

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดลำพูนในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดลำพูน จำนวน 368 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดลำพูน

ตอนที่ 2 การปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดลำพูน
ที่ทำตามคำแนะนำเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ตอนที่ 3 การปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดลำพูน
ที่ทำเองในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ตอนที่ 4 ข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านจังหวัดลำพูน

ตอนที่ 5 ข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสาแยกตามลักษณะทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	125	34
	หญิง	243	66
	รวม	368	100
อายุ			
	ต่ำกว่า 20 ปี	3	0.82
	20 - 29 ปี .	16	4.35
	30 - 39 ปี	115	31.25
	40 - 49 ปี	156	42.39
	50 - 59 ปี	71	19.29
	60 ปี ขึ้นไป	7	1.90
	รวม	368	100
สถานภาพสมรส			
	โสด	38	10.33
	คู่	295	80.16
	หม้าย, หย่า	35	9.51
	รวม	368	100
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียน	1	0.27
	ประถมศึกษาตอนต้น	179	48.64
	ประถมศึกษาตอนปลาย	79	21.47
	มัธยมศึกษาตอนต้น	67	18.21
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	27	7.34
	จบวิชาชีพเฉพาะ	13	3.53
	ปริญญาตรีขึ้นไป	2	0.54
	อื่น ๆ ระบุ		
	รวม	368	100

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ			
	รับจ้าง	195	52.99
	ค้าขาย	61	16.58
	เกษตรกรรม	111	30.16
	อื่น ๆ ระบุ	1	0.27
	รวม	368	100
รายได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (บาทต่อเดือน)			
	0 - 1,000	4	1.09
	1,001 - 2,000	124	33.69
	2,001 - 3,000	115	31.25
	3,001 - 4,000	41	11.14
	4,001 - 5,000	44	11.96
	มากกว่า 5,000	40	10.87
	รวม	368	100
รายได้ของครอบครัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (บาทต่อเดือน)			
	0 - 2,000	41	11.14
	2,001 - 4,000	121	32.88
	4,001 - 6,000	110	29.89
	6,001 - 8,000	31	8.43
	8,001 - 10,000	37	10.05
	10,001 - 12,000	10	2.72
	12,001 - 14,000	1	0.27
	มากกว่า 14,000	17	4.62
	รวม	368	100

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ปี)		
1 - 5	159	43.21
6 - 10	97	26.36
11 - 15	68	18.48
16 - 20	25	6.79
มากกว่า 20 ปี	19	5.16
รวม	368	100

จากตาราง 2 พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดลำพูนทั้งหมด 368 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิงร้อยละ 66 อายุระหว่าง 40-49 ปี มากที่สุด ร้อยละ 42.39 ส่วนใหญ่ สถานะภาพสมรส คู่ ร้อยละ 80.20 ระดับการศึกษาประถมต้นมากที่สุด ร้อยละ 48.64 อาชีพ รับจ้างร้อยละ 53.00 มีรายได้เฉลี่ยของตนเองอยู่ระหว่าง 1,001-2,000 บาท มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 33.69 รองลงมา 2,001-3,000 บาท ร้อยละ 31.25 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระหว่าง 2,001-4,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 32.88 รองลงมา 4,001-6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 29.89 ระยะเวลาของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดลำพูนอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด

**ตอนที่ 2 การปฏิบัติบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดลำพูนที่ทำตาม
คำแนะนำเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน**

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประเมินค่าเฉลี่ยของประชากรที่ระดับความเชื่อมั่น
95% ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อเรียงตามกิจกรรมการปฏิบัติบทบาทอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริม
สุขภาพในชุมชน

กิจกรรม	คะแนน เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ประมาณค่าเฉลี่ย ประชากรที่ระดับ ความเชื่อมั่น 95%	ระดับการ ปฏิบัติงาน
1. การให้ข้อมูลข่าวสาร				
1.1 การสำรวจข้อมูลพื้นฐาน ในหมู่บ้านที่ตนเอง รับผิดชอบ	2.897	0.336	2.860-2.934	สูง
1.2 การนำเสนอข้อมูลที่เป็น ปัญหาสาธารณสุขใน หมู่บ้านของตนเองและ วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับคณะกรรมการ หมู่บ้านและเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	2.546	0.663	2.478-2.614	สูง
2. การบริการสาธารณสุข พื้นฐานที่จำเป็น				
2.1 การชั่งน้ำหนักเด็กอายุ 0-5 ปี ในหมู่บ้านที่ตนเอง รับผิดชอบ	2.720	0.596	2.659-2.781	สูง
2.2 การจำหน่ายเกลือ ไอโอดีนเพื่อป้องกัน การเกิดโรคคอพอก	1.829	0.871	1.740-1.918	ปานกลาง

ตาราง 3 (ต่อ)

กิจกรรม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ประมาณค่าเฉลี่ยประชากรที่ระดับความเชื่อมั่น 95%	ระดับการปฏิบัติงาน
2.3 การติดตามหญิงมีครรภ์ในหมู่บ้านให้ไปฝากครรภ์ครบตามกำหนด	1.351	1.017	1.246-1.488	ปานกลาง
2.4 การติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตรวจสุขภาพตามกำหนด	2.587	0.737	2.511-2.663	สูง
2.5 การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในหมู่บ้าน	1.853	0.954	1.756-1.951	ปานกลาง
2.6 การติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนป้องกันโรคตามกำหนด	2.617	0.744	2.540-2.693	สูง
2.7 การกำกับดูแลเฉพาะพันธุ์ยุงลายเพื่อควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน	2.897	0.339	2.862-2.931	สูง
2.8 การสำรวจสุนัขและช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฉีดวัคซีนสุนัขและกำจัดสุนัขเถื่อนช่วงฤดูร้อน	1.715	1.196	1.592-1.837	ปานกลาง
2.9 การเก็บอุจจาระส่งตรวจหาพยาธิเพื่อควบคุมโรคพยาธิต่าง ๆ ในหมู่บ้าน	0.780	0.856	0.692-0.868	ต่ำ

ตาราง 3 (ต่อ)

กิจกรรม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ประมาณค่าเฉลี่ยประชากรที่ระดับความเชื่อมั่น 95%	ระดับการปฏิบัติงาน
2.10 การเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรคในหมู่บ้าน	0.965	1.078	0.854-1.075	ปานกลาง
2.11 การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์พาหะนำโรค (แมลงวัน หนู) ในช่วงฤดูหนาวและฤดูร้อน	1.601	1.244	1.473-1.728	ปานกลาง
2.12 สถิติการเติมคลอรีนในน้ำบริโภคในช่วงฤดูแล้ง	0.620	0.846	0.533-0.706	ต่ำ
2.13 รักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ	1.842	0.628	1.778-1.907	ปานกลาง
2.14 การปฐมพยาบาลผู้ป่วยก่อนส่งต่อ	2.016	1.009	1.913-2.120	สูง
2.15 จัดหาและจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน	1.908	0.769	1.829-1.986	ปานกลาง
2.16 แนะนำการใช้สมุนไพร	1.813	0.735	1.737-1.888	ปานกลาง
2.17 จัดนิทรรศการสถิติการแปรงฟัน	0.622	0.833	0.537-0.708	ต่ำ
2.18 จัดหาและจำหน่ายยาสีฟัน แปรงสีฟัน	0.538	0.791	0.457-0.619	ต่ำ
2.19 จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย	0.669	0.873	0.579-0.758	ต่ำ

ตาราง 3 (ต่อ)

กิจกรรม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ประมาณค่าเฉลี่ยประชากรที่ระดับความเชื่อมั่น 95%	ระดับการปฏิบัติงาน
2.20 สํารวจและวัดความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	1.984	0.586	1.924-2.044	สูง
2.21 สํารวจหาน้ำตาลในปัสสาวะในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	1.742	0.720	1.668-1.816	ปานกลาง
2.22 ป้องกันอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุชุมชน	1.660	1.050	1.553-1.768	ปานกลาง
2.23 นํ้าบาดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ	0.663	0.861	0.575-0.751	ต่ำ
2.24 เฝ้ารวังการจำหน่ายยาชุดในร้านค้าในหมู่บ้าน	0.682	0.857	0.594-0.790	ต่ำ
2.25 การป้องกันแหล่งเผยแพร่โรคเอดส์ในชุมชนเพื่อคุ้มครองประชาชนจากการติดเชื้อเอดส์	2.894	0.357	2.857-2.931	สูง
2.26 ตรวจคุณภาพแหล่งน้ำบริโภคของชุมชน	0.576	0.854	0.489-0.664	ต่ำ
2.27 เติมคลองร่นในแหล่งน้ำที่มีปัญหาด้านแบคทีเรีย	0.535	0.825	0.451-0.620	ต่ำ

ตาราง 3 (ต่อ)

กิจกรรม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ประมาณค่าเฉลี่ยประชากรที่ระดับความเชื่อมั่น 95%	ระดับการปฏิบัติงาน
3. การถ่ายทอดความรู้ตามกิจกรรมการบริการสาธารณสุขพื้นฐานและปัญหาชุมชน				
3.1 การถ่ายทอดความรู้รายบุคคล	1.859	0.597	1.798-1.920	ปานกลาง
3.2 การถ่ายทอดความรู้รายกลุ่ม	1.761	0.675	1.692-1.830	ปานกลาง
3.3 การถ่ายทอดความรู้โดยผ่านหอกระจายข่าวสารหมู่บ้าน	1.813	0.925	1.718-1.907	ปานกลาง
3.4 การถ่ายทอดความรู้โดยผ่านการจัดนิทรรศการ การสาธิต	0.864	0.915	0.770-0.958	ต่ำ
3.5 การจัดรณรงค์กิจกรรมต่าง ๆ ตามปัญหาที่พบ	0.796	0.907	0.703-0.889	ต่ำ

จากตาราง 3 พบว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดลำพูน ที่ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน มีการปฏิบัติบทบาทที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเพื่อควบคุมโรคไข้เลือดออก การสำรวจข้อมูลพื้นฐานในหมู่บ้านที่ตนเองรับผิดชอบ และการป้องกันแหล่งเผยแพร่โรคเอดส์ในชุมชน เพื่อคุ้มครองประชาชนจากการติดเชื้อเอดส์ มีคะแนนเฉลี่ย 2.897 2.897 และ 2.894 ตามลำดับ ประมาณค่าเฉลี่ยประชากรที่ระดับความเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 2.860-2.934 และ 2.857-2.931 ตามลำดับ มีการปฏิบัติบทบาทที่อยู่ในระดับต่ำสุดได้แก่ การเติมคลอรีนในแหล่งน้ำที่มีปัญหาด้านแบคทีเรีย จัดหาและจำหน่ายยาสีฟัน แปรงสีฟัน และตรวจคุณภาพแหล่งน้ำบริโภคของชุมชน มีค่าเฉลี่ย 0.535 0.538 และ 0.576 ตามลำดับ ประมาณค่าเฉลี่ยประชากรที่ระดับความเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 0.451-0.620 0.457-0.619 และ 0.489-0.664 ตามลำดับ

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการปฏิบัติบทบาทที่ทำตาม
คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	31	8.4
ปานกลาง	308	83.7
ต่ำ	29	7.9
รวม	368	100

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.7 มีการปฏิบัติบทบาทที่ทำตาม
คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 8.4 มีการปฏิบัติ
อยู่ในระดับสูง และร้อยละ 7.9 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกิจกรรมบทบาทที่ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
จำแนกตามระดับการปฏิบัติ

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	9	26.5
ปานกลาง	14	41.2
ต่ำ	11	32.3
รวม	34	100

จากตาราง 5 พบว่า กิจกรรมบทบาทที่ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนใหญ่
ร้อยละ 41.2 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 32.3 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ
และร้อยละ 26.5 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ

ตอนที่ 3 การปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดลำพูน
 ที่ทำเองในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประเมินค่าเฉลี่ยของประชากรที่ระดับความเชื่อมั่น
 95% และระดับการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายกิจกรรมการปฏิบัติบทบาท
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำเองในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

กิจกรรม	คะแนน เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ประมาณค่าเฉลี่ย ประชากรที่ระดับ ความเชื่อมั่น 95%	ระดับการ ปฏิบัติงาน
1. การมีส่วนร่วมในการ รับผิดชอบดำเนินกิจกรรม การพัฒนาชุมชนร่วมกับ ผู้นำที่จัดตั้งโดยราชการ (เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มที่ ประชาชนตั้งเอง กลุ่มอาชีพ ต่าง ๆ หมอพื้นบ้าน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเกษตรกร	2.546	0.667	2.478-2.615	สูง
2. การมีส่วนร่วมในการจัดตั้ง กลุ่ม/องค์กรในชุมชนที่ ดำเนินกิจกรรมการพัฒนา ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน ผู้นำชุมชนและ ประชาชนในชุมชน	1.986	1.040	1.880-2.093	สูง

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ประมาณค่าเฉลี่ยประชากรที่ระดับความเชื่อมั่น 95%	ระดับการปฏิบัติงาน
3. การมีส่วนร่วมในการดำเนิน การแก้ปัญหาของชุมชนและ พัฒนาต่อเนื่องให้ประชาชน ในชุมชนมีชีวิตความเป็นอยู่ ดีขึ้น และสามารถเป็น แบบอย่างแก่ชุมชนอื่นได้	1.984	0.812	1.901-2.067	สูง
4. การมีส่วนร่วมเป็นแกนนำ ประสานงานอย่างสม่ำเสมอ และดำเนินการร่วมกันอย่าง ต่อเนื่องในการพัฒนา ระหว่างกลุ่มคน/องค์กรใน หมู่บ้าน	1.995	1.085	1.883-2.106	สูง
5. การมีส่วนร่วมพัฒนา เครือข่ายของกลุ่มคน องค์กรในหมู่บ้านกับ หน่วยงานอื่นนอกหมู่บ้าน ทั้งหน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นด้วย	1.894	1.162	1.775-2.013	สูง
6. การมีส่วนร่วมในการระดม ทุนในหมู่บ้านไว้ใช้สำหรับ การแก้ปัญหาสาธารณสุข โดยการจัดตั้งเป็นกองทุน	1.845	1.093	1.733-1.957	ปานกลาง

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ประมาณค่าเฉลี่ยประชากรที่ระดับความเชื่อมั่น 95%	ระดับการปฏิบัติงาน
7. การมีส่วนร่วมขอสนับสนุน ทุนที่ใช้ในการพัฒนา สาธารณสุขจากองค์กรอื่น ภายนอกหมู่บ้าน	1.802	1.149	1.684-1.919	ปานกลาง
8. การมีส่วนร่วมการบริหาร จัดการกองทุนในหมู่บ้าน ให้มีการหมุนเวียนและ งอกเงยของทุน (มีทุนเพิ่ม มากขึ้น)	1.823	1.212	1.699-1.948	ปานกลาง
9. การมีส่วนร่วมการนำเอา ผลประโยชน์จากกองทุน พัฒนาไปใช้ในการพัฒนา ด้านสาธารณสุข				
10. การมีส่วนร่วมการสำรวจ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูล ที่บ่งบอกถึงปัญหา สาธารณสุขของหมู่บ้าน และพื้นที่ใกล้เคียงเพื่อใช้ ในการพัฒนา	2.005	1.117	1.891-2.120	สูง
11. การมีส่วนร่วมการจัดทำ แผนงาน/โครงการกิจกรรม เพื่อแก้ปัญหาของหมู่บ้านที่ ได้จากการระดมความคิด จากประชาชนในหมู่บ้าน	1.880	1.135	1.764-1.997	ปานกลาง

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ประมาณค่าเฉลี่ยประชากรที่ระดับความเชื่อมั่น 95%	ระดับการปฏิบัติงาน
12. การมีส่วนร่วมในการดำเนิน การจัดกิจกรรมตาม แผนงาน/โครงการที่กำหนด ไว้และติดตามประเมินผล กิจกรรมนั้น	1.845	1.151	1.727-1.963	ปานกลาง
13. การมีส่วนร่วมการนำเอา ทรัพยากรของชุมชน ได้แก่ วัตถุดิบ ภูมิปัญญาและ ธรรมชาติท้องถิ่นมาใช้ ประโยชน์ต่อส่วนรวมอย่าง มีคุณค่าและการจัดการให้ เกิดมีการทดแทนของ ทรัพยากรที่ใช้ไป	1.723	1.150	1.605-1.841	ปานกลาง
14. การมีส่วนร่วมการจัดสรร ผลประโยชน์ของชุมชนให้ เกิดประโยชน์ทั่วถึง รวมทั้ง กลุ่มผู้ด้อยโอกาสด้วย	1.813	1.120	1.698-1.927	ปานกลาง
15. การมีส่วนร่วมในการจัดหา แหล่งเผยแพร่ความรู้ใน ชุมชนและใช้ประโยชน์ใน การถ่ายทอดความรู้แก่กลุ่ม เป้าหมายต่าง ๆ ในชุมชน	1.872	1.126	1.757-1.988	ปานกลาง

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ประมาณค่าเฉลี่ยประชากรที่ระดับความเชื่อมั่น 95%	ระดับการปฏิบัติงาน
16. การมีส่วนร่วมการถ่ายทอดความรู้ในชุมชน โดยการจัดกลุ่มพูดคุยกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ จัดกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกัน	1.834	1.099	1.722-1.947	ปานกลาง
17. การมีส่วนร่วมการแนะนำให้กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้ ให้มีการถ่ายทอดความรู้ไปสู่บุคคลอื่นต่อไปทั้งภายในและภายนอกชุมชน	1.815	1.102	1.702-1.928	ปานกลาง
18. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาต่าง ๆ กับกลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐ ผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชนกลุ่มอื่น และประชาชนในหมู่บ้าน	2.535	0.576	2.476-2.594	สูง
19. การมีส่วนร่วมในการพิจารณาคัดเลือกการดำเนินกิจกรรมที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุด	1.891	1.109	1.778-2.005	ปานกลาง

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ประมาณค่าเฉลี่ยประชากรที่ระดับความเชื่อมั่น 95%	ระดับการปฏิบัติงาน
20. การมีส่วนร่วมในการได้ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบและร่วม ประเมินตรวจสอบ การดำเนินงานกิจกรรม การพัฒนากับประชาชน ในหมู่บ้าน	1.981	0.938	1.885-2.077	สูง

จากตาราง 6 พบว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดลำพูน ที่ทำเองในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการ รับผิดชอบการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาร่วมกับผู้นำที่จัดตั้งโดยส่วนราชการ ผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มที่ ประชาชนตัวเอง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาต่าง ๆ กับกลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐ ผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชนอื่น และประชาชนในหมู่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ย 2.546 และ 2.535 ตามลำดับ ประมาณค่าเฉลี่ยประชากรที่ระดับความเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 2.478-2.615 และ 2.476-2.594 ตามลำดับ

ตาราง 7 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการปฏิบัติบทบาทที่ทำเอง

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	165	44.8
ปานกลาง	190	51.7
ต่ำ	13	3.5
รวม	368	100

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 51.7 มีการปฏิบัติบทบาทที่ทำเอง อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 44.8 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 3.5 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ

ตาราง 8 จำนวน ร้อยละของกิจกรรมบทบาทที่ทำเอง จำแนกตามระดับการปฏิบัติ

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	8	40
ปานกลาง	12	60
ต่ำ	-	-
รวม	20	100

จากตารางที่ 8 พบว่า กิจกรรมบทบาทที่ทำเองส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 40 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง

ตาราง 9 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการปฏิบัติบทบาทที่ทำตาม
คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบทบาทที่ตนเอง

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	70	19.0
ปานกลาง	280	76.1
ต่ำ	18	4.9
รวม	368	100

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.1 มีการปฏิบัติบทบาทที่ทำตาม
คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบทบาทที่ตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ
19 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 4.9 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ

ตาราง 10 จำนวน ร้อยละของกิจกรรมบทบาทที่ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
และบทบาทที่ตนเอง จำแนกตามระดับการปฏิบัติ

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	17	31.5
ปานกลาง	26	48.1
ต่ำ	11	20.4
รวม	54	100

จากตารางที่ 10 พบว่า กิจกรรมบทบาทที่ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
และบทบาทที่ตนเอง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.1 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ
31.5 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 20.4 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ

ตอนที่ 4 ข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดลำพูน

ผู้วิจัยได้ทำการสนทนากับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดลำพูนนอกเหนือจากการสัมภาษณ์การปฏิบัติบทบาทที่ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ ในด้านการคัดเลือกและการดำรงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า การคัดเลือกประชาชนในหมู่บ้านเข้ามาเป็น อสม. จะมีความแตกต่างกันและมีลักษณะ 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 รูปแบบการคัดเลือกร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ผู้นำหมู่บ้าน (ผู้ใหญ่บ้าน) และกลุ่ม อสม. คุณสมบัติของผู้ที่เป็น อสม. มักจะเป็นที่เห็นด้วยร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและ อสม. ว่าคุณสมบัติของผู้ที่จะมาเป็น อสม. คือเป็นผู้ที่ชาวบ้านยอมรับ มีความเสียสละ มีใจรัก เป็นคนดี อยากช่วยเหลือชาวบ้านในหมู่บ้านของตนเอง ขั้นตอนการรับสมัครมีหลายลักษณะคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลประกาศรับสมัคร และผู้ที่ต้องการเป็น อสม. ไปสมัครกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยตรง หรือ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลจะเป็นผู้คัดเลือกร่วมกัน หรือ อสม. ร่วมกับการรวมหมู่บ้านรับสมัครและคัดเลือกบุคคลที่เหมาะสม จากนั้นก็ส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและผู้ใหญ่บ้านตัดสินใจสุดท้ายอีกครั้งหนึ่ง แม้ว่าวิธีการรับสมัครและการคัดเลือกจะมีหลายลักษณะ แต่ผู้ที่ร่วมตัดสินใจหรือตัดสินใจในขั้นสุดท้ายมักจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลร่วมด้วย อสม. ในบางคนสะท้อนว่า “หากใครอยากจะเป็น อสม. เขาไปสมัครกับหมอไม่ใช่มัคกับ อสม. เราไม่มีสิทธิ์อะไรเลย อำนาจอยู่ที่หมอหมด หมอจะให้ใครเป็น หมอจะให้ใครออกอยู่ที่อำนาจหมอ หมอเป็นคนให้บัตร ต่อบัตร เราไม่ได้แต่งตั้งเขาได้” อย่างไรก็ตาม อสม.ส่วนใหญ่ก็เห็นว่า อสม. ที่ได้รับการคัดเลือกส่วนใหญ่เป็นคนดีมีเพียงบางคนที่ต้องการได้ผลประโยชน์ไม่จริงใจ อยากเป็น อสม. เพราะต้องการบัตรสุขภาพ แต่ไม่ช่วยทำงาน สำหรับการคัดเลือกในรูปแบบที่ 2 คัดเลือกโดยกลุ่ม อสม. ประธานกลุ่ม อสม. ในหมู่บ้านจะสอบถามและเปิดรับสมัครบุคคลที่ต้องการเป็น อสม. หลังจากนั้นกลุ่ม อสม. ในหมู่บ้านจะเป็นผู้คัดเลือกและแจ้งผลให้ผู้ใหญ่บ้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและชาวบ้านทราบต่อไป

ส่วนการดำรงบทบาทเป็น อสม. ไม่มีกำหนดเวลาที่แน่นอน บางหมู่บ้านกำหนดให้อยู่ในตำแหน่งวาระ 2 ปี หาก อสม. ผู้ใดทำงานได้ไม่เต็มที่จะมีการตักเตือน แต่ถ้าไม่มีการปรับปรุงให้ดีขึ้น จะให้ออกและคัดเลือกใหม่ อย่างไรก็ตามการให้ออกจากการเป็น อสม. ก็มีหลายรูปแบบเช่นกัน คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลเป็นผู้ให้ออก กลุ่ม อสม. เป็นผู้ให้ออก หรือบางหมู่บ้าน

ไม่มีการจัดการกับ อสม. ที่ไม่ทำงาน ยังคงมีชื่อเป็น อสม. แต่มิได้ร่วมกิจกรรมสาธารณสุขในหมู่บ้านแต่อย่างใด

ในกระบวนการคัดเลือกและการคัดออกจากการเป็น อสม. นั้น อสม.บางคนเสนอความเห็นไว้ในอนาคต อสม. ควรมีการกำหนดวาระที่แน่นอน ประมาณ 1-2 ปี การคัดเลือกควรให้กลุ่ม อสม. มีสิทธิในการคัดเลือกหรืออาจร่วมกับ อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล อย่างไรก็ตามการคัดเลือกอาจจะมีปัญหาความลำเอียงหรือการเลือกเอาพี่น้อง/ญาติของตนเองเข้ามาเป็น อสม. และยังเสนอว่าควรให้อสม. มีการดูแลกันเอง การตักเตือนและการให้ออกจากการเป็น อสม.

ส่วนการพัฒนาศักยภาพของ อสม. นั้น การพัฒนาความรู้และความสามารถด้านงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล วิธีการสำคัญคือการอบรม การอบรมอสม. ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล การอบรม อสม. ใหม่ และการฟื้นฟูความรู้ อสม. เก่า ส่วนใหญ่จัดพร้อมกันโดยมิได้จำแนกกลุ่ม ส่วนมากจะจัดขึ้นปีละ 2-3 ครั้ง ๆ ละ 1 วัน จากการสนทนพบว่า มี อสม.บางคนให้ความเห็นว่า อสม. รุ่นเก่ามีความรู้ความสามารถและความมั่นใจในการทำงานมากกว่า อสม. รุ่นใหม่ เพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลให้ความสนใจ มีการอบรม 3-5 วัน สำหรับ อสม. รุ่นใหม่มีการอบรมน้อยและขาดทักษะในการทำงาน อย่างไรก็ตามภายในกลุ่ม อสม. มีการช่วยเหลือและแนะนำในการทำงานร่วมกัน ในการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถของอสม.นั้น อสม.มีความเห็นว่าอสม.ควรได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่องและมีการอบรม อสม. ใหม่เป็นเฉพาะ สำหรับการอบรมฟื้นฟูความรู้ อสม. เก่านั้น ควรมีจำนวน 4 ครั้ง/ปี ควรมีคู่มือการทำงาน อสม. และมีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนพนักงานและฝึกทักษะที่สถานีอนามัยด้วย

สำหรับการยอมรับของประชาชนต่อบทบาทของ อสม.นั้น อสม.ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าชาวบ้านในหมู่บ้านรู้จัก อสม. และยอมรับบทบาทของ อสม. ค่อนข้างดีหรือดีขึ้นกว่าเดิมเนื่องจากชาวบ้านเห็นถึงผลงานของ อสม. อสม.ทำงานจริงจังเป็นเวลานานหลายปี ช่วยเหลือชาวบ้านอย่างแท้จริง ที่สำคัญคือ อสม. เป็นกลไกที่ทำให้การดูแลสุขภาพของชาวบ้านทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตัวอย่างเช่น กรณีที่มีโรคระบาดหรือการกระจายข่าวด้านสุขภาพเพื่อให้ประชาชนช่วยกันป้องกันโรค อสม. จะเป็นส่วนเชื่อมต่อระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ประชาชนได้ดีและใกล้ชิดขึ้น นอกจากนี้ อสม. ได้บอกเล่าอีกว่าจากการทำงานสาธารณสุขในหมู่บ้านมานานหลายปีทำให้ อสม. มีความมั่นใจในการทำงานสาธารณสุขมากขึ้น ขณะนี้ชาวบ้านตื่นตัวต่อปัญหาโรคภัยไข้เจ็บและให้ความร่วมมือในการรณรงค์และป้องกันโรคมากขึ้น เช่น การรณรงค์ใช้เลือดออก เป็นต้น

ส่วนประโยชน์ของการปฏิบัติบทบาทที่ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้น อสม.ส่วนมากเห็นว่ามีผลดีต่อการพัฒนาหมู่บ้านและชาวบ้าน คือ สามารถดูแลสุขภาพเมื่อชาวบ้านเจ็บป่วย ทำให้ชาวบ้านได้รับการดูแลขั้นต้น มียาที่ปลอดภัยไว้ใช้และทำให้ชาวบ้านมียาที่ปลอดภัยไว้ใช้ยามเจ็บป่วย มีเครื่องมือตรวจสุขภาพไว้ดูแลสุขภาพชาวบ้าน เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต อุปกรณ์ตรวจเบาหวาน เป็นต้น ซึ่ง ถ้าการปฏิบัติงานของ อสม. ดี อสม. มีความกระตือรือร้น มีจุดพร้อมที่แน่นอน มีเครื่องมือทำให้ อสม. ทำงานได้ชัดเจน จะส่งผลให้ประชาชนยอมรับความสามารถของ อสม. มากขึ้น

ส่วนปัญหาอุปสรรคนั้น อสม. สะท้อนถึงปัญหา 2 ด้าน คือ ปัญหาของระบบการสนับสนุนและการซื้อยาสามัญประจำบ้าน เวลาเดินทางไปซื้อยาสามัญประจำบ้านบางครั้งยาที่ต้องการไม่มี ยาแพง ไม่มีคุณภาพและยาบางชนิดขายไม่ได้และปัญหาของการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ บางครั้งล่าช้า ขาด และไม่มีที่ซ่อม อย่างไรก็ตาม อสม. ได้สะท้อนปัญหาเกี่ยวกับการจัดตั้งกองทุนที่จัดตั้งและล้มเลิกทำให้ชาวบ้านไม่เชื่อถือในการทำงาน และบางแห่งมีปัญหาด้านความซื่อสัตย์สุจริตในการใช้เงินกองทุนด้วย

สำหรับในความเห็นต่ออนาคตนั้น อสม. ยังคงต้องการให้ดำเนินการตามบทบาทนี้ต่อไป เนื่องจากเห็นว่ามีประโยชน์ต่อชาวบ้านในด้านสุขภาพอนามัย และมีประโยชน์ต่อ อสม. ในด้านสร้างความยอมรับและมั่นใจให้กับ อสม. ในการทำงานสาธารณสุขในหมู่บ้าน

นอกจากนี้ยังพบว่านอกจากการรวมตัวเป็นกลุ่ม อสม. ภายในหมู่บ้านเพื่อร่วมกันปฏิบัติงานสาธารณสุขภายในหมู่บ้านของตนเองแล้ว อสม. ยังมีการรวมตัวเป็นชมรม อสม. อีกด้วย อสม. จะมีการรวมตัวเป็นชมรม อสม. ระดับจังหวัด ชมรม อสม. ระดับอำเภอ และชมรม อสม. ระดับตำบล โดยการสมัครเป็นสมาชิกขึ้นกับความสมัครใจของ อสม. นอกจากนี้บุคคลภายนอกก็สามารถสมัครเป็นสมาชิกของชมรมได้เช่นกัน มีการเสียค่าสมาชิกในช่วงแรกเข้า ค่าสมาชิกมีความแตกต่างกันประมาณ 100-200 บาท กิจกรรมของชมรมระดับจังหวัด/อำเภอที่สำคัญคือ 1) การประชุม ชมรมระดับจังหวัดมีการประชุมเดือนละ 1 ครั้ง จากนั้นจึงนำผลประชุมมาถ่ายทอดให้ชมรมระดับอำเภอ 2) การประชุมและร่วมกิจกรรมในวัน อสม. แห่งชาติ อสม. เกือบทุกคนมาร่วมกิจกรรมนี้ โดยมาประชุมที่อำเภอปีละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 วัน และมีกิจกรรมการแข่งขันกีฬาหรือการรณรงค์ด้านสาธารณสุขร่วมกัน ทั้งนี้โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัยเป็นผู้นัดหมาย 3) ฅาปนกิจสงเคราะห์และการช่วยเหลือยามเจ็บป่วย หากมี อสม. ที่เป็นสมาชิกเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตก็จะกำหนดเงินช่วยเหลือให้กับ อสม. โดยมีอัตราที่แตกต่างกันแต่ละชมรม สำหรับระดับตำบลนั้นไม่มีการรวมตัวลักษณะชมรม แต่กลุ่ม อสม. ในแต่ละตำบลจะมีประธาน

หรือผู้แทนกลุ่ม อสม. ของตำบลไปร่วมประชุมกับชมรมระดับอำเภอ โดยเป็นการร่วมประชุมและนำข้อมูลที่ได้จากการประชุมมาชี้แจงสมาชิกชมรม และแจ้งข่าวสารเกี่ยวกับวันที่ 20 มีนาคม อันเป็นวัน อสม.แห่งชาติ

สำหรับปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการทำงานของชมรม อสม. นั้น อสม. สะท้อนว่าการเก็บค่าสมาชิกชมรม อสม. ใบเสร็จระบุเพียงได้รับจากใคร ทำให้สมาชิกชมรมไม่มีความไว้วางใจในการจัดการด้านเงินของชมรม และชมรมควรมีกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาหมู่บ้านและประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกชมรมเข้าใจถึงการทำงานของชมรม นอกจากนี้ อสม. ยังเสนอแนะต่อการบริหารของชมรมว่าควรให้ผู้บริหาร/ตัวแทนของชมรมมีบทบาทและสามารถเสนอข้อคิดเห็นได้ และควรมีค่าตอบแทนสำหรับกรรมการชมรมด้วย

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่ม อสม. และกลุ่ม/องค์กรชุมชน มีความร่วมมือกันระหว่างกลุ่มคือภายในตำบลจะมีกลุ่ม/องค์กรชุมชนทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน เป็นต้น การทำงานในหมู่บ้านจะมีการปรึกษาหารือโดยผ่านการประชุมในทุกเดือน โดย อบต. และกรรมการหมู่บ้านมีการประชุมทุกเดือน หลังจากนั้นผู้ใหญ่บ้านก็จะนำผลการประชุมมาถ่ายทอดและประชุมร่วมกับลูกบ้านและกลุ่มต่าง ๆ ในหมู่บ้าน ต่อจากนั้นกลุ่ม อสม./กลุ่มต่าง ๆ จะนำปัญหาหรือกิจกรรมที่จะทำงานร่วมกันไปชี้แจงกับชาวบ้านอีกครั้งหนึ่ง การร่วมกิจกรรมในหมู่บ้านของกลุ่ม/องค์กรชุมชนขึ้นกับกิจกรรม ส่วนมากเป็นกิจกรรมที่ร่วมใจและร่วมแรงงานและกลุ่ม/องค์กรในหมู่บ้านหรือตำบลมีการบริหารและแหล่งสนับสนุนงบประมาณที่แตกต่างกันยังไม่มี การนำเงินสนับสนุนมารวมกันและทำกิจกรรมการพัฒนาาร่วมกัน นอกจากนี้พบว่าในหมู่บ้านมีการช่วยเหลือกันระหว่างกลุ่ม เช่น กลุ่ม อสม. ขอยืมเงินกลุ่มแม่บ้านมาทำกิจกรรมในหมู่บ้าน และนำไปใช้คืนภายหลัง เป็นต้น และบางแห่งมีการประสานงานระหว่างกลุ่มชาวบ้านกับโรงเรียนเพื่อทำกิจกรรมรณรงค์ร่วมกัน เช่น การรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก การรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด เป็นต้น และความร่วมมือระหว่างกลุ่ม อสม.และผู้ใหญ่บ้าน/กรรมการหมู่บ้าน พบว่าความร่วมมือระหว่างกลุ่ม อสม. และผู้ใหญ่บ้าน/กรรมการหมู่บ้านมี 2 ลักษณะ คือ ความร่วมมือแบบเป็นทางการ เป็นการประชุมร่วมกันโดยมีผู้แทนของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมประชุมกับกรรมการหมู่บ้านทุกเดือน และความร่วมมือแบบไม่เป็นทางการ คือ มีการปรึกษาหารือร่วมกัน โดยเฉพาะกรณีที่ต้องการทำงานสาธารณสุขภายในหมู่บ้านหรือต้องการทำกิจกรรมรณรงค์ร่วมกันภายในหมู่บ้าน หรือร่วมกับหมู่บ้านอื่น อสม. หรือกลุ่ม อสม. จะปรึกษาและขอความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่บ้านและกรรมการหมู่บ้านทุกครั้ง ซึ่งผู้ใหญ่บ้าน/กรรมการหมู่บ้านก็ยินดีให้ความร่วมมือ

และรวมทั้งการสนับสนุนทรัพยากรเท่าที่เป็นไปได้อีกด้วย มี อสม. บางคนสะท้อนว่าผู้ใหญ่บ้านไม่ช่วยเหลือและสนับสนุนงานของ อสม. เพราะเคยขอการสนับสนุนแล้วไม่ได้รับความร่วมมือสำหรับความร่วมมือระหว่างกลุ่ม อสม. และองค์กรปกครองท้องถิ่น พบว่ากลุ่ม อสม. มีการประสานงานแบบเป็นทางการ คือ การแจ้งและขอการสนับสนุนผ่านการประชุมของ อบต. หลายตำบลได้รับการสนับสนุนในกิจกรรมรณรงค์ใช้เลือดออกจากอบต. อบต. จัดซื้อเครื่องพ่นหมอกควันทรายอะเบต ยาฉีดป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับสุนัขในพื้นที่ เป็นต้น บางแห่งมีการสนับสนุนในกิจกรรมแก้ไขปัญหาดังกล่าว นอกจากนั้นการประสานแบบไม่เป็นทางการคือ การพูดคุยและปรึกษาหารือเป็นการส่วนตัวเนื่องจากคุ้นเคยกันอยู่แล้ว ในบางตำบลมี อสม. ได้รับการยอมรับและเชื่อถือจากประชาชนในหมู่บ้านและได้รับคัดเลือกเป็นสมาชิก อบต. ทำให้มีการประสานงานได้ดีขึ้น กลุ่ม อสม. ส่วนใหญ่ประเมินว่าการยอมรับและความร่วมมือระหว่าง อสม. และอบต. ค่อนข้างดี กลุ่ม อสม. สามารถรวมตัวและขอการสนับสนุนจาก อบต. ได้ อย่างไรก็ตามกลุ่ม อสม. จะสะท้อนความเห็นที่ว่า อบต. ส่วนใหญ่จะสนใจพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ทำถนน ขุดคลอง สะพาน เป็นต้น มากกว่าพัฒนาด้านสาธารณสุข

ตอนที่ 5 ข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผู้วิจัยได้สนทนากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทของ อสม. พบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีแนวโน้มว่าพึงพอใจระดับปานกลางต่อหน้าที่และความรับผิดชอบของ อสม. โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งมีความใกล้ชิดกับ อสม. มากที่สุด จะมีความพึงพอใจระดับต่ำหรือน้อยต่อผลงาน อสม. โดยเหตุผลสำคัญที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไม่ค่อยพึงพอใจต่อผลงาน อสม. (พอใจระดับต่ำหรือน้อย) คือ อสม. มีข้อจำกัดเรื่องความรู้ความสามารถ การทุ่มเทในการทำงาน การไม่ได้รับการยอมรับจากประชาชน และการต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่กลุ่มต่าง ๆ มีแนวคิดในการพัฒนา อสม. แบ่งเป็น 2 แนวทางคือ แนวที่เชื่อว่า อสม. ยังมีศักยภาพและพร้อมที่จะพัฒนาตามแนวทางหรือหลักการการมีส่วนร่วมและแนวที่เชื่อว่าอสม. ไม่พร้อมในการทำงานอย่างเต็มที่เพราะขาดแรงจูงใจในเชิงผลประโยชน์หรือสิ่งตอบแทน ซึ่งหากได้รับการจัดสรรหรือให้สิ่งตอบแทนเพิ่มเติมจะทำให้ อสม. ทุ่มเทกับงานมากยิ่งขึ้น และยังพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในฐานะผู้ทำงานใกล้ชิดกับ อสม. มากที่สุด ได้ประเมินกิจกรรมหรือผลงานที่แสดงการมีส่วนร่วมของ อสม. ไว้ค่อนข้างชัดเจนว่า อสม. ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมค่อนข้างน้อยในกิจกรรมที่แสดงถึงความสามารถในการค้นหาปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา การปฏิบัติการแก้ปัญหา และการติดตามประเมินผล แต่ อสม.

ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานได้ค่อนข้างมากหรือสูงในเรื่องการให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และความร่วมมือและช่วยเหลือตามที่เจ้าหน้าที่ร้องขอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่เห็นว่าควรปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ อสม. ใหม่ เช่น การทำงานใกล้ชิดและร่วมมือกับ อบต. มากยิ่งขึ้น และการให้อสม. ไปเป็นกรรมการ อบต. อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางคนเห็นว่าควรยกเลิก อสม. และโอนบทบาทหน้าที่เดิมของ อสม. ไปให้ อบต. บริหารจัดการ นอกจากนี้ยังพบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีแนวคิดและความเชื่อมั่นต่อการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานว่าสามารถทำได้ และเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน โดยแนวทางที่นำเสนอในการพัฒนานั้นเน้นหนักการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและความสามารถในการพึ่งพาตนเองให้มากขึ้น เช่น การกระจายอำนาจ การใช้กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ รูปแบบการพัฒนาการบริหารจัดการ และการใช้ความหลากหลายรูปแบบการสาธารณสุขมูลฐาน

ท้ายสุดยังพบว่า อสม. ส่วนใหญ่ปฏิบัติบทบาทตามกิจกรรมต่าง ๆ ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำไม่ครบทุกกิจกรรม การปฏิบัติบทบาทในแต่ละกิจกรรมจะขึ้นอยู่กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน เช่น เกิดมีโรคไข้เลือดออกระบาดก็จะร่วมมือกันรณรงค์ป้องกัน เป็นต้น นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความถนัดของตนเอง เช่น อสม. ที่เป็นเพศหญิง ก็จะปฏิบัติกิจกรรมการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในหมู่บ้าน เป็นต้น อสม. ที่เป็นเพศชายก็จะปฏิบัติกิจกรรมการรณรงค์ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในหมู่บ้าน เป็นต้น ส่วนกิจกรรมใดที่เกี่ยวข้องกับตนเองน้อยมักจะปฏิบัติน้อยหรือไม่ปฏิบัติเพราะไม่เห็นความสำคัญของกิจกรรมนั้น ๆ และพบว่า อสม. มักจะไม่มีเวลาปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพราะต้องมีการละทิ้งดูแลครอบครัว อสม. ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและจะออกไปรับจ้างทำงานนอกหมู่บ้านแล้วกลับบ้านตอนเย็น และ อสม. ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้นจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานอะไรจะอยู่ดูแลลูกหลานที่บ้าน และเป็นบุคคลที่ชาวบ้านให้ความนับถือ ส่วน อสม. ที่ไม่ได้เรียนหนังสือนั้นจะเป็นผู้สูงอายุที่ชาวบ้านให้ความไว้วางใจ เคารพนับถือมาก และยังสามารถอ่านหนังสือและเขียนหนังสือได้พอสมควร ส่วนผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปนั้นจะอาศัยอยู่ในหมู่บ้านประกอบอาชีพค้าขาย และชาวบ้านให้ความไว้วางใจในการพัฒนาหมู่บ้านให้มีความร่วมมือกันในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ อันจะทำให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนต่อไปในทุก ๆ ด้าน