

# บทวิจัย

การประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานใน  
เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอมหิทธิราม จังหวัดพิษณุโลก

PERFORMANCE ASSESSMENT OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEER WORKING IN DISTRICT HEALTH  
NETWORK, POMPIRAM DISTRICT, PHITSANOLOK PROVINCE

ภูติ เทชาติวัฒน์\*

นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์\*

## บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้สนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น ด้วยคุณลักษณะเฉพาะคือการเชื่อมระหว่างชุมชนและบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามข้อมูลเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของอสม. เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอมหิทธิราม มีจำกัด การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติงานของ อสม. และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของโครงสร้างประชากรกับผลการปฏิบัติงานของ อสม. เครือข่ายระบบบริการสุขภาพ อำเภอมหิทธิราม จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ปฏิบัติงานในเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ อำเภอมหิทธิราม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 171 คน คำนวนโดยใช้สูตรของ Cochran (1977) ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบสอบถามที่ใช้ประยุกต์จากการศึกษาของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสิทธิ์ (2550) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ผลการปฏิบัติงานของ อสม. และส่วนที่ 3 ความรู้พื้นฐานของ อสม. ตรวจสอบค่าเฉลี่ยความตรงเชิงเนื้อหา ร้อยละ 1 และหาความเที่ยงของเครื่องมือ ส่วนที่ 2 ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .84 ส่วนที่ 3 ใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยง .78 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และ Cramer's V

ผลการศึกษาพบว่าผลการปฏิบัติงานของ อสม. เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอมหิทธิราม ส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.5 ปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 22.34$ ,  $SD = 4.21$ ) รองลงมา ร้อยละ 28.4 อยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 32.47$ ,  $SD = 2.87$ ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้างประชากรกับผลการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่าการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ( $\chi^2 = 4.268$ , Cramer's V = .161) และความรู้ มีความสัมพันธ์ ( $\chi^2 = 3.884$ , Cramer's V = .223) กับผลการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ ) ในระดับต่ำ จากผลการศึกษา ผู้บริหารบริการสุขภาพควรพัฒนาทักษะการประสานงานของ อสม. ให้สอดคล้องกับการมีตำแหน่งอื่นในชุมชนของ อสม. และสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ให้กับ อสม. อย่างต่อเนื่อง โดยออกแบบการอบรมที่มีเนื้อหา และวิธีการ ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของ อสม. ในชุมชน

**คำสำคัญ:** ผลการปฏิบัติงาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ เครือข่ายระบบบริการสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบหลัก: นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

## ABSTRACT

Village health volunteer (VHV) had been recognized for attaining population coverage with essential health care. With their unique capability to provide bridges between the community and health care service. However, district health network, Pompiram district has a limited documentation about the performance of VHV. The purposes of this study are to 1) assess the performance of VHV and 2) study the association between demographic data and the performance of VHV in district health network, Pompiram district, Phitsanulok province.

A sample of 171 VHVs in district health network, Pompiram district, Phitsanulok province, which determined using the Cochran (WHO, 1977) were selected by simple random sampling. The questionnaire was developed from the study of Komart Jonesatherinsup and Paranut Suksit (2550) including 3 parts as follow: 1) Demographic data, 2) the performance of VHV and 3) the knowledge of VHV. The average item-content validity index (I-CVI) was 1. The overall value of Cronbach's alpha coefficient part 2 was 0.84 and the value of KR-20 part 3 was 0.78. Data were analyzed to obtain frequency, mean, standard deviation, chi square and Cramer's V values.

Findings showed that mostly 65.6% of VHV in district health network, Pompiram district had a fair level on their performance ( $\bar{x} = 22.34$ ,  $SD = 4.21$ ) and 28.4% had a good level on their performance ( $\bar{x} = 32.47$ ,  $SD = 2.87$ ). Furthermore, there was a significant relationship, at low level, between having the other societal positions in community ( $\chi^2 = 4.268$ , Cramer's  $V = .161$ ) and knowledge ( $\chi^2 = 3.884$ , Cramer's  $V = .223$ ), at the level of .05. Based on the result, health manager should be improved coordination skill consistent with having other societal positions in community and continuous supported activities to improve knowledge of village health volunteers. Moreover, the training should be designed in relation to VHV's functions in community..

**Keywords:** Performance/ Village Health Volunteer/ District Health Network.

### ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในการตอบสนองปัญหาสุขภาพดังกล่าว องค์การอนามัยโลก (WHO, 2008) ได้เรียกร้องให้ทุกประเทศนำแนวทางของการสาธารณสุขมูลฐาน มาดำเนินการเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบสุขภาพของแต่ละประเทศ ให้ประชากรสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งถึง และเป็นธรรม โดยการ

สาธารณสุขมูลฐานมีกำเนิดในปี ค.ศ. 1978 ที่เมืองอัลมาอาตา ประเทศรัสเซีย มุ่งเน้นให้เกิดการมีสุขภาพดีอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม ตามบริบทของการพัฒนาทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมของแต่ละประเทศ โดยมีหลักการที่สำคัญ 4 ประการในการดำเนินการ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม 3) การปรับบริการพื้นฐานของรัฐ เพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน และ 4) การสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน

(WHO, 1978) ในส่วนของการมีส่วนร่วมของชุมชน และการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ประเทศไทยได้จัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village health volunteer; VHV) เรียกย่อๆ ว่า อสม. โดย อสม. เป็นประชาชนที่ผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสถาบันแพทยอเมริกัน (The Institute of Medicine, 2002) ที่แนะนำให้มีการปฏิบัติงานในชุมชน (Community health workers) ซึ่งเป็นประชาชนทั่วไป (Lay people) ปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเป็นกลไกในการเชื่อมต่อระหว่างระบบบริการสุขภาพภาครัฐและชุมชน ลดช่องว่างระหว่างชุมชนและเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ

อาสาสมัครทางด้านสุขภาพ (Health Volunteers) คือประชาชนในชุมชนที่มีความสมัครใจในการบริการให้กับประชาชนในชุมชนของตนเอง มีความเข้าใจในวัฒนธรรม ประเพณีของท้องถิ่น ทำให้เกิดความไว้วางใจของชุมชนโดยอาสาสมัครไม่ได้คาดหวังผลประโยชน์หรือผลตอบแทนด้านการเงิน มีการดำเนินการสร้างอาสาสมัครทางด้านสุขภาพในหลายประเทศโดยมีชื่อเรียกกันหลากหลาย เช่น ประเทศพม่า เกาหลี เรียก ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพชุมชน (Community health worker) ประเทศอินเดีย เรียก ผู้แนะนำด้านสุขภาพในหมู่บ้าน (Village health guide) ประเทศเนปาล เรียก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพศหญิง (Female village health volunteer) ประเทศ ศรีลังกา เรียกอาสาสมัครปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (Volunteer health worker) ประเทศเวียดนาม เรียก ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่เป็นประชาชนทั่วไป (Lay health worker) ประเทศบังกลาเทศ ภูฏาน

และไทย เรียกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village health volunteer) (Sein, 2006) ในบทความนี้จะเรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เนื่องจากประชาชนกลุ่มนี้คือ ประชาชนในชุมชนที่สมัครใจในการให้บริการกับชุมชนของตนเอง ผ่านการอบรม และปฏิบัติงานในหมู่บ้าน ซึ่งมีความใกล้ชิดกับประชาชน

อสม. เป็นผู้ที่ได้รับการอบรมมาเป็นระยะเวลา 37 ชั่วโมง เพื่อมาปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) อสม. ที่ผ่านการอบรมจะทำงานเชื่อมระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภาครัฐกับชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รวมถึงการกระตุ้นให้ประชาชนในชุมชนตระหนักถึงการรักษาสุขภาพ (Sein, 2006) บทบาทหน้าที่ของ อสม. ประกอบด้วย 1) เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน 2) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว 3) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระจกหัก ข้อเคล็ดอื่น ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ 4) หมั่นเวียนกันปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน 6) เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน 7) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิต และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่างๆ และ 8) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุข

ของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน โดยเฉลี่ยจะมี อสม. ประมาณ 10 - 20 คนต่อหมู่บ้าน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

การทำงานของ อสม. เน้นการเป็น “อาสาสมัคร” คือ การทำงานโดยไม่หวังผลตอบแทนที่เป็นตัวเงิน แต่มุ่งหวังการทำงานร่วมกันที่เป็นการเรียนรู้ และสร้างความเข้มแข็งของทั้งสองฝ่าย ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขและประชาชนที่เป็นอาสาสมัคร บทบาทของ อสม. ที่ผ่านมาสะท้อนความสำเร็จตามแนวคิดดังกล่าวได้เป็นอย่างดี และปัจจุบันเป็นทุนทางสังคม (Social capital) ที่สำคัญของระบบสุขภาพ ด้วยการมีส่วนร่วมในปัญหาสุขภาพ เช่น การสนับสนุนทางจิตสังคม และการฟื้นฟูทางร่างกายและจิตใจ แก่ประชาชนที่ประสบภัยพิบัติ โดย อสม. เมื่อเกิดเหตุการณ์สึนามิที่ภาคใต้ เมื่อปี พ.ศ. 2547 (World Health Organization Regional Office for South-East Asia, 2005) การควบคุมการระบาดของไข้หวัดนก โดย อสม. มีบทบาทสำคัญยิ่ง ในการสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐ (World Health Organization Regional Office for South-East Asia, 2007)

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาส่งผลให้ทุกประเทศทั่วโลกเผชิญกับภาระโรคสามรูปแบบ (Triple burden of disease) (WHO, 2011) ทำให้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข มีส่วนร่วมในระบบสุขภาพมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานในชุมชนที่

เป็นประชาชนทั่วไปมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผลลัพธ์ของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และการคัดกรองมะเร็ง (Eng, O'Malley et al., 2002; Navarro, Senn, McNicholas et al., 1998) ประเทศไทยและประเทศเกาหลีใต้ มีการสร้างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน (Han, Kim, & Kim, 2007; Winangnon et al., 2007) เนื่องจาก อสม. เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มีความเข้าใจบริบทการดำรงชีวิตของประชาชนในพื้นที่เป็นอย่างดี

Prasad & Muraleedharan (2007) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ได้แก่ เพศ ระบบการคัดเลือก อสม. อาชีพ การศึกษา จำนวนประชากรที่ดูแล การอบรม และการติดตามประเมินผล สอดคล้องกับ Sein (2006) ที่กล่าวว่าการอบรม อสม. ควรกำหนดเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งการอบรมถือเป็นปัจจัยสำคัญในการธำรงรักษา อสม. ให้มีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ นอกจากนี้ Perez, Ba, Dastagire, & Altmann (2009) ทำการศึกษาเรื่องบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการพัฒนาสุขภาพเด็กประเทศมาลี พบว่าการอบรมอย่างต่อเนื่อง การได้รับคำแนะนำ แรงจูงใจทางด้านการเงิน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ในส่วนของประเทศไทยมีการศึกษาของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสิทธิ์ (2550) เรื่องการประเมินศักยภาพของ อสม. กับบทบาทที่เปลี่ยนแปลง พบว่า อสม. ร้อยละ 47 มีระดับความรู้พื้นฐาน อยู่ในระดับค่อนข้างดี คะแนนเฉลี่ย 7.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.1 จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน และพบว่า เพศ และระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ( $p$ -value < .05) แต่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้อ

เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม ดำเนินการภายใต้หน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาในการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Contracting unit of primary care; CUP) คือโรงพยาบาลพรหมพิราม ดูแลประชากร 56,248 คน ประกอบด้วย 123 หมู่บ้าน จำนวน 15,102 หลังคาเรือน มี อสม. จำนวน 2,163 คน คิดเป็นอัตราส่วนของ อสม. ประมาณ 18 คน ต่อหมู่บ้าน ปัญหาสุขภาพที่พบได้แก่ 1) การพบผู้ป่วยรายใหม่ของเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 2) การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 3) การขาดการออกกำลังกาย 4) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และ 5) ปริมาณสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดของเกษตรกรมีการพัฒนา อสม. มาอย่างต่อเนื่องด้วยการจัดอบรม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างตำบล อำเภอ และจังหวัด เป็นต้น (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อำเภอพรหมพิราม, 2012) นอกจากนี้โรงพยาบาลพรหมพิราม มีความร่วมมือกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ในการพัฒนาระบบการศึกษาด้านสาธารณสุขร่วมกัน ด้วยการเชื่อมระบบการศึกษากับระบบบริการสุขภาพผ่านการดำเนินการโครงการหนึ่งตำบล หนึ่งอาจารย์ หนึ่งงานพัฒนาสาธารณสุข และยังเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพด้านสาธารณสุข (คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2555) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของ อสม. เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม มีจำกัด ซึ่งผล การศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานของ อสม. ออกแบบการพัฒนา อสม. ที่ตรงกับความเป็นจริงของพื้นที่ อันจะทำให้

อสม. ปฏิบัติงานอย่างมีส่วนร่วมกับร่วมกับทีมสุขภาพในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม ตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน

### วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติงานของ อสม. เครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยโครงสร้างประชากรกับผลการปฏิบัติงานของ อสม. เครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

### วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็น การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ประชากรที่ศึกษา คือ อสม. เครือข่ายระบบบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างของ (Cochran W. G., 1977) โดยใช้แบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (5-point Likert scale) กำหนดค่ายอมรับขอบเขตของความผิดพลาด (margin of error) เท่ากับ 3% และค่าแอลฟาของ  $p = .05$  ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 171 คน หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากรายชื่อของ อสม. จำแนกตามรายตำบลมาทำการสุ่มแบบจับฉลากโดยไม่มีการแทนที่ เป็น อสม. ที่ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนกับสาธารณสุขอำเภอ อำเภอพรหมพิราม และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

*เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย* เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประยุกต์มาจากการศึกษาของ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสิทธิ์ (2550) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูล

ทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลการปฏิบัติงานของ อสม. และส่วนที่ 3 ความรู้พื้นฐานของ อสม. เครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าเฉลี่ยความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item-content validity index: I-CVI) เท่ากับ 1 และหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ อสม. ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบสอบถามผลการปฏิบัติงานของ อสม. ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามภาพรวมเท่ากับ 0.89 แบบสอบถามรู้ ใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยง 0.78

*การเก็บรวบรวมข้อมูล* ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่สำเร็จการศึกษาทางด้านสาธารณสุข ระดับปริญญาตรี ผ่านการอบรมเกี่ยวกับความเป็นมา วัตถุประสงค์ และการใช้เครื่องมือในการวิจัย ทำการเก็บข้อมูลในพื้นที่ กับ อสม. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างกรณีกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยประเด็นคำถามในแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย และทำการตอบด้วยตนเอง เมื่อตอบแบบสอบถามครบถ้วน นำไปส่งคืนในกล่องที่เตรียมไว้ ดำเนินการเก็บข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ถึง 30 ธันวาคม 2555 การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 52 02 04 0014 และในการวิจัยนี้ทำการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพรหมพิราม สาธารณสุขอำเภอ อำเภอพรหมพิราม หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ พร้อมกับลงรหัสก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

*การวิเคราะห์ข้อมูล* วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการอธิบายข้อมูลโครงสร้างประชากร ในรูปของความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของโครงสร้างประชากรกับผลการปฏิบัติงานของ อสม. ด้วยการวิเคราะห์ไควสแควร์ และวัดความเข้มของความสัมพันธ์ทางสถิติโดย Cramer's V

### ผลการวิจัย

อัตราการได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 165 ชุด คิดเป็นร้อยละ 96.5 ความครบถ้วนของแบบสอบถามภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 92 กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 165 คน มีอายุเฉลี่ย 45.56 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.23) อายุต่ำสุดและอายุสูงสุด อยู่ในช่วง 22-71 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.8 สัดส่วนอสม. เพศชาย : เพศหญิง เป็น 1 : 4.5 อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 มีสถานภาพสมรสคู่ อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.2 เป็นครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวของ อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.3 เห็นด้วยกับการที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็น อสม. นอกจากนี้ อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร อสม.ส่วนใหญ่ ร้อยละ 32.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า อสม. ส่วนใหญ่ รายได้มีค่ามัธยฐาน 5,000 บาทต่อเดือน โดยมีรายได้ต่ำสุด 600 บาท สูงสุด 20,000 บาท ระยะเวลาในการเป็น อสม. เฉลี่ย 12.88 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.17) และอสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.9 มีตำแหน่งอื่นในชุมชนร่วมด้วย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะโครงสร้างประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 165)

ลักษณะโครงสร้างประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย (ปี) (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	45.56 (8.23)	
อายุต่ำสุด-อายุสูงสุด (ปี)	22 - 71	
<b>เพศ</b>		
ชาย	30	18.2
หญิง	135	81.8
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	8	10.9
คู่	132	80.0
หม้าย/หย่า/แยก	15	9.1
<b>ขนาดของครอบครัว</b>		
ครอบครัวเดี่ยว	139	84.2
ครอบครัวขยาย	26	15.8
<b>ความเห็นของครอบครัวต่อการเป็น อสม.</b>		
เห็นด้วย	154	93.3
ไม่เห็นด้วย	11	6.7
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกร	112	67.9
ค้าขาย	10	6.1
แม่บ้าน	11	6.7
ลูกจ้าง	30	18.2
เกษียณ	2	1.2
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	53	32.1
มัธยมศึกษา	98	59.4
อาชีวศึกษา	8	4.8
ปริญญาตรี	6	3.6
<b>รายได้ (บาท)</b>		
< 5,000	111	67.3
5,001-10,000	40	24.2
10,001-15,000	9	5.5
15,001-20,000	5	3.0
มัธยฐาน (บาท) (ต่ำสุด, สูงสุด) 5,000 (600 , 20,000)		

ตารางที่ 1 ลักษณะโครงสร้างประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 165)

ลักษณะโครงสร้างประชากร	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาในการเป็น อสม. (ปี)</b>		
< 5	50	30.3
5-9	26	15.8
≥ 10	89	53.9
ระยะเวลาเฉลี่ยในการเป็น อสม. (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) (ปี) 12.88 (9.17)		
<b>การดำรงตำแหน่งอื่น</b>		
มีตำแหน่งอื่นในชุมชนนอกเหนือจากการเป็น อสม.	122	73.9
ไม่มีตำแหน่งใด นอกจากการเป็น อสม.	43	26.1

การศึกษาครั้งนี้ อสม. ประเมินตนเองโดยพบว่า ผลการปฏิบัติงานของ อสม. ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.5 ปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 28.4 อยู่ในระดับดี (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับผลการปฏิบัติงานของ อสม. (n = 165)

ระดับผล การปฏิบัติงานของ อสม.	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด)	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดี	29-38	32.47	2.87	47	28.4
ปานกลาง	15-28	22.34	4.21	108	65.5
ปรับปรุง	10-14	12.50	1.96	10	6.1
<b>รวม</b>	-	-	-	<b>165</b>	<b>100.0</b>

อสม. ที่ปฏิบัติงาน ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ประเมินตนเองโดยพบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.1 มีความรู้ในระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 27.9 อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้ของ อสม. (n = 165)

ระดับความรู้ของ อสม.	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด)	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก	15-19	16.48	1.03	114	69.2
ปานกลาง	10-14	12.65	1.43	41	24.7
น้อย	6-9	8.1	1.23	10	6.1
<b>รวม</b>	-	-	-	<b>165</b>	<b>100.0</b>

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้างประชากรกับผลการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่า การมีตำแหน่งอื่นในชุมชนและระดับความรู้มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



(p-value < .05) หลังจากนั้นนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของ อสม. มาทดสอบระดับความเข้มข้นความสัมพันธ์ โดยหาค่าความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์ Cramer's V พบว่า การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน มีค่าความเข้มข้นความสัมพันธ์เท่ากับ 0.161 ถือว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ และระดับความรู้ มีค่าความเข้มข้นความสัมพันธ์เท่ากับ 0.323 ซึ่งถือว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านโครงสร้างประชากรกับผลการปฏิบัติงานของ อสม. ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก (n = 165)

ตัวแปร	ผลการปฏิบัติงานของ อสม.		$\chi^2$	df	p-value
	ปานกลาง และปรับปรุง จำนวน (%)	ดี จำนวน (%)			
<b>เพศ</b>					
หญิง	75 (55.6)	60 (44.4)	.781	1	.248
ชาย	14 (46.7)	16 (53.3)			
<b>อายุ</b>					
40 ปี ขึ้นไป	69 (56.1)	54 (43.9)	.906	1	.220
ต่ำกว่า 40 ปี	20 (47.6)	22 (52.4)			
<b>สถานภาพสมรส</b>					
โสด/แยก/หม้าย/หย่า	21 (63.6)	12 (36.4)	1.561	1	.146
คู่	68 (51.5)	64 (48.5)			
<b>ขนาดครอบครัว</b>					
ขยาย (> 5 คน)	13 (50.0)	13 (50.0)	.193	1	.410
เดี่ยว (4-5 คน)	76 (54.7)	63 (45.3)			
<b>ความเห็นของครอบครัวต่อการเป็น อสม.</b>					
เห็นด้วย	83 (53.9)	71 (46.1)			
ไม่เห็นด้วย/เฉยๆ	6 (54.5)	5 (45.5)	.002	1	.609
<b>อาชีพ</b>					
ประกอบอาชีพ	82 (53.2)	72 (46.8)	.446	1	.365
ไม่ประกอบอาชีพ	7 (63.6)	4 (36.4)			
<b>การศึกษา</b>					
มัธยมศึกษาขึ้นไป	59 (52.7)	53 (47.3)	.223	1	.381
ประถมศึกษา/ไม่ได้เรียน	30 (56.6)	23 (43.4)			

**ตารางที่ 4** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านโครงสร้างประชากรกับผลการปฏิบัติงานของ อสม. ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก (n = 165)

ตัวแปร	ผลการปฏิบัติงานของ อสม.		$\chi^2$	df	p-value
	ปานกลาง และปรับปรุง จำนวน (%)	ดี จำนวน (%)			
<b>การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน</b>					
ไม่มีตำแหน่งอื่น	29 (67.4)	14 (32.6)	4.268	1	.029*
มีตำแหน่งอื่น	60 (49.2)	62 (50.8)			
Cramer's V = .161					
p-value = .039					
<b>ระยะเวลาการเป็น อสม.</b>					
> 5 ปีขึ้นไป	60 (52.2)	55 (47.8)	.476	1	.302
≤ 5 ปี	29 (58.0)	21 (42.0)			
<b>ระดับความรู้</b>					
ปานกลางและน้อย (8-14 คะแนน)	24 (52.2)	22 (47.8)	3.184	1	.035*
มาก (15-20 คะแนน)	65 (54.6)	54 (45.4)			
Cramer's V = .323 p-value = .031					

\* กำหนดระดับนัยสำคัญที่ p-value < .05

### อภิปรายผลการศึกษา

จากข้อมูลโครงสร้างประชากรในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.8 และมีอายุเฉลี่ย 45.56 ปี ถือว่าอยู่ในวัยทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของทศพร ชูศักดิ์ และคณะ (2555) ที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.4 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสิทธิ์ (2550) พบว่า หลังปี พ.ศ. 2541 สัดส่วนของ อสม. เพศชายต่อเพศหญิง เป็น 1: 2.33 และจากการศึกษาของ Alam, Tasneem, & Oliveras (2012) เรื่อง ประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน (Community

health workers) เพศหญิงในเขตสลัมเมืองตาก พบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่ อายุเฉลี่ย 34.38 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน ดูแลงานอนามัยแม่และเด็ก งานด้านวินโรคนในชุมชน ซึ่ง Prasad & Muraleedharan (2007) กล่าวว่าแนวคิดของการปฏิบัติงานของอาสาสมัครแตกต่างกันในแต่ละประเทศ เช่น เนปาล ปังคลาเทศ อินโดนีเซีย อาสาสมัครส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ดูแลงานอนามัยแม่และเด็ก ส่วนอาสาสมัครเพศชาย จะดูแลงานด้านการควบคุมโรคในพื้นที่ เนื่องจากงานในชุมชนบางประเด็นละเอียดอ่อน ต้องการเพศหญิงในการดูแล ซึ่งโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสิทธิ์ (2550) กล่าวว่า การมีสัดส่วนของ อสม. เพศหญิง มากขึ้น ทำให้สามารถ

พัฒนาศักยภาพพิเศษบางด้านใน อสม. เช่น การเฝ้าระวังความรุนแรงในผู้หญิงและเด็ก การดูแลผู้สูงอายุ และงานที่ต้องการความละเอียดอ่อน เป็นต้น นอกจากนี้การศึกษาคั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 67.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 32.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า รายได้มีค่ามัธยฐาน 5,000 บาทต่อเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของทัตพร ชูศักดิ์ และคณะ (2555) ที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.2 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.0 มีอาชีพเกษตรกรรม และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาสาสมัครทางด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ จะสำเร็จการศึกษาในระดับต้น โดยได้รับการศึกษาขั้นต่ำอย่างน้อย 8-10 ปี (Mistry & Antia, 2003)

ผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของ อสม. ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม ส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.5 มีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 28.4 อยู่ในระดับดี เนื่องจากเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม มีการจัดสนับสนุน อสม. ในเครือข่ายให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอบรม เป็นประจำทุกปี (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อำเภอพรหมพิราม, 2555) นอกจากนี้ผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า อสม. ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม ส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.1 มีความรู้อยู่ในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 27.9 อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ (Kalyango et al., 2012) ศึกษาเรื่องผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ในการจัดการความเจ็บป่วยของเด็กแบบบูรณาการในเขตตะวันออกของประเทศอุกันดา พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนสามารถจัดการการเจ็บป่วยของเด็กในโรคมลาเรีย และปอดบวม ได้อย่างเหมาะสม ภายใต้การอบรมที่

ได้รับอย่างเหมาะสม การนิเทศสอนงาน และ ความเพียงพอของยา

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้างประชากรกับผลการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่า การมีตำแหน่งอื่นในชุมชนและความรู้มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ ) โดยมีระดับความเข้มข้นความสัมพันธ์เท่ากับ 0.161 (ระดับต่ำ) และ 0.323 (ระดับปานกลาง) ตามลำดับ ซึ่งอาจเป็นเพราะ การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ทำให้ อสม. มีความกระตือรือร้น สามารถสร้างเครือข่ายกับหน่วยงานชมรมในพื้นที่ มีทักษะในการประสานงาน การเข้าถึงประชาชน เกิดความเชื่อถือไว้วางใจ ของประชาชนในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสิทธิ์ (2550) ที่พบว่า อสม. ไม่ได้มีบทบาทจำกัดแค่การเป็นอาสาสมัครด้านสาธารณสุขของชุมชนเท่านั้น แต่ยังเป็นอาสาสมัครอื่น ๆ เช่น อาสาสมัคร และมีบทบาททางสังคมด้านอื่นที่หลากหลายด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาคั้งนี้ ที่พบว่า อสม. ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม มีตำแหน่งอื่นในชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน หัวหน้าชมรมผู้สูงอายุ หัวหน้ากลุ่มแม่บ้าน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

ความรู้มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของ อสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ ) ในระดับปานกลาง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประเทศเกาหลี จัดอบรมการจัดการโรคเรื้อรังให้กับ อสม. ที่ปฏิบัติงานในชุมชน จำนวน 2 วัน พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70 การอบรมเป็นไปตามความคาดหวังด้วยคะแนน 9.3 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ถือได้ว่าการอบรมมีความสำเร็จในการสร้างพลังอำนาจให้อาสาสมัครด้านสุขภาพในชุมชนเป็นต้นแบบด้าน

สุขภาพ (Han et al., 2007) และจากการศึกษาของ Alam et al. (2010) เรื่องประสิทธิภาพ การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน (Community health workers) เพศหญิงในเขตสลัมเมืองดากา ซึ่งได้รับการอบรม 3 สัปดาห์ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนรู้สึกมีศักดิ์ศรี ได้รับการยอมรับ และสามารถปฏิบัติงาน ด้านแม่และเด็กได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับ (Global Health Trust, 2003) กล่าวว่า การฝึกอบรมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชน โดยเนื้อหา และระยะเวลาของการฝึกอบรม จะต้องสอดคล้องกับลักษณะของบริการที่อาสาสมัครสาธารณสุขจะไปปฏิบัติและระดับการศึกษาของ อสม.

ข้อเสนอแนะของการนำผลการศึกษานี้ไปใช้โดยผู้บริหารบริการสุขภาพควรจะพัฒนาทักษะการประสานงานของ อสม. ระหว่างหน่วยงาน ชมรมในพื้นที่กับชุมชน ให้สอดคล้องกับการมีตำแหน่งอื่นในชุมชนของ อสม. และออกแบบโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มระดับความรู้ให้กับ อสม. ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของ อสม. ในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม การศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพ ร่วมกับการศึกษาเชิงปริมาณ และนำข้อมูลมาสรุปตีความร่วมกันในลักษณะส่งเสริมกัน เพื่อค้นหาตัวแปรอื่นที่ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข นำไปสู่การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพภาคประชาชน ให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้

### เอกสารอ้างอิง

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสิทธิ์. (2550). อาสาสมัครสาธารณสุข: ศักยภาพและบทบาทในบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 1(3), 268-279.
- คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. (2555). *รายงานประจำปี 2555*. พิษณุโลก: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ทัศนพร ชูศักดิ์, บุญยง เกี่ยวการค้า, สุพัฒนา คำสอน และ นิรัตน์ อิมามี. (2555). รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่สาธารณสุขเขต 18. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*. 10(1): 63-77.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อำเภอพรหมพิราม. (2555). *รายงานประจำปี 2555*. พิษณุโลก: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อำเภอพรหมพิราม
- Alam, K., Tasneem, S., & Oliveras, E. (2012). Performance of female volunteer community health workers in Dhaka urban slums. *Social Science Medicine*, 75(3), 511-515.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques (3rd ed.)*. New York: John Wiley & Sons.
- Eng, E., O' Malley, M. et al. (2002). Increasing use of mammography among older, rural African American women: results from a community trial. *American Journal of Public Health*, 92, 646-654.
- Global Health Trust. (2003). *Specific Programs and Human Resources: Addressing a key implementation constraint Human resources*

- constraints in health services delivery:* Global Health Trust.
- Han, H. R., Kim, K. B., & Kim, M. T. (2007). Evaluation of the training of Korean community health workers for chronic disease management. *Health Education Research, 22*(4), 513-521.
- Kalyango, J. N., Rutebemberwa, E., Alfvén, T., Ssali, S., Peterson, S. & Karamag, C. (2012). Performance of community health workers under integrated community case management of childhood illnesses in eastern Uganda. *Malaria Journal, 11*, 282-295.
- Mistry, N. & Antia, N. (2003). *Community Based Health Workers- A review from India.* Mumbai.
- Navarro, A. M., Senn, K. L., McNicholas, L. J. & et al. (1998). Model intervention enhances use of cancer screening tests among Latinas. *American Journal Preventive Medicine, 15*, 32-41.
- Perez, F., Ba, H., Dastagire, S. G. & Altmann, M. (2009). The role of community health workers in improving child health programmes in Mali. *BMC International Health and Human Rights, 9*, 28-40.
- Prasad, B.M. & Muraleedharan, V.R. (2007). *Community Health Workers: a review of concepts, practice and policy concerns. Research report of International Consortium for Research on Equitable Health Systems (CREHS):* Funded by UK Government Department for International Development (DFID).
- Sein, U. T. (2006). Health Volunteers: Third Workforce for Health-for-All Movement. *Regional Health Forum, 10*(1), 38-48.
- The Institute of Medicine. (2002). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care.* Washington DC: National Academy Press.
- Winangnon, S., Sriamporn, S., Senarak, W., Saranrittichai, K., Vatanasapt P. & Moore M. A. (2007). Use of Lay Health Workers in a Community-Based Chronic Disease Control Program. *Asian Pacific J Cancer Prev, 8*, 457-461.
- World Health Organization Regional Office for South-East Asia. (2005). *Moving Beyond the Tsunami: the WHO Story.* Delhi: WHO SEARO.
- World Health Organization Regional Office for South-East Asia. (2007). *Role of Village Health Volunteers in Avian Influenza Surveillance in Thailand.* Delhi: WHO SEARO.
- World Health Organization. (1978). *Primary Health Care.* Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12 September. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *Primary Health Care: Now More Than Ever.* Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2011). Health Transition. Retrieved 8 July 2010: <http://www.who.int/trade/glossary/story050/en/index.html>