

**ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
พื้นที่อำเภอรอยต่อเขตชายแดน จังหวัดสระแก้ว**

สลิลทิพย์ ไพบูลย์สิทธิวิงศ์ พ.บ., ว.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

โรงพยาบาลอรัญประเทศ

(วันรับบทความ : 30 กันยายน 2565, วันแก้ไขบทความ : 21 ตุลาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 7 พฤศจิกายน 2565)

บทคัดย่อ

บทนำ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการปฐมภูมิ เป็นด่านแรกในการถ่ายทอดข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุขสู่ชุมชนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพของ อสม.จึงสำคัญ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางกาย และปัจจัยด้านจิตใจที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของอสม. พื้นที่อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

วัสดุและวิธีการศึกษา : การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางมีกลุ่มตัวอย่างเป็น อสม.อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ปี 2564 จำนวน 325 คน เก็บข้อมูลอาสาสมัครทุกรายด้วยแบบสอบถามรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์และหาปัจจัยทำนายในการศึกษา

ผลการศึกษา: อสม. พื้นที่อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.5 อายุเฉลี่ย 50.9 ปี ปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.5 ปานกลาง ร้อยละ 32.6 และต่ำ ร้อยละ 6 ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. ทางบวก ได้แก่ ที่อยู่ รายได้ของครอบครัว และความพึงพอใจในการทำงาน(P-value 0.04, 0.02 และ<0.01 ตามลำดับ) ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของ อสม.ทางลบ ได้แก่ การสูบบุหรี่ บุคลิกภาพแบบวิตกกังวล และความรู้สึกลังเล (P-value 0.02, 0.03 และ<0.01 ตามลำดับ)

สรุป: ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของอสม.พื้นที่อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้วทางบวก ได้แก่ ที่อยู่ รายได้ของครอบครัว และความพึงพอใจในการทำงาน ส่วนปัจจัยที่ส่งผลทางลบ ได้แก่ การสูบบุหรี่ บุคลิกภาพแบบวิตกกังวล และความรู้สึกลังเล

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประสิทธิภาพการทำงาน

Factors Affecting the Performance of Village Health Volunteer, District Border Area, Sa Kaeo

Salilthip Palboonsithiwong, M.D.

Department of Social medicine, Aranyaprathet hospital

Abstract

Background: Village health volunteer (VHV) is one part of the primary care system which is crucial in Thailand's public health service. High performance of the VHV is needed.

Objective: To explore the personal, physical and psychological factors that affect the performance of the VHV in Aranyaprathet, Sa Kaeo

Materials and Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted on a sample group consisting of 325 currently VHVs in the fiscal year 2021. Data were collected from the questionnaire from all-volunteer who met the inclusion criteria. Obtained data were then analyzed using statistical software for descriptive and analytic studies.

Results: Most of the VHV in Aranyaprathet, Sa Kaeo, were female (73.5%). Their mean age was 50.9 years. The performance of the VHV was high, medium, and low at 65.5, 32.6, and 6 percent, respectively. The result revealed that the positive factors affecting the performance of the VHV in Aranyaprathet, Sa Kaeo were location (the area where the volunteer lives), family income, and work satisfaction (P-value 0.04, 0.02, and <0.01, respectively). The negative factors affecting the performance of the VHV in Aranyaprathet, Sa Kaeo are smoking, neuroticism, and perceived stress (P-value 0.02, 0.03, and <0.01, respectively).

Conclusions: The positive factors affecting the performance of the VHV in Aranyaprathet, Sa Kaeo were location (the area where the volunteer lives), family income, and work satisfaction. The negative factors affecting the performance of the VHV in Aranyaprathet, Sa Kaeo are smoking, neuroticism, and perceived stress.

Keyword: Village health volunteers, Performance Personal factors

บทนำ

ปัจจุบันประชากรทั่วโลกมีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกปี⁽¹⁾ ส่งผลให้ประชากรสนใจปัญหาทางด้านสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากสุขภาพส่งผลต่อการดำรงชีพของมนุษย์ จึงเป็นเหตุให้สังคมทุกวันนี้ล้วนต้องการการบริการทางด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น⁽²⁾ ทำให้การจัดโครงการอบรมสำหรับผู้สนใจในการมาเป็นอาสาสมัครด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เพื่อให้สามารถบริการคนในชุมชนได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้การบริการด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น จะช่วยส่งเสริมการแพทย์ปฐมภูมิ นำประโยชน์มาสู่ชุมชนและอาสาสมัครด้านสาธารณสุขด้วย⁽³⁾

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม.คือบุคลากรด่านแรกที่มีความจำเป็นในการถ่ายทอดข้อมูลสำคัญจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข กระจายสู่ชุมชน คัดกรองและส่งเสริมด้านสุขภาพ อสม. เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการปฐมภูมิของประเทศ ที่ระบบบริการสาธารณสุขให้ความสำคัญ จนกระทั่งได้รับคำชมเชยจากองค์การอนามัยโลกในเรื่องดีเด่นด้านการสาธารณสุขมูลฐาน^(4, 5) ปัจจุบันประเทศไทยมี อสม. 1,039,330 คน จากระบบฐานข้อมูล อสม. ระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾

การปฏิบัติงานด้านอาสาสมัครเกี่ยวกับสุขภาพนั้น สัมพันธ์กับการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ⁽⁷⁻⁹⁾ ความพึงพอใจในชีวิต สภาวะความเป็นอยู่ภาวะซึมเศร้า⁽⁸⁾ ความรู้สึกเครียด⁽¹⁰⁾ ภาวะหมดพลังงาน⁽¹⁰⁾ ความสามารถในการเข้าใจ (cognitive status)⁽⁹⁾ การถูกบังคับให้เป็นอาสาสมัคร⁽¹¹⁾ และลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล (personality trait)^(12, 13) อื่นๆ การทำงานที่มีสุขภาพลักษณะไม่ดี ทำให้เกิดโรคเรื้อรังและปัญหา

สุขภาพจากการทำงาน ซึ่งเพิ่มค่ารักษาพยาบาล การสูญเสียรายได้และลดผลิตภาพในการทำงาน^(14, 15)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข มีผู้ที่ศึกษาในหัวข้อใกล้เคียงกัน โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล เช่นอายุ⁽¹⁶⁾ เชื้อชาติ⁽¹⁷⁾ ระดับการศึกษา⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ ความเข้าใจด้านสุขภาพ⁽¹⁶⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾ และสภาพความเป็นอยู่ที่ดี⁽¹⁶⁾ ส่วนปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Terry Beehr และ John Newman⁽²²⁾ เจตคติต่องานสาธารณสุขมูลฐานค่านิยมในงานสาธารณสุขมูลฐาน^(20, 21) ความพึงพอใจในการทำงาน เช่น จากทฤษฎี Hawthorne effect⁽²³⁾ และความพึงพอใจในการเป็นอาสาสมัคร⁽¹⁹⁾ ความเพลิดเพลินในการเป็นอาสาสมัคร⁽¹⁹⁾ ปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงาน^(17, 18, 24) ปัจจัยด้านแรงจูงใจ^(20, 21, 24) ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน^(21, 24) เป็นต้นในขณะที่การศึกษาปัจจัยทางกายยังไม่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข⁽¹³⁾ อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอสม. ของจังหวัดสระแก้ว

ดังนั้น อสม. จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมระบบสุขภาพของไทย การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. สามารถนำมาประยุกต์ปรับการดูแลกลุ่ม อสม. พื้นที่อำเภออรัญประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางกายและปัจจัยด้านจิตใจที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. พื้นที่อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของอสม. พื้นที่อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 325 คน

เกณฑ์คัดเลือกประชากรที่จะศึกษา

(Inclusion criteria)

1. อสม. ที่ปฏิบัติงานในปีงบประมาณ 2564 ทั้งเพศชายและเพศหญิงในพื้นที่อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว
2. สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารภาษาไทยได้
3. อายุมากกว่า 18 ปี

เกณฑ์คัดแยกประชากรออกจากการศึกษา

(Exclusion criteria)

1. อสม. ที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์
2. อสม. รายใหม่ที่ยังไม่เคยปฏิบัติงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองโดยผู้วิจัย (ซึ่งประกอบด้วยชุดคำถามเพื่อวัดปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางกาย)

1.1. ข้อมูลส่วนบุคคล

(Personal information) ประกอบด้วย

1.1.1 ข้อมูลทั่วไป

(General information) ได้แก่

เพศ อายุ สถานภาพ ที่อยู่ปัจจุบัน ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความพอเพียงของรายได้ อาชีพและ ศาสนาและความเชื่อ

1.1.2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ

(General health information)

ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว และการสูบบุหรี่

1.1.3 ภาวะครอบครัว

1.2. ระยะเวลาในการทำงานอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. Neuroticism Inventory- 15 (NI- 15) เป็นเครื่องมือสำหรับตรวจหาลักษณะบุคลิกภาพเชิงมิติแบบวิตกกังวล (neuroticism) เครื่องมือ NI นี้พัฒนาขึ้นโดยณททัย วงศ์ปการันย์และคณะ⁽²⁵⁾ ปรับปรุงมาจาก Neuroticism Inventory-26⁽²⁶⁾ ผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาครวมเท่ากับ 0.83⁽²⁷⁾

3. แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคมฉบับปรับปรุง (Revised Thai version of Multidimensional Scale for Perceived Social Support, r- MSPSS) เป็นแบบสอบถามความรู้สึกได้รับการประดับประดาจิตใจทางสังคม พัฒนาโดย Zimet G et al⁽²⁸⁾ ได้แก่จากเพื่อน จากบุคคลสำคัญในชีวิต และจากครอบครัว ฉบับภาษาไทยนี้ปรับปรุงพัฒนาโดยณททัยวงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์⁽²⁹⁾ ผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาครวมเท่ากับ 0.90^(29, 30)

4. Volunteer satisfaction index (VSI) เป็นแบบสอบถามที่ปรับปรุงมาจากการศึกษาของ Galindo-Kuhn R et al⁽³¹⁾ วัดความพึงพอใจในการทำงานโดยเฉพาะงานที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัคร ประกอบด้วยชุดคำถามทั้งหมด 21 ข้อ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่าน (IOC) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.98 แล้วนำมาทดสอบกับอสม. ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ผลการทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยาในอาสาสมัครค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาครวมเท่ากับ 0.915

เกณฑ์การแปลผลแบบสอบถามวัดความพึงพอใจในการทำงาน ใช้แนวคิดของ Best⁽³²⁾ ดังนี้

ช่วงคะแนน 21-49 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจในการทำงานน้อย

ช่วงคะแนน 50-98 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจในการทำงานปานกลาง

ช่วงคะแนน 99-147 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจในการทำงานมาก

5. ดัชนีวัดความสุขคนไทย (Thai Happiness Indicators, THI-15) เป็นแบบประเมินความสุขด้วยตนเอง โดยยอภิชัย มงคล และคณะ⁽³³⁾ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman's correlation coefficient) เท่ากับ 0.49 และมีความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาครวมเท่ากับ 0.70

6. Thai version of the 10-Item Perceived Stress Scale (T-PSS-10) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกตึงเครียด⁽³⁴⁾ มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ฉบับภาษาไทยที่ใช้ในการวิจัยนี้พัฒนาโดย ณัททัย วงศ์ปการันย์ และคณะ⁽³⁵⁾ T-PSS-10 นี้มีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาครวม เท่ากับ 0.85 และ ICC 0.82 (95% CI, 0.72 และ 0.88) เมื่อทำซ้ำใน 4 สัปดาห์

7. 12-Item General health Questionnaire (Thai GHQ12) เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg⁽³⁶⁾ ซึ่งเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับกว้างขวางที่สุดในปัจจุบันฉบับหนึ่ง แปลเป็นภาษาไทยโดยธนาและคณะ⁽³⁷⁾ มีค่าความเชื่อถือได้และความแม่นยำตรงอยู่ในเกณฑ์ดีมีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาครวมเท่ากับ 0.84 และสมควรนำไปเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในประชากรไทยได้ การคิดคะแนนของแบบสอบถาม Goldberg⁽³⁶⁾ แนะนำให้ใช้การคิดแบบ GHQ score (0-0-1-1) ซึ่งสะดวกและได้ผลไม่ต่างจากการคิดคะแนนแบบ Likert score (0-1-2-3)

8. แบบวัดการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในทีมหมอครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่วัดการปฏิบัติงานของอสม. ในทีมหมอครอบครัว พัฒนาขึ้นโดยปรางค์ จักรไชย และคณะ⁽²⁴⁾ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่าง 0.67-1.00 มีความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.892 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยเลือกตอบ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบ่งเป็น 8 ด้าน ทั้งหมด 30 ข้อ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว รหัสโครงการ S001q/65ExPD ในวันที่ 25 ตุลาคม 2564 ผู้วิจัยได้แจ้งกับศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญประเทศ และเริ่มเก็บข้อมูลอาสาสมัคร ระหว่างวันที่ 1-26 พฤศจิกายน 2564 ด้วยแบบสอบถาม 402 ฉบับ ระหว่างการทำแบบสอบถามผู้วิจัยเปิดโอกาสให้อาสาสมัครได้ซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ตลอดเวลา

ข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาในโครงการวิจัยจะถูกบันทึกลงในแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลการวิจัย ข้อมูลที่ถูกต้องเท่านั้นที่จะถูกบันทึกในเอกสารโครงการวิจัย อย่างไรก็ตาม แบบฟอร์มสามารถพิมพ์ออกมาและลงลายมือชื่อผู้วิจัยได้ จะมีแบบฟอร์มที่แสดงให้เห็นลายเซ็นและลายมือชื่อของทุกคนที่ถูกอนุญาตให้ทำหรือเปลี่ยนแปลงแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลหรือเอกสารข้อมูล

การเก็บข้อมูลไม่ใช่ชื่อของอาสาสมัครแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลและเอกสารต่างๆที่เสนอต่อสาธารณะจะไม่ระบุชื่ออาสาสมัครแต่จะระบุเป็นรหัสของอาสาสมัคร ผู้วิจัยจะเก็บเอกสารรายการอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการโดยแสดงเป็นรหัส

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยสถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาเป็นร้อยละ เพื่อบรรยายข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับประชากร ความถี่ต่างๆ เป็นต้น ส่วนสถิติเชิงวิเคราะห์ ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวไว้ใน

ข้างต้นใช้ Pearson correlation และวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายโดย Binary logistic regression เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลที่ต้องการศึกษา อาจจะส่งผลกระทบต่อตัวแปรต่าง ๆ ในอาสาสมัครได้ ในโปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จากอาสาสมัคร จำนวน 325 คนสามารถแจกแจงข้อมูลส่วนบุคคลได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัคร จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

	คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวนคน (n=325)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	86	26.5
	หญิง	239	73.5
อายุ	18-30 ปี	17	5.2
	31-40 ปี	42	12.9
	41-50 ปี	88	27.1
	51-60 ปี	114	35.1
	มากกว่า 60 ปี	64	19.7
สถานภาพ	โสด	62	19.1
	สมรส	214	65.8
	หม้าย	49	15.1
ที่อยู่	ภายในอำเภอเมือง	121	37.2
	นอกเขตอำเภอเมือง	204	62.8
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	25	7.7
	ประถมศึกษา	134	41.2
	มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	152	46.8
	ปริญญาตรี	14	4.3
รายได้ของครอบครัว	น้อยกว่า 5,000 บาท	102	31.4
	5,000-10,000 บาท	154	47.4
	มากกว่า 10,000 บาท	69	21.2
ความพอเพียงของรายได้	เพียงพอ	104	32
	ไม่เพียงพอ	221	68
ภาวะครอบครัว	มีภาวะครอบครัว	274	84.3
	ไม่มีภาวะครอบครัว	51	15.7

	คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวนคน (n=325)	ร้อยละ
อาชีพเดิม			
	- บุคลากรทางการแพทย์	28	8.6
	เภสัชกร	7	2.2
	นักโภชนาการ	7	2.2
	นักกิจกรรมบำบัดหรือนักชีวบำบัด	6	1.8
	พยาบาล	4	1.2
	ผู้ช่วยพยาบาล	4	1.2
	- ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์	297	91.4
	รับจ้าง	37	11.38
	ค้าขาย	25	7.69
	เกษตรกร	18	5.54
	อื่น ๆ	11	3.38
	ไม่ระบุ	206	63.38
ศาสนาและความเชื่อ	ศาสนาพุทธ	318	97.8
	ศาสนาคริสต์	5	1.5
	ศาสนาอิสลาม	1	0.3
	ไม่ระบุหรือศาสนาอื่น ๆ	1	0.3
โรคประจำตัว	โรคความดันโลหิตสูง	106	32.6
	โรคเบาหวาน	63	19.4
	โรคไขมันในเลือดสูง	45	13.8
	โรคอ้วน (BMI \geq 25 kg/m ²)	136	41.8
	โรคอื่น ๆ	39	12
	ไม่มีโรคประจำตัว	121	37.2
BMI(kg/m ²)	<18.5	14	4.3
	18.5-22.99	96	29.5
	23-24.99	79	24.3
	25-29.99	110	33.8
	\geq 30	26	8
การสูบบุหรี่	ไม่เคยสูบบุหรี่	276	84.9
	เลิกสูบบุหรี่	40	12.3
	สูบบุหรี่	9	2.8

อาสาสมัครมีส่วนสูงเฉลี่ย 159.57 (S.D. 7.07) เซนติเมตร มีน้ำหนักเฉลี่ย 62.91 (S.D. 10.85) กิโลกรัมและ BMI เฉลี่ยเท่ากับ 24.74 (S.D. 4.14) กิโลกรัมต่อเมตรกำลังสอง อาสาสมัครที่ไม่เคยสูบบุหรี่มีจำนวน 276 คน (84.9%) เลิกบุหรี่ 40 คน (12.3%) โดยเฉลี่ยอาสาสมัครเลิกบุหรี่ยังมา 7.63 (1-38) ปี และยังคงสูบบุหรี่ 9 คน (2.8%) เฉลี่ยคิดเป็น 8.32 (5-15) มวน/วัน โดยเฉลี่ยเป็นเวลา 15.33 (4-50) ปี

อาสาสมัครเกือบครึ่งหนึ่งทำงานอาสาสมัครมากกว่า 10 ปี โดยคิดเป็น 48 เปอร์เซ็นต์ หรือจำนวน 156 คน ในขณะที่อาสาสมัครที่ทำงานต่ำกว่า 5 ปี และ 5-10 ปี จำนวน 71 คน และ 98 คน คิดเป็น 21.8 และ 30.1 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 บุคลิกภาพแบบวิตกกังวลของอาสาสมัคร ค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้นจะแปรผันตรงกับระดับลักษณะบุคลิกภาพแบบวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น จะพบว่าอาสาสมัครได้คะแนนอยู่ในช่วง 15 ถึง 52 คะแนน จาก 60 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเลขคณิต (mean) 28.47 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 7.72

ส่วนที่ 3 ความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม พบว่าอาสาสมัครรู้สึกได้รับความช่วยเหลือทางสังคมโดยรวมเฉลี่ย 5.01 คะแนน จาก 7 คะแนน แบ่งเป็นรู้สึกได้รับความช่วยเหลือทางสังคมจากครอบครัวเฉลี่ย 5.19 คะแนน จาก 7 คะแนน รู้สึกได้รับความช่วยเหลือทางสังคมจากเพื่อน เฉลี่ย 4.91 คะแนน จาก 7 คะแนน และรู้สึกได้รับความช่วยเหลือทางสังคมจากบุคคลสำคัญในชีวิต เฉลี่ย 4.91 คะแนน จาก 7 คะแนน (ความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความ

ช่วยเหลือทางสังคมประกอบด้วย ความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคมจากครอบครัว จากเพื่อนและจากบุคคลสำคัญในชีวิต ยิ่งอาสาสมัครได้คะแนนยิ่งสูง ยิ่งรู้สึกว่าได้รับความช่วยเหลือสูงขึ้นเท่านั้น)

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการทำงานมาก 68.6% ปานกลาง 31.1% และน้อย 0.3%

ส่วนที่ 5 ระดับความสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครโดยเฉลี่ย (mean) ได้คะแนนระดับความสุขเท่ากับ 29.92 (S.D. 7.48) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป อาสาสมัครส่วนใหญ่มีความสุขอยู่ในเกณฑ์ มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป 118 คนคิดเป็น 36.3% มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็น 35.1% และมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป คิดเป็น 28.6%

ส่วนที่ 6 ระดับความรู้สึกตึงเครียดของอาสาสมัคร ค่าคะแนนแปรผันกับความรู้สึกตึงเครียดของอาสาสมัครที่มากขึ้น จะพบว่าอาสาสมัครได้คะแนนอยู่ในช่วง 0 ถึง 40 คะแนนจาก 40 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเลขคณิต (mean) 14.16 และ S.D. เท่ากับ 7.65

ส่วนที่ 7 แนวโน้มการมีปัญหาสุขภาพจิต (ระดับคัดกรอง) พบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต 266 คน คิดเป็น 81.8% และน่าจะมีปัญหาทางสุขภาพจิต จำนวน 59 คน คิดเป็น 18.2% (ค่า sensitivity ของแบบสอบถาม เท่ากับ 78.1 ส่วนค่า specificity ของแบบสอบถาม เท่ากับ 85.3)

ส่วนที่ 8 ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. พบว่า ส่วนใหญ่ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม.อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.5 ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม.อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 32.6 และ ประสิทธิภาพการทำงานของอสม.อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 6

ส่วนที่ 9 ปัจจัยทำนายประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก แบบไบนารี (Binary logistic regression) พบว่า ปัจจัยที่ทำนายประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. ในทางบวก ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha < 0.05$ ได้แก่ ที่อยู่ รายได้ของครอบครัว และความพึงพอใจในการทำงาน (P-value 0.04, 0.04 และ <0.01 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยที่ทำนายประสิทธิภาพการทำงานของอสม.ในทางลบที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสูบบุหรี่ บุคลิกภาพแบบวิตกกังวล และความรู้สึกตึงเครียด (P-value 0.01, 0.04 และ <0.01 ตามลำดับ)

ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานได้แก่

1. อาสาสมัครที่อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมือง มีประสิทธิภาพการทำงานเพิ่มขึ้นเป็น 1.93 เท่า เมื่อเทียบกับอาสาสมัครที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ
2. อาสาสมัครที่มีรายได้ของครอบครัวเพิ่มขึ้นจากน้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน เป็น 5,000-10,000 บาท/เดือน และจาก 5,000-10,000 บาท/เดือนเป็นมากกว่า 10,000 บาท/เดือน จะมีประสิทธิภาพการทำงานเพิ่มขึ้นเป็น 1.58 เท่าเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ
3. อาสาสมัครที่สูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ จะมีประสิทธิภาพการทำงานลดลงเป็น 0.41 เท่า เมื่อเทียบกับอาสาสมัครที่ไม่เคยสูบบุหรี่เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ

ไม่มีปัจจัยทางกายที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน

ปัจจัยด้านจิตใจที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน ได้แก่

1. อาสาสมัครที่มีบุคลิกภาพแบบวิตกกังวลเพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน จะมีประสิทธิภาพการทำงานลดลงเป็น 0.96 เท่าเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ
2. อาสาสมัครที่มีความพึงพอใจในการทำงานเพิ่มขึ้นทุก 1 ระดับ (ความพึงพอใจในการทำงานแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ต่ำ ปานกลาง และสูง) จะมีประสิทธิภาพการทำงานมากขึ้นเป็น 3.17 เท่าเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ
3. อาสาสมัครที่มีความรู้สึกตึงเครียดเพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน จะมีประสิทธิภาพการทำงานลดลงเป็น 0.92 เท่าเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ

ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมทำนายประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. คือ ตัวแปรอื่น ๆ อันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ภาวะครอบครัว อาชีพ (เป็นหรือเคยเป็นบุคลากรทางการแพทย์) ศาสนาและความเชื่อ BMI โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระยะเวลาในการทำอาสาสมัคร ความรู้สึกได้รับการช่วยเหลือทางสังคม ระดับความสุข และปัญหาสุขภาพจิต เมื่อนำมาเขียนเป็นสมการปัจจัยร่วมทำนายประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. สามารถเขียนได้ดังนี้

Predicted log (odds ประสิทธิภาพการทำงานของ อสม.) = 3.03 + 0.66 (ที่อยู่อาศัย) + 0.46 (รายได้ของครอบครัว) + 1.15(ความพึงพอใจในการทำงาน) - 0.90 (การสูบบุหรี่) - 0.04 (บุคลิกภาพแบบวิตกกังวล) - 0.08 (ความรู้สึกตึงเครียด)

วิจารณ์

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่อำเภอรัฐประเทส จังหวัดสระแก้ว สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะประชากร

ข้อมูลทั่วไปของการศึกษา พบว่า อสม. พื้นที่อำเภอรัฐประเทส จังหวัดสระแก้วร้อยละ 73.5 เป็นเพศหญิง สัมพันธ์กับการศึกษาในประเทศไทยมากกว่าต่างประเทศ^(20,21,24) เช่น ประเทศญี่ปุ่น⁽¹⁶⁾ ประเทศสหรัฐอเมริกา⁽⁸⁾ และประเทศกานา⁽¹⁷⁾ ส่วนปัจจัยด้านอายุ พบว่า อาสาสมัครมีอายุโดยเฉลี่ยที่ 50.85 ปี ใกล้เคียงกับรายงานการแสดงช่วงอายุของอสม. ในประเทศไทยในปัจจุบัน (อสม. ที่มีอายุ 18-30 ปี 31-40 ปี 41-50 ปี 51-60 ปี และ 61 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 1.75, 7.65, 23.31, 38.28 และ 29.01 ตามลำดับ)⁽⁶⁾ และการศึกษาในประเทศไทย^(21, 24) และประเทศญี่ปุ่น⁽¹⁶⁾

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มอาสาสมัครมีสถานภาพแบบสมรสมากที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาของปรานค์ จักรไชย และคณะ⁽²⁴⁾ ยุทธนา แยกคาย⁽²¹⁾ และ คณิต หนูพลอย⁽²⁰⁾ อสม. ที่มีระดับการศึกษาเท่ากับระดับชั้นมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าระดับชั้นประถมศึกษา ระดับต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา และระดับชั้นปริญญาตรี เรียงลำดับจากมากไปน้อย คิดเป็นร้อยละ 46.8, 41.2, 7.7 และ 4.3 ตามลำดับ คล้ายกับการศึกษาของ Taguchi A et al⁽¹⁶⁾ และ คณิต หนูพลอย⁽²⁰⁾ แต่กลับต่างจากการศึกษา ยุทธนา แยกคาย⁽²¹⁾ ที่ศึกษาอสม. ในจังหวัดสุโขทัย และอาสาสมัครในประเทศกานา⁽¹⁷⁾ ที่อาสาสมัครจบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษาตอนต้นถึงร้อยละ 48

ร้อยละ 47.4 ของอาสาสมัครมีรายได้ของครอบครัว 5,000-10,000 บาท ในขณะที่การศึกษา

อื่น ศึกษาเฉพาะรายได้ของอาสาสมัคร เช่น ในการศึกษาของปรานค์ จักรไชย และคณะ⁽²⁴⁾ อสม. ร้อยละ 61.1 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-15,000 บาท อสม. ในการศึกษาของยุทธนา แยกคาย⁽²¹⁾ มีรายได้เฉลี่ย 6,865.92 บาท/เดือน และอสม. ในการศึกษาของคณิต หนูพลอย⁽²⁰⁾ ที่มีรายได้เฉลี่ย 11,214.44 บาท/เดือน

อาสาสมัครที่ไม่ได้ประกอบอาชีพบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนมากที่สุดคล้ายกับหลายการศึกษาในประเทศไทย^(20,21) และในประเทศกานา⁽¹⁷⁾ ที่อาสาสมัครเกือบครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกร อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาที่มีอาสาสมัครไม่ได้ระบุอาชีพถึงร้อยละ 63.38 และการประกอบอาชีพขึ้นอยู่กับพื้นที่ที่อยู่อาศัย

เกือบทั้งหมดของอาสาสมัครนับถือศาสนาพุทธ เนื่องจากศาสนาหลักของประเทศไทย คือ ศาสนาพุทธ⁽³⁸⁾ ในขณะที่การศึกษาในประเทศไทยสหรัฐอเมริกา^(7, 19) ศึกษาเรื่องความเคร่งครัดในศาสนาคริสต์ หรือในการศึกษาของประเทศกานา⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า อาสาสมัครนับถือศาสนาคริสต์ถึงร้อยละ 72 ศาสนาแอฟริกันดั้งเดิมร้อยละ 15 และศาสนาอิสลามร้อยละ 6

อาสาสมัครเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48) ทำงานอาสาสมัครมากกว่า 10 ปี ใกล้เคียงกับการศึกษาของคณิต หนูพลอย⁽²⁰⁾ (อสม. มีระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 10.17 ปี) คล้ายคลึงกับการศึกษาของยุทธนา แยกคาย⁽²¹⁾ (อสม. มีระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 15.39 ปี) ต่างจากอาสาสมัครในการวิจัยของปรานค์ จักรไชย และคณะ⁽²⁴⁾ ซึ่งอสม. ปฏิบัติหน้าที่เป็นอสม. น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 40.8 และปฏิบัติหน้าที่เป็นอสม. 5-10 ปี ร้อยละ 38.6 และของ Taguchi A et al⁽¹⁶⁾ ที่อาสาสมัครทำงานอาสาสมัคร 1-4 ปี ร้อยละ 37 ทำงานอาสาสมัคร 5-8 ปี ร้อยละ 28.8 และทำงาน

อาสาสมัครมากกว่าหรือเท่ากับ 9 ปี ร้อยละ 34 แต่ในการศึกษาเรื่องระยะเวลาการทำงาน จะมีความคลาดเคลื่อนกันได้เพราะช่วงระยะเวลาในการทำวิจัยต่างกัน

ปัจจัยเรื่องที่อยู่ ผู้วิจัยเห็นว่า อสม. ที่อาศัยอยู่ภายในอำเภอเมือง ได้รับการติดต่อจากแพทย์ในด้านต่าง ๆ มากกว่า อาทิเช่น การอบรม อสม. เพื่อให้ความรู้ประจำปี หรือความสะดวกในการเข้าถึงโรงพยาบาลระดับอำเภอที่สะดวกกว่า และปัจจัยเรื่องภาระครอบครัว อันเป็นเหตุที่มีต่อภาวะเศรษฐกิจหรือปัญหาสุขภาพจิตได้⁽³⁹⁾ ซึ่งยังไม่มีการศึกษาอย่างชัดเจน

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

ร้อยละ 65.5 ของ อสม. ในอำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว มีประสิทธิภาพในการทำงาน อยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของปรารงค์ จักรไชย และคณะ⁽²⁴⁾ ซึ่งใช้แบบสอบถามแบบเดียวกัน พบว่า ร้อยละ 87.6 อาสาสมัครมีการปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัวภาพรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{x} = 3.84 จาก 5, S.D. = 0.86) ในส่วนการปฏิบัติงานของของอสม. จังหวัดพัทลุง ในภาพรวม ในการศึกษาของคณิต หนูพลอย⁽²⁰⁾ อยู่ในระดับสูง (มีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 +/- 0.41) เช่นกัน

ส่วนที่ 2.1 ปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายประสิทธิภาพการทำงานของอสม.

ส่วนที่ 2.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสามารถในการทำนายประสิทธิภาพการทำงานของอสม.

อาสาสมัครที่อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมือง มีประสิทธิภาพการทำงานเพิ่มขึ้นเป็น 1.93 เท่าเมื่อเทียบกับอาสาสมัครที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ อาจเป็นเพราะ อสม.

ในเขตนอกอำเภอเมือง มีความสนิทใกล้ชิดกับผู้ที่ตนเองดูแลมากกว่า เช่น การทำอาชีพเกษตรกรรมเหมือนกัน ในขณะที่ผู้อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองมีการทำงานในช่วงกลางวันมากกว่า จึงทำให้มีความสนิทระหว่าง อสม.และประชาชนที่ลดลง อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาการทำนายระหว่างปัจจัยที่อยู่และประสิทธิภาพการทำงานของ อสม.

อาสาสมัครที่มีรายได้ของครอบครัวเพิ่มขึ้นจากน้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน เป็น 5,000-10,000 บาท/เดือน และจาก 5,000-10,000 บาท/เดือนเป็นมากกว่า 10,000 บาท/เดือน จะมีประสิทธิภาพการทำงานเพิ่มขึ้นเป็น 1.58 เท่าเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ อธิบายได้จากการที่บุคคลมีรายได้ที่ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับสุขภาพในเชิงลบ⁽⁴⁰⁾ ต่างจากการศึกษาของ Kim E.J et al⁽⁴¹⁾ ที่พบว่า ปัจจัยเรื่องการเงินมีความเกี่ยวข้องกับการเป็นอาสาสมัครน้อย

อาสาสมัครที่สูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ จะมีประสิทธิภาพการทำงานลดลงเป็น 0.41 เท่าเมื่อเทียบกับอาสาสมัครที่ไม่เคยสูบบุหรี่เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ อาจเป็นเพราะการสูบบุหรี่บ่งบอกเกี่ยวกับการมี healthy lifestyle⁽¹⁶⁾ ซึ่ง Taguchi A et al⁽¹⁶⁾ ศึกษาในประเทศญี่ปุ่น พบว่าอาสาสมัครที่มีความเข้าใจด้านสุขภาพ (health literacy) มาก จะมีส่วนร่วมในการติดต่อกับครอบครัวและชุมชนมากขึ้น ดังนั้น การที่อาสาสมัครด้านสุขภาพมีความเข้าใจเกี่ยวกับด้านสุขภาพมากเท่าไร ยิ่งมีความสามารถในการทำงานมากขึ้นเท่านั้น

ส่วนที่ 2.1.2 ปัจจัยทางกายที่มีความสามารถในการทำนายประสิทธิภาพการทำงานของ อสม.

ไม่พบปัจจัยทางกายที่มีความสามารถในการทำนายประสิทธิภาพการทำงานของอสม. ดังเช่น การศึกษาของ King HR et al⁽¹³⁾ (ซึ่ง

อภิปรายเพิ่มเติมในส่วนของปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของ อสม.)

ส่วนที่ 2.1.3 ปัจจัยด้านจิตใจที่มีความสามารถในการทำนายประสิทธิภาพการทำงานของอสม.

อาสาสมัครที่มีบุคลิกภาพแบบวิตกกังวลเพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน จะมีประสิทธิภาพการทำงานลดลงเป็น 0.96 เท่าเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ เนื่องจากบุคลิกภาพมีความสัมพันธ์กับการเป็นอาสาสมัครด้านสุขภาพ⁽¹²⁾ ดังการศึกษาของ King HR et al⁽¹³⁾ ที่กล่าวว่า การที่มีบุคลิกภาพแบบวิตกกังวลที่ต่ำจะมีประสิทธิภาพทางกายและสุขภาพจิตที่ดีกว่าและการศึกษาของ Thoris PA et al⁽⁴²⁾ ที่พบว่า ยิ่งบุคคลมีลักษณะบุคลิกภาพที่ดีมากและสุขภาพกายและใจที่ดีจะสนใจที่จะทำงานอาสาสมัครในชุมชนมากขึ้น โดยผู้ที่มีสภาวะทางอารมณ์ที่ดี (well-being) ซึ่งประกอบด้วย ความสุข ความพอใจในชีวิต ความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกถูกควบคุมในชีวิต ความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกายและภาวะซึมเศร้าจะให้ชั่วโมงการทำงานอาสาสมัครมากกว่า

อาสาสมัครที่มีความพึงพอใจในการทำงานเพิ่มขึ้นทุก 1 ระดับ (ความพึงพอใจในการทำงานแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก) จะมีประสิทธิภาพการทำงานมากขึ้นเป็น 3.17 เท่าเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของคณิต หนูพลอย⁽²⁰⁾ ที่พบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับประสิทธิภาพการทำงานของอสม. ($r = 0.52$, P value < 0.001) การศึกษาของ Hackett RD and Guion RM⁽⁴³⁾ พบว่า การขาดงานโดยไม่มีเหตุผลอันควรสัมพันธ์กับเจตคติในทางลบการศึกษาของ Schaumberg R and Flynn F⁽⁴⁴⁾ พบว่าความพึงพอใจในการทำงานเป็นปัจจัยทำนายการขาดงานโดยไม่มีเหตุผลอันควร เฉพาะในผู้ที่มีความรู้สึกผิด

ต่ำ เพราะพฤติกรรมของผู้ที่มีความรู้สึกผิดต่ำจะมีลักษณะเต็มเต็มอึดตาของตนเองมากกว่าบุคคลทั่วไป และการศึกษาของ Okun M et al⁽¹⁹⁾ พบว่าความพึงพอใจในการเป็นอาสาสมัคร เกี่ยวข้องกับจำนวนชั่วโมงในการทำงานอาสาสมัครด้วยเหตุผลที่ว่าความพอใจในชีวิตอันเป็นส่วนประกอบของสภาวะทางอารมณ์ที่ดี เป็นเหตุให้อาสาสมัครมีชั่วโมงการทำงานมากกว่า⁽⁴²⁾

อาสาสมัครที่มีความรู้สึกดีเครียดเพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน จะมีประสิทธิภาพการทำงานลดลงเป็น 0.92 เท่าเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Akintola O et al⁽⁴⁵⁾ ที่พบว่าความเครียด ส่งผลในทางลบต่ออาสาสมัครทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงประสิทธิภาพการทำงาน อธิบายได้จากความเครียดส่งผลต่อความสามารถของสมองในทักษะการจัดการ รวมไปถึงการรักษาความจำเพื่อใช้งาน ^(46, 47)

ส่วนที่ 2.2 ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายประสิทธิภาพการทำงานของ อสม.

เพศไม่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของอสม. เหมือนกับการศึกษาการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการทำงานของพนักงานบริษัท Bialowolski P et al⁽¹⁵⁾ และการทำงานอาสาสมัครของ Dawson SJ et al⁽⁴⁸⁾ เช่นเดียวกับอายุที่ไม่ได้เป็นปัจจัยในการทำนายประสิทธิภาพการทำงานของอสม. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bialowolski P et al⁽¹⁵⁾ ว่าอายุไม่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน ของพนักงานบริษัท แต่ในขณะเดียวกันมีการศึกษาที่ขัดแย้งของ Kim E J et al⁽⁴¹⁾ ที่ว่า อายุและประสบการณ์เป็นปัจจัยที่จะทำนายการเป็นอาสาสมัครของแพทย์ และHuo M et al⁽⁸⁾ ได้กล่าวว่า จำนวนชั่วโมงในการทำอาสาสมัครต่อปีสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น และพบว่า สถานภาพไม่ได้เป็นปัจจัยทำนายประสิทธิภาพในการทำงานของอาสาสมัคร อย่างไรก็ตาม

ก็ตามยังไม่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพและประสิทธิภาพในการทำงาน

นอกจากนี้ ระดับการศึกษาไม่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน ต่างจากการศึกษาของ Taguchi A et al⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า อาสาสมัครที่มีการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ ว่ายิ่งบุคคลมีระดับการศึกษาด้านสุขภาพมากเท่าไร ยิ่งมีการติดต่อกับครอบครัวและชุมชนมากขึ้นเท่านั้นอาจเป็นเพราะอาสาสมัครในการศึกษาวิจัยนี้ ร้อยละ 95.69 จบการศึกษาระดับชั้นต่ำกว่าปริญญาตรี และร้อยละ 91.38 ไม่มีอาชีพเดิมเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้น หากมีการอบรมดูแลสม. เกี่ยวกับด้านสุขภาพและอสม. แล้วมีความเข้าใจมากเท่าไร ประสิทธิภาพในการทำงานของอสม. น่าจะมากขึ้นด้วยเช่นกันการประกอบอาชีพเป็นบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้เป็นปัจจัยทำนายประสิทธิภาพในการทำงานของอาสาสมัคร แต่ในการศึกษาของ Taguchi A et al⁽¹⁶⁾ พบว่า ยิ่งอาสาสมัครที่มีการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพมากเท่าไร ยิ่งติดต่อกับครอบครัวและชุมชนมากขึ้นเท่านั้นอาจเป็นเพราะในการศึกษานี้ มีผู้ที่เคยประกอบอาชีพเป็นบุคลากรทางการแพทย์มีจำนวนน้อย (ร้อยละ 8.62) ซึ่งทำให้เกิด selection bias ได้ อย่างไรก็ตาม ไม่มีการระบุอาชีพในเกณฑ์การคัดเลือกของอสม. และอาชีพส่วนใหญ่ในประเทศไทย คือ เกษตรกร⁽⁴⁹⁾ ศาสนาและความเชื่อไม่ได้ทำนายประสิทธิภาพในการทำงานของอาสาสมัคร โดย Okun M et al⁽⁵⁰⁾ พบว่าศาสนาขยายแรงขับเคลื่อนในการเป็นอาสาสมัคร และความเชื่อเป็นตัวทำนายแรงขับเคลื่อนในการเป็นอาสาสมัคร อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ มี selection bias จากเกือบทั้งหมดของอาสาสมัครนับถือศาสนาพุทธ ในส่วนของระยะเวลาในการทำงานอสม. ไม่ได้เป็นปัจจัยทำนายประสิทธิภาพในการทำงานของ

อาสาสมัคร และยังไม่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการทำงานอสม. และประสิทธิภาพในการทำงานแต่พบการศึกษาที่ใกล้เคียงของ George B et al⁽⁵¹⁾ ที่พบว่า แพทย์ประจำบ้านที่ได้รับการฝึกฝน 1 และ 4 ชั่วโมงเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด ได้คะแนนในการสอบไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ความเพียงพอของรายได้ไม่ได้เป็นปัจจัยทำนายประสิทธิภาพในการทำงานของอาสาสมัคร อย่างไรก็ตามยังไม่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้และประสิทธิภาพในการทำงาน ส่วนภาวะครอบครัวไม่ได้เป็นปัจจัยทำนายประสิทธิภาพในการทำงานของอาสาสมัคร อาจเป็นเพราะผู้ที่เป็นอสม. ในประเทศไทย ทำด้วยความสมัครใจ คิดว่าตนมีความพร้อมเพียงพอที่จะมีประสิทธิภาพในการทำงาน โดยไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องภาวะครอบครัว

ในการศึกษาคั้งนี้ ค่าดัชนีมวลกายไม่ได้เป็นปัจจัยทำนายประสิทธิภาพในการทำงานของอาสาสมัคร เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ King HR et al⁽¹³⁾ พบว่า การเป็นอาสาสมัครนั้นไม่สัมพันธ์กับสุขภาพถ้ามีลักษณะบุคลิกภาพที่เหมือนกันอาจเป็นเพราะจำนวนผู้ที่คัดกรองเบื้องต้นว่ามี BMI ที่เหมาะสม ตาม WHO Asia-Pacific guidelines⁽⁵²⁾ มีจำนวนร้อยละ 29.23 ซึ่งทำให้เกิด selection bias ได้ เพราะ BMI ที่เหมาะสมบ่งบอกถึง healthy lifestyle⁽¹⁶⁾ ในขณะที่โรคอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกินทำให้เกิดทุพพลภาพ และลดผลิตภาพในการทำงาน⁽⁵³⁾ การที่อาสาสมัครมีโรคประจำตัวเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ได้เป็นปัจจัยทำนายประสิทธิภาพในการทำงานของอาสาสมัคร เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ King HR et al⁽¹³⁾ พบว่า การเป็นอาสาสมัครนั้นไม่สัมพันธ์กับสุขภาพถ้ามีลักษณะบุคลิกภาพที่เหมือนกัน

ความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคมไม่เป็นปัจจัยทำนายประสิทธิภาพในการทำงาน ซึ่งไม่สัมพันธ์กับการศึกษาของยูทธนา แยกคาย⁽²¹⁾ ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานและเป็นปัจจัยร่วมในการพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ระดับความสุขทำนายประสิทธิภาพในการทำงานของอาสาสมัครไม่ได้ แต่ Thoris PA et al⁽⁴²⁾ พบว่า ยิ่งบุคคลมีลักษณะบุคลิกภาพที่ดีมากและสุขภาพกายและใจที่ดีจะทำให้บุคคลนั้นสนใจที่จะทำงานอาสาสมัครในชุมชน โดยผู้ที่มีสภาวะทางอารมณ์ที่ดี ซึ่งประกอบด้วย ความสุข ความพอใจในชีวิต ความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกถูกควบคุมในชีวิต ความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกายและภาวะซึมเศร้าให้ชั่วโมงการทำงานอาสาสมัครมากกว่า เพราะการช่วยเหลือคนอื่นช่วยเติมเต็มมนุษย์ในเรื่องการที่เป็นที่ต้องการของคนอื่น⁽⁵⁴⁾

ปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้เป็นปัจจัยทำนายประสิทธิภาพในการทำงานสัมพันธ์กับการศึกษาของ King HR et al⁽¹³⁾ ที่การทำงานอาสาสมัครจะไม่แตกต่างกันทั้งทางด้านสุขภาพกายและใจ หากมีบุคลิกภาพที่เหมือนกัน แต่ไม่สัมพันธ์กับการศึกษาของ Thoris PA et al⁽⁴²⁾ ที่พบว่า ผู้ที่มีสภาวะทางอารมณ์ที่ดี ซึ่งประกอบด้วย ความสุข ความพอใจในชีวิต ความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกถูกควบคุมในชีวิต ความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกายและภาวะซึมเศร้าให้ชั่วโมงการทำงานอาสาสมัคร

เอกสารอ้างอิง

1. Salazar-Barajas ME, LilloCrespo M, Hernández Cortez PL, Villarreal Reyna MLÁ, Gallegos Cabriales EC, Gómez Meza MV, et al. Factors Contributing to Active Aging in Older Adults, from the Framework of Roy's Adaptation Model. Invest EducEnferm. 2018;36(2).

มากกว่าและการศึกษาของ Rugulies R⁽⁵⁵⁾ ที่พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพจิตยังเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาด้านจิตสังคม และสามารถทำนายการขาดงานโดยไม่จำเป็นได้ แต่ในการศึกษานี้ มีผู้ที่คัดกรองเบื้องต้นว่ามีปัญหาสุขภาพจิตมีจำนวนน้อย ทำให้เกิด selection bias

สรุป

สรุปผลการวิจัยได้ว่า อสม.ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่อรัญประเทศ มีผู้ที่มีประสิทธิภาพในการทำงานระดับสูง ร้อยละ 65.5 ระดับปานกลางร้อยละ 32.6 และระดับต่ำ ร้อยละ 6 ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของอสม. ทางบวก ได้แก่ ที่อยู่ รายได้ของครอบครัว และความพึงพอใจในการทำงาน (P-value 0.04, 0.02 และ <0.01 ตามลำดับ) ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของอสม. ทางลบ ได้แก่ การสูบบุหรี่ บุคลิกภาพแบบวิตกกังวล และความรู้สึกตึงเครียด (P-value 0.02, 0.03 และ <0.01 ตามลำดับ)

จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลมาปรับปรุงต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริมสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการผลิตหรือฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข หรือนำมาปรับปรุงหน่วยงานด้านสาธารณสุขต่อไป ส่วน ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป คือ การศึกษาแบบระยะยาว (longitudinal study) เพื่อติดตามปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไปในอาสาสมัคร

2. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*.2004;364(9449):1984-90.
3. Promthet S, Wiangnon S, Senarak W, Saranrittichai K, Vatanasapt P, Kamsa-ard S, et al. Evaluation of health education in the Multi-professional Intervention and Training for Ongoing Volunteer-based Community Health Programme in the north-east of Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(5):1753-5.
4. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. อสม. มตงานในระบบสุขภาพไทย: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ; 2563. Available from: <https://hrdo.org/อสม-มตงานในระบบสุขภาพไทย/>.
5. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. คู่มือแนะนำ สำหรับประชาชน ที่กลับจากพื้นที่เสี่ยง เพื่อป้องกันการแพร่ระบาด COVID-19 และสำหรับ อสม. ในการเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตอาการโควิด-19 2563 [cited 2564 3 มีนาคม]. Available from: <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article/คู่มือแนะนำสำหรับ-อสม-ในการเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตอาการโควิด-19>.
6. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุข. อสม. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2565. Available from: <https://www.thaiiphc.net/new2020/content/1>.
7. Krause N, Ironson G, Hill PC. Volunteer Work, Religious Commitment, and Resting Pulse Rates. *J Relig Health*.2017;56(2):591-603.
8. Huo M, Miller LMS, Kim K, Liu S. Volunteering, Self-Perceptions of Aging, and Mental Health in Later Life. *Gerontologist*.2020.
9. Chiao C. Beyond health care: Volunteer work, social participation, and late-life general cognitive status in Taiwan. *SocSci Med*. 2019;229:154-60.
10. Zana Á, Kegye A, Czeglédi E, Hegedűs K. Differences in well-being and fear of death among female hospice employees and volunteers in Hungary. *BMC Palliat Care*.2020;19(1):58.
11. Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H. Positive and negative influences of social participation on physical and mental health among community-dwelling elderly aged 65-70 years: a cross-sectional study in Japan. *BMC Geriatr*.2017;17(1):111.
12. Zell E, Lesick TL. Big five personality traits and performance: A quantitative synthesis of 50+ meta-analyses. *J Pers*. 2021.

13. King HR, Jackson JJ, Morrow-Howell N, Oltmanns TF. Personality Accounts for the Connection Between Volunteering and Health. *J Gerontol B PsycholSciSoc Sci.* 2015;70(5):691-7.
14. Workforce Health And Productivity. *Health Aff (Millwood).*2017;36(2):200-1.
15. Bialowolski P, McNeely E, VanderWeele TJ, Weziak-Bialowolska D. Ill health and distraction at work: Costs and drivers for productivity loss. *PLoS One.*2020;15(3):e0230562.
16. Taguchi A, Murayama H, Murashima S. Association between Municipal Health Promotion Volunteers' Health Literacy and Their Level of Outreach Activities in Japan. *PLoS One.*2016;11(10):e0164612.
17. Chatio S, Welaga P, Tabong PT, Akweongo P. Factors influencing performance of community-based health volunteers' activities in the Kassena-Nankana Districts of Northern Ghana. *PLoS One.*2019;14(2):e0212166.
18. Chatio S, Akweongo P. Retention and sustainability of community-based health volunteers' activities: A qualitative study in rural Northern Ghana. *PLoS One.*2017;12(3):e0174002.
19. Okun M, Infurna FJ, Hutchinson I. Are Volunteer Satisfaction and Enjoyment Related to Cessation of Volunteering by Older Adults? *J Gerontol B PsycholSciSoc Sci.* 2016;71(3):439-44.
20. คณิต หนูพลอย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง. พัทลุง: มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2553.
21. ยุทธนา แยกคาย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา. 2561;19:145-55.
22. Beehr TA, Newman JE. Empirical research on job stress and employee health : a selected bibliography. Monticello, Ill: Council of Planning Librarians; 1978. 8 p.
23. Western Electric Hawthorn Studies Collection: Harvard Business School; 2010 [Available from: <https://www.library.hbs.edu/hc/wes/collections/labor/other/content/1001955886.html>].

24. ปรารงค์ จักรไชย, อภิชัย คุณีพงษ์, วรเดช ช้างแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอกรอบครัว จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข; 2560. p. 16-28.
25. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Lerttrakarnnon P, Jiraniramai S, Sirirak T, Assanangkornchai S, et al. Prevalence, clinical and psychosocial variables of depression, anxiety and suicidality in geriatric tertiary care settings. *Asian J Psychiatr.*2019;41:38-44.
26. ทินกร วงศ์ปการันย์, ณหทัย วงศ์ปการันย์, สุปรียา วงษ์ตระหง่าน, กนกขวัญ นามสีฐาน, อีร์รัตน์ บริพันธ์กุล, ไพรดา วาร์นาโต. ผลของบุคลิกแบบนิวโรติซิสม (neuroticism) ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (The Effect of Neuroticism on Academic Performance and Quality of Life in Third-year Medical Students, Chiang Mai University). เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
27. Banjongwadee M, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Pipanmekaporn T, Punjasawadwong Y, Mueankwan S. The role of perceived stress and cognitive function on the relationship between neuroticism and depression among the elderly: a structural equation model approach. *BMC Psychiatry.*2020;20(1):25.
28. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess.* 1988(52):30–41.
29. Wongpakaran N, Wongpakaran T. A revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support. *Span J Psychol.* 2012;15(3):1503-9.
30. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Ruktrakul R. Reliability and Validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) : Thai Version. *ClinPractEpidemiolMent Health.*2011;7:161-6.
31. Galindo-Kuhn R, Guzley RM. The volunteer satisfaction index: Construct definition, measurement, development, and validation. *Journal of Social Service Research;* 2001.p. 45-68.
32. Best JW. *Research in education.* New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.
33. อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรณประภา ชลอกุล, ละเอียด ปัญโญใหญ่, สุจริต สุวรรณชีพ. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2544;46(3):209-25.

34. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24(4):385-96.
35. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: An Investigation of its psychometric properties. *Biopsychosoc Med.* 2010;4:6.
36. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 1979;9(1):139-45.
37. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาล ศิลปะกิจ. ความเชื่อถือได้ และความแม่นยำของ General health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2539;41(1):2-17.
38. พระธรรมโกศาจารย์ พระพุทธศาสนาในประเทศไทยสมัยปัจจุบัน: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2558 [updated 3 สิงหาคม 2558; cited 2565 1 มกราคม]. Available from: <https://www.mcu.ac.th/article/detail/14270>.
39. Tan Z, Shi F, Zhang H, Li N, Xu Y, Liang Y. Household income, income inequality, and health-related quality of life measured by the EQ-5D in Shaanxi, China: a cross-sectional study. *Int J Equity Health.* 2018;17(1):32.
40. Ennis E, Bunting BP. Family burden, family health and personal mental health. *BMC Public Health.* 2013;13:255.
41. Kim EJ, Fox S, Moretti ME, Turner M, Girard TD, Chan SY. Motivations and Barriers Associated With Physician Volunteerism for an International Telemedicine Organization. *Front Public Health.* 2019;7:224.
42. Thoits PA, Hewitt LN. Volunteer work and well-being. *J Health Soc Behav.* 2001;42(2):115-31.
43. Hackett RD, Guion RM. A reevaluation of the absenteeism- job satisfaction relationship. *Organ Behav Hum Decis Process.* 1985;35(3):340-81.
44. Schaumberg RL, Flynn FJ. Clarifying the link between job satisfaction and absenteeism: The role of guilt proneness. *J Appl Psychol.* 2017;102(6):982-92.
45. Akintola O, Hlengwa WM, Dageid W. Perceived stress and burnout among volunteer caregivers working in AIDS care in South Africa. *J Adv Nurs.* 2013;69(12):2738-49.

46. Luettgau L, Schlagenhauf F, Sjoerds Z. Acute and past subjective stress influence working memory and related neural substrates. *Psychoneuroendocrinology*.2018;96:25-34.
47. Qin S, Hermans EJ, van Marle HJ, Luo J, Fernández G. Acute psychological stress reduces working memory-related activity in the dorsolateral prefrontal cortex. *Biol Psychiatry*. 2009;66(1):25-32.
48. Dawson SJ, Huberman JS, Bouchard KN, McInnis MK, Pukall CF, Chivers ML. Effects of Individual Difference Variables, Gender, and Exclusivity of Sexual Attraction on Volunteer Bias in Sexuality Research. *Arch Sex Behav*.2019;48(8):2403-17.
49. อาชีพ: กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา; 2564. Available from: <https://thailandtourismdirectory.go.th/th/contentpage/94>.
50. Okun MA, O'Rourke HP, Keller B, Johnson KA, Enders C. Value-Expressive Volunteer Motivation and Volunteering by Older Adults: Relationships With Religiosity and Spirituality. *J Gerontol B PsycholSciSoc Sci*. 2015;70(6):860-70.
51. George BC, Teitelbaum EN, Darosa DA, Hungness ES, Meyerson SL, Fryer JP, et al. Duration of faculty training needed to ensure reliable or performance ratings. *J Surg Educ*. 2013;70(6):703-8.
52. Pan WH, Yeh WT. How to define obesity? Evidence-based multiple action points for public awareness, screening, and treatment: an extension of Asian- Pacific recommendations. *Asia Pac J ClinNutr*.2008;17(3):370-4.
53. Goettler A, Grosse A, Sonntag D. Productivity loss due to overweight and obesity: a systematic review of indirect costs. *BMJ Open*.2017;7(10):e014632.
54. Gottlieb BH, Gillespie AA. Volunteerism, health, and civic engagement among older adults. *Can J Aging*. 2008;27(4):399-406.
55. Rugulies R. Studying the effect of the psychosocial work environment on risk of ill-health: towards a more comprehensive assessment of working conditions. *Scand J Work Environ Health*. 2012;38(3):187-91.