

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จังหวัด อุบลราชธานี

**Potential development model Village Health Volunteers leader in driving policy for participatory health Ubon
Ratchathani province.**

สุทธิพงษ์ ภาคทอง¹

Sutthiphong Pakthong¹

(Received: July 27,2020; Accepted: August 3,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้ 1.การศึกษาสภาพปัจจุบัน 2. การศึกษาความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และ 3.การสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม. การเก็บข้อมูล ได้แก่ สัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ทรงคุณวุฒิ(In-depth interview) ผู้บริหารระดับจังหวัด/อำเภอ สทนากลุ่ม(Focus Group) ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานระดับอำเภอ และ ประธาน อสม.ระดับอำเภอ การตอบแบบสอบถาม(Questionnaire) ของ อสม.แล้วนำผลการศึกษาทั้งหมด มาสังเคราะห์ (Synthesis) เป็น รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

ผลการศึกษา พบว่า การสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม วิธีการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม. บูรณาการกับ การประชุม อสม.ประจำเดือน ที่ รพ.สต. ระยะเวลา 2 วัน ความรู้ เรื่อง สิทธิ และหน้าที่ด้านสุขภาพ ทักษะการประสานงาน การศึกษาดูงาน วิทยากรจาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) งบประมาณ จาก สปสช. มีการประเมินผลหลังการปฏิบัติงาน และรายงานผลต่อ รพ.สต.ชมรม อสม.ควรมีส่วนร่วม ในด้านหลักสูตร บทบาท ผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อน คือ การสร้างสร้างความเข้าใจและให้ความรู้ประชาชน ชวนภาคีเครือข่าย จัดทำธรรมนูญสุขภาพ และ เป็น ตัวอย่างที่ดีในการขับเคลื่อน

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพ ผู้นำ อสม.

Abstract

This research was action research aimed to studied potential development model Village Health Volunteers leader In driving public policy for participatory health Ubon Ratchathani province. Consists of 3 steps as follows 1. Studied of current conditions 2. Studied of opinions of experts and 3. Creating a model to develop the potential of the leaders of the volunteers. Data collection was in-depth interview with experts in the provincial / district level. Focus Group, responsible person in primary health care at district level and president of district health volunteers. Questionnaire of the Health Volunteers and all the results of the synthesis (Synthesis) is a model of leadership development. Health Volunteers in driving public policies for participatory health .

The study found that creating a model for leadership development Health Volunteers in driving public policies for participatory health. How to develop the potential of the Village Health Volunteers integrated with the monthly meeting of the Volunteers At the Tambon Health Promotion Hospital, duration of 2 days. Knowledge of health rights and obligations Coordination skills A study visit for speakers from the District Public Health Office (SorBorNor.) Budget from the NHSO, with post-performance evaluation. And report the results to the Health Club. Health Clubs should participate In the curriculum, the role of the Health Volunteers Leader in driving is to create understanding and educate people. Chuan network partners Make a health statute and set a good example for driving.

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

การพัฒนาสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็น กระบวนการ หรือ กลไกที่สำคัญ ในการ พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care : PHC) มาตั้งแต่อดีต จวบจนถึงปัจจุบัน แม้ว่า การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care : PHC) เปลี่ยนผ่าน หรือ ยกระดับไปสู่ การพัฒนาเชิงนโยบายใหม่ๆ ตามบริบทสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปก็ตาม ไม่ว่าจะมีส่วนเปลี่ยนผ่าน ส่วนนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy : PHPP) หรือ การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Systems : PCS) ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2562 เพิ่งมีการคลอด ออกมาใหม่ หรือ นโยบายกระทรวง สาธารณสุข ยุทธศาสตร์ อสม. เป็น อสม.หมอประจำบ้าน กลไก หรือ กระบวนการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ ผู้นำ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังเป็น กระบวนการที่มีความสำคัญ และ เป็นกลไกหลัก ที่ ยกระดับการทำงานตามนโยบายต่างๆ ไปสู่ความสำเร็จ^(1,2)

การพัฒนาสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตั้งแต่ยุคเริ่มต้น การเกิดขึ้นของ การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care : PHC) เมื่อปี ค.ศ.1978 ที่เมืองอัลมา อตา(Alma-Ata) องค์การอนามัยโลก ได้ ประกาศเน้นว่างานสาธารณสุขมูลฐานควรถูกบูรณาการให้เข้า กับระบบสุขภาพของประเทศร่วมกับการพัฒนาทั้งในด้าน เศรษฐกิจและสังคม⁽³⁾ การสาธารณสุขมูลฐาน(Primary Health Care : PHC) เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นบริการที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคโดยมุ่งเน้นความต้องการของประชาชนให้ สามารถเข้าถึงบริการการที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมและเป็น ธรรม ด้วยวิธีการผสมผสานบริการ สร้างศักยภาพของ บุคลากรตามบริบทการทำงานจริงอย่างต่อเนื่อง และการมี ส่วนร่วมของชุมชน⁽⁴⁾

การพัฒนาสุขภาพ อสม.ในจังหวัดอุบลราชธานี ที่ ผ่านมา ในด้านข้อมูลทั่วไปแบ่งเขตการปกครองเป็น 25 อำเภอ 219 ตำบล 2884 ชุมชน/หมู่บ้าน 403,546 หลังคาเรือน มีอาสา

สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งหมด จำนวน 34,681 คน⁽⁵⁾ การพัฒนาศักยภาพ อสม. หรือ ผู้นำ อสม.ที่ผ่านมา ส่วน ใหญ่ได้ดำเนินการตามนโยบาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดย มีการพัฒนาสุขภาพอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ตั้งแต่ปี 2556 ได้แก่ การ พัฒนาศักยภาพ อสม.เชิงวิชาชีพ 10 สาขาการพัฒนาศักยภาพ อสม.ด้านการเฝ้าระวังป้องกันปราบปรามการทุจริต อสม.นัก จัดการบริการปฐมภูมิระดับชุมชนตามกลุ่มวัย อสม.นักจัดการ สุขภาพตามกลุ่มวัย การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ต่างคำว (อศต.) การพัฒนาศักยภาพ อสม.ผู้ อสม.4.0 การ พัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม.หมอประจำบ้าน⁽⁶⁾ นอกจากนั้น ยังมีกรอบหรือ พัฒนาศักยภาพ อสม. ตามหลักสูตรต่างๆ เป็นการเฉพาะ ซึ่งการพัฒนาศักยภาพ อสม.ดังกล่าวที่ผ่าน มา แล้ว มาจากนโยบายจากส่วนกลาง ในกระทรวง สาธารณสุข หรือ กรม กองที่เกี่ยวข้อง หรือ ภาาีเครือข่าย องค์กรต่างๆ อยากให้ อสม.มีบทบาท ช่วยสนับสนุนงานตนเอง อย่างไรบ้าง

ในด้าน การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ แบบมีส่วนร่วม มีการขับเคลื่อน ตาม พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2550 ซึ่งตามนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม มีเครื่องมือที่สำคัญ 3 อย่าง คือ สมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ และ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ในจังหวัด อุบลราชธานี แม้ว่า จะมีตำบลประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพ เพิ่มมากขึ้น แต่ก็ยังไม่ครบเป้าหมาย ปัจจุบันสามารถ ขับเคลื่อนได้เพียง ร้อยละ 26 จากปัญหาและข้อจำกัดดังกล่าว สมัชชาสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี จึงได้มีการถอดบทเรียน ปัญหาและความสำเร็จในการขับเคลื่อน ธรรมนูญสุขภาพ ตำบล ประการหนึ่งที่สามารถขับเคลื่อนได้ คือ กลไกผู้นำ ผู้ ประสาน ก่อให้เกิด การเริ่มต้น และขับเคลื่อน จนนำไปสู่ การ ประกาศใช้ ธรรมนูญสุขภาพตำบล ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ มีกลไก การพัฒนาศักยภาพในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพแบบมีส่วนร่วม อย่างเป็นระบบอยู่แล้ว ยกเว้น เพียง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ยังไม่ได้มีกลไก การพัฒนาศักยภาพในด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบ มีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ⁽⁷⁾

ดังนั้น เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยเฉพาะ การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบล มีความก้าวหน้า เป็นไปตามเป้าหมาย ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น กลไก การพัฒนาศักยภาพผู้นำการขับเคลื่อน โดยผู้นำ อสม. ซึ่งยังไม่เคยมีการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบมาก่อน จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญ ที่จะหนุนเสริมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจว่า หาก ผู้นำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) หรือ ผู้นำ อสม. จะมีการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม. ในด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่าง ควรจะมีรูปแบบการพัฒนา ศักยภาพ อสม. อย่างไรบ้าง จึงได้จัดทำวิจัย เรื่อง รูปแบบการพัฒนา ศักยภาพผู้นำ อสม. ในการขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จังหวัดอุบลราชธานี ขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษา สถานการณ์ บริบท สภาพปัจจุบัน ในการพัฒนาศักยภาพ ผู้นำ อสม. จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษา ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ ในการพัฒนาศักยภาพ ผู้นำ อสม. ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ในอดีตที่ผ่านมา จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษา รูปแบบการพัฒนา ศักยภาพ ผู้นำ อสม. ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยกระบวนการมีส่วนร่วม ของ อสม. และภาคีเครือข่าย. จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mix method) ทั้ง เชิง ปริมาณ (Quantitative) และ เชิง คุณภาพ (Qualitative) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้ 1.การศึกษาสภาพปัจจุบัน 2.การศึกษาความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และ 3.การสร้างรูปแบบการพัฒนา ศักยภาพผู้นำ อสม. ในการพัฒนาศักยภาพในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม การเก็บข้อมูลใช้หลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ทรงคุณวุฒิ(In-depth interview) ผู้บริหารระดับจังหวัดระดับอำเภอ การประชุมกลุ่มย่อย(Focus Group) ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานระดับอำเภอ และ ประธาน อสม.ระดับ

อำเภอ การตอบแบบสอบถาม(Questionnaire) ของ ผู้นำ อสม. และ อสม.แล้วนำผลการศึกษาทั้งหมด มาสังเคราะห์ (Synthesis) เป็น รูปแบบการพัฒนา ศักยภาพผู้นำ อสม. ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ดำเนินงานระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 20 กรกฎาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ มี วิธีการศึกษา ประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ 1) การสนทนากลุ่ม (Focus group) 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) 3) การตอบแบบสอบถาม (Questionnaire) มีรายละเอียดประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. การสนทนากลุ่ม (Focus group) กลุ่มประชากร ในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ผู้นำ อสม. ทั้งระดับ หมู่บ้าน ระดับตำบล และ ระดับหมู่บ้าน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง ที่กลุ่มผู้นำ อสม. มีความพร้อม การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอดอนมดแดง อำเภอเหล่าเสือโก้ก อำเภอนาเขย และ อำเภอตระการพืชผล

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview)) สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ ได้คัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้ และประสบการณ์ในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ จำนวน 15 ท่าน

3. การตอบแบบสอบถาม (Questionnaire) สอบถาม อสม. ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 800 คน โดยการคำนวณ ใช้สูตร TARO YAMANE

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด คือ 1) แนวคำถาม ในการประสนทนากลุ่ม (Focus Group) ใช้ในการสนทนากลุ่ม การประสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานระดับอำเภอ และ ประธาน อสม.ระดับอำเภอ มีทั้งหมด 6 ข้อ 2) แนวคำถาม การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิ(In-depth interview) ผู้บริหารระดับจังหวัดระดับอำเภอ ประธาน อสม.ระดับอำเภอ มีทั้งหมด 6 ข้อ 3) แบบสอบถามใช้สำหรับสอบถาม อสม. มีทั้งหมด 5 ส่วน

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

1. นำแนวทางในการสนทนากลุ่ม (Focus group) และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับ ผู้ทรงคุณวุฒิที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อ

คำถามกับวัตถุประสงค์ แล้วนำมาปรับปรุงตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ นำผลการ การสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้นำ อสม.ทั้งระดับ หมู่บ้าน ระดับตำบล และ ระดับหมู่บ้าน จำนวน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอดอนมดแดง อำเภอเหล่าเสือโก้ก อำเภอนาเยีย และ อำเภอตระการพืชผล มา วิเคราะห์ สังเคราะห์ ร่วมกับ ข้อที่ 1 และ ข้อ 2 เป็น มาสร้างเป็นข้อคำถามในแบบสอบถาม อสม.

2. นำแบบสอบถาม มาให้ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ แล้วปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องหรือดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) วิเคราะห์หาความเที่ยง โดยวิธีการของครอนบาค (Cronbach Method) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) เท่ากับ 0.922

ขั้นตอนดำเนินการศึกษา

1. การศึกษาสภาพปัจจุบัน เป็น 1) การเก็บข้อมูล จากศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานระดับอำเภอ และ ประธาน อสม.ระดับอำเภอ ผู้นำ อสม.ทั้งระดับ หมู่บ้าน ระดับตำบล และ ระดับหมู่บ้าน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง ที่กลุ่มผู้นำ อสม.มีความพร้อม การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอดอนมดแดง อำเภอเหล่าเสือโก้ก อำเภอนาเยีย และอำเภอตระการพืชผล 3) การใช้แบบสอบถาม อสม.(Questionnaire) สอบถาม อสม.ในจังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวน 34,681 คู่สมตัวอย่าง ตามสูตร ใช้สูตร TARO YAMANE ได้จำนวน 395 คน เพื่อ ความรอบครอบครอบคลุม ได้เก็บเป็น 2 เท่า จำนวน 800 คน กระจาย โกวดา ให้ระดับอำเภอๆ 80 คน 25 อำเภอ แต่ละอำเภอ สุ่ม จำนวน อสม.ตามโควตาที่ได้รับ กระจายไปยัง ตามจำนวนตำบล หมู่บ้าน ให้กระจายอย่างทั่วถึง แล้ว เก็บข้อมูล จาก อสม.

2. การศึกษาความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยวิธี การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิ (In-depth interview) ผู้บริหารระดับจังหวัด ระดับอำเภอ โดยคัดเลือก ผู้บริหาร รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงาน สาธารณสุข

อำเภอ และ หัวหน้าฝ่ายสาธารณสุขมูลฐาน ระดับอำเภอ ที่มีประสบการณ์ ในการพัฒนาศักยภาพ ผู้นำ อสม.และ มีประสบการณ์ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม รวมทั้ง ประธาน อสม.ระดับอำเภอ รวมจำนวน 15 คน

3 การสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในการพัฒนาศักยภาพในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยการนำผลการศึกษา จาก 1) การเก็บข้อมูล จากศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การ ประสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานระดับอำเภอ และ ประธาน อสม.ระดับอำเภอ การตอบแบบสอบถาม (Questionnaire) ของผู้นำ อสม.และ อสม. 3) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิ (In-depth interview) ผู้บริหารระดับจังหวัดระดับอำเภอ ม.แล้วนำผลการศึกษาทั้งหมด มาวิเคราะห์ (Analysis) มาสังเคราะห์ (Synthesis) เป็น รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การศึกษาสภาพปัจจุบัน

1.1 ปัจจัยที่มีผลในการทำงานตามบทบาทหน้าที่ ของ อสม.ในการดูแลพี่น้องประชาชน ด้านสุขภาพอนามัย รวมทั้ง กิจกรรมอื่นๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน ในหมู่บ้าน หรือชุมชน จากการประชุมกลุ่มย่อย (Focus group) กลุ่มตัวอย่าง ผู้นำ อสม. ในอำเภอ เมือง ตระการพืชผล เหล่าเสือโก้ก นาเยีย ดอนมดแดง พบว่า ปัจจัยที่มีผลเรียงตามลำดับ ดังนี้ 1) การทำความเข้าใจกับชุมชน 2) คุณลักษณะและจิตวิญญาณของ อสม. 3) การพัฒนาศักยภาพ อสม. 4) การมีเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงาน 5) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ 6) การทำงานเป็นทีม 7) การทำงานอย่างต่อเนื่อง 8) การให้บริการสุขภาพเบื้องต้น และ 9) การสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ในการทำงาน จากการสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง อสม.พบว่า ปัจจัยที่ทำ

ให้การปฏิบัติงานในหน้าที่ ของ อสม.ทำงานได้อย่างมีคุณภาพ และประสบความสำเร็จ คือ มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน (ร้อยละ75.92)

1.2 บทบาท หน้าที่ ผู้นำ อสม. ในอดีตที่ผ่านมาในการส่งเสริมสนับสนุน การปฏิบัติงาน ของ อสม.จากการประชุมกลุ่มย่อย (Focus group) กลุ่มตัวอย่าง ผู้นำ อสม. ในอำเภอเมือง ตระการพืชผล เหล่าเสือโก้ก นาเขีย และ ดอนมดแดง พบว่า 1) เป็นผู้ที่ดี 2) รับงาน จาก รพ.สต.เพื่อมาสื่อสารให้ทีมงานดำเนินงาน 3) แบ่งหน้าที่ อสม.ตามความเหมาะสม 4) เป็นสื่อกลางให้ อสม.ทุกคนทำงานด้วยใจรักในงานอาสา 5) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 6) คอยติดตามกระตุ้น อสม.ให้ทำงานและรู้หน้าที่ของตนเอง 7) ส่งเสริมสนับสนุน ให้ อสม.ปฏิบัติหน้าที่ที่ดี และ 8) ให้กำลังใจในการปฏิบัติงาน จากการสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง อสม.พบว่า ผู้นำ อสม. ในการช่วยเหลือ สนับสนุน การปฏิบัติงาน ของ อสม.ในด้าน นำ ข้อมูลข่าวสารมาแจ้งทีมงาน (ร้อยละ75.79) ทำตนเป็นตัวอย่างที่ดี(ร้อยละ67.81) เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงาน(ร้อยละ53.43) เป็นผู้เฝ้าระวัง (ร้อยละ53.87) มอบหมายหน้าที่ให้ทีมงาน (ร้อยละ53.68) ติดตาม กำกับ การทำงาน ของ อสม.(ร้อยละ 60.68) และ ผู้นำ อสม. มีการช่วยเหลือ สนับสนุน การปฏิบัติงาน ของ อสม.ในระดับมาก (ร้อยละ 72.97)

1.3 รูปแบบและวิธีการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในอดีตที่ผ่านมา

1.3.1 การพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในระดับหมู่บ้าน จากการสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง อสม. วิธีพัฒนาศักยภาพ พบว่า ประชุมประจำเดือน ที่ รพ.สต.(ร้อยละ73.83) การพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในระดับตำบล ที่ รพ.สต.(ร้อยละ67.20) ระยะเวลา 1 วัน (ร้อยละ39.56) ประเด็นการพัฒนาศักยภาพ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ54.42) วิทยากร จาก รพ.สต.(ร้อยละ56.88) งบประมาณ มาจาก รพ.สต.(ร้อยละ43.98) เทคโนโลยีใช้ในการประชุม เป็นมือถือ (ร้อยละ 78.99) มีการประเมินผลการพัฒนาศักยภาพ (ร้อยละ47.79) ผลการประเมินระดับปานกลาง (ร้อยละ34.28) มีการรายงานผล ต่อ รพ.สต. (ร้อยละ60.44) ชมรม อสม.มีส่วนร่วมในด้านการพัฒนาหลักสูตร (ร้อยละ45.33) ส่วนใหญ่เคยพัฒนาศักยภาพในด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (ร้อยละ81.57)

1.3.2 การพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในระดับตำบล จากการสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง อสม. วิธีพัฒนาศักยภาพ เป็นประชุมประธาน อสม. ตำบล ที่ สตอ.(ร้อยละ40.63) การพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในระดับตำบล ที่ รพ.สต.(ร้อยละ23.34) ระยะเวลา 2 วัน (ร้อยละ19.29) ประเด็นการพัฒนาศักยภาพ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (ร้อยละ23.96) วิทยากร จาก รพ.สต.(ร้อยละ24.69) งบประมาณ มาจาก กองทุนสุขภาพตำบล (ร้อยละ26.78) เทคโนโลยีใช้ในการประชุม เป็นเอกสารประกอบการประชุม (ร้อยละ18.30) มีการประเมินผลการพัฒนาศักยภาพ (ร้อยละ22.85) ผลการประเมินระดับปานกลาง (ร้อยละ17.69) มีการรายงานผล ต่อ รพ.สต.(ร้อยละ25.31) ชมรม อสม.มีส่วนร่วมในด้านการพัฒนาหลักสูตร (ร้อยละ 21.99) ส่วนใหญ่เคยพัฒนาศักยภาพในด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (ร้อยละ81.57)

1.3.3 การพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในระดับอำเภอ จากการสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง อสม. วิธีพัฒนาศักยภาพ เป็นประชุมประธาน อสม.ระดับอำเภอ ที่ สตจ.(ร้อยละ30.94) การพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในระดับตำบล ที่ สตจ. (ร้อยละ 17.57) ระยะเวลา 3 วัน (ร้อยละ 10.69) ประเด็นการพัฒนาศักยภาพ การศึกษาต่อเนื่องที่สูงขึ้น (ร้อยละ13.76) วิทยากร จาก สตจ.(ร้อยละ21.50) งบประมาณ มาจาก สตจ.(ร้อยละ 19.41) เทคโนโลยีใช้ในการประชุม เป็นคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ (ร้อยละ11.55) มีการประเมินผลการพัฒนาศักยภาพ (ร้อยละ 8.48) ระดับดีมาก (ร้อยละ7.00) มีการรายงานผล ต่อ สตจ.(ร้อยละ15.11) ชมรม อสม.มีส่วนร่วมในด้านวิทยากร (ร้อยละ9.34) ส่วนใหญ่เคยพัฒนาศักยภาพในด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (ร้อยละ81.57)

1.4 บทบาท ผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในอดีตที่ผ่านมา จากการประชุมกลุ่มย่อย (Focus group) กลุ่มตัวอย่าง ผู้นำ อสม. ใน อำเภอ เมือง ตระการพืชผล เหล่าเสือโก้ก นาเขีย ดอนมดแดง พบว่า มีบทบาทดังนี้ 1) เข้าหาเครือข่าย ชวนทำธรรมนูญ 2) ประชุมและประชาคมชาวบ้าน 3) สร้างความเข้าใจและความรู้ประชาชน 4) ช่วยยกร่างธรรมนูญ 5) พัฒนาศักยภาพ อสม.รองรับ 6) ประสานให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม 7) จัดหา งบประมาณหนุนเสริม 8) ลงมือทำ

1.5 การพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จากการสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง พบว่าการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ สมาชิกสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ ที่ท่านเคยพัฒนาศักยภาพ มาจาก รพ.สต.มีนโยบายที่จะขับเคลื่อน (ร้อยละ 43.61) หน่วยงาน ผู้จัด การพัฒนาศักยภาพ การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ให้กับท่าน คือ รพ.สต. (ร้อยละ 62.03) งบประมาณใน การพัฒนาศักยภาพ การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ให้กับท่าน มาจาก รพ.สต. (ร้อยละ 47.29) หัวข้อ ประเด็น หรือ เรื่อง ที่ใช้การพัฒนาศักยภาพ การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (ร้อยละ 43.73) สำหรับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม สมาชิกสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ ของ อสม.หลังจากเคยได้รับการพัฒนาศักยภาพมาก่อน อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.66)

จากการประชุมกลุ่มย่อย (Focus group) กลุ่มตัวอย่าง ผู้นำ อสม. ในอำเภอ เมือง ตระการพิชผล เหล่าเสียไถ่กั นาเยี่ย และ ดอนมดแดง พบว่า มีศักยภาพในด้าน การมีภาวะผู้นำ ทักษะการพูด ทักษะการประสานงาน การสื่อสารสาธารณะ การสร้างภาคีเครือข่าย และ มุ่งองค์ความรู้เกี่ยวกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข การวางแผนงานโครงการ สมาชิกสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ และ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ 2550 วิธีการพัฒนาศักยภาพ 1) การประชุม อสม.ประจำเดือน ที่ รพ.สต. 2) การบูรณาการ กับ การประชุม/อบรม วิชาการ ในเรื่องต่างๆเป็นการเฉพาะ 3) การประชุมประธาน อสม.ที่ รพ.สต 4) การอบรม หลักสูตร เฉพาะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม 5) การเรียนรู้ด้วยตนเอง เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม 6) การฝึกปฏิบัติงานนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และ 7) การศึกษาดูงาน นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

2.การศึกษาค้นคว้าของ ผู้ทรงคุณวุฒิ.

2.1 การพัฒนาศักยภาพ ผู้นำ อสม.และ อสม. ที่ผ่านมา การพัฒนาศักยภาพ ผู้นำ อสม.หรือ อสม.ที่ผ่านมา ในด้านผู้นำ

อสม. ไม่มีหลักสูตรที่ชัดเจนจากส่วนกลาง การดำเนินการจะเป็นการประชุม อสม.ที่ รพ.สต. ในวันที่มีการรับค่าป่วยการ แม้ว่าทุกวันนี้จะโอนเข้าบัญชีแล้วก็ตามก็ยังใช้อยู่ เพียงมารับรองแทนแม้ว่าจะมีแรงจูงใจน้อยลง มี อสม.เข้าร่วมน้อยลงจากเดิม ประธานตำบลจะประชุมในระดับอำเภอเดือนละ 1 ครั้ง ส่วนใหญ่ปีละ 2-3 ครั้ง เพราะไม่มีงบประมาณสนับสนุน นอกนั้นเป็นการประชุมเฉพาะกิจตามกิจกรรมแผนงานโครงการต่างๆ รวมทั้งมีการพัฒนาศักยภาพ เป็นการให้คำแนะนำ ปรึกษาการให้ฝึกปฏิบัติงาน และการศึกษาดูงานร่วมด้วย

2.2 ปัญหาอุปสรรค และโอกาสการพัฒนา ในการพัฒนาศักยภาพ ผู้นำ อสม. ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาศักยภาพ 1.ปัญหาเฉพาะกิจ คือเรื่องการระบาดของโรคโควิด19 ทำให้ไม่สามารถรวมกลุ่มจัดประชุมอบรมได้ แต่ปัญหาสำคัญที่พบเป็นปัญหาหลัก 2.การขาดงบประมาณสนับสนุน 3.ไม่มีหลักสูตร ผู้นำ อสม.อย่างจริงจัง 4.ปัญหาตัวบุคคล ของ อสม.ขาดภาวะผู้นำ ไม่ทราบบทบาทหน้าที่ ไม่มีเวลา ภารกิจเยอะ 5.เจ้าหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง ไม่มีเวลาหนุนเสริมอย่างเป็นระบบ 6.ปัญหาการใช้เทคโนโลยีของ อสม.ในการสื่อสาร 7.การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน

2.3 รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม 1.การพัฒนาศักยภาพ ผู้นำ อสม.ควรมี 3 ระดับ ระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน 2.ควรมีการสนับสนุนงบประมาณ 3.หลักสูตรเนื้อหาแบบบูรณาการ ระหว่างภาวะผู้นำ กับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม 4.วิทยากร ผู้มีความรู้สายตรงและมีประสบการณ์ จาก สสจ. สสอ. และ รพ.สต. 5.การจัดกระบวนการเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดมความคิดเห็น 6.มีการกำกับติดตาม และประเมินผล 7.ระยะเวลาและสถานที่จัดใช้เวลา 2-3 วัน อย่างต่ำ สถานที่ ที่พักที่เหมาะสม เช่น ค่ายทหาร โรงแรม ศูนย์เรียนรู้ต่างๆ เป็นต้น

2.4 ข้อเสนอแนะทั่วไป 1.การสนับสนุนงบประมาณ ในการพัฒนาศักยภาพ ผู้นำ อสม. และ อสม. 2.ส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรม ส่งเสริม สิทธิ สวัสดิการ กำลังใจ อสม. 3.สนับสนุน

ค่าป่วยการ อสม.เพิ่มขึ้น ตามภารกิจ หรือ สนับสนุน
ค่าตอบแทนตามภารกิจ 4.รณรงค์ทำความเข้าใจกับชาวบ้านใน
เรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม 5.การ
พัฒนาศักยภาพ อสม. ในด้าน ภาวะผู้นำ ความรู้กับ นโยบาย
สาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม 6.การพัฒนาศักยภาพ
ผู้นำ อสม.ต้องทำอย่างต่อเนื่อง 7.การขับเคลื่อนพัฒนาชุมชน
บูรณาการทุกเรื่องไม่มุ่งเฉพาะด้านสาธารณสุขเท่านั้น

3.การสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.

3.1 รูปแบบ วิธีการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในการ
ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จาก
การสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง อสม.พบว่า รูปแบบวิธีการพัฒนา
ศักยภาพ ผู้นำ อสม. เรียงลำดับดังนี้ 1) การประชุม อสม.
ประจำเดือน ที่ รพ.สต.2) การประชุมประธาน อสม.ที่ รพ.สต.3)
การอบรม หลักสูตร เฉพาะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบ
มีส่วนร่วม 4) การประชุม/อบรม วิชาการ ในเรื่องต่างๆเป็นการ
เฉพาะ 5) การฝึกปฏิบัติงาน นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบ
มีส่วนร่วม 6) การเรียนรู้ด้วยตนเอง เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ
เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม 7) วิธีอื่นๆ และน้อยที่สุด คือ 8)
การศึกษาดูงาน นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
(ค่าเฉลี่ย 3.33,3.24,3.20,3.18,3.10,3.04,3.03 และ 2.85
ตามลำดับ)

3.2 สถานที่ในการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.เกี่ยวกับ
นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ สมัชชา
สุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้าน
สุขภาพ พบว่า มากที่สุด ที่ รพ.สต.รองลงมา สถานที่อื่นๆ ส่วน
ราชการ ในชุมชน สสอ./สสจ.หรือ ในระดับอำเภอ/จังหวัด
ศูนย์พัฒนาและฝึกอบรมโง้งเจียม(ศอช.) และ น้อยที่สุด
โรงแรม (ค่าเฉลี่ย 3.03,3.00,2.95,2.93,2.86,2.62 และ 2.33
ตามลำดับ)

3.3 ระยะเวลาในการพัฒนาศักยภาพผู้นำ นโยบาย
สาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ สมัชชาสุขภาพ
ธรรมนูญสุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ
พบว่า ส่วนใหญ่เห็นด้วย มากที่สุด จำนวน 2 วัน รองลงมา 3
วัน 5 วัน 4 วัน 1 วัน และ น้อยที่สุด มากกว่า 5 วัน (ค่าเฉลี่ย
2.89,2.87,2.85,2.76,2.75 และ 1.00 ตามลำดับ)

3.4 หัวข้อ ประเด็น เรื่อง เกี่ยวกับ องค์ความรู้ที่
เกี่ยวข้อง ที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพ ผู้นำ อสม. เกี่ยวกับ
นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ สมัชชา
สุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้าน
สุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับมากที่สุด 1) สิทธิและ
หน้าที่ด้านสุขภาพ 2) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมี
ส่วนร่วม 3) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ 4) ปัจจัยที่มีผล
ต่อสุขภาพ 5) ธรรมนูญสุขภาพ 6) ธรรมนูญว่าด้วยระบบ
สุขภาพแห่งชาติ 7) สมัชชาสุขภาพ 8) พรบ.สุขภาพแห่งชาติ
2550 9) สุขภาพ 4 มิติ และ 10) ธรรมนูญพระสงฆ์ (ค่าเฉลี่ย
2.93,2.92,2.88,2.86,2.84,2.84,2.80,2.75,2.73 และ 2.60 ตามลำดับ)

3.5 หัวข้อ ประเด็นเกี่ยวกับทักษะ ที่ใช้ในการพัฒนา
ศักยภาพ ผู้นำ อสม. เกี่ยวกับ การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ
เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ สมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญ
สุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ พบว่า ส่วน
ใหญ่ เห็นด้วยในระดับ มากที่สุด คือ 1) ทักษะการประสานงาน
2) ทักษะการประชุม/การประชาคม 3) ทักษะการใช้ข้อมูล 4)
ทักษะการติดตามประเมินผล 5) ทักษะการพูดและนำเสนอ 6)
ทักษะภาวะผู้นำ 7) ทักษะการเขียนธรรมนูญ 8) ทักษะการ
ก า ห น ด ป ร ะ เ ค็น ธ ร ร ม นู ญ (ค า เ ฉ ลี ย
3.10,3.07,3.05,3.03,3.01,2.99,2.93 และ 2.85 ตามลำดับ) จากการ
ประชุมกลุ่มย่อย (Focus group) กลุ่มตัวอย่าง ผู้นำ อสม. ใน
อำเภอ เมือง ตระการพืชผล เหล่าเสือโก้ก นาเขียและ ดอนมด
แดง พบว่า ควรมีการพัฒนาศักยภาพ ในด้านการมีภาวะผู้นำ
ทักษะการพูด ทักษะการประสานงาน การสื่อสารสาธารณะ
และการสร้างภาคีเครือข่าย มุ่งองค์ความรู้เกี่ยวกับนโยบาย
กระทรวงสาธารณสุข การวางแผนงานโครงการ สมัชชา
สุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ และพรบ.สุขภาพแห่งชาติ 2550

3.6 หัวข้อ ประเด็นเกี่ยวกับ ประสพการณ์ การศึกษาดู
งาน การฝึกปฏิบัติ ที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพ ผู้นำ อสม. เกี่ยว
กับ การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมี
ส่วนร่วม ได้แก่ สมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ และการ
ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่เห็นด้วย มาก
ที่สุด คือ 1) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ 2) สิทธิด้าน
สุขภาพ 3) เครื่องมือหรือเรื่องอื่นๆ 4)การศึกษาดูงาน การฝึก

ปฏิบัติงาน 5) ธรรมนูญสุขภาพ และ 6) สมัชชาสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 2.83,2.82,2.79,2.76,2.72 และ 2.68 ตามลำดับ)

3.7 วิทยาการที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพ ผู้นำ อสม. เกี่ยวกับ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ สมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ และการประเมินผลกระทบ ด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ เห็นด้วย มากที่สุด มาจาก 1) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) 2) รพ.สต. 3) ชุมชน/ตำบล ที่ประกาศธรรมนูญตำบล 4) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) 5) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช) 6) องค์การภายนอก 7) สถาบันวิชาการ/มหาวิทยาลัย และ 8) ส่วนราชการอื่นๆ (ค่าเฉลี่ย 3.07,3.03,2.99,2.97,2.95,2.88,2.84 และ 2.82 ตามลำดับ)

3.8 งบประมาณ ที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพ ผู้นำ อสม. เกี่ยวกับ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ สมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ และการประเมินผลกระทบ ด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็น มากที่สุดมาจาก 1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพ(สปสช.) 2) กองทุนสุขภาพ ตำบล3) รพ.สต. 4) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) 5) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) 6) สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) 7) อื่นๆ 8) ชมรม อสม. หรือ อสม. 9) ส่วนราชการอื่นๆ 10) ชุมชน 11) องค์การภายนอก (ค่าเฉลี่ย 2.97,2.96,2.89,2.86,2.85,2.83,2.81,2.78,2.70,2.68 และ 2.59 ตามลำดับ)

3.9 การประเมินผล การพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ใน ด้าน นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ สมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ และการประเมินผลกระทบ ด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็น มากที่สุด 1) ประเมินผลหลังจากการปฏิบัติงาน 2) ประเมินผลหลังจากการ ประชุม/อบรม 3) ประเมินความรู้และทักษะ 4) ประเมินผลขณะ ปฏิบัติงาน 5) ประเมินผลทั้งระบบ และ 6) ไม่จำเป็นต้องมีการ ประเมินผล (ค่ากลาง 3.14,3.12,3.12,3.09,3.08 และ 2.78 ตามลำดับ)

3.10 การรายงาน การพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในด้าน นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ สมัชชา สุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้าน สุขภาพ ส่วนใหญ่ เห็นด้วย มากที่สุด คือ 1) รายงานผล รพ.สต.

2) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) 3) สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) 4) ส่วนกลาง 5) สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และน้อยที่สุด 6) ไม่จำเป็นต้อง รายงานผล รายงานผล (ค่ากลาง 3.24,3.18,3.08,3.01,2.96 และ 2.76 ตามลำดับ)

3.11 ชมรม อสม.ระดับหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ/จังหวัด ควรมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.เกี่ยวกับ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ สมัชชา สุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้าน สุขภาพ ในด้านต่างๆ พบว่า ส่วนใหญ่ เห็นด้วยในระดับ มาก ที่สุด 1) ด้านหลักสูตร 2) ด้านคณะทำงานร่วม 3) ด้านวิทยากร ร่วม และน้อยที่สุด 4) ด้านงบประมาณ (ค่าเฉลี่ย3.14,3.13,3.01 และ 2.99 ตามลำดับ)

3.12 การพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม อสม.ควรมี บทบาท ในการขับเคลื่อน ธรรมนูญสุขภาพ ในพื้นที่ พบว่า ส่วนใหญ่ เห็นด้วย มากที่สุด คือ 1) สร้างความเข้าใจและให้ ความรู้ประชาชน 2) ชวนภาคีเครือข่าย จัดทำธรรมนูญสุขภาพ 3) ประชุมและประชาคมหมู่บ้าน 4) พัฒนาศักยภาพ อสม.ให้มี ความรู้เรื่อง ธรรมนูญสุขภาพ 5) ร่างกำหนดมาตรการ และ ข้อบังคับในธรรมนูญ และ 6) การหางบประมาณ (ค่าเฉลี่ย 3.46,3.42,3.45,3.48,3.44 และ 3.42 ตามลำดับ)

3.13 ปัจจัยที่ส่งเสริมให้การปฏิบัติงาน ของ อสม.ใน การขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ สมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ และการประเมินผล กระทบด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ เห็นด้วย มากที่สุด 1) การ สื่อสารให้ อสม.ปฏิบัติงาน เป็นตัวอย่างที่ดีการปฏิบัติงานใน การขับเคลื่อน 2) การมีจิตอาสา ของ อสม 3) มีเพื่อนร่วมงานที่ ดี 4) การพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง 5) ชุมชนให้ความร่วมมือ 6) การมีพี่เลี้ยงคอยสนับสนุน และ 7) มีอุปกรณ์สนับสนุนใน การปฏิบัติงาน (ค่าเฉลี่ย 3.64,3.55,3.40,3.33,3.29,3.22 และ 3.18 ตามลำดับ)

4.ข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ สมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญ สุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ จากการ สอบถาม กลุ่มตัวอย่าง อสม. พบว่า 1.อยากให้ทุกภาคส่วนมี

ส่วนร่วม 2.มีแผนและขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง 3.การสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์การขับเคลื่อน 4.การพัฒนาศักยภาพ อสม.รองรับ 5.อยากให้มีการให้ความรู้หรืออบรมผู้เกี่ยวข้อง 6.มีการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง ชัดเจนและต่อเนื่อง 7.การเพิ่มค่าป่วยการ ค่าตอบแทน แก่ อสม.8.อยากให้ทำด้วยจิตอาสา 9.มีพี่เลี้ยงควรสนับสนุน และ 10.สนับสนุนเจ้าหน้าที่พี่เลี้ยงให้มี กรอบ โครงสร้าง ตำแหน่งหน้าที่ ที่มั่นคง ก้าวหน้า ในทุกระดับ จะทำให้ การทำงานสนับสนุน อสม.เป็นไปด้วยความมีประสิทธิภาพ ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพ ผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย การศึกษาสภาพปัจจุบัน ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลในการทำงานตามบทบาทหน้าที่ ของ อสม. บทบาทหน้าที่ ผู้นำ อสม. ในอดีตที่ผ่านมา รูปแบบและวิธีการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในอดีตที่ผ่านมา บทบาท ผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ในอดีตที่ผ่านมา การพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการศึกษาความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.และ อสม. ที่ผ่านมา ปัญหาอุปสรรค และโอกาสการพัฒนา ในการพัฒนาศักยภาพ ผู้นำ อสม. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จากผลการดำเนินงาน ได้นำมากำหนดเป็นแนวทางพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขตามแนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน⁽⁶⁾ มุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม^(8,9) เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ มีความสอดคล้องกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข⁽¹⁰⁾ และบริบทของพื้นที่ รูปแบบ วิธีการพัฒนาศักยภาพ ผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมซึ่งรูปแบบเป็นวิธีการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม. เป็นการบูรณาการกับ การประชุม อสม.ประจำเดือนที่ รพ.สต. ระยะเวลา 2 วัน ความรู้ เรื่อง สิทธิและหน้าที่ด้าน

สุขภาพ ทักษะการประสานงาน การศึกษาดูงาน วิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) งบประมาณ จาก สปสช. มีการประเมินผลหลังการปฏิบัติงาน และรายงานผลต่อ รพ.สต. ชมรม อสม.ควรมีส่วนร่วม ในด้านหลักสูตร บทบาท ผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อน คือ การสร้างสร้างความเข้าใจและให้ความรู้ประชาชน ชวนภาคีเครือข่าย จัดทำธรรมนูญสุขภาพ และเป็นตัวอย่างที่ดีในการขับเคลื่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชานูชัย จิตจินดา.(2561)⁽⁹⁾ ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมพบว่า (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านส่วนใหญ่ที่ได้รับการคัดเลือกมาจากชุมชนนั้นเป็นบุคคลที่ถูกกลั่นกรองและได้รับการยอมรับจากพื้นฐานของการเป็นคนดีที่เห็นแก่ส่วนรวม มีน้ำ ใจและชอบให้ความช่วยเหลือผู้อื่น (2) อาสาสมัครสาธารณสุข มีความสามารถและได้แสดงบทบาท ในกิจกรรมที่ทำ ได้สำเร็จในช่วงระยะเวลาสั้นๆ งานตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข จำเป็นต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่องหรือเป็นงานประเภทที่ไม่จบไม่สิ้นและไม่เป็นเวลา ความรู้ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุข สามารถพัฒนาได้ (3) ควรให้การสนับสนุน สร้างขวัญกำลังใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่ายเพื่อท ประโยชน์ให้ส่วนรวม (4) ควรปรับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขมาสู่การเป็นผู้ส่งเสริมแนวคิดอาสาสมัครเพื่อสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
2. ควรมีการประเมินผลการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในการพัฒนาศักยภาพในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
3. ควรมีการศึกษาผลกระทบที่ได้รับจากการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในการพัฒนาศักยภาพในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน.(2537).แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน. (พิมพ์ครั้งที่ 4). ขอนแก่น
2. สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน.(2540).การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย กรุงเทพฯ:ม.ป.พ.
3. Lawn, J. E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V. K., & Chopra, M. (2008). Alma-Ata 30 years on: Revolutionary, relevant, and time to revitalise. *The Lancet*, 372(9642), 917-927.
4. World Health Organization. (2008). *The world health report 2008 - primary health care (now more than ever)*. Geneva: Author.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.(2563).สรุปผลการตรวจราชการสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รอบที่ 2 เขตตรวจราชการที่ 10 ปี 2563 : เอกสารอัดสำเนา.
6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2556-2563) แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนปีงบประมาณ 2556-2563.กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
7. สมัชชาสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี.(2562).สรุปผลการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2562 : เอกสารอัดสำเนา.
8. นวีวรรณ ศรีดาวเรือง ,ชัยญวิโร ไชยวงศ ,อัจนรา คำมะতিช ,อุษณีย์ หลอดณร.(2557).การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย ในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตอีสานตอนบน..ม.ป.ท. : ม.ป.พ.
9. ชัญชัย จิตจินดา.(2561) รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม. *Journal of Administrative and Management*. Vol.6 No.2 (May - August 2018) :1.
10. สิริทิพร เกษจ้อย.(2560).บทบาทการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสถาบันวิจัยพิมลธรรม* 4, (มกราคม – มิถุนายน 2560) :164