



ทุนทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ Social Capital and Related Factors among Village Health Volunteers in Samutprakarn Province

โกศภัทร ประสาทเขตต์การ* พรชัย สิทธิศรีณย์กุล** เจตนัน รัตนจินะ***

Pokkapat Prasatkettkarn,* Pornchai Sithisarakul,** Jate Ratanachina***

* นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

* Student in Master of Science Program (Health Research and Management), Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University, Bangkok

** ,*** คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

** ,*** Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok

*** Corresponding Author: jate.r@chula.ac.th

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เป็นส่วนสำคัญในระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกมีคำแนะนำหนึ่งในข้อพิจารณาสำหรับการคัดเลือก อสม. คือ ทุนทางสังคม การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับทุนทางสังคมทั้ง 3 มิติ ประกอบด้วย 1) ทุนทางสังคมภายนอก 2) กิจกรรมทางสังคม และ 3) ทุนทางสังคมภายใน ของ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ รวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่อาจจะเกี่ยวข้องกับทุนทางสังคม โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านการทำงาน แบบประเมินการปฏิบัติงานของ อสม. และแบบประเมินทุนทางสังคม เมื่อนำแบบสอบถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง พบว่า มีค่าคะแนนรายข้ออยู่ในช่วง 0.67 ถึง 1 จัดอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แล้วจึงนำไปทดสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มากกว่า 0.70 ซึ่งความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้เช่นกัน

อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ เข้าร่วมการศึกษานี้ 778 คน (อัตราตอบกลับร้อยละ 79.47) การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบหลายกลุ่ม เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้ว พบว่า 1) ทุนทางสังคมภายนอก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาล OR 2.28 (95% CI 1.43 - 3.65) มีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ OR 2.50 (95% CI 1.54 - 4.06) อายุ (ปี) OR 1.03 (95% CI 1.01 - 1.05) ความถี่ของ อสม. ในการได้รับคำแนะนำหรือประชุมงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มากขึ้น โดยเดือนละ 1 ครั้งขึ้นไป OR 3.99 (95% CI 2.44 - 6.54) และระยะเวลาที่เข้ามาเป็น อสม. (ปี) OR 1.04 (95% CI 1.01 - 1.06) 2) กิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาล OR 0.49 (95% CI 0.30 - 0.79) และระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนที่เพิ่มขึ้น OR 0.98 (95% CI 0.97 - 0.99) แต่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป OR 2.38 (95% CI 1.12 - 5.07) 3) ทุนทางสังคมภายใน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาล

Received: July 29, 2022; Revised: January 24, 2022; Accepted: January 24, 2022

OR 2.37 (95% CI 1.08 - 5.17) และผู้มีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ OR 3.17 (95% CI 1.53 - 6.55) และผู้ที่มีการปฏิบัติงาน อสม. ระดับสูง มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมที่ดีทั้ง 3 มิติ ดังนั้นการส่งเสริมสนับสนุนปัจจัยต่างๆ ที่เป็นปัจจัยเชิงบวกต่อทุนทางสังคม โดยเฉพาะสถานภาพทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา รวมถึงการได้รับคำแนะนำหรือประชุมงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นประเด็นที่ควรพิจารณาสำหรับนโยบายในการสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม.

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ทุนทางสังคม

Abstract

Village Health Volunteers (VHVs) are an important part of Thailand's primary health care. The World Health Organization recommends 'social capital' as one of the VHV selection criteria. This cross-sectional study aimed to study VHVs in Samutprakarn province's social capital levels in three dimensions including 1) structural social capital; 2) civil engagement; and 3) cognitive social capital and their potentially associated factors. The developed questionnaire had 3 parts consisted of personal and working factors, VHV's performance evaluation and social capital assessment. The scores for each item fell within the permitted range of 0.67 to 1.00 when the content validity index was calculated using the questionnaire, then utilized to gauge the accuracy. Cronbach's alpha coefficient for the reliability analysis is greater than 0.70, and the confidence level is adequate.

There were 778 VHVs in Samutprakarn province who participated in this study (79.47% response rate). Adjusted by other related variables, multiple logistic regression models reported that: 1) 'structural social capital' was positively associated with living outside municipality area OR 2.28 (95% CI 1.43 - 3.65), having adequate income and savings OR 2.50 (95% CI 1.54 - 4.06), age (years) OR 1.03 (95% CI 1.01 - 1.05), higher frequency of working/meeting with public health officials at the level of ≥ 1 time per month OR 3.99 (95% CI 2.44 - 6.54), and length of being a VHV (years) OR 1.04 (95% CI 1.01 - 1.06); 2) 'civil engagement' was oppositely associated with living outside municipality area OR 0.49 (95% CI 0.30 - 0.79) and length of living in the current area OR 0.98 (95% CI 0.97 - 0.99); however, 'civil engagement' was positively associated with higher level of education at the level of a bachelor's degree or above OR 2.38 (95% CI 1.12 - 5.07); and 3) 'cognitive social capital' was positively associated with living outside municipality area OR 2.37 (95% CI 1.08 - 5.17) and having adequate income and savings OR 3.17 (95% CI 1.53 - 6.55). Good VHV's performance was also associated with good levels of social capital in all three dimensions. In summary, promoting factors positively related to good social capital, particularly economic status, higher educational level and frequent working and meeting with public health officials, should be considered at the policy level for supporting VHV's performance.

Keywords: village health volunteer, social capital



ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

นับตั้งแต่การประกาศคำประกาศอัลมาอะตา (Declaration of Alma-Ata) ขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 1978 นับเป็นจุดเริ่มต้นของการให้ความสำคัญของการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั่วโลก ที่มุ่งเน้นสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for all) โดยหนึ่งในงานที่สำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.)^{1,2} ที่มีบทบาทหน้าที่ตามการจัดประเภทอาชีพตามมาตรฐานสากลขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Standard Classification of Occupations: ISCO) ได้ แก่ ให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพแก่ครอบครัวและชุมชน เยี่ยมบ้านและชุมชนเพื่อให้ข้อมูลในด้านสิทธิและสวัสดิการสาธารณสุข เยี่ยมและติดตามผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข แจกจ่ายอุปกรณ์เพื่อการป้องกันและรักษาโรคประจำถิ่น เข้าถึงและติดตามเพื่อสนับสนุนด้านสาธารณสุขให้กับบุคคล ด้อยโอกาส โดยมีการฝึกอบรมภายใต้การดูแล และให้คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข³ ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขมีแผนยุทธศาสตร์ระบบปฐมภูมิที่มีความเกี่ยวข้องกับ อสม. ออกมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน จนกระทั่งพระราชบัญญัติระบบปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ในปัจจุบันแนวทางดำเนินงานเกี่ยวกับระบบงาน อสม. ขององค์การอนามัยโลก แนะนำให้การคัดเลือก อสม. เป็นกิจกรรมที่สำคัญสำหรับการดำเนินการ อสม. กล่าวคือ เพื่อให้การปฏิบัติงานของ อสม. มีประสิทธิภาพสูง ยั่งยืน และดียิ่งขึ้น ควรเลือกบุคคลที่เข้ามาเป็น อสม. อย่างเหมาะสม โดยหนึ่งในปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. คือ ระดับทุนทางสังคม^{4,5}

ทุนทางสังคม (Social capital) มีผู้ให้นิยามไว้หลากหลาย รายงานขององค์การอนามัยโลกและธนาคารโลก ได้ให้คำนิยาม หมายถึง คุณลักษณะ

ขององค์กรในสังคม เช่น ความไว้วางใจ บรรทัดฐาน และเครือข่าย ที่สามารถช่วยพัฒนาประสิทธิภาพของสังคมด้วยการช่วยเหลือกัน^{6,7} ทุนทางสังคมสามารถแบ่งออกได้หลายมิติ การแบ่งทุนทางสังคมตามนิยามในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ทุนทางสังคมภายนอก หรือทุนทางสังคมเชิงโครงสร้าง (Structural social capital) หมายถึง ความสัมพันธ์ในสังคมที่สามารถมองเห็นได้ ได้แก่ จำนวนเครือข่ายในสังคม การช่วยเหลือกันภายในกลุ่มหรือระหว่างบุคคล และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคม หรือหน้าที่พลเมือง และ 2) ทุนทางสังคมภายใน หรือทุนทางสังคมเชิงการรับรู้ (Cognitive social capital) หมายถึง ความรู้สึกระหว่างบุคคลที่ไม่สามารถมองเห็นหรือจับต้องได้ ได้แก่ ความไว้วางใจ ความรู้สึกต่อผู้อื่น ต่อชุมชน และการพึ่งพาอาศัยกัน นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งทุนสังคมตามนิยามมิติทางสังคม ประกอบด้วย 1) ทุนทางสังคมแนวนอน (Bonding social capital) หมายถึง ความสัมพันธ์และความไว้วางใจภายในกลุ่มคนที่คล้ายกัน เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมชั้นเรียน และ 2) ทุนทางสังคมแนวตั้ง (Bridging social capital) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มที่มีระดับ สามารถบอกลำดับชั้นบน-ล่าง ได้ เช่น หัวหน้างานกับลูกน้อง ครูกับนักเรียน⁸ นอกจากนี้สามารถแบ่งทุนทางสังคมกับสุขภาพ เป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับมหภาค (Macro level) คือ ระดับประเทศ รัฐ จังหวัด 2) ระดับกลาง (Meso level) คือ เพื่อนบ้าน ชุมชน 3) ระดับเล็ก (Micro level) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ เครือข่ายกิจกรรมทางสังคม และ 4) ระดับภายในบุคคล (Individual psychological)⁹

ปัจจัยเชิงบวกที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและสุขภาพ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพและช่วยให้เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การช่วยเหลือกันเรื่องสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในพื้นที่

การรักษาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีผ่านการควบคุมทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ โดยพบว่า ทูทางสังคมในระดับชุมชนมีความสัมพันธ์อย่างมากกับทูทางสังคมระดับบุคคล และทูทางสังคมในระดับบุคคลมีผลอย่างยิ่งกับสุขภาพในกรณีที่ทูทางสังคมระดับชุมชนมีอย่างเพียงพอ^{7,9}

จังหวัดสมุทรปราการตั้งอยู่ในภาคกลางของประเทศไทย แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 6 อำเภอ และเมืองการปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วยระดับเทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล มีประชากรในทะเบียนบ้านราว 1.3 ล้านคน มีลักษณะเศรษฐกิจตามผังเมืองแบ่งเป็น อุตสาหกรรม พาณิชยกรรม ที่อยู่อาศัยตั้งแต่หนาแน่นมาก ไปจนถึงหนาแน่นน้อย เกษตรกรรม และพื้นที่อนุรักษ์ แสดงให้เห็นว่าในจังหวัดมีความหลากหลายของพื้นที่ มีการปกครองส่วนท้องถิ่นครบทุกขนาด มีจำนวน อสม. ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรปราการ 7,645 คน กระจายกันในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน 87 แห่ง¹⁰

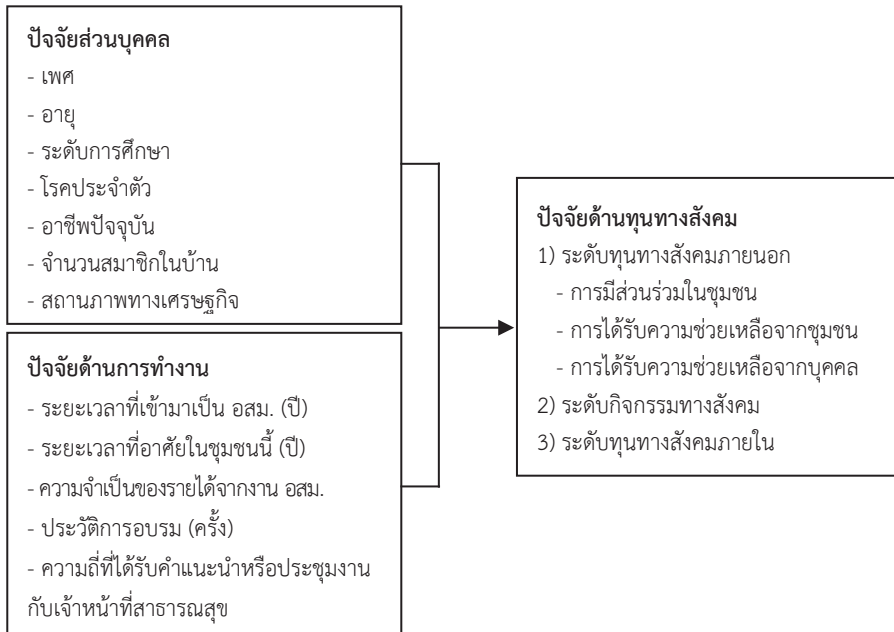
ปัจจุบันมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับทูทางสังคมอย่างจำกัดในประเทศไทย โดยเฉพาะทูทางสังคมในระดับบุคคล รวมถึงการศึกษาในระดับทูทางสังคมและสุขภาพในกลุ่ม อสม. ที่จะมีผลต่อการปฏิบัติงานของกลุ่มดังกล่าว ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของประเทศ ดังนั้นการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างทูทางสังคมและสุขภาพในกลุ่ม อสม. จึงมีความสำคัญที่จะต้องทำการศึกษาวิจัย ซึ่งประโยชน์จากงานวิจัยนี้จะช่วยเพิ่มความเข้าใจในเรื่องทูทางสังคมมากขึ้นในกลุ่ม อสม. และสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษานี้มาเป็นแนวทางในการดำเนินการคัดเลือก การฝึกอบรม การปฏิบัติงาน และคงไว้ซึ่ง อสม. ที่มีประสิทธิภาพไว้ในระบบ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับทูทางสังคมของ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับระดับทูทางสังคมในมิติต่างๆ ของ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับทูทางสังคมในมิติต่างๆ และการปฏิบัติงานของ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้กำหนดให้ตัวแปรต้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว อาชีพ จำนวนสมาชิกในบ้าน และสถานภาพทางเศรษฐกิจ 2) ปัจจัยด้านการทำงาน ระยะเวลาที่เข้ามาเป็น อสม. ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน และความถี่ที่ได้พบปะกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 3) การประเมินการปฏิบัติงานของ อสม. นำมาหาความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือ ทูทางสังคม ประกอบด้วย 3 มิติทูทางสังคม ได้แก่ 1) ทูทางสังคมภายนอก (Structural social capital) 2) กิจกรรมทางสังคม (Civil engagement หรือ Citizenship activities) 3) และทูทางสังคมภายใน (Cognitive social capital) ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากร คือ อสม. ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในจังหวัดสมุทรปราการ พ.ศ. 2565 จำนวน 7,645 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ที่ได้รับคัดเลือกจากการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage cluster sampling) เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้แก่ บุคลากรที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม. กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำลังเก็บข้อมูล เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ บุคลากร อสม. ที่ทำงานไม่ถึง 12 เดือน และจากข้อมูลที่ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการมีจำนวน 7,645 คน กำหนดให้อัตราการเกิดเหตุการณ์เท่ากับ 0.5¹¹ ความคลาดเคลื่อนไม่เกิน ร้อยละ 5 เท่ากับ 0.05 ค่าระดับความมั่นใจที่กำหนด (Z) ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 เท่ากับ 1.96 นำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ อ้างอิง

จากสูตรคำนวณ Lemeshow, Hosmer & Klar¹² งานวิจัยนี้ควรมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 366 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเริ่มจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) โดยแบ่งกลุ่ม อสม. ตามลักษณะเขตที่อยู่อาศัยประกอบด้วย 1) เทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง 2 กลุ่ม 2) เทศบาลตำบลจากอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นมาก 2 กลุ่ม 3) เทศบาลตำบลจากอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นปานกลางหรือน้อย 2 กลุ่ม และ 4) นอกเขตเทศบาลอีก 4 กลุ่ม ตามสัดส่วนของจำนวน อสม. จังหวัดสมุทรปราการ จากข้อตกลงเบื้องต้นว่า แต่ละกลุ่ม อสม. ในเขตการปกครองท้องถิ่นเดียวกันมีลักษณะของประชากรใกล้เคียงกัน (Homogeneity) และเขตการปกครองส่วนท้องถิ่นต่างกัน มีลักษณะของประชากรแตกต่างกัน (Heterogeneity) ได้กลุ่ม อสม. รวมเป็น 10 กลุ่ม ซึ่งคณะผู้นิพนธ์ตัดสินใจเก็บข้อมูลจากทุกคนใน 10 กลุ่มทั้งหมดเนื่องจากความต้องการของหน่วยงานที่ประสานงานในพื้นที่ และเมื่อสุ่มได้มา 10 กลุ่มแล้วมีจำนวน อสม. รวมทั้งสิ้นจำนวน 979 คน เป็น

ขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ เมื่อเทียบกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินทุนทางสังคม และข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านการทำงาน รวม 13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว อาชีพปัจจุบัน รายได้ในครอบครัว จำนวนสมาชิกในบ้าน สถานภาพทางเศรษฐกิจ สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่เข้ามาเป็น อสม. (ปี) ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนนี้ (ปี) ประวัติการอบรม ความจำเป็นของรายได้จากงาน อสม. ความถี่ที่ได้รับคำแนะนำหรือประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติงานของ อสม. ดัดแปลงเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานของ อสม. จากการศึกษาของ Alam, Tasneem และ Oliveras¹³ และ Sato และคณะ¹¹ นำงานที่ อสม. ส่วนใหญ่ต้องปฏิบัติ 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) สอดส่องและรวบรวมข่าวสารในชุมชน ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ให้เข้าถึงข้อมูลในชุมชน 2) เป็นผู้แจ้งข่าวเกี่ยวกับข่าวสารต่อชุมชน 3) งานอนามัยแม่และเด็ก และ 4) คัดกรองหรือติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติงาน โดยใช้เป็นมาตรวัดลิเคิร์ท 5 ระดับ ในแต่ละข้อผู้วิจัยจะให้ อสม. ประเมินตนเอง ซึ่งจากการศึกษาของ Sato และคณะ¹¹ พบว่า การให้ อสม. ประเมินตนเองหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ประเมิน จะได้ผลที่ไม่แตกต่างกัน การประเมินใช้เป็นมาตรวัดลิเคิร์ท 5 ระดับ โดยแต่ละด้านของการปฏิบัติงานของ อสม. มีคะแนนสูงสุด (5 คะแนน) คือ ปฏิบัติงานครบถ้วนตามที่ได้รับมอบหมายหรือเมื่อมีผู้ป่วยในชุมชนในด้านนั้น และคะแนนต่ำสุด (1 คะแนน) คือ ไม่ได้ปฏิบัติงานในด้านนั้นเลย โดยเมื่อรวมคะแนนการปฏิบัติงานของ อสม. ทั้ง 4 ด้าน จะมีช่วงคะแนนรวมระหว่าง 4 - 20 คะแนน โดยมีสมมติฐานว่า

แต่ละอันตรภาคมีช่วงเท่ากัน และสมมติฐานว่าแต่ละข้อมีน้ำหนักเท่ากัน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทุนทางสังคมฉบับภาษาไทย ดัดแปลงจากแบบสอบถามทุนทางสังคมจาก Short Adapted Social Capital Assessment Tool (SASCAT) ที่พัฒนาโดย De Silva และคณะ¹⁴ ร่วมกับฉบับ Short Adapted Social Capital Assessment Tool Bangladesh (SASCAT-B) โดย Story และคณะ¹⁵ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาแปลและดัดแปลงให้เป็นภาษาไทยที่เข้ากับบริบทของสังคมไทยในจังหวัดสมุทรปราการ ด้วยวิธี Forward and back-translation ตาม WHODAS 2.0 Translation Package¹⁶ จากคำถามทั้งหมด 9 ข้อ แบบสอบถามส่วนที่ 3 แบ่งวิธีการวิเคราะห์เป็น 3 มิติทุนทางสังคม ประกอบด้วย 1) คะแนนทุนทางสังคมภายนอก คือ ข้อ 1 ถึง 3 2) คะแนนกิจกรรมทางสังคม คือ ข้อ 4 และ 5 และ 3) คะแนนทุนทางสังคมภายใน คือ ข้อ 6 - 9 คือ (ภาคผนวก 1)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ใช้วิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าคะแนนรายข้ออยู่ในช่วง 0.67 ถึง 1 จัดอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แล้วจึงนำไปทดสอบความเที่ยง (Reliability) ดำเนินการศึกษา นำร่องกับ อสม. ที่อยู่นอกเหนือประชากรที่ทำการศึกษา 30 ราย (Pilot test) เพื่อดูความเข้าใจและวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่ามากกว่า 0.70 ซึ่งความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้¹⁷ และนำข้อแนะนำจากผู้ตอบแบบสอบถามมาใช้ในการปรับปรุงแบบสอบถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล แจกจ่ายแบบสอบถามให้กับกลุ่ม อสม. ตามที่ได้ทำการสุ่มทางจดหมายและจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงาน



สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ และผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง ในช่วงเดือนมีนาคม - เมษายน 2565

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เอกสารเลขที่ MedChula IRB 1012/64 วันที่ให้การรับรอง 11 กุมภาพันธ์ 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ตัวแปรต้น ได้แก่ ข้อมูลข้อมูลทั่วไป แสดงด้วยจำนวน (ร้อยละ) ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) หรือค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์) ข้อมูลการปฏิบัติงานของ อสม. นำเสนอด้วยจำนวนคะแนนในแต่ละข้อ หากมีการกระจายตัวเป็นปกติ นำคะแนนในแต่ละข้อมารวมกัน มีช่วงคะแนน 4 - 20 คะแนน นำเสนอโดยใช้ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์) เพื่อจัดแบ่งระดับ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลอีกครั้ง ตัวแปรตาม ประกอบด้วย ทุนทางสังคม ทั้ง 3 มิติ ประกอบด้วย ทุนทางสังคมภายนอก กิจกรรมทางสังคม และทุนทางสังคมภายใน ดังนี้

1. คะแนนทุนทางสังคมภายนอก ข้อ 1 ถึง 3 มีช่วงคะแนน 0 - 21 คะแนน นำเสนอโดยใช้ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์) เพื่อจัดแบ่งระดับแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลอีกครั้ง
2. คะแนนกิจกรรมทางสังคม ข้อ 4 และ 5 มีช่วงคะแนน 0 - 2 คะแนน นำเสนอโดยใช้ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์) เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลอีกครั้ง
3. คะแนนทุนทางสังคมภายใน ข้อ 6 ถึง 9 มีช่วงคะแนน 0 - 4 คะแนน นำเสนอโดยใช้ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์) เพื่อจัดแบ่งระดับแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลอีกครั้ง

สถิติเชิงอนุมาน นำตัวแปรปัจจัยต้นต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยด้านการปฏิบัติงานของ อสม. มาวิเคราะห์

เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัวกับตัวแปรตาม (Bivariate analysis) แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบหลายกลุ่ม (Multiple logistic regression) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับระดับทุนทางสังคมทั้ง 3 มิติ ของ อสม. และเริ่มต้นหาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงานของ อสม. กับทุนทางสังคมของ อสม. โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .05$ การศึกษาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม Stata version 15.0 (Stata Corporation, TX, USA)

ผลการวิจัย

จากการสุ่มกลุ่ม อสม. แบบแบ่งกลุ่ม 10 กลุ่ม ได้กลุ่มตัวอย่าง รวม 979 คน ประกอบด้วย เทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง 2 กลุ่ม 312 คน เทศบาลตำบลจากอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นมาก 2 กลุ่ม 190 คน เทศบาลตำบลจากอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นปานกลางหรือน้อย 2 กลุ่ม 213 คน และนอกเขตเทศบาลอีก 4 กลุ่ม 264 คน ต่อมาผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามไปยัง อสม. 979 ชุด และได้รับแบบสอบถามคืน 778 ชุด คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 79.47

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการทำงาน

ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 61.44 ปี (SD 9.75) และมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนปัจจุบัน 39.18 ปี (SD 18.08) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.13 มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 36.25 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานอื่นๆ นอกเหนือจากงาน อสม. ร้อยละ 47.30 ระดับสถานภาพทางเศรษฐกิจมีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 47.18 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ร้อยละ 56.56 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง อสม. จังหวัดสมุทรปราการ (n = 778)

ปัจจัยด้านบุคคล		
อายุ (ปี)	Mean (SD) = 61.44 (9.75)	พิสัย 24 - 85 ปี
จำนวนสมาชิกในบ้าน (คน)	Mean (SD) = 4.36 (2.04)	พิสัย 1 - 16 คน
ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนนี้ (ปี)	Mean (SD) = 39.18 (18.08)	พิสัย 1 - 85 ปี
ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	639	82.13
ชาย	139	17.87
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	282	36.25
มัธยมศึกษาตอนต้น	163	20.95
มัธยมศึกษาตอนปลาย	162	20.82
ปวช./ ปวส.	93	11.95
ปริญญาตรีขึ้นไป	78	10.03
อาชีพปัจจุบัน		
มีงานประจำ (รับจ้างประจำ ธุรกิจส่วนตัว พนักงานของรัฐ)	289	37.15
มีงานไม่ประจำ (รับจ้างไม่ประจำ)	121	15.55
ไม่ได้ทำงานอื่นๆ	368	47.30
สถานภาพทางเศรษฐกิจ		
มีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ	215	27.63
มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ	372	47.18
มีรายได้ไม่เพียงพอ	191	24.55
สิทธิการรักษา		
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	537	69.02
ประกันสังคม	148	19.02
ข้าราชการ/ พนักงานของรัฐ	93	11.95
มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์		
มี	440	56.56
ไม่มี	338	43.44

ปัจจัยด้านการทำงาน กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เข้ามาเป็น อสม. มีค่าเฉลี่ย 13.8 ปี (SD 7.8) อสม. มีการได้รับคำแนะนำหรือได้ประชุมงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 - 5 ครั้งต่อปี ร้อยละ 30.33 (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง อสม. จังหวัดสมุทรปราการ (n = 778)

ปัจจัยด้านการทำงาน		
ระยะเวลาที่เข้ามาเป็น อสม. (ปี)	Mean (SD) = 13.7 (7.84) พิสัย 1 - 40 ปี	
ปัจจัยด้านการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
มีความจำเป็นของรายได้จากงาน อสม.		
ใช่	560	71.98
การเข้าร่วมอบรมในงานอสม. จำนวน (ครั้ง)		
ยังไม่เคยอบรม	152	19.54
1 - 3 ครั้ง	293	37.66
4 - 5 ครั้ง	140	17.99
มากกว่า 5 ครั้ง	193	24.81
ความถี่ที่ได้รับคำแนะนำหรือประชุมงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
น้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อปี	193	24.81
3 - 5 ครั้ง ต่อปี	236	30.33
6 - 11 ครั้ง ต่อปี	134	17.22
เดือนละ 1 ครั้งขึ้นไป	215	27.63

ข้อมูลปัจจัยด้านการปฏิบัติงานของ อสม.

ข้อมูลการปฏิบัติงานของ อสม. เมื่อรวมคะแนนการปฏิบัติงานของ อสม. แต่ละบุคคลทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การแจ้งข้อมูลสาธารณสุขจากชุมชนแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน 3) การให้ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขแก่คนในชุมชน 4) การช่วยค้นหาและติดตามการดูแลเด็กขาดสารอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานการปฏิบัติงาน อสม. เท่ากับ 15 คะแนน (สูงสุด 20 คะแนน ต่ำสุด 4 คะแนน และค่าพิสัยควอไทล์ 12, 18) โดยจัดระดับเป็นกลุ่มที่มีคะแนนการปฏิบัติงาน 15 คะแนนขึ้นไป (การปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง) พบว่า มีจำนวน 436 คน คิดเป็นร้อยละ 56.04 และคะแนนการปฏิบัติงานน้อยกว่า 15 คะแนน (การปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ) มีจำนวน 342 คน คิดเป็นร้อยละ 43.96

ข้อมูลระดับทุนทางสังคมของ อสม. และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ระดับทุนทางสังคม ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ ทุนทางสังคมภายนอก กิจกรรมทางสังคม และทุนทางสังคมภายใน

ทุนทางสังคมภายนอก กลุ่มตัวอย่างมีค่า

มัธยฐาน คือ 5 คะแนน (ค่าพิสัยควอไทล์ 4, 8) โดยมีผู้ที่มีคะแนนทุนทางสังคมภายนอก 5 คะแนน จำนวน 132 คน เพื่อตัดปัญหาที่อาจเกิดจากอคติจากการจัดแบ่งกลุ่ม (Misclassification bias) จึงทำการตัดผู้ที่ได้ค่ามัธยฐานออก ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่าง อสม. 646 คน โดยระดับกลุ่มที่มีคะแนนทุนทางสังคมภายนอกน้อยกว่า 5 คะแนน (ระดับทุนทางสังคมภายนอกน้อย) มีจำนวน 303 คน (ร้อยละ 46.90) และกลุ่มที่มีคะแนนทุนทางสังคมภายนอกมากกว่า 5 คะแนน (ระดับทุนทางสังคมภายนอกมาก) มีจำนวน 343 คน (ร้อยละ 53.09) โดยเมื่อวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว พบว่า ผลลัพธ์ที่ได้ไม่ต่างกัน ดังนั้นการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบหลายกลุ่ม จึงใช้ระดับทุนทางสังคมภายนอกแบบที่ตัดค่ามัธยฐาน (5 คะแนน) ออกเพื่อป้องกันอคติจากการจัดแบ่งกลุ่ม

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบหลายกลุ่ม เมื่อควบคุมปัจจัยตัวแปรกวน พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายนอก ได้แก่ ที่อยู่อาศัย ผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่อาศัยในเทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง OR

2.28 (95% CI 1.43 - 3.65) สถานภาพทางเศรษฐกิจ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ พบว่า ผู้มีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ OR 2.50 (95% CI 1.54 - 4.06) เป็นปัจจัยเชิงบวกต่อระดับทุนทางสังคมภายนอก ปัจจัยอายุที่เพิ่มขึ้น OR 1.03 (95% CI 1.01 - 1.05) สัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายนอกที่สูงขึ้น ปัจจัยความถี่ของ อสม. ในการได้รับคำแนะนำหรือประชุมงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับที่พบน้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี การพบ

3 - 5 ครั้งต่อปี OR 2.58 (95% CI 1.62 - 4.10) การพบต่อปี 6 - 11 ครั้งต่อปี OR 2.74 (95% CI 1.60 - 4.71) และการพบเดือนละ 1 ครั้งขึ้นไป OR 3.99 (95% CI 2.44 - 6.54) ดังนั้นการพบปะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่บ่อยครั้งขึ้นเป็นปัจจัยเชิงบวกต่อระดับทุนทางสังคมภายนอก และปัจจัยระยะเวลาที่เข้ามาเป็น อสม. พบว่า ระยะเวลาของการเป็น อสม. ที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเชิงบวกต่อระดับทุนทางสังคม OR 1.04 (95% CI 1.01 - 1.06) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมภายนอกและปัจจัยต่างๆ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบหลายกลุ่ม (n = 646)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายนอก	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)**
1. ที่อยู่อาศัย		
เทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง	1.00	1.00
เทศบาลตำบล ในเขตอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นมาก	1.18 (0.73 - 1.90)	1.49 (0.88 - 2.53)
เทศบาลตำบล ในเขตอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นน้อย	1.56 (1.01 - 2.42)*	1.44 (0.89 - 2.32)
นอกเขตเทศบาล	2.66 (1.73 - 4.10)*	2.28 (1.43 - 3.65)*
2. สถานภาพทางเศรษฐกิจ		
มีรายได้ไม่เพียงพอ	1.00	1.00
มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ	1.36 (0.92 - 2.00)	1.13 (0.74 - 1.73)
มีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ	3.07 (1.96 - 4.80)*	2.50 (1.54 - 4.06)*
3. อายุ (ต่อหนึ่งปี)	1.03 (1.02 - 1.05)*	1.03 (1.01 - 1.05)*
4. ความถี่ที่ได้รับคำแนะนำหรือประชุมงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
น้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อปี	1.00	1.00
3 - 5 ครั้ง ต่อปี	2.65 (1.71 - 4.10)*	2.58 (1.62 - 4.10)*
6 - 11 ครั้ง ต่อปี	2.62 (1.58 - 4.33)*	2.74 (1.60 - 4.71)*
เดือนละ 1 ครั้งขึ้นไป	3.67 (2.35 - 5.73)*	3.99 (2.44 - 6.54)*
5. ระยะเวลาที่เป็น อสม. (ต่อหนึ่งปี)	1.05 (1.03 - 1.08)*	1.04 (1.01 - 1.06)*

* p < .05

** ควบคุมโดยปัจจัยตัวแปร ประกอบด้วย ที่อยู่อาศัย สถานภาพทางเศรษฐกิจ อายุ (ปี) การพบปะเจ้าหน้าที่ และระยะเวลาที่เป็น อสม. (ปี)

กิจกรรมทางสังคม กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนกิจกรรมทางสังคม 2 คะแนนเต็ม (ระดับกิจกรรมทางสังคม ดี) 599 คน คิดเป็นร้อยละ 77 คะแนนกิจกรรมทางสังคม 1 คะแนน (ระดับกิจกรรมทางสังคมปานกลาง) 142 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 และ 0 คะแนน (ไม่มีคะแนนกิจกรรมทางสังคม) 37 คน คิดเป็นร้อยละ 4.8



การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบหลายกลุ่ม เมื่อควบคุมปัจจัยตัวแปรอื่น พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางสังคม ได้แก่ ที่อยู่อาศัย ผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่อาศัยในเทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง OR 0.49 (95% CI 0.30 - 0.79) เป็นปัจจัยที่มีทิศทางตรงกันข้ามกับการมีกิจกรรมทางสังคมที่ดี ปัจจัยระดับการศึกษา เมื่อเทียบกับระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า พบว่า มัธยมศึกษาตอนปลาย OR 2.06 (95% CI 1.21 - 3.52) และปริญญาตรีขึ้นไป OR 2.38 (95% CI 1.12 - 5.07) เป็นปัจจัยเชิงบวกต่อระดับกิจกรรมทางสังคม และระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนแห่งนี้ พบว่า ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเชิงลบต่อระดับกิจกรรมทางสังคม OR 0.98 (95% CI 0.97 - 0.99) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางสังคมและปัจจัยต่างๆ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบหลายกลุ่ม (n = 778)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางสังคม	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)**
1. ที่อยู่อาศัย		
เทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง	1.00	1.00
เทศบาลตำบล ในเขตอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นมาก	0.91 (0.53 - 1.55)	0.86 (0.50 - 1.49)
เทศบาลตำบล ในเขตอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นน้อย	1.16 (0.68 - 1.98)	1.19 (0.69 - 2.08)
นอกเขตเทศบาล	0.39 (0.25 - 0.62)*	0.49 (0.30 - 0.79)*
2. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	1.00	1.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	0.79 (0.52 - 1.21)	0.77 (0.49 - 1.18)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2.23 (1.33 - 3.76)*	2.06 (1.21 - 3.52)*
ปวช./ ปวส.	1.56 (0.73 - 2.18)	0.99 (0.55 - 1.77)
ปริญญาตรีขึ้นไป	2.71 (1.29 - 5.70)*	2.38 (1.12 - 5.07)*
3. ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนปัจจุบัน (ต่อหนึ่งปี)	0.98 (0.97 - 0.99)*	0.98 (0.97 - 0.99)*

* p < .05

** ควบคุมโดยปัจจัยตัวแปร ประกอบด้วย ที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน (ปี)

ทุนทางสังคมภายใน กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานทุนทางสังคมภายใน 4 คะแนน (ค่าพิสัยควอไทล์ 3, 4) จึงนำมาจัดแบ่งระดับเป็นกลุ่มที่ทุนทางสังคมภายใน 4 คะแนน (ระดับทุนทางสังคมภายในมาก) จำนวน 481 คน คิดเป็นร้อยละ 61.8 กลุ่มที่มีทุนทางสังคมภายใน 3 คะแนน (ระดับทุนทางสังคมภายในปานกลาง) จำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 28.3 และทุนทางสังคมภายในน้อยกว่า 3 คะแนน (ระดับทุนทางสังคมภายในน้อย) จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 9.9

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบหลายกลุ่ม เมื่อควบคุมปัจจัยตัวแปรอื่น พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายใน ประกอบด้วย 2 ปัจจัย ได้แก่ ที่อยู่อาศัย ผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่อาศัยในเทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง OR 2.37 (95% CI 1.08 - 5.17) และปัจจัยสถานภาพทางเศรษฐกิจ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ พบว่า ผู้มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ OR 1.78 (95% CI 1.05 - 3.01) และผู้มีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ OR 3.17 (95% CI 1.53 - 6.55) เป็นปัจจัยเชิงบวกต่อระดับทุนทางสังคมภายใน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมภายในและปัจจัยต่างๆ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบหลายกลุ่ม (n = 778)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมภายใน	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)**
1. ที่อยู่อาศัย		
เทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง	1.00	1.00
เทศบาลตำบล ในเขตอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นมาก	0.66 (0.36 - 1.22)	0.65 (0.35 - 1.21)
เทศบาลตำบล ในเขตอำเภอที่มีประชากรหนาแน่นน้อย	1.11 (0.59 - 2.11)	1.12 (0.58 - 2.13)
นอกเขตเทศบาล	2.69 (1.24 - 5.83)*	2.37 (1.08 - 5.17)*
2. สถานภาพทางเศรษฐกิจ		
มีรายได้ไม่เพียงพอ	1.00	1.00
มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ	1.87 (1.11 - 3.13)*	1.78 (1.05 - 3.01)*
มีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ	3.59 (1.75 - 7.37)*	3.17 (1.53 - 6.55)*

* p < .05

** ควบคุมโดยปัจจัยตัวแปร ประกอบด้วย ที่อยู่อาศัย และสถานภาพทางเศรษฐกิจ

การปฏิบัติงานของ อสม. และทุนทางสังคม
การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงานของ อสม. และทุนทางสังคมทั้ง 3 มิติ โดยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ พบว่า ผู้ที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง มีอัตราส่วนแถมต่อทุนทางสังคมภายนอก OR 2.12 (95% CI 1.55 - 2.90) มีอัตราส่วนแถมต่อแต่ละระดับของกิจกรรมทางสังคม OR 3.43 (95% CI 2.42 - 4.47) และมีอัตราส่วนแถมต่อแต่ละระดับของทุนทางสังคมภายใน OR 1.47 (95% CI 1.11 - 1.95)

การอภิปรายผลการวิจัย

เมื่อพิจารณาจากทั้ง 3 มิติของทุนทางสังคม ประกอบด้วย ทุนทางสังคมภายนอก กิจกรรมทางสังคม และทุนทางสังคมภายใน โดยสรุปการศึกษานี้พบว่า 1) ปัจจัยตำแหน่งที่ตั้งที่อยู่อาศัย สถานภาพทางเศรษฐกิจ อายุ ความถี่ของ อสม. ในการได้รับคำแนะนำหรือประชุมงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และระยะเวลาที่เป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมภายนอก 2) ปัจจัยตำแหน่งที่ตั้งที่อยู่

อาศัย ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางสังคม และ 3) ปัจจัยตำแหน่งที่ตั้งที่อยู่อาศัย และสถานภาพทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมภายใน ตำแหน่งที่ตั้งที่อยู่อาศัย ในการศึกษานี้เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับทุกมิติทุนทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Adjaye-Gbewonyo และคณะ ทำการศึกษาในประเทศกานา พบว่า ผู้ที่อาศัยในชนบทมีระดับทุนทางสังคมภายนอก กิจกรรมทางสังคม และทุนทางสังคมภายใน สูงกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเมือง โดยอธิบายว่าเนื่องจากปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีปฏิสัมพันธ์กันในชุมชน¹⁸ แต่ในการศึกษานี้ได้ผลตรงข้ามในเรื่องของระดับกิจกรรมทางสังคม ซึ่งพบว่า ผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีระดับกิจกรรมทางสังคมต่ำกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเมือง และระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนที่มากขึ้นจะลดระดับกิจกรรมทางสังคม สามารถอธิบายได้จากมิติของทุนทางสังคม ในแนวราบที่มีการรวมกลุ่มกันที่แน่นแฟ้นมากเกินไป เป็นสาเหตุทำให้เกิดการกีดกันคนนอก การจำกัดอิสระส่วนบุคคล ความรู้สึกเกรงใจ ส่งผลกระทบ

ด้านลบต่อการมีกิจกรรมทางสังคมได้¹⁹ และสอดคล้องไปกับการศึกษาของ Sato และคณะ ซึ่งใช้แบบสอบถามเดียวกันกับการศึกษานี้ ทำการศึกษาในพื้นที่ชนบทของประเทศลาว มีคะแนนกิจกรรมทางสังคมเฉลี่ยต่ำกว่าการศึกษานี้ในจังหวัดสมุทรปราการที่มีความเป็นเมืองมากกว่า แต่ในขณะที่คะแนนทุนทางสังคมภายนอกและทุนทางสังคมภายในการศึกษาในประเทศลาว มีคะแนนมากกว่าการศึกษานี้ในจังหวัดสมุทรปราการ¹¹

สถานภาพทางเศรษฐกิจ ระดับรายได้ที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับทุนทางสังคมภายนอก และทุนทางสังคมภายในที่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้โดย Hasan และคณะ ทำการศึกษาทุนทางสังคมในอินเดีย พบว่า เพศชายมีทุนทางสังคมมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากมีความแตกต่างกันในเรื่องรายได้²⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Harpham, Grant & Thomas พบว่า การมีหนี้หรือรายได้ต่ำเป็นปัจจัยลบต่อระดับทุนทางสังคม²¹

อายุรวมถึงระยะเวลาการเป็น อสม. ที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยบวกต่อระดับทุนทางสังคม สอดคล้องไปกับการศึกษา McDonald & Mair ที่สรุปว่า อายุที่เพิ่มขึ้นและการทำงานที่นานขึ้น ทำให้เกิดเครือข่ายสังคมและการช่วยเหลือกันผ่านสังคมที่ได้จากการทำงาน²² เช่นเดียวกับการพบปะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถือเป็นการเพิ่มทุนทางสังคมโดยตรงและโดยอ้อมผ่านการอธิบายในมิติทุนทางสังคมแนวดิ่ง ซึ่งนอกจากเป็นการเพิ่มเครือข่ายของตัว อสม. โดยตรงแล้ว ทุนทางสังคมแนวดิ่งนี้ยังเป็นการช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับตัว อสม. ซึ่งทำให้ อสม. มีโอกาสทำความรู้จักกับคนในชุมชนได้เพิ่มขึ้นอีกด้วย⁴

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยบวกที่มีความสัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า ซึ่งพบว่า การศึกษามีผลต่อระดับทุนทางสังคมในด้านบรรทัดฐานและทุนทางสังคมโดยรวม^{20,23} เนื่องจากเมื่อมีการศึกษาที่สูงขึ้น ทำให้

มีโอกาสมากขึ้น สามารถเข้าถึงปัจจัยทางเศรษฐกิจมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมในการเพิ่มระดับทุนทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาที่มากขึ้นยังสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานที่ดีขึ้นในอีกทางหนึ่งด้วย²⁴

ในการศึกษานี้ พบว่า การปฏิบัติงานที่ดีมีความสัมพันธ์กับระดับทุนทางสังคมที่มากขึ้น ทั้งระดับทุนทางสังคมภายนอก ระดับกิจกรรมทางสังคม และระดับทุนทางสังคมภายใน สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกและการศึกษาก่อนหน้าพบว่า ผู้ที่มีทุนทางสังคมมากอาจจะอนุมานได้ว่าเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับจากชุมชน มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับชุมชน มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่พลเมือง มีความเชื่อถือ ไว้วางใจ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน จะเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน อสม. และแนะนำให้ใช้เป็นหนึ่งในเกณฑ์คัดเลือกเพื่อเข้ามาเป็น อสม.^{2,5}

จุดแข็งของการศึกษาวิจัยนี้ เท่าที่คณะผู้นิพนธ์ได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่า เป็นครั้งแรกที่มีการแปลแบบสอบถามประเมินทุนทางสังคมในระดับบุคคลที่ได้รับการนำไปใช้ในหลายประเทศมาเป็นภาษาไทย ซึ่งการประเมินทุนทางสังคมในระดับบุคคลนี้ยังไม่มีแบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน และจากความสำคัญที่ทุนทางสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้เป็นข้อพิจารณาในการคัดเลือก อสม.⁵ การศึกษานี้จึงถือเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์หนึ่งซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของทุนทางสังคมและ อสม. ในมิติต่างๆ

ข้อจำกัดในการศึกษานี้ ได้แก่ รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางสามารถบอกได้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและปัจจัยต่างๆ แต่ไม่สามารถบอกทิศทางความเป็นเหตุเป็นผลได้ (Causal relationship) ข้อมูลการศึกษาเรื่องทุนทางสังคมยังมีอยู่อย่างจำกัดในประเทศไทย ปัจจัยที่ได้จากขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรม จึงจำเป็นต้องเทียบกับการศึกษาใน

ต่างประเทศ นอกจากนี้เครื่องมือแบบประเมินนี้
ยังไม่มีเกณฑ์คะแนนการแปลผลที่ชัดเจนตายตัว
และการนำไปใช้ในประชากรกลุ่มอื่น อาจต้องมีการ
แก้ไขเครื่องมือเพื่อให้เหมาะกับบริบทของ
พื้นที่นั้น เช่น ภาษาที่ใช้ถาม ฯลฯ

ข้อเสนอแนะ

การส่งเสริมสนับสนุนปัจจัยต่างๆ ที่เป็น
ปัจจัยเชิงบวกต่อทุนทางสังคม โดยเฉพาะสถานภาพ
ทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา รวมถึงการได้รับ
คำแนะนำหรือประมุขงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
เป็นประเด็นที่ควรพิจารณาสำหรับนโยบายในการ
สนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. และจากการศึกษา
พบว่า ทุนทางสังคมเป็นปัจจัยบวกกับการปฏิบัติงาน
ของ อสม. ดังนั้นสามารถนำคำถามคัดกรองทุน

ทางสังคมนี้ ที่ใช้เวลาตอบไม่เกิน 5 นาที¹⁴ ไปใช้
เป็นหนึ่งในเกณฑ์เพื่อคัดเลือก อสม. ได้

การศึกษาในอนาคต อาจทำการศึกษา
เชิงวิเคราะห์ในระยะยาวเพื่อให้สามารถบอกความ
เป็นเหตุเป็นผลได้ และหากมีการใช้เครื่องมือนี้มากขึ้น
จะสามารถศึกษาหาเกณฑ์แปลผลของเครื่องมือ
ทุนทางสังคมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น เกิดประโยชน์ต่อ
ผู้นำเครื่องมือไปใช้ต่อไป โดยเฉพาะในกลุ่ม อสม.
และหรือบุคลากรอื่นๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน
รวมถึงอาจมีการเปรียบเทียบระดับทุนทางสังคม
ระหว่างเขตเมืองและชนบทเพื่อให้เห็นภาพรวม
ของทุนทางสังคมในแต่ละพื้นที่ และปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมในแต่ละพื้นที่
เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทุนทางสังคม
ในบริบทต่างๆ มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Perry HB, Zulliger R, Rogers MM. Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: An overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. *Annu Rev Public Health* 2014;35:399-421.
2. Lehmann U, Sanders D. Policy brief: Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Geneva: World Health Organization; 2007.
3. Office ILO. International standard classification of occupations: structure, group definitions and correspondence tables. Book 1. Geneva: International Labour Office; 2012.
4. Inoue Y, Takahashi D, Kondo N, Yoshii A, Sekihara M, Hombhanje FW. Village health volunteers' individual social capital and caretakers' health service utilization for febrile children in malaria-endemic villages in papua new guinea. *Tran R Soc Trop Med Hyg* 2017;111(11):490-6.
5. WHO. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Geneva: World Health Organization; 2018.
6. Putnam RD. The prosperous community: social capital and public life. *The American Prospect* 1993;13(4):35-42.
7. Rocco L, Suhrcke M. Is social capital good for health?: a European perspective. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Copenhagen; 2012.
8. Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. *J Epidemiol* 2012;22(3):179-87.

6. Putnam RD. The prosperous community: social capital and public life. *The American Prospect* 1993;13(4):35-42.
7. Rocco L, Suhrcke M. Is social capital good for health?: a European perspective. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Copenhagen; 2012.
8. Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. *J Epidemiol* 2012;22(3):179-87.
9. Kawachi I, Subramanian SV, Kim D. Social capital and health. In: Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, editors. *Social capital and health*. New York: Springer; 2008. p. 1-26.
10. Samutprakarn Provincial Office. Annual government action plan of Samutprakarn province fiscal year 2021. Samutprakarn: Samutprakarn Provincial Office; 2021. (in Thai).
11. Sato Y, Pongvongsa T, Nonaka D, Kounnavong S, Nansounthavong P, Moji K, et al. Village health volunteers' social capital related to their performance in Lao People's Democratic Republic: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2014;14(1):123.
12. Lemeshow S, Hosmer Jr DW, Klar J. Sample size requirements for studies estimating odds ratios or relative risks. *Stat Med* 1988;7(7):759-64.
13. Alam K, Tasneem S, Oliveras E. Performance of female volunteer community health workers in Dhaka's urban slums-a case-control study. *Soc Sci Med* 2012;75(3):511-5.
14. De Silva MJ, Harpham T, Tuan T, Bartolini R, Penny ME, Huttly SR. Psychometric and cognitive validation of a social capital measurement tool in Peru and Vietnam. *Soc Sci Med* 2006;62(4):941-53.
15. Story WT, Taleb F, Ahasan SM, Ali NA. Validating the measurement of social capital in Bangladesh: a cognitive approach. *Qual Health Res* 2015;25(6):806-19.
16. Castro SS, Leite CF. Translation and cross-cultural adaptation of the world health organization disability assessment schedule-whodas 2.0. *Fisioterapia e Pesquisa* 2017;24:385-91.
17. Intarakamhang U, Intarakamhang PJJorih. Health literacy scale and causal model of childhood overweight. *J Res Health Sci* 2017;17(1):368.
18. Adjaye-Gbewonyo D, Rebok GW, Gross AL, Gallo JJ, Underwood CR. Assessing urban-rural differences in the relationship between social capital and depression among Ghanaian and South African older adults. *PLoS ONE* 14(6):e0218620. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218620>
19. Treewanchai S. Social capital: definition and its important. [Internet]. [cited 2005 January 1]. Available from: <https://prachatai.com/journal/2005/01/2262>. (in Thai).
20. Hasan MZ, Leoutsakos J-M, Story WT, Dean LT, Rao KD, Gupta S. Exploration of factor structure and measurement invariance by gender for a modified shortened adapted social capital assessment tool in india. *Front Psychol* 2019;10:2641.



23. Janpong S. A survey of community social capital: a case study of mooban Mon, tambon Namueng, Mueang, Ratchaburi province. [Master's Thesis, Faculty of Management Science]. Silpakorn University; 2011. p.77. (in Thai).
24. Osothisinlp S, Sithisarakul P. Work ability and associated factors of aging healthcare workers in a tertiary care hospital in Bangkok. Royal Thai Navy Medical Journal 2020;47(2):256-74. (in Thai).



ภาคผนวก 1

แบบประเมินทุนทางสังคมฉบับภาษาไทย

ข้อคำถาม	แปลผล/ คะแนน
ทุนทางสังคมภายนอก 1. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม หรือ เป็นสมาชิกของกลุ่มต่อไปนี้ในชุมชนหรือไม่? (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) () กลุ่มสตรี/ ชมรมผู้สูงอายุ/ อปพร. () กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ หรือสหกรณ์ () กลุ่มศาสนา เช่น วัด/ โบสถ์/ มัสยิด () กลุ่มกีฬา/ กลุ่มออกกำลังกาย () กลุ่มระดับชุมชน เช่น กรรมการชุมชน ทีมงานผู้ใหญ่บ้าน () กลุ่มสมาชิกที่ทำงาน (ลูกจ้าง หรือ เจ้าของกิจการ) บริษัท, กลุ่มประมง () กลุ่มการเมือง (นักการเมืองในระดับต่าง ๆ เช่น ส.ส. อบต. และทีมงาน) () อื่นๆ โปรดระบุ 2. หากมีเหตุการณ์ไม่คาดฝัน เช่น คนในครอบครัวเสียชีวิต หรือขาดรายได้ จะมีกลุ่มใดช่วยท่านได้บ้าง (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) () กลุ่มสตรี/ ชมรมผู้สูงอายุ/ อปพร. () กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ หรือสหกรณ์ () กลุ่มศาสนา เช่น วัด/ โบสถ์/ มัสยิด () กลุ่มกีฬา/ กลุ่มออกกำลังกาย () กลุ่มระดับชุมชน เช่น กรรมการชุมชน ทีมงานผู้ใหญ่บ้าน () กลุ่มสมาชิกที่ทำงาน (ลูกจ้าง หรือ เจ้าของกิจการ) บริษัท, กลุ่มประมง () กลุ่มการเมือง (นักการเมืองในระดับต่าง ๆ เช่น ส.ส. อบต. และทีมงาน ฯลฯ) () อื่น ๆ โปรดระบุ 3. หากมีเหตุการณ์ไม่คาดฝัน เช่น คนในครอบครัวเสียชีวิต หรือขาดรายได้ จะมีใครช่วยท่านบ้าง (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) () เพื่อนบ้าน ()ญาติหรือคนในครอบครัว (ที่ไม่ได้อาศัยในบ้านเดียวกัน) () เพื่อนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เพื่อนบ้าน () พระสงฆ์ นักบวช () เจ้าหน้าที่รัฐ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจ ครู () ผู้นำชุมชน เช่นกรรมการหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน () นักการเมืองท้องถิ่น เช่น อบต. เทศบาล สจ. ส.ส. และทีมงาน ฯลฯ () อื่น ๆ โปรดระบุ	ช่วงคะแนน 0 - 7 ช่วงคะแนน 0 - 7 ช่วงคะแนน 0 - 7
กิจกรรมทางสังคม 4. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้มีความพยายามแก้ไขปัญหาดัง ๆ ร่วมกันกับคนในชุมชน หรือปัญหาทั่วไปร่วมกันกับคนในชุมชนหรือไม่ 5. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้พูดคุย หรือแจ้งปัญหาในชุมชน กับผู้มีอำนาจ หรือเจ้าหน้าที่ หรือไม่	ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0 ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0
ทุนทางสังคมภายใน 6. คนส่วนใหญ่ในชุมชน สามารถไว้วางใจได้ 7. คนในชุมชนส่วนใหญ่สามัคคีกัน 8. ท่านรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน 9. ท่านคิดว่า คนส่วนใหญ่ในชุมชนพยายามที่จะเอาเปรียบท่านเมื่อมีโอกาส	ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0 ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0 ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0 ใช่ = 0, ไม่ใช่ = 1