

โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย
Village Health Volunteer Potential Development Program to age group health managers

(Received: April 21,2023 ; Revised: April 24,2023 ; Accepted: April 25,2023)

พิทักษ์ กาญจนาศร¹,ธมยanee โชติการณ
Pitak Kanjanasorn¹,Thomyanee Chotikarn¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่ม (Two group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย และ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย มีระยะเวลา การศึกษา ตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง เมษายน พ.ศ.2565 รวม 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5 คน จำนวน 170 คน ด้วยวิธีเจาะจง แบ่งเป็น ตำบลหลุบ 16 หมู่บ้าน จำนวน 80 คน จับสลากเป็นกลุ่มทดลอง และตำบลห้วยโพธิ์ 18 หมู่บ้าน จำนวน 90 คน จับสลากเป็นกลุ่ม ควบคุม เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t – test และ Independent t – test

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย ที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า กลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบระดับความเข้าใจในการจัดการ สุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการดำเนินงาน มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่กลุ่มทดลองหลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ย มากกว่า

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย

ABSTRACT

This research was quasi experimental research with two group design aimed to study the potential of village health volunteers in health management of age groups and Program to develop the potential of village health volunteers to become health managers for the age group. The study period is from January to April 2022, totaling 4 months. Sample size were 170 village health volunteers, 5 per village, by specific method, divided into Lub Sub-districts, 16 villages, 80 people by drawing lots as an experimental group. and Huay Pho Sub-district, 18 villages, 90 people were drawn by lots as a control group. Collect data from questionnaires. Data were analyzed by Content analysis: frequency, percentage, mean, standard deviation, Dependent t-test and Independent t-test.

The study found that Understanding level of health management for age groups of village health volunteers, experimental groups, before and after implementation There was a statistically significant difference at the .05 level. After the operation, the average score was

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

higher than. The control group was not different. when comparing the level of understanding of health management in age groups of village health volunteers experimental group and control group after operation There was a statistically significant difference at the .05 level where the experimental group after the operation had a higher mean score.

Keywords: village health volunteers, age group health manager

บทนำ

ผลจากสถานการณ์ความเสี่ยงหรือภัยสุขภาพที่แปรเปลี่ยนและเพิ่มขึ้น ทำให้ประเทศต้องประสบกับปัญหาสาธารณสุขที่หลากหลายและเรื้อรัง อันได้แก่ การเพิ่มของโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุจราจร เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันกลายเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชาชนไทยและทุกประเทศทั่วโลก (กว่าร้อยละ 70 ของสาเหตุการเสียชีวิต ทั้งในระดับนานาชาติ และในประเทศไทย ความถี่ของการเจ็บ-ตายการเกิดภัยธรรมชาติ รวมถึงปัญหาทางสาธารณสุขที่เกิดจากความรุนแรงทางการเมืองการเกิดความเจ็บป่วยและพิการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความจำเป็นที่ต้องมีระบบการดูแล ระยะยาว หรือ long-term care แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ “ติดเตียง” รวมถึงการเพิ่มงานบริการทางสังคม ด้านอื่นๆ แก่ผู้สูงอายุความชุกชุมของเชื้อดื้อยาวัณโรค การเพิ่มขึ้นของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอุบัติการณ์ของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีศักยภาพในการแพร่ระบาดข้ามประเทศและข้ามทวีปปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรุนแรงของปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นปัญหาการติดสิ่งเสพติดของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและผู้มีฐานะยากจนปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ จากภัยของฝุ่น สารเคมีอุตสาหกรรม สารเคมีปราบศัตรูพืช เป็นต้นปัญหาการโยกย้ายของประชากรข้ามชาติ และปัญหาสาธารณสุขบริเวณชายแดนประเทศปัญหาการเพิ่มขึ้นของโรคมะเร็งชนิดต่างๆ การเพิ่มของปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้

สร้างผลงานอันเป็นที่ประจักษ์โดยร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และกลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชนในการทำให้ชุมชนไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาวะที่ดี สามารถนำพาประชาชนให้เข้ามาแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพตัวเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม มีการจัดการปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพ เกิดมาตรการทางสังคม มีกลไกในการจัดการสุขภาพชุมชนที่เหมาะสม¹²

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (village health volunteers, VHV) หรือ อสม. หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ¹⁰

นักรจัดการสุขภาพชุมชน (อสม.นักรจัดการสุขภาพชุมชน) คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ และ เป็นผู้ร่วมดำเนินการ ส่งเสริม ควบคุมกำกับ ให้คำชี้แนะ ในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน นา

ไปสู่การพัฒนา การดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนที่พึ่งตนเองได้ โดยมีการกิจสำคัญได้แก่ การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค และปรับเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มเด็กแรกเกิด 0-5 ปี, กลุ่มวัยเรียน,กลุ่มวัยรุ่น,กลุ่มวัยทำงาน ,กลุ่มผู้พิการและผู้สูงอายุ อย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง และให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม พร้อมทั้งสร้างแกนนำประจำครอบครัว เพื่อให้มีความรู้ด้านสุขภาพที่จำเป็นแก่ครัวเรือนสามารถช่วยเหลือตัวเองเบื้องต้น ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและ การฟื้นฟูสภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ที่มีความสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย เป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ โดยการสื่อสาร สร้างสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน ¹¹

จากสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพต้องพัฒนาปรับปรุงให้มีความสอดคล้องกับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างสมเหตุสมผล มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การดูแลสุขภาพ มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งการ สร้างความเข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพทุกระดับ การพัฒนาศักยภาพบุคคลให้สามารถจัดการกับปัญหาทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นผลให้เกิดการพัฒนา รูปแบบบริการสุขภาพที่เน้นการ ให้บริการเชิงรุก โดยนำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) มาเป็นกลยุทธ์หลัก ที่จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพประชาชนแต่ละกลุ่มที่มีความแตกต่างกัน การพัฒนาการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ¹¹ เป็นกระบวนการสำคัญของการบริหารทรัพยากรบุคคล เป็นการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มสมรรถนะ (Competency) ของบุคลากรให้มีความรู้

(Knowledge) ทักษะ (Skill) และคุณลักษณะ (Attribute) ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ท้นต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งความเห็นดังกล่าวมีความสอดคล้องกับพิมพ์ลักษณ์ อยู่วัฒนา (2557) ได้กล่าวว่าการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรนับว่าเป็นสิ่งสำคัญ ประการหนึ่งในกระบวนการบริหารงานบุคคล เพราะการดำเนินงานขององค์การจะประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นอยู่กับ ความรู้ ความสามารถ ทักษะ ทศนคติ และพฤติกรรมของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน

จากสภาพปัญหาดังกล่าวจึงได้ทำการศึกษาโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำจัดการสุขภาพกลุ่มวัยโดยมุ่งหวัง เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ มีความรู้ด้านสุขภาพที่จำเป็นแก่ครัวเรือน สามารถช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อขยายผลการพัฒนารูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย
2. ศึกษา โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นำจัดการสุขภาพกลุ่มวัย
3. ศึกษาผลของศึกษา โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นำจัดการสุขภาพกลุ่มวัย

ประโยชน์ของงานวิจัย

1. ทราบถึงศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย
2. มี โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นำจัดการสุขภาพกลุ่มวัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่ม (Two group design) มีระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เมษายน พ.ศ.2566 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5 คน จำนวน 170 คน ด้วยวิธีเจาะจง แบ่งเป็น ตำบลหลัก 16 หมู่บ้าน จำนวน 80 คน จับสลากเป็นกลุ่มทดลอง และตำบลห้วยโพธิ์ 18 หมู่บ้าน จำนวน 90 คน จับสลากเป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย ประกอบด้วย หน่วยเรียนรู้ อสม.ผู้จัดการสุขภาพชุมชน อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัย อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ และอสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มผู้พิการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเข้าใจในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความเข้าใจในกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความเข้าใจในกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความเข้าใจในกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความเข้าใจในกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย อยู่ระดับน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความเข้าใจในกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 – 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้น

นำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ.925

ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย

1. ทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับนักจัดการสุขภาพกลุ่มวัย
2. ทบทวนกรอบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย
3. เก็บข้อมูลศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัยก่อนดำเนินการ
4. ดำเนินการโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย ประกอบด้วย หน่วยเรียนรู้ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัย อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ และอสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มผู้พิการ กำหนด 18 ชั่วโมง
5. เก็บข้อมูลศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัยหลังดำเนินการ 1 เดือน
6. สรุปผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ในการสรุปผลผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการกำหนดในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ความเข้าใจในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการ

สุขภาพกลุ่มวัย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ ความเข้าใจในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย ก่อนและหลังดำเนินการ ได้แก่ Dependent t – test และความเข้าใจในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย ก่อนและหลังดำเนินการ ระหว่างกลุ่ม ได้แก่ Independent t – test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. การประเมินความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบ ก่อนการดำเนินงาน พบว่าโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง ยกเว้น อสม.กับการจัดการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค อสม.กับการจัดการสุขภาพจำเป็น ในผู้สูงอายุและอสม.กับการจัดการสุขภาพ กลุ่มผู้พิการ ภาวะความพิการ อยู่ในระดับมาก หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มาก ที่สุด ยกเว้น อสม.กับการจัดการสุขภาพจำเป็น ในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก

2. การประเมินความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยโพธิ์ ก่อนการดำเนินงาน พบว่าโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มาก ยกเว้น อสม.นักจัดการสุขภาพชุมชน และอสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มาก ยกเว้น นักจัดการสุขภาพ

ชุมชนและอสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับปานกลาง

3. การเปรียบเทียบระดับระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบและห้วยโพธิ์ ก่อนการดำเนินงาน พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบและห้วยโพธิ์ ก่อนการดำเนินงาน

ตัวแปร	หลุบ		ห้วยโพธิ์		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	Upper
1	3.34	0.51	3.38	0.43	168	-.598	.551	-.18526	.09914
2	3.38	0.41	3.45	0.43	168	-1.104	.271	-.19830	.05608
3	3.30	0.55	3.29	0.61	168	.120	.905	-.16683	.18836
4	3.43	0.58	3.50	0.55	168	.388	.388	-.24454	.09547
5	3.49	0.44	3.45	0.55	168	.572	.572	-.10821	.19525
6	3.41	0.38	3.50	0.42	168	.181	.181	-.20522	.03911
7	3.39	0.20	3.43	0.23	168	.272	.272	-.10118	.02869

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบและห้วยโพธิ์ ก่อนการดำเนินงาน พบว่า ไม่แตกต่างกัน

4. โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่นักจัดการสุขภาพกลุ่มวัย การจัดการฝึกอบรมตามหน่วยเรียนรู้ที่กำหนด 18 ชั่วโมง ดังนี้

หน่วยเรียนรู้ อสม.นักจัดการสุขภาพชุมชน เวลา 3 ชั่วโมง

หน่วยเรียนรู้ อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก เวลา 3 ชั่วโมง

หน่วยเรียนรู้ อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัย เวลา 3 ชั่วโมง

หน่วยเรียนรู้ อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน เวลา 3 ชั่วโมง

หน่วยเรียนรู้ อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ เวลา 3 ชั่วโมง

หน่วยเรียนรู้ อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มผู้พิการ เวลา 3 ชั่วโมง

5. การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า (t มีค่าเป็นลบ)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบ ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	Upper
1	3.34	0.51	4.29	0.42	89	-13.301	.000	-1.07915	-.79863
2	3.38	0.41	4.25	0.40	89	-15.455	.000	-.97308	-.75137
3	3.30	0.55	4.23	0.44	89	-13.003	.000	-1.06955	-.78600
4	3.43	0.58	4.24	0.43	89	-13.116	.000	-.93825	-.69138
5	3.49	0.44	4.18	0.64	89	-15.686	.000	-.88464	-.68573
6	3.41	0.38	4.25	0.33	89	-14.703	.000	-.94343	-.71880
7	3.39	0.20	4.24	0.36	89	-21.914	.000	-.93798	-.78202

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า (t มีค่าเป็นลบ)

6. การเปรียบเทียบระดับระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยโพธิ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยโพธิ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	Upper
1	3.38	0.43	3.39	0.45	89	-.665	.508	-.04433	.02211
2	3.45	0.43	3.46	0.44	89	-1.684	.096	-.02422	.00200
3	3.29	0.61	3.29	0.61	89	-1.000	.320	-.01659	.00548
4	3.50	0.55	3.56	0.50	89	-1.898	.061	-.10614	.00244
5	3.45	0.55	3.44	0.54	89	1.752	.083	-.00149	.02371
6	3.50	0.42	3.50	0.42	89	-.445	.657	-.01214	.00770
7	3.43	0.23	3.44	0.22	89	1.422	.158	-.00088	.00533

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลห้วยโพธิ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า ไม่แตกต่างกัน

7. การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบและห้วยโพธิ์

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระดับระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบและห้วยโพธิ์ หลังการดำเนินงาน

ตัวแปร	หลุบ		ห้วยโพธิ์		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	Upper
1	4.29	0.42	3.39	0.45	168	18.170	.000	.05576	.90311
2	4.25	0.40	3.46	0.44	168	16.283	.000	.05521	.78990
3	4.23	0.44	3.29	0.61	168	14.135	.000	.07460	.90723
4	4.24	0.43	3.56	0.50	168	12.317	.000	.06837	.70715
5	4.18	0.64	3.44	0.54	168	13.473	.000	.06879	.79104
6	4.25	0.33	3.50	0.42	168	17.294	.000	.05003	.76651
7	4.24	0.36	3.44	0.22	168	33.924	.000	.02752	.87915

จากตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบและห้วยโพธิ์ ก่อนการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ตำบลหลุบหลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า (t มีค่าเป็นบวก)

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบระดับระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบและห้วยโพธิ์ ก่อนการดำเนินงาน พบว่า ไม่แตกต่างกัน แต่การประเมินความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบ ก่อนการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง ยกเว้น อสม.กับการจัดการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค อสม.กับการจัดการสุขภาพ

จำเป็น ในผู้สูงอายุและอสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มผู้พิการ ภาวะความพิการ อยู่ในระดับมาก และตำบลห้วยโพธิ์ ก่อนการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มาก ยกเว้น อสม.นักจัดการสุขภาพชุมชน และอสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของนาฏยา นุชนารถ และคณะ (2561)³ ได้ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนาสมรรถนะ และนำไปสู่สร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัย พบว่า 1) สภาพปัจจุบันของการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุพรรณบุรี อสม.ส่วนใหญ่ขาดสมรรถนะด้านการทำบัญชีและมีอายุมาก สำเร็จการศึกษาในระดับไม่สูงนัก การทำงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้กำกับดูแล เน้นการ

ส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นด้วย ปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือเนื่องจากยังไม่มั่นใจในการทำงาน อสม. การทำงานขาดการบันทึกที่ถูกต้อง และขาดหลักฐานในการดำเนินงาน หน่วยงานต่างๆ มอบหมายงานให้ มากเกินไป รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุพรรณบุรี ต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานเชิงรุก 4 ด้าน 4 หลักการซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จ ดังนั้นจึงได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ในการจัดการสุขภาพครอบครัว สุขภาพในทุกกลุ่มวัย^{6,7,8,9} จัดทำเป็นโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่การจัดการสุขภาพกลุ่มวัย การจัดการฝึกอบรมตามหน่วยเรียนรู้ที่กำหนด 18 ชั่วโมง ดังนี้

หน่วยเรียนรู้ อสม.นักจัดการสุขภาพชุมชน เวลา 3 ชั่วโมง

หน่วยเรียนรู้ อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก เวลา 3 ชั่วโมง

หน่วยเรียนรู้ อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัย เวลา 3 ชั่วโมง

หน่วยเรียนรู้ อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน เวลา 3 ชั่วโมง

หน่วยเรียนรู้ อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ เวลา 3 ชั่วโมง

หน่วยเรียนรู้ อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มผู้พิการ เวลา 3 ชั่วโมง

ตามแนวคิดการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร¹ และแนวคิดการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่การจัดการสุขภาพกลุ่มวัย¹¹ ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญของ

การบริหารทรัพยากรบุคคล เป็นการดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มสมรรถนะ (Competency) ของบุคลากรให้มีความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และคุณลักษณะ (Attribute) ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งความเห็นดังกล่าวมีความสอดคล้องกับพิมพ์ลักษณ์ อยู่วัฒนา (2557) ได้กล่าวว่าการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรนับว่าเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งในกระบวนการบริหารงานบุคคล เพราะการดำเนินงานขององค์การจะประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถ ทักษะ ทศนคติ และพฤติกรรมของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ส่งผลให้การดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้น อสม.กับการจัดการสุขภาพจำเป็น ในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก และระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า (t มีค่าเป็นลบ) และเมื่อเปรียบเทียบระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบและห้วยโพธิ์ หลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ตำบลหลุบหลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า สอดคล้องกันกับการศึกษาของยุพิน หงษ์วะชิน และคณะ (2556)² ได้ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า 1) สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดฉะเชิงเทราที่ต้องพัฒนามีดังนี้ สมรรถนะหลัก ด้านความรู้ (เฉลี่ย = 5.83, S.D.= 1.67)และความตระหนักในบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต (เฉลี่ย = 3.94, S.D.=

0.37) สมรรถนะเชิงเทคนิคในการให้การปรึกษา การสอนสุขภาพจิตศึกษา และการใช้แบบประเมินทางสุขภาพจิต (เฉลี่ย = 3.51, S.D.= 0.37) สมรรถนะบริหาร เกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม การมีภาวะผู้นำ การให้แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (เฉลี่ย = 3.77, S.D.= 0.36) 2) หลักสูตรเพื่อพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยผู้เชี่ยวชาญมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย = 4.52, S.D.= 0.19) และ 3) การประเมินผลการทดลองใช้หลักสูตร พบว่าภายหลังการทดลองใช้หลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสมรรถนะหลัก สมรรถนะเชิงเทคนิคและสมรรถนะบริหารสูงขึ้น ทุกสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา เตชะปัน (2561)⁵ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$) โดยความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตาม 2 สัปดาห์ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ทศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้ เรื่องสุขศึกษาชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านมีทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$)โดยทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับสูง และระยะติดตาม 2 สัปดาห์ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูงมาก พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$) โดยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชนก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชน ระยะติดตาม 2 สัปดาห์ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด คุณภาพของกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน มีคุณภาพของกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษาหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$) โดยคุณภาพของกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษา ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพของกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษา หลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตาม 2 สัปดาห์หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับดีมาก

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่นักจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ควรมีการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับนักจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ทบทวนกรอบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่นักจัดการสุขภาพกลุ่มวัยและศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านสู่นักจัดการสุขภาพกลุ่มวัยก่อนและหลังดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่นักจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ในระยะยาว เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.สิริวดี ชูเชิด. การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2565
- 2.ยุพิน หงษ์ชะชิน อำนวย ปาอ้าย เพ็ญญา กลุณชาติล วรากรณ์ ไตรติลลันท์. การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2556 ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 61-78
- 3.นภญา นุชนารถ, ศิริชัย เพชรรักษ์ และสุเทพ เชาวลิต. การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข
- 4.ประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน 2561) 768-79
- 5.ชนิดา เตชะปิ่น. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, 2561.
- 6.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- 7.กลุ่มการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์สิทธิเด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). คู่มือการปฏิบัติงานของ อพส.
- 8.กองการพยาบาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2555). คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care).
- 9.มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย. (2550). คู่มือหลักสูตรพัฒนาอาสาสมัครเพื่อคนพิการ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ยี่มสู ของมูลนิธิคนพิการไทย (โดยคนพิการ).
- 10.ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 (20 มีนาคม 2554). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 128 ตอนพิเศษ 33 ง หน้า 1-10.
- 11.กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย ปีพุทธศักราช 2557

12. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสาธารณสุขไทย ปี 2559 - 2560, กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์ 2560