

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย ครั้งนี้มีแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นดังต่อไปนี้

1. แนวคิดและแผนงานการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย
2. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดเห็น
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดและแผนงานการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย

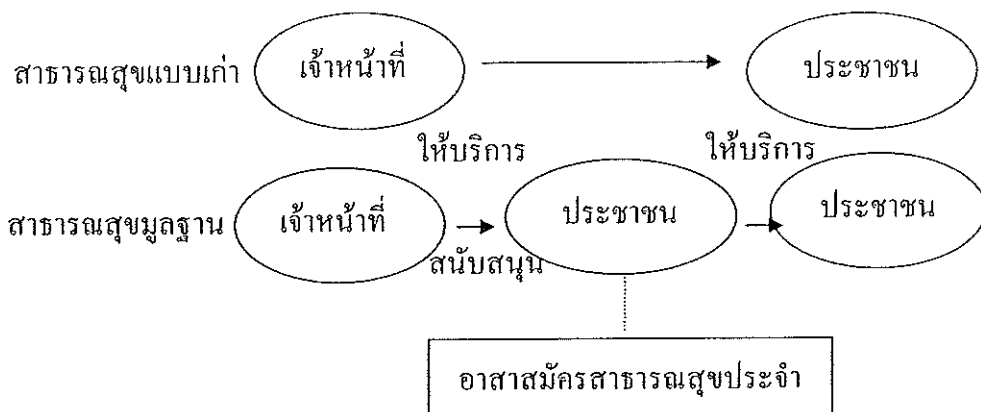
การสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) เกิดขึ้นจากความพยายามของรัฐบาลทั่วโลก ที่จะให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นแก่ประชาชนทั้ง บุคคล ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งในอดีตเน้นระบบการบริการสาธารณสุข เรื่อง การรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว จากประสบการณ์ของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกที่ปฏิบัติแนวเดียวกัน ได้พิจารณาว่าการบริการสาธารณสุขจะครอบคลุมได้ ประชาชนต้องสามารถดำเนินการ และจัดการตนเอง องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดเป้าหมายทางสังคม ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2543 ประชาชนควรได้รับการพัฒนาให้มีสุขภาพที่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ตามสภาวะเศรษฐกิจ และสังคมของท้องถิ่นนั้น ๆ (เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ.2542 : 23)

1.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน

1.1.1 ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง กลวิธีทางสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมสนับสนุนการบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญการดำเนินงานระดับตำบล และหมู่บ้านด้วยการผสมผสานการให้บริการทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานและประเมินผล และได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร ให้การฝึกอบรม รวมทั้งระบบส่งต่อผู้ป่วย ด้วยการ ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลักการพัฒนาสาธารณสุขจะต้องผสมผสานไปกับการพัฒนาด้าน การศึกษา การเกษตรและสหกรณ์ และการพัฒนาชุมชนเพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และพึ่งตนเองได้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ; อ้างถึงในเพ็ญศรี เปลี่ยนจำ. 2542 : 16)

ไพโรจิตร ปวะบุตร. 2539 ได้ให้ความหมายของ “การสาธารณสุขมูลฐาน” ว่า การดูแลสุขภาพที่จำเป็นซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึง สำหรับทุกคน และทุกครอบครัว โดยการยอมรับ และการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคนด้วยค่าใช้จ่ายไม่เกินกำลังของชุมชน และประเทศจะรับมาได้ นอกจากนั้นการสาธารณสุขมูลฐานยังต้องก่อให้เกิดการผสมผสานระหว่างระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ กับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นธรรมชาติ การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาชุมชนแนวใหม่ที่เปลี่ยนแปลงบทบาทของรัฐจากเดิมที่เป็นผู้ให้บริการแก่ประชาชนตลอดมาเป็นผู้กระตุ้น สนับสนุนให้ประชาชนสามารถคิดเองทำเอง ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ทำให้ผลการพัฒนามีความยั่งยืนและมีประโยชน์ต่อประชาชนอย่างแท้จริง ซึ่งการพัฒนาแบบเดิม และการพัฒนา สาธารณสุขแนวใหม่ที่ใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นแนวทางนั้นสามารถนำมาทำเป็นภาพเปรียบเทียบได้ ดังภาพที่ 1 (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ; อ้างถึงในสมเกียรติ เลิศสกุล. 2543)



แผนภูมิที่ 1 แสดงการปรับเปลี่ยนแนวคิดด้านบริการสาธารณสุข

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข : อ้างถึงในสมเกียรติ เลิศสกุล. 2543 : 24

1.1.2 ความสำคัญ และวัตถุประสงค์ของการสาธารณสุขมูลฐาน (สำนักงาน

คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 :11)

1) ความสำคัญการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐานมีความสำคัญกับประชาชนของประเทศ ที่มีฐานะยากจนและบริการสาธารณสุขของรัฐยังไม่ทั่วถึง รัฐมองเห็นความสำคัญที่จะต้องพัฒนาชนบทเพื่อปรับปรุงฐานะความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น การสาธารณสุขมูลฐานจึงมีความสำคัญดังนี้ คือ

1.1) การสาธารณสุขมูลฐานเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถ แก้ไขปัญหาและช่วยเหลือตนเองได้ โดยอาศัยการพัฒนาสาธารณสุขผสมผสานไปกับการพัฒนาในด้านอื่น ๆ เช่น การศึกษา การเกษตรและการพัฒนาชุมชน

1.2) การสาธารณสุขมูลฐานเป็นศูนย์กลางการผสมผสานการบริการสาธารณสุขต่าง ๆ เช่น การอนามัยแม่และเด็ก การโภชนาการ เพื่อให้ประชาชนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน

1.3) การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ของประเทศให้มีคุณภาพ นอกจากด้านสาธารณสุขแล้ว ยังพัฒนาด้านการศึกษาและอาชีพของประชาชนทำให้มีผลต่อ การพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ

1.4) การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาประชาชนให้เกิดความรู้ความสามารถที่จะช่วยเหลือ หรือดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขอย่างง่าย ๆ ได้ด้วยตัวของเขาเองโดยอาศัยวิทยากรที่เหมาะสม และสามารถให้ประชาชนทุกคนมีส่วนร่วมได้รับบริการ

1.5) การสาธารณสุขมูลฐานเป็นวิธีที่เหมาะสมวิธีหนึ่ง ที่จะช่วยให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ได้ครอบคลุมประชากรที่อยู่ในชนบทห่างไกล ทั้งนี้เพื่อเป็นการยกระดับสุขภาพของประชาชน และลดปัญหาสาธารณสุข

2) วัตถุประสงค์ของการสาธารณสุขมูลฐาน

วัตถุประสงค์ของการสาธารณสุขมูลฐานมีดังนี้ คือ

2.1) เพื่อเป็นการขยายบริการสาธารณสุข ให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ในชนบท และในเขตเมือง

2.2) เพื่อเป็นการลดปัญหาการรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งลดการใช้จ่ายที่ผิดใช้ด้วยตนเอง

2.3) เพื่อเป็นการนำทรัพยากรท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยเฉพาะทรัพยากรคน และนำเอาวิธีการง่าย ๆ มาแก้ไขปัญหา

2.4) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลเรื่องสุขภาพอนามัย รู้จักรักษาพยาบาล และป้องกันโรคที่ป้องกันได้ด้วยตนเอง

2.5) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนร่วมกันคิด ร่วมกันทำ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

2.6) เพื่อให้ชุมชนมีการบริหารจัดการในหมู่บ้านของตนเองได้

2.7) เพื่อให้ชุมชนมีส่วนสนับสนุนบริการของรัฐในทุกด้าน ให้บังเกิดผลสำเร็จ

2.8) เพื่อส่งเสริมให้ประชาชน ได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุขที่ถูกต้อง

กล่าวโดยสรุป การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง กลวิธีทางสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริม สนับสนุนการบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญการดำเนินงานระดับตำบล และหมู่บ้าน ด้วยการผสมผสานการให้บริการทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนิน

การโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน และ ประเมินผล และได้รับการสนับสนุนจาก ภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร ให้ การฝึกอบรม รวมทั้งระบบ ส่งต่อ ผู้ป่วย ด้วยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็น หลักการพัฒนาสาธารณสุขจะต้องผสมผสานไปกับการพัฒนาด้านการศึกษา การเกษตร และสหกรณ์ และการพัฒนาชุมชนเพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และพึ่งตนเองได้

1.1.3 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (สำนักงานคณะกรรมการ การสาธารณสุขมูลฐาน. 2543 : 30 - 32) ได้สรุปแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญเกี่ยวกับกลวิธีการ สาธารณสุขมูลฐานไว้ทั้งหมด 11 ประการ ดังนี้

แนวคิดที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบบริการสาธารณสุขที่ เพิ่มเติมหรือเสริมบริการของรัฐ ซึ่งจัดขึ้นในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชน และ ความร่วมมือของชุมชน

แนวคิดที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการพัฒนาชุมชน ให้มี ความสามารถในการที่จะแก้ปัญหาสาธารณสุขด้วยตนเอง โดยชุมชนร่วมมือทำกิจกรรม ในการแก้ปัญหาเผชิญอยู่

แนวคิดที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐานจะเกิดขึ้นได้จะต้องให้ประชาชน รับรู้ และทราบปัญหาของ ชุมชน คือ อะไร ร่วมพิจารณาหาแนวทางแก้ไข

แนวคิดที่ 4 หน้าที่และบทบาทของรัฐจะต้องเข้าใจตรงกันว่าไม่ใช่เป็น การทำงานให้ประชาชน หรือไม่ใช่ประชาชนทำให้รัฐ แต่เป็นการทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิด การดำรงชีวิตที่ดี

แนวคิดที่ 5 ความร่วมมือของชุมชน คือ หัวใจของสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจมาในรูปของแรงงาน เงิน ความร่วมมือ การปฏิบัติด้วยความสมัครใจ มิใช่หวังสิ่งตอบแทน

แนวคิดที่ 6 สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่ และการดำรงชีวิต ดังนั้นงานบริการสาธารณสุขจะต้องผสมผสานกับงานด้านอื่น ๆ เช่น การศึกษา การเกษตร เป็นต้น

แนวคิดที่ 7 การสาธารณสุขมูลฐานต้องใช้เทคนิค และวิธีการง่าย ๆ ที่ไม่เกินของเขตกำลังความสามารถของชุมชนเข้าใจ และสามารถนำมาใช้ได้เหมาะสม และแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชนได้

แนวคิดที่ 8 การสาธารณสุขมูลฐานต้องสอดคล้อง และอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน

แนวคิดที่ 9 การสาธารณสุขมูลฐานมีความยืดหยุ่น ที่จะนำไปแก้ปัญหาชุมชนตามความเหมาะสม สภาพแวดล้อม และไม่จำเป็นต้องเหมือนกันทุกหมู่บ้าน

แนวคิดที่ 10 การจัดบริการสาธารณสุขที่ประชาชนทำได้เองที่ระดับหมู่บ้าน ในกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยทางสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 องค์ประกอบ ดังนี้ คือ การโภชนาการ การสุศึกษา การสุขภาพสิ่งแวดล้อม และจัดหา น้ำสะอาด การควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การพยาบาลเบื้องต้น การจัดหายาที่จำเป็น การอนามัยแม่ และเด็กและการวางแผนครอบครัว การสุขภาพจิต การทันตสาธารณสุข การป้องกันแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ และโรคไม่ติดต่อ และการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์

แนวคิดที่ 11 การสาธารณสุขมูลฐานจะต้องมีการเชื่อมโยงกับบริการสาธารณสุขของรัฐในด้านการสนับสนุน และส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่ออย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า การสาธารณสุขมูลฐานเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาชุมชน เกิดขึ้นจากความพยายามของรัฐบาลทุกประเทศทั่วโลก ที่จะให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นแก่ประชาชนทั้งในบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยการให้ชุมชนมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเบื้องต้นด้วยตนเอง ภายได้ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน มีการผสมผสานการพัฒนาด้านสุขภาพไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาอื่น ๆ ใดรัฐบาลจะเป็นผู้สนับสนุนส่วนที่เกินกำลังความสามารถของชุมชน

1.2 แผนงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย

นับแต่องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศเจตนารมณ์ที่จะให้ประชาชนทั่วโลก มีสุขภาพดีถ้วนหน้าก่อนปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ประเทศไทยในฐานะสมาชิกที่เร่งดำเนินงานในเรื่องนี้อย่างจริงจัง กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้รับผิดชอบ ต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนก็ด้วยตนเอง พึ่งตนเองได้ในที่สุดภายใต้การสนับสนุนจากภาครัฐ จึงได้บรรจุ

แผนงานกำหนดกลยุทธ์ยุทธวิธีต่าง ๆ มากมายเพื่อบรรลุการมีส่วนร่วมของประชาชนสู่ การดูแลสุขภาพสาธารณสุขมูลฐาน ไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ตั้งแต่แผนพัฒนา การสาธารณสุขฉบับที่ 4 เป็นต้นมาดังรายละเอียด ดังนี้

1.2.1 แผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 -2524) (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 38 - 42)

จากผลการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบของกระทรวงสาธารณสุขและ ประสบการณ์จากโครงการต่าง ๆ มาวิเคราะห์และจัดทำแผนงานโครงการ แผนงานสาธารณสุข เบื้องต้นเป็นแผนงานย่อยภายใต้โครงการหลัก 3 โครงการ คือ โครงการจัดบริการสาธารณสุข ส่วนภูมิภาค โครงการสุขศึกษาและโครงการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข โดยจัด เกียรติวิทยากร และงบประมาณดำเนินการ จากกองสาธารณสุขภูมิภาค กองสุขศึกษา กอง ฝึกอบรม และกองแผนงานสาธารณสุข เพื่อดำเนินงานตามแผนงาน จนกระทั่งแผนพัฒนา การสาธารณสุข ฉบับที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงแผนงานทางการดำเนินงาน สาธารณสุข เพื่อนำไปสู่สู่สุขภาพดีถ้วนหน้า โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อขยายพื้นที่ ของการบริการให้ กว้างขวางอย่างรวดเร็ว ช่วยให้เกิดจุดรวมทางสังคมของคน ในท้องถิ่น มีวิวัฒนาการด้าน ความร่วมมือของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของตนเองและชุมชนที่ตนอยู่ โดยกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานให้ครอบคลุมพื้นที่หมู่บ้านในชนบทประมาณร้อยละ 50 การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 ได้กำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ไว้ดังนี้

- 1) ค้นหาและคัดเลือกบุคคลที่เป็นจุดรวมในการติดต่อ และเป็นที่ยอมรับของชาวบ้านในแต่ละแคว้นบ้านมารับการอบรมเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสข.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนการจัดองค์กร สาธารณสุขมูลฐานในระดับ หมู่บ้าน
- 2) จัดกระบวนการอบรมและถ่ายทอดแนวคิด หลักการ และนโยบาย สาธารณสุขมูลฐานสู่เจ้าหน้าที่ผู้บริหารทุกระดับ
- 3) ส่งเสริมให้มีการศึกษา วิจัย และพัฒนารูปแบบการดำเนินการด้าน สาธารณสุขมูลฐาน ทั้งในระดับส่วนกลาง จังหวัด อำเภอ และตำบล
- 4) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์แนวคิด หลักการ และนโยบาย แผนงาน กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานเพื่อสร้างความเข้าใจ และการยอมรับในทุกกลุ่มวิชาชีพและ ประชาชน

5) ติดตามและกำกับงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างใกล้ชิด โดยจัดทีม
พิเศษเฉพาะกิจ ด้านการสาธารณสุข

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4
(สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 38 - 42)

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญ มีดังนี้ คือ

1) อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ทำหน้าที่เป็นครูฝึกการอบรม
การสาธารณสุขมูลฐาน ถ่ายทอดคล้อยกันไปเป็นทอดๆ เพื่อถ่ายทอดความรู้ แนวคิดของ
การสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นหลัก ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
เน้นการสนับสนุนจากภาครัฐ

2) การอบรม ผสส. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในหมู่บ้านชนบท เพื่อให้เป็นตัวอย่างถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่ไปสู่
ประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้

3) จัดทำคู่มือแบบเรียนด้วยตนเองของ ผสส. และอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งครอบคลุมด้านดารรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ
ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ และใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติงานของ ผสส. และอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4) กำหนดให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน สำหรับประชาชนอย่างน้อย
8 ประการ ที่พึงมีพึงได้รับ รวมทั้งการสนับสนุนที่จำเป็นให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน ไว้บริการประชาชน

1.2.2 แผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5
(พ.ศ.2525-2529) (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 42 - 47)

แผนงานสาธารณสุขมูลฐาน มีรายละเอียดดังนี้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ประชาชนรับบริการสาธารณสุข ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตโดย
ทั่วถึงโดยการสนับสนุน และส่งเสริมให้ประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่อาศัยอยู่ใน
หมู่บ้าน ชนบท ชุมชนแออัดให้มีความรู้ ความสามารถเกี่ยวกับการจัดการแก้ไขปัญหา
สาธารณสุขที่จำเป็น ทั้งนี้โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชน จากการใช้ทรัพยากรและ
เทคโนโลยีที่เหมาะสม อาศัยความร่วมมือสนับสนุนจากภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้
ประชาชนทุกคนมีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์ทั้งกายและใจ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) สร้างและพัฒนากลุ่ม ผสส. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นจุดรวมในการแก้ปัญหาสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับหมู่บ้าน ชุมชนซึ่งสามารถที่จะดูแลและพัฒนาสุขภาพอนามัยของตนเอง รวมทั้งผู้อื่น ได้เป็นอย่างดี

2) พัฒนาเพื่อให้เกิดความร่วมมือของกลุ่มสถาบันต่าง ๆ อาทิ อาสาสมัครต่าง ๆ เช่น หมออาสาหมู่บ้าน (มอบ.) กลุ่มเยาวชน กรรมการพัฒนาหมู่บ้าน องค์กรท้องถิ่น เป็นต้น

3) จัดการให้ชุมชนระดับหมู่บ้าน สามารถบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นด้วยตนเอง โดยเน้นหนักลักษณะงานสาธารณสุขมูลฐาน

4) ผสมผสานด้านพัฒนาสาธารณสุข กับการพัฒนาด้านอื่น ๆ ของชุมชนทั้งเศรษฐกิจ และสังคม

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 42 - 47) การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญ มีดังนี้คือ

1) อบรมเจ้าหน้าที่เพิ่มเติมให้ครอบคลุมผู้ที่ป็นข้าราชการใหม่ และเพิ่มหลักสูตรงานสาธารณสุขมูลฐานในสถาบันการศึกษา

2) การอบรม ผสส. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ครอบคลุมร้อยละ 100 ในหมู่บ้านชนบท

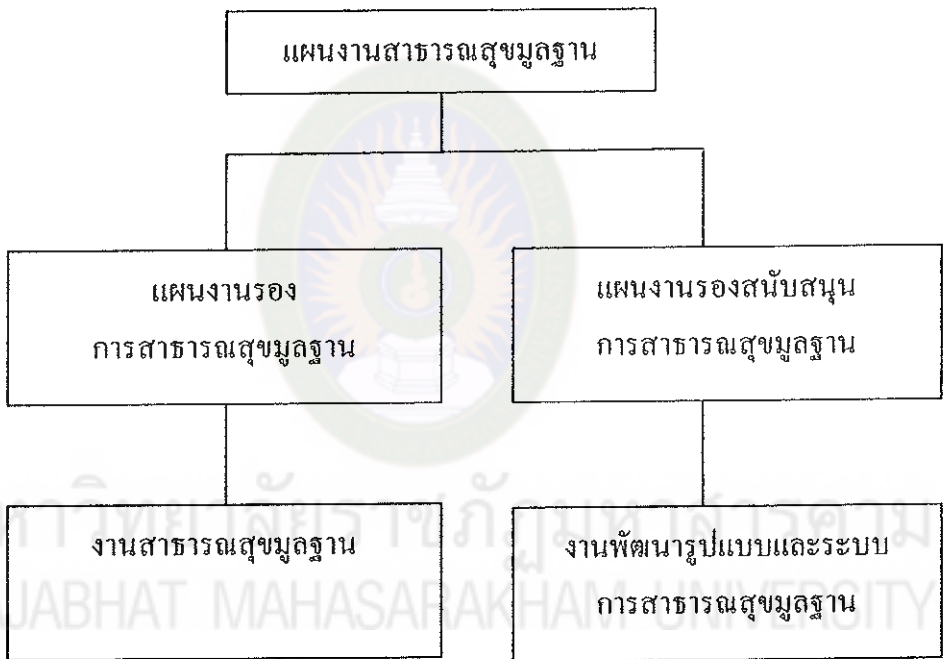
3) จัดการอบรมอาสาสมัครในเขตเมือง โดยเฉพาะชุมชนแออัด

4) อบรมฟื้นฟูความรู้ของ ผสส. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้ผู้ที่ผ่านการอบรมไปแล้วถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชน และสอดคล้องกับปัญหาของท้องถิ่น โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลเป็นผู้ถ่ายทอดสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนยา และเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการออกทุนไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 การรณรงค์ปีการสาธารณสุขแห่งชาติในปี 2527 เพื่อกระตุ้นให้อาสาสมัครและประชาชนตื่นตัว การจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรม และพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 4 ภาค การพัฒนาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ส่งเสริมให้ประชาชนมีและใช้สมุนไพรในการดำเนินชีวิต เมื่อยามเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ เพื่อประโยชน์ในการเสริมสร้าง สุขภาพอนามัย ช่วยลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น

1.2.3 แผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6

(พ.ศ.2530-2534) (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 47 - 53)

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 ได้มีการเปลี่ยนแปลงเชิงพัฒนา ด้านกระบวนการวางแผน (Planning System) ขึ้นทั้งระดับชาติ ระดับกระทรวงและระดับปฏิบัติการ โดยยึดถือการพัฒนาคุณภาพชีวิต (Quality of Life) เป็นเป้าประสงค์แห่งความสำเร็จร่วมกัน โดยกำหนดเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติด้วย ซึ่งโครงสร้างแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 โครงสร้างแผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6

ที่มา : (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน : อ้างถึงในเพ็ญศรี

เปลี่ยนขำ. 2542 : 39)

จากแผนภูมิที่ 2 มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ทุกชุมชนในทั้งเขตเมืองและชนบท มีการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ตามสภาพปัญหาความเป็นจริง โดยการเพิ่มศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนแต่ละท้องถิ่น ประกอบด้วย 2 แผนงานรอง มีดังนี้ คือ

1) แผนงานรองสาธารณสุขมูลฐาน มีวัตถุประสงค์เพื่อขยาย การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ให้ครอบคลุมพื้นที่ทุกหมู่บ้านในชนบท และชุมชน แออัดในเขตเมืองต่อจากแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 โดยเน้นพัฒนาองค์ประกอบ ที่สำคัญ 3 การพัฒนากำลังคน การพัฒนากองทุน และการพัฒนาองค์กรชุมชน

2) แผนงานรองสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดระบบและเครือข่ายในการรวบรวมพัฒนา และถ่ายทอดเทคโนโลยีที่เหมาะสม ทางสาธารณสุขมูลฐานเพื่อ การนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต และพึ่งตนเองต่อไป ประกอบด้วย 1 งาน คือ งานพัฒนารูปแบบและระบบการสาธารณสุขมูลฐาน

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 47 - 53)

2.1) การอบรม ผสส. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพิ่มเติมในส่วนที่พื้นสภาพ และหมู่บ้านที่มีการขยาย

2.2) อบรมฟื้นฟูความรู้ของ ผสส. และอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล

2.3) การสาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง ให้มีความสำคัญในการขยาย งานสาธารณสุขมูลฐานเข้าสู่ชุมชนเมืองมากขึ้น มีความร่วมมือระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาชุมชนเขตเมือง

2.4) การพัฒนากองทุนยาไปสู่กองทุนพัฒนาหมู่บ้าน เพื่อให้ สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน และเสริมสร้างความสามารถในการบริหารจัดการ ทำให้ขยายกองทุนยาเป็นกองทุนด้านอื่น ๆ เช่น ด้านสุขภาพจิต โภชนาการ แปรังสีฟัน และการพัฒนาหมู่บ้านโดยรวม

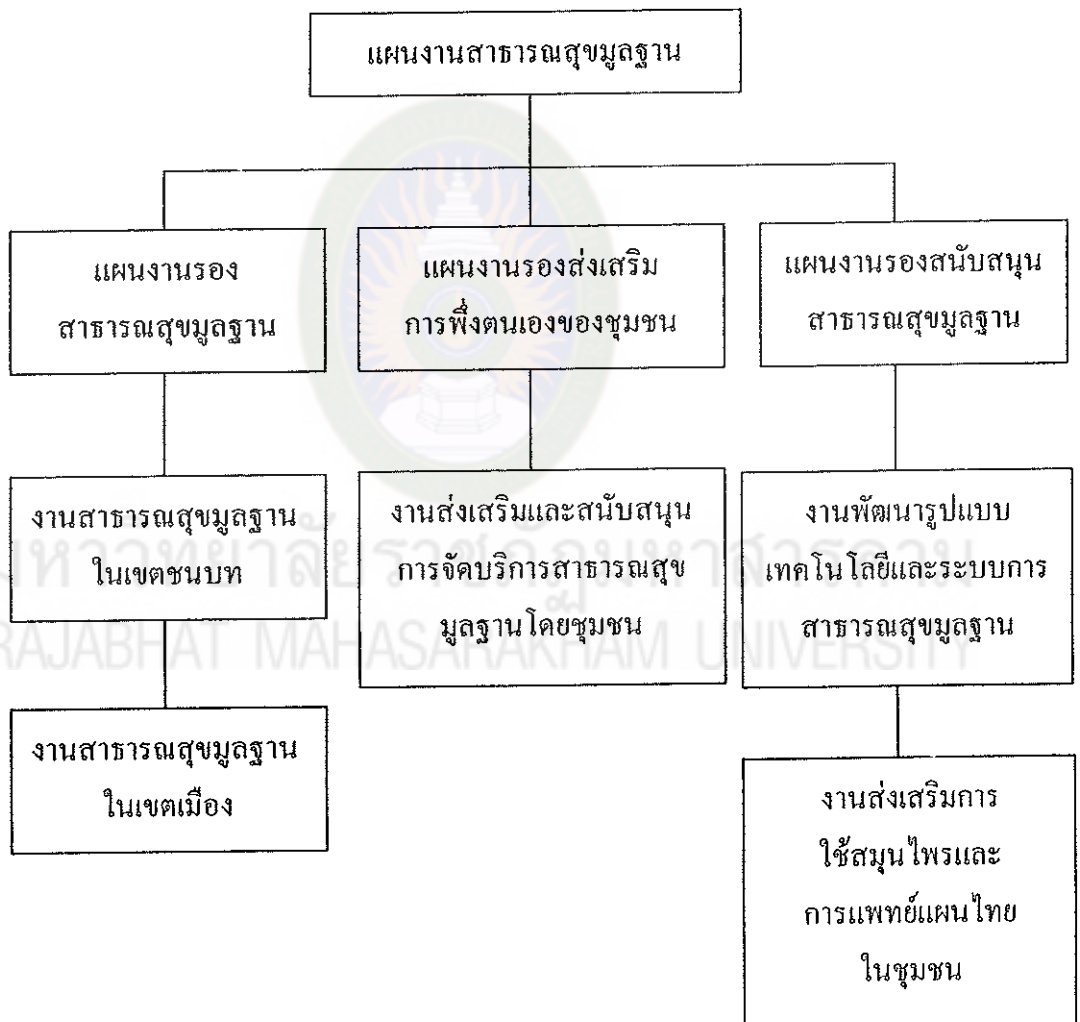
2.5) การดำเนินการหมู่บ้านพึ่งตนเอง เพื่อให้เกิดรูปแบบการพัฒนา ที่ต่อเนื่อง และยั่งยืนที่มีความพร้อมในการเป็นหมู่บ้านครู ถ่ายทอดความรู้ไปสู่หมู่บ้านข้างเคียง

2.6) การพัฒนาศูนย์ข้อมูลหมู่บ้าน เพื่อให้ประชาชนนำไปใช้ ประโยชน์จากข้อมูลระดับหมู่บ้าน วางแผนพัฒนาหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

2.7) การอบรมผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา เพิ่มเติมในการเป็นแกนกลาง และสนับสนุน การดำเนินงานของ ผสส. และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนรวมถึง การพัฒนาหมู่บ้าน

2.8) การอบรมแพทย์ประจำตำบล ให้มีความรู้ด้านสุขภาพอนามัย
เพิ่มมากขึ้น

1.2.4 แผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7
(พ.ศ. 2535-2539) แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ได้กำหนดการพัฒนาสาธารณสุข
ส่วนใหญ่เน้นเรื่อง การสาธารณสุขมูลฐาน และกำหนดเป็นกลวิธีหลัก ในการพัฒนาสุขภาพอนามัย
ซึ่งโครงสร้างแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 :
53 - 57) ดังแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 โครงสร้างแผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 54

จากแผนภูมิที่ 3 แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาให้มี ศักยภาพในการพึ่งตนเอง ในด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสมกับสภาพพื้นที่ ประกอบด้วย 3 แผนงานรอง มีดังนี้

1) แผนงานรองสาธารณสุขมูลฐาน มีวัตถุประสงค์ให้ทุกชุมชนมีศักยภาพ ของตนจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานสำหรับสมาชิกของชุมชนนั้น ๆ ได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยใช้หลักการพึ่งตนเองประกอบด้วย 2 งาน

1.1) งานสาธารณสุขมูลฐานในชนบท และเขตพื้นที่เป้าหมายเฉพาะ มุ่งเน้นการเพิ่ม ประสิทธิภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนสร้างขวัญและกำลังใจให้กับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้จะต้องระดมทรัพยากรต่าง ๆ จากทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ให้เข้ามามีส่วนการปฏิบัติงานอย่างผสมผสาน และเกิดประ โยชน์สูงสุดและมุ่งเน้นการพัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานในเขตพื้นที่ เฉพาะ เช่น ภาคใต้ 5 จังหวัดชายแดน ในกลุ่มอาชีพต่าง ๆ เช่น ประมง กลุ่ม ผู้ใช้แรงงานใน ต่างประเทศ กลุ่มผู้ประกอบการในโรงงาน เป็นต้น

1.2) งานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ และจัดระบบบริการอย่างต่อเนื่องของชุมชนเอง ด้วยการเพิ่มศักยภาพและขีดความสามารถ ภายในชุมชนเมืองของทุกจังหวัด ให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกพื้นที่

2) แผนงานรองส่งเสริมการพึ่งตนเองของชุมชน มีวัตถุประสงค์ ให้กลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถจัดบริการสาธารณสุข ที่เหมาะสม มีคุณภาพสำหรับแต่ละชุมชน โดยส่งเสริมสนับสนุน การจัดบริการสาธารณสุข มูลฐานโดยชุมชนมุ่งเน้นพัฒนาการจัดบริการสาธารณสุขโดยชุมชน ซึ่งพัฒนาจาก โครงสร้างสาธารณสุขเดิมให้เป็นรูปธรรมและมีคุณภาพด้วยการ สนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ ที่จำเป็นในการดำเนินงาน

นอกจากนั้นยังสนับสนุนการเสริมสร้างความรู้และทักษะ ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานและจัดตั้ง สสมช. ให้เป็นศูนย์กลางการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

3) แผนงานรองสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาเทคโนโลยีในการบริการสาธารณสุขมูลฐาน ที่เหมาะสมกับปัญหาและศักยภาพของ ชุมชนตลอดจนพัฒนาระบบการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน ประกอบด้วย 2 งาน คือ

3.1) พัฒนารูปแบบและระบบสาธารณสุขมูลฐาน มุ่งเน้นการพัฒนาเทคโนโลยีทางด้านสาธารณสุข และการพัฒนาสังคมที่เหมาะสมไปใช้ในระดับชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีพื้นฐาน และเทคโนโลยีปัจจุบันที่เหมาะสม มาประยุกต์ใช้กับสภาวะและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของแต่ละภูมิภาค รวมทั้งมุ่งเน้นศึกษา วิจัยและพัฒนารูปแบบวิธีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานให้สอดคล้องเหมาะสมกับ โครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนพัฒนาศักยภาพ และส่งเสริมให้หน่วยงานทุกระดับศึกษาวิจัยพัฒนาชุมชน ตัวอย่าง (Model Development) และให้การสนับสนุนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

3.2) งานส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในชุมชน มุ่งเน้นการระดมและพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย พร้อมทั้งจัดระบบหรือกลไกในการ กลั่นกรอง เลือกรับองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์เหมาะสมออกเผยแพร่ เพื่อให้ชุมชนสามารถนำไปใช้ได้

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2542 : 53 - 57)

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญ มีดังนี้คือ

1) พัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยยกระดับ ผสส. เพื่อให้เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2) อบรม ผสส. และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพิ่มเติม และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

3) การจัดตั้ง ศสมช. ให้เป็นศูนย์กลางการดำเนิน กิจกรรมต่าง ๆ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสาร เป็นศูนย์บริการสาธารณสุขระดับ พื้นฐาน เช่น บริการตรวจความดันโลหิต ตรวจเบาหวาน อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการเฝ้าระวัง โรคที่อาจจะเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของประชาชน

4) การส่งเสริมภูมิปัญญาพื้นบ้าน ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นทั้ง ทางด้านการแพทย์แผนไทย สมุนไพร ธรรมชาติบำบัด เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้

5) ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีการรวมตัว เป็นองค์กรในการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกันของกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6) การประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบล ให้มีบทบาท การดูแลสุขภาพของประชาชน โดยร่วมมือกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

7) การร่วมมือกับภาคเอกชน ทั้งในทางวิชาการและการวางแผน สนับสนุนตลอดจนร่วมมือจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานขึ้นระหว่างภาครัฐ และเอกชน

8) การสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง เป็นการปรับเปลี่ยนกลวิธีในการสนับสนุนระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย เพื่อให้การดำเนินงาน มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

9) พัฒนารูปแบบและเทคโนโลยีในงานสาธารณสุขมูลฐานให้ เหมาะสม

10) เร่งรัดการดำเนินงานองค์ประกอบของบริการสาธารณสุขมูลฐานจาก

11) องค์ประกอบ (Element) เป็น 14 องค์ประกอบ

12) พัฒนากลไกและกระบวนการถ่ายทอดความรู้ การเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self-Care) โดยอาศัย โครงสร้างทางสาธารณสุข มูลฐานเป็นหน่วยสนับสนุน

1.2.5 แผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 57 - 62)

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 มีวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และ กิจกรรมหลัก ดังรายละเอียดดังนี้ คือ

1) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้งอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ตลอดจนมีส่วนร่วมในการป้องกัน และแก้ปัญหาสาธารณสุขของ ชุมชน

2) เป้าหมาย

2.1) ประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถดูแลสุขภาพตนเองให้มี สุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้งอยู่ในสังคมได้ อย่างปกติสุขในชุมชนไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 และชุมชนทั่วประเทศ

2.2) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถบริหารจัดการงาน สาธารณสุขของ ชุมชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ

2.3) มีการพัฒนาระบบงานและเทคโนโลยีที่เหมาะสม สำหรับการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานในแต่ละพื้นที่

3) กิจกรรมหลัก

3.1) พัฒนานโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ให้อยู่บนพื้นฐาน ความยุติธรรมทางสังคม

3.2) พัฒนาและปรับปรุงกลไกการจัดสรรงบประมาณให้เอื้อแก่ ประชาชนส่วนใหญ่

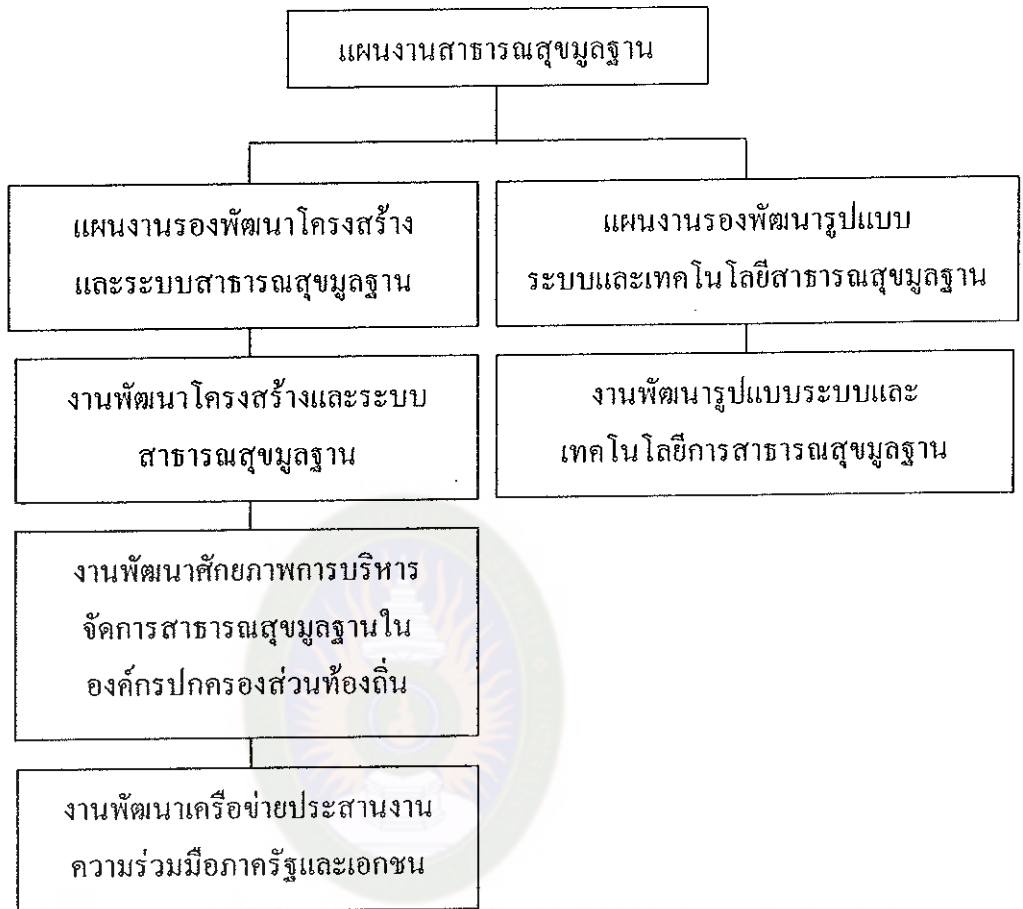
3.3) สร้างให้เกิดพหุสัญญา หรือความเห็นร่วมในหลักการ สาธารณสุขมูลฐานบนพื้นฐานของความยุติธรรมทางสังคม

3.4) พัฒนากลไกทางสังคม ให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา สาธารณสุขมูลฐาน

3.5) พัฒนาองค์การระบบบริหารจัดการและศักยภาพใน การจัดการ โดยเน้นบูรณาการระดับอำเภอลงไป

3.6) พัฒนาการฝึกอบรมและอบรมฟื้นฟูให้สอดคล้องกับ หลักการสาธารณสุขมูลฐาน

3.7) วิจัยและพัฒนาเพื่อหามาตรฐาน วิธีการ ตลอดจนวิทยาการ ที่เหมาะสมจัดระบบและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ประชาชนได้รับข่าวสารเพียงพอที่จะ ดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างเหมาะสม โครงสร้างแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ดังแผนภูมิที่ 4



แผนภูมิที่ 4 โครงสร้างแผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 58

จากแผนภูมิที่ 4 แผนงานสาธารณสุขมูลฐานประกอบด้วย 2 แผนงาน ดังนี้ คือ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 58)

1) แผนงานรองพัฒนาโครงสร้างและระบบสาธารณสุขมูลฐาน มีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 3 งาน

1.1) งานพัฒนาโครงสร้างและระบบสาธารณสุขมูลฐาน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพองค์กรสาธารณสุขมูลฐานทุกระดับ ให้สามารถสนับสนุนประสานงานกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน ได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานชุมชน (3 ก. ได้แก่องค์กร กำลังคน และกองทุน)

1.2) งานพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการสาธารณสุขมูลฐาน ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สุขาภิบาล เทศบาลสามารถดูแลสุขภาพอนามัยของ ประชาชนในความรับผิดชอบ อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

1.3) พัฒนาเครือข่ายประสานความร่วมมือภาครัฐและภาคเอกชน มีวัตถุประสงค์เพื่อประสานความร่วมมือภาครัฐและภาคเอกชน สนับสนุนการจัดกิจกรรม สาธารณสุข มูลฐานของชุมชน

2) แผนงานรองรับพัฒนารูปแบบ ระบบและเทคโนโลยีสาธารณสุขมูลฐานมี วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบ และเทคโนโลยีทางสาธารณสุขมูลฐานให้เหมาะสมประหยัด และง่ายต่อการนำมาใช้ในชุมชน มีการสนับสนุนการฟื้นฟูและพัฒนาการใช้ความรู้และ เทคโนโลยีจากภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพเบื้องต้น และพัฒนาเทคโนโลยี ด้านการสื่อสารคมนาคมในงาน สาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วน การถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร ระหว่างครอบครัวและชุมชน

สรุปได้ว่า แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ ประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถ ดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดี ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจรวมทั้งอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ตลอดจนมีส่วนร่วมใน การป้องกัน และแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน โดยมีเป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 และชุมชนทั้งประเทศ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถบริหารจัดการงานสาธารณสุข ของชุมชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งประเทศ และพัฒนา ระบบงานและเทคโนโลยีที่เหมาะสม สำหรับการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานในแต่ละ พื้นที่และมีกิจกรรมดังนี้ คือ พัฒนานโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ให้อยู่บนพื้นฐานความ ยุติธรรมทางสังคม พัฒนาและปรับปรุงกลไกการจัดสรรงบประมาณให้เอื้อแก่ประชาชน ส่วนใหญ่ สร้างให้เกิดพัทธสัญญา หรือความเห็นร่วมในหลักการสาธารณสุขมูลฐานบน พื้นฐานของความยุติธรรมทางสังคม พัฒนากลไกทางสังคมให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา สาธารณสุขมูลฐาน พัฒนาองค์การระบบบริหารจัดการและศักยภาพในการจัดการ โดยเน้น บูรณาการระดับอำเภอลงไป พัฒนาการฝึกอบรมและอบรมฟื้นฟูให้สอดคล้องกับหลักการ สาธารณสุขมูลฐาน และวิจัยและพัฒนาเพื่อหามาตรฐาน วิธีการ ตลอดจนวิทยากรที่ เหมาะสมจัดระบบและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8
(สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 60)

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญ มีดังนี้คือ

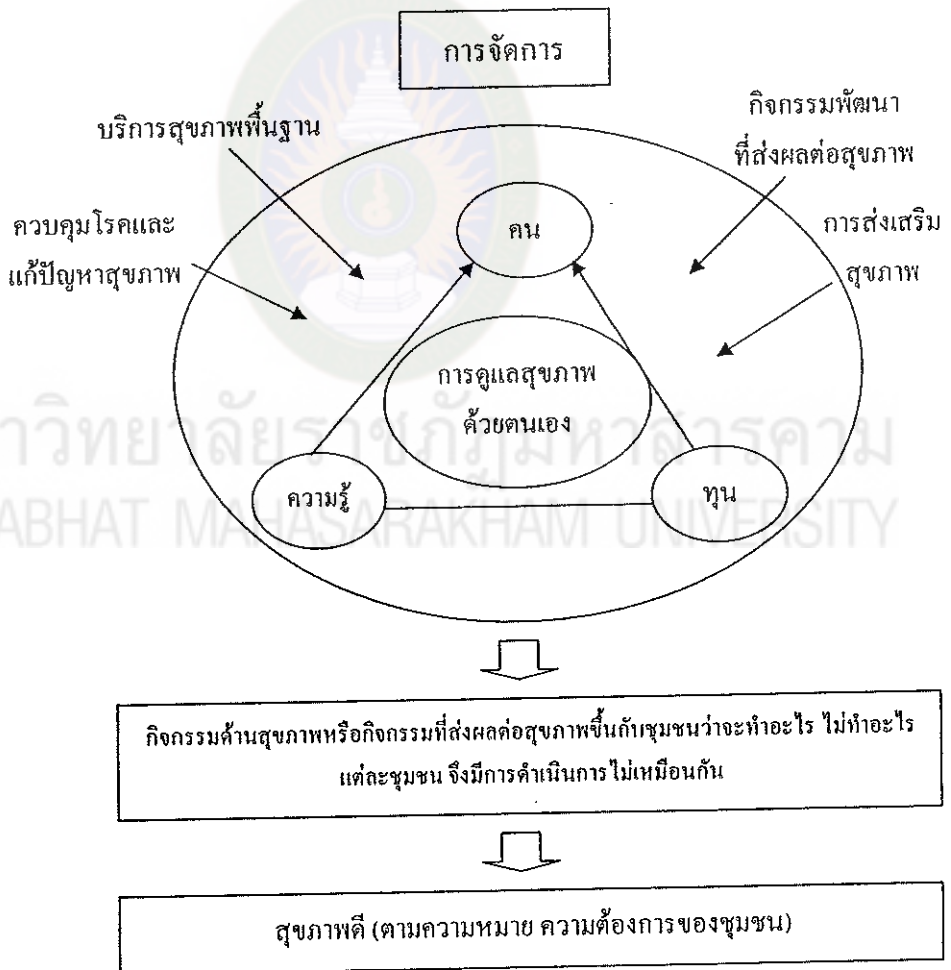
1) เน้นการกระจายอำนาจจากรัฐสู่ประชาชน แต่เดิมสำนักงาน

คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ได้กระจายอำนาจสู่ประชาชนในรูปแบบของความรู้หรือการถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์สาธารณสุข (Transfer Health Technology) เท่านั้น ซึ่งการกระจายอำนาจในแผนงานสาธารณสุขนี้ จะส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถที่แท้จริงในการกำหนดทิศทาง และความต้องการของชุมชนในด้านการสนับสนุนองค์ความรู้ต่างๆที่จำเป็น ข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่าง ต่อเนื่อง และเน้นสิทธิประโยชน์ที่พึงมีพึงได้รับ และแผนการนี้ยังมุ่งสนับสนุนงบประมาณจำนวนหนึ่ง สำหรับหมู่บ้าน หรือชุมชนในการพัฒนาภายใต้ชื่อบัญชีหมู่บ้าน ซึ่งรัฐจัดสรรเงินให้กับหมู่บ้านใช้ในการพัฒนา เช่น อบรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การศึกษาดูงาน การจัดบริการของ ศสมช. จำนวนเงินทั้งหมดจัดสรรผ่านองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น อบต. เป็นต้น ให้ดูแลและนำส่วนนี้พัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำครอบครัวเป็นผู้ดำเนินงาน

2) การเคลื่อนไหวของพลังประชาชน ในอดีตประชาชนตกเป็นฝ่ายที่

ถูกกระทำเรื่อยมาจากการอบรมความรู้ด้านสาธารณสุขในด้านอื่นๆประกอบด้วย ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผ่านมาก็ได้ ส่งเสริมวิธีการคิดของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านอื่น ๆ ประกอบด้วย ทำให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทและกิจกรรมในวงแคบเท่านั้น มีการดูแลตนเองและครอบครัวอย่างผิวเผิน ไม่มีส่วนร่วมต่อกันมากนัก กระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในลักษณะนี้จึงเป็นกระบวนการสร้างจิตสำนึก (Conscientization) ซึ่งจะต้องมีความสอดคล้องกับสภาพท้องถิ่น ที่มีความแตกต่างทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ในกระบวนการเคลื่อนไหวพลังของประชาชน สุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยมีระบบการพัฒนาที่เชื่อมประสานกับการดูแลสุขภาพของภาครัฐ ที่เรียกว่า ระบบสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งการจัดการสุขภาพภาคประชาชน คือ การประสานให้เกิดความสมดุลการเคลื่อนไหวของปัจเจก คน องค์ความรู้ หรือวิธีการทำงานและทุนเพื่อการพัฒนาสุขภาพที่สนองตอบต่อความต้องการของคนใน

จากการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขของประเทศไทย พบว่า ผลการพัฒนาในด้านสาธารณสุขสามารถบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 แต่กระทรวงสาธารณสุขยังมีนโยบายและแนวทางการยกระดับมาตรฐาน และความสามารถในการจัดการด้านสุขภาพของชุมชนภายใต้ กลไกการพัฒนาความร่วมมือของประชาชน ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำกลุ่มต่าง ๆ ประชาชน ในการร่วมบริหารจัดการ เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ทั้งการส่งเสริม



แผนภูมิที่ 5 ระบบสุขภาพภาคประชาชน

ที่มา : จีรบรรณ หัสโรค์. 2543 : 16

ทั้งนี้เพื่อให้การพัฒนาาระบบสุขภาพของไทย มีผลการพัฒนาที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมเพื่อการสร้างสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรมและเหมาะสมกับท้องถิ่น ลดค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย การพัฒนาเพื่อให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพที่ดำเนินการโดยประชาชน หรือที่เรียกว่า ระบบสุขภาพภาคประชาชน จึงเป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญของแผนงานสาธารณสุขมูลฐานใน

1.2.6 แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ซึ่งกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนไว้ 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ (จิรวรรณ หัสโรจน์, 2543 : 16 - 21)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ประกอบด้วย การพัฒนาเครือข่ายในชุมชน การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารการเรียนรู้และการสื่อสารในชุมชน และการพัฒนาการจัดการทุนในชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ชุมชนสามารถบริหารจัดการระบบสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการ

- 1) สร้างทีมแกนนำสุขภาพของชุมชนในการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน
- 2) สร้างเสริมเครือข่ายในการสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
- 3) สร้างให้เกิดการยอมรับในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนของคนที่เกี่ยวข้องและท้องถิ่น
- 4) สนับสนุนให้ชุมชนสามารถใช้กระบวนการข้อมูลข่าวสาร การเรียนรู้ และการสื่อสารในการจัดการสุขภาพของชุมชน
- 5) เพื่อให้มีการพัฒนาระบบเงินทุนที่ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตั้งแต่ระดับตำบลจนถึงประเทศ ประชาชน แกนนำสุขภาพของชุมชน

ผลผลิต เกิดการพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพในชุมชน โดย

- 1) เกิดทีมแกนนำสุขภาพและเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนที่ดี และมีประสิทธิภาพ

2) เกิดการมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน

3) เกิดระบบเงินทุนสนับสนุนการดำเนินงานระบบสุขภาพภาค

ประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
วัตถุประสงค์ เพื่อให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความรู้ ทักษะใน
การจัดการสุขภาพภาคประชาชน ตามอำนาจหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบล

ผลผลิต องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพในการบริหารจัดการ

การระบบสุขภาพภาคประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การเสริมสร้างความร่วมมือและสนับสนุนพหุภาคี
วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความเข้าใจกับทุกภาคส่วน ให้เกิดความร่วมมือ
ในการส่งเสริมสนับสนุนและร่วมดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ องค์กรภาครัฐและเอกชน

ผลผลิต เกิดความร่วมมือระหว่าง หน่วยงานภาครัฐและเอกชนใน

การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 แสวงหาการสนับสนุนด้านนโยบาย

วัตถุประสงค์ เพื่อให้มีการสนับสนุนด้านนโยบาย งบประมาณ ทรัพยากร
และการกำหนดกฎระเบียบข้อบังคับต่อการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ นกการเมืองระดับชาติ ผู้บริหารระดับตำบล

ผลผลิต เกิดเครือข่ายประสานงานและสนับสนุนในทุกระดับ โดยมีการ
กำหนดนโยบายที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีแผนแม่บทที่นำมาสู่การปฏิบัติ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนากระบวนการจัดการความรู้และข้อมูลข่าวสาร
วัตถุประสงค์ เพื่อการจัดการความรู้ การดำเนินงานระบบสุขภาพภาค
ประชาชน

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กองสนับสนุนภาคประชาชน

ผลผลิต มีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาค

ประชาชน

กล่าวโดยสรุป กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
มาตั้งแต่ และได้กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ในอันที่จะให้ประชาชนสุขภาพดีถ้วนหน้าปี

พ.ศ. 2543 แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 ได้จัดอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่างๆ ให้เป็นครูฝึกการสาธารณสุข มุद्रฐานและเปิดอบรมอาสาสมัครให้ครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของหมู่บ้านทั่วประเทศ สำหรับแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 มีนโยบายการพัฒนาชนบทที่ยากจน เพิ่มการเร่งรัดอบรม ผสส. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พัฒนา รูปแบบการดำเนินงาน โดยศึกษาและทดสอบหลายๆพื้นที่ ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 ได้มีการกำหนดนโยบายโดยเน้นการพัฒนาด้านโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน อันได้แก่ การพัฒนากำลังคน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) และกองทุนให้มีความครอบคลุมในชนบท และชุมชนเขตเมือง ในด้านเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” และได้จัดวางโครงสร้างของแผนงาน โครงการ (Program structure) ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน ได้มีการปรับเปลี่ยนแผนงานและกลวิธีการดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบายเพื่อนำไปสู่สุขภาพดีถ้วนหน้า และมีนโยบายพัฒนาศักยภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงได้มีการจัดตั้ง ศสมช. ขึ้นทั้งในบรบพและเขตเมือง และให้ประชาชนในรูป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บริการสาธารณสุขมูลฐานเพิ่มเป็น 14 องค์ประกอบ ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 มุ่งเน้น “คน” เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สุดในการพัฒนาประเทศ โดยเลื่อนระดับของเป้าหมายจากชุมชนมาสู่ครอบครัว สามารถดูแลสุขภาพของ ตนเองได้ และมีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการสู่ท้องถิ่น เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ทั้งนี้ต้องประสานงานและมีมีส่วนร่วมของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่รัฐ ในการแก้ปัญหา ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 กำหนดไว้ว่าคนไทยในสังคมต้องมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาวะและเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาครวมทั้งอยู่ในครอบครัวชุมชน และสังคมที่มีความพอเพียงด้านสุขภาพ มีศักยภาพ มีการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการ จัดการสุขภาพ โดยสามารถใช้ประโยชน์ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทยอย่างรู้เท่าทัน การดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว จำเป็นจะต้องระดมพลังจากสังคมทุกภาคส่วน และจะต้องส่งเสริมให้เกิดสำนึกสุขภาพในสังคมอย่างทั่วถึงและเปิดโอกาสให้ส่วนต่างๆเข้ามามีบทบาทและใช้ความสามารถในการพัฒนาเพื่อบรรลุสู่สังคมแห่งสุขภาวะอย่างเต็มศักยภาพ แนวคิดยุทธศาสตร์หนึ่งที่ใช้ในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ การสร้างสุขภาพภาคประชาชน โดยทุกคนจึงต้องร่วมกันสร้างสุขภาพขึ้นได้โดยประชาชนเอง ประชาชนจะเห็นคุณค่า รักและผูกพันกับสุขภาพเพิ่มขึ้นใหม่ทุกวันจนเป็นชุมชนสุขภาพ และเป็นสังคมสุขภาพในที่สุด

1.2.7 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554)

จะเน้นในด้านความมีพอประมาณ ในการดำรงชีวิตโดยยึดหลักปรัชญา “เศรษฐกิจพอเพียง” ชี้นำ “สุขภาพพอเพียง” และ “หมู่บ้านจัดการสุขภาพ” ส่งผลให้อสม. ต้องเข้าใจแนวความคิดการพัฒนาสุขภาพแนวใหม่ จำเป็นต้องอบรมฟื้นฟูทักษะในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ เพื่อให้พร้อมกับการปฏิบัติงานที่เปลี่ยนแปลงไป

2. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในอดีตประชาชนมีการดูแลตนเอง ด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริม สุขภาพมานานแล้ว จะเห็นได้จากในสมัยก่อนมี “หมอโบราณ” หรือ “หมอกกลางบ้าน” คอยให้การดูแลเมื่อมี ผู้เจ็บป่วยด้วยการใช้ยาสมุนไพรทั้งการมี “หมอตำแย” คอยให้การช่วยเหลือทำคลอดแก่หญิงที่ตั้งครรภ์จนกระทั่ง ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยในขั้นแรกได้นำประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน โดยจัดตั้งเป็น “คณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” มีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธานต่อมามีการชักชวนให้ประชาชนเข้ามาเป็น “อาสาสมัครมาลาเรีย” เพื่อช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการพ่นเคมีกำจัดยุงกันปล่องป้องกันโรคมาลาเรีย นอกจากนี้ยังได้มีการทดลองหา รูปแบบต่าง ๆ ในหลายพื้นที่ ๆ แต่ที่ชัดเจนและมีความสำคัญ คือ “โครงการสารภี” ซึ่งดำเนินการที่จังหวัดเชียงใหม่ที่ได้นำเอาประชาชนเข้ามาฝึกอบรมความรู้ทางสุขภาพอนามัย และเป็นแม่แบบนำไปทดลอง ในจังหวัดต่างๆจนกระทั่ง กลายเป็นรูปแบบที่เรียกว่า “ผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)”

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) (Village Health Volunteer) เรียกย่อๆว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ ประชาชนที่ได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทนของหมู่บ้าน ให้เข้ารับการอบรมความรู้ด้านสาธารณสุขเพื่อเป็น ผู้นำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Change Agent) ในหมู่บ้าน ซึ่งในระยะเริ่มแรกนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ คือ ผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข เรียกย่อ ๆ ว่า ผสส. (Village Health Communication) มีบทบาททางด้านการสื่อสารเกี่ยวกับสาธารณสุข การเฝ้าระวังทางระบาดแจ้งข่าวการเกิดโรค และประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยดูแลครอบครัวในละแวกคุ้มของตนเองในอัตรา 1 คน

ต่อ 8 – 15 หลังคาเรือน ส่วนกลุ่มที่ 2 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรียกย่อๆว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับการคัดเลือกขึ้นมาจากกลุ่ม ผสส. ที่มีระยะเวลาการทำงานระยะหนึ่ง โดยได้รับการยอมรับและไว้วางใจจากเพื่อน ผสส. ด้วยกันเอง (สมเกียรติ เลิศสกุล. 2543 : 45) จากนั้นก็ได้รับการอบรมความรู้เพิ่มเติม ในเนื้อหาที่ เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล การปฐมพยาบาล และการใช้ยา ให้มีสิทธิประกอบโรคศิลป์ ในระดับหนึ่งตามขอบเขตที่กระทรวงกำหนด ผสส. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านเป็นกลไกที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสาธารณสุขร่วมกับทางเจ้าหน้าที่ นับตั้งแต่ แผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) เป็นต้นมา โดยได้ให้บริการ สาธารณสุขในลักษณะผสมผสาน ทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การ รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ จนกระทั่งทำให้ประ ชาชนมีสถานะสุขภาพดีขึ้นอย่าง ชัดเจนเป็นที่น่าพอใจ อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนลดลง ไม่เป็นปัญหา ซึ่งการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้รูปแบบ ผสส. และ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน นี้ได้ดำเนินการเรื่อยมาจนกระทั่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ก็พบว่า สามารถทำให้มี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบคลุมพื้นที่ทุกหมู่บ้านและชุมชนทั่วประเทศ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้มีโครงการพัฒนาโครงสร้างการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะในส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นั้น ได้มีการกำหนดแนวทางการ พัฒนา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น อบรมยกฐานะ ผสส. เป็นอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั่วประเทศ จัดตั้ง ศสมช. เพื่อเป็นที่ปฏิบัติงานของ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนเป็นศูนย์กลางข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขของหมู่บ้าน และ แผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้กำหนดให้คนเป็น ศูนย์กลางการพัฒนา เป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จของการพัฒนาในทุกเรื่อง การพัฒนา สุขภาพของคนนับเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของคน ดังนั้น การพัฒนา สาธารณสุข จึงมีส่วนสำคัญยิ่งในการพัฒนาคน แผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) กำหนดไว้ว่า “คนไทยในสังคมต้องมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมี สุขภาวะและเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาครวมทั้งอยู่ในครอบครัวชุมชน และสังคมที่มีความพอเพียงด้านสุขภาพ มีศักยภาพ มีการเรียนรู้และมีส่วนร่วมใน การจัดการสุขภาพ โดยสามารถใช้ประโยชน์ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทยอย่าง รู้เท่าทัน” การดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว จำเป็นจะต้องระดมพลังจากสังคมทุก

ภาคส่วน และจะต้องส่งเสริมให้เกิดสำนึกสุขภาพในสังคมอย่างทั่วถึงและเปิดโอกาสให้ส่วนต่างๆ เข้ามามีบทบาทและใช้ความสามารถในการพัฒนาเพื่อบรรลุสู่สังคมแห่งสุขภาวะอย่างเต็มศักยภาพแนวคิดยุทธศาสตร์หนึ่งที่ใช้ในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ การสร้างสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดนี้เชื่อว่า “ถ้าการสร้างสุขภาพเป็นของทุกคนจึงต้องร่วมกันสร้าง สุขภาพขึ้นได้โดยประชาชนเอง ประชาชนจะเห็นคุณค่า รักและผูกพันกับสุขภาพเพิ่มขึ้นใหม่ ทุกวันจนเป็นชุมชนสุขภาพ และเป็นสังคมสุขภาพในที่สุด จำเป็นอย่างยิ่งที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการชุมชน เพื่อให้เกิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพอันเป็นรากฐานสำคัญที่จะนำไปสู่เมืองไทยแข็งแรงอย่างยั่งยืน” (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.

2545 : 32)

2.1 หลักเกณฑ์และคุณสมบัติของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เพ็ญศรี เป็เลียนจำ. (2542 : 20 – 25) สำหรับผู้ที่จะมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคุณสมบัติ ดังนี้

2.1.1 เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวกหรือคุ้ม ให้ความยอมรับและเชื่อถือ

2.1.2 สม่ักรใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ

2.1.3 มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำบ้าน ไม่ย้ายถิ่นในระยะเวลา 1-2 ปี) และมีความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน

2.1.4 อ่านออกเขียนได้

2.1.5 เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านการพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน

2.1.6 ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือแพทย์ประจำตำบล

การกำหนดคุณสมบัติของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในบางท้องที่อาจกำหนดเพิ่มเติมตามความเหมาะสม เช่น การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของจังหวัดอำนาจเจริญในปี พ.ศ. 2541 ได้กำหนดเพิ่มเติมว่าจะต้องเป็นชายหรือหญิงที่ต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นต้น

2.2 การคัดเลือก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2537 ให้มีเฉพาะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประเภทเดียว การคัดเลือกให้ใช้วิธีทางประชาธิปไตยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ คือ

2.2.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน ผสส. และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกคนใน หมู่บ้านและผู้นำอื่นๆเพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบทบาท หน้าที่ของ ศสมช. แล้วมอบหมายให้กรรมการหมู่บ้าน ผสส. และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการดำเนินการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.2.2 แบ่งละแวกคุ้ม หรือคุ้มบ้าน คุ้มละ 8-15 หลังคาเรือน

1) ละแวกหรือคุ้มบ้านที่มี ผสส. เติบโตอยู่แล้ว ให้สอบถามความสมัครใจ หาก ผสส. คนนั้นสมัครใจ ก็ให้คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำละแวกบ้าน หรือคุ้มนั้น

2) ในกรณีที่ละแวกหรือคุ้มนั้นไม่มี ผสส. ให้หาผู้สมัครใจและคุณสมบัติตามที่ต้องการ คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในกรณีที่มีผู้สมัครใจเกินกว่า 1 คน ให้คณะผู้ดำเนินการสรรหาจัดประชุมหัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทนครอบครัวในละแวกหรือคุ้มนั้น ๆ เพื่อลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่คัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.3 วาระการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรโดยดูจากผลการพิจารณาของประชาชน และองค์กรหมู่บ้าน และพื้นที่สภาพในกรณี

2.3.1 พื้นที่สภาพตามวาระ

2.3.2 ตาย

2.3.3 ย้ายที่อยู่

2.3.4 ลาออก

2.3.5 ประชาชนลงมติให้พื้นที่สภาพ

2.4 การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การฝึกอบรมนี้จะเป็นการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เปลี่ยนแปลงเจตคติและมีความรู้ ความสามารถ การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

2.4.1 เนื้อหาหลักสูตรที่อบรมแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) ประกอบด้วยวิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลักๆของประเทศและการบริหารจัดการ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ดังนี้ คือ

- บทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- สิทธิของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- การทำงานเป็นกลุ่ม
- ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขในหมู่บ้าน การค้นหาปัญหาสาธารณสุขในท้องถิ่นและการแก้ไข
- สุขวิทยาประชากร
- การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาล และการพยาบาลเบื้องต้น
- การส่งเสริมสุขภาพ
- การเฝ้าระวังและป้องกันโรค
- การฟื้นฟูสภาพ
- การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการ
- การใช้เครื่องมือที่จำเป็นในการบริการใน ศสมช.
- ความรู้เรื่อง โรคติดต่อ และ โรคไม่ติดต่อ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุข เช่น

เอดส์ เบาหวาน ฯลฯ

2) กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้เรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และความรู้ด้านนโยบายต่างๆในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น

2.4.2 ระยะเวลาในการอบรม จำนวน 12 วัน

- ช่วงแรกกำหนดระยะเวลาในการอบรมความรู้พื้นฐาน (หลักสูตรภาคบังคับ) ระยะเวลา ที่อบรม 3 วัน

- ช่วงที่ 2 อบรมต่อเนื่องทุกๆเดือนๆละ 1 วัน โดยเนื้อหาหลักสูตร ประกอบด้วยกลุ่มความรู้เฉพาะ และกลุ่มความรู้พื้นฐานที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานบริการใน ศสมช. ซึ่งจะเน้นการฝึกปฏิบัติ เช่น การวัดความดันโลหิต การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ เน้นการฝึกอบรมตามสภาพปัญหาในท้องถิ่น เน้นการอบรมทางสาธารณสุข คือ การป้องกันโรค การส่งเสริม สุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การเฝ้าระวังและส่งต่อมากกว่าการรักษาพยาบาล

2.4.3 การขึ้นทะเบียนเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สถานภาพของการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดขึ้นเมื่อผ่านการอบรมหลักสูตร โดยใช้เวลา 12 วัน จะได้รับประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัว โดยรูปแบบ อายุ และสิทธิ เป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.5 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2543 : 19)

2.5.1 เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบ

- 1) นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข
- 2) แจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น
- 3) แจ้งข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข

2.5.2 เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพื่อนบ้าน

1) รับข่าวแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ

2) รับข่าวแล้วจดบันทึกในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน เป็นรายบุคคลและรายกลุ่มและชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมพัฒนางานสาธารณสุขในเรื่องต่างๆ ได้แก่

- 3.1) การใช้สถานบริการและการใช้ยา
- 3.2) การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ
- 3.3) การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและจัดหาน้ำสะอาด
- 3.4) การรักษาอนามัยของร่างกาย
- 3.5) โภชนาการและสุขาภิบาล
- 3.6) การป้องกันและควบคุมโรคประจำถิ่น

- 3.7) การวางแผนครอบครัว
- 3.8) การอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการดูแลเด็กที่มีการเจริญเติบโตไม่ปกติ
- 3.9) การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน
- 3.10) การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต
- 3.11) การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์
- 3.12) การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ
- 3.13) การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ และสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ
- 3.14) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข
- 3.15) การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคลื่อน
- 3.16) การส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย
- 4) ให้บริการช่วยเหลือรักษาพยาบาล
 - 4.1) ให้การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลตามอาการในเรื่อง
 - 4.1.1) ไข้ตัวร้อน
 - 4.1.2) ไข้มาลาเรีย
 - 4.1.3) ไข้มีผื่นและจุด
 - 4.1.4) ปวดท้อง
 - 4.1.5) ปวดหัว
 - 4.1.6) ปวดหลัง
 - 4.1.7) ปวดเอว
 - 4.1.8) ท้องเดิน
 - 4.1.9) ท้องผูก
 - 4.1.10) พยาธิตำไส้
 - 4.1.11) โลหิตจาง
 - 4.1.12) เหน็บชา
 - 4.1.13) เจ็บหู
 - 4.1.14) ปวดเมื่อย
 - 4.1.15) ไอ
 - 4.1.16) ไข้
 - 4.1.17) เจ็บตา

4.1.18) ผื่นคันบริเวณผิวหนัง

4.2) ให้การปฐมพยาบาล ดังนี้

4.2.1) บาดแผลสด

4.2.2) น้ำร้อนลวก

4.2.3) สุนัขกัด

4.2.4) งูกัด

4.2.5) เป็นลม

4.2.6) ยาพิษ

4.2.7) ชัก

4.2.8) จมน้ำ

4.2.9) กระจกหัก

4.2.10) ช็อคเคลื่อน

4.2.11) ไฟไหม้

4.3) ส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการสาธารณสุข และติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบริการส่งต่อมาจากสถานบริการ

4.4) จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด ในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว (รายเก่า) และจ่ายถุงยางอนามัย

5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข

5.1) ด้านโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็ก และร่วมแก้ไขปัญหาลดขาดสารอาหารและธาตุไอโอดีนด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้อง และตรวจครรภ์ตามกำหนด และให้บริการชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และตรวจสุขภาพตามกำหนด

5.2) ด้านส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยติดตามให้มารดานำเด็กมารับวัคซีนตามกำหนด

5.3) ด้านควบคุมโรคประจำถิ่น โดยกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เก็บอูจระเข้ส่งตรวจหาไข้พยาธิ เจาะเลือดส่งตรวจหาเชื้อมาลาเรีย และเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรค

5.4) การควบคุมคุณภาพน้ำบริโภค โดยใช้น้ำยาตรวจหาเชื้อแบคทีเรีย การเติมคลอรีน ลงในน้ำบริโภค และการใช้น้ำยาตรวจระดับ

5.5) ด้านการดูแลสุขภาพจิต โดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และครอบครัว ที่มีอาการทางจิตเพื่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา ต่อยังสถานบริการที่เหมาะสม รวมทั้งการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุในชุมชน และนัดหมายให้มารับบริการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

5.6) ด้านทันตสาธารณสุข โดยการจัดหาและจำหน่ายแปรงสีฟัน ยาสีฟัน

5.7) ด้านการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย โดยการจัดกลุ่ม ป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยในชุมชน

5.8) ด้านโรคไม่ติดต่อ โดยการวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ จัดกลุ่มบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ

5.9) ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข โดยการจัดกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อ เฝ้าระวังการทำผิดกฎหมาย เช่น การจำหน่ายยาหมดอายุ ยาชุด อาหารที่ไม่มาตรฐาน เป็นต้น

5.10) ด้านการป้องกันโรคเอดส์ โดยการจัดกลุ่มป้องกันการแพร่โรค ในชุมชน แจกจ่ายถุงยางอนามัยป้องกันโรคเอดส์

5.11) ด้านการป้องกัน และแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย โดยการตรวจ คุณภาพแหล่งน้ำของชุมชน การตรวจสอบคุณภาพอากาศ และร่วมมือประสานงานกับองค์กรต่าง ๆ เพื่อเฝ้าระวังและจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน

6) เป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ในชุมชนตามกระบวนการความจำเป็น พื้นฐาน (จปฐ.)

7) คุ้มครองสิทธิประโยชน์ทางด้านสาธารณสุขของประชาชนในชุมชน

8) เป็นแกนกลางในการประสานงานการดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้าน โดยการกระตุ้นให้มีการประชุมวางแผนและร่วมดำเนินงานสาธารณสุขระหว่างกลุ่ม อาสาสมัคร กรรมการหมู่บ้าน และกลุ่มอื่น ๆ ตลอดจนเป็นผู้ประสานงานการดำเนินงาน ระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ

กล่าวโดยสรุป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรียกว่า อสม. คือ ประชาชนที่ได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทนของหมู่บ้าน ให้เข้ารับการอบรมความรู้ทางสาธารณสุขเพื่อเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในหมู่บ้าน การกำหนดคุณสมบัติของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในบางท้องถิ่นอาจกำหนดเพิ่มเติมตามความเหมาะสม และการคัดเลือก อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2537 ให้มีเฉพาะ อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านประเภทเดียว การคัดเลือกให้ใช้วิถีทางประชาธิปไตยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน แบบ ผสส. และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกคนในหมู่บ้านและผู้นำอื่นๆเพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบทบาทหน้าที่ของ ผสสข. แล้วมอบหมายให้กรรมการหมู่บ้าน ผสส. และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำ ดังกล่าวเป็นคณะกรรมการดำเนินการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขแบ่งละแวกคุ้ม หรือคุ้มบ้าน คุ้มละ 8-15 หลังคาเรือน/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน และมีวาระการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้ว ให้พิจารณาต่อบัตร โดยดูจากผลการพิจารณาของประชาชนและองค์กรหมู่บ้าน และพันสภาพในกรณี พันสภาพตามวาระ ตาย ย้ายที่อยู่ ลาออก และประชาชนลงมติให้พันสภาพ สำหรับการฝึกอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเปลี่ยนแปลงเจตคติและมีความรู้ ความสามารถ การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ เนื้อหาหลักสูตรที่อบรมแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้เรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และความรู้ด้านนโยบาย ต่าง ๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น ระยะเวลาในการอบรม จำนวน 12 วัน สำหรับบทบาทหน้าที่และของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีดังนี้ เป็นผู้รับข่าวสาธารณสุขและข่าวสารอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเพื่อ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพื่อนบ้าน เป็นผู้ให้คำแนะนำแก่ประชาชน ให้บริการช่วยเหลือรักษาเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย 8 ด้าน คือ

- 1) เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้าน ในเขตรับผิดชอบ
- 2) เป็นผู้รับข่าวสาธารณสุขและข่าวสารอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน
- 3) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน
- 4) ให้บริการช่วยเหลือรักษาพยาบาล
- 5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข

- 6) เป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในชุมชน
- 7) คຸ້ມครองสิทธิประโยชน์ทางด้านสาธารณสุขของประชาชนในชุมชน
- 8) เป็นแกนกลางในการประสานงานการดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

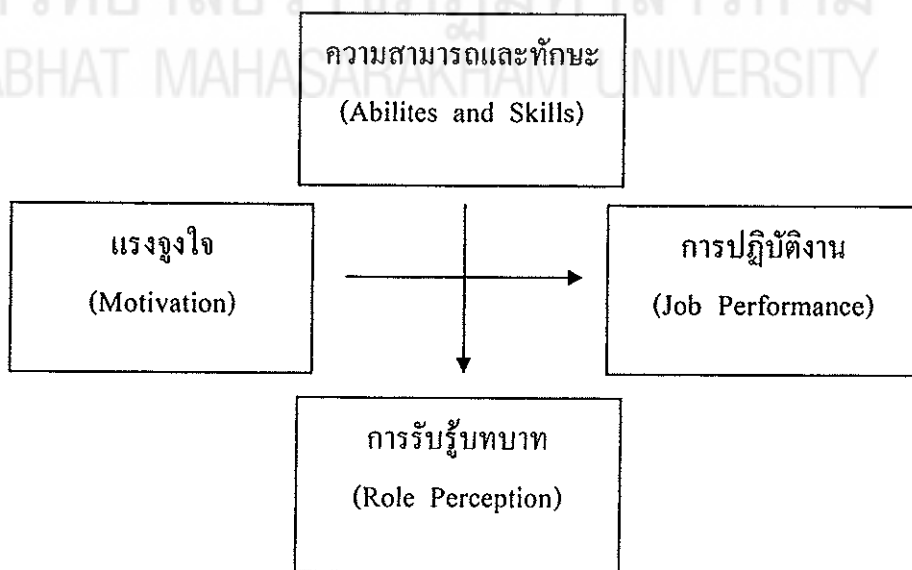
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

มีผู้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานไว้หลายแนวคิด ดังนี้

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ : อ้างถึงใน อุไรวรรณ บุญสาตี พิทักษ์, 2542 : 15) ได้ให้ความหมายของ “การปฏิบัติ” ว่าเป็นปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม รวมทั้งที่มีอยู่ภายในและแสดงออกมาภายนอก

ประภาพรเพ็ญ สุวรรณ (ประภาพรเพ็ญ สุวรรณ : อ้างถึงใน อุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์, 2542 : 25) ได้ให้ข้อคิดว่า “พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ” เป็นการใ้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย รวมทั้งการปฏิบัติและพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ในสภาวะการณ์หนึ่งๆ หรือ อาจเป็นพฤติกรรมที่ต่ำช้า คือ บุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่าอาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป เป็นพฤติกรรมสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษา ต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่างๆเป็นส่วนประกอบ ทั้งทางความรู้ และทัศนคติ สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการในการที่จะก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน ดังแผนภูมิที่ 6



แผนภูมิที่ 6 แสดงตัวแปร 3 ด้านที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่กำหนดให้

ที่มา: สมยศ นาวิการ, 2543 : 11

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

มีผู้ที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหลายท่าน ดังนี้

เซอร์เมอร์ฮอร์น และคณะ (Schermerhorn et al., 2003) ได้เสนอแนวคิดในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีของจวร์มและพอดเตอร์ พอสรุปได้ว่า ผลการปฏิบัติงานและความพึงพอใจเป็นสิ่งที่แยกออกจากกันแต่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งผลการปฏิบัติงานถูกตัดสินโดย คุณลักษณะส่วนบุคคลรวมทั้งความสามารถและประสบการณ์ของบุคคลร่วมกับการสนับสนุนเทคโนโลยี งบประมาณและสิ่งต่างๆ จากองค์การรวมทั้งความพยายามในการทำงานของบุคคล ซึ่งแรงจูงใจจะมีผล โดยตรงกับระดับความพยายามในการทำงานของบุคคล แรงจูงใจของแต่ละบุคคลจะบ่งบอกถึงความพยายามในการทำงานหรือความสามารถที่จะสร้างงานซึ่งตอบสนองกับความต้องการและเป้าหมายของแต่ละบุคคล ในการสร้างแรงจูงใจในแต่ละบุคคลจะขึ้นอยู่กับ การได้รับรางวัลที่มีความเหมาะสมกับคุณค่าของงานที่ทำรวมไปถึงความยุติธรรมในการตัดสินให้รางวัล

แนวคิดของเซอร์เมอร์ฮอร์น และคณะ ได้เสนอสมการในการปฏิบัติงานของบุคคลแต่ละคน ดังนี้

ผลการปฏิบัติงาน = คุณลักษณะประชากร × ความพยายาม × การสนับสนุนจากองค์การ

จากสมการนี้ชี้ให้เห็นว่า ตัวประกอบทั้งสามมีความสัมพันธ์ต่อผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล กล่าว คือ การใช้แรงจูงใจ จะเป็นตัวกำหนดแรงขับภายในตัวบุคคล ทำให้เกิดคุณลักษณะประชากร (Individual Attributes) ต่อระดับและแนวทางของความพยายาม ในการทำงาน (Work Effort) ร่วมกับการสนับสนุนจากองค์การ (Organizational Support) สำหรับลักษณะประชากร จะใช้เป็นตัวร่วมพิจารณา ในการพิจารณาพฤติกรรมการทำงาน ซึ่งมีรายละเอียดของปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล (Individual Performance Factors) ตามแนวคิดของเซอร์เมอร์ฮอร์น และคณะ ดังนี้

3.2.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล (Individual Attributes) คุณลักษณะประชากร หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย

1) ลักษณะประชากร (Demographic Characteristics) เป็นลักษณะที่ช่วยให้เห็นถึงภูมิหลังของบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานะทางเศรษฐกิจ สังคม สถานที่อยู่อาศัย ขนาดครอบครัวตลอดจน สิ่งอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตาม ลักษณะ

ประชากรอย่างเดียวยังไม่เป็นเครื่องชี้วัดที่ดีที่จะแสดงถึงผลการปฏิบัติงานที่ดี ทั้งนี้ยังมีสิ่งที่เกี่ยวข้องคือ ความรู้ ความสามารถและลักษณะทางจิตวิทยา

2) ลักษณะด้านความสามารถ (Competency Characteristics) เป็นสิ่งหนึ่งที่สำคัญในการพิจารณาเลือกคนเพื่อมาปฏิบัติงาน ความรู้ความสามารถเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่สามารถกระตุ้นให้เกิดความพยายามในการทำงานเป็นแรงจูงใจขั้นต้นที่มีผลกระทบต่อไหวพริบของบุคคลที่เอาชนะสภาพแวดล้อมได้ บุคคลที่รู้สึกรู้ว่ามีความรู้ความสามารถในงานของเขา สามารถคิดว่าเขาจะทำงานอย่างจริงจัง ดังนั้นความรู้ความสามารถแบ่งได้ 2 ด้าน คือ ด้านกายภาพ (Physical Competency) และด้านสมอง (Mental Competency) ซึ่งบ่อยครั้งได้ใช้ผลการเรียนเป็นเครื่องชี้วัดถึงแนวโน้มของความรู้ความสามารถด้านสมองและการปฏิบัติงาน

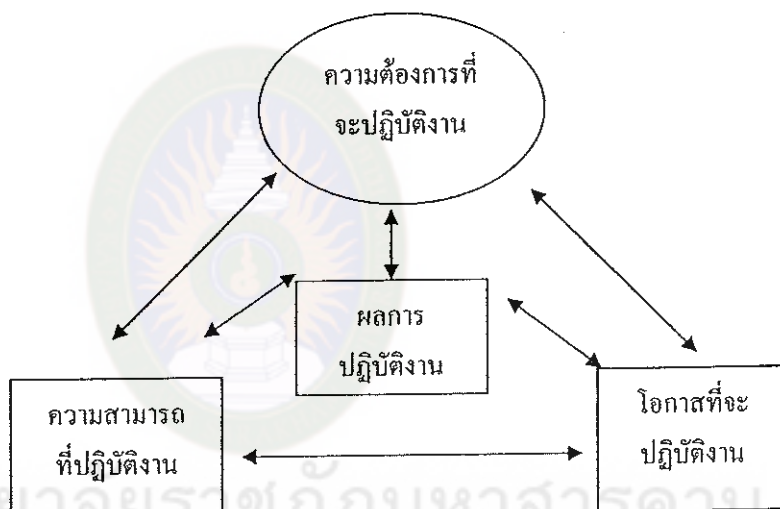
3) ลักษณะด้านจิตวิทยา (Psychological Characteristics) เป็นการแสดงแนวโน้มของพฤติกรรมแต่ละบุคคลที่จะเกิดขึ้นและมีอิทธิพลค่อนข้างถาวรต่อพฤติกรรมลักษณะทางจิตวิทยาเหล่านี้ เช่น ทักษะคิด การรับรู้ ความต้องการ และบุคลิกภาพ เป็นต้น อย่างไรก็ตามความสำคัญของคุณลักษณะประชากรเหล่านี้ขึ้นอยู่กับธรรมชาติและความ จำเป็นแต่ละงานซึ่งเซอร์เมอร์ฮอร์นและคณะ เห็นว่า คุณลักษณะประชากรจะต้องมีความเหมาะสมกับความ จำเป็นของแต่ละงาน เพื่อที่จะนำไปสู่ผลการปฏิบัติงานที่ต้องการ

3.2.2 ความพยายามในการทำงาน (Work Effort) คุณลักษณะประชากรที่มีความเหมาะสมกับความจำเป็นของงานนั้น ยังไม่สามารถที่จะทำให้บุคคลมีผลการปฏิบัติงานในระดับที่สูง ทั้งนี้ยังมีตัวแปรหนึ่งที่สำคัญและต้องมีก็คือ ความพยายามในการทำงาน ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงความปรารถนาที่จะปฏิบัติงานนั้น คือ ต้องมีแรงจูงใจที่จะทำงาน (Motivation to Work) เป็นแรงผลักดันภายในตัวบุคคลที่มีผลโดยตรงและคงไว้ซึ่งความพยายามในการทำงาน คนที่มีแรงจูงใจจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยกำหนดความพยายามในการทำงาน

3.2.3 การสนับสนุนจากองค์กร (Organizational Support) ในการปฏิบัติงานของบุคคล จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์กรที่ปฏิบัติงานอยู่บุคคลที่มีลักษณะบุคคลตรงกับความจำเป็นของงานและได้รับการจูงใจในระดับสูง อาจไม่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ดี หากได้รับการสนับสนุน ที่ไม่เพียงพอจากหน่วยงานหรือที่เรียกว่าข้อจำกัดด้านสถานการณ์ (Situation Constraint) เช่น ขาดเวลาที่จะทำงาน งบประมาณ เครื่องมือ เครื่องใช้และวัสดุ

อุปสรรคไม่เพียงพอ ข้อมูลข่าวสาร ที่เกี่ยวกับงานไม่ชัดเจน ระดับความคาดหวังของผลการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม ขาดอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับงาน ขาดการช่วยเหลือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ไม่ยืดหยุ่น เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล

บลูมเบิร์กและพริנגเกิล (Blumberg and Pringle, 1982 อ้างถึงใน มัลลิกา ต้นสอน, 2544) กล่าวถึง ผลการปฏิบัติงาน (Job Performance) เกิดจากความสัมพันธ์ของหน้าที่ 3 ประการ คือ ความสามารถที่จะปฏิบัติงาน (Capacity to Perform) โอกาสที่จะปฏิบัติงาน (Opportunity to Perform) และความต้องการที่จะปฏิบัติงาน (Willingness to Perform) หรือการจูงใจในการทำงาน (Work Motivation) ดังภาพที่ 7



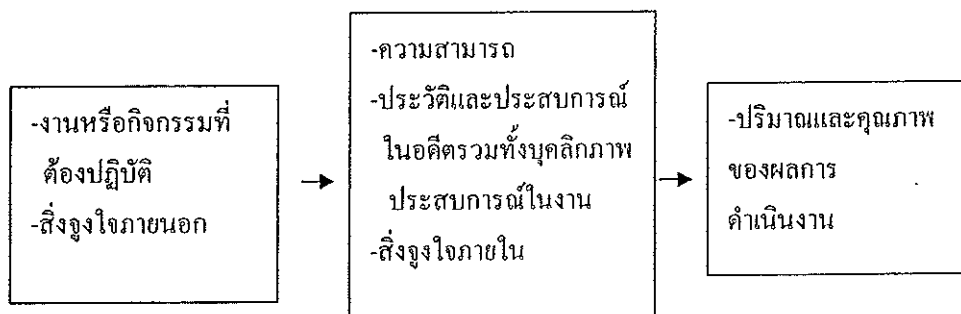
ภาพที่ 7 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

ที่มา : มัลลิกา ต้นสอน 2544 : 42

ผลการปฏิบัติงานจะเกิดจากบุคคลที่มีความสามารถที่จะทำงานนั้น ๆ มีโอกาสในการปฏิบัติงาน นอกจากนั้นบุคคลจะต้องมีความต้องการที่จะปฏิบัติงาน เพื่อที่จะสร้างผลงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยความต้องการที่จะทำงานจะไม่เพียงแต่ทำงานให้เสร็จ แต่จะเป็นส่วนประกอบของการทำงานให้ดีขึ้น ซึ่งอาจเรียกความต้องการในการปฏิบัติงานว่า การจูงใจในการทำงาน (Work Motivation)

วินเค (Vinake) ได้กล่าวถึง ตัวแปรต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อปริมาณและคุณภาพของผลงานของบุคคลนั้น ได้แก่ ความสามารถ ประวัติ ประสบการณ์ในอดีต และการจูงใจซึ่งสามารถ แสดงเป็นความสัมพันธ์ได้ ดังแผนภูมิมี่ (ธงชัย สันติวงษ์ และชัยศ สันติวงษ์, 2542 : 94)

ตัวกระตุ้นภายนอกที่มีต่อบุคคล ปัจจัยหรือตัวแปรภายในตัวบุคคล ผลลัพธ์ที่ได้



แผนภูมิที่ 8 ปัจจัยของบุคคลที่มีผลต่อการดำเนินงาน

ที่มา: ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์. 2542 : 94

สุจิตรา อุตถาวรยิ่ง. 2544 : 81 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดชัยนาท ผลการศึกษา พบว่า การปฏิบัติงาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาพรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านการจัดทำแผนและงบประมาณ ด้านความสามารถ ในการให้บริการ และด้าน ข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง

กล่าวโดยสรุป การปฏิบัติงานเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมา โดยการนำความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่มีต่องานมาเป็นองค์ประกอบในการแสดงพฤติกรรมออกมาเป็นความสามารถ เพื่อแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ แนวคิดของเซอร์เมอร์ธอร์นและคณะ ในการกำหนดปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่ คุณลักษณะ ประชากร ความรู้ ความสามารถของบุคคล ความพยายามในการทำงาน การสนับสนุนจากองค์กร มาประกอบกับแนวคิดของ (ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์. 2542 : 94) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ เพศ อายุ และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4. แนวคิดเกี่ยวและทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดเห็น

4.1 ความหมายเกี่ยวกับความคิดเห็น นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

วิสูตร จงชวนิชย์ (2549:8) ให้ความหมายของความคิดเห็นไว้ว่า ความนึกคิด ความรู้สึกประทับใจ ความเชื่อในการตัดสินใจสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งไม่อาจบอกได้ว่าเป็นการ

ถูกต้องหรือไม่ ความคิดเห็นยังสามารถใช้ได้กับการลงความเห็นเกี่ยวกับ ความรู้ ความรู้สึก และความสามารถ ที่สำคัญมักจะใช้คำว่าความคิดเห็นมากกว่าทัศนคติ

จิราพร บาร์ตรี (2550:22) ให้ความหมายความคิดเห็นไว้ว่า ความเชื่อที่ไม่ได้ตั้งอยู่บนความแน่นอน หรือความรู้ันเท็จจริงแต่อยู่ที่จิตใจ ความคิดเห็นและการลงความเห็นของแต่ละบุคคลที่ว่าจะน่าจะเป็นจริงหรือน่าจะตรงตามที่คิดไว้ การแสดงออกของบุคคลต่อเรื่องหนึ่งเรื่องใด จะแสดงออกในการพูดหรือการเขียน จะเกี่ยวข้องกับ ทัศนคติ ค่านิยม การศึกษา ประสบการณ์ สภาพแวดล้อม และพฤติกรรมระหว่างบุคคลเป็นเครือข่ายในการพิจารณาและประเมินค่าก่อนที่จะตัดสินใจ และแสดงความคิดเห็นในเรื่องนั้น ซึ่งความคิดเห็นอาจเป็นที่ยอมรับ หรือปฏิเสธจากคนอื่น ๆ ได้

จิรัชญา แสนโคตร (2551:40) ให้ความหมายความคิดเห็นไว้ว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลว่ามีต่อสิ่งใดในลักษณะไม่ลึกซึ้งเท่ากับทัศนคติ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ความคิดเห็นนั้นอาจกล่าวได้ว่าเป็นการแสดงออกของทัศนคติก็ได้ สังเกต และวัดได้จากคน แต่มีส่วนที่แตกต่างกันไปจากทัศนคตินั้น เข้าตัวอาจจะตระหนักก็ได้ ความคิดเห็นเป็นความเชื่อที่ไม่ได้ตั้งอยู่บนความแน่นอน หรือความรู้สึกที่แท้จริง แต่จะตั้งอยู่ในความคิด ความเห็นและการเล็งเห็นของแต่ละบุคคลน่าจะเป็นจริงหรือตามที่คิดไว้

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ความคิดเห็น หมายถึง ความเชื่อ ความคิด การลงความเห็น การเล็งเห็นความสำคัญ เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทั้งนี้มาจากพื้นฐานความรู้ ทัศนคติ ประสบการณ์ และสถานการณ์ สิ่งแวดล้อม ของบุคคล โดยมักจะมีอารมณ์ เป็นส่วนประกอบ

4.2 ประเภทความคิดเห็น ประเภทความคิดเห็นแบ่งได้ ดังนี้

4.2.1 ความคิดเห็นเชิงบวกสุด - เชิงลบสุด (Extreme opinion) เป็นความคิดเห็นที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ สามารถทราบทิศทางได้ ทิศทางบวกสุดได้แก่ ความรัก จนหลงทิศทาง ทางลบสุด ได้แก่ ความรังเกียจรุนแรงปรับเปลี่ยนยาก

4.2.2 ความคิดเห็นจากความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Contents) การมีความเห็นต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจที่มีต่อสิ่งนั้น เช่นความรู้ความเข้าใจในทางที่ดี ชอบ ยอมรับ เห็นด้วย ความรู้ความเข้าใจในทางที่ไม่ดี ได้แก่ ไม่ชอบ ไม่ยอมรับ ไม่เห็นด้วย

4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคิดเห็น

การแสดงความคิดเห็นเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล ซึ่งความคิดเห็นของแต่ละคนต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งแม้เป็นเรื่องเดียวกัน ไม่จำเป็นต้องเหมือนกันเสมอไป และอาจแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล ที่ได้รับมาจนมีอิทธิพลต่อการแสดงความคิดเห็น

4.3.1 ปัจจัยที่ทำให้เกิดความคิดเห็นดังนี้

1) ปัจจัยทางพันธุกรรมและร่างกาย (Genetic and physiological factors) เป็นปัจจัยตัวแรกที่ไม่ค่อยจะได้พูดถึงมากนัก โดยมีการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านพันธุกรรมจะมีผลต่อระดับความก้าวร้าวของบุคคล ซึ่งจะมีผลต่อการศึกษาเจตคติ หรือความคิดเห็นของบุคคลนั้นๆ ได้ ปัจจัยด้านร่างกาย เช่น อายุ ความเจ็บป่วย และผลกระทบจากการใช้สารเสพติด จะมีผลต่อความคิดเห็นและเจตคติบุคคล เช่นคนที่มีความคิดอนุรักษ์นิยมมักจะเป็นคนที่มีอายุมาก เป็นต้น

2) ประสบการณ์โดยตรงของบุคคล (Direct personal experience) คือ บุคคลได้รับความรู้สึกและความคิดเห็นต่างๆ จากประสบการณ์โดยตรงเป็นการกระทำ หรือพบเห็นสิ่งต่าง ๆ โดยตนเอง ทำให้เกิดเจตคติหรือความคิดเห็นจากประสบการณ์ที่ตนเองได้รับ เช่นเด็กที่แม่ได้ป้อนน้ำส้มกั้นให้ทาน เขาจะมีความรู้สึกชอบ เนื่องมาจากน้ำส้มหวานเย็นหอม ชื่นใจ ทำให้เขามีความรู้สึกต่อน้ำส้มที่ได้ทานเป็นครั้งแรกเป็นประสบการณ์โดยตรงที่เขาได้รับ

3) อิทธิพลจากครอบครัว (Parental influence) เป็นปัจจัยที่บุคคลเมื่อเป็นเด็ก จะได้รับอิทธิพลจากการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ และครอบครัว ทั้งนี้เมื่อตอนเป็นเด็กเล็ก ๆ จะได้รับการอบรมสั่งสอน ทั้งในด้านความคิด การตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย การให้รางวัลและการลงโทษ ซึ่งเด็กจะได้รับจากครอบครัว และจากประสบการณ์ตนเองที่ได้รับมา

4) เจตคติและความคิดของกลุ่ม (Group determinants of attitude) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อความคิดเห็นหรือเจตคติของแต่ละบุคคล เนื่องจากบุคคลจะต้องมีสังคมอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม ดังนั้น ความคิดเห็น หรือเจตคติต่าง ๆ จะได้รับการถ่ายทอดและมีแรงดันจากกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นเพื่อนในโรงเรียน กลุ่มอ้างอิงต่าง ๆ จะทำให้เกิดความคล้อยตามเป็นไปตามกลุ่มได้

5) สื่อมวลชน (Mass media) เป็นสื่อต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับสื่อเหล่านี้ไม่ว่าจะเป็นหนังสือพิมพ์ ภาพยนตร์ วิทยุ โทรทัศน์ จะมีผลทำให้บุคคล มีความคิดเห็นมีความรู้สึกต่าง ๆ เป็นไป ตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากสื่อ

4.3.2 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความคิดเห็นว่าขึ้นอยู่กับฝ่ายทางสังคมในหลายประการ คือบุญเรียง ขจรศิลป์ (2533 :248-249)

1) ภูมิหลังทางสังคม หมายถึงกลุ่มคนที่มีภูมิหลังที่แตกต่างกัน โดยทั้งไปจะมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันไปด้วย เช่น ความคิดเห็นระหว่างผู้เยาว์กับผู้สูงอายุชาวเมืองกับชาวชนบท เป็นต้น

2) กลุ่มอ้างอิงหมายถึง การที่คนเราจะคบหาสมาคมกับใคร หรือกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้แก่ผู้ใด หรือการกระทำที่ดำเนินถึงอะไรบางอย่างร่วมกัน หรืออ้างอิงกันได้ เช่น การประกอบอาชีพเดียวกัน การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือสมาคมเดียวกัน เป็นต้น สิ่งกระทำมีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของบุคคลเหล่านั้นด้วย

3) กลุ่มกระตือรือร้น หรือกลุ่มเฉื่อยชา หมายถึง การกระทำใดที่ก่อให้เกิดความกระตือรือร้น เป็นพิเศษ อันจะก่อให้เกิดผลประโยชน์ขึ้นมาได้ ย่อมส่งผลต่อการจูงใจให้บุคคลที่เป็นสมาชิกเหล่านั้นไม่เห็นด้วยก็ตาม ในทางตรงกันข้ามกลุ่มเฉื่อยชาจะไม่มีอิทธิพลต่อสมาชิกมากนัก

จากที่กล่าวมาข้างต้น ปัจจัยที่มีต่อความคิดเห็น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความคิดเห็นของบุคคลโดยตรง เช่น เพศ อายุ รายได้ และปัจจัยสภาพแวดล้อม คือ ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของบุคคลโดยอ้อม เช่น สื่อมวลชน กลุ่มที่เกี่ยวข้อง และครอบครัว

4.4 การวัดความคิดเห็น

เบสท์ (Best, 1977:171) การวัดความคิดเห็นโดยทั่วไป ต้องมีองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ บุคคลที่จะถูกวัด สิ่งเร้า และมีการตอบสนอง ซึ่งจะออกมาในระดับสูงต่ำ มากน้อย วิธีวัดความคิดเห็นนั้น โดยมากจะใช้ตอบแบบสอบถาม และผู้ถูกวัดจะเลือกตอบความคิดเห็นของตนในเวลานั้น การใช้แบบสอบถามสำหรับวัดความคิดเห็นนั้น ใช้การวัดแบบลิเคิร์ต โดยเริ่มด้วยการเรียงเรียงข้อความที่เกี่ยวกับความคิดเห็นจะต้องระบุให้ผู้ตอบ ตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย กับข้อความที่กำหนดให้ ซึ่งข้อความแต่ละข้อความจะมีความคิดเห็นเลือกตอบออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง

ส่วนการให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อความว่าเป็นไปในทางเดียวกัน เชิงนิยม หรือไม่นิยม เป็นข้อความเชิงบวกหรือเชิงลบ

มอร์แกนและคิง (Morgan & King . 1971 : 516 ; อ้างถึงใน พนารัตน์ พวงบุญ ปลูก. 2542 : 58) ได้เสนอว่า การที่จะให้ใครแสดงความคิดเห็นควรถามกันต่อหน้าดีกว่าให้ เขาต้องมาอ่านข้อความซึ่งแสดงให้เห็นว่า ทั้งสองท่านเห็นว่าการแสดงความคิดเห็นนั้นการ สัมภาษณ์ หรือการสอบถามจะดีกว่าการให้ตอบแบบสอบถามและการวัดความคิดเห็น จะต้อง ระบุให้ผู้ตอบ ตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความที่กำหนด

สรุปได้ว่า การวัดความคิดเห็นที่นิยมใช้เพื่อการวิจัย ได้แก่การสอบถาม การสัมภาษณ์ โดยคะแนนที่ได้จะแสดงจำนวนร้อยละของความคิดเห็นในด้านต่าง ๆ เพื่อทราบว่าแต่ละด้านมีความคิดเห็นอย่างไร ส่วนวิธีวัดความคิดเห็นโดยทั่วไป อยู่ในรูปแบบ สอบถาม การสนทนา ผู้ทำการวัดจะต้องไม่แสดงออกว่ากำลังจดบันทึกความคิดเห็นของ ผู้ทำการวัดมากเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ถูกวัดเกิดความรู้สึกว่าการกำลังถูกจับผิด ควรใช้วิธีอัด เทปช่วย ส่วนวิธีการศึกษาจากข้อเขียน หรือสมุดบันทึกประจำวัน ผู้ทำการวัดต้องได้รับ อนุญาตจากผู้ถูกวัดก่อน เพราะบางครั้งเป็นเรื่องที่ต้องปกปิด

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยภายในประเทศ

5.1.1 คุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากร หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของบุคคลที่ เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน และคุณลักษณะประชากรที่ชัดเจนที่สุด ได้แก่ เพศ อายุ และระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ คุณลักษณะประชากร ดังนี้

ยงยุทธ ธนิกกุล (2549 : 63) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงในจังหวัดสมุทรสงคราม ผลการวิจัย พบว่า อสม. ส่วนมากเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 72 มีอายุ 51 ปีขึ้นไปคิดเป็น ร้อยละ 48.30 ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.20 ประกอบอาชีพรับจ้าง เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 45.80 ซึ่งมีสถานรายได้ของครอบครัว อยู่ในระดับพอดีกับ รายจ่าย ร้อยละ 50.80 การปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. มาเป็นเวลา 1 - 10 ปี ร้อยละ 55.40 วิธีการ มาเป็น อสม. ส่วนมากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็น ผู้ชักชวน คิดเป็นร้อยละ 38.20

นันทศักดิ์ เศษสุวรรณ (2547: 73) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การสร้างสุขภาพของ อสม. อำเภอจตุรพักตรพิมาน พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ ระหว่าง 41-50 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่มีตำแหน่งทางสังคมใดๆ เลย รายได้ต่อ เดือน 1,001 - 2,000 บาท มีสถานภาพสมรส มีบุตร จำนวน 2 คน ได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับสุขภาพจากโทรทัศน์ และ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างสุขภาพ คือ เพศ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ส่วน อายุ ระดับการศึกษา การมีตำแหน่งทางสังคมใน หมู่บ้าน รายได้ สถานภาพสมรส จำนวนบุตรและทัศนคติไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้าง สุขภาพของ อสม.

มนัสศรี ไพบูลย์ศิริ (2544 : 92) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ อสม. เขตเมือง จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยทาง ชีวสังคม ตัวแปร เพศ อายุ และรายได้ของครอบครัวมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ ส่วน ตัวแปร อาชีพ ระดับ การศึกษา ระยะเวลาการเป็น อสม.ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ชัยรัตน์ พัฒนาเจริญ (2532 : 63) ได้ประเมินผลการปฏิบัติงานของ ผสส. และ อสม. ใน 4 ภาค ๆ 1 จังหวัด โดยใช้แบบสอบถาม การสังเกต และบันทึกวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรกับการปฏิบัติงาน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สื่อข่าวสาร สาธารณสุข (ผสส.) และอสม. เคยมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข ประสพการณ์ด้าน สาธารณสุขนั้น พบว่าผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข (ผสส.) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีมาก่อน และ อสม. ร้อยละ 50 เคยมีประสบการณ์เป็นหมอนัดยา หมอดำยา หมอสมุนไพร ฯลฯ ปัจจัยคุณลักษณะ ประชากร เช่น อายุ เพศ รายได้ การศึกษาไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

สมเกียรติ เลิศสกุล (2543 : 74) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตาม บทบาทหน้าที่ของ อสม. จังหวัดนครสวรรค์ ในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า ปัจจัย คุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ และ ประสพการณ์ในการพัฒนางานสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่ของ อสม. ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ พบว่า เพศ โดยเพศชายมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานมากกว่าเพศหญิง

ภาวินี เเพ็ง (2529 : 65) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้และการยอมรับบทบาทของ อสม. พบว่า การดำรงตำแหน่งในหมู่บ้าน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และประสบการณ์ใน ด้านการรักษาพยาบาล โดย อสม. ที่มีตำแหน่งผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกกลุ่ม เกษตร จะปฏิบัติงานมากกว่า อสม. ที่ไม่มีตำแหน่ง และ พบว่า อสม. ที่มีระยะเวลา ปฏิบัติงานในช่วง 1-3 ปี จะมีผลการปฏิบัติงานมาก อสม. ที่ปฏิบัติงานนานกว่านี้ ปัจจัยที่ไม่มี ผลต่อการปฏิบัติงาน คือ อายุ ฐานะทางการเงินและจำนวนสมาชิกในครอบครัว

อัจฉรา ซาคิตานนท์ (2541 : 103) ศึกษาพฤติกรรมการทำงาน สาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรม การทำงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคมที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ได้แก่ อายุ ระดับ การศึกษา สถานภาพการ สมรส และจากการศึกษาของรัชชชัย ไตรทิพย์ (2540) ศึกษา คุณลักษณะประชากร และปัจจัยสนับสนุนทางการบริการ ที่มีผลต่อระดับการทำงานเป็น ทีมของ อสม. ผลการเปรียบเทียบระดับการทำงานเป็นทีมของอสม. ที่มีผู้นำทีมที่มี คุณลักษณะที่แตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว และประสบการณ์ ทำงาน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < 0.05$)

สรุปได้ว่า จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้จะมีความ แตกต่างในการวิจัยบ้าง แต่เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาโดยรวมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัย พบว่า เพศ อายุ และระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะเป็นตัวแปรที่จะ ช่วยอธิบายความแตกต่างของการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย และเป็นคุณลักษณะประชากรที่นำมาศึกษาใน การวิจัยครั้งนี้

5.1.2 การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากแนวคิดของ เซอร์เมอร์ธอร์นและคณะในการกำหนดปัจจัยที่มีผลต่อ การปฏิบัติงาน ได้แก่ คุณลักษณะประชากร ความรู้ ความสามารถของบุคคล ความพยายาม ในการทำงาน การสนับสนุนจากองค์กร มาประกอบกับแนวคิดของ ธงชัย สันติวงษ์ และชัย ยศ สันติวงษ์, 2542 : 94 ซึ่งกล่าวว่า ปัจจัยลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ และ ระดับการศึกษานับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล มาประยุกต์ใช้กับ การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

ยงยุทธ ธนิกกุล (2549 : 73) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงในจังหวัดสมุทรสงคราม ทั้งหมด 1,690 คน สุ่มตัวอย่าง อสม. 325 คน โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ผลการวิจัย พบว่า อสม. ระดับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีการปฏิบัติงานด้านการมีส่วนร่วมกิจกรรมพัฒนา 6 อ. อยู่ในระดับสูงมีการปฏิบัติงานบริหารจัดการยุทธศาสตร์ และด้านการบริการใน สสมช. อยู่ในระดับปานกลาง มีความรู้ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง อยู่ในระดับปานกลาง มีแรงจูงใจในการทำงานและการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ได้ร้อยละ 46.60 ความรู้ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงสามารถทำนายการปฏิบัติงาน ได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.70 แรงจูงใจในการทำงานสามารถทำนายการปฏิบัติได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.30 โดยการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับความรู้ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงและแรงจูงใจในการทำงานสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงได้ร้อยละ 56.60

วนิดา วิระกุล (2548 : 64) ศึกษาทิศทางการพัฒนาระบบและกระบวนการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา ในพื้นที่ 26 หมู่บ้าน 6 ตำบล 3 จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. มีการทำหน้าที่ในด้านการบริการสุขภาพ การคัดกรองผู้ป่วย การจัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง ครอบคลุมกิจกรรมส่วนมากได้ทำหน้าที่ต่างๆต่ำกว่าร้อยละ 80 และมีความถี่ของการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 1-5 ครั้ง / ปี ผลการศึกษา การพัฒนาระบบและกระบวนการพัฒนาศักยภาพของ อสม. มีรูปแบบการพัฒนา 3 รูปแบบ คือ 1) การพัฒนาภายใต้การให้มีความรู้ ความสามารถ ในการทำหน้าที่ การทำกิจกรรม ตามนโยบายและแนวทางการพัฒนาของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข 2) การพัฒนาให้เป็นอสม. ที่เชี่ยวชาญ 3) การพัฒนาให้มีความสามารถในการคัดกรอง เยี่ยมบ้าน และจัดระบบข้อมูลข่าวสารซึ่งเน้นในพื้นที่หมู่บ้านที่เป็นที่ตั้งของสถานีอนามัย และหมู่บ้าน ใกล้เคียง ทั้งนี้ทั้ง 3 รูปแบบจะต้องให้ความรู้และสร้างความสามารถในการพัฒนาแผนงาน / โครงการ การพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนควบคู่ไปด้วยวิธีการพัฒนาทั้ง 3 รูปแบบใช้กระบวนการอบรมอย่างมีส่วนร่วม

และการฝึกทักษะ โดยการมอบกิจกรรมให้รับผิดชอบ แบ่งการอบรมออกเป็น 2 ระยะ คือ การอบรมให้เรียนรู้ทางทฤษฎีและความรู้พื้นฐาน และการฝึกปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องตลอดปี ผลการประเมินกระบวนการพัฒนา พบว่า ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และ อบต. เห็นว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการยอมรับในบทบาทหน้าที่ของ อสม. มากขึ้น และเห็นว่า ความรู้ ความสามารถ รวมทั้งทักษะที่จะต้องเพิ่มให้กับ อสม. คือ ทักษะการถ่ายทอดความรู้ การประชาสัมพันธ์ การพูดทางหอกระจายข่าว การประสานงานและการทำแผนงาน / โครงการ ดังนั้น แนวทางการพัฒนาเพื่อให้เกิดการพัฒนาให้เป็น อสม. ของสังคม สามารถเป็น แกนกลางในการสร้างเครือข่าย ทั้งในส่วนการคัดเลือก การพัฒนาระบบสุขภาพภาค ประชาชนได้ จะต้องพัฒนาภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ทั้งในส่วนคัดเลือกการพัฒนา ศักยภาพ การร่วมทำ ภารกิจหน้าที่และการประเมินผล เพื่อให้เป็นที่ยอมรับ เชื่อถือ และเป็น แกนกลางของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นันทศักดิ์ เศษสุวรรณ (2547 : 93) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การสร้างสุขภาพของ อสม. อำเภอจตุรพักตรพิมาน ศึกษาจากอสม. 12 ตำบล จำนวน 342 คน พบว่า ทักษะคิดต่อพฤติกรรมการสร้างสุขภาพของ อสม. พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ด้านที่มีทัศนคติต่อพฤติกรรมสร้างสุขภาพดีที่สุด คือ การจัดการกับความเครียด และน้อยที่สุด คือ การฟื้นฟู สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสร้างสุขภาพของ อสม. ในภาพรวมอยู่ ระดับปานกลาง ด้านที่มีพฤติกรรมสร้างสุขภาพดีที่สุด คือ การไม่ใช้สารเสพติดและสิ่งมีนเมา และน้อยที่สุดคือ พฤติกรรมบริโภคอาหาร ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้าง สุขภาพ คือ เพศ และการได้รับข้อมูล ข่าวสาร ส่วน อายุ ระดับการศึกษา การมีตำแหน่งทาง สังคมในหมู่บ้าน รายได้ สถานภาพสมรส จำนวนบุตรและทัศนคติไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การสร้างสุขภาพของ อสม.

วนิดา วิระกุล และนัตถะวุฒิ ภิรมย์ไทย (2546 : 69) ศึกษาสถานการณ์ การดำรงบทบาทของ อสม. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวมทั้งปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จใน หน้าที่ อสม. ในกลุ่มตัวอย่างประชาชน อสม. ระดับหมู่บ้าน และประชาชนชมรมอาสาสมัครสา ธารณระดับอำเภอ ทุกอำเภอของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 502 คน ผลการศึกษา พบว่า ส่วนมากมีผลการปฏิบัติงานทุกบทบาทหน้าที่ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ ส่วนมากได้ทำหน้าที่จัดกิจกรรมบริการงานสาธารณสุขมูลฐานในแต่ละกิจกรรม มีค่าร้อยละ ของการปฏิบัติงานต่ำสุด ร้อยละ 17.9 และสูงสุตร้อยละ 98.0 ผลการปฏิบัติงานด้านการ

วางแผนงาน / โครงการการบริหารงบประมาณงานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน ให้เข้มแข็ง มีค่าร้อยละของผลการปฏิบัติงานมากกว่าร้อยละ 75 โดยการปฏิบัติแต่ละกิจกรรมมีค่าความถี่ของการปฏิบัติ 1 – 5 ครั้ง/ปี ทุกๆ กิจกรรม ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ พบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุด ได้แก่ ปัจจัยด้านประชาชน เมื่อศึกษาคุณสมบัติแต่ละปัจจัย พบว่า คุณสมบัติของประชาชนที่สำคัญได้แก่ การมีส่วนร่วม คุณสมบัติของ อสม. ที่สำคัญ ได้แก่ การมีความพร้อมในหลาย ๆ ด้านประกอบกัน คุณสมบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ การทำหน้าที่สนับสนุนด้านประกอบกัน คุณสมบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ การทำหน้าที่สนับสนุนวิชาการคุณสมบัติของผู้นำชุมชนที่สำคัญ ได้แก่ ความเข้าใจในงานสาธารณสุข คุณสมบัติของ อบต. ที่สำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าปัญหาของการปฏิบัติงาน คือ การมีงบประมาณไม่เพียงพอ อสม. ทำงานไม่เต็มเวลา ไม่มีเวลา ทั้งนี้องค์กรภาครัฐควรได้แก่ การมีส่วนร่วม คุณสมบัติของ อสม. ที่สำคัญ ได้แก่ การมีความพร้อมในหลาย ๆ ด้านภาครัฐควรสนับสนุนงบประมาณมากขึ้น รวมทั้งควรได้มีการปรับบทบาทหน้าที่ของอสม. ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน ตลอดจนหาแหล่งทุนและการมีนโยบายที่จริงจังและต่อเนื่อง

มนัสศรี ไพบุลย์ศิริ (2544 : 81) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ อสม. เขตเมือง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 280 คน โดยนำ PRECEDE Model มาเป็นกรอบแนวคิด ในการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับ สุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรวมทุกด้านอยู่ใน ระดับสูง ร้อยละ 36.8 ปัจจัยทางชีวสังคม ตัวแปร เพศ อายุและรายได้ของครอบครัวมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ ส่วน ตัวแปร อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการ อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยนำ คือ ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ ค่านิยม ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 และตัวแปรร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ค่านิยม ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม การรับรู้ ประโยชน์และความรู้ โดยตัวแปรทั้ง 5 ตัวสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรวมทุกด้านได้ คิดเป็นร้อยละ 34.6

สุจิตรา อุยถาวรยิ่ง (2544 : 58) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดชัยนาท โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอิสระ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยพื้นฐานด้านสาธารณสุขมูลฐาน ปัจจัยด้านความรู้ในการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานกับการปฏิบัติงานของ อสม. โดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ประธาน อสม. ที่ปฏิบัติงานใน สสมช. จำนวน 260 คน พบว่า อสม. มีความรู้ในการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาทเกี่ยวกับ การเป็น อสม. และการสนับสนุนการปฏิบัติงาน โดยรวมอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนการปฏิบัติงานในแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลาง ส่วน การปฏิบัติงานของ อสม. ในภาพรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านการจัดทำแผนและงบประมาณ ด้านความสามารถ ในการให้บริการ และด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการหาความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทของ อสม. และการสนับสนุน การปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($P < 0.001$)

สุพจน์ จิตสงวนสุข (2543 : 77) ศึกษาการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะทาง ประชากร จิตสำนึกต่อแนวคิดและหลักการสาธารณสุขมูลฐาน การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดำเนินงาน และการสนับสนุนทางสังคมต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน และลักษณะการพึ่งตนเองทางสาธารณสุขของ อสม. กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. เขตชนบท จังหวัดสระบุรี จำนวน 250 คน อสม. ที่เป็นประธานหมู่บ้าน จำนวน 40 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานเพียง บางกิจกรรม และด้วยสัดส่วนของจำนวน อสม. ที่ปฏิบัติงานน้อยมาก นอกจากนั้นยังมีความจำกัดด้านคุณภาพของการปฏิบัติงาน โดยการปฏิบัติงานของ อสม. ในภาพรวมอยู่ในระดับสูงเพียงร้อยละ 13.2 ในด้านปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานนั้น พบว่า คุณลักษณะทางประชากรไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ส่วนปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมทั้งจิตสำนึกต่อแนวคิด และหลักการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายผลการปฏิบัติงานได้ โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 27.6 ส่วนการพึ่งตนเองทางสุขภาพของ อสม. พบว่าการดูแลสุขภาพตนเอง อสม. ยังคงขาดการประยุกต์ เอาแนวคิดและทักษะการปฏิบัติงาน สาธารณสุขมูลฐานมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ยังยึดติดกับ การพึ่งพิง

โดย พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่ดูแลสุขภาพตนเองระดับสูงเพียงร้อยละ 17.2 ส่วนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขพบว่ายังขาดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในทุกขั้นตอน โดยจะปฏิบัติกิจกรรมตามการกำหนดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

นภาพร เจริญวงศ์มิตร (2542: 68) ศึกษาการดำเนินงานของ อสม.

ในเขตเมือง และหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากร ความรู้ ทักษะ ทักษะการสนับสนุน ทรัพยากรบริหารกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองของ อสม. กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขตเมือง 15 ชุมชน จำนวน 150 คน เก็บรวบรวม ข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับสูง ทักษะของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนทรัพยากรบริหาร โดยรวมอยู่ในระดับดี การปฏิบัติงานในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การสนับสนุนทรัพยากรบริหารของ อสม. และระยะเวลาที่เป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

วาณิชรัตน์ รุ่งเกียรติกุล (2541 : 48) ศึกษาปัจจัยคัดสรรบทบาทของ อสม. ตามการรับรู้ของตนเองและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข กับการปฏิบัติงานตามบทบาทในศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตพื้นที่รอบในและ รอบนอกของกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นอาสาสมัคร สาธารณสุข(อสส.) 215 คน เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 คน ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า การรับรู้ กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสส. มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกบทบาท ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร พบว่า ระยะเวลาที่เคยปฏิบัติหน้าที่ อสส. และการเยี่ยมนิเทศจากเจ้าหน้าที่ ศูนย์บริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์เชิงบวก อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบ รายได้ ประสิทธิภาพที่เคยเป็นอาสาสมัครในงานพัฒนาชุมชน ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน การยอมรับจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน การจูงใจ ความผูกพันองค์กร และการทำงานเป็นทีม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับปัจจัยที่สามารถทำนายผลการปฏิบัติงานของ อสม. โดยเรียงตามลำดับความสำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน และการจูงใจสามารถร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 33.68

สาธิตมน ศิริสมบุญแนว (2541 : 83) ศึกษาระดับผลการปฏิบัติงานของ อสม. และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน การจงใจ ความผูกพันองค์กร และการทำงานเป็นทีมกับผลการปฏิบัติงานของ อสม. ตลอดจนค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลร่วม ที่สามารถทำนายผลการปฏิบัติงานของ อสม. โดยใช้แบบสัมภาษณ์เก็บ ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จำนวน 212 คน/ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผลการปฏิบัติงานของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านข้อมูลข่าวสาร มีผลการปฏิบัติงานในระดับสูง ด้านบริหารและบริการมีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง

อุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2542 : 72) ศึกษาเพื่อประเมินการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ใน ศสมช. จังหวัดชลบุรี และหาความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะประชากร การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ การรับรู้บทบาทหน้าที่และแรงจูงใจ กับการปฏิบัติงานของ อสม. กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ที่ปฏิบัติงานนานที่สุด แห่งละ 1 คน จำนวน 320 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ของ อสม. การรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม. แรงจูงใจของอสม. และการปฏิบัติงานของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่าด้านการจัดทำแผนและงบประมาณ ด้านการบริหาร ศสมช.อยู่ในระดับมาก และด้านเผยแพร่ประชาสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่และด้านการให้บริการอยู่ในระดับปานกลางและจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่การนิเทศงาน การศึกษาดูงาน การมีส่วนร่วมของชุมชน การรับรู้บทบาทหน้าที่โดยรวมและแรงจูงใจ โดยรวมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. อย่างมีระดับนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่าการรับรู้ บทบาทหน้าที่แรงจูงใจ สามารถอธิบายความผันแปรของการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ได้ร้อยละ 29.7

อัจฉรา ชาติกานนท์ (2541 : 57) ศึกษาพฤติกรรมการทำงาน สาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัย การสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด

คือการได้รับการนิเทศ ได้รับความรู้เพิ่มเติม ได้รับวัสดุอุปกรณ์ ได้รับสื่อต่างๆ และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. เช่นกัน ในขณะที่ปัจจัยทางจิตลักษณะไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ดังกล่าว ตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ที่พบ มี 3 ตัว คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน การได้รับวัสดุอุปกรณ์ และระดับการศึกษา โดย ตัวแปรทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม.

ได้ร้อยละ 24.6

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของ อสม. ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น การรับรู้ความสามารถแห่งตน ในการดำเนินงาน และการสนับสนุนทางสังคม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ได้นำปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ และระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งจะช่วยอธิบายการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ โพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

โอสูกะ (Osuke. 1991 : 4169-A) ได้ทำการวิจัยเรื่องการทำงานของอาจารย์ที่ทำงานเต็มเวลาในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐในคาโกต้าคอนได้ ผลวิจัย พบว่า องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความไม่พอใจในการทำงานของอาจารย์ที่ทำงานเต็มเวลาทั้ง 2 ด้าน คือ งานที่ทำความสำเร็จในการทำงาน ความไม่พอใจในการทำงานจากนโยบายของผู้บริหาร เงินเดือนค่าผลประโยชน์และค่าตอบแทนไม่เพียงพอ องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพอใจในการทำงานของอาจารย์ ได้แก่ งานส่วนตัว การสอนส่วนตัวความรับผิดชอบในอาชีพ ความก้าวหน้าในอาชีพ การนิเทศของผู้บริหาร สถานภาพทางด้านอาชีพ ความมั่นคงในงานที่ทำ สภาพการทำงาน ความสัมพันธ์ส่วนตัว สิทธิในการตัดสินใจและสมรรถภาพทางด้านเทคนิค

บูแมนและนอร์แมน (Bouman and Norman. 1975 : 113-121) ได้ทำการศึกษาทัศนคติของนักศึกษามหาวิทยาลัยไวโอมิง พบว่าการให้บริการสาธารณะในภาครัฐยังมีความคล่องตัวน้อยกว่าการให้บริการสาธารณะในภาคเอกชน และพบว่าปัจจัยที่ทำให้การบริการสาธารณะในภาครัฐมีความคล่องตัวน้อยกว่าการให้บริการสาธารณะในภาคเอกชนจนทำให้ผู้รับบริการ เกิดความไม่พึงพอใจในการให้บริการสาธารณะในภาครัฐคือ

1) ลักษณะของงานที่ไม่ควรจะมีลักษณะของงานแบบประจำวัน (Day-to-Day) อีกต่อไป

2) คุณภาพของผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ให้บริการนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้องค์กรหรือหน่วยงานบรรลุเป้าหมายได้โดยจะต้องแก้ไขภาพพจน์ที่ไม่ดีของการจ้างงานมีการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างความกระตือรือร้นให้เกิดขึ้นในการทำงาน

ความคิดเห็นโดยรวมของนักศึกษาที่มีต่อการให้บริการสาธารณะในภาครัฐ ก็จะต้องเป็นรูปแบบที่เป็นมาตรฐานในการให้บริการสาธารณะ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องสวัสดิการ นันทนาการหรือด้านอนามัย ประเด็นสำคัญคือ จะต้องให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในงานที่ทำด้วยไม่เช่นนั้นแล้วความล้มเหลวที่เกิดขึ้นจะเป็นภาพพจน์สะท้อนให้เห็นถึงระบบ การบริหารและระบบการเมืองที่ไร้ประสิทธิภาพได้เช่นกัน

ไปรอัน สทิแพค (Brian. Stipak. 1979 : 46-52) ได้ทำการวิจัยในรัฐลอสแอนเจลิส เพื่อทดสอบว่าบริการที่จัดหาโดยหน่วยการปกครองท้องถิ่นมีส่วนกระทบต่อการประเมินการให้บริการหรือไม่ โดยใช้ข้อมูลปัจเจกบุคคล สัมภาษณ์ประชากร การบริการและอื่น ๆ เพื่อนำมาใช้กับตัวแบบในการประเมินทางด้านลักษณะบริการ ลักษณะของผู้ใช้บริการ ลักษณะของแต่ละบริเวณ และลักษณะของปัจเจกบุคคล เกณฑ์การประเมินด้านอัตวิสัย (Subjective evaluation scales) สร้างขึ้นจากการสำรวจสอบถามความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการบริการด้านตำรวจ สวนสาธารณะ การกำจัดขยะ และการบริการอื่น ๆ ส่วนเกณฑ์ การประเมินด้านวัตถุวิสัย (Objective service characteristics) พิจารณาจากจำนวนตัวเลข เช่น อัตราการปราบปรามของตำรวจ อัตราทรัพย์สินที่ได้กลับคืน ค่าใช้จ่ายต่อหัวและอัตราการเกิดอาชญากรรม แต่ตัวเลขดังกล่าวนี้ไม่ค่อยมีความสำคัญพอที่จะบ่งบอกได้ว่าลักษณะของบริการนั้นมีส่วนกระทบต่อการประเมินการให้บริการ และในขณะที่เดียวกันการประเมินทางด้านอัตวิสัยมีข้อจำกัด เนื่องจากประชาชนมีความรู้ในน้อยในเรื่องเกี่ยวกับรัฐบาลและกิจกรรมของรัฐ แต่กระนั้นเขาก็ยังต้องการที่จะแสดงทัศนคติทางการเมืองออกมา ด้วยเหตุนี้ประชาชนจึงเต็มใจที่จะประเมินการให้บริการที่หน่วยปกครองท้องถิ่นจัดหา แม้ว่าเขาจะขาดแคลนข้อมูลข่าวสาร จึงทำให้การประเมินการให้บริการไม่สามารถสะท้อนถึงคุณภาพของบริการที่แตกต่างกันได้

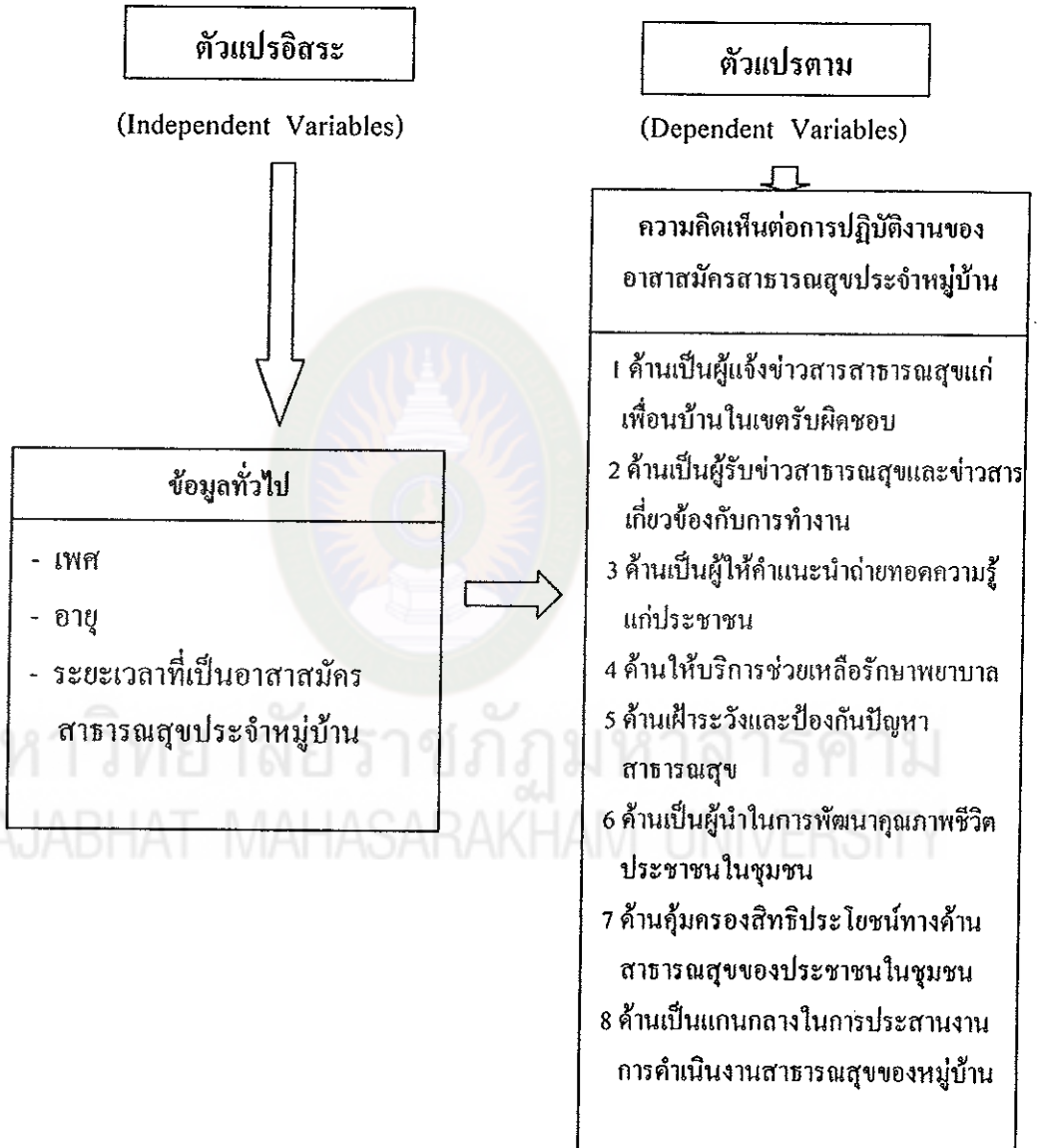
ฟิทเจอร์ราลด์ และดูแรนท์ (Fitzgerald and Durant, 1980 : 585-594)

ได้ทำการวิจัยเชิงสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในแทนเนสซี ที่มีต่อการบริการที่ได้รับ 5 ประเภท คือ บริการด้านตำรวจ อัครศึกษา อนามัย การศึกษา และถนน ซึ่งเป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นการประเมินจากอติวิสัย โดยเฉพาะตัวแปรอิสระ เช่น เชื้อชาติ รายได้ อายุ ซึ่งเป็นตัวที่ทำให้เกิดคุณและโทษในสังคมอเมริกัน กล่าวคือ คนดำ คนจน คนแก่ มักจะเป็นคนที่ถูกมองว่า น่าจะมีความรู้สึกว่าตนถูกกีดกันในการได้รับบริการ (เมื่อเปรียบเทียบกับคนขาว คนมีเงิน และวัยรุ่นในเมืองนั้น) ส่วนตัวแปรอิสระ เช่น ขนาดของเมืองนั้นถ้าขนาดของเมืองยิ่งใหญ่มากขึ้น ความหนาแน่นความหลากหลายของผู้คนก็จะเพิ่มขึ้นอันจะทำให้ต้องการพึ่งพาบริการจากหน่วยการปกครองท้องถิ่นมากยิ่งขึ้น ปัญหาการส่งมอบบริการจะมีมากกว่าเมืองขนาดเล็ก จากการศึกษาพบว่า ประชาชน ส่วนใหญ่ในแทนเนสซี มีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ปัจจัยทางด้านภูมิหลังของประชาชนและปัจจัยทางทัศนคติ เป็นปัจจัยที่กำหนดความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการที่ได้รับ กับความต้องการของประชาชนที่จะเข้ามามีอิทธิพลในระบบการส่งมอบบริการ แต่ถ้าต้องการที่จะพยากรณ์ระดับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการที่ได้รับ และระดับความต้องการของประชาชนที่จะเข้ามามีอิทธิพลในระบบการส่งมอบบริการ ก็ให้พิจารณาจากปัจจัยเรื่องเชื้อชาติ รายได้ และทัศนคติที่เกิดจากการเปรียบเทียบระหว่างค่าใช้จ่ายที่ตนเสียกับผลประโยชน์ที่ได้รับ อนึ่งในการพยายามพยากรณ์ปฏิกิริยาของประชาชน (ความต้องการที่จะเข้ามามีอิทธิพลในระบบการส่งมอบบริการ) ควรที่จะพิจารณาจากระดับความพึงพอใจของประชาชน ที่มีต่อการบริการที่ได้รับมากกว่าที่จะพิจารณาจากเชื้อชาติ อายุ หรือจากทัศนคติที่เกิดจากการเปรียบเทียบระหว่างค่าใช้จ่ายที่ตนเสียกับผลประโยชน์ที่ได้รับ

สรุปได้ว่า จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้จะมีความแตกต่างในการวิจัยบ้าง แต่เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาโดยรวมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยพบว่า เพศ อายุ และระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน น่าจะเป็นตัวแปรหนึ่งที่จะช่วยอธิบายความแตกต่างของการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ โพนพิสัย จังหวัดหนองคาย และเป็นคุณลักษณะประชากรที่นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้และผลการศึกษาดังกล่าวยังแสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านต่างๆ มีความแตกต่างในการวิจัยบ้าง ซึ่งผู้วิจัยสนใจศึกษา ตัวแปรดังกล่าว อันจะช่วยอธิบายการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ โพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



แผนภูมิที่ 9 กรอบแนวคิดในการวิจัย