

การศึกษาความสามารถของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พ.ศ. 2562 A Study of the Capability of Village Health Volunteer Leaders in 2019

ศุภักชญา ภาวังคะรัต

Supakchaya Phawangkharat

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้นำองค์กร อสม. จำนวน 629 คน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.24 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 45.95 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.10 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.05 มีความรู้ ประสบการณ์การฝึกอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับ อสม. 4.0 ร้อยละ 96.03 และพบว่า ความสามารถของผู้นำ อสม. ด้านทักษะการใช้เทคโนโลยี ผู้นำการจัดการสุขภาพชุมชน และทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน และการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบความสามารถของผู้นำ อสม. ระดับอำเภอ กับระดับจังหวัด พบว่า ความสามารถของผู้นำ อสม. ด้านการจัดการสุขภาพชุมชน และทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของผู้นำ อสม. ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาศักยภาพกลุ่มประธานชมรม อสม. ระดับจังหวัดในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่

การศึกษานี้จึงเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการกำหนดแนวทางในการพัฒนาความสามารถของผู้นำ อสม. ได้แก่ การพัฒนามาตรฐานสมรรถนะ การจัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะผู้นำ อสม. ตั้งแต่ระดับอำเภอ จังหวัด เขต ภาค และแห่งประเทศไทย เพื่อพัฒนาภาวะผู้นำ อสม. ให้สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน และการจัดบริการสุขภาพใน ศสมช. รวมทั้งเป็นการเตรียมความพร้อม อสม. ให้สอดคล้องนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ ได้รับการดูแล

และมีการจัดการสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีใน
ทุกกลุ่มวัยอย่างยั่งยืนตามบริบทของชุมชน

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน
ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน แนวทางการพัฒนาความสามารถของผู้นำ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

Abstract

This study has purposed for studying Capability of Village Health Volunteers (VHVs) Leaders which is a descriptive study conducted with 629 participants. Analysis statistics is independent t-test and one-way ANOVA. The result shows that the most participants are 88.24 percent of women, 45.95 percent of 51-60 years old, 53.10 percent of high school level, 61.05 percent of agriculturists, 96.03 percentage of having knowledge and experience of VHVs training 4.0, and found the abilities' VHVs in understanding digital literacy, management of community health leader and cardiopulmonary resuscitation (CPR) that related with participation of community health management and health management of community basic public health at statistical significance. Comparing to the abilities' of VHVs leadership in district level and province level, it is seen that competency of VHVs leadership in community health management and basic CPR of VHVs leadership in in district level and province level are different in statistical significance. Because of promoting, supporting and developing the potential of the group of volunteers, Ministry of Public Health focuses on policy implement in the area of VHVs leadership province level.

Thus, this research is policy proposal for determining guidelines for competency development of VHVs leaders such as the development of performance standards, preparation of development plans for VHVs leaders since district, province, service area office, region, and country level in order to develop VHVs leadership which can participate in community health managements, primary

healthcare service center including VHV's preparation to comply with the policy of primary health system development. These affect to population in community getting access to basic health service that has a quality, take care and provide health management at the individual, family and community levels, resulting in the sustainable quality of life.

Keywords : Village health volunteers, Participation in community health management Community, Primary healthcare service center, Leadership development guideline, Primary health system.

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้ประกาศปฏิญญาอัลมาอะตา (Declaration of Alma-Ata) ซึ่งเป็นผลจากการประชุมระดับนานาชาติว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน เมื่อปี พ.ศ. 2521 ณ นครอัลมา - อตา สหภาพโซเวียต (ปัจจุบันคือ นครอัลมาตี สาธารณรัฐคาซัคสถาน) โดยกำหนดเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี พ.ศ. 2543 และให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลยุทธ์หลักในการพัฒนาสุขภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ประเทศไทยในฐานะสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ได้ลงนามยอมรับกฎบัตรเพื่อพัฒนาการทางสุขภาพขององค์การอนามัยโลก เมื่อปี พ.ศ. 2523 เพื่อใช้กำหนดเป็นแผนพัฒนาของประเทศ ถือได้ว่าเป็นการเริ่มต้นของการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557)

การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลยุทธ์ในการบรรลุความมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน ภายใต้ความหมายของคำว่าความร่วมมือของประชาชน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ยึดถือเป็นหัวใจของการทำงานมาตลอดแต่การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นมีหลายรูปแบบทั้งลักษณะของปัจเจกชน องค์กรและกลุ่มต่าง ๆ เป็นต้น ในระยะแรกของการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุขมีความประสงค์ที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพดี และเริ่มต้นด้วยการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ (Knowledge) ด้านการแพทย์ จึงได้พยายามที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบของอาสาสมัคร และถือว่าเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ถือเป็นหนึ่งในองค์ประกอบหลักของทฤษฎี 3 ก. โดยความเข้มแข็งของชุมชนที่เป็นหัวใจสำคัญขึ้นอยู่กับ 3 ส่วน คือ องค์กรในระดับชุมชน ท้องถิ่น ท้องที่ ทรัพยากรที่บริหารจัดการโดยชุมชน และกำลังคน จึงเป็นที่มาของการคัดเลือกบุคคลที่มีจิตอาสา และมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพในระดับพื้นฐาน ยกระดับทั้งด้านความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพในระดับชุมชน จนเป็นที่รู้จักในนาม “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)” ในปัจจุบัน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นศูนย์กลางและกลไกสำคัญในการจัดการระบบบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค รักษาพยาบาลขั้นต้น และฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึง และได้รับประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง (พนิตนาฏ วิสุทธีธรรม, 2560)

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในฐานะหน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทหลักในการส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพชุมชน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นเครือข่ายที่สำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานดังกล่าว และเพื่อเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับ อสม. ในลักษณะของการองค์กร หรือชมรม จึงได้กำหนดให้มี “องค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” ในข้อ 3 ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ประกอบ กับมติคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลางในการประชุม ครั้งที่ 2/2560 วันที่ 27 ธันวาคม 2560 คณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง จึงออกประกาศคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง เรื่อง การรวมกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2561 ถือเป็นการยกระดับการพัฒนาผู้นำในกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอีกระดับหนึ่ง

ดังนั้นการขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชน โดยองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้สอดคล้องกับการพัฒนาระดับนานาชาติตามที่องค์การอนามัยโลกประกาศปฏิญญาแห่งอัสตานา รวมทั้งทิศทาง นโยบายการพัฒนาของประเทศไทยตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) นั้นต้องอาศัยศักยภาพของผู้นำองค์กร เพื่อขับเคลื่อนงานให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด จึงต้องมีการศึกษาความสามารถของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(อสม.) ปี 2562 เพื่อนำไปสู่การพัฒนายกระดับกลุ่มผู้นำองค์กร อสม. ให้สามารถขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชนไปสู่การมีสุขภาพดี และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปี 2562 กับการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน และการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถของผู้นำ อสม. การมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน การจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ระหว่างผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับอำเภอ กับระดับจังหวัด
3. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถของผู้นำ อสม. การมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน การจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในแต่ละภูมิภาค

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) ให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่ และเป็นแนวทางการพัฒนามาใช้ในการกำหนดนโยบาย สนับสนุนทรัพยากร ส่งเสริมการเรียนรู้รวมทั้งการเสริมสร้างแรงจูงใจในกลุ่มผู้นำ อสม. และ อสม. เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชนตามเป้าประสงค์อย่างยั่งยืน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้การเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) กับกลุ่มผู้นำองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้ง 76 จังหวัด รวมอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) ตั้งแต่ระดับอำเภอขึ้นไป จำนวน 930 คน โดยมีวิธีคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของแดเนียล (Daniel, 2010) กรณีทราบจำนวนประชากร โดยใช้ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ซึ่งสูตรที่ใช้ในการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

$$n = \frac{NZ^2\alpha_{/2} p (1-p)}{(N-1) d^2 + Z^2\alpha_{/2} p (1-p)}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรเป้าหมาย จำนวน 930 คน

$Z\alpha_{/2}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติ เท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนของผู้นำ อสม. ที่เข้าร่วมการประชุมขับเคลื่อนนโยบายรัฐบาลสู่การปฏิบัติ ณ โรงแรมเอเชีย แอร์พอต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี เท่ากับ 0.85

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.02 ของค่าสัดส่วนที่ทำการสำรวจ เท่ากับ 0.02×0.85 เท่ากับ 0.017

ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า 601 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง หรือความผิดพลาดจากการเก็บข้อมูล ผู้ศึกษาจึงทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 5 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 630 คน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ทบทวนและรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยการค้นหาข้อมูลจากฐานข้อมูลและเว็บไซต์ทั้งจากในและต่างประเทศ ดังนี้ นิยามเกณฑ์การพิจารณาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้ง 76 จังหวัด และอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสม.) ตั้งแต่ระดับอำเภอขึ้นไป เพื่อนำมาสร้างเครื่องมือสำหรับประเมินความสามารถของผู้นำ อสม. และนิยามประเภท สำหรับสร้างกรอบแนวคิดในการพัฒนาความสามารถของผู้นำ อสม.

2. จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อสร้างแบบสอบถามตามทฤษฎี หรือหลักเกณฑ์นโยบายการพัฒนาศักยภาพ อสม. ของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับตัวแทนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำหนดทิศทางการพัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้นำ อสม. เพื่อให้สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน รวมทั้งการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) ให้ประชาชน นำไปสู่กระบวนการวิเคราะห์เนื้อหา ประกอบกับผลการวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นกรอบแนวคิดการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถหรือมีความเชี่ยวชาญ และมีการเสวนากลุ่ม อสม. และผู้เกี่ยวข้องมากำหนดเป็นประเด็นสำหรับทำแบบสอบถาม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา 3 คน ด้านวัดและประเมินผล 1 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ด้วย เทคนิค IOC เลือกข้อที่มีดัชนี ตั้งแต่ 0.7-1.0 มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2. การทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนหาค่าความเชื่อมั่นเชิงสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของคอนบาร์ค ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ 0.864 แสดงว่าแบบสอบถามที่ใช้ในการทดสอบ มีความน่าเชื่อถือ (Nunnally, 1978) จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลข้อมูลในประชากรที่ ศึกษา

3. เก็บข้อมูล ตรวจสอบและทวนสอบความถูกต้องของข้อมูลเบื้องต้น แล้วบันทึกข้อมูล ด้วยโปรแกรมฐานข้อมูลบนคอมพิวเตอร์ ต่อจากนั้นจึงใช้โปรแกรมทางสถิติ STATA เพื่อ วิเคราะห์ข้อมูล สำหรับสถิติทดสอบที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) คือ เป็นการบรรยายข้อมูล โดยวิธีการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง การประเมินความสามารถของผู้นำ อสม. การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการจัดการ สุขภาพชุมชน การจัดการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และความต้องการ ด้านการพัฒนาของ อสม.

2. การวิเคราะห์สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistic) คือ การทดสอบสมมติฐาน ได้แก่

สมมติฐานข้อที่ 1 ความสามารถของผู้นำ อสม. ได้แก่ ทักษะการใช้เทคโนโลยี ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ผู้นำการจัดการสุขภาพชุมชน และมีความรู้ทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน กับการมี

ส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน และการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ Spearman's rank correlation

สมมุติฐานข้อที่ 2 สถิติทดสอบการเปรียบเทียบความสามารถของผู้นำ อสม. การมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน และการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ของผู้นำ อสม. ระหว่างระดับอำเภอ กับระดับจังหวัด โดยใช้สถิติ ทดสอบ Independent Samples t-test

สมมุติฐานข้อที่ 3 การเปรียบเทียบความสามารถของผู้นำ อสม. การมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน และการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ของผู้นำ อสม. ในแต่ละภูมิภาค ระหว่างภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance: One Way ANOVA)

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องความสามารถของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปี 2562 ที่ส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพภาวะผู้นำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน รวมทั้งการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) ให้ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ ได้รับการดูแล และมีการจัดการสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกกลุ่มวัยอย่างยั่งยืนตามบริบทของชุมชน ผู้วิจัยได้รับและตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 629 ฉบับ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมทางสถิติ ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการศึกษาสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปี 2562 จำนวน 629 คน พบว่า ผู้นำ อสม. ระดับจังหวัด 71 คน คิดเป็นร้อยละ 11.28 และผู้นำ อสม. ระดับอำเภอ 558 คน คิดเป็นร้อยละ 88.72 โดยข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้นำ อสม. ระดับจังหวัด และผู้นำ อสม. ระดับอำเภอ มีลักษณะโดยทั่วไป ดังนี้ ผู้นำ อสม. ระดับจังหวัด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 51 คน (ร้อยละ 71.83) มีอายุระหว่าง 51-60 ปี

จำนวน 37 คน (ร้อยละ 52.11) ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 50 คน (ร้อยละ 70.42) มีภูมิลำเนาส่วนใหญ่อยู่ภาคกลาง จำนวน 24 คน (ร้อยละ 33.80) ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 36 คน (ร้อยละ 50.70) และมีความรู้ ประสบการณ์ การฝึกอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับ อสม. 4.0 จำนวน 71 คน (ร้อยละ 100) ในขณะที่ลักษณะโดยทั่วไปของผู้นำ อสม. ระดับอำเภอ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 535 คน (ร้อยละ 95.88) มีอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 252 คน (ร้อยละ 45.16) ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 284 คน (ร้อยละ 50.90) มีภูมิลำเนาอยู่ภาคเหนือ จำนวน 163 คน (ร้อยละ 29.21) ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 348 คน (ร้อยละ 62.37) และมีความรู้ ประสบการณ์ การฝึกอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับ อสม. 4.0 คน จำนวน 533 (ร้อยละ 95.52)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	ทั้งหมด		ระดับจังหวัด		ระดับอำเภอ	
	n = 629		n = 71		n = 558	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
เพศ						
ชาย	74	(11.76)	51	(71.83)	23	(4.12)
หญิง	555	(88.24)	20	(28.17)	535	(95.88)
อายุ						
ต่ำกว่า 30 ปี	22	(3.50)	0	(0.00)	22	(3.94)
31-40 ปี	71	(11.29)	6	(8.45)	65	(11.65)
41-50 ปี	190	(30.21)	24	(33.80)	166	(29.75)
51-60 ปี	289	(45.95)	37	(52.11)	252	(45.16)
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	57	(9.06)	4	(5.63)	53	(9.50)
การศึกษา						
ประถมศึกษา	62	(9.86)	0	(0.00)	62	(11.11)
มัธยมศึกษาตอนต้น	83	(13.20)	7	(9.86)	76	(13.62)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ทั้งหมด		ระดับจังหวัด		ระดับอำเภอ	
	n = 629		n = 71		n = 558	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	334	(53.10)	50	(70.42)	284	(50.90)
อนุปริญญา/ปวส.	99	(15.74)	6	(8.45)	93	(16.67)
ปริญญาตรีขึ้นไป	49	(7.79)	8	(11.27)	41	(7.35)
อื่น ๆ เช่น ไม่มีการศึกษา	2	(0.32)	0	(0.00)	2	(0.36)
ภูมิลำเนา						
ภาคเหนือ	178	(28.30)	15	(21.13)	163	(29.21)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	160	(25.44)	18	(25.35)	142	(25.45)
ภาคกลาง	143	(22.73)	24	(33.80)	119	(21.33)
ภาคใต้	113	(17.97)	13	(18.31)	100	(17.92)
กรุงเทพฯ	35	(5.56)	1	(1.41)	34	(6.09)
อาชีพ						
เกษตรกรรม	384	(61.05)	36	(50.70)	348	(62.37)
รับจ้างทั่วไป	42	(6.68)	7	(9.86)	35	(6.27)
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	127	(20.19)	13	(18.31)	114	(20.43)
พนักงานเอกชน	8	(1.27)	8	(11.27)	0	(0.00)
ข้าราชการ/ พนักงานภาครัฐ	4	(0.64)	0	(0.00)	4	(0.72)
อื่น ๆ เช่น แม่บ้าน	64	(10.17)	7	(9.86)	57	(10.22)
ความรู้ ประสบการณ์ และการฝึกอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับ อสม.4.0						
ไม่มี	25	(3.97)	0	(0.00)	25	(4.48)
มี	604	(96.03)	71	(100.00)	533	(95.52)

2. ความต้องการด้านการพัฒนาของ อสม.

ผลการศึกษาระดับความสำคัญของความต้องการด้านการพัฒนาของ อสม. พบว่า โดยรวมส่วนใหญ่ต้องการให้มีพัฒนาระดับสูง จำนวน 499 คน (ร้อยละ 79.3) รองลงมา

คือ ต้องการให้มีพัฒนาระดับน้อย จำนวน 79 คน (ร้อยละ 12.6) และต้องการให้มีพัฒนา ระดับปานกลาง จำนวน 51 คน (ร้อยละ 8.1) มีค่าเฉลี่ยคะแนนต้องการให้มีพัฒนา เท่ากับ 10.356 คะแนน ($SD = 3.611$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ จำแนกตามลักษณะผู้นำ อสม.

3. การประเมินความสามารถของผู้นำ อสม.

ผลการวิเคราะห์ระดับความสามารถของผู้นำ อสม. พบว่า ส่วนใหญ่มีความสามารถด้าน ผู้นำ อสม. ระดับสูง จำนวน 306 คน (ร้อยละ 48.6) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง จำนวน 198 คน (ร้อยละ 31.5) และมีความสามารถด้านผู้นำ อสม. ระดับน้อย จำนวน 125 คน (ร้อยละ 19.9) มีค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าร่วมกิจกรรม 56.656 คะแนน ($SD = 8.928$) โดยข้อมูลความสามารถของ ผู้นำ อสม. ระดับจังหวัด และผู้นำระดับอำเภอ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้นำ อสม. ระดับจังหวัด มีสมาร์ท โฟนใช้ จำนวน 69 คน (ร้อยละ 97.18) ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย เปรียบเทียบข้อมูลองค์ความรู้เบื้องต้นด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล มีการตัดสินใจ หรือปฏิเสธเสี่ยงวิธีปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติ สามารถชี้แนะบอกต่อเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลได้ จำนวน 71 คน (ร้อยละ 100) ด้านการเป็นผู้นำ การจัดการสุขภาพชุมชน ส่วนใหญ่มีภาพลักษณ์ที่ดี เป็นที่เคารพ ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ สนใจใฝ่ รู้อยู่เสมอ รู้ทันข้อมูลข่าวสาร มีความคิดเป็นระบบ สรรหาคัดเลือก อสม. กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นแกนนำเชื่อมประสานภาคีเครือข่าย เป็นทีมประเมิน วิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพ เป็นผู้นำ เสริมสร้างความรอบรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ใฝ่รู้ค้นหา ความรู้ใหม่ๆ มาพัฒนาสุขภาพตนเองตลอดเวลา เป็นนักสื่อสารที่สามารถถ่ายทอดความรู้ด้าน สุขภาพ ให้คำชี้แนะ ชี้นำด้านสุขภาพ เสริมสร้างพลังให้แก่ชุมชน เป็นสมาชิกที่ดีของชุมชน มีจิตอาสา จิตสาธารณะที่มุ่งประโยชน์ส่วนรวม ติดตามกลุ่มเป้าหมาย เยี่ยมบ้าน บันทึกผลการ ปฏิบัติงาน เปรียบเทียบภาวะสุขภาพ และสรุปผลการดำเนินกิจกรรมตามแผนสม่ำเสมอ จำนวน 71 คน (ร้อยละ 100) ด้านทักษะการปฐมพยาบาลและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ส่วนใหญ่ มีทักษะ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยโทรเรียก 1669 ตรวจดูว่าผู้ป่วยหายใจ และการกดนวดหัวใจ ด้วยอัตราเร็ว 100 ครั้งต่อนาที จำนวน 71 คน (ร้อยละ 100) และส่วนใหญ่ผู้นำ อสม. ระดับ จังหวัด มีทักษะน้อย เกี่ยวกับการติดแผ่นนำไฟฟ้าทั้ง 2 แผ่นเข้ากับหน้าอกของผู้ป่วย

หากต้องกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้ากดปุ่มช็อคกระแสไฟฟ้า และทำการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน CPR ได้น้อยที่สุด ร้อยละ 39.44

ผลการทดสอบสมมติฐาน

1. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้นำ อสม. กับการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน และการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถของ อสม. ได้แก่ ด้านทักษะการใช้เทคโนโลยี ($r = 0.670$, $p\text{-value} < 0.001$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r=0.463$, $p\text{-value} < 0.001$) ผู้นำการจัดการสุขภาพชุมชน ($r=0.757$, $p\text{-value} < 0.001$) และมีความรู้ทักษะการช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน ($r=0.535$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความสามารถของ อสม. ได้แก่ ด้านทักษะการใช้เทคโนโลยี ($r = 0.546$, $p\text{-value} < 0.001$) ผู้นำการจัดการสุขภาพชุมชน ($r=0.469$, $p\text{-value} < 0.001$) และมีความรู้ทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ($r=0.879$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับนาฏยา นุชนารถ, ศิริชัย เพชรรักรักษ์ และ สุเทพ เชาวลิต (2560) ได้ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า สภาพปัจจุบันของการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุพรรณบุรี ส่วนใหญ่นเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การควบคุม การรักษาพยาบาลเบื้องต้น รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นด้วย แสดงให้เห็นว่า การได้รับการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม. ตามนโยบายการพัฒนา อสม. ให้เป็น อสม. 4.0 สามารถส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชนตามที่กระทรวงสาธารณสุขคาดหวัง และสอดคล้องกับการศึกษาของฟิลิปโป เคอเทล พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ที่ผ่านการฝึกอบรมจากกระทรวงสาธารณสุขและทำงานในหมู่บ้านแล้ว แสดงความสามารถที่ดีขึ้นในการตรวจ และรักษาโรคทั่วไป เมื่อเทียบกับ อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ที่ไม่ผ่านการฝึกอบรมดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าทักษะที่ผู้นำ อสม. ได้ผ่านการพัฒนาศักยภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น ทักษะการใช้เทคโนโลยี การจัดการสุขภาพชุมชน รวมทั้งทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ส่งผลให้ผู้นำ อสม. สามารถจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานได้อย่างครอบคลุม และมีคุณภาพ ในขณะที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ดังรายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของ อสม. กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน และการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

ความสามารถของ อสม.	การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน		การจัดบริการสุขภาพใน ศสมช.	
	r	p-value	r	p-value
ทักษะการใช้เทคโนโลยี	0.670	<0.001*	0.546	<0.001*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.463	<0.001*	0.071	0.075
ผู้นำการจัดการสุขภาพชุมชน	0.757	<0.001*	0.469	<0.001*
ความรู้และทักษะการช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน	0.535	<0.001*	0.879	<0.001*
ภาพรวมความสามารถของ อสม.	0.535	<0.001	0.859	<0.001

* แสดงนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (Spearman's rank correlation)

จากการเปรียบเทียบความสามารถ การมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน และการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) ของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับอำเภอ กับระดับจังหวัด พบว่า ภาพรวมความสามารถของ อสม. ของระดับอำเภอ กับระดับจังหวัด แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมความสามารถของ อสม. ของระดับอำเภอ กับระดับจังหวัด เท่ากับ 0.701 (SD=0.189) และ 0.876 (SD=0.149) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายด้านของความสามารถของ อสม. พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถของ อสม. ได้แก่ ด้านผู้นำการจัดการสุขภาพชุมชน ($t=2.582$, $p\text{-value}=0.010$) และด้านความรู้ทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ($t=2.221$, $p\text{-value}=0.027$) ของระดับอำเภอ กับระดับจังหวัด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ค่าเฉลี่ยของการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับอำเภอ และระดับจังหวัด แตกต่างกันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชนของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับอำเภอ และระดับจังหวัด ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ ความสามารถ

บทบาทของผู้นำ อสม. ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด มีความแตกต่างกัน ซึ่งที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาศักยภาพในกลุ่มคณะกรรมการบริหารชมรม อสม. และผู้นำ อสม. ระดับจังหวัดขึ้นไป เนื่องด้วยความคาดหวังตามบทบาทหน้าที่ของผู้นำ อสม. ดังกล่าว ในการถ่ายทอด สื่อสารนโยบายต่าง ๆ ไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิระเดช สวัสดิ์ภักดิ์, สุรีย์มาศ สุขกลี, อัมพวัน ประเสริฐภักดิ์ (2561) ผลการวิจัยพบว่า ผลการเปรียบเทียบบทบาทภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของผู้บริหารสถานศึกษาสังกัดอาชีวศึกษา ในจังหวัดระยอง จันทบุรี และตราด โดยรวมการมีส่วนร่วมในการจัดการภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา ทรัพย์สมบูรณ์ (2560) ผู้นำการพยาบาลทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การปฏิบัติบทบาทผู้นำการพยาบาลทางคลินิก แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของอนันต์ ลิขิตประเสริฐ (2527) ศึกษาอิทธิพลของผู้นำหมู่บ้านที่มีต่อการพัฒนาสาธารณสุข ชันมูลฐาน : การศึกษาเปรียบเทียบบทบาทผู้นำในสามหมู่บ้านของจังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่า คุณสมบัติของผู้นำเป็นตัวอธิบายความแตกต่างกันในระดับการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานของแต่ละหมู่บ้านได้ แสดงให้เห็นว่า บทบาทของผู้นำ อสม. ที่ต่างระดับกันมีผลต่อบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบ รวมทั้งการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ที่แตกต่างกัน นำไปสู่การพัฒนานโยบาย และแนวทางในการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้กับผู้นำ อสม. แต่ละระดับ เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนในทุกมิติให้บรรลุเป้าหมายต่อไป ดังรายละเอียดตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความสามารถระหว่างผู้นำอสม. ระดับอำเภอ กับระดับจังหวัด

ความสามารถ	ระดับจังหวัด		ระดับอำเภอ		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ทักษะการใช้เทคโนโลยี	0.848	0.254	0.837	0.322	0.267	0.790
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.962	0.070	0.942	0.155	0.508	0.611
ผู้นำการจัดการสุขภาพชุมชน	0.889	0.196	0.747	0.177	2.582	0.010*
ความรู้และทักษะการช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน	0.776	0.239	0.686	0.332	2.221	0.027*
โดยรวมความสามารถของ อสม.	0.896	0.149	0.701	0.189	1.060	0.029*

* แสดงนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (Independent t-test)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน และการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ระหว่างผู้นำ อสม. ระดับอำเภอ กับระดับจังหวัด

ปัจจัย	ระดับจังหวัด		ระดับอำเภอ		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน	0.972	0.167	0.932	0.228	1.421	0.156
การจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)	0.765	0.411	0.546	0.485	3.638	<0.001*

* แสดงนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (Independent t-test)

เมื่อเปรียบเทียบความสามารถ การมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน และการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) ของผู้นำ อสม. ในแต่ละภูมิภาค พบว่าโดยรวมของความสามารถของผู้นำ อสม. ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคและกลาง ภาคใต้ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทักษะการใช้เทคโนโลยี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้นำการจัดการสุขภาพชุมชน และมีความรู้ทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ของผู้นำ อสม. ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน และการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ความความสามารถของผู้นำ อสม. แต่ละด้านมีความแตกต่างกัน ในแต่ละภูมิภาค ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ระบุว่า ความสามารถของผู้นำ อสม. ในแต่ละภูมิภาค มีความแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อนันต์ ลิขิตประเสริฐ (2527) ได้ศึกษาอิทธิพลของผู้นำหมู่บ้านที่มีต่อการพัฒนาสาธารณสุขขั้นมูลฐาน : การศึกษาเปรียบเทียบบทบาทผู้นำในสามหมู่บ้านของจังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้นำในหมู่บ้านที่มีระดับการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานสูง มีความทันสมัย มีพฤติกรรมการติดต่อสื่อสาร มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มากกว่าผู้นำในหมู่บ้านที่มีระดับการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานต่ำกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของชาญชัย จิวจินดา (2563) ได้ศึกษาบทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข

ต้นแบบ กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ต.กันตัง จ.ตรัง และ ต.บางรักพัฒนา จ.นนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า อสม. ต.กันตัง จ.ตรัง มีความรู้ด้านสาธารณสุข และมีขอบเขตงานที่ได้รับมอบหมายมากกว่า อสม. ต.บางรักพัฒนา จ.นนทบุรี แต่ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ มณีทิพย์ ขวิตรานุรักษ์ และชาญชัย จิวจินดา (2563) ได้ศึกษาบทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบ กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ต.กันตัง จ.ตรัง และ ต.บางรักพัฒนา จ.นนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า อสม. ทั้งสองเขตพื้นที่ศึกษามีหน้าที่ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชน ถ่ายทอดความรู้ ประชาสัมพันธ์ และชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขเหมือนกัน แสดงให้เห็นว่า ความรู้ ความสามารถ และบทบาทของผู้นำ อสม. ในแต่ละภูมิภาค หรือแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน จึงมีความจำเป็นในการกำหนดแนวทาง หรือนโยบายให้เหมาะสมตามแต่ละบริบทของพื้นที่ ในขณะที่เดียวกันการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ของผู้นำ อสม. ในแต่ละภูมิภาค หรือแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน จึงมีความจำเป็นในการกำหนดแนวทาง หรือนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพ และปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น งบประมาณ อุปกรณ์ และเครื่องมือในการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) สำหรับผู้นำ อสม. ให้เหมาะสมตามแต่ละบริบทของพื้นที่ ดังรายละเอียดตารางที่ 5 และ ตารางที่ 6

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความสามารถของผู้นำ อสม. ในแต่ละภูมิภาค

ปัจจัย	เปรียบเทียบ	df	F	p-value
ทักษะการใช้เทคโนโลยี	ระหว่างกลุ่ม	4	329.493	<0.001*
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	4	140.547	<0.001*
ผู้นำการจัดการสุขภาพชุมชน	ระหว่างกลุ่ม	4	448.037	<0.001*
ความรู้และทักษะการช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน	ระหว่างกลุ่ม	4	642.334	<0.001*
ภาพรวมความสามารถ	ระหว่างกลุ่ม	4	732.582	<0.001*

* แสดงนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (One-way ANOVA)

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน และการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) ของผู้นำ อสม. ในแต่ละภูมิภาค

ปัจจัย	เปรียบเทียบ	df	F	p-value
การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน	ระหว่างกลุ่ม	4	762.867	<0.001*
การจัดบริการสุขภาพใน ศสมช.	ระหว่างกลุ่ม	4	1013.214	<0.001*

* แสดงนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (One-way ANOVA)

สรุปผลการวิจัย

การขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชน โดยองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้สอดคล้องกับการพัฒนาระดับนานาชาติตามที่องค์การอนามัยโลกประกาศปฏิญญาแห่งอัสตานา (Astana Declaration) โดยใช้หลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) รวมทั้งทิศทาง นโยบายการพัฒนาของประเทศไทย ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) นั้น ต้องอาศัยศักยภาพของผู้นำองค์กร อสม. เพื่อขับเคลื่อนงานให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสามารถของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กับการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน และการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ กลุ่มผู้นำองค์กร อสม. ทั้ง 76 จังหวัด รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) ตั้งแต่ระดับอำเภอขึ้นไป จำนวน 629 คนจากการศึกษาความสัมพันธ์ความสามารถของ อสม. ทั้ง 4 ด้าน พบว่า ด้านทักษะการใช้เทคโนโลยี ผู้นำการจัดการสุขภาพชุมชน และทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน และการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบความสามารถของผู้นำ อสม. ระหว่างระดับอำเภอ กับระดับจังหวัด พบว่า ความสามารถของ อสม. ด้านผู้นำการจัดการสุขภาพชุมชน และด้านความรู้ทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ของระดับอำเภอ และระดับจังหวัด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ความสามารถบทบาทของผู้นำ อสม. ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด มีความแตกต่างกันเนื่องจากที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาศักยภาพในกลุ่มประธานชมรม

อสม. ระดับจังหวัด และความคาดหวังตามบทบาทหน้าที่ของผู้นำ อสม. ระดับจังหวัดในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ อย่างไรก็ตามความสามารถของผู้นำ อสม. แสดงถึงบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน จึงควรมีนโยบาย และแนวทางในการพัฒนาระดับความสามารถให้กับผู้นำ อสม. ในทุกระดับเมื่อเปรียบเทียบความสามารถของผู้นำ อสม. การมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชนการจัดการบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ของผู้นำ อสม. ในแต่ละภูมิภาคผลการศึกษาพบว่า ความสามารถของผู้นำ อสม. ได้แก่ ทักษะการใช้เทคโนโลยี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้นำการจัดการสุขภาพชุมชน ทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน การมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน และการจัดการบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าบทบาทในการจัดการบริการสุขภาพของผู้นำ อสม. ในแต่ละภูมิภาค หรือแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน มีความจำเป็นในการกำหนดแนวทาง หรือนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพ ให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนในทุกมิติให้บรรลุเป้าหมายต่อไป

ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการกำหนดแนวทางในการพัฒนาความสามารถของผู้นำ อสม. ตั้งแต่การพัฒนามาตรฐานสมรรถนะ การจัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะผู้นำ อสม. ตั้งแต่ระดับอำเภอ จังหวัด เขต ภาค และแห่งประเทศไทย เพื่อพัฒนาภาวะผู้นำ อสม. ให้สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน และการจัดการบริการสุขภาพใน ศสมช. รวมทั้งเป็นการเตรียมความพร้อม อสม. ให้สอดคล้องนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ ได้รับการดูแล และมีการจัดการสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกกลุ่มวัยอย่างยั่งยืนตามบริบทของชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้

1.1 สามารถนำผลการศึกษาเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพให้ตรงตามความต้องการและสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป รวมทั้งให้สอดคล้องกับบทบาทของผู้นำ อสม. ในแต่ละระดับ รวมทั้งในแต่ละภูมิภาคเพื่อให้ประชาชนในชุมชน สามารถเข้าถึง และได้รับบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน

ที่มีคุณภาพ ได้รับการดูแล และมีการจัดการสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกกลุ่มวัยอย่างยั่งยืนตามบริบทของพื้นที่

1.2 สามารถนำผลการศึกษามาใช้ในการกำหนดนโยบาย จัดหาทรัพยากร ส่งเสริมการเรียนรู้ และการเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้นำ และ อสม. เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชน นำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

ควรศึกษาเกี่ยวกับความสามารถด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการจัดการสุขภาพในชุมชนที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยใช้หลักการสาธารณสุขมูลฐานตามปฏิญญาอัสตานา (Declaration of Astana) เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาหลักสูตร หรือแนวทางสำหรับการพัฒนาผู้นำ อสม. ต่อไป

บรรณานุกรม

- กฤษยาภัสสร ขาวปทุมทิพย์. (2556). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579). พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2561.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). วิชาการการสาธารณสุข. มูลฐาน. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ชนัดดา ระดาฤทธิ์. (2549). ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน กรณีศึกษาเฉพาะเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์, วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- จุฑามาศ ประเสริฐศิลป์. (2549). การศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่ของ อสม. ในเขต
อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์, ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชานโยบายสาธารณะ วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นาฏยา นุชนารถ, ศิริชัย เพชรรักษ์ และ สุเทพ เชาวลิต (2560). การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. Journal of MCU Peace Studies
Vol.6 No.2 (July-June 2018)
- รัตนา เสงสุวรรณ และคณะ. (2557). ความสามารถในการทำงานและภาวะสุขภาพของ
พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. พยาบาลสาร ปีที่ 43 ฉบับพิเศษ
ธันวาคม 2559.
- อัลญาน์ สมุห์เสนีโต (2557). ได้ศึกษาความต้องการพัฒนาขีดความสามารถในการทำงานของ
ประชากรวัยแรงงาน : ศึกษาเปรียบเทียบเฉพาะข้อมูล ปี พ.ศ. 2542 และ ปี พ.ศ.
2545. วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ สำนักวิชาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
เชียงราย ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (2014)
- World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund
(UNICEF). (2018) Declaration of Astana. (2018)

ผู้เขียน

นางศุภกัญญา กวังกะรัต

รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุขมูลฐาน)
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
88/44 ซอย สาธารณสุข 8 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี 11000
E-mail : Cherryphc@gmail.com