



การศึกษาตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้าน สุขภาพระดับพื้นที่ของจังหวัดปทุมธานี

นายกา ใจดี¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ ของจังหวัดปทุมธานี โดยแบ่งการวิจัยเป็นสามระยะ โดยระยะที่ 1 ศึกษาความท้าทายในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในยุคปัจจุบันจุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยเอื้อหรืออุปสรรคในการทำงาน และแนวทางการส่งเสริม/พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ โดยรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ระยะที่ 2 สร้างตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพ การดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ ด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และระยะที่ 3 ทดสอบตัวแบบในพื้นที่บริบทเขตเมืองที่ตำบลลำผักกูด อำเภอธัญบุรี และเขตชนบทที่ตำบลบึงกาสาม อำเภอหนองเสือ

ผลการวิจัยพบว่า เมื่อนำตัวแบบดังกล่าวไปใช้ อาสาสมัครสาธารณสุข ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพตำบล จำนวน 2 โครงการ ได้แก่ โครงการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโครงการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ทั้งสองตำบล ได้จัดสรรเป้าหมายการดำเนินงานให้สอดคล้องกับจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข และสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดำเนินงานทั้งสองโครงการอย่างเต็มที่ ทำให้ผลการจัดกิจกรรมรณรงค์ตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และป้องกันโรคไข้เลือดออก ทั้งสองพื้นที่อยู่ในระดับสูง โดยตำบลบึงกาสาม อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี มีผลการตรวจคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย โรคเบาหวาน ร้อยละ 95.2 และผลการตรวจคัดกรองกลุ่มเป้าหมายโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 96.7 รวมทั้ง ไม่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในตำบล ส่วนตำบลลำผักกูด อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี มีผลการตรวจคัดกรองกลุ่มเป้าหมายโรคเบาหวาน ร้อยละ 82.4 และผลการตรวจคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 79.9 รวมทั้งไม่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในตำบลเช่นกัน ทั้งนี้ เมื่อสอบถามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ ภาพรวมร้อยละ 82.5 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง

¹ * วท.ม.รอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี



ข้อเสนอแนะ จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นชัดเจนว่า เครื่องมือ จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการเพิ่มพูนทักษะ ยังเป็นส่วนขาดที่ต้องได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจัง ส่วนปัจจัยทางเศรษฐกิจ สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และการรู้เท่าทันเทคโนโลยี ยังคงเป็นความท้าทายต่อการพัฒนาประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอนาคต

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุข



A Study on the Development Model of Village Health Volunteers (VHV) that Increases Efficiency in Health Care Operations at the Local Level in Pathum Thani Province

Nayiga Jaidee²

Abstract

The purpose of this research was to study the development model of village health volunteers (VHV) that increases efficiency in health care operations at the local level in Pathum Thani province. The research was divided into three phases. The first phase was qualitative research and involved a study of the modern-day challenges facing village health volunteers, strengths and weaknesses, work-related enabling factors and obstacles, and guidelines for promoting and developing village health volunteers that help increase efficiency in health care operations at the local level. The second phase was quantitative research, in which the development model of village health volunteers that increases efficiency in health care operations at the local level was created. The third phase aimed to test the development model in the urban context of Lam Pak Kood subdistrict in Thanyaburi district and the rural area of Bueng Ka Sam subdistrict in Nong Suea district.

The results revealed that after the development model was deployed, village health volunteers have been involved in subdistrict health development planning for two projects, including dengue fever prevention project and diabetes and hypertension screening project. Subdistrict health-promoting hospitals of the two abovementioned subdistricts have allocated tasks to perfectly match the number of village health volunteers and provided them with necessary equipment to perform their tasks on the two projects. The results of campaigns promoting diabetes and hypertension screening and dengue fever prevention in the two subdistricts were quite high. The diabetes screening reached 95.2% of the target population in Bueng Ka Sam subdistrict, while the hypertension screening reached 96.7% of the target population and there was no one with dengue fever in the subdistrict. For Lam Pak Kood subdistrict, the diabetes screening reached 82.4% of the target population, while the



hypertension screening reached 79.9% of the target population and there was no one with dengue fever. In addition, 82.5% of community stakeholders involved in the development of health care operations at the local level showed a high level of satisfaction.

Recommendation : the research show clearly that tools , the number of village health volunteers and skills acquisition is still a lack that must be supported seriously. As for economic factors, social changing conditions and technology skill still a challenge to improving the work efficiency of village health volunteers in the future.

Keyword: village health volunteers



การศึกษาตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้าน สุขภาพระดับพื้นที่ของจังหวัดปทุมธานี

บทนำ

งานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความเชื่อมโยงกับงานสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเกิดขึ้นหลังจากมีคำประกาศปฏิญญาสากล ว่าประชาชนมีสิทธิและหน้าที่ที่จะให้ความร่วมมือทั้งรายบุคคลและเป็นคณะ เพื่อให้บรรลุสภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้า ภายในปี 2543 องค์การอนามัยโลกได้จัดสรร ทรัพยากร เพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขซึ่งดำเนินโดยชุมชน หรือที่เรียกว่าสาธารณสุขมูลฐาน สมัชชาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นั้นมาดัดแปลงมาจากความคิดนี้มีโครงการทดลองที่จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งนายแพทย์สมบุรณ์ วัชรโรทัย ได้ทำไว้ โดยคัดเลือกชาวบ้านบางคนมาทำการฝึกอบรม ให้ทำการรักษาพยาบาลอย่างง่ายๆ ในระยะแรกๆพบอุปสรรค ซึ่งทางสถาบันการศึกษาถือว่าเป็นการสร้างหมอเถื่อนจึงรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโครงการที่คล้ายๆ กัน นำเสนอความคิดเรื่องอาสาสมัครเข้าสู่การวางแผนระดับชาติ โดยมีการประชุมปรึกษากันหลายครั้ง ในที่สุดก็ได้รับความเข้าใจทุกฝ่าย

ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในปี พ.ศ.2520 ในระยะแรกเป็นไปในลักษณะโครงการทดลองใน 20 จังหวัด โดยดำเนินการทดลองในทุกอำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล และเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2522 คณะรัฐมนตรี ลงมติอนุมัติในหลักการตามที่กระทรวงสาธารณสุข เสนอให้เปลี่ยนคำ ว่า การสาธารณสุขเบื้องต้น เป็นสาธารณสุขมูลฐาน ดังนั้นอาสาสมัคร (อสม.) จึงถือว่า วันที่ 20 มีนาคม 2522 เป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุขด้วย

จากการศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (โกลาตร, 2560.) ผ่านโครงการประเมินศักยภาพที่ดำรงอยู่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย ที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและ สถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ด้วยกระบวนการสังเคราะห์ความรู้จากการทบทวนสถานการณ์ที่ เกี่ยวข้องทั้งจากเอกสารและการประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ รวมทั้ง การศึกษาเชิงปริมาณเพื่อประเมินศักยภาพ ระบบสวัสดิการ และปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของ อสม. พบว่า สถานการณ์การเมืองและสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงไปในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา จึงมีความจำเป็นที่ จะต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดและตัวแบบของปฏิบัติการเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่ให้สอดคล้องกับการ เปลี่ยนแปลงดังกล่าว และอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีอยู่จำนวน 800,000 คน นับว่าเป็นทรัพยากรที่มีค่ายิ่ง แม้ว่า อสม.บางส่วนอาจได้เข้ามาเป็นอาสาสมัครเพราะระบบพวกพ้องหรือต้องการสิทธิประโยชน์เล็กๆ น้อยๆ แต่อาสาสมัครส่วนใหญ่ที่ได้รับเลือกมักเป็นผู้ที่ชุมชนเชื่อถือและไว้วางใจว่าจะอุทิศตนให้กับการทำงานเพื่อ ชุมชน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังคงมีชีวิตอยู่ และมีผู้หญิงเข้ามาเป็นอาสาสมัครมากขึ้นถึงร้อยละ 70 ในขณะที่มากกว่าร้อยละ 35 ของอาสาสมัครเป็นคนรุ่นใหม่ที่เกิดเป็นอาสาสมัครได้ไม่เกิน 5 ปี โดย อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอยู่มีความสามารถในการทำงานซึ่งเสร็จสิ้นได้ในระยะเวลาสั้นๆ เช่น การสำรวจ



รวบรวมข้อมูล การรณรงค์ป้องกันโรค แต่มีข้อจำกัดในการทำงานที่ต้องใช้เวลาต่อเนื่องยาวนาน เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ทั้งนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอยู่ส่วนใหญ่ มาจากผู้ที่มีการศึกษาและมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่สูงนัก ซึ่งทำให้มีคำถามว่า เราจะทำอย่างไรเพื่อให้สามารถระดมกลุ่มบุคคลที่มีคุณภาพและฐานะทางเศรษฐกิจที่สูงกว่านี้ เข้าสู่กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขได้มากขึ้น ในขณะที่ระบบการสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลงไปจากนโยบายการกระจายอำนาจส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้บริหารท้องถิ่น และบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข และแม้ว่าจะมีพัฒนาการของกลไกการประสานงานในระดับต่างๆ เกิดขึ้น แต่อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนมีส่วนร่วมในกลไกการประสานงานในระดับที่สูงกว่าจังหวัดค่อนข้างน้อย นอกจากนี้ กรณีศึกษาต่างๆ ได้ชี้ให้เห็นถึงนวัตกรรมและรูปแบบของอาสาสมัครในการพัฒนาสุขภาพที่หลากหลาย นับตั้งแต่ การเป็นอาสาสมัครในโรงพยาบาล จนถึงการเป็นอาสาสมัครบรรเทาพิบัติภัย

รูปธรรมเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครในสังคมไทย ได้ก้าวหน้าจนเป็นที่ยอมรับกันมากขึ้น ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในอนาคต ประกอบด้วย การที่ กระทรวงสาธารณสุข จำเป็นต้องปรับบทบาทจากการเป็นเจ้าของอาสาสมัครสาธารณสุข ไปเป็นผู้ส่งเสริมแนวคิดอาสาสมัครเพื่อสุขภาพในลักษณะที่หลากหลายมากขึ้น สนับสนุนให้เกิดอาสาสมัครสาธารณสุขในทุกๆ ด้านของงานสาธารณสุข โดยทุกหน่วยงานของสาธารณสุขควรสร้างเครือข่ายอาสาสมัครของตนเองแทนที่จะหวังพึ่งเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเท่านั้น เปิดพื้นที่ในหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อรองรับงานอาสาสมัครให้กว้างขวางที่สุด ส่งเสริมรูปแบบอาสาสมัครในชุมชนให้มีความหลากหลาย เพื่อเสริมส่วนที่เป็นข้อจำกัดซึ่ง อสม. ไม่สามารถทำได้มากนัก ส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขทำตัวเป็นแบบอย่างของการเป็นอาสาสมัครด้วยตนเอง และพัฒนากลไกการควบคุมดูแลกันเองเพื่อให้เกิดองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่ฝักใฝ่พรรคการเมือง

ดังนั้น เพื่อให้เกิดการสร้างตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ สอดคล้องกับบริบทการทำงานของจังหวัดปทุมธานี จึงดำเนินการศึกษา/วิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ทราบถึงบริบทการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ภายในจังหวัดปทุมธานี รวมทั้ง ความท้าทายต่อการทำงานในปัจจุบัน ทราบถึงจุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยเอื้อ หรืออุปสรรค ในการทำงานด้านสาธารณสุข ในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และพัฒนาตัวแบบที่ใช้ในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ของจังหวัดปทุมธานี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ภายในจังหวัดปทุมธานี รวมทั้งความท้าทายต่อการทำงานในปัจจุบัน



2.เพื่อศึกษาจุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยเอื้อ หรืออุปสรรค ในการทำงานด้านสาธารณสุข ในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

3.เพื่อสร้างตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ ของจังหวัดปทุมธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ ของจังหวัดปทุมธานีครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและสร้างตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ ของจังหวัดปทุมธานี ระยะเวลาในการวิจัย จำนวน 6 เดือน โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษา (1) ความท้าทายในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับพื้นที่ ในยุคปัจจุบัน (2) จุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยเอื้อ หรืออุปสรรค ในการทำงานด้านสาธารณสุข ในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ (3) แนวทางการส่งเสริมและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่โดยรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 2 เดือน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ในเชิงวิชาการและประสบการณ์เกี่ยวกับงานอาสาสมัครสาธารณสุข จากสถาบันการศึกษาหรือองค์กรภาครัฐที่มีบทบาทหรือภารกิจในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 5 คน และกลุ่มที่ 2 ได้แก่ ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีบทบาทหรือผลงานในการทำงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นที่ยอมรับของสังคม จำนวนไม่น้อยกว่า 20 คน/อำเภอ โดยครั้งแรกผู้วิจัยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) หาผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) จากนั้นใช้วิธีการเลือกแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling) โดยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 1 ของทั้ง 2 กลุ่ม แนะนำผู้ให้ข้อมูลหลักคนต่อไปจนครบตามจำนวนตัวอย่างที่กำหนดทั้ง 2 กลุ่ม โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interviews) ข้อคำถามประกอบด้วย แนวคิด, หลักการ, เป้าหมาย, กระบวนการ, องค์ประกอบ, และผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (focus group) และวิเคราะห์ข้อมูลแบบวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำผลการวิจัยที่ได้ในระยะที่ 1 มาสร้างเป็นเครื่องมือในการวิจัยระยะที่ 2

ระยะที่ 2 สร้างตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย 1 เดือน โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1) การสร้างร่างตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพ การดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ (ร่างที่ 1) โดยการนำผลการวิจัยระยะที่ 1 มาสร้างเป็นเครื่องมือการวิจัย โดยสร้างแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับแนวคิด, หลักการ, เป้าหมาย, กระบวนการ, องค์ประกอบ, ผลลัพธ์, และแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพ การดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย Steak holder จำนวน 384 คน ที่เกี่ยวข้องกับงานอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเลือกแบบสุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) จากทุกอำเภอในจังหวัดปทุมธานี และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และนำข้อมูลมาจัดเป็นหมวดหมู่ตามองค์ประกอบของรูปแบบเชิงโครงสร้างทางความคิด (Semantic Model) เป็นร่างรูปแบบฯ (ร่างที่ 2)

ตอนที่ 2) การตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมเชิงโครงสร้างและเชิงเนื้อหาของรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยขั้นตอนนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ประกอบด้วยด้านสาธารณสุข 3 คน ด้านการวิจัย 1 คน และด้านการศึกษา 1 คน โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ โดยสร้างจากร่างรูปแบบฯ (ร่างที่ 2) วิเคราะห์ข้อมูลโดยประยุกต์ใช้การหาค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ IOC (Index of Item Objective Congruence) (เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี, 2556) ตรวจสอบความถูกต้อง และเหมาะสมเชิงโครงสร้างและเชิงเนื้อหาของรูปแบบฯ และปรับปรุงข้อมูลตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ และสรุปเป็นตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพ การดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ (ร่างที่ 3) และนำรูปแบบไปใช้ในการศึกษาระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ทดสอบใช้ตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพ การดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ ใช้ระยะเวลาในการวิจัย 2 เดือน การวิจัยระยะนี้แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1) ทดสอบใช้ตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพ การดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ศึกษา (Unit Study) โดยใช้เงื่อนไขชุมชนที่มีความพร้อมและยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยเลือกชุมชนเมือง 1 ชุมชน และชุมชนชนบท 1 ชุมชน เป็นพื้นที่ในการทดลองใช้ตัวแบบฯ โดยผู้วิจัยนำเสนอตัวแบบฯ ให้กับผู้นำชุมชนโดยอธิบายให้กลุ่มผู้นำชุมชนเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนและกระบวนการในการพัฒนางานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ของตัวแบบฯ จนเข้าใจอย่างชัดเจนและร่วม



วางแผนในการนำตัวแบบการฯ ไปใช้ในชุมชน เป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของชุมชนทั้ง 2 ชุมชน อย่างต่อเนื่องจนครบระยะเวลา 1 เดือน

ตอนที่ 2) สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำตัวแบบฯ มาใช้จริงในชุมชน และด้านประโยชน์ของตัวแบบฯ ต่อการพัฒนางานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลความคิดเห็นต่อตัวแบบฯ ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ฯ จำนวน 50 คน/หมู่บ้าน ได้แก่ ผู้ที่ดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพในพื้นที่ ทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ปราชญ์ชุมชน, อสม., ผู้นำชุมชน, ผู้นำท้องที่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษา (1) ความท้าทายในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับพื้นที่ ในยุคปัจจุบัน (2) จุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยเอื้อ หรืออุปสรรคในการทำงานด้านสาธารณสุข ในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ (3) แนวทางการส่งเสริมและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่โดยรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ระยะที่ 2 สร้างตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research)

ระยะที่ 3 ทดสอบใช้ตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพ การดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) คู่มือการใช้รูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมฯ 2) แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม และ 3) แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เกี่ยวกับความเหมาะสมของตัวแบบในด้านความเป็นไปได้ในการนำตัวแบบมาใช้จริงในชุมชน และด้านประโยชน์ของตัวแบบต่อการพัฒนางานด้านสุขภาพ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสังเกตด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และปรับปรุงรูปแบบฯ ให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะและสรุปเป็นร่างรูปแบบ (ร่างที่ 4)

ตอนที่ 2) ตรวจสอบความเหมาะสมและความสมบูรณ์ถูกต้องของรูปแบบฯ ในขั้นตอนนี้เป็นการนำร่างตัวแบบฯ (ร่างที่ 4) มาตรวจสอบเพื่อสรุปเป็นตัวแบบฯ (ฉบับสมบูรณ์) การวิจัยขั้นนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) (อาภา ยังประดิษฐ์, 2552) ในการ



ตรวจสอบความเหมาะสมและความสมบูรณ์ถูกต้องของรูปแบบฯ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) ร่างคำถามประเด็นการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความเหมาะสมในประเด็นต่างๆของรูปแบบฯ และ 2) ตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ (ร่างที่ 4) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน ได้แก่ ผู้ทรงวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน และตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนทดลองใช้รูปแบบฯ จำนวน 5 คน/ชุมชน โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะสรุปเป็น (ฉบับสมบูรณ์) ตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ ของจังหวัดปทุมธานี

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์แบบหลายเทคนิค (multiple technic) ประกอบกันดังนี้

1) การจำแนกและจัดระบบข้อมูล (Typology and Taxonomy) เพื่อจัดหมวดหมู่ออกให้เป็นระบบในเบื้องต้น

2) การวิเคราะห์สรุปอุปนัย (Analytic Induction) เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น มาวิเคราะห์เพื่อหาบทสรุปร่วมกันของเรื่องนั้น

3) การเปรียบเทียบเหตุการณ์ (Constant Comparison) เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาไปเทียบเคียงหรือเปรียบเทียบกับเหตุการณ์อื่น เพื่อหาความเหมือนและความแตกต่างกันที่เกิดขึ้น

4) การวิเคราะห์ส่วนประกอบ (Componential Analysis) เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ออกให้เห็นเป็นส่วนๆ

5) การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร (Content Analysis) เพื่อนำเอกสารหรือหลักฐานต่างๆ มาวิเคราะห์ให้เห็นว่า มุ่งพรรณนาและอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

6) การวิเคราะห์สาเหตุและผล (Cause and Effect Analysis) เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ให้เห็นว่าจากผลมาจากเหตุ คือ วิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้น ย้อนกลับมาให้เห็นว่าเกิดมาจากเหตุปัจจัยใดบ้าง หรือวิเคราะห์เหตุไปหาผล คือ วิเคราะห์จากเหตุไปหาผล คือ วิเคราะห์ให้เห็นว่าเมื่อเหตุนี้เกิดขึ้น ได้นำไปสู่ผลที่เกิดขึ้นอะไรบ้าง

7) การสร้างจินตนาการเชิงสังคมวิทยา (Sociology Imaginary) เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยเปลี่ยนมุมมองการวิเคราะห์ไปยังมุมมองอื่นๆ เพื่อดูผลการวิเคราะห์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นเช่นใด

ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยเทคนิค “การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation)” (Denzin 1970) ทั้ง 3 รูปแบบ ได้แก่ (1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) (2) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (investigator triangulation) และ (3) การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (theory triangulation)



(1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล โดยเน้นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งต่างๆ นั้นมีความเหมือนกันหรือไม่ ซึ่งถ้าทุกแหล่งข้อมูลพบว่าได้ข้อค้นพบมาเหมือนกัน แสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มา มีความถูกต้อง

(2) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย โดยเน้นการตรวจสอบจากผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลต่างคนกันว่า ได้ค้นพบที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไร ซึ่งถ้าผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลทุกคนพบว่าข้อค้นพบที่ได้มา มีความเหมือนกัน แสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มา มีความถูกต้อง

(3) การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี โดยเน้นการตรวจสอบว่าถ้ามีการใช้ทฤษฎีที่หลากหลายแล้ว ข้อมูลที่ได้มา เป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่ ถ้าผู้วิจัยพบว่าไม่ว่าจะนำทฤษฎีใดมาใช้ ได้ข้อค้นพบที่เหมือนกัน แสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มา มีความถูกต้อง

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1

ศึกษาความท้าทายในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับพื้นที่ ในยุคปัจจุบัน รวมทั้ง จุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยเอื้อ หรืออุปสรรค ในการทำงานด้านสาธารณสุข ในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแนวทางการส่งเสริมและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ โดยรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมให้ข้อมูลเป็นรายอำเภอ ทุกอำเภอ รวม 7 ครั้ง 189 คน ผลการวิจัยพบว่า

(1) ความท้าทายในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับพื้นที่ ในยุคปัจจุบันที่สำคัญ ประกอบด้วย

- การยอมรับของชุมชน/ความน่าเชื่อถือด้านองค์ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข
- การเรียนรู้การทำงานในสถานการณ์โรคที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว อีกทั้งโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ ที่จำเป็นต้องเพิ่มเติมความรู้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข ในการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่
- การเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคมทำให้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ลดลง
- เทคโนโลยีการสื่อสาร และคอมพิวเตอร์เป็นอุปสรรคต่ออาสาสมัครสาธารณสุขรุ่นเดิมที่ไม่สามารถปรับตัวเท่าทันเทคโนโลยี
- มุมมองบุคคลภายนอกที่เห็นว่าเข้ามาทำงานเมื่อหวังค่าตอบแทนหรือค่าป่วยการ มากกว่าคุณค่าการเป็นจิตอาสาด้านการสาธารณสุข

(2) จุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยเอื้อ หรืออุปสรรค ในการทำงานด้านสาธารณสุข ในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รายละเอียดดังตารางที่ 1 และ 2



ตารางที่ 1 ปัจจัยภายในองค์กรที่มีผลต่อการทำงานด้านสาธารณสุข ในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี

ปัจจัยภายใน	จุดแข็ง	จุดอ่อน
กลยุทธ์ (Strategy)	กระทรวงสาธารณสุข และผู้บริหารการสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการกำหนดแนวทางการทำงานที่ชัดเจน เป็นระบบ มีการชี้แจงกลยุทธ์การทำงานเป็นระยะ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง มีการระบุกิจกรรมสำคัญ ที่สอดคล้องกับโรคหรือภัยสุขภาพในแต่ละช่วงระยะเวลาของปีได้อย่างชัดเจน	การบริหารจัดการในพื้นที่ อาจมีเวลาที่คลาดเคลื่อนได้ในบางครั้ง
โครงสร้าง องค์กร (Structure)	กลไกการบริหารงานอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงโครงสร้าง พบว่า มีการโครงสร้างการทำงานที่ดี มีระบบการคัดเลือกผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุข ระดับชุมชน ตำบล อำเภอและจังหวัด มีการถ่ายทอดข้อมูลจากทางราชการที่เป็นระบบ และมีความชัดเจนในระดับดี	-ไม่พบ-
สไตล์ (Style)	ผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุข สามารถทำงานร่วมกันกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับได้เป็นอย่างดี	-ไม่พบ-
ระบบ (System)	ระบบการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเอื้ออำนวยพอสมควรพร้อมสำหรับการลงพื้นที่ทำงาน	ส่วนขาดที่พบเสมอ เป็นเรื่องของเครื่องมือที่จำเป็นในการดำเนินงาน ที่ยังขาดแคลนเป็นบางพื้นที่ เช่น เครื่องวัดความดันแบบพกพา สำหรับเข้าพื้นที่ทำงาน หรือแผ่นตรวจน้ำตาลจากปลายนิ้ว จะพบว่าขาดแคลน เนื่องจากส่งของไม่ทันเป็นบางครั้ง
บุคลากร (Staff)	จุดแข็งที่เห็นได้ชัดเจน คือ ความเอื้ออาทรต่ออาสาสมัครสาธารณสุขอาวุโส พบว่า เมื่อ	- จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่เพียงพอในการทำงาน บางครั้งใน 1



ปัจจัยภายใน	จุดแข็ง	จุดอ่อน
	อาสาสมัครสาธารณสุขรุ่นพี่มีอายุมากขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขรุ่นน้องท่านอื่นจะให้ความช่วยเหลือด้านการปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจ	โครงการหมู่บ้านจัดสรร (200 หลังคาเรือน) มีอาสาสมัครสาธารณสุข ดูแลเพียงท่านเดียว - เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุข มีอายุมากขึ้น ทำให้การทำงานเป็นไปด้วยความยากลำบาก - อาสาสมัครสาธารณสุขบางท่าน ขาดประสิทธิภาพในการทำงาน และไม่มีความรับผิดชอบในหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมาย แต่ไม่มีมาตรการบังคับหรือให้ขาดจากความเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขได้ เนื่องจากเป็นงานจิตอาสา ทำได้เพียงไม่จ่ายค่าปวดยานเท่านั้น
ทักษะ (Skill)	- อาสาสมัครสาธารณสุข มีทักษะที่ดีในการสร้างความสัมพันธ์กับชาวบ้านและผู้รับบริการ อาจมีปัญหาเล็กน้อยในพื้นที่กิ่งเมือง และเขตเมือง ที่ชาวบ้านจากต่างถิ่นย้ายมาอยู่ในบ้านจัดสรร และมักไม่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน แม้แต่เพื่อนบ้านที่รู้จักกันก็ตาม	- ขาดการทบทวน/เพิ่มพูน ความรู้/ทักษะที่จำเป็นต่อการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างต่อเนื่องจากหลายสาเหตุ อาทิ ความใส่ใจของอาสาสมัครสาธารณสุขเอง หรือความลำเอียงในการส่งกลุ่มอาสาสมัครบางกลุ่ม เข้ารับการอบรมเสมอๆ แต่บางกลุ่มกลับเข้าไม่ถึงโอกาสในการเข้ารับการฝึกอบรมเลย
ค่านิยม (Shared Value)	องค์การอาสาสมัครสาธารณสุข มีการกำหนดจุดมุ่งหมายและค่านิยมร่วมกันเพื่อช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและได้กำหนดบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ไว้ทั้งสิ้น 6 ประการ ได้แก่ แก้ววร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ ประชาชน ทำตนเป็นแบบอย่างที่ดี	-ไม่พบ-



ตารางที่ 2 ปัจจัยภายนอกองค์กรที่มีผลต่อการทำงานด้านสาธารณสุข ในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี

ปัจจัยภายนอก	โอกาส	ภัยคุกคาม
Politic	ปัจจัยทางการเมืองบางยุคของรัฐบาล มีการสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครอย่างเต็มที่	การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองบ่อยครั้ง ทำให้นโยบายการทำงานและการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่ต่อเนื่อง
Economic	-ไม่พบ-	- เศรษฐกิจไม่ดี ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขทำงานยากลำบากขึ้น เช่น ประชาชนต้องทำงานนอกเวลามากขึ้น เวลาที่เหลือก็ต้องการพักผ่อน ไม่ต้องการรับฟังหรือดำเนินงานด้านสุขภาพร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่
		- หน่วยงานสาธารณสุข หาอาสาสมัครมาร่วมงานได้น้อยลง เนื่องจากค่าตอบแทนน้อย ส่วนหนึ่งจึงเลือกไปประกอบอาชีพที่ได้รับเงินเดือนประจำแทน
Social	-ไม่พบ-	- ประชากรสูงวัยที่เพิ่มขึ้น ประชากรแฝง (แฝงกลางวัน แฝงกลางคืน แฝงนักศึกษา และแฝงต่างดาว) เพิ่มมากขึ้น ทำให้สัดส่วนความรับผิดชอบของอาสาสมัครต่อประชากรคลาดเคลื่อนและเป็นภาระแบกรับทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณตามความเป็นจริง - สภาพสังคมที่เปลี่ยนไปเป็นสังคมเมือง สังคมกึ่งเมือง ทำให้ การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขยากลำบากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในหมู่บ้านจัดสรรที่เป็นคนจากต่างพื้นที่เข้ามาพักอาศัย



ปัจจัยภายนอก	โอกาส	ภัยคุกคาม
		- การสื่อสารกับประชากรแฝงกลุ่มต่างด้าว ในการดำเนินงาน ด้านการแพทย์ สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เป็นไปด้วยความยากลำบาก อันเนื่องมาจากอุปสรรคด้านภาษา แรงงานต่างด้าวไม่มีวินัย ไม่รักษาความสะอาดของตัวบุคคล ที่พักและสิ่งแวดล้อมโดยรอบ ทำให้ เป็นแหล่งรังโรคและแพร่กระจายโรคให้แก่ชาวต่างชาติด้วยกันและคนไทยในพื้นที่ - ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชน ทำให้เกิดปัญหาอื่นๆตามมา อาทิ อาชญากรรม การแพร่เชื้อเอดส์ทางเข็มฉีดยา ปัญหาการมั่วสุมของวัยรุ่นตามมาด้วย ปัญหาการตั้งครุฑไม่พร้อม ฯลฯ
Technology	- เทคโนโลยีช่วยให้ระบบการทำงานอาสาสมัครสะดวกสบายมากขึ้น ทั้งระบบการสื่อสารข้อมูลการทำงาน การติดตามผลการทำงานในพื้นที่ และการรายงานผลการปฏิบัติงานผ่านสื่อดิจิทัลต่างๆ เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ เป็นต้น	- การพัฒนาเทคโนโลยีที่รวดเร็ว กลับกลายเป็นอุปสรรคในการทำงานกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขบางกลุ่ม ที่ไม่สามารถก้าวทันเทคโนโลยี อาสาสมัครสาธารณสุขบางท่านสูงอายุ ใช้สื่อสังคมออนไลน์/สมาร์ทโฟน ไม่เป็นหรือไม่คล่อง บางท่านขาดแคลนทุนทรัพย์ในการซื้อเครื่องมือสื่อสารที่มีราคาแพง ทำให้เกิดช่องว่างการทำงานในแต่ละวัยของอาสาสมัครสาธารณสุข - สื่อยิ่งทันสมัย สิ่งร้ายยิ่งมาก เยาวชนเข้าถึงสื่อลามกอนาจารเกิดปัญหาการข่มขืน ท้องก่อนวัยอันควร การสั่งซื้อสารเสพติดต่างช่องทางอินเทอร์เน็ต



(3) แนวทางการส่งเสริมและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ รายละเอียดดังนี้

ด้านการวางแผน

1. ควรให้เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่

2. หน่วยงานวิชาการที่ทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ รพ.สต. สสอ. และ สสจ. ควรแจ้งแผนและเป้าหมายการดำเนินงานแจ้งให้อาสาสมัครสาธารณสุขทราบอย่างชัดเจน

3. เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข ควรได้มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนอย่างครบวงจร

ด้านการจัดองค์กร

1. เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ควรมีการจัดรูปแบบโครงสร้างองค์กร ที่เหมาะสมสอดคล้องทั้งในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด

2. เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ควรมีส่วนร่วมในวางระบบบริการและระบบดำเนินงานที่ภาคส่วนประชาชนจะสามารถดำเนินการพึ่งตนเองได้

ด้านบุคลากร

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดสรรบุคลากรเข้ามาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ในจำนวนที่สอดคล้องกับปริมาณงานและความรับผิดชอบ

2. ระบบค่าตอบแทนอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีความเหมาะสม และสามารถทำให้การดำเนินงานในฐานะจิตอาสาด้านการแพทย์และสาธารณสุข ดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. หน่วยงานวิชาการ ควรมีการพัฒนาทักษะและเพิ่มพูนความรู้ให้แก่เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขตามความจำเป็นและเหมาะสมต่อการทำงาน

4. หน่วยงานที่ดูแลงานอาสาสมัครสาธารณสุข ควรมีกระบวนการยกย่องเชิดชู อาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีความรับผิดชอบ มีผลการดำเนินงานโดดเด่น เพื่อเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานอย่างต่อเนื่อง

ด้านการอำนวยความสะดวก

1. กระบวนการทำงานของเครือข่ายอสม.มีระบบที่เอื้ออำนวยต่อการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการทำงานของ อสม. เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องตรวจระดับน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้ว ที่มีคุณภาพมาตรฐานและจำนวนพอเพียงต่อการใช้งาน

2. หน่วยบริการมีการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารทุกประเภทที่เป็นปัญหาของชุมชน เพื่อนำไปเข้ากระบวนการวางแผนแก้ไขปัญหา

ด้านการประสานงาน



1.เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข ควรมีการประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่ เช่น รพ.สต. กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้นำชุมชน

2.เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต้องรับรู้บทบาท และหน้าที่ของตนเองในฐานะทีมสุขภาพระดับพื้นที่

ด้านระบบรายงาน

1.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กสร. , สสจ. , สสอ. , รพ.สต.) ควรจัดระบบการรายงานสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ และการทำงานตามที่ อสม.ได้รับมอบหมายอย่างเป็นระบบ

2.ควรมีช่องทางการรายงานผลการดำเนินงานหลากหลายรูปแบบ หลายสื่อ ผ่านเทคโนโลยีที่ทันสมัย และไม่เป็นอุปสรรคต่ออาสาสมัครสาธารณสุข ทุกกลุ่มอายุ

ด้านงบประมาณ

1.เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ควรได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและพอเพียงตามบริบทการทำงานและปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่

2.นอกจากการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว อาสาสมัครสาธารณสุข ต้องสามารถเข้าถึงงบประมาณ ในการทำงานจากแห่งอื่นๆ อาทิ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กองทุนอื่นๆ หรืองบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.ภาคเอกชน ในฐานะภาคีร่วม ควรมีบทบาทหนุนเสริมการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ผ่านกระบวนการที่แสดงถึงความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR)

ผลการวิจัยระยะที่ 2

ผู้ศึกษาได้นำผลการวิจัยระยะที่ 1 มาสร้างเป็นเครื่องมือการวิจัย (ร่างที่ 1) โดยสร้างแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีข้อความประกอบด้วยแนวคิด, หลักการ, เป้าหมาย, กระบวนการ, องค์ประกอบ, ผลลัพธ์ และแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพ การดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย Steak holder จำนวน 384 คน ที่เกี่ยวข้องกับงานอาสาสมัครสาธารณสุข โดยส่งแบบสอบถามออกไปทั้งสิ้น 400 ชุด ได้รับการตอบกลับ 380 ชุด คิดเป็นร้อยละ 98.96 ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) รายละเอียดดังตารางที่ 3



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกเพศ อายุ อายุงาน ระดับการศึกษา และ อาชีพหลัก (n = 380 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	141	37.11
หญิง	239	62.89
อายุ		
อายุน้อย (อายุ 31-40 ปี)	89	23.42
วัยกลางคน (อายุ 41-50 ปี)	195	51.31
อายุมาก (อายุ 51 ปีขึ้นไป)	96	25.26
$\bar{x} \pm S.D. = 48.15 \pm 6.26$ Min-Max = 31-72		
อายุงาน		
อายุงานน้อย (อายุราชการ <1-10 ปี)	65	17.11
อายุงานปานกลาง (อายุราชการ 11-20 ปี)	199	52.37
อายุงานมาก (อายุราชการ 21 ปีขึ้นไป)	116	30.52
$\bar{x} \pm S.D. = 15.89 \pm 7.20$ Min-Max = <1-41		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	233	61.32
ปริญญาตรี	124	32.63
ปริญญาโท	23	6.05
อาชีพหลัก		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	181	47.63
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจที่เกษียณจากงานประจำแล้ว	84	22.11
พนักงานบริษัทเอกชน	115	30.26

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเหมาะสมเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมเชิงบริบทการทำงาน โดย
เลือกเฉพาะผู้ตอบที่ระดับคะแนน 3-4 จากแบบประเมินมาตรฐาน 4 ระดับ (ยอมรับค่า CVI ที่ร้อยละ
80) รายละเอียดดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของความเหมาะสมเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมเชิงบริบทการทำงาน

ข้อคำถาม	ความเหมาะสมเชิงเนื้อหา		ความเหมาะสมเชิงบริบทการทำงาน	
	จำนวนผู้ให้คะแนน ระดับ 3-4 (คน)	ร้อยละ	จำนวนผู้ให้คะแนน ระดับ 3-4 (คน)	ร้อยละ
1.ด้านการวางแผน				
เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีส่วนร่วม ในกระบวนการวางแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพ ระดับพื้นที่	330	86.84	344	90.52
หน่วยงานวิชาการที่ทำงานร่วมกับ อสม. ได้แก่ รพ.สต. สสอ. และ สสจ. มีแผนและเป้าหมายการ ดำเนินงานแจ้งให้ อสม.ทราบอย่างชัดเจน	79	20.79	159	41.84
เครือข่าย อสม.มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแล สุขภาพประชาชนในชุมชนอย่างครบวงจร	316	83.16	328	86.32
2.ด้านการจัดองค์กร				
เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีการ จัดรูปแบบโครงสร้างองค์กร ที่เหมาะสมสอดคล้อง ทั้งในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด	310	81.57	304	80.00
เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีส่วนร่วม ในวางระบบบริการและระบบดำเนินงานที่ภาคส่วน ประชาชนจะสามารถดำเนินการพึ่งตนเองได้	200	52.63	349	91.84
3.ด้านการบริหารงานบุคคล				
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดสรรบุคลากรเข้ามาเป็น อาสาสมัครสาธารณสุข ในจำนวนที่สอดคล้องกับ ปริมาณงานและความรับผิดชอบ	360	94.73	345	90.79
ระบบค่าตอบแทน อสม.มีความเหมาะสม และ สามารถทำให้การดำเนินงานในฐานะจิตอาสาด้าน การแพทย์และสาธารณสุข ดำเนินไปได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	315	82.89	346	91.05
หน่วยงานวิชาการ มีการพัฒนาทักษะและเพิ่มพูน	139	36.58	89	23.42



ข้อคำถาม	ความเหมาะสมเชิงเนื้อหา		ความเหมาะสมเชิงบริบทการทำงาน	
	จำนวนผู้ให้คะแนน ระดับ 3-4 (คน)	ร้อยละ	จำนวนผู้ให้คะแนน ระดับ 3-4 (คน)	ร้อยละ
ความรู้ให้แก่เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข ตาม ความจำเป็นและเหมาะสมต่อการทำงาน หน่วยงานที่ดูแลงานอาสาสมัครสาธารณสุข มีกระบวนการยกย่องเชิดชู อาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีความรับผิดชอบ มีผลการดำเนินงานโดดเด่น เพื่อเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน อย่าง ต่อเนื่อง	146	38.42	88	23.16
4.ด้านการอำนวยความสะดวก				
กระบวนการทำงานของเครือข่าย อสม. มีระบบที่เอื้ออำนวยต่อการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการทำงาน ของ อสม. เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องตรวจระดับน้ำตาล แบบเจาะปลายนิ้วที่มีคุณภาพมาตรฐานและจำนวน พอเพียงต่อการใช้งาน	376	98.95	305	80.26
หน่วยบริการมีการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารทุก ประเภทที่เป็นปัญหาของชุมชน เพื่อนำไปเข้า กระบวนการวางแผนแก้ไข้ปัญหา	370	97.37	219	56.63
5.ด้านการประสานงาน				
เครือข่าย อสม.มีการประสานการดำเนินงานกับ หน่วยงานภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่ เช่น รพ.สต. กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้นำชุมชน ได้เป็นอย่างดี	133	35.00	172	45.26
เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) รับรู้ บทบาท และหน้าที่ของตนเองในฐานะทีมสุขภาพ	201	52.89	142	37.37

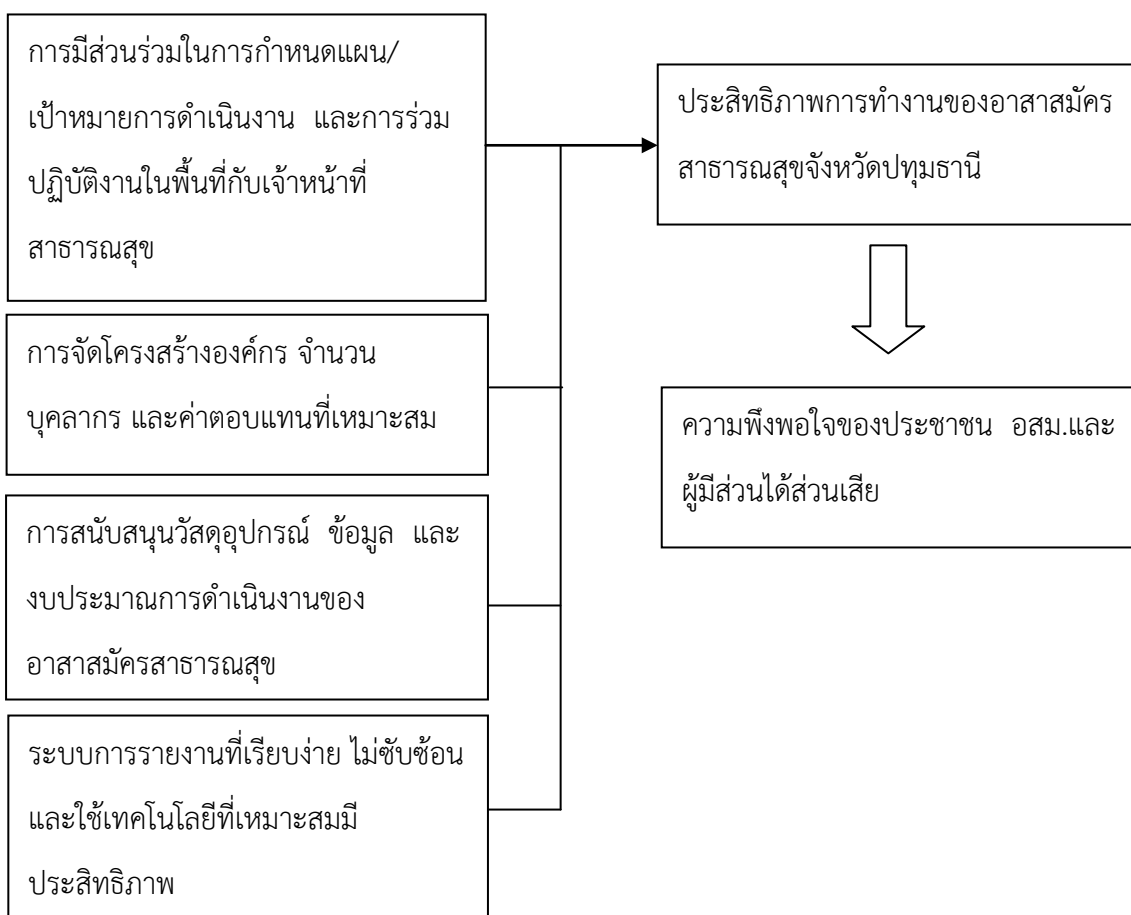


ข้อคำถาม	ความเหมาะสมเชิงเนื้อหา		ความเหมาะสมเชิงบริบท	
			การทำงาน	
	จำนวนผู้ให้คะแนน ระดับ 3-4 (คน)	ร้อยละ	จำนวนผู้ให้คะแนน ระดับ 3-4 (คน)	ร้อยละ
ระดับพื้นที่				
๖.ด้านการรายงาน				
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กสธ. , สสจ. , สสอ. , รพ.สต.) จัดระบบการรายงานสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ และการทำงานที่อสม.ได้รับมอบหมาย อย่างเป็นระบบ	189	49.74	28	7.37
มีช่องทางการรายงานผลการดำเนินงานหลากหลายรูปแบบ หลายสื่อ ผ่านเทคโนโลยีที่ทันสมัยและไม่เป็นอุปสรรคต่ออาสาสมัครสาธารณสุข ทุกกลุ่มอายุ	359	94.47	312	82.11
๗.ด้านงบประมาณ				
เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและพอเพียงตามบริบทการทำงานและปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่	342	90.00	311	81.82
นอกจากการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว อาสาสมัครสาธารณสุข ยังสามารถเข้าถึงงบประมาณในการทำงานจากแหล่งอื่นๆ อาทิ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กองทุนอื่นๆ หรืองบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	145	38.16	130	34.21
ภาคเอกชน ในฐานะภาคีร่วมมีบทบาทหนุนเสริมการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผ่านความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR)	234	61.58	66	17.37

นำข้อมูลดังกล่าวมาจัดเป็นหมวดหมู่ ตามองค์ประกอบของรูปแบบเชิงโครงสร้างทางความคิด (Semantic Model) เป็นร่างรูปแบบฯ (ร่างที่ 2) เสนอผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ประกอบด้วยด้านสาธารณสุข 3 คน ด้านการวิจัย 1 คน และด้านการศึกษา 1 คน โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive

Selection) ตรวจสอบความถูกต้อง และเหมาะสมเชิงโครงสร้างและเชิงเนื้อหาของรูปแบบฯ และปรับปรุงข้อมูลตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ และสรุปเป็นตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ (ร่างที่ 3) และนำรูปแบบไปใช้ในการศึกษาระยะที่ 3 ดังรายละเอียดภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ จังหวัด



ผลการวิจัยระยะที่ 3

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยนำร่างตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพ การดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ มาทดสอบในชุมชนที่มีความพร้อมและยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยเลือกชุมชนเมือง 1 ชุมชน ที่ตำบลลำผักกูด อำเภอธัญบุรี และชุมชนชนบท 1 ชุมชน ที่ตำบลบึงกาสาม อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี ผลการทดสอบตัวแบบ



พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข ในทั้งสองพื้นที่ ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพตำบล จำนวน 2 โครงการ ได้แก่

- 1) โครงการป้องกันโรคไข้เลือดออก
- 2) โครงการคัดกรองโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิต

ทั้งนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ทั้งสองตำบล ได้จัดสรรเป้าหมายการดำเนินงานให้ สอดคล้องกับจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข และสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดำเนินงานทั้งสอง โครงการอย่างเต็มที่ และมีผลการจัดกิจกรรมรณรงค์ตรวจคัดกรอง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ป้องกัน โรคไข้เลือดออก ดังนี้

- 1) ตำบลบึงกาสาม อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี

ตรวจคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย โรคเบาหวาน ร้อยละ 95.2

ตรวจคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 96.7

ไม่พบผู้ป่วย โรคไข้เลือดออกในตำบล

- 2) ตำบลลำผักกูด อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

ตรวจคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย โรคเบาหวาน ร้อยละ 82.4

ตรวจคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 79.9

ไม่พบผู้ป่วย โรคไข้เลือดออกในตำบล

และเมื่อสอบถามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานด้านสุขภาพ ระดับพื้นที่ ภาพรวมร้อยละ 82.5 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง

สรุปผล

1.อาสาสมัครสาธารณสุข ในฐานะผู้นำด้านสุขภาพระดับชุมชนที่เป็นภาคประชาสังคม เป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของการพัฒนางานด้านสุขภาพในพื้นที่ จากผลการวิจัยพบว่า ชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาจะมีผู้นำที่หลากหลายทั้งที่หน่วยราชการจัดตั้ง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และกลุ่มที่ประชาชนจัดตั้งเอง เช่น เครือข่ายสุขภาพ ที่มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น สอดคล้องกับ ไพวัลย์เตชะโกศล (2546:97) และกาญจนา แก้วเทพ (2540 : 61) ที่พบว่า ผู้นำที่เป็นทางการ และผู้นำธรรมชาติ มีบทบาทสำคัญต่อกระบวนการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ผู้นำที่มีศักยภาพจะเป็นตัวช่วยเสริมให้การพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนทำได้เร็วขึ้น



2.ผลการวิจัยนี้ช่วยสนับสนุน แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข ในการพัฒนาสุขภาพ เพราะอาสาสมัครสาธารณสุข ช่วยส่งเสริมให้คนในชุมชนมีความสำนึกร่วม เพื่อประโยชน์ของชุมชนของตนเอง มีความเสียสละและ เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา รู้จักให้และเอื้ออาทรต่อผู้อื่นและ สิ่งแวดล้อมรอบข้าง มีส่วนช่วยในการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุข กับหน่วยงานภายใน และภายนอกชุมชน สร้างการยอมรับ ส่งผลให้ชุมชน ได้รับการสนับสนุนทั้งด้านข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรจาก ภายในและภายนอกชุมชน ดังนั้น ตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพ การดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ จึงสามารถนำมาใช้ในการวิจัยเพื่อการพัฒนาทางด้านสุขภาพระดับพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นชัดเจนว่า เครื่องมือ จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการเพิ่มพูนทักษะ ยังเป็นส่วนขาดที่ที่ต้องได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจัง ส่วนปัจจัยทางเศรษฐกิจสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และการรู้เท่าทันเทคโนโลยี ยังคงเป็นความท้าทายต่อการพัฒนาประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาตัวแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ จังหวัดปทุมธานี เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวแบบโดยการสัมภาษณ์และประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลที่ได้อาจครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการพัฒนาทั้งหมด ดังนั้น ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเชิงลึกเปรียบเทียบบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ได้รับการพัฒนาตามตัวแบบดังกล่าวว่ามีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองในรายบุคคลและครัวเรือนของชุมชนอย่างไร เพื่อนำไปประกอบการวางแผนในการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในอนาคตต่อไป



บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. (2553). 20 มีนาคม วันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำปี พ.ศ. 2553.นนทบุรี :

กระทรวงสาธารณสุข.

กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. (2550). มาตรฐานสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ : กระทรวงมหาดไทย.

คณะกรรมการมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น. [ออนไลน์]. (2550, 11 กุมภาพันธ์). กฎหมายหลัก

“รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540”. เข้าถึงได้จาก

<http://www.local.moi.go.th/law1.htm>[2550].

กาญจนา แก้วเทพ. (2540). องค์การชุมชน กลไกเพื่อแก้ ปัญหาและพัฒนาสังคม.ขอนแก่น.

บริษัท แพลน พรินติ้ง จำกัด.

เจตน์ อินสองใจ. (2550). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออก

ตำบลป่าคา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุข
ศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เทศบาลตำบลแหลมฉบัง. (2548). คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุข. ชลบุรี: กองสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม.

นภาพร จันทร์ศัพท์ และคณะ. (2549). วิธีการวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

นาถิอ มะโนพันธ์. (2548). การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในเขตชนบท จังหวัดมุกดาหาร ปี 2548. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน
มหาวิทยาลัยมหิดล.

เนรมิต จันทร์ทอง. (2550). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการควบคุมโรคไข้เลือดออก: ศึกษา

กรณีตำบลหนองหิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร. การศึกษาค้นคว้าอิสระ สาธารณสุขศาสตร์
มหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ไพรวลัย เตชะโกศล. (2546). การจัดการสุขภาพของชุมชน ในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยาการพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ปริศนา โชคพิพัฒน์. (2551). การศึกษาการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติงาน

ตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลทับกวาง อำเภอ
แก่งคอยจังหวัดสระบุรี. รายงานการศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตร มหาบัณฑิต
สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น

สุจินดา สุขกำเนิด. รายงานการประเมินผล “ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและการดำเนินงาน

หมู่บ้านจัดการสุขภาพ”. โรงพิมพ์แอนนาออฟเซต. 2549

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. สรุปผลการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน, 2549.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. สรุปผลการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน, 2550.

สุวรรณี แสนสุข. รายงานการศึกษาการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพจังหวัดยโสธร ปี 2551 .

วารสารสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนบริการสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุน



บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.ปีที่3,ฉบับที่2(ธันวาคม 2550-มกราคม 2551),
หน้า 14-21

อุไรรัตน์ ศรีสม. การประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพจังหวัดหนองคาย ปี 2550.

วารสารสุขภาพภาคประชาชน ภาคอีสาน. ปีที่ 22 ฉบับที่ 11 (กรกฎาคม-มิถุนายน 2551),
หน้า 37-46

Website

โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์; Komatra Chuengsatiansup; สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; Society and
Health Institute; (1 สิงหาคม 2562)

<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1471?locale-attribute=th>