

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเรื่อง “ ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดร้อยเอ็ด ” ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้ประกอบในการศึกษาวิจัย ซึ่งจะนำเสนอ ดังนี้

- 1.แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน
- 2.แนวคิดการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)
- 3.แนวคิดและทฤษฎีของปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการดำเนินงานบทบาทการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- 4.ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน

1.1 ความเป็นมา

จากการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 30 พ.ศ. 2520 ขององค์การอนามัยโลก ประเทศภาคีสมาชิกได้มีมติร่วมกันว่า “ การมีสุขภาพดี เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่พึงได้รับ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่อง เชื้อชาติ ศาสนา การเมือง เศรษฐกิจและสังคม ” โดยคำว่า “ สุขภาพดี นั้นหมายถึง การมีสภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งไม่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือไม่มีความพิการเท่านั้น ” และที่ประชุมได้กำหนดให้ประชาชนชนทั่วโลกมี “ สุขภาพดีถ้วนหน้า ภายในปี 2543 ” หรือ “ Health For All by the year 2000 ” โดยถือว่าเป็นเป้าหมายหลักทางสังคม และหลังจากนั้นในระหว่างวันที่ 6-12 กันยายน 2521 ผู้แทนรัฐบาลจากประเทศต่างๆทั่วโลก จำนวน 134 ประเทศ (ซึ่งมีรัฐบาลไทยรวมอยู่ด้วย) และผู้แทนจากองค์กรต่างๆอีก 67 องค์กร ทั้งที่เป็นองค์การชำนาญพิเศษแห่งสหประชาชาติ และองค์การสาธารณสุขสากลภาคเอกชนระดับโลกอื่นๆได้มาร่วมประชุมกัน ณ เมืองอัลมาอตา ประเทศรัสเซียโดยมีข้อตกลงร่วมกันว่า “ การสาธารณสุขมูลฐาน ” (Primary Health Care) เป็นกลวิธีหลักในการบรรลุเป้าหมาย “ สุขภาพดีถ้วนหน้า ” ซึ่งองค์การอนามัยโลกก็ได้เรียกร้อง ให้ทุกชาติสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง โดยผสมผสานไปกับการพัฒนาทุกสาขา ทั้งในระดับชุมชนและระดับชาติ ทั้งภาค รัฐและเอกชน⁽⁵⁾

1.2 ความหมาย

จากแถลงการณ์แห่ง ฮัลมา ฮดา ว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน ได้ให้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน ไว้ดังต่อไปนี้⁽⁶⁾

1. คือบริการอันจำเป็นแก่การดำรงชีวิตมนุษย์
2. เป็นบริการที่อาศัยวิธีการ และ เทคโนโลยีตามหลักวิทยาศาสตร์และเป็นที่ยอมรับในสังคม
3. จัดบริการให้โดยเสมอหน้ากัน แก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยที่ตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชนเหล่านั้นได้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่
4. การจัดให้มีและทำนุบำรุงบริการนั้นอยู่ในวิสัยที่รัฐร่วมกับชุมชน ให้สามารถดำเนินการต่อไปได้ด้วยหลักการพึ่งตนเอง และตัดสินใจอนาคตด้วยตนเองของชุมชน
5. เป็นภารกิจหลักของระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยที่ถือเป็นภารกิจหลักของกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนและของประเทศด้วย
6. เป็นบริการที่สร้างจุดเชื่อมโยง ให้บริการสาธารณสุขของรัฐทั้งระบบเข้าถึงประชาชนยังที่ทำงาน ชุมชน ครอบครัวและตัวบุคคล
7. เป็นบริการที่สร้างจุดเริ่มต้นของกระบวนการ ในอันที่จะสร้างความสมบูรณ์แห่งสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยทั่วหน้ากัน

องค์การอนามัยโลก⁽⁷⁾ ได้ให้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐานไว้ว่า “ Primary Health Care is essential health care made universally accessible to individuals and families in the community by means acceptable to them, through their full participation and at cost that the community and country can afford. It from an integral part both of the country's health system of which it is the nucleus and of one overall social and economic development to the community”

กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย⁽⁸⁾ ได้ให้ความหมายไว้ว่า “ การสาธารณสุขมูลฐาน คือ แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขในรูปแบบผสมผสาน การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน และความร่วมมือของส่วนราชการในการบรรลุผลการดำเนินงาน ทั้งนี้มุ่งที่จะใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นเป็นหลัก รวมทั้งการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม สามารถหาได้จากท้องถิ่นเป็นส่วนใหญ่ และเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และสภาพลักษณะสังคมของประชาชนในท้องถิ่นในอันที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ทันกับความต้องการ ทั้งนี้ การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานนี้จะเชื่อมโยงกับขบวนการพัฒนาท้องถิ่นอื่นๆ โดยอาศัยการสนับสนุนจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐในลักษณะของการรับช่วงต่อจากท้องถิ่น และพัฒนาระบบการติดต่อสื่อสารภายในชุมชน ”

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุข⁽⁹⁾ ได้ให้ความหมายว่า “ การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นวิธีการให้บริการสาธารณสุขที่ผสมผสาน ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงาน และประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษา ฝึกอบรม และระบบการส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก ”

วณิช จันทศรี⁽¹⁰⁾ ได้นิยามความหมายของ การสาธารณสุขมูลฐาน ไว้ว่า “ การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นส่วนที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการของรัฐ โดยที่กระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันให้กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานได้ขยายตัวอย่างรวดเร็วครอบคลุมพื้นที่เกือบทั่วประเทศ และองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน ที่เป็นหัวใจของงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย ได้แก่ การมีส่วนร่วมของประชาชน, การจัดสร้างระบบบริการสาธารณสุขพื้นฐาน (Basic Health Service), การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน (Appropriate Technology) และการพัฒนาแบบผสมผสานที่ใช้วิธีการประสานงานระหว่างสาขาอื่นๆด้วย (Intersectoral Collaboration)”

สรุปแล้ว “ การสาธารณสุขมูลฐาน ” หมายถึง กลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่แล้ว ซึ่งเป็นกลวิธีที่จัดให้มีขึ้นในระดับตำบล และหมู่บ้าน ในการที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยที่รัฐจะสนับสนุนในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาและฝึกอบรม ตลอดจนการจัดให้มีระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก

1.3 พัฒนาการของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย

นโยบายสาธารณสุขของประเทศไทย ได้เริ่มมีการระบุไว้ในกระบวนการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งต่างก็มีความคล้ายคลึงกันประการหนึ่ง คือ มุ่งให้ความสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรค ควบคู่ไปกับการให้บริการรักษาพยาบาล ฉะนั้นการสาธารณสุขมูลฐานจึงเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายสาธารณสุข ซึ่งสามารถนำเสนอพัฒนาการ ตามลำดับเวลา โดยอิงจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นหลัก⁽¹⁾ ดังนี้

1.3.1 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 - ฉบับที่ 3

นโยบายสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ.2504-2509) ได้ให้ความสำคัญแก่การปรับปรุงสถานบริการ และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้การบำบัดรักษาครอบคลุมทั่วถึงยิ่งขึ้น นโยบายดังกล่าวต่อเนื่องจนถึงแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2510-2514) ซึ่งเป็นลักษณะที่รัฐขึ้นบริการให้แก่ประชาชน โดยประชาชนเป็นฝ่ายรับด้านเดียว โดยในเรื่องการรักษาพยาบาลกับการควบคุมป้องกันโรค มีการดำเนินงานค่อนข้างแยกกัน

ต่อมาในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2515-2519) มีความแตกต่างจากสองแผนแรกอย่างเห็นได้ชัด คือ มีการกล่าวถึงการพัฒนาสาธารณสุขแบบผสมผสาน และการให้ความร่วมมือของประชาชนในการแก้ปัญหาสาธารณสุขซึ่งแสดงให้เห็นว่าในระดับนโยบาย ได้ตระหนักถึงความสำคัญและบทบาทของประชาชนไปสู่การมีสุขภาพอนามัยที่ดี โดยเฉพาะการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานนั้น จะช่วยให้ประหยัดงบประมาณ ประหยัดกำลังคน และครอบคลุมประชากรได้มากด้วย

1.3.2 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524)

นโยบายสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับนี้มีขอบเขตรอบคลุมกว้างขวางมากขึ้น เน้นหนักที่ชนบท เพื่อขจัดความเหลื่อมล้ำของบริการสาธารณสุขระหว่างคนจนที่อยู่ในชนบท กับคนรวยที่อยู่ในเขตเมือง เช่น มีการปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุข ให้มีการฉีกกำลังแก้ไข้ปัญหาทั้งฝ่ายรัฐและเอกชนกับการมอบอำนาจการบริหารแผนงานสู่ส่วนภูมิภาค

1.3.3 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529)

นโยบายสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับนี้ มีขอบเขตรอบคลุมกว้างขวางมากขึ้นอีก โดยเน้นในเรื่องความเป็นธรรมของบริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ปรับปรุงหน่วยงานบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคตั้งแต่ในระดับอำเภอลงไป ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ โดยจำกัดการขยายตัวของสถานบริการสาธารณสุขขนาดใหญ่ในเขตเมือง และได้กำหนดนโยบายเร่งรัดดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่เด่นชัด โดยมีจุดเน้นที่จะพัฒนาโครงสร้างและระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอและต่ำกว่า โดยใช้กลวิธี "สาธารณสุขมูลฐาน" ประกอบด้วยกลวิธีหลัก ที่เป็นกลวิธีเทคนิควิชาการด้านสาธารณสุขหลายประการ ซึ่งได้แก่ แผนงาน/โครงการต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงของปัญหาหรือสถานการณ์ ส่วนกลวิธีสนับสนุน เป็นกลวิธีที่มีผลทางอ้อมแต่ช่วยให้การเปลี่ยนแปลงที่มุ่งหวังนั้นเป็นจริง ได้มากยิ่งขึ้น

1.3.4 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534)

หลังจากวิเคราะห์สภาพปัญหา อุปสรรคต่างๆที่พบจากการดำเนินงานในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 แล้ว นโยบายสาธารณสุขในแผนนี้จึงได้มุ่งปรับปรุงคุณภาพของการดำเนินงานที่ผ่านมาให้ดียิ่งขึ้น โดยให้มีการแก้ไขปัญหาหรือดำเนินการที่สนองตอบต่อความจำเป็นพื้นฐานตามสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และที่มีขึ้นในอนาคต โดยยึดหลักการเสริมสร้างความเป็นธรรมทางสังคม และการพึ่งตนเองได้ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

1.3.5 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539)

นโยบายสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับนี้ มีจุดเน้นการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ โดยกำหนดกิจกรรมบริการสาธารณสุขมูลฐานให้ครอบคลุมปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป มุ่งปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานในชุมชน พัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพของ อสม. สนับสนุนทรัพยากร และพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรม มากยิ่งขึ้นในรูปแบบของ ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีความสามารถในการดูแลตนเอง และบรรลุคุณภาพชีวิต โดยอาศัยกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานด้วยการสนับสนุนให้องค์กรชุมชน มีบทบาทในการบริหารจัดการ และระดมทรัพยากรในท้องถิ่น ทั้งนี้ภายใต้การร่วมมือและสนับสนุนจากรัฐและเอกชน

นโยบายพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539)นี้ ก็คือ การพัฒนาและขยายระบบสาธารณสุขมูลฐานเข้ามาในเขตเมืองมากยิ่งขึ้น ในขณะที่ยังคงสนับสนุนระบบสาธารณสุขที่ดำเนินการอยู่อย่างได้ผลในเขตชนบท ให้ดำเนินการไปอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวทางในการพัฒนา ดังนี้

- พัฒนารูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง และเสริมสร้างศักยภาพขององค์กรชุมชนให้สามารถขยายการครอบคลุมกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในเขตเมือง
- พัฒนาให้พร้อม และให้ อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานที่เหมาะสม และมีคุณภาพสำหรับแต่ละชุมชน

ในการปรับเปลี่ยนทิศทางการสาธารณสุขมูลฐานใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขนั้น เนื่อง ด้วยเหตุผลหลัก คือ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม ที่เปลี่ยนแปลงไปโดยมุ่งปรับปรุงคุณภาพของการดำเนินงานในชุมชนให้ดีขึ้น รวมทั้งพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)ให้สูงขึ้น ฉะนั้นในช่วงแผนสาธารณสุขฉบับที่ 7 ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจึงเป็นกลวิธีใหม่ของสาธารณสุขมูลฐานที่ถูกนำมาใช้เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีวนหน้า⁽¹⁾

1.3.6 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544)⁽¹¹⁾

ทิศทางของการดำเนินงานสาธารณสุขใน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับนี้ ได้มีการระดมความคิดจากทั้งภาครัฐและเอกชนรวมทั้งองค์กรประชาชนในระดับต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากขึ้น ซึ่งมีข้อสนับสนุนดังนี้

1.3.5.1 การเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพของประชาชนเป็นสำคัญ เน้นเรื่องความรู้ คุณธรรมและจริยธรรม ซึ่งกรอบแนวคิดดังกล่าวจะทำให้เกิดผลต่อการพัฒนาสาธารณสุขของประชาชนโดยตรง โดยเฉพาะการพัฒนาให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นด้านสุขภาพ การสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเพื่อสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ รวมทั้งมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค

1.3.5.2 การเน้นความสำคัญของครอบครัวที่มีความสัมพันธ์อบอุ่น อันเป็นพื้นฐาน ของการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและการสาธารณสุขมูลฐาน โดยการสนับสนุนให้ประชาชน ได้ใช้ความสัมพันธ์ในระดับครอบครัวและชุมชน เป็นพื้นฐานของการดูแลสุขภาพในท้องถิ่น

1.3.5.3 ส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในการดำรงชีวิตของประชาชน และพัฒนาประชาชนให้มียุทธศาสตร์ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองและ ครอบครัว

ภาพลักษณ์ของการสาธารณสุขไทยในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 นี้ เน้นประเด็น ให้ประชาชนมีบทบาทร่วม 2 ด้าน คือ บทบาทการรับรู้และศึกษาถึงความเข้าใจความรู้พื้นฐานทางสาธารณสุขในเบื้องต้นก่อนที่จะเข้าถึงขั้นตอนการรับบริการ นอกจากนี้ยังเน้นในเรื่องการใช้ประโยชน์จากองค์กรประชาชนและทรัพยากรในท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขด้วย ซึ่งบทบาททั้ง 2 ด้านนี้สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ประชาชนมีความตระหนักที่จะรับรู้ ประเมินและเลือกใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยของตนเองและสังคม และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเลือกรับบริการ
2. ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ที่ช่วยในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
3. ประชาชนมีบทบาทร่วมในการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพของตนและสังคม ตลอดจนติดตาม เฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมที่มีต่อสุขภาพ
4. ประชาชนสามารถร่วมมือกันที่จะช่วยเหลือและสนับสนุนงานพัฒนาสาธารณสุข โดยใช้ประโยชน์จากองค์กรท้องถิ่น ตลอดจนประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านอย่างเต็มที่
5. ประชาชนสามารถดูแลบุคคลในครอบครัวที่เป็นภาระต่อสังคม ให้อยู่ในสังคมได้อย่างมี

ความสุข (Home Health Care) เช่น คนชรา คนพิการ และผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นต้น

6. ประชาชนสามารถประสานความร่วมมือกับภาครัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล

ดังนั้น การที่จะให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ อันหมายถึงว่าสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้แล้วนั้น จำเป็นต้องใช้การส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เสริมด้วยยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐาน

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-3 ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานเป็นส่วนใหญ่ ทำให้งานสาธารณสุขมูลฐานยังไม่มีความชัดเจนมากนัก ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4-5 จึงเริ่มมีแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานอย่างชัดเจนขึ้น จึงนับเป็นจุดเริ่มของการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจังตั้งแต่บัดนั้นมาจนถึงแผนพัฒนา ฉบับที่ 6-7-8 ซึ่งพบว่ามีการนำปัญหาอุปสรรคต่างๆที่พบ มาปรับปรุงแก้ไข และเป็นช่วงที่มีการจัดองค์กรด้านสาธารณสุขมูลฐานขึ้นในชุมชนครอบคลุมทั่วประเทศ

1.4 แนวคิดที่สำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน

จากความหมายและองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า หัวใจสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน มีอยู่ 4 ประการคือ (อ้างใน รัตนา อุจหาพันธุ์)⁽¹²⁾

1. การปรับระบบบริการพื้นฐานทางสาธารณสุขให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน
2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน
3. การมีส่วนร่วมของประชาชน
4. การพัฒนาแบบผสมผสานโดยใช้วิธีการประสานระหว่างสาขาอื่นๆ

ปัจจัยทั้ง 4 ประการนี้เป็นแนวคิดหลักของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญ และต่อมาได้มีการเพิ่มปัจจัยอีกประการหนึ่ง คือ

5. การเสริมสร้างภาวะผู้นำ

แนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน สามารถสรุปเป็นประเด็นต่างๆได้ดังนี้⁽¹³⁾

แนวความคิดที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชนเอง

แนวความคิดที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการที่จะแก้ปัญหาสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยที่ชุมชนร่วมมือจัดทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่

แนวความคิดที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐานจะเกิดขึ้นมาได้จะต้องให้ชุมชนรับรู้ และทราบว่าปัญหาของชุมชนคืออะไร และร่วมกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา ซึ่งรัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้

แนวความคิดที่ 4 เจ้าหน้าที่ต้องรับบทบาทหน้าที่ของตนเองและของชุมชนว่า จะต้องทำงานร่วมกัน โดยให้ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และทำโดยประชาชน เพื่อชุมชนเอง

แนวความคิดที่ 5 ความร่วมมือของชุมชน คือหัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุน อาจจะเป็นในรูปของแรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือ ในการปฏิบัติงานด้วยความสมัครใจ เพราะมีการมองเห็น และรับรู้ปัญหาไม่ใช่เป็นเพราะหวังสิ่งตอบแทน

แนวความคิดที่ 6 สุขภาพอนามัยที่ดีต้องมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้นการบริการสาธารณสุขจึงผสมผสานกับงานการพัฒนาในด้านอื่นๆด้วย เช่น การเกษตร สหกรณ์ การศึกษา การพัฒนาชุมชน การอุตสาหกรรมและการพาณิชย์

แนวความคิดที่ 7 งานสาธารณสุขมูลฐานต้องใช้เทคนิคและวิธีการต่างๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจและนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ โดยมีเทคนิคที่เหมาะสม ประหยัด ราคาถูก เหมาะกับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม และสามารถแก้ปัญหาได้

แนวความคิดที่ 8 งานสาธารณสุขมูลฐานจะต้องสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของชุมชน และมีการอาศัยสถาบันในชุมชนให้เกิดประโยชน์

แนวความคิดที่ 9 งานสาธารณสุขมูลฐานควรมีความยืดหยุ่นในการที่จะนำมาใช้แก้ปัญหา ตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อมและปัญหาที่ประสบอยู่ ไม่จำเป็นจะต้องเป็นเรื่องที่เหมือนกันทุกหมู่บ้าน

แนวความคิดที่ 10 ประชาชนสามารถให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานได้เองในหมู่บ้าน อันได้แก่ องค์ประกอบของงานสาธารณสุขทั้ง 14 องค์ประกอบ

แนวความคิดที่ 11 งานสาธารณสุขมูลฐานต้องมีความเชื่อมโยงกับบริการของรัฐ ในการสนับสนุนระบบการส่งต่อ (Referral System) การให้การศึกษาต่อเนื่อง และข้อมูลข่าวสาร

1.5 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน

จากการประชุมนานาชาติ ณ เมือง อัลมา อตา ที่ประชุมได้กำหนดไว้ว่า การสาธารณสุขมูลฐานควรมีองค์ประกอบอย่างน้อยที่สุด 8 องค์ประกอบ⁽¹⁾ ดังนี้

1. สนับสนุนการจัดหาอาหารและการโภชนาการ
2. การศึกษา หรือการให้การศึกษาแก่ประชาชนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัยที่มีอยู่ตลอด

จนวิธีการป้องกันและควบคุมปัญหาเหล่านั้น

3. การจัดหาน้ำสะอาดให้พอเพียงตลอดจนการสุขาภิบาลขั้นพื้นฐาน
4. การดูแลอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการวางแผนครอบครัว
5. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเพื่อป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญ
6. การป้องกันและควบคุมโรกระบาดที่มีอยู่ในท้องถิ่น
7. การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับโรค และการบาดเจ็บที่พบบ่อย
8. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน

ในระหว่างวันที่ 6-7 พฤษภาคม 2522 ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีการประชุมเกี่ยวกับกลวิธีที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ.2543 ขึ้น ซึ่งที่ประชุมได้มีมติเพิ่มเติมบริการสาธารณสุขมูลฐานสำหรับประเทศไทยขึ้นอีก 2 ประการ คือ

9. การทันตสาธารณสุข
10. การสุขภาพจิต

และเมื่อวันที่ 14-16 พฤศจิกายน 2533 ได้มีการประชุมสัมมนาระดับชาติเรื่อง การปรับเปลี่ยนทิศทางของการสาธารณสุขมูลฐาน ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 ซึ่งที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบในการเพิ่มองค์ประกอบงานสาธารณสุขมูลฐาน อีก 4 ประการ คือ

11. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์
12. การป้องกันอุบัติเหตุ-อุบัติเหตุ และโรคไม่ติดต่อ
13. การป้องกันแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย
14. การคุ้มครองผู้บริโภค

1.6 กลไกในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

การที่จะให้งานสาธารณสุขมูลฐานเกิดขึ้นและดำเนินไปได้ในระดับหมู่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ที่มีอยู่ในหมู่บ้าน⁽⁵⁾ คือ

- 1.6.1 กำลังคนในหมู่บ้าน
- 1.6.2 กรรมกรหรือองค์กร ในหมู่บ้าน
- 1.6.3 กองทุนในหมู่บ้าน
- 1.6.4 ข้อมูลในหมู่บ้าน

2. แนวคิดการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

2.1 ความเป็นมา

จากการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานตามแผนพัฒนาสาธารณสุขที่บรรจุไว้ใน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4, 5 และ 6 โดยเน้นการพัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน/ชุมชน ได้แก่ การพัฒนาคนและกองทุน ให้ครอบคลุมหมู่บ้านในชนบท และชุมชนในเขตเมือง ซึ่งเมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534) ระบบโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานสามารถครอบคลุมหมู่บ้านได้เต็มพื้นที่ โดยการพัฒนากำลังคนทางด้านสาธารณสุขที่ผ่านมา ได้แก่ การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข 2 ประเภท คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข(ผตส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) (ปัจจุบันได้มีการปรับยกระดับ ผตส.ให้เป็น อสม.กันหมด) จากการดำเนินงานที่ผ่านมาได้เกิดความร่วมมือเป็นอย่างดีระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับกับประชาชน ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐและเอกชน มีผลทำให้ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนดีขึ้นจนเห็นได้ชัดเจน คือ ภาวะโภชนาการของทารกและเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้น อัตราการเพิ่มของประชากรลดลง อัตราการเจ็บป่วยและการตายจากโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน เกือบไม่เป็นที่ปัญหาแล้วหลายโรค

แม้ผลการดำเนินงานจะเป็นที่น่าพอใจ แต่การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน โดยเฉพาะในช่วงปลายแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 พบว่า มีปัญหาหลายประการ ซึ่งมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข คือ

1. ด้านการบริหารจัดการองค์กรสาธารณสุขมูลฐาน ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ขาดจรรยาบรรณของการบริหารจัดการกองทุนหมุนเวียน และกองทุนพัฒนาด้านสาธารณสุขต่างๆ เช่น กองทุนยา กองทุนสุขภาพิบาล กองทุนโภชนาการ และกองทุนบัตรสุขภาพ การบริหารจัดการโครงการต่างๆ ไม่เป็นเอกภาพ โครงการหนึ่งๆจะมีผู้รับผิดชอบเฉพาะ และอยู่กระจัดกระจาย
2. ด้านการวางแผนงาน พบว่า การจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อแก้ปัญหาของท้องถิ่น ตลอดจนการค้นหายุทธศาสตร์ยังไม่เกิดขึ้นอย่างจริงจัง
3. การถ่ายทอดความรู้ให้กับ อสม. ในระยะที่ผ่านมา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องติดตามหาตัว อสม.ซึ่งต้องปฏิบัติภารกิจของคนในที่ต่างๆ และไม่มีจรรยาบรรณที่แน่นอน ชัดเจน ทำให้ขาดความต่อเนื่อง
4. การบริหารกิจกรรมขององค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนยังขาดการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ ในการดำเนินการกิจกรรมเท่าที่ควร

ดังนั้น ในแผนพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) จึงได้มีการกำหนดวัตถุประสงค์ไว้ดังนี้ คือ “ ให้ทุกครอบครัวมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง และบรรลุคุณภาพชีวิต ” ซึ่งในการบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ได้กำหนดกลวิธีไว้ ดังนี้คือ

1. การจะดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวนี้ ในส่วนของสาธารณสุขมูลฐานได้กำหนดให้พัฒนาโครงสร้างของสาธารณสุขมูลฐาน ในชุมชนที่มีอยู่แล้วให้เป็นระบบและเข้มแข็งสามารถดำเนินงานด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยในลำดับแรก คือ การสนับสนุนให้มี ศสมช. ขึ้นในทุกชุมชนทั้งในชนบท และเขตเมือง

2. การประสานการสนับสนุนภายในกระทรวง เพื่อให้การสนับสนุนจากทุกกรม กอง วิชาการผ่านเข้าไปใน ศสมช. ซึ่งเป็นระบบจัดบริการสาธารณสุขของประชาชน เพื่อให้การสนับสนุนเป็นไปอย่างผสมผสานมีระบบ และมีพลังในการผลักดันให้เกิดผลต่อสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง

3. ในส่วนการจัดบริการของรัฐ มีการพัฒนาโครงสร้าง สถานบริการระดับสถานีอนามัยภายใต้โครงการ ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย

4. กำหนดให้ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาหมู่บ้านและชุมชน โดยให้จัดทำเป็นแผนพัฒนาชนบท อีกทั้งได้เน้นให้มีการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัด 5 ปี เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการจัดทำแผนพัฒนาประเทศอีกด้วย

จากผลของการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม และความมุ่งมั่นที่จะปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานในชุมชนให้ดีขึ้น รวมทั้งพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพของ อสม. ให้สูงขึ้น จึงทำให้ ศสมช. กลายเป็นกลวิธีใหม่ของสาธารณสุขมูลฐานที่ถูกนำมาใช้เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 และกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดเป้าหมายการจัดตั้ง ศสมช. ขึ้นให้ครบทุกหมู่บ้านภายใน ปีงบประมาณ 2537 โดยกำหนดไว้ ดังนี้คือ

- ปีงบประมาณ 2535 ให้แต่ละโรงพยาบาลและสถานีอนามัย จัดตั้ง ศสมช. จำนวน 1 แห่ง และให้จัดหมู่บ้านเตรียมการอีก 1 แห่ง ส่วนหมู่บ้านที่เหลือ ให้ปรับปรุงเพื่อเตรียมยกระดับในปีต่อไป

- ปีงบประมาณ 2536 ให้แต่ละโรงพยาบาลและสถานีอนามัย จัดตั้ง ศสมช. เพิ่มขึ้นอีกจำนวน 1 แห่ง (รวมของเดิมจะเป็น 2 แห่ง) โดยใช้หมู่บ้านที่เตรียมการไว้แล้วในปีงบประมาณ 2535 สำหรับหมู่บ้านที่เหลือให้เตรียมการเพื่อยกระดับในปีงบประมาณ 2537

- ปีงบประมาณ 2537 ดำเนินการจัดตั้ง ศสมช. ครบทุกหมู่บ้าน

2.2 ความหมาย

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.) ตามคำจำกัดความของกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง “ ศูนย์รวมการทำงานของ อสม. เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการสาธารณสุขมูลฐาน ในหมู่บ้านและชุมชน

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรมและสังคมของแต่ละชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชน มีศักยภาพในการพึ่งตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านอนามัย”⁽⁵⁾

2.3 การดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

2.3.1 วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ในการจัดตั้ง ศสมช. นั้นมีวัตถุประสงค์หลัก⁽³⁾ คือ

2.3.1.1 เพื่อให้ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้เป็นศูนย์ประสานงาน แลกเปลี่ยน และพัฒนาความรู้ทางด้านสาธารณสุขร่วมกัน

2.3.1.2 เพื่อให้ อสม. ใช้เป็นที่ทำการ ตลอดจนเป็นแหล่งรวม และจัดเก็บวัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติการทางด้านสาธารณสุข

2.3.1.3 เพื่อใช้เป็นศูนย์กลางสำหรับองค์กรต่างๆที่จะสนับสนุนทรัพยากร และวิชาการแก่ อสม.

2.3.1.4 ใช้เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.3.1.5 จัดเป็นศูนย์กลางให้ อสม. ได้มีบทบาทร่วมกันในการวางแผน

แก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน และสามารถดำเนินการให้บริการตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ

2.3.2 องค์ประกอบของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน⁽³⁾

2.3.2.1 มีการบริหารจัดการ ได้แก่

- มีสถานที่กำหนดเฉพาะ เพื่อใช้เป็นสถานที่ปฏิบัติงานขององค์กรชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งประชาชนในชุมชนจะต้องทราบอย่างทั่วถึงเพื่อมาขอรับบริการได้

- มีกำลังคนในการบริหารจัดการ โดยกำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่น้อยกว่า 5 คน สลับเปลี่ยนหมุนเวียนกันมาดำเนินการให้บริการทางด้านสาธารณสุขทุกวัน

- มีการจัดบริการร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นคราวๆ ไป แล้วยแต่การตกลงกันตามความจำเป็น

- เป็นที่ประสานงานกองทุนต่างๆ และจัดหาทรัพยากรอื่นๆ

- ใช้เป็นสถานที่ในการจัดประชุมกันระหว่าง อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นประจำ

2.3.2.2 มีวัสดุ/อุปกรณ์ ที่ใช้ในการดำเนินงาน ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ หรือเอกชน ได้แก่

- เครื่องมือในการตรวจสอบสุขภาพ เพื่อกลั่นกรองผู้ป่วยในขั้นต้น เช่น ชุดปฐมพยาบาล, เครื่องวัดความดันโลหิตพร้อมหูฟัง, เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง, แผ่นวัดสายตา ฯลฯ

- เครื่องมือในการตรวจชั้นตูดร่งต่างๆ ได้แก่ เครื่องมือตรวจวัดระดับน้ำตาลในปัสสาวะ, กล้องเก็บเสมหะ, สโกลด์สำหรับเจาะเลือดตรวจมาลาเรีย

- วัสดุในการเผยแพร่ให้ความรู้ ได้แก่ กระเป๋าตุงใจการวางแผนครอบครัว, สื่อการให้ความรู้กับประชาชน เช่น เอกสาร ไปตเคอร์ ฯลฯ

2.3.2.3 งบประมาณ รัฐได้ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน ปีละ 1,000 บาท/แห่ง

2.3.3 บทบาทของ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน⁽¹³⁾

บทบาทของ ศสมช. เป็นบทบาทของ อสม.ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. คือ จะต้องมีการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ทั้ง 14 องค์ประกอบ โดยเรื่องที่เป็นปัญหาต้องจัดกิจกรรมแก้ไข ส่วนเรื่องที่ไม่เป็นปัญหา ก็จัดกิจกรรมดูแลเฝ้าระวังไม่ให้เกิดปัญหา ซึ่งบทบาทที่ควรจะเป็น มีดังนี้

2.3.3.1 เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน โดย

- ทำการสำรวจข้อมูล เช่น หญิงมีครรภ์ ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ กลุ่มเสี่ยง ฯลฯ
- มีการประชุม นำเสนอข้อมูล และวางแผนร่วมกับชุมชน กรรมการหมู่บ้าน
- จัดระบบส่งข่าว อุบัติเหตุ และอุบัติเหตุ

2.3.3.2 การให้บริการที่จำเป็น มีดังนี้

- งานโภชนาการ ได้แก่ ชั่งน้ำหนักเด็ก ร่วมแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร และขาดธาตุไอโอดีน
- งานอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบครัว ได้แก่ ติดตามหญิงมีครรภ์ให้ไปฝากครรภ์และตรวจครรภ์ตามกำหนด, ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตรวจสอบสุขภาพเด็กตามกำหนด, ฉายยาเม็ดคุมกำเนิดรายเก่า ฯลฯ

- งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ การติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด

- งานควบคุมโรคประจำถิ่น ได้แก่ การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย, สำรวจสุนัขและช่วยเจ้าหน้าที่ในการฉีดวัคซีนและกำจัดสุนัขเถื่อน, เก็บอุจจาระส่งตรวจหาไข่พยาธิ, เก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจหาเชื้อมาลาเรีย, เก็บตัวอย่างเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรค

- การจัดหาหน้าสะอาดและกำจัดสิ่งปฏิกูล ได้แก่ การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์พาหะนำโรค แมลง/หนู, สาธิตการเติมคลอรีนในน้ำบริโภค

- การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ ให้การรักษาพยาบาลตามอาการเบื้องต้น, ปฐมพยาบาลก่อนส่งต่อ

- การจัดหาที่จำเป็นไว้บริการ ได้แก่ จัดหาและจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน, จัดกลุ่มฟื้นฟูและพัฒนาการใช้สมุนไพรในท้องถิ่น

- งานทันตสาธารณสุข ได้แก่ จัดนิทรรศการ, จัดหาและจำหน่ายแปรงสีฟัน ยาสีฟัน
- งานสุขภาพจิตชุมชน ได้แก่ จัดชมรมผู้สูงอายุ, จัดกิจกรรมออกกำลังกาย
- งานป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ ให้ความรู้ความดันโลหิต, ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ, จัดกลุ่มป้องกันอุบัติเหตุ-อุบัติเหตุในชุมชน, จัดตั้งศูนย์ชุมชนบำบัดและฟื้นฟูสมรรถนะผู้พิการ
- งานคุ้มครองผู้บริโภค ได้แก่ จัดกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อเฝ้าระวังการทำผิดกฎหมาย
- งานป้องกันโรคเอดส์ ได้แก่ การจัดกลุ่มป้องกันแหล่งแพร่โรคในชุมชน
- งานควบคุมและป้องกันสภาวะแวดล้อม ได้แก่ ตรวจสอบภาพแหล่งน้ำบริโภคของชุมชน, เติมนกอินทรีในแหล่งน้ำที่มีปัญหาด้านแบคทีเรีย
- งานสุขศึกษา/ถ่ายทอดความรู้ตามกิจกรรมบริการและปัญหาของชุมชน ได้แก่ การถ่ายทอดรายบุคคล/กลุ่ม ถ่ายทอดโดย ศสมช. แสดงนิทรรศการ หรือ สาธิต, การถ่ายทอดผ่านสื่อ เช่น หอกระจายข่าว

2.3.3.3 พัฒนากองทุนโดยสนับสนุนกิจกรรมหรือโครงการสร้างรายได้ หรือเป็นแหล่งรายได้

3. แนวคิดและทฤษฎีของปัจจัย ที่มีผลต่อบทบาทการปฏิบัติงานของ อสม.

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทการปฏิบัติงานของ อสม. ดังนี้

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. ได้แก่ อายุ, เพศ, วุฒิการศึกษา, อาชีพ, ประสบการณ์การทำงาน ร่วมในชุมชน, การฝึกอบรม, ระยะเวลาเป็นอสม.(รวมทั้งที่เป็น ศสศ.มาก่อน), ทักษะคิด, การรับรู้ต่อบทบาท, แรงจูงใจในการทำงาน

3.2 ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ สภาพการคมนาคม, ผู้นำชุมชน/องค์กรต่างๆในชุมชน และการให้ความร่วมมือของชุมชน

3.3 ปัจจัยสนับสนุนการทำงานของ อสม. ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากร, การนิเทศติดตามงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จากปัจจัยทั้ง 3 ด้านดังกล่าว จะขอนำเสนอแนวคิดของปัจจัยที่สำคัญๆ ดังนี้

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

3.1.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)⁽¹⁴⁾

3.1.1.1 ความหมาย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ บุคคลในชุมชนที่ได้รับการคัดเลือกโดยประชาชนในชุมชน เพื่อเป็นตัวแทนในการดูแลสุขภาพและปัญหาสาธารณสุขของชุมชน ซึ่งในขั้นแรกจะได้รับการอบรมเป็น ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข(ผศส.) โดยในหมู่บ้านหนึ่งๆจะมี ผศส. 1 คนต่อ 8-15 หลังคาเรือนในเขตชนบท หรือ 1 คนต่อ 20-30 หลังคาเรือนในเขตเมือง หลังอบรมและปฏิบัติงานประมาณ 3-4 เดือน ก็จะมีการคัดเลือกเพื่อรับการอบรมเป็น อสม. โดยผู้คัดเลือก คือ ผศส.ทุกคน, คณะกรรมการหมู่บ้าน, ผู้แทนคณะกรรมการอื่นๆที่มีในหมู่บ้าน และเจ้าอาวาส หรือ ผู้นำทางศาสนา

3.1.1.2 คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. มีความสนใจที่จะทำงานเพื่อส่วนรวมด้วยความเสียสละและมีเวลาพอที่จะช่วยเหลือชุมชน
 2. มีความรู้ อ่านออกเขียนได้ และเป็นผู้ซึ่งชาวบ้านไว้วางใจ
 3. เป็นผู้มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์, มีที่อยู่อาศัยและประกอบอาชีพประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนนั้นๆ
 4. ควรเป็นผู้ที่มีอาชีพแน่นอน มีรายได้เลี้ยงตัวเองได้, ตั้งบ้านเรือนอยู่ในสถานที่ที่ประชาชนไปติดต่อได้ง่าย, เป็นเพศหญิงหรือเพศชายก็ได้ไม่จำกัดอายุ
 5. ไม่ควรเป็นข้าราชการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือแพทย์ประจำตำบล
- เดิมมีการกำหนดให้ อสม. 1-2 คน/1 หมู่บ้าน แต่ในปัจจุบันได้มีการอบรม ผศส. ที่เหลือทั้งหมดให้มีความรู้ความสามารถเท่าเทียมกับ อสม. พร้อมปรับยกระดับเป็น อสม.หมดแล้ว

3.1.1.3 บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบทบาทเดียวกันกับบทบาทของคสมช.

3.1.2 ทศนคติ (Attitude)

3.1.2.1 ความหมาย ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

ออลพอร์ด อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ⁽¹⁵⁾ ได้ให้ความหมายไว้ว่า “ ทศนคติ หมายถึง สภาวะของความพร้อมทางด้านจิต ซึ่งเกิดขึ้นจากประสบการณ์ สภาวะความพร้อมนี้เป็นแรงที่จะกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลที่จะมีต่อ บุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ”

ประภาเพ็ญ สุวรรณ⁽¹⁵⁾ ได้ให้ความหมายไว้ว่า “ ทศนคติ เป็นความคิดเห็น ซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่าง ต่อสถานการณ์ภายนอก และทศนคติของบุคคล เป็นสิ่งที่มีผลทำให้เกิดการปฏิบัติของบุคคล หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าเป็นส่วนประกอบทางด้านปฏิบัติหรือทางพฤติกรรม ”

เจดศักดิ์ โฆวาสินธุ์⁽¹⁶⁾ ได้ให้ความหมายไว้ว่า “ ทศนคติ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีสิ่งต่างๆ อันเป็นผลเนื่องจากการเรียนรู้และประสบการณ์และเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือแนวโน้มที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นไปในทางสนับสนุนหรือคัดค้านก็ได้ ”

โสภา ชูพิทกุลชัย⁽¹⁷⁾ กล่าวว่า “ ทศนคติ เป็นการรวมความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น และความจริง ซึ่งได้แก่ ความรู้ต่างๆ รวมทั้งความรู้สึก ซึ่งเป็นการประเมินค่าทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งทั้งหมดจะเกี่ยวพันกัน ซึ่งทศนคติเมื่อได้ก่อรูปขึ้นมาแล้วยากที่จะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิดของตนโดยปราศจากการบังคับ หรือต่อสู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นไปได้อย่างมาก ”

อุทัย หิรัญโต⁽¹⁸⁾ กล่าวว่า “ ทศนคติ คือภาวะจิตใจและอารมณ์ซึ่งพร้อมที่จะมีปฏิกิริยาต่อสถานการณ์ ต่อบุคคล หรือต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยคล้อยตามแบบความเคยชินที่ตนได้รับมาแต่ก่อน ทศนคติไม่ได้เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่เกิดขึ้นในจิตใจของคนที่ถูกตั้งสอนให้ชอบ หรือเกิดยอมรับ หรือไม่ยอมรับในสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นเวลานานพอควร หรือบุคคลนั้นได้รับประสบการณ์ด้วยตนเอง ”

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ⁽¹⁹⁾ ให้ความหมายไว้ว่า “ ทศนคติ เป็นกิริยาท่าทางรวมๆของบุคคลที่เกิดความพร้อม หรือความโน้มเอียง ของจิตใจ ซึ่งแสดงออกต่อสิ่งเร้านั้นๆ เช่น ต่อวัตถุประสงค์ของและสถานการณ์ต่างๆในสังคม โดยแสดงออกมาในทางสนับสนุน ซึ่งมีความรู้สึกเห็นดี เห็นชอบต่อสิ่งเร้านั้น หรือในทางต่อต้าน ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ไม่เห็นดี ไม่เห็นชอบต่อสิ่งเร้านั้น ”

สรุปได้ว่า “ทัศนคติ” เป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นสภาวะความพร้อมทางด้านจิต ซึ่งเกิดขึ้นจากประสบการณ์ พร้อมทั้งจะมีปฏิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอกเพื่อแสดงออกถึง การยอมรับหรือไม่ยอมรับ

3.1.2.2 องค์ประกอบของทัศนคติ

เชดส์คีย์ ไทวาตินส์⁽¹⁶⁾ แบ่งองค์ประกอบของทัศนคติเป็น 3 ประการ คือ

1. ความรู้ (Cognitive Component) เป็นองค์ประกอบทางด้านความรู้ หรือความเข้าใจของบุคคล ที่มีต่อสิ่งเร้านั้นๆ เพื่อเป็นเหตุผลในทางที่จะสรุปรวมเป็นความเชื่อหรือช่วยในการประเมินผลสิ่งเร้านั้นๆ
2. ความรู้สึก (Feeling Component) เป็นองค์ประกอบทางด้านความรู้สึก หรืออารมณ์ของบุคคล ประเมินผลของสิ่งเร้านั้นๆแล้วว่า พอใจหรือไม่พอใจ ต้องการ หรือไม่ต้องการ ดีหรือเลวอย่างไร
3. ความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติ (Action Tendency Component) เป็นองค์ประกอบด้านความพร้อม หรือความโน้มเอียงที่บุคคลจะประพฤติ หรือปฏิบัติตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทิศทางที่จะสนับสนุน หรือคัดค้าน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อ หรือความรู้สึกของบุคคล ที่ได้มาจากการประเมินผล

เทพนม เมืองแมน และ สวิง สุวรรณ⁽²⁰⁾ ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของทัศนคติ 3 องค์ประกอบ คือ

1. องค์ประกอบด้านความคิด (Cognitive Component) เป็นคำพูดที่แสดงถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ
2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective Component) เป็นคำพูดที่แสดงถึงความรู้สึก
3. องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ (Behavioral Component) เป็นคำพูดที่เกี่ยวกับการปฏิบัติหรือพร้อมที่จะปฏิบัติ

ผลรวมจาก 3 องค์ประกอบนี้จะบอกให้ทราบถึงสภาพความพร้อมทางจิตของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในลักษณะที่บ่งบอกถึงความพึงพอใจ

แฮร์รี่ ซี ไทแรนดิส อังในเกษมธิดา สพสมัย⁽²¹⁾ ได้แยกองค์ประกอบของทัศนคติออกเป็นรูปตัวแปรต่างๆ ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระที่วัดได้ ได้แก่ สิ่งเร้า บุคคล สถานการณ์กลุ่ม ประเด็นทางสังคม และอื่นๆ
2. ตัวแปรร่วม ได้แก่ ความรู้สึก ความรู้และการปฏิบัติ
3. ตัวแปรตาม ได้แก่ การรับรู้ คำพูดที่แสดงถึงความเชื่อ คำพูดที่แสดงถึงความรู้สึก

ปฏิกิริยาที่แสดงออกถึงคำพูดเกี่ยวกับการปฏิบัติ

ทัศนคติแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรม 2 ลักษณะ คือ

1. ทัศนคติเชิงนิมานหรือทางบวก (Positive) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในลักษณะพึงพอใจ และเห็นชอบด้วย ทำให้บุคคลต้องการเข้าไปใกล้สิ่งนั้น
2. ทัศนคติเชิงนิเสธหรือทางลบ (negative) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในลักษณะไม่พึงพอใจ ไม่เห็นด้วย ไม่ชอบ จะทำให้บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงที่จะเข้าไปใกล้สิ่งนั้น

3.1.2.3 การวัดทัศนคติ

ทัศนคติมืองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการดังได้กล่าวแล้ว ฉะนั้นการวัดทัศนคติจึงต้องวัดทุกองค์ประกอบ

เชดส์คีย์ โจนวาทินส์⁽¹⁶⁾ กล่าวว่า การวัดทัศนคติมีข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

1. การศึกษาทัศนคติ เป็นการศึกษาความคิดเห็น ความรู้สึกของบุคคลที่มีลักษณะคงเส้น คงวา หรือเป็นความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง
2. ทัศนคติเป็นสิ่งที่ไม่สามารถมองเห็นได้โดยตรง ฉะนั้นการวัดทัศนคติจึงเป็นการวัดทางอ้อม จากแนวโน้มที่บุคคลแสดงออก หรือประพฤติดังมีระเบียบแบบแผนคงที่ไม่ใช่พฤติกรรมโดยตรงของมนุษย์
3. การศึกษาทัศนคติของบุคคลนั้น ไม่ใช่เป็นการศึกษาแต่เฉพาะทิศทางทัศนคติของบุคคลเท่านั้น แต่ต้องศึกษาถึงระดับความมากน้อย หรือความเข้มของทัศนคตินั้นๆด้วย

เครื่องมือที่ใช้วัดทัศนคติ เรียกว่า "มาตรวัดทัศนคติ" ซึ่งเป็นแบบประเมินค่า ที่นิยมและรู้จักกันแพร่หลายมี 4 ชนิด ได้แก่

1. มาตรวัดแบบของเชิร์ตสโตน (Thurston's Type Scale)
2. มาตรวัดแบบลิเกิต (Likert Scale)
3. มาตรวัดแบบของกัตต์แมน (Guttman Scale)
4. มาตรวัดของออสกู๊ด (Osgood Scale)

มาตรวัดทัศนคติแต่ละแบบมีทั้งข้อดีและข้อจำกัด และเหมาะสมสำหรับการวัดทัศนคติในลักษณะที่แตกต่างกัน ฉะนั้นการวัดทัศนคติแต่ละครั้งย่อมขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความจำกัดของการวิจัย สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวัดทัศนคติในแบบของลิเกิต (Likert) โดยกำหนดข้อความทัศนคติเป็นแบบคำถามปลายปิดตามความรู้สึกของ อสม. ต่อการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขชุมชน โดย

แบ่งระดับความรู้สึกเป็น 3 ระดับคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความรู้สึกของตนเอง

3.1.3 บทบาท (Role)

ในฐานะที่บุคคลเป็นสมาชิกของกลุ่มสังคมใดสังคมหนึ่ง หรืออาจจะหลากหลายกลุ่มสังคมก็ตาม พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกจึงแตกต่างกันไปตามฐานะ หรือตำแหน่งที่อยู่ในกลุ่มสังคมขณะนั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่มสังคมที่ต้องการให้บุคคลนั้นมีสิทธิหน้าที่ ฐานะตำแหน่ง หรือสถานภาพทางสังคม (Social Status) ว่าอย่างไรควรแสดงบทบาทอย่างไร และบทบาทที่แสดงออกนั้น มีผลกระทบกับผลการปฏิบัติงานตามบทบาทที่คาดหวังที่ต้องการหรือไม่ ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องนี้ได้มีนักวิชาการให้ทัศนะไว้ พอสรุปได้ดังนี้

Gardon Allport อังโน ไทกี ชูแสง⁽²²⁾ ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการแสดงบทบาทของบุคคลว่าขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 อย่าง ดังต่อไปนี้

1. ความคาดหวังในบทบาท (Role Expectation) เป็นบทบาทตามความคาดหวังของผู้อื่น หรือเป็นบทบาทที่สถาบัน องค์กร หรือกลุ่มสังคม คาดหวังให้บุคคลปฏิบัติตามสิทธิหน้าที่ ที่บุคคลนั้นครองตำแหน่งอยู่
2. การรับรู้บทบาท (Role Conception) เป็นการรับรู้ในบทบาทของตนว่าควรจะมีบทบาทอย่างไร และสามารถมองเห็นบทบาทของตนเองได้จากการรับรู้ นั้น (Perceived Role) ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับความต้องการของบุคคลนั่นเอง (His need) ทั้งนี้ การรับรู้ในบทบาทและความต้องการของบุคคลย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล ตลอดจนเป้าหมายในชีวิตและค่านิยมของบุคคลที่สวมบทบาทนั้น
3. การยอมรับบทบาทของบุคคล (Role Acceptance) ซึ่งเกิดขึ้นได้เมื่อมีความสอดคล้องกันของบทบาทตามความคาดหวังของสังคมและบทบาทที่ตนเองรับรู้อยู่ การยอมรับบทบาทนี้เป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับความเข้าใจในบทบาทและการสื่อสารระหว่างสังคมและบุคคลนั้น ทั้งนี้เพราะว่าบุคคลไม่ได้ยินดียอมรับบทบาททุกบทบาทเสมอไปแม้ว่าจะได้รับการคัดเลือกหรือถูกแรงผลักดันจากสังคมให้รับตำแหน่ง และมีบทบาทหน้าที่ปฏิบัติก็ตาม เพราะถ้าหากว่าบทบาทที่ได้รับนั้นทำให้ได้รับผลเสียหายหรือเสียผลประโยชน์ โดยเฉพาอย่างยิ่ง ถ้าขัดแย้งกับความต้องการ หรือค่านิยม หรือทัศนคติของบุคคลนั้น ผู้ครองตำแหน่งอยู่ก็จะพยายามหลีกเลี่ยงบทบาทนั้น ไม่ยอมรับบทบาทนั้นๆ
4. การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคคล (Role Performance) เป็นบทบาทที่เข้าของสถานภาพแสดงจริง (Actual Role) ซึ่งอาจจะเป็นการแสดงบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง หรือเป็นการแสดงบทบาทตามการรับรู้ และตามความคาดหวังของตนเอง การที่บุคคลจะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้ดีเพียงใดนั้น ก็

ขึ้นอยู่กับระดับการยอมรับบทบาทนั้นๆของบุคคลที่ครองตำแหน่งอยู่ ซึ่งเนื่องมาจากความสอดคล้องกันของบทบาทตามความคาดหวังของสังคม และการรับรู้บทบาทของตนเอง

3.1.4 แรงจูงใจ (Motivation)

แรงจูงใจ เป็นองค์ประกอบหนึ่งซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในองค์การ และในการเกิดภาวะรับการจูงใจนั้น ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

สมพงษ์ เกษมสิน⁽²³⁾ กล่าวว่า “ การจูงใจมีลักษณะเป็นนามธรรม เป็นวิธีการที่จะชักนำพฤติกรรมผู้อื่นให้ประพฤติปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ พฤติกรรมของคนจะเกิดขึ้นได้ต้องมีแรงจูงใจ จึงอาจกล่าวได้ว่า การจูงใจ หมายถึงความพยายามที่จะชักจูงให้ผู้อื่นได้แสดงออก หรือปฏิบัติตามต่อสิ่งจูงใจ ซึ่งอาจมีได้ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล แต่มูลเหตุจูงใจอันสำคัญของตัวบุคคล คือความต้องการ ”

พันธ์ทิพย์ รามสูตร อ่างใน โสภี ชูแสง⁽²²⁾ กล่าวว่า “ การจูงใจ หรือแรงจูงใจ ” (Motivation) เป็นสิ่งที่เกิดจากความต้องการของบุคคลอันเป็นผลมาจากความต้องการทางด้านร่างกาย (Physical Condition) ซึ่งสามารถที่จะจำแนกออกเป็นพวกใหญ่ๆ ได้ 2 พวก คือ

1. แรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) เป็นสิ่งที่มีประจำในตัวบุคคล ซึ่งอาจจะเป็นความสนใจ ความหวัง อุดมคติ ความทะเยอทะยาน หรือความพอใจ ฯลฯ ของแต่ละบุคคล
2. แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motivation) เกิดจากสิ่งเร้าภายนอก หรือสิ่งแวดล้อมมากระตุ้นให้บุคคลต้องทำงาน เช่น บรรยากาศในการทำงาน ค่าชมเชย การตำหนิ การให้รางวัล การแข่งขัน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ซึ่งแรงจูงใจภายนอกสามารถแยกออกเป็นองค์ประกอบย่อยๆ คือ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ สถานที่การปฏิบัติงาน เพื่อนร่วมงาน, ฐานะทางเศรษฐกิจของแต่ละคน, การยอมรับจากสังคมภายนอกเพียงใด ซึ่งการที่สังคมให้การยอมรับนับถือ ย่อมเป็นความภาคภูมิใจว่าตนเองเป็นผู้มีตำแหน่งหน้าที่ การงาน มีความสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความรู้สึกต่องาน และความพอใจในงาน มีความรู้สึกว่างานนั้นเป็นผลประโยชน์ มีส่วนได้เสียร่วมกันทั้งตนเองและหมู่คณะ ตลอดจนเสรีภาพในด้านความคิดเห็น ซึ่งบุคคลย่อมอยากที่จะแสดงความคิดเห็นและใช้ความสามารถในการทำงาน โดยไม่ถูกบีบบังคับจากใคร ไม่ว่าจะเป็นผู้บังคับบัญชา หรือบุคคลอื่น

ทฤษฎีการจูงใจของ มาสโลว์ (Maslow) มาสโลว์ ได้ตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ไว้ ดังนี้⁽²⁴⁾

1. คนทุกคนมีความต้องการ และความต้องการนี้จะมิอยู่ตลอดเวลาและไม่มีที่สิ้นสุด
2. ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้ว ก็จะมีใช้แรงจูงใจสำหรับพฤติกรรมต่อไป

3. ความต้องการของคนจะมีลักษณะเป็นลำดับขั้นจากต่ำไปหาสูง ตามลำดับความสำคัญ มาสโลว์ ได้สรุปลักษณะของการงูใจไว้ว่า การงูใจจะเป็นไปตามลำดับของความต้องการอย่างมีระเบียบ ซึ่งมีลำดับขั้นของความต้อการนี้คือ “Hierarchy of Needs” โดยแบ่งเป็น 5 ขั้นดังนี้

- ขั้นที่ 1 ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological Needs)
- ขั้นที่ 2 ความต้องการทางด้านความปลอดภัยหรือความมั่นคง(Security or Safety Needs)
- ขั้นที่ 3 ความต้องการทางด้านสังคม (Social or Belongingness Needs)
- ขั้นที่ 4 ความต้องการที่จะมีฐานะเด่นในสังคม (Esteem or Status Needs)
- ขั้นที่ 5 ความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จตามความนึกคิดทุกอย่าง (Self-Actualization or Self-Realization)

ทฤษฎีการงูใจของเฟรดเคอริก เฮอร์ชเบอร์ก (Frederick Herzberg) ซึ่งได้แบ่งการงูใจเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่พอใจในงานนั้น เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับความรู้สึกในเชิงลบกับงานที่ปฏิบัติและเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมที่ทำงาน ซึ่งเฮอร์ชเบอร์ก เรียกปัจจัยนี้ว่า ปัจจัยต่ำจน (Hygiene Factors) ประกอบด้วย

- นโยบายและการบริหารงาน (Company Policy and administration)
- การนิเทศงาน (Supervision)
- เงินเดือน (Salary)
- ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน (Interpersonal-Relationship) และสภาวะการทำงาน (Work Condition)

ปัจจัยเหล่านี้ไม่ใช่สิ่งงูใจที่จะทำให้ผลผลิตเพิ่มขึ้น หรือประสิทธิภาพการผลิตเพิ่มขึ้น แต่จะเป็นข้อกำหนดเบื้องต้น เพื่อป้องกันไม่ให้คนไม่พอใจในงานที่ทำอยู่เท่านั้นเอง

2. กลุ่มที่มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานที่ทำ ปัจจัยเหล่านี้ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกในทางบวกกับงานที่ปฏิบัติและเกี่ยวกับเนื้อหาของงานที่ปฏิบัติเอง บุคคลจะได้รับการงูใจหรือแรงงูใจเพื่อเพิ่มผลผลิตด้วยปัจจัยเหล่านี้ ซึ่ง เฮอร์ชเบอร์ก เรียกว่า ปัจจัยงูใจ (Motivator Factors) ประกอบด้วย

- ความสำเร็จในงาน (Achievement)
- การยอมรับนับถือ (Recognition)
- ลักษณะของงาน (Work Itself)
- ความรับผิดชอบ (Responsibility)
- ความก้าวหน้า (advancement)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการงูใจของ เฟรดเคอริก เฮอร์ซเบิร์ก (Frederick Herzberg) มาทำการศึกษา โดยเลือกจากปัจจัยงูใจในบางลักษณะ อันได้แก่ ความสำเร็จในงาน การยอมรับนับถือ นโยบายการบริหารงาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ตลอดจนลักษณะของงาน นำมาศึกษาว่าจะมีผลต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งจะส่งผลถึง ผลการดำเนินงาน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หรือ ไม่อย่างไร

4. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 อายุ

อายุ จัดเป็นลักษณะส่วนบุคคลประการหนึ่งที่สามารถบอกถึงประสบการณ์ การตัดสินใจ และความรับผิดชอบ โดยได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ ดังนี้

กองสุขศึกษา, 2521⁽²⁵⁾ ได้ทำการวิจัยขั้นต้นเพื่อประเมินผลการดำเนินงานของ อสม. พ.ศ. 2520-2521 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข มีผลต่อการปฏิบัติงาน คือ อสม.ที่อายุน้อย การปฏิบัติงานมักไม่ได้ผล เพราะไม่ค่อยกล้าพูด ไม่กล้าอธิบาย เกิดความรู้สึกอาย

สุนทร ทองคง, 2527⁽²⁶⁾ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุข

พรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์กิจ, 2531⁽²⁷⁾ ได้ศึกษาปัจจัยด้านบุคคล และความพึงพอใจในสิ่งแวดล้อมของงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข โครงการสาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานด้านการเป็นผู้ประสานงานสาธารณสุข และงานส่วนรวม อื่นๆในชุมชน

ประพันธ์ บรรลุศึทปี, 2531⁽²⁸⁾ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งในหมู่บ้านดีเด่น และหมู่บ้านด้าหลัง

4.2 เพศ

เพศ เป็นลักษณะส่วนบุคคลอีกประการหนึ่ง ซึ่งมีความแตกต่างกันโดยธรรมชาติระหว่างหญิงกับชาย จึงมีผู้ให้ความสนใจและศึกษาไว้ดังนี้

กองสุศึกษา, 2521⁽²⁵⁾ ทำการศึกษาประเมินผลการดำเนินงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข เพศหญิง ไม่ค่อยได้รับการยอมรับนับถือ เนื่องจากในชนบท ชาวบ้านให้ความนับถือเพศชายมากกว่าเพศหญิง

สุนทร ทองกง, 2527⁽²⁶⁾ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของจังหวัดนครสวรรค์ ในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข

พรพรรณ ทรัพย์ไพบุณย์กิจ, 2531⁽²⁷⁾ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โครงการสาธารณสุขเขตเมือง ในด้านเป็นผู้ประสานงานสาธารณสุขและงานส่วนรวม อื่นๆ ในชุมชน ($r = 0.357$)

ประพันธ์ บรรลุศิลป์, 2531⁽²⁸⁾ พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งในหมู่บ้านดีเด่นและหมู่บ้านล้าหลัง

4.3 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส เป็นลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งมีผลต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ และสถานภาพในสังคม มีภารกิจความรับผิดชอบเปลี่ยนไป ซึ่งได้มีผู้ศึกษาสถานภาพสมรสกับการปฏิบัติงานไว้ ดังนี้

สุนทร ทองกง, 2527⁽²⁶⁾ พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พรพรรณ ทรัพย์ไพบุณย์กิจ, 2531⁽²⁷⁾ พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข โครงการสาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง ด้านการเป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบ

4.4 การศึกษา

การศึกษา เป็นสิ่งที่เสริมสร้าง ศักยภาพในตัวบุคคล ซึ่งมีผลต่อความเชื่อมั่น และความสามารถในการทำงาน มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ ดังนี้

สุนทร ทองกง, 2527⁽²⁶⁾ พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครสวรรค์

ปรากรม วุฒิพงษ์, 2530⁽²⁹⁾ พบว่า การศึกษาของกรรมการกองทุนยา และ เวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการ

พรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์กิจ, 2531⁽²⁷⁾ พบว่า ระดับการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขโครงการสาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง จังหวัดราชบุรี ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานใดๆ

ประพันธ์ บรรณฤศศิลป์, 2531⁽²⁸⁾ พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งในหมู่บ้านดีเด่นและหมู่บ้านล้าหลัง

4.5 รายได้

ความพอเพียงของรายได้ และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นตัวแปรหนึ่งที่จะก่อให้เกิดผลในการปฏิบัติงานในด้านความสามารถที่จะเสียสละและความกล้าของตัว ได้มีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องรายได้ ฐานะเศรษฐกิจ กับการปฏิบัติงานไว้ดังนี้

กองสุขศึกษา, 2521⁽²⁵⁾ พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวของ อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน เพราะ อสม.ที่มีฐานะเศรษฐกิจดี จะใช้เวลาปฏิบัติงานแก่ชุมชนได้ดีกว่า อสม.ที่ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า

ธงชัย สาระภูต, 2536⁽³⁰⁾ พบว่า อสม. ส่วนมาก เป็นเกษตรกร มีรายได้น้อย มีเวลาในการให้บริการที่ ศสมช.น้อย เนื่องจากต้องไปประกอบอาชีพส่วนตัว

4.6 อาชีพ

สุนทร ทองกง, 2527⁽²⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ของ จ.นครสวรรค์ พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม.

พรพรรณ ทวีพย์ไพบุญย์กิจ, 2531⁽²⁷⁾ ศึกษาปัจจัยด้านบุคคล และความพึงพอใจในสิ่งแวดล้อมของงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาชีพหลัก ไม่มีความสัมพันธ์กับผลปฏิบัติงานใดๆ

ประพันธ์ บรรณกิจ, 2531⁽²⁸⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน จ. อุบลราชธานี พบว่า การใช้เวลาในการประกอบอาชีพของประชาชนมีผลต่อการไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

4.8 ทักษะ

เป็นความคิดเห็นของบุคคล มีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ และเป็นสิ่งที่มีผลทำให้เกิดการปฏิบัติ ดังนั้น ทักษะจึงมีความสำคัญต่อพฤติกรรมของคนเป็นอย่างมาก ได้มีผู้ทำการศึกษาผลของทักษะต่อการปฏิบัติงานไว้ ดังนี้

ศุภชัย อรรถธรรม, 2525⁽³¹⁾ ศึกษาทักษะของ อสม. และประชาชนใน จ.ชัยภูมิ ที่มีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีทักษะที่ติดต่อกับงานสาธารณสุขมูลฐาน และประชาชนส่วนใหญ่ ก็มีทักษะที่ติดต่อการปฏิบัติงานของอสม.

บุปผา ฐานแจ่ม, 2530⁽³²⁾ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการดำเนินงานกองทุนสาธารณสุขในจังหวัดเพชรบุรี พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนฯ ของประชาชน และนายทะเบียน ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานกองทุนฯ

มนัส วทานิเวช, 2536⁽³³⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานกองทุนพัฒนาหมู่บ้านในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ทักษะที่มีต่อกองทุนพัฒนาหมู่บ้านหรือกรรมการ กองทุน มีความแตกต่างกันระหว่างกองทุนที่ประสบผลสำเร็จ กับกองทุนที่ไม่ประสบผลสำเร็จ

4.9 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

แรงจูงใจ เป็นองค์ประกอบหนึ่งซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในองค์การ ซึ่งเป็นการตอบสนองของความต้องการของบุคคล ได้มีผู้ศึกษาถึงแรงจูงใจกับผลการปฏิบัติงานไว้ดังนี้

พรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์กิจ, 2531⁽²⁷⁾ พบว่า ความพึงพอใจด้านการรับรู้บทบาท ลักษณะงาน และความพึงพอใจรวมทุกด้านของ อาสาสมัครสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานด้านการเป็นผู้รับข่าวสาธารณสุขและข่าวอื่นๆที่เกี่ยวข้อง แจ่มต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ทวิทอง หงส์วิวัฒน์, 2531⁽³⁴⁾ ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการทำงานของ อสม. พบว่า ร้อยละ 24 เท่านั้นที่ทำงานอย่างกระตือรือร้น ส่วนมากต้องทำงานส่วนตัว ไม่มีเวลาเหลือไปปฏิบัติงานของ อสม. ซึ่งไม่ได้ค่าตอบแทน สำหรับกิจกรรมและโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ที่ไหม้กระหน่ำลงไปในพื้นที่หมู่บ้านกลายเป็นภาระมากขึ้นของ อสม.ที่ยังคงทำงานอยู่ และ อสม. มิได้รับรู้ หรือยอมรับว่ากิจกรรมนั้นเป็นประโยชน์ของชุมชน หรือเป็นงานของชุมชน หากแต่เป็นงานที่รัฐมอบให้เป็นนโยบาย ซึ่ง อสม.ต้องทำงานด้วยความจำใจต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองก็รู้แ่ใจคิดว่าต้องขอร้อง(ไม่ทางตรงก็ทางอ้อม) ให้ อสม. ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย

4.10 การนิเทศงาน

การนิเทศงาน เป็นกระบวนการติดตามผลงาน ซึ่งแจ้งแนวทางปฏิบัติช่วยเหลือ เสนอแนะ อบรมฝึกสอน กระตุ้น ร่วมคิด เพื่อให้ผู้รับการนิเทศสามารถปฏิบัติงานให้ถูกลงไปได้ด้วยดี ซึ่งได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ ดังนี้

เบญญา ยอดคำเนิน, 2522⁽³⁵⁾ ศึกษาปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. คือ การประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ซึ่งหมายถึง ลักษณะ และระบบการนิเทศงาน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข มักเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ถ้าข้อมูลที่ได้จากการอบรมและการปฏิบัติงานจริงไม่ตรงกัน หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ได้มาตรวจนิเทศงาน และเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ก็ไม่รู้อะไรจะไปถามใคร

ศุภร ทองคง, 2527⁽²⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ของ จ.นครสวรรค์ พบว่า การนิเทศงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

วิทยา โคตรท่าน, 2536⁽³⁶⁾ พบว่า ความดีและคุณภาพการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นตัวแปรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ซึ่งพบว่า อสม. ได้รับการนิเทศติดตามงาน เพียงร้อยละ

ชิต บุญมาก, 2536⁽³⁷⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน อสมช. พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะต้องเป็นที่ปรึกษา ให้การสนับสนุนความรู้ทางวิชาการแก่ อสม. และนิเทศติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ

4.11 การฝึกอบรม

การฝึกอบรม เป็นการพัฒนาความรู้ ความสามารถของคน เป็นการสอนให้คนได้เรียนรู้ และเข้าใจถึงหลักวิทยาการ และวิธีการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง ทันสมัยและเหมาะสม ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจชัดเจน ถึงบทบาทของตนเอง และงานที่ต้องปฏิบัติ ซึ่งมีผู้ทำการศึกษาเรื่องการฝึกอบรม กับผลการปฏิบัติงานไว้ ดังนี้

สุนทร ทองคง, 2527⁽²⁶⁾ พบว่า การฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

พรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์กิจ, 2531⁽²⁷⁾ พบว่าการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ด้านการให้การช่วยเหลือเพื่อนบ้าน ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

วิทยา โคตรท่าน, 2536⁽³⁴⁾ พบว่า การได้รับการฝึกอบรมและสัมมนาอย่างต่อเนื่องของ อสม. เป็นตัวแปรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข โดยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมและสัมมนาอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกเดือนนั้น มีเพียงร้อยละ 46 และร้อยละ 30.22 ขาดความต่อเนื่องในการฝึกอบรม

4.12 การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ

ในงานสาธารณสุขมูลฐาน เจ้าหน้าที่ของรัฐได้เปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้บริการเป็นผู้สนับสนุน ให้ประชาชนบริการประชาชนด้วยตนเอง ซึ่งเจ้าหน้าที่ต้องให้การสนับสนุน ทั้งในด้านวิชาการ วัสดุ อุปกรณ์ ข้อมูลข่าวสาร และได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ ดังนี้

กองสุขศึกษา, 2521⁽²⁵⁾ พบว่า การสนับสนุนจากภาครัฐนั้น ตั้งสนับสนุนบางอย่างอสม. ได้รับไม่สม่ำเสมอ ทำให้ไม่ยอมทำงานเพราะต้องคอยวัสดุ อุปกรณ์ ซึ่งไม่เพียงพอ

จินดา พุกเกษม, 2527⁽³⁸⁾ ศึกษาการได้รับสิ่งสนับสนุนของ อสม. ในจ.นครสวรรค์ พบว่า อสม. พึ่งพอใจในสิ่งสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง มีความต้องการสิ่งตอบแทนอย่างอื่นจากรัฐบ้าง เช่นการบริการรักษาพยาบาลฟรีทั้งครอบครัว

สุวารี สุขุมถาวรณ, 2533⁽³⁹⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ในจ.นครนายก พบว่า ความพอเพียงของสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานกับผลการปฏิบัติงานของ อสม. มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยความเชื่อมั่น 99%

วิทยา โครทธาน, 2536⁽³⁶⁾ พบว่า อสม. ได้รับสิ่งสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ เพียงร้อยละ 51.8 และร้อยละ 30.94 มีปัญหาในการได้รับสิ่งสนับสนุนซ้ำ

4.13 การมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นส่วนสำคัญอย่างมากในการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ ดังนี้

สมบัติ อุดระกุล, 2530⁽⁴⁰⁾ ศึกษาผลสำเร็จของกองทุนพัฒนาหมู่บ้าน (กองทุนสุขภาพิบาล) พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของกองทุนฯ

รุจิรัตน์ กุศล, 2530⁽⁴¹⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานกองทุนพัฒนาหมู่บ้านในจังหวัดอุดรธานี พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการตัดสินใจในการวางแผน ตัดสินกำหนดกิจกรรมกองทุนฯ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสำเร็จในการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.001$, $r = 0.652$ และการมีส่วนร่วมในประโยชน์ของกองทุนฯ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสำเร็จในการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.001$, $r = 0.530$

ธงชัย สาระกุล, 2536⁽³⁰⁾ ทำการศึกษาวิจัยประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมและสนับสนุนการจัดตั้ง และดำเนินกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า อสม. ต้องทำงานด้วยความจำยอม และเกรงใจเจ้าหน้าที่ หากได้เกิดจากจิตใจที่เห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

4.14 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

เกษร สมพุดกษ, 2535⁽⁴²⁾ พบว่า ปัญหาของการดำเนินงาน ศสมช. เกิดจากข้อจำกัดของนโยบาย และระบบบริหารราชการในการสนับสนุนการดำเนินงานที่ไม่สอดคล้องกับเวลาของการดำเนินงานตาม กระบวนการ ศสมช., การกำหนดกิจกรรมถูกกำหนดมาจากส่วนกลาง ไม่สามารถตอบสนองตามความ ต้องการของชุมชน และพบว่า อสม. มีความสามารถในการคัดกรองผู้มารับบริการที่ ศสมช. ก่อนไปรับ บริการในระดับสถานีนอมาลัย, โรงพยาบาล นอกจากนี้ อสม.ยังมีความสามารถในการให้บริการรักษา พยาบาลขั้นต้นได้ ตลอดจนมีความสามารถในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรค และการส่งเสริม สุขภาพได้

จิราพร สุวรรณธีราวงูต, 2536⁽⁴³⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของ อสม. พบว่า ขึ้นอยู่ กับการเตรียมชุมชน การบริหารจัดการด้านอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ควรอยู่ในสภาพเรียบร้อย เพียงพอ และ สถานที่ตั้ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ควรอยู่ในทำเลที่เหมาะสม

วิทยา โคตรท่าน, 2536⁽⁴⁴⁾ พบว่า ในการคัดเลือกหมู่บ้านเพื่อจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในปีแรก (พ.ศ.2535) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางแห่งจัดตั้ง โดยพิจารณาถึงความสะดวกสบายเป็นหลัก ทำให้ประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของ ศสมช. อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า ตัวแปรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.นั้นขึ้นอยู่กับการที่อาสาสมัครสาธารณสุขมีตำแหน่งอื่นในชุมชนด้วย ตลอดจนการเคยผ่านการประกวดหมู่บ้านดีเด่น รวมทั้งความถี่และคุณภาพการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย