

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของประชาชน จังหวัดอุดรธานี

สรารุณี ริดเขียว, ส.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และปัจจัยทำนายด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ในจังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 152 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ คุณลักษณะทั่วไป ค่า CVI +1 การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ $\alpha=0.89$ การมีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาท $\alpha=0.86$ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน $\alpha=0.94$ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Multiple linear regression และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยสรุปเนื้อหา (induction analysis)

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าการรับรู้การปฏิบัติงาน อสม. โดยรวมอยู่ในระดับสูง (mean= 3.94, SD= 0.67) มากที่สุดด้านการรับรู้ประโยชน์ของสร้างเสริมสุขภาพ (mean=4.20, SD=0.97) การรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (mean=4.13, SD=0.77) และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (mean=3.49, SD=0.98) การมีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. โดยรวมอยู่ในระดับสูง (mean=4.31, SD=0.48) โดยพบว่ามีค่ามากที่สุดในด้านการขับเคลื่อนและประเมินผล การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน (mean=4.38, SD=0.39) การกระตุ้น หนุนเสริม เติบโต การพัฒนาคุณภาพชีวิตในบทบาทของ อสม. (mean=4.28, SD=0.64) และการเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร (mean=4.25, SD=0.71) ปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของ อสม. โดยรวมมีการปฏิบัติในระดับสูง (mean=4.37, SD=0.44) มากที่สุดมีการปฏิบัติด้านเกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตทางกายภาพ (mean= 4.46, SD=0.44) เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตทางจิตใจ อารมณ์ และสังคม (mean=4.42, SD=0.41) และการเปลี่ยนแปลงการลดความเหลื่อมล้ำ (mean=4.33, SD=0.42) ตามลำดับ ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายต่อปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 41.3 ($R^2\text{Adj.}=0.413$, $p<0.001$) สมการพยากรณ์ คือ $\hat{y} = 3.677 + 0.263$ (การเปลี่ยนแปลงทางความคิด) $+ 0.114$ (การมีส่วนร่วมขับเคลื่อนและประเมินผลการพัฒนา) $+ 0.100$ (การมีส่วนร่วมในการกระตุ้น หนุนเสริม เติบโต) $+ 0.114$ (การมีส่วนร่วมเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร) $+ 0.143$ (การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ) $+ 0.073$ (เปลี่ยนแปลงทางการลดความเหลื่อมล้ำ)

สรุป การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านครั้งนี้ คาดว่าจะเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ดีเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คุณภาพชีวิตประชาชน

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

Participation of village health volunteer for improving people's quality of life Udon Thani Province

Sarawut Ridkeaw, B.P.H.*

Abstract

Evaluation and analytical research aims to evaluation of the participation of village health volunteers in improving the quality of life of the people and predictive factors for perceived benefits to health-promoting behaviors and participation in people's quality of life improvement practices in Udon Thani. Evaluation and analytical research between July-August 2023. Sample consisted of 152 people, namely village health volunteers. Research tools were questionnaires, including general characteristics, CVI +1 perceived benefits to health-promoting behaviors $\alpha=0.89$, role-based participation $\alpha=0.86$, and quality of life improvement $\alpha=0.94$. Data were analyzed including percentage, mean, standard deviation, multiple linear regression and induction analysis.

Results: Perceived benefits to health-promoting behaviors was found that the overall awareness of the VHVs practice at high (mean=3.94, SD=0.67), The most significant was the perceived benefits of health promotion (mean=4.20, SD=0.97), the perceived health-promoting behaviors (mean=4.13, SD=0.77), and the perceived obstacles of health-promoting behaviors (mean=3.49, SD=0.98). Participation in performing duties according to the role of village health volunteers was at high level (mean=4.31, SD=0.48). The most in driving and evaluating the quality of life development of the people (mean=4.38, SD=0.39), stimulating, supporting and fulfilling the quality of life development role of village health volunteers (mean=4.28, SD=0.64) and replenishment of the resource deficit (mean= 4.25, SD= 0.71). Practice of improving people's quality of life of village health volunteers was generally practiced at a high level (mean=4.37, SD=0.44). The most significant was the practice to change the physical quality of life (mean=4.46, SD=0.44), the change in the mental, emotional and social quality of life (mean=4.42, SD=0.41) and the change to reduce inequality (mean=4.33, SD=0.42), respectively. Factors that could predicted together to improve people's quality of life was statistically significant, 41% ($R^2_{Adj.}= 0.413$, $p<0.001$), the forecast equation: $\hat{y} = 3.677 + 0.263$ (change of mind) + 0.114 (Participation in driving and evaluating development) + 0.100 (Participation in stimulating, supporting, replenishing) + 0.114 (Participating in resource deficit) + 0.143 (Mental change) + 0.073 (changes in the way to reduce inequality).

Conclusion: development of the participation of village health volunteers this time it was expected to change the quality of life of the people for good.

Keyword: Participation; Village Health Volunteer; People's Quality of Life

*Udon Thani Provincial Public Health Office

บทนำ

บทบาทนั้กจัดการสุขภาพชุมชน ถือเป็นบทบาทของ อสม. ในยุคปัจจุบันเพราะมีการรวมทักษะด้านต่าง ๆ ที่จะทำให้ชุมชนเกิดดุลยภาพระหว่างการประยุกต์ใช้แนวคิดด้านสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) และแนวคิดด้านการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในชุมชน (self-care) การสร้างให้ อสม. เกิดทักษะและเพิ่มบทบาทของ อสม. ในการช่วยจัดการสุขภาพชุมชน¹ ซึ่งนั้กจัดการสุขภาพชุมชน หรือ อสม. ต้องให้ความสำคัญของการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจากพื้นที่ นับเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชน โดยการมีส่วนร่วมของ อสม. และเพิ่มศักยภาพ อสม.ในการเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิภาพให้ระบบบริการปฐมภูมิดีขึ้น²

รูปแบบการมีส่วนร่วม โดย Cohen และ Uphoff³ ได้จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ระดับ แบ่งเป็นขั้นตอน ดังนี้คือ 1) การมีส่วนร่วมด้านการวางแผน (planning) คือ การมีส่วนร่วมในการประชุมให้ความคิดเห็นในกระบวนการจัดวางแผนงาน โครงการ การกำหนดเป้าหมาย การดำเนินงานงบประมาณ และทรัพยากรการดำเนินการล่วงหน้าของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล 2) การมีส่วนร่วมด้านการจัดสรรทรัพยากร (allocation) คือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการช่วยเหลือ จัดหา หรือสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์หรือเงินค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการต่าง ๆ ร่วมกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล 3) การมีส่วนร่วมในการร่วมมือประสานงาน (co-ordination) คือ การมีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือปฏิบัติงาน ติดต่อสื่อสาร รับผิดชอบร่วมกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล และ 4) การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล (evaluation)

การใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมเป็นหลักในการดำเนินงานของ อสม. โดยอาศัยรูปแบบการมีส่วนร่วมจากชุมชน ในการพัฒนาสาธารณสุขตามนโยบายสาธารณสุขภายใต้หลักการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) ที่มีการดำเนินการมากกว่า 4 ทศวรรษ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์; 2559) ในปัจจุบันได้มีการทบทวนบทบาทของ อสม. และได้มีการเสนอบทบาทของ อสม. ที่เรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้กจัดการสุขภาพชุมชน (อสม.นั้กจัดการสุขภาพชุมชน) ซึ่งมีหน้าที่เป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพและเป็นผู้ร่วมดำเนินการ ส่งการ ควบคุมกำกับ ให้คำชี้แนะ ในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน นำไปสู่การพัฒนา การดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนที่พึ่งตนเองได้ ในปี 2560 มีการเพิ่มบทบาทของ อสม. ในเรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศและเรียกว่า อสม. 4.0 และล่าสุดในปี 2562 ได้มีการวางกรอบบทบาท อสม. หมอครอบครัวเพื่อยกระดับการดูแลสุขภาพชุมชนและมาตรฐานด้านความรู้ให้แก่ อสม.⁴

การเปลี่ยนแปลงหรือการปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนให้ดีขึ้น ของ อสม. องค์การอนามัยโลกได้กำหนดตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตที่สำคัญ ได้แก่ สุขภาพกาย (physical health) สุขภาพจิตใจ (mental health) ระดับของความเป็นอิสระ (level of independence) ความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment)⁵ จากแนวคิดเบื้องต้น องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ควรประกอบด้วยความสุขสมบูรณ์ของร่างกายจิตใจรวมถึงสภาพแวดล้อมสังคมและการใช้ชีวิตประจำวันอันเป็นที่พึงพอใจของแต่ละบุคคล นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ โดยการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกที่สำคัญที่ถูกคาดหวังในการที่จะนำพาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นให้กับประชาชนในระดับพื้นที่โดยยึดหลักพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ให้คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกันที่จะนำไปสู่การเป็นสังคมไทยใส่ใจดูแลกัน ซึ่งการจะดำเนินการดังกล่าวจำเป็นต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยจังหวัดอุดรธานี ได้มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการสร้างรากฐานของระดับการดำรงชีวิตของคนให้ดีขึ้น ผ่านการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถ

เข้าถึงชุมชน เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อสม. เป็นตัวกลางประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล หรือพัฒนาสังคมจังหวัดดำเนินการจัดหาสิ่งของช่วยเหลือต่อไป มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. กรณีการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน พัฒนาสมรรถนะ อสม. ให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี มีรูปแบบการให้การดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน มีรูปแบบการจัดการที่เป็นรูปธรรม นอกจากนี้ อสม. ยังมีบทบาทให้ความรู้ คำแนะนำการฝึกด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การประกอบอาชีพ และการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข

จากการที่จังหวัดอุดรธานีได้มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ดังกล่าวมาข้างต้น จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยในฐานะผู้ดำเนินงานด้านการพัฒนาศักยภาพ อสม. ได้ทำการประเมินผล การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ในครั้งนี้ จากการตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติการโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. และเพิ่มศักยภาพ อสม. ในการเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิภาพให้ระบบบริการปฐมภูมิมากยิ่งขึ้น สิ่งสำคัญของการทำหน้าที่ อสม. เกิดขึ้นจากการมีจิตอาสา รวมทั้งเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง ละเอียดอ่อน และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ บทบาทการมีส่วนร่วมของ อสม. เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน อันจะนำไปสู่การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและ การมีส่วนร่วมของ อสม.ต่อปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ในจังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย ในการประเมินผลจากการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. การศึกษาบริบทของอสม. (input) ด้านคุณลักษณะทั่วไปของ อสม. ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพหลักนอกเหนือจากการทำหน้าที่ อสม. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพในปัจจุบันและระยะเวลาเข้าร่วมในบทบาท อสม.
2. กระบวนการดำเนินงานของ อสม. (operation process) ได้แก่ ด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาท อสม.
3. ผลการพัฒนา (results) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนของ อสม. และความพึงพอใจในการเข้าร่วมปฏิบัติงานของ อสม.

วิธีดำเนินการวิจัย

1. **รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยประเมินผลเชิงวิเคราะห์ (evaluation and analytical research) สถานที่ศึกษา คือ อำเภอทุกอำเภอในจังหวัดอุดรธานีจำนวน 20 อำเภอ ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2566

2. **ขอบเขตด้านประชากร** คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดอุดรธานี ในปีงบประมาณ 2566 ทั้งหมดมีจำนวน 28,035 คน ศึกษาตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ เป็น อสม. ที่อยู่ในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี สามารถอ่านออกเขียนได้ สามารถใช้เทคโนโลยีเบื้องต้น เช่น แอปพลิเคชันไลน์ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ การถามตอบ และเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ อสม. ที่ไม่ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เป็นอาสาสมัครวิจัยไปเข้าร่วมโปรแกรมอื่น ๆ หรือ ไม่มีเวลาให้ความร่วมมือในตอบคำถามหรือให้ข้อมูลไม่ครบ

3. กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 512 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากร⁶ สูตรและวิธีการคำนวณดังนี้

$$n = \frac{N Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2 (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

N = population size คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดอุดรธานี ในปีงบประมาณ 2565 ทั้งหมดมีจำนวน 28,035 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2565)

Z = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ($Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$)

σ^2 = ค่าความแปรปรวน อ้างอิงการศึกษาของ ยุทธนา แยกคาย⁷ ศึกษารูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า อสม.หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบผลการปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยการรับรู้บทบาทมากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (mean = 3.47, SD = 0.40) ดังนั้น ค่าความแปรปรวน = 0.74

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยกำหนดที่ = 0.05

$$n = \frac{28,035 \times (1.96)^2 \times (0.4)^2}{(0.05)^2 \times (28,035 - 1) + (1.96)^2 \times (0.4)^2} = 460 \text{ คน}$$

หลังจากแทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 460 คนและผู้วิจัยปรับขนาดตัวอย่างเพื่อข้อมูล drop out 10% ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n_{\text{adjust}} = \frac{n}{(1 - R)}$$

n_{adjust} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง = 460

R = สัดส่วนการสูญหายจากการติดตาม (กำหนด 10% = 0.1)

แทนค่าในสูตร

$$n_{\text{adjust}} = \frac{460}{(1 - 0.1)} = 511.11 \text{ คน}$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสิ้น จำนวน 512 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง (random sampling) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 512 คน คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดอุดรธานี ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) แบ่งสัดส่วนประชากรแต่ละอำเภอ สุ่มเลือกตำบล หมู่บ้าน จากนั้นสุ่มอย่างง่าย ทำการสอบถาม อสม. ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จนครบขนาดตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 4 ส่วน จำนวน 57 ข้อ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของ อสม. จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพหลักนอกเหนือจากการทำหน้าที่ อสม. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาท อสม. ความพึงพอใจในการเข้าร่วมปฏิบัติงานเป็น อสม. เป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ ประยุกต์จากการศึกษา บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁸ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของ สร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพเป็นมาตรวัด 5 ระดับ การตอบระดับการรับรู้ คือ 1 = ไม่รับรู้ 2=รับรู้เล็กน้อย 3=รับรู้ปานกลาง 4=รับรู้มาก 5=รับรู้มากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ยการรับรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1-2.33 = การรับรู้เล็กน้อย 2.34-3.67 = ระดับปานกลาง และ 3.68-5.00 = การรับรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. จำนวน 15 ข้อ ประยุกต์จากการศึกษาของ ชนิดา เตชะปัน⁹ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการกระตุ้น หนุนเสริม เต็มเต็ม การพัฒนาคุณภาพชีวิตในบทบาท ของ อสม. การเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากรที่ใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่ การขับเคลื่อน และประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ การตอบให้แสดงความคิดเห็นโดย ทำเครื่องหมายถูกในช่องหมายเลขทางขวามือ คือ 1=ไม่มีส่วนร่วม 2=เล็กน้อย 3=ปานกลาง 4=มาก 5=มีส่วน ร่วมมากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1-2.33=เล็กน้อย 2.34-3.67=ปานกลาง 3.68-5.00=ระดับสูง

ส่วนที่ 4 การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนของ อสม. จำนวน 18 ข้อ การวิจัยครั้งนี้ ได้ประยุกต์ จากการศึกษา เรื่องบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและ ลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 เกี่ยวกับอสม. ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจาก การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน จากการดำเนินงานของ อสม.⁵ ประกอบด้วย การดำเนินงานของ อสม. จะเกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ทางกายภาพ เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของ ประชาชนในพื้นที่ทางจิตใจ อารมณ์ และสังคม เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ทาง ความคิด ปัญญา และวินัย และเกิดการเปลี่ยนแปลงในการลดความเหลื่อมล้ำ ให้กับประชาชนในพื้นที่ แต่ละ ข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเป็นระดับการเปลี่ยนแปลงจากการพัฒนาคุณภาพ ชีวิต คือ 1 = เกิดการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ 1-2.33 = เกิดการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย 2.34-3.67 = ปานกลาง และ 3.68-5.00 = ระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถาม โดยเชิญผู้รอบรู้เฉพาะทาง (Subject matter specialist: SMS) ตรวจสอบเครื่องมือการ วิจัยให้ตรงกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา จำนวน 3 ท่าน ดังนี้ 1) นางรัชณี คอมแพงจันทร์ ที่ปรึกษา ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 2) นายบรรพต อนุศรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 3) นางสาวสมพร แวงแก้ว นักวิชาการอิสระ ผู้ชำนาญการด้านการวิจัยและ ประเมินผล ทำการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เนื้อหาตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ถ้ามี ความสอดคล้องผู้เชี่ยวชาญจะให้ค่าเป็น “+1” แต่ถ้าผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อสอบข้อนั้น ไม่มีความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์จะให้ค่าเป็น “-1” และในกรณีที่ผู้เชี่ยวชาญไม่แน่ใจว่าข้อสอบข้อนั้นมีความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์หรือไม่ก็จะให้ค่าเป็น “0” ทั้งนี้ค่า CVI ที่ยอมรับไว้ว่ามีความเที่ยงรายข้อคือ ตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไป ผลการตรวจสอบรายข้อ มีค่า CVI=+1 ทุกข้อ จึงนำไปใช้จริง คือ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของ อสม. จำนวน 9 ข้อ CVI= +1 ทุกข้อ

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามโดยผู้วิจัยนำแบบวัดการ ปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ที่ปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำแบบสอบถามไปทดลอง ใช้ (Try-out) กับกลุ่ม อสม. ในพื้นที่ อำเภอเมืองอุดรธานี จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำมา

ทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเชื่อมั่น ดังนี้ การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ $\alpha=0.89$ การมีส่วนร่วมปฏิบัติงาน $\alpha=0.86$ การพัฒนาคุณภาพชีวิต $\alpha=0.94$

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ข้อมูลต่อเนื่อง แจกแจงแบบปกติ (normal distribution) โดยใช้ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะทั่วไปของ อสม. สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ใช้สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้านการมีส่วนร่วมของ อสม.ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่ประชาชน ในจังหวัดอุดรธานี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดความเป็นมาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยแก่อาสาสมัครโดยละเอียด เพื่อให้อาสาสมัครตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ ซึ่งอาสาสมัครสามารถเลือกไม่ตอบในข้อคำถามใดก็ได้หรือยุติการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้
2. การเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลภาคสนามด้วยตนเอง
3. แจกจ่ายรายละเอียดของโครงการและการเก็บข้อมูลเป็นความลับตามหลักจริยธรรมของการทำวิจัยในมนุษย์ โดยขอให้แจ้งยืนยันความยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ
4. เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนที่กรู๊ปแบบ excel ผ่านทาง google form ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาลงรหัส ควบคุมคุณภาพของข้อมูล โดยทำการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำข้อมูลที่ได้ไปทำการวิเคราะห์ประมวลผล

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย การศึกษานี้จะดำเนินการเมื่อได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 13766 ลงวันที่ 17 กรกฎาคม 2566

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทั่วไปของ อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.0 อายุเฉลี่ย 53.45 ปี (SD= 8.54) สถานภาพสมรส ร้อยละ 81.8 0[มัธยมศึกษา ร้อยละ 77.5 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 82.8 รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 84.8 (mean= 6,155.76, SD=13,271.35) ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน แข็งแรงดี ร้อยละ 89.84 มีอาการปวดเขามากที่สุด ร้อยละ 2.15 และ เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 1.56 ตามลำดับระยะเวลาการเป็น อสม. 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 85.4 และมีความพึงพอใจในบทบาท อสม. มากที่สุด ร้อยละ 75.6

การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าการรับรู้การปฏิบัติงาน อสม. โดยรวมอยู่ในระดับสูง (mean= 3.94, SD= 0.67) มากที่สุดด้านการรับรู้ประโยชน์ของสร้างเสริมสุขภาพ (mean= 4.20, SD= 0.97) การรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง (mean= 4.13, SD= 0.77) และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง (mean=3.49, SD= 0.98) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (n=512)

การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	mean	SD	ระดับ
การรับรู้ประโยชน์ของสร้างเสริมสุขภาพ	4.20	0.97	สูง
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	3.49	0.98	สูง
การรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	4.13	0.77	สูง
รวมทุกด้าน	3.94	0.67	สูง

การมีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. โดยรวมอยู่ในระดับสูง (mean=4.31, SD=0.48) โดยพบว่ามากที่สุดในการขับเคลื่อนและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับสูง (mean=4.38, SD=0.39) การกระตุ้น หนุนเสริม เต็มเต็ม การพัฒนาคุณภาพชีวิตในบทบาทของ อสม. (mean=4.28, SD=0.64) และการเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร (mean=4.25, SD=0.71) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. (n=512)

การมีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาท อสม.	mean	SD	ระดับ
การกระตุ้น หนุนเสริม เต็มเต็ม การพัฒนาคุณภาพชีวิตในบทบาทของ อสม.	4.28	0.64	สูง
การเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร	4.25	0.71	สูง
การขับเคลื่อนและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน	4.38	0.39	สูง
รวมทุกด้าน	4.31	0.48	สูง

ปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของ อสม. โดยรวมมีการปฏิบัติในระดับสูง (mean= 4.37, SD= 0.44) มากที่สุดมีการปฏิบัติด้านเกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตทางกายภาพ (mean= 4.46, SD= 0.44) เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมระดับสูง (mean= 4.42, SD= 0.41) และเกิดการเปลี่ยนแปลงการลดความเหลื่อมล้ำระดับสูง (mean= 4.33, SD= 0.42) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ของ อสม. (n=512)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน	mean	SD	ระดับ
เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตทางกายภาพ	4.46	0.44	สูง
เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตทางจิตใจ อารมณ์ และสังคม	4.42	0.41	สูง
เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตทางความคิด ปัญญา และวินัย	4.28	0.56	สูง
เกิดการเปลี่ยนแปลงการลดความเหลื่อมล้ำ	4.33	0.42	สูง
รวมทุกด้าน	4.37	0.44	สูง

ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายต่อปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 41.3 ($R^2\text{Adj.} = 0.413$, $p < 0.001$) จำนวน 6 ปัจจัย จากทั้งหมด 10 ปัจจัย เรียงตามลำดับอิทธิพลมากไปน้อย ดังนี้

1. เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ($R^2\text{Adj.} = 0.569$, $p = 0.013$)
2. การมีส่วนร่วมขับเคลื่อนและประเมินผลการพัฒนา ($R^2\text{Adj.} = 0.304$, $p < 0.001$)
3. การมีส่วนร่วมในการกระตุ้น หนุนเสริม เต็มเต็ม ($R^2\text{Adj.} = 0.251$, $p < 0.001$)

4. การมีส่วนร่วมเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร ($R^2\text{Adj.} = 0.235, p < 0.001$)
5. เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ($R^2\text{Adj.} = 0.235, p = 0.015$)
6. เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการลดความเหลื่อมล้ำ ($R^2\text{Adj.} = 0.106, p = 0.012$)

เขียนในรูปของสมการพยากรณ์ได้ดังนี้

$$\hat{y} = 3.677 + 0.263 (\text{การเปลี่ยนแปลงทางความคิด}) + 0.114 (\text{การมีส่วนร่วมขับเคลื่อนและประเมินผลการพัฒนา}) + 0.100 (\text{การมีส่วนร่วมในการกระตุ้น หนุนเสริม เติมเต็ม}) + 0.114 (\text{การมีส่วนร่วมเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร}) + 0.143 (\text{การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ}) + 0.073 (\text{เปลี่ยนแปลงทางการลดความเหลื่อมล้ำ})$$

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยทำนายต่อปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน (n=512)

ตัวแปร	B	95%CI	Beta	F	P-value	R	R ² adj	R ² chang
1.การรับรู้ประโยชน์	0.005	0.02-0.08	0.014	3.590	0.715	0.157	0.025	0.025
2.การรับรู้อุปสรรค	-0.020	0.00-0.07	-0.058	-1.580	0.115	0.113	0.012	0.013
3.การรับรู้ความสามารถการส่งเสริมสุขภาพ	0.014	0.07-0.14	0.032	0.743	0.458	0.242	0.059	0.059
4.การมีส่วนร่วมในการกระตุ้น หนุนเสริม เติมเต็ม	0.100	0.23-0.31	0.184	4.015	<0.001*	0.502	0.251	0.252
5.การมีส่วนร่วมเติมเต็มส่วนขาดทรัพยากร	0.114	0.20-0.28	0.236	5.434	<0.001*	0.506	0.255	0.256
6.การมีส่วนร่วมขับเคลื่อนและประเมินผล	0.321	0.41-0.54	0.370	9.354	<0.001*	0.553	0.305	0.306
7.การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ	0.263	0.38-0.49	0.575	6.093	0.816	0.575	0.330	0.331
8.การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ	0.143	0.28-0.38	0.486	9.392	0.015*	0.486	0.235	0.236
9.การเปลี่ยนแปลงทางความคิด	0.374	0.42-0.49	0.755	9.775	0.013*	0.755	0.569	0.570
10.การลดความเหลื่อมล้ำ	0.073	0.13-0.22	0.329	0.303	0.012*	0.329	0.106	0.108
ค่าคงที่ 3.677 (95%CI=0.08-0.16), F= 50.078, p-value <0.001, R= 0.405, R ² chang= 0.144, R ² adj.= 0.413								

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05, โดยใช้สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าการรับรู้การปฏิบัติงาน อสม. โดยรวมอยู่ในระดับสูง มากที่สุดด้านการรับรู้ประโยชน์ของสร้างเสริมสุขภาพ คือการกินอาหารประเภทผักและผลไม้เป็นประจำทำให้ระบบขับถ่ายดี การตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้ลดความเสี่ยง และลดความรุนแรงในการเจ็บป่วย และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง มากที่สุดคือสามารถเลือกกินอาหารที่ถูกสุขลักษณะ สามารถออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และสามารถเลือกกินเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมันได้ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง มากที่สุดคือ งดกินอาหารที่มีรสจัด ไม่กินผัก ผลไม้ เพราะกินวิตามินเม็ดอยู่แล้ว และ การกินอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ทั้งนี้เนื่องจาก ผลการศึกษาโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ คู่มือสำหรับอสม. การจัดการสุขภาพชุมชน และนโยบายที่เกี่ยวกับ อสม. สำหรับให้ผู้เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางการพัฒนา

องค์ความรู้ ทักษะ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสริมสร้างความเชื่อมั่นและขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานสุขภาพชุมชน และให้ “อสม. หมอประจำบ้าน” ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงาน และแสดงบทบาทอย่างเข้มแข็ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธนา แยกคาย⁷ ศึกษารูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ จิตอาสาการรับรู้บทบาท ความตั้งใจ การทำงานเป็นทีม ภาควิเคราะห์ การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคมแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการยอมรับนับถือ ซึ่งมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์ด้านความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ความเป็นไปได้และความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมากที่สุด และการศึกษาของ วิเชียร เทียนจารุวัฒนา และคณะ¹⁰ ศึกษาแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คุณภาพเพื่อสนับสนุนกำลังคนด้านสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต พบว่า อสม. คุณภาพ ควรมีคุณสมบัติสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ทศนคติ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมและการแสดงออก มี 6 องค์ประกอบ คือ ปฏิบัติตามค่านิยม เป็นแบบอย่างดูแลสุขภาพตนเอง ดูแลแบบองค์รวมทุกช่วงวัย ดูแลด้านจิตใจ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และปฏิบัติตามนโยบาย

2. การมีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. โดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยพบว่ามากที่สุดในด้านการขับเคลื่อนและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับสูง ผลการศึกษานี้แบ่งได้เป็น 4 ประการ คือ การเสนอแนะและให้ความเห็นต่อคณะกรรมการและผู้เกี่ยวข้อง การปรับปรุง ต่อยอดการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ร่วมประเมินผลการดำเนินงาน และดำเนินงานแก้ปัญหาพื้นที่โดยประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การกระตุ้น หนุนเสริม เต็มเต็ม การพัฒนาคุณภาพชีวิตในบทบาทของ อสม. สนับสนุนให้ชุมชน ประชาชนเข้าร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต สนับสนุนและส่งเสริมให้มีความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ และร่วมกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง แผนยุทธศาสตร์/แผนงาน การเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร มากที่สุดคือร่วมปฏิบัติตามกฎกติกาข้อบังคับ กฎเกณฑ์ของชุมชน สังคม สนับสนุนให้คณะกรรมการได้นำทรัพยากรที่มีในท้องถิ่น ภาคเอกชน มาร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน และพัฒนาหรือปรับปรุง สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพที่จะเกิดกับประชาชน ทั้งนี้เนื่องจาก บทบาทนักจัดการสุขภาพชุมชน ถือเป็นบทบาทหลักของ อสม. ในยุคปัจจุบันเพราะมีการรวมทักษะด้านต่างๆ ที่จะทำให้ชุมชนเกิดดุลยภาพระหว่างการประยุกต์ใช้แนวคิดด้านสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) และแนวคิดด้านการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในชุมชน (self-care) การสร้างให้ อสม. เกิดทักษะ และเพิ่มบทบาทของ อสม. ในการช่วยจัดการสุขภาพชุมชน มุ่งเน้นให้เป็นผู้ปฏิบัติตนในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) และนาพาบุคคลในครอบครัวปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. เป็นผู้ร่วมดำเนินการสั่งการ ควบคุมกำกับ ให้คำชี้แนะ ในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ เป็นแกนนำในการสร้างเสริมสุขภาพให้คนในชุมชนตื่นตัว และรับผิดชอบตนเอง ครอบครัวชุมชน และร่วมสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เป็นแกนนำในการริเริ่มและสนับสนุนให้เกิดมาตรการทางสังคมด้านสุขภาพ เป็นไปตามบทบาทของ อสม. หรือที่เรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนักจัดการสุขภาพชุมชน ซึ่งมีหน้าที่เป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพและเป็นผู้ร่วมดำเนินการ สั่งการ ควบคุมกำกับ ให้คำชี้แนะ ในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน นำไปสู่การพัฒนา การดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนที่พึ่งตนเองได้⁴ ซึ่งเป็นไปตามหลักการสร้างความร่วมมือ (collaborate) คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับสูง โดยประชาชนและภาครัฐจะทำงานร่วมกันในกระบวนการของการตัดสินใจ เช่น คณะกรรมการร่วมภาครัฐ และเอกชน คณะที่ปรึกษาภาคประชาชน และการให้อำนาจแก่ประชาชน (empower) ให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ ภาครัฐจะดำเนินการตามการตัดสินใจนั้น เน้นให้ประชาชนเป็นเจ้าของดำเนินการกิจ และภาครัฐมีหน้าที่ในการส่งเสริม

สนับสนุนเท่านั้น⁵ โดย Cohen และ Uphoff³ ได้จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (implementation) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (benefit) และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ศรีชุม⁸ ศึกษาบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามการรับรู้และความคาดหวังของประชาชน พบว่า ประชาชนมีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสม็ด จังหวัดชลบุรี ตามการรับรู้และความคาดหวังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความคาดหวังสูงกว่าการรับรู้

3. ปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของ อสม. โดยรวมมีการปฏิบัติในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจาก อสม. มีการปฏิบัติด้านเกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตทางกายภาพ ในด้านกลุ่มด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ได้รับการดูแลรักษาฟื้นฟูที่ดีขึ้น ทุกกลุ่มวัยได้รับการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อโรคไม่ติดต่อที่ดีขึ้น และประชาชนมีสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่และเอื้อต่อการส่งเสริมการมีสุขภาพ เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมระดับสูง มากที่สุดคือประชาชนได้รับการส่งเสริมการเป็นต้นแบบที่ดี ประชาชนได้รับการส่งเสริมให้มีครอบครัวอบอุ่นได้อยู่ด้วยกันดูแลกัน และประชาชนได้รับการส่งเสริมให้ร่วมในกิจกรรมสำคัญของชุมชน เกิดการเปลี่ยนแปลงการลดความเหลื่อมล้ำระดับสูง มากที่สุดคือ ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการต่างๆ ในพื้นที่อย่างเสมอภาคและเป็นธรรม ประชาชนในพื้นที่อุ่นใจ ไม่ถูกทอดทิ้ง และประชาชนได้รับการบริการทางสุขภาพที่เหมาะสมกับปัญหาทุกกลุ่มวัย ซึ่งการมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) เนื่องจากการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ พัฒนาบริการ และการดำเนินการ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพ โดยมีพื้นที่เป็นฐาน จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการผ่านการรับรู้ จากองค์ประกอบของทั้งความยากเชิงวิชาการ และความยากเชิงสังคม (socially complicated problems) ดังนั้น องค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ จึงควรประกอบด้วย ทุกภาคส่วนโดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่ม อสม. อันจะทำให้เพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัยให้ดีขึ้น¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวัฒน์ บำรุงศรี และ ทศพร ชูศักดิ์¹² ศึกษาสมการโครงสร้างปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในองค์การและแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจสามารถอธิบายและทำนายรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เป็นอย่างดี และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ¹³ เสนอแนวทางการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเป้าหมายของการสาธารณสุข ซึ่งตามเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตมี 3 ด้าน คือ การบริการปฐมภูมิและบริการทางด้านสาธารณสุขในฐานะเป็น แกนนำสู่การบูรณาการของบริการสุขภาพ นโยบายและกิจกรรมในพหุภาคส่วนร่วม และการเสริมสร้างศักยภาพภาคประชาชน ผลลัพธ์ได้แก่ ประชาชนในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และชุมชนสร้างสุขโดยกลไกตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มีความสุขกาย สุขใจ สุขเงิน และสุขสามัคคี จากการมีระบบการดูแลตนเองและช่วยเหลือกันเอง ระบบบริการปฐมภูมิโดยชุมชน และเกิดระบบจัดการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน

4. ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายต่อปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 41 ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษานี้ อสม. ทำให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด การมีส่วนร่วมขับเคลื่อนและประเมินผลการพัฒนา การมีส่วนร่วมในการกระตุ้น หนุนเสริม เต็มเต็ม การมีส่วนร่วมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางการลดความเหลื่อมล้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรานค์ จักรไชย และคณะ¹⁴ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ปัจจัยแรงจูงใจใน

การปฏิบัติงานและปัจจัยจำเป็นในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ไพบุลย์ อินทมาส¹⁵ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า มีความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง มีระดับปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง การปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้และปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมภาพรวม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อสรุป การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดอุดรธานี สามารถทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอยู่ในระดับสูง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรมีการวางแผนงบประมาณระยะยาว ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. อย่างต่อเนื่องนับเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของระบบบริการทางสาธารณสุขตั้งแต่ในอดีตจนถึงในยุคปัจจุบัน เนื่องจากปัจจุบันการเจ็บป่วยของประชาชนและผู้สูงอายุเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ควรยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้อยู่ในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระตุ้น ส่งเสริม และสร้างความเข้าใจในการใช้หลักคิดแบบพอประมาณ เป็นเหตุเป็นผล ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในกระบวนการต่างๆ และสนับสนุนให้ พชอ. เป็นหน่วยที่จะบูรณาการนโยบายและทำความเข้าใจให้กับผู้เกี่ยวข้องให้ชัดเจนก่อนขยายต่อ

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการพัฒนา ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมให้ครบทุกขั้นตอน โดยเฉพาะการร่วมคิดร่วมเป็นเจ้าของ ร่วมเติมเต็ม และร่วมประเมินผล การขับเคลื่อนจากการสร้างความเข้าใจร่วมกัน มีกลไกทุกระดับ ค้นหาต้นทุนสังคม ใช้ข้อมูลร่วมพัฒนา และติดตามต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาการสำรวจหรือสุ่มประเมินการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในแต่ละพื้นที่ เพื่อค้นหาส่วนขาดในการเพิ่มศักยภาพของ อสม. แต่ละด้านให้มีความเชี่ยวชาญ อาจเจาะลึกศึกษาคุณภาพชีวิตประชาชนเป็นกลุ่มอายุหรือเฉพาะโรค

เอกสารอ้างอิง

1. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน. กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
2. กรุงเทพมหานคร. “งานบริการปฐมภูมิ”แบบมีส่วนร่วม ยุกระดับ อสม.-เสริมจุดแข็ง. [เข้าถึงเมื่อ 17 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.bangkokbiznews.com/blogs/columnist>
3. Cohen JM, Uphoff NT. Rural Development Participation: concept and measure for project design implementation and evaluation: rural development committee center for international studies. New York: Cornell University Press; 1981.
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ คู่มือ อสม. หมอประจำบ้าน. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี, 2563.
5. สมยศ ศรีจารนัย. บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4. หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 60 ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2560 – 2561. วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร; 2561.

6. อรุณ จิรวรรณกุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา; 2557.
7. ยุทธนา แยกคาย. รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
8. สุพัตรา ศรีชุม. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามการรับรู้และความคาดหวังของประชาชน ตำบลเสม็ด จังหวัดชลบุรี [งานนิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
9. ชนิตา เตชะปิ่น. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ (อสม.) ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2561.
10. วิเชียร เทียนจารุวัฒนา, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, สายสมร วชิระประพันธ์. แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คุณภาพเพื่อสนับสนุนกำลังคนด้านสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564;30(2):353-66.
11. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. เอกสารประกอบการประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระบบสุขภาพอำเภอ (พขอ.:DHB), วันที่ 25 กันยายน 2560 โรงแรมกล้วย. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8, 2560. [เข้าถึงเมื่อ 27 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://fv.phc.hss.moph.go.th/files/oskguidebook2560.pdf>
12. อดุลย์ บำรุง. ข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต(พขอ.). วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2562;1(1): 87-101.
13. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตการขับเคลื่อนโครงการชุมชนสร้างสุขโดยกลไกตำบลจัดการคุณภาพชีวิต “ตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยโควิด 19”. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2564; 36(1):5-13.
14. ปราณค์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์, วรเดช ช้างแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560; 31(1):16-28.
15. ไพบุลย์ อินทมาส. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเขาฉกรรจ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร [วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561.