

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษา เรื่อง “บทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในเขตอำเภอบางป่อ จังหวัดสมุทรปราการ ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ซึ่งสามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ความหมาย และ ความสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน
2. นโยบาย แนวคิด หลักการ และเป้าหมาย ด้านการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย
3. ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย
4. ประวัติความเป็นมา และบทบาทหน้าที่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
5. สาระสำคัญของหลักสูตรมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข
6. แนวคิด และทฤษฎี เกี่ยวกับบทบาท
7. การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอบางป่อ
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายและความสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน

1. ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน

ศาสตราจารย์ชาร์ลส์-เอ็ดเวิร์ด เอ. วินสโลว์ (Charles-Edward A. Winslow อ้างถึงใน อัสวิน เทพาคำ, 2552, หน้า 12) ผู้มีชื่อเสียงทางด้านสาธารณสุข ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “การสาธารณสุข” ไว้เมื่อพุทธศักราช 2464 ว่า “การสาธารณสุขเป็นวิทยาการและศิลปะแห่งการป้องกันโรค เป็นการทำให้อายุยืนยาว การส่งเสริมอนามัย และประสิทธิภาพของบุคคล โดยความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจของชุมชนในเรื่องต่างๆ อันได้แก่ การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การควบคุมโรคติดต่อ การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดบริการทางการแพทย์และ

พยาบาล เพื่อการวินิจฉัยโรคตั้งแต่เริ่มแรก และการให้การรักษาเพื่อมิให้ลุกลามต่อไป รวมทั้งการพัฒนากลไกแห่งสังคม เพื่อให้ทุกคนมีมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอต่อการดำรงไว้ซึ่งอนามัยที่ดีของตน” บุคคลในชุมชนที่มีการสาธารณสุขดี ย่อมมีสุขภาพอนามัยที่ดีตามไปด้วย คำว่า “อนามัย” หมายถึง สภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี มิใช่เพียงสภาวะที่ปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น ธรรมเนียมขององค์การอนามัยโลกกล่าวไว้ว่า “อนามัยเป็นสิทธิของมนุษยชน มนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะมีความแตกต่างกันทางด้านเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อมั่นทางการเมือง ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับการส่งเสริมคุ้มครอง เพื่อให้มีอนามัยในระดับอันสมควร” โดยสรุปการสาธารณสุขประกอบด้วย 1) การสุขภาพภิบาล 2) การบำรุงรักษาสิ่งแวดล้อม 3) การรักษาและการควบคุมโรคติดต่อ 4) สุขวิทยาส่วนบุคคล 5) บริการทางการแพทย์และพยาบาล และ 6) การพัฒนากลไกแห่งสังคม

พลนาภา นนสุราช (2548, หน้า 14) กล่าวว่า การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care : PHC) หมายถึง การดูแลสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึงสำหรับทุกคนและทุกครอบครัว โดยการยอมรับและการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคน มีค่าใช้จ่ายไม่เกินกำลังของชุมชนและประเทศที่จะรับได้ และเป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนการบริการสาธารณสุขของรัฐ ที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญในการดำเนินงานระดับตำบลและหมู่บ้าน ด้วยการผสมผสานการให้บริการทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ประชาชนดำเนินการเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาคู่มือ และระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก และผสมผสาน การพัฒนาการสาธารณสุขกับการพัฒนาทางการศึกษา การเกษตรและสหกรณ์ และการพัฒนาชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองและพึ่งตนเองได้

ศูนย์เรียนรู้สุขภาพภาคอีสาน (อ้างถึงใน www.esanphu.net/online. เข้าถึงเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2552) ให้ความหมายว่า การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน การสาธารณสุขมูลฐานเป็นวิธีการให้บริการสาธารณสุขที่ผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานและการประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาคู่มือ และระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก และผสมผสานการพัฒนาการสาธารณสุขกับการพัฒนาทางการศึกษา การเกษตร

และสหกรณ์ และการพัฒนาชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และพึ่งตนเองได้

ทเวศร์ พิริยะพจน์ และคณะ (2549) ได้กล่าวถึง การสาธารณสุขมูลฐานว่า หมายถึง การดูแลสุขภาพที่จำเป็นซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึงสำหรับทุกคนทุกครอบครัวและในทุกชุมชน โดยการยอมรับและการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคนด้วยค่าใช้จ่ายที่ไม่เกินกำลังของชุมชนและประเทศจะรับได้ นอกจากนี้ การสาธารณสุขมูลฐานยังต้องก่อให้เกิดการผสมผสานระหว่างระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ กับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นธรรม โดยมีระบบบริการสาธารณสุขเป็นแกนกลาง อีกทั้งการสาธารณสุขมูลฐานยังเป็นกลวิธีทางสาธารณสุข ที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน ผสมผสานทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการโดยประชาชน โดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น ด้วยวิธีการหรือเทคโนโลยีที่เหมาะสมโดย มีผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ประสานงานในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต โดยมีปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี 4 ประการคือ 1) สุขนิสัย และพฤติกรรม สุขภาพ 2) สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต เช่น สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม 3) ระบบบริการอนามัย และการสาธารณสุขมูลฐาน และ 4) พันธุกรรม

ที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง ระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน เป็นวิธีการให้บริการสาธารณสุข ที่ผสมผสานทั้งทางด้านรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการโดยความร่วมมือของชุมชนเอง เพื่อให้ทุกคนมีมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอต่อการดำรงไว้ซึ่งอนามัยที่ดีของตน

2. ความเป็นมาและความสำคัญของการสาธารณสุขและการสาธารณสุขมูลฐาน

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 (2535 อ้างถึงใน สมุด ศรีสุขวัฒนา และนัทธ์หทัย ไตรรัตน์, 2552, หน้า 2) ได้กล่าวถึงความสำคัญของกฎหมายสาธารณสุขไว้ว่า กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขเป็นกฎหมายที่มีอยู่คู่กับสังคมไทยตั้งแต่หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองประเทศจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์มาเป็นประชาธิปไตยซึ่งมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นพระประมุข ทั้งนี้ เป็นผลมาจากอิทธิพลของรูปแบบการปกครองของประเทศตะวันตกที่มีการปกครองส่วนท้องถิ่น โดยได้มีการตราพระราชบัญญัติสาธารณสุข พุทธศักราช 2477 และพระราชบัญญัติสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พุทธศักราช 2482 และต่อมาได้แก้ไขเป็น พระราชบัญญัติสาธารณสุข พุทธศักราช 2484 ซึ่งได้ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา ตอนที่ 97 ฉบับลงวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2484 โดยในขณะนั้นให้อยู่ในการดูแลของกระทรวงมหาดไทย และให้หน่วยงาน

ปกครองท้องถิ่นเป็นผู้มีอำนาจดำเนินการตามกฎหมายนั้นแต่ต่อมาได้มีการแบ่งส่วนราชการใหม่คือให้ตั้ง “กระทรวงสาธารณสุข” ขึ้น โดยแยกงานสาธารณสุข งานประชาสงเคราะห์ของกระทรวงมหาดไทย และงานเภสัชของกระทรวงเศรษฐกิจไปอยู่ในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุขโดยตราพระราชบัญญัติโอนอำนาจและหน้าที่ อันเนื่องจากการปรับปรุงกระทรวงทบวงกรมใหม่ในปี พ.ศ. 2485 จึงเป็นผลให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการตามพระราชบัญญัติสาธารณสุข พุทธศักราช 2484 ตามไปด้วย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2546, บทคัดย่อ) กล่าวถึงการบริการชุมชนและการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย ที่มีการพัฒนาขึ้นภายหลังการประชุม Alma-Ata ในปี พ.ศ. 2521 ได้มีการออกแบบเพื่อให้ครอบคลุมองค์ประกอบจำเป็นอันรวมถึงการป้องกันโรคติดต่อ การส่งเสริมด้านอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม ความเพียงพอของน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล การดูแลแม่และเด็ก การให้บริการยาที่จำเป็น และการจัดการปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 กลยุทธ์หลักของดำเนินการด้านการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยเป็นการใช้กระบวนการเข้าถึงกลุ่มประชากร (population-based approach) โดยใช้การรณรงค์หรือดำเนินกิจกรรมในระดับชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านทางกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และการจัดตั้งสถานีอนามัย ที่เน้นการให้บริการแม่และเด็ก การให้วัคซีนป้องกันโรคและการรักษาพื้นฐาน อย่างไรก็ตามกลยุทธ์ดังกล่าวไม่เพียงพอที่จะรองรับกับความท้าทายใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นในศตวรรษนี้ โดยเฉพาะการขยายตัวของความชุกของกลุ่มโรคไม่ติดต่อและผู้พิการที่มาพร้อมกับภาวะประชากรสูงอายุ ฉะนั้น กลยุทธ์ใหม่เพื่อตอบสนองต่อความท้าทายใหม่ๆ เหล่านี้จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการพัฒนาขึ้น โดยได้ดำเนินการวิจัยในรูปแบบของการศึกษาเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมโดยเรียกว่า “รูปแบบกรุงเทพ 7” ขึ้นในพื้นที่เขตเมืองของกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2545 โครงการนี้เป็นผลจากความร่วมมือของสามองค์กรคือ กรุงเทพมหานคร (สำนักอนามัย) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (คณะแพทยศาสตร์) และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยการสนับสนุนทุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วัตถุประสงค์หลักของโครงการ รูปแบบกรุงเทพ 7 คือ การกำหนดรูปแบบการบริการ ด้านสุขภาพและสวัสดิการ ที่มีโครงสร้างพื้นฐานคือพนักงานสาธารณสุขชุมชนและบุคลากรวิชาชีพด้าน สุขภาพต่างที่จะต้องให้บริการที่สอดคล้องทั้งด้านสุขภาพและสังคมและปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิดร่วมกับกลุ่มผู้ดูแลสุขภาพที่ไม่เป็นทางการ อาทิ ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน และอาสาสมัครต่างๆ รูปแบบกรุงเทพ 7 ยังมุ่งที่จะแสดงถึงความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของการประสานงานระหว่างระบบการบริการที่บ้านที่ต้องการอาศัยความร่วมมือระหว่าง สาขาวิชาชีพ

กับการดำเนินกิจกรรมชุมชนที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างภาคส่วน/หน่วยงานต่างๆ (ระบบบริการสุขภาพชุมชน)

จุดมุ่งหมายสำคัญของการดำเนินการนี้คือ การนำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพที่บูรณาการและสอดคล้องประสานเพียงพอที่จะตอบสนองและสนับสนุนระบบดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal care) ให้ดำรงอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมุ่งหวังให้ประชาคมในชุมชนสามารถมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการกำหนดแผน และดำเนินการจัดการด้านสุขภาพ และสวัสดิการร่วมกัน

ระบบบริการสุขภาพชุมชน เป็นรูปแบบที่ต่อเติมจากระบบการดูแลสุขภาพระดับชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งยังคงวางอยู่บนหลักสี่ประการของสาธารณสุขมูลฐาน คือ 1) การเข้าถึงอย่างถ้วนหน้า และครอบคลุมความจำเป็นพื้นฐาน 2) การมีส่วนร่วมของชุมชน และบุคคลและพึ่งพาตนเองได้ 3) ความมีส่วนร่วมระหว่างภาคส่วนต่างๆในการดำเนินการเพื่อสุขภาพ และ 4) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและมีความคุ้มค่าในทรัพยากรที่มีอยู่

ระบบบริการสุขภาพชุมชน ยังอาจพิจารณาว่าเป็นกลยุทธ์ที่สร้างเสริมโอกาสการเข้าถึงระบบสุขภาพของบุคคลและชุมชน โดยเป็นระดับแรกสุดภายใต้กรอบการสาธารณสุขมูลฐานที่เชื่อมต่อกับผู้รับบริการ ซึ่งก็คือบุคคลและชุมชน

ระบบบริการสุขภาพชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรมหลากหลายที่จัดเพื่อประชาชนทุกกลุ่มอายุ โดยเน้นการส่งเสริมให้มีการสอดคล้องประสานระหว่างการดูแลสุขภาพที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่ตอบสนองต่อสาระพื้นฐาน 8 ประการ ดังนี้ 1) การส่งเสริมสุขภาพและการให้การความรู้ 2) การป้องกันและการควบคุมโรคติดต่อและปัญหาสุขภาพเฉพาะในพื้นที่ เช่น การติดยาเสพติด อุบัติเหตุ การดื่มแอลกอฮอล์ ปัญหาอาชีวอนามัย 3) สิ่งแวดล้อม น้ำ และสุขาภิบาล 4) การดูแลแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว 5) อุปทานด้านอาหารและความปลอดภัยของอาหาร 6) การจัดการโรคเรื้อรัง โดยเน้นการคิดเนื่องต่อการรักษา 7) การรักษาขั้นพื้นฐานและการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับปัญหาทางสุขภาพที่รวมถึงภาวะทุพพลภาพ และ 8) การดูแลระยะยาว

ระบบบริการสุขภาพชุมชนจะต้องจัดการบริการสุขภาพและสังคมที่สอดคล้องประสานกันและรุกเข้าถึงครัวเรือนสำหรับรายบุคคลและครอบครัว (การบริการที่บ้าน –home-based services) และการดำเนินการกิจกรรม/รณรงค์ระดับชุมชน (community-based services) ทั้งนี้การบริการทั้งสองประเภทจะต้องประสานและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ในขณะที่ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนเป็นเงื่อนไขจำเป็นของความสำเร็จของการดำเนินการกิจกรรม/รณรงค์ระดับชุมชน ความร่วมมือระหว่าง สหสาขาวิชาชีพก็เป็นหัวใจสำคัญของการบริการที่บ้านและกิจกรรมบริการเพื่อการสนับสนุนรูปแบบกรุงเทพ 7 ได้รับการพัฒนาในพื้นที่สองแขวงที่เขตใจกลางของ

กรุงเทพมหานครและครอบคลุมประชากรในพื้นที่ทั้งหมดซึ่งมีประมาณ 60,000 คน งานบริการด้านสุขภาพพื้นที่ ทั้งสองแขวงอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 ของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ซึ่งเป็นศูนย์สุขภาพระดับชุมชนได้ทำหน้าที่ เป็นหน่วยงานหลักของรูปแบบกรุงเทพ 7 และดำเนินการบริการสุขภาพในชุมชนให้แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ โดยมีโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยเป็นหน่วยรับการส่งต่อและร่วมสนับสนุนการพัฒนา รูปแบบกรุงเทพ 7

รูปแบบกรุงเทพ 7 ประกอบด้วย “ระบบการบริการที่บ้าน” และ “ระบบการบริการชุมชน” ระบบการบริการที่บ้านประกอบด้วย กิจกรรมบริการที่หลากหลาย ได้แก่ บริการเยี่ยมบ้าน ประจำ การประเมินที่บ้าน การพยาบาลที่บ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน การให้ความรู้/ให้คำปรึกษาที่บ้าน การบริการเพื่อความคิดเนื่องต่อการรักษาโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง วัณโรค) การบริการสังคม การบริการระดับประคอง และการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต กิจกรรมการบริการที่บ้านเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนจากกิจกรรมการบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ได้แก่ การประชุมสหสาขาวิชาชีพ การบริการผู้ป่วยนอก การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ คลินิกเด็กดี คลินิกฝากครรภ์ บริการวางแผนครอบครัว คลินิกฝังเข็ม บริการสังคม และบริการดูแลทดแทน (respite care)

การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นสิ่งจำเป็นของทั้งระบบการบริการที่บ้านและระบบการบริการชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชนได้รับการเชิญให้เข้าร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินการและการวางแผน

หลังจากหนึ่งปีของการพัฒนารูปแบบกรุงเทพฯ พบว่าได้ประสบความสำเร็จในการพัฒนา โดยผลการดำเนินงานได้รับการนำเสนอแก่คณะผู้บริหารของกรุงเทพมหานครและสำนักอนามัยและส่งต่อการบริหารจัดการระบบบริการของรูปแบบกรุงเทพ 7 ให้กับสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2546 ความสำเร็จดังกล่าวยังได้รับการเผยแพร่สู่สาธารณะโดยผ่านสื่อสารมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์และโทรทัศน์ รูปแบบโครงการ กรุงเทพ 7 และผลของการจัดบริการได้รับการบรรจุเป็นหัวข้ออภิปรายหลักในการประชุมวิชาการในประเทศไทย อย่างไรก็ตามสัญญาณที่ชัดเจนแห่งความสำเร็จมาจากสำนักอนามัยที่ได้เริ่มประยุกต์เอารูปแบบกรุงเทพ 7 ไปใช้ดำเนินการในพื้นที่อื่นของกรุงเทพมหานคร (คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546, บทคัดย่อ)

คำรพ พงษ์อาทิตย์, จิรพงษ์ แสงทอง (2549, หน้า 11) กล่าวถึงความเป็นมาของการสาธารณสุขมูลฐานเริ่มต้นตั้งแต่ พ.ศ. 2520 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเป้าหมายแก่ประเทศสมาชิก ผู้การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน ภายใน พ.ศ. 2543 และใน พ.ศ. 2521 ได้มีข้อตกลง

กันจากการประชุมใหญ่ประจำปี ณ เมืองอัลมา-อตา (Alma-Ata) ประเทศรัสเซีย โดยใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนางานสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่นำกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ โดยเริ่มตั้งแต่ แผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520 – 2524) และได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน แต่มีการปรับเปลี่ยนแนวทางให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพิ่มมากขึ้นส่งเสริมการตั้งชมรม อสม.ในทุกระดับ การพัฒนาการบริหารจัดการในชุมชน สร้างและพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารในทุกหมู่บ้าน ตลอดจนส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ทุกหมู่บ้าน เพื่อมุ่งหวังให้มีการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานให้สามารถบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ตามความมุ่งหวังขององค์การอนามัยโลก โดยได้ให้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานไว้ 8 แนว ได้แก่ 1) การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยความร่วมมือของชุมชนเอง 2) การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาได้ โดยต้องการให้ประชาชนรับรู้ปัญหาของชุมชน และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และเจ้าหน้าที่ต้องรู้บทบาทของตนเอง และของชุมชน ว่าจะต้องทำงานร่วมกันโดยให้ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ทำโดยประชาชน และเพื่อชุมชน 3) หัวใจของงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ “การมีส่วนร่วมของชุมชน” ซึ่งอาจมีส่วนร่วมในรูปของแรงงาน เงิน และความร่วมมือ จึงต้องทำด้วยความสมัครใจและไม่หวังค่าตอบแทน 4) สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้นงานสาธารณสุขมูลฐานจะต้องผสมผสานกับการพัฒนาด้านอื่นๆ ด้วย เช่น การเกษตรและสหกรณ์ การศึกษา การพัฒนาชุมชน การอุตสาหกรรม และการพาณิชย์ 5) การสาธารณสุขมูลฐานต้องใช้เทคนิค และกลวิธีต่างๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจและนำมาใช้ประโยชน์ โดยมีเทคนิคที่เหมาะสม ประหยัด ราคาถูก เหมาะกับสภาพสังคม และสิ่งแวดล้อม และสามารถแก้ไขปัญหาได้ 6) งานสาธารณสุขมูลฐาน จะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของชุมชนนั้นๆ 7) การสาธารณสุขมูลฐานจะต้องมีความยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา และสามารถประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาในแต่ละพื้นที่ 8) การสาธารณสุขมูลฐาน ต้องมีความเชื่อมโยงกับบริการของรัฐ ในการสนับสนุนระบบการส่งต่อ (referral system) การให้การศึกษาต่อเนื่อง และข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข

สรุปได้ว่า การสาธารณสุขมูลฐาน มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตสุขภาพดี และความเป็นอยู่ของประชาชนเป็นอย่างมาก ซึ่งทุกฝ่ายไม่ว่าจะเป็นสถาบัน องค์กร โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ต่างให้ความสำคัญในการที่จะทำการวิเคราะห์ วิจัย และนำไปทดลองใช้กับ

ประชาชนตามชุมชนต่างๆ ในประเทศไทย เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้

นโยบาย แนวคิด หลักการ และเป้าหมายด้านการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

1. นโยบาย

มนัสศรี ไพบุลย์ศิริ (2545, หน้า 14) กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนมาเป็นเวลานาน ดังนั้นจึงได้มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในอันที่จะทำให้ประชาชนทุกคนทุกครอบครัวมีสุขภาพดี โดยใช้กลยุทธ์ของการสาธารณสุขมูลฐานมาตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 ซึ่งการดำเนินการตามกลยุทธ์ดังกล่าวจะให้ความสำคัญกับการพัฒนา “คน” เป็นทั้ง “เป้าหมาย” และอุปสรรคที่สำคัญที่สุด ในการพัฒนากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากจะให้ความสำคัญกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแล้วยังเห็นถึงความสำคัญของกำลังคนที่เป็นประชาชนทั่วไปในชุมชนว่า เป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีได้ตามเป้าหมายที่กำหนด จึงได้มีการพัฒนา “อาสาสมัครสาธารณสุข” ขึ้นมา และปรับเปลี่ยนบทบาทให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของปัญหาและสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง

2. แนวคิด

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520 – 2524) ของกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินแนวคิด หลักการ และเป้าหมาย เรื่องการสาธารณสุขมูลฐานของไทยอย่างถูกต้องและสอดคล้องการแนวคิดสากล โดยได้กำหนดให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีที่เหมาะสมในอันที่จะทำให้ประชาชนบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ด้วยการสร้างและพัฒนาองค์กรประชาชนระดับหมู่บ้านในรูปของอาสาสมัคร ซึ่งมี 2 ประเภท คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง และดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ. 2537 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดการปรับเปลี่ยนอาสาสมัครให้เหลือเพียงประเภทเดียวโดยนำผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานอยู่มารับการอบรมเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมด ทั้งนี้เพื่อต้องการลดการแบ่งแยกในกลุ่ม ผสส.และอสม. และเพื่อเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข

คำรพ พงษ์อาทิตย์ และจิรพงษ์ แสงทอง (2549, หน้า 12-17) ได้กล่าวถึงแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานไว้ 8 ข้อดังนี้

(1) การสาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยความร่วมมือของชุมชนเอง

(2) การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาได้ โดยต้องให้ประชาชนรับรู้ปัญหาของชุมชน และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและเจ้าหน้าที่ต้องรู้บทบาทของตนเองและของชุมชนว่าจะต้องทำงานร่วมกัน โดยให้ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ทำโดยประชาชน และเพื่อชุมชน

(3) หัวใจของงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ “การมีส่วนร่วมของชุมชน” ซึ่งอาจมีส่วนร่วมในรูปของแรงงาน เงิน และความร่วมมือ จึงต้องทำด้วยความสมัครใจ และไม่หวังค่าตอบแทน

(4) สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้นงานสาธารณสุขมูลฐานจะต้องผสมผสานกับการพัฒนางานด้านอื่นๆ ด้วย เช่น การเกษตร และสหกรณ์ การศึกษา การพัฒนาชุมชน การอุตสาหกรรม และการพาณิชย์

(5) การสาธารณสุขมูลฐานต้องใช้เทคนิค และกลวิธีต่างๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจและนำมาใช้ประโยชน์โดยมีเทคนิคที่เหมาะสม ประหยัด ราคาถูก เหมาะกับสภาพสังคม และสิ่งแวดล้อม และสามารถแก้ปัญหาได้

(6) งานสาธารณสุขมูลฐานจะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของชุมชนนั้นๆ

(7) การสาธารณสุขมูลฐานจะต้องมีความยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา และสามารถประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาในแต่ละพื้นที่

(8) การสาธารณสุขมูลฐานต้องมีความเชื่อมโยงกับบริการของรัฐในการสนับสนุนระบบการส่งต่อ (referral system) การให้การศึกษาต่อเนื่อง และข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข

3. หลักการ

หลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน มี 4 ประการ คือ (คำรพ พงษ์อาทิตย์ และ จีรพงษ์ แสงทอง, 2549, หน้า 12-17)

(1) การมีส่วนร่วมของชุมชน (people participation) การมีส่วนร่วมของชุมชนนับเป็นรากฐานที่สำคัญของการพัฒนาความสำเร็จหรือความล้มเหลวของงานสาธารณสุขมูลฐาน ดังนั้นเพื่อให้บรรลุสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า จะต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกของชุมชนได้ระบุปัญหาและความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน เลือกลง และเสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหา และร่วมดำเนินการตามแนวทางที่ตัดสินใจเลือกโดยใช้ทรัพยากรในชุมชนทั้งกำลังคนและทรัพยากรอื่นๆ ให้เกิด

ประโยชน์สูงสุด ประกอบกับการสนับสนุนของฝ่ายรัฐ จะนำไปสู่การพัฒนาคนให้มีความสามารถ และพึ่งตนเองได้อย่างแท้จริง โดยมีจุดร่วม 3 ประการ คือ

(1.1) ชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่า ควรทำอะไร อย่างไร กับใคร ที่ไหน และเมื่อไหร่

(1.2) ชุมชนจะต้องให้ความร่วมมือในการดำเนินการตามการตัดสินใจนั้น

(1.3) ชุมชนพึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมนั้น นั่นคือ จะต้องสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชุมชนนั่นเอง

(2) ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (appropriate technology) เพื่อให้ประชาชนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพของแต่ละชุมชนในการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายโดยใช้วิธีการง่ายๆ ไม่ซับซ้อนปลอดภัย โดยสามารถปฏิบัติได้ ทั้งอาสาสมัครและประชาชนโดยทั่วไป สอดคล้องกับความต้องการและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนอย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิตของชาวบ้าน ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ อีกทั้งประสบการณ์ระหว่างหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมความเป็นปึกแผ่นของหมู่บ้านกระตุ้นให้ชุมชนสนใจในการระดมทรัพยากรมาใช้พัฒนาหมู่บ้าน

(3) การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่น หรือการประสานงานระหว่างสาขา (intersectional collaboration) การพัฒนาหมู่บ้าน ชุมชนนั้น จะสัมฤทธิ์ผลได้ดีก็ต่อเมื่อมีการผสมผสานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ เอกชน และประชาชน หัวใจของการทำงานร่วมกันได้ต้องมีเป้าหมายร่วมกัน และการผสมผสานจะเกิดขึ้นได้นั้นต้องอาศัย “ความเข้าใจกัน” เป็นพื้นฐาน ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ระหว่างหน่วยงานของรัฐกับชุมชนต้องมีถึงกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเปิดช่องให้มีการแสดงความคิดเห็น ศึกษาถึงแนวทางที่จะเป็นไปได้ในการดำเนินการแก้ปัญหาาร่วมกัน ทั้งยังเสริมสร้างแนวคิดด้านการพัฒนาที่ถูกต้องด้วย มิฉะนั้นแล้วผลของการพัฒนาอาจไม่สนองต่อการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น

(4) ระบบการสาธารณสุขพื้นฐานของรัฐ (Basic Health Service) จะต้องสอดคล้องและสนับสนุนกันระหว่างความพยายามของชุมชนกับบริการของรัฐในส่วนที่ชุมชนดำเนินการเองไม่ได้ ทั้งในแง่ของการขาดทรัพยากรและเทคโนโลยี รัฐจำเป็นต้องส่งเสริมและให้การสนับสนุนระบบการส่งต่ออย่างเต็มที่ รวมทั้งสนับสนุนกิจกรรมบริการให้สามารถกระจายครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้มากที่สุด

4. เป้าหมาย

การพ พงษ์อาทิตย์ และจिरพงษ์ แสงทอง (2549, หน้า 14-15) กล่าวถึงการกำหนดเป้าหมายในงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) ไว้

ดังนี้ 1) ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ให้มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในสังคมได้อย่างมีปกติสุข ตลอดจนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 ของหมู่บ้านและชุมชนทั่วประเทศ 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถบริหารจัดการงานสาธารณสุขของชุมชนได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ 3) มีการพัฒนาระบบงานและเทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานในแต่ละพื้นที่ และแต่ละกลุ่มประชากร จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชนโดยประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน ยังมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาการสาธารณสุขเพื่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การที่จะสามารถดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้สำเร็จนั้น ทุกขั้นตอนการทำงานต้อง ใช้นโยบาย แนวคิด หลักการ และมีเป้าหมาย เพื่อการดำเนินการที่ได้ผล และมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ในด้านการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย

ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย

1. ลักษณะของปัญหาสุขภาพอนามัยของคนไทย

ลักษณะของประชากรไทย มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากรมาจากปัจจัยด้านการเกิด การตาย และการย้ายถิ่น ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาตามมา ดังนี้ (คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546, หน้า 25)

(1) ปัญหาการเพิ่มจำนวนประชากร อาจมีผลต่อปัญหาการขาดแคลนอาหาร ปัญหาด้านการศึกษา ปัญหาด้านสุขภาพอนามัย เป็นต้น

(2) ปัญหาผู้สูงอายุในสังคมไทยเริ่มเพิ่มมากขึ้น เช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ปัญหาสังคมและจิตใจที่ถูกทอดทิ้ง ปัญหาสุขภาพ เป็นต้น

(3) ปัญหาการย้ายถิ่นฐาน เช่น ปัญหาชุมชนแออัดในเขตเมือง ปัญหาคนว่างงาน ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ปัญหาคนจรจัด เป็นต้น

จากปัญหาประชากรทั้ง 3 ลักษณะดังกล่าวข้างต้น ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยได้ เป็นต้นว่า ทำให้มีผู้สูงอายุมากขึ้น หากขาดผู้ดูแลหรือมีฐานะยากจน ย่อมทำให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

(3.1) ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร

(3.2) ปัญหาการขาดแคลนอาหารบริโภค ก่อให้เกิดโรคขาดสารอาหารในประเทศกำลังพัฒนา อาหารมีสารพิษและมีสารปนเปื้อนโลหะหนัก สารกัมมันตภาพรังสีและสารปรุงแต่งรสอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

(3.3) ปัญหาการขาดแคลนทรัพยากร เมื่อประชากรโลกมากขึ้นและจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรมากยิ่งขึ้น ก็มีผลต่อสุขภาพอนามัย หากทรัพยากรนั้น หมายถึง อาหาร

(3.4) ปัญหาความเสื่อมโทรมของสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ ประชากรโลกที่เพิ่มขึ้นก่อให้เกิดปัญหาการขาดแคลนพื้นที่ป่าไม้ พื้นที่การเพาะปลูก ขาดสัตว์น้ำและสัตว์ป่า มีการทำลายป่าไม้ การใช้ปุ๋ยเคมี การใช้สารพิษกำจัดแมลง สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นสาเหตุให้เกิดการทำลาย สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติจนเกิดสูญพันธุ์

(3.5) ปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิต การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรโลก ส่งผลให้ความต้องการของประชากรเพิ่มขึ้นด้วยในขณะที่ทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัด ก่อให้เกิดการแข่งขันในสังคมและเกิดปัญหาด้านศีลธรรมและจริยธรรม รวมทั้งปัญหาทางสังคมต่างๆ เช่น ขาดการศึกษา สุขภาพอนามัยไม่ดี ขาดแคลนที่อยู่อาศัย ปัญหาการว่างงาน เป็นต้น

(3.6) ปัญหาความขัดแย้งทางการเมืองระหว่างประเทศ ตัวอย่างเช่น การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรในทวีปยุโรป เป็นแรงผลักดันให้รัฐบาลบางประเทศจำเป็นต้องมีนโยบายระบายประชากรออกนอกประเทศ โดยสนับสนุนให้มีการตั้งถิ่นฐานในดินแดนโพ้นทะเลและเพื่อแสวงหาอาณานิคมและทรัพยากรธรรมชาติมากขึ้น ก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างประเทศและนำไปสู่การเกิดสงคราม

2. ประเภทของปัญหาสุขภาพอนามัยของคนไทย

ปัญหาด้านสุขภาพอนามัย มีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ของประชาชน และบริการด้านอนามัยและสาธารณสุขของรัฐยังไม่เพียงพอ พื้นฐานในปัญหาด้านสาธารณสุขและอนามัยของประเทศไทย คือ ความยากจนและขาดการศึกษาของประชาชน (www.realize.mind.htm. เข้าถึงเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2552)

ในศตวรรษที่ 21 สิ่งท้าทายใหม่ๆ ทางสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมไทยที่กำลังปรากฏให้เห็นคือ ความรวดเร็วของการสูงอายุของประชากร การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของโรคจากปัญหาโรคติดต่อที่เป็นปัญหาหลักทางสุขภาพมาเป็นโรคไม่ติดต่อ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้พิการและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ การขยายตัวของเขตเมืองอย่างรวดเร็ว การเคลื่อนย้ายถิ่นฐาน ผู้หญิงประกอบอาชีพมากขึ้น และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวจากครอบครัวขยายมาสู่ครอบครัวเดี่ยว ด้วยเหตุของการขยายตัวของเขตเมืองอย่างรวดเร็ว ซึ่ง

สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทำให้การพัฒนาระบบการส่งเสริมและการดูแลสุขภาพในพื้นที่เขตเมืองสมควรเป็นเป้าหมายแรกของการดำเนินการเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว (คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546, หน้า 28)

สรุปได้ว่า ปัญหาของสุขภาพอนามัยของคนไทย ขึ้นอยู่กับการขาดความรู้ด้านการอนามัยและสาธารณสุข อีกทั้งปัญหาความยากจน ขาดการศึกษา อีกทั้งการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร การขยายตัวของชุมชนเมือง การย้ายถิ่น ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับโรคติดต่อ ซึ่งไม่สามารถจะระงับหรือป้องกันได้ทัน จึงก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพอนามัยของคนไทย

3. การแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของคนไทย

ประกอบ คูจินดา (2552, หน้า 2-5) กล่าวว่า ใน พ.ศ.2518 สมัชชาอนามัยโลกได้พิจารณาเห็นว่า การแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชากรในโลกในระยะต่อไปควรจะใช้การดำเนินงานทางสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) ซึ่งมีหลักการที่มีการนำเอาทรัพยากรของท้องถิ่นมาใช้ให้มากที่สุด และให้มีการร่วมมือวางแผนในการดำเนินงาน นอกจากนี้จำเป็นต้องมีการผสมผสานระหว่างแผนงานด้านสาธารณสุขกับแผนงานด้านอื่นๆ เช่น การเกษตรและการศึกษา ในการพัฒนาชนบทเป็นส่วนรวม ตลอดจนให้มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในราคาประหยัด และเป็นที่ยอมรับของฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานสาธารณสุขในประเทศไทยที่ผ่านมาแม้ว่าจะสามารถลดอัตราป่วยและตายของประชากรต่ำกว่าที่เป็นมาในอดีต แต่การบริการสาธารณสุขยังไม่ครอบคลุมประชากรได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทซึ่งมีประชากรอยู่ถึงร้อยละ 80 ของประเทศ ในปัจจุบันประชาชนในชนบทยังอยู่ในฐานะยากจน สภาวะทางโภชนาการ การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการอนามัยครอบครัวยังไม่ดีพอ อีกทั้งการได้รับความรู้ในทางสุขภาพและการบริการให้ภูมิคุ้มกันโรค ยังไม่กว้างขวางทั่วทั้งประเทศ

มติที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกเมื่อ พ.ศ.2518 ได้เสนอแนะว่า การแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชากรในโลกในระยะต่อไป ควรจะใช้การดำเนินงานทางสาธารณสุขมูลฐานเป็นมาตรการสำคัญ ในปี พ.ศ. 2520 สมัชชาอนามัยโลกจึงได้มีมติให้ตั้งเป้าหมายทางสังคมไว้ว่า “เมื่อถึงปี พ.ศ. 2543 ประชากรทุกคนในโลกจะมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั่วถึงกัน ในระดับซึ่งสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข” ประเทศไทยในฐานะที่เป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลกก็ได้ใช้ความพยายามที่จะดำเนินการตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกดังกล่าวแล้ว

นอกจากนี้ รัฐบาลของประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ภายใต้อาณัติช่วยเหลือ ขององค์การอนามัยโลก ได้ใช้ความพยายามในอันที่จะยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชนในแต่ละชาติให้ดีกว่าที่เป็นอยู่ ทั้งนี้โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดของแต่ละประเทศในการพัฒนาและในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชน ตลอดจนระดมสรรพกำลัง

ร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิกในภูมิภาค ซึ่งมีปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญคล้ายคลึงกัน และได้มีการเสนอ "กฎบัตรเพื่อพัฒนาการทางสุขภาพ" อันเป็นหลักการและแนวทางสำหรับประเทศสมาชิกที่จะวางแผนและดำเนินการร่วมกันต่อไป ซึ่งรัฐบาลไทยโดยนายกรัฐมนตรีก็ได้ลงนามในกฎบัตรดังกล่าวแล้ว เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2523

ระบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีหลักการที่ทำให้มีการนำเอาทรัพยากรของท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ และให้มีการร่วมมืออย่างใกล้ชิดโดยประชาชนนั้น เป็นสิ่งที่แทรกซึมอยู่ในสังคมไทยมานานแล้ว เพราะคนไทยเราให้ความสำคัญในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันแพทย์ประจำตำบลก็ดี หมอตำแยก็ดี เป็นเรื่องที่มีมาในอดีต ก่อนที่จะมีการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้สื่อข่าวสาธารณสุข เพื่อปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในแบบฉบับของการช่วยเหลือกันเองภายในหมู่บ้าน

การดำเนินงานในโครงการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย ได้เน้นหนักในเรื่องการขยายบริการขั้นพื้นฐาน ให้ครอบคลุมประชากรในทุกท้องที่ นับแต่การให้สุศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัย รวมทั้งวิธีการป้องกันและควบคุมปัญหาเหล่านั้น การส่งเสริมในเรื่องอาหารและโภชนาการ การจัดหาน้ำดื่มน้ำใช้ที่ปลอดภัยการจัดให้มีการสุขาภิบาลเบื้องต้น การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและควบคุมโรคที่แพร่หลายอยู่ในท้องถิ่น การรักษาโรคและบาดแผลที่พบบ่อยๆ ตลอดจนการจัดหายาที่จำเป็นเพื่อบำบัดรักษาโรคทั้งนี้โดยให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขปฏิบัติงานในชุมชนอย่างใกล้ชิด และให้มีการผสมผสานระหว่างงานสาธารณสุขกับงานพัฒนาชนบทอื่นๆ เป็นส่วนรวมควบคู่กันไป ตลอดจนให้มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในราคาประหยัดและเป็นที่ยอมรับของฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เป้าหมายระยะยาวกำหนดว่า จะให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมแล้วหมู่บ้านละ 1 คน และมีผู้สื่อข่าวสาธารณสุขหมู่บ้านละ 10 คน ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนบริการสาธารณสุขมูลฐานและช่วยให้ประชาชนในตำบลหมู่บ้านได้รับการดูแลโดยทั่วถึง

พันธกิจสำคัญ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) คือ เรื่องการพัฒนาคนให้มีคุณภาพ มีคุณธรรมโดยอาศัยปัจจัยพื้นฐานที่ประกอบด้วยสภาวะครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง เศรษฐกิจที่เข้มแข็งและเป็นธรรมากิบาล และสังคมประชาธิปไตยที่มีธรรมากิบาล (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2550)

ประวัติความเป็นมา และบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. ประวัติ ความเป็นมา

อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดขึ้นจากการที่กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะให้ประชาชนได้รับการบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและพัฒนาสาธารณสุข จึงได้นำ “การสาธารณสุขมูลฐาน” มาเป็นกลวิธีในการพัฒนาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) เป็นต้นมา โดยสนับสนุนให้มีการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศและส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเอง อันเป็นการสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง ซึ่งตัวจักรสำคัญในการดำเนินงาน คืออาสาสมัครสาธารณสุข ในระยะเริ่มต้น การคัดเลือกและอบรมอาสาสมัคร ดังกล่าวแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต่อมาในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการบูรณาการและพัฒนามาบทบาทของอาสาสมัครทั้ง 2 ประเภทให้มีเพียงประเภทเดียวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งปัจจุบันมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กว่า 850,000 คน ทั่วประเทศทั้งในเขตเมืองและชนบท

ศูนย์ฝึกอบรม และพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน (สมบูรณ อื่นสุนทร, 2545, หน้า 42) กล่าวว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับการอบรมให้มีความรู้ด้านสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง จนมีความรู้ความสามารถที่จะดูแลสุขภาพประชาชนด้วยตนเอง และทำหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพได้ อาสาสมัครสาธารณสุข สามารถจำแนกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

(1) อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ภูมิภาค ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ส่วนภูมิภาคทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง รวมถึงเมืองพัทยา เรียกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

(2) อาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เรียกชื่อย่อว่า อสส.

(3) อาสาสมัครสาธารณสุขของหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่ผ่านการอบรมตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (อสม.กฟผ.)และอาสาสมัครสาธารณสุขชนสงฆ์มวลชน (อสม.ขสมก.ฯลฯ)

(4) อาสาสมัครสาธารณสุขกิตติมศักดิ์ ได้แก่ บุคคลผู้ทำคุณประโยชน์หรือสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

มนัสศรี ไพบุลย์ศิริ (2545, หน้า 15-18) กล่าวว่า อาสาสมัครสาธารณสุข มีบทบาทในการนำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนเป็นตัวกลางในการเปลี่ยนแปลง (change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยมีบทบาทหน้าที่ดังนี้ คือ

(1) เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่างๆ แล้วจดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

(2) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและการสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพหญิงอวกและฟัน การดูแลส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุอุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย เป็นต้น

(3) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้วและการจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคล็ดอื่น ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

(4) หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ศูนย์ส่งเสริมสาธารณสุขชุมชน โดยมีกิจกรรมที่ดำเนินการ ซึ่งได้แก่

(4.1) จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน

(4.2) ถ่ายทอดความรู้ และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน

(4.3) ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่

(4.3.1) การโภชนาการ (nutrition)

(4.3.2) การสุขศึกษา (education)

- (4.3.3) การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการจัดหา^๑น้ำสะอาด (water supply and sanitation)
- (4.3.4) การควบคุมโรคประจำถิ่น (surveillance for local disease control)
- (4.3.5) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (immunization)
- (4.3.6) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น (simple treatment)
- (4.3.7) การจัดหายาที่จำเป็นไว้ในชุมชน (essential drugs)
- (4.3.8) การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว (maternal and child health and family planning)
- (4.3.9) การสุขภาพจิต (mental health)
- (4.3.10) การทันตสาธารณสุข (dental health)
- (4.3.11) การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย (environmental health)
- (4.3.12) การคุ้มครองผู้บริโภค (consumer protection)
- (4.3.13) การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ (accident and non-communicable disease control) และ
- (4.3.14) การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (AIDS)

(5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน การเฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็กโดยการติดตามหญิงมีครรภ์ ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด และให้บริการชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และตรวจสุขภาพตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนดและเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

(6) เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผน แก้ปัญหาและพัฒนาชุมชนโดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุขหรือจากแหล่งอื่นๆ

(7) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่างๆ

(8) คุณเลขาธิการโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนาสาธารณสุขของหมู่บ้าน

จากที่กล่าวมาสามารถสรุป ประวัติความเป็นมา บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุข เกิดขึ้นจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการให้ประชาชนได้รับการดูแลในด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง ทั้งยังให้ความสำคัญกับประชาชนได้มีส่วนร่วมในการเป็นตัวแทนในการสื่อสาร ให้คำแนะนำ วางแผน และพัฒนา ในด้านสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ชุมชน และหมู่บ้านของตนเองในปัจจุบัน

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2536 อ้างถึงใน นงลักษณ์ ณ บางช้าง, 2548, หน้า 29) ให้รายละเอียดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไว้ดังนี้

(1) จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน

พื้นที่ชนบท : อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

พื้นที่เขตเมือง : เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มีอาสาสมัคร

: เขตชุมชนแออัด อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน ต่อ 20-30

หลังคาเรือน

: เขตชุมชนชานเมือง อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน ต่อ 8-15

หลังคาเรือน

ดังนั้นในชุมชนหนึ่งๆ จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้นๆ โดยทั่วไปจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประมาณ 10-20 คนต่อหมู่บ้าน

(2) คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(2.1) เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวก หรือคุ้มบ้านให้การยอมรับและนับถือ

(2.2) สมัครงใจและเต็มใจช่วยชุมชนด้วยความเสียสละ

(2.3) มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำในชุมชนไม่ย้ายถิ่นในเวลา 1-2 ปี) และมีความคล่องตัวในการประสานงาน

(2.4) อ่านออก เขียนได้

(2.5) เป็นตัวอย่างที่ดีในการพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาชุมชน

(2.6) ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ภิภษุ หรือแพทย์ประจำตำบล

(3) การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ใช้วิถีทางประชาธิปไตย โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

(3.1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดประชุมคณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำอื่นๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบทบาทหน้าที่ของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) แล้วมอบหมายให้คณะกรรมการหมู่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำเป็นคณะกรรมการในการดำเนินการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(3.2) แบ่งละแวกหรือคุ้มบ้าน คุ้มละ 8-15 หลังคาเรือน หากละแวกหรือคุ้มบ้านใดมีอาสาสมัครสาธารณสุขผู้สูงอายุแล้วให้สอบถามความสมัครใจ และหากอาสาสมัครสาธารณสุขผู้สูงอายุที่มีอยู่แล้วสมัครใจ ก็ให้คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำละแวกหรือคุ้มบ้านนั้น แต่ถ้าหากในละแวกหรือคุ้มบ้านนั้น ไม่มีผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ก็ให้หาผู้สมัครใจและมีคุณสมบัติครบคัดเลือกเข้ารับการอบรม ในกรณีที่มีผู้สมัครใจเกินกว่า 1 คน ให้คณะกรรมการผู้ดำเนินการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดำเนินการจัดประชุมหัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทนครอบครัว เพื่อลงมติ หาเสียงส่วนใหญ่ คัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำละแวกหรือคุ้มบ้านนั้น

(4) การขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สถานภาพของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือกและผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐาน และกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ ส่วนการออกบัตรประจำตัวนั้น เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อบรมครบตามหลักสูตร การขึ้นทะเบียน อายุบัตรและสิทธิ เป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2536, หน้า 7)

วาระการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตร โดยการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน

(5) การฟื้นฟูสภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(5.1) ฟื้นฟูสภาพตามวาระ

(5.2) ตาย

(5.3) ย้ายที่อยู่

(5.4) ลาออก

(5.5) ประชาชนลงมติให้ฟื้นฟูสภาพ

สรุปได้ว่า คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือต้องเป็นประชาชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนนั้น โดยไม่ได้ย้ายถิ่น ไม่ต่ำกว่า 1-2 ปี โดยบุคคลนั้น ต้องมีความเต็มใจในการเสียสละ อีกทั้งยังเป็นที่ยอมรับนับถือของชาวบ้าน ที่สำคัญต้องมีเวลาที่จะช่วยเหลือชุมชนและเป็นตัวอย่างที่มีในการพัฒนาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ส่วนการคัดเลือกก็ใช้วิถีทางประชาธิปไตย โดยการลงมติด้วยเสียงส่วนใหญ่ ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีวาระในการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี ส่วนการฟื้นฟูสภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ ฟื้นฟูสภาพตามวาระ ตาย ย้ายที่อยู่ ลาออก และประชาชนลงมติให้ฟื้นฟูสภาพ

สาระสำคัญของหลักสูตรมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2536, หน้า 8) กล่าวถึง การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ว่า หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข เปลี่ยนแปลงเจตคติ และมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

หลักสูตรมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พุทธศักราช 2550 หน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ กระทรวงสาธารณสุข

1. คุณสมบัติของผู้เรียน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในหมู่บ้าน/ชุมชนพื้นที่เป้าหมาย จะต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติดังนี้

1.1 ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ยังมีได้ผ่าน การอบรม

1.2 ผู้ที่เป็นยังคงสภาพเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. หลักการ

2.1 เป็นหลักสูตร เพื่อพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรู้พื้นฐานและความชำนาญเฉพาะด้าน มีคุณธรรม บุคลิกภาพ และเจตคติที่เหมาะสม สามารถทำหน้าที่ได้ตรงตามความต้องการของพื้นที่ และชุมชน สอดคล้องกับนโยบายเศรษฐกิจพอเพียงทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ

2.2 เป็นหลักสูตรที่เปิดโอกาสให้ฝึกอบรมได้อย่างกว้างขวาง เน้นความรู้ ความเข้าใจ ความชำนาญด้วยการปฏิบัติจริง สามารถจัดฝึกอบรมได้ตามศักยภาพ และโอกาสของผู้เรียน (อสม.)

2.3 เป็นหลักสูตร ที่สนับสนุนการประสานความร่วมมือในการจัดการฝึกอบรมระหว่างหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชน

2.4 เป็นหลักสูตรที่เปิดโอกาสให้ชุมชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการปรับหลักสูตรให้ตรงตามความต้องการและสอดคล้องกับชุมชนและท้องถิ่น

3. จุดมุ่งหมาย

3.1 เพื่อผลิตและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้มีความรู้ ทักษะ และความสามารภในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) นำไปปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างสรรค์ความเจริญต่อชุมชน ท้องถิ่น และประเทศชาติ

3.3 เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีบุคลิกภาพ มีมนุษยสัมพันธ์ มีคุณธรรม จริยธรรม และวินัยในตนเอง มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ เหมาะสมกับงานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

3.4 เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ตระหนักและมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของทรัพยากรมนุษย์ในชุมชนและท้องถิ่น มีความรักท้องถิ่น สำนึกในความเป็นไทย เสียสละเพื่อส่วนรวม

4. ปรัชญาของหลักสูตร

หลักสูตรมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปี2550 นี้ มุ่งหวังให้ทุกหน่วยงานทุกองค์กรที่ต้องการผลิตและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้มีความรู้ ทักษะ และความสามารภในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน สามารถนำไปใช้ได้ไม่จำกัดเฉพาะในแวดวงนักวิชาการหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น อีกทั้งมุ่งแผ่กระจายฐานการสอนออกไปนอกกระทรวงสาธารณสุขให้มากที่สุด พร้อมทั้งสร้างกระบวนการให้ผู้ทรงคุณวุฒิมีส่วนร่วมจัดกระบวนการเรียนการสอน ด้วยการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขและองค์กรเอกชน (NGOs) ที่จะทำหน้าที่เป็นครู เพื่อพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนแต่ละที่แต่ละแห่งเท่าที่จะสามารถทำได้ อันมุ่งให้ประชาชน/ ชุมชนพึ่งตนเอง

5. มาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข

5.1 สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่

5.2 สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการเฝ้าระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย

5.3 สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน

5.4 สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคม ให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสถานะแวดล้อมของสังคม

5.5 สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมีผลต่อการจัดหรือลดปัญหาทางสุขภาพ

5.6 สามารถสร้างจิตสำนึกของประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ

5.7 สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน

สรุปได้ว่า หลักสูตรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นหลักสูตรการฝึกอบรมที่ทำให้ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะ ทักษะ และความสามารถในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของทรัพยากรมนุษย์ในชุมชนท้องถิ่น และ เพื่อสร้างสรรค์ความเจริญให้กับชุมชนท้องถิ่น และประเทศชาติ

แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท

1. ความหมายของบทบาท มีผู้ให้ความหมายของบทบาทไว้ต่างๆ กันดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2542 (2542, หน้า 453) ได้ให้ความหมายว่า บทบาท (role) หมายถึง การกระทำหน้าที่ที่กำหนดไว้ เช่น บทบาทของพ่อแม่ บทบาทของครู

เลวินสัน (Levinson อ้างถึงใน ตำราญ ดันเรื่องศรี, 2530, หน้า 8) ได้กล่าวความหมายของบทบาทไว้ 3 ประการ ดังนี้ 1) บทบาท หมายถึง ปทัสถาน ความมุ่งหวัง ข้อห้าม ความรับผิดชอบ และอื่นๆ ที่มีลักษณะในตนเองเดียวกัน ซึ่งผูกพันอยู่กับตำแหน่งทางสังคมที่ให้คำนิยามถึงบุคคลน้อยที่สุด แต่มุ่งไปถึงการชี้บ่งถึงหน้าที่อันควรกระทำ 2) บทบาท หมายถึง การกระทำของบุคคล แต่ละคนที่กระทำ โดยให้สัมพันธ์กับ โครงสร้างทางสังคม หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า

แนวทางอันบุคคลพึงกระทำเมื่อตนดำรงตำแหน่งนั้นๆ นั่นเอง 3) บทบาท หมายถึง ความเป็นไปของบุคคลผู้ดำรงตำแหน่งที่คิดและกระทำเมื่อดำรงตำแหน่งนั้น

งามพิศ สัตย์สงวน (2532, หน้า 10) ให้ทัศนะว่า บทบาทคือพฤติกรรมที่คาดหวังสำหรับผู้ที่อยู่ในสภาพต่างๆ ว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร เป็นบทบาทที่คาดหวังโดยกลุ่มคนหรือสังคม เพื่อให้ผู้สัมพันธ์มีการกระทำระหว่างกันทางสังคมได้ รวมทั้งสามารถคาดการณ์พฤติกรรมที่จะเกิดขึ้น

ธนพร คล้ายกัน (2541, หน้า 9) ให้ความหมายว่า บทบาทเป็นการกระทำหรือแบบแผนของพฤติกรรมต่างๆ ตามสิทธิ อำนาจ หน้าที่ ความรับผิดชอบ ของสถานภาพทางสังคมของบุคคล

ธีระวุฒิ เจริญราษฎร์ (2542, หน้า 27) ให้ความหมายของบทบาทว่า หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตามเงื่อนไขและสิทธิต่างๆตามตำแหน่งนั้นๆตามความคาดหวังของตนเองและบุคคลภายนอก

พระวิวัฒน์ ทาวัน (ธम्मสุนทร) (2551, หน้า 34) หมายถึง การปฏิบัติตัวหรือการแสดงออกที่บุคคลได้ปฏิบัติตามสิทธิหน้าที่และสถานภาพของตน และความคาดหวังของบุคคลอื่น ทั้งนี้บทบาทอาจไม่เป็นไปตามความคาดหวังก็ได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่มาเกี่ยวข้องด้วย

สรุปได้ว่าบทบาท หมายถึง พฤติกรรมของคนที่เกิดขึ้น โดยตำแหน่งหน้าที่ รับผิดชอบ จะด้วยตั้งใจ หรือถูกบังคับ เสมือนเป็นพฤติกรรมแอบแฝง ดังนั้นพฤติกรรมของแต่ละคน จะแสดงบทบาทได้หลายบทบาท เพื่อให้สอดคล้องกับสถานภาพทางสังคมซึ่งได้ดำรงอยู่

2. บทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริง

ได้มีนักวิชาการหลายท่าน ให้ความหมายของบทบาทที่คาดหวัง และบทบาทที่เป็นจริงไว้ดังนี้

โคเฮน (Cohen, 1987, p. 22 อ้างถึงใน พระครูนิวฐรราช (นิมิต จนทรสี) กลิ่นดอกแก้ว, 2549) ได้ให้คำอธิบายเรื่องบทบาทไว้ว่า การที่สังคมได้กำหนดเฉพาะเจาะจงให้เราปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทใดบทบาทหนึ่งนั้นเรียกว่า เป็นบทบาทที่ถูกกำหนด (prescribed role) ถึงแม้ว่าบุคคลบางคนจะไม่ได้ประพฤติปฏิบัติตามบทบาทที่คาดหวังโดยผู้อื่น เรายังคงยอมรับว่าจะต้องปฏิบัติไปตามบทบาทที่สังคมกำหนดให้ ส่วนบทบาทที่ปฏิบัติจริง (enacted role) เป็นวิธีการที่บุคคลได้แสดง หรือปฏิบัติออกมาจริงตามตำแหน่งของเขา ความไม่ตรงกันของบทบาทที่ถูกกำหนดกับบทบาทที่ปฏิบัติจริงนั้น อาจมีสาเหตุมาจาก 1) บุคคลขาดความเข้าใจในส่วนของบทบาทที่ต้องการ (lack of understanding) 2) ความไม่เห็นด้วย (not to conform) หรือไม่ลงรอยกับบทบาทที่ถูกกำหนด 3) บุคคลไม่มีความสามารถ (inability) ที่จะแสดงบทบาทนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แสวง รัตนมงคลมาส (2536, หน้า 26) ได้จำแนกลักษณะของบทบาทไว้ 5 ประการ ดังนี้ 1) บทบาทในอุดมคติ (ideal role) หมายถึง บทบาทที่ควรจะเป็นไปตามอุดมคติ อุดมการณ์ หรือหลักการในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง 2) บทบาทที่เป็นจริง (actual role) หมายถึง ข้อเท็จจริงในค่านิจกรรมหรือผลงานที่ได้ปฏิบัติจริง 3) บทบาทที่รับรู้ (percieved role) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจในหน้าที่ความรับผิดชอบหรือภารกิจของตนว่าควรเป็นอย่างไร 4) บทบาทที่คาดหวัง (expecting role) หมายถึง บทบาทที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมุ่งหวังต้องการให้อีกฝ่ายหนึ่งประพฤติปฏิบัติ 5) บทบาทที่ถูกคาดหวัง (expected role) หมายถึง การที่ฝ่ายหนึ่งถูกคาดหวังจากอีกฝ่ายหนึ่งว่า ต้องประพฤติปฏิบัติอย่างไรจึงจะเป็นไปตามคาดหวังของอีกฝ่ายหนึ่ง ความคาดหวัง (expectation) ในความหมายของ เมอร์เรย์ (Henry A. Murray) หมายถึง ระดับผลงานที่บุคคลกำหนดหรือคาดหวังว่าจะทำได้ และความคาดหวังนั้นเป็นระดับที่บุคคลปรารถนาจะไปให้ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ในการทำงานแต่ละครั้ง ส่วนทฤษฎีความคาดหวังของ วูม (Expectancy Theory) เป็นทฤษฎีที่พยายามคาดการณ์หรืออธิบายถึง ระดับกำลังกายกำลังใจที่บุคคลอุทิศให้กับงาน ทฤษฎีนี้เชื่อว่า แรงจูงใจในการทำงานของบุคคลถูกกำหนดโดยความเชื่อของบุคคลในส่วนที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความพยายามและผลงาน และการเห็นความสำคัญของผลลัพธ์ต่างๆ ที่ได้จากความพยายามในระดับต่างๆ กัน

นงลักษณ์ ณ บางช้าง (2548, หน้า 14) กล่าวว่า บทบาทที่เป็นจริง (actual role) เป็นบทบาทที่อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน แสดงออกหรือปฏิบัติจริงตามภารกิจและบทบาทที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ในแต่ละองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานและบทบาทหน้าที่ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในชุมชน สำหรับบทบาทที่คาดหวัง (expected role) เป็นบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานและบทบาทด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามที่สังคมและเครือข่ายคาดหวังว่าอาสาสมัครสาธารณสุข จะได้ทำหน้าที่รวมถึงเป็นศูนย์กลางการประสาน เพื่อให้เกิดผลงานด้านการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนให้เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

ทิตยา สุวรรณชฎ (อ้างถึงใน พระวิวัฒน์ ทาวัน (ชมมสุนทร), 2551, หน้า 35) ได้จำแนกบทบาทออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) บทบาทที่เป็นจริง หมายถึง บทบาทของผู้ดำรงตำแหน่งในสังคมจะต้องปฏิบัติซึ่งกำหนดโดยผู้ดำรงตำแหน่งนั้นนำเอาบทบาทที่คาดหวังไปแปล เพื่อปฏิบัติตามอำนาจนั้น บทบาทที่เป็นจริงและบทบาทที่คาดหวังจะใกล้เคียงกันเพียงใด ขึ้นอยู่กับความสามารถในการแปลความหมายของบทบาทที่คาดหวังและสิ่งแวดล้อมจะเป็นข้อคิดและสิ่งเกื้อกูลที่สำคัญ 2) บทบาทที่คาดหวัง หมายถึง บทบาทของผู้ดำรงตำแหน่งในสังคม ควรจะปฏิบัติซึ่งกำหนดโดยการอบรม สั่งสอน แนะนำ หน้าที่ความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายไว้

สรุปว่าบทบาทที่คาดหวัง นั้นเป็นสิ่งที่ทั้งตนเองและสังคมเป็นผู้กำหนดให้แสดงพฤติกรรมนั้นๆ ส่วนบทบาทที่เป็นจริงนั้นคือบทบาทที่เกิดจากปฏิบัติจริง ซึ่งเป็นไปตามสามัญสำนึก หรืออุดมคติตามกิจกรรมหรือผลงานที่รับผิดชอบ

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

สาธารณสุขอำเภอบางบ่อ ได้จัดทำแผนงานและโครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ห้องปฏิบัติการส่วนตำบลในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ได้ดำเนินงานตามโครงการ ดังต่อไปนี้ (งานสาธารณสุข, 2553, หน้า 20)

ตารางที่ 2.1 รายละเอียดโครงการตามแผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2552-2553 ของสาธารณสุขอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

ลำดับที่	ตำบลในเขตอำเภอบางบ่อ	แผนงานและโครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบล อำเภอบางบ่อ
1.	บางบ่อ	-โครงการสนับสนุนสาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 1 - 6 -โครงการตรวจคัดกรองค้นหาหามะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก -โครงการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม
2.	บ้านระกาศ	-โครงการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ประจำปี 2553
3.	บางพลีน้อย	-โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีสุขภาพ
4.	บางเพ็ญ	-โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก -โครงการออกหน่วยเคลื่อนที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า
5.	คลองด่าน	-โครงการรณรงค์หยอดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ -โครงการอบรมพัฒนาทักษะชีวิตให้นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อจัดการกับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงกับยาเสพติดและโรคเอดส์
6.	คลองสวน	-โครงการฝึกสอนกีฬาภาคฤดูร้อนด้านยาเสพติด ประจำปี 2552

ตารางที่ 2.1 รายละเอียดโครงการตามแผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2552-2553 ของสาธารณสุข
อำเภอบางป่อ จังหวัดสมุทรปราการ (ต่อ)

ลำดับที่	ตำบลในเขตอำเภอบางป่อ	แผนงานและโครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบล อำเภอบางป่อ
7.	เปรี๊ญ	- อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการส่งเสริมและพัฒนาครอบครัว สนับสนุนโครงการร่วมใจด้านภัยเอดส์
8.	คลองนิมมาตรา	- โครงการเฝ้าระวังโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง - สนับสนุนโครงการตรวจคัดกรองค้นหาหามะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก

ที่มา : งานสาธารณสุข, 2553, หน้า 21)

ผลการดำเนินงานตามโครงการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตอำเภอบางป่อ จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งพบว่าตำบลต่างๆ ได้ดำเนินการในปีงบประมาณ 2552-2553 มีโครงการที่คล้ายคลึงและแตกต่างกัน สรุปได้ดังนี้

1. โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้ผล ดังนี้

พบว่า ปัจจุบัน ไม่มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอบางป่อ มีความรู้ ความเข้าใจ และดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยสร้างความรู้ ความเข้าใจ และให้คำแนะนำแก่ประชาชน อีกทั้งมีทักษะในด้านการปฏิบัติการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างสม่ำเสมอ ทำให้อัตราการเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ลดน้อยลง

2. โครงการออกหน่วยเคลื่อนที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ได้ผล ดังนี้

ไม่ปรากฏว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ในเขตอำเภอบางป่อ เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอบางป่อ มีความตื่นตัวและเห็นความสำคัญของโรคพิษสุนัขบ้า เนื่องจากโรคพิษสุนัขบ้าสามารถทำให้ประชาชนเสียชีวิตได้ จึงมีบริการให้นำสุนัขและแมวที่ครอบครองไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และฉีดฮอร์โมนคุมกำเนิดสุนัขและแมว อีกทั้งยังร่วมรณรงค์นำวัคซีนไปฉีดให้แก่สุนัขและแมวจรจัดอย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้อัตราการเกิดโรคพิษสุนัขบ้า และแมว มีไม่เกิน 10 % ส่วนจำนวนสุนัขและแมวจรจัด ลดจำนวนลงมากอย่างเห็นได้ชัดเจน

3. โครงการณรงค์หยอดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ได้ผล ดังนี้

ไม่พบเด็กที่ติดเชื้อ โปลิโอ พิการ หรือเสียชีวิตในเขตอำเภอบางบ่อ เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอบางบ่อ ตระหนักถึงปัญหาของโรคโปลิโอ ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสโปลิโอ ที่มักพบในเด็ก ทำให้เป็นอันตรายถึงพิการและเสียชีวิต ดังนั้น จึงร่วมรณรงค์ในการหยอดวัคซีนให้เด็กไทยที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี และเด็กต่างด้าวที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ทุกคนจนครบตามกำหนด

4. โครงการอบรมพัฒนาทักษะชีวิตให้นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ได้ผล ดังนี้

พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอบางบ่อได้มีส่วนร่วมในการปลูกฝังค่านิยมพื้นฐานในครอบครัว รวมทั้งเจตคติที่ถูกต้องในการจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดและติดเชื้อเอดส์ของเยาวชน เพื่อให้เยาวชนได้รู้จักถึงพิษภัยของสารเสพติด และโรคเอดส์ รวมทั้งมีวิธีการที่ดีในการป้องกันแก้ไขปัญหา และสามารถนำความรู้ไปใช้ในวิถีชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องไม่เป็นปัญหาทั้งในครอบครัวและประเทศ

5. โครงการเฝ้าระวังโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้ผล ดังนี้

ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มผู้ป่วยได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลทุกคน เนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอบางบ่อ สามารถให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของกลุ่มผู้ป่วย อีกทั้งยังคอยสำรวจตรวจติดตามประชาชนผู้มีภาวะเสี่ยงต่อโรคอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

6. โครงการตรวจคัดกรองคั่นหามะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก ได้ผล ดังนี้

หญิงกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม จากความรู้ ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอบางบ่อ ซึ่งสามารถให้คำแนะนำในการปฏิบัติของประชาชน เพื่อให้มีความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และรู้อาการเริ่มต้นของมะเร็งปากมดลูก

7. โครงการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม ได้ผล ดังนี้

ประชาชนในเขตอำเภอบางบ่อ มีร่างกายแข็งแรง เนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอบางบ่อ มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถแนะนำประชาชนในพื้นที่ให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย และชะลอการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บก่อนวัยอันควร ทั้งด้านการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การออกกำลังกายและการพักผ่อนหย่อนใจ หรือนันทนาการ

8. อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการส่งเสริมและพัฒนาครอบครัว สนับสนุนโครงการ
ร่วมใจต้านภัยเอดส์ ได้ผล ดังนี้

ไม่พบบุคคลที่มีภูมิถ่านาอยู่ในเขตอำเภอบางบ่อเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ เนื่องจาก
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอบางบ่อ ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการในเรื่อง
ของการส่งเสริมสายใยของความรักและห่วงใยในครอบครัว เพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการนอกใจ
ของคนรัก เพื่อห่างไกลโรคเอดส์ รวมทั้งมีวิธีการที่ดีในการแก้ไขปัญหา และสามารถนำความรู้ไป
ใช้ในชีวิตรประจำวันได้อย่างถูกต้องไม่เป็นปัญหาทั้งในครอบครัวและสังคม

9. โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีสุขภาพ ได้ผล ดังนี้

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับการอบรมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
เป็นผลให้ เกิดเครือข่ายประชาคมสุขภาพ เป็นการจัดองค์กรทางสังคมแบบใหม่ ที่รวมตัวร่วมคิด
ร่วมทำในเชิงสร้างสรรค์ ไม่เน้นการสั่งการเป็นลำดับชั้น มีความเอื้ออาทรต่อกัน โดยมีจิตสำนึก
สาธารณะเป็นสิ่งที่ช่วยหล่อหลอมให้เกิดการรวมตัว เป็นเครือข่ายที่กว้างขวางขึ้น เพื่อเคลื่อนไหว
ทางสังคมในด้านการแก้ปัญหาและพัฒนาสุขภาพของสังคมได้

10. โครงการสนับสนุนสาธารณสุขมูลฐาน ได้ผล ดังนี้

โครงการสนับสนุนสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกระบวนการพัฒนาความรู้ ด้วยทักษะ
และการปฏิบัติจริง สำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงพบว่า มีผู้สนใจในเรื่อง
สุขภาพ เกิดขึ้น เช่น กลุ่มสมุนไพร กลุ่มรักสุขภาพ กลุ่มจักรยานเพื่อสุขภาพ กลุ่มสื่อเพื่อสุขภาพ
 ฯลฯ และ ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มี
อาชีพเสริม สร้างรายได้ ที่มั่นคงให้แก่ครอบครัว ทำให้มีความสุข จึงเกิดกำลังใจในการทำงานด้วย
จิตอาสาอย่างเต็มภาคภูมิ

สรุป ผลจากการดำเนินโครงการต่างๆ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้ง 8
ตำบลในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ มีวัตถุประสงค์เหมือนกันคือ เพื่อเสริมสร้างให้
ประชาชน มีความตื่นตัว และเล็งเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคระบาด มีส่วนร่วมรณรงค์ใน
การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง อีกทั้งให้นำสุนัข และแมว ไปฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า
นอกจากนี้ยัง ได้รับความรู้ ความเข้าใจ ในการป้องกันโรคที่เกิดจากโรคประจำถิ่น รวมถึงได้เรียนรู้
วิธีการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม ซึ่งผลที่ได้รับจากโครงการดังกล่าว พบว่า
ประชาชนในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ มีพฤติกรรมด้านความสนใจและความร่วมมือ
ในการป้องกันโรค รวมทั้งประชาชนยังเกิดค่านิยม และเจตคติด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม รู้จัก
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง จนสามารถนำความรู้ความเข้าใจ
และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติในครอบครัวและเผยแพร่ให้ชุมชนด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัย พบเรื่องที่น่าสนใจ ดังต่อไปนี้

อัจฉรา ซาทิกานนท์ (2541, หน้า 29) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในศูนย์สาธารณสุขชุมชนเขตเมือง จังหวัดสมุทรสาคร” ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด คือการได้รับการนิเทศ ได้รับความรู้เพิ่มเติม ได้รับวัสดุอุปกรณ์ ได้รับสื่อต่างๆ และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่นกัน ในขณะที่ปัจจัยทางจิตลักษณะไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว ตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พบ 3 ตัว คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน การได้รับวัสดุอุปกรณ์ และระดับการศึกษา โดยตัวแปรทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 24.6

วชิรศักดิ์ เจริญศรี (2542, บทคัดย่อ) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสงขลา” ผลการศึกษา พบว่า 1) การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 76.3 2) ลักษณะส่วนบุคคลส่วนมากไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพหลัก ($p = .0000$) 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ร้อยละ 96.2 มีการยอมรับบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับที่สูง และการยอมรับบทบาทหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0283 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร้อยละ 88.7 91.9 และ ร้อยละ 57.4 มีความพึงพอใจในการสนับสนุนจากรัฐด้านการดำเนินงาน ด้านการส่งเสริมความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน และด้านการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจ ตามลำดับ แต่ความพึงพอใจในการสนับสนุนจากรัฐ ในด้านต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 5) ปัจจัยด้านชุมชน ซึ่งได้แก่ ระยะทางระหว่างหมู่บ้านกับ

สถานบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบ การมีกองทุนพัฒนาหมู่บ้าน และการมีส่วนร่วมของหมู่บ้าน
ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิไลวรรณ แซ่หว่า (2542, บทคัดย่อ) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยในการพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนในจังหวัดนครราชสีมา” โดยผลการวิจัยพบว่า 1) ประชาชนในจังหวัดนครราชสีมามีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และรายด้าน คือ ด้านการวิเคราะห์ปัญหา ด้านการปฏิบัติงาน และ ด้านการประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการวางแผนอยู่ในระดับน้อย 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า ของประชาชนในจังหวัดนครราชสีมาโดยรวม ได้แก่ ความคาดหวังเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับ การเคยได้รับการประชุมอบรมด้านสาธารณสุข การได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข เจตคติของประชาชนต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์เชิงนิมิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ อาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน การได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข มีความสัมพันธ์เชิงนิมิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า ของประชาชนในจังหวัดนครราชสีมาโดยรวม ได้แก่ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (Role) การเคยได้รับการประชุมอบรมด้านสาธารณสุข (Meet) อาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจ (Occu) 4) ความคาดหวัง เกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับ (Hope) ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงนิมิต มีอำนาจการพยากรณ์ ร้อยละ 35.20 และได้สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ ดังนี้ $Y = -.0262 + .1184 (Meet) + .3281 (Occu) + .2153 (Hope) + .6233 (Role)$ 5) ปัญหาอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน ในจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงาน เนื่องจากไม่ได้มีการประชุมชี้แจงหรือประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบอย่างทั่วถึง อีกทั้งการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นฝ่ายดำเนินการเอง ประชาชนไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน และการขาดแกนนำและงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ

สุจิตรา อุธวารยิ่ง (2544, หน้า 35) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดชัยนาท” โดยผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอิสระ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยพื้นฐานด้านสาธารณสุขมูลฐาน ปัจจัยด้านความรู้ในการปฏิบัติงาน และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ในการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาทเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และการ

สนับสนุนการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนการปฏิบัติงานในแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในภาพรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านการจัดทำแผนงบประมาณ ด้านความสามารถในการให้บริการ และด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการหาความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข และการสนับสนุนการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)

คุณทวี ก้องสมุทร (อ้างถึงใน สังคม สุภรัตนกุล, 2546, หน้า 35) ได้ศึกษาเรื่อง “การรับรู้บทบาทและการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนภาคกลาง 24 จังหวัด” ผลการศึกษาพบว่า อายุ สถานภาพสมรส และประสบการณ์เดิมที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ บทบาทและการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนภาคกลาง แต่การได้รับการยอมรับ การฝึกอบรม ทำให้มีการรับรู้บทบาทด้านวิชาการดีกว่าผู้ที่มิได้รับการฝึกอบรม การรับรู้บทบาทและการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก ทั้งรายข้อและรายด้านและรวมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

วรจิตร หนองแก (2548, หน้า 35) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น” ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ประสบการณ์เดิม ด้านสาธารณสุข ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่ง ที่สนใจต่อบทบาท ความคาดหวัง ประโยชน์ การได้รับข่าวสารทางด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากชุมชน สำหรับปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ได้แก่ การศึกษา อาชีพ วิธีการเข้าสู่ตำแหน่ง จำนวนแรงงานในครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในครั้งนี้คือ ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่ง ที่สนใจต่อบทบาทและการได้รับข่าวสารทางด้านสุขภาพ โดยทั้งสามปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 17.07 ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจริญปริมาณ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังมีปัญหา ด้านความรู้ที่จะปฏิบัติงานยังไม่เพียงพอ ปัญหาไม่มีเวลาพอ เพราะมีภาระทางครอบครัว และจำเป็นต้องออกไปประกอบอาชีพอื่นนอกหมู่บ้าน จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังคงมีปัญหาในหลายด้าน เช่น ปัญหาเกี่ยวกับการทำมาหากินทำให้ไม่

สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งได้ ปัญหาเพื่อนร่วมงานไม่ค่อยให้ความร่วมมือเท่าที่ควร ผู้นำท้องถิ่นบางคนยังไม่ให้การสนับสนุน ชาวบ้านไม่เข้าใจใน โครงการทำให้ไม่ให้ความร่วมมือ สถานที่ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บางแห่งยังไม่เป็นเอกเทศ หรือบางแห่งตั้งอยู่ห่างไกลจากย่านชุมชน ทำให้ชาวบ้านไม่ค่อยมารับบริการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเองยังขาดความรู้และทักษะด้านการบริหารจัดการ การติดตามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่ต่อเนื่อง และไม่ใช่นะบบ การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ยังล่าช้า สวัสดิการด้านการรักษาฟรี มีขั้นตอนยุ่งยาก ไม่สะดวก นอกจากนี้ยังพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บางส่วนต้องการมีค่าตอบแทนรายเดือนด้วย

นงลักษณ์ ฌ บางช้าง (2548, หน้า 98) ได้ทำการศึกษา เรื่อง “ความตระหนักในบทบาทการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข เทศบาลเมืองสมุทรสงคราม” ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขของเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม มีความตระหนักในบทบาทการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อแยกเป็นประเด็นอันดับแรก ได้แก่ การกระตุ้น/ชี้แนะให้ประชาชนรู้พิษภัยของโรค ไข้เลือดออก และ โรคไข้หวัดนก ที่อาจจะเกิดขึ้นในชุมชน การตั้งใจที่จะติดตามให้ผู้ปกครองนำเด็กไปรับวัคซีนตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข การยินดีให้บริการจัดหายา และจำหน่ายยาสามัญประจำบ้านในศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชนตามลำดับ เมื่อพิจารณากิจกรรมตามองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข มีความตระหนักในระดับมาก ได้แก่ กิจกรรมการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมโรคประจำถิ่นและการจัดหาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน

อุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (อ้างถึงใน คำรพ พงศ์อาทิตย์ และจिरพงษ์ แสงทอง, 2549, หน้า 28) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน ศสมข. จังหวัดลพบุรี” ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ การรับรู้บทบาทหน้าที่ แรงจูงใจ และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า ด้านการจัดทำแผนและงบประมาณ ด้านการบริหารศสมข. และด้านการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการให้บริการ อยู่ในระดับปานกลาง และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การนิเทศงาน การศึกษาดูงาน การมีส่วนร่วมของชุมชน การรับรู้บทบาทหน้าที่โดยรวมและแรงจูงใจ โดยรวม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบหลายขั้นตอน พบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ แรงจูงใจ สามารถอธิบายความผันแปรของการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 29.7

สมพร ชุมช่วย และ บุญวรรณ สุขนิยม (อ้างถึงใน คำรพ พงศ์อาทิตย์ และจिरพงษ์ แสงทอง, 2549 หน้า 34) ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตเทศบาลเมืองพัทลุง” ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานในเชิงบวก ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว การปฏิบัติงานที่สมช. ความรู้สาธารณสุขมูลฐานด้าน บทบาทหน้าที่ อสม. ขวัญและแรงจูงใจในการทำงาน อสม. การให้ความรู้แก่ อสม. เดือนละ 1 ครั้ง ความต้องการการอบรมความรู้ต่อเนื่อง การนิเทศงานในเรื่องการควบคุมโรคในท้องถิ่น การนิเทศงานในเรื่องโภชนาการ การนิเทศงานในเรื่องอนามัยแม่ และเด็ก และวางแผนครอบครัว การนิเทศงานในเรื่องยาที่จำเป็น การนิเทศงานในเรื่อง ทันตสาธารณสุข การนิเทศงานในเรื่องสุขภาพจิต การนิเทศงานในเรื่องอุบัติเหตุ และการนิเทศงานในเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานในเชิงลบ ได้แก่ อายุของ อสม. โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุพจน์ จิตสงวนสุข (อ้างถึงใน คำรพ พงศ์อาทิตย์ และจिरพงษ์ แสงทอง, 2549, หน้า 35) ศึกษาการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงบางกิจกรรมและด้วย สัดส่วนของจำนวนอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานน้อยมาก นอกจากนี้ยังมีความจำกัดด้านคุณภาพของ การปฏิบัติงาน โดยการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาพรวมอยู่ใน ระดับสูงเพียงร้อยละ 13.2 ในด้านปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานนั้น พบว่า คุณลักษณะทาง ประชากรไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ส่วนปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมทั้งจิตสำนึกต่อแนวคิด และหลักการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายผลการปฏิบัติงานได้ โดย สามารถทำนายได้ร้อยละ 27.6 ส่วนการพึงตนเองทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังคงขาดการ ประยุกต์เอาแนวคิดและทักษะการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ยัง ยึดติดกับการพึ่งพิง โดยพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่ดูแลสุขภาพตนเองระดับสูงเพียงร้อยละ 17.2 ส่วน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข พบว่า ยังขาดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในทุกขั้นตอน โดยจะปฏิบัติกิจกรรมตามการกำหนดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การที่อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ดูแลและช่วยเหลือประชาชนในด้าน สุขภาพอนามัย ย่อมเป็นความคาดหวังจากประชาชนในหมู่บ้าน ที่ต้องการให้บังเกิดผลเป็นรูปธรรม ในผลสำเร็จของการทำงาน ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพอนามัยที่ดีของประชาชนตามแผนพัฒนาการ สาธารณสุขของประเทศไทย รวมทั้งต่อการพัฒนาประเทศโดยรวม

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา โดยกำหนดบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งบทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงไว้ตรงกัน เพื่อให้ประชาชนที่ใช้บริการจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ประเมิณผลการปฏิบัติงาน ดังนี้

บทบาทที่คาดหวัง

1. ด้านการสื่อข่าวสาธารณสุขและให้คำแนะนำ
2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ
3. ด้านการป้องกันโรค
4. ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น
5. ด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

บทบาทที่เป็นจริง

1. ด้านการสื่อข่าวสาธารณสุขและให้คำแนะนำ
2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ
3. ด้านการป้องกันโรค
4. ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น
5. ด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี