

นิพนธ์ต้นฉบับ

การดำเนินงานสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โซนตะวันตก อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

พัทธนันท์ คงทอง⁽¹⁾ สุพล เขียงไช้⁽²⁾ สุทธิรักษ์ พลบำรุง⁽²⁾ ขวัญตา ดวงกฤตา⁽²⁾ รุติมา ช่วยพระอินทร์⁽²⁾ และวิลาสินี วงษ์กลาง⁽²⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ : 19 ตุลาคม 2554
วันที่ตอบรับการตีพิมพ์ : 17 มกราคม 2555

⁽¹⁾ ผู้รับผิดชอบบทความ : โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนช้าง อำเภอเมือง
จังหวัดขอนแก่น
(โทรศัพท์ : 084-0677114, E-mail address:
rukjee@gmail.com)

⁽²⁾ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนช้าง
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการดำเนินงานสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโซนตะวันตกอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยการประมาณค่าสัดส่วน ได้ขนาดตัวอย่าง 112 คน สุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาแสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด สถิติโคสแควร์แสดงค่า OR และ 95%CI ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87.5 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 48.4 ปี (SD=8.74) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 92.1 มากกว่าครึ่งมีระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา รายได้ต่อเดือนค่ามัธยฐาน 6,300 บาท (Max=16,000 : Min=2,000) ระยะเวลาการปฏิบัติงานมัธยฐาน 9 ปี (Max=32 : Min=1) จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ย 10.1 ครัวเรือน (SD=1.35) มีคะแนนการปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนตั้งแต่ 60 ถึง 125 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 99.3 คะแนน (SD=13.93) มีระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนในระดับสูง ร้อยละ 73.2 เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านงานอนามัยแม่และเด็ก/วางแผนครอบครัว ด้านโภชนาการ และด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงมากกว่าร้อยละ 96 อายุและระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานสุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=4.29, 95%CI=1.58-12.42, p-value=0.001) และ (OR=0.37, 95%CI=0.13-4.43, p-value=0.046) ส่วนปัจจัยรายได้ ระดับการศึกษาและจำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานสุขภาพชุมชนอย่างไม่มีนัยสำคัญ ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ยังมีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เรียนหนังสือต่อเนื่องเพื่อให้มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น เพื่อในอนาคตอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะได้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาการดำเนินงานสุขภาพชุมชนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การดำเนินงานสุขภาพชุมชนขอนแก่น

Original Article

Characteristics of Village Health Volunteers Residing in the Southern Health Promotion Sub- District of the Municipality of Khon Kaen Province

Phatthanun Khongtong⁽¹⁾, Supol Chiangchai⁽²⁾, Suthirak Polbamrung⁽²⁾, Khuanta Duangkuna⁽²⁾, Thima Chairrain⁽²⁾ and Vilasinee Wongklang⁽²⁾

Received Date : October 19, 2011

Accepted Date : January 17, 2012

⁽¹⁾ Corresponding author : Don Chang Health Promotion Hospital, Muang District, Khon Kaen Province (Tel. 084-0677114, E-mail address: rukjee@gmail.com)

⁽²⁾ Don Chang Health Promotion Hospital, Muang District, Khon Kaen Province

Abstract

The purposes of the research was to assess important characteristics of village health volunteers (VHV) involved in community health management. Using a single random sampling technique 112 participants were selected living in the area under the responsibility of the Dong Chang Health Promotion Hospital within the municipality of Khon Kaen. An open format questionnaire was used to acquire the required information. Data were analyzed using conventional statistical methods. The majority (87.5%) of those being questioned were female with an average age of 48.4 years (S.D. 8.74). Most of them were married (92.1 percent). More than a half of the participants got a primary education as the highest level of their educational achievement. Their median income was 6,300 Baht (Max 16,000 : Min 2,000). They usually worked as VHV for 9 years (Max 32 : Min 1) in average. Each of them was responsible for 10.1 families (S.D. 1.35). The participants got scores of 60 to 125 for community health management ability. The average score was 99.3 (S.D. 13.93). The level of their work performance in community public health was on a high level for 73.2 percent especially in the field of mother and child health, sanitation, family planning, nutrition and immunization. Ages and years of work experience were related to their community health abilities with a statistical significances of p-value = 0.001 (OR 4.29, 95%CI : 1.58 - 12.42) and p-value = 0.046 (OR 0.37, 95%CI : 0.13 - 4.43). Income, level of education and numbers of families cared for by each participant were also important factors ruling the performance as VHV. The results of this research acknowledge that the highest educational level of most village health volunteers was primary education. Ministry of Public Health, health promotion hospitals, local administrations in the area and other related institutes should promote and support the higher education for village health volunteers so that this would be the instrument for developing community health management to be more effective in the future.

Keyword: *village health volunteers, Khon Kaen community health management*

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (ปี พ.ศ. 2550-2554) ได้เน้นให้คนเป็นศูนย์กลางพัฒนา และอัญเชิญ “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” ของ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมาเป็นแนวปฏิบัติเพื่อบังคับ “สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน” เสริมสร้างสุขภาวะของคนไทย ให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ เน้นการพัฒนาาระบบ สุขภาพอย่างครบวงจรมุ่งสู่การดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ เสริมสร้างคนไทยให้มีความ มั่นคงทางอาหารและบริโภคอาหารที่ปลอดภัย ลดละเลิก พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ และการเสริมสร้างคนไทยให้อยู่ ร่วมกันในสังคมได้อย่างสันติสุข (สำนักงานคณะกรรมการ พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550) หากประชาชน คนไทยมีสุขภาพที่ดีแข็งแรงก็จะมีส่วนช่วยให้ประเทศไทย พัฒนาไปได้อย่างรวดเร็วยั่งยืน สุขภาพมิใช่สภาวะการ เจ็บป่วยหรือบริการสาธารณสุขเท่านั้น สุขภาพของมนุษย์มี ความเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมทั้งที่เป็นธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย สังคมเศรษฐกิจการเมือง วัฒนธรรม การศึกษา ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน การอพยพย้ายถิ่น การติดต่อสื่อสารภายใต้สังคม ข้อมูลเทคโนโลยีที่แตกต่างกัน และสถานปัจเจกบุคคลที่แตกต่างกันทั้งสภาวะความสมบูรณ์ ของร่างกาย ที่ถ่ายทอดผ่านพันธุกรรม พฤติกรรมการกระทำ ความเชื่อความศรัทธาซึ่งหล่อหลอม ชี้นำแนวทางวิถีชีวิตของ แต่ละบุคคล สุขภาพจึงเป็นระบบที่ต้องสอดคล้องสมดุลกันทั้ง 3 องค์ประกอบหลักพื้นฐาน จึงจะก่อให้เกิดความอยู่เย็นเป็น สุขหรือสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และ จิตวิญญาณของบุคคล ซึ่งการดำเนินงานสุขภาพในชุมชนให้ ได้ผลต้องอาศัยเครื่องมือในการดำเนินงานสุขภาพที่มี ประสิทธิภาพ เครื่องมือดังกล่าวได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้ ประชาชนในชุมชนดูแลสุขภาพด้วยตนเองจึงได้ริเริ่มการจัทำ การสาธารณสุขมูลฐาน และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านซึ่งเป็นบุคคลในชุมชนดูแลสุขภาพของประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ดูแลประชาชนใน ชุมชนประมาณ 10 ครัวเรือน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) มีบทบาทหน้าที่ ได้แก่ เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชน การถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้าน เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุข แก่ประชาชน การปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน การถ่ายทอดบริการตามกิจกรรมการให้บริการและปัญหาของ

ชุมชน การให้บริการที่จำเป็น การเฝ้าระวังและป้องกันโรค ผู้นำในการบริหารจัดการ เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้าน ในการพัฒนางานสาธารณสุข และการดูแลสิทธิประโยชน์ด้าน สาธารณสุขในหมู่บ้าน ปัจจุบันรัฐบาลได้เล็งเห็นความสำคัญ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงได้จัดให้มี สวัสดิการแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้าน ต่างๆ เช่น สวัสดิการรักษาพยาบาลฟรี ให้แก่อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุตร เรียนต่อในระดับ ปริญญาตรีหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขผลิตและล่าสุด รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านมีเงินค่าป่วยการเดือนละ 600 บาท แม้ในปัจจุบันจะมี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลไกที่สำคัญที่มี การดำเนินงานสุขภาพชุมชน แต่โรคต่างๆที่โรคที่ติดเชื้อ และโรคที่ไม่มีเชื้อก็มีการพัฒนาให้ควบคุมละป้องกันยากขึ้น จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยเล็งเห็นว่าการดำเนินงานสุขภาพ ชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสำคัญ และมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงสนใจ ที่จะศึกษาการดำเนินงานสุขภาพชุมชนของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการดำเนินงานสุขภาพชุมชนของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับผลการดำเนินงานสุขภาพชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบ ภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลโชนตะวันตก อำเภอมือเมือง จังหวัด ขอนแก่น จำนวน 1,570 คน

กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยวิธีการคำนวณเพื่อ ประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบประชากร โดยกำหนดระดับ ความเชื่อมั่นที่ 95 % และมีสูตรการคำนวณดังนี้ (อรุณ จิรวินน์กุล, 2551)

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

n = ขนาดตัวอย่าง
N = จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
1,570 คน
Z = สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 1.96
เมื่อกำหนดให้ความเชื่อมั่น 95%
p = สัดส่วนของการทำงานบริการชุมชนของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้ผลการศึกษาของ
บุญเลิศ โปธิชัย (2550) เท่ากับ 0.59
e = ความคลาดเคลื่อนของค่าประมาณที่แตกต่างไปจาก
ค่าจริง กำหนดให้ความคลาดเคลื่อน 15% ของสัดส่วน
ดังนั้นค่า e = (0.59)(0.15) = 0.088
แทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้
จำนวนทั้งสิ้น 112 คน
การศึกษาคั้งนี้สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย
โดยกำหนดตำบลและหมู่บ้านเรียงตามลำดับแล้วสุ่มเลือกด้วย
วิธีการจับสลาก

เครื่องมือที่ใช้และการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่
แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการดำเนินงานสุขภาพชุมชนของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามแนวทางสาธารณสุข
มูลฐาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้นำเครื่องมือ
ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้วแก้ไข หลังจากนั้นนำเครื่องมือ
ไปหาความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกัน ได้ค่า
ความเที่ยงในส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาคั้งนี้ได้กำหนดแนวทางการวิเคราะห์
ข้อมูล จำแนกได้ดังนี้

(1) ข้อมูลที่มีลักษณะแบบแจกแจง วิเคราะห์ด้วย
การแจกแจงความถี่แสดงจำนวนและร้อยละ

(2) ข้อมูลที่มีลักษณะแบบต่อเนื่อง วิเคราะห์ด้วย
สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

(3) การหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการ
ดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิเคราะห์
ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (χ^2) และแสดงค่า OR และ
95%CI ของ OR

ผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ
12.5 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 48.4 ปี (SD=8.74) โดยมี
อายุอยู่ในช่วง 35-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 50.9 มีสถานภาพ
สมรสคู่ มากที่สุด ร้อยละ 92.1 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง
มีระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา มีรายได้ต่อเดือนค่า
มัธยฐาน 6,300 บาท (Max=16,000 : Min=2,000)
ระยะเวลาการปฏิบัติงานค่ามัธยฐาน 6,300 บาท
(Max=16,000 : Min=2,000) จำนวนครัวเรือนที่
รับผิดชอบ เฉลี่ย 10.1 ครัวเรือน (SD=1.35)

ข้อมูลผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน

(1) ผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนใน
ภาพรวมและรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการ
ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนตั้งแต่ 60 ถึง 125 คะแนน
มีคะแนนเฉลี่ย 99.3 คะแนน (S.D.=13.93) กลุ่มตัวอย่างมี
ระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนในระดับสูง มากที่สุด
ร้อยละ 73.2 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.8 เมื่อ
จำแนกรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติงาน
สาธารณสุขชุมชน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านงาน
อนามัยแม่และเด็ก/วางแผนครอบครัว ด้านโภชนาการ และ
ด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แต่ก็มีบางส่วนที่เห็นด้วยใน
ระดับปานกลางมากกว่าระดับสูงได้แก่ ด้านงานรักษาพยาบาล
เบื้องต้น ด้านคุ้มครองผู้บริโภค และด้านการจัดหายาที่จำเป็น
ในหมู่บ้าน

(2) ผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนรายข้อ
พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการดำเนินงานสาธารณสุขชุมชน
ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประจำ โดยเฉพาะข้อที่เกี่ยวกับการ
ติดตามเด็กอายุ 0-5 ปี ไปตรวจสุขภาพตามนัดเป็นประจำ
ร้อยละ 70.54 ส่วนกิจกรรมที่ไม่เคยดำเนินงานสาธารณสุข
ชุมชน คือ การจัดหาและจำหน่ายยาสามัญประจำบ้านมาก
ที่สุด ร้อยละ 16.96

ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน สุขภาพชุมชน

อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานสุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value= 0.001) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 49 ปีขึ้นไปมีการดำเนินงานสุขภาพชุมชนสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า 49 ปี 4.29 เท่า (95%CI= 1.58-12.42)

รายได้เป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานสุขภาพชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รายได้ไม่เกิน 5,000 บาท มีการดำเนินงานสุขภาพชุมชนสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างรายได้มากกว่า 5,000 บาท 0.62 เท่า (95%CI= 0.24-1.58)

ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานสุขภาพชุมชน และพบกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา มีการดำเนินงานสุขภาพชุมชนสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา 1.64 เท่า (95%CI= 0.63-4.43)

ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานสุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.046) โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่เกิน 12 ปีมีการดำเนินงานสุขภาพชุมชนสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยกว่า 12-0.37 เท่า (95%CI= 0.11-1.07)

จำนวนครัวเรือนเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานสุขภาพชุมชน และพบกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนครัวเรือนรับผิดชอบไม่เกิน 10 หลังคาเรือน มีการดำเนินงานสุขภาพชุมชนสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนครัวเรือนรับผิดชอบมากกว่า 10 หลังคาเรือน 0.48 เท่า (95%CI= 0.14-1.40)

บทสรุปและอภิปรายผล

(1) กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาในระดับสูงสุดคือ ประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 58.0 จากข้อมูลทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาที่ไม่สูงนักซึ่งระดับการศึกษาในระดับดังกล่าวอาจส่งผลให้การดำเนินงานสุขภาพชุมชนไม่ได้ผลเท่าที่ควร กระทรวงสาธารณสุข (2553) โดยกรมสนับสนุนบริการอนามัยนโยบายให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเรียนจบในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. โดยให้มีการสำรวจระดับการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกปี ในส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านที่ยังมีการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเรียนต่อกับหน่วยงานการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยระดับตำบล นอกจากนี้ยังสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุตร เรียนต่อในระดับปริญญาตรีและอนุปริญญาที่เป็นสาขาทางการแพทย์ เช่น พยาบาลศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ เป็นต้น โดยมีโควตาที่มีคะแนนพิเศษสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุตร

(2) กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 87.5 มีอายุเฉลี่ย 48.5 ปี และมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 92.1 ใกล้เคียงกับการศึกษาของยุวดี ด้านสุวรรณดารงค์ (2551) โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลท่าใหม่ อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95 มีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี ร้อยละ 71.2 และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 94.3 และใกล้เคียงกับการศึกษาของบุญเลิศ โพธิ์ชัย (2550) พบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 มีอายุเฉลี่ย 44.5 และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 87.9

(3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการดำเนินงานสุขภาพชุมชนในระดับสูง ร้อยละ 73.2 แสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ความสำคัญในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของยุวดี ด้านสุวรรณดารงค์ (2551) โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลท่าใหม่ อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ความสำคัญในบทบาทการดำเนินงานสุขภาพชุมชนเป็นอย่างมาก

(4) เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานสุขภาพชุมชน แตกต่างกับการศึกษาของบุญเลิศ โพธิ์ชัย (2550) พบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น มีปัจจัยเกี่ยวกับเพศที่มีผลต่อการดำเนินงานสุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยพบว่า ลักษณะส่วนบุคคล ทักษะคิด แรงกดดันทางสังคมมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนในเขตเมืองพบเพศหญิงมีส่วนร่วมมากกว่าเพศชาย และพบว่าเพศหญิงมีความต้องการใช้คำพูดในการสื่อสารมากกว่าเพศชายถึงเจ็ดเท่า จึงอาจเป็นเหตุผล

หนึ่งที่ส่งผลให้เพศหญิงมีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกับผู้อื่นมากกว่าเพศชาย

(5) อายุและระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การดำเนินงานสุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}=0.001$ เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุมาก ส่วนใหญ่ทำงานมาแล้วหลายปี จะทำให้มีทักษะในการปฏิบัติงานในชุมชนได้ดียิ่งขึ้น จึงส่งผลให้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานสุขภาพชุมชนได้ดีและมีประสิทธิภาพ แตกต่างกับการศึกษาของบุญเลิศ โพรธิชัย (2550) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่าอายุและระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่มีผลต่อการดำเนินงานสุขภาพชุมชน

(6) การติดตามเด็กอายุ 0-5 ปี ไปตรวจสุขภาพตามนัด เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุข (2553) มีนโยบายให้เด็กอายุ 0-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ของความรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ต้อง ไปตรวจสุขภาพและฉีดวัคซีนตามนัดทุกคนครอบคลุมร้อยละ 100 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ติดตามประเมินนิเทศการดำเนินงานความครอบคลุมของเด็กที่ต้องได้รับวัคซีนที่กำหนดตามเกณฑ์อย่างเข้มงวด

(7) กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าไม่เคยดำเนินงานสุขภาพชุมชนเกี่ยวกับการจัดหาและจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน มากที่สุด ร้อยละ 16.9 เนื่องจากปัจจุบันการคมนาคมขนส่งสะดวก และมีสถานบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานครอบคลุมทุกตำบลจึงส่งผลให้ประชาชนเลือกใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านมากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

(1) ในการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อทำงานสุขภาพในชุมชนควรพิจารณา

อาสาสมัครสาธารณสุขที่อายุมาก ๆ เพื่อเป็นผู้ประสานงานในการดูแลสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้านที่รับผิดชอบ

(2) จัดการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ และพัฒนาทักษะในการทำงานสุขภาพในชุมชนให้อาสาสมัครสาธารณสุข โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุน้อยกว่า 49 ปี เพื่อให้เป็นแนวทางในการดำเนินงานสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

(3) ให้ความรู้และกำลังใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 12 ปี หรือให้ขวัญ และกำลังใจเพื่อเป็นการกระตุ้นในการทำงานสุขภาพในชุมชน

(4) หากมีการศึกษาครั้งต่อไปในประเด็นเดียวกันควรศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ และเปรียบเทียบกับการศึกษาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเปรียบเทียบกับในระดับอำเภอและจังหวัด และควรศึกษาวิจัยและพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับเครือข่ายสุขภาพในท้องถิ่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่านที่ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณคุณกฤษณะชัย กิมชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่กรุณาให้ข้อมูลและรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขมูลฐาน

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข, (2553). การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน. ค้นเมื่อ 17 สิงหาคม 2554, จาก <http://www.moph.go.th>

บุญเลิศ โพรธิชัย. (2550). การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชนอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ยุวดี ด่านสุวรรณดำรง. (2551). การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลตำบลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี. รายงานการศึกษานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองส่วนท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. กรุงเทพฯ: สำนักงาน. (เอกสารอัดสำเนา).

อรุณ จิรวัดณ์กุล. (2551). สถิติวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: คลังนาวิทยา.

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล(n=112)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	12.5
หญิง	98	87.5
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 35	9	8.0
35 - 50	57	50.9
51 - 65	44	39.3
65 ปีขึ้นไป	2	1.8
Mean=48.4, S.D.=8.74, Max=71, Min= 25		
สถานภาพสมรส		
โสด	3	2.6
ม้าย/หย่า/แยก	6	5.3
คู่	103	92.1
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	65	58.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	8.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	37	33.1
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	54	48.2
5,001 - 10,000	55	49.1
10,001 - 15,000	2	1.8
มากกว่า 15,000	1	0.9
Median= 6,300, Max=16,000, Min=2,000		
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (ปี)		
ต่ำกว่า 5	21	18.7
6 - 10	45	40.1
11 - 15	22	19.8
มากกว่า 15	24	21.4
Median=9, Max=32, Min=1		
จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ (ครัวเรือน)		
7 - 9	34	30.5
10 - 12	71	63.3
13 - 15	7	6.2
Mean=10.1, S.D.=1.35, Max=15, Min=7		

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด จำแนกตามระดับการดำเนินงานสาธารณสุขชุมชนในภาพรวม (n=112)

ระดับการดำเนินงาน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	82	73.2
ระดับปานกลาง	30	26.8
Mean=99.3, S.D.=13.93, Max=125, Min=60		

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการดำเนินงานสาธารณสุขชุมชนรายด้าน

การดำเนินงานสุขภาพชุมชน	ระดับการดำเนินงาน		
	สูง จำนวน (%)	กลาง จำนวน (%)	ต่ำ จำนวน (%)
1. สุขศึกษา	87 (77.7)	21 (18.8)	4 (3.5)
2. โภชนาการ	96 (85.7)	16 (14.3)	0 (0.0)
3. งานอนามัยแม่และเด็ก/วางแผนครอบครัว	109 (97.3)	3 (2.7)	0 (0.0)
4. สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	96 (85.7)	15 (13.4)	1 (0.9)
5. งานควบคุมโรคประจำถิ่น	90 (80.3)	21 (18.8)	1 (0.9)
6. งานสุขภาพสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด	88 (78.9)	22 (19.6)	2 (1.5)
7. งานรักษาพยาบาลเบื้องต้น	46 (41.1)	61 (54.4)	5 (4.5)
8. การจัดหายาที่จำเป็นในหมู่บ้าน	28 (25.0)	53 (47.3)	31 (27.7)
9. งานทันตสาธารณสุข	57 (50.9)	32 (28.9)	23 (20.2)
10. งานสุขภาพจิตชุมชน	69 (61.6)	37 (33.0)	6 (5.4)
11. งานป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อ	86 (76.8)	26 (23.2)	0 (0.0)
12. งานคุ้มครองผู้บริโภค	47 (42.0)	54 (48.2)	11 (9.8)
13. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์	53 (47.3)	45 (40.2)	14 (12.5)
14. งานควบคุมป้องกันและแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อม	61 (54.5)	31 (27.7)	20 (17.8)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานสุขภาพชุมชน

ลักษณะส่วนบุคคล	ระดับการดำเนินงานชุมชน		OR	95% CI	p-value
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง			
อายุ (ปี)					
น้อยกว่า 49	32 (59.26)	22 (40.74)	1	1.58-12.42	0.001*
49 ขึ้นไป	50 (86.21)	8 (13.79)	4.29		
รายได้ (บาท)					
ไม่เกิน 5,000	37 (68.53)	17 (31.48)	1	0.24-1.58	0.279
มากกว่า 5,000	45 (77.59)	13 (22.41)	0.62		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	45 (47.61)	20 (17.39)	1	0.63-4.43	0.123
มัธยมศึกษา	37 (34.42)	10 (12.58)	1.64		
ระยะเวลาปฏิบัติงาน (ปี)					
ไม่เกิน 12	49 (67.12)	24 (32.88)	1	0.13-4.43	0.046*
มากกว่า 12	33 (84.62)	6 (15.38)	0.37		
จำนวนครัวเรือน (หลัง)					
ไม่เกิน 10	54 (69.23)	24 (30.77)	1	0.14-1.40	0.149
มากกว่า 10	28 (82.35)	6 (17.65)	0.48		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ