

# ประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม.หมอคนที่ 1 ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 7

The Effectiveness of Village Health Volunteers, the 1st doctor work  
in primary health care system, health region 7

ถวิล เลิกชัยภูมิ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 7 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Received : 30 January 2024, Received in revised form : 31 January 2024, Accepted : 14 February 2024

## บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม.หมอคนที่ 1 ในระบบสุขภาพปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 7 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง โดยวิธีการสนทนากลุ่มในเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพปฐมภูมิในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และ อสม. จากจังหวัดเขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดละ 15 คน และวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลตาม CIPP Model และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจาก อสม.หมอคนที่ 1 จำนวน 424 คน โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า (1) ด้านบริบท (Context) มีการพัฒนาอสม.หมอคนที่ 1 โดยใช้หลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และการจัดการปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ (2) ด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input) อสม.มีความพร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (3) ด้านกระบวนการ (Process) การทำงานส่วนใหญ่เป็นการประสานงานระหว่าง อสม.หมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 2 ซึ่งเป็นรูปแบบการดำเนินงานเดิม และ (4) ด้านผลลัพธ์ (Product) อสม.หมอคนที่ 1 เป็นผู้ที่มีส่วนช่วยหมอคนที่ 2 และหมอคนที่ 3 ในการติดตามผู้ป่วย สื่อสารและให้คำปรึกษาผู้ป่วย และส่งต่อข้อมูลในชุมชนเชื่อมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และในส่วนของผลการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาท อสม.หมอคนที่ 1 อยู่ในระดับสูงร้อยละ 59.91 มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับสูง ร้อยละ 57.31 ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวจึงควรมีการเพิ่มศักยภาพ อสม.หมอคนที่ 1 ในการดำเนินงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในด้านองค์ความรู้ ทักษะด้านการสื่อสาร และการประเมินผลการดำเนินงาน

**คำสำคัญ** อสม., ระบบสุขภาพปฐมภูมิ, การรับรู้บทบาท, แรงจูงใจ

## Abstract

This study was evaluative research aimed at studying the effectiveness of Village Health Volunteers (VHV), the first doctors in the primary health care system in Health Region 7. Qualitative data were collected using semi-structured open-ended questions through group discussions among officials responsible for primary health and primary health at the provincial, district, sub-district, and village health volunteers from provinces in Health Region 7—15 people per province. The data were analyzed and synthesized according to the CIPP Model. Quantitative data were collected using a questionnaire from 424 VHVs, the first doctors, and analyzed using frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation.

The results of the qualitative study found: (1) Context: VHVs, the first doctors, were developed using the VHV family doctor curriculum, digital technology use, and managing problems that are consistent with the context of the area. (2) Input: VHVs are ready to learn and develop themselves to be able to work in the

primary health system. (3) Process: Work processes were coordinated between VHVs, the first doctor, and the second doctor, using the same operational model. (4) Product: VHVs, the first doctors, are the ones who help the second doctor and the third doctor with patient follow-up, communication, advising the patients, and forwarding information in the community, connecting with public health officials. The results of the quantitative study found that most VHVs had a high level of awareness of the role of VHVs, the first doctor, at a high level (59.91 percent) and had a high level of motivation to work (57.31 percent). From the results of this study, the potential of VHVs, the first doctor, should be increased in operating in the primary health system, particularly in the fields of knowledge, communication skills, and performance evaluation.

**Keyword:** Village health volunteer (VHV), primary health system, role perception, motivation

## บทนำ

ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานด้วยเสาหลัก 4 ประการ คือ (1) การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัย (2) การใช้เทคโนโลยีที่มีความเหมาะสม เรียบง่าย ไม่ซับซ้อนเหมาะสมกับสภาพของพื้นที่และประชาชน (3) การปรับบริการสาธารณสุขเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพและการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และ (4) ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน โดยการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคคลที่รับความไว้วางใจจากคนในชุมชนและได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 โดย อสม. มีหน้าที่เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรอื่นๆ (กองสุขภาพภาคประชาชน, 2557)

ในปี 2564 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการพัฒนาและยกระดับความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นหมอประจำบ้าน เพื่อเชื่อมต่อกับนโยบาย 3 หมอ ซึ่งประกอบด้วย อสม. หมอประจำบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหมอเวชศาสตร์ครอบครัว ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพระบบการบริการสาธารณสุขในชุมชนผ่านการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลควบคู่ไปกับการเพิ่มบทบาทของ อสม. เพื่อลดโรคและปัญหาสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ และสามารถลดความแออัดของโรงพยาบาล

ลดการพึ่งพาโรงพยาบาล (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564) โดยมีการกำหนดบทบาท คือ (1) หมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คัดกรอง ติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น โดยหมอประจำบ้าน 1 คนดูแลประชาชน 10-20 หลังคาเรือน (2) หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ ทั้ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ รพ.สต. คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุข ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ ประสานงานระหว่างหมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 3 คัดกรองเพื่อระบุนสาเหตุ ยืนยันความผิดปกติและส่งต่อผู้ป่วยโดยหมอสาธารณสุข 2 คนดูแลประชาชน 1,250 – 2,500 คน และ (3) หมอคนที่ 3 หมอครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาลเป็นผู้มอบการรักษา ดูแล ให้คำปรึกษา ประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษ โดยหมอครอบครัว 1 คนดูแลประชาชน 8,000 – 12,000 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) โดยจากปี 2564 – 2566 ในเขตสุขภาพที่ 7 มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็น อสม. หมอคนที่ 1 จำนวนกว่า 104,798 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566) ดังนั้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม. หมอคนที่ 1 ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 7 เพื่อเป็นการประเมินผลความสำเร็จในการดำเนินงานการพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอคนที่ 1 ที่ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ และใช้ข้อมูลดังกล่าวในการวางแผนการพัฒนาศักยภาพตามความเหมาะสมกับบริบทของเขตสุขภาพที่ 7 ต่อไป

**วัตถุประสงค์**

เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม.หมอคนที่ 1 ในระบบสุขภาพปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 7

**วิธีการศึกษา**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบประเมินผล (Evaluations Research) ซึ่งประกอบด้วย การเก็บข้อมูลเชิงประมาณ (Quantitative Collection Data) และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Collection Data)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพปฐมภูมิในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

(1) ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพปฐมภูมิในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานร่วมกับ อสม.หมอคนที่ 1 และ อสม.หมอคนที่ 1 ที่ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ จากจังหวัด กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด จังหวัดละ 15 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

(2) อสม.หมอคนที่ 1 ในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรประมาณการค่าเฉลี่ย (บุญญพัฒน์ไชยเมลล์, 2558) โดยเขตสุขภาพที่ 7 มี อสม.หมอคนที่ 1 จำนวน 104,798 คน กำหนดค่าระดับความเชื่อมั่น (Z) เท่ากับ 1.96, กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% เท่ากับ 0.05 และอ้างอิงค่า  $\sigma$  จากการศึกษาของ ทรงศักดิ์ เทเสนา (2563) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ซึ่งกำหนดค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในการเยี่ยมบ้านของ อสม.ร่วมกับทีมหมอครอบครัว เท่ากับ 0.49

โดยแทนค่าในสูตร ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{[e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2]}$$

$$n = \frac{(104,798)(1.96)^2(0.49)^2}{[0.05^2(104,798-1) + (1.96)^2(0.49)^2]}$$

$$n = 367.66 = 368 \text{ คน}$$

ผู้วิจัยได้ทำการปรับขนาดตัวอย่าง (Adjust) เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างร้อยละ 15 จึงทำให้การศึกษานี้มีขนาดตัวอย่างจำนวน 424 คน

**การสุ่มตัวอย่าง**

ผู้วิจัยมีการสุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณแบบหลายขั้นตอน โดยกำหนดให้จับสลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 2 อำเภอ จากจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 และจับสลากแบบไม่ใส่คืนเพื่อเลือกตำบลจำนวน 2 ตำบลในอำเภอข้างต้น จึงทำให้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจังหวัดละ 4 ตำบล ใน 2 อำเภอ

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน คือ

(1) ข้อคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของ อสม.หมอคนที่ 1 ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ โดยข้อคำถามพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และการให้ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ กระบวนการสร้างและพัฒนา อสม.หมอคนที่ 1, การทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในระบบปฐมภูมิ, การใช้สมาร์ท อสม., บทบาทของ อสม.หมอคนที่ 1 และมุมมองต่อการเป็น อสม.หมอคนที่ 1 ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจากสาขาสาธารณสุขมูลฐาน และสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน และได้นำไปทดลองใช้จังหวัดขอนแก่นเพื่อปรับปรุงข้อคำถาม

(2) แบบสอบถามเรื่องประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม.หมอคนที่ 1 ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 3 ส่วน จำนวน 31 ข้อคำถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเป็น อสม. บทบาทการเป็นอสม. ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ย

ส่วนที่ 2 การรับรู้บทบาทของ อสม.หมอคนที่ 1 จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และประยุกต์จากการศึกษาของทรรศนีย์ บุญมั่น (2564) และประยุกต์ใช้มาตราประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด แปลผลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Bloom(1971) แบ่งระดับการรับรู้ ออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (มากกว่าหรือเท่ากับ 60 คะแนน) ระดับปานกลาง มีคะแนน

ระหว่างร้อยละ 60 – 79 (ระหว่าง 46 – 59 คะแนน) และระดับต่ำ มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (15 – 45 คะแนน) ทำการทดสอบค่าความเที่ยง โดยวิธี Cronbach’s Alpha ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 โดยพบว่า มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ อสม.หมอบคนที่ 1 จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาจากกรทบทวนวรรณกรรม และประยุกต์จากการศึกษาของทรศนีย์ บุญมัน (2564) และประยุกต์ใช้มาตราประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด แปลผลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Bloom (1971) แบ่งระดับการรับรู้ออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (มากกว่าหรือเท่ากับ 40 คะแนน) ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 79 (ระหว่าง 31 –39 คะแนน) และระดับต่ำ มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (10 –40 คะแนน) ทำการทดสอบค่าความเที่ยงโดยวิธี Cronbach’s Alpha ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 โดยพบว่า มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.89

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ คือ (1) การหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน และ (2) การหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) จำนวน 30 ตัวอย่างและหาค่าความเที่ยงโดยวิธี Cronbach’s Alpha ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 โดยพบว่าแบบสอบถามมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 4 ครั้ง และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแบบสอบถามให้กับ อสม.หมอบประจำบ้านใน 4 จังหวัดเขตสุขภาพที่ 7 ผ่าน Google Form

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

(1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ตามกรอบ CIPP Model (สมทรง สุภาพ, 2565) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพแวดล้อม (Context Evaluation), ประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation), ประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) และ ประเมินผลผลิต (Product Evaluation)

(2) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ผลการวิจัย**

**ข้อมูลเชิงคุณภาพ**

1) การประเมินสภาพแวดล้อม (Context Evaluation) พบว่า มีการพัฒนาอสม.หมอบคนที่ 1 โดยใช้หลักสูตร อสม.หมอบประจำบ้าน โดยในระยะแรกในการดำเนินงานเป็นการอบรมในพื้นที่ เรียนรู้ผ่านองค์ความรู้ที่ได้สนับสนุนจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และการเรียนรู้ในระหว่างปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการจัดการปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งมีการส่งเสริมให้ อสม.หมอบคนที่ 1 มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงาน ทั้งการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการติดต่อสื่อสารระหว่าง อสม.หมอบคนที่ 1 และหมอบคนที่ 2

2) ประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) พบว่า อสม.มีความพร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึง อสม.หมอบคนที่ 1 มีความพร้อมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น การใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น การคัดกรองสุขภาพตนเอง เป็นต้น นอกจากนี้ การพัฒนา อสม.ให้เป็นหมอบคนที่ 1 ยังเป็นการสร้างความภาคภูมิใจให้แก่ อสม.ที่ปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน

3) ประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) พบว่า การทำงานส่วนใหญ่เป็นการประสานงานระหว่าง อสม.หมอบคนที่ 1 และหมอบคนที่ 2 เพื่อให้บริการเชิงรุกในชุมชน เช่น การคัดกรองสุขภาพ ควบคุมโรคระบาด การเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 การเฝ้าระวังโภชนาการในเด็กและหญิงตั้งครรภ์ และการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดเป็นบริการที่ อสม. ได้ร่วมให้บริการกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นเสมือนโซ่ข้อกลางในการประสานการดำเนินงานทั้งกับ อสม. และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่ดูแลพื้นที่

4) ประเมินผลผลิต (Product Evaluation) พบว่า อสม. ซึ่งปฏิบัติหน้าที่หมอบคนที่ 1 ในระบบสุขภาพปฐมภูมิสามารถพัฒนาศักยภาพตนเองผ่านการเรียนรู้หลักสูตร อสม.หมอบประจำบ้าน และปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหมอบคนที่ 2 ในการส่งเสริมสุขภาพ คัดกรองและป้องกันโรคในชุมชน โดยบทบาทหลักในการทำงานคือเป็นผู้เชื่อมโยงประสานข้อมูลในพื้นที่ให้กับหมอบคนที่ 2 ซึ่งจากการดำเนินนโยบาย 3 หมอนั้น พบว่า หมอบคนที่ 2 หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนและประสานงานระหว่างหมอบคนที่ 1 และหมอบคนที่ 3

**ข้อมูลเชิงปริมาณ**

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สอบแบบสอบถาม พบว่า อสม.ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.50 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 42.92 โดยมีอายุน้อยที่สุด 24 ปี อายุมากที่สุด 82 ปี และมีอายุเฉลี่ย 54.83 ปี (s.d.=9.84) ส่วนใหญ่เป็น อสม. มาแล้ว 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 24.35 โดยมีระยะเวลาเป็นอสม. น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 45 ปี และมีระยะเวลาเป็น อสม.เฉลี่ย 15.56 ปี (s.d.=10.14) ด้านการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. ร้อยละ 39.15 รองลงมาคือประถมศึกษา ร้อยละ 32.31 และมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 19.10 ตามลำดับ และในด้านรายได้เฉลี่ย พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้

เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 71.02 รองลงมาคือ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 24.28 และ มากกว่า 10,001 บาท ร้อยละ 4.70 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

2. การรับรู้บทบาทของ อสม.หมอคนที่ 1 พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทของ อสม.หมอคนที่ 1 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.91 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 36.32 และระดับน้อย ร้อยละ 3.77 ตามลำดับ

3. แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ อสม.หมอคนที่ 1 พบว่า อสม.หมอคนที่ 1 ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับสูง ร้อยละ 57.31 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 38.92 และระดับน้อย ร้อยละ 3.77 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 2

**ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สอบแบบสอบถาม (N=424 คน)**

ข้อมูลทั่วไปของผู้สอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	53	12.50
หญิง	371	87.50
<b>อายุ</b>		
18 - 30	5	1.18
31 - 40	27	6.37
41 - 50	98	23.1
51 - 60	182	42.92
60 ปีขึ้นไป	112	26.42
Min = 24, Max = 82, $\bar{X}$ = 54.83 (s.d. = 9.84)		
<b>ระยะเวลาการเป็น อสม.</b>		
1 - 5 ปี	78	18.44
6 - 10 ปี	84	19.85
11 - 15 ปี	73	17.26
15 - 20 ปี	85	20.10
20 ปีขึ้นไป	103	24.35
Min = 1, Max = 45, $\bar{X}$ = 15.56 (s.d. = 10.14)		
<b>การศึกษาสูงสุด</b>		
ประถมศึกษา	137	32.31
มัธยมศึกษาตอนต้น	81	19.10
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	166	39.15
ปวศ./อนุปริญญา	21	4.95
ปริญญาตรี	19	4.81
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (n = 383)</b>		
น้อยกว่า 5,000 บาท	272	71.02
5,001 - 10,000 บาท	93	24.28
มากกว่า 10,001 บาท	18	4.70
Min = 600, Max = 35,000, $\bar{X}$ = 4,447.26 (s.d. = 4411.15)		

ตารางที่ 2 ความเข้าใจบทบาทของ อสม.หมอคนที่ 1 และแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่

ระดับการรับรู้บทบาท และแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่	จำนวน	ร้อยละ
<b>การรับรู้บทบาทของ อสม.หมอคนที่ 1</b>		
การรับรู้ระดับสูง	254	59.91
การรับรู้ระดับกลาง	154	36.32
การรับรู้ระดับน้อย	16	3.77
<b>แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่</b>		
แรงจูงใจในระดับสูง	243	57.31
แรงจูงใจในระดับกลาง	165	38.92
แรงจูงใจในระดับน้อย	16	3.77

**อภิปรายผล**

1. จากการศึกษาพบว่า การพัฒนาอสม.หมอคนที่ 1 ดำเนินการโดยใช้หลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และการจัดการปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่ง อสม.มีความพร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยการทำงานส่วนใหญ่เป็นการประสานงานระหว่าง อสม.หมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 2 การติดตามผู้ป่วย สื่อสารและให้คำปรึกษาผู้ป่วย และส่งต่อข้อมูลในชุมชนเชื่อมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิณกร โนรี, ชลิดา พลอยประดับ, วิชาริ พลอยสงศรี และผกาลักษณ์ ผดุงสันต์ (2565) ซึ่งพบว่าจากการดำเนินงานนโยบายหมอประจำตัว 3 คน อสม.หมอคนที่ 1 เป็นผู้ที่ได้รับผลดีจากนโยบาย ทั้งจากการยกระดับบทบาทการฝึกอบรม และการยกสถานะทางสังคม นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในบทบาทหมอคนที่ 2 ยังเป็นส่วนสำคัญในการประสานงานระหว่างหมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 3

2. ระดับการรับรู้บทบาท อสม.หมอคนที่ 1 ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้บทบาท อสม.หมอคนที่ 1 อยู่ในระดับสูง ซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, อลงกรณ์ เปกาณี, จำเนียร ชุณหโสภาค และชาติชาย สุวรรณนิตย์ (2559) ซึ่งพบว่า อสม.มีการประเมินบทบาทการทำงานของตนเองในระดับดีมาก โดยเฉพาะในด้านพฤติกรรมสุขภาพ การสำรวจข้อมูล และจัดทำข้อมูล ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะการเข้าเป็น อสม.จำเป็นต้องผ่านกระบวนการคัดกรองเป็นอย่างดี จึงทำให้ อสม.มีความตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทของตนเอง

3. ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ จากการศึกษาพบว่า อสม.หมอคนที่ 1 ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับสูง ร้อยละ 57.31 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงศักดิ์ เทเสนา (2563) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว พบว่า อสม.มีปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ จริญญาลักษณ์ ป้องเจริญ และยุคนธ์ เมืองช้าง (2019) ซึ่งได้ศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี ที่พบว่า อสม.มีความคิดเห็นต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในภาพรวมในระดับมาก เนื่องจาก อสม. ทำงานเพราะมีใจรัก เห็นว่างานมีประโยชน์ต่อส่วนรวม และทำให้เกิดความสัมพันธ์กับผู้อื่น

**สรุปผล**

การพัฒนาอสม.หมอคนที่ 1 ดำเนินการโดยใช้หลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และการจัดการปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่ง อสม.มีความพร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยการทำงานส่วนใหญ่เป็นการประสานงานระหว่าง อสม.หมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 2 การติดตามผู้ป่วย สื่อสารและให้คำปรึกษาผู้ป่วย และส่งต่อข้อมูลในชุมชนเชื่อมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และยังพบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีความเข้าใจบทบาทของอสม.หมอคนที่ 1 อยู่ในระดับสูงร้อยละ 59.91 มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับสูง ร้อยละ 57.31

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1) จากการศึกษาพบว่า บทบาทการดำเนินงานของ อสม.หมอคนที่ 1 เป็นการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน เช่น การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับหมอคนที่ 2 และ หมอคนที่ 3 ดังนั้นควรมีการเสริมสร้างองค์ความรู้ในการจัดการสุขภาพให้กับ อสม.หมอคนที่ 1 อย่างต่อเนื่อง และเสริมสร้างให้ อสม.หมอคนที่ 1 เป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถให้คำแนะนำและเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพให้กับคนในชุมชนหน่วยงานในพื้นที่ และกรมวิชาการควรพัฒนาหลักสูตรที่จะเสริมสร้างความรู้และทักษะให้กับ อสม.หมอคนที่ 1 ที่มีเนื้อหาที่เข้าถึงง่าย และไม่ซับซ้อน

2) จากการศึกษา พบว่า อสม.หมอคนที่ 1 ส่วนใหญ่มีความเข้าใจบทบาทของตนเองและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาในด้านจำนวนพบว่า มีเพียงร้อยละ 59.91 และ 57.31 ตามลำดับ ดังนั้นควรมีการเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับ อสม.หมอคนที่ 1 อย่างต่อเนื่อง เช่น การส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง อสม.หมอ

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). *วิวัฒนาการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ.2521 –พ.ศ. 2557)*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การทหารผ่านศึก.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). *แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนนโยบาย 3 หมอ*. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). *3 หมอ คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน*. สืบค้น 5 มีนาคม 2566, จาก <https://prgroup.hss.moph.go.th/article/1175-1175-3-หมอ-คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว-3-คน>

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). *รายงาน 3 หมอรู้อัจฉริยะ*. สืบค้น 5 มีนาคม 2565, จาก

[https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp\\_province?region=Nw==](https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_province?region=Nw==)

บุญญพัฒน์ ไชยเมลล์. (2558). *วิธีวิจัยทางสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. สงขลา: บริษัทนำศิลป์โฆษณา จำกัด.

ทรงศักดิ์ เทเสนา. (2563). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว*. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 23(2), 70-82.

Benjamin, S.B. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill.

ฉัตรกร โนรี, ชลิตา พลอยประดับ, วิภาวี พลอยสงศรี และผกาลักษณ์ ผดุงสันต์ (2565) *รายงานฉบับสมบูรณ์การถอดบทเรียนการดำเนินงานนโยบาย “คนไทยทุกคนรอบครัว มีหมอประจำตัว 3 คน” ใน 4 จังหวัด ของประเทศไทย*. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

จรรยาลักษณ์ ป้อเจริญ และยุคนธ์ เมืองช้าง. (2019). *แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี*. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(1), 60-70.

ภาณุวัฒน์ พิทักษ์ธรรมากุล. (2565). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ในชุมชนต้นแบบเขตสุขภาพที่ 5*. ราชบุรี: ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

คนที่ 1 การแลกเปลี่ยนแนวทางและวิธีการทำงานระหว่าง อสม.หมอคนที่ 1 หมอคนที่ 2 และหมอคนที่ 3

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานของ อสม.หมอคนที่ 1 เช่น ระดับความรู้ ทักษะติดต่อการปฏิบัติงานของ อสม.หมอคนที่ 1 ความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่พี่เลี้ยงในทีม 3 หมอ

2) ควรมีการศึกษาความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.หมอคนที่ 1 ในการปฏิบัติหน้าที่ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐาน และสุขภาพปฐมภูมิ ในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล และอสม. ที่ร่วมให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ รวมทั้ง อสม. หมอคนที่ 1 ในเขตสุขภาพที่ 7 ที่ร่วมตอบแบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้

อารุจี ศักดิ์สวัสดิ์. (2563). คุณภาพการให้บริการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่  
สถานการณ์ความไม่สงบ: กรณีศึกษาประชาชนในพื้นที่ตำบลโคกโพธิ์ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี  
(วิทยานิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์).  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, อลงกรณ์ เปกาตี, จำเนียร ชุณหโสภาค และชาติชาย สุวรรณนิตย์. (2559). บทบาทของ  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 9(2), 6-14

สมทรง สุภาพ. 2565. รูปแบบเพื่อประเมินหลักสูตรในศตวรรษที่ 21 ซึ่งพัฒนาจากรูปแบบการประเมิน CIPP Model.  
วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 33(1), 1-13.

ทรงศนีย์ บุญมั่น. 2564. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย  
(วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร.