

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข- ประจำหมู่บ้าน (อสม.) คุณภาพเพื่อสนับสนุนกำลังคน ด้านสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต

วิเชียร เทียนจรรย์วัฒนา พ.บ.*
กิตติพร เนาว์สุวรรณ ศษ.ด.**
สายสมร วชิระประพันธ์ วท.ม.***
* สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
*** นักวิจัยอิสระ

วันรับ:	25 ม.ค. 2564
วันแก้ไข:	8 ก.พ. 2564
วันตอบรับ:	17 ก.พ. 2564

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนา อสม. คุณภาพ เพื่อสนับสนุนกำลังคนสำหรับระบบสุขภาพ ในอนาคต ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน 2 วิธี คือ (1) วิธีวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. 31,883 คน สุ่มตัวอย่าง แบบบังเอิญ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 เก็บรวบรวมข้อมูลแบบ Online Survey ผ่าน Application LINE วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ (2) วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ประธาน อสม. หรือ อสส. จำนวน 22 คน เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่ง-โครงสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า อสม. ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า อสม. คุณภาพ ควรมีคุณสมบัติสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ทศนคติ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมและการแสดงออก รายละเอียดมีดังนี้ (1) ทศนคติ มี 2 องค์ประกอบ คือ มีจิตอาสาเสียสละ และเป็นพี่ของชุมชน (2) ความรู้ มี 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้สาธารณสุขพื้นฐานดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย การพัฒนาชุมชน และเทคโนโลยี การสื่อสาร (3) ทักษะ มี 3 องค์ประกอบ คือ ทักษะทางสุขภาพ เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และทักษะพิเศษ (4) พฤติกรรมและการแสดงออก มี 6 องค์ประกอบ คือ ปฏิบัติตามค่านิยม เป็นแบบอย่างดูแลสุขภาพตนเอง ดูแลแบบองค์รวมทุกช่วงวัย ดูแลด้านจิตใจ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และปฏิบัติตามนโยบาย จากคุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ สามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมิน อสม. คุณภาพ ที่เหมาะสมกับบริบทและภารกิจของ อสม. โดยประเมินจากหลายแหล่ง ได้แก่ ประเมินตนเองจากผู้บังคับบัญชา และผู้รับบริการ พิจารณาตัดสินในรูปแบบคณะกรรมการ ทั้งนี้ ควรออกแบบการพัฒนากำลังคนของ อสม. ในทุกมิติเพื่อให้ อสม. สามารถช่วยบุคลากรสาธารณสุขแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: อสม. คุณภาพ; ระบบสุขภาพ; แนวทางการประเมิน; กำลังคนสาธารณสุข

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกิดขึ้นภายใต้คำประกาศ Alma Ata⁽¹⁾ เมื่อปี ค.ศ. 1978 (พ.ศ. 2521) ให้ประเทศดำเนินงานสาธารณสุขด้วยหลักการสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) โดยปรับเปลี่ยนกระบวนการพัฒนาสาธารณสุขให้เน้นความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นด้วยการผสมผสานสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ขยายความร่วมมือกับกระทรวงต่างๆ ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และเริ่มให้ความสำคัญกับบทบาทของประชาชน โดยให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) เน้นการให้บริการสุขภาพเพื่อให้เกิดความเสมอภาคและความเป็นธรรมในการได้รับบริการพื้นฐานที่จำเป็น โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพในระยะยาว อสม. จึงเป็นหัวใจสำคัญต่อการให้บริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพในระดับหมู่บ้านและชุมชน เนื่องจากเป็นผู้ที่เสียสละ มีบทบาทในการทำงานเชิงรุกในชุมชน เป็นผู้นำทางความคิด เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ช่วยแนะนำเผยแพร่ความรู้ วางแผนประสานกิจกรรมสาธารณสุข ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังและป้องกันโรค ช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น คัดกรองผู้ป่วยโรค และส่งต่อผู้ป่วย ทั้งนี้ กำหนดให้อสม. 1 คน รับผิดชอบ 10-15 หลังคาเรือน⁽²⁾

ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทย มี อสม. ทั้งสิ้น 1,039,247 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้ชื่อที่เรียกแตกต่างกัน และมีหน่วยงานที่รับผิดชอบซึ่งแยกฐานข้อมูลกัน คือ (1) อสม. มี 1,028,510 คน ปฏิบัติงานใน 76 จังหวัด (ยกเว้นในกรุงเทพมหานคร (กทม.) รับผิดชอบโดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และ (2) อสส. ใน กทม. มี 10,737 คน รับผิดชอบ โดยสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ภาพรวมพบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ของ อสม. มีอายุ 51-60 ปี ส่วน อสส. อายุ

61-70 ปี ส่วนใหญ่ของ อสม. มีอาชีพเกษตรกร ส่วน อสส. อาชีพงานบ้าน ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม. ส่วนใหญ่ 11-20 ปี⁽³⁾ ส่วน อสส. 0-10 ปี ในภาพรวมการกระจายของ อสม. และ อสส. ครอบคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศแล้ว ดังนั้น จำนวนน่าจะเพียงพอ หากจะเพิ่มเติมสมควรเพิ่มเติมเฉพาะพื้นที่ที่ยังขาดเท่านั้น และภาพรวมส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ดังนั้นการประเมิน อสม. คุณภาพ ต้องออกแบบแนวทางในการประเมินให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของ อสม. และ อสส. ให้เข้าใจได้ง่ายและไม่ยุ่งยากซับซ้อน

การได้มาของ อสม. โดยการสมัครใจ มีคุณสมบัติและผ่านกระบวนการตามที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ถึงจะมีการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนดเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะให้ อสม. อย่างต่อเนื่อง แต่ไม่สามารถอบรมได้ครบทุกคน และการปฏิบัติงานของ อสม. โดยทั่วไปจะอยู่ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับ รพ.สต. เป็นหลัก เนื่องจากคุณสมบัติที่มาของ อสม. กำหนดไว้เพียงว่า ให้มีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้ จึงพบว่า อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 72.8 ในปี 2563) ซึ่งระดับการศึกษาส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน⁽⁴⁾ นอกจากนี้ยังไม่มีกำหนดการเกษียณอายุของ อสม. ไว้ ทำให้กำลังคน อสม. ที่มีอายุมากและมีปัญหาด้านสุขภาพไม่สามารถปฏิบัติงานตามภารกิจที่กำหนดไว้ได้⁽⁵⁾ รวมถึงมีปัญหการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ผลการประเมินระดับการปฏิบัติงานสูงสุดระดับ 4 พบมี อสม. ได้เพียงระดับ 1 หรือ 2 อยู่ระหว่างร้อยละ 18-46 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามี อสม. จำนวนไม่น้อยยังมีปัญหาในเรื่องสมรรถนะหรือศักยภาพที่ต่ำไม่สอดคล้องกับบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบตามที่กำหนดไว้ในระเบียบกระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾ เช่นเดียวกับศึกษาของคมสันต์ ธงชัย และสุชาติ มณี บุญจรัส⁽⁷⁾ พบว่า ชีตความสามารถและศักยภาพของ อสม. ลดลงเนื่องจาก อสม. เข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย รับข้อมูลข่าวสารจาก อสม. น้อยลง ขาดความเชื่อมั่นใน

ศักยภาพตนเอง ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานทัศนคติไม่ดีต่อการทำงาน และยังคงใช้เทคนิคการทำงานแบบเดิมๆ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศก้าวสู่ประเทศไทย 4.0 เพื่อรองรับอนาคตที่มีความเป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะ อสม. เพื่อรองรับกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งโรคอุบัติใหม่ เช่น COVID-19 ในปัจจุบันและในด้านเทคโนโลยีดิจิทัล⁽⁸⁾ และการพัฒนางานตามบทบาทและหน้าที่ของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชน ถ่ายทอดความรู้ ประชาสัมพันธ์ และชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุข⁽⁹⁾ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก การสร้างระบบความร่วมมือการพัฒนาบทบาทประชาชน และการสร้างมาตรการทางสังคม⁽²⁾ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีการประเมินผลงานของ อสม. นำมาเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จักและยอมรับของสังคมมากขึ้น รวมทั้งเพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติเสริมสร้างขวัญกำลังใจ แต่การประเมินดังกล่าวเป็นการคัดเลือกผู้ที่มีผลงานโดดเด่นเป็นที่ประจักษ์เท่านั้น ดังนั้นเพื่อพัฒนาคุณภาพให้กับ อสม. ทั่วประเทศให้เป็นกำลังสำคัญในการสนับสนุนระบบสุขภาพได้ จึงจำเป็นต้องศึกษาแนวทางการพัฒนา อสม. คุณภาพ เพื่อสนับสนุนกำลังคนสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนา อสม. คุณภาพ เพื่อสนับสนุนกำลังคนสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต ศึกษาคุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ และพัฒนาแนวทางการประเมิน อสม. คุณภาพที่เหมาะสมกับบริบทและภารกิจของ อสม.

วิธีการศึกษา

วิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed methods) ดังนี้

1. การวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาข้อคิดเห็นเกี่ยวกับ

การเป็น อสม. คุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ลงทะเบียนปฏิบัติงานในประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 1,039,247 คน⁽³⁾

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ อสม. ที่ลงทะเบียน 1,039,247 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 3.0 โดยใช้เกณฑ์ประชากรเกินหลักล้านใช้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.0-5.0⁽¹⁰⁾ คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 31,177 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดขีดความสามารถของ McClelland D⁽¹¹⁾ แนวคิดสมรรถนะ อสม. ตามมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁰⁾ หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกบุคคลเข้ารับการศึกษาอบรมเป็น อสม. ในระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554⁽²⁾ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของ อสม. ส่วนที่ 3 สมรรถนะที่ควรเป็นของ อสม. คุณภาพ ส่วนที่ 4 กระบวนการพัฒนา อสม. คุณภาพ ส่วนที่ 5 การประเมินคุณภาพ อสม. คุณภาพ และส่วนที่ 6 ที่มาของ อสม. คุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ รวม 3 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และนำแบบสอบถามมาทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อสม. ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่า อสม. มีความเข้าใจในข้อคำถาม สามารถตอบคำถามได้ตรงประเด็นและครบถ้วน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลแบบ Online Survey โดยส่งแบบสอบถามไปยังประธาน อสม. ทั้ง 77 จังหวัด เพื่อส่งต่อให้ อสม. แต่ละพื้นที่โดยใช้ Application LINE และ

ให้ตอบผ่าน Google form ผู้วิจัยได้ตรวจสอบจำนวนผู้ตอบและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกวัน ใช้เวลา 2 สัปดาห์จึงยุติตามที่ระบุเวลาไว้ จากนั้นตรวจสอบพบว่า มีข้อมูลที่สมบูรณ์ 31,883 ชุด เกินกลุ่มตัวอย่างคำนวณไว้ 31,177 คน จึงใช้ข้อมูลทั้งหมด 31,883 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาข้อคิดเห็นเกี่ยวกับคุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างคือ ประธาน อสม. และ อสส. เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง รวม 22 คน

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง สร้างขึ้นจากการค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับประสบการณ์หรือความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อการเป็น อสม. คุณภาพ ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ทศนคติ ความรู้ ทักษะ และความประพฤติและการแสดงออก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามการสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบ และให้ความเห็นโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญรวม 3 คน แล้วนำมาปรับปรุง แก้ไข ก่อนนำไปทดสอบสัมภาษณ์ อสม. ที่ไม่ใช่ผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 คน และนำมาปรับปรุงอีกครั้งเพื่อสามารถสื่อความหมายได้อย่างชัดเจนและตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ติดต่อกับ อสม. ทางโทรศัพท์ แนะนำตัวเอง และอธิบายถึงรายละเอียดงานวิจัย และการปกป้องสิทธิของผู้ให้ข้อมูล หากยินยอมจะติดต่อทาง Application LINE ส่งเอกสารชี้แจงรายละเอียดพร้อมหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form) ในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ให้ลงนามและส่งกลับคืน ให้ อสม. นัดวันและเวลาสัมภาษณ์ เมื่อถึงเวลานัดหมาย จะขอความยินยอมด้วยวาจา ขอบันทึกเทป และ

ดำเนินขั้นตอนตามวิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ⁽¹²⁾ ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบสามเส้า ด้วยการตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้งระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลและจากการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งจากข้อมูลแหล่งอื่น นอกจากนี้ยังนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เปรียบเทียบกับผลการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อดูความสอดคล้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) สกัดและจำแนกข้อมูล (typological analysis) ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่กำหนดไว้ แล้วจึงทำการสรุป และรายงานผลการวิจัย⁽¹³⁾

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ชี้แจงในรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย และบอกสิทธิในการถอนตัวอย่างอิสระ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามพบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 31,883 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.9 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 36.3 รองลงมา อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 28.8 การศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญาตรีร้อยละ 84.3 และมีประสบการณ์การทำงาน อสม. 1-10 ปีร้อยละ 43.6 รองลงมา 11-20 ปี ร้อยละ 32.1 และเหตุผลสำคัญที่สุดในการมาเป็น อสม. คือ มีความเสียสละร้อยละ 97.9

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด จำนวน 22 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (15 คน) มีอายุระหว่าง 36-72 ปี โดยอายุ 51-60 ปีมีมากที่สุด (11 คน) รองลงไปคือช่วงอายุ 61-70 ปี (9 คน) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่ 8-36 ปี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานมากกว่าสิบปี (18 คน)

และส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร (11 คน) สำหรับ อสม. ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (5 คน)

2. คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ

เนื่องจากยังไม่เคยมีงานวิจัยใดได้กำหนดคุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ มาก่อน ดังนั้นจึงได้ออกแบบ (ร่าง) คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ แล้วส่งให้ อสม. ให้ความเห็น

2.1 คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ จากแบบสอบถาม (ร่าง) คุณสมบัติของ “อสม. คุณภาพ” ได้ออกแบบจากหลักเกณฑ์วิธีการคัดเลือกเป็น อสม. บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และการรักษาจรรยาบรรณ อสม. ตามที่กำหนดในระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 มีดังนี้

1) ด้านทัศนคติ: เป็นผู้ที่มีจิตอาสา เสียสละ เข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

2) ด้านความรู้: มีความรู้ด้านสาธารณสุขพื้นฐานในการดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคหรือภาวะเสี่ยงที่สำคัญต่อสุขภาพ มีความรู้ที่เพียงพอในการดูแลตนเอง และให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ครอบครัว และชุมชนที่รับผิดชอบ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีได้

3) ด้านทักษะ: สามารถเป็นผู้นำด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และแนะนำเรื่องการส่งต่อการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนที่รับผิดชอบได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งปรับตัวในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างเหมาะสม

4) ด้านพฤติกรรมและการแสดงออก: เป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพตนเอง มีจิตสาธารณะให้มีส่วนร่วมให้ความช่วยเหลือชุมชนในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพได้

จากแบบสอบถาม พบว่า อสม. และ อสส. ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับคุณสมบัติต้องมีครบทั้ง 4 ข้อ กระบวนการพัฒนา อสม. คุณภาพ ควรพัฒนาเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอทุก 1 ปี การรักษาจรรยาบรรณ ต้องยึดมั่นและถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด กระบวนการคัดเลือก อสม. ระบบเดิมที่อยู่แล้ว การฟื้นฟูสภาพการเป็น อสม. คงเดิม ทั้ง 4 ข้อ การฟื้นฟูสภาพการเป็น อสม. ในเรื่องอายุ เนื่องจาก อสม. สูงอายุ จะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ ส่วนใหญ่มีความเห็นให้คงเดิม ไม่มีอายุที่สิ้นสุดสภาพ อสม. หากมีกรณีที่ทำให้ระบุมีการสิ้นสุดสภาพ อสม. เนื่องจากอายุมาก ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า อายุที่เป็นเกณฑ์สิ้นสุดสภาพ อสม. คือ 70 ปี และสำหรับ อสม. สูงอายุที่สิ้นสุดสภาพ

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นของ อสม. ต่อ (ร่าง) คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ

(ร่าง) คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เห็นด้วยทุกข้อ	29,046	91.1
เห็นด้วยบางข้อ	2,837	8.9
กระบวนการพัฒนา อสม. คุณภาพ		
พัฒนาเฉพาะครั้งแรกที่เข้ามาเป็น อสม.	4,562	14.3
พัฒนาเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอทุก 1 ปี	20,218	63.4
พัฒนาทุก 4 ปี เมื่อต่อบัตรประจำตัว อสม.	7,103	22.3
การรักษาจรรยาบรรณ		
ต้องยึดมั่นและถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด	30,894	96.9
ทำตามบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบนั้น เพียงพอแล้ว	989	3.1
กระบวนการคัดเลือก อสม.		
ระบบเดิมที่อยู่แล้ว	22,586	70.8
ควรเป็นรูปคณะกรรมการ ที่มีผู้แทน รพ.สต. ร่วมเป็นกรรมการ	9,297	29.2

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นของ อสม. ต่อ (ร่าง) คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ (ต่อ)

(ร่าง) คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การฟื้นฟูสภาพการเป็น อสม.		
คงเดิม ทั้ง 4 ข้อ	29,363	92.1
ควรปรับปรุงไข	2,520	7.9
การฟื้นฟูสภาพการเป็น อสม. ในเรื่องอายุ เนื่องจาก อสม. สูงอายุ จะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่กำหนดไว้		
คงเดิม ไม่มีอายุที่สิ้นสุดสภาพ อสม.	20,783	65.2
ควรระบุอายุที่สิ้นสุดสภาพ อสม.	11,100	34.8
อายุที่สิ้นสุดสภาพ อสม. (กรณีที่ควรระบุอายุที่สิ้นสุดสภาพ อสม.)		
60 ปี	6,501	35.4
70 ปี	7,907	43.0
80 ปี	3,970	21.6
อสม. สูงอายุที่สิ้นสุดสภาพ อสม. แล้วควรเชิดชูเกียรติเป็น “อสม. ที่ปรึกษาอาวุโส” ในกรณีที่ปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม. มากกว่า (กรณีที่ควรระบุอายุที่สิ้นสุดสภาพ อสม.)		
5 ปี	1,366	9.4
10 ปี	3,068	21.1
20 ปี	4,289	29.4
30 ปี	5,850	40.1

อสม. แล้วควรเชิดชูเกียรติเป็น “อสม. ที่ปรึกษาอาวุโส” และในกรณีที่ได้ปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม. มากกว่า 30 ปี ดังตารางที่ 1

2.2 คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับคุณสมบัติทั้ง 4 ด้าน และได้ให้ความเห็นในรายละเอียดดังนี้

1) ด้านทัศนคติ ได้แก่ การเป็นผู้มีจิตอาสา เต็มใจทำงาน เสียสละ ไม่หวังผลตอบแทนเป็นเงินหรือสิ่งของ มีความเข้าใจและความปรารถนาดีกับทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน เป็นที่พึ่งของคนในชุมชน กล้าหาญในการทำสิ่งที่ถูกต้อง ตลอดจนไม่ฝักใฝ่การเมือง

2) ด้านความรู้ ได้แก่ มีความรู้ด้านสาธารณสุขพื้นฐานในการดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย มีความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาชุมชน และความรู้ด้านการสร้างนวัตกรรมในชุมชน และมีความรู้ด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสาร

3) ด้านทักษะ ได้แก่ (1) ทักษะทางสุขภาพ เช่น แนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ การส่งต่อการรักษา การวัดไข้ วัดความดันเลือด วัดน้ำตาลในเลือด การตรวจและกำจัดแหล่งลွกน้ียงลาย (2) ทักษะเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น การดูแลผู้ป่วยติดเตียง (Care giver) การกู้ชีพ หมอประจำบ้าน และ (3) ทักษะพิเศษ เช่น การประสานงาน การมีมนุษยสัมพันธ์ การให้ความร่วมมือกับผู้อื่น และการดึงคนเข้ามาเป็นแนวร่วมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

4) ด้านพฤติกรรมและการแสดงออก ได้แก่ (1) การปฏิบัติตามค่านิยม เช่น การทุ่มเทให้การทำงาน การรักษาระเบียบวินัย การมีจรรยาบรรณ อสม. การประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดี (2) เป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพตนเอง (3) การดูแลแบบองค์รวมทุกช่วงวัย การดูแลสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งช่วยเหลือชุมชนในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและ

แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคุณภาพเพื่อสนับสนุนกำลังคนด้านสาธารณสุข

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (4) การดูแลด้านจิตใจ โดยการพูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยและรวมถึงญาติ (5) การดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ได้แก่ การปลูกพืชสวนครัว โดยไม่ใช้สารเคมี การจัดตั้งธนาคารความดี การส่งเสริมให้ดำรงชีวิตตามวิถีไทยโดยอนุรักษ์วัฒนธรรม ประเพณี (6) การปฏิบัติตามนโยบายรัฐบาลหรือกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การเข้าร่วมประชุม อสม. การดำเนินกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย เช่น การเฝ้าระวังโรคพิษสุนัข-บ้า การสำรวจข้อมูล การจัดทำแผนชุมชน

สำหรับความคิดเห็นต่อกระบวนการพัฒนา อสม. คุณภาพ จากการสัมภาษณ์พบว่า การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพของ อสม. โดยได้จากแหล่งต่างๆ ได้แก่ (1) การอบรมในหลักสูตรต่างๆ (2) การดูงานแหล่งที่ประสบความสำเร็จ (3) คำแนะนำจากพี่เลี้ยงและที่ปรึกษา (4) การลงพื้นที่ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม มีอุปสรรคที่ทำให้ อสม. ไม่สามารถเข้าร่วมอบรมหรือดูงานได้ เนื่องจากต้องประกอบอาชีพเพื่อให้มีรายได้ นอกจากนี้ การเดินทางเข้าอบรม อสม. ต้องออกค่าเดินทางเอง

ดังนั้น เมื่อประมวลความเห็นจากการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ จะพบความสอดคล้องอย่างชัดเจนว่า คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ ต้องมีองค์ประกอบครบทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านทัศนคติ ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพฤติกรรมและการแสดงออก

3. แนวทางการประเมินคุณสมบัติ อสม. คุณภาพ ตามบริบทและภารกิจของ อสม.

เนื่องจากยังไม่เคยมีงานวิจัยใดได้กำหนดแนวทางการประเมินคุณสมบัติ อสม. คุณภาพมาก่อน ดังนั้นจึงได้สอบถามความเห็นโดยใช้จากแบบสอบถาม และพบว่า อสม. และ อสส. ส่วนใหญ่เห็นว่า คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ ควรเป็นคุณสมบัติพื้นฐานของ อสม. ในอนาคต โดย อสม. ทุกคนต้องเป็น “อสม. คุณภาพ” และการประเมิน อสม. คุณภาพ ควรให้ประเมินเป็นระยะ ทุก 4 ปี เมื่อต่อบัตรประจำตัว อสม. (ตารางที่ 2) ดังนั้นการออกแบบแนวทางการประเมินคุณสมบัติ อสม. คุณภาพ ตามบริบทและภารกิจของ อสม. มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ผู้ประเมิน (evaluator): ใช้ผู้ประเมินจากหลายแหล่ง ได้แก่ ประเมินตนเอง จากผู้บังคับบัญชา และผู้รับบริการ สำหรับการพิจารณาตัดสินว่า ผ่านเกณฑ์ของ อสม. คุณภาพหรือไม่ ในระดับพื้นที่ให้ใช้รูปแบบคณะกรรมการร่วมพิจารณา ประกอบด้วย (1) ผู้นำชุมชนหรือผู้ใหญ่บ้านหรือผู้แทน (2) ผู้แทนจาก รพสต. และ (3) ผู้แทนหัวหน้าครัวเรือนในพื้นที่

3.2 ผู้ได้รับการประเมิน (evaluatee): อสม. ทุกคน

3.3 นิยาม อสม. คุณภาพ ใช้คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก นำมาจัดเป็นกลุ่มย่อยในแต่ละด้าน ทั้ง 4 ด้าน เพื่อประยุกต์เป็นหัวข้อสำหรับใช้เป็นแบบประเมิน อสม. คุณภาพ

3.4 แบบประเมิน: ประยุกต์จากคุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เป็นแบบประเมินคุณสมบัติ อสม. คุณภาพ 4 ด้านมี 14 หัวข้อ ผลประเมินกำหนดเป็นค่า 5 ระดับ (5-Likert scale) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของ อสม. ต่อ การกำหนดคุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ

การกำหนดคุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เป็นคุณสมบัติพื้นฐานของ อสม. ในอนาคต โดย อสม. ทุกคนต้องเป็น “อสม. คุณภาพ”	23,295	73.1
กำหนดคุณสมบัติ หลักเกณฑ์ แนวทาง/ขั้นตอน ในการคัดเลือก “อสม. คุณภาพ” แล้วจัดให้มีกระบวนการคัดเลือก/ประเมินผลงาน	8,588	26.9
การประเมิน อสม. คุณภาพ		
ให้ประเมินเฉพาะครั้งแรกที่สมัครเข้ามาเป็น อสม.	7,494	23.5
ให้ประเมินเป็นระยะ ทุก 4 ปี เมื่อต่อบัตรประจำตัว อสม.	24,389	76.5

ตารางที่ 3 แบบประเมินคุณสมบัติ อสม. คุณภาพ 4 ด้าน 14 หัวข้อ

ข้อ	คุณสมบัติ อสม. คุณภาพ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านทัศนคติ						
1	มีจิตอาสา เต็มใจทำงาน เสียสละ ไม่หวังผลตอบแทนเป็นเงินหรือสิ่งของ					
2	มีความเข้าใจและปรารถนาดีกับทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน เป็นที่พึ่งของคนในชุมชน กล่าวหาญทำสิ่งที่ถูกต้อง ไม่ฝักใฝ่การเมือง					
ด้านความรู้						
3	มีความรู้ด้านสาธารณสุขพื้นฐานในการดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย					
4	ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาชุมชน การสร้างนวัตกรรมสุขภาพในชุมชน					
5	ความรู้ด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสาร					
ด้านทักษะ						
6	มีทักษะทางสุขภาพ ได้แก่ แนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ แนะนำเรื่องการส่งต่อการรักษา การวัดไข้ วัดความดันเลือด วัดน้ำตาลในเลือด การตรวจและกำจัดแหล่งลูกน้ำยุงลาย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เป็นต้น					
7	มีทักษะเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยติดเตียง (care giver) การกู้ชีพ หมอประจำบ้าน					
8	มีทักษะพิเศษ ได้แก่ การประสานงาน การมีมนุษยสัมพันธ์ การให้ความร่วมมือกับผู้อื่น และการดึงคนเข้ามาเป็นแนวร่วมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ					
ด้านพฤติกรรมและการแสดงออก						
9	การปฏิบัติตามค่านิยมที่พึงประสงค์ ได้แก่ ทุ่มเทให้การทำงาน รักษาระเบียบวินัย มีจรรยาบรรณ อสม. การประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดี					
10	เป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพตนเอง					
11	ดูแลแบบองค์รวมทุกช่วงวัยทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ช่วยเหลือชุมชนปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ					
12	ดูแลด้านจิตใจ โดยการพูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยและญาติ					
13	ดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต เช่น ปลูกพืชโดยไม่ใช้สารเคมี จัดตั้งธนาคาร-ความดี ส่งเสริมให้ดำรงชีวิตตามวิถีไทยโดยอนุรักษ์วัฒนธรรม ประเพณี					
14	ปฏิบัติตามนโยบายรัฐบาลหรือกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ เข้าร่วมประชุม อสม. ดำเนินกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย เช่น ฝึการวังโรคพิษสุนัขบ้าสำรวจข้อมูล จัดทำแผนชุมชน เป็นต้น					

3.5 เกณฑ์การให้คะแนน: ลักษณะคำตอบเป็นประมาณค่า 5 ระดับ (5-Likert scale) คือ มีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละระดับของแต่ละหัวข้อหรือกิจกรรมไว้อย่างชัดเจน ตั้งแต่ระดับที่ 1-5 โดย 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด

3.6 เกณฑ์การแบ่งระดับของ อสม. คุณภาพ: ผลการประเมินจะเป็นตัวกำหนดระดับของ อสม. คุณภาพ ใช้หลักเกณฑ์พิสัยหารด้วยช่วงชั้นที่ต้องการ⁽¹⁴⁾ ซึ่งคะแนนประเมินที่ได้จะอยู่ในเกณฑ์คุณภาพ 4 ระดับดังนี้

- 81-100 คะแนน = ดีเด่น
- 61-80 คะแนน = ดี
- 41-60 คะแนน = พอใช้
- 20-40 คะแนน = ต้องปรับปรุง

ใช้สีแทนแต่ละระดับคุณภาพ เช่น ฟ้ำ เขียว เหลือง แดง สำหรับติดในบัตรประจำตัว อสม.

3.7 การผ่านเกณฑ์: อสม. คุณภาพ จะต้องมียะคะแนน ตั้งแต่ระดับดีขึ้นไป

3.8 การรายงานผล: รายงานผลเป็นรายบุคคล โดยให้รายงานเป็นแผนภูมิเรดาร์ (Radar graph)

3.9 ระยะเวลาประเมิน: อสม. ทุกคนต้องถูกประเมิน เป็นระยะ ทุก 4 ปี ก่อนต่อบัตรประจำตัว อสม.

วิจารณ์

ผลการศึกษาทั้งจากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป และจบชั้นต่ำกว่าอนุปริญา ข้อมูลที่ได้คล้ายคลึงกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽¹⁵⁾ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านอายุและการศึกษามีผลต่อการทำงาน อสม. โดยช่วงอายุ 51-60 ปี เป็นช่วงที่มีภารกิจในครอบครัวลดลง มีเวลาให้กับสังคมมากขึ้น ประกอบกับผู้ที่มีการพัฒนาทางจิต-สังคมอย่างสมบูรณ์ จะคิดถึงการเสียสละ เมื่อแม่ เอื้ออาทรต่อบุคคลอื่น⁽¹⁵⁾ ซึ่งสอดคล้องกับในการศึกษานี้ที่พบว่า เหตุผลสำคัญของการเป็น อสม. คือ การเสียสละ นอกจากนี้ยังเข้าหาผู้รับบริการและทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจได้มากกว่ากลุ่มอายุอื่น⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตาม ความสามารถจดบันทึกและใช้เครื่องมือช่วยในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมีต่ำ⁽¹⁶⁾ สำหรับระดับการศึกษาน้อยทำให้ขีดความสามารถต่ำ จึงเข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย ใช้เทคนิคการทำงานแบบเก่า⁽⁵⁾ และศักยภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. บางด้านมีน้อย⁽⁶⁾ ในอนาคตควรปรับปรุงกระบวนการคัดเลือก อสม. โดยเพิ่มระดับการศึกษาของการเป็น อสม. ใหม่ จากเดิมอ่านออกเขียนได้ เป็นระดับการศึกษาคะทั่งค้ำแทน และปรับรูปแบบการคัดเลือก อสม. ให้เป็นรูปแบบคณะกรรมการ และหาก

ระบุมีการสิ้นสุดสภาพของ อสม. เนื่องจากอายุมาก ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า อายุที่เป็นเกณฑ์สิ้นสุดสภาพ อสม. คือ 70 ปี ในกรณีที่อายุครบ 70 ปีและปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม. มากกว่า 30 ปี ควรเชิดชูเกียรติเป็น “อสม. ที่ปรึกษาอาวุโส”

นอกจากนี้พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็น อสม. ทัวไป ซึ่งมีประสบการณ์การทำงาน อสม. น้อยกว่า 10 ปี แตกต่างจากผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่มีประสบการณ์มานานกว่า 10 ปี เนื่องจากเป็นการเลือกแบบเจาะจงจากผู้ดำรงตำแหน่งประธาน อสม. ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อสม. ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานมานาน สามารถเลือกใช้เครื่องมือในการทำงานได้ดี สร้างความพึงพอใจให้ผู้รับบริการ โดยชักนำให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และต้องการรับบริการอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁶⁾

กระบวนการพัฒนาคุณภาพในด้านความรู้และทักษะต่าง ๆ พบว่า อสม. ต้องการได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแรงจูงใจส่วนบุคคลที่สำคัญ เพื่อที่จะนำความรู้และทักษะเหล่านั้นไปใช้ดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว⁽¹⁷⁾ นอกจากนั้นยังช่วยให้ทำงานได้ดีขึ้น⁽¹⁸⁾ จากการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพเกิดจาก 4 แหล่ง (1) การอบรมในหลักสูตรต่างๆ (2) การดูงานจากแหล่งที่ประสบความสำเร็จ (3) คำแนะนำจากพี่เลี้ยงและที่ปรึกษา (4) การลงพื้นที่ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข ปัญหาที่พบคือ การไม่ได้เข้ารับการอบรม และอุปสรรคสำคัญคือไม่มีเวลา คล้ายคลึงกันกับการศึกษาที่ผ่านมา^(19,20) การขาดกระบวนการพัฒนาความรู้และทักษะที่ดี และเพียงพอส่งผลต่อคุณภาพของ อสม.^(21,22) โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ⁽²²⁾

คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ ประกอบด้วยรายละเอียด 4 ด้าน ได้แก่ ทศนคติ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมแสดงออก ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินขีดความสามารถ^(11,23) ที่สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพในการทำงานอันแท้จริงของบุคคล และความสามารถนั้นเป็นผลดีต่อผลการปฏิบัติงาน นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับผลงานในเชิงประจักษ์ ได้แก่ การช่วยเหลือประชาชนให้

ปลอดภัยจากโรคร้ายในทุกรูปแบบ⁽²⁴⁻²⁶⁾ และบทบาทหน้าที่ที่กำหนดให้ อสม. เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขสุขให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้ให้บริการสาธารณสุข เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาทางสาธารณสุข เป็นผู้นำในการวางแผนแก้ปัญหาของชุมชน เป็นแกนนำชักชวนประชาชนให้เข้าร่วมกิจกรรมสาธารณสุข และดูแลสิทธิประโยชน์ของประชาชน^(2,27)

แนวทางการประเมิน อสม. คุณภาพ ทั้ง 4 ด้าน ด้านทัศนคติ ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพฤติกรรมและการแสดงออกสะท้อนคุณลักษณะและบทบาท ที่มีการประเมินการปฏิบัติ (performance assessment)¹⁸ ที่เกิดจากตัว อสม. เอง⁽²⁹⁾ และประชาชน⁽³⁰⁾ ถือเป็นแบบการประเมินเพื่อการแข่งขัน (competition) ทำให้เกิดการเปรียบเทียบระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้วยกัน⁽³¹⁾ ที่ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในการทำงานตามหลักของการบริหารทรัพยากรมนุษย์⁽³²⁾ โดยรูปแบบการประเมินที่สร้างขึ้น ประเมินโดยใช้วิธีการหลายคน (multiple assessors) ได้แก่ ประเมินตนเอง จากผู้บังคับบัญชา และผู้รับบริการ สำหรับการพิจารณาตัดสินว่า ผ่านเกณฑ์ของ อสม. คุณภาพหรือไม่ ในระดับพื้นที่ให้ใช้รูปแบบคณะกรรมการร่วมพิจารณา ประกอบด้วย (1) ผู้นำชุมชนหรือผู้ใหญ่บ้านหรือผู้แทน (2) ผู้แทนจาก รพ.สต. และ (3) ผู้แทนหัวหน้าครุเรือนในพื้นที่ ถือได้ว่าครอบคลุม เพราะนอกจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ยังมีชาวบ้านที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกิดจากการให้บริการของ อสม.⁽³⁰⁾ ซึ่งแตกต่างจากวิธีการประเมินแบบเดิมที่ประเมินจากเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. และแบบประเมินคุณลักษณะที่ออกแบบนี้ใช้เทคนิคการประเมินแบบวิธีแบ่งชั้น (grading) ที่สามารถอธิบายคำจำกัดความของแต่ละคุณลักษณะไว้ชัดเจน จึงเหมาะสำหรับการประเมินการทำงานอาสาสมัคร (performance evaluations for volunteers) ที่สามารถสะท้อนการแสดงออกของบทบาทในการปฏิบัติงานได้จริง ทั้งนี้ แนวทางในการประเมิน “อสม. คุณภาพ” ควรจัดให้มีกระบวนการประเมินทุกปี โดย อสม. ทุกคนต้องถูกประเมิน ซึ่งจะประเมินเมื่อแรกเข้าและประเมินทุก 4 ปี

เมื่อครบระยะเวลาต่อบัตรประจำตัว อสม. เมื่อผ่านเกณฑ์การประเมินจะได้รับบัตรประจำตัว “อสม. คุณภาพ” หากไม่ผ่านเกณฑ์จะได้บัตรประจำตัว อสม. ตามเดิม กำหนดให้มีหน่วยงานรับผิดชอบในการประเมินในแต่ละพื้นที่ และใช้แบบประเมินคุณสมบัติ อสม. คุณภาพ 4 ด้าน 14 หัวข้อ ด้วยหลักเกณฑ์วิธีการที่กำหนดเป็นมาตรฐานกลางของประเทศ

อย่างไรก็ตาม แนวทางการพัฒนา อสม. คุณภาพ ควรออกแบบเชิงระบบในเรื่องการพัฒนากำลังคนของ อสม. ในทุกมิติ ทั้งการวางแผนยุทธศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Strategy; HRS) การวางแผนทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Planning; HRP) การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management; HRM) และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development; HRD) ของ อสม. รวมทั้งพัฒนาระบบข้อมูลของ อสม. ให้มีข้อมูลที่ถูกต้อง นำเชื่อถือ ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน โดยบูรณาการเชื่อมโยงข้อมูลของ อสม. จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ก. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คุณภาพ เพื่อสนับสนุนกำลังคนสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต คือ หน่วยงานในระดับกระทรวง ควรออกแบบเชิงระบบในเรื่องการพัฒนากำลังคน อสม. ประกอบด้วยการวางแผนยุทธศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์ การวางแผนทรัพยากรมนุษย์ การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ของ อสม. เพื่อพัฒนาให้ความรู้ฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องให้ อสม. สามารถปรับตัวก้าวทันการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วได้ และสามารถสนับสนุนบุคลากรสาธารณสุขแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. พัฒนาระบบข้อมูลของ อสม. ให้มีข้อมูลที่ถูกต้อง นำเชื่อถือ ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน โดยบูรณาการเชื่อมโยง

โยงฐานข้อมูล (database) ของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กับสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และในระดับพื้นที่ พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลที่ดี ทั้งการขึ้นทะเบียน การติดตามกำกับและประเมินผล จัดให้มีรายงานมาตรฐาน (standard report) ระบบเฝ้าระวังแจ้งเตือน ระบบความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ (cyber security) และมีการสำรองข้อมูล (backup) อย่างสม่ำเสมอ

3. อสม. คุณภาพ ควรมีคุณลักษณะ 4 ด้าน 14 หัวข้อ ได้แก่ ด้านทัศนคติ 2 หัวข้อ คือ มีจิตอาสาเสียสละ และเป็นที่ยอมรับของชุมชน ด้านความรู้ 3 หัวข้อ คือ ความรู้สาธารณสุขพื้นฐานดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย การพัฒนาชุมชน และเทคโนโลยีการสื่อสาร ด้านทักษะ 3 หัวข้อ คือ ทักษะทางสุขภาพ เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และพิเศษ และด้านพฤติกรรมและการแสดงออก 6 หัวข้อ คือ ปฏิบัติตามค่านิยม เป็นแบบอย่างดูแลสุขภาพตนเอง ดูแลแบบองค์รวมทุกช่วงวัย ดูแลด้านจิตใจ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และปฏิบัติตามนโยบาย สำหรับแนวทางการพัฒนา อสม. คุณภาพ จำเป็นต้องมีการออกแบบระบบใหม่ เริ่มตั้งแต่กระบวนการคัดเลือก อสม. ใหม่ ควรปรับเป็นระดับการศึกษาภาคบังคับขึ้นไป และปรับรูปแบบการคัดเลือก อสม. ให้เป็นรูปแบบคณะกรรมการ ในระหว่างเป็น อสม. มีกระบวนการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่องใช้หลากหลายรูปแบบ และท้ายสุดควรกำหนดให้มีการเกษียณอายุของ อสม. เมื่ออายุครบ 70 ปีบริบูรณ์ หากปฏิบัติหน้าที่ต่อเนื่อง มากกว่า 30 ปี ควรเชิดชูเกียรติเป็น “อสม. ที่ปรึกษาอาวุโส”

4. กำหนดแนวทางในการประเมิน “อสม. คุณภาพ” ที่ชัดเจน ให้มีกระบวนการประเมินทุกปี อสม. ทุกคนต้องถูกประเมิน โดยประเมินเมื่อแรกเข้าและทุก 4 ปี เมื่อผ่านเกณฑ์ประเมินจะได้รับบัตรประจำตัว “อสม. คุณภาพ” หากไม่ผ่านเกณฑ์จะได้บัตรประจำตัว อสม. ตามเดิม กำหนดให้มีหน่วยงานรับผิดชอบในการประเมินแต่ละพื้นที่ ใช้แบบประเมินคุณสมบัติ อสม. คุณภาพ 4 ด้าน 14 หัวข้อ ด้วยหลักเกณฑ์วิธีการที่กำหนด ใช้ผู้ประเมินจากหลายแหล่ง ได้แก่ ประเมินตนเอง จากผู้บังคับบัญชา

และผู้รับบริการ มีการพิจารณาตัดสินในรูปแบบคณะกรรมการ และบูรณาการประเมิน อสม. คุณภาพ กับการประเมินผลงานของ อสม. ประจำปี

ข. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) และการวิเคราะห์องค์ประกอบยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) ของคุณสมบัติ อสม. คุณภาพ

2. ควรศึกษาการพัฒนาารูปแบบคุณสมบัติ อสม. คุณภาพที่พึงประสงค์ด้วยกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research development) เพื่อสร้างและพัฒนาารูปแบบการพัฒนา อสม. ให้มีคุณสมบัติ อสม. คุณภาพ ภายใต้บริบทและสถานการณ์ปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. From Alma-Ata to the year 2000: reflections at the midpoint. Geneva: World Health Organization; 1988.
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ อสม. ยุคใหม่. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนุสสหกรณ์การเกษตร-แห่งประเทศไทย; 2554
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แบบรายงานระบบฐานข้อมูลอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 2 ม.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล <http://www.thaiphc.net/new2020/content/4>
4. Chatio S, Welaga P, Tabong PT, Akweongo P. Factors influencing performance of community-based health volunteers' activities in the Kassena-Nankana Districts of Northern Ghana. PloS one [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 2];14(2):e0212166. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212166>
5. ฉลาด ภูระหงษ์, มาลี ไชยเสนา, กุลชญา ลอยหา. ศักยภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดระยอง. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร 2021;9(1):369-79.

6. สหัทธยา ถึงรัตน์. การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลเมืองอ่างศิลาอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. [การศึกษาหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
7. คมสันต์ ธงชัย, สุชาติตามณี บุญจรัส. การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ กิ่งเมืองกิ่งชนบทบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ 2560;9(3):206-20.
8. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
9. มณีทิพย์ ชวิตราณรงค์, ชาญชัย จิวจินดา. บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบกรณีศึกษาเปรียบเทียบกับ. กันตัง จ. ตรัง และ ต. บางรักพัฒนา จ. นนทบุรี. วารสารนวัตกรรมกรรมการบริหารและการจัดการ 2563;8(1):68-76.
10. สมชาย วรภิจเษมสกุล. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุตรธานี: อักษรศิลป์; 2562.
11. McClelland D. Testing for competence rather than for “intelligence”. The American psychologist 1973;28(1): 1-14.
12. Farooq MB, De Villiers C. Telephonic qualitative research interviews, when to consider them and how to do them, Meditari Accountancy Research 2017;25(2):291-316.
13. Miller WL, Crabtree BF. Clinical research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research (pp. 340-352). Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994. p. 340-52.
14. สุวีพันธุ์ วรพงศธร. การวิจัยทางสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร: วิฑูรย์การปก; 2558.
15. Watanabe O, Chompikul J. Factors influencing the intention to leave elderly care among village health volunteers in Mueang district in Nakhon Ratchasima province, Thailand. Journal of International Health 2016;31(1):1-11.
16. Slater CL. Generativity versus stagnation: an elaboration of Erikson’s adult stage of human development. Journal of Adult Development 2003;10(1):53-65.
17. Crispin N, Wamae A, Ndirangu M, Wamalwa D, Wangalwa G, Watako P, et al. Effects of selected socio-demographic characteristics of community health workers on performance of home visits during pregnancy: a cross-sectional study in Busia District, Kenya. Global Journal of Health Sciences 2012;4(5):78-90.
18. Tshering D, Tejativaddhana P, Briggs D, Wangmo N. Factors affecting motivation and retention of village health workers and recommended strategies: a systematic review from 11 developing countries. Asia Pacific Journal of Health Management 2018;13(2):18-27.
19. Skoglund AG. Do not forget about your volunteers: a qualitative analysis of factors influencing volunteer turnover. Health Soc Work 2006;31(3):217-20.
20. Kauffman KS, Myers DH. The changing role of village health volunteers in northeast Thailand: an ethnographic field study. International Journal of Nursing Studies 1997;34(4):249-55.
21. Ahmed SM. Taking healthcare where the community is: the story of the Shasthya Sebikas of BRAC in Bangladesh. Dhaka: BRAC University; 2008.
22. เอกพงศ์ เกยงค์. การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่ามกลางการเปลี่ยนแปลง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560;11(1):118-26.
23. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางและหลักเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินผลงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเยี่ยม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเยี่ยมอย่างยิ่ง. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม; 2558.

24. World Health Organization. Thailand's 1 million village health volunteers – “unsung heroes” – are helping guard communities nationwide from COVID-19 [Internet]. 2021 [cited 2021 Jan 2]. Available from: <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/thailand-1-million-village-healthvolunteers-unsung-heroes-are-helping-guard-communities-nationwide-from-covid-19>.
25. Bezbaruah S, Wallace P, Zakoji M, Padmini Perera WL, Kato M. Roles of community health workers in advancing health security and resilient health systems: emerging lessons from the COVID-19 response in the South-East Asia Region. WHO South-East Asia Journal Public Health 2021;10(1):1:41-8.
26. ลือชัย ศรีเงินยวง. ติดตามประเมินผลโครงการพัฒนานโยบายการสนับสนุนศักยภาพ อสม. ผู้ให้บริการ ระบบสุขภาพชุมชน ปี 2553. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2555.
27. ชาญณรงค์ วงศ์วิชัย. คุณลักษณะอาสาสมัครที่มีผลต่อบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา 2017;5(1):123-51.
28. Bloom B, Englehart M, Furst E, Hill W, Krathwohl D. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. Handbook I: cognitive domain. New York: Longmans Green; 1956.
29. ยุทธนา แยกบาย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2561;19(3):145-55.
30. สุพัตรา ศรีชุม. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามการรับรู้และความคาดหวังของประชาชนตำบลเสม็ด จังหวัดชลบุรี. หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยบัณฑิต กลุ่มวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
31. บรรยงค์ โตจินดา. การบริหารงานบุคคล. กรุงเทพมหานคร: รวมสาส์น; 2543.
32. เบญจมาศ ลักษณะนิยานนท์. การบริหารทรัพยากรมนุษย์. อุดรธานี: แม่ละมุลการพิมพ์; 2547.

Abstract: Guidelines for Development of Quality Village Health Volunteers (VHVs) to Support the Health Workforce for the Future Health System

Wichian Thianjuruwatthana, M.D.*; Kittiporn Nawsuwan, Ed.D.; Saisamorn Vachirapapun, M.S.*****

** Office of the Permanent Secretary for Public Health, Ministry of Public Health; ** Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Praboromarajchanok Institute, Thailand; *** Independent Researcher
Journal of Health Science 2021;30(2):353-66.*

The objective of this study was to produce a guideline for the development of quality village health volunteers (VHVs) together with a quality assessment tool. Two study methods were applied: (1) quantitative method to collect opinions on the quality of VHVs among 31,883 VHVs selected through random sampling from the total VHV population; and (2) the qualitative method to obtain suggestions on the characteristics of a quality VHV from 22 head or sub-head of VHVs purposively selected. Quantitative data were collected by online survey using a newly created questionnaire, of which the content validity was checked and obtained IOC ranged 0.67-1.00. The data were analyzed by using descriptive statistics. For the qualitative study, data collection was conducted via telephone interviews using a semi-structured questionnaire. The study found that majority of VHVs agreed that desirable qualifications of VHVs should cover 4 dimensions of attitude, knowledge, skills, and behavioral expression. For the attitude, a quality VHV should have volunteer spirit and being supportive to community needs. The knowledge dimensions should cover basic public health for caring people of all age groups, community development, and communication technology. For the skills dimension, 3 components were essential: health care, specialized and specific skills. On the behavioral expression, it covered 6 areas which included the practice based in norms, being a role model in self-care, applying integrated care for all ages, taking care people's mind, promoting quality of life, and implementing the health policies. The results of this study could be applied as a guideline for an assessment of quality VHVs taking into account different local context. As for the quality assessment, it could be performed comprehensively by self assessment, by supervisors, and by people receiving their services; and the decision should be made by a specific committee. In conclusion, the development of quality VHVs should cover all essential dimensions so that the VHVs would be able to support the health personnel for effectively solving health problems in their area.

Keywords: qualified village health volunteer; health system; assessment guideline; health workforce