

รายงานผลการศึกษา



เรื่อง การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลง
ในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
กับยุทธศาสตร์การพัฒนา

ดำเนินการโดย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
ทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ปี ๒๕๔๙

สารบัญ

หน้า

คำนำ

สารบัญ

บทนำ

วัตถุประสงค์	1
คำนิยามปฏิบัติการ	1
ระเบียบวิธีวิจัย	1
กรอบแนวคิดการศึกษา	2
พื้นที่เป้าหมายในการเก็บแบบสอบถาม	2
ขนาดและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง	3
วิธีการสุ่มตัวอย่าง	3
เครื่องมือการวิจัย	4

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทางประชากรของ อสม. จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ	5
2. การประเมินศักยภาพของ อสม.	10
3. วิเคราะห์กลไกสนับสนุนและกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่รัฐ ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และ ชมรม อสม.ระดับจังหวัด	24
4. วิเคราะห์ระบบสวัสดิการ การสร้างขวัญและกำลังใจให้กับ อสม.	42
5. ประเมินคุณค่าของ อสม.ในด้านการพัฒนางานด้านสุขภาพของชุมชน	45
6. ประมวลปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลความสำเร็จของการทำงานของ อสม.	50
7. อภิปรายผลข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนา อสม.	52

ภาคผนวก

โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและยุทธศาสตร์การพัฒนา	58
ภาคผนวกที่ 1 สรุปข้อมูลแบบสอบถามประธานชมรม อสม. ระดับจังหวัด	62
ภาคผนวกที่ 2 ข้อมูลและตารางการศึกษาจากแบบสัมภาษณ์ อสม. “การประเมินศักยภาพของ อสม.”	76
ภาคผนวกที่ 3 ข้อมูลและตารางการศึกษาจากแบบสัมภาษณ์ อบต. และผู้นำ ชุมชน “การประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน”	100
ภาคผนวกที่ 4 ข้อมูลและตารางการศึกษาจากแบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สถานี อนามัยตำบล “การประเมินศักยภาพของ อสม. กับยุทธศาสตร์ การพัฒนา”	

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงสัดส่วนอสม.ชาย 1 คนต่ออสม.หญิง จำแนกตามปี พ.ศ. 2536 – 2549	6
2	แสดงจำนวนและร้อยละ ของอสม. จำแนกตามภูมิภาค 4 ภาค แยกตามเพศ	6
3	แสดงอายุเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) จำแนกตามภูมิภาค 4 ภาค แยกตามเพศ	7
4	แสดงค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเป็น อสม.และค่า S.D.จำแนกตามภูมิภาค 4 ภาค แยกตามเพศ	8
5	แสดง จำนวน ร้อยละ อายุเฉลี่ย และค่า S.D. จำแนกตามภูมิภาค 4 ภาค แยกตามเพศ	9
6	จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามพื้นที่จังหวัด และอำเภอที่ศึกษา จังหวัดละ 2 อำเภอ (n=412)	10
7	แสดงจำนวนผู้ที่ตอบถูกและตอบผิดในคำถามความรู้พื้นฐานของ อสม. จำนวน 12 ข้อ เรียงตามลำดับจากจำนวนที่ตอบถูกมากไปหาน้อย	12
8	ระดับความรู้ของอสม.ด้านความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค	13
9	แสดงจำนวนผู้ที่ตอบถูกและตอบผิดในคำถามความรู้ด้านสาเหตุ อาการโรค และการรักษาพยาบาล ในแต่ละข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ เรียงตามลำดับจากจำนวนที่ตอบถูกมากไปหาน้อย	13
10	แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้ด้านสาเหตุ อาการโรคและการรักษาพยาบาล	14
11	แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้โดยรวม 20 คะแนน จำแนกตามระดับความรู้	14
12	ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของ กลุ่มตัวอย่าง อสม. ในการใช้อุปกรณ์ใน ศสมช. เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย	16
13	ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของ กลุ่มตัวอย่าง อสม. ในการใช้คู่มือ และหนังสือพิมพ์เพื่อน ผสส./อสม.	17
14	ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของกลุ่มตัวอย่าง อสม.ในด้านความสามารถหรือทักษะในการทำงาน เรียงจากมากไปหาน้อย	18

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
15	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม. ในการทำหน้าที่ตามบทบาทงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน และเนื้อหาที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ เรียงจากมากไปหาน้อย	19
16	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ในบทบาทการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน	20
17	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม. ต่อวิธีการทำงานของ อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่	21
18	ร้อยละบทบาทในกลุ่มหรือชมรมต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง อสม.	22
19	ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง อสม. ต่อบทบาททางสังคมที่ อสม.คิดว่าเป็นบทบาทของ อสม.	23
20	ความคิดเห็นต่อนโยบายในแต่ละช่วง ที่มีผลต่อการทำงานของอสม. (n=46)	29
21	จำนวนและร้อยละของอสม. จำแนกตามรูปแบบการคัดเลือก อสม. (n=412)	31
22	จำแนกตามการมีส่วนร่วมในการคัดเลือก อสม. (n=90)	31
23	ในรอบปีงบประมาณ 2549 ท่านได้จัดอบรมหรือให้ความรู้ อสม. ในเรื่องใดบ้าง	32
24	แสดงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง อสม. (n=412)	33
25	จำแนกตามความคิดเห็นต่อการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (n=90)	33
26	จำแนกตามวิธีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n=46)	34
27	กิจกรรมการทำงานร่วมกับชมรม อสม. ในแต่ละระดับ (n=44)	40
28	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยงานมีส่วนร่วมทำให้เกิดความสำเร็จในการทำงานของ อสม	40
29	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง อสม. ที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานและองค์กรต่างๆ	41
30	ร้อยละระดับความพอใจของผลตอบแทนที่ได้รับจากการเป็น อสม.	42
31	จำนวนและร้อยละการรับทราบระบบสวัสดิการของกลุ่มตัวอย่าง อสม.	42
32	จำนวนและร้อยละการได้รับสวัสดิการของกลุ่มตัวอย่าง อสม.	43
33	ความคิดเห็นต่อการยอมรับและการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (n=88)	45

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
34	ร้อยละของระดับบทบาทในการทำงานของอสม. ด้านการพัฒนาสุขภาพและสังคมในหมู่บ้าน	46
35	ร้อยละของระดับความรู้ ความสามารถในการบริหารจัดการด้านการแก้ไข ปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน ของ อสม.	47
36	ร้อยละของระดับบทบาทต่อการให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพในชุมชน ของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน	48
37	จำนวนและร้อยละของความเห็นต่อความเหมาะสมของกลไก อสม. ในการ พัฒนาสุขภาพด้านสุขภาพในชุมชน	48
38	แสดงร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง อสม. (n=412)	50
39	ร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของ อสม. (n=46)	51

สารบัญแนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

1 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

4

สารบัญกราฟ

ภาพที่

หน้า

1	แสดงสัดส่วนจำนวน อสม.ชาย 1 คน ต่อ จำนวน อสม.หญิง จำแนกตาม ปี พ.ศ. 2536 – 2549	6
---	--	---

รายงานผลการศึกษา เรื่อง การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข
(อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลง

คณะนักวิจัย ประกอบด้วย

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. นางสาวแสงเทียน อัจฉิมามกุล | ภาควิชาบริหารการประมง คณะประมง
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |
| 2. นางสุจินดา สุขกำเนิด | ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น |
| 3. นางสาวศิรินทร์ภรณ์ อัจฉิมามกุล | ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคใต้
จังหวัดนครศรีธรรมราช |
| 4. นางกมลภรณ์ คงสุขวิวัฒน์ | ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ
จังหวัดนครสวรรค์ |

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับ
ยุทธศาสตร์การพัฒนา

ดำเนินงานโครงการ โดย

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สนับสนุนการวิจัย โดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

รายงานผลการศึกษา

เรื่อง การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลง

ในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

กับยุทธศาสตร์การพัฒนา

ดำเนินการวิจัย โดย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

ทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

บทนำ

การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลงนี้ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ที่มีแนวทางการศึกษาดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ : เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ในเรื่อง

1. ประเมินศักยภาพของอสม. ในชุมชน ได้แก่ ความรู้ ทักษะความสามารถ บทบาทของ อสม. กระบวนการทำงาน วิธีคิดการทำงาน และขีดความสามารถในงานที่ควรพัฒนา
2. วิเคราะห์กลไกสนับสนุนและกระบวนการสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่รัฐ ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และชมรมอสม. ระดับจังหวัด
3. ทบทวนระบบสวัสดิการ ขวัญและกำลังใจที่เหมาะสมและยั่งยืนให้กับ อสม.
4. ประเมินคุณค่าของอสม. ในด้านการพัฒนางานด้านสุขภาพของชุมชน
5. ประมวลปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลความสำเร็จของการทำงานของ อสม.

คำนิยามปฏิบัติการ

ศักยภาพ หมายถึง พลัง หรือความสามารถที่แฝงอยู่ และสามารถที่จะทำให้ปรากฏได้ตามกรอบงานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด กับ กรอบงานทางสังคมและสุขภาพใหม่ๆ ที่เปลี่ยนแปลง โดยเน้นการวิเคราะห์ศักยภาพใน 6 ด้าน คือ ความรู้ ทักษะความสามารถ บทบาทของอสม. กระบวนการทำงาน วิธีคิดการทำงาน และขีดความสามารถในงานที่ควรพัฒนา

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ใช้ฐานข้อมูล จากแหล่งข้อมูล 2 แหล่ง คือ

1. ข้อมูลทุติยภูมิ

โดยศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนประวัติของอสม. ของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ณ วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2549 จำนวน 76 จังหวัด จำนวน อสม. 791,383 คน

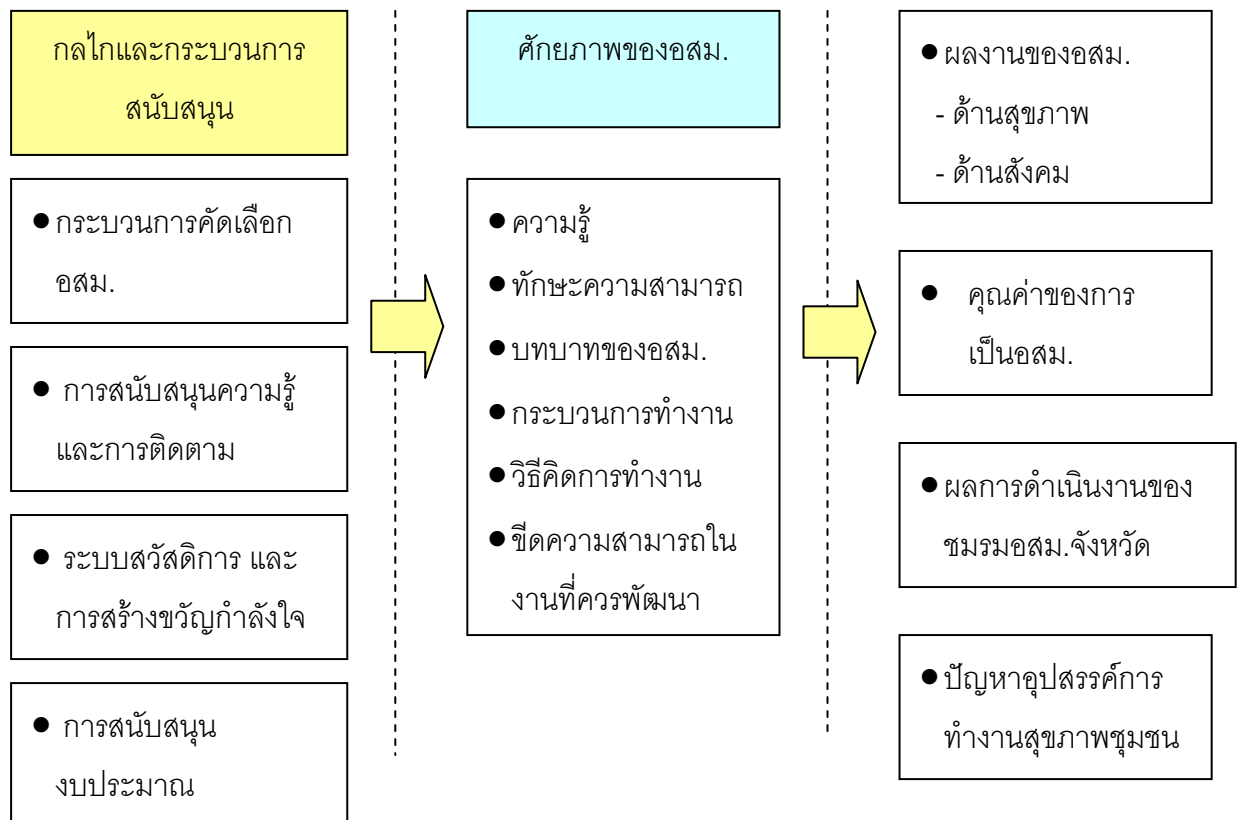
2. ข้อมูลปฐมภูมิ จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่มในหมู่บ้าน และการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ รายละเอียดมีดังนี้

- แบบสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม คือ อสม. ผู้นำชุมชน (กำนัน หรือ ผู้ใหญ่บ้าน) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (นายกอบต. หรือ ประธานสภาอบต. หรือ สมาชิกอบต.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล ตามสภาพภูมิศาสตร์ของแต่ละภาค จำนวน 11 จังหวัด

- แบบสอบถาม โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ กลุ่มเป้าหมาย คือ ประธานชมรม อสม. ระดับจังหวัด จำนวน 75 จังหวัด

กรอบแนวคิดการศึกษา

กรอบการประเมินศักยภาพอสม. / กลไกและกระบวนการสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน / ระบบสวัสดิการและการสร้างขวัญกำลังใจที่เหมาะสม / ผลการดำเนินงานของอสม.และชมรม อสม. ระดับจังหวัด / การให้คุณค่าการเป็นอสม. / ปัญหาอุปสรรคการทำงานที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาอสม. ในแผนพัฒนาฉบับที่ 10



พื้นที่เป้าหมายในการเก็บแบบสอบถาม

กำหนดการสุ่มตัวอย่างโดยการจัดกลุ่ม Cluster sampling แบ่งเป็น 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ จำแนกภาคละ 3 กลุ่ม ยกเว้นภาคเหนือ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม วิธีการคัดเลือกจังหวัดโดยใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ได้ดังนี้

1. ภาคเหนือ : ภาคเหนือตอนบน (ลำปาง) และภาคเหนือตอนล่าง (นครสวรรค์)
2. ภาคกลาง : ภาคกลางตะวันออก (กาญจนบุรี) ภาคกลางตะวันตก (ระยอง) และภาคกลางตอนกลาง (นนทบุรี)
3. ภาคอีสาน : ภาคอีสานตอนบน (ขอนแก่น) ภาคอีสานตอนกลาง (ยโสธร) และภาคอีสานตอนล่าง (สุรินทร์)
4. ภาคใต้ แบ่งเป็น ภาคใต้ฝั่งอ่าวไทย (นครศรีธรรมราช) ภาคใต้ฝั่งอันดามัน (กระบี่) และ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปัตตานี)

ขนาดและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละกลุ่ม มีดังนี้

- 1) กลุ่ม อสม. จำนวนตัวอย่าง คำนวณตามสูตรของ Taro Yamane

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

ผลการคำนวณ ฐานประชากรของอสม.ทั้งประเทศ จำนวน 800,000 คน สามารถกำหนดจำนวนตัวอย่างในการเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด คือ 399.8 คน นั่นคือ อสม. 400 คน ที่ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e) เท่ากับ (0.05)

โดยกำหนดให้อสม.มาจากเขตชนบท และ เขตเทศบาล โดยมีจำนวนแต่ละเขตดังนี้

- อสม. เขตเทศบาล จำนวนอย่างน้อย 30 คนขึ้นไป
- อสม. เขตชนบท ประมาณจำนวน 370 คน

และกำหนดให้ข้อมูลแต่ละหมู่บ้าน / ชุมชน เป็น ประธานอสม.ของหมู่บ้าน / ชุมชน 1 คน

- 2) กลุ่ม อบต. จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ตำบลละ 1 คน โดยมีตำแหน่งเป็น ประธานสภา อบต. หรือนายกอบต. หรือสมาชิกอบต. รวมจำนวนตัวอย่าง 44 คน

- 3) กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ตำบลละ 1 คน โดยมีตำแหน่งเป็น กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน รวมจำนวนตัวอย่าง 44 คน

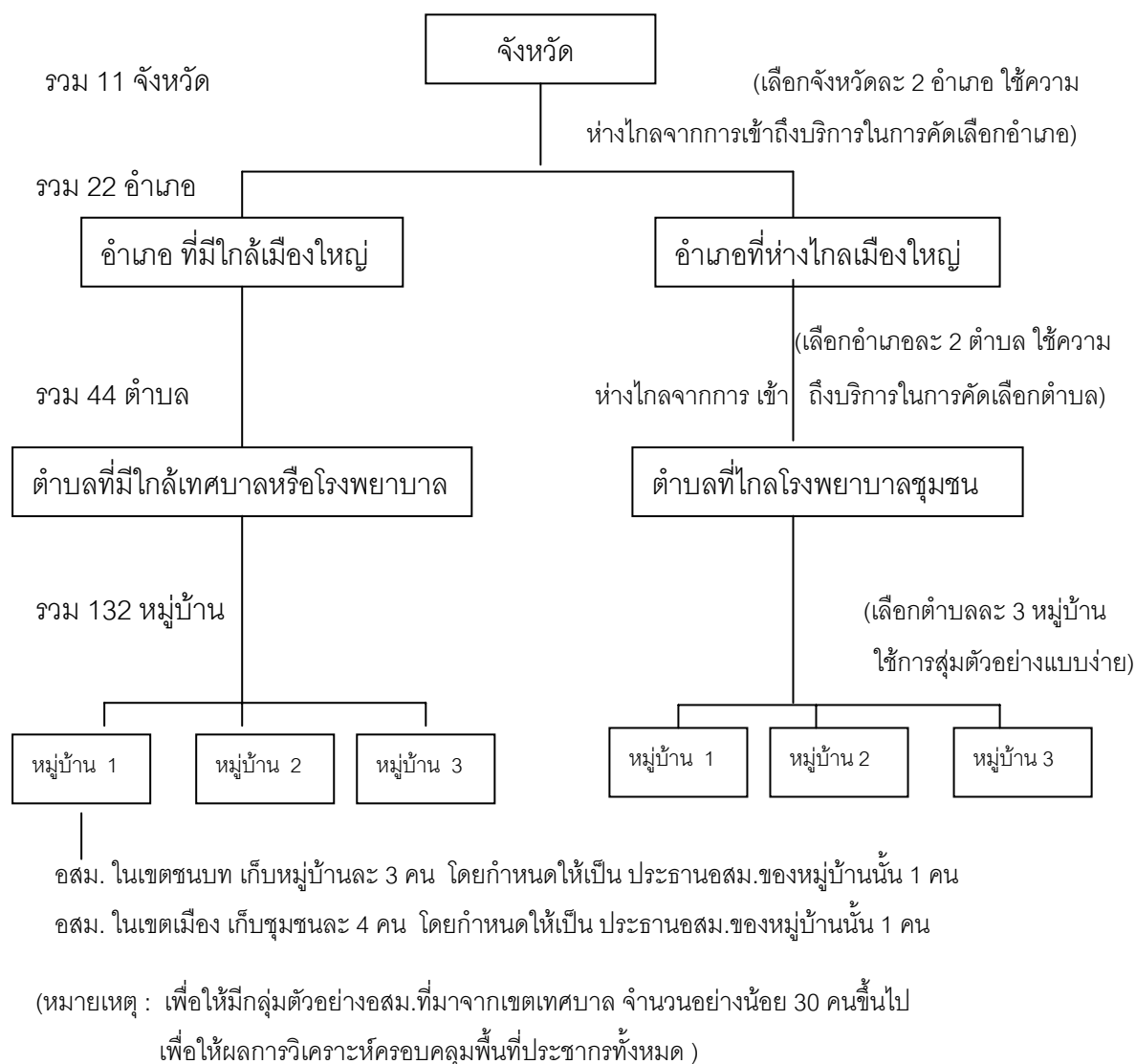
- 4) กลุ่มเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบล จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ตำบลละ 1 คน รวมจำนวนตัวอย่าง 44 คน

- 5) กลุ่มประธานชมรมอสม. ระดับจังหวัด กำหนดเก็บแบบสอบถามคืนจากประธานชมรมอสม. ระดับจังหวัด อย่างน้อยจำนวน 30 คนขึ้นไป

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 2 อำเภอ โดยใช้หลักเกณฑ์ระยะทางใกล้-ไกลของพื้นที่ ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข รวม 22 อำเภอ เลือกอำเภอละ 2 ตำบล โดยใช้หลักเกณฑ์เดียวกัน รวม 44 ตำบล การคัดเลือกหมู่บ้าน ตำบลละ 3 หมู่บ้าน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายรวม 132 หมู่บ้าน รายละเอียดดังภาพแผนภูมิ ที่ 1

แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง



เครื่องมือการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม จำนวน 4 ชุด ได้แก่

- ชุดที่ 1 : แบบสัมภาษณ์ อสม. “การประเมินศักยภาพ อสม.”
- ชุดที่ 2 : แบบสัมภาษณ์ อบต. และ ผู้นำชุมชน
“การประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน”
- ชุดที่ 3 : แบบสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล
“การประเมินศักยภาพ อสม. กับยุทธศาสตร์การพัฒนา”
- ชุดที่ 4 : แบบสอบถาม ประธานชมรมอสม. ระดับจังหวัด
“การประเมินศักยภาพ อสม. กับยุทธศาสตร์การพัฒนา”

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 5 ประเด็น คือ

1. ลักษณะทางประชากรของ อสม. จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ
2. การประเมินศักยภาพของ อสม.
3. กลไกและการสนับสนุนการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของเจ้าหน้าที่รัฐ ผู้นำชุมชน อบต. และ ชมรม อสม. ระดับจังหวัด
4. วิเคราะห์ระบบสวัสดิการ การสร้างขวัญและกำลังใจให้กับ อสม.
5. ประเมินคุณค่าของอสม. ในด้านการพัฒนางานด้านสุขภาพของชุมชน
6. ประมวลปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลความสำเร็จของการทำงานของ อสม.
7. อภิปรายผลข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนา อสม.

1. ลักษณะทางประชากรของ อสม. จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ

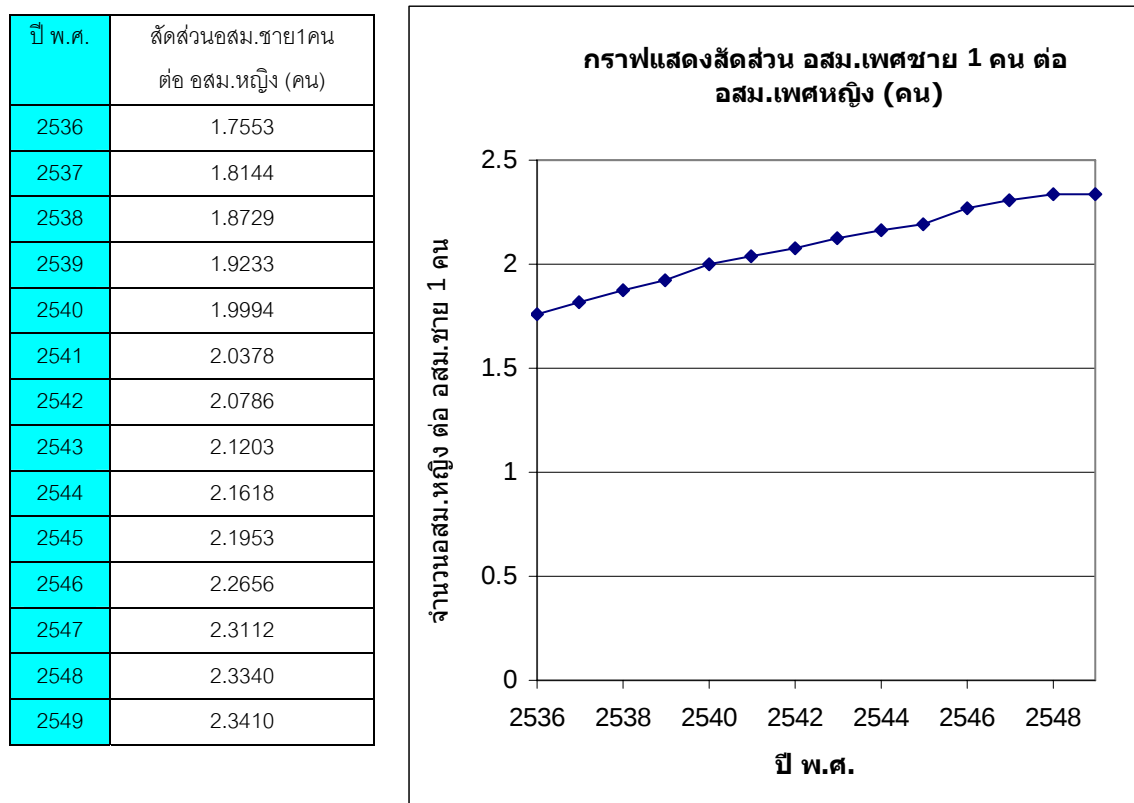
จากฐานข้อมูลทะเบียนประวัติ อสม. ของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ณ วันที่ 30 เมษายน 2549 จำนวน อสม. ทั้งหมด 791,383 คน พบว่า

1.1 การวิเคราะห์แนวโน้มสัดส่วนอสม.เพศชายต่ออสม.เพศหญิง

เมื่อจำแนกเพศของอสม. จากข้อมูลทะเบียนประวัติอสม. พบว่า เป็นเพศชาย 236,833 คน (29.93 %) และเพศหญิง 551,299 คน (69.66 %) ไม่ระบุเพศ จำนวน 3,251 คน (0.41 %)

วิเคราะห์แนวโน้มสัดส่วนอสม.เพศชายต่ออสม.เพศหญิง พบว่า เพศชายมีแนวโน้มลดลงในแต่ละปี โดยช่วง 10 ปีย้อนหลังของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ส่วนใหญ่ อสม.เพศชายจะน้อยกว่าเพศหญิง ประมาณ 0.5 นั่นคือ สัดส่วนอสม.เพศชาย 1 คน ต่อเพศหญิง 1.5 คน แต่หลังจากปี 2541 เป็นต้นไป สัดส่วนอสม.เพศชายเริ่มลดลงจนถึงปี 2549 สัดส่วนอสม.เพศชาย ต่อ อสม.เพศหญิง เป็น 1 : 2.33 นั่นคือ แนวโน้มการเป็นอสม.ในทศวรรษหน้า อสม.จะเป็นเพศหญิงมากขึ้น รายละเอียดตามตารางที่ 1 และกราฟที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงสัดส่วนอสม.ชาย 1 คนต่ออสม.หญิง จำแนกตามปีพ.ศ. 2536 – 2549



ภาพที่ 1 แสดงสัดส่วนจำนวนอสม.ชาย 1 คน ต่อ จำนวน อสม.หญิง จำแนกตามปีพ.ศ. 2536 – 2549

นอกจากนี้ พบว่า ภาคใต้มีสัดส่วน อสม.เพศหญิง ต่อ อสม.เพศชาย มากกว่าภาคอื่น คือ อสม. 100 คน มี อสม.เพศหญิงถึงประมาณ 75 คน ในขณะที่ภาคเหนือ มีสัดส่วน อสม. เพศหญิง ต่อ อสม. เพศชาย น้อยกว่าภาคอื่นคือ อสม. 100 คน มี อสม. เพศหญิงประมาณ 67 คน รายละเอียดตาม ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละ ของอสม. จำแนกตามภูมิภาค 4 ภาค แยกตามเพศ

	ภาคเหนือ (N=166,669)		ภาคกลาง (N=118,702)		ภาค ตอ. น. (N=264,832)		ภาคใต้ (N=95,032)	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
จำนวน (ร้อยละ อสม. แต่ละภาค	53,599 (32.16)	113,070 (67.84)	33,010 (27.81)	85,692 (72.19)	79,443 (30.00)	185,389 (70.00)	23,467 (24.69)	71,565 (75.31)

1.2 การวิเคราะห์แนวโน้ม อายุเฉลี่ยการเป็นอสม.

อายุเฉลี่ยของอสม. พบว่า อายุเฉลี่ยของอสม.ของประเทศ (N= 648,230 คน) เท่ากับ 43.68 ปี (S.D.=9.90 ปี) อายุต่ำสุด 15 ปี และอายุสูงสุด 84 ปี จำแนกตามภูมิภาคพบว่า อสม.ภาคกลาง จะมีอายุเฉลี่ยมากที่สุด คือ 46.65 ปี (S.D.=10.69 ปี) และภาคใต้ อสม.จะมีอายุเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 42.37 ปี (S.D.=9.92 ปี) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงอายุเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) จำแนกตามภูมิภาค 4 ภาค แยกตามเพศ

	ภาคเหนือ (N=166,669) (อายุเฉลี่ย =43.43) (S.D. =9.46)		ภาคกลาง (N=118,702) (อายุเฉลี่ย =46.68) (S.D. =10.67)		ภาค ตอ. น. (N=264,832) (อายุเฉลี่ย =42.94) (S.D. =9.52)		ภาคใต้ (N=95,032) (อายุเฉลี่ย = 42.37) (S.D.=9.92)	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
อายุเฉลี่ย	45.49	42.45	48.80	45.86	46.91	41.24	44.69	41.60
ค่า SD	10.32	8.86	11.51	10.22	10.10	8.73	10.39	9.64

1.3 การวิเคราะห์ช่วงระยะเวลาของการเป็นอสม.

เมื่อวิเคราะห์จำนวนปีที่ เป็น อสม. พบว่าจำนวนปีสูงสุดที่เป็น อสม. คือ 27 ปี (เริ่มเข้าเป็น ผสส.อสม. ตั้งแต่ปี 2522) ระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 8.29 ปี (SD = 6.20 ปี) จำแนกตามช่วงระยะเวลาการเป็น อสม. ได้ดังนี้

- 1 - 5 ปี จำนวน 292,598 คน (36.97 %)
- 6 -10 ปี จำนวน 160,706 คน (20.31 %)
- 11-15 ปี จำนวน 134,743 คน (17.03 %)
- 16-20 ปี จำนวน 44,594 คน (5.63 %)
- มากกว่า 20 ปีขึ้นไป จำนวน 40,321 คน (5.10 %)
- ไม่ระบุข้อมูล จำนวน 118,421 คน (14.96 %)

ระยะเวลาการเป็น อสม. ของ อสม.เพศชายของประเทศ พบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ย 9.25 ปี (S.D. = 6.87 ปี) ในขณะที่อสม.เพศหญิงของประเทศ มีระยะเวลาเฉลี่ย 7.88 ปี (S.D. =5.85 ปี)

- ภาคใต้ อสม. เพศชาย มีระยะเวลาเฉลี่ยการเป็น อสม. มากที่สุด คือ 10.04 ปี (S.D.=6.74 ปี) และภาคเหนือ อสม. เพศหญิง มีระยะเวลาเฉลี่ยการเป็น อสม. มากที่สุด คือ 8.45 ปี (S.D. =5.99 ปี)
- ภาคเหนือ อสม. จะมีระยะเวลาเฉลี่ยการเป็น อสม. มากที่สุด คือ 8.85 ปี (S.D. = 6.30 ปี) สำหรับภาคอื่นๆ มีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ รองลงมา คือ ภาคใต้ ภาคกลาง และสุดท้าย คือ ภาคอีสาน มีระยะเวลาเฉลี่ย 8.64 ปี , 8.21 ปี และ 7.87 ปี ตามลำดับ
- ระยะเวลาเฉลี่ย ของการเป็น อสม. ของประเทศ คือ 8.138 ปี ภาคที่มีอสม.ที่มีระยะเวลาเฉลี่ยในการเป็น อสม. นานกว่าภาคอื่นๆ คือ ภาคเหนือ มีระยะเวลาเฉลี่ย 8.682 ปี รองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคกลาง และภาคอีสาน โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย คือ 8.576 ปี, 8.124 ปี และ 7.668 ปี ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเป็น อสม.และค่า S.D. จำแนกตามภูมิภาค 4 ภาค แยกตามเพศ

	ภาคเหนือ (N= 165,303) ($\bar{X}$ = 8.85) (S.D. = 6.30)		ภาคกลาง (N= 132,974) ($\bar{X}$ = 8.21) (S.D. = 6.29)		ภาคต (N= 279,169) ($\bar{X}$ = 7.87) (S.D. = 6.05)		ภาคใต้ (N= 92,458) ($\bar{X}$ = 8.64) (S.D. = 6.23)	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ค่าเฉลี่ยระยะเวลา การเป็น อสม.	9.70	8.45	9.18	7.82	8.78	7.48	10.04	8.19
ค่า S.D.	6.84	5.99	6.84	6.02	6.90	5.61	6.74	5.98

(หมายเหตุ $\bar{X}$ หมายถึง ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการ เป็น อสม.)

1.4 การวิเคราะห์ลักษณะประชากรของกลุ่มอสม. ใหม่

ในการศึกษาครั้งนี้ จำแนกกลุ่มอสม.ใหม่ คือ ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นอสม. และทำงานในช่วงระยะเวลาเพียง 5 ปี พบว่ามีจำนวนทั้งหมด 292,598 คน คิดเป็นร้อยละ 36.97 ของ อสม.ทั้งหมดของประเทศ

- จำแนกเป็นเพศชาย 78,509 คน (26.83 %) เพศหญิง 212,890 คน (72.76%) และไม่ระบุเพศ 1,199 คน (0.41%)
- อายุเฉลี่ย 40.61 ปี (S.D. = 9.435) อายุต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 69 ปี

- อสม. ใหม่ เพศชาย จะมีอายุเฉลี่ยมากกว่า อสม.ใหม่เพศหญิง คือ เพศชาย มีอายุเฉลี่ย 42.56 ปี (S.D. = 10.02 ปี) เพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 39.90 ปี (S.D. =9.11 ปี) จำแนกตามภูมิภาค พบว่าอายุเฉลี่ยของ อสม.ใหม่ ในภาคใต้ น้อยที่สุด คือ 38.30 ปี (S.D.=8.99 ปี) และภาคกลาง อสม. ใหม่ มีอายุเฉลี่ยมากที่สุด คือ 43.83 ปี (S.D.=10.23 ปี)
- จำแนกตามเพศและภูมิภาค พบว่า ภาคใต้ มีอสม.ใหม่เป็นเพศหญิงมากกว่าภาคอื่น ถึงร้อยละ 80 ในขณะที่ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ มีอสม. ใหม่เพศหญิง เพียงร้อยละ 74.92, 71.71 และ 71.03 ตามลำดับ รายละเอียดตามตาราง 5

ตารางที่ 5 แสดง จำนวน ร้อยละ อายุเฉลี่ย และค่า S.D. จำแนกตามภูมิภาค 4 ภาค แยกตามเพศ

ประเทศ	ภาคเหนือ (N= 60,274) ($\bar{X}$ =40.29) (S.D. =9.33)		ภาคกลาง (N=50,143) ($\bar{X}$ = 43.83) (S.D. =10.23)		ภาค ตอ. น. (N=124,003) ($\bar{X}$ = 40.12) (S.D. =8.95)		ภาคใต้ (N=35,593) ($\bar{X}$ =38.30) (S.D. = 8.99)	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
จำนวน	17,459	42,815	12,574	37,569	35,085	88,918	7,091	28,502
ร้อยละ	28.97	71.03	25.08	74.92	28.29	71.71	19.92	80.08
อายุเฉลี่ย	41.11	39.96	44.70	43.53	43.13	38.94	39.47	38.01
ค่า SD	10.05	8.99	10.82	9.99	9.59	8.39	9.33	8.87

(หมายเหตุ ($\bar{X}$ หมายถึง อายุเฉลี่ยของอสม.)

สรุป แนวโน้มของ อสม.ในภาพรวม พบว่า เพศหญิงจะถูกคัดเลือกเป็น อสม.ใหม่ มากกว่าเพศชาย ในสัดส่วน อสม.เพศชาย 1 คน ต่อ อสม. เพศหญิง 2.33 คน จำนวนอสม.ที่มีการปรับเปลี่ยนคนใหม่ ในระยะ 5 ปี ถึงร้อยละ 36.97 ของ อสม. ทั้งหมดของประเทศ โดยอายุเฉลี่ยของ อสม.ใหม่ = 40.61 ปี (SD = 9.43 ปี) และทุกภาคจะมี อสม. ใหม่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยภาคใต้จะมีจำนวน อสม. ใหม่ที่เป็นเพศหญิง ถึงร้อยละ 80.08 รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 74.92 , 71.71 และ 71.03 ตามลำดับ

2. การประเมินศักยภาพ อสม.

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง อสม.

■ พื้นที่การศึกษา ในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ.2549
จำนวน 11 จังหวัด เก็บข้อมูล อสม. จำนวน 412 คน จำแนกตามพื้นที่ศึกษา ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามพื้นที่จังหวัด และอำเภอที่ศึกษา จังหวัดละ 2 อำเภอ (n=412)

จังหวัด	จำนวน	ร้อยละ
ภาคเหนือ		
ลำปางเกาะคา (18) งาว (18)	36	8.7
นครสวรรค์ : เมือง (19) พิจิตร (18)	37	9.0
ภาคกลาง		
นนทบุรี: เมือง (18) และปากเกร็ด (19)	37	9.0
กาญจนบุรี: เมือง (18) ทองผาภูมิ (18)	36	8.7
ระยอง: เมือง (20) วังจันทร์ (19)	39	9.5
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		
ขอนแก่น: บ้านแฮด (20) สีชมพู (20)	40	9.7
สุรินทร์: เมือง (19) บัวเชด (18)	37	9.0
ยโสธร: เมือง (12) ป่าติ้ว (12)	24	5.8
ภาคใต้		
นครศรีธรรมราช: เมือง (19) บางขัน (24)	43	10.4
กระบี่: เมือง (20) เกาะลันตา (3) คลองท่อม (2)	44	10.7
เหนือคลอง (1) ลำทับ (18)		
ปัตตานี: เมือง (21) พุน้อย (18)	39	9.5
รวม	412	100.0

- จำแนกตามเพศ พบว่า เพศชาย 79 คน (19.2 %) เพศหญิง 333 คน (80.8 %)
- อายุเฉลี่ย 43.8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.8 ปี ต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 75 ปี
- สถานภาพสมรส : สมรส (อยู่ร่วมกัน) มากที่สุด จำนวน 322 คน คิดเป็นร้อยละ 78.1 รองลงมา โสด (11.4 %), หม้าย/ร้าง (6.1 %), สมรส (แยกกันอยู่) (2.7 %) และ หย่า (1.7 %) ตามลำดับ

- อสม.ในกลุ่มตัวอย่าง ยังมีภาวะที่ต้องเลี้ยงดูบุตรที่ยังเรียนและไม่ได้ทำงาน ถึงร้อยละ 61.4 โดยมีบุตรที่ต้องเลี้ยงดูจำนวน 2 คน (38.7 %) รองลงมา มีบุตรจำนวน 1 คน (36.8 %) นั่นคือ มีบุตรต่ำสุด 1 คน สูงสุด 8 คน ค่ามัธยฐาน 2 คน
- อาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม ร้อยละ 44.4 รองลงมาคือ รับจ้าง (25.4 %) ค้าขาย (14.6 %) ตามลำดับ
- ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 53.6 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้น (19.2 %) มัธยมศึกษาตอนปลาย (17.2 %) ปวช./ปวส. (7.3 %) ไม่ได้เรียน (1.7 %) และ ปริญญาตรี (1.0%) ตามลำดับ
- อสม.ส่วนใหญ่ไม่มีการศึกษาต่อ ถึงร้อยละ 86.9 มีศึกษาต่อในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และตอนปลาย ร้อยละ 5.7 และสายอาชีพ ร้อยละ 4.8
- ระยะเวลาการเป็นอสม. ต่ำสุด 1 เดือน สูงสุด 27 ปี เฉลี่ยระยะเวลาการเป็นอสม. 9.71 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.99 ปี
- บทบาททางการ มีจำนวน 302 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 โดยเป็นกรรมการในกลุ่มแม่บ้าน (57.9 %) รองลงมาคือ กรรมการกองทุน (37.1%) กรรมการหมู่บ้าน (31.5%) และอพม. (14.2 %)

2.1 ความรู้ของ อสม.

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แบ่งความรู้ของอสม. เป็นความรู้ 2 ส่วน รวม 20 ข้อ คือ

1. ความรู้พื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพ และการป้องกันโรค จำนวน 12 ข้อ
2. ความรู้ด้านสาเหตุ อาการโรค และการรักษาพยาบาล จำนวน 8 ข้อ

รายละเอียดข้อคำถามด้านการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค ตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนผู้ที่ตอบถูกและตอบผิดในคำถามความรู้พื้นฐานของ อสม. จำนวน 12 ข้อ
เรียงตามลำดับจากจำนวนที่ตอบถูกมากไปหาน้อย

คำถามความรู้พื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพ และการป้องกันโรค	จำนวนที่ ตอบถูก	จำนวนที่ ตอบผิด
1. คนที่ติดโรคไข้หวัดนก มักติดจากการสัมผัสกับสัตว์ปีกที่มีเชื้อไข้หวัดนก ซึ่งเชื้ออยู่ในน้ำมูก น้ำลาย และมูลของสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตาย (ถูก)	97.3	2.7
2. ช่วงอายุครรภ์ที่หญิงตั้งครรภ์ต้องไปฝากครรภ์คือตั้งแต่รู้ว่าตนตั้งครรภ์ (ถูก)	94.9	5.1
3. หญิงแม่ลูกอ่อน ต้องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน (ถูก)	87.6	12.4
4. วัคซีนที่สำคัญที่ต้องฉีดในเด็ก 0-1 ปี ให้ครบ 3 เข็ม มีเพียง 2 ชนิด คือ คอตีบ และ ไอกรน (ผิด)	85.7	14.3
5. การสูบบุหรี่ที่ทำเอง จากใบยาสูบมวนด้วยกระดาษนั้น เวลาสูบจะปลอดภัย ไม่มีสารก่อมะเร็ง (ผิด)	83.7	16.3
6. การตรวจมะเร็งเต้านมไม่สามารถตรวจพบด้วยตนเองได้ ควรให้แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจให้ (ผิด)	76.5	23.5
7. เกล็ดที่ผสมสารไอโอดีน เพื่อป้องกัน โรคเลื้อจางในเด็กได้ (ผิด)	64.3	35.7
8. การตรวจมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทยทุกคน ควรเริ่มเมื่ออายุ 45 ปีขึ้นไป (ผิด)	63.8	36.2
9. การกินยาแก้แสบ เช่น คออักเสบ ให้กินยาจนอาการดีขึ้น แล้วเลิกกินยา แก้แสบได้ทันที (ผิด)	61.4	38.6
10. โรคเอดส์ เกิดจากเชื้อไวรัส ที่อาศัยอยู่ในเลือด และสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลายของผู้ติดเชื้อ (ถูก)	52.7	47.3
11. วัคซีนที่เด็กแรกเกิดต้องได้รับ คือ วัคซีนป้องกันโปลิโอ (ผิด)	31.3	68.7
12. การทำงานหรือใช้แรงงานหนัก ในการทำนา ทำสวน ถือว่าเป็นการออกกำลังกาย อย่างหนึ่ง (ผิด)	26.7	73.3

วิเคราะห์ระดับความรู้ของ อสม. ในส่วนความรู้พื้นฐาน พบว่า จากคะแนนเต็ม 12
คะแนน ได้คะแนนเฉลี่ย 7.9 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.1 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 2 คะแนน
สูงสุด 12 คะแนน นั่นคือ ส่วนใหญ่ อสม.มีความรู้พื้นฐานค่อนข้างดี รายละเอียดตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ระดับความรู้ของอสม.ด้านความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค

ระดับความรู้	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
แย่มาก 1-25 % (0-3 คะแนน)	4	1.0
ค่อนข้างแย่ 26-50% (4-6 คะแนน)	107	26.0
ค่อนข้างดี 51-75% (7-9 คะแนน)	194	47.0
ดี 76-100% (10-12 คะแนน)	107	26.0
รวม	412	100.0

สำหรับความรู้ด้านการรักษาพยาบาลของอสม. รายละเอียดตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนผู้ที่ตอบถูกและตอบผิดในคำถามความรู้ด้านสาเหตุ อาการโรคและการรักษาพยาบาล ในแต่ละข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ เรียงตามลำดับจากจำนวนที่ตอบถูกมากไปหาน้อย

คำถามความรู้ด้านการสาเหตุ อาการโรค และการรักษาพยาบาล	จำนวนที่ตอบถูก	จำนวนที่ตอบผิด
1. อาการที่น่าสงสัยว่าเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส คือ มีไข้เฉียบพลัน ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และร่วมกับอาการใดอาการหนึ่ง ได้แก่ ตาแดง มีปัสสาวะน้อย หรือ ปัสสาวะไม่ออก (ถูก)	90	10
2. อาการมีไข้สูงของการเป็นไข้เลือดออกจะมีไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส (ถูก)	89.8	10.2
3. ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถฟื้นฟูสุขภาพได้ และต้องเสียชีวิตภายใน 1 ปี (ผิด)	85.7	14.3
4. ในเด็กที่มีอาการไข้สูง ไม่ควรให้ยาลดไข้ “แอสไพริน” ลดไข้ เพราะจะทำให้เลือดออกง่ายขึ้น (ถูก)	80.1	19.9
5. ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวานคือการไม่ออกกำลังกาย (ถูก)	76.7	23.3
6. การบันทึกการเจริญเติบโตในเด็ก 0-5 ปี ใช้การวัดน้ำหนักเพียงอย่างเดียว เพื่อค้นหาภาวะ การขาดสารอาหาร (ผิด)	47.8	52.2
7. โรคเลปโตสไปโรซิส (โรคฉี่หนู) เป็นโรคติดต่อที่มาจากปัสสาวะของหนูอย่างเดียว (ผิด)	42.2	57.8
8. การวัดความดันโลหิต ถ้าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะวัดได้คือ ค่าขีดล่างสูงกว่า 80 และ ค่าขีดบน สูงกว่า 120 (ผิด)	31.1	68.9

เมื่อวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสาเหตุ อาการโรคและการรักษาพยาบาล ของอสม. จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน ได้คะแนนเฉลี่ย 5.4 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.2 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 2 คะแนน สูงสุด 8 คะแนน นั่นคือ ส่วนใหญ่ของอสม.มีความรู้พื้นฐานค่อนข้างดีเช่นกัน ตามตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้ด้านสาเหตุ อาการโรคและการรักษาพยาบาล

ระดับความรู้ด้านสาเหตุ อาการโรคและการรักษาพยาบาล	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
แย่ 1-25 % (0-2 คะแนน)	4	1.0
ค่อนข้างแย่ 26-50% (3-4 คะแนน)	93	22.6
ค่อนข้างดี 51-75% (5-6 คะแนน)	232	56.3
ดี 76-100% (7-8 คะแนน)	83	20.1
รวม	412	100.0

พิจารณาคะแนนโดยรวมทั้งหมด 20 คะแนน พบว่า คะแนนเฉลี่ย 13.3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.8 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน สูงสุด 19 คะแนน นั่นคือ ส่วนใหญ่ อสม. มีความรู้พื้นฐานค่อนข้างดีเช่นกัน รายละเอียดตามตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้โดยรวม 20 คะแนน จำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
แย่ 1-25 % (0-5 คะแนน)	1	0.2
ค่อนข้างแย่ 26-50% (6-10 คะแนน)	76	18.4
ค่อนข้างดี 51-75% (11-15 คะแนน)	228	55.4
ดี 76-100% (16-20 คะแนน)	107	26.0
รวม	412	100.0

จากการทดสอบหาค่าความแตกต่างระหว่างความรู้กับเพศ และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเป็น อสม.กับความรู้ พบว่า เพศชายและหญิงมีความแตกต่างด้านความรู้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และ ระยะเวลาการเป็น อสม.ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% แต่พบว่า

- ความรู้ของอสม.ในเขตชนบท (n=319 คน คะแนนเฉลี่ย 13.47 คะแนน, SD = 2.81 คะแนน) จะสูงกว่าความรู้ของอสม.ในเขตเมือง (n=91 คน คะแนนเฉลี่ย 12.77 คะแนน, SD = 2.73 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% p-value = 0.036

- คะแนนความรู้ของประธานอสม. (n=122 คน คะแนนเฉลี่ย 13.79 คะแนน, SD = 2.63 คะแนน) มีคะแนนสูงกว่า คะแนนของอสม.ทั่วไป (n=290 คน คะแนนเฉลี่ย 13.12 คะแนน, SD = 2.84 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% p-value = 0.027

- ความรู้ของ 2 ด้าน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 99% (ค่า spearman's rank correlation =0.374**) p-value = 0.000

■ อายุของ อสม. ด้านมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 99% (ค่า spearman's rank correlation = -0.159**) P-value = 0.001 นั่นคือ อสม. ที่มีอายุมากจะมีความรู้ที่น้อย อสม. ที่มีอายุน้อยจะมีความรู้มาก

■ ความรู้ของ อสม. ในแต่ละภาค ภาคกลาง เฉลี่ย 13.3 คะแนน S=2.4 คะแนน ภาคเหนือ เฉลี่ย 12.2 คะแนน S = 2.9 คะแนน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เฉลี่ย 12.9 คะแนน S = 2.8 คะแนน ภาคใต้ เฉลี่ย 14.1 คะแนน S = 2.7 คะแนน ความรู้ในแต่ละพื้นที่อย่างน้อย 1 คู่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% p-value = 0.000

2.2 ทักษะและความสามารถของ อสม.

ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งทักษะและความสามารถออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. ทักษะการใช้อุปกรณ์ความรู้ทางการแพทย์ในศสมช. จำนวน 9 รายการ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนักเด็ก เครื่องวัดความดันโลหิต ปรอทวัดไข้ แผ่นตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ ชุดปฐมพยาบาล การจ่ายยาสามัญประจำบ้านให้กับชาวบ้าน ชุดการสอนแปรงฟัน แผ่นตรวจสายตา และการใช้น้ำยาตรวจหาสารปนเปื้อนในอาหาร จำนวน 2 รายการ คือ การใช้คู่มือและการอ่านหนังสือพิมพ์ ผสส./ อสม.

2. ทักษะและความสามารถในการทำงาน ใน 7 ด้าน คือ การให้คำแนะนำ การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น การมีความคิดริเริ่มงานใหม่ๆ การเขียนโครงการ การเป็นผู้นำกระบวนการ การเป็นวิทยากรการอบรม และการเจรจาต่อรองสิทธิและเรียกร้องทุกข์

ผลการศึกษาทักษะการใช้อุปกรณ์ พบว่า อสม. มีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในศสมช. น้อย จากคะแนนเต็ม 4 ได้คะแนนเฉลี่ยการใช้อุปกรณ์รวม 0.75 คะแนน (SD =0.66 คะแนน) เท่านั้น อุปกรณ์ที่ใช้มากที่สุดคือ เครื่องวัดความดันโลหิต โดยคะแนนความถี่การใช้อุปกรณ์ 1.48 คะแนน (SD =1.27 คะแนน) นั่นคือ 3-4 เดือนต่อครั้ง รองลงมาคือ การใช้ชุดปฐมพยาบาล การจ่ายยาสามัญประจำบ้าน และการใช้แผ่นตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ (ตามตารางที่ 12) นอกจากนี้ พบว่า

■ ชนิดของอุปกรณ์ที่ใช้น้อย (ใช้ปีละ 1-2 ครั้ง) ได้แก่ การใช้ชุดการสอนแปรงฟัน การใช้เครื่องชั่งน้ำหนักเด็ก การใช้ปรอทวัดไข้ การใช้น้ำยาตรวจหาสารปนเปื้อน และการใช้แผ่นวัดสายตา

■ การใช้อุปกรณ์ของอสม.ในเขตชนบท (n=296 คน ค่าเฉลี่ย 7.1 คะแนน SD = 6.1 คะแนน) มีคะแนนสูงกว่าเล็กน้อย เมื่อเทียบกับการใช้อุปกรณ์ของอสม.ในเขตเมือง (n=90 คน ค่าเฉลี่ย 5.9 คะแนน SD = 5.3 คะแนน) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 90% p-value = 0.086

■ การใช้อุปกรณ์ของอสม.ใหม่ (ที่มีระยะเวลาการทำงานน้อยกว่า 5 ปี) จำนวน 138 คน มีคะแนนเฉลี่ย 5.7 คะแนน (SD = 5.5 คะแนน) มีการใช้อุปกรณ์น้อยกว่า อสม.ที่มีระยะเวลาการทำงานนานกว่า จำนวน 250 คน มีคะแนนเฉลี่ย 7.4 คะแนน (SD = 6.1 คะแนน) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% p-value = 0.009

■ ความถี่ในการใช้อุปกรณ์ใน ศสมช. พบว่า อสม. ร้อยละ 83.8 (325 คน) มีความถี่ในการใช้อุปกรณ์ทั้งหมดน้อยมาก (ปีละ 1-2 ครั้ง) อสม. ร้อยละ 14.7 (57 คน) มีความถี่ในการใช้อุปกรณ์ทั้งหมดปานกลาง (ปีละ 3-4 ครั้ง) และ อสม. ร้อยละ 1.5 (6 คน) มีความถี่ในการใช้อุปกรณ์ทั้งหมดค่อนข้างมาก เช่น ทุกเดือนหรือทุก 3 เดือน

■ อสม. ภาคใต้ และ อสม. ภาคเหนือ มีความถี่ในการใช้อุปกรณ์มากกว่า อสม. ภาคกลางกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยคะแนนเฉลี่ยการใช้อุปกรณ์เรียงจากภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ 8.08 8.00 6.32 และ 5.06 ตามลำดับ (คะแนนเต็ม 36 คะแนน)

ตารางที่ 12 ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของ กลุ่มตัวอย่าง อสม. ในการใช้อุปกรณ์ใน ศสมช. เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย

การใช้อุปกรณ์ในศสมช.	ความถี่ในการใช้อุปกรณ์ (%)				
	ไม่เคย	ปีละ 1-2 ครั้ง	3-4 เดือน ต่อครั้ง	2 เดือน ต่อครั้ง	ทุกเดือนทุกอาทิตย์
1. เครื่องวัดความดันโลหิตและหุฟัง (n=405)	37.4	37.7	11.1	4.2	9.6
2. การใช้ชุดปฐมพยาบาล: ยาแดงทำแผล (n=400)	45	36.6	7.4	3.9	7.1
3. การจ่ายยาสามัญให้กับชาวบ้าน: ผงน้ำตาลเกลือแร่ พาราเซตัม ยาแก้ไอ (n=406)	47.8	28.7	6.8	4.2	12.5
4. แผ่นตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ (n=408)	65.1	23.7	5.2	2.5	3.5
5. การสอนโดยใช้ชุดสาธิตการแปรงฟัน (n=407)	74.3	20	3.0	0.7	2.0
6. การชั่งน้ำหนักเด็ก โดยเครื่องชั่งน้ำหนัก (n=404)	18.6	25.5	39.7	6.4	9.8
7. ปรีทวัดไข้/เทปวัดไข้ (n=404)	49.3	34.9	6.4	2.2	7.2
8. การใช้น้ำยาตรวจหาสารปนเปื้อนในอาหาร (n=404)	75.9	17.2	3.7	2.0	1.2
9. การวัดสายตาโดยใช้แผ่นวัดสายตา (n=405)	83.3	15.3	1.2	0.2	0

■ การใช้คู่มือและการอ่านหนังสือพิมพ์ผสส./อสม. พบว่า มีค่าน้อย 1-2 ครั้งเท่านั้น อสม.ใหม่ (คะแนนเฉลี่ยรวม 2.4 คะแนน SD = 2.1 คะแนน) มีการใช้คู่มือและการอ่านหนังสือพิมพ์น้อยกว่า อสม.ที่มีระยะเวลาทำงานนานกว่า (คะแนนเฉลี่ยรวม 3.2 คะแนน, SD = 2.5 คะแนน) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% p-value = 0.003 (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของ กลุ่มตัวอย่างอสม. ในการใช้คู่มือ และหนังสือพิมพ์เพื่อนผสส./อสม.

การใช้อุปกรณ์/คู่มือ	ความถี่ในการใช้อุปกรณ์ (%)				
	ไม่เคย	ปีละ 1-2 ครั้ง	3-4 เดือน ต่อครั้ง	2 เดือน ต่อครั้ง	ทุกเดือน ทุกอาทิตย์
การอ่านคู่มือการดำเนินงานสาธารณสุข มูลนิธิ (n=405)	20	45.6	14.6	5.7	14.1
การอ่านหนังสือพิมพ์เพื่อน ผสส./ อสม. (n=400)	30.5	35.7	11.3	6.8	15.7

ผลการศึกษาทักษะและความสามารถในการทำงานของ อสม. พบว่า อสม.มีทักษะในการทำงานค่อนข้างน้อย จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน คะแนนเฉลี่ย คือ 1.57 คะแนน (S.D. = 0.92 คะแนน) พบว่า

■ ทักษะที่มีค่อนข้างมากคือ การให้คำแนะนำกับชาวบ้านในเรื่องการฉีดวัคซีน และการเฝ้าระวังโรคระบาด

■ ทักษะที่มีค่อนข้างน้อย คือ การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น การคิดริเริ่มงานใหม่ๆ การเขียนโครงการ การเป็นผู้นำกระบวนการ และการเจรจาต่อรอง

■ ทักษะที่มีน้อย คือ การเป็นวิทยากรการอบรมหรือการประชุม

รายละเอียดตามตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของกลุ่มตัวอย่าง อสม.ใน
ด้านความสามารถหรือทักษะในการทำงาน เรียงจากมากไปหาน้อย

ความสามารถหรือทักษะ	ระดับความชำนาญ/ความสามารถ (%)				
	ไม่เคย	น้อย 1-24%	ค่อนข้างน้อย 25-50%	ค่อนข้างมาก 51-74-%	มาก 75-100%
1. การให้คำแนะนำปรึกษากับชาวบ้าน ได้แก่ การฉีดวัคซีน การเฝ้าระวังโรค ระบาด ฯลฯ (n=410)	4.4	9.3	25.1	44.6	16.6
2. การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น เช่น ไข้หวัด (n=406)	14.5	17.2	31.3	28.1	8.9
3. การขอความคิดเห็นเริ่มงานใหม่ๆ (n=408)	19.9	23	28.2	23.8	5.1
4. การเป็นผู้นำกระบวนการ (n=405)	35.8	19.7	17.3	18.8	8.4
5. การเขียนโครงการ (n=405)	38.8	22.3	21.7	12.3	4.9
6. การเจรจาต่อรอง (รับร้องทุกข์ / สิทธิ) (n=407)	43.7	21.6	17.2	12.3	5.2
7. การเป็นวิทยากรในการอบรมหรือ การประชุม (n=405)	50.1	21	16.5	8.9	3.5

2.3 บทบาทของ อสม.

ในการศึกษาบทบาทของอสม.ในงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าบทบาทที่มีมากที่สุด คือ การแจ้งข่าวสารให้ชาวบ้าน คิดเป็นร้อยละ 96.4 รองลงมา คือการสำรวจข้อมูล การเป็นผู้นำในด้านสุขภาพ การให้ความรู้ และการให้บริการสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 91.5, 81.3, 78.6 และ 74.5 ตามลำดับ ส่วนบทบาทที่มีค่อนข้างน้อย ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานีนานามัย การเฝ้าระวังโรคในชุมชน และ การคุ้มครองสิทธิ คิดเป็นร้อยละ 54.6, 48.5 และ 48.5 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่

ตารางที่ 15 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง อสม. ในการทำหน้าที่ตามบทบาทงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน และเนื้อหาที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ เรียงจากมากไปหาน้อย

บทบาทของอสม.	ไม่ได้ทำ (%)	ทำ (%)
1. การแจ้งข่าวสารให้ชาวบ้าน (เนื้อหา ได้แก่ ด้านการตรวจสุขภาพความดันเบาหวานมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก การเฝ้าระวังไข้หวัดนก ยุงลาย แนะนำบัตรสุขภาพการออกตรวจของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ยาเสพติด การฉีดวัคซีน การส่งเสริมฯ คนชรา และคนพิการ)	3.6	96.4
2. การสำรวจข้อมูล (เนื้อหา ได้แก่ การสำรวจข้อมูลจปฐ. ข้อมูลอนามัย / ประชากร / คนต่างถิ่น (ประชากรแฝง) สำรวจการเลี้ยงสัตว์ปีก / แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย / ประชากรเด็กและการฉีดวัคซีน / ผู้สูงอายุ / หญิงมีครรภ์ / สิทธิประกันสังคม และสิทธิบัตรสุขภาพ)	8.5	91.5
3. การเป็นผู้นำในด้านสุขภาพ (เนื้อหา ได้แก่ การออกกำลังกาย แนะนำความสะดวกของอาหาร การกระตุ้นให้ชาวบ้านเฝ้าระวังโรคระบาด การเฝ้าระวังไข้หวัดนก เติมน้ำดื่มที่บ้านด้านโรคไข้เลือดออก โรคเรื้อน การเฝ้าระวังสัตว์และโรคติดต่อ รณรงค์การพ่นหมอกควัน)	18.7	81.3
4. การให้ความรู้กับชาวบ้านผ่านตัวต่อตัว หรือผ่านสื่อ เช่น ผ่านหอกระจายข่าว หรือวิทยุชุมชน	21.4	78.6
5. การให้บริการสุขภาพ (ได้แก่ การตรวจน้ำตาล การวัดความดัน วัดส่วนสูง น้ำหนัก ของเด็ก สตรีมีครรภ์ ผู้สูงอายุ การปฐมพยาบาลและการจ่ายยาเบื้องต้น การทำแผล)	25.5	74.5
6. การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานอนามัย (วิธีการ ได้แก่ การขับขีรถมอเตอร์ไซด์ส่งผู้ป่วย การช่วยเหลือผู้ประสบภัย นำผู้ป่วยส่งอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน การรักษาเบื้องต้น การเรียกรถพยาบาล)	45.4	54.6
7. การเฝ้าระวังโรคในชุมชน (ได้แก่ ไข้หวัดนก ไข้เลือดออก อุจจาระร่วง การตรวจร้านค้าขายของชำ ความสะดวกของอาหาร การรักษาความสะดวกบริเวณบ้าน ดูแลด้านสุขภาพของสมาชิกในชุมชน ชยะ น้ำทิ้ง)	51.5	48.5
8. การคุ้มครองสิทธิ (ได้แก่ ตั้งด่านตรวจรถเฝ้าเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค และให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิประชาชน ในระบบหลักประกันสุขภาพ การตรวจร้านค้าของชำ เครื่องหมายอย. แนะนำการจดทะเบียนคนพิการ การสังเกตฉลากผลิตภัณฑ์ แนะนำบัตรสุขภาพ การดูแลระบบอาหาร น้ำทิ้ง ชยะ)	51.5	48.5

แม้ว่าอสม.จะตอบว่ามีบทบาทในงานสาธารณสุขมูลฐานค่อนข้างมาก แต่เมื่อพิจารณาจากบทบาทการช่วยเหลือด้านสังคมและอื่นๆ พบว่ามีเพียงจำนวน 161 คน คิดเป็นร้อยละ 39.1 ได้แก่

- การเป็นหมอพื้นบ้าน (30 คน) คิดเป็นร้อยละ 18.6
- เชี่ยวชาญการปลูกต้นไม้หรือการใช้พืชสมุนไพร (61 คน) คิดเป็นร้อยละ 37.9
- เชี่ยวชาญด้านเกษตรชีวภาพ/ปุ๋ยหมัก/น้ำหมัก (29 คน) คิดเป็นร้อยละ 18.0
- นักจัดรายการวิทยุชุมชน/หอกระจายข่าว/นักประชาสัมพันธ์ (37 คน) คิดเป็นร้อยละ

23

- การเป็นวิทยากรหรือผู้ดำเนินรายการเวที (33 คน) คิดเป็นร้อยละ 20.5
- อื่นๆ ได้แก่ กรรมการการเลือกตั้ง กรรมการศูนย์ถ่ายทอดเทคโนโลยี กลุ่มผลิตภัณฑ์แปรรูป กลุ่มส่งเสริมอาชีพ อาสาปศุสัตว์หมู่บ้าน พิธีกรในงานต่าง ๆ ผู้นำการออกกำลังกาย กิจกรรมนันทนาการ (42 คน) คิดเป็นร้อยละ 26.1

2.4 กระบวนการทำงานของ อสม.

อสม. ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 70 มีกระบวนการทำงานร่วมกันในกลุ่มอสม. โดยเฉพาะกิจกรรมเรื่องการแจ้งข่าวสาร การสำรวจข้อมูล การให้บริการด้านสุขภาพ และการเฝ้าระวังโรคในชุมชน

- การทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ พบว่า ค่อนข้างมาก ประมาณร้อยละ 60 ในกิจกรรมการเฝ้าระวังโรค การบริการสุขภาพ และการคุ้มครองสิทธิ
- การทำงานแบบทำคนเดียว ค่อนข้างน้อย ยกเว้นการส่งต่อผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่ อสม. จะขี่รถมอเตอร์ไซด์ไปส่งด้วยตัวเอง คิดเป็นร้อยละ 51.1

รายละเอียดตามตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ในบทบาทการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

บทบาทของ อสม.	กระบวนการทำงาน (ตอบได้หลายข้อ)				
	ทำคนเดียว	ร่วมกับคนอื่น	ร่วมกับเจ้าหน้าที่	ร่วมกับอสม.	ร่วมกับผู้นำหรือกลุ่มต่างๆ
1. การเฝ้าระวังโรคในชุมชน (n=335)	10.7	91.9	66.9	81.5	40.9
2. การสำรวจข้อมูล (n=377)	18.8	89.7	40.1	78.2	32.4
3. การแจ้งข่าวสารให้ชาวบ้าน (n=397)	15.5	88.8	53.2	77.4	53.2
4. การให้บริการด้านสุขภาพ (n=307)	12.1	93.5	73.9	70.0	12.7
5. การเป็นผู้นำในด้านสุขภาพ (n=301)	26.6	79.1	40.2	59.8	35.2
6. การคุ้มครองสิทธิ (n=200)	20.5	83.0	61.0	58.0	25.0

7. การให้ความรู้กับชาวบ้าน (n=324)	30.9	79.0	33.6	57.1	38.0
8. การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานเอนามัย (n=225)	51.1	55.1	15.6	39.6	16.4

2.5 วิธีคิดการทำงานของ อสม.

ในส่วนของการที่ไม่ใช่นโยบายของรัฐ พบว่าอสม.จำนวน 295 คน คิดเป็นร้อยละ 71.6 ที่ตอบว่ามีกิจกรรมที่อสม.เข้าไปมีส่วนร่วมกันคิด โดยร่วมกับสถานศึกษา การพัฒนาสิ่งแวดล้อม ในวัดและสถานเอนามัย โดยมีลักษณะที่อสม.ร่วมกันทำและช่วยกันคิด (ตารางที่ 17) มากกว่าเจ้าหน้าที่ ซึ่งการซึ่งต่างจากการทำงานที่เป็นนโยบายของรัฐที่อสม.จะรอคำสั่งจากเจ้าหน้าที่

ตารางที่ 17 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม. ต่อวิธีการทำงานของ อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่

กิจกรรมร่วมกันคิดร่วมกันทำ	วิธีการทำงานของ อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่			
	ขอคำแนะนำ จนท. และ อสม.นำมาทำ	จนท.แนะนำ / อสม. มีการ ดัดแปลง	ร่วมกับ ทีมงาน อสม. ช่วย กันคิด	คิดเอง ทำเอง
1. เทคนิคการประชาสัมพันธ์ให้ชาวบ้านทราบในแต่ละคุ้ม (n=234)	40.9	19.6	51.3	6.5
2. การแก้ไขปัญหาเยาวชน เช่น การตีกัน เล่นการพนัน ติดยาเสพติด (n=159)	37.3	14.6	44.3	11.4
3. การร่วมกับครูในการแก้ไขปัญหาเด็กในโรงเรียน เช่น นโยบายการแจกนม จัดการศึกษาให้เด็กก่อนวัยเรียน (n=114)	34.2	11.4	36.8	20.2
4. การศึกษาดูงาน/ทัศนศึกษา (n=168)	44.9	20.4	36.5	3.6
5. เทคนิคการออกกำลังกาย (n=138)	28.5	26.3	38.0	9.5
6. เทคนิคในการเพาะปลูก/การเลี้ยงสัตว์/การประมง (n=79)	21.5	11.4	30.4	38.0
7. การปรับปรุงอาคาร หรือสิ่งแวดล้อมของสถานเอนามัย (n=102)	34.3	18.6	49	5.9
8. การดูแลสิ่งแวดล้อมในวัด/โรงเรียน (n=156)	17.3	10.3	64.1	10.9
9. การจัดทำผ้าป่า (n=114)	14.3	0.0	57.1	42.9

2.6 ขีดความสามารถในงานที่ควรพัฒนา

นอกจากบทบาทงานด้านการพัฒนาสุขภาพแล้ว ยังพบว่า อสม.ยังมีขีดความสามารถในการดำเนินงานในกลุ่มต่างๆ ที่จัดตั้งโดยกระทรวงต่างๆ ร้อยละ 83.3 รองลงมาคือ กลุ่มที่จัดตั้งโดยกลุ่ม อสม. (39.1 %) และ กลุ่มที่จัดตั้งโดยชุมชน / อบต. (32.0 %) ทั้งนี้ขีดความสามารถในหน้าที่ที่เป็นในแต่ละกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในกลุ่ม รองลงมาคือ เป็นกรรมการในแต่ละกลุ่ม แต่ขีดความสามารถในการเป็นประธานกลุ่ม รายละเอียดตามตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ร้อยละบทบาทในกลุ่มหรือชมรมต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง อสม.

กลุ่ม/ชมรม	บทบาทในแต่ละกลุ่ม			
	ประธาน	กรรมการ	ผู้ประสานงาน	สมาชิก
กลุ่มที่จัดตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข (n=372)	11.0	29.6	14.0	61.0
กลุ่มที่จัดตั้งโดยกระทรวงอื่นๆ (n=343)	9.9	31.2	9.6	63.8
กลุ่มที่จัดตั้งโดยชุมชน/อบต. (n=132)	8.3	36.4	9.1	50.0
กลุ่มที่จัดตั้งโดยกลุ่ม อสม. (n=161)	15.5	17.4	11.8	56.5

หากพิจารณากลุ่มตัวอย่างเฉพาะประธานอสม. (จำนวน 122 คน) พบว่า ประธานอสม. จะมีขีดความสามารถในการเป็นประธานกลุ่มต่างๆ ดังนี้

- ประธานกลุ่มของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 27.87 โดยถ้าเป็น อสม.ทั่วไป จะเป็นประธานกลุ่มเพียงร้อยละ 2.41 เท่านั้น
- ประธานกลุ่มของกระทรวงมหาดไทย ร้อยละ 17.21 โดยถ้าเป็น อสม.ทั่วไป จะเป็นประธานกลุ่มเพียงร้อยละ 4.48 เท่านั้น
- ประธานกลุ่มที่จัดตั้งโดยชุมชน/อบต. ร้อยละ 6.56 โดยถ้าเป็น อสม.ทั่วไป จะเป็นประธานกลุ่มเพียงร้อยละ 1.72 เท่านั้น
- ประธานกลุ่มที่จัดตั้งโดย อสม. ร้อยละ 16.39 โดยถ้าเป็น อสม.ทั่วไป จะเป็นประธานกลุ่มเพียงร้อยละ 1.72 เท่านั้น

นอกจากนี้ยังพิจารณาบทบาทหรือความสามารถอื่นๆในการพัฒนาด้านอื่นๆในชุมชน ได้แก่

1. การพัฒนาเศรษฐกิจให้กับชุมชน เช่น การหาอาชีพเสริม/กลุ่มร้านค้าต่างๆ ฯลฯ พบว่า อสม. มีบทบาทร้อยละ 57.0 และ อสม.ส่วนใหญ่ถือว่าเป็นบทบาทของ อสม. ค่อนข้างมาก (คะแนนเต็ม 4 ได้คะแนนเฉลี่ย 2.47) ลักษณะการมีส่วนร่วม พบว่า อสม.มักร่วมวางแผนและร่วมดำเนินงาน ร้อยละ 66.8 และ 445.1 ตามลำดับ

2. การพัฒนาการศึกษาในชุมชน เช่น การร่วมเป็นกรรมการในสถานศึกษา หรือ การมีบทบาทเป็นวิทยากรให้กับโรงเรียน ฯลฯ พบว่า อสม. มีบทบาทร้อยละ 32.5 และ อสม.ส่วนใหญ่ถือว่าเป็นบทบาทของ อสม. ค่อนข้างน้อย (คะแนนเต็ม 4 ได้คะแนนเฉลี่ย 1.86) ลักษณะการมีส่วนร่วม พบว่า อสม. มักร่วมเป็นดำเนินงานและร่วมวางแผน ร้อยละ 49.3 และ 47.28ตามลำดับ

3. การพัฒนาทางศาสนาและสร้างความรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน เช่น การทำบุญ ประเพณี เป็นกรรมการวัด ฯลฯ พบว่า อสม.มีบทบาทร้อยละ 73.3 และส่วนใหญ่ถือว่าเป็นบทบาทของ อสม. ค่อนข้างมาก (คะแนนเต็ม 4 ได้คะแนนเฉลี่ย 2.30) ลักษณะการมีส่วนร่วม พบว่า อสม. มักร่วมเป็นผู้ดำเนินงาน 71.2

4. การกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทางการเมือง เช่นการ รณรงค์การใช้สิทธิในการเลือกตั้ง/การเลือก อบต. ฯลฯ พบว่า อสม.มีบทบาทร้อยละ 66.0 และส่วนใหญ่ถือว่าเป็นบทบาท ของ อสม. ค่อนข้างมาก (คะแนนเต็ม 4 ได้คะแนนเฉลี่ย 2.30) ลักษณะการมีส่วนร่วม พบว่า อสม.มักร่วมเป็นผู้ดำเนินงาน ร้อยละ 61.8

รายละเอียดตามตารางที่ 19 และตารางที่ 20

ตารางที่ 19 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง อสม. ต่อบทบาททางสังคมที่ อสม. คิดว่าเป็นบทบาทของ อสม.

บทบาททางสังคม	ระดับบทบาทที่ถือว่าเป็นบทบาทของอสม. (%)				
	ไม่เป็น	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
1. การพัฒนาเศรษฐกิจให้กับชุมชน	0.3	14.7	33.7	39.9	11.4
2. การพัฒนาการศึกษาในชุมชน	21.1	16.4	26.7	27.6	8.2
3. การพัฒนาทางศาสนา	14.2	7.2	24.9	42.2	11.5
4. การกระตุ้นให้ชุมชน มีส่วนร่วมในทางการเมือง	14.8	9.6	22.4	37.1	16.1

3. วิเคราะห์กลไกสนับสนุนและกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่รัฐ ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และ ชมรม อสม.ระดับจังหวัด

ผลการศึกษา แบ่งเป็น 5 ประเด็น คือ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบล กลุ่ม อบต./ผู้นำชุมชน และกลุ่มประธานชมรม อสม.ระดับจังหวัด
2. ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อการประเมินผลนโยบายของรัฐในแต่ละช่วง ที่มีผลต่อการทำงานของ อสม. ในแต่ละด้านอย่างไร
3. กลไกการสนับสนุนและกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่รัฐ อบต./ผู้นำชุมชน และชมรม อสม.ระดับจังหวัด ได้แก่
 - 3.1 กระบวนการคัดเลือก อสม.
 - 3.2 การสนับสนุนความรู้ให้กับ อสม. และการติดตามประเมินผล
 - 3.3 การสนับสนุนงบประมาณ
4. ศักยภาพและผลการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับจังหวัด
5. หน่วยงานหรือองค์กรที่ให้การสนับสนุนการทำงานของ อสม.

3.1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม

1) กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จาก 11 จังหวัด จังหวัดละ 4-6 คน ขึ้นกับพื้นที่หมู่บ้านที่เก็บข้อมูลว่าขึ้นกับสถานีอนามัยใด รวม 46 คน เป็นเพศชาย 17 คน (37.0 %) และเพศหญิง 29 คน (63.0%) อายุเฉลี่ย 39 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 59 ปี (ค่ามัธยฐาน 37 ปี, ค่าพิสัย 36 ปี)

■ ระดับการศึกษาสูงสุด จบปริญญาตรี ร้อยละ 84.8 รองลงมาคือ ประกาศนียบัตร (13.0 %) และปริญญาโท (2.2 %)

■ มีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 20.0 คือศึกษาต่อปริญญาตรี ร้อยละ 11.1 และปริญญาโท (8.9 %)

■ สถานีอนามัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของอบต. ร้อยละ 82.2 และเป็นเขตของเทศบาล (17.8 %) และต้องรับผิดชอบอสม.ทั้งตำบล เฉลี่ยจำนวน 97คน โดยบางแห่งรับผิดชอบน้อยสุด 20 คน บางแห่งรับผิดชอบมากที่สุด 240 คน (โดยเฉพาะในเขตเทศบาล)

■ ตำแหน่งของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ร้อยละ 41.3 รองลงมา คือ นักวิชาการสาธารณสุข (28.3%) พยาบาลวิชาชีพ (15.2 %) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน (13.0 %) และพยาบาลเทคนิค (2.2 %)

- ประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน เฉลี่ย 15.02 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 32 ปี (ค่ามัธยฐาน = 15 ปี และ ค่าพิสัย = 20 ปี)
- ระยะเวลาการทำงานในหมู่บ้านพื้นที่วิจัย เฉลี่ย 8.86 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 32 ปี (ค่ามัธยฐาน = 6.90 ปี และ ค่าพิสัย = 3 ปี)

2) กลุ่มอบต. และผู้นำชุมชน

จาก 11 จังหวัด เก็บ อบต. 4 คน และ ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/กรรมการหมู่บ้าน 4 คน รวมจังหวัดละ 8 คน มีจังหวัดระยองและขอนแก่น เก็บตัวอย่างเพิ่มเป็น อบต. 9 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 90 คน เป็นเพศชาย 78 คน (86.7 %) และเพศหญิง 12 คน (13.3 %) อายุเฉลี่ย 45.2 ปี อายุต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 70 ปี (ค่ามัธยฐาน 45 ปี, ค่าพิสัย 45 ปี)

■ ระดับการศึกษาสูงสุด จบมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 35.6 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น (20.2 %), ประถมศึกษา (18.9 %), ปริญญาตรี (14.4 %) และสูงกว่าปริญญาตรี (8.9 %) ตามลำดับ

■ อาชีพหลัก คือ เกษตรกร ร้อยละ 51.1 รองลงมาคือ รับจ้าง (13.4 %), ค้าขาย (13.4 %) ข้าราชการเกษียณ(4.4%), ธุรกิจรับเหมาก่อสร้าง (3.3%) และเปิดร้านค้าในชุมชน (2.2%)

■ มีตำแหน่งเป็นผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 27 คน (30.0 %), กำนัน จำนวน 6 คน (6.7 %) และเป็นตำแหน่งในอบต. จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 โดยมีตำแหน่งในอบต. ดังนี้

- สมาชิกอบต. จำนวน 25 คน ร้อยละ 27.8
- นายก อบต. จำนวน 6 คน ร้อยละ 6.7
- ประธานอบต. จำนวน 4 คน ร้อยละ 4.4
- ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านและกรรมการหมู่บ้าน จำนวน 22คน ร้อยละ 24.4

■ ผู้นำชุมชนยังมีบทบาทเป็น อสม.ในปัจจุบัน จำนวน 15 คน ร้อยละ 16.7 กรรมการกองทุนหมู่บ้าน (48.9 %) และ ผู้ประกาศข่าวหอกระจายหรือวิทยุชุมชน (25.6 %)

■ เคยมีประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพในชุมชน จำนวน 52 คน ร้อยละ 57.8 โดยเคยเป็นหรือเป็น อสม.ในปัจจุบัน ถึงร้อยละ 29.2 เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ร้อยละ 19.0 นั่นคือผู้นำชุมชนประมาณครึ่งหนึ่งมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทและการทำงานของ อสม. โดยผ่านเจ้าหน้าที่รัฐ

3) กลุ่มประธานชมรมอสม.ระดับจังหวัด

จากการตอบแบบสอบถามของประธานชมรมอสม.ระดับจังหวัด ที่ส่งแบบสอบถามกลับ จำนวน 44 คน จาก 75 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 58.7 คิดเป็นร้อยละ 86.4 ของจังหวัดทั้งหมด

- จำแนกตามเพศ พบว่า เป็นเพศชาย 38 คน (86.4 %) และ เพศหญิง (13.6 %)

- อายุเฉลี่ย 54.83 ปี (sd=8.83) อายุต่ำสุด 42 ปี สูงสุด 75 ปี
- อาชีพหลัก คือ เกษตรกร (45.5 %) รองลงมา คือ ค้าขาย (22.7 %)
- จบการศึกษาสูงกว่าอสม.ทั่วไป คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 61.4

รองลงมา คือ ปริญญาตรี/สูงกว่า ถึงร้อยละ 13.6

- ระยะเวลาการเป็นอสม. เฉลี่ย 19.9 ปี (sd = 6.39) น้อยสุด 7 ปี มากสุด 27 ปี
- ระยะเวลาการเป็นประธานอสม.ระดับจังหวัด เฉลี่ย 6.29 ปี (sd =3.89) น้อยสุด

1 ปี มากสุด 14 ปี

■ ทักษะความสามารถของประธานอสม. พบว่าเป็นนักจัดรายการวิทยุชุมชน หรือ หอกระจายข่าว (65.9%) / สามารถเป็นวิทยากรหรือผู้ดำเนินรายการเวทีในการอบรม อสม. (61.4%) และ หมอพื้นบ้าน (18.8 %)

■ บทบาทตำแหน่งอื่น พบว่ามีบทบาทในกระทรวงมหาดไทยค่อนข้างมากคือ เป็น อสม.ร้อยละ 65.9 และกรรมการหมู่บ้าน (54.6%) บทบาทในกระทรวงศึกษาธิการ คือเป็นกรรมการสถานศึกษา ร้อยละ 50 บทบาทในกระทรวงเกษตรและ อุต.มีค่อนข้างน้อย คือ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเกษตรชีวภาพ (29.5 %) เป็นกรรมการในอบจ. (2.3 %) และ กรรมการใน อบต. (11.4 %)

3.2 ประเมินผลของนโยบายของรัฐในแต่ละช่วงที่มีผลต่อการทำงานของ อสม.

ในการศึกษาค้างนี้ แบ่งช่วงเวลาการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน เป็น 4 ช่วง ที่มีผลต่อการทำงานของอสม. คือ

- **ช่วงที่ 1 :** ช่วงแรกของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน (ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2525 - 2539)

ในช่วงปลายแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด อาสาสมัครสาธารณสุข เป็น 2 กลุ่ม คือ ผสส. (ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข) และ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) มีการจัดฝึกอบรมประมาณครึ่งหนึ่งของหมู่บ้านทั่วประเทศ คิดเป็นจำนวน ผสส. 223,627 คน และ อสม. 22,840 คน และได้ขยายจนครบทุกหมู่บ้านเมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 โดยในปี พ.ศ. 2529 มีจำนวน ผสส. 510,765 คน และ อสม. 53,297 คน ทั้งนี้ จากการคำนวณข้อมูลงบประมาณระหว่างปี พ.ศ. 2525 – 2529 พบว่ากระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดสรรงบไว้ประมาณ 12.22 บาท ต่อการอบรมทดแทน ผสส. 1 คน

หลังจากนั้น ได้มีการปรับเปลี่ยนที่สำคัญในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 คือ ในปี พ.ศ. 2537 ได้มีการยกระดับ ผสส. ทุกคนให้เป็นอสม.ทั้งหมด ทำให้มีอสม. ทั้งหมด 595,309 คน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2539) มีการกำหนดวาระการเป็นอสม. คราวละ 2 ปี โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณ จำแนกเป็น 2 หมวด คือ หมวดเงินอุดหนุนทั่วไป (หมวด 800) และหมวดค่าใช้สอยตอบแทน และวัสดุ (หมวด 300) โดยในหมวดเงินอุดหนุนทั่วไป ได้มี

การกำหนดกิจกรรมที่ให้การสนับสนุน คือ การอบรม อสม. ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา แกนนำสุขภาพ ประจำครอบครัว และสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นเงินทั้งสิ้น 323,405,000 บาท (ข้อมูลปี 2539) โดยได้ดำเนินการจัดตั้ง ศสมช.ทุกหมู่บ้าน/ชุมชน ประมาณ 68,000 แห่ง และได้จัดสรรงบประมาณในการซื้ออุปกรณ์ใน ศสมช. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2540 เมื่อคิดเฉลี่ยงบประมาณ แห่งละ 800-900 บาท รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 61 ล้านบาท ทั้งนี้เชื่อว่า การสนับสนุนงบประมาณลักษณะนี้จะเป็นผลดีต่อการพัฒนาศักยภาพของอสม.อย่างต่อเนื่อง และก่อให้เกิดการจัดบริการสาธารณสุขของชุมชนในรูปแบบของศสมช.ได้ครอบคลุมทั่วประเทศ ทั้งนี้ ในช่วงปี 2535 ได้เริ่มมีการจัดตั้งชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข โดยหวังว่าชมรมอสม.จะมีบทบาทในการพัฒนาผู้นำองค์กร อสม. และมีบทบาทในการจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

■ ช่วงที่ 2 : (เริ่มปี พ.ศ. 2540)

เนื่องจากช่วงนี้เป็นช่วงที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ได้บัญญัติไว้ว่า รัฐบาลจะต้องกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลา 10 ปี คือ พ.ศ.2553 ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการจัดสรรงบประมาณแนวใหม่ โดยในงบประมาณ 2541 มีการปรับเปลี่ยนจากการสนับสนุนงบประมาณเป็นรายกิจกรรม มาเป็นการจัดสรรงบประมาณ ต่อหน่วยหมู่บ้าน เฉลี่ยหมู่บ้านละ 7,500 บาท โดยดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เพื่อให้ประชาชน เป็นผู้ริเริ่มและตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยจัดสรรผ่านไปทางสาธารณสุขจังหวัด และทาง จังหวัดจัดสรรเข้าไปทางบัญชีของหมู่บ้านโดยตรง ทั้งนี้ได้กำหนดแนวทางการใช้งบประมาณไว้ 3 ประเด็น คือ การพัฒนาศักยภาพคนในชุมชน การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน และ การจัดการ บริการสาธารณสุขใน ศสมช. อีกทั้งมีการสนับสนุนงบประมาณหมวดค่าตอบแทนใช้สอยและวัสดุ โดยสนับสนุนเฉลี่ยหมู่บ้าน / ชุมชนละ 250 บาท เพื่อใช้พัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขมูลฐาน นิเทศ งานประเมินผล กิจกรรมตามที่จังหวัดเห็นควร หลังจากนั้นในปี 2547 กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดสรร เงินพัฒนาสุขภาพส่วนนี้ผ่านกลไกในการจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยปัจจุบันในปี พ.ศ. 2549 ได้เพิ่มเติมจากวงเงิน 7,500 บาท มาเป็น 10,000 บาท ทุกหมู่บ้าน/ชุมชน

■ ช่วงที่ 3 : (เริ่มปี พ.ศ. 2543)

เป็นช่วงที่เริ่มมีนโยบายเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นการปฏิรูปใน 3 องค์ประกอบ คือ การสร้างองค์ความรู้ การเคลื่อนไหวทางสังคม และการเชื่อมโยงกับการเมือง ซึ่งการปฏิรูปทั้ง 3 ด้าน จะต้องไปพร้อมๆกัน และผลการปฏิรูปของทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้ให้การเปลี่ยนแปลง ใน 5 อย่าง คือ (สำเริง แหยงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2545 :9) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การกระจายอำนาจ ด้านสุขภาพ และ การปฏิรูปอื่นๆ ในช่วงนี้เกิดองค์กรที่ทำงานด้านพัฒนาสาธารณสุขเกิดขึ้นมาใหม่

ไม่ว่าจะเป็น สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรศ.) สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปก.) ซึ่งมีผลต่อการดำเนินงานสร้างความร่วมมือและการสนับสนุนจากภาคีในส่วนต่างๆทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน

■ **ช่วงที่ 4 :** (เริ่มปี พ.ศ. 2544)

เป็นช่วงการดำเนินงานนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งส่งผลทำให้ชาวบ้านสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง

ผลการศึกษาเพื่อประเมินความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อการทำงานในแต่ละช่วงของนโยบาย โดยประเมิน 3 องค์ประกอบ คือ

1. ประเมินเรื่องการกำหนดบทบาทหน้าที่ของอสม. และงบประมาณที่สนับสนุน (Input)
2. ประเมินเรื่องการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ และการจัดกิจกรรม 14 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน (process)
3. ประเมินเรื่องระดับชุมชนให้คุณค่าต่อการเป็นอสม. และระดับผลสำเร็จของการทำงานของ อสม. (Outcome)

ผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ประเมินภาพรวมของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคว่าเป็นนโยบายที่มีการกำหนด input process และ outcome ได้ชัดเจนและดีที่สุดกว่านโยบายอื่นๆ

นโยบายช่วงแรกของงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ เริ่มตั้งแต่ปีพ.ศ. 2520 จนถึงการสนับสนุนการจัดตั้ง ศสมช. (ปีพ.ศ.2540) พบว่าความชัดเจนในการกำหนดบทบาทหน้าที่ของอสม.มีค่อนข้างมาก ร้อยละ 58.7 แต่ยั้ยังน้อยกว่านโยบายช่วง 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งมีถึงร้อยละ 78.2 สำหรับงบประมาณสนับสนุนในนโยบายช่วงแรกพบว่าเจ้าหน้าที่ประเมินว่ามีค่อนข้างน้อย (69.6 %) และ อสม.มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ ประเมินว่าค่อนข้างน้อย (69.6 %) การจัดกิจกรรมงานสสม. ประเมินว่าค่อนข้างน้อย (63.1 %) ชุมชนให้ความสำคัญต่อการทำงานของอสม. ประเมินว่าค่อนข้างน้อย (58.7 %) และประเมินผลสำเร็จของการทำงานของ อสม. ว่าค่อนข้างน้อย (54.4 %) ซึ่งแตกต่างจากนโยบาย 30 บาทที่เจ้าหน้าที่เห็นว่า ผลสำเร็จของการทำงานของ อสม.มีค่อนข้างมากถึงมาก ร้อยละ 71.8

สำหรับนโยบายที่มีผลต่อการทำงานของอสม. ช่วงที่สอง คือ การกระจายอำนาจให้อปต. และ ช่วงที่สาม คือ นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ) พบว่าทั้งสองนโยบายการกำหนดบทบาทหน้าที่ของอสม.มีความชัดเจนค่อนข้างน้อย รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณการทำงานของอสม. ก็มีค่อนข้างน้อย แต่ประเมินว่าในนโยบายช่วงที่สาม ช่วงทำ พรบ.สุขภาพ อสม.เริ่มมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ ค่อนข้างมากขึ้นร้อยละ 47.8 จนถึงนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ที่เจ้าหน้าที่เห็นว่าเป็นนโยบายที่มีผลทั้งเชิงการกำหนดบทบาทหน้าที่ของอสม.ในโครงการหลักประกัน

สุขภาพ การจัดงบประมาณสนับสนุน การให้อสม.มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ และการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานความดันในชุมชนมากขึ้น และชุมชนเห็นความสำคัญการทำงานอสม.และระดับผลสำเร็จของงานสูงมากกว่านโยบายอื่น (รายละเอียดตามตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 ความคิดเห็นต่อนโยบายในแต่ละช่วง ที่มีผลต่อการทำงานของอสม. (n=46)

นโยบายในแต่ละช่วงของการพัฒนางานอสม.	ระดับความชัดเจนของนโยบาย (%)				
INPUT					
1. การระบุหน้าที่การทำงานของ อสม. ในแต่ละนโยบาย ชัดเจนเพียงใด	ไม่ชัดเจน	น้อย	ค่อนข้าง น้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก
1) นโยบายแรกของงาน อสม. และหลังการสนับสนุน การจัดตั้ง ศสมช. (เริ่มปี 2520 – 2540)	2.2	15.2	23.9	50.0	8.7
2) นโยบายการกระจายอำนาจให้ อบต. มีส่วนร่วมใน การจัดการสุขภาพในชุมชน (เริ่มปี 2542)	6.5	13.0	47.8	30.4	2.2
3) นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ)/นโยบาย ของ สสส. และ สกว. (เริ่มปี 2543)	4.3	15.2	39.1	39.1	2.2
4) นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค (เริ่มปี 2544)	2.2	4.3	15.2	54.3	23.9
2. การได้รับงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการทำงานของ อสม. ม. มากน้อยเพียงใด	ไม่มีงบ	น้อย	ค่อนข้าง น้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก
- ช่วงแรกของงาน อสม.	2.2	26.1	41.3	23.9	6.5
- ช่วงที่สอง การกระจายอำนาจให้ อบต.	0	17.4	52.2	30.4	0
- ช่วงที่สาม นโยบาย พรบ.สุขภาพ	2.2	13.0	37.0	43.5	4.3
- ช่วงที่สี่ นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค	0	6.5	23.9	58.7	10.9
PROCESS					
3. อสม. มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพใน ชุมชน มากน้อยเพียงใด	ไม่มี ส่วนร่วม	น้อย	ค่อนข้าง น้อย	ค่อนข้าง มาก	มีส่วน ร่วม มาก
- ช่วงแรกของงาน อสม.	2.2	26.1	41.3	23.9	6.5
- ช่วงที่สอง การกระจายอำนาจให้ อบต.	0	17.4	52.2	30.4	0
- ช่วงที่สาม นโยบาย พรบ.สุขภาพ	2.2	13	37	43.5	4.3
- ช่วงที่สี่ นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค	0	6.5	23.9	58.7	10.9

นโยบายในแต่ละช่วงของการพัฒนางานสสม.	ระดับความชัดเจนของนโยบาย (%)				
4. อสม.ได้มีการจัดกิจกรรมใน 14 องค์ ประกอบของงาน สสม. ในหมู่บ้าน มากน้อยเพียงใด	ไม่มีการจัด กิจกรรม	มีน้อย	มี ค่อนข้าง น้อย	มีค่อนข้าง มาก	มีมาก
- ช่วงแรกของงาน สสม.	2.2	10.9	50.0	30.4	6.5
- ช่วงที่สอง การกระจายอำนาจให้ อบต.	4.3	10.9	47.8	34.8	2.2
- ช่วงที่สาม นโยบาย พรบ.สุขภาพ	6.5	8.7	41.3	41.3	2.2
- ช่วงที่สี่ นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค	2.2	4.3	34.8	47.8	10.9
OUTCOME					
5. ชุมชนให้ความสำคัญต่อการทำงานของ อสม.มากน้อย เพียงใด	ไม่ให้ความสำคัญ	ให้น้อย	ให้ ค่อนข้าง น้อย	ให้ ค่อนข้าง มาก	ให้ความสำคัญ มาก
- ช่วงแรกของงาน สสม.	0	15.2	43.5	32.6	8.7
- ช่วงที่สอง การกระจายอำนาจให้ อบต.	4.3	6.5	47.8	37.0	4.3
- ช่วงที่สาม นโยบาย พรบ.สุขภาพ	2.2	10.9	45.7	34.8	6.5
- ช่วงที่สี่ นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค	0	4.3	26.1	47.8	21.7
6. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน สสม. ในแต่ละ ช่วงเป็นอย่างไร	ไม่มีความ สำเร็จ	สำเร็จ น้อย	สำเร็จ ค่อนข้าง น้อย	สำเร็จ ค่อนข้าง มาก	สำเร็จ มาก
- ช่วงแรกของงาน สสม.	0	10.9	43.5	41.3	4.3
- ช่วงที่สอง การกระจายอำนาจให้ อบต.	0	13.0	50.0	34.8	2.2
- ช่วงที่สาม นโยบาย พรบ.สุขภาพ	2.2	8.7	37.0	50.0	2.2
- ช่วงที่สี่ นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค	0	6.5	21.7	60.9	10.9

3.3 กลไกการสนับสนุนและกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่รัฐ อบต./ผู้นำชุมชน และชมรม อสม. ระดับจังหวัด

3.3.1 กระบวนการคัดเลือก อสม.

กระบวนการคัดเลือกอสม.ที่กำหนดไว้เดิมนั้น ใช้กระบวนการแบบสังคมมิตี คือ เจ้าหน้าที่ จะทำการสำรวจเพื่อค้นหาผู้ที่ช่วยเหลือชาวบ้านในแต่ละแวกคุ่ม โดยชาวบ้านจะเป็นผู้ให้ข้อมูลว่าเป็นใคร เพื่อพิจารณาให้เป็นอสม. อย่างไรก็ตามปัจจุบันกระบวนการคัดเลือกได้มีการปรับเปลี่ยน จากแบบ

สัมภาษณ์อสม. พบว่า ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่เป็นผู้มีส่วนในการคัดเลือก อสม. มากที่สุด ถึงร้อยละ 57.1 รองลงมา คือ กลุ่มอสม.มีการคัดเลือกกันเอง ร้อยละ 25.9 รายละเอียดตารางที่ 21

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของอสม. จำแนกตามรูปแบบการคัดเลือก อสม. (n=412)

รูปแบบการผ่านการคัดเลือก	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่เป็นผู้คัดเลือกเอง	89	21.7
กลุ่มอสม.คัดเลือกกันเอง	108	25.9
เจ้าหน้าที่ร่วมกับอสม.	73	17.8
อสม.ร่วมกับผู้นำชุมชนและชาวบ้าน	45	11.0
เจ้าหน้าที่ร่วมกับอสม.และผู้นำชุมชน	36	8.8
เจ้าหน้าที่ร่วมกับอสม. ผู้นำชุมชนและชาวบ้าน	36	8.8
อื่นๆ: สมัชชา/ประธานชมรม /ผู้ใหญ่บ้าน/เพื่อนบ้าน เป็นผู้คัดเลือก	25	6.0
รวม	412	100.0

อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้นำชุมชน มีส่วนร่วมในการคัดเลือก อสม. ร้อยละ 54.1 โดยส่วนใหญ่ร่วมกับเจ้าหน้าที่และกลุ่ม อสม. ทำการคัดเลือก อสม.ใหม่ (ตารางที่ 22)

ตารางที่ 22 จำแนกตามการมีส่วนร่วมในการคัดเลือก อสม. (n=90)

การมีส่วนร่วมในการคัดเลือก อสม.	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	37	41.1
ร่วมกับเจ้าหน้าที่คัดเลือก	5	5.6
ร่วมกับกลุ่ม อสม. คัดเลือก	4	4.4
ร่วมกับ อสม./ผู้นำชุมชน และชาวบ้าน	16	17.8
ร่วมกับเจ้าหน้าที่/อสม./ผู้นำชุมชน และชาวบ้าน	27	30.0
อื่นๆ	1	1.1

เมื่อสอบถามถึงความคิดเห็นของ อบต.และผู้นำชุมชน เกี่ยวกับจำนวนหลังคาเรือนที่เหมาะสม ต่อ อสม. 1 คน ที่จะสามารถดูแลได้ทั่วถึง พบว่า อบต.และผู้นำชุมชนเห็นว่าจำนวนหลังคาเรือนที่เหมาะสมต่ออสม. 1 คน คือ ประมาณ 10 หลังคาเรือน ซึ่งตรงกับนโยบายของรัฐ

3.3.2 การสนับสนุนความรู้ และติดตามประเมินผล

เนื่องจากในปี 2547 - 2549 ประเทศไทยมีการระบาดของโรคไข้หวัดนก ทำให้กรมควบคุมโรคติดต่อได้กำหนดแนวทางให้ใช้ระบบของ อสม. เป็นกลไกในการเฝ้าติดตามและรายงานสัตว์ปีกป่วยตาย และคนที่อาการลักษณะไข้หวัดใหญ่แฉะแก่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทุกแห่ง รวมทั้งจัดสรรงบประมาณ

ให้กับอสม.ในการดำเนินงานแต่ละชุมชน ดังนั้นผลการศึกษา จึงพบว่าสถานีนอามัยเกือบทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.8 มีการจัดอบรมความรู้ให้กับ อสม. โดยมีรูปแบบจัดอบรม 1-3 วัน ร้อยละ 73.3 โดยจัดประชุมที่หมู่บ้าน ร้อยละ 66.7 และพบว่าการใช้งบประมาณในการอบรม ได้จากสถานีนอามัย ร้อยละ 31.8 จาก อบต. ร้อยละ 27.3 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 22.7 ส่วนที่ไม่ใช้งบประมาณในการอบรม มีร้อยละ 36.4

รายละเอียดเนื้อหาในการอบรมและการประชุม พบว่า

- ความรู้ที่ให้ส่วนใหญ่เน้นเรื่อง การสร้างสุขภาพ (100 %) การป้องกันและเฝ้าระวังโรค (97.8 %) การคัดกรองโรคเบาหวานความดัน (95.7 %) อบรมเฉพาะกิจในหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค (93.5 %) การส่งเสริมสุขภาพเด็ก (91.3 %) โครงการหลักประกันสุขภาพ (89.1 %)
- การจัดประชุมทำแผนประจำปี ร้อยละ 87.0 การจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ หรือกระบวนการประชาคม ร้อยละ 77.8 รายละเอียดตามตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ในรอบปีงบประมาณ 2549 ท่านได้จัดอบรมหรือให้ความรู้ อสม. ในเรื่องใดบ้าง

เนื้อหา/เรื่องที่ได้ให้ความรู้	การให้ความรู้		รูปแบบการให้ความรู้				งบประมาณ			
	ไม่มี	มี	ประชุมที่ สอ. ทุก เดือน	ประชุมที่ หมู่บ้าน	จัด อบรม 1-3 วัน	อื่นๆ	ไม่ ใช้	งบ สอ.	งบ อบต.	อื่นๆ
1. งานป้องกันและเฝ้าระวังโรค: ใช้หวัดนก ใช้เลือดออก	2.2	97.8	62.2	66.7	73.3	8.9	36.4	31.8	27.3	22.7
2. โครงการหลักประกันสุขภาพ	10.9	89.1	71.4	23.8	7.1	9.5	79.1	4.7	4.7	11.6
3. การสร้างสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย	0	100	57.1	38.1	23.8	7.1	48.8	14.0	23.3	25.6
4. การจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ หรือประชาคม	22.2	77.8	18.6	44.2	18.6	7.0	58.1	7.0	20.9	16.3
5. การประชุมจัดทำแผน ประจำปี	13.0	87.0	43.6	23.1	12.8	12.8	65.9	6.8	13.6	18.2
6. การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	4.3	95.7	55.8	53.5	16.3	4.7	38.6	38.6	11.4	20.5
7. การส่งเสริมสุขภาพเด็ก	8.7	91.3	63.6	22.7	11.4	6.8	65.1	23.3	4.7	9.3
8. อบรมเฉพาะกิจในหมู่บ้านที่ มีการระบาดของโรค	6.5	93.5	40.9	52.3	9.1	6.8	52.3	18.2	25.0	13.6
9 อื่นๆ (งานอุบัติเหตุ นโยบาย เร่งด่วน)	91.3	8.7	4.3	6.5	0	97.8	0	0	2.2	0

จากการประเมินตนเองของอสม. เกี่ยวกับปัญหาการขาดความรู้พบว่า ส่วนใหญ่ อสม. ประเมินตนเองว่าไม่มีปัญหา ร้อยละ 24.3 มีปัญหาน้อย ร้อยละ 56.0 และยังมีปัญหามาก ร้อยละ 19.7 และปัญหาเกี่ยวกับการขาดการอบรมทักษะความสามารถในการทำงาน พบว่า ไม่มีปัญหา ร้อยละ 26.5 มีปัญหาน้อย ร้อยละ 52.1 และยังมีปัญหามาก ร้อยละ 21.4 ตามตารางที่ 24

ตารางที่ 24 แสดงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง อสม. (n=412)

ประเด็นปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน	ไม่มีปัญหา	ระดับปัญหา	
		ปัญหาน้อย (1-50%)	ปัญหามาก (51-100%)
1. อสม.ส่วนใหญ่ ขาดความรู้ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ	24.3	56.0	19.7
2. อสม.ส่วนใหญ่ ขาดการอบรมทักษะความสามารถในการทำงาน	26.5	52.1	21.4

อย่างไรก็ตามพบว่า อบต.และผู้นำชุมชน ให้ความคิดเห็นในเรื่อง อสม.ยังมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน ร้อยละ 71.6 และปัญหาในเรื่องการถ่ายทอดความรู้ให้กับชาวบ้าน ร้อยละ 64.8 ตามตารางที่ 25

ตารางที่ 25 จำแนกตามความคิดเห็นต่อการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (n=90)

บทบาทของ อสม. ในชุมชน	ไม่เห็นด้วย (%)		เห็นด้วย (%)	
	ไม่เห็นด้วยเลย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. อสม. ยังมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน	5.7	22.7	46.6	25.0
2. อสม. ยังมีปัญหาในเรื่องการถ่ายทอดความรู้ให้กับชาวบ้าน	5.7	29.5	38.7	26.1

สำหรับระบบการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหมู่บ้าน พบว่าเจ้าหน้าที่มีการประเมินผลทุกแห่ง โดยใช้วิธีการเยี่ยมติดตามอสม. ร้อยละ 89.1 รองลงมาคือจากการรายงานของ อสม. (84.8 %) จากรายงานการเจ็บป่วย และรายงานของสถานีอนามัย รายละเอียดตามตารางที่ 26

ตารางที่ 26 จำแนกตามวิธีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n=46)

วิธีประเมินผล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีการประเมินผลงาน	0	0
ประเมินผลโดยการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามเป็นกรณีเฉพาะกิจ	16	34.8
จากรายงานการเจ็บป่วย	31	67.4
จากการเยี่ยมติดตาม	41	89.1
จากรายงานของสถานีนานามัย	29	63.0
จากรายงานของ อสม.	39	84.8
ใช้ข้อมูล จปฐ.	18	39.1
อื่นๆ	4	8.7

3.3.3 การสนับสนุนงบประมาณ

จากตารางที่ 23 พบว่า การสนับสนุนงบประมาณการทำงานของอสม. ส่วนใหญ่ได้จากระบบงบประมาณของสถานีนานามัยที่ได้รับการจัดสรรจากจังหวัด โดยเฉพาะเกี่ยวกับงานป้องกันและเฝ้าระวังโรคระบาดได้แก่ ไข้หวัดนก ไข้เลือดออกและไข้ฉี่หนู ส่วนงบประมาณที่ได้จากอบต. เน้นในเรื่องการสร้าง สุขภาพในชุมชน การจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์กับการพัฒนา และการเฝ้าระวังโรคระบาดในพื้นที่เสี่ยง

สำหรับการจัดทำแผนงานของชุมชน พบว่าอบต. จำนวน 32 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 71.1 มีการประสานงานกับสถานีนานามัยเพื่อขอข้อมูลจากสถานีนานามัยมาใช้ในการจัดทำแผนพัฒนา โดยเฉพาะข้อมูลในเรื่องการจัดทำแผนปฏิบัติงาน 3 ปี ข้อมูลประชากรครัวเรือน ข้อมูลสุขภาพต่างๆ เช่น โรคไข้เลือดออก ฉี่หนู อาหารปลอดภัย เอดส์ ข้อมูลระบาดวิทยา ข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์ ชุมชนผู้สูงอายุ และ งานคุ้มครองผู้บริโภค

การจัดทำโครงการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อขอของบประมาณสนับสนุนจาก อบต. พบว่าสถานีนานามัยจำนวน 37 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 80.4 เสนอขอโครงการจาก อบต. ที่ไม่เสนอขอ 9 แห่ง ให้เหตุผลว่า ไม่ทราบว่าส่งแผนเข้าไปเสนอ อบต. ได้ตอนไหน 1 แห่ง (2.2 %) อบต. ไม่สนับสนุน 2 แห่ง (4.3 %) และเป็นงบประมาณที่ อบต. สนับสนุนให้อสม. อยู่แล้ว 6 แห่ง (13.0 %) โดยวงเงินงบประมาณที่เสนอขอ อยู่ระหว่าง 10,000 บาท ถึง 700,000 บาท

3.4 ศักยภาพและผลการดำเนินงานและการสนับสนุนชมรม อสม. ระดับจังหวัด

การจัดตั้งชมรมอสม.ระดับจังหวัด แม้ว่าเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 จนถึงปัจจุบัน รวมเป็นระยะเวลา 14 ปี ผลการศึกษา พบว่า ชมรม อสม. ระดับจังหวัด มีโครงสร้างและการบริหารจัดการด้วยตัว อสม. เองค่อนข้างสูง จำนวน 29 แห่ง (65.9 %) อีกทั้งมีศักยภาพและความสามารถในการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆได้เป็นอย่างดี จำนวน 31 แห่ง (81.8 %) เนื่องจากใน 2-3 ปีที่ผ่านมา กongsสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ได้ไม่จัดสรรงบประมาณสนับสนุนชมรมอสม. ดังนั้นการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับจังหวัด จึงขึ้นกับความสามารถของชมรมและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รายละเอียดผลการศึกษา มีดังนี้

■ โครงสร้างและการบริหารจัดการของชมรมอสม.ระดับจังหวัด พิจารณาในเรื่อง

1. การจัดทำแผนเพื่อของงบประมาณจากหน่วยงานและองค์กรเอกชน โดยมีจำนวน 29 แห่ง (65.9 %ของกลุ่มตัวอย่าง) ที่มีการจัดทำแผนงาน และการได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ทั้งจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด (20 แห่ง) / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (15 แห่ง) / อบต. (6 แห่ง) / สปสช. (2 แห่ง) / ชมรมอสม.ระดับอำเภอ (2 แห่ง) / สสส. (1 แห่ง) / กองสลากกินแบ่งรัฐบาล (1 แห่ง) / ศูนย์ควบคุมโรคเขต 10 (1 แห่ง) / มูลนิธิเอ็ดส์แห่งประเทศไทย (1 แห่ง) / องค์กรพัฒนาชุมชน (1 แห่ง) และ กองทุนพัฒนาองค์กรเอกชน (1 แห่ง)

2. ระบบการคัดเลือกประธาน / กุฎระเบียบของชมรม และการประชุม พบว่า

- การคัดเลือกประธานชมรมอสม. ส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินการของ อสม. ถึงร้อยละ 72.7 วิธีการโดยประธานชมรมอสม.อำเภอ ส่งชื่อผู้ที่สมควรได้รับการคัดเลือกทุกอำเภอๆละ 1 หรือ 3 คน ขึ้นกับระเบียบของแต่ละจังหวัด และให้มีการลงคะแนนกันในที่ประชุมของชมรม ส่วนวิธีการคัดเลือกที่มีเจ้าหน้าที่เข้าไปมีส่วนร่วม เพียงร้อยละ 27.3

- ชมรมอสม.จังหวัด มีการกำหนดกฎระเบียบของชมรม ถึงร้อยละ 97.7 และมีการบันทึกผลการประชุมทุกครั้ง ร้อยละ 88.6

- ความถี่ในการประชุมกรรมการชมรม อสม.ระดับจังหวัด 43 แห่ง พบว่า ปีที่ผ่านมา ชมรม อสม.ที่มีการประชุมทุกเดือน ร้อยละ 48.5 (16 แห่ง) / ประชุมทุก 2 เดือนต่อครั้ง ร้อยละ 48.5 (16 แห่ง) / ประชุมทุก 3 เดือนต่อครั้ง ร้อยละ 9.3 (4 แห่ง) และประชุมน้อยกว่า 1-3 ครั้งต่อปี ร้อยละ 16.3 (7 แห่ง) เฉลี่ยประชุม จำนวน 8.23 ครั้งต่อปี (sd = 3.87) ต่ำสุดคือ 2 ครั้งต่อปี สูงสุดคือ 12 ครั้งต่อปี

- การกำหนดวาระการเป็นประธานชมรมอสม. พบว่า มีวาระ 4 ปี ร้อยละ 95.5

- การกำหนดคุณสมบัติการเป็นประธานชมรมอสม. พบว่า มีการกำหนดจำนวน 34 แห่ง (77.3%) ข้อกำหนดส่วนใหญ่ คือ ต้องเป็นประธานอำเภอ ร้อยละ 50

■ การเป็นภาคีเครือข่ายร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ

พบว่าส่วนใหญ่ชมรมอสม.จังหวัด ทำงานร่วมเป็นภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ จำนวน 36 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 81.8 โดยมีส่วนร่วมตั้งแต่ร่วมคิดแผน ร่วมประชุม และร่วมกิจกรรม จำแนกตามศักยภาพการดำเนินงานของชมรมอสม. ได้ดังนี้

- ชมรม อสม. ที่มีศักยภาพการพัฒนาด้านสุขภาพ จำนวน 6 ชมรม
- ชมรม อสม. ที่มีศักยภาพการพัฒนาด้านสังคม จำนวน 19 ชมรม
- ชมรม อสม. ที่มีศักยภาพการพัฒนาด้านการเกษตรและอาชีพ จำนวน 3 ชมรม
- ชมรม อสม. ที่มีศักยภาพการพัฒนาสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ชมรม

■ กิจกรรมการดำเนินงานของชมรมอสม.ระดับจังหวัด ที่พบส่วนใหญ่ในเรื่อง

- การจัดตั้งกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ระดับจังหวัด มีจำนวน 24 แห่ง (54.5 %) ไม่มีการจัดตั้งระดับจังหวัด แต่ส่วนใหญ่จะมีกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ในระดับอำเภอ เพื่อช่วยเหลือสมาชิกอสม.ที่ถึงแก่กรรมนั้น

- การจัดสวัสดิการให้กับกรรมการชมรมอสม. ระดับจังหวัด จำนวน 23 แห่ง (52.3 %) โดยสวัสดิการที่จัดให้ ได้แก่ เบี้ยประชุมและพาหนะ / ประกันอุบัติเหตุอุบัติเหตุภัย / ช่วยเหลือเมื่อสมาชิกประสบภัยหรือภัยธรรมชาติ / ให้ทุนการศึกษาบุตร / ศึกษาดูงาน

- การจัดตั้งสหกรณ์บริการอาสาสมัคร เพื่อเป็นทุนในการจัดทำร้านค้าหรือกองทุนให้กับชมรม อสม. พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยตั้ง จำนวน 34 แห่ง (77.3 %) เคยดำเนินงานแล้วเลิกไปแล้ว จำนวน 5 แห่ง (11.4 %) เนื่องจากนโยบายไม่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง และที่ยังดำเนินการ มีเพียง 5 แห่ง (11.4 %) ได้แก่ กำแพงเพชร (จำหน่ายข้าวสาร อาหารกระป๋อง ของใช้ และถ่ายเอกสาร) สุรินทร์ (จำหน่ายปุ๋ยราคาปลอดดอกเบ๊ยะ) อุบลราชธานี (สินเชื่อด้านการเกษตร จัดกลุ่มอาชีพ) ชัยภูมิ (เป็นตัวกลางในการทำธุรกิจระหว่างอำเภอกับบริษัท) และขอนแก่น (ร่วมหุ้นเพื่อให้สมาชิกมีสิทธิกู้ยืมเงิน)

■ ความคิดเห็นต่อ ความเข้มแข็ง / ความพอใจ / ระบบสวัสดิการ

ส่วนใหญ่เห็นว่า ชมรมอสม.มีความเข้มแข็ง ร้อยละ 88.6 (39 คน) ไม่มีความเข้มแข็ง ร้อยละ 6.8 (3 คน) และไม่ตอบ ร้อยละ 4.5 (2 คน) เหตุผลที่ไม่ตอบเพราะไม่สามารถประเมินได้ แต่ประธานอสม.เห็นว่าชมรมสามารถอยู่ได้ และให้ความช่วยเหลือได้บ้างกับสมาชิกอสม.ที่เดือดร้อน สำหรับความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานของชมรมอสม. พบว่า ประธานอสม.ส่วนใหญ่มีความพอใจถึงร้อยละ 79.5 (35 คน) และไม่พอใจ ร้อยละ 20.5 (9 คน)

■ สิ่งที่ชมรมอสม.จังหวัดอยากทำเพิ่ม คือ การพัฒนาศักยภาพให้อสม.ทำงานและพึ่งตนเองได้ โดยไม่ต้องรอให้เจ้าหน้าที่สั่ง และชมรมบางจังหวัด ต้องการเพิ่มกิจกรรมของชมรม เช่น

การเยี่ยมเยียนตนเอง โดยชมรมอสม.จังหวัดไปเยี่ยมชมรมอสม.อำเภอ การจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล (ซึ่งปัจจุบันมีการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคลแล้ว ร้อยละ 34.1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด)

■ การจัดระบบสวัสดิการเพิ่มขึ้น ซึ่งสิ่งที่ต้องการเพิ่มขึ้นในอนาคตคือ

1. ต้องการให้มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการที่ถูกต้องตามกฎหมายเป็นนิติบุคคล ทั้งระดับ ประเทศ ถึง ระดับจังหวัด

2. ควรมีสวัสดิการ 2 รูปแบบ คือ

2.1 ด้านคุณค่า ในการสร้างความภาคภูมิใจการเป็นอสม.

2.2 ด้านการเงิน ควรให้ค่าตอบแทนกับอสม. เกินไปดังนี้

- อสม.ที่สูงอายุ และอสม.ที่พิการ
- ให้สวัสดิการครอบครัว เมื่ออสม.เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ-ธรรมชาติ หรือ อสม.ที่ทำงานมานาน 10-20 ปี หรือ เป็นอสม.ดีเด่น
- ให้ทุนสำหรับอสม. ในด้านการประกอบอาชีพ-การศึกษา

ทั้งนี้ระบบสวัสดิการที่มีให้แล้วนั้น ต้องการให้มีการปรับปรุงค่อนข้างมาก เป็นเรื่องค่าลดหย่อนอัตราค่าโดยสาร ค่าช่วยเหลือรักษาพยาบาล และการจัดสรรโควตาบุตร-ธิดาของ อสม. ในการเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรต่างๆของกระทรวงสาธารณสุข

■ ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานชมรม อสม.ระดับ จังหวัด

1. ตัว อสม. ต้องมีความมุ่งมั่น จริงใจ มีอุดมการณ์ต่อการเป็น อสม.เพื่อสังคม มีความสามัคคี เสียสละ และรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และประสานงานได้ทุกภาคส่วน ที่สำคัญต้องมีภาวะผู้นำ เป็นตัวอย่างด้านสุขภาพ มีความรู้การบริหารคน และทุน

2. การจัดการของชมรม อสม. ต้องมีการประชุมอย่างต่อเนื่องของชมรมทุกระดับ เพื่อให้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง มีที่ตั้งชมรม อสม.จังหวัด เป็นสัดส่วน และมีกติกาในการสรรหา 'ผู้นำชมรมอสม.ระดับจังหวัด'

3. เจ้าหน้าที่ ต้องเป็นจุดประสานพลังของ อสม.จังหวัด ร่วมรับผิดชอบ และเป็นพี่เลี้ยงที่ดี รับฟังเหตุผลซึ่งกันและกัน เป็นหน่วยสนับสนุนภาครัฐ ทั้งด้านงบประมาณ และความรู้วิชาการ ให้ความร่วมมือ และสร้างขวัญกำลังใจให้ อสม.ทำงาน 'เชิงอาสา '

■ ความคิดเห็นต่อบทบาทของอสม.ที่ควรปรับเปลี่ยน

ประธานชมรมอสม.จังหวัดส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าบทบาทของ อสม. ไม่ใช่เพียงด้านสุขภาพ เท่านั้น แต่ควรมีบทบาททางสังคมในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านการเมือง การพัฒนาเศรษฐกิจ การศึกษาและด้านพัฒนาศาสนา โดยผลการศึกษากำหนดให้ระดับคะแนนต่อบทบาททางสังคม ที่คิด

ว่าควรเป็นบทบาทของอสม. จากคะแนนเต็ม 3 พบว่า อสม.เห็นว่าบทบาทการกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทางการเมืองสูงสุด คือได้คะแนนเฉลี่ย 2.39 รองลงมา คือ บทบาททางเศรษฐกิจ การพัฒนาการศึกษาและการพัฒนาศาสนาในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ย คือ 2.24, 2.15 และ 2.08 ตามลำดับ

■ ประโยชน์ที่อสม.ได้รับจากชมรมอสม.ระดับตำบล / อำเภอ / จังหวัด / ประเทศ

1. การเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมอสม.ระดับตำบล

ผลการศึกษาประธาน อสม.ระดับหมู่บ้าน จำนวน 122 คน พบว่า เคยเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม อสม. ระดับตำบล จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 92.6 โดยกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ประธานชมรม อสม.ระดับหมู่บ้าน เข้าร่วมกับชมรม อสม.ระดับตำบล ได้แก่

- การระดมพลอสม. / การจัดแข่งขันกีฬา จำนวน 89 คน ร้อยละ 78.8
- การประชุมพัฒนาความรู้ จำนวน 89 คน ร้อยละ 76.1
- การประชุมพัฒนาองค์กร และการจัดหาสวัสดิการ จำนวน 58 คน ร้อยละ 51.3
- กิจกรรมอื่น เช่น อื่นๆ หมายถึง การจัดกิจกรรม walk rally ความรู้ การรณรงค์ใช้เลือดออก การกำจัดลูกน้ำยุงลาย จำนวน 6 คน ร้อยละ 5.3

โดยประธานอสม.ระดับหมู่บ้าน ให้ความเห็นต่อประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม อสม.ระดับตำบล ว่า สามารถนำมาใช้ในการทำงานได้พอสมควร ร้อยละ 53.0 และ ได้มาก ร้อยละ 31.9

2. การเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมอสม.ระดับอำเภอ

ประธานอสม.ระดับหมู่บ้าน ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 85.2 โดยกิจกรรมส่วนใหญ่ที่เข้าร่วม มีดังนี้

- การประชุมพัฒนาความรู้ จำนวน 79 คน ร้อยละ 76.01
- การระดมพล อสม. / การจัดแข่งขันกีฬา จำนวน 67 คน ร้อยละ 78.8
- การประชุมพัฒนาองค์กร และการจัดหาสวัสดิการ จำนวน 52 คน ร้อยละ 50.0
- กิจกรรมอื่นๆ ได้แก่ รณรงค์ใช้เลือดออก พิษสุนัขบ้า หวัดนก การกำจัดลูกน้ำยุงลาย ความดัน ดูแลผู้สูงอายุ สุขภาพจิต จำนวน 8 คน ร้อยละ 7.7

ประธาน อสม.ระดับหมู่บ้านให้ความเห็น ต่อประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมอสม.ระดับอำเภอ ว่า สามารถนำมาใช้ในการทำงานได้พอสมควร ร้อยละ 46.2 และ ได้มาก ร้อยละ 36.5

3) การเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมอสม.ระดับจังหวัด

ประธาน อสม.ระดับหมู่บ้าน ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 49.18 โดยกิจกรรมส่วนใหญ่ที่เข้าร่วม มีดังนี้

- การประชุมพัฒนาความรู้ จำนวน 43 คน ร้อยละ 71.7
- การระดมพลอสม. / การจัดแข่งขันกีฬา จำนวน 39 คน ร้อยละ 65.0
- การประชุมพัฒนาองค์กร และการจัดหาสวัสดิการ จำนวน 31 คน ร้อยละ 51.7

ประธาน อสม.ระดับหมู่บ้านให้ความเห็น ต่อประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม อสม.ระดับจังหวัด ว่า สามารถนำมาใช้ในการทำงานได้พอสมควร ร้อยละ 45.0 และได้มาก ร้อยละ 38.3

4) การเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมอสม.ระดับประเทศ

ประธาน อสม.ระดับหมู่บ้าน ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 10.66 โดยกิจกรรมส่วนใหญ่ที่เข้าร่วม มีดังนี้

- การประชุมพัฒนาความรู้ จำนวน 8 คน ร้อยละ 61.5
- การระดมพลอสม. / การจัดแข่งขันกีฬา จำนวน 7 คน ร้อยละ 53.8
- การประชุมพัฒนาองค์กร และการจัดหาสวัสดิการ จำนวน 6 คน ร้อยละ 46.2

ประธาน อสม.ระดับหมู่บ้านให้ความเห็น ต่อประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม อสม.ระดับประเทศ ว่า สามารถนำมาใช้ในการทำงานได้พอสมควร ร้อยละ 46.1 และได้มาก ร้อยละ 38.5

ความคิดเห็นของ อบต.และผู้นำชุมชน ต่อบทบาทของชมรม อสม.ระดับตำบล ในด้านการพัฒนาสุขภาพ พบว่า อบต.และผู้นำชุมชน ส่วนใหญ่รู้จักชมรม อสม.ระดับตำบล จำนวน 78 คน ร้อยละ 86.7 และให้ความเห็นว่าชมรม อสม.ระดับตำบลมีบทบาทค่อนข้างมากกับการพัฒนาสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการระดมพล อสม. เพื่อสร้างขวัญกำลังใจ ร้อยละ 71.1 และมีบทบาทในการพัฒนาองค์กรอสม. ร้อยละ 63.3 และการจัดหาสวัสดิการให้กับ อสม. ร้อยละ 57.8

ส่วนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบล ที่เคยเข้าร่วมกับกิจกรรมของชมรม อสม.ระดับจังหวัด ร้อยละ 40.9 ส่วนใหญ่เข้าร่วมกับชมรม อสม. ระดับตำบล ร้อยละ 97.7 ระดับอำเภอ ร้อยละ 93.2 รายละเอียดตามตารางที่ 27

ตารางที่ 27 กิจกรรมการทำงานร่วมกับชมรม อสม. ในแต่ละระดับ (n=44)

ระดับชมรม อสม.	เคยร่วมกิจกรรมกับชมรม		ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรม อสม. ในแต่ละระดับ (%)			
	ไม่เคย	เคย	ระดมพล อสม. / เล่นกีฬา	ประชุมพัฒนา องค์กร/ สวัสดิการ	ประชุม พัฒนา ความรู้	อื่นๆ
ชมรม อสม. ระดับตำบล	2.3	97.7	75.0	63.6	86.4	9.1
ชมรม อสม. ระดับอำเภอ	6.8	93.2	70.5	52.3	72.7	4.5
ชมรม อสม. ระดับจังหวัด	59.1	40.9	27.3	15.9	25.0	4.5
ชมรม อสม. ระดับภาค	88.6	11.4	2.3	4.5	6.8	2.3
ชมรม อสม. ระดับประเทศ	93.2	6.8	2.3	0	2.3	2.3

3.5 หน่วยงานหรือองค์กรที่ให้การสนับสนุนการทำงานแก่ อสม.

ในการสอบถามความคิดเห็นของ อสม. ต่อหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่สนับสนุนการทำงานของ อสม. พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีส่วนร่วมในความสำเร็จของ อสม. มากที่สุด รองลงมาคือ อบต. และผู้นำชุมชน ส่วนครูและพระ และชมรม อสม. ระดับจังหวัดและระดับประเทศ มีส่วนร่วมในความ สำเร็จของอสม.ค่อนข้างน้อย รายละเอียดตามตารางที่ 28

ตารางที่ 28 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยงานมีส่วนร่วมทำให้เกิดความสำเร็จในการทำงานของ อสม.

หน่วยงาน	ระดับการมีส่วนร่วมในความสำเร็จของ อสม.					
	ไม่มี	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	ไม่มี ความเห็น
เจ้าหน้าที่อนามัย/โรงพยาบาล	0.8	1.5	7.0	33.2	54.2	3.3
อบต.	5.0	9.0	23.7	34.6	15.5	12.2
ครูและบุคลากร	17.2	14.0	21.1	10.1	2.5	35.1
พระภิกษุและกรรมการวัด	21.4	11.1	12.5	9.3	3.4	42.3
ผู้นำชุมชน/กลุ่มองค์กรต่างๆ	9.5	8.5	25.3	24.4	12.4	19.9
ชมรม อสม. ระดับจังหวัด	16.8	11.1	15.1	15.1	6.3	35.6
ชมรม อสม. ระดับประเทศ	27.2	4.7	5.7	3.0	1.2	58.2

รูปแบบที่หน่วยงานและองค์กรต่างๆให้การสนับสนุน การทำงานของอสม. พบว่า

- อสม. ร้อยละ 40.3 ได้รับการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน ในเรื่องแนวทางการดำเนินงาน
- อสม. ร้อยละ 37.7 ได้รับการสนับสนุนจากชมรมอสม.จังหวัด ในเรื่องการอบรมความรู้
- ครู และพระ/กรรมการวัด มีบทบาทค่อนข้างน้อยในการสนับสนุนการทำงานของ อสม.
- ชมรม อสม.ระดับประเทศ ไม่มีบทบาทในการสนับสนุนการทำงานของ อสม.

รายละเอียดตามตารางที่ 29

ตารางที่ 29 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง อสม. ที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานและองค์กรต่างๆ

สิ่งที่สนับสนุนให้กับอสม.	เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข (n=395)	อบต. (n=381)	ครู (n=337)	พระและ กรรมการ วัด (n=381)	ผู้นำ ชุมชน (n=381)	ชมรม อสม. จังหวัด (n=381)	ชมรม อสม. ประเทศ (n=381)
1. เครื่องมืออุปกรณ์	63.3	20.1	3.6	5.1	8.4	9.9	4.9
2. การประชุมอบรมให้ความรู้	91.9	21.7	29.9	21.3	39.4	37.7	9.4
3. งบประมาณ	36	72.2	2.7	0.3	13.7	13.9	2.5
4. แนวทางการดำเนินงาน	75	22.5	29.3	17.8	40.3	34	11.5
5. การจัดสวัสดิการ / ให้ขวัญกำลังใจ	60.5	19	6.0	6.0	23.5	24.7	3.1

ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อการสร้างนวัตกรรมใหม่ที่สนับสนุนหรือหนุนเสริมให้ อสม.

มีความรัก ความผูกพันระหว่างกันและทุ่มเทการทำงานให้กับชุมชน ควรมีรูปแบบดังนี้

1. กิจกรรมกลุ่มออมทรัพย์ อสม.
2. มีการฟื้นฟูและศึกษาคนเพื่อพัฒนาชุมชน
3. มีการประชุมกันทุกเดือน
4. สร้างแรงจูงใจในการทำงาน เช่น มีการให้เงินเดือนหรือค่าตอบแทน การให้เกียรติยกย่อง การมีสวัสดิการให้ อสม. การรักษาพยาบาล สนับสนุนการศึกษาของบุตร อสม.
5. ควรมีการประเมินการทำงานของ อสม.
6. มีงบประมาณเพื่อการจัดกิจกรรมต่างๆ ของ อสม.
7. ให้ความสำคัญกับ อสม.

4. วิเคราะห์ระบบสวัสดิการ การสร้างขวัญและกำลังใจให้กับ อสม.

จากการสัมภาษณ์ อสม. ในประเด็นความพอใจต่อผลตอบแทนที่ได้รับจากการเป็น อสม. พบว่า อสม. พอใจค่อนข้างมากกับความรู้ที่ได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 86.9 รองลงมาคือ ความสามารถในการดูแลสุขภาพคนในครอบครัวได้ (85.8 %) การได้เรียนรู้การรวมกลุ่มและการสร้างพลังกลุ่มในการพัฒนาชุมชน (80.0 %) การได้รับการยกย่องนับถือจากชุมชน (52.8 %) และได้รับสวัสดิการจากการทำหน้าที่เป็น อสม. ร้อยละ 47.1 สำหรับผลตอบแทนที่ได้รับค่อนข้างน้อย คือ ค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยง อสม.ไม่ได้รับ ร้อยละ 42.0 หรือได้รับน้อย ร้อยละ 28.8 และการได้เหรียญเชิดชู/บัตรประกาศนียบัตร (ตารางที่ 30)

ตารางที่ 30 ร้อยละระดับความพอใจของผลตอบแทนที่ได้รับจากการเป็น อสม.

ผลตอบแทนที่ได้รับจากการเป็น อสม.	ระดับความพอใจ (%)				
	ไม่ได้รับ	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
1. ได้ค่าตอบแทน เบี้ยเลี้ยง	42.0	28.8	17.0	8.8	3.4
2. ได้รับการยกย่อง/นับถือ	6.1	15.4	25.7	40.5	12.3
3. ได้ความรู้เพิ่มขึ้น	0.5	3.4	9.2	57.5	29.4
4. ได้เรียนรู้การรวมกลุ่ม และการสร้างพลังกลุ่มในการพัฒนาชุมชน	0.5	6.8	12.7	50.2	29.8
5. ได้เหรียญเชิดชู/บัตรประกาศนียบัตร	4.1	11.5	10.5	16.7	12.2
6. ได้สวัสดิการที่ได้รับจากการทำหน้าที่เป็น อสม.	11.1	17.8	24.0	27.1	20.0
7. สามารถดูแลสุขภาพคนในครอบครัวได้	1.5	2.9	9.8	53.4	32.4

สำหรับระบบสวัสดิการที่กระทรวงสาธารณสุขจัดให้ อสม.นั้น พบว่า อสม.ส่วนใหญ่ทราบเกี่ยวกับ สวัสดิการในเรื่องการลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล และสิทธิพิเศษการเข้าพักห้องพิเศษ รวมทั้งการให้ทุนช่วยเหลือบุตร ส่วนการยกเว้นค่าโดยสาร พบว่าไม่ค่อยทราบ (รายละเอียดตามตารางที่ 31)

ตารางที่ 31 จำนวนและร้อยละการรับทราบระบบสวัสดิการของกลุ่มตัวอย่าง อสม.

ระบบสวัสดิการของอสม.	ไม่ทราบ		ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าลดหย่อน ในการใช้เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล	32	7.8	380	92.2
ได้รับสิทธิพิเศษในการเข้าพักห้องพิเศษ มากกว่าคนทั่วไป	92	22.5	316	77.5
ทุนช่วยเหลือบุตรในการศึกษา	98	24.0	310	76.0
การได้รับการยกเว้นค่าเดินทาง	175	43.5	227	56.5

การใช้สวัสดิการของอสม. พบว่า อสม.เคยใช้ หรือเคยได้รับสวัสดิการส่วนใหญ่ในเรื่อง ค่าลดหย่อนการเข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาล ร้อยละ 67.2 ส่วนสวัสดิการที่อสม.ไม่ค่อยได้รับ คือ การใช้สิทธิพิเศษเข้าพักห้องพักรักษาพิเศษ ทุนช่วยเหลือบุตรในการศึกษา และการลดหย่อนค่าโดยสารตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 32

ตารางที่ 32 จำนวนและร้อยละการได้รับสวัสดิการของกลุ่มตัวอย่าง อสม.

ระบบสวัสดิการของอสม.	ไม่เคยได้รับ		เคยได้รับ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าลดหย่อน ในการใช้เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (n=380)	122	32.8	250	67.2
ได้รับสิทธิพิเศษในการเข้าพักห้องพิเศษ มากกว่าคนไข้ทั่วไป (n=316)	231	75.7	74	24.3
ทุนช่วยเหลือบุตรในการศึกษา (n=310)	261	85.0	46	15.0
การได้รับการยกเว้นค่าเดินทาง (n=227)	190	84.4	35	15.6

ในการจัดสวัสดิการให้กับ อสม. โดยอบต. พบว่า อบต.มีการจัดสวัสดิการให้ อสม. จำนวน 15 อบต. คิดเป็นร้อยละ 32.6 และไม่มีการจัดสวัสดิการให้ จำนวน 31 อบต. คิดเป็นร้อยละ 67.4 โดย อบต.และผู้นำชุมชน มีข้อคิดเห็นต่อแนวทางสนับสนุนการทำงานของอสม. ดังนี้

1. ร่วมปฏิบัติโครงการและกิจกรรมต่างๆ ของ อสม.
2. ให้กำลังใจ อสม. ที่ปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือชาวบ้าน
3. สนับสนุน ให้ข้อคิดเห็นหรือแนวทางการดำเนินงานต่างๆ เช่น การแนะนำการเขียนโครงการต่างๆ เพื่อเสนอของบประมาณ
4. ให้ความร่วมมือและป้องกันการรักษาโรค
5. ประชาสัมพันธ์ข่าวสารด้านต่างๆ ของงาน อสม. เช่น ประกาศข่าวสารด้านสุขภาพทางหอกระจายข่าว
6. สนับสนุนงบประมาณ
7. จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในโครงการต่างๆ
8. การประสานงานต่างๆ เช่น การจัดหางบประมาณจากหน่วยงานต่างๆ
9. ร่วมเป็นวิทยากร / เป็นที่ปรึกษา

สำหรับข้อเสนอแนะการจัดระบบสวัสดิการของประธานชมรมอสม.ระดับจังหวัด ที่เสนอสิ่งที่ต้องการให้มีการจัดสวัสดิการเพิ่มขึ้นในอนาคตคือ

1. ต้องการให้มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการที่ถูกต้องตามกฎหมายเป็นนิติบุคคล ทั้งระดับประเทศ ถึง ระดับจังหวัด
2. ควรมีสวัสดิการ 2 รูปแบบ คือ
 - 2.1 ด้านคุณค่า ในการสร้างความภาคภูมิใจการเป็น อสม.
 - 2.2 ด้านการเงิน ควรให้ค่าตอบแทนกับอสม. เงื่อนไขดังนี้
 - อสม.ที่สูงอายุ และอสม.ที่พิการ
 - ให้สวัสดิการครบครัน เมื่อ อสม. เสียชีวิตจากอุบัติเหตุธรรมชาติ หรือ อสม.ที่ทำงานมานาน 10-20 ปี หรือ เป็นอสม.ดีเด่น
 - ให้ทุนสำหรับอสม. ในด้านการประกอบอาชีพ-การศึกษา

ส่วนความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ ต้องการให้มีการปรับปรุงระบบสวัสดิการค่อนข้างมากในเรื่องค่าลดหย่อนอัตราค่าโดยสาร ค่าช่วยเหลือรักษาพยาบาล และการจัดสรรโควตาบุตรธิดาของอสม.ในการเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรต่างๆของกระทรวงสาธารณสุข และเพิ่มเติมรูปแบบสวัสดิการที่มีอยู่แล้วได้แก่

1. การจัดกิจกรรมในลักษณะชมรมสุขภาพ เช่น การแข่งขันกีฬา
2. การพบปะสังสรรค์ ทำบุญของ อสม.
3. การศึกษาดูงาน การจัดอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง
4. การยกย่องเชิดชูเกียรติ อสม. เช่น การมอบเหรียญรางวัล อสม. ดีเด่น
5. ค่าชดเชยการเจ็บป่วย สิทธิการรักษาพยาบาลทั้งครอบครัว

ส่วนข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต่อระบบสวัสดิการที่ยังไม่มีการดำเนินการ คือ

1. ควรจะทำการวางแผนการใช้งบประมาณแก้ไขปัญหาสาธารณสุข
2. จัดสวัสดิการให้กับ อสม. เช่น เงินฌาปนกิจ เงินค่าเบี้ยเลี้ยง
3. สนับสนุนการศึกษาดูงาน
4. มีเงินเดือนให้กับ อสม.
5. การเพิ่มสวัสดิการหรือมีค่าตอบแทน
6. ควรมีงบประมาณสนับสนุนการปฏิบัติงาน
7. จัดประชุมทุกเดือนเพื่อให้ได้พบปะกัน

5. ประเมินคุณค่าของ อสม. ในด้านการพัฒนางานด้านสุขภาพของชุมชน

จากการประเมินผลความพึงพอใจของผู้นำชุมชนและ อบต. ต่อบทบาทของ อสม. ในปัจจุบันพบว่า ส่วนใหญ่พอใจการดำเนินงานของ อสม. ถึงร้อยละ 86.2 (81 คน) และไม่พอใจ ร้อยละ 13.8 (13 คน)

สำหรับความคิดเห็นต่อการยอมรับและการทำงานของ อสม. พบว่าผู้นำชุมชน และ อบต. เห็นว่าประชาชนยอมรับ อสม. มาก ร้อยละ 95.5 และเห็นว่า อสม. เป็นกลไกที่ยังจำเป็นต้องมีในหมู่บ้าน ร้อยละ 80.7 อสม. มีความสามารถในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ได้เป็นอย่างดี ร้อยละ 95.8 และสามารถจัดทำแผนเพื่อของบประมาณจาก อบต. ได้เป็นอย่างดี ร้อยละ 67.7 (ตารางที่ 33)

ตารางที่ 33 ความคิดเห็นต่อการยอมรับและการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (n=88)

บทบาทของ อสม. ในชุมชน	ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย	
	ไม่เห็นด้วยเลย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ประชาชนในหมู่บ้านยอมรับ อสม. มาก	1.1	3.4	43.2	52.3
2. ทุกวันนี้ชาวบ้านได้รับข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลสุขภาพจาก อสม. มาก	1.1	9.1	52.3	37.5
3. อสม. มีความสามารถในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เป็นอย่างดี	0	4.5	37.5	58.0
4. อสม. มีความสามารถในการจัดทำแผนเพื่อของบประมาณจาก อบต. ได้เป็นอย่างดี	5.7	25.0	45.4	23.9
5. ปัจจุบันเจ้าหน้าที่เข้ามาให้บริการและจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนได้อย่างทั่วถึง ไม่จำเป็นต้องมี อสม. ในหมู่บ้าน	62.5	18.2	10.2	9.1

บทบาทของ อสม. ที่ผู้นำชุมชนและ อบต. เห็นว่า อสม. มีบทบาทด้านการพัฒนาสุขภาพและสังคมค่อนข้างมาก คือ บทบาทการเฝ้าระวังโรค มากที่สุด ร้อยละ 88.8 รองลงมาคือ การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน ร้อยละ 74.5 การคุ้มครองสิทธิ ร้อยละ 56.7 การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ ร้อยละ 54.4

ส่วนบทบาทของ อสม. ที่ผู้นำชุมชนและอบต. เห็นว่ามีค่อนข้างน้อย คือ การพัฒนาการศึกษา (73.2 %) การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานีนอนมัย (65.2 %) การพัฒนาเศรษฐกิจให้กับชุมชน (63.9 %) การจัดบริการสุขภาพ (60.0 %) การพัฒนาด้านศาสนา (57.5 %) และการกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมือง (52.2 %) ตามลำดับ (รายละเอียดตามตารางที่ 34)

ตารางที่ 34 ร้อยละของระดับบทบาทในการทำงานของอสม. ด้านการพัฒนาสุขภาพและสังคมในหมู่บ้าน

บทบาทของ อสม. ในชุมชน	ไม่มีบทบาท (0%)	มีบทบาทในการทำงาน (%)			
		น้อย (1-25%)	ค่อนข้างน้อย (26-50%)	ค่อนข้างมาก (51-75%)	มาก (76-100%)
1. การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน (n=90)	3.3	2.2	20.0	56.7	17.8
2. การจัดบริการสุขภาพ เช่น การปฐมพยาบาล การจ่ายยา ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ วัดความดัน ฯลฯ (n=90)	8.9	13.3	37.8	22.2	17.8
3. การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย (n=90)	5.6	5.6	34.4	40.0	14.4
4. การเฝ้าระวังโรคในชุมชน (n=89)	4.5	1.1	5.6	52.8	36.0
5. การคุ้มครองสิทธิ เช่น การคุ้มครองผู้บริโภค การให้คำแนะนำประชาชนเกี่ยวกับสิทธิ์ 30 บาท รักษาทุกโรค (n=90)	2.2	12.2	28.9	34.5	22.2
6. การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานอนามัย หรือ โรงพยาบาล (n=89)	10.1	20.2	34.9	20.2	14.6
7. การพัฒนาเศรษฐกิจให้กับชุมชน (n=86)	26.7	11.6	25.6	31.4	4.7
8. การพัฒนาการศึกษาในชุมชน (n=86)	27.9	11.6	33.7	21.1	4.7
9. การพัฒนาด้านศาสนา เช่น เป็นกรรมการวัด ศาสนพิธีต่างๆ (n=87)	19.5	12.6	25.4	29.9	12.6
10. การกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมือง เช่น การไปใช้เสียงเลือกตั้ง (n=90)	11.1	11.1	30.0	26.7	21.1

ความคิดเห็นต่อความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการด้านการแก้ไขปัญหาของอสม. พบว่า ความรู้ความสามารถของ อสม. ที่ผู้นำชุมชนและ อบต. เห็นว่ามีค่อนข้างมาก คือ การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 66.7 และการระดมชาวบ้านมาช่วยแก้ไขพัฒนาหมู่บ้าน ร้อยละ 50.6 นอกจากนั้น เห็นว่า อสม. มีความรู้ความสามารถค่อนข้างน้อย ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง การเขียนแผนงานโครงการ (69.7%) การเป็นวิทยากรกระบวนการ/การเป็นผู้นำการประชุมในชุมชน (67.7%) การวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง (64.5%) การระดมทุน (62.2%) การจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน (62.2%) การติดตามงบประมาณเพื่อใช้แก้ไขปัญหาหมู่บ้าน (61.8%) การประเมินผลโครงการ (60.0 %) การกำหนดทิศทางการแก้ไขปัญหาหมู่บ้าน (58.8 %) และการบริหารงบประมาณ (51.7 %) ตามลำดับ (ตารางที่ 35)

ตารางที่ 35 ร้อยละของระดับความรู้ ความสามารถในการบริหารจัดการด้านการแก้ไขปัญหา
สาธารณสุขในหมู่บ้าน ของ อสม.

ความรู้ความสามารถในเรื่องการบริหารจัดการ	ไม่มีความ สามารถ (0%)	ระดับความสามารถ (%)			
		น้อย (1-25%)	ค่อนข้าง น้อย (26-50%)	ค่อนข้างมาก (51-75%)	มาก (76-100%)
1. การวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง/ความต้องการของ ชุมชน (n=90)	10.0	11.1	43.4	32.2	3.3
2. การกำหนดทิศทางการพัฒนาแก้ไขปัญหาของ หมู่บ้าน (n=90)	6.7	11.1	41.0	35.6	5.6
3. การเขียนแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาของ หมู่บ้าน (n=89)	9.0	12.4	48.3	20.2	10.1
4. การติดตามงบประมาณในการนำมาใช้แก้ไข ปัญหาหมู่บ้าน (n=89)	11.2	11.2	39.4	29.2	9.0
5. การประเมินผลติดตามโครงการที่ดำเนินการต่างๆ ในหมู่บ้าน (n=90)	11.1	15.6	33.3	31.1	8.9
6. การนำทรัพยากรต่างๆ ของหมู่บ้านใช้เป็น ประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหาหมู่บ้านได้ (n=90)	12.2	17.8	25.6	40.0	4.4
7. การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ทั้งภาครัฐและ เอกชนมาร่วมแก้ไขปัญหาหมู่บ้านได้ (n=90)	2.2	10.0	21.1	47.8	18.9
8. การบริหารงบประมาณให้เป็นไปตามแผนงาน โครงการที่วางไว้ (n=89)	7.9	13.5	30.3	33.7	14.6
9. การระดมชาวบ้านมาช่วยแก้ไขพัฒนาหมู่บ้าน (n=89)	7.9	12.4	29.1	36.0	14.6
10. การเป็นวิทยากรกระบวนการ (n=90)	13.3	21.1	33.3	26.7	5.6
11. การจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน(n=90)	12.2	17.8	30.0	26.7	13.3
12. การระดมทุนเพื่อการพัฒนาสุขภาพ (n=90)	12.2	18.9	31.1	27.8	10.0

แม้ว่า ผู้นำชุมชนและ อบต. จะเห็นว่าความรู้ความสามารถของ อสม. ในด้านการพัฒนาสุขภาพ
ค่อนข้างน้อยก็ตาม แต่เมื่อเทียบกับบทบาทขอแพทย์ประจำตำบล หมอพื้นบ้าน หมอแผนโบราณ พบว่า
อสม. มีบทบาทในการให้บริการสาธารณสุขในชุมชนมากกว่าทุกกลุ่ม ตามตารางที่ 36 และยังเห็นว่า
กลไกการทำงานของอสม. ยังเป็นกลไกที่เหมาะสมในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน (ตารางที่ 37)

ตารางที่ 36 ร้อยละของระดับบทบาทต่อการให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพในชุมชนของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน

กลุ่มที่มีบทบาทในการให้บริการสุขภาพในชุมชน	ระดับบทบาทต่อการให้บริการสาธารณสุข (%)				
	ไม่มีบทบาท (0%)	น้อย (1-25%)	ค่อนข้างน้อย (26-50%)	ค่อนข้างมาก (51-75%)	มาก (76-100%)
หมอฟันบ้าน (n=87)	21.9	28.7	26.4	23.0	0
แพทย์ประจำตำบล (n=87)	28.7	25.3	23.0	13.8	9.2
หมอเสนารักษ์ (n=87)	56.4	18.4	19.5	5.7	0
อสม. (n=89)	1.1	9.0	11.2	46.1	32.6
อื่นๆ (n=89)	96.7	1.1	1.1	1.1	0

ตารางที่ 37 จำนวนและร้อยละของความเห็นต่อความเหมาะสมของกลไก อสม. ในการพัฒนาสุขภาพด้านสุขภาพในชุมชน

ความเหมาะสมของกลไก อสม.	จำนวน	ร้อยละ
เหมาะสม	37	80.4
ไม่เหมาะสม	9	19.6

สิ่งที่ผู้นำชุมชนและอบต. มีความประทับใจ ต่อบทบาทของ อสม. ในเรื่อง

1. การให้ความรู้และการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน โดยร่วมมือกับชาวบ้าน ในการกำจัดยุงลาย
2. การเสียสละเวลาเพื่อส่วนรวม ความร่วมมือร่วมใจในการทำงาน
3. ความตั้งใจที่จะช่วยเหลือ และพัฒนาส่วนรวม
4. เป็นผู้นำต้นแบบโรบิค
5. การควบคุม การป้องกัน และการเฝ้าระวังโรคต่างๆ
6. การดูแลสุขภาพเด็ก ผู้สูงอายุ
7. การประชาสัมพันธ์และการบริการประชาชน
8. การบริการการทำบัตรทอง 30 บาท รักษาทุกโรค
9. ช่วยเหลือทุกอย่างในหมู่บ้าน เช่น งานเทศบาล และในชุมชน
10. การสำรวจข้อมูลต่างๆ

11. บทบาททางด้านสาธารณสุข เช่น ฉีดวัคซีนแกัพิษสุนัขบ้า ให้คำแนะนำในการรักษาโรคต่างๆ

12. การบริจาคเลือด

นอกจากนี้ผู้นำชุมชนและอบต.ได้เสนอภาพอสม.ที่พึงประสงค์ โดยมองกิจกรรมที่อสม.ควรดำเนินร่วมกับชุมชนในเรื่อง

1. การเข้าร่วมประชุมประจำเดือนของหมู่บ้านเพื่อเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลจากสาธารณสุข
2. การจัดทำข้อมูลของหมู่บ้าน
3. คอยรับฟังความคิดเห็นของประชาชน
4. ร่วมกันทำประชาคมระหว่างหมู่บ้าน
5. ร่วมกิจกรรมเฝ้าระวังโรคภัยในหมู่บ้าน เช่น รณรงค์และประชาสัมพันธ์เรื่องความสะอาด

การกำจัดลูกน้ำยุงลาย

6. การให้ความรู้ด้านสุขภาพ
7. การดำเนินกิจกรรมพื้นฐาน
8. เป็นผู้นำในการออกกำลังกาย
9. เขียนแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาของหมู่บ้าน
10. ช่วยเหลือและให้ความรู้แก่ผู้ที่ติดยาเสพติด แข่งขันกีฬาจำนยาเสพติด
11. ส่งเสริมให้ชุมชนปลูกผักปลอดสารพิษ
12. ประสานงานการทำงานในภาพรวมกับหน่วยงานและองค์กรอื่นๆ
13. เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาบ้าน วัด และโรงเรียน
14. ตรวจสุขภาพเบื้องต้น เช่น ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ชั่งน้ำหนักเด็ก
15. จัดทำแผนงบประมาณประจำปีของ อบต.
16. ติดตามผลงานของ อสม. ในตำบล

6. ประมวลปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่ส่งผลความสำเร็จของการทำงานของอสม.

ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง อสม. พบว่าปัญหาที่อสม.ตอบว่าเป็นปัญหามาก คือ ชาวบ้าน ไม่เห็นความสำคัญของ อสม. ร้อยละ 27.4 รองลงมาคือ อสม.ทำงานยากขึ้น เนื่องจากไม่ได้ความร่วมมือจากชุมชน ร้อยละ 26.8 อสม.ขาดแรงจูงใจในการทำงาน ร้อยละ 25.5 และ อสม.ส่วนใหญ่ขาดการอบรมทักษะความสามารถในการทำงาน ร้อยละ 21.4

ส่วนปัญหาที่อสม.ตอบว่าค่อนข้างน้อย คือ เรื่องขาดความรู้ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ร้อยละ 56.0 อสม.ไม่ค่อยมีเวลาให้กับชุมชน ร้อยละ 46.0 และ อสม.ไม่เห็นคุณค่าในบทบาทการทำงานของตน ร้อยละ 33.6 รายละเอียดตามตารางที่ 38

ตารางที่ 38 แสดงร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างอสม. (n=412)

ประเด็นปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน	ไม่มีปัญหา	ระดับปัญหา (%)	
		ปัญหาน้อย (1-50%)	ปัญหามาก (51-100%)
อสม.ส่วนใหญ่ ขาดความรู้ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ	24.3	56.0	19.7
อสม.ส่วนใหญ่ ขาดการอบรมทักษะความสามารถในการทำงาน	26.5	52.1	21.4
อสม.ส่วนใหญ่ ขาดแรงจูงใจในการทำงาน	35.8	38.7	25.5
อสม.ส่วนใหญ่ ไม่เห็นคุณค่าในบทบาทการทำงานของตน	53.3	33.6	13.1
ชาวบ้านไม่เห็นความสำคัญของ อสม.	26.6	46.0	27.4
อสม.ทำงานยากขึ้น ไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชน	27.1	46.1	26.8
อสม.ส่วนใหญ่ ไม่ค่อยมีเวลาให้กับชุมชน	38.2	46.0	15.8

อุปสรรคต่อการทำงานด้านสุขภาพในชุมชนของ อสม. พบว่า การไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ ร้อยละ 55.8 รองลงมา คือ งบประมาณไม่ชัดเจน ติดขัดในการใช้ ร้อยละ 43.1 ชุมชนไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ร้อยละ 37.3 และนโยบายของอบต.ไม่ได้พัฒนาองค์กร อสม. ร้อยละ 15.0

สำหรับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของ อสม. มีรายละเอียดตามตารางที่ 39

ตารางที่ 39 ร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของ อสม. (n=46)

สิ่งต่อไปนี้ เป็นปัญหาและอุปสรรคใน การปฏิบัติงานของ อสม.	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา (%)			
		น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
1. อสม. ไม่สามารถพัฒนาความรู้และ ทักษะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ	19.6	34.8	32.6	13.0	0
2. อสม. ขาดแรงจูงใจในการทำงาน	6.5	26.1	15.2	39.1	13.0
3. อสม. ไม่เห็นคุณค่าในบทบาทการ ทำงานของตน	13.0	37.0	37.0	10.9	2.2
4. ชาวบ้านไม่เห็นความสำคัญของการ ทำงานของ อสม.	6.5	23.9	21.7	37.0	10.9
5. อสม. ทำงานยากขึ้น เพราะไม่ได้รับ ความร่วมมือจากชุมชน	6.5	28.3	23.9	30.4	10.9
6. อสม. ไม่ค่อยมีเวลาให้กับชุมชน	2.2	19.6	32.6	30.4	15.2
7. อบต. ไม่สนับสนุนงบประมาณการ ทำงานให้กับ อสม.	23.9	19.6	28.3	19.6	8.7
8. อบต. ไม่เห็นความสำคัญของการ ทำงานอสม.	23.9	28.3	23.9	19.6	4.3
9. อื่นๆ (เศรษฐกิจ, อสม. ไม่ค่อยอยู่ใน หมู่บ้าน)	97.8	0	0	2.2	0

ท่านคิดว่าปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญที่สุดของการดำเนินงานระบบสุขภาพภาคประชาชน คือ
เรื่อง

1. การดำเนินงานยังไม่จริงจัง
2. ขาดความร่วมมือจากภาคประชาชน และการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานต่างๆ
3. ผู้นำและประชาชนบางกลุ่มไม่เห็นความสำคัญของ อสม.
4. การเข้าถึงชุมชนเป็นเรื่องยาก
5. ประชาชนในพื้นที่ตระหนักถึงความสำคัญด้านสุขภาพน้อยเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ และไม่
ค่อยมีการดูแลสุขภาพตนเอง
6. การประสานงานและการสื่อความหมายที่ไม่ตรงกัน
7. แรงจูงใจในการทำงานของ อสม. สวัสดิการต่างๆ
8. กระบวนการคัดเลือก อสม. การพัฒนา อสม.
9. ภารกิจครบครัน ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว
10. การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

11. งบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอ

7. อภิปรายผลข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนา อสม.

7.1 การทดสอบความแตกต่างศักยภาพระหว่างกลุ่มประธานอสม. กับ อสม.ทั่วไป

ทดสอบความแตกต่างในเรื่องความรู้ ทักษะความสามารถ บทบาทการทำงาน ความรู้สึกต่อการได้รับผลตอบแทน สวัสดิการ และปัญหาอุปสรรค พบว่า

1) **ความรู้ของอสม.** จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน พบว่า คะแนนความรู้ของประธานอสม. (คะแนนเฉลี่ย 13.8 คะแนน, $sd = 2.6$ คะแนน) มีคะแนนสูงกว่า คะแนนของอสม.ทั่วไป (คะแนนเฉลี่ย 13.1 คะแนน, $sd = 2.8$ คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % $p\text{-value} = 0.027$

- ความรู้ข้อที่มีความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม มี 2 ข้อคำถาม คือ
 - คำถามข้อที่ 17 : การทำงานหรือการใช้แรงงานหนักในการทำนา ทำสวน ถือว่าเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง
 - คำถามข้อที่ 19 : การกินยาแก้ท้องเสีย เช่น คออักเสบ ให้กินยาจนอาการดีขึ้นแล้วเลิกกินยาแก้ท้องเสียได้ทันที

■ เมื่อทดสอบในแต่ละกลุ่มในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ การใช้อุปกรณ์ และการอ่านคู่มือหรือหนังสือพิมพ์ผสม./อสม. พบว่า

- กลุ่มประธานอสม. ความรู้ในกลุ่มมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการใช้อุปกรณ์ และความรู้กับการอ่านคู่มือหรือหนังสือพิมพ์ นั่นคือ ความรู้มากจะมีการใช้อุปกรณ์จำนวนครั้งมากขึ้น และสัมพันธ์กับการอ่านคู่มือและหนังสือพิมพ์
- ในกลุ่มอสม.ทั่วไป พบว่า ความรู้ ความถี่ในการใช้อุปกรณ์ และ การอ่านคู่มือหรือหนังสือพิมพ์ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

2) **ทักษะความสามารถ** ในภาพรวมจำนวนความถี่ของการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ใน ศสมช. 9 รายการ พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มประธานอสม. กับกลุ่มอสม.ทั่วไป โดยเฉพาะอุปกรณ์ที่มีความแตกต่างความถี่ในการใช้ คือ ป้อนขวดใช้หรือเทปวัดไข้ เครื่องวัดความดันโลหิต การจ่ายยาสามัญประจำบ้านให้กับชาวบ้าน การใช้ชุดปฐมพยาบาล เช่น ยาแดง การทำแผลสำหรับเครื่องมือที่ไม่มีความแตกต่างความถี่ในการใช้ทั้งสองกลุ่ม คือ แผ่นตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ การใช้ชุดสาริตการแปรงฟัน การใช้แผ่นวัดสายตา การใช้เครื่องชั่งน้ำหนักเด็ก และ การใช้ยาตรวจหาสารปนเปื้อนในอาหาร

สำหรับการอ่านคู่มือและหนังสือพิมพ์ พบว่า มีความแตกต่างกันในกลุ่มประธาน อสม. กับกลุ่มอสม.ทั่วไป กลุ่มประธานอสม.ที่ไม่เคยอ่านมีเพียงร้อยละ 18.5 ในขณะที่กลุ่มอสม.ทั่วไป มีร้อยละ 35.6

3) **บทบาทของอสม.** บทบาทการทำงานของ อสม. พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่าง กลุ่มประธาน อสม.กับกลุ่มอสม.ทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ใน ทุกบทบาท ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการให้คำแนะนำ การตรวจโรค ความคิดริเริ่มงานใหม่ๆ การเขียนโครงการ การเป็นผู้นำกระบวนการ การเป็นวิทยากรและ การเจรจาต่อรองสิทธิ

4) **ความรู้สึกต่อผลตอบแทนที่ได้รับจากการเป็นอสม.** พบว่า มีความแตกต่างกัน ในกลุ่มประธาน อสม. กับกลุ่ม อสม. ทั่วไป ผลตอบแทนที่รู้สึกแตกต่างกันได้แก่

- การได้รับการยกย่องนับถือของชาวบ้าน
- การได้รับความรู้เพิ่มขึ้น
- การได้เรียนรู้การรวมกลุ่ม และการสร้างพลังกลุ่มในการพัฒนาชุมชน
- การได้รับเหรียญเชิดชู และบัตรประกาศนียบัตร

สำหรับผลตอบแทนที่ทั้งสองกลุ่มรู้สึกไม่แตกต่างกัน คือ

- การได้ค่าตอบแทน เบี้ยเลี้ยง
- การได้สวัสดิการที่ได้รับจากการทำหน้าที่เป็นอสม.
- การสามารถดูแลสุขภาพคนในครอบครัว / ชุมชนได้

สำหรับการรับทราบเกี่ยวกับสวัสดิการต่างๆจากการเป็น อสม. พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มประธาน อสม. กับกลุ่ม อสม.ทั่วไป ในเรื่อง การได้รับสิทธิพิเศษเข้าพักผ่อนพิเศษ การได้รับทุนช่วยเหลือบุตรในการศึกษา และการได้รับการยกเว้นค่าเดินทาง ส่วนการรับทราบสวัสดิการที่ไม่แตกต่างกัน คือ การได้รับค่าลดหย่อนในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนการเคยได้รับหรือใช้สิทธิในสวัสดิการ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีการใช้สิทธิแตกต่างกัน ในเรื่องการได้รับทุนช่วยเหลือบุตรและได้สิทธิเข้าพักผ่อนพิเศษ ส่วนค่าลดหย่อนค่ารักษาและค่าเดินทาง ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มใช้สิทธิไม่แตกต่างกัน

5) **ปัญหาอุปสรรคในการทำงานด้านสุขภาพของชุมชน** พบว่า ไม่มีความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มประธาน อสม. กับกลุ่ม อสม.ทั่วไป

7.2 การวิเคราะห์ภาพรวมของการทำงานอสม.

ในการวิเคราะห์สรุปภาพรวมศักยภาพของ อสม. ได้แบ่งระดับศักยภาพออกเป็น 5 ดาว โดยกำหนดความหมาย ดังนี้

☆☆☆☆☆ หมายถึง มีศักยภาพสูง

☆☆☆☆ หมายถึง มีศักยภาพค่อนข้างสูง

☆☆☆ หมายถึง มีศักยภาพปานกลาง

☆☆ หมายถึง มีศักยภาพค่อนข้างต่ำ

☆ หมายถึง มีศักยภาพต่ำ

หน้าที่ความรับผิดชอบของอสม.	ศักยภาพ	ข้อเสนอแนะ
1. เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข	☆☆☆	ส่วนใหญ่ทำตามคำสั่งของจนท. แต่ศักยภาพของอสม.ยังไม่สามารถคิดหรือทักษะเพราะขาดความรู้ อีกทั้งเครื่องมือ ไม่พร้อม เช่น ไม่มีหอกระจายข่าว หรือมีแต่ใช้ไม่เป็น ซึ่งถ้าอสม.มีเครื่องมืออยู่กับมือ จะสามารถพัฒนางานในส่วนนี้ได้มากขึ้น
2. ให้คำแนะนำ - ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (อาหาร การออกกำลังกาย)	☆☆☆	พบว่ายังมีปัญหาเรื่องขาดความรู้ที่ถูกต้องในบางเรื่อง เช่น การสูบบุหรี่ หรือ วิธีออกกำลังกายที่ถูกต้อง
- ด้านการควบคุมโรค (ไข้เลือดออก ไข้หวัดนก)	☆☆☆☆ ☆	เป็นเรื่องที่เจ้าหน้าที่เน้นย้ำประจำ และเป็นภาคปฏิบัติที่อสม.ทำตลอดเวลา ทำให้มีทักษะมากกว่างานด้านอื่นๆ อีกทั้งอบต.เริ่มมีบทบาทในการควบคุมดูแลโรคประจำถิ่น ทำให้อบต.จัดสรรงบประมาณ และหนุนเสริมการทำงานในด้านนี้ค่อนข้างมาก
- ด้านการป้องกันโรค (การฉีดวัคซีน)	☆☆	จากนโยบาย 30 รักษาทุกโรค หญิงมีครรภ์ส่วนใหญ่ไปคลอดที่โรงพยาบาล ทำให้เจ้าหน้าที่ติดตามเด็กมารับวัคซีนได้ครอบคลุม โดยไม่ต้องผ่านกลไกของอสม. แต่ความครอบคลุมในเรื่องการฉีดวัคซีนยังมีปัญหาในแรงงานต่างด้าว และ พวกที่อาศัยอยู่

		ตามแนวชายขอบ ซึ่งในส่วนนี้ยังต้องการอาศัยกลไกของอสม. เข้าไปค้นหา ดังนั้นเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ต้องวิเคราะห์ว่า พื้นที่มีปัญหาเกี่ยวกับแรงงานต่างด้าวหรือไม่ ถ้ามี ต้องมีการเพิ่มเติมความรู้ให้กับอสม. เพื่อค้นหาเด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมายมารับวัคซีน
3.การถ่ายทอดความรู้		
- ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	☆	เนื่องจากขาดความรู้และทักษะ จึงจำเป็นต้องเพิ่มความรู้ให้กับอสม. ทั้งนี้กระบวนการให้ความรู้ควรปรับเปลี่ยนเป็น การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการเครือข่าย หรือการจัดทำโรงเรียนอสม. หรือ การใช้ระบบนิเทศสัมพันธ์ ไม่ควรใช้รูปแบบการอบรมเดิมๆ เพราะไม่เหมาะสมกับอสม.
- ด้านการควบคุมโรค	☆	
- ด้านการป้องกันโรค	☆☆	
4.การบริการสาธารณสุขเบื้องต้น		
- การรักษาพยาบาล	☆	ด้วยความรู้และทักษะของอสม.ปัจจุบันพบว่าเป็นการยากที่จะให้อสม.ทำหน้าที่เป็นเสมือนบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตรวจวินิจฉัยโรค ซึ่งไม่เป็นการแก้ไขระบบความเจ็บป่วยของชาวบ้าน
- การปฐมพยาบาล	☆	แต่ควรให้อสม.วิเคราะห์สาเหตุของโรคแบบองค์รวม คือ ให้เชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิตของชุมชน
- การตรวจวัดความดันโลหิต	☆	ทำอย่างไรให้อสม.สามารถเชื่อมโยงการให้บริการที่ไม่แยกส่วนเฉพาะการรักษา เช่น
- การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ	☆	การรู้จักเชื่อมโยงปัญหาโรคที่เกิดจากอาหาร สามารถเชื่อมโยงกับโครงสร้างอาหารของชุมชน วิเคราะห์หน่วยผลิต และการจัดการอาหารของชุมชนตนเองได้ ซึ่งจะทำให้อสม.
- การส่งต่อผู้ป่วย	☆☆☆	เข้าใจและแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดมากขึ้น ดังนั้นจึงควรมีหลักสูตรการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่เป็นวิถีชีวิตของชุมชน

- การติดตามดูแลผู้ป่วย	☆	
5.การหมุนเวียนปฏิบัติงานที่ศสมช.	☆	การจัดตั้ง ศสมช.ที่ผ่านมาเป็นการบูรณาการของนโยบาย ทำเหมือนกันทุกแห่ง และเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่รู้สึกว่าเป็นภาระ และงบประมาณไม่สนับสนุน อีกทั้งยังเป็นเรื่องงานที่ทับซ้อนกับเจ้าหน้าที่ ดังนั้นการดำเนินงานศสมช.จึงควรขึ้นกับปัญหาและความเหมาะสมของพื้นที่ว่าจำเป็นหรือไม่
6.กิจกรรมการเฝ้าระวังและป้องกัน		
- ด้านโภชนาการเด็ก	☆ ☆	ทำเรื่องนมแม่ได้ดี แต่ชั่งน้ำหนักยังวิเคราะห์เรื่องขาดสารอาหารไม่ได้
- ด้านหญิงมีครรภ์	☆ ☆ ☆	หญิงมีครรภ์ส่วนใหญ่ไปอนามัย
- โรคระบาด/โรคติดต่อประจำถิ่น	☆ ☆ ☆ ☆	
7.เป็นผู้นำชุมชน		
- การบริหารจัดการวางแผน	☆	เขียนโครงการไม่เป็น ไม่สามารถขอทุน ไม่สามารถรวมกลุ่ม
- การแก้ไขปัญหา/พัฒนาชุมชน	☆ ☆	เนื่องจากอสม.เป็นผู้หญิง บทบาทจะไม่เด่น มักไม่มีความคิดริเริ่ม จึงต้องเสริมบทบาท
- งบประมาณ	☆	การอบรมควรเน้นสร้างกระบวนการให้เป็นนักคิดมากขึ้น
8.คุ้มครองสิทธิประโยชน์ของชุมชน	☆ ☆	บทบาทน้อย เพราะไม่มีกระบวนการคิด ทำงานขึ้นกับคำสั่งเจ้าหน้าที่ ทำให้ไม่สามารถรับผิดชอบในการคุ้มครองสิทธิให้ชาวบ้านได้
9.แกนนำการประสานงานผู้นำ	☆ ☆ ☆	
10. การวางแผน	☆	
11.สำรวจ/จัดทำฐานข้อมูลชุมชน	☆ ☆ ☆ ☆ ☆	เป็นจุดเด่นของอสม. เพราะทุกกระทรวงมักสั่งการให้อสม.เป็นผู้รับผิดชอบเก็บข้อมูล ปัญหาคือข้อมูลยังไม่เชื่อมโยงกัน
12. ด้านเศรษฐกิจชุมชน	☆ ☆	น้อย
13. ด้านสังคมภายในชุมชน	☆ ☆ ☆	วัดดี เพราะเป็นกรรมการวัด แต่โรงเรียนไม่ค่อยมีบทบาท

ข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนา อสม.

- การให้ความรู้ ควรเน้นการทำวชนสัมพันธ์ มากกว่าการอบรม สิ่งที่ต้องพัฒนา คือ การสร้างเครื่องมือในการนิเทศสัมพันธ์ นั่นคือ การใช้กระบวนการที่เจ้าหน้าที่ไปพบปะกับอสม. เพื่อเยี่ยมเยียนและให้ความรู้ที่เป็นปัญหาของพื้นที่ในขณะที่ยกไป
- การเพิ่มความรู้ให้กับอสม. ควรจำแนกกลุ่ม อสม. ดังนี้
 - กลุ่มอสม.ใหม่ ควรจัดการอบรมให้มีความรู้พื้นฐานในด้านการดูแลสุขภาพ
 - กลุ่มอสม.เก่า พัฒนาความเป็นผู้นำมากขึ้น โดยเน้นหลักสูตรผู้นำการเปลี่ยนแปลงให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน
- ทักษะความสามารถของอสม. ปัจจุบันจึงเป็นเพียงแค่การจัดการการเฝ้าระวังโรคท้องถิ่นเป็นส่วนใหญ่ คือ โรคไข้เลือดออก ได้แก่คว่ำกะลา ปล่อยลูกน้ำยุงลาย แจกทรายอะเบท, การรายงานสัตว์ปีกป่วยตายในหมู่บ้านในโรคไข้หวัดนก และการฉีดยาให้กับสุนัขเพื่อป้องกันพิษสุนัข ซึ่งได้รับยาจากปศุสัตว์อำเภอเท่านั้น จำเป็นต้องพัฒนาการเขียนโครงการ การเป็นผู้นำกระบวนการ การเป็นวิทยากรในการอบรมหรือการประชุม และการเจรจาต่อรอง (รับร้องทุกข์ / สิทธิ) ให้มีความสามารถมากยิ่งขึ้น

โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและยุทธศาสตร์การพัฒนา

1. หลักการและเหตุผล

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา เป็นยุทธศาสตร์หลักที่ทำให้งานสาธารณสุขในระดับชุมชนมีทิศทางที่ชัดเจนขึ้น และเป็นยุทธศาสตร์ที่ได้นำเอาอุดมคติของการทำงานเพื่อชุมชนเข้ามาสู่ระบบสาธารณสุขอย่างจริงจัง ยุทธศาสตร์สำคัญประการหนึ่งของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานก็คือ การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศอย่างกว้างขวาง จนมีอาสาสมัครมากกว่า 700,000 คนทั่วประเทศ

ในช่วงที่ผ่านมาได้มีการปรับยุทธศาสตร์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่เป็นระยะและมีการประเมินผลอยู่บ้าง แต่ในช่วง 1 ทศวรรษที่ผ่านมา กระแสเรื่องงานสาธารณสุขมูลฐานได้ชะลอตัวลง ในขณะที่สถานการณ์ด้านต่าง ๆ ทั้งในระดับประเทศและระดับโลกได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นนโยบายการพัฒนาประเทศในด้านการสาธารณสุข เช่น นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ทิศทางการกระจายอำนาจของรัฐบาล ซึ่งปรากฏอยู่ในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นมาเป็นระยะ รวมทั้งสถานการณ์ด้านโรคภัยไข้เจ็บที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ไม่ว่าจะเป็นการอุบัติขึ้นของโรคระบาดใหม่ ๆ ตลอดจนมีการพยายามนำเอาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าไปร่วมในภารกิจใหม่ด้านอื่น ๆ เช่น การเฝ้าระวังเรื่องยาเสพติด และรวมทั้งมีบทบาทอื่นในสังคม

อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินการที่ผ่านมา นั้น หน่วยงานสาธารณสุขและอื่น ๆ ใช้ประโยชน์จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้ และยังขาดการประเมินวิเคราะห์ให้เห็นชัดเจนว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้ ทำงานอยู่ภายใต้สถานการณ์หรือเงื่อนไขใดในปัจจุบัน มีศักยภาพแท้จริงอยู่ตรงจุดไหนในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องประเมินศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข และกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาเพื่อให้ทิศทางการดำเนินงานในอนาคตสอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ของโลกปัจจุบัน

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์บทบาท กระบวนการทำงานสุขภาพ และกลไกการสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในปัจจุบัน
2. เพื่อประเมินศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สอดคล้องกับสถานการณ์สังคมและสุขภาพใหม่ ๆ ที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ
3. เพื่อเสนอยุทธศาสตร์การพัฒนาที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างเหมาะสม

3. แนวทางการดำเนินงาน

โครงการประเมินศักยภาพ อสม. นี้ มีวิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยจัดแบ่งกิจกรรมการดำเนินงานโครงการออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 งานศึกษาเชิงคุณภาพ

ประมวลข้อมูลและวิเคราะห์เนื้อหา ผ่านการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์ สทนากลุ่มในกลุ่มคนทำงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ประเด็นและทิศทางการประเมินผลสถานการณ์การดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ชัดเจน โดยดำเนินการทั้ง 2 กิจกรรมหลักควบคู่ไปพร้อมกัน คือ

1. วิเคราะห์เนื้อหาจากกระบวนการทำงานสุขภาพชุมชน และโครงสร้างระบบงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลไกการสนับสนุนที่มีอยู่ โดยทบทวนเอกสารและงานวิจัย และการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 ครั้ง

เพื่อแลกเปลี่ยนและทำความเข้าใจกรอบงานของโครงการ และระดมความคิดเห็นให้ได้ประเด็นที่เกี่ยวข้องในภาพรวม จากผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- เจ้าหน้าที่ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน 4 ภาค
- ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชน
- เครือข่ายชมรมหมออนามัย
- ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล, อบต. และอบจ.)
- นักวิชาการที่ติดตามสถานการณ์งานสุขภาพชุมชน
- ตัวแทนจากองค์กรทุนสนับสนุน อาทิ สสส., สวรส., สปสช.
- ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2) รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3) สนับสนุนการจัดทำบทความวิชาการที่มีการวิเคราะห์เนื้อหา จัดทำเป็นบทความวิชาการสำคัญ ๆ ที่สะท้อนบริบทการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และศึกษากรณีตัวอย่างบทบาท อสม. ในชุมชนพื้นที่ต่าง ๆ ดังตัวอย่างประเด็นการวิเคราะห์ที่สอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพใหม่ ๆ ดังนี้

- การสร้างเสริมสุขภาพท้องถิ่น
- การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย
- การควบคุมโรคและอนามัยสิ่งแวดล้อม
- การควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยต่าง ๆ
- โรคติดต่อ โรคระบาดใหม่ ๆ เช่น เอชอี

- อื่น ๆ ที่ได้จากการระดมความเห็นและทบทวนเอกสาร
- 4) รวบรวมและวิเคราะห์เนื้อหาในภาพรวม
- 5) พัฒนารอบแนวคิดการประเมินศักยภาพ และกระบวนการวิเคราะห์การวิจัยเพื่อนำไปสู่การศึกษาเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 2 งานศึกษาเชิงปริมาณ

พัฒนารอบแนวคิด กระบวนการวิจัยที่ชัดเจน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลโดยการศึกษาเชิงปริมาณ รวมทั้งการวิเคราะห์และประเมินผล และนำเสนอยุทธศาสตร์การพัฒนาก่อสร้างเสริมความเข้มแข็งให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขในช่วง 1 ทศวรรษต่อจากนี้ โดยมีแนวทางการดำเนินงาน 2 ประการ คือ

- 1) พัฒนารอบแนวทางและกระบวนการวิจัยในเชิงปริมาณ มีแนวทางการดำเนินงาน คือ
 - พัฒนารอบแนวคิดการศึกษา และเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ
 - ดำเนินการศึกษาโดยการส่งแบบสอบถามไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 8 จังหวัด
 - รวบรวมแบบสอบถาม จัดหมวดหมู่ข้อมูล และประมวลเนื้อหาให้เป็นระบบ
 - วิเคราะห์ข้อมูล
- 2) วิเคราะห์ยุทธศาสตร์การพัฒนาก่อสร้างเสริมความเข้มแข็งให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขในช่วง 1 ทศวรรษต่อไป โดยมีแนวทางการดำเนินงาน คือ
 - ประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 ครั้ง
 - นำเสนอผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
 - ปรับแก้ผลการศึกษา

ส่วนที่ 3 กระบวนการจัดการงานวิจัย

- 1) สัมภาษณ์ผู้รู้ และจัดสนทนากลุ่ม (focus group) กับบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข
- 2) การเยี่ยมชมดูงานกับ อสม. และผู้มีบทบาทเกี่ยวข้องในชุมชน (site visit)
- 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 เพื่อนำเสนอและแลกเปลี่ยนผลการศึกษาทั้งหมด
- 4) สังเคราะห์ผลการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ในภาพรวม
- 5) นำเสนอสู่เวทีต่าง ๆ และ เผยแพร่ลงเว็บไซต์ และเอกสารวิชาการอื่น ๆ

4. งบประมาณ รวม 870,000 บาท

สนับสนุน โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

5. ระยะเวลาดำเนินงาน

มีนาคม 2549 – กรกฎาคม 2549

6. หน่วยงานรับผิดชอบโครงการ

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ และ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

โทร. 0-2590-1498, 0-2590-1352

7. คณะทำงานผู้รับผิดชอบโครงการ

1. น.พ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
2. น.ส.ปารณัฐ สุขสุทธิ นักวิจัย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
3. นายประชาธิปไตย กะทา นักวิจัย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1) สามารถประเมินและรับรู้ถึงกระบวนการทำงาน และกลไกการสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเปรียบเทียบกับสถานการณ์ปัจจุบันว่ามีความเหมาะสมและสอดคล้องกันมากน้อยเพียงใด

2) ยุทธศาสตร์การพัฒนาก่อสร้างเสริมเข้มแข็งให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในช่วง 1 ทศวรรษต่อจากนี้

3) นำเสนอเนื้อหาเข้าสู่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554)

ภาคผนวกที่ 1

สรุปข้อมูลแบบสอบถามประธานชมรม อสม.ระดับจังหวัด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน ประธานชมรมอสม. ระดับจังหวัด ที่ส่งแบบสอบถามกลับ 44 คน จาก 75 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 58.7 เป็นเพศชาย 38 คน คิดเป็นร้อยละ 86.4 ของอสม.ทั้งหมดที่ตอบแบบสอบถาม เพศหญิง 6 คน (13.6 %) อายุเฉลี่ย 54.83 ปี (sd=8.83) อายุต่ำสุด 42 ปี สูงสุด 75 ปี

- สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 88.6 , โสด (4.5 %) , หม้าย/ร้าง (4.5 %) และ หย่า (2.4%)
- อาชีพหลัก คือ เกษตรกร (45.5 %) รองลงมา คือ ค้าขาย (22.7 %) , รับจ้าง (11.4%) , ธุรกิจ รับเหมาก่อสร้าง (6.8%), เปิดร้านค้าในชุมชน (4.5 %) , ข้าราชการเกษียณ (4.5 %) และ ร้อยละ 2.3 เป็น ผู้บริหารท้องถิ่น ช่างซ่อมเฟอร์นิเจอร์
- จบการศึกษาสูงสุด คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 61.4 รองลงมา คือ ปริญญาตรี/สูงกว่า ร้อยละ 13.6, มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 11.4, ปวช./ปวส. ร้อยละ 9.1 และ ประถมศึกษา ร้อยละ 4.5 จำนวนประธานอสม.ที่ยังศึกษาหาความรู้ต่อ เพียงร้อยละ 19.1 โดยศึกษาต่อในระดับปริญญาตรี 3 คน, อนุปริญญา 2 คน, สายอาชีพ 2 คน และมัธยมศึกษา 1 คน
- ระยะเวลาการเป็นอสม. เฉลี่ย 19.9 ปี (sd = 6.39) ระยะเวลาสั้นที่สุด 7 ปี มากสุด 27 ปี
- ระยะเวลาการเป็นประธานอสม.ระดับจังหวัด เฉลี่ย 6.29 ปี (sd =3.89) ระยะเวลาสั้นที่สุด 1 ปี มากสุด 14 ปี
- จำแนก ประธานชมรมอสม.จังหวัด ตามภูมิภาค ได้ดังนี้
 - ภาคเหนือ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 58.8 ของจำนวนประธานอสม. ทั้งหมดในภาคเหนือ
 - ภาคกลาง 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0 ของจำนวนประธานอสม. ทั้งหมดในภาคกลาง
 - ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 17 คน คิดเป็นร้อยละ 89.5 ของจำนวนประธานอสม. ทั้งหมดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
 - ภาคใต้ 8 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 ของจำนวนประธานอสม. ทั้งหมดในภาคใต้
- ทักษะความสามารถของประธานอสม. ระดับจังหวัด พบว่า ร้อยละ 65.9 เป็นนักจัดรายการวิทยุชุมชน หรือ หอกระจายข่าว / ร้อยละ 61.4 สามารถเป็นวิทยากร หรือ ผู้ดำเนินรายการเวทีในการอบรมอสม. / ร้อยละ 18.8 เป็นหมอพื้นบ้าน ได้แก่ หมอยาสมุนไพร หมอนวด หมอเป่า / ร้อยละ 18.8 เชี่ยวชาญในการใช้สมุนไพร และการปลูกต้นไม้

- บทบาทตำแหน่งอื่นๆ พบว่า

- บทบาทในกระทรวงมหาดไทย มีค่อนข้างมาก คือ บทบาทการเป็นอภิม.ร้อยละ 65.9 และกรรมการหมู่บ้าน ร้อยละ 54.6 สำหรับบทบาทการเป็นผู้ใหญ่บ้าน / กำนัน / กรรมการสภาตำบล / ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และแพทย์ประจำตำบล มีเพียงร้อยละ 11.4 / 4.5 / 4.5 / 2.3 และ 2.3 ตามลำดับ
- บทบาทในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีค่อนข้างน้อย คือ เป็นกรรมการในอบจ. ร้อยละ 2.3 และ กรรมการในอบต. ร้อยละ 11.4 (ประธานอบต. 1 คน / นายกอบต. 1 คน / รองนายกอบต. 2 คน และสมาชิกอบต. 1คน)
- บทบาทในกระทรวงศึกษาธิการ คือ เป็นกรรมการสถานศึกษา ร้อยละ 50
- บทบาทในกระทรวงเกษตร คือ เป็นผู้เชี่ยวชาญ ด้านเกษตรชีวภาพ / ปุ๋ยหมัก / น้ำหมัก ร้อยละ 29.5 และ อาสาปศุสัตว์ผสมเทียมสัตว์ ร้อยละ 2.3
- บทบาทอื่นๆ มีเพียงต่ำกว่า ร้อยละ 5 ในตำแหน่งต่างๆ ดังนี้ ฝ่ายตรวจสอบกิจการสหกรณ์เครดิตยูเนี่ยน / ประธานประชาคม /อาสาสมัครประชาธิปไตย / กรรมการควบคุมคุณภาพบริการสถานพยาบาล / ผู้ไกล่เกลี่ยข้อพิพาทในชุมชน

ส่วนที่ 2 การดำเนินงานของชมรมอสม. ระดับจังหวัด

สถานที่ตั้งของชมรมอสม.ระดับจังหวัด พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.2 (41 แห่ง) ตั้งอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และมีที่ตั้งในสถานที่อื่น ร้อยละ 6.8 (3 แห่ง) คือ ตั้งที่ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดยะลา 1 แห่ง / เป็นที่เอกเทศของชมรมจังหวัดพิจิตร 1 แห่ง และตั้งในสถานที่อบจ.จังหวัดอำนาจเจริญ 1 แห่ง

ผลการศึกษาดำเนินงานแบ่งเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

- 1) การคัดเลือกประธานชมรมอสม. ระดับจังหวัด
- 2) กฎระเบียบของชมรมอสม. ระดับจังหวัด
- 3) ผลการดำเนินงานของชมรมอสม. ระดับจังหวัด
- 4) ปัญหาอุปสรรค การสนับสนุน และระบบสวัสดิการ

1) การคัดเลือกประธานชมรมอสม. ระดับจังหวัด

จากจำนวนชมรมอสม.ระดับจังหวัด 44 จังหวัด พบว่า การคัดเลือกประธานชมรมอสม.จังหวัดส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินการของอสม. ถึงร้อยละ 72.7 วิธีการโดยประธานชมรมอสม. ระดับอำเภอ

ส่งชื่อผู้ที่สมควรได้รับการคัดเลือกทุกอำเภอละ 1 หรือ 3 คน ขึ้นกับระเบียบของแต่ละจังหวัด และให้มีการลงคะแนนกันในที่ประชุมของชมรม ส่วนวิธีการคัดเลือกที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปมีส่วนร่วม มีเพียงร้อยละ 27.3

2) กฎระเบียบของชมรม อสม. ระดับจังหวัด

ผลการศึกษา พบว่า นั่นคือ

- ชมรมอสม. ระดับจังหวัดมีการกำหนดกฎระเบียบของชมรม ร้อยละ 97.7 มีเพียง 1 แห่ง ที่ไม่มีการกำหนดกฎระเบียบและไม่มีการประชุมเลยในปีที่ผ่านมา สำหรับการบันทึกผลการประชุม พบว่า บันทึกทุกครั้ง ร้อยละ 88.6 และบันทึกเป็นบางครั้ง ร้อยละ 9.1
- ความถี่ในการประชุมกรรมการชมรมอสม.ระดับจังหวัด 43 แห่ง พบว่า ปีที่ผ่านมา ชมรมอสม.ที่มีการประชุมทุกเดือน ร้อยละ 48.5 (16 แห่ง) / ประชุมทุก 2 เดือนต่อครั้ง ร้อยละ 48.5 (16 แห่ง) / ประชุมทุก 3 เดือนต่อครั้ง ร้อยละ 9.3 (4 แห่ง) และประชุมน้อยกว่า 1-3 ครั้งต่อปี ร้อยละ 16.3 (7 แห่ง) เฉลี่ยประชุม จำนวน 8.23 ครั้งต่อปี (sd = 3.87) ต่ำสุดคือ 2 ครั้งต่อปี สูงสุดคือ 12 ครั้งต่อปี
- การกำหนดวาระการเป็นประธานชมรมอสม.จังหวัด พบว่า มีวาระ 4 ปี ร้อยละ 95.5 (42 แห่ง) และวาระ 2 ปี ร้อยละ 4.5 (2 แห่ง) ทั้งนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงการเป็นประธานชมรมอสม.จังหวัด พร้อมกับวาระของชมรมประธานอสม. ระดับประเทศ คือ เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 33 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 75 สำหรับระเบียบการกำหนดสมัยการเป็นติดต่อกันนั้น พบว่า มีระเบียบห้ามเป็นประธานอสม.ติดต่อกันเกิน 2 สมัย จำนวน 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 23.3 นอกนั้น ไม่มีข้อกำหนด จำนวน 32 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 72.7
- การกำหนดคุณสมบัติการเป็นประธานชมรมอสม.จังหวัด พบว่า มีการกำหนดคุณสมบัติ จำนวน 34 แห่ง (77.3%) ไม่มีการกำหนด จำนวน 10 แห่ง (22.7 %) ข้อกำหนดส่วนใหญ่ คือ ต้องเป็นประธานอำเภอ ร้อยละ 50 หรือ เป็นกรรมการบริหารระดับจังหวัด / อำเภอ 17.6 หรือ เป็น อสม.ตั้งแต่ 5-10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.8

3) ผลการดำเนินงานของชมรมอสม. ระดับจังหวัด

การดำเนินงานของชมรมอสม.ระดับจังหวัดนั้น พบว่า

3.1) การจัดทำแผนเพื่อของบประมาณสนับสนุนจากแหล่งทุนต่างๆ

พบว่า ชมรมอสม.ที่มีการจัดทำแผน มีจำนวน 29 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 65.9 และที่ไม่จัดทำแผนของบประมาณ จำนวน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 34.1 แหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานชมรมอสม.ระดับจังหวัด พร้อมจำนวนงบประมาณสนับสนุน มีรายละเอียด ดังนี้

- **องค์การบริหารส่วนจังหวัด** : จำนวน 20 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 68.9 ของชมรม อสม.ที่ได้รับทุนทั้งหมด ได้แก่ นครพนม (500,000 บาท), ขอนแก่น (1,000,000 บาท), ภูเก็ต (120,000 บาท),สมุทรสงคราม (800,000 บาท), ยโสธร (57,000 บาท), ฉะเชิงเทรา (1,780,000 บาท), สุราษฎร์ธานี (600,000 บาท), กำแพงเพชร (25,000 บาท), อำนาจเจริญ (1,500,000 บาท), พังงา (330,000 บาท), ร้อยเอ็ด (1,800,000 บาท), แม่ฮ่องสอน (100,000 บาท), พัทลุง (50,000 บาท), หนองบัวลำภู (150,000 บาท), นครราชสีมา (2,000,000 บาท), ราชบุรี (600,000 บาท), อุตรธานี (1,150,000 บาท), นครสวรรค์, หนองคาย และ มหาสารคาม

- **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับตำบล (อบต.)**: จำนวน 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 20.7 ของชมรม อสม.ที่ได้รับทุนทั้งหมด ได้แก่ พะเยา (10,000 บาท), บุรีรัมย์ (30,000 บาท), พังงา (10,000 บาท) , นครราชสีมา (500,000 บาท) , ราชบุรี (50,000 บาท) และ หนองคาย

- **สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด** : จำนวน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 55.6 ของชมรม อสม.ที่ได้รับทุนทั้งหมด ได้แก่ บุรีรัมย์ (50,000 บาท), ชัยนาท (30,000 บาท), กาฬสินธุ์ (100,000 บาท), ยะลา (1,000,000 บาท), ราชบุรี (450,000 บาท), เชียงใหม่ (300,000 บาท), กระบี่ (250,000 บาท), อำนาจเจริญ, ยโสธร, สุราษฎร์ธานี, หนองคาย, เลย, ร้อยเอ็ด, แม่ฮ่องสอน และ หนองบัวลำภู

- **ศูนย์ควบคุมโรคเขต 10** : ได้แก่ ตรัง (150,000 บาท)
- **องค์กรพัฒนาชุมชน (อพช.)** : ได้แก่ นครนายก (500,000 บาท)
- **กองสลากกินแบ่งรัฐบาล** : ได้แก่ ขอนแก่น (200,000 บาท)
- **สปสช.** : ได้แก่ พิจิตร (417,000 บาท) และนครสวรรค์
- **สสส.** : ได้แก่ เลย (80,000 บาท)
- **มูลนิธิเอดส์แห่งประเทศไทย** : ได้แก่ เพชรบูรณ์ (150,000 บาท)
- **คณะกรรมการเลือกตั้งประจำจังหวัด** : ได้แก่ อุตรธานี (350,000 บาท)
- **ชมรมอสม.ระดับอำเภอ** : ได้แก่ พิษณุโลก และกระบี่
- **กองทุนพัฒนาองค์กรเอกชน** : ได้แก่ อำนาจเจริญ (350,000 บาท)

นั่นคือ ชมรมอสม.ระดับจังหวัด มีศักยภาพและความสามารถในการดำเนินงานด้วยตนเอง เนื่องจากสามารถจัดทำแผนและของงบประมาณจากหน่วยงานของรัฐได้ค่อนข้างมาก

3.2) การเป็นภาคีเครือข่ายร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ

พบว่า มีชมรมอสม. ที่ไม่เป็นภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานหรือองค์กรใดๆ จำนวน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 18.1 และเป็นภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานหรือองค์กร จำนวน 36 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 81.8 จากการศึกษาสามารถจำแนกหน่วยงานหรือองค์กรภาคีเครือข่าย เป็น 2 ส่วน คือ

- หน่วยงานต่างๆของภาครัฐ ได้แก่ อบจ. / อบต. / ฝ่ายปกครอง / พัฒนาชุมชน / เกษตร / พัฒนาสังคม / กรมประมง / กกต.จังหวัด / ศตจ. / ปสส. / สภาเกษตรกร
- หน่วยงานภาคประชาสังคม เช่น ประชาคมสุขภาพ / หมอพื้นบ้าน / ชมรมผู้สูงอายุ/ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค / ชมรมสร้างสุขภาพ / เครือข่ายวัฒนธรรม / คุ้มครองสิทธิ / สมาคมหมออนามัย / เครือข่ายส่งเสริมประชาธิปไตยจังหวัด / ชมรมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม / พอช. / ศุภนิมิต / มูลนิธิวิชาชีพไทยและสมาคมพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง

พบว่า ส่วนใหญ่ชมรมอสม. มีความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่ร่วมทำงาน ตั้งแต่ร่วมคิดแผน ประชุม และร่วมกิจกรรม หากพิจารณาแบ่งศักยภาพของชมรมอสม. โดยพิจารณาภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วม สามารถแบ่งได้ ดังนี้

1. ชมรมอสม. ที่มีศักยภาพการพัฒนาด้านสุขภาพ จำนวน 6 ชมรม ได้แก่
 - พัทลุง มีภาคีเครือข่ายกับหมอพื้นบ้าน และ ประชาคมสาธารณสุข
 - ร้อยเอ็ด มีภาคีเครือข่ายกับผู้สูงอายุ ข้าราชการบำนาญ และกลุ่มแม่บ้าน
 - ยโสธร มีภาคีเครือข่ายกับชมรมผู้สูงอายุ
 - สุรินทร์ มีภาคีเครือข่ายกับคณะกรรมการแผนพัฒนาสุขภาพของสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ และเป็นอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ
 - แม่ฮ่องสอน มีภาคีเครือข่ายกับอาสาสมัครคุ้มครองผู้บริโภค และชมรมผู้สูงอายุ
 - นครราชสีมา มีภาคีเครือข่ายกับ สสส. และเป็นอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งแผนพัฒนาของจังหวัด
2. ชมรมอสม. ที่มีศักยภาพการพัฒนาด้านสังคม จำนวน 19 ชมรม ได้แก่
 - พิษณุโลก, สมุทรสงคราม, ขอนแก่น, ยะลา, ชัยภูมิ, กาฬสินธุ์, ลพบุรี, หนองบัวลำภู, ตรัง, ศรีสะเกษ มีภาคีเครือข่ายกับ อบจ./ อบต./ เครือข่ายองค์กรพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 - นครนายก มีภาคีเครือข่ายกับพอช.
 - ภูเก็ต มีภาคีเครือข่ายกับสมาคมประชาคมจังหวัด
 - ราชบุรี มีภาคีเครือข่ายในด้านกลุ่มสตรีอาสา และอาสาสมัครพัฒนาสังคม

- เลย มีภาคีเครือข่ายกับสำนักงานพัฒนาสังคมและประชาคมสังคมจังหวัด
 - เพชรบุรี มีภาคีเครือข่ายกับกกต.จังหวัด และอาสาพัฒนาสังคม
 - เชียงใหม่ มีภาคีเครือข่ายกับอพม.
 - อุตรธานี มีภาคีเครือข่ายกับกกต.ประจำจังหวัด และ อบจ.
 - ชัยนาท มีภาคีเครือข่ายกับสำนักงานพัฒนาสังคม, แรงงาน และ กกต.จังหวัด
 - ลพบุรี มีภาคีเครือข่ายกับสำนักงานพัฒนาสังคม และการสร้างสุขภาพ
3. ชมรมอสม. ที่มีศักยภาพการพัฒนาด้านการเกษตรและอาชีพ จำนวน 3 ชมรม ได้แก่
- มหาสารคาม มีภาคีเครือข่ายกับ อพม. และอาสาสมัครเกษตรด้านบัญชี
 - อุบลราชธานี มีภาคีเครือข่ายกับสำนักงานพัฒนาชุมชน และเกษตรอำเภอ
 - ระนอง มีภาคีเครือข่ายกับกรมประมง และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคง
มนุษย์
4. ชมรมอสม. ที่มีศักยภาพการพัฒนาสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม จำนวน 8
ชมรม ได้แก่
- อำนวยเจริญ มีภาคีเครือข่ายในด้านพิทักษ์สิทธิ สิ่งแวดล้อม และชมรมคนรัก
ป่า รวมทั้งชมรมสร้างสุขภาพ
 - พะเยา มีภาคีเครือข่ายกับสมัชชาสุขภาพจังหวัด และเครือข่ายประกันสุขภาพ
จังหวัด, มูลนิธิรักษ์ไทย, สถาบันพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง, เครือข่ายส่งเสริม
ประชาธิปไตยระดับจังหวัด, สมาคมหมออนามัยจังหวัด และชมรมสร้างสุขภาพ
จังหวัด
 - นครสวรรค์ มีภาคีเครือข่ายกับชมรมคนรักบึงบอระเพ็ด และการพัฒนา
คุณภาพชีวิตสู่คุณธรรม
 - ฉะเชิงเทรา มีภาคีเครือข่ายกับอพช. ในโครงการแผนแม่บทชุมชนพึ่งตนเอง
และการแก้ไขปัญหาความยากจนร่วมกับ ศตจ. / ปชส.
 - สุราษฎร์ธานี, ลำปาง มีภาคีเครือข่ายกับกลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และชมรม
สร้างสุขภาพ
 - พิจิตร มีภาคีเครือข่ายกับสำนักงานพัฒนาสังคม, เครือข่ายวัฒนธรรม
คุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ
 - พังงา มีภาคีเครือข่ายกับสภาเกษตรกรไทย และองค์กรคามิลโล-เซนต์เดวิด-
ศุภนิมิต
 - ลำปาง มีภาคีเครือข่ายกับชมรมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และชมรมสร้างสุขภาพ

3.3) การพัฒนาชมรมอสม.ระดับจังหวัด โดยการจัดตั้งเป็นสมาคม หรือมูลนิธิ เพื่อเป็นนิติบุคคล

พบว่า ชมรมอสม. ที่จัดตั้งเป็นนิติบุคคลแล้ว (ปีที่จัดตั้ง) มีจำนวน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 34.1 ของชมรมอสม.กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยจัดตั้งเป็น

- มูลนิธิอสม. ได้แก่ เพชรบูรณ์ (2541), ศรีสะเกษ (2537), นครราชสีมา (2542) และ อุบลราชธานี (2549) เชียงใหม่ (2545)
- สมาคมชมรมจังหวัด ได้แก่ ตราด (2547) , ชัยนาท (2548), นครสวรรค์ (2549), ร้อยเอ็ด (2547), ขอนแก่น (2547) และมหาสารคาม (2549)
- สมาคมอสม. ได้แก่ ตรัง (2549), ราชบุรี (2547)
- สมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขชายแดนใต้ ได้แก่ ยะลา (2549)
- สหกรณ์อสม. ได้แก่ ชัยภูมิ

ชมรมอสม.ที่กำลังเตรียมดำเนินการจดทะเบียนเพื่อจัดตั้งเป็นนิติบุคคลนั้นมีจำนวน 14 แห่ง (32.8 %) และชมรมอสม.ที่ยังไม่พร้อมและมีปัญหาความเข้าใจและขั้นตอนการจดทะเบียนจำนวน 15 แห่ง (34.1 %)

3.4) กิจกรรมที่ชมรมอสม.ระดับจังหวัด ดำเนินงานให้กับสมาชิกอสม. มีดังนี้

■ **การจัดตั้งฌาปนกิจสงเคราะห์ระดับจังหวัด** พบว่า มีการจัดตั้งจำนวน 24 แห่ง (54.5 %) ไม่มีการจัดตั้งระดับจังหวัด แต่มีระดับอำเภอ จำนวน 20 แห่ง (45.5 %) ในเรื่องการช่วยเหลือสมาชิกอสม.ที่ถึงแก่กรรมนั้น มีตั้งแต่ค่าช่วยเหลือจัดงาน 500 บาท (จำนวน 1 แห่ง) จนถึงช่วยเหลือศพละ 5,000 - 70,000 บาท (จำนวน 13 แห่ง) หรือชมรมบางแห่งให้การช่วยเหลือศพ คนละ 3 -10 บาทต่อศพ (จำนวน 5 แห่ง)

■ **การจัดสวัสดิการให้กับกรรมการชมรมอสม. ระดับจังหวัด** พบว่า ไม่มีการจัดสวัสดิการให้ จำนวน 21 แห่ง (47.7 %) และมีการจัดสวัสดิการให้ จำนวน 23 แห่ง (52.3 %) โดยสวัสดิการที่จัดให้ ได้แก่

- เบี้ยประชุมและพาหนะ จำนวน 5 แห่ง
- ประกันอุบัติเหตุอุบัติเหตุภัย จำนวน 4 แห่ง
- ช่วยเหลือเมื่อสมาชิกประสบภัยหรือภัยธรรมชาติ จำนวน 4 แห่ง
- ทุนการศึกษาบุตร จำนวน 2 แห่ง
- ศึกษาดูงาน จำนวน 2 แห่ง

■ **การจัดตั้งสหกรณ์บริการอาสาสมัคร** เพื่อเป็นทุนในการจัดทำร้านค้าหรือกองทุนให้กับชมรมอสม. พบว่า

- ไม่เคยตั้งสหกรณ์บริการอสม. จำนวน 34 แห่ง (77.3 %)
- เคยดำเนินงานแล้วเลิกไปแล้ว จำนวน 5 แห่ง (11.4 %) เนื่องจากนโยบายไม่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง

- ยังมีการดำเนินการ เพียง 5 แห่ง (11.4 %) ได้แก่
 - : กำแพงเพชร (จำหน่ายข้าวสาร อาหารกระป๋อง นมกล่อง กาแฟกระป๋อง ของใช้เบ็ดเตล็ดต่างๆ และถ่ายเอกสาร)
 - : สุรินทร์ (มีการทำธุรกิจจำหน่ายปุ๋ยให้สมาชิกในราคาปลอดดอกเบี้ย)
 - : อุบลราชธานี (เปลี่ยนชื่อเป็นสหกรณ์การเกษตรอสม. เพื่อช่วยเหลือสินเชื่อ ด้านการเกษตร จัดกลุ่มอาชีพ)
 - : ชัยภูมิ (เป็นตัวกลางในการทำธุรกิจระหว่างอำเภอกับบริษัท)
 - : ขอนแก่น (ร่วมหุ้นเพื่อให้สมาชิกมีสิทธิกู้ยืมเงิน)

4) ความคิดเห็นต่อความเข้มแข็งและความพอใจการทำงานของชมรมอสม.

ประธานอสม.ระดับจังหวัด ส่วนใหญ่เห็นว่า ชมรมอสม.ระดับจังหวัดมีความเข้มแข็ง ถึงร้อยละ 88.6 (39 คน) ไม่มีความเข้มแข็ง ร้อยละ 6.8 (3 คน) และไม่ตอบ ร้อยละ 4.5 (2 คน) เหตุผลไม่ตอบคือ ไม่สามารถประเมินความสำเร็จ แต่ประธานอสม.ให้ความเห็นว่าชมรมสามารถอยู่ได้ และให้ความช่วยเหลือได้บ้างกับสมาชิกอสม.ที่เดือดร้อน

เหตุผลที่ประธานอสม. ใช้พิจารณา ความเข้มแข็ง ของชมรมอสม. คือ

1. อสม. มีความสามัคคีให้ความร่วมมือในการทำงาน
2. โครงสร้าง อสม. เป็นระบบ และมีรูปแบบชัดเจน
3. ชาวบ้านยอมรับและเชื่อถือ อสม.
4. มีการประชุมทุกเดือน และมีการทำงานต่อเนื่อง
5. ชมรมบางแห่ง มีรายได้จากเงินอุดหนุนของชมรมอสม.อำเภอที่รวมกันเป็นสมาชิกจังหวัด

เหตุผลที่ประธานอสม. ใช้พิจารณา ความไม่เข้มแข็ง ของชมรมอสม. คือ

1. ขาดงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
2. ขาดความพร้อมเพียงของสมาชิกอสม.
3. ขาดวินัยไม่ตรงเวลา

สำหรับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของชมรมอสม. พบว่า ประธานอสม.ส่วนใหญ่มีความพอใจ ถึงร้อยละ 79.5 (35 คน) และไม่พอใจ ร้อยละ 20.5 (9 คน)

เหตุผลของความไม่พอใจต่อการทำงานของชมรมอสม. คือ

1. งานเกือบทุกอย่างต้องรอเจ้าหน้าที่สั่งการ
2. ขาดงบประมาณสนับสนุน และไม่มีค่าตอบแทนให้อสม.
3. มีสมาชิกของชมรมอสม.จังหวัด จำนวนน้อย

เหตุผลของความพอใจต่อการทำงานของชมรมอสม. คือ

1. เจ้าหน้าที่และอสม.เข้าใจกัน และทำงานร่วมกัน
2. อสม.ให้ความร่วมมือและรับผิดชอบในหน้าที่
3. ชมรมเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารให้อสม.ในจังหวัดของตน
4. ชมรมมีการประชุมสัจจรแต่ละอำเภอ ทำให้รู้จักเป็นเครือข่ายเดียวกัน
5. ชมรมจังหวัดพึ่งตนเองได้
6. ชมรมจังหวัดทำงานประสานครอบคลุมทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน
7. ชมรมจังหวัดได้ช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส และประชาชน รวมทั้งสมาชิกอสม.

สิ่งที่ชมรมอสม.จังหวัดอยากทำเพิ่ม คือ การพัฒนาศักยภาพให้อสม.ทำงานและพึ่งตนเองได้ โดยไม่ต้องรอให้เจ้าหน้าที่ส่ง และชมรมบางจังหวัด ต้องการเพิ่มกิจกรรมของชมรม เช่น การเยี่ยมนิเทศ ชมรม อสม.อำเภอ การจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล การจัดระบบสวัสดิการเพิ่ม

ปัญหาอุปสรรค การทำงานของชมรมอสม.จังหวัด ได้แก่

1. ด้านการสนับสนุนจากภาครัฐ พบว่า ขาดความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ / เจ้าหน้าที่เปลี่ยนตัวบุคคลบ่อยงานไม่ต่อเนื่อง / เจ้าหน้าที่ไม่ลงพื้นที่พบปะ อสม. / ไม่มีการจัดประชุมกรรมการ อสม.ระดับจังหวัด / ไม่มีการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานให้ชมรม ทำให้ไม่สามารถจัดประชุม หรือออกนิเทศพบปะกับอสม.ระดับอำเภอ
2. ด้านความรู้ ขาดความรู้พื้นฐานสุขภาพ การบริหารจัดการชมรม / ขาดคู่มือและเอกสาร
3. ด้านบุคคล อสม. พบว่า งานที่อสม.ทำมีมากกว่างานด้านสุขภาพ / อสม.มีภาระด้านเศรษฐกิจ จึงมาร่วมงานได้ไม่สม่ำเสมอ
4. ด้านประสานงาน พบว่า ขาดการประสานงานที่ดี ขาดแรงจูงใจในการทำงาน

สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน คือ

1. ด้านงบประมาณ ให้มีการจัดโครงการศึกษาดูงาน มีค่าเบี้ยเลี้ยงพาหนะการประชุมอุดหนุนงบด้านอาชีพให้กับอสม. และงบประมาณจัดซื้ออุปกรณ์
2. ด้านความรู้ ให้มีนโยบายจัดการอบรมวิชาการ/ความรู้ ปีละ 3 ครั้ง หรือ ให้มีการสนับสนุนคู่มือ สื่อสิ่งตีพิมพ์ ข้อมูลข่าวสาร เช่น คำแนะนำการจัดตั้งสมาคม การจัดรายการวิทยุ การใช้คอมพิวเตอร์-อินเทอร์เน็ต รวมทั้งการจัดศึกษาดูงานต่างประเทศ

ข้อเสนอการปรับปรุงระบบสวัสดิการของอสม.

ประธาน อสม.จังหวัด ให้ข้อเสนอเกี่ยวกับการปรับปรุงระบบสวัสดิการ อสม. ดังนี้

1. ค่าลดหย่อน อัตราค่าโดยสารแก่ อสม. ร้อยละ 20 รถนั่งขึ้น 3 ระหว่างเดือนมิย.-กย. ทุกปี พบว่า ตอบว่า ไม่ต้องปรับปรุง จำนวน 4 คน (9.1%) ต้องปรับปรุงมาก จำนวน 40 คน (90.9%) ข้อเสนอสิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง คือ ให้ลด 50 % ในช่วงตลอดปี หรือ ให้ฟรีหมด ตลอดปี

2. ช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล โดยให้หน่วยบริการช่วยเหลือเฉพาะค่าห้องพิเศษ และค่าอาหารพิเศษ แก่อสม. รวมถึงบุคคลในครอบครัวได้รับสิทธิ โดยเรียกเก็บเพียงร้อยละ 50 ของอัตราที่กำหนดไว้ นอกเหนือจากสิทธิการใช้บัตรทองไม่เสีย 30 บาท พบว่า ตอบว่าไม่ต้องปรับปรุง จำนวน 11 คน (25.0%) ปรับปรุงปานกลาง จำนวน 11 คน (25.0%) ปรับปรุงมาก จำนวน 22 คน (50.0%) ข้อเสนอสิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง คือ ให้ลดค่าห้อง 80 % ทั้ง อสม.และครอบครัว / ให้ฟรีหมด / ให้สามารถขอรับบริการได้ทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ

3. การจัดงานเฉลิมฉลองวันอสม. จำนวน 10 สาขา

ไม่ต้องปรับปรุง	ต้องปรับปรุง (29 คน)			สิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง
	น้อย	ปานกลาง	มาก	
15 (34.0%)	9 (20.5%)	11 (25.0%)	9 (20.5%)	- ให้ร่วมเป็นกรรมการในการจัดงาน - จัดระดับภาค / สนับสนุนสื่อให้อสม.

4. การขอเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์
จำนวนผู้ตอบ 40 คน ไม่ตอบ 4 คน

ไม่ต้องปรับปรุง	ต้องปรับปรุง (18 คน)		สิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง
	ปานกลาง	มาก	
22 (55.0%)	6 (15.0%)	12 (30.0%)	- เพิ่มโควตาอสม.ที่ทำงาน 10 ปีขึ้นไป - คัดเลือกประธานชมรมดีเด่นระดับจังหวัด

5. การจัดสรรโควตาบุตร-ธิดาอสม. และ อสม. เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรต่างๆของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ตอบว่าไม่ต้องปรับปรุง จำนวน 8 คน (18.2%) ปรับปรุง จำนวน 36 คน (81.8%) ข้อเสนอสิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง คือ ให้มีความต่อเนื่อง / โอนเงินให้รวดเร็ว / แจ้งข้อมูลถึงเจ้าตัว / เพิ่ม

จำนวน 50 คนต่ออำเภอ/ ให้พิจารณาในส่วนอสม.ที่ยากจน แต่มีบุตรที่เรียนดี ควรสนับสนุนเต็มที่ การคัดเลือกให้อบต.เป็นผู้รับรอง / กำหนดกติกาการคัดเลือกให้ชัดเจน / ไม่ควรจำกัดสายการศึกษา

6. การเทียบตำแหน่ง อสม. ให้เท่ากับตำแหน่งข้าราชการพลเรือน จาก ระดับ 1 เป็น ระดับ 3 พบว่า ตอบว่าไม่ต้องปรับปรุง จำนวน 21 คน (47.7%) ปรับปรุงปานกลาง จำนวน 23 คน (52.3%) อสม.บางคนตอบว่าไม่เคยได้รับเบี้ยเลี้ยง ข้อเสนอสิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง คือ ขอนหนังสือสั่งการให้จังหวัดทราบ / เพิ่มเป็น ซี 6 หรือ เทียบเท่ากันนั้น ผู้ใหญ่บ้าน

7. อื่นๆ ได้แก่ ให้ค่าเสี่ยงภัยสำหรับอสม. ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และให้มีการประกันชีวิต กรณีเดินทางไปเข้าร่วมประชุมที่กระทรวงสาธารณสุข

ความคิดเห็นต่อการจัดสวัสดิการในอนาคต

1. ต้องการให้มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการที่ถูกต้องตามกฎหมายเป็นนิติบุคคล ทั้งระดับประเทศ ถึง ระดับจังหวัด
2. ควรมีสวัสดิการ 2 รูปแบบ คือ
 - ด้านคุณค่า ในส่วนของความภาคภูมิใจการเป็นอสม.
 - ด้านการเงิน ควรให้ค่าตอบแทนกับอสม. เงื่อนไขดังนี้
 - : อสม.ที่สูงอายุ และอสม.ที่พิการ
 - : ให้สวัสดิการครอบครัว เมื่ออสม.เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ-ธรรมชาติ ที่ทำงานมานาน 10-20 ปี หรือ เป็นอสม.ดีเด่น
 - : ให้ทุนสำหรับอสม. ในด้านการประกอบอาชีพ-การศึกษา

ความคิดเห็นต่อบทบาทของอสม. ที่ควรปรับเปลี่ยน

ประธานชมรมอสม.จังหวัด ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าบทบาทของอสม.ไม่ใช่เพียงด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ควรมีบทบาททางสังคมในทุกด้าน ไม่ว่าในด้านการเมือง การพัฒนาเศรษฐกิจ การศึกษา และด้านพัฒนาศาสนา โดยผลการศึกษากการให้ระดับคะแนนต่อบทบาททางสังคม ที่คิดว่าควรเป็นบทบาทของอสม. จากคะแนนเต็ม 3 พบว่า อสม.เห็นว่าบทบาทการกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเมืองสูงสุด คือได้คะแนนเฉลี่ย 2.39 รองลงมา คือ บทบาททางเศรษฐกิจ การพัฒนาการศึกษา และการพัฒนาศาสนาในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ย คือ 2.24, 2.15 และ 2.08 ตามลำดับ รายละเอียดพิจารณาตามตาราง

บทบาทหน้าที่ทางสังคม ที่ควรเป็นบทบาทของอสม.	ไม่เป็น บทบาท ของ อสม.	เป็น บทบาท ของ อสม.			ค่าเฉลี่ย คะแนน
		ค่อนข้าง น้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก	
1. การพัฒนาเศรษฐกิจให้กับชุมชน (จำนวนผู้ตอบ 42 คน)	2	4	18	18	2.24
2. การพัฒนาการศึกษาในชุมชน (จำนวนผู้ตอบ 40 คน)	1	7	17	15	2.15
3. การพัฒนาทางศาสนา (จำนวนผู้ตอบ 38 คน)	1	8	16	13	2.08
4. การกระตุ้นให้ชุมชน มีส่วนร่วมใน ทางการเมือง (จำนวนผู้ตอบ 39 คน)	1	4	13	21	2.39

ข้อเสนอเกี่ยวกับบทบาททางด้านสังคม มีรายละเอียดแต่ละด้าน ดังนี้

- การพัฒนาเศรษฐกิจให้กับชุมชน โดยเน้นกิจกรรมในเรื่อง
 - ลดรายจ่ายและเพิ่มรายได้ โดยการทำเองผลิตเอง ใช้เอง / จัดตั้งกลุ่มอาชีพ / OTO / จักสานอาชีพ (ชัยภูมิ พัทลุง พังงา หนองคาย สุรินทร์ ฉะเชิงเทรา แม่ฮ่องสอน พะเยา ร้อยเอ็ด ชัยนาท อุบลราชธานี พิษณุโลก ยโสธร นครนายก นครพนม กระบี่ ยะลา อุตรดิตถ์ ราชบุรี)
 - โรงงานผลิตปุ๋ย ผักปลอดสารพิษ ปุ๋ยหมักชีวภาพ (นครสวรรค์ มหาสารคาม ภูเก็ต)
 - เศรษฐกิจพอเพียง (เพชรบูรณ์ เลย บุรีรัมย์)
 - การบรรจุภัณฑ์ การขอเครื่องหมาย อย. (พังงา)
 - การจัดตั้งกลุ่มออมทรัพย์ / กลุ่มผลิตสินค้าชุมชน (สุราษฎร์ธานี ขอนแก่น)
- การพัฒนาการศึกษาในชุมชน โดยเน้นกิจกรรมในเรื่อง
 - ภูมิปัญญาชาวบ้าน และเรียนรู้ในสิ่งที่อยู่ในชุมชน (ชัยภูมิ เพชรบูรณ์)
 - ตั้งโรงเรียนอสม. เพื่อให้การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง / จัดศูนย์เรียนรู้ (พัทลุง พะเยา)
 - กระตุ้นให้อสม./ ผู้นำชุมชน / ประชาชน เรียน กศน. หรือ เรียนด้วยตนเอง (พังงา เลย หนองคาย ร้อยเอ็ด สุราษฎร์ธานี พิษณุโลก พะเยา นครนายก กระบี่)
 - เป็นคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (แม่ฮ่องสอน นครราชสีมา ตรัง ขอนแก่น บุรีรัมย์)
 - เน้นการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพและยาเสพติด (เชียงใหม่)

- การพัฒนาทางศาสนา โดยเน้นกิจกรรมในเรื่อง
 - อบรมศีลธรรม จรรยาบรรณ ให้กับ อสม./ประชาชน / เด็ก เยาวชน (ชัยภูมิ เพชรบูรณ์ เลย ตรัง มหาสารคาม พิษณุโลก)
 - ส่งเสริม/ฟื้นฟู ประเพณีวัฒนธรรมท้องถิ่น (พัทลุง พังงา สุรินทร์ แม่ฮ่องสอน ร้อยเอ็ด เชียงใหม่ ชัยนาท กระบี่ ราชบุรี)
 - จัดให้ผู้สูงอายุบ้านอบรมหรือเรียนเรื่องศาสนา (ฉะเชิงเทรา)
 - พัฒนาวัดร่วมกับพระให้วัดปลอดสุรา (นครราชสีมา)
 - จัดทำผ้าป่าพัฒนาวัด (ขอนแก่น)
- การกระตุ้นให้ชุมชน มีส่วนร่วมในทางการเมือง โดยเน้นกิจกรรมในเรื่อง
 - หน้าที่ของประชาชนและสิทธิของตนเองและรู้รับผิดชอบต่างๆในทางการเมือง (ชัยภูมิ พังงา แม่ฮ่องสอน)
 - การเมืองการปกครอง (เพชรบูรณ์)
 - รณรงค์การเลือกตั้ง เช่นจัดรายการวิทยุ หรือเป็นวิทยากรการเลือกตั้ง (พัทลุง พังงา เลย หนองคาย สุรินทร์ ชัยนาท ฉะเชิงเทรา นครราชสีมา ร้อยเอ็ด นครสวรรค์ เชียงใหม่ ตรัง สุราษฎร์ธานี มหาสารคาม อุบลราชธานี ขอนแก่น พิษณุโลก ภูเก็ต ยโสธร พะเยา นครนายก บุรีรัมย์ กระบี่ ยะลา อุตรดิตถ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม)

ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานชมรมอสม.ระดับจังหวัด

1. ตัวอสม.

- มีความเข้าใจในการทำงานของแต่ละคน
- อสม.ต้องมีความมุ่งมั่น จริงใจ มีอุดมการณ์ต่อการเป็นอสม.เพื่อสังคม
- ต้องมีความสามัคคี เสียสละ และรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง
- ต้องมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี – มีการประสานงานทุกภาคส่วน
- ต้องมีภาวะผู้นำ เป็นตัวอย่างด้านสุขภาพ เป็นที่น่าเชื่อถือไว้วางใจ มีความรู้การบริหารคน และทุน

2. การจัดการของชมรมอสม.

- มีการประชุมอย่างต่อเนื่องของชมรมทุกระดับ เพื่อให้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง
- มีที่ตั้งชมรมอสม.จังหวัด เป็นสัดส่วน
- มีกติกากในการสรรหา ‘ผู้นำชมรมอสม.ระดับจังหวัด’

3. เจ้าหน้าที่

- ร่วมรับผิดชอบ และเป็นพี่ปรึกษาที่ดี รับฟังเหตุผลซึ่งกันและกัน
- เป็นจุดประสานพลังของอสม.จังหวัด
- เป็นหน่วยสนับสนุนภาครัฐ ทั้งด้านงบประมาณ และความรู้วิชาการ ให้ความร่วมมือ
- เป็นหน่วยกระตุ้นสร้างขวัญกำลังใจให้อสม.ทำงาน ‘ เชิงอาสา ’
- ไม่ใช่เป็นหน่วยงานที่มีแต่งานไปให้อสม.ทำเท่านั้น

ภาคผนวกที่ 2

ข้อมูลและตารางการศึกษาจากแบบสัมภาษณ์ อสม.

“การประเมินศักยภาพของ อสม.”

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n=412)

จังหวัด	จำนวน	ร้อยละ
นนทบุรี: เมือง (18) และปากเกร็ด (19)	37	9.0
กาญจนบุรี: เมือง (18) ทองผาภูมิ (18)	36	8.7
ระยอง: เมือง (20) วังจันทร์ (19)	39	9.5
ลำปาง: เกาะคา (18) งาว (18)	36	8.7
นครสวรรค์: เมือง (19) พายัพ (18)	37	9.0
ขอนแก่น: บ้านแฮด (20) สีชมพู (20)	40	9.7
สุรินทร์: เมือง (19) บัวเชด (18)	37	9.0
ยโสธร: เมือง (18) ป่าติ้ว (6)	24	5.8
นครศรีธรรมราช: เมือง (19) บางขัน (24)	43	10.4
กระบี่: เมือง (20) เกาะลิ้นตา (3) คลองท่อม (2) เหนือคลอง (1) ลำทับ (18)	44	10.7
ปัตตานี: เมือง (21) หุ่ยยางแดง (18)	39	9.5
รวม	412	100.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างอสม. จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ชาย	79	19.2
หญิง	333	80.8
รวม	412	100

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม.จำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
21-30 ปี	31	7.5
31-40 ปี	144	35.1
41-50 ปี	133	32.2
51-60 ปี	82	20.0
61-70 ปี	21	5.0
มากกว่า 70 ปี ขึ้นไป	1	0.2
รวม	412	100

ต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 75 ปี เฉลี่ย 43.8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.8 ปี

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม.จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
โสด	47	11.4
สมรส (อยู่ร่วมกัน)	322	78.1
สมรส (แยกกันอยู่)	11	2.7
หย่า	7	1.7
หม้าย/ร้าง	25	6.1
รวม	412	100.0

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม.ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรที่ยังเรียนและไม่ได้ทำงาน

การเลี้ยงดูบุตรที่ยังเรียนและไม่ได้ทำงาน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่มี	159	38.6
มี	253	61.4
รวม	412	100.0

ตารางที่ 5-1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม.ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรที่ยังเรียนและไม่ได้ทำงาน

จำนวนบุตรที่ต้องเลี้ยงดู	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1 คน	93	36.8
2 คน	98	38.7
3 คน	47	18.6
4 คน	14	5.5
8 คน	1	0.4
รวม	253	100.0

ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 8 ปี ค่ามัธยฐาน 2 ปี

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม.จำแนกตามอาชีพหลัก

อาชีพ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เกษตรกรรม	183	44.4
รับจ้าง	104	25.2
ค้าขาย	60	14.6
แม่บ้าน	55	13.3
ข้าราชการเกษียณ	1	0.3
อื่นๆ: เสริมสวย หมอประจำบ้าน ธุรกิจส่วนตัว กำลังศึกษา อบต.	9	2.2
รวม	412	100

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม.จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่ได้เรียน	7	1.7
ประถมศึกษา	221	53.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	79	19.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย	71	17.2
ปวช./ปวส.	30	7.3
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	4	1.0
รวม	412	100

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม.จำแนกตามการศึกษาหาความรู้

การศึกษาหาความรู้ต่อเนื่อง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่ได้ศึกษาต่อ	356	86.9
มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย	21	5.1
อนุปริญญา	7	1.7
ด้านสายอาชีพ (กศน. สายอาชีพ ตัดเสื้อ ปวช.)	20	4.8
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	6	1.5
รวม	412	100.0

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม.จำแนกระยะเวลาการเป็นอสม.

อายุ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	22	5.3
1.1-5	121	29.4
6-10 ปี	86	20.9
11-20 ปี	115	27.9
21-30 ปี	34	8.3
31-40 ปี	2	0.5
ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	32	7.7
รวม	412	100.0

ต่ำสุด 1 เดือน สูงสุด 36 ปี เฉลี่ย 9.8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.2 ปี

ตารางที่ 10 รูปแบบการผ่านการคัดเลือกอสม.

รูปแบบการผ่านการคัดเลือก	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่เป็นผู้คัดเลือกเอง	89	21.7
กลุ่มอสม.คัดเลือกกันเอง	108	25.9
เจ้าหน้าที่ร่วมกับอสม.	73	17.8
อสม.ร่วมกับผู้นำชุมชนและชาวบ้าน	45	11.0
เจ้าหน้าที่ร่วมกับอสม.และผู้นำชุมชน	36	8.8
เจ้าหน้าที่ร่วมกับอสม. ผู้นำชุมชนและชาวบ้าน	36	8.8
อื่นๆ: สมัคใจ ประธานชมรม ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อนบ้าน	25	6.0
รวม	412	100.0

ตารางที่ 11 บทบาทการเป็นอสม.ในการช่วยเหลือด้านสังคมหรือสุขภาพอื่นๆ

การช่วยเหลือด้านสังคมหรือสุขภาพอื่นๆ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่มี	251	60.9
มี	161	39.1
รวม	412	100

ตารางที่ 12 รูปแบบการทำงานของอสม.ต่อการช่วยเหลือด้านสังคมและสุขภาพอื่นๆ

การช่วยเหลือด้านสังคมและสุขภาพอื่น ๆ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
หมอมพื้นบ้าน (n=161)	30	18.6
เชี่ยวชาญการปลูกต้นไม้หรือการใช้พืชสมุนไพร (n=161)	61	37.9
เชี่ยวชาญด้านเกษตรชีวภาพ/ปุ๋ยหมัก/น้ำหมัก (n=161)	29	18.0
นักจัดรายการวิทยุชุมชน/หอกระจายข่าว/นักประชาสัมพันธ์ (n=161)	37	23
การเป็นวิทยากรหรือผู้ดำเนินรายการเวที (n=161)	33	20.5
อื่นๆ	42	26.1

หมายเหตุ อื่นๆ หมายถึง กรรมการการเลือกตั้ง กรรมการศูนย์ถ่ายทอดเทคโนโลยี กลุ่มผลิตภัณฑ์แปรรูป กลุ่มส่งเสริมอาชีพ อาสาปศุสัตว์หมู่บ้าน พิธีกรในงานต่าง ๆ ผู้นำการออกกำลังกาย กิจกรรมนันทนาการ

เนื้อหาการเป็นวิทยากร ได้แก่ การป้องกันยาเสพติด เอดส์ การใช้ยาที่ถูกต้อง วัคซีน ไข้เลือดออก ช้างตัดผม นวดฝ่าเท้า สมุนไพร วิชาชีพเกษตร งานเกี่ยวกับอสม. สอนหนังสือเด็ก การปลูกต้นไม้ แผนแม่บทชุมชน การออมทรัพย์และการบริหารกลุ่มออมทรัพย์ การทำน้ายาล้างจาน โฆษกในงานมงคลสมรส

ตารางที่ 13 ตำแหน่งทางการของราชการหรือกลุ่มองค์กรต่าง ๆ

ตำแหน่งทางการของราชการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่มี	110	26.7
มี	302	73.3
รวม	412	100

ตารางที่ 13-1 จำนวนตำแหน่งทางการของราชการหรือกลุ่มองค์กรต่าง ๆ

จำนวนตำแหน่งทางการของราชการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1 ตำแหน่ง	157	52.0
2 ตำแหน่ง	80	26.4
3 ตำแหน่ง	50	16.6
4 ตำแหน่ง	9	3.0
5 ตำแหน่ง	5	1.7
6 ตำแหน่ง	1	0.3
รวม	302	100.0

ต่ำสุด 1 ตำแหน่ง สูงสุด 6 ปี เฉลี่ย 1.77 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.98 ปี

ตารางที่ 14 ตำแหน่งทางการของราชการและกลุ่มองค์กร

ตำแหน่งของทางราชการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
กำนัน (n=302)	4	1.3
ผู้ใหญ่บ้าน (n=302)	1	0.3
กรรมการหมู่บ้าน (n=302)	95	31.5
นายกอบต./เทศบาล (n=302)	1	0.3
ประธานสภาอบต. (n=302)	0	0.0
สมาชิกอบต. (n=302)	12	4.0
อพม. (n=302)	43	14.2
กลุ่มแม่บ้าน (n=302)	175	57.9
กลุ่มเยาวชน (n=302)	15	5.0
กรรมการกองทุนหมู่บ้าน (n=302)	112	37.1
อื่นๆ (n=302)	76	25.2

หมายเหตุ อื่นๆ หมายถึง กรรมการเลือกตั้ง กลุ่มวิสาหกิจชุมชน กรรมการSML ประธานกลุ่มแอโรบิค แพทย์ประจำตำบล ผู้นำศาสนา ลูกเสือชาวบ้าน ประธานชมรม ประธานประปาหมู่บ้าน เลขานุการอบต. รองนายก อบต. หัวหน้ากลุ่มสภาวัฒนธรรม เจริญฤๅก หมอดินอาสา ประมงอาสา ประธานกลุ่มโรงเรียน

ตารางที่ 15 ตำแหน่งประธานอสม.

ตำแหน่งประธานอสม.	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่เป็นประธานอสม.	290	70.4
เป็นประธานอสม.	122	29.6
รวม	412	100

ตารางที่ 15-1 ประธาน อสม.ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับตำบล

ประธาน อสม.ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่เคยร่วมกิจกรรม	9	7.4
1 กิจกรรม	32	26.2
2 กิจกรรม	37	30.3
3 กิจกรรม	43	35.3
4 กิจกรรม	1	0.8
รวม	122	100.0

ตารางที่ 15-2 จำนวนประธานอสม.ที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับตำบล

กิจกรรมที่เข้าร่วม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดมพลอสม./เล่นกีฬา (n=113)	89	78.8
ประชุมพัฒนาองค์กร/สวัสดิการ (n=113)	58	51.3
ประชุมพัฒนาความรู้ (n=113)	86	76.1
อื่นๆ (n=113)	6	5.3

อื่น ๆ หมายถึง การจัดกิจกรรม walk rally ความรู้ การรณรงค์ใช้เลือดออก การกำจัดลูกน้ำยุงลาย สมาชิกอสม.บางคนเคยเข้าร่วมกิจกรรมชมรมอสม.ระดับตำบล

ตารางที่ 16 ผลประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับตำบล

ประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมอสม.	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประเมินไม่ได้/ไม่แน่ใจ	15	13.3
นำมาใช้ในการทำงานได้น้อย	2	1.8
นำมาใช้ในการทำงานได้พอสมควร	60	53.0
นำมาใช้ในการทำงานได้มาก	36	31.9
รวม	113	100.0

ตารางที่ 16-1 ประธาน อสม.ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับอำเภอ

ประธานอสม.ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่เคยร่วมกิจกรรม	18	14.8
1 กิจกรรม	37	30.4
2 กิจกรรม	33	27.0
3 กิจกรรม	33	27.0
4 กิจกรรม	1	0.8
รวม	122	100.0

ตารางที่ 17 จำนวนประธานอสม.ที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับอำเภอ(n=104)

กิจกรรมที่เข้าร่วม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดมพลอสม./เล่นกีฬา (n=104)	67	64.4
ประชุมพัฒนาองค์กร/สวัสดิการ (n=104)	52	50.0
ประชุมพัฒนาความรู้ (n=104)	79	76.0
อื่นๆ (n=104)	8	7.7

อื่น ๆ หมายถึง รณรงค์ใช้เลือดออก พิษสุนัขบ้า หวัดนก การกำจัดลูกน้ำยุงลาย ความดัน ทุเล ผู้สูงอายุ สุขภาพจิต สมาชิกอสม.บางคนเคยเข้าร่วมกิจกรรมชมรมอสม.ระดับตำบล

ตารางที่ 18 ผลประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับอำเภอ

ประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมอสม.	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประเมินไม่ได้/ไม่แน่ใจ	13	12.5
นำมาใช้ในการทำงานได้น้อย	5	4.8
นำมาใช้ในการทำงานได้พอสมควร	48	46.2
นำมาใช้ในการทำงานได้มาก	38	36.5
รวม	104	100.0

ตารางที่ 18-1 ประธาน อสม.ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับจังหวัด

ประธานอสม.ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่เคยร่วมกิจกรรม	62	50.8
1 กิจกรรม	22	18.0
2 กิจกรรม	19	15.6
3 กิจกรรม	19	15.6
รวม	122	100.0

ตารางที่ 19 จำนวนประธานอสม.ที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับจังหวัด

กิจกรรมที่เข้าร่วม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดมพลอสม./เล่นกีฬา (n=60)	39	65.0
ประชุมพัฒนาองค์กร/สวัสดิการ (n=60)	31	51.7
ประชุมพัฒนาความรู้ (n=60)	43	71.7
อื่นๆ (n=60)	4	6.7

อื่นๆ หมายถึง ใช้เลือดออก การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การทำงานของอสม. กิจกรรมเทิดพระเกียรติ

ตารางที่ 20 ผลประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับจังหวัด

ประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมอสม.	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประเมินไม่ได้/ไม่แน่ใจ	10	16.7
นำมาใช้ในการทำงานได้น้อย	0	0.0
นำมาใช้ในการทำงานได้พอสมควร	27	45.0
นำมาใช้ในการทำงานได้มาก	23	38.3
รวม	60	100.0

ตารางที่ 20-1 ประธาน อสม.ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับประเทศ

ประธานอสม.ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่เคยร่วมกิจกรรม	109	89.4
1 กิจกรรม	6	4.9
2 กิจกรรม	5	4.1
3 กิจกรรม	2	1.6
รวม	122	100.0

ตารางที่ 21 จำนวนประธานอสม.ที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับประเทศ

กิจกรรมที่เข้าร่วม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดมพลอสม./เล่นกีฬา (n = 13)	7	53.8
ประชุมพัฒนาองค์กร/สวัสดิการ (n = 13)	6	46.2
ประชุมพัฒนาความรู้ (n = 13)	8	61.5
อื่นๆ (n = 13)	3	23.1

อื่นๆ หมายถึง ศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนความรู้ เพิ่มวิสัยทัศน์ เพิ่มศักยภาพให้ตนเอง

ตารางที่ 22 ผลประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอสม.ระดับประเทศ

ประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมอสม.	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประเมินไม่ได้/ไม่แน่ใจ	1	7.7
นำมาใช้ในการทำงานได้น้อย	1	7.7
นำมาใช้การทำงานได้พอสมควร	6	46.1
นำมาใช้ในการทำงานได้มาก	5	38.5
รวม	13	100.0

ตารางที่ 23 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการใช้อุปกรณ์/การอ่านคู่มือ หนังสือพิมพ์

การใช้อุปกรณ์/คู่มือ	ความถี่ในการใช้อุปกรณ์ การอ่านคู่มือ หนังสือพิมพ์				
	ไม่เคย	ปีละ1-2 ครั้ง	3-4เดือน/ครั้ง	2 เดือน/ครั้ง	ทุกเดือนทุกอาทิตย์
ปรอทวัดไข้/เทปวัดไข้	49.3	34.9	6.4	2.2	7.2
เครื่องวัดความดันโลหิตและหุฟัง	37.4	37.7	11.1	4.2	9.6
แผ่นตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ	65.1	23.7	5.2	2.5	3.5
การจ่ายหาสามัญประจำบ้านให้กับชาวบ้าน: ผงน้ำตาลเกลือแร่ พาราเซต ยาแก้ไอ	47.8	28.7	6.8	4.2	12.5
การใช้ชุดปฐมพยาบาล: ยาแดง ทำแผล	45	36.6	7.4	3.9	7.1
การสอนโดยใช้ชุดสาธิตโดยการแปรงฟัน	74.3	20	3.0	0.7	2.0
การวัดสายตาชาวบ้าน โดยใช้แผ่นวัดสายตา	83.3	15.3	1.2	0.2	-
การชั่งน้ำหนักเด็ก โดยเครื่องชั่งน้ำหนัก	18.6	25.5	39.7	6.4	9.8
การให้น้ำยาตรวจหาสารปนเปื้อนในอาหาร	75.9	17.2	3.7	2.0	1.2
การอ่านคู่มือดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน	20	45.6	14.6	5.7	14.1
การอ่านหนังสือพิมพ์เพื่อน ผสส./ อสม.	30.5	35.7	11.3	6.8	15.7

ตารางที่ 24 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถหรือทักษะในการทำงาน

ความสามารถหรือทักษะ	ระดับความชำนาญ/ความสามารถ				
	ไม่เคย	น้อย 1-24%	ค่อนข้างน้อย 25-50%	ค่อนข้างมาก 51-74-%	มาก 75-100%
การให้คำแนะนำปรึกษากับชาวบ้านไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเงิน วัคซีน การเฝ้าระวังโรคระบาด ฯลฯ	4.4	9.3	25.1	44.6	16.6
การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น เช่น ไข้หวัด	14.5	17.2	31.3	28.1	8.9
การขอใบยินยอมเริ่มงานใหม่ๆ	19.9	23	28.2	23.8	5.1
การเขียนโครงการ	38.8	22.3	21.7	12.3	4.9
การเป็นผู้นำกระบวนการ	35.8	19.7	17.3	18.8	8.4
การเป็นวิทยากรในการอบรมหรือการประชุม	50.1	21	16.5	8.9	3.5
การเจรจาต่อรอง (รับร้องทุกข์ / สิทธิ)	43.7	21.6	17.2	12.3	5.2

ตารางที่ 25 ความรู้พื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคของ อสม. (ตรวจคำตอบแล้ว)
เรียงตามข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์

คำถาม	ถูก	ผิด
1. วัคซีนที่สำคัญที่ต้องฉีดในเด็ก 0-1 ปี ให้ครบ 3 เข็ม มีเพียง 2 ชนิด คือ คอตีบ และ ไอกรน	85.7	14.3
2. วัคซีนที่เด็กแรกเกิดต้องได้รับ คือ วัคซีนป้องกันโปลิโอ	31.3	68.7
3. ช่วงอายุครรภ์ที่หญิงตั้งครรภ์ต้องไปฝากครรภ์ คือ ตั้งแต่รู้ว่าตนตั้งครรภ์	94.9	5.1
4. หญิงแม่ลูกอ่อน ต้องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน	87.6	12.4
7. โรคเอดส์ เกิดจากเชื้อไวรัส ที่อาศัยอยู่ในเลือด และสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลายของผู้ติดเชื้อ	52.7	47.3
9. การสูบบุหรี่ที่ทำเอง จากใบยาสูบมวนด้วยกระดาษนั้น เวลาสูบจะปลอดภัย ไม่มีสารก่อมะเร็ง	83.7	16.3
10. การตรวจมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทยทุกคน ควรเริ่มเมื่ออายุ 45 ปีขึ้นไป	63.8	36.2
11. การตรวจมะเร็งเต้านมไม่สามารถตรวจพบด้วยตนเองได้ ควรให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจให้	76.5	23.5

คำถาม	ถูก	ผิด
16. เกล็ดที่ผสมสารไอโอดีน เพื่อป้องกัน โรคเลือดจาง ในเด็กได้	64.3	35.7
17. การทำงานหรือใช้แรงงานหนัก ในการทำนา ทำสวน ถือว่า เป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง	26.7	73.3
19. การกินยาแก้ไอ เช่น คออักเสบ ให้กินยาจนอาการดีขึ้น แล้วเลิกกินยาแก้ไอได้ทันที	61.4	38.6
20. คนที่ติดโรคไข้หวัดนก มักติดจากการสัมผัสกับสัตว์ปีกที่มีเชื้อไข้หวัดนก ซึ่งเชื้ออยู่ในน้ำมูก น้ำลาย และมูลของสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตาย	97.3	2.7

ตารางที่ 26 ความรู้พื้นฐานด้านสาเหตุ อาการโรคและการรักษาพยาบาลของ อสม. (ตรวจคำตอบแล้ว) เรียงตามข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์

คำถาม	ถูก	ผิด
5. อาการมีไข้สูงของการเป็นไข้เลือดออก จะมีไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส	89.8	10.2
6. ในเด็กที่มีอาการไข้สูง ไม่ควรให้ยาลดไข้ “แอสไพริน” ลดไข้ เพราะจะทำให้เลือดออกง่ายขึ้น	80.1	19.9
8. ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถฟื้นฟูสุขภาพได้ และต้องเสียชีวิตภายใน 1 ปี	85.7	14.3
12. โรคเลปโตสไปโรซิส (โรคฉี่หนู) เป็นโรคติดต่อที่มาจาก ปัสสาวะของหนูอย่างเดียว	42.2	57.8
13. อาการที่น่าสงสัยว่าเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส คือ มีไข้เฉียบพลัน ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และร่วมกับอาการใดอาการหนึ่ง ได้แก่ ตาแดง มีปัสสาวะน้อย หรือ ปัสสาวะไม่ออก	90	10
14. การวัดความดันโลหิต ถ้าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะวัดได้คือ ค่าขีดล่าง สูงกว่า 80 และ ค่าขีดบน สูงกว่า 120	31.1	68.9
15. ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวาน คือ การไม่ออกกำลังกาย	76.7	23.3
18. การบันทึกการเจริญเติบโตในเด็ก 0-5 ปี ใช้การวัดน้ำหนักเพียงอย่างเดียว เพื่อค้นหาภาวะ การขาดสารอาหาร	47.8	52.2

ตารางที่ 27 ระดับความรู้ของอสม.โดยรวม

ระดับความรู้	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
แย่ 1-25 %	1	0.2
ค่อนข้างแย่ 26-50%	76	18.4
ค่อนข้างดี 51-75%	228	55.4
ดี 76-100%	107	26.0
รวม	412	100.0

ต่ำสุด 4 คะแนน สูงสุด 19 คะแนน เฉลี่ย 13.3 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.8 คะแนน

ตารางที่ 28 ระดับความรู้ของอสม.ด้านความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการป้องกันโรค

ระดับความรู้	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
แย่ 1-25 %	4	1.0
ค่อนข้างแย่ 26-50%	107	26.0
ค่อนข้างดี 51-75%	194	47.0
ดี 76-100%	107	26.0
รวม	412	100.0

ต่ำสุด 2 คะแนน สูงสุด 12 คะแนน เฉลี่ย 7.9 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.1 คะแนน

ตารางที่ 29 ระดับความรู้ของอสม.ด้านความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับยาและการรักษา

ระดับความรู้	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
แย่ 1-25 %	4	1.0
ค่อนข้างแย่ 26-50%	93	22.6
ค่อนข้างดี 51-75%	232	56.3
ดี 76-100%	83	20.1
รวม	412	100.0

ต่ำสุด 2 คะแนน สูงสุด 8 คะแนน เฉลี่ย 5.4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.2 คะแนน

ความรู้ของ 2 ด้าน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 99 (ค่า spearman's rank correlation =0.374**) p-value = 0.000

ตารางที่ 30 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ในการทำหน้าที่ในงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน

บทบาทของ อสม.	ไม่ได้ทำ	ทำ
การแจ้งข่าวสารให้ชาวบ้าน	3.6	96.4
การสำรวจข้อมูล	8.5	91.5
การให้ความรู้กับชาวบ้านผ่านตัวต่อตัว หรือผ่านสื่อ เช่น ผ่านหอกระจายข่าว หรือวิทยุชุมชน	21.4	78.6
การให้บริการสุขภาพ เช่น การปฐมพยาบาล/การจ่ายยา/ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ/วัดความดัน	25.5	74.5
การเป็นผู้นำในด้านสุขภาพ เช่น ออกกำลังกาย และการปลูกผักสวนครัวโดยไม่ใช้สารเคมี	18.7	81.3
การเฝ้าระวังโรคในชุมชน เช่น ไข้หวัดนก ไข้เลือดออก อุจจาระร่วง	51.5	48.5
การคุ้มครองสิทธิ เช่น ตั้งด่านตรวจจรเร่ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค และให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ	51.5	48.5
การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานอนามัย เช่น ซีรอมอเตอร์ไซด์ ไปส่งผู้ป่วยที่สถานอนามัย	45.4	54.6

ตารางที่ 31 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ในบทบาทการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

บทบาทของ อสม.	กระบวนการทำงาน (%)				
	ทำคนเดียว	ร่วมกับคนอื่น	หน่วยงาน (ตอบได้หลายข้อ)		
			ร่วมกับเจ้าหน้าที่	ร่วมกับ อสม.	ร่วมกับผู้นำ/กลุ่มต่างๆ
การแจ้งข่าวสารให้ชาวบ้าน (n=397)	15.5	88.8	53.2	77.4	53.2
การสำรวจข้อมูล (n=377)	18.8	89.7	40.1	78.2	32.4
การให้ความรู้กับชาวบ้านผ่านตัวต่อตัวหรือผ่านสื่อ เช่น ผ่านหอกระจายข่าว หรือวิทยุชุมชน(n=324)	30.9	79.0	33.6	57.1	38.0
การให้บริการสุขภาพ เช่น การปฐมพยาบาล/การจ่ายยา/ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ/วัดความดัน(n=307)	12.1	93.5	73.9	70.0	12.7
การเป็นผู้นำในด้านสุขภาพ เช่น ออกกำลังกาย และการปลูกผักสวนครัวโดยไม่ใช้สารเคมี(n=301)	26.6	79.1	40.2	59.8	35.2
การเฝ้าระวังโรคในชุมชน เช่น ไข้หวัดนก ไข้เลือดออก อุจจาระร่วง (n=335)	10.7	91.9	66.9	81.5	40.9

บทบาทของ อสม.	กระบวนการทำงาน (%)				
	ทำคนเดียว	ร่วมกับคนอื่น	หน่วยงาน (ตอบได้หลายข้อ)		
			ร่วมกับเจ้าหน้าที่	ร่วมกับ อสม.	ร่วมกับผู้นำ/กลุ่มต่างๆ
การคุ้มครองสิทธิ เช่น ตั้งด่านตรวจจรดเร็ว เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค และให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ(n=200)	20.5	83.0	61.0	58.0	25.0
การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานีนอนามัย เช่น ซีรอมอเตอร์ไฮด์ ไปส่งผู้ป่วยที่สถานีนอนามัย (n=225)	51.1	55.1	15.6	39.6	16.4

- **การแจ้งข่าวสาร** อสม. (n=397 คน) จำนวน 64 คน (ร้อยละ 15.5) ระบุว่าเป็นการทำงานคนเดียว แต่พบว่าจำนวน 31 คน ทำงานคนเดียวไม่มีการทำงานร่วมกับผู้อื่น แต่ 12 8 13 =33 คน มีงานบางครั้งที่ใช้การดำเนินงานคนเดียว และบางครั้งทำงานร่วมกับผู้อื่น 1 หน่วยงาน 2 หน่วยงาน 3 หน่วยงาน ตามลำดับ

- **การสำรวจข้อมูล** (n=377 คน) จำนวน 71 คน (ร้อยละ 18.8) ระบุว่าเป็นการทำงานคนเดียว แต่พบว่าจำนวน 39 คน ทำงานคนเดียวไม่มีการทำงานร่วมกับผู้อื่น แต่ 16 7 9 =34คน มีงานบางครั้งที่ใช้การดำเนินงานคนเดียว และบางครั้งทำงานร่วมกับผู้อื่น 1 หน่วยงาน 2 หน่วยงาน 3 หน่วยงาน ตามลำดับ

- **การให้ความรู้กับชาวบ้าน**ผ่านตัวต่อตัว หรือผ่านสื่อ เช่น ผ่านหอกระจายข่าว หรือวิทยุชุมชน (n=324) จำนวน 100 คน (ร้อยละ 30.9) ระบุว่าเป็นการทำงานคนเดียว แต่พบว่าจำนวน 69 คน ทำงานคนเดียวไม่มีการทำงานร่วมกับผู้อื่น แต่ 18 10 3 =31 คน มีงานบางครั้งที่ใช้การดำเนินงานคนเดียว และบางครั้งทำงานร่วมกับผู้อื่น 1 หน่วยงาน 2 หน่วยงาน 3 หน่วยงาน ตามลำดับ

- **การให้บริการสุขภาพ** เช่น การปฐมพยาบาล/การจ่ายยา/ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ/วัดความดัน (n=307) จำนวน 48 คน (ร้อยละ 12.1) ระบุว่าเป็นการทำงานคนเดียว แต่พบว่าจำนวน 5 คน ทำงานคนเดียวไม่มีการทำงานร่วมกับผู้อื่น แต่ 20 21 2 =43 คน มีงานบางครั้งที่ใช้การดำเนินงานคนเดียว และบางครั้งทำงานร่วมกับผู้อื่น 1 หน่วยงาน 2 หน่วยงาน 3 หน่วยงาน ตามลำดับ

- **การเป็นผู้นำในด้านสุขภาพ** เช่น ออกกำลังกาย และการปลูกผักสวนครัวโดยไม่ใช้สารเคมี (n=301) จำนวน 80 คน (ร้อยละ 26.6) ระบุว่าเป็นการทำงานคนเดียว แต่พบว่าจำนวน 63 คน ทำงานคนเดียวไม่มีการทำงานร่วมกับผู้อื่น แต่ 8 8 1 =17 คน มีงานบางครั้งที่ใช้การดำเนินงานคนเดียว และบางครั้งทำงานร่วมกับผู้อื่น 1 หน่วยงาน 2 หน่วยงาน 3 หน่วยงาน ตามลำดับ

- **การเฝ้าระวังโรคในชุมชน** เช่น ใช้หวัดนก ใช้เลือดออก อุจจาระร่วง (n=335) จำนวน 36 คน (ร้อยละ 10.7) ระบุว่าเป็นการทำงานคนเดียว แต่พบว่าจำนวน 20 คน ทำงานคนเดียวไม่มีการ

ทำงานร่วมกับผู้อื่น แต่ 3 7 6 =16 คน มีงานบางครั้งที่ใช้การดำเนินงานคนเดียว และบางครั้งทำงานร่วมกับผู้อื่น 1 หน่วยงาน 2 หน่วยงาน 3 หน่วยงาน ตามลำดับ

- **การคุ้มครองสิทธิ** เช่น ตั้งด่านตรวจรถเร็ว เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค และให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ (n=200) จำนวน 41 คน (ร้อยละ 15.5) ระบุว่าเป็นการทำงานคนเดียว แต่พบว่าจำนวน 30 คน ทำงานคนเดียวไม่มีการทำงานร่วมกับผู้อื่น แต่ 7 3 1=11 คน มีงานบางครั้งที่ใช้การดำเนินงานคนเดียว และบางครั้งทำงานร่วมกับผู้อื่น 1 หน่วยงาน 2 หน่วยงาน 3 หน่วยงาน ตามลำดับ

- **การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานีนามัย** เช่น ซีรอมอเตอร์ไซด์ ไปส่งผู้ป่วยที่สถานีนามัย (n=225) จำนวน 115 คน (ร้อยละ 51.1) ระบุว่าเป็นการทำงานคนเดียว แต่พบว่าจำนวน 100 คน ทำงานคนเดียวไม่มีการทำงานร่วมกับผู้อื่น แต่ 12 2 1=15 คน มีงานบางครั้งที่ใช้การดำเนินงานคนเดียว และบางครั้งทำงานร่วมกับผู้อื่น 1 หน่วยงาน 2 หน่วยงาน 3 หน่วยงาน ตามลำดับ

รายละเอียดของเรื่องดำเนินการ

- **การแจ้งข้อมูลข่าวสาร** : ด้านการตรวจสุขภาพ ความดัน เบาหวาน มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก การเฝ้าระวังไข้หวัดนก ยุงลาย แนะนำบัตรสุขภาพ การออกตรวจของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ยาเสพติด การฉีดวัคซีน การสงเคราะห์คนชรา คนพิการ

- **การสำรวจข้อมูล** : ข้อมูลสุขภาพ การสำรวจข้อมูลหมู่บ้านและครอบครัว จปฐ. ข้อมูลอนามัย สำรวจประชากร คนต่างถิ่น (ประชากรแฝง) สำรวจการเลี้ยงสัตว์ปีก แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลาย ประชากรเด็กและการฉีดวัคซีน ผู้สูงอายุ หญิงมีครรภ์ สิทธิประกันสังคมและสิทธิบัตรสุขภาพ

- **การให้ความรู้กับชาวบ้านผ่านตัวต่อตัว หรือผ่านสื่อ** : การใช้ยาปฏิชีวนะ การตรวจมะเร็งเบื้องต้น ใช้เลือดออก ท้องร่วง ความดัน เบาหวาน วัณโรค โรคฉี่หนู โรคพิษสุนัขบ้า การวางแผนครอบครัว การให้วัคซีน บอกวิธีป้องกันตัวเมื่อเจ้าหน้าที่มาพ่นควัน การใช้เกลือไอโอดีน โรคภัยในแต่ละช่วงอายุ ให้คำแนะนำผู้ติดเชื้อเอดส์ ความสำคัญของการออกกำลังกายและการร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย โภชนาการของผู้สูงอายุ เด็ก สตรีมีครรภ์ การบริโภคอาหารปลอดภัย และแนะนำขั้นตอนการบำบัดสุขภาพ แนะนำการให้บริการด้านการรักษา อนามัยแม่และเด็ก การใส่หมวกกันน็อค

- **การให้บริการสุขภาพ** : การตรวจน้ำตาล การวัดความดัน วัดส่วนสูง น้ำหนัก ของเด็ก สตรีมีครรภ์ ผู้สูงอายุ การปฐมพยาบาลและการจ่ายยาเบื้องต้น การทำแผล

- **การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ** : การออกกำลังกาย แนะนำความสะอาดของอาหาร การกระตุ้นให้ชาวบ้านเฝ้าระวังโรคระบาด การเฝ้าระวังหวัดนก เดินตรวจแต่ละบ้านด้านโรคไข้เลือดออก โรคเรื้อน การเฝ้าระวังสัตว์และโรคติดต่อ อนามัยการพนมออกควัน

- **การเฝ้าระวังโรค:** การตรวจร้านค้าขายของชำ การเดินตรวจตามบ้าน ความสะอาดของอาหาร การรักษาความสะอาดบริเวณบ้าน ดูแลด้านสุขภาพของสมาชิกในชุมชน ชยะ น้ำทิ้ง
- **การคุ้มครองสิทธิ :** การใช้สิทธิของบัตรประกันสุขภาพ การตรวจร้านค้าของชำ เครื่องหมายอย. แนะนำการจดทะเบียนคนพิการ การสังเกตฉลากผลิตภัณฑ์ แนะนำบัตรสุขภาพ การดูแลระบบอาหาร น้ำทิ้ง ชยะ
- **การส่งต่อผู้ป่วย:** การขับชีรณมอเตอร์ไซด์ส่งผู้ป่วย การช่วยเหลือผู้ประสบภัย นำผู้ป่วยส่งอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน การรักษาเบื้องต้น การเรียกรถพยาบาล

ตารางที่ 32 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ต่อการมีบทบาทในกลุ่มหรือชมรม (n=442)

กลุ่ม/ชมรม	ไม่มีบทบาท	มีบทบาท
กลุ่มที่จัดตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข	9.7	90.3
กลุ่มที่จัดตั้งโดยกระทรวงอื่นๆ	16.7	83.3
กลุ่มที่จัดตั้งโดยชุมชน/อบต.	68.0	32.0
กลุ่มที่จัดตั้งโดยกลุ่ม อสม.	60.9	39.1

ตารางที่ 33 ร้อยละบทบาทในกลุ่มหรือชมรมต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่ม/ชมรม	บทบาทในแต่ละกลุ่ม (%)			
	ประธาน	กรรมการ	ผู้ประสานงาน	สมาชิก
กลุ่มที่จัดตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข (n=372)	11.0	29.6	14.0	61.0
กลุ่มที่จัดตั้งโดยกระทรวงอื่นๆ (n=343)	9.9	31.2	9.6	63.8
กลุ่มที่จัดตั้งโดยชุมชน/อบต. (n=132)	8.3	36.4	9.1	50.0
กลุ่มที่จัดตั้งโดยกลุ่ม อสม. (n=161)	15.5	17.4	11.8	56.5

ตารางที่ 34 แสดงลักษณะการมีส่วนร่วมในด้านการพัฒนาสังคมในแต่ละบทบาทของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะที่ทำ	จำนวน	ร้อยละ
1. การพัฒนาเศรษฐกิจให้กับชุมชน เช่น การหาอาชีพเสริม/กลุ่มร้านค้า ต่างๆ ฯลฯ	235	57.0
ทำตามเจ้าหน้าที่สั่ง	48	20.4
ร่วมคิดร่วมวางแผน	157	66.8
ร่วมดำเนินการ	106	45.1
2. การพัฒนาการศึกษาในชุมชน เช่น การร่วมเป็นกรรมการใน สถานศึกษา หรือ การมีบทบาทเป็นวิทยากรให้กับโรงเรียน ฯลฯ	134	32.5
ทำตามเจ้าหน้าที่สั่ง	30	22.4
ร่วมคิดร่วมวางแผน	64	47.8
ร่วมดำเนินการ	66	49.3
3. การพัฒนาทางศาสนาและสร้างความรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของ ชุมชน เช่น การทำบุญ ประเพณี เป็นกรรมการวัด ฯลฯ	302	73.3
ทำตามเจ้าหน้าที่สั่ง	17	5.6
ร่วมคิดร่วมวางแผน	146	48.3
ร่วมดำเนินการ	215	71.2
4. การกระตุ้นให้ชุมชน มีส่วนร่วมในทางการเมือง เช่นการ รณรงค์การ ใช้สิทธิในการเลือกตั้ง/การเลือก อบต. ฯลฯ	272	66.0
ทำตามเจ้าหน้าที่สั่ง	80	29.4
ร่วมคิดร่วมวางแผน	79	29.0
ร่วมดำเนินการ	168	61.8

ตารางที่ 35 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่ออุปสรรคทางสังคม

บทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสังคม	ระดับบทบาทของ อสม. (%)				
	ไม่เป็น	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
การพัฒนาเศรษฐกิจให้กับชุมชน เช่น การหาอาชีพเสริม/กลุ่มร้านค้าต่างๆ ฯลฯ	0.3	14.7	33.7	39.9	11.4
การพัฒนาการศึกษาในชุมชน เช่น การร่วมเป็นกรรมการในสถานศึกษาหรือการมีบทบาทเป็นวิทยากรให้กับโรงเรียน ฯลฯ	21.1	16.4	26.7	27.6	8.2
การพัฒนาทางศาสนาและสร้างความรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน เช่น การทำบุญ ประเพณี เป็นกรรมการวัด ฯลฯ	14.2	7.2	24.9	42.2	11.5
การกระตุ้นให้ชุมชน มีส่วนร่วมในทางการเมือง เช่นการ รณรงค์การใช้สิทธิในการเลือกตั้ง/การเลือก อบต. ฯลฯ	14.8	9.6	22.4	37.1	16.1

ตารางที่ 36 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างต่อการทำหน้าที่ของอสม.โดยรอกการสั่งการ (n=442)

กิจกรรม	ต้องสั่งการจากเจ้าหน้าที่	ร่วมกันคิดร่วมกันทำ
เทคนิคการประชาสัมพันธ์ ให้ชาวบ้านทราบในแต่ละคุ้ม	43.2	56.8
การแก้ไขปัญหาเยาวชน เช่น การติกันของนักเรียน การเล่นการพนัน การติดยาเสพติด	61.4	38.6
การร่วมกับครูแก้ไขปัญหาเด็กในโรงเรียน เช่น นโยบาย แฉกนมให้เด็ก,การจัดการศึกษาให้กับเด็กก่อนวัยเรียน	72.3	27.7
การศึกษาดูงาน/ทัศนศึกษา	59.0	41.0
เทคนิคการออกกำลังกาย	66.0	34.0
เทคนิคในการเพาะปลูก/การเลี้ยงสัตว์/การประมง	80.8	19.2
การปรับปรุงอาคาร หรือสิ่งแวดล้อมของสถานีนามัย	61.9	38.1
การดูแลสิ่งแวดล้อมในวัด/โรงเรียน	72.3	27.7
การจัดทำผ้าป่า	96.6	3.4

ตารางที่ 37 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างต่อวิธีการทำงานของ อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่

กิจกรรมร่วมกันคิดร่วมกันทำ	วิธีการทำงานของ อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่			
	ขอคำแนะนำ จนท.+ อสม. นำมาทำ	จนท.แนะนำ อสม.มีการ ดัดแปลง	ร่วมกับ ทีมงาน อส ม.ช่วยกันคิด	คิดเอง ทำเอง
เทคนิคการประชาสัมพันธ์ ให้ชาวบ้านทราบ(n=234)	40.9	19.6	51.3	6.5
การแก้ไขปัญหาเยาวชน เช่น การตีกันเล่นการพนัน ติดยาเสพติด (n=159)	37.3	14.6	44.3	11.4
การร่วมกับครูในการแก้ไขปัญหาเด็กในโรงเรียน (n=114)	34.2	11.4	36.8	20.2
การศึกษาดูงาน/ทัศนศึกษา (n=168)	44.9	20.4	36.5	3.6
เทคนิคการออกกำลังกาย (n=138)	28.5	26.3	38.0	9.5
เทคนิคการเพาะปลูก/เลี้ยงสัตว์/การประมง (n=79)	21.5	11.4	30.4	38.0
การปรับปรุงอาคาร หรือสิ่งแวดล้อมของสอ.(n=102)	34.3	18.6	49	5.9
การดูแลสิ่งแวดล้อมในวัด/โรงเรียน (n=156)	17.3	10.3	64.1	10.9
การจัดทำผ้าป่า (n=114)	14.3	0.0	57.1	42.9

ตารางที่ 38 แสดงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง

ประเด็นปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน	ไม่มี ปัญหา	ระดับปัญหา	
		ปัญหาน้อย (1-50%)	ปัญหามาก (51-100%)
อสม.ส่วนใหญ่ ขาดความรู้ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ	24.3	56.0	19.7
อสม.ส่วนใหญ่ ขาดการอบรมทักษะความสามารถในการทำงาน	26.5	52.1	21.4
อสม.ส่วนใหญ่ ขาดแรงจูงใจในการทำงาน	35.8	38.7	25.5
อสม.ส่วนใหญ่ ไม่เห็นคุณค่าในบทบาทการทำงานของตน	53.3	33.6	13.1
ชาวบ้านไม่เห็นความสำคัญของ อสม.	26.6	46.0	27.4
อสม.ทำงานยากขึ้น ไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากชุมชน	27.1	46.1	26.8
อสม.ส่วนใหญ่ ไม่ค่อยมีเวลาให้กับชุมชน	38.2	46.0	15.8

ตารางที่ 39 อุปสรรคต่อการทำงานด้านสุขภาพของชุมชน

เรื่อง	จำนวน	ร้อยละ
การไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ	220	55.8
ชุมชนไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	147	37.3
นโยบายของ อบต.ไม่ต้องการพัฒนาองค์กร อสม.	59	15.0
งบประมาณไม่ชัดเจน ติดขัดในการใช้	170	43.1

ตารางที่ 40 การขาดการสนับสนุนจากหน่วยงาน/องค์กรของกลุ่มตัวอย่าง (n=220)

หน่วยงาน/องค์กร	จำนวน	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่รัฐ	49	22.4
นักการเมืองท้องถิ่น	85	38.8
อบต.	59	26.9
ผู้นำชุมชน	58	26.5
ชาวบ้าน	125	57.1

ตารางที่ 41 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยงานมีส่วนร่วมทำให้เกิดความสำเร็จในการทำงานของ อสม.

หน่วยงาน	ระดับการมีส่วนร่วมในความสำเร็จของ อสม.					
	ไม่มี	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	ไม่มีความเห็น
เจ้าหน้าที่อนามัย/โรงพยาบาล	0.8	1.5	7.0	33.2	54.2	3.3
อบต.	5.0	9.0	23.7	34.6	15.5	12.2
ครูและบุคลากร	17.2	14.0	21.1	10.1	2.5	35.1
พระภิกษุและกรรมการวัด	21.4	11.1	12.5	9.3	3.4	42.3
ผู้นำชุมชน/กลุ่มองค์กรต่างๆ	9.5	8.5	25.3	24.4	12.4	19.9
ชมรม อสม. ระดับจังหวัด	16.8	11.1	15.1	15.1	6.3	35.6
ชมรม อสม. ระดับประเทศ	27.2	4.7	5.7	3.0	1.2	58.2

ตารางที่ 42 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างต่อการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน

ลักษณะที่ทำ	ไม่ได้รับ	ได้รับ	ไม่มีความคิดเห็น
1. เจ้าหน้าที่อนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน(n=395)			
เครื่องมืออุปกรณ์	33.4	63.3	3.3
การประชุมอบรมให้ความรู้	4.8	91.9	3.3
งบประมาณ	60.7	36	3.3
แนวทางการดำเนินงาน	21.7	75	33
การจัดสวัสดิการ/ให้ขวัญกำลังใจ	36.2	60.5	3.3
2. อบต. (n=381)			
เครื่องมืออุปกรณ์	66.9	20.1	13
การประชุมอบรมให้ความรู้	65.3	21.7	13
งบประมาณ	14.8	72.2	13
แนวทางการดำเนินงาน	64.5	22.5	13
การจัดสวัสดิการ/ให้ขวัญกำลังใจ	68	19	13
3. ครูและบุคลากร (n=337)			
เครื่องมืออุปกรณ์	57.7	3.6	38.7
การประชุมอบรมให้ความรู้	31.4	29.9	38.7
งบประมาณ	58.6	2.7	38.7
แนวทางการดำเนินงาน	32.0	29.3	38.7
การจัดสวัสดิการ/ให้ขวัญกำลังใจ	55.3	6.0	38.7
4. พระภิกษุและกรรมการวัด(n=320)			
เครื่องมืออุปกรณ์	44.8	5.1	50.1
การประชุมอบรมให้ความรู้	28.6	21.3	50.1
งบประมาณ	49.5	0.3	50.2
แนวทางการดำเนินงาน	32.1	17.8	50.1
การจัดสวัสดิการ/ให้ขวัญกำลังใจ	43.8	6.0	50.2

ลักษณะที่ทำ	ไม่ได้รับ	ได้รับ	ไม่มีความคิดเห็น
5. ผู้นำชุมชน/กลุ่มองค์กรต่างๆ(n=354)			
เครื่องมืออุปกรณ์	69.3	8.4	22.3
การประชุมอบรมให้ความรู้	38.3	39.4	22.3
งบประมาณ	64	13.7	22.3
แนวทางการดำเนินงาน	37.4	40.3	22.3
การจัดสวัสดิการ/ให้ขวัญกำลังใจ	54.2	23.5	22.3
6. ชมรม อสม. ระดับจังหวัด(n=331)			
เครื่องมืออุปกรณ์	53.4	9.9	36.7
การประชุมอบรมให้ความรู้	25.6	37.7	36.7
งบประมาณ	49.4	13.9	36.7
แนวทางการดำเนินงาน	29.3	34	36.7
การจัดสวัสดิการ/ให้ขวัญกำลังใจ	38.6	24.7	36.7
7. ชมรม อสม. ระดับประเทศ(n=295)			
เครื่องมืออุปกรณ์	23.6	4.9	71.5
การประชุมอบรมให้ความรู้	19.1	9.4	71.5
งบประมาณ	26.0	2.5	71.5
แนวทางการดำเนินงาน	17.0	11.5	71.5
การจัดสวัสดิการ/ให้ขวัญกำลังใจ	25.4	3.1	21.5

ตารางที่ 43 ร้อยละระดับความพอใจของผลตอบแทนที่ได้รับจากการเป็น อสม.

ผลตอบแทนที่ได้รับจากการเป็น อสม.	ระดับผลตอบแทน				
	ไม่ได้รับ	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
ได้ค่าตอบแทน เบี้ยเลี้ยง	42.0	28.8	17.0	8.8	3.4
ได้รับการยกย่อง/นับถือ	6.1	15.4	25.7	40.5	12.3
ได้ความรู้เพิ่มขึ้น	0.5	3.4	9.2	57.5	29.4
ได้เรียนรู้การรวมกลุ่ม และการสร้างพลังกลุ่ม ในการพัฒนาชุมชน	0.5	6.8	12.7	50.2	29.8
ได้เหรียญเชิดชู/บัตรประกาศเกียรติคุณ	4.1	11.5	10.5	16.7	12.2
ได้สวัสดิการจากการทำหน้าที่เป็น อสม.	11.1	17.8	24.0	27.1	20.0
สามารถดูแลสุขภาพคนในครอบครัวได้	1.5	2.9	9.8	53.4	32.4

ตารางที่ 44 แสดงการรับทราบระบบสวัสดิการของอสม.ของกลุ่มตัวอย่าง

ระบบสวัสดิการของอสม.	ไม่ทราบ		ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าลดหย่อน ในการใช้เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล	32	7.8	380	92.2
ได้รับสิทธิพิเศษในการเข้าพักห้องพิเศษ มากกว่าคนไข้ทั่วไป	92	22.5	316	77.5
ทุนช่วยเหลือบุตรในการศึกษา	98	24.0	310	76.0
การได้รับการยกเว้นค่าเดินทาง	175	43.5	227	56.5

ตารางที่ 45 แสดงการได้รับสวัสดิการของอสม.ของกลุ่มตัวอย่าง

ระบบสวัสดิการของอสม.	ไม่เคยได้รับ		เคยได้รับ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าลดหย่อน ในการใช้เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (n=380)	122	32.8	250	67.2
ได้รับสิทธิพิเศษในการเข้าพักห้องพิเศษ มากกว่าคนไข้ทั่วไป (n=316)	231	75.7	74	24.3
ทุนช่วยเหลือบุตรในการศึกษา (n=310)	261	85.0	46	15.0
การได้รับการยกเว้นค่าเดินทาง (n=227)	190	84.4	35	15.6

ภาคผนวกที่ 3

ข้อมูลและตารางการศึกษาจากแบบสัมภาษณ์ อบต. และผู้นำชุมชน “การประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน”

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนอบต.และผู้นำชุมชน จำแนกตามจังหวัด (n=90)

จังหวัด	จำนวน	ร้อยละ
กาญจนบุรี	8	8.9
กระบี่	8	8.9
นนทบุรี	8	8.9
ระยอง	9	10.0
นครศรีธรรมราช	8	8.9
ขอนแก่น	9	9.9
สุรินทร์	8	8.9
ปัตตานี	8	8.9
ยโสธร	8	8.9
ลำปาง	8	8.8
นครสวรรค์	8	8.9

ตารางที่ 2 จำแนกตามเพศ (n=90)

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	78	86.7
หญิง	12	13.3

ตารางที่ 3 จำแนกตามกลุ่มอายุ (n=90)

ช่วงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 36 ปี	19	21.1
36 – 54 ปี	59	65.6
มากกว่า 54 ปี	12	13.3

Maximum = 70 Minimum = 25 Mean = 45.2 Median = 45 Mode = 45

ตารางที่ 4 จำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด (n=90)

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	17	18.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	20	22.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย	32	35.6
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	0	0
ปริญญาตรี	13	14.4
สูงกว่าปริญญาตรี	8	8.9
อื่นๆ	0	0

ตารางที่ 5 จำแนกตามอาชีพหลัก (n=90)

อาชีพหลัก	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกร	46	51.1
รับจ้าง	12	13.4
ค้าขาย	12	13.4
เปิดร้านค้าในชุมชน	2	2.2
ธุรกิจรับเหมาก่อสร้าง	3	3.3
ข้าราชการเกษียณ	4	4.4
อื่นๆ	11	12.2

ตารางที่ 6 จำแนกตามตำแหน่งในปัจจุบัน (n=90)

ตำแหน่งในปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
นายก อบต.	6	6.7
ประธานสภา	4	4.4
สมาชิก อบต.	25	27.8
กำนัน	6	6.7
ผู้ใหญ่บ้าน	27	30.0
อื่นๆ	22	24.4

ตารางที่ 7 จำแนก ตามการมีตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้าน (n=90)

ตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้าน	จำนวน	ร้อยละ
มีตำแหน่ง	73	81.1
ไม่มีตำแหน่ง	17	18.9

ตารางที่ 7-1 จำแนกตามตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้าน (n=90)

ตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้าน	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อสม.	15	16.7	75	83.3
กลุ่มแม่บ้าน	11	12.2	79	87.8
กลุ่มเยาวชน	2	2.2	88	97.8
กรรมการกองทุนหมู่บ้าน/กองทุน 1 ล้านบาท	44	48.9	46	51.1
หมอดิน/ผู้เชี่ยวชาญเกษตรอินทรีย์	5	5.6	85	94.4
หมอฟันบ้าน	1	1.1	89	98.9
ผู้ประกาศข่าวหอกระจายข่าว/วิทยุชุมชน	23	25.6	67	74.4
อื่นๆ	19	21.1	71	78.9

ตารางที่ 8 จำแนกตามประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพในชุมชน (n=90)

ประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพในชุมชน	จำนวน	ร้อยละ
มี	52	57.8
ไม่มี	38	42.2

ตารางที่ 9 จำแนกตามตำแหน่งที่เคยเป็นด้านสุขภาพในชุมชน (n=89)

ตำแหน่งที่เคยเป็นด้านสุขภาพในชุมชน	เคยเป็น		ไม่เคยเป็น	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อสม.	26	29.2	63	70.8
แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว	17	19.0	72	81.0
อื่นๆ	8	9.0	81	91.0

ตารางที่ 10 จำแนกตามการมีส่วนร่วมในการคัดเลือก อสม. (n=90)

การมีส่วนร่วมในการคัดเลือก อสม.	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	37	41.1
ร่วมกับเจ้าหน้าที่คัดเลือก	5	5.6
ร่วมกับกลุ่ม อสม. คัดเลือก	4	4.4
ร่วมกับ อสม./ผู้นำชุมชน และชาวบ้าน	16	17.8
ร่วมกับเจ้าหน้าที่/อสม./ผู้นำชุมชน และชาวบ้าน	27	30.0
อื่นๆ	1	1.1

ตารางที่ 11 จำแนกตามจำนวนหลังคาเรือนในชุมชนที่ อสม. 1 คนจะสามารถดูแลได้ (n=86)

จำนวนหลังคาเรือนที่ อสม. 1 คนจะสามารถดูแลได้	จำนวน	ร้อยละ
2	1	1.2
5	7	8.4
6	1	1.2
7	1	1.2
8	5	6.1
9	2	2.4
10	43	52.4
12	1	1.2
15	6	7.2
17	1	1.2
18	2	2.4
20	4	4.9
25	2	2.4
30	4	4.9
100	2	2.4

Maximum = 100 Minimum = 2 Mean = 13.76 Median = 10 Mode = 10

ตารางที่ 12 จำแนกตามบุคคลที่มีบทบาทในการให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพในชุมชน

บุคคลที่มีบทบาทในการให้บริการสุขภาพในชุมชน	ระดับบทบาทต่อการให้บริการสาธารณสุข (%)				
	ไม่มีบทบาท (0%)	น้อย (1-25%)	ค่อนข้างน้อย (26-50%)	ค่อนข้างมาก (51-75%)	มาก (76-100%)
หมอพื้นบ้าน (n=87)	21.9	28.7	26.4	23.0	0
แพทย์ประจำตำบล (n=87)	28.7	25.3	23.0	13.8	9.2
หมอเสนาวัักษ์ (n=87)	56.4	18.4	19.5	5.7	0
อสม. (n=89)	1.1	9.0	11.2	46.1	32.6
อื่นๆ (n=89)	96.7	1.1	1.1	1.1	0

ตารางที่ 13 จำแนกตามบทบาทของชมรม อสม. ระดับตำบลในด้านการพัฒนาสุขภาพ (n=90)

บทบาทของชมรม อสม. ระดับตำบล ในด้านการพัฒนาสุขภาพ	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความคิดเห็น	8	8.9	82	91.1
ไม่รู้จัก	4	4.4	86	95.6
ระดมพล อสม. เพื่อสร้างขวัญกำลังใจ	64	71.1	26	28.9
ประชุมพัฒนาองค์กร	57	63.3	33	36.7
จัดหาสวัสดิการให้กับ อสม.	52	57.8	38	42.2
อื่นๆ	2	2.2	88	97.8

ตารางที่ 14 จำแนกตามความคิดเห็นต่อการยอมรับและการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
ชุมชน (n=88)

บทบาทของ อสม. ในชุมชน	ไม่เห็นด้วย (%)		เห็นด้วย (%)	
	ไม่เห็น ด้วยเลย	ค่อนข้างไม่ เห็นด้วย	ค่อนข้าง เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ประชาชนในหมู่บ้านยอมรับ อสม. มาก	1.1	3.4	43.2	52.3
2. ทุกวันนี้ชาวบ้านได้รับข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลสุขภาพจาก อสม. มาก	1.1	9.1	52.3	37.5
3. อสม. ยังมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน	5.7	22.7	46.6	25.0
4. อสม. ยังมีปัญหาในเรื่องการถ่ายทอดความรู้ให้กับชาวบ้าน	5.7	29.5	38.7	26.1

บทบาทของ อสม. ในชุมชน	ไม่เห็นด้วย (%)		เห็นด้วย (%)	
	ไม่เห็นด้วยเลย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
5. อสม. มีความสามารถในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เป็นอย่างดี	0	4.5	37.5	58.0
6. อสม. มีความสามารถในการจัดทำแผนเพื่อของบประมาณจาก อบต. ได้เป็นอย่างดี	5.7	25.0	45.4	23.9
7. ปัจจุบันเจ้าหน้าที่เข้ามาให้บริการและจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนได้อย่างทั่วถึง ไม่จำเป็นต้องมี อสม. ในหมู่บ้าน	62.5	18.2	10.2	9.1

ตารางที่ 15 จำแนกตามระดับของการทำงานของอสม.ด้านการพัฒนาสุขภาพและสังคมในหมู่บ้าน

บทบาทของ อสม. ในชุมชน	ไม่มีบทบาท	ระดับบทบาทในการทำงาน (%)			
		น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
1. การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน (n=90)	3.3	2.2	20.0	56.7	17.8
2. การจัดบริการสุขภาพ เช่น การปฐมพยาบาล การจ่ายยา ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ วัดความดัน ฯลฯ (n=90)	8.9	13.3	37.8	22.2	17.8
3. การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย (n=90)	5.6	5.6	34.4	40.0	14.4
4. การเฝ้าระวังโรคในชุมชน (n=89)	4.5	1.1	5.6	52.8	36.0
5. การคุ้มครองสิทธิ เช่น การคุ้มครองผู้บริโภค การให้คำแนะนำประชาชนเกี่ยวกับสิทธิ 30 บาท รักษาทุกโรค (n=90)	2.2	12.2	28.9	34.5	22.2
6. การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานีนอนมัย หรือโรงพยาบาล (n=89)	10.1	20.2	34.9	20.2	14.6
7. การพัฒนาเศรษฐกิจให้กับชุมชน (n=86)	26.7	11.6	25.6	31.4	4.7
8. การพัฒนาการศึกษาในชุมชน (n=86)	27.9	11.6	33.7	21.1	4.7
9. การพัฒนาด้านศาสนา เช่น เป็นกรรมการวัด ศาสนพิธีต่างๆ (n=87)	19.5	12.6	25.4	29.9	12.6
10 การกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมือง เช่น การไปใช้เสียงเลือกตั้ง (n=90)	11.1	11.1	30.0	26.7	21.1

ตารางที่ 16 จำแนกตามอสม.ในหมู่บ้านมีความรู้ ความสามารถในการบริหารจัดการด้านการแก้ไข
ปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน ในกิจกรรมต่อไปนี้ระดับใด

ความรู้ความสามารถในเรื่องการบริหารจัดการ	ไม่มีความ สามารถ	ระดับความสามารถ (%)			
		น้อย	ค่อนข้าง น้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก
1. การวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง/ความต้องการ ของชุมชน (n=90)	10.0	11.1	43.4	32.2	3.3
2. การกำหนดทิศทางการพัฒนาแก้ไขปัญหของ หมู่บ้าน (n=90)	6.7	11.1	41.0	35.6	5.6
3. การเขียนแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหของ หมู่บ้าน (n=89)	9.0	12.4	48.3	20.2	10.1
4. การติดตามงบประมาณในการนำมาใช้แก้ไข ปัญหาหมู่บ้าน (n=89)	11.2	11.2	39.4	29.2	9.0
5. การประเมินผลติดตามโครงการที่ดำเนินการ ต่างๆ ในหมู่บ้าน (n=90)	11.1	15.6	33.3	31.1	8.9
6. การนำทรัพยากรต่างๆ ของหมู่บ้านใช้เป็น ประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหามูลบ้านได้ (n=90)	12.2	17.8	25.6	40.0	4.4
7. การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ทั้งภาครัฐและ เอกชนมาร่วมแก้ไขปัญหามูลบ้านได้ (n=90)	2.2	10.0	21.1	47.8	18.9
8. การบริหารงบประมาณให้เป็นไปตามแผนงาน โครงการที่วางไว้ (n=89)	7.9	13.5	30.3	33.7	14.6
9. การระดมชาวบ้านมาช่วยแก้ไขพัฒนา หมู่บ้าน (n=90)	7.9	12.4	29.1	36.0	14.6
10. การเป็นวิทยากรกระบวนการ/การเป็นผู้นำการ ประชุมในชุมชน (n=90)	13.3	21.1	33.3	26.7	5.6
11. การจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน (n=90)	12.2	17.8	30.0	26.7	13.3
12. การระดมทุนเพื่อการพัฒนาสุขภาพ เช่น การ หาแหล่งบจากที่ต่างๆ มาพัฒนาสุขภาพ (n=90)	12.2	18.9	31.1	27.8	10.0

ตารางที่ 17 จำแนกตามความพึงพอใจต่อบทบาทของ อสม. ในปัจจุบัน (n=87)

ความพึงพอใจต่อบทบาทของ อสม. ในปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
พอใจ	74	85.1
ไม่พอใจ	13	14.9

กิจกรรมที่ อสม. ที่พึงประสงค์ควรจะเข้าร่วมกับชุมชนในระดับหมู่บ้าน

1. การเข้าร่วมประชุมประจำเดือนของหมู่บ้านเพื่อเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลจากสาธารณสุข
 2. การจัดทำข้อมูลของหมู่บ้าน
 3. คอยรับฟังความคิดเห็นของประชาชน
 4. ร่วมกันทำประชาคมระหว่างหมู่บ้าน
 5. ร่วมกิจกรรมเฝ้าระวังโรคภัยในหมู่บ้าน เช่น รณรงค์และประชาสัมพันธ์เรื่องความสะอาด
- การกำจัดลูกน้ำยุงลาย
6. การให้ความรู้ด้านสุขภาพ
 7. การดำเนินกิจกรรมพื้นฐาน
 8. เป็นผู้นำในการออกกำลังกาย
 9. เขียนแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาของหมู่บ้าน
 10. ช่วยเหลือและให้ความรู้แก่ผู้ที่ติดยาเสพติด แข่งขันกีฬาจำนยาเสพติด
 11. ส่งเสริมให้ชุมชนปลูกผักปลอดสารพิษ
 12. ประสานงานการทำงานในภาพรวมกับหน่วยงานและองค์กรอื่นๆ
 13. เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาบ้าน วัด และโรงเรียน
 14. ตรวจสุขภาพเบื้องต้น เช่น ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ชั่งน้ำหนักเด็ก
 15. จัดทำแผนงบประมาณประจำปีของ อบต.
 16. ติดตามผลงานของ อสม. ในตำบล

ท่านสามารถสนับสนุนการทำงานของ อสม. ในด้านใดบ้าง

1. ร่วมปฏิบัติโครงการและกิจกรรมต่างๆ ของ อสม.
2. ให้กำลังใจ อสม. ที่ปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือชาวบ้าน
3. สนับสนุน ให้ข้อคิดเห็นหรือแนวทางการดำเนินงานต่างๆ เช่น การแนะนำการเขียนโครงการต่างๆ เพื่อเสนอของบประมาณ
4. ให้ความร่วมมือและป้องกันการรักษาโรค

5. ประชาสัมพันธ์ข่าวสารด้านต่างๆ ของงาน อสม. เช่น ประกาศข่าวสารด้านสุขภาพทางหอกระจายข่าว

6. สนับสนุนงบประมาณ
7. จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในโครงการต่าง ๆ
8. การประสานงานต่างๆ เช่น การจัดหางบประมาณจากหน่วยงานต่าง ๆ
9. วิทยากร / เป็นที่ปรึกษา

บทบาทของ อสม. ที่ประทับใจ

1. การให้ความรู้และการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน การร่วมมือกับชาวบ้านในการกำจัดยุงลาย

2. การเสียสละเวลาเพื่อส่วนรวม ความร่วมมือร่วมใจในการทำงาน
3. ความตั้งใจที่จะช่วยเหลือ และพัฒนาส่วนรวม
4. เป็นผู้นำต้นแบบเอบีซี
5. การควบคุม การป้องกัน และการเฝ้าระวังโรคต่างๆ
6. การดูแลสุขภาพเด็ก ผู้สูงอายุ
7. การประชาสัมพันธ์และการบริการประชาชน
8. การบริการการทำบัตรทอง 30 บาท รักษาทุกโรค
9. ช่วยเหลือทุกอย่างในหมู่บ้าน เช่น งานเทศบาล คนในชุมชน
10. การสำรวจข้อมูลต่างๆ
11. บทบาททางด้านสาธารณสุข เช่น ฉีดวัคซีนแกัพิษสุนัขบ้า ให้คำแนะนำในการรักษาโรคต่าง ๆ
12. การบริจาคเลือด

ภาคผนวกที่ 4

ข้อมูลและตารางการศึกษาจากแบบสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบล “การประเมินศักยภาพของ อสม. กับยุทธศาสตร์การพัฒนา”

ตารางที่ 1 จำแนกตามจังหวัด (n=46)

จังหวัด	จำนวน	ร้อยละ
กาญจนบุรี	4	8.7
กระบี่	4	8.7
นนทบุรี	6	13.0
ระยอง	4	8.7
นครศรีธรรมราช	4	8.7
ขอนแก่น	4	8.7
สุรินทร์	4	8.7
ปัตตานี	4	8.7
ยโสธร	4	8.7
ลำปาง	4	8.7
นครสวรรค์	4	8.7

ตารางที่ 2 จำแนกตามเพศ (n=46)

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	17	37.0
หญิง	29	63.0

ตารางที่ 3 จำแนกตามอายุ (n=46)

ช่วงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 31 ปี	6	13
31 – 47 ปี	32	69.6
มากกว่า 47 ปี	8	17.4

Maximum = 59 Minimum = 23 Mean = 39 Median = 37 Mode = 36

ตารางที่ 4 จำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด (n=46)

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ประกาศนียบัตร	6	13.0
อนุปริญญา	0	0
ปริญญาตรี	39	84.8
ปริญญาโท หรือสูงกว่า	1	2.2
อื่นๆ	0	0

ตารางที่ 5 จำแนกตามการศึกษาต่อ (n=45)

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ศึกษาต่อ	36	80.0
ปริญญาตรี	5	11.1
ปริญญาโท หรือสูงกว่า	4	8.9
อื่นๆ	0	0

ตารางที่ 6 จำแนกตามสถานที่ทำงานอยู่ในเขต (n=45)

สถานที่ทำงานอยู่ในเขต	จำนวน	ร้อยละ
อบต.	37	82.2
เทศบาล	8	17.8

ตารางที่ 7 จำแนกตามจำนวนหมู่บ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ (n=45)

จำนวนหมู่บ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ	จำนวน	ร้อยละ
2	3	6.7
3	2	4.4
4	8	17.8
5	5	11.1
6	7	15.6
7	4	8.9
8	6	13.3
9	5	11.1
12	2	4.4
13	2	4.4
14	1	2.2

ตารางที่ 8 จำแนกตามจำนวน อสม. ทั้งหมด (n=43)

จำนวน อสม.	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 33 คน	5	10.9
33 – 158 คน	33	71.7
มากกว่า 158 คน	8	17.4

Maximum = 240 Minimum = 20 Mean = 96.84 Median = 70 Mode = 32

ตารางที่ 9 จำแนกตามประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน/สุขภาพประชาชน (n=46)

จำนวน อสม.	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 7 ปี	10	21.7
7 – 23 ปี	27	58.7
มากกว่า 23 ปี	9	19.6

Maximum = 32 Minimum = 1 Mean = 15.02 Median = 15 Mode = 20

ตารางที่ 10 จำแนกตามจำนวน อสม. ทั้งหมด (n=44)

จำนวน อสม.	จำนวน	ร้อยละ
1	9	20.5
2	9	20.5
3	5	11.4
4	1	2.3
5	3	6.8
6	1	2.3
10	2	4.5
15	1	2.3
20	1	2.3
94	1	2.3

ตารางที่ 11 จำแนกตามการดำรงตำแหน่งในหมู่บ้าน (n=46)

การดำรงตำแหน่งในหมู่บ้าน	ดำรงตำแหน่ง		ไม่ดำรงตำแหน่ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	19	41.3	27	58.7
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	6	13.0	40	87.0
พยาบาลวิชาชีพ	7	15.2	39	84.8
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน	0	0	46	100.0
พยาบาลเทคนิค	1	2.2	45	97.8
ทันตภิบาล	0	0	46	100.0
นักวิชาการสาธารณสุข	13	28.3	33	71.7
หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย	0	0	46	100.0
อื่นๆ	0	0	46	100.0

ตารางที่ 12 จำแนกตามระยะเวลาการทำงานที่สถานอนามัย/สถานบริการแห่งนี้ (n=46)

จำนวน อสม.	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 1 ปี	5	10.9
1 – 15 ปี	33	71.7
มากกว่า 15 ปี	8	17.4

Maximum = 33 Minimum = 1 Mean = 8.86 Median = 6.90 Mode = 3

ตารางที่ 13 จำแนกตามความคิดเห็นต่อนโยบายรัฐมีผลต่อการทำงานของ อสม. อย่างไร (n=46)

ช่วงนโยบายของรัฐมีผลต่อการทำงานของ อสม. อย่างไร	ระดับความคิดเห็น (%)				
	ไม่มีความชัดเจน	ชัดเจนน้อย	ชัดเจนค่อนข้างน้อย	ชัดเจนค่อนข้างมาก	ชัดเจนมาก
1.การระบุน้ำที่การทำงานของ อสม. ชัดเจนมากน้อยระดับใด					
1. นโยบายแรกของงาน สสม. และหลังการสนับสนุนการจัดตั้ง ศสมช. (เริ่มปี 2520 – 2540)	2.2	15.2	23.9	50.0	8.7
2. นโยบายการกระจายอำนาจให้ อบต. มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพในชุมชน (เริ่มปี 2542)	6.5	13.0	47.8	30.4	2.2
3. นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ)/นโยบายของ สสส. และ สกว. (เริ่มปี 2543)	4.3	15.2	39.1	39.1	2.2
4. นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค (เริ่มปี 2544)	2.2	4.3	15.2	54.3	23.9

ช่วงนโยบายของรัฐมีผล ต่อการทำงานของ อสม. อย่างไร	ระดับความคิดเห็น (%)				
	ไม่มีความ ชัดเจน	ชัดเจน น้อย	ชัดเจน ค่อนข้าง น้อย	ชัดเจน ค่อนข้างมาก	ชัดเจน มาก
2. อสม. มีส่วนในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ ในชุมชนมากน้อยระดับใด					
1. นโยบายแรกของงาน สสม.	2.2	26.1	41.3	23.9	6.5
2. นโยบายการกระจายอำนาจให้ อบต.	0	17.4	52.2	30.4	0
3. นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ)	2.2	13.0	37.0	43.5	4.3
4. นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค	0	6.5	23.9	58.7	10.9
3. งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนการทำงาน ให้กับ อสม. นั้น ท่านได้รับมากน้อย ระดับใด					
1. นโยบายแรกของงาน สสม.	2.2	43.5	30.4	19.6	4.3
2. นโยบายการกระจายอำนาจให้ อบต.	4.3	17.4	52.2	26.1	0
3. นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ)	8.7	15.2	52.2	23.9	0
4. นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค (เริ่มปี 2544)	8.7	10.9	41.3	32.6	6.5
4. อสม. ได้มีการจัดกิจกรรมใน 14 องค์ประกอบของงาน สสม. มากน้อยระดับใด					
1. นโยบายแรกของงาน สสม.	2.2	10.9	50.0	30.4	6.5
2. นโยบายการกระจายอำนาจให้ อบต.	4.3	10.9	47.8	34.8	2.2
3. นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ)	6.5	8.7	41.3	41.3	2.2
4. นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค (เริ่มปี 2544)	2.2	4.3	34.8	47.8	10.9
5. ชุมชนให้ความสำคัญกับการทำงานของ อสม. มากน้อยระดับใด					
1. นโยบายแรกของงาน สสม.	0	15.2	43.5	32.6	8.7
2. นโยบายการกระจายอำนาจให้ อบต.	4.3	6.5	47.8	37.0	4.3
3. นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ)	2.2	10.9	45.7	34.8	6.5
4. นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค (เริ่มปี 2544)	0	4.3	26.1	47.8	21.7
6. ความสำเร็จของการทำงาน อสม. ในแต่ละ นโยบาย มีความสำเร็จระดับมากน้อยเพียงใด					
1. นโยบายแรกของงาน สสม.	0	10.9	43.5	41.3	4.3
2. นโยบายการกระจายอำนาจให้ อบต.	0	13.0	50.0	34.8	2.2
3. นโยบายสมัชชาสุขภาพ (พรบ.สุขภาพ)	2.2	8.7	37.0	50.0	2.2
4. นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค (เริ่มปี 2544)	0	6.5	21.7	60.9	10.9

ตารางที่ 14 ในรอบปีงบประมาณ 2549 ท่านได้จัดอบรมหรือให้ความรู้ อสม. ในเรื่องใดบ้าง

เนื้อหา/เรื่องที่ได้ให้ความรู้	การให้ความรู้		รูปแบบการให้ความรู้				งบประมาณ			
	ไม่มี	มี	ประชุม ที่ สอ. ทุกเดือน	ประชุมที่ หมู่บ้าน	จัด อบรม 1-3 วัน	อื่นๆ	ไม่ ใช้	งบ สอ.	งบ อบต.	อื่นๆ
1. งานป้องกันและเฝ้าระวังโรค: ใช้หวัดนก ใช้เลือดออก	2.2	97.8	62.2	66.7	73.3	8.9	36.4	31.8	27.3	22.7
2. โครงการหลักประกันสุขภาพ	10.9	89.1	71.4	23.8	7.1	9.5	79.1	4.7	4.7	11.6
3. การสร้างสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย	0	100	57.1	38.1	23.8	7.1	48.8	14.0	23.3	25.6
4. การจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ หรือประชาคม	22.2	77.8	18.6	44.2	18.6	7.0	58.1	7.0	20.9	16.3
5. การประชุมจัดทำแผนประจำปี	13.0	87.0	43.6	23.1	12.8	12.8	65.9	6.8	13.6	18.2
6. การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	4.3	95.7	55.8	53.5	16.3	4.7	38.6	38.6	11.4	20.5
7. การส่งเสริมสุขภาพเด็ก	8.7	91.3	63.6	22.7	11.4	6.8	65.1	23.3	4.7	9.3
8. อบรมเฉพาะกิจในหมู่บ้านที่มีการระบาดโรค	6.5	93.5	40.9	52.3	9.1	6.8	52.3	18.2	25.0	13.6
			ภาคผนวกที่ 5-6							
9 อื่นๆ (งานอุบัติเหตุ นโยบายเร่งด่วน)	91.3	8.7	4.3	6.5	0	97.8	0	0	2.2	0

ตารางที่ 15 วิธีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหมู่บ้าน ท่านประเมินจากอะไร (n=46)

วิธีประเมินผล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีการประเมินผลงาน	0	0
ประเมินผลโดยการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามเป็นกรณีเฉพาะกิจ	16	34.8
จากรายงานการเจ็บป่วย	31	67.4
จากการเยี่ยมติดตาม	41	89.1
จากรายงานของสถานีอนามัย	29	63.0
จากรายงานของ อสม.	39	84.8
ใช้ข้อมูล จปฐ.	18	39.1

อื่นๆ	4	8.7
-------	---	-----

ตารางที่ 16 อบต. ได้มาขอข้อมูลด้านสาธารณสุข/เคยมาประสานงานกับหน่วยงานของท่านเพื่อจัดทำแผนงานของชุมชนหรือไม่ (n=45)

การขอข้อมูลของ อบต.	จำนวน	ร้อยละ
เคย	32	71.1
ไม่เคย	13	28.9

รายละเอียดของข้อมูลที่ขอจากอบต.

1. การจัดทำแผนปฏิบัติงาน 3 ปี
2. ข้อมูลประชากร ครั้วเรือน
3. ข้อมูลสุขภาพต่างๆ เช่น โรคไข้เลือดออก ฉี่หนู อาหารปลอดภัย เอดส์ ข้อมูลระดับวิทยาข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์
4. ชมรมผู้สูงอายุ
5. งานส่งเสริม CD nED คบส.

ตารางที่ 17 การเสนอของบประมาณในรอบปีที่ผ่านมา (n=46)

การเสนอขอของงบประมาณในรอบปีที่ผ่านมา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เสนอขอ	9	19.5
ไม่ทราบว่าส่งแผนเข้าได้ตอนไหน	1	2.2
อบต. ไม่สนับสนุน	2	4.3
อื่นๆ (ใช้งบอื่นๆ แทน อบต. จัดสรรงบให้เอง)	6	13.0
เสนอขอ	37	80.4

ตารางที่ 17-1 จำนวนโครงการที่เสนอของบประมาณในรอบปีที่ผ่านมา (n=46)

จำนวนโครงการที่ได้รับการสนับสนุน (n=43)	จำนวน	ร้อยละ
1	9	20.9
2	6	14.0
3	8	18.6
4	4	9.3
5	3	7.0
7	2	4.7
12	1	2.3
13	1	2.3
14	1	2.3

ตารางที่ 17-2 จำนวนโครงการที่เสนอของบประมาณในรอบปีที่ผ่านมา (n=46)

งบประมาณ	จำนวน	ร้อยละ
10000	2	5.7
12500	1	2.9
36000	2	5.7
40000	2	5.7
45000	1	2.9
50000	2	5.7
67000	1	2.9
70000	1	2.9
90000	1	2.9
100000	2	5.7
120000	1	2.9
150000	3	8.6
190000	1	2.9
200000	2	5.7
300000	1	2.9
333000	1	2.9
425000	1	2.9
500000	1	2.9
700000	1	2.9

ตารางที่ 18 ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของ อสม. (n=46)

สิ่งที่ต่อไปนี้ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของ อสม.	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา (%)			
		น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
1. อสม. ไม่สามารถพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ	19.6	34.8	32.6	13.0	0
2. อสม. ขาดแรงจูงใจในการทำงาน	6.5	26.1	15.2	39.1	13.0
3. อสม. ไม่เห็นคุณค่าในบทบาทการทำงานของตน	13.0	37.0	37.0	10.9	2.2
4. ชาวบ้านไม่เห็นความสำคัญของการทำงานของ อสม.	6.5	23.9	21.7	37.0	10.9
5. อสม. ทำงานยากขึ้น เพราะไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชน	6.5	28.3	23.9	30.4	10.9
6. อสม. ไม่ค่อยมีเวลาให้กับชุมชน	2.2	19.6	32.6	30.4	15.2
7. อบต. ไม่สนับสนุนงบประมาณการทำงานให้กับ อสม.	23.9	19.6	28.3	19.6	8.7
8. อบต. ไม่เห็นความสำคัญของการทำงานอสม.	23.9	28.3	23.9	19.6	4.3
9. อื่นๆ (เศรษฐกิจ, อสม. ไม่ค่อยอยู่ในหมู่บ้าน)	97.8	0	0	2.2	0

ท่านคิดว่าปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญที่สุดของการดำเนินงานระบบสุขภาพภาคประชาชน คือเรื่อง

1. การดำเนินงานยังไม่จริงจัง
2. ขาดความร่วมมือจากภาคประชาชน และการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานต่างๆ
3. ผู้นำและประชาชนบางกลุ่มไม่เห็นความสำคัญของ อสม.
4. การเข้าถึงชุมชนเป็นเรื่องยาก
5. ประชาชนในพื้นที่ตระหนักถึงความสำคัญด้านสุขภาพน้อยเมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ และไม่ค่อยมีการดูแลสุขภาพตนเอง
6. การประสานงานและการสื่อความหมายที่ไม่ตรงกัน
7. แรงจูงใจในการทำงานของ อสม. สวัสดิการต่างๆ
8. กระบวนการคัดเลือก อสม. การพัฒนา อสม.
9. ภารกิจครอบครวั ภาวะเศรษฐกิจของครอบครวั
10. การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ
11. งบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอ

ตารางที่ 19 กิจกรรมการทำงานร่วมกับชมรม อสม. ในแต่ละระดับ (n=44)

ระดับชมรม อสม.	ท่านเคยมีกิจกรรมร่วมกับชมรมหรือไม่		ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรม อสม. ในแต่ละระดับเป็นอย่างไร (%)			
	ไม่เคย	เคย	ระดมพล อสม./ เล่นกีฬา	ประชุม พัฒนา องค์กร/ สวัสดิการ	ประชุม พัฒนา ความรู้	อื่นๆ
ชมรม อสม. ระดับตำบล	2.3	97.7	75.0	63.6	86.4	9.1
ชมรม อสม. ระดับอำเภอ	6.8	93.2	70.5	52.3	72.7	4.5
ชมรม อสม. ระดับจังหวัด	59.1	40.9	27.3	15.9	25.0	4.5
ชมรม อสม. ระดับภาค	88.6	11.4	2.3	4.5	6.8	2.3
ชมรม อสม. ระดับประเทศ	93.2	6.8	2.3	0	2.3	2.3

ตารางที่ 20 สิทธิประโยชน์และสวัสดิการที่มีผลต่อการทำงานของ อสม.

สิทธิประโยชน์และสวัสดิการ	ไม่มีผลต่อ การทำงาน (0%)	มีผลต่อการทำงาน			
		น้อย (1-25%)	ค่อนข้างน้อย (26-50%)	ค่อนข้างมาก (51-75%)	มาก (76-100%)
1. ได้ค่าตอบแทน เบี้ยเลี้ยง	2.2	10.9	10.9	39.1	37.0
2. ได้รับการยกย่อง/นับถือ	0	2.2	21.7	45.7	30.4
3. ได้เหรียญเชิดชู/ประกาศนียบัตร	0	2.2	30.4	45.7	21.7
4. ได้สวัสดิการค่าลดหย่อนการ รักษาพยาบาล	0	4.3	15.2	37.0	43.5
5. ได้รับทุนการศึกษาบุตร	0	13.0	6.5	26.1	54.3
6. การได้รับค่ายกเว้นการเดินทาง	8.9	15.6	13.3	28.9	33.3
7. ได้ความรู้ทำให้สามารถดูแลสุขภาพ คนในครอบครัว/ชุมชนได้	0	6.5	15.2	50.0	28.3
8. อื่นๆ (การดูงาน ทัศนศึกษา ท่องเที่ยว)	91.3	0	0	4.3	4.3

ตารางที่ 21 ในพื้นที่รับผิดชอบของ อบต./ชุมชน มีการจัดสวัสดิการให้กับ อสม. หรือไม่ (n=46)

การจัดสวัสดิการ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	31	67.4
มี	15	32.6

ข้อเสนอแนะ (ที่ยังไม่มีการดำเนินงาน)

1. ควรจะทำการวางแผนการใช้งบประมาณแก้ไขปัญหาสาธารณสุข
2. จัดสวัสดิการให้กับ อสม. เช่น ค่าลดหย่อนห้องพิเศษของโรงพยาบาล เงินฌาปนกิจ เงินค่าเบี้ยเลี้ยง
3. สนับสนุนการศึกษาดูงาน
4. มีเงินเดือนให้กับ อสม.

รูปแบบสวัสดิการ (ที่มีการดำเนินงานแล้ว)

1. การจัดกิจกรรมในลักษณะชมรมสุขภาพ เช่น การแข่งขันกีฬา
2. การพบปะสังสรรค์ ทำบุญของ อสม.
3. การศึกษาดูงาน การจัดอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง
4. การยกย่องเชิดชูเกียรติ อสม. เช่น การมอบเหรียญรางวัล อสม. ดีเด่น
5. ค่าชดเชยการเจ็บป่วย สิทธิการรักษาพยาบาลทั้งครอบครัว

ตารางที่ 22 กลไก อสม. เป็นกลไกที่มีความเหมาะสมที่สุดหรือไม่

ความเหมาะสมของกลไก อสม.	จำนวน	ร้อยละ
เหมาะสม	37	80.4
ไม่เหมาะสม	9	19.6

ถ้าไม่เหมาะสม รูปแบบ คือ

1. การเพิ่มสวัสดิการหรือมีค่าตอบแทน
2. ควรมีงบประมาณสนับสนุนการปฏิบัติงาน
3. จัดประชุมทุกเดือนเพื่อให้ได้พบปะกัน

นวัตกรรมใหม่ที่สนับสนุนหรือหนุนเสริมให้ อสม. มีความรัก ความผูกพันระหว่างกัน และทุ่มเทการทำงานให้กับชุมชน

1. กิจกรรมกลุ่มออมทรัพย์ อสม.
2. มีการฟื้นฟูและศึกษาคนเพื่อพัฒนาชุมชน
3. มีการประชุมกันทุกเดือน
4. สร้างแรงจูงใจในการทำงาน เช่น มีการให้เงินเดือนหรือค่าตอบแทน การให้เกียรติ ยกย่อง การมีสวัสดิการให้ อสม. การรักษาพยาบาล สนับสนุนการศึกษาของบุตร อสม.
5. ควรมีการประเมินการทำงานของ อสม.
6. มีงบประมาณเพื่อการจัดกิจกรรมต่างๆ ของ อสม.
7. ให้ความสำคัญกับ อสม.