

ศักยภาพ การมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการจัดการสุขภาพชุมชนหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง*

เพ็ญนภา ศรีหรั่ง†

อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์§

วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี†

จิราพร วรวงศ์‡

บุบผา รักชานาม#

วนิดา ศรีพรหมษา‡

มนัสศรี ไพบูลย์ศิริ¶

ผู้รับผิดชอบบทความ: วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี, wuttikul@scphkk.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพ การมีส่วนร่วมและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการจัดการสุขภาพชุมชน หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยด้านศักยภาพของ อสม. มี 3 ส่วนคือ 1. ความรู้ในการจัดการสุขภาพชุมชน 2. เจตคติในการจัดการสุขภาพชุมชน 3. ทักษะและพฤติกรรมการปฏิบัติ (ด้วยการประเมินตนเอง) ด้านการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินการจัดการสุขภาพชุมชน และด้านความสามารถของ อสม. ในการจัดการ

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเขื่อนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

† วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

§ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเยลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

‡ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¶ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

Received 14 June 2024; Revised 18 August 2024; Accepted 10 September 2024

Suggested citation: Sridawruang C, Sriring P, Sriyak A, Thanakanjanaphakdee W, Worawong C, Raksanam B, et al. Capability, community participation and factors associated with the abilities of village health volunteers' community health management of devolved sub-district health promoting hospitals of provincial administrative organizations. Journal of Health Systems Research 2024;18(3):x-xx.

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, เพ็ญนภา ศรีหรั่ง, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี, จิราพร วรวงศ์, บุบผา รักชานาม และคณะ. ศักยภาพ การมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการสุขภาพชุมชน หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567;18(3):x-xx.

สุขภาพชุมชน โดยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ 0.85, 0.92, 0.95, 0.92 และ 0.94 ตามลำดับ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนในจังหวัดจาก 4 ภูมิภาค รวม 10 จังหวัดที่มีการถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต.ไปขึ้นกับ อบจ. กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 482 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรม STATA 16.1 ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุ รายงานค่า adjusted odds ratio, 95%CI และ *p*-value ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น อสม. ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ขนาดกลาง 255 คน (ร้อยละ 52.9) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.0) อายุระหว่าง 50-59 ปี คือร้อยละ 38.6 ระยะเวลาของการเป็น อสม. ค่าเฉลี่ย 16.38 ± 9.64 (ปี) และร้อยละ 87.3 เคยผ่านการอบรมมาก่อน ศักยภาพของ อสม. จากความรู้ เจตคติและทักษะหรือพฤติกรรมในการจัดการสุขภาพชุมชนพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 96.9 มีเจตคติในระดับสูง พบค่าเฉลี่ยสูงสุดด้านการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำสุดคือด้านการประเมินผลการจัดการสุขภาพชุมชน มีพฤติกรรมในการปฏิบัติการจัดการสุขภาพชุมชนในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 4.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50) พบค่าเฉลี่ยสูงสุด พบค่าเฉลี่ยสูงสุดด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์จากการจัดการสุขภาพชุมชน ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินการจัดการสุขภาพชุมชน ด้านความสามารถของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชนในภาพรวมก็อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 4.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.58) พบค่าเฉลี่ยสูงสุดด้านการติดตามประเมินผล (ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 4.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.66) ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือความสามารถด้านการจัดการสุขภาพตนเอง (ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 4.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชนมี 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) ศักยภาพด้านทักษะหรือพฤติกรรมในการปฏิบัติการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. 2) ด้านการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน 3) กลุ่มอายุของ อสม. 4) ระยะเวลาที่เป็น อสม. และ 5) อาชีพ

คำสำคัญ: ศักยภาพการจัดการสุขภาพชุมชน การมีส่วนร่วม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การถ่ายโอน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Capability, Community Participation and Factors Associated with the Abilities of Village Health Volunteers' Community Health Management of Devolved Sub-District Health Promoting Hospitals of Provincial Administrative Organizations

Chaweewan Sridawruang^{*}, Pennapa Sriring[†], Atcharawadee Sriyasak[§], Wuttikul Thanakanjanaphakdee[‡], Chiraporn Worawong[‡], Buppha Raksanam[#], Wanida Sripromsa[‡], Manatsri Paibulsiri[¶]

^{*} Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen

[†] Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen

[‡] Boromarajonani College of Nursing, Udonthani

[§] Boromarajonani College of Nursing, Yala

[#] Sirindhorn College of Public Health, Trung

[¶] Faculty of Nursing, Pathumthani University

Corresponding author: Wuttikul Thanakanjanaphakdee, wuttikul@scphkk.ac.th

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to investigate the capability, community participation and factors associated with the abilities of village health volunteers (VHVs) in community health management of devolved sub-district health promoting hospitals provincial administrative organizations (PAOs). The questionnaire survey included 3 dimensions: first, the capabilities of VHVs measured in 3 domains; knowledge, attitudes, and behavioral skills in community health management. Second, the participation and third, the capabilities of VHVs in community health management; all were measured based on self-assessed questionnaire. The content validity verified by three experts was of 0.85, 0.92, 0.95, 0.92, and 0.94, respectively. The study was conducted between March 2023 and February 2024. Sample selection employed a multi-stage random sampling method. This study recruited 482 VHVs from across 10

provinces of 4 regions. Data were analyzed using a computer program. Multiple logistic regression was used to analyze the data. Adjusted odds ratios (Adj.OR), 95% confidence intervals (95% CI), and p-values were reported. Results: Most of the participants were VHVs of medium-sized health promoting hospitals (52.9%), were female (82.0%), with age range of 50-59 years (38.6%). The average duration of being a VHV was 16.38 ± 9.64 years, and 87.3% had training experience. Capacity of VHVs in community health management comprised knowledge, attitudes, and behavioral skills in managing community health in five areas: health planning, leadership and budget management, organizing health promotion activities and disease prevention in the community, evaluating community health management, and information technology for managing community health. The findings shew that most VHVs had a high level of knowledge, attitude, and behavior in community health management. Specifically, VHVs demonstrated a high level of knowledge (mean 28.16, SD=1.79). They also showed a positive attitude (mean 4.37, SD=0.49). The highest average was found in organizing health promotion activities. The lowest are the evaluation of community health management. There was a high level of community health management behavior (mean 4.31, SD=0.50). The highest mean was found in information technology for community health management. The lowest are in organizing health promotion activities and controlling them, prevent disease in the community. The community participation of VHVs in community health management was at a high level (91.9%, mean 4.27, SD=0.57). A multiple logistic regression analysis was conducted to identify factors associated with VHVs' ability to manage community health at a high level. The analysis revealed five significant factors: 1. skill potential, 2. Participation, 3. age group, 4. the duration of being VHV, 5. occupation.

Keywords: community health management capacity, participation, village health volunteers, devolution, sub-district health promoting hospital

ภูมิหลังและเหตุผล

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กับแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนฯ ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนภารกิจ การบริการสาธารณสุขด้านการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น พร้อมสถานอนามัยและบุคลากรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมภายในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งตามแผนฯ นั้นให้ถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ภายใน พ.ศ. 2553 โดยไม่จำเป็นต้องดำเนินการถ่ายโอนไปพร้อมกัน⁽¹⁾

ในระยะเวลาที่ผ่านมา พบว่า ยังมีปัญหาอุปสรรคด้านความพร้อมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จนกระทั่งถึงปี

2559 มีการถ่ายโอน รพ.สต. ได้จำนวน 51 แห่ง จากทั้งหมดทั่วประเทศ 9,787 แห่ง ซึ่งในส่วนที่ถ่ายโอนไปแล้วมีทั้งที่ประสบความสำเร็จ คือสามารถดำเนินงานได้ และบางส่วนที่ยังมีข้อจำกัดโดยเฉพาะการประสานงานระหว่างพื้นที่ การสนับสนุนวิชาการ บุคลากรขาดองค์ความรู้ด้านการบริหารการสาธารณสุข และโดยเฉพาะงบประมาณที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้การจัดหาเครื่องมือทางการแพทย์ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ อีกทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กไม่สามารถรองรับภารกิจด้านการสาธารณสุขที่ถ่ายโอนลงไปได้อย่างเต็มที่ การสังเคราะห์บทเรียนจากกรณีศึกษาพื้นที่ถ่ายโอน เพื่อประเมินและติดตามผลกระทบของการถ่ายโอนในเชิงการบริหาร การตอบสนองต่อสุขภาพประชาชน ในท้องถิ่น ศึกษาจาก รพ.สต. 28 แห่ง ช่วง กันยายน 2564 – 30 กันยายน 2555 พบว่าผลที่เกิดจากการถ่ายโอน แตก

ต่างกันไปตามบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่⁽²⁾

การดำเนินการถ่ายโอนเริ่มมีความชัดเจนและมีความต่อเนื่อง หลังจากราชกิจจานุเบกษาได้เผยแพร่ 19 ตุลาคม 2564 โดยปลายปี 2565 มีการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนามวินทราชนิ (สอน.) และ รพ.สต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) รวมทั้งสิ้น 3,263 แห่ง ใน 49 จังหวัด มีบุคลากรถ่ายโอนคือ ข้าราชการ 11,722 ราย ลูกจ้างประจำ 20 ราย พนักงานราชการ 5 ราย พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 4,919 ราย ลูกจ้างชั่วคราว 4,891 ราย และข้าราชการช่วยราชการ 374 ราย ในขณะที่ยังมีหลายประเด็นที่ต้องมีการทบทวนเพื่อหาทางแก้ไข ปัญหาอัตรากำลังไม่เพียงพอทั้งด้านคุณวุฒิและปริมาณ⁽³⁾ ในการบริหารจัดการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจาก รพ.สต. สู่ อบจ. นั้น จากการศึกษาความคิดเห็นบุคลากรของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนทุกภูมิภาค จำนวน 430 คน พบว่ามีการปฏิบัติตามหน้าที่และภารกิจตามคู่มือแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ และบุคลากรด้านสุขภาพสามารถให้บริการได้เต็มที่ สมรรถนะบุคลากรของ รพ.สต. ในภาพรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน ยกเว้นด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ด้านการบริหารจัดการและการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อผู้ป่วย การสื่อสารจูงใจ การคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และการปรับปรุงคุณภาพของงานในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน⁽⁴⁾

การจัดระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลสำคัญในระบบบริการสุขภาพชุมชน ความสำคัญของภารกิจของ รพ.สต. ในการจัดการสุขภาพชุมชน คือกลไกการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน อสม. เป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชนของระบบบริการปฐมภูมิ และเป็นผู้ร่วมดำเนินการสั่งการ ควบคุมกำกับ ให้คำชี้แนะ ในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน นำไปสู่การพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนที่พึ่งตนเองได้⁽⁵⁾

ทั้งนี้ อสม. ยังอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ถึงแม้ รพ.สต. จะโอนย้ายไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจาก อสม. เป็นภาคประชาชนอิสระ ไม่ได้อยู่ภายใต้ พรบ. ท้องถิ่น ซึ่งการขับเคลื่อนการทำงานสุขภาพชุมชนร่วมกันระหว่าง อสม. กับ รพ.สต. หลังการถ่ายโอนฯ เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องมีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษารูปแบบการบริการสุขภาพของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนของรียานภิศ รัชตะวรรณ⁽³⁾ พบว่าการนำแนวคิดของระบบการแพทย์ปฐมภูมิไปสู่การปฏิบัติหลังถ่ายโอนยังไม่มี ความชัดเจน การมีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิหลังการถ่ายโอน เป็นประเด็นสำคัญที่ประชาชนมีข้อกังวลต่อคุณภาพและมาตรฐานของการบริการสุขภาพที่จะได้รับ การอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิซึ่งเป็นกลไกการเชื่อมประสานกันเป็นเครือข่ายของผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนนั้น พบว่า มีความซับซ้อนและมีช่องว่างในการอภิบาลระดับอำเภอ รวมถึงยังไม่มีความเป็นอิสระในเชิงนโยบายการบริหารสุขภาพ จากการศึกษาของดราวรรณ รองเมือง ในประเด็นการให้บริการตามมาตรฐานการให้บริการปฐมภูมิและการรับรองมาตรฐานการให้บริการของ รพ.สต. มีข้อเสนอต่อ อบจ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และตัวแทนภาคประชาชนให้ร่วมกันเตรียมความพร้อม วางแผนและดำเนินงานสนับสนุนให้ประชาชนเกิดความรู้ด้านสุขภาพ ผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในระดับชุมชน และกระทรวงสาธารณสุขควรยกระดับ อสม. สนับสนุนการดำเนินงานภาคประชาชนให้มีความเข้มแข็ง สร้างขวัญกำลังใจให้ อสม. เป็นเพียงขับเคลื่อนในระบบสุขภาพที่เป็นของภาคประชาชนได้อย่างแท้จริง⁽⁶⁾

ดังนั้น การศึกษาศักยภาพ การมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของ อสม. (อสม.) ในการจัดการสุขภาพชุมชน หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. จึงมีความสำคัญที่ควรศึกษา เพื่อนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในด้านการพัฒนาศักยภาพของชุมชน ด้านมี

ส่วนร่วมในการขับเคลื่อน จัดการสุขภาพปฐมภูมิให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้และมีความเข้มแข็ง เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพภายหลังการถ่ายโอนฯ โดยการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ คือ

1. เพื่อศึกษาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ.

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) ประชากร คือ อสม. แบ่งกลุ่มตามภูมิภาค ระดับการถ่ายโอนและขนาดของ รพ.สต.

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างและวิธีการเลือกตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ อสม. รวมทั้งหมด 482 คน ขนาดตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณของ Daniel, W. W. และ Cross, C. L.⁽⁷⁾

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดย

ขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกตามเกณฑ์จังหวัดที่มีการถ่ายโอนภารกิจ ของ รพ.สต. ไปขึ้นกับ อบจ. ภูมิภาคละ 2-4 จังหวัด ครอบคลุม 4 ภูมิภาค ได้จำนวน 10 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดที่ถ่ายโอน 100% จำนวน 2 จังหวัดคือ มุกดาหาร ร้อยเอ็ด จังหวัดที่ถ่ายโอน 50-99% จำนวน 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดมหาสารคาม แพร่ และจังหวัดที่ถ่ายโอนน้อยกว่า 50% จำนวน 6 จังหวัด ได้แก่ นครพนม สกล พัทลุง นครปฐม เพชรบูรณ์ ลำพูน

ขั้นตอนที่ 2 สุ่ม รพ.สต. แบบชั้นภูมิ จำแนกตามขนาด คือ ขนาด L (large) และ M (medium) อย่างละ 1

แห่ง ของแต่ละจังหวัด รวม 20 รพ.สต. ที่ถ่ายโอน

ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือก อสม. โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย **เกณฑ์การคัดเข้า** ได้แก่ อสม. ผู้ที่มีบทบาท รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพชุมชน การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและการบริการปฐมภูมิของ รพ.สต. มีเป้าหมายและกระบวนการทำงานที่ชัดเจน เป็นตัวแทนกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นคนไทยที่อ่านและเขียนภาษาไทยได้ดี มีสติสัมปชัญญะดี ถูกเชิญเข้าร่วมและเป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยได้ลงลายมือชื่อในแบบยินยอมแล้ว

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ เช่น หลงลืม ความจำเสื่อม ไม่ได้เป็นผู้ที่มีบทบาท หรือรับผิดชอบหรือมีได้เกี่ยวข้องในการทำงานในประเด็นที่กำหนด และไม่สามารถอยู่ร่วมการวิจัยจนครบตามเวลา หรือ ขอลาออกจากโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามศักยภาพการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พัฒนามาจากแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของ อสม. ในงานปฐมภูมิ ประยุกต์จาก อสม. 4.0 ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ และงานของสุรศักดิ์ สุนทร⁽⁸⁾ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพหลักนอกเหนือจากการทำหน้าที่ อสม. การศึกษา ช่วงเวลาที่เริ่มเป็น อสม. ระยะเวลาที่เป็น อสม. จำนวนครัวเรือนเฉลี่ยที่รับผิดชอบ งานหลักที่รับผิดชอบ ในบทบาทของ อสม. ประสบการณ์การผ่านการอบรมที่เกี่ยวข้องกับ อสม. รวม 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ศักยภาพของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน ประกอบด้วยข้อคำถามด้านความรู้ ทักษะ ทักษะการในการจัดการความรู้ และการมีส่วนร่วมของ อสม. ครอบคลุมด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดทำแผนด้านสุขภาพ ด้านการเป็นผู้นำและการจัดการงบประมาณ ด้านการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคในชุมชน ด้านการ

ประเมินผลการจัดการสุขภาพชุมชน และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน รวม 120 ข้อ

2.1 แบบวัดความรู้ในการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. เพื่อวัดระดับความรู้ด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. ภายหลังการถ่ายโอนฯ ใช้แบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด กำหนดให้เลือกตอบเพียง 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่และไม่ใช่ การตอบให้เลือกเพียงตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งเท่านั้น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน การแปลผลคะแนนความรู้ด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. แบ่งคะแนนโดยรวมเป็น 3 ระดับ ประเมินแบบอิงเกณฑ์ โดยค่าคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คือมีความรู้ระดับต่ำ คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป มีความรู้ระดับดี

2.2 แบบวัดเจตคติการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมศักยภาพการจัดการสุขภาพชุมชน 5 ด้าน จำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนเจตคติใช้คะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ ได้แก่ 1.00-2.33 (ต่ำ) 2.34-3.67 (ปานกลาง) 3.68-5.00 (สูง)

2.3 แบบวัดทักษะหรือพฤติกรรมในการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. ครอบคลุมการจัดการสุขภาพชุมชน 5 ด้าน จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ สม่าเสมอ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคย เกณฑ์ประมาณค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมจัดการสุขภาพชุมชนมี 3 ระดับ ได้แก่ 1.00-2.33 (ต่ำ) 2.34-3.67 (ปานกลาง) 3.68-5.00 (สูง)

2.4 แบบวัดการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการจัดการสุขภาพของชุมชน ครอบคลุมการจัดการสุขภาพชุมชน 5 ด้าน จำนวน 40 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนเจตคติใช้คะแนนเฉลี่ย

3 ระดับ ได้แก่ 1.00-2.33 (ต่ำ) 2.34-3.67 (ปานกลาง) 3.68-5.00 (สูง)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามที่พัฒนามาจากกระบวนการพันธกิจสัมพันธ์กับชุมชนโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการจัดการสุขภาพชุมชน ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิด community engagement for quality, people centered and resilient health services⁽⁹⁾ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การตัดสินใจ 2) การจัดการสุขภาพชุมชน 3) การรับผลประโยชน์จากการจัดการสุขภาพชุมชน และ 4) การประเมินผลดำเนินการจัดการสุขภาพชุมชน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผล คือ ระดับความสามารถ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 (ต่ำ) 2.34-3.67 (ปานกลาง) และ 3.68-5.00 (สูง) รวม 24 ข้อ

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และระบบสาธารณสุข 3 ท่าน เมื่อผู้วิจัยได้ปรับแบบสอบถามตามข้อชี้แนะของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ได้นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับและรายด้าน ประกอบด้วย 1. ด้านความรู้และเจตคติ 2. ด้านทักษะและพฤติกรรม 3. ด้านการมีส่วนร่วม และ 4. ด้านความสามารถของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.85, 0.92, 0.95, 0.92 และ 0.94 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลหัวหิน

กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566 (เลข
ที่ RECHHH013/2566)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (multiple
logistic regression) โดยใช้เทคนิค backward elimina-
tion โดยใช้โปรแกรมทางสถิติ STATA 16.1

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คือร้อยละ 82.0
โดยส่วนใหญ่อายุ 40 ปีขึ้นไป มีอายุเฉลี่ย 52.7 ปี การศึกษา
ส่วนใหญ่คือระดับประถมศึกษาถึงระดับมัธยมศึกษาตอน
ปลาย มีระยะเวลาการเป็น อสม. อยู่ที่ 16.4 ± 9.6 ปี เคย
มีประสบการณ์ผ่านการอบรม อสม. มาก่อนร้อยละ 87.3
รพ.สต. มีขนาดกลางร้อยละ 52.9 และร้อยละของจังหวัด
ที่มีการถ่ายโอนโดยมากน้อยกว่าร้อยละ 50 ดังตารางที่ 1

Table 1 Characteristics of subjects (482 village health volunteers)

Factors	Number	Percentage
Gender		
• Male	78	16.2
• Female	395	82.0
• Not specified	9	1.9
Age (years)		
• < 40	42	8.7
• 40 - < 50	112	23.2
• 50 - < 60	186	38.6
• > 60	106	22.0
• Not specified	36	7.5
Mean (SD)	52.71 (9.70)	
Median (min:max)	53 (20:82)	
Education level		
• not studying	5	1.0
• Primary education	147	30.5
• Junior high school	84	17.4
• High school	189	39.2
• Diploma	33	6.9
• Bachelor degree	12	2.5
• Postgraduate degree	2	0.4
• not specified	10	2.1
Province		
• Nakhon Phanom	44	9.1
• Mukdahan	44	9.1
• Roi Et	66	13.7
• Maha Sarakham	44	9.1
• Satun	66	13.7
• Phatthalung	44	9.1
• Prachuap Khiri Khan	44	9.1

Table 1 Characteristics of subjects (482 village health volunteers) (cont.)

Factors	Number	Percentage
• Nakhon Pathom	42	8.7
• Lamphun	44	9.1
• Phrae	44	9.1
Occupation		
• No occupation/housewife	26	5.4
• Farming/gardening	177	36.7
• General employee	86	17.8
• Trader	44	9.1
• Personal business	18	3.7
• Other	25	5.2
• Not specified	106	22.0
Years working as a village health volunteer		
• <10	114	23.7
• 10 - <15	96	19.9
• 15 - <20	91	18.9
• >20	168	34.9
• Not specified	13	2.7
Mean (SD)	16.4 (9.6)	
Median (min:max)	15 (0.7:50)	
Training to be village health volunteers		
• Yes	421	87.3
• No	61	12.7
Size of sub-district health promoting hospitals		
• Large	117	24.3
• Medium	255	52.9
• Small	110	22.8
Intensity of transferred hospitals in the province		
• 100 percent	110	22.8
• 50-99 percent	88	18.3
• Less than 50 percent	284	58.9

ผลการศึกษาพบว่า ในด้านความสามารถของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชนหลังการถ่ายโอนไปยัง อบจ. นั้น ส่วนใหญ่ของ อสม. มีความสามารถในการจัดการชุมชน อยู่ในระดับสูงร้อยละ 86.9 โดยเมื่อพิจารณาศักยภาพของ

อสม. ในการจัดการชุมชนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านความรู้ ในการจัดการชุมชน 2. ด้านเจตคติ 3. ด้านพฤติกรรมในการจัดการสุขภาพชุมชน และ 4. ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการชุมชน ได้ผลการศึกษาดังตารางที่ 2

Table 2 Capability of village health volunteers in community health management post transfer

Potential	Number (people)	Percentage
Knowledge for community health management		
• Low-moderate	15	3.1
• High	467	96.9
Attitude in community health management		
• Moderate	39	8.1
• High	443	91.9
Behavioral domain in community health management		
• Moderate	46	9.5
• High	436	90.5
Community participation of village health volunteers		
• Moderate	68	14.1
• High	414	85.9

ความสัมพันธ์กับความสามารถของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชนที่อยู่ในระดับสูง แสดงได้ดังตารางที่ 3

Table 3 The relationship of each factor to the ability of village health volunteers in community health management for devolved sub-district health promoting hospitals to provincial administrative organizations

Factors	n (%High ability)	Crude OR	95% CI of Crude OR	p-value
Knowledge for community health management				0.153
• Low-moderate	11 (73.33)	1	1	
• High	408 (87.37)	2.51	0.77-8.15	
Attitude in community health management				< 0.001
• Moderate	18 (46.15)	1	1	
• High	401 (90.52)	11.13	5.50-22.55	
Behavioral domain in community health management				< 0.001
• Moderate	20 (43.48)	1	1	
• High	399 (91.51)	14.02	7.15-27.48	
Community participation of village health volunteers				< 0.001
• Moderate	28 (41.18)	1	1	
• High	391 (94.44)	24.29	12.80-46.07	
Gender				0.003
• Male	59 (75.64)	1	1	
• Female	351 (88.86)	2.57	1.40-4.70	
Age			0.173	
• < 40	38 (90.48)	1	1	
• 40 & < 50	92 (82.14)	0.48	0.16-1.51	
• 50 & < 60	168 (90.32)	0.98	0.31-3.07	
• ≥ 60	90 (84.91)	0.59	0.18-1.88	

**Table 3** The relationship of each factor to the ability of village health volunteers in community health management for devolved sub-district health promoting hospitals to provincial administrative organizations (cont.)

Factors	n (%High ability)	Crude OR	95% CI of Crude OR	p-value
Education level				0.583
• Below bachelor degree	368 (86.59)	1	1	
• Bachelor degree or higher	42 (89.3)	1.30	0.49-3.43	
Province				0.106
• Nakhon Phanom	41 (93.18)	1	1	
• Mukdahan	41 (93.18)	1	0.19-5.25	
• Roi Et	59 (89.39)	0.61	0.15-2.53	
• Maha Sarakham	40 (90.91)	0.73	0.15-3.48	
• Satun	59 (89.39)	0.61	0.15-2.53	
• Phatthalung	36 (81.82)	0.33	0.08-1.33	
• Prachuap Khiri Khan	38 (86.36)	0.46	0.11-1.98	
• Nakhon Pathom	37 (88.10)	0.54	0.12-2.42	
• Lamphun	31 (70.45)	0.17	0.05-0.67	
• Phrae	37 (84.09)	0.39	0.09-1.60	
Occupation				0.070
• No occupation/housewife	23 (88.46)	1	1	
• Farming/gardening	159 (89.83)	1.15	0.31-4.22	
• General employee	67 (77.91)	0.45	0.12-1.69	
• Trader	40 (90.91)	1.30	0.27-6.35	
• Personal business	14 (77.78)	0.45	0.08-2.34	
• Other	19 (76.00)	0.41	0.09-1.87	
Years working as a village health volunteer				0.164
• < 10	93 (81.58)	1	1	
• 10 - < 15	88 (91.67)	2.48	1.05-5.89	
• 15 - < 20	81 (89.01)	1.82	0.81-4.11	
• > 20	146 (86.90)	1.49	0.78-2.87	
Experiences related to village health volunteer work				0.681
• Experienced	52 (85.25)	1	1	
• No experience	367 (87.17)	1.18	0.55-2.52	
Size of sub-district health promoting hospitals				0.221
• Large	94 (85.45)	1	1	
• Medium	218 (85.49)	1.00	0.53-1.89	
• Small	107 (91.45)	1.82	0.79-4.21	
Intensity of transferred				0.297
• 100 percent	100 (90.91)	1	1	
• 50-99 percent	77 (87.50)	0.70	0.28-1.73	
• Less than 50 percent	242 (85.21)	0.58	0.27-1.19	

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชนในระดับสูง ได้แก่ 1) ศักยภาพด้านทักษะและพฤติกรรมในการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. มีโอกาสที่จะทำให้ อสม. มีความสามารถในการจัดการสุขภาพชุมชนระดับสูง 6.51 เท่า ที่ 95%CI 2.50-16.96 ค่า p -value < 0.001 2) การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน มีโอกาสที่จะทำให้ อสม. มีความสามารถในการจัดการสุขภาพชุมชนระดับสูง 5.25 เท่า ที่ 95%CI 1.86-14.83 ค่า p -value = 0.002 3) กลุ่มอายุ

ของ อสม. ช่วงอายุที่มากขึ้นทำให้โอกาสที่จะทำให้ อสม. มีความสามารถในการจัดการสุขภาพชุมชนระดับสูงลดลง ที่ p -value < 0.001 4) ระยะเวลาที่เป็น อสม. นานมากกว่า 10 ปี จะทำให้มีความสามารถในการจัดการสุขภาพชุมชนในระดับสูงกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระยะเวลาการเป็น อสม. น้อยกว่า 10 ปี ที่ p -value 0.013 และ 5) อาชีพ โดย อสม. ที่มีอาชีพค้าขาย จะมีความสามารถในการจัดการสุขภาพชุมชนระดับสูง 17.93 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน ดังตารางที่ 4

Table 4 Factors associated with the ability of village health volunteers in community health management

Factors	n (%)	Crude OR	Adj. OR	95%CI of Adj. OR	p -value
Behavioral domain in community health management					
• Moderate	20 (43.48)	1	1	1	
• High	399 (91.51)	14.02	6.51	2.50-16.96	< 0.001
Community participation of village health volunteers					
• Moderate	28 (41.18)	1	1	1	
• High	391 (94.44)	24.29	5.25	1.86-14.83	0.002
Age					
• < 40	38 (90.48)	1	1	1	
• 40 & Age < 50	92 (82.14)	0.48	0.99	0.18-5.58	0.999
• 50 & Age < 60	168 (90.32)	0.98	0.79	0.14-4.37	0.788
• ≥ 60	90 (84.91)	0.59	0.45	0.07-2.79	0.389
Years working as a village health volunteer					
• < 10	93 (81.58)	1	1	1	
• 10 - < 15	88 (91.67)	2.48	4.69	1.12-19.68	0.035
• 15 - < 20	81 (89.01)	1.82	1.68	0.47-5.97	0.426
• > 20	146 (86.90)	1.49	3.18	0.88-11.46	0.077
Occupation					
• No occupation/housewife	23 (88.46)	1	1	1	
• Farming/gardening	159 (89.83)	1.15	2.71	0.47-15.59	0.264
• General employee	67 (77.91)	0.45	1.09	0.19-6.45	0.917
• Trader	40 (90.91)	1.30	17.93	1.53-209.62	0.021
• Personal business	14 (77.78)	0.45	1.29	0.10-16.06	0.843
• Other	19 (76.00)	0.41	0.29	0.04-1.97	0.205

วิจารณ์และข้อยุติ

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชนที่อยู่ในระดับสูงด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (multiple logistic regression) พบว่ามี 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชนในระดับสูง ได้แก่ 1) ทักษะและพฤติกรรมในการปฏิบัติการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. 2) การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน 3) อายุของ อสม. 4) ระยะเวลาที่เป็น อสม. และ 5) อาชีพ พบว่าอายุที่มากขึ้นจะทำให้ความสามารถ อสม. ลดลง ระยะเวลาที่เป็น อสม. มานาน 10-15 ปีจะมีความสามารถ 4.69 เท่าเมื่อเทียบกับเป็นมานานน้อยกว่า 10 ปี สำหรับอาชีพพบว่าอาชีพค้าขายจะมีความสามารถ 17.93 เท่าเมื่อเทียบกับไม่มีอาชีพ ในการศึกษา อสม. ในเขตสุขภาพที่ 5 และ 6 พบว่า อสม. อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 73 ของจำนวน อสม. ทั้งหมด และจำนวน อสม. ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะพบว่ามีจำนวนร้อยละ 35 ของจำนวน อสม. ทั้งหมด การเข้าสู่สังคมดิจิทัลที่นำเทคโนโลยีมาใช้ในการทำงานมากขึ้น อาจทำให้ อสม. ที่สูงอายุมิชอบจำกัดในการเข้าถึงและในด้านสมรรถนะการใช้เทคโนโลยี รวมถึงต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย⁽⁸⁾

สอดคล้องกับการศึกษาอื่น⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า อสม. ยังขาดกระบวนการการเรียนรู้ และยังไม่เข้าใจในกระบวนการดำเนินงานต่างๆ ที่ตนเองต้องปฏิบัติ ถึงจะมีการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ความรู้และพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องให้สามารถปฏิบัติงานได้ดีในชุมชน แต่ยังคงขาดการติดตามประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ประกอบกับการคัดเลือก อสม. ยังเป็นแบบสมัครใจ มีคุณสมบัติและผ่านกระบวนการตามที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้เพียงว่า ให้สามารถอ่านออกเขียนได้ จึงพบว่า อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งระดับการศึกษาส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน ทั้งยังไม่มีกำหนดการเกษียณอายุไว้ ทำให้กำลังคนของ อสม.

มีอายุมากและมีปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่ามี อสม. จำนวนไม่น้อยยังมีศักยภาพไม่สูงพอ ขาดความมั่นใจในการให้ข้อมูลข่าวสาร มีทัศนคติไม่ดีต่อการปฏิบัติงาน และยังคงใช้เทคนิคการทำงานแบบเดิมๆ ไม่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบตามที่กำหนดไว้ในระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้น การจัดอบรมที่มีการฝึกปฏิบัติจริง รวมทั้งมีการประเมินความรู้และการประเมินผลการปฏิบัติเป็นระยะๆ จากครูพี่เลี้ยง มีการให้ความรู้เสริมในส่วนที่ อสม. ยังขาดเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน จะเป็นการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีสมรรถนะเพิ่มมากขึ้น⁽¹¹⁻¹³⁾

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. อีก 2 ปัจจัยคืออายุและการประกอบอาชีพ พบว่า อสม. ที่อายุเพิ่ม 1 ปี จะทำให้ผลการปฏิบัติงานลดลง 0.077 คะแนน และ อสม. ที่ประกอบอาชีพรับจ้าง มีผลการปฏิบัติงานสูงกว่าอาชีพอื่น 1.39 คะแนน เนื่องจากอาชีพรับจ้างไม่ต้องเข้าออกงานตามเวลาที่กำหนด ทำให้สามารถปฏิบัติงานในบทบาท อสม. ได้มากกว่า ซึ่งมีลักษณะคล้ายๆ อาชีพเกษตรกร⁽¹⁴⁾ การศึกษาในจังหวัดพัทลุงพบว่า อสม. ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร กิจกรรมประจำวันส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนของตนเอง ทำให้มีโอกาสและระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มที่⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และพื้นที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน มีผลกับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะแตกต่างกัน ปัจจัยด้านอายุ มีระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะโดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F = 6.33, p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบความต่างรายคู่ (post hoc test) พบว่า อายุ 21-30 ปี กับ 51 ปีขึ้นไป 31-40 ปี กับ 51 ปีขึ้นไป และ 41-50 ปี กับ 51 ปีขึ้นไปมีความแตกต่างกัน โดย

อายุ 41-50 ปีมีภาพรวมต่ำที่สุด และ 51 ปีขึ้นไปมีระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้และความสามารถสูงที่สุด

ปัจจัยด้านการศึกษาก็มีระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ พบว่า อสม. ระดับอนุปริญญาบัตรมีระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะต่ำที่สุด และ อสม. ระดับต่ำกว่า ปวช./ม.6 มีระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะสูงที่สุด

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านอาชีพ ก็มีระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะโดยภาพรวมแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F = 4.33, p = 0.002$) เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ พบว่ามีคู่ที่แตกต่างกัน 4 คู่ คือ ธุรกิจส่วนตัวกับพนักงานบริษัทเอกชน ธุรกิจส่วนตัวกับอื่นๆ เกษตรกรรมกับพนักงานบริษัทเอกชน เกษตรกรรมกับอื่นๆ โดยเกษตรกรมีภาพรวมต่ำที่สุด และพนักงานบริษัทเอกชนมีระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะภาพรวมสูงที่สุด อสม. ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรมีระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ต่ำที่สุด และ อสม. ที่ประกอบอาชีพอื่นๆ มีระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้สูงที่สุด ในด้านปัจจัยอายุนั้น อสม. ที่มีอายุนานระหว่าง 6–10 ปี มีความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ต่ำที่สุด และ อสม. ที่มีอายุนาน 16 ปีขึ้นไป มีระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้สูงที่สุด⁽¹⁶⁾

การศึกษาปัจจัยอายุนานของ อสม. ในงานวิจัยครั้งนี้ พบความแตกต่างจากการศึกษาของทีมหมอครอบครัวที่พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นของ อสม. ทำให้เกิดการสั่งสมประสบการณ์ ทำให้ทำงานดีขึ้น และเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุเต็มตัวก็จะมีเวลาเต็มที่กับการทำงานในบทบาทของ อสม. มากขึ้น พร้อมทั้งมีความภาคภูมิใจที่สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่เยาวชน ทั้งนี้ ปัจจัยทำนายบทบาทของ อสม. ในการปฏิบัติงานกับทีมหมอครอบครัวที่ได้คะแนนมากที่สุด

คือแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน รองลงมาคืออายุ โดยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง พบจากมากสุดไปน้อยสุดคือ อสม. มีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมหมอครอบครัว ชุมชนยอมรับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน และ อสม. มีความสุขในการปฏิบัติงานกับทีมหมอครอบครัวและทำให้ครอบครัวมีความภาคภูมิใจ⁽¹⁷⁾

ในการศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. จำนวน 397 ราย อายุระหว่าง 19-60 ปี ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. คือ จำนวนปีของการเป็น อสม. โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁸⁾ พบว่า ปัจจัยระยะเวลาในการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเป็น อสม. ในระยะเวลา 5 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สามารถเรียนรู้วิธีการช่วยเหลือผู้รับบริการในชุมชน และมีประสบการณ์ที่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ ข้อเสนอแนะในการวิจัย คือ เจ้าหน้าที่ควรให้การส่งเสริมสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง และชักนำครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสมรรถนะด้วย รวมทั้งเพิ่มช่องทางในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษาครั้งนี้และจากผลการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁹⁾ จะเห็นได้ว่า การเสริมหนุนศักยภาพให้แก่ อสม. เป็นทั้งความท้าทายเพื่อก้าวข้ามจากข้อจำกัดของ อสม. ด้านอายุและความสามารถในการจัดการสุขภาพชุมชน เพื่อให้มีสมรรถนะ ทักษะและพฤติกรรมที่ดีในการจัดการสุขภาพชุมชน จุดอ่อนของ อสม. คือ แนวทางการทำงานอาสาสมัครเน้นการใช้เงื่อนไขความคุ้นเคย และระบบอุปถัมภ์แบบราชการในการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ขาดการพัฒนาจิตวิญญาณของการเป็นอาสาสมัครที่เข้มแข็ง ทั้งๆ ที่รูปแบบ อสม. เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ชนบท แต่รูปแบบ

แบบการระดมอาสาสมัครยังมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถระดมการมีส่วนร่วมจากกลุ่มสังคมอื่นๆ อสม. ส่วนใหญ่มีพื้นฐานการศึกษาไม่สูง มีภาระหน้าที่ด้านการประกอบอาชีพ แม้ อสม. จะทำงานได้ดีแต่ก็เป็นภาระสำหรับ อสม. ที่ต้องเสียสละอยู่เสมอ ในขณะที่ระบบสาธารณสุขไม่สามารถระดมคนชั้นกลางและชั้นสูงของสังคมที่มีศักยภาพที่จะเสียสละเข้ามาเป็นอาสาสมัครได้เท่าที่ควร ดังนั้นระบบสนับสนุนและองค์กรในกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบโดยตรงต้องงาน อสม. ควรพิจารณาหาแนวทางการทำงานสำหรับ อสม. ให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

มีผู้ให้ข้อเสนอแนะ⁽⁸⁾ เชีนโยบายในประเด็นการสรรหา อสม. มาทดแทน อสม. บางส่วนในอนาคต อาจดำเนินการโดยใช้เครือข่าย อสม. ที่มีอยู่เดิมในการชวนคนรู้จักให้มาสมัครเป็น อสม. และเพิ่มสวัสดิการหรือแรงจูงใจต่างๆ ด้วย นอกจากนี้อาจต้องปรับกระบวนการคัดเลือกในการสรรหา อสม. ในยุคปัจจุบัน จากเดิมคือ อสม. มาด้วยใจ เป็นการใช้ขวัญกำลังใจในการดึงดูดให้คนรุ่นใหม่เข้าร่วมงาน เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ด้านโครงสร้างประชากรที่ได้เปลี่ยนไปเป็นสังคมผู้สูงอายุ และสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่ทำให้คนรุ่นใหม่ที่สนใจสมัครเข้าร่วมเป็น อสม. มีจำนวนน้อยลง เนื่องจากต้องทำงานหรือมีภาระส่วนตัวในด้านต่างๆ ซึ่งต่างจากอดีตที่การสมัครเป็น อสม. หมายถึงการทำงานด้วยใจ โดยไม่มีค่าตอบแทนมาเกี่ยวข้อง ประเด็นนี้หากไม่มีการวางแผนในระยะยาวที่ดี อาจทำให้จำนวน อสม. ในอนาคตลดลง หรืออาจไม่มี อสม. เลยในบางพื้นที่

จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคติดต่ออุบัติใหม่และความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นโอกาสสำคัญที่จะพัฒนารูปแบบองค์กรอาสาสมัครให้เหมาะสมกับสถานการณ์ รวมถึงกระแสสังคมดิจิทัล ที่มีการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้มากขึ้น การหนุนเสริมการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีสมรรถนะในการปฏิบัติ

งานจึงมีความจำเป็น อีกทั้งต้องมีกลไกการสนับสนุนงานอาสาสมัครที่หลากหลายองค์กรเข้ามาร่วมผลักดัน ไม่ว่าจะสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และอื่นๆ ทั้งนี้ ในช่วงการเปลี่ยนผ่านของการบริหารจัดการหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปสังกัด อบจ. เป็นโอกาสอันดีในการสร้างฐานพลังการทำงานขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน โดยองค์กรต่างๆ ร่วมมือกันในการผลักดันจากนโยบายสู่การปฏิบัติ อย่างไรก็ตามสิ่งที่ควรระวังคือ การใช้ประโยชน์ทางการเมืองจากองค์กรอาสาสมัครทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น ซึ่งการแทรกแซงทางการเมืองอาจทำให้กระบวนการอาสาสมัครอ่อนแอในระยะยาว

การพัฒนาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการจัดการสุขภาพชุมชน นอกจากจะเป็นการพัฒนากระบวนการสุขภาพปฐมภูมิแล้วยังเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับสังคมไทยโดยรวม อาจกล่าวได้ว่า อสม. เป็นทั้ง แนวทางและเป้าหมายในตัวเอง เพราะการที่ประชาชนมีจิตอาสาในการทำงานด้านสาธารณสุข เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลสังคม เป็นต้นแบบด้านสุขภาพ ซึ่งนำมาสู่สังคมสุขภาวะที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

อบจ. ควรมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ทั้งในด้านทักษะการจัดการสุขภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน โดยคำนึงถึงกลุ่มอายุ ระยะเวลาการทำงานและอาชีพของ อสม. รวมทั้งจัดทำแผนสุขภาพระดับจังหวัดเชื่อมโยงครอบคลุมแผนระดับอำเภอ หนุนเสริมการขับเคลื่อนกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เน้นความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ

กิตติกรรมประกาศ

ทีมวิจัยขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนทุนวิจัย และผลักดันการขับเคลื่อนงานวิจัยในประเด็นการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. มาอย่างต่อเนื่อง และขอขอบพระคุณ รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์ เป็นอย่างสูง ที่ให้การช่วยเหลือ ให้ข้อชี้แนะ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนรับฟังความคิดเห็นต่างๆ เสมอมา และขอขอบคุณ คุณพัชรารักษ์ พัฒนภูติวงศ์ ผู้ประสานงาน สวรส. ที่ให้การช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก ติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด และให้กำลังใจทีมวิจัยเสมอมา

References

- Office of the Decentralization for Local Administration, Office of the Permanent Secretary to the Prime Minister. Handbook on the implementation of decentralization to local government organizations in accordance with the Decentralization to Local Government Organizations Act B.E. 2545 (2002). Bangkok: Office of the Decentralization for Local Administration; 2021. (in Thai)
- Srisasakul J, Patcharanamul W. Evaluation of the transfer of primary care services to local administrative organizations and alternative decentralization models. Nonthaburi: Health Systems Research Institute, International Health Policy Program; 2018. (in Thai)
- Thanomchaiyathawat B, Chukumnird S, Lillahkul N, Noin J, Ratchawan R, Junwin B, et al. Human resource management provided by the Queen Sirikit health centers and subdistrict health promotion hospitals transferred to the management of the provincial administrative organizations using the mechanism of the Primary Health System Act (B.E. 2562). Final report. Nonthaburi: Health System Research Institute; 2019. (in Thai)
- Sarakshetrin A, Sriyasak A, Chantra R, Kirkgulthorn T, Nimwatanakul S, Chenktin T, et al. The proposed policy to human resource for health management during the transitional period of transfer health promotion hospital to provincial administrative organization. Final report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022. (in Thai)
- Department of Health Service Support. Handbook for village health volunteers and community health managers. Nonthaburi: Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2013. (in Thai)
- Rongmuang D, Sukrungrung I, Thongdee J, Dechavoot L, Suwannarat K, Sarakshetrin A, et al. Provision of services according to primary care service standards and certification of service standards of sub-district health-promoting hospitals under the provincial administrative organization. Final report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022. (in Thai)
- Daniel W, Cross C. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 10th ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2013.
- Soonthorn S, Sriyasak A, Leungratanamart L, Tongpeth J, Boonmee L. The development of the community health management models during the post-crisis of the COVID-19 pandemic for village health volunteers in the 5th and the 6th health regions. Final report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022. (in Thai)
- World Health Organization, UNICEF. Operational framework for primary health care transforming vision into action. Technical series on primary health care. Cairo. Switzerland: YAT Communication; 2022.
- Thianjuruwatthana W, Nawsuwan K, Vachirapapun S. Guidelines for development of quality village health volunteers (VHVs) to support the health workforce for the future health system. Journal of Health Science 2021;30(2):353-66. (in Thai)
- Techathan C, Rattanapanna S, Jaitia S. Effect of empowerment program of the village health volunteers to implementation of community health education in Papai municipality, Sansai district, Chiang Mai province. College of Asian Scholar Journal 2019;9(1):17-24. (in Thai)
- Thongchai C, Boonnjarut S. Capacity adaptation of village health volunteers under changing contexts in the semi-urban area of Ban Thabo, Chae Ramae sub-district, Ubon Ratchathani province. Area Based Development Research Journal 2017;9(3):206-20. (in Thai)
- Choomee P, Udomkitpipat J. Knowledge of chronic diseases and competencies in providing services regarding chronic diseases in the community of village health volunteers in Surat Thani province. Journal of Legal Entity Management and Local Innovation 2021;7(4):277-93. (in Thai)
- Tippetch P. Factors influencing village public health volunteers' performance in Mab Pong sub-district, amphoe Panthong, Chonburi province (master's thesis). Faculty of Public Administration, Burapha University; 2017. (in Thai)
- Hnuploy K. Factors related to the work performance of



- volunteer village health workers in Phatthalung province (master's thesis). Department of Health System Management, Graduate School, Thaksin University; 2010. (in Thai)
16. Ha N. Competencies development for village health volunteer of Muang district, Phuket province (master's thesis). Department of Public Administration, Prince of Songkla University, Hat Yai, Thailand; 2019. (in Thai)
17. Charoenson P, Munsawaengsub C, Nanthamongkolchai S, Pitikultang S. Role of village health volunteers in family care team practice, Chanthaburi province. Proceedings of the 20th National Graduate Research Conference. Mar 15, 2019. Khon Kaen University. MM022; 2019. (in Thai)
18. Suwannakoot N, Nakrukamphonphatn S, Natason A, Lamduan W. Factors predicting to caring competency of older people among village health volunteers in Ubon Ratchathani province. Journal of Science and Technology Ubon Ratchathani Rajabhat University 2021;23(2):18-26. (in Thai)
19. Chuengsatiansap K. Health volunteers in the context of changes: potentials and development strategies. Final report. Nonthaburi: Health System Research Institute; 2016. (in Thai)