



สกว.ฝ่ายวิจัยเพื่อท้องถิ่น
เลขที่รับ TRF/10.0380/59
วันที่รับ 4 - APR 2016
พ.ศ.

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัย การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชน
ภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท
บ้านท่าป่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี

ทีมวิจัย

คมสันต์ ธงชัยและคณะ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ฝ่ายวิจัยเพื่อท้องถิ่น

มีนาคม 2559

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัย การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชน
ภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท
บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี

ทีมวิจัย

อาจารย์คมสันต์ รัชชัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรอนงค์ บุรีเลิศ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม

อาจารย์ ดร.มณฑิชา รักศิลป์

อาจารย์สุมาพร ทองปรุง

อาจารย์ภัทรภร เจริญบุตร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

นางสุชาตามณี บุญจรัส

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก)

นางอุบลรัตน์ เสมอภาค

และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ฝ่ายวิจัยเพื่อท้องถิ่น

บอกเล่าเพื่อความเข้าใจร่วมกัน

งานวิจัยเพื่อท้องถิ่นเป็นกระบวนการที่ทำให้คนในชุมชนได้มาร่วมคิดทบทวนสถานการณ์ ตั้งคำถาม วางแผน หาข้อมูล ทดลองทำ วิเคราะห์ สรุปผลการทำงานและหาคำตอบเพื่อปรับปรุงการทำงานต่อไปกล่าวคือ งานวิจัยเพื่อท้องถิ่นเป็นเครื่องมือหนึ่งที่เน้นให้ “คน” ในชุมชนเข้ามาร่วมในกระบวนการวิจัย ตั้งแต่การเริ่มคิด การตั้งคำถาม การวางแผน การค้นหาคำตอบอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม โดยเน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง (Action research) อันทำให้ชุมชนได้เรียนรู้ สร้างผลงาน มีความเข้มแข็งในการแก้ปัญหาของตนเอง และหวังว่าจะสามารถใช้กระบวนการนี้ในการแก้ปัญหาอื่นๆในท้องถิ่นได้ โดยมีกระบวนการศึกษาเรียนรู้อย่างเป็นเหตุเป็นผล ดังนั้นจุดเน้นของงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นจึงอยู่ที่ “กระบวนการ” มากกว่า “ผลลัพธ์” เพื่อให้ชาวบ้านได้ประโยชน์จากงานวิจัยโดยตรงและให้งานวิจัยมีส่วนในการแก้ปัญหาของชาวบ้านรวมทั้งเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นจริงในชุมชนซึ่งต้องอาศัย “เวที” (การประชุม เสวนา พุดคุยถกเถียง) เป็นวิธีการเพื่อให้คนในชุมชน ทั้งชาวบ้าน ครู นักพัฒนา สมาชิกอบต. กรรมการสหกรณ์ ข้าราชการ นักวิชาการ หรือกลุ่มคนอื่นๆเข้ามาร่วมหารือใช้ “ปัญญา” ในกระบวนการวิจัย

ดร.สินธุ์ สโรบล ได้อธิบายไว้ว่า งานวิจัยเพื่อท้องถิ่น (Community-Based Research) เน้นให้ชาวบ้านซึ่งเป็นเจ้าของปัญหาเป็นผู้ลงมือทำงานวิจัยด้วยตัวเองโดยมีพี่เลี้ยง ผู้ประสานงาน และนักวิชาการเข้ามาร่วมกันทำงาน งานวิจัยประเภทนี้จึงมีลักษณะเป็นงานวิจัยแบบฐานรากที่มุ่งสร้างนักวิจัยในท้องถิ่น สร้างองค์ความรู้และสืบสานองค์ความรู้สู่คนรุ่นใหม่รวมทั้งเครือข่ายการทำงานในชุมชนท้องถิ่นเพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนคติในการทำงานทุกระดับ งานวิจัยเพื่อท้องถิ่นให้ความสำคัญกับการสร้างทีมงานวิจัยในพื้นที่และการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนของงานวิจัย ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวางแผนดำเนินการ การวิเคราะห์และทดลองปฏิบัติการรวมทั้งการสร้างทางเลือกใหม่ในการจัดการต่างๆ เพื่อนำไปปรับแก้ปัญหของชุมชนท้องถิ่น(สินธุ์ สโรบล 2548:5, 21-23)

“กระบวนการวิจัยเพื่อท้องถิ่น”เป็นการทำงานอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อตอบ “คำถาม”หรือ “ความสงสัย”บางอย่างของชุมชน ดังนั้นสิ่งสำคัญก็คือประเด็น “คำถาม” ต้องคมชัด โดยมีการแยกแยะประเด็นว่า ข้อสงสัยอยู่ตรงไหน มีการหา “ข้อมูล” ก่อนทำ มีการวิเคราะห์ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล มีการ “วางแผน” การทำงานบนฐานข้อมูลที่มีอยู่ และในระหว่างการทำดำเนินการมีการ “บันทึก” และ “ทบทวน” ความก้าวหน้า “วิเคราะห์”ความสำเร็จและอุปสรรคอย่างสม่ำเสมอเพื่อ “ถอด”กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นออกมาอย่างชัดเจน จนในที่สุดสามารถ “สรุปบทเรียน” ตอบคำถามที่ตั้งไว้ อาจทำใหม่ให้ดีขึ้น ตลอดจนสามารถนำไปใช้เป็นบทเรียนสำหรับเรื่องอื่นๆ หรือพื้นที่อื่นๆต่อไป ซึ่งทั้งหมดกระทำโดย “ผู้ที่สงสัย”ซึ่งเป็นคนในท้องถิ่นนั่นเอง ดังนั้นกระบวนการวิจัยเพื่อท้องถิ่นจึงเป็นงานวิจัยอีกแบบหนึ่งที่ไม่ยึดติดกับระเบียบแบบแผนทางวิชาการมากนัก แต่เป็นการสร้างความรู้ในตัวคนท้องถิ่นโดยคนท้องถิ่น เพื่อคนท้องถิ่น โดยมุ่งแก้ปัญหาด้วยการทดลองทำจริง และมีการบันทึกวิเคราะห์อย่างเป็นระเบียบ

10 ปีที่ผ่านมาสกว.ฝ่ายวิจัยเพื่อท้องถิ่นได้ให้การสนับสนุนนักวิชาการให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นเพื่อเติมเต็มศักยภาพในส่วนที่ชุมชนมีปัญหาเช่นการประสานเชื่อมโยงองค์กรภายนอกให้เข้ามาหนุนเสริมการเขียนรายงานวิจัยฯลฯ และจากการทำงานในชุมชนท้องถิ่นยังพบว่าปัจจุบัน สภาพปัญหาในชุมชนมีความซับซ้อนมากขึ้น ทำให้ต้องอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญจากภายนอกเข้ามาร่วมด้วยช่วยกันในการแก้ปัญหาในขณะเดียวกันนักวิชาการทั้งที่อยู่ในหน่วยงาน องค์กรต่างๆรวมถึงสถาบันการศึกษาทุกระดับต่างให้ความสนใจเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของชุมชนท้องถิ่นมากขึ้นจึงทำให้เกิดส่วนผสมของการทำงานร่วมกันระหว่างคนนอกและคนในชุมชน

จากการสนับสนุนการทำงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ชาวบ้านหรือทีมวิจัยชุมชนส่วนใหญ่สามารถสะท้อนการดำเนินงานด้วยการบอกเล่าได้เป็นอย่างดีขณะที่นักวิชาการที่เข้ามาทำงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นร่วมกับชุมชนก็มาจากหลากหลายศาสตร์ สาขา ฉะนั้นชุดความรู้ ความเข้าใจและทักษะที่แตกต่างกัน จึงนำไปสู่ปัญหาเรื่องรูปแบบในการเขียน

รายงานวิจัย โดยเฉพาะงานวิจัยแบบนี้ที่ให้ความสำคัญกับการเขียนรายงานอย่างมีส่วนร่วม ได้สร้างความหนักใจให้แก่ทีมวิจัยทั้งสองส่วนเป็นอย่างยิ่ง

ดังนั้นด้วยความตระหนักถึงสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว สกว.ฝ่ายวิจัยเพื่อท้องถิ่นจึงได้ปรับรูปแบบการเขียนรายงานวิจัยให้มีความยืดหยุ่นและมีความง่ายต่อการนำเสนอผลงานออกมาในรูปแบบที่ทีมวิจัยถนัดโดยไม่ยึดติดในเรื่องของภาษาและรูปแบบที่เป็นวิชาการมากเกินไป ซึ่งเป้าหมายของรายงานวิจัยยังคงมุ่งเน้นการนำเสนอให้เห็นภาพของกระบวนการวิจัยมากกว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัย โดยกลไกสำคัญที่ช่วยให้ทีมวิจัยมีความสามารถเขียนรายงานที่นำเสนอกระบวนการวิจัยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น คือ ศูนย์ประสานงานวิจัย(Node) ในพื้นที่ซึ่งทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงโครงการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งจบการทำงานวิจัย ดังนั้น Node จึงรับรู้พัฒนาการของโครงการวิจัยและมีการทำงานร่วมกันระหว่าง Node และนักทีมวิจัยมาโดยตลอด นอกจากนี้ Node ยังมีบทบาทให้คำแนะนำในการวิเคราะห์เนื้อหากิจกรรมของโครงการ รวมทั้งร่วมถอดบทเรียนโครงการวิจัยเพื่อนำไปสู่การเขียนรายงานวิจัยที่มีคุณค่าในที่สุด

อย่างไรก็ตาม รายงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นอาจไม่สมบูรณ์แบบดังเช่นรายงานเชิงวิชาการโดยทั่วไป หากแต่ชุมชนได้ค้นหาทางออกของปัญหาด้วยตนเองและได้รับคำตอบจากการแก้ไขปัญหาาร่วมกันของทีมวิจัยชุมชน ทำให้มีเรื่องราวที่น่าสนใจต่างๆที่เกิดขึ้นจากกระบวนการวิจัยซึ่งท่านสามารถเข้าไปค้นหาศึกษาและเรียนรู้เพิ่มเติมได้จากพื้นที่ดำเนินการวิจัย

สกว.ฝ่ายวิจัยเพื่อท้องถิ่น

บทสรุปผู้บริหาร

โครงการวิจัย “การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี” โดยมี อาจารย์คมสันต์ ธงชัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีเป็นหัวหน้าโครงการวิจัยร่วมกับนางสุชาตามณี บุญจรัส ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก จากการทบทวนการทำงานของอสม.ได้ข้อสรุปร่วมกันว่าโครงสร้างชุมชนเปลี่ยนไปทำให้การดำเนินงานของ อสม.ในการเข้าถึงชุมชนยากขึ้น ส่งผลให้การทำงานยังไม่ครอบคลุมและผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้เพราะรูปแบบการทำงานของ อสม.มีความแตกต่างจากรูปแบบของการทำงานเดิมในขณะที่ยุคสมัยของชุมชนกลายเป็นเมืองมากขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่าชาวบ้านขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพของอสม. หรือการยอมรับในบทบาท อสม. น้อยลง เช่น เรียนน้อยหรือมีความรู้ต่ำกว่าผู้รับข้อมูลในขณะเดียวกัน อสม.ส่วนใหญ่ก็ไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ขาดความมั่นใจในการให้ข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพจึงไม่มีความมั่นใจในการให้ข้อมูลหรือให้บริการทางสุขภาพเบื้องต้นได้ โดยวัตถุประสงค์การศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์ด้านสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพพื้นฐานของชุมชนบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 เพื่อวิเคราะห์บทบาท กระบวนการทำงานและขีดความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพพื้นฐานในชุมชนบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 และหารูปแบบการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

โครงการนี้เป็นงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นและใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Participatory Research - CBPR) เป็นเครื่องมือ ใช้ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2557 ถึง พฤษภาคม 2558 ซึ่งมี อสม.นักวิจัยชุมชนจำนวน 55 คน เป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล เติมเต็มความรู้เพิ่มศักยภาพโดยการไปศึกษาดูงาน การฝึกอบรม ทดลองปฏิบัติการและหารูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อพัฒนาศักยภาพการทำงานให้กับ อสม.ในการปรับตัวเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านอนามัยชุมชนที่เหมาะสมกับพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เจาะลึก Indepth Interview เทคนิคการเล่าเรื่อง Story Telling การจัดแบบแผนการเกิดขึ้นของสถานการณ์ด้วย Time line การจัดเวทีและการเสวนากลุ่ม (Focusgroup) การเดินสำรวจเพื่อบันทึกและสังเกตการณ์และการใช้เครื่องมือข้อมูลชุมชนตามกระบวนการอนามัยชุมชน

ข้อมูลสำคัญที่รวบรวมได้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยข้อมูลปฐมภูมิโดยทีมวิจัยได้ร่วมกันเก็บข้อมูลขึ้นในด้านบริบทภูมิสังคม (ด้านกายภาพสิ่งแวดล้อม ด้านสังคมวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจ ด้านการเมือง) สถานการณ์ชุมชนที่เปลี่ยนไป และอิทธิพลจากสังคมนอกชุมชน ข้อมูลบริบทและสถานการณ์การปฏิบัติงานของ อสม.ที่ผ่านมา ขอบเขตหน้าที่ ขีดความสามารถในการทำงานของ อสม. โดยผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้นำชุมชน ผู้นำด้านสุขภาพของชุมชน ประชาชนชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ชาวบ้านดั้งเดิมของบ้านท่าบ่อและประชากรแฝงที่อยู่อาศัยในบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 และข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งทีมวิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า และเก็บรวบรวมจากแหล่งที่มาข้อมูลของชุมชนจากระบบฐานข้อมูลชุมชนบ้านท่าบ่อ หนังสือประวัติบ้านท่าบ่อ จากเทศบาลเมืองแจระแม และข้อมูลสถานการณ์สุขภาพและสาธารณสุขมูลฐานของชุมชนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีและการประมวลผลการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลเดิมที่เคยปฏิบัติและองค์ความรู้จากการศึกษารวบรวมเอกสาร การสังเกต การเสวนากลุ่ม และเวทีชุมชน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาจัดระบบและจัดทำรายงานโดยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

(Content Analysis) และวิธีการพรรณนาความ (Descriptive analysis) ด้วยหลักการวิเคราะห์แบบเปรียบเทียบ และการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลง ในกรณีข้อมูลจากแบบสอบถามด้านสมรรถนะการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (ความรู้ ทักษะและทัศนคติในการทำงาน) โดยใช้ตารางแจกแจงความถี่วิเคราะห์ด้วยจำนวนร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Means) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์บริบทชุมชน และสถานการณ์ด้านสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพพื้นฐานของชุมชน พบว่า ชุมชนบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 มีประชากรที่อาศัยอยู่ประกอบด้วยคนในพื้นที่ดั้งเดิมและคนต่างถิ่นโยกย้ายมาทำกินและศึกษาเล่าเรียน ส่วนใหญ่มีอาชีพที่หลากหลาย อาทิ รับราชการ รับจ้าง ค้าขาย แรงงานและการเกษตรกรรม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มข้าราชการและพนักงานราชการ กลุ่มที่ 2 กลุ่มคนในพื้นที่เดิมประกอบอาชีพค้าขาย รับจ้างและแรงงานภาคการเกษตรกรรม กลุ่มที่ 3 กลุ่มนักศึกษาและแรงงานภาคอุตสาหกรรม เช่น พนักงานห้างสรรพสินค้า ที่อยู่อาศัยในหอพักและห้องเช่า มีประชากรตามทะเบียนราษฎรจำนวน 3,038 คนจาก 783 หลังคาเรือน แยกเป็นชาย 1,625 คน และหญิง 1,413 คน

สภาพของชุมชนทั่วไปจัดเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท เพราะได้รับอิทธิพลจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็วทั้งสาเหตุจากการซื้อขายที่ดินให้กับคนภายนอกเข้ามาเข้ามาอยู่อาศัย แสวงหารายได้ในชุมชน เช่น การปลูกสร้างที่พักอาศัย อพาร์ทเมนต์และหอพักต่างๆจนทำให้เกิดประชากรแฝงเข้าไปอาศัยในชุมชนจำนวนมากขึ้นประชาชนดั้งเดิมจะมีรายได้จากการประกอบอาชีพรับจ้างทั้งภาคการเกษตรและภาคอุตสาหกรรม ส่วนน้อยจะเป็นข้าราชการและพนักงานราชการ ส่วนชุมชนดั้งเดิมที่มีกำลังทุนทรัพย์จะดำเนินกิจการหอพักและบางส่วนได้เปิดร้านค้าเพื่อจำหน่ายสินค้าและบริการต่างๆ เช่น ร้านเสริมสวย ร้านบริการคอมพิวเตอร์และเกมส์ออนไลน์ ร้านรับซ่อมรถจักรยานยนต์และกิจการอื่นๆ ที่ทำให้ประชาชนกลุ่มนี้มีรายได้เพิ่มขึ้นจากอาชีพเดิม ด้านประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชนยังคงมีการปฏิบัติตามประเพณีฮีตสิบสองคองสิบสี่ของไทย และส่วนใหญ่กลุ่มวัยผู้สูงอายุและข้าราชการเกษียณ เป็นหลักในการประสานงานและดำเนินงาน และยังมีปัญหาของวัยรุ่นหนุ่มสาวจะเข้าร่วมกิจกรรมทางวัดมีจำนวนน้อย

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของชุมชนบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 จากอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยเมื่อก่อนประมาณ 30 ปีที่ผ่านมา ชุมชนบ้านท่าบ่อมีสภาพเป็นที่ดินที่นาสำหรับการเกษตร พื้นที่บ้านแต่ละหลังจะมีพื้นที่สวนสำหรับเพาะปลูก ถนนในหมู่บ้านเป็นดินลูกรังเชื่อมต่อเส้นทางในหมู่บ้าน มีประชากรดั้งเดิมอาศัยอยู่ประมาณ 300 คน มีบ้านจำนวน 70 กว่าหลัง แต่ในช่วง 10 ปีนี้ พบว่า ชุมชนมีสภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไปค่อนข้างรวดเร็วสภาพจากชุมชนชนบทเป็นชุมชนกึ่งเมือง ทั้งสาเหตุจากการซื้อขายที่ดินให้กับคนภายนอกเข้ามาเข้ามาอยู่อาศัย แสวงหารายได้ในชุมชน จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพพื้นที่ดังกล่าวทำให้ชุมชนมีปัญหาทั้งด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ได้แก่ปัญหาด้านความสัมพันธ์ของผู้อยู่ที่ไม่สนิทสนมกันเหมือนในอดีต ปัญหาเยาวชนติดเหล้า บุหรี่และยาเสพติด ปัญหาขยะมูลฝอยน้ำทิ้งจากท่อระบายน้ำสาธารณะของชุมชนข้างเคียง ปัญหาสภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมจิตวิญญาณและการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคเรื้อรังและโรคติดต่อ

ข้อมูลด้านสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพพื้นฐานของชุมชน พบว่า บ้านท่าบ่ออยู่ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อเฉพาะหมู่ที่ 2 จำนวน 55คน แต่ละคนจะรับผิดชอบ 10-15 หลังคาเรือน ซึ่งจำนวนเกณฑ์สัดส่วนของ อสม.บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 นั้นอย่างน้อยจะต้องมีประมาณ 80 คนเพื่อที่จะเข้ามาดูแลสุขภาพพื้นฐานของชุมชนได้อย่างทั่วถึงได้ การเข้ารับบริการทางสาธารณสุขจะมีอยู่ 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่เป็นข้าราชการและพนักงานประจำที่มีเงินเดือน ส่วนใหญ่จะเข้าไปรับบริการที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลราชเวชและโรงพยาบาลใกล้เคียงชุมชน และหาซื้อยาจากร้านจำหน่ายที่อยู่ใกล้บ้าน ส่วนอีกกลุ่มเป็นคนชุมชนดั้งเดิมและประชากรแฝงโดยเฉพาะนักศึกษาและวัยแรงงานที่พักอาศัยตามหอพัก ซึ่งบางคนจะไปรับบริการ ณ รพ.สต.หนองแก โดยการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ

และมีบ้างที่ปรับบริการตามโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนตามกำลังทรัพย์ที่สามารถจ่ายค่ารักษาเองได้ ส่วนโรคในชุมชน พบว่าส่วนใหญ่คนในชุมชนจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ และโรคระบาดตามช่วงเวลา เช่น โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง ซึ่งจากสภาพบริบทสังคมเปลี่ยนไปทำให้การดำเนินงานควบคุมโรคยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เช่น ยังพบลูกน้ำยุงลายในพื้นที่เดิมๆที่เคยระบาดจากปีที่แล้ว ประกอบกับกระบวนการปฏิบัติงานของ อสม.ยังเป็นแบบเดิมๆ เช่น การเข้าเยี่ยมบ้านช่วงภาคกลางวัน การให้สุขศึกษาแบบการพูดคุยปะปะกับชุมชน ซึ่งพบว่า ปัจจุบัน ชุมชนนั้นรับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพจากสื่อต่างๆที่ค่อนข้างสะดวกขึ้น ทำให้โอกาสการรับข้อมูลจากการทำงานของ อสม.น้อยลง รวมถึงวิถีชีวิตการประกอบอาชีพของคนในชุมชนกับช่วงเวลาการทำงานของ อสม.ไม่ตรงกัน ก่อให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานส่งเสริมควบคุม และป้องกันสุขภาพ ทำให้การเกิดโรคต่างๆในชุมชนไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเต็มที่

ข้อมูลการวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ กระบวนการทำงานและขีดความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 45-54 ปี มีระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 43.0 มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 5,000-6,000 บาท ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส และส่วนใหญ่ร้อยละ 72.3 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานนั้นปฏิบัติงานเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปสาเหตุที่ทำให้ได้มาสมัครเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากเพื่อนบ้านที่เคยเป็นชักชวน รองลงมาคือสมาชิกในครอบครัวเคยเป็น อสม. ปัญหาการได้มาของ อสม.นั้น พบว่า สัดส่วนของ อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 นั้นน้อยกว่าเกณฑ์ที่ควรจะมีคือประมาณ 80 คนปัจจุบันมีเพียง 55 คน เนื่องจากสภาพชุมชนเปลี่ยนแปลงไป การทำงานค่อนข้างยากขึ้น จึงเป็นสาเหตุสำคัญของการได้มา อสม.ในชุมชน นอกจากนี้ยังมีหลายปัจจัย ทั้งรูปแบบโครงสร้างชุมชนเปลี่ยนไป ทำให้ช่วงเวลาการอยู่อาศัยของกลุ่มเป้าหมายมีความแตกต่างกันมากขึ้นส่งผลให้ อสม.ไม่สามารถเข้าถึงตัวชาวบ้านที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้ และ อสม.ยังใช้วิธีการและเทคนิคเดิมๆในการเข้าถึงตัวชาวบ้านเพื่อให้ข้อมูลข่าวสาร ประกอบกับแผนผังครัวเรือนที่รับผิดชอบของ อสม.เดิมนั้น พบว่า การทำงานรูปแบบเดิมของแต่ละคนจะรับผิดชอบตามคุ้มบ้านหรืออยู่ใกล้กับละแวกบ้านของ อสม.เป็นหลัก ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาขึ้นเป็นผลทำให้ อสม.คนนั้นต้องแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง กอปรกับสถานการณ์ที่คนในชุมชนมีอาชีพหลากหลายทั้งรับราชการ เอกชน แรงงานและเกษตรกร ทำให้เกิดสิทธิและช่องทางการเข้ารับบริการทางสุขภาพที่แตกต่างกัน บางครัวเรือนใช้บริการโรงพยาบาลใกล้เคียง บางครัวเรือนใช้บริการของ รพ.สต.ของพื้นที่ ทำให้การดำเนินงานของ อสม.ในการเข้าถึงชุมชนยากขึ้น

นอกจากนี้ปัญหาของตัวอสม. พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ขาดความมั่นใจในการให้ข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพขาดความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงาน บางคนเกิดทัศนคติไม่ดีต่อการทำงาน เพราะคิดว่างานที่ทำลำบากและได้รับค่าตอบแทนน้อย ซึ่งจากความคิดเห็นเกี่ยวกับผลจากการดำเนินงานด้านการให้บริการข้อมูลข่าวสารในชุมชนจากตัว อสม. สรุปได้ว่า ส่วนใหญ่ อสม.ต้องได้รับการพัฒนาหรืออบรมเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานกว่าเดิม การได้รับข้อมูลข่าวสารจะต้องถูกต้องมากกว่าเดิมและน่าเชื่อถือ และ ตัว อสม.ต้องได้รับการพัฒนาตนเองและทำให้เกิดการทำงานที่มีความสอดคล้องกับชุมชนด้วย ซึ่งการทำงานของ อสม.ในบทบาทงานสาธารณสุขมูลฐานที่ยังคงปรากฏการดำเนินงานอยู่ คือ อสม.ทำงานในระยะสั้นๆตามภาระงานที่ได้รับแจ้งหรือมอบหมายจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น การให้ความรู้หรือแจ้งข่าวสารแก่ชาวบ้าน การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน ข้อมูล อนามัย ข้อมูลการเจ็บป่วย การแจ้งนัดฉีดวัคซีน การแจ้งการเชิญชวนเข้าตรวจคัดกรองโรค และอื่นๆ ซึ่งในข้อจำกัดของชุมชนที่เปลี่ยนแปลงนี้ ชุมชนมีภาระรับผิดชอบต้องทำงาน ทำให้การเข้าถึงบ้านแต่ละหลังคาเรือนไม่มีช่วงเวลาที่ตรงกับช่วงทำงานของ อสม. และในขณะเดียวกัน เทคโนโลยีต่างๆที่ทันสมัยมากขึ้น ชุมชนสามารถเลือกสื่อบริโภคได้เอง ทำให้บทบาทการทำงานของ อสม.เล็กลงน้อยลง ประกอบกับ อสม.ไม่ได้ปรับทัศนคติการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ อสม.จะต้องได้รับการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานและสร้างความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการทำงานพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทมากขึ้น

ผลการดำเนินงานวิจัยร่วมกันในการหารูปแบบเพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงานให้กับ อสม. ซึ่งได้ใช้กระบวนการสร้างความเป็นเจ้าของโครงการวิจัยและหาทางออกของปัญหาโดยการให้อสม.เป็นผู้ดำเนินการร่วมทุกขั้นตอน และได้รูปแบบในการปฏิบัติงานที่เหมาะสมกว่าเดิม โดยให้ชื่อรูปแบบนี้ว่า TAMILine Model ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 5 อย่างคือ 1. Team coaching คือการทำงานเป็นทีม และใช้ระบบพี่เลี้ยง อสม.เก่า ดูแล อสม.ใหม่ 2. Area working คือการจัดเขตพื้นที่ทำงาน เป็น 6 โซนทำงานจาก 3 กลุ่มประชากรเพื่อทำกิจกรรมของ อสม. เช่น การเยี่ยมบ้าน การรณรงค์ควบคุมโรค 3. Meeting การประชุมทีม อสม.เป็นนิจ โดยประชุมกันทุกวันอาทิตย์แทนวันทำการ ณ ศูนย์ ศสมช.บ้านท่าบ่อ 4. Public Information คือการจัดการฐานข้อมูลประชาชนเพื่อเชื่อมโยงกิจกรรมการใช้สื่อสารมวลชนกับผังความรับผิดชอบแต่ละครัวเรือน และ 5. Line Connection คือการสื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม (Line) เพื่อสื่อสารข้อมูลสู่ทีมสมาชิก อสม.หมู่ 2 จากประธาน อสม. หรือข้อมูลจาก ผอ.รพ.สต.หนองแก ได้อย่างรวดเร็ว และลดความผิดพลาดในการถ่ายทอดข้อมูลได้มากขึ้นกว่าเดิม นอกจากนี้ ทีมวิจัยได้จัดตั้งศูนย์สารสนเทศชุมชน (ศสมช.) ท่าบ่อ เพื่อขับเคลื่อนงานสารสนเทศชุมชนของบ้านท่าบ่อ และใช้เป็นสถานที่สาธารณะประโยชน์ส่วนกลางเพื่อให้ ทีมสมาชิก อสม.บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 และชุมชนมาร่วมทำกิจกรรมอันเป็นประโยชน์ต่อชุมชนด้วย

ผลการประเมินรูปแบบการทำงานที่พัฒนาขึ้น พบว่า อสม.สามารถดำเนินการในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาบางอย่างได้ เช่น กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อเข้าถึงชุมชนของ อสม.ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายบางส่วนได้เนื่องจากความไม่เชื่อมั่นในตัว อสม.แต่เมื่อมีการทดลองใช้รูปแบบการทำงานระบบทีมและการแบ่งเขตรับผิดชอบตามลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า อสม.สามารถทำงานได้ง่ายขึ้นขณะเดียวกันก็ได้รับการยอมรับและความไว้วางใจ เชื่อมั่นในศักยภาพของ อสม.มากขึ้น รวมทั้ง อสม.ส่วนใหญ่ได้รับความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงาน และเมื่อใช้ระบบการทำงานเป็นทีมทำให้ตนเองเกิดความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น กล่าวคือทำให้ข้อมูลข่าวสารกับชุมชนมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงการยอมรับในศักยภาพของอสม.ที่ชัดเจนในระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย เช่นชุมชนขอรับบริการการเจาะเลือดวัดระดับน้ำตาล การวัดความดันโลหิตจากทีม อสม.มากขึ้น ซึ่งเดิม ชาวบ้านในชุมชนจะเลือกเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก

จากศักยภาพที่เพิ่มขึ้นและการทำงานเป็นทีมของอสม.ท่าบ่อหมู่ที่ 2 ทำให้หน่วยงานในพื้นที่เช่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแจะแม้ได้มอบหมายและประสานความร่วมมือให้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมที่สำคัญต่างๆ เช่นการเป็นตัวแทน อสม.ตำบลแจะแม้ในกิจกรรมรณรงค์ของพรท่านผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานีในงานประเพณีสงกรานต์ การช่วยตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นของพนักงานกรมป่าไม้ การเป็นพี่เลี้ยงนักศึกษาในการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ในขณะเดียวกันกิจกรรมต่างๆที่มีอยู่ในหมู่บ้านหนองบ่อ ทีม อสม.ก็ได้เข้ามามีบทบาทในกิจกรรมต่างๆทั้งในรูปแบบของคณะกรรมการจัดงานและการรับผิดชอบในการกิจของชุมชนจากเดิมนั้น ประธานและรองประธานเท่านั้นที่จะได้รับมอบหมายให้เข้าร่วมกิจกรรม แต่เมื่อมีกระบวนการวิจัยเพื่อท้องถิ่นเข้ามาเพิ่มศักยภาพการทำงานให้กับ อสม. ทำให้ อสม.ท่านอื่นๆจากที่ไม่เคยอาสาเข้าร่วมงานกลับเข้าร่วมอาสาทำงานมากขึ้น ซึ่งจะเห็นว่า รูปแบบการพัฒนา อสม.ในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านอนามัยชุมชนที่ได้ทดลองใช้นี้ สามารถเพิ่มทักษะและศักยภาพในการทำงานให้กับ อสม.ได้มากขึ้น และชุมชนอื่นๆสามารถนำไปเป็นแนวปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหาด้านประสิทธิภาพและศักยภาพการทำงาน ของ อสม.ในบริบทของชุมชนที่เปลี่ยนแปลงในลักษณะจากชนบทสู่สังคมเมืองได้

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ สำเร็จลุล่วงได้ดีด้วยความอนุเคราะห์จากบุคลากรหลายฝ่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขอขอบพระคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ร่วมกับมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ 2557 อีกทั้งด้วยความกรุณาของผู้ประสานงานการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กาญจนา ทองทั่วและทีมงานจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ฝ่ายวิจัยเพื่อท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างยิ่งที่ได้ให้คำปรึกษา ช่วยแก้ไขปัญหาในการดำเนินงาน และประสานงานกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพแก่นักวิจัยชุมชนและทีมนักวิชาการ ในการดำเนินงานวิจัยเรื่อง “การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี” เป็นอย่างดีในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คุณสุชาตามณี บุญจรัส ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก และสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ที่ได้เสียสละเวลาและอุทิศตนร่วมทำการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณคุณพ่อปรีชา พรพรม กำนันตำบลแจระแม และทีมคณะกรรมการประจำหมู่บ้านท่าบ่อทุกท่าน ที่ให้การต้อนรับคณะทีมวิจัยและให้ความร่วมมือในการร่วมดำเนินงานวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณทีมนักวิชาการจากฝ่ายวิจัยเพื่อท้องถิ่น จังหวัดมหาสารคาม ในการอนุเคราะห์และประสานงานสถานที่ศึกษาดูงานชุมชนสามัคคี จังหวัดมหาสารคาม เพื่อเป็นชุมชนต้นแบบในการศึกษาเสริมประสบการณ์ให้กับทีมนักวิจัยชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ ที่ให้ความอนุเคราะห์บุคลากรและประสานงานชุมชนบ้านเหล่าข้าว เป็นสถานที่ศึกษาดูงานต้นแบบการปฏิบัติงาน อสม.ดีเด่น

คณะทีมวิจัย ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี คณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ ในการสนับสนุนให้ทีมวิจัยได้ดำเนินงานวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ตลอดจนนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ที่ช่วยจัดกิจกรรมในชุมชนและการนำเสนอผลงานวิจัยของทีมนักวิจัยชุมชน และชาวบ้านท่าบ่อทุกคนที่ได้ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในทุกแง่มุม ที่ได้สร้างโอกาสและกระบวนการเรียนรู้การวิจัยเพื่อท้องถิ่นในครั้งนี้

ชื่อเรื่อง : การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม
อนามัยชุมชนภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม
อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อคณะผู้ทำวิจัย : อาจารย์คมสันต์ ธงชัย, นางสุชาตามณี บุญจรัส และคณะ

ปีที่ทำวิจัย : 2557

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเพื่อท้องถิ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทชุมชนและสถานการณ์สาธารณสุขพื้นฐาน เพื่อวิเคราะห์บทบาท ศักยภาพและขีดความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพื่อหารูปแบบการปรับตัวในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านอนามัยชุมชนในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Participatory Research – CBPR) ใช้ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2557 ถึง พฤษภาคม 2558 โดยทีม อสม.นักวิจัยชุมชนจำนวน 55 คน เป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล เติมเต็มความรู้เพิ่มศักยภาพโดยการไปศึกษาดูงาน ทดลองปฏิบัติการและหารูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อพัฒนา ศักยภาพการทำงานให้กับ อสม.ในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านอนามัยชุมชนที่เหมาะสมกับพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (Indepth Interview) เทคนิคการเล่าเรื่อง (Story Telling) การจัดเวทีและการเสวนากลุ่ม (Focus group) แบบสำรวจเพื่อสังเกตการณ์ และการใช้เครื่องมืออนามัยชุมชน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำจัดระบบและจัดทำรายงานโดยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และวิธีการพรรณนาความ (Descriptive analysis) ด้วยหลักการวิเคราะห์แบบเปรียบเทียบ และการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลง

ผลการศึกษา พบว่า ชุมชนบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 มีประชากรที่อาศัยอยู่ประกอบด้วยคนในพื้นที่ดั้งเดิมและคนต่างถิ่น ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มข้าราชการและพนักงานราชการ กลุ่มคนดั้งเดิมอาชีพรับจ้างและแรงงานภาคการเกษตรกรรม และกลุ่มนักศึกษาและแรงงานภาคอุตสาหกรรมที่อาศัยอยู่ตามหอพัก สภาพชุมชนทั่วไปจัดเป็นชุมชนกิ่งเมืองกิ่งชนบท เพราะได้รับอิทธิพลจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว วิถีชีวิตของคนในชุมชนกับช่วงเวลาการทำงานของ อสม.ไม่ตรงกัน ทำให้ อสม.ไม่สามารถเข้าถึงชุมชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้ ประกอบกับ อสม.ยังคงทำงานตามแบบเดิมๆ ขณะที่ชุมชนมีการรับข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่างๆ สะดวกขึ้น ทำให้โอกาสการรับข้อมูลจากการทำงาน อสม.น้อยลง รวมถึง อสม.ขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานและมีทัศนคติไม่ดีต่อการทำงานในชุมชน ส่งผลให้กระบวนการดำเนินงานของ อสม.ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ก่อให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชน ทำให้เกิดโรคต่างๆ ในชุมชนไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเต็มที่ การวิจัยได้พัฒนาเป็นรูปแบบ TAMILine Model เพื่อเพิ่มศักยภาพแก่ อสม.ในการทำงานพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท ประกอบด้วย 1. Team coaching คือการทำงานเป็นทีม และใช้ระบบพี่เลี้ยง อสม.เก่า ดูแล อสม.ใหม่ 2. Area working คือการจัดเขตพื้นที่ทำงานเป็น 6 โซนจาก 3 กลุ่มประชากรในชุมชน เพื่อทำกิจกรรมของ อสม. เช่น การเยี่ยมบ้าน การรณรงค์ควบคุมโรค 3. Meeting การประชุมทีม อสม.เป็นนิจ โดยประชุมกันทุกวันอาทิตย์แทนวันทำการ ณ ศูนย์ ศสมช.บ้านท่าบ่อ 4. Public Information คือการจัดการฐานข้อมูลประชาชน เพื่อเชื่อมโยงกิจกรรมการใช้สื่อสาธารณสุขกับผังความรับผิดชอบแต่ละครัวเรือน และ 5. Line Connection คือการสื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม (Line) และดำเนินการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนบ้านท่าบ่อเพื่อใช้ประโยชน์ด้านงานสาธารณสุขชุมชนของหมู่บ้าน ซึ่งรูปแบบที่กล่าวมานี้สามารถพัฒนาศักยภาพแก่ อสม.ได้ดีขึ้น และทำให้ อสม.มีความมั่นใจในตัวเอง ยอมรับและถือเป็นส่วนสำคัญของการปฏิบัติงานในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทด้วย

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, รูปแบบการปรับตัวในการทำงาน, พื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท

Title: Adaptation of Village Health Volunteers to a changing health community under semi-urbanize area in Baan Thabo, Chaeramae District, Ubon Ratchathani province.

Researcher: Mr.Comsun Thongchai, Mrs.Suchadamanee BoonJarat, et al.

Years: 2557

ABSTRACT

The purpose of this community research were: firstly, to study the changing for Community base and Community Health; secondly, to study the performance on basic public health role of the village public health volunteers; and thirdly, fine the adaptation model for performance to changing health community under semi-urbanize area in Baan Thabo, Chaeramae District, Ubon Ratchathani province. Used the Community Based Participatory Research (CBPR) and were study since on February, 2557 to May, 2558. The sample consisted of 55 village public health volunteers by collected and analyzed data base, learning by study visited, training participated and developed the adaptation model for performance to changing health community under semi-urbanize area. The instrument used was questionnaires, Indepth Interviews, Story Telling, Focus Group Discussion and meeting processed, Observers and application community processed. The analysis used was Content analysis and Descriptive analysis by Compared analysis and changing analysis. The questionnaires were used as a research instrument Frequency, percentage, mean, and standard deviation were used for data analysis.

The results indicated that, the basic community data of popular about three groups were lived in Baan Thabo was group 1-government officer, Group 2-Vendor and Common populace and group 3-Student and the people live in dormitory. The general conditions were semi-urban, semi-rural community because there get Influence the economy and society in latterly. The performance of the village public health volunteers, were the majority of the villagers who were loss self-confidence. The people in the community were distrust by the Village health volunteers given health information data. The Village health volunteers had low-participate in Health promotion worked. Found that people in the community were faced with chronic diseases caused from their health behavior and Lifestyle and they needed information from many channels: Mailbox, Line, Health brochure. This study were taken and development for the adaptation performance model in basic public health, there called were the TAMILLine model for using and applied on community health performances of VHV in Baan Thabo. By 5 factor were Team Coaching, Area working, Meeting on Sunday, Public Information and Line Connection. The lastly there make the basic public health center in the local. This study concluded that used the model, a best practice Village health volunteers guideline, to reinforce the confidence in themselves, the participation of village health volunteer, promote health, and consultants for primary health care in local.

Key Words : Village Health Volunteers, Adaptation performance model, Semi-urban.

สารบัญ

	หน้า
บอกเล่าเพื่อความเข้าใจร่วมกัน	
บทสรุปผู้บริหาร	ก
กิตติกรรมประกาศ	จ
บทคัดย่อภาษาไทย	ฅ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ซ
สารบัญ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. คำถามการวิจัย	3
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 ทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
1. แนวคิดและทฤษฎีกระบวนการอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน	6
2. แนวคิดและทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมชนบทสู่สังคมกึ่งเมือง	9
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้นำการเปลี่ยนแปลง	16
4. แนวคิดและหลักการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน	19
5. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	25
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	27
7. กรอบแนวคิดของการวิจัย	31
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงานวิจัย	33
1. ขอบเขตของการศึกษา	33
2. กลุ่มเป้าหมาย	33
3. แหล่งข้อมูล	33
4. เครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล	34
5. กระบวนการทำวิจัย	34
6. วิธีการดำเนินงานวิจัย	38
7. การตรวจสอบข้อมูล	41
8. การวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล	42
บทที่ 4 ผลการศึกษาวิจัย	44
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	78
1. สรุปผลการวิจัย	78
2. อภิปรายผลการวิจัย	81
3. ปัญหาการดำเนินงานวิจัยและการแก้ปัญหา	84
4. บทเรียนที่ได้จากการวิจัยและการเรียนรู้ของนักวิจัย	85
5. ข้อเสนอแนะ	86

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เอกสารอ้างอิง	88
ภาคผนวก ก ภาพประกอบกิจกรรม	91
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย	119
ภาคผนวก ค ประวัตินักวิจัย	126

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนประชากรปี พ.ศ. 2557 ของชุมชนบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีแยกตามเพศ กลุ่มอายุ เฉพาะเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	45
ตารางที่ 4.2 แสดงปฏิทินประเพณีและวัฒนธรรมชุมชนบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2	49
ตารางที่ 4.3 แสดงอัตราเกิด อัตราตาย และอัตราเพิ่มประชากรของตำบลแจระแม ปี 2555-2557	50
ตารางที่ 4.4 แสดงอัตราเกิด อัตราตาย และอัตราเพิ่มประชากรของบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ปี 2555 -2557	51
ตารางที่ 4.5 แสดงอัตราป่วยด้วยโรค 10 อันดับแรกของตำบลแจระแม ปี 2555-2557	51
ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 10 อันดับปี 2555 - 2557	52
ตารางที่ 4.7 ร้อยละของความคิดเห็นของชุมชนต่อการได้รับข่าวสารทางสุขภาพจาก อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2	61
ตารางที่ 4.8 ร้อยละของความคิดเห็นของชุมชนต่อประสิทธิภาพในการทำงานด้านการเป็นอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขียวชาญ	62
ตารางที่ 4.9 ร้อยละของความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพในการทำงานด้านการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านเขียวชาญของ อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2	63
ตารางที่ 4.10 ร้อยละของทัศนคติต่อการทำงานของ อสม.ในพื้นที่บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2	64

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	32
ภาพที่ 1.2 ที่ตั้งบ้านเรือนของชุมชนบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัด อุบลราชธานี	46

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสาธารณสุขมูลฐานได้รับการผลักดันและบรรจุให้เป็นนโยบายและแผนสาธารณสุขแห่งชาติในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 4 จนถึงฉบับที่ 10 โดยมีหลักการสำคัญของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนให้ประชาชนในหมู่บ้านเป็นเจ้าของและเข้ามาร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุขทั้งด้านกำลังคน กำลังเงินและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆภายใต้แนวคิดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นให้ชุมชนเข้มแข็งและมีภูมิคุ้มกันตามวิถีแบบพอเพียง (สม นาสะอ้าน, 2553) และในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) ซึ่งประเทศไทยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ทางเศรษฐกิจทั้งภายในและภายนอกประเทศส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนอย่างกว้างขวางในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 จึงได้ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชนและสังคมทุกภาคส่วนเพื่อนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมอันนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชนในประเทศ

ดังนั้น จึงพบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานมีได้หลายรูปแบบ เช่น การสำรวจและใช้ผลการสำรวจความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) การจัดตั้งกองทุนหมุนเวียนในหมู่บ้านเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุข การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) การคัดเลือกและฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) หรือเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยของเพื่อนบ้านในชุมชนได้ นอกจากนี้ยังมีการนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้ในการงานสาธารณสุขมูลฐานด้วย ซึ่งเป็นเทคนิควิธีที่ง่าย ไม่ซับซ้อน เหมาะสมกับแต่ละสภาพท้องถิ่นและประชาชนสามารถปฏิบัติได้ เทคนิควิธีการนี้หมายรวมถึงตัววิธีการค้นหาปัญหา ขบวนการแก้ไขปัญห จนถึงกระบวนการนำเทคนิคไปใช้ในการแก้ไขปัญหโดยชุมชนเอง อาจเป็นภูมิความรู้ดั้งเดิมในชุมชนที่มีการถ่ายทอดในการแก้ไขปัญหสาธารณสุขของตนเองมาเป็นเวลาช้านาน หรืออาจเป็นภูมิความรู้ใหม่ๆที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่าเหมาะสมกับชุมชนในการแก้ปัญหานั้นๆ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เป็นสิ่งที่ผู้รับผิดชอบทางด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญอย่างยิ่ง โดยมุ่งเน้นที่จะพัฒนาศักยภาพของบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกของสังคมให้เป็นผู้ที่มีขีดความสามารถและมีคุณภาพจนเกิดผลต่อการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถือว่าเป็นผู้ มีบทบาทสำคัญในการสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของประชาชนตามหมู่บ้านทั่วประเทศ(กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2549) และปัจจุบันได้มีพัฒนาการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน (อสม.นักจัดการสุขภาพชุมชน) กล่าวคือ อสม.ที่จะเป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพและเป็นผู้ร่วมดำเนินการ ส่งการ ควบคุมกำกับ ให้คำชี้แนะ ในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนนำไปสู่การพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนที่พึ่งตนเองได้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556) จำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานเพื่อสามารถดูแลและเสริมสร้างสุขภาพในเบื้องต้นสำหรับประชาชนในท้องถิ่นได้ซึ่งจะทำให้เกิดหมู่บ้านที่มีการจัดการด้านสุขภาพ อันส่งผลให้ชุมชนหมู่บ้านเข้มแข็งซึ่งจะเป็นฐานนำไปสู่เมืองไทยแข็งแรงตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2560 (กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

ดังนั้น ผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการผลักดันให้เกิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพก็คืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)ซึ่งมีทุกพื้นที่และทำงานภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในประเทศไทย (นิตตะวุฒิ ภิรมย์ไทยและคณะ, 2549) โดยเป็นแกนนำหลักในการพัฒนาด้านสุขภาพและวิเคราะห์ถึงปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนาของหมู่บ้าน มีบทบาทและทักษะในการจัดหาเทคโนโลยีและนวัตกรรมการจัดการ

สุขภาพที่เหมาะสมซึ่งมีความสำคัญต่อการดำเนินงานในหมู่บ้าน เป็นองค์กรผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

จังหวัดอุบลราชธานี มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมด 34,939 คนจาก 2,699 หมู่บ้าน/ชุมชน(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2556) ที่ผ่านมาพบว่ามีการดำเนินงานด้านการพัฒนาศักยภาพแก่ อสม.จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปี 2556ตามพันธกิจนโยบาย ชุมชนจัดการสุขภาพเข้มแข็ง เมืองไทยแข็งแรงโดยได้มีการดำเนินงานอบรมแก่ อสม.เชี่ยวชาญการจัดการสุขภาพในภาวะวิกฤตอบรม อสม.เชี่ยวชาญหลักประกันสุขภาพอบรม อสม.เชี่ยวชาญการจัดการสุขภาพครอบครัว และอบรม อสม.เชี่ยวชาญอนามัยแม่และเด็ก โดยได้มีการจัดหลักสูตรอบรม อสม.เชี่ยวชาญ ให้กับ อสม. ทั้ง34,939 คน และหลักสูตร อสม.นักจัดการสุขภาพจำนวน 1,400 คน นอกจากนี้ยังได้ดำเนินนโยบายหมู่บ้านจัดการสุขภาพปี 2556 โดยทำทุกหมู่บ้าน (ยุทธศาสตร์ สสจ.อบ.ปี 56-59) และนโยบายตำบลจัดการสุขภาพที่กำหนดให้มีตำบลจัดการสุขภาพร้อยละ50 โดยให้มีตำบลจัดการสุขภาพปี 2556 อำเภอละ 2 ตำบล

สำหรับพื้นที่ตำบลแจระแม้นั้นการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีโดยมีจำนวนทั้งหมด 295 คน ดูแลรับผิดชอบประจำหมู่1 หมู่2 หมู่3 หมู่4 หมู่5 และหมู่9จากการประชุมร่วมกันของผู้นำชุมชน อสม.และหน่วยงานรพ.สต.ด้านการปฏิบัติงานการจัดการสุขภาพชุมชนประจำปี 2556 พบว่าการทำงานยังไม่ครอบคลุมและผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้เนื่องจากรูปแบบโครงสร้างชุมชนเปลี่ยนไปจากชุมชนชนบทกลายเป็นสภาพสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท เพราะได้รับอิทธิพลจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็วทั้งสาเหตุจากการซื้อขายที่ดินให้กับคนภายนอกเข้ามาเข้ามาอยู่อาศัย แสวงหารายได้ในชุมชน เช่น การปลูกสร้างที่พักอาศัย อพาทเมนต์และหอพักต่างๆทำให้เกิดประชากรแฝงเข้าไปอาศัยในชุมชนจำนวนมากขึ้น ขณะที่ชุมชนดั้งเดิมมีจำนวนน้อยลงเพราะขายที่ดินและอพยพไปอยู่ที่อื่นดังคำบอกเล่าของกำนันปรีชา พรพรม ที่กล่าวว่า “เมื่อก่อนประมาณ 30 ปี พื้นที่หมู่บ้านแฉะนี้เป็นทุ่งนา มีป่าไม้รกรงรัง ในฤดูฝนมีน้ำท่วมขังเนื่องจากมีแม่น้ำมูลและลำมูลน้อยไหลผ่าน แต่เมื่อ10 ปีที่ผ่านมาพบว่า หมู่บ้านได้รับอิทธิพลจากการขยายตัวเมืองมีการปลูกสร้างบนที่ดินเหล่านี้ เกิดร้านค้า หน่วยงานต่างๆ รวมทั้งที่พักอาศัยเช่น หอพัก ตึกแถว เกิดขึ้นมากมายทำให้ประชาชนในชุมชนดั้งเดิมมีสภาพความเป็นอยู่เปลี่ยนไปซึ่งได้รับทั้งผลประโยชน์และโทษจากปัญหาดังกล่าวด้วย”

จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพพื้นที่ดังกล่าวทำให้ชุมชนมีปัญหาด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ได้แก่ปัญหาด้านความสัมพันธ์ของผู้คนที่ไม่สนิทสนมกันเหมือนในอดีต ปัญหาเยาวชนติดเหล้า บุหรี่และยาเสพติด ปัญหาขยะมูลฝอยน้ำทิ้งจากท่อระบายน้ำสาธารณะของชุมชนข้างเคียง ปัญหาภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมจิตวิญญาณและการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคไร้เชื้อและโรคติดต่อ ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นภาวะวิกฤติที่ชุมชนต้องการแก้ไขโดยเฉพาะชุมชนบ้านท่าบ่อหมู่ 2 ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่มีเขตติดต่อกับตัวเมืองและได้รับผลกระทบจากปัญหาการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นอย่างมากขณะที่การดำเนินงานของ อสม.หมู่ 2 ในการจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานของชุมชนยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรเพราะรูปแบบการทำงานของ อสม.เป็นลักษณะเดิม ซึ่งไม่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เป็นลักษณะชนบทท้องถิ่นจากคำบอกเล่าของพ่อธวัชชัย โสภามี ซึ่งเป็นประธานกรรมการหมู่บ้านเล่าว่า “ปัญหาทางสุขภาพของชาวบ้าน ยังประสบปัญหาจากโรคไข้เลือดออก โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และมีสถิติที่สูงกว่าชุมชนในระแวกใกล้เคียงเป็นผลมาจากการทำงานของ อสม.ที่ไม่สามารถเข้าถึงชุมชนได้เพราะคนในชุมชนปัจจุบันมีความหลากหลาย มีอาชีพที่แตกต่างกันมากขึ้น สภาพความเป็นอยู่ต่างกัันมีวิถีชีวิตทันสมัยขึ้นและการทำงานของ อสม.เองยังใช้เทคนิคเดิมๆในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาก็ไม่สามารถเข้าถึงชุมชนได้ ขณะเดียวกัน ตัว อสม.ยังไม่มั่นใจในการทำงานของตน คิดว่าตนมีความรู้ไม่เข้าใจขั้นตอนการทำงานและการประสานงานระหว่างกลุ่มน้อยมาก จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การจัดการสุขภาพหมู่บ้านไม่ดีเท่าที่ควรจะเป็น”

ในขณะเดียวกัน จากการทบทวนการทำงานของอสม.ได้ข้อสรุปร่วมกันว่าแม้ปัญหาสุขภาพของชุมชนยังไม่ลดลงอันเนื่องมาจากหลายปัจจัยแต่ส่วนหนึ่งนั้นมาจากการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ที่ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ เพราะรูปแบบโครงสร้างชุมชนเปลี่ยนไปทำให้ช่วงเวลาการอยู่อาศัยของกลุ่มเป้าหมายมีความแตกต่างกันมากขึ้น ส่งผลให้ อสม.ไม่สามารถเข้าถึงตัวชาวบ้านที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้ และอสม.ก็ยังใช้วิธีการและเทคนิคเดิมๆในการเข้าถึงตัวชาวบ้านเพื่อให้ข้อมูลข่าวสาร กอปรกับสภาพการณ์ที่คนในชุมชนมีอาชีพหลากหลายทั้งรับราชการ เอกชน แรงงานและเกษตรกร ทำให้เกิดสิทธิและช่องทางการเข้ารับบริการทางสุขภาพที่แตกต่างกัน บางครัวเรือนใช้บริการโรงพยาบาลใกล้เคียง บางครัวเรือนใช้บริการของ รพ.สต.ของพื้นที่ ทำให้การดำเนินงานของ อสม.ในการเข้าถึงชุมชน ยากขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่าชาวบ้านขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพของ อสม.หรือการยอมรับในบทบาท อสม. น้อยลง เช่น เรียนน้อยหรือมีความรู้น้อยกว่าผู้รับข้อมูล ผู้รับข้อมูลจึงเกิดทัศนคติไม่ยอมรับในตัว อสม. จึงไม่ให้ความสำคัญและไม่ให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆที่ อสม.จัดให้โดยบางครั้งก็อ้างเหตุผลว่าข้อมูลที่ได้รับนั้นมีประโยชน์แต่ไม่มีเวลาจึงไม่สามารถปฏิบัติตามที่แนะนำได้

นอกจากนี้จากการสนทนากลุ่มกับ อสม. พบว่าส่วนใหญ่ยังไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองขาดความมั่นใจ ในการให้ข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพ เพราะรู้สึกว่าการเรียนมาน้อยจึงไม่มีความมั่นใจในการให้ข้อมูล หรือให้บริการทางสุขภาพเบื้องต้นได้ อสม.จำเนื้อหาไม่ได้และขาดเทคนิคในการพูด การสื่อสารเพื่อถ่ายทอดเนื้อหา ขาดความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงาน บางคนเกิดทัศนคติไม่ดีต่อการทำงานเพราะคิดว่างานที่ได้รับค่าตอบแทนน้อย ขณะเดียวกันพบว่าการสมัครมาเป็น อสม.มีด้วยกันหลายแบบ อาทิเช่น ไม่มีคนมาสมัคร ตนเองจึงต้องเสียสละมาเป็น อสม.ให้ บางคนก็มาเป็น อสม.เพราะมีความเกรงใจผู้นำชุมชนขณะที่บางคนก็มาเป็น อสม.เพราะจะลงสมัครเลือกตั้งต่างๆ ซึ่งก็มีอยู่บ้างที่เป็นพวกพ้องของผู้นำชุมชนในช่วงที่มีการเลือกตั้งเป็นต้น สำหรับปัญหาด้านการทำงาน เป็นที่พบว่ามี การประสานงานของอสม.ในการร่วมกิจกรรมต่างๆน้อย อสม.มีช่วงเวลาไม่ตรงกัน อสม.มี กระบวนการทำงานแบบเดิมๆและบางคนก็ผลัดภาระให้เพื่อนเพราะมีความคิดว่าเพื่อนจะช่วยทำงานแทนทุกครั้งที่ ตนไม่สะดวกซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้ถือเป็นสาเหตุที่กระทบต่องานสาธารณสุขมูลฐานของชุมชนและส่งผลต่อประสิทธิภาพ การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2

จากเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ทีมวิจัยทั้งหมดเกิดความสนใจที่จะศึกษาถึงการปรับตัวของอาสาสมัคร สาธารณสุขปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน การได้รับความร่วมมือ ทัศนคติและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน สถานการณ์ชุมชนที่เปลี่ยนไปจากเดิมเพื่อให้ได้ข้อมูลนำมากำหนดบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน การเปลี่ยนด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท ตำบลแจระแม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานีที่ เหมาะสมภายใต้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพสังคมและสภาพแวดล้อมและเพื่อให้มีความสามารถในการปฏิบัติงาน ด้านการสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพสูงสุดสร้างความร่วมมือและเกิดกระบวนการเรียนรู้ ร่วมกันในการทำงานร่วมกันของ อสม.ให้มีประสิทธิภาพการทำงานดียิ่งขึ้น อีกทั้งยังสามารถนำข้อมูลที่ได้มากำหนด เป็นแนวทางของรูปแบบวิถีใหม่ของบทบาท อสม. ให้มีขีดสมรรถนะเพียงพอต่อการจัดบริการและดูแลส่งเสริม สุขภาพประชาชนตามสถานการณ์ชุมชนที่เปลี่ยนไปของชุมชนอื่นต่อไป

คำถามการวิจัย

คำถามวิจัยหลัก

รูปแบบการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้าน พฤติกรรมอนามัยชุมชนภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี ควรเป็นอย่างไร

คำถามวิจัยย่อย

1. ในอดีต ชุมชนมีองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพอย่างไร
2. ปัจจุบันชุมชนมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอะไร และมีวิธีการดูแลสุขภาพอย่างไร
3. สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงจากเดิมของชุมชนชนบทเป็นสังคมเมือง ส่งผลให้กระบวนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนเป็นอย่างไร
4. การดูแลสุขภาพพื้นฐานของชุมชนตามสถานการณ์ชุมชนที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทเป็นอย่างไร
5. รูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนตามสถานการณ์ชุมชนที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทเป็นอย่างไร
6. บทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์ด้านสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพพื้นฐานของชุมชนบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงของชุมชนและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของชุมชนตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน
3. เพื่อวิเคราะห์บทบาท กระบวนการทำงานและขีดความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพพื้นฐานในชุมชนบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2
4. เพื่อหารูปแบบการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

พื้นที่ศึกษา

บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ระยะเวลาวิจัย

ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2557 ถึง 28 พฤษภาคม 2558

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผลเชิงวิจัย

1. ได้ข้อมูลบทบาท บริบท สถานการณ์ด้านสาธารณสุขของชุมชนและกระบวนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชน
2. ได้รูปแบบการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท
3. ได้องค์ความรู้ในการสร้างการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนในสถานการณ์ชุมชนที่เปลี่ยนไปของพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท

ผลเชิงพัฒนา

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานของตนเองให้มีประสิทธิภาพด้วยกระบวนการอย่างมีส่วนร่วม

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีภาวะของการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการพัฒนาอนามัยชุมชนในสถานการณ์ชุมชนที่เปลี่ยนไปของพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน ได้เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาอนามัยชุมชนอันนำไปสู่หมู่บ้านจัดการสุขภาพ

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

- ชุมชน/หมู่บ้าน หมายถึง หมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
- ชุมชนกิ่งเมืองกิ่งชนบท หมายถึง สภาพของชุมชนบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 เดิมเป็นชุมชนชนบทดั้งเดิมที่ได้รับอิทธิพลการขยายตัวของสังคมเมืองและคนพื้นที่อื่นๆ เข้ามาอยู่อาศัยในพื้นที่มากขึ้น
- สมรรถนะการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง กิจกรรมการพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะการปฏิบัติ ทศนคติและขีดความสามารถในการทำงานแก่ อสม.บ้านท่าบ่อ ให้มีประสิทธิภาพการในการดูแลสุขภาพชุมชนในสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท
- การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบ้านท่าบ่อมีกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมในการวางแผนด้านสุขภาพ มีการจัดการงบประมาณ จัดกิจกรรมด้านสุขภาพ สรุปและประเมินผลการจัดการสุขภาพได้เอง
- การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชน หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติตนของประชาชนในชุมชนท่าบ่อในด้านพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมในทางที่ดีขึ้น
- การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบ้านท่าบ่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ กระบวนการและวิธีการทำงาน ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้มีความรู้และทักษะในการทำงานเชิงรุกและสามารถจัดการปัญหาด้านสุขภาพของชุมชนภายใต้สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของพื้นที่และสังคมแบบกิ่งเมืองกิ่งชนบท
- ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความเป็นผู้นำการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข และเป็นแบบอย่างที่ดีในการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพชุมชนภายใต้บริบทของสังคมแบบกิ่งเมืองกิ่งชนบท

บทที่ 2

ทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย ทีมวิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการมีส่วนร่วมในการหารูปแบบการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทสาระสำคัญดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีกระบวนการอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมชนบทสู่สังคมกิ่งเมือง
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้นำการเปลี่ยนแปลง
4. แนวคิดและหลักการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
5. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิดและทฤษฎีกระบวนการอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมนั้น นับเป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนซึ่งถือว่าการมีส่วนร่วมนับเป็นหัวใจหลักที่มีผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินกิจกรรมอย่างมีอาจปฏิเสธได้

โกวิท พวงงาม (2544) การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการของกลุ่มองค์กรชุมชนมีความร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมลงมือปฏิบัติ โดยมีความเข้าใจปัญหาของตนและตระหนักถึงสิทธิ์ของตนที่มีต่อสิ่งนั้น ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ด้วยการรับข้อมูลใหม่ที่ช่วยเพิ่มอำนาจ ความคิดและโอกาสได้ร่วมคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายในกิจกรรมเหล่านั้น

ซูวิทย์ พัทธ์พัชรพล (2544) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง การทำงานร่วมกัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความตั้งใจ โดยการทำงานดังกล่าวในช่วงเวลาและลำดับการที่ทรงประสิทธิภาพ คือ ถูกจังหวะและเหมาะสมกับทั้งกระทำการงานดังกล่าวด้วยความรู้สึกร่วมกันให้ประจักษ์ว่า เชื่อถือไว้วางใจ การมีส่วนร่วมเป็นหัวใจของการเสริมสร้างพลังการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม (Teamwork) ที่มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนา เพราะการมีส่วนร่วมทำให้ผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนร่วมเข้าใจสถานการณ์และอุทิศตนมากยิ่งขึ้นเพื่อการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนาต่างๆ

จิราภรณ์ ศรีคำ (2547) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคลที่มีความสนใจหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องเดียวกันเข้ามาร่วมกัน เพื่อปฏิบัติการกิจ ไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การดำเนินงาน การรับทราบผลการดำเนินงาน การติดตามประเมินผล หรือร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายตามที่ได้ตกลงกันไว้

บุญเลิศ จิตตั้งวัฒนา (2548) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การที่ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคนเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง ร่วมมือ ร่วมรับผิดชอบในกิจกรรมการพัฒนาที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ในขั้นตอนต่างๆ ของการดำเนินกิจกรรมนั้นๆ โดยมีกลุ่มหรือองค์กรรองรับบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมการพัฒนาภูมิปัญญา การรับรู้ สามารถคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจ เพื่อกำหนดการดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง

ทรงวุฒิ เรืองวาทะศิลป์ (2550) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทร่วมในกิจกรรมทุกประการตามกำลังความสามารถของสมาชิกไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจ การดำเนิน

กิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกัน นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางานในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

Arnstien (1969) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าไปมีส่วนร่วมโดยไม่มีบทบาทอะไรเลย ย่อมไม่ได้ผลการมีส่วนร่วมที่มีคุณภาพนั้น ผู้เข้าร่วมจะต้องรู้จักใช้อำนาจและสามารถควบคุมกิจกรรมนั้นได้จึงจะทำให้เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ

William Erwin (1976) การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง

Cohen & Uphoff (1981) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ผู้นำเปิดโอกาสให้ผู้ตามทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในการทำงานเท่าที่จะสามารถกระทำได้

Putti (1987) การมีส่วนร่วม หมายถึง พื้นฐานของกิจกรรมต่างๆ ที่จะส่งผลให้การบริหารจัดการมีลักษณะกว้าง ซึ่งเป็นทางหนึ่งที่จะทำให้การมีส่วนร่วมขยายไปสู่การปฏิบัติงานในระดับล่างขององค์กร

ดังนั้น สรุปความหมายของการมีส่วนร่วม จึงหมายถึง การที่บุคคลหรือคณะบุคคลเข้ามาช่วยเหลือ สนับสนุน ทำประโยชน์ในเรื่องต่างๆ หรือกิจกรรมต่างๆ เป็นกระบวนการดำเนินการ ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ เพื่อให้ภารกิจนั้นๆ บรรลุเป้าหมาย

การมีส่วนร่วมของประชาชน ถือเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของการพัฒนาชุมชน หลักการสำคัญหรือหัวใจของการมีส่วนร่วมของประชาชนคือ จะต้องให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผิดชอบในผลการพัฒนาที่จะเกิดขึ้น กล่าวคือ การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการอย่างหนึ่งในการพัฒนาชุมชนด้วย

โกวิทย์ พวงงาม (2542) กล่าวถึงทฤษฎีการมีส่วนร่วมพอสรุปได้ดังนี้

1.โครงการที่จัดทำขึ้นจะต้องแสดงให้กลุ่มเป้าหมายสนใจว่า จะสนองความต้องการของบุคคลอย่างแท้จริง

2.กลุ่มเป้าหมายนั้นต้องได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้มากที่สุด

3.การตัดสินใจต้องมาจากกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่และไม่ขัดแย้งต่อความเชื่อต่างๆในชุมชนนั้น

โคเฮนและนอร์แมน (John M. Cohen & Norman T. Uphoff, 1981) กล่าวถึงการมีส่วนร่วม โดยทั่วไปในขั้นตอนการวางแผนและตัดสินใจไม่ได้หมายความว่า จะเป็นการตัดสินใจและวางแผนได้เพียงอย่างเดียว ยังใช้การวางแผนและตัดสินใจควบคู่ไปกับขั้นตอนการปฏิบัติการด้วย การวางแผนและตัดสินใจยังเกี่ยวข้องกับประชาชนในเรื่องของการรับผลประโยชน์ และการตรวจสอบและประเมินผลในกิจการพัฒนาดังกล่าว จะเห็นว่าการวางแผนและตัดสินใจนั้นเกี่ยวข้องเกือบโดยตรงกับการปฏิบัติ และเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ และการตรวจสอบและประเมินผลด้วยนอกจากนี้ก็จะมีผลสะท้อนกลับจากการตรวจสอบและประเมินผลและการปฏิบัติการกลับสู่การตัดสินใจอีกด้วย

อภิญา กังสนารักษ์ (2544) กล่าวถึงปัจจัยในการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน มีดังนี้

1.ปัจจัยในตัวบุคคล ซึ่งเป็นแรงผลักดันจูงใจที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลเอง อาจเป็น ความรู้สึก ความคิด ความคาดหวัง ความต้องการ ความสำนึกที่มีส่วนทำให้บุคคลเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรม

2.ปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ แรงผลักดันจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมือง

3.ปัจจัยผลักดันจากบุคคลอื่นๆ หมายถึง แรงผลักดันหรือจูงใจ ที่เกิดจากบุคคลอื่นๆ(ไม่ใช่ผู้เข้าร่วมเอง)มีบทบาทในการเป็นผู้ริเริ่ม กระตุ้น ชักชวน อธิบาย และโน้มน้าวในการเข้าร่วมการพัฒนาชุมชน

ดังนั้น การมีส่วนร่วม (Participation) จึงเป็นกระบวนการที่คน ครอบครัว หรือองค์กรในชุมชนเข้ามามีส่วนในการคิด การตัดสินใจการวางแผนดำเนินการพัฒนาครอบครัวและชุมชนของตนเองโดยหลักการที่แท้จริงของการมี

ส่วนร่วมคือการมีส่วนร่วมในลักษณะของความรู้สึกเป็นเจ้าของ ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินตรวจสอบและร่วมรับผิดชอบถึงผลประโยชน์และโทษที่เกิดขึ้นลักษณะของการมีส่วนร่วม มี 4 ด้าน คือ

1) ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ หมายถึง การร่วมคิด ค้นหาและตัดสินใจหรือการกำหนดรายละเอียดของสิ่งที่จะดำเนินการ

2) ด้านการร่วมปฏิบัติการในกิจกรรมโครงการ หมายถึง การที่มีส่วนเข้ามาร่วมดำเนินโครงการร่วมแรง ร่วมสมทบค่าใช้จ่าย การให้ข้อมูลที่จำเป็นตลอดจนการเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ ร่วมในการบริหารงานหรือการประสานงาน

3) ด้านการรับผลประโยชน์ หมายถึง การได้รับผลประโยชน์จากการเข้ามามีส่วนร่วม ในโครงการพัฒนา เช่น มีรายได้เพิ่มขึ้น มีการกระจาย โอกาสทางการพัฒนา การรับรู้แนวความคิด และการช่วยเหลือด้านต่างๆมากขึ้น เป็นต้น

4) ด้านการตรวจสอบและประเมินผล หมายถึง การที่ประชาชนเข้าร่วมเพื่อการประเมินผลการดำเนินโครงการ โดยอาจดำเนินการผ่านกระบวนการทางการเมือง หรือสื่อสารมวลชนต่างๆ

ลักษณะการมีส่วนร่วมมีประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณา 10 ประการ ได้แก่

1) ระยะเวลาและสถานที่ในการมีส่วนร่วมกับโครงการ ควรต้องให้ผู้มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมให้ต่อเนื่องตามวงจรชีวิตของโครงการ ตั้งแต่เริ่มต้นจนโครงการยุติ หรือหากคณะผู้บริหารเห็นว่าเหมาะสม ก็ให้มีส่วนร่วม ในกิจกรรมที่แต่ละคนเกี่ยวข้องด้วยจริงๆ เท่านั้นก็ได้

2) การมีส่วนร่วมนั้น มิมีทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ โดยมีติด้านปริมาณ ถ้ามีคนมามีส่วนร่วมมากก็ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างกันดีขึ้นมาก จากนั้นทำให้องค์กรทางสังคมก่อตัวขึ้น และมีติด้านคุณภาพพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยสนับสนุนความสัมพันธ์ที่เสมอภาคและเท่าเทียมกันซึ่งถือว่ามีความดี

3) จะให้การมีส่วนร่วมเป็นเป้าหมายปลายทาง (an End) หรือจะให้เป็นแนวทาง (a Mean) คือจะให้เพียงบุคคลต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องก็พอใจคิดว่าบรรลุวัตถุประสงค์บางสิ่งแล้ว หรือจะพิจารณาว่าการมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่ต้องทำให้ดี โดยตอบให้ได้ว่า “หลังจากการมีส่วนร่วมแล้วจะมีอะไรดีขึ้น อะไรควรเกิดขึ้นอีกบ้าง” ซึ่งการคำนึงถึงการมีส่วนร่วมที่เป็นวิธีการหรือกระบวนการที่ต้องดำเนินไปอย่างมีคุณภาพจะทำให้งานเกิดความสำเร็จดียิ่งขึ้น

4) การมีส่วนร่วมนี้ ตามธรรมชาติอาจเกิดขึ้นไม่สม่ำเสมอหรือตลอดเวลาก็ได้เช่น เวลาเกิดภัยพิบัติคนก็มาช่วยกัน เมื่อหมดภัยแล้ว ก็แยกกันกลับไปเช่นเดิม แต่ถ้าตั้งองค์กรประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมแก้ปัญหาในภัยพิบัติต่างๆ ในพื้นที่กว้างขวางขึ้นอาจต้องการตัวแทนประชาชนมีส่วนร่วมในเวลาที่ยาวนานขึ้น และอาจใช้วิธีการมีจดหมายข่าวแจ้งเรื่องไปยังประชาชนทั่วไปก็ได้

5) การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการทางสังคมและทางการศึกษา ซึ่งหากเกิดขึ้นได้คือให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันไปด้วย จะเป็นเสมือนการให้การศึกษาแก่สังคม ซึ่งจะต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร

6) สถานการณ์การมีส่วนร่วมนั้น ต้องคำนึงว่าการมีส่วนร่วมที่แท้จริง มิใช่เกิดขึ้นจากการออกคำสั่ง แต่จะต้องสร้างขึ้นมาเอง การมีส่วนร่วมมักต้องใช้ความพยายามให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เกิดแนวคิดประชาสังคม มีจิตสำนึกสาธารณะ เคารพความหลากหลายทางความคิดเพราะทำให้มุมมองกว้างขึ้น และเกิดความรอบคอบขึ้น จนเป็นวิถีชีวิตประจำวันของประชาชน

7) มีคณะผู้บริหารการมีส่วนร่วมพิจารณา เพื่อวางแผนดำเนินการให้เหมาะสมว่าจะให้บุคคลใดกลุ่มใด เข้ามามีส่วนร่วมเมื่อใด และโดยวิธีใด ฯลฯ โดยคณะผู้บริหารการมีส่วนร่วมนี้ ควรมีตัวแทนผู้ได้รับผลกระทบในจำนวนมากพอควร และให้ความหลากหลายมากพอ

8) การมีส่วนร่วมรับรู้สภาพปัญหาโดยมีส่วนร่วม จะทำให้คนในชุมชนได้รู้สภาพที่เป็นจริงมากขึ้น การมีส่วนร่วมเพื่อค้นหาปัญหา ทำให้เมื่อเห็นปัญหาแล้วจะนำความมุ่งมั่นที่จะคิดหาทางแก้ไขด้วยกันและร่วมแก้ปัญหา นั้นๆ ได้ จะทำให้เป็นบทเรียนที่จะแก้ปัญหาตนเองต่อไปได้

9) คนที่อยู่ร่วมกันในชุมชนส่วนใหญ่มักมีความรู้สึกผูกพันเอื้ออาทรต่อกันและเกิดค่านิยมร่วมกันของกลุ่ม

10) ควรทำให้การมีส่วนร่วมมีบรรยากาศไม่เครียด เนื่องจากคนไทยไม่ชอบความเครียดและความกดดัน ดังนั้น ในการงานการมีส่วนร่วมควรมีการสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายซึ่งควรใช้ดนตรี เกมสื่ กีฬา เข้าช่วยสร้างบรรยากาศ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมให้เพิ่มขึ้นได้

สำหรับรูปแบบของการมีส่วนร่วม ซึ่งอำนาจ บุญทวี (2546) สรุปรูปแบบการมีส่วนร่วมไว้ 5 ขั้นตอน คือ

- 1) มีส่วนร่วมในการศึกษาค้นคว้าปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนรวม ตลอดจนความต้องการของชุมชน
- 2) ร่วมคิดค้นและหาวิธีการเพื่อแก้ปัญหาของชุมชนหรือสร้างสรรค์ สิ่งใหม่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนหรือสนองความต้องการของชุมชน
- 3) ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
- 4) ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการและกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้
- 5) ร่วมควบคุมติดตามประเมินผลและร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไป ทั้งโดยเอกชนและรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

ศิริกาญจน์ โกสุม (2542) ได้แบ่งแบบของการมีส่วนร่วมของชุมชนและโรงเรียนออกเป็น 3 แบบ คือ

1. การมีส่วนร่วมของชุมชนและโรงเรียนแบบชายขอบ (Marginal Participation) เป็นลักษณะการร่วมมือหรือการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างโรงเรียนและชุมชนที่มีข้อจำกัด อันทำให้การมีส่วนร่วมไม่เต็มที่คือ มีน้อยนั่นเอง ข้อจำกัดนี้อาจเกิดจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่าง 2 ฝ่าย ฝ่ายหนึ่งรู้สึกว่าเป็นตนเองด้อยอำนาจกว่าหรือมีทรัพยากรเชิงอำนาจ เช่น เป็นผู้มีควมรู้น้อยกว่า จึงทำให้ไม่ปรารถนาเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ นั่นคือ ความเข้มข้นของการเข้ามามีส่วนร่วมน้อย

2. การมีส่วนร่วมของชุมชนและโรงเรียนแบบบางส่วน (Partial Participation) การมีส่วนร่วมแบบบางส่วนเป็นการเข้ามาเกี่ยวข้องของประชาชนในชุมชนหรือกิจกรรมการศึกษาในระดับความเข้มข้นมากกว่าแบบชายขอบ กิจกรรมโดยคณะกรรมการโรงเรียน จึงมีความสำคัญที่รู้ถือว่านโยบายสำคัญ ซึ่งสามารถสร้างความชอบธรรมในการจัดการศึกษาของไทย

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและโรงเรียนแบบสมบูรณ์ (Full Participation) เป็นการมีส่วนร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน โดยทั้งสองฝ่ายร่วมกันอย่างเข้มข้นและเท่าเทียมกันต่างฝ่าย ต่างมีอิทธิพลต่อกิจกรรมร่วมกัน ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมได้เต็มที่

ดังนั้น จึงสรุปรูปแบบการมีส่วนร่วมชุมชน หมายถึง การที่ชุมชนมีส่วนร่วมในลักษณะในการตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติการ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผลร่วมกัน

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมชนบทสู่สังคมกึ่งเมือง

2.1 ทฤษฎีสังคม (Social Theory)

ทฤษฎีสังคม (Social Theory) คือ คำอธิบายสิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือเรื่องหนึ่งเรื่องใดสำหรับนักวิทยาศาสตร์ ทฤษฎีจะต้องเป็นคำอธิบายตามหลักเหตุผลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่างๆของสิ่งนั้นอย่างมีระบบจนสามารถพยากรณ์สิ่งนั้นในอนาคตได้

ดังนั้น ความหมายของทฤษฎีสังคม คือ คำอธิบายเรื่องของคนและความสัมพันธ์ระหว่างคนตามหลักเหตุผลและความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่างๆของคน หรือระหว่างคนต่อกัน คนต่อกลุ่ม คนต่อสภาพแวดล้อม อย่างมีระบบจนสามารถพยากรณ์ได้

ทฤษฎีสังคมตามความหมายดังกล่าว จึงมีขอบเขตกว้างขวาง เป็นคำอธิบายเกี่ยวกับคนแต่ละบุคคล กลุ่มคน ความสัมพันธ์ระหว่างคนต่างๆรวมไปถึงคำอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมทั้งที่เป็นสิ่งมีชีวิตและไม่มี

ชีวิต ข้อสำคัญนั้นจะต้องเป็นไปตามหลักเหตุผล มีระบบระเบียบพอที่จะเป็นฐานในการพยากรณ์เรื่องทำนองเดียวกัน ในอนาคตได้ Jame Miley “โดยทั่วไป ความพยายามที่จะอธิบายส่วนหนึ่งส่วนใดของสังคม (Social life) ถือได้ว่าเป็นทฤษฎีสังคม” และ Henry P Fairchild ให้ความหมายว่า “ทฤษฎีสังคม คือ การวางนัยทั่วไปหรือข้อสรุปที่ใช้ได้ทั่วไป เพื่ออธิบายปรากฏการณ์สังคมอย่างใดอย่างหนึ่ง”

กาญจนา แก้วเทพ (2540) เสนอความหมายของชุมชนว่า หมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในอาณาเขตบริเวณเดียวกัน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด มีฐานะและอาชีพที่คล้ายคลึงกัน มีลักษณะของการใช้ชีวิตร่วมกัน ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันตั้งแต่ระดับครอบครัวไปสู่เครือญาติจนถึงระดับหมู่บ้านและใหญ่กว่าระดับหมู่บ้าน และผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีความรู้สึกรู้ว่าเป็นคนชุมชนเดียวกัน มีการดำรงรักษาคุณค่าและมรดกทางศาสนาวัฒนธรรม และถ่ายทอดไปยังลูกหลาน

ประเวศ วะสี (2541) กล่าวถึงลักษณะของชุมชน หมายถึง การที่คนจำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีความพยายามทำกิจกรรมร่วมกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำรวมทั้งการติดต่อสื่อสารกัน

จากความหมาย ลักษณะและความสำคัญของการเป็นชุมชน ผู้วิจัยได้สรุปลักษณะที่สำคัญของชุมชน ดังนี้

- 1) เป็นการรวมกันของกลุ่มคนในรูปของกลุ่มสังคม กล่าวคือสมาชิกมีการปฏิบัติต่อกันทางสังคม หรือมีปฏิริยาโต้ตอบกันทางสังคม เอื้ออาทรต่อกันและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน
- 2) มีอาณาบริเวณสำหรับเป็นที่อยู่อาศัยหรือประกอบกิจกรรมต่างๆ ของสมาชิกและกลุ่มสังคม ขนาดของชุมชนอาจมีขนาดเล็กจนถึงขนาดใหญ่ขึ้นอยู่กับจำนวนของสมาชิกในกลุ่มสังคม
- 3) มีการจัดระเบียบทางสังคมเพื่อควบคุมความสัมพันธ์ของสมาชิกในสังคมเช่นบรรทัดฐานทางสังคม สถาบันทางสังคม เป็นต้น
- 4) สมาชิกมีความสัมพันธ์กันทางสังคม มีการติดต่อสัมพันธ์กัน มีกิจกรรมร่วมกัน มีความสนิทสนมกัน มีความสัมพันธ์แบบพบปะกัน มีวิถีชีวิตคล้ายคลึงกัน
- 5) สมาชิกมีวัตถุประสงค์เป้าหมายในการดำเนินชีวิตรวมทั้งได้รับผลกระทบร่วมกัน
- 6) สมาชิกมีระบบการติดต่อสื่อสารการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน

พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยาฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2524 ได้ให้ความหมายของคำว่า ชุมชนชนบท (rural) ชุมชนเมือง(urban) และ ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท (rurban) ไว้ดังนี้

1) ชนบท (rural) หมายถึง ส่วนที่อยู่นอกเขตเมืองหรือเขตเทศบาล มีประชากรที่เลี้ยงชีพด้วยการเกษตรกรรมเป็นสำคัญ มีระเบียบสังคมที่สอดคล้องกับลักษณะชุมชนแบบหมู่บ้าน ตั้งบ้านเรือนเป็นกลุ่มก้อน หรือกระจัดกระจายตามลักษณะภูมิประเทศหรือตามประเพณีนิยม

2) เมือง (urban) ซึ่งเกี่ยวกับนครหรือเมือง การกำหนดว่าชุมชนใดเป็นแบบเมืองหรือแบบชนบท อาจใช้จำนวนประชากรในเขตท้องที่ของชุมชน เช่น ในสหรัฐอเมริกา ก่อน พ.ศ. 2453 นับเอาตั้งแต่ 8,000 คนขึ้นไป หลังจากนั้น นับเพียง 2,500 คนขึ้นไป ส่วนในประเทศไทยเมืองกำหนดด้วยเขตเทศบาล มีประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป ในทางวิชาการ การเป็นแบบเมืองอาจไม่กำหนดด้วยจำนวนประชากร แต่อาจกำหนดด้วยลักษณะบางอย่างของประชากรในชุมชนนั้น เช่น อาชีพ ในชุมชนแบบเมือง ประชากรส่วนใหญ่จะต้องประกอบอาชีพที่ไม่ใช่เกษตรกรรม

3) กึ่งเมืองกึ่งชนบท (rurban) เป็นคำรวมศัพท์ rural และ urban เข้าด้วยกัน ใช้บรรยายลักษณะความสัมพันธ์ในชุมชนแบบที่เป็นชนบทผสมกับหมู่บ้านหรือเมืองเล็ก มักเป็นสภาพที่พบในชุมชนชนบทที่อยู่ติดกับเมือง

สุทัศน์ ภูมิรัตนจิรินทร์ (2555) ได้จำแนกลักษณะของสังคมในแต่ละท้องถิ่นที่เกิดขึ้นจากการรวมตัวของคนจำนวนหนึ่งประกอบด้วยครอบครัวหลายๆ ครอบครัวมาน้อยแตกต่างกันไป มีลักษณะการดำเนินชีวิต และ

ชนบธรรมเนียม ประเพณีความเชื่อ และวัฒนธรรมเป็นของตนเองลักษณะสังคมในแต่ละท้องถิ่นย่อมแตกต่างกันไป ซึ่งอาจจะแบ่งลักษณะของสังคมเมืองและสังคมชนบท ดังนี้

1. สังคมเมืองได้แก่ชุมชนที่มีผู้อยู่อาศัยอยู่มากหรือหนาแน่น โครงสร้างของสังคมเมืองมีลักษณะดังต่อไปนี้
 - 1.1 มีลักษณะการตั้งถิ่นฐาน อยู่อย่างหนาแน่นมีอัตราความหนาแน่นสูงลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดียวเป็นครอบครัวขนาดเล็ก
 - 1.2 การศึกษา สังคมเมืองเป็นศูนย์กลางทางการศึกษา มีสถานศึกษาในทุกระดับชั้นทั้งของรัฐและเอกชนทำให้ประชากรในเขตเมืองมีระดับการศึกษาสูง
 - 1.3 เศรษฐกิจ ชาวเมืองส่วนใหญ่มีรายได้และรายจ่ายสูง มีอาชีพต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นการค้าอุตสาหกรรมและบริการต่างๆ
 - 1.4 การเมืองการปกครอง สังคมเมืองเป็นศูนย์กลางการเมืองการปกครองของประเทศ ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมืองมาก
 - 1.5 วัฒนธรรมประเพณีและศาสนา มีการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรม ตามกระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกความศรัทธาในศาสนาและความเคร่งครัดในระเบียบประเพณีไม่สูงนักเพราะสังคมเมืองมีความเจริญทางด้านวัตถุและวิชาการตามหลักความมีเหตุผลและวิทยาศาสตร์สมัยใหม่
2. สังคมชนบท ได้แก่ ชุมชนที่มีคนอาศัยอยู่น้อยหรือเบาบาง มีลักษณะรวมกันอยู่เป็นหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ หรือจังหวัด กระจัดกระจายไปทั่วประเทศ โครงสร้างของสังคมชนบท มีลักษณะดังต่อไปนี้
 - 2.1 มีลักษณะการตั้งถิ่นฐานอยู่อย่างกระจัดกระจาย มีอัตราความหนาแน่นต่ำ ครอบครัวส่วนมากเป็นครอบครัวขนาดใหญ่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดสนิทสนม
 - 2.2 การศึกษา ประชากรในชนบทโดยทั่วไปมีการศึกษาค่อนข้างต่ำ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาภาคบังคับ
 - 2.3 เศรษฐกิจ สังคมชนบทส่วนใหญ่เป็นสังคมเกษตรกรรม มีอาชีพการทำนา ทำสวน ทำไร่ ประมงและการหาของป่า มีลักษณะพึ่งตนเองได้
 - 2.4 การเมืองการปกครอง ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมืองน้อย เพราะมีความรู้สึกว่าเรื่องราวทางการเมืองไม่มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง
 - 2.5 วัฒนธรรมประเพณีและศาสนา ไม่ค่อยยอมรับการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกมีความศรัทธาในศาสนาสูง เคร่งครัดในระเบียบประเพณี

ยิ่งยง เทาประเสริฐ และคณะ (2538) ได้ศึกษากระบวนการเรียนรู้และการปรับตัวของชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทว่าชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทเป็นปรากฏการณ์ทางผ่านของการปรับตัวทางสังคมที่เกิดจากการเรียนรู้และการปรับตัวของชุมชนอันเป็นความจำเป็นพื้นฐานของชุมชนที่พยายามจะดำรงความอยู่รอดในสภาพการณ์ใหม่ๆ และเป็นปฏิภยิยธรรมชาติที่ชุมชนจะต้องสนองตอบโดยอัตโนมัติต่อแรงบีบคั้นของสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ทั้งนี้ก็เพื่อความอยู่รอดและความหวังในการเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งที่คิดว่าดีกว่าเดิม ซึ่งก็ไม่จำเป็นจะต้องจริงหรือถูกต้องเสมอไปทุกสภาพการณ์ อันเป็นบทเรียนทั้งความสำเร็จและความสูญเสียที่ชุมชนจะต้องเรียนรู้แล้วปรับตัวให้สามารถอยู่รอดได้ในสภาพแวดล้อมใหม่ๆ ซึ่งอาจพิจารณาเป็น 2 ระดับ คือการเรียนรู้และการปรับตัวในระดับชุมชนกับการเรียนรู้และการปรับตัวในระดับครอบครัวและปัจเจกบุคคล จากข้อสรุปที่กล่าวมานี้ ทำให้เห็นข้อเท็จจริงว่า ชุมชนจะดำรงอยู่ได้ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องเรียนรู้และปรับตัวให้ทันและให้เข้ากับสถานการณ์ที่แปรเปลี่ยนอย่างรวดเร็ว กระบวนการเรียนรู้และการปรับตัวของชุมชนจำเป็นต้องอาศัยศักยภาพและความแข็งแกร่งของชุมชน นับตั้งแต่การมีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง มีทรัพยากรธรรมชาติที่ยังเอื้ออำนวย มีทำเลที่ตั้งที่ได้เปรียบ ดังเช่น กรณีกึ่งเมืองกึ่งชนบทมีทรัพยากรบุคคลที่มีพื้นฐานทางวัฒนธรรมเดิมเข้มแข็ง แม้จะต้องเปลี่ยนไปตามยุคสมัย แต่ยังสามารถผสมผสานสิ่งเก่าสิ่งใหม่ได้อย่างกลมกลืนและเหมาะสมกับสภาวะการณ์ของชุมชน ซึ่งการปรับตัวทาง

การศึกษา นับว่าเป็นก้าวแรกที่สำคัญ เพราะจะนำมาซึ่งการเรียนรู้และปรับตัวชาวชนภาคในเกือบทุก ๆ เรื่อง มีขีดความสามารถที่จะสรรค์สร้างและแสวงหาทางเลือกที่หลากหลายสำหรับการแก้ปัญหาของชุมชน

การแบ่งลักษณะของชุมชน จึงสามารถจัดประเภทของชุมชนจึงสามารถจัดเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 3 ประเภท คือชุมชนในเมืองชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และชุมชนในชนบท

1. ลักษณะของชุมชนเมืองชุมชนเมือง ได้แก่ผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลหรือเขตสุขาภิบาล มีลักษณะดังต่อไปนี้

- 1.1 เป็นที่ตั้งของหน่วยราชการ
- 1.2 เป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจ
- 1.3 อาชีพ บริการค้าขาย
- 1.4 สภาพภูมิศาสตร์/สภาพแวดล้อม

ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนเป็นแบบทฤษฎีภูมิ เป็นครอบครัวขนาดเล็ก สภาพทางภูมิศาสตร์และสภาพแวดล้อมชุมชนมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติน้อย อาชีพเป็นอาชีพที่ต้องใช้วิชาชีพเฉพาะทาง มีระบบสาธารณูปโภค สาธารณูปการสะดวกกว่าชุมชนชนบทมาก

วัฒนธรรม และประเพณีเช่น เป็นครอบครัวเดี่ยวต้องพึ่งพาตนเอง มีการบูชาวัตถุ (Materialism) สังคมเปลี่ยนแปลงรวดเร็วทั้งทางวิทยาการและแฟชั่น และมีความแตกต่างกันไปในทุกระดับชั้น

2. ลักษณะของชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทมีหลายกลุ่มและหลายอาชีพ ประเพณีแตกต่างหลากหลายกันไป

- 2.1 กระจุกกระจาย อพยพมาอยู่ การเพิ่มของประชากรมีมาก
- 2.2 อาชีพอาชีพหลากหลาย ส่วนใหญ่จะเดินทางไปประกอบอาชีพในเมือง
- 2.3 ภูมิศาสตร์ /สภาพแวดล้อมความเจริญของชุมชนยังมีขีดจำกัด
- 2.4 วัฒนธรรม/ประเพณีเป็นครอบครัวขนาดเล็ก ประเพณีแตกต่าง หลากหลาย

3. ลักษณะของชุมชนชนบทชุมชนในชนบท อยู่ในการปกครองขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ลักษณะการตั้งบ้านเรือนมี 3 ลักษณะคือ แบบตั้งบ้านเรือนรวมเป็นกลุ่ม แบบตั้งกระจายอยู่รอบแกนกลาง และแบบตั้งตามแนวลำคลองหรือถนน ประชากรมีความหนาแน่นต่ำกว่าชุมชนเมือง มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเชื้อชาติ ไม่มีการแบ่งแยกทางสังคมมากนัก ความสัมพันธ์เป็นแบบปฐมนิคมกตทวาร ไร่ไถและเชื้อใจกัน อัตราตายสูงกว่าในเมือง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมผลตอบแทนค่อนข้างต่ำ วัฒนธรรมประเพณีมีเอกลักษณ์เป็นของตนเอง เช่นนับถือผู้อาวุโส กตัญญูรู้คุณ ถือโชกลาง ชอบพิธีการ ทำบุญเงินกำลังได้แก่ผู้ที่อาศัยนอกเมืองหลวง เมืองใหญ่ มีสภาพความเป็นอยู่ที่ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง

- 3.1 เป็นหน่วยปกครองท้องถิ่นหมู่บ้าน ตำบล
- 3.2 อาชีพเกษตรกรรม อยู่ภายใต้กฎธรรมชาติ
- 3.3 สภาพภูมิศาสตร์และสภาพแวดล้อมของชุมชนตั้งบ้านเรือนรวมกลุ่มเดียวกัน ตามแนวลำคลองหรือถนน

3.4 วัฒนธรรม /ประเพณีโดยมีเอกลักษณ์เฉพาะ ได้แก่ ยึดถือสามีหรือหัวหน้าครอบครัวเป็นใหญ่ ยกย่องผู้มีอาวุโส หรือบรรพบุรุษยกย่องผู้มีคุณงามความดีกตัญญูรู้คุณคน มีการเชื่อถือโชกลาง และนิยมพิธีการและการทำบุญเงินกำลัง

อดุลย์ ต้นประยูร (2543) ได้สรุปลักษณะของสังคมชนบทและสังคมเมืองของไทย คือ สังคมชนบท ความสัมพันธ์จะเป็นแบบปฐมนิคม (มีการติดต่อกันอย่างไม่เป็นระเบียบแบบแผน) มีความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์เช่น โชคกลาง ภูติผีมีความใกล้ชิดกับธรรมชาติและลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายมีสมาชิกในครอบครัวมากเช่น ญาติพี่น้อง ปู่ย่า ตายาย สังคมเมืองความสัมพันธ์จะเป็นแบบทฤษฎีภูมิ (มีการติดต่อกันอย่างเป็นระเบียบแบบแผน) การประกอบอาชีพหลากหลายครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมีสมาชิกในครอบครัวน้อย

2.2 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Change Theory)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social change) หมายถึง ความแตกต่างที่เกิดขึ้นในสังคมระหว่างช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ทั้งระดับจุลภาคและระดับมหภาค ซึ่งอาจเป็นผลดีหรือผลเสียก็ได้

ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน สามารถจำแนกและแบ่งกลุ่มได้ดังนี้

1) ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolutionary theory) เป็นแนวความคิดที่ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีวิวัฒนาการทางชีวภาพของชาร์ลส์ ดาร์วิน (Charles Darwin) โดยนักสังคมวิทยาในกลุ่มทฤษฎีวิวัฒนาการเสนอว่า การเปลี่ยนแปลงของสังคมเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนตามลำดับ โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากขั้นหนึ่งไปสู่อีกขั้นหนึ่งในลักษณะที่มีการพัฒนาและก้าวหน้ากว่าขั้นที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมที่มีรูปแบบเรียบง่ายไปสู่รูปแบบที่สลับซับซ้อนมากขึ้น และมีความเจริญก้าวหน้าไปเรื่อยๆ จนเกิดเป็นสังคมที่มีความสมบูรณ์ ตัวอย่างของนักสังคมวิทยาที่สร้างทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมโดยใช้แนวความคิดวิวัฒนาการ มีดังนี้

ออกุสต์ กองต์ (Auguste Comte) เสนอว่า สังคมมนุษย์มีพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ (Knowledge) ผ่าน 3 ขั้นตอน ตามลำดับ คือ จากขั้นเทววิทยา (Theological stage) ไปสู่ขั้นอภิปรัชญา (Metaphysical stage) และไปสู่ขั้นวิทยาศาสตร์ (Positivistic stage)

ลิวอิส เฮนรี มอร์แกน (Lewis Henry Morgan) เสนอว่า สังคมจะมีขั้นของการพัฒนา 3 ขั้นคือ จากสังคมคนป่า (Savage) ไปสู่สังคมอนารยชน (Barbarian) และไปสู่สังคมอารยธรรม (Civilized)

เฮอร์เบิร์ต สเปนเซอร์ (Herbert Spencer) เสนอว่า วิวัฒนาการของสังคมมนุษย์เป็นแบบสายเดียว (Unilinear) ที่ทุกสิ่งทุกอย่างในจักรวาลมีจุดกำเนิดมาจากแหล่งเดียวกันด้วยและมารวมตัวกันด้วยกระบวนการสังเคราะห์ (Synthesis) ทำให้เกิดพัฒนาการที่ก้าวหน้าขึ้นและซับซ้อนมากขึ้น การพัฒนาของสังคมจะมีวิวัฒนาการเป็นไปตามกฎของธรรมชาติ กล่าวคือ มนุษย์ที่มีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะแวดล้อมใหม่ๆ ได้เป็นอย่างดีจะมีชีวิตอยู่รอดตลอดไป และนำไปสู่การพัฒนาที่ดีขึ้นต่อไป

เฟอร์ดินานด์ ทอยนีย์ (Ferdinand Tonnies) เสนอว่า สังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมแบบ Gemeinschaft ไปสู่สังคมแบบ Gesellschaft

โรเบิร์ต เรดฟิลด์ (Robert Redfield) เสนอว่า การเปลี่ยนแปลงของสังคมจะเริ่มจากสภาพของสังคมชาวบ้าน (Folk) เปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมแบบเมือง (Urban)

ต่อมาแนวความคิดในการสร้างทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมแบบสายเดียว (Unilinear) ที่เสนอว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคมต้องเปลี่ยนผ่านแต่ละขั้นที่กำหนดไว้ ได้รับการโต้แย้งว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคม น่าจะมีวิวัฒนาการแบบหลายสาย (Multilinear) เพราะแต่ละสังคมมีจุดกำเนิดที่แตกต่างกัน มีรูปแบบของสังคมที่ต่างต่างกัน หรือแม้ว่าสังคมที่มีรูปแบบที่เหมือนกันแต่อาจจะมีสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันก็เป็นได้

2) ทฤษฎีจิตวิทยา - สังคม (Social - Psychological Theory) จากแนวความคิดด้านจิตวิทยา-สังคม เสนอว่า การพัฒนาทางสังคมเกิดจากการทำงานของปัจจัยทางด้านจิตวิทยาที่เป็นแรงขับให้ประชาชนมีการกระทำ มีความกระตือรือร้น มีการประดิษฐ์ มีการค้นพบ มีการสร้างสรรค์ มีการแข่งขัน มีการก่อสร้าง และพัฒนาสิ่งต่างภายในสังคม นักสังคมวิทยาที่ใช้ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาอธิบายการเปลี่ยนแปลงทางสังคม มีดังนี้

แมก เวเบอร์ (Max Weber) เป็นนักสังคมวิทยาคนแรกที่ใช้หลักจิตวิทยาใช้ในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และในผลงานที่ชื่อว่า The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism เสนอว่า การพัฒนาของในสังคมอุตสาหกรรมสมัยใหม่ตามลัทธิทุนนิยม มีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านจิตวิทยา ที่เกิดขึ้นหลังสมัยศตวรรษที่ 16 เมื่อในยุโรปตะวันตกมีการแพร่กระจายคำสอนของศาสนาคริสต์ ลัทธิโปรเตสแตนต์ (Protestant Ethic) ที่สอนให้ศาสนิกชนเกิดจิตวิญญาณแบบทุนนิยม (Spirit of Capitalism) เป็นนักแสวงหาสิ่งใหม่ มุ่งสู่ความสำเร็จเพื่อให้เกิดการยอมรับ ทำงานหนักเพื่อสะสมความร่ำรวย เก็บออมเพื่อนำไปใช้ในการลงทุน สร้างกำไรอย่างต่อเนื่อง เวเบอร์ยังเสนอว่า การพัฒนาของจิตวิญญาณแบบทุนนิยมทำให้เกิดลัทธิความมีเหตุผล (Rationalism) ซึ่งภายใต้สังคมที่ใช้ความมีเหตุผลจะทำให้บุคคลมีความน่าเชื่อถือ เชื่อสัตย์ สุจริต ยอมรับสิ่งใหม่และสามารถ

เปลี่ยนแปลงเข้าสู่สภาวะแวดล้อมใหม่ๆ เวเบอร์เชื่อว่า อิทธิพลของความคิด ความเชื่อและบุคลิกภาพของคนในสังคม ภายใต้อารมณ์ดังกล่าวมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมตามมา

อีวีเรทท์ อี เฮเกน (Everett E. Hagen) มีแนวความคิดสอดคล้องกับเวเบอร์ที่ว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคม มีการเริ่มต้นมาจากการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ และเสนอว่า การเปลี่ยนจากสังคมดั้งเดิม (Traditional) ไปสู่สังคมสมัยใหม่ (Modern) จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบุคลิกภาพของบุคคล (Personality) โดยเสนอว่า บุคลิกภาพของคนในสังคมดั้งเดิมมีลักษณะตายตัวที่ถูกกำหนดโดยกลุ่มสังคม เป็นบุคลิกของคนที่ต้องมีการสั่งการด้วยบังคับบัญชา ไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และไม่มีการประดิษฐ์คิดค้น เพราะคนเหล่านั้นมองโลกยถากรรมมากกว่าที่จะมองโลกแบบวิเคราะห และต้องการควบคุมให้เป็นไปตามที่คิด ซึ่งเป็นผลทำให้สังคมแบบดั้งเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก ส่วนในสังคมสมัยใหม่เฮเกนเสนอว่า บุคลิกภาพของคนที่มีความสร้างสรรค์ อยากรู้อยากเห็น และเปิดรับประสบการณ์ใหม่ๆ มองโลกที่อยู่รอบตัวเขาอย่างมีเหตุมีผล บุคลิกภาพของคนในสังคมสมัยใหม่จึงเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลง แต่อย่างไรก็ตามเฮเกน ได้เสนอว่า บุคลิกของคนในสังคมดั้งเดิมสามารถที่จะเปลี่ยนไปสู่บุคลิกของในสังคมสมัยใหม่ได้โดยใช้วิธีการถอยถอยสถานภาพ (Status Withdrawal) ด้วยการนำเอาปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจจากสังคมสมัยใหม่เข้าไปแทรกหรือแทนที่ในสังคมดั้งเดิม และยังได้เสนอว่า การเปลี่ยนแปลงของสังคมอาจทำได้จากเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของคนในสังคม โดยเริ่มจากการพัฒนาบุคลิกภาพตั้งแต่วัยเด็ก

3) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี (Technological Change Theory) เป็นทฤษฎีที่มีความเชื่อว่า ตัวการสำคัญที่เป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมคือเทคโนโลยี แนวคิดนี้ถูกเสนอโดย William F. Ogburn (นักสังคมวิทยา ชาวอเมริกัน) ซึ่งเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงทางบรรทัดฐานเป็นไปช้ากว่าการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี เพราะเป็นสิ่งที่สามารถเลียนแบบได้ง่ายกว่า รับประทานได้โดยไม่ต้องเปลี่ยนแปลงทางความคิดหรือการกระทำอื่นใด และจากการที่เป็นเช่นนั้นทำให้วัฒนธรรมเกิดความล่าช้า (Cultural Lag) ขึ้นได้ นั่นคือวัฒนธรรมส่วนสำคัญของสังคมสองส่วนเจริญไปไม่เท่ากัน อันที่จริงวัฒนธรรมทั้งการกระทำและวัตถุควรจะเจริญไปพร้อมกัน

ออกเบอร์น อธิบายว่า วัฒนธรรมนั้น มีอยู่ 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ วัฒนธรรมทางวัตถุและไม่ใช่วัตถุ การเปลี่ยนแปลงมักจะเกิดขึ้นทางวัตถุก่อน ซึ่งต่อมาทางไม่ใช่วัตถุจะต้องปรับให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงทางวัตถุ การเปลี่ยนแปลงทางวัตถุจึงเป็นเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านไม่ใช่วัตถุ และวัฒนธรรมด้านไม่ใช่วัตถุจะพยายามปรับตัวให้ทันกัน ด้วยเหตุนี้ การประดิษฐ์คิดค้นสิ่งใหม่อันเกิดการใช้เทคโนโลยีจึงเป็นเหตุให้สังคมเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเห็นได้ชัดว่า การเปลี่ยนแปลงหลายสิ่งหลายอย่างในชีวิตของมนุษย์เป็นผลมาจากการคิดค้นประดิษฐ์สิ่งใหม่ ขึ้นมานับตั้งแต่เข็มทิศ วงล้อ เครื่องพิมพ์ เครื่องจักรกลต่าง ๆ ตลอดจนเครื่องมือสื่อสารและสภาพสิ่งต่าง ๆ ออกเบอร์นยกตัวอย่างให้เห็นว่า การประดิษฐ์เครื่องยนต์ที่เรียกว่า Self Starter เพียงแต่หมุนกุญแจเครื่องยนต์ก็ติด เป็นผลให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปมาก เพราะสามารถใช้รถยนต์ได้คล่องตัวขึ้น อีกตัวอย่างหนึ่ง การสร้างลิฟท์ไฟฟ้า ทำให้มีการสร้างอาคารสูงหลาย ๆ ชั้น (ชลธิชา ศาสสิคุปต์, 2557)

ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social change) จึงหมายถึง การเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมทางสังคมของมนุษย์บางกลุ่มซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางสังคม และเมื่อความสัมพันธ์ทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ก็อาจทำให้โครงสร้างของสังคมเปลี่ยนแปลงตามไปด้วยไป โดยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอาจจะหรือมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมด้วย

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมมีความคล้ายกันมาก แต่ก็มีลักษณะที่ต่างกัน กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม มักมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของสังคมและระบบความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากร ระดับการศึกษาของประชาชน เปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างกับลูกจ้าง เปลี่ยนแปลงเรื่อง สิทธิความเสมอภาคระหว่างสามีและภรรยา ในครอบครัวไทย เป็นต้น ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมนั้น มักเน้นในการเปลี่ยนแปลงในเรื่องที่เกี่ยวกับความรู้ต่าง ๆ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับธรรมเนียมประเพณี กฎหมาย และความเชื่อค่านิยม เป็นต้น

สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม นักสังคมวิทยาและนักมนุษยวิทยา ต่างมีความเห็นพร้อมกันถึงสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมว่ามี 5 สาเหตุ (วชิรวัชร งามละม่อม, 2557) ดังนี้

1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและประชากร (The Physical Environment and Population) ปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ เช่น แผ่นดินไหว น้ำท่วม ความแห้งแล้ง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สังคมเกิดการเสียระเบียบของสังคม (Disorganization) และความสัมพันธ์ของคนในสังคมที่มีต่อกันถูกเปลี่ยนไป เช่น สมาชิกในครอบครัวต้องแยกจากกัน เพราะการเสียชีวิต และการพลัดพรากจากกัน เป็นต้น

2) เทคโนโลยี (Technology) เมื่อมีสิ่งใหม่ที่ทันสมัยเกิดขึ้นในสังคมไม่ว่าจะเป็นการคิดค้นได้เองหรือการรับเอามาใช้ สังคมย่อมได้รับผลกระทบและมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจเป็นระดับกลุ่มหรือระดับโครงสร้างสังคมขึ้นอยู่กับว่าคนในสังคมได้รับผลประโยชน์จากเทคโนโลยีนั้นมากหรือน้อย เพราะเทคโนโลยีทำให้นักมนุษย์ต้องเปลี่ยนพฤติกรรมในการกระทำต่อกิจกรรมที่นำเอาเทคโนโลยีมาใช้ บางสิ่งต้องสร้างระเบียบในการทำงานใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับการทำงานของเทคโนโลยี แต่เทคโนโลยีบางอย่างอาจทำให้นักมนุษย์ต้องทำงานมากขึ้นและเร็วขึ้นจนต้องทำให้ความสัมพันธ์ที่มีต่อครอบครัวและคนอื่นๆ ในชีวิตประจำวันมีการเปลี่ยนแปลงไป แต่ขณะเดียวกันเมื่อมีการนำเอาเทคโนโลยีมาใช้อาจทำให้เกิดความล่าช้าทางวัฒนธรรม (Cultural Lag) ซึ่งเป็นช่องว่างระหว่างสิ่งเก่ากับสิ่งใหม่ ที่ปรับตัวในอัตราที่ไม่เท่ากันจนเกิดเป็นความเหลื่อมล้ำระหว่างกันและเป็นปัญหาสังคมตามมา

3) วัฒนธรรมอวัตร (Nonmaterial culture) นักสังคมวิทยามองว่า วัฒนธรรมที่เป็นอวัตรเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมที่เป็นวัตรตามมา สิ่งประดิษฐ์ต่างๆ ที่มนุษย์สร้างขึ้นมาทั้งหลายเกิดมาจากคตินิยม (Ideology) ที่ถ่ายทอดออกมาสู่วัฒนธรรมที่เป็นวัตร หากความคิดเห็น ความเชื่อ และวิธีการคิดของคนในสังคมต้องเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพแวดล้อมเพื่อให้เกิดความอยู่รอด การเปลี่ยนแปลงภายในสังคมก็จะเกิดขึ้นตามมา

4) กระบวนการทางวัฒนธรรม (Cultural Processes) เมื่อเกิดการค้นพบ (Discovery) และมีการประดิษฐ์ (Invention) จนเกิดเป็นนวัตกรรม (Innovation) ขึ้นในสังคม การเคลื่อนไหวทางสังคม (Social Movement) ทำให้เกิดการแพร่กระจายของวัฒนธรรม (Cultural diffusion) จากคนกลุ่มหนึ่งหรือสังคมหนึ่ง ไปสู่คนกลุ่มอื่นหรือสังคมอื่น สังคมที่รับเอานวัตกรรมไว้ใช้ก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมเกิดขึ้น

5) การพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Economic Development) ทำให้เกิดความทันสมัย (Modernization) เพราะมีการเปลี่ยนแปลงการผลิตตามแบบดั้งเดิมในยุคสังคมเกษตรกรรม (Preindustrial Society) ไปสู่การผลิตแบบอุตสาหกรรมและแบบเมือง ทำให้สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่ ความเป็นอุตสาหกรรม (Industrialization) ที่เปลี่ยนระบบการผลิตจากการใช้แรงงานมนุษย์ไปสู่การใช้แรงงานจากเครื่องจักรกล ใช้ระบบการทำงานแบบอุตสาหกรรม บริเวณที่มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเป็นอุตสาหกรรม เกิดความเป็นเมือง (Urbanization) เพราะมีการอพยพแรงงานจากชนบทเข้ามาทำงานในภาคอุตสาหกรรม การทำงานในกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนรูปแบบไปสู่ความเป็นระบบราชการ (Bureaucratization) เกิดเป็นองค์กรขนาดใหญ่ที่มีการจัดการที่เป็นทางการ

รูปแบบการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นนั้นมีสาเหตุที่สำคัญมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปตามธรรมชาติประการหนึ่ง กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากมนุษย์เป็นผู้กระทำอีกประการหนึ่ง แต่ในกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงสามารถทำให้เกิดรูปแบบของการเปลี่ยนแปลง 2 แบบ ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงแบบเส้นตรง เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่กล่าวว่า ทุกสังคมจะมีวิวัฒนาการแบบเดียวกันตลอด โดยเปลี่ยนแปลงจากสังคมที่มีความเจริญของอารยธรรมขั้นต่ำไปสู่สังคมที่มีความเจริญของอารยธรรมระดับสูงขึ้นไป นักวิชาการที่เสนอรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมแบบเส้นตรงได้แก่ ออกุสต์ กองต์ เลวิส เฮนรี มอร์แกน และคาร์ล มาร์กซ์ เป็นต้น

2) การเปลี่ยนแปลงแบบวัฏจักร เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ไม่มีความสม่ำเสมอ สังคมจะมีจุดเริ่มต้นจากนั้นจะค่อยๆ เจริญก้าวหน้าขึ้นเรื่อยๆ จนถึงที่สุดก็จะเสื่อมสลายไป คล้ายกับความเจริญของมนุษย์ที่เริ่มจากเด็ก

ทารก เติบโตเป็นวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และในที่สุดก็ตายจากไป หรือหากเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงเป็นเวลาในวันหนึ่งๆ คือ เริ่มจากเข้มืด สว่าง และมีด แล้วค่อยๆ กลับมาเข้ใหม่ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงแบบนี้เมื่อสังคมมีความเจริญถึงจุดสูงสุดแล้ว ก็จะมีค่อยๆ เสื่อมสลายลง โดยไม่ได้สูญหายไปแต่จะมีการปรับปรุงและเจริญขึ้นมาใหม่ เช่น สังคมของกรีก อียิปต์ จีน อินเดีย เป็นต้น

3. แนวคิดและทฤษฎีผู้นำการเปลี่ยนแปลง

ทฤษฎีผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change leadership)

3.1) ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership) ของเบอร์น

ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เริ่มต้นได้รับการพัฒนาจากการวิจัยเชิงบรรยายผู้นำทางการเมือง คือ เบอร์น (Yuk l & Fleet. 1992 : 175-176 ; citing Burns. 1978. Leadership.) อธิบายถึงภาวะผู้นำในเชิงกระบวนการที่ผู้นำมีอิทธิพลต่อผู้ตาม และในทางกลับกันผู้ตามก็ส่งอิทธิพลต่อการแก้ไขพฤติกรรมของผู้นำ เช่นเดียวกัน ทฤษฎีของเบอร์น ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพยายามยกระดับการตระหนักรู้ของผู้ตาม โดยการยกระดับแนวความคิด และค่านิยมทางสังคมให้สูงขึ้น เช่น ความยุติธรรม สันติภาพ โดยไม่ยึดตามอารมณ์ เช่น ผู้นำจะทำให้ผู้ตามมีแนวคิดจากตัวตนในทุกวัน ไปสู่ตัวตนที่ดีกว่า เบอร์นมีแนวคิดที่ว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอาจจะมีการแสดงออกโดยผู้ใดก็ได้ในองค์กรทุกตำแหน่ง

เบอร์น กล่าวว่า ภาวะผู้นำเป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความแตกต่างกันในด้านอำนาจ ระดับแรงจูงใจ และทักษะเพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายร่วมกัน ซึ่งเกิดได้ใน 3 ลักษณะ คือ

(1) ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน (Transactional Leadership) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่ผู้นำติดต่อกับผู้ตามเพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน ผู้นำจะใช้รางวัลเพื่อตอบสนองความต้องการและเพื่อแลกเปลี่ยนกับความสำเร็จในการทำงาน ถือว่าผู้นำและผู้ตามมีความต้องการ อยู่ในระดับขั้นแรกตามทฤษฎีความต้องการลำดับขั้นของมาสโลว์ (Maslow's Need Hierachy Theory)

(2) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership) ผู้นำและผู้ตามมีปฏิสัมพันธ์กัน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพทั้งสองฝ่าย คือเปลี่ยนผู้ตามไปเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และเปลี่ยนผู้นำการเปลี่ยนแปลงไปเป็นผู้นำแบบจริยธรรม กล่าวคือ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะตระหนักถึงความต้องการของผู้ตามและจะกระตุ้นตามให้เกิดความสำนึกและยกระดับความต้องการของผู้ตามให้สูงขึ้นตามลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ และทำให้ผู้ตามเกิดจิตสำนึกของอุดมการณ์ยึดถือค่านิยมเชิงจริยธรรม เช่น อีสรภาพ ความยุติธรรม ความเสมอภาค สันติภาพ และสิทธิมนุษยชน

(3) ภาวะผู้นำแบบจริยธรรม (Moral Leadership) ผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะเปลี่ยนเป็นผู้นำแบบจริยธรรมอย่างแท้จริงเมื่อได้ยกระดับความประพฤติและความปรารถนาเชิงจริยธรรมของผู้นำและผู้ตามให้สูงขึ้น ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งสองฝ่าย สร้างจิตสำนึกให้ผู้ตามเกิดความต้องการในระดับขั้นที่สูงกว่าเดิมตามลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ หรือระดับการพัฒนาจริยธรรมของโคลเบิร์กแล้วจึงดำเนินการเปลี่ยนสภาพทำให้ผู้นำและผู้ตามไปสู่จุดมุ่งหมายที่สูงขึ้น

ผู้นำทั้งสามลักษณะตามทฤษฎีของเบอร์น มีลักษณะเป็นแกนต่อเนื่อง ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยนอยู่ปลายสุดของแกน ซึ่งตรงกันข้ามกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงซึ่งมุ่งเปลี่ยนสภาพไปสู่ภาวะผู้นำแบบจริยธรรม

3.2) ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership) ของแบส

Bass (1985) ให้ความหมายไว้ว่า ผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีพฤติกรรมที่มีความชัดเจนมากกว่า พวกเขาไม่ได้ถูกจำกัดโดยการรับรู้ของผู้ตาม ผู้นำต้องตั้งใจทำงานเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนรูปแบบข้อเสนอของลูกน้อง และปรับปรุงข้อเสนอเหล่านั้นเสียใหม่ มากกว่าที่จะเชื่อว่าต้องทำงานให้ตรงกับความต้องการของลูกน้อง

แบส และ อวอลิโอ ในปี ค.ศ. 1991 (Bass, 1999 : 9 – 32 ; Bass และ Avolio, 1994 : 2 – 6) ได้เสนอภาวะผู้นำแบบเต็มรูปแบบ โดยใช้ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำตามรูปแบบภาวะผู้นำที่เขาเคยเสนอ

ในปี ค.ศ. 1985 โมเดลนี้จะประกอบด้วยภาวะผู้นำ 3 แบบใหญ่ คือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational leadership) ภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยน (Transactional leadership) ภาวะผู้นำแบบปล่อยตามสบาย (Laissez – faire leadership) หรือพฤติกรรมความไม่มีภาวะผู้นำ (Nonleadership behavior) โดยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational leadership) เป็นกระบวนการที่ผู้นำมีอิทธิพลต่อผู้ร่วมงานและผู้ตามโดยเปลี่ยนแปลงความพยายามของผู้ร่วมงานและผู้ตามให้สูงขึ้นกว่าความพยายามที่คาดหวัง พัฒนาความสามารถของผู้ร่วมงานและผู้ตามไปสู่ระดับที่สูงขึ้นและศักยภาพมากขึ้น ทำให้เกิดการตระหนักรู้ในการกิจและวิสัยทัศน์ของทีมและขององค์การ จูงใจให้ผู้ร่วมงานและผู้ตามมองให้ไกลเกินกว่าความสนใจของพวกเขาไปสู่ประโยชน์ของกลุ่มองค์การหรือสังคม ซึ่งกระบวนการที่ผู้นำมีอิทธิพลต่อผู้ร่วมงานหรือผู้ตามนี้จะกระทำโดยผ่านองค์ประกอบพฤติกรรมเฉพาะ 4 ประการ หรือที่เรียกว่า “4I’s” (Four I’s) คือ

(1) การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (Idealized Influence หรือ Charisma Leadership : II หรือ CL) หรือการมีคุณลักษณะพิเศษ (Charisma) ที่มีอุดมการณ์ มีวิสัยทัศน์ มีความสามารถในการบริหารอารมณ์ และมีจริยธรรม

(2) การสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration Motivation : IM) เป็นการจูงใจให้เกิดแรงบันดาลใจในการทำงาน โดยการสร้างแรงจูงใจภายใน การสร้างเจตคติและการคิดในแง่บวกและกระตุ้นจิตวิญญาณของทีม (Team Spirit) ให้มีชีวิตชีวา

(3) การกระตุ้นทางปัญญา (Intellectual Stimulation : IS) เป็นการกระตุ้นความพยายามของผู้ตาม เพื่อให้เกิดสิ่งใหม่และสร้างสรรค์ เพื่อการตระหนักรู้ในเรื่องปัญหา กระตุ้นให้มีการตั้งข้อสมมุติฐาน เปลี่ยนกรอบการมองปัญหา และมีการแก้ปัญหาย่างเป็นระบบ

(4) การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (Individualized Consideration : IC) เป็นการปฏิบัติต่อบุคคลในฐานะที่เป็นปัจเจกชน การเอาใจใส่ดูแลคำนึงถึง ความต้องการและความแตกต่างระหว่างบุคคล มีการติดต่อสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์ที่ดี มีการแนะนำและการมอบหมายงาน มีการพัฒนาหรือสนับสนุนในการทำงานเพื่อให้บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายของส่วนตนและส่วนรวม

จากทฤษฎีของเบอร์น แบส (Bass, 1985) ได้เสนอทฤษฎีภาวะผู้นำที่มีรายละเอียดมากขึ้น ซึ่งแบสกล่าวว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นมากกว่าคำเพียงคำเดียวที่เรียกว่าบารมี (Charisma) แบส เห็นว่าความมีบารมีมีความจำเป็น แต่ไม่เพียงพอสำหรับผู้นำการเปลี่ยนแปลง ที่สำคัญอีกสามส่วนของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มิได้ออกเหนือจากความมีบารมี คือการกระตุ้นทางปัญญา การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลและการสร้างแรงบันดาลใจ แบสได้ให้คำนิยามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในทางที่กว้างกว่าเบอร์นและแบสยังมิภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความแตกต่างจากภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน แบสยอมรับว่าในผู้นำคนเดียวกันอาจใช้ภาวะผู้นำทั้งสองแบบ แต่ในสถานการณ์หรือเวลาที่แตกต่างกัน

3.3) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership)

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership) เป็นกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และสมมุติฐานของสมาชิกในองค์กร สร้างความผูกพันในการเปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์ และกลยุทธ์ที่สำคัญ (สุเทพ พงศ์ศรีวัฒน์, 2549)

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง จึงประกอบไปด้วย

- (1) การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (Idealized Influence)
- (2) การสร้างแรงบันดาลใจ (Inspirational Motivation)
- (3) การกระตุ้นทางปัญญา (Intellectual Stimulation)
- (4) การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (Individualized Consideration)

องค์ประกอบเฉพาะทั้ง 4 ประการของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงนี้ จะมีความสัมพันธ์กัน (Intercorrelated) และมีการแบ่งแยกแต่ละองค์ประกอบ เนื่องจากต่างก็มีความเฉพาะเจาะจง และมีความสำคัญที่แตกต่างกัน ซึ่งมีรายละเอียดเฉพาะของแต่ละองค์ประกอบดังนี้

(1) การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (Idealized Influence or Leadership : II or CL) หมายถึง การที่ผู้นำประพฤติตัวเป็นแบบอย่าง หรือเป็นโมเดลสำหรับผู้ตาม ผู้นำจะเป็นที่ยกย่อง เคารพนับถือ ศรัทธา ไว้วางใจ และทำให้ผู้ตามเกิดความภาคภูมิใจเมื่อได้ร่วมงานกัน ผู้ตามจะพยายามประพฤติปฏิบัติเหมือนกับผู้นำและต้องการเลียนแบบผู้นำของเขา สิ่งที่ผู้นำต้องปฏิบัติเพื่อบรรลุถึงคุณลักษณะนี้ คือ ผู้นำจะต้องมีวิสัยทัศน์ และสามารถถ่ายทอดไปยังผู้ตาม ผู้นำจะมีความสม่ำเสมอมากกว่าการเอาแต่อารมณ์ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ในสถานการณ์วิกฤต ผู้นำเป็นผู้ที่ไว้วางใจได้ว่าจะทำในสิ่งที่ถูกต้อง ผู้นำจะเป็นผู้ที่มีศีลธรรมและมีจริยธรรมสูง ผู้นำจะหลีกเลี่ยงที่จะใช้อำนาจเพื่อประโยชน์ส่วนตน แต่จะประพฤติตนเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้อื่นและเพื่อประโยชน์ของกลุ่ม ผู้นำจะแสดงให้เห็นถึงความเฉลียวฉลาด ความมีสมรรถภาพ ความตั้งใจ การเชื่อมั่นในตนเอง ความแน่วแน่ในอุดมการณ์ ความเชื่อและค่านิยมของเขา ผู้นำจะเสริมความภาคภูมิใจ ความจงรักภักดี และความมั่นใจของผู้ตาม และทำให้ผู้ตามมีความเป็นพวกเดียวกับผู้นำ โดยอาศัยวิสัยทัศน์และการมีจุดประสงค์ร่วมกัน ผู้นำแสดงความมั่นใจช่วยสร้างความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกันเพื่อการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ผู้ตามจะเลียนแบบผู้นำและพฤติกรรมของผู้นำจากการสร้างความมั่นใจในตนเอง ประสิทธิภาพและความเคารพในตนเอง ผู้นำการเปลี่ยนแปลง จึงรักษาอิทธิพลของตนในการบรรลุเป้าหมายและปฏิบัติภาระหน้าที่ขององค์การ

(2) การสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration Motivation : IM) หมายถึง การที่ผู้นำจะประพฤติในทางที่จูงใจให้เกิดแรงบันดาลใจกับผู้ตาม โดยการสร้างแรงจูงใจภายใน การให้ความหมายและท้าทายในเรื่องราวของผู้ตาม ผู้นำจะกระตุ้นจิตวิญญาณของทีม (Team Spirit) ให้มีชีวิตชีวา มีการแสดงออกซึ่งความกระตือรือร้น โดยการสร้างเจตคติที่ดีและการคิดในแง่บวก ผู้นำจะทำให้ผู้ตามสัมผัสกับภาพที่งดงามของอนาคต ผู้นำจะสร้างและสื่อความหวังที่ผู้นำต้องการอย่างชัดเจน ผู้นำจะแสดงการอุทิศตัวหรือความผูกพันต่อเป้าหมายและวิสัยทัศน์ร่วมกัน ผู้นำแสดงความเชื่อมั่นและแสดงให้เห็นความตั้งใจอย่างแน่วแน่ที่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ผู้นำจะช่วยให้ผู้ตามมองข้ามผลประโยชน์ของตนเพื่อวิสัยทัศน์และการกิจขององค์การ ผู้นำจะช่วยให้ผู้ตามพัฒนาความผูกพันของตนต่อเป้าหมายระยะยาว และบ่อยครั้งพบว่าการสร้างแรงบันดาลใจนี้เกิดขึ้นผ่านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และการกระตุ้นทางปัญญา โดยการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลทำให้ผู้ตามรู้สึกเหมือนตนเองมีคุณค่า และกระตุ้นให้พวกเขาสามารถจัดการกับปัญหาที่ตนเองเผชิญได้ ส่วนการกระตุ้นทางปัญญาช่วยให้ผู้ตามจัดการกับอุปสรรคของตนเอง และเสริมความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

(3) การกระตุ้นทางปัญญา (Intellectual Stimulation : IS) หมายถึง การที่ผู้นำมีการกระตุ้นผู้ตามให้ตระหนักถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน ทำให้ผู้ตามมีความต้องการหาแนวทางใหม่มาแก้ปัญหาในหน่วยงาน เพื่อหาข้อสรุปใหม่ที่ดีกว่าเดิม เพื่อทำให้เกิดสิ่งใหม่และสร้างสรรค์ โดยผู้นำมีการคิดและแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีการตั้งสมมติฐาน การเปลี่ยนกรอบ (Reframing) การมองปัญหา และการเผชิญกับสถานการณ์เก่าๆ ด้วยวิถีทางแบบใหม่ๆ มีการจูงใจและสนับสนุนความคิดริเริ่มใหม่ๆ ในการพิจารณาปัญหา และการหาคำตอบของปัญหา มีการให้กำลังใจผู้ตามให้พยายามหาทางแก้ปัญหาด้วยวิธีใหม่ๆ ผู้นำมีการกระตุ้นให้ผู้ตามแสดงความคิดและเหตุผล และไม่วิจารณ์ความคิดของผู้ตาม แม้ว่ามันจะแตกต่างไปจากความคิดของผู้นำ ผู้นำทำให้ผู้ตามรู้สึกว่ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ท้าทายและเป็นโอกาสที่ดีที่จะแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยผู้นำจะสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ตามว่าปัญหาทุกอย่างต้องมีวิธีแก้ไข แม้บางปัญหาจะมีอุปสรรคมากมาย ผู้นำจะพิสูจน์ให้เห็นว่าสามารถเอาชนะอุปสรรคทุกอย่างได้ จากความร่วมมือร่วมใจในการแก้ปัญหาของผู้ร่วมงานทุกคน ผู้ตามจะได้รับการกระตุ้นให้ตั้งคำถามต่อค่านิยมของตนเอง ความเชื่อและประเพณี การกระตุ้นทางปัญญาเป็นส่วนสำคัญของการพัฒนาความสามารถของผู้ตามในการที่จะตระหนักและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

(4) การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (Individualized Consideration : IC) ผู้นำจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลในฐานะเป็นผู้นำในการดูแลเอาใจใส่ผู้ตามเป็นรายบุคคล และทำให้ผู้ตามรู้สึกมีคุณค่าและมีความสำคัญ ผู้นำจะเป็นโค้ช (Coach) และเป็นที่ปรึกษา (Advisor) ของผู้ตามแต่ละคน เพื่อการพัฒนาผู้ตาม ผู้นำจะเอาใจใส่เป็นพิเศษในความต้องการของปัจเจกบุคคล เพื่อความสัมฤทธิ์ และเติบโตของแต่ละคน ผู้นำจะพัฒนาศักยภาพของผู้ตามและเพื่อนร่วมงานให้สูงขึ้น นอกจากนี้ผู้นำจะมีการปฏิบัติต่อผู้ตาม โดยการให้โอกาสในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ สร้างบรรยากาศของการให้การสนับสนุน คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความจำเป็น และความต้องการการประพุดติของผู้ตามแสดงให้เห็นว่า เข้าใจและยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล เช่น บางคนได้รับกำลังใจมากกว่า บางคนได้รับอำนาจการตัดสินใจด้วยตนเองมากกว่า บางคนมีมาตรฐานที่เคร่งครัดกว่า บางคนมีโครงสร้างงานที่มากกว่า ผู้นำมีการส่งเสริมการสื่อสารสองทาง และมีการจัดการด้วยการเดินดูรอบๆ (Management by walking around) มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ตามเป็นการส่วนตัว ผู้นำสนใจในความกังวลของแต่ละบุคคล เห็นปัจเจกบุคคลเป็นบุคคลทั้งคน (As a Whole Person) มากกว่าเป็นพนักงานหรือเป็นเพียงปัจจัยการผลิต ผู้นำจะมีการฟังอย่างมีประสิทธิภาพ มีการเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Empathy) ผู้นำจะมีการมอบหมายงานเพื่อเป็นเครื่องมือในการพัฒนาผู้ตาม เปิดโอกาสให้ผู้ตามได้ใช้ความสามารถพิเศษอย่างเต็มที่ และเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่ท้าทายความสามารถ ผู้นำจะดูแลผู้ตามว่าต้องการคำแนะนำ การสนับสนุนและการช่วยให้ก้าวหน้าในการทำงานที่รับผิดชอบอยู่หรือไม่ โดยผู้ตามจะรู้สึกว่าเขากำลังถูกตรวจสอบ

คุณลักษณะของผู้นำการเปลี่ยนแปลง

โดยทั่ว ๆ ไป ผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีคุณลักษณะของผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะเป็นดังนี้

- (1) เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) จะเปลี่ยนแปลงองค์กรที่ตนเองรับผิดชอบ ไปสู่เป้าหมายที่ดีกว่า คล้ายกับผู้ฝึกสอน หรือ โค้ช นักกีฬาที่ต้องรับผิดชอบทีมที่ไม่เคยชนะเลย ต้องมีการเปลี่ยนแปลงเป้าหมาย เพื่อความเป็นผู้ชนะและต้องสร้างแรงบันดาลใจให้ลูกทีมเล่นให้ได้ดีที่สุดเพื่อชัยชนะ
- (2) เป็นคนกล้าและเปิดเผย เป็นคนที่กล้าเสี่ยงแต่มีความสุข และมีจุดยืนของตัวเอง กล้าเผชิญกับความจริง กล้าเปิดเผยความจริง
- (3) เชื่อมั่นในผู้อื่น ผู้นำการเปลี่ยนแปลงจึงไม่ใช่เผด็จการ แต่มีอำนาจและสนใจคนอื่น ๆ มีการทำงานโดยมอบอำนาจให้ผู้อื่นนำ โดยเชื่อมั่นว่าผู้อื่นมีความสามารถ
- (4) ใช้คุณค่าเป็นแรงผลักดัน ผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะชี้นำให้ผู้ตามตระหนักถึงคุณค่าของเป้าหมาย และสร้างแรงผลักดันในการปฏิบัติงาน เพื่อบรรลุเป้าหมายที่มีคุณค่า
- (5) เป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต ผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะนึกถึงสิ่งที่ตัวเองเคยทำผิดพลาด ในฐานะที่เป็นบทเรียนและพยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เพื่อพัฒนาตัวเองตลอดเวลา
- (6) มีความสามารถที่จะเผชิญกับความสลับซับซ้อน ความคลุมเครือ และความไม่แน่นอน ตลอดจนมีความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ
- (7) เป็นผู้มองการณ์ไกล โดยมีความสามารถในการคาดการณ์ไปข้างหน้าทั้งในด้านโอกาสและอุปสรรคที่เกิดขึ้น สามารถที่จะทำให้เกิดความหวังและความฝันของทีมงานกลายเป็นจริง

4. แนวคิดและหลักการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุข ของรัฐซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน การสาธารณสุขมูลฐานเป็นวิธีการให้บริการสาธารณสุขที่ผสมผสานทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานและการประเมินผลโดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาฝึกอบรมและระบบส่งต่อผู้ป่วยโดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก

ซึ่งเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2525 องค์การอนามัยโลกได้เสนอความคิดขึ้นว่า หากจะให้ประชากรทุกคนในโลกหรือประชากรในประเทศที่มีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้นแล้ว งานสาธารณสุขจะต้องได้รับการส่งเสริมให้ชาวบ้านได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งในขณะนั้นก็ยังมีประเทศต่าง ๆ ได้เริ่มดำเนินการทำนองนี้แล้วรวมทั้งประเทศไทยด้วย พร้อมกันนั้นประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกได้มีมติให้ถือว่า ปี ค.ศ. 2000 หรือ พ.ศ. 2543 เป็นเป้าหมายที่ประชากรทุกคนของประเทศสมาชิกจะมีสุขภาพอนามัยดีอย่างทั่วถึง ซึ่งประเทศสมาชิกทุกประเทศรวมทั้งประเทศไทย ได้ยอมรับเป้าหมายดำเนินงาน เมื่อเดือนกันยายน 2521 ได้มีการประชุมเรื่องสาธารณสุขมูลฐานขึ้นที่เมืองอัลมาตา ประเทศรัสเซีย ที่ประชุมยอมรับหลักการว่า สาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีที่เหมาะสมที่จะทำให้ประชากรทุกคนมีสุขภาพอนามัยดีอย่างทั่วถึงได้

ความเป็นมาของการสาธารณสุขมูลฐาน

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่องค์การอนามัยโลกและประเทศในเครือสมาชิกให้การยอมรับและยกย่องว่ามีประสิทธิภาพการริเริ่ม และส่งเสริมพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ในลักษณะของประชาชนบริการประชาชนที่ไม่หวังสิ่งตอบแทนใดๆ (รูปแบบอาสาสมัคร) มาเป็นระยะเวลายาวนานในประวัติศาสตร์ และนำมาให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และการสาธารณสุข คิดค้นพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการจัดระบบสาธารณสุขเบื้องต้นเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ครอบคลุมทุกพื้นที่โดยมีผลการวิจัยที่เกิดจากการทดลองหลายพื้นที่ สรุปเป็นเอกสารสำคัญโดยได้รับถึงรูปแบบของการพัฒนาศักยภาพประชาชนและชุมชน ให้สามารถจัดบริการ การสาธารณสุขเบื้องต้นของชุมชนได้ด้วยตนเองซึ่งเป็นที่มาของการสาธารณสุขมูลฐานที่มีแนวคิดและกลยุทธ์การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ในการจัดระบบสาธารณสุขเบื้องต้น นำเสนอในเวทีการประชุมร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลกและองค์กรยูนิเซฟในเรื่อง การสาธารณสุขมูลฐาน ณ เมือง อัลมาตา ประเทศรัสเซีย เมื่อปี พ.ศ. 2521 เพื่อที่จะยังผลให้ประชาชนในชาติบรรลุถึงการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าและตามคาประกาศแห่งอัลมา-อตานัน ได้เรียกร้องให้ทุกชาติสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ด้วยเป้าหมายของการมีสุขภาพดีเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ในการมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข ซึ่งประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรขององค์การอนามัยโลก เมื่อปี พ.ศ. 2523 เพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการพัฒนาสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543 “Health For All By the year 2000” และได้มีการดำเนินการสาธารณสุข มูลฐานภายใต้กรอบแนวคิดและหลักการไปกำหนดเป็นนโยบายและจัดให้มีระบบการสนับสนุนจากส่วนกลางลงไปสู่พื้นที่เพื่อกระทำให้ทุกวิถีทางที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2523 (ปัจจุบันเปลี่ยนมาเป็นกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน สังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) ขึ้นมาทำหน้าที่ที่รับผิดชอบต่อนโยบายดังกล่าวโดยตรง เริ่มตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) โดยกำหนดกิจกรรมสำคัญ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540) คือ

- 1) อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่างๆ ในการทำหน้าที่เป็นครูฝึกด้านการสาธารณสุขมูลฐาน
- 2) อบรมอาสาสมัคร 2 ประเภท คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คัดเลือกโดยวิธีการทางสังคมมิติ
- 3) จัดทำแบบเรียนด้วยตนเองของ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครอบคลุมเนื้อหา ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน โรคการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ และได้มอบให้ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) /อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้เป็นคู่มือปฏิบัติงานในหมู่บ้าน
- 4) กำหนดกิจกรรมการบริการด้านการสาธารณสุขมูลฐาน 8 องค์ประกอบในเบื้องต้น (เพิ่มเติมเป็น 14 องค์ประกอบในปัจจุบัน) รวมทั้งการสนับสนุนยาที่จำเป็นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไว้บริการประชาชนภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน

กล่าวได้ว่าในยุคต้นของการริเริ่มการสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งอาสาสมัคร 2 ประเภท ดังกล่าว เพื่อเป็นกลไก อยู่ในโครงสร้างของการสาธารณสุขมูลฐานมุ่งกระทำบทบาท “แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ขี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ ประชาชน และทำตนเป็นตัวอย่างที่ดี” ในฐานะเป็นผู้นำด้านสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขยังคงเน้นความสำคัญของการบรรลุความ มีสุขภาพดีถ้วนหน้าก่อนปี พ.ศ. 2543 (HFA 2000) ดังนั้นในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) จึงได้เพิ่มและเร่งรัดการอบรม ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และประกาศให้ ปี พ.ศ. 2527 เป็นปีรณรงค์การสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ เพื่อกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ อาสาสมัครและประชาชนตื่นตัวและตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง และจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคทั้ง 4 ภาค (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน) เพื่อสนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับภูมิภาคและเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 สามารถจัดให้มีอาสาสมัครคือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครอบคลุมทุกหมู่บ้านและทุกชุมชนในพื้นที่เขตชนบทและเขตเมือง

ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 ถือเป็นช่วงที่ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผ่านกระบวนการอบรมและเรียนรู้ครบตามหลักสูตรอย่างสมบูรณ์ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชื่อเสียงของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย ในช่วงดังกล่าวได้รับการกล่าวขานยกย่อง ในสังคมและสู่สายตาชาวโลก สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ให้แก่กลุ่มประเทศภาคพื้นเอเชียอาคเนย์ซึ่งได้รับทุนจากองค์การอนามัยโลกมาศึกษาดูงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยมากมายหลายประเทศและชื่นชมกับความเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขไทยที่มีภาพลักษณ์ด้านคุณค่าของผู้มีจิตใจอาสาเสียสละ เพื่อประโยชน์สุขส่วนรวม สามารถรวมกลุ่มกันอย่างมีพลังและมีเอกลักษณ์ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยเอื้อและปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญในกระบวนการการพัฒนาองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขให้เกิดความเข้มแข็งด้านความรู้ ความสามารถขึ้นมาได้นั้น สืบเนื่องมาจากนโยบายที่ชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะการฝึกอบรมกำลังคนในระดับพื้นที่ด้วยหลักสูตรที่ชัดเจนเหมาะสมและต่อเนื่อง และยึดมั่นในกลวิธีหลักเพื่อพัฒนาประชาชนในชาติให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า อันเป็นเป้าหมายหลักทางสังคม มีแผนงบประมาณสนับสนุนการพัฒนากำลังคนในพื้นที่ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการจัดบริการสาธารณสุขเบื้องต้นและจำเป็นแก่ประชาชนด้วยตนเอง ซึ่งการจัดโอกาสให้มีการฝึกอบรมภายใต้การมีหลักสูตรที่เหมาะสมนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับหรือผู้เชี่ยวชาญจะต้องให้การสนับสนุนเต็มที่ เพื่อถ่ายทอดวิชาการที่เป็นความรู้ ความเข้าใจและทักษะพื้นฐานอย่างเหมาะสมสำหรับชาวบ้านในการดูแลสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ของตนเองได้เรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างโอกาสการเรียนรู้ให้แก่ประชาชนในแต่ละพื้นที่ได้อย่างแท้จริง ขณะเดียวกันนโยบายของรัฐบาลในการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการศึกษาของประชาชนในชาติก็ต้องได้รับการส่งเสริม สนับสนุนควบคู่กันไป เพื่อเป็นรากฐานในการพัฒนาให้ประชาชนมีสุขภาพดี

จุดเปลี่ยนแปลงสำคัญระยะที่ 1 เมื่อเข้าสู่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ภาวะความเปลี่ยนแปลงด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจของโลกมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยและวิถีชีวิตคนไทย โดยเฉพาะแบบแผนการเจ็บป่วยของคนไทย มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรค ไม่ติดต่อ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศถูกทำลาย ก่อเกิดมลภาวะที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพมากมาย สังคมเอารัดเอาเปรียบผู้บริโภคนซึ่งไม่รู้เท่าทัน ตลอดจนการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานจากภาคสังคมชนบทสู่สังคมเมือง ทำให้เกิดปัญหาสังคมชนบทโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มเด็กถูกทอดทิ้ง ขณะเดียวกันปัญหาสังคมในเขตเมือง ก็ซับซ้อนและขยายตัวมากขึ้น

ผลจากการประเมินทศวรรษแรกแห่งการสาธารณสุขมูลฐาน พบปัญหาหลักที่บ่งบอกถึงสัญญาณเพื่อการปรับตัวด้านการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า

1) อาสาสมัครไม่ได้ปฏิบัติงานจริง เนื่องจากไม่มีแผนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และความรู้ของอาสาสมัครไม่เพียงพอ เนื่องจากไม่มีเวลาไปเข้ารับการอบรมที่เป็นระยะเวลาการอบรมยาวนานติดต่อกัน

2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีได้มีแผนปฏิบัติอย่างชัดเจนในการอบรมอาสาสมัครต่อเนื่อง ส่งผลให้อาสาสมัครขาดความรู้ ขาดความมั่นใจ และไม่รู้ว่าจะทำอะไรตามบทบาท โดยมีข้อเสนอแนะ ให้มีการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง ภายใต้การกำหนดเวลาที่แน่นอนและหลักสูตรที่ชัดเจน สอดคล้องกับการปฏิบัติงานที่อาสาสมัครสาธารณสุขต้องปฏิบัติ

ดังนั้น แนวทางการสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ได้มีการทบทวนคุณภาพของอาสาสมัครและปรับกลไกอาสาสมัครโดยยกระดับบทบาทผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้เกิดเอกภาพในการปฏิบัติงาน และสนับสนุนงบประมาณการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพและสาธารณสุขที่เกิดจากภาวะความเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ในขณะเดียวกันกองวิชาการได้คิดค้นเทคโนโลยีสนับสนุนชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหา โดยกระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนการจัดตั้ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้เป็นสถานที่ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเป็นศูนย์เฝ้าระวังโรคที่เกิดจากพฤติกรรมไม่เหมาะสม พร้อมทั้งสนับสนุนเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการทำงานแก่อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหาเดิมและใหม่ แต่เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขขาดการถ่ายทอดให้อาสาสมัครได้เรียนรู้ในระบบและกลไกที่ชัดเจน หลายพื้นที่ไม่ได้เรียนรู้การจัดการเทคโนโลยีที่ดีพอเพื่อใช้ประโยชน์ได้อย่างยั่งยืน ขณะเดียวกันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่ได้เรียกร้องให้มีการฝึกอบรมเพิ่มเติมในเนื้อหาบางเรื่องที่เป็นปัจจัยสำคัญ คือ ขาดความต่อเนื่องของระบบการนิเทศงานผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หลังการอบรมมีน้อยมากทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ และผลการดำเนินงานอยู่ในรูปแบบการประสานงาน โดยให้อาสาสมัครช่วยเหลือในการกิจ ของหน่วยงานภาครัฐ ทั้งนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล ส่วนใหญ่ให้เหตุผลในเรื่องดังกล่าว ว่าขาดแคลนงบประมาณสำหรับค่าน้ำมัน และค่าเบี้ยเลี้ยงจึงไม่สามารถออกนิเทศได้

กล่าวได้ว่าในแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดการอบรมและฝึกปฏิบัติให้แก่อาสาสมัครให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานที่ต้องปฏิบัติ ซึ่งหลายจังหวัดได้ดำเนินการคิดรูปแบบการจัดการอบรมอาสาสมัครเป็นของตนเอง แต่จังหวัดส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพกำลังคนในระดับพื้นที่น้อย ขณะเดียวกัน กรม กอง และศูนย์วิชาการในสังกัดส่วนกลางเป็นผู้กำหนดเป้าหมาย และกลวิธี หรือกิจกรรมการพัฒนา ขาดการมีส่วนร่วม ขาดความหลากหลาย และขาดความจำเพาะในแต่ละพื้นที่ เช่น การคิดนวัตกรรมที่เป็นลักษณะเบ็ดเสร็จ และส่งมอบพื้นที่ปฏิบัติในลักษณะปูพรม องค์กรชาวบ้าน จึงกลายเป็นกลไกของภาครัฐ และรองรับนโยบายที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยของผู้นำหรือผู้บริหารที่ขาดการเชื่อมโยงหรือบูรณาการกับสิ่งที่พัฒนามาก่อนขาดความต่อเนื่อง ในที่สุดรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครที่ควรจะไปสู่การทบทวนการใช้หลักสูตรที่มีการริเริ่มไว้ในแผนพัฒนาฉบับที่ 4-6 จึงถูกละเลย นโยบายด้านงบประมาณมุ่งเน้นการให้อาสาสมัครปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาเร่งด่วน เป็นเรื่องๆ ตามสภาวะวิกฤติของบ้านเมือง รูปแบบที่ใช้อยู่ทั่วไปในการสร้างเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลไกภาครัฐกับอาสาสมัครสาธารณสุขในวันนี้คือการจัดเวทีประชุมเพื่อส่งต่อนโยบายและแนวทางการปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ถูกกำหนดมาจากนโยบายส่วนกลาง ขาดการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจร่วมกัน โดยอาศัยเงื่อนไขด้านเวลาที่จำกัดมากกำหนดการทำงาน และการใช้งบประมาณที่เบ็ดเสร็จเป็นรายกิจกรรมเพียงเพื่อผลักดันให้เกิดผลงานในระยะเวลานั้นๆ กิจกรรมด้านการสาธารณสุขมูลฐานที่ถูกกำหนดจากภาครัฐจึงไม่มีความยั่งยืน และหาเจ้าภาพที่แท้จริงในระดับพื้นที่ไม่ได้

จุดเปลี่ยนแปลงสำคัญระยะที่ 2 แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ทิศทางการสาธารณสุขมูลฐานได้ส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับครอบครัว โดยจัดให้มีแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขรวมตัวในรูปแบบของชมรมและสมาคมเพื่อเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน โดยเน้นการกระจายอำนาจจากรัฐสู่ประชาชน ซึ่งในแผนงาน

สาธารณสุขมูลฐาน ได้สนับสนุนงบประมาณ 7,500 บาท/หมู่บ้าน/ปี ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อให้กลไกแกนนำหมู่บ้านนำไปจัดทำแผนภารกิจหลัก 3 เรื่อง ได้แก่

- 1) พัฒนาศักยภาพกำลังคนในพื้นที่
- 2) การจัดบริการของ ศสมช.
- 3) จัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของ จปฐ.รายหมู่บ้าน ขณะเดียวกันมีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขบางประการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากการติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการงบประมาณ 7,500 บาท/หมู่บ้าน/ปี พบว่า งบประมาณส่วนใหญ่ถูกนำไปใช้ในแผนกิจกรรมการศึกษาดูงานของอาสาสมัครร่วมกับเจ้าหน้าที่ การนำไปจัดกิจกรรมรณรงค์แก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขเชิงนโยบายและซื้อขายไว้ใน ศสมช. เกินความจำเป็น ซึ่งงบประมาณดังกล่าวมีบางพื้นที่เป็นส่วนน้อยที่ได้นำมาวางแผนใช้ในการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใหม่ จากการสำรวจพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใหม่ที่ก้าวเข้าสู่การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่สมบูรณ์น้อยมากส่วนใหญ่ตอบว่าผ่านเพียงเวทีการจัดการประชุมของเจ้าหน้าที่เพื่อรับนโยบายไปปฏิบัติในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 งบประมาณด้านการสาธารณสุขมูลฐานที่ส่วนกลางสนับสนุนไปให้จังหวัดมุ่งเน้นการจัดสรรสนับสนุนแผนการจัดอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ให้ครอบคลุมทั่วประเทศและแผนงานสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้านสนองตอบ

ภารกิจหลักใน 3 เรื่องดังกล่าวเท่านั้นซึ่งผลจากการประเมินสองทศวรรษ ของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย ที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุข มีดังนี้

- 1) การดำเนินงานของสถานีอนามัยเกือบทั้งหมดจัดให้มีการประชุมประจำเดือน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประเด็นการประชุมเป็นเรื่องของการติดตามงาน แจ้งข่าวสาร และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนภารกิจหรืองานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการทำตามกรอบหน้าที่เป็นครั้งคราว และส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ทำงานตามที่เจ้าหน้าที่ร้องขอและมีประมาณร้อยละ 60 ที่สามารถระบุหน้าที่หลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้

- 2) เจ้าหน้าที่เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากกว่าครึ่งหนึ่ง ที่ยังไม่เข้าใจเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรม

- 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่ต่างคาดหวังการสนับสนุน และช่วยเหลือในการทำงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก เนื่องจากแนวคิดและกระบวนการพัฒนา การสาธารณสุขมูลฐานผูกติดอยู่กับระบบราชการและใช้รูปแบบการดำเนินงานแบบเดียวกันทั่วประเทศ

จุดเปลี่ยนแปลงสำคัญระยะที่ 3 แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) มุ่งเน้นเป้าหมายการพัฒนาเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง โดยอัญเชิญปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงนำทางในการพัฒนาและบริหารประเทศโดยอาศัยคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และสนับสนุนกลไกเครือข่ายหรือภาคีสุขภาพระดับพื้นที่ ดังนั้นในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับการจัดสรรงบประมาณประจำปี สำหรับอุดหนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดำเนินงานในด้านการสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้าน/ชุมชน ซึ่งในระยะเริ่มต้นของการจัดสรรงบประมาณสู่ท้องถิ่น พบว่า ลำบากกว่าระยะเวลาที่มีการริเริ่มแผนปฏิบัติงานของหมู่บ้าน และเมื่อวิเคราะห์แผนงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นการใช้ งบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขตามนโยบายซึ่งเป็นกระแสหลักที่สั่งการลงไป ประกอบกับช่วง 3 ปีที่ผ่านมา วิกฤติด้านการเมืองที่มีการแข่งขันในระบบพรรคการเมืองสูง องค์การอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถูกมองด้วยความหวงใยจากองค์กรอิสระเกรงจะตกเป็นเครื่องมือของนักการเมือง ทำให้การทบทวนและพัฒนาศักยภาพตนเอง และเรียนรู้ความเป็นไปในพื้นที่ตนเองด้วยการได้รับด้านฝึกอบรมขาดความเป็นระบบและองค์กรสนับสนุนรองรับที่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง และหน่วยงานสนับสนุนประจำขาดความตระหนักในประเด็นดังกล่าว และภายใต้แผนพัฒนา

เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 – 2554) เกิดกองทุนสุขภาพระดับตำบล โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้การสนับสนุนงบประมาณ ให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรอาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชน ในการพัฒนาด้านสาธารณสุข ใช้แนวคิดการพัฒนาแบบบูรณาการเป็นองค์รวมที่ยึด “คนเป็นศูนย์กลางพัฒนา” ซึ่งเป็นแนวคิดการพัฒนาสู่ความพอเพียงที่ปรับจากการมุ่งเน้นการเติบโตทางเศรษฐกิจมาเป็นการพัฒนาที่ยึด “คน” เป็นตัวตั้ง ให้ความสำคัญกับผลประโยชน์และความอยู่ดีมีสุขของประชาชนเป็นหลักและใช้การพัฒนาเศรษฐกิจเป็นเครื่องมือช่วยพัฒนาให้คนมีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีหลักการสำคัญคือ

- 1) ต้องปรับวิธีคิดและวิธีการพัฒนา จากเดิมที่มีลักษณะแบบแยกส่วนตามภารกิจ
- 2) เจ้าหน้าที่มาเป็นแบบบูรณาการ เชื่อมโยงทุกมิติของการพัฒนา เป็นองค์รวมที่มีคน

เป็นศูนย์กลางยึดหลัก “ภูมิสังคม” ตามความแตกต่างของความหลากหลายทางธรรมชาติ และความหลากหลายทางวัฒนธรรมตามสภาพแวดล้อมของพื้นที่และวิถีชีวิตของชุมชนและสังคมนั้น ๆ โดยเฉพาะความแตกต่างระหว่างภูมิภาคและระหว่างชนบทกับเมือง

3) ปรับกระบวนการพัฒนาจาก “บนลงล่าง” มาเป็นจาก “ล่างขึ้นบน” ยึดหลัก “การมีส่วนร่วมของประชาชน” ในกระบวนการพัฒนาและตัดสินใจ

4) พัฒนาอย่างเป็นไปตามลำดับขั้นตอน เริ่มต้นจากการพึ่งตนเองให้ได้ก่อน แล้วจึงพัฒนาไปเป็นการรวมกลุ่มพึ่งพากันและกันและสร้างเครือข่ายการพัฒนาเชื่อมโยงสู่ภายนอก เพื่อความสุขและความเจริญก้าวหน้าในลำดับต่อไป

แนวคิดที่เน้นการพึ่งตนเองของประชาชนและชุมชน เพื่อให้ประชาชนเข้มแข็ง คือ “ระบบสุขภาพภาคประชาชน” เป็นการรวบรวมงานสาธารณสุขมูลฐานให้เป็นระบบและขับเคลื่อนการพัฒนาด้านสุขภาพอย่างมีขั้นตอน โดยเน้นการบูรณาการแนวคิด 3 ประการเข้าไว้ด้วยกัน อันได้แก่

- 1) แนวคิดเรื่องคน
- 2) แนวคิดเรื่ององค์ความรู้
- 3) แนวคิดเรื่องทุน

ซึ่งแนวคิดทั้ง 3 ประการนี้ เป็น องค์ประกอบที่มีอยู่ทุกหมู่บ้าน/ชุมชน เพียงแต่จะอย่างไรให้หมู่บ้าน/ชุมชนนำองค์ประกอบที่มีอยู่ทั้ง 3 ประการนี้มาใช้ร่วมกันได้อย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อหมู่บ้านและชุมชนนั้น ๆ คำตอบก็คือ ต้องหากลไกที่เป็นหัวใจสำคัญมาเชื่อมโยง องค์ประกอบ 3 ประการให้เกิดการบูรณาการได้อย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดนั่นก็คือ “การจัดการ” ในที่นี้หมายถึง “การจัดการด้านสุขภาพ” นั่นเอง

ความสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน

นโยบายพัฒนาชนบทและเขตเมืองเป็นนโยบายที่สำคัญของรัฐบาล ในอันที่จะทำให้ประชาชนที่มีฐานะยากจน ด้อยการศึกษา และมีสถานภาพทางสุขภาพต่ำ ให้มีความเป็นอยู่ดีขึ้น ส่วนที่ด้อยอยู่แล้วก็ให้รักษาระดับไว้ได้ หรือดียิ่งขึ้นไป ทั้งนี้เพราะรัฐบาลเล็งเห็นว่าสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญที่จะเอื้อต่อการพัฒนาประเทศ ดังนั้น รัฐบาลจึงได้เร่งระดมทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดมาดำเนินการในการให้บริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน แต่บริการสาธารณสุขเหล่านั้น ยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ได้ ทั้งนี้เพราะงบประมาณส่วนใหญ่นำไปใช้ในการจัดสร้างสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดบริการสาธารณสุข นอกจากมีงบประมาณจำกัดแล้ว การกระจายบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขยังอยู่ในสภาพที่ไม่สมดุลกันอีกด้วย โดยยังกระจุกตัวอยู่ในเมืองหลวงหรือตามเมืองใหญ่ และประชาชนยังขาดความรู้ในเรื่องสุขภาพอนามัย และประโยชน์ของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่ ด้วยเหตุนี้บริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้จึงเป็นบริการที่ไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาได้ทัน ถ้าหากไม่หากลวิธีในการแก้ปัญหาเสียใหม่ ซึ่งกลวิธีนั้นก็คือ กลวิธีในการพัฒนาประชาชนให้เกิดความรู้ความสามารถที่จะช่วยเหลือ หรือดำเนินการสาธารณสุขที่จำเป็นขั้นมูลฐานหรือขั้นพื้นฐานได้

ด้วยตัวของเขาเอง โดยวิธีการอย่างนี้ก็จะมึงานสาธารณสุขที่ประชาชนทำได้และประชาชนทำไม่ได้ รัฐบาลจะทำในสิ่งที่ประชาชนทำไม่ได้ และจะต้องพัฒนาให้ประชาชนเกิดความสามารถในสิ่งที่เขาสามารถทำได้ โดยอาศัยวิทยาการและวิทยาการต่าง ๆ เมื่อเป็นเช่นนี้พอจะมองเห็นได้ว่าทรัพยากรไม่จำเป็นต้องเพิ่มขึ้นมากมาย แต่บริการสาธารณสุขที่จำเป็นขั้นมูลฐานหรือขั้นพื้นฐานสามารถเข้าถึงประชาชนได้อย่างทั่วถึงทุกคน

ดังนั้นการที่จะขยายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมประชากรในชนบทให้ได้มากยิ่งขึ้นนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำเอาประชาชนมามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน และใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นที่มีอยู่ด้วยวิธีหรือเทคโนโลยีที่เหมาะสม ทั้งนี้โดยประสานความคิดและความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างใกล้ชิด ในรูปแบบของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยภาครัฐให้การสนับสนุนเรื่องต่าง ๆ ตลอดจนให้ความรู้ด้านสาธารณสุขที่จำเป็นแก่อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในชุมชนของตนเอง แนวความคิดในลักษณะนี้เรียกว่า "การสาธารณสุขมูลฐาน"

5. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ สำหรับการรับผิดชอบดูแลครัวเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชน กำหนดจำนวน อสม.ในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย 1 คน รับผิดชอบ 10 – 15 ครัวเรือน โดยคุณสมบัติของ อสม. มีดังนี้

1. อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์
2. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. มีความรู้ สามารถอ่านออกเขียนได้
4. สมัยใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข
5. ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง
6. มีความประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน
7. มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่าง
8. มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การขึ้นทะเบียนเป็น อสม. โดยสถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

สำหรับวาระและการพ้นสภาพการเป็น อสม. โดยสถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังนี้

1. วาระ กำหนดให้มีวาระคราวละ 4 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอด

ถอน อสม. ด้วยตนเอง เพราะ อสม. เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชน หากมีความจำเป็นก็ต้องใช้การประชุม และปรึกษาหารืออย่างเป็นกันเองกับ อสม. ที่มีอยู่ รวมทั้งกรรมการหมู่บ้าน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น)

2. การฟื้นฟูสภาพ ได้แก่

- 1) ตาย
- 2) ลาออก
- 3) เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถแล้วแต่กรณี หรือ
- 4) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีคำสั่งให้พ้นสภาพ ตามที่หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทนจำนวนไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 ของหลังคาเรือนที่ อสม.รับผิดชอบ ร่วมกันลงลายมือชื่อยื่นหนังสือต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแล้วแต่กรณี และอาจตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริง ก่อนมีคำสั่งให้พ้นสภาพการเป็น อสม.หากปรากฏข้อเท็จจริงตามรายงานการตรวจสอบอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

1) อสม.ผู้นั้นไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานของรัฐจัดขึ้น โดยไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็น

2) อสม.ผู้นั้นไม่รักษารายาบรรณของ อสม.หรือ มีความประพฤติเสียหายที่อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียศักดิ์ศรีขององค์กร อสม.

มาตรฐาน อสม. ตามสมรรถนะของ อสม.

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขไว้ในหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550 ดังนี้

- 1) สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่
- 2) สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้นตลอดจนการเฝ้าระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย
- 3) สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน
- 4) สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อม
- 5) สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมีผลต่อการจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ
- 6) สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ
- 7) สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน

มาตรฐานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (เชิงรุก)

- 1) ดูแลสุขภาพอนามัยเชิงรุก ในกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน
- 2) เสริมสร้างสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยแผนสุขภาพตำบล ร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆในชุมชน เพื่อลดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง หัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต และหนูนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพใน รพ.สต.

3) เป็นทูตไอโอทีน ฝนการให้ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอทีน ตรวจสอบไอโอทีนในเกลือ น้ำปลา ขอสปรุงรส และแนะนำหญิงตั้งครรภ์บริโภคเกลือไอโอทีน

บทบาทหน้าที่ของ อสม.

อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก้วารัย กระจายข่าวดี ขั้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

1) เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้ว จัดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

2) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

3) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคลื่อน ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

4) หมั่นเวียนกันปฏิบัติงาน ที่ ศสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่

- 4.1) จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน
- 4.2) ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน
- 4.3) ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรม สาธารณสุขมูลฐาน((

5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

6) เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

7) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

8) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกรินทร์ โปะตะเวชและคณะ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย และศึกษาระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเพื่อศึกษาข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเวลาปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนประจำหมู่บ้าน ในอำเภอศรีเชียงใหม่ จำนวน 240 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการ

วิเคราะห์ทางสถิติ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง ผลการวิจัยพบว่า

1) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคายจำนวน 5 ตัวแปรคือ เพศ สถานที่ตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน การได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ และงบประมาณ การปฏิบัติงานในงานสาธารณสุขมูลฐาน เจตคติในงานสาธารณสุขมูลฐานและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .47 มีผลต่อตัวแปรอิสระทั้ง 10 ตัว อธิบายการผันแปรในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ได้ร้อยละ 47.52

2) ระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย อยู่ในระดับสูง มีเจตคติในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก

3) ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน สามารถทำให้ อสม.เกิดการทำงานในชุมชนและเป็นการทำงานอย่างต่อเนื่องได้ ซึ่งข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคายควรจัดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน เพื่อให้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนอย่างต่อเนื่อง ควรมีการประชุมสัมพันธงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีการจัดการอบรม ให้ความรู้ด้านนโยบายแก่คณะกรรมการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ส่งเสริมบทบาทให้มากยิ่งขึ้นเพื่อ เป็นที่ยอมรับขององค์กรอื่นๆ สถานีนอมน้ำมีการจัดเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเยี่ยมเยียนแนะนำ ให้กำลังใจในการปฏิบัติงาน ติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอสนับสนุนให้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน มีสถานที่ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นเอกเทศ และสนับสนุนเครื่องเขียน แบบพิมพ์ เอกสาร สิ่งพิมพ์ ให้เพียงพอในการดำเนินงานคณะกรรมการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมีความเป็นธรรมในการปฏิบัติต่อชุมชนรับผิดชอบในการกระทำ และเคารพมติของชุมชน ควรมีการจัดทำแผนปฏิบัติงาน 3 ปี 5 ปี ให้ชัดเจนในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ (2552) ศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปในสังคมไทย โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียนและการประเมินบทบาทและศักยภาพของ อสม.ในบริบทใหม่ๆของการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน ด้วยระบบการประมวลผลโดยใช้ฐานข้อมูลจากทะเบียนประวัติ อสม.ทั้ง 76 จังหวัด ณ วันที่ 30 เมษายน 2549 และจากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม คือ อสม. ผู้นำชุมชน ผู้นำองค์กรปกครองท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล จำนวน 11 จังหวัดพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เป็นรูปแบบสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสาธารณสุขตามนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่มีการดำเนินการมานานกว่าสามทศวรรษ ซึ่ง อสม.ในปัจจุบันมีจำนวนเกือบ 800,000 คน ถือเป็นทรัพยากรกำลังคนที่สำคัญด้านสุขภาพในชุมชน ส่วนใหญ่มักได้รับความเชื่อถือเป็นผู้อุทิศตนให้กับการทำงานเพื่อชุมชน มีความรู้และความใส่ใจในเรื่องสุขภาพ การศึกษา พบว่า แม้ว่าปัจจุบันนโยบายสาธารณสุขมูลฐานจะไม่ได้รับความสำคัญมากนัก แต่กระบวนการ อสม. ก็ยังมีชีวิตและยังดำเนินไปอย่างแข็งขัน มากกว่าร้อยละ 35 ของอสม.ในปัจจุบันเป็นคนรุ่นใหม่ที่เพิ่งเข้ามาเป็นอาสาสมัครได้ไม่เกิน 5 ปี ในขณะเดียวกัน ก็มี อสม.หญิงเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจนมีสัดส่วนถึงร้อยละ 70 อสม.เหล่านี้ทำงานได้ดีในลักษณะงานที่เสร็จสิ้นได้ในระยะเวลาสั้น ๆ เช่น การสำรวจข้อมูล การณรงค์เรื่องโรคต่างๆ หรือการกระจายข้อมูลข่าวสาร และมีข้อจำกัดในการทำงานที่ต้องใช้เวลาต่อเนื่องยาวนาน เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

พีระพล ศิริไพบูรณ์ (2553) ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ต่องานสาธารณสุขมูลฐานกรณีศึกษา เขตพญาไทมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาวิเคราะห์บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขต่องานสาธารณสุขมูลฐาน และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบบทบาทที่ปฏิบัติจริงและบทบาทที่คาดหวังของอาสาสมัครสาธารณสุขต่องานสาธารณสุขมูลฐานโดยเก็บตัวอย่างแบบสอบถามจากประชาชนในเขตพญาไทที่เข้ารับบริการศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน 11 (ประดิพัทธ์) เขตพญาไท จำนวน 400 คน และทำการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่กลุ่มงานนอมน้ำชุมชน จำนวน

4 คน พบว่า ระดับความคิดเห็นของประชาชนต่อการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขต้องงานสาธารณสุขมูลฐานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายข้อความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาทที่ปฏิบัติจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขต้องงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่ามากที่สุดคือด้านการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน และน้อยที่สุดคือด้านการป้องกันแก้ไขปัญหามลภาวะที่เป็นพิษภัย และพบว่าความคาดหวังของประชาชนต่อบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขต้องงานสาธารณสุขมูลฐานมีความแตกต่างกัน โดยด้านการคุ้มครองผู้บริโภคมีค่าเฉลี่ยที่แตกต่างกันมากที่สุด และน้อยที่สุดคือด้านการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค

มินตรา สารระรักษ (2553) ทำการศึกษาด้านการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยหลักการที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานคือการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีแนวทางการปฏิบัติที่สำคัญได้แก่การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. เพื่อทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนในการจัดการกับปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อยในท้องถิ่น ปัจจุบัน อสม.มีประมาณ 830,000 คน ในทุกชุมชนของไทย จากการที่ผู้เขียนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการวิจัยการพัฒนาลุ่มน้ำข้าวสารเพื่อแก้ปัญหาความยากจน ในประเด็นทางด้านสุขภาพมาแล้ว 2 ระยะ(ปีงบประมาณ 2549 – 2550) ซึ่งพบว่า ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพหรือการดำเนินวิถีชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับทราบข้อมูลและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ต่อเนื่องจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ผู้เขียนได้ตระหนักและให้ความสำคัญของการเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในชุมชนอย่างมาก รวมทั้งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะได้รับการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพในเบื้องต้นให้ทันสมัยและเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันเพื่อให้เกิดความมั่นใจในศักยภาพ เป็นแบบอย่างที่ดีและสามารถเป็นที่ปรึกษาด้านการดูแลสุขภาพเบื้องต้นสำหรับประชาชนในท้องถิ่นได้

รวดี ศรีฤทธิ์ และคณะ (2553) ได้ศึกษาศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลนาเพียง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 240 คน จาก 11 หมู่บ้านของตำบลนาเพียง ด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นเครื่องมือในการวิจัย พบว่า อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.4 มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 37.1 มีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 71.2 ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 78.3 มีการประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 85.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อปีประมาณ 21,000-35,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.8 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.5 ซึ่งด้านการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขจะมีคะแนนระดับศักยภาพสูงกว่าทุกด้าน รองลงมาคือด้านการดูแลสิทธิประโยชน์ทางสาธารณสุข ด้านแกนนำทางสุขภาพและด้านการให้บริการสาธารณสุข ส่วนด้านการให้คำแนะนำความรู้ และการให้สื่อข่าวสารสาธารณสุข มีระดับคะแนนต่ำที่สุดซึ่งอสม.ควรจะได้รับกิจกรรมเพื่อการพัฒนาศักยภาพในด้านการให้ข้อมูลและใช้สื่อสาธารณสุขให้มากขึ้น

สมบุญณ์ เถาว์พันธ์ (2553) ศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตอำเภอฟล จังหวัดขอนแก่นและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 274 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม SPSS/PC+ หาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า อสม. ในเขตอำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.00 อายุอยู่ในช่วง 26-45 ปี ร้อยละ 55.10 และจบประถมศึกษา ร้อยละ 82.48 ผลการศึกษา ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. พบว่า อสม. มีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่ดี อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.00 93.10 และ 85.00 ตามลำดับ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับทักษะมีความสัมพันธ์กัน ($y = .275$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันน้อย ($y = .093$) อย่างมีนัยสำคัญที่

ระดับ .05 และความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับการปฏิบัติพบว่ามีความสัมพันธ์กัน ($y=-14$) อย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .05

สง่า เพียรภายลุน และคณะ (2554) ได้ดำเนินการวิจัยเชิงสำรวจในการศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2553 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 109 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และ F-test ซึ่งผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของตำบลผาเสวย มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ต่างกัน ทำให้การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก ถือว่าเป็นไปตามนโยบายในการส่งเสริมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพระดับตำบลและหมู่บ้าน ชุมชนแบบมีส่วนร่วมของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุขและจังหวัดเมื่อพิจารณาเป็นรายตัวพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวนสี่ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินผล ด้านการวางแผน ด้านการปฏิบัติการและด้านการรับผลประโยชน์

สุตารัตน์ หล่อเพชร (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน โดยการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ คือ 1) ศึกษาระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในงานสุขภาพภาคประชาชน 2) ศึกษาระดับการรับรู้การปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในงานสุขภาพภาคประชาชน และ 3) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในงานสุขภาพภาคประชาชน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อสม. จำนวน 353 คน เครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสถิติโดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในงานสุขภาพภาคประชาชน โดยรวมอยู่ในระดับสูงการรับรู้การปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในงานสุขภาพภาคประชาชน โดยรวมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานของ อสม. ในงานสุขภาพภาคประชาชนอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 และระดับการรับรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการกำหนดความรับผิดชอบอย่างชัดเจนตรงกับสภาพปัญหาของพื้นที่พร้อมกับการสนับสนุนทางด้านวัสดุ อุปกรณ์ วิชาการ และการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องจะทำให้การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ประภาส อนันตา และจัญญู ทองเอนก (2555) ได้ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลขวาว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ด้วยรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการเยี่ยมบ้าน ประชากรในการศึกษาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลขวาว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 125 คนโดยจัดอบรมให้ความรู้ในการเยี่ยมบ้านและวัดความรู้ก่อนและหลังการจัดการอบรม โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม 2555 ถึง 30 มิถุนายน 2555 ข้อมูลทั่วไป ความรู้ในการปฏิบัติตัว ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ ทักษะการเยี่ยมบ้านก่อนและหลังการฝึกอบรมใช้สถิติ Paired t-test ซึ่งจากผลการวิจัย พบว่าความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านของอสม. มีความรู้เพิ่มมากขึ้นหลังจากได้รับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ดังนั้นหากจะให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดในการเยี่ยมบ้านของ อสม. จึงควรเพิ่มหลักสูตรการให้ความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านแก่ อสม. ก่อนที่จะให้ อสม. ออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านจริง นอกจากนั้นควรพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีความรู้ด้านโรคต่างๆ บุคลิกภาพ

ความน่าเชื่อถืออย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนมีการวางแผนล่วงหน้าก่อนลงเยี่ยมบ้าน มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนก็จะช่วยให้การเยี่ยมบ้านมีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น

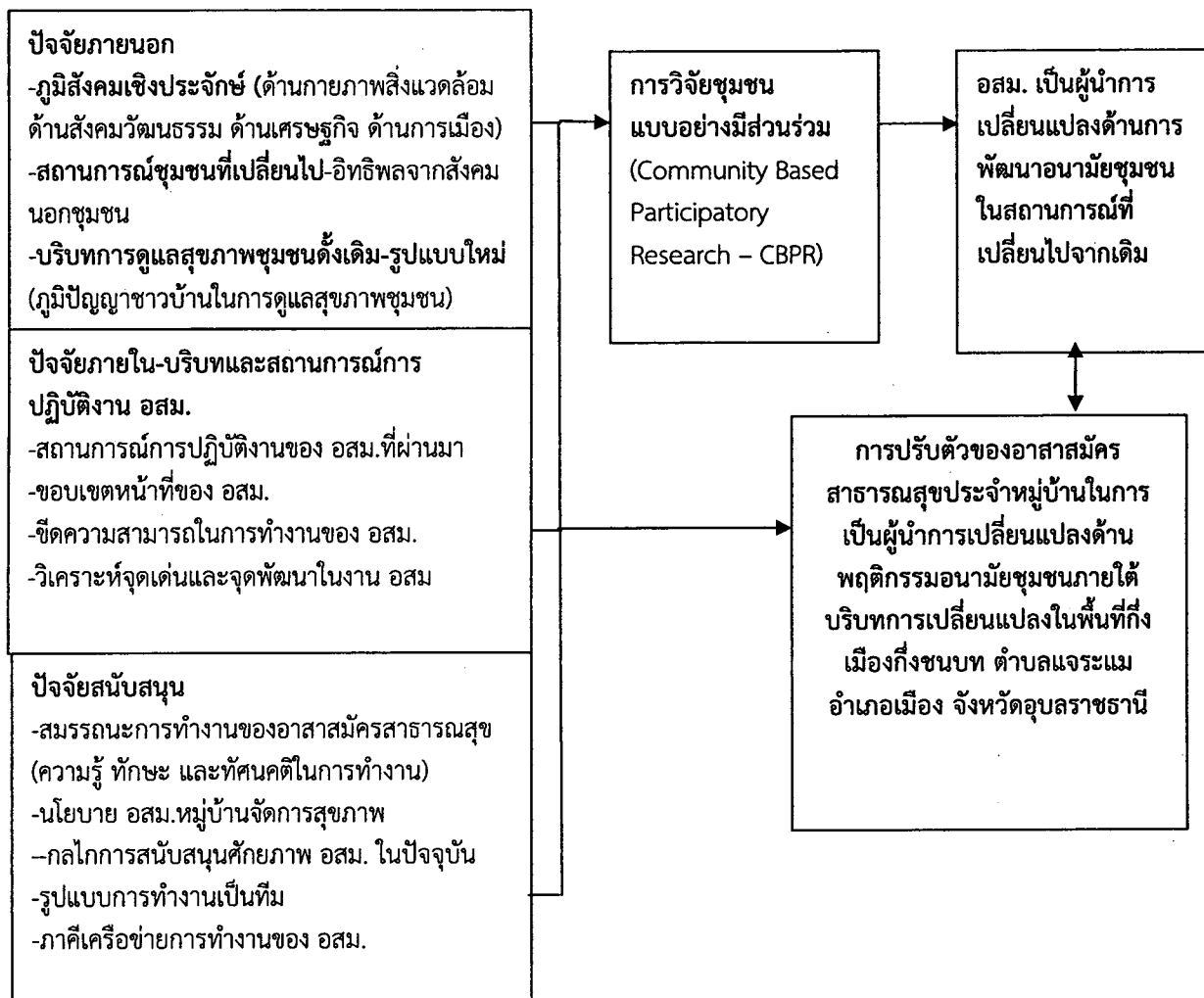
พรชูลี จันทรแก้ว (2555) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการฟื้นฟูผู้พิการในอำเภอละงู จังหวัดสตูล ซึ่งพิจารณาจากการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยพิการยังไม่สำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปัจเจกบุคคล แรงจูงใจ ปัจจัยสนับสนุนกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้พิการ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 45.64 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมีสถานภาพสมรสแล้ว มีระยะเวลาการเป็น อสม.มานานกว่าเฉลี่ย 9.5 ปี เมื่อพิจารณารายชื่อของระดับแรงจูงใจ ระดับการได้รับการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล คือ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็น อสม.และการได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลคนพิการ และปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครในการฟื้นฟูผู้พิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นผลการวิจัยนี้สามารถนำไปประกอบการพิจารณาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบและร่วมหาแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อให้มีความรู้ ทักษะ มีความมั่นใจและเกิดแรงจูงใจในการให้บริการฟื้นฟูดูแลผู้พิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิทยา ลั่นภัย และพรทิพย์ คำพอ (2556) ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน บ้านนาจั่ว หมู่ที่ 1,7 ตำบลนาจั่ว อำเภอสังขาม จังหวัดหนองคาย ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บ้านนาจั่ว หมู่ที่ 1,7 ตำบลนาจั่ว อำเภอสังขาม จังหวัดหนองคายที่มีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 40 คน เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ มีค่ามากกว่า 0.80 ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 8 มีนาคม 2556 - 3 เมษายน 2556 นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t-test และ paired t-test ซึ่งผลการวิจัย พบว่า หลังจากใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ($t=13.47$, $p\text{-value}<0.001$, 95%CI 5.96-8.09, $t=10.64$, $p\text{-value}<0.001$, ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และการปฏิบัติในระดับดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI 5.19-7.61) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังได้จัดทำโครงการ และได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ในการแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง บ้านนาจั่ว หมู่ที่ 1,7 ตำบลนาจั่ว อำเภอสังขาม จังหวัดหนองคาย ต่อไป

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท จึงได้เลือกใช้ทฤษฎีพื้นฐานของสังคม (Community Base) และทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social change) เพื่ออธิบายสถานการณ์ปัญหาด้านสาธารณสุขมูลฐานเดิมและสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทและเขียนเป็นกรอบแนวคิดที่จะใช้ในการค้นหาคำตอบตามระเบียบวิธีวิจัยแบบ Community Based Participatory Research ดังนี้

ภาพแสดงกรอบแนวคิดทางการวิจัย



คำอธิบายกรอบแนวคิด

ในการศึกษารูปแบบการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทในครั้งนี้ ได้นำเอาทฤษฎีพื้นฐานของสังคม Community Base และทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม Social change เพื่ออธิบายสถานการณ์ปัญหา ด้านสาธารณสุขมูลฐานเดิมและสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทประกอบด้วยปัจจัยภายนอก ได้แก่ ภูมิสังคมเชิงประจักษ์ (ด้านกายภาพสิ่งแวดล้อม ด้านสังคมวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจ ด้านการเมือง) สถานการณ์ชุมชนที่เปลี่ยนไป-อิทธิพลจากสังคมนอกชุมชน บริบทการดูแลสุขภาพชุมชนดั้งเดิม (ภูมิปัญญาชาวบ้านในการดูแลสุขภาพชุมชน) ปัจจัยภายใน ได้แก่ บริบทและสถานการณ์การปฏิบัติงาน อสม. สถานการณ์การปฏิบัติงานของ อสม.ที่ผ่านมา ขอบเขตหน้าที่ของ อสม. ขีดความสามารถในการทำงานของ อสม. การวิเคราะห์จุดเด่นและจุดพัฒนาในงาน อสม และกลไกการสนับสนุนศักยภาพ อสม. ในปัจจุบัน และปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ สมรรถนะการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (ความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการทำงาน) นโยบาย อสม.หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หลักการทำงานเป็นทีม และภาคีเครือข่ายการทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยกระบวนการวิจัยชุมชนแบบอย่างมีส่วนร่วม (Community Based Participatory Research – CBPR) อันนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทได้

บทที่ 3

วิธีการดำเนินงานวิจัย

3.1 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการหารูปแบบการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทด้วยกระบวนการการวิจัยชุมชนแบบอย่างมีส่วนร่วม (Community Based Participatory Research – CBPR) เพื่ออธิบายสถานการณ์ปัญหาด้านสาธารณสุขมูลฐานเดิมและสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ประกอบด้วยปัจจัยภายนอก ได้แก่ ภูมิสังคมเชิงประจักษ์ (ด้านกายภาพสิ่งแวดล้อม ด้านสังคมวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจ ด้านการเมือง) สถานการณ์ชุมชนที่เปลี่ยนไปอิทธิพลจากสังคมนอกชุมชน บริบทการดูแลสุขภาพชุมชนดั้งเดิม (ภูมิปัญญาชาวบ้านในการดูแลสุขภาพชุมชน) ส่วนปัจจัยภายใน ได้แก่ บริบทและสถานการณ์การปฏิบัติงาน อสม. สถานการณ์การปฏิบัติงานของ อสม. ที่ผ่านมา ขอบเขตหน้าที่ของ อสม. ชีตความสามารถในการทำงานของ อสม. การวิเคราะห์จุดเด่นและจุดพัฒนาในงาน อสม. และกลไกการสนับสนุนศักยภาพ อสม. ในปัจจุบัน และปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ สมรรถนะการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (ความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการทำงาน) นโยบาย อสม. หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หลักการทำงานเป็นทีม และภาคีเครือข่ายการทำงาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทสำหรับชุมชนบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

3.2 กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายหลักในการวิจัย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ต้นแบบบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปี 2556 ที่ผ่านการอบรมในโครงการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ เพื่อยกระดับขีดความสามารถในการทำงานของ อสม. สู่การพัฒนาสุขภาพประชาชนของเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก โดยศึกษาทุกหน่วยของประชากร รวม 55 คน

กลุ่มเป้าหมายรอง คือ บุคลากรและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก ตำบลแจระแม จังหวัดอุบลราชธานี

3.3 แหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูลชุมชน ประกอบด้วย 2 แหล่งข้อมูล ได้แก่

1. ข้อมูลปฐมภูมิที่ทีมวิจัยได้ร่วมกันเก็บข้อมูลขึ้นในด้านบริบทภูมิสังคม (ด้านกายภาพสิ่งแวดล้อม ด้านสังคมวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจ ด้านการเมือง) สถานการณ์ชุมชนที่เปลี่ยนไป และอิทธิพลจากสังคมนอกชุมชน ข้อมูลบริบทและสถานการณ์การปฏิบัติงานของ อสม. ที่ผ่านมา ขอบเขตหน้าที่ของ อสม. ชีตความสามารถในการทำงานของ อสม. โดยผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้นำชุมชน ผู้นำด้านสุขภาพของชุมชน ปราชญ์ชาวบ้านอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ชาวบ้านดั้งเดิมของบ้านท่าบ่อและประชากรแฝงที่อยู่อาศัยในบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2

2. ข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ทีมวิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า และเก็บรวบรวมจากแหล่งที่มาข้อมูลของชุมชนจากระบบฐานข้อมูลชุมชนบ้านท่าบ่อ หนังสือประวัติบ้านท่าบ่อ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคมและวัฒนธรรมจากเทศบาลเมืองแจระแม และข้อมูลสถานการณ์สุขภาพและสาธารณสุขมูลฐานของชุมชนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

3.4 เครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เจาะลึก Indepth Interview เทคนิคการเล่าเรื่อง Story Telling การจัดเวทีและการเสวนากลุ่ม (Focus Group) การเดินสำรวจเพื่อบันทึกและสังเกตการณ์และการใช้เครื่องมือข้อมูลชุมชนเช่น เส้นประวัติศาสตร์ชุมชน (History line) ปฏิทินวัฒนธรรม ผังทรัพยากรชุมชน แผนผังเครือญาติ และแผนที่เดินดินเพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลด้านบริบทภูมิสังคม (ด้านกายภาพสิ่งแวดล้อม ด้านสังคมวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจ ด้านการเมือง) สถานการณ์ชุมชนที่เปลี่ยนไปและอิทธิพลจากสังคมนอกชุมชนที่ผ่านมาของบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) เทคนิคการเล่าเรื่อง Story Telling การสนทนากลุ่ม (Focus Group) การประชุมระดมความคิดเห็น การเดินสำรวจเพื่อบันทึกและสังเกตการณ์ และการใช้เครื่องมือข้อมูลชุมชนเช่น เส้นประวัติศาสตร์ชุมชน (History Line) ปฏิทินวัฒนธรรม ผังทรัพยากรชุมชน แผนผังเครือญาติ และแผนที่เดินดิน

2. ข้อมูลด้านสถานการณ์ด้านสาธารณสุขมูลฐานชุมชนและภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพพื้นฐานโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) เทคนิคการเล่าเรื่อง Story Telling และการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

3. ข้อมูลด้านบริบทและสถานการณ์การปฏิบัติงานของ อสม.ที่ผ่านมา ขอบเขตหน้าที่ของ อสม. ชีตความสามารถในการทำงานของ อสม. การวิเคราะห์จุดเด่นและจุดพัฒนาในงาน อสม. และกลไกการสนับสนุนศักยภาพ อสม. จากอดีตสู่ปัจจุบัน ข้อมูลนโยบาย อสม.หมู่บ้านจัดการสุขภาพ และภาคีเครือข่ายการทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) การประชุมระดมความคิดเห็น การสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) และการใช้แบบสอบถามรายบุคคล

4. ข้อมูลด้านสมรรถนะการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (ความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการทำงาน) โดยการใช้แบบสอบถามสำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละบุคคล และกลุ่มชาวบ้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และศึกษารูปแบบการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท โดยการจัดกิจกรรมศึกษาดูงาน ณ ชุมชนสามัคคี ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม และการศึกษาดูงานด้านการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานเพื่อขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน ณ ชุมชนบ้านเหล่าข้าว หมู่ที่ 7 ตำบลม่วงสามสิบ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

3.5 กระบวนการทำวิจัย

3.5.1 กระบวนการทำวิจัยในระยะที่ 1

กระบวนการนี้เป็นขั้นเตรียมการ ซึ่งทีมวิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพร้อมทั้งจัดประชุมชี้แจงทำความเข้าใจวัตถุประสงค์และแนวทางในการดำเนินงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นร่วมกับนักวิจัยชุมชน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการพัฒนาโจทย์วิจัยและหาพื้นที่การวิจัย โดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้เลือกพื้นที่ตำบลแจะระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัยเพื่อท้องถิ่น ได้ทำหนังสือเชิญประชุมเพื่อจัดกิจกรรมการพัฒนาโจทย์การวิจัยในพื้นที่ ถึงหัวหน้าส่วนราชการ ผู้นำชุมชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องของชุมชนตำบลแจะระแม เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจ วัตถุประสงค์และแนวทางในการดำเนินงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นร่วมกับนักวิจัยชุมชน

กระบวนการพัฒนาโจทย์วิจัยและหาพื้นที่การวิจัย ซึ่งนักวิชาการจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ ประกอบด้วยหัวหน้าโครงการวิจัย คณาจารย์และนักศึกษารวม 8 คน ลงพื้นที่เข้าร่วมประชุม โดยใช้กระบวนการ

จัดเวทีเพื่อเสวนากลุ่มและใช้วิธีการประชุมกลุ่ม (Focus group discussion) โดยดำเนินการจัดประชุมกลุ่มจำนวน 2 ครั้ง คือ

1.1 กิจกรรมการประชุมเสวนากลุ่มครั้งแรก จัดขึ้นในวันพฤหัสบดีที่ 12 ธันวาคม 2556 ตั้งแต่เวลา 13.30– 16.30 น. ณ วัดบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานีในการประชุมครั้งนี้ได้รับเกียรติผู้นำชุมชนและประชาชน ประกอบด้วย

1) ผู้นำและหน่วยงานจากองค์การปกครองท้องถิ่น ประกอบด้วย นายอัครเดช ไชยจิตร ปลัดนายกเทศบาลเมืองแจระแม กำนันปรีชา พรพรม กำนันตำบลแจระแม ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้านและตัวแทนประชาชนตำบลแจระแม

2) ผู้นำและหน่วยงานจากกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทัพไท และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 2 บ้านหนองแก หมู่ที่ 3 บ้านหนองจานหมู่ที่ 4 บ้านทุ่งน้อย หมู่ที่ 5 บ้านทุ่งหว้า หมู่ที่ 9 บ้านหนองหอย หมู่ที่ 10 ซึ่งเป็นหน่วยงานให้บริการด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในเขตพื้นที่ตำบลแจระแม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี

3) หน่วยงานอื่นๆ คือ อาจารย์ศิริชัย บุญจำรูญ ครูชำนาญการพิเศษ โรงเรียนบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2

การร่วมประชุมกลุ่มในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในการสนทนาในลักษณะทุกคนมีโอกาสดำเนินการสนทนาหลักเพื่อชี้แจงและให้เข้าอยู่ในประเด็นหลักของงานวิจัย คือ อาจารย์กาญจนา ทองทั่ว และอาจารย์คมสันต์ ธงชัย เป็นผู้ช่วยดำเนินการในการค้นหาโจทย์สำหรับดำเนินงานวิจัยโดยอาศัยข้อมูลพื้นฐานและความต้องการเร่งด่วนจากการเสนอเพื่อแก้ไขปัญหาจากหลายๆฝ่าย ซึ่งทีมนักวิชาการยังไม่สามารถได้ข้อสรุปของปัญหาของชุมชนได้จากการประชุมครั้งแรก

1.2) กิจกรรมการประชุมเสวนากลุ่มครั้งที่สอง โดยทีมนักวิชาการจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้ลงพื้นที่ในวันที่ 15 ธันวาคม 2556 เวลา 17.00 น. สถานที่ ณ บ้านกำนันปรีชา พรพรม บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 ในการดำเนินการประชุมกลุ่มย่อยครั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมจะเป็นผู้นำด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก ผู้ใหญ่บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 2 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 2 โดยกระบวนการประชุมกลุ่มครั้งนี้ ขอบเขตเนื้อหาที่ได้ เกิดจากการสรุปประเด็นสำคัญจากการประชุมครั้งแรก โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนซึ่งจากข้อมูลสาธารณสุขพื้นฐานประจำปี 2556 ซึ่งบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ประสบปัญหามากที่สุดซึ่ง ผลการประมวลความคิดเห็นจากการประชุมกลุ่มและสรุปประเด็นปัญหาเพื่อได้โจทย์การวิจัย โดยใช้วิธีการยกมือในการลงคะแนนน้ำหนักของแต่ละปัญหาที่ได้จากการแสดงความคิดเห็นจากกลุ่ม คือ ปัญหาการวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จในการทำงานในเขตพื้นที่ชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นชุมชนกึ่งเมือง

2. การค้นหาอาสาสมัครนักวิจัย ในการดำเนินการในขั้นตอนการหาอาสาสมัครที่จะเข้าร่วมงานวิจัยชุมชนในครั้งนี้ ทีมนักวิชาการใช้กระบวนการจัดประชุมกลุ่ม (Focus group) ในวันเสาร์ที่ 22 กุมภาพันธ์ 2557 โดยผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มจะเล่าเรื่องเพื่อสร้างบรรยากาศการสนทนา โดยอาศัยข้อมูลสถานการณ์ปัญหาที่ได้จากโจทย์การวิจัย และศักยภาพของทุนทางสังคมในชุมชนบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 เริ่มต้นจากการที่ชุมชนบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งคือ คุณพ่อกำนันปรีชา พรพรม เป็นกำนันที่นานที่สุดและนักพัฒนาบ้านท่าบ่อให้มีความเจริญและได้รับรางวัลมากมายและคุณพ่อธวัชชัย โสภามี เป็นนักพัฒนาชุมชนที่ดำเนินงานหลายหน้าที่ในชุมชนไม่ว่าจะเป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รองกรรมการบริหารหมู่บ้าน และเลขานุการบริหารสภาตำบลแจระแม ท่านทั้งสองนี้เป็นแกนหลักในการเชิญชวนให้ชาวบ้านในหมู่บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 เข้ามาทำงานจิตอาสา โดยเฉพาะงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการหาอาสาสมัครนักวิจัย พบว่า มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแกคือ นางสุชาตามณี บุญจรัส อาสาเป็นหัวหน้าทีมวิจัยชุมชน และคุณอุบลรัตน์ เสมอภาค อาสาเป็นรองหัวหน้าทีมวิจัย

ชุมชน ซึ่งกระบวนการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขที่จะเข้ามาทำงานวิจัยครั้งนี้ เกิดจากอาสาสมัครสาธารณสุขและชาวบ้านในชุมชนเสนอตัวเองด้วยจิตอาสาเข้ามาทำงานวิจัย โดยมีจำนวนทั้งสิ้น 11 คนจากจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขของหมู่บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 ทั้งหมด 55 คน เพื่อร่วมพัฒนาตนเองให้สู่การทำงานที่ดีขึ้น

จากกิจกรรมการค้นหาอาสาสมัครนักวิจัย ทีมนักวิชาการคณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้ใช้วิธีการประชุมกลุ่มเพื่อถอดบทเรียน (After Action Review: AAR) โดยสรุปประเด็นที่ได้มี 2 ประเด็นคือ

2.1 ผลจากการแสดงตนเพื่อเป็นนักวิจัยชุมชน จำนวน 11 คน จากการนับผู้ที่ยกมือจิตอาสาพบว่า การแสดงตนเพื่อมาเป็นนักวิจัยนี้ อสม.บางคนเห็นว่า กิจกรรมวิจัยครั้งนี้ เป็นประโยชน์ และอีกกลุ่มที่ไม่แสดงตัว คือ กลัวจะเพิ่มภาระงานให้กับตนเอง และจากการสังเกตปฏิกิริยาของ อสม.ที่ร่วมกิจกรรม พบว่า อสม.บางคน กลัวผู้อำนวยราชการ รพ.สต.ในการไม่เอาผลงาน จึงทำให้ อสม.ตัดสินใจเข้ามาทำงานเป็นนักวิจัยชุมชนก็ไม่ได้

2.2 ในการค้นหาอาสาสมัครนักวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากทีมนักวิชาการยังไม่มีมีความคุ้นเคยกับชุมชนมากเท่าไร จึงทำให้กิจกรรมนี้ ผู้ที่ทำหน้าที่สนทนาก็เกิดการขับเคลื่อนให้ได้มาซึ่งอาสาสมัครนักวิจัยคือ คุณพ่อธวัชชัย โสภามี และนางสุชาตามณี บุญจรัส ผู้ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขในหมู่บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 และประธาน อสม.หมู่ที่ 2 คือ คุณอุบลรัตน์ เสมอภาค เป็นผู้เสนอประเด็นหลักและสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการทำงานของ อสม.ในภาพรวมที่ผ่านมา

3. การสร้างทีมวิจัย ในขั้นตอนการสร้างทีมนักวิจัยชุมชนบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 หลังจากกิจกรรมการดำเนินงานการค้นหาโจทย์วิจัยและสร้างอาสาสมัครนักวิจัยจำนวน 11 คน เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2557 ทีมนักวิชาการได้จัดกิจกรรมประชุมเพื่อชี้แจงการดำเนินงานวิจัยให้กับกลุ่มเป้าหมายอีกครั้งในวันที่ 8 มีนาคม 2557 เพื่อดำเนินกิจกรรมการเขียนพัฒนาโจทย์การวิจัย โดยประเด็นหลักๆ พบว่า กระบวนการให้ความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขของหมู่บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 นั้นยังไม่สามารถรวมกันเป็นหนึ่งเดียวได้ สืบเนื่องเนื่องจากปัญหาของสภาพชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไป อาทิ มีหอพักต่างๆ มีห้างร้านและธุรกิจร้านค้าเกิดขึ้นมากมายอย่างรวดเร็ว มีประชากรแฝงจากที่อื่นๆ ย้ายเข้ามาอาศัยในชุมชน ซึ่งมีหลากหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มข้าราชการ กลุ่มพนักงานเอกชน กลุ่มนักศึกษาและประชาชนทั่วไป ทำให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในชุมชนเป็นไปได้ค่อนข้างลำบาก จนก่อให้เกิดปัญหาเรื่องการประสานความร่วมมือและการสื่อสารในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขของหมู่บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 ทำให้ อสม.ต่างเห็นว่าการทำงานค่อนข้างลำบาก จึงไม่อยากทำงานและให้ความร่วมมือ

ในการแก้ไขปัญหาเรื่องการสร้างทีมวิจัยครั้งนี้ ได้พบว่า กระบวนการสร้างทีมทำงานจะต้องเกิดจากบุคคลที่มีลักษณะเป็นผู้นำ สามารถใช้เทคโนโลยีการสื่อสารและมีลักษณะวิถีชีวิตความเป็นอยู่และการประกอบอาชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นคนติดบ้านเป็นหลัก ซึ่งมีคุณพ่อธวัชชัย โสภามี คุณอุบลรัตน์เสมอภาค และนางสมหทัย พรพรม เป็นนักวิจัยหลักในการค้นหาและชวนสมาชิก อสม.บ้านท่าบ่อ มาร่วมเป็นนักวิจัย จนได้สมาชิกนักวิจัยทั้งหมด 31 คน

ในขั้นตอนการแบ่งหน้าที่ในการทำวิจัยครั้งนี้ ทีมวิจัยได้ให้นักวิจัย อสม.ได้เลือกหน้าที่ตามความถนัดและใช้กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Empowerment) ในการสร้างทีมในการทำงานซึ่งทุกคนล้วนมีเป้าหมายเดียวกัน ร่วมกันทำงานและช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

3.5.2 กระบวนการทำวิจัยในระยะที่ 2

กระบวนการนี้เป็นขั้นตอนการ ซึ่งทีมวิจัยได้ศึกษาออกแบบการวิจัยเป็นรูปแบบการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 กิจกรรมการออกแบบเครื่องมือ การทดลองการเก็บรวบรวมข้อมูลและการเก็บข้อมูลในงานวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ด้วยกระบวนการประชุมกลุ่มและระดมความคิดจากนักวิชาการ และนักวิจัย อสม. ซึ่งข้อมูลที่ได้ออกแบบสำหรับการสร้างเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) ข้อมูลด้านบริบทภูมิสังคม (ด้านกายภาพสิ่งแวดล้อม ด้านสังคมวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจ ด้านการเมือง) สถานการณ์ชุมชนที่เปลี่ยนไป และอิทธิพลจากสังคมนอกชุมชนที่ผ่านมามาของบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) เทคนิคการเล่าเรื่อง Story Telling การสนทนากลุ่ม (Focus Group) การประชุมระดมความคิดเห็น การเดินสำรวจเพื่อบันทึกและสังเกตการณ์ และการใช้เครื่องมือ ข้อมูลชุมชนเช่น เส้นประวัติศาสตร์ชุมชน (History line) ปฏิทินวัฒนธรรม ผังทรัพยากรชุมชน แผนผังเครือญาติ และแผนที่เดินดิน

2) ข้อมูลด้านสถานการณ์ด้านสาธารณสุขมูลฐานชุมชนและภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพพื้นฐานโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) เทคนิคการเล่าเรื่อง Story Telling และการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

3) ข้อมูลด้านบริบทและสถานการณ์การปฏิบัติงานของ อสม.ที่ผ่านมา ขอบเขตหน้าที่ของ อสม. ชีตความสามารถในการทำงานของ อสม. การวิเคราะห์จุดเด่นและจุดพัฒนาในงาน อสม. และกลไกการสนับสนุนศักยภาพ อสม. จากอดีตสู่ปัจจุบัน ข้อมูลนโยบาย อสม.หมู่บ้านจัดการสุขภาพ และภาคีเครือข่ายการทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) การประชุมระดมความคิดเห็น การสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) การใช้แบบสอบถามรายบุคคลและการสังเกต

4) ข้อมูลด้านสมรรถนะการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (ความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการทำงาน) โดยการใช้แบบสอบถามสำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละบุคคล และกลุ่มชาวบ้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และศึกษารูปแบบการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท โดยการจัดกิจกรรมศึกษาดูงาน ณ ชุมชนสามัคคี ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม และชุมชนบ้านเหล่าข้าว ตำบลม่วงสามสิบ อ.ม่วงสามสิบ จ.อุบลราชธานี

การทบทวนข้อมูลหลังจากที่มิวจัดร่วมกันออกแบบเครื่องมือ และนักวิชาการได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาปรับใช้ โดยใช้กระบวนการประชุมกลุ่มย่อยอีกครั้ง เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็น และถอดบทเรียนร่วมกันต่อเครื่องมือที่ได้ออกแบบไว้ รวมถึงกำหนดแนวทางการเก็บข้อมูลและตารางปฏิทินการดำเนินเก็บข้อมูลวิจัยร่วมกันด้วยกระบวนการอย่างมีส่วนร่วมทุกคน

2.2 กิจกรรมการทดลองใช้รูปแบบการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท โดยมีการจัดกิจกรรมศึกษาดูงาน และการจัดกิจกรรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพให้กับ อสม. นักวิจัย โดยอาศัยกระบวนการศึกษาดูงานด้วยการเรียนรู้จากชุมชนต้นแบบ และใช้กระบวนการการจัดเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้ทางออกและแนวทางการจัดการกับสถานการณ์และปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการทำงานของ อสม.

สำหรับกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะแก่ อสม. นักวิจัย โดยใช้กระบวนการบรรยายจากวิทยากร การเรียนรู้จากสถานการณ์จริงและการฝึกปฏิบัติการ โดยกระบวนการฝึกอบรมใช้ 2 รูปแบบคือ

1) หลักศักยภาพในการที่จะสำเร็จตามวัตถุประสงค์ เป็นการพิจารณาถึงพื้นฐานความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ ความพร้อม และแรงจูงใจของ อสม.ที่จะเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับภารกิจนั้นๆ ว่า มีโอกาสที่จะสนับสนุนให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมได้มากน้อยเพียงใด และหลังจากอบรมไปแล้วทำให้ อสม.ย่อมมีศักยภาพใหม่ที่สูงกว่าศักยภาพดั้งเดิมของ อสม.อย่างแน่นอน

2) หลักความจำเป็นในการฝึกอบรม เป็นการพิจารณาว่าภารกิจใดบ้างที่เมื่อได้ทำการฝึกอบรมไปแล้ว ก็ยังมีความจำเป็นจะต้องจัดฝึกอบรมเพิ่มเติมให้อีก จึงจะทำให้กลุ่ม อสม.สามารถปฏิบัติงานตามภารกิจหรือหน้าที่นั้น ๆ ได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งนี้ เพราะการฝึกอบรมไปแล้ว และ อสม.ผู้ผ่านการฝึกอบรมสามารถกลับไปปฏิบัติงานได้ทันที โดยไม่จำเป็นต้องฝึกอบรมในเรื่องนั้นๆ อีกย่อมมีคุณค่าว่าการฝึกอบรมในภารกิจที่จะต้องมีการฝึกอบรมเพิ่มเติมอีก เพราะจะทำให้สิ้นเปลืองทรัพยากรเพิ่มขึ้น

3.5.3 กระบวนการทำวิจัยในระยะที่ 3

กระบวนการนี้เป็นขั้นประเมินผลการวิจัย ซึ่งทีมวิจัยได้ใช้รูปแบบการประเมินศักยภาพในการทำงานของ อสม. โดยการใช้แบบสอบถามเพื่อสอบถามความพึงพอใจถึงประสิทธิภาพจากการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังการใช้รูปแบบการทำงานตามโมเดล TAMI Line จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ประกอบด้วยชาวบ้านและผู้นำชุมชน และแบบสอบถามสำหรับ อสม. เกี่ยวกับผลการพัฒนาศักยภาพของ อสม. หลังการพัฒนารูปแบบการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท

กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินศักยภาพในการทำงานของ อสม. ที่เปลี่ยนแปลงในบริบทพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทเน้นการวิเคราะห์เชิงเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ดังนี้

- 1) การจัดกลุ่มข้อมูลจากผู้ร่วมในกระบวนการวิจัยที่เป็นผู้ให้ข้อมูล การเทียบเคียงความเหมือนและความต่างของข้อมูล ซึ่งใช้ตารางการวิเคราะห์เป็นเครื่องมือ
- 2) การจัดลำดับและขั้นตอน พร้อมทั้งแบบแผนการเกิดขึ้นของสถานการณ์ด้วย Time line โดยใช้การจัดแบ่งเวลา แผนผังขั้นตอน แผนผังการจัดกลุ่มและความสัมพันธ์ จากเครื่องมือชุมชน เช่น เส้นประวัติศาสตร์ชุมชน (History Line) ปฏิทินวัฒนธรรม ผังทรัพยากรชุมชน แผนผังเครือญาติ และแผนที่เดินดิน
- 3) การแสดงความสัมพันธ์ของสาระสำคัญของสรุปสถานการณ์ ด้วยการใช้แผนผังแสดงโยงใยความสัมพันธ์ของทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนท้องถิ่น
- 4) การแจกแจงรายละเอียดของสถานการณ์หรือประเด็นที่เป็นสาระสำคัญของสรุปสถานการณ์ การค้นหาสาระเฉพาะที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทของสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่บ้านท่าบ่อ ด้วยการเขียนสรุปแจกแจงสถานการณ์ตามมุมมองคนในชุมชนที่แสดงทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการตนเองเพื่อแก้ปัญหาของชุมชน

3.6 วิธีการดำเนินงานวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และปรับใช้วิธีการวิจัยชุมชนแบบอย่างมีส่วนร่วม (Community Based Participatory Research – CBPR) ในการศึกษาภูมิสังคมและสถานการณ์การจัดการสาธารณสุข สภาวะสุขภาพชุมชน วิเคราะห์บทบาท กระบวนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนและเพื่อหารูปแบบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

2. ประชากรในการวิจัย ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม จำนวน 55 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ Indepth Interview เทคนิคการเล่าเรื่อง Story Telling เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. หมู่บ้านจัดการสุขภาพ แบบบันทึกการสังเกตการณ์มีส่วนร่วม การจัดเวทีและการเสวนากลุ่ม (Focus Group)

4. การประมวลผลและการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลเดิมที่เคยปฏิบัติและองค์ความรู้จากการศึกษารวบรวมเอกสาร การสังเกต การเสวนากลุ่ม และเวทีชุมชน นำข้อมูลที่ได้มาจัดระบบและจัดทำรายงาน โดยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และวิธีการพรรณนาความ

5. ขั้นตอนการดำเนินงาน กระบวนการทำวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

ระยะเตรียมการ

1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพร้อมทั้งชี้แจงทำความเข้าใจ วัตถุประสงค์และแนวทางในการดำเนินงานวิจัยร่วมกับนักวิจัยชุมชน

2) ลงพื้นที่พัฒนาโจทย์วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย อสม. หมู่ที่ 2 ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อจัดทำข้อเสนอโครงการวิจัยเสนอ สกว. โดยการ

ดำเนินงานจัดขึ้น 2 ครั้ง คือ ครั้งแรกเป็นการประชุมเพื่อค้นหาปัญหาและพัฒนาโจทย์การวิจัยในระดับตำบลในวันที่ 12 ธันวาคม 2556 ซึ่งผู้ร่วมประชุมในครั้งนี้มีจำนวน 67 คน ประกอบด้วยท่านปลัดนายกเทศบาลเมืองแรรเม ผู้อำนวยกา รพ.สต.หนองแก ผู้อำนวยกา รพ.สต.ทัพไท ครูจากโรงเรียนบ้านท่าบ่อ กำนันตำบลแรรเม สมาชิกสภาเทศบาลเมืองแรรเม ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่ 1 หมู่ 2 หมู่ 3 หมู่ 4 หมู่ 5 หมู่ 6 และหมู่ 9 เขตตำบลแรรเม และ หมู่ 7 หมู่ 8 หมู่ 10 ของเขตตำบลทัพไทย โดยมี นักวิชาการจาก สกว. อาจารย์และนักศึกษาจากคณะสาธารณสุขศาสตร์เป็นผู้ร่วมดำเนินกิจกรรม ในการจัดกิจกรรมครั้งแรกนี้จะมีอาจารย์สุมาพร ทองปรุงและนายกสโมสรมักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ เป็นผู้จัดบันทึกการประชุม

ในการจัดประชุมครั้งแรกนี้ ยังไม่สามารถได้ปัญหาที่จะนำมาพัฒนาเป็นโจทย์การวิจัยได้ ซึ่งแต่ละหมู่บ้านมีปัญหาที่หลากหลาย อาทิ ปัญหาด้านวิถีชีวิตและสังคม เช่น ปัญหาเรื่องรถบรรทุกสิบล้อวิ่งผ่านถนนเข้าหมู่บ้าน ทำให้เกิดปัญหาดินทรุดพัง หน้ถนนพังเสียหาย ฝุ่นละอองจากท้องถนน ปัญหาเรื่องการออกหนังสือสิทธิครอบครองที่ดินทำกิน ของหมู่ที่ 3 ปัญหาของเยาวชนวัยรุ่นติดสารเสพติด แอลกอฮอล์และไม่ประกอบสัมมาอาชีพของหมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 2 ปัญหาด้านการควบคุมโรคติดต่อเช่น การระบาดของโรคไข้เลือดออกเป็นประจำทุกปี โรคอ้วนลงพุงและปัญหาโรคเรื้อรังของทุกหมู่บ้าน ปัญหาด้านการทำงานเป็นทีม เช่น ปัญหาของชุมชนแกนนำที่ดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ปัญหาการเข้าถึงชุมชนของหมู่ที่ 1 และปัญหาด้านสภาพแวดล้อมชุมชน เช่น ปัญหาการระบายน้ำทิ้งจากชุมชนเมืองซึ่งมีผลกระทบต่อลำห้วยแรรเมและแม่น้ำมูลน้อยก่อให้เกิดแหล่งน้ำเน่าเสีย ปัญหา น้ำท่วมเฉียบพลัน ปัญหาขยะและการจัดการมูลฝอย เป็นต้น

ส่วนกิจกรรมครั้งที่สอง ได้จัดขึ้นในวันที่ 15 ธันวาคม 2556 ซึ่งในการประชุมเพื่อพัฒนาโจทย์การวิจัยครั้งนี้ จัดขึ้น ณ บ้านกำนัน ปรีชา พรพรม โดยผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยท่านกำนันปรีชา พรพรม คุณสุชาดาตมณี บุญจรัส (ผอ.รพ.สต.หนองแก) ประธานและสมาชิก อสม.ของบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 2 รวมจำนวน 43 คน โดยมีอาจารย์ภัทรกร เจริญบุตรและอาจารย์คมสันต์ ธงชัย เป็นผู้บันทึกการประชุมซึ่งในการประชุมครั้งนี้สามารถได้หัวข้อปัญหาที่ต้องดำเนินการวิจัยในพื้นที่ในกลุ่ม อสม.บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2

3) จัดเวทีชี้แจงโครงการวิจัยให้กับทีมวิจัยชุมชนและผู้สนใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัยชุมชน รวมทั้งแบ่งบทบาทหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมงานวิจัยร่วมกันของทุกคนในทีม โดยจัดกิจกรรมขึ้นในวันที่ 25 พฤษภาคม 2557 ณ ศาลาการเปรียญวัดท่าบ่อ หมู่ 1 มีผู้เข้าร่วมรับฟังการชี้แจงโจทย์การวิจัย ประกอบด้วยกำนันปรีชา ผอ.รพ.สต.หนองแก ท่านรองประธานสภาเทศบาลเมืองตำบลแรรเม ประธานและสมาชิก อสม. หมู่ที่ 2 รวม และประชาชนของบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 รวมจำนวน 40 คน หลังจากการประชุมเพื่อชี้แจงโครงการวิจัยแล้วทางทีมวิจัยได้ดำเนินกิจกรรมการค้นหานักวิจัยอาสาสมัครและแบ่งบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานวิจัยในวันที่ 1 มิถุนายน 2557 ซึ่งมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีจำนวน 31 คนซึ่งผู้นำทีมวิจัยของชุมชนบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 ในการดำเนินงานวิจัยประกอบด้วย 6 ทีม ดังนี้

4.1 ทีมผู้ประสานงาน ได้แก่ พ่ออวัชชัย โสภามี นางอุบลรัตน์ เสมอภาค และนายณัฐภูมิ มีโชค

4.2 ทีมประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ พ่อปรีชา พรพรม นางลำไย บริสุทธิซึ่งใจ นางสาวนิธิต์ กลางแก้วและนางสมสมัย กะสิพรรณ

4.3 ทีมอาหารและสวัสดิการ ได้แก่ นางก่องแก้ว บำรุงผล นางสาวสมศรี กัญหา นางฤทัย กะสิพรรณ นางนารี สุทธิสุวรรณและนางสมัยพร พันธุ์ลี

4.4 ทีมเลขานุการ ได้แก่ นางสาวแคลิยา จารุภาส นางอุบลรัตน์ เสมอภาค นางลำไย บริสุทธิซึ่งใจและนางสมพิศ ประทุมวงศ์

4.5 ทีมเหรียญกษาปณ์ ได้แก่ พ่ออวัชชัย โสภามี นางสาวสมทัย พรพรม และนางจินตนาภรณ์ แก่นพันธ์

4.6 ทีมสถานที่และพัสดุ ได้แก่ นายณัฐภูมิ มีโชค นางอุณเรณิ กวานเจ้าจัน นางสาวสมใจ จันทรหอม นางสาวสมภา โสภามี นางบุญสิ ชูเนตร นางสาวสมัยพร พันธุ์ลีและนางสมศรี กันหา

ระยะเก็บข้อมูลและเติมเต็มความรู้

4) จัดประชุมทีมวิจัยทั้งหมดเพื่อร่วมกันออกแบบเครื่องมือเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลเช่น

4.1) ข้อมูลบริบทภูมิสังคม สถานการณ์ด้านสาธารณสุขมูลฐานชุมชนและภูมิปัญญา ในการดูแลสุขภาพพื้นฐานที่ผ่านมาของบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) การประชุมระดมความคิดเห็น การเดินสำรวจเพื่อบันทึกและสังเกตการณ์ และการใช้เครื่องมือข้อมูลชุมชนเช่น เส้นประวัติศาสตร์ชุมชน (History line) ปฏิทินวัฒนธรรม ผังทรัพยากรชุมชน แผนผังเครือญาติ และแผนที่เดินดิน

4.2) สภาพปัญหา บทบาทหน้าที่ ชีตความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้านในการดูแลสุขภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยการใช้แบบสอบถามการสัมภาษณ์ (In-depth Interview) และการถอดบทเรียนเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของ อสม. ที่ผ่านมาโดยใช้เทคนิคการเล่าเรื่อง Story Telling และการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งจุดเด่นและจุดควรพัฒนางานของ อสม.

4.3) ข้อมูลสมรรถนะของอสม. หมู่บ้านนักจัดการสุขภาพซึ่งประกอบด้วยทักษะความรู้ และทัศนคติที่ อสม.แต่ละคนก็นำมาใช้ในการทำงานในสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป โดยการใช้การสัมภาษณ์ (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group)

4.4) แนวทางการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านมาสำหรับพื้นที่ชุมชนกิ่งเมืองกิ่งชนบท โดยการใช้การสัมภาษณ์ In-depth Interview และ Focus group

5) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการตรวจสอบเครื่องมือและเทคนิคการเก็บข้อมูลแก่ทีมวิจัย โดยแบ่งกลุ่มทีมวิจัยออกเป็น 3-4 กลุ่ม เพื่อฝึกซ้อมการเก็บข้อมูลและร่วมกัน ตรวจสอบเครื่องมือที่ได้ร่วมกับออกแบบไว้

6) ลงพื้นที่วิจัยเพื่อเก็บข้อมูลร่วมกันกับทีมในพื้นที่โดยทีมนักวิจัยชุมชนพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้นำชุมชน ราษฎร เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพ ประชาชนทั่วไป แกนนำกลุ่ม องค์กร หน่วยงาน และหมู่บ้านเพื่อร่วมหาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ข้อมูลโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพและโครงสร้างทางสังคมที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาจนเป็นพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทตลอดจนข้อมูลศักยภาพและทุนทางสังคมของชุมชนบ้านท่าบ่อ หมู่ที่2

7) จัดเวทีประชุมทีมวิจัยเพื่อร่วมกันนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้กลับมา รวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์ สังเคราะห์

8) จัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องและร่วมกันสรุป หาแนวทางการพัฒนาเพื่อเพิ่มสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนบ้านท่าบ่อ

9) จัดกิจกรรมศึกษาดูงานด้านแนวปฏิบัติที่ดี Best Practices เพื่อหามิติใหม่ของบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทในชุมชนสามัคคี อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2557 โดยมีผู้อำนวยการศูนย์แพทย์ชุมชนสามัคคี คณาจารย์นักวิจัยชุมชนวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ผู้นำชุมชนสามัคคี1 และสมาชิก อสม.ชุมชนสามัคคี รวมจำนวน 30 คน ร่วมให้การต้อนรับและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานในพื้นที่กิ่งเมืองแก้มักนิกรวิจัย อสม.บ้านท่าบ่อ และการศึกษาดูงานด้านการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานเพื่อขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน ณ ชุมชนบ้านเหล่าข้าว หมู่ที่7 ตำบลม่วงสามสิบ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 6 มิถุนายน 2558 โดยมีนักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์แพทย์ชุมชนม่วงสามสิบ ผู้ใหญ่บ้านเหล่าข้าว ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน รองประธานสมาชิกสภาตำบลม่วงสามสิบ ประธานและสมาชิก อสม.บ้านเหล่าข้าวหมู่7 รวมจำนวน 38 คน ร่วมให้การต้อนรับและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานบ้านเหล่าข้าว จนได้รับรางวัลชนะเลิศหมู่บ้านจัดการสุขภาพดีเด่น อำเภอวังสามสี ตั้งแต่ปี 2555 และชนะเลิศหมู่บ้านนวัตกรรมสาธารณสุขมูลฐานจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2557

ระยะปฏิบัติการ

10) ทีมวิจัยร่วมกันสรุปบทเรียนจากการไปศึกษาดูงาน และทบทวน วางแผน กำหนดแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปแบบมิติใหม่ของบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท เช่น การวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายในด้านความรู้ ทักษะ ทศนคติ รวมถึงความรับผิดชอบ การฝึกอบรมเทคนิคการจูงใจ การให้ความรู้และสุศึกษา การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ การฝึกอบรมเกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นในการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น และกิจกรรมตามกรอบงานที่ได้รับมอบหมาย ฯลฯ

11) ทดลองปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม ตามรูปแบบ แนวทางที่ร่วมกันกำหนด เช่นการเพิ่มสมรรถนะและทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพโดยใช้การผสมผสานระหว่างความรู้ ภูมิปัญญาดั้งเดิมของชุมชนร่วมกับความรู้ทางวิชาการสมัยใหม่ การปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนให้สอดคล้องกับกลุ่มอายุ อาชีพและสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท เป็นต้น

ระยะสรุปและประเมินผล

12) นักวิจัยร่วมกันสรุปและประเมินผลการใช้รูปแบบการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนภายใต้บริบทการเปลี่ยนไปในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบการทำงานของอสม.ในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่เปลี่ยนไป

13) จัดเวทีประชุมเพื่อสรุปบทเรียน วิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้จากการ ปฏิบัติการร่วมกันของทีมวิจัย

14) จัดเวทีนำเสนอผลการศึกษาเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตรวจสอบข้อมูลจากการพัฒนารูปแบบมิติใหม่ของบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท ซึ่งทีมวิจัยได้ดำเนินการนำเสนอผลการวิจัยจำนวน 2 ครั้งคือ ครั้งแรก เป็นการร่วมนำเสนอผลการวิจัยในงานประชุมวิชาการ ม.อ.บ.การวิจัยเพื่อท้องถิ่น ครั้งที่ 9 ในวันที่ 3 กรกฎาคม 2558 ณ อาคารปฏิบัติการโรงแรม มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยมีหัวหน้าโครงการวิจัยและตัวแทนนักวิจัย อสม.เป็นผู้แทนในการนำเสนอรวม 4 คน และกิจกรรมการนำเสนอผลการวิจัยสู่ชุมชนทำบ่อ ในวันที่ 14 สิงหาคม 2558 ซึ่งทีมวิจัยได้ดำเนินงานเปิดศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ประจำบ้านทำบ่อ หมู่ที่ 2 เพื่อเป็นศูนย์แสดงผลงานและเป็นสถานที่ดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านทำบ่อหมู่ที่ 2 ด้วย ณ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนบ้านทำบ่อ หมู่ที่ 2 ณ อาคารตลาดนัดชุมชน ซึ่งมีผู้เข้าร่วมรับฟังการนำเสนอผลการวิจัยประกอบด้วยกำนันปรีชา ผอ.รพ.สต.หนองแก ท่านรองประธานสภาเทศบาลเมืองตำบลแจระแม ประธานและสมาชิก อสม. หมู่ที่ 2 รวม และประชาชนของบ้านทำบ่อ หมู่ที่ 2 และนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ รวมจำนวน 78 คน

15) ทีมวิจัยรวบรวมข้อมูลและจัดทำเอกสารรายงานฉบับสมบูรณ์

3.7 การตรวจสอบข้อมูล

หลังจากที่ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว และดำเนินการเก็บข้อมูลครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และทำการบันทึกข้อมูลทั้งในรูปของเอกสาร (Documentation) และการบันทึกเสียง/การบันทึกภาพวิดีโอ เกี่ยวกับความเคลื่อนไหวระหว่างการจัดกิจกรรมต่างๆ ในช่วงการดำเนินงานวิจัย เช่น การประชุมระดมความคิดเห็น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ จากนั้นดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยรูปแบบการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation)

3.8 การวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล

การประมวลผลและการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลเดิมที่เคยปฏิบัติ และองค์ความรู้จากการศึกษารวบรวมเอกสาร การสังเกต การเสวนากลุ่ม และเวทีชุมชน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มา จัดระบบและจัดทำรายงานโดยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และวิธีการพรรณนาความ (Descriptive analysis) ด้วยหลักการวิเคราะห์แบบเปรียบเทียบและการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลง

กรณีข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คือ ปัจจัยด้านบุคคล และข้อมูลด้านสมรรถนะการทำงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุข (ความรู้ ทักษะและทัศนคติในการทำงาน) โดยใช้ตารางแจกแจงความถี่วิเคราะห์ด้วย จำนวนร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Means) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ดังนี้

1) ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของชุมชนต่อประสิทธิภาพในการทำงานด้านการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงชาวนามีจำนวน 14 ข้อความ โดยสร้างเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามวิธีการของ Likert (บุญธรรม กิจปรีดาภิรุตย์, 2547) โดยมีข้อความทั้งทางด้านบวกและข้อความด้านลบ ลักษณะคำตอบมี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ปานกลางและไม่เห็นด้วย การให้ค่าคะแนนกำหนด ดังนี้

คะแนน	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
3	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
2	ปานกลาง	ปานกลาง
1	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย

พิสัยของคะแนนความคิดเห็นของชุมชนอยู่ระหว่าง 1 - 42 คะแนน โดยการแปลผลระดับความคิดเห็น ใช้การกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งด้านทัศนคติความคิดเห็นของชุมชนต่อประสิทธิภาพในการทำงานด้านการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงชาวนาเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแบ่งแบบอิงกลุ่มด้วยค่าเฉลี่ยของ บุญชม ศรีสะอาด (2545) โดยใช้ค่าเฉลี่ย ดังนี้

เกณฑ์การตัดสิน	เกณฑ์การแบ่งจากค่าเฉลี่ย	การแปลความ
ระดับมาก	มีค่าเฉลี่ย 2.51-3.00 คะแนน	เห็นด้วย
ระดับปานกลาง	มีค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 คะแนน	เห็นด้วยปานกลาง
ระดับน้อย	มีค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 คะแนน	ไม่เห็นด้วย

2) ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพในการทำงานด้านการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงชาวนาของ อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 มีจำนวน 15 ข้อความ โดยสร้างเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามวิธีการของ Likert (บุญธรรม กิจปรีดาภิรุตย์, 2547) โดยมีข้อความทั้งทางด้านบวกและข้อความด้านลบ ลักษณะคำตอบมี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมาก ปานกลางและเห็นด้วยน้อย การให้ค่าคะแนนกำหนด ดังนี้

คะแนน	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
3	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย
2	ปานกลาง	ปานกลาง
1	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยมาก

พิสัยของคะแนนความคิดเห็นอยู่ระหว่าง 1 - 45 คะแนน โดยการแปลผลระดับความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพในการทำงานด้านการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงชาวนาของ อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแบ่งแบบอิงกลุ่มด้วยค่าเฉลี่ยของบุญชม ศรีสะอาด (2545) โดยใช้ค่าเฉลี่ย ดังนี้

เกณฑ์การตัดสิน	เกณฑ์การแบ่งจากค่าเฉลี่ย	การแปลความ
ระดับมาก	มีค่าเฉลี่ย 2.51-3.00 คะแนน	เห็นด้วยมาก
ระดับปานกลาง	มีค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 คะแนน	เห็นด้วยปานกลาง
ระดับน้อย	มีค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 คะแนน	เห็นด้วยน้อย

3) ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการทำงานของ อสม.ในพื้นที่บ้านท่าบ่อ หมู่ที่2 มีจำนวน 10 ข้อความ โดยสร้างเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามวิธีการของ Likert (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2547) โดยมีข้อความทั้งทางด้านบวกและข้อความด้านลบ ลักษณะคำตอบมี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมาก ปานกลางและเห็นด้วยน้อย การให้ค่าคะแนนกำหนด ดังนี้

คะแนน	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
3	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย
2	ปานกลาง	ปานกลาง
1	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยมาก

พิสัยของคะแนนทัศนคติอยู่ระหว่าง 1 - 30 คะแนน โดยการแปลผลระดับทัศนคติต่อการทำงานของ อสม.ในพื้นที่บ้านท่าบ่อ หมู่ที่2 เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแบ่งแบบอิงกลุ่มด้วยค่าเฉลี่ยของบุญชม ศรีสะอาด (2545) โดยใช้ค่าเฉลี่ย ดังนี้

เกณฑ์การตัดสิน	เกณฑ์การแบ่งจากค่าเฉลี่ย	การแปลความ
ระดับมาก	มีค่าเฉลี่ย 2.51-3.00 คะแนน	เห็นด้วยมาก
ระดับปานกลาง	มีค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 คะแนน	เห็นด้วยปานกลาง
ระดับน้อย	มีค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 คะแนน	เห็นด้วยน้อย

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี” โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาริบทและสถานการณ์ด้านสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพพื้นฐานของชุมชนบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงของชุมชนและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของชุมชนตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน
3. เพื่อวิเคราะห์บทบาท กระบวนการทำงานและขีดความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพพื้นฐานในชุมชนบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2
4. เพื่อหารูปแบบการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

การวิจัยครั้งนี้ คณะวิจัยได้ดำเนินการด้วยการใช้เครื่องมือต่างๆ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลด้านบริบทภูมิสังคม (ด้านกายภาพสิ่งแวดล้อม ด้านสังคมวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจ ด้านการเมือง) สถานการณ์ชุมชนที่เปลี่ยนไป และอิทธิพลจากสังคมนอกชุมชนที่ผ่านมาของบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) เทคนิคการเล่าเรื่อง Story Telling การสนทนากลุ่ม (Focus Group) การประชุมระดมความคิดเห็น การเดินสำรวจเพื่อบันทึกและสังเกตการณ์ และการใช้เครื่องมือข้อมูลชุมชนเช่น เส้นประวัติศาสตร์ชุมชน (History line) ปฏิทินวัฒนธรรม ผังทรัพยากรชุมชน ผังผังเครือญาติ และแผนที่เดินดิน
2. ข้อมูลด้านสถานการณ์ด้านสาธารณสุขมูลฐานชุมชนและภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพพื้นฐาน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) เทคนิคการเล่าเรื่อง Story Telling และการสนทนากลุ่ม (Focus Group)
3. ข้อมูลด้านบริบทและสถานการณ์การปฏิบัติงานของ อสม.ที่ผ่านมา ขอบเขตหน้าที่ของ อสม. ขีดความสามารถในการทำงานของ อสม. การวิเคราะห์จุดเด่นและจุดพัฒนาในงาน อสม. และกลไกการสนับสนุนศักยภาพ อสม. จากอดีตสู่ปัจจุบัน ข้อมูลนโยบาย อสม.หมู่บ้านจัดการสุขภาพ และภาคีเครือข่ายการทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) การประชุมระดมความคิดเห็น การสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) และการใช้แบบสอบถามรายบุคคล
4. ข้อมูลด้านสมรรถนะการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (ความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการทำงาน) โดยการใช้แบบสอบถามสำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละบุคคล และกลุ่มชาวบ้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และศึกษารูปแบบการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท โดยการจัดกิจกรรมศึกษาดูงาน ณ ชุมชนสามัคคี ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม และการศึกษาดูงานด้านการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานเพื่อขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน ณ ชุมชนบ้านเหล่าขาว หมู่ที่ 7 ตำบลม่วงสามสิบ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

ซึ่งผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

4.1 การศึกษาบริบทและสถานการณ์ด้านสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพพื้นฐาน

4.1.1 บริบทชุมชน

ชุมชนบ้านท่าบ่อแบ่งพื้นที่ออกเป็น 2 หมู่ คือ บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 2 ประชากรที่อาศัยอยู่มีทั้งคนในพื้นที่ดั้งเดิมและคนต่างถิ่นโยกย้ายมาทำกินและศึกษาเล่าเรียน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่หลากหลาย อาทิ รับราชการ รับจ้าง ค้าขาย แรงงานและการเกษตรกรรม โดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มข้าราชการและพนักงานราชการ กลุ่มที่ 2 กลุ่มค้าขาย รับจ้างและแรงงานภาคการเกษตรกรรม กลุ่มที่ 3 กลุ่มนักศึกษาและแรงงานภาคอุตสาหกรรมเช่น พนักงานห้างสรรพสินค้า ที่อยู่อาศัยในหอพักและห้องเช่า มีจำนวนประชากรตามบัญชีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแกในปี 2557 ของบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 1 จำนวน 419 หลังคาเรือน รวม 1,780 คน และหมู่ที่ 2 จำนวน 972 หลังคาเรือน รวม 3,765 ซึ่งบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 นี้ถือว่าเป็นชุมชนใหญ่โดยแบ่งพื้นที่ออกเป็นหมู่ที่ 2 บ้านท่าบ่อและหมู่ที่ 2 บ้านท่าบ่อเขตเทศบาล ซึ่งบ้านท่าบ่อเขตเทศบาลมีจำนวน 189 หลังคาเรือนมีประชากร 727 คน แยกเป็นชาย 340 คน และหญิง 387 คน และบ้านท่าบ่อจำนวน 783 หลังคาเรือน 3,038 คน แยกเป็นชาย 1,625 คน และหญิง 1,413 คน รวม 3,038 คน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลจากทะเบียนราษฎร ปี พ.ศ. 2557 โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 29.3 มีอายุเฉลี่ย 40-49 ปี มากที่สุดรองลงมาคือกลุ่มอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 24.4

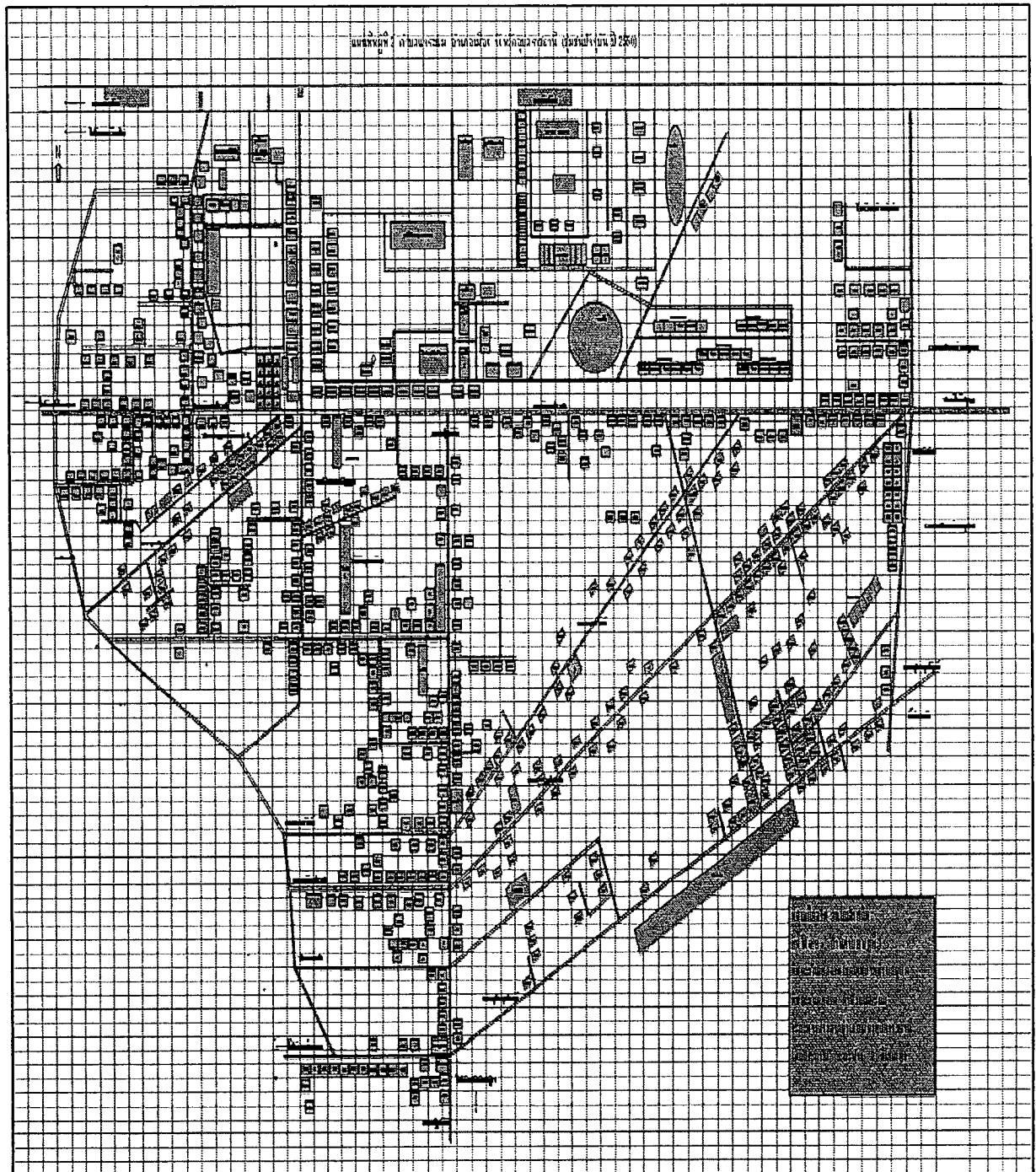
ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนประชากรปี พ.ศ. 2557 ของชุมชนบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีแยกตามเพศ กลุ่มอายุ เฉพาะเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแจระแม

หมู่ที่	อายุ (ปี)	เพศ		รวม
		ชาย	หญิง	
หมู่ที่ 2 บ้านท่าบ่อ	ต่ำกว่า 1 ปี	3	2	5
	1 - 4	17	9	26
	5 - 9	51	40	91
	10 - 14	84	58	142
	15 - 19	90	91	181
	20 - 24	86	102	188
	25 - 29	109	103	212
	30 - 34	103	129	232
	35 - 39	102	130	232
	40 - 44	136	128	264
	45 - 49	114	132	246
	50 - 54	121	136	257
	55 - 59	91	112	203
	60 - 64	76	69	145
	65 - 69	50	53	103
	70 - 74	38	52	90
	75 - 79	39	29	68
	80 - 84	20	22	42
	80 ปีขึ้นไป	12	14	26
รวม		1,342	1,411	2,753

ที่มา : ฐานข้อมูลจาก รพ.สต.แจระแม โปรแกรม JHCIS ปี พ.ศ.2557

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 21 ธันวาคม 2557 รวมประชากรทุกคน ทุกประเภทการอยู่อาศัย รวมทั้งคนที่มิชื่อในทะเบียนบ้านแต่ไม่ได้อาศัยอยู่จริง เฉพาะสัญชาติไทยที่ยังไม่เสียชีวิต หรือย้ายเข้ามาในเขตฯ ภายในวันที่ระบุ

จากตารางข้างต้น เป็นข้อมูลประชากรบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ที่มีสิทธิการรักษาและอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแระแม ประจำปี 2557 พบว่ามีประชากรที่มาขึ้นทะเบียนและใช้สิทธิการรักษาจำนวนทั้งสิ้น 2,753 คนแยกเป็นชาย 1,342 คน และเป็นหญิง 1,411 คน โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 9.6 มีอายุเฉลี่ย 40-44 ปี มากที่สุดรองลงมาคือกลุ่มอายุ 50-54 ปี ร้อยละ 9.3



ภาพที่ 1.2 ที่ตั้งบ้านเรือนของชุมชนบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 ตำบลแระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

สร้างฝายน้ำล้น และมีการสร้างสะพานข้ามห้วยแจะแมเพื่อเดินทางไปยังบ้านหนองแก เนื่องจากสภาพดินทรุดจากปัญหาน้ำท่วมดังกล่าว ต่อมาช่วงปี 2523 ในกลุ่มครอบครัวที่มีฐานะ จะเริ่มมีการใช้รถจักรยานยนต์แทนการใช้รถจักรยาน และในปีเดียวกันนี้ หมู่บ้านได้ก่อตั้งสหกรณ์เครดิตยูเนียนในชุมชนทำบ่อ เพื่อใช้เป็นแหล่งกองทุนของคนในพื้นที่ด้วย และช่วงปลายปี 2530 มีถนนคอนกรีตเกิดขึ้น 2 เส้น คือ เส้นหลักหน้าวัดทำบ่อและเส้นกลางหมู่บ้านหลังสำนักงานเกษตรจังหวัดอุบลราชธานี

ปี พ.ศ. 2531-2540 ถนนทุกเส้นที่เหลืกลายเป็นถนนคอนกรีต ชุมชนเริ่มมีการขุดน้ำบ่อแทนการตักน้ำจากห้วยชุมชน และในช่วงปี 2535 เริ่มมีการสำรวจประปาหมู่บ้านเกิดขึ้น นอกจากนี้ สภาพการก่อสร้างบ้านเรือน โดยชาวบ้านเริ่มรับวัฒนธรรมทางตะวันตกเข้ามามากขึ้น กล่าวคือ มีการก่อสร้างบ้านเป็นบ้านปูนบริเวณชั้นล่าง ซึ่งเดิมเป็นบ้านไม้สองชั้นยกสูง และในกลุ่มคนทำงานรับข้าราชการเริ่มมีการใช้รถยนต์มากขึ้น

ปี พ.ศ. 2541-2550 ชุมชนเริ่มมีการแบ่งขายที่ดินและแบ่งที่ดินให้เช่าสำหรับบุคคลภายนอกมากขึ้น รวมถึงมีการเช่าบ้านอยู่มากขึ้นในชุมชน เริ่มเกิดการปลูกสร้างหอพักนักศึกษา หอพักสำหรับคนวัยทำงานมากขึ้น และขณะเดียวกันเกิดธุรกิจการค้าขายในชุมชนมากขึ้น นอกจากนี้ ระบบสาธารณูปโภคเริ่มมีตู้โทรศัพท์สาธารณะตามจุดต่างๆ และเริ่มมีประชากรแฝงเริ่มเข้ามาอาศัยอยู่ในชุมชนมากขึ้น

ปี พ.ศ. 2551 ถึงปัจจุบัน สภาพชุมชนกลายเป็นชุมชนเศรษฐกิจต่างๆ เช่น อยู่ช่อมรถยนต์ ห้างร้านค้า ร้านอาหาร หอพัก ร้านบริการอินเทอร์เน็ตและเริ่มมีธุรกิจโรงแรมรายวันมากขึ้นซึ่งปัจจุบันนี้ถือว่า ประชากรแฝงที่เข้ามาอาศัยอยู่ในบ้านทำบ่อเริ่มมีมากขึ้น ส่งผลให้ประชาชนดั้งเดิมเริ่มเปลี่ยนอาชีพจากเกษตรกรรมเปลี่ยนเป็นรับจ้างมากขึ้นตามยุคสมัย

สำหรับข้อมูลทางเศรษฐกิจของชุมชนในปัจจุบัน พบว่า ประชาชนทำบ่อดั้งเดิมจะมีรายได้จากการประกอบอาชีพส่วนใหญ่รับจ้างทั้งภาคการเกษตรและภาคอุตสาหกรรม ส่วนน้อยจะเป็นข้าราชการและพนักงานราชการ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เดือนละ 5,000-8,000 บาท ส่วนประชากรแฝงที่โยกย้ายเข้ามาอาศัยอยู่ในชุมชนจะมีทั้งกลุ่มข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานห้างร้านบริษัทต่างๆ และกลุ่มนักศึกษาที่เข้ามาศึกษาเล่าเรียนในสถานศึกษาพื้นที่ในเมือง ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 18-22 ปี ซึ่งได้อาศัยอยู่ในหอพักและห้องเช่าในเขตบ้านทำบ่อหมู่ที่ 2 โดยจากข้อมูลส่วนนี้พบว่า ชุมชนดั้งเดิมที่มีกำลังทุนทรัพย์จะดำเนินกิจการหอพัก และบางส่วนได้เปิดร้านค้าขายปลีกด้วยบางส่วน เพื่อจำหน่ายสินค้า รวมถึงร้านอาหารและบริการต่างๆ เช่น ร้านเสริมสวย ร้านบริการคอมพิวเตอร์และเกมส์ออนไลน์ ร้านรับซ่อมรถจักรยานยนต์และกิจการอื่นๆ ที่ทำให้ประชาชนกลุ่มนี้มีรายได้เพิ่มขึ้นจากอาชีพเดิมโดยข้อมูลเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนบ้านทำบ่อหมู่ที่ 2 มีดังนี้

- 1) ถนน มีถนนลาดยาง ถนนคอนกรีตภายในหมู่บ้าน เชื่อมต่อกันทุกหมู่บ้าน
- 2) โทรศัพท์สาธารณะ มีตู้โทรศัพท์สาธารณะภายในหมู่บ้าน อย่างน้อย 10 จุด ตามแยกและชุมชนสำคัญ รวมทั้งสิ้นประมาณ 18 ตู้
- 3) ไฟฟ้า มีไฟฟ้าใช้ในหมู่บ้าน
- 4) การประปา มีน้ำประปาใช้ในหมู่บ้าน เป็นแบบประปาผิวดินและประปาหมู่บ้าน
- 5) ที่ดิน มีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 3,079 ไร่ เป็นพื้นที่อยู่อาศัย 1,187 ไร่ พื้นที่ทำการเกษตร 950 ไร่ พื้นที่ทำนา 950 ไร่ พื้นที่ทำไร่ 5 ไร่ พื้นที่ทำสวน 5 ไร่
- 6) แหล่งน้ำ มีลำห้วยแจะแม และลำน้ำมูลน้อย เป็นแหล่งน้ำที่ใช้เพื่อการเกษตรและอุปโภคบริโภค

สภาพของชุมชนทั่วไปจัดเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท เพราะได้รับอิทธิพลจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็วทั้งสาเหตุจากการซื้อขายที่ดินให้กับคนภายนอกเข้ามาเข้ามาอยู่อาศัย แสวงหารายได้ในชุมชน เช่น การปลูกสร้างที่พักอาศัย อพาทเมนต์และหอพักต่างๆทำให้เกิดประชากรแฝงเข้าไปอาศัยในชุมชนจำนวนมากขึ้น

4.1.1.3 สังคมและวัฒนธรรม

ด้านข้อมูลสังคมและวัฒนธรรมของบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 พบว่า ชุมชนยังมีการดำรงชีวิตตามประเพณีไทย คือ ฮีตสิบสองคองสิบสี่ โดยปฏิทินประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชนบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 มีรายละเอียดดังในตารางคือ

ตารางที่ 4.2 แสดงปฏิทินประเพณีและวัฒนธรรมชุมชนบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2

เดือน	กิจกรรมประเพณีในชุมชน
เดือนมกราคม	ประเพณีตักบาตรขึ้นปีใหม่, กิจกรรมแข่งฟุตบอลตำบล
เดือนกุมภาพันธ์	ประเพณีตักบาตรข้าวจี๋, บุญข้าวจี๋
เดือนมีนาคม	ประเพณีบุญเผวส ฟังกัณฑ์เทศน์มหาชาติ, งานวัน อสม. แห่งชาติ
เดือนเมษายน	งานบุญเบิกบ้าน, ประเพณีบุญสงกรานต์(วันสงกรานต์)
เดือนพฤษภาคม	ประเพณีแรกนาขวัญ
เดือนมิถุนายน	ประเพณีบุญบั้งไฟ (บางคนร่วมงานกับบ้านปะอว)
เดือนกรกฎาคม	งานบุญเข้าพรรษา, งานแห่เทียนพรรษาจังหวัด
เดือนสิงหาคม	กิจกรรมวันแม่แห่งชาติ, ประเพณีบุญข้าวสารท
เดือนกันยายน	ประเพณีบุญข้าวประดับดิน
เดือนตุลาคม	งานบุญกฐิน, งานแข่งเรือยาว
เดือนพฤศจิกายน	ประเพณีลอยกระทงห้วยแจะแม่, ไหลเรือ
เดือนธันวาคม	กิจกรรมวันพ่อแห่งชาติ, งานบุญข้าวคูณลาน

ซึ่งจากการบอกเล่าของพ่อธวัชชัย โสภามิ เล่าว่า “วัฒนธรรม ประเพณีของชุมชนท่าบ่อยังคงอนุรักษ์ไว้ สืบต่อให้รุ่นลูกหลานยังได้เห็นอยู่ตลอดทั้งปี เช่น เดือนตุลาคม มีงานบุญกฐินและประเพณีตักบาตรเทโว เทศกาลออกพรรษา ประเพณีการแข่งขันเรือยาวในช่วงหลังออกพรรษา เดือนพฤศจิกายนจัดกิจกรรมการลงกระทงร่วมกับเทศบาลนครอุบล เดือนธันวาคม กิจกรรมตักบาตรถวายในหลวงและงานกีฬาฟุตบอลเยาวชน เดือนมกราคม จัดกิจกรรมงานปีใหม่และสวดมนต์ข้าวปี เดือนมีนาคมงานประเพณีบุญเผวสฟังเทศน์มหาชาติ เดือนเมษายนประเพณีดูทรายวันสงกรานต์ เดือนกรกฎาคมประเพณีแห่เทียนพรรษา ซึ่งกิจกรรมนี้จะได้เข้าร่วมกับเทศบาลนครอุบลทุกปี และเดือนสิงหาคมประเพณีบุญข้าวประดับดิน โดยในการจัดกิจกรรมประเพณีชุมชนนั้นจะมีสถานที่รวมกลุ่มของชุมชนเพื่อพบปะสังสรรค์ เพื่อประชุมเตรียมงานและจัดกิจกรรมนั้นๆจะใช้วัดบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 และบางครั้งถ้าวัดมีกิจกรรมงานบุญ สถานที่ไม่ว่างชุมชนจะเปลี่ยนไปใช้อาคารตลาดชุมชนท่าบ่อแทน ซึ่งตั้งอยู่บริเวณด้านหลังวัดโดยเรียกว่าชุมชนท่าบ่อใต้ ซึ่งติดกับห้วยแจะแม่และเส้นทางไปยังบ้านหนองแก ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง จะมีประชาชนกลุ่มวัยผู้สูงอายุเป็นหลักในการประสานงานและดำเนินงาน และยังมีปัญหาของวัยรุ่นหนุ่มสาวจะเข้าร่วมกิจกรรมทางวัดมีจำนวนน้อย ดังนั้น ถ้าหน่วยงานราชการจะเข้ามาจัดกิจกรรมใดๆที่ต้องการขอความร่วมมือจากชาวบ้านท่าบ่อ ถ้ามาช่วงมีงานชุมชนจะได้รับความร่วมมือค่อนข้างมาก เพราะคนส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเลี้ยงปากเลี้ยงท้อง”

นอกจากนี้คุณแม่สมศรี กัณหา ซึ่งเป็นผู้สูงอายุคนหนึ่งที่อยู่อาศัยในบ้านท่าบ่อตั้งแต่วัยเด็กจนทุกวันนี้ ท่านเล่าว่า “ยุคสมัยมันเปลี่ยนแปลงไปมากนับอายุได้ราว 30 ปีนี้ แต่สิ่งหนึ่งที่ไม่เปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงไปได้ยากคือ ประเพณีงานวันออกพรรษา ซึ่งทางชุมชนเรานั้น จะมีการจัดบุญกฐินเพื่อทอดถวายที่วัดเป็นประจำทุกปี เฉลี่ยปีละ 3-4 ครั้งเรือนที่เป็นเจ้าภาพ และบ้านเรายังมีชมรมท่าบ่อเรือยาว เพื่อจัดทีมพายเรือยาวไปร่วมแข่งขันกับชุมชนอื่นที่จัดกิจกรรมแข่งขันเรือยาวในช่วงเทศกาลออกพรรษาด้วย”ด้านพ่อกำนันปรีชา พรพรม เล่าว่า “ทุกครั้งที่ได้ร่วมกิจกรรมทางวัด พ่อเองจะสังเกตลูกบ้านว่ามีแปลกหน้าแปลกตามาอาศัยอยู่หรือไม่ ถึงแม้ว่าจะมีคนเข้ามาอยู่อาศัยในพื้นที่มากขึ้นก็ตาม หรือคนจากที่อื่นเข้ามาซื้อที่ดินเพื่อปลูกอาศัยในบ้านท่าบ่อ บางครั้งเจ้าของที่ดินที่เป็นคนบ้านท่าบ่อก่อนจะซื้อขายได้เข้ามาปรึกษากับทางพ่อกำนันก่อนเสมอ เพื่อดูว่า ลักษณะ

อาชีพ ความเป็นอยู่ รวมถึงสภาพครอบครัวของผู้ที่จะมาซื้อที่ดินเพื่อปลูกสร้างในบ้านท่าบ่อนั้น จะเข้ากับคนในชุมชนหรือไม่ เพราะเกรงกลัวเรื่องของอิทธิพลทางการเมืองและนายทุนจะเข้ามามีบทบาทต่อชุมชนได้ ทำให้เกิดปัญหาต่างๆตามาได้ด้วย” ซึ่งข้อมูลที่ได้มานี้ สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงอันเกิดจากสภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมได้เข้ามามีบทบาทต่อชุมชนบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ทำให้เกิดเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทขึ้น

4.1.2 สถานการณ์ด้านสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพพื้นฐานของชุมชน

4.1.2.1 ข้อมูลสถานการณ์ด้านสาธารณสุข

สถานการณ์ด้านสาธารณสุขของชุมชนบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 ได้รับการดูแลด้านสุขภาพชุมชนของบ้านท่าบ่อโดยอยู่ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก โดยตั้งอยู่บ้านหนองแก ตำบลแจระแม อำเภอเมืองอุบลราชธานี ซึ่งการดูแลระบบสาธารณสุขมูลฐานของชุมชนจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อเฉพาะหมู่ที่ 2 จำนวน 55 คน อสม.แต่ละคนจะรับผิดชอบ 10-15 หลังคาเรือน โดยจำนวนเกณฑ์สัดส่วนของ อสม.ของบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 นั้นอย่างน้อยจะต้องมีประมาณ 80 คน แต่สัดส่วนอสม.ยังน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากบ้านท่าบ่อ เฉพาะหมู่ที่ 2 มีจำนวนครัวเรือนทั้งหมด 783 หลังคาเรือน จึงต้องมีจำนวน อสม.มากขึ้นเพื่อที่จะเข้ามาดูแลสุขภาพพื้นฐานของชุมชนได้อย่างทั่วถึง ซึ่งการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชนอาศัย อสม.เป็นผู้ขับเคลื่อนงาน โดย อสม.ได้ถูกพัฒนาและฝึกอบรมจนปัจจุบันกลายเป็นนักบริหารครอบครัว เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถได้รับค่าตอบแทนเดือนละ 600 บาท แต่บ้านท่าบ่อเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท โครงสร้างพื้นฐานของชุมชนเปลี่ยนแปลงไปมาก ปัญหาต่างๆ มีมากขึ้น ปัญหาด้านสาธารณสุขยังพบมากด้วยเช่นกัน

จากการดำเนินงานของ อสม.หมู่ที่ 2 ในการจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานของชุมชนจากอดีตจนถึงปัจจุบันยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรซึ่งปัญหาสุขภาพของชุมชนในอดีตที่ผ่านมา ประชาชนส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อและโรคเรื้อรังซึ่งสาเหตุจากสภาพสิ่งแวดล้อมและการดำรงชีวิตเป็นสำคัญ เช่น โรคระบาดตามฤดูกาล โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง โดยมีภาวะระบาดช่วงหน้าฝน มียุงชุกชุม และสภาพชุมชนเป็นปารุณรุ่งรังส่วนใหญ่ และโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุและวัยแรงงาน ส่วนใหญ่แล้วมีอาชีพเกษตรกรรม โรคที่พบคือโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเกี่ยวกับกลุ่มกล้ามเนื้อเนื้อเป็นหลัก ในขณะปัจจุบันนี้ ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อและโรคเรื้อรังในชุมชนท่าบ่อยังพบการระบาดอยู่ ซึ่งข้อมูลอัตราการป่วยด้วยโรค 10 อันดับแรกของบ้านท่าบ่อ ในช่วงปี พ.ศ.2555-2557 พบมากที่สุดคือ โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ โรคไข้หวัด รองลงมาคือ โรคระบบย่อยอาหารรวมช่องปาก โรคอุจจาระร่วง และโรคระบบกล้ามเนื้อเนื้อรวมโครงร่าง โรคปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ โรคความดันโลหิต และข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 10 อันดับแรก ในช่วงปี พ.ศ.2555-2557 พบมากที่สุดคือ โรคอุจจาระร่วง โรคไข้เลือดออก โรคตาแดงและโรคไข้หวัด ซึ่งในช่วง 3 ปีนี้มีอัตราการป่วยสูงสุดคิดเป็นอัตรา 1,122.2 452.6 141.4 และ 47.1 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ดังในตารางที่ 4.5 และ 4.6

ตารางที่ 4.3 แสดงอัตราเกิด อัตราตาย และอัตราเพิ่มประชากรของตำบลแจระแม ปี 2555-2557

ปี	เกิด		ตาย		เพิ่ม	
	จำนวน	อัตราต่อพันประชากร	จำนวน	อัตราต่อพันประชากร	จำนวน	ร้อยละ
2555	51	4.79	24	2.25	27	0.25
2556	77	7.17	20	1.86	57	0.53
2557	66	6.22	25	2.36	41	0.38

ที่มา : สุนิบัติร,มรณะบัตรปี 2555-2557 (ประชากร 10,509 ,10,737, 10,604 ตามลำดับ)

(อัตราเกิด - อัตราตายต่อพันประชากร , อัตราเพิ่มร้อยละ)

ตารางที่ 4.4 แสดงอัตราเกิด อัตราตาย และอัตราเพิ่มประชากรของบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ปี 2555-2557

ปี	เกิด		ตาย		เพิ่ม	
	จำนวน	อัตราต่อพันประชากร	จำนวน	อัตราต่อพันประชากร	จำนวน	ร้อยละ
2555	27	10.04	17	6.32	10	0.37
2556	23	8.29	16	5.77	7	0.30
2557	17	6.17	9	3.27	8	0.47

ที่มา : สุนิบัตร,มรณะบัตรปี 2555-2557 (ประชากร 2,689 ,2,772, 2,753 ตามลำดับ)

(อัตราเกิด - อัตราตายต่อพันประชากร, อัตราเพิ่มร้อยละ)

จากข้อมูลของบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ข้างต้น พบว่า ทั้งอัตราการเกิดและอัตราการตาย มีแนวโน้มลดลง ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากกิจกรรมการวางแผนครอบครัว ตลอดจนการทางสังคม เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่ส่งผลให้อัตราการเกิดลดลง ส่วนอัตราการตายของชุมชนลดลง อาจจะมีสาเหตุมาจากการดูแลสุขภาพและนวัตกรรมการทางการแพทย์พัฒนา การรักษาดีขึ้น ส่งผลให้อัตราการตายลดลงในแต่ละปีได้

ตารางที่ 4.5 แสดงอัตราป่วยด้วยโรค 10 อันดับแรกของตำบลแจะแหม ปี 2555-2557

ลำดับ	สาเหตุการป่วย	ปี 2555		ปี 2556		ปี 2557	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1	ระบบทางเดินหายใจ	6,183	58,127.29	4,289	39,945.98	3,150	29,705.77
2	โรคระบบไหลเวียนโลหิต	3,451	32,443.35	843	7,851.35	409	3,857.03
3	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ						
	โภชนาการ	2,531	23,794.30	435	4,051.41	511	4,818.93
4	โรคระบบย่อยอาหารรวมช่องปาก	2,176	20,456.89	1,626	15,143.89	1,183	11,156.17
5	โรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่าง						
	ยึดเสริม	1,656	15,568.29	1,228	11,437.08	1,666	15,711.05
6	สาเหตุจากภายนอกอื่นๆทำให้ป่วย	2,432	22,863.58	1,767	16,457.11	1,411	13,306.29
7	โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	773	7,267.08	573	5,336.68	542	5,111.27
8	โรคติดเชื้อและปรสิต	513	4,822.78	329	3,064.17	359	3,385.51
9	โรคตาส่วนประกอบตา	642	6,035.53	461	4,293.56	406	3,828.74
10	ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม	316	2,970.76	181	1,685.75	113	1,065.63

อัตราการป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวัง ประชาชนตำบลแจะแหม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีข้อมูลการป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวังของประชาชน ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ประชาชนบางกลุ่มสามารถจัดการสุขภาพได้ด้วยกำลังกายและกำลังทรัพย์ของตัวเอง ในขณะที่อีกกลุ่มยังต้องอาศัยการดำเนินงานของ อสม.และรับการดูแลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนี้ สภาพชุมชนปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเป็นเมืองมากขึ้น กระบวนการดำเนินงานของ อสม.ยังเป็นแบบเดิมๆ ขณะที่การทำงานของ อสม.มีความแตกต่างมากขึ้นทั้งจากสภาพตัว อสม.เอง การดำรงชีวิตและสภาพสังคม ประกอบกับยังคงใช้รูปแบบของการทำงานเดิมๆ ซึ่งใช้ในบริบทของชุมชนชนบท สำหรับชุมชนที่เปลี่ยนแปลงนั้นจำเป็นต้องมีการปรับให้เหมาะสมมากขึ้นเช่นการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพจากสื่อต่างๆค่อนข้างสะดวกขึ้น ทำให้การรับข้อมูลจากรูปแบบของ อสม.เดิมๆจะถูกรับการยอมรับน้อยลง รวมถึงวิถีชีวิตการประกอบอาชีพ กับช่วงเวลาการทำงานของ อสม.ไม่ตรงกัน ก่อให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานส่งเสริม ควบคุม และป้องกันสุขภาพ ทำให้การเกิดโรคต่างๆในชุมชนไม่รับการแก้ไขอย่างเต็มที่ นอกจากนี้สภาพชุมชนได้ขยายเข้าสู่ความเป็นเมืองเทคโนโลยีต่างๆ เข้าถึงมากขึ้นทำให้ชีวิตได้รับความสะดวกสบาย กิจกรรมของร่างกายน้อยลง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ช่วงเวลาครอบครัวเปลี่ยนไป ย่อมก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพทำให้เกิดโรคเรื้อรังในชุมชนมากขึ้นได้

4.1.2.2 ข้อมูลการดูแลสุขภาพพื้นฐานของชุมชน

บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ดำเนินงานและประสานการบริการจากหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข และชุมชนบ้านท่าบ่อรับการดูแลและบริการด้านสุขภาพโดยอยู่ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก ซึ่งตั้งอยู่บ้านหนองแก ตำบลแจระแม อำเภอมืองอุบลราชธานี ซึ่งการดูแลระบบสาธารณสุขมูลฐานของชุมชนจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ เป็นผู้ดำเนินงานด้วยจิตอาสา ตามพันธกิจของ อสม. ด้วยคำว่า “แก้ไข ร้าย กระจายข่าวดี ขี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ตนให้เป็นตัวอย่างที่ดี” ในการดำเนินงานนี้ เฉพาะ อสม.ท่าบ่อ หมู่ที่ 2 มีจำนวน 55คน แต่ละคนจะรับผิดชอบ 10-15 หลังคาเรือน จากจำนวนครัวเรือนทั้งหมด 783 หลังคาเรือน

การดูแลสุขภาพพื้นฐานของชุมชนเดิมในอดีตนั้น เน้นการดูแลตามวิถีชีวิตพื้นบ้าน อาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่น ใช้สมุนไพรในสวนครัวในการบรรเทาและรักษาโรคที่เกิดขึ้นตามอาการ หากมีอาการรุนแรงจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งสมัยนั้นมีครอบครัวของแม่ใหญ่ยายคุณและคุณตาของพ่อใหญ่บุญมี จะให้การรักษาทางไสยศาสตร์ร่วมด้วย โดยใช้การเป่ามนต์คาถา การสวดไหว้ภูตผีบรรพบุรุษ เพื่อให้พิษไข้หรือโรคนั้นออกจากคนป่วยหรือให้อาการทุเลาลงแต่ในยุคปัจจุบันนี้วิวัฒนาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขพัฒนาไปอย่างมากและมีประสิทธิภาพในการรักษามากขึ้น การดูแลสุขภาพของชุมชนท่าบ่อได้มีการปรับเปลี่ยนจากเดิมเช่นกันจากการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตัวแทนบุคคลในชุมชนถึงสภาวะปัจจุบันเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพพบว่า ปัจจุบันบ้านท่าบ่อได้กลายสภาพเป็นชุมชนกึ่งเมือง ทำให้มีความเจริญและความคล่องตัวในการเลือกบริการสุขภาพจากแหล่งต่างๆ มีมากขึ้นโดยเฉพาะ การเข้ารับบริการจากสถานบริการทางสาธารณสุขจะมีอยู่ 2 กลุ่มคือ กลุ่มแรกจะเป็นข้าราชการและพนักงานประจำที่มีเงินเดือน และกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มชาวบ้านท่าบ่อทั่วไปและประชากรแฝง ในที่นี้เป็นนักศึกษาและแรงงานที่อาศัยเช่าอยู่ตามหอพัก

การดูแลสุขภาพของกลุ่มแรกนี้ ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการและพนักงานประจำที่มีเงินเดือนโดยบริบทส่วนใหญ่จะมีระดับรายได้มั่นคง มีสิทธิการรักษาต่างๆ ชัดเจน เช่น การเบิกสิทธิรักษาพยาบาลของข้าราชการ การเบิกสิทธิประกันสังคม หรือใช้บริการจากกรมธรรม์ประกันชีวิตต่างๆ ซึ่งจะเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพที่โรงพยาบาลของรัฐ คือ รพ.สรรพสิทธิประสงค์และโรงพยาบาลเอกชน คือ รพ.ราชเวชคลินิกเอกชนและหาซื้อเวชภัณฑ์จากร้านขายยาที่อยู่ใกล้บ้านและเขตเทศบาลเมือง สำหรับกลุ่มที่ 2 จะเป็นประชากรแฝงประเภทนักศึกษาตามหอพักและกลุ่มชาวบ้านท่าบ่อดั้งเดิม ซึ่งบางคนจะไปรับบริการ ณ รพ.สต.หนองแก และศูนย์การแพทย์ในเขตเมือง โดยการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ และมีบ้างที่ไปรับบริการในโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนที่มีกำลังทรัพย์สามารถจ่ายค่ารักษาเองได้ ซึ่งจากกิจกรรมประชุมกลุ่มย่อย โดยพ่อธวัชชัย โสภามิ กล่าวว่า “การเข้าถึงสิทธิการรักษาของชาวบ้านในชุมชนท่าบ่อ หมู่ที่ 2 มีหลากหลายมาก บางคนอ้างว่า

สะดวก รวดเร็วกว่า รพ.สต.หนองแก บางคนอ้างว่า เป็นสิทธิที่เค้าจะเลือกบริการเองได้ บางครั้ง อสม.ที่ดูแลครัวเรือนดังกล่าว ต่างก็ไม่สามารถให้ข้อมูลข่าวสารและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ นอกจากนี้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของคนในบ้านทำบ่อได้เปลี่ยนแปลงจากเดิมไปมาก เนื่องจากชุมชนมีผู้คนอาศัยมากขึ้น มีร้านขายยามากขึ้นแทบทุกซอยในหมู่บ้าน การเข้าถึงข้อมูลต่างๆ จาก อสม. เลื่อน้อยลง ทำให้ อสม.มีบทบาทหน้าที่ด้านนี้น้อยลงไปด้วย”ด้านแม่สมพิศ ประทุมวงศ์ กล่าวว่า “เดิมครอบครัวตัวเองได้เลือกการรักษาที่ รพ.สต.หนองแก แต่พอลูกชายทำงานพอมีเงินบ้าง บางครั้งก็ไปรับบริการที่คลินิกเพราะสะดวก ไม่รอนาน แต่บางครั้งเจ็บป่วยไม่มาก ยังเลือกรับบริการที่ รพ.สต.เช่นเคย” และคุณลำไย บริสุทธิ์ซึ่งใจ กล่าวว่า “ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบในการทำงาน อสม. พบว่า ในเขตตนมีบ้านข้าราชการประมาณ 5 หลัง แต่เวลาไปให้ข้อมูลเกี่ยวกับการนัดตรวจมะเร็งปากมดลูก หรือให้ไปรับการตรวจที่ รพ.สต.หนองแก กลับได้รับคำตอบกลับว่า ตนเข้ารับการตรวจสุขภาพทุกปีที่ รพ.ของรัฐบ้าง หรือมีการรับบริการจากที่อื่นๆ ซึ่งทำให้ตนและเพื่อน อสม.ไม่กล้าจะไปให้ข้อมูลด้านสุขภาพในครั้งต่อไปอีก” ด้วยเหตุนี้ จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การทำงานของ อสม.ยากขึ้น และตัว อสม.ไม่ได้รับความไว้วางใจในการทำงานจากชุมชนด้วย

ในด้านข้อมูลสถานะทางสุขภาพของบ้านทำบ่อ จากสถานการณ์ในอดีตประมาณ 30 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่สุขภาพของประชาชนในชุมชนจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ และโรคระบาดตามช่วงเวลา เช่น โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยเด็กวัยเรียน ในทุกวันนี้ยังพบว่า ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ และวัยแรงงานยังมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและโรคระบาดตามฤดูกาลที่ยังพบว่าเป็นปัญหาของชุมชนคือ โรคไข้เลือดออก ซึ่งมีการระบาดในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคมของทุกปีจากการสัมภาษณ์คุณสุชาตามณี บุญจรัส ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก เล่าว่า “สถานการณ์การเจ็บป่วยที่สำคัญของประชาชนบ้านทำบ่อ หมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 2 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวนมาก และการเจ็บป่วยด้วยโรคระบาด โดยเฉพาะโรคไข้เลือดออกในปี 2555-57 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยปีละ 2-3 ราย ในนี้พบจำนวนผู้เสียชีวิตด้วย ซึ่งสถานการณ์ถือว่าการทำงานควบคุมโรคยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร และยังพบลูกน้ำยุงลายในพื้นที่เดิมๆที่เคยระบาดจากปีที่แล้วด้วย”โดยปัญหาการควบคุมนี้มีสาเหตุหลักๆคือ ขาดความร่วมมือและความตระหนักทั้งจากสมาชิก อสม.และจากชุมชน ลากจัดสภาพแวดล้อมในบ้านไม่ดี ทำให้เชื้อต่อการแพร่ระบาดของโรคนั้นๆด้วย

จากกระบวนการระดมความคิดเห็นกลุ่ม (Focus group) ของ อสม.บ้านทำบ่อ หมู่ที่ 2 พบว่า การดำเนินงานด้านควบคุมโรคติดต่อในชุมชนนั้น ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากปัญหาจากการไม่ให้ความสำคัญของคนในชุมชน ปัญหาความร่วมมือของทีม อสม.ในการดำเนินงานภายใต้เขตพื้นที่รับผิดชอบ รวมถึงปัญหาความยากในการเข้าถึงชุมชน ปัจจุบันนี้พบว่าชาวบ้านยังไม่ให้ความสำคัญของการควบคุมลูกน้ำยุงลาย มีสาเหตุจากปัญหาสภาพบ้านเรือน การดำรงชีวิตความเป็นอยู่ประจำวันของชาวบ้านเปลี่ยน ทำให้การเอาใจใส่ในการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการเกิดโรคติดต่อและโรคระบาดจากสภาพแวดล้อมนั้นยังไม่เต็มที่

ซึ่งจากข้อมูลที่ได้ สามารถกล่าวได้ว่า สถานการณ์การดูแลสุขภาพของคนในชุมชนปัจจุบัน ยังมีช่องว่างระหว่างประชาชนผู้อาศัยในชุมชนและผู้ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานก่อให้เกิดปัญหา กล่าวคือ ประชาชนบางกลุ่มสามารถจัดการสุขภาพได้ด้วยกำลังกายและกำลังทรัพย์ของตัวเอง ในขณะที่อีกกลุ่มยังต้องอาศัยการดำเนินงานของ อสม.และรับการดูแลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนี้ สภาพชุมชนปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเป็นเมืองมากขึ้น กระบวนการดำเนินงานของ อสม.ยังเป็นแบบเดิมๆ เช่น การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพจากสื่อต่างๆค่อนข้างสะดวกขึ้น ทำให้การรับข้อมูลจากรูปแบบของ อสม.เดิมจะถูกได้รับการยอมรับน้อยลง รวมถึงวิถีชีวิตการประกอบอาชีพ กับช่วงเวลาการทำงานของ อสม.ไม่ตรงกัน ก่อให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานส่งเสริม ควบคุม และป้องกันสุขภาพ ทำให้การเกิดโรคต่างๆในชุมชนไม่รับการแก้ไขอย่างเต็มที่ นอกจากนี้สภาพชุมชนได้ขยายเข้าสู่ความเป็นเมือง เทคโนโลยีต่างๆ เข้าถึงมากขึ้นทำให้ชีวิตได้รับความ

สะดวกสบาย กิจกรรมของร่างกายน้อยลง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ช่วงเวลาครอบครัวเปลี่ยนไป ย่อมก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพทำให้เกิดโรคเรื้อรังในชุมชนมากขึ้นได้

4.2 ข้อมูลพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงของชุมชนและสุขภาพของชุมชนตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

4.2.1 ข้อมูลพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงของชุมชน

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของชุมชนบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 จากอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยเมื่อก่อนประมาณ 30 ปีกว่า ชุมชนบ้านท่าบ่อมีสภาพเป็นที่ดินที่นาสำหรับทำการปลูกข้าว ปลูกพืชสวนครัว พื้นที่บ้านแต่ละหลังจะมีพื้นที่สวนสำหรับเพาะปลูก ถนนในหมู่บ้านเป็นดินลูกรังเชื่อมต่อเส้นทางในหมู่บ้าน ทางทิศใต้ของหมู่บ้านมีป่าชุมชนเรียก ดอนปู่ตา และห้วยจะระแมเป็นแหล่งน้ำสำคัญสำหรับชุมชนที่ไหลรวมกับแม่น้ำมูลน้อย มีประชากรดั้งเดิมอาศัยอยู่ประมาณ 300 คนมีบ้านจำนวน 70 กว่าหลัง แต่ในช่วง 10 ปีนี้ พบว่า ชุมชนมีสภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไปค่อนข้างรวดเร็วกลายเป็นสภาพจากชุมชนชนบทเป็นชุมชนกึ่งเมือง ดังคำบอกเล่าของกำนันปรีชา พรพรม ทึกกล่าวว่า “เมื่อก่อนประมาณ 30 ปี พื้นที่หมู่บ้านแฉนี้ เป็นทุ่งนา มีป่าไม้กรุงรัง ในฤดูฝนมีน้ำท่วมขังเนื่องจากมีแม่น้ำมูลและลำมูลน้อยไหลผ่าน แต่เมื่อ 10 ปีที่ผ่านมาพบว่า หมู่บ้านได้รับอิทธิพลจากการขยายตัวเมือง มีการปลูกสร้างบนที่ดินเหล่านี้ เกิดร้านค้า ห้างร้านต่างๆ รวมทั้งที่พักอาศัยเช่น หอพัก ตึกแถว เกิดขึ้นมากมาย ทำให้ประชาชนในชุมชนดั้งเดิมมีสภาพความเป็นอยู่เปลี่ยนไป ซึ่งได้รับทั้งผลประโยชน์และโทษจากปัญหาดังกล่าวด้วย” สามารถสรุปข้อมูลการเปลี่ยนแปลงชุมชนได้ ดังนี้

ช่วงปี พ.ศ. 2500 – 2510 สภาพชุมชนทั่วไปเป็นชุมชนในป่าต้นไม้ใหญ่ท่ามกลางป่าช้าซึ่งอยู่ทางทิศเหนือของบ้านท่าบ่อ ส่วนทิศใต้มีการปลูกบ้านอยู่ติดห้วยจะระแม และสภาพพื้นที่ที่ราบเป็นทุ่งนา ประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพทำนา เลี้ยงวัวเลี้ยงควายเพื่อใช้ไถนา การคมนาคมในยุคนี้ใช้เกวียนเป็นพาหนะ และสภาพท้องถนนในหมู่บ้านเป็นดินแดง ในชุมชนมีร้านค้าขายของเช่น ผัก เนื้อวัว ไข่ไก่ โดยมีคุณแม่ใหญ่คุณมุสิกสาร เป็นเจ้าของรายแรก ตั้งขึ้นเมื่อประมาณ ปี พ.ศ.2504 และในปี พ.ศ. 2505 กรมพัฒนาที่ดิน ได้มาสำรวจถนนในหมู่บ้าน และสร้างถนนตัดผ่านป่าช้าบริเวณหน้าวัดท่าบ่อ (ในปัจจุบันเป็นเส้นทางหลัก) ถือเป็นถนนเส้นหลักของหมู่บ้านเกิดขึ้น โดยองค์กรยูนิเซฟ ให้งบประมาณสนับสนุนในการก่อสร้าง

ต่อมา ปี พ.ศ.2511-2520 รัฐบาลได้มีการสำรวจไฟฟ้าในหมู่บ้าน นอกจากนี้ ในเขตหมู่บ้านมีการก่อตั้งสำนักเกษตรจังหวัดอุบล ขึ้นในทิศเหนือของชุมชน

ปี พ.ศ.2521-2530 ถือเป็นยุคที่ชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจอย่างมาก กล่าวคือ ชุมชนเริ่มมีการใช้รถจักรยานแทนการเดินและการใช้เกวียนในหมู่บ้านน้อยลง ในปี 2521 มีไฟฟ้าเกิดขึ้นในชุมชน และช่วงเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายนในปีเดียวกัน เกิดน้ำท่วมใหญ่เมืองอุบล จึงทำให้ช่วงหลังน้ำลด ชุมชนร่วมมือกันสร้างฝายน้ำล้น และมีการสร้างสะพานข้ามห้วยจะระแมเพื่อเดินทางไปยังบ้านหนองแก เพื่อแก้ไขปัญหาเนื่องจากสภาพดินทรุดจากเหตุการณ์น้ำท่วมดังกล่าว ต่อมาในช่วงปี 2523 ในกลุ่มครอบครัวที่มีฐานะ จะเริ่มมีการใช้รถจักรยานยนต์แทนการใช้รถจักรยาน และในปีเดียวกันนี้ หมู่บ้านได้ก่อตั้งสหกรณ์เครดิตยูเนียนในชุมชนท่าบ่อเพื่อใช้เป็นแหล่งกองทุนของคนในพื้นที่ด้วย และช่วงปลายปี 2530 มีถนนคอนกรีตเกิดขึ้น 2 เส้น คือ เส้นหลักหน้าวัดท่าบ่อและเส้นกลางหมู่บ้านหลังสำนักงานเกษตรจังหวัดอุบลฯ

ปี พ.ศ.2531-2540 ถนนทุกเส้นที่เหลือคือ สภาพถนนดินลูกรังกลายเป็นถนนคอนกรีต ชุมชนเริ่มมีการขุดน้ำบ่อแทนการตักน้ำจากลำห้วยท้ายชุมชน และในช่วงปี 2535 เริ่มมีการสำรวจประปาหมู่บ้านเกิดขึ้น นอกจากนี้ สภาพลักษณะบ้านเรือน ชาวบ้านเริ่มรับวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามามากขึ้น กล่าวคือ มีการก่อสร้างบ้านเป็นบ้านปูนบริเวณชั้นล่างและชั้นบนเป็นไม้ ซึ่งเดิมเป็นลักษณะบ้านไม้ยกสูง และในกลุ่มคนที่ทำงานรับราชการเริ่มมีรถยนต์ใช้มากขึ้น จะเห็นได้ว่า ในช่วงปีนี้ จะมีการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ และสังคมเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดเจน

ปี พ.ศ. 2541-2550 ชุมชนเริ่มมีการขายที่ดินและแบ่งที่ดินให้เช่าสำหรับบุคคลภายนอกมากขึ้น รวมถึงมีการเข้าบ้านอยู่มากขึ้นในชุมชน เริ่มมีหอพักนักศึกษ หอพักสำหรับคนทำงานมากขึ้น และขณะเดียวกันเกิด

ธุรกิจการค้าขายมากขึ้นในชุมชน นอกจากนี้เริ่มมีตู้โทรศัพท์สาธารณะมากขึ้น และประชากรแฝงเริ่มเข้ามาอาศัยในชุมชนมากขึ้น ซึ่งถือได้ว่า ชุมชนบ้านท่าบ่อเริ่มมีการขยายกลายเป็นเมือง มีสภาพคล่องทางเศรษฐกิจ การเงินจากบุคคลภายนอกเข้ามาสู่ภายในชุมชน และก่อให้เกิดรายได้ในชุมชนมากขึ้น

ปี พ.ศ. 2551 ถึงปัจจุบัน สภาพชุมชนกลายเป็นชุมชนเศรษฐกิจต่างๆ เช่น เกิดมีอยู่ซ่อมรถยนต์ ห้างขายอุปกรณ์ต่างๆ ร้านค้า ร้านอาหาร หอพัก ร้านบริการอินเทอร์เน็ตและเริ่มมีธุรกิจหอพักและโรงแรมรายวันมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันนี้ถือได้ว่า ประชากรแฝงที่เข้ามาอาศัยอยู่ในบ้านท่าบ่อเริ่มมีมากขึ้น ส่งผลให้ประชาชนดั้งเดิมเริ่มเปลี่ยนอาชีพจากเกษตรกรรม เปลี่ยนเป็นรับจ้างมากขึ้นตามยุคสมัย

ซึ่งบ้านท่าบ่อนี้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากจากคำบอกเล่าของคุณพ่อวัชชัย โสภามิ กล่าวว่า “ในช่วงปี พ.ศ.2540-2550 โดยเฉพาะสาธารณูปโภคและความเจริญต่างๆเข้ามาในชุมชน ขณะเดียวกัน ชาวบ้านต่างเริ่มมีการแบ่งขายที่ดินให้กับคนต่างถิ่นเข้ามาอาศัยมากขึ้น” โดยจากการสำรวจข้อมูลพื้นที่ชุมชน พบว่าประชาชนที่เป็นคนในชุมชนดั้งเดิมมีจำนวนน้อยลงเพราะขายที่ดินและอพยพไปอยู่ที่อื่น โดยพื้นที่บ้านท่าบ่อทั้งหมดที่ 1 และหมู่ที่ 2 มีอาณาเขตทิศตะวันออกติดกับตำบลในเมืองเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี และทิศเหนือติดกับเทศบาลตำบลนครอุบล โดยมีถนนแจ้งสนิทซึ่งเป็นทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 23 ตัดผ่านนอกจากนี้ในพื้นที่ชุมชนปัจจุบันยังเป็นสถานที่ตั้งของทางราชการบางส่วน เช่น สำนักงานเกษตรจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานพัฒนาที่ดินเขต 4 จังหวัดอุบลราชธานี ศูนย์ขยายพันธุ์พืชที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี และสำนักงานฝึกอบรมและพัฒนาแรงงานจังหวัดอุบลราชธานี ทำให้มีบ้านพักและห้องเช่าตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ราชการและร้านค้าต่างๆ อยู่ให้กับพื้นที่ดังกล่าวด้วย

จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพพื้นที่ดังกล่าวทำให้ชุมชนมีปัญหาทั้งด้านสังคม จากชุมชนครอบครัวใหญ่ กลับกลายเป็นชุมชนครอบครัวเล็กมากขึ้น ทุกวันนี้ ชุมชนบ้านท่าบ่อมีการเปลี่ยนแปลงไปทุกด้าน ทั้งด้านความเป็นอยู่ การทำมาหาเลี้ยงชีพ วัฒนธรรมประเพณีในชุมชน รวมถึงด้านสิ่งแวดล้อมและอนามัยชุมชน ได้แก่ปัญหาด้านความสัมพันธ์ของผู้คนที่ไม่สนิทสนมกันเหมือนในอดีต ปัญหาเยาวชนติดเหล้า บุหรี่และยาเสพติด ปัญหาขยะมูลฝอยน้ำทิ้งจากท่อระบายน้ำสาธารณะของชุมชนข้างเคียง ปัญหาสภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมจิตวิญญาณและการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคไร้เชื้อและโรคติดต่อ ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นภาวะวิกฤติที่ชุมชนต้องการแก้ไขโดยเฉพาะชุมชนบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่มีเขตติดต่อกับตัวเมืองและได้รับผลกระทบจากปัญหาการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นอย่างมาก

4.2.2 ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของชุมชน

ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของชุมชนของบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 โดยตั้งแต่อดีต ในยุคสมัยที่เริ่มมีระบบสาธารณูปโภคเข้ามาในหมู่บ้าน คือ ช่วงปี พ.ศ.2520-2535 ชุมชนมีระบบไฟฟ้าใช้ มีการขุดลอกคลองชลประทาน การตัดถนนเข้าหมู่บ้าน มีการสร้างบ้านเรือนใกล้เคียงสถานที่สำคัญเช่น วัด โรงเรียน แทนการตั้งบ้านเรือนในป่าหรือในสวนไร่ นา ประชาชนในชุมชนดั้งเดิมส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่แบบพอเพียงและพึ่งภูมิปัญญาชาวบ้านในการรักษาอาการของโรคต่างๆ หากมีอาการของโรครุนแรงจะเข้ารับการรักษากับปราชญ์พื้นบ้านที่มีความรู้สมุนไพร สำหรับคนที่ฐานะดีจะเลือกใช้บริการจากศูนย์สุขภาพ (จนเปลี่ยนชื่อเป็นสถานีนามัย) ในเขตตำบลอุบล และมีบ้างที่ซื้อยารับประทานเองทั้งยาสมุนไพรและยาแผนปัจจุบันการเจ็บป่วยด้วยโรคของคนในชุมชนมักมีสาเหตุจากสภาพอากาศแต่ละฤดูกาล ซึ่งโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคไข้หวัด โรคอุจจาระร่วงโรคไข้เลือดออกสาเหตุมักเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี ขาดการได้รับข้อมูลข่าวสารและช่องทางที่ทันสมัยและเกิดจากสภาพแวดล้อมของชุมชนที่เป็นป่า รกรงรัง รวมถึงการจัดการด้านสุขาภิบาลไม่ดี

แต่พอเข้าสู่ยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างพื้นฐานของสังคมคือ ช่วง ปี พ.ศ.2530-2540 ชุมชนเริ่มมีไฟฟ้าแทบทุกบ้าน มีระบบประปาหมู่บ้าน ระบบโทรคมนาคม มีการสื่อสารสะดวกขึ้น โดยเฉพาะช่วงปี พ.ศ. 2540-2550 ชุมชนเริ่มจะมีการแบ่งขายที่ดินให้กับคนนอกพื้นที่เข้ามาอยู่อาศัย มีการทำงานในระบบรับจ้างในพื้นที่ตัวเมืองมากขึ้น และชุมชนดั้งเดิมมีการเปลี่ยนแปลงอาชีพจากการเกษตรกรรมมาเป็นรับจ้างใช้แรงงาน ทำให้ชุมชนมีวิถีชีวิตประจำวันเริ่มเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจน เพราะมีปัจจัยการเงินเข้ามาเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน

ช่วงเวลาทำงานมากขึ้น ช่วงพักผ่อนน้อยลง การเข้ารับบริการทางสาธารณสุข ส่วนใหญ่ชุมชนจะเข้ารับบริการยังสถานอนามัยบ้านหนองแก และหาซื้อยามารับประทานจากเทศบาลเมืองอุบล มีบ้างในกลุ่มผู้สูงอายุยังคงใช้การบริการและปรึกษาการรักษาโรคจากปราชญ์ชาวบ้าน ในช่วงนั้นคือ พ่อธวัชชัย ถือว่าเป็นบุคคลที่ให้คำปรึกษาเรื่องยาและการบำบัดโรคได้ดีบุคคลหนึ่งของบ้านท่าบ่อ และในช่วงปีนี้ ถือว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ เริ่มมีบทบาทในชุมชนในด้านการกระจายข่าวสาร การสำรวจข้อมูลเบื้องต้นและการณรงค์ต่างๆ ภายใต้การดำเนินงานของสถานอนามัยบ้านหนองแก ทำให้การได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆเกิดขึ้นมากในชุมชน

ในยุคปัจจุบันนี้ การดูแลสุขภาพของคนในชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนไปวิถีชีวิตได้เปลี่ยนแปลงไปตามเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไปด้วย รวมถึงวิธีการรับบริการทางสุขภาพเริ่มมีหลากหลายและรับอิทธิพลจากตะวันตกแทนการรักษาตามแบบพื้นบ้านตั้งแต่ระดับปฐมภูมิคือ มีสถานอนามัย ปัจจุบันพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก จนถึงระดับทุติยภูมิ คือ โรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในเขตใกล้เคียงเทศบาลเมืองแฉะแม มีสถานบริการคลินิก ร้านยาและเวชภัณฑ์มากมาย จากสถานการณ์เปลี่ยนแปลงนี้ ยังพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและโรคติดต่อที่ยังพบอัตราป่วยมากดังเดิม เช่น โรคไข้เลือดออก และโรคเรื้อรัง คือ โรคภาวะอ้วน โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิต

ซึ่งจากคำบอกเล่าของคุณพ่อธวัชชัย โสภามิ กล่าวว่า “เมื่อประมาณ 30 ปีก่อน ชุมชนจะมีพื้นที่เป็นป่าไม่วงฤดูฝนจะมีน้ำขังตามคูคลอง บางปีเกิดน้ำท่วมซึ่งพื้นที่ดังกล่าวของชุมชนจะอยู่ติดกับลำห้วยแฉะแม และลำมูลน้อย ทำให้เกิดน้ำท่วมได้ง่าย ปัญหาการเจ็บป่วยในอดีตส่วนใหญ่จะเป็นโรคตามฤดูกาล เช่น หนาวจะเป็นโรคอุจจาระร่วงจากการกินอาหาร หนาวจะเป็นโรคไข้หวัด โรคไข้เลือดออกซึ่งทุกวันนี้ยังมีการระบาดอยู่ในพื้นที่บ้านท่าบ่อด้วย ทั้งๆที่สภาพชุมชนกลายเป็นเมือง ส่วนปัญหาโรคผู้สูงอายุ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ยังพบอัตราการป่วยที่สูงเช่นเดิม ซึ่งถือเป็นปัญหาสำคัญของชุมชน นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจุบันวัฒนธรรมการกินของคนในชุมชนถือเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคทางเดินอาหารและโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วนลงพุง โรคเบาหวาน โรคความดันและโรคอุจจาระร่วง ซึ่งในฐานะที่ตนได้ทำงานเป็น อสม.มาเกือบ 35 ปี ก็อยากให้ปัญหานี้ลดลงแต่ก็ยังเหมือนเดิม”ซึ่งคนในชุมชนส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นภายใต้ขอบเขตงานสาธารณสุขมูลฐานและรับสิทธิการรักษาตามนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งคนในชุมชนมีทางเลือกที่จะรับการรักษาและบริการสุขภาพจากสถานอนามัยจนปัจจุบันพัฒนาและยกระดับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งชุมชนบ้านท่าบ่อนั้นเป็นพื้นที่บริการด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก สำหรับคนในชุมชนดั้งเดิมและประชากรแฝงที่มีฐานะดี จะมีช่องทางการรักษาจากสถานพยาบาลที่มีระดับสูงขึ้นไม่ว่าจะเป็นคลินิกเอกชน ร้านขายยา โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนภายใต้สิทธิของประเภทการรักษาต่างๆ เช่น สิทธิบัตรประกันสังคม สำหรับคนทำงานหรือสิทธิการเบิกค่ารักษาของข้าราชการ

ในด้านการควบคุมปัญหาการระบาดของโรคในชุมชนนั้น สำหรับชุมชนบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ดำเนินการยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรเนื่องจากสาเหตุหลักๆสำคัญ 2 ประการคือ ด้านศักยภาพตัว อสม.เอง กับคนในชุมชนซึ่งจากคำกล่าวของคุณอุบลรัตน์ เสมอภาค ประธาน อสม.บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 เล่าว่า “ปัญหาการควบคุมโรคระบาดในชุมชนยังเป็นปัญหาอยู่ ทั้งเกิดจากตัว อสม.เองและชาวบ้านไม่ให้ความร่วมมือ เช่น ช่วงเวลาเดินแจกทรายอะเบท ปัญหาการเข้าถึงบางบ้านซึ่งไม่มีผู้อยู่อาศัยเนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ไม่ทำงาน บางครั้งทำให้ อสม.คิดเองว่าจำเป็นต้องแขวนของแจกไว้หน้าบ้านซึ่งคิดว่า คนที่อาศัยในบ้านนั้นๆจะดำเนินการต่อ เมื่อผ่านไป 3-5 วัน อสม.ได้ย้อนกลับไปดูที่บ้านดังกล่าวกลับพบว่าของแจกถูกทรายอะเบทยังแขวนอยู่ที่เดิม หรือไม่ก็ได้รับคำเตือนจากชาวบ้านว่า ไม่กล้าใส่ทรายลงในถังน้ำใช้กลัวไม่ปลอดภัย หรือไม่อ้างว่า มีการขัดข้องขัดถังน้ำทุกสัปดาห์ คงไม่พบลูกน้ำยุงลายแน่นอนซึ่งทำให้ อสม.ไม่กล้าที่เข้าไปให้ข้อมูลและชี้แจงได้ นอกจากนี้ ปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะเรื่องการจัดการขยะมูลฝอย เช่น การทิ้งภาชนะบรรจุภัณฑ์ต่างๆ ตามถังขยะหรือมุมต้นไม้บ้าน ตามท้องถนน โดยเฉพาะแก้วพลาสติก บางครั้งวางเอียงอยู่ตามมุมบ้านทำให้น้ำขัง ซึ่งเป็นสาเหตุของแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายได้ด้วย”

นอกจากนี้ วิธีการดำเนินงานของ อสม. หมู่ที่ 2 ในการจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานของชุมชนส่วนใหญ่ ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เพราะรูปแบบการทำงานของ อสม. แต่ละคนมีความแตกต่างกัน และมีรูปแบบ ของการทำงานเดิมๆ ซึ่งรูปแบบเดิมนั้นสามารถนำไปใช้ได้ดีในบริบทของชุมชนชนบทหรือชุมชนชานเมืองได้ แต่ ในบริบทสังคมกึ่งเมืองนั้น อสม. จะต้องมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานให้สอดคล้องและเหมาะสมมากขึ้น จากคำ บอกเล่าของพ่อธวัชชัย โสภามิ ซึ่งท่านได้เป็น อสม. มานานกว่า 20 ปี เล่าว่า “ปัญหาทางสุขภาพของชาวบ้าน ยัง ประสบปัญหาจากโรคไข้เลือดออก โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตอยู่ และมีสถิติที่สูงกว่าชุมชนในระแวก ใกล้เคียง เป็นผลมาจากการทำงานของ อสม. ที่ไม่สามารถเข้าถึงชุมชนได้เพราะคนในชุมชนสภาพปัจจุบันมีความ หลากหลาย มีอาชีพที่แตกต่างกันมากขึ้น สภาพความเป็นอยู่จึงต่างกัน มีวิถีชีวิตทันสมัยขึ้นและการทำงานของ อสม. เองยังใช้เทคนิคเดิมๆ ในการดำเนินงานแก้ไข้ปัญหาและไม่สามารถเข้าถึงชุมชนได้” ด้านคุณแม่คำใหม่ สาย สมุพร เล่าว่า “ตัวแม่เองก็ทำงาน อสม. มาเกือบ 20 ปี แต่ไม่เคยเป็นประธาน อสม. หรือผู้นำเลย เพราะแม่จบแค่ ป.4 ในขณะที่ลูกบ้านที่รับผิดชอบหลายๆ คนเรียนจบสูงกว่า เวลาแม่พูดอะไรไปไม่ค่อยรับฟัง รวมทั้งคิดว่า ตัวแม่ เองยังขาดความรู้ และขาดความมั่นใจมาก แม้ว่าชุมชนเปลี่ยน แต่ตัวแม่เองถือว่า การทำงานเดิมๆ ยังทำงานได้ อยู่” และคุณลำไย บริสุทธิซึ่งใจ เล่าว่า “ตนเพิ่งจะมาเป็น อสม. เมื่อ 7 ปีมานี้ แต่สิ่งที่เห็นคือ รูปแบบการทำงานของ อสม. ยังคงแบบเดิม ไม่คิดวิธีการใหม่ในการทำงาน ตนทำงานในพื้นที่รับผิดชอบเดิมมาแล้ว ยังไม่เห็นว่ ามพื้นที่มีการเปลี่ยนแปลงอะไรที่ดีขึ้นมาเลย”

ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงและความหลากหลายตามลักษณะพื้นที่เป็นกึ่งเมือง ทำให้กลุ่ม อสม. บ้านท่าบ่อ นี้ มีผลการทำงานด้านการควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรณรงค์และสุศึกษาประสบความสำเร็จได้ยาก เป็นผลจากความแตกต่างทางโครงสร้างสังคม ซึ่งเดิมเป็นสังคมชนบท การก่อตัว การให้ความร่วมมือในการ ทำงานและการยอมรับในบทบาทของ อสม. และภารกิจต่างๆ ในงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นไปได้ดี แต่ในปัจจุบัน นี้ เกิดความแตกต่างมากขึ้น ทั้งสภาพสังคม การประกอบอาชีพหลากหลาย และปัจจัยอื่นๆ เช่น การเลือกรับ ข่าวสารจากสื่อที่ทันสมัยแทนจากที่ ตัว อสม. เป็นผู้แจ้ง การดำเนินงานให้กับชุมชนแต่ละบ้านจำเป็นต้องอาศัย ช่วงเวลาที่หยุดงาน หรือเลิกงาน ทำให้บทบาทของ อสม. ส่วนใหญ่กลับกลายเป็นเพียงแจ้งข่าวสารทางเดียว เกิด สำรวจข้อมูลที่ไม่ต่อเนื่องและกิจกรรมรณรงค์งานสาธารณสุขเป็นครั้งคราวตามภาระงานที่ได้รับแจ้งจากการ ประสานงานจาก รพ.สต. ในพื้นที่เท่านั้น แม้ว่าในช่วงปลายปี พ.ศ.2557 จะมีรูปแบบการดำเนินงานการเยี่ยมบ้าน โดยยมีเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. เข้ามาดำเนินงานร่วมกับทีม อสม. นักบริบาล ซึ่งเรียกว่า ทีมหมอครอบครัว เข้ามา แก้ไขปัญหาสุขภาพและดำเนินงานสาธารณสุขในรูปแบบเชิงรุกมากขึ้น แต่การดำเนินงานเช่นนี้ ส่วนใหญ่จะเข้า มาในช่วงเวลาราชการคือ 9:00 - 16:00 น. ซึ่งส่วนใหญ่ชุมชนบ้านท่าบ่อ จะมีวิถีชีวิตทำงานนอกพื้นที่และรับ ราชการ การเข้าถึงแต่ละบ้านย่อมเกิดปัญหาได้เช่นกัน ซึ่งประเด็นที่กล่าวมานี้ถือเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้ ปัญหาสุขภาพและโรคระบาดยังเกิดขึ้นในชุมชนท่าบ่อเช่นเดิม

4.3 ข้อมูลการวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ กระบวนการทำงานและขีดความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพพื้นฐานในชุมชนบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2

4.3.1 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 45-54 ปี มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.0 จบชั้นประถมศึกษา ส่วนใหญ่ ร้อยละ 43.0 มีการประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป ซึ่งมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 5,000-6,000 บาท ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 78.2 ด้านระยะเวลา ในการปฏิบัติงานเป็น อสม. นั้นส่วนใหญ่ร้อยละ 72.3 ปฏิบัติงานรวมระยะเวลาตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป และร้อยละ 27.7 จะเป็นกลุ่ม อสม. ใหม่ที่เข้ามาทำได้เพียง 2-3 ปี สำหรับสาเหตุที่ทำให้ได้มาสมัครเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วน ใหญ่มีสาเหตุจากเพื่อนบ้านที่เคยเป็นชักชวน รองลงมาคือสมาชิกในครอบครัวเคยเป็น อสม. มาแล้ว ตนจึงอาสา ทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขแทนพ่อหรือแม่ที่ชราภาพลง นอกจากนี้ยังมีบางส่วนให้ข้อมูลว่า การสมัครเป็น อสม. จะได้พบปะเพื่อน ๆ กับสังคมชุมชนด้วย ซึ่งคุณลำไย บริสุทธิซึ่งใจ ได้ให้คำสัมภาษณ์ว่า “เหตุผลที่ตนเองมา

สมัครเป็น อสม.เนื่องจากในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่นั้น ไม่มีใครมีจิตอาสามาเป็น ตนจึงได้มาทำแต่พอมาทำงานแล้วพบว่า ปัญหาอุปสรรคในการทำงานกับชุมชนนั้นค่อนข้างลำบาก ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หลายๆคนที่เคยเป็น อสม.แล้วไม่ยอมมาเป็นอีก แต่ในใจอยากจะให้ อสม.ทุกคนนั้นร่วมมือร่วมใจกันทำงาน มิใช่ว่าเห็นปัญหาแล้วต่างพากันละทิ้งหน้าที่ดังที่เห็นอยู่จนทุกวันนี้”

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์กับคุณอุบลรัตน์ เสมอภาค ประธาน อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 กล่าวว่า “สัดส่วน อสม.ของบ้านท่าบ่อ ซึ่งในปัจจุบันมีจำนวนน้อยกว่าที่กำหนด ซึ่งมีเพียง 55คน จากจำนวนที่ต้องมีในหมู่บ้านคือ 80 คน และปัญหาของการได้มาของ อสม.ขณะนี้ค่อนข้างลำบาก เพราะสภาพชุมชนได้เปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมกึ่งเมือง ทำให้การเข้าทำงานกับชุมชนค่อนข้างยากกว่าเดิม และทุกวันนี้ อสม.ส่วนใหญ่ต่างก็มีภาระเลี้ยงดูครอบครัว และทำงานประจำด้วย แต่ตนเองได้แต่ขอให้ทุกคนคิดถึงประโยชน์ต่อชุมชนเป็นหลัก เพราะตอนนี้สมาชิก อสม.บ้านท่าบ่อนั้น ต่างก็มีความเห็นเป็นลักษณะพรรคพวก และบางครั้งก็ขึ้นอยู่กับสมาชิกทางการเมืองของตำบลแฉะแม่ด้วย ซึ่งเกิดเหตุการณ์นี้มานานกว่า 5 ปีแล้ว” ฉะนั้น เฉพาะจำนวน อสม.ท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ที่มีเพียง 55คน ซึ่งแต่ละคนจะรับผิดชอบ 10-15 หลังคาเรือน จากจำนวนครัวเรือนทั้งหมด 783 หลังคาเรือน เมื่อคิดตามสัดส่วนการให้มี อสม.รับผิดชอบแล้ว บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 ต้องมีจำนวนอย่างน้อย 80 คนขึ้นไป

4.3.2 ด้านกระบวนการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กระบวนการทำงาน ของ อสม.บ้านท่าบ่อ พบว่า ภาระกิจหลักสำคัญของงาน อสม.คือ มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่แก้ไขร้าย กระจายข่าวดี ขีบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยจะอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก ตำบลแฉะแม่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวนทั้งหมด 295 คนซึ่งดูแลรับผิดชอบประจำหมู่ 1 หมู่ 2 หมู่ 3 หมู่ 4 หมู่ 5 และหมู่ 9 โดยการดำเนินงานในปี 2556 ที่ผ่านมานั้น อสม.ทุกหมู่บ้านจะได้รับการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ (อสม.ช.) โดยเฉพาะสาขา อสม.ช.การจัดการสุขภาพครอบครัว และ อสม.ช.อนามัยแม่และเด็ก เพื่อให้เกิดการดำเนินงานโครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพได้สมบูรณ์ขึ้น

สำหรับ อสม.บ้านท่าบ่อ โดยเฉพาะหมู่ที่ 2 พบว่า กระบวนการดำเนินงานโครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร อันเนื่องจากบริบทของชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับรูปแบบการทำงานของ อสม.ยังเป็นรูปแบบเดิม ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับพัฒนาศักยภาพการทำงานของ อสม.แต่ละคนให้สามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถและเกิดประสิทธิภาพ จากการสัมภาษณ์ พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่า กระบวนการแบ่งกลุ่มการทำงานตามครัวเรือนที่รับผิดชอบ ซึ่งแต่ละครัวเรือนมีบริบทแตกต่างกันไป บางครัวเรือนเข้าถึงได้ง่าย แต่ในขณะบางครัวเรือนกลับไม่ให้ความร่วมมือ เช่น บ้านข้าราชการ มักจะไม่อยู่ในช่วงกลางวัน บางครั้งชุมชนไม่ให้การยอมรับในตัว อสม.และเห็นว่า อสม.เป็นผู้เรียนมาน้อย ขาดความเชี่ยวชาญในประเด็นที่ให้ข้อมูล ข้อมูลที่ให้ย่อมไม่เกิดความน่าเชื่อถือ ด้านรูปแบบการให้ข้อมูลข่าวสารในชุมชนทางหอกระจายข่าวพบว่า บางพื้นที่ไม่ได้ยินข้อมูล หรือไม่อาจจะเกิดจากความบกพร่องของจุดกระจายเสียง และตัว อสม.เองต่างก็มีภาระงานประจำทำ ทำให้ในการจัดกิจกรรมช่วงกลางวันหรือการนัดประชุมชี้แจงงานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มักจะมีช่วงเวลาไม่ตรงกับช่วงเวลาที่ อสม.สะดวกเข้าร่วมประชุม ซึ่งพ่ออวัชชัย โสภามี กล่าวว่า “อสม.ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในเรื่องอาชีพที่ต้องทำมาหากินและต้องเลี้ยงดูครอบครัว จึงไม่สามารถคาดหวังให้ อสม.ทุกคนให้เวลาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตลอดเวลาได้ แต่คาดหวังกับความรับผิดชอบต่องานของ อสม.แต่ละคนที่ได้รับมอบหมาย แม้ว่าช่วง 5 ปีมานี้จะมีนโยบายจ่ายค่าตอบแทนเดือนละ 600 บาทก็ตาม” นอกจากนี้ อสม.หมู่ที่ 2 ส่วนใหญ่จะเป็นคนวัยทำงานยังมีการทำมาหากินดูแลครอบครัว การทำงาน อสม.จึงต้องใช้เวลาร่างจากงานประจำ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานไม่ดีเท่าที่ควร

นอกจากนี้ปัญหาด้านศักยภาพการทำงานของ อสม.ท่าบ่อ ส่วนใหญ่พบว่าขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดความมั่นใจทั้งตัวเองและเพื่อร่วมงาน ซึ่งจากการสัมภาษณ์แม่ก่องแก้ว บำรุงผล เล่าว่าที่สังเกตมาทุกๆครั้ง

เพื่อนๆ อสม.แทบทุกคนไม่มั่นใจในการทำงานของตน ชอบถามตนว่า อันนั้นอันนี้ถูกต้องหรือไม่ รวมถึงคิดว่าตนมีความรู้น้อย ไม่เข้าใจขั้นตอนการทำงาน จึงคอยจะบอกเพื่อนๆว่า ให้ทำให้ง่าย” ซึ่งปัญหาดังกล่าว อสม.จะต้องมีการได้รับการพัฒนาด้านการอบรมเพื่อเพิ่มทักษะความรู้ และฝึกปฏิบัติให้มากขึ้น เพื่อให้ตนเองสามารถเรียนรู้เข้าใจมากขึ้น รวมถึงรูปแบบการประสานงานและให้ข้อมูล เช่น จาก รพ.สต.เพื่อมาสื่อสารให้กับทีม อสม.ด้วยกันเอง พบว่า มีการประสานงานระหว่างกลุ่มเกิดขึ้นน้อยมากการแจ้งข้อมูลส่งต่อกันไม่ถูกต้องและส่งข้อมูลไม่ครบและไม่ทั่วถึงกัน ซึ่ง คุณแม่สมภาร โสภามี เล่าว่า “ข้อมูลที่ได้รับเช่น ข้อมูลการทำงานจากหมอแจ้ว แม่จะต้องรอจากพ่อรัชชัยบอก หรือไม่ก็ อสม.ใกล้ๆคุ้มบ้าน ถึงจะทราบข้อมูลว่าจะต้องทำอะไรบ้าง

การได้มาซึ่งการเป็น อสม.ของบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 นี้ มีอยู่ 2 ลักษณะคือ รูปแบบการสมัครใจด้วยจิตอาสา กับการเป็น อสม.ตามตัวอย่างของคนในครอบครัวที่เคยเป็น อสม.อยู่เดิมแล้ว ซึ่งคุณอุบลรัตน์ เสมอภาคกล่าวว่า “สาเหตุหนึ่งที่ทำให้การจัดการสุขภาพหมู่บ้านท่าบ่อได้ไม่ดีเท่าที่ควรนั้น มีสาเหตุเพราะทุกคนไม่ทุ่มเทหรือโดนบังคับมาเป็นสมาชิก อสม. ซึ่งการได้มาเป็น อสม.นั้น อ้างว่า มีพ่อกับแม่เคยเป็นถึงได้มาเป็น หรือไม่ อสม.คนเดิมลาออก แต่คนในคุ้มไม่มีเลย ตนเลยมาสสมัครทำงาน” ซึ่งจากปัญหาการได้มาของ อสม.บ้านท่าบ่อนี้ พบว่า มีบางส่วนที่เข้ามาทำงาน อสม. เพราะจิตอาสาอยากพัฒนาชุมชน บางส่วนโดนบังคับให้มาเพราะพ่อกับแม่เคยเป็นมาก่อนจึงไม่อยากเสียสิทธิ์เลยให้ลูกต้องมาเป็นแทน

นอกจากนี้แผนผังครัวเรือนที่รับผิดชอบของ อสม.นั้น พบว่า การทำงานรูปแบบเดิมของแต่ละคนจะรับผิดชอบตามคุ้มบ้านหรืออยู่ใกล้กับละแวกบ้านของ อสม.เป็นหลัก ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาขึ้นเป็นผลทำให้ อสม.คนนั้นต้องแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม จากการสนทนากลุ่มโดยทุกคนได้เสนอแนะถึงการจัดรูปแบบผังครัวเรือนรับผิดชอบใหม่ให้มีความสอดคล้องกับบริบทชุมชนในปัจจุบัน ซึ่งพบว่า ปัจจุบันประชาชนในบ้านท่าบ่อจะมีอยู่ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกเป็นบ้านข้าราชการและพนักงาน กลุ่มที่สองเป็นคนในชุมชนดั้งเดิมที่อยู่อาศัยตลอดเวลา และกลุ่มที่สามเป็นกลุ่มประชากรแฝงเช่น นักศึกษาและแรงงานที่เข้ามาอาศัยอยู่แค่บางช่วงเวลาสั้นๆ ดังนั้นจะแบ่งเขตรับผิดชอบลักษณะบ้านดังกล่าว และมีการให้สัญลักษณ์สีลงในแผนผังเพื่อระบุไว้ ถ้าบ้านไหนเข้าถึงข้อมูลยาก จะต้องใช้รูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน หรือให้นักสาธารณสุขชุมชนจาก รพ.สต.เข้าร่วมทุกครั้งที่มีการเยี่ยมบ้าน

จากการสอบถามประชาชนในบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 เกี่ยวกับผลจากการดำเนินงานด้านการให้บริการข้อมูลข่าวสารในชุมชนจากตัว อสม. พบว่า ท่านคิดว่า ท่านไม่มีเวลาให้กับ อสม.ในการร่วมมือทำงานด้านป้องกันโรคในบ้านท่าน รองลงมาคือ ท่านคิดว่า ท่านไม่ต้องร่วมมือในการทำงานกับ อสม. ในการป้องกันโรคในบ้านท่าน และท่านคิดว่า อสม.ต้องได้รับการพัฒนาหรืออบรมเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานตลอดและท่านคิดว่า อสม.ยังทำงานแบบเดิมๆ แม้ว่ายุคสมัยจะเปลี่ยนไป โดยไม่มีการปรับปรุงซึ่งข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า ชุมชนไม่มีความต้องการให้ อสม.มาให้ข้อมูลข่าวสาร การได้รับข้อมูลข่าวสารจะต้องถูกต้องมากกว่าเดิมและน่าเชื่อถือ และตัว อสม.ต้องได้รับการพัฒนาตนเองและทำให้เกิดการทำงานที่มีความสอดคล้องกับชุมชนปัจจุบันด้วย ดังข้อมูลในตารางที่ 4.7จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจ พบว่า จากสถานการณ์ในอดีตที่ผ่านมา บทบาทของ อสม.ได้ถูกกำหนดให้ทำงานเช่น การกระจายข่าวสารสาธารณสุขสู่ครัวเรือน การณรงค์ควบคุมโรคและการระบาดของโรคตามฤดูกาล ซึ่งการเข้าถึงชุมชนง่ายมาก เพราะแต่ละครัวเรือนมีวิถีชีวิตไม่ดิ้นรนแข่งขัน และประชากรแฝงจากภายนอกไม่มากเหมือนทุกวันนี้ ทำให้การทำงานต่างๆของ อสม.ในยุคนั้น ค่อยข้างง่าย แต่ในปัจจุบันนี้ พบว่า การทำงานของ อสม.ในบทบาทงานสาธารณสุขมูลฐานที่ยังคงปรากฏว่าดำเนินการที่ชัดเจน คือ อสม.ทำงานในระยะสั้นๆตามภาระงานที่ได้รับแจ้งหรือมอบหมายจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น การให้ความรู้หรือแจ้งข่าวสารแก่ชาวบ้าน การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน ข้อมูล อนามัย ข้อมูลการเจ็บป่วย การแจ้งนัดฉีดวัคซีน การแจ้งการเชิญชวนเข้าตรวจคัดกรองโรค และอื่นๆ ซึ่งในข้อจำกัดของชุมชนที่เปลี่ยนแปลง ชุมชนมีการะับผิดชอบต้องทำงาน ทำให้การเข้าถึงบ้านแต่ละหลังคาเรือนไม่มีช่วงเวลาที่ตรงกับช่วงทำงานของ อสม. และในขณะเดียวกัน เทคโนโลยีต่างๆที่ทันสมัยมากขึ้น ชุมชนสามารถเลือกสื่อบริโภคได้เอง ทำให้บทบาทการทำงานของ อสม.เลือนลต่น้อยลง และประกอบกับ อสม.ไม่ได้ปรับทิศะการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนด้วย

ตารางที่ 4.7 ร้อยละของความคิดเห็นของชุมชนต่อการได้รับข่าวสารทางสุขภาพจาก อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ที่2

ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับข่าวสารทางสุขภาพจาก อสม.	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ ทราบ	ค่าเฉลี่ย (s.d.)	แปลผล
1.ท่านเคยได้รับข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	41.8	53.5	4.7	2.37 (0.57)	มาก
2.ท่านคิดว่าได้รับประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารจาก อสม. ได้อย่างมาก	43.3	54.8	2.0	2.40 (0.53)	มาก
3.ท่านคิดว่า ท่านมีความรู้มากกว่า อสม.ที่ได้มาให้ความรู้เรื่องนั้นๆ มาก่อนแก่ท่าน	31.3	60.8	8.0	2.23 (0.58)	ปาน กลาง
4.ท่านคิดว่า อสม.ที่มาให้ความรู้หรือข่าวสาร มีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดี	49.3	46.5	4.3	2.45 (0.57)	มาก
5.ท่านคิดว่า อสม.ในหมู่บ้านของท่าน สามารถถ่ายทอดและเผยแพร่ข้อมูลได้เป็นอย่างดี	43.0	45.3	11.7	2.35 (0.53)	มาก
6.ท่านคิดว่า อสม.ต้องได้รับการพัฒนาหรืออบรมเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานตลอด	62.0	36.0	2.0	2.60 (0.53)	มาก
7.ท่านคิดว่า อสม.ที่มาให้ข้อมูลข่าวสารนั้นไม่ได้มารบกวนเวลาพักผ่อนของท่าน	30.8	56.3	12.9	2.38 (0.55)	มาก
8.ท่านคิดว่า ท่านไม่มีเวลาให้กับ อสม.ในการร่วมมือทำงานด้านป้องกันโรคในบ้านท่าน	75.8	22.2	2.0	2.74 (0.48)	มาก
9.ท่านคิดว่า ท่านไม่ต้องร่วมมือในการทำงานกับ อสม.ในการป้องกันโรคในบ้านท่าน	65.5	31.2	3.3	2.70 (0.52)	มาก
10.ท่านคิดว่า อสม.ยังทำงานแบบเดิมๆ แม้ว่ายุคสมัยจะเปลี่ยนไป โดยไม่มีการปรับปรุง	56.0	41.3	2.7	2.48 (0.39)	มาก

4.3.3 ด้านขีดความสามารถด้านความรู้ ทักษะและทัศนคติในการทำงานของ อสม.

จากการประชุมกลุ่ม พบว่า อายุการปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีผลอย่างยิ่งต่อการทำงาน และกระบวนการแก้ไขปัญหาเฉพาะตัวของ อสม.แต่ละคน จากการศึกษาสามารถวิเคราะห์และแยกกลุ่มการทำงานของ อสม. ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ อสม.เก่า กับ อสม.มือใหม่

จากการทบทวนการทำงานของอสม.ได้ข้อสรุปร่วมกันว่าแม้ปัญหาสุขภาพของชุมชนยังไม่ลดลงอันเนื่องมาจากหลายปัจจัยแต่ส่วนหนึ่งนั้นมาจากการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ที่ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่เพราะรูปแบบโครงสร้างชุมชนเปลี่ยนไป ทำให้ช่วงเวลาการอยู่อาศัยของกลุ่มเป้าหมายมีความแตกต่างกันมากขึ้นส่งผลให้ อสม.ไม่สามารถเข้าถึงตัวชาวบ้านที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้ และอสม.ก็ยังใช้วิธีการและเทคนิคเดิมๆในการเข้าถึงตัวชาวบ้านเพื่อให้ข้อมูลข่าวสาร กอปรกับสภาวะการณ์ที่คนในชุมชนมีอาชีพหลากหลายทั้งรับราชการเอกชน แรงงานและเกษตรกร ทำให้เกิดสิทธิและช่องทางการเข้ารับบริการทางสุขภาพที่แตกต่างกัน บางครัวเรือนใช้บริการโรงพยาบาลใกล้เคียง บางครัวเรือนใช้บริการของ รพ.สต.ของพื้นที่ ทำให้การดำเนินงานของอสม.ในการเข้าถึงชุมชนยากขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่าชาวบ้านขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพของ อสม. หรือการยอมรับในบทบาท อสม. น้อยลง เช่น เรียนน้อยหรือมีความรู้น้อยกว่าผู้รับข้อมูล ผู้รับข้อมูลจึงเกิดทัศนคติไม่ยอมรับในตัว อสม. จึงไม่ให้ความสำคัญและไม่ให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆที่ อสม.จัดให้ โดยบางครั้งก็อ้างเหตุผลว่าข้อมูลที่ได้รับนั้นมีประโยชน์แต่ไม่มีเวลาจึงไม่สามารถปฏิบัติตามที่แนะนำได้ ดังข้อมูลตารางที่ 4.8 ซึ่งแสดงถึงความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพในการทำงานด้านการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงวิชา

ตารางที่ 4.8 ร้อยละของความคิดเห็นของชุมชนต่อประสิทธิภาพในการทำงานด้านการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงวิชาชีพ

ความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการทำงานด้าน อสม.เชิงวิชาชีพ ของ อสม.ทำบ่อ	เห็นด้วย	ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	ค่าเฉลี่ย (s.d.)	แปลผล
1.อสม.มีความรู้ด้านการป้องกันโรคระบาดในหมู่บ้าน เช่น โรคไข้เลือดออก อย่างดี	16.3	70.0	13.8	2.03 (0.55)	ปานกลาง
2.อสม.มีความรู้ด้านการรณรงค์และสื่อสารข้อมูลในการป้องกันโรค เป็นอย่างดี	34.8	55.5	9.8	2.15 (0.62)	ปานกลาง
3.อสม.มีความรู้ที่จะสามารถช่วยเหลือและปฐมพยาบาลเบื้องต้น ได้เป็นอย่างดี	39.8	41.0	19.3	2.11 (0.74)	ปานกลาง
4.อสม.มีความรู้ในการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้	52.8	25.5	21.7	2.31 (0.44)	เห็นด้วย
5.อสม.มีทักษะและสามารถปฏิบัติตนในการควบคุมโรคระบาดได้ดี	12.3	34.5	53.3	1.41 (0.69)	ไม่เห็นด้วย
6.อสม.มีความรู้ในการทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น อาหารไม่ปลอดภัย	86.8	11.0	2.3	2.85 (0.42)	เห็นด้วย
7.อสม.สามารถทำกิจกรรมเยี่ยมบ้านกับผู้ป่วย และผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี	42.5	44.0	13.5	2.29 (0.69)	ปานกลาง
8.อสม.มีความรู้ในการทำงานเพื่อเฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก	11.3	38.3	50.5	1.45 (0.64)	ไม่เห็นด้วย
9.อสม.สามารถถ่ายทอดข้อมูลด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพให้กับท่านได้	32.8	29.3	37.9	1.55 (0.64)	ไม่เห็นด้วย
10.อสม.สามารถทำงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคระบาดในชุมชนได้	8.0	42.5	49.5	1.42 (0.63)	ไม่เห็นด้วย
11.อสม.สามารถทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้	47.6	47.7	4.7	2.44 (0.57)	เห็นด้วย
12.อสม.สามารถทำงานด้านรณรงค์ป้องกันปัญหาเสพติดในชุมชน	43.3	54.8	2.0	2.41 (0.53)	เห็นด้วย
13.อสม.สามารถดูแลผู้ป่วยทั้งแบบตติเตียง คนพิการ ได้เป็นอย่างดี	31.3	60.8	8.0	2.24 (0.58)	ปานกลาง
14.อสม.ในหมู่บ้านท่านมีการปรับปรุงการทำงานจากเดิมที่ท่านเคยเห็นจนถึงปัจจุบันได้	42.3	46.5	11.2	2.33 (0.57)	เห็นด้วย

จากตารางที่ 4.8 ความคิดเห็นของชุมชนต่อประสิทธิภาพในการทำงานด้านการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงวิชาชีพ พบว่า มีความเห็นด้วยกับการทำงานของ อสม.มากที่สุดคือ อสม.มีความรู้ในการทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น อาหารไม่ปลอดภัย รองลงมาคือ อสม.มีความรู้ในการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้ และอสม.สามารถทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้ ส่วนประเด็นที่ไม่เห็นด้วยกับการทำงานของ อสม. มากที่สุดคือ อสม.มีทักษะและสามารถปฏิบัติตนในการควบคุมโรคระบาดได้ดี รองลงมาคือ อสม.มีความรู้ในการทำงานเพื่อเฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก และอสม.สามารถทำงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคระบาดในชุมชนได้

โดยข้อมูลการสำรวจเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพในการทำงานด้านการเป็นอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญของ อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 จำนวน 39คน ที่ตอบแบบสอบถาม ดังแสดงใน
ตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ร้อยละของความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพในการทำงานด้านการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านเชี่ยวชาญของ อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2

ความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพในการทำงานด้านการ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ ของ อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2	มาก	ปาน กลาง	น้อย	ค่าเฉลี่ย (s.d.)	แปล ผล
1.ท่านมีความรู้ด้านการป้องกันโรคระบาดในหมู่บ้าน เช่น โรคไข้เลือดออก เป็นอย่างดี	73.0	26.0	1.0	2.72 (0.47)	มาก
2.ท่านมีความรู้ด้านการรณรงค์และสื่อสารข้อมูลในการ ป้องกันโรค เป็นอย่างดี	55.3	36.5	8.3	2.47 (0.64)	มาก
3.ท่านมีความรู้ที่จะสามารถช่วยเหลือและปฐมพยาบาล เบื้องต้น ได้เป็นอย่างดี	22.0	68.3	9.8	2.12 (0.55)	ปาน กลาง
4.ท่านมีความรู้ในการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพใน ชุมชนได้ดี	55.8	41.0	3.3	2.53 (0.56)	มาก
5.ท่านมีทักษะและสามารถปฏิบัติตนในการควบคุมโรค ระบาดได้ดี	47.8	45.3	7.0	2.41 (0.62)	มาก
6.ท่านมีความรู้ในการทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น อาหารไม่ปลอดภัย	46.0	48.3	5.8	2.40 (0.59)	มาก
7.ท่านสามารถทำกิจกรรมเยี่ยมบ้านกับผู้ป่วย และ ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี	63.0	35.0	2.0	2.61 (0.52)	มาก
8.ท่านมีความรู้ในการทำงานเพื่อเฝ้าระวังด้านอนามัยแม่ และเด็ก	66.5	32.3	1.3	2.65 (0.50)	มาก
9.ท่านมีความรู้และถ่ายทอดข้อมูลด้านการแก้ไขปัญหา สุขภาพให้กับท่านได้	63.8	34.8	1.5	2.62 (0.51)	มาก
10.ท่านสามารถทำงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรค ระบาดในชุมชนได้	68.0	30.8	1.3	2.67 (0.50)	มาก
11.ท่านสามารถทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ได้	22.0	68.3	9.8	2.12 (0.55)	ปาน กลาง
12.ท่านสามารถทำงานด้านรณรงค์ป้องกันปัญหายาเสพติด ในชุมชน	55.8	41.0	3.3	2.53 (0.56)	มาก
13.ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยทั้งแบบติดเตียง คนพิการ ได้ เป็นอย่างดี	47.8	45.3	7.0	2.41 (0.62)	มาก
14.ท่านมีการปรับปรุงการทำงานจากเดิมที่เคยไม่ดีจนถึง ปัจจุบันได้ดีขึ้น	46.0	48.3	5.8	2.40 (0.59)	มาก
15.ท่านสามารถทำงาน เป็น อสม.เชี่ยวชาญ ได้	63.0	35.0	2.0	2.61 (0.52)	มาก

นอกจากนี้ จากการสนทนากลุ่มกับ อสม. พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ขาดความมั่นใจในการให้ข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพ เพราะรู้สึกว่าคุณเองเรียนมาน้อย จึงไม่มีความมั่นใจในการให้ข้อมูลหรือให้บริการทางสุขภาพเบื้องต้นได้ อสม. จำเนื้อหาไม่ได้และขาดเทคนิคในการพูด การสื่อสารเพื่อถ่ายทอดเนื้อหา ขาดความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงาน บางคนเกิดทัศนคติไม่ดีต่อการทำงานเพราะคิดว่างานที่ได้รับค่าตอบแทนน้อย จากการตอบแบบสอบถามของ อสม. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 39 คน ดังข้อมูลในตารางที่ 4.10 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงทัศนคติของ อสม. ในการทำงานในพื้นที่บ้านท่าบ่อขณะเดียวกันพบว่าการสมัครมาเป็น อสม. มีด้วยกันหลายแบบ เช่น ไม่มีคนมาสมัคร ตนเองจึงต้องเสียสละมาเป็นอสม. ให้ บางคนก็มาเป็น อสม. เพราะมีความเกรงใจผู้นำชุมชนขณะที่บางคนก็มาเป็นอสม. เพราะจะลงสมัครเลือกตั้งต่างๆ ซึ่งก็มีอยู่บ้างที่เป็นพวกพ้องของผู้นำชุมชนในช่วงที่มีการเลือกตั้ง เป็นต้น สำหรับปัญหาด้านการทำงานเป็นทีมพบว่า มีการประสานงานของอสม. ในการร่วมกิจกรรมต่างๆ น้อย อสม. มีช่วงเวลาไม่ตรงกัน อสม. มีกระบวนการทำงานแบบเดิมๆ และบางคนก็กลัวภาระให้เพื่อนเพราะมีความคิดว่าเพื่อนจะช่วยทำงานแทนทุกครั้งที่ตนไม่สะดวก และไม่ค่อยอยากจะทำงาน เพราะชุมชนมีหอพักมาก และคนทำงานไม่อยู่บ้านช่วงกลางวันเยอะทำให้ติดตามข้อมูลลำบาก ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้ถือเป็นสาเหตุที่กระทบต่องานสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน และส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 ได้

ตารางที่ 4.10 ร้อยละของทัศนคติต่อการทำงานของ อสม. ในพื้นที่บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2

ทัศนคติต่อการทำงานของ อสม. ในพื้นที่บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2	มาก	ปานกลาง	น้อย	ค่าเฉลี่ย (s.d.)	แปลผล
1. ท่านยังทำงานในรูปแบบเดิม ทั้งๆ ที่ชุมชนมีหอพัก อพาทเมนต์และบ้านจัดสรรเกิดขึ้นมากกว่าเดิม	39.3	46.5	14.2	2.15 (0.57)	ปานกลาง
2. ท่านมีการสื่อสารให้ชุมชนทราบอย่างทั่วถึงว่า จะดำเนินงานด้านป้องกันควบคุมโรคในชุมชน	23.0	45.3	31.7	2.21 (0.53)	ปานกลาง
3. ท่านมีการทำงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคในชุมชนแบบเป็นทีม ให้ชาวบ้านเห็นอย่างชัดเจน	62.0	36.0	2.0	2.60 (0.53)	มาก
4. ท่านไม่ค่อยอยากจะทำงานเพื่อส่วนรวม เนื่องจากชุมชนมีหอพัก อพาทเมนต์และบ้านจัดสรรเกิดขึ้นมากกว่าเดิม ทำให้เกิดความลำบากในการทำงาน	60.8	36.3	3.0	2.58 (0.55)	มาก
5. ท่านสามารถเป็นคนกลางในการประสานงานความร่วมมือในชุมชนของท่าน ได้เป็นอย่างดี	45.8	42.2	12.0	2.31 (0.48)	มาก
6. ท่านคิดว่า ตัวท่านเองนั้นสามารถทำงานด้วยความสามัคคีและเข้าใจกันได้ดี	29.0	44.2	26.8	2.12 (0.61)	ปานกลาง
7. ท่านคิดว่า ตัวท่านเองมีความรู้ความสามารถที่จะทำงาน อสม. ได้ดี	35.5	31.2	33.3	2.10 (0.52)	ปานกลาง
8. ท่านคิดว่า ตัวท่านสามารถทำงานได้อย่างเข้าใจ และปฏิบัติได้ถูกต้อง	39.3	26.5	34.2	1.95 (0.57)	ปานกลาง
9. ท่านคิดว่า ตัวท่านเอง สามารถถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชนได้ ภายใต้อุปสรรคของงาน อสม.	33.0	25.3	41.7	1.81 (0.53)	น้อย
10. ท่านคิดว่า ท่านไม่มีอุปสรรคใดเลย ที่เป็นปัญหาต่อการทำงาน อสม. ในชุมชนของท่าน	42.0	46.0	12.0	2.40 (0.53)	มาก

จากตารางที่ 4.10 ทศนคติต่อการทำงานของ อสม.ในพื้นที่บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 พบว่า อสม.มีทัศนคติที่มากต่อการดำเนินงานในพื้นที่ตนเองมากที่สุดคือ ท่านมีการทำงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคในชุมชนแบบเป็นทีมให้ชาวบ้านเห็นอย่างชัดเจนรองลงมาคือ ท่านไม่ค่อยอยากจะทำงานเพื่อส่วนรวม เนื่องจากชุมชนมีหอพัก อพาทเมนต์และบ้านจัดสรรเกิดขึ้นมากกว่าเดิม ทำให้เกิดความลำบากในการทำงาน และท่านสามารถเป็นคนกลางในการประสานงานความร่วมมือในชุมชนของท่าน ได้เป็นอย่างดี ส่วนประเด็นที่ต้องปรับทัศนคติให้ดีขึ้นต่อการดำเนินงานในพื้นที่ตนเองมากที่สุดคือ ท่านคิดว่า ตัวท่านเอง สามารถถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชนได้ ภายใต้ขอบเขตงาน อสม. รองลงมาคือ ท่านคิดว่า ตัวท่านสามารถทำงานได้อย่างเข้าใจ และปฏิบัติได้ถูกต้องและท่านคิดว่า ตัวท่านเองมีความรู้ความสามารถที่จะทำงานของ อสม.ได้ดี

4.4 การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

จากการวิเคราะห์ร่วมกันถึงปัญหาและศักยภาพที่มีอยู่ของอสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ 2 จึงได้กำหนดการพัฒนาศักยภาพอสม.โดยใช้วิธีการดังนี้

4.4.1 การศึกษาดูงาน

จากการจัดกิจกรรมศึกษาดูงานเพื่อศึกษาและแลกเปลี่ยนข้อมูลในด้านศักยภาพในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีบริบทเป็นสังคมกึ่งเมือง ทีมวิจัยได้จัดกิจกรรมการศึกษาดูงานจำนวน 2 ครั้งคือ ครั้งแรกศึกษาดูงานด้านศักยภาพในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชนสามัคคี 1 ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2557 และครั้งที่สอง จัดกิจกรรมศึกษาดูงานด้านการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.) ณ ชุมชนบ้านเหล่าข้าว ตำบลม่วงสามสิบ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 6 มิถุนายน 2558

สำหรับกิจกรรมศึกษาดูงานเพื่อศึกษาและแลกเปลี่ยนข้อมูลในด้านศักยภาพในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีบริบทเป็นสังคมกึ่งเมือง ทีมวิจัยได้จัดกิจกรรมการศึกษาดูงานจำนวน 2 ครั้งคือ ครั้งแรกศึกษาดูงานด้านศักยภาพในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชนสามัคคี 1 ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2557 โดยในการดำเนินงานครั้งนี้ ได้รับความอนุเคราะห์จากทีมวิจัยเพื่อชุมชนของท่านอาจารย์กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ หัวหน้างานวิจัยเรื่อง การศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนสามัคคี ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม และผู้อำนวยการศูนย์แพทย์ชุมชนสามัคคี คุณอังคณา เสนาहनอก เป็นผู้ดูแลงานชมรมผู้สูงอายุชุมชนสามัคคี ซึ่งประเด็นในการศึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งนี้เป็นเรื่องรูปแบบกระบวนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนกึ่งเมือง ซึ่งบริบทของชุมชนสามัคคี ในปัจจุบันมีสภาพความเป็นเมืองเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และประชาชนในพื้นที่มีคนต่างถิ่นเข้ามาอาศัยค่อนข้างมากมาย แต่สิ่งที่สามารถดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานโดยการขับเคลื่อนงานต่างๆ จะได้อาศัยรูปแบบของชมรมที่มีในชุมชน ขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องและได้รับการดูแลจากนักวิชาการของศูนย์แพทย์ชุมชนสามัคคีอย่างต่อเนื่องด้วย

ส่วนกิจกรรมศึกษาดูงานด้านการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ณ ชุมชนบ้านเหล่าข้าว ตำบลม่วงสามสิบ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 6 มิถุนายน 2558 โดยได้รับความอนุเคราะห์ในการประสานแหล่งศึกษาดูงานคือ คุณรุ่งทิว เสาโมก นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลม่วงสามสิบ และนายอ่อนสา ทาระเกษ ผู้ใหญ่บ้านเหล่าข้าว หมู่ที่ 7 ซึ่งกระบวนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน จนเป็นที่ยอมรับในกลุ่มงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งคุณอังคาร การเรือน ประธาน อสม.บ้านเหล่าข้าว ร่วมกับสมาชิก อสม.บ้านเหล่าข้าว จำนวน 15 คน ได้ร่วมกันทำงานและผลักดันผลงานร่วมประกวดในระดับอำเภอ จนถึงระดับเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี จนได้รับรางวัลต่างๆ มากมาย ได้แก่ รางวัลหมู่บ้านจัดการสุขภาพดีเด่นระดับอำเภอม่วงสามสิบ ประจำปี 2556 และรางวัลหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบระดับอำเภอ ประจำปี 2557 รางวัลชนะเลิศการประกวดหมู่บ้านปลอดลูกน้ำยุงลายอำเภอม่วงสามสิบ ประจำปี 2557 และรางวัลชนะเลิศโครงการตำบลน่าอยู่ หมู่บ้านน่ามอง

ประชาชนสุขภาพดี ประจำปี 2557 ของอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งประเด็นในการศึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งนี้เป็นเรื่องราวรูปแบบกระบวนการทำงานเป็นทีมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่เข้มแข็งและการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน มีทิศทางการบริหารงาน การดำเนินงานอย่างไร เพื่อให้ประสบความสำเร็จและยอมรับจากชุมชนมากขึ้น

4.4.1.1 ข้อมูลจากชมรมผู้สูงอายุของชุมชนสามัคคี

เนื่องจากสภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขบ้านท่าบ่อ มีปัญหาทั้งจากตัว อสม.เอง และจากกลุ่ม อสม. และปัญหาจากชุมชนที่ไม่ให้ความร่วมมือ ดังได้กล่าวมาข้างต้น ได้นำเข้าสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลครั้งนี้ มีประเด็นหลักๆ คือ จุดเริ่มต้นของการทำงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นของพื้นที่ชุมชนสามัคคี ซึ่งทีมวิจัยมีใครบ้าง มีบทบาทและหน้าที่อะไรในการดำเนินงานวิจัย กิจกรรมที่ได้ดำเนินการในโครงการวิจัย ผลการดำเนินงานวิจัยของโครงการเป็นอย่างไร ความสำเร็จของงานวิจัยในการครั้งนี้เป็นอย่างไร เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านใดบ้างและแลกเปลี่ยนด้านศักยภาพของ อสม. ทีมวิจัย มีเรื่องอะไรบ้าง (ความรู้ ทักษะและวิธีปฏิบัติงาน) ที่ได้รับการพัฒนาหลังจากงานวิจัยได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว และสิ่งที่ชุมชนนำไปพัฒนาต่อยอดงานของชุมชนด้วยชุมชนดำเนินการเอง มีอะไรบ้างและผลเป็นอย่างไร สามารถสรุปข้อมูลจากการดูงานดังนี้

1. การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุของชุมชนสามัคคี

1.1 ความเป็นมา

สังคมในยุคปัจจุบันมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และความก้าวหน้าด้านการแพทย์ก็มีความทันสมัยเพิ่มมากขึ้นแต่ผู้สูงอายุยังมีปัญหาด้านสุขภาพจิตอยู่ เช่น ความเหงา เป็นต้น โดยสาเหตุหลักมาจากการอยู่เพียงลำพังเพราะถึงแม้จะอยู่กับลูกหลานแต่คนกลุ่มนี้ก็เป็นคนในกลุ่มวัยทำงานมักจะออกไปทำงานในช่วงกลางวันทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องอยู่คนเดียวปัญหาที่ตามมาคือ เกิดความเหงา และความว้าเหว่ จึงได้มีการริเริ่มชมรมผู้สูงอายุขึ้น เพื่อขจัดปัญหาด้านสุขภาพจิต และสร้างความสามัคคี ให้เกิดขึ้นในหมู่คณะในคนกลุ่มนี้

1.2 การบริหารงานของชมรมผู้สูงอายุ

1. เน้นคนชุมชนเป็นตัวหลักในการทำงาน โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและให้คำปรึกษา

2. อาศัยงานวิจัยเป็นตัวหลักต้นและการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนเพื่อแก้ไข ปัญหาได้ถูกต้องและเหมาะสม นอกจากนี้ชุมชนยังเป็นแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาพัฒนาอนามัยชุมชนของนักศึกษาพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลศรีสาคคมด้วย

3. การดำเนินงานจะอาศัยทุกๆวันพระ และจัดกิจกรรมต่างๆ ที่ศาลาการเปรียญวัดสามัคคี นอกจากนี้ ชุมชนจะมีกิจกรรมขับเคลื่อนงานของชมรมได้แก่ กิจกรรมลานกีฬาทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ กิจกรรมงานศิลปะหัตถกรรม เช่น การถักกระเป๋ การทำดอกไม้จันทร์

1.3 การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุจัดตั้งขึ้นในปี 2549 ในตอนนั้นยังไม่มีความเข้มแข็ง จึงได้กำหนดกิจกรรมเพื่อทำร่วมกันเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้เกิดขึ้นภายในชมรม โดยการใช้วัดเป็นศูนย์กลางของการดำเนินกิจกรรมและกระจายออกไปสู่ชุมชนซึ่งประกอบไปด้วย

1. ผู้สูงอายุจะมามากำลึงกายร่วมกัน 3-4 ครั้ง/สัปดาห์
2. ในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 จะทำกิจกรรมร่วมกันโดยการสร้างอาชีพ เช่น การถักกระเป๋ ดอกไม้จันทร์ ดอกไม้จากกระดาษสา เป็นต้น

3. ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 จะออกเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อสร้างขวัญกำลังใจ

4. ทุกวันพระ จะมีกิจกรรมการถวายเพลและตักบาตร จะทำให้มีอาหารที่เรียกว่า เหลือจากกันบาตรพระ ทางชมรมจะนำเอาอาหารดังกล่าวไปเยี่ยมบ้านด้วย ซึ่งถือเป็นการได้ทำบุญร่วมกันกับชุมชน

2. บทบาทของ อสม. ในชุมชนสามัคคี

2.1 บทบาทของ อสม. ในโครงการนี้

1. ในการทำงานก่อนที่จะได้รับความร่วมมือจากคนในชุมชน อสม. ต้องเริ่มจากการเป็นผู้ให้เสียก่อน และภาระงานที่รับผิดชอบของ อสม.พบว่า อสม. 1 คน จะดูแลสุขภาพของชุมชน ประมาณ 50-80 หลังคาเรือน ซึ่งจากบริบทสภาพข้อมูลมี

2. การเดินเข้าหาประชาชนในชุมชน เริ่มจากให้เขามีทัศนคติที่ดีกับ อสม. โดย อสม.เอง เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพให้กับคนในชุมชนได้ และเริ่มที่จะเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

3. อสม. ต้องรู้ความเป็นไปของชุมชนเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น เช่นต้องรู้จำนวนเด็กที่เกิดใหม่ การตั้งครรภ์ และจำนวนของคนชราในชุมชน

4. หน่วยงานต้องช่วยเหลือการทำงานของ อสม. โดยการประชาสัมพันธ์ให้ทราบ บทบาทหน้าที่ของ อสม. ให้คนในชุมชนทราบ เช่นการเผยแพร่ผ่านหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน หรือการบอกต่อ

5. ต้องเก็บข้อมูลของประชากรในชุมชนโดยเก็บรวบรวมทีละเล็กทีละน้อย ข้อมูลบางส่วนที่ควรรู้เช่น เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ส่วนหนึ่งอาจได้มาจากหน่วยเลือกตั้ง หรือการประสานกับประชาชนโดยตรง

2.2 การลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

2.2.1 การลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

การดำเนินกิจกรรมนี้ถือเป็นกิจกรรมช่วยเหลือการเยี่ยมบ้านในชุมชนโดยที่ไม่มีงบประมาณสนับสนุน งบประมาณส่วนหนึ่งได้มาจากการสมทบทุนของสมาชิก ถือว่าเป็นการช่วยเหลือสังคมละเป็นการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสังคมทำให้สุขภาพจิตแจ่มใส และมีความสุขกาย สุขใจ โดยการแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มคือ

1. คนไข้ที่นอนติดเตียง
2. ผู้ป่วยติดบ้านไม่สามารถไปไหนมาไหนได้
3. ผู้ป่วยด้วยโรคเล็กน้อยเช่น ไข้หวัด หรืออุบัติเหตุ

2.2.2 การลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ

กิจกรรมนี้จะแบ่งเวร อสม. ลงเยี่ยมชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่โดยจะลงตรวจ ในวันจันทร์ พุธ และศุกร์ ในแต่ละสัปดาห์ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ

- 1.กลุ่มเด็กแรกเกิด
- 2.กลุ่มเด็กนักเรียน
- 3.กลุ่มวัยทำงาน

3. การจัดการปัญหาของคนในชุมชน

1. เพื่อให้คนในชุมชนทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน เจ้าหน้าที่จะคนข้อมูลให้กับคนในชุมชนเพื่อให้ตระหนักถึงภาวะสุขภาพและผลกระทบเพื่อหาทางแก้ไข

2.การจัดทำแผนเพื่อควบคุมและแก้ไข รวมถึงการทำวิจัยเพื่อทราบสาเหตุของการเกิดปัญหา

3. ถอดบทเรียนจากการทำแผนควบคุมและแก้ไข ทั้งตัวที่ประสบผลสำเร็จ และไม่ประสบผลสำเร็จเพื่อพิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้น

4. สืบหาข้อมูลจาก Family Folder และการลงมือเก็บจากประชากรโดยตรง

5. ในกรณีที่การเก็บข้อมูลของบุคคลมีความยุ่งยากในบางพื้นที่จากตัวผู้ให้ข้อมูล ให้เก็บเฉพาะในรายที่มีความสะดวกเสียก่อน

6. ในรายที่ยุ่งยากในการขอเก็บข้อมูล ให้เจ้าหน้าที่ลงไปด้วยและแนะนำบทบาทหน้าที่ของ อสม. ให้เขาได้ทราบอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งให้เขาเกิดความไว้วางใจ แล้วจะได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีและประสบความสำเร็จเอง แต่กรณีนี้ต้องใช้เวลา

4.4.1.2 การนำความรู้มาปรับใช้ในงานวิจัย

ซึ่งหลังจากที่ได้ดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และจัดกิจกรรมถอดบทเรียนจากการศึกษาดูงานครั้งนี้ พบว่า ทีม อสม. นักวิจัย สามารถสะท้อนประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

1. ขั้นตอนการจัดประชุมกิจกรรมและชี้แจงงาน พบว่า ชุมชนสามัคคีมีกลไกการนัดทำกิจกรรมโดยอาศัยวันพระ และทำกิจกรรมตักบาตรร่วมกันเป็นประจำ หลังจากนั้นจะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนในวันดังกล่าว ซึ่ง อสม. ของชุมชนสามัคคีส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และข้าราชการเกษียณหลังจากที่ทำกิจกรรมตักบาตรร่วมกันเสร็จแล้ว จะมีการนำเอาอาหารและของว่างที่เหลือจากการฉันเพลของพระคุณเจ้า อสม. จะนำของสิ่งของดังกล่าวไปฝากผู้ป่วยที่บ้านในการขั้นตอนการเยี่ยมบ้านด้วย ดังนั้น รูปแบบการจัดกิจกรรมร่วมกันของชุมชนบ้านท่าบ่อ น่าจะนำมาประยุกต์ใช้ในการทำงานได้ ซึ่งปัจจุบันนี้ อสม. ได้หารือกับทางหน่วยงานจะให้นัดประชุมทุกวันศุกร์บ่าย หรือถ้าเป็นช่วงวันหยุดอาทิตย์ไต่ยั้งดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนัดประชุมงานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก ซึ่งจะต้องรอวันนัดจากทางหน่วยงานที่ยังไม่มีกำหนดแน่นอนในแต่ละครั้งทำให้ กลุ่ม อสม. บางคนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและขาดโอกาสในการเข้ารับฟังได้

2. รูปแบบการเข้าเยี่ยมบ้าน การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ชาวบ้านด้วยระบบพี่เลี้ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบ้านข้าราชการ หรือผู้ที่ประกอบอาชีพช่วงกลางวัน ในกรณีนี้ทางชุมชนสามัคคี จะใช้รูปแบบพี่เลี้ยงกับ อสม. โดยครั้งแรกจะให้ อสม. ผู้นั้นไปประสานงานครั้งแรกก่อนเพื่อดูปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงชุมชน ถ้ายังไม่สามารถทำได้ จะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุขจากศูนย์แพทย์ชุมชนร่วมด้วย ซึ่งอย่างน้อยเป็นการสร้างความเชื่อถือให้กับประชาชนผู้นั้นและช่วยทำให้ อสม. เกิดความมั่นใจในการให้ข้อมูลข่าวสาร กลวิธีนี้น่าจะสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับชุมชนบ้านท่าบ่อได้

3. รูปแบบกระบวนการรวมกลุ่มของชุมชนกับ อสม. โดยจากกิจกรรมของชุมชนที่ได้มีการร่วมดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเป็นประจำ เช่น กิจกรรมลานออกกำลังกาย กิจกรรมร่วมทำบุญทุกวันพระ จะทำให้อย่างน้อยชุมชนเห็นบทบาทหน้าที่และการมีส่วนร่วมของ อสม. และในขณะเดียวกัน การจัดกิจกรรมหนึ่งครั้ง ยังสามารถช่วยให้เกิดการพูดคุย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง อสม. กับชุมชนได้โดยไม่ต้องรอจัดประชุม ซึ่งในชุมชนบ้านท่าบ่อ พบว่า ถ้ามีการจัดกิจกรรมที่วัด จะมีประชาชนมาร่วมทำบุญค่อนข้างมาก ดังนั้น รูปแบบการจัดกิจกรรมนี้น่าจะช่วยแก้ไขปัญหारेื่องความมีส่วนร่วมของชุมชนได้

4. รูปแบบการนิเทศงานของ อสม. โดยพี่เลี้ยงนักวิชาการของ รพสต. พบว่า กระบวนการติดตามงาน การนิเทศงานนับว่ายังมีความจำเป็นอย่างหนึ่งที่จะให้ทีมงานที่ อสม. รับผิดชอบนั้นเสร็จทันเวลา ทำอย่างถูกต้องและได้ข้อมูลทั่วถึงและสม่ำเสมอได้

5. รูปแบบการจัดทำข้อมูลของประชาชน (Home folder) ที่อาศัยอยู่ในชุมชนสามัคคี โดยวิธีการนี้จะเป็นการทำให้ อสม. รู้จักชุมชน รู้จักว่าใคร ทำอะไร และมีวิถีชีวิตอะไรบ้าง วิธีการจัดทำนี้จะต้องอาศัยเวลาในการจัดทำค่อนข้างนาน แต่สิ่งที่เกิดขึ้นคือ อสม. จะมีฐานข้อมูลของคนในเขตพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบข้อมูลที่จัดเก็บแต่ละบ้านได้แก่ ชื่อ สกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน อาชีพ ช่วงเวลาประกอบอาชีพและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อสะดวก ซึ่งการได้มาของข้อมูลนั้น ส่วนหนึ่งมาจากข้อมูลการเลือกตั้งในแต่ละครั้ง และส่วนหนึ่งมาจากการประสานด้วย อสม. หรือเจ้าหน้าที่เอง

6. รูปแบบการจัดทำศูนย์สร้างเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อยการจัดตั้งศูนย์นี้จะทำให้เกิดการรวมกลุ่มของชุมชนและ อสม. และมีกลไกการขับเคลื่อนให้เกิดรายได้ ทำให้ทุกคนที่เข้ามาได้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในงานที่ชุมชนได้ขับเคลื่อนด้วยตนเอง

7. รูปแบบการควบคุมโรคระบาดในชุมชนด้วยการใช้มาเร็ว ในการดำเนินงานควบคุมโรคระบาดในชุมชนด้วยการใช้มาเร็วนี้ การดำเนินงานจะคัดเลือก อสม. ที่ค่อนข้างทำงานเร็ว เดินทางสะดวก มีการใช้เครื่องมือสื่อสารและสามารถกระจายข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สู่ชุมชนได้ถูกต้องและรวดเร็ว นับว่า กลวิธีนี้จะทำให้เจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยาสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารการระบาดและจุดพื้นที่เสี่ยงของการเกิดโรคได้เร็วขึ้น และทำให้การดำเนินงานควบคุมโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วได้ขึ้น

4.4.2 การศึกษาดูงานจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ณ ชุมชนบ้านเหล่าข้าว หมู่ที่ 7 ตำบลม่วงสามสิบ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

ชุมชนบ้านเหล่าข้าว ถือว่าเป็นหมู่บ้านชนบทขนาดกลาง มีจำนวน 210 หลังคาเรือน ซึ่งสภาพชุมชนจะตั้งบ้านเรือนติดกัน มีถนนและเส้นทางจราจรเชื่อมคุ้มบ้านแต่ละหลังได้สะดวก ทำให้การดำเนินงานของ อสม. นั้นเป็นไปได้สะดวก และการแบ่งเขตพื้นที่รับผิดชอบนั้น จะมี 4 กลุ่มตามทิศทางคือ กลุ่มคุ้มเหนือ คุ้มตะวันออก คุ้มตะวันตก และคุ้มใต้หมู่บ้าน และใช้ศาลากลางบ้านซึ่งตั้งอยู่บริเวณหน้าวัดบ้านเหล่าข้าว เป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมหลักของชุมชน และเป็นศูนย์สาธารณสุขมูลฐานของชุมชนเปิดบริการ ณ ศาลากลางบ้านด้วย

ผลการศึกษาดูงาน พบว่า กระบวนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของชุมชนบ้านเหล่าข้าว สามารถดำเนินการได้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อชุมชนค่อนข้างมากภายใต้ภาระกิจงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชน และการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานบ้านเหล่าข้าว เช่น การได้รับรางวัลหมู่บ้านจัดการสุขภาพดีเด่นระดับอำเภอม่วงสามสิบ ประจำปี 2556 และรางวัลหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบระดับอำเภอ ประจำปี 2557 รางวัลชนะเลิศการประกวดหมู่บ้านปลอดลูกน้ำยุงลายอำเภอม่วงสามสิบ ประจำปี 2557 และรางวัลชนะเลิศโครงการตำบลน่าอยู่ หมู่บ้านน่ามอง ประชาชนสุขภาพดี ประจำปี 2557 ของอำเภอม่วงสามสิบ ซึ่งเป็นผลจากการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของชุมชนบ้านเหล่าข้าวที่จัดการเป็นรูปแบบและเกิดจากการมีส่วนร่วมของคนทุกคนในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขของบ้านเหล่าข้าว ถึงแม้ว่าชุมชนบ้านเหล่าข้าวจะเป็นชุมชนชนบท แต่จากการศึกษาดูงานครั้งนี้ ทีม นักวิจัย อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ได้แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการทำงานเป็นทีม และระบบการแบ่งและสลับการเป็นหัวหน้าผู้ประสานงานช่วยกันทำอย่างชัดเจน

4.4.2.1 ข้อมูลงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานจากชุมชนบ้านเหล่าข้าว

จากการอภิปรายแลกเปลี่ยนระหว่างประธาน อสม.บ้านเหล่าข้าว คุณอังกศกร การเรือน กล่าวไว้ว่า “ก่อนที่บ้านเหล่าข้าวจะได้รับรางวัลนี้ เกิดจากส่วนหนึ่งเรามีการนัดประชุมติดตามงานของ อสม.เป็นหลัก ซึ่งเราจะใช้วิธีการทำงานเป็นทีม และใช้รูปแบบการติดตามแบบผสมผสาน หมุนเวียนเปลี่ยนการติดตามงานในทีมนี้ๆ ทีมหนึ่งๆ จะมี อสม.ประมาณ 5-8 คน ซึ่งชุมชนบ้านเหล่าข้าวมีจำนวน 210 หลังคาเรือน แต่ละหลังคาเรือนส่วนใหญ่จะมีผู้สูงอายุและคนอาศัยอยู่ประจำ ทำให้การทำงานสาธารณสุขพื้นฐานเช่น การควบคุมลูกน้ำยุงลาย การเยี่ยมบ้าน การส่งข้อมูลสุขภาพ ค่อนข้างทำได้สะดวก แต่ปัญหาที่พบคือ ความไม่เข้าใจในความรู้แต่ละเรื่องที่ อสม.ถ่ายทอด แรกๆจะใช้รูปแบบนักวิชาการสาธารณสุขออกร่วมกับทีม อสม. แต่ช่วงหลังมานี้ ทีม อสม.แต่ละทีมสามารถดำเนินการได้เอง ซึ่งระบบการทำงานเป็นทีมสามารถช่วยได้ และการติดตามงาน อสม.ที่รับผิดชอบ จะใช้วิธีการให้ลูกทีมแต่ละคนได้เข้ามามีบทบาทสลับกันเป็นผู้ติดตามหลักในแต่ละรอบการทำงาน ทำให้ทุกคนได้ฝึกความเป็นผู้นำและผู้ตามด้วย” นอกจากนี้ คุณอ่อนสา ทาระเกษ กล่าวไว้ว่า “ชุมชนบ้านเหล่าข้าวเป็นชุมชนที่ไม่มีโครงสร้างด้านอาชีพที่แตกต่างกันมาก ทำให้เวลาทำกิจกรรมหรือการขอความร่วมมือค่อนข้างง่าย ซึ่งรูปแบบการทำงานชุมชนที่ถือปฏิบัติกันมาคือ ใช้ศาลากลางบ้านเป็นศูนย์รวมการทำงานต่างๆ การจัดประชุมระดับหมู่บ้าน โรงเรียนหรือแม้แต่หน่วยงานราชการจะใช้พื้นที่ตรงนี้เป็นหลัก ซึ่งประชาชนในชุมชนสามารถเดินทางมาร่วมกิจกรรมได้ง่าย และทุกวันนี้เวลานัดประชุมหรือทำกิจกรรมอะไรก็ตาม ค่อนข้างดำเนินการได้ง่ายเพราะทุกคนถือว่าสถานที่ตรงนี้เป็นที่ที่ทุกคนเป็นเจ้าของร่วมกัน ปัจจุบันศาลากลางบ้าน ได้จัดเป็นศูนย์สาธารณสุขมูลฐานของชุมชนบ้านเหล่าข้าว ซึ่งเปิดให้บริการด้านการให้คำปรึกษาและงานสาธารณสุขของ อสม.และชุมชนแล้ว”

ในการศึกษาดูงานครั้งนี้ ทีมนักวิจัย อสม.บ้านท่าบ่อ สามารถสรุปได้ว่า การทำงานเป็นทีมและการฝึกให้สมาชิกในทีมได้มีบทบาททั้งการเป็นผู้นำ การติดตามและการดำเนินงาน จะทำให้ทุกคนได้ฝึกทักษะตนเอง และเข้าใจงานได้ทุกระดับ และการที่มีสถานที่ที่เป็นศูนย์กลางในการทำงานทุกประเภทของหมู่บ้าน จะทำให้ทุกคนเข้าใจตรงกันมากขึ้นในการรวมกลุ่มกันทำงานแต่ละครั้ง และสถานที่ดังกล่าวนี้หากจัดเป็นพื้นที่ที่แสดงผลงานของหมู่บ้าน ทำให้ทุกครั้งที่มีการจัดกิจกรรม สามารถทำให้ทุกคนตระหนักถึงผลงานที่ชุมชนได้ร่วมกันสร้าง ร่วมกันทำและถือเป็นการสร้างเสริมพลังแก่ชุมชนอีกทางด้วย ดังนั้น ทีมวิจัย อสม.ทุกคน ต่างลงความเห็นว่า ควรจะมี

การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนประจำบ้านท่าบ่อ แทนสถานที่เดิมคือ การใช้บ้านของประธาน อสม.เป็นสถานที่ทำงาน กำกับ และติดตามงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งสามารถลดปัญหาเรื่องความขัดแย้งได้ว่า ทำไมต้องเป็นบ้านของประธานในการส่งงาน หรือการจัดเก็บข้อมูล ในการเลือกสถานที่ครั้งนี้ คุณอุบลรัตน์ เสมอภาค ประธาน อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ที่2 เห็นด้วยและได้นำเรียนเพื่อปรึกษากับผู้นำชุมชน คือ กำนันปรีชา พรพรม ซึ่งท่านได้กล่าวว่า “ตัวพ่อเองมีความประสงค์เช่นกันที่จะเอาผลงานและถ้วยรางวัลต่างๆของชุมชนและตำบลแจระแมมารวมจัดแสดง ณ ศูนย์รวมของชุมชนครั้งนี้ด้วย ซึ่งเรามีอาคารตลาดชุมชนท่าบ่อที่ยังไม่มีกิจกรรมการค้าขายชัดเจนมากนัก เราก็ใช้สถานที่ตรงนี้เป็นศูนย์ต่างๆ ได้ เช่น ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ศูนย์ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์ชมรมต่างๆของบ้านท่าบ่อ เราสามารถจัดให้มาอยู่รวมกันที่อาคารนี้เลย และชาวบ้านจะได้เข้ามาใช้ประโยชน์ร่วมกันได้” ซึ่งจากที่ประชุมสรุปได้ว่า อสม.บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 จำนวน 55 คนต่างเห็นด้วยที่จะจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนบ้านท่าบ่อ ณ อาคารตลาดชุมชนแห่งนี้ ซึ่งคาดว่าจะก่อสร้างและตกแต่งแล้วเสร็จภายในเดือนมิถุนายน 2558 นี้

จากการศึกษา เก็บข้อมูลในส่วนของบริษัทพื้นที่บ้านท่าบ่อหมู่ 2 สถานการณ์ปัญหาของการทำงานของ อสม.อย่างมีส่วนร่วมโดยทีมวิจัยทั้ง อาจารย์ นักศึกษา และทีมของอสม. รวมทั้งการไปศึกษาดูงาน ขณะนี้ทางทีมวิจัยได้รวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ และนำมากำหนดรูปแบบการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทของบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 ซึ่งการพัฒนารูปแบบการทำงานในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทได้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อให้ อสม.ได้ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาร่วมกัน

4.4.1.2 การนำความรู้มาปรับใช้ในงานวิจัย

ซึ่งหลังจากที่ได้ดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และจัดกิจกรรมถอดบทเรียนจากการศึกษาดูงานครั้งนี้ พบว่า ทีม อสม.นักวิจัย สามารถสะท้อนประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

1. ขั้นตอนการทำงานเป็นทีม พบว่า ระบบการทำงานเป็นทีมของ อสม.บ้านเหล่าข้าว มีการแบ่งทีมออกเป็น 4 ทีม ตามคุ้มบ้านในชุมชน ซึ่งแต่ละทีมมีสมาชิก 3-4 คน โดยรูปแบบการทำงานนั้นจะฝึกให้สมาชิกทุกคนหมุนเวียนเปลี่ยนกันเป็นหัวหน้าทีมและสมาชิก ตามภาระงานที่ได้รับแจ้งจากศูนย์แพทย์ตำบลวังสามสิบ โดยหัวหน้าทีมแต่ละครั้งจะแบ่งตามความสามารถและความสมัครใจอาสาสมัครก่อนเป็นอันดับแรก ทำให้กระบวนการทำงานประสบความสำเร็จได้ดีขึ้น และการติดตามงาน อสม.ที่รับผิดชอบ จะใช้วิธีการให้ลูกทีมแต่ละคนได้เข้ามามีบทบาทสลับกันเป็นผู้ติดตามหลักในแต่ละรอบการทำงาน ทำให้ทุกคนได้ฝึกความเป็นผู้นำและผู้ตามด้วย ซึ่งทีมนักวิจัย อสม.ท่าบ่อ เห็นว่า ควรจะนำมาปรับใช้ในทีมแต่ละเขตพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อฝึกให้ทุกคนทำงานทั้งเป็นผู้นำและผู้ตามได้

2. รูปแบบการเข้าเยี่ยมบ้าน การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ชาวบ้านด้วยระบบพี่เลี้ยง โดยบริบทของชุมชนบ้านเหล่าข้าวส่วนใหญ่จะเป็นเกษตรกร ทำนา ทำสวน มีจำนวนไม่มากที่จะทำงานรับจ้างในเขตพื้นที่อำเภอวังสามสิบและในพื้นที่อื่นๆ ทำให้ช่วงเวลาทำกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การลงชุมชนรณรงค์ต่างๆ สะดวก แต่รูปแบบการทำงานของ อสม.แต่ละทีม นั้น จะมีการนัดเวลาและแจ้งให้ทราบล่วงหน้าโดยผ่านหอกระจายข่าว ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้เวลาช่วงเช้าคือ 6:00-7:00 น. และช่วงเย็น คือ 17:00-19:00 น. ในการเดินเยี่ยมบ้าน เพราะมีความคิดเห็นว่าช่วงกลางวันนั้น ทุกบ้านจะมีการะหน้าที่รับผิดชอบ นอกจากวันไหนที่ภารกิจต้องทำช่วงกลางวัน จะใช้วิธีการแจ้งให้ทราบก่อนเสมอเพื่อให้ลูกบ้านทราบถึงกิจกรรมที่จะดำเนินการ มีการใช้สัญลักษณ์ในการสื่อความหมายของการควบคุม เช่น โครงการบ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย โดยธงสีเขียว หมายถึง บ้านที่ดำเนินการปลอดลูกน้ำยุงลาย ธงสีแดง หมายถึง บ้านที่มีลูกน้ำยุงลาย ซึ่ง ทีมนักวิจัย อสม.ท่าบ่อ เห็นว่า กระบวนการเข้าถึงชุมชนช่วงเช้า หรือช่วงเย็น น่าจะนำมาปรับใช้ในบริบทชุมชนกิ่งเมืองได้

3. รูปแบบการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ซึ่งชุมชนบ้านเหล่าข้าว ได้ใช้บริเวณห้องว่างของศาลากลางบ้านเป็นสถานที่ตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานโดยจะเปิดบริการช่วง 8:00-17:00 น. ซึ่งจะมี อสม.อาสาสมัครอยู่ประจำทุกวันหมุนเวียนกันไป หน้าของ อสม.ที่ประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนบ้านเหล่า

ข้าวคือ ให้คำปรึกษาเรื่องการนัดแนะตามใบนัดของแพทย์ให้กับผู้ป่วย การจ่ายยาสามัญเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย การรับข้อมูลเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลม่วงสามสิบ และงานอื่นๆ เช่น การให้บริการนวดแผนไทย ซึ่ง อสม. จะได้รับการฝึกอบรมจากศูนย์แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลม่วงสามสิบ โดยการมีศูนย์ ศสมช. นี้ เพื่อจะเป็นศูนย์รวม และจุดแสดงผลงานต่างๆที่ได้รับรางวัลในระดับภูมิภาคมาจัดแสดง และยังเป็นสถานที่ที่ใช้จัดกิจกรรมหลักๆของ อสม. บ้านเหล่าข้าวด้วย ซึ่งบ้านท่าบ่อ เดิมใช้บ้านของผู้ที่ได้รับเลือกเป็นประธาน อสม. เป็นจุดนัดประชุม หรือที่รวมตัวของ อสม. ทำให้การทำกิจกรรม เช่น เป็นจุดตรวจคัดกรอง หรือหน่วยบริการสุขภาพ หรือนัดประชุมทีม หรือการจัดประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต.หนองแก บางครั้งไม่สะดวก จำเป็นต้องหาสถานที่อื่นแทน คือ วัดบ้านท่าบ่อ หรือบ้านกำนันปรีชา แต่หากมีการจัดตั้งศูนย์นี้ขึ้นมา จะช่วยคลายปัญหาการนัดรวมกลุ่มนี้ได้

4.4.3 การอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพแกนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กิจกรรมการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการทำงานให้แก่ อสม. บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ได้แก่ การอบรมเพื่อเพิ่มทักษะการทำงานในการเป็นผู้ช่วยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม ซึ่งจัดในวันที่ 11-12 มกราคม 2558 กิจกรรมการอบรมพัฒนาทักษะความเป็นผู้นำ การสร้างแรงจูงใจและการพูดในที่ชุมชน จัดขึ้นในวันที่ 26 มกราคม 2558 และกิจกรรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการรณรงค์และควบคุมโรคระบาดในชุมชน ในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2558 ซึ่งกระบวนการอบรมนี้เพื่อช่วยเสริมทักษะแก่ อสม. บ้านท่าบ่อ ซึ่งจากการประชุมกลุ่ม พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ขาดความมั่นใจในการให้ข้อมูล ข่าวสารและกิจกรรมบริการทางสุขภาพ เช่น การให้บริการตรวจคัดกรอง การใช้เครื่องมือตรวจเบื้องต้น นอกจากนี้ อสม. มีทัศนคติที่ว่า รู้สึกว่าตนเองเรียนมาน้อย ไม่มีความมั่นใจในการให้ข้อมูลหรือให้บริการทางสุขภาพเบื้องต้นได้ อสม. จำเือนหาที่จะสื่อสารไม่ได้และขาดเทคนิคในการพูด การสื่อสาร และการถ่ายทอดเนื้อหาให้กับชุมชน โดยเฉพาะที่เป็นกลุ่มข้าราชการหรือวัยทำงาน รวมถึงปัญหาของตัว อสม. ขาดความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงาน โดยการจัดกิจกรรมอบรมเพื่อพัฒนาทักษะและความรู้และเสริมสร้างทัศนคติ แรงจูงใจเพื่อให้อสม. ปรับเปลี่ยนและก่อให้เกิดการนำไปใช้ในการพัฒนาด้านตนเองในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทได้อย่างขึ้น

4.5 รูปแบบการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ตลอดระยะเวลาปีกว่าของการดำเนินงานโครงการวิจัยร่วมกันของทีมนักวิชาการและทีมวิจัยอสม. บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 ได้ใช้กระบวนการสร้างความเป็นเจ้าของโครงการวิจัยและหาทางออกของปัญหาโดยการให้อสม. เป็นผู้ดำเนินการร่วมทุกขั้นตอน จนสามารถร่วมกันกำหนดเป็นรูปแบบการทำงานเรื่องการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท ตามบริบทของบ้านท่าบ่อโดยให้ชื่อรูปแบบนี้ว่า TAMILine Model ซึ่งประกอบด้วย การทำงานเป็นทีม (Team coaching) การจัดเขตพื้นที่ทำงาน (Area working) การประชุมทีม อสม. เป็นนิจ (Meeting) การจัดการฐานข้อมูลประชาชน (Public Information) และการสื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม (Line connection) โดยมีกระบวนการดำเนินงาน ดังนี้

1. การทำงานเป็นทีม (Team coaching) โดยจากการรวบรวมข้อมูลด้านศักยภาพในการทำงานของ อสม. บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 ที่ผ่านมา พบว่า อสม. มีปัญหาเรื่องของลักษณะการทำงานเป็นทีมมาก ซึ่งเดิม อสม. จะทำงานเดี่ยว เช่น การเข้าเยี่ยมบ้าน การให้ข้อมูลสุขภาพกับชาวบ้าน การเข้าเก็บข้อมูลสุขภาพต่างๆ ในชุมชน โดยเดิมนั้น อสม. จะใช้ลักษณะการทำงานแบบแบ่งความรับผิดชอบตามจำนวนครัวเรือน และจะแบ่งให้อสม. แต่ละคนมีสัดส่วนครัวเรือนจำนวนเท่าๆกัน ซึ่งผลจากการทำงานเดิมนั้น พบว่า อสม. ทำงานไม่เสร็จทันตามกำหนด ในหลายๆงานที่ต้องรับผิดชอบ เพราะสภาพชุมชนปัจจุบันเปลี่ยนไปมาก ประกอบกับคนในชุมชนมีหลากหลายอาชีพและมีประชากรแฝงจากชุมชนอื่นมากขึ้น ซึ่งครัวเรือนที่เป็นข้าราชการและคนที่มิอาชีพทำงานเข้า-กลับเข้า

บ้านตอนเย็น ส่วนใหญ่จะไม่ให้ความร่วมมือมากนักในการให้ข้อมูลและรับข้อมูลจาก อสม.บางคน ขณะเดียวกัน ทั้ง อสม.เก่าและ อสม.ใหม่บางคน ไม่มั่นใจในความรู้ความสามารถของตนเอง หรือ อสม.ใหม่ บางคนซึ่งมาทำงานแทนพ่อหรือแม่ที่เคยเป็น อสม.มาก่อน จดจำเอาแต่ลักษณะการทำงานเดิมๆของพ่อหรือแม่ ทำให้ขาดประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าบางงาน ทำให้งานบางอย่างที่ตนรับผิดชอบไปนั้น ไม่เสร็จทันตามเวลากำหนด

จากปัญหาของ อสม. ดังที่กล่าวมา สรุปคือ ลักษณะการทำงานแบบเดิมที่ผ่านมามีหลายสิบปีขาดระบบการทำงานเป็นทีม ทีมวิจัยจึงได้นำกระบวนการทำงานเป็นทีมเข้ามาปรับใช้ในการทำงานพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทที่ประสบปัญหาในการทำงานในลักษณะนี้ โดยเริ่มจาก การแบ่งอายุการทำงานของ อสม. เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม อสม.เก่า ซึ่งมีอายุการทำงานมากกว่า 10 ปี โดยมีจำนวน 32 คน และกลุ่ม อสม.ใหม่ ส่วนใหญ่มีอายุการทำงานตั้งแต่ 1-10 ปี มีจำนวน 23 คน ซึ่งการทำงานในลักษณะรูปแบบทีม อสม.นี้ จะกำหนดให้ อสม.เก่า เป็นพี่เลี้ยงให้กับ อสม.ใหม่ ในการทำปฏิบัติงาน อสม. ในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ปัญหาของการเข้าถึงบ้านที่เข้าถึงไม่ได้ ปัญหาของคนในชุมชนปฏิเสธการรับบริการการตรวจคัดกรองเบื้องต้นจาก อสม. ปัญหาการปฏิเสธการรับข้อมูลข่าวสารจากตัว อสม. ซึ่งกระบวนการทำงานเป็นทีมที่พี่เลี้ยงนี้ ได้เป็นข้อตกลงของกลุ่ม อสม.บ้านท่าบ่อ เบื้องต้นว่า หาก อสม.คนใด ไม่มั่นใจและไม่กล้าทำงานในลักษณะปัญหานั้น จะมี อสม.เก่าเป็นพี่เลี้ยง พาทำกิจกรรมนั้น จนกว่า อสม.ใหม่จะสามารถทำงานได้เอง

จากการทดลองและนำไปปรับใช้ในการทำงาน พบว่า ระบบการทำงานแบบทีมพี่เลี้ยง อสม.นี้ จะช่วยทำให้ อสม.ใหม่ กล้าทำงานและกล้าเข้าถึงชุมชนมากขึ้น มีเทคนิคการทำงานที่ดีขึ้นและทำงานเสร็จตามทันกำหนดเวลา นอกจากนี้ อสม.ใหม่บางคน สามารถให้ข้อมูลสุศึกษาและกล้าที่จะเสนอตนเองในการอาสาทำงานบางหน้าที่ที่ตนไม่เคยทำมาก่อน ประกอบกับ การมี อสม.พี่เลี้ยงเคยเข้าไปทำงานในลักษณะไปเป็นเพื่อนหรือไปเป็นทีมนั้น ทำให้รู้สึกว่าคุณเองมีเพื่อนทำงานอยู่ด้วยและมีความมั่นใจมากขึ้น

2. การจัดเขตพื้นที่ทำงาน (Area working) โดยจากข้อมูลปัญหาพื้นที่การทำงานของ อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 เดิมนั้น พื้นที่การทำงานมีลักษณะการแบ่งพื้นที่ตามลือคณนบ้าง ตามกรอบพื้นที่ชุมชนจำนวน 8 โซน ได้แก่ โซนร้านค้าบ้านท่าบ่อทิศตะวันออก โซนบ้านพักและหน่วยงานราชการสำนักป่าไม้จังหวัดอุบลราชธานี โซนโรงเรียนบ้านท่าบ่อ โซนชุมชนหลังวัด โซนชุมชนหน้าวัด โซนตลาดชุมชนทิศใต้วัดท่าบ่อ โซนบ้านท่าบ่อเหนือ และโซนบ้านท่าบ่อตะวันตก และในพื้นที่โซนชุมชนแต่ละโซนนี้จะประกอบด้วยประชากรจำนวน 3 กลุ่มหลักๆ คือ กลุ่มแรกเป็นข้าราชการและพนักงานราชการ กลุ่มที่ 2 กลุ่มค้าขาย รับจ้างและแรงงานภาคการเกษตรกรรม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนในชุมชนเดิม และกลุ่มที่ 3 กลุ่มนักศึกษาและแรงงานภาคอุตสาหกรรมเช่น พนักงานห้างสรรพสินค้า ที่อยู่อาศัยในหอพักและห้องเช่า ซึ่งลักษณะของชุมชนในแต่ละโซนนั้น บางโซนจะมีทั้งบ้านข้าราชการและกลุ่มอาศัยในหอพัก บ้านเช่า บางโซนจะเป็นชุมชนดั้งเดิม บางโซนมีทั้ง 3 กลุ่มอยู่รวมกันในพื้นที่นั้นๆ ทำให้การทำงานของ อสม.ในกิจกรรมต่างๆ ทำงานได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร อสม.บางคนไม่สามารถเข้าถึงชุมชนได้ ซึ่งแต่ละครัวเรือนมีบริบทแตกต่างกันไป บางครัวเรือนเข้าถึงได้ง่าย แต่ในขณะบางครัวเรือนกลับไม่ให้ความร่วมมือ เช่น บ้านข้าราชการ มักจะไม่อยู่ในช่วงกลางวัน บางครั้งชุมชนไม่ให้การยอมรับในตัว อสม.และเห็นว่า อสม.เป็นผู้เรียนมาน้อย หรือจบการศึกษาในระดับต่ำกว่าตนเอง และขาดความรู้ความเชี่ยวชาญในประเด็นที่ให้ข้อมูล จึงไม่เชื่อมั่นในตัว อสม.

จากปัญหาของ อสม. ดังที่กล่าวมา ทีมวิจัยจึงได้จัดกระทำข้อมูลพื้นที่การทำงานของ อสม.ขึ้นมาใหม่ โดยการอาศัยลักษณะของกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน มาจัดพื้นที่การทำงานใหม่ ซึ่งแบ่งพื้นที่เป็น 6 โซนพื้นที่จาก 3 กลุ่มประชากร โดยจะพิจารณาจากฝั่งพื้นที่โซนทำงานเดิมก่อน ได้แก่ ถ้าเป็นชุมชนดั้งเดิมคือ โซนชุมชนหลังวัด และโซนตลาดชุมชนทิศใต้วัดท่าบ่อ จะยุบรวมกันเป็นหนึ่งโซน เพราะส่วนใหญ่เป็นประชากรกลุ่มเดียวคือ คนดั้งเดิมบ้านท่าบ่อ และอีกพื้นที่ คือ โซนบ้านพักและหน่วยงานราชการสำนักป่าไม้จะรวมกับโซนท่าบ่อเหนือ ซึ่งประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มทำงานข้าราชการและชาวบ้านดั้งเดิม ส่วนโซนอื่นๆ จะมีทั้ง 2-3 กลุ่มประชากรรวมกัน ทั้งนี้ พื้นที่โซนทำงานของ อสม.จะเหลือ 6 โซน คือ โซนร้านค้าบ้านท่าบ่อทิศตะวันออก โซนบ้านพักและ

หน่วยงานราชการสำนักป่าไม้จังหวัดอุบลราชธานี โชนโรงเรียนบ้านท่าบ่อ โชนชุมชนหน้าวัด โชนตลาดชุมชนทิศใต้วัดท่าบ่อ และโชนบ้านท่าบ่อตะวันตก โดยแต่ละโชน จะมีประชากรอาศัยอยู่ดังนี้

- 1) โชนร้านค้าบ้านท่าบ่อทิศตะวันออก เป็นกลุ่มค้าขาย รับจ้างและแรงงานภาคการเกษตรกรรม และกลุ่มนักศึกษาและแรงงานที่พักอยู่หอพัก
- 2) โชนทิศเหนือและบ้านพักหน่วยงานราชการสำนักป่าไม้จังหวัดอุบลราชธานี โดยประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มข้าราชการ
- 3) โชนโรงเรียนบ้านท่าบ่อ เป็นกลุ่มค้าขาย รับจ้างและแรงงานภาคการเกษตรกรรม และกลุ่มนักศึกษาและแรงงานที่พักอยู่หอพัก
- 4) โชนชุมชนหน้าวัด เป็นกลุ่มชุมชนดั้งเดิม และกลุ่มนักศึกษาและแรงงานที่พักอยู่หอพัก
- 5) โชนตลาดชุมชนทิศใต้วัดท่าบ่อ เป็นกลุ่มข้าราชการ และกลุ่มชุมชนดั้งเดิม และแรงงานรับจ้าง
- 6) โชนบ้านท่าบ่อตะวันตก เป็นกลุ่มข้าราชการ และกลุ่มชุมชนดั้งเดิม และแรงงานรับจ้าง

สำหรับการดำเนินงาน อสม.ตามรูปแบบการแบ่งพื้นที่การทำงานใหม่นั้น โดย อสม.จะแบ่งกลุ่มเข้าไปทำงานในพื้นที่ตามบทบาทและอายุการทำงานการเป็น อสม. คือ หากเป็นกลุ่มข้าราชการและพนักงานบริษัท ซึ่งกลุ่มนี้จะเข้าถึงได้ยาก และเป็นผู้มีระดับการศึกษาสูง อสม.ที่จะเข้าไปทำงานได้ดีควรจะเป็น อสม.เก่า และเป็นอสม.ที่ผ่านการอบรมค่อนข้างมาก ซึ่งมีจำนวน 14 คนจากกลุ่ม อสม.เก่าทั้งหมดจำนวน 32 คน โดยจะรับพื้นที่นี้ไปดูแล ส่วนพื้นที่ที่มีชุมชนกลุ่มนักศึกษา และกลุ่มแรงงาน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประชากรแฝงนั้น จะเป็นทีม อสม.เก่า 18 คนที่เหลือ และพื้นที่กลุ่มของชุมชนท่าบ่อดั้งเดิม จะให้ อสม.ใหม่จำนวน 23 คนรับพื้นที่ที่เหลือนี้ไปดูแล

ผลการดำเนินงานหลังจากที่มีการแบ่งพื้นที่และ อสม.ที่รับผิดชอบในการทำงานตามโชนพื้นที่ใหม่ 6 โชนนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ อสม.ยอมรับการทำงานเป็นทีมมากขึ้นและยอมรับว่า พื้นที่การทำงานลักษณะเช่นนี้ ทำให้ตนเองและเพื่อนๆทีม อสม.ทำงานและเข้าใจชุมชนได้ดีขึ้น และสามารถบริหารจัดการช่วงเวลาในการเข้าทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การรณรงค์แจกทรายอะเบต การสำรวจลูกน้ำยุงลาย การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้พิการ การเก็บข้อมูลภาวะสุขภาพประจำรายเดือน โดยหากเป็นกลุ่มข้าราชการและพนักงานบริษัทที่ทำงานช่วงวันทำการ วันจันทร์ถึงศุกร์ และกลุ่มนักศึกษาและแรงงานภาคอุตสาหกรรม กลุ่มนี้จะเข้าไปทำกิจกรรมช่วงเลิกงาน หรือเลือกช่วงวันหยุด ส่วนกลุ่มชุมชนดั้งเดิม และกลุ่มค้าขาย จะเข้าไปทำกิจกรรมต่างๆในช่วงกลางวันได้

3. การประชุมทีม อสม.เป็นนิจ (Meeting) ซึ่งจากบริบทของชุมชนเปลี่ยนไป รวมทั้ง อสม.ทั้ง อสม.เก่าจำนวน 32 คน และ อสม.ใหม่ จำนวน 23 คนนั้น ต่างมีวิถีชีวิตการประกอบอาชีพกับช่วงเวลาการทำงานของ อสม.ไม่ตรงกัน ก่อให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานส่งเสริม ควบคุม และป้องกันสุขภาพตามภารกิจงานที่รับผิดชอบของ อสม. นอกจากนี้ สืบเนื่องจาก ช่วงเวลาของ ทีม อสม.ที่ต้องรับผิดชอบพื้นที่ของกลุ่มข้าราชการและพนักงานบริษัทที่ทำงานช่วงวันทำการ และกลุ่มนักศึกษาและแรงงานภาคอุตสาหกรรม กลุ่มนี้จะเข้าไปทำกิจกรรมช่วงเลิกงาน หรือเลือกช่วงวันหยุดเป็นวันที่ อสม.ทำกิจกรรมดังกล่าว ทำให้ส่วนใหญ่ อสม.จัดทำกิจกรรมในวันเสาร์หรือวันอาทิตย์แทนวันทำการ

สำหรับรูปแบบการทำงานที่เลือกกิจกรรมการประชุมทีมสมาชิก อสม.ทุกคน เป็นทุกวันอาทิตย์นั้น สืบเนื่องจาก กระบวนการทำวิจัยจากทีมนักวิชาการและนักวิจัยชุมชนบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ได้ดำเนินการทำกิจกรรมต่างๆตามกระบวนการวิจัยเป็นวันเสาร์และวันอาทิตย์ มาเป็นช่วงระยะเวลาหนึ่งตลอดช่วงปี 2557-2558 ทำให้ อสม.ได้พบปะพูดคุยและประชุมกลุ่ม รวมถึงได้พูดคุยและติดตามเกี่ยวกับการทำงานและความรับผิดชอบของ อสม.แต่ละคนในช่วงวันดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ จึงได้รูปแบบกิจกรรมการประชุมทีม อสม.บ้านท่าบ่อ ได้ตกลงเลือกเอาวันอาทิตย์ ช่วงเวลา 13.00-16.00 น. ณ ศาลาวัดบ้านท่าบ่อ ซึ่งเป็นวันที่ อสม.นัดประชุมและพูดคุยหารือเรื่องกิจกรรมปฏิบัติงานของ อสม. ทั้งนี้จะเลือกช่วงสัปดาห์ที่หนึ่งหรือสองของแต่ละเดือนในการประชุมติดตามงาน เพราะ อสม.ทุกคนจะต้องส่งรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม.นักจัดการสุขภาพนั้นให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแกในช่วงวันที่ 15 ของทุกเดือน และทุกคนต่างว่างเว้นจากภารกิจส่วนตัว

รวมถึงหากมีการนัดประชุมกับทางผู้บริหารจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก หรือจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นตำบลแจระแม ประธาน อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 คือ คุณอุบลรัตน์ เสมอภาค หรือจากรองประธาน คุณพ่อธวัชชัย โสภามิ จะเสนอให้จัดประชุมในช่วงวันอาทิตย์แทนวันทำการ ซึ่งที่ผ่านมาจากการทำลองใช้รูปแบบนี้ พบว่า สามารถนัดประชุมและทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างทีม อสม.กับคณะผู้บริหารพื้นที่ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน และสามารถทำให้สมาชิกเข้าร่วมประชุมได้มากกว่าร้อยละ 70 จากจำนวนสมาชิก อสม.บ้านท่าบ่อทั้งหมด ปัจจุบัน ทีมวิจัย ได้สร้างศูนย์สาธารณสุขมูลฐานประจำบ้านท่าบ่อขึ้น (ศสมช.บ้านท่าบ่อ) ซึ่งตั้งอยู่อาคารตลาดท้ายชุมชน ตั้งอยู่บริเวณสี่แยกหลังวัดท่าบ่อ และขณะนี้ ศูนย์ ศสมช.บ้านท่าบ่อ กลายเป็นสถานที่นัดประชุมของ ทีม อสม.ในทุกวันอาทิตย์ด้วย

4. การจัดทำฐานข้อมูลประชาชน (Public Information) โดยกระบวนการจัดทำฐานข้อมูลประชาชนนี้เริ่มจากทีม อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ได้ดำเนินการทดลองใช้การแบ่งพื้นที่การทำงานเป็น 6 โซนพื้นที่ตามจำนวนกลุ่มประชากร 3 กลุ่ม ซึ่งจะต้องจัดรวบรวมข้อมูลแต่ละคนที่อาศัยอยู่ในแต่ละครัวเรือน เช่น ข้อมูลทะเบียนราษฎรที่อาศัยอยู่จริงในแต่ละเลขที่บ้าน ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม ข้อมูลสภาวะสุขภาพ และข้อมูลอื่นๆเพื่อให้ง่ายต่อการติดตามเยี่ยมบ้านและทำกิจกรรมรณรงค์ควบคุมโรคตามภารกิจการทำงานของ อสม. เช่น ข้อมูลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ข้อมูลการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น อย่างน้อยกระบวนการจัดทำฐานข้อมูลประชาชนนี้สำหรับสมาชิก อสม.เก่าและ อสม.ใหม่ จะได้ทราบข้อมูลและเข้าใจบริบทชุมชนในพื้นที่ที่ตนรับผิดชอบมากขึ้น

กระบวนการจัดทำฐานข้อมูลประชาชน โดย อสม.แต่ละคนจะมีข้อมูลการเยี่ยมบ้านที่ดำเนินการเป็นประจำอยู่แล้ว ซึ่งจะมีข้อมูลประวัติบ้านเลขที่ เจ้าของบ้าน จำนวนผู้ป่วย ผู้พิการและผู้สูงอายุ ที่ อสม.ต้องจัดทำรายงานให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก จากนั้น อสม.จะนำข้อมูลดังกล่าวมารวมกับข้อมูลที่ อสม.ได้ดำเนินการสำรวจข้อมูลในโซนพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบใหม่ และจากฐานข้อมูลการสำรวจสำมะโนครัวประชากรเมื่อปี พ.ศ. 2540 กับสำมะโนประชากร พ.ร.บ. ซึ่งท่านเป็นผู้จัดเก็บเอกสารไว้ จากนั้น สมาชิก อสม.แต่ละคนจะรวบรวมข้อมูลและบันทึกข้อมูลแต่ละครัวเรือนเพื่อจัดทำเป็นเล่มฐานข้อมูลประชาชนประจำบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 นอกจากนี้ ได้นำข้อมูลต่างๆ บรรจุลงแผ่นที่ชุมชนบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ที่แสดงถึงขอบเขตพื้นที่และโซนทำงานของ อสม. ทั้งนี้เพื่อแสดงให้เห็นว่า บ้านเลขที่ใดมีผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ บ้านเลขที่ใดที่เป็นกลุ่มข้าราชการ กลุ่มนักศึกษา กลุ่มอาชีพค้าขายและภาคแรงงาน และกลุ่มชุมชนดั้งเดิม และแผนที่ดังกล่าวจะติดประกาศที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานประจำบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ด้วย

นอกจากนี้ ทีม อสม.ยังได้ผลิตและใช้สื่อสาธารณสุขในการให้ข้อมูลข่าวสารกับชุมชนที่เข้าถึงได้ยาก ได้แก่ ใบปลิว โบชัวร์ ใส่ตามกล่องจดหมายหน้าประตูแต่ละบ้าน ซึ่งวิธีการนี้สามารถลดปัญหาการประชาสัมพันธ์ข่าวสารให้กับชุมชนในกรณีบ้านที่ไม่เข้าถึงได้ในระดับหนึ่ง

5. การสื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม (Line connection) โดยการใช้โปรแกรมไลน์เพื่อสื่อสารข้อมูลสู่ทีมสมาชิก อสม.หมู่ที่ 2 นั้น เดิมทีการรับข้อมูลข่าวสารของสมาชิก อสม.บ้านท่าบ่อหมู่ที่สอง จะใช้วิธีการบอกต่อและโทรศัพท์แจ้ง กล่าวคือ สมาชิก อสม.จะรับคำสั่งหรือคำชี้แจงงานจากประธาน อสม.คือ คุณอุบลรัตน์ เสมอภาค หรือจากรองประธาน คุณพ่อธวัชชัย โสภามิ เพียงคนเดียวหลังจากที่มีการไปรับนโยบายงานจากหน่วยงานอื่นๆ เพื่อสื่อสารกับสมาชิก จึงเกิดปัญหาในการรับข้อมูลสื่อสารต่างๆ ผิดพลาดไป ทั้งนี้ การใช้โปรแกรมไลน์เพื่อสื่อสารข้อมูลสู่ทีมสมาชิก อสม.หมู่ที่ 2 ซึ่งจากการสำรวจการใช้โทรศัพท์มือถือของ อสม.ทั้งหมด 55 คน พบว่า มีสมาชิกจำนวน 18 คน ได้มีการใช้โปรแกรมไลน์ (Line) ในการติดต่อข้อมูลต่างๆเป็นประจำอยู่แล้ว ซึ่งการติดต่อผ่านโปรแกรมไลน์นี้ได้เริ่มจากนักวิจัยได้ติดต่อผ่านสมาชิกจำนวน 4 คน คือ คุณสุชาดาภรณ์ บุญจรัส คุณอุบลรัตน์ เสมอภาค คุณลำไยบริสุทธิ์ซึ่งใจ และคุณเสาวนิตย์ กลางแก้วเพื่อประสานงานและติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการลงพื้นที่ทำวิจัยเป็นประจำ จากการติดต่อข้อมูลดังกล่าว ทำให้ทราบว่า การสื่อสารลดความผิดพลาดได้มากและสื่อสารได้รวดเร็ว และสามารถสร้างความสัมพันธ์ได้ง่ายมาก ทั้งนี้ สมาชิก อสม.จึงได้ตกลงกันว่า ยินดีที่จะใช้ไลน์เป็นรูปแบบหนึ่งในการรับข่าวสารต่างๆ จากสมาชิกด้วยกัน โดยประธาน อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ได้ตั้งกลุ่มไลน์ชื่อว่า อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 และให้สมาชิกทุกคนเข้าร่วม ปัจจุบันมีจำนวนสมาชิกทั้งหมด 32 คน รวมถึง ผอ.

รพ.สต.หนองแกด้วย ซึ่งใช้ในการติดต่อ สื่อสารทั้งภาพและเสียงถ่ายทอดสู่สมาชิกทุกคนที่เข้าร่วม ซึ่งผลการดำเนินงานดังกล่าวนี้ พบว่า สามารถทำให้ข้อมูลข่าวสารในการประชาสัมพันธ์จากประธาน อสม. หรือข้อมูลจาก ผอ.รพ.สต.หนองแก ได้สื่อสารถึงสมาชิก อสม.ทุกคนทันที และการรับข้อมูลข่าวสารดังกล่าวสามารถลดความผิดพลาดในการถ่ายทอดข้อมูลได้มากขึ้นกว่าเดิม

ซึ่งจากการปรับใช้เทคนิคการทำงานด้วยวิธีการทั้ง 5 วิธีนี้ ทำให้เห็นว่า ทีม อสม.บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 มีการสื่อสารกันในทิศทางเดียวกันและถูกต้องมากขึ้น มีความเข้าใจในขอบเขตงานที่ตนเองรับผิดชอบมากขึ้น ช่วยลดปัญหาการทำงานซ้ำซ้อนและทำงานทันตามกำหนดเวลา อสม.มีความมั่นใจในการทำงานของตนเองและมั่นใจในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ชุมชน ดังนั้น รูปแบบ TAMILine Model ถือว่าเป็นรูปแบบการทำงานในการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทตามบริบทของบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 โดยสรุปเป็นกระบวนการทำงาน 5 วิธีของรูปแบบนี้ คือ

- 1) การทำงานเป็นทีม (Team coaching) ซึ่งแต่ละทีมใช้ระบบพี่เลี้ยง อสม.เก่า ดูแล อสม.ใหม่
- 2) การจัดเขตพื้นที่ทำงาน (Area working) ซึ่งเป็นการแบ่งพื้นที่เป็น 6 โซนทำงานจาก 3 กลุ่มประชากรเพื่อทำกิจกรรมของ อสม. เช่น การเยี่ยมบ้าน การรณรงค์ควบคุมโรค กิจกรรมดูแลประชาชน 3 กลุ่ม
- 3) การประชุมทีม อสม.เป็นนิจ (Meeting) ซึ่งเป็นรูปแบบกิจกรรมประชุมและนัดหมายการทำกิจกรรมรณรงค์ควบคุมโรคทุกวันอาทิตย์ ณ ศูนย์ ศสมช.บ้านท่าบ่อ
- 4) การจัดทำฐานข้อมูลประชาชน (Public Information) เพื่อจัดเก็บข้อมูลและการสร้างฝังความรับผิดชอบแต่ละครัวเรือนลงแผนที่โซนพื้นที่การทำงาน และการใช้สื่อสาธารณะในการให้ข้อมูลข่าวสารกับชุมชนที่เข้าถึงได้ยาก
- 5) การสื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม (Line connection) โดยการใช้โปรแกรมไลน์สำหรับมือถือเพื่อสื่อสารข้อมูลสู่ทีมสมาชิก อสม.หมู่ 2 จากประธาน อสม. หรือข้อมูลจาก ผอ.รพ.สต.หนองแก ได้อย่างรวดเร็ว และลดความผิดพลาดในการถ่ายทอดข้อมูลได้มากขึ้นกว่าเดิม

จากการนำกิจกรรมต่างๆทั้ง 5 วิธีจนทีมวิจัยได้รูปแบบ TAMILine Model มาปรับใช้เป็นรูปแบบการทำงานในการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทตามบริบทของบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 พบว่า จุดเด่นของการใช้กิจกรรม TAMILine Model ดังนี้

1. เกิดกระบวนการเรียนรู้วิธีการปฏิบัติงานด้วยรูปแบบพี่เลี้ยง อสม.นั้น ทั้ง อสม.เก่า ได้ฝึกเป็นครูฝึกและขณะเดียวกัน อสม.ใหม่ ได้เกิดการเรียนรู้และพัฒนางาน อสม.ไปด้วย นอกจากนี้ กระบวนการทำงานในชุมชนที่เข้าถึงยาก ความเป็นทีมจะทำให้ อสม.ทำงานง่ายขึ้น สร้างความเชื่อมั่นให้กับ อสม.มากขึ้นและสามารถเกิดการพัฒนาทีมได้เป็นอย่างดีในกลุ่ม อสม.ด้วยกัน
2. การทำงานในลักษณะการแบ่งพื้นที่การทำงานแนวใหม่ตามลักษณะบริบทของคนในชุมชน 3 กลุ่มนั้นพบว่า ทำให้ อสม.เกิดความเข้าใจในช่วงเวลาและกิจวัตรประจำวันของคนในชุมชนได้ดีขึ้น ซึ่งนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับช่วงเวลาในการทำงานของตัว อสม.เอง และทำให้ผลการดำเนินงานตามภารกิจงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้สำเร็จดีขึ้น
3. ศักยภาพของ อสม. เกิดการเปลี่ยนแปลงจากเดิม คือ อสม.สามารถดำเนินการในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาบางอย่างได้ เช่น กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อเข้าถึงชุมชนของ อสม.ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายบางส่วนได้เนื่องจากความไม่เชื่อมั่นในตัว อสม.แต่เมื่อมีการทดลองใช้รูปแบบการทำงานระบบทีมและการแบ่งเขตรับผิดชอบตามลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า อสม.สามารถทำงานได้ง่ายขึ้นขณะเดียวกันก็ได้รับการยอมรับและความไว้วางใจ เชื่อมั่นในศักยภาพของ อสม.มากขึ้น
4. กิจกรรมนี้ถือว่า ชุมชนกิ่งเมืองอื่นๆที่มีบริบทใกล้เคียงกับบ้านท่าบ่อนั้น สามารถนำไปเป็นแนวปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาด้านประสิทธิภาพและศักยภาพการทำงานของ อสม.แบบเดิมได้ดี เพราะหากว่า อสม.เข้าใจตนเอง และเข้าใจในรูปแบบการทำงานตามบริบทของชุมชนนั้นแล้ว อสม.จะสามารถทำงานได้ง่าย ประกอบกับ

กิจกรรมการเสริมแรง เช่น การทำงานเป็นทีม การให้กำลังใจจากเพื่อนหรือทีมในการเข้าไปช่วยทำงาน ช่วยแนะนำต่างๆ ช่วยเสริมแรงใจแล้ว ยังเกิดกำลังใจในการทำงานได้ ซึ่งรูปแบบ TAMILine Model ถือเป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. กิ่งเมืองให้เป็นผู้มีความรู้ ทักษะ มีความมั่นใจและเกิดแรงจูงใจในการทำงานในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทได้

นอกจากนี้ ทีมวิจัยได้จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ทำบ่อ เพื่อขับเคลื่อนงาน อสม.บ้านทำบ่อ และเป็นสถานที่ส่วนกลางเพื่อให้ ทีมสมาชิก อสม.บ้านทำบ่อ ได้จัดกิจกรรมร่วมกันแทนสถานที่เดิมที่เคยใช้มาก่อนคือ บ้านประธาน อสม. ซึ่งกิจกรรมที่สามารถดำเนินการ ณ ศูนย์ ศสมช.นี้ ได้แก่ กิจกรรมการจัดประชุม สถานที่นำเสนอผลงานเด่นของ อสม.บ้านทำบ่อ สถานที่จัดกิจกรรมให้บริการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น โดย อสม.ดำเนินการได้เอง กิจกรรมหมอมรอบครัว ซึ่งถือเป็นนโยบายเชิงรุกในด้านการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพในปัจจุบัน โดยในการลงพื้นที่ทำงานวิธีการนี้จะเน้นวิชาการ พยาบาลและ อสม.ลงพื้นที่ร่วมกัน ซึ่งรูปแบบการทำงานที่กล่าวมานี้สามารถทำให้ อสม.เกิดพลังและมีประสิทธิภาพในการทำงานสำหรับพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทได้ดียิ่งขึ้น อันส่งผลให้ อสม.นำไปพัฒนาเป็น อสม.นักจัดการสุขภาพในการทำงานด้านสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างยั่งยืน

4.6 ผลการประเมินการใช้รูปแบบการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทในชุมชนบ้านทำบ่อหมู่ที่ 2

ผลการประเมินรูปแบบการทำงานที่พัฒนาขึ้นมาปรับใช้ในชุมชนบ้านทำบ่อ หมู่ที่ 2 ซึ่ง อสม.สามารถดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาบางอย่างในชุมชนได้ดีและเป็นแนวปฏิบัติของกลุ่ม อสม.บ้านทำบ่อที่ตกลงร่วมกันในการนำรูปแบบนี้มาปรับใช้ในการทำงานในพื้นที่ เช่น กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อเข้าถึงชุมชนของ อสม. เดิมนั้น อสม.ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายบางส่วนได้เนื่องจากความไม่เชื่อมั่นในตัวอสม.แต่เมื่อมีการทดลองใช้รูปแบบการทำงานระบบทีมโดยมีพี่เลี้ยง อสม. และการแบ่งเขตรับผิดชอบตามลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า อสม.สามารถทำงานได้ง่ายขึ้นขณะเดียวกันก็ได้รับการยอมรับและความไว้วางใจ เชื่อมั่นในศักยภาพของ อสม.มากขึ้น รวมทั้ง อสม.ส่วนใหญ่ได้รับความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงาน และเมื่อใช้ระบบการทำงานเป็นทีมเข้ามา ทำให้ตนเองเกิดความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น กล่าวคือทำให้ข้อมูลข่าวสารกับชุมชนมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงการยอมรับในศักยภาพของอสม.ที่ชัดเจนในระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย เช่น ชุมชนขอรับบริการการเจาะเลือดเพื่อวัดระดับน้ำตาล การวัดความดันโลหิตจากทีม อสม.เป็นผู้ดำเนินการเองมากขึ้น ซึ่งเดิม ชาวบ้านในชุมชนจะเลือกเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแกหรือสถานบริการสุขภาพอื่นๆ แทนเพราะเนื่องจากไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของ อสม.

ด้านกระบวนการดำเนินงานควบคุมโรค กิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ การรณรงค์ควบคุมโรคระบาด กิจกรรมเยี่ยมบ้านของ อสม.น้องใหม่ ที่เพิ่งเข้ามาทำงานเป็น อสม. พบว่า อสม.ใหม่ ส่วนใหญ่จะขาดความมั่นใจ และขาดความกล้าที่จะเข้าหาและให้บริการกับชุมชน แต่เมื่อได้ประยุกต์ใช้ กิจกรรมการใช้ระบบพี่เลี้ยง อสม.เก่าดูแล อสม.ใหม่ นั้นสามารถทำให้ อสม.ใหม่ที่เพิ่งเข้ามาทำงานเป็น อสม.มีความมั่นใจมากขึ้น และเข้าใจบทบาทตนเองมากขึ้นและเห็นว่า การมีเพื่อนร่วมทำงานจะทำให้ตนเกิดความมั่นใจในตนเองและในกลุ่มทีมมากขึ้น ทำให้กล้าตัดสินใจและกล้าพูดสื่อสารมากขึ้น นอกจากนี้ อสม.เก่า จะมีการนิเทศและติดตามงานกับทีม อสม.ในวันอาทิตย์ที่มีการรวมกันเพื่อประชุมกลุ่ม ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ อสม.บ้านทำบ่อ ได้ตกลงร่วมกันว่าจะนัดกันในช่วงบ่ายของวันอาทิตย์ อาจจะเป็นสัปดาห์ที่หนึ่งหรือสองของแต่ละเดือนในการติดตามงาน เพราะ อสม.ทุกคนจะต้องส่งรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม.นักจัดการสุขภาพนั้นให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแกในช่วงวันที่ 15 ของทุกเดือน

ด้านการแบ่งเขตพื้นที่รับผิดชอบตามกลุ่มประชากร โดย อสม.บ้านทำบ่อหมู่ที่ 2 ได้ประชุมและตกลงเบื้องต้นว่า ต้องดำเนินการจัดทำผังความรับผิดชอบ อสม. ในชุมชนโดยอาศัยการแบ่งตามลักษณะอาชีพของ

ประชาชนออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มแรก เป็นกลุ่มข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ กลุ่มที่สองคือ กลุ่มชาวบ้านดั้งเดิม และกลุ่มที่สาม เป็นแรงงานภาคอุตสาหกรรมและนักศึกษา พบว่า หลังจากที่มีการใช้รูปแบบนี้ สามารถช่วยให้ อสม.เข้าใจบริบทของคนในชุมชน เช่น ช่วงเวลาที่จะเข้าถึงชุมชนในการทำกิจกรรมและยังทำให้การทำงานตามความรับผิดชอบของ อสม.นั้นบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ได้เร็วขึ้น อาทิเช่น ช่วงเวลาการเลิกงานของกลุ่มข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ และกลุ่มแรงงานภาคอุตสาหกรรมและนักศึกษา ในการเข้าเยี่ยมบ้านหรือเข้าไปให้ข้อมูล/การสื่อสารสุขภาพต่าง ๆ นั้น อสม.ต้องเลือกช่วงเวลาหลังเลิกงานช่วงตอนเย็นแทนช่วงเวลาเดิมที่เคยปฏิบัติมา ในกรณีที่เข้าพบแล้วยังไม่สามารถดำเนินการได้ อสม.จะทำสัญลักษณ์ติดแสดงไว้ที่ผนังแผนที่ เพื่อแสดงให้เห็นทราบว่า บ้านหลังนี้ยังไม่ทำกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งฝังความรับผิดชอบต่อครัวเรือนของ อสม.ที่ได้แบ่งเขตพื้นที่ไว้ข้างต้น ภายหลังจะต้องรีบเข้าไปติดตามหรือจะใช้ระบบพี่เลี้ยง อสม.เข้าไปร่วมทำงานจนงานนั้นสำเร็จ ซึ่ง อสม.จะเลือกดำเนินการอีกครั้งในช่วงวันหยุด หรือในกรณีช่วงวันหยุดทางศาสนา เพราะคนส่วนใหญ่ที่เป็นกลุ่มข้าราชการจะเลือกมาปฏิบัติและทำบุญที่วัดบ้านทำบ่อรวมกัน ดังนั้น หากกิจกรรมใดๆของ อสม.ยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ จะมีการติดตามและ อสม.จะใช้ระบบความเป็นทีม พยายามเข้าถึงคนกลุ่มดังกล่าวในช่วงเวลานี้ด้วย

สำหรับกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ในกรณีที่มีการเยี่ยมบ้านของ อสม. ไม่ว่าจะเป็นการเดินทางสำรวจลูกน้ำ ยุงลาย การเยี่ยมกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุและผู้พิการ หรือการเข้าไปติดตามกิจกรรมรณรงค์ในแต่ละหลังคาเรือน อสม.ได้ใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีม โดยหากบ้านหลังใดที่เคยมีปัญหาการเข้าไม่ถึง อสม.จะเปลี่ยนใช้ทำงานเป็นทีมแทนการไปคนเดียว ซึ่งพบว่าสามารถแก้ไขปัญหาได้ดีกว่าเดิม รวมถึง อสม.เกิดความมั่นใจและไม่รู้สึกว่าตนเองทำงานคนเดียว นอกจากนี้ในกรณีที่เกิดการระบาดของโรคหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินเกิดขึ้นในชุมชน พบว่า ในแต่ละฝั่งความรับผิดชอบจะมีการมอบหมายและคัดเลือก อสม.มาไว้ โดยมีจำนวน 3 คนจากทั้งหมด 3 กลุ่ม ซึ่ง อสม.ต้องมีคุณสมบัติเป็นคนที่คล่องแคล่วและเข้าใจงานมากที่สุด สามารถสื่อสารไปยังโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแกที่รับผิดชอบด้วยการใช้ระบบไลน์หรือโทรศัพท์เพื่อแจ้งเหตุให้กับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแกที่รับผิดชอบทราบโดยเร็ว

โดยภาพรวม พบว่า หลังจากที่มี อสม.ทีมวิจัย มีการพัฒนากระบวนการเพื่อเสริมสร้างศักยภาพทั้งความรู้ ทักษะและความสามารถในการทำงานและปรับใช้รูปแบบลักษณะการทำงานที่นำมาปรับใช้ในบริบทพื้นที่กิ่งเมือง กิ่งชนบทของบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 นี้ สามารถทำให้ อสม.รู้จักตนเอง เกิดความมั่นใจในตนเอง รู้จักวิธีการแก้ไขปัญหาตามบริบทและสภาพจริงของชุมชน รู้จักระบบการทำงานแบบเป็นทีมมากขึ้น และสามารถนำเอาเทคนิคที่จำเป็นและมีความทันสมัยมาปรับใช้ในการทำงานได้ดีขึ้น ส่งผลให้การดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเป็นนักจัดการสุขภาพดีขึ้น นอกจากนี้ ในกิจกรรมที่แต่เดิมเห็นว่า อสม.ทำได้ยาก สามารถทำให้ง่ายและตัว อสม.มีกำลังใจในการปฏิบัติงานการเป็น อสม.และเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านการดูแลสุขภาพเบื้องต้นในชุมชนมากขึ้น ซึ่งรูปแบบที่คิดค้นและนำมาใช้นี้ ชุมชนอื่นๆสามารถนำไปเป็นแนวปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหาด้านประสิทธิภาพและศักยภาพการทำงานของ อสม.แบบเดิมได้ดีตามบริบทของชุมชนนั้นที่เปลี่ยนแปลงในลักษณะจากชนบทสู่สังคมเมือง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท บ้านท่าบ่อ หมู่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอมือ จังหวัดอุบลราชธานีที่มิวิจัยได้ใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการ และระยะที่ 3 ระยะสรุปผลและประเมินผล โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูล โดยการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เอกสารที่เกี่ยวข้อง การสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การจัดเวที และการเพิ่มศักยภาพโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการและการพาไปศึกษาดูงาน ซึ่งผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 บริบทและสถานการณ์ด้านสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพพื้นฐานของชุมชน

ชุมชนบ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 มีประชากรที่อาศัยอยู่ประกอบด้วยคนในพื้นที่ดั้งเดิมและคนต่างถิ่นโยกย้ายมาทำกินและศึกษาเล่าเรียน ส่วนใหญ่ประชาชนดั้งเดิมจะประกอบอาชีพเกษตรกรรมการเลี้ยงสัตว์ การประมง และการรับจ้างทั่วไป ส่วนประชากรแฝงที่มาอยู่ใหม่มีอาชีพหลากหลาย อาทิ รับราชการ รับจ้าง ค้าขาย แรงงานและการเกษตรกรรม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มข้าราชการและพนักงานราชการ กลุ่มที่ 2 กลุ่มค้าขาย รับจ้างและแรงงานภาคการเกษตรกรรม กลุ่มที่ 3 กลุ่มนักศึกษาและแรงงานภาคอุตสาหกรรมเช่น พนักงานห้างสรรพสินค้า ที่อยู่อาศัยในหอพักและห้องเช่า มีประชากรตามทะเบียนราษฎรจำนวน 3,038 คนจาก 783 หลังคาเรือน สภาพของชุมชนทั่วไปจัดเป็นชุมชนกิ่งเมืองกิ่งชนบท เพราะได้รับอิทธิพลจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว เช่น การปลูกสร้างที่พักอาศัย อพาร์ทเมนต์และหอพักต่างๆจนทำให้เกิดประชากรแฝงเข้าไปอาศัยในชุมชนจำนวนมากขึ้นประชาชนดั้งเดิมจะมีรายได้จากการประกอบอาชีพรับจ้างทั้งภาคการเกษตรและภาคอุตสาหกรรม ส่วนน้อยจะเป็นข้าราชการและพนักงานราชการ ส่วนชุมชนดั้งเดิมที่มีกำลังทุนทรัพย์จะดำเนินกิจการหอพักและบางส่วนได้เปิดร้านค้าเพื่อจำหน่ายสินค้าและบริการต่างๆ เช่น ร้านเสริมสวย ร้านบริการคอมพิวเตอร์ ร้านรับซ่อมรถจักรยานยนต์และกิจการอื่นๆ ที่ทำให้ประชาชนกลุ่มนี้มีรายได้เพิ่มขึ้นจากอาชีพเดิมด้านประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชนยังคงมีการปฏิบัติตามประเพณีฮีตสิบสองคองสิบสี่ของไทย และส่วนใหญ่กลุ่มวัยผู้สูงอายุเป็นหลักในการประสานงานและดำเนินงาน และยังมีปัญหาของวัยรุ่นหนุ่มสาวจะเข้ามาร่วมกิจกรรมทางวัดมีจำนวนค่อนข้างน้อย

บ้านท่าบ่ออยู่ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อเฉพาะหมู่ที่ 2 จำนวน 55 คน แต่ละคนจะรับผิดชอบ 10-15 หลังคาเรือน ซึ่งจำนวนเกณฑ์สัดส่วนของ อสม.บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 นั้นอย่างน้อยจะต้องมีประมาณ 80 คนเพื่อที่จะเข้ามาดูแลสุขภาพพื้นฐานของชุมชนบ้านท่าบ่อได้อย่างทั่วถึงได้ สำหรับการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขจะมีอยู่ 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่เป็นข้าราชการและพนักงานประจำที่มีเงินเดือน ส่วนใหญ่จะเข้าไปรับบริการที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลราชเวช โรงพยาบาลของรัฐใกล้เคียงและหาซื้อยาจากร้านจำหน่ายที่อยู่ใกล้บ้าน ส่วนอีกกลุ่มเป็นคนชุมชนดั้งเดิมและประชากรแฝงโดยเฉพาะนักศึกษาและวัยแรงงานตามหอพัก ซึ่งบางคนจะไปรับบริการ ณ รพ.สต.หนองแก โดยการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ และมีบางที่ไปรับบริการตามโรงพยาบาลของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชนตามกำลังทรัพย์ที่สามารถจ่ายค่ารักษาเองได้ ส่วนโรคที่เกิดขึ้นในชุมชน พบว่าส่วนใหญ่คนในชุมชนจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและวัยแรงงาน และโรคระบาดตามช่วงเวลา เช่น โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง ซึ่งจากสภาพบริบทสังคมเปลี่ยนไปทำให้การดำเนินงานควบคุมโรคยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เช่น ยังพบลูกน้ำยุงลายในพื้นที่เดิมๆที่เคยระบาดจากปีที่แล้ว ประกอบกับกระบวนการ

ปฏิบัติงานของ อสม.ยังเป็นแบบเดิมๆ เช่น การเข้าเยี่ยมบ้านช่วงภาคกลางวัน การให้สุศึกษาแบบการพูดคุยปะกับชุมชน ซึ่งพบว่า ปัจจุบัน ชุมชนนั้นรับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพจากสื่อต่างๆที่ค่อนข้างสะดวกขึ้น ทำให้โอกาสการรับข้อมูลจากการทำงานของอสม.น้อยลง รวมถึงวิถีชีวิตการประกอบอาชีพของคนในชุมชนกับช่วงเวลาการทำงานของ อสม.ไม่ตรงกัน ก่อให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานส่งเสริม ควบคุม และป้องกันสุขภาพ ทำให้การเกิดโรคต่างๆในชุมชนไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเต็มที่

5.1.2 พัฒนาการการเปลี่ยนแปลงของชุมชนและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของชุมชนตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของชุมชนบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 จากอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยเมื่อก่อนประมาณ 30 ปีที่ผ่านมา ชุมชนบ้านท่าบ่อมีสภาพเป็นที่ดินที่นาสำหรับการเกษตร พื้นที่บ้านแต่ละหลังจะมีพื้นที่สวนสำหรับเพาะปลูก ถนนในหมู่บ้านเป็นดินลูกรังเชื่อมต่อเส้นทางในหมู่บ้าน มีประชากรดั้งเดิมอาศัยอยู่ประมาณ 300 คน มีบ้านจำนวน 70 กว่าหลัง แต่ในช่วง 10 ปีนี้ พบว่า ชุมชนมีสภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไปค่อนข้างรวดเร็วสภาพจากชุมชนชนบทเป็นชุมชนกึ่งเมือง ทั้งสาเหตุจากการซื้อขายที่ดินให้กับคนภายนอกเข้ามาเข้ามาอยู่อาศัยแสวงหารายได้ในชุมชน จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพพื้นที่ดังกล่าวทำให้ชุมชนมีปัญหาทั้งด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ได้แก่ปัญหาด้านความสัมพันธ์ของคนที่ไม่สนิทสนมกันเหมือนในอดีต ปัญหาเยาวชนติดเหล้า บุหรี่และยาเสพติด ปัญหาขยะมูลฝอยน้ำทิ้งจากท่อระบายน้ำสาธารณะของชุมชนข้างเคียง ปัญหาสภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมจิตวิญญาณและการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคไร้เชื้อและโรคติดต่อ

ด้านการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของชุมชนของบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ประชาชนในชุมชนเดิมส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่แบบพอเพียงและพึ่งภูมิปัญญาชาวบ้านในการรักษาอาการของโรคต่างๆ สำหรับคนที่มีฐานะดีจะเลือกใช้บริการจากสถานีนอนามัยในเขตตำบลอุบล และมีบ้างที่ซื้อยารับประทานเอง ในชุมชนมักมีสาเหตุจากสภาพอากาศแต่ละฤดูกาล ซึ่งโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคไข้หวัด โรคอุจจาระร่วง โรคไข้เลือดออก แต่ทุกวันนี้พบว่า วิถีชีวิตได้เปลี่ยนแปลงไปตามเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ทำให้การเจ็บป่วยด้วยโรคไร้เชื้อและโรคติดต่อที่ยังพบอัตราป่วยเช่นเดิม เช่น โรคไข้เลือดออก โรคภาวะอ้วน โรคเบาหวาน แม้ว่าโรคบางโรคจะยังคงพบการระบาดในปัจจุบันทั้งที่เทคโนโลยีและการจัดการสุขภาพีบาลตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขครอบคลุมมากขึ้น แต่เนื่องจากสภาพชุมชนเปลี่ยนแปลง แต่การจัดการของชุมชนไม่เปลี่ยนไปตามการดำเนินงาน ซึ่งรูปแบบเดิมนี้อาจไม่สามารถนำไปใช้กับบริบทของชุมชนกึ่งเมืองดังที่ชุมชนบ้านท่าบ่อประสบอยู่ได้ สำหรับชุมชนบ้านท่าบ่อนั้นเป็นพื้นที่บริการด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก โดยประชาชนดั้งเดิมจะเลือกใช้บริการสุขภาพที่แห่งนี้ สำหรับคนในชุมชนดั้งเดิมและประชากรแฝงที่มีฐานะดี จะมีช่องทางการรักษาจาก คลินิกเอกชน ร้านขายยา โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนภายใต้สิทธิของประเภทการรักษาต่างๆ เช่น สิทธิบัตรประกันสังคม สำหรับกลุ่มคนทำงานหรือสิทธิการเบิกค่ารักษาของกลุ่มข้าราชการ

5.1.3 วิเคราะห์บทบาท กระบวนการทำงานและขีดความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพพื้นฐาน

พบว่า อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 45-54 ปี มีระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 43.0 มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 5,000-6,000 บาท ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส และส่วนใหญ่ร้อยละ 72.3 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานนั้นปฏิบัติงานเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปสาเหตุที่ทำให้ได้มาสมัครเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากเพื่อนบ้านที่เคยเป็นชักชวน รองลงมาคือสมาชิกในครอบครัวเคยเป็น อสม. ปัญหาการได้มาของ อสม.นั้น พบว่า สัดส่วนของ อสม.บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 นั้นน้อยกว่าเกณฑ์ที่ควรจะมีคือประมาณ 80 คนปัจจุบันมีเพียง 55 คน เนื่องจากสภาพชุมชนเปลี่ยนแปลงไป การทำงานค่อนข้างยากขึ้น จึงเป็นสาเหตุสำคัญของการได้มา อสม.ในชุมชน นอกจากนี้ยังมีหลายปัจจัย ทั้งรูปแบบโครงสร้างชุมชนเปลี่ยนไป ทำให้ช่วงเวลาการอยู่อาศัยของกลุ่มเป้าหมายมีความแตกต่างกันมากขึ้นส่งผลให้ อสม.ไม่สามารถเข้าถึงตัวชาวบ้านที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้ และ อสม.ยังใช้วิธีการและเทคนิคเดิมๆในการเข้าถึงตัวชาวบ้านเพื่อให้ข้อมูลข่าวสาร ประกอบกับแผนผังครัวเรือนที่รับผิดชอบของ อสม.เดิมนั้น พบว่า การทำงานรูป

แบบเดิมของแต่ละคนจะรับผิดชอบตามคุ้มบ้านหรืออยู่ใกล้กับละแวกบ้านของ อสม.เป็นหลัก ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาขึ้นเป็นผลทำให้ อสม.คนนั้นต้องแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง กอปรกับสภาวะการณ์ที่คนในชุมชนมีอาชีพหลากหลายทั้งรับราชการ เอกชน แรงงานและเกษตรกร ทำให้เกิดสิทธิและช่องทางการเข้ารับบริการทางสุขภาพที่แตกต่างกัน บางครัวเรือนใช้บริการโรงพยาบาลใกล้เคียง บางครัวเรือนใช้บริการของ รพ.สต.ของพื้นที่ ทำให้การดำเนินงานของ อสม.ในการเข้าถึงชุมชนยากขึ้น

นอกจากนี้ปัญหาของตัว อสม. พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ขาดความมั่นใจในการให้ข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพขาดความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงาน บางคนเกิดทัศนคติไม่ดีต่อการทำงาน เพราะคิดว่างานที่ทำลำบากและได้รับค่าตอบแทนน้อย ซึ่งจากความคิดเห็นเกี่ยวกับผลจากการดำเนินงานด้านการให้บริการข้อมูลข่าวสารในชุมชนจากตัว อสม. สรุปได้ว่า ส่วนใหญ่ อสม.ต้องได้รับการพัฒนาหรืออบรมเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานตลอด การได้รับข้อมูลข่าวสารจะต้องถูกต้องมากกว่าเดิมและน่าเชื่อถือ และ ตัว อสม.ต้องได้รับการพัฒนาตนเองและทำให้เกิดการทำงานที่มีความสอดคล้องกับชุมชนด้วย ซึ่งการทำงานของ อสม.ในบทบาทงานสาธารณสุขมูลฐานที่ยังคงปรากฏยังดำเนินการอยู่ คือ อสม.ทำงานในระยะสั้นๆตามภาระงานที่ได้รับแจ้งหรือมอบหมายจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น การให้ความรู้หรือแจ้งข่าวสารแก่ชาวบ้าน การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน ข้อมูล อนามัย ข้อมูลการเจ็บป่วย การแจ้งนัดฉีดวัคซีน การแจ้งการเชิญชวนเข้าตรวจคัดกรองโรค และอื่นๆ ซึ่งในข้อจำกัดของชุมชนที่เปลี่ยนแปลงนี้ ชุมชนมีภาระรับผิดชอบต้องทำงาน ทำให้การเข้าถึงบ้านแต่ละหลังคาเรือนไม่มีช่วงเวลาตรงตรงกับช่วงทำงานของ อสม. และในขณะเดียวกัน เทคโนโลยีต่างๆที่ทันสมัยมากขึ้น ชุมชนสามารถเลือกสื่อบริโภคได้เอง ทำให้บทบาทการทำงานของ อสม.เล็ดลอดน้อยลง และประกอบกับ อสม.ไม่ได้ปรับทัศนคติการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ อสม.จะต้องได้รับการพัฒนารูปแบบและสร้างความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการทำงานพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทมากขึ้น

5.1.4 รูปแบบการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท

การดำเนินงานโครงการวิจัยร่วมกันของทีมนักวิชาการและทีมวิจัย อสม.บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 ด้วยกระบวนการสร้างความเป็นเจ้าของโครงการวิจัยและหาทางออกของปัญหาให้กับ อสม.เป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งจากการทบทวนการทำงานของอสม.ได้ข้อสรุปร่วมกันว่าแม้ปัญหาสุขภาพของชุมชนยังไม่ลดลงอันเนื่องมาจากหลายปัจจัยแต่ส่วนหนึ่งนั้นมาจากการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ที่ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่เพราะรูปแบบโครงสร้างชุมชนเปลี่ยนไป ทำให้ช่วงเวลาการอยู่อาศัยของกลุ่มเป้าหมายมีความแตกต่างกันมากขึ้นส่งผลให้ อสม.ไม่สามารถเข้าถึงตัวชาวบ้านที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้ จากข้อสรุปทีมวิจัยสามารถร่วมกันกำหนดเป็นรูปแบบการทำงานเรื่องการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทตามบริบทของบ้านท่าบ่อโดยให้ชื่อรูปแบบนี้ว่า TAMILine Model ซึ่งประกอบด้วย 1. Team coaching คือการทำงานเป็นทีม และใช้ระบบพี่เลี้ยง อสม.เก่า ดูแล อสม.ใหม่ 2. Area working คือการจัดเขตพื้นที่ทำงาน เป็น 6 โซนทำงานจาก 3 กลุ่มประชากร 3. Meeting การประชุมทีม อสม.เป็นนิจ โดยประชุมกันทุกวันอาทิตย์แทนวันทำการ ณ ศูนย์ ศสมช.บ้านท่าบ่อ 4. Public Information คือการจัดฐานข้อมูลประชาชน เพื่อเชื่อมโยงกิจกรรมการใช้สื่อสาธารณสุขกับผังความรับผิดชอบแต่ละครัวเรือน และ 5. Line Connection คือการสื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม (Line) เพื่อติดต่อและแจ้งข่าวสารสู่ทีมสมาชิก อสม.หมู่ 2 ได้รวดเร็วทั้งข้อมูลภาพ และเสียงมากขึ้นกว่าเดิม เมื่อ อสม.นำรูปแบบที่กำหนดนี้ไปทดลองใช้ ทำให้ อสม.นี้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ทำงานแก้ไขปัญหาก็ได้และสามารถทำให้ อสม. เกิดพลังและประสิทธิภาพในการทำงานสำหรับพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทได้ดียิ่งขึ้น อันส่งผลให้ อสม.นำไปพัฒนาเป็น อสม.นักจัดการสุขภาพในการทำงานด้านสาธารณสุขมูลฐานของชุมชนบ้านท่าบ่อหมู่ 2 ได้อย่างยั่งยืนต่อไป

นอกจากนี้ ทีมวิจัยได้จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ท่าบ่อ เพื่อใช้เป็นสถานที่ปฏิบัติงานของสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบ้านท่าบ่อและเพื่อขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชนของ

บ้านท่าบ่อ และใช้เป็นสถานที่สาธารณะประโยชน์ส่วนกลางเพื่อให้ ทีมสมาชิก อสม.บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 และชุมชน มาร่วมทำกิจกรรมอันเป็นประโยชน์ต่อชุมชนต่อไป

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย แบ่งการนำเสนอออกเป็นสองส่วนคือ การอภิปรายผลเชิงกระบวนการ งานวิจัยท้องถิ่น และการอธิบายผลเชิงแนวคิดซึ่งเป็นการนำข้อค้นพบงานวิจัยเชื่อมโยงกับทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

5.2.1 ผลและบทเรียนกระบวนการงานวิจัยท้องถิ่น

ผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะแรก

ผลการดำเนินงานวิจัยในระยะแรกนี้ สิ่งที่เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มนักวิจัย อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 1 สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. กลุ่ม อสม. ได้มีเวลาร่วมกันทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการใช้เวทีการจัดประชุม หรือกิจกรรมใดๆที่เกิดการนัดเวลามาทำงานวิจัยร่วมกัน อสม.แต่ละคนมักจะพูดเสียงเดียวกันว่า เราได้มาเจอกันมากขึ้นเพราะการวิจัยที่มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีมอบให้เกิดการเรียนรู้ในชุมชน นอกจากนี้ ยังพบว่า ช่วงเวลาที่ทีมวิจัยนัดทำกิจกรรมนั้นๆ ทางกลุ่ม อสม.โดยเฉพาะแกนนำ อสม.จะเกิดการพูดคุยถึงภาระงานประจำ ที่ดำเนินงานอยู่ บางครั้งใช้เวลาหลังจากที่ประชุมวิจัยเสร็จ จัดประชุมกิจกรรมของ อสม.ต่อ นับว่า กลุ่ม อสม.สามารถใช้ประโยชน์จากการวิจัยครั้งนี้เกิดกระบวนการติดตามงานประจำที่รับผิดชอบได้

2. เดิมทีในขั้นตอนการค้นหาและพัฒนาโจทย์วิจัย พบว่า ทีมวิจัย อสม.นั้นค่อนข้างจะแสดงความคิดเห็น หรือพูดคุยในเวทีค่อนข้างน้อยและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานค่อนข้างยาก และในการจัดแต่ละครั้ง พบว่า จะมีผู้นำชุมชนและ ผอ.รพ.สต.จะเป็นแกนนำหลักในการชี้แจงและเชื่อมโยงประเด็น แต่พอมีกระบวนการกลุ่ม กระบวนการระดมความคิดเห็นกลุ่ม ที่นำมาใช้ในการทำงานวิจัย พบว่ากลุ่มทีมวิจัย อสม.มีความกล้า นำเสนอข้อมูล การพูดชี้แจงประเด็นในการดำเนินงานได้ และจำนวนนักวิจัยพบว่า จากครั้งแรกจะมีเฉพาะ อสม.ที่ยอมเสียสละเวลามาร่วมกิจกรรมวิจัยเพียง 12-15 คน ปัจจุบันนี้พบว่า มีนักวิจัย อสม.เข้ามามีส่วนร่วมกับเพื่อนๆ มากขึ้น ประมาณ 20-25 คนต่อครั้ง ถึงแม้ว่าจะมีจำนวนที่ยังไม่ถึง 54 คนตามที่ทีมวิจัย อสม.ก็ตาม แต่ยังสามารถที่จะชักนำให้ อสม.มาร่วมกิจกรรมได้มากขึ้นจากเดิม และอย่างน้อยสามารถทำให้คนที่ไม่เคยเข้ามาทำงานได้มาร่วมกิจกรรมกับทีม อสม.ได้

3. อสม.มีการแบ่งงานกันตามความเหมาะสมและรูปแบบของชุมชนมากขึ้น นอกจากนี้ยังเกิดการประสานงานที่แตกต่างไปจากเดิมคือ เดิมที อสม.จะรอรับคำสั่งหรือคำชี้แจงงานจากประธาน อสม.คือ คุณอุบลรัตน์ เสมอภาค หรือจากรองประธาน คุณพ่อธวัชชัย โสภามิ เพียงคนเดียว แต่พอมีการแบ่งงานจากการวิจัยโดยมี ทีมผู้ประสานงานหลักและทีมประชาสัมพันธ์ ทำให้ทุกวันนี้ อสม.ได้รับข้อมูลข่าวสารการทำงานต่างๆ จากบุคคลดังกล่าวด้วย นอกจากนี้ ทีมนักวิชาการยังได้รับการเข้าร่วมกลุ่มไลน์และติดต่อประสานงานข้อมูลกิจกรรมต่างผ่านไลน์ซึ่งเป็นโปรแกรมเทคโนโลยีการติดต่อสมัยใหม่ที่สามารถส่งข้อมูลภาพ ข้อมูลเสียงและโทรศัพท์ติดต่อได้ทันทีและสะดวกขึ้น

4. ช่วงเวลาในการนัดทำกิจกรรมวิจัย พบว่า ทีมวิจัย มีข้อเสนอแนะให้นักวิชาการและนักวิจัยมาทำกิจกรรมวิจัยต่างในช่วงภาคบ่ายของวันอาทิตย์ หรือใช้ช่วงวันอาทิตย์ทั้งวันได้ เนื่องจากวันทำงานธรรมดาและวันเสาร์ จะมี อสม.บางคนที่ยังทำงานอยู่ ซึ่ง อสม.ส่วนใหญ่จะมีอายุ 35-50 ปี และยังเป็นวัยทำงานที่ยังมีภาระเลี้ยงดูครอบครัว นอกจากนี้ การนัดทำกิจกรรมในทุกวันอาทิตย์จะใช้สถานที่หลักๆคือศาลาการเปรียญวัดบ้านท่าบ่อ ทำให้ได้มีโอกาสให้นักศึกษา คณาจารย์และทีมนักวิจัย อสม.ได้ร่วมกิจกรรมทำบุญอีกด้วยนอกจากนี้ กิจกรรมการทำงานและการนัดประชุมต่างๆ ของ อสม.จากเดิมที่มีปัญหาอย่างมาก เช่น ช่วงเวลาการนัดประชุมชี้แจงพูดคุยงานที่ อสม.ได้รับมอบหมาย เคยนัดประชุมร่วมกันช่วงวันทำงานปกติหรือตอนเย็นเลิกงานพบว่า บางคนไม่สามารถมาร่วมงานได้เพราะติดงานประจำ บางคนก็ลังเลกลัวภาระให้เพื่อนเพราะมีความคิดว่าเพื่อนจะช่วยทำงาน

แทนทุกครั้งที่ดินไม่สะดวก แต่พอมีการตกลงกันของทีม อสม.ว่า จะเลือกเอาทุกบ้ายวันเสาร์หรือบ้ายวันอาทิตย์ อย่างใดอย่างหนึ่งนัดรวมกลุ่มกัน โดยวิธีการเลือกช่วงเวลานี้เกิดจากการที่ อสม.มาร่วมกันทำงานวิจัยเพื่อท้องถิ่น ซึ่งใช้ช่วงเวลาดังกล่าวและเห็นว่าสามารถขอความร่วมมือจาก อสม.แต่ละคนมาได้และทุกคนถือว่าสะดวก พร้อมทั้งหากเป็นกิจกรรมที่ต้องมีการประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก ประธาน อสม.จะชี้แจงกับทางโรงพยาบาลว่าเวลาส่วนใหญ่ขอเป็นช่วงดังกล่าวที่สามารถนัดประชุมงานและมีจำนวน อสม.มาร่วมประชุมได้ค่อนข้างมาก

ผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะที่สอง

ผลการเปลี่ยนแปลงหลังจากที่มีการจัดกิจกรรมการศึกษาดูงาน การจัดกิจกรรมอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพแก่ อสม.ในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทและกิจกรรมการทดลองรูปแบบการทำงานที่เหมาะสมในบริบทพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท คือ รูปแบบTAMILine Model พบว่า อสม.ที่เข้าร่วมกิจกรรมเห็นความสำคัญของการทำงานเป็นทีมมากขึ้น ซึ่งการทำงานเป็นทีมนี้สามารถทำให้ตัวเองและเพื่อนร่วมงานเกิดความมั่นใจในการทำงาน ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ชุมชน กิจกรรมการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และหญิงหลังคลอด รวมถึงกิจกรรมการรณรงค์ควบคุมโรคต่างๆ นอกจากนี้กระบวนการทำงานที่เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนคือ การนัดรวมกลุ่ม การจัดประชุมเพื่อติดตามงานของ อสม.และกิจกรรมที่ต้องดำเนินงานร่วมกัน ได้เกิดขึ้นในช่วงวันอาทิตย์ และการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 เพื่อใช้เป็นสถานที่ประชุม จัดกิจกรรม สถานที่ส่งงานของ อสม.แต่ละคนตามภาระหน้าที่ในแต่ละรอบเดือน ซึ่งถือว่า อสม.ทุกคนเห็นชอบร่วมกันและยึดถือเป็นแนวปฏิบัติต่อไปได้

นอกจากนี้ ด้านศักยภาพของ อสม. เกิดการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน คือ อสม.สามารถดำเนินการในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาบางอย่างได้ เช่น กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อเข้าถึงชุมชนของ อสม.ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายบางส่วนได้เนื่องจากความไม่เชื่อมั่นในตัว อสม.แต่เมื่อมีการทดลองใช้รูปแบบการทำงานระบบทีม และการแบ่งเขตรับผิดชอบตามลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า อสม.สามารถทำงานได้ง่ายขึ้นขณะเดียวกันก็ได้รับการยอมรับและความไว้วางใจ เชื่อมั่นในศักยภาพของ อสม.มากขึ้น รวมทั้ง อสม.ส่วนใหญ่ได้รับความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงาน และเมื่อใช้ระบบการทำงานเป็นทีมทำให้ตนเองเกิดความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น กล่าวคือทำให้ข้อมูลข่าวสารกับชุมชนมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงการยอมรับในศักยภาพของอสม.ที่ชัดเจนในระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย เช่น ชุมชนขอรับบริการการเจาะเลือดเพื่อวัดระดับน้ำตาล การวัดความดันโลหิตจากทีม อสม.เป็นผู้ดำเนินการเองมากขึ้น

5.2.2 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

จากศักยภาพที่เพิ่มขึ้นและการทำงานเป็นทีมที่เป็นระบบมากขึ้นของสมาชิก อสม.บ้านท่าบ่อหมู่ที่ 2 ทำให้หน่วยงานในพื้นที่เห็นความสำคัญในตัว อสม.มากขึ้น เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแจระแมได้มอบหมายและประสานความร่วมมือให้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมที่สำคัญต่างๆ เช่นการเป็นตัวแทน อสม.ตำบลแจระแมในกิจกรรมรณรงค์ของพรท่านผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานีในงานประเพณีสงกรานต์ กิจกรรมการช่วยตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นของพนักงานกรมป่าไม้ กิจกรรมการเป็นพี่เลี้ยงนักศึกษาในการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ในระหว่างวันที่ 26 เมษายน ถึง 18 พฤษภาคม พ.ศ.2558 กิจกรรมการเป็นตัวแทนชุมชนตำบลแจระแม ในการดำเนินงานจุดบริการน้ำดื่มและการปฐมพยาบาลในกิจกรรมวิ่งมินิมาราธอน ซึ่งจัดโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี ในขณะเดียวกันกิจกรรมต่างๆที่มีอยู่ในหมู่บ้านท่าบ่อ ทีม อสม.ก็ได้เข้ามามีบทบาทในกิจกรรมต่างๆทั้งในรูปแบบของคณะกรรมการจัดงานและการรับผิดชอบในการกิจของชุมชนจากเดิมนั้น ประธานและรองประธานเท่านั้นที่จะได้รับมอบหมายให้เข้าร่วมกิจกรรม แต่เมื่อมีกระบวนการวิจัยเพื่อท้องถิ่นเข้ามาเพิ่มศักยภาพการทำงานให้กับ อสม. ทำให้ อสม.ท่านอื่นๆจากที่ไม่เคยอาสาเข้าร่วมงานกลับเข้าร่วมอาสาทำงานมากขึ้น

นอกจากนี้ กิจกรรมการจัดตั้งเพื่อขับเคลื่อนงานด้านศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)ท่าบ่อ เช่น การให้ อสม.เป็นผู้ตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น อาทิ การตรวจเจาะเลือดเพื่อวัดระดับน้ำตาล การวัดความดันโลหิต

การลงพื้นที่เก็บข้อมูลสุขภาพ ซึ่งถือเป็นงานหลักที่ อสม.ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการแทนบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก โดย อสม.ที่จะดำเนินการได้จะต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญและมีความตั้งใจและมั่นใจในศักยภาพของตน จึงจะสามารถดำเนินการได้เองในชุมชน โดยถ้าชุมชนเห็นศักยภาพของ อสม.สามารถทำได้ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานชุมชนบ้านท่าบ่อจะขับเคลื่อนได้ดีและเกิดประสิทธิภาพ ดังนั้นจากการวิจัยจะเห็นว่า รูปแบบการพัฒนา อสม.ในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านอนามัยชุมชนที่ได้ทดลองใช้นี้ สามารถเพิ่มทักษะและศักยภาพในการทำงานให้กับ อสม.ในบริบทพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทได้มากขึ้น อันส่งผลให้ อสม.นำไปพัฒนาเป็น อสม.นักจัดการสุขภาพในการทำงานด้านสาธารณสุขมูลฐานได้และชุมชนบ้านท่าบ่อถูกพัฒนาเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพแม้ว่าบริบทชุมชนจะหลากหลายก็ตาม

5.2.3 การอภิปรายผลเชิงแนวคิด

จากการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ถือเป็นบุคคลที่มีบทบาทที่สำคัญในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานชุมชน อันนำไปสู่การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนด้วยกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมเข้ามามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบการทำงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริบทพื้นที่ของชุมชนที่มีการเปลี่ยนแปลงจากชุมชนชนบทกลายเป็นชุมชนเมือง หากพิจารณาจากผลการศึกษาวิจัยจากข้อมูลด้านพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงของชุมชนที่มีผลต่อการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการทำงานสาธารณสุขมูลฐานในบริบทพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ชุมชนมีปัญหาด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาด้านความสัมพันธ์ของคนที่ไม่สนิทสนมกันเหมือนในอดีต ปัญหาเยาวชนติดเหล้า บุหรี่และยาเสพติด ปัญหาขยะมูลฝอย น้ำทิ้งจากท่อระบายน้ำสาธารณะของชุมชนข้างเคียง ปัญหาสภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคเรื้อรังและโรคติดต่อ ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นภาวะวิกฤติที่ชุมชนท่าบ่อหมู่ 2 ต้องการแก้ไขซึ่งปัจจุบันบ้านท่าบ่อถือเป็นหมู่บ้านที่มีเขตติดต่อกับตัวเมืองและได้รับผลกระทบจากปัญหาการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นอย่างมาก ขณะที่การดำเนินงานของ อสม.ด้านการจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานของชุมชนยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เพราะรูปแบบการทำงานของ อสม.เป็นลักษณะเดิม ซึ่งไม่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินงานของ อสม.ที่หลากหลาย ทั้งด้านลักษณะการทำงานชุมชนแบบเดิมวัฒนธรรมของการได้มาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลไกการสนับสนุนจากองค์กรทั้งภายในชุมชนและภายนอกชุมชน การยอมรับจากสังคมในชุมชน และการให้ความร่วมมือในการดำเนินงานของชุมชน รวมถึงผลการดำรงชีวิตของตัว อสม.ที่ต้องดำรงตนเลี้ยงชีพทั้งตนเองและครอบครัว

ด้านศักยภาพ บทบาทหน้าที่และสมรรถนะของ อสม.ในการทำงาน ซึ่งปัญหาของตัวอสม. พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ขาดความมั่นใจในการให้ข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพขาดความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงาน บางคนเกิดทัศนคติไม่ดีต่อการทำงานเพราะคิดว่างานที่ทำลำบากและได้รับค่าตอบแทนน้อยด้านขีดความสามารถด้านความรู้ ทักษะและทัศนคติในการทำงานของ อสม. พบว่า อายุการปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีผลอย่างยิ่งต่อการทำงาน และกระบวนการแก้ไขปัญหาเฉพาะตัวของอสม. แต่ละคน จากการศึกษาสามารถวิเคราะห์และแยกกลุ่มการทำงานของ อสม. ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ อสม.เก่า กับ อสม.มือใหม่ ดังนั้น ในการพัฒนารูปแบบเพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงานให้กับ อสม.พื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมการถอดบทเรียนและวิเคราะห์ปัญหาตนเอง กิจกรรมการเสริมสร้างความมั่นใจให้กับทีม อสม. กิจกรรมการอบรมให้ความรู้และทักษะด้านการทำงานสาธารณสุขมูลฐาน กิจกรรมการถอดบทเรียนกระบวนการทำงานเป็นทีม เช่น กิจกรรมหมอบรรลุซึ่งถือเป็นนโยบายเชิงรุกในด้านการป้องกันสุขภาพ โดยในการลงพื้นที่ทำงานวิธีการนี้จะมีการพหุวิชาการ พยาบาลและ อสม.ลงพื้นที่ร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับ มินตรา สารรักษ์ (2553) พบว่า การเสริมสร้างความมั่นใจให้กับ อสม. หรือกระบวนการสร้างพลังในการปฏิบัติงานให้กับ อสม. ช่วยทำให้ อสม.ศักยภาพในการทำงานและมีความมั่นใจในการทำงานได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับ ประภาส อนันดา และจริญญ ทองเอนก (2555) พบว่า ความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านของอสม. มีความรู้เพิ่มมากขึ้นหลังจากได้รับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ซึ่งการอบรมเพื่อเพิ่ม

ทักษะมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่สามารถทำให้ อสม.นั้นมีความรู้และเกิดการยอมรับในการทำงานจากชุมชนได้มากขึ้นสำหรับการนำรูปแบบในการปฏิบัติงานที่เหมาะสมกว่าเดิมมาพัฒนาใช้กับทีม อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ประกอบด้วยรูปแบบการทำงานเป็นทีม การใช้ระบบพี่เลี้ยง อสม.เก่าดูแล อสม.ใหม่ รูปแบบการนัดรวมกลุ่มในวันหยุดราชการแทนวันทำงานปกติ การจัดทำผังความรับผิดชอบ อสม. ในชุมชนโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ กลุ่มชาวบ้านดั้งเดิม และกลุ่มแรงงานภาคอุตสาหกรรมและนักศึกษา และการจัดตั้งเพื่อขับเคลื่อนงานด้านศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)ท่าบ่อ เช่น การตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น โดย อสม.ดำเนินการได้เองในชุมชน

ซึ่งรูปแบบการทำงานที่กล่าวมานี้สามารถทำให้ อสม.เกิดพลังและประสิทธิภาพในการทำงานสำหรับพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งกำหนดเป็นรูปแบบการทำงานเพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงานให้กับ อสม.ในการทำงานพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทที่เหมาะสม คือ TAMILine Model ประกอบด้วยรูปแบบการทำงานเป็นทีม (Team coaching) ซึ่งแต่ละทีมใช้ระบบพี่เลี้ยง อสม.เก่า ดูแล อสม.ใหม่ ซึ่งเป็นการแบ่งพื้นที่เป็น 6 โซนทำงานจาก 3 กลุ่มประชากรเพื่อทำกิจกรรมของ อสม. เช่น การเยี่ยมบ้าน การณรงค์ควบคุมโรค กิจกรรมดูแลประชาชน 3 กลุ่ม รูปแบบการประชุมทีม อสม.ทุกวันอาทิตย์ (Meeting) ซึ่งเป็นรูปแบบกิจกรรมประชุมและนัดหมายการทำกิจกรรมรณรงค์ควบคุมโรคทุกวันอาทิตย์ ณ ศูนย์ ศสมช.บ้านท่าบ่อ รูปแบบการจัดทำฐานข้อมูลประชาชน (Public Information) เพื่อจัดเก็บข้อมูลและการสร้างผังความรับผิดชอบแต่ละครัวเรือนลงแผนที่โซนพื้นที่การทำงาน และการใช้สื่อสาธารณสุขในการให้ข้อมูลข่าวสารกับชุมชนที่เข้าถึงได้ยากและรูปแบบการสื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม (Line) โดยใช้โปรแกรมไลน์เพื่อสื่อสารข้อมูลสู่ทีมสมาชิก อสม.หมู่ 2 ซึ่งศักยภาพของ อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 เกิดการเปลี่ยนแปลงจากเดิม คือ อสม.สามารถดำเนินการในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาบางอย่างได้ เช่น กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อเข้าถึงชุมชนของ อสม.ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายบางส่วนได้เนื่องจากความไม่เชื่อมั่นในตัว อสม.แต่เมื่อมีการทดลองใช้รูปแบบการทำงานระบบทีมและการแบ่งเขตรับผิดชอบตามลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า อสม.สามารถทำงานได้ง่ายขึ้นขณะเดียวกันก็ได้รับการยอมรับและความไว้วางใจ เชื่อมั่นในศักยภาพของ อสม.มากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับ พรชูลี จันทรแก้ว (2555) พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครในการฟื้นฟูผู้พิการมีความสัมพันธ์กับปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งถือเป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อให้มีความรู้ ทักษะ มีความมั่นใจและเกิดแรงจูงใจในการให้บริการฟื้นฟูดูแลผู้พิการได้อย่างมีประสิทธิภาพนอกจากนี้ได้จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)ท่าบ่อ เพื่อขับเคลื่อนงาน ได้แก่ การตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้นโดย อสม.ดำเนินการได้เองในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับเอกรินทร์ โปะเวช และคณะ (2551) พบว่า ชุมชนที่มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีการประชาสัมพันธ์งานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีการจัดการอบรมให้ความรู้ด้านนโยบายคณะกรรมการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จะส่งผลทำให้ อสม.ให้ผลการทำงานดียิ่งขึ้น ซึ่งรูปแบบการทำงานที่กล่าวมานี้สามารถทำให้ อสม.เกิดพลังและประสิทธิภาพในการทำงานสำหรับพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทได้ดียิ่งขึ้น อันส่งผลให้ อสม.นำไปพัฒนาเป็น อสม.นักจัดการสุขภาพในการทำงานด้านสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างยั่งยืน

5.3 ปัญหาการดำเนินงานวิจัยและการแก้ปัญหา

ปัญหาการดำเนินงานวิจัยที่เกิดขึ้นในการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. ปัญหาเรื่องของการนัดรวมกลุ่มของทีม อสม.ในแต่ละครั้ง พบว่า ทุกครั้งจะมีแต่ อสม.คนเดิมที่เคยมาร่วมงานทุกครั้งจะเป็นผู้คอยโทรศัพท์ตามเพื่อน อสม.คนอื่นๆ เข้ามาร่วมงาน
2. ทุกครั้งที่จัดกิจกรรมเสร็จสิ้น จะมีการสรุปกิจกรรม AAR พบว่า นักวิจัย อสม.บางคนจะรีบขอตัวกลับก่อน และมักจะพูดว่าติดงาน ต้องกลับไปดูแลครอบครัว และจะฝากบอกเพื่อนๆ ว่า จะคอยสอบถามอีกทีในวันถัดไป

3. ปัญหาของอาจารย์นักวิชาการ ในการลงชุมชนเพื่อไปทำกิจกรรมร่วมกันที่ผ่านมา พบว่า อาจารย์บางท่านจะติดภาระกิจการสอนทำให้ไม่สามารถลงชุมชนได้ ทำให้บางครั้งนักวิจัย อสม.จะถามถึงอาจารย์ที่เคยมาร่วมทุกครั้งว่า “ครั้งนี้ท่านไม่มาหรือ ท่านไม่คิดถึงเราหรือ” จนบางครั้งในฐานะหัวหน้าโครงการวิจัยได้ชี้แจงถึงปัญหาและอุปสรรคของบุคลากรให้ทราบและทุกท่านยังมีความตั้งใจเต็มร้อยให้กับทีมวิจัยตลอดมา

4. ปัญหาของสถานที่จัดกิจกรรมวิจัย พบว่า ทุกบ่ายวันอาทิตย์ บางสัปดาห์จะติดงานบุญชุมชน หรือวันพระจะมีกิจกรรมการสวดมนต์ที่วัด ทำให้มีเสียงดังและผู้คนเข้าออกสถานที่ตลอดเวลา จนทำให้จำเป็นต้องเลื่อนเวลาทำกิจกรรมไปวันถัดไป หรือหาสถานที่ใหม่ ซึ่งจะมีลานกิจกรรมของตลาดชุมชนหลังวัดบ้านท่าบ่อที่พอจะสามารถให้ทำกิจกรรมการวิจัยได้

การแก้ไขปัญหา

1. ใช้กลวิธีการโทรศัพท์และแจ้งผ่านประธาน/หัวหน้ากลุ่ม อสม.ให้แจ้งประธานและติดตามสอบถามว่าใครมาได้ ใครมาไม่ได้ แจ้งอาจารย์และทีมจัดเตรียมอาหารว่างและอาหารกลางวัน/อาหารเย็นล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน

2. ทุกครั้งที่ทีม อสม.ขอตัวกลับก่อน ประธาน อสม.จะเป็นผู้รับผิดชอบที่จะนำข้อมูลที่สรุปได้นั้นไปแจ้งต่อ นอกจากนี้บางครั้ง ประธาน อสม.จะเป็นคนที่คอยพูดให้รอกลับพร้อมกัน ถ้าใครกลับก่อนจะมีการบ้านจากงานวิจัยในครั้งถัดไปมากขึ้น ซึ่งการใช้กลวิธีนี้ทำให้ได้ผลมากในช่วงหลังๆที่ทำกิจกรรม เพราะทีม อสม. ต่างมีความเห็นว่า ไม่อยากมีการะงานกลับไปรับผิดชอบเพิ่มเติม

3. นักวิชาการจะตรวจสอบตารางสอนและตารางงานว่างว่า บุคคลใดที่สามารถเข้าไปร่วมกิจกรรมได้ และถ้าไม่สามารถเข้าร่วมได้ หัวหน้าวิจัย จะประสานกับทางทีมผู้ประสานงานชุมชนทราบล่วงหน้าว่า จะมีอาจารย์ท่านไหนลงพื้นที่ได้

5.4 บทเรียนที่ได้จากการวิจัยและการเรียนรู้ของนักวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านอนามัยชุมชนในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท พบว่า บทเรียนที่ได้จากการดำเนินงานกิจกรรมวิจัยในแต่ละครั้งที่ทีมนักวิชาการและนักวิจัย อสม.ร่วมกันดำเนินงาน คือ

1. ใช้เวทีการวิจัยประสานงานความร่วมมือจาก อสม. และเกิดกระบวนการทำงานร่วมกับชุมชน โดยชุมชนเป็นผู้ดำเนินงานภายใต้แผนกิจกรรมวิจัยที่ดูแลโดยทีมนักวิชาการ

2. กิจกรรมการสนทนากลุ่มและการประชุมระดมความคิดเห็น พบว่า สามารถชักนำให้นักวิจัย อสม.ที่ไม่เคยแสดงความคิดเห็นของตนเอง สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองและกล้าที่จะให้ข้อมูลต่างๆ ผ่านกิจกรรมได้ หรือแม้กระทั่งการร่วมมือกันจัดเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า นักวิจัย อสม.จะมีกลุ่ม อสม.ที่คอยทำหน้าที่กระตุ้นกลุ่มว่า มีการดำเนินงานเรียบร้อยดีแค่ไหน เสร็จทันเวลาหรือไม่ และจะมีกลุ่มวิจัยอีกกลุ่ม คอยเป็นกลุ่มสนับสนุนและให้กำลังใจเพื่อนๆที่ดำเนินงาน และคอยอยู่ร่วมกันตลอดเวลาทำกิจกรรมวิจัย

3. นักวิชาการได้บูรณาการให้นักศึกษาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และบูรณาการเข้ากับรายวิชา การพัฒนามาตรฐานชุมชนและวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อมในภาคเรียนที่ 1/2557 และ 2/2557 โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรอนงค์ บุรีเลิศ และอาจารย์คมสันต์ ธงชัย ผู้รับผิดชอบรายวิชาซึ่งเป็นนักวิชาการในโครงการวิจัยด้วย นอกจากนี้ได้จัดกิจกรรมการบริการวิชาการชุมชนและการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมของคณะสาธารณสุขศาสตร์ ณ วัดบ้านท่าบ่อ ประจำปีงบประมาณ 2558 ในส่วนของงานกิจกรรมการทอดกฐิน ในวันที่ 17 ตุลาคม 2557 และกิจกรรมการทำบุญถวายเทียนพรรษา ในวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ.2558

4. หน่วยงานภายนอกเห็นความสำคัญและได้ใช้ทรัพยากรบุคคลเพื่อการดำเนินงานสังคม เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแจระแมได้มอบหมายและประสานความร่วมมือให้ อสม.บ้านท่าบ่อเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมที่สำคัญต่างๆ เช่นการเป็นตัวแทน อสม.ของตำบลแจระแมในกิจกรรมรณรงค์ของพรท่านผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานีในงานประเพณีสงกรานต์ ประจำปี 2558 กิจกรรมการช่วยตรวจคัดกรองสุขภาพ

เบื้องต้นของพนักงานกรมป่าไม้ กิจกรรมการเป็นพี่เลี้ยงนักศึกษาในการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ในระหว่างวันที่ 26 เมษายน ถึง 18 พฤษภาคม 2558 กิจกรรมการเป็นตัวแทนชุมชนตำบลแจระแม ในการดำเนินงานจัดบริการน้ำดื่มและการปฐมพยาบาลในกิจกรรมวิ่งมินิมาราธอน ประจำปี 2558 ซึ่งจัดโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 11 กรกฎาคม 2558 นอกจากนี้ สมาชิก อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ยังได้รับความไว้วางใจจากผู้นำชุมชนให้ดำเนินงานของหมู่บ้านเช่น เป็นผู้ดูแลงานประเพณีประจำปีของชุมชน เช่น งานตักบาตรเพื่อถวายเป็นพระราชกุศลเนื่องในวันพ่อแห่งชาติ กิจกรรมบุญเดือนสามหรือบุญเพรสเทศน์มหาชาติ ประจำปี 2558 กิจกรรมประเพณีสงกรานต์และกิจกรรมการถวายเทียนพรรษา ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ประจำปี 2558

5.5 ข้อเสนอแนะ

5.5.1 ชุมชนวิจัย

เนื่องจากชุมชนบ้านท่าบ่อ ประกอบด้วยพื้นที่บ้านท่าบ่อเขตเทศบาลและท่าบ่อหมู่ 2 ซึ่งสภาพชุมชนปัจจุบันกลายเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ดังนั้นการดำเนินงานด้านการขอความร่วมมือและจิตอาสาจากชุมชน การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารและการดำเนินงานร่วมกัน มีความเป็นไปได้ค่อนข้างยากและไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งจากการดำเนินงานวิจัย ควรมีการปรับปรุง ดังนี้

1.1 การใช้พลังผู้นำชุมชน เป็นผู้ผลักดันและสนับสนุนทั้งเวลาและงบประมาณให้ประชาชนในชุมชน เช่น หัวหน้าครัวเรือน อสม.ประจำหมู่บ้าน รวมถึงประชาชนที่เป็นแกนหลักในการดำเนินงานสามารถมาดำเนินงานร่วมกัน และอาจจะใช้รูปแบบการสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ดำเนินงานที่เข้ามามีส่วนร่วม เช่น การให้โล่รางวัล หรือส่งเสริมให้เป็นบุคคลตัวอย่าง เพื่อจะได้ให้ชุมชนเห็นว่า การเข้ามาปฏิบัติกิจกรรมของชุมชนสามารถทำได้และเกิดประโยชน์อย่างยิ่งทั้งต่อสังคมและต่อตนเอง เป็นการสร้างวัฒนธรรมการเป็นอาสาสมัครต่างๆ ของชุมชน

1.2 การใช้กิจกรรมวันสำคัญทางศาสนา เป็นช่องทางในการประชาสัมพันธ์งาน/กิจกรรมของชุมชน ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มข้าราชการ กลุ่มวัยแรงงานและคนชุมชนดั้งเดิมในพื้นที่จะมาร่วมทำบุญในวันหยุดทางศาสนา และการประชาสัมพันธ์ด้วยรูปแบบต่างๆ ในชุมชนเพื่อให้ทราบข้อมูลข่าวสารได้รวดเร็วและทั่วถึง เช่น การใช้สื่อไวเนล การใช้ในปพลิเคชันไลน์ หรือจดหมายใส่ในกล่องรับจดหมายของแต่ละบ้าน แทนรูปแบบการประชาสัมพันธ์แบบเดิม

5.5.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.1 หน่วยงานเกี่ยวกับกระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อาจจะมีการจัดกิจกรรมและหาแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันโรคที่สอดคล้องกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงได้ เช่น กิจกรรมหมอครอบครัว ซึ่งปัจจุบันมีการดำเนินงานแล้วอาจจะเหมาะสมกับชุมชนชนบท แต่ถ้าชุมชนกึ่งเมืองเนื่องจากมีประชาชนที่แตกต่างกันค่อนข้างหลากหลายอาชีพ ทำให้การดำเนินงานที่ต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมมากขึ้น

2.2 หน่วยงานเกี่ยวกับองค์การปกครองท้องถิ่น เช่น เทศบาลเมืองแจระแม อาจจะมีการสนับสนุนการจัดกิจกรรมหรือโครงการเพื่อส่งเสริมกิจกรรมในชุมชนและส่งเสริมการใช้ทรัพยากรในชุมชนมากขึ้น เช่น การหาโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ดำเนินงาน/ผู้ประสานงานกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน โดยให้เค้ารู้สึกว่าคุณเองมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานในชุมชน มากกว่าจะให้คุณอยู่คนเดียวในมาดำเนินกิจกรรมกับชุมชนแทน

2.3 หน่วยงานด้านการศึกษา เช่น มหาวิทยาลัยที่อยู่ใกล้กับชุมชน ควรมีกิจกรรมร่วมกับชุมชน โดยการบูรณาการเข้ากับการเรียนการสอนของคณะ และใช้ทรัพยากรในชุมชนเป็นฐานสำคัญในการเรียนรู้ และการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันให้มากขึ้นและต่อเนื่อง ซึ่งสามารถทำให้ชุมชนเกิดความภาคภูมิใจในการ

ดำเนินงานและชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของตนเองว่า ชุมชนที่ตนอยู่อาศัยนี้ได้สามารถเป็นแหล่งวิทยาทารที่สำคัญต่อสังคมได้

5.5.3 นโยบายในการดำเนินงานสาธารณสุข

3.1 บทบาทของกระทรวงสาธารณสุข ควรส่งเสริมนโยบายบทบาทรูปแบบการทำงาน อาสาสมัครสาธารณสุขในชนบท ในพื้นที่กึ่งเมือง และพื้นที่เขตเมือง ให้มีกระบวนการดำเนินงานตามบริบทที่เหมาะสม และมีขอบเขตบทบาทหน้าที่ที่สามารถสร้างและหนุนงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งปัจจุบันนี้ บริบทการดูแลสุขภาพของประเทศไทยแตกต่างกันอย่างชัดเจน

3.2 มีนโยบายส่งเสริมการทำงานและเอื้อหนุน สร้างขวัญกำลังใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขที่ทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี และมีรูปแบบการประเมินผลการดำเนินงานเช่นเดียวกับระบบการปฏิบัติงานราชการให้ชัดเจนและยุติธรรมมากขึ้น รวมถึงการสนับสนุนสื่อเทคโนโลยีและพัฒนาศักยภาพการใช้เทคโนโลยีที่สอดคล้องกับยุคสมัยและ อสม.สามารถใช้งานได้จริงและเกิดการยอมรับในชุมชนมากขึ้น

5.5.4 การวิจัยในอนาคต ในการศึกษาวิจัยในอนาคตควรจะมีการศึกษาวิจัยและขยายรูปแบบพัฒนาศักยภาพแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผสมผสานกับการปฏิบัติของประจำของ อสม. เพื่อให้การดำเนินงานของ อสม.เป็นงานหลักเกิดประสิทธิภาพสูงสุด เช่น งานสำรวจข้อมูล งานรณรงค์และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ดำเนินการได้ดีขึ้น และบางงาน เช่น งานดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยติดเตียง ในการพัฒนาอาจจำเป็นต้องหารูปแบบโดยใช้ทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์และพยาบาลเข้ามามีบทบาทเสริมการทำงานในเขตพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา แก้วเทพ. การพึ่งตนเอง: ศักยภาพในการพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ: สมาคมทอริกแห่งประเทศไทย เพื่อการพัฒนา, 2540.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. ขับเคลื่อนวาระสุขภาวะไทย ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ : บริษัท สร้างสื่อ จำกัด, 2548.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ. ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข บทบาทและบริบทที่ เปลี่ยนไปในสังคมไทย. วารสารงานวิจัยสาธารณสุข นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวง สาธารณสุข, 2552.
- โกวิทย์ พวงงาม. การปกครองท้องถิ่นไทย หลักการและมติใหม่ในอนาคต. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์วิญญูชน จำกัด, 2542.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัคร สาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550 – 2554. กระทรวงสาธารณสุข, 2549.
- จิราภรณ์ ศรีคำ. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการพัฒนาการจัดการศึกษาของโรงเรียนวชิรวิทย์ ระดับประถมศึกษา จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.
- ชลธิชา ศาลิคุปต์. การบริหารธุรกิจไทยในกระแสโลกาภิวัตน์. กรุงเทพฯ : คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย, 2557.
- ชูวิทย์ พิทักษ์พรพลลภ. ความต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษาขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันราชภัฏ อุบลราชธานี, 2544.
- ทวีศิลป์ ไชยบุตร. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร. วารสารงานวิจัยสาธารณสุข, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2552.
- ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาในพื้นที่บริการของโรงเรียนล้อมแรดวิทยา อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์การบริหารการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร การศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.
- ประภาส อนันตา และจรัญญู ทองเอนก. ผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลขวาว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2555. วารสารวิจัยสำนัก ป้องกันควบคุมโรค ที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2555- มีนาคม 2556.
- ประเวศ วะสี. บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพวิถีชีวิตและสังคม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, 2541.

บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น การพิมพ์, 2545.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักส์, 2547.

บุญเลิศ จิตตั้งวัฒนา. การพัฒนาการท่องเที่ยวแบบยั่งยืน. กรุงเทพฯ: เพรส แอนด์ดีไซน์, 2548.

พรขุติ จันทรแก้ว. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการฟื้นฟูผู้พิการในอำเภอละงู จังหวัดสตูล. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา. ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน 2555. หน้า 74-85.

พระพล ศิริไพบูรณ์. แนวทางการพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ต่องานสาธารณสุขมูลฐานกรณีศึกษา เขตพญาไท. วารสารวิทยบริการ. ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2553. หน้า 30-38.

มินตรา สารรักษ์. การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีปีที่ 12 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2553 หน้า 39-48.

ยิ่งยง เทาประเสริฐ และคณะ. กระบวนการเรียนรู้และปรับตัวของชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท : กรณีศึกษา บ้านป่าห้าว ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. กรุงเทพฯ: สถาบันวัฒนธรรมศึกษา, 2538.

เรวดี ศรีฤทธิ์, อมรรัตน์ โพนสารี, กาญจนา วงษ์สวัสดิ์. ศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลนาเพียง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร. ปรินญาวิทยา ศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, 2553.

วชิรวัชร งามละม่อม. แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา, 2557.

วิทยา ลั่นภัย และพรทิพย์ คำพอ. การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน บ้านนาจั่ว หมู่ที่ 1,7 ตำบลนาจั่วอำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2556 หน้า 85-92.

สง่า เพียรกายลุน, รัชนิวรรณ จันทรสะอาด และเลิศสุวรรณ มียูติ. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2553. รายงานการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ประจำปี 2554.ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2554.

สนับสนุนบริการสุขภาพ, กรม.คู่มือ อสม. ยุคใหม่.กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2554.

สมบูรณ์ เถาว์พันธ์. ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ ตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.

- สุจิตรา อูธวารยิ่ง. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
- สุดารัตน์ หล่อเพชร. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน
ในงานสุขภาพภาคประชาชน. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา. ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม-
ธันวาคม 2554. หน้า 140-149.
- สุทัศน์ ภูมิรัตนจิรินทร์. สังคมศึกษา. (ออนไลน์)2555. จาก[http://www.nfe.go.th/etv/Document/
knowledge_soc/knowledge_soc02.pdf](http://www.nfe.go.th/etv/Document/knowledge_soc/knowledge_soc02.pdf). วันที่สืบค้น 12 พฤษภาคม 2557.
- สุเทพ พงศ์ศรีวัฒน์. รูปแบบภาวะผู้นำเพื่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม. ออนไลน์เมื่อ 10 กรกฎาคม 2549.
จาก <http://suthep.ricr.ac.th>
- อดุลย์ ต้นประยูร. สังคมวิทยาชนบทและเมือง. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2543.
- อภิญา กังสนารักษ์. รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในองค์กรที่มีประสิทธิภาพระดับคณะของ
สถาบันอุดมศึกษา. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- เอกรินทร์ โปตะเวช, เรืองยศ จันทรสามารถ, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และยุภาพร ยุภาศ. ปัจจัยที่มีผลต่อ
การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน
อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 :
กันยายน – ธันวาคม 2551 หน้า 265-274.
- Arnstien, S.R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of
Planners*. 35(4): 216-224.
- Avolio, B.J., Bass, B.M., & Jung, D. *Full leadership development*. California : SAGE, 1999.
- Bass, B.M. *Leadership and performance beyond expectation*. New York : The Free Press,
1985.
- Burns, James, M. *Leadership*. New York : Harper & Row, 1987.
- Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1981). *Rural Development Participation: Concept and Measure
For Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development
Committee Center for international Studies*. New York: Cornell University Press.
- Putti. (1987). Work values and organizational commitment: A study in the Asian context.
Human Relations. 4(2): 275-288.
- Yukl . G. A. *Leadership in organizations*. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice-Hall, 1989.
- Yukl, Gary & Fleet D. Van David. "Theory and research on leadership in organizations, in
handbook of industrial and organization psychology". California : Consulting
Psychologists, 1992.

William, E. (1976). Electoral Participation in a Low Stimulus Election. *Rural Development*.
4(1): 111-124.

ภาคผนวก ก
ภาพประกอบกิจกรรมการวิจัย

ภาพประกอบกิจกรรมการวิจัย

1. กิจกรรมการลงพื้นที่เพื่อค้นหาโจทย์การวิจัย จัดขึ้นครั้งแรกเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2556 ณ ศาลาอเนกประสงค์วัดบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี



ภาพที่ 1.1 อาจารย์คมสันต์ ธงชัย หัวหน้าโครงการวิจัยกล่าวต้อนรับและแนะนำทีมนักวิชาการ



ภาพที่ 1.2 อาจารย์กาญจนา ทองทั่ว ดำเนินการกิจกรรมค้นหาปัญหาของชุมชน

2. กิจกรรมการลงพื้นที่เพื่อค้นหาโจทย์การวิจัยครั้งที่ 2 ในการจัดครั้งนี้จะมีเฉพาะชุมชนที่ต้องการแก้ไขปัญหาหลัก จัดขึ้นครั้งแรกเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2556 ณ บ้านก้านนปรีชา พรพรม เลขที่ 16 หมู่ 2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี



ภาพที่ 2.1 อาจารย์กาญจนา ทองทั่ว ได้ดำเนินกิจกรรมการค้นหาโจทย์วิจัยสำหรับชุมชนบ้านท่าบ่อ



ภาพที่ 2.2 ชาวบ้านที่เข้าร่วมประชุมเพื่อค้นหาโจทย์การวิจัย

3. กิจกรรมการพัฒนาโจทย์การวิจัยเพื่อท้องถิ่นร่วมกับชุมชน จัดขึ้นในวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2557 ณ บ้าน
กำนันปรีชา พรพรม เลขที่ 16 หมู่ 2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี



ภาพที่ 3.1 อาจารย์คมสันต์ ธงชัย กล่าวชี้แจงและดำเนินการพูดคุยเพื่อพัฒนาโจทย์การวิจัย

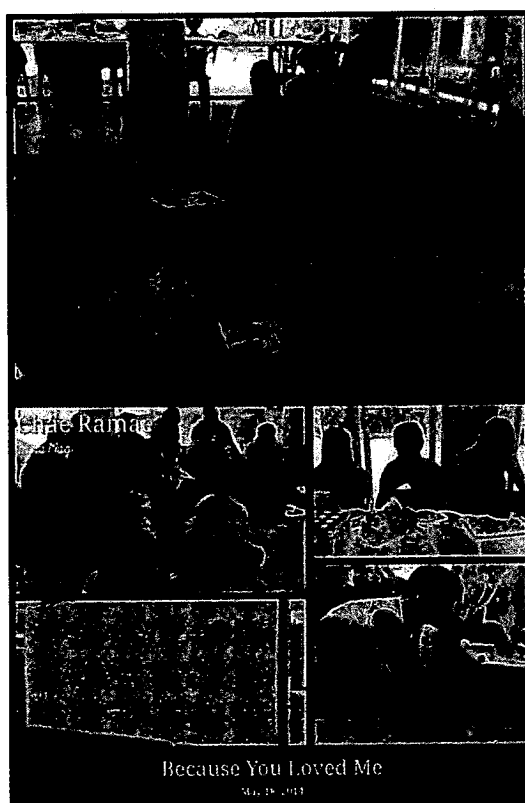


ภาพที่ 3.2 กิจกรรมการพัฒนาโจทย์การวิจัย

4. กิจกรรมการประชุมชี้แจงทำความเข้าใจโครงการ จัดขึ้นในวันที่ 18 พฤษภาคม 2557 ณ ศาลาการเปรียญวัดบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2



ภาพที่ 4.1 กิจกรรมการนำเสนอและชี้แจงโครงการวิจัย



ภาพที่ 4.2 กิจกรรมชี้แจงโครงการวิจัย



ภาพที่ 4.3 คุณสุชาตามณี ผอ.รต.หนองแก กล่าวชี้แจงกิจกรรมการวิจัย

5. กิจกรรมการเข้ารับการอบรมการออกแบบเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล จัดขึ้นในวันที่ 4 กรกฎาคม 2557 ณ ห้องประชุมคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ อุบลราชธานี



ภาพที่ 5.1 ตัวแทนนักวิจัยชุมชนบ้านท่าบ่อ เข้าร่วมการอบรมการออกแบบเครื่องมือ



ภาพที่ 5.2 นักวิชาการและนักวิจัยชุมชนร่วมกันทำกิจกรรมปฏิบัติการออกแบบเครื่องมือ

6. กิจกรรมการร่วมกันออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จัดขึ้นในวันที่ 20 และ 27 กรกฎาคม 2557 ณ ศาลาการเปรียญวัดบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2



ภาพที่ 6.1 อ.คมสันต์ ธงชัย อธิบายวิธีการสร้างและออกแบบข้อมูลในการสร้างเครื่องมือวิจัย

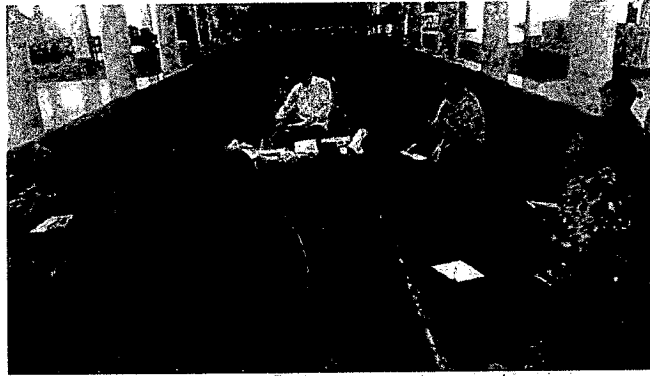


ภาพที่ 6.2 นักวิจัยชุมชนช่วยกันระดมความคิดในการออกแบบเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล



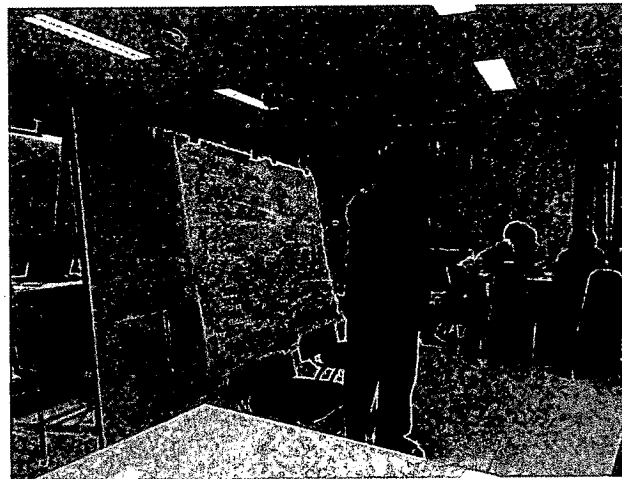
ภาพที่ 6.3 นักวิจัยชุมชนช่วยกันระดมความคิดในการออกแบบเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล





ภาพที่ 6.4 กิจกรรมการออกแบบเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

7. กิจกรรมการเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการการเก็บข้อมูลจัดขึ้นในวันที่ 29 กรกฎาคม 2557 ณ ห้องประชุมคณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

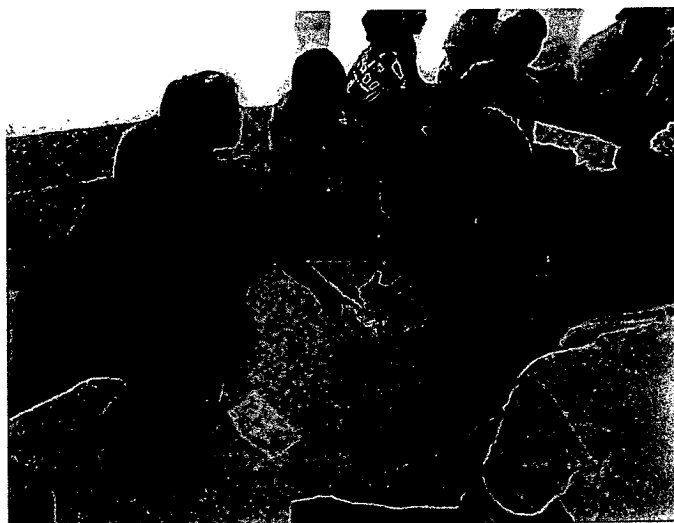


ภาพที่ 7 ตัวแทนนักวิจัยชุมชน นำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่เพื่อวางแผนสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล

8. กิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการการเก็บข้อมูลในพื้นที่การวิจัย จัดขึ้นในวันที่ 9 สิงหาคม 2557 ณ ศาลาการเปรียญวัดบ้านท่าปอ หมู่ที่ 2



ภาพที่ 8.1 อาจารย์คมสันต์ ธงชัย อธิบายแนวทางที่ใช้ในการจะดำเนินการเก็บข้อมูลให้กับนักวิจัยชุมชน



ภาพที่ 8.2 นักวิจัยชุมชนและนักศึกษา ร่วมกันวางแผนเพื่อจัดการเก็บรวบรวมข้อมูล

9. กิจกรรมการฝึกทดลองเก็บข้อมูลและการใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลวิจัย จัดขึ้นในวันที่ 17 สิงหาคมถึง 14 กันยายน 2557 ณ ศาลาการเปรียญวัดบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2



ภาพที่ 9.1 บรรยากาศการฝึกทดลองการเก็บข้อมูลของนักวิจัยชุมชน



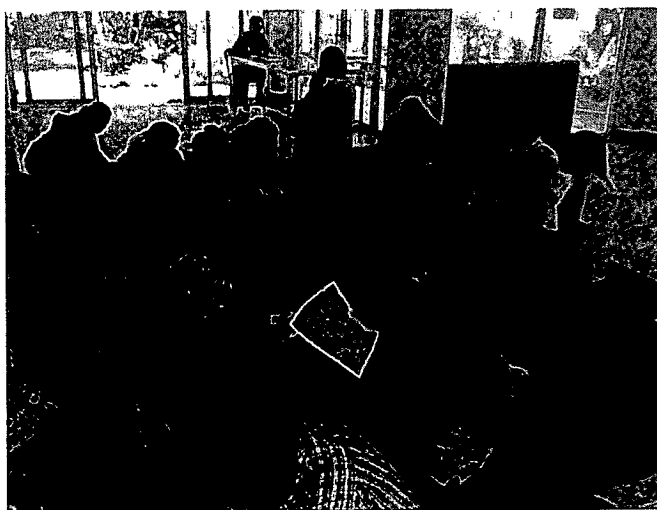
ภาพที่ 9.2 บรรยากาศการฝึกการสัมภาษณ์การเก็บข้อมูลของนักวิจัยชุมชน



ภาพที่ 9.3 บรรยากาศการฝึกทดลองการเก็บข้อมูลของนักวิจัยชุมชน



ภาพที่ 9.4 บรรยากาศการฝึกการเก็บข้อมูลของนักวิจัยชุมชนด้วยเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้น



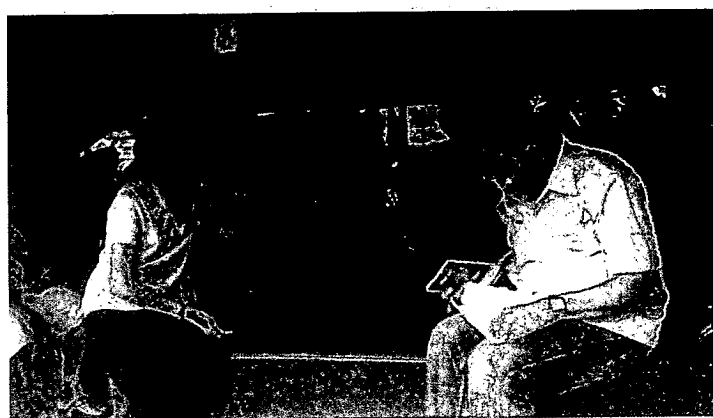
ภาพที่ 9.5 บรรยากาศการฝึกการเก็บข้อมูลของนักวิจัยชุมชนด้วยเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้น



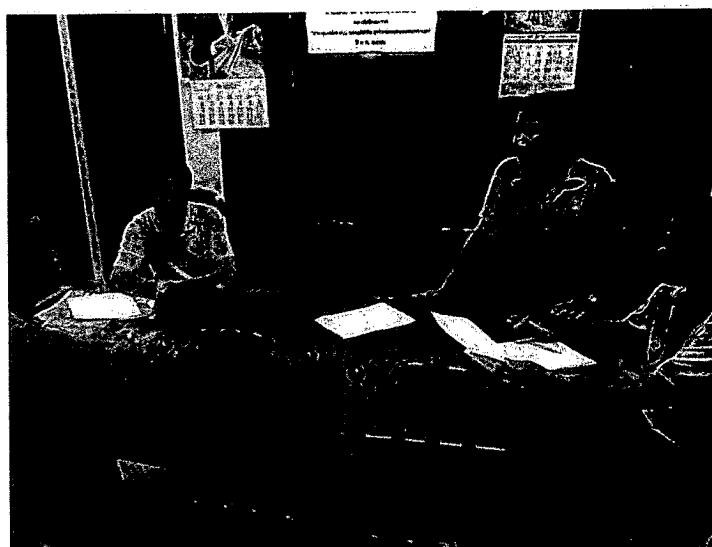
ภาพที่ 9.6 บรรยากาศการเก็บข้อมูลพื้นฐานของบริบทชุมชน



ภาพที่ 9.7 บรรยากาศการเก็บข้อมูลพื้นฐานของบริบทชุมชน



ภาพที่ 9.8 บรรยากาศการเก็บข้อมูลชุมชนบ้านท่าบ่อจากชาวบ้าน



ภาพที่ 9.9 บรรยากาศการเก็บข้อมูลชุมชนบ้านท่าบ่อจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

10. กิจกรรมจัดเวทีร่วมกันจัดหมวดหมู่ เรียบเรียง วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจัดขึ้นในวันที่ 19 ตุลาคม 2557 ณ ศาลาการเปรียญวัดบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2



ภาพที่ 10.1 บรรยากาศการศึกษา รวบรวม เรียบเรียงข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูล



ภาพที่ 10.2 บรรยากาศการศึกษา รวบรวม เรียบเรียงข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูล



ภาพที่ 10.3 บรรยากาศการศึกษา รวบรวม เรียบเรียงข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูล



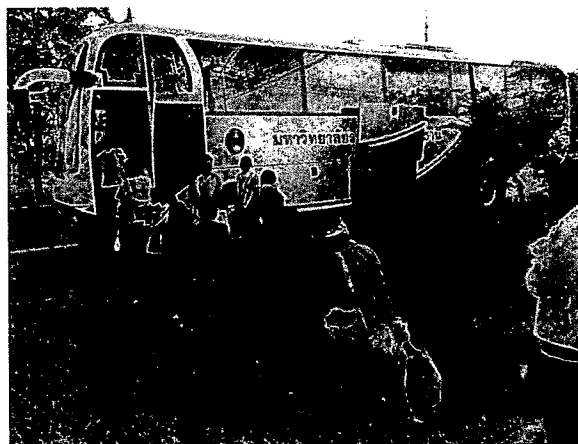
ภาพที่ 10.4 บรรยากาศการศึกษา รวบรวม เรียบเรียงข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูล

11. กิจกรรมเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องและร่วมกันสรุป หาแนวทางการพัฒนา จัดขึ้นในวันที่ 8 พฤศจิกายน 2557 ณ ศาลาการเปรียญวัดบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2



ภาพการคืนข้อมูลให้กับนักวิจัยชุมชน

12. กิจกรรมกิจกรรมศึกษาดูงาน Best Practices เพื่อเสริมศักยภาพในการทำงานแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่กิ่งเมือง ณ ชุมชนสามัคคี ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามจัดขึ้นในวันที่ 22พฤศจิกายน 2557 ณ วัดเทศบาลสามัคคี ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม



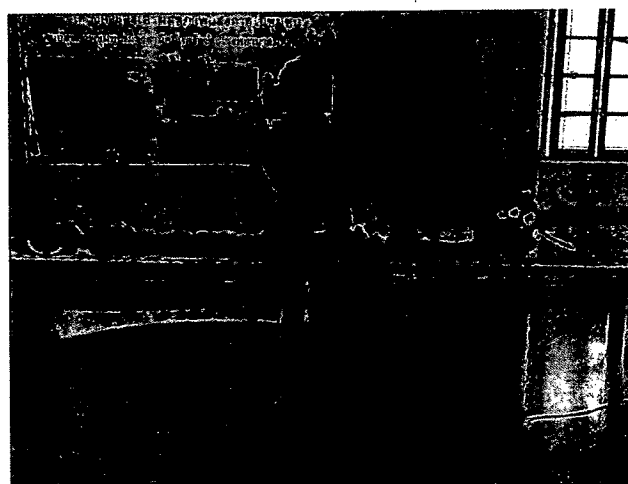
ภาพที่ 12.1 นักวิจัยชุมชน พร้อมออกเดินทางสู่จังหวัดมหาสารคาม



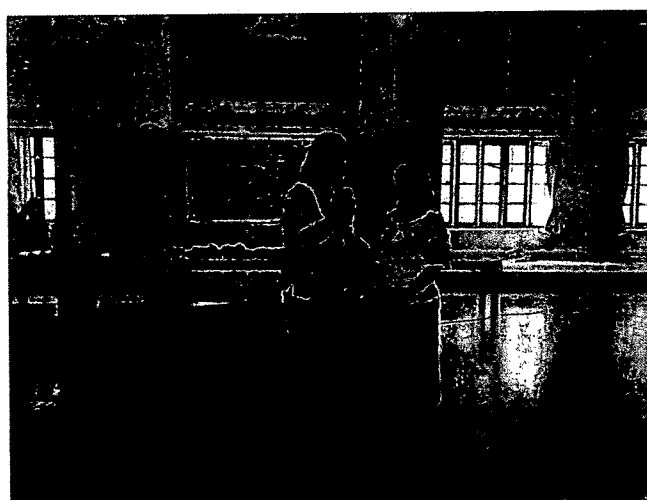
ภาพที่ 12.2 การต้อนรับจาก อาจารย์กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ หัวหน้าวิจัยชุมชนสามัคคีและ ผอ.ศูนย์แพทย์ชุมชนสามัคคี จังหวัดมหาสารคาม



ภาพที่ 12.3 การแสดงจากคณะ อสม.ชุมชนสามัคคี ด้วยการรำเช็งดอกจำปา



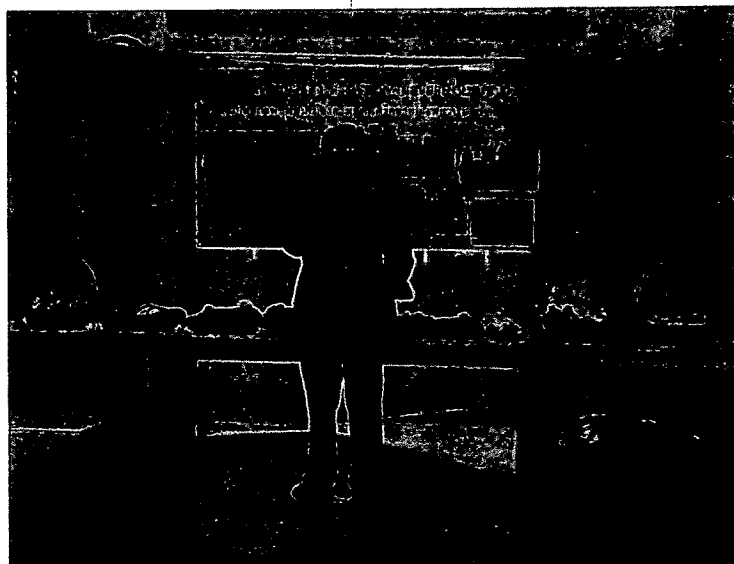
ภาพที่ 12.4 อาจารย์คมสันต์ ธงชัย กล่าวแนะนำและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาดูงาน



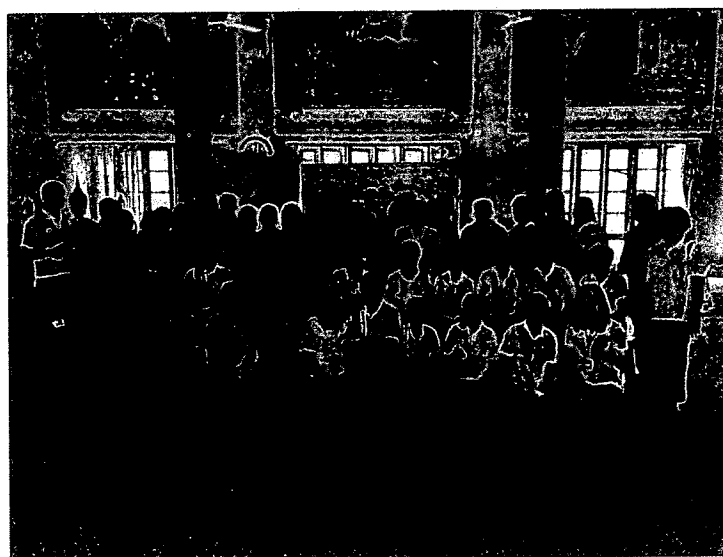
ภาพที่ 12.5 คุณนิมนวล ประธาน อสม. กล่าวอธิบายกลไกการทำงานของ อสม. ในเขตเทศบาลเมือง



ภาพที่ 12.6 ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์กล่าวอธิบายกลไกการทำงานวิจัยชุมชนสามัคคี



ภาพที่ 12.7 คุณพ่อรัชชัย โสภามี รองประธาน อสม. บ้านท่าบ่อกล่าวขอบคุณคณะศึกษาดูงาน



ภาพที่ 12.8 คณะศึกษาดูงานจากชุมชนบ้านท่าบ่อ ถ่ายภาพร่วมกับชุมชนสามัคคี



ภาพที่ 12.9 คณะศึกษาดูงานจากชุมชนบ้านท่าบ่อ ถ่ายภาพร่วมกับชุมชนสามัคคี

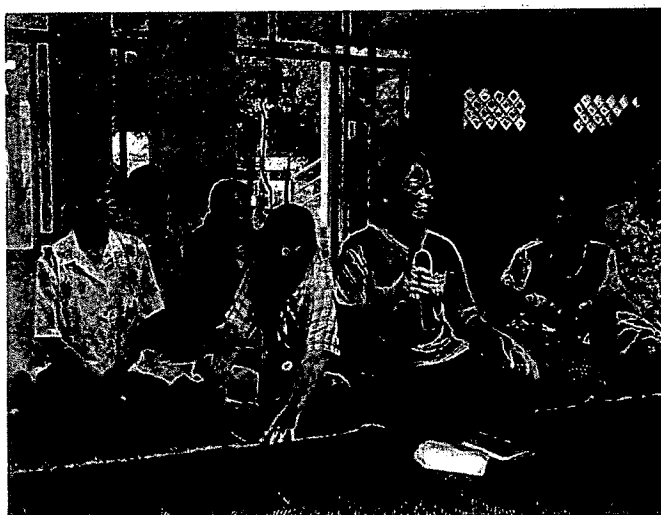


ภาพที่ 12.10 คณะศึกษาดูงานด้านศิลปวัฒนธรรม ณ วัดป่าแสงจันทร์ จังหวัดมหาสารคาม

13. กิจกรรมที่มิจัยร่วมกันสรุปผลการไปศึกษาดูงาน และทบทวน วางแผน กำหนดแนวทางในการพัฒนา จัดขึ้นในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2557 ณ ศาลาการเปรียญวัดบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2



ภาพที่ 13.1 กิจกรรมการสรุปบทเรียนการศึกษาดูงาน



ภาพที่ 13.2 กิจกรรมการสรุปบทเรียนการศึกษาดูงาน

14. กิจกรรมอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท ในด้านการเพิ่มทักษะ ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว จัดขึ้นในวันที่ 11 มกราคม 2558 ณ ศาลาการเปรียญวัดบ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2



ภาพที่ 14.1 บรรยากาศการอบรมพัฒนาศักยภาพด้านทักษะความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ให้กับ อสม.



ภาพที่ 14.2 ผอ.รพ.สต.สุชาติตามณี บุญจรัส กล่าวเปิดการอบรมพัฒนาศักยภาพด้านทักษะความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ให้กับ อสม.



ภาพที่ 14.3 บรรยากาศการอบรมพัฒนาศักยภาพด้านทักษะความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ให้กับ อสม.



ภาพที่ 14.4 บรรยากาศการอบรมพัฒนาศักยภาพด้านทักษะความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ให้กับ อสม.



ภาพที่ 14.5 บรรยากาศการอบรมพัฒนาศักยภาพด้านทักษะความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ให้กับ อสม.



ภาพที่ 14.6 บรรยากาศการอบรมพัฒนาศักยภาพด้านทักษะความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ให้กับ อสม.

15. กิจกรรมการศึกษาฐานด้านการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานเพื่อขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน ณ ชุมชนบ้านเหล่าข้าว หมู่ที่ 7 ตำบลม่วงสามสิบ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 6 มิถุนายน 2558



ภาพที่ 15.1 ตัวแทน อสม.บ้านเหล่าข้าว กำลังต้อนรับคณะทีม อสม.นักวิจัยบ้านท่าบ่อ



ภาพที่ 15.2 อสม.บ้านท่าบ่อ แนะนำตัวแต่ละคนในที่ประชุมกลุ่ม

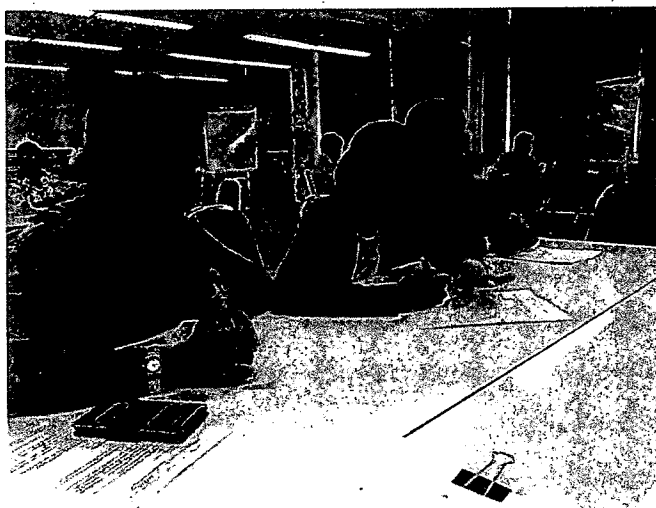


ภาพที่ 15.3 กิจกรรมการสอบถามพูดคุยแลกเปลี่ยนการดำเนินงาน ศสมช.บ้านเหล่าข้าว



ภาพที่ 15.4 ทีม อสม.วิจัย ถ่ายภาพร่วมกับชุมชนบ้านเหล่าข้าว

16. กิจกรรมการร่วมอบรมการเขียนรายงานผลการวิจัย ณ วันที่ 29 เมษายน 2558 ณ คณะเกษตรศาสตร์ มรภ.อุบลราชธานี



ภาพที่ 16.1 ตัวแทนนักวิจัย อสม.ร่วมกิจกรรมการเขียนรายงานผลการวิจัย

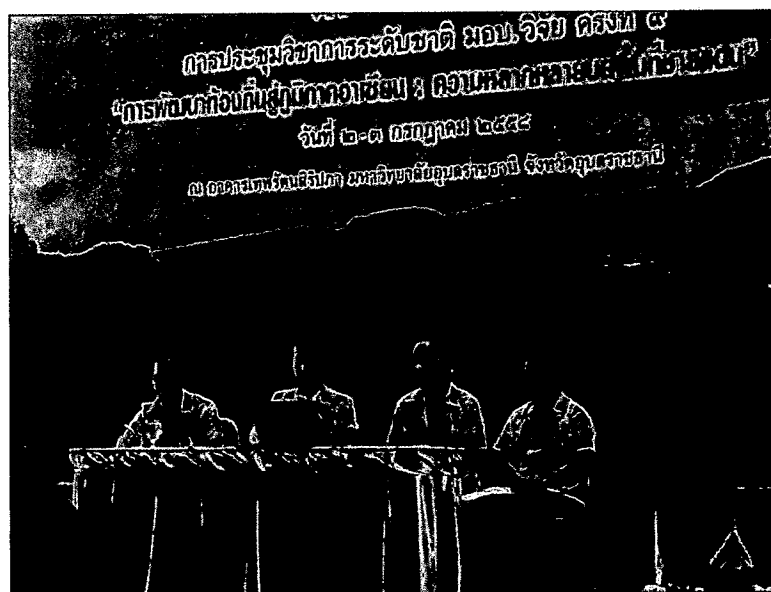


ภาพที่ 16.2 ตัวแทนนักวิจัย อสม.ร่วมกิจกรรมการเขียนรายงานผลการวิจัย

17. กิจกรรมการร่วมนำเสนอผลงานวิจัยแบบบรรยาย ณ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ในการประชุม
“การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 9 ในวันที่ 2-3 กรกฎาคม 2558

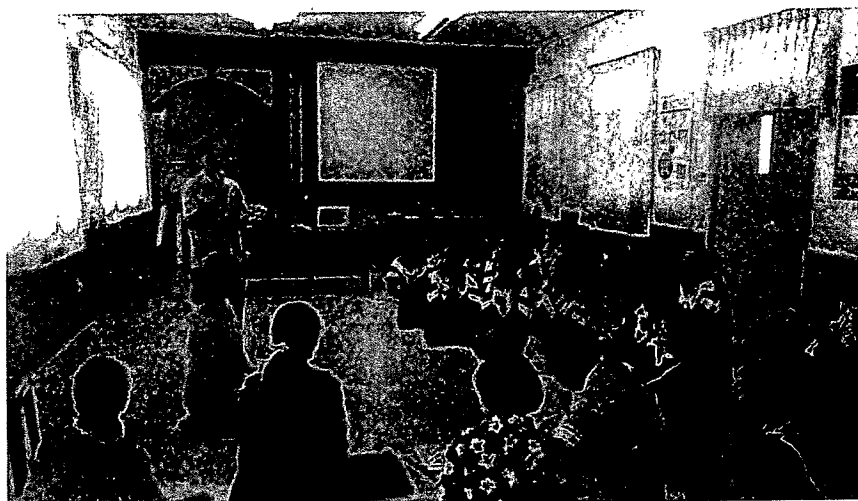


ภาพที่ 17.1 คณะทีม อสม.นักวิจัย พร้อมกันที่ห้องประชุม โรงแรมเทพรัตนสิริปภา ม.อุบลราชธานี



ภาพที่ 17.2 คณะทีม อสม.นักวิจัย กำลังนำเสนอผลงานวิจัยบนเวที

18. กิจกรรมการเป็นพี่เลี้ยงนักศึกษาของ อสม. ในการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ในระหว่างวันที่ 26 เมษายน ถึง 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2558



ภาพที่ 18.1 คุณพ่อธวัชชัย โสภามี กล่าวต้อนรับทีมนักศึกษาฝึกงาน



ภาพที่ 18.2 กิจกรรมการลงพื้นที่ร่วมกับนักศึกษาฝึกงาน

19. กิจกรรมของ อสม.บ้านท่าบ่อ ในการเป็นตัวแทนชุมชนตำบลแจระแม ในการดำเนินงานจุดบริการน้ำดื่มและ การปฐมพยาบาลในกิจกรรมวิ่งมินิมารารอนในวันที่ 11 พฤษภาคม 2558จัดโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัด อุบลราชธานี เส้นทางถนนแจ้งสนิท



ภาพที่ 19.1 อสม.ทำหน้าที่จุดลงทะเบียน



ภาพที่ 19.2 นางอุบลรัตน์ เสมอภาค ตัวแทน อสม.ทำหน้าที่จุดปฐมพยาบาลสำหรับคนร่วมกิจกรรม

20. กิจกรรมการเปิดศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ในวันที่ 14 สิงหาคม 2558
จัดโดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี



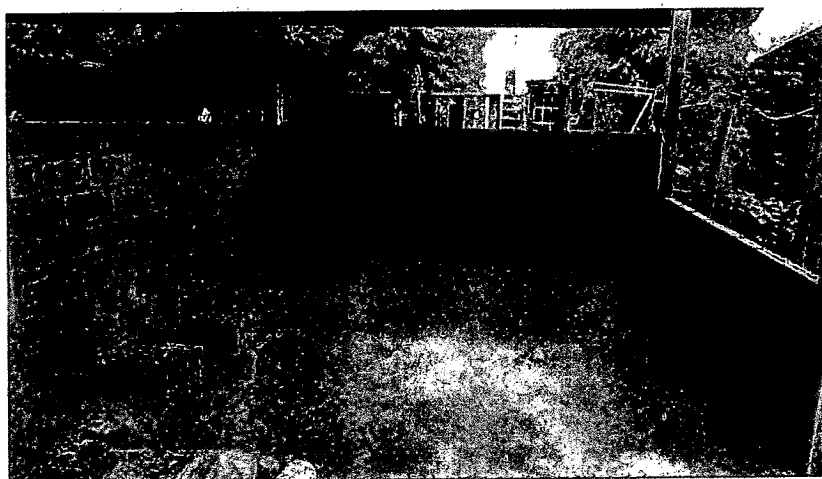
ภาพที่ 20.1 ทีมนักวิจัย ประอบพิธีกรรมบายศรีสู่ขวัญแก่นักวิจัยและพิธีเปิดป้ายศูนย์ ศสมช.บ้านท่าบ่อ



ภาพที่ 20.2 คณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ เป็นประธานพิธีเปิดศูนย์ ศสมช.บ้านท่าบ่อ



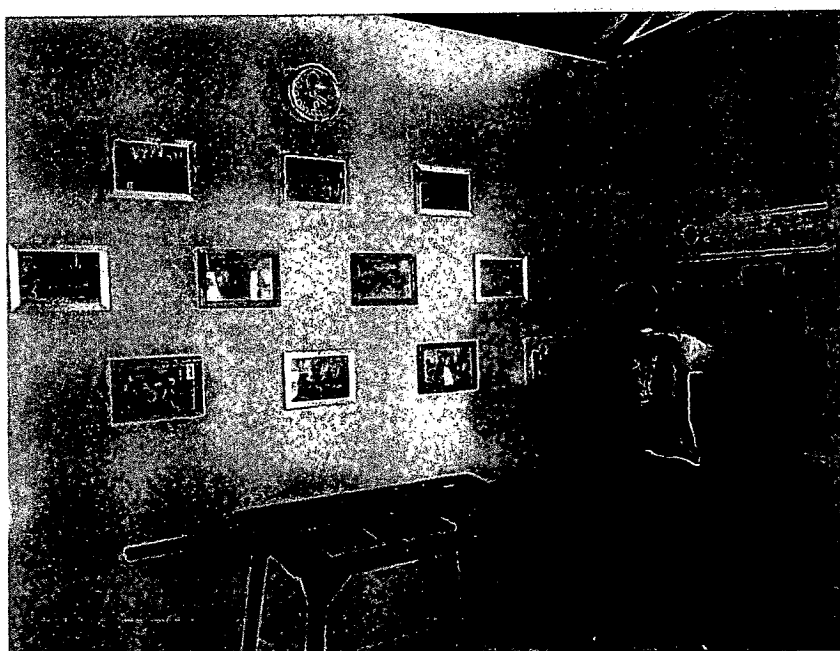
ภาพที่ 20.3 คณะบดี คณาจารย์ นักวิจัย อสม.และนักศึกษา ถ่ายภาพร่วมกัน



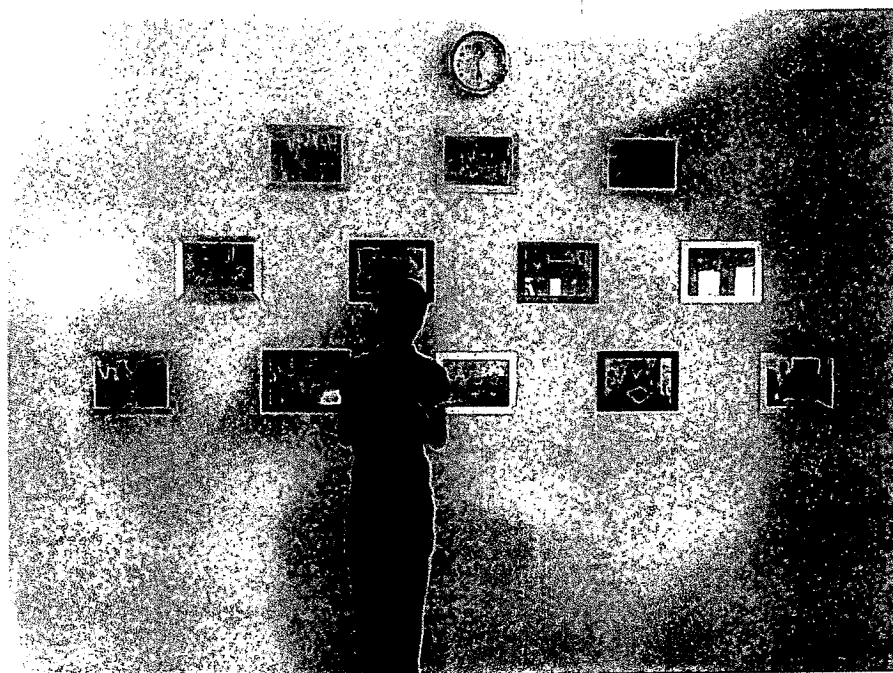
ภาพที่ 20.4 สถานที่ก่อสร้าง ศูนย์ ศสมช.บ้านท่าบ่อ ตั้ง ณ อาคารตลาดชุมชนท่าบ่อ



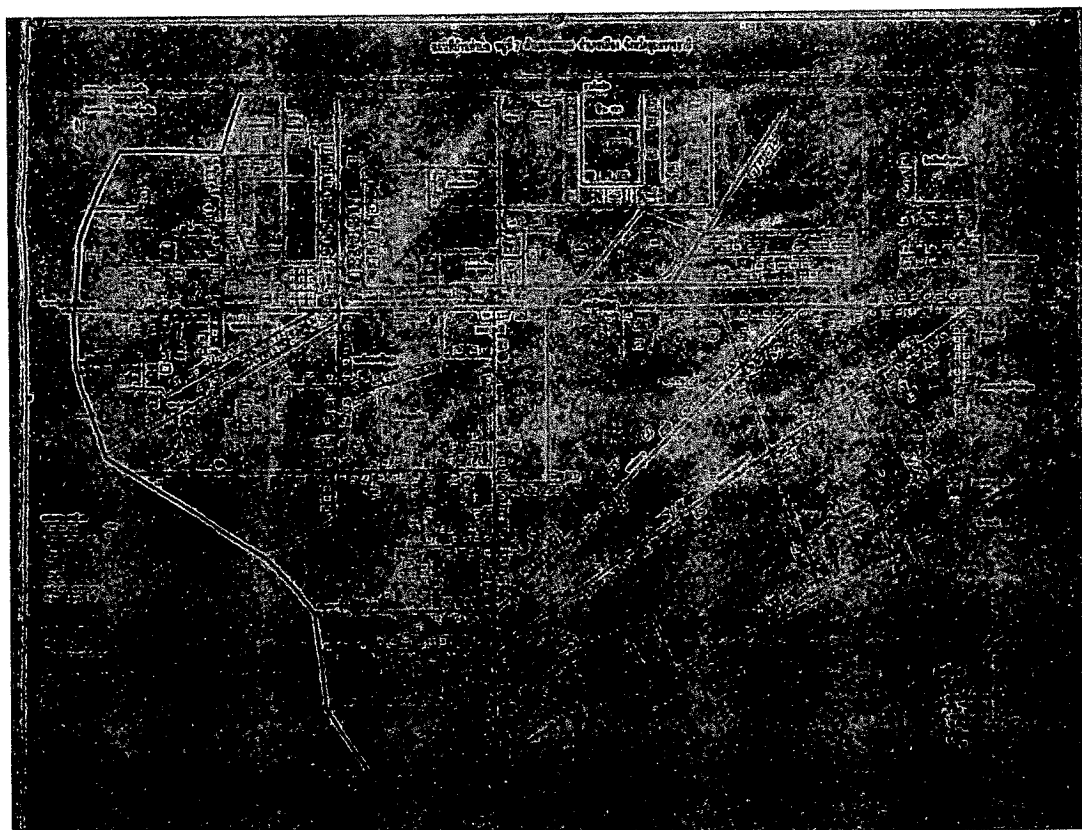
ภาพที่ 20.5 นักวิจัย อสม.ต่างช่วยกันเลือกภาพกิจกรรมเพื่อติดตกแต่งผนังห้องศูนย์ ศสมช.ท่าบ่อ



ภาพที่ 20.6 ทีมนักวิจัยชุมชน ช่วยกันตกแต่งภาพกิจกรรมการทำวิจัยในระยะต่างๆ



ภาพที่ 20.7 บรรยากาภายในศูนย์ ศสมช.ท่าบ่อ หลังสร้างเสร็จแล้ว



ภาพที่ 20.8 แผนที่ผังความรับผิดชอบของ อสม.จำแนกตามกลุ่มประชากรใหม่ได้ 6 โซน

ภาคผนวก ข
เครื่องมือในการทำวิจัย

แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชน ภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท บ้านท่าบ่อ หมู่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง กรุณาเลือกข้อความที่ตรงกับท่านให้มากที่สุด (ข้อมูลของท่านจะเก็บเป็นความลับเท่านั้น ผู้วิจัยจะไม่เผยแพร่โดยเด็ดขาด) สำหรับชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง

๑. ชื่อ อายุ ปี เพศ () ชาย () หญิง
- จบการศึกษาระดับ มีอาชีพประจำคือ
- เงินเดือน ได้รับเฉลี่ย บาทต่อเดือนท่านอยู่อาศัยในหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ ๒ บ้านเลขที่
- ลักษณะบ้านพักอาศัย อยู่มานานเท่าไร ระยะเวลา..... ปีเดือน

๒. ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับข่าวสารทางสุขภาพ

- ๒.๑ ท่านเคยได้รับข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือไม่ () เคย () ไม่เคย
- ๒.๒ ท่านคิดว่าได้รับประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารจาก อสม. ได้อย่างมาก () ใช่ () ไม่ใช่
- ๒.๓ ท่านคิดว่า ท่านมีความรู้มากกว่า อสม. ที่ได้มาให้ความรู้เรื่องนั้นๆ มาก่อนแก่ท่าน () ใช่ () ไม่ใช่
- ๒.๔ ท่านคิดว่า อสม. ที่มาให้ความรู้หรือข่าวสาร มีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดี () ใช่ () ไม่ใช่
- ๒.๕ ท่านคิดว่า อสม. ในหมู่บ้านของท่าน สามารถถ่ายทอดและเผยแพร่ข้อมูลได้เป็นอย่างดี () ใช่ () ไม่ใช่
- ๒.๖ ท่านคิดว่า อสม. ต้องได้รับการพัฒนาหรืออบรมเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานตลอด () ใช่ () ไม่ใช่
- ๒.๗ ท่านคิดว่า อสม. ที่มาให้ข้อมูลข่าวสารนั้นไม่ได้มารบกวนเวลาพักผ่อนของท่าน () ใช่ () ไม่ใช่
- ๒.๘ ท่านคิดว่า ท่านไม่มีเวลาให้กับ อสม. ในการร่วมมือทำงานด้านป้องกันโรคในบ้านท่าน () ใช่ () ไม่ใช่
- ๒.๙ ท่านคิดว่า ท่านไม่ต้องร่วมมือในการทำงานกับ อสม. ในการป้องกันโรคในบ้านท่าน () ใช่ () ไม่ใช่
- ๒.๑๐ ท่านคิดว่า อสม. ยังทำงานแบบเดิมๆ แม้ว่ายุคสมัยจะเปลี่ยนไป โดยไม่มีการปรับปรุง () ใช่ () ไม่ใช่
- ๒.๑๑ ท่านคิดว่า อสม. จะต้องปรับปรุงรูปแบบการให้ข้อมูลข่าวสารที่ครอบคลุมกว่าเดิม () ใช่ () ไม่ใช่

๓. ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการทำงานด้านการเป็น อสม. เชี่ยวชาญ

ข้อความ	เห็นด้วย	ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
1. อสม. มีความรู้ด้านการป้องกันโรคระบาดในหมู่บ้าน เช่น โรคไข้เลือดออก อย่างดี			
2. อสม. มีความรู้ด้านการรณรงค์และสื่อสารข้อมูลในการป้องกันโรค เป็นอย่างดี			
3. อสม. มีความรู้ที่จะสามารถช่วยเหลือและปฐมพยาบาลเบื้องต้น ได้เป็นอย่างดี			
4. อสม. มีความรู้ในการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้			

5.อสม.มีทักษะและสามารถปฏิบัติตนในการควบคุมโรคระบาดได้ดี			
6.อสม.มีความรู้ในการทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น อาหารไม่ปลอดภัย			
7.อสม.สามารถทำกิจกรรมเยี่ยมบ้านกับผู้ป่วย และผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี			
8.อสม.มีความรู้ในการทำงานเพื่อเฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก			
9.อสม.สามารถถ่ายทอดข้อมูลด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพให้กับท่านได้			
10.อสม.สามารถทำงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคระบาดในชุมชนได้			
11.อสม.สามารถทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้			
12.อสม.สามารถทำงานด้านรณรงค์ป้องกันปัญหาเสพติดในชุมชน			
13.อสม.สามารถดูแลผู้ป่วยทั้งแบบติดเตียง คนพิการ ได้เป็นอย่างดี			
14.อสม.ในหมู่บ้านท่านมีการปรับปรุงการทำงานจากเดิมที่ท่านเคยเห็นจนถึงปัจจุบันได้			

๔. ทศนคติของการทำงานของ อสม.ในสภาพพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย
๔.๑ อสม.ทำงานในรูปแบบเดิม ทั้งๆที่ชุมชนมีหอพัก อพาทเมนต์และบ้านจัดสรรเกิดขึ้นมากกว่าเดิม			
๔.๒ อสม.มีการสื่อสารให้ท่านทราบอย่างทั่วถึงว่า จะดำเนินงานด้านป้องกันควบคุมโรคในชุมชน			
๔.๓ อสม.มีการทำงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคในชุมชนแบบเป็นทีม ให้ท่านเห็นอย่างชัดเจน			
๔.๔ อสม.ไม่ค่อยอาสาหรืออยากทำงานเพื่อส่วนรวม เนื่องจากชุมชนมีหอพัก อพาทเมนต์และบ้านจัดสรรเกิดขึ้นมากกว่าเดิม ทำให้เกิดความลำบากในการทำงาน			
๔.๕ อสม.สามารถเป็นคนกลางในการประสานงานความร่วมมือในชุมชนของท่าน ได้เป็นอย่างดี			
๔.๖ ท่านคิดว่า อสม.ของท่านนั้นสามารถทำงานด้วยความสามัคคีและเข้าใจกันได้ดี			

๕. ท่านอยากให้ อสม.ทำบ่อ หมู่ที่๒ ทำงานอย่างไร ในสภาพปัจจุบัน (ชุมชนที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท)

.....

.....

.....

.....

.....

แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชน ภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท บ้านท่าบ่อ หมู่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง กรุณาเลือกข้อความที่ตรงกับท่านให้มากที่สุด (ข้อมูลของท่านจะเก็บเป็นความลับเท่านั้น ผู้วิจัยจะไม่เผยแพร่โดยเด็ดขาด) สำหรับ อสม.

๑. ชื่อ อายุ ปี เพศ () ชาย () หญิง

จบการศึกษาระดับ

๒. ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพในการทำงานด้านการเป็น อสม.เชี่ยวชาญ

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย
1.ท่านมีความรู้ด้านการป้องกันโรคระบาดในหมู่บ้าน เช่น โรคไข้เลือดออก เป็นอย่างดี			
2.ท่านมีความรู้ด้านการรณรงค์และสื่อสารข้อมูลในการป้องกันโรค เป็นอย่างดี			
3.ท่านมีความรู้ที่จะสามารถช่วยเหลือและปฐมพยาบาลเบื้องต้น ได้เป็นอย่างดี			
4.ท่านมีความรู้ในการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้ดี			
5.ท่านมีทักษะและสามารถปฏิบัติตนในการควบคุมโรคระบาดได้ดี			
6.ท่านมีความรู้ในการทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น อาหารไม่ปลอดภัย			
7.ท่านสามารถทำกิจกรรมเยี่ยมบ้านกับผู้ป่วย และผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี			
8.ท่านมีความรู้ในการทำงานเพื่อเฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก			
9.ท่านมีความรู้และถ่ายทอดข้อมูลด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพให้กับท่านได้			
10.ท่านสามารถทำงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคระบาดในชุมชนได้			
11.ท่านสามารถทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้			
12.ท่านสามารถทำงานด้านรณรงค์ป้องกันปัญหาเสพติดในชุมชน			
13.ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยทั้งแบบติดเตียง คนพิการ ได้เป็นอย่างดี			
14.ท่านมีการปรับปรุงการทำงานจากเดิมที่เคยไม่ดีจนถึงปัจจุบันได้ดีขึ้น			
15.ท่านสามารถทำงาน เป็น อสม.เชี่ยวชาญ ได้			

แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์แบบส่วนบุคคลในงานวิจัย

เรื่อง การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัย
ชุมชนภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท บ้านท่าบ่อ หมู่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง กรุณาเลือกข้อความที่ตรงกับท่านให้มากที่สุด (ข้อมูลของท่านจะเก็บเป็นความลับเท่านั้น ผู้วิจัยจะไม่เผยแพร่
โดยเด็ดขาด)

๑. ชื่อ อายุ ปี เพศ () ชาย () หญิง

จบการศึกษาระดับ

มีอาชีพประจำคือ อาชีพเสริมคือ

รายได้จากอาชีพประจำ ได้รับเฉลี่ย ต่อเดือน

๒. ท่านเคยทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาก่อนหรือไม่ () เคย () ไม่เคย

๓. ท่านมีอายุการทำงานเป็น อสม. มากี่ปี ปี

๔. ท่านมาเป็น อสม. ประจำหมู่บ้าน ได้อย่างไร

.....

๕. ท่านคิดว่า จะทำงานเป็น อสม. นานเท่าไร

.....

๖. ท่านคิดว่า งาน อสม. นั้น จะต้องทำอะไรบ้าง

.....

๗. ตอนนี้ ท่านช่วยทำงาน อสม. อะไรบ้าง

.....

๘. ในอนาคต ท่านคิดว่า งาน อสม. จะเป็นอย่างไร

.....

๙. ท่านคิดว่า ท่านจะเป็น อสม. ที่ดี ได้หรือไม่ อย่างไร

.....

๑๐. ท่านอยากได้อะไร จาก งาน อสม. ประจำหมู่บ้าน

.....

คำถามเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของ อสม.

1. ในอดีต ชุมชนมีองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพอย่างไร

.....

2. ปัจจุบันชุมชนมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอะไร และมีวิธีการดูแลสุขภาพอย่างไร

.....

3. สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงจากเดิมของชุมชนชนบทเป็นสังคมเมือง ส่งผลให้กระบวนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนเป็นอย่างไร

.....

.....

4. การดูแลสุขภาพพื้นฐานของชุมชนตามสถานการณ์ชุมชนที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทเป็นอย่างไร

.....

.....

5. รูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนตามสถานการณ์ชุมชนที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทเป็นอย่างไร

.....

.....

6. บทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท บ้านท่าบ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

.....

.....

.....

ภาคผนวก ค
ประวัตินักวิจัย

ส่วน ค : ประวัติผู้วิจัย

ผู้วิจัยหลัก

1. อาจารย์ คมสันต์ ธงชัย

Mr. Comsun Thongchai

2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน: 3-3501-00566-53-9

ที่อยู่ 99/66 หมู่บ้านอารียา 5 หมู่ 15 ถนนแยกอุบล-ตระการฯ ตำบลไธเนย์ อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี 34000

3. ตำแหน่งปัจจุบัน: รองคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษาและนันทนาการศิลปวัฒนธรรม
คณะสาธารณสุขศาสตร์

4. หน่วยงาน:

สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

2 ถ.ราชธานี อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000

โทรศัพท์: 045-352000-29 ต่อ (4365), โทรสาร: 045-352138

มือถือ: 094-2714242

E-mail: gyorct@gmail.com

5. ประวัติการศึกษา

คุณวุฒิ	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา
วิทยาศาสตรบัณฑิต (วท.บ.สาขาสุขาสุตรอุตสาหกรรมและ ความปลอดภัย)	มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัด ชลบุรี	ปีการศึกษา 2546
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.สาขาสาธารณสุขศาสตร์)	มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น	ปีการศึกษา 2548

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ: อาชีวอนามัยและความปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม และ
สาธารณสุขชุมชน

7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

7.1 สถานภาพในการทำวิจัย:

ชื่อโครงการ	แหล่งทุน	ปีที่ได้รับ ทุน	งบประมาณ รวม (บาท)	สถานะ (% การ รับผิดชอบ)	จำนวน นักวิจัย
การจัดการด้านอาชีวอนามัยและ ความปลอดภัยกับพฤติกรรมเสี่ยง ต่อการบาดเจ็บเนื่องจากการ ทำงานของคนงานก่อสร้างในเขต เทศบาลเมือง จังหวัดอุบลราชธานี	สถาบันวิจัยและ พัฒนา มรภ. อุบลราชธานี	ปีงบประมาณ 2551	25,000 บาท	80% (หัวหน้า โครงการวิจัย)	3 คน
ประสิทธิภาพระบบบำบัดน้ำเสีย แบบแอคทิเวเตดสลัดจ์ของโรง	สถาบันวิจัยและ พัฒนา มรภ.	ปีงบประมาณ 2551	40,000 บาท	10% (ผู้ร่วม โครงการวิจัย)	3 คน

อาหาร ๑ มหาวิทยาลัยราชภัฏ อุบลราชธานี	อุบลราชธานี				
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยง ทางสุขภาพของนักศึกษาที่ทำงาน ระหว่างเรียนในระดับปริญญาตรี สังกัดสถาบันอุดมศึกษาในเขต เทศบาลเมือง จังหวัดอุบลราชธานี	สถาบันวิจัยและ พัฒนา มรภ. อุบลราชธานี	ปีงบประมาณ 2552	22,400 บาท	80% (หัวหน้า โครงการวิจัย)	2 คน
ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของ วัยรุ่น ความรู้ ทัศนคติ กับ พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของ วัยรุ่นในจังหวัดอุบลราชธานี	สถาบันวิจัยและ พัฒนา มรภ. อุบลราชธานี	ปีงบประมาณ 2552	23,520 บาท	15% (ผู้ร่วม โครงการวิจัย)	3 คน
สภาวะการสุขาภิบาลร้านอาหาร และแผงลอยจำหน่ายอาหารตาม โครงการอาหารสะอาดปลอดภัยใน เขตพื้นที่ใกล้เคียงรอบมหาวิทยาลัย ราชภัฏอุบลราชธานี	สถาบันวิจัยและ พัฒนา มรภ. อุบลราชธานี	ปีงบประมาณ 2553	30,000 บาท	70% (หัวหน้า โครงการวิจัย)	3 คน

7.2 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว:

● งานวิจัยที่ตีพิมพ์

1. คมสันต์ ธงชัย, ธนสนีย์ สมบูรณ์, ณัฐพงศ์ เคลือศิริ. การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบาดเจ็บเนื่องจากการทำงานของคนงานก่อสร้างในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี (ฉบับวันวิทยาศาสตร์ปีการศึกษา ๒๕๕๒); 184-193.

● งานวิจัยที่เผยแพร่ในรูปแบบการนำเสนอ

ปี	รูปแบบ การนำเสนอ	หัวข้อ	ชื่อการประชุม / สถานที่จัดงาน
17-18 สิงหาคม 2552	Oral Presentation	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ของนักศึกษาที่ทำงานระหว่างเรียนในระดับ ปริญญาตรี สังกัดสถาบันอุดมศึกษาในเขต เทศบาลเมือง จังหวัดอุบลราชธานี	สัปดาห์วิชาการและนำเสนอ ผลงานวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏ อุบลราชธานี ครั้งที่ ๒ ปี การศึกษา ๒๕๕๒ (จัดโดย สถาบันวิจัยและพัฒนา มรภ. อุบลราชธานี)
24-26 สิงหาคม 2555	Poster Presentation	สภาวะการสุขาภิบาลร้านอาหารและแผงลอย จำหน่ายอาหารตามโครงการอาหารสะอาด ปลอดภัยในเขตพื้นที่ใกล้เคียงรอบมหาวิทยาลัย ราชภัฏอุบลราชธานี	การประชุมวิชาการ “สุขภาวะกับ การเปลี่ยนแปลงของโลก ครั้งที่” 2 ณ โรงแรมหัวหินบีช รีสอร์ท จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (จัดโดย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง)

3 กรกฎาคม 2558	Oral presentation	การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท บ้านท่าบ่อ หมู่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี	การประชุมวิชาการระดับชาติ มอบ.วิจัย ครั้งที่ 9 อาคารเทพรัตนสิริภา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
----------------	-------------------	---	---

7.3 งานวิจัยที่กำลังทำ:

ชื่อโครงการ	แหล่งทุน	สถานภาพในการทำวิจัย
ปัจจัยที่มีผลต่อคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามความต้องการผู้ใช้บัณฑิต หลักสูตรอาชีวอนามัย และความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี งบประมาณ ๒๕,๐๐๐ บาท (ปี 2557)	เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย (ซึ่งอยู่ระหว่างการตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่บทความ)
รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหาดคูเดื่อ ตำบลแจระแม จังหวัดอุบลราชธานี	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี งบประมาณ ๕๐,๐๐๐ บาท (ปี 2558)	ที่ปรึกษาโครงการวิจัย
การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท บ้านท่าบ่อ หมู่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี	งบประมาณจาก สกว.จำนวน ๒๐๐,๐๐๐ บาท (ปี 2557)	เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย
รูปแบบกระบวนการจัดการอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคมือเท้าปากในสถานบริการเลี้ยงเด็กในจังหวัดอุบลราชธานี	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี งบประมาณจำนวน ๕๐,๐๐๐ บาท ปี 2558	เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย (ซึ่งอยู่ระหว่างการตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่บทความ)

รายชื่อทีมวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง
ด้านพฤติกรรมอนามัยชุมชนภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท
บ้านท่าบ่อ หมู่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

1. นักวิจัยชุมชน

- 1.1 อาจารย์คมสันต์ นามสกุล ธงชัย อายุ 33 ปี สถานะ หัวหน้าโครงการวิจัย
หน่วยงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ที่อยู่ เลขที่ 135 หมู่ที่ 3 บ้านห้องข่า ตำบลน้ำคำใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร 35000
โทรศัพท์ สำนักงานเบอร์ 045-352000 ต่อ 4369 มือถือ 094-2714242
โทรสาร 045-352138 E-mail address : yorct@hotmail.com , gyorct@gmail.com
- 1.2 นางสุชาตามณี บุญจรัส ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก
ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ 081-5937646
สถานะ หัวหน้าโครงการร่วม
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3-3499-00734-14-1
เกิดเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ.2507
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 356 หมู่ที่ 3 ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000

2. นักวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

- 2.1 ชื่อ ผศ.ดร.อรอนงค์ นามสกุล บุรีเลิศ อายุ 54 ปี
หน่วยงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ที่อยู่ เลขที่ 2 ถนนราชธานี ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
โทรศัพท์ สำนักงานเบอร์ 045-352000 ต่อ 4363 มือถือ 086-6305285
โทรสาร 045-352138 E-mail address : onanong2009@live.com
- 2.2 ชื่อ ผศ.ดร.นพรัตน์ นามสกุล ส่งเสริม อายุ 35 ปี
หน่วยงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ที่อยู่ เลขที่ 2 ถนนราชธานี ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
โทรศัพท์ สำนักงานเบอร์ 045-352000 ต่อ 4370 มือถือ 086-853 4710
โทรสาร 045-352138 E-mail address : songsermn@hotmail.com
- 2.3 ชื่อ อาจารย์ภัทรภร นามสกุล เจริญบุตร อายุ 37 ปี
หน่วยงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ที่อยู่ เลขที่ 2 ถนนราชธานี ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
โทรศัพท์ สำนักงานเบอร์ 045-352000 ต่อ 4368 มือถือ 089-4540451
โทรสาร 045-352138 E-mail address : pc_koy@hotmail.com
- 2.4 ชื่อ อาจารย์ ดร.มณฑิชา นามสกุล รักศิลป์ อายุ 45 ปี
หน่วยงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ที่อยู่ เลขที่ 2 ถนนราชธานี ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
โทรศัพท์ สำนักงานเบอร์ 045-352000 ต่อ 4368 มือถือ 081-7084007
โทรสาร 045-352138 E-mail address : monthicharuk@gmail.com
- 2.5 ชื่อ อาจารย์สุมาพร นามสกุล ทองปรุง อายุ 34 ปี

หน่วยงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
 ที่อยู่ เลขที่ 2 ถนนราชธานี ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
 โทรศัพท์ สำนักงานเบอร์ 045-352000 ต่อ 4370 มือถือ 084-7871271
 โทรสาร 045-352138 E-mail address : stpharmaco@gmail.com

3. รายชื่อนักวิจัยพื้นที่

1. นายปรีชา พรพรม ตำแหน่ง กำนันตำบลแจระแม
 เลขบัตรประชาชน 3340100133292
 ที่อยู่ บ้านเลขที่ 16 หมู่ 2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
2. นายธวัชชัย โสภามี ตำแหน่ง ประธาน กรรมการหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
 เลขบัตรประชาชน 3340100138723
 ที่อยู่ บ้านเลขที่ 82 หมู่ 2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
3. นางอุบลรัตน์ เสมอภาค ตำแหน่ง ประธาน อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
 เลขบัตรประชาชน 3340100512480
 ที่อยู่ บ้านเลขที่ 265 หมู่ 2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
4. นางสมหทัย พรพรม ตำแหน่ง รองประธาน อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
 เลขบัตรประชาชน 3340100138651
 ที่อยู่ บ้านเลขที่ 81 หมู่ 2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
5. นางสมพิศ ประทุมวงศ์ ตำแหน่ง รองประธาน อสม.บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
 เลขบัตรประชาชน 3340100135091
 ที่อยู่ บ้านเลขที่ 41 หมู่ 2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
6. นางลำไย บริสุทธิ์ซึ่งใจ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
 เลขบัตรประชาชน 3340100138876
 ที่อยู่ บ้านเลขที่ 42 หมู่ 2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
7. นางสมใจ จันทรหอม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
 เลขบัตรประชาชน 3340100312188
 ที่อยู่ บ้านเลขที่ 588 หมู่ 2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
8. นางบุญสี ชูเนตร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
 เลขบัตรประชาชน 3340100138235
 ที่อยู่ บ้านเลขที่ 75 หมู่ 2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
9. นางพิมพ์ นิลโสง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
 เลขบัตรประชาชน 3340100514083
 ที่อยู่ บ้านเลขที่ 283/1 หมู่ 2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
10. นางเย็นใจ ทรงประเสริฐ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
 เลขบัตรประชาชน 3349900872195
 ที่อยู่ บ้านเลขที่ 164 หมู่ 2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
11. นายศิริพงษ์ ประทุมวงศ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
 เลขบัตรประชาชน 3340100135104
 ที่อยู่ บ้านเลขที่ 41 หมู่ 2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
12. นางสาวสุพรรณ พละศักดิ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
 เลขบัตรประชาชน 3340100135082

- ที่อยู่ บ้านเลขที่ 42 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
13. นางสมัยพร พันธุ์ลี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 33401008722613
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 186 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
14. นางวันดี สะอาด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3349900394218
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 412/1 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
15. นางนาถอนงค์ กะสิพรรณ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 1349900361747
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 545 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
16. นางฤทัย กะสิพรรณ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 5340100043494
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 254 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
17. นางจันทิมา แก้ววงศา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 1349900203637
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 255 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
18. นางคำใหม่ สายสมุทร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3340100516434
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 416 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
19. นางจินตนาภรณ์ แก่นพันธุ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3340100526201
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 931 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
20. นางสมร จันทร์ภูงา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3340100132814
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 615 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
21. นางก่องแก้ว บำรุงผล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3340100871617
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 289 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
22. นายณัฐวุฒิ มีโชค อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 1349900463639
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 778 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
23. นางหนูเพียร โชคลาภ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3340100132482
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 7 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
24. นางสาวลิ้น จามเลื่อน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 4340700010653
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 166 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
25. นางสมศรี กันหา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3331000432833
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 801 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี

26. นายอังกร อ้วนล้ำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3340100148923
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 255 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
27. นายสุวรรณ เพิ่มพูน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3340100135937
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 399 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
28. นางสาวพร พลศักดิ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3340100135163
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 42 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
29. นางวันเพ็ญ หอมหวล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3570200470442
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 42 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
30. นางสาวหอม พรพรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3340100133284
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 16 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
31. นางศศิธร บุญเกิน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3341400398021
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 559 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
32. นางลัดดา วิเศษสิงห์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3340100516809
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 952 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
33. นางเพ็ญแข เพิ่มพูล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3340100128469
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 399 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
34. นางสาวพร โสภามี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3340100138715
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 82/1 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
35. นางสาวพร ธนะวัช อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 5340100026425
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 26 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
36. นางสาวแคทลียา จารุภาส อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 2340100021658
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 20 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
37. นางสาวปรารถนา พะวิพัฒน์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 1340100115093
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 19 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
38. นางสาวทิพย์ธารา ตระการจันทร์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 1340100086450
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 26 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี

39. นางรัตนาพร ธรรมชอบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3470300275243
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 9/3 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
40. นางนิภา วัดกึ่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3340100139665
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 93/1 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
41. นางกัลยา แพ่งทรัพย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 5340190029046
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 93/2 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
42. นางดวงจันทร์ นามกันหา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3410300129603
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 42/2 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
43. นายวิเชียร สถานสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3340100045377
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 2/1 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
44. นางสาวนภาพ พรหมน้ำภพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3460700515942
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 211 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
45. นางสาวรินทร์นา งามวัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3340101203936
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 848 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
46. นางสาวนารี สุทธิสุวรรณ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3340100148354
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 245 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
47. นายครรชิต โชคลาภ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3340100134540
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 171 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
48. นางสาวาล สุทธิสุวรรณ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3340100876732
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 424 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
49. นางรุ่งฟ้า ศิริวัลย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 1349900365947
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 281/1 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
50. นางสาวผกาพรรณ สุขประเสริฐ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 1349900365767
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 16 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
51. นางสาวนิต กลางแก้ว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าบ่อ หมู่ 2
เลขบัตรประชาชน 3770600124388
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 113 หมู่2 บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี