

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทุ่งทอง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ครั้งนี้มีแนวคิด
ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็น ดังนี้

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดเห็น

แนวคิดเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน

แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

บริบทของตำบลทุ่งทอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวและทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดเห็น

1. ความหมายเกี่ยวกับความคิดเห็น

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

กฤษณี มหาวิรุฬห์ (2531 : 38) กล่าวว่า ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกด้าน
ความรู้สึกต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดเป็นความรู้สึกเชื่อถือที่ไม่อยู่บนความแน่นอนหรือความจริงแต่
ขึ้นกับจิตใจ บุคคลจะแสดงออกได้ง่ายโดยการแสดงเหตุผลสนับสนุนหรือปกป้องความคิดนั้น
ความคิดเห็นบางอย่างเป็นผลของการแปรความหมายของข้อเท็จจริง ซึ่งขึ้นกับคุณสมบัติ
ประจำตัวของแต่ละบุคคล เช่น ด้านความรู้ ประสบการณ์ในการทำงาน สภาพแวดล้อม ฯลฯ
และมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ การแสดงความคิดเห็นนี้อาจได้รับการยอมรับหรือปฏิเสธจาก
คนอื่นๆ ก็ได้

ปทานุกรมสังคมวิทยา (ราชบัณฑิตยสถาน. 2532 : 246) ได้บัญญัติคำว่า ความคิดเห็นซึ่งตรงกับคำว่า Opinion ในภาษาอังกฤษไว้ว่า หมายถึง

1.1 ข้อพิจารณาเห็นว่าเป็นความจริงจากการใช้ปัญญาความคิดประกอบ ถึงแม้จะไม่ได้อาศัยหลักฐานพิสูจน์ยืนยันได้เสมอไปก็ตาม

1.2 ทักษะหรือประมาณการเกี่ยวกับเนื้อหาหรือประเด็นใดประเด็นหนึ่ง

1.3 คำแถลงที่ยอมรับนับถือกันว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญในหัวข้อปัญหาที่มีผู้นำมา ขอปรึกษา คำว่าความคิดเห็นมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า เจตคติ ซึ่งมีคำอธิบายไว้ว่า แนวโน้มที่บุคคลได้รับมาหรือเรียนรู้ และกลายเป็นแบบอย่างในการแสดงปฏิกิริยาสนับสนุน หรือเป็นปฏิกิริยาต่อบางสิ่งบางอย่างหรือต่อบุคคลบางคน

บุญเรียง ขจรศิลป์ (2533 : 78) กล่าวว่าความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกทาง วาจาของเจตคติ การที่บุคคลกล่าวว่าความเชื่อหรือความรู้สึกอย่างไรเป็นการแสดงความคิดเห็น ของบุคคล ดังนั้นการวัดความคิดเห็นของบุคคลนั้นเป็นสิ่งที่เป็นไปได้

จำรอง เงินดี (2534 : 2) กล่าวว่าความคิดเห็น คือ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่ง ใดในลักษณะที่ไม่ลึกซึ้งเหมือนทัศนคติ ความคิดเห็นนั้นอาจกล่าวได้ว่าเป็นการแสดงออกของ ทัศนคติก็ได้ สังเกตและวัดได้จากถน แต่มีส่วนที่แตกต่างไปจากทัศนคตินั้นตัวอาจจะตระหนัก หรือไม่ตระหนักก็ได้

จุมพล นิภาเกษม (2536 : 7) กล่าวว่าความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกทางซึ่ง ความรู้สึกที่อยู่บนพื้นฐานของข้อเท็จจริง และทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะเป็น บุคคล กลุ่มคน หรือสถานการณ์ เป็นต้น ความคิดเห็นอาจจะเป็นไปในทางเห็นด้วยหรือไม่เห็น ด้วยต่อสิ่งนั้นก็ได

ไกรสร ทองฉลาด (2539 : 12) กล่าวว่าความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกของ บุคคลถึงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะความคิดเห็นเกี่ยวข้องกับ ค่านิยม และทัศนคติ ซึ่งมีผลมา จากคุณสมบัติประจำตัวของแต่ละบุคคล เช่น พื้นความรู้ประสบการณ์ในการทำงาน การติดต่อ ระหว่างบุคคลล้วนเป็นปัจจัยสำคัญให้บุคคลมีความคิดเห็นไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง การ แสดงออกของความคิดเห็นอาจเป็นไปในทางเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้

จิรายุ ทรัพย์สิน (2540 : 16) ได้สรุปความหมายของความคิดเห็น หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่แสดงออกมา เพื่อให้ผู้อื่นได้สามารถที่จะเรียนรู้ ตลอดจนสามารถ ที่จะประเมินค่าในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือประเด็นใดประเด็นหนึ่งการลงความเห็นอาจจะเป็นไป

ในลักษณะเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยก็ได้ อันเนื่องจากสถานการณ์ สิ่งแวดล้อม การติดต่อกับ ภายนอกการเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ และการพบปะสังสรรค์

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546 : 231) อธิบายว่า ความคิดเห็น หมายถึง ข้อวินิจฉัยหรือความเชื่อที่แสดงออกตามที่เห็น ที่รู้ หรือที่คิด

เบสท์ (Best. 1977 : 169) กล่าวว่าความคิดเห็น คือ การแสดงออกในด้านความเชื่อ และความรู้สึกรู้สึกของแต่ละบุคคล โดยการพูดที่นำไปสู่การคาดคะเน หรือการแปลผลในพฤติกรรม หรือเหตุการณ์

สรุปได้ว่า ความคิดเห็น หมายถึง ความเชื่อ ความคิด การลงความเห็น การตั้งเห็น ความสำคัญ เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทั้งนี้มาจากพื้นฐานความรู้ ทัศนคติประสบการณ์ และ สถานการณ์ สิ่งแวดล้อม ของบุคคล โดยมักจะมีอารมณ์ เป็นส่วนประกอบ

2. ประเภทความคิดเห็น

ประเภทความคิดเห็นแบ่งได้ ดังนี้

2.1 ความคิดเห็นเชิงบวกสุด-เชิงลบสุด (Extreme Opinion) เป็นความคิดเห็น ที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ สามารถทราบทิศทางได้ ทิศทางบวกสุด ได้แก่ ความรัก จงหลงทิศทาง ทางลบสุด ได้แก่ ความรังเกียจรุนแรงปรับเปลี่ยนยาก

2.2 ความคิดเห็นจากความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Contents) การมีความเห็น ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจที่มีต่อสิ่งนั้น เช่น ความรู้ความเข้าใจในทางที่ดี ชอบ ยอมรับ เห็นด้วย ความรู้ความเข้าใจในทางที่ไม่ดี ได้แก่ ไม่ชอบ ไม่ยอมรับ ไม่เห็นด้วย

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคิดเห็น

การแสดงความคิดเห็นเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล ซึ่งความคิดเห็นของแต่ละคน ต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งแม้เป็นเรื่องเดียวกัน ไม่จำเป็นต้องเหมือนกันเสมอไป และอาจแตกต่างกัน ออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล ที่ได้รับมาจนมีอิทธิพลต่อการแสดง ความคิดเห็น

3.1 ปัจจัยที่ทำให้เกิดความคิดเห็น ดังนี้ (Oskamp. 1977 : 119 - 133)

3.1.1 ปัจจัยทางพันธุกรรมและร่างกาย (Genetic and Physiological Factors) เป็นปัจจัยตัวแรกที่ไม่ค่อยจะได้พูดถึงมากนัก โดยมีการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้าน พันธุกรรมจะมีผลต่อระดับความก้าวร้าวของบุคคล ซึ่งจะมีผลต่อการศึกษาคติ หรือ ความคิดเห็นของบุคคลนั้นๆ ได้ ปัจจัยด้านร่างกาย เช่น อายุ ความเจ็บป่วย และผลกระทบจาก

การใช้สารเสพติด จะมีผลต่อความคิดเห็นและเจตคติบุคคล เช่น คนที่มีความคิดอนุรักษ์นิยม มักจะเป็นคนที่มี อายุมาก เป็นต้น

3.1.2 ประสบการณ์โดยตรงของบุคคล (Direct Personal Experience) คือ บุคคลได้รับความรู้สึกและความคิดเห็นต่างๆ จากประสบการณ์โดยตรง เป็นการกระทำหรือพบเห็นสิ่งต่างๆ โดยตนเอง ทำให้เกิดเจตคติหรือความคิดเห็นจากประสบการณ์ที่ตนเองได้รับ เช่น เด็กที่แม่ได้ป้อนน้ำส้มคั้นให้ทาน เขาจะมีความรู้สึกชอบ เนื่องมาจากน้ำสั้มหวานเย็น หอม ชื่นใจ ทำให้เขามีความรู้สึกต่อน้ำสั้มน้ำที่ได้ทานเป็นครั้งแรกเป็นประสบการณ์โดยตรง ที่เขาได้รับ

3.1.3 อิทธิพลจากครอบครัว (Parental Influence) เป็นปัจจัยที่บุคคลเมื่อเป็นเด็ก จะได้รับอิทธิพลจากการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่และครอบครัว ทั้งนี้ เมื่อตอนเป็นเด็ก เล็กๆ จะได้รับการอบรมสั่งสอน ทั้งในด้านความคิด การตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย การให้รางวัลและการลงโทษ ซึ่งเด็กจะได้รับจากครอบครัว และจากประสบการณ์ตนเองที่ได้รับมา

3.1.4 เจตคติและความคิดของกลุ่ม (Group Determinants of Attitude) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อความคิดเห็นหรือเจตคติของแต่ละบุคคล เนื่องจากบุคคลจะต้องมีสังคมอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม ดังนั้น ความคิดเห็นหรือเจตคติต่างๆ จะได้รับการถ่ายทอด และมีแรงดันจากกลุ่ม ไม่ว่าจะเพื่อนในโรงเรียน กลุ่มอ้างอิงต่างๆ จะทำให้เกิดความคล้อยตามเป็นไปตามกลุ่มได้

3.1.5 สื่อมวลชน (Mass Media) เป็นสื่อต่างๆ ที่บุคคลได้รับสื่อเหล่านี้ ไม่ว่าจะเป็นหนังสือพิมพ์ ภาพยนตร์ วิทยุ โทรทัศน์ จะมีผลทำให้บุคคล มีความคิดเห็น มีความรู้สึกต่างๆ เป็น ไป ตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากสื่อ

3.2 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความคิดเห็นว่าขึ้นอยู่กับฝ่ายทางสังคมในหลายประการ คือ (บุญเรียง ขจรศิลป์. 2533 : 248 - 249)

3.2.1 ภูมิหลังทางสังคม หมายถึง กลุ่มคนที่มีภูมิหลังที่แตกต่างกัน โดยทั่วไป จะมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันไปด้วย เช่น ความคิดเห็นระหว่างผู้เยาว์กับผู้สูงอายุ ชาวเมืองกับชาวชนบท เป็นต้น

3.2.2 กลุ่มอ้างอิง หมายถึง การที่คนเราจะคบหาสมาคมกับใคร หรือกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้แก่ผู้ใด หรือการกระทำที่คำนึงถึงอะไรบางอย่างร่วมกัน หรืออ้างอิงกันได้ เช่น การประกอบอาชีพเดียวกัน การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือสมาคมเดียวกัน เป็นต้น สิ่งกระทำ มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของบุคคลเหล่านั้นด้วย

3.2.3 กลุ่มกระตือรือร้น หรือกลุ่มเฉื่อยชา หมายถึง การกระทำใดที่ก่อให้เกิดความกระตือรือร้น เป็นพิเศษ อันจะก่อให้เกิดผลประโยชน์ขึ้นมาได้ ย่อมส่งผลต่อการจูงใจให้บุคคลที่เป็นสมาชิกเหล่านั้นไม่เห็นด้วยก็ตาม ในทางตรงกันข้ามกลุ่มเฉื่อยชาก็จะไม่มีอิทธิพลต่อสมาชิกมากนัก

จากที่กล่าวมาข้างต้น ปัจจัยที่มีต่อความคิดเห็น ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความคิดเห็นของบุคคลโดยตรง เช่น เพศ อายุ และปัจจัยสภาพแวดล้อม คือ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความคิดเห็นของบุคคลโดยอ้อม เช่น สื่อมวลชน กลุ่มที่เกี่ยวข้อง และครอบครัว

4. การวัดความคิดเห็น

เบสท์ (1975 : 171) การวัดความคิดเห็นโดยทั่วไป ต้องมีองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ บุคคลที่จะถูกวัด สิ่งเร้า และมีการตอบสนอง ซึ่งจะออกมาในระดับสูงต่ำ มากน้อย วิธีวัดความคิดเห็นนั้น โดยมากจะใช้ตอบแบบสอบถาม และผู้ถูกวัดจะเลือกตอบความคิดเห็นของคนในเวลานั้น การใช้แบบสอบถามสำหรับวัดความคิดเห็นนั้น ใช้การวัดแบบลิเคิร์ต โดยเริ่มด้วยการเรียงเรียงข้อความที่เกี่ยวกับความคิดเห็นจะต้องระบุให้ผู้ตอบ ตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย กับข้อความที่กำหนดให้ ซึ่งข้อความแต่ละข้อความจะมีความเห็นเลือกตอบออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง

ส่วนการให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อความว่าเป็นไปในทางเดียวกัน เชิงนิยม หรือไม่นิยม เป็นข้อความเชิงบวกหรือเชิงลบ

สรุปได้ว่า การวัดความคิดเห็นที่นิยมใช้ เพื่อการวิจัย ได้แก่ การสอบถาม การสัมภาษณ์ โดยคะแนนที่ได้จะแสดงจำนวนร้อยละของความคิดเห็นในด้านต่างๆ เพื่อทราบว่าแต่ละด้านมีความคิดเห็นอย่างไร ส่วนวิธีวัดความคิดเห็นโดยทั่วไป อยู่ในแบบสอบถาม การสนทนา ผู้ทำการวัดจะต้องไม่แสดงออกว่ากำลังจับความความคิดเห็นของผู้ทำการวัดมากเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ถูกวัดเกิดความรู้สึกที่กำลังถูกจับผิด ควรใช้วิธีอ้อมๆช่วย ส่วนวิธีการศึกษาจากข้อเขียน หรือสมุดบันทึกประจำวัน ผู้ทำการวัดต้องได้รับอนุญาตจากผู้ถูกวัดก่อน เพราะบางครั้งเป็นเรื่องที่ต้องปกปิด

แนวคิดเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เกิดขึ้นจากความพยายามของรัฐบาลทั่วโลก ที่จะให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นแก่ประชาชนทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการดูแลรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งในอดีตเน้นระบบการบริการสาธารณสุข เรื่อง การรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว จากประสบการณ์ของประเทศต่างๆ ทั่วโลกที่ปฏิบัติแนวเดียวกัน ได้พิจารณาว่าการบริการสาธารณสุขจะครอบคลุมได้ ประชาชนต้องสามารถดำเนินการและจัดการตนเอง องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดเป้าหมายทางสังคมไว้ว่าในปี พ.ศ. 2543 ประชาชนควรได้รับการพัฒนาให้มีสุขภาพที่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ตามสถานะเศรษฐกิจและสังคมของท้องถิ่นนั้นๆ (เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ. 2542 : 23)

1. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน

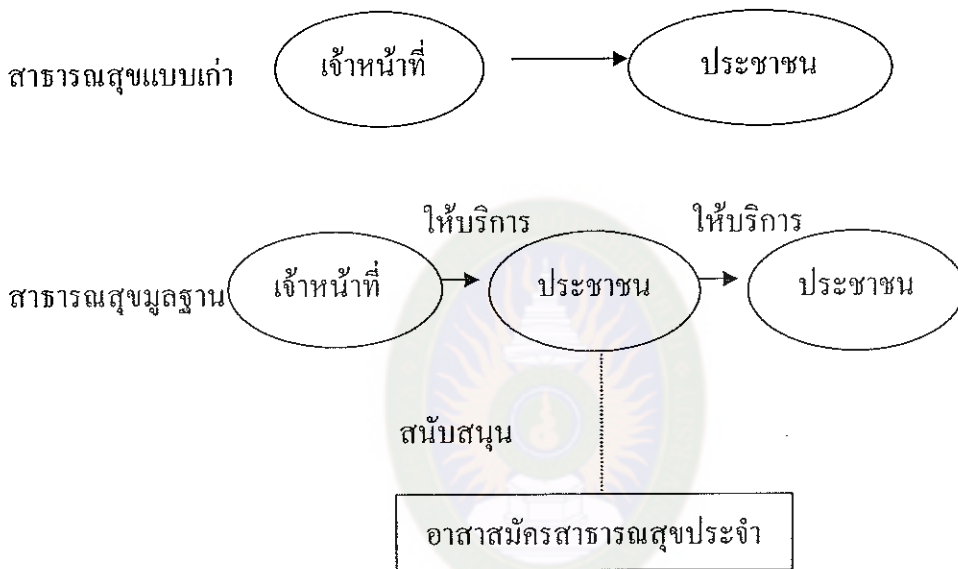
1.1 ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน

ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน ได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมาย ดังนี้

เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ (2542 : 16) ได้ให้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง กลวิธีทางสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้น เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญการดำเนินงานระดับตำบลและหมู่บ้าน ด้วยการผสมผสานการให้บริการทั้งทางด้าน การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานและประเมินผลและได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร ให้การฝึกอบรมรวมทั้งระบบส่งต่อผู้ป่วย ด้วยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลักการพัฒนาสาธารณสุขจะต้องผสมผสาน ไปด้วยการพัฒนาด้านการศึกษา การเกษตรและสหกรณ์ และการพัฒนาชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และพึ่งตนเอง

ไพโรจิตร ปวะบุตร (2539 : 34) ได้ให้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐานว่า การดูแลสุขภาพ ที่จำเป็นซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึง สำหรับทุกคนและทุกครอบครัว โดยการยอมรับ และการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคนด้วยค่าใช้จ่ายไม่เกินกำลังของชุมชน และประเทศจะรับมาได้ นอกจากนั้นการสาธารณสุขมูลฐานยังต้องก่อให้เกิดการผสมผสานระหว่างระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ กับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นธรรม

การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาชุมชนแนวใหม่ที่เปลี่ยนแปลงบทบาทของรัฐจากเดิมที่เป็นผู้ให้บริการแก่ประชาชนตลอดมาเป็นผู้กระตุ้น สนับสนุนให้ประชาชนสามารถคิดเองทำเอง ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ทำให้ผลการพัฒนามีความยั่งยืน และมีประโยชน์ต่อประชาชนอย่างแท้จริง ซึ่งการพัฒนาแบบเดิม และการพัฒนาสาธารณสุขแนวใหม่ ที่ใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นแนวทางนั้นสามารถนำมาทำเป็นภาพเปรียบเทียบได้ ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 การปรับเปลี่ยนแนวคิดด้านบริการสาธารณสุข

ที่มา : สมเกียรติ เลิศสกุล. 2543 : 23

1.2 ความสำคัญ และวัตถุประสงค์ของการสาธารณสุขมูลฐาน

1.2.1 ความสำคัญการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐานมีความสำคัญกับประชาชนของประเทศ ที่มีฐานะยากจนและบริการสาธารณสุขของรัฐยังไม่ทั่วถึง รัฐมองเห็นความสำคัญที่จะต้องพัฒนาชนบท เพื่อปรับปรุงฐานะความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น การสาธารณสุขมูลฐานจึงมีความสำคัญ ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 11)

1) การสาธารณสุขมูลฐานเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถ แก้ไขปัญหาและช่วยเหลือตนเองได้ โดยอาศัยการพัฒนาสาธารณสุขผสมผสานไปกับการพัฒนาด้านอื่นๆ เช่น การศึกษา การเกษตรและการพัฒนาชุมชน

2) การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นศูนย์กลางการผสมผสานการบริการ สาธารณสุขต่างๆ เช่น การอนามัยแม่และเด็ก การโภชนาการ เพื่อให้ประชาชนสามารถช่วยตนเองได้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน

3) การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการพัฒนาศูนย์บริการปฐมภูมิของประเทศ ให้มีคุณภาพ นอกจากด้านสาธารณสุขแล้ว ยังพัฒนาด้านการศึกษาและอาชีพของประชาชนทำให้มีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

4) การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการพัฒนาประชาชนให้เกิดความรู้ ความสามารถที่จะช่วยเหลือ หรือดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขอย่างง่ายๆ ได้ ด้วยตัวของเขาเอง โดยอาศัยวิทยากรที่เหมาะสม และสามารถให้ประชาชนทุกคนมีส่วนร่วม ใ้รับบริการ

5) การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นวิธีที่เหมาะสมวิธีหนึ่ง ที่จะช่วยให้บริการ สาธารณสุขแบบผสมผสาน ได้ครอบคลุมประชากรที่อยู่ในชนบทห่างไกล ทั้งนี้ เพื่อเป็นการยกระดับสุขภาพ ของประชาชน และลดปัญหาสาธารณสุข

1.2.2 วัตถุประสงค์ของการสาธารณสุขมูลฐาน

วัตถุประสงค์ของการสาธารณสุขมูลฐานมี ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการ การสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 12)

- 1) เพื่อเป็นการขยายบริการสาธารณสุข ให้ครอบคลุมประชากรทั้ง ประเทศในชนบทและในเขตเมือง
- 2) เพื่อเป็นการลดปัญหาการรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งลดการ จัดหายา ที่ผิดใช้ด้วยตนเอง
- 3) เพื่อเป็นการนำทรัพยากรท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยเฉพาะ ทรัพยากรคนและนำเอาวิธีการต่างๆ มาแก้ไขปัญหา
- 4) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลเรื่องสุขภาพอนามัย รู้จัก รักษาพยาบาล และป้องกันโรคที่ป้องกันได้ด้วยตนเอง
- 5) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนร่วมกันคิด ร่วมกันทำ เพื่อแก้ไขปัญหา สุขภาพของชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
- 6) เพื่อให้ชุมชนมีการบริหารจัดการในหมู่บ้านของตนเองได้
- 7) เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมสนับสนุนบริการของรัฐในทุกด้าน ให้บังเกิดผลสำเร็จ
- 8) เพื่อส่งเสริมให้ประชาชน ได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุขที่ถูกต้อง

กล่าวโดยสรุป การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง กลวิธีทางสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้น เพื่อส่งเสริม สนับสนุนการบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญ การดำเนินงานระดับตำบลและหมู่บ้าน ด้วยการผสมผสานการให้บริการทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน การประเมินผล และได้รับการสนับสนุน จากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร ให้การฝึกอบรม รวมทั้งระบบ ส่งต่อผู้ป่วย ด้วยการใช้อุ้งพยาบาลที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก การพัฒนาสาธารณสุขจะต้องผสมผสานไปกับการพัฒนาชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และพึ่งตนเองได้

2. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ได้สรุปแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญเกี่ยวกับกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานไว้ทั้งหมด 11 ประการ ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2543 : 30 - 32)

แนวคิดที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมบริการของรัฐ ซึ่งจัดขึ้นในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชน

แนวคิดที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการพัฒนาชุมชน ให้มีความสามารถในการที่จะแก้ปัญหาสาธารณสุขด้วยตนเอง โดยชุมชนร่วมมือทำกิจกรรมในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่

แนวคิดที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐานจะเกิดขึ้นได้จะต้องให้ประชาชนรับรู้ และทราบปัญหาของ ชุมชนคืออะไร ร่วมพิจารณาหาแนวทางแก้ไข

แนวคิดที่ 4 หน้าที่และบทบาทของรัฐจะต้องเข้าใจตรงกันว่า ไม่ใช่เป็นการทำงานให้ประชาชนหรือไม่ใช่ประชาชนทำให้รัฐ แต่เป็นการทำงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดี

แนวคิดที่ 5 ความร่วมมือของชุมชน คือ หัวใจของสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุน อาจมาในรูปของแรงงาน เงิน ความร่วมมือ การปฏิบัติด้วยความสมัครใจ มิใช่หวังสิ่งตอบแทน

แนวคิดที่ 6 สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่ และการดำรงชีวิต ดังนั้น งานบริการสาธารณสุขจะต้องผสมผสานกับงานด้านอื่นๆ เช่น การศึกษา การเกษตร เป็นต้น

แนวคิดที่ 7 การสาธารณสุขมูลฐานต้องใช้เทคนิค และวิธีการต่างๆ ที่ไม่เกินของเขตกำลังความสามารถของชุมชนเข้าใจ และสามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสม และแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชนได้

แนวคิดที่ 8 การสาธารณสุขมูลฐานต้องสอดคล้อง และอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน

แนวคิดที่ 9 การสาธารณสุขมูลฐานมีความยืดหยุ่น ที่จะนำไปแก้ปัญหาชุมชนตามความเหมาะสม สภาพแวดล้อม และไม่จำเป็นต้องเหมือนกันทุกหมู่บ้าน

แนวคิดที่ 10 การจัดบริการสาธารณสุขที่ประชาชนทำได้เองที่ระดับหมู่บ้าน ในกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยทางสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 องค์ประกอบ ดังนี้ การโภชนาการ การสุศึกษา การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและจักหาน้ำสะอาด การควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การพยาบาลเบื้องต้น การจัดหาที่จำเป็น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การสุขภาพจิต การทันตสาธารณสุข การป้องกันแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ และโรคไม่ติดต่อ และการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

แนวคิดที่ 11 การสาธารณสุขมูลฐาน จะต้องมีการเชื่อมโยงกับบริการสาธารณสุขของรัฐในด้านการสนับสนุน และส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรับการรักษาต่ออย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า การสาธารณสุขมูลฐานเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาชุมชน เกิดขึ้นจากความพยายามของรัฐบาล ที่จะให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นแก่ประชาชนทั้งในบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยการให้ชุมชนมีความสามารถ ในการที่แก้ไขปัญหาสาธารณสุขเบื้องต้นด้วยตนเอง ภายใต้ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน มีการผสมผสานการพัฒนาด้านสุขภาพไปพร้อมๆ การพัฒนาด้านอื่นๆ ใดรัฐบาลจะเป็นผู้สนับสนุนส่วนที่เกินกำลังความสามารถของชุมชน

3. แผนงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย

นับแต่องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศเจตนารมณ์ที่จะให้ประชาชนทั่วโลกมีสุขภาพดีถ้วนหน้าก่อนปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ประเทศไทยในฐานะสมาชิกที่เร่งดำเนินงานในเรื่องนี้อย่างจริงจัง กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้รับผิดชอบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนก็ด้วยตนเอง พึ่งตนเองได้ในที่สุดภายใต้การสนับสนุนจากภาครัฐ จึงได้บรรจุแผนงานกำหนดกลยุทธ์ยุทธวิธีต่างๆ มากมาย เพื่อบรรลุการมีส่วนร่วมของประชาชนสู่การดูแลสุขภาพ

สาธารณสุขมูลฐาน ไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 4 เป็นต้นมา รายละเอียด ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2542 : 38 - 42)

3.1 แผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4

(พ.ศ. 2520 - 2524)

จากผลการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบของกระทรวงสาธารณสุขและประสบการณ์จากโครงการต่างๆ มาวิเคราะห์และจัดทำแผนงานโครงการ แผนงานสาธารณสุขเบื้องต้นเป็นแผนงานย่อยภายใต้โครงการหลัก 3 โครงการ คือ โครงการจัดบริการสาธารณสุขส่วนภูมิภาค โครงการสุขศึกษาและโครงการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข โดยจัดเกียรติวิทยากรและงบประมาณดำเนินการ จากกองสาธารณสุขภูมิภาค กองสุขศึกษา กองฝึกอบรม และกองแผนงาน สาธารณสุข เพื่อดำเนินงานตามแผนงาน จนกระทั่งแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุข เพื่อนำไปสู่สุขภาพดีถ้วนหน้า โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อขยายพื้นที่ ของการบริการให้กว้างขวางอย่างรวดเร็ว ช่วยให้เกิดจุดรวมทางสังคมของคนในท้องถิ่น มีวิวัฒนาการด้านความร่วมมือของชุมชน ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของตนเองและชุมชนที่ตนอยู่ โดยกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานให้ครอบคลุมพื้นที่หมู่บ้านในชนบทประมาณร้อยละ 50

3.1.1 การดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 ได้กำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานไว้ ดังนี้

- 1) ค้นหาและคัดเลือกบุคคลที่เป็นจุดรวมในการติดต่อ และเป็นที่ยอมรับของชาวบ้านในแต่ละแคว้นบ้าน มารับการอบรมเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนการจัดองค์กร สาธารณสุขมูลฐานในระดับหมู่บ้าน
- 2) จัดกระบวนการอบรมและถ่ายทอดแนวคิด หลักการ และนโยบาย สาธารณสุข มูลฐานสู่เจ้าหน้าที่ผู้บริหารทุกระดับ
- 3) ส่งเสริมให้มีการศึกษา วิจัย และพัฒนารูปแบบการดำเนินการ ด้านสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งในระดับส่วนกลาง จังหวัด อำเภอ และตำบล
- 4) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์แนวคิด หลักการ และนโยบาย แผนงาน กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อสร้างความเข้าใจและการยอมรับ ในทุกกลุ่มวิชาชีพและประชาชน
- 5) ติดตามและกำกับงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างใกล้ชิด โดยจัดทีมพิเศษเฉพาะกิจดำเนินการสาธารณสุข

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

1) อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ทำหน้าที่เป็นครูฝึกการอบรม การสาธารณสุขมูลฐาน ถ่ายทอดคลลั่นไปเป็นทอดๆ เพื่อถ่ายทอดความรู้ แนวคิดของการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นหลัก ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เน้นการสนับสนุนจากภาครัฐ

2) การอบรม ผสส. และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในหมู่บ้านชนบท เพื่อให้เป็นตัวอย่างถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่ไปสู่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้

3) จัดทำคู่มือแบบเรียนด้วยตนเองของ ผสส. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งครอบคลุมด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ และใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติงานของ ผสส. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4) กำหนดให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน สำหรับประชาชนอย่างน้อย 8 ประการ ที่พึงมีพึงได้รวบรวมทั้งการสนับสนุนที่จำเป็นให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไว้บริการประชาชน

3.2 แผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529)

แผนงานสาธารณสุขมูลฐาน มีรายละเอียด ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 42 - 47)

3.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ประชาชนรับบริการสาธารณสุข ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต โดยทั่วถึง โดยการสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ชนบท ชุมชนแออัด ให้มีความรู้ ความสามารถเกี่ยวกับการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่จำเป็น ทั้งนี้โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชน จากการใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีที่เหมาะสม อาศัยความร่วมมือสนับสนุนจากภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพพลานามัย ที่สมบูรณ์ทั้งกายและใจ

3.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) สร้างและพัฒนากลุ่ม ผสส. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นจุดรวมในการแก้ปัญหาสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับหมู่บ้าน ชุมชนซึ่งสามารถที่จะดูแลและพัฒนาสุขภาพอนามัยของตนเอง รวมทั้งผู้อื่น ได้เป็นอย่างดี
- 2) พัฒนา เพื่อให้เกิดความร่วมมือของกลุ่มสถาบันต่างๆ อาทิ อาสาสมัครต่างๆ เช่น หมออาสาหมู่บ้าน (มอบ.) กลุ่มเยาวชน กรรมการพัฒนาหมู่บ้าน องค์กรท้องถิ่น เป็นต้น
- 3) จัดการให้ชุมชนระดับหมู่บ้าน สามารถบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นด้วยตนเอง โดยเน้นหนักถึงกษณะงานสาธารณสุขมูลฐาน
- 4) ผสมผสานด้านพัฒนาสาธารณสุข กับการพัฒนาด้านอื่นๆ ของชุมชนทั้งเศรษฐกิจ และสังคม

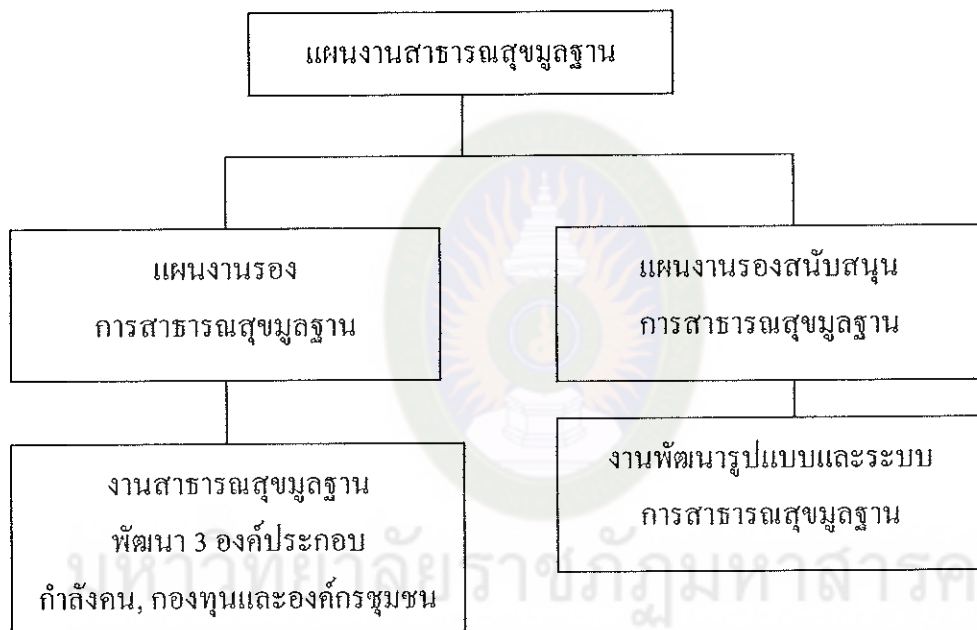
3.2.3 การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 ที่สำคัญ ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 42 - 47)

- 1) อบรมเจ้าหน้าที่เพิ่มเติมให้ครอบคลุมผู้ที่เป็นข้าราชการใหม่และเพิ่มหลักสูตรงานสาธารณสุขมูลฐานในสถาบันการศึกษา
- 2) การอบรม ผสส. และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ครอบคลุมร้อยละ 100 ในหมู่บ้านชนบท
- 3) จัดการอบรมอาสาสมัครในเขตเมือง โดยเฉพาะชุมชนแออัด
- 4) อบรมฟื้นฟูความรู้ของ ผสส. และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้ที่ผ่านการอบรมไปแล้วถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชน และสอดคล้องกับปัญหาของท้องถิ่น โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลเป็นผู้ถ่ายทอดสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนยา และเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน โดย ประชาชนมีส่วนร่วมในการออกทุนไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 การรณรงค์ปีการสาธารณสุขแห่งชาติในปี พ.ศ. 2527 เพื่อกระตุ้นให้อาสาสมัครและประชาชนตื่นตัว การจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรม และพัฒนาการ สาธารณสุขมูลฐานทั้ง 4 ภาค การพัฒนาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ส่งเสริมให้ประชาชนมีและใช้สมุนไพรในการดำเนินชีวิต เมื่อยามเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ เพื่อประโยชน์ในการเสริมสร้าง สุขภาพอนามัย ช่วยลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น

3.3 แผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6

(พ.ศ. 2530 - 2534)

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 ได้มีการเปลี่ยนแปลงเชิงพัฒนา ด้านกระบวนการวางแผน (Planning System) ขึ้นทั้งระดับชาติ ระดับกระทรวงและระดับปฏิบัติการ โดยยึดถือ การพัฒนาคุณภาพชีวิต (Quality of Life) เป็นเป้าประสงค์แห่งความสำเร็จร่วมกัน โดยกำหนดเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติด้วย ซึ่งโครงสร้างแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน ดังแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 โครงสร้างแผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 35

จากแผนภูมิที่ 3 มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ทุกชุมชนในทั้งเขตเมืองและชนบท มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ตามสภาพปัญหาความเป็นจริง โดยการเพิ่มศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนแต่ละท้องถิ่น

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

3.3.1 การอบรม ศสส.และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เพิ่มเติมในส่วนที่พื้นสภาพและหมู่บ้านที่มีการขยาย

3.3.2 อบรมพื้นฟูความรู้ของ ผสส. และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง โดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับตำบล

3.3.3 การสาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง ให้ความสำคัญในการขยายงานสาธารณสุข มูลฐานเข้าสู่ชุมชนเมืองมากขึ้น มีความร่วมมือระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาชุมชนเขตเมือง

3.3.4 การพัฒนากองทุนยาไปสู่กองทุนพัฒนาหมู่บ้าน เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน และเสริมสร้างความสามารถในการบริหารจัดการ ทำให้ขยายกองทุนยาเป็นกองทุนด้านอื่นๆ เช่น ด้านสุขภาพิบาล โภชนาการ แปร่งสีฟัน และการพัฒนาหมู่บ้าน โดยรวม

3.3.5 การดำเนินการหมู่บ้านพึ่งตนเอง เพื่อให้เกิดรูปแบบการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืนที่มีความพร้อมในการเป็นหมู่บ้านครู ถ่ายทอดความรู้ไปสู่หมู่บ้านข้างเคียง

3.3.6 การพัฒนาศูนย์ข้อมูลหมู่บ้าน เพื่อให้ประชาชนนำไปใช้ประโยชน์จากข้อมูลระดับหมู่บ้าน วางแผนพัฒนาหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

3.3.7 การอบรมผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา เพิ่มเติมในการเป็นแกนกลาง และสนับสนุนการดำเนินงานของ ผสส. และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน รวมถึง การพัฒนาหมู่บ้าน

3.3.8 การอบรมแพทย์ประจำตำบล ให้มีความรู้ด้านสุขภาพอนามัยเพิ่มมากขึ้น

3.4 แผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7

(พ.ศ. 2535 - 2539)

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ได้กำหนดการพัฒนาสาธารณสุขส่วนใหญ่เน้นเรื่อง การสาธารณสุขมูลฐาน และกำหนดเป็นกลวิธีหลัก ในการพัฒนาสุขภาพอนามัย (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 53 – 57) ซึ่งโครงสร้างแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน ดังแผนภูมิที่ 4



แผนภูมิที่ 4 โครงสร้างแผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7
ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 54

3.4.1 จากแผนภูมิที่ 4 แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาให้มี ศักยภาพในการพึ่งตนเอง ในด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสมกับสภาพพื้นที่ ประกอบด้วย 3 แผนงานรอง ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 54)

1) แผนงานรองสาธารณสุขมูลฐาน มีวัตถุประสงค์ให้ทุกชุมชนมี ศักยภาพของตนจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานสำหรับสมาชิกของชุมชนนั้นๆ ได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยใช้หลักการพึ่งตนเองประกอบด้วย 2 งาน

1.1) งานสาธารณสุขมูลฐานในชนบท และเขตพื้นที่เป้าหมาย เฉพาะมุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนสร้างขวัญและกำลังใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นอกจากนั้นจะต้องระดมทรัพยากร

ต่างๆ จากทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ให้เข้ามามีส่วนการปฏิบัติงานอย่างผสมผสาน และเกิดประโยชน์สูงสุดและมุ่งเน้นการพัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานในเขตพื้นที่เฉพาะ เช่น ภาคใต้ 5 จังหวัดชายแดน ในกลุ่มอาชีพต่างๆ เช่น ประมง กลุ่ม ผู้ใช้แรงงานในต่างประเทศ กลุ่มผู้ประกอบการ ในโรงงาน เป็นต้น

1.2) งานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง มุ่งเน้นการพัฒนา ความรู้ และจัดระบบบริการอย่างต่อเนื่องของชุมชนเอง ด้วยการเพิ่มศักยภาพและขีด ความสามารถภายในชุมชนเมืองของทุกจังหวัด ให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกพื้นที่

2) แผนงานรองส่งเสริมการพึ่งตนเองของชุมชน มีวัตถุประสงค์ให้ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน ที่เหมาะสม มีคุณภาพสำหรับแต่ละชุมชน โดยส่งเสริมสนับสนุน การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน โดย ชุมชนมุ่งเน้นพัฒนาการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน โดยชุมชน ซึ่งพัฒนาจากโครงสร้าง สาธารณสุขเดิมให้เป็นรูปธรรมและมีคุณภาพด้วยการสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นใน การดำเนินงาน นอกจากนี้ยังสนับสนุนการเสริมสร้างความรู้และทักษะ ตลอดจนค่าใช้จ่ายใน การดำเนินงานและจัดตั้ง ศสมช. ให้เป็นศูนย์กลางการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

3) แผนงานรองสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีในการบริการสาธารณสุขมูลฐาน ที่เหมาะสมกับปัญหาและศักยภาพของ ชุมชนตลอดจนพัฒนาระบบการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน ประกอบด้วย 2 งาน คือ

3.1) พัฒนารูปแบบและระบบสาธารณสุขมูลฐาน มุ่งเน้นการ พัฒนาเทคโนโลยีทางด้านสาธารณสุข และการพัฒนาสังคมที่เหมาะสมไปใช้ในระดับชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีพื้นฐาน และเทคโนโลยีปัจจุบันที่เหมาะสม มาประยุกต์ใช้กับสถานะและการ เปลี่ยนแปลงทางสังคมของแต่ละภูมิภาค รวมทั้งมุ่งเน้นศึกษา วิจัยและพัฒนาแบบวิธีการ ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานให้สอดคล้องเหมาะสมกับ โครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนพัฒนาศักยภาพ และส่งเสริมให้หน่วยงานทุกระดับศึกษาวิจัยพัฒนาชุมชนตัวอย่าง (Model Development) และให้การสนับสนุนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

3.2) งานส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยใน ชุมชน มุ่งเน้นการระดมและพัฒนาองค์ความรู้ เกี่ยวกับสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย พร้อมทั้งจัดระบบหรือกลไกในการ กลั่นกรอง เลือกรับองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์เหมาะสมออก เผยแพร่ เพื่อให้ชุมชนสามารถนำไปใช้ได้

3.4.2 การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข

ฉบับที่ 7

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญ ดังนี้ (สำนักงาน
คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 53 - 57)

- 1) พัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดย
ยกระดับ ผสส. เพื่อให้เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 2) อบรม ผสส. และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพิ่มเติม
และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง
- 3) การจัดตั้ง ศสมช. ให้เป็นศูนย์กลางการดำเนิน กิจกรรมต่างๆ ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสาร เป็นศูนย์บริการสาธารณสุข
ระดับ พื้นฐาน เช่น บริการตรวจความดันโลหิต ตรวจเบาหวาน อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็น
การเฝ้าระวังโรคที่อาจจะเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของประชาชน
- 4) การส่งเสริมภูมิปัญญาพื้นบ้าน ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นทั้ง
ทางด้านการแพทย์แผนไทย สมุนไพร ธรรมชาติบำบัด เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้
- 5) ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีการรวมตัว
เป็นองค์กรในการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกันของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน
- 6) การประสานงานกับองค์กรบริหารส่วนตำบล ให้มีบทบาทการ
ดูแลสุขภาพของประชาชน โดยร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข
- 7) การร่วมมือกับภาคเอกชน ทั้งในทางวิชาการและการวางแผน
สนับสนุนตลอดจนร่วมมือจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานขึ้นระหว่างภาครัฐและเอกชน
- 8) การสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง เป็นการปรับเปลี่ยนกลวิธีใน
การสนับสนุนระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย เพื่อให้การดำเนินงานมี
ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- 9) พัฒนารูปแบบและเทคโนโลยีในงานสาธารณสุขมูลฐานให้
เหมาะสม
- 10) เร่งรัดการดำเนินงานองค์ประกอบของบริการสาธารณสุข
มูลฐานจาก

11) องค์ประกอบ (Element) เป็น 14 องค์ประกอบ

12) พัฒนากลไกและกระบวนการถ่ายทอดความรู้ การเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self-Care) โดยอาศัย โครงสร้างทางสาธารณสุขมูลฐานเป็นหน่วยสนับสนุน

3.5 แผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8

(พ.ศ. 2540 - 2544)

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 มีวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และ กิจกรรมหลัก ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 57 - 62)

3.5.1 วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้งอยู่ใน สังคมได้อย่างปกติสุข ตลอดจนมีส่วนร่วมในการป้องกัน และแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน

3.5.2 เป้าหมาย

1) ประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถ ดูแลสุขภาพตนเองให้มี สุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้งอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ สุขในชุมชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 และชุมชนทั่วประเทศ

2) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถบริหารจัดการงาน สาธารณสุขของ ชุมชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ

3) มีการพัฒนาระบบงานและเทคโนโลยีที่เหมาะสม สำหรับการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานในแต่ละพื้นที่

3.5.3 กิจกรรมหลัก

1) พัฒนานโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ให้อยู่บนพื้นฐาน ความยุติธรรมทางสังคม

2) พัฒนาและปรับปรุงกลไกการจัดสรรงบประมาณให้เอื้อแก่ ประชาชนส่วนใหญ่

3) สร้างให้เกิดพัชัสนัญญา หรือความเห็นร่วมในหลักการ สาธารณสุขมูลฐานบนพื้นฐานของความยุติธรรมทางสังคม

4) พัฒนากลไกทางสังคม ให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา สาธารณสุขมูลฐาน

5) พัฒนาองค์การระบบบริหารจัดการและศักยภาพในการ จัดการ โดยเน้นบูรณาการระดับอำเภอลงไป

6) พัฒนาการฝึกอบรมและอบรมฟื้นฟูให้สอดคล้องกับหลักการ

สาธารณสุขมูลฐาน

7) วิจัยและพัฒนา เพื่อหามาตรฐาน วิธีการ ตลอดจนวิทยาการที่เหมาะสม จัดระบบและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ประชาชนได้รับข่าวสารเพียงพอที่จะดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างเหมาะสม โครงสร้างแผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ดังแผนภูมิที่ 5



แผนภูมิที่ 5 โครงสร้างแผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8
ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 58

จากแผนภูมิที่ 5 แผนงานสาธารณสุขมูลฐานประกอบด้วย 2 แผนงาน ดังนี้
แผนงานที่ 1 แผนงานรองพัฒนา โครงสร้างและระบบสาธารณสุขมูลฐาน มีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนทุกระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ประกอบด้วย 3 งาน

1.1 งานพัฒนาโครงสร้างและระบบสาธารณสุขมูลฐาน

มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาศักยภาพองค์กรสาธารณสุขมูลฐานทุกระดับ ให้สามารถสนับสนุนประสานงานกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานชุมชน (3 ก. ได้แก่ องค์กร กำลังคน และกองทุน)

1.2 งานพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการสาธารณสุขมูลฐานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สุขาภิบาล เทศบาลสามารถดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในความรับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

1.3 พัฒนาเครือข่ายประสานความร่วมมือภาครัฐและภาคเอกชนมีวัตถุประสงค์ เพื่อประสานความร่วมมือภาครัฐและภาคเอกชน สนับสนุนการจัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน

แผนงานที่ 2 แผนงานรณรงค์พัฒนารูปแบบ ระบบและเทคโนโลยีสาธารณสุขมูลฐานมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบ และเทคโนโลยีทางสาธารณสุขมูลฐานให้เหมาะสมประหยัด และง่ายต่อการนำมาใช้ในชุมชน มีการสนับสนุนการฟื้นฟูและพัฒนาการใช้ความรู้และเทคโนโลยีจากภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพเบื้องต้น และพัฒนาเทคโนโลยีด้านการสื่อสารคมนาคมในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร ระหว่างครอบครัวและชุมชน

สรุปได้ว่า แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถ ดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดี ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้งอยู่ในสังคม ได้อย่างปกติสุข ตลอดจนมีส่วนร่วมในการป้องกัน และแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน โดยมีเป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 และชุมชนทั้งประเทศ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถบริหารจัดการงานสาธารณสุขของชุมชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งประเทศ และพัฒนาระบบงานและเทคโนโลยีที่เหมาะสม สำหรับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแต่ละพื้นที่และมีกิจกรรม ดังนี้ พัฒนานโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ให้อยู่บนพื้นฐานความยุติธรรมทางสังคม พัฒนาและปรับปรุงกลไกการจัดสรรงบประมาณให้เอื้อแก่ประชาชนส่วนใหญ่ สร้างให้เกิดพันธสัญญา หรือความเห็นร่วมในหลักการสาธารณสุขมูลฐานบนพื้นฐานของความยุติธรรมทางสังคม พัฒนากลไกทางสังคมให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขมูลฐาน พัฒนาระบบบริหารจัดการและศักยภาพในการจัดการ โดยเน้นบูรณาการระดับอำเภอลงไป

พัฒนาการฝึกอบรมและอบรมฟื้นฟูให้สอดคล้องกับหลักการสาธารณสุขมูลฐานและวิจัยและพัฒนา เพื่อหามาตรฐาน วิธีการ ตลอดจนวิทยาการที่เหมาะสมจัดระบบและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร

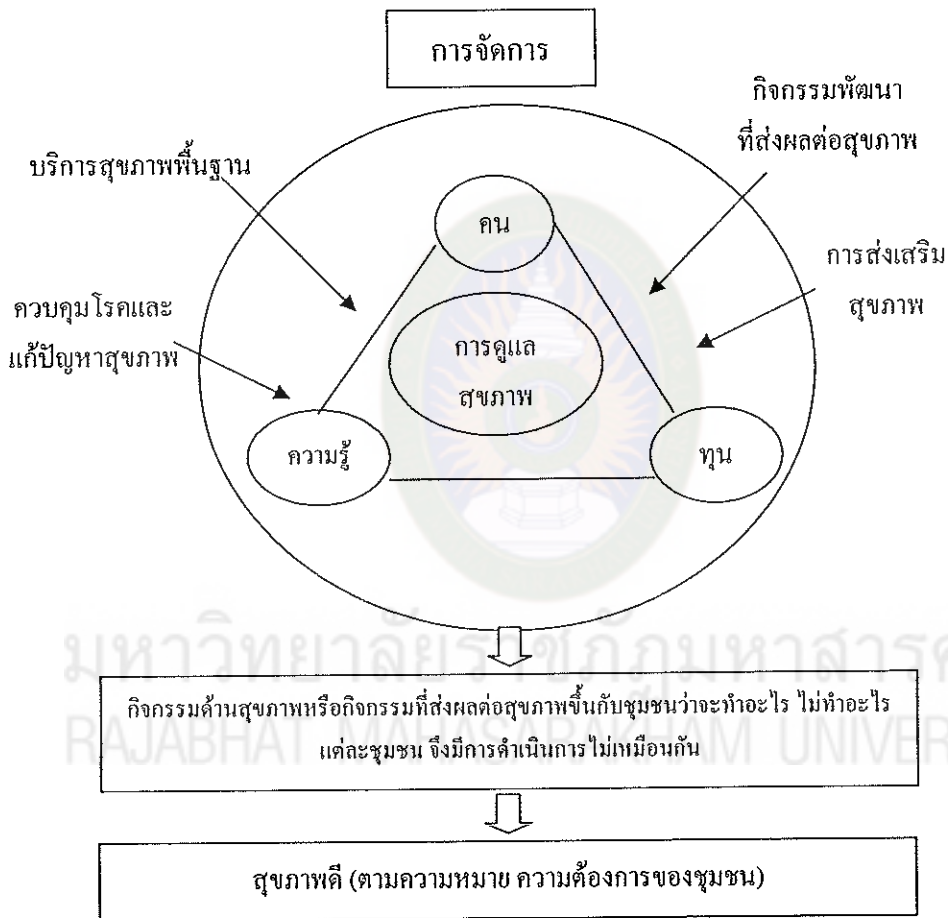
การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญ ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 60)

1. เน้นการกระจายอำนาจจากรัฐสู่ประชาชน แต่เดิมสำนักงาน

คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ได้กระจายอำนาจสู่ประชาชนในรูปแบบของความรู้ หรือการถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์สาธารณสุข (Transfer Health Technology) เท่านั้น ซึ่งการกระจายอำนาจในแผนงานสาธารณสุขนี้ จะส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถที่แท้จริง ในการกำหนดทิศทาง และความต้องการของชุมชนในด้านการสนับสนุนองค์ความรู้ต่างๆ ที่จำเป็น ข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างต่อเนื่อง และเน้นสิทธิประโยชน์ที่พึงมีพึงได้รับ และแผนการนี้ยังมุ่งสนับสนุนงบประมาณจำนวนหนึ่ง สำหรับหมู่บ้าน หรือชุมชนในการพัฒนา ภายใต้ข้อบัญญัติหมู่บ้าน ซึ่งรัฐจัดสรรเงินให้กับหมู่บ้านในการพัฒนา เช่น อบรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การศึกษาดูงาน การจัดบริการของ ศสมช. จำนวนเงินทั้งหมด จัดสรรผ่านองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ดูแลและนำส่วนนี้พัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยมี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำครอบครัวเป็นผู้ดำเนินงาน

2. การเคลื่อนไหวของพลังประชาชน ในอดีตประชาชนตกเป็นฝ่ายที่ถูกกระทำเรื่อยมาจากการอบรมความรู้ด้านสาธารณสุขในด้านอื่นๆ ทำให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทและกิจกรรมในวงแคบเท่านั้น มีการดูแลตนเองและครอบครัวอย่างผิวเผิน ไม่มีส่วนร่วมต่อกันมากนัก กระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในลักษณะนี้จึงเป็นกระบวนการสร้างจิตสำนึก (Conscientization) ซึ่งจะต้องมีความสอดคล้องกับสภาพท้องถิ่น ที่มีความแตกต่างทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ในกระบวนการเคลื่อนไหวพลังของประชาชน สุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยมีระบบการพัฒนาที่เชื่อมประสานกับการดูแลสุขภาพของภาครัฐ ที่เรียกว่า ระบบสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งการจัดการสุขภาพภาคประชาชน คือ การประสานให้เกิดความสมดุล การเคลื่อนไหวของปัจเจกคน องค์ความรู้ หรือวิธีการทำงานและทุน เพื่อการพัฒนาสุขภาพที่สนองตอบต่อความต้องการของคนใน

จากการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขของประเทศไทย พบว่า ผลการพัฒนา
ด้านสาธารณสุขสามารถบรรลุสภาพที่ดีขึ้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 แต่กระทรวงสาธารณสุขยังมี
นโยบายและแนวทางการยกระดับมาตรฐาน และความสามารถในการจัดการด้านสุขภาพของ
ชุมชนภายใต้กลไกการพัฒนาความร่วมมือของประชาชน ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน ผู้นำกลุ่มต่างๆ ประชาชนในการร่วมบริหารจัดการ เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถ
ในการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ทั้งการส่งเสริมสุขภาพและแก้ปัญหาสุขภาพ



แผนภูมิที่ 6 ระบบสุขภาพภาคประชาชน
ที่มา : จีรวรรณ หัสโรค์. 2543 : 16

ทั้งนี้ เพื่อให้การพัฒนาระบบสุขภาพของไทย มีผลการพัฒนาที่ประชาชน
สามารถทำกิจกรรม เพื่อการสร้างสุขภาพ ได้อย่างเป็นรูปธรรมและเหมาะสมกับท้องถิ่น
ลดค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย การพัฒนา เพื่อให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพที่ดำเนินการ โดย
ประชาชน หรือที่เรียกว่า ระบบสุขภาพภาคประชาชน จึงเป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญ ของแผนงาน
สาธารณสุขมูลฐานใน

3.6 แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549)

ซึ่งกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนไว้ 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ (จิรวรรณ หัสโรจน์. 2543 : 16 - 21)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ประกอบด้วย การพัฒนาเครือข่ายในชุมชน การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารการเรียนรู้และการสื่อสารในชุมชน และการพัฒนาการจัดการทุนในชุมชน เพื่อสนับสนุนการพัฒนา

1. วัตถุประสงค์ เพื่อให้ชุมชนสามารถบริหารจัดการระบบสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการ

- 1.1 สร้างทีมแกนนำสุขภาพของชุมชนในการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน
- 1.2 สร้างเสริมเครือข่ายในการสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
- 1.3 สร้างให้เกิดการยอมรับในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนของคนที่เกี่ยวข้องและท้องถิ่น
- 1.4 สนับสนุนให้ชุมชนสามารถใช้กระบวนการข้อมูลข่าวสารการเรียนรู้ และการสื่อสารในการจัดการสุขภาพของชุมชน
- 1.5 เพื่อให้มีการพัฒนาระบบเงินทุนที่ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน

2. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตั้งแต่ระดับตำบลจนถึงประเทศ ประชาชน แกนนำสุขภาพของชุมชน ผลผลิตเกิดการพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพในชุมชน โดย

- 2.1 เกิดทีมแกนนำสุขภาพและเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนที่ดีและมีประสิทธิภาพ
- 2.2 เกิดการมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน
- 2.3 เกิดระบบเงินทุนสนับสนุนการดำเนินงานระบบสุขภาพภาคประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. วัตถุประสงค์ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความรู้ ทักษะในการจัดการสุขภาพภาคประชาชนตามอำนาจหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบล

3. ผลผลิต องค์ประกอบรองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพในการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การเสริมสร้างความร่วมมือและสนับสนุนพหุภาคี

1. วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความเข้าใจกับทุกภาคส่วนให้เกิดความร่วมมือในการส่งเสริมสนับสนุนและร่วมดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน
2. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ องค์การภาครัฐและเอกชน
3. ผลผลิต เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 แสวงหาการสนับสนุนค้ำหนุนนโยบาย

1. วัตถุประสงค์ เพื่อให้มีการสนับสนุนค้ำหนุนนโยบาย งบประมาณ ทรัพยากร และการกำหนดกฎระเบียบข้อบังคับต่อการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน
2. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ นักการเมืองระดับชาติ ผู้บริหารระดับตำบล
3. ผลผลิต เกิดเครือข่ายประมาณงานและสนับสนุนในทุกระดับ โดยมีการกำหนดนโยบายที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีแผนแม่บทที่นำมาสู่การปฏิบัติ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบการจัดการความรู้และข้อมูลข่าวสาร

1. วัตถุประสงค์ เพื่อการจัดการความรู้ การดำเนินงานระบบสุขภาพภาคประชาชน
2. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กองสนับสนุนภาคประชาชน
3. ผลผลิต มีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน

กล่าวโดยสรุป กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมา และได้กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ในอันที่จะให้ประชาชนสุขภาพดีถ้วนหน้าปี พ.ศ. 2543 แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 ได้จัดอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่างๆ ให้เป็นครูฝึก การสาธารณสุขมูลฐานและเปิดอบรมอาสาสมัครให้ครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของหมู่บ้านทั่วประเทศ สำหรับแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 มีนโยบายการพัฒนาชนบทที่ยากจน เพิ่มการเร่งรัด อบรม ผศส. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พัฒนารูปแบบ การดำเนินงาน การพัฒนากำลังคน และกองทุน ให้มีความครอบคลุมในชนบท และชุมชน เขตเมือง ในด้านเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” และได้จัดวางโครงสร้างของแผนงาน โครงการ (Program structure)

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน ได้มีการปรับเปลี่ยนแผนงาน และกลวิธีการดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบาย เพื่อนำไปสู่สภาพที่ดีถ้วนหน้าและมีนโยบาย พัฒนาศักยภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงได้มีการจัดตั้ง ศสมช. บริการสาธารณสุขมูลฐานเพิ่มเป็น 14 องค์ประกอบ ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 มุ่งเน้น “คน” เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สุดในการพัฒนาประเทศ โดยเลื่อนระดับของเป้าหมาย จากชุมชนมาสู่ครอบครัว สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ และมีการกระจายอำนาจการบริหาร จัดการสู่ท้องถิ่น เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ทั้งนี้ต้องประสานงานและมีมีส่วนร่วมของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่รัฐ ในการแก้ปัญหา ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 กำหนดไว้ว่าคนไทยในสังคมต้องมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาวะและ เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาครวมทั้งอยู่ในครอบครัวชุมชน และสังคมที่มีความพอเพียงด้านสุขภาพ มีศักยภาพ มีการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ โดยสามารถใช้ประโยชน์ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทยอย่างรู้เท่าทัน การดำเนินการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว จำเป็นจะต้องระดมพลังจากสังคมทุกภาคส่วน เปิดโอกาสให้ ส่วนต่างๆ เข้ามามีบทบาทและใช้ความสามารถในการพัฒนา เพื่อบรรลุสู่สังคมแห่งสุขภาวะ อย่างเต็มศักยภาพ แนวคิดยุทธศาสตร์หนึ่งที่ใช้ในการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ การสร้างสุขภาพภาคประชาชน โดยทุกคนจึงต้องร่วมกันสร้างสุขภาพขึ้นได้โดยประชาชน ประชาชนจะเห็นคุณค่า รักและผูกพันกับสุขภาพเพิ่มขึ้นใหม่ทุกวันจนเป็นชุมชนสุขภาพ และเป็นสังคมสุขภาพในที่สุด

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

จะเน้นในด้านความมีพอประมาณ ในการดำรงชีวิต โดยยึดหลักปรัชญา “เศรษฐกิจพอเพียง” ซึ่งนำ “สุขภาพพอเพียง” และ “หมู่บ้านจัดการสุขภาพ” ส่งผลให้ อสม. ต้อง เข้าใจแนวคิดการพัฒนาสุขภาพแนวใหม่ จำเป็นต้องอบรมฟื้นฟูทักษะในการปฏิบัติงานตาม บทบาทหน้าที่ เพื่อให้พร้อมกับการปฏิบัติงานที่เปลี่ยนแปลงไป

แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในอดีตประชาชนมีการดูแลตนเอง ด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริม สุขภาพมานานแล้ว จะเห็นได้จากในสมัยก่อนมี “หมอโบราณ” หรือ “หมอกกลางบ้าน” คอยให้การดูแลเมื่อมี ผู้เจ็บป่วยด้วยการ ใช้ยาสมุนไพรรักษา รวมทั้งการมี “หมอคำแย” คอยให้การช่วยเหลือทำคลอดแก่หญิงที่ตั้งครรภ์จนกระทั่ง ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ ผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยในขั้นแรกได้นำประชาชนเข้ามามี ส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้านโดยจัดตั้งเป็น “คณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” มีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธานต่อมา มีการชักชวนให้ประชาชนเข้ามาเป็น “อาสาสมัครมาลาเรีย” เพื่อช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการพ่นเคมีกำจัดยุงกันปลัดป้องกัน โรคมาลาเรีย นอกจากนี้ยังได้มีการทดลองหา รูปแบบต่างๆ ในหลายพื้นที่ๆ แต่ที่ชัดเจนและมีความสำคัญ คือ “โครงการสารภี” ซึ่งดำเนินการที่จังหวัดเชียงใหม่ที่ได้นำเอาประชาชนเข้ามา ฝึกอบรมความรู้ทางสุขภาพอนามัย และเป็นแม่แบบนำไปทดลองในจังหวัดต่างๆ จนกระทั่ง กลายเป็นรูปแบบที่เรียกว่า “ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health Volunteer) เรียกย่อๆ ว่า อสม. คือ ประชาชนที่ได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทนของหมู่บ้าน ให้เข้ารับการอบรมความรู้ทางด้านสาธารณสุข เพื่อเป็น ผู้นำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Change Agent) ในหมู่บ้านซึ่งในระยะเริ่มแรกนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข เรียกย่อๆ ว่า ผสส. (Village Health Communication) มีบทบาททางด้านการสื่อสารเกี่ยวกับสาธารณสุข การเฝ้าระวังทางระบาดแจ้งข่าวการเกิดโรค และประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยดูแลครอบครัวในละแวกคุ้มของตนเองในอัตรา 1 คน ต่อ 8 – 15 หลังคาเรือน ส่วนกลุ่มที่ 2 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรียกย่อๆ ว่า อสม. ได้รับการคัดเลือกขึ้นมาจากกลุ่ม ผสส. ที่มีระยะเวลาการทำงานระยะหนึ่ง

แผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) ได้ให้บริการสาธารณสุขในลักษณะผสมผสาน ทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนลดลง ซึ่งการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้รูปแบบ ผสส. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นี้ได้ ดำเนินการเรื่อยมาจนกระทั่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534)

พบว่า สามารถทำให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบคลุมพื้นที่ทุกหมู่บ้านและทุกชุมชนทั่วประเทศ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) ได้มีการกำหนดแนวทางการพัฒนา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น อบรมยกฐานะ ผสส. เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั่วประเทศ จัดตั้ง ศสมช. เพื่อเป็นที่ปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนเป็นศูนย์กลางข่าวสารสาธารณสุขของหมู่บ้าน และแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ได้กำหนดให้คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา เป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จของการพัฒนาในทุกเรื่อง การพัฒนาคน (การพัฒนา อสม.) จึงมีส่วนสำคัญยิ่งในพัฒนางานสาธารณสุข (สมเกียรติ เลิศสกุล. 2543 : 25 , 28 , 32)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) กำหนดไว้ว่า “คนไทยในสังคมต้องมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาวะและเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาครวมทั้งอยู่ในครอบครัวชุมชน และสังคมที่มีความพอเพียงด้านสุขภาพ มีศักยภาพ มีการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ โดยสามารถใช้ประโยชน์ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทยอย่างรู้เท่าทัน” การดำเนินการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว จำเป็นจะต้องระดมพลังจากสังคมทุกภาคส่วน และจะต้องส่งเสริมให้เกิดสำนึกสุขภาพในสังคมอย่างทั่วถึงและเปิด โอกาสให้ส่วนต่างๆ เข้ามามีบทบาทและใช้ความสามารถในการพัฒนาเพื่อบรรลุสู่สังคมแห่งสุขภาวะอย่างเต็มศักยภาพแนวคิดยุทธศาสตร์หนึ่งที่ใช้ในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ การสร้างสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดนี้ เชื่อว่า “ถ้าการสร้างสุขภาพเป็นของทุกคนจึงต้องร่วมกันสร้าง สุขภาพขึ้นได้โดยประชาชนเอง ประชาชนจะเห็นคุณค่า รักและผูกพันกับสุขภาพเพิ่มขึ้นใหม่ทุกวันจนเป็นชุมชนสุขภาพ และเป็นสังคมสุขภาพในที่สุด จำเป็นอย่างยิ่งที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการชุมชน เพื่อให้เกิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพอันเป็นรากฐานสำคัญที่จะนำไปสู่เมืองไทยแข็งแรงอย่างยั่งยืน” (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2549 : 9)

1. การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2537 ให้มีเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประเภทเดียว การคัดเลือกให้ใช้วิธีทางประชาธิปไตยมีแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้ (เพ็ญศรี เปลียนจำ. 2542 : 36)

1.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน ผศส. และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกคนใน หมู่บ้านและผู้นำอื่นๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ บทบาทหน้าที่ของ ผศมช. แล้วมอบหมายให้กรรมการหมู่บ้าน ผศส. และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการดำเนินการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.2 แบ่งละแวกคุ้ม หรือคุ้มบ้าน คุ้มละ 8-15 หลังคาเรือน

1.2.1 ละแวกหรือคุ้มบ้านที่มี ผศส. เดินอยู่แล้ว ให้สอบถามความสมัครใจ หาก ผศส. คนนั้นสมัครใจ ก็ให้คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำละแวกบ้านหรือคุ้มนั้น

1.2.2 ในกรณีที่ละแวกหรือคุ้มนั้นไม่มี ผศส. ให้หาผู้สมัครใจและคุณสมบัติตามที่ต้องการ คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในกรณีที่มีผู้สมัครใจเกินกว่า 1 คน ให้คณะผู้ดำเนินการสรรหาจัดประชุมหัวหน้าครอบครัว หรือผู้แทนครอบครัวในละแวกหรือคุ้มนั้นๆ เพื่อลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่คัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. วาระการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตร โดยดูจากผลการพิจารณาของประชาชน และองค์กรหมู่บ้าน และพื้นสภาพในกรณี

2.1 พื้นสภาพตามวาระ

2.2 ดาย

2.3 ย้ายที่อยู่

2.4 ลาออก

2.5 ประชาชนลงมติให้พื้นสภาพ

3. การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การฝึกอบรมนี้จะเป็นการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เปลี่ยนแปลงเจตคติและมีความรู้ ความสามารถ การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ (เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ. 2542 : 38)

3.1 เนื้อหาหลักสูตรที่อบรมแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

3.1.1 กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) ประกอบด้วยวิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลักๆ ของประเทศและการบริหารจัดการ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ดังนี้

- 1) บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 2) สิทธิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 3) การทำงานเป็นกลุ่ม
- 4) ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขในหมู่บ้าน การค้นหาปัญหาสาธารณสุข

ในท้องถิ่นและการแก้ไข

- 5) สุขวิทยาประชากร
- 6) การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาล และการพยาบาลเบื้องต้น
- 7) การส่งเสริมสุขภาพ
- 8) การเฝ้าระวังและป้องกันโรค
- 9) การฟื้นฟูสภาพ
- 10) การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการ
- 11) การใช้เครื่องมือที่จำเป็นในการบริการใน ศสมช.
- 12) ความรู้เรื่องโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุข

เช่น เอดส์ เบาหวาน ฯลฯ

3.1.2 กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้เรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และความรู้ด้านนโยบายต่างๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น

3.2 ระยะเวลาในการอบรม จำนวน 12 วัน

3.2.1 ช่วงแรกกำหนดระยะเวลาในการอบรมความรู้พื้นฐาน (หลักสูตรภาคบังคับ) ระยะเวลา ที่อบรม 3 วัน

3.2.2 ช่วงที่ 2 อบรมต่อเนื่องทุกๆ เดือนๆ ละ 1 วัน โดยเนื้อหาหลักสูตรประกอบด้วยกลุ่มความรู้เฉพาะ และกลุ่มความรู้พื้นฐานที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานบริการใน ศสมช. ซึ่งจะเน้นการฝึกปฏิบัติ เช่น การวัดความดันโลหิต การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ เน้นการฝึกอบรมตามสภาพปัญหาในท้องถิ่น เน้นการอบรมทางสาธารณสุข คือ การป้องกันโรค การส่งเสริม สุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การเฝ้าระวังและส่งต่อมากกว่าการรักษาพยาบาล

3.3 การขึ้นทะเบียนเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สถานภาพของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดขึ้นเมื่อผ่านการอบรมหลักสูตร โดยใช้ เวลา 12 วัน จะได้รับประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัว โดยรูปแบบ อายุ และสิทธิ์ เป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

4. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2543 : 14)

4.1 ด้านเป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบ

4.1.1 นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข

4.1.2 แจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น

4.1.3 แจ้งข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข

4.2 ด้านเป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับ

การทำงานของเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพื่อนบ้าน

4.2.1 รับข่าวแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ

4.2.2 รับข่าวแล้วจดบันทึกในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.3 ด้านเป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม และชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมพัฒนางานสาธารณสุขในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการและการใช้ยา การให้ภูมิคุ้มกัน โรคและการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการดูแลเด็กที่มีการเจริญเติบโตไม่ปกติ การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ และสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคล็ดและการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย

4.4 ด้านให้บริการปฐมพยาบาลและรักษาพยาบาล

4.4.1 ให้การปฐมพยาบาลและรักษาพยาบาลตามอาการในเรื่อง ไข้ตัวร้อน ปวดท้อง ปวดหัว ปวดหลัง ปวดเอว ท้องเดิน ท้องผูก ปวดเมื่อย ไอ เจ็บตา ผื่นคัน บริเวณผิวหนัง

4.4.2 ให้การปฐมพยาบาล ดังนี้ บาดแผลสด สุนัขกัด รุกัด เป็นลมชัก
จมน้ำ ข้อเคลื่อน ไฟไหม้

4.4.3 ส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการสาธารณสุข และติดตามดูแลผู้ป่วยที่
ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ

4.5 ด้านเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข

4.5.1 ด้านโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็ก และร่วมแก้ไขปัญหา
เด็กขาดสารอาหารและธาตุไอโอดีนด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มา
ฝากท้อง และตรวจครรภ์ตามกำหนด และให้บริการชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน
ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และตรวจสอบสุขภาพตามกำหนด

4.5.2 ด้านควบคุมโรคประจำถิ่น โดยกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
เก็บอุจจาระส่งตรวจหาไข่พยาธิ เจาะเลือดส่งตรวจหาเชื้อมาลาเรีย และเก็บเสมหะส่งตรวจหา
เชื้อวัณโรค

4.5.3 การควบคุมคุณภาพน้ำบริโภค โดยการใช้น้ำยาตรวจหาเชื้อ
บักتری การเติมคลอรีน ลงในน้ำบริโภค และการใช้น้ำยาตรวจระดับ

4.5.4 ด้านการดูแลสุขภาพจิต โดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และ
ครอบครัวที่มีอาการทางจิต เพื่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับ
การรักษาต่อยังสถานบริการที่เหมาะสม รวมทั้งการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุในชุมชน และนัด
หมายให้มารับบริการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4.5.5 ด้านโรคไม่ติดต่อ โดยการวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลใน
ปัสสาวะจัดกลุ่มบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ

4.5.6 ด้านการป้องกันโรคเอดส์ โดยการจัดกลุ่มป้องกันการแพร่โรค
ในชุมชน แจกจ่ายถุงยางอนามัยป้องกันโรคเอดส์

4.5.7 ด้านการป้องกัน และแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ
เป็นภัย โดยการตรวจ คุณภาพแหล่งน้ำของชุมชน การตรวจสอบคุณภาพอากาศ และร่วมมือ
ประสานงานกับองค์กรต่างๆ เพื่อเฝ้าระวังและจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน

4.6 ด้านเป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในชุมชนตาม
กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)

4.7 ด้านคุ้มครองสิทธิประโยชน์ทางด้านสาธารณสุขของประชาชนใน
ชุมชน

4.8 ด้านเป็นแกนกลางในการประสานงานการดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้าน โดยการกระตุ้นให้มีการประชุมวางแผนและร่วมดำเนินงานสาธารณสุขระหว่างกลุ่มอาสาสมัคร กรรมการหมู่บ้าน และกลุ่มอื่นๆ ตลอดจนเป็นผู้ประสานงานการดำเนินงานระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ

กล่าวโดยสรุป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเรียกย่อๆ ว่า อสม. คือประชาชนที่ได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทนของหมู่บ้าน ให้เข้ารับการอบรมความรู้ทางด้านสาธารณสุข เพื่อเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในหมู่บ้าน นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2537 ให้มีเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประเภทเดียว การคัดเลือกให้ใช้วิธีทางประชาธิปไตยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน แบบ ผสส. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนในหมู่บ้านและผู้นำอื่นๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบทบาทหน้าที่ของ ผสสมข. แล้วมอบหมายให้กรรมการหมู่บ้าน ผสส. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการดำเนินการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขแบ่งละแวกคุ้ม หรือคุ้มบ้าน คุ้มละ 8-15 หลังคาเรือน/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน และมีวาระการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้ว ให้พิจารณาต่ออับัตร โดยดูจากผลการพิจารณาของประชาชนและองค์กรหมู่บ้าน และพื้นฐานในกรณี พื้นสภาพตามวาระ ตาย ย้ายที่อยู่ ลาออก และประชาชนลงมติให้พื้นสภาพ สำหรับการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เปลี่ยนแปลงเจตคติและมีความรู้ ความสามารถ การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ เนื้อหาหลักสูตรที่อบรมแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้เรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และความรู้ด้านนโยบายต่างๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น ระยะเวลาในการอบรม จำนวน 12 วัน สำหรับบทบาทหน้าที่และของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้ เป็นผู้รับข่าวสาธารณสุขและข่าวสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพื่อนบ้าน เป็นผู้ให้คำแนะนำแก่ประชาชน ให้บริการช่วยเหลือรักษาเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษามุ่งศึกษาความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย 8 ด้าน คือ

1. ด้านเป็นผู้แจ้งข่าวสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบ
2. ด้านเป็นผู้รับข่าวสาธารณสุขและข่าวสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน
3. ด้านเป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน
4. ด้านให้บริการปฐมพยาบาลและรักษาพยาบาล
5. ด้านเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข
6. ด้านเป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในชุมชน
7. ด้านคุ้มครองสิทธิประโยชน์ทางด้านสาธารณสุขของประชาชนในชุมชน
8. ด้านเป็นแกนกลางในการประสานงานการดำเนินงานสาธารณสุขของ

หมู่บ้าน

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

1. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

มีผู้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานไว้ ดังนี้

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2542 : 15) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติว่าเป็นปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม รวมทั้งที่มีอยู่ภายในและแสดงออกมาภายนอก

อุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2542 : 25) ได้ให้ข้อคิดว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย รวมทั้งการปฏิบัติและพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ในสภาวะการณ์หนึ่งๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือ บุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่าอาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป เป็นพฤติกรรมสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษา ต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่างๆ เป็นส่วนประกอบ ทั้งทางความรู้ และทัศนคติสามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการในการที่จะก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ดังแผนภูมิที่ 7

จากสมการนี้ชี้ให้เห็นว่า ตัวประกอบทั้งสามมีความสัมพันธ์ต่อผล การปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล กล่าวคือ การใช้แรงจูงใจ จะเป็นตัวกำหนดแรงขับภายในตัว บุคคล ทำให้เกิดคุณลักษณะประชากร (Individual Attributes) ต่อระดับและแนวทางของ ความพยายาม ในการทำงาน (Work Effort) ร่วมกับ การสนับสนุนจากองค์กร (Organizational Support) สำหรับลักษณะประชากร จะใช้เป็นตัวร่วมพิจารณา ในการพิจารณาพฤติกรรมการ ทำงาน ซึ่งมีรายละเอียดของปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล (Individual Performance Factors) ตามแนวคิดของเซอร์เมอร์ฮอร์น และคณะ ดังนี้

2.1.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล (Individual Attributes) คุณลักษณะ ประชากร หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย

1) ลักษณะประชากร (Demographic Characteristics) เป็น ลักษณะที่ช่วยให้เห็นถึงภูมิหลังของบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานะทางเศรษฐกิจ สังคม สถานที่อยู่อาศัย ขนาดครอบครัวตลอดจน สิ่งอื่นๆ ที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตาม ลักษณะ ประชากรอย่างเดียวยัง ไม่เป็นเครื่องชี้วัดที่ดีที่จะแสดงถึงผลการปฏิบัติงานที่ดี ทั้งนี้ยังมีสิ่ง ที่เกี่ยวข้อง คือ ความรู้ ความสามารถและลักษณะทางจิตวิทยา

2) ลักษณะด้านความสามารถ (Competency Characteristics) เป็นสิ่งหนึ่งที่สำคัญในการพิจารณาเลือกคน เพื่อมาปฏิบัติงาน ความรู้ความสามารถเป็น แรงจูงใจอย่างหนึ่งที่สามารถกระตุ้นให้เกิดความพยายามในการทำงานเป็นแรงจูงใจขั้นต้นที่มี ผลกระทบต่อไหวพริบของบุคคลที่เอาชนะสภาพแวดล้อมได้ บุคคลที่รู้สึกรู้สีกว่ามีความรู้ ความสามารถในงานของเขา สามารถคิดได้ว่าเขาจะทำงานอย่างจริงจัง ดังนั้นความรู้ ความสามารถแบ่งได้ 2 ด้าน คือ ด้านกายภาพ (Physical Competency) และด้านสมอง (Mental Competency) ซึ่งบ่อยครั้งได้ใช้ผลการเรียนเป็นเครื่องชี้วัดถึงแนว โน้มของความรู้ความสามารถ ด้านสมองและการปฏิบัติงาน

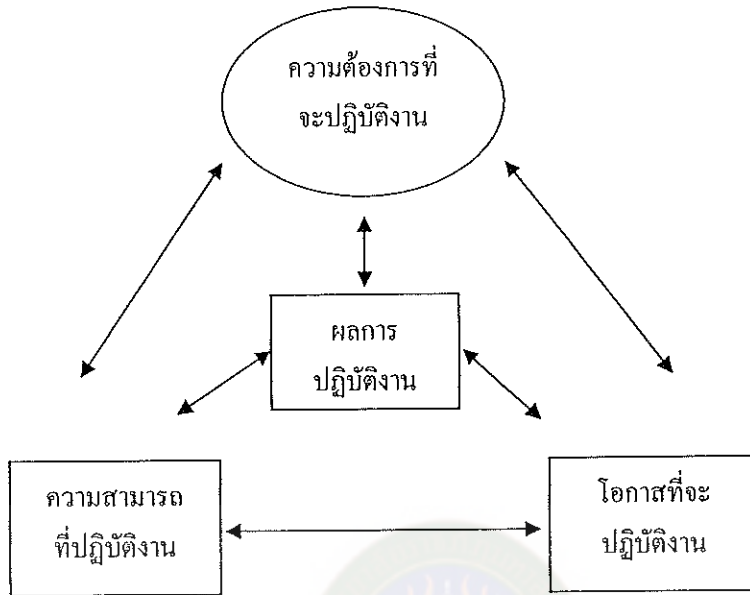
3) ลักษณะด้านจิตวิทยา (Psychological Characteristics) เป็น การแสดงแนว โน้มของพฤติกรรมแต่ละบุคคลที่จะเกิดขึ้นและมีอิทธิพลค่อนข้างถาวรต่อ พฤติกรรม ลักษณะทางจิตวิทยาเหล่านี้ เช่น ทักษะคิด การรับรู้ ความต้องการ และบุคลิกภาพ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามความสำคัญของคุณลักษณะประชากรเหล่านี้ ขึ้นอยู่กับธรรมชาติและความ จำเป็นแต่ละงานซึ่งเซอร์เมอร์ฮอร์น, ฮันส์ และออสบอร์น เห็นว่า คุณลักษณะประชากรจะต้องมีความเหมาะสมกับความ จำเป็นของแต่ละงาน เพื่อที่จะนำไปสู่ ผลการปฏิบัติงานที่ต้องการ

2.1.2 ความพยายามในการทำงาน (Work Effort) คุณลักษณะประชากรที่มีความเหมาะสมกับความจำเป็นของงานนั้น ยังไม่สามารถที่จะทำให้บุคคลมีผลการปฏิบัติงานในระดับที่สูง ทั้งนี้ยังมีตัวแปรหนึ่งที่สำคัญและต้องมีก็คือ ความพยายามในการทำงาน ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงความปรารถนาที่จะปฏิบัติงานนั้นต้องมีแรงจูงใจที่จะทำงาน (Motivation to Work) เป็นแรงผลักดันภายในตัวบุคคลที่มีผลโดยตรงและคงไว้ซึ่งความพยายามในการทำงาน คนที่มีแรงจูงใจจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยกำหนดความพยายามในการทำงาน

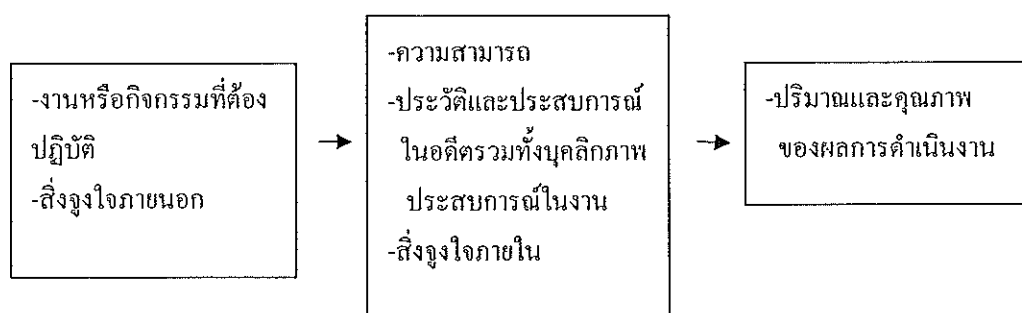
2.1.3 การสนับสนุนจากองค์กร (Organizational Support) ใน การปฏิบัติงานของบุคคล จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์กรที่ปฏิบัติงานอยู่บุคคลที่มีลักษณะบุคคลตรงกับความต้องการและได้รับการจูงใจในระดับสูง อาจไม่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ดี หากได้รับการสนับสนุน ที่ไม่เพียงพอจากหน่วยงานหรือที่เรียกว่าข้อจำกัดด้านสถานการณ์ (Situation Constraint) เช่น ขาดเวลาที่จะทำงาน งบประมาณ เครื่องมือ เครื่องใช้ และวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ข้อมูลข่าวสาร ที่เกี่ยวกับงานไม่ชัดเจน ระดับความคาดหวังของผลการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม ขาดอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับงาน ขาดการช่วยเหลือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ไม่ยืดหยุ่น เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล

2.2 บลูมเบิร์กและพริงเกิล (Blumberg and Pringle. 1982 : 97 ; อ้างถึงใน มัลลิกา ต้นสอน. 2544 : 42) กล่าวถึง ผลการปฏิบัติงาน (Job Performance) เกิดจากความสัมพันธ์ของหน้าที่ 3 ประการ คือ ความสามารถที่จะปฏิบัติงาน (Capacity to Perform) โอกาสที่จะปฏิบัติงาน (Opportunity to Perform) และความต้องการที่จะปฏิบัติงาน (Willingness to Perform) หรือการจูงใจในการทำงาน (Work Motivation) ดังแผนภูมิที่ 8



แผนภูมิที่ 8 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

ผลการปฏิบัติงานจะเกิดจากบุคคลที่มีความสามารถที่จะทำงานนั้นๆ มีโอกาสในการปฏิบัติงาน นอกจากนั้นบุคคลจะต้องมีความต้องการที่จะปฏิบัติงาน เพื่อที่จะสร้างผลงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยความต้องการที่จะทำงานจะไม่เพียงแค่ทำงานให้เสร็จ แต่จะเป็นส่วนประกอบของการทำงานให้ดีขึ้น ซึ่งอาจเรียกความต้องการในการปฏิบัติงานว่า การจูงใจในการทำงาน (Work Motivation) (ธงชัย สันติวงษ์ และชัยศ สันติวงษ์, 2543 : 94) ได้กล่าวถึง ตัวแปรต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อปริมาณและคุณภาพของผลงานของบุคคลนั้น ได้แก่ ความสามารถ ประวัติ ประสบการณ์ในอดีต และการจูงใจซึ่งสามารถแสดงเป็นความสัมพันธ์ได้ ดังแผนภูมิที่ 9



แผนภูมิที่ 9 ปัจจัยของบุคคลที่มีผลต่อการดำเนินงาน

กล่าวโดยสรุป การปฏิบัติงานเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมาโดยการนำความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่มีต่องานมาเป็นองค์ประกอบในการแสดงพฤติกรรมออกมาเป็นความสามารถ เพื่อแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ แนวคิดของ เซอร์เมอร์ฮอร์น, ฮันส์ และออสบอร์น ในการกำหนดปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่ คุณลักษณะประชากร ความรู้ ความสามารถของบุคคล ความพยายามในการทำงาน การสนับสนุนจากองค์การมาประกอบกับแนวคิดของ ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์ (2543 : 94) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงศึกษาความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ เพศ อายุ และหมู่บ้านที่อาศัยอยู่

บริบทตำบลทุ่งทอง

สภาพทั่วไป สภาพทางเศรษฐกิจ และสภาพทางสังคมตำบลทุ่งทองสรุปได้ ดังนี้ (องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งทอง. 2552 : 5 - 9)

1. สภาพทั่วไป

1.1 ลักษณะที่ตั้ง ตำบลทุ่งทอง ตั้งอยู่หมู่ที่ 2 ตำบลทุ่งทอง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ห่างจากอำเภอเกษตรวิสัย 34 กิโลเมตร อยู่ห่างจากจังหวัดร้อยเอ็ด 82 กิโลเมตร และอยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครประมาณ 489 กิโลเมตร

1.2 เนื้อที่ ตำบลทุ่งทอง มีพื้นที่ประมาณ 28.09 ตารางกิโลเมตร

1.3 อาณาเขต

ทิศเหนือ ติดกับตำบลกำแพง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

ทิศใต้ ติดกับตำบลศรีชุมพล อำเภอห้วยพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

ทิศตะวันออก ติดกับตำบลคงครั่งใหญ่ อำเภอเกษมศรีวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

ทิศตะวันตก ติดกับตำบลเมืองเตา อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

1.4 ลักษณะภูมิประเทศ สภาพภูมิประเทศโดยทั่วไปของตำบลทุ่งทองเป็นพื้นที่ราบและทุ่งนา มีแหล่งน้ำธรรมชาติ คือ หนองน้ำที่มีอยู่ตามหมู่บ้าน คลองน้ำธรรมชาติ และสร้างขึ้น

1.5 เขตการปกครอง หมู่บ้านในเขตตำบลทุ่งทองมี 9 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านโพนหิน หมู่ที่ 2 บ้านเขวาคะคลอง หมู่ที่ 3 บ้านเขวาคะคลอง หมู่ที่ 4 บ้านเขวาทรี หมู่ที่ 5 บ้านโพนตูม หมู่ที่ 6 บ้านชีกวิ๊ก หมู่ที่ 7 บ้านหนองแวงยาว หมู่ที่ 8 บ้านโพนข่อย และหมู่ที่ 9 บ้านหนองไผ่ลุ่ม

1.6 ประชากร ประชากรทั้งสิ้น 5,453 คน 1,298 ครัวเรือน แยกเป็น

1.6.1 ชาย 2,787 คน

1.6.2 หญิง 2,666 คน

2. สภาพทางเศรษฐกิจ

2.1 อาชีพ

2.1.1 การประกอบอาชีพ

1) ด้านการเกษตร

1.1) ทำนา มีพื้นที่ทำการเกษตรทั้งหมด 6,676 ไร่ จำนวนครัวเรือนที่ทำนา 1,278 ครัวเรือน

1.2) การเลี้ยงสัตว์ ได้แก่ เลี้ยงโค กระบือ สุกร เป็ด ไก่ เลี้ยงไว้เพื่อจำหน่าย และบริโภคในครัวเรือน

2) ด้าน อุตสาหกรรมในครัวเรือน ได้แก่ ทอผ้าไหม และจักสาน

3) อื่น ๆ รับราชการ ลูกจ้างเอกชน และรับจ้างทั่วไป

2.1.2 หน่วยธุรกิจในพื้นที่ตำบล

1) ปั๊มน้ำมัน 1 แห่ง

2) โรงสีข้าว 11 แห่ง

3. สภาพทางสังคม

3.1 การศึกษา

3.1.1 ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน 6 แห่ง

3.2.2 โรงเรียนประถมศึกษา 5 แห่ง

3.2 ศูนย์บริการการเรียนรู้และบริการอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งทอง

3.3 สถาบันและองค์กรทางศาสนา

วัด / สำนักสงฆ์ 8 แห่ง

3.4 การสาธารณสุข

3.4.1 สถานีอนามัยประจำตำบล 1 แห่ง

3.4.2 อัตราการมีและใช้ส้วมราดน้ำ ร้อยละ 100

3.4.3 ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน 9 แห่ง

3.5 ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

3.5.1 ประชาชนในแต่ละหมู่บ้านช่วยกันสอดส่องดูแลภายในหมู่บ้านของตนเอง

3.5.2 ดำรวจอาสา อปพร. ประจำหมู่บ้าน กำนัน สารวัตรกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ชุดสายตรวจประจำตำบลจาก สภ.ดงครั่งใหญ่

4. การบริการพื้นฐาน

4.1 การคมนาคม

โดยทางบกติดต่อกับอำเภอ 1 เส้นทาง โดยถนนลาดยาง

4.2 การโทรคมนาคม

ทางไปรษณีย์ โทรเลข ใช้บริการของไปรษณีย์โทรเลข อำเภอเกษตรวิสัย

4.3 การไฟฟ้า มีไฟฟ้าใช้ทุกหมู่บ้าน

4.4 แหล่งน้ำธรรมชาติ

4.4.1 ลำน้ำ ลำห้วย 2 แห่ง

4.4.2 บึง หนองน้ำ สระน้ำ 6 แห่ง

4.5 แหล่งน้ำที่สร้างขึ้น

บ่อน้ำตื้น 24 แห่ง

ชุมชนเขตเมืองจังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส

นภาพร เจริญวงศ์มิตร (2542 : 68) ได้ศึกษาการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรวมอยู่ในระดับสูง ทักษะคิดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนทรัพยากรบริหาร โดยรวมอยู่ในระดับดี การปฏิบัติงานในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การสนับสนุนทรัพยากรบริหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง

อุไรวรรณ บุญสาสิทธิพิทักษ์ (2542 : 72) ได้ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า ด้านการจัดทำแผนและงบประมาณ ด้านการบริหารศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อยู่ในระดับมาก และด้านเผยแพร่ประชาสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่และด้านการให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การนิเทศงาน การศึกษาดูงาน การมีส่วนร่วมของชุมชน การรับรู้บทบาทหน้าที่โดยรวมและแรงจูงใจ โดยรวมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.

สุจิตรา อูยถาวรยิ่ง (2544 : 58) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดชัยนาท พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาทเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการสนับสนุนการปฏิบัติงาน โดยรวมอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนการปฏิบัติงานในแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาพรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านการจัดทำแผนและงบประมาณ ด้านความสามารถในการให้บริการ และด้านข้อมูลข่าวสาร

อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการหาความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการสนับสนุนการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

นันทศักดิ์ เศษสุวรรณ (2547 : 93) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าทัศนคติต่อพฤติกรรมการสร้างสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีทัศนคติต่อพฤติกรรมสร้างสุขภาพดีที่สุด คือ การจัดการกับความเครียดและน้อยที่สุด คือ การฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสร้างสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ด้านที่มีพฤติกรรมสร้างสุขภาพดีที่สุด คือ การไม่ใช้สารเสพติดและสิ่งมีนเมา และน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างสุขภาพ คือ เพศ และการได้รับข้อมูล ข่าวสาร ส่วนอายุ ระดับการศึกษา การมีตำแหน่งทางสังคมในหมู่บ้าน รายได้ สถานภาพสมรส จำนวนบุตรและทัศนคติไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ธิดารัตน์ ชารสินธุ์ (2549 : 68) ได้ศึกษา ความคิดเห็นของพนักงานเทศบาลต่อปัญหาการบริหารงานของเทศบาลตำบลในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นของพนักงานเทศบาลต่อปัญหาการบริหารงานของเทศบาลตำบลในจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยปัญหาด้านการบริหารงานด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหารจัดการ พบว่า โดยรวมทุกปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง และความคิดเห็นของพนักงานเทศบาลที่มีเพศ อายุ และระดับการศึกษาแตกต่างกัน ต่อปัญหาการบริหารงาน ของเทศบาลตำบลในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า พนักงานเทศบาลที่มีเพศ อายุ และระดับการศึกษา แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อปัญหาการบริหารงานของเทศบาลตำบลในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมไม่แตกต่างกัน

วิสูตร จงชูนิชย์ (2549 : 79) ได้ศึกษาความคิดเห็นของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลบรบือ ต่อการบริหารงานของเทศบาลตำบลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ประชาชน มีความคิดเห็นต่อการบริหารงานของเทศบาลตำบลบรบือ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรักษาและระงับโรคติดต่อ และด้านการบำรุงศิลปประเพณี ภูมิปัญญาของท้องถิ่นและวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น ประชาชนเห็นด้วยในระดับมาก ส่วนด้านการรักษาความสงบเรียบร้อย ด้านการพัฒนาทางบกและทางน้ำ

ด้านการรักษาความสะอาดของถนนหรือทางเดิน และที่สาธารณะรวมทั้งการกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ด้านการศึกษา ด้านการส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็กเยาวชนผู้สูงอายุและผู้พิการ และด้านการปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ของเทศบาลตามกฎหมายและนโยบายของรัฐ ประชาชนมีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ประชาชนที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษาและอาชีพต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการบริหารงานของเทศบาลตำบลบรบือ ทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 9 ด้าน ไม่แตกต่างกัน

เด่นดวง สุบุตรดี (2550 : 81) ได้ศึกษาความคิดเห็นของคณะกรรมการชุมชนต่อการดำเนินงานของเทศบาลตำบลแกดำ อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การดำเนินงานของเทศบาลตำบลแกดำ อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 8 ด้าน โดยรวมมีการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง และจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า มีการดำเนินงานอยู่ในระดับมากจำนวน 1 ด้าน คือ ด้านการบำรุงศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น และมีการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 7 ด้าน เรียงลำดับค่าเฉลี่ยมากไปน้อย คือ ด้านการจัดให้มีและบำรุงทางบกและทางน้ำ รองลงมา คือ ด้านการรักษาความสะอาดของถนนหรือทางเดินและ ที่สาธารณะ รวมทั้งการกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ด้านการให้ราษฎรได้รับการศึกษาอบรม ด้านป้องกันและระงับโรคติดต่อ ด้านการส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ ด้านการรักษาความสงบเรียบร้อยของประชาชน และด้านการจัดให้มีเครื่องใช้ในการดับเพลิงและความเห็นของคณะกรรมการ ชุมชนที่มีเพศ ระดับการศึกษาและอาชีพ แตกต่างกันต่อการดำเนินงานของเทศบาลตำบลแกดำ อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า คณะกรรมการชุมชนที่มีเพศ ระดับการศึกษา และอาชีพแตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของเทศบาลตำบลแกดำ อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม มีความคิดเห็น โดยรวมทุกด้านไม่แตกต่างกัน

ประมวล เกตรา (2550 : 84) ได้ศึกษาความคิดเห็นของคณะกรรมการชุมชนต่อการพัฒนาของเทศบาลตำบลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การพัฒนาของเทศบาลตำบลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ตามความคิดเห็นของคณะกรรมการชุมชน โดยรวมมีการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง และความคิดเห็นของคณะกรรมการชุมชนที่มีเพศ อายุ และระดับการศึกษาแตกต่างกัน ต่อการพัฒนาของเทศบาลตำบลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า คณะกรรมการชุมชน ที่มีเพศและระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความคิดเห็น โดยรวมไม่แตกต่างกัน แต่คณะกรรมการชุมชนที่มีอายุแตกต่างกัน โดยรวมมีความคิดเห็นต่อการพัฒนาของเทศบาลตำบลเกษตรวิสัย อำเภอ

เกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด แตกต่างกัน โดยคณะกรรมการชุมชนที่มีอายุ 21 – 30 ปี มีความคิดเห็นในด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม แตกต่างกัน

สมศักดิ์ วรรณกุล (2550 : 77) ได้ศึกษาความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของสำนักงานเขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร ด้านการเก็บขนขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการประชาสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการจัดเก็บค่าธรรมเนียมอยู่ในระดับมาก ผลทดสอบสมมติฐาน พบว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ประชาชนที่มีเพศแตกต่างกัน ประชาชนที่มีอาชีพแตกต่างกัน ประชาชนที่มีประเภทของที่อยู่อาศัยแตกต่างกัน และประชาชนที่มีรายได้ต่อครัวเรือนแตกต่างกัน มีความเห็นเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย แตกต่างกัน ทั้ง 6 รายการ ส่วนประชาชนที่มีอายุแตกต่างกันมีความเห็นเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย ไม่แตกต่างกัน

วารภรณ์ เถลิ้มจักร์ (2552 : 86) ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการให้บริการของเทศบาลตำบลในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า 1) ความพึงพอใจของประชาชนที่มารับบริการจากเทศบาลตำบลในจังหวัดสมุทรปราการ ในภาพรวม และรายด้านอยู่ในระดับมาก 2) ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชน พบว่า ประชาชนที่มีเพศอาชีพ และสถานที่รับบริการจากเทศบาล ต่างกัน มีความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน

วิชัย ศรีผา (2552 : 101) ได้ศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุส่วนใหญ่ คือ 41 - 50 ปี ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ มากกว่า 15 ปี การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 8 ด้าน พบว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก 7 ด้าน 1) เป็นแกนกลางในการประสานงานการดำเนินงานสาธารณสุขในหมู่บ้าน 2) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน 3) เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่นๆ เกี่ยวข้องกับการทำงาน 4) เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบ 5) คุ้มครองสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในชุมชน 6) เป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในชุมชน 7) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 1 ด้าน คือ ให้บริการช่วยเหลือรักษาพยาบาล ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีเพศ อายุ และระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีเพศ อายุ และระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แตกต่างกันมีความคิดเห็นโดยรวมทุกด้าน แตกต่างกันอย่างสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านคุณลักษณะ ประชากร เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น การรับรู้ ความสามารถแห่งตนในการดำเนินงาน และการสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษา ได้นำปัจจัยด้าน คุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ และหมู่บ้านที่อาศัยอยู่ น่าจะเป็นตัวแปร หนึ่งที่จะช่วยอธิบายความแตกต่างความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทุ่งทอง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นคุณลักษณะประชากรที่นำมาศึกษาในการศึกษาครั้งนี้และผลการศึกษาดังกล่าวยังแสดงให้เห็นว่าความคิดเห็นของประชาชน ในด้านต่างๆ มีความแตกต่างในการวิจัยบ้าง ซึ่งผู้ศึกษา สนใจศึกษา ตัวแปรดังกล่าว อันจะช่วยอธิบายความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทุ่งทอง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

