

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ต้องรับการอนามัยโลกและประเทศในเครือสมาชิกให้การยอมรับและยกย่องว่ามีประสิทธิภาพในการริเริ่มและส่งเสริมพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ในรูปแบบของประชาชนบริการประชาชนที่ไม่หวังสิ่งตอบแทนใดๆ (รูปแบบอาสาสมัคร) มาเป็นระยะเวลายาวนาน ซึ่งส่งผลให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และการสาธารณสุข กิดค้นพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการจัดระบบสาธารณสุขเบื้องต้น เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยมีผลการวิจัยที่เกิดจากการทดลองหลายพื้นที่ สรุปเป็นเอกสารสำคัญ โดยได้ระบุถึงรูปแบบของการพัฒนาศักยภาพประชาชนและชุมชนให้สามารถจัดการบริหารการสาธารณสุขเบื้องต้นของชุมชนได้ด้วยตนเอง อันเป็นที่มาของการสาธารณสุขมูลฐานที่มีแนวคิดและกลยุทธ์การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการจัดระบบสาธารณสุขเบื้องต้น และนำเสนอในเวทีการประชุมร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟ ในเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน ณ เมือง อัลมา-อตา สหภาพโซเวียตรัสเซีย เมื่อปี พ.ศ. 2521 (กระทรวงสาธารณสุข, 2549, หน้า 7)

เพื่อที่จะยังผลให้ประชาชนในชาติบรรลุถึงการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าตามคำประกาศแห่งอัลมา-อตานัน องค์การอนามัยโลกได้เรียกร้องให้ทุกชาติสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจังและต่อเนื่องด้วยเป้าหมายของการมีสุขภาพดีเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ในการมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข ซึ่งประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรขององค์การอนามัยโลก เมื่อปี พ.ศ. 2523 เพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการพัฒนาสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543 “Health For All By the Year 2000” และได้มีการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานภายใต้กรอบแนวคิดและหลักการไปกำหนดเป็นนโยบายและจัดให้มีระบบการสนับสนุนจากส่วนกลางลงไปสู่พื้นที่เพื่อกระทำทุกวิถีทางที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2523 (ปัจจุบันเปลี่ยนมาเป็นกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน สังกัดกรม

สนับสนุนบริการสุขภาพ) ขึ้นมาทำหน้าที่มารับผิดชอบตอนนโยบายดังกล่าวโดยตรง เริ่มตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 – 2524) โดยกำหนดกิจกรรมสำคัญ 4 กิจกรรม ได้แก่

- 1) อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่าง ๆ ในการทำหน้าที่เป็นครูฝึกด้านการสาธารณสุขมูลฐาน
- 2) อบรมอาสาสมัคร 2 ประเภท คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งคัดเลือกมาโดยวิธีการทางสังคมมิติ
- 3) จัดทำแบบเรียนด้วยตนเองของผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครอบคลุมเนื้อหา ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ และได้มอบให้ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้เป็นคู่มือปฏิบัติงานในหมู่บ้าน
- 4) กำหนดกิจกรรมการบริการด้านการสาธารณสุขมูลฐาน 8 องค์ประกอบในเบื้องต้น (เพิ่มเติมเป็น 14 องค์ประกอบในปัจจุบัน) รวมทั้งการสนับสนุนที่จำเป็นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไว้บริการประชาชนภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2549, หน้า 8)

ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 – 2534) นโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุขยังยืนยันเป็นนโยบายสำคัญ และมุ่งเน้นการพัฒนาระบบอาสาสมัครเชิงคุณภาพ มีการสนับสนุนงบประมาณการจัดอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพิ่มเติมในส่วนที่ฟื้นฟูสภาพ การจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ให้มีความรู้ต่อเนื่องโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล พร้อมทั้งขยายการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่เฉพาะ เช่น ในเรือประมง โรงงานอุตสาหกรรม เรือจำ โรงเรียน การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของการสาธารณสุขมูลฐาน และก่อให้เกิดความร่วมมือจากองค์กรและหน่วยงานต่างๆ เพิ่มมากขึ้น

แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 -2539) เป็นช่วงเปลี่ยนแปลงภาวะด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจของโลก ซึ่งมีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยและวิถีชีวิตของคนไทย โดยเฉพาะแบบแผนการเจ็บป่วยของคนไทย มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศถูกทำลาย ก่อเกิดมลภาวะที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพมากมาย สังคมเออาร์ดเอาเปรียบผู้บริโภคซึ่งไม่รู้เท่าทัน ตลอดจนการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานจากภาคสังคมชนบทสู่สังคมเมือง ทำให้เกิดปัญหาสังคมชนบท โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มเด็กถูกทอดทิ้ง ขณะเดียวกันปัญหาสังคมในเขตเมือง ก็ซับซ้อนและขยายตัวมากขึ้น ผลจากการประเมินทศวรรษแรกแห่งการสาธารณสุขมูลฐานพบปัญหาหลักที่บ่งบอกถึงสัญญาณเพื่อการปรับตัวด้านการสาธารณสุขมูลฐาน โดยพบว่า 1) อาสาสมัครไม่ได้

ปฏิบัติงานจริง เนื่องจากไม่มีแผนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และความรู้ของอาสาสมัครไม่เพียงพอ เนื่องจากไม่มีเวลาไปเข้ารับการอบรมที่เป็นระยะเวลาการอบรมยาวนานติดต่อกัน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมิได้มีแผนปฏิบัติอย่างชัดเจนในการอบรมอาสาสมัครต่อเนื่อง ส่งผลให้อาสาสมัครขาดความรู้ ขาดความมั่นใจ และไม่รู้อะไรจะทำอะไรตามบทบาท โดยมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง ภายใต้การกำหนดเวลาที่แน่นอนและหลักสูตรที่ชัดเจนสอดคล้องกับภารกิจที่อาสาสมัครสาธารณสุขต้องปฏิบัติ

แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) การสาธารณสุขมูลฐานได้ส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับครอบครัว โดยจัดให้มีแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขรวมตัวกันในรูปแบบของชมรมและสมาคมเพื่อเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน โดยเน้นการกระจายอำนาจจากรัฐสู่ประชาชน ซึ่งในแผนงานสาธารณสุขมูลฐานได้สนับสนุนงบประมาณ 7,500 บาท/หมู่บ้าน/ปี ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้กลไกแกนนำหมู่บ้านนำไปจัดทำแผนภารกิจหลัก 3 เรื่อง ได้แก่ พัฒนาศักยภาพกำลังคนในพื้นที่ การจัดบริการของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาตามส่วนขนาดของความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) รายหมู่บ้าน ขณะเดียวกันมีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขบางประการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549) มุ่งเน้นเป้าหมายการพัฒนาเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง โดยอัญเชิญปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงนำทางในการพัฒนาและบริหารประเทศโดยอาศัยคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และสนับสนุนกลไกเครือข่ายหรือภาคีสุขภาพระดับพื้นที่

ดังนั้น แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นจึงได้รับการจัดสรรงบประมาณประจำปี สำหรับอุดหนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อดำเนินงานในด้านการสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้าน / ชุมชนต่อไป ซึ่งในระยะเริ่มต้นของการจัดสรรงบประมาณสู่ท้องถิ่น พบว่า มีความล่าช้ากว่าระยะเวลาที่มีการริเริ่มแผนปฏิบัติงานของหมู่บ้าน และเมื่อวิเคราะห์แผนงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นการใช้งบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขตามนโยบาย ซึ่งเป็นกระแสหลักที่สั่งการลงไป ประกอบกับช่วง 3 ปีที่ผ่านมาวิกฤตด้านการเมืองที่มีการแข่งขันในระบบพรรคการเมืองสูง องค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถูกมองด้วยความหวังใจจากองค์กรอิสระด้วยเกรงจะตกเป็นเครื่องมือของนักการเมือง ทำให้การทบทวนและพัฒนาศักยภาพของตนเองและเรียนรู้ความเป็นไปในพื้นที่ของตนเองด้วยการได้รับการฝึกอบรมขาดความเป็น

ระบบ และขาดองค์การสนับสนุนรองรับที่ชัดเจนและต่อเนื่อง รวมทั้งหน่วยงานสนับสนุนประจำที่ขาดความตระหนักในประเด็นดังกล่าว (กระทรวงสาธารณสุข, 2549, หน้า 10-11)

จากความสำคัญ และปัญหาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีบทบาทในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน รวมถึงรัฐบาลชุดปัจจุบันได้มองเห็นความสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากขึ้น จึงได้อนุมัติเงินงบประมาณ เพื่อจ่ายเป็นค่าตอบแทนให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเดือนละ 600 บาท ต่อคน ดังนั้นจึงเป็นที่คาดหวังว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะมีกำลังใจปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะประชาชนคนหนึ่งของอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ จึงสนใจที่จะศึกษา เรื่อง “บทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ” ทั้งนี้ เพื่อให้ทราบถึงผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตที่ผู้วิจัยอาศัยอยู่ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะเป็นชนบทเป็นส่วนใหญ่ว่าจะเป็นไปตามที่รัฐบาลและประชาชนได้คาดหวังไว้หรือไม่ และปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด รวมทั้งเพื่อรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะต่างๆ ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถนำมาปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนให้มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามบทบาทที่รัฐบาลและประชาชนคาดหวังไว้ได้มากขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ตามความคิดเห็นของประชาชนผู้รับบริการจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อเปรียบเทียบบทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ใช้บริการ ตำบลที่อาศัยอยู่ ภายในกลุ่มของประชาชนผู้รับบริการจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของประชาชนผู้รับบริการจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

## สมมุติฐานของการวิจัย

บทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามความคิดเห็นของประชาชนผู้ใช้บริการแตกต่างกัน ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ใช้บริการ และตำบลที่อาศัยอยู่

## ขอบเขตของการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของการวิจัยไว้ดังนี้

### 1. ด้านประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ดังนี้

ประชาชนที่เป็นผู้รับบริการด้านสาธารณสุข จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 116,720 คนใน 8 ตำบลของอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งได้แก่ ตำบลบางบ่อ บ้านระกาศ บางพลีน้อย บางเพรียง คลองด่าน คลองสวน เปรัง คลองนิคมยาตรา (อสม. 1 คน รับผิดชอบดูแลประชาชน 30 ครัวเรือน ประมาณ 4 คน / ครัวเรือน) (อ้างอิงใน เอกสารข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของสาธารณสุขอำเภอบางบ่อ)

### 2. ด้านเนื้อหา และตัวแปรที่ศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ มุ่งศึกษาบทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งตัวแปรในการวิจัยแบ่งออกได้ ดังนี้

2.1 ตัวแปรอิสระ (independent variables) ผู้วิจัยกำหนดให้ตัวแปรอิสระของกลุ่มประชาชนผู้ใช้บริการจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นตัวแปรกลุ่ม 7 ตัวแปร ได้แก่

- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- อาชีพหลัก
- รายได้ต่อเดือน
- ระยะเวลาที่ใช้บริการ
- ตำบลที่อาศัยอยู่

## 2.2 ตัวแปรตาม (dependent variables) ได้แก่

### 2.2.1 บทบาทที่คาดหวังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใน 5 ด้าน

- ด้านการสื่อข่าวสารและให้คำแนะนำ
- ด้านการส่งเสริมสุขภาพ
- ด้านการป้องกันโรค
- ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น
- ด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

### 2.2.2 บทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน 5 ด้าน

- ด้านการสื่อข่าวสารและให้คำแนะนำ
- ด้านการส่งเสริมสุขภาพ
- ด้านการป้องกันโรค
- ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น
- ด้านการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

## 3. ด้านเวลา

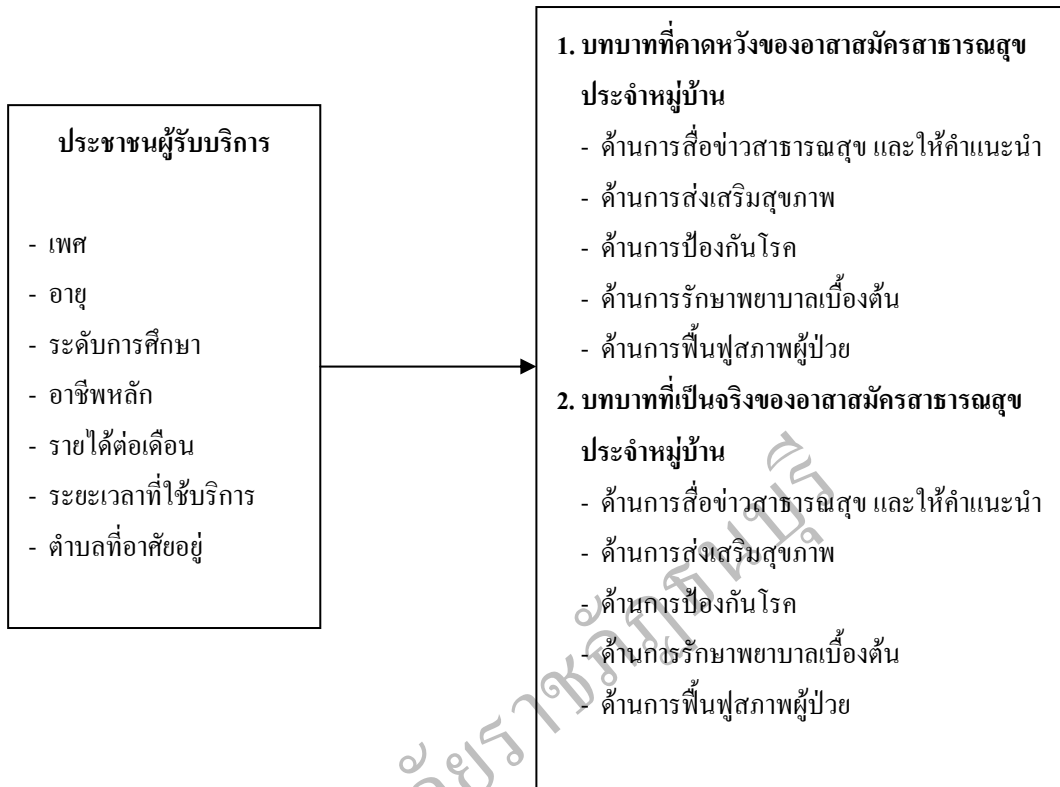
การศึกษาเรื่อง “บทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ” ครั้งนี้ ได้กำหนดระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน มกราคม – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย เรื่อง “บทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ” ดังภาพที่ 1.1

## ตัวแปรอิสระ

## ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **บทบาทที่คาดหวัง (expecting role)** หมายถึง บทบาทที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมุ่งหวังต้องการให้บุคคลคนหนึ่งหรืออีกฝ่ายหนึ่งประพฤติปฏิบัติตามสถานภาพที่บุคคลนั้นหรือฝ่ายนั้นดำรงอยู่ ในที่นี้หมายถึง ความมุ่งหวังของรัฐบาลหรือประชาชนที่ต้องการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ เพื่อสุขภาพอนามัยที่ดีของประชาชน

2. **บทบาทที่เป็นจริง (actual role)** หมายถึง ความเป็นจริงในด้านการแสดงพฤติกรรมหรือผลงานที่ได้ปฏิบัติของบุคคลคนหนึ่งหรือคณะใดคณะหนึ่ง ในที่นี้หมายถึง ผลงานการปฏิบัติจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้ดำเนินการตามบทบาทที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ เพื่อให้บรรลุถึงสุขภาพอนามัยที่ดีของประชาชน

3. **อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** หมายถึง บุคคลที่มีจิตใจเสียสละหรือผู้ที่สมัครใจทำงานเพื่อผลประโยชน์แห่งประชาชน และสังคมโดยไม่หวังผลตอบแทนเป็นเงินหรือสิ่งอื่นใด และได้รับการคัดเลือกจากชุมชนให้เข้ารับการอบรมตามหลักสูตรการฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านหรือชุมชนตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และต้องมีบัตรประจำตัว หรือหนังสือรับรองการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ในที่นี้หมายถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

4. **บทบาทที่คาดหวังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** หมายถึง เป็นบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบทบาทด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามที่สังคมและเครือข่ายคาดหวังว่าอาสาสมัครสาธารณสุข จะได้ทำหน้าที่รวมถึงเป็นศูนย์กลางการประสาน เพื่อให้เกิดผลงานด้านการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนให้เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ในที่นี้หมายถึง บทบาทที่คาดหวังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการสื่อข่าวสารและให้คำแนะนำ 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 3) ด้านการป้องกันโรค 4) ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และ 5) ด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

5. **บทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** หมายถึง บทบาทที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แสดงออกหรือปฏิบัติจริงตามภารกิจและบทบาทที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ในแต่ละองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานและบทบาทหน้าที่ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในชุมชน ในที่นี้หมายถึง บทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการสื่อข่าวสารและให้คำแนะนำ 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 3) ด้านการป้องกันโรค 4) ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และ 5) ด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

6. **สาธารณสุขมูลฐาน** หมายถึง ระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบล และหมู่บ้าน เป็นวิธีการให้บริการสาธารณสุข ที่ผสมผสานทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพที่ดำเนินการโดยความร่วมมือของชุมชนเอง เพื่อให้ทุกคนมีมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอต่อการดำรงไว้ซึ่งอนามัยที่ดีของตน ในที่นี้หมายถึง ระบบบริการสาธารณสุข ที่ให้การแนะนำ ด้านข้อมูลข่าวสาร การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลสุขภาพพื้นฐานให้แก่ประชาชน



## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงบทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ
2. สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเรื่องที่เกี่ยวข้องของผู้ที่สนใจต่อไป

มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี