00)	8 (1.60)	3.48 (0.88)	มาก

2.6) สมรรถนะด้านการเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีผลต่อการจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ

เมื่อพิจารณาสมรรถนะด้านการเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีผลต่อการจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ รายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดบันทึก รวบรวมข้อมูลสุขภาพของเพื่อนบ้านจัดเก็บเป็นทะเบียน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3.68 (S.D.=0.74) รองลงมาคือสามารถร่วมดำเนินการตามมาตรการของชุมชนเพื่อลดปัญหาสุขภาพของชุมชน มีค่าเฉลี่ย 3.56 (S.D.=0.71) และสามารถสรุปผล ระบุจุดแข็ง จุดอ่อนของการดำเนินการมาตรการชุมชน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3.37 (S.D.=0.78) ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้านการเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีผลต่อการจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ (n = 500)

ข้อความ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D)	ระดับ
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. จัดบันทึก รวบรวมข้อมูลสุขภาพของเพื่อนบ้านจัดเก็บเป็นทะเบียน	62 (12.40)	237 (47.40)	182 (36.40)	17 (3.40)	2 (0.40)	3.68 (0.74)	มาก
2. ร่วมดำเนินการตามมาตรการของชุมชนเพื่อลดปัญหาสุขภาพของชุมชน	43 (8.60)	215 (43.00)	221 (44.20)	21 (4.20)	0 (0.00)	3.56 (0.71)	มาก
3. ร่วมกำหนดมาตรการชุมชนที่จะลดปัญหาสุขภาพของชุมชน	34 (6.80)	225 (45.00)	204 (40.80)	32 (6.40)	5 (1.00)	3.50 (0.75)	มาก
4. ร่วมกันจัดเวทีประชาคมของหมู่บ้าน	53 (10.60)	189 (37.80)	213 (42.60)	39 (7.80)	6 (1.20)	3.49 (0.83)	มาก
5. ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงมาตรการชุมชน	42 (8.40)	188 (37.60)	240 (48.00)	25 (5.00)	5 (1.00)	3.47 (0.76)	มาก

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้านการเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีผลต่อการจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ (n = 500) (ต่อ)

ข้อความ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D)	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
6. นำข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัญหา มาชี้แจงหรือพูดนำเสนอในการประชุมประชาคม	42 (8.40)	183 (36.60)	236 (47.20)	36 (7.20)	3 (0.60)	3.45 (0.77)	มาก
7. สรุปผล และระบุจุดแข็ง จุดอ่อน ของการดำเนินการตามมาตรการชุมชน	31 (6.20)	184 (36.80)	229 (45.80)	51 (10.20)	5 (1.00)	3.37 (0.78)	ปานกลาง

2.7) สมรรถนะด้านการสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ

เมื่อพิจารณาสมรรถนะด้านการสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ รายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3.91 (S.D.=0.73) รองลงมาคือสามารถชี้แจงความจำเป็นที่ต้องระวังดูแลสุขภาพต่อเพื่อนบ้าน ค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D.=0.69) สามารถให้กำลังใจ สนับสนุนเพื่อบ้านที่มีความตั้งใจจะเฝ้าระวังดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D.=0.68) และสามารถโน้มน้าวเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรมเฝ้าระวังภัยสุขภาพและดูแลสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3.68 (S.D.=0.69) สามารถประสานงานเพื่อให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพในชุมชน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเช่นกัน 3.68 (S.D.=0.72) ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้าน
การสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ (n = 500)

ข้อความ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D.)	ระดับ
	มาก ที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. เป็นแบบอย่างในการดูแล สุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน	108 (21.60)	241 (48.20)	147 (29.40)	4 (0.80)	0 (0.00)	3.91 (0.73)	มาก
2. ชี้แจงความจำเป็น ที่ต้อง ระวังดูแลสุขภาพต่อเพื่อน บ้าน	75 (15.00)	258 (51.60)	160 (32.00)	7 (1.40)	0 (0.00)	3.80 (0.69)	มาก
3. ให้กำลังใจ สนับสนุน เพื่อน บ้านที่มีความตั้งใจ จะเฝ้า ระวังดูแลสุขภาพตนเอง	70 (14.00)	268 (53.60)	154 (30.80)	8 (1.60)	0 (0.00)	3.80 (0.68)	มาก
4. ให้คำแนะนำเพื่อนบ้านที่ เจอปัญหาจากการปฏิบัติ ตนในการดูแลสุขภาพ ตนเอง	56 (11.20)	263 (52.60)	173 (34.60)	8 (1.60)	0 (0.00)	3.73 (0.67)	มาก
5. โน้มน้าวเพื่อนบ้านให้เข้า ร่วมกิจกรรมเฝ้าระวังภัย สุขภาพและดูแลสุขภาพ	55 (11.00)	242 (48.40)	192 (38.40)	11 (2.20)	0 (0.00)	3.68 (0.69)	มาก
6. ประสานงานเพื่อให้เกิด กิจกรรมการส่งเสริมการเฝ้า ระวังดูแลสุขภาพในชุมชน	60 (12.00)	236 (47.20)	188 (37.60)	16 (3.20)	0 (0.00)	3.68 (0.72)	มาก

2.8) สมรรถนะด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน

เมื่อพิจารณาสมรรถนะด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัย รายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชนเสนอความ

คิดเห็นในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3.55 (S.D.=0.76) รองลงมาคือสามารถส่งเสริมการรวมกลุ่มของเด็กและเยาวชนเพื่อกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.53 (S.D.=0.77) และสามารถประสานงานหรือการสนับสนุนจัดหาอุปกรณ์เพื่อกิจกรรมสุขภาพของกลุ่มเด็กและเยาวชน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3.35 (S.D.=0.81) ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน (n = 500)

ข้อความ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D)	ระดับ
	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)		
1. เปิดโอกาสให้เด็กและ เยาวชน เสนอความ คิดเห็นในการพัฒนา สุขภาพของชุมชน	40 (8.00)	233 (46.60)	191 (38.20)	32 (6.40)	4 (0.80)	3.55 (0.76)	มาก
2. ส่งเสริมการรวมกลุ่มของ เด็กและเยาวชนเพื่อ กิจกรรมพัฒนาสุขภาพ	48 (9.60)	205 (41.00)	212 (42.40)	32 (6.40)	3 (0.60)	3.53 (0.77)	ปาน กลาง
3. ร่วมกับโรงเรียนจัดให้มี กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ แก่เด็กนักเรียน	51 (10.20)	198 (39.60)	219 (43.80)	26 (5.20)	6 (1.20)	3.52 (0.79)	มาก
4. ร่วมกับองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นจัดให้มี กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เด็กและเยาวชน	44 (8.80)	212 (42.40)	209 (41.80)	29 (5.80)	6 (1.20)	3.52 (0.78)	มาก

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้าน
การสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและ
ชุมชน (n = 500) (ต่อ)

ข้อความ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D)	ระดับ
	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)		
5. ร่วมกับชุมชนกำหนดให้มี กิจกรรมส่งเสริมการออก กำลังกายในกลุ่มเด็กและ เยาวชน	45 (9.00)	206 (41.20)	202 (40.40)	42 (8.40)	5 (1.00)	3.49 (0.81)	มาก
6. ชักชวน รมรงค์ ให้ความรู้ กลุ่มเยาวชนถึงมาตรการ เฝ้าระวังอุบัติเหตุบนท้อง ถนน	45 (9.00)	207 (41.40)	199 (39.80)	45 (9.00)	4 (0.80)	3.49 (0.81)	มาก
7. จัดทำข้อมูลเด็กและ เยาวชนทั้งในและนอก ระบบโรงเรียน	51 (10.20)	174 (34.80)	231 (46.20)	37 (7.40)	7 (1.40)	3.45 (0.82)	มาก
8. ประสานชักชวนกลุ่ม เยาวชน เข้าร่วมกิจกรรม การป้องกันยาเสพติด	42 (8.40)	192 (38.40)	216 (43.20)	43 (8.60)	7 (1.40)	3.44 (0.81)	มาก
9. ให้ข้อมูลเยาวชนทั้งใน และนอกระบบในโรง เรียนแก่ผู้เกี่ยวข้อง	41 (8.20)	177 (35.40)	239 (47.80)	37 (7.40)	6 (1.20)	3.42 (0.79)	มาก
10. ประสานงานหรือ สนับสนุนจัดหาอุปกรณ์ เพื่อกิจกรรมสุขภาพของ กลุ่มเด็กและเยาวชน	30 (6.00)	183 (36.60)	232 (46.40)	44 (8.80)	11 (2.20)	3.35 (0.81)	ปาน กลาง

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis :

EFA)

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ข้อความในสมรณะแต่ละด้าน ดังนี้ p=ด้านการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ, l=ความเป็นผู้นำด้านต่าง ๆ , n=การสร้างเครือข่ายฯ, c=การขับเคลื่อนชุมชน, s=การริเริ่มมาตรการทางสังคม, r=สร้างจิตสำนึกประชาชนในการดูแลสุขภาพ, y=สร้างโอกาสเด็กและเยาวชน

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการสกัดองค์ประกอบทั้งหมด 7 ครั้ง โดยกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาองค์ประกอบในการหมุนแกนตามลำดับ ดังนี้

1) พิจารณาค่าความเหมาะสมของข้อมูลด้วย ค่า Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy : KMO-MSA ควรมีค่ามากกว่า 0.5 และเข้าใกล้ 1 (Hair et al., 2010; Tabachnick & Fidell, 2007)

2) พิจารณาความมีนัยสำคัญทางสถิติโดยการทดสอบค่าสหสัมพันธ์ Bartlett's Test of Sphericity ($p\text{-value} < 0.001$) (Hair et al., 2010; Tabachnick & Fidell, 2007)

3) พิจารณาเลือกองค์ประกอบที่มีค่า Eigen Value มากกว่า 1 และค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมมากกว่า ร้อยละ 60

4) พิจารณาค่าความแปรปรวนร่วม (Communality) และตัดตัวแปรที่มีค่าต่ำกว่า 0.50

5) พิจารณาตัวแปรที่มีค่า Dual loading และไม่มีน้ำหนักเด่นในหลายองค์ประกอบ (ค่าต่างกันน้อยกว่า 0.2) พิจารณาตัดออก

6) พิจารณาเลือกตัวแปรที่มีน้ำหนัก มากกว่า 0.60 เพื่อเป็นตัวแปรในองค์ประกอบ

7) พิจารณาความสอดคล้องในความหมายของข้อความคงเหลือในองค์ประกอบนั้น ๆ ดังผลการสกัดองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1

การตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่ามีค่า KMO = 0.973 ซึ่งมากกว่า 0.5 และเข้าใกล้ 1 แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมในการใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ และค่า MSA ของข้อความแต่ละข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.945-0.987 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.50 จึงแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอในการวิเคราะห์องค์ประกอบ และข้อมูลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity ($\text{Chi-square} = 38861.257$, $df = 3828$, $p\text{-value} < 0.001$) แสดงว่าข้อความแต่ละข้อมีความสัมพันธ์กัน

และไม่ได้เป็นเมทริกซ์เอกลักษณะ ข้อมูลจึงมีความเหมาะสมในการวิเคราะห์องค์ประกอบได้ ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ผลการทดสอบความเหมาะสม โดยการวิเคราะห์ KMO-MSA และค่าสหสัมพันธ์
Bartlett's Test of Sphericity ครั้งที่ 1 (n = 500)

ค่าสถิติ	ผล
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy : KMO-MSA	0.973
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-square
	df
	p-value
	3828
	<0.0001*

* ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่า 0.001

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ครั้งที่ 1 พบว่าองค์ประกอบที่มีค่า Eigen Value มากกว่า 1 และค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมมากกว่า ร้อยละ 60 จำนวน 12 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ 1 มีค่าความแปรปรวนของข้อมูลมากที่สุด คือ ร้อยละ 44.91 และองค์ประกอบที่ 2 – 12 มีค่าความแปรปรวนของข้อมูลใกล้เคียงกัน ระหว่าง 1.02 – 5.72 และทุกองค์ประกอบมีค่าความแปรปรวนสะสม 69.25 ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ผลการสกัดองค์ประกอบ ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) ครั้งที่ 1

องค์ประกอบ	ค่าไอเกน	ร้อยละความแปรปรวน	ร้อยละความแปรปรวนสะสม
1	39.52	44.91	44.91
2	5.72	6.50	51.41
3	2.91	3.31	54.72
4	2.14	2.44	57.16
5	1.81	2.05	59.22
6	1.70	1.94	61.16
7	1.38	1.57	62.73
8	1.31	1.49	64.23

ตารางที่ 16 ผลการสกัดองค์ประกอบ ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) ครั้งที่ 1 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ค่าไอเกน	ร้อยละความแปรปรวน	ร้อยละความแปรปรวนสะสม
9	1.22	1.39	65.62
10	1.12	1.27	66.90
11	1.04	1.18	68.08
12	1.02	1.16	69.25

เมื่อพิจารณาสกัดตัวแปรจากตัวแปรทั้งหมด 88 ตัว พบว่าไม่มีตัวแปรที่มีค่า Communalities ที่ต่ำกว่า 0.5, มีตัวแปรที่ Dual loading ไม่มีน้ำหนักเด่นในหลายองค์ประกอบ จำนวน 13 ตัว จึงตัดตัวแปรออก จำนวน 13 ตัว ทำให้ตัวแปรคงเหลือ 75 ตัว และทำการสกัดองค์ประกอบใหม่อีกครั้ง

ครั้งที่ 2

การตรวจสอบความเหมาะสม (adequacy) ของข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่ามีค่า KMO = 0.971 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.5 และเข้าใกล้ 1 ข้อมูลจึงมีความเหมาะสมในการใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และข้อมูลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity (Chi-square=32754.97, df=2775, $p\text{-value}<0.001$) ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ผลการทดสอบความเหมาะสม โดยการวิเคราะห์ KMO-MSA และค่าสหสัมพันธ์ Bartlett's Test of Sphericity ครั้งที่ 2 (n = 500)

ค่าสถิติ	ผล
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy : KMO-MSA	0.971
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-square
	32754.97
	df
	2775
	$p\text{-value}$
	<0.0001*

* ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.001

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ครั้งที่ 2 พบว่าองค์ประกอบที่มีค่า Eigen Value มากกว่า 1 และค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมมากกว่า ร้อยละ 60 จำนวน 10 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ 1 มีค่าความแปรปรวนของข้อมูลมากที่สุด คือ ร้อยละ 45.04 และองค์ประกอบที่ 2 – 10 มีค่าความแปรปรวนของข้อมูลใกล้เคียงกัน ระหว่าง ร้อยละ 1.35 – 7.16 และทุกองค์ประกอบมีค่าความแปรปรวนสะสม ร้อยละ 68.69 ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ผลการสกัดองค์ประกอบ ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) ครั้งที่ 2

องค์ประกอบ	ค่าไอเกน	ร้อยละความแปรปรวน	ร้อยละความแปรปรวนสะสม
1	33.78	45.04	45.04
2	5.37	7.16	52.21
3	2.59	3.54	55.66
4	1.80	2.40	58.06
5	1.70	2.27	60.34
6	1.55	2.06	62.41
7	1.35	1.80	64.21
8	1.18	1.58	65.79
9	1.16	1.54	67.34
10	1.01	1.35	68.69

เมื่อพิจารณาสกัดตัวแปร จากตัวแปรทั้งหมด 75 ตัว พบว่าไม่มีตัวแปรที่มีค่า Communalities ที่ต่ำกว่า 0.5, มีตัวแปรที่ Dual loading ไม่มีน้ำหนักเด่นในหลายองค์ประกอบ จำนวน 12 ตัว จึงตัดออก จำนวน 12 ตัว ทำให้ตัวแปรคงเหลือ 63 ตัว และทำการสกัดองค์ประกอบใหม่อีกครั้ง

ครั้งที่ 3

การตรวจสอบความเหมาะสม (adequacy) ของข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่ามีค่า KMO = 0.969 ซึ่งมีความมากกว่า 0.5 และเข้าใกล้ 1 ข้อมูลจึงมีความเหมาะสมในการใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และข้อมูลมีความสัมพันธ์กันอย่างน้อยมีนัยสำคัญทางสถิติโดยการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity (Chi-square=26574.19, df=1953, p-value<0.001) ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ผลการทดสอบความเหมาะสม โดยการวิเคราะห์ KMO-MSA และค่าสหสัมพันธ์
Bartlett's Test of Sphericity ครั้งที่ 3 (n = 500)

ค่าสถิติ	ผล
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy : KMO-MSA	0.969
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-square
	df
	p-value
	26574.19
	1953
	<0.001*

* ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่า 0.001

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ครั้งที่ 3 พบว่าองค์ประกอบที่มีค่า Eigen Value มากกว่า 1 และค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมมากกว่า ร้อยละ 60 จำนวน 8 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ 1 มีค่าความแปรปรวนของข้อมูลมากที่สุด คือ ร้อยละ 44.86 และองค์ประกอบที่ 2 – 8 มีค่าความแปรปรวนของข้อมูลใกล้เคียงกัน ระหว่าง ร้อยละ 1.79 – 7.37 และทุกองค์ประกอบมีค่าความแปรปรวนสะสม ร้อยละ 67.41 ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ผลการสกัดองค์ประกอบ ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) ครั้งที่ 3

องค์ประกอบ	ค่าไอเกน	ร้อยละความแปรปรวน	ร้อยละความแปรปรวนสะสม
1	28.26	44.86	44.86
2	4.64	7.37	52.47
3	2.34	3.72	55.97
4	1.76	2.80	58.77
5	1.61	2.55	61.32
6	1.44	2.29	63.61
7	1.26	2.00	65.62
8	1.13	1.79	67.41

เมื่อพิจารณาสกัดตัวแปรจากตัวแปรทั้งหมด 63 ตัว พบว่ามีตัวแปรที่มีค่า Communalities ที่ต่ำกว่า 0.5 จำนวน 1 ตัว, มีตัวแปรที่ Dual loading ไม่มีน้ำหนักเด่นในหลายองค์ประกอบ จำนวน 4 ตัว รวมตัดตัวแปรออก จำนวน 5 ตัว ทำให้ตัวแปรคงเหลือ 58 ตัว และทำการสกัดองค์ประกอบใหม่อีกครั้ง

ครั้งที่ 4

การตรวจสอบความเหมาะสม (adequacy) ของข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่ามีค่า KMO = 0.969 ซึ่งมีความมากกว่า 0.5 และเข้าใกล้ 1 ข้อมูลจึงมีความเหมาะสมในการใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และข้อมูลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity ($\text{Chi-square}=24586.71$, $\text{df}=1653$, $p\text{-value}<0.001$) ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 ผลการทดสอบความเหมาะสม โดยการวิเคราะห์ KMO-MSA และค่าสหสัมพันธ์
Bartlett's Test of Sphericity ครั้งที่ 4 ($n = 500$)

ค่าสถิติ	ผล
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy : KMO-MSA	0.969
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-square
	df
	p-value
	24586.71
	1653
	<0.0001*

* ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.001

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ครั้งที่ 4 พบว่าองค์ประกอบที่มีค่า Eigen Value มากกว่า 1 และค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมมากกว่า ร้อยละ 60 จำนวน 8 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ 1 มีค่าความแปรปรวนของข้อมูลมากที่สุด ร้อยละ 45.60 และองค์ประกอบที่ 2 – 8 มีค่าความแปรปรวนของข้อมูลใกล้เคียงกัน ระหว่าง 1.79 – 7.95 และทุกองค์ประกอบมีค่าความแปรปรวนสะสม 68.92 ดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ผลการสกัดองค์ประกอบ ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) ครั้งที่ 4

องค์ประกอบ	ค่าไอเกน	ร้อยละความแปรปรวน	ร้อยละความแปรปรวนสะสม
1	26.45	45.60	45.60
2	4.61	7.95	53.55
3	2.10	3.62	57.18
4	1.72	2.96	60.15
5	1.45	2.50	62.66
6	1.34	2.31	64.97
7	1.25	2.15	67.13
8	1.03	1.79	68.92

เมื่อพิจารณาสกัดตัวแปรจากตัวแปรทั้งหมด 58 ตัว พบว่า ไม่มีตัวแปรที่มีค่า Communalities ที่ต่ำกว่า 0.5, มีตัวแปรที่ Dual loading ไม่มีน้ำหนักเด่นในหลายองค์ประกอบ จำนวน 6 ตัว จึงตัดตัวแปรออก จำนวน 6 ตัว ทำให้ตัวแปรคงเหลือ 52 ตัว และทำการสกัดองค์ประกอบใหม่อีกครั้ง

ครั้งที่ 5

การตรวจสอบความเหมาะสม (adequacy) ของข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่ามีค่า KMO = 0.968 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.5 และเข้าใกล้ 1 ข้อมูลจึงมีความเหมาะสมในการใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และข้อมูลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity (Chi-square=21925.54, df=1326, p -value<0.001) ดังตารางที่ 23

พูน ปณ จิต ชเว

ตารางที่ 23 ผลการทดสอบความเหมาะสม โดยการวิเคราะห์ KMO-MSA และค่าสหสัมพันธ์

Bartlett's Test of Sphericity ครั้งที่ 5 (n = 500)

ค่าสถิติ	ผล
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy : KMO-MSA	0.968
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-square
	df
	p-value
	22925.54
	1326
	<0.0001*

* ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่า 0.001

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ครั้งที่ 5 พบว่าองค์ประกอบที่มีค่า Eigen Value มากกว่า 1 และค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมมากกว่า ร้อยละ 60 จำนวน 7 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ 1 มีค่าความแปรปรวนของข้อมูลมากที่สุด ร้อยละ 45.94 และองค์ประกอบที่ 2 – 7 มีค่าความแปรปรวนของข้อมูลใกล้เคียงกัน ระหว่าง ร้อยละ 2.23 – 8.23 และทุกองค์ประกอบมีค่าความแปรปรวนสะสม 68.78 ดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 ผลการสกัดองค์ประกอบ ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) ครั้งที่ 5

องค์ประกอบ	ค่าไอเกน	ร้อยละความแปรปรวน	ร้อยละความแปรปรวนสะสม
1	23.88	45.94	45.94
2	4.27	8.23	54.17
3	2.08	4.00	58.17
4	1.70	3.27	61.44
5	1.34	2.58	64.02
6	1.31	2.52	66.55
7	1.16	2.23	68.78

เมื่อพิจารณาสกัดตัวแปรจากตัวแปรทั้งหมด 52 ตัว พบว่า ไม่มีตัวแปรที่มีค่า Communalities ที่ต่ำกว่า 0.5, มีตัวแปรที่ Dual loading ไม่มีน้ำหนักเด่นในหลายองค์ประกอบ จำนวน 2 ตัว รวมตัดตัวแปรออก จำนวน 2 ตัว ทำให้ตัวแปรคงเหลือ 50 ตัว และทำการสกัดองค์ประกอบใหม่อีกครั้ง

ครั้งที่ 6

การตรวจสอบความเหมาะสม (adequacy) ของข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่ามีค่า KMO = 0.967 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.5 และเข้าใกล้ 1 ข้อมูลจึงมีความเหมาะสมในการใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และข้อมูลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity (Chi-square=20994.48, df=1225, $p\text{-value}<0.001$) ดังตารางที่ 25

ตารางที่ 25 ผลการทดสอบความเหมาะสม โดยการวิเคราะห์ KMO-MSA และค่าสหสัมพันธ์

Bartlett's Test of Sphericity ครั้งที่ 6 (n = 500)

ค่าสถิติ	ผล
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy : KMO-MSA	0.967
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-square
	20994.48
	df
	1225
	$p\text{-value}$
	<0.0001*

* ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.001

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ครั้งที่ 6 พบว่าองค์ประกอบที่มีค่า Eigen Value มากกว่า 1 และค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมมากกว่า ร้อยละ 60 จำนวน 7 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ 1 มีค่าความแปรปรวนของข้อมูลมากที่สุด ร้อยละ 45.82 และองค์ประกอบที่ 2 – 7 มีค่าความแปรปรวนของข้อมูลใกล้เคียงกัน ระหว่าง 2.29 – 8.41 และทุกองค์ประกอบมีค่าความแปรปรวนสะสม 69.35 ดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 ผลการสกัดองค์ประกอบ ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) ครั้งที่ 6

องค์ประกอบ	ค่าไอเกน	ร้อยละความแปรปรวน	ร้อยละความแปรปรวนสะสม
1	22.91	45.82	45.82
2	4.20	8.14	54.24
3	2.06	4.13	58.38
4	1.70	3.40	61.78
5	1.32	2.63	64.43
6	1.30	2.61	67.05
7	1.14	2.29	69.35

เมื่อพิจารณาสกัดตัวแปรจากตัวแปรทั้งหมด 50 ตัว พบว่า ไม่มีตัวแปรที่มีค่า Communalities ที่ต่ำกว่า 0.5, ไม่มีตัวแปรที่ Dual loading และน้ำหนักไม่เด่นในหลายองค์ประกอบ จึงพิจารณาตัดตัวแปรที่มีค่า loading ต่ำกว่า 0.6 ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งมีจำนวน 2 ตัว ทำให้ตัวแปรคงเหลือ 48 ตัว และทำการสกัดองค์ประกอบใหม่อีกครั้ง

ครั้งที่ 7 (ครั้งสุดท้าย)

การตรวจสอบความเหมาะสม (adequacy) ของข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่ามีค่า KMO = 0.967 ซึ่งมีความมากกว่า 0.5 และเข้าใกล้ 1 ข้อมูลจึงมีความเหมาะสมในการใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และข้อมูลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity ($\chi^2=20099.76$, $df=1128$, $p\text{-value}<0.001$) ดังตารางที่ 27

พหุ ประสิทธิภาพ

ตารางที่ 27 ผลการทดสอบความเหมาะสม โดยการวิเคราะห์ KMO-MSA และค่าสหสัมพันธ์
Bartlett's Test of Sphericity ครั้งที่ 7 (ครั้งสุดท้าย) (n = 500)

ค่าสถิติ	ผล
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy : KMO-MSA	0.967
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-square
	df
	p-value
	20099.76
	1128
	<0.0001*

* ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่า 0.001

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ครั้งที่ 7 (ครั้งสุดท้าย) พบว่าองค์ประกอบที่มีค่า Eigen Value มากกว่า 1 และค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมมากกว่า ร้อยละ 60 มีจำนวน 7 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ 1 มีค่าความแปรปรวนของข้อมูลมากที่สุด ร้อยละ 45.91 และองค์ประกอบที่ 2 – 7 มีค่าความแปรปรวนของข้อมูลใกล้เคียงกัน ระหว่าง ร้อยละ 2.39 – 8.50 และทุกองค์ประกอบมีค่าความแปรปรวนสะสม 70.02 ดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 ผลการสกัดองค์ประกอบ ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) ครั้งที่ 7 (ครั้งสุดท้าย)

องค์ประกอบ	ค่าไอเกน	ร้อยละความแปรปรวน	ร้อยละความแปรปรวนสะสม
1	22.04	45.91	45.91
2	4.08	8.50	54.42
3	2.05	4.28	58.70
4	1.69	3.53	62.24
5	1.32	2.76	65.00
6	1.26	2.63	67.36
7	1.14	2.39	70.02

เมื่อพิจารณาผลการสกัดตัวแปรจากตัวแปรทั้งหมด 48 ตัว พบว่า ไม่มีตัวแปรที่มีค่า Communalities ที่ต่ำกว่า 0.5, ไม่มีตัวแปรที่ Dual loading และน้ำหนักไม่เด่นในหลายองค์ประกอบ, ไม่มีตัวแปรที่มีค่า loading ต่ำกว่า 0.6 ซึ่งถือว่าการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจครั้งที่ 7 สามารถจำแนกองค์ประกอบและตัวแปรได้ชัดเจนมากที่สุด ไม่พบตัวแปรที่ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ค่าสถิติที่นำมาพิจารณาเริ่มคงที่หรือมีค่าแตกต่างกันน้อยมาก และเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาองค์ประกอบที่กำหนดไว้ จึงสรุปได้ว่าองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. มี 7 องค์ประกอบ และมีตัวแปรทั้งหมด 48 ตัวแปร รายละเอียดดังต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.63-0.93 และมีค่า Eigenvalue เท่ากับ 22.04 คิดเป็นร้อยละ 45.91 ของความแปรปรวนรวมทั้งหมด และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95 ดังตารางที่ 29

ตารางที่ 29 ข้อคำถามและน้ำหนักตัวประกอบ องค์ประกอบที่ 1

ข้อความ	ค่าน้ำหนัก
y6 สามารถประสานงานหรือการสนับสนุนจัดหาอุปกรณ์การเพื่อกิจกรรมสุขภาพของกลุ่มเยาวชนได้	0.93
y5 สามารถส่งเสริมการรวมกลุ่มของเด็กและเยาวชนเพื่อกิจกรรมพัฒนาสุขภาพได้	0.87
y7 สามารถร่วมกับชุมชนกำหนดให้มีกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มเด็กและเยาวชนได้	0.85
y3 สามารถร่วมกับโรงเรียนจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่เด็กนักเรียนได้	0.83
y1 สามารถจัดทำข้อมูลเด็กและเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนในเขตรับผิดชอบได้	0.82
y8 สามารถประสานชักชวนกลุ่มเยาวชน เข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันยาเสพติดได้	0.81
y2 สามารถให้ข้อมูลเยาวชนทั้งในและนอกระบบในโรงเรียนในเขตรับผิดชอบ ให้แก่ผู้เกี่ยวข้องได้	0.80

ตารางที่ 29 ข้อคำถามและน้ำหนักตัวประกอบ องค์ประกอบที่ 1 (ต่อ)

ข้อความ	ค่าน้ำหนัก
y9 สามารถชักชวน รณรงค์ ให้ความรู้กลุ่มเยาวชนถึงมาตรการเฝ้าระวัง อุบัติเหตุบนท้องถนนได้	0.79
y4 สามารถร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพเด็กและเยาวชนได้	0.68
y10 สามารถเปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชน เสนอความคิดเห็นในการ พัฒนาสุขภาพของชุมชนได้	0.63
ค่าความแปรปรวนรวมขององค์ประกอบ (Eigenvalue) = 22.04	
ค่าร้อยละของความแปรปรวน (% of Variance) = 45.91	
ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.95	

องค์ประกอบที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.63-0.91 และมีค่า Eigenvalue เท่ากับ 4.08 คิดเป็นร้อยละ 8.50 ของความแปรปรวนรวมทั้งหมด และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95 ดังตารางที่ 30

ตารางที่ 30 ข้อคำถามและน้ำหนักตัวประกอบ องค์ประกอบที่ 2

ข้อความ	ค่าน้ำหนัก
lpm7 สามารถติดตามให้คำแนะนำให้ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ได้	0.91
lpm6 สามารถเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็ก 0-5 ปีได้ เช่น เติบโตเกิน น้ำหนักและส่วนสูงกับอายุ	0.85
lpm8 สามารถให้คำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้	0.84
lpm4 สามารถติดตามเด็ก 0 - 5 ปี ให้มารับวัคซีนตามกำหนดนัดหมายได้	0.82
lpm5 สามารถให้คำแนะนำและประเมินพัฒนาการเด็กได้	0.70
lpm1 สามารถให้คำแนะนำถึงความจำเป็นของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (รับวัคซีน) ในเด็ก 0 - 5 ปีได้	0.66

ตารางที่ 30 ข้อคำถามและน้ำหนักตัวประกอบ องค์ประกอบที่ 2 (ต่อ)

ข้อความ	ค่าน้ำหนัก
lpm3 สามารถให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังการรับวัคซีน และ อาการข้างเคียงการรับวัคซีนได้	0.65
lpm2 สามารถให้คำแนะนำอาการสำคัญของโรค ที่ป้องกันด้วยวัคซีนได้	0.64
lpm9 สามารถใช้แบบประเมินคัดกรองสุขภาพและจดบันทึกข้อมูลได้ เช่น แบบประเมินสุขภาพจิต แบบคัดกรองผู้สูงอายุ	0.63
ค่าความแปรปรวนรวมขององค์ประกอบ (Eigenvalue) = 4.08	
ค่าร้อยละของความแปรปรวน (% of Variance) = 8.50	
ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.93	

องค์ประกอบที่ 3 ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.60-0.87 และมีค่า Eigenvalue เท่ากับ 2.05 คิดเป็นร้อยละ 4.28 ของความแปรปรวนรวมทั้งหมด และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.92 ดังตารางที่ 31

ตารางที่ 31 ข้อคำถามและน้ำหนักตัวประกอบ องค์ประกอบที่ 3

ข้อความ	ค่าน้ำหนัก
lpv3 สามารถระบุอาการเริ่มต้นที่สำคัญ ของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาใน ท้องถิ่นได้	0.87
lpv2 สามารถระบุสาเหตุของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้	0.85
lpv7 สามารถระบุพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง	0.79
lpv8 สามารถใช้แบบคัดกรองโรคไม่ติดต่อได้ เช่น แบบคัดกรอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	0.74

ตารางที่ 31 ข้อคำถามและน้ำหนักตัวประกอบ องค์ประกอบที่ 2 (ต่อ)

ข้อความ	ค่าน้ำหนัก
lpv6 สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ของโรคไม่ติดต่อได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง	0.73
lpv1 สามารถอธิบายเหตุการณ์การระบาดของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู โรคมือเท้าปาก โรคตาแดง โรคอุจจาระร่วง	0.72
lpv4 สามารถอธิบายการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ที่ เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้	0.64
lt9 สามารถใช้อุปกรณ์การแพทย์ได้ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตสูง ปรอท วัดไข้ เครื่องเจาะหาน้ำตาลในเลือด แผ่นวัดสายตา ชุดทำแผลได้	0.60
ค่าความแปรปรวนรวมขององค์ประกอบ (Eigenvalue) = 2.05	
ค่าร้อยละของความแปรปรวน (% of Variance) = 4.28	
ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.92	

องค์ประกอบที่ 4 ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.70-0.85 และมีค่า Eigenvalue เท่ากับ 1.65 คิดเป็นร้อยละ 3.53 ของความแปรปรวนรวมทั้งหมด และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 ดังตารางที่ 32

ตารางที่ 32 ข้อคำถามและน้ำหนักตัวประกอบ องค์ประกอบที่ 4

ข้อความ	ค่าน้ำหนัก
lt3 สามารถให้คำแนะนำการบรรเทาอาการเบื้องต้นได้ เช่น อาการตัวร้อน ปวดหัว ไอ ปวดเมื่อย ท้องผูก	0.85
lt4 สามารถเก็บรักษายาแต่ละชนิด ได้อย่างถูกต้องปลอดภัยได้	0.81
lt5 สามารถจำแนกยาหมดอายุ หรือยาเสื่อมสภาพได้	0.79
lt2 สามารถใช้ยาสามัญประจำบ้านเพื่อรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ เช่น ยาแก้ไอ ยาลดไข้แก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาใส่แผล ยาสมุนไพร	0.75

ตารางที่ 32 ข้อคำถามและน้ำหนักตัวประกอบ องค์ประกอบที่ 4 (ต่อ)

ข้อความ	ค่าน้ำหนัก
lt6 สามารถอธิบายเพื่อนบ้านให้เข้าใจได้อย่างเหมาะสมตามความจำเป็นหรือตามวิธีใช้ที่แพทย์แนะนำได้	0.70
ค่าความแปรปรวนรวมขององค์ประกอบ (Eigenvalue) = 1.65	
ค่าร้อยละของความแปรปรวน (% of Variance) = 3.53	
ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.89	

องค์ประกอบที่ 5 ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.64-0.90 และมีค่า Eigenvalue เท่ากับ 1.32 คิดเป็นร้อยละ 2.76 ของความแปรปรวนรวมทั้งหมด และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88 ดังตารางที่ 33

ตารางที่ 33 ข้อคำถามและน้ำหนักตัวประกอบ องค์ประกอบที่ 5

ข้อความ	ค่าน้ำหนัก
p2 สามารถเข้าใจความหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้	0.90
p1 สามารถรับทราบนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละปีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้	0.85
p3 สามารถเข้าใจรายละเอียดของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้	0.83
p4 สามารถสื่อสารด้วยวาจาแก่เพื่อนบ้าน ตัวต่อตัวเพื่อแจ้งนโยบายสำคัญได้	0.73
p10 สามารถปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม อสม. เพื่อดำเนินกิจกรรมตามนโยบายได้	0.64
ค่าความแปรปรวนรวมขององค์ประกอบ (Eigenvalue) = 1.32	
ค่าร้อยละของความแปรปรวน (% of Variance) = 2.76	
ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.88	

องค์ประกอบที่ 6 ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.68-0.91 และมีค่า Eigenvalue เท่ากับ 1.26 คิดเป็นร้อยละ 2.63 ของความแปรปรวนรวมทั้งหมด และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91 ดังตารางที่ 34

ตารางที่ 34 ข้อคำถามและน้ำหนักตัวประกอบ องค์ประกอบที่ 6

ข้อความ	ค่าน้ำหนัก
sc4 สามารถให้คำแนะนำเพื่อนบ้านที่เจอปัญหาจากการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้	0.91
sc3 สามารถโน้มน้าวเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรมเฝ้าระวังภัยสุขภาพและดูแลสุขภาพได้	0.78
sc5 สามารถให้กำลังใจ สนับสนุน เพื่อนบ้านที่มีความตั้งใจ จะเฝ้าระวังดูแลสุขภาพตนเอง	0.76
sc6 สามารถประสานงานเพื่อให้เกิดกิจกรรมการส่งเสริมการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพในชุมชนได้	0.74
sc2 สามารถชี้แจงความจำเป็น ที่ต้องระวังดูแลสุขภาพต่อเพื่อนบ้านได้	0.73
sc1 สามารถเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัว และชุมชนได้	0.68
ค่าความแปรปรวนรวมขององค์ประกอบ (Eigenvalue) = 1.26	
ค่าร้อยละของความแปรปรวน (% of Variance) = 2.63	
ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) =0.91	

องค์ประกอบที่ 7 ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.72-0.83 และมีค่า Eigenvalue เท่ากับ 1.14 คิดเป็นร้อยละ 2.39 ของความแปรปรวนรวมทั้งหมด และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90 ดังตารางที่ 35

ตารางที่ 35 ข้อคำถามและน้ำหนักตัวประกอบ องค์ประกอบที่ 7

ข้อความ	ค่าน้ำหนัก
lsv1 สามารถติดตามสถานการณ์ ข่าวสารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเพื่อนบ้าน	0.83
lsv5 สามารถประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการป้องกันภัยสุขภาพ	0.82
lsv2 สามารถค้นหาความรู้ทางสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่ต้องการได้	0.77
lsv4 สามารถแจ้งข่าวเตือนภัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเพื่อนบ้านได้	0.74
lsv3 สามารถตั้งข้อสังเกตและตรวจสอบข่าวสารที่อาจเป็นเท็จได้	0.72
ค่าความแปรปรวนรวมขององค์ประกอบ (Eigenvalue) = 1.14	
ค่าร้อยละของความแปรปรวน (% of Variance) = 2.39	
ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.90	

เมื่อทราบข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบครบถ้วนแล้ว จึงพิจารณาดังชื่อองค์ประกอบใหม่ให้สอดคล้องกับเนื้อหาของข้อคำถามภายในองค์ประกอบนั้น ๆ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม คือ

- 1) สามารถประสานงานหรือการสนับสนุนจัดหาอุปกรณ์การเพื่อกิจกรรมสุขภาพของกลุ่มเยาวชนได้
- 2) สามารถส่งเสริมการรวมกลุ่มของเด็กและเยาวชนเพื่อกิจกรรมพัฒนาสุขภาพได้
- 3) สามารถร่วมกับชุมชนกำหนดให้มีกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มเด็กและเยาวชนได้
- 4) สามารถร่วมกับโรงเรียนจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่เด็กนักเรียนได้
- 5) สามารถจัดทำข้อมูลเด็กและเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนในเขตรับผิดชอบได้
- 6) สามารถประสานชักชวนกลุ่มเยาวชน เข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันยาเสพติดได้
- 7) สามารถให้ข้อมูลเยาวชนทั้งในและนอกระบบในโรงเรียนในเขตรับผิดชอบ ให้แก่ผู้เกี่ยวข้องได้
- 8) สามารถชักชวน รมรณรงค์ ให้ความรู้กลุ่มเยาวชนถึงมาตรการเฝ้าระวังอุบัติเหตุบนท้องถนนได้

9) สามารถร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชนได้

10) สามารถเปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชน เสนอความคิดเห็นในการพัฒนาสุขภาพของชุมชนได้

องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม คือ

1) สามารถติดตามให้คำแนะนำให้ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ได้
2) สามารถเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็ก 0-5 ปีได้ เช่น เทียบเกณฑ์น้ำหนักและส่วนสูงกับอายุ

3) สามารถให้คำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้
4) สามารถติดตามเด็ก 0 – 5 ปี ให้มารับวัคซีนตามกำหนดนัดหมายได้
5) สามารถให้คำแนะนำและประเมินพัฒนาการเด็กได้
6) สามารถให้คำแนะนำถึงความจำเป็นของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค(รับวัคซีน) ในเด็ก 0 – 5 ปีได้

7) สามารถให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังการรับวัคซีน และอาการข้างเคียงการรับวัคซีนได้

8) สามารถให้คำแนะนำอาการสำคัญของโรค ที่ป้องกันด้วยวัคซีนได้
9) สามารถใช้แบบประเมินคัดกรองสุขภาพและจัดบันทึกข้อมูลได้ เช่น แบบประเมินสุขภาพจิต แบบคัดกรองผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 3 สมรรถนะด้านการป้องกันโรค ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม คือ

1) สามารถระบุอาการเริ่มต้นที่สำคัญ ของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้
2) สามารถระบุสาเหตุของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้
3) สามารถระบุพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง

4) สามารถใช้แบบคัดกรองโรคไม่ติดต่อได้ เช่น แบบคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

5) สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ของโรคไม่ติดต่อได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง

6) สามารถอธิบายฤดูกาลระบาดของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู โรคมือเท้าปาก โรคตาแดง โรคอุจจาระร่วง

7) สามารถอธิบายการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้

8) สามารถใช้อุปกรณ์การแพทย์ได้ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตสูง พรอทวัดไข้ เครื่องเจาะหาน้ำตาลในเลือด ได้

องค์ประกอบที่ 4 สมรรถนะด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม คือ

- 1) สามารถให้คำแนะนำการบรรเทาอาการเบื้องต้นได้ เช่น อาการตัวร้อน ปวดหัว ไอ ปวดเมื่อย ท้องผูก
- 2) สามารถเก็บรักษายาแต่ละชนิด ได้อย่างถูกต้องปลอดภัยได้
- 3) สามารถจำแนกยาหมดอายุ หรือยาเสื่อมสภาพได้
- 4) สามารถใช้ยาสามัญประจำบ้านเพื่อรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ เช่น ยาแก้ไอ ยาลดไข้แก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาใส่แผล ยาสมุนไพร
- 5) สามารถอธิบายเพื่อนบ้านให้ใช้ได้เหมาะสมตามความจำเป็นหรือตามวิธีใช้ที่แพทย์แนะนำได้

องค์ประกอบที่ 5 สมรรถนะด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม คือ

- 1) สามารถเข้าใจความหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้
- 2) สามารถรับทราบนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละปีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้
- 3) สามารถเข้าใจรายละเอียดของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้
- 4) สามารถสื่อสารด้วยวาจาแก่เพื่อนบ้าน ตัวต่อตัวเพื่อแจ้งนโยบายสำคัญได้
- 5) สามารถปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม อสม. เพื่อดำเนินกิจกรรมตามนโยบายได้

องค์ประกอบที่ 6 สมรรถนะด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม คือ

- 1) สามารถให้คำแนะนำเพื่อนบ้านที่เจอปัญหาจากการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้
- 2) สามารถโน้มน้าวเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพได้
- 3) สามารถให้กำลังใจ สนับสนุน เพื่อนบ้านที่มีความตั้งใจ จะดูแลสุขภาพตนเอง
- 4) สามารถประสานงานเพื่อให้เกิดกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพในชุมชนได้
- 5) สามารถชี้แจงความจำเป็น ที่ต้องดูแลสุขภาพต่อเพื่อนบ้านได้
- 6) สามารถเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัว และชุมชนได้

องค์ประกอบที่ 7 สมรรถนะด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม คือ

- 1) สามารถติดตามสถานการณ์ ข่าวสารที่ส่งผลต่อสุขภาพของเพื่อนบ้านได้
- 2) สามารถประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการป้องกันภัยสุขภาพได้
- 3) สามารถค้นหาความรู้ทางสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่ถูกต้องได้
- 4) สามารถแจ้งข่าวเตือนภัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของเพื่อนบ้านได้
- 5) สามารถตั้งข้อสังเกตและตรวจสอบข่าวสารที่อาจเป็นเท็จได้

ตารางที่ 36 สรุปค่าไอเกนและร้อยละความแปรปรวนขององค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงาน

องค์ประกอบ	ค่าไอเกน	ร้อยละความแปรปรวน	ร้อยละความแปรปรวนสะสม
1. การสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน	22.04	45.91	45.91
2. การส่งเสริมสุขภาพ	4.08	8.50	54.42
3. การป้องกันโรค	2.05	4.28	58.70
4. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น	1.69	3.53	62.24
5. การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ	1.32	2.76	65.00
6. การสร้างจิตสำนึกประชาชนในการดูแลสุขภาพ	1.26	2.63	67.63
7. การเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ	1.14	2.39	70.02

พูน ปณ จิต ชีเว

ตารางที่ 37 แสดงค่าความสอดคล้องภายในขององค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงาน

องค์ประกอบ	จำนวน ข้อ คำถาม	ค่า ความ เชื่อมั่น	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ช่วงของค่า Item-total correlation
1. การสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชน เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา สุขภาพอนามัยและชุมชน	10	0.95	3.47	0.66	0.73-0.81
2. การส่งเสริมสุขภาพ	9	0.93	3.68	0.61	0.72-0.78
3. การป้องกันโรค	8	0.92	3.64	0.64	0.67-0.79
4. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น	5	0.89	3.86	0.61	0.70-0.78
5. การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ	5	0.88	3.96	0.56	0.60-0.80
6. การสร้างจิตสำนึกประชาชนใน การดูแลสุขภาพ	6	0.91	3.76	0.59	0.69-0.80
7. การเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ	5	0.90	3.65	0.62	0.72-0.78

ผลการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.

ขั้นตอนที่ 6 พัฒนา (ร่าง) แบบเครื่องมือประเมินสมรรถนะฯ และแนวทางการนำไปใช้

ผู้วิจัยได้พัฒนา (ร่าง) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. และแนวทางการนำไปใช้งาน โดยใช้ผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มากำหนดเป็นเนื้อหาในเครื่องมือประเมินฯ ดังเอกสารตามภาคผนวก ฉ. (ร่าง) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.

ขั้นตอนที่ 7 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้างของ (ร่าง) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย

7.1 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index)

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 12 คน พบว่ามีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา CVI = 0.98

7.2 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique)

ผลการตรวจสอบ (ร่าง) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย และ (ร่าง) แนวทางการนำเครื่องมือฯ ไปใช้งาน ด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) จำนวน 3 รอบ คือ รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 7-22 กรกฎาคม 2566 รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 3-14 สิงหาคม 2566 และรอบที่ 3 วันที่ 20 สิงหาคม 2566 โดยผู้เชี่ยวชาญ คือ กลุ่มพี่เลี้ยง อสม. (mentor) จำนวน 12 คน ประกอบด้วย 1) กลุ่มพี่เลี้ยงระดับภาค จำนวน 4 คน (รหัส E1, E2, E3, E4) 2) กลุ่มพี่เลี้ยงระดับจังหวัด จำนวน 2 คน (รหัส E5, E6) 3) กลุ่มพี่เลี้ยงระดับอำเภอ จำนวน 2 คน (รหัส E7, E8) 4) กลุ่มพี่เลี้ยงระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน (รหัส E9, E10, E11, E12)

ผลการศึกษา สรุปได้ดังต่อไปนี้

รอบที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหาเหมาะสม (Mdn. > 4) ทั้งหมด จำนวน 65 ข้อ เนื้อหาสอดคล้องกัน (IQR < 1.5) จำนวน 63 ข้อ เนื้อหาไม่สอดคล้องกัน (IQR > 1.5) จำนวน 2 ข้อ คือ องค์กรประกอบที่ 1 คำถามข้อ 2. สามารถให้ข้อมูลเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนในเขตรับผิดชอบให้แก่ผู้เกี่ยวข้องได้ และองค์กรประกอบที่ 3 คำถามข้อ 8. สามารถใช้อุปกรณ์การแพทย์ได้ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตสูง หรือเครื่องเจาะหาน้ำตาลในเลือด โดยให้ปรับปรุงเนื้อหาข้อคำถาม และมีข้อคิดเห็นให้ปรับปรุงข้อคำถามอื่น ๆ เพื่อความเหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้นำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับปรุงข้อคำถาม และนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาอีกครั้ง ในรอบที่ 2

รอบที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหาเหมาะสม (Mdn. > 4) ทั้งหมด จำนวน 65 ข้อ และมีความเห็นความคิดเห็นสอดคล้องกัน (IQR < 1.5) ทั้ง 65 ข้อ จึงถือเป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญต่อเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. จึงนำเครื่องมือชุดนี้มาเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาฉันทามติร่วมกันด้วยการประชุมกลุ่มอีกครั้ง ในรอบที่ 3

รอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญเห็นชอบเป็นฉันทามติต่อเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. โดยไม่มีการปรับปรุงเนื้อหา และให้ข้อสังเกตเพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้งาน คือ 1) ในการนำไปใช้ ควรให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีส่วนร่วมในการใช้แบบประเมินและชี้แจงทำความเข้าใจก่อนเริ่มต้นกระบวนการประเมิน 2) องค์กรประกอบที่ 1 การสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมการพัฒนาสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในยุคปัจจุบัน ซึ่งมีการเริ่มต้นแล้วในโรงเรียน 3) องค์กรประกอบที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพ เป็นภารกิจสำคัญที่ต้องดำเนินการต่อเนื่องในทุกกลุ่มวัย แต่ในการประเมินต้องเลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ 4) การป้องกันโรค มีความสำคัญต่อการรับมือการระบาดของโรค ซึ่ง อสม.ดูแลครัวเรือนจำนวนไม่มากจึงสามารถเข้าถึงให้คำแนะนำหรือควบคุมโรคได้

อย่างทั่วถึง 5) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น เป็นจุดแข็งของ อสม.ในยุคเริ่มต้น แต่ปัจจุบันก็ยังมี ความสำคัญ 6) การนํานโยบายไปสู่การปฏิบัติ เป็นสมรรถนะที่โดดเด่นของ อสม. เพราะมีความ ไกล่ชิดประชาชนมากที่สุด สามารถนํานโยบายไปถึงประชาชนได้ดีที่สุด 7) การสร้างจิตสำนึกการดูแล สุขภาพของประชาชน เป็นสมรรถนะสำคัญของ อสม. เพื่อการเป็นแบบอย่างแก่เพื่อนบ้าน และ ชักชวนให้ประชาชนดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น 8) การเฝ้าระวังเตือนภัยสุขภาพ โดยเน้นการติดตาม ข่าวสารที่ส่งผลต่อสุขภาพ และต้องตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนสื่อสารกับเพื่อนบ้าน และ ต้องมีการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม โดยมีรายละเอียดผลการพิจารณาในแต่ละรอบ ดังต่อไปนี้

รอบที่ 1 ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถาม จาก (ร่าง) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการ ปฏิบัติงานของ อสม. ที่ผ่านการศึกษาวិเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) มาในระบะที่ 1 มา สร้างเป็นข้อคำถาม แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ร่วมกับข้อคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญ สามารถให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมแบบอิสระ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) กำหนดเกณฑ์ฉันทามติสอดคล้องโดยพิจารณาจาก ค่ามัธยฐาน (Mdn) เมื่อ $Mdn > 4.00$ (พงศเทพ จิระโร, 2564) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เมื่อค่า $IQR < 1.50$ (จุมพล พุนภทธรชีวิน, 2544) ส่วนข้อคำถามปลายเปิดที่เป็นความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) แล้วนำมาปรับปรุงเครื่องมือประเมิน สมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาอีกครั้ง ซึ่งผลการศึกษามีดังต่อไปนี้

7.2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ พบว่าส่วนใหญ่เป็น เพศชาย จำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.33) มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.33) มี อายุเฉลี่ย 51.42 ปี (S.D.=4.56) อายุมากที่สุด 56 ปีอายุน้อยที่สุด 40 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ปริญญาโท จำนวน 6 คน (ร้อยละ 50.00) ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับ อสม. ระหว่าง 10 – 20 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 66.67) เฉลี่ย 19.08 ปี (S.D.=6.81) น้อยที่สุด 10 ปี มากที่สุด 28 ปี ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งผู้บริหาร จำนวน 8 คน (ร้อยละ 66.67) ดังตารางที่ 38

ตารางที่ 38 แสดงข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (n=12)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	7	58.33
หญิง	5	41.67
2. อายุ		
31 – 40 ปี	1	8.34
41 – 50 ปี	4	33.33
51 – 60 ปี	7	58.33
(Mean=51.42 ปี, S.D.=4.56 ปี, Min=40 ปี, Max=56 ปี)		
3. การศึกษา		
ปริญญาตรี	5	41.66
ปริญญาโท	6	50.00
ปริญญาเอก	1	8.34
4. ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับ อสม.		
10 – 20 ปี	8	66.67
21 – 30 ปี	4	33.33
(Mean=19.08 ปี, S.D.=6.81 ปี, Min=10 ปี, Max=28 ปี)		
5. ตำแหน่งปัจจุบัน		
บริหาร	8	66.67
ปฏิบัติ	4	33.33

7.2.2 ผลการศึกษาเทคนิคเดลฟาย (ข้อมูลเชิงคุณภาพ) ในรอบที่ 1

ผู้เชี่ยวชาญมีข้อคิดเห็นแบ่งเป็น 8 ประเด็น ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 โครงสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.

1.1) ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ใน (ร่าง) เครื่องมือฯ

1.1.1) คำถามข้อ 3. การศึกษา เพื่อความชัดเจนควรปรับแก้เป็น “การศึกษา

สูงสุด” (E6)

1.1.2) คำถามข้อ 3. การศึกษา ข้อเลือกตอบข้อ 7 อื่น ๆ...ระบุ เสนอว่าหากมีข้อมูลพบว่า มี อสม. บางท่านจบปริญญาเอก ก็ไม่ต้องใช้คำว่าอื่น ๆ สามารถใช้ ปริญญาเอก ได้เพื่อความชัดเจนของคำตอบ (E4)

1.1.3) คำถามข้อ 5 นอกจาก อสม.แล้ว ปัจจุบันท่านมีตำแหน่งอื่น ๆ หรือไม่ ข้อเลือกตอบ 1 ไม่มี “ควรเพิ่มวงเล็บต่อท้ายว่า (ข้ามไปตอบข้อ 6.)” เพื่อป้องกันการสับสนในการตอบข้อย่อยอื่น ๆ (E6)

1.1.4) คำถามข้อ 6. ควรปรับปรุงข้อคำถามเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น เช่น “ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยได้รับการประชุมอบรมความรู้ด้านสุขภาพหรือไม่” (E6)

1.1.5) คำถามข้อ 6. การฝึกอบรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ควรยกเว้นการประชุมประจำเดือน (E1)

1.2) คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 1

1.2.1) การมีข้อมูลเด็กและเยาวชนไม่เพียงนำมาใช้ในการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพอนามัยชุมชน แต่ยังสามารถส่งเสริมสนับสนุนให้กลุ่มดังกล่าวเป็นกลไกจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพอนามัย (E5)

1.2.2) การสร้างโอกาสหรือการรวมกลุ่มของเด็กและเยาวชนอาจไม่ใช่ภารกิจหลัก ของ อสม. (E7)

1.2.3) กลุ่มเด็กและเยาวชนหากได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในอนาคตสามารถพัฒนาเด็กทั้งในระบบและนอกระบบโรงเรียน มาเป็นผู้ช่วย อสม. หรือเป็น อสม.น้อย หรือเรียกอย่างอื่น ทำงานร่วมกับ อสม.ได้ (E2)

1.3) คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 2

1.3.1) สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพควรต้องนิยามให้ชัดว่า อสม. ดูแลในกลุ่มไหนบ้างเมื่อนำไปสร้างข้อคำถามจะได้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น (E8)

1.3.2) สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพ มุ่งเน้นกลุ่มเปราะบาง ไม่มุ่งเน้นทุกกลุ่มวัยใช่หรือไม่ (E1)

1.3.3) สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพหากมีเนื้อหาในมิติด้านชุมชนจะสมบูรณ์ยิ่งขึ้น (E5)

1.4) คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 3

1.4.1) สมรรถนะด้านป้องกันโรค การเชื่อมโยงกับมิติชุมชนทั้งด้านสุขภาพ และการป้องกันและควบคุมโรค สมรรถนะ ของ อสม.ควรจะเชื่อมโยงได้แบบไหนบ้าง เช่น หนุนเสริม

เป็นแกนนำ ในการสร้างชุมชนจัดการตนเองด้านสุขภาพ ตำบลจัดการสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ เป็นต้น (E5)

1.5) เอกสารคู่มือแนวทางการใช้เครื่องมือประเมินสมรรถนะฯ

1.5.1) ในย่อหน้าแรก คำว่า “อาสาสมัครสาธารณสุข” ตกคำว่า “ประจำหมู่บ้าน” (E1)

1.5.2) ในส่วนของเกณฑ์การพิจารณาคะแนนเพื่อนำมาจัดระดับสมรรถนะ 5 ระดับ คำว่า “ต้องปรับปรุง” พบว่าในย่อหน้าถัดไปใช้คำว่า “ปรับปรุง” จึงควรตรวจสอบและใช้ให้เหมือนกันทุกที่ (E1)

1.6) ประเด็นอื่น ๆ

1.6.1) หากมีกิจกรรมบางด้านที่สอดคล้องทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีได้จะเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน (E2)

1.6.2) ถ้ามีการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ ระดับจังหวัด ระดับภาคด้วยน่าจะดี (E2)

1.6.3) การประเมินสมรรถนะ อสม.รายบุคคลเป็นสิ่งที่เป็ประโยชน์มาก ในความเป็นจริง อสม.ส่วนใหญ่ที่มีความสามารถในระดับดี ถึงดีมาก แต่มีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่รู้สึกว่ายังไม่ดีเท่าที่ควรแต่ก็เป็นความรู้สึกในมุมมองของเจ้าหน้าที่ ถ้ามีเครื่องมือประเมินรายบุคคลก็จะเป็นตัวบ่งบอกว่าต้องพัฒนาในด้านใดเพื่อให้ อสม.มีศักยภาพใกล้เคียงกันมากที่สุด (E8)

1.6.4) ยังมี อสม. บางส่วนที่มีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี และบางคนยังไม่มีสมาร์โฟน รพ.สต. ก็แก้ปัญหาด้วยการให้เป็น อสม.บัดดี้ หรือการช่วยเหลือกันในกลุ่มหมู่บ้านเดียวกัน (E10)

1.6.5) เครื่องมือประเมินสมรรถนะนี้ เมื่อพิจารณาเนื้อหาแล้ว คล้ายเป็นการประเมินสมรรถนะขั้นพื้นฐาน เพื่อหาจุดที่ต้องพัฒนาศักยภาพ ซึ่ง อสม.มีศักยภาพแตกต่างกันมากคนที่ทำได้ดี ไม่ว่างงานด้านไหนก็จะทำได้ดีหมด ส่วนคนที่ไม่ได้เลย ไม่ว่างงานด้านไหนก็จะไม่ได้จริง ๆ (E12)

1.6.6) จำนวนข้อคำถามโดยรวม 48 ข้อ น่าจะเหมาะสม และคาดว่า อสม. น่าจะใช้เวลาตอบประมาณ 30-40 นาที ขึ้นอยู่กับทักษะในการอ่านแต่ละคน ซึ่งหากมีจำนวนข้อมากก็จะใช้เวลามากกว่านี้ อาจได้คำตอบที่ไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร (E11)

1.6.7) หัวข้อต่าง ๆ เห็นว่าเหมาะสมแล้ว แต่จำนวนข้อคำถามไม่ควรมีมากเกินไป เพราะเขาก็คือ ประชาชนที่ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติ จนมาเป็น อสม. หากจำนวนข้อมากเกินไปจะสร้างความเบื่อหน่าย (E12)

สรุปได้ว่า โครงสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. มีส่วนที่ต้องแก้ไขเพิ่มเติม ได้แก่ 1) เอกสารคู่มือแนวทางการใช้เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. มีคำที่พิมพ์ตกหล่น 2) แก้ไขส่วนของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลในเครื่องมือประเมินฯ คือ คำถามข้อ 3, 5, 6 3) คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 1 การสร้างโอกาสให้กลุ่มเด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพมีความเห็นแย้งว่าอาจไม่ใช่ภาระกิจหลัก ของ อสม. และมีความเห็นสนับสนุนว่ากลุ่มดังกล่าวยังเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของชุมชนจึงยังคงไว้ในแบบประเมินสมรรถนะฯ 4) คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 2 ด้านการส่งเสริมสุขภาพควรปรับปรุงนิยามของสมรรถนะโดยการเพิ่มกลุ่มเป้าหมายที่ อสม. ให้การดูแล ซึ่งมุ่งเน้นกลุ่มเปราะบาง และไม่ทำให้มีข้อคำถามมีจำนวนมากเกินไป 5) คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 3 ด้านการป้องกันโรค ในมิติของชุมชน อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำ หนุนเสริม และเป็นผู้ปฏิบัติ ในการให้คำแนะนำปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง และคัดกรองโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในชุมชน 6) ประเด็นอื่น ๆ ควรเพิ่มการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน, ข้อคำถามโดยรวมไม่ควรมีจำนวนมากเกินไปซึ่งควรมีระยะเวลาในการตอบประมาณ 30 – 40 นาที

ประเด็นที่ 2 สมรรถนะด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยชุมชน

2.1) แก้ไขชื่อองค์ประกอบที่ 1 โดยใช้คำว่า “สมรรถนะ” แทนคำว่า “สามารถ” เนื่องจากองค์ประกอบอื่น ๆ ใช้คำขึ้นต้นว่า “สมรรถนะ” (E6)

2.2) หัวตารางของข้อคำถาม จากเดิม ใช้คำว่า “สมรรถนะ” หากสามารถปรับปรุงได้น่าจะใช้คำว่า “ความสามารถของ อสม.ในการปฏิบัติงาน หรือ การปฏิบัติงานของ อสม.” (E6)

2.3) ควรมีคำว่า “ท่าน” นำหน้าประโยคคำถามทุกข้อด้วยหรือไม่ (E6)

2.4) ข้อคำถามเรื่องการให้ข้อมูลเด็กและเยาวชน ควรต้องคำนึงถึงกฎหมาย พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (E7)

2.5) การจัดทำข้อมูลเด็กและเยาวชนอาจจัดทำในลักษณะจำนวนเด็กในแต่ละครอบครัวพยายามหลีกเลี่ยงการขอข้อมูลส่วนบุคคล (E4)

2.6) การที่ อสม. นำข้อมูลบุคคลในเขตรับผิดชอบให้ผู้อื่นต้องระงับการให้ข้อมูลส่วนบุคคล อาจสามารถให้ได้เป็นจำนวนตัวเลข (E8)

2.7) ข้อมูลเด็กในโรงเรียนในเขตรับผิดชอบของ อสม. อสม.บางท่านอาจไม่มีการจัดทำทะเบียนเนื่องจากไม่ใช่กลุ่มที่ต้องให้การดูแล เพียงแต่เป็นการรับรู้กันภายใน และกิจกรรมส่วนใหญ่จะมีร่วมกับโรงเรียน (E12)

2.8) แก้ไขเพิ่มเติม คำถามข้อที่ 2, 6 และข้อที่ 9 ที่ระบุกลุ่มเป้าหมายไม่สอดคล้องกับนิยาม ตกคำว่า “เด็ก” (E1) (E6) (E10)

2.9) คำถามข้อ 3 ควรใช้คำว่า “สถานศึกษา” แทนคำว่า “โรงเรียน” เนื่องจากมีกลุ่มเยาวชนที่อาจไม่อยู่ในโรงเรียน (E6)

2.10) คำถามข้อ 3 คำว่า “โรงเรียน” ครอบคลุมถึง กศน.ด้วยหรือไม่ (E1)

2.11) คำถามข้อ 9 ควรใช้คำว่า “มาตรการขับเคลื่อนเพื่อลดอุบัติเหตุ” แทนคำว่า “เฝ้าระวังอุบัติเหตุบนท้องถนน” (E6)

2.12) คำถามข้อ 3 และ 4 ควรเพิ่มคำว่า “ปฏิบัติ” ต่อท้ายคำว่าสามารถ เพื่อให้มีคำกริยาที่แสดงถึงการนำทักษะ ความรู้ไปใช้ (E6)

สรุปได้ว่า สมรรถนะด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยชุมชน ควรนำประเด็นเหล่านี้ไปประกอบการพิจารณาปรับปรุงข้อคำถาม คือ 1) ผลกระทบที่อาจเกิดจากการนำข้อมูลส่วนบุคคลในเซตรับผิดชอบมาใช้ในการปฏิบัติงาน ควรใช้ข้อมูลในรูปแบบของจำนวนมาใช้แทน 2) แก้ไขคำบางคำเพื่อความเหมาะสมและสอดคล้องตรงกันกับนิยามที่กำหนดไว้

ประเด็นที่ 3 สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพ

3.1) เพิ่มเติมข้อความในข้อที่ 3 เพื่อแสดงถึงกลุ่มเป้าหมาย เพิ่มคำว่า “แม่หลังคลอด” และคำว่า “เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน” (E9)

3.2) คำถามข้อ 3 เพิ่มเติมต่อท้าย ด้วยคำว่า “แม่หลังคลอด” (E6)

3.3) เพิ่มเติมข้อความในคำถามข้อที่ 5 คำว่า “0-5 ปี” เพื่อให้สอดคล้องกับนิยามของสมรรถนะด้านนี้ (E6) (E1) (E4) (E9)

3.4) การประเมินพัฒนาการเด็กต้องใช้ทักษะและประสบการณ์พอสมควร อสม.อาจประเมินผิดพลาดได้ (E7)

3.5) ข้อคำถามเรื่องวัคซีนควรเรียงเนื้อหาให้ต่อเนื่องกันเพื่อง่ายในการตอบ แล้วค่อยตามด้วยประเด็นอื่น (E1) (E8) (E4)

3.6) คำถามข้อ 9 การประเมินคัดกรองสุขภาพบางพื้นที่ใช้ App ในการประเมิน คัดกรอง เช่น App Blue book หรือ สมาร์ท อสม. แต่ทราบว่าบาง App กำลังจะยกเลิกการใช้ (E8)

3.7) กลุ่มเด็ก 0-5 ปี พ่อแม่จะฝากให้ ปู่ ย่า ตา และยาย เป็นผู้ดูแล และบางส่วนเด็กก็เคลื่อนย้ายตามการประกอบอาชีพของผู้ปกครอง (E3)

3.8) คำถามข้อ 6 ควรใช้คำว่า “สำคัญ” แทนคำว่า “จำเป็น” (E6)

3.9) สามารถให้คำแนะนำหรือถ่ายทอดความรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพ 3อ.2ส.แก่ประชาชนทั่วไปได้ (E2)

3.10) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ อสม. ให้การดูแลทุกกลุ่มวัย จะเลือกนำมาประเมินอย่างไรให้สอดคล้องกับการประเมินสมรรถนะ หากเป็นไปได้ก็อาจเลือกกลุ่มเปราะบางที่สำคัญมาประเมิน หากถามการดูแลทุกกลุ่มวัยข้อความจะมีจำนวนมาก (E12)

สรุปได้ว่า สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควรนำประเด็นเหล่านี้ มาปรับปรุงข้อความเพื่อความสมบูรณ์ คือ 1) เพิ่มกลุ่มเป้าหมายที่ อสม.ให้การดูแล ในข้อความเพื่อความชัดเจน เช่น กลุ่มเด็ก 0-5 ปี, กลุ่มหญิงหลังคลอด 2) เรียงลำดับเนื้อหาเดียวกันให้เป็นข้อความที่ต่อเนื่องกัน 3) ควรเพิ่มการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการคัดกรองสุขภาพ

ประเด็นที่ 4 สมรรถนะด้านการป้องกันโรค

4.1) ควรเรียงลำดับข้อความที่เป็นประเด็นเดียวกันให้ต่อเนื่อง (E1)

4.2) การระบุสาเหตุของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่น ความหมายเดียวกับปัญหาในชุมชน สภาพชุมชนใช่หรือไม่ (E7)

4.3) อสม.ต้องเข้าใจหลักระบาดวิทยาที่ถูกต้อง (E7)

4.4) อสม.ต้องสามารถอธิบายกระบวนการเกิดโรคได้ (การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา Host agent environment) (E2)

4.5) โรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่น ควรยกตัวอย่าง 1-2 โรคที่คาดว่าจะจะเป็นปัญหาในทุกพื้นที่และคาดการณ์ฤดูกาลระบาดได้ เช่น โรคไข้เลือดออกจะระบาดในฤดูฝน โรคอุจจาระร่วง จะระบาดในฤดูร้อน (E4)

4.6) คำถามข้อ 7 ควรใช้คำว่า “ให้คำแนะนำ” แทนคำว่า “อธิบาย” เพื่อแสดงให้เห็นถึงการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ตามนิยามของสมรรถนะ (E6)

4.7) โรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่น เสนอว่าลองพิจารณา โรคโควิด-19 จะเพิ่มเติมได้หรือไม่ (E5)

4.8) ตัวอย่างโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่น ยกตัวอย่างไว้มีจำนวนโรคหลายโรคมามากเกินไป อสม.ต้อง อธิบายได้อย่างถูกต้องทุกโรคในข้อความนี้ใช่หรือไม่ เห็นควรว่าควรยกตัวอย่างไว้เพียง 1-2 โรค (E6)

4.9) การระบุปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยง อสม.ต้องสามารถระบุเป็นรายบุคคลได้ และต้องสามารถประเมินความเสี่ยงได้ถูกต้อง (E7)

4.10) คำถามข้อ 8 แก้ไข ตัดคำว่า “สูง” ออก (E1) (E6) (E9)

4.11) คำถามข้อ 8 ควรใช้คำว่า “เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด” แทนคำว่า “เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด (E9)

4.12) คำถามข้อ 8 ควรเพิ่มเติมคำว่า “เพื่อคัดกรองโรคไม่ติดต่อ” เพื่อให้สอดคล้องกับนิยามของสมรรถนะด้านนี้ (E4)

สรุปได้ว่า สมรรถนะด้านการป้องกันโรค ควรนำประเด็นเหล่านี้ มาปรับปรุงข้อคำถาม เพื่อความสมบูรณ์ คือ 1) เรียงลำดับเนื้อหาเดียวกันให้ต่อเนื่องกัน 2) การให้คำแนะนำป้องกันโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นควรยกตัวอย่างโรคพบได้ทุกพื้นที่เพราะแบบสอบถามนี้จะนำไปใช้กับ อสม. ในทุกพื้นที่ และเป็นโรคติดต่อที่สำคัญที่เป็นปัญหาในชุมชน โดยยกตัวอย่าง 1-2 โรค 3) แก้ไขคำถามข้อ 8 เป็น “เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด” และเพิ่มคำว่า “เพื่อคัดกรองโรคไม่ติดต่อ”

ประเด็นที่ 5 สมรรถนะด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

- 5.1) คำถามข้อ 1 ควรใช้คำว่า “ปวดศีรษะ” แทนคำว่าปวดหัว จะเหมาะสมกว่า (E9)
- 5.2) คำถามข้อ 1 จำเป็นหรือไม่ต้องมีคำนำหน้าว่า อาการในทุก อาการที่กล่าวมา (E9)
- 5.3) คำถามข้อ 4 ใช้คำว่ารักษาพยาบาลในแต่ละอาการ แต่ในข้อ 1 ใช้คำว่าบรรเทาอาการแตกต่างกันอย่างไร (E9) วัตถุประสงค์เพื่อสื่อถึงขั้นตอนการให้บริการ เริ่มจากการให้คำแนะนำก่อนแล้วจึงให้การักษาพยาบาลเบื้องต้นด้วยการใช้ยา
- 5.4) คำถามข้อ 2 ควรเพิ่มคำว่า “ให้คำแนะนำเรื่องการเก็บรักษา” (E6)
- 5.5) คำถามข้อ 5 ควรใช้คำว่า “ให้คำแนะนำ” แทนคำว่า “อธิบาย” (E6)
- 5.6) คำถามข้อ 5 ควรเพิ่มต่อท้ายคำว่า “เพื่อนบ้าน” ด้วยคำว่า “หรือครัวเรือนรับผิดชอบ” (E6)
- 5.7) หากสามารถเพิ่มเรื่องการให้คำแนะนำอันตรายจากการใช้ยาชุดได้ (E6)
- 5.8) ด้านการรักษาพยาบาล ปัจจุบัน อสม.มีบทบาทน้อยลง แต่บทบาทการให้คำแนะนำที่ถูกต้องยังมีความจำเป็นอยู่ (E11)

สรุปได้ว่า สมรรถนะด้านการรักษาพยาบาล ควรนำประเด็นเหล่านี้ มาปรับปรุงข้อคำถามเพื่อความสมบูรณ์ คือ 1) ควรใช้คำว่า “ให้คำแนะนำ” แทนคำว่า “อธิบาย” ในคำถามข้อ 2. และ ข้อ 5. 2) แก้ไขคำถามข้อ 1 โดยใช้คำว่า “ปวดศีรษะ” แทนคำว่าปวดหัว

ประเด็นที่ 6 สมรรถนะด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

- 6.1) คำถามข้อ 1 ควรต้องเป็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับ อสม. (E2)
- 6.2) กสธ. มีนโยบายเยอะในแต่ละปี อสม. อาจไม่เข้าใจทุกรายละเอียดของทุกนโยบาย (E7)
- 6.3) นโยบายในแต่ละปีจะมีการเปลี่ยนแปลงหากเป็นไปได้ในขณะนำแบบประเมินนี้ไปใช้ควรต้องยกตัวอย่างนโยบายในปีนั้น ๆ เพื่อให้เห็นภาพ (E12)
- 6.4) นโยบายที่สำคัญในแต่ละปี ควรยกตัวอย่างนโยบายสำคัญมา 1-2 เรื่อง เช่น ในปี 2566 โครงการ 3 หมอ และอาจเพิ่มเติมการติดตามประเมินผลของนโยบาย (E6)
- 6.4) คำถามข้อ 3 เน้นรวมถึงการเข้าใจแนวทางปฏิบัติด้วยหรือไม่ (E1)
- 6.5) นอกจากรับทราบนโยบายแล้วต้องมีความเข้าใจด้วย (E9)

6.6) คำถามข้อ 2 การรับทราบนโยบายอย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องมีความเข้าใจด้วย (E5)

6.7) คำถามข้อ 5 การทำงานร่วมกันเป็นทีม รวมถึงกับภาคีเครือข่ายอื่นด้วยหรือไม่ (E1)

6.8) คำถามข้อ 5 การทำงานเป็นทีมมุ่งเน้นทีม อสม.ด้วยกันเป็นสำคัญใช้ไหม (E4) (E9)

6.9) ควรนำคำถามข้อ 2 มาแทนข้อ 1 เพื่อให้เข้าใจได้ตามลำดับการเกิดขึ้นของ เหตุการณ์ (E10)

6.10) บทบาทหน้าที่ของ อสม.สามารถขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ด้านสาธารณสุขได้ (E3)

สรุปได้ว่า สมรรถนะด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ควรนำประเด็นเหล่านี้มาปรับปรุง ข้อคำถามเพื่อความสมบูรณ์ 1) เพิ่มเติมต่อท้ายคำถามข้อ 1 ด้วยคำว่า “ที่เกี่ยวข้องกับ อสม.” 2) คำถามข้อ 3 ควรเพิ่มการเข้าใจแนวทางปฏิบัติของนโยบาย 3) คำถามข้อ 5 การทำงานเป็นทีม มุ่งเน้น ประเด็นสำคัญคือการทำงานเป็นทีม ของ อสม. กันเองที่ต้องเข้มแข็งเป็นแบบอย่าง ไม่แตกแยก

ประเด็นที่ 7 สมรรถนะด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ

7.1) คำถามข้อ 1 มีข้อเสนอแนะว่าอาจแก้ไขได้ เช่น “เมื่อท่านพบเพื่อนบ้านมีการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมท่านสามารถให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องได้” (E6)

7.2) คำถามข้อ 2 ท่านสามารถชักชวนโน้มน้าวให้เพื่อนบ้านมาร่วมจัดกิจกรรมการสร้างสุขภาพได้ (E6)

7.3) คำถามข้อ 3 ท่านสามารถให้ข้อเสนอแนะแก่ชุมชน เพื่อสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องได้ (E6)

7.4) คำถามข้อ 4 ควรแก้ไขเป็นกิจกรรมสร้างจิตสำนึกการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ สอดคล้องกับสมรรถนะในด้านนี้ (E10)

7.5) คำถามข้อ 5 ควรแก้ไขจากสามารถชี้แจง เป็น สามารถให้คำแนะนำความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ (E6)

7.6) คำถามข้อ 6 การเป็นแบบอย่างการดูแลสุขภาพ ข้อนี้สำคัญเพราะยังมี อสม. บางส่วนที่ยังไม่สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพได้ (E9)

7.7) สามารถสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (E2)

7.8) ด้านนี้หากสามารถไปถึงการที่ตัว อสม.มี health literacy และถ่ายทอด กระบวนการ HL ให้ประชาชนได้จะดีมาก (E2)

สรุปได้ว่า สมรรถนะด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ ควรนำประเด็นเหล่านี้ มาปรับปรุงข้อคำถามเพื่อความสมบูรณ์ คือ 1) ปรับปรุงคำถามข้อ 1. เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น คือ การให้ คำแนะนำเพื่อนบ้านที่ดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม ให้ปฏิบัติตนให้ถูกต้อง 2) คำถามข้อ 2. ควรเพิ่มคำว่า

“ชักชวนเพื่อนบ้านมาร่วมกิจกรรมสร้างสุขภาพ” 3) คำถามข้อ 4 ควรเน้นกิจกรรมสร้างจิตสำนึกการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อให้สอดคล้องกับนิยามสมรรถนะด้านนี้ 4) คำถามข้อ 5. ควรใช้คำว่า “ให้คำแนะนำ” แทนคำว่า “ชี้แจง” 5) การเป็นแบบอย่างการดูแลสุขภาพ เป็นข้อความสำคัญที่ อสม. ควรต้องปฏิบัติได้

ประเด็นที่ 8 สมรรถนะด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ

8.1) คำถามข้อ 2. คำว่า “ภัยสุขภาพ” เจ้าหน้าที่ต้องอธิบายขยายความใหม่ มีข้อกังวลว่า อสม. จะเข้าใจถูกต้องหรือไม่ มีความเป็นไปได้ไหมที่จะขยายความให้สามารถเข้าใจได้ในแบบสอบถามนี้ (E9)

8.2) คำถามข้อ 2. ควรขยายความข้อความคำถามให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เช่น สามารถประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันภัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชน (E4)

8.3) คำถามข้อ 5. ควรเพิ่มคำว่า “ข่าวสารทางสุขภาพ” เพื่อให้สอดคล้องกับนิยามของสมรรถนะด้านนี้ และจำกัดขอบเขตของข่าวสารไม่ให้กว้างเกินไป (E12)

8.4) คำถามข้อ 5. ควรเน้นเรื่องการติดตาม และตรวจสอบข่าวสารจากแหล่งข้อมูลที่ต้องการ (E6)

8.5) ควรเรียงลำดับข้อความขั้นตอนการทำงานที่เกิดก่อนหลัง เช่น 1) ติดตามข่าวสาร 2) ตั้งข้อสังเกต 3) ตรวจสอบ 4) เตือนภัย 5) ประสานงานเพื่อแก้ปัญหา (E4)

8.6) ฝากพิจารณาเนื้อหาเรื่องการระบุปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinant) จะเกี่ยวข้องกับประเด็นนี้ไหม (E2)

8.7) การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับภัยสุขภาพ เช่น สิ่งแวดล้อมภัยธรรมชาติ ควรกำหนดให้เป็นบทบาท อสม. และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (E3)

8.8) คำถามข้อ 1. การเฝ้าระวังภัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้วยการติดตามข่าวสาร ในปัจจุบันข่าวสารส่วนมากมาจากโซเชียลมีเดีย มีทั้งที่เป็นข่าวลวง ข่าวจริง ดังนั้น อสม. นอกจากจะมีทักษะทางเทคโนโลยีดิจิทัลแล้ว ยังจะต้องมีความรอบคอบ พิจารณาอย่างรอบด้าน ก่อนนำมาประยุกต์ใช้ในการทำงานอย่างถูกต้อง การประเมินสมรรถนะจึงควรประเมินจากผลการปฏิบัติงาน ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี มาใช้ประโยชน์ ไม่ควรประเมินแค่ทักษะการใช้งานเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียว (E8)

สรุปได้ว่า สมรรถนะด้านการเฝ้าระวังเตือนภัยสุขภาพ ควรนำประเด็นเหล่านี้ปรับปรุงข้อความเพื่อความสมบูรณ์ คือ 1) คำว่า “ภัยสุขภาพ” ควรขยายความให้เข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น อาจใช้คำว่า “ภัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ” 2) คำถามข้อ 5. ควรจำกัดขอบเขตของข่าวสารเน้นทางด้านสุขภาพ 3) คำถามข้อ 5. ควรเน้นเรื่องการติดตามและตรวจสอบข่าวสารทางสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่ต้องการ 4) เพิ่มการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการเฝ้าระวังภัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชน

7.2.3 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคเดลฟาย รอบที่ 1 (ข้อมูลเชิงปริมาณ)

ประเด็นที่ 1 โครงสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล โครงสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. จำนวน 17 ข้อ พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหาเหมาะสม ทั้ง 17 ข้อ โดยมีค่ามัธยฐาน (Mdn) ระหว่าง 4.00 - 5.00 และมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 17 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ระหว่าง 0.00-1.00 และมีข้อคิดเห็นควรปรับปรุงเนื้อหาคำถามข้อที่ 7 และคำถามข้อที่ 8. ดังตารางที่ 39

ตารางที่ 39 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 1 รอบที่ 1 (n=12)

ข้อคำถาม	Mdn.	IQR
1. หลักการและเหตุผล	5.00	1.00
2. วัตถุประสงค์ข้อที่ 2.1	5.00	0.00
3. วัตถุประสงค์ข้อที่ 2.2	5.00	0.00
4. วัตถุประสงค์ข้อที่ 2.3	5.00	0.50
5. ขอบเขต	5.00	0.00
6. คำจำกัดความสมรรถนะการปฏิบัติงาน	5.00	0.00
7. คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 1	4.50	1.00
8. คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 2	4.00	1.00
9. คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 3	5.00	1.00
10. คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 4	5.00	0.00
11. คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 5	5.00	1.00
12. คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 6	5.00	0.50
13. คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 7	5.00	0.50
14. วิธีการประเมิน	5.00	0.50

ตารางที่ 39 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 1 รอบที่ 1 (n=12) (ต่อ)

ข้อคำถาม	Mdn.	IQR
15. การให้คะแนนในแต่ละข้อ	5.00	0.00
16. การแปลผลคะแนน	5.00	0.00
17. เกณฑ์การพิจารณาระดับสมรรถนะ	5.00	0.50

ประเด็นที่ 2 สมรรถนะด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยชุมชน

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สมรรถนะด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยชุมชน จำนวน 10 ข้อ พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหาเหมาะสม ทั้ง 10 ข้อ โดยมีค่ามัธยฐาน (Mdn) ระหว่าง 4.00 - 5.00 และมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน จำนวน 9 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ระหว่าง 0.00 - 1.00 ส่วนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกัน จำนวน 1 ข้อ คือคำถามข้อที่ 2. สามารถให้ข้อมูลเยาวชนทั้งในและนอกระบบในโรงเรียนในเขตรับผิดชอบให้แก่ผู้เกี่ยวข้องได้ (IQR = 2.00) และมีข้อคิดเห็นควรปรับปรุงเนื้อหาข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 6 และ 9 ดังตารางที่ 40

ตารางที่ 40 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 2 รอบที่ 1 (n=12)

ข้อคำถาม	Mdn.	IQR
1. สามารถจัดทำข้อมูลเด็กและเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนในเขตรับผิดชอบได้	4.00	1.00
2. สามารถให้ข้อมูลเยาวชนทั้งในและนอกระบบในโรงเรียนในเขตรับผิดชอบ ให้แก่ผู้เกี่ยวข้องได้	4.00	2.00
3. สามารถร่วมกับโรงเรียนจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่เด็กนักเรียนได้	5.00	0.50
4. สามารถร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชนได้	5.00	0.00

ตารางที่ 40 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 2 รอบที่ 1 (n=12) (ต่อ)

ข้อคำถาม	Mdn.	IQR
5. สามารถส่งเสริมการรวมกลุ่มของเด็กและเยาวชนเพื่อกิจกรรมพัฒนาสุขภาพได้	5.00	0.50
6. สามารถประสานงานหรือการสนับสนุนจัดหาอุปกรณ์การเพื่อกิจกรรมสุขภาพของกลุ่มเยาวชนได้	4.50	1.00
7. สามารถร่วมกับชุมชนกำหนดให้มีกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มเด็กและเยาวชนได้	5.00	0.00
8. สามารถประสานชักชวนกลุ่มเยาวชน เข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันยาเสพติดได้	5.00	1.00
9. สามารถชักชวน ธารรงค์ ให้ความรู้กลุ่มเยาวชนถึงมาตรการเฝ้าระวังอุบัติเหตุบนท้องถนนได้	4.50	1.00
10. สามารถเปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชน เสนอความคิดเห็นในการพัฒนาสุขภาพของชุมชนได้	5.00	0.50

ประเด็นที่ 3 สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหาเหมาะสม ทั้ง 9 ข้อ โดยมีค่ามัธยฐาน (Mdn) ระหว่าง 4.00 - 5.00 และมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ทั้ง 9 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ระหว่าง 0.00 - 1.00 และมีข้อคิดเห็นควรปรับปรุงเนื้อหาข้อคำถามที่ 3, 5, 6 และ 9 ดังตารางที่ 41

พูน ปณ จิต ชีเว

ตารางที่ 41 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 3 รอบที่ 1 (n=12)

ข้อคำถาม	Mdn.	IQR
1. สามารถติดตามให้คำแนะนำให้ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ได้	5.00	0.00
2. สามารถเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็ก 0-5 ปีได้ เช่น เทียบเกณฑ์น้ำหนักและส่วนสูงกับอายุ	5.00	0.50
3. สามารถให้คำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้	5.00	0.50
4. สามารถติดตามเด็ก 0 – 5 ปี ให้มารับวัคซีนตามกำหนดนัดหมายได้	5.00	0.50
5. สามารถให้คำแนะนำและประเมินพัฒนาการเด็กได้	4.00	1.00
6. สามารถให้คำแนะนำถึงความจำเป็นของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค(รับวัคซีน) ในเด็ก 0 – 5 ปีได้	4.50	1.00
7. สามารถให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังการรับวัคซีนและอาการข้างเคียงการรับวัคซีนได้	5.00	0.50
8. สามารถให้คำแนะนำอาการสำคัญของโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีนได้	5.00	0.50
9. สามารถใช้แบบประเมินคัดกรองสุขภาพและจัดบันทึกข้อมูลได้ เช่น แบบประเมินสุขภาพจิต แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ได้	5.00	0.50

ประเด็นที่ 4 สมรรถนะด้านการป้องกันโรค

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สมรรถนะด้านการป้องกันโรค จำนวน 8 ข้อ พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหาเหมาะสม ทั้ง 8 ข้อ โดยมีค่ามัธยฐาน (Mdn) ระหว่าง 4.00 - 5.00 และมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน จำนวน 7 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ระหว่าง 0.00 – 1.00 ส่วนข้อที่ผู้ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกัน จำนวน 1 ข้อ คือคำถามข้อที่ 8 และมีข้อคิดเห็นควรปรับปรุงเนื้อหาข้อคำถามที่ 1, 2, 5, 6, 7 และ 8 ดังตารางที่ 42

ตารางที่ 42 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 4 รอบที่ 1 (n=12)

ข้อคำถาม	Mdn.	IQR
1. สามารถระบุอาการเริ่มต้นที่สำคัญของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู โรคมือเท้าปาก โรคตาแดง โรคอุจจาระร่วง	5.00	1.00
2. สามารถระบุสาเหตุของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้	5.00	1.00
3. สามารถระบุพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง	5.00	1.00
4. สามารถใช้แบบคัดกรองโรคไม่ติดต่อได้ เช่น แบบคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	5.00	0.50
5. สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง	5.00	1.00
6. สามารถอธิบายเหตุการณ์การระบาดของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู โรคมือเท้าปาก โรคตาแดง โรคอุจจาระร่วง	5.00	0.50
7. สามารถอธิบายการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้	5.00	1.00
8. สามารถใช้อุปกรณ์การแพทย์ได้ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตสูง เครื่องเจาะหาน้ำตาลในเลือด ได้	4.00	2.00

ประเด็นที่ 5 สมรรถนะด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สมรรถนะด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น จำนวน 5 ข้อ พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหาเหมาะสม ทั้ง 5 ข้อ โดยมีค่ามัธยฐาน (Mdn) เท่ากับ 5.00 และมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ทั้ง 5 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ระหว่าง 0.50 – 1.00 และมีข้อคิดเห็นควรปรับปรุงเนื้อหาข้อคำถามที่ 1, 2 และ 5 ดังตารางที่ 43

ตารางที่ 43 ค่ามัธยฐาน (Mdn.) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 5 รอบที่ 1 (n=12)

ข้อคำถาม	Mdn.	IQR
1. สามารถให้คำแนะนำการบรรเทาอาการเบื้องต้นได้ เช่น อาการตัวร้อน ปวดหัว ไอ ปวดเมื่อย ท้องผูก	5.00	1.00
2. สามารถเก็บรักษายาแต่ละชนิด ได้อย่างถูกต้องปลอดภัยได้	5.00	0.50
3. สามารถจำแนกยาหมดอายุ หรือยาเสื่อมสภาพได้	5.00	0.50
4. สามารถใช้ยาสามัญประจำบ้านเพื่อรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ เช่น ยาแก้ไอ ยาลดไข้แก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาใส่แผล ยาสมุนไพรรักษา	5.00	0.50
5. สามารถอธิบายเพื่อนบ้านให้ใช้ยาได้อย่างเหมาะสมตามความจำเป็นหรือตามวิธีใช้ที่แพทย์แนะนำได้	5.00	1.00

ประเด็นที่ 6 สมรรถนะด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สมรรถนะด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหาที่มีความเหมาะสม ทั้ง 5 ข้อ โดยมีค่ามัธยฐาน (Mdn) ระหว่าง 4.00-5.00 และมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ทั้ง 5 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ระหว่าง 0.00 – 1.25 และมีข้อคิดเห็นควรปรับปรุงเนื้อหาข้อคำถามที่ 1, 2, 3 และ 5 ดังตารางที่ 44

ตารางที่ 44 ค่ามัธยฐาน (Mdn) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 6 รอบที่ 1 (n=12)

ข้อคำถาม	Mdn.	IQR
1. สามารถเข้าใจความหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้	4.50	1.00
2. สามารถรับทราบนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละปีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้	4.00	1.00
3. สามารถเข้าใจรายละเอียดของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้	4.00	1.25
4. สามารถสื่อสารด้วยวาจาแก่เพื่อนบ้าน ตัวต่อตัวเพื่อแจ้งนโยบายสำคัญได้	5.00	1.00
5. สามารถปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม อสม. เพื่อดำเนินกิจกรรมตามนโยบายได้	5.00	0.00

ประเด็นที่ 7 สมรรถนะด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สมรรถนะด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหาเหมาะสม ทั้ง 6 ข้อ โดยมีค่ามัธยฐาน (Mdn) ระหว่าง 4.50-5.00 และมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ทั้ง 6 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ระหว่าง 0.00 – 1.00 โดยมีข้อคิดเห็นควรปรับปรุงเนื้อหาข้อคำถามที่ 4, 5 และ 6 ดังตารางที่ 45

ตารางที่ 45 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 7 รอบที่ 1 (n=12)

ข้อคำถาม	Mdn.	IQR
1. สามารถให้คำแนะนำเพื่อนบ้านที่เจอปัญหาจากการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้	5.00	0.50
2. สามารถโน้มน้าวเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพได้	5.00	1.00
3. สามารถให้กำลังใจ สนับสนุน เพื่อนบ้านที่มีความตั้งใจ จะดูแลสุขภาพตนเอง	5.00	0.00
4. สามารถประสานงานเพื่อให้เกิดกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพในชุมชนได้	5.00	1.00
5. สามารถชี้แจงความจำเป็น ที่ต้องดูแลสุขภาพต่อเพื่อนบ้านได้	4.50	1.00
6. สามารถเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัว และชุมชนได้	5.00	1.00

ประเด็นที่ 8 สมรรถนะการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สมรรถนะด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหาเหมาะสม ทั้ง 5 ข้อ โดยมีค่ามัธยฐาน (Mdn) เท่ากับ 5.00 และมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ทั้ง 5 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ระหว่าง 0.00 – 1.00 โดยมีข้อคิดเห็นควรปรับปรุงเนื้อหาข้อคำถามที่ 2, 3 และ 5 ดังตารางที่ 46

ตารางที่ 46 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 8 รอบที่ 1 (n=12)

ข้อคำถาม	Mdn.	IQR
1. สามารถติดตามสถานการณ์ ข่าวสารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเพื่อนบ้านได้	5.00	0.00
2. สามารถประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการป้องกันภัยสุขภาพได้	5.00	1.00
3. สามารถค้นหาความรู้ทางสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่ถูกต้องได้	5.00	1.00
4. สามารถแจ้งข่าวเตือนภัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเพื่อนบ้านได้	5.00	0.00
5. สามารถตั้งข้อสังเกตและตรวจสอบข่าวสารที่อาจเป็นเท็จได้	5.00	1.00

สรุป ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 1 โดยมีข้อพิจารณา จำนวน 8 ประเด็น ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถาม 65 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหาเหมาะสม (Mdn. > 4) ทั้ง 65 ข้อ และมีความเห็นว่าเนื้อหาเหมาะสมสอดคล้องกัน (IQR < 1.5) จำนวน 63 ข้อ สำหรับข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่สอดคล้องกัน (IQR > 1.5) จำนวน 2 ข้อ คือ องค์ประกอบที่ 1 คำถามข้อ 2. สามารถให้ข้อมูลเยาวชนทั้งในและนอกระบบในโรงเรียนในเขตรับผิดชอบ ให้แก่ผู้เกี่ยวข้องได้ และองค์ประกอบที่ 3 คำถามข้อ 8. สามารถใช้อุปกรณ์การแพทย์ได้ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตสูง หรือเครื่องเจาะหาน้ำตาลในเลือด ซึ่งมีข้อคิดเห็นให้ปรับปรุงข้อคำถาม อีกทั้งยังมีข้อคิดเห็นในข้อคำถามอื่นๆ ในการปรับปรุงข้อคำถามเพื่อความเหมาะสม

ผู้วิจัยจึงได้นำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับปรุงข้อคำถาม ในเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. และนำเสนอเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาอีกครั้งเป็นรอบที่ 2

7.2.4 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคเดลฟาย รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 3- 14 สิงหาคม 2566 แบ่งเป็น 8 ประเด็นดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 โครงสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล โครงสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. จำนวน 17 ข้อ พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหาเหมาะสม ทั้ง 17 ข้อ โดยมีค่ามัธยฐาน (Mdn) เท่ากับ 5.00 และผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 17 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ระหว่าง 0.00-0.25 ดังตารางที่ 47

ตารางที่ 47 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 1 รอบที่ 2 (n=12)

ข้อคำถาม	Mdn.	IQR
1. หลักการและเหตุผล	5.00	0.25
2. วัตถุประสงค์ข้อที่ 2.1	5.00	0.25
3. วัตถุประสงค์ข้อที่ 2.2	5.00	0.25
4. วัตถุประสงค์ข้อที่ 2.3	5.00	0.00
5. ขอบเขต	5.00	0.25
6. คำจำกัดความสมรรถนะ	5.00	0.00
7. คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 1	5.00	0.25
8. คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 2	5.00	0.25
9. คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 3	5.00	0.00
10. คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 4	5.00	0.00
11. คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 5	5.00	0.25
12. คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 6	5.00	0.00
13. คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 7	5.00	0.00
14. วิธีการประเมิน	5.00	0.00
15. การให้คะแนนในแต่ละข้อ	5.00	0.00
16. การแปลผลคะแนน	5.00	0.00
17. เกณฑ์การพิจารณาระดับสมรรถนะ	5.00	0.00

ประเด็นที่ 2 สมรรถนะด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยชุมชน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สมรรถนะด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยชุมชน จำนวน 10 ข้อ พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหามีความเหมาะสม ทั้ง 10 ข้อ โดยมีค่ามัธยฐาน (Mdn) เท่ากับ 5.00 และมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ทั้ง 10 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ระหว่าง 0.00 – 1.00 ดังตารางที่ 48

ตารางที่ 48 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 2 รอบที่ 2 (n=12)

ข้อคำถาม	Mdn.	IQR
1. สามารถจัดทำข้อมูลจำนวนเด็กและเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนในเขตรับผิดชอบได้	5.00	0.00
2. สามารถให้ข้อมูลจำนวนเด็กและเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนในเขตรับผิดชอบได้	5.00	1.00
3. สามารถปฏิบัติงานร่วมกับสถานศึกษาจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่นักเรียนได้	5.00	0.00
4. สามารถปฏิบัติงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชนได้	5.00	0.25
5. สามารถส่งเสริมการรวมกลุ่มของเด็กและเยาวชนเพื่อกิจกรรมพัฒนาสุขภาพได้	5.00	0.25
6. สามารถประสานงานหรือสนับสนุน/จัดหาอุปกรณ์เพื่อกิจกรรมสุขภาพของเด็กและเยาวชนได้	5.00	0.00
7. สามารถปฏิบัติงานร่วมกับชุมชนจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในเด็กและเยาวชนได้	5.00	0.25
8. สามารถชักชวนเด็กและเยาวชน เข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันยาเสพติดได้	5.00	0.25
9. สามารถชักชวน รมรณรงค์ ให้ความรู้แก่เด็กและเยาวชนถึงมาตรการขับไล่ลดภัยเพื่อลดอุบัติเหตุบนท้องถนนได้	5.00	0.00
10. สามารถเปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชน เสนอความคิดเห็นในการพัฒนาสุขภาพของชุมชนได้	5.00	0.25

ประเด็นที่ 3 สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหามีความเหมาะสม ทั้ง 9 ข้อ โดยมีค่ามัธยฐาน (Mdn) เท่ากับ 5.00 และมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ทั้ง 9 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ระหว่าง 0.00 – 0.25 ดังตารางที่ 49

ตารางที่ 49 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 3 รอบที่ 2 (n=12)

ข้อคำถาม	Mdn.	IQR
1. สามารถติดตามให้คำแนะนำให้ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ได้	5.00	0.00
2. สามารถให้คำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่แรกเกิด-6 เดือน แก่หญิงหลังคลอดได้	5.00	0.00
3. สามารถให้คำแนะนำถึงความสำคัญของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรค(รับวัคซีน) ในเด็ก 0 – 5 ปีได้	5.00	0.25
4. สามารถให้คำแนะนำอาการสำคัญของโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีนได้	5.00	0.25
5. สามารถติดตามเด็ก 0-5 ปี ให้มารับวัคซีนตามกำหนดนัดหมายได้	5.00	0.25
6. สามารถให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังการรับวัคซีนและ อาการข้างเคียงของการรับวัคซีนได้	5.00	0.25
7. สามารถเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็ก 0-5 ปีได้ถูกต้อง เช่น เทียบเกณฑ์น้ำหนักและส่วนสูงกับอายุ	5.00	0.25
8. สามารถให้คำแนะนำและประเมินพัฒนาการเด็ก 0 – 5 ปีได้	5.00	0.00
9. สามารถใช้แบบฟอร์มหรือแอปพลิเคชันสำหรับประเมินคัดกรอง สุขภาพได้ เช่น ประเมินคัดกรองสุขภาพจิต หรือการคัดกรอง ผู้สูงอายุ ได้	5.00	0.00

ประเด็นที่ 4 สมรรถนะด้านการป้องกันโรค

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สมรรถนะด้านการป้องกันโรค จำนวน 8 ข้อ พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหามีความเหมาะสม ทั้ง 8 ข้อ โดยมีค่ามัธยฐาน (Mdn) เท่ากับ 5.00 และมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ทั้ง 8 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ระหว่าง 0.00 – 1.00 ดังตารางที่ 50

ตารางที่ 50 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 4 รอบที่ 2 (n=12)

ข้อคำถาม	Mdn.	IQR
1. สามารถระบุสาเหตุของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง	5.00	0.25
2. สามารถระบุอาการเริ่มต้นที่สำคัญของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง	5.00	0.25
3. สามารถอธิบายฤดูกาลระบาดของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง	5.00	0.00
4. สามารถให้คำแนะนำการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้	5.00	0.00
5. สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง	5.00	0.25
6. สามารถระบุพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง	5.00	0.25
7. สามารถใช้แบบคัดกรองโรคไม่ติดต่อได้ เช่น แบบคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	5.00	1.00
8. สามารถใช้อุปกรณ์การแพทย์คัดกรองโรคไม่ติดต่อได้ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	5.00	1.00

ประเด็นที่ 5 สมรรถนะด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สมรรถนะด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น จำนวน 5 ข้อ พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหามีความเหมาะสม ทั้ง 5 ข้อ โดยมีค่ามัธยฐาน (Mdn) เท่ากับ 5.00 และมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ทั้ง 5 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ระหว่าง 0.00 – 1.00 ดังตารางที่ 51

ตารางที่ 51 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 5 รอบที่ 2 (n=12)

ข้อคำถาม	Mdn.	IQR
1. สามารถให้คำแนะนำการบรรเทาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นได้ เช่น อาการปวดศีรษะ ตัวร้อน ไอ ปวดเมื่อย ท้องผูก	5.00	0.25
2. สามารถให้คำแนะนำการเก็บรักษายาแต่ละชนิด ได้อย่างถูกต้องปลอดภัยได้	5.00	0.25
3. สามารถจำแนกยาหมดอายุ หรือยาเสื่อมสภาพได้	5.00	0.00
4. สามารถใช้ยาสามัญประจำบ้านเพื่อรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ เช่น ยาแก้ไอ ยาลดไข้แก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาใส่แผล ยาสมุนไพร	5.00	0.00
5. สามารถให้คำแนะนำเพื่อนบ้านให้ใช้ยาตามความจำเป็น และแนะนำอันตรายจากการใช้ยาชุดได้	5.00	1.00

ประเด็นที่ 6 สมรรถนะด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สมรรถนะด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหามีความเหมาะสม ทั้ง 5 ข้อ โดยมีค่ามัธยฐาน (Mdn) ระหว่าง 4.50-5.00 และมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ทั้ง 5 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ระหว่าง 0.00 – 1.00 ดังตารางที่ 52

ตารางที่ 52 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 6 รอบที่ 2 (n=12)

ข้อคำถาม	Mdn.	IQR
1. สามารถรับทราบนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละปีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้	5.00	0.25
2. สามารถเข้าใจความหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับ อสม.ได้	5.00	0.00
3. สามารถเข้าใจแนวปฏิบัติของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับ อสม.ได้	4.50	1.00
4. สามารถสื่อสารด้วยวาจาแก่เพื่อนบ้าน ตัวต่อตัวเพื่อแจ้งนโยบายสำคัญได้	5.00	1.00

ตารางที่ 52 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 6 รอบที่ 2 (n=12) (ต่อ)

ข้อคำถาม	Mdn.	IQR
5. สามารถปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม อสม. เพื่อดำเนินกิจกรรมตามนโยบายได้	5.00	0.00

ประเด็นที่ 7 สมรรถนะด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สมรรถนะด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหาเหมาะสม ทั้ง 6 ข้อ โดยมีค่ามัธยฐาน (Mdn) เท่ากับ 5.00 และมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ทั้ง 6 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ระหว่าง 0.00 – 0.25 ดังตารางที่ 53

ตารางที่ 53 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 7 รอบที่ 2 (n=12)

ข้อคำถาม	Mdn.	IQR
1. สามารถให้คำแนะนำเพื่อนบ้านที่ดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม ให้ปฏิบัติตนและดูแลสุขภาพที่ถูกต้องได้	5.00	0.00
2. สามารถชักชวนโน้มน้าวเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพได้	5.00	0.00
3. สามารถให้กำลังใจ สนับสนุน เพื่อนบ้านที่มีความตั้งใจ จะดูแลสุขภาพตนเองได้	5.00	0.00
4. สามารถประสานงานเพื่อให้มีกิจกรรมสร้างจิตสำนึกการดูแลสุขภาพในชุมชนได้	5.00	0.00
5. สามารถให้คำแนะนำถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพแก่เพื่อนบ้านได้	5.00	0.25
6. สามารถเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัว และชุมชนได้	5.00	0.00

ประเด็นที่ 8 สมรรถนะด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สมรรถนะด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหาเหมาะสม ทั้ง 5 ข้อ โดยมีค่ามัธยฐาน (Mdn.) เท่ากับ 5.00 และมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ทั้ง 5 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ระหว่าง 0.00 – 0.25 ดังตารางที่ 54

ตารางที่ 54 ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นที่ 8 รอบที่ 2 (n=12)

ข้อคำถาม	Mdn.	IQR
1. สามารถติดตามสถานการณ์ ข่าวสารตามสื่อต่าง ๆ หรือทางโซเชียลมีเดีย ที่ส่งผลต่อสุขภาพของเพื่อนบ้านได้	5.00	0.00
2. สามารถตั้งข้อสังเกตข่าวสารทางสุขภาพที่อาจเป็นเท็จได้	5.00	0.25
3. สามารถตรวจสอบข้อเท็จจริง ข่าวสารทางสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่ถูกต้องได้	5.00	0.00
4. สามารถแจ้งข่าวเตือนภัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของเพื่อนบ้านและชุมชนได้	5.00	0.25
5. สามารถประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการป้องกันภัยที่ส่งผลต่อสุขภาพในชุมชนได้	5.00	0.00

สรุป ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 2 โดยมีข้อพิจารณา จำนวน 8 ประเด็น 65 ข้อคำถาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหาเหมาะสม (Mdn. > 4) ทั้ง 65 ข้อ และมีความเห็นความคิดเห็นสอดคล้องกัน (IQR < 1.5) ทั้ง 65 ข้อ จึงถือเป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญต่อเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.

7.2.3 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคเดลฟาย รอบที่ 3 ด้วยการประชุมกลุ่ม วันที่ 20 สิงหาคม 2566 แบ่งเป็น 8 ประเด็นดังต่อไปนี้

เกริ่นนำ

ตามที่ได้ผู้วิจัยได้ขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ซึ่งมีประสบการณ์และบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพ ในบทบาทการเป็นพี่เลี้ยง อสม. (mentor) โดยขอให้ทุกท่านพิจารณาให้ความเห็นต่อ เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ซึ่งได้ดำเนินการมาแล้ว 2 รอบ

นั้น ซึ่งได้รับข้อชี้แนะที่เป็นประโยชน์และได้นำมาปรับปรุงตามข้อชี้แนะแล้วนั้น (ตามเอกสารแนบ) วันนี้จึงนำมาเสนอเพื่อทุกท่านทราบความก้าวหน้าและเป็นการพิจารณาเป็นฉันทามติร่วมกัน ต่อเครื่องมือนี้ เพื่อนำไปใช้ในการศึกษาขั้นต่อไป ในการนำเสนอ ผู้วิจัยได้นำเสนอความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาเครื่องมือฯ อย่างย่อ และผลการให้ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านมาโดยรวม เพื่อให้ทุกท่านได้มองเห็นภาพเดียวกัน และได้เริ่มการอภิปรายในแต่ละประเด็นดังต่อไปนี้

(ผู้นำการอภิปราย, วันที่ 20 สิงหาคม 2566)

ประเด็นที่ 1 โครงสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.

ความคิดเห็น: โครงสร้างของเครื่องมือประเมินสมรรถนะที่ประเมิน 7 ด้าน ก็ดูจะน่าไม่มากจนเกินไป ซึ่งในความเป็นจริงถ้าจะประเมินงานที่ อสม. ได้ปฏิบัติในปัจจุบันจะมีหลายด้านมากกว่านี้ ทั้งงานประจำ งานนโยบาย งานของพื้นที่ คงต้องใช้คำถามมากกว่านี้มาก

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 5, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: แนวทางการใช้งาน ในส่วนของการคิดระดับสมรรถนะ กังวลว่าการคำนวณตัวเลข ตอนสรุปคะแนนสมรรถนะแต่ละด้านและภาพรวม อสม.ต้องมีทักษะการคิดตัวเลขระดับหนึ่ง อาจต้องใช้เครื่องคิดเลข หรือให้คนอื่นช่วย แต่โดยรวมแนวทางการใช้งานเนื้อหาไม่ได้ยากมากจนเกินไป ในมุมมองเจ้าหน้าที่

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 11, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: หากดูข้อคำถามในแต่ละด้าน ด้านละ 5-10 ข้อ ไม่แน่ใจว่าแต่ละด้านจำนวนข้อต้องเท่ากันหรือไม่ แต่ก็ถือว่าโดยรวมแล้ว จำนวนข้อไม่มากจนเกินไป จนทำให้ อสม.ที่ตอบรู้สึกเบื่อหน่าย หรือได้คำตอบที่ไม่เป็นความจริง การแบ่งการตอบคำถามเป็นตอน ๆ ทำให้ขณะทำแบบประเมินจะรู้สึกมีกำลังใจว่าทำผ่านไปทีละขั้นตอนแล้ว ซึ่งเป็นการเริ่มต้นที่ดี หากพื้นที่ไหนเห็นว่าควรเพิ่มเนื้อหาใด ก็สามารถนำไปประยุกต์ต่อใช้งานต่อไปได้

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 6, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: การคำนวณคะแนนสมรรถนะ มาเทียบเป็นค่าเฉลี่ยก่อนจะนำไปเทียบกับเกณฑ์เพื่อจะได้ระดับสมรรถนะ อาจต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่ คอยให้คำแนะนำ หรือเจ้าหน้าที่นำมาตรวจสอบอีกครั้ง

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 12, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: เสนอว่า ก่อนการให้ อสม. ตอบคำถามเครื่องมือประเมินสมรรถนะ อสม. ควรอธิบายทำความเข้าใจในการให้ข้อมูลที่เป็นความสามารถของตนเองจริง ๆ เพราะข้อมูลนี้จะใช้เป็นประโยชน์ต่อการประเมินตนเอง รู้จักตนเอง และจะเป็นข้อมูลในการจัดทำแผนการอบรมพัฒนาศักยภาพต่อไป ไม่ได้เป็นการจับผิดหรือมีผลต่อสวัสดิการอื่นใด

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 8, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: สมรรถนะ 7 ด้านอาจจะยังไม่ครอบคลุมงานทั้งหมดที่ อสม. ได้ปฏิบัติตามความเป็นจริง แต่เนื่องจากการศึกษานี้ ตั้งต้นจากกรอบเนื้อหาจากสมรรถนะมาตรฐาน ตามที่กระทรวงได้กำหนดไว้ แล้วนำมาออกแบบข้อคำถาม เก็บข้อมูล นำไปวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาจึงออกมาไม่ต่างจากกรอบเนื้อหาตั้งต้นมากนัก จึงอาจต้องเขียนไว้ในข้อจำกัดการศึกษา เพราะอาจมีความคาดหวังว่าเครื่องมือนี้ จะสามารถประเมินงานที่ อสม. ได้ปฏิบัติทั้งหมด

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

สรุป ผู้เชี่ยวชาญมีมติเห็นด้วยกับโครงสร้างและแนวทางการใช้เครื่องมือประเมินสมรรถนะ อสม. อีกทั้งให้ข้อสังเกตการนำไปใช้ ควรให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีส่วนร่วมในการกำกับการใช้เครื่องมือประเมิน และการควรชี้แจงทำความเข้าใจก่อนเริ่มต้นกระบวนการประเมิน

ประเด็นที่ 2 สมรรถนะด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยชุมชน

ความคิดเห็น: ระดับนโยบายมีการส่งเสริมพัฒนา ยุว อสม. แต่ก็กลุ่มเยาวชนที่อยู่ในสถานศึกษาและเป็นกิจกรรมที่เน้นในโรงเรียนเป็นหลัก ซึ่งก็สามารถเป็นรูปแบบตัวอย่าง เพื่อต่อยอดให้เยาวชนไปแสดงบทบาทในชุมชนของตนเอง แต่ต้องมีผู้ริเริ่มเปิดโอกาส ให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: ด้วยสภาพสังคมปัจจุบัน เด็กและเยาวชนต้องอยู่กับเทคโนโลยีมากขึ้นทั้งขณะที่อยู่ในโรงเรียนและเวลานอกเหนือจากที่โรงเรียน ทั้งความคิดและมุมมองจะไปในทิศทางเดียวกับกลุ่มเพื่อนในสื่อมีเดีย ที่เขาเข้าร่วมอยู่ ผู้ปกครองหรือผู้ใหญ่อาจเข้าถึงความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มเด็กและเยาวชนได้ยาก

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 4, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: ในสภาพสังคมปัจจุบันกลุ่มเด็กและเยาวชน นิยมแสดงออกผ่านทางโซเชียลมีเดีย และต้องแสดงออกเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ไม่เช่นนั้นก็อาจโดนบูลลี่

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 5, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: งานด้านเยาวชนในชุมชน อสม. ไม่ค่อยมีบทบาทมากนัก ส่วนมากเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่างๆ รวมถึง หน่วยงานด้านสาธารณสุข จะเป็นเจ้าภาพจัดให้มีกิจกรรมขึ้น แต่ก็อาจมีเกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย หรือการตรวจสารเสพติด หากจะให้เยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในชุมชน อสม. อาจต้องเริ่มต้นจากการหาความร่วมมือกับผู้นำชุมชน หรือ กศน. หรือ โรงเรียน

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 7, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: หากดูจากชื่อของสมรรถนะด้านนี้จะมีคำสำคัญอยู่ตรงการสร้างโอกาส ให้เด็กและเยาวชน ก็แสดงว่า อยากให้ อสม. เป็นผู้จุดประกายให้ชุมชนเห็นความสำคัญ เปิดโอกาสยอมรับ กลุ่มเด็กและเยาวชน เข้ามามีส่วนในสุขภาพของชุมชน อาจเริ่มต้นจากกลุ่มเด็กที่มีความพร้อม สนใจและมีความสนใจในสุขภาพ ซึ่งอาจมีจำนวนไม่มาก เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมในสุขภาพของกลุ่มนี้ เพราะที่ผ่านมา เด็ก ๆ น่าจะไม่ค่อยได้มีโอกาสมีส่วนร่วมมากนัก

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 11, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

สรุป ผู้เชี่ยวชาญมีมติเห็นด้วยกับสมรรถนะด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยชุมชน ซึ่งในระบบโรงเรียนปัจจุบัน มีรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เรียกว่า ยุว อสม.อีกทั้งได้ให้ข้อสังเกตในการเข้าถึงกลุ่มเด็กและเยาวชนในปัจจุบัน ผู้ใหญ่ที่ต้องเท่าทันเทคโนโลยีการสื่อสารและสถานการณ์ต่าง ๆ ในสื่อโซเชียล และ อสม.ต้องประสานงานร่วมกับผู้นำชุมชนหรือสถานศึกษาเพื่อให้มีกิจกรรมต่าง ๆ

ประเด็นที่ 3 สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพ

ความคิดเห็น: สมรรถนะด้านนี้เป็นงานที่ อสม.ทำมาตั้งแต่ในยุคเริ่มต้น และทำได้ดี โดยใช้ทักษะการสื่อสาร โน้มน้าวชักชวน ปัจจุบันมีเทคโนโลยีการสื่อสารเข้ามาช่วย ทำให้มีความสะดวก รวดเร็วมากขึ้น

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 6, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: งานส่งเสริมสุขภาพ ที่ อสม. ปฏิบัติอยู่ มีครอบคลุมทุกกลุ่มวัย แต่เข้าใจว่าในกรณีนี้จะเลือกกลุ่มวัยที่สำคัญหรือกลุ่มเปราะบางที่ต้องให้การดูแลอย่างทั่วถึง

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: ใน รพ.สต. งานด้านนี้ อสม. เขาเข้ามาช่วยได้เยอะในการติดตาม ให้มาตามนัดหรือหากพบคนที่ย้ายเข้ามาใหม่ก็จะมาแจ้งหรือบอกให้เข้ามาที่ รพ.สต.

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 10, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: งานส่งเสริมสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับแม่และเด็กที่ผ่านมา อสม. มีความเข้าใจและปฏิบัติงานได้อย่างดีโดยเฉพาะ อสม. ที่เป็นเพศหญิงเนื่องจากเป็นเรื่องใกล้ชิดและบางคนก็ผ่านประสบการณ์ตรง ทำให้เข้าใจได้ลึกซึ้ง สมรรถนะด้านนี้จึงยังคงมีความสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 11, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

สรุป ผู้เชี่ยวชาญมีมติเห็นด้วยกับสมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นงานที่ อสม. ทำมาตั้งแต่ในยุคเริ่มต้น โดยใช้ทักษะการสื่อสารเป็นสำคัญ แต่ก็ยังมีการกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพอีกหลายกิจกรรม ที่แทรกอยู่ในทุกกลุ่มวัย ที่ อสม. ได้ปฏิบัติ จึงจำเป็นต้องเลือกกิจกรรมที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง ในการนำมาประเมินสมรรถนะ

ประเด็นที่ 4 สมรรถนะด้านการป้องกันโรค

ความคิดเห็น: การระบาดของโรคในทุกยุคที่ผ่านมา สุดท้ายก็มาลงที่ อสม. ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่อยู่ในชุมชนใกล้ชิดกับชาวบ้านมากที่สุด และแบ่งเขตรับผิดชอบเป็นครัวเรือนที่ไม่มาก ที่สามารถติดตามเฝ้าดูได้ทั่วถึง จึงถือเป็นบทบาทสำคัญของ อสม. ที่ยังจำเป็นต้องมีอยู่ทุกยุคสมัย แม้โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อจะเปลี่ยนแปลงไป

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 9, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: กลุ่มเป้าหมายโรคไม่ติดต่อที่มีจำนวนมาก ในแต่ละพื้นที่ ถ้าพึ่งเจ้าหน้าที่ ไม่สามารถติดตามการนัดเข้ารับบริการ หรือจัดการการคัดกรองได้หมด ซึ่ง อสม. เข้ามาช่วยในส่วนนี้เป็นกำลังเสริมที่สำคัญต่อสุขภาพของชุมชน

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 10, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: การเข้าถึงการควบคุมโรคระบาด ในแต่ละหลังคาเรือน ต้องอาศัย อสม. เข้าไปเคาะประตูก่อนเพราะเขาจะรู้จักคุ้นเคย กันดี ลำพังเจ้าหน้าที่จะดูแลไม่ถึงถึง

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 12, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: อสม. บางคนมีความสามารถสูง เจ้าหน้าที่สามารถมอบหมายให้ อสม. เป็นกำลังหลักในการออกควบคุมโรคโดยการแบ่งเป็นทีม เช่น กรณีการป้องกันโรคไข้เลือดออก หากระบาดในหลายหมู่บ้าน ต้องระดมกำลังคนมาช่วยกันโดยการแบ่งทีมออกควบคุม

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 11, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: ด้านการควบคุมโรคติดต่อ ที่ อสม. ทำได้ดี เช่น การให้ความรู้ แนะนำ แจกสิ่งของอุปกรณ์ คัดกรองเบื้องต้น การแจ้งข่าวสาร การประสานงานกับเพื่อนบ้าน หรือถ้าเป็น อสม. ดีเด่น ก็จะมีการคิดค้นนวัตกรรมในการควบคุมโรคประจำถิ่น ซึ่งก็มีหลายพื้นที่ทำได้ดี

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 5, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: โรคติดต่อระบาดใหม่ ๆ ความรู้ของ อสม. ที่มีตั้งแต่อบรมใหม่ ๆ อาจต้อง update อย่างต่อเนื่อง ต้องเข้าประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่ประจำทุกเดือน หาก อสม. คนใด ที่ห่างหายไป ก็จะตามสถานการณ์ไม่ทัน ซึ่งปัจจุบันก็โชคดีที่มีค่าป่วยการ อสม. จึงต้องเข้ามาประชุมประจำเดือนเพื่อการจัดส่งรายงานสรุปรายงานและติดตามสถานการณ์ต่าง ๆ

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 8, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: เมื่อเกิดการระบาดของโรคในหมู่บ้าน จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินการควบคุมแบบปูพรมทั้งหมู่บ้าน เพื่อหยุดการระบาด ซึ่ง อสม. ทุกคนต้องร่วมดำเนินการอย่างพร้อมเพรียง ดังนั้น อสม. ในหมู่บ้านนั้น ๆ จึงควรมีสมรรถนะที่ไม่แตกต่างกันเพื่อให้การดำเนินการเกิดผลสำเร็จ ถ้าไม่อย่างนั้นจะไม่สามารถหยุดการระบาดของโรคได้ การมีการประเมินสมรรถนะด้านนี้จึงมีความจำเป็น

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

สรุป ผู้เชี่ยวชาญมีมติเห็นด้วยกับสมรรถนะด้านการป้องกันโรค ซึ่งมีความสำคัญต่อการจัดการการระบาดของโรคในชุมชน เนื่องจาก อสม. ดูแลรับผิดชอบครัวเรือนจำนวนไม่มาก ทำให้รู้จักสนิท และเข้าถึงแต่ละครัวเรือนได้ เป็นกำลังสำคัญที่สนับสนุนเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการป้องกันโรค

ประเด็นที่ 5 สมรรถนะด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

ความคิดเห็น: สมรรถนะด้านนี้ในยุคเริ่มแรกของการมี อสม. ต้องอาศัยเวลาการฝึกปฏิบัติมากกว่าในยุคปัจจุบัน ด้วยข้อจำกัดของระดับการศึกษาของ อสม. และแหล่งเรียนรู้ อสม.คนที่ทำสมรรถนะด้านนี้ได้ดีในยุคหนึ่งจะได้รับการยอมรับจากชาวบ้านเป็นอย่างมาก เนื่องจากชาวบ้านเข้าถึงการรักษาพยาบาลเป็นเรื่องที่ยาก สมรรถนะด้านนี้จึงกลายเป็นจุดแข็ง ของ อสม.ในยุคนั้น ตลอดมาจนถึงยุคปัจจุบัน ก็ยังคงมีความสำคัญ และทำให้เกิดความยั่งยืนการทำงานของ อสม. มาจนถึงทุกวันนี้

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 5, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: เมื่อก่อน อสม. จะให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นใน ศสมช. แต่ปัจจุบัน ศสมช. ที่เปิดให้บริการเหลือน้อยมาก ทำให้ อสม. บางส่วนไม่เห็นความสำคัญ เพราะไม่ค่อยได้ใช้ทักษะนี้ให้บริการชาวบ้าน

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 11, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: การปฏิบัติให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นของ อสม. ลดน้อยถอยลงจริง ๆ แต่ อสม.ยังจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะด้านนี้ แต่เปลี่ยนจากการให้บริการมาเป็นให้คำปรึกษา แนะนำในสิ่งที่ถูกต้อง หรือ อสม.ในพื้นที่ห่างไกล หรือชายแดน อาจยังจำเป็นต้องมีทักษะเหล่านี้

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: ความคาดหวังของชาวบ้าน ที่จะได้รับบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น จาก อสม. อาจลดน้อยลง แต่อีกด้านยังคงมีความคาดหวังที่จะได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง เช่น แนะนำให้ไปรับบริการตรงเวลาของคลินิก หรือ ควรต้องเตรียมตัวอย่างไรก่อนไปรับการรักษาที่ตรงกับความเจ็บป่วยของตน เพื่อลดเวลา และรักษาให้หายเร็วที่สุด อสม. จึงต้องมีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ด้านนี้เพียงพอ

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 8, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: การลดน้อยถอยลงของบทบาทการรักษาพยาบาลของ อสม. มีปัจจัยหลายอย่าง ซึ่งในยุคแรก ๆ จะมีกองทุนยา ที่มีวัสดุอุปกรณ์สนับสนุน ต่อมาก็มี ศสมช. ที่มีวัสดุอุปกรณ์ที่สามารถให้บริการได้ ต่อมาการจัดสรรงบประมาณก็ไม่มีในส่วนนี้ ตลอดจนการคมนาคมที่ดีขึ้น ชาวบ้านสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก และค่าใช้จ่ายไม่แพง ปัจจัยหลายอย่างทำให้บทบาทด้านนี้ค่อย ๆ ลดลง

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 10, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

สรุป ผู้เชี่ยวชาญมีมติเห็นด้วยกับสมรรถนะด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ซึ่งเป็นจุดแข็งของ อสม. ในยุคเริ่มต้น แม้ปัจจุบันการบทบาทของ อสม. ในการให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นจะลดน้อยลงเนื่องจากประชาชนเข้าถึงสถานบริการได้อย่างทั่วถึง แต่ยังคงมีความสำคัญในแง่การให้คำแนะนำปรึกษาที่ถูกต้อง และในบางพื้นที่ยังต้องให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น พื้นที่ชนบท หรือชายแดนที่เข้าถึงสถานบริการได้ยาก

ประเด็นที่ 6 สมรรถนะด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

ความคิดเห็น: เกือบทุกนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขคาดหวังให้ไปถึงประชาชน และส่วนมากไม่สามารถดำเนินการโดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเพียงลำพังได้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายส่วน โดยเฉพาะ อสม. ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ฉะนั้น อสม. ต้องมีความสามารถเพียงพอที่จะเข้าใจนโยบายต่าง ๆ ได้ และความสามารถการสื่อสาร การประสานงานคนอื่น ๆ หรือดำเนินการขับเคลื่อนด้วยทีม อสม. กันเอง

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: การสื่อสารนโยบายโดยปกติจะสื่อสารผ่านเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และถ่ายทอดสู่ อสม. เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนนโยบาย โดยมี เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นพี่เลี้ยง

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 8, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: นโยบายที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อสม. จะค่อย ๆ เรียนรู้จากการนำไปปฏิบัติแล้วนำกลับมาพูดคุยกันเองหรือกับ เจ้าหน้าที่ ปรับปรุงวิธีการ หรือแก้ปัญหาร่วมกัน ดังนั้น การชี้แจงนโยบายเพียงครั้งเดียว จะทำให้เข้าใจในแนวทางปฏิบัติโดยละเอียดคงจะทำได้ยาก

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 6, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: นโยบายในแต่ละปีมีจำนวนมาก ที่ลงสู่พื้นที่ ซึ่งต้องค่อย ๆ ชี้แจงทำความเข้าใจ ในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งที่ผ่าน อสม. ก็นำไปปฏิบัติได้สำเร็จไปเกือบทุกนโยบาย

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 12, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

สรุป ผู้เชี่ยวชาญมีมติเห็นด้วยกับสมรรถนะด้านการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งทุกนโยบายคาดหวังให้ถึงประชาชนในพื้นที่ การจะนำนโยบายไปปฏิบัติต้องทำงานร่วมกันเป็นทีมทั้งเจ้าหน้าที่ และกลุ่ม อสม. เพื่อให้เกิดผลสำเร็จ ซึ่งที่ผ่านมามีบรรลุผลการดำเนินงานเป็นที่น่าพอใจ

ประเด็นที่ 7 สมรรถนะด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ

ความคิดเห็น: สมรรถนะด้านนี้ถือว่าไม่ง่ายสำหรับ อสม. ลำพังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีทั้งความรู้และประสบการณ์ก็ยังสร้างจิตสำนึกให้ประชาชนหันมาดูแลสุขภาพได้ยังไม่มาก แต่ อสม. ก็มีจุดแข็งที่เป็นคนในชุมชน เป็นเครือญาติกันการชักชวนทำกิจกรรมก็จะพูดคุยกันได้ง่ายขึ้น

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 6, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: สมรรถนะด้านนี้ยังมีความสำคัญต่อการช่วยให้ประชาชนมีความตระหนัก และปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างจริงจัง ซึ่งจะส่งผลต่อการลดค่าใช้จ่ายของครัวเรือนและของประเทศในการรักษาพยาบาลคิดว่าการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ น่าจะเป็นเป้าหมายสุดท้ายของการดำเนินกิจกรรมสุขภาพทั้งหมด

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: กระทรวงสาธารณสุขพยายามออกแบบวิธีการ เครื่องมือต่าง ๆ มากมายเพื่อส่งเสริมให้ประชาชน สามารถดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งบางครั้งกลุ่มคนที่หันมาสนใจสุขภาพตนเองอาจเกิดจากแรงบันดาลใจจากสิ่งอื่น เช่น ญาติป่วย ตนเองป่วย เพื่อนชักชวน โดนบังคับ ซึ่งมีหลายเหตุผลแต่ก็เป็นกลุ่มคนจำนวนไม่มาก ซึ่งบุคคลใกล้ชิดย่อมมีผลมากที่สุด และ อสม. ก็เป็นอีกช่องทางที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ และใกล้ชิดกับครัวเรือนรับผิชอบ

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 4, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: โดยความคาดหวังในภาพลักษณ์ต่อตัว อสม. ถือเป็น change agent ด้านสุขภาพในหมู่บ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขทำสำเร็จ แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนโดยรวม จำเป็นต้องขยายให้ประชาชนมีจิตสำนึกดูแลสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น อสม. จึงเป็นปากเสียงที่จะบอกกล่าวต่อชาวบ้านได้ดีที่สุด

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 8, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: ความคาดหวังของการมี อสม. คือการเป็นผู้นำชาวบ้านในด้านสุขภาพ และการเป็นแบบอย่างการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามหลักการสร้างสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามในสภาพความเป็นจริง ก็อาจไม่ได้เป็นไปตามที่คาดหวังมากนัก เนื่องจากที่มาเป็น อสม. มีวิธีการได้มาที่แตกต่างกันตามแต่บริบทของพื้นที่นั้น ๆ การมีการประเมินในเรื่องนี้ก็เป็นสิ่งที่ดี เพื่อ อสม. จะได้ตระหนักว่าตนเองมีสถานะในเรื่องนี้เป็นอย่างไร จะได้นำไปสู่การพิจารณาปรับปรุงต่อไป

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 11, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

สรุป ผู้เชี่ยวชาญมีมติเห็นด้วยกับสมรรถนะด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ ซึ่งควรเป็นสมรรถนะหลักของ อสม. ในการเป็นแบบอย่างการดูแลสุขภาพให้แก่เพื่อนบ้าน ตลอดจนการชักชวน ให้คำแนะนำ เพื่อนบ้านให้หันมาดูแลสุขภาพตนเองให้มากยิ่งขึ้น

ประเด็นที่ 8 สมรรถนะด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ

ความคิดเห็น: สมรรถนะด้านนี้มี 2 นัยยะ คือการเฝ้าระวัง และ เตือนภัย ที่ส่งผลต่อสุขภาพ การเฝ้าระวังถ้ายึดตามหลักระบาดวิทยา คือการรายงานการเกิดโรคที่ต้องเฝ้าระวังเพื่อติดตามจำนวนผู้ป่วยโรคนั้น ๆ ในแต่ละช่วงเวลา และสถานที่ที่เกิดโรค หากพบการเกิดโรคจำนวนมากกว่าปกติและเป็นกลุ่มก้อนต้องเร่งสืบสวนหาสาเหตุ ส่วนการเฝ้าระวังกรณีนี้ น่าจะกว้างกว่าการเฝ้าระวังแคโรค อาจเป็นการเกาะติดสถานการณ์ข่าวสาร ที่คาดว่าจะเป็นภัยต่อสุขภาพ ฉะนั้นข่าวสารนั้น ๆ ก็ต้องผ่านการตรวจสอบเบื้องต้นก่อนว่าจริงหรือไม่ก่อนนำไปแจ้งเตือนเพื่อนบ้าน คล้ายเป็นการวินิจฉัยโรคก่อนการรายงานโรคและให้การรักษา

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 6, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: สมรรถนะด้านนี้ อสม. อาจต้องทำงานในลักษณะเป็นทีม ปรีกษาหารือร่วมกัน หรือปรึกษากับเจ้าหน้าที่ หากยังคิดว่าไม่มั่นใจพอในการพิสูจน์ว่าข่าวสารนั้น จะส่งผลต่อสุขภาพหรือไม่ ก่อนการแจ้งเตือนไปยังเพื่อนบ้าน แต่ที่สำคัญคือต้องเป็นคนหูตาไว กว้างขวางสามารถรับข่าวสารได้จากหลายช่องทาง และคาดเดาเหตุการณ์ได้ว่าจะส่งผลต่อสุขภาพเพื่อนบ้านอย่างไรบ้าง

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 7, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: ทักษะพื้นฐานของสมรรถนะด้านนี้ คือการสื่อสาร การใช้เทคโนโลยี และ ความมีสติรอบคอบ ซึ่ง อสม. เองต้องไม่เป็นผู้สร้างความสับสนในข่าวสารในชุมชน

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 10, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

ความคิดเห็น: นอกจากทักษะที่มีผู้กล่าวไปข้างต้น หาก อสม. มีทักษะความรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐาน เมื่อรับข่าวสารมาก็สามารถพิจารณาตัดสินใจได้เลย ว่าควรหยุดข่าวสารนั้น หรือควรหาแหล่งพิสูจน์จากที่ใด หรือตัดสินใจแจ้งข่าวเพื่อนบ้านได้เลย เพื่อความรวดเร็วทันทั่วทั้ง

(ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1, วันที่ 20 สิงหาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

สรุป ผู้เชี่ยวชาญมีมติเห็นด้วยกับสมรรถนะด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ ซึ่งมุ่งเน้นการเกาะติดสถานการณ์ข่าวสารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และต้องตรวจสอบความถูกต้อง ความเป็นจริงของข่าวสารนั้น ๆ ก่อนที่จะสื่อสารกับเพื่อนบ้าน ซึ่งต้องมีทักษะทางด้านเทคโนโลยีและทักษะการสื่อสารกับประชาชน

ขั้นตอนที่ 8 นำไปใช้จริงในพื้นที่และวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาการใช้จริงของเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย ในกลุ่มตัวอย่าง อสม. ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 104 คน

พบว่า บริบทของตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง มีสภาพภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่มอยู่ในเขตชลประทาน แบ่งการปกครองเป็น 15 หมู่บ้าน พื้นที่ส่วนใหญ่ขึ้นกับเทศบาลเมืองบางรักพัฒนา (หมู่ที่ 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 และบางส่วนของหมู่ที่ 3, 5, 6) ซึ่งได้รับการยกระดับจากองค์การบริหารส่วนตำบล ให้เป็นเทศบาลเมืองบางรักพัฒนา เมื่อ พ.ศ. 2562 แต่มีพื้นที่บางส่วน ขึ้นกับเทศบาลเมืองบางบัวทอง (หมู่ที่ 1 และพื้นที่บางส่วนของหมู่ที่ 3,5,6) ทั้งตำบลมีประชากรทั้งหมด 45,992 คน 21,318 หลังคาเรือน ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น ปลูกข้าว มะม่วง ขนุน มะพร้าว กล้าย รองลงมาค้าขายและรับจ้าง มีโรงงานประเภท 3 จำนวน 62 แห่ง โรงเรียนรัฐบาล จำนวน 2 แห่ง โรงเรียนเอกชน จำนวน 2 แห่ง วัด 2 แห่ง รพ.สต 3 แห่ง คือ รพ.สต. วัดบางไผ่, รพ.สต. บ้านบางแพรก และ รพ.สต. วัดลาดปลาตก จำนวน อสม.ตำบลบางรักพัฒนา ทั้งหมด 260 คน ซึ่งเป็นตำบลที่มีจำนวน อสม. มากที่สุดในอำเภอบางบัวทอง

จากบริบทดังกล่าวจะเห็นว่าตำบลบางรักพัฒนามีลักษณะภูมิประเทศเหมาะสมต่อการทำเกษตรกรรม ซึ่งเดิมยังไม่มีความเป็นชุมชนเมืองเหมือนเช่นปัจจุบัน แต่ได้รับอิทธิพลของการขยายตัวทางเศรษฐกิจของอำเภอนนทบุรี ทำให้มีลักษณะเป็นชุมชนเมืองในบางส่วน แต่ในบางส่วนก็ยังคงมีความเป็นชนบท มีการประกอบอาชีพเกษตรกรรมอยู่จำนวนมาก ตำบลบางรักพัฒนาจึงมีลักษณะผสมผสานทั้งความเป็นชุมชนเมือง ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และความเป็นชนบท จึงมีความเป็นตัวแทนของกลุ่ม อสม. ได้ในหลายบริบท และมีความเหมาะสมเพื่อการทดลองใช้เครื่องมือฯ

จากการวิเคราะห์ผลการใช้จริงของเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยการใช้เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ฉบับสมบูรณ์ พบว่า

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 84 คน (ร้อยละ 80.80) มีอายุระหว่าง 55 – 64 ปี จำนวน 56 คน (ร้อยละ 53.80) มีอายุเฉลี่ย 58.39 ปี (S.D.=9.32) อายุมากที่สุด 84 ปีอายุน้อยที่สุด 34 ปี มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 34 คน (ร้อยละ 32.70) ระยะเวลาการเป็น อสม.ระหว่าง 1 – 8 ปี จำนวน 58 คน (ร้อยละ 55.80) ระยะเวลาเฉลี่ย 9.42 ปี (S.D.=7.62) ระยะเวลาสั้นที่สุด 1 ปี มากที่สุด 40 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน จำนวน 66 คน (ร้อยละ 63.50) และได้รับการฝึกอบรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 98 คน (ร้อยละ 94.20) รายละเอียดดังตารางที่ 55

ตารางที่ 55 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=104)

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	20	19.20
หญิง	84	80.80
2. อายุ		
34 – 44 ปี	4	3.80
45 – 54 ปี	23	22.10
55 – 64 ปี	56	53.80
65 – 74 ปี	16	15.40
75 – 84 ปี	5	4.80
(Mean=58.39 ปี, S.D.=9.32 ปี, Min=34 ปี, Max=84 ปี)		
3. การศึกษา		
ประถมศึกษา	16	15.40
มัธยมศึกษาตอนต้น	29	27.90
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	34	32.70
อนุปริญญา/ปวส.	7	6.70
ปริญญาตรี	18	17.30

ตารางที่ 55 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามลักษณะทางประชากรของ
กลุ่มตัวอย่าง (n=104) (ต่อ)

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
4. ระยะเวลาการเป็น อสม.			
1 - 8 ปี	58	55.80	
9 - 16 ปี	29	27.90	
17 - 24 ปี	13	12.50	
25 – 32 ปี	2	1.90	
33 – 40 ปี	2	1.90	
(Mean=9.42 ปี, S.D.=7.62 ปี, Min=1 ปี, Max=40 ปี)			
5. ตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
ไม่มีตำแหน่งอื่นใด	ตอบ	66	63.50
	ไม่ตอบ	38	36.50
ผู้นำชุมชน	ตอบ	12	11.50
	ไม่ตอบ	92	88.50
กรรมการหมู่บ้าน	ตอบ	20	19.20
	ไม่ตอบ	84	80.80
นายกฯ/รองนายกองค์การบริหารส่วน	ตอบ	0	0.00
ท้องถิ่น (อบจ./เทศบาล/อบต.)	ไม่ตอบ	104	100.00
สมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น	ตอบ	0	0.00
(อบจ./เทศบาล/อบต.)	ไม่ตอบ	104	100.00
สมาชิกกลุ่มอื่นๆ หรืออาสาสมัครอื่นๆ	ตอบ	22	21.20
	ไม่ตอบ	82	78.80
6. การฝึกอบรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา			
ได้รับ	98	94.20	
ไม่ได้รับ	6	5.80	

2. ระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D.=0.62) เมื่อแยกวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านที่มีระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.49 (S.D.=0.72), ด้านการป้องกันโรค ค่าเฉลี่ย 3.82 (S.D.=0.75), ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ค่าเฉลี่ย 3.96 (S.D.=0.74), ด้านการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ค่าเฉลี่ย 3.85 (S.D.=0.77), ด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.96 (S.D.=0.73), และด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D.=0.76) ตามลำดับ ส่วนด้านที่ระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของชุมชน ค่าเฉลี่ย 3.08 (S.D.=0.76) ดังตารางที่ 56 และรายละเอียดระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานแต่ละด้านตามภาคผนวก ข.

ตารางที่ 56 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (n = 104)

สมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.	Mean	S.D.	ระดับสมรรถนะ
1. ด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยชุมชน	3.08	0.76	ปานกลาง
2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	3.49	0.72	มาก
3. ด้านการป้องกันโรค	3.82	0.75	มาก
4. ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น	3.96	0.74	มาก
5. ด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ	3.85	0.77	มาก
6. ด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ	3.96	0.73	มาก
7. ด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	3.71	0.76	มาก
ภาพรวม	3.70	0.62	มาก

3. ค่าความเชื่อมั่นและความสอดคล้องภายในของเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย

ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. จำนวน 7 ด้าน รวม 48 ข้อ ในภาพรวมมีค่าความเชื่อมั่น 0.97 เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าด้านที่มี

ความเชื่อมั่นสูงสุดคือ ด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ (0.96) รองลงมาคือด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยชุมชน (0.95) ด้านการป้องกันโรค (0.95) ด้านการน่านโยบายสู่การปฏิบัติ (0.95) ด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ (0.95) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (0.93) ตามลำดับ และด้านที่มีความเชื่อมั่นต่ำที่สุดคือด้านรักษาพยาบาลเบื้องต้น (0.90) ส่วนค่าความสอดคล้องภายในภาพรวมมีค่าระหว่าง 0.48-0.83 รายละเอียดดังตารางที่ 57

ตารางที่ 57 ค่าความเชื่อมั่นและความสอดคล้องภายในของเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (n = 104)

สมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.	จำนวน ข้อคำถาม	ค่าความ เชื่อมั่น	ช่วงของค่า Item- total correlation
1. ด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยชุมชน	10	0.95	0.70-0.83
2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	9	0.93	0.61-0.83
3. ด้านการป้องกันโรค	8	0.95	0.82-0.90
4. ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น	5	0.90	0.79-0.96
5. ด้านการน่านโยบายสู่การปฏิบัติ	5	0.95	0.77-0.92
6. ด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ	6	0.96	0.75-0.83
7. ด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ	5	0.95	0.78-0.87
รวม	48	0.97	0.48-0.83

ขั้นตอนที่ 9 ผลการถอดบทเรียนปัจจัยความสำเร็จ การใช้เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.

9.1 สภาพการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในกระบวนการขั้นตอนการใช้เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่า

1) สถานที่ ควรเป็นสถานที่ ที่ อสม. สามารถนั่งประชุมรวมกลุ่มกันได้ มีสิ่งรบกวนหรือสิ่งรบกวนน้อย เพื่อสมาธิการตอบ และไม่ควรรนำแบบประเมินกลับไปทำที่บ้าน

2) อุปกรณ์ ควรให้มีโต๊ะ เก้าอี้ เพื่อเขียนตอบได้สะดวก มีปากกาหรือดินสอเป็นอุปกรณ์ในการเขียน พร้อมทั้งแว่นสายตากรณีผู้ที่ต้องใช้ในการอ่านหนังสือ

3) กระบวนการ ควรชี้แจงทำความเข้าใจวัตถุประสงค์การตอบแบบประเมิน เพื่อให้ทราบระดับสมรรถนะของแต่ละคน และจะนำไปพัฒนาศักยภาพของ อสม. ต่อไป ซึ่งไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิประโยชน์ของ อสม. และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้ทุกคนเข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน และได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด ต่อจากนั้นจึงแจกแบบเครื่องมือประเมิน พบว่า อสม. ส่วนมากไม่ค่อยมั่นใจในการคำนวณ อาจต้องมีเครื่องคิดเลข หรือโทรศัพท์ช่วยในการคำนวณ ซึ่งต้องให้เจ้าหน้าที่ตรวจทานอีกครั้ง เวลาในการตอบแบบสอบถามโดยรวมใช้เวลาประมาณ 1.00-1.30 ชั่วโมง

4) ความคิดเห็นของ อสม. ส่วนมากมีความเห็นว่า การประเมินสมรรถนะตนเอง เป็นสิ่งที่ดีเพื่อจะได้รู้ว่าตนเองขาดเรื่องอะไรที่จำเป็นและสำคัญ และควรต้องพัฒนาอย่างไรต่อไป เพราะตนเองเข้ามาเป็น อสม. ก็อยากจะพัฒนาตนเอง เพื่อจะได้ช่วยงานเจ้าหน้าที่และดูแลสุขภาพชาวบ้าน ซึ่งแบบประเมินก็มีจำนวนข้อคำถามไม่มากจนทำให้เกิดความเบื่อหน่าย และไม่ยากจนเกินไป ส่วนการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยกับเนื้อหาข้อคำถามที่ผ่านการศึกษากจากหลายพื้นที่ ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ การประสานงานเพื่อให้มีกิจกรรมในวันนี้ อสม. ทุกคนก็พร้อมเนื่องจากเป็นวันนัดหมายประจำเดือนอยู่แล้ว

9.2 ผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การนำเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ไปใช้ในการวางแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. ในแต่ละพื้นที่

พบว่า อสม. มีการใช้งาน application “สมาร์ท อสม.” ในการรายงานผลการทำงานประจำเดือนที่ดำเนินการเป็นประจำ และได้นำมาพูดคุยปรึกษาการใช้งานบางเมนูในวันที่มีการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยจึงถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้งานเทคโนโลยี ได้คำตอบว่า ก็มี อสม. บางท่านที่ไม่ชำนาญในการใช้งานสมาร์ทโฟน ก็อาศัยการจับคู่กันใช้งาน หรือนำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนการใช้งานกัน ผู้วิจัยจึงเห็นว่า อสม. มีการใช้งาน application อย่างกว้างขวางและช่วยกันแก้ปัญหาภายในกลุ่ม จึงเป็นโอกาสพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ให้อยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ในโอกาสต่อไป

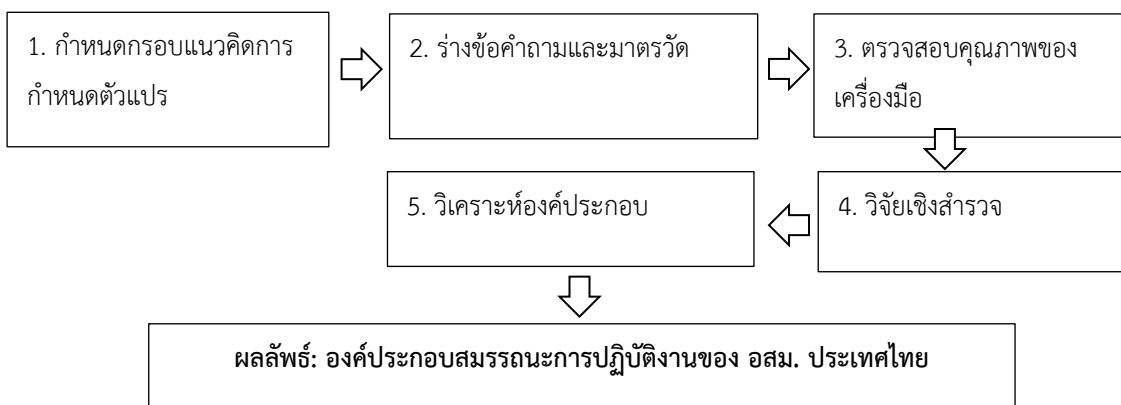
9.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย

การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. โดยการใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ รวมทั้งหมด 9 ขั้นตอน คือ ระยะที่ 1 ศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย มี 5 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดกรอบแนวคิดของตัวแปร 2) ร่างข้อคำถามและมาตรวัด 3) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 4) วิจัยเชิง

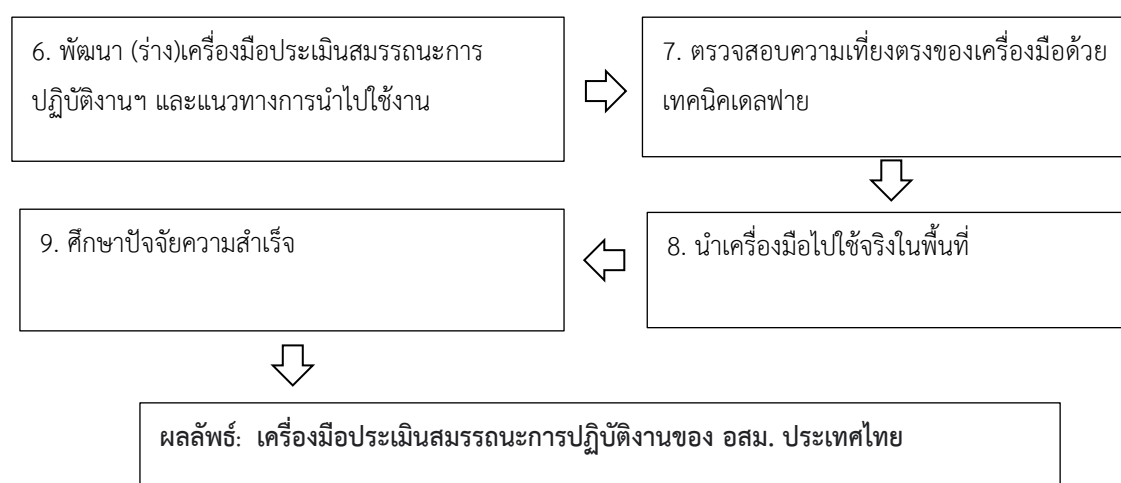
สำรวจ 5) วิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ระยะที่ 2 การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. มี 4 ขั้นตอน คือ 6) พัฒนา (ร่าง) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานฯ และคู่มือแนวทางการนำไปใช้งาน 7) ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือด้วยเทคนิคเดลฟาย 8) นำเครื่องมือไปใช้จริงในพื้นที่ 9) ศึกษาปัจจัยความสำเร็จ ซึ่งกระบวนการที่กล่าวมาเป็นไปตามระเบียบวิธีวิจัย ส่งผลให้เครื่องมือมีความเที่ยงตรงน่าเชื่อถือ ดังภาพที่ 5



ระยะที่ 1 ศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย (5 ขั้นตอน)



ระยะที่ 2 พัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย (4 ขั้นตอน)



ภาพที่ 5 ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย

ปัจจัยความสำเร็จ จากการสังเคราะห์ ร่วมกับถอดบทเรียนจากการสนทนากลุ่มในกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการใช้จริงเครื่องมือประเมินสมรรถนะและพบว่าปัจจัยความสำเร็จ คือ

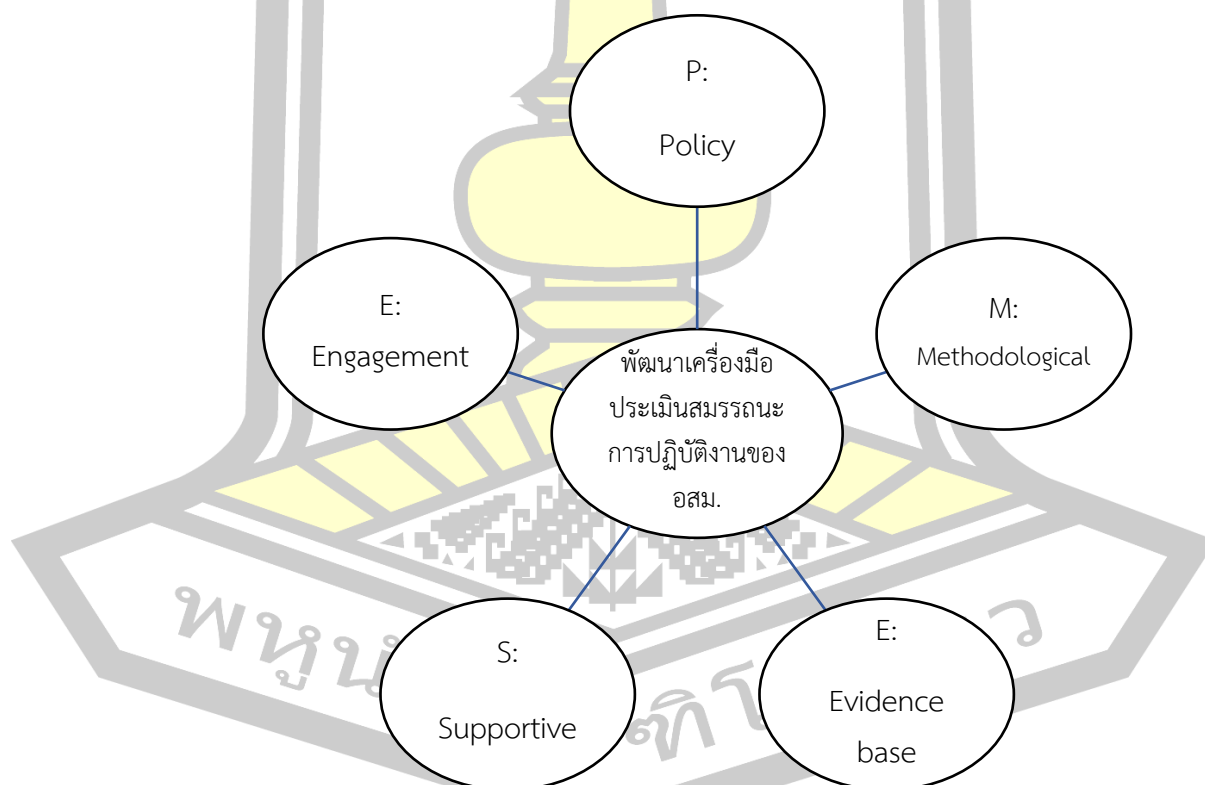
1) การมีนโยบาย (P: Policy) ส่งเสริมให้ อสม. พัฒนาสมรรถนะของตนเอง เพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการดูแลสุขภาพประชาชน ทำให้ อสม. มีความตระหนัก สนใจ เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. เพื่อให้เครื่องมือนี้เป็นที่ยอมรับ และ อสม. ทุกคนจะได้นำไปประเมินตนเอง และพัฒนาศักยภาพไปพร้อม ๆ กัน

2) การมีระเบียบวิธีวิจัยที่เข้มแข็ง (M: Methodological) การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ยึดตามขั้นตอนกระบวนการวิจัย มีการทดสอบสมมติฐานของสถิติ (Assumption) มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากผู้เชี่ยวชาญ เนื้อหาไม่มีความกระชับ และมีจำนวนข้อไม่มากเกินไปจนสร้างความเบื่อหน่าย

3) การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (E: Evidence base) โดยใช้ข้อมูลจาก 4 ภูมิภาคของประเทศไทย มีทั้งพื้นที่เขตชนบท พื้นที่กึ่งเมือง และพื้นที่เขตเมือง และได้นำเครื่องมือไปใช้จริงกับกลุ่ม อสม. ในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ที่สามารถเป็นตัวแทนของบริบทพื้นที่ต่าง ๆ ได้

4) การได้รับการสนับสนุน (S: Supportive) จากผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง ให้ข้อคิดเห็นและข้อชี้แนะ เพื่อการพัฒนาเครื่องมือให้มีความตรงมากยิ่งขึ้น

5) การให้ความร่วมมือ (E: Engagement) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาให้ความสนใจเข้าร่วม อย่างสมัครใจ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยากพัฒนาตนเองเพื่อดูแลเพื่อนบ้าน จึงต้องการทราบว่าตนเองมีความสามารถเป็นอย่างไร เพื่อนำไปปรับปรุง พัฒนาต่อไป



ภาพที่ 6 ปัจจัยความสำเร็จ

สรุปคุณลักษณะของเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย

1. คุณลักษณะของเครื่องมือ: ข้อคำถามเน้นสอบถามทักษะและพฤติกรรมกรปฏิบัติงานของ อสม. คำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (Likert scale) และเป็นการประเมินตนเอง (Self-assessment) ซึ่งจะช่วยให้ อสม. สร้างภาพจำสมรรถนะของตน สร้างความกระตือรือร้นพัฒนา ทำให้ทราบจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเองและเป็นฐานคิดในการพัฒนาตนเองต่อไปในอนาคต ซึ่ง อสม. ส่วนใหญ่เข้ามาเพราะต้องการพัฒนาตนเองให้สามารถดูแลสุขภาพที่บ้าน อีกทั้งยังประหยัดงบประมาณและลดขั้นตอนการประเมิน เนื่องจาก อสม. มีจำนวนมาก กระจายในหลายพื้นที่และหน่วยงาน การประเมินจะทำให้ทำได้สะดวกและง่าย วิธีนี้จึงเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับ กลุ่ม อสม. เนื้อหาประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1.1 ส่วนที่ 1 คำถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ

1.2 ส่วนที่ 2 คำถามความสามารถในการปฏิบัติตามสมรรถนะการปฏิบัติงาน จำนวน 7 ด้าน 48 ข้อ ประกอบด้วย

1) ด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน	จำนวน 10 ข้อ
2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน 9 ข้อ
3) ด้านการป้องกันโรค	จำนวน 8 ข้อ
4) ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น	จำนวน 5 ข้อ
5) ด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ	จำนวน 5 ข้อ
6) ด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ	จำนวน 6 ข้อ
7) ด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ	จำนวน 5 ข้อ

1.3 การให้คะแนนรายข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติได้น้อยที่สุด 1 คะแนน, ปฏิบัติได้น้อย 2 คะแนน, ปฏิบัติได้ปานกลาง 3 คะแนน, ปฏิบัติได้มาก 4 คะแนน, และปฏิบัติมากที่สุด 5 คะแนน การแปลผลคะแนนรายด้านและภาพรวม ด้วยค่าเฉลี่ย โดยนำคะแนนแต่ละข้อในด้านนั้น ๆ มารวมกัน แล้วนำจำนวนข้อในด้านนั้น ๆ มาหารคะแนนรวม จะได้ผลลัพธ์คือ ค่าเฉลี่ยรายด้าน และนำค่าเฉลี่ยด้านนั้น มาเทียบแปลความหมาย แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับต่ำ (1.00-1.80), ระดับพอใช้ (1.81-2.60), ระดับปานกลาง (2.61-3.40), ระดับดี (3.41-4.20), ระดับดีมาก (4.21-5.00) การนำคะแนนมาแปลผลจัดระดับสมรรถนะ (cut point) จะช่วยให้การสื่อสารผลการประเมินให้ อสม. เข้าใจได้ง่ายขึ้น และสามารถนำผลการจัดระดับสมรรถนะจัดกลุ่ม อสม. พัฒนาศักยภาพรายกลุ่มหรือรายบุคคลได้สะดวกยิ่งขึ้น ซึ่งผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าจะเป็นประโยชน์มากกว่าการไม่จัดระดับสมรรถนะ

2. คุณภาพของเครื่องมือ มีความเชื่อมั่นระดับสูง (Cronbach alpha = 0.97) มีค่าความตรงตามเนื้อหาาระดับสูง (CVI=0.98) มีความตรงตามโครงสร้างด้วยเทคนิคเดลฟาย (Mdn. > 4, IQR < 1.5) มีค่าความสอดคล้องภายในผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (Iten correlation = 0.48-0.83)

3. การใช้งานเครื่องมือ: เครื่องมือนี้สำหรับ อสม. ตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาตอบคำถามประมาณ 1 ชั่วโมง โดยการอธิบายการใช้งานเบื้องต้นจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ควรประเมิน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อการวางแผนพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นในแต่ละปี โดยมีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย

แบบสอบถามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. และเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย” ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง [] หรือเติมคำลงในช่องว่าง

1. เพศ ☐ 1.เพศชาย ☐ 2. เพศหญิง
2. อายุ (อายุเต็ม)ปี
3. การศึกษาสูงสุด ☐ 1. ประถมศึกษา ☐ 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ☐ 4. อนุปริญญา/ปวส.
☐ 5. ปริญญาตรี ☐ 6. ปริญญาโท
☐ 7. ปริญญาเอก
4. ระยะเวลาการเป็น อสม.(เต็มปี) จำนวน.....ปี
5. นอกจาก อสม. แล้ว ท่านยังดำรงตำแหน่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ 1. ไม่มี (ข้ามไปตอบ ข้อ 6.)
☐ 2. ผู้นำชุมชน (กำนัน/สารวัตรกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/แพทย์ประจำตำบล)
☐ 3. กรรมการหมู่บ้าน
☐ 4. นายกฯ/รองนายกฯ/เลขานายกฯ อบจ. หรือ เทศบาล หรือ อบต.
☐ 5. สมาชิก อบจ. หรือ เทศบาล หรือ อบต.)
☐ 6. สมาชิกกลุ่มอื่นๆ หรืออาสาสมัครอื่นๆ ระบุ.....
6. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยการประชุมหรืออบรมความรู้ด้านสุขภาพหรือไม่ (ยกเว้นการประชุมประจำเดือน)
☐ 1.ได้รับ ☐ 2. ไม่ได้รับ

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติงานตามสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.

คำชี้แจง โปรดเลือกวงกลมตัวเลขที่ตรงกับความสามารถปฏิบัติของท่าน และนำตัวเลขกรอกในช่องคะแนนแต่ละข้อ แล้วรวมคะแนนในแต่ละองค์ประกอบนำมาคิดเป็นร้อยละ โดยกำหนดความหมายของคะแนน ดังต่อไปนี้

น้อยที่สุด	หมายถึง	ให้คะแนน = 1
น้อย	หมายถึง	ให้คะแนน = 2
ปานกลาง	หมายถึง	ให้คะแนน = 3
มาก	หมายถึง	ให้คะแนน = 4
มากที่สุด	หมายถึง	ให้คะแนน = 5

1. สมรรถนะด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน

ข้อ	สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					คะแนน
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1.	สามารถจัดทำข้อมูลจำนวนเด็กและเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนในเขตรับผิดชอบได้	1	2	3	4	5	
2.	สามารถให้ข้อมูลจำนวนเด็กและเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนในเขตรับผิดชอบได้	1	2	3	4	5	
3.	สามารถปฏิบัติงานร่วมกับสถานศึกษาจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่นักเรียนได้	1	2	3	4	5	
4.	สามารถปฏิบัติงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชนได้	1	2	3	4	5	
5.	สามารถส่งเสริมการรวมกลุ่มของเด็กและเยาวชนเพื่อกิจกรรมพัฒนาสุขภาพได้	1	2	3	4	5	
6.	สามารถประสานงานหรือสนับสนุนหรือจัดหาอุปกรณ์เพื่อกิจกรรมสุขภาพของเด็กและเยาวชนได้	1	2	3	4	5	
7.	สามารถปฏิบัติงานร่วมกับชุมชนจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในเด็กและเยาวชนได้	1	2	3	4	5	
8.	สามารถชักชวนเด็กและเยาวชน เข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันยาเสพติดได้	1	2	3	4	5	
9.	สามารถชักชวน รมรณรงค์ ให้ความรู้แก่เด็กและเยาวชนถึงมาตรการขับขี่ยานยนต์เพื่อลดอุบัติเหตุบนท้องถนนได้	1	2	3	4	5	

ข้อ	สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					คะแนน
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
10.	สามารถเปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชน เสนอความคิดเห็นในการพัฒนาสุขภาพของชุมชนได้	1	2	3	4	5	
	รวมคะแนน						.....
	คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย (..... / 10) =						.....

2. สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพ

ข้อ	สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					คะแนน
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถติดตามให้คำแนะนำให้ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ได้	1	2	3	4	5	
2	สามารถให้คำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่แรกเกิด-6 เดือน แก่หญิงหลังคลอดได้	1	2	3	4	5	
3	สามารถให้คำแนะนำถึงความสำคัญของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค(รับวัคซีน) ในเด็ก 0 – 5 ปีได้	1	2	3	4	5	
4	สามารถให้คำแนะนำอาการสำคัญของโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีนได้	1	2	3	4	5	
5	สามารถติดตามเด็ก 0-5 ปี ให้มารับวัคซีนตามกำหนดนัดหมายได้	1	2	3	4	5	
6	สามารถให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังการรับวัคซีน และอาการข้างเคียงของการรับวัคซีนได้	1	2	3	4	5	
7	สามารถเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็ก 0-5 ปีได้ถูกต้อง เช่น เทียบเกณฑ์น้ำหนักและส่วนสูงกับอายุ	1	2	3	4	5	
8	สามารถให้คำแนะนำและประเมินพัฒนาการเด็ก 0 – 5 ปีได้	1	2	3	4	5	
9	สามารถใช้แบบฟอร์มหรือแอปพลิเคชันสำหรับประเมินคัดกรองสุขภาพได้ เช่น ประเมินคัดกรองสุขภาพจิต หรือการคัดกรองผู้สูงอายุ ได้	1	2	3	4	5	
	รวมคะแนน						.....
	คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย (..... / 9) =						.....

3. สมรรถนะด้านการป้องกันโรค

ลำดับ	สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					คะแนน
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถระบุสาเหตุของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้ เช่น โรคไข้เลือดออก หรือโรคอุจจาระร่วง	1	2	3	4	5	
2	สามารถระบุอาการเริ่มต้นที่สำคัญของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้ เช่น โรคไข้เลือดออก หรือ โรคอุจจาระร่วง	1	2	3	4	5	
3	สามารถอธิบายฤดูกาลระบาดของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้ เช่น โรคไข้เลือดออก หรือโรคอุจจาระร่วง	1	2	3	4	5	
4	สามารถให้คำแนะนำการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้	1	2	3	4	5	
5	สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง	1	2	3	4	5	
6	สามารถระบุพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง	1	2	3	4	5	
7	สามารถใช้แบบคัดกรองโรคไม่ติดต่อได้ เช่น แบบคัดกรองโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง	1	2	3	4	5	
8	สามารถใช้อุปกรณ์การแพทย์คัดกรองโรคไม่ติดต่อได้ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	1	2	3	4	5	
		รวมคะแนน					.....
		คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย (..... / 8) =					.....

พูน ปณ จิต ชีเว

6. สมรรถนะด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ

ลำดับ	สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					คะแนน
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถให้คำแนะนำเพื่อนบ้านที่ดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม ให้ปฏิบัติตนและดูแลสุขภาพที่ถูกต้องได้	1	2	3	4	5	
2	สามารถชักชวนโน้มน้าวเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพได้	1	2	3	4	5	
3	สามารถให้กำลังใจ สนับสนุน เพื่อนบ้านที่มีความตั้งใจ จะดูแลสุขภาพตนเองได้	1	2	3	4	5	
4	สามารถประสานงานเพื่อให้มีกิจกรรมสร้างจิตสำนึกการดูแลสุขภาพในชุมชนได้	1	2	3	4	5	
5	สามารถให้คำแนะนำถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพแก่เพื่อนบ้านได้	1	2	3	4	5	
6	สามารถเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้	1	2	3	4	5	
		รวมคะแนน					.....
		คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย (..... / 6) =					.....

พูน ปณ จิต ชีเว

7. สมรรถนะด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ

ลำดับ	สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					คะแนน
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถติดตามสถานการณ์ ข่าวสารตามสื่อต่าง ๆ หรือทางโซเชียลมีเดีย ที่ส่งผลต่อสุขภาพของเพื่อนบ้านได้	1	2	3	4	5	
2	สามารถตั้งข้อสังเกตข่าวสารทางสุขภาพที่อาจเป็นเท็จได้	1	2	3	4	5	
3	สามารถตรวจสอบข้อเท็จจริง ข่าวสารทางสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่ถูกต้องได้	1	2	3	4	5	
4	สามารถแจ้งข่าวเตือนภัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของเพื่อนบ้านและชุมชนได้	1	2	3	4	5	
5	สามารถประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการป้องกันภัยที่ส่งผลต่อสุขภาพในชุมชนได้	1	2	3	4	5	
		รวมคะแนน					.....
		คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย (..... / 5) =					.....

ส่วนที่ 3 สรุปผลการประเมินโดยเทียบคะแนนเฉลี่ยดังนี้

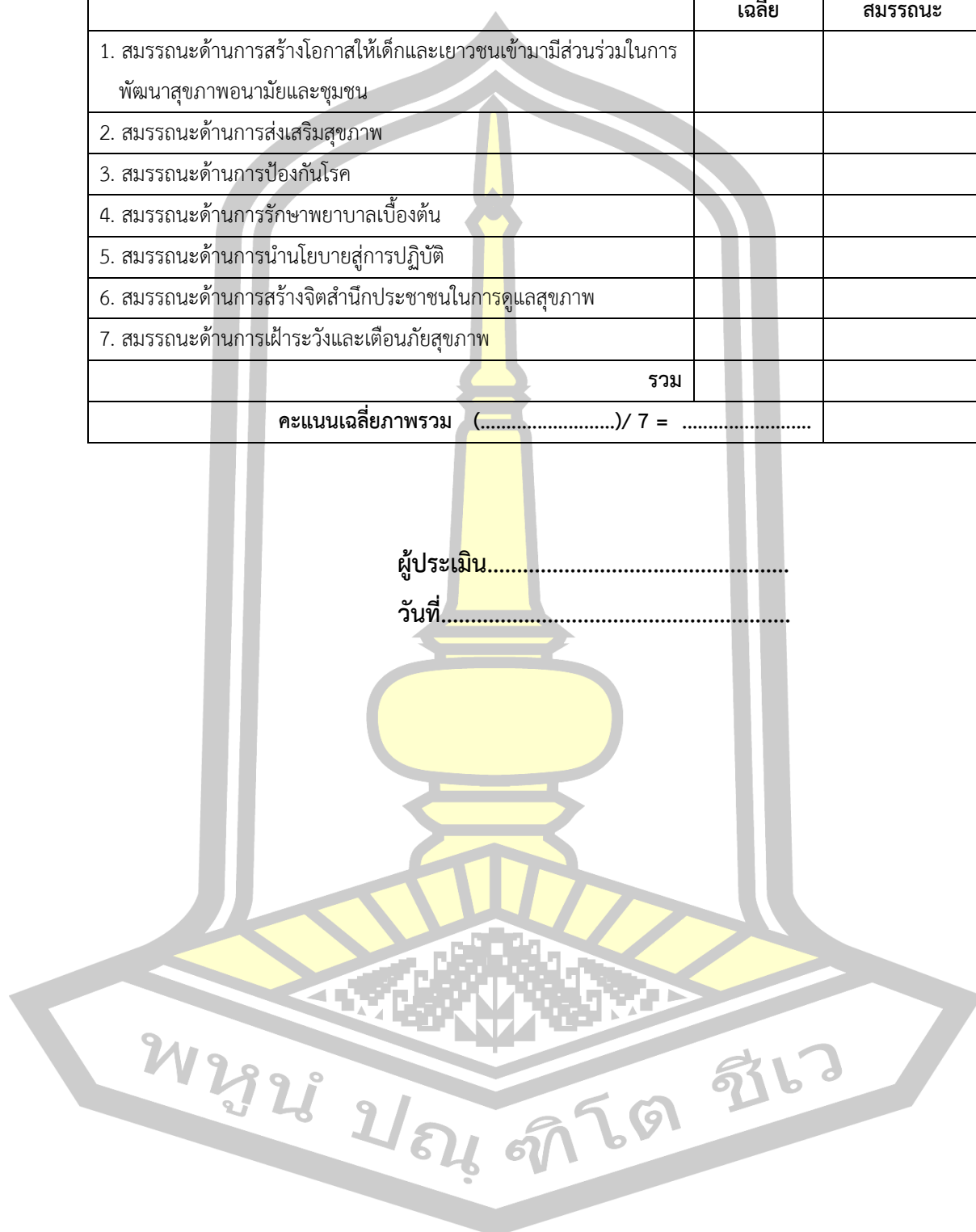
ระดับสมรรถนะการปฏิบัติงาน	คะแนนเฉลี่ย
ดีมาก	4.21 – 5.00
ดี	3.41 – 4.20
ปานกลาง	2.61 – 3.40
พอใช้	1.81 – 2.60
ต่ำ	1.00 – 1.80

พูน ปณ จิต ชีเว

สมรรถนะการปฏิบัติงาน	คะแนนเฉลี่ย	ระดับสมรรถนะ
1. สมรรถนะด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน		
2. สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพ		
3. สมรรถนะด้านการป้องกันโรค		
4. สมรรถนะด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น		
5. สมรรถนะด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ		
6. สมรรถนะด้านการสร้างจิตสำนึกประชาชนในการดูแลสุขภาพ		
7. สมรรถนะด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ		
รวม		
คะแนนเฉลี่ยภาพรวม (.....)/ 7 =		

ผู้ประเมิน.....

วันที่.....



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย ครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ และระยะที่ 2 การวิจัยแบบผสมผสานด้วยระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย และสรุปผลการวิจัยดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.2 การอภิปรายผลการศึกษาวิจัย

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการศึกษาวิจัยได้ดังต่อไปนี้

5.1.1 สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาสมรรถนะของ อสม. พบว่ามีระเบียบกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะ ซึ่งอยู่ในหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พ.ศ. 2550 และกำหนดความคาดหวังเมื่อผ่านการอบรม อสม. ทุกคนควรมีสมรรถนะตามมาตรฐานสมรรถนะ 7 ด้าน ซึ่งพบว่าหลักสูตรดังกล่าวกำหนดไว้เพียงชื่อสมรรถนะในแต่ละด้าน ยังไม่มีนิยามหรือรายละเอียดเชิงพฤติกรรมเพื่อนำสู่การปฏิบัติได้ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรม บทบาทหน้าที่ อสม. พบว่า อสม. ถูกกำหนดให้มีบทบาทหน้าที่จำนวนมาก ซึ่งสามารถแยกได้เป็นบทบาทหน้าที่พื้นฐานต้องปฏิบัติประจำ และบทบาทหน้าที่เพิ่มเติมครั้งคราว ผู้วิจัยจึงนำบทบาทหน้าที่พื้นฐานร่วมกับหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน ปี 2550 และมาตรฐานสมรรถนะ มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดโครงสร้างของตัวแปร กำหนดนิยาม และคำถามเชิงพฤติกรรม รวม 7 ด้าน จำนวน 88 ข้อคำถาม ได้แก่ 1) การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่ คำถาม 12 ข้อ 2) การเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และการเฝ้าระวังสุขภาพ คำถาม 35 ข้อ 3) การสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน คำถาม 10 ข้อ 4) การรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อม คำถาม 8 ข้อ 5) การเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมีผลต่อการขจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ คำถาม 7 ข้อ 6) การสร้าง

จิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ คำถาม 6 ข้อ 7) การสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน คำถาม 10 ข้อ แล้วนำมากำหนดเป็นแบบสอบถาม มาตรวัด 5 ระดับ และนำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน พบว่า มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (IOC = 0.7–1.0) มีความตรงของเนื้อหา (CVI = 1) และทดลองใช้เครื่องมือในกลุ่มตัวอย่าง อสม. รพ.สต. บ้านท่าลาด อ.เขาชัยสน จ.พัทลุง จำนวน 30 ตัวอย่าง และวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.980 แล้วจึงนำแบบสอบถามนี้ไปศึกษาวิจัยเชิงสำรวจข้อมูล (survey research) ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 500 ตัวอย่าง เพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

5.1.2 ผลการศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.

จากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.20) มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี (ร้อยละ 42) มีอายุเฉลี่ย 54.53 ปี (S.D.=10.25) อายุมากที่สุด 87 ปี อายุน้อยที่สุด 24 ปี มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 53.20) ระยะเวลาการเป็น อสม.ระหว่าง 11 – 20 ปี (ร้อยละ 39.00) ระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 15.02 ปี (S.D.=9.24) น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 41 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน (ร้อยละ 55.40) และได้รับการฝึกอบรมในรอบปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 87.40)

ระดับสมรรถนะตามมาตรฐานสมรรถนะของกลุ่มตัวอย่าง ในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.62 (S.D.=0.59) เมื่อแยกวิเคราะห์รายด้านพบว่าทุกด้านมีระดับสมรรถนะอยู่ในระดับมาก ประกอบด้วย ด้านการสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.76 (S.D.=0.59), ด้านการนำนโยบายไปปฏิบัติ ค่าเฉลี่ย 3.75 (S.D.=0.53), ด้านการรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนให้ตื่นตัวและรับผิดชอบตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อม ค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D.=0.59), ด้านการเป็นผู้นำในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และการเฝ้าระวังสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.69 (S.D.=0.54), ด้านการเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีผลต่อการขจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.50 (S.D.=0.63), ด้านการสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน ค่าเฉลี่ย 3.49 (S.D.=0.62) และด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน ค่าเฉลี่ย 3.47 (S.D. =0.66) ตามลำดับ

การวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ด้วยสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ สรุปได้ว่า ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษามีความเหมาะสมและกลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอในการใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (KMO = 0.96 and MSA value for each item of 0.94 - 0.98) (Hair et al., 2010; Tabachnick & Fidell, 2007) และสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. จำนวน 7 ด้าน 48 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้า

มามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน คำถาม 10 ข้อ 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ คำถาม 9 ข้อ 3) ด้านการป้องกันโรค คำถาม 8 ข้อ 4) ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น คำถาม 5 ข้อ 5) ด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ คำถาม 5 ข้อ 6) ด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ คำถาม 6 ข้อ และ 7) ด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ คำถาม 5 ข้อ โดยทุกองค์ประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมได้ ร้อยละ 70.02

5.1.3 สรุปผลการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.

ผลการพัฒนา (ร่าง) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. และแนวทางการใช้งานเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. โดยใช้ผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาจัดทำเนื้อหาในเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย ดังภาคผนวก ฉ. และนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้าง โดยผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกลุ่มพี่เลี้ยง อสม. (mentor) จำนวน 12 คน พบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 0.98) และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคเดลฟาย พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีฉันทามติสอดคล้อง (Mdn. > 4, IQR < 1.5) ต่อเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. รายละเอียดดังต่อไปนี้

รอบที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหาเหมาะสม (Mdn. > 4) ทั้งหมดจำนวน 65 ข้อ เนื้อหาสอดคล้องกัน (IQR < 1.5) จำนวน 63 ข้อ เนื้อหาไม่สอดคล้องกัน (IQR > 1.5) จำนวน 2 ข้อ คือ องค์ประกอบที่ 1 คำถามข้อ 2. สามารถให้ข้อมูลเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนในเขตรับผิดชอบให้แก่ผู้เกี่ยวข้องได้ และองค์ประกอบที่ 3 คำถามข้อ 8. สามารถใช้อุปกรณ์การแพทย์ได้ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตสูง หรือเครื่องเจาะหาน้ำตาลในเลือด โดยให้ปรับปรุงเนื้อหาข้อคำถาม และมีข้อคิดเห็นให้ปรับปรุงข้อคำถามอื่น ๆ เพื่อความเหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้นำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับปรุงข้อคำถาม และนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาอีกครั้ง ในรอบที่ 2

รอบที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหาเหมาะสม (Mdn. > 4) ทั้งหมดจำนวน 65 ข้อ และมีความเห็นความคิดเห็นสอดคล้องกัน (IQR < 1.5) ทั้ง 65 ข้อ จึงถือเป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ จึงนำเครื่องมือชุดนี้มาเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาฉันทามติร่วมกันด้วยการประชุมกลุ่มอีกครั้ง

รอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญเห็นชอบเป็นฉันทามติเห็นพ้องต่อเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. โดยไม่มีการปรับปรุงเนื้อหา และให้ข้อสังเกตเพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้งาน คือ 1) ในการนำไปใช้ ควรให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีส่วนร่วมในการใช้แบบประเมินและชี้แจงทำความเข้าใจก่อนเริ่มต้นกระบวนการประเมิน 2) องค์ประกอบที่ 1 การสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมการพัฒนาสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในยุคปัจจุบัน ซึ่งมีการเริ่มต้นแล้วในโรงเรียน 3) องค์ประกอบที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพ เป็นภารกิจสำคัญที่ต้องดำเนินการต่อเนื่องในทุกกลุ่มวัย แต่ใน

การประเมินต้องเลือกกลุ่มเปราะบางเป็นสำคัญ 4) การป้องกันโรค มีความสำคัญต่อการรับมือการระบาดของโรค ซึ่ง อสม. ดูแลครัวเรือนจำนวนไม่มากจึงสามารถเข้าถึงให้คำแนะนำหรือควบคุมโรคได้อย่างทั่วถึง 5) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น เป็นจุดแข็งของ อสม. ในยุคเริ่มต้น แต่ปัจจุบันก็ยังมี ความสำคัญ 6) การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เป็นสมรรถนะที่สำคัญของ อสม. เพราะ อสม. ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดสามารถนำนโยบายไปถึงประชาชนได้ดีที่สุด 7) การสร้างจิตสำนึกการดูแลสุขภาพของประชาชน เป็นสมรรถนะสำคัญของ อสม. เพื่อการเป็นแบบอย่างแก่เพื่อนบ้าน และชักชวนให้ประชาชนดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น 8) การเฝ้าระวังเตือนภัยสุขภาพ โดยเน้นการติดตามข่าวสารที่ส่งผลต่อสุขภาพ และต้องตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนสื่อสารกับเพื่อนบ้าน และต้องมีการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม

5.1.4 สรุปผลการใช้จริงในพื้นที่

ผลการนำเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ไปใช้จริงในกลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ต.บางรักพัฒนา อ.บางบัวทอง จ.นนทบุรี พบว่า ต.บางรักพัฒนา มีสภาพภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่มอยู่ในเขตชลประทาน ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีทั้งหมด 15 หมู่บ้าน การปกครองส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับเทศบาลเมืองบางรักพัฒนา ซึ่งได้รับการยกระดับจากองค์การบริหารส่วนตำบลเมื่อ ปี 2562 และบางส่วนขึ้นอยู่กับเทศบาลเมืองบางบัวทอง ลักษณะชุมชนมีความเป็นเมืองในบางส่วนแต่ในบางส่วนก็ยังคงมีความเป็นชนบท มีการประกอบอาชีพเกษตรกรรมอยู่จำนวนมาก ตำบลบางรักพัฒนาจึงมีลักษณะผสมผสานทั้งความเป็นชุมชนเมือง และวิถีความเป็นชนบท จึงมีความเหมาะสมในการเป็นพื้นที่ทดลองใช้เครื่องมือฯ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.80) มีอายุระหว่าง 55 – 64 ปี (ร้อยละ 53.80) อายุเฉลี่ย 58.39 ปี (S.D.=9.32) อายุมากที่สุด 84 ปี อายุน้อยที่สุด 34 ปี มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 32.70) ระยะเวลาการเป็น อสม. ระหว่าง 1 – 8 ปี (ร้อยละ 55.80) ระยะเวลาเฉลี่ย 9.42 ปี (S.D.=7.62) ระยะเวลาสั้นที่สุด 1 ปี มากที่สุด 40 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน (ร้อยละ 63.50) และได้รับการฝึกอบรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 94.20)

ระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D.=0.62) เมื่อแยกวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านที่มีระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.49 (S.D.=0.72), ด้านการป้องกันโรค ค่าเฉลี่ย 3.82 (S.D.=0.75), ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ค่าเฉลี่ย 3.96 (S.D.=0.74), ด้านการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ค่าเฉลี่ย 3.85 (S.D.=0.77), ด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.96 (S.D.=0.73), และด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.71

(S.D.=0.76) ตามลำดับ ส่วนด้านที่อยู่ในระดับ ปานกลาง คือ ด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชน เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของชุมชน ค่าเฉลี่ย 3.08 (S.D.=0.76)

ความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ภาพรวมมีค่าความเชื่อมั่น 0.97 เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าด้านที่มีความเชื่อมั่นสูงที่สุดคือ ด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ (0.96) รองลงมาคือด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยชุมชน (0.95) ด้านการป้องกันโรค (0.95) ด้านการนํานโยบายสู่การปฏิบัติ (0.95) ด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ (0.95) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (0.93) ตามลำดับ และด้านที่มีความเชื่อมั่นต่ำที่สุดคือด้านรักษาพยาบาลเบื้องต้น (0.90) ส่วนค่าความสอดคล้องภายในภาพรวมมีค่าระหว่าง 0.48-0.83

สรุปผลการถอดบทเรียนจากการประชุมเชิงปฏิบัติการใช้จริงเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ในกลุ่ม อสม. อ.บางบัวทอง จ.นนทบุรี จำนวน 104 คน พบว่า 1) ด้านสถานที่ ควรเป็นสถานที่ที่สามารถนั่งประชุมรวมกลุ่มกันได้ มีสิ่งรบกวนหรือสิ่งรบกวนน้อย 2) ด้านอุปกรณ์ ควรให้มีโต๊ะ เก้าอี้ เพื่อการตอบคำถามได้สะดวก ควรมีปากกาหรือดินสอเป็นอุปกรณ์ในการเขียน พร้อมทั้งแว่นสายตากรณีผู้ที่ต้องใช้ในการอ่านหนังสือ 3) ด้านกระบวนการ ควรมีการชี้แจงทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ของการตอบแบบประเมิน และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนเริ่มทำแบบสอบถาม เวลาในการตอบแบบสอบถามโดยรวมใช้เวลาประมาณ 1.00 – 1.30 ชั่วโมง 4) ด้านความคิดเห็นของ อสม. ส่วนมากมีความเห็นว่า การประเมินสมรรถนะตนเอง เป็นสิ่งที่ดีเพื่อจะรู้ตัวเองขาดเรื่องอะไรที่จำเป็นและสำคัญ และควรต้องพัฒนาอย่างไรต่อไป แบบประเมินมีจำนวนข้อคำถามไม่มากและไม่ยากจนเกินไป 5) ด้านโอกาสพัฒนาพบว่า อสม. มีการใช้งาน application “สมาร์ท อสม.” ในการรายงานผลการทำงานประจำเดือน จึงเห็นว่า อสม. มีทักษะการใช้งานเทคโนโลยี ผู้วิจัยจึงเห็นว่าเป็นโอกาสพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ให้อยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ในโอกาสต่อไป

สรุปลักษณะของเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย เป็นแบบสอบถามแบบประเมินตนเอง (Self-assessment) แบบ 5 ระดับ (Likert scale) เนื้อหาข้อคำถามเน้นสอบถามทักษะและพฤติกรรมการทำงานของ อสม. แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล 6 ข้อ คำถามความสามารถการปฏิบัติตามสมรรถนะการปฏิบัติงาน 7 ด้าน 48 ข้อ และการแปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยมาจัดระดับสมรรถนะ เป็น 5 ระดับ ใช้เวลาตอบแบบประเมินประมาณ 1 ชั่วโมง และควรประเมินตนเองอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

5.1.5 สรุปผลปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย

การศึกษาการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน มีวิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ รวมทั้งหมด 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) กำหนดกรอบแนวคิดของตัวแปร 2) ร่างข้อคำถามและมาตรวัด 3) ตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม 4) เก็บข้อมูลวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) 5) วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Factor analysis 6) พัฒนา (ร่าง) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานฯ และคู่มือแนวทางการนำไปใช้งาน 7) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้าง 8) นำไปใช้จริงในพื้นที่ และวิเคราะห์ข้อมูล 9) ศึกษาปัจจัยความสำเร็จ ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย ประกอบด้วยสมรรถนะ 7 ด้าน จำนวน 48 ข้อคำถาม ผ่านขั้นตอนการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือตามกระบวนการวิจัย มีความตรงเชิงโครงสร้างและความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าความเชื่อมั่นและความสอดคล้องภายในของข้อคำถามรวมทั้งฉบับอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ เหมาะสมสำหรับพี่เลี้ยง อสม. (Mentor) และ ตัว อสม. เอง นำไปประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงาน เพื่อส่งเสริมพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้ดียิ่งขึ้น ปัจจัยความสำเร็จการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า คือ 1) การมีนโยบาย (P: Policy) ส่งเสริมให้ อสม. พัฒนาสมรรถนะของตนเอง 2) การมีระเบียบวิธีวิจัยที่เข้มแข็ง (M: Methodological) นำมาใช้พัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ตามขั้นตอน 3) การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (E: Evidence base) โดยใช้ข้อมูลจาก 4 ภูมิภาคของประเทศไทยและการทดลองใช้ในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท 5) การให้ความร่วมมือ (E: Engagement) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาให้ความสนใจเข้าร่วม อย่างสมัครใจ

5.2 อภิปรายผล

จากผลการศึกษา สามารถอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

5.2.1 อภิปรายผลการศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การศึกษาสมรรถนะตามขั้นตอนการวิจัย สามารถอธิบายสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ในแต่ละด้านชัดเจนมากยิ่งขึ้น ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษามีความเหมาะสมและกลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอในการใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ($KMO = 0.96$ and MSA value for each item of $0.94 - 0.98$) (Hair et al., 2010; Tabachnick & Fidell, 2007) มีตัวชี้วัดสมรรถนะที่เป็นข้อคำถามเชิงพฤติกรรมพร้อมทั้งมาตรวัด สอดคล้องกับที่สุกัญญารัตน์ธรรมโชติ (2547) กล่าวถึงหลักการทั่วไปของสมรรถนะควรประกอบด้วยนิยาม และตัวบ่งชี้พฤติกรรมที่สามารถประเมินได้ อีกทั้งการศึกษานี้ได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติองค์ประกอบ

เชิงสำรวจ และได้จัดกลุ่มข้อความในสมรรถนะแต่ละด้านที่มีความสัมพันธ์กันสูงไว้อยู่ในองค์ประกอบเดียวกัน ซึ่งเป็นไปตามหลักสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ (ไซยันต์ สกุศลศรีประเสริฐ, 2556) โดยสามารถจัดกลุ่มได้ 7 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นไปตามที่ Reise, et al. (2000) กล่าวว่า ถ้ามีจำนวนองค์ประกอบน้อยเกินไป อาจทำให้ความแตกต่างสำคัญระหว่างข้อหาดหายไป และการหมุนแกนในขั้นตอนต่อไปอาจถูกบิดเบือน (distorted) ในทิศทางที่ไม่เป็นระบบ และถ้าวิเคราะห์แล้ว ได้จำนวนองค์ประกอบมากเกินไป การหมุนแกนในขั้นตอนต่อไปอาจไม่ชัดเจน ซึ่งอาจมีแค่ 1-2 ข้อที่โดดเด่น (salient loading) และในแต่ละองค์ประกอบมีคำถาม 5-10 ข้อ ซึ่งหากน้อยเกินไปอาจส่งผลต่อความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ไม่ครอบคลุมเนื้อหาของตัวแปรแฝง (Kenny, 1979) และยังสามารถอธิบายความแปรปรวนสมรรถนะสำคัญของ อสม. ได้ร้อยละ 70.02 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ว่ามีความเพียงพอต่อการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น (phenomenon) (Pett et al., 2003) ความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) ภาพรวมเท่ากับ 0.97 แสดงว่าเครื่องมือมีความเป็นเอกพันธ์ (homogeneity) และมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาค่าความเชื่อมั่นแต่ละด้าน พบว่ามีค่าระหว่าง 0.88 - 0.95 แสดงว่าตัวชี้วัดในแต่ละด้านมีความเป็นตัวแทนของตัวแปร (Nunnally, 1978) ซึ่งสมรรถนะการปฏิบัติงาน ของ อสม. ทั้ง 7 ด้าน ดังต่อไปนี้

1) ด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยชุมชน (Empowering children and youth to engage in community health care development) สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาสุขภาพที่องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศยุทธศาสตร์โลกด้านสุขภาพของผู้หญิง เด็ก และเยาวชน (Global strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health 2016-2030) เพื่อเป้าหมายการมีสุขภาพดีในกลุ่มดังกล่าว (World Health Organization, 2023) และเป็นไปตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ (World Health Organization, 1978) โดยเน้นขยายการมีส่วนร่วมไปสู่กลุ่มพลังทางสังคมใหม่ ๆ คือกลุ่มเด็กและเยาวชน โดย อสม. จะเป็นจุดเริ่มต้นเปิดโอกาสให้คนรุ่นใหม่เข้ามาร่วมพัฒนาสุขภาพของชุมชน เริ่มต้นจากในประเด็นสุขภาพที่ใกล้ตัวของเด็กและเยาวชนเอง และต่อไปในภายหน้ากลุ่มเยาวชนเหล่านี้อาจเป็น อสม. ที่มีคุณภาพทดแทน อสม. รุ่นปัจจุบัน ตามโครงสร้างประชากรไทยที่จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในที่สุด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกิจกรรมสำคัญตั้งแต่ยุคเริ่มต้นของการสาธารณสุขมูลฐานที่กำหนดให้เป็นกิจกรรมที่จำเป็น 1 ใน 14 องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน (Essential Elements Primary Health Care) (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557) และปัจจุบันพบว่า อสม. มีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

ลดน้อยถอยลงมาก (กุลพัทธ์ มณี, 2560) ขณะที่ WHO เสนอว่าก่อนให้ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชนออกไปปฏิบัติงาน ควรมีการอบรมหลักสูตรที่มีสมรรถนะหลักด้านการส่งเสริมสุขภาพ (World Health Organization, 2018) อีกทั้งยังเป็นสมรรถนะที่คาดหวังของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชนในศตวรรษที่ 21 (World Health Organization, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาต่าง ๆ ที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ เป็นด้านหลักของการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. (สุริสา กรายแก้ว และคณะ, 2563) และ (อิชาภรณ์ กำนันตน, 2564) ซึ่งมีบางการศึกษาพบว่า อสม. มีทักษะด้านการส่งเสริมสุขภาพต่ำ คือการให้คำแนะนำมารดาหลังคลอด (กุลพัทธ์ มณี, 2560) จึงยังมีความจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะด้านนี้อย่างต่อเนื่อง

3) ด้านการป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นกิจกรรมสำคัญ ตั้งแต่ยุคเริ่มต้นของการสาธารณสุขมูลฐานที่กำหนดให้เป็นกิจกรรมที่จำเป็น 1 ใน 14 องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน (Essential Elements Primary Health Care) (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557) จนมาถึงปัจจุบันการระบาดของโรคเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และยังมีโรคอุบัติใหม่ที่องค์ความรู้เดิมไม่เพียงพอต่อการรับมือได้ สมรรถนะด้านนี้จึงเป็นสมรรถนะที่คาดหวังของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชนในศตวรรษที่ 21 (World Health Organization, 2018) สอดคล้องกับที่ WHO เสนอว่า ก่อนให้ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชนออกไปปฏิบัติงาน ควรมีการอบรมหลักสูตรที่มีสมรรถนะหลักด้านการป้องกันโรค (World Health Organization, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาต่าง ๆ ที่พบว่าด้านการป้องกันโรค เป็นบทบาทสำคัญของ อสม. ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน (สุริสา กรายแก้ว และคณะ, 2563), (อิชาภรณ์ กำนันตน, 2564), (ฉลาด ภูระหงษ์ และคณะ, 2564), (อุไรรัตน์ คูหะมณี และคณะ, 2563)

4) ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Basic Medical Care) เป็นกิจกรรมสำคัญ ตั้งแต่ยุคเริ่มต้นของการสาธารณสุขมูลฐานที่กำหนดให้เป็นกิจกรรมที่จำเป็น 1 ใน 14 องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557) สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 หมวด 3 ว่าด้วยบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบ ระบุว่า “ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข” (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) เช่นเดียวกับที่ WHO เสนอว่า ก่อนให้ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชนออกไปปฏิบัติงาน ควรมีการอบรมหลักสูตรที่มีสมรรถนะด้านการรักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรค และการดูแลสุขภาพ (World Health Organization, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาต่าง ๆ ที่ให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาล เป็นบทบาทสำคัญของการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. (สุริสา กรายแก้ว และคณะ, 2563), (อิชาภรณ์ กำนันตน, 2564), (ศรายุทธ คชพงศ์ และธนัสถา โรจนตระกูล, 2564) และ (พฤษักัญญา บุญลบ และคณะ, 2563)

5) ด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (Policy Execution) มีความสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 หมวด 3 ว่าด้วยบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบ ระบุว่า “ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข” (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) การที่ อสม. ที่ดูแลใกล้ชิดประชาชนสามารถรับทราบ เข้าใจวิธีปฏิบัติ และนำไปปฏิบัติในชุมชนด้วยการประสานงาน และดำเนินการร่วมกันหลายภาคส่วน (Multidisciplinary teams) ได้ จะทำให้ประชาชนได้รับผลของนโยบายนั้น ๆ โดยตรง และเป็นสมรรถนะที่คาดหวังของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชนในศตวรรษที่ 21 (World Health Organization, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการรับรู้นโยบายของ อสม. มีบทบาทสำคัญต่อการรับมือการระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย (มินลา นาคหนูน และ ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, 2565)

6) ด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ (Fostering Selfcare Awareness) เป็นสมรรถนะสำคัญที่ อสม.ทุกคนจำเป็นต้องมี ตามอุดมการณ์ของ อสม. คือการต้นแบบการดูแลสุขภาพ ให้เพื่อนบ้านยอมรับ และต้องสามารถให้คำแนะนำประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง (self-care) สนับสนุนและเสริมพลังใจให้ประชาชน (Empowered people) มีจิตสำนึกการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง สอดคล้องกับหลักการก่อกำเนิด อสม. ในยุคเริ่มต้นที่กำหนดบทบาทให้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชนของตนเอง เผยแพร่ความรู้ กิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข และให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557) เช่นเดียวกับแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน9k,ปฏิญญาอัสตานา (Astana Declaration) (World Health Organization and the United Nations Children’s Fund, 2020) และเป็นสมรรถนะที่คาดหวังของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชนศตวรรษที่ 21 (World Health Organization, 2018)

7) ด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ (Health risk precaution) ซึ่งมีความสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ที่กำหนดไว้ในหมวด 3 ว่าด้วยบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบ ระบุว่า “การจัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข” (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) เช่นเดียวกับที่ WHO เสนอว่าก่อนให้ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชนออกไปปฏิบัติงาน ควรมีการอบรมหลักสูตรที่มีสมรรถนะด้านการเฝ้าระวัง ติดตาม การวิเคราะห์ข้อมูล โรคภัยต่าง ๆ ในชุมชน (World Health Organization, 2018) อีกทั้งยังเป็นสมรรถนะที่คาดหวังของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชนศตวรรษที่ 21(World Health Organization, 2018) ซึ่งที่ผ่านมา ก็ได้รับการยอมรับจาก องค์การอนามัยโลก ว่าการสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชน (Risk communication and community engagement) โดย อสม. สามารถนำองค์ความรู้จากการสื่อสารความเสี่ยงในระดับประเทศ ไปสื่อสารกับชาวบ้านด้วยภาษาท้องถิ่น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการ

ป้องกันการระบาดในชุมชนและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ในชุมชน (WHO Thailand, 2020) เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่า อสม. มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและแจ้งข่าวเตือนภัยการเกิดโรคในชุมชนได้ (Tanthanapanyakorn et al., 2021) และ (Kaweenuttayanon et al., 2021)

ผลการศึกษาระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างสามารถอภิปรายผลได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของ สุธิสา กรายแก้ว และคณะ (2563) พบว่าศักยภาพการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการส่งเสริมสุขภาพประชาชน ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัด สุราษฎร์ธานี ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.89) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธิชาภรณ์ กำนันตน และโชติ บดีรัตน์ (2564) พบว่าศักยภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอสอง จังหวัดแพร่ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.36) เช่นเดียวกับ ศราวุธ คชพงศ์ และธนัสลา โรจนตระกูล (2564) พบว่าศักยภาพการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัด พิษณุโลก ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.67) แต่ยังมีบางการศึกษาที่มีผลการศึกษาระดับสมรรถนะของ อสม. ที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ ศุภัชญา ภาวังคะรัต (2562) พบว่าระดับความสามารถของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ระดับสูง ส่วนการศึกษาของ นูไรฮัน ฮะ (2562) พบว่าระดับสมรรถนะของ อสม. ในอำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.43) ซึ่งแต่ละการศึกษาได้ออกแบบเครื่องมือประเมินสมรรถนะแตกต่างกันตามแนวคิดของแต่ละการศึกษา แต่ก็ทำให้ทราบได้เบื้องต้นว่าระดับสมรรถนะของ อสม. มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ จึงมีความจำเป็นในการยกระดับพัฒนาสมรรถนะ ของ อสม. อย่างต่อเนื่องและเพื่อให้เป็นแนวทางการพัฒนาระดับสมรรถนะ อสม. จึงควรมีการประเมินสมรรถนะด้วยเครื่องมือที่มีคุณภาพเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ก่อนนำผลการประเมินไปจัดทำแผนพัฒนารายบุคคลหรือรายกลุ่ม โดยมุ่งหวังให้ อสม. มีศักยภาพที่เพียงพอต่อการให้การการดูแลสุขภาพประชาชน ได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

5.2.2 อภิปรายกระบวนการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.

กระบวนการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน โดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือระยะที่ 1 ศึกษาเพื่อให้ได้องค์ประกอบของสมรรถนะการปฏิบัติงาน ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และระยะที่ 2 ศึกษาพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงาน ด้วยระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา โดยเทคนิคเดลฟายเพื่อทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้าง เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อหาฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ ต่อจากนั้นจึงนำไปใช้จริงเพื่อทดสอบความเป็นไปได้

เครื่องมือ และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (เดชกุล มัทวานุกุล, 2559) ซึ่งรูปแบบนี้ได้รับการยอมรับว่ามีความน่าเชื่อถือ และนำมาใช้อย่างในการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Shewade et al. (2017) ที่ได้ศึกษาพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ (Competency-base tool) การฝึกปฏิบัติภาคชุมชน (Community-base training) ของแพทย์เวชศาสตร์ชุมชนแพทย์ ด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi-technique) พบว่าเทคนิคเดลฟาย เหมาะสมที่จะนำมาตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือประเมินสมรรถนะ เช่นเดียวกับ Zhang et al. (2019) ได้พัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ในประเทศจีน ด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi-technique) พบว่าเครื่องมือที่ผ่านเทคนิคเดลฟายและมีฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ มีความเหมาะสมเพื่อนำไปใช้ประเมินสมรรถนะ แต่แตกต่างกับการศึกษาของ Pop and Khampirat (2019) ได้ศึกษาความเที่ยงตรงของเครื่องมือประเมินตนเองสำหรับวัดสมรรถนะของผู้จบการศึกษาระดับปริญญาตรีของประเทศไทย ที่ใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือ คล้ายกับการศึกษาของ Arjyotha et al. (2021) ที่ได้ศึกษาพัฒนาเครื่องมือวัดสมรรถนะผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. และใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือ ซึ่ง Everitt & Hothorn (2011) กล่าวว่า การตรวจสอบยืนยันโมเดลด้วยสถิติ CFA นั้น ต้องไม่ใช่ข้อมูลชุดเดียวกันกับการวิเคราะห์ EFA แต่ควรจะใช้ข้อมูลจากอีกกลุ่มตัวอย่างในการตรวจสอบยืนยันโครงสร้างของโมเดล (สังคม ศุภรัตน์กุล, 2557) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเทคนิคเดลฟาย เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้างของเครื่องมืออีกครั้งด้วยการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เนื่องจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) เป็นผลจากการวิเคราะห์ทางสถิติตามลักษณะของข้อมูล (ไชยันต์ สกกุลศรีประเสริฐ, 2556) องค์ประกอบที่ได้มาอาจไม่มีความสอดคล้องตามกรอบแนวคิดทฤษฎี (รุจิรัตน์ รุ่งหัวไฟ, 2558) อีกทั้งการใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ยังเป็นระเบียบวิธีที่หาความแม่นยำ (reliability) โดยฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนหลายคน (Norman & Olaf, 1963) โดยไม่มีการเผชิญหน้า สามารถลดอิทธิพลและอคติของความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน (Miller, 2001) และมีการนำเสนอคำตอบของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นฉันทามติ (Consensus) ด้วยวิธีการทางสถิติ (วัลลภ รัฐฉัตรานนท์, 2562) ดังนั้นการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจึงมีความสำคัญ เพื่อให้เครื่องมือมีคุณภาพ สามารถวัดได้ตามจุดมุ่งหมาย และผลที่ได้มีความถูกต้อง ค่าที่วัดได้มีความแปรปรวนความคลาดเคลื่อนต่ำ (ประสพชัย พสุนนท์, 2558) ซึ่งพบว่าวิธีนี้ได้ถูกนำมาใช้ในการศึกษาด้านพัฒนาตัวบ่งชี้คุณลักษณะบุคคลในหลายการศึกษา ทำให้การศึกษานี้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

โดยสรุปขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย มีดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดกรอบแนวคิดของตัวแปร

ขั้นตอนที่ 2 ร่างข้อคำถามและมาตรวัด

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือก่อนการศึกษาเชิงสำรวจ

ขั้นตอนที่ 4 ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ขั้นตอนที่ 5 วิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis)

ขั้นตอนที่ 6 พัฒนา (ร่าง) แบบเครื่องมือประเมินสมรรถนะฯ และแนวทางการนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 7 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้าง

ขั้นตอนที่ 8 นำไปใช้จริงในพื้นที่และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น

ขั้นตอนที่ 9 ศึกษาปัจจัยความสำเร็จ สรุปผล จัดทำข้อเสนอ

ขั้นตอนการนำเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ไปใช้จริงในภาคสนามกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร จำนวน 104 ตัวอย่าง ซึ่งเป็นขนาดตัวอย่างที่เพียงพอต่อการพัฒนาเครื่องมือ ในขั้นตอนการนำไปใช้จริงในภาคสนาม (Spector, 1992) และพบว่าเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมเท่ากับ 0.97 เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าด้านที่มีความเชื่อมั่นสูงที่สุดคือ ด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพอนามัยชุมชน (0.96) รองลงมาคือด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยชุมชน (0.95) ด้านการป้องกันโรค (0.95) ด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (0.95) ด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ (0.95) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (0.93) ตามลำดับ และด้านที่มีความเชื่อมั่นต่ำที่สุดคือด้านรักษาพยาบาลเบื้องต้น (0.90) ซึ่ง Nunnally (1978) ได้แบ่งระดับความเชื่อมั่นของค่า Cronbach' alpha ไว้ว่า หากมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.9 ถือว่ามีความเชื่อมั่นระดับดีเยี่ยม (Excellent) หากมีค่าระหว่าง 0.8 - 0.9 ถือว่ามีความเชื่อมั่นระดับดี (Good) หากมีค่าระหว่าง 0.7- 0.8 ถือว่ามีความเชื่อมั่นยอมรับได้ (Acceptable) หากมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.7-0.6 ถือว่าความเชื่อมั่นคลุมเครือ (Questionable) หากมีค่าความเชื่อมั่น ระหว่าง 0.6-0.5 ถือว่ามีความเชื่อมั่นต่ำ (Poor) หากต่ำกว่า 0.5 ถือว่าไม่สามารถยอมรับได้ (unacceptable) แสดงว่าเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. นี้มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีเยี่ยม (Nunnally, 1978) ส่วนค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ภาพรวมมีค่าระหว่าง 0.48-0.83 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.30 ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ดีที่มีความสอดคล้องภายในสูง (Devellis, 2003) เครื่องมือนี้นจึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. เนื้อหาตัวชี้วัดสมรรถนะโดยรวม เน้นการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็น ความสอดคล้องกับนิยามการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ที่ให้ความสำคัญต่อความเสมอภาคและความเป็นธรรมในการให้ประชาชนได้รับบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เพื่อนำพา

บริการการดูแลสุขภาพให้เข้าไปถึงที่ที่ประชาชนอยู่อาศัยให้มากที่สุด (World Health Organization, 1978) อีกทั้งยังสอดคล้องกับระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ที่กำหนดบทบาทหน้าที่ ได้แก่ ปฏิบัติตามนโยบาย ให้บริการสาธารณสุข การจัดกิจกรรมเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสุขภาพที่สอดคล้องกับสถานะของท้องถิ่น การเป็นแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การประสานการดำเนินการต่าง ๆ กับ อปท. การพัฒนาตนเอง และการดำเนินพัฒนาสมรรถนะ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) ในทำนองเดียวกัน องค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อเสนอแนะทางการสร้างความเข้มแข็งและการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานอย่างต่อเนื่อง โดยได้เสนอแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานแนวใหม่ โดยเฉพาะในด้านกำลังคน ได้เสนอให้มีการวัดและประเมินการรับรองคุณภาพในการอบรมพัฒนา ของกลุ่มกำลังคนด้านการสาธารณสุขมูลฐาน (World Health Organization and the United Nations Children's Fund, 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ชูกำเนิด และคณะ (2564) ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพ มี 5 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดสมรรถนะที่จำเป็น 2) พัฒนาระบบการติดตามประเมินผล 3) กำหนดแนวทางการพัฒนา 4) ดำเนินการพัฒนา 5) รายงานผล ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 และ 2 แล้วคือการกำหนดสมรรถนะสำคัญ และพัฒนาเครื่องมือการประเมินสมรรถนะเพื่อการติดตามประเมินผล อีกทั้งในระดับนโยบายการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ได้ถูกระบุไว้ในระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ให้เป็นบทบาทของคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง โดยให้มีหน้าที่ส่งเสริมพัฒนามาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้จะยังเป็นประโยชน์ต่อตัว อสม. เอง และกลุ่มพี่เลี้ยง อสม. ที่จะนำไปใช้ได้เหมาะสม

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. รายละเอียดตัวชี้วัดสมรรถนะจึงให้ความสำคัญกับ ทักษะ และพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน โดยไม่นำความรู้ด้านต่าง ๆ มาประเมิน ซึ่งการประเมินความรู้โดยทั่วไปจะประเมินภายหลังเสร็จสิ้นการอบรมให้ความรู้เรื่องนั้น ๆ ดังนั้น เครื่องมือนี้จึงไม่เหมาะสมสำหรับการนำไปประเมินความรู้ของ อสม. แต่มีความเหมาะสมสำหรับการประเมินทักษะและพฤติกรรมการปฏิบัติงานของ อสม.

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1) การนำเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ไปใช้ควรได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ที่เป็นพี่เลี้ยง อสม. ในการชี้แจงทำความเข้าใจก่อนการเริ่มต้นประเมิน

2) เครื่องมือประเมินนี้จะประโยชน์ต่อตัว อสม.เองในการฝึกปฏิบัติหรือพัฒนาตนเอง ในด้านที่ยังด้อย และเจ้าหน้าที่ที่เป็นพี่เลี้ยง ต้องให้ความสำคัญต่อผลการประเมิน เพื่อร่วมกันพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง

3) รพ.สต. สามารถนำเครื่องมือนี้ไปใช้ประเมินสมรรถนะ อสม. ในเขตรับผิดชอบ เพื่อนำผลการประเมินไปกำหนดแผนการอบรมพัฒนา อสม. ให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ระดับนโยบายควรนำขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. เป็นแนวทางในการทบทวนสมรรถนะมาตรฐานของ อสม. ที่กำหนดไว้เมื่อปี พ.ศ. 2550 เพื่อให้มีความเป็นปัจจุบัน

2) ระดับพื้นที่ที่เป็นกลุ่มพี่เลี้ยง อสม. สามารถนำเครื่องมือนี้ประเมินศักยภาพ อสม. เพื่อการวางแผนพัฒนา อสม.รายบุคคล หรือรายกลุ่มต่อไป

3) ระดับตัวบุคคลสามารถนำเครื่องมือนี้ ไปใช้ประเมินตนเอง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อการฝึกฝนและพัฒนาด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

5.3.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

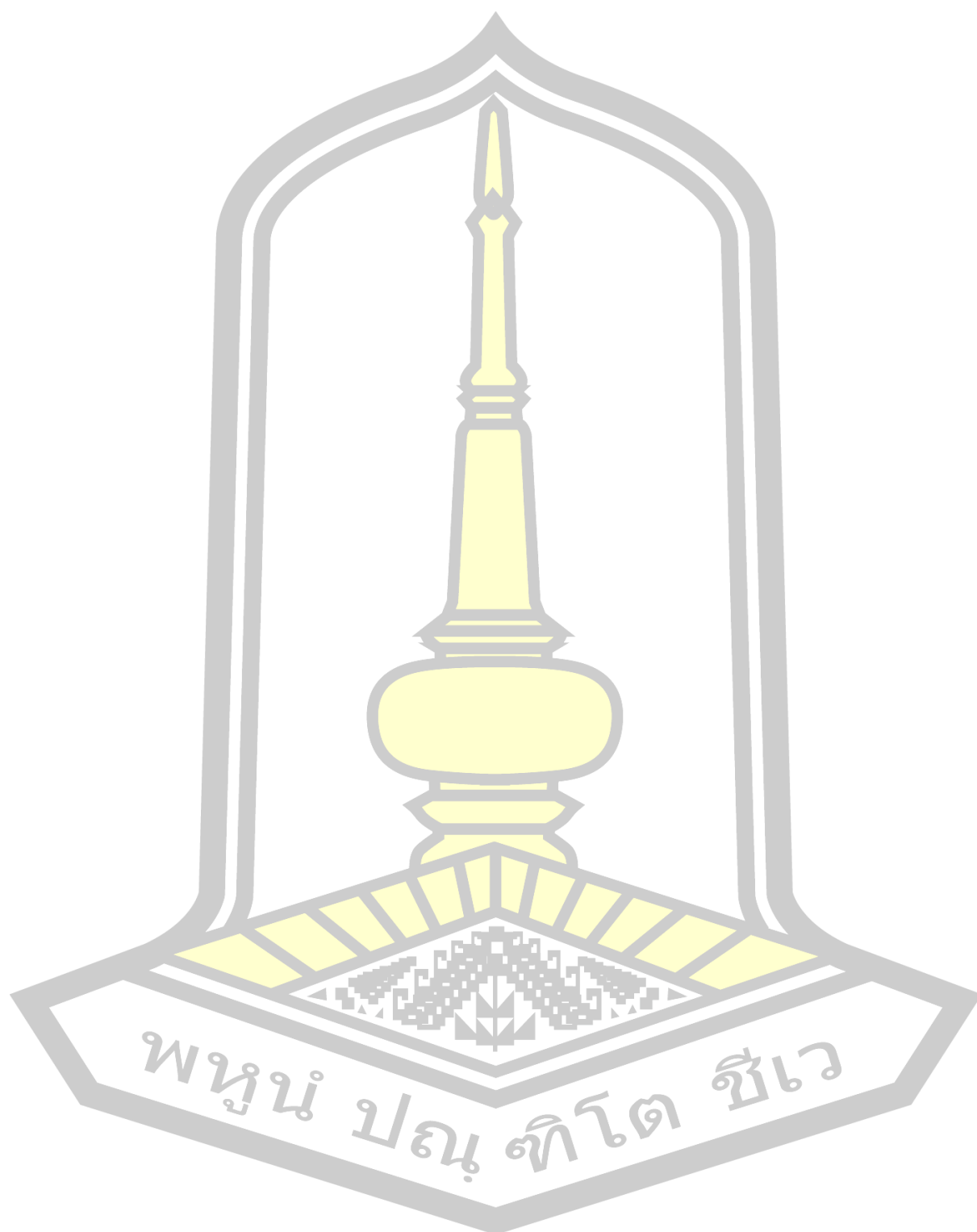
1) ควรศึกษาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.ด้วยการใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ในกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่น เพื่อตรวจสอบยืนยันว่าองค์ประกอบของสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. มีความตรงเชิงโครงสร้างตามแนวคิดหรือไม่

2) สามารถนำกระบวนการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. เป็นแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือประเมินอื่น ๆ ตามกรอบแนวคิดที่สนใจศึกษา

3) ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของ อสม. โดยนำแนวทางการใช้งานเครื่องมือประเมินนี้

4) ควรศึกษาพัฒนาศักยภาพ อสม. ในด้านการเปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นของการยอมรับและเปิดโอกาสให้กลุ่มเด็กและเยาวชนเข้ามาแสดงบทบาทการมีส่วนร่วมในเชิงรุกมากกว่าจะเป็นแค่ผู้เข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). *ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาศรัทธาสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพ.ศ. 2554 พร้อมด้วยกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). *คู่มือเจ้าหน้าที่เพื่อการยกระดับ อสม.เป็น อสม.หมอบริการบ้าน*. นนทบุรี: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). *ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับเจ้าหน้าที่และ อสม.* นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). *แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2565*. นนทบุรี: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน.
- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2560). *คู่มือมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน*. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579)*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *การสาธารณสุขไทย 2559-2560*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น พ.ศ. 2562*. ลงวันที่ 3 ตุลาคม 2562.
- กมลาค ภูวนาธิพงศ์. (2563). *การสร้างเครื่องมือวิจัย*. เอกสารการบรรยายมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://www.researchgate.net/publication/345942922>. [สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2565].
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2550). *หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท เรดิเอชั่น จำกัด.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2555). *คู่มือ หลักสูตรการอบรม อสม.เชี่ยวชาญ พ.ศ.2555*. [ออนไลน์]. ได้จาก: https://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/ifm_mod/nw/Y55_2_21_2.pdf. [สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2566]
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2557). *วิวัฒนาการ การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2560). *แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2561*. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2561). *แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2561*. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2562). *แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2562*. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2563). *แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2563*. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2565). *ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน*. [ออนไลน์]. ได้จาก. www.thaiphc.net. [สืบค้นเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2565].
- กิตติยา วงษ์จันทร์. (2561, กรกฎาคม). *รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) และ รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR)*. เอกสารประกอบการบรรยาย โครงการฝึกอบรม “สร้างนักวิจัยรุ่นใหม่ (ลูกไก่)” รุ่นที่ 62. [ออนไลน์]. ได้จาก. http://www.ubu.ac.th/web/files_up/08f201807201. [สืบค้น เมื่อ 21 กรกฎาคม 2565].
- เกศินี จันทสิริยากร และคณะ. (2547). *สุขภาพชุมชนสู่การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กฤติยากร เตชะปิยะพร. (2552). *การวิจัยและพัฒนา*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- กุลทัต หงส์ชยางกูร และปรัชญานันท์ เทียงจรรยา. (ม.ป.ป.). *เอกสารประกอบการสอน เรื่อง การสร้างและการบริหารเครือข่าย*. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. [ออนไลน์]. ได้จาก. http://hsmi2.psu.ac.th/upload/forum/paper_1598_5f69ce9304e915f69ce.pdf. [สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2565].
- กุลพัทธ์ มณี. (2560). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านละว้า จังหวัดนครนายก*. การศึกษาเฉพาะทางด้านสาธารณสุขปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- คมสันต์ ธงชัย และสุชาตามณี บุญจรัส. (2560). *การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม จังหวัดอุบลราชธานี*. *วารสารเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่*, 9(3), 206-209.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2544). *เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย : เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ฉลาด ภูระหงษ์, มาลี ไชยเสนา และกุลชญา ลอยหา. (2564). ศักยภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดระยอง. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร.*, 9(1), 369-379.
- ฉัตรณรงค์ศักดิ์ สุธรรมดี และจินตกานต์ สุธรรมดี. (2560). การประยุกต์ใช้สมรรถนะเพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด*, 11(1), 262-269.
- ชนิดา เตชะปัน. (2561). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- ชูชัย สมितिไกร. (2556). การสรรหา การคัดเลือก และการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัชวาลย์ ทัดศิวัช. (2553). การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย. *วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์*, 8(1), 185-223.
- ไชยันต์ สกุลศรีประเสริฐ. (2556). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 44(1), 1-13.
- เดชกุล มัทวานกุล. (2559). การวิจัยและพัฒนา. “ปิดกล่องชอล์ค” รวมผลงานบทความทางวิชาการและงานวิจัย (2555 – 2562). [ออนไลน์]. ได้จาก. <http://www.curriculum-instruction.com/Download/ปิดกล่องชอล์ค.pdf>. [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2565].
- ธิดาภรณ์ กำนันตน และโชติ บติรัตน์. (2564). การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอสอง จังหวัดแพร่. *Journal of Modern learning development*, (6)3, 237-249.
- ธำรงค์ศักดิ์ คงคาสวัสดิ์. (2548). เริ่มต้นอย่างไร เมื่อจะนำ Competency มาใช้ในองค์กร. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- นรุทธิ์ อภิชาติอำมฤต. (2565). การใช้สมาร์โฟนในการทำงานของ อสม. อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. *ชัยภูมิเวชสาร*, 42(2), 82-93.
- นาฏยา นุชนารถ, ศิริชัย เพชรรักษ์ และสุเทพ เชาวลิต. (2561). การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร.*, 6(2), 768-779
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). *โมเดลลิสเรล สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.

- นุไรอัน ฮะ. (2562). ความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในเขตอำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต. สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิภาพรรณ เจนสันติกุล. (2560). การนำเทคนิคเดลฟายไปใช้สำหรับการวิจัย. วารสารรัฐศาสตร์
ปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 4(2), 27-64.
- น้ำผึ้ง มีศีล. (2559). การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย : การหลีกเลี่ยงมโนทัศน์ที่ไม่ถูกต้อง. วารสารมนุษย
ศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ, (9)1, 1256-1267.
- บุรทิน ขำภีรัฐ. (2555). การพัฒนาเครื่องมือวิจัย. เอกสารประกอบการบรรยายการพัฒนาเครื่องมือ
วิจัย. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. [ออนไลน์]. ได้จาก.
<http://cste.sut.ac.th/cste/web1/web/link/YtTHBZsmLQVq.pdf>. [สืบค้นเมื่อ 20
กันยายน 2565].
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:
ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2555). การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัด
เชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2551). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท.
- บุญมี พันธุ์ไทย. (2565). เทคนิคเดลฟาย. วารสารปรัชญาดุสิตบัณฑิตทางสังคมศาสตร์, 1(1), 8-22.
- ประสพชัย พสุนนท์. (2558). ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามสำหรับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์.
วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 18(มกราคม-ธันวาคม 2558).
- ปราณี มีหาญพงษ์ และสุนิย์รัตน์ บุญศิลป์. (2564). การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล.
วารสารพยาบาลทหารบก, 22(1), 10-19.
- ปฐนิกา ศรีติมงคล. (2555). การพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของ อสม..
วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ปองจิต สร้อยแสง และชาญชัย จิวจินดา. (2565). บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิง
สร้างสรรค์ในการจัดการสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง บ้านยายม่อม จังหวัดตราด. วารสารบัณฑิต
แสงไคมคำ, 7(1), 32-46.

- พงศ์เทพ จิระโร. (2564). บทวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) จากแบบวัดที่เป็นมาตรฐานค่าโดยการกำหนดน้ำหนัก กับ ไม่กำหนดน้ำหนักให้สมาชิกในค่าคะแนนเดียวกัน. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 32(1), 1-13.
- พรพันธุ์ บุณรัตน์พันธุ์, (2542). *คู่มือการสร้างและการใช้เครื่องชี้วัดสถานภาพอนามัยชุมชนสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล*. ม.ป.ท.
- พิมพ์วิมล สุวรรณโน, สมศักดิ์ ลีลา และนาวาตรีพงศ์เทพ จิระโร. (2560). การพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะการวิจัยของอาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคใต้. *วารสารการศึกษาและการพัฒนาสังคม*, 13(1), 79-95.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2549). *หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 3. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพ็ญศรี ทองเพชร และรุ่งนภา จันทรา. (2562). การพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในศตวรรษที่ 21 วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(1), 166-178.
- พชนิดา ก้านแก้ว, ศิราภรณ์ แก้วยิ้ม, กุลณัฐ คำนวน, แก้วกัลยา โสภาคำ, ธนพร รัตนภิญโญวงศ์, มณีรัตน์ แต่งโยธา, รวิสร่า ศรีบุรินทร์, สุนิสา ถิ่นระนอง และชลกร ทรงศรี. (2565). ความรู้และการปฏิบัติตัวในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุมชนโนนสูง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยนวัตกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางสุขภาพ*, 1(1), 41-55.
- พัชรินทร์ ชมภูวิเศษ. (2559). *เอกสารการสอนการวัดและประเมินผลการศึกษา*. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี. [ออนไลน์]. ได้จาก [http://portal5.udru.ac.th/ebook/pdf/upload/18J3oQ366MLQ2l2YoQg5.\(21\)2.pdf](http://portal5.udru.ac.th/ebook/pdf/upload/18J3oQ366MLQ2l2YoQg5.(21)2.pdf). [สืบค้นเมื่อ 19 กันยายน 2565].
- พฤษักกัญญา บุญลบ, นวพรรณ ตีประเสริฐวรกร, อนุรักษ์ มีอิม, เจริญ ทุนชัย และพระครูโอภาส กานจธรรม. (2563). การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลเมืองชะอำ จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารสิรินธรปริทรรศน์*, 21(2), 197-205.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2545). *เอกสารประกอบการสอนสาขาวิชาศึกษาศาสตร์ ชุดวิชา 20302 สถิติวิจัย และการประเมินผลการศึกษา หน่วยที่ 9-15*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- มารุต พัฒนาผล. (2562). *การวิจัยและพัฒนาเพื่อการพัฒนาหลักสูตรและการเรียนรู้*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ผู้นำนวัตกรรมหลักสูตรและการเรียนรู้.

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มินลา นาคหนูน และชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 30(4), 26-37.
- ยุทธ ไกยวรรณ. (2550). *การสร้างเครื่องมือวิจัย*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.
- ยุพดี ตรีชลา. (2565). *สมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- รุจิรัตน์ รุ่งหัวไฟ. (2558). *การพัฒนาโมเดลสมรรถนะความร่วมมือสำหรับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา*. วิทยานิพนธ์การศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2561). *ประกาศคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง เรื่องการรวมกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2561*. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 135. ตอนพิเศษ 142ง. หน้า 23 – 25. 20 มิถุนายน 2561.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2565). *ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2565*. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139. ตอนพิเศษ 127ง. 7 มิถุนายน 2565.
- วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2552). *การวิจัยและการพัฒนา (Research and Development)*. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*, 1(2), 1-12.
- วิชัย วงษ์ใหญ่ และมารุต พัฒนพล. (2562). *การประเมินตามสภาพจริงอิงสมรรถนะ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ผู้นำนวัตกรรมหลักสูตรและการเรียนรู้.
- วิชัย ศิริวรวิจรรย์. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน. *มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร*, 4(2), 63-75.
- วิทยา ชินบุตร และนภัทร ภักดีสรวิชัย. (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามนโยบายรัฐบาล อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(2), 304-318.
- วิเชียร เทียนจารุวัฒนา. (2564). *แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คุณภาพเพื่อสนับสนุนกำลังคนด้านสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(2), 353-366.

- วิเชียร ไชยบัง. (2544). การวิเคราะห์องค์ประกอบประสิทธิภาพการสอนตามการรับรู้ของครูประถมศึกษาจังหวัดกาฬสินธุ์. ปรินญาพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วิลาวัลย์ ซาตา. (2562). การสร้างและพัฒนาสมรรถนะทางวิชาชีพ เพื่อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายในการผลิตและพัฒนาข้าราชการครู. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วัลลภ รัฐฉัตรานนท์. (2562). การวิจัยอนาคตโดยใช้เทคนิคเดลฟาย. วารสารสหวิทยาการวิจัย, 8(1), 1-10.
- ศรายุทธ คชพงศ์ และธณัฐา โรจนตระกูล. (2564). การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดพิษณุโลก. มจร. พุทธปัญญาปริทรรศน์, 6(2), 107-119.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2559). การวิจัยและพัฒนาการศึกษาไทย. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย, 8(2), 1-18.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2540). ทฤษฎีการประเมิน. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ ชูกำเนิด, ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, จารุณี วาระหัส, อภิสิตี เชื้อคำเพ็ง และผาณิต หลีเจริญ. (2563). การพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในภาวะที่มีการระบาดหรือภายหลังการระบาดของโรค COVID-19: กรณีศึกษา จังหวัดสงขลา. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศุภคณา ภาวกระรัต. (2562). การศึกษาความสามารถของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พ.ศ. 2562. วารสารวิชาการสังคมมนุษย์, 10(2), 1-20.
- สมเกียรติ โพธิ์สัตย์. (2559). เอกสารประกอบการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างโรงพยาบาลในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เรื่องตัวชี้วัด.
- สมชาติ ไตรรักษา. (2543). หลักการบริหารโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: พี.เอ็น.การพิมพ์.
- สมถวิล ชูทรัพย์. (2550). การพัฒนาเครื่องมือและตัวชี้วัดคุณลักษณะผู้บริหารสถานศึกษาที่มีประสิทธิภาพ. ดุษฎีนิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สถาบันดำรงราชานุภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. (2553). Competency: เครื่องมือในการบริหาร แบบมุ่งผลสัมฤทธิ์, เอกสารความรู้ สดร. กรุงเทพฯ: สถาบันดำรงราชานุภาพ.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2565). คู่มือ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน การจัดการภาวะวิกฤตหลังการระบาดของโรคโควิด-19. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ. (2547). Competency : เครื่องมือการบริหารที่ปฏิเสธไม่ได้. Productivity. 9(53), 49-50.

- สุกัญญา รัตมีธรรมโชติ. (2549). *แนวทางการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ Competency Based Learning*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ศิริพัฒนานิเตอร์พรีนธ์.
- สุจิตรา ปทุมลังการ. (2552). *ความรู้เกี่ยวกับหลักสูตรฐานสมรรถนะและการประเมินผล*. กรุงเทพฯ: สำนักมาตรฐานการอาชีวศึกษาและวิชาชีพ กระทรวงศึกษาธิการ.
- สุธิสา กรายแก้ว, ภัชลดา สุวรรณนวล, สุภาภรณ์ โสภา และพระครูธีรธรรมพิมล. (2563). บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการส่งเสริมสุขภาพประชาชน ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*, 7(12), 69-81.
- สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา, สมตระกูล ราศิริ และธิดิรัตน์ ราศิริ. (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 7(2), 80-97.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2552). *การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2546). *รวมบทความการประเมินผลการเรียนรู้แนวใหม่*. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์.
- สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์.
- สันทัต พรประเสริฐมานิต. (2559). *เอกสารบรรยาย การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ. สถิติขั้นกลางสำหรับจิตวิทยา*. [ออนไลน์]. ได้จาก https://sunthud.com/media/Teaching/IntroStat/Spring16/Ch12_EFA.pdf [สืบค้นเมื่อ 19 กันยายน 2566].
- สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2547). *ตำราชุดฝึกอบรมหลักสูตรนักวิจัย*. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานฝึกอบรมการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. (2529). *การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530 - 2534)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.). (2548, มกราคม). *การปรับใช้สมรรถนะในการบริหารทรัพยากรมนุษย์*. เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง สมรรถนะของข้าราชการ.
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.). (2548). *คู่มือสมรรถนะราชการพลเรือนไทย*. นนทบุรี: สำนักงาน ก.พ.

สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการการยุติศาสตร์ชาติ. (2561). ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 – 2581 (ฉบับประกาศราชกิจจานุเบกษา). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2562). เข้าใจสมรรถนะอย่างง่าย ๆ ฉบับประชาชน และเข้าใจหลักสูตรฐานสมรรถนะอย่างง่าย ๆ ฉบับครู ผู้บริหาร และบุคลากรทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: บริษัท 21 เซ็นจูรีจำกัด.

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2564). รายงานการวิจัยผลการทดลองใช้กรอบสมรรถนะผู้เรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 สำหรับหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: สำนักมาตรฐานการศึกษาและพัฒนการเรียนรู้.

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2564). คู่มือการนำกรอบสมรรถนะหลักของผู้เรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 ไปใช้ในการพัฒนาผู้เรียน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท พรักหวานกราฟฟิค จำกัด.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565, กันยายน). ร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสาม พ.ศ. 2566 – 2570. เอกสารประกอบการประชุมประจำปี สศช. 2565 พลิกโฉมประเทศไทยก้าวไปด้วยกัน. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2557). ทีมหมอครอบครัว. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2520). แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สี่ (พ.ศ. 2520 – 2524): 281.

สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2525). แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ห้า (พ.ศ. 2525 – 2529): 256.

สังคม ศุภรัตน์กุล. (2557). เอกสารประกอบการสอน วิชาการเปรียบเทียบวิธีวิจัยและสถิติขั้นสูง. อุตรธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี.

อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และชญาภา วันทุม. (2560) การทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ. วารสารพยาบาลและสุขภาพ, 11(2), 105-111.

อรุณ จิรวัดณ์กุล. (2558). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: บริษัท ส.เอเซียเพรส (1989) จำกัด.

อารุจี ศักดิ์สวัสดิ์. (2563). คุณภาพการให้บริการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ: กรณีศึกษาประชาชนในพื้นที่ตำบลโคกโพธิ์ อำเภโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- อรธีรา พลจร. (2563). *สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- อรรวรรณ สัมภามานะ. (2554). *การพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ*. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Allen, LM., and Palermo, C. (2022). Using document analysis to revise competency frameworks: Perspectives from the revision of competency standards for dietitians. *Front Med*, 9(900636). doi: org/10.3389/fmed.2022.900636.
- American Public Health Association. (2009). *Community Health Workers to Increase Health Access and to Reduce Health Inequities*. [Online]. Available from: <http://www.apha.org/policies-and-advocacy/public-health-policy-statements/policy-database/2014/07/09/14/19/support-for-community-health-workers-to-increase-health-access-and-to-reduce-health-inequities>. [accessed 18 Sept 2022].
- Arjyotha, P., Promasatayaprot, V. and Promaruk, T. (2021). Competency prediction equation for the performance of academic health personnel in sub-district health promoting hospitals in northeastern region of Thailand. *Journal of Southwest Jiaotong University*, 56(6), 1-11. Doi:10.35741/issn.0258-2724.56.6.1
- Balcazar, H., Rosenthal, E. L., Brownstein, J. N., Rush, C. H., Matos, S., and Hernandez, L. (2011). Community health workers can be a public health force for change in the United States: three actions for a new paradigm. *Am J Public Health*, 101(12) , 2199- 2203. [Online] . Available from: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300386>. [accessed 18 Sept 2022].
- Boud, D. (1995). *“Implementing Student Self-Assessment,”* Higher Education Research and Development Society of Australasia Incorporated.(HEEDSA green guid, no.5.)
- Boyatzis, R. E. (1982). *The Competent Manager: A Model for Effective Performance*. New York: John Wiley & Sons.

- Bremer, G., and Peeters, J. (2017). *Learning from Volunteering Recognition and validation of volunteer experiences*. The learner at the Centre: Validation of Prior Learning strengthens lifelong learning for all: 2nd VPL-Biennale (pp. 89-102). [5] (Series VLP Biennale; Vol. 6). (European Centre for Valuation of Prior Learning) Houten/Aarhus.
- Brockhoff, K. (1975). The performance of forecasting groups in computer dialogue & face-to-face discussion. In Linstone, H. A., & Turnoff, M. ed. *The Delphi method: Techniques and applications*, Reading, MA: Addison-Wesley.
- Brownstein, J. N., Bone, L. R., Dennison, C. R., Hill, M. N., Kim, M. T., and Levine, D. M. (2005). Community health workers as interventionists in the prevention and control of heart disease and stroke. *Am J Prev Med*, 29(5 Suppl 1), 128-133. [Online]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.07.024>. [accessed 5 Sept 2022].
- Chadcham, S. (2004). Confirmatory factor analysis. *Journal of Educational Research and Measurement*, 2(1), 15-42.
- Choowong, J., Sawatdee, D., Maneechote, P., and Tulyakul, P. (2020). The Development of Village Health Volunteers' Competencies for Tuberculosis Care in Trang Province, Thailand. *Global Journal of Health Science*, 12(9), 30-37.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4th ed. University of Nebraska-Lincoln : Sage 15.
- Comrey, A.L., and Lee, H.B. (1992). *A first course in factor analysis*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Colthart, I., Bagnall, G., Evans, A., Allbutt, H., Haig, A., Illing, J., and McKinstry, B. (2008). The effectiveness of self-assessment on the identification of learner needs, learner activity, and impact on clinical practice: BEME Guide no. 10. *Medical teacher*, 30(2), 124-145. <https://doi.org/10.1080/01421590701881699>

- Cowan, D. T., Wilson-Barnett, D. J., Norman, I. J., and Murrells, T. (2008). Measuring nursing competence: Development of a self-assessment tool for general nurses across Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), 902-913. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.03.004>.
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics A Foundation for Analysis in the Health Science*. 6th ed. New York: Wiley. 273-303.
- DeVellis, R. L. (2003). *Scale development: theory and application*. 2nd ed. California: Sage Publication.
- Division of community health services. (2013). *Community health volunteers (CHVs) basic modules handbook*. Ministry of Health, Republic of Kenya. [Online]. Available from: http://guidelines.health.go.ke:8000/media/CHV_handbook_PDF-F.pdf. [accessed 5 Sept 2022].
- Doi, Y., and Hosoda, Y. (2021). Development and psychometric testing of the nursing faculty competencies self-assessment scale. *Nurse education today*, 106(2021). <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105068>
- Ellis, L. J. (2017). *Factor analysis and item analysis*. Nijmegen.
- Everitt, B., and Hothorn, T. (2011). *An introduction to applied multivariate analysis with R*. NY: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-9650-3>.
- Fowles, J. (1978). *The Delphi technique*. London: Greenwood Place.
- Giannarou, L., and Zervas, E. (2014). Using Delphi technique to build consensus in practice. *Int. Journal of Business Science and Applied Management*, 9(2), 65-82.
- Hartman, A. (1981). Reaching Consensus using The Delphi Techniques : *Education Leadership*, 38(6), 495-497.
- Hair, J. F., Black, W.C., Babin, B.J., and Anderson, R.E. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective*. 7th ed. Upper Saddle River NJ: Pearson Education.
- Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>.

- Jensen, C. (1996). *Delphi in Delphi: Power Techniques from the Experts* Berkeley. Berkeley: CA: McGraw-Hill.
- Jittimanee, S., and Suwankij, J. (2023). Competency Assessment of Health Volunteers in Recording and Reporting Community Health Status in Thailand. *JRCNP*, 1(2), 174-8. doi: <https://doi.org/10.58545/jrcnp.v1i2.208>.
- Kaweenuttayanon, N., Pattanarattanamolee, R., Sorncha, N., and Nakahara, S. (2021). Community surveillance of COVID-19 by village health volunteers Thailand. *Bull World Health Organ*, 99, 393–7. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.274308>.
- Kenny, D. A. (1979). *Correlation and causality*. New York: Wiley.
- Keeney, S. (2015). The Delphi Technique. In J. L. & D. C. K. Gerrish (Ed.), *The Research Process in Nursing*. 7th ed. Massachusetts: Wiley.
- Keeney, S., Hasson, F., and Mckenna, H. (2001). A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *Int J Nurs Stud*, 38(2), 195-200.
- Kitreerawutiwong, K., Sriruecha, C., and Laohasiriwong, W. (2015). Development of the competency scale for primary care managers in Thailand: Scale Development. *BMC Fam Pract*, 16(174), 1-9.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford Press.
- Likert, R. (1967). *The Human Organization: Its Management and Value*. New York: McGraw-Hill.
- Lingard, H., and Rowlnson, S. (2006). *Sample size in factor analysis: why size matters*. Research Gate. [Online]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/238622991_Sample_size_in_factor_analysis_why_size_matters. [accessed 27 Nov 2022].
- Linstone, H. A., and Turnoff, M. (1975). *Delphi method: Techniques and applications*. Addison-Wesley. Publishing Company.
- Love, M. B., Gardner, K., and Legion, V. (1997). Community health workers: who they are and what they do. *Health Education & Behavior*, 24(4), 510-522.

- Mahdjoubi, D. (2009). *Four Types of R&D*. Austin, Texas: Research Associate, IC2 Institute.
- Macmillan, T. T. (1971). The delphi technique. *Paper presented at the annual meeting of the California Junior Colleges Associations Committee on Research and Development*. Monterey. California.
- Marome, W., and Shaw, R. (2021). COVID-19 Response in Thailand and Its Implications on Future Preparedness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1089. doi.org/10.3390/ijerph18031089.
- McKenna, H. P. (1994). The Delphi technique: a worthwhile research approach for Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1221–1225.
- McClelland, D. C. (1973). Testing for Competence Rather than for Intelligence. *American Psychologist*, 28(1), 1-14.
- McClelland, D. C. (1975). *A Competency model for human resource management specialists to be used in the delivery of the human resource*. Management cycle. Boston: Mcber.
- Miller, G. (2001). The development of indicators for sustainable tourism, Results of a delphi survey of tourism researchers. *Tourism Management*, 22(4), 351-62.
- Murdauge, L.B. (2008). *Competence assessment tools for health system pharmacies*. 4th ed. American society of health system Pharmacists Bethesda, Maryland.
- Murphy, T., and Terry, H. (1998). Faculty needs associated with agricultural distance education. *The Journal of Agricultural Education*, 39(1), 17–27.
- Murry, J. W., and Hammons, J. O. (1995). Delphi: A Versatile Methodology for Conducting Qualitative Research. *The Review of Higher Education*, 18(4), 423-436.
- Norman, D., and Olaf, H. (1963). Experimental Application of the Delphi Method to the Use of Experts. *Management Science*, 9(3), 457–467.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Perry, H. (2020). *Health for the people: National community health worker programs from Afghanistan to Zimbabwe*. Washington DC: USAID.

- Perry, H., Mushtaque C., Miriam W., Karen L., Lauren C., Simon L., David M., Maryse K., Kerry S., Madeleine B. and Steve H. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 11. CHWs leading the way to “Health for All”. *Health Res Policy Sys*, 19(Suppl.3), 111.
- Pett, MA., Lackey, NR., and Sullivan, JJ. (2003). *Making sense of factor analysis: The use of factor analysis for instrument development in health care research*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Pop, C., and Khampirat, B. (2019). Self-assessment instrument to measure the competencies of Namibian graduates: Testing of validity and reliability. *j.stueduc*, 60(2019), 130-139.
- Rachmani, E., Hsu, CY., Chang, P. W., Fuad, A., Nurjanah, N., Shidik, G. F., Ninggrum, A., and Lin, M. C. (2020). Development and validation of an instrument for measuring competencies on public health informatics of primary health care worker (PHIC4PHC) in Indonesia. *Primary Health Care Research & Development*, 21(e22), 1–16.
- Reise, SP., Comrey, AL., and Waller, NG. (2000). Factor Analysis and Scale Revision. *Psychological Assessment*, 12(3), 287-297. Doi: 10.1037/1040-3590.12.3.287.
- Rosenthal, E. (1998). *A Summary of the National Community Health Advisor Study*. NATIONAL COMMUNITY HEALTH ADVISOR STUDY A Policy Research Project of The University of Arizona. [Online]. Available from: <https://crh.arizona.edu/sites/default/files/2022-04/CAHsummaryALL.pdf>. [accessed 27 Sept 2022].
- Rosenthal, E., Carl H. R., and Caitlin G. A. (2016). *Understanding Scope and Competencies: A Contemporary Look at the United States Community Health Worker Field*. [Online]. Available from: <https://chwcentral.org/wp-content/uploads/2016/08/CHW-C3-Project.pdf>. [accessed 27 Sept 2022].
- Sabo, S., Allen, C. G., Sutkowi, K., and Wennerstrom, A. (2017). Community Health Workers in the United States: Challenges in Identifying, Surveying, and Supporting the Workforce. *Am J Public Health*, 107(12), 1964-1969.
- Sackman, H. (1974). *Delphi assessment: Expert opinion, forecasting and group process*. Santa Monica, CA: Rand Corporation.

- Spencer, L.M. and Spencer, S.M. (1993). *Competency at Work: Models for Superior Performance*. New York: John Wiley & Sons.
- Shewade, H. D., Jeyashree, K., Palanivel C., and Panigrahi, K. C. (2017). Competency-based tool for evaluation of community-based training in undergraduate medical education in India – a Delphi approach. *Advances in Medical Education and Practice*, 277-286, DOI: 10.2147/AMEP.S123840
- Schwarz, D., Kim, J.-H., Ratcliffe, H., Bell, G., Awoonor-Williams, J. K., Nimako, B., Otupiri, E., Lipsitz, S., Hirschhorn, L., and Bitton, A. (2019). The status of Ghanaian community health workers' supervision and service delivery. *Gates Open Research*. [Online]. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6600081/pdf/gatesopenres-3-14180.pdf. [accessed 14 Jun 2022].
- Spector, P. E. (1992). *Qualitative applications in the social sciences*. London: SAGE.
- Springer, P., Payne, K., and Petermann, B. (1998). Rating nursing performance based on behaviors. *Journal of Nursing Administration*, 28(1), 39-45.
- Steven, J. P. (2009). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. New York: Routledge.
- Tabachnick, B. G., and Fidell, L. S. (2001). *Computer-assisted Research Design and Analysis*. Allyn and Bacon.
- Tabachnick, B.G., and Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics (4th ed.)*. Boston, MA: Pearson Education.
- Tanthanapanyakorn, P., Saykaew, T., Ampant, P., and Wongpituk, K. (2021). Effective Role of Village Health Volunteers (VHVs) in Response to the COVID-19 Pandemic Emergencies in Thailand. *Int J Innov Educ Res*, 9(11), 255-60.
- Tavousi, M., Haeri-Mehrizi, A., Rakhshani, F., Rafiefar, S., Soleymanian, A., Sarbandi, F., Ardestani, M., Ghanbari, S., and Montazeri, A. (2020). Development and validation of a short and easy-to-use instrument for measuring health literacy: the Health Literacy Instrument for Adults (HELIA). *BMC Public Health*, 20(656).

- Tejativaddhana, P., Suriyawongpisan, W., Kasemsup, V. and Suksaroj, T. (2020). The role of village health volunteers: COVID-19 Prevention and Control in Thailand. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 15(3): i477, 1-5.
- The World Bank. (2021). *Impact of Covid-19 On Thailand' Household*. [Online]. Available from: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/390821633313679563/pdf/mpact-of-COVID-19-on-Thailand-s-Households-Insights-from-a-Rapid-Phone-Survey.pdf>. [accessed 20 Feb 2022].
- Tienthavorn, V., Chuenkongkaew, W., Tanvatanakul, V., Charoensuk, S., Poltana, P., and Thepaksorn, P. (2023). Policies and practices to attract, retain, support, and reskill health and care workers during the COVID-19 pandemic and future workforce development in Thailand. *J Glob Health*, 13(03046). doi: 10.7189/jogh.13.03046.
- Visanuyothin, S., Chatanuluk, C., Saengsuwan, S., Rojanavarapong, A., and Pornchanya, P. (2015). Health Literacy of Village Health Volunteer in Municipality, Nakhonratchasima, Thailand. *JPHD*, 13(1), 37-54.
- WHO Thailand. (2020). *Joint Intra-Action Review of the Public Health Response to COVID-19 in Thailand*. [Online]. Available from <https://www.who.int/publications/m/item/joint-intra-action-review-of-the-public-health-response-to-covid-19-in-thailand>. [accessed 3 Aug 2022].
- Wolf, A. (1995). *Competence-Based Assessment*. Buckingham: Open University Press.
- World Health Organization. (1978). *Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care Alma Ata, USSR, 6–12 September 1978*. [Online]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9241800011>. [accessed 20 Feb 2022].
- World Health Organization. (1981). *Global Strategy for Health for All by the year 2000*. [Online]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9241800038>. [accessed 20 Feb 2022].
- World Health Organization. (2007). *Role of village health volunteers in avian influenza surveillance in Thailand*. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia.

World Health Organization. (2018). *WHO guidelines on health policy and system support to optimize community health worker programs*. Geneva: World Health Organization.

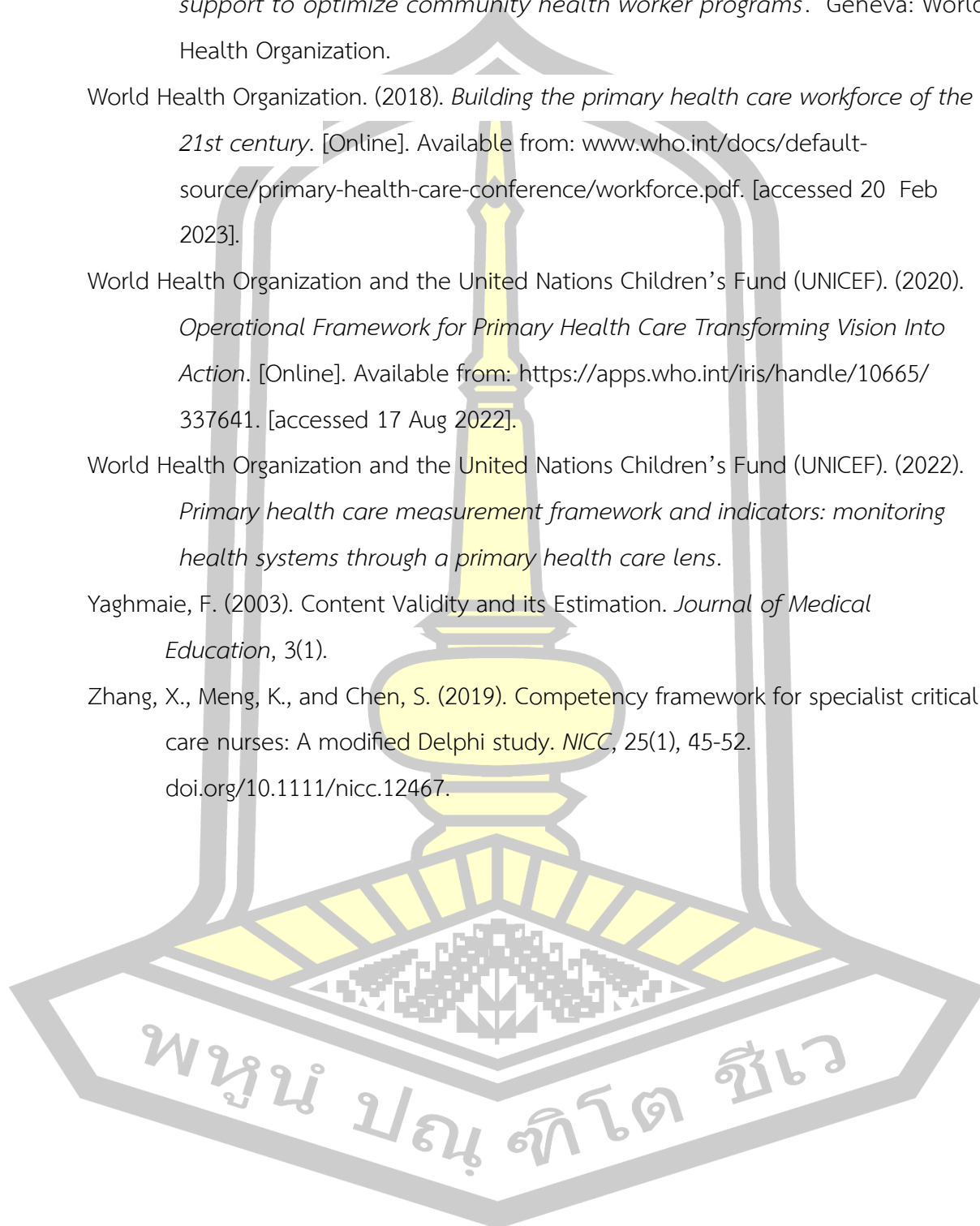
World Health Organization. (2018). *Building the primary health care workforce of the 21st century*. [Online]. Available from: www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/workforce.pdf. [accessed 20 Feb 2023].

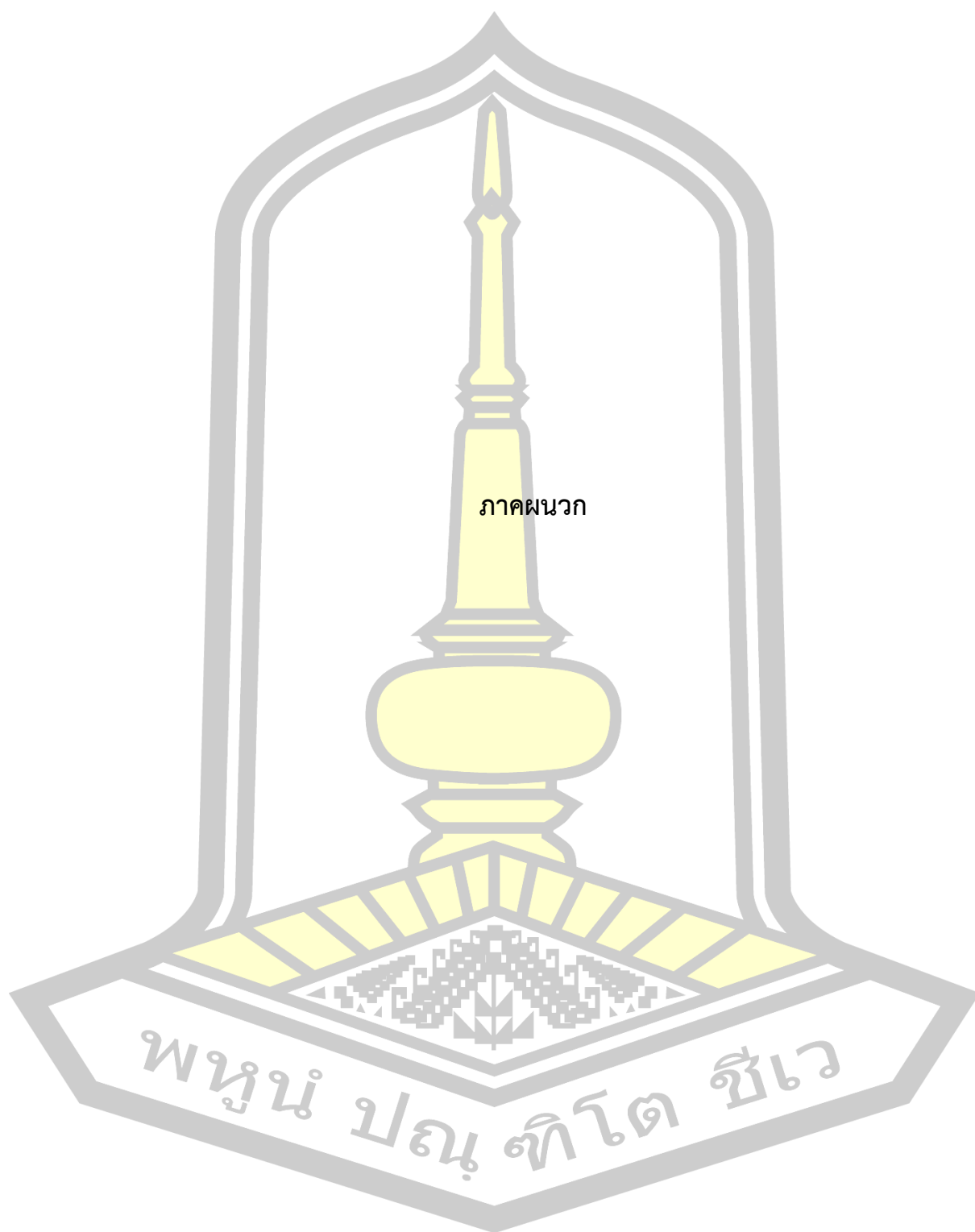
World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). (2020). *Operational Framework for Primary Health Care Transforming Vision Into Action*. [Online]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337641>. [accessed 17 Aug 2022].

World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). (2022). *Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens*.

Yaghmaie, F. (2003). Content Validity and its Estimation. *Journal of Medical Education*, 3(1).

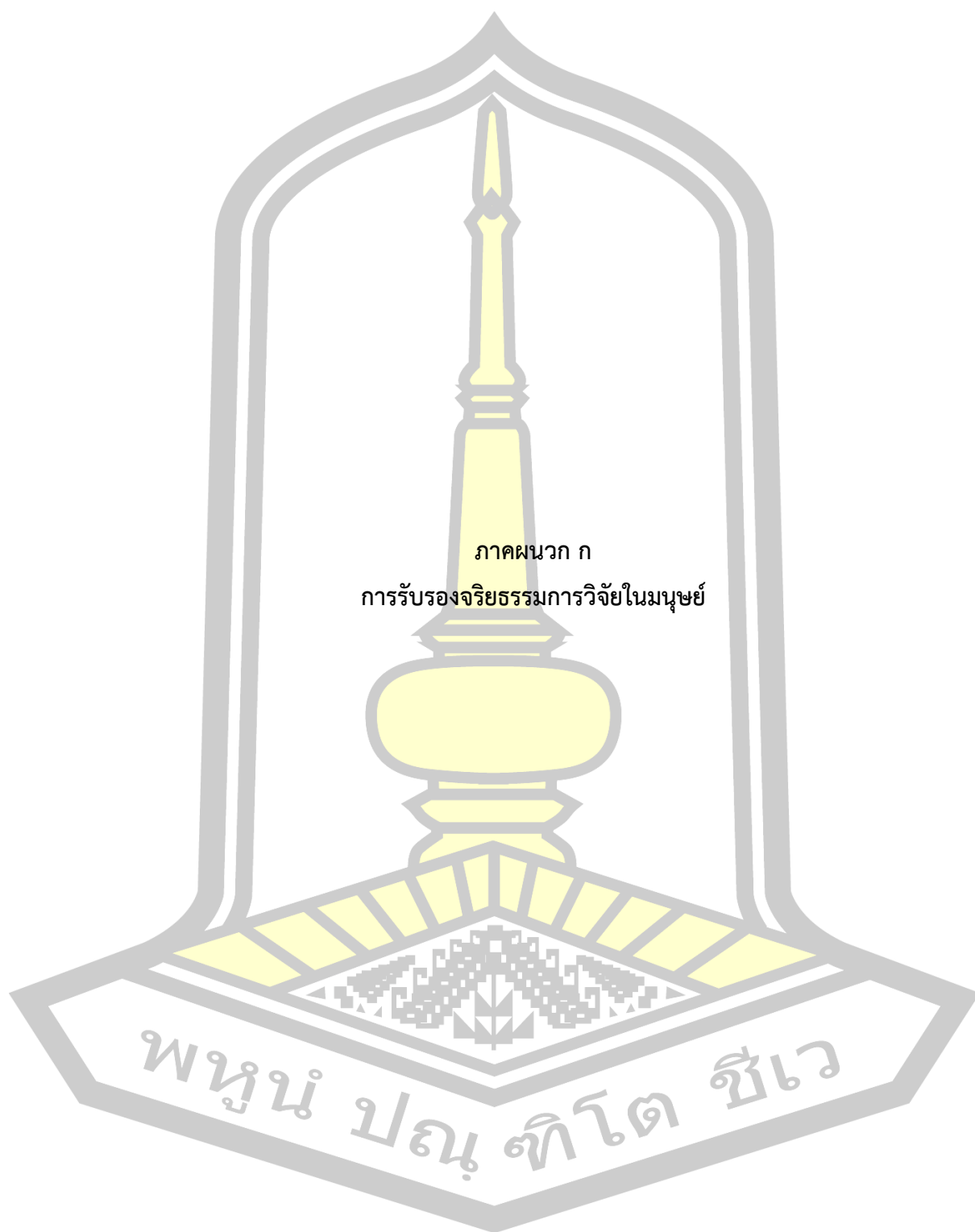
Zhang, X., Meng, K., and Chen, S. (2019). Competency framework for specialist critical care nurses: A modified Delphi study. *NICC*, 25(1), 45-52. doi.org/10.1111/nicc.12467.

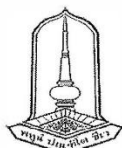




ภาคผนวก

พูน ปณ จิต ชีเว





245

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 058-446/2566

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Development of The Core Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand.

ผู้วิจัย : นายนพดล ครุอ่อน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : ระยะที่ 1 สํารวจข้อมูลในพื้นที่ 4 ภูมิภาคในประเทศไทย และระยะที่ 2 ศึกษาในอำเภอ บางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 24 กุมภาพันธ์ 2566

วันหมดอายุ : 23 กุมภาพันธ์ 2567

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจำเป็นต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

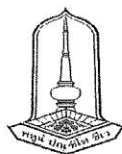
.....ภก. สว่างจิตร์.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษักรหญิงราตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



**MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS**

Certificate of Approval

Approval number: 058-446/2023

Title : Development of The Core Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand.

Principal Investigator : Mr. Noppadol Krutnoi

Responsible Department : Faculty of Public Health

Research site : Phase 1 Survey data in 4 regions in Thailand and Phase 2 studies in the district Bang Bua Thong, Nonthaburi Province

Review Method : Expedited Review

Date of Manufacture : 24 February 2023

expire : 23 February 2024

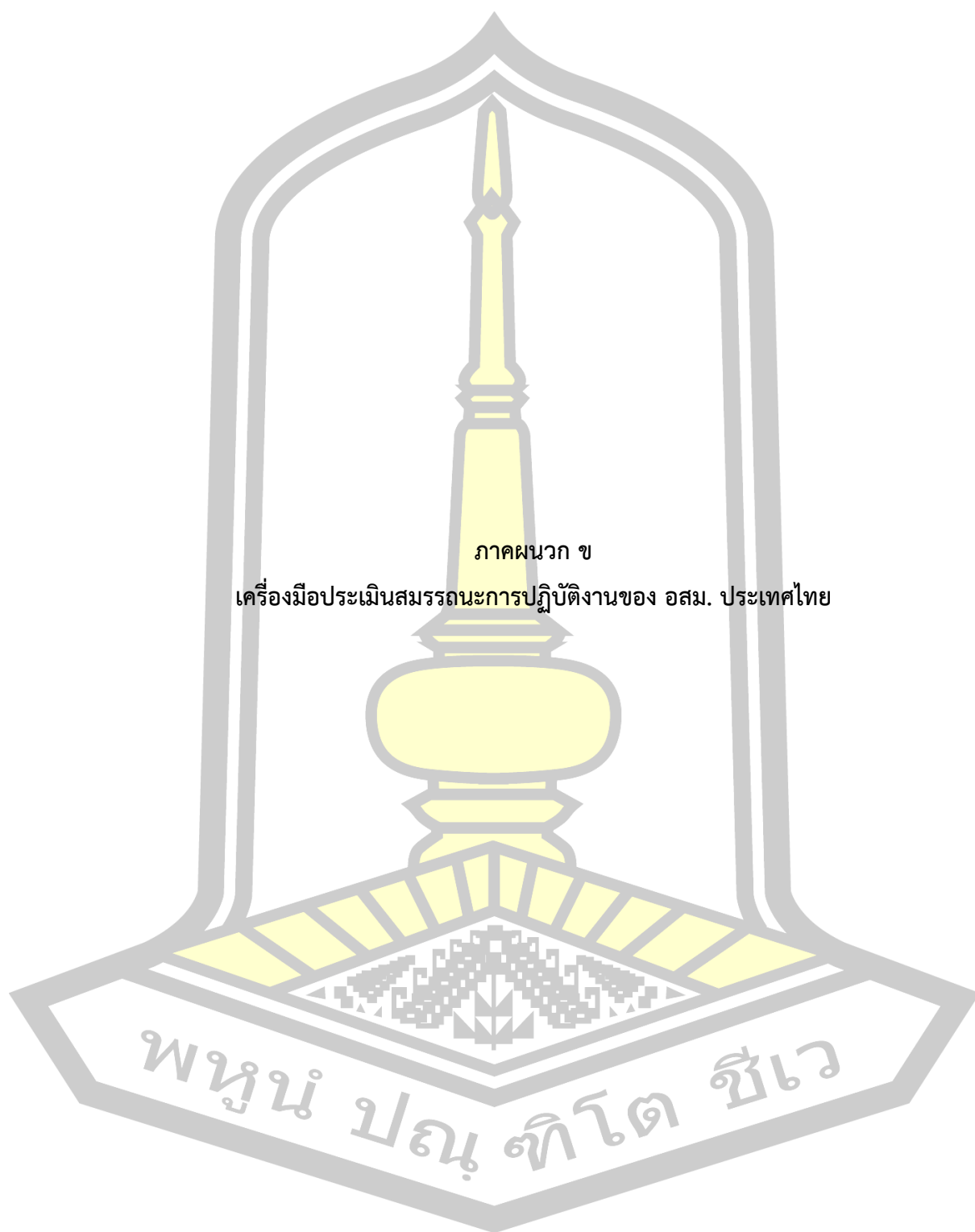
This research application has been reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Maharakham University, Thailand. Approval is dependent on local ethical approval having been received. Any subsequent changes to the consent form must be re-submitted to the Committee.

.....*Ratree S.*.....

(Asst. Prof. Ratree Sawangjit)

Chairman

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



ภาคผนวก ข

เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย

พหุมนั ปณ จิโต ชีเว

คู่มือการใช้งาน

เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ประเทศไทย

เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย

1. หลักการและเหตุผล

การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับศักยภาพแต่ละบุคคล มีความจำเป็นและความสำคัญในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งส่งผลต่อการประสานงาน การกำกับดูแลการปฏิบัติงานของ อสม. ตลอดจนการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ฯ เปิดกว้างให้หน่วยงานต่าง ๆ สามารถอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ได้ตามความเหมาะสมของบริบทของพื้นที่ ซึ่งหลักการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มุ่งเน้นความคุ้มค่าของงบประมาณ มีความสอดคล้องกับศักยภาพปัจจุบันของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะด้านที่ยังมีศักยภาพไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลของการสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อค้นหาศักยภาพปัจจุบันที่ควรได้รับการพัฒนา เพื่อการวางแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. ตามความมุ่งหมายของการก่อกำเนิด อสม. เพื่อให้การดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมต่อไป

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อการประเมินตนเองของ อสม.
- 2.2 เพื่อประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 2.3 เพื่อการวางแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ขอบเขต

คู่มือนี้ใช้ประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยทำการประเมินตามขั้นตอนที่กำหนด แปลผล และสรุปผลการประเมิน เพื่อประกอบการจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพของ อสม. ต่อไป

4. คำจำกัดความสมรรถนะ

สมรรถนะการปฏิบัติงาน หมายถึง ความสามารถของ อสม. ในการปฏิบัติภารกิจ ที่เป็นผลมาจากการนำความรู้ ความสามารถ ทักษะ และคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ผ่านการอบรมและสั่งสม

ประสบการณ์ มาบูรณาการใช้ทำงานจนเกิดความชำนาญในการปฏิบัติหน้าที่ ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ

1. ด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัย ชุมชน หมายถึง การมีข้อมูลเด็กและเยาวชนทั้งในระบบโรงเรียนและนอกโรงเรียนในเขตรับผิดชอบ และนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพอนามัย เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มเด็กและเยาวชน หรือชักชวนเด็กและเยาวชนเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันยาเสพติดที่มีการจัดขึ้นในชุมชน หรือการให้ความรู้มาตรการเฝ้าระวังอุบัติเหตุทางถนนแก่กลุ่มเด็กและเยาวชน ตลอดจนการเปิดโอกาสให้เสนอความคิดเห็นในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงการให้บริการโดยตรงแก่บุคคล ครอบครัว หรือกลุ่มบุคคลเพื่อสร้างความตระหนักและเสริมขีดความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก 0-5 ปี การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็ก 0-5 ปี การประเมินพัฒนาการเด็ก 0 – 5 ปี การฝากครรภ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหญิงหลังคลอด การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

3. ด้านการป้องกันโรค หมายถึงการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้โดยตรงแก่บุคคล ครอบครัว และกลุ่มบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การอธิบายฤดูกาลระบาดของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่น การป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่น การอธิบายปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อ การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อด้วยแบบคัดกรองหรือเทคโนโลยีอื่น ๆ และการใช้อุปกรณ์การแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อ

4. ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น หมายถึง การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น ให้คำแนะนำการใช้ยาตามความจำเป็นและอันตรายจากการใช้ยาชุด การใช้ยาสามัญประจำบ้านเพื่อรักษาพยาบาลเบื้องต้น การเก็บรักษายาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และจำแนกยาหมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ

5. ด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ หมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจ สามารถสื่อสารนโยบายสาธารณสุขให้แก่เพื่อนบ้าน และการร่วมกันกับทีม อสม. ดำเนินกิจกรรมตามนโยบาย

6. ด้านการสร้างจิตสำนึกประชาชนในการดูแลสุขภาพ หมายถึง การเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อสร้างการรับรู้และยอมรับของเพื่อนบ้าน การอธิบายความสำคัญที่ต้องระวังดูแลสุขภาพ เพื่อชี้ให้เห็นความสำคัญและกระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพ สามารถโน้มน้าวเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อการฝึกปฏิบัติตนและนำกลับไปทำต่อได้ที่บ้าน การสนับสนุน ชื่นชม และให้กำลังใจเพื่อนบ้านที่มีความตั้งใจเฝ้าระวังดูแลสุขภาพตน

เพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สามารถสร้างโอกาส ให้เกิดกิจกรรมการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพในชุมชนได้ เพื่อขยายกลุ่มที่สนใจเพิ่มมากขึ้น

7. ด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ หมายถึง การติดตามสถานการณ์ ข่าวสารตามสื่อต่าง ๆ หรือทางโซเชียลมีเดีย ที่ส่งผลต่อสุขภาพของเพื่อนบ้าน ตลอดจนสามารถตั้งข้อสังเกตและตรวจสอบข่าวสารทางสุขภาพที่อาจเป็นเท็จ การค้นหาความรู้ทางสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อตรวจสอบข่าวสารที่สงสัย การแจ้งข่าวเตือนภัยที่อาจส่งผลต่อสุขภาพให้เพื่อนบ้านทราบ และการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันภัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน

5. วิธีการประเมิน

ประเมินตนเอง ปีละ 1 ครั้ง

6. การให้คะแนน และแปลผลการประเมิน

6.1 การให้คะแนนในแต่ละข้อ ในแต่ละข้อมีระดับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด และในแต่ละระดับกำหนดคะแนนคือ ระดับน้อยที่สุด = 1 คะแนน, ระดับน้อย = 2 คะแนน, ระดับปานกลาง = 3 คะแนน, ระดับมาก = 4 คะแนน, ระดับมากที่สุด = 5 คะแนน ซึ่งทุกข้อกำหนดคะแนนเต็ม 5 คะแนน

ความสามารถในการปฏิบัติ	คะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

6.2 การแปลผลคะแนน โดยใช้คะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้าน ตัวอย่างเช่น สมรรถนะด้าน ก. มีข้อคำถาม 5 ข้อ เมื่อประเมินสมรรถนะในแต่ละข้อแล้ว ผลคือ ข้อที่ 1 อยู่ในระดับดีมากที่สุด (5 คะแนน) ข้อที่ 2 อยู่ในระดับดี (4 คะแนน) ข้อที่ 3,4,5 อยู่ในระดับปานกลาง (3 คะแนน) รวมคะแนนสมรรถนะด้าน ก. ได้ 18 คะแนน จากคำถาม 5 ข้อ นำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย โดย นำคะแนนรวมมาหารด้วยจำนวนข้อ นั่นคือ $18/5 = 3.6$

6.3 เกณฑ์การพิจารณาระดับสมรรถนะ

นำคะแนนเฉลี่ยที่ได้มาเทียบเป็นระดับ ตัวอย่างเช่น คะแนนเฉลี่ย 3.6 เทียบเป็นระดับ “ดี” ดังตาราง

ระดับสมรรถนะ	เกณฑ์การพิจารณาคะแนนเฉลี่ย
ดีมาก	4.21 – 5.00
ดี	3.41 – 4.20
ปานกลาง	2.61 – 3.40
พอใช้	1.81 – 2.60
ต่ำ	1.00 – 1.80

6.4 สมรรถนะภาพรวมแต่ละบุคคล

สมรรถนะการปฏิบัติงาน	คะแนนเฉลี่ย	ระดับสมรรถนะ
1. ด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน		
2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ		
3. ด้านการป้องกันโรค		
4. ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น		
5. ด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ		
6. ด้านการสร้างจิตสำนึกประชาชนในการดูแลสุขภาพ		
7. ด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ		
รวม		
คะแนนเฉลี่ยภาพรวม (.....)/ 7 =		

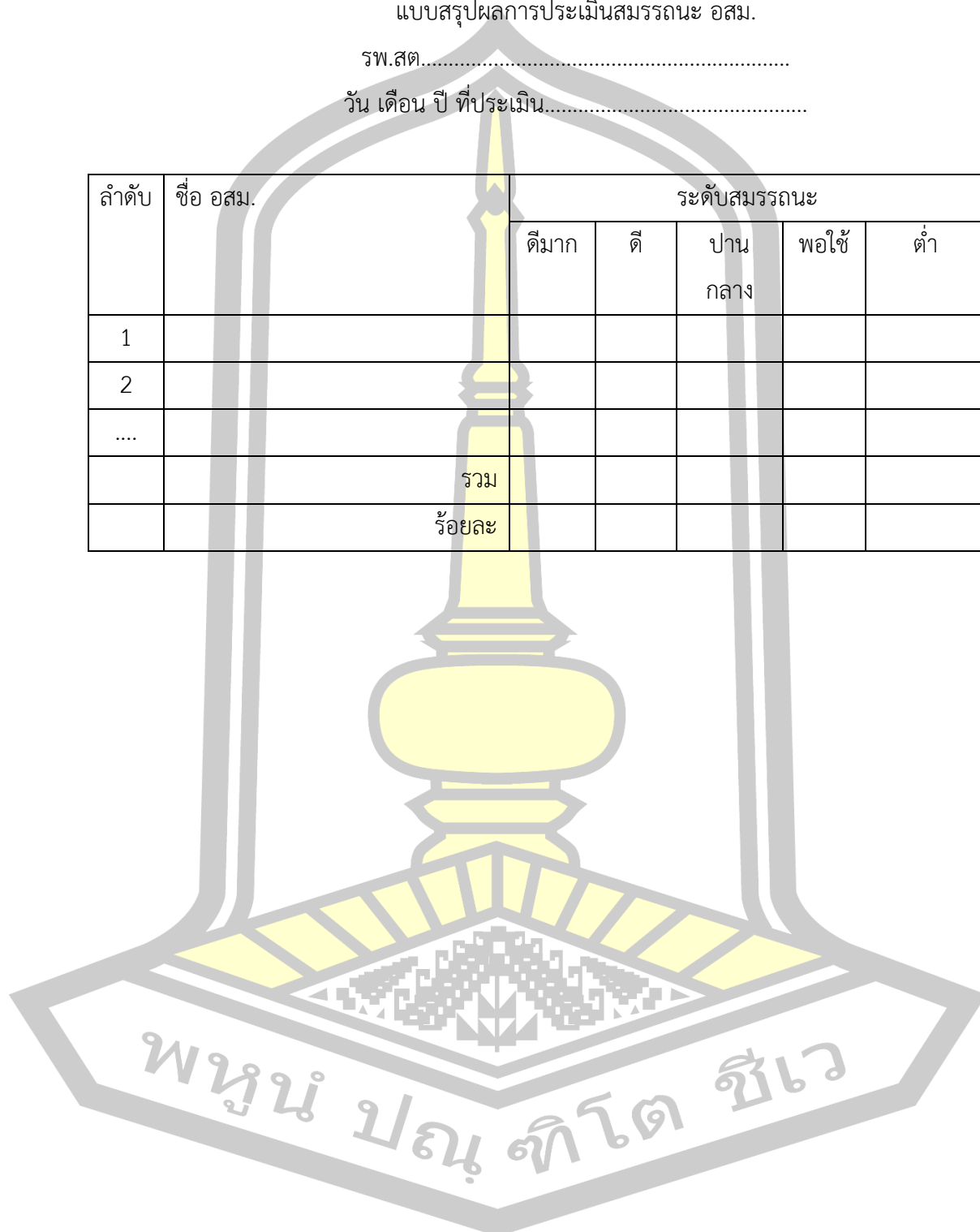
7. สรุปผลการประเมิน

แบบสรุปผลการประเมินสมรรถนะ อสม.

รพ.สต.....

วัน เดือน ปี ที่ประเมิน.....

ลำดับ	ชื่อ อสม.	ระดับสมรรถนะ				
		ดีมาก	ดี	ปานกลาง	พอใช้	ต่ำ
1						
2						
....						
		รวม				
		ร้อยละ				



องค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา
สุขภาพอนามัยและชุมชน

ข้อ	สมรรถนะสำคัญ	ความสามารถในการปฏิบัติ					คะแนน
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1.	สามารถจัดทำข้อมูลจำนวนเด็กและเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนในเขตรับผิดชอบได้	1	2	3	4	5	
2.	สามารถให้ข้อมูลจำนวนเด็กและเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนในเขตรับผิดชอบได้	1	2	3	4	5	
3.	สามารถปฏิบัติงานร่วมกับสถานศึกษาจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่นักเรียนได้	1	2	3	4	5	
4.	สามารถปฏิบัติงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชนได้	1	2	3	4	5	
5.	สามารถส่งเสริมการรวมกลุ่มของเด็กและเยาวชนเพื่อกิจกรรมพัฒนาสุขภาพได้	1	2	3	4	5	
6.	สามารถประสานงานหรือสนับสนุนหรือจัดหาอุปกรณ์เพื่อกิจกรรมสุขภาพของเด็กและเยาวชนได้	1	2	3	4	5	
7.	สามารถปฏิบัติงานร่วมกับชุมชนจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในเด็กและเยาวชนได้	1	2	3	4	5	
8.	สามารถชักชวนเด็กและเยาวชน เข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันยาเสพติดได้	1	2	3	4	5	
9.	สามารถชักชวน หนุนแรงค์ ให้ความรู้แก่เด็กและเยาวชนถึงมาตรการขับขี้อุดภัยเพื่อลดอุบัติเหตุบนท้องถนนได้	1	2	3	4	5	
10.	สามารถเปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชน เสนอความคิดเห็นในการพัฒนาสุขภาพของชุมชนได้	1	2	3	4	5	
		รวมคะแนน					.....
		คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย (..... / 10) =					.....

องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพ

ข้อ	สมรรถนะสำคัญ	ความสามารถในการปฏิบัติ					คะแนน
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถติดตามให้คำแนะนำให้ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ได้	1	2	3	4	5	
2	สามารถให้คำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่แรกเกิด-6 เดือน แก่หญิงหลังคลอดได้	1	2	3	4	5	
3	สามารถให้คำแนะนำถึงความสำคัญของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค(รับวัคซีน) ในเด็ก 0 – 5 ปีได้	1	2	3	4	5	
4	สามารถให้คำแนะนำอาการสำคัญของโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีนได้	1	2	3	4	5	
5	สามารถติดตามเด็ก 0-5 ปี ให้มารับวัคซีนตามกำหนดนัดหมายได้	1	2	3	4	5	
6	สามารถให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังการรับวัคซีนและอาการข้างเคียงของการรับวัคซีนได้	1	2	3	4	5	

ข้อ	สมรรถนะสำคัญ	ความสามารถในการปฏิบัติ					คะแนน
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
7	สามารถเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็ก 0-5 ปีได้ ถูกต้อง เช่น เทียบเกณฑ์น้ำหนักและส่วนสูงกับอายุ	1	2	3	4	5	
8	สามารถให้คำแนะนำและประเมินพัฒนาการเด็ก 0 – 5 ปีได้	1	2	3	4	5	
9	สามารถใช้แบบฟอร์มหรือแอปพลิเคชันสำหรับประเมินคัดกรองสุขภาพได้ เช่น ประเมินคัดกรองสุขภาพจิต หรือการคัดกรองผู้สูงอายุ ได้	1	2	3	4	5	
	รวมคะแนน						.....
	คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย (..... / 9) =						.....

องค์ประกอบที่ 3 สมรรถนะด้านการป้องกันโรค

ลำดับ	สมรรถนะสำคัญ	ความสามารถในการปฏิบัติ					คะแนน
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถระบุสาเหตุของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้ เช่น โรคไข้เลือดออก หรือโรคอุจจาระร่วง	1	2	3	4	5	
2	สามารถระบุอาการเริ่มต้นที่สำคัญของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้ เช่น โรคไข้เลือดออก หรือโรคอุจจาระร่วง	1	2	3	4	5	
3	สามารถอธิบายเหตุการณ์ระบาดของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้ เช่น โรคไข้เลือดออก หรือโรคอุจจาระร่วง	1	2	3	4	5	
4	สามารถให้คำแนะนำการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้	1	2	3	4	5	
5	สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง	1	2	3	4	5	
6	สามารถระบุพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง	1	2	3	4	5	
7	สามารถใช้แบบคัดกรองโรคไม่ติดต่อได้ เช่น แบบคัดกรองโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง	1	2	3	4	5	
8	สามารถใช้อุปกรณ์การแพทย์คัดกรองโรคไม่ติดต่อได้ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	1	2	3	4	5	
	รวมคะแนน						.....
	คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย (..... / 8) =						.....

องค์ประกอบที่ 4 สมรรถนะด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

ลำดับ	สมรรถนะสำคัญ	ความสามารถในการปฏิบัติ					คะแนน
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถให้คำแนะนำการบรรเทาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นได้ เช่น อาการปวดศีรษะ ตัวร้อน ไอ ปวดเมื่อย ท้องผูก	1	2	3	4	5	
2	สามารถให้คำแนะนำการเก็บรักษายาแต่ละชนิดได้อย่างถูกต้องปลอดภัยได้	1	2	3	4	5	
3	สามารถจำแนกยาหมดอายุ หรือยาเสื่อมสภาพได้	1	2	3	4	5	
4	สามารถใช้ยาสามัญประจำบ้านเพื่อรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ เช่น ยาแก้ไอ ยาลดไข้แก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาใส่แผล ยาสมุนไพร	1	2	3	4	5	
5	สามารถให้คำแนะนำเพื่อนบ้านให้ใช้ยาตามความจำเป็น และแนะนำอันตรายจากการใช้ยาชุดได้	1	2	3	4	5	
		รวมคะแนน					.....
		คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย (..... / 5) =					.....



องค์ประกอบที่ 5 สมรรถนะด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

ลำดับ	สมรรถนะสำคัญ	ความสามารถในการปฏิบัติ					คะแนน
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถรับทราบนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละปีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้	1	2	3	4	5	
2	สามารถเข้าใจความหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับ อสม.ได้	1	2	3	4	5	
3	สามารถเข้าใจแนวปฏิบัติของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับ อสม.ได้	1	2	3	4	5	
4	สามารถสื่อสารด้วยวาจาแก่เพื่อนบ้าน ตัวต่อตัวเพื่อแจ้งนโยบายสำคัญได้	1	2	3	4	5	
5	สามารถปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม อสม. เพื่อดำเนินกิจกรรมตามนโยบายได้	1	2	3	4	5	
		รวมคะแนน					.....
		คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย (..... / 5) =					.....

องค์ประกอบที่ 6 สมรรถนะด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ

ลำดับ	สมรรถนะสำคัญ	ความสามารถในการปฏิบัติ					คะแนน
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถให้คำแนะนำเพื่อนบ้านที่ดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม ให้ปฏิบัติตนและดูแลสุขภาพที่ถูกต้องได้	1	2	3	4	5	
2	สามารถชักชวนโน้มน้าวเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพได้	1	2	3	4	5	
3	สามารถให้กำลังใจ สนับสนุน เพื่อนบ้านที่มีความตั้งใจ จะดูแลสุขภาพตนเองได้	1	2	3	4	5	

ลำดับ	สมรรถนะสำคัญ	ความสามารถในการปฏิบัติ					คะแนน
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
4	สามารถประสานงานเพื่อให้มีกิจกรรมสร้างจิตสำนึกการดูแลสุขภาพในชุมชนได้	1	2	3	4	5	
5	สามารถให้คำแนะนำถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพแก่เพื่อนบ้านได้	1	2	3	4	5	
6	สามารถเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้	1	2	3	4	5	
		รวมคะแนน					.....
		คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย (..... / 6) =					.....

องค์ประกอบที่ 7 สมรรถนะด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ

ลำดับ	สมรรถนะสำคัญ	ความสามารถในการปฏิบัติ					คะแนน
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถติดตามสถานการณ์ ข่าวสารตามสื่อต่าง ๆ หรือทางโซเชียลมีเดีย ที่ส่งผลต่อสุขภาพของเพื่อนบ้านได้	1	2	3	4	5	
2	สามารถตั้งข้อสังเกตข่าวสารทางสุขภาพที่อาจเป็นเท็จได้	1	2	3	4	5	
3	สามารถตรวจสอบข้อเท็จจริง ข่าวสารทางสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่ถูกต้องได้	1	2	3	4	5	
4	สามารถแจ้งข่าวเตือนภัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของเพื่อนบ้านและชุมชนได้	1	2	3	4	5	
5	สามารถประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการป้องกันภัยที่ส่งผลต่อสุขภาพในชุมชนได้	1	2	3	4	5	
		รวมคะแนน					.....
		คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย (..... / 5) =					.....

ส่วนที่ 3 สรุปผลการประเมินโดยเทียบคะแนนเฉลี่ยดังนี้

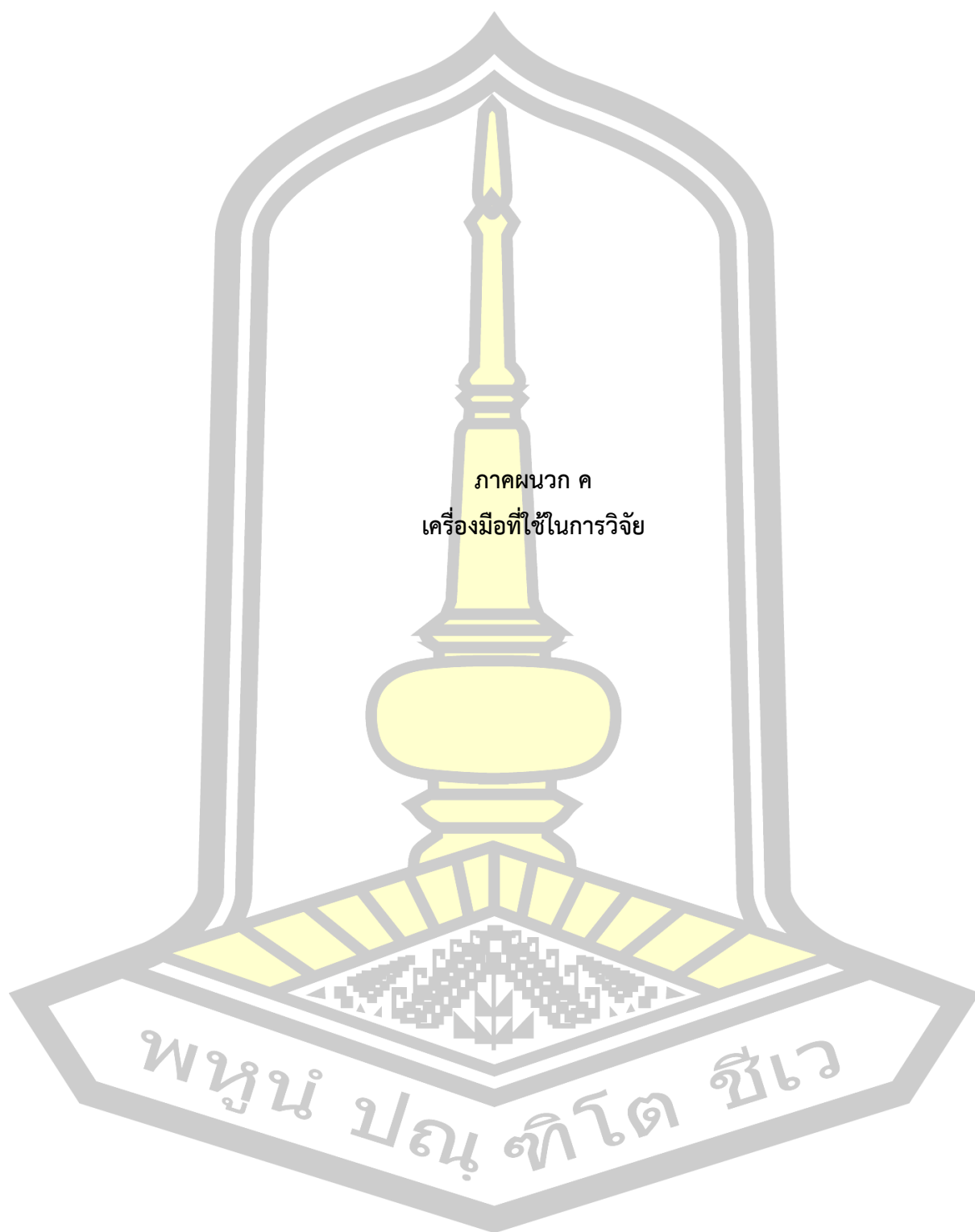
ระดับสมรรถนะการปฏิบัติงาน	คะแนนเฉลี่ย
ดีมาก	4.21 – 5.00
ดี	3.41 – 4.20
ปานกลาง	2.61 – 3.40
พอใช้	1.81 – 2.60
ต่ำ	1.00 – 1.80

สมรรถนะการปฏิบัติงาน	คะแนนเฉลี่ย	ระดับสมรรถนะ
1. สมรรถนะด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน		
2. สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพ		
3. สมรรถนะด้านการป้องกันโรค		
4. สมรรถนะด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น		
5. สมรรถนะด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ		
6. สมรรถนะด้านการสร้างจิตสำนึกประชาชนในการดูแลสุขภาพ		
7. สมรรถนะด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ		
รวม		
คะแนนเฉลี่ยภาพรวม (.....)/ 7 =		

ผู้ประเมิน.....

วันที่.....

พูน ปณ จิต ธีระ



ชุดที่□□□

แบบสอบถาม

“การศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.)”

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย” ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หรือเติมคำลงในช่องว่าง

1. เพศ [] 1. เพศชาย [] 2. เพศหญิง
2. อายุ จำนวน.....ปี (อายุเต็ม)
3. การศึกษา [] 1. ประถมศึกษา [] 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
[] 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. [] 4. อนุปริญญา/ปวส.
[] 5. ปริญญาตรี [] 6. ปริญญาโท
[] 7. อื่นๆ ระบุ.....
4. ระยะเวลาการเป็น อสม. จำนวน.....ปี (อายุเต็มปี)
5. นอกจาก อสม. แล้วปัจจุบันท่านมีตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้านบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
[] 1. ไม่มี
[] 2. ผู้นำชุมชน (กำนัน/สารวัตรกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/แพทย์ประจำตำบล)
[] 3. กรรมการหมู่บ้าน
[] 4. นายกฯ/รองนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อบจ./เทศบาล/อบต.)
[] 5. สมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อบจ./เทศบาล/อบต.)
[] 6. สมาชิกกลุ่มอื่นๆ หรืออาสาสมัครอื่นๆ ระบุ.....
6. การฝึกอบรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา [] 1. ได้รับ [] 2. ไม่ได้รับ

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับความสามารถของท่านเพียงช่องเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	สามารถปฏิบัติได้ประมาณ 81-100%
มาก	หมายถึง	สามารถปฏิบัติได้ประมาณ 61-80%
ปานกลาง	หมายถึง	สามารถปฏิบัติได้ประมาณ 41-60%
น้อย	หมายถึง	สามารถปฏิบัติได้ประมาณ 21-40%
น้อยที่สุด	หมายถึง	สามารถปฏิบัติได้ประมาณ 0-20%

ด้านที่ 1 การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

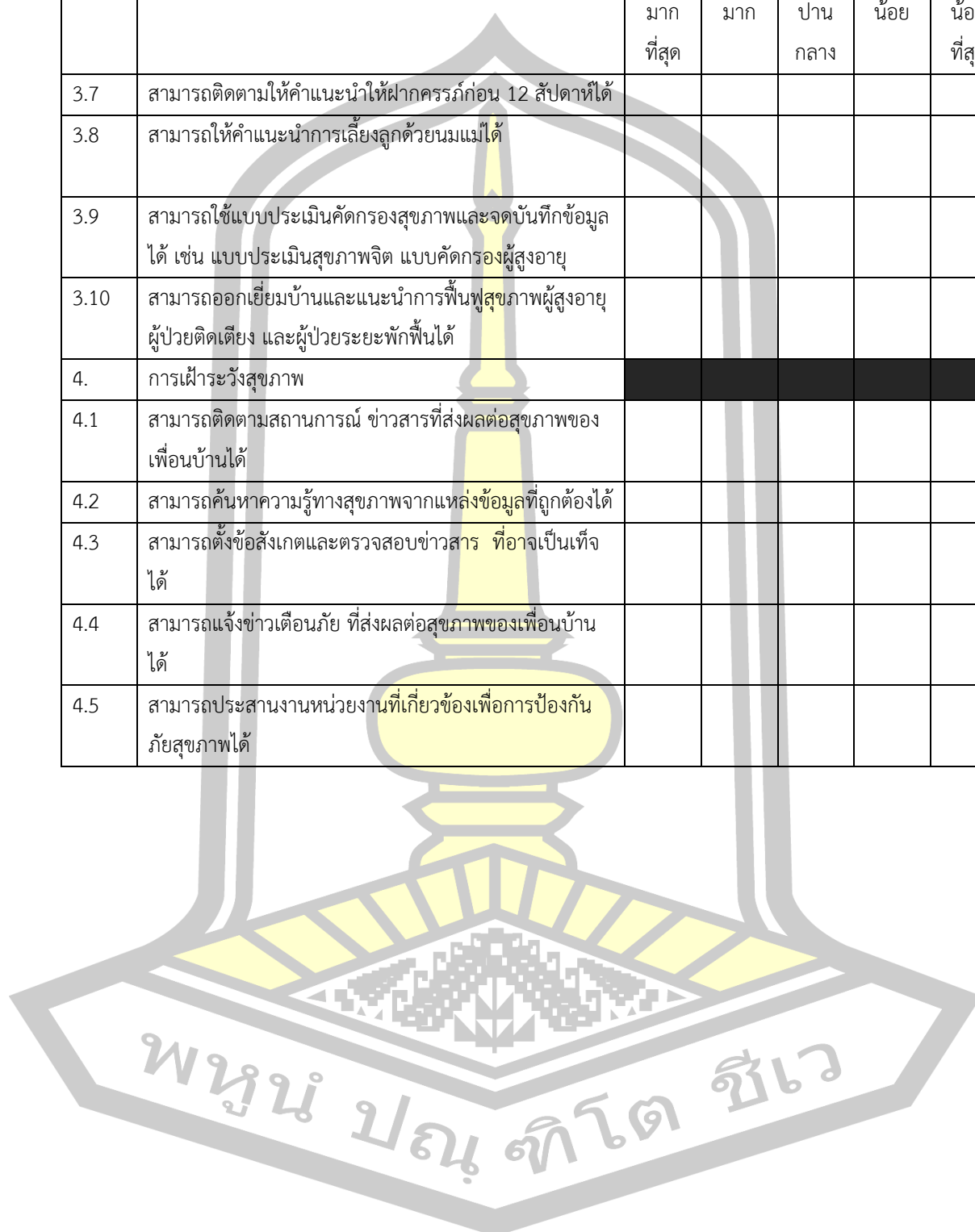
ข้อ	สมรรถนะ	ท่านสามารถปฏิบัติได้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	สามารถรับทราบนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละปีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้					
2.	สามารถเข้าใจความหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้					
3.	สามารถเข้าใจรายละเอียดของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้					
4.	สามารถสื่อสารด้วยวาจาแก่เพื่อนบ้าน ตัวต่อตัวเพื่อแจ้งนโยบายสำคัญได้					
5.	สามารถพูดในการประชุมหมู่บ้านเพื่อแจ้งนโยบายสำคัญได้					
6.	สามารถสื่อสารนโยบายทางสุขภาพผ่านทาง หอกระจายข่าว หรือวิทยุชุมชนได้					
7.	สามารถประสานงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำนโยบายไปปฏิบัติได้					
8.	สามารถใช้ข้อมูลปัญหาสุขภาพในหมู่บ้าน เพื่อประกอบการชักชวนเพื่อนบ้านปฏิบัติตามนโยบายได้					
9.	สามารถปรับปรุงกิจกรรมตามนโยบาย ให้เหมาะสมกับบริบทของหมู่บ้านได้					
10.	สามารถปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม อสม. เพื่อดำเนินกิจกรรมตามนโยบายได้					
11.	สามารถนำทรัพยากรในหมู่บ้านมาสนับสนุนกิจกรรมตามนโยบายได้					
12.	สามารถรับข่าวสารสาธารณสุขจากเพื่อนบ้าน มาเพื่อใช้สะท้อนปัญหาการปฏิบัติตามนโยบายได้					

ด้านที่ 2 การเป็นผู้นำในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และการเฝ้าระวังสุขภาพ

ข้อ	สมรรถนะ	ท่านสามารถปฏิบัติได้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น					
1.1	สามารถตรวจร่างกายเบื้องต้นได้ เช่น การวัดไข้ จับชีพจร สังเกตความผิดปกติด้วยการดู คลำ เคาะ ฟัง					
1.2	สามารถใช้ยาสามัญประจำบ้านเพื่อรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ เช่น ยาแก้ไอ ยาลดไข้แก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาใส่แผล ยาสมุนไพร					
1.3	สามารถให้คำแนะนำการบรรเทาอาการเบื้องต้นได้ เช่น อาการตัวร้อน ปวดหัว ไอ ปวดเมื่อย ท้องผูก					
1.4	สามารถเก็บรักษายาแต่ละชนิด ได้อย่างถูกต้องปลอดภัยได้					
1.5	สามารถจำแนกยาหมดอายุ หรือยาเสื่อมสภาพได้					
1.6	สามารถอธิบายเพื่อนบ้านให้ใช้ยาได้อย่างเหมาะสมตามความจำเป็นหรือตามวิธีใช้ที่แพทย์แนะนำได้					
1.7	สามารถปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้ เช่น เช็ดตัวลดไข้ ห้ามเลือดบาดแผล ข้อมเคลื่อน กระดูกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นลม จมน้ำ สุนัขกัด แมลงมีพิษกัดต่อย					
1.8	สามารถแยกแยะอาการความเจ็บป่วย เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยได้					
1.9	สามารถใช้อุปกรณ์การแพทย์ได้ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตสูง พรอทวัดไข้ เครื่องเจาะหาน้ำตาลในเลือด แผ่นวัดสายตา ชุดทำแผลได้					
2.	ด้านการป้องกันโรค					
2.1	สามารถอธิบายฤดูกาลระบาดของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู โรคมือเท้าปาก โรคตาแดง โรคอุจจาระร่วง ฯ					
2.2	สามารถระบุสาเหตุของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้					
2.3	สามารถระบุอาการเริ่มต้นที่สำคัญ ของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้					

ข้อ	สมรรถนะ	ท่านสามารถปฏิบัติได้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
2.4	สามารถอธิบายการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้					
2.5	สามารถร่วมออกปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้					
2.6	สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ของโรคไม่ติดต่อได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง					
2.7	สามารถระบุพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง					
2.8	สามารถใช้แบบคัดกรองโรคไม่ติดต่อได้ เช่น แบบคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง					
2.9	สามารถออกปฏิบัติงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ได้					
2.10	สามารถให้คำแนะนำกลุ่มเสี่ยงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อได้					
2.11	สามารถเป็นผู้นำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อได้					
3.	การส่งเสริมสุขภาพ					
3.1	สามารถให้คำแนะนำถึงความจำเป็นของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค(รับวัคซีน) ในเด็ก 0 – 5 ปีได้					
3.2	สามารถให้คำแนะนำอาการสำคัญของโรค ที่ป้องกันด้วยวัคซีนได้					
3.3	สามารถให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังการรับวัคซีน และอาการข้างเคียงการรับวัคซีนได้					
3.4	สามารถติดตามเด็ก 0 – 5 ปี ให้มารับวัคซีนตามกำหนดนัดหมายได้					
3.5	สามารถให้คำแนะนำและประเมินพัฒนาการเด็กได้					
3.6	สามารถเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็ก 0-5 ปีได้ เช่น เติบโต น้ำหนักและส่วนสูงกับอายุ					

ข้อ	สมรรถนะ	ท่านสามารถปฏิบัติได้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
3.7	สามารถติดตามให้คำแนะนำให้ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ได้					
3.8	สามารถให้คำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้					
3.9	สามารถใช้แบบประเมินคัดกรองสุขภาพและจัดบันทึกข้อมูลได้ เช่น แบบประเมินสุขภาพจิต แบบคัดกรองผู้สูงอายุ					
3.10	สามารถออกเยี่ยมบ้านและแนะนำการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะพักฟื้นได้					
4.	การเฝ้าระวังสุขภาพ					
4.1	สามารถติดตามสถานการณ์ ข่าวสารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเพื่อนบ้านได้					
4.2	สามารถค้นหาความรู้ทางสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่ถูกต้องได้					
4.3	สามารถตั้งข้อสังเกตและตรวจสอบข่าวสาร ที่อาจเป็นเท็จได้					
4.4	สามารถแจ้งข่าวเตือนภัย ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเพื่อนบ้านได้					
4.5	สามารถประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการป้องกันภัยสุขภาพได้					



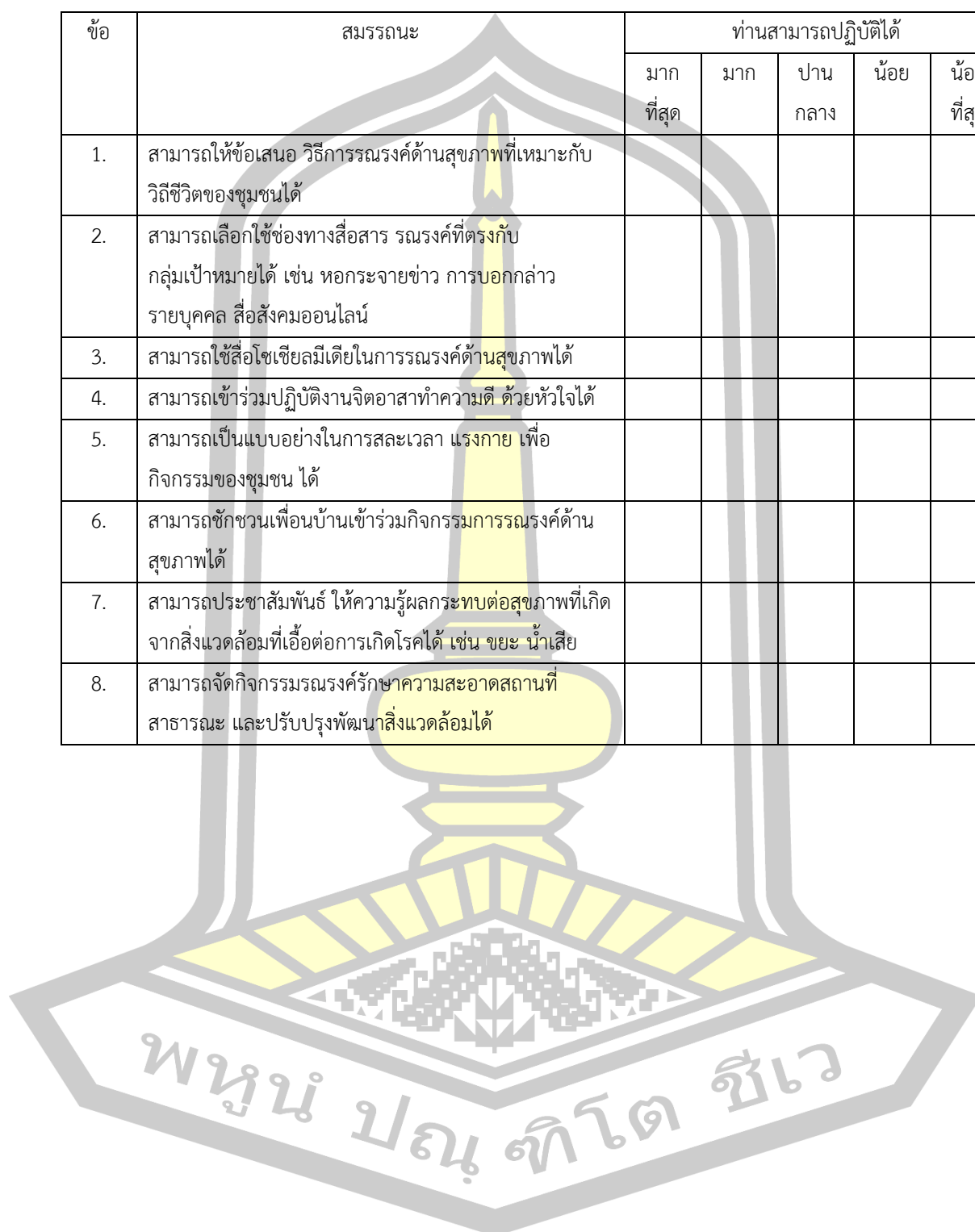
ด้านที่ 3 สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน

ข้อ	สมรรถนะ	ท่านสามารถปฏิบัติได้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	สามารถระบุบุคคลหรือหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญ ในการสร้างสุขภาพในชุมชนได้					
2.	สามารถชักชวนกลุ่มต่าง ๆ ร่วมเป็นหุ้นส่วนในกิจกรรมสร้างสุขภาพได้					
3.	สามารถร่วมกันสรรหาแกนนำของกลุ่มหรือเครือข่ายที่ผลักดันการสร้างสุขภาพในชุมชนได้					
4.	สามารถสร้างจุดร่วมหรือผลประโยชน์ร่วมของกลุ่มเพื่อสร้างความปรองดอง ลดความขัดแย้งได้					
5.	สามารถประสานสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อให้เป็นเครือข่ายสร้างสุขภาพได้					
6.	สามารถใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีเพื่อสื่อสารและประสานงาน เพื่อความรวดเร็วและทั่วถึงได้					
7.	สามารถระดมทรัพยากรหรือเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุขภาพได้					
8.	สามารถร่วมบริหารจัดการทรัพยากรของกลุ่มหรือเครือข่ายสุขภาพ อย่างโปร่งใสได้					
9.	สามารถเป็นทีมนำจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพร่วมกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้มีกิจกรรมสม่ำเสมอได้					
10.	สามารถร่วมกันสรุปผลการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพเพื่อการเรียนรู้ และปรับปรุงการดำเนินงานได้					

พูน ปณ จิต ชีเว

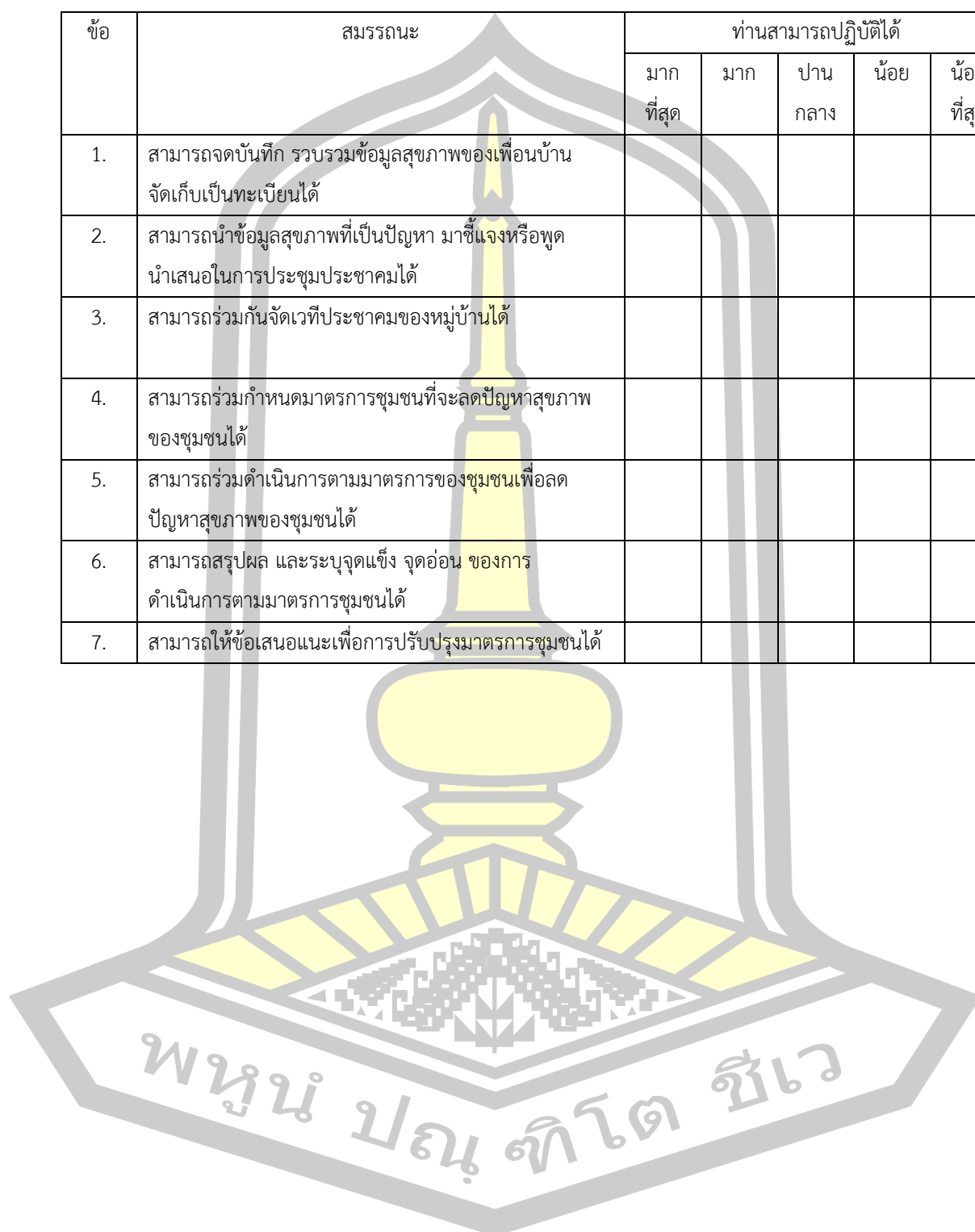
ด้านที่ 4 สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อม

ข้อ	สมรรถนะ	ท่านสามารถปฏิบัติได้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	สามารถให้ข้อเสนอ วิธีการรณรงค์ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของชุมชนได้					
2.	สามารถเลือกใช้ช่องทางสื่อสาร รณรงค์ที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายได้ เช่น หอกระจายข่าว การบอกกล่าวรายบุคคล สื่อสังคมออนไลน์					
3.	สามารถใช้สื่อโซเชียลมีเดียในการรณรงค์ด้านสุขภาพได้					
4.	สามารถเข้าร่วมปฏิบัติงานจิตอาสาทำความดี ด้วยหัวใจได้					
5.	สามารถเป็นแบบอย่างในการสละเวลา แรงกาย เพื่อกิจกรรมของชุมชน ได้					
6.	สามารถชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์ด้านสุขภาพได้					
7.	สามารถประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคได้ เช่น ขยะ น้ำเสีย					
8.	สามารถจัดกิจกรรมรณรงค์รักษาความสะอาดสถานที่สาธารณะ และปรับปรุงพัฒนาสิ่งแวดล้อมได้					



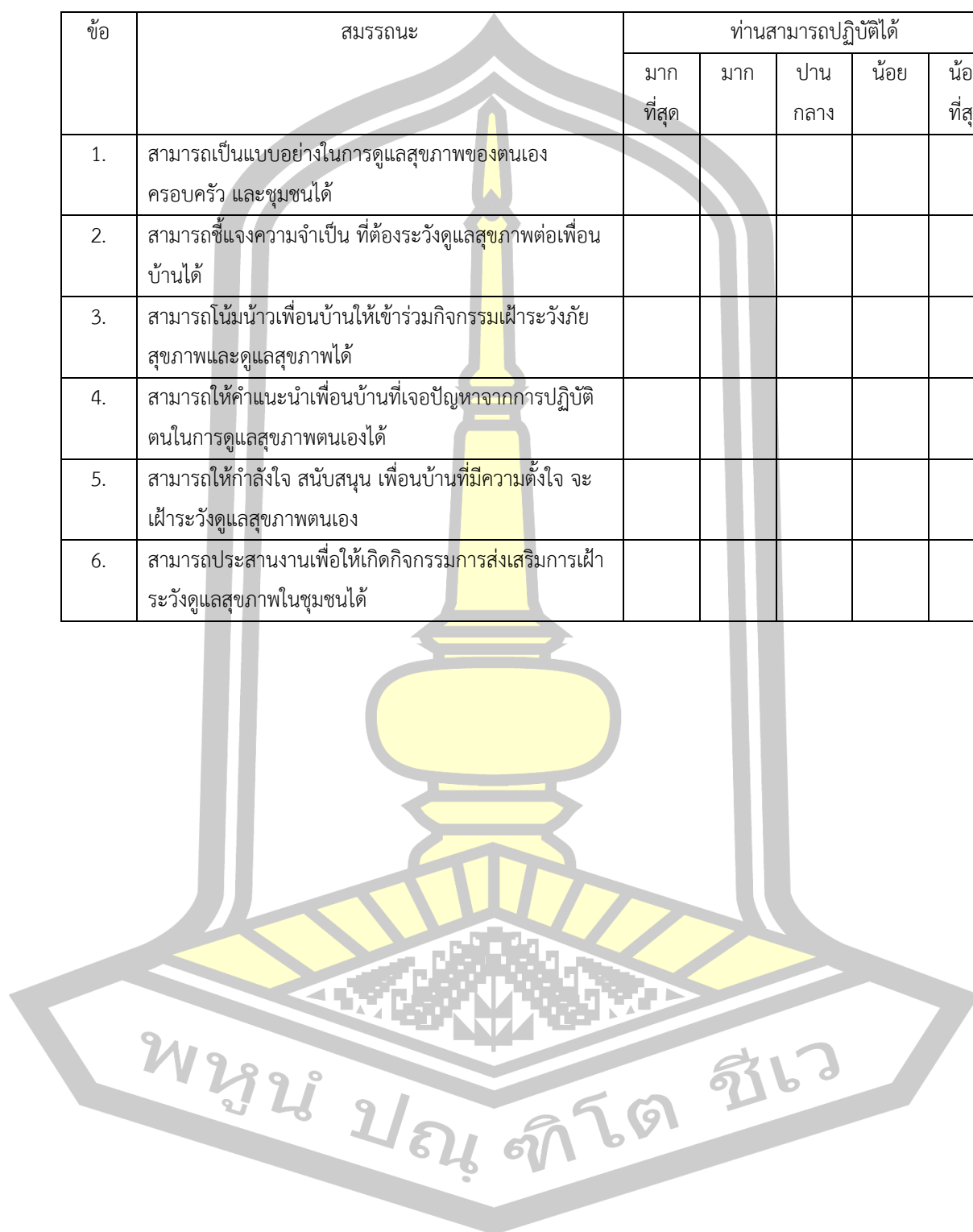
ด้านที่ 5 สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมีผลต่อการจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ

ข้อ	สมรรถนะ	ท่านสามารถปฏิบัติได้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	สามารถจัดบันทึก รวบรวมข้อมูลสุขภาพของเพื่อนบ้าน จัดเก็บเป็นทะเบียนได้					
2.	สามารถนำข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัญหา มาชี้แจงหรือพุดนำเสนอในการประชุมประชาคมได้					
3.	สามารถร่วมกันจัดเวทีประชาคมของหมู่บ้านได้					
4.	สามารถร่วมกำหนดมาตรการชุมชนที่จะลดปัญหาสุขภาพของชุมชนได้					
5.	สามารถร่วมดำเนินการตามมาตรการของชุมชนเพื่อลดปัญหาสุขภาพของชุมชนได้					
6.	สามารถสรุปผล และระบุจุดแข็ง จุดอ่อน ของการดำเนินการตามมาตรการชุมชนได้					
7.	สามารถให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงมาตรการชุมชนได้					



ด้านที่ 6 สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ

ข้อ	สมรรถนะ	ท่านสามารถปฏิบัติได้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	สามารถเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้					
2.	สามารถชี้แจงความจำเป็น ที่ต้องระวังดูแลสุขภาพต่อเพื่อนบ้านได้					
3.	สามารถโน้มน้าวเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรมเฝ้าระวังภัยสุขภาพและดูแลสุขภาพได้					
4.	สามารถให้คำแนะนำเพื่อนบ้านที่เจอปัญหาจากการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้					
5.	สามารถให้กำลังใจ สนับสนุน เพื่อนบ้านที่มีความตั้งใจ จะเฝ้าระวังดูแลสุขภาพตนเอง					
6.	สามารถประสานงานเพื่อให้เกิดกิจกรรมการส่งเสริมการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพในชุมชนได้					



ด้านที่ 7 สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน

ข้อ	สมรรถนะ	ท่านสามารถปฏิบัติได้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	สามารถจัดทำข้อมูลเด็กและเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนในเขตรับผิดชอบได้					
2.	สามารถให้ข้อมูลเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนในเขตรับผิดชอบ ให้แก่ผู้เกี่ยวข้องได้					
3.	สามารถร่วมกับโรงเรียนจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่เด็กนักเรียนได้					
4.	สามารถร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชนได้					
5.	สามารถส่งเสริมการรวมกลุ่มของเด็กและเยาวชนเพื่อกิจกรรมพัฒนาสุขภาพได้					
6.	สามารถประสานงานหรือการสนับสนุนจัดหาอุปกรณ์การเพื่อกิจกรรมสุขภาพของกลุ่มเยาวชนได้					
7.	สามารถร่วมกับชุมชนกำหนดให้มีกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มเด็กและเยาวชนได้					
8.	สามารถประสานชักชวนกลุ่มเยาวชน เข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันยาเสพติดได้					
9.	สามารถชักชวน ธารรงค์ ให้ความรู้กลุ่มเยาวชนถึงมาตรการเฝ้าระวังอุบัติเหตุบนท้องถนนได้					
10.	สามารถเปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชน เสนอความคิดเห็นในการพัฒนาสุขภาพของชุมชนได้					

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถามครับ ๕



เครื่องมือวิจัยชุดที่ 2

ผู้เชี่ยวชาญท่านที่

แบบเก็บข้อมูลด้วยวิธีเดลฟาย

คำชี้แจง แบบเก็บข้อมูลนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย” ด้วยวิธีเดลฟาย (Delphi-technique) โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาในแต่ละข้อ ดังนี้

- | | |
|----------------|---------------------------|
| น้อยที่สุด (1) | หมายถึงสอดคล้องน้อยที่สุด |
| น้อย (2) | หมายถึงสอดคล้องน้อย |
| ปานกลาง (3) | หมายถึงสอดคล้องปานกลาง |
| มาก (4) | หมายถึงสอดคล้องมาก |
| มากที่สุด (5) | หมายถึงสอดคล้องมากที่สุด |

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หรือเติมคำลงในช่องว่าง

1. เพศ [] 1. เพศชาย [] 2. เพศหญิง
2. อายุ จำนวน.....ปี (อายุเต็ม)
3. การศึกษา [] 1. ประถมศึกษา [] 2. ปริญญาตรี
 [] 3. ปริญญาโท [] 4. ปริญญาเอก
4. ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับ อสม. จำนวน.....ปี (เต็มปี)
5. ตำแหน่งปัจจุบัน [] 1. ผู้ปฏิบัติภายในหน่วยงาน [] 2. ผู้บริหารหน่วยงาน

ส่วนที่ 2 การพิจารณาให้ความเห็นต่อเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นท่านมากที่สุด หรือให้ความเห็นเพิ่มเติม

1. โครงสร้างแบบประเมิน

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย					เหตุผลที่ไม่เห็นด้วย
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	หลักการและเหตุผล						
2	วัตถุประสงค์ข้อที่ 2.1						
3	วัตถุประสงค์ข้อที่ 2.2						
4	วัตถุประสงค์ข้อที่ 2.3						
5	ขอบเขต						
6	คำจำกัดความสมรรถนะสำคัญ						
7	คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 1						
8	คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 2						
9	คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 3						
10	คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 4						
11	คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 5						
12	คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 6						
13	คำจำกัดความองค์ประกอบที่ 7						
14	วิธีการประเมิน						
15	การให้คะแนนในแต่ละข้อ						
16	การแปลผลคะแนน						
17	เกณฑ์การพิจารณาระดับสมรรถนะสำคัญ						

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมกรณีที่ท่านเห็นว่าเนื้อหาโดยรวมไม่มีความสอดคล้องกัน

.....

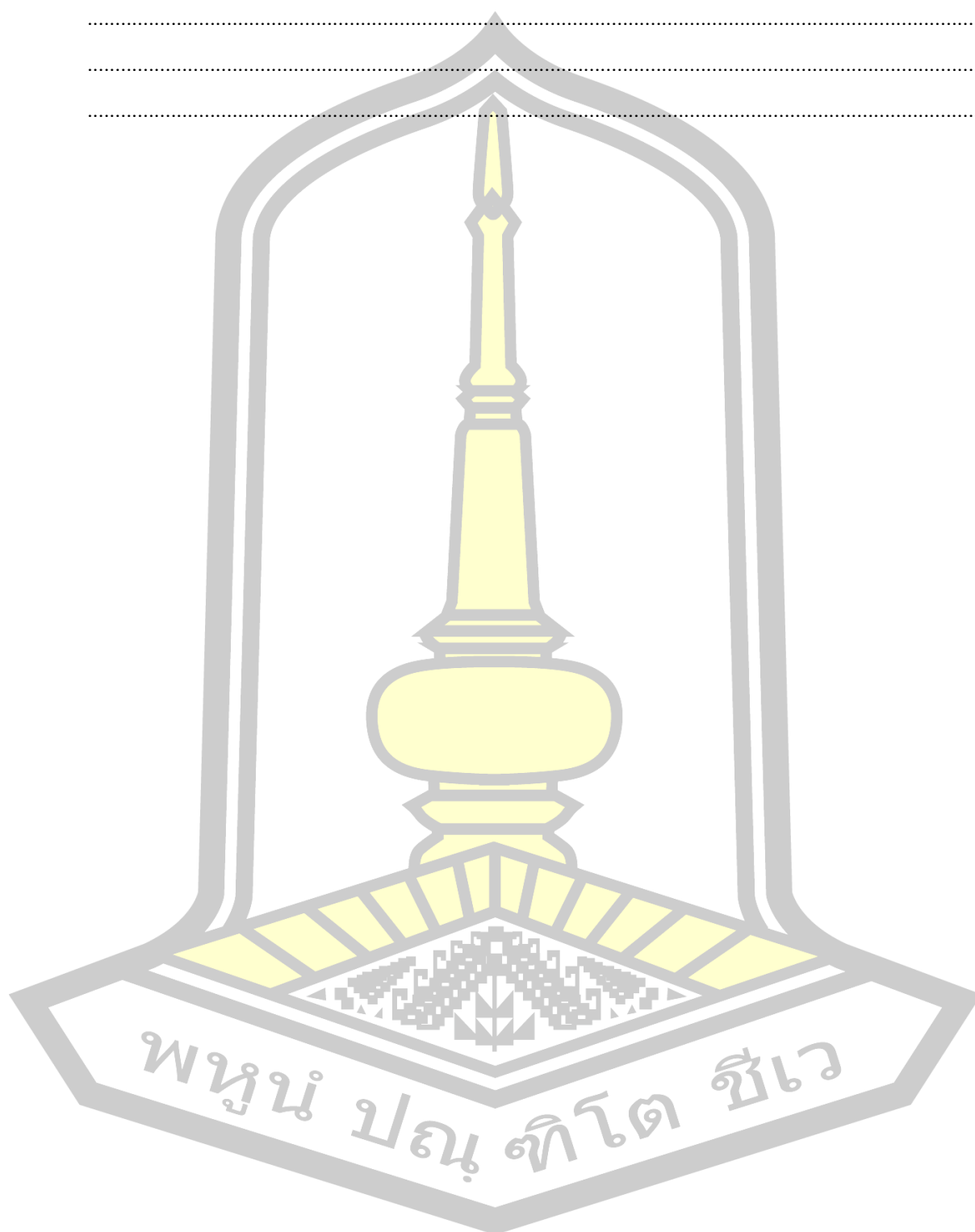
.....

.....

2. องค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา
สุขภาพอนามัยชุมชน

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย					เหตุผลที่ไม่เห็นด้วย
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถจัดทำข้อมูลเด็กและเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนในเขตรับผิดชอบได้						
2	สามารถให้ข้อมูลเยาวชนทั้งในและนอกระบบในโรงเรียนในเขตรับผิดชอบให้แก่ผู้เกี่ยวข้องได้						
3	สามารถร่วมกับโรงเรียนจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่เด็กนักเรียนได้						
4	สามารถร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชนได้						
5	สามารถส่งเสริมการรวมกลุ่มของเด็กและเยาวชนเพื่อกิจกรรมพัฒนาสุขภาพได้						
6	สามารถประสานงานหรือการสนับสนุนจัดหาอุปกรณ์การเพื่อกิจกรรมสุขภาพของกลุ่มเยาวชนได้						
7	สามารถร่วมกับชุมชนกำหนดให้มีกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มเด็กและเยาวชนได้						
8	สามารถประสานชักชวนกลุ่มเยาวชนเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันยาเสพติดได้						
9	สามารถชักชวน รณรงค์ ให้ความรักกลุ่มเยาวชนถึงมาตรการเฝ้าระวังอุบัติเหตุบนท้องถนนได้						
10	สามารถเปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชนเสนอความคิดเห็นในการพัฒนาสุขภาพของชุมชนได้						

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมกรณีที่ท่านเห็นว่าเนื้อหาโดยรวมไม่มีความสอดคล้องกัน



3.องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพ

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย					เหตุผลที่ไม่เห็นด้วย
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถติดตามให้คำแนะนำให้ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ได้						
2	สามารถเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็ก 0-5 ปีได้ เช่น เทียบเกณฑ์น้ำหนักและส่วนสูงกับอายุ						
3	สามารถให้คำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้						
4	สามารถติดตามเด็ก 0 – 5 ปี ให้มารับวัคซีนตามกำหนดนัดหมายได้						
5	สามารถให้คำแนะนำและประเมินพัฒนาการเด็กได้						
6	สามารถให้คำแนะนำถึงความจำเป็นของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค(รับวัคซีน) ในเด็ก 0 – 5 ปีได้						
7	สามารถให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังการรับวัคซีนและอาการข้างเคียงการรับวัคซีนได้						
8	สามารถให้คำแนะนำอาการสำคัญของโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีนได้						
9	สามารถใช้แบบประเมินคัดกรองสุขภาพและจัดบันทึกข้อมูลได้ เช่น แบบประเมินสุขภาพจิต แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ได้						

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมกรณีที่ท่านเห็นว่าเนื้อหาโดยรวมไม่มีความสอดคล้องกัน

.....

.....

.....

4. องค์ประกอบที่ 3 สมรรถนะด้านการป้องกันโรค

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย					เหตุผลที่ไม่เห็นด้วย
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถระบุการเริ่มต้นที่สำคัญของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู โรคมือเท้าปาก โรคตาแดง โรคอุจจาระร่วง						
2	สามารถระบุสาเหตุของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้						
3	สามารถระบุพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง						
4	สามารถใช้แบบคัดกรองโรคไม่ติดต่อได้ เช่น แบบคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง						
5	สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง						
6	สามารถอธิบายฤดูกาลระบาดของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู โรคมือเท้าปาก โรคตาแดง โรคอุจจาระร่วง						
7	สามารถอธิบายการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้						
8	สามารถใช้อุปกรณ์การแพทย์ได้ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตสูง เครื่องเจาะหาน้ำตาลในเลือด ได้						

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมกรณีที่ท่านเห็นว่าเนื้อหาโดยรวมไม่มีความสอดคล้องกัน

.....

.....

.....

5. องค์ประกอบที่ 4 สมรรถนะด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย					เหตุผลที่ไม่เห็นด้วย
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถให้คำแนะนำการบรรเทาอาการเบื้องต้นได้ เช่น อาการตัวร้อน ปวดหัว ไอ ปวดเมื่อย ท้องผูก						
2	สามารถเก็บรักษายาแต่ละชนิด ได้อย่างถูกต้องปลอดภัยได้						
3	สามารถจำแนกยาหมดอายุ หรือยาเสื่อมสภาพได้						
4	สามารถใช้ยาสามัญประจำบ้านเพื่อรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ เช่น ยาแก้ไอ ยาลดไข้แก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาใส่แผล ยาสมุนไพรร						
5	สามารถอธิบายเพื่อนบ้านให้ใช้ได้ อย่างเหมาะสมตามความจำเป็นหรือตามวิธีใช้ที่แพทย์แนะนำได้						

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมกรณีที่ท่านเห็นว่าเนื้อหาโดยรวมไม่มีความสอดคล้องกัน

.....

.....

.....



6. องค์ประกอบที่ 5 สมรรถนะด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

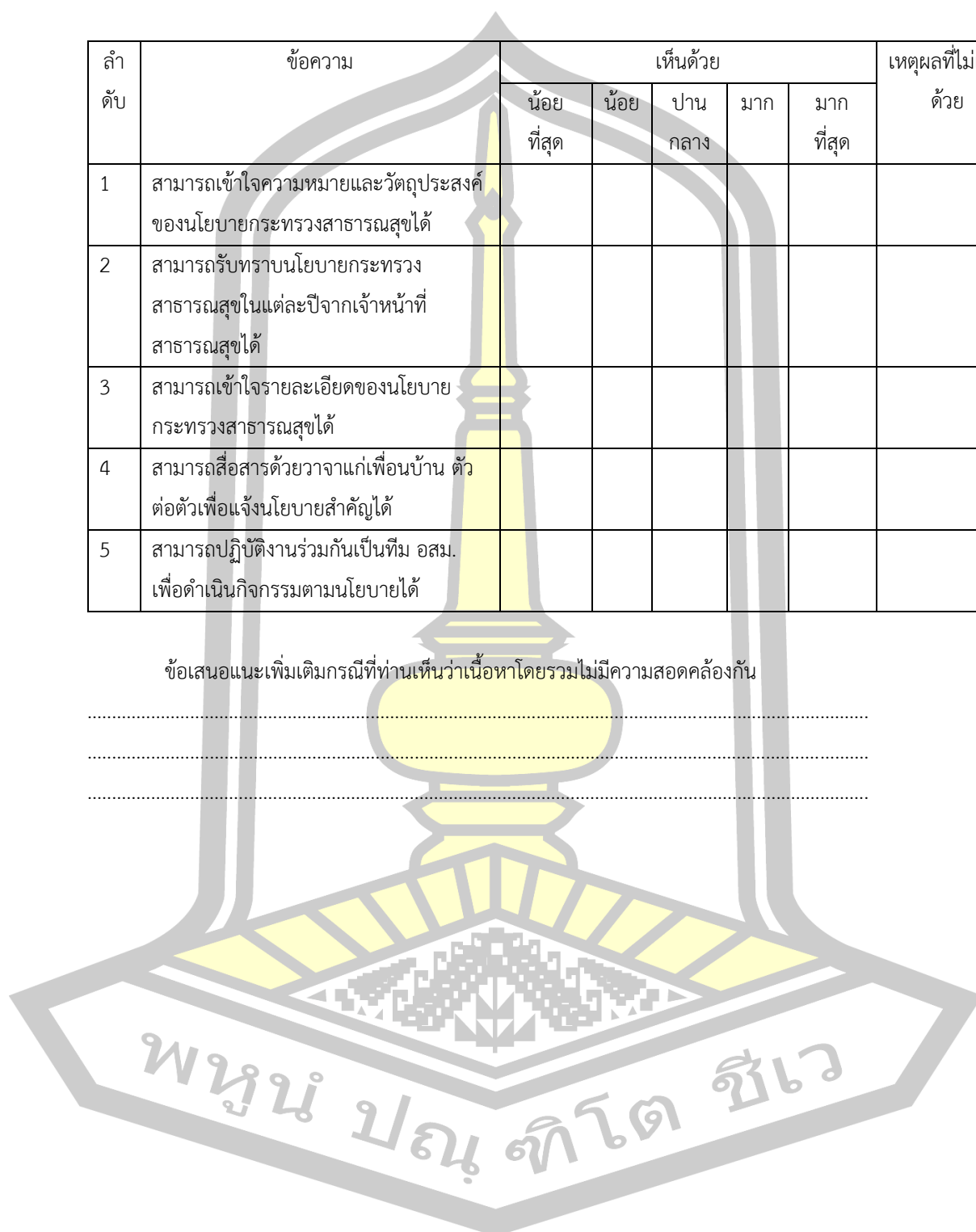
ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย					เหตุผลที่ไม่เห็นด้วย
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถเข้าใจความหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้						
2	สามารถรับทราบนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละปีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้						
3	สามารถเข้าใจรายละเอียดของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้						
4	สามารถสื่อสารด้วยวาจาแก่เพื่อนบ้าน ตัวต่อตัวเพื่อแจ้งนโยบายสำคัญได้						
5	สามารถปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม อสม. เพื่อดำเนินกิจกรรมตามนโยบายได้						

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมกรณีที่ท่านเห็นว่าเนื้อหาโดยรวมไม่มีความสอดคล้องกัน

.....

.....

.....



7. องค์ประกอบที่ 6 สมรรถนะด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ

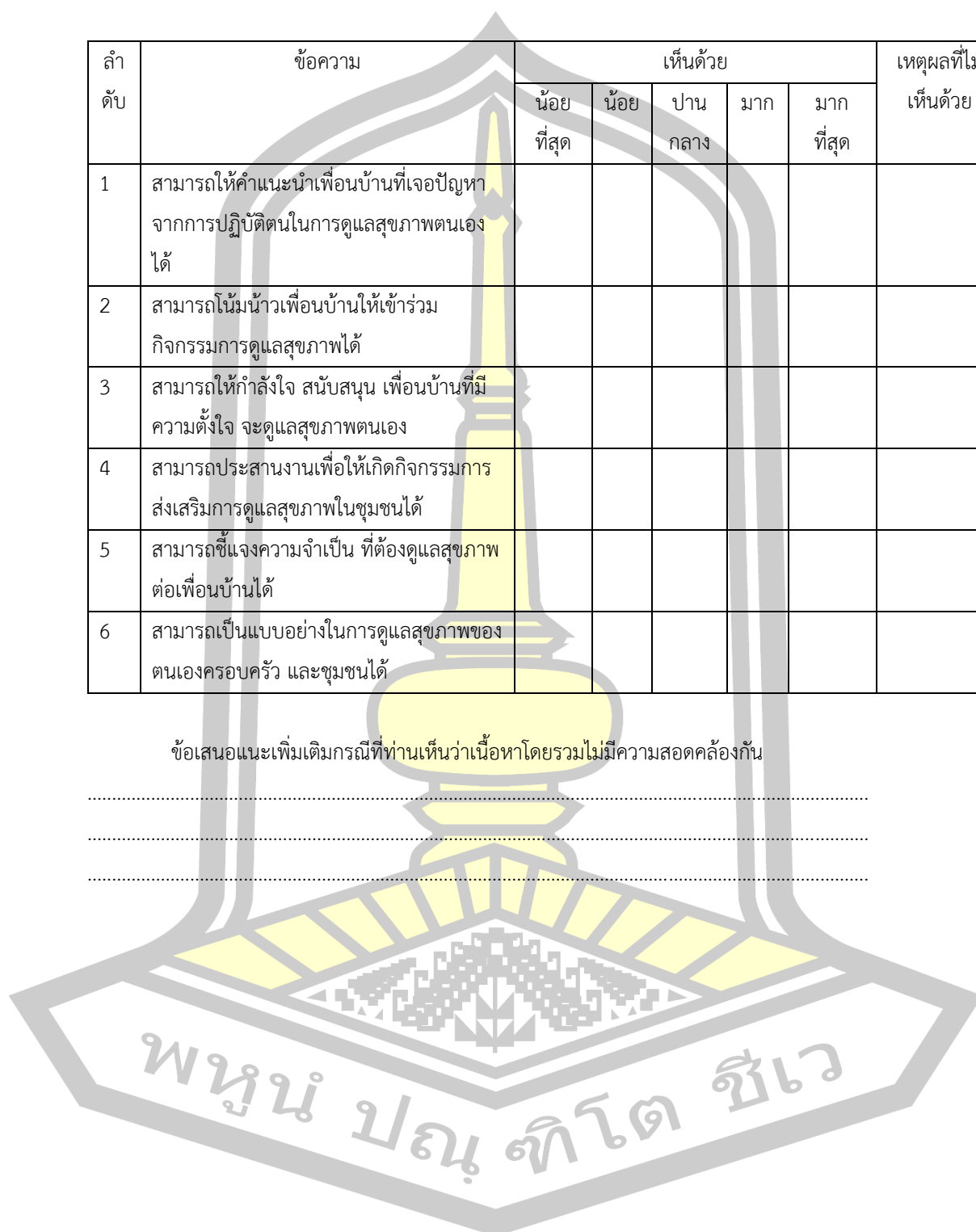
ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย					เหตุผลที่ไม่เห็นด้วย
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถให้คำแนะนำเพื่อนบ้านที่เจอปัญหาจากการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้						
2	สามารถโน้มน้าวเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพได้						
3	สามารถให้กำลังใจ สนับสนุน เพื่อนบ้านที่มีความตั้งใจ จะดูแลสุขภาพตนเอง						
4	สามารถประสานงานเพื่อให้เกิดกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพในชุมชนได้						
5	สามารถชี้แจงความจำเป็น ที่ต้องดูแลสุขภาพต่อเพื่อนบ้านได้						
6	สามารถเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้						

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมกรณีที่ท่านเห็นว่าเนื้อหาโดยรวมไม่มีความสอดคล้องกัน

.....

.....

.....



8. องค์ประกอบที่ 7 สมรรถนะด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย					เหตุผลที่ไม่เห็นด้วย
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถติดตามสถานการณ์ ข่าวสารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเพื่อนบ้านได้						
2	สามารถประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการป้องกันภัยสุขภาพได้						
3	สามารถค้นหาความรู้ทางสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่ถูกต้องได้						
4	สามารถแจ้งข่าวเตือนภัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเพื่อนบ้านได้						
5	สามารถตั้งข้อสังเกตและตรวจสอบข่าวสารทางสุขภาพที่อาจเป็นเท็จได้						

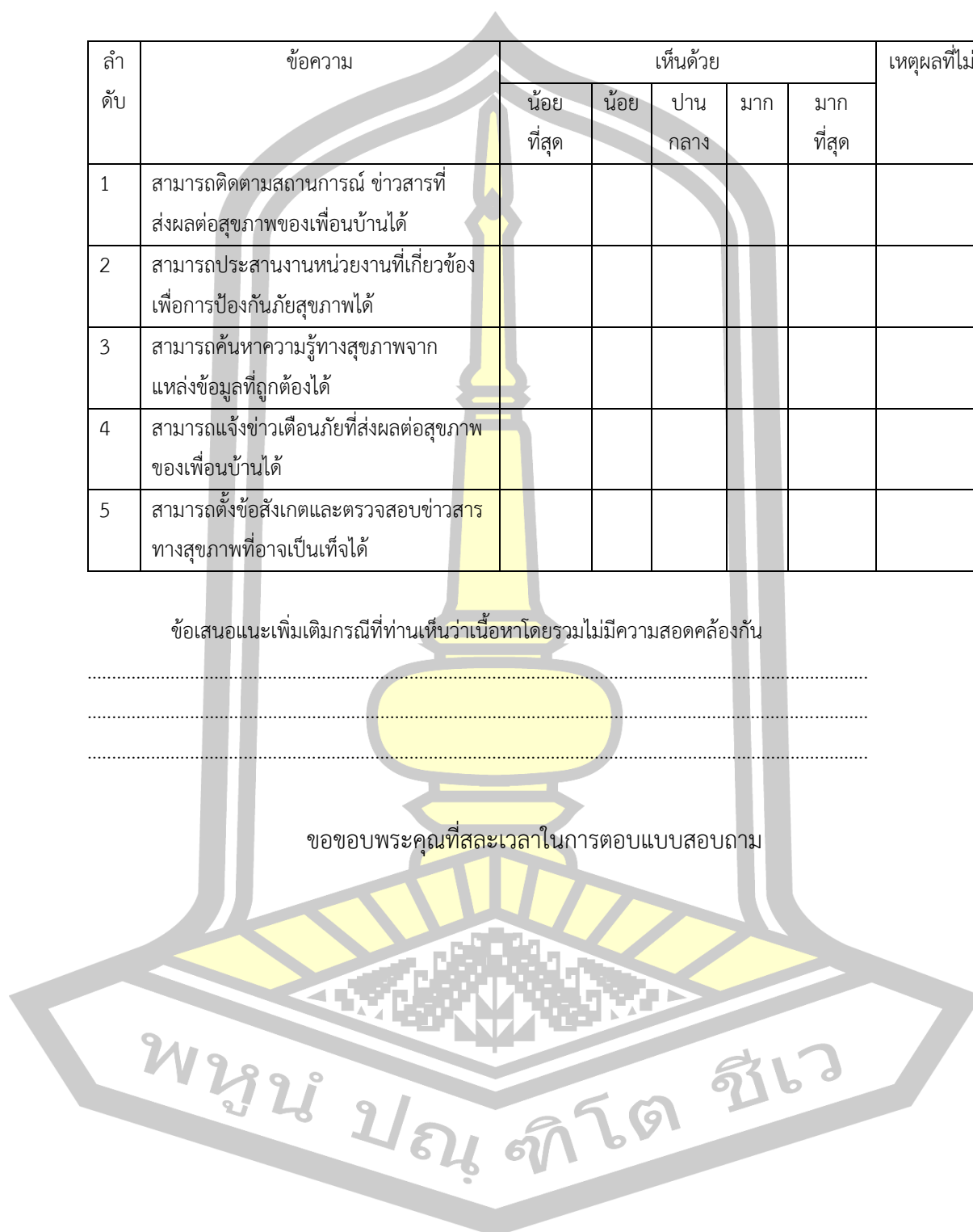
ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมกรณีที่ท่านเห็นว่าเนื้อหาโดยรวมไม่มีความสอดคล้องกัน

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม



เครื่องมือวิจัยชุดที่ 3

แบบบันทึกผลการถอดบทเรียน และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาเครื่องมือประเมิน
สมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. รายละเอียดดังนี้

สภาพการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจริงในกระบวนการ ขั้นตอนการใช้เครื่องมือประเมินสมรรถนะการ
ปฏิบัติงานของ อสม. เป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ไปใช้ในการวางแผน
พัฒนาศักยภาพ อสม. ในแต่ละพื้นที่ เป็นอย่างไร

.....

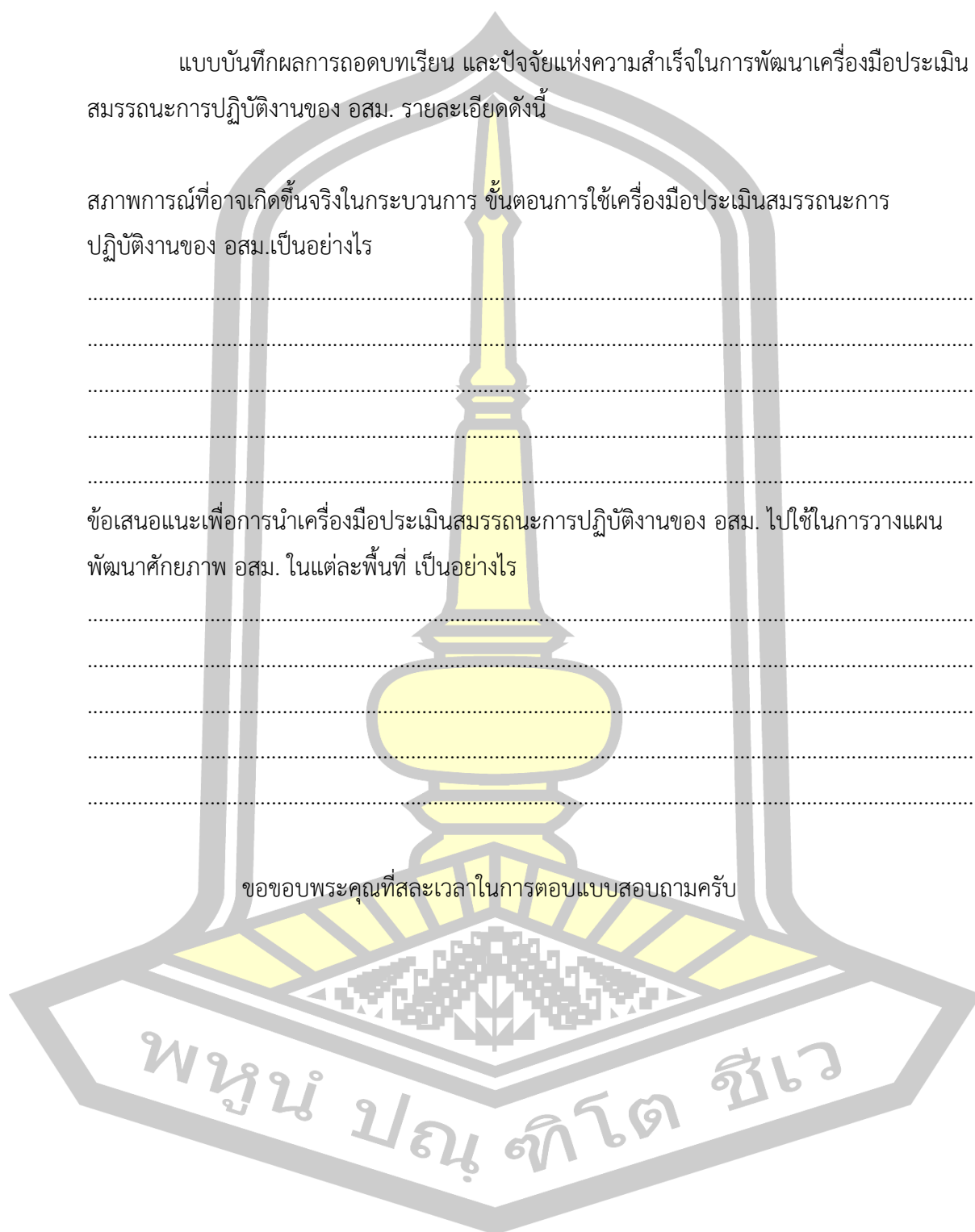
.....

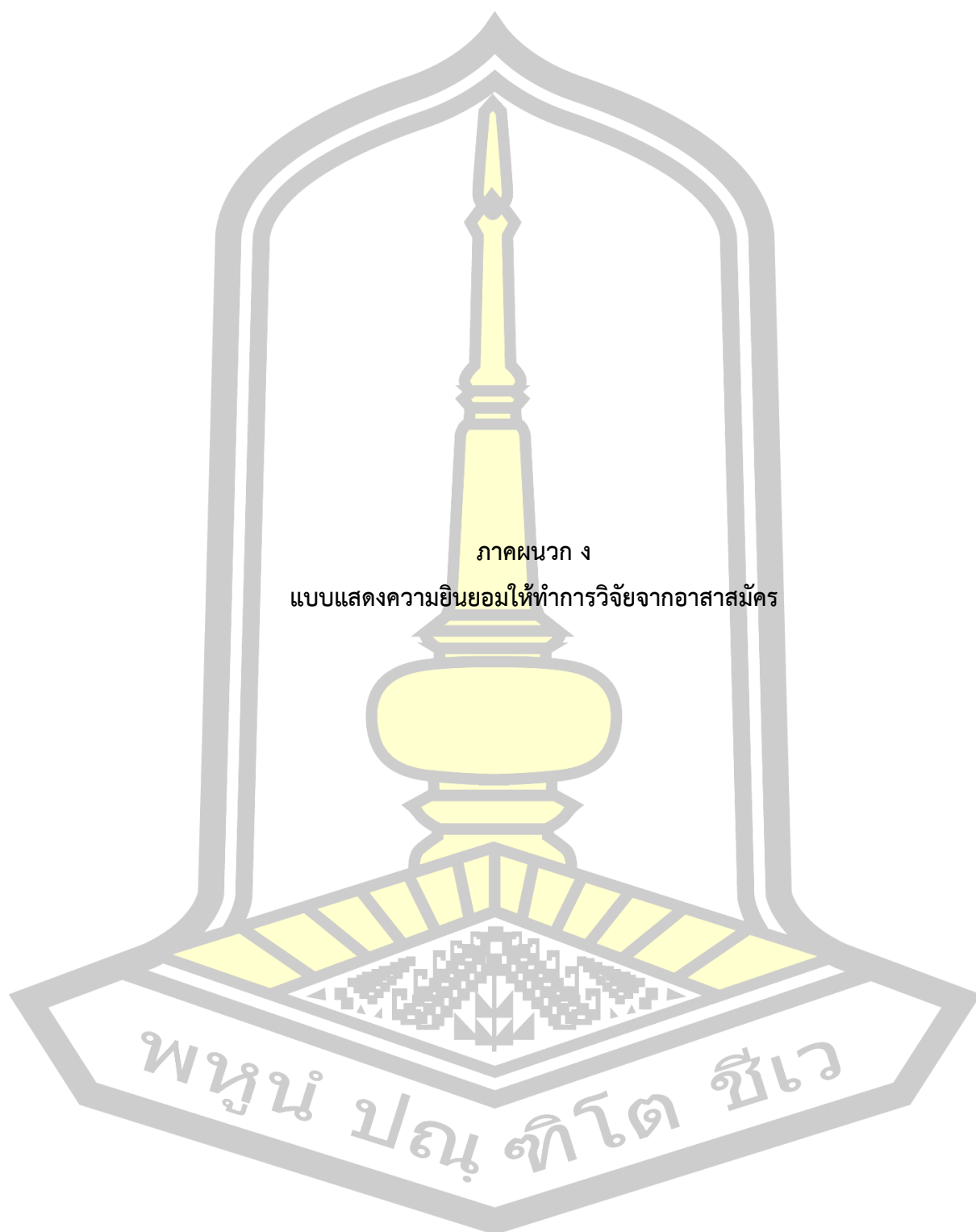
.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถามครับ





ECMSU01-06.03

แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย) นามสกุล อายุ ปี
บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก นายพนต คุรน้อย เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย, รายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอนแนบสื่อนฉวม โดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมเพื่อเป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิใดๆ ในการ (ระบุข้อความที่สอดคล้องกับการวิจัย) ที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน (กรณีที่ได้รับคำชี้แจงให้อาสาสมัครฟัง)

(.....)

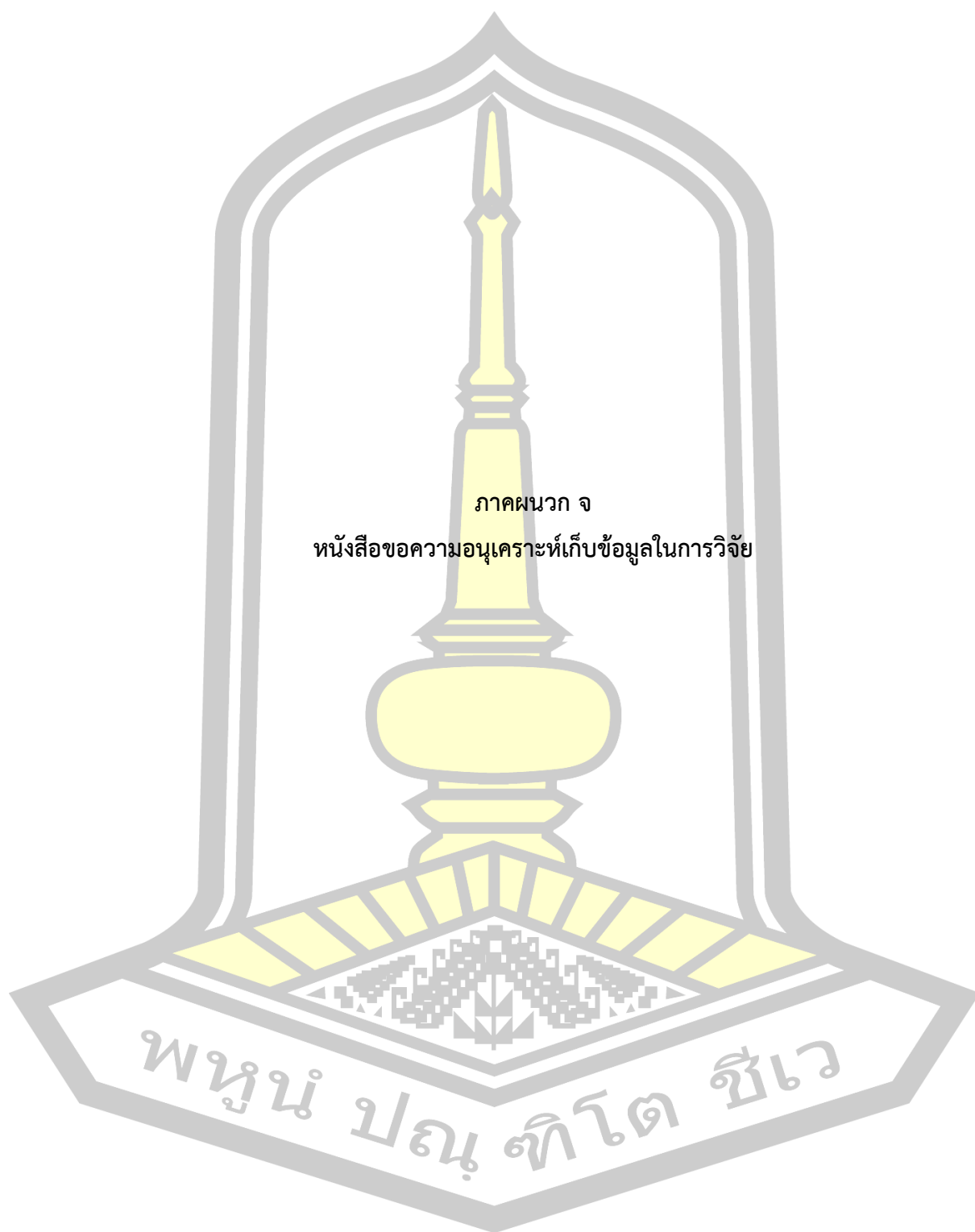
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม

(.....)

วันที่.....





ที่ อว 0605.18/ว ๒๕๙๔



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคคลเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย	จำนวน ๑ เล่ม
๒. แบบสอบถามการศึกษาวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามการให้คะแนน	จำนวน ๑ ชุด
๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นายพนตล ครุฑน้อย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (Development of The Core Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพุด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

เพื่อให้การศึกษานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า นายชาติชาย สุวรรณนิตย์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ สำหรับการทําวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมัทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นายพนตล ครุฑน้อย โทร. ๐๘๖-๓๙๓-๒๕๕๓

ที่ อว 0605.18/จ ๒๕๖๕



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

14 ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย	จำนวน ๑ เล่ม
๒. แบบสอบถามการศึกษาวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามการให้คะแนน	จำนวน ๑ ชุด
๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นายพนพล ครุณน้อย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (Development of The Core Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

เพื่อให้การศึกษาวินิจฉัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ดร.อุทิศ ดวงผาสุข ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปากสมุทร) เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตดจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน นายพนพล ครุณน้อย โทร. ๐๘๖-๓๔๓-๒๕๕๓

ที่ อว 0605.18/ว ๒5๙๔



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

14 ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย	จำนวน ๑ เล่ม
๒. แบบสอบถามการศึกษาวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามการให้คะแนน	จำนวน ๑ ชุด
๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นายพนตล ครุฑน้อย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (Development of The Core Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

เพื่อให้การศึกษานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า รศ.ดร.สมเกียรติยศ วรเดช ตำแหน่งอาจารย์ เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ สำหรับการศึกษานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นายพนตล ครุฑน้อย โทร. ๐๘๖-๓๙๓-๒๕๕๓

ที่ อว 0605.18/ว2594



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

14 ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติครุภัณฑ์ทดลองใช้เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย (Tryout)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าลาด อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดพัทลุง

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

จำนวน ๓๐ ชุด

ด้วย นายนพดล ครุณน้อย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (Development of The Core Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

เพื่อให้การศึกษานี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานของท่าน ทดลองใช้เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย (Tryout) ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุเมธนา กลางครว)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นายนพดล ครุณน้อย โทร. ๐๘๖-๓๙๓-๒๕๕๓

ที่ อว 0605.18/๓๕๖



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๒๒ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่วิจัยและเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำปราม ตำบลปากน้ำปราม อำเภอลำดวนบุรี
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ด้วย นายพดล คุรุณน้อย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (Development of The Core Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ การศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัจยพต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

เพื่อให้การศึกษาวินิจฉัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานของท่าน เพื่อเป็นพื้นที่วิจัยและเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พณิภา นิลกุล)

รองคณบดีฝ่ายงานพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นายพดล คุรุณน้อย โทร. 08 6393 2553

ที่ อว 0605.18/๑๕2



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๒๒ มีนาคม 2566

เรื่อง ขออนุมัติเป็นพื้นที่วิจัยและเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน หัวหน้าสถานีนามยศเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนามินทราชินีบ้านหนองเบน ตำบลหนองกรด อำเภอมะนัง จังหวัดนครสวรรค์

ด้วย นายพนพล ครุฑน้อย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (Development of The Core Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

เพื่อให้การศึกษานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขออนุมัติจากหน่วยงานของท่าน เพื่อเป็นพื้นที่วิจัยและเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุเน็ญรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาคณะแพทยศาสตร์
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นายพนพล ครุฑน้อย โทร. 08 6393 2553

ที่ อว 0605.18/๑๕1



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๒๒ มีนาคม 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่วิจัยและเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าหลวง ตำบลท่าหลวง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัด
นครราชสีมา

ด้วย นายพนพล ครุฑน้อย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมิน
สมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (Development of The Core
Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาดังกล่าว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัจด์พรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

เพื่อให้การศึกษาดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานของท่าน เพื่อเป็น
พื้นที่วิจัยและเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
ด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวัฒน์ ชัยพงษ์)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นายพนพล ครุฑน้อย โทร. 08 6393 2553



ที่ อว 0605.18/๑๕๐

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๒๒ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตเป็นพื้นที่วิจัยและเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจรรย์คำท่า ตำบลท่าหลวง อำเภอพิมาย จังหวัด

นครราชสีมา

ด้วย นายพนตล ครุฑน้อย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (Development of The Core Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

เพื่อให้การศึกษานี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขออนุญาตจากหน่วยงานของท่าน เพื่อเป็นพื้นที่วิจัยและเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณิรัตน์ ช่างเหล็ก)
รองคณบดีฝ่ายพัฒนาระบบงานและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นายพนตล ครุฑน้อย โทร. 08 6393 2553

ที่ อว 0605.18/๑๔๑



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๒๒ มีนาคม 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่วิจัยและเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดสำราญ ตำบลหาดสำราญ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัด
ตรัง

ด้วย นายพนต ครุฑน้อย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมิน
สมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (Development of The Core
Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพุด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

เพื่อให้การศึกษานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานของท่าน เพื่อเป็น
พื้นที่วิจัยและเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
ด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา คองศรี)
รองคณบดีฝ่ายพัฒนาระบบบริหารและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นายพนต ครุฑน้อย โทร. 08 6393 2553

ที่ อว ๐๖๕๕.๑๘/๒๖๖๖



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๗๖ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญเทคนิคเคลฟาย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย

จำนวน ๑ เล่ม

๒. แบบสอบถามเทคนิคเคลฟาย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายพนตล ครุฑน้อย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (Development of The Core Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ การศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

เพื่อให้การศึกษานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่าน เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญเทคนิคเคลฟาย สำหรับการทําวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุทินรัตน์ อึ้งย้ง)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน นายพนตล ครุฑน้อย โทร. ๐๘ ๖๓๙๓ ๒๕๕๓

ที่ อว ๐๑๐๘.๑๙/๙๙๙๙



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญเทคนิคเคลฟาย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย

จำนวน ๑ เล่ม

๒. แบบสอบถามเทคนิคเคลฟาย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายพดล ครุฑน้อย นิสิตรระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (Development of The Core Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

เพื่อให้การศึกษานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่าน เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญเทคนิคเคลฟาย สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุนิรัตน์ บุ่งนีน)

รองคณบดีฝ่ายพัฒนาศักยภาพและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน นายพดล ครุฑน้อย โทร. ๐๘ ๖๓๙๓ ๒๕๕๓

ที่ อว ๐๒๐๕.๑๙/๒๕๖๖



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๗๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญเทคนิคเคลฟาย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย

จำนวน ๑ เล่ม

๒. แบบสอบถามเทคนิคเคลฟาย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายพดล คุธน้อย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรศึกษบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (Development of The Core Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

เพื่อให้การศึกษานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่าน เป็นผู้มี ความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้ เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญเทคนิคเคลฟาย สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุนรัตน์ บังสิน)

รองคณบดีฝ่ายประกันคุณภาพและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน นายพดล คุธน้อย โทร. ๐๘ ๖๓๔๓ ๒๕๕๓

ที่ อว ๐๒๐๕.๐๔๔/๒๕๖๖



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๗ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติเป็นผู้อยู่ข่ายเทคนิคเคลฟาย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย

จำนวน ๑ เล่ม

๒. แบบสอบถามเทคนิคเคลฟาย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายพดล ฤทธิ์น้อย นิติระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (Development of The Core Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

เพื่อให้การศึกษาวินิจฉัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่าน เป็นผู้มี ความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขออนุมัติเป็นผู้อยู่ข่ายเทคนิคเคลฟาย สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิติจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุนิรัตน์ ยั่งยืน)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน นายพดล ฤทธิ์น้อย โทร. ๐๘ ๖๓๙๓ ๒๕๕๓

ที่ อว ๐๒๐๖.๑๔/๒๕๖๐



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญเทคนิคเคลฟาย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย

จำนวน ๑ เล่ม

๒. แบบสอบถามเทคนิคเคลฟาย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายพนตล ครุฑน้อย นิติระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (Development of The Core Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

เพื่อให้การศึกษาวินิจฉัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ดร.วิจิต พุ่มจันทร์ หัวหน้างานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญเทคนิคเคลฟาย สำหรับการศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้ เพื่อที่นิติจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุนิรัตน์ ยั่งยืน)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน นายพนตล ครุฑน้อย โทร. ๐๘ ๖๓๙๓ ๒๕๕๓

ที่ อว ๐๒๐๕.๐๘/๒๕๖๖



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๗๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญเทคนิคเคลฟาย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย

จำนวน ๑ เล่ม

๒. แบบสอบถามเทคนิคเคลฟาย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายพดล คุรุณน้อย นิติระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (Development of The Core Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

เพื่อให้การศึกษานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า นางเอมอร บุตรแสงดี หัวหน้างานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้เป็นอย่างดีจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญเทคนิคเคลฟาย สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิติจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุธีรัตน์ ยั่งยืน)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน นายพดล คุรุณน้อย โทร. ๐๘ ๖๓๙๓ ๒๕๕๓

ที่ อว ๐๖๐๕.๐๘/๒๕๖๖



คณะกรรมการสุขภาพ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ด.ชามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๗๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญเทคนิคเคลฟาย

เรียน สาธารณสุขอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย

จำนวน ๑ เล่ม

๒. แบบสอบถามเทคนิคเคลฟาย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายพนตล ครุฑน้อย นิติระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (Development of The Core Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ การศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัจยพต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

เพื่อให้การศึกษานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่าน เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้ เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญเทคนิคเคลฟาย สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิติจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุนรัตน์ ยั่งยืน)

รองคณบดีฝ่ายงานวิชาการและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน นายพนตล ครุฑน้อย โทร. ๐๘ ๖๓๙๓ ๒๕๕๓

ที่ อว ๐๒๐๕.๐๘/๒๕๖๕



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๗๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญเทคนิคเคลฟาย

เรียน หัวหน้าสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนามีนทราชินบ้านหนองเบน อำเภอเมืองนครสวรรค์
จังหวัดนครสวรรค์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย

จำนวน ๑ เล่ม

๒. แบบสอบถามเทคนิคเคลฟาย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายพนพล ครุชน้อย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (Development of The Core Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ การศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

เพื่อให้การศึกษานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่าน เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้ เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญเทคนิคเคลฟาย สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรัตน์ บัณฑิต)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน นายพนพล ครุชน้อย โทร. ๐๘ ๖๓๔๓ ๒๕๕๓

ที่ อว ๐๒๐๕/๒๘/๒๕๖๕



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๗๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญเทคนิคเคลฟาย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดสำราญ อำเภอหาดสำราญ จังหวัดตรัง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย

จำนวน ๑ เล่ม

๒. แบบสอบถามเทคนิคเคลฟาย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายพนพล ครุณน้อย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (Development of The Core Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพุด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

เพื่อให้การศึกษานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่าน เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้เป็นอย่างดียิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญเทคนิคเคลฟาย สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีรัตน์ ยั่งยืน)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน นายพนพล ครุณน้อย โทร. ๐๘ ๖๓๙๓ ๒๕๕๓

ที่ อว ๐๖๐๕.๐๘/๒๕๖๖



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๗๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญเทคนิคเคลฟาย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจรรย์คำท่า อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดนครราชสีมา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย

จำนวน ๑ เล่ม

๒. แบบสอบถามเทคนิคเคลฟาย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายพดล ครุฑน้อย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (Development of The Core Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

เพื่อให้การศึกษานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่าน เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญเทคนิคเคลฟาย สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุนิรัตน์ ยังยืน)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน นายพดล ครุฑน้อย โทร. ๐๘ ๖๓๙๓ ๒๕๕๓

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๒๕๖๖



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญเทคนิคเคลฟาย

เรียน ผู้อำนวยการส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำปราน อำเภอปรานบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย

จำนวน ๑ เล่ม

๒. แบบสอบถามเทคนิคเคลฟาย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายพนต ครุฑน้อย นิติระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (Development of The Core Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

เพื่อให้การศึกษาวินิจฉัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่าน เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญเทคนิคเคลฟาย สำหรับการศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้ เพื่อที่นิติจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุเมธรัตน์ ยั่งยืน)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน นายพนต ครุฑน้อย โทร. ๐๘ ๖๓๙๓ ๒๕๕๓

ที่ อว ๐๑๐๕.๐๘/๒๕๖๖



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๗๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่ศึกษาวิจัยและเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน สาธารณสุขอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

ด้วย นายพนพล ครุฑน้อย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย (Development of The Core Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

เพื่อให้การศึกษาวินิจฉัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานของท่าน เพื่อเป็นพื้นที่ศึกษาวิจัยและเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

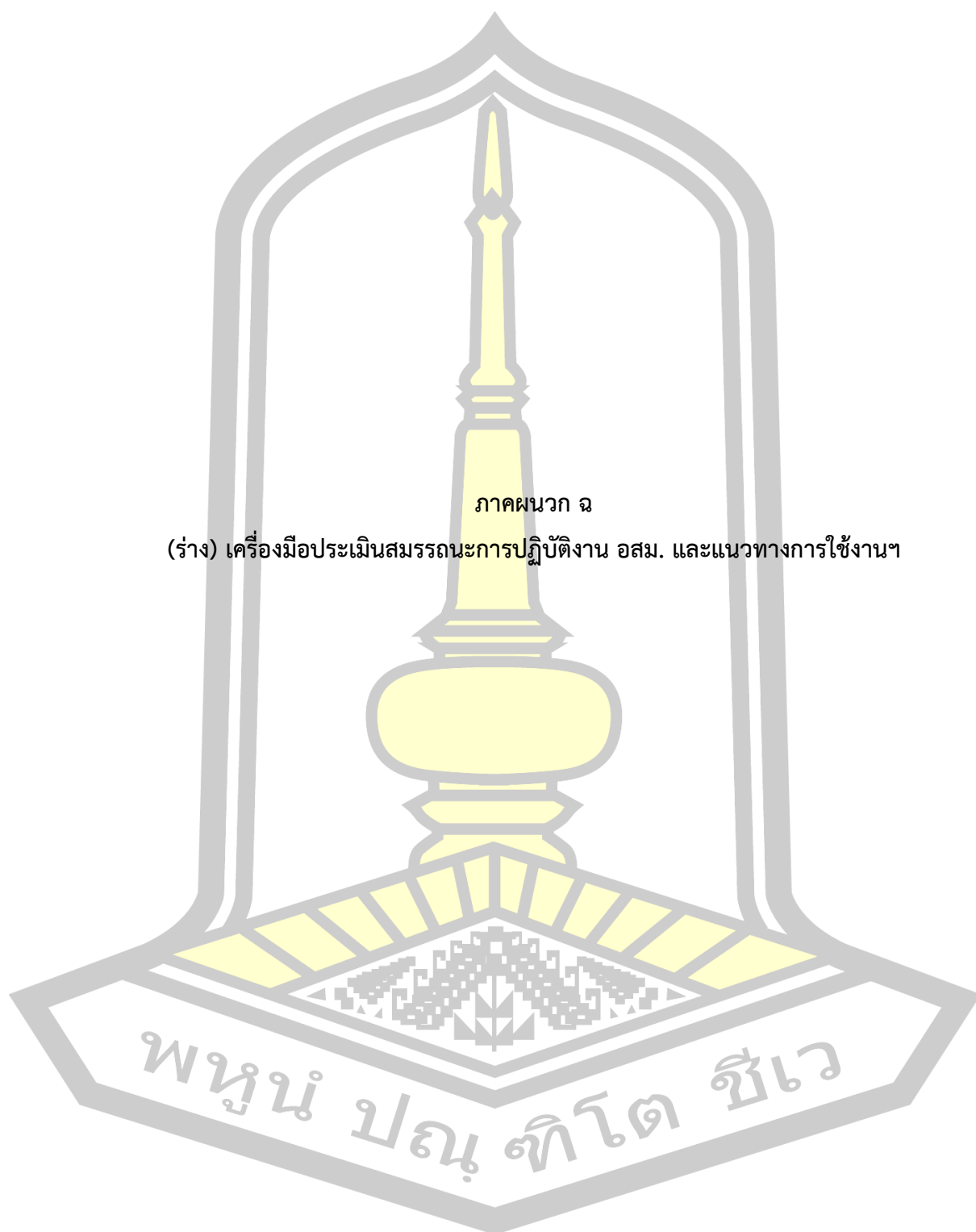
ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุนรัตน์ ยั่งยืน)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน นายพนพล ครุฑน้อย โทร. ๐๘ ๖๓๔๓ ๒๕๕๓



ชุดที่□□□

(ร่าง) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.)”

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย” ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หรือเติมคำลงในช่องว่าง

1. เพศ [] 1. เพศชาย [] 2. เพศหญิง
2. อายุ จำนวน.....ปี (อายุเต็ม)
3. การศึกษา [] 1. ประถมศึกษา [] 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
[] 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. [] 4. อนุปริญญา/ปวส.
[] 5. ปริญญาตรี [] 6. ปริญญาโท
[] 7. อื่นๆ ระบุ.....
4. ระยะเวลาการเป็น อสม. จำนวน.....ปี (อายุเต็มปี)
5. นอกจาก อสม. แล้วปัจจุบันท่านมีตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้านบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
[] 1. ไม่มี
[] 2. ผู้นำชุมชน (กำนัน/สารวัตรกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/แพทย์ประจำตำบล)
[] 3. กรรมการหมู่บ้าน
[] 4. นายกฯ/รองนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อบจ./เทศบาล/อบต.)
[] 5. สมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อบจ./เทศบาล/อบต.)
[] 6. สมาชิกกลุ่มอื่นๆ หรืออาสาสมัครอื่นๆ ระบุ.....
6. การฝึกอบรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา [] 1. ได้รับ [] 2. ไม่ได้รับ

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง โปรดเลือกวงกลมตัวเลขที่ตรงกับความสามารถปฏิบัติของท่าน และนำตัวเลขกรอกในช่อง

คะแนน โดยกำหนดความหมายของคะแนน ดังต่อไปนี้

น้อยที่สุด หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ประมาณ 0-20% ให้คะแนน = 1

น้อย หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ประมาณ 21-40% ให้คะแนน = 2

ปานกลาง หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ประมาณ 41-60% ให้คะแนน = 3

มาก หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ประมาณ 61-80% ให้คะแนน = 4

มากที่สุด หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ประมาณ 81-100% ให้คะแนน = 5

องค์ประกอบที่ 1 สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน

ข้อ	สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					คะแนน
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1.	สามารถจัดทำข้อมูลเด็กและเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนในเขตรับผิดชอบได้	1	2	3	4	5	
2.	สามารถให้ข้อมูลเยาวชนทั้งในและนอกระบบในโรงเรียนในเขตรับผิดชอบ ให้แก่ผู้เกี่ยวข้องได้	1	2	3	4	5	
3.	สามารถร่วมกับโรงเรียนจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่เด็กนักเรียนได้	1	2	3	4	5	
4.	สามารถร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชนได้	1	2	3	4	5	
5.	สามารถส่งเสริมการรวมกลุ่มของเด็กและเยาวชนเพื่อกิจกรรมพัฒนาสุขภาพได้	1	2	3	4	5	
6.	สามารถประสานงานหรือการสนับสนุนจัดหาอุปกรณ์การเพื่อกิจกรรมสุขภาพของกลุ่มเยาวชนได้	1	2	3	4	5	
7.	สามารถร่วมกับชุมชนกำหนดให้มีกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มเด็กและเยาวชนได้	1	2	3	4	5	
8.	สามารถประสานชักชวนกลุ่มเยาวชน เข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันยาเสพติดได้	1	2	3	4	5	
9.	สามารถชักชวน รมรณรงค์ ให้ความรู้กลุ่มเยาวชนถึงมาตรการเฝ้าระวังอุบัติเหตุบนท้องถนนได้	1	2	3	4	5	
10.	สามารถเปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชน เสนอความคิดเห็นในการพัฒนาสุขภาพของชุมชนได้	1	2	3	4	5	
	รวมคะแนนองค์ประกอบที่ 1						
	คิดเป็นร้อยละ (...../50x100=						

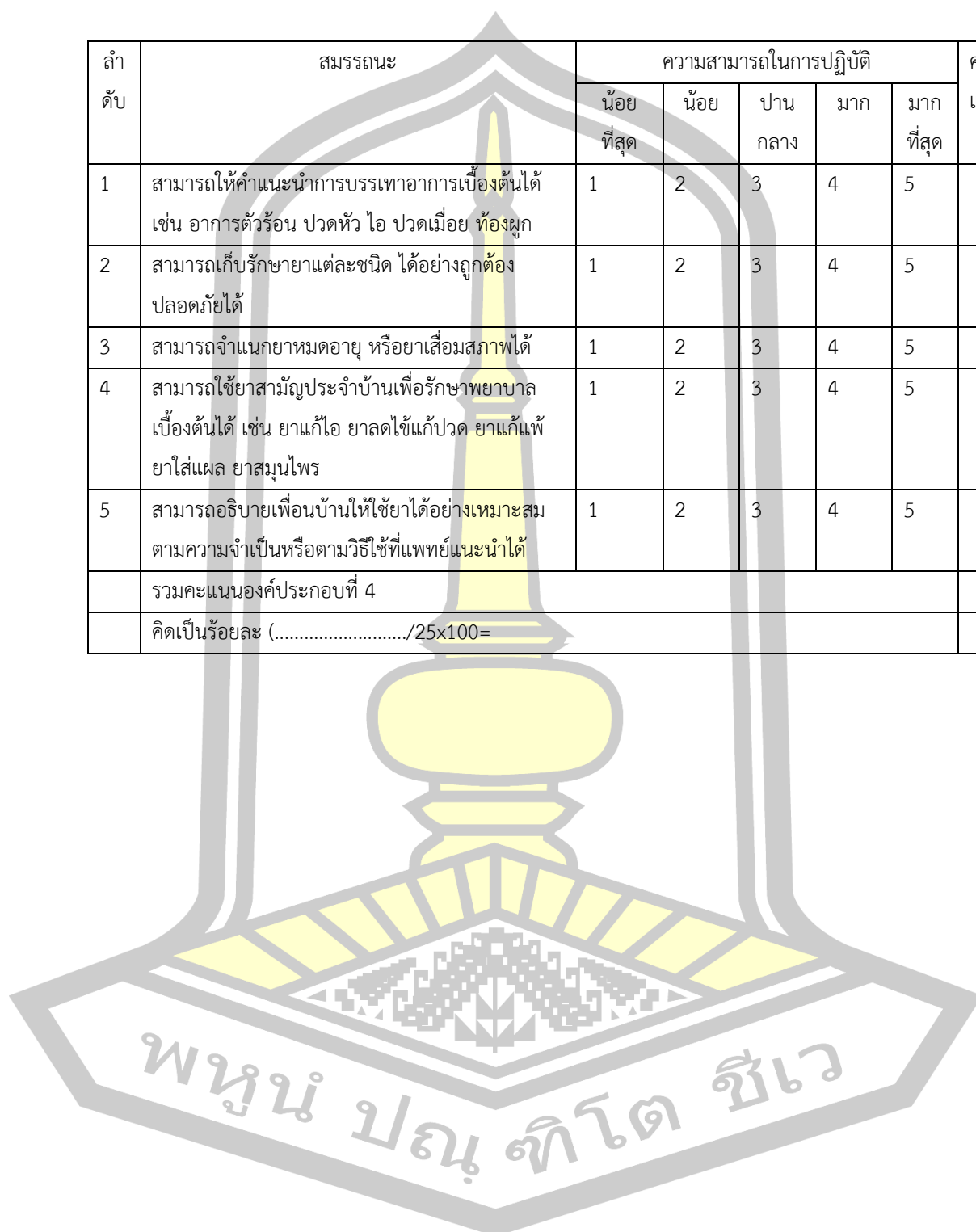
องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพ

ข้อ	สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					คะแนน
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถติดตามให้คำแนะนำให้ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ได้	1	2	3	4	5	
2	สามารถเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็ก 0-5 ปีได้ เช่น เทียบเกณฑ์น้ำหนักและส่วนสูงกับอายุ	1	2	3	4	5	
3	สามารถให้คำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้	1	2	3	4	5	
4	สามารถติดตามเด็ก 0 – 5 ปี ให้มารับวัคซีนตามกำหนดนัดหมายได้	1	2	3	4	5	
5	สามารถให้คำแนะนำและประเมินพัฒนาการเด็กได้	1	2	3	4	5	
6	สามารถให้คำแนะนำถึงความจำเป็นของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค(รับวัคซีน) ในเด็ก 0 – 5 ปีได้	1	2	3	4	5	
7	สามารถให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังการรับวัคซีน และอาการข้างเคียงการรับวัคซีนได้	1	2	3	4	5	
8	สามารถให้คำแนะนำอาการสำคัญของโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีนได้	1	2	3	4	5	
9	สามารถใช้แบบประเมินคัดกรองสุขภาพและจัดบันทึกข้อมูลได้ เช่น แบบประเมินสุขภาพจิต แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ได้	1	2	3	4	5	
รวมคะแนนองค์ประกอบที่ 2							
คิดเป็นร้อยละ (...../45x100=							

พูน ปณ จิต ชีเว

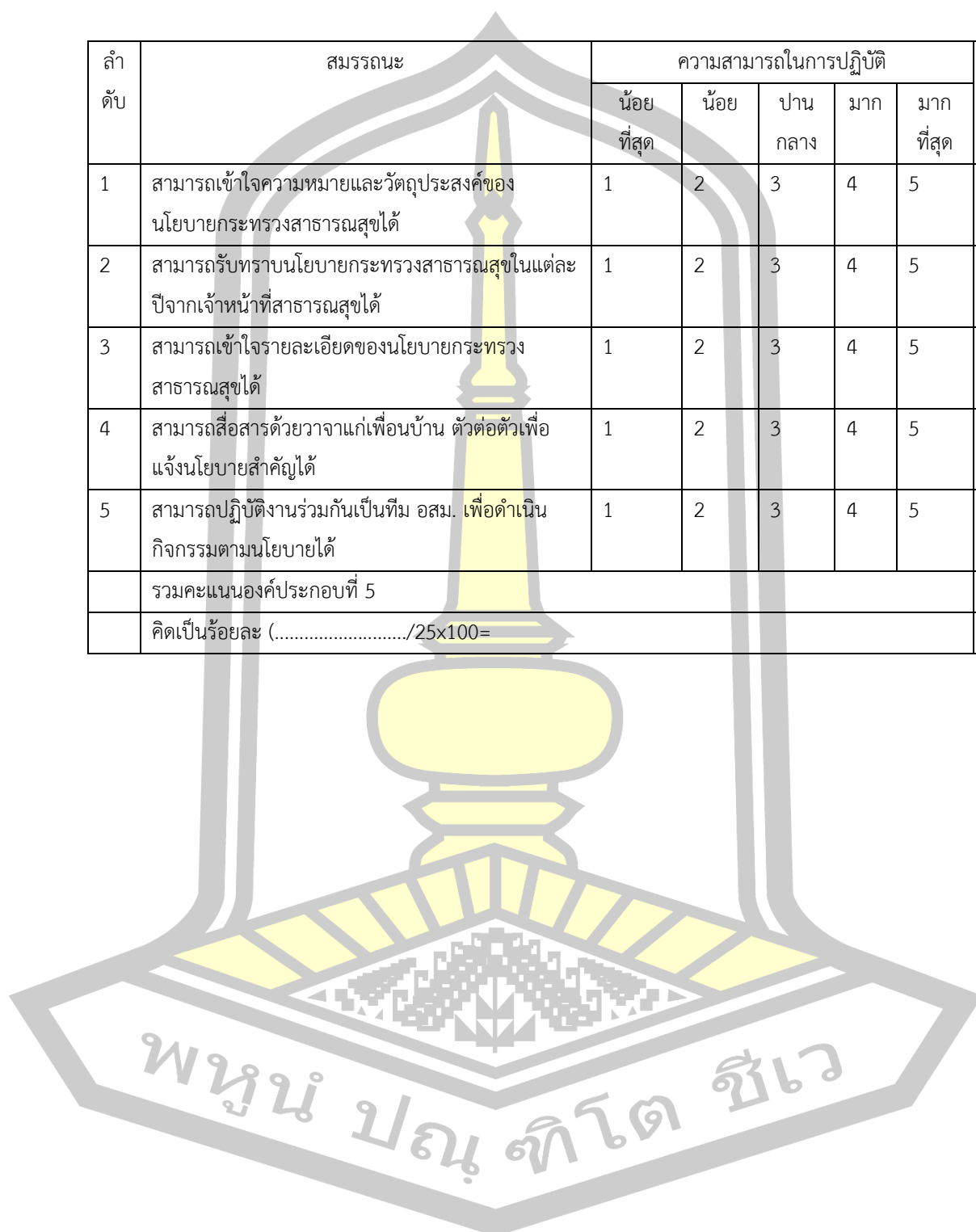
องค์ประกอบที่ 4 สมรรถนะด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

ลำดับ	สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					คะแนน
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถให้คำแนะนำการบรรเทาอาการเบื้องต้นได้ เช่น อาการตัวร้อน ปวดหัว ไอ ปวดเมื่อย ท้องผูก	1	2	3	4	5	
2	สามารถเก็บรักษายาแต่ละชนิด ได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัยได้	1	2	3	4	5	
3	สามารถจำแนกยาหมดอายุ หรือยาเสื่อมสภาพได้	1	2	3	4	5	
4	สามารถใช้ยาสามัญประจำบ้านเพื่อรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ เช่น ยาแก้ไอ ยาลดไข้แก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาใส่แผล ยาสมุนไพรร	1	2	3	4	5	
5	สามารถอธิบายเพื่อนบ้านให้ใช้ยาได้อย่างเหมาะสมตามความจำเป็นหรือตามวิธีใช้ที่แพทย์แนะนำได้	1	2	3	4	5	
รวมคะแนนองค์ประกอบที่ 4							
คิดเป็นร้อยละ (...../25x100=							



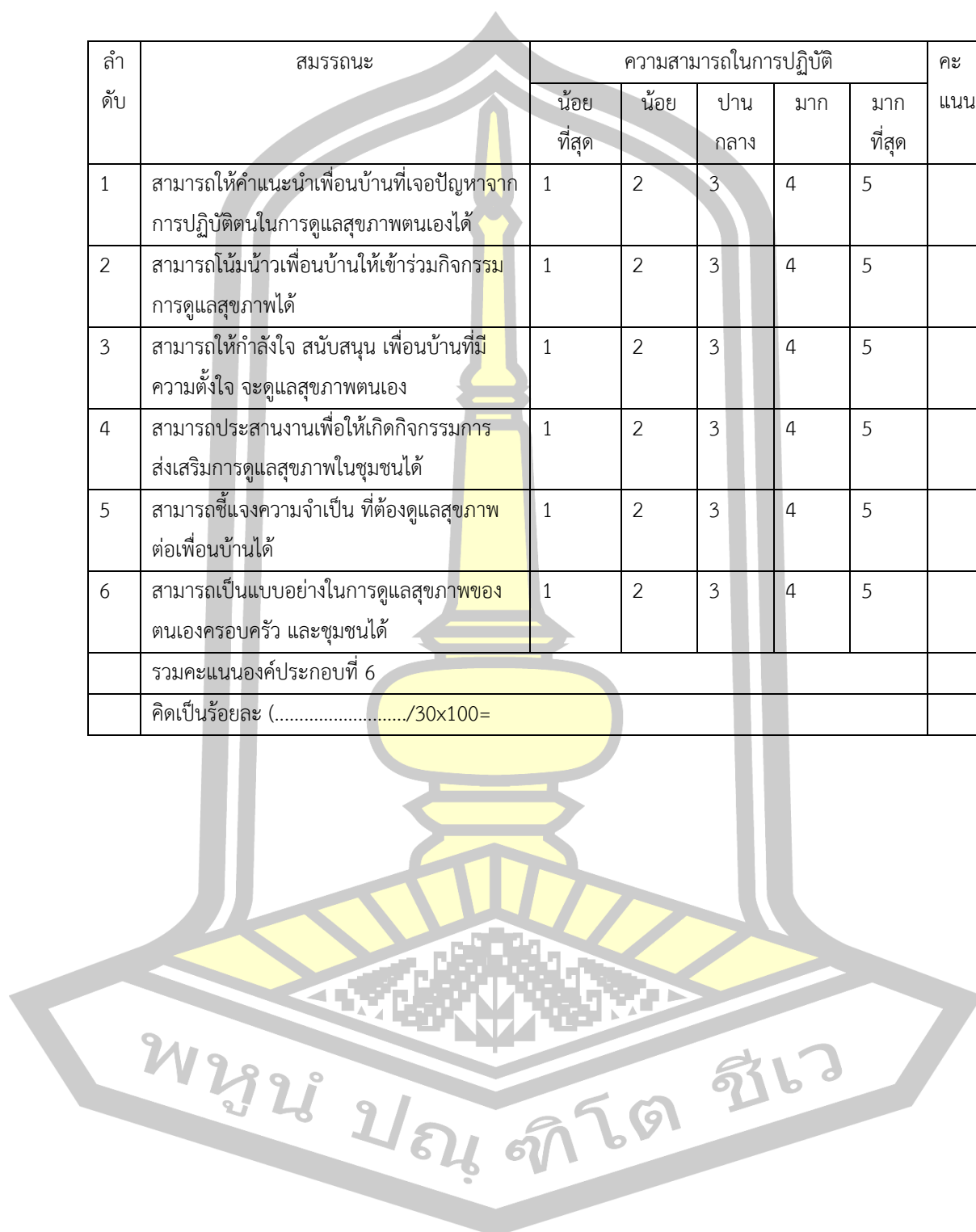
องค์ประกอบที่ 5 สมรรถนะด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

ลำดับ	สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					คะแนน
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถเข้าใจความหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้	1	2	3	4	5	
2	สามารถรับทราบนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละปีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้	1	2	3	4	5	
3	สามารถเข้าใจรายละเอียดของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้	1	2	3	4	5	
4	สามารถสื่อสารด้วยวาจาแก่เพื่อนบ้าน ตัวต่อตัวเพื่อแจ้งนโยบายสำคัญได้	1	2	3	4	5	
5	สามารถปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม อสม. เพื่อดำเนินกิจกรรมตามนโยบายได้	1	2	3	4	5	
รวมคะแนนองค์ประกอบที่ 5							
คิดเป็นร้อยละ (...../25x100=							



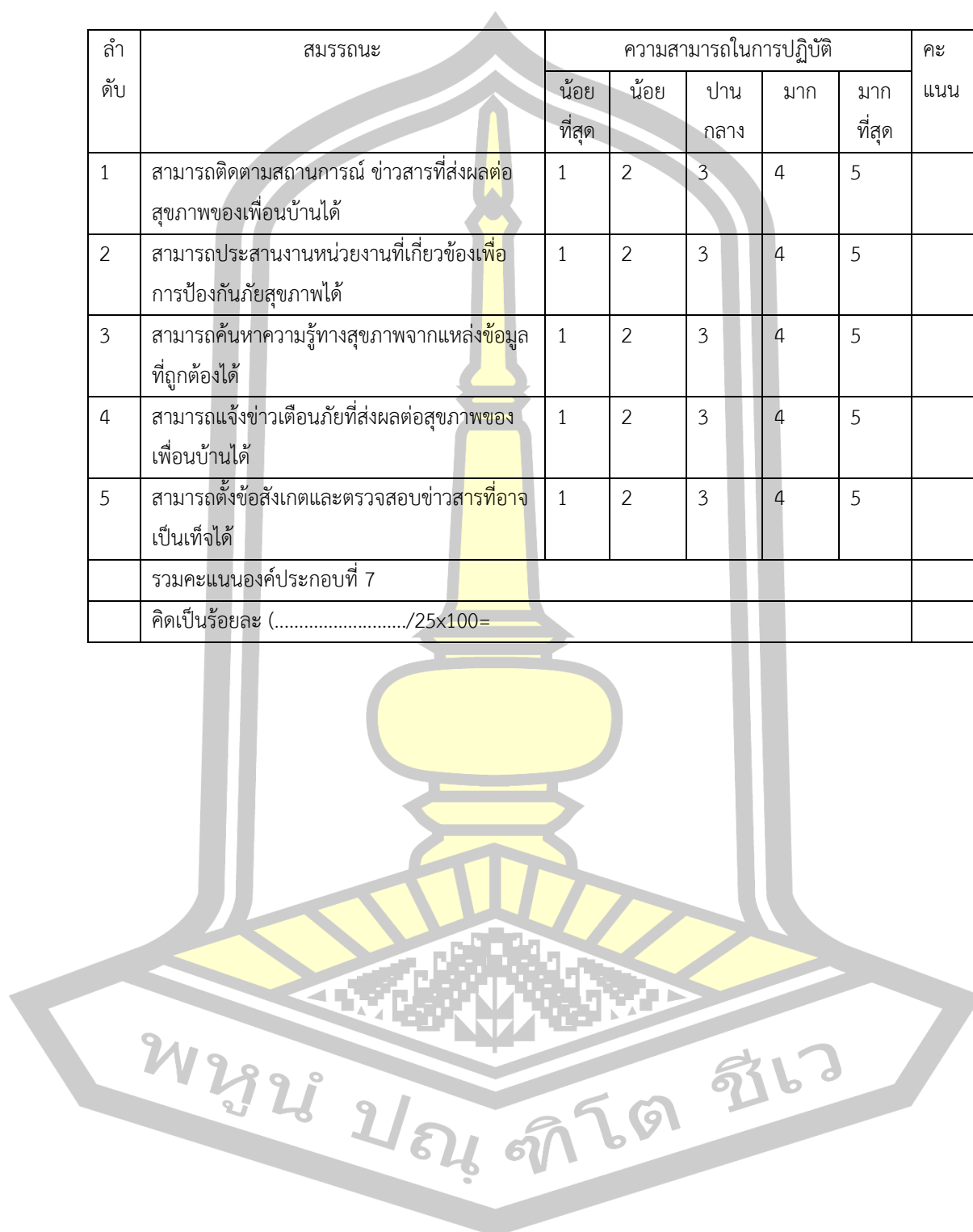
องค์ประกอบที่ 6 สมรรถนะด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ

ลำดับ	สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					คะแนน
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถให้คำแนะนำเพื่อนบ้านที่เจอปัญหาจากการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้	1	2	3	4	5	
2	สามารถโน้มน้าวเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพได้	1	2	3	4	5	
3	สามารถให้กำลังใจ สนับสนุน เพื่อนบ้านที่มีความตั้งใจ จะดูแลสุขภาพตนเอง	1	2	3	4	5	
4	สามารถประสานงานเพื่อให้เกิดกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพในชุมชนได้	1	2	3	4	5	
5	สามารถชี้แจงความจำเป็น ที่ต้องดูแลสุขภาพต่อเพื่อนบ้านได้	1	2	3	4	5	
6	สามารถเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้	1	2	3	4	5	
	รวมคะแนนองค์ประกอบที่ 6						
	คิดเป็นร้อยละ (...../30x100=						



องค์ประกอบที่ 7 สมรรถนะด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ

ลำดับ	สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					คะแนน
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1	สามารถติดตามสถานการณ์ ข่าวสารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเพื่อนบ้านได้	1	2	3	4	5	
2	สามารถประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการป้องกันภัยสุขภาพได้	1	2	3	4	5	
3	สามารถค้นหาความรู้ทางสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่ต้องการได้	1	2	3	4	5	
4	สามารถแจ้งข่าวเตือนภัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเพื่อนบ้านได้	1	2	3	4	5	
5	สามารถตั้งข้อสังเกตและตรวจสอบข่าวสารที่อาจเป็นเท็จได้	1	2	3	4	5	
รวมคะแนนองค์ประกอบที่ 7							
คิดเป็นร้อยละ (...../25x100=							



ส่วนที่ 3 สรุปผลการประเมิน

เกณฑ์การพิจารณาระดับสมรรถนะ

ระดับสมรรถนะ

ดีมาก

ดี

ปานกลาง

พอใช้

ต้องปรับปรุง

เกณฑ์การพิจารณา

ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ร้อยละ 70 – 79.99

ร้อยละ 60 – 69.99

ร้อยละ 50 – 59.99

ต่ำกว่า ร้อยละ 50

องค์ประกอบสมรรถนะ	คะแนน (ร้อยละ)	ระดับ สมรรถนะ
1. สมรรถนะด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน 10 ข้อ		
2. สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพ 9 ข้อ		
3. สมรรถนะด้านการป้องกันโรค 8 ข้อ		
4. สมรรถนะด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น 5 ข้อ		
5. สมรรถนะด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ 5 ข้อ		
6. สมรรถนะด้านการสร้างจิตสำนึกประชาชนในการดูแลสุขภาพ 6 ข้อ		
7. สมรรถนะด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ 5 ข้อ		
รวม		
คะแนนเฉลี่ยภาพรวม(.....)/ 7 =		
ระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานภาพรวม		

ผู้ประเมิน.....

วันที่.....

(ร่าง) คู่มือการใช้งาน

เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย

1. หลักการและเหตุผล

การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับศักยภาพแต่ละบุคคล มีความจำเป็นและความสำคัญในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งส่งผลต่อการประสานงาน การกำกับดูแลการปฏิบัติงานของ อสม. ตลอดจนการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ฯ เปิดกว้างให้หน่วยงานต่าง ๆ สามารถอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ได้ตามความเหมาะสมของบริบทของพื้นที่ ซึ่งหลักการพัฒนาศักยภาพมนุษย มุ่งเน้นความคุ้มค่าของงบประมาณ มีความสอดคล้องกับศักยภาพปัจจุบันของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะด้านที่ยังมีศักยภาพไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลของการสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อค้นหาศักยภาพปัจจุบันที่ควรได้รับการพัฒนา เพื่อการวางแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. ตามความมุ่งหมายของการก่อกำเนิด อสม. เพื่อให้การดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมต่อไป

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อการประเมินตนเองของ อสม.
- 2.2 เพื่อประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 2.3 เพื่อการวางแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ขอบเขต

คู่มือนี้ใช้ประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยทำการประเมินตามขั้นตอนที่กำหนด แปรผล และสรุปผลการประเมิน เพื่อประกอบการจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพของ อสม.ต่อไป

4. คำจำกัดความสมรรถนะ

สมรรถนะการปฏิบัติงาน หมายถึง ความสามารถของ อสม. ในการปฏิบัติงาน ที่เป็นผลมาจากนำความรู้ ความสามารถ ทักษะ และคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ผ่านการอบรมและสั่งสมประสบการณ์ มาบูรณาการใช้ทำงานจนเกิดความชำนาญในการปฏิบัติหน้าที่ ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ

1. ด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยชุมชน หมายถึง การมีข้อมูลเด็กและเยาวชนทั้งในระบบโรงเรียนและนอกโรงเรียนในเขตรับผิดชอบ และนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพอนามัย เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มเด็กและเยาวชน หรือชักชวนเด็กและเยาวชนเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันยาเสพติดที่มีการจัดขึ้นในชุมชน หรือการให้ความรู้มาตรการเฝ้าระวังอุบัติเหตุทางถนนแก่กลุ่มเด็กและเยาวชน ตลอดจนการเปิดโอกาสให้เสนอความคิดเห็นในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การให้บริการโดยตรงแก่บุคคล ครอบครัว หรือกลุ่มบุคคลเพื่อสร้างความตระหนักและเสริมขีดความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก 0-5 ปี การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็ก 0-5 ปี การพัฒนาการเด็ก การฝากครรภ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเฝ้าระวังดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3. ด้านการป้องกันโรค หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้โดยตรงแก่บุคคล ครอบครัว และกลุ่มบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การอธิบายฤดูกาลระบาดของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่น การป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่น การอธิบายปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อ การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อด้วยแบบคัดกรอง และการใช้อุปกรณ์การแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อ

4. ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น หมายถึง การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาอาการป่วยเบื้องต้น ให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามความจำเป็น การจ่ายยาสามัญประจำบ้าน ยาสมุนไพร หรือยาตามอาการ การเก็บรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและจำแนกยาเสื่อมอายุ ยาเสื่อมสภาพ

5. ด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ หมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจ สามารถสื่อสารนโยบายสาธารณสุขให้แก่เพื่อนบ้าน และการร่วมกันกับทีม อสม. ดำเนินกิจกรรมตามนโยบาย

6. ด้านการสร้างจิตสำนึกประชาชนในการดูแลสุขภาพ หมายถึง การเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน เพื่อสร้างการรับรู้และยอมรับของเพื่อนบ้าน การอธิบายความจำเป็นที่ต้องระวังดูแลสุขภาพ เพื่อชี้ให้เห็นความสำคัญและกระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพ สามารถโน้มน้าวเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อการฝึกปฏิบัติตนและนำกลับไปทำต่อได้ที่บ้าน การสนับสนุน ชื่นชม และให้กำลังใจเพื่อนบ้านที่มีความตั้งใจเฝ้าระวังดูแลสุขภาพตน เพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สามารถสร้างโอกาส ให้เกิดกิจกรรมการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพในชุมชนได้ เพื่อขยายกลุ่มที่สนใจเพิ่มมากขึ้น

7. ด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ หมายถึง การติดตามสถานการณ์ ข่าวสารที่ส่งผลต่อสุขภาพ สามารถตั้งข้อสังเกตข่าวสารทางสุขภาพที่อาจเป็นเท็จ การค้นหาความรู้ทางสุขภาพที่

ถูกต้อง การแจ้งข่าวเตือนภัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และการประสานงานเพื่อการป้องกันภัยต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน

5. วิธีการประเมิน

ประเมินตนเอง ปีละ 1 ครั้ง

6. การให้คะแนน และแปลผลการประเมิน

6.1 การให้คะแนนในแต่ละข้อ ในแต่ละข้อมีระดับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด และในแต่ละระดับกำหนดคะแนนคือ ระดับน้อยที่สุด = 1 คะแนน, ระดับน้อย = 2 คะแนน, ระดับปานกลาง = 3 คะแนน, ระดับมาก = 4 คะแนน, ระดับมากที่สุด = 5 คะแนน ซึ่งทุกข้อกำหนดคะแนนเต็ม 5 คะแนน

ความสามารถในการปฏิบัติ	คะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

6.2 การแปลผลคะแนน การคิดคะแนนรวมการประเมินสมรรถนะสำคัญในแต่ละด้าน ตัวอย่างเช่น สมรรถนะด้าน ก. มีข้อคำถาม 5 ข้อ เมื่อประเมินสมรรถนะในแต่ละข้อแล้ว ผลคือ ข้อที่ 1 อยู่ในระดับดีมาก(5 คะแนน) ข้อที่ 2 อยู่ในระดับดี (4 คะแนน) ข้อที่ 3,4,5 อยู่ในระดับปานกลาง (3 คะแนน) รวมคะแนนสมรรถนะด้าน ก. ได้ 18 คะแนน จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน (5 ข้อ $\times$ 5 คะแนน) นำคะแนนที่ได้มาเทียบเป็นร้อยละ โดย รวมคะแนนที่ได้ทุกข้อ/คะแนนเต็ม $\times$ 100 นั่นคือ $18/25 \times 100 =$ ร้อยละ 72

6.3 เกณฑ์การพิจารณาระดับสมรรถนะ

นำคะแนนร้อยละที่ได้มาเทียบเป็นระดับ ตัวอย่างเช่น ได้คะแนนร้อยละ 72 เทียบเป็นระดับ ดี ดังตาราง

ระดับสมรรถนะ	เกณฑ์การพิจารณา
ดีมาก	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ดี	ร้อยละ 70 – 79.99
ปานกลาง	ร้อยละ 60 – 69.99
พอใช้	ร้อยละ 50 – 59.99
ต้องปรับปรุง	ต่ำกว่า ร้อยละ 50

6.4 สมรรถนะภาพรวมแต่ละบุคคล

สมรรถนะ	คะแนนที่ได้	คะแนนเต็ม
1.สมรรถนะด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน 10 ข้อ		50
2.สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพ 9 ข้อ		45
3.สมรรถนะด้านการป้องกันโรค 8 ข้อ		40
4.สมรรถนะด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น 5 ข้อ		25
5.สมรรถนะด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ 5 ข้อ		25
6.สมรรถนะด้านการสร้างจิตสำนึกประชาชนในการดูแลสุขภาพ 6 ข้อ		30
7.สมรรถนะด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ 5 ข้อ		25
รวม		240
คิดเป็นร้อยละ (...../240 × 100) =		
แปลผลระดับสมรรถนะภาพรวม		

พูน ปณ ทิโต ชีเว

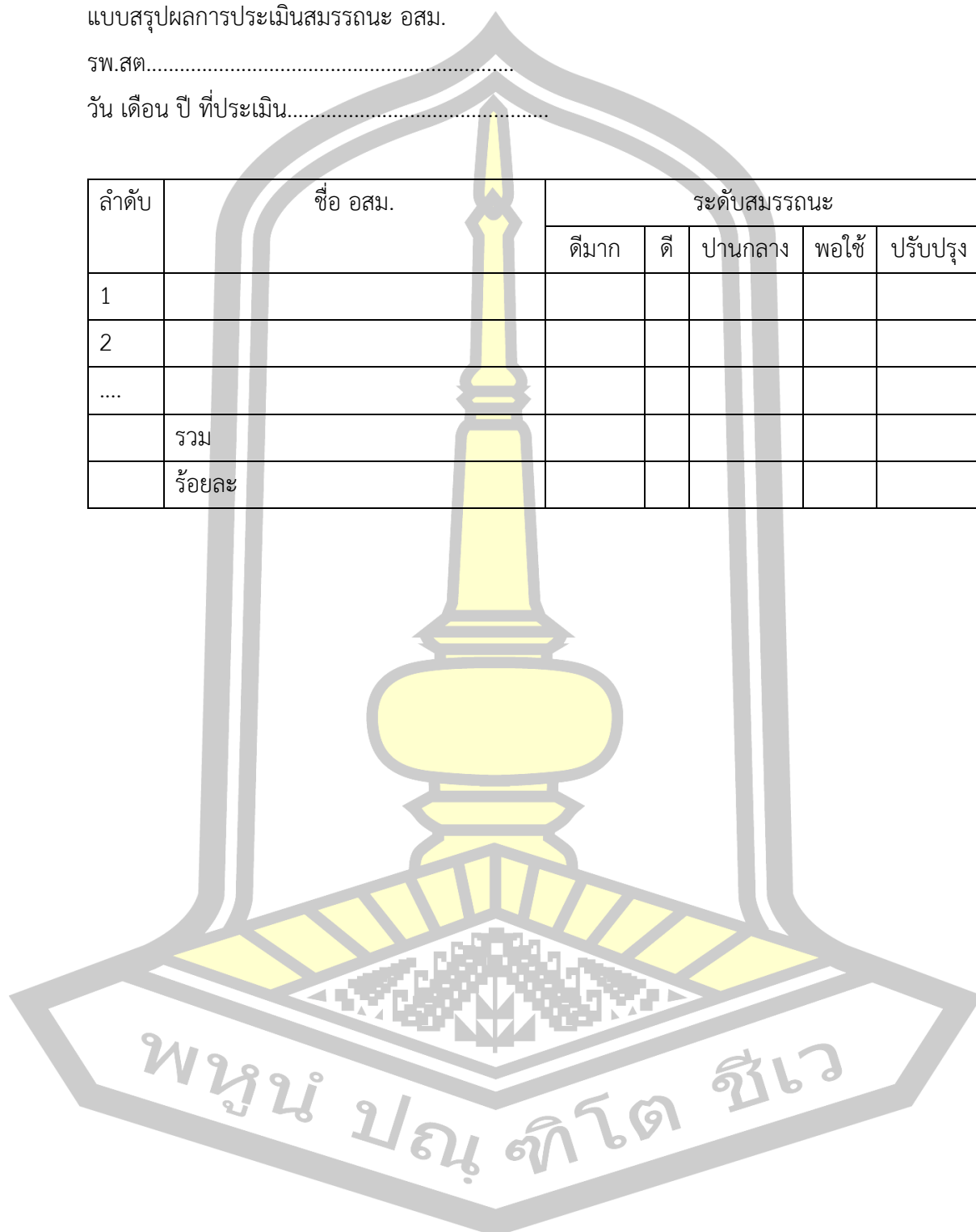
7. สรุปผลการประเมิน

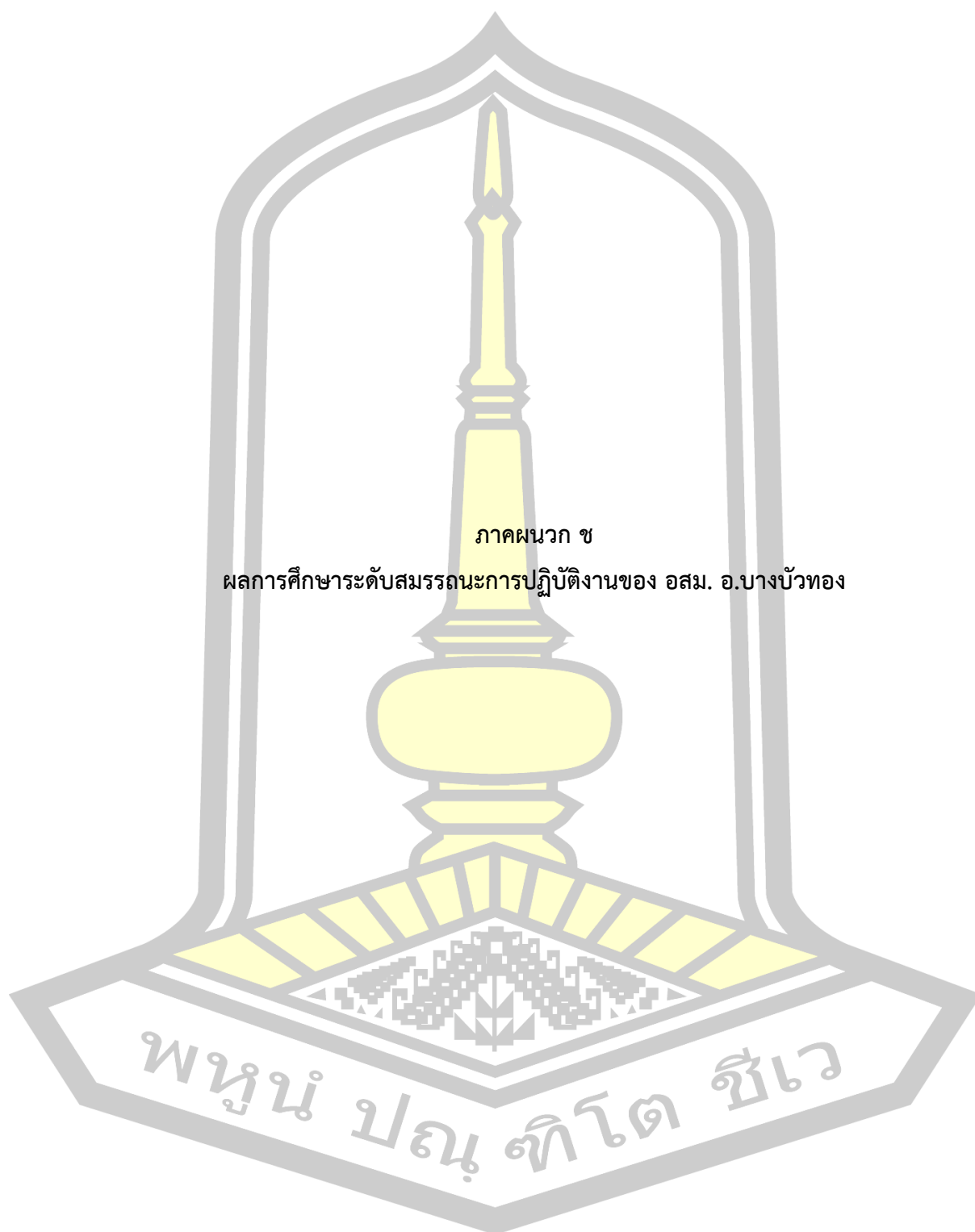
แบบสรุปผลการประเมินสมรรถนะ อสม.

รพ.สต.....

วัน เดือน ปี ที่ประเมิน.....

ลำดับ	ชื่อ อสม.	ระดับสมรรถนะ				
		ดีมาก	ดี	ปานกลาง	พอใช้	ปรับปรุง
1						
2						
....						
	รวม					
	ร้อยละ					





ภาคผนวก ข

ผลการศึกษาระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. อ.บางบัวทอง

ผลการศึกษา

ระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ต.บางรักพัฒนา

ตารางที่ 58 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน (n = 104)

สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D)	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. สามารถจัดทำข้อมูลจำนวนเด็กและเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนในเขตรับผิดชอบได้	0 (0.00)	25 (24.00)	40 (38.50)	25 (24.00)	14 (13.50)	2.73 (0.97)	ปานกลาง
2. สามารถให้ข้อมูลจำนวนเด็กและเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนในเขตรับผิดชอบได้	0 (0.00)	23 (22.10)	46 (44.20)	24 (23.10)	11 (10.06)	2.78 (0.91)	ปานกลาง
3. สามารถปฏิบัติงานร่วมกับสถานศึกษาจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่นักเรียนได้	6 (5.80)	30 (28.80)	45 (43.30)	16 (15.40)	7 (6.70)	3.12 (0.96)	ปานกลาง
4. สามารถปฏิบัติงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชนได้	12 (11.50)	26 (25.00)	48 (46.20)	15 (14.40)	3 (2.90)	3.28 (0.95)	ปานกลาง

ตารางที่ 58 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงาน

ด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน (n = 104) (ต่อ)

สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D)	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
5. สามารถส่งเสริมการรวมกลุ่มของเด็กและเยาวชนเพื่อกิจกรรมพัฒนาสุขภาพได้	4 (3.80)	31 (29.80)	45 (43.30)	21 (20.20)	3 (2.90)	3.12 (0.87)	ปาน กลาง
6. สามารถประสานงานหรือสนับสนุนหรือจัดหาอุปกรณ์เพื่อกิจกรรมสุขภาพของเด็กและเยาวชนได้	1 (1.00)	27 (26.00)	43 (41.30)	25 (24.00)	8 (7.70)	2.88 (0.91)	ปาน กลาง
7. สามารถปฏิบัติงานร่วมกับชุมชนจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในเด็กและเยาวชนได้	2 (1.90)	44 (38.50)	42 (40.40)	14 (13.50)	6 (5.80)	3.17 (0.89)	ปาน กลาง
8. สามารถชักชวนเด็กและเยาวชน เข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันยาเสพติดได้	4 (3.80)	33 (31.70)	52 (50.00)	9 (8.70)	6 (5.80)	3.19 (0.87)	ปาน กลาง
9. สามารถชักชวน ธารรงค์ ให้ความรู้แก่เด็กและเยาวชนถึงมาตรการขับไล่ปลอดภัยเพื่อลดอุบัติเหตุบนท้องถนนได้	8 (7.70)	31 (29.80)	52 (50.00)	8 (7.70)	5 (4.80)	3.28 (0.89)	ปาน กลาง

ตารางที่ 58 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงาน
ด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัย
และชุมชน (n = 104) (ต่อ)

สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D)	ระดับ
	มาก ที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
10. สามารถเปิดโอกาสให้ เด็กและเยาวชน เสนอความ คิดเห็นในการพัฒนาสุขภาพ ของชุมชนได้	5 (4.80)	38 (36.50)	47 (45.20)	7 (6.70)	7 (6.70)	3.26 (0.91)	ปาน กลาง

ตารางที่ 59 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงาน
ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (n = 104)

สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D)	ระดับ
	มาก ที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
1. สามารถติดตามให้ คำแนะนำให้ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ได้	8 (7.70)	32 (30.80)	46 (44.20)	16 (15.40)	2 (1.90)	3.27 (0.88)	ปาน กลาง
2. สามารถให้คำแนะนำการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่แรก เกิด-6 เดือน แก่หญิงหลัง คลอดได้	19 (18.30)	35 (33.70)	41 (39.40)	7 (6.70)	2 (1.90)	3.60 (0.93)	มาก

ตารางที่ 59 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงาน
ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (n = 104) (ต่อ)

สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D)	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
3. สามารถให้คำแนะนำถึง ความสำคัญของการสร้าง เสริมภูมิคุ้มกันโรค(รับวัคซีน) ในเด็ก 0 – 5 ปีได้	13 (12.50)	41 (39.40)	43 (41.30)	6 (5.80)	1 (1.00)	3.57 (0.82)	มาก
4. สามารถให้คำแนะนำ อาการสำคัญของโรคที่ ป้องกันด้วยวัคซีนได้	15 (14.40)	34 (32.70)	47 (45.20)	7 (6.70)	1 (1.00)	3.53 (0.85)	มาก
5. สามารถติดตามเด็ก 0-5 ปี ให้มารับวัคซีนตามกำหนด นัดหมายได้	18 (17.30)	41 (39.40)	36 (34.60)	8 (7.70)	1 (1.00)	3.64 (0.89)	มาก
6. สามารถให้คำแนะนำวิธี ปฏิบัติตนก่อนและหลังการ รับวัคซีนและอาการข้างเคียง ของการรับวัคซีนได้	19 (18.30)	34 (32.70)	42 (40.40)	7 (6.70)	2 (1.90)	3.59 (0.93)	มาก
7. สามารถเฝ้าระวังภาวะ โภชนาการในเด็ก 0-5 ปีได้ ถูกต้อง เช่น เทียบเกณฑ์ น้ำหนักและส่วนสูงกับอายุ	13 (12.50)	31 (29.80)	43 (41.30)	17 (16.30)	0 (0.00)	3.38 (0.96)	มาก
8. สามารถให้คำแนะนำและ ประเมินพัฒนาการเด็ก 0 – 5 ปีได้	13 (12.50)	34 (32.70)	47 (45.20)	9 (8.70)	1 (1.00)	3.47 (0.85)	มาก

ตารางที่ 59 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงาน
ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (n = 104) (ต่อ)

สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D)	ระดับ
	มาก ที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
9. สามารถใช้แบบฟอร์มหรือ แอปพลิเคชันสำหรับประเมิน คัดกรองสุขภาพได้ เช่น ประเมินคัดกรองสุขภาพจิต หรือการคัดกรองผู้สูงอายุ ได้	14 (13.50)	34 (32.70)	41 (39.40)	14 (13.50)	1 (1.00)	3.44 (0.92)	มาก

ตารางที่ 60 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงาน
ด้านการป้องกันโรค (n = 104)

สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D)	ระดับ
	มาก ที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
1. สามารถระบุสาเหตุของ โรคติดต่อที่เป็นปัญหาใน ท้องถิ่นได้ เช่น โรค ไข้เลือดออก หรือโรค อุจจาระร่วง	21 (20.20)	45 (43.30)	33 (31.70)	5 (4.80)	0 (0.00)	3.79 (0.82)	มาก

ตารางที่ 60 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงาน
ด้านการป้องกันโรค (n = 104) (ต่อ)

สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D)	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
2. สามารถระบุน้ำอาการเริ่มต้นที่สำคัญของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้ เช่น โรคไข้เลือดออก หรือ โรคอุจจาระร่วง	21 (20.20)	36 (34.60)	41 (39.40)	6 (5.80)	0 (0.00)	3.69 (0.86)	มาก
3. สามารถอธิบายเหตุการณ์ระบาดของโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้ เช่น โรคไข้เลือดออก หรือโรคอุจจาระร่วง	28 (26.90)	33 (31.70)	40 (38.50)	3 (2.90)	0 (0.00)	3.83 (0.86)	มาก
4. สามารถให้คำแนะนำการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นได้	20 (19.20)	42 (40.40)	37 (35.60)	4 (3.80)	1 (1.00)	3.73 (0.85)	มาก
5. สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง	26 (25.00)	44 (42.30)	28 (26.90)	6 (5.80)	0 (0.00)	3.87 (0.86)	มาก

ตารางที่ 60 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงาน
ด้านการป้องกันโรค (n = 104) (ต่อ)

สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D)	ระดับ
	มาก ที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
6. สามารถระบุพฤติกรรม เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ได้ เช่น โรคเบาหวาน โรค ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือด สมอง	29 (27.90)	38 (26.50)	32 (30.80)	4 (3.80)	1 (1.00)	3.87 (0.90)	มาก
7. สามารถใช้แบบคัดกรอง โรคไม่ติดต่อได้ เช่น แบบคัด กรองโรคเบาหวาน หรือโรค ความดันโลหิตสูง	28 (26.90)	46 (44.20)	24 (23.10)	6 (5.80)	0 (0.00)	3.92 (0.85)	มาก
8. สามารถใช้อุปกรณ์ การแพทย์คัดกรองโรคไม่ ติดต่อได้ เช่น เครื่องวัดความ ดันโลหิต เครื่องตรวจระดับ น้ำตาลในเลือด	28 (26.90)	47 (45.20)	23 (22.10)	6 (5.80)	0 (0.00)	3.93 (0.85)	มาก

พูน ปณ จิต ชีเว

ตารางที่ 61 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงาน
ด้านการรักษาพยาบาล (n = 104)

สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D)	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. สามารถให้คำแนะนำการ บรรเทาอาการเจ็บป่วย เบื้องต้นได้ เช่น อาการปวด ศีรษะ ตัวร้อน ไอปวดเมื่อย ท้องผูก	33 (31.70)	42 (40.40)	28 (26.90)	1 (1.00)	0 (0.00)	4.03 (0.79)	มาก
2. สามารถให้คำแนะนำการ เก็บรักษายาแต่ละชนิดได้ อย่างถูกต้องปลอดภัยได้	29 (27.90)	36 (34.60)	34 (32.70)	2 (1.90)	3 (2.90)	3.83 (0.96)	มาก
3. สามารถจำแนกยา หมดอายุ หรือยาเสื่อมสภาพ ได้	32 (30.80)	36 (34.60)	30 (28.80)	4 (3.80)	2 (1.90)	3.88 (0.95)	มาก
4. สามารถใช้ยาสามัญ ประจำบ้านเพื่อ รักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ เช่น ยาแก้ไอ ยาลดไข้แก้ ปวด ยาแก้แพ้ ยาใส่แผล ยา สมุนไพรรักษา	35 (33.70)	48 (46.20)	19 (18.30)	1 (1.00)	1 (1.00)	4.11 (0.79)	มาก
5. สามารถให้คำแนะนำ เพื่อนบ้านให้ใช้ยาตามความ จำเป็น และแนะนำอันตราย จากการใช้ยาชุดได้	29 (27.90)	48 (46.20)	25 (24.00)	1 (1.00)	1 (1.00)	3.99 (0.86)	มาก

ตารางที่ 62 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานด้าน
การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (n = 104)

สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D)	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
1. สามารถรับทราบนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขในแต่ละปีจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขได้	25 (24.00)	40 (38.50)	33 (31.70)	4 (3.80)	2 (1.90)	3.79 (0.92)	มาก
2. สามารถเข้าใจความหมาย และวัตถุประสงค์ของ นโยบายกระทรวง สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับ อสม.ได้	26 (25.00)	38 (36.50)	37 (35.60)	3 (2.90)	0 (0.00)	3.84 (0.83)	มาก
3. สามารถเข้าใจแนวปฏิบัติ ของนโยบายกระทรวง สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับ อสม.ได้	24 (23.10)	41 (39.40)	36 (34.60)	3 (2.90)	0 (0.00)	3.83 (0.81)	มาก
4. สามารถสื่อสารด้วยวาจา แก่เพื่อนบ้าน ตัวต่อตัวเพื่อ แจ้งนโยบายสำคัญได้	24 (23.10)	44 (42.30)	34 (32.70)	0 (0.00)	2 (1.90)	3.85 (0.84)	มาก
5. สามารถปฏิบัติงานร่วมกัน เป็นทีม อสม. เพื่อดำเนิน กิจกรรมตามนโยบายได้	29 (27.90)	46 (44.20)	28 (26.90)	1 (1.00)	0 (0.00)	3.99 (0.77)	มาก

ตารางที่ 63 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงาน
ด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ (n = 104)

สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D)	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. สามารถให้คำแนะนำ เพื่อนบ้านที่ดูแลสุขภาพไม่ เหมาะสม ให้ปฏิบัติตนและ ดูแลสุขภาพที่ถูกต้องได้	27 (26.00)	49 (47.10)	27 (26.00)	1 (1.00)	0 (0.00)	3.98 (0.75)	มาก
2. สามารถชักชวนโน้มน้าว เพื่อนบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรม การดูแลสุขภาพได้	28 (26.90)	42 (40.40)	32 (30.80)	2 (1.90)	0 (0.00)	3.92 (0.80)	มาก
3. สามารถให้กำลังใจ สนับสนุน เพื่อนบ้านที่มี ความตั้งใจ จะดูแลสุขภาพ ตนเองได้	30 (28.80)	48 (46.20)	24 (23.10)	2 (1.90)	0 (0.00)	4.02 (0.77)	มาก
4. สามารถประสานงาน เพื่อให้มีกิจกรรมสร้าง จิตสำนึกการดูแลสุขภาพใน ชุมชนได้	25 (24.00)	46 (44.20)	29 (27.90)	4 (3.80)	0 (0.00)	3.88 (0.81)	มาก
5. สามารถให้คำแนะนำถึง ความจำเป็นในการดูแล สุขภาพแก่เพื่อนบ้านได้	27 (26.00)	49 (47.10)	26 (25.00)	2 (1.90)	0 (0.00)	3.97 (0.76)	มาก
6. สามารถเป็นแบบอย่างใน การดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้	30 (28.80)	47 (45.20)	24 (23.10)	2 (1.90)	1 (1.00)	3.99 (0.83)	มาก

ตารางที่ 64 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติงาน
ด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ (n = 104)

สมรรถนะ	ความสามารถในการปฏิบัติ					Mean (S.D)	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. สามารถติดตาม สถานการณ์ ข่าวสารตามสื่อ ต่าง ๆ หรือทางโซเชียลมีเดีย ที่ส่งผลต่อสุขภาพของเพื่อน บ้านได้	20 (19.20)	38 (36.50)	38 (36.50)	8 (7.70)	0 (0.00)	3.67 (0.87)	มาก
2. สามารถตั้งข้อสังเกต ข่าวสารทางสุขภาพที่อาจ เป็นเท็จได้	13 (12.50)	39 (37.50)	43 (41.30)	9 (8.70)	0 (0.00)	3.54 (0.82)	มาก
3. สามารถตรวจสอบ ข้อเท็จจริง ข่าวสารทาง สุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่ ถูกต้องได้	16 (15.40)	42 (40.40)	36 (34.60)	10 (9.60)	0 (0.00)	3.62 (0.86)	มาก
4. สามารถแจ้งข่าวเตือนภัย ที่ส่งผลต่อสุขภาพของเพื่อน บ้านและชุมชนได้	25 (24.00)	43 (41.30)	35 (33.70)	1 (1.00)	0 (0.00)	3.88 (0.78)	มาก
5. สามารถประสานงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการ ป้องกันภัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ ในชุมชนได้	26 (25.00)	39 (37.50)	36 (34.60)	3 (2.90)	0 (0.00)	3.85 (0.83)	มาก

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายพนพล ครุฑน้อย
วันเกิด	วันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2516
สถานที่เกิด	จังหวัดพัทลุง
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 1655/222 ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท จังหวัดกรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10400
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 88/44 หมู่ 4 ซอยสาธารณสุข 8 ถนนติวานนท์ ตำบล ตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2538 ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา พ.ศ. 2542 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2553 ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วท.ม.) สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ พ.ศ. 2567 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พนุน ปณ จิตโต ชีเว