

ทุนทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Social Capital and Related Factors among Village Health Volunteers in Samutprakarn  
Province



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science in Health Research and Management

Department of Preventive and Social Medicine

FACULTY OF MEDICINE

Chulalongkorn University

Academic Year 2022

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ทุนทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของอาสาสมัคร
	สาธารณสุขหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ
โดย	นายโกศภัทร ประสาทเขตต์การ
สาขาวิชา	การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์พรชัย สิทธิศรีณย์กุล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.นายแพทย์เจตน์ รัตนจินะ

---

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณะบดีคณะแพทยศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉันทชาย สิทธิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สรันยา เสงพะระพรหม)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์พรชัย สิทธิศรีณย์กุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(อาจารย์ ดร.นายแพทย์เจตน์ รัตนจินะ)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์)

โศภภัทร ประสาทเขตต์การ : ทูทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน  
จังหวัดสมุทรปราการ. ( Social Capital and Related Factors among Village Health  
Volunteers in Samutprakarn Province) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ศ. ดร.นพ.พรชัย สิทธิศรัณย์กุล, อ.ที่  
ปรึกษาร่วม : อ. ดร.นพ.เจตน์ รัตนจันะ

อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เป็นส่วนสำคัญในระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย  
องค์การอนามัยโลกมีคำแนะนำหนึ่งในข้อพิจารณาสำหรับใช้ในการคัดเลือก อสม. คือ ทูทางสังคม การศึกษา  
เชิงพรรณนาแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับทูทางสังคมทั้ง 3 มิติ ประกอบด้วย 1) ทูทางสังคม  
ภายนอก 2) กิจกรรมทางสังคม และ 3) ทูทางสังคมภายใน ของ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ รวมถึงปัจจัย  
ต่าง ๆ ที่อาจจะเกี่ยวข้องกับทูทางสังคม โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ผลการศึกษา อสม. ในจังหวัด  
สมุทรปราการ เข้าร่วมการศึกษานี้ 778 คน (อัตราตอบกลับร้อยละ 79.5) การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบ  
หลายกลุ่ม เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ แล้ว พบว่า 1) ทูทางสังคมภายนอก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ผู้ที่อาศัย  
นอกเขตเทศบาล OR 2.28 (95%CI 1.43 – 3.65) มีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ OR 2.50 (95%CI 1.54 –  
4.06) อายุ (ปี) OR 1.03 (95%CI 1.01 – 1.05) ความถี่ของ อสม. ในการได้รับคำแนะนำหรือประชุมงานกับ  
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มากขึ้น โดยเดือนละ 1 ครั้งขึ้นไป OR 3.99 (95%CI 2.44 – 6.54) และระยะเวลาที่เข้ามา  
เป็น อสม. (ปี) OR 1.04 (95%CI 1.01 – 1.06) 2) กิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับผู้  
อาศัยนอกเขตเทศบาล OR 0.49 (95%CI 0.30 – 0.79) และ ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนที่เพิ่มขึ้น OR 0.98  
(95%CI 0.97 – 0.99) แต่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป OR 2.38 (95%CI 1.12 –  
5.07) 3) ทูทางสังคมภายใน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้อาศัยนอกเขตเทศบาล OR 2.37 (95%CI 1.08 –  
5.17) และผู้มีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ OR 3.17 (95%CI 1.53 – 6.55) และผู้ที่มีการปฏิบัติงาน อสม.  
ระดับสูง มีความสัมพันธ์กับระดับทูทางสังคมที่ดีทั้ง 3 มิติ ดังนั้นการส่งเสริมสนับสนุนปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัย  
เชิงบวกต่อทูทางสังคม โดยเฉพาะ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา รวมถึงการได้รับคำแนะนำหรือ  
ประชุมงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นประเด็นที่ควรพิจารณาสำหรับนโยบายในการสนับสนุนการปฏิบัติงาน  
ของ อสม.

สาขาวิชา	การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ	ลายมือชื่อนิสิต .....
ปีการศึกษา	2565	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....
		ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 6470052030 : MAJOR HEALTH RESEARCH AND MANAGEMENT

KEYWORD: Village health volunteer, Social capital, VHV

Pokkapat Prasatkettkarn : Social Capital and Related Factors among Village Health Volunteers in Samutprakarn Province. Advisor: Prof. Pornchai Sithisarankul, M.D., Ph.D.  
Co-advisor: JATE RATANACHINA, M.D., Ph.D.

Village Health Volunteers (VHVs) are an important part of Thailand's primary health care. The World Health Organization recommends 'social capital' as one of the VHV selection criteria. This cross-sectional descriptive study aimed to study VHVs in Samutprakarn province's social capital levels in three dimensions including 1) structural social capital; 2) civil engagement; and 3) cognitive social capital and their potentially associated factors. The developed questionnaire was used. There were 778 VHVs in Samutprakarn province participated in this study (79.5% response rate). Adjusted by other related variables, multiple logistic regression models reported that: 1) 'structural social capital' was positively associated with living outside municipality area OR 2.28 (95%CI 1.43 – 3.65), having adequate income and savings OR 2.50 (95%CI 1.54 – 4.06), age (years) OR 1.03 (95%CI 1.01 – 1.05), higher frequency of working/ meeting with public health officials at the level of  $\geq 1$  time per month OR 3.99 (95%CI 2.44 – 6.54), and length of being a VHV (years) OR 1.04 ( 95%CI 1.01 – 1.06); 2) 'civil engagement' was oppositely associated with living outside municipality area OR 0.49 (95%CI 0.30 – 0.79) and length of living in the current area OR 0.98 (95%CI 0.97 – 0.99); however, 'civil engagement' was positively associated with higher level of education at the level of a bachelor's degree or above OR 2.38 (95%CI 1.12 – 5.07); and 3) 'cognitive social capital' was positively associated with living outside municipality area OR 2.37 (95%CI 1.08 – 5.17) and having adequate income and savings OR 3.17 (95%CI 1.53 – 6.55). Good VHV's performance was also associated with good levels of social capital in all three dimensions. In summary, promoting factors positively related to good social capital should be considered at the policy level for supporting VHV's performance.

Field of Study: Health Research and  
Management

Student's Signature .....

Academic Year: 2022

Advisor's Signature .....

Co-advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ช่วยเหลือทุกท่าน ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ อันประกอบด้วย อาจารย์ที่ปรึกษาทั้ง 2 ท่าน

ศ.ดร.นพ.พรชัย สิทธิศรีณย์กุล และ ดร.นพ.เจตน์ รัตนจีนะ

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รศ.ดร.สรันยา เฮงพระพรหม และ ศ.ดร.นพ.สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์  
อาจารย์ที่ช่วยเหลือทางด้านสถิติทั้ง 2 ท่าน

ดร.ธนะภูมิ รัตนานพวงศ์ และ ดร.จิตรลดา ทองดี

ผู้ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล พญ.เกศ ชัยวัชรภรณ์ คุณจุฑามาศ เถาว์ชาลี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เจ้าหน้าที่รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกท่าน ซึ่งไม่อาจกล่าวได้ทั้งหมดในที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือ

อาจารย์ รุ่งพี เพื่อนแพทย์ประจำบ้าน รพ.นพรัตน์ราชธานี และเพื่อนแพทย์ประจำบ้านทุกสถาบัน

รวมทั้งผู้ซึ่งให้คำปรึกษา คำแนะนำ และความช่วยเหลือด้านอื่นๆ ตลอดการทำวิจัย

โกศภัทร ประสาทเขตต์การ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	10
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย (Background and rationale).....	10
1.2 คำถามงานวิจัย (Research questions).....	14
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective).....	14
1.4 สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis).....	14
1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption).....	15
1.6 นิยามของคำศัพท์ที่ใช้ในงานวิจัย (Operational definition).....	15
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย (Expected benefit and application).....	16
1.8 ข้อจำกัด ปัญหา และอุปสรรคของงานวิจัยและวิธีการแก้ไข (Obstacles and solutions)..	16
1.9 กรอบแนวคิดงานวิจัย (Conceptual Framework).....	17
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	18
2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (Village health volunteer หรือ Community health worker).....	18
2.2 ทุนทางสังคม (Social capital).....	20
2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับทุนทางสังคม (Factors related to social capital).....	23
2.4 แนวทางการดำเนินงาน อสม. (Guidelines on community health worker programs).....	25
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	28

3.1 การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย.....	28
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	30
3.3 ตัวแปรในการวิจัย.....	33
3.4 การรวบรวมข้อมูล.....	34
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	34
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	37
ส่วนที่ 4.1 อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง.....	37
ส่วนที่ 4.2 ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง.....	38
ส่วนที่ 4.3 คะแนนทุนทางสังคม.....	42
4.3.1 คะแนนทุนทางสังคมภายนอก.....	42
4.3.2 คะแนนกิจกรรมทางสังคม.....	43
4.3.3 คะแนนทุนทางสังคมภายใน.....	44
ส่วนที่ 4.4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคะแนนทุนทางสังคม.....	44
4.4.1 ระดับทุนทางสังคมภายนอกกับปัจจัยต่าง ๆ.....	44
4.4.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทุนทางสังคมภายนอกกับปัจจัยด้านบุคคล.....	44
4.4.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทุนทางสังคมภายนอกกับปัจจัยด้านการทำงาน.....	47
4.4.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทุนทางสังคมภายนอกกับระดับการปฏิบัติงานของ อสม. .....	48
4.4.1.4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทุนทางสังคมภายนอกกับ ปัจจัยต่าง ๆ ของ อสม. ด้วยสถิติ Multiple logistic regression.....	48
4.4.2 ระดับกิจกรรมทางสังคมกับปัจจัยต่าง ๆ.....	53
4.4.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับกิจกรรมทางสังคม กับปัจจัยด้านบุคคล.....	53
4.4.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับกิจกรรมทางสังคม กับปัจจัยด้านการทำงาน.....	55
4.4.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับกิจกรรมทางสังคมและระดับการปฏิบัติงานของ อสม....	57



4.4.2.4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับกิจกรรมทางสังคม กับปัจจัยต่าง ๆ กับของ อสม. ....	58
4.4.3 ระดับทุนทางสังคมภายใน กับปัจจัยต่าง ๆ .....	62
4.4.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทุนทางสังคมภายในกับปัจจัยด้านบุคคล .....	62
4.4.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทุนทางสังคมภายใน กับปัจจัยด้านการทำงาน .....	64
4.4.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทุนทางสังคมภายใน กับการปฏิบัติงานของ อสม.....	66
4.4.3.4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทุนทางสังคมภายในกับปัจจัยต่าง ๆ กับของ อสม. ....	67
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	70
5.1 สรุปผลการวิจัย .....	71
5.1.1 ปัจจัยด้านบุคคล .....	71
5.1.2 ปัจจัยด้านการทำงาน .....	71
5.1.3 ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานของ อสม. ....	71
5.1.4 คะแนนทุนทางสังคมภายนอก.....	71
5.1.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายนอกของ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ ...	72
5.1.6 ระดับกิจกรรมทางสังคม .....	72
5.1.7 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางสังคมของ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ .....	73
5.1.7 ระดับทุนทางสังคมภายใน.....	73
5.1.8 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายในของ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ.....	73
5.1.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน และทุนทางสังคมของ อสม. ในจังหวัด สมุทรปราการ .....	74
5.2 อภิปรายผล .....	74
5.2.1 ทุนทางสังคมของ อสม. ในภาพรวม .....	74
5.2.2 ทุนทางสังคมภายนอกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายนอก .....	75
5.2.3 กิจกรรมทางสังคม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางสังคม .....	76

5.2.4	ทุนทางสังคมภายใน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายใน .....	77
5.2.5	ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม และการปฏิบัติงานของ อสม.....	77
5.3	จุดแข็งของการวิจัย .....	77
5.4	ข้อจำกัดการทำวิจัย .....	78
5.5	ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยนี้ .....	79
5.6	ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป .....	80
	บรรณานุกรม.....	80
	ภาคผนวก ก.....	88
	เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	88
	ภาคผนวก ข.....	92
	หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย.....	92
	ภาคผนวก ค.....	94
	แบบสอบถามทุนทางสังคมในอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสมุทรปราการ .....	94
	ภาคผนวก ง .....	100
	เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .....	100
	ประวัติผู้เขียน.....	103

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย (Background and rationale)

นับตั้งแต่การประกาศ The Alma-Ata Declaration ที่มุ่งเน้น “Health for all” ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ที่ Alma-Ata ค.ศ. 1978 เป็นจุดเริ่มต้นของการให้ความสำคัญของการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั่วโลก ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขมีแผนยุทธศาสตร์ระบบปฐมภูมิออกมาอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน จนกระทั่งล่าสุดคือพระราชบัญญัติระบบปฐมภูมิ พ.ศ. 2562<sup>1</sup> เป็นข้อสนับสนุนอย่างชัดเจนว่า การบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิเป็นสิ่งที่จำเป็น และคุ้มค่าต่อระบบสาธารณสุข โดยหนึ่งในงานที่มีในระบบสุขภาพปฐมภูมิคือ งานอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน โดยในแต่ละประเทศจะเรียกแตกต่างกันออกไป เช่น Community health worker, Health activist, Lady health worker และ Health promoter โดยยังคงความหมายเช่นเดียวกัน<sup>2, 3</sup> ตามหน้าที่ สามารถอ้างอิงจากการจัดประเภทอาชีพตาม International standard classification of occupations (ISCO-08) ในกลุ่มรหัส 3253 Community Health Worker<sup>4</sup>

บทบาทหน้าที่ตาม ISCO-08 ในกลุ่มรหัส 3253 ได้แก่ ให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพแก่ครอบครัวและชุมชน เยี่ยมบ้านและชุมชนเพื่อให้ข้อมูลในด้านสิทธิและสวัสดิการสาธารณสุข เยี่ยมและติดตามผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข แจกจ่ายอุปกรณ์เพื่อการป้องกัน และรักษาโรคประจำถิ่น เข้าถึงและติดตามเพื่อสนับสนุนด้านสาธารณสุขให้กับบุคคลด้อยโอกาส และเก็บข้อมูลเพื่อติดตามเรื่องสาธารณสุขในชุมชน โดยมีการฝึกอบรมทั้งแบบเป็นทางการ หรือไม่เป็นทางการ ภายใต้การดูแลและให้คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งหน้าที่ทั้งหมดที่กล่าวมาเทียบเคียงกับงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย<sup>5, 6</sup> โดยในแต่ละประเทศ หรือพื้นที่ อาจมีรายละเอียดหน้าที่ความรับผิดชอบที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นกับบริบทสังคมของพื้นที่นั้น ในประเทศพัฒนาแล้วงานของ อสม. ได้แก่ การเป็นส่วนหนึ่งของงานควบคุมโรคเรื้อรัง (ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด) การติดเชื้อเอชไอวี การคัดกรองมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ชนกลุ่มน้อย หรือผู้อพยพ ทำให้ทุกคนมีโอกาสเข้าถึงการรักษาอย่างเท่าเทียมมากขึ้น

ในสหรัฐอเมริกา หากมีการใช้บริการระบบ Community health worker หรือเทียบได้กับ อสม. นี้ ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ 2.28 ดอลลาร์สหรัฐ ต่อการใช้จ่ายในระบบ Community Health Worker 1 ดอลลาร์สหรัฐ ในโรคเบาหวาน สามารถลดการนอนโรงพยาบาลได้ร้อยละ 33 และลดการเข้าห้องฉุกเฉินได้ร้อยละ 40 ในกลุ่มเชื้อชาติแอฟริกัน<sup>2, 7</sup> ดังนั้น จะเห็นได้ว่าหากอนาคตประเทศไทยมีการพัฒนาขึ้น โครงการ อสม. ยังเป็นสิ่งที่จำเป็นและคุ้มค่า

แนวทางดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับนโยบายสาธารณสุข และระบบสนับสนุนงาน อสม. จัดให้การคัดเลือก อสม. เป็น 1 ใน 5 เรื่องสำคัญสำหรับโครงการ อสม. โดยได้กล่าวถึงว่า เพื่อให้โครงการ อสม. มีประสิทธิภาพสูง ยั่งยืน และดียิ่งขึ้น จะต้องเลือกคนที่เข้ามาเป็น อสม. อย่างระมัดระวัง เหมาะสม<sup>3, 8</sup>

ในประเทศไทยระบบงาน อสม. มีการคัดเลือก การฝึกอบรม และทบทวนความรู้ ทบทวนการปฏิบัติงาน มีการจ่ายค่าตอบแทน หรือค่าป่วยการเป็นรายเดือน ที่เริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552<sup>9</sup> มีสวัสดิการให้กับ อสม. และครอบครัว มีการเทียบตำแหน่งข้าราชการเท่ากับข้าราชการพลเรือนระดับ 3 เพื่อเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงาน โดยเป็นระบบและต่อเนื่อง ปัจจุบันมีจำนวนอสม.ทั้งประเทศที่ขึ้นทะเบียนประมาณ 1.04 ล้านคน<sup>10</sup> มีการกล่าวถึงในระดับสากล และเป็นตัวอย่างในเรื่องที่ประสบความสำเร็จ เช่นการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)<sup>10</sup> แต่ก็มีการศึกษาที่กล่าวถึงข้อด้อย และเรื่องที่ต้องปรับปรุง หนึ่งในนั้นคือ เรื่องจำนวนของผู้ที่ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอซึ่งไม่อาจทราบได้แน่ชัด ประมาณการว่ามี อสม. ที่ปฏิบัติงาน ในประเทศไทยจากรายงานของ Henry B. Perry ในปี 2014 ประมาณ 80,000 คน โดยดูจากการเข้าฝึกอบรมรวมทั้งหมดในแต่ละปี<sup>2, 11</sup> และมี อสม. ที่ลงทะเบียนผ่านระบบปฏิบัติการแอปพลิเคชันให้ความรู้และคำแนะนำสำหรับ อสม. (Smart อสม.) 254,743 คน<sup>12</sup> ถือว่าเป็นตัวเลขที่ห่างกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้ขึ้นทะเบียนค่อนข้างมาก นอกจากนี้ ยังไม่พบแนวทางปฏิบัติในการคัดเลือกเพื่อเข้ามาเป็น อสม. โดยในคู่มือ อสม. 2554 และคู่มือ อสม.หมอบประจำบ้าน 2562 พบเพียงแต่กล่าวถึง การคัดเลือก คือ ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับประธานกรรมการหมู่บ้าน/ชุมชน จัดประชุมหัวหน้าครัวเรือน หรือผู้แทนในหมู่บ้าน/ชุมชน แล้วมอบหมายให้ประธานกรรมการชุมชน และ อสม. เป็นคณะกรรมการคัดเลือก อสม. ใหม่ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแม้ในประเทศไทยจะมีระบบ อสม. มาอย่างยาวนาน แต่ยังไม่มีความชัดเจนในการคัดเลือก อสม. ที่ชัดเจน นอกเหนือไปจากการใช้สังคมดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกรรมการชุมชน ทั้งที่เป็นหนึ่งในเรื่องสำคัญต่อประสิทธิภาพและความยั่งยืนของระบบ อสม. ตามแนวทางองค์การอนามัยโลก<sup>3, 5, 6</sup>

แนวทางการคัดเลือก อสม. หรือ Community health worker ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ บุคลิกส่วนบุคคล การคัดเลือกจากชุมชน การเป็นที่ยอมรับของคนในสังคมนั้น การศึกษาอย่างน้อยควรเป็นประถมศึกษา หากมีสูงกว่าก็จะเป็นเรื่องดียิ่งขึ้น ปัจจัยที่ทำให้งาน อสม. มีคุณภาพได้แก่ การศึกษาต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการแนะนำติดตามอย่างใกล้ชิด การที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทั้งในรูปแบบของตัวเงินและไม่ใช้เงิน การได้รับความเคารพจากชุมชน มีสมาคม อสม. และมีกองทุนสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ ปัจจัยเชิงลบที่มีผลกับโครงการ อสม. ได้แก่ การให้ทำงานหลายด้าน ไม่มียาหรืออุปกรณ์อย่างเพียงพอ การคัดเลือกคนไม่เหมาะสมกับงาน และการไม่มีแนวทางคัดเลือกคนที่ชัดเจน<sup>3, 8</sup> ในส่วนของปัจจัยเชิงบวกอื่น ๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานอสม. จากการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ มีคนในครอบครัวมาก ทำงานมากกว่า 4 ปี เงินที่ได้จากการเป็น อสม. มีความจำเป็นสำหรับการยังชีพ และระดับทุนทางสังคม โดยเฉพาะทุนทางสังคมในแนวตั้ง (Bridging social capital)<sup>13-16</sup>

ทุนทางสังคม หรือ Social capital มีผู้ให้นิยามไว้หลากหลาย โดยรายงานขององค์การอนามัยโลก และธนาคารโลก ได้ให้คำนิยามตาม Robert Putnam และคณะ หมายถึง คุณลักษณะขององค์กรในสังคม เช่น ความไว้วางใจ (Trust) บรรทัดฐาน (Norms) และเครือข่าย (Networks) ที่สามารถช่วยพัฒนาประสิทธิภาพของสังคมด้วยการช่วยเหลือกัน<sup>17, 18</sup>

เริ่มมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม และระบบสุขภาพ โดย Ichiro Kawachi และคณะ คาดว่าทุนทางสังคม และสุขภาพมีความสัมพันธ์กันผ่าน 4 ทางได้แก่ การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีผ่านการควบคุมทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ การเข้าถึงบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกในท้องถิ่น และการให้ความเคารพระหว่างกัน<sup>19, 20</sup>

ทุนทางสังคมนี้สามารถแบ่งออกได้หลายมิติ การแบ่งที่นิยมในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ คือ ทุนทางสังคมเชิงโครงสร้าง หรือทุนทางสังคมภายนอก (Structural social capital) และทุนทางสังคมเชิงการรับรู้ หรือทุนทางสังคมภายใน (Cognitive social capital) โดยทุนทางสังคมภายนอก หมายถึง ความสัมพันธ์ในสังคมที่สามารถมองเห็นได้ ได้แก่ จำนวนเครือข่ายในสังคม (Network) การช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม หรือระหว่างบุคคล และกิจกรรมทางสังคม หรือหน้าที่พลเมือง (Civil engagement หรือ Citizenship activities) ทุนทางสังคมภายใน หมายถึง ความรู้สึกระหว่างบุคคลที่ไม่สามารถมองเห็นหรือจับต้องได้ ได้แก่ ความไว้วางใจ (Trust) และการพึ่งพาอาศัยกัน (Reciprocity) นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งอีกมิติได้เป็น ทุนทางสังคมแนวนราบ (Bonding social capital) และทุนทางสังคมแนวตั้งหรือลำดับชั้น (Bridging social capital) โดยทุนทางสังคมแนวนราบ หมายถึง ความสัมพันธ์และความไว้วางใจภายในกลุ่มคนที่คล้ายกัน (Homogeneous group) เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมชั้นเรียน ส่วนทุนทางสังคมแนวตั้ง หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มที่มีระดับหรืออำนาจในโครงสร้างที่แตกต่างกัน โดยสามารถบอกลำดับชั้น บน-ล่าง ได้ เช่น หัวหน้างานกับลูกน้อง ครูกับนักเรียน<sup>21</sup> นอกจากนี้สามารถแบ่งทุนทางสังคมกับสุขภาพ เป็น 4 ระดับ ได้แก่

- 1.) ระดับมหภาค (Macro level) คือระดับประเทศ รัฐ จังหวัด
- 2.) ระดับกลาง (Meso level) ได้แก่เพื่อนบ้าน ชุมชน
- 3.) ระดับเล็ก (Micro level) คือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม เครือข่าย (Network) กิจกรรมทางสังคม (Social participant)
- 4.) ระดับภายในบุคคล (Individual psychological) คือความไว้วางใจและบรรทัดฐาน<sup>19</sup>

รายงานองค์การอนามัยโลกภูมิภาคยุโรป พบว่าความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างทุนทางสังคม และสุขภาพ<sup>18</sup> ได้แก่

- 1.) ช่วยให้เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ข้อมูลการรักษาโรค การเข้าโรงพยาบาลหรือไปพบแพทย์ที่เชี่ยวชาญในโรคนั้น
- 2.) การช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการในเรื่องสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย เช่น การช่วยเหลือกันระหว่างเพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงาน
- 3.) การร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดในชุมชน สามารถร่วมมือกับเจ้าหน้าที่รัฐในการดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น เช่น การสร้างพื้นที่สีเขียว การออกแบบเมืองเพื่อผู้สูงอายุ และลดอุบัติเหตุ เป็นต้น

โดยในรายงานนี้ยังสรุปไว้ว่าทุนทางสังคมในระดับชุมชนมีความสัมพันธ์อย่างมากกับทุนทางสังคมในระดับบุคคล โดยทุนทางสังคมในระดับบุคคลมีผลอย่างยิ่งกับสุขภาพในกรณีที่ทุนทางสังคมระดับชุมชนมีอย่างเพียงพอ แต่อย่างไรก็ตามทุนทางสังคมในระดับชุมชนไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ

จังหวัดสมุทรปราการตั้งอยู่ในภาคกลางของประเทศไทย อยู่ทางทิศใต้ติดกับกรุงเทพมหานคร แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 6 อำเภอ การบริหารราชการส่วนท้องถิ่นประกอบด้วยเทศบาลนคร 1 แห่ง เทศบาลเมือง 6 แห่ง เทศบาลตำบล 13 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 28 แห่ง มีประชากรในทะเบียนบ้านประมาณ 1.3 ล้านคน มีลักษณะเศรษฐกิจตามผังเมืองเป็นแบบอุตสาหกรรม พาณิชยกรรม ที่อยู่อาศัยตั้งแต่หนาแน่นมาก ไปจนถึงหนาแน่นน้อย เกษตรกรรม การประมง ไปจนกระทั่งพื้นที่อนุรักษ์ แสดงให้เห็นว่าในจังหวัดมีความหลากหลายของพื้นที่ และมีการปกครองส่วนท้องถิ่นครบทุกขนาด มีผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดสูงเป็นอันดับที่ 3 ของประเทศ และผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อคน 343,215 บาทต่อปี เป็นอันดับที่ 9 ของประเทศ ในด้านสาธารณสุข มีโรงพยาบาลภาครัฐ 10 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 16 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนรวม 87 แห่ง มีอายุคาดเฉลี่ยเพศชาย 67.1 ปี เพศหญิง 74.2 ปี ซึ่งน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ<sup>22</sup> มีจำนวน อสม. ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ 7,645 คน กระจายกันในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน 87 แห่ง<sup>23</sup> มีการปฏิบัติงานเช่นเดียวกับคู่มืออสม. พ.ศ. 2554 แม้ว่าจากสถิติสาธารณสุขจะเห็นว่าแม้จังหวัดสมุทรปราการจะมีโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าโรงพยาบาลของภาครัฐ แต่ระบบบริการสาธารณสุขขึ้นปฐมภูมิยังเป็นบทบาทของภาครัฐที่ต้องร่วมกับภาคประชาชนในการดำเนินงาน

ในประเทศไทยมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับทุนทางสังคมอย่างจำกัดโดยเฉพาะทุนทางสังคมในระดับบุคคล รวมทั้งการศึกษาในประเด็นทุนทางสังคมและสุขภาพ หากมีการศึกษามากขึ้น จะช่วยเป็นการตอบคำถามในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและสุขภาพ ซึ่งจะนำมาพัฒนาให้ระบบสุขภาพ และสุขภาพของทุกคนดีขึ้นด้วยสิ่งที่มีอยู่แล้วในสังคมไทย<sup>24</sup> การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงให้เห็นทุนทางสังคมในระดับบุคคล และหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทุนทางสังคม ร่วมกับเริ่มต้นหาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในจังหวัดสมุทรปราการ

## 1.2 คำถามงานวิจัย (Research questions)

คำถามงานวิจัยหลัก

1. ทุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในจังหวัดสมุทรปราการเป็นอย่างไร

คำถามงานวิจัยรอง

1. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในจังหวัดสมุทรปราการ
2. ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม และการปฏิบัติงานในอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการเป็นอย่างไร

## 1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อศึกษาทุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในจังหวัดสมุทรปราการ

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง กับทุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในจังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในจังหวัดสมุทรปราการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

## 1.4 สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว อาชีพปัจจุบัน รายได้ในครอบครัว จำนวนสมาชิกในบ้าน การมีหนี้สิน สิทธิการรักษา ปัจจัยด้านการทำงาน ซึ่งประกอบด้วย จำนวนปีที่ทำงานเป็น อสม. จำนวนปีที่อาศัยในชุมชนนี้ ประวัติการอบรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน อสม. ความจำเป็นของรายได้จาก อสม. ความถี่ที่ได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการทำงาน มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในจังหวัดสมุทรปราการ

การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในจังหวัดสมุทรปราการ มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมของตนเอง

### 1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งในแต่ละกลุ่ม อสม. มีลักษณะประชากร เครือข่าย และการปฏิบัติงานใกล้เคียงกัน

ในแต่ละกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ ในเขตการปกครองส่วนท้องถิ่นระดับเดียวกัน มีลักษณะประชากร การปฏิบัติงาน และระดับทุนทางสังคมใกล้เคียงกัน (Homogeneity) และเขตการปกครองส่วนท้องถิ่นที่แตกต่างกัน มีลักษณะประชากร การปฏิบัติงาน และระดับทุนทางสังคมที่แตกต่างกัน (Heterogeneity)

### 1.6 นิยามของคำศัพท์ที่ใช้ในงานวิจัย (Operational definition)

1. อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และมีเอกสารรับรองจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข
2. ทุนทางสังคม หมายถึง คุณลักษณะขององค์กรในสังคม เช่น ความไว้วางใจ (Trust) บรรทัดฐาน (Norms) และเครือข่าย (Networks) ที่สามารถช่วยพัฒนาประสิทธิภาพของสังคมด้วยการช่วยเหลือกัน
3. ทุนทางสังคมภายนอก หรือทุนทางสังคมเชิงโครงสร้าง (Structural social capital) หมายถึง จำนวนเครือข่ายในสังคม (Network) และการช่วยเหลือกันในสังคม ซึ่งสามารถมองเห็นได้
4. การเข้าร่วมสังคม (Civil engagement หรือ Citizenship activities) หมายถึง การพูดคุย และการแก้ปัญหาต่างๆ ร่วมกับคนในชุมชน ผู้นำในชุมชน และเจ้าหน้าที่รัฐ
5. ทุนทางสังคมภายใน หรือทุนทางสังคมเชิงการรับรู้ (Cognitive social capital) หมายถึง ความรู้สึกในตัวบุคคลนั้น ต่อบุคคลอื่น ประกอบด้วย ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ ความรู้สึกต่อผู้อื่น และชุมชน
6. การฝึกอบรม หมายถึง กระบวนการจัดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างความรู้หรือเพิ่มพูนความรู้ (knowledge) ทักษะ (Skill) ความสามารถ (Ability) และเจตคติ (Attitude) ที่จะช่วยปรับปรุงการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในที่นี้หมายถึงการฝึกอบรมโดยหน่วยงานของรัฐ เพื่อให้อสม.สามารถปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น
7. การปฏิบัติงาน หมายถึง งานของอสม.ที่จะต้องรายงานส่งประจำเดือนให้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตามบทบาทและหน้าที่ของ อสม. ในที่นี้ได้แก่ 3 ด้าน คือ การสอดส่องข่าวสาธารณสุขในชุมชน (ประกอบด้วย การแจ้งโรคระบาดในชุมชน และการคัดกรอง ติดตาม ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน) การแจ้งข่าวเกี่ยวกับสาธารณสุขแก่ชุมชน เป็นผู้สื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และชุมชน (ประกอบด้วย การให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ การแจ้งข่าวสาธารณสุข และการแจก



ทรายและให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันยุงลาย) และการดูแลสุขภาพเด็ก (ประกอบด้วย การค้นหา การติดตามเด็กขาดสารอาหาร การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง หรือการแจกนม)

8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง เจ้าหน้าที่ตำแหน่งต่าง ๆ ที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข จบการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป ซึ่งมีลักษณะงานที่เกี่ยวกับสาธารณสุข เช่น การรักษาพยาบาล เบื้องต้น การฟื้นฟูสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ อนามัย งานสุขาภิบาล ทันตกรรม โภชนาการ เป็นต้น

9. ปัญหาต่าง ๆ ในชุมชน หมายถึง เรื่องที่เป็นปัญหา หรือปัญหาทั่วไป ซึ่งคนในชุมชนเห็นว่าสำคัญ และนำมาพูดคุยระหว่างกัน

### 1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย (Expected benefit and application)

ความเข้าใจเรื่องทุนทางสังคมของอสม. และความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมกับการปฏิบัติงาน อสม. ซึ่งจะช่วยปรับปรุงการคัดเลือก อสม. การฝึกอบรม อสม. การปฏิบัติงานของ อสม. การนิเทศงาน อสม. และคง อสม. ที่มีประสิทธิภาพไว้ในระบบ

ในการศึกษานี้จะช่วยเพิ่มความเข้าใจในเรื่องทุนทางสังคมมากขึ้น ซึ่งประโยชน์ของทุนทางสังคมนี้ คือ การเป็นปัจจัยส่งเสริมสุขภาพจิตใจ โดยเฉพาะกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝัน และปัจจัยบวกอื่น ๆ ซึ่งเกิดจากทุนทางสังคม ซึ่งความเข้าใจในเรื่องทุนทางสังคมนี้จะนำไปพัฒนาใช้กับกลุ่มอาชีพอื่น ให้ดียิ่งขึ้น

### 1.8 ข้อยกจำกัด ปัญหา และอุปสรรคของงานวิจัยและวิธีการแก้ไข (Obstacles and solutions)

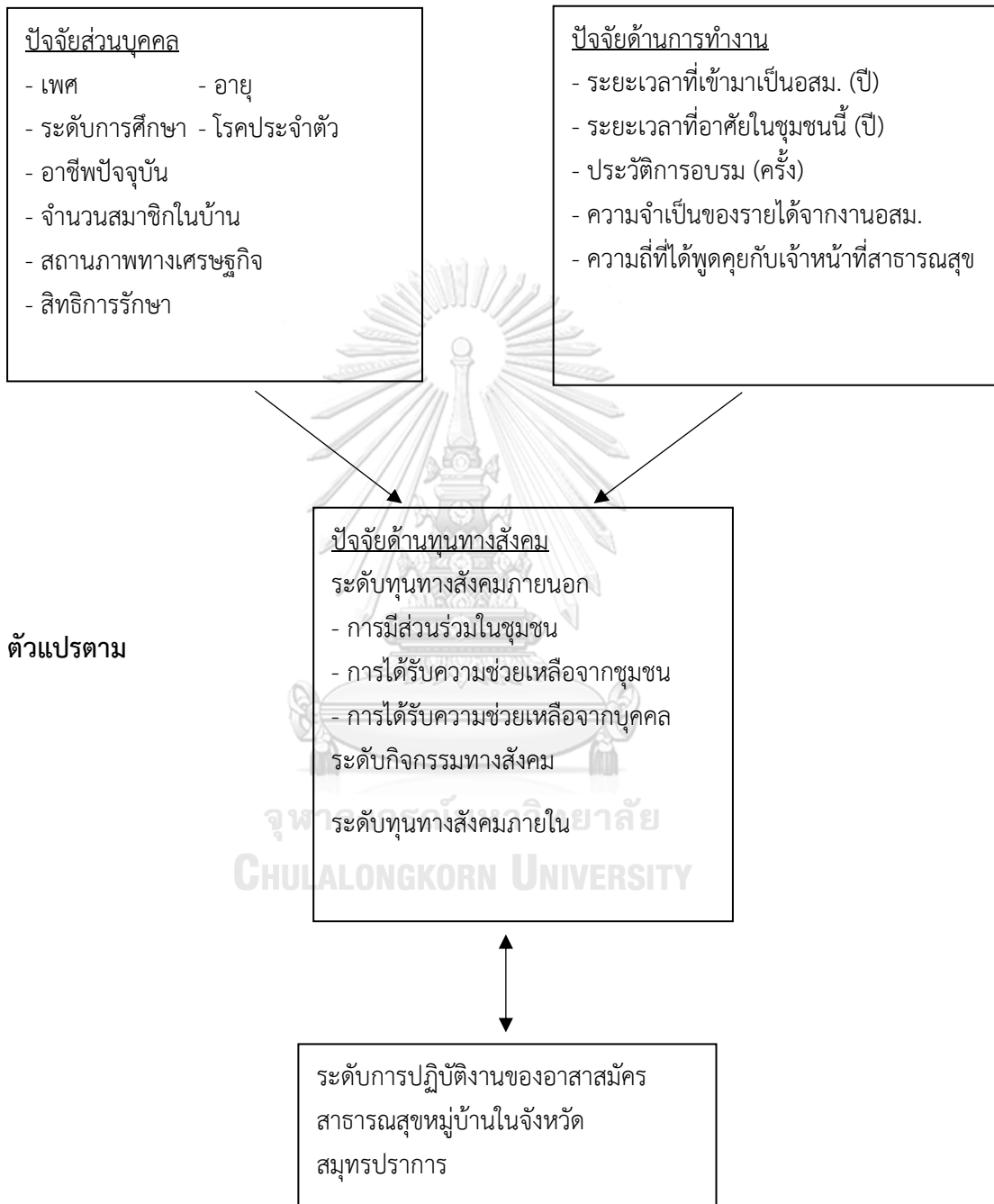
1. ลักษณะกลุ่มของแต่ละบุคคล หรือชุมชน อาจแตกต่างกัน ซึ่งทำให้การเป็นสมาชิก หรือการได้รับความช่วยเหลืออาจจะแตกต่างกันได้ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อระดับทุนทางสังคม แต่อย่างไรก็ตามได้แก้ปัญหาด้วยการพยายามทำให้ครอบคลุมทุกกลุ่มมากที่สุด รวมทั้งการนำแบบสอบถามไปทดสอบนำร่องเพื่อดูปัญหา ดูความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม และนำมาแก้ไข

2. เนื่องจากแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามประเมินทุนทางสังคม ซึ่งให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตัวเอง นั้น อาจทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยบางส่วนประสบปัญหาเรื่องความเข้าใจในข้อคำถาม แนวทางการแก้ไขคือการเข้าไปแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง เพื่อขอความร่วมมือ และอธิบายขณะทำแบบสอบถาม

3. แบบสอบถามประเมินทุนทางสังคม อาจทำให้เกิด ความลำเอียงในการตอบตามความปรารถนาของสังคม (Social preferences bias) แนวทางการแก้ไขคือ อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา การไม่ระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม และแจ้งเรื่องหลักการเก็บความลับ ในการศึกษาวิจัยนี้

## 1.9 กรอบแนวคิดงานวิจัย (Conceptual Framework)

### ตัวแปรอิสระ



## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมในบทนี้ ประกอบด้วยเนื้อหา ได้แก่

- 2.1) อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (Village health volunteer หรือ Community health worker)
- 2.2) ทูทางสังคม (Social capital)
- 2.3) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับทุนทางสังคม (Factors related to social capital)
- 2.4) แนวทางการดำเนินงาน อสม. (Guideline on community health worker program)

#### 2.1) อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (Village health volunteer หรือ Community health worker)

อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (Village Health Volunteer) ได้ปรากฏมามากกว่า 50 ปี โดยเริ่มเป็นที่รู้จักจาก The Chinese barefoot doctor program ในประเทศจีน ปี ค.ศ. 1920 หรือ Village health volunteers and communicators ในประเทศไทย ช่วงปี ค.ศ. 1950 และในการประชุมที่ Alma-Ata ได้มีคำประกาศใน ค.ศ. 1975 เรื่อง “Health for all 2000” ทำให้งาน Community health worker ถูกยกขึ้นมาเป็นประเด็นสำคัญในระบบบริการปฐมภูมิ<sup>2</sup>

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยามอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (Village health volunteer) ว่า คนที่ได้รับการคัดเลือก อบรม และทำงานในชุมชนของตนเอง ด้านสุขภาพ โดยควรเป็นสมาชิกในชุมชนนั้น ควรคัดเลือกโดยชุมชน ได้รับการสนับสนุนจากระบบสุขภาพ แต่ไม่จำเป็นต้องเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรนั้น ได้รับการอบรมระยะสั้นกว่าวิชาชีพด้านสุขภาพ คำว่าอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ของไทย ตรงกับความหมาย Village health Volunteer ซึ่งมีการใช้คำนี้ในหลายประเทศ เช่น เมียนมาร์ อินโดนีเซีย ลาว มาลาวี เป็นต้น องค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบไว้ตรงกับ คำว่า Community health worker, Village health worker, Voluntary health worker, Lady health worker, Community health volunteer, Health activist, Health promoter และคำอื่น ๆ ซึ่งใช้แตกต่างกันในหลายประเทศ<sup>25, 26</sup> โดยอาสาสมัครสาธารณสุข จะได้รับการอบรม ภายใต้การดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีใบรับรองอย่างเป็นทางการในประเทศนั้น แต่การอบรมนี้ ไม่ได้เป็นประกาศนียบัตรในระดับวิชาชีพ ในงานวิทยานิพนธ์นี้ขอกว่าถึงกลุ่มนี้อย่างย่อว่า “อสม.”<sup>3</sup>

Simon Lewin และคณะ ได้ให้นิยามของ อสม. ไว้ หมายถึง บุคลากรด้านสุขภาพที่ทำงานด้านสุขภาพ ได้รับการอบรมในด้านต่างๆเกี่ยวกับสุขภาพ และไม่ได้มีประกาศนียบัตรในระดับวิชาชีพสุขภาพ หรืออนุปริญญา<sup>28</sup>

International Standard Classification of Occupations (ISCO-08) โดย International Labor Organization จัดให้ อสม. เป็นอาชีพหนึ่ง ตาม กลุ่มรหัส 3253 “Community Health Worker” มีหน้าที่ให้ข้อมูลแก่ครอบครัว ชุมชนในด้านสุขภาพ ช่วยเหลือ เยี่ยมชุมชนเพื่อให้บริการด้านข้อมูล หรือสาธารณสุข แจกจ่ายอุปกรณ์สาธารณสุขในการป้องกันและการรักษาโรค เก็บข้อมูล หรือเข้าถึงผู้ด้อยโอกาส หรือกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มคนที่มีโรคติดเชื้อ เพื่อเป็นตัวกลางให้เข้าสู่ระบบสาธารณสุข โดย Community health worker ได้รับการอบรมอย่างเป็นทางการ หรือไม่เป็นทางการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข<sup>4</sup>

US Labor Department จัดให้ Community health worker เป็นอาชีพหนึ่ง มีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ช่วยเหลือคนในชุมชนให้มีสุขภาพดี ช่วยเหลือในด้านการติดต่อกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพและสังคม โดยไม่รวมถึงวิชาชีพด้านการให้สุศึกษา และนับตั้งแต่มีการประกาศ Patient and Affordable Care Act ค.ศ. 2014 ของรัฐบาลสหรัฐอเมริกา ทำให้จำนวนคนทำงาน Community health worker เพิ่มขึ้นในอัตรามากที่สุดในกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ มีการจ้างงานทั้งประเทศประมาณ 58,670 คน รายได้เฉลี่ยปีละ 46,000 ดอลลาร์สหรัฐ<sup>2</sup>

สำหรับประเทศไทย อสม. ตามคู่มือ อสม.ยุคใหม่ 2554<sup>5</sup> โดยกระทรวงสาธารณสุข อสม. หมายถึงบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือนในแต่ละคุ้มหรือละแวกบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีบทบาทหน้าที่ของ อสม. ตามมาตรฐานการสาธารณสุขมูลฐาน คือ

- 1.) เป็นผู้สื่อข่าวระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน
- 2.) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
- 3.) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน
- 4.) หมั่นเวียนกันปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพหมู่บ้านชุมชน (ศสมช.)
- 5.) เผ่าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน
- 6.) เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหา และพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชน โดยใช้งบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือจากแหล่งอื่นๆ
- 7.) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน
- 8.) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน

นอกจากนี้ยังมีการอธิบายเพิ่มเติม โดยให้ความหมายของ อาสาสมัครสาธารณสุข ว่าเป็น “อาสาสมัคร” ซึ่งแตกต่างจากคำว่า “จิตอาสา” โดยคำว่า อาสาสมัคร หมายถึงการเข้ามาทำงานด้วยความสมัครใจ และเมื่อเข้ามาแล้วจะต้องทำตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายไม่ว่าจะต้องทำด้วยความเต็มใจ หรือไม่เต็มใจ ซึ่งแตกต่างจากคำว่าจิตอาสา หมายถึง การกระทำด้วยความเต็มใจ เท่าที่ ต้องการทำ โดยไม่มีผลประโยชน์หรือค่าตอบแทน มีการแบ่งด้านการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข<sup>29</sup> ได้แก่

1.) งานด้านการสำรวจชุมชน คือ อสม. ต้องลงพื้นที่ที่ตนรับผิดชอบ เพื่อทราบความเป็นไปของคนในชุมชนโดยเฉพาะผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ เช่น ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง เพื่อแจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป เช่น ทำบัตรผู้พิการ เบี้ยผู้สูงอายุ

2.) การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ สิทธิการรักษาพยาบาล ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ ตามที่ได้รับมอบหมาย เช่น การเดินแจกทรายป้องกันยุงลาย ประชาสัมพันธ์ฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้า วัคซีนไขหวัดใหญ่ เป็นต้น

3.) การเยี่ยมบ้าน เพื่อสอบถามปัญหา หรืออาการของผู้ป่วย หรือการพาทีมสุขภาพลงเยี่ยมผู้ป่วย ติดตามช่วยเหลือ เช่น วัดความดันที่บ้าน เยี่ยมเด็กแรกเกิดและมารดาหลังคลอด

4.) งานด้านการเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นการให้คำแนะนำ ประสานงานกับทีมสุขภาพ ให้กำลังใจ ช่วยทำความสะอาดร่างกาย ทำแผล หรือแนะนำให้พบแพทย์ และดูแลสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ โดยในส่วนของบริการถือเป็นงานจิตอาสา

5.) งานด้านบริการสังคม คือดูแลผู้ป่วย หรือผู้ที่ขาดแคลน ช่วยแจกอุปกรณ์ หรือของยังชีพ อาหาร ของใช้ อุปกรณ์ทางการแพทย์ให้กับผู้ด้อยโอกาสในชุมชน

การคัดเลือก อสม. ในปัจจุบันตามคู่มือ อสม. 2554 คือ ผู้สมัครมีความประสงค์จะเข้าร่วม และได้รับความเห็นชอบจากกรรมการชุมชน โดยมีข้อกำหนดเพียง อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี เป็นผู้อยู่อาศัย และมีทะเบียนบ้านในชุมชนนั้นไม่น้อย 6 เดือนขึ้นไป และอ่านออกเขียนได้ การศึกษาของ จอนพะจง เพ็งจาด และคณะ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เข้ามาทำงานจากการชักชวนของเพื่อน อสม. หรือบุคลากรทางสุขภาพ<sup>29</sup> เมื่อผ่านการคัดเลือก อสม. แล้ว จะมีการเข้าฝึกอบรม อสม. ใหม่ตามหลักสูตรของพื้นที่นั้นๆ หลังผ่านการอบรมแล้วจะมีการออกประกาศนียบัตรโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และออกบัตรประจำตัวไว้เป็นหลักฐาน และสามารถใช้อำนาจของ อสม. ได้<sup>5</sup>

## 2.2) ทูทางสังคม (Social capital)

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ที่ให้นิยามของทุนทางสังคมไว้หลากหลายมิติ มุมมอง และสามารถแบ่งทุนทางสังคมได้เป็นหลายระดับต่างกัน โดยมีการให้คำนิยามจากผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน

ทุนทางสังคมนี้มีความเกี่ยวข้องทั้งในเรื่องทุน เศรษฐฐานะ และสุขภาพ ในระดับประเทศ ระดับกลุ่มระหว่างบุคคล และในตัวบุคคล ในที่นี้ขอกล่าวถึงทุนทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นหลัก

James S Coleman และคณะ ให้คำนิยามของทุนทางสังคม ว่าหลายหน่วยงานที่มีลักษณะร่วมกัน 2 ประการ คือ ประกอบด้วยโครงสร้างทางสังคม และอำนวยความสะดวกให้กับบุคคลที่อยู่ในโครงสร้างสังคมนั้น<sup>30</sup>

Robert Putnam และคณะ นิยามทุนทางสังคมหมายถึง คุณลักษณะขององค์กรในสังคม เช่น ความไว้วางใจ(Trust) บรรทัดฐาน(Norms) และเครือข่าย(Networks) ที่สามารถช่วยพัฒนาประสิทธิภาพของสังคมด้วยการช่วยเหลือกัน<sup>17</sup>

รายงานขององค์การอนามัยโลก ภูมิภาคยุโรป โดย Lorenzo Rocco และคณะ ให้ความหมายของทุนทางสังคมโดยอิงตาม Putnam เช่นเดียวกับธนาคารโลก ที่อิงความหมายจาก Robert Putnam และคณะ เช่นกัน โดยหมายถึง คุณลักษณะขององค์กรในสังคม เช่น ความไว้วางใจ (Trust) บรรทัดฐาน (Norms) และเครือข่าย (Networks) ที่สามารถช่วยพัฒนาประสิทธิภาพของสังคมด้วยการช่วยเหลือกัน<sup>17, 18, 31</sup>

สำหรับในประเทศไทย ได้มีผู้ให้ความหมายของ ทุนทางสังคม โดยอ้างอิงความหมายจาก Robert Putnam และคณะ เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังได้อธิบายความหมายเพิ่มเติมไว้ว่า คือ ทุนการมีส่วนร่วมของสังคม ที่เกิดจากการรวมตัวบนพื้นฐานความเอื้ออาทร เชื่อใจซึ่งกันและกัน ผ่านระบบความสัมพันธ์ลักษณะเครือข่าย ซึ่งจะเกิดเป็นพลังในสังคม โดยเป็น 1 ใน 4 ของทุนที่ทำให้เกิดการเติบโตทางเศรษฐกิจ คือ ทุนทางกายภาพ ทุนทางทรัพยากรธรรมชาติ ทุนมนุษย์ และทุนทางสังคม โดยทุนทางสังคมนี้สามารถปรับปรุงประสิทธิภาพของสังคม โดยการส่งเสริมการร่วมมือในการดำเนินงานซึ่งกันและกัน<sup>24, 32</sup>

นิยามของทุนทางสังคม ในการวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพคือ มุมมองความแน่นแฟ้น หรือการทำงานร่วมกันในสังคม ที่ทำให้เกิดผลต่อสุขภาพ กล่าวคือ ทุนทางสังคมมีแนวคิดเป็นคุณลักษณะของกลุ่ม เช่น ละแวกบ้าน สถานที่ทำงาน โรงเรียน เป็นต้น โดยทุนทางสังคมนี้สามารถแบ่งออกได้หลายแบบ และหลายมิติ การแบ่งที่นิยมในงานวิจัย คือทุนทางสังคมเชิงโครงสร้าง หรือทุนทางสังคมภายนอก (Structural social capital) และ ทุนทางสังคมเชิงการรับรู้ หรือทุนทางสังคมภายใน (Cognitive social capital) โดยทุนทางสังคมภายนอกหมายถึง จำนวนเครือข่ายในสังคม (Network) หรือการเข้าร่วมสังคม (Civil engagement หรือ Citizenship activities) ทุนทางสังคมภายในหมายถึง ความรู้สึกในระหว่างบุคคลด้าน ความไว้วางใจ (Trust) และ การพึ่งพาอาศัยกัน (Reciprocity) นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งอีกแบบได้เป็น ทุนทางสังคมแนวนราบ (Bonding social capital) และ ทุนทางสังคมแนวตั้ง (Bridging social capital) โดยทุนทางสังคมแนวนราบ หมายถึง ความสัมพันธ์ และความไว้วางใจภายในกลุ่มคนที่คล้ายกัน (Homogeneous group) มีลักษณะทั่วไป

เพศ อายุ หรือฐานะทางสังคมคล้ายกัน เช่น คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนในชั้นเรียน หรืออาจยกตัวอย่างเป็นชุมชนชนบทที่เป็นชุมชนเดียวกัน หรือติดกัน ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างแน่นแฟ้น ส่วนทุนทางสังคมแนวคิด หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือกลุ่มที่มีระดับ หรืออำนาจในโครงสร้างที่แตกต่างกัน โดยสามารถบอกลำดับชั้นบน-ล่างได้ และขยายรวมไปถึงปัจเจกบุคคล หรือกลุ่ม ซึ่งอยู่ห่างไกลกัน มักเป็นความสัมพันธ์ที่ไม่แน่นแฟ้น ซึ่งการรวมตัวกันทั้ง 2 ประเภทจะทำให้คนหมู่มากได้รับประโยชน์จากความเป็นกลุ่มก้อน โดยเป็นทุนที่ช่วยในการเข้าถึงปัจจัยการผลิตหรือทุนอื่น<sup>24, 33,</sup>

34

นอกจากนี้ยังมีการแบ่งความสัมพันธ์ระหว่าง ทุนทางสังคมกับสุขภาพ เป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับมหภาค (Macro level) คือระดับประเทศ รัฐ จังหวัด ระดับกลาง (Meso level) ได้แก่ เพื่อนบ้าน ชุมชน ระดับเล็ก (Micro level) คือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม เครือข่าย (Network) กิจกรรมทางสังคม (Social participant) และระดับจิตใจส่วนบุคคล (Individual psychological level) คือความไว้วางใจ (Trust) และบรรทัดฐาน (Norm) โดยคาดว่าจะมี 4 ทางที่ทุนทางสังคม และสุขภาพมีความสัมพันธ์กันคือการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีผ่านการควบคุมทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ การส่งเสริมการเข้าถึงบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกในท้องถิ่น และกระบวนการทางจิตวิทยาที่ให้การสนับสนุนทางอารมณ์และความเคารพซึ่งกันและกัน<sup>18, 19, 21</sup>

ข้อเสียของทุนทางสังคมที่มากเกินไป ได้แก่ การกีดกันคนนอก การจำกัดความเป็นอิสระส่วนบุคคล ความรู้สึกเกรงใจ การต้องมีผลประโยชน์ต่างตอบแทน และอาจเกิดปัญหาวังวนของความเลวร้าย เช่น กรณีกลุ่มผู้มีอิทธิพลต่าง ๆ การใช้บริการต่าง ๆ จากคนใกล้ชิด เป็นต้น<sup>34</sup>

วิธีการวัดทุนทางสังคมสามารถวัดได้ 2 วิธี คือ การวัดต้นกำเนิดของทุนทางสังคม เช่น จำนวนและคุณภาพของกิจกรรม อายุชุมชน จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม และการวัดต้นทุนทางสังคม สามารถบอกได้ดีกว่า แต่ทำได้ยากกว่า เช่น การวัดระดับความเชื่อถือ ปริมาณและคุณภาพของเครือข่าย และสถาบันต่าง ๆ การวัดระดับทุนทางสังคม ในการศึกษาวิจัย ยังไม่มีเครื่องมือ หรือแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐาน ในการวัดทุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ หรือการทำงาน แม้ว่าในงานวิจัยส่วนมากจะใช้เครื่องมือที่ทำมาเฉพาะในกรณีการศึกษานั้น ๆ อย่างไรก็ตามพบว่าไม่มีเครื่องมือที่ได้ใช้อ้างอิง ในงานศึกษาวิจัย ที่ในงานวิจัยนั้น ๆ ผู้วิจัยจะนำมาปรับเพื่อให้เข้ากับบริบทของผู้วิจัย คือเครื่องมือวัดทุนทางสังคมของธนาคารโลกปี 2000<sup>31</sup> และแบบสอบถามของ UK Department for International Development 2006<sup>35</sup> ซึ่งเครื่องมือทั้งสองนี้ ได้แนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนตามบริบทที่ศึกษาตามความเหมาะสม

เครื่องมือวัดทุนทางสังคมของธนาคารโลก Social Capital Assessment Tool<sup>31</sup> ได้มีการพัฒนาต่อมาเป็น Integrated Questionnaire for the Measurement of Social Capital (SC-IQ)

มีเป้าหมายเพื่อวัดข้อมูลเชิงปริมาณของทุนทางสังคม ในมิติของทุนทางสังคมระดับชุมชน โดยได้มีการทดสอบเครื่องมือในประเทศแอลบาเนีย และไนจีเรีย<sup>36</sup>

Trudy Harpham และคณะ ได้นำเครื่องมือมาพัฒนาต่อ เพื่อใช้ศึกษาเรื่องทุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ มีการนำไปดัดแปลงและใช้อย่างแพร่หลายในการวิจัยด้านสุขภาพ<sup>37-39</sup> เครื่องมือนี้ได้ถูกใช้โดย UK Department for International Development (DFID) ซึ่งได้มีการพัฒนาและใช้ชื่อว่า Short Adapted Social Capital Assessment Tool (SASCAT) มาใช้ในโครงการ Young lives project ซึ่งมีการทำแบบสอบถามนี้ใน 4 ประเทศ ได้แก่เวียดนาม เปรู เติร์กเมนิสถาน และอินเดีย มีการทดสอบ Psychometric and cognitive validation ในเวียดนาม และเปรู โดย Mary J De Silva และ Trudy Harpham (2006)<sup>35</sup> ได้สรุปเกี่ยวกับเรื่องแบบสอบถามทุนทางสังคม กล่าวคือ ทุนทางสังคม หมายถึง เครือข่าย บรรทัดฐาน และความสัมพันธ์ มีทั้งที่เป็นปริมาณและคุณภาพ อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ดังนั้นการวัดทุนทางสังคมได้แก่การวัด Structural หรือ Quantity หรือ Participation social capital และ Cognitive หรือ Quality หรือ Perception ภายใต้มิติของแนวราบ (Bonding) และแนวตั้ง (Bridging) ดังนั้นการวัดทุนทางสังคมควรวัดที่ตัวบุคคลนั้น ว่ามีแต่ละด้านเหล่านี้เท่าไรที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาทุนทางสังคมที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งตอนนี้มีแบบสอบถามและมิงงานวิจัยที่แสดงผลของทุนทางสังคมต่อสุขภาพ รวมถึงการเสียชีวิต<sup>21</sup> การวัดที่ได้รับความนิยมมากที่สุดคือการวัดเป็นตัวบุคคลโดยแบ่งเป็นทุนทางสังคมภายนอก หรือทุนทางสังคมเชิงโครงสร้าง ซึ่งสามารถจับต้อง มองเห็นได้ และทุนทางสังคมภายใน หรือทุนทางสังคมเชิงการรับรู้ ซึ่งเป็นความรู้สึก ของตัวบุคคลนั้น ๆ เครื่องมือ SASCAT ได้ทำการทดสอบในเปรู และเวียดนาม ในพี่เลี้ยงเด็กประมาณ 5,700 คน ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณคนละ 4 นาที ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสามารถใช้ได้ใน 2 วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน โดยในเครื่องมือนี้สามารถปรับแก้ได้ ตามกลุ่มหรือองค์กรของวัฒนธรรมนั้น ๆ สามารถวัดทุนทางสังคมได้ในด้าน ความไว้วางใจ (Trust) บรรทัดฐาน(Norm) และเครือข่าย (Network) ในมิติของทุนทางสังคมเชิงโครงสร้าง (Structural) และทุนทางสังคมเชิงการรับรู้ (Cognitive) ซึ่งได้พิสูจน์แล้วว่าสามารถนำไปปรับแก้ตามบริบทของสังคมนั้นและใช้ได้ดีในประเทศกำลังพัฒนา<sup>35</sup>

โดยสรุป ทุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือกลุ่ม ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้ได้ประโยชน์ตามที่ต้องการผ่านความไว้วางใจ เครือข่าย และบรรทัดฐาน โดยสามารถวัดได้เป็นระดับบุคคลในรูปปริมาณ หรือทุนทางสังคมเชิงโครงสร้าง และ รูปของคุณภาพ หรือ ทุนทางสังคมเชิงการรับรู้

### 2.3) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับทุนทางสังคม (Factors related to social capital)

จากส่วนประกอบของทุนทางสังคมที่ได้กล่าวถึง การวัดทุนทางสังคมเป็นรายบุคคลในเชิงปริมาณ และคุณภาพที่สามารถวัดได้ ได้แก่ จำนวนกลุ่มที่ได้เข้าร่วม จำนวนกิจกรรมในสังคม จำนวน



สมาชิกในสังคมที่ได้มีการติดต่อหรือรู้จักกัน ควบคู่กับระดับความใกล้ชิดของความสัมพันธ์ต่อบุคคล และกลุ่ม ทั้งในแนวราบและแนวตั้ง<sup>21, 35, 37</sup>

รายงานขององค์การอนามัยโลก ภูมิภาคยุโรป โดย Lorenzo Rocco และคณะ พบว่า ความไว้วางใจ (Trust) มีความสัมพันธ์กับสุขภาพในเชิงบวก โดยพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม และสุขภาพส่วนบุคคล เกิดได้จากอย่างน้อย 3 กลไก ได้แก่

- 1.) ช่วยให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เช่น สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย และทำให้ค่าใช้จ่ายต่ำในการเข้าถึงข้อมูล เช่น ข้อมูลการรักษาโรค การป้องกันโรค การเข้าโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับโรค หรือไปพบแพทย์ที่เชี่ยวชาญในสาขานั้น
- 2.) การช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการในเรื่องของสุขภาพในกรณีเจ็บป่วย แม้ว่าในยุโรปจะสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างถ้วนหน้า แต่ในบริบทที่ไม่เป็นทางการ (Informal health care and support) ซึ่งระบบสุขภาพและการช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการนี้ มีมูลค่าสูงถึง 87 พันล้านยูโร ทำให้การช่วยเหลือนี้เข้าถึงและราคาถูกลง เช่น การช่วยเหลือกันระหว่างเพื่อนบ้าน และข้อนี้เป็นส่วนที่สำคัญมาก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา
- 3.) บทบาททางเศรษฐกิจและการเมือง การมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดในชุมชน ทำให้เกิดความร่วมมือกัน ร่วมกับเจ้าหน้าที่รัฐ เช่นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น เช่น การซื้อสิ่งของที่คำนึงถึงสุขภาพ อุปกรณ์กีฬา การจราจร พื้นที่สีเขียว เป็นต้น

ในรายงานฉบับนี้ได้สรุปว่า ทุนทางสังคมในระดับชุมชนมีความสัมพันธ์อย่างมากกับทุนทางสังคมในระดับบุคคล และทุนทางสังคมในระดับบุคคล มีผลอย่างยิ่งกับสุขภาพ ในกรณีที่ทุนทางสังคมระดับชุมชนมีอย่างเพียงพอ แต่อย่างไรก็ตาม ทุนทางสังคมในระดับชุมชนไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ ดังนั้นการพัฒนาทุนทางสังคมในระดับบุคคล เป็นสิ่งสำคัญที่ควรควบคู่ไปกับการพัฒนาสุขภาพ<sup>18</sup>

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและสุขภาพ พบว่าอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ และโรคจิตเวช มีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคม ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับการประเมินภาวะสุขภาพตนเอง<sup>40</sup> อัตราตายไม่สามารถสรุปได้ว่ามีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคม โรคซึมเศร้า ไม่สามารถอธิบายได้ว่ามีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคม<sup>41, 42</sup> การหยุดบุหรี่และการดื่มเหล้า ไม่มีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคม แต่อย่างไรก็ตามไม่สามารถบอกถึงความเป็นเหตุผลได้ โดยบอกได้แค่ความสัมพันธ์ เนื่องจากเป็นการสนับสนุนกัน เช่น การประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดี ทำให้เพิ่มทุนทางสังคม และทุนทางสังคมที่ดี ก็ส่งผลต่อให้มีสุขภาพที่ดีเช่นกัน<sup>21</sup>

Trudy Harpham และคณะ ได้สรุปปัจจัยกวนหลัก ที่ต้องคำนึงถึงเวลาทำวิจัย ในการศึกษาทุนทางสังคมระดับตัวบุคคล ได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคม โดยเฉพาะหากตอนที่ทำการสอบถามกำลังมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนที่ทำการศึกษา เพศใน

บางวัฒนธรรม จำนวนคนในครอบครัว ซึ่งอาจเป็นทั้งปัจจัยบวกและปัจจัยลบได้ โดยในการทำแบบสอบถามควรชี้แจงว่า ให้ผู้ตอบแบบสอบถามโดยไม่รวมความสัมพันธ์ หรือการช่วยเหลือของคนในบ้านตนเอง<sup>39</sup>

Anna M Ziersch และคณะ พบว่าทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตใจในขณะที่ย่างงาน โดยผู้ที่มีทุนทางสังคมมาก ทำให้สามารถเข้าถึงการช่วยเหลือ เพื่อเข้าถึงงาน และเงินได้มากกว่า ดังนั้นทุนทางสังคมทำให้คนมีความแข็งแกร่ง ทางด้านจิตใจมากขึ้น<sup>43</sup>

สมบูรณ์ จันทพงษ์ และคณะ พบว่า ความแตกต่างของอายุมีผลต่อระดับทุนทางสังคมด้านบรรทัดฐาน ความแตกต่างด้านระดับการศึกษามีผลต่อระดับทุนทางสังคมด้านบรรทัดฐาน ระยะเวลาการตั้งถิ่นฐานมีผลต่อทุนทางสังคมด้านบรรทัดฐาน การศึกษามีผลต่อระดับทุนทางสังคมโดยรวมรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคม<sup>24</sup>

Mary J De Silva และ Trudy Harpham พบว่ากิจกรรมที่ได้ทำในสังคม (Citizenship activities) เช่น การแก้ปัญหาให้กับเพื่อนบ้าน หรือ ปรึกษาหารือกับผู้มีอำนาจ เป็นปัจจัยสำคัญต่อทุนทางสังคมของชุมชน

Tosuke Inoue และคณะ ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรเด็ก ที่มีภาวะชักจากไข้ ในป่าปีวินิกินี ในการมาพบ อสม. (Village health volunteer) ซึ่งถือเป็นผู้ให้บริการสุขภาพในหมู่บ้าน พบว่าทุนทางสังคมแนวตั้ง (Bridging social capital) ของผู้ให้บริการสุขภาพเป็นปัจจัยเชิงบวกต่อการเข้ารับบริการของประชาชน โดยอธิบายว่า ทำให้ผู้ให้บริการมีความน่าเชื่อถือ เป็นที่ยอมรับมากขึ้น ส่วนจำนวนทุนทางสังคมแนวราบ (Bonding social capital) ของผู้ให้บริการสุขภาพ เป็นปัจจัยเชิงลบกับผู้มารับบริการ เนื่องจากจำนวนทุนทางสังคมแนวราบที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ลดอิสระส่วนบุคคล กีดกันคนนอก และ ผู้มารับบริการเกรงว่าจะต้องตอบแทน<sup>16</sup>

Md Zabir Hasan และคณะ ได้ทำการสำรวจปัจจัยเรื่องเพศ ต่อทุนทางสังคม โดยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจาก SASCAT tool ในอินเดีย เนื่องจากสภาพความเป็นอยู่ของเพศชายและเพศหญิงใน อินเดียมีความแตกต่างกัน โดยพบความแตกต่างของทุนทางสังคมในเพศชาย และเพศหญิง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งให้ความเห็นว่าในปัจจัยเรื่องเพศ ต่อทุนทางสังคมนี้ สามารถแตกต่างกันได้ ขึ้นกับวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่น<sup>20</sup>

#### 2.4) แนวทางการดำเนินงาน อสม. (Guidelines on community health worker programs)

ตามแนวทางการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ Community health worker program ขององค์การอนามัยโลกปี 2007 และ 2018<sup>3, 8</sup> Community health worker หรือ “อสม.” ครอบคลุมความหมายถึง บุคคลในชุมชนที่ได้รับเลือก อบรม และทำงานด้านสาธารณสุขในชุมชนของตนเอง โดย

สามารถทำงาน ป้องกัน รักษา พัฒนา และอื่นๆตามแต่จุดมุ่งหมายของงานที่ได้รับมอบ ข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับโครงการอสม. ได้แก่

1.) อสม. สามารถสร้างการพัฒนา ความครอบคลุมสาธารณสุขมูลฐานให้กับชุมชนได้เป็นอย่างดี และมีคุณค่ามากในด้านความครอบคลุม โดยเฉพาะในเรื่องสุขภาพของเด็ก แต่ในบางส่วนอาจจะต้องย้คุณภาพ

2.) การจะทำให้ตัว อสม. มีคุณภาพ และโครงการ อสม. มีประสิทธิภาพ จำเป็นจะต้องระมัดระวังในการเลือกบุคคลเข้ามาเป็น อสม. ให้การอบรมอย่างเพียงพอ และต่อเนื่อง

3.) โครงการ อสม. ไม่ใช่ทั้งหมดของระบบสาธารณสุข และไม่ใช่โครงการราคาถูกร สำหรับผู้ด้อยโอกาสเท่านั้น

4.) โครงการ อสม. มีความเปราะบาง การให้โครงการ อสม. เป็นส่วนหนึ่งในระบบสาธารณสุข จะช่วยให้ระบบอสม.ขับเคลื่อนไปได้ โดยตามแนวทางที่งานนี้ควรเป็นของชุมชน โดยชุมชนมีส่วนร่วม

5.) โครงการ อสม.เป็นการลงทุนที่มีความคุ้มค่า ไม่ใช่โครงการที่ถูก หรือง่าย การใช้ระบบจิตอาสา (ไม่มีค่าตอบแทน) ไม่สามารถดำรงอยู่ได้ในระยะยาว ผู้ที่เข้ามาเป็นอาสาสมัครควรได้รับค่าตอบแทน

ข้อเสนอแนะที่จะทำให้โครงการมีประสิทธิภาพมากขึ้นได้แก่ มีการคัดเลือกคนที่เข้ามาเป็น อสม. อย่างเหมาะสม มีการอบรมอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการพูดคุย แนะนำ และทำงานร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ รัฐบาลให้ความยืดหยุ่นกับงาน อสม. โดยดูเป้าหมายเพียงภาพรวม

ปัจจัยเชิงลบของโครงการ อสม. ได้แก่ ไม่มีการอบรมต่อเนื่อง การอบรมแบบเป็นครั้งคราว อย่างไม่เป็นแบบแผน การเข้าถึงโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิได้ยากเกินไป

แนวทางการคัดเลือกที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ ได้แก่

1.) บุคลิกส่วนบุคคล

2.) ระดับการศึกษาอย่างน้อยประถมศึกษา หรือมัธยมศึกษา ขึ้นกับระดับความซับซ้อนของงานที่ต้องรับผิดชอบ ระดับการศึกษาที่สูงสัมพันธ์กับความสามารถในการทำงาน แต่มีอัตราการลาออกที่มากขึ้นเช่นกัน หากการศึกษาน้อยควรมีประวัติการปฏิบัติงานที่ดี

3.) บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกควรเป็นที่ยอมรับในชุมชน และเลือกโดยชุมชน เป็นข้อที่สำคัญมาก แต่จากหลักฐานที่ผ่านมาพบว่า โดยส่วนใหญ่ อสม. มักถูกเลือกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าชุมชน

4.) เพศ ไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยควรขึ้นกับความจำเป็นในแต่ละงาน เช่น งานอนามัย เจริญพันธุ์ แม่และเด็ก การให้เพศหญิงมักเป็นที่ยอมรับในชุมชนมากกว่า โดยขึ้นกับวัฒนธรรมในท้องถิ่นนั้น

5.) อายุ ไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยพบว่าอสม.อายุน้อยจะมีอัตราการเข้าออกมากกว่า และประสบการณ์ในชีวิตและการทำงานของแต่ละคน มีความสำคัญมากกว่าอายุ

แรงจูงใจต่อโครงการอสม.ได้แก่ ค่าตอบแทนในรูปแบบเงิน สิ่งของตอบแทน ความเคารพจากคนในชุมชน การสนับสนุนจากเพื่อน อสม. สมาคม อสม. การมีรูปแบบและมีอุปกรณ์สำหรับทำงาน เช่น ชุดปฐมพยาบาล การมีชั่วโมงการทำงานที่ยืดหยุ่น การระบุหน้าที่ที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมในการคัดเลือกของชุมชน การมีองค์กรท้องถิ่นสนับสนุน การแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในเรื่องต่าง ๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การสนับสนุนงานของ อสม. การให้ความเคารพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคนในชุมชน การมีกองทุนเพื่อสนับสนุนกิจกรรมเพิ่มเติม<sup>3, 13, 15, 27, 44-46</sup>

สิ่งที่ลดแรงจูงใจในโครงการ อสม. ได้แก่ ได้รับค่าตอบแทนไม่สม่ำเสมอ การให้ค่าตอบแทนอย่างไม่ยุติธรรมกับงาน ไม่ได้รับการอบรมอย่างเพียงพอ คนที่เข้ามาเป็น อสม. ไม่ได้เป็นคนในชุมชน การไม่ยืดหยุ่นในการทำงาน ไม่ได้รับความเคารพจากเจ้าหน้าที่ และคนในชุมชน มีการคัดเลือกคนเข้ามาเป็นอสม.อย่างไม่เหมาะสม ชุมชนไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการคัดเลือกหรือสนับสนุน ไม่มีหน้าที่ที่ชัดเจน ไม่มีอุปกรณ์สนับสนุนอย่างเพียงพอ<sup>3, 27, 45</sup>

การเป็นอสม.โดยไม่มีค่าตอบแทนให้ ทำให้อัตราการลาออกสูง ขาดความกระตือรือร้น เนื่องจากโดยส่วนใหญ่ คนที่เข้ามาเป็นอสม.จะอยู่ในชุมชนที่ฐานะไม่ดี ซึ่งต้องการเงินช่วยสนับสนุน การให้ค่าตอบแทนเป็นเงินจะช่วยคงจำนวนคนที่เป็น อสม. การให้สิ่งตอบแทนที่ไม่ใช่เงินเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งในระบบอสม.เช่น เชื้อกักตุน ความเคารพจากคนในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สวัสดิการรักษาพยาบาล และสมาคม อสม. โดยข้อสำคัญที่ทำให้มีประสิทธิภาพคือระยะเวลาที่ อสม. ทำงาน และได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ อสม. มีคุณภาพ<sup>3</sup>

งานที่อสม.สามารถทำและได้ผลเด่นชัดมากที่สุด ได้แก่ เรื่องของสุขภาพในเด็ก เช่นการสอนล้างมือในเด็ก ทำให้ลดจำนวนเด็กท้องเสียลงร้อยละ 53 และลดปอดติดเชื้อในเด็กร้อยละ 50 โครงการอสม.มีความคุ้มค่า เนื่องจากสามารถตอบสนองต่อความต้องการในท้องถิ่นได้ดีกว่า ได้ประโยชน์กับคนในสังคม ไม่เป็นงานรวมศูนย์ การเยี่ยมบ้านและเข้าถึงผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายในโรคเช่น เอชไอวี วัณโรค มาลาเรีย ได้ดีกว่าการรักษาแบบโรงพยาบาล หรือศูนย์กักกันอย่างชัดเจน<sup>2, 3</sup>

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

- 3.1 การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย
- 3.2 การรวบรวมข้อมูล
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล
- 3.4 การวิเคราะห์ผลการศึกษา

#### 3.1 การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

##### 3.1.1 ทบทวนวรรณกรรม

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทุนทางสังคม และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ได้แก่ คำจำกัดความของทุนทางสังคม (Social capital) คำจำกัดความของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (Village health volunteer หรือ Community health worker) แนวทางการดำเนินงานอสม. (Community health worker program) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอสม. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับทุนทางสังคม (Factor related to social capital) ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมกับสุขภาพ และเครื่องมือประเมินทุนทางสังคม (Social capital assessment tools)

##### 3.1.2 ระเบียบวิธีการวิจัย (Research Methodology)

###### 3.1.2.1 รูปแบบการวิจัย (Research design)

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ณ จุดใดจุดหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive study)

###### 3.1.2.2 กลุ่มเป้าหมายและประชากรตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในจังหวัดสมุทรปราการ

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในจังหวัดสมุทรปราการ ที่ถูกเลือกมาจากการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Multistage cluster sampling

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

### เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย

1. บุคลากรที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม. กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำลังเก็บข้อมูล
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ

### เกณฑ์การคัดออกจากโครงการวิจัย

1. บุคลากร อสม. ที่ทำงานไม่ถึง 12 เดือน
2. บุคลากรที่ลาออกจากการเป็น อสม. ระหว่างทำการศึกษา

จากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดสมุทรปราการมีจำนวน 7,645 คน โดยจากประชากรในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ตามสถิติประชากรในจังหวัดสมุทรปราการมีจำนวนทั้งสิ้น 1,310,766 คน แบ่งเป็น อาศัยอยู่ในเทศบาลนคร 1 แห่ง และเทศบาลเมือง 4 แห่ง รวม 240,500 คน มีจำนวนอสม. 1,618 คน อาศัยอยู่ในเทศบาลตำบล 12 แห่งรวมทั้งสิ้น 423,448 คน มีจำนวน อสม. 2,808 คน และอาศัยนอกเขตเทศบาล 646,818 คน มีจำนวน อสม. 3,219 คน<sup>23, 47</sup>

### ขนาดตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่างของผู้เข้าร่วมงานวิจัย โดยใช้สูตร Sample size for finite population

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

N = จำนวน อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ (7,645 คน)

ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% = 1.96

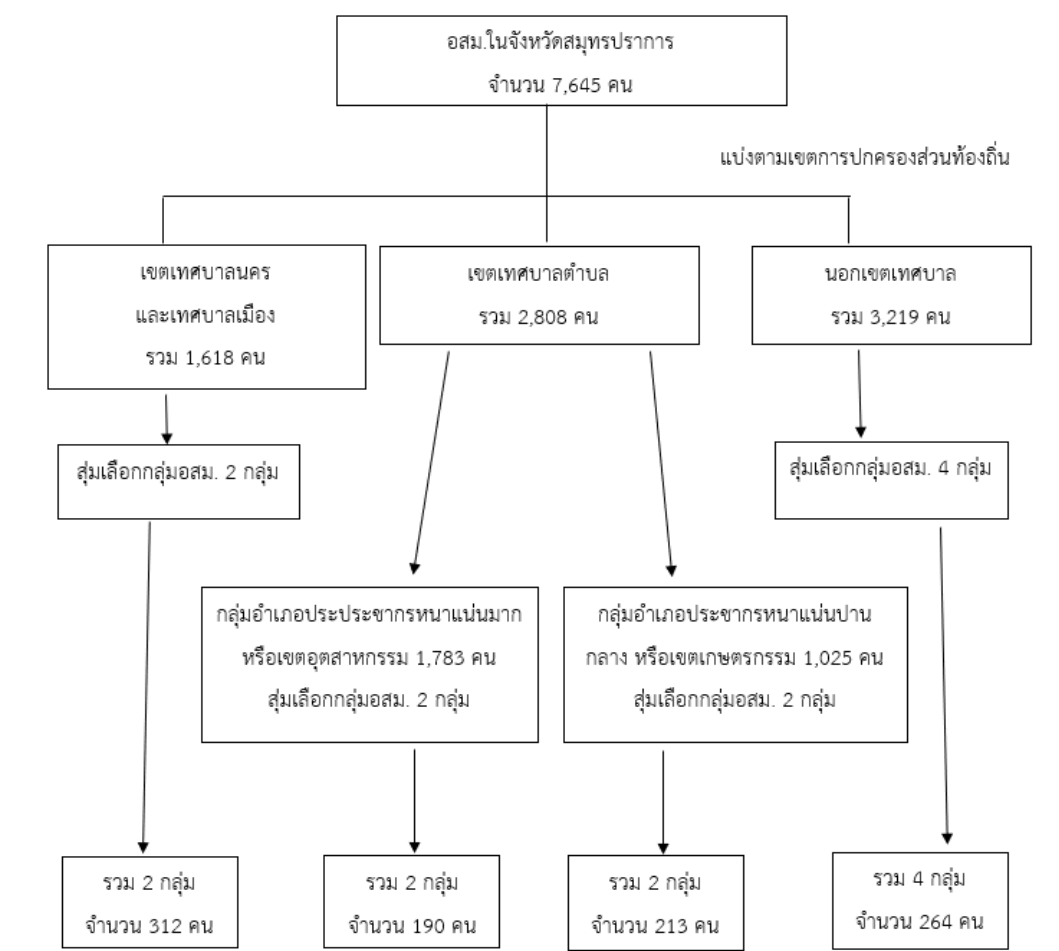
p = อัตราการเกิดเหตุการณ์ กำหนดให้เท่ากับ 0.5<sup>37</sup>

d = ความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 5 = 0.05

n = 366 คน

จากขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้คือ 366 คน โดยได้เพิ่มจำนวนประชากรตัวอย่างร้อยละ 30 เพื่อในกรณีที่มีปัญหาจากการเก็บข้อมูล จึงต้องมีจำนวนอสม. เข้าร่วมเป็นอย่างน้อย 523 คน ดำเนินการสุ่มแบบหลายชั้นตอน (Multistage cluster sampling) โดยเริ่มจากสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยเลือกทำการสุ่มเลือก กลุ่ม อสม. ในเขตเทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง 2 กลุ่ม เทศบาลตำบล 4 กลุ่ม แบ่งเป็นเทศบาลตำบลจากอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นมากหรือเขตอุตสาหกรรม 2

กลุ่ม และจากอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นปานกลางหรือน้อยหรือเขตเกษตรกรรม 2 กลุ่ม และนอกเขตเทศบาลอีก 4 กลุ่ม จากข้อตกลงเบื้องต้นว่า แต่ละกลุ่มอสม. ในเขตการปกครองท้องถิ่นเดียวกันมีลักษณะของประชากรใกล้เคียงกัน (Homogeneity) และเขตการปกครองส่วนท้องถิ่นต่างกัน มีลักษณะของประชากรแตกต่างกัน (Heterogeneity) ได้กลุ่มอสม. รวมเป็น 10 กลุ่ม เก็บข้อมูลจากอสม. ทั้งหมดใน 10 กลุ่มนี้ เมื่อทำการสุ่ม จากทั้ง 10 กลุ่ม มี อสม. รวมทั้งสิ้น จำนวน 979 คน ซึ่งเป็นขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ ดังนี้



### ลักษณะตัวอย่าง

### 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ แบบประเมินทุนทางสังคม และข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล และ ปัจจัยด้านการทำงาน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติงานของ อสม. ดัดแปลงเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานของ อสม. จากการศึกษาของ Khurshid Alam และคณะ<sup>15</sup> และ Yu Sato และคณะ<sup>37</sup> นำงานที่ อสม. ส่วนใหญ่ต้องปฏิบัติ 4 ด้าน เป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติงาน โดยใช้เป็นมาตรวัดลิเคิร์ต 5 ระดับ ประกอบด้วย

1.) ช่วยเหลือเป็นผู้รวบรวม สอดส่องข่าวสาธารณสุขในชุมชน ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ให้เข้าถึงข้อมูลในชุมชน เช่น รายงานโรคไข้เลือดออก โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน พาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขลงชุมชน พาเจ้าหน้าที่คัดกรองโรคความดัน เบาหวาน เป็นต้น

2.) เป็นผู้สื่อข่าว แจ้งข่าวเกี่ยวกับสาธารณสุขต่อชุมชน เช่น แจ้งข่าวการฉีดวัคซีน แจ้งเรื่องสิทธิการรักษา ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ แจกทรายอะเบท

3.) งานอนามัยแม่และเด็ก เช่น ดูแลให้คำแนะนำสุขภาพเด็ก ค้นหาและติดตามเด็กขาดสารอาหาร ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็ก แจกนม เป็นต้น

4.) คัดกรอง หรือติดตาม ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง) เช่น ช่วยวัดความดัน เจาะระดับน้ำตาล ที่บ้าน หรือที่ รพ.สต. เป็นต้น

ในแต่ละข้อให้อสม.ให้ประเมินตนเอง โดยเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต 5 ระดับ โดยการปฏิบัติงานสูงสุดคือ ปฏิบัติงานครบถ้วนตามที่ได้รับมอบหมาย หรือเมื่อมีผู้ป่วยในชุมชน คือ 5 คะแนน และ ไม่ได้ปฏิบัติเลย คือ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทุนทางสังคม มีจำนวน 9 ข้อ แปรจาก Short Adapted Social Capital Assessment Tool (SASCAT) ที่พัฒนาโดย Mary J De Silva และคณะ<sup>35</sup> ร่วมกับคำถามที่แปรจาก Short Adapted Social Capital Assessment Tool Bangladesh (SASCAT-B) ซึ่งนำ SASCAT มาดัดแปลงโดย William T Story และคณะ<sup>48</sup> ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาแปลและดัดแปลงให้เข้ากับบริบทของสังคมไทย ในจังหวัดสมุทรปราการ

การแปลผลแบ่งเป็น 3 ด้าน โดยแสดงข้อมูลเป็นรายด้าน ได้แก่

ข้อ 1 – 3 ด้านทุนทางสังคมภายนอก หากตอบว่าใช่ในแต่ละตัวเลือกนับเป็น 1 คะแนน เมื่อนำมารวมทั้ง 3 ข้อ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 – 21 คะแนน

ข้อ 4 – 5 คือ ด้านกิจกรรมทางสังคม หากตอบว่าใช่ในแต่ละข้อนับเป็น 1 คะแนน เมื่อนำมารวมทั้ง 2 ข้อ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 – 2 คะแนน

ข้อ 6 – 9 คือ ด้านทุนทางสังคมภายใน หากตอบว่าใช่ในแต่ละข้อนับเป็น 1 คะแนน เมื่อนำมารวมทั้ง 4 ข้อ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน

โดยการคิดคะแนนแยกเป็นรายด้าน ก่อนนำมาแปลผล และหาความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป



### การตรวจสอบและพัฒนาเครื่องมือการเก็บข้อมูล

ดำเนินการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินทุนทางสังคมและการปฏิบัติงานของ อสม. ด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

- พัฒนาเครื่องมือ

1.) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทุนทางสังคมและการปฏิบัติงานของ อสม.

2.) พัฒนาเครื่องมือ Short Adapted Social Capital Assessment Tools<sup>35</sup> ร่วมกับแบบสอบถาม Short Adapted Social Capital Assessment Tools Bangladesh<sup>48</sup> นำมาแปลเป็นภาษาไทย ร่วมกับพัฒนาให้เข้ากับบริบทของสังคมไทยด้วยวิธี Forward and back translation ตาม WHODAS 2.0 Translation Package<sup>49</sup> โดย โภคภัทร ประสาทเขตต์การ (พ.บ.) และ ชีรภัทร เขียรโชติ (พ.บ. วว.เวชศาสตร์ครอบครัว) เป็นผู้แปลจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นให้ ัฒนาพร ฉวีพูนเพิ่มสิน (พ.บ. MSc Occupational Health) แปลจากภาษาอังกฤษ เป็นภาษาไทย นำมาวิเคราะห์ดูความเที่ยงตรงของการแปลแบบสอบถาม และมาร่วมปรับปรุงให้เหมาะกับบริบทของสังคมไทย ในจังหวัดสมุทรปราการ

3.) พัฒนาเครื่องมือประเมินการปฏิบัติงานของ อสม. โดยดัดแปลงจากเครื่องมือการปฏิบัติงานที่นิยมใช้ในการศึกษาก่อนหน้า<sup>13, 15, 37</sup> ซึ่งเป็นการประเมินด้วยตัว อสม. เอง โดยการทำงานที่ อสม. ส่วนใหญ่จำเป็นต้องปฏิบัติ มาประเมินด้วยมาตรวัดลิเคิร์ต 5 ระดับ ซึ่งจากทั้ง 3 การศึกษาพบว่าการแจกแจงเป็นปกติ มีสมมติฐานว่าแต่ละอันตรภาคมีช่วงเท่ากัน (Assume equal interval) และสมมติฐานว่าแต่ละข้อมีน้ำหนักเท่ากัน และคะแนนของแต่ละคนมีน้ำหนักเท่ากัน (Assume equal weight)

4.) ดำเนินการสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินทุนทางสังคม และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

- การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นด้วยวิธีดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ใช้วิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของแบบประเมินทุนทางสังคมและการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน แต่ละข้อว่าสอดคล้องกับเนื้อหาหรือองค์ประกอบที่กำหนดหรือไม่ โดยกำหนดให้คะแนน ดังนี้

ให้ความเห็น +1 เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิแน่ใจว่า ข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับเนื้อหา

ให้ความเห็น 0 เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิไม่แน่ใจว่า ข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับเนื้อหาหรือไม่ และ

ให้ความเห็น -1 เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิแน่ใจว่า ข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับเนื้อหา

หลังจากนั้นนำผลที่ได้ไปคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) คำนวณค่า IOC จากสูตร

$$IOC = \frac{\sum_{i=1}^N R_i}{N}$$

$\sum R$  = ผลรวมคะแนนรายข้อของผู้เชี่ยวชาญ

$N$  = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

หากค่า IOC มีค่ามากกว่า 0.50 ขึ้นไปแสดงว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย<sup>50</sup> ผลการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านพบว่า ข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ มีค่าคะแนนรายข้ออยู่ในช่วง 0.60 ถึง 1.00 ซึ่งมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

2. นำแบบสอบถามไปทำการศึกษานำร่อง (Pilot test) ในกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 20 คนในกลุ่ม อสม. แห่งหนึ่ง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับที่ทำการศึกษา ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการทดสอบความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในด้วยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดให้ค่าความน่าเชื่อถือได้ของสัมประสิทธิ์แอลฟาตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไปถือว่ามีความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้<sup>51</sup>

### 3.3 ตัวแปรในการวิจัย

#### 3.3.1 ตัวแปรต้น (Independent variables)

ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว อาชีพปัจจุบัน รายได้ในครอบครัว จำนวนสมาชิกในบ้าน การมีหนี้สิน (มี/ไม่มี) สิทธิการรักษาพยาบาล

ปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ ระยะเวลาที่เข้ามาเป็น อสม. (ปี) ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนนี้ (ปี) ประวัติการอบรม ความจำเป็นของรายได้จากงาน อสม. ความถี่ที่ได้รับคำแนะนำหรือประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ในจังหวัดสมุทรปราการ

#### 3.3.2 ตัวแปรตาม (Dependent variables)

ระดับทุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ในจังหวัดสมุทรปราการ จากคำถาม 9 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

- 1.) ระดับทุนทางสังคมภายนอก
- 2.) ระดับกิจกรรมทางสังคม
- 3.) ระดับทุนทางสังคมภายใน

### 3.4 การรวบรวมข้อมูล

#### ขั้นเตรียมการ

- ประสานขอข้อมูลกับทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ในเรื่องจำนวนของบุคลากร
- จัดทำจดหมายขอความอนุเคราะห์จากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เพื่อขออนุญาตทำการเก็บข้อมูล

#### ขั้นดำเนินการ

- หลังจากได้รับอนุญาตในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เริ่มจัดส่งจดหมายไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
- เลือกกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการ จากนั้นเข้าถึงผู้ร่วมวิจัยผ่านทางหัวหน้าฝ่ายเวชปฏิบัติชุมชน หรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และรายบุคคล ตามแต่ละพื้นที่ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัย
- ผู้วิจัยหลัก ดำเนินการชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ของข้อมูลโครงการวิจัยให้กับ อสม. ในแต่ละพื้นที่ และขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย โดยกระบวนการดังกล่าวได้ดำเนินการก่อนการเก็บข้อมูลต่างๆ
- เริ่มทำการเก็บข้อมูลการวิจัยด้วยการส่งแบบประเมินทุนทางสังคม และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบด้วยตนเอง
- หลังเก็บข้อมูลตามกำหนด ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

### 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บข้อมูล รวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องก่อนบันทึกลงในระบบคอมพิวเตอร์ จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA version 15.0 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่  $p\text{-value} < 0.05$

### สถิติเชิงพรรณนา

1.) ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล ข้อมูลด้านการทำงาน ทูทางสังคม โดยแยกเป็นทูทางสังคมภายนอก กิจกรรมทางสังคม ทูทางสังคมภายใน และข้อมูลการปฏิบัติงานของ อสม.

1.1) ข้อมูลเชิงปริมาณ นำเสนอข้อมูลตามลักษณะการแจกแจงของข้อมูลโดยนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ถ้าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกตินำเสนอข้อมูลโดยใช้ ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

1.2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ

2.) คะแนนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในจังหวัดสมุทรปราการ นำเสนอด้วยจำนวนคะแนนในแต่ละข้อ หากมีการกระจายตัวไม่เป็นปกติ ดังเช่นของการศึกษาก่อนหน้า<sup>13, 15, 37</sup> นำเสนอโดยใช้ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อจัดแบ่งระดับ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลอีกครั้ง

3.) คะแนนทูทางสังคมภายนอก (การมีส่วนร่วมในชุมชน, การได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน, การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคล) จากคำถามจำนวน 3 ข้อ มีคะแนนรวม 0 – 21 คะแนน นำเสนอโดยใช้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหากมีการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ หากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นปกตินำเสนอโดยค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อจัดแบ่งระดับ โดยมีสมมติฐานว่าแต่ละข้อมีน้ำหนักเท่ากัน และคะแนนของแต่ละคนมีน้ำหนักเท่ากัน (Assume equal weight) และแต่ละอันตรภาคมีช่วงเท่ากัน (Assume equal interval) แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลอีกครั้ง

4.) คะแนนกิจกรรมทางสังคม จากคำถามจำนวน 2 ข้อ มีคะแนนรวม 0 – 2 คะแนน นำเสนอโดยใช้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหากมีการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ หากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นปกตินำเสนอโดยค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อจัดแบ่งระดับ โดยมีสมมติฐานว่าแต่ละข้อมีน้ำหนักเท่ากัน และคะแนนของแต่ละคนมีน้ำหนักเท่ากัน (Assume equal weight) และแต่ละอันตรภาคมีช่วงเท่ากัน (Assume equal interval) แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลอีกครั้ง

5.) คะแนนทูทางสังคมภายใน จากคำถามจำนวน 4 ข้อ มีคะแนนรวม 0 – 4 คะแนน นำเสนอโดยใช้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหากมีการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ หากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นปกตินำเสนอโดยค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อจัดแบ่งระดับ โดยมีสมมติฐานว่าแต่ละข้อมีน้ำหนักเท่ากัน และคะแนนของแต่ละคนมีน้ำหนักเท่ากัน (Assume equal weight) และแต่ละอันตรภาคมีช่วงเท่ากัน (Assume equal interval) แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลอีกครั้ง

### สถิติเชิงอนุมาน

หาความสัมพันธ์ระหว่างทูทางสังคมภายนอก กิจกรรมทางสังคม ทูทางสังคมภายใน กับข้อมูลปัจจัยทั่วไป ปัจจัยด้านการทำงาน และการปฏิบัติงานของอสม. โดยเริ่มจากดูลักษณะการกระจายของข้อมูลทูทางสังคมเป็นรายข้อคำถาม (Univariate analysis) ก่อนนำมาทดลองรวมเป็นในแต่ละด้าน และดูการกระจายของข้อมูลเป็นรายด้าน แล้วจึงนำคะแนนมาหาความสัมพันธ์

กับ ข้อมูลปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของ อสม. และระดับการปฏิบัติงานของอสม. โดยหาความสัมพันธ์แบบ Bivariate analysis ตามลักษณะการกระจายของข้อมูล (ดังตาราง)

	ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่เป็นอิสระต่อกัน	ข้อมูลเชิงปริมาณ 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (การกระจายปกติ/ไม่ปกติ)	ข้อมูลเชิงปริมาณ มากกว่า 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (การกระจายปกติ/ไม่ปกติ)
ระดับทุนทางสังคม ภายนอก	Chi-Square / Fisher's exact test	Independent sample t-test / Wilcoxon rank sum test (Mann-Whitney U test)	One-way ANOVA / Kruskal-Wallis test
ระดับกิจกรรมทางสังคม	Chi-Square / Fisher's exact test	Independent sample t-test / Wilcoxon rank sum test (Mann-Whitney U test)	One-way ANOVA / Kruskal-Wallis test
ระดับทุนทางสังคม ภายใน	Chi-Square / Fisher's exact test	Independent sample t-test / Wilcoxon rank sum test (Mann-Whitney U test)	One-way ANOVA / Kruskal-Wallis test

หลังจากนั้นนำตัวแปรปัจจัยต่าง ๆ ที่ได้ทำการวิเคราะห์ในขั้นตอน bivariate analysis ที่มีค่า  $p\text{-value} < 0.25$ <sup>52</sup> และหรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามจากการทบทวนวรรณกรรม นำมาวิเคราะห์ Multivariable analysis ด้วยสถิติ Multiple logistic regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับระดับทุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในจังหวัดสมุทรปราการต่อไป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่  $p\text{-value} < 0.05$

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในจังหวัดสมุทรปราการ และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับทุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในจังหวัดสมุทรปราการ พร้อมทั้งเริ่มต้นหาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในจังหวัดสมุทรปราการ และทุนทางสังคม โดยนำเสนอผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 4.1 อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4.2 ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4.3 คะแนนทุนทางสังคม

ส่วนที่ 4.4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคะแนนทุนทางสังคม

#### ส่วนที่ 4.1 อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดสมุทรปราการ ตามที่ได้สุ่มแยกไว้รวมทั้งสิ้น 979 ชุด และได้รับแบบสอบถามคืน 778 ชุด คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 79.5 โดยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ที่ตอบกลับมากที่สุดคือ กลุ่มอสม.ในเขตเทศบาลตำบล ของอำเภอพระราชกรณาเนนปานกลาง หรือ เกษตรกรรม คิดเป็นการตอบกลับร้อยละ 93.0 และกลุ่ม อสม. ที่มีการตอบกลับน้อยที่สุด คือ กลุ่มอสม. ในเขตเทศบาลนคร หรือเทศบาลเมือง คิดเป็นการตอบกลับร้อยละ 63.5 ซึ่งสามารถจำแนกจำนวนแบบสอบถามที่แจกและได้รับคืน แบ่งตาม พื้นที่ตั้งชุมชนของกลุ่ม อสม. ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนแบบสอบถามที่ส่งและได้รับคืน แบ่งตามพื้นที่ตั้งของกลุ่ม อสม.

พื้นที่ตั้งกลุ่ม อสม.	จำนวนแบบสอบถามที่แจก (ชุด)	จำนวนแบบสอบถามที่ได้รับคืน (ชุด)	ร้อยละการตอบกลับ
เขตเทศบาลนคร และเทศบาลเมือง	312	198	63.5
เขตเทศบาลตำบล ของอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นมาก หรือเขตอุตสาหกรรม	190	157	82.6
เขตเทศบาลตำบล ของอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นน้อย หรือเขตเกษตรกรรม	213	198	93.0
นอกเขตเทศบาล	264	225	85.2
<b>รวม</b>	<b>979</b>	<b>778</b>	<b>79.5</b>

#### ส่วนที่ 4.2 ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

##### 4.2.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 61 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.8) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 639 คน (ร้อยละ 82.1) มีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 282 คน (ร้อยละ 36.3) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 440 คน (ร้อยละ 56.6) โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 34.3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานอื่น ๆ นอกเหนือจากงาน อสม. จำนวน 368 คน (ร้อยละ 47.3) ระดับสถานภาพทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ แต่ไม่มีเงินเก็บ 372 คน (ร้อยละ 47.2) สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 537 คน (ร้อยละ 69.0) (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 778)

ปัจจัยด้านบุคคล	
<b>อายุ</b>	
Mean (SD)	61.44 (9.75) พิสัย 24-85 ปี
<b>จำนวนสมาชิกในบ้าน,</b>	
Mean (SD)	4.36 (2.04)
Median (IQR)	4 (3-5)

ตารางที่ 4.2 (ต่อ) ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 778)

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	639	82.13
ชาย	139	17.87
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	282	36.25
มัธยมศึกษาตอนต้น	163	20.95
มัธยมศึกษาตอนปลาย	162	20.82
ปวช. / ปวส.	93	11.95
ปริญญาตรีขึ้นไป	78	10.03
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>		
มีงานประจำ (รับจ้างประจำ ธุรกิจส่วนตัว พนักงานของรัฐ)	289	37.15
มีงานไม่ประจำ (รับจ้างไม่ประจำ)	121	15.55
ไม่ได้ทำงานอื่น ๆ	368	47.30
<b>สถานภาพทางเศรษฐกิจ</b>		
มีรายได้พอใช้และมีเงินเก็บ	215	27.63
มีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บ	372	47.81
มีรายได้ไม่พอใช้	191	24.56
<b>สิทธิการรักษา</b>		
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	537	69.02
ประกันสังคม	148	19.02
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	93	11.96
<b>โรคประจำตัว</b>		
มี	440	56.56
<b>โรคเรื้อรังที่เป็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
ความดันโลหิตสูง	267	34.32
ไขมันในเลือดสูง	87	11.18
เบาหวาน	129	16.58
หัวใจและหลอดเลือด	14	1.80
หลอดเลือดสมอง	8	1.03
โรคเรื้อรังอื่น ๆ	53	6.81



#### 4.2.2 ข้อมูลปัจจัยด้านการทำงาน

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เข้ามาเป็น อสม. มีค่าเฉลี่ย 13.8 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.8) และมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนปัจจุบัน 39.2 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.1) ส่วนใหญ่ได้เข้าร่วมอบรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงานอสม. 1-3 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา 293 คน (ร้อยละ 37.7) ส่วนใหญ่มีความจำเป็นในการใช้รายได้จากงานอสม. 560 คน (ร้อยละ 72.0) อสม. ส่วนใหญ่มีการได้รับคำแนะนำ หรือได้ประชุมงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3-5 ครั้งต่อปี 236 คน (ร้อยละ 30.3) (ตาราง 4.3)

ตารางที่ 4.3 ข้อมูลปัจจัยด้านการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 778)

ปัจจัยด้านการทำงาน		
ระยะเวลาที่เข้ามาเป็น อสม. (ปี)		
Mean (SD)	13.78 (7.84)	
Median (IQR)	14 (7, 18)	
ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนแห่งนี้ (ปี)		
Mean (SD)	39.18 (18.08)	
Median (IQR)	36 (30, 50)	
ปัจจัยด้านการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
มีความจำเป็นของรายได้จากงาน อสม.	560	71.98
การเข้าร่วมอบรมในงานอสม. จำนวน (ครั้ง)		
ยังไม่เคยอบรม	152	19.54
1 - 3 ครั้ง	293	37.66
4 - 5 ครั้ง	140	17.99
มากกว่า 5 ครั้ง	193	24.81
ความถี่ที่ได้รับคำแนะนำ หรือประชุมงานกับเจ้าหน้าที่		
น้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อปี	193	24.81
3 - 5 ครั้ง ต่อปี	236	30.33
6 - 11 ครั้ง ต่อปี	134	17.22
เดือนละ 1 ครั้งขึ้นไป	215	27.63

#### 4.2.3 ข้อมูลปัจจัยด้านการปฏิบัติงานของ อสม.

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ให้ข้อมูลว่ามีการปฏิบัติงานในเรื่อง การให้ข้อมูล ข่าวสาร สาธารณสุข เช่น การแจ้งสิทธิ แจ้งข่าวการฉีดวัคซีน การฉีดพ่นยุงลาย ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.0) จาก คะแนนเต็ม 5 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติงานครบถ้วนหรือทุกครั้ง ในด้านนั้น ตามที่ได้รับ มอบหมาย หรือมีผู้ป่วยในชุมชน และ 1 คะแนนหมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติงานในหัวข้อนั้น ๆ เลย และได้ให้ข้อมูลว่าด้านที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือการดูแลเด็ก ค้นหา ติดตาม เด็กที่ขาดสารอาหาร ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีคะแนนเฉลี่ย 3.1 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.3) (ตารางที่ 4.4)

#### ตารางที่ 4.4 ข้อมูลการปฏิบัติงานของ อสม. ทั้ง 4 ด้าน (n = 778)

งานที่อสม.ได้ปฏิบัติ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	Mean (SD)
การแจ้งข้อมูลสาธารณสุขจากชุมชน แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.88 (1.03)
การช่วยเหลือ ดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน	3.78 (1.07)
การให้ข้อมูล ข่าวสาร สาธารณสุขแก่คนในชุมชน	4.01 (1.00)
การช่วยค้นหา และติดตาม การดูแลเด็กขาดสารอาหาร	3.14 (1.25)

จากข้อมูลการปฏิบัติงานของ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ ข้างต้น เมื่อนำคะแนนของแต่ละบุคคลมารวมกันทั้ง 4 ข้อ และจัดแบ่งระดับ โดยใช้ค่ามัธยฐาน ในการแบ่งอันดับภาคขึ้นเพื่อแบ่งระดับ การปฏิบัติงานของ อสม. พบว่ามีค่ามัธยฐานการปฏิบัติงานคือ 15 คะแนน (ค่าพิสัยควอไทล์ 12, 18) โดยจัดระดับเป็นกลุ่มที่มีคะแนนการปฏิบัติงาน 15 คะแนนขึ้นไป (สูง) พบว่ามีจำนวน 436 คน คิดเป็น ร้อยละ 56.04 และคะแนนการปฏิบัติงานน้อยกว่า 15 คะแนน (ต่ำ) มีจำนวน 342 คน คิดเป็นร้อยละ 43.96 (ตารางที่ 4.5)

#### ตารางที่ 4.5 ระดับการปฏิบัติงานของ อสม. (n = 778)

ระดับการปฏิบัติงานของ อสม.	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนรวมทั้ง 4 กิจกรรม Median (IQR) = 15 (12, 18)	778	100.00
คะแนนการปฏิบัติงานต่ำ (< 15 คะแนน)	342	43.96
คะแนนการปฏิบัติงานสูง ( $\geq$ 15 คะแนนขึ้นไป)	436	56.04

### ส่วนที่ 4.3 คะแนนทุนทางสังคม

คะแนนทุนทางสังคม จากเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 3 หัวข้อ ได้แก่

4.3.1 คะแนนทุนทางสังคมภายนอก (Structural social capital)

4.3.2 คะแนนกิจกรรมทางสังคม (Citizenship activities)

4.3.3 คะแนนทุนทางสังคมภายใน (Cognitive social capital)

#### 4.3.1 คะแนนทุนทางสังคมภายนอก

ทุนทางสังคมภายนอก หรือทุนทางสังคมเชิงโครงสร้าง หมายถึงจำนวนเครือข่ายในสังคม และการช่วยเหลือกันในสังคม ซึ่งสามารถมองเห็นได้

กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีคะแนนทุนทางสังคมภายนอกเฉลี่ยอยู่ที่ 6.1 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.5) ค่ามัธยฐาน 5 คะแนน (ค่าพิสัยควอไทล์ 4, 8) จากคะแนนเต็ม 21 คะแนน เมื่อนำมาแยกคะแนนทุนทางสังคมเป็นรายข้อ พบว่า คะแนนการมีส่วนร่วมในชุมชน มีคะแนนสูงสุด คือ 2.3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.3 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน และส่วนที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การได้รับความช่วยเหลือจากชุมชนคือ 1.8 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.2) จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน (ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 แสดงคะแนนทุนทางสังคมภายนอก แยกเป็นรายข้อ และคะแนนรวม (n = 778)

คะแนนทุนทางสังคมภายนอก	Mean (SD)	Median (Q1, Q3)
<b>คะแนนทุนทางสังคมภายนอก</b>	6.13 (3.49)	5 (4, 8)
การมีส่วนร่วมในชุมชน	2.26 (1.31)	2 (1, 3)
การได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน	1.79 (1.22)	1 (1, 2)
การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคล	2.06 (1.42)	2 (1, 3)

เมื่อดูการกระจายตัวของข้อมูลพบว่าค่ามัธยฐานของทุนทางสังคมภายนอกคือ 5 คะแนน (ค่าพิสัยควอไทล์ 4, 8) โดยมีผู้ที่มีคะแนนทุนทางสังคมภายนอก 5 คะแนน จำนวน 132 คน จึงจัดแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยดูจากเหตุผล และการกระจายตัวให้มีขนาดใกล้เคียงกัน โดยแบ่ง 2 แบบ ดังตารางที่ 4.7 โดยเมื่อเปรียบเทียบระหว่างการแบ่งกลุ่มที่มีคะแนนทุนทางสังคมตั้งแต่ 5 คะแนนลงมา (น้อย) จำนวน 435 คน และคะแนนทุนทางสังคมภายนอกมากกว่า 5 คะแนน (มาก) จำนวน 343 คน เปรียบเทียบกับการตัดค่ามัธยฐานออก เพื่อลดความลำเอียงในการจัดแบ่งกลุ่ม (Misclassification bias) ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างเมื่อตัดผู้ที่ได้คะแนนมัธยฐานออกแล้ว เหลือ 646 คน โดยระดับกลุ่มที่มีคะแนนทุนทางสังคมภายนอกน้อยกว่า 5 คะแนน (น้อย) มีจำนวน 303 คน คิดเป็นร้อยละ 46.9 และกลุ่มที่มีคะแนนทุนทางสังคมภายนอกมากกว่า 5 คะแนน (มาก) มีจำนวน 343 คน คิดเป็นร้อยละ

53.1 ซึ่งการแบ่งทั้ง 2 แบบ ให้ผลในขั้นตอน Bivariate analysis และ Multivariable analysis ไม่แตกต่างกัน ดังนั้น เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างเพียงพอ และเพื่อลดความลำเอียงในการจัดแบ่งกลุ่ม จึงขอเลือกแสดงการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอน Bivariate analysis และ Multivariable analysis แบบกลุ่มที่ตัดค่ามัธยฐานออก (ตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7 ระดับทุนทางสังคมภายนอก

ระดับทุนทางสังคมภายนอก	จำนวน	ร้อยละ
<b>คะแนนทุนทางสังคมภายนอก Median (IQR) = 5 (4, 8)</b>	<b>778</b>	<b>100.00</b>
คะแนนทุนทางสังคมภายนอกน้อย ( $\leq 5$ คะแนน)	435	55.91
คะแนนทุนทางสังคมภายนอกมาก ( $> 5$ คะแนน)	343	44.09
<b>คะแนนทุนทางสังคมภายนอก เมื่อตัดค่ามัธยฐานออก</b>	<b>646</b>	<b>100.00</b>
คะแนนทุนทางสังคมภายนอกน้อย ( $< 5$ คะแนน)	303	46.90
คะแนนทุนทางสังคมภายนอกมาก ( $> 5$ คะแนน)	343	53.10

#### 4.3.2 คะแนนกิจกรรมทางสังคม

กิจกรรมทางสังคม หรือการเข้าร่วมสังคม หมายถึง การพูดคุย และการแก้ปัญหาต่าง ๆ ร่วมกับคนในชุมชน ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่รัฐ

จากเครื่องมือแบบสอบถาม ซึ่งคะแนนเต็ม 2 คะแนน หมายถึง มีการพูดคุย แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ร่วมกับคนในชุมชน และ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ (กิจกรรมทางสังคมระดับดี) คะแนน 1 คะแนน หมายถึง มีการพูดคุย แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ร่วมกับคนในชุมชน หรือ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ เพียงกลุ่มเดียว (กิจกรรมทางสังคมระดับปานกลาง) และ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีการพูดคุย แก้ไขปัญหาต่าง ๆ กับทั้งคนในชุมชน และเจ้าหน้าที่ (ไม่มีคะแนนกิจกรรมทางสังคม)

กลุ่มตัวอย่างโดยรวมส่วนใหญ่ มีคะแนนกิจกรรมทางสังคมรวม 2 คะแนน จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน จำนวน 599 คน คิดเป็นร้อยละ 77.0 และมีจำนวนน้อยที่สุดคือ 0 คะแนน จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 4.8 (ตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.8 ระดับกิจกรรมทางสังคม

ระดับกิจกรรมทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีคะแนนกิจกรรมทางสังคม (0 คะแนน)	37	4.76
คะแนนกิจกรรมทางสังคมระดับปานกลาง (1 คะแนน)	142	18.25
คะแนนกิจกรรมทางสังคมระดับดี (2 คะแนน)	599	76.99

### 4.3.3 คะแนนทุนทางสังคมภายใน

ทุนทางสังคมภายใน หรือทุนทางสังคมเชิงการรับรู้ หมายถึง ความรู้สึกในตัวบุคคลนั้น ต่อบุคคลอื่น ประกอบด้วย ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ ความรู้สึกต่อผู้อื่น และชุมชน

จากเครื่องมือแบบสอบถาม ซึ่งมีสมมติฐานว่าแต่ละข้อมีน้ำหนักเท่ากัน และคะแนนของแต่ละคนมีน้ำหนักเท่ากัน (Assume equal weight) และแต่ละอันตรภาคมีช่วงเท่ากัน (Assume equal interval) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานทุนทางสังคมภายใน 4 (ค่าพิสัยควอไทล์ 3, 4) จึงนำมาจัดแบ่งระดับ โดยกลุ่มที่มีคะแนนทุนทางสังคมน้อยกว่า 3 คะแนน (น้อย) คะแนนทุนทางสังคมภายใน 3 คะแนน (ปานกลาง) และคะแนนทุนทางสังคมภายใน 4 คะแนน (มาก) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนทุนทางสังคมภายในมาก จำนวน 481 คน คิดเป็นร้อยละ 61.8 และกลุ่มที่มีคะแนนทุนทางสังคมน้อย มีจำนวนน้อยที่สุดคือ 77 คน คิดเป็นร้อยละ 9.9 และค่าเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทุนทางสังคมภายในปานกลาง ถึงมาก (ตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9 ระดับทุนทางสังคมภายใน

ระดับทุนทางสังคมภายใน	จำนวน	ร้อยละ
<b>คะแนนทุนทางสังคมภายใน</b>		
Mean (SD) = 3.48 (0.80), Median (IQR) = 4 (3, 4)	778	100.00
คะแนนทุนทางสังคมน้อย (< 3 คะแนน)	77	9.90
คะแนนทุนทางสังคมภายในปานกลาง (3 คะแนน)	220	28.28
คะแนนทุนทางสังคมภายในมาก (4 คะแนน)	481	61.83

## ส่วนที่ 4.4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคะแนนทุนทางสังคม

### 4.4.1 ระดับทุนทางสังคมนอกกับปัจจัยต่าง ๆ

#### 4.4.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทุนทางสังคมนอกกับปัจจัยด้านบุคคล

ตารางที่ 4.10 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับทุนทางสังคมนอก กับปัจจัยด้านบุคคล ด้วยสถิติ Chi-square พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมนอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ที่อยู่อาศัย (p-value < 0.001) เพศ (p-value = 0.04) อาชีพปัจจุบัน (p-value = 0.001) สถานภาพทางเศรษฐกิจ (p-value < 0.001) และสิทธิการรักษา (p-value = 0.01)

ตารางที่ 4.10 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับทุนทางสังคมภายนอก กับปัจจัยด้านบุคคลที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยสถิติ Chi-square (n = 646)

ปัจจัยด้านบุคคล	ทุนทางสังคม ภายนอกน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ทุนทางสังคม ภายนอกมาก จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>ที่อยู่อาศัย</b>			
เทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง	92 (30.36)	67 (19.53)	<0.001*
เทศบาลตำบล ในเขตอำเภอที่มีประชากร หนาแน่นมาก หรือเขตอุตสาหกรรม	65 (21.45)	56 (16.33)	
เทศบาลตำบล ในเขตอำเภอที่มีประชากร หนาแน่นน้อย หรือเขตเกษตรกรรม	79 (26.07)	90 (26.24)	
นอกเขตเทศบาล	67 (22.11)	130 (37.90)	
<b>เพศ</b>			
หญิง	258 (85.15)	270 (78.72)	0.04*
ชาย	45 (14.85)	73 (21.28)	
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>			
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	106 (34.98)	128 (37.32)	0.95
มัธยมศึกษาตอนต้น	66 (21.78)	70 (20.41)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	66 (21.78)	72 (20.99)	
ปวช./ปวส.	36 (11.88)	37 (10.79)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	29 (9.57)	36 (10.50)	

ตารางที่ 4.10 (ต่อ) แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับทุนทางสังคมภายนอก กับ ปัจจัยด้านบุคคลที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยสถิติ Chi-square (n = 646)

ปัจจัยด้านบุคคล	ทุนทางสังคม ภายนอกน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ทุนทางสังคม ภายนอกมาก จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>			
ไม่ได้ทำงานอื่น ๆ	130 (42.90)	166 (48.40)	0.001*
มีงานไม่ประจำ (รับจ้างไม่ประจำ)	68 (22.44)	40 (11.66)	
มีงานประจำ (รับจ้างประจำ ธุรกิจส่วนตัว พนักงานของรัฐ)	105 (34.65)	137 (39.94)	
<b>สถานภาพทางเศรษฐกิจ</b>			
มีรายได้ไม่พอใช้	90 (29.70)	65 (18.95)	<0.001*
มีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บ	157 (51.82)	154 (44.90)	
มีรายได้พอใช้และมีเงินเก็บ	56 (18.48)	124 (36.15)	
<b>สิทธิการรักษา</b>			
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	216 (71.29)	235 (68.51)	0.01*
ประกันสังคม	65 (21.45)	59 (17.20)	
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	22 (7.26)	49 (14.29)	
<b>การมีโรคประจำตัว</b>			
ไม่มี	143 (47.19)	142 (41.40)	0.14
มี	160 (52.81)	201 (58.60)	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ตารางที่ 4.11 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับทุนทางสังคมภายนอก กับปัจจัยด้านบุคคลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติ independent t-test พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ (p-value < 0.001) โดยพบว่า กลุ่มที่มีทุนทางสังคมภายนอกมาก จะมีอายุเฉลี่ยสูงกว่า กลุ่มที่มีทุนทางสังคมภายนอกน้อย

ตารางที่ 4.11 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับทุนทางสังคมภายนอก กับปัจจัยด้านบุคคลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติ independent t-test (n = 646)

ปัจจัยด้านบุคคล	ทุนทางสังคม ภายนอกน้อย	ทุนทางสังคม ภายนอกมาก	p-value
<b>อายุ</b>			
Mean (SD)	59.59 (10.63)	62.94 (9.29)	<0.001*
<b>จำนวนสมาชิกในบ้าน</b>			
Mean (SD)	4.23 (2.07)	4.39 (1.93)	0.32

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

#### 4.4.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทุนทางสังคมภายนอกกับปัจจัยด้านการทำงาน

ตารางที่ 4.12 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างระดับทุนทางสังคมภายนอก กับปัจจัยด้านการทำงานที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยสถิติ Chi-square พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมภายนอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความจำเป็นของรายได้จากงาน อสม. (p-value < 0.001) การอบรมในงาน อสม. (p-value = 0.01) และ การพบปะกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (p-value < 0.001)

ตารางที่ 4.12 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับทุนทางสังคมภายนอก กับปัจจัยด้านการทำงานที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยสถิติ Chi-Square (n = 646)

ปัจจัยด้านบุคคล	ทุนทางสังคม ภายนอกน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ทุนทางสังคม ภายนอกมาก จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ความจำเป็นต้องหารายได้เพิ่มจากทาง อื่น หากไม่ได้รับเงินจากงาน อสม. ไม่ใช่	66 (21.78)	121 (35.28)	<0.001*
ใช่	237 (78.22)	222 (64.72)	
การอบรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ อสม. ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา			0.01*
ยังไม่เคยอบรม	76 (25.08)	53 (15.45)	
1-3 ครั้ง	113 (37.29)	135 (39.36)	
4-5 ครั้ง	49 (16.17)	63 (18.37)	
มากกว่า 5 ครั้ง	65 (21.45)	92 (26.82)	
การได้รับคำแนะนำ หรือประชุม ร่วมกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการทำงาน อสม.			<0.001*
น้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อปี	107 (35.31)	53 (15.45)	
3-5 ครั้ง ต่อปี	83 (27.39)	109 (31.78)	
6 – 11 ครั้ง ต่อปี	47 (15.51)	61 (17.78)	
อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	66 (21.78)	120 (34.99)	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ตารางที่ 4.13 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างระดับทุนทางสังคมภายนอก กับปัจจัยด้านการทำงานที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ independent t-test พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายนอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็น อสม. ในชุมชน (p-value < 0.001) และ ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน (p-value < 0.001) โดยพบว่ากลุ่มที่มีทุนทาง



สังคมภายนอกมาก จะมีระยะเวลาที่เป็น อสม. ในชุมชนแห่งนี้มากกว่า และมีระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนแห่งนี้ยาวนานกว่า

ตารางที่ 4.13 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับทุนทางสังคมภายนอก กับปัจจัยด้านการทำงานเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติ independent t-test (n = 646)

ปัจจัยด้านบุคคล	ทุนทางสังคม ภายนอกน้อย	ทุนทางสังคม ภายนอกมาก	p-value
ระยะเวลาที่เป็น อสม. ในชุมชนแห่งนี้			
Mean (SD)	11.56 (7.79)	14.61 (7.78)	<0.001*
ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนแห่งนี้			
Mean (SD)	35.92 (16.54)	42.55 (19.76)	<0.001*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

4.4.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทุนทางสังคมภายนอกกับระดับการปฏิบัติงานของ อสม.

ตารางที่ 4.14 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับทุนทางสังคมภายนอก กับระดับการปฏิบัติงานของ อสม. ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า การปฏิบัติงานของ อสม. มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) กับระดับทุนทางสังคมภายนอก

เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic regression โดยไม่ควบคุมปัจจัยอื่น พบว่าในผู้ที่มีการปฏิบัติงาน อสม. ระดับสูง มีค่าอัตราส่วนแอดัมต่อระดับทุนทางสังคมภายนอก OR 2.12 (95%CI = 1.55 – 2.90) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการปฏิบัติงาน อสม. ในระดับต่ำ

ตารางที่ 4.14 การวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับทุนทางสังคมภายนอก กับระดับการปฏิบัติงานของอสม. ด้วยสถิติ Chi-square (n = 646)

ระดับการปฏิบัติงานของ อสม.	ทุนทางสังคม ภายนอกน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ทุนทางสังคม ภายนอกมาก จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ต่ำ	169 (55.78)	128 (37.32)	<0.001*
สูง	134 (44.22)	215 (62.68)	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

4.4.1.4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทุนทางสังคมภายนอกกับ ปัจจัยต่าง ๆ ของ อสม. ด้วยสถิติ Multiple logistic regression

การหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายนอกของ อสม. โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple logistic regression ผู้วิจัยได้นำตัวแปรต้นที่มีความเป็นเหตุผลที่สามารถอธิบาย

ความสัมพันธ์กับตัวแปรตามได้ โดยเริ่มจากตัดตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์ กับตัวแปรต้นอื่น ๆ และไม่อธิบายตัวแปรตาม ด้วยการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นในแต่ละตัวแปร และหลายตัวแปร ตามลำดับ โดยพบว่า

1. สิทธิการรักษา มีความสัมพันธ์กับ รายได้ การศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $p\text{-value} < 0.001$  ซึ่งสิทธิการรักษานี้ เป็นผลจากอาชีพ ของผู้ตอบแบบสอบถาม และไม่อธิบายอย่างเป็นเหตุเป็นผล กับตัวแปรตาม จึงขอตัดออกจากการคัดเลือกเข้าในสมการ Multivariable analysis
2. การปฏิบัติงานของ อสม. มีความสัมพันธ์กับ การเข้าร่วมอบรมต่อเนื่องของ อสม. การพูดคุย พบปะกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $p\text{-value} < 0.001$  มีความสัมพันธ์กับอายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนแห่งนี้ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $p\text{-value} < 0.05$  ซึ่งการปฏิบัติงานของ อสม. นี้ เป็นผล จากตัวแปรต้นหลาย ๆ ตัวแปร จึงคัดออกจากการคัดเลือกเข้าในสมการ Multivariable analysis
3. การเข้าร่วมอบรมต่อเนื่องของ อสม. มีความสัมพันธ์กับ การประชุมพูดคุยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $p\text{-value} < 0.001$  ซึ่งการวัดในข้อคำถามนี้ ในข้อการประชุมพูดคุยกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความชัดเจนในประเด็นคำถาม มากกว่า ซึ่งสามารถวัดได้แม่นยำมากกว่า และมีเหตุผลรองรับจากการทบทวนวรรณกรรม จึงคัดเลือกเข้าสมการ Multivariable analysis เพียงตัวเดียว
4. ความจำเป็นของรายได้จากงาน อสม. มีความสัมพันธ์กับ สถานภาพทางเศรษฐกิจ  $p\text{-value} < 0.001$  ซึ่งข้อคำถามเรื่องสถานภาพทางเศรษฐกิจ เป็นสาเหตุของความจำเป็นของรายได้จากงาน อสม. รวมทั้งมีความชัดเจนในข้อคำถามมากกว่า และมีเหตุผลรองรับจากการทบทวนวรรณกรรม จึงคัดเลือกเข้าสมการ Multivariable analysis เพียงตัวเดียว

หลังจากนั้นได้นำตัวแปรต้นที่สำคัญ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ในขั้นตอน Bivariate analysis ที่มีค่า  $p\text{-value}$  น้อยกว่า 0.25 มาวิเคราะห์ ได้แก่ ที่อยู่อาศัย เพศ อาชีพปัจจุบัน สถานภาพทางเศรษฐกิจ การมีโรคประจำตัว อายุ การพบปะพูดคุยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระยะเวลาที่เป็น อสม. และระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนแห่งนี้ และปัจจัยเพิ่มเติมที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ระดับการศึกษา รวมทั้งหมด 10 ตัวแปร

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายนอก ได้ดำเนินการดังนี้

- 1.) ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นแบบพหุ (Multicollinearity) ของตัวแปรต้น โดยนำตัวแปรต้นมาหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรก่อน ซึ่งไม่พบปัจจัยที่มีค่าสหสัมพันธ์ (Correlation) เกิน 0.8 จากนั้นนำสมการทั้ง 10 ตัวแปร มาหาค่า Variance inflation factor (VIF) พบมีค่าตั้งแต่ 1.03 – 1.15 แสดงว่าตัวแปรต้นชุดนี้ไม่มีความสัมพันธ์กันเองเนื่องจากมีค่า VIF ไม่เกิน 10 และค่า

Tolerance ไม่ต่ำกว่า 0.1 ดังตารางที่ 4.15 ดังนั้นจึงสามารถนำค่าตัวแปรทั้งหมดมาวิเคราะห์ Multiple logistic regression ได้

ตารางที่ 4.15 ค่า VIF ของตัวแปรต้นที่ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายนอก

ตัวแปร	ค่า VIF	ค่า Tolerance
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>		
ที่อยู่อาศัย	1.14	0.87
เพศ	1.07	0.94
ระดับการศึกษา	1.21	0.83
อาชีพปัจจุบัน	1.22	0.82
สถานภาพทางเศรษฐกิจ	1.12	0.90
โรคประจำตัว	1.14	0.87
อายุ	1.61	0.62
<b>ปัจจัยด้านการทำงาน</b>		
การได้รับคำแนะนำ หรือประชุม ร่วมกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการทำงาน อสม.	1.04	0.97
ระยะเวลาที่เป็น อสม.	1.25	0.80
ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนแห่งนี้	1.22	0.82

2.) วิเคราะห์ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับทุนทางสังคมภายนอกของ อสม. ด้วยสถิติ Multiple logistic regression

ในการค้นหาตัวแปรต้นที่ดีในการอธิบายระดับทุนทางสังคมภายนอกของ อสม. ได้เลือกใช้ การวิเคราะห์ Multiple logistic regression โดยวิธีการเพิ่มตัวแปร (Forward selection) วิธีการ คือจะคัดเลือกตัวแปรต้นเข้ามาในการวิเคราะห์ทีละตัว และทำการทดสอบว่าตัวแปรที่เข้ามานั้น สามารถพยากรณ์ตัวแปรตามได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ เรียงลำดับจากค่า p-value น้อยที่สุด จากขั้นตอน Bivariate analysis ต่อจากนั้นทำการคัดเลือกตัวแปรที่สำคัญรองลงมาเรื่อย ๆ จนกระทั่งไม่มีตัวแปรต้นเพิ่มเติมที่สามารถพยากรณ์ตัวแปรตามได้ หรือการใส่ตัวแปรต้นเพิ่มเติม ไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ ในการอธิบายความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม จึงสิ้นสุดการเพิ่มตัวแปรในสมการ ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 4.16 แสดงผลการวิเคราะห์แบบ Forward selection model พบว่าตัวแปรต้นที่ ร่วมกันอธิบายระดับทุนทางสังคมภายนอกของ อสม. ในภาพรวมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีอำนาจอธิบายร้อยละ 13.86 (Adjusted  $R^2 = 13.86$ ) ประกอบด้วยตัวแปรต้น 5 ตัวแปร

ได้แก่ ที่อยู่อาศัย สถานภาพทางเศรษฐกิจ อายุ การพบปะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ ระยะเวลาที่เป็น อสม.

ตารางที่ 4.16 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับทุนทางสังคมภายนอกของอสม. ด้วยสถิติ Multiple logistic regression ด้วยวิธี Forward selection (n = 646)

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR** (95% CI)
<b>ที่อยู่อาศัย</b>		
เทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง	1.00	1.00
เทศบาลตำบล ในเขตอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นมาก หรือเขตอุตสาหกรรม	1.18 (0.73 – 1.90)	1.49 (0.88 – 2.53)
เทศบาลตำบล ในเขตอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นน้อย หรือเขตเกษตรกรรม	<b>1.56 (1.01 – 2.42)*</b>	1.44 (0.89 – 2.32)
นอกเขตเทศบาล	<b>2.66 (1.73 – 4.10)*</b>	<b>2.28 (1.43 – 3.65)*</b>
<b>สถานภาพทางเศรษฐกิจ</b>		
มีรายได้ไม่พอใช้	1.00	1.00
มีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บ	1.36 (0.92 – 2.00)	1.13 (0.74 – 1.73)
มีรายได้พอใช้และมีเงินเก็บ	<b>3.07 (1.96 – 4.80)*</b>	<b>2.50 (1.54 – 4.06)*</b>
<b>อายุ (ต่อหนึ่งปี)</b>	<b>1.03 (1.02 – 1.05)*</b>	<b>1.03 (1.01 – 1.05)*</b>
<b>การได้รับคำแนะนำ หรือประชุม ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการทำงาน อสม.</b>		
น้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อปี	1.00	1.00
3-5 ครั้ง ต่อปี	<b>2.65 (1.71 – 4.10)*</b>	<b>2.58 (1.62 – 4.10)*</b>
6 – 11 ครั้ง ต่อปี	<b>2.62 (1.58 – 4.33)*</b>	<b>2.74 (1.60 – 4.71)*</b>
ตั้งแต่ 12 ครั้งต่อปีขึ้นไป	<b>3.67 (2.35 – 5.73)*</b>	<b>3.99 (2.44 – 6.54)*</b>
<b>ระยะเวลาที่เป็นอสม. (ต่อหนึ่งปี)</b>	<b>1.05 (1.03 – 1.08)*</b>	<b>1.04 (1.01 – 1.06)*</b>

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

\*\* ควบคุมโดยปัจจัยตัวแปร ประกอบด้วย ที่อยู่อาศัย สถานภาพทางเศรษฐกิจ อายุ การพบปะเจ้าหน้าที่ และระยะเวลาที่เป็น อสม.

จากการวิเคราะห์ Multiple logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายนอกของ อสม. มีดังนี้

1. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้ว พบว่า อสม. ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล มีอัตราส่วนแต่้มต่อเพิ่มระดับทุนทางสังคมภายนอกเป็น 2.28 เท่า (95%CI = 1.43 – 3.65) เมื่อเทียบกับ อสม. ที่อาศัยในเขตเมือง
2. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้ว พบว่า อสม. ที่มีรายได้พอใช้และมีเงินเก็บ มีอัตราส่วนแต่้มต่อระดับทุนทางสังคมภายนอกเป็น 2.50 เท่า (95%CI = 1.54 – 4.06) เมื่อเทียบกับ อสม. ที่มีรายได้ไม่พอใช้และไม่มีเงินเก็บ
3. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้วพบว่าทุก ๆ อายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปีของ อสม. มีอัตราส่วนแต่้มต่อการเพิ่มขึ้นของระดับทุนทางสังคมภายนอกเป็น 1.03 เท่า (95%CI = 1.01 – 1.05)
4. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้วพบว่า การได้รับคำแนะนำ หรือพบปะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 - 5 ครั้งต่อปี 6 - 11 ครั้งต่อปี และตั้งแต่ 12 ครั้งขึ้นไป มีอัตราส่วนแต่้มต่อเพิ่มระดับทุนทางสังคมภายนอกเป็น 2.58 เท่า (95%CI = 1.62 – 4.10) 2.74 เท่า (95%CI = 1.60 – 4.71) และ 3.99 เท่า (95%CI = 2.44 – 6.54) ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ที่ได้รับคำแนะนำ หรือพบปะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี
5. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้วพบว่า ทุก ๆ ระยะเวลาที่เป็น อสม. เพิ่มขึ้น 1 ปี มีอัตราส่วนแต่้มต่อระดับทุนทางสังคมภายนอกเป็น 1.04 เท่า (95%CI = 1.01 – 1.06)

สรุปในภาพรวม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายนอกมาก ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ การอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล การมีรายได้พอใช้และมีเงินเก็บ อายุที่มากขึ้น การได้รับคำแนะนำหรือพบปะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบ่อยครั้ง และระยะเวลาที่เป็น อสม. นานขึ้น

#### 4.4.2 ระดับกิจกรรมทางสังคมกับปัจจัยต่าง ๆ

##### 4.4.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับกิจกรรมทางสังคม กับปัจจัยด้านบุคคล

ตารางที่ 4.17 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างระดับกิจกรรมทางสังคม กับปัจจัยส่วนบุคคล ที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's exact test พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ที่อยู่อาศัย (p-value < 0.001) ระดับการศึกษา (p-value = 0.001) สิทธิการรักษา (p-value < 0.001) และการมีโรคประจำตัว (p-value = 0.006)

ตารางที่ 4.17 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับกิจกรรมทางสังคม กับปัจจัยด้านบุคคล ที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยสถิติ Chi-Square และ Fisher's exact test (n = 778)

ปัจจัยด้านบุคคล	ไม่มีกิจกรรมทางสังคม จำนวน (ร้อยละ)	กิจกรรมทางสังคมปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	กิจกรรมทางสังคมมาก จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>ที่อยู่อาศัย</b>				
เทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง	9 (24.32)	26 (18.31)	163 (27.21)	<0.001*
เทศบาลตำบล ในเขตอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นมาก หรือเขตอุตสาหกรรม	3 (8.11)	28 (19.72)	126 (21.04)	
เทศบาลตำบล ในเขตอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นน้อย หรือเขตเกษตรกรรม	14 (37.84)	16 (11.27)	168 (28.05)	
นอกเขตเทศบาล	11 (29.73)	72 (50.70)	142 (23.71)	
<b>เพศ</b>				
หญิง	33 (89.19)	123 (86.62)	483 (80.63)	0.13
ชาย	4 (10.81)	19 (13.38)	116 (19.37)	
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>				
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	15 (40.54)	60 (42.25)	207 (34.56)	0.001*
มัธยมศึกษาตอนต้น	8 (21.62)	44 (30.99)	111 (18.53)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8 (21.26)	14 (9.86)	140 (23.37)	
ปวช. / ปวส.	3 (8.11)	18 (12.68)	72 (12.02)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	3 (8.11)	6 (4.23)	69 (11.52)	

ตารางที่ 4.17 (ต่อ) แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับกิจกรรมทางสังคม กับปัจจัยด้านบุคคล ที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยสถิติ Chi-Square และ Fisher's exact test (n = 778)

ปัจจัยด้านบุคคล	ไม่มีกิจกรรมทางสังคม จำนวน (ร้อยละ)	กิจกรรมทางสังคมปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	กิจกรรมทางสังคมมาก จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>				
ไม่ได้ทำงานอื่น ๆ	21 (56.76)	66 (46.48)	281 (46.91)	0.36
มีงานไม่ประจำ (รับจ้างไม่ประจำ)	3 (8.11)	28 (19.72)	90 (15.03)	
มีงานประจำ (รับจ้างประจำ ธุรกิจส่วนตัว พนักงานของรัฐ)	13 (35.14)	48 (33.80)	228 (38.06)	
<b>สถานภาพทางเศรษฐกิจ</b>				
มีรายได้ไม่พอใช้	8 (21.62)	27 (19.01)	156 (26.04)	0.51
มีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บ	18 (48.65)	72 (50.70)	282 (47.08)	
มีรายได้พอใช้และมีเงินเก็บ	11 (29.73)	43 (30.28)	161 (26.88)	
<b>สิทธิการรักษา</b>				
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	27 (72.97)	111 (78.17)	399 (66.61)	<0.001* 1
ประกันสังคม	10 (27.03)	9 (6.34)	129 (21.54)	
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	0	22 (15.49)	71 (11.85)	
<b>การมีโรคประจำตัว</b>				
ไม่มี	7 (18.92)	59 (41.55)	272 (45.41)	0.006*
มี	30 (81.08)	83 (58.45)	327 (54.59)	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value < 0.05)

<sup>1</sup> ใช้สถิติ Fisher's exact test

ตารางที่ 4.18 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับกิจกรรมทางสังคม กับปัจจัยด้านบุคคลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติ One-way ANOVA และ Kruskal-Wallis test พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ (p-value = 0.01) โดยพบว่าผู้ที่มีระดับกิจกรรมทางสังคมมาก มีอายุเฉลี่ยน้อยที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.18 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับกิจกรรมทางสังคม กับปัจจัยด้านบุคคล ที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติ One-way ANOVA และ Kruskal-Wallis test (n = 778)

ปัจจัยด้านบุคคล	ไม่มีกิจกรรมทางสังคม	กิจกรรมทางสังคมปานกลาง	กิจกรรมทางสังคมมาก	p-value
<b>อายุ</b>				
จำนวน (คน)	37	142	598	0.01* <sup>1</sup>
Mean (SD)	65.03 (9.83)	62.86 (9.71)	60.88 (9.69)	
<b>จำนวนสมาชิกในบ้าน</b>				
จำนวน (คน)	37	142	597	0.25
Mean (SD)	4.16 (1.77)	4.13 (1.86)	4.42 (2.09)	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

<sup>1</sup> ใช้สถิติ Kruskal-Wallis test

#### 4.4.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับกิจกรรมทางสังคม กับปัจจัยด้านการทำงาน

ตารางที่ 4.19 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับกิจกรรมทางสังคม กับปัจจัยด้านการทำงานที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยสถิติ Chi-square พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางสังคมได้แก่ ความจำเป็นของรายได้จากงาน อสม. (p-value < 0.001) การอบรมในงาน อสม. (p-value < 0.001) และการพบปะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (p-value < 0.001)



ตารางที่ 4.19 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับกิจกรรมทางสังคม กับปัจจัยด้านการทำงานที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยสถิติ Chi-Square (n = 778)

ปัจจัยด้านการทำงาน	ไม่มีกิจกรรมทางสังคม จำนวน (ร้อยละ)	กิจกรรมทางสังคมปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	กิจกรรมทางสังคมมาก จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ความจำเป็นต้องการรายได้เพิ่มจากทางอื่นหากไม่ได้รับเงินจากงาน อสม.				
ไม่ใช่	9 (24.32)	75 (52.82)	134 (22.37)	<0.001*
ใช่	28 (75.68)	67 (47.18)	465 (77.63)	
การอบรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับอสม. ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา				
ยังไม่เคยอบรม	16 (43.24)	45 (31.69)	91 (15.19)	<0.001*
1-3 ครั้ง	14 (37.84)	54 (38.03)	225 (37.56)	
4-5 ครั้ง	3 (8.11)	20 (14.08)	117 (19.53)	
มากกว่า 5 ครั้ง	4 (10.81)	23 (16.20)	166 (27.71)	
การได้รับคำแนะนำ หรือประชุม ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการทำงานอสม.				
น้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อปี	18 (48.65)	34 (23.94)	141 (23.54)	<0.001*
3-5 ครั้ง ต่อปี	7 (18.92)	44 (30.99)	185 (30.88)	
6 – 11 ครั้ง ต่อปี	6 (16.22)	9 (6.34)	119 (19.87)	
อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	6 (16.22)	55 (38.73)	154 (25.71)	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ตารางที่ 4.20 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับกิจกรรมทางสังคม กับปัจจัยด้านการทำงานที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ One-way ANOVA พบว่า ปัจจัยที่มีผลกับระดับกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็น อสม. ในชุมชนแห่งนี้ (p-value = 0.01) และ ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนแห่งนี้ (p-value < 0.001) โดยระยะเวลาที่เป็น อสม. พบว่ากลุ่มที่มีความแตกต่างกันคือ ระดับกิจกรรมทางสังคมมาก แตกต่างกับกลุ่มที่มีกิจกรรมทางสังคมปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ เรื่องระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนแห่งนี้ พบว่า กลุ่มที่มีระดับกิจกรรมทางสังคมมาก แตกต่างกับกลุ่มที่มีกิจกรรมทางสังคมปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.20 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับกิจกรรมทางสังคม กับปัจจัยด้านการทำงานเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติ One-way ANOVA (n = 778)

ปัจจัยด้านการทำงาน	ไม่มีกิจกรรมทางสังคม	กิจกรรมทางสังคมปานกลาง	กิจกรรมทางสังคมมาก	p-value
<b>ระยะเวลาที่เป็น อสม. ในชุมชนแห่งนี้</b>				
จำนวน (คน)	36	142	593	0.01*
Mean (SD)	14.22 (6.20)	14.78 (8.39)	12.73 (7.75)	
<b>ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนแห่งนี้</b>				
จำนวน (คน)	37	142	596	<0.001*
Mean (SD)	44.19 (15.29)	45.71 (18.07)	37.31 (17.84)	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value < 0.05)

#### 4.4.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับกิจกรรมทางสังคมและระดับการปฏิบัติงานของ อสม.

ตารางที่ 4.21 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับกิจกรรมทางสังคมกับการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่า ระดับการปฏิบัติงานของ อสม. มีความสัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic regression โดยไม่ควบคุมปัจจัยอื่น พบว่าในผู้ที่มีการปฏิบัติงาน อสม. ระดับสูง มีค่าอัตราส่วนต่อกิจกรรมทางสังคมแต่ละระดับ OR 3.43 (95%CI = 2.42 – 4.47) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการปฏิบัติงาน อสม. ในระดับต่ำ

ตารางที่ 4.21 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับกิจกรรมทางสังคม กับระดับการปฏิบัติงานของอสม. ด้วยสถิติ Chi-square (n = 778)

ระดับการปฏิบัติงานของอสม.	ไม่มีกิจกรรมทางสังคม จำนวน (ร้อยละ)	กิจกรรมทางสังคมปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	กิจกรรมทางสังคมมาก จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ต่ำ	30 (81.08)	89 (62.68)	223 (37.23)	<0.001*
สูง	7 (18.92)	53 (37.32)	376 (62.77)	

\* นัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

#### 4.4.2.4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับกิจกรรมทางสังคม กับปัจจัยต่าง ๆ กับของ อสม.

การหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางสังคมของ อสม. โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple logistic regression ผู้วิจัยได้นำตัวแปรต้นที่มีความเป็นเหตุผลที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์กับตัวแปรตามได้ โดยเริ่มจากตัดตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์ กับตัวแปรต้นอื่น ๆ และไม่อธิบายตัวแปรตาม ได้แก่ สิทธิการรักษา การปฏิบัติงานของ อสม. การเข้าร่วมอบรมต่อเนื่องของ อสม. และความจำเป็นของรายได้จากงาน อสม. ด้วยเหตุผลดังเช่นเดียวกับข้อ 4.4.1.4

หลังจากนั้นได้นำตัวแปรต้นที่สำคัญ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ในขั้นตอน Bivariate analysis ที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.25 มาวิเคราะห์ ได้แก่ ที่อยู่อาศัย เพศ ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว อายุ จำนวนสมาชิกในบ้าน การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ระยะเวลาที่เข้ามาเป็น อสม. และระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชน นอกจากนี้ปัจจัยเพิ่มเติมที่พบความสัมพันธ์จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ รวมทั้งหมด 10 ตัวแปร

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางสังคม ได้ดำเนินการดังนี้

1. ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นแบบพหุ (Multicollinearity) ของตัวแปรต้น โดยนำตัวแปรต้นมาหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรก่อน ซึ่งไม่พบปัจจัยที่มีค่าสหสัมพันธ์ (Correlation) เกิน 0.8 จากนั้นนำสมการทั้ง 10 ตัวแปร มาหาค่า VIF พบมีค่าตั้งแต่ 1.04 – 1.49 แสดงว่าตัวแปรต้นชุดนี้ไม่มีความสัมพันธ์กันเองเนื่องจากมีค่า VIF ไม่เกิน 10 และค่า Tolerance ไม่ต่ำกว่า 0.1 ดังตารางที่ 4.22 ดังนั้นจึงสามารถนำค่าตัวแปรทั้งหมดมาวิเคราะห์ Multiple logistic regression ได้

ตารางที่ 4.22 ค่า VIF ของตัวแปรต้นที่ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางสังคม

ตัวแปร	ค่า VIF	ค่า Tolerance
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>		
ที่อยู่อาศัย	1.12	0.89
เพศ	1.49	0.67
ระดับการศึกษา	1.20	0.83
สถานภาพทางเศรษฐกิจ	1.06	0.95
โรคประจำตัว	1.13	0.88
อายุ	1.49	0.67
จำนวนสมาชิกในบ้าน	1.04	0.96
<b>ปัจจัยด้านการทำงาน</b>		
การได้รับคำแนะนำ หรือประชุม ร่วมกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการทำงาน อสม.	1.04	0.96
ระยะเวลาที่เป็น อสม.	1.25	0.80
ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนแห่งนี้	1.23	0.81

2.) วิเคราะห์ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับกิจกรรมทางสังคมของ อสม. ด้วยสถิติ Multiple logistic regression

ในการค้นหาตัวแปรต้นที่ดีในการอธิบายระดับกิจกรรมทางสังคมของ อสม. ได้เลือกใช้การวิเคราะห์ Multiple logistic regression โดยวิธีการเพิ่มตัวแปร (Forward selection) วิธีการคือจะคัดเลือกตัวแปรต้นเข้ามาในการวิเคราะห์ทีละตัว และทำการทดสอบว่าตัวแปรที่เข้ามานั้นสามารถพยากรณ์ตัวแปรตามได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ เรียงลำดับจากค่า p-value น้อยที่สุดจากขั้นตอน Bivariate analysis ต่อจากนั้นทำการคัดเลือกตัวแปรที่สำคัญรองลงมาเรื่อย ๆ จนกระทั่งไม่มีตัวแปรต้นเพิ่มเติมที่สามารถพยากรณ์ตัวแปรตามได้ หรือการใส่ตัวแปรต้นเพิ่มเติม ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในการอธิบายความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม จึงสิ้นสุดการเพิ่มตัวแปรในสมการ ทั้งนี้กำหนดเกณฑ์การตัดเข้าที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 4.23 แสดงผลการวิเคราะห์แบบ Forward selection model พบว่าตัวแปรต้นที่ร่วมกันอธิบายระดับกิจกรรมทางสังคมของ อสม. ในภาพรวมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีอำนาจอธิบายร้อยละ 5.02 (Adjusted  $R^2 = 5.02$ ) ประกอบด้วยตัวแปรต้น 3 ตัวแปร ได้แก่ ที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน

ตารางที่ 4.23 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับกิจกรรมทางสังคมของ อสม. ด้วยสถิติ Multiple logistic regression ด้วยวิธี Forward selection (n = 778)

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR** (95% CI)
<b>ที่อยู่อาศัย</b>		
เทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง	1.00	1.00
เทศบาลตำบล ในเขตอำเภอที่มีประชากร หนาแน่นมาก หรือเขตอุตสาหกรรม	0.91 (0.53 – 1.55)	0.86 (0.50 – 1.49)
เทศบาลตำบล ในเขตอำเภอที่มีประชากร หนาแน่นน้อย หรือเขตเกษตรกรรม	1.16 (0.68 – 1.98)	1.19 (0.69 – 2.08)
นอกเขตเทศบาล	<b>0.39 (0.25 – 0.62)*</b>	<b>0.49 (0.30 – 0.79)*</b>
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	1.00	1.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	0.79 (0.52 – 1.21)	0.77 (0.49 – 1.18)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	<b>2.23 (1.33 – 3.76)*</b>	<b>2.06 (1.21 – 3.52)*</b>
ปวช./ปวส.	1.56 (0.73 – 2.18)	0.99 (0.55 – 1.77)
ปริญญาตรีขึ้นไป	<b>2.71 (1.29 – 5.70)*</b>	<b>2.38 (1.12 – 5.07)*</b>
<b>ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนปัจจุบัน (ต่อหนึ่งปี)</b>	<b>0.98 (0.97 – 0.99)*</b>	<b>0.98 (0.97 – 0.99)*</b>

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

\*\* ควบคุมโดยปัจจัยตัวแปร ประกอบด้วย ที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน

จากการวิเคราะห์ Multiple logistic regression ด้วยวิธี Forward selection พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางสังคม ได้แก่

1. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้วพบว่า การอาศัยนอกเขตเทศบาล มีอัตราส่วนต่อระดับกิจกรรมทางสังคมเป็น 0.49 เท่า (95%CI = 0.30 – 0.79) เมื่อเทียบกับเขตเทศบาลเมือง หรือเทศบาลนคร
2. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้วพบว่า ผู้ที่มีจบการศึกษาระดับมัธยมปลาย และปริญญาตรีขึ้นไป มีอัตราส่วนต่อเพิ่มระดับกิจกรรมทางสังคมแต่ละระดับเป็น 2.06 เท่า (95%CI = 1.21 – 3.52) และ 2.38 เท่า (95%CI = 1.12 – 5.07) ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

3. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้วพบว่า ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน ทุก ๆ 1 ปีที่เพิ่มขึ้น มีอัตราส่วนแต่มีต่อของแต่ละระดับของกิจกรรมทางสังคมเป็น 0.98 เท่า (95%CI = 0.97 – 0.99)

สรุปในภาพรวม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางสังคม ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ การอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลทั้งตำบล และเมือง ผู้ที่จบการศึกษามัธยมปลายและปริญญาตรีขึ้นไป และระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนที่สั้น



#### 4.4.3 ระดับทุนทางสังคมภายใน กับปัจจัยต่าง ๆ

##### 4.4.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทุนทางสังคมภายในกับปัจจัยด้านบุคคล

ตารางที่ 4.24 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับทุนทางสังคมภายใน กับปัจจัยด้านบุคคลที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยสถิติ Chi-square พบว่าปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายใน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ (p-value = 0.002) และที่อยู่อาศัย (p-value = 0.003)

ตารางที่ 4.24 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับทุนทางสังคมภายใน กับปัจจัยด้านบุคคลที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยสถิติ Chi-square (n = 778)

ปัจจัยด้านบุคคล	ทุนทางสังคม ภายในน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ทุนทางสังคม ภายในปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ทุนทางสังคม ภายในมาก จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>ที่อยู่อาศัย</b>				
เทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง	22 (28.57)	47 (21.36)	129 (26.82)	0.003*
เทศบาลตำบล ในเขตอำเภอที่มี ประชากรหนาแน่นมาก หรือ เขตอุตสาหกรรม	25 (32.47)	37 (16.82)	95 (19.75)	
เทศบาลตำบล ในเขตอำเภอที่มี ประชากรหนาแน่นน้อย หรือ เขตเกษตรกรรม	20 (25.97)	57 (25.91)	121 (25.16)	
นอกเขตเทศบาล	10 (12.99)	79 (35.91)	136 (28.27)	
<b>เพศ</b>				
หญิง	66 (85.71)	183 (83.18)	390 (81.08)	0.55
ชาย	11 (14.29)	37 (16.82)	91 (18.92)	
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>				
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	20 (25.97)	92 (41.82)	170 (35.34)	0.41
มัธยมศึกษาตอนต้น	17 (22.08)	43 (19.55)	103 (21.41)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	21 (27.27)	37 (16.82)	104 (21.62)	
ปวช. / ปวส.	10 (12.99)	26 (11.82)	57 (11.85)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	9 (11.69)	22 (10.00)	47 (9.77)	

ตารางที่ 4.24 (ต่อ) แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับทุนทางสังคมภายใน กับปัจจัยด้านบุคคลที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยสถิติ Chi-square (n = 778)

ปัจจัยด้านบุคคล	ทุนทางสังคม ภายในน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ทุนทางสังคม ภายในปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ทุนทางสังคม ภายในมาก จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>				
ไม่ได้ทำงานอื่น ๆ	36 (46.75)	99 (45.00)	233 (48.44)	0.14
มีงานไม่ประจำ (รับจ้างไม่ประจำ)	19 (24.68)	34 (15.45)	68 (14.14)	
มีงานประจำ (รับจ้างประจำ ธุรกิจส่วนตัว พนักงานของรัฐ)	22 (28.57)	87 (39.55)	180 (37.42)	
<b>สถานภาพทางเศรษฐกิจ</b>				
มีรายได้ไม่พอใช้	31 (40.26)	41 (18.64)	119 (24.74)	0.002*
มีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บ	35 (45.45)	111 (50.45)	226 (46.99)	
มีรายได้พอใช้และมีเงินเก็บ	11 (14.29)	68 (30.91)	136 (28.27)	
<b>สิทธิการรักษา</b>				
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	56 (72.73)	162 (73.64)	319 (66.32)	0.26
ประกันสังคม	14 (18.18)	38 (17.27)	96 (19.96)	
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	7 (9.09)	20 (9.09)	66 (13.72)	
<b>การมีโรคประจำตัว</b>				
ไม่มี	30 (38.96)	102 (46.36)	206 (42.83)	0.48
มี	47 (61.04)	118 (53.64)	275 (57.17)	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ตารางที่ 4.25 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับทุนทางสังคมภายใน กับปัจจัยด้านบุคคลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ One-way ANOVA พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทุนทางสังคมภายใน และปัจจัยด้านบุคคล ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)



ตารางที่ 4.25 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับทุนทางสังคมภายใน กับปัจจัยด้านบุคคลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติ One-way ANOVA

ปัจจัยด้านบุคคล	ทุนทางสังคม ภายในน้อย	ทุนทางสังคม ภายในปานกลาง	ทุนทางสังคม ภายในมาก	p-value
<b>อายุ</b>				
จำนวน (คน)	77	220	480	0.54
Mean (SD)	60.79 (10.68)	61.01 (10.04)	61.74 (9.46)	
<b>จำนวนสมาชิกในบ้าน</b>				
จำนวน (คน)	77	219	480	0.48
Mean (SD)	4.09 (1.89)	4.38 (1.68)	4.39 (2.20)	

#### 4.4.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทุนทางสังคมภายใน กับปัจจัยด้านการทำงาน

ตารางที่ 4.26 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับทุนทางสังคมภายใน กับปัจจัยด้านการทำงานที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยสถิติ Chi-square พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายในได้แก่ ความจำเป็นของรายได้จากงาน อสม. (p-value = 0.001) การอบรมในงาน อสม. (p-value = 0.006) และการได้พบปะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (p-value = 0.02)

ตารางที่ 4.26 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับทุนทางสังคมภายใน กับปัจจัยด้านการ  
ทำงานที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยสถิติ Chi-square

ปัจจัยด้านการทำงาน	ทุนทางสังคม ภายในน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ทุนทางสังคม ภายในปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ทุนทางสังคม ภายในมาก จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ความจำเป็นต้องหารายได้เพิ่ม จากทางอื่น หากไม่ได้รับเงินจาก งาน อสม.				
ไม่ใช่	15 (19.48)	82 (37.27)	121 (25.16)	0.001*
ใช่	62 (80.52)	138 (62.73)	360 (74.84)	
การอบรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ อสม. ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา				
ยังไม่เคยอบรม	20 (25.97)	59 (26.82)	73 (15.18)	0.006*
1-3 ครั้ง	24 (31.17)	82 (37.27)	187 (38.88)	
4-5 ครั้ง	12 (15.58)	37 (16.82)	91 (18.92)	
มากกว่า 5 ครั้ง	21 (27.27)	42 (19.09)	130 (27.03)	
การได้รับคำแนะนำ หรือประชุม ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน การทำงานอสม.				
น้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อปี	24 (31.17)	57 (25.91)	112 (23.28)	0.02*
3-5 ครั้ง ต่อปี	29 (37.66)	66 (30.00)	141 (29.31)	
6 – 11 ครั้ง ต่อปี	12 (15.58)	26 (11.82)	96 (19.96)	
อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	12 (15.58)	71 (32.27)	132 (27.44)	

\* = มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ตารางที่ 4.27 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับทุนทางสังคมภายใน กับปัจจัยด้าน  
การทำงานที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติ One-way ANOVA พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ  
ระดับทุนทางสังคมภายใน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน (p-value <  
0.001) โดยพบว่าระดับทุนทางสังคมภายในปานกลาง จะมีระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนสูงที่สุด

ตารางที่ 4.27 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับทุนทางสังคมภายใน กับปัจจัยด้านการทำงานเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติ One-way ANOVA

ปัจจัยด้านการทำงาน	ทุนทางสังคม ภายในน้อย	ทุนทางสังคม ภายในปาน กลาง	ทุนทางสังคม ภายในมาก	p-value
ระยะเวลาที่เป็น อสม. ใน ชุมชนแห่งนี้ จำนวน (คน) Mean (SD)	76 13.08 (7.64)	218 13.05 (8.49)	477 13.26 (7.58)	0.94
ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน แห่งนี้ จำนวน (คน) Mean (SD)	77 35.08 (13.94)	219 43.39 (17.14)	479 37.92 (18.75)	<0.001*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

#### 4.4.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทุนทางสังคมภายใน กับการปฏิบัติงานของ อสม.

ตารางที่ 4.28 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับทุนทางสังคมภายใน กับระดับการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่าระดับการปฏิบัติงานของ อสม. มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.01) กับระดับทุนทางสังคมภายใน

เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic regression พบว่าในผู้ที่มีการปฏิบัติงาน อสม. ระดับสูง มีค่าอัตราส่วนแถมต่อทุนทางสังคมภายในแต่ละระดับ OR 1.47 (95%CI 1.11 – 1.95) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการปฏิบัติงาน อสม. ในระดับต่ำ

ตารางที่ 4.28 แสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับทุนทางสังคมภายใน กับการปฏิบัติงานของ อสม. ด้วยสถิติ Chi-square

การปฏิบัติงานของอสม.	ทุนทางสังคม ภายในน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ทุนทางสังคม ภายในปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ทุนทางสังคม ภายในมาก จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ต่ำ	36 (46.75)	114 (51.82)	192 (39.92)	0.01*
สูง	41 (53.25)	106 (48.18)	289 (60.08)	

\* = มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

#### 4.4.3.4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทุนทางสังคมภายในกับปัจจัยต่าง ๆ กับของ อสม.

การหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายในของ อสม. โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple logistic regression ผู้วิจัยได้นำตัวแปรต้นที่มีความเป็นเหตุผลที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์กับตัวแปรตามได้ โดยเริ่มจากตัดตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์ กับตัวแปรต้นอื่น ๆ และไม่อธิบายตัวแปรตาม ได้แก่ สิทธิการรักษา การปฏิบัติงานของ อสม. การเข้าร่วมอบรมต่อเนื่องของ อสม. และความจำเป็นของรายได้จากงาน อสม. ด้วยเหตุผลดังเช่นเดียวกับข้อ 4.4.1.4

หลังจากนั้นได้นำตัวแปรต้นที่สำคัญ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ในขั้นตอน Bivariate analysis ที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.25 มาวิเคราะห์ ได้แก่ ที่อยู่อาศัย อาชีพปัจจุบัน สถานภาพทางเศรษฐกิจ การพบปะ ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ และระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชน นอกจากนี้ปัจจัยเพิ่มเติมที่พบความสัมพันธ์จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ระดับการศึกษา รวมทั้งหมด 6 ตัวแปร

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายใน ได้ดำเนินการดังนี้

1. ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นแบบพหุ (Multicollinearity) ของตัวแปรต้น โดยนำตัวแปรต้นมาหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรก่อน ซึ่งไม่พบปัจจัยที่มีค่าสหสัมพันธ์ (Correlation) เกิน 0.8 จากนั้นนำสมการทั้ง 6 ตัวแปร มาหาค่า VIF พบมีค่าตั้งแต่ 1.03 – 1.12 แสดงว่าตัวแปรต้นชุดนี้ไม่มีความสัมพันธ์กันเองเนื่องจากมีค่า VIF ไม่เกิน 10 และค่า Tolerance ไม่ต่ำกว่า 0.1 ดังตารางที่ 4.29 ดังนั้นจึงสามารถนำค่าตัวแปรทั้งหมดมาวิเคราะห์ Multiple logistic regression ได้

ตารางที่ 4.29 ค่า VIF ของตัวแปรต้นที่ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายใน

ตัวแปร	ค่า VIF	ค่า Tolerance
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>		
ที่อยู่อาศัย	1.11	0.90
ระดับการศึกษา	1.12	0.89
อาชีพปัจจุบัน	1.11	0.90
สถานภาพทางเศรษฐกิจ	1.08	0.93
<b>ปัจจัยด้านการทำงาน</b>		
การได้รับคำแนะนำ หรือประชุม ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการทำงาน อสม.	1.03	0.97
ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนแห่งนี้	1.06	0.94

2. วิเคราะห์ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับทุนทางสังคมภายในของ อสม. ด้วยสถิติ Multiple logistic regression

ในการค้นหาตัวแปรต้นที่ดีในการอธิบายระดับทุนทางสังคมภายในของ อสม. ได้เลือกใช้การวิเคราะห์ Multiple logistic regression โดยวิธีการเพิ่มตัวแปร (Forward selection) วิธีการคือจะคัดเลือกตัวแปรต้นเข้ามาในการวิเคราะห์ทีละตัว และทำการทดสอบว่าตัวแปรที่เข้ามานั้นสามารถพยากรณ์ตัวแปรตามได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ เรียงลำดับจากค่า p - value น้อยที่สุดจากขั้นตอน Bivariate analysis ต่อจากนั้นทำการคัดเลือกตัวแปรที่สำคัญรองลงมาเรื่อย ๆ จนกระทั่งไม่มีตัวแปรต้นเพิ่มเติมที่สามารถพยากรณ์ตัวแปรตามได้ หรือการใส่ตัวแปรต้นเพิ่มเติม ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในการอธิบายความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม จึงสิ้นสุดการเพิ่มตัวแปรในสมการ ทั้งนี้กำหนดเกณฑ์การตัดเข้าที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 4.30 แสดงผลการวิเคราะห์แบบ Forward selection model พบว่าตัวแปรต้นที่ร่วมกันอธิบายระดับทุนทางสังคมภายในของ อสม. ในภาพรวมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีอำนาจอธิบายร้อยละ 5.22 (Adjusted R<sup>2</sup> = 5.22) ประกอบด้วยตัวแปรต้น 2 ตัวแปร ได้แก่ ที่อยู่อาศัย และสถานภาพทางเศรษฐกิจ

ตารางที่ 4.30 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับทุนทางสังคมภายในของ อสม. ด้วยสถิติ Multiple logistic regression ด้วยวิธี Forward selection

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
<b>ที่อยู่อาศัย</b>		
เทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง	1.00	1.00
เทศบาลตำบล ในเขตอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นมาก หรือเขตอุตสาหกรรม	0.66 (0.36 – 1.22)	0.65 (0.35 – 1.21)
เทศบาลตำบล ในเขตอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นน้อย หรือเขตเกษตรกรรม	1.11 (0.59 – 2.11)	1.12 (0.58 – 2.13)
นอกเขตเทศบาล	<b>2.69 (1.24 – 5.83)*</b>	<b>2.37 (1.08 – 5.17)*</b>
<b>สถานภาพทางเศรษฐกิจ</b>		
มีรายได้ไม่พอใช้	1.00	1.00
มีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บ	<b>1.87 (1.11 – 3.13)*</b>	<b>1.78 (1.05 – 3.01)*</b>
มีรายได้พอใช้และมีเงินเก็บ	<b>3.59 (1.75 – 7.37)*</b>	<b>3.17 (1.53 – 6.55)*</b>

\* = มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

\*\* ความคุมโดยปัจจัยตัวแปร ประกอบด้วย ที่อยู่อาศัย และสถานภาพทางเศรษฐกิจ

จากการวิเคราะห์ Multiple logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายในของ อสม. ได้แก่

1. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้วพบว่า อสม.ที่อาศัยนอกเขตเทศบาล มีอัตราส่วนแถมต่อระดับทุนทางสังคมภายในแต่ละระดับเป็น 2.37 เท่า (95%CI = 1.08 – 5.17) เมื่อเทียบกับ อสม. ที่อาศัยในเขตเทศบาลเมือง

2. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้ว พบว่ากลุ่มที่มีรายได้พอใช้ แต่ไม่มีเงินเก็บ และกลุ่มที่มีรายได้พอใช้และมีเงินเก็บ มีอัตราส่วนแถมต่อระดับทุนทางสังคมภายในแต่ละระดับเป็น 1.78 เท่า (95%CI = 1.05 – 3.01) และ 3.17 เท่า (95%CI = 1.53 – 6.55) ตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้ไม่พอใช้และไม่มีเงินเก็บ

สรุปผลในภาพรวม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายใน ประกอบด้วย 2 ปัจจัย ได้แก่ การอาศัยนอกเขตเทศบาล และการมีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่มีรายได้พอใช้



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทุนทางสังคมของ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ และมีวัตถุประสงค์รองเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมของ อสม. และความสัมพันธระหว่างทุนทางสังคม กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในจังหวัดแห่งนี้

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ อสม. ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ที่ถูกเลือกมาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage cluster sampling) จากจำนวนทั้งสิ้น 7,645 คน แบ่งกลุ่มตามเขตที่อยู่อาศัยได้เป็น 4 กลุ่ม หลังจากนั้นสุ่มตามสัดส่วนของ อสม. ในแต่ละเขต ตามที่คำนวณได้ออกมาเป็นกลุ่ม อสม. รวม 10 กลุ่ม เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2565 โดยการแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง และผ่านระบบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ได้รับแบบสอบถามกลับมาทั้งสิ้น 778 ชุด คิดเป็นอัตราการตอบกลับที่ร้อยละ 79.5 จัดว่าเป็นหนึ่งในการศึกษาที่มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมมากที่สุด เมื่อเทียบกับการศึกษาเรื่องประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในกลุ่ม อสม. ก่อนหน้านี้<sup>14-16, 37, 45, 53</sup>

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับทุนทางสังคมของ อสม. จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติงานของ อสม. จำนวน 4 ข้อ และส่วนที่ 3 แบบสอบถามทุนทางสังคม Short Adapted Social Capital Assessment Tool (SASCAT)<sup>35</sup> นำมาแปลเป็นภาษาไทย แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ทุนทางสังคมภายนอก กิจกรรมทางสังคม และทุนทางสังคมภายใน รวม 9 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาแปลและดัดแปลงให้เข้ากับบริบทของสังคมไทย ในจังหวัดสมุทรปราการด้วยวิธี Forward and back-translation ตาม WHODAS 2.0 Translation Package<sup>49</sup> แบบสอบถามการปฏิบัติงานของ อสม. ได้มาจากการทบทวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ด้วยการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนไม่น้อยกว่า 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทำการศึกษานำร่อง (Pilot test) เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) แล้วนำข้อคิดเห็นมาปรับปรุงแบบสอบถาม ทำให้แบบสอบถามนี้เหมาะกับการใช้ประเมินทุนทางสังคมระดับบุคคล ในพื้นที่ของจังหวัดสมุทรปราการ และพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันตามสภาพสังคม และวัฒนธรรมในประเทศไทย เนื่องจากเป้าหมายของแบบสอบถาม SASCAT สำหรับใช้ในประเทศกำลังพัฒนา ขั้นตอนวิธีการแปลแบบสอบถาม การประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และการปรับปรุงหลังจากนำไปศึกษานำร่อง ให้มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ หลังจากนั้นทำการเก็บข้อมูล รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล

## 5.1 สรุปผลการวิจัย

### 5.1.1 ปัจจัยด้านบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 61 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.8) มีจำนวนสมาชิกในบ้านเฉลี่ย 4 คน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.0) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 639 คน (ร้อยละ 82.1) มีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 282 คน (ร้อยละ 36.3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานอื่น ๆ นอกเหนือจากงาน อสม. จำนวน 368 คน (ร้อยละ 47.3) ระดับสถานภาพทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ แต่ไม่มีเงินเก็บ 372 คน (ร้อยละ 47.2) สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 537 คน (ร้อยละ 69.0) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 440 คน (ร้อยละ 56.6) และโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 34.3)

### 5.1.2 ปัจจัยด้านการทำงาน

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เข้ามาเป็น อสม. มีค่าเฉลี่ย 13.8 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.8) และมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนปัจจุบัน 39.2 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.1) ส่วนใหญ่ได้เข้าร่วมอบรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงานอสม. 1-3 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา 293 คน (ร้อยละ 37.7) ส่วนใหญ่มีความจำเป็นในการใช้รายได้จากงาน อสม. 560 คน (ร้อยละ 72.0) อสม. และส่วนใหญ่มีการได้รับคำแนะนำ หรือได้ประชุมงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3-5 ครั้งต่อปี 236 คน (ร้อยละ 30.3)

### 5.1.3 ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานของ อสม.

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ให้ข้อมูลว่ามีการปฏิบัติงานในเรื่อง การให้ข้อมูล ข่าวสาร สาธารณสุข เช่น การแจ้งสิทธิ แจ้งข่าวการฉีดวัคซีน การฉีดพ่นยุงลาย ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มากที่สุด โดยมีระดับคะแนนเฉลี่ย 4.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.0) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติงานครบถ้วนหรือทุกครั้ง ในด้านนั้น ตามที่ได้รับมอบหมาย หรือมีผู้ป่วยในชุมชน และ 1 คะแนนหมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติงานในหัวข้อนั้น ๆ เลย เมื่อนำคะแนนของแต่ละบุคคลมารวมกันทั้ง 4 ข้อ และจัดแบ่งระดับ โดยใช้ค่ามัธยฐาน ในการแบ่งอันตรภาคชั้นเพื่อแบ่งระดับการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่ามีค่ามัธยฐานการปฏิบัติงานคือ 15 คะแนน (ค่าพิสัยควอไทล์ 12, 18) โดยจัดระดับเป็นกลุ่มที่มีคะแนนการปฏิบัติงาน 15 คะแนนขึ้นไป (สูง) พบว่ามีจำนวน 436 คน คิดเป็นร้อยละ 56.04 และคะแนนการปฏิบัติงานน้อยกว่า 15 คะแนน (ต่ำ) มีจำนวน 342 คน คิดเป็นร้อยละ 43.96

### 5.1.4 คะแนนทุนทางสังคมภายนอก

กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีคะแนนทุนทางสังคมภายนอกเฉลี่ยอยู่ที่ 6.1 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.5) จากคะแนนเต็ม 21 คะแนน เมื่อนำมาแยกคะแนนทุนทางสังคมเป็นรายข้อ พบว่าคะแนนการมีส่วนร่วมในชุมชน มีคะแนนสูงสุด คือ 2.3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.3 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน เมื่อดูการกระจายตัวของข้อมูลพบว่าค่ามัธยฐานของทุนทาง



สังคมภายนอกคือ 5 คะแนน (ค่าพิสัยควอไทล์ 4, 8) เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างเพียงพอ และเพื่อลดความลำเอียงในการจัดแบ่งกลุ่ม (Misclassification bias) จึงแบ่งกลุ่มโดยตัดผู้ที่ได้คะแนนมัธยฐานออก ซึ่งมีจำนวน 132 คน เหลือ 646 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่มีคะแนนทุนทางสังคมภายนอกน้อยกว่า 5 คะแนน (น้อย) มีจำนวน 303 คน คิดเป็นร้อยละ 46.9 และกลุ่มที่มีคะแนนทุนทางสังคมภายนอกมากกว่า 5 คะแนน (มาก) มีจำนวน 343 คน คิดเป็นร้อยละ 53.1

### 5.1.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายนอกของ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ

จากการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านการทำงาน โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple logistic regression ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบ Forward selection พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายนอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่

1. ปัจจัยเรื่องที่อยู่อาศัย พบว่า อสม. ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล มีอัตราส่วนแถมต่อเพิ่มระดับทุนทางสังคมภายนอกเป็น 2.28 เท่า (95%CI = 1.43 – 3.65) เมื่อเทียบกับ อสม. ที่อาศัยในเขตเมือง
2. ปัจจัยเรื่องรายได้ พบว่า อสม. ที่มีรายได้พอใช้และมีเงินเก็บ มีอัตราส่วนแถมต่อระดับทุนทางสังคมภายนอกเป็น 2.50 เท่า (95%CI = 1.54 – 4.06) เมื่อเทียบกับ อสม. ที่มีรายได้ไม่พอใช้และไม่มีเงินเก็บ
3. ปัจจัยเรื่องอายุ พบว่าทุก ๆ อายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปีของ อสม. มีอัตราส่วนแถมต่อการเพิ่มขึ้นของระดับทุนทางสังคมภายนอกเป็น 1.03 เท่า (95%CI = 1.01 – 1.05)
4. ปัจจัยเรื่องความถี่ของการพบปะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่าผู้ที่มีความถี่ของการพบปะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 - 5 ครั้งต่อปี 6 - 11 ครั้งต่อปี และตั้งแต่ 12 ครั้งขึ้นไป มีอัตราส่วนแถมต่อเพิ่มระดับทุนทางสังคมภายนอกเป็น 2.58 เท่า (95%CI = 1.62 – 4.10) 2.74 เท่า (95%CI = 1.60 – 4.71) และ 3.99 เท่า (95%CI = 2.44 – 6.54) ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความถี่พบปะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี
5. ปัจจัยเรื่องระยะเวลาที่เข้ามาเป็น อสม. พบว่าทุก ๆ ระยะเวลาที่เป็น อสม. เพิ่มขึ้น 1 ปี มีอัตราส่วนแถมต่อระดับทุนทางสังคมภายนอกเป็น 1.04 เท่า (95%CI = 1.01 – 1.06)

### 5.1.6 ระดับกิจกรรมทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างโดยรวมส่วนใหญ่ มีระดับกิจกรรมทางสังคมเต็ม 2 คะแนน หมายถึง มีการพูดคุย แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ร่วมกับคนในชุมชน และ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ หรือมีระดับกิจกรรมทางสังคมระดับดี จำนวน 599 คน คิดเป็นร้อยละ 77.0 รองลงมาคือมี 1 คะแนน หรือระดับกิจกรรมทางสังคมปานกลาง จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 นอกจากนี้คือไม่มีคะแนนกิจกรรมทางสังคม

### 5.1.7 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางสังคมของ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ

จากการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านการทำงาน โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple logistic regression ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบ Forward selection พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางสังคม ( $p$ -value < 0.05) ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยเรื่องที่อยู่อาศัย พบว่า การอยู่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลในอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นน้อย เทศบาลตำบลในอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นมาก และเขตเมือง มีอัตราส่วนแถมต่อเพิ่มระดับกิจกรรมทางสังคมแต่ละระดับเป็น 2.44 เท่า (95%CI = 1.50 – 3.98) 1.77 เท่า (95%CI = 1.07 – 2.92) และ 2.05 เท่า (95%CI = 1.27 – 3.31) ตามลำดับ เมื่อเทียบกับการอาศัยนอกเขตเทศบาล
2. ปัจจัยเรื่องระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีจบการศึกษาระดับมัธยมปลาย และปริญญาตรีขึ้นไป มีอัตราส่วนแถมต่อเพิ่มระดับกิจกรรมทางสังคมแต่ละระดับเป็น 2.06 เท่า (95%CI = 1.21 – 3.52) และ 2.38 เท่า (95%CI = 1.12 – 5.07) ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
3. ปัจจัยเรื่องระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนแห่งนี้ พบว่า ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน ทุก ๆ 1 ปี ที่เพิ่มขึ้น มีอัตราส่วนแถมต่อของแต่ละระดับของกิจกรรมทางสังคมเป็น 0.98 เท่า (95%CI = 0.97 – 0.99)

### 5.1.7 ระดับทุนทางสังคมภายใน

กลุ่มตัวอย่างโดยรวมส่วนใหญ่ มีคะแนนทุนทางสังคมภายในเต็ม 4 คะแนน จาก 4 คะแนน หรือมีระดับทุนทางสังคมภายในมาก จำนวน 481 คน คิดเป็นร้อยละ 61.8 รองลงมาเป็นทุนทางสังคมภายใน 3 คะแนน หรือระดับทุนทางสังคมภายในปานกลาง 220 คน ร้อยละ 28.3 และที่เหลือเป็นกลุ่มที่มีระดับทุนทางสังคมภายในน้อย

### 5.1.8 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายในของ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ

จากการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านการทำงาน โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple logistic regression ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบ Forward selection พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายใน ( $p$  – value < 0.05) ประกอบด้วย 2 ปัจจัยดังนี้

1. ที่อยู่อาศัย พบว่า อสม.ที่อาศัยนอกเขตเทศบาล มีอัตราส่วนแถมต่อระดับทุนทางสังคมภายในแต่ละระดับเป็น 2.37 เท่า (95%CI = 1.08 – 5.17) เมื่อเทียบกับ อสม. ที่อาศัยในเขตเทศบาลเมือง

2. รายได้ พบว่ากลุ่มที่มีรายได้พอใช้ แต่ไม่มีเงินเก็บ และกลุ่มที่มีรายได้พอใช้และมีเงินเก็บ มีอัตราส่วนแถมต่อระดับทุนทางสังคมภายในแต่ละระดับเป็น 1.78 เท่า (95%CI = 1.05 – 3.01) และ 3.17 เท่า (95%CI = 1.53 – 6.55) ตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้ไม่พอใช้และไม่มีเงินเก็บ

### 5.1.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน และทุนทางสังคมของ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงานของ อสม. และทุนทางสังคม พบว่าการปฏิบัติงานของ อสม. มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายนอก ( $p$ -value < 0.01) ระดับกิจกรรมทางสังคม ( $p$ -value < 0.01) และระดับทุนทางสังคมภายใน ( $p$ -value < 0.05) เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square

เมื่อนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง การปฏิบัติงานของ อสม. และทุนทางสังคมทั้ง 3 มิติ ด้วยสถิติ การถดถอยโลจิสติก พบว่า ผู้ที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง มีอัตราส่วนแถมต่อทุนทางสังคมภายนอก OR 2.12 (95%CI 1.55 – 2.90) มีอัตราส่วนแถมต่อแต่ละระดับของกิจกรรมทางสังคม OR 3.43 (95%CI 2.42 – 4.47) และมีอัตราส่วนแถมต่อแต่ละระดับของทุนทางสังคมภายใน OR 1.47 (95%CI 1.11 – 1.95) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ

## 5.2 อภิปรายผล

### 5.2.1 ทุนทางสังคมของ อสม. ในภาพรวม

ในด้านทุนทางสังคมภายนอก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทุนทางสังคมภายนอกมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 6.1 คะแนน โดยเมื่อนำมาแบ่งรายชื่อแล้วพบว่า คะแนนการมีส่วนร่วมในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 2.3 คะแนน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้า ในประเทศลาว<sup>37</sup> ที่พบว่าในเรื่องทุนทางสังคมภายนอก การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลจะมีคะแนนสูงที่สุด และคะแนนรวมทุนทางสังคมภายนอกมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าประเทศลาว แต่อย่างไรก็ตามสามารถอธิบายได้ด้วยพื้นที่เก็บข้อมูล ซึ่งในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เก็บข้อมูลในพื้นที่หลากหลาย ซึ่งมีทั้งเขตเทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และนอกเขตเทศบาล ซึ่งมีระดับความหนาแน่นของประชากรตั้งแต่หนาแน่นมาก จนถึงหนาแน่นน้อย แตกต่างจากในประเทศลาวซึ่งเก็บแต่เพียงในชนบทเป็นหลัก

ด้านทุนกิจกรรมทางสังคม กลุ่มตัวอย่างโดยรวม มีระดับกิจกรรมทางสังคม 2 คะแนน จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน หมายถึง มีการพูดคุย แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ร่วมกับคนในชุมชน และ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ เมื่อเปรียบเทียบกับสำรวจทุนทางสังคมใน อสม. บริเวณชนบทของประเทศลาว พบว่าในการศึกษานี้มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า การศึกษาของ Yu Sato และคณะ<sup>37</sup> ซึ่งใช้แบบสอบถามเดียวกัน ที่มีคะแนนกิจกรรมทางสังคมเฉลี่ยที่ 1.3 คะแนน และสอดคล้องกับที่อยู่อาศัยของ อสม. โดยในการศึกษานี้พบว่า ผู้ที่อยู่อาศัยในเขตเมือง จะมีระดับกิจกรรมทางสังคมสูงกว่า ผู้ที่อาศัยนอก

เขตเมือง อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสามารถอธิบายได้จาก มิติของทุนทางสังคมในแนวราบ (Bonding social capital) โดยการรวมกลุ่มกันที่แน่นแฟ้นกันที่มากเกินไป เป็นสาเหตุทำให้เกิดการกีดกันคนนอก การจำกัดอิสระส่วนบุคคล ความรู้สึกเกรงใจ ซึ่งอาจเกิดปัญหาวังวนของความเลวร้ายได้<sup>34</sup>

ด้านทุนทางสังคมภายใน กลุ่มตัวอย่างโดยรวมส่วนใหญ่มีคะแนนทุนทางสังคมภายใน 4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 61.8 และมีคะแนนเฉลี่ย 3.48 คะแนน ต่ำกว่าการศึกษาในชนบทของประเทศลาวโดย Yu Sato และคณะ<sup>37</sup> ซึ่งใช้แบบสอบถามชนิดเดียวกัน สอดคล้องกับปัจจัยด้านที่อยู่อาศัย โดยในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาล มีระดับทุนทางสังคมภายใน มากกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเมืองอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศกาน่า โดย Adjaye Gbewonyo และคณะ<sup>54</sup> พบว่าผู้ที่อาศัยในชนบท มีระดับทุนทางสังคมภายใน สูงกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเมืองเช่นกัน โดยทุนทางสังคมภายในนี้ เป็นปัจจัยบวกที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงานของ อสม. เนื่องจากเมื่อมีความเชื่อถือต่อกันและกันแล้ว จะเป็นแรงบันดาลใจอย่างหนึ่งของ อสม. ในการปฏิบัติงานให้กับคนในชุมชน<sup>37</sup>

ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมภายนอก กิจกรรมทางสังคม และทุนทางสังคมภายใน ใน การศึกษานี้ พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อกัน โดยระดับทุนทางสังคมภายนอก และระดับกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ระดับทุนทางสังคมภายนอกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับทุนทางสังคมภายในอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.01$ ) และระดับกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับระดับทุนทางสังคมภายใน ( $p\text{-value} < 0.01$ ) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมในแต่ละหัวข้อนี้ ควรมีการนำไปศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

### 5.2.2 ทุนทางสังคมภายนอกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายนอก

ความสัมพันธ์ระหว่างที่อยู่อาศัย และทุนทางสังคมภายนอก พบว่าการอาศัยอยู่ นอกเขตเทศบาล เพิ่มอัตราส่วนแต่มีระดับทุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลเมือง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Adjaye Gbewonyo และคณะ<sup>54</sup> พบว่าระดับทุนทางสังคมภายนอก (Sociability) ของผู้สูงอายุในประเทศกาน่าที่อาศัยอยู่นอกเมือง มีระดับสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเมือง ซึ่งได้อธิบายเหตุผลว่าเนื่องจากหลายปัจจัย เช่น จำนวนคนในบ้าน ทุนทางสังคมในระดับชุมชนที่สูงกว่า และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสัมพันธ์ต่อกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ และทุนทางสังคมภายนอก พบว่าผู้ที่มีรายได้พอใช้และมีเงินเก็บ มีระดับทุนทางสังคมภายนอกมากกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่พอใช้ จากการศึกษาเรื่องทุนทางสังคมก่อนหน้านี้ในประเทศไทย โดย สมบูรณ์ จันทร์พงศ์ และคณะ<sup>24</sup> พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคม แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาโดย Md Zabir Hasan และคณะ<sup>20</sup> ทำการศึกษาทุนทางสังคมในอินเดีย พบว่า เพศชาย มีทุนทางสังคมมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากมีความแตกต่างกันในเรื่องรายได้

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Trudy Harpham และคณะ<sup>39</sup> ซึ่งพบว่าการมีหนี้ เป็นปัจจัยลบต่อระดับทุนทางสังคม

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ และทุนทางสังคมภายนอก พบว่าอายุที่มากขึ้น มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับทุนทางสังคมภายนอก โดยการศึกษาที่ก่อนหน้านี้พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระดับทุนทางสังคมภายนอก<sup>55</sup> โดยเฉพาะการมีทุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นจากการทำงานหรืออาชีพ ซึ่งสามารถอธิบายได้ในเรื่องของระยะเวลาที่เข้ามาเป็น อสม. ในชุมชนแห่งนี้ เช่นเดียวกัน โดยผู้ที่มีระยะเวลาของการเป็น อสม. นานมากขึ้น จะมีทุนทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งตรงกับการศึกษาของสมบูรณ์ จันทร์พงศ์ และคณะ<sup>24</sup> ทำการศึกษาในชุมชนเกษตรกรรมพบว่า ผู้ที่มีระยะเวลาตั้งถิ่นฐานในชุมชนที่นานขึ้น จะมีทุนทางสังคมเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ Nan Lu และคณะ<sup>56</sup> พบว่าประโยชน์ของทุนทางสังคมภายนอกที่มากขึ้น คือมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการใช้ชีวิตอย่างอิสระของผู้สูงอายุที่มากขึ้นได้

ความสัมพันธ์ระหว่างการพูดคุย พบปะ หรือพูดคุยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกับกับการศึกษาของ Tosuke Inoue และคณะ<sup>16</sup> ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าทุนทางสังคมแนวตั้ง (Bridging social capital) คือการพบปะระหว่าง อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถือเป็นหนึ่งในการเพิ่มทุนทางสังคมของตัว อสม. เอง และทุนทางสังคมแนวตั้งนี้ ยังเป็นการช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับตัว อสม. และทำให้มีโอกาสเป็นที่รู้จักกับคนในชุมชนได้เพิ่มเติมอีกด้วย

### 5.2.3 กิจกรรมทางสังคม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางสังคม

ในการศึกษานี้พบว่า ผู้ที่อยู่อาศัยในเขตเมือง จะมีระดับกิจกรรมทางสังคมสูงกว่า ผู้ที่อาศัยนอกเขตเมือง อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับคะแนนกิจกรรมทางสังคมในการศึกษานี้ที่ได้ค่าเฉลี่ยสูงกว่า การสำรวจทุนทางสังคมในประเทศลาว ที่ใช้แบบสอบถามเดียวกัน<sup>37</sup> ซึ่งสามารถอธิบายได้จาก มิติของทุนทางสังคมในแนวราบ (Bonding social capital) โดยการรวมกลุ่มกันที่แน่นแฟ้นกันที่มากเกินไป เป็นอาจเป็นปัจจัยลบ ทำให้เกิดความรู้สึกเกรงใจ และจำกัดอิสระส่วนบุคคล<sup>34</sup> และในการศึกษานี้ยังพบว่า ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน ส่งผลเป็นปัจจัยลบต่อระดับกิจกรรมทางสังคม แต่ส่งผลบวกต่อระดับทุนทางสังคมภายนอก ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมภายนอก และกิจกรรมทางสังคมควรมีการศึกษาต่อในอนาคต

ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา และระดับกิจกรรมทางสังคม จากการศึกษาพบว่า การศึกษาเป็นปัจจัยเชิงบวก ต่อระดับกิจกรรมทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาที่ก่อนหน้านี้ ซึ่งพบว่าการศึกษามีผลต่อระดับทุนทางสังคมในด้านบรรทัดฐาน และทุนทางสังคมโดยรวม<sup>20, 24</sup> แต่อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าการศึกษาอาจเป็นทั้งปัจจัยบวก และปัจจัยลบต่อระดับทุนทางสังคมได้ ซึ่งยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัด<sup>39</sup>

#### 5.2.4 ทูทางสังคมภายใน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายใน

ในการศึกษานี้พบว่าผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาล มีระดับทุนทางสังคมภายใน มากกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเมืองอย่างมีนัยสำคัญ ดังที่อธิบายเหตุผลข้างต้นแล้ว นอกจากนี้ยังพบ ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ และระดับทุนทางสังคมภายใน โดยการมีรายได้ที่พอใช้ เป็นปัจจัยบวกต่อระดับทุนทางสังคมภายใน ดังเช่นการศึกษาก่อนหน้านี้ที่กล่าวถึงการเป็นหนี้ หรือรายได้ต่ำ เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระดับทุนทางสังคมลดลง<sup>20, 39</sup>

#### 5.2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม และการปฏิบัติงานของ อสม.

กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของการปฏิบัติงาน จากการประเมินด้วยตนเอง เท่ากับ 15 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน จากนั้นจึงแบ่ง อสม. ออกเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้ค่ามัธยฐาน โดยกลุ่มที่มีคะแนนการปฏิบัติงาน 15 คะแนนขึ้นไป จัดเป็นกลุ่มมีการปฏิบัติงานที่ดี พบว่าการปฏิบัติงานที่ดี มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมที่มากขึ้น ทั้งระดับทุนทางสังคมภายนอก ระดับกิจกรรมทางสังคม และระดับทุนทางสังคมภายใน สอดคล้องกับการศึกษาของ Yu Sato และคณะ<sup>37</sup> ที่พบว่าการปฏิบัติงานของ อสม. สัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคม โดยการมีกิจกรรมทางสังคมที่มากขึ้น หมายถึง มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่สูงขึ้น สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ที่มีความรับผิดชอบมากขึ้น และทุนทางสังคมภายในที่มากขึ้น หมายถึง มีความเชื่อถือ ไว้วางใจ ต่อคนในชุมชน รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนมากขึ้น ทำให้มีแรงบันดาลใจที่เพิ่มมากขึ้นในการทำงาน

รวมทั้งผลการศึกษาที่ได้นี้ สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก เรื่องแนวทงนโยบายระบบสุขภาพ อสม. โดยพบว่าผู้ที่ได้รับการยอมรับจากชุมชน หรือมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับชุมชน จะเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน อสม. และแนะนำให้ใช้เป็นหนึ่งนในเกณฑ์คัดเลือกเพื่อเข้ามาเป็น อสม.<sup>3, 8</sup>

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### 5.3 จุดแข็งของการวิจัย

1.) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นครั้งแรกที่มีแปลแบบสอบถามประเมินทุนทางสังคมในระดับบุคคล ที่ผ่านการวิเคราะห์ความเที่ยงตรง และความน่าเชื่อถือในหลายประเทศ ซึ่งการประเมินทุนทางสังคมในระดับบุคคลนี้ยังไม่มีแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐาน หรือแบบสอบถามที่องค์กรนานาชาติให้การยอมรับ แบบสอบถาม Short Adapted Social Capital Assessment Tool (SASCAT)<sup>35</sup> นี้เป็นหนึ่งในแบบสอบถามที่ผ่านการวิเคราะห์ความเที่ยงตรง และความน่าเชื่อถือแบบสอบถามมากที่สุด ที่ใช้สำหรับประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งในการศึกษานี้เป็นครั้งแรกที่นำมาแปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้ในประเทศไทย โดยเครื่องมือนี้ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) ด้วยวิธีหาค่าดัชนีสอดคล้อง (Index of item objective congruence : IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิตั้งน้อย 3 ท่าน และนำไปทำการศึกษานำร่อง (Pilot test)

เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทำให้ได้แบบประเมินที่เหมาะสมกับการใช้ประเมินทุนทางสังคม ในกลุ่ม อสม. ของจังหวัดสมุทรปราการ

2.) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการประเมินทุนทางสังคมในระดับบุคคล ยังมีข้อมูลอย่างจำกัดในประเทศไทย การศึกษานี้เป็นการศึกษาครั้งแรกที่มีการประเมินทุนทางสังคมในระดับบุคคลในประเทศไทย และเป็นการประเมินทุนทางสังคมครั้งแรกในกลุ่ม อสม. ซึ่งเป็นอาชีพที่ต้องเกี่ยวข้องกับในชุมชน และเป็นครั้งแรกของไทยที่มีการหาความสัมพันธ์ระหว่าง ทุนทางสังคม กับการปฏิบัติงานของอสม. เพื่อใช้เป็นหนึ่งในเกณฑ์ที่แนะนำในการคัดเลือก อสม. ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization)<sup>(8)</sup>

#### 5.4 ข้อจำกัดการทำวิจัย

1.) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ แปรมาจาก Short Adapted Social Capital Assessment Tool (SASCAT)<sup>35</sup> ซึ่งใช้ในการประเมินทุนทางสังคมระดับบุคคลในประเทศกำลังพัฒนา ยังไม่มีเกณฑ์การแปลผลที่ชัดเจน ในแต่ละประเทศ การแปลผลในการศึกษานี้จึงแบ่งระดับแบบอิงกลุ่ม โดยแบ่งเป็นควอไทล์ ดังนั้นหากมีการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในประชากรกลุ่มอื่น อาจต้องระมัดระวังในการแปลผล และหากมีการนำแบบสอบถามนี้ ไปใช้ในกลุ่มประชากรอื่น หรือในสถานที่อื่น อาจต้องมีการแก้ไขแบบสอบถาม เพื่อให้เข้าบริบทของสังคมในพื้นที่นั้น

2.) การแปลผลของเครื่องมือ Short Adapted Social Capital Assessment Tool (SASCAT) ต้องทำการแยกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ทุนทางสังคมภายนอก กิจกรรมทางสังคม และทุนทางสังคมภายใน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าไม่สามารถนำคะแนนในแต่ละด้านมารวมกันได้ ทำให้มีความลำบากในการสื่อสารผลการศึกษาระดับทุนทางสังคม ซึ่งเป็นข้อจำกัดของเครื่องมือนี้

3.) รูปแบบการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ซึ่งสามารถบอกได้ถึงความสัมพันธ์ และขนาดของปัญหา แต่ยังไม่สามารถบอกถึงความเป็นเหตุผลของปัจจัยต่าง ๆ และระดับทุนทางสังคมได้ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ศึกษา ปัจจัยซึ่งอาจมีผลต่อระดับทุนทางสังคม ในขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรม

4.) เนื่องจากแบบสอบถามประเมินทุนทางสังคม และการปฏิบัติงานของ อสม. อาจทำให้เกิดความลำเอียงในการตอบแบบสอบถามตามความปรารถนาของสังคม (Social preference bias) ทำให้ค่าที่ได้ อาจไม่ตรงกับความจริง และผู้ตอบแบบสอบถามอาจกังวลเรื่องผลกระทบต่อตำแหน่งหน้าที่ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไข คือมีการอธิบาย วัตถุประสงค์ก่อนการแจกแบบสอบถาม ไม่ระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม และมีการรักษาความลับของผู้ตอบแบบสอบถาม

5.) ในการตอบกลับแบบสอบถาม ถึงแม้ว่าจะมีอัตราการตอบแบบสอบถามรวมที่ดี คือร้อยละ 79.5 แต่เมื่อแยกเป็นรายกลุ่มย่อยแล้วมีอัตราการตอบกลับแบบสอบถามที่ไม่เท่ากัน ได้แก่ กลุ่มเทศบาลตำบลขนาดเล็กมีอัตราตอบกลับถึงร้อยละ 93.0 แต่กลุ่มเทศบาลนคร หรือเทศบาลเมือง มี

อัตราตอบกลับเพียงร้อยละ 63.5 ซึ่งอาจจะส่งผลต่อความเป็นตัวแทนกลุ่มตัวอย่างที่แท้จริงของแต่ละกลุ่มได้

6.) การศึกษานี้เป็นการศึกษาทุนทางสังคมในระดับบุคคล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในกลุ่มตัวอย่าง อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ ประเทศไทย ซึ่งยังไม่มีการศึกษาที่ทำในประเทศไทย หรือจังหวัดสมุทรปราการก่อนหน้านี้ และยังไม่มีการศึกษาทุนทางสังคมในกลุ่มประชากร อสม. ในประเทศไทย ทำให้ปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มาจากการศึกษาในประเทศอื่น พื้นที่อื่น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ที่ทำการศึกษา นอกจากนี้ลักษณะกลุ่ม ครอบครัว หรือชุมชน ความสัมพันธ์ที่มีต่อกันในแต่ละพื้นที่อาจแตกต่างกัน การนำแบบสอบถามที่ผ่านการทำในประเทศอื่น มาใช้ในบริบทประเทศไทยอาจทำให้มีความคลาดเคลื่อนในการตอบแบบสอบถามได้ ซึ่งผู้วิจัยได้แก้ปัญหาโดยแปลแบบสอบถามตามมาตรฐาน WHODAS 2.0 รวมทั้งผ่านการประเมินความเที่ยงตรงของเนื้อหา และความน่าเชื่อถือ เพื่อให้แบบสอบถามเหมาะสมต่อการใช้ในบริบทของพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ ให้มากที่สุด

## 5.5 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยนี้

1.) จากผลการศึกษาพบว่าทุนทางสังคมเป็นปัจจัยบวก สามารถนำทุนทางสังคมและปัจจัยด้านการทำงานของ อสม. ไปใช้เป็นหนึ่งในเกณฑ์เพื่อคัดเลือก อสม. ต่อไป โดยจะเห็นได้ว่า การคัดกรองด้วยคำถาม เช่น คำถามทุนทางสังคมภายนอก กิจกรรมทางสังคม และทุนทางสังคมภายใน ซึ่งใช้เวลาตอบไม่เกิน 5 นาที<sup>35</sup> สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในโครงการ อสม. ได้

2.) จากผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานของ อสม. มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ ระดับทุนทางสังคมภายนอก กิจกรรมทางสังคม ระดับทุนทางสังคมภายใน การพบปะ และได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความจำเป็นของรายได้จากงาน อสม. และระดับการศึกษา ซึ่งอาจใช้เกณฑ์เหล่านี้ มาใช้ประกอบการคัดเลือก อสม. เพื่อให้โครงการอสม. มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.) จากผลการศึกษาพบว่า ระดับทุนทางสังคมภายนอก และระดับทุนทางสังคมภายในมีความสัมพันธ์กับระดับรายได้ ดังนั้นการเพิ่มระดับทุนทางสังคมที่มากขึ้น สัมพันธ์กับการมีรายได้พอใช้ และมีเงินเก็บ การเพิ่มระดับรายได้ และเงินออมเป็นสิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องทุกคนได้พยายามทำมาตลอดอยู่แล้ว การช่วยเพิ่มทุนทางสังคมภายนอก และทุนทางสังคมภายใน จะเป็นการช่วยเพิ่มระดับรายได้ และการมีเงินออมอีกทางหนึ่ง

4.) จากผลการศึกษาพบว่า ความถี่ที่ได้พบปะเจ้าหน้าที่ และระยะเวลาที่เป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายนอก และทั้ง 3 ปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์เป็นปัจจัยบวก ต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ดังนั้นการพยายามเพิ่มทั้ง 3 ปัจจัยนี้ จะเป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของ อสม.



5.) จากผลการศึกษาพบว่า การศึกษาที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางสังคม ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรมีการสนับสนุนทั้งการศึกษา และสภาพแวดล้อมที่อำนวยความสะดวกทางสังคม หน้าที่พลเมือง เพื่อให้เป็นปัจจัยบวกต่อกันและกัน

## 5.6 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.) จากการศึกษาในครั้งนี้ ทำการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) จึงสามารถบอกถึงความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ และขนาดของปัญหา แต่ไม่สามารถบอกถึงความเป็นเหตุผล ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อทุนทางสังคมได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป อาจทำการศึกษาในรูปแบบเชิงวิเคราะห์ เช่น การศึกษาไปข้างหน้า (Cohort study) เพื่อจะสามารถบอกความเป็นเหตุ เบ็ดผล ของตัวแปรต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

2.) เครื่องมือ แบบประเมินทุนทางสังคมใน อสม. จังหวัดสมุทรปราการที่ใช้นี้ ยังไม่มีเกณฑ์การวัด แบบอิงเกณฑ์ที่แน่ชัด ดังนั้นหากมีการทำการศึกษาเพิ่มมากขึ้น หรือศึกษาเพื่อหาเกณฑ์แปลผลของเครื่องมือที่เหมาะสม จะส่งผลให้แบบประเมินนี้สามารถนำไปใช้ได้อย่างแพร่หลาย มีการแปลผลง่ายต่อผู้ที่ทำการศึกษาต่อไปในอนาคตมากยิ่งขึ้น

3.) เครื่องมือแบบประเมินทุนทางสังคม ยังไม่มีแบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งการนำไปใช้ในแต่ละกลุ่มบุคคล แต่ละพื้นที่ มีความเหมาะสมแตกต่างกันในแต่ละชุดเครื่องมือ แบบประเมินทุนทางสังคมที่แปลมาใช้ในการศึกษานี้เหมาะสำหรับการศึกษาในกลุ่มบุคคล ในประเทศกำลังพัฒนาที่ยังต้องพึ่งพาอาศัยกันอย่างไม่เป็นทางการ<sup>35</sup> หากในอนาคตเมืองมีการพัฒนามากขึ้น หรือสามารถใช้ประสิทธิภาพพลไกของรัฐได้มากขึ้น แบบประเมินทุนทางสังคมนี้อาจไม่ใช่ตัวเลือกแรก ในการประเมินทุนทางสังคมในระดับบุคคล

4.) อาจมีการศึกษาเปรียบเทียบในพื้นที่จังหวัดต่าง ๆ หรือมีการเปรียบเทียบกันระหว่างเขตเมือง และชนบท เพื่อให้เห็นถึงระดับทุนทางสังคม และปัจจัยที่สัมพันธ์กับทุนทางสังคม ในประชากรกลุ่มเดียวกัน เพื่อให้เห็นภาพรวมของทุนทางสังคมในแต่ละพื้นที่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เข้าใจในเรื่องนี้ได้มากยิ่งขึ้น



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

## บรรณานุกรม

1. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. ใน: 136, บรรณาธิการ. 56 ก. กรุงเทพมหานคร: ราชกิจจานุเบกษา; 2019. น. 165-85.
2. Perry HB, Zulliger R, Rogers MM. Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: An overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. Annual review of public health. 2014;35:399-421.
3. Lehmann U, Sanders D. Policy brief: Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Geneva: World Health Organization, Health DoHRf;2007 January 2007.
4. Office IL. International standard classification of occupations: Structure, group definitions and correspondence tables. เล่ม 1. Geneva: International Labour Office; 2012.
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มืออสม.ยุคใหม่. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2011. 34 น.
6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มืออสม.หมอประจําบ้าน. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2019. 41 น.
7. Javanparast S, Windle A, Freeman T, Baum F. Community health worker programs to improve healthcare access and equity: Are they only relevant to low-and middle-income countries?. International Journal of Health Policy and Management 2018;7(10):943-54.
8. Organization WH. Who guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. World Health Organization; 2018.
9. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พ.ศ. 2552. ใน: กระทรวงสาธารณสุข, บรรณาธิการ. 2009.
10. Narkvichien M. Thailand’s 1 million village health volunteers- “unsung heroes”- are helping guard communities nationwide from covid-19. 28 Aug 2020. Thailand: World Health Organization; 2020.

11. Kauffman KS, Myers DHJlions. The changing role of village health volunteers in northeast thailand: An ethnographic field study. 1997;34(4):249-55.
12. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. อสม.อาสาสมัครสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2021. จำนวนผู้ลงทะเบียน Mobile Application SMART อสม; 2021 [เข้าถึงเมื่อ 3 September]. เข้าถึงได้จาก: <http://xn--y3cri.com/defaults/registered>
13. Kawakatsu Y, Sugishita T, Tsutsui J, Oruenjo K, Wakhule S, Kibosia K, et al. Individual and contextual factors associated with community health workers' performance in nyanza province, kenya: A multilevel analysis. BMC health services research. 2015;15(1):1-10.
14. Kansal S, Kumar S, Kumar A. Is educational level of asha matters for their effective functioning? A cross-sectional study in eastern uttar pradesh. Indian Journal of Community Health. 2012;24(1):41-4.
15. Alam K, Tasneem S, Oliveras E. Performance of female volunteer community health workers in dhaka's urban slums-a case-control study. Social Science and Medicine. 2011.
16. Inoue Y, Takahashi D, Kondo N, Yoshii A, Sekihara M, Hombhanje FW, et al. Village health volunteers' individual social capital and caretakers' health service utilization for febrile children in malaria-endemic villages in papua new guinea. Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine Hygiene. 2017;111(11):490-6.
17. Putnam R. The prosperous community: Social capital and public life. The american prospect. 1993;13(Spring, Vol. 4. Available online: <http://www.prospect.org/print/vol/13>).
18. Rocco L, Suhrcke M. Is social capital good for health?: A european perspective. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Copenhagen; 2012.
19. Kawachi I, Subramanian SV, Kim D. Social capital and health. in. Social capital and health. Springer; 2008. p. 1-26.
20. Hasan MZ, Leoutsakos J-M, Story WT, Dean LT, Rao KD, Gupta S. Exploration of factor structure and measurement invariance by gender for a modified shortened adapted social capital assessment tool in india. Frontiers in psychology. 2019;10:2641.

21. Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social capital and health: A review of prospective multilevel studies. *Journal of epidemiology*. 2012;1203140304-.
22. สำนักงานจังหวัดสมุทรปราการ. แผนปฏิบัติการประจำปี ของจังหวัดสมุทรปราการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. สมุทรปราการ, สำนักงานจังหวัดสมุทรปราการ ก;พ.ศ. 2564.
23. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. รายชื่อ อสม. ที่อยู่ในฐานข้อมูล ปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2021 2021 [เข้าถึงเมื่อ 17 September 2021]. เข้าถึงได้จาก:  
<http://www.thaiphc.net/thaiphcweb/index.php?r=staticContent/show&id=1>
24. สมบูรณ์ จันทร์พงษ์. การสำรวจทุนทางสังคมของชุมชน: กรณีศึกษาหมู่บ้านมอญ ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. มหาวิทยาลัย ศิลปากร; 2011.
25. Courtright P, Biggs-Jarrell B. Village health volunteers: Key issues facing agencies in malawi. *Malawi Medical Journal*. 1992;8(2):67-9.
26. Linn NYY, Kathirvel S, Das M, Thapa B, Rahman MM, Maung TM, et al. Are village health volunteers as good as basic health staffs in providing malaria care? A country wide analysis from myanmar, 2015. *Malaria journal*. 2018;17(1):1-12.
27. Kowitt SD, Emmerling D, Fisher EB, Tanasugarn C. Community health workers as agents of health promotion: Analyzing thailand's village health volunteer program. *Journal of Community Health*. 2015;40(4):780-8.
28. Lewin SA, Dick J, Pond P, et al. Lay health workers in primary and community health care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(1):CD004015. Published 2005 Jan 25. doi:10.1002/14651858.CD004015.pub2
29. Phengjard J, Jiewprasat K, Peerakavee N. Experience of volunteer health workers. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2020;13(2):114-28.
30. Coleman JS. Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology*. 1988;94:S95-S120.
31. . Social capital assessment tool. Conference on social capital and poverty reduction; 1999: World Bank Washington, DC.
32. Intria M. Social capital. *Journal Nakhon Si Thammarat Rajabhat University*. 2017;9(2):14-25.

33. เกษรศิริ อรุณชัยพร. ทูทางสังคม. วารสารวิทยาลัยสงฆ์นครลำปาง. 2016;5(2).
34. สีนาด ตริ์วรรณไชย. ทูทางสังคม: ความหมายและความสำคัญ. 14-01-2005.  
กรุงเทพมหานคร: ประชาไท; 2005.
35. De Silva MJ, Harpham T, Tuan T, Bartolini R, Penny ME, Huttly SR. Psychometric and cognitive validation of a social capital measurement tool in peru and vietnam. *Social Science and Medicine*. 2006;62(4):941-53.
36. Grootaert C. Measuring social capital: An integrated questionnaire. World Bank Publications; 2003.
37. Sato Y, Pongvongsa T, Nonaka D, Kounnavong S, Nansounthavong P, Moji K, et al. Village health volunteers' social capital related to their performance in lao people's democratic republic: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2014;14(1):1-9.
38. Agampodi TC, Agampodi SB, Glozier N, Lelwala T, Sirisena K, Siribaddana S. Development and validation of the social capital assessment tool in pregnancy for maternal health in low and middle income countries (lscat-mh). *BMJ open*. 2019;9(7):e027781.
39. Harpham T, Grant E, Thomas E. Measuring social capital within health surveys: Key issues. *Health policy planning*. 2002;17(1):106-11.
40. Snelgrove JW, Pikhart H, Stafford M. A multilevel analysis of social capital and self-rated health: Evidence from the british household panel survey. *Social Science and Medicine*. 2009;68(11):1993-2001.
41. Lofors J, Sundquist K. Low-linking social capital as a predictor of mental disorders: A cohort study of 4.5 million swedes. *Social Science and Medicine*. 2007;64(1):21-34.
42. Kouvonen A, Oksanen T, Vahtera J, Stafford M, Wilkinson R, Schneider J, et al. Low workplace social capital as a predictor of depression: The finnish public sector study. *American journal of epidemiology*. 2008;167(10):1143-51.
43. Zeirsch A, Baum F, Woodland R, Newman L, Jolley G. A longitudinal study of the mental health impacts of job loss. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2014;56(7):714-20.

44. เอกพันธ์ คำภีระ, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, อะเคื้อ อุดมทะเลขกะ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอดในชุมชน. พยาบาลสาร. 2021;48(1):201-13.
45. Stekelenburg J, Kyanamina SS, Wolffers I. Poor performance of community health workers in kalabo district, zambia. Health Policy. 2003;65(2):109-18.
46. จริญญาลักษณ์ ป้องเจริญ, ยุคล เมืองช้าง. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2019;29(1):60-70.
47. สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดสมุทรปราการ. ท้องถิ่นจังหวัดสมุทรปราการ [อินเทอร์เน็ต]. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น; 2021 2021 [เข้าถึงเมื่อ 17 September 2021]. เข้าถึงได้จาก: <https://samutprakanlocal.go.th/public/history/data/index/menu/22>
48. Story WT, Taleb F, Ahasan SM, Ali NA. Validating the measurement of social capital in bangladesh: A cognitive approach. Qualitative health research. 2015;25(6):806-19.
49. Castro SS, Leite CF. Translation and cross-cultural adaptation of the world health organization disability assessment schedule-whodas 2.0. Fisioterapia e Pesquisa. 2017;24:385-91.
50. ประสพชัย พสุนนท์. ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามสำหรับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2016;18.
51. Intarakamhang U, Intarakamhang P. Health literacy scale and causal model of childhood overweight. Journal of research in health sciences. 2017;17(1):368.
52. Hosmer Jr DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. Applied logistic regression. เล่ม 398. John Wiley & Sons; 2013.
53. Komwong D, Sangkhawat T. Factors affecting drug use behaviors of village health volunteers. Thai Pharmaceutical Health and Science Journal. 2012;7(3):121-6.
54. Adjaye-Gbewonyo D, Rebok GW, Gross AL, Gallo JJ, Underwood CRJPO. Assessing urban-rural differences in the relationship between social capital and depression among ghanaian and south african older adults. 2019;14(6):e0218620.
55. McDonald S, Mair C. Social capital across the life course: Age and gendered patterns of network resources1. Sociological Forum. 2010;25:335-59.

56. Lu N, Xu S, Zhou Q. Social Capital and Preferences for Aging in Place Among Older Adults Living in Rural Northeast China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(14):5085.





## ภาคผนวก ก

## เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-05/6.1 หน้า 1/4
---	--	---	--------------------------

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย  
(Research Subject Information sheet)

**ชื่อโครงการวิจัย** หุ่นทางสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ  
Village health volunteers' social capital and related factors in Samutprakarn

**ผู้วิจัยหลัก**

ชื่อ นายแพทย์ไมคมภัทร ประสาทเขตต์การ  
ที่อยู่ทำงานหรือสถานที่ศึกษา ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม  
อาคารอป. ชั้น 19 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330  
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2527864  
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 082-6423291

**ผู้วิจัยร่วม (อาจารย์ที่ปรึกษา)**


ชื่อ ศ.ดร.นพ.พรชัย สิกข์ศรีณย์กุล  
ที่อยู่ทำงาน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม  
อาคารอป. ชั้น 19 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330  
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2527864  
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 089-8867824

ชื่อ ดร.นพ.เจษฎ์ วัฒนจีนะ  
ที่อยู่ทำงาน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม  
อาคารอป. ชั้น 19 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330  
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2527864 ต่อ 666  
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 089-9205999

**เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้ อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขเอกสาร 1012 /66
วันที่รับขอ : 11 ก.พ. 2566

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารแจ้งข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 2/4

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว หรือเพื่อนของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

#### เหตุผลความเป็นมา

แนวทางดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับนโยบายสาธารณสุข และระบบสนับสนุนงาน อสม. จัดให้มีการคัดเลือก อสม. เป็น 1 ใน 5 เรื่องสำคัญสำหรับโครงการ อสม. โดยได้กล่าวถึงว่า เพื่อให้โครงการ อสม. มีประสิทธิภาพสูง ยั่งยืน และดียิ่งขึ้น จะต้องเลือกคนที่เข้ามาเป็น อสม. อย่างระมัดระวัง เหมาะสม

ในประเทศไทยระบบงาน อสม. มีการคัดเลือก มีกรอบและทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบ มีการจ่ายค่าตอบแทนเป็รายเดือน มีสวัสดิการ โดยมีอสม. ที่ลงทะเบียนรวมประมาณ 1.04 ล้านคน แต่จำนวนผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอยังไม่ทราบแน่ชัด และยังไม่มีความชัดเจนในการคัดเลือกอสม. ที่อิงหลักวิชาการ

ทุนทางสังคม คือ คุณลักษณะขององค์กรในสังคม เช่น ความไว้วางใจ บรรทัดฐาน และเครือข่าย ที่สามารถช่วยพัฒนาประสิทธิภาพของสังคมด้วยการช่วยเหลือกัน ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยเชิงบวกต่อการปฏิบัติงานของอสม. ซึ่งหากทราบทุนทางสังคมอาจนำไปหา ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอสม. และอาจจะช่วยเป็นข้อหนึ่งในแนวทางการคัดเลือกอสม. เพื่อให้ระบบอสม. มีประสิทธิภาพสูง และยั่งยืนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ทุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตใจในอาชีพอื่น ๆ ดังนั้นการเข้าใจเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับทุนทางสังคม จะช่วยให้เข้าใจในเรื่องนี้ และนำไปปรับใช้กับทุกอาชีพได้ดียิ่งขึ้น

#### วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับท่าความสัมพันธ์ของทุนทางสังคม และการปฏิบัติงานของอสม. เพื่อเป็นแนวทางในการคัดเลือกอสม. และทำความเข้าใจกับเรื่องทุนทางสังคม ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยที่เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน เพื่อให้ระบบงาน อสม. มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน รวมทั้งได้ทำความเข้าใจและนำเรื่องทุนทางสังคมซึ่งเป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วในสังคมมาใช้ประโยชน์ต่อไป

#### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ท่านได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัยเนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ใต้ต้นเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย

1. บุคลากรที่ขึ้นทะเบียนเป็นอสม. กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ


เกณฑ์การคัดออกจากโครงการวิจัย

1. บุคลากร อสม. ที่ทำงานไม่ถึง 12 เดือน
2. บุคลากรที่ไม่สามารถอ่านเขียนได้ หรือ ไม่สามารถได้ยิน
3. บุคลากรที่ลาออกจากการเป็น อสม. ระหว่างทำการศึกษา



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 1012 / 64
วันที่รับรอง: 11 ก.พ. 2565

งานวิจัยนี้มีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยคืออสม. จำนวนทั้งสิ้น 530 คน จากการสุ่มตัวอย่างอสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ หลังจากที่ท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับแบบสอบถาม การทำแบบสอบถามท่านจะเป็นผู้เขียนคำตอบลงกระดาษแบบสอบถามด้วยตัวท่านเองแต่หาก

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแจ้งข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-05/6.1 หน้า 3/4

มีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ แบบสอบถามมีทั้งหมด 26 ข้อ ให้เวลาประมาณ 20 นาที โดยทำการ  
ตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียว ไม่มีการนัดต่อเนื่อง ไม่มีการตรวจร่างกายและ ไม่มีการเจาะเลือด

#### ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม

#### ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลให้  
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการหาแนวทางวางแผนพัฒนางานอสม. และทำความเข้าใจเรื่องทุนทางสังคม  
เพื่อให้ระบบอสม. มีประสิทธิภาพ และมีความยั่งยืนต่อไป

#### ความเสี่ยง ความไม่สะดวกสบายที่อาจเกิดกับอาสาสมัครในการเข้าร่วมการวิจัย

อาจเกิดได้เล็กน้อย เช่น เสียเวลา รู้สึกไม่สบายใจขณะตอบแบบสอบถามบางข้อ เป็นต้น

#### ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยความสัตย์จริง โดยแบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม  
จำนวน 26 ข้อใช้เวลาโดยประมาณ 20 นาที โดยท่านมีสิทธิไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่ง
- ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ  
นายแพทย์โกศกภัทร ประสาทเขตต์การ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 082-6423291 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

#### ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ไม่มี

#### การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษา  
แล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงมือออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลเสียใด ๆ ทั้งสิ้นต่อ  
ท่าน

#### การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณชน ในกรณีที่  
ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำ  
โครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้  
ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลของท่านได้  
แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตกฎหมาย  
และระเบียบกฎหมายอันตราไว้




คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 1012 16-  
วันที่รับขอ : 11 ก.พ. 2565

Version 2.0 1-Feb-2022



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 05-05/6.1 หน้า 4/4

### การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอมโดยส่งไปที่ นายแพทย์โกศกัฏฐ์ ประสาทเขตต์การ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม อาคารอปร. ชั้น 19 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้ร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

### การจัดการกับตัวอย่างทางชีวภาพ

**ไม่มีการเก็บตัวอย่างทางชีวภาพ**

### สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
5. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
6. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารในยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
7. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่หรือการหลอกลวง

หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail: medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้ละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้




คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 1012 / 60  
วันที่รับตอบ: 11 มิ.ย. 2565

Version 2.0 1-Feb-2022

## ภาคผนวก ข

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 06-07/6.1 Page 1/2
---	--	--	--------------------------

การวิจัยเรื่อง ทูมทางสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้


ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อจะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

Version 2.0 Date 1 Feb 2022



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
หมายเลขโครงการ ๑๐๕ 164  
วันที่รับรอง: 11 ก.พ. 2565

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 06-07/6.1 Page 2/2
---	--	--	--------------------------

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความ  
เต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

การจัดการกับตัวอย่างทางชีวภาพ  
ไม่มีตัวอย่างทางชีวภาพ

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย หรือความเสี่ยง  
ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมใน  
โครงการวิจัยทราบนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอม  
ด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย  
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน  
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....



## ภาคผนวก ค

## แบบสอบถามทุนทางสังคมในอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสมุทรปราการ

หน้า 1/5

## แบบสอบถาม

## ทุนทางสังคมในอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาทุนทางสังคมในอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ของจังหวัดสมุทรปราการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
2. แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ
  - 1.) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล
  - 2.) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการทำงาน
  - 3.) แบบสอบถามการปฏิบัติงานของ อสม.
  - 4.) แบบสอบถามทุนทางสังคม
3. แบบสอบถามนี้ใช้สำหรับการศึกษาวิจัยเท่านั้น โดยผู้วิจัยจะรักษาเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล หรือสถานที่นอกเหนือไปจากมีมติวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเท่านั้น การตอบแบบสอบถามนี้จะไม่ผลต่อการทำงานของท่านแต่อย่างใด แต่จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนางาน อสม. ในอนาคต และใช้เพื่อเป็นแนวทางประกอบการคัดเลือก อสม. ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณที่ท่านได้สละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามมา ณ ที่นี้

Version 1.0 Date 20 Dec 2021



คณะกรรมการจัดการงานวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 1013 164  
วันที่รับสงวน : 11 ต.ค. 2565

หน้า 2/5

รหัสแบบสอบถาม .....

## แบบเก็บข้อมูลทุนทางสังคมในอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสมุทรปราการ

คำชี้แจง แบบสอบถามมีจำนวน 5 หน้า

โปรดเติมข้อความหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( ) ตามความจริง

วันที่ทำแบบสอบถาม .....

วัน เดือน ปี เกิด .....

## ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

1. อายุ ..... ปี

2. เพศ

 1. ชาย  2. หญิง

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

 1. ต่ำกว่าประถมศึกษา  2. ประถมศึกษา  3. มัธยมศึกษาตอนต้น 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย  5. บวช. / ปวส.  6. ปริญญาตรี 7. ปริญญาโทขึ้นไป  8. อื่นๆ โปรดระบุ .....

4. โรคประจำตัว (ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์)

 1. ไม่มี  2. มี โปรดระบุ .....

5. อาชีพปัจจุบัน

 1. รับจ้างไม่ประจำ  2. รับจ้างประจำ 3. ข้าราชการ/ พนักงานของรัฐ  4. ธุรกิจส่วนตัว 5. ไม่ได้ทำงานอื่น ๆ  6. อื่น ๆ โปรดระบุ .....

6. จำนวนสมาชิกในบ้าน (รวมผู้ตอบแบบสอบถาม) ..... คน

Version 1.0 Date 20 Dec 2021



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 1012 / 14
วันที่รับรอง : 11 ก.พ. 2565



## 7. สถานภาพทางเศรษฐกิจ

- ( ) 1. มีรายได้พอใช้และมีเงินเก็บ  
 ( ) 2. มีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บ  
 ( ) 3. มีรายได้ไม่พอใช้

## 8. สิทธิการศึกษ

- ( ) 1. 30 บาท (บัตรทอง/สปสช.) ( ) 2. ประกันสังคม ( ) 3. เบิกจ่ายตรงข้าราชการ  
 ( ) 4. รัฐวิสาหกิจ ( ) 5. อื่นๆ โปรดระบุ .....

## ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการทำงาน

9. ระยะเวลาที่เป็น อสม. (ในชุมชนแห่งนี้) \_\_\_\_\_ ปี

10. ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนแห่งนี้ \_\_\_\_\_ ปี

11. ในช่วง 24 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้เข้าอบรมในงานที่เกี่ยวข้องกับอสม. (ไม่รวมอบรมแรกเข้า) จำนวน

- ( ) 1. ยังไม่เคยอบรม ( ) 2. 1-3 ครั้ง ( ) 3. 4-5 ครั้ง  
 ( ) 4. 6-10 ครั้ง ( ) 5. มากกว่า 10 ครั้ง

12. หากท่านไม่ได้รับเงินจากงาน อสม. แต่ละเดือน ท่านมีความจำเป็นต้องการรายได้เพิ่มจากทางอื่น

- ( ) 1. ใช่ ( ) 2. ไม่ใช่

13. ท่านได้รับคำแนะนำหรือประชุม กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ พยาบาล หรือ แพทย์ ในการทำงาน อสม. เฉลี่ย

- ( ) 1. น้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อปี ( ) 2. 1-2 ครั้ง ต่อปี  
 ( ) 3. 3-5 ครั้ง ต่อปี ( ) 4. 6-11 ครั้ง ต่อปี  
 ( ) 5. 1-2 ครั้ง ต่อเดือน ( ) 6. 3-4 ครั้งต่อเดือน



**ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานอสม.**

ข้อ 14 - 17 ท่านคิดว่า การปฏิบัติงาน อสม. ในด้านต่างๆของท่านใน 12 เดือนที่ผ่านมา

ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องตามความคิดเห็นของท่าน โดย

(1) หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติงาน ในข้อนั้น ๆ เลย

(2) หมายถึง ปฏิบัติงานนาน ๆ ครั้ง ในด้านนั้น ตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย หรือมีผู้ป่วยในชุมชน

(3) หมายถึง ปฏิบัติงานบางครั้ง ในด้านนั้น ตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย หรือมีผู้ป่วยในชุมชน

(4) หมายถึง ปฏิบัติงานเกือบทุกครั้ง หรือบ่อยครั้ง ในด้านนั้น ที่ได้รับมอบหมาย หรือมีผู้ป่วยในชุมชน

(5) หมายถึง ปฏิบัติงานครบถ้วน หรือทุกครั้ง ในด้านนั้น ตามที่ได้รับมอบหมาย หรือมีผู้ป่วยในชุมชน

14. การแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับโรคระบาดในชุมชนให้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ เทศบาล/ อบต. เช่น โรคไข้เลือดออก โรคโควิด-19 หรือช่วยพาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เข้าไปถึงผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติงานๆครั้ง	ปฏิบัติงานบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติงานครบถ้วน

15. คัดกรอง หรือติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และอื่นๆ) เช่น ช่วยวัดความดัน เจาะระดับน้ำตาล ที่บ้าน หรือ รพ.สต. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติงานๆครั้ง	ปฏิบัติงานบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติงานครบถ้วน

16. ให้ความแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ แจ้งข่าวสาธารณสุข แจ้งสิทธิ แจ้งข่าวการฉีดวัคซีน การฉีดพ่นยุงลาย แจกทรายอะเบท แก่ประชาชนในชุมชนในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติงานๆครั้ง	ปฏิบัติงานบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติงานครบถ้วน

17. ค้นหา ติดตาม และช่วยเหลือ เด็กที่ขาดสารอาหาร ร่วมกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ เทศบาล/ อบต. เช่น การชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงเด็ก หรือ แจกนม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติงานๆครั้ง	ปฏิบัติงานบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติงานครบถ้วน



## ส่วนที่ 4 ระดับทุนทางสังคม

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( ) ที่ท่านเห็นด้วย สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ

18. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม หรือ เป็นสมาชิกของกลุ่มต่อไปนี้ในชุมชนหรือไม่? (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) กลุ่มสตรี/ ชมรมผู้สูงอายุ/ อปพร. ( ) กลุ่ม ฌาปนกิจสงเคราะห์ หรือสหกรณ์  
 ( ) กลุ่มศาสนา เช่น วัด/ โบสถ์/ มัสยิด ( ) กลุ่มกีฬา/ กลุ่มออกกำลังกาย  
 ( ) กลุ่มระดับชุมชน เช่น กรรมการชุมชน ทีมงานผู้ใหญ่บ้าน  
 ( ) กลุ่มสมาชิกที่ทำงาน (ลูกจ้าง หรือ เจ้าของกิจการ) บริษัท, กลุ่มประมง  
 ( ) กลุ่มการเมือง (นิกการเมืองในระดับต่าง ๆ เช่น ส.ส. อบต. และทีมงาน)  
 ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....

19. หากมีเหตุการณ์ไม่คาดฝัน เช่น คนในครอบครัวเสียชีวิต หรือขาดรายได้ จะมีกลุ่มใดช่วยท่านได้บ้าง (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) กลุ่มสตรี/ ชมรมผู้สูงอายุ/ อปพร. ( ) กลุ่ม ฌาปนกิจสงเคราะห์ หรือสหกรณ์  
 ( ) กลุ่มศาสนา เช่น วัด/ โบสถ์/ มัสยิด ( ) กลุ่มกีฬา/ กลุ่มออกกำลังกาย  
 ( ) กลุ่มระดับชุมชน เช่น กรรมการชุมชน ทีมงานผู้ใหญ่บ้าน  
 ( ) กลุ่มสมาชิกที่ทำงาน (ลูกจ้าง หรือ เจ้าของกิจการ) บริษัท, กลุ่มประมง  
 ( ) กลุ่มการเมือง (นิกการเมืองในระดับต่าง ๆ เช่น ส.ส. อบต. และทีมงาน โดยไม่ับรวมสิทธิที่ได้ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)  
 ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....



หน้า 6/6

20. หากมีเหตุการณ์ไม่คาดฝัน เช่นคนในครอบครัวเสียชีวิต หรือขาดรายได้ จะมีใครช่วยท่านบ้าง  
(สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

เพื่อนบ้าน ญาติหรือคนในครอบครัว (ที่ไม่ได้อาศัยในบ้านเดียวกัน)

เพื่อนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เพื่อนบ้าน  พระสงฆ์ นักบวช

เจ้าหน้าที่รัฐ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจ ครู

ผู้นำชุมชน เช่นกรรมการหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน

นักการเมืองท้องถิ่น เช่น อบต. เทศบาล สจ. ส.ส. และทีมงาน ฯลฯ (โดยไม่ับรวมสิทธิที่ได้)

อื่นๆ โปรดระบุ.....

21. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้มีความพยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าว ร่วมกับกับคนในชุมชน หรือปัญหาทั่วไป  
ร่วมกับกับคนในชุมชนหรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่

22. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้พูดคุย หรือแจ้งปัญหาในชุมชน กับผู้มีอำนาจ หรือเจ้าหน้าที่ เช่น กรรมการ  
หมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. เทศบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือตำรวจ หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่

23. คนส่วนใหญ่ในชุมชน สามารถไว้วางใจได้

1. ใช่  2. ไม่ใช่

24. คนในชุมชนส่วนใหญ่สามัคคีกัน

1. ใช่  2. ไม่ใช่

25. ท่านรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

1. ใช่  2. ไม่ใช่

26. ท่านคิดว่า คนส่วนใหญ่ในชุมชนพยายามที่จะเอาเปรียบท่านเมื่อมีโอกาส

1. ใช่  2. ไม่ใช่

Version 1.0 Date 20 Dec 2021



คณะกรรมการพิจารณาวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 1012 164  
วันที่รับรอง : 11 ก.พ. 2565

## ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



COA No. 0209/2022

IRB No. 1012/64

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมแบบเต็มชุด  
(COA No. 0209/2022)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP



ชื่อโครงการ	: ทูตทางสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ
เลขที่โครงการวิจัย	: -
ผู้วิจัยหลัก	: เสนอโกศลภัทร ประสาทเขตต์การ
สังกัดหน่วยงาน	: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิธีบทวน	: แบบเร่งด่วน
รายงานความก้าวหน้า	: ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนิน โครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี
เอกสารรับรอง	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. โครงร่างการวิจัย Version 2.0 Date 1 Feb 2022</li> <li>2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 2.0 Date 1 Feb 2022</li> <li>3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0, 1-Feb-2022</li> <li>4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 2.0 Date 1 Feb 2022</li> <li>5. แผนสอบตาม Version 1.0, 15-Dec-2021</li> </ol>

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



6. Curriculum Vitae and GCP Training

- Pokkapat Prasatkettkam, M.D.
- Prof. Poinchai Sithisarankul, M.D., Ph.D.
- Dr. Jate Ratanachina

<p>ลงนาม </p> <p>(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์) ประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย</p> <p>วันที่รับรอง : 11 กุมภาพันธ์ 2565 วันหมดอายุ : 10 กุมภาพันธ์ 2566</p>	<p>ลงนาม </p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงวรรณรัศมี เกตุชาติ) กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย</p>
--	--

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)





COA No. 0209/2022

IRB No. 1012/64

**INSTITUTIONAL REVIEW BOARD**

**Faculty of Medicine, Chulalongkorn University**

1873 Rama 4 Road, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

**Certificate of Full Board Approval**

(COA No. 0209/2022)

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

**Study Title** : Village health volunteers' social capital and related factors in somutprakarn

**Study Code** :-

**Principal Investigator** : Pokkapat Prasackettkam, M.D.

**Affiliation of PI** : Department of Preventive and Social Medicine,  
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.

**Review Method** : Expedited

**Continuing Report** : At least once annually or submit the final report if finished.

**Document Reviewed** :

1. Research Proposal Version 2.0 Date 1 Feb 2022
2. Protocol Synopsis Version 2.0 Date 1 Feb 2022
3. Information sheet for research participant Version 2.0, 1-Feb-2022
4. Informed consent for participating volunteers Version 2.0 Date 1 Feb 2022
5. Questionnaire Version 1.0, 15-Dec-2021

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายโกศภัทร ประสาทเขตต์การ
วัน เดือน ปี เกิด	6 กันยายน 2535
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้าน สุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แพทย์ประจำบ้าน เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงอาชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลพ รัตนราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ที่อยู่ปัจจุบัน	205/150 หมู่ 10 ถ.ศรีนครินทร์ ต.บางเมือง อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY