

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว

ขวัญเมือง แก้วคำเกิง⁽¹⁾, อลงกรณ์ เปลกาลี⁽²⁾, จำเนียร ชุมทโสภาค⁽³⁾, และชาติชาย สุวรรณนิตย์⁽⁴⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 16 พฤษภาคม 2559

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 25 กรกฎาคม 2559

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทในทีมหมอครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในช่วงปีงบประมาณ 2558 ใช้รูปแบบวิธีการวิจัยแบบผสม (Mixed Methods Research) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative data) กลุ่มตัวอย่างได้แก่ อสม. จำนวน 967 คน จาก 4 ภูมิภาค ละ 2 จังหวัด รวม 8 จังหวัด โดยใช้แบบสอบถาม และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน จำนวน 4 ภูมิภาค 8 จังหวัด รวมจำนวน 160 คน เก็บข้อมูลโดยวิธีการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า อสม. มีบทบาทในทีมหมอครอบครัวเด่นชัดที่สุดในการเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ 20.5 รองลงมาได้แก่ การสำรวจข้อมูล ร้อยละ 17.7 การจัดทำข้อมูล ร้อยละ 14.5 การทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 3 อ. 2 ส. ตามกลุ่มวัย ร้อยละ 14.2 บทบาทของ อสม. ในทีมหมอครอบครัวที่ต้องปรับปรุง ได้แก่ การเป็นแกนนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 3.9 รองลงมาได้แก่ การคิดค้นกลวิธี/กิจกรรมรูปแบบใหม่เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ร้อยละ 2.3 และการมีส่วนร่วมร่วมกับเครือข่ายบริการสาธารณสุข/ทีมหมอครอบครัวในการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยที่นอนที่บ้าน/การส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 1.0 ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า กลุ่มเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีทัศนคติทางบวกต่อบทบาทของ อสม. ในทีมหมอครอบครัวในทุกพื้นที่ ทั้งบทบาทด้านการประสานงาน การเตรียมข้อมูลในพื้นที่ ความเสียสละทุ่มเท การถ่ายทอดความรู้และทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานท้องถิ่นในพื้นที่ ผลจากการศึกษาจึงควรใช้โอกาสที่ อสม. ได้มีประสบการณ์ตรงในการทำงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุร่วมกับทีมหมอครอบครัวมาใช้ประโยชน์ด้วยการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม เน้นกระบวนการเรียนรู้ที่ช่วยทำให้ อสม. เกิดทักษะการทำงานเชิงป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งนำประสบการณ์เหล่านี้ไปใช้ในการพัฒนาแผนงาน/โครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ทีมหมอครอบครัว, บทบาท

- (1) ผู้รับผิดชอบบทความ: อาจารย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
(โทรศัพท์: 081-6840109,
E-mail: kmkaeo@gmail.com)
- (2) นักวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
- (3) นักวิจัย สถาบันวิจัยและพัฒนา
มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- (4) นักวิจัย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข

Original Article

The Role of Village Health Volunteers in the Family Care Team

Kwanmuang Kaeodumkoeng⁽¹⁾, Alongkorn Pekalee⁽²⁾, Jumnian Junhasobhaga⁽³⁾ and Chatchai Suwannit⁽⁴⁾

Received Date: May 16, 2016

Accepted Date: July 25, 2016

Abstract

This research aims to study the role of the village health volunteers in the family care team during the 2015 fiscal year. The study utilized mixed-methods approach to collect data in which qualitative and quantitative methodologies were applied. A survey was conducted among 967 village health volunteers and focus group discussions were held with 160 people's health network members in eight provinces in four regions. The descriptive statistics and content analysis were used for the data analysis.

The study found that the village health volunteers play significant role in the family care team in different aspects especially in being a good role model for healthy living which accounted for 20.5% of the survey result. 17.7% of survey result shows that they play a prominent role in data collection; data processing (14.5%); health promotion and disease control (14.2%). The areas required improvement among the village health volunteers are 1) leading a wrong behaviors modification (3.9%); 2) strategizing new activities for health promotion and disease control (2.3%); and 3) collaborating with public health network/family care team in home visit and care for patient couch at home/patient referral (1.0%).

Qualitative data found that the people's health network has positive attitude towards village health volunteers in every area. These include village health volunteers' skills in coordination, data preparation, transfer of knowledge on patient care, local collaboration as well as their dedication. The research result shows that village health volunteers' direct experience in providing care to patients with chronic disease or elderly care is an advantage and should be utilized to advance the knowledge by promoting learning and exchange among the groups. Emphasis should be put on the learning methods that develop village health volunteers' skills on the works related to prevention and health promotion and draw their experience to develop work plan/health promotion program for the people in the area.

Keywords: Village Health Volunteer, Family Care Team, Role

(1) Corresponding author:

Lecturer, Faculty of Public Health,
Mahidol University
(Tel.: 081-6840109,
E-mail: kmkaeo@gmail.com)

(2) Researcher, Faculty of Public Health,
Mahidol University

(3) Researcher, Research and Development
Institute, Ramkhamhaeng University

(4) Researcher, Department of Health Service
Support, Ministry of Public Health

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้นำการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศภายใต้หลักการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองในรูปแบบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนมากกว่าล้านคน ครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ อสม. จึงถือเป็นกลไกสำคัญที่มีส่วนในการยกระดับคุณภาพงานบริการด้านสาธารณสุขตามนโยบายของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเน้นการป้องกันโรคมามากกว่ารอให้ป่วย รวมทั้งนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557)

การส่งเสริมบทบาทภาคประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองและจัดการระบบสุขภาพชุมชนจึงมีความสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานบรรลุผลตามนโยบาย ในปีงบประมาณ 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายที่มุ่งเน้นประโยชน์ของประชาชนเพื่อให้เกิดความเสมอภาคโดยเน้นการพัฒนาบุคลากรสุขภาพให้มีศักยภาพ สามารถทำงานได้อย่างมีความสุข มีความภาคภูมิใจ ปฏิบัติงานอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี จึงได้จัดทำโครงการการดูแลและพัฒนาสุขภาพ ได้แก่ โครงการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง รวมทั้งผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยการคัดกรองจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะพึ่งพิงและประเมินความจำเป็นด้านการสนับสนุนบริการและการจัดบริการด้านสุขภาพและสังคม โดยมีนักบริบาลสุขภาพ (Care giver) และผู้จัดการสุขภาพ (Case Manager) เพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุและผู้อยู่ในระยะพึ่งพิงดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการพัฒนาสร้างเสริมเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อดูแลให้หุ้ครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพอย่างครอบคลุมและเข้าถึงได้

หน่วยงานในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) เพื่อให้บริการด้านสุขภาพกับประชาชนทุกครัวเรือนทั่วประเทศทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยมีบุคลากรทำงานร่วมกันเป็นทีม ตั้งแต่ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ และจังหวัด มีบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นเจ้าของครอบครัวทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพ ให้คำปรึกษา ประสานการเยี่ยมให้บริการสุขภาพที่บ้าน และประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล โดยมีแพทย์โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) เป็นที่ปรึกษา มีทีมงานดูแลสุขภาพของ รพช. รพท. และ รพศ. รวมทั้ง นักบริบาลชุมชน อสม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เข้าร่วมทีมงานเพื่อบูรณาการให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

ทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย สหวิชาชีพทั้งด้านการแพทย์และการสาธารณสุขทั้งในหน่วยบริการใกล้บ้านและใน

โรงพยาบาล รวมทั้ง อสม. อปท. ชุมชน ภาคประชาชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อดูแลปัญหาสุขภาพกาย ครอบคลุมทั้งการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และดูแลด้านจิตใจ สังคม บรรเทาทุกข์ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนอย่างใกล้ชิด เข้าถึง เข้าใจ (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

อสม.มีบทบาทสำคัญในทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน ซึ่งมีการแบ่งพื้นที่การดูแลรับผิดชอบประชาชน โดยทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้นำชุมชน การศึกษาบทบาทในทีมหมอครอบครัวของ อสม. จึงทำให้ได้ข้อมูลบทบาทการทำงานของ อสม. เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมบทบาทและพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้สามารถตอบสนองการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ในพื้นที่นาร่อง ปี พ.ศ. 2558

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้รูปแบบวิธีการวิจัยแบบผสม (Mixed Methods Research) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data)

• ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร มีดังนี้ (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนทั้งสิ้น 1,047,800 คน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557) โดย อสม.เหล่านี้ มีการปฏิบัติงานในพื้นที่อาศัยที่เป็นภูมิลำเนา โดยหลักการทั่วไป อสม. หนึ่งคนจะต้องรับผิดชอบงานด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ของตน จำนวนประมาณ 10-15 ครัวเรือน ในหมู่บ้านที่ตนอาศัยอยู่ (2) เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีการสุ่มคัดเลือกเป็นพื้นที่เป้าหมาย

การคำนวณขนาดตัวอย่างและขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างที่ต้องการศึกษาค่าเฉลี่ย ซึ่งทราบขนาดของประชากร และมีค่าสัดส่วนของตัวแปรหลักในการศึกษา ใช้ระดับความเชื่อมั่น 95% ในการคำนวณตามสูตรของ Daniel (1999) ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

เมื่อ n คือ จำนวนตัวอย่างในการศึกษาขั้นต่ำ

N คือ จำนวนประชากร

Z คือ ระดับความเชื่อมั่น 95% (1.96)
d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

p คือ ค่าสัดส่วนของตัวแปรหลักที่ศึกษา (จากการศึกษาของประดิษฐ์ ธรรมคง และคณะ (2556) พบว่าการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ อสม. ภาพรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 50.00)

$$\text{แทนค่าสูตร } n = \frac{1,0047,800 (1.96)^2 (0.50 \times 0.50)}{(0.05)^2 (1,047,800-1) + (1.96)^2 (0.50 \times 0.50)}$$

กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ควรมีจำนวนอย่างน้อยเท่ากับ 385 ตัวอย่าง และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนถึงความหลากหลายและมีจำนวนมากพอที่จะเป็นตัวแทนที่ดีของจำนวนประชากร ทีมวิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั่วประเทศจากทุกภูมิภาค ซึ่งได้จำแนกเป็น 4 ภาค และกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ศึกษาดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ตัวอย่าง (inclusion criteria) มีดังนี้ (1) เป็นพื้นที่นำร่องของโครงการทีมหมอครอบครัว ในปีงบประมาณ 2558 (2) เป็นพื้นที่เป้าหมายดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2558 (3) เป็นพื้นที่ที่มีความสนใจในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การคัดเลือกตัวอย่าง ทีมวิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มคัดเลือกจังหวัดในทุกภูมิภาคๆ ละ 2 จังหวัด รวมจำนวน 8 จังหวัด แบ่งตามภาคได้ดังนี้

ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดลำปาง และจังหวัดสุโขทัย
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดบึงกาฬ และจังหวัดชัยภูมิ

ภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดสระแก้ว และจังหวัดนนทบุรี
ภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดชุมพร และจังหวัดพัทลุง

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มคัดเลือกอำเภอ จากจังหวัดที่ถูกสุ่มในขั้นตอนที่ 1 โดยการสุ่มคัดเลือกจังหวัดละ 1 อำเภอ ได้อำเภอพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 8 อำเภอ

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มคัดเลือกตำบล จากอำเภอที่ถูกสุ่มในขั้นตอนที่ 2 โดยการสุ่มตัวอย่างอำเภอละ 2 ตำบล (ตำบลจัดการสุขภาพเป้าหมายปี พ.ศ. 2558) ได้ตำบลที่เป็นพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 16 ตำบล โดยดำเนินการเก็บข้อมูลจาก อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลละ 60 คน กลุ่มตัวอย่าง อสม. ที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้มีจำนวนทั้งสิ้น 967 คน

2. เครื่องมือสุขภาพภาคประชาชน

กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย (1) หัวหน้าทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ (2) ทันทแพทย์/เภสัชกร/นักจิตวิทยา/นักกายภาพฯ/นักโภชนาการในทีม

หมอครอบครัวระดับอำเภอ (3) นักวิชาการ สสอ. ในทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ/ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน (4) พยาบาลเวชปฏิบัติในทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ/ตำบล (5) ผู้อำนวยการ รพ.สต./นักวิชาการสาธารณสุขในทีมหมอครอบครัวระดับตำบล (6) ผู้แทน อสม. ในทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน (7) ผู้แทน อบต. ในทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน (8) กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/แกนนำชุมชนในทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน และ (9) ประธานชมรม อสม. ระดับอำเภอ

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ดำเนินการในพื้นที่เดียวกันกับพื้นที่ที่ได้สุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง อสม. อำเภอละ 1 ทีม

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน จึงมีจำนวน 8 ทีมๆ ละ 13 คน จำนวน 104 คน

3. เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถาม แบบตอบด้วยตนเอง (self-administration questionnaire) มี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะของ อสม. ได้แก่ เพศ การศึกษาสูงสุด อายุ รายได้รวมของครอบครัว ระยะเวลาในการทำงานเป็น อสม. วิธีการสมัครเข้าเป็น อสม. จำนวนครั้งที่ได้ร่วมปฏิบัติการกับทีมหมอครอบครัว ความสามารถเด่น และผลงานในบทบาท อสม. ที่ภาคภูมิใจ เป็นแบบสอบถามแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 8 ข้อ และคำถามลักษณะปลายเปิด (Open-ended questions) จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 บทบาทการทำงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว จำนวน 16 ข้อ ประเมินระดับการปฏิบัติงานจำแนกเป็น 5 ระดับ คือ ทำได้ระดับดีมาก ทำได้ระดับดี ทำได้ระดับปานกลาง ต้องปรับปรุง และทำไม่ได้

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานสุขภาพภาคประชาชน

2) แนวทางการสนทนากลุ่ม (focus group discussion guide) สำหรับกลุ่มเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
ส่วนที่ 2 บทบาทของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว
ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ (1) ส่งหนังสือขอความร่วมมือการเก็บข้อมูลจากหน่วยงานถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ศึกษา (2) ประสานขอความร่วมมือและชี้แจงรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ (3) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน 2558

5. การวิเคราะห์ข้อมูล มีแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และบทบาทของ อสม.

ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องแล้ว มาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD)

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ดำเนินการจัดแยกประเภทข้อมูลตามประเด็นที่กำหนด วิเคราะห์เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของข้อมูล และจัดกลุ่มข้อมูล และสังเคราะห์ประเด็นข้อค้นพบ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ส่งเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดและโครงร่างการวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและภาษาที่อาจเป็นประเด็นด้านจริยธรรมในการวิจัย รวมทั้งจัดทำหนังสือแจ้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในพื้นที่ศึกษา รวมทั้งชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้กับหน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง อสม. มีจำนวนทั้งสิ้น 967 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.3 มีช่วงอายุ ระหว่าง 46-65 ปี มากที่สุดหรือคิดเป็นร้อยละ 54.5 มีอายุระหว่าง 19-82 ปี อายุเฉลี่ย 47.9 ปี สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.5 มีรายได้รวมในครอบครัวเฉลี่ย 12,397.3 บาทต่อเดือน เข้ามาเป็น อสม. ด้วยวิธีการที่มีชาวบ้านเสนอชื่อ มากที่สุดคือร้อยละ 34.1 มีอายุการทำงานเฉลี่ย 11.2 ปี กลุ่มตัวอย่างระบุความสามารถพิเศษของตนเองในด้านการทำงานที่ทุ่มเท/เสียสละมากที่สุด รองลงมาคือ การใช้การสื่อสารออนไลน์ การใช้คอมพิวเตอร์ การสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษ และการเป็นวิทยากร/นักจัดรายการวิทยุ ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ผลการศึกษาบทบาทในทีมหมอครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีดังนี้

1. บทบาทของ อสม. ในการปฏิบัติงานร่วมทีมหมอครอบครัว

อสม. กลุ่มตัวอย่างประเมินว่า ตนเองมีการปฏิบัติงาน “ระดับดีมาก” ในด้านการเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.5 รองลงมาได้แก่ การสำรวจข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 17.7 การจัดทำข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 14.5 การทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 3 อ. 2 ส. ตามกลุ่มวัย คิดเป็นร้อยละ 14.2 ตามลำดับ

บทบาทของ อสม. ที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่า “ทำไม่ได้” มากที่สุดหรือทำได้น้อย ได้แก่ การเป็นแกนนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 3.9 รองลงมาได้แก่ การคิดค้นกลวิธี/กิจกรรมรูปแบบใหม่เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คิดเป็นร้อยละ 2.3 และการมีส่วนร่วมร่วมกับเครือข่ายบริการสาธารณสุข/ทีมหมอครอบครัวในการ

เยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยที่นอนที่บ้านและการส่งต่อผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 1.0 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

2. มุมมองต่อบทบาทของ อสม. ในทีมหมอครอบครัวของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีสนทนากลุ่มในกลุ่มเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน พบว่า อสม. ได้รับการประสานข้อมูลในการจัดเตรียมความพร้อมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เนื่องจากมีการประชุมร่วมกันเป็นประจำทุกเดือน อสม. ในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่มีกลุ่มเป้าหมายต้องรับ-ส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของพื้นที่จะมีการสร้างระบบเพิ่มข้อมูลของผู้รับบริการรองรับไว้เป็นการเฉพาะ เพื่อใช้ประโยชน์ในการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการให้บริการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข

นอกจากนี้ ทีมหมอครอบครัวมีการประสานความร่วมมือในการปฏิบัติการร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล เป็นต้น ซึ่งพบว่า หน่วยงานให้การตอบรับด้วยดี มีการร่วมทีมปฏิบัติการ และให้การสนับสนุนในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่โดยคำนึงถึงสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก ดังข้อมูลการสัมภาษณ์ของสมาชิก อบต. ที่ร่วมปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว ซึ่งกล่าวว่า “แต่ละครั้งที่ทีมหมอครอบครัว ของ รพ. สต. ลงไป สมาชิกของ อบต. ที่อยู่ในพื้นที่ของแต่ละหมู่บ้านจะมีเจ้าหน้าที่ อบต. หมู่บ้านละ 2 คน แบ่งความรับผิดชอบกันเป็นโซน อบต. จะประสานไปยังเจ้าหน้าที่ อบต. ที่รับผิดชอบ และไปรับฟังว่าผู้ป่วยหรือทีมหมอจะมีคำแนะนำอย่างไรบ้างที่ อบต. จะต้องช่วยเหลือสนับสนุน ที่ผ่านมาก็ได้ส่งตัวผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาล โดยจัดบริการรถรับ-ส่ง และประสานด้านการช่วยเหลือทุกด้าน”

การปฏิบัติงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว อสม. ได้รับการมอบหมายให้เป็นส่วนหนึ่งของทีมในฐานะผู้ใกล้ชิดที่สุดกับเพื่อนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบ อสม. ได้สนับสนุนภารกิจของ ทีมหมอครอบครัว โดยรับหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ส่งตัวกลับมาพักที่บ้าน บางรายเป็นผู้ป่วยที่ต้องดูแลในระยะยาวหรือเป็นผู้สูงอายุ บ้างก็มีสภาพความพิการและขาดผู้ดูแล ฯลฯ ภารกิจดังกล่าวทำให้ อสม. ต้องให้เวลากับการทำงานในส่วนของการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีขอบเขตงานที่แตกต่างกันไปตามสภาพของความหนัก-เบาของภาวะโรคและจำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยภารกิจบางอย่างเกี่ยวข้องกับประเด็นด้านจริยธรรม และขอบเขตในการปฏิบัติงานของวิชาชีพต่างๆ ซึ่งจะต้องพิจารณาข้อดี-ข้อเสียต่อไป

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายท้องถิ่นในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชนนั้น พบว่า อสม. ได้ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ให้เข้ามาช่วยเหลือและแสดงบทบาทในการจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชน ดังนั้น ภารกิจของ ทีมหมอครอบครัวจึงเป็นการเปิดโอกาสให้ อสม. ซึ่งบางส่วนมีบทบาทอยู่ในหน่วยงานท้องถิ่นอยู่แล้ว ได้เข้ามามี

บทบาทในการสนับสนุนและประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งในด้านงบประมาณ การจัดหาอุปกรณ์ และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตของผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ดังข้อมูลการสัมภาษณ์ของผู้นำท้องถิ่นที่ร่วมปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว ซึ่งกล่าวว่า “ถ้าแกนนำในระดับผู้ใหญ่บ้านหรือ อบต. เข้ามาเห็นสภาพจริงก็จะยิ่งดีเพราะเวลากลับไปก็สามารถที่จะหาทางแก้ไขปัญหาในเชิงระบบได้เลย การทำงานนั้นเราจะต้องพึ่งพาอาศัยกัน...เช่น กรณีที่คนพิการเขาไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการไปเข้าห้องน้ำได้ เนื่องจากอยู่ไกลจากตัวบ้าน เราก็เลยมีความคิดว่าจะทำอย่างไร เพื่อที่จะให้ห้องน้ำและห้องนอนนั้นอยู่ด้วยกัน ก็เลยปรึกษากัน ระดมเงินทุนจากชุมชนคนละ 100 บาท เงินจากกองทุนในหมู่บ้าน และจากเจ้าของบ้าน ร่วมด้วยช่วยกันเพื่อทำห้องน้ำใหม่ให้ จะได้สะดวกในการเข้าห้องน้ำ โดยเฉพาะช่วงเวลาที่ไม่มีคนดูแลหรืออยู่บ้านคนเดียว”

จากข้อมูลการสนทนากลุ่มพบว่า อสม. ได้ซึมซับวิธีการดูแลคนป่วยอย่างเป็นธรรมชาติในลักษณะการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) เอาใจใส่ผู้ป่วยในละแวกบ้านเสมือนดูแลบุคคลในครอบครัว คือดูแลทั้งทางด้านร่างกายเอาใจใส่สภาพจิตใจของผู้ป่วย และปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิต ดังข้อมูลการสัมภาษณ์ของ อสม. ที่ร่วมปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว กล่าวว่า “การดูแลด้านสภาพจิตใจนั้น แต่ละอาทิตย์จะเข้าตรวจเยี่ยมผู้ป่วย เช่น กรณีที่มีผู้ป่วยอายุ 80 ปี สภาพจิตใจไม่ดี บางครั้งจะเครียดขึ้นสมอง ปวดหัว นอนไม่หลับ มีคนโทรแจ้งไปยัง อสม. ให้เข้ามาดู แม้จะดึกแค่ไหน เราก็ต้องไปดู เขาเปรียบเสมือนญาติคนหนึ่งที่จะต้องดูแล ถ้าเราไม่ใส่ใจเขา เขายังเครียด ฟุ้งซ่าน บางทีเขาก็คิดไปเองว่าเขาเป็นเยอะ ถ้าเราใส่ใจเขา เขาก็มีกำลังใจขึ้น บางรายแค่เขาเห็นเราไปหา ก็จะกอดเราและร้องไห้ที่เห็นเราไปหา”

สำหรับการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชนเชิงระบบ อสม. ได้กล่าวถึงบทบาทในส่วนนี้ว่ากระบวนการวิเคราะห์ชุมชน การมองปัญหา การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน การเขียนโครงการเพื่อป้องกันโรคและปัญหาสุขภาพในชุมชนก็ยังคงเป็นสิ่งสำคัญและเป็นงานหลักของ อสม. ที่จะต้องทำต่อไป ข้อมูลจากผู้แทน อสม. กล่าวว่า “บทบาทการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ยังอยู่เช่นเดิม และถือเป็นงานประจำของ อสม. เราก็ต้องจัดสรรเวลาให้ได้ ให้มีความเหมาะสม เรายังคงให้ความสำคัญกับงานเหล่านั้นและจะต้องทำทุกๆ เดือนอยู่แล้ว”

การศึกษาข้อมูลในกลุ่มเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน พบว่ามีทัศนคติต่อ อสม. ค่อนข้างดี มีทิศทางบวกต่อบทบาทของ อสม. ในทุกพื้นที่ ทั้งบทบาทด้านการประสานงาน การจัดเตรียมข้อมูลในพื้นที่ ความเสียสละทุ่มเท การถ่ายทอดความรู้และทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานท้องถิ่นในพื้นที่ ดังข้อมูลการสัมภาษณ์ของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ร่วมปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว กล่าวว่า “การมีทีมหมอครอบครัวนั้นทำให้การทำงานเป็นระบบมากขึ้น สิ่งที่คุณคนชอบก็คือมีการทำรายงานน้อยกว่าเดิม เป็นรูปแบบการ

ลงพื้นที่ทั้งทีมในช่วงบ่าย ผู้ป่วยที่ทีมหมอบรรลุผลลงพื้นที่ไปหาถึงบ้าน มักจะเป็นกรณีผู้ป่วยติดเตียง โรคเรื้อรัง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้”

นอกจากนี้ อสม. ในเขตพื้นที่ที่มีความเจริญแบบเมืองก็ต้องปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานด้วย “หมู่บ้านจัดสรรหรือคอนโดฯ นั้นยากที่จะเข้าถึง แรกๆ ไม่ได้ได้รับความร่วมมือ อสม. จะต้องทำงานนอกเวลาหรือไม่ก็วันเสาร์และอาทิตย์ เพราะว่าส่วนใหญ่เขาทำงานตอนกลางวัน ไม่มีคนอยู่บ้านหรือมีแต่คนที่เฝ้าบ้านเท่านั้น การที่เราจะลงพื้นที่ต้องมีการประชาสัมพันธ์ก่อน และต้องลงพื้นที่กับท้องถิ่นหรือผู้นำชุมชน”

กลุ่มเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนยังได้สะท้อนถึงสิ่งที่มีความแตกต่างระหว่างช่วงก่อนและหลังของการมีทีมหมอครอบครัวเกิดขึ้น โดยเฉพาะในช่วงการปฏิบัติงานปีงบประมาณ 2558 พบว่า ประเด็นที่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดจนได้แก่ ระบบบริการผู้ป่วยมีความชัดเจน รูปแบบการทำงานรวดเร็วเพราะสามารถใช้การประสานงานแบบไม่เป็นทางการได้มากขึ้นทั้งหน่วยงานในเครือข่ายบริการสุขภาพและหน่วยงานท้องถิ่นในชุมชน มีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น เกิดความไว้วางใจกันและกัน มีความเป็นกันเอง มีความพร้อมในเรื่องการใช้เทคโนโลยีสำหรับการสื่อสารที่เข้าถึงได้ด้วยราคาไม่แพงตามความพร้อมของ อสม. แต่ละพื้นที่ ซึ่งพบว่ามีการนำสื่อสังคมออนไลน์มาใช้แล้วเป็นส่วนใหญ่ ข้อมูลจากผู้แทนเครือข่ายฯ กล่าวว่า “บทบาทของ อสม. ที่เปลี่ยนไปคือ การรับรู้ถึงข้อมูลข่าวสารของคนป่วยในพื้นที่ และมีส่วนร่วมต่อกระบวนการจัดการอย่างมาก เช่น การเข้ามามีบทบาทร่วมแสดงความคิดเห็น และเข้ามาช่วย share (แบ่งปัน) ประสบการณ์ share ความคิดเห็น...บางอย่างเราหาทางออกไม่ได้ แต่ อสม. เขาเป็นคนในพื้นที่ เขามองเห็นทะลุว่าเป็นอย่างไรเราก็ได้ภูมิปัญญาของเขาและในการแก้ปัญหา”

บทสรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพได้ ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการเป็นต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในพื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพ (ยุทธพล ภูเลื่อน, 2557; ธวัชชัย วีระกิตติกุล, 2552) บทบาทในด้านการเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. กล่าวได้ว่าเป็นบทบาทที่โดดเด่นที่สุด เนื่องจากคุณสมบัติดังกล่าว อสม. ได้ผ่านกระบวนการคัดกรองมาแล้วอย่างดี บทบาทดังกล่าวจึงเป็นบทบาทที่สะท้อนการยอมรับบทบาท (role acceptance) ทั้งจากสมาชิกในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ต่างก็ตระหนักดีว่าบทบาทนี้มีความสำคัญต่อตนเอง ทำให้เกิดความมั่นคงต่อสถานภาพและการทำงาน อย่างไรก็ตามการแสดงบทบาทผู้นำเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในด้านพฤติกรรมสุขภาพเป็นบทบาทสำคัญที่สังคมคาดหวังมากขึ้นเรื่อยๆ จากสภาพปัญหาด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป แต่ก็พบว่า อสม. จำนวนหนึ่งมีการทำงานร่วมกับ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และได้เข้ามีส่วนร่วมในการปรับปรุงปัจจัยสภาพแวดล้อม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้ปัจจัยที่มีส่วนสนับสนุนให้ อสม. สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง (อวัชชัย วีระกิติกุล, 2552) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (อวัช วิเชียรประภา, พรนภา หอมสินธุ์, & รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, 2555) การได้รับแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว เพื่อนบ้าน (อวัชชัย วีระกิติกุล, 2552; Karwalajtys et al., 2009) รวมทั้ง เกณฑ์การคัดเลือก และการได้รับการอบรมให้มีความรู้อย่างต่อเนื่อง (ภูติพิท เตชาดิวัฒน์ & นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2557; เตือนใจ ปาประโคน & วิทศน์ จันทร์โพธิ์ศรี, 2556)

นโยบายทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ 2558 (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) ทำให้อสม. ได้แสดงบทบาทในทีมหมอครอบครัว ซึ่งกำหนดบทบาทที่สำคัญไว้ 8 ประการ บทบาทด้านการเป็นแบบอย่างที่ดี และบทบาทการเป็นแกนนำสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นบทบาทที่ประชาชนทั่วไปและสังคมคาดหวัง และ อสม. ส่วนใหญ่ยังคงรักษาความโดดเด่นในบทบาทนี้ได้ดี อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติตามบทบาท (role performance) ในด้านผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ ยังคงเป็นเรื่องท้าทายความสามารถของ อสม. เนื่องจากจะต้องเพิ่มพูนและพัฒนาทักษะในด้านการออกแบบกระบวนการที่อาศัยความรู้ทางวิชาการมาประยุกต์ใช้ ก็จะส่งผลให้ประชาชนยอมรับบทบาท (role acceptance) และมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการทำงานมากยิ่งขึ้น (ระวีวรรณ เต็มศิริกุล, 2537)

บทบาทของ อสม. ในด้านอื่นๆ ได้แก่ การจัดกิจกรรม สุขศึกษา การวิเคราะห์ปัญหาเพื่อจัดทำแผนงาน/โครงการ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามปฏิทินสุขภาพของชุมชนและตามกลุ่มวัย การสื่อสารข้อมูลระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการส่งต่อหรือการค้นหาโรคที่เร็วขึ้น พบว่า อสม. บางส่วนก็มีการนำข้อมูลและประสบการณ์ในการเข้าร่วมทีมหมอครอบครัวไปใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อเผยแพร่ความรู้ อย่างไรก็ตาม ความพยายามเชื่อมโยงไปสู่กระบวนการจัดทำแผนงาน/โครงการ และนำประสบการณ์เหล่านี้มาใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเองยังทำได้เฉพาะบางกลุ่มเท่านั้น ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า อสม. ประมาณ 1 ใน 4 เป็น อสม. ใหม่ มีประสบการณ์การทำงานไม่เกิน 5 ปี ซึ่งมักจะขาดความมั่นใจในการแนะนำความรู้แก่เพื่อนบ้าน (มินตรา สาระรักษ์, 2553; ประภัสสร งามแสงใส, ปติรดา ศรีสายน, & สุวรรณภา ภทรเบญจพล, 2557) ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า อสม. ใหม่เหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการเพิ่มเติมให้มีความรู้ โดยเข้ารับการอบรมเพิ่มเติม มีการเสริมสร้างทักษะการจัดการและการทำงานอย่างต่อเนื่อง (อวัช วิเชียรประภา และคณะ, 2555; ประดิษฐ์

ธรรมคง, พูนสุข ช่วยทอง, & ปิยะธิดา ขจรชัยกุล, 2556) เพื่อให้ได้รับยอมรับจากประชาชนสูงขึ้นตามลำดับ

ปัจจัยคุณลักษณะของ อสม. จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง มีอายุเกิน 45 ปี อสม. อาวุโสเหล่านี้ ล้วนเป็นบุคลากรที่ผ่านการเพาะบ่มมายาวนานและได้รับประสบการณ์ตรงที่มีคุณค่ามากมาย อสม. เหล่านี้จึงมีความสำคัญและสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในด้านต่างๆ ให้กับ อสม. รุ่นใหม่ได้มหาศาล เช่น การพัฒนาด้านจิตอาสาในการทำงานเพื่อท้องถิ่น การช่วยเหลือสังคมโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน เป็นต้น ซึ่งจะนำไปสู่พัฒนาการของอาสาสมัครในรูปแบบต่างๆ เช่น อาสาสมัครในโครงการสร้างความตระหนักในเรื่องโรคหัวใจของชุมชนในประเทศแคนาดา (Karwalajtys et al., 2009) อาสาสมัครในโครงการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Lorhan et al., 2014) เป็นต้น

นอกจากนี้ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80.3 เป็นเพศหญิง ซึ่งที่ผ่านมาได้แสดงบทบาทและผลงานให้เป็นที่ประจักษ์มาแล้ว โดยเฉพาะงานที่ต้องอาศัยความละเอียด ประณีต และซื่อสัตย์ เช่น การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี การดูแลผู้สูงอายุ ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น ทำให้กระบวนการพัฒนาบทบาทและศักยภาพ อสม. จะต้องให้ความสำคัญต่อประเด็นเหล่านี้ไว้ด้วย แม้ว่าคำนิยาม “อาสาสมัครสุขภาพชุมชน” ที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1990) ได้นิยามไว้ว่า “ชายหรือหญิงที่ได้รับการคัดเลือกโดยชุมชน ได้รับการฝึกอบรมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของบุคคลและชุมชน และทำงานด้วยความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับหน่วยบริการสุขภาพ” และคุณสมบัติที่ระบุไว้ก็มีเพียงเรื่องการศึกษาาระดับขั้นต้น พออ่านออกเขียนได้ และนับจำนวนแบบง่ายๆ ได้เท่านั้น การทบทวนแนวคิดและการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสุขภาพชุมชนของ Prasad & Muraleedharn (2007) พบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่นั้นเป็นเพศหญิง และดูเหมือนว่าผู้หญิงจะสามารถทำงานดูแลในระดับชุมชนได้อย่างหลากหลายและดีกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะงานบริการอนามัยแม่และเด็ก ดังนั้น การจัดตั้งสนับสนุนการทำงานและแรงจูงใจที่เหมาะสมจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมาด้วย

อสม. ระบุว่ามีความสามารถในการใช้การสื่อสารออนไลน์ ร้อยละ 15.3 และสามารถสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษเพียงร้อยละ 2.1 ทักษะทั้งสองประการมีความสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานให้ทันกับความเปลี่ยนแปลง ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนว่า อสม. ส่วนหนึ่งมีการใช้เทคโนโลยีเครือข่ายสังคมออนไลน์มากขึ้นในการสื่อสารและสร้างเสริมการเรียนรู้ในการทำงานระหว่างกลุ่ม ดังนั้นการอำนวยความสะดวกในการเชื่อมต่อ การสื่อสารเสริมประสิทธิภาพการทำงาน ด้วยการสนับสนุนข้อมูลความรู้ และเสริมสร้างระบบการแลกเปลี่ยนความรู้ จะช่วยลดค่าใช้จ่ายทั้งในรายบุคคลและภาพรวมของการใช้งานอีกด้วย นอกจากนี้ อสม. สะท้อนถึงสื่อความรู้ที่จำเป็นสำหรับการทำงานว่าควรมีเนื้อหาความรู้สอดคล้องกับสภาพการทำงานในพื้นที่ปฏิบัติงาน เช่น วิธีการใช้ชุดตรวจสอบสวนเบื้องต้น ขั้นตอนการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง รายการอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นต้น

และมีรูปแบบควรสอดคล้องกับศักยภาพการใช้งานของ อสม. แต่ละบุคคล เช่น เอกสารคู่มือสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น

การขยายตัวของเขตเมืองและความเปลี่ยนแปลงด้านลักษณะที่อยู่อาศัยของประชาชนทำให้ อสม. จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานเพื่อให้สามารถเข้าถึงประชาชนได้อย่างครบถ้วนและครอบคลุม ข้อมูลจากการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า อสม. ได้ใช้ความอดทนอย่างมากในการทำงานในพื้นที่กิ่งเมืองที่มีการขยายตัวมากขึ้น ประชาชนอาศัยอยู่ในอาคารสูงมากขึ้น หรือมีอาณาบริเวณเฉพาะกลุ่ม เช่น อพาร์ตเมนต์ คอนโดมิเนียม หมู่บ้านจัดสรร เป็นต้น ทำให้การทำงานมีความยุ่งยาก เพราะที่ผ่านมา อสม. ประสบความสำเร็จในเขตพื้นที่ชนบทมากกว่าเขตเมือง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ & ปารณัฐ สุขสุทธิ, 2550) ดังนั้น การพัฒนาบทบาทตามมาตรฐานศักยภาพของ อสม. เพื่อให้ได้รับการเพิ่มพูนศักยภาพตามสมรรถนะที่จำเป็น มีคุณภาพเป็นมาตรฐานเดียวกัน มีรูปแบบการทำงานและการใช้กลวิธีสำหรับการจัดการปัญหาสุขภาพพื้นที่เขตเมืองและกิ่งเมือง หรือภายใต้บริบทของพื้นที่เฉพาะ เช่น พื้นที่ชายแดน พื้นที่พิเศษ พื้นที่ที่มีสภาพปัญหาสุขภาพแตกต่างกัน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 การประมวลผลข้อมูลที่ได้จากการศึกษา อสม. ส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพได้ แต่ยังขาดความเชี่ยวชาญในการเป็นผู้นำเพื่อสร้างความเปลี่ยนแปลงในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ ดังนั้น จึงควรใช้โอกาสที่ อสม. ส่วนใหญ่ได้มีประสบการณ์ตรงในการทำงานดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุร่วมกับทีมหมอครอบครัว และการจัดทำโครงการต่างๆ ด้วยการนำประสบการณ์เหล่านี้มาใช้และสร้างโอกาสให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันในกลุ่ม ด้วยกระบวนการที่มีรูปแบบในการพัฒนาการเรียนรู้ไปสู่ทักษะการทำงานมากขึ้น เช่น การถอดบทเรียนหลังการทำงาน การจัดบันทึกสิ่งที่ปฏิบัติงาน การเล่าประสบการณ์และวิเคราะห์ตนเอง เป็นต้น ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาคู่มือแนวทางและเครื่องมือต่างๆ เพื่อช่วยให้กระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวมีแนวทางที่ชัดเจนสำหรับ อสม. และเจ้าหน้าที่ทุกระดับ อันจะส่งผลต่อการพัฒนาให้ อสม. มีความมั่นใจ มีทักษะ และมีศักยภาพในการสร้างความเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพได้

1.2 ควรมีนโยบายส่งเสริมการสื่อสารและสร้างเสริมการเรียนรู้ในการทำงานระหว่างกลุ่ม อสม. ด้วยเทคโนโลยีเครือข่ายสังคมออนไลน์มากขึ้น มีการพัฒนาแอปพลิเคชันเป็น

การเฉพาะ สำหรับการอำนวยความสะดวกในการเชื่อมต่อ การสื่อสารเสริมประสิทธิภาพการทำงาน การจัดระบบข้อมูลความรู้ และการแลกเปลี่ยน รวมทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายทั้งในรายบุคคลและภาพรวมของการใช้งานผ่านระบบด้วย

1.3 ควรมีการจัดอบรมประจำปีและการอบรมต่อเนื่องให้กับ อสม. อย่างทั่วถึง โดยจัดการอบรมในพื้นที่ระดับตำบลปีละครั้ง เพื่อเพิ่มความรู้ใหม่และทักษะที่จำเป็นให้มีความพร้อมสำหรับการปฏิบัติงาน เช่น เรื่องโรคติดต่อทั่วไป (ไข้เลือดออก และไข้หวัดพันธุ์ใหม่) การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทักษะในการช่วยเหลือชีวิต และทักษะในงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น

1.4 สนับสนุนสื่อความรู้ที่จำเป็นสำหรับการทำงานให้ อสม. โดยมีเนื้อหาความรู้สอดคล้องกับสภาพการทำงานในพื้นที่ปฏิบัติงาน เช่น วิธีการใช้ชุดตรวจสอบสารปนเปื้อน ขั้นตอนการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง รายการอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นต้น และมีรูปแบบควรสอดคล้องกับศักยภาพการใช้งานของ อสม. แต่ละบุคคล เช่น เอกสารคู่มือสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น รวมทั้งควรมีแนวทางในการส่งเสริมและสร้างอุดมการณ์จิตอาสาให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขรุ่นใหม่ที่จะเข้าสู่งาน ด้วยการสื่อสารปลูกฝังอุดมคติของการทำงานที่ไม่หวังผลตอบแทนหรือใช้เงินเป็นตัวตั้งในการทำงาน โดยผ่านกระบวนการฝึกอบรมที่ได้สัมผัสประสบการณ์ความเป็นจิตอาสาจาก อสม. รุ่นพี่ การสื่อสารสู่สาธารณะด้วยการใช้กิจกรรมและการประชาสัมพันธ์อย่างเป็นระบบ อันจะทำให้เกิดวัฒนธรรมการทำงานที่มองข้ามเรื่องรางวัลที่เป็นตัวเงิน ซึ่งจะทำให้เกิดการทำงานที่ยึดเหนี่ยวกันด้วยความสัมพันธ์ทางใจและความผูกพันระหว่างหน่วยงานมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นความพึงพอใจต่อบทบาทของ อสม. จากมุมมองของประชาชนเพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้านยิ่งขึ้น การประเมินศักยภาพของ อสม. ตามบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป การสังเคราะห์ผลงานและภูมิปัญญาของ อสม. ในแต่ละพื้นที่ ผลกระทบจากการสนับสนุนค่าป่วยการให้กับ อสม. รวมทั้งการศึกษาข้อดีและข้อเสียของการสนับสนุนรูปแบบการทำงานแบบกลุ่มจิตอาสา

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการประเมินผลสัมฤทธิ์งานสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2557). แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ประจำปีงบประมาณ 2558. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2552). แนวทางการดำเนินงานโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชิงรุก ปี 2552. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, & ปารณัฐ สุขสุทธิ. (2550). ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข: บทบาทและบริบทที่เปลี่ยนแปลงในสังคมไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 1(3-4), 268-279.
- เดือนใจ ปาประโคน, & วิทัศน์ จันทโพธิ์ศรี. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ*.
- ธวัช วิเชียรประภา, พรนภา หอมสินธุ์, & รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 7(2), 53-68.
- ธวัชชัย วีระกิติกุล. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดพัทลุง. *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ*.
- ประภัสสร งามแสงใส, ปิรดา ศรีสิน, & สุวรรณ ภัทรเบญจพล. (2557). กรณีศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 9(ฉบับพิเศษ), 82-87.
- ประดิษฐ์ ธรรมคง, พูนสุข ช่วยทอง, & ปิยะธิดา ขจรชัยกุล. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในจังหวัดศรีสะเกษ. *วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารงานสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น*.
- ภูติ เทชาติวัฒน์, & นิทรา กิจธีระวุฒิจ. (2557). การประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(1), 87-96.
- มินตรา สารรักษ์. (2553). การสร้างเสริมศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). *วารสารวิชาการ มอ.*, 12(2), 39-47.
- ยุทธพล ภูเลื่อน. (2557). รายงานการศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการเป็นต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในพื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2557. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 7(3), 164-170.
- ระวีวรรณ เต็มศิริกุล. (2537). บทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขตามการประเมินตนเองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐ ในการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์. *วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ทีมหมอครอบครัว: ประชาชนอุ่นใจมีญาติทั่วไปเป็นทีมหมอครอบครัว*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- Daniel, W. W. (1999). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (7th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Karwalajtys, T., McDonough, B., Hall, H., Guirguls-Younger, M., Chambers L., et al. (2009). Development of the volunteer peer educator role in a community cardiovascular health awareness program (CHAP): A process evaluation in two communities. *Journal of Community Health*, 34(4), 336-345.
- Lorhan, S., Wright, M., Hodgson, S., & Westhuizen, M. (2014). The development and implementation of a volunteer lay navigation competency framework at an outpatient cancer center. *Support Care Cancer*, 22(9), 2571-2580.
- Prasad, B. M., & Muraleeham, V. R. (2007). *Community Health Workers: A review of concepts, practice and policy concerns*. International Consortium for Research on Equitable Health Systems (CREHS), Department of Humanities and Social Sciences, IIT Madras, Chennai, India.
- World Health Organization. (1990). *The Primary Health Care Worker: Working Guide*. Geneva: World Health Organization.

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป รายภูมิภาค 4 ภูมิภาค

คุณลักษณะทั่วไป	ภาคเหนือ n=242 (25.0)	ภาคอีสาน n=240 (24.8)	ภาคกลาง n=245 (25.3)	ภาคใต้ n=240 (24.8)	ภาพรวม n=967 (100)
เพศ					
ชาย	20 (8.3)	79 (32.9)	57 (23.3)	35 (14.6)	191 (19.8)
หญิง	222 (91.7)	161 (67.1)	188 (76.7)	205 (85.4)	776 (80.3)
กลุ่มอายุ (ปี)					
น้อยกว่า/เท่ากับ 25 ปี	6 (2.5)	3 (1.3)	2 (0.8)	2 (0.8)	13 (1.3)
26-45 ปี	84 (34.7)	121 (50.4)	73 (29.8)	99 (41.3)	377 (39.0)
46-65 ปี	151 (62.4)	110 (45.8)	143 (58.4)	123 (51.3)	527 (54.5)
มากกว่า 65 ปี	1 (0.4)	6 (2.5)	27 (11.0)	16 (6.7)	50 (5.2)
อายุน้อยที่สุด-อายุมากที่สุด	20-66	19-82	25-75	19-79	19-82
อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	47.5 (8.77)	45.3 (10.22)	50.9 (10.36)	47.9 (10.23)	47.9 (10.05)
การศึกษาสูงสุด					
ประถมศึกษา	95 (39.3)	102 (42.5)	93 (38.0)	111 (46.3)	401 (41.5)
มัธยมศึกษา	126 (52.1)	115 (47.9)	116 (47.4)	102 (42.5)	459 (47.5)
อนุปริญญา/เทียบเท่า	7 (2.9)	15 (6.2)	22 (9.0)	12 (5.0)	56 (5.8)
ปริญญาตรี	13 (5.4)	4 (1.7)	12 (4.9)	9 (3.8)	38 (3.9)
สูงกว่าปริญญาโท	1 (0.4)	4 (1.7)	2 (0.8)	6 (2.5)	13 (1.3)
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)					
น้อยกว่า/เท่ากับ 5,000 บาท	47 (19.4)	42 (17.5)	35 (14.3)	12 (5.0)	136 (14.1)
5,001-10,000 บาท	119 (49.2)	107 (44.6)	78 (31.8)	102 (42.5)	406 (42.0)
10,001-25,000 บาท	70 (28.9)	78 (32.5)	109 (44.5)	107 (44.6)	364 (37.6)
25,001-50,000 บาท	6 (2.5)	11 (4.6)	20 (8.2)	17 (7.1)	54 (5.6)
50,001-100,000 บาท	0 (0.0)	1 (0.4)	2 (0.8)	2 (0.8)	5 (0.5)
มากกว่า 100,001 บาท	0 (0.0)	1 (0.4)	1 (0.4)	0 (0.0)	2 (0.2)
รายได้น้อยที่สุด-รายได้มากที่สุด	600-50,000	600-200,000	600-150,000	1,200-70,000	600-200,000
รายได้เฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	9,654.3 (6,760.72)	11,965.0 (15,503.79)	13,635.1 (13,692.74)	14,331.9 (9,110.95)	12,397.3 (11,917.14)
วิธีการสมัครเป็น อสม.					
เสนอชื่อตนเอง	55 (22.7)	112 (46.7)	87 (35.5)	72 (30.0)	326 (33.7)
เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เสนอชื่อ	38 (15.7)	13 (5.4)	89 (36.3)	52 (21.7)	192 (19.9)
ชาวบ้านเสนอชื่อ	121 (50.0)	92 (38.3)	39 (15.9)	78 (32.5)	330 (34.1)
อื่นๆ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อน อสม. ประธาน อสม. สามี เสนอชื่อ	28 (11.6)	23 (9.6)	30 (12.2)	38 (15.8)	119 (12.3)
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)					
0 - 1 ปี	10 (4.1)	19 (7.9)	9 (3.7)	15 (6.3)	53 (5.5)
2 - 5 ปี	47 (19.4)	49 (20.4)	62 (25.3)	45 (18.8)	203 (21.0)
6 - 10 ปี	64 (26.5)	64 (26.7)	89 (36.3)	68 (28.3)	285 (29.5)
11 - 20 ปี	86 (35.5)	78 (32.5)	64 (26.1)	72 (30.0)	300 (31.0)
21 - 30 ปี	33 (13.6)	27 (11.3)	15 (6.1)	29 (12.1)	104 (10.8)
มากกว่า 31 ปี	2 (0.8)	3 (1.2)	6 (2.5)	11 (4.6)	22 (2.3)
จำนวนน้อยที่สุด-มากที่สุด	1 - 37	1 - 42	1 - 34	1 - 36	1 - 42
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	12.0 (7.61)	10.8 (7.44)	9.9 (6.91)	12.1 (8.56)	11.2 (7.69)
ความสามารถเด่นเป็นพิเศษ (เลือกตอบมากกว่าหนึ่งข้อ)					
การใช้คอมพิวเตอร์	14 (5.8)	9 (3.3)	19 (7.8)	12 (5.0)	53 (5.5)
สื่อสารด้วยภาษาอังกฤษ	6 (2.5)	2 (0.8)	7 (2.9)	5 (2.1)	20 (2.1)
การสื่อสารออนไลน์	35 (14.5)	31 (12.9)	51 (20.8)	31 (12.9)	148 (15.3)
วิทยากร/นักจัดรายการวิทยุ	2 (0.8)	5 (2.1)	4 (1.6)	3 (1.3)	14 (1.4)
การทำงานท่อม/เสียสละ	223 (92.1)	211 (87.9)	227 (92.7)	226 (94.2)	887 (91.7)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว

บทบาทในทีมหมอครอบครัว	ระดับการปฏิบัติ				
	ทำได้ระดับ ดีมาก	ทำได้ระดับ ดี	ทำได้ระดับ ปานกลาง	ต้องปรับปรุง	ทำไม่ได้
1. การติดตามรับฟังปัญหาครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อมของประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง	96 (9.9)	562 (58.1)	304 (31.4)	4 (0.4)	1 (0.1)
2. การให้สุศึกษาหรือนำประชาชนตามสภาพปัญหาสุขภาพที่พบ	79 (8.2)	573 (59.3)	310 (32.1)	4 (0.4)	1 (0.1)
3. การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชน	82 (8.5)	483 (50.0)	372 (38.5)	25 (2.6)	5 (0.5)
4. การมีส่วนร่วมในการจัดทำโครงการ/แผนงานฯ ส่งเสริมและป้องกันโรคตามสภาพปัญหาสุขภาพของชุมชน	89 (9.2)	502 (51.9)	348 (36.0)	20 (2.1)	8 (0.8)
5. การทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค 3 อ. 2 ส. ตามกลุ่มวัย	137 (14.2)	522 (54.0)	290 (30.0)	16 (1.7)	2 (0.2)
6. การคิดค้นกลวิธี/กิจกรรมรูปแบบใหม่เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 3 อ. 2 ส. ได้	66 (6.8)	347 (35.9)	483 (50.0)	49 (5.1)	22 (2.3)
7. การมีส่วนร่วมความร่วมมือกับเครือข่ายบริการสาธารณสุข/ทีมหมอครอบครัวในการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยที่นอนที่บ้าน และการส่งต่อผู้ป่วย	131 (13.6)	535 (55.3)	265 (27.4)	26 (2.7)	10 (1.0)
8. การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือได้มากกว่าความคาดหวังของทีมหมอครอบครัว	73 (7.6)	399 (41.3)	450 (46.5)	36 (3.7)	9 (0.9)
9. การสื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ป่วย/ชุมชน กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและท้องถิ่น ในการให้บริการสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่	124 (12.8)	563 (58.2)	267 (27.6)	12 (1.2)	1 (0.1)
10. การสื่อสารข้อมูลระหว่างชุมชนท้องถิ่นกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้การให้คำปรึกษา ค้นหาโรค/ส่งต่อรวดเร็วขึ้น	120 (12.4)	545 (56.4)	287 (29.7)	13 (1.3)	2 (0.2)
11. การสำรวจ/รวบรวมข้อมูล ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ เพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดบริการสุขภาพ	171 (17.7)	539 (55.7)	249 (25.8)	6 (0.6)	2 (0.2)
12. การจัดทำข้อมูลผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ อย่างเป็นระบบร่วมกับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	140 (14.5)	548 (56.7)	264 (27.3)	9 (0.9)	6 (0.6)
13. การติดตาม รวบรวมผลการดำเนินงานที่ได้รับมอบหมาย ทำให้ทราบผลของการดำเนินกิจกรรมและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	107 (11.1)	512 (53.0)	324 (33.5)	21 (2.2)	3 (0.3)
14. การสรุปผล และรายงานผลการดำเนินงานให้ผู้อื่นรับทราบได้	92 (9.5)	502 (51.9)	340 (35.2)	29 (3.0)	4 (0.4)
15. การเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพ	198 (20.5)	486 (50.3)	270 (27.9)	10 (1.0)	3 (0.3)
16. การเป็นแกนนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องให้กับประชาชนในพื้นที่	104 (10.6)	454 (47.0)	355 (36.7)	16 (1.7)	38 (3.9)