



บทพากษ์ของดุษฎีศาสตรมหาบัณฑิตสาขารัฐประศาสนศาสตร์
ในหม่อมบ้านน้อยเสด็จ ตำบลบางนาง อำเภอสว่าง จังหวัดเชียงใหม่

สุรพร คั่นไฉกร

		๑
	61A5742425	610.695
		ศ852ป
		2549
หม่อมบ้านน้อยเสด็จ ดุษฎีศาสตรมหาบัณฑิตสาขารัฐประศาสนศาสตร์ ในการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ จังหวัดเชียงใหม่		
ห้องสมุด มหาวิทยาลัยมหาจุฬาราชวิทยาลัย		

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศาสตราจารย์บัณฑิต
สาขาวิชาสังคมวิทยา
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาราชวิทยาลัย
พุทธศักราช 2549



บทบาทของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ในหมู่บ้านคู่อี้อ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

สุรพร คันทากร

		๑ 610.695 ส85211 2549
Title: บทบาทของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต จังหวัดเชียงใหม่		
ห้องสมุด มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย		

610.695

ส85211 ก.2

๒๘ ก.ค. ๕๗

เลขทะเบียน 5742425

๑/610-695
เลขเรียกหนังสือ ส 8๕๒ ๑/ค.๒

วันที่ ๒๘ ก.ค. ๕๗

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาวิชาสังคมวิทยา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย

พุทธศักราช 2549

สิ่งพิมพ์นี้เป็นสมบัติของห้องสมุด มมร.

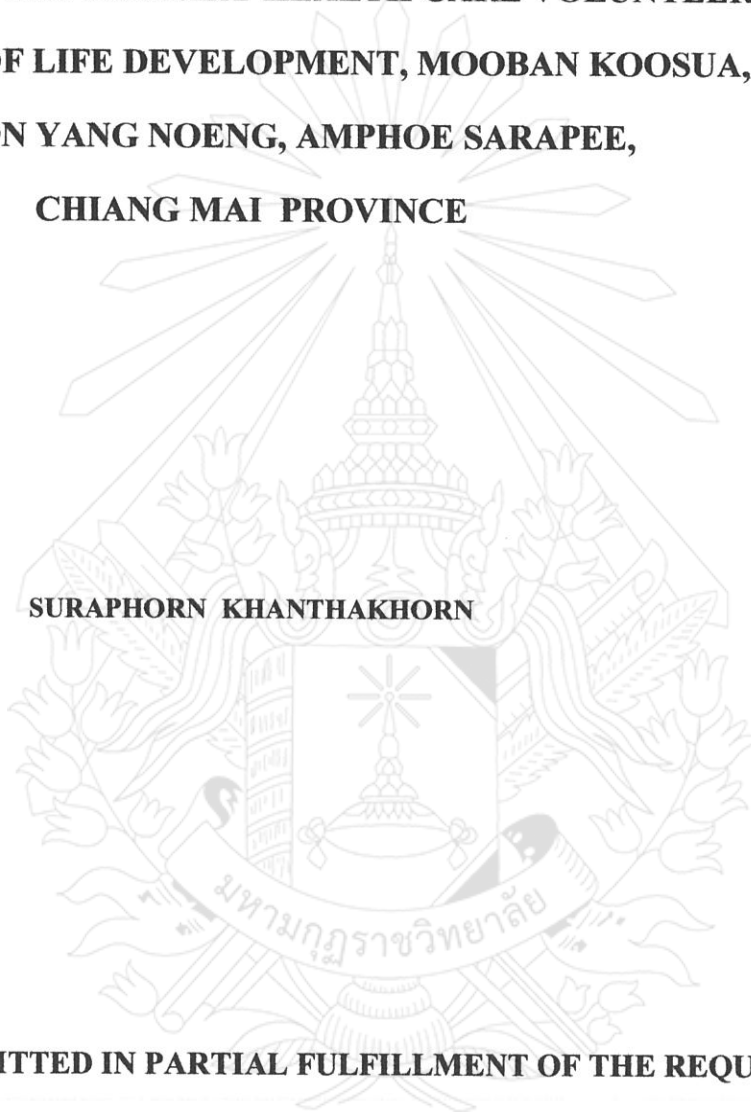
ผู้ใดพบอยู่ในที่อื่นไม่สมควร

โปรดนำมาส่งที่แผนกห้องสมุดด้วย ขอบพูน



**THE ROLE OF THE PRIMARY HEALTH CARE VOLUNTEER
IN QUALITY OF LIFE DEVELOPMENT, MOOBAN KOOSUA,
TAMBON YANG NOENG, AMPHOE SARAPEE,
CHIANG MAI PROVINCE**

SURAPHORN KHANTHAKHORN



**THEMATIC PAPER SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR THE DEGREE OF MASTER OF ARTS
DEPARTMENT OF SOCIOLOGY
GRADUATE SCHOOL
MAHAMAKUT BUDDHIST UNIVERSITY
B.E. 2549 (2006)**

หัวข้อสารนิพนธ์ : บทบาทของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตใน
หมู่บ้านคู่มือ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่
ชื่อนักศึกษา : นางสาวพร ถันธากร
สาขาวิชา : สังคมวิทยา
อาจารย์ที่ปรึกษา : ผศ. ภูทงศ์ คุณทลบุตร
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : รศ.สมหมาย เปรมจิตต์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย อนุมัติให้รับสารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรศาสนศาสตรมหาบัณฑิต


..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(พระครูปลัดสัมพิพัฒน์วิริยาจารย์)

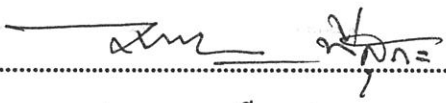
คณะกรรมการสอบสารนิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(พระครูปลัดสัมพิพัฒน์วิริยาจารย์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผศ. ภูทงศ์ คุณทลบุตร)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รศ. สมหมาย เปรมจิตต์)


..... กรรมการ
(ผศ. พิเศษ ดร. สุกิจ ชัยมุสิก)


..... กรรมการ
(รศ. วราคม ทีสุกะ)

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย

Thematic Title : The Role of The Primary Health Care Volunteer in Quality of Life
Development in Mooban Koosua, Tambon Yang Noeng,
Amphoe Sarapee, Chiang Mai Province


Student's Name : Mrs. Suraphorn Khanthakhorn

Department : Sociology

Advisor : Asst. Prof. Putchong Kuntolbutra

Co-Advisor : Assoc. Prof. Sommai Premchit

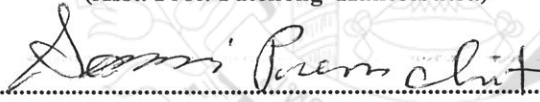
Accepted by the Graduate School, Mahamakut Buddhist University in Partial
Fulfillment of the Requirements for the Master's Degree.



..... Dean of Graduate School
(Phrakrupaladsampipattanaviriyajarn)

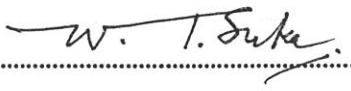
Thesis Committee


..... Chairman
(Phrakrupaladsampipattanaviriyajarn)


..... Advisor
(Asst. Prof. Putchong Kuntolbutra)


..... Co-Advisor
(Assoc. Prof. Sommai Premchit)


..... Member
(Asst. Emeritus Prof. Dr. Sukit Chaimusik)


..... Member
(Assoc. Prof. Warakom Tisuka)

หัวข้อสารนิพนธ์ : บทบาทของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในหมู่บ้านกู่เสือ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

ชื่อนักศึกษา : นางสาวพร คันธากร

สาขาวิชา : สังคมวิทยา

อาจารย์ที่ปรึกษา : ผศ. ภูทงศ์ กุณฑลบุตร

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : รศ.สมหมาย เปรมจิตต์

ปีการศึกษา : 2549

บทคัดย่อ

สารนิพนธ์นี้มีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือเพื่อศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ในหมู่บ้านกู่เสือ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ และเพื่อศึกษาสภาพปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเลือกศึกษาประชากรกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านกู่เสือ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 288 คน

ผลการวิจัยพบว่า ในบทบาท-หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) การปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.17 แต่ผลการวิเคราะห์แยกเป็นกิจกรรมเฉพาะราย การปฏิบัติบทบาท-หน้าที่ของ อสม. อยู่ในระดับมากที่สุด คือ การแนะนำเรื่องการใช้บริการบัตรทอง (30 บาท) เป็นประโยชน์แก่ประชาชนในชุมชน ค่าเฉลี่ย 3.98 รองลงมาคือ การดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ค่าเฉลี่ย 3.91

สภาพปัญหาและอุปสรรคของอาสาสมัครสาธารณสุขคือ อาสาสมัครที่เข้ามาทำงานด้วยความเสียสละ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทน ที่เป็นสินจ้างรางวัล แต่ต้องดูแลคุณภาพชีวิตของตนเองและครอบครัว การทำงานเพื่อชุมชน ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของส่วนรวมมีมากก็ยังคงแสดงถึงการให้เวลาสำหรับตนเองและครอบครัวยังมีเวลาน้อยลง อันจะสร้างปัญหาให้แก่ตนเองและครอบครัวได้ รวมทั้งเสนอความคิดเห็นว่า การทำงานของอาสาสมัครนี้มีอันตรายเสี่ยงต่อชีวิตเป็นอย่างยิ่ง

Thematic Title : **The Role of The Primary Health Care Volunteer in Quality of Life Development in Mooban Koosua, Tambon Yang Noeng, Amphoe Sarapee, Chiang Mai Province**

Student's Name : **Mrs. Suraphorn Khanthakhorn**

Department : **Sociology**

Advisor : **Asst. Prof. Putchong Kuntolbutra**

Co-Advisor : **Assoc. Prof. Sommai Premchit**

ABSTRACT

This research is conducted with two objectives: to study the role of the Primary Health Care Volunteer in quality of life development in Mooban Koosua, Tambon Yang Noeng, Amphoe Saraphi, Changwat Chiang Mai, and to study the problems in performance of the Primary Health Care Volunteer. Sampling cohorts for the study are the residents of the so-called Mooban, 288 samples.

The study results show that regarding the role of Primary Health Care Volunteers (PHCV), their performance in general is rated at medium level by 2.17 average. But when classified by activity, their performance is rated at the highest level is introducing how the Healthcare Service (30 Baht) Card is important for community people by 3.98, and next is the taking care of the elderly by blood pressure measuring, weighing, and height measuring by 3.91 average.

Problems and obstacles of the Primary Health Care Volunteers are that they usually work with sacrifice without expecting any returns but they have to take care of themselves and their families. Under the pressure of workload of health care service for the community, the Primary Health Care Volunteers have no time for themselves and their families, which resulted in occurrence of problems for themselves and their families. Additionally, they suggested that the work of the aforesaid volunteers is at great risk to their lives.

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาอันดียิ่งของ ผศ. กุทชงก์ กุณทลบุตร รศ. สมหมาย เปรมจิตต์ อาจารย์ที่ปรึกษา และ รศ. วราคม ทีสุภะ ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าของท่านให้คำแนะนำ ปรึกษา ตรวจสอบ แก้ไขและเติมเต็มข้อบกพร่องต่างๆ และให้ความช่วยเหลืออย่างเป็นรูปธรรม รวมไปถึงครูอาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้และคุณงามความดีให้ด้วยความเมตตา นับตั้งแต่ข้าพเจ้าเป็นเด็กเรื่อยมาจนข้าพเจ้าเดินทางมาถึงวันนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ คุณบุษบาวดี สุคนธา (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่) คุณมาลี ประทุมวัน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอสารภี) คุณรัชนี ดิยานิน คุณสุรีย์ อินทรเนตร์ คุณชญญา ลักษณ์ ไชยรินทร์ (เจ้าหน้าที่อนามัย ตำบลยางเนิ้ง) ที่เมตตาอนุเคราะห์ให้การสนับสนุนข้อมูลทุกอย่างที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จเรียบร้อยด้วยดี

ขอขอบคุณ คุณวิโรจน์ ลาปิ่น (กำนัน ตำบลยางเนิ้ง และประธาน อสม. ตำบลยางเนิ้ง) คุณบุญเลิศ ถาผ่อง (ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 1) คุณประทุมมา หลวงชัย (ประธาน อสม. หมู่ 1) และสมาชิก อสม. ทุกคนที่อำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่

ขอกราบขอบคุณ คุณพ่อสมบุญ คุณแม่เพชร หลวงโย บุพการีที่ให้ชีวิตเลือดเนื้อและจิตวิญญาณที่ดีแก่ผู้วิจัยจนเติบโตขึ้นมาและเดินทางชีวิตที่ดีมาจนถึงวันนี้

ขอกราบขอบพระคุณพระจันทร์-จิตตพล โย(แสงปัญญา) พระธนากรณ์ สุเมธ (ทนาย) และเพื่อนนักศึกษาปริญญาโทสังคมวิทยา มมร.ล้านนา รุ่น 1/2547 ทุกรูป/คน ที่ต่างก็ให้ความช่วยเหลือให้ข้อชี้แนะและกำลังใจซึ่งกันและกันเป็นอย่างดีตลอดมา

จากการที่ได้ร่วมงานกับท่านทั้งหลาย ผู้วิจัยมั่นใจว่าได้ค้นพบตัวตนของตัวเองมากขึ้น ได้ค้นพบสาระแห่งชีวิตมากขึ้น ประโยชน์อันอาจจะเกิดจากสารนิพนธ์เล่มนี้ ขอให้เกิดเป็นบุญกุศลแก่ทุกๆ ท่านที่กล่าวนามมาและขอขอบคุณและกราบขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ อีกครั้งหนึ่ง

สุรพร คันทากร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
1.3 ขอบเขตการวิจัย	4
1.4 ประโยชน์ที่ได้รับ	6
1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในงานวิจัย	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
2.1 แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานและการมีส่วนร่วมของประชาชน	8
2.2 แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชน	12
2.3 แนวคิดเรื่องกฎบัตรออกตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ	16
2.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	19
2.5 แนวคิดในการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคโดยวิธีสวอท	23
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	24
2.7 กรอบแนวความคิดในการวิจัย	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	30
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	30
3.2 ข้อมูลและแหล่งข้อมูล	31

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	31
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	33
บทที่ 4 สภาพพื้นที่ที่ศึกษา	35
4.1 บริบทชุมชน “หมู่บ้านกุ้เสื่อ” ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่	35
4.2 บริบทชุมชน “เทศบาลตำบลยางเนิ้ง”	37
4.3 ประวัติความเป็นมาของงานอาสาสมัครสาธารณสุข ในประเทศไทย	40
4.4 ระบบสาธารณสุขมูลฐาน	46
4.5 อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.)	48
4.6 การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	53
4.7 การพัฒนาองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุข	55
4.8 การพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน	57
4.9 อาสาสมัครสาธารณสุขกับกับความเข้มแข็งของชุมชน	60
บทที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	61
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	61
ตอนที่ 2 จำนวนและร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	63
ตอนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	70
บทที่ 6 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	79
6.1 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม	79
6.2 อภิปรายผล	84
6.3 จุดแข็ง-จุดอ่อนเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.)	88
6.4 ข้อเสนอแนะ	89
บรรณานุกรม	91

ภาคผนวก	96
ภาคผนวก ก.	97
ภาคผนวก ข.	98
ภาคผนวก ค.	104
ภาคผนวก ง.	106
ภาคผนวก จ.	115
ประวัติผู้วิจัย	118



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	61
ตารางที่ 2.1 อสม. คือผู้ให้บริการสุขภาพเบื้องต้นและคัดกรองสุขภาพ	63
ตารางที่ 2.2 อสม. เป็นผู้แจ้งข่าวการระบาดของโรค เช่น ไข้หวัดนก	63
ตารางที่ 2.3 อสม. ได้รณรงค์ป้องกันแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ร่วมกับประชาชน	63
ตารางที่ 2.4 อสม. จัดประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ป้องกันโรคที่ระบาด	64
ตารางที่ 2.5 การให้คำแนะนำ คำปรึกษา เมื่อมีปัญหาการระบาดของโรคต่างๆ	64
ตารางที่ 2.6 อสม. เป็นผู้หยอดวัคซีนให้เด็กตามกำหนดคือกิจกรรมส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค	64
ตารางที่ 2.7 อสม. ชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร(ไอโอดีน)	65
ตารางที่ 2.8 อสม. แนะนำคนในชุมชนให้รู้จักทำอาหารที่สะอาดและปลอดภัย	65
ตารางที่ 2.9 อสม. ได้แนะนำการกำจัดขยะ และการใช้น้ำที่สะอาดในชุมชน	65
ตารางที่ 2.10 อสม. ช่วยดูแลคุ้มครองผู้บริโภค	66
ตารางที่ 2.11 อสม. ได้รักษาเบื้องต้น ก่อนส่งต่ออนามัย	66
ตารางที่ 2.12 อสม. จัดยาสามัญประจำบ้านจำหน่ายแก่ชุมชน	66
ตารางที่ 2.13 อสม. จัดทำแผลและล้างแผลให้แก่คนในชุมชนที่ใช้บริการ ณ สสมช.	67
ตารางที่ 2.14 การช่วยเหลือคนที่เป็นลมกลางแดด	67
ตารางที่ 2.15 จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย	67
ตารางที่ 2.16 อสม. แนะนำและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเอดส์ ผู้พิการ ผู้ประสบ อุบัติเหตุ	68
ตารางที่ 2.17 การตรวจแผนไทยและการแนะนำการออกกำลังกายของอสม.	68
ตารางที่ 2.18 อสม. ได้แนะนำผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้าให้ครบ 5 หมู่	68
ตารางที่ 2.19 อสม. ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพให้กับครอบครัวในชุมชน	69
ตารางที่ 2.20 การรณรงค์ของ อสม. ด้านการดูแลสุขภาพ (สุขภาพะจิต)	69
ตารางที่ 3.1 อสม. 1 คน รับผิดชอบด้านสุขภาพครัวเรือน 10 หลังคา	70
ตารางที่ 3.2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนเป็นบทบาทหน้าที่ของ อสม.	70
ตารางที่ 3.3 อสม. ให้คำแนะนำและปรึกษาด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชน	71

ตารางที่ 3.4	ในการลงพื้นที่ชุมชนอสม.ให้บริการแก่ประชาชนวัดความดัน ชั่งน้ำหนัก	71
ตารางที่ 3.5	อสม. ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ วัดความดันชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	72
ตารางที่ 3.6	อสม. รักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น การทำแผล ก่อนนำส่งโรงพยาบาล	72
ตารางที่ 3.7	การนำผู้ป่วยส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานเอนามัยและโรงพยาบาล	73
ตารางที่ 3.8	การแนะนำเรื่องการใช้บริการบัตรทอง เป็นประโยชน์แก่ประชาชนในชุมชน	73
ตารางที่ 3.9	เรื่องการผสมน้ำเกลือแร่ให้แก่ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง	74
ตารางที่ 3.10	อสม. แนะนำประชาชนที่ป่วยโรคเอดส์สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้	74
ตารางที่ 3.11	การรณรงค์ให้ประชาชนทำความสะอาดสถานที่สาธารณสุขประโยชน์	75
ตารางที่ 3.12	การให้คำแนะนำรับประทานอาหารปราศจากสารพิษ	75
ตารางที่ 3.13	การรณรงค์ให้มีการปลูกพืช-ผัก สมุนไพร เพื่อใช้ในครัวเรือน	76
ตารางที่ 3.14	การให้คำแนะนำให้รู้จักการประกอบอาหารจากพืช-ผักสมุนไพร	76
ตารางที่ 3.15	การรณรงค์ในการส่งเสริมสนับสนุน จัดตั้งกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค	77
ตารางที่ 3.16	การรณรงค์ออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง หรือทุกวันวันละ 30 นาที	77
ตารางที่ 3.17	รณรงค์ป้องกันการเสพยาบ้า เฮโรอีน กัญชา	78



สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
ภาพที่ 1 แผนที่หมู่ที่ 1 หมู่บ้านคู่อีอ	36
ภาพที่ 2 แผนที่เทศบาลตำบลยางเนิ้ง	38
ภาพที่ 3 ตัวอย่างบัตรประจำตัวของ อสม.	51
ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายชมรม อสม.	57
ภาพที่ 5 สัญลักษณ์ประจำชมรม อสม. แห่งประเทศไทย	60



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การให้ความสำคัญกับสภาพปัญหาอันเนื่องมาจากคนในสังคมรวมทั้งการแก้ปัญหาทางสังคมและปัญหาทางการเมืองด้วยการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการทางสังคมและการเมือง ในภาพรวมถือว่ามีความสำคัญและเป็นความจำเป็นตั้งแต่ฐานรากของสังคมเลยทีเดียว ดังนั้นการพัฒนาจิตใจคนในหมู่บ้านชุมชนให้ยอมรับว่า แต่ละคนสามารถเข้าร่วมในขบวนการพัฒนาชุมชนของตนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ชาวบ้านที่มารวมกลุ่มเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ย่อมจะมีบทบาทในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้เป็นอย่างดียิ่งเพราะจะเป็นการวางรากฐานให้การดำเนินงานสาธารณสุขในด้านกรมีส่วนร่วมให้ประสบความสำเร็จได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544)¹ ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ โดยเน้นปรัชญาที่ว่า “คนเป็นจุดศูนย์กลางของการพัฒนา” และสอดคล้องกับกรอบวิสัยทัศน์และทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549)² ที่ผ่านมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2543 ที่ให้ความสำคัญเป็นอันดับสูงที่สุดต่อการพัฒนาคุณภาพคนและกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของคนทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสติปัญญา ทั้งนี้ ก็สอดคล้องกับ “กฎบัตรออตตาวา” ที่เป็นผลจากการประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องการพัฒนาสุขภาพขึ้นในปี 2529 ที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา โดยองค์การอนามัยโลก(WHO)

¹ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, **สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544)**, (กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2539), หน้า 84.

² สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, **สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549)**, (กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2544), หน้า 109.

หลังจากสิ้นสุดการประชุมได้มีการประกาศใช้ “กฎบัตรออตตาวา” ขึ้นซึ่งสาระสำคัญเกี่ยวกับ “กลยุทธ์แห่งการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ” ได้แก่ 1) วางนโยบายเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) 2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) 3) เสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) 4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skill) 5) ปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services)³

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือคำย่อ ๆ ที่เรียกว่า อสม. นั้น เป็นคำกล่าวที่ใช้เรียกชื่อประชาชนในหมู่บ้านหรือในชุมชนที่อยากให้ชุมชนมีความก้าวหน้า มีความรู้สึกเป็นคนหนึ่งในชุมชนที่มีความสำคัญมากต่อการที่จะพัฒนาให้หมู่บ้านชุมชนเข้มแข็ง เป็นผู้ที่พร้อมที่จะสละเวลาความรู้ ความคิด แรงกาย และแรงใจเพื่อการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ทั้งในระดับบุคคล ระดับครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้ โดยไม่มี ทรัพย์สินเงินทองใดๆ เป็นค่าตอบแทนตลอดระยะเวลาที่เป็น อสม. เนื่องจากได้รับการคัดเลือกจากประชาชนโดยวิธีการทางสังคมวิทยาที่เรียกว่าสังคมมิติ (Sociometry)⁴ (คือการเปิดโอกาสให้ประชาชนเป็นผู้ลงคะแนนให้ผู้ที่เขาเห็นว่ามีความเหมาะสมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน) อสม. จึงเป็นตัวกลาง

³ ลักขณา เต็มศิริกุลชัย อังในชาติชาย สุวรรณนิษฐ์และคณะ, “การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวไทย” รายงานการวิจัย. นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2545), หน้า 16-17.

⁴ Sociometry (สังคมมิติ) เป็นการวัดผลการปฏิสัมพันธ์เชิงบวกในกลุ่ม โดยใช้แผนภาพเชิงสังคม (Sociogram) คือการลากเส้นโยงจากผู้เลือกไปยังผู้ได้รับเลือกตามเงื่อนไขการเลือกเช่นเป็นคนทำงานเก่ง เสียสละ ชอบทำงานให้บริการสาธารณสุข (ปลายเส้นที่เลือกโยงไปยังคนที่เลือกจะใช้เป็นหัวลูกศร) ตัวอย่างเช่น สมมุติให้สมาชิกในกลุ่มกิจกรรมมี 10 คน หลังจากการลงคะแนน หากผลปรากฏว่าในจำนวนสมาชิกที่ปฏิบัติงานด้วยกันในกลุ่มกิจกรรมนั้น สมาชิกคนใดเป็นที่ชื่นชอบหรือเป็นบุคคลที่สมาชิกคนอื่นเลือกมากที่สุด บุคคลนั้นจะมีหัวลูกศรเข้าหามากที่สุด จะได้เป็น “คาราในดวงใจ” ของกลุ่ม คนนั้นจะได้เป็น “หัวหน้ากลุ่มกิจกรรม” (ศึกษาเพิ่มเติมใน สุนทรีย์ โคมิน “จิตวิทยาสังคม” ใน มานุษยวิทยา จิตวิทยาสังคม สังคมวิทยา : พัฒนาการ แนวคิดและทฤษฎี, (กรุงเทพฯ : สมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย, มปป.), หน้า 166-168).

ของการเปลี่ยนแปลง (Change agent) ในด้านสาธารณสุขของประชาชนของประชาชนและเป็นผู้ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชนในหมู่บ้าน

ในช่วง พุทธศักราช 2520 นั้น ประชาชนคนไทยโดยภาพรวมยังขาดความรู้ มีฐานะยากจน การให้บริการด้านสาธารณสุขไม่ครอบคลุมทั่วถึง รวมทั้งโรคติดต่อที่ป้องกันได้ยังเป็นปัญหาสำคัญอยู่ ดังนั้น บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงกำหนดให้เป็นแบบ “*แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี*” ซึ่งบริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ให้ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี” บทบาทดังกล่าวนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ยึดถือการปฏิบัติตลอดมา ในเรื่องคุณภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถึงแม้ว่าทางราชการได้คำนึงถึงปัญหาดังกล่าว โดยได้จัดสวัสดิการต่าง ๆ เช่น สวัสดิการรักษาพยาบาลฟรีทั้งครอบครัว จัดสรรเบี้ยเลี้ยงเมื่อมีการนิเทศงาน แต่ก็ยังไม่เพียงพอในการที่จะจูงใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาปฏิบัติงาน ด้วยความกระตือรือร้นได้ และการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพสูงในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะลดลงมาอยู่ในระดับหนึ่ง หลังจากนั้นจะลดลงไปเรื่อย ๆ ทำให้ระบบการจัดการสาธารณสุขที่จำเป็น โดยชุมชนนั้นไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการที่จำเป็นและใช้บริการอย่างไม่เหมาะสม ประชาชนในหมู่บ้านไม่สามารถได้รับการบริการให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันแม้เวลาจะผ่านไปยาวนานเกือบ 30 ปีแล้ว (พ.ศ. 2520-2549) สถานภาพด้านสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก จากโรคติดต่อที่เป็นปัญหาบางโรคหมดปัญหาไป แต่โรคติดต่อบางโรคที่เป็นปัญหาอยู่ เช่น โรคไข้เลือดออกเป็นต้น และโรคไม่ติดต่อซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของประชาชน เช่น โรคความดันโลหิต โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เริ่มเป็นปัญหาเพิ่มขึ้นทุกวัน นอกจากนี้ เนื่องจากสภาพสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ยังผลให้โครงสร้างเศรษฐกิจและสังคมโดยทั่วไปมีความสลับซับซ้อนเพิ่มมากยิ่งขึ้น จึงทำให้การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนมีความยากลำบากมากขึ้นเช่นกัน

เมื่อสังคมมีการเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก็ย่อมเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคมเช่นเดียวกัน แต่การเปลี่ยนแปลงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนี้ จะเปลี่ยนแนวทางจากบทบาทที่ เป็นผู้ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชนในหมู่บ้าน มาเป็นบทบาทที่ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในองค์ประกอบของสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบและบทบาทเป็นผู้ทำเองในชุมชน เป็นบทบาทที่นอกเหนือจากองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ ซึ่งทำไปตามจิตใต้สำนึกของตนเองในการที่

จะเน้นการมีส่วนร่วมในการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนาอย่างแท้จริง

บ้านกู่เสื่อตั้งอยู่หมู่ที่ 1 ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ เป็นชุมชนที่แสดงให้เห็นถึงการเข้ามามีส่วนของ อสม. ในบทบาทการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชาวบ้านในด้านต่างๆ อันเป็นพื้นฐานทางด้านสาธารณสุข เช่น การเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรคติดต่อ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพทางด้านสาธารณสุขโดยเน้นที่การสร้างกระบวนการทางสังคม เช่น การทำงานแบบมีส่วนร่วมให้ความสำคัญกับศักยภาพของชุมชน องค์กรชุมชน และแนวทางปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้เกิดผลแนวทาง ทางด้านสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน

จากปรากฏการณ์ข้างต้นทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน และปัจจัยการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน ฉะนั้นผู้วิจัยจึงได้กำหนดโจทย์วิจัยคืออาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน(อสม.)คือใคร บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานเป็นอย่างไร

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนบ้านกู่เสื่อ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

1.2.2 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน ในบ้านกู่เสื่อ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

1.3 ขอบเขตการวิจัย

งานของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน โดยภาพรวมเป็นงานที่ครอบคลุมกลุ่มประชากรของประเทศกระจายอยู่ทั่วทุกภูมิภาค ในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งวัตถุประสงค์จำกัดขอบเขตโดยเจาะจงงานอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน เน้นเฉพาะหมู่บ้านกู่เสื่อ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ และผู้วิจัยเลือกใช้วิธีวิจัยร่วมกัน 2 อย่าง คือส่วนหนึ่งใช้วิธีการเชิงปริมาณ(Quantitative research) ซึ่งใช้วิธีเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) และเพื่อให้ได้ภาพเชิงลึกที่มีความละเอียดอ่อนมากให้สมบูรณ์พร้อมทุกด้าน จึงได้เลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ(Qualitative research) โดยการเลือกสัมภาษณ์เจาะลึก(In-depth interview) เฉพาะผู้ให้ข้อมูลสำคัญ(Key informant) ในหมู่บ้านกู่เสื่อ ตำบล

ยางเน็ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ 10 ท่าน (ฝ่ายราชการ 5 ท่าน ฝ่ายประชาชน 5 ท่าน) ดังนั้น จึงได้จำกัดขอบเขตของการวิจัย 3 ด้าน คือขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ขอบเขตด้านพื้นที่ และขอบเขตด้านเนื้อหา

1.3.1 ขอบเขตประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ก) สำหรับวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยเลือกประชากรกลุ่มเป้าหมายที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ตัวแทนของอาสาสมัครสาธารณสุข 30 คน และประชากรกลุ่มเป้าหมาย 300 ครัวเรือน ในหมู่บ้านกุ๋เสื่อ ตำบลยางเน็ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

ข) สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้เลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) ฝ่ายราชการ 5 ท่าน และฝ่ายประชาชน 5 ท่านในหมู่บ้านกุ๋เสื่อ ตำบลยางเน็ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ รวมจำนวน 10 ท่าน

1.3.2 ขอบเขตด้านพื้นที่

การศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และบทบาทของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน หมู่บ้านกุ๋เสื่อ ตำบลยางเน็ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลในรายละเอียดและลึกซึ้ง ผู้วิจัยจึงได้ศึกษา บริบทชุมชนเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานชุมชนอย่างรอบด้าน เช่น ทางด้านภูมิศาสตร์ชุมชน ประวัติศาสตร์ชุมชน โครงสร้างประชากร โครงสร้างอาชีพ องค์กรทางสังคม ประเพณี วัฒนธรรมและวิถีชีวิตความเป็นอยู่โดยทั่วไป เพราะเหตุผลว่าชุมชนเป็นที่อยู่อาศัยเป็นที่รองรับกิจกรรมทุกอย่างเกี่ยวกับงานอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน และบทบาทของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

1.3.3 ขอบเขตด้านเนื้อหา

เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขอบเขตเนื้อหาของ การวิจัย ดังนี้

ก) งานของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน อันได้แก่ การเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรคติดต่อ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพทางด้านสาธารณสุขของประชาชน

ข) การมีส่วนร่วมของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของคน ในชุมชน บ้านกุ๋เสื่อ ตำบลยางเน็ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

ค) บทบาทของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน ในการปฏิบัติกิจกรรมการเสริมสร้าง สุขภาวะให้แก่ประชาชนบ้านคู่มือ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

ง) สภาพปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข มูลฐาน ในบ้านคู่มือ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

1.4 ประโยชน์ที่ได้รับ

1.4.1 ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับงานอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ประชาชน

1.4.2 ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานในการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของประชาชนบ้านคู่มือ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

1.4.3 ได้ทราบสภาพปัญหาอุปสรรค และแนวทางปรับปรุงแก้ไข เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน

1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในงานวิจัย

ในการศึกษานี้ มีคำศัพท์หลักๆ ที่ควรทำความเข้าใจเป็นเบื้องต้น ดังต่อไปนี้

บทบาท หมายถึงการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน ในการ พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนชาวบ้าน คู่มือ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ อันเป็น ความคาดหวังพื้นฐานของกระทรวงสาธารณสุข

พัฒนา หมายถึงการเปลี่ยนแปลงจากสุขภาวะที่ไม่ดีไปสู่สุขภาวะที่ดีขึ้น ในมุมมองของการ พัฒนาคุณภาพชีวิตของสาธารณสุขมูลฐาน

คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีสุขภาวะที่ดีขึ้นในวงจรชีวิตของประชาชนในบ้านคู่มือ ตำบล ยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ทั้งนี้ มีความหมายรวมไปถึงกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น กิจกรรม “การ ดำเนินงานสาธารณสุข” ซึ่งหมายถึง การดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในงานสาธารณสุข มูลฐาน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ โดยมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของคน ในฐานะที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม สุขภาพอนามัย การสื่อข่าวสาร

สาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจน การให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆและกิจกรรม “การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน” อันหมายถึงกระบวนการ ส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นในการ ที่จะบรรลุสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจและด้านสังคม ของประชาชน บ้านคู่อี้อ ตำบลยางน่อง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้ารวบรวมแนวคิดและทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานและการมีส่วนร่วมของประชาชน
- 2.2 แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชน
- 2.3 แนวคิดเรื่องกฎบัตรออกตราเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
- 2.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- 2.5 แนวคิดการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคโดยวิธีสวอท
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวความคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานและการมีส่วนร่วมของประชาชน

2.1.1 แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน

เกิดจากแนวคิดที่มองเห็นปัญหาใหญ่ๆ 2 ประการ คือ การครอบคลุมประชากรในด้านบริการสาธารณสุขและการผสมผสานงานบริการด้านต่างๆ ตลอดจนความร่วมมือกับการพัฒนาสังคมด้านอื่นๆ ในระยะเวลาที่ผ่านมาการเร่งรัดพัฒนาชนบทเป็นนโยบายที่สำคัญยิ่งอันที่จะทำให้ประชาชนในชนบทส่วนใหญ่ของประเทศ ซึ่งมีฐานะยากจน ด้อยการศึกษา และมีสถานะทางสุขภาพต่ำมีความเป็นอยู่ที่ด้อย รัฐบาลเล็งเห็นว่า สุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญที่จะเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนในชนบทซึ่งได้รับบริการสาธารณสุขไม่ทั่วถึง แม้ ว่าจะพยายามสร้างสถานบริการสาธารณสุข พัฒนาบุคลากร เทคโนโลยี ตลอดจนการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพเพียงใดก็ตาม ทำให้รัฐต้องหาวิธีการในการแก้ไขปัญหาทางหนึ่ง ซึ่งมีอยู่หลายแนวคิดดังต่อไปนี้

แนวคิดที่ 1 การที่สาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชน และความร่วมมือของชุมชนเอง

แนวคิดที่ 2 การที่สาธารณสุขมูลฐาน เป็นการพัฒนาชุมชน ให้มีความสามารถในการที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนให้ความร่วมมือ ในการทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่

แนวคิดที่ 3 การที่สาธารณสุขมูลฐาน จะเกิดขึ้นมาได้จะต้องให้ชุมชนรับรู้และทราบว่าปัญหาของชุมชนคืออะไรและร่วมกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้

แนวคิดที่ 4 หน้าที่ และบทบาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้องเข้าใจว่าเราไม่ได้ทำงานแทนเขา เขาไม่ได้ทำงานให้เรา แต่เขาทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชนในแนวคิดที่ 4 จึงอาจกล่าวได้ว่า การสาธารณสุขมูลฐานหมายถึงการสาธารณสุขของชุมชนโดยชุมชน เพื่อชุมชน)

แนวคิดที่ 5 "ความร่วมมือของชุมชน" คือ หัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุน อาจจะเป็นรูปของแรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือ ในการปฏิบัติด้วยความสมัครใจ เพราะมีการมองเห็นและรับรู้ปัญหาไม่ใช่เป็นเพราะเขาหวังสิ่งตอบแทน

แนวคิดที่ 6 สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้นงานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานพัฒนาด้านอื่น ๆ อาทิการเกษตร สหกรณ์ การศึกษาและพัฒนาชุมชน เป็นต้น

แนวคิดที่ 7 งานสาธารณสุขมูลฐาน ต้องใช้เทคนิคและวิธีการง่ายๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจและนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ได้เทคนิคที่นำมาใช้ต้องมีความเหมาะสม คือ 1 ประหยัดและราคาถูก ยืดหยุ่น และปรับให้เหมาะสมกับสภาพของสังคม สิ่งแวดล้อมได้มีผลต่อการแก้ไขปัญหา

แนวคิดที่ 8 งานสาธารณสุขมูลฐาน จะต้องสอดคล้องและอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน

แนวคิดที่ 9 งานสาธารณสุขมูลฐาน ควรมีความยืดหยุ่น ในการที่จะนำมาใช้ แก้ปัญหาตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อมและปัญหาที่ประสบอยู่ไม่จำเป็นจะต้องเป็นเรื่องที่เหมือนกันทุกหมู่บ้าน

แนวคิดที่ 10 บริการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เองในหมู่บ้าน คือ 1) การให้การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข และวิธีการป้องกันและควบคุมปัญหาเหล่านั้น 2) การส่งเสริม

โภชนาการ 3) การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว 4) การจัดการน้ำสะอาด และการสุขาภิบาล 5) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 6) การควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่น 7) การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น 8) การจัดหาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน

แนวคิดที่ 11 งานสาธารณสุขมูลฐานต้องมีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในด้านการให้การสนับสนุน การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาพยาบาล การให้การศึกษาต่อเนื่อง การให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข¹

2.1.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน

สำหรับแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานนี้เกิดขึ้นจากความพยายามของรัฐบาลของประเทศทั่วโลกที่พยายามจะให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นได้แก่การดูแลรักษาโรคที่จำเป็น การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน หมายถึงทั้งส่วนบุคคลและสมาชิกของครอบครัว ตลอดจนชุมชน และการที่จะให้บริการที่จำเป็นดังกล่าวเป็นความจริงขึ้นมาได้นั้นก็มีหนทางอยู่ทางเดียวคือการให้ประชาชนทุกคนปฏิบัติด้วยตนเอง ทั้งนี้เพราะประชาชนรู้ตัวดีว่าตนจะปฏิบัติตนอย่างไร ประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้มีการปฏิบัติในแนวคิดดังกล่าวเช่นเดียวกัน มิใช่แต่เพียงประเทศไทยเราเท่านั้น แนวคิดดังกล่าวเป็นแนวคิดที่แตกต่างไปจากการปฏิบัติในอดีต คือการเน้นหน้ระบบการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนแต่เพียงอย่างเดียวด้วยเหตุนี้แนวคิดทางสาธารณสุขมูลฐานจึงเป็นแนวคิดทางด้านการพัฒนาทางสังคมเพราะมุ่งเน้นไปในการพัฒนาทางด้านความรู้ความสามารถ การรวมกลุ่มและการตั้งใจที่จะช่วยเหลือเพื่อนบ้านของตนเองและสมาชิกในครอบครัว

หากประชาชนทุกคนได้ปฏิบัติในงานสาธารณสุขมูลฐาน จะเป็นการเชื่อมโยงกับบริการสาธารณสุขของรัฐที่จัดให้มีขึ้นตามปกติอยู่แล้ว ซึ่งจะมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Basic Health Services) เป็นอย่างยิ่ง และถ้าหากว่าประชาชนทุกคนหรือประชาชนส่วนใหญ่มีสุขภาพอนามัยดีแล้วก็จะทำให้ภาวะทางสังคมหรือการพัฒนาทางสังคมของประเทศดีขึ้นไปด้วย คุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคนก็ต้องดีขึ้นอย่างแน่นอน

¹ สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, รายงานการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ในช่วงครึ่งเวลาแรกของแผน, (นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2538), หน้า 1-5.

2.1.3 การพัฒนาสังคมกับการสาธารณสุขมูลฐาน

ในด้านการพัฒนาสังคมของประเทศนั้น จำเป็นอย่างยิ่งจะต้องเกี่ยวข้องกับงานด้านอื่นที่มีส่วนโดยตรงต่อการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ การศึกษา การเกษตร การตลาด การปกครอง การพัฒนาชุมชน เมื่อแนวคิดของสาธารณสุขมูลฐานเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการพัฒนาทางสังคม การสาธารณสุขมูลฐานจึงเป็นส่วนที่จะต้องผสมผสานกับงานพัฒนาสังคมด้านอื่น(Integration) และยังเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการพัฒนาทั้งหมด (Total Development) ด้วยเหตุนี้ การสาธารณสุขมูลฐานจึงจำเป็นต้องดำเนินการโดยประชาชนเอง และเพื่อผลประโยชน์ของประชาชน ทั้งนี้ประชาชนก็จะต้องช่วยกันหาหรือ ค้นหาว่าอะไรคือปัญหา อะไรคือความจำเป็นที่จะต้องช่วยกันทำช่วยกันแก้ เมื่อเป็นเช่นนี้ สาธารณสุขมูลฐานจึงจำเป็นต้องดำเนินการโดยประชาชน แต่ก่อนที่ประชาชนจะดำเนินการเอง จะต้องช่วยกันพิจารณาว่าใครเป็นผู้เหมาะสมที่จะดำเนินการได้และผู้ที่จะได้รับเลือกจากประชาชนนั้นจะต้องเป็นสมาชิกของชุมชนในหมู่บ้าน เมื่อประชาชนได้เลือกผู้ที่เหมาะสมมาแล้ว เขาก็จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และความสามารถของตนเอง ในแนวทางการพัฒนาความรู้ความสามารถนี้ต้องอาศัยปัญหาที่มีอยู่ในชุมชนหรือหมู่บ้านของเขาเอง

2.1.4 อสม. กือรากแก้วของการสาธารณสุขมูลฐาน

แนวคิดที่จะทำให้ประชาชนเกิดความสำนึกในความเป็นเจ้าของงานสาธารณสุขได้แสดงออกมาในรูปของ “อาสาสมัครสาธารณสุขและกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน” (อสม.) เป็นการดำเนินงานสาธารณสุข โดยอาศัยความร่วมมือของประชาชนเป็นกุญแจที่สำคัญ ในการดำเนินการขึ้นมาเพราะการเล็งเห็นหรือการตระหนักถึงความสำคัญ และความสามารถของประชาชนที่ควรนำมาพัฒนาแนวคิดดังกล่าวนี้เกิดขึ้นจากความจำเป็นของงานและความตั้งใจจริงของกระทรวงสาธารณสุขที่จะทำให้ทุกคนมีสุขภาพอนามัยทั้งร่างกาย จิตใจ ภาวะทางสังคม โดยอาศัยพลังจากประชาชนนั่นเองเป็นหลักสำคัญในการดำเนินงาน

กลุ่มอสม. นั้นได้รับการจัดตั้งและพัฒนามานานพอสมควรจนเป็นที่รู้จักและยอมรับจากประชาชน โดยทั่วไปนอกจากนี้ยังมีเครือข่ายที่ดีกับคณะกรรมการหมู่บ้านและอบต., เทศบาล ในรูปแบบทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการจึงเป็นฐานที่ดีที่จะส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพให้อสม. มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน ทั้งทางด้านสุขภาพและการพัฒนาด้านอื่นๆ ของชุมชน ซึ่งจะทำให้อสม. เป็นส่วนหนึ่งของประชาคมในชุมชนอย่างแท้จริง โดยภาพรวมศักยภาพของ อสม. ในปัจจุบันมีมากพอสมควร และเชื่อว่าเป็นฐานในการพัฒนาที่จะนำไปสู่การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ระดับหนึ่ง

กล่าวคือ อสม. เป็นที่รู้จัก และยอมรับของประชาชน และองค์กรชุมชนว่าเป็นตัวแทนหรือเป็นผู้นำสุขภาพในชุมชน การมีความสัมพันธ์ที่เป็นเครือข่ายกับองค์กรในชุมชนทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ และมีพื้นฐานความรู้และประสบการณ์ทางด้านสุขภาพและการบริการในระดับหนึ่ง ประเด็นความพร้อมต่าง ๆ เหล่านี้ หากมีการนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ที่จะสานต่อหรือพัฒนาไปในทิศทาง การมีส่วนร่วมที่แท้จริงย่อมเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์และมีความเป็นไปได้อย่างมาก เพราะตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงและใช้สิ่งที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์มากที่สุด

2.1.5 องค์ประกอบงานสาธารณสุขมูลฐาน

“องค์ประกอบงานสาธารณสุขมูลฐาน” ของประเทศไทยนั้นได้กำหนดขึ้นโดยให้มีความสอดคล้องกับปัญหา และความต้องการที่แท้จริงของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนที่อยู่ในชนบท นอกเหนือจากนั้น องค์ประกอบดังกล่าวยังเป็นองค์ประกอบที่มีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขพื้นฐาน (Basic Health Service) ซึ่งรัฐบาลเป็นผู้จัดให้กับประชาชน และองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานประกอบด้วยบริการแบบผสมผสาน 4 ด้าน² ดังต่อไปนี้

1. การป้องกันโรคติดต่อ
2. การส่งเสริมสุขภาพอนามัย
3. การรักษาพยาบาล
4. การฟื้นฟูสุขภาพ

2.2 แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชน

2.2.1 ความหมาย นิยาม “การมีส่วนร่วม”

โดยทั่วไปมักเข้าใจว่า “การมีส่วนร่วม” เป็นสิ่งเดียวกับ “ความร่วมมือ” ความจริงทั้งสองคำนี้สื่อความหมาย และแนวทางปฏิบัติที่แตกต่างกันแบบมีโลกทัศน์คนละขั้วเลยทีเดียว ในการวิเคราะห์ทางสังคมวิทยาการกระทำทางสังคมแบบ “ร่วมมือ”(Cooperation) เป็นรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม(Social interaction) เชื่อว่ามีประมาณร้อยละ 80% ของชีวิตทั่วไปในสังคม เพราะเป็นพื้นฐานของชีวิตสังคม(Basic social life) มีลักษณะตรงข้ามกับแบบ “ขัดแย้ง”(Conflict) และแบบ “แข่งขัน”

² ไพจิตร ปวงบุตร, แนวคิดการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2536-2543, (นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2537), หน้า 3-5.

(Competition)³ การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมแบบร่วมมือมักเป็นแบบเชิงเดี่ยว คือ ไม่มีความสลับซับซ้อนมากนักจะเห็นตัวอย่างเช่นกรณีที่คนคนหนึ่งกำลังทำงานอยู่เนื่องจากว่าเป็นงานหนัก เขาคนเดียวอาจทำไม่เสร็จ จึงไปขอร้องให้คนอื่นช่วยทำบ้าง คนที่ไปให้ความช่วยเหลือเขาทำงานเป็นคน “ให้ความร่วมมือ” และคนที่ขอร้องให้ช่วยเหลือก็เป็นคน “ขอความร่วมมือ”

ส่วน “การมีส่วนร่วม” (Participation) เป็นคำศัพท์ที่พัฒนาขึ้นมาจากหลายสาขาวิชา เช่น ในการวิจัยใช้ว่าการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) หมายความว่า ผู้วิจัยรวมทั้งกลุ่มเป้าหมายได้ไปเข้าไปเก็บข้อมูลของกลุ่ม โดยการเข้าไปร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของกลุ่มนักวิจัยเชิงสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา (ทุกคนที่ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ) มักใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยการเข้าไปฝังตัวอยู่กับกลุ่มเป้าหมายจนได้รับความเชื่อถือ จนกลุ่มเป้าหมายได้เปิดเผยข้อมูลเชิงลึกให้แก่ผู้วิจัยโดยไม่รู้ตัว นักวิจัยชาวต่างประเทศที่เป็นกรณีตัวอย่างการวิจัยแบบนี้บางท่านลงทุนถึงขั้นยอมสมรสกับกลุ่มเป้าหมาย(คือ มากาเรต มีด ศึกษาเรื่องวัฒนธรรมกับบุคลิกภาพของชาวซามัว) ในองค์กรธุรกิจ (Business organization) ก็ใช้ “การมีส่วนร่วม” โดยเฉพาะในกรณีของ “การควบคุมคุณภาพ” (QCC = Quality Control Circle) ซึ่งเป็นที่ยอมรับทั่วไปในการจัดการด้านผลิตภัณฑ์คุณภาพ ในวงการการเมืองการปกครองจะพบกับคำว่า “ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม”(Participatory Democracy) เป็นประจำอันแสดงว่าเป็นประชาธิปไตยที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการการเมืองการปกครอง ดังนั้นจึงเป็นการเมืองการปกครองที่เป็นประชาธิปไตยอย่างแท้จริงสอดคล้องกับแบบความคิดเรื่องประชาธิปไตยที่ว่า “การปกครองของประชาชน โดยประชาชน เพื่อประชาชน”⁴

2.2.2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน

ในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาชุมชนในประเทศไทย พัฒนาการคือเป็นผู้ที่ลงไปทำงานร่วมกับชาวบ้านจะต้องเรียนรู้แล้วว่า สภาพปัญหาพื้นฐานที่ต้องมีการพัฒนาชุมชน คือเรื่อง “ช่องว่างระหว่างรัฐกับประชาชน” กล่าวคือในระบบบริหารราชการแผ่นดินของไทยเป็นแบบรวมศูนย์อำนาจอยู่ที่ส่วนกลาง การปฏิบัติการกิจต่างๆ ในส่วนภูมิภาคจะริเริ่มวางแผน รวมทั้งกำหนดโครงการเสร็จเรียบร้อย ทั้งในฐานะที่มีผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญภาคทฤษฎี และในฐานะผู้มีอำนาจสูงสุดจากนั้นจึงออกมาเป็นระเบียบปฏิบัติจากส่วนกลาง แล้วออกคำสั่งสั่งๆ กำชับลงไปว่า ให้ทุกภาคส่วนในส่วนภูมิภาค

³ วราคม ทิสุกะ สังคมวิทยาสำหรับผู้เริ่มเรียน, (กรุงเทพฯ : มิตรสยาม, 2527), หน้า 272-275.

⁴ บวรศักดิ์ อุวรรณโณ และถวิลดี บุรีกุล, ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม, (กรุงเทพฯ : สถาบันพระปกเกล้า, 2548).

“รับทราบคำสั่ง” และ “ให้ความร่วมมือ” ในการปฏิบัติเช่นนี้ คำสั่งจะส่งตรงไปยังจังหวัด(ผู้ว่าราชการจังหวัด) จากนั้นก็ส่งต่อไปและสิ้นสุดปลายทางที่ระดับอำเภอ (นายอำเภอ- พัฒนาการอำเภอ) ความจริงจากระดับอำเภอจะต้องแปลงคำสั่งเป็นภาคปฏิบัติลงไปยังระดับตำบลหมู่บ้าน อันเป็นระดับพื้นฐานที่สุดของประเทศชาติ นี่คือภาพ “ช่องว่างระหว่างรัฐกับประชาชน” ในทางวิชาการการพัฒนาชุมชนถือว่าเป็นวิธีการพัฒนาระบบน้ำตก คือ ไหล “จากเบื้องบนลงสู่เบื้องล่าง”หรือ “วิธีการแบบสั่งการ”(Top Down or Directive approach) ตรงข้ามกับวิธีการแบบใหม่ที่ใช้วิธีการ “จากเบื้องล่างสู่เบื้องบน”หรือ “วิธีแบบร่วมคิดร่วมทำ” (Bottom Up or Non-Directive approach) ตามคำกล่าวของ ดร. แบตเตน (Batten) ที่ให้คำนิยามการพัฒนาว่ามีสิ่งหนึ่งที่นักพัฒนาไปทำให้ประชาชน แต่เป็นสิ่งที่นักพัฒนาทำร่วมกับประชาชน โดยกล่าวว่าการพัฒนาชุมชนเป็นการทำงานกับประชาชน มิใช่การทำงานเพื่อประชาชน การพัฒนาชุมชนเป็นขบวนการที่คนในชุมชนเล็กๆ ได้ร่วมปรึกษาหารือกันในตอนต้นและจากนั้นก็ร่วมกันวางแผนและลงมือปฏิบัติร่วมกันจนเป็นที่พอใจและสนองความต้องการของคนในชุมชน⁵

จากการวิเคราะห์เกี่ยวกับผลพวงที่เกิดตามมาของวิธีการพัฒนาชุมชนทั้ง 2 แบบ จะแตกต่างกันอย่างชัดเจนกล่าวคือในการพัฒนาแบบ “จากเบื้องบนสู่เบื้องล่าง”หรือ “แบบสั่งการ” ประชาชนจะไม่มีความรู้สึกรัก และหวงแหนเพราะไม่มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Sense of belonging) ผลพวงการพัฒนา เช่น การสร้างสะพาน ประชาชนก็จะไม่รู้สึกว่าตนเป็นเจ้าของสะพาน สะพานก็เป็น “ของหลวง” สร้างถนนก็จะไม่มีความรู้สึกว่าตนเป็นเจ้าของถนน เพราะถนนก็เป็น “ของหลวง” ประชาชนก็ไม่มีความรับผิดชอบ หากสะพานชำรุดเสียหาย ก็ปล่อยให้ชำรุดเสียหายไป หากถนนชำรุดเสียหายก็ปล่อยให้ชำรุดเสียหายไป เพราะมันเป็น “ของหลวง” สร้างขึ้นจากเงินงบประมาณแผ่นดิน ก็ควรต้องซ่อมเสริมด้วยเงินงบประมาณแผ่นดิน

2.2.3 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

“คุณภาพชีวิต” (Quality of life) เป็นคำศัพท์ที่ถือกำเนิดขึ้นมาใหม่อันเป็นผลจากการพัฒนาชุมชนเมื่อไม่นานมานี้เองมีความหมายตรงข้ามกัน “ชีวิตประจำวัน” (Daily life) ของประชาชนชาวบ้านที่ชีวิตประจำวันเต็มไปด้วยปัญหาของชีวิตหรือปัญหาสังคม (Social problems) ปัญหาสังคมหลักๆ ได้แก่ปัญหาความยากจน ขาดแคลนปัจจัยพื้นฐานของชีวิต ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ รวมทั้งปัญหา

⁵ ไพรัตน์ เดชะรินทร์, ทฤษฎีและแนวทางปฏิบัติการพัฒนาชุมชน, (กรุงเทพฯ : วัชรินทร์ การพิมพ์, 2516), อ้างอิงในวราคม ที่สุกเก, หลักการพัฒนาชุมชน (แผ่นปลิวเย็บเล่ม).

การขาดโอกาสทางการศึกษา เรียกชื่อสั้นๆ เพื่อจดจำง่ายว่าปัญหาจน เจ็บ โง่ นักวิชาการพัฒนาท่านหนึ่งกล่าวว่าในการพัฒนาชุมชน “คุณภาพชีวิต” ได้แก่ 1) ปรับปรุงสภาพการดำรงชีวิตให้ดีขึ้น 2) เพิ่มความสามารถในการพึ่งพาตนเองให้มากขึ้น 3) เพิ่มความสามารถและอำนาจในการต่อรองกับบุคคลหรือชุมชนที่อยู่นอกระบบสังคมชนบท 4) เพื่อความสามารถที่จะใช้ ปรับปรุง คัดแปลงหรือควบคุมทรัพยากรและสภาวะแวดล้อม 5) เพิ่มความสามารถในการกำหนดค่านิยมและตัดสินใจเลือกสรรสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตของชาวชนบท

อย่างไรก็ดี “คุณภาพชีวิต” ที่ระบุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (2530-2534) เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับนี้ในปี 2534 ประชาชนในชนบทควรต้องมี “สิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐาน”(จปฐ.) 8 ประการคือ 1) อาหารดี 2) มีบ้านอาศัย 3) ศึกษาอนามัยถ้วนทั่ว 4) ครอบครัพลอดภัย 5) ได้ผลผลิตสูง 6) ไม่มีลูกมาก 7) อยากร่วมพัฒนา และ 8) พาสู่คุณธรรม โดยสรุปแล้ว จะเห็นในภาพรวมได้ว่าสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) ทั้ง 8 ดังกล่าวนี้อาจสรุปรวมลงเป็น 3 หมวดใหญ่ ได้แก่ สังคม เศรษฐกิจ และจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการพัฒนาตามอุดมการณ์แผ่นดินธรรมแผ่นดินทอง ยิ่งไปกว่านั้น ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544) ก็ดึงเอาหัวใจของการพัฒนา “คุณภาพชีวิต” ออกมากล่าวซ้ำอีก นั่นคือการกำหนดจุดเน้นของการพัฒนาโดยให้ “มนุษย์เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา” และมีหลักใหญ่ๆ 3 เป็นเป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนา อันได้แก่ ประสิทธิภาพ คุณภาพ และสุขภาพ เรียกสั้นๆ เพื่อจำง่ายว่า เก่ง ดี มีสุข (ความหมายตรงๆ คือ เก่ง = ประสิทธิภาพ ดี = คุณภาพ สุข = สุขภาพ) อนึ่ง มีข้อสังเกตว่าในการจัดทำแผน รัฐบาลได้เปิดโอกาสให้ตัวแทนประชาชนทุกภาคส่วน ทุกสาขาอาชีพ เข้ามามีส่วนร่วมด้วย และที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือได้กำหนดเรื่อง “สุขภาพอนามัย” ของประชาชนเป็นเป้าหมาย ซึ่งรัฐบาลปัจจุบันได้ประกาศจุดยืนข้อหนึ่งที่ต้องการให้ประชาชนคนไทยโดยรวมมีความสุขหรือ “สุขภาวะมวลรวมประชาชาติ” (GDH = Gross Domestic Happiness) ที่สัมผัสได้จริงมากกว่า “ผลิตภัณฑ์มวลประชาชาติ” (GDP = Gross Domestic Product) ที่เป็นเพียงตัวเลขจึงอาจสรุปได้ว่า เรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนได้พัฒนาขึ้นจนกลายเป็นความจำเป็น ในวิถีชีวิตประจำวัน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและด้านการเมืองการปกครอง⁶

⁶ วราคม ทีสุกะ, “การศึกษากับการพัฒนาชุมชน” ใน สังคมวิทยากับการศึกษา, (กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2544). (ถ่ายสำเนาเย็บเล่ม); และ สังคมและวัฒนธรรมไทย, (กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2544), หน้า 79-81.

2.3 แนวคิดเรื่องกฎบัตรออกดาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

เป็นเวลาเกือบทศวรรษหลังคำประกาศอัลมา อะมา ว่าด้วยเป้าหมายแห่ง “สุขภาพดีถ้วนหน้า” และ “ยุทธศาสตร์แห่งการสาธารณสุขมูลฐาน” องค์การอนามัยโลก (WHO) ก็ได้หันมาผลักดันแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง โดยการจัดประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1 “การเคลื่อนไปสู่การสาธารณสุขยุคใหม่” ระหว่างวันที่ 17-21 พฤศจิกายน 2529 ณ กรุงออกตาวา ประเทศแคนาดา ซึ่งได้มีการประกาศ “กฎบัตรออกตาวา” ว่าด้วยยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่อันถือชื่อเพื่อการปฏิบัติให้บรรลุสถานะสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 การประชุมครั้งนี้จัดขึ้นเพื่อเป็นการตอบสนองความคาดหวังที่เพิ่มมากขึ้น ในอันที่ได้เห็นการเคลื่อนไปสู่สาธารณสุขแนวใหม่ของประเทศต่างๆ ทั่วโลก การจัดประชุมครั้งนี้จัดขึ้นบนพื้นฐานของความสำเร็ภายหลังการประกาศเจตนารมณ์เรื่อง การสาธารณสุขมูลฐานที่กรุงอัลมา อะมา ประเทศรัสเซีย โดยเชื่อมโยงถึงเอกสารองค์การอนามัยโลกว่าด้วยเป้าหมายต่างๆ ของการดำเนินงานเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า และข้อโต้แย้ง ในระหว่างการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกก่อนหน้าการประชุมนี้ในประเด็นที่เกี่ยวกับกิจกรรมร่วมขององค์กรเพื่อสุขภาพ ซึ่งสาระสำคัญของแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ⁷ มีดังต่อไปนี้

2.3.1 การส่งเสริมสุขภาพ “การส่งเสริมสุขภาพ” หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของพวกเราในการควบคุมดูแลพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ในการที่จะบรรลุสุขภาพที่สมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเองและสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตนเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้นสุขภาพจึงถูกมองเป็นทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับชีวิตประจำวัน มิใช่เพียงเป้าหมายของการดำรงชีวิต สุขภาพเป็นคำที่มีความหมายในทางบวกที่เน้นความสำคัญของทรัพยากรบุคคลและสังคมเช่นเดียวกับสมรรถภาพทางร่างกายดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงมิใช่อยู่ในความรับผิดชอบของภาคสาธารณสุขเท่านั้น หากแต่ขยายออกไปสู่เรื่องของการมีวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพจนไปถึงเรื่องของสุขภาพโดยรวม

⁷ ชาติชาย สุวรรณนิทย์และคณะ, “การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวไทย”, รายงานการวิจัย, (นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2545), หน้า 16-17.

2.3.2 ปัจจัยกำหนดที่เอื้อให้เกิดสุขภาพ เงื่อนไขและทรัพยากรพื้นฐานที่เอื้อให้เกิดสุขภาพ ได้แก่ สันติสุข ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศที่มั่นคง ทรัพยากรที่มั่นคง ความเป็นธรรม และความเท่าเทียมกันทางสังคม การปรับปรุงสถานะสุขภาพจำเป็นจะต้องมีรากฐานมั่นคงของปัจจัยกำหนดเงื่อนไขพื้นฐานต่างๆ เหล่านี้

2.3.3 กลยุทธ์แห่งการส่งเสริมสุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ จะต้องอาศัยกลยุทธ์ (Strategy) 5 ประการ คือ

1) สร้างนโยบายเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) โดยที่ส่งเสริมสุขภาพมีขอบเขตกว้างขวางไปนอกภาคสาธารณสุข เรื่องของสุขภาพ จึงเป็นเรื่องที่พึงอยู่ในหัวข้อการพิจารณาของผู้กำหนดนโยบายในทุกสาขาและทุกระดับที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจของเขา และให้เขายอมรับในความรับผิดชอบของเขาต่อสุขภาพด้วย นโยบายส่งเสริมสุขภาพต้องกำหนดวิธีการที่หลากหลายแต่สอดคล้องและสนับสนุนกัน โดยอาศัยวิธีทางนิติบัญญัติ การเงินการคลัง ภาษี และการเปลี่ยนแปลง การจัดรูปองค์กร การประสานกิจกรรมที่จะนำไปสู่สุขภาพ รายได้ และนโยบายต่างๆ ทางด้านสังคมที่เสริมสร้างความเสมอภาคให้มากยิ่งขึ้นกว่าเดิมกิจกรรมร่วมเหล่านี้ จะส่งเสริมให้เกิดบริการและสินค้าต่างๆ ที่ปลอดภัยเสริมสร้างสุขภาพมากขึ้น บริการสาธารณสุขที่ถูกสุขลักษณะมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและรื่นรมย์

2) สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) สังคมต่าง ๆ ของเรามีความสลับซับซ้อนและเชื่อมโยงกัน เป้าหมายด้านสุขภาพจึงมีอาจแยกออกจากเป้าหมายด้านอื่นๆ เป็นโยงใยที่ตัดขาดไม่ได้ระหว่างมนุษย์เราและสิ่งแวดล้อม จึงเป็นรากฐานสำคัญในการคิดค้นหาวิถีทางด้านสังคมนิเวศวิทยาเพื่อพัฒนาสุขภาพ หลักการที่จะชี้นำในภาพรวมต่อโลกประเทศต่างๆ ภูมิภาคทั้งหลาย ตลอดจนชุมชนต่างๆ ในแนวทางเดียวกันคือ ความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพงานอนุรักษ์ และช่วยเหลือดูแลซึ่งกัน และกันทั้งชุมชน และสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติของเราควรจะต้องยกย่อง การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติเป็นหน้าที่ของประชาคมโลก การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตการทำงานและการพักผ่อนมีผลกระทบต่อสุขภาพการทำงานและการพักผ่อน จะเป็นปัจจัยประการหนึ่งที่ส่งผลไปถึงสุขภาพของมวลมนุษย์ วิธีที่สังคมจัดระบบการทำงานอาจช่วยเสริมสร้างสังคมสุขภาพได้ตั้งงานส่งเสริมสุขภาพช่วยเสริมสร้างเงื่อนไขต่างๆ ทางด้านการดำรงชีวิตและการทำงานที่มีความปลอดภัย ไร้ใจ ฟุ้งพอใจ และสนุกสนาน การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

อย่างเป็นระบบในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของเทคโนโลยี การปฏิบัติงาน พลังงาน การผลิต และการเติบโตของเขตเมือง เป็นมาตรการที่จำเป็นและต้องตามมาด้วยการจัดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลบวกต่อสุขภาพอนามัยของสาธารณชน การปกป้องรักษาสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติและที่สร้างสรรค์ขึ้น รวมทั้งการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ ควรจะผนวกอยู่ในกลวิธีการส่งเสริมสุขภาพในทุกกรณี

3) เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) การส่งเสริมสุขภาพจะต้องดำเนินการโดยอาศัยกิจกรรมชุมชนที่มีประสิทธิภาพ และเป็นรูปธรรม ทั้งในการจัดลำดับความสำคัญ การตัดสินใจ การวางแผน กำหนดวิธีต่าง ๆ และการดำเนินการตามกลวิธีเหล่านั้นเพื่อให้บรรลุสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม หัวใจของการดำเนินงานตามกระบวนการดังกล่าวได้แก่ การให้ชุมชนมีอำนาจ ให้เกิดความเป็นเจ้าของและควบคุมงานที่ตนเองริเริ่ม รวมทั้งอนาคตของชุมชนเอง การพัฒนาชุมชนจำเป็นต้องระดมทรัพยากรต่างๆ ทั้งวัตถุ และบุคคลภายในชุมชน เพื่อยกระดับการพึ่งตนเองได้ การสนับสนุนจากสังคมรวมทั้งพัฒนาระบบที่ยืดหยุ่นได้ ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่การมีส่วนร่วมของสาธารณชน และการชี้นำในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งนี้โดยชุมชนจะต้องเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โอกาสต่างๆ ในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ และงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ฉะนั้นแนวความคิดในการสนับสนุนให้องค์กรภาคเอกชนในระดับรากหญ้า เข้ามีส่วนดำเนินการด้านการบริการสุขภาพชุมชน ได้เกิดขึ้นมาหลายปีแล้ว ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองก็มีการรับผิดชอบงานบริการในพื้นที่ที่รับผิดชอบของตน ซึ่งขณะเดียวกันก็ยังมีภาระหน้าที่อื่นๆ อีก ฉะนั้นการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ จึงเป็นงานที่มีลักษณะท้าทายทั้งในเชิงแนวคิดและวิธีการปฏิบัติ ในประการแรก กิจกรรมเพื่อสาธารณะ (Public Affair) หรือกิจการเพื่อสังคม (Social Affair) ในประเทศไทยถือว่า อยู่ในอำนาจรับผิดชอบของรัฐ โดยการบริหารผ่านหน่วยงานของรัฐ ดังนั้นการสนับสนุนให้องค์กรภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านนี้ จึงค่อนข้างสวนทางกับธรรมเนียมปฏิบัติราชการ ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้ ประการที่สอง องค์กรภาคประชาชนที่ได้รับการยอมรับจากทางราชการ มักจะต้องเป็นองค์กรที่จัดตั้งโดยทางราชการที่จะจัดสรรงบประมาณให้แก่ องค์กรภาคประชาชนแบบไม่เป็นทางการที่ประชาชนจัดตั้งกันขึ้นมาเอง ประการที่สาม โดยทั่วไปหน่วยงานของรัฐยังไม่คุ้นเคยกับการสนับสนุนงบประมาณให้แก่เครือข่ายขององค์กรชุมชน ในฐานะที่เป็นหน่วยจัดการและประสานงาน



2.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 ทฤษฎีบทบาททางสังคม

ก) ความหมายของ “บทบาททางสังคม” นักสังคมวิทยากล่าวว่าการบทบาททางสังคม (Social Role) จะต้องมีมาเคียงคู่กับสถานภาพทางสังคม (Social status) เสมอ จะมีบทบาทโดยไม่มีสถานภาพเป็นไปไม่ได้ เพราะสถานภาพเปรียบเหมือนตัวรถยนต์ บทบาทคือสิ่งที่ทำให้รถยนต์แล่นได้ ดังนั้น สังคมที่ก่อกำเนิดขึ้นจากการรวมกลุ่มกันของสมาชิกสังคม นักสังคมวิทยาเชื่อว่าสมาชิกสังคมทุกคนเป็นส่วนหนึ่งของคนและกันและพึ่งพาอาศัยกันและกัน คำว่า “เป็นส่วนหนึ่งของคนและกัน” และ “พึ่งพาอาศัยกันและกัน” ไม่ได้หมายความว่ายืนพิงกันเหมือนคันเสาที่ไร้จิตใจไร้ความรู้สึก แต่เป็นการพึ่งพิงกันอย่างมีจิตใจและเต็มไปด้วยรู้สึก สิ่งที่แสดงตัวเองออกมาจากความรู้สึกและชีวิตจิตใจนี้แหละที่นักสังคมวิทยาเรียกว่า “บทบาท” และเนื่องจาก “บทบาท” เป็นสิ่งเดียวกับ “สิ่งที่แสดงตัวเองออกมาของคนในสังคม” นักสังคมวิทยาจึงบัญญัติศัพท์ว่า “บทบาททางสังคม” บทบาททางสังคมเป็นสิ่งเดียวกับชีวิตประจำวันตั้งแต่มนุษย์เกิดมา จะสิ้นสุดบทบาทเมื่อมนุษย์สิ้นชีวิตคล้ายกับการเล่นละคร นักแสดงเปรียบได้กับมนุษย์เรา “สังคม” เป็น “เวทีชีวิต” “บทบาททางสังคมเป็นสิ่งที่เขาเป็นจริงในละครแห่งชีวิต” บทบาทในที่นี้ก็คือ “หน้าที่” ที่เขาต้องปฏิบัติต่อคนรอบตัวที่เป็นสมาชิกของชุมชน และสังคมนั้น จะเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นการปฏิบัติหน้าที่ตาม “ความคาดหวังของสังคม” คล้ายกับที่ท่านเชคสเปียร์ กล่าวไว้ว่า “ทั้งโลกเปรียบเหมือนโรงละครใหญ่ ชายหญิงไซริ์เปรียบตัวละครนั้น : ต่างมียามเข้าออกอยู่เหมือนกัน คนหนึ่งนั้นย่อมนั่นตัวนานา”^๘

ข) ความสำคัญของ “บทบาททางสังคม” เป็นที่ยอมรับกันโดยสากลแล้วว่าปัจจัย 4 คืออาหาร เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและยารักษาโรค เป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานที่สุดของชีวิต (Basic needs of life) แต่ปัจจัย 4 ดังกล่าวก็ไม่ได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เอง มนุษย์เราเป็นผู้แสวงหาเพื่อการบริโภคอุปโภค ตลอดชีวิตของมนุษย์เรา ก็ไม่มีที่ว่างทางสังคมที่เป็นอยู่ได้โดยไม่มี การแสวงหาปัจจัย 4 จะเรียกให้สั้นๆว่า ปัจจัย 4 คือปัจจัยแห่งชีวิต หมายความว่าไม่มีปัจจัย 4 ชีวิตก็ไม่อาจดำเนินไปได้และดำรงอยู่ได้ อย่างไรก็ตาม นักสังคมวิทยาคิดไปไกลกว่านั้นอีก เพราะว่าก่อนที่มนุษย์เราจะลิ้มตามาดูโลก ต้องอาศัยกรรมภารดาที่ยาวนานประมาณ 9-10 เดือน มารดาต้องประคบประหงมตัวอ่อน (ทารกตัวน้อย) ด้วยความรักและความห่วงหาพัน ทั้งเหนื่อยทั้งหนัก และดำเนินชีวิตของตนเองอย่างระมัดระวังเป็นอย่าง

^๘ เชคสเปียร์, วิลเลียม, ตามใจท่าน, (พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 6 ทรงประพันธ์เป็นภาษาไทย, (กรุงเทพฯ : องค์การค้ำของคุรุสภา, 2508), หน้า 89.

สิ่งพิมพ์นี้เป็นสมบัติของห้องสมุด มทร.

ผู้ใดพบอยู่ในที่อื่น ไม่สมควร

ไปรคนนำมาส่งที่แผนกห้องสมุดด้วย ขอบคุณ

ยิ่ง ยิ่งกว่าไขในหิน ยิ่งไปกว่านั้น หลังจากที่ทารกตัวน้อยถูกนำออกจากครรภ์มารดา เธอถูกตัดขาดจากปัจจัยเครื่องยังชีวิตเมื่ออยู่ในครรภ์ทุกอย่าง ดังนั้น สิ่งแรกที่หมอบปฏิบัติต่อเธอคือกระตุ้นให้เธอหายใจด้วยตัวเอง เสียงร้องไห้ “เสียงแรก” ของทารกตัวน้อยคือความสำเร็จในการปฏิบัติหน้าที่ของหมอบ นี่ถือเป็นเพียงการเริ่มต้นของบทบาทแห่งชีวิต คงไม่มีคำถามกระมังว่าบทบาทของหมอบสำคัญอย่างไร นี่เป็นเพียงการเริ่มต้นของชีวิตในวันแรกและเวลาแรกที่ชี้ให้เห็นว่าบทบาททางสังคมมีความสำคัญและความจำเป็นสำหรับชีวิตของมนุษย์เรา

นักสังคมวิทยาได้บันทึกความสำคัญและความจำเป็นเกี่ยวกับบทบาททางสังคมไว้อีกมากมายเป็นต้นว่าการศึกษาเปรียบเทียบ “ความพร้อม” ที่จะช่วยตัวเอง หรือ ความพร้อมใน “การยืนบนขาของตัวเอง” ระหว่าง “เด็กม้า” อายุ 2 ชั่วโมงกับ “เด็กมนุษย์” อายุ 2 ขวบ ว่าเด็กม้ามีความพร้อมกับการยืนหลังการเกิดเพียงไม่กี่นาที สามารถเดินตามแม่ม้าได้อย่างไม่ยากเย็นนัก แต่ “เด็กมนุษย์” ไม่สามารถกระทำอย่าง “เด็กม้า” ได้แม้มีดีอายุ 2 ขวบแล้วก็ตาม⁹ แม่ของเด็กมนุษย์จึงมีความสำคัญและจำเป็นต้องดูแลเอาใจใส่ให้ลูกของตนอย่างหนักและเหน็ดเหนื่อยต่อไปอย่างยาวนาน การดูแลเอาใจใส่นี้แหละคือการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมต่อลูก และจะต้องปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวไปนานเท่านั้นจนกว่าลูกจะพึ่งตัวเองในสังคมได้

ก) “บทบาททางสังคม” มีความหมายเดียวกับ “มนุษยธรรม” คำว่า “มนุษยธรรม” (Humanity) เป็นคำศัพท์ที่ความหมายสูงในการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน นักวิชาการสังคมศาสตร์เชื่อว่าเดมิที่เดิยวมมนุษย์ในยุคดึกดำบรรพ์แทบไม่มีอะไรที่แตกต่างจากสัตว์อื่น สัตว์อื่นมีสัญชาตญาณพื้นฐานของชีวิตคือต้องการอากาศหายใจ การกิน การนอน การมีพฤติกรรมทางเพศเพื่อการดำรงเผ่าพันธุ์ และต้องการการพักผ่อนยามเมื่อยล้า มนุษย์ก็ต้องการสิ่งเหล่านี้เช่นเดียวกัน แต่ที่มนุษย์มีมากกว่าและสูงกว่าสัตว์อื่นตรงที่มนุษย์มีสามัญสำนึก (Common sense) ที่เรียกว่ามนุษยธรรม เริ่มต้นที่มนุษย์มีสมองที่คิดได้ทำได้ดีสูงกว่า มีจิตใจที่สามารถจินตนาการได้มากกว่า กว้างไกลกว่า จึงพัฒนาได้ดีกว่า

สิ่งที่เรียกว่า “มนุษยธรรม” ในที่นี้มีความหมายครอบคลุมกว้างไกล โดยเริ่มตั้งแต่การที่มนุษย์มีความรู้สึกว่าตนเองมีบางสิ่งบางอย่างดีกว่าสัตว์ป่าเถื่อนอื่น จะเห็นตัวอย่างได้จาก การฝังศพของเพื่อนมนุษย์ที่ตายเพื่อไม่ได้ศพต้องตกไปเป็นอาหารของสัตว์อื่น ที่แปลว่ามี “ความสำนึกทางสังคม” (Social consciousness) และฝังเครื่องมือเครื่องใช้ประจำตัวลงไปในหลุมศพ ซึ่งมีความหมายว่ามนุษย์มีความเชื่อว่ามีวิญญาณเป็นอมตะ หรือลัทธิวิญญาณนิยม (Animism) ความคิดความเชื่อนี้เป็น

⁹ วราคม ทีสุทะ, สังคมวิทยาสำหรับผู้เริ่มเรียน, อ่างแล้ว, หน้า 178-179.

ต้นแบบความคิดเกี่ยวกับความประพฤติปฏิบัติที่ดีต่อกันและกัน พัฒนาต่อมาเป็นความคาดหวังว่าควรปฏิบัติที่ดีต่อกันอย่างไรระหว่างมนุษย์ด้วยกัน เช่น ระหว่างผู้ชายที่แข็งแรงกว่า สามารถช่วยตัวเองได้ ดีกว่าจะต้องทำหน้าที่ปกป้องคุ้มครองผู้หญิงและเด็กที่อ่อนแอกว่า หรือระหว่างบุตรหลานที่จะต้องดูแลเอาใจใส่บิดามารดาผู้ชราภาพที่มีปัญหาเกี่ยวกับชีวิต สุขภาพ และพัฒนาแบบความคิดทำนองเดียวกัน ต่อมาจนขยายผลไปถึงผู้คนในชุมชนเดียวกัน และขยายต่อไปอีกถึงผู้ในชุมชนอื่น สังคมอื่น โดยไม่จำกัด แบบความคิดเช่นนี้ก็รวมอยู่ในความหมายว่า “มนุษยธรรม” สรุปว่ามนุษยธรรมคือการที่มนุษย์มีความคิดที่จะให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่น ในพระพุทธศาสนาแบบความคิดเรื่องมนุษยธรรมนี้ได้ประมวลสรุปลงเป็นแบบแผนการประพฤติปฏิบัติที่รู้จักว่า “หลักเบญจศีล-เบญจธรรม” ซึ่งคล้ายกับแบบความคิดทฤษฎีที่นักสังคมวิทยาเรียกว่า “บทบาททางสังคม” โดยมีความเชื่อว่าสังคมมนุษย์ดำรงอยู่ได้อย่างเป็นระบบ สงบสุขและมีสมานฉันท์ ก็เพราะมนุษย์มีแนวความคิดเช่นนี้และประพฤติปฏิบัติเช่นนี้สืบต่อกันมา¹⁰

ง) บทบาททางสังคมที่ขัดแย้งกัน นักสังคมวิทยาให้ข้อมูลเชิงสังคมเกี่ยวกับสถานภาพและบทบาทว่าสมาชิกแห่งสังคมทุกคนมีสถานภาพที่ติดตัวมาและมีเพิ่มเข้ามาใหม่ทุกคน และทุกกรณีที่มีสถานภาพก็จะต้องมีบทบาทควบคู่มาด้วยเสมอ สถานภาพคือการที่เราเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น มีสถานภาพเป็น “สามี” ก็จะเคียงคู่กับสถานภาพ “ภรรยา” ของอีกบุคคลหนึ่ง ทั้งสองสามีภรรยาที่มีบทบาทคือปฏิบัติหน้าที่ที่ควรปฏิบัติต่อกัน เริ่มตั้งแต่การมีความรัก ความปรารถนาดี ความรับผิดชอบ ความห่วงหาอาทร รวมถึงการยินยอมพร้อมใจที่จะร่วมสุขร่วมทุกข์กัน เป็นต้น เมื่อคู่สามีภรรยาให้กำเนิดบุตรมา ก็ต้องมีบทบาทหรือปฏิบัติหน้าที่ต่อบุตร ยังมีบุตรหลายคนก็ต้องปฏิบัติหน้าที่มากขึ้น สลับซับซ้อนมากขึ้นและนักสังคมวิทยาก็เน้นย้ำว่าการแสดงบทบาทหรือการปฏิบัติหน้าที่ต่อกันนี้เป็นไปในลักษณะที่ต่างคนก็ต่างปฏิบัติหน้าที่ต่อกัน คือการปฏิบัติต่อกันเป็น 2 ทางเสมอ เช่น สามีต่อภรรยา และภรรยาต่อสามี เมื่อมีบุตร คู่สามีภรรยามีสถานภาพเป็นบิดามารดา ทั้งสองก็ต้องทำหน้าที่ต่อบุตรของตน และเมื่อถึงวัยที่บุตรเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ขึ้นก็ต้องปฏิบัติหน้าที่ที่ดีที่ควรปฏิบัติต่อบิดามารดา เป็นต้น

เนื่องจากในสังคมหนึ่งๆ มีสมาชิกสังคมจำนวนมาก สมาชิกแต่ละคนก็เกี่ยวกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในวันหนึ่งๆ มากหน้าหลายตา ตัวอย่างเช่นในครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัว 5 คน ทุกคนในครอบครัวต่างห่วงหาอาทรกัน ก็ต้องทำหน้าที่อย่างหนึ่งอย่างหนึ่งอย่างเป็นรูปธรรมที่มีความหมายแทนความห่วง

¹⁰ อ่างแล้ว, หน้า 189.

หาอาหาร ในทำนองเดียวกันนี้ สมาชิกครอบครัวนี้เมื่อเข้าไปติดต่อหรือเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นตามความจำเป็น ในหน้าที่การงานอาชีพบ้าง ในการเดินทางบ้าง ในการไปพบหมอบ้าง ในตลาดสดบ้าง ในการไปศึกษาที่โรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัยบ้าง ฯลฯ แล้วแต่กรณี บางครั้งจำเป็นปฏิบัติหน้าที่ 2-3 อย่างในเวลาเดียวกัน ปัญหาความขัดแย้งว่าจะเลือกปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว จะเลือกปฏิบัติอะไร

จ) สังคมมนุษย์คือระบบสถานภาพและบทบาท นักสังคมวิทยาอมรับกันว่าสังคมมนุษย์เป็นระบบแห่งความสัมพันธ์กันของสมาชิกสังคมแต่ละแห่ง (Human relationships) และความสัมพันธ์ของสมาชิกสังคมก็เป็นความสัมพันธ์แห่งสถานภาพและบทบาทที่เกิดขึ้นและดำเนินไปอย่างมีระบบต่อเนื่องจนกลายเป็นระบบสังคมขึ้นมา โดยความหมายนี้ ก็อาจกล่าวได้ว่าสังคมวิทยาก็คือศาสตร์แห่งสถานภาพและบทบาททางสังคม ดังนั้น เรื่องสถานภาพและบทบาทอาจประยุกต์ศึกษาวิเคราะห์ “โครงสร้างสังคม” ได้ทุกระบบ เช่น วิเคราะห์ “สังคมโรงเรียน” เริ่มต้นด้วยการแยกแยะโครงสร้างตามสถานภาพบุคลากรในโรงเรียน (จาก “บนสุด” ถึง “ล่างสุด”) (สายวิชาการ) เป็นต้นนี้ ผู้อำนวยการ (อาจารย์ใหญ่) ครูประจำชั้นและนักเรียน นอกจากสายวิชาการ ยังมีกลุ่มบุคลากรที่ไม่ได้ทำหน้าที่สอนแต่ทำหน้าที่เป็นฝ่ายสนับสนุนการเรียนการสอน (Non-Teaching Staff) อีกส่วนหนึ่งซึ่งอาจจะประกอบด้วย หัวหน้าสำนักงาน งานสารบรรณ งานสื่อโสตทัศนูปกรณ์ งานอาคารสถานที่ งานยานพาหนะ นักการภารโรง และโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียน

ในทำนองเดียวกันนี้ ก็อาจประยุกต์ “สถานภาพและบทบาท” ใช้วิเคราะห์ “โครงสร้างจังหวัดด้านการปกครอง” (จาก “บนสุด” ลงมายัง “ฐานล่างสุด” ก็จะได้ดังนี้

- จังหวัด (ผู้ว่าราชการจังหวัด)
- อำเภอ (นายอำเภอ ...10... อำเภอ)
- ตำบล (กำนัน...10... ตำบล)
- หมู่บ้าน (ผู้ใหญ่บ้าน...10...หมู่บ้าน)
- ครอบครัว (หัวหน้าครัวเรือน...20, 30, 40, 50,...ครัวเรือน)

การศึกษาวิเคราะห์โครงสร้างสังคมทุกหน่วย และทุกระดับมีจุดเน้นที่ระบบปฏิสัมพันธ์ของสถานภาพ(ตำแหน่ง) แต่ให้เป็นที่เข้าใจว่าทุกครั้งและทุกกรณีที่มีสถานภาพจะต้องมีบทบาท-หน้าที่แฝงอยู่ด้วยเสมอ เพราะว่าสาระของชีวิตและสังคมนั้นอยู่ที่การปฏิบัติหน้าที่ต่อกันระหว่างสมาชิกไม่ว่า

จะอยู่ในฐานะอะไรในโครงสร้างของสังคม อย่างที่มีผู้กล่าวว่าท่านเป็นอะไรไม่สำคัญเท่ากับท่านทำอะไรและทำอะไรสมกับที่ท่านอยู่ในวงจรของสถานภาพและบทบาทในสังคม¹¹

2.5 แนวคิดในการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคโดยวิธีสวอท (SWOT Analysis)

ในการศึกษาเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้บังเกิดผลตามเป้าหมาย มีความจำเป็นต้องวิเคราะห์ให้เห็นจุดแข็ง-จุดอ่อน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการทำงาน ทั้งนี้ เพื่อนำมาเป็นฐานสร้างโอกาสให้กับการทำงานที่ตนรับผิดชอบ แนวความคิดนี้เป็นที่เข้าใจในระหว่างนักทำงานทั้งหลายในชื่อทับศัพท์ว่า สวอท (SWOT A Analysis : S = Strength = จุดแข็ง W = Weakness จุดอ่อน O = Opportunity = โอกาส T = Threat = ภัยคุกคามหรือปัญหา อุปสรรค)

ในทางพระพุทธศาสนาแนวความคิดแบบนี้หลักใหญ่ใจความอาจจะอนุโลมเข้าได้กับแนวความคิดเรื่อง อิทธิบาท 4 คือ ฉันทะ วิริยะ จิตตะ วิมังสา โดยเฉพาะข้อวิมังสา คือ ตรวจสอบ ตรวจสอบตรา ประเมินโครงการหรือวิเคราะห์ผลการทำงานที่ผ่านมา 3 องค์ประกอบคือฉันทะ วิริยะ จิตตะ แล้วว่า 1) บรรลุเป้าหมายเพียงใด 2) มีบางส่วนไม่บรรลุเป้าหมายหรือไม่ เพราะปัญหา อุปสรรคใด 3) กรณีบรรลุเป้าหมายเป็นที่พอใจ อาจต่อยอดโครงการอะไรได้อีกหรือไม่ 4) กรณีไม่บรรลุเป้าหมาย อาจปรับปรุงแก้ไขสิ่งใดได้มากน้อยเพียงใด และหากจะริเริ่มโครงการใหม่ จะคิดอ่านเตรียมการรับมือกับปัญหาอุปสรรคอย่างไร¹²

อย่างไรก็ดี แนวความคิดที่เกี่ยวกับการวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อน การเสริมสร้างโอกาส และการค้นหาสภาพปัญหาอุปสรรคนี้ ในทางพระพุทธศาสนายังมีชุดหลักธรรมเรื่อง “สัปปริสธรรม 7” ที่สนับสนุนการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชน สังคม แนวความคิดเรื่อง สัปปริสธรรม 7 โดยสรุปได้แก่ รู้สาเหตุ (ธัมมัญญา) รู้ผล (อัตถัญญา) รู้ตน (อัตตัญญา) รู้ประมาณ (มัตตัญญา) รู้กาล (กาลัญญา) รู้บริษัท (ปริสัญญา) รู้บุคคล (บุคคลัญญา) ซึ่งอาจให้ความหมายสั้นๆ ได้ โดยวิเคราะห์เป็น “ธรรมชุด” ว่า

¹¹ วราคม ทีสุกะ, สังคมวิทยากับการศึกษา, (กรุงเทพฯ : ภาควิชาสังคมวิทยา คณะสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ม.ป.ป.), หน้า 19-24. (อัดสำเนาเย็บเล่ม).

¹² แนวคิดเรื่องสวอท (SWOT Analysis) จาก พระธรรมโกศาจารย์ (ประยูร ธมฺมจิตฺโต), “พุทธศาสตร์การเผยแผ่พระพุทธศาสนา” ในการเผยแผ่เชิงรุก, (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2548), หน้า 17-47.

ชุดที่ 1 รู้สาเหตุ + รู้ผล

ชุดที่ 2 รู้ต้น + รู้ประมาณ + รู้กาล

ชุดที่ 3 รู้บริษัท + รู้บุคคล

ซึ่งให้นัยเชิงปฏิบัติได้ว่า 1) นักทำงานต้องเป็นคนฉลาดปราดเปรื่อง รู้สภาพการณ์ปรากฏการณ์หรือภารกิจของตนว่าทุกสิ่งทุกอย่างมีเหตุมีผล อยากได้ผลสำเร็จอย่างไร เพียงใด ก็ควรต้องปฏิบัติภารกิจให้สมเหตุสมผล เพราะหลักธรรมค้ำที่ว่าผลทุกอย่างย่อมสมกับสาเหตุ เช่นเดียวกับที่หลักแห่งกรรมว่าทำดีได้ดีทำชั่วได้ชั่ว ทำมากได้มาก ทำน้อยได้น้อย 2) นักทำงานต้องรู้จักตนเอง ในแง่ของจุดเด่น จุดด้อย ในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติภารกิจ เช่นด้านศักยภาพ ความรู้ความสามารถด้านการเสียดสละแรงกายแรงใจ ทรัพย์สินเงินทอง และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง นักทำงานควรต้องรู้ว่าตนเองมีกำลังสติปัญญา กำลังทรัพย์ กำลังใจ ระดับใด ก็จะต้องปฏิบัติภารกิจให้พอเหมาะพอดีกับตนเองและรู้จังหวะเวลาและโอกาสที่เหมาะสมกับสภาพการณ์แวดล้อมด้วย 3) นักทำงานทุกคนจะต้องระลึกไว้ตลอดเวลาว่าตนเองปฏิบัติภารกิจกับชุมชน (บริษัท = ชุมชน สังคม) และปฏิบัติภารกิจกับเพื่อนร่วมงาน นอกเหนือจากเพื่อนร่วมงาน นักทำงานก็จำเป็นต้องปฏิบัติงานกับกลุ่มบุคคลหลายภาคส่วนในชุมชนหมู่บ้านตำบล ดังนั้น การเป็นกัลยาณมิตรกับชุมชน เพื่อนร่วมงานรวมทั้งสมาชิกในชุมชนทุกภาคส่วน จะเป็นปัจจัยสนับสนุนให้การปฏิบัติภารกิจบรรลุความสำเร็จได้เป็นอย่างดี¹³

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประกอบ ยศเสถียร ศึกษาวิจัยเรื่องปัญหาของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการประชาชนในพื้นที่ชายแดน:กรณีศึกษาเปรียบเทียบบ้านแม่จัน และกิ่งอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย พบว่า “ประชาชนในพื้นที่ที่ศึกษาวิจัย ไม่สนใจการให้บริการของหน่วยงานต่างๆ ที่นำไปบริการในพื้นที่ เช่น งานทะเบียนและบัตรงานของพัฒนากร งานของเกษตรตำบลฯ ผู้วิจัยได้เสนอว่า ส่วนราชการต่างๆ ที่จะเข้าไปปฏิบัติงานในพื้นที่ควรศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการของประชาชนก่อนเข้าไปดำเนินการ ทั้งนี้ ควรให้ประชาชนมีส่วนร่วมคิดร่วมทำ ร่วมแก้ไขปัญหาด้วยตัวของเขาเอง นอกจากนี้ ในส่วนของข้าราชการที่ปฏิบัติงานยังประสบปัญหาในเรื่องการขาดแคลนยานพาหนะในการเดินทาง

¹³ วราคม ทีสุกะ, “หลักธรรมทางพระพุทธศาสนา”, สารทางสังคมศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม, (กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2548), หน้า 342-344.

เข้าไปปฏิบัติงานในพื้นที่ ปัญหาเรื่องสุขภาพอนามัยของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ปัญหาเรื่องเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจในพื้นที่ที่เข้าไปปฏิบัติงาน ปัญหาเรื่องความซ้ำซ้อนของหน่วยงานที่เข้าไปทำงาน ทำให้เกิดการรบกวนเวลาทำงานของชาวบ้าน ปัญหาดังกล่าว ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้บริการประชาชนได้อย่างเต็มที่¹⁴

จินดา พูลเกษม ได้ทำวิจัยเรื่องการยอมรับบทบาทและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครสวรรค์ ในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2527 โดยใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 106 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จำนวน 35 คน ซึ่งผลการวิจัย พบว่าการยอมรับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง รวมทั้งการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า “ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และรองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการยอมรับบทบาทหน้าที่ของ อสม.”¹⁵

อภิสิทธิ์ อินทร์บุตร ศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน กิ่งอำเภอถลอง อำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 73 คน พบว่า “ประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง”¹⁶

เมธี จันท์จารุภรณ์ ศึกษาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี พบว่า “บางกิจกรรม อสม. และประชาชนให้ความ

¹⁴ ประกอบ ยศเสถียร, “ปัญหาของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการประชาชนในพื้นที่ชายแดน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบบ้านแม่จันและกิ่งอำเภอแม่ฟ้าหลวงจังหวัดเชียงราย”, การค้นคว้าแบบอิสระ รัฐศาสตรมหาบัณฑิต, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่), 2536, บทคัดย่อ.

¹⁵ จินดา พูลเกษม, “การยอมรับบทบาทและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของจังหวัดนครสวรรค์ในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข”, วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหิดล), 2527, บทคัดย่อ.

¹⁶ อภิสิทธิ์ อินทร์บุตร, “ประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน กิ่งอำเภอถลอง อำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ”, การค้นคว้าแบบอิสระ รัฐศาสตรมหาบัณฑิต, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่), 2537, บทคัดย่อ.

ร่วมมือกันตลอดเป็นเวลานาน จนทำให้กิจกรรมนั้น ๆ ไม่เป็นปัญหาของชุมชนอีกต่อไป ทำให้มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นอยู่ในระดับต่ำได้”¹⁷

ทรงเกียรติ บุญถึง ศึกษาความคิดเห็นของสมาชิกชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ในการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 150 คน พบว่า “สมาชิกร้อยละ 70.0 มีความคิดเห็นระดับปานกลางต่อการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์”¹⁸

โกสุม ไพรัชเวชภัณฑ์ ศึกษาสถานการณ์และความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ต่อการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ ปี 2543 การค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมในเรื่องการจัดทำแผนของหมู่บ้านมากที่สุด¹⁹

ัชชาวลย์ บุญเรือง การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เรื่องความพึงพอใจในงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อำเภอโป่ง จังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่า “อาสาสมัครมีความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับสูง และพิจารณาองค์ประกอบความพึงพอใจในงานแต่ละด้านพบว่าอาสาสมัครมีความพึงพอใจในด้านการยอมรับนับถือของชาวบ้านและ อสม. ที่ร่วมปฏิบัติงาน ด้านนิเทศและฝึกอบรม ด้านความสำเร็จ

¹⁷เมธี จันทจักรุภรณ์, การศึกษาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ภาคกลาง, (นครสวรรค์ : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากาารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง, 2539), บทนำ.

¹⁸ทรงเกียรติ บุญถึง, “ความคิดเห็นของสมาชิกในการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์”, การค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่), 2540, บทคัดย่อ.

¹⁹โกสุม ไพรัชเวชภัณฑ์, สถานการณ์และความพึงพอใจของอาสาสมัครจังหวัดอ่างทอง ต่อการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ ปี 2543, (นครสวรรค์ : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากาารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง, 2543), บทนำ.

ในงาน ด้านประโยชน์ที่ได้รับ ด้านความเป็นส่วนตัว ด้านบทบาทหน้าที่รับผิดชอบและอาสาสมัคร สาธารณสุขมีความพึงพอใจปานกลางในด้านสภาพการปฏิบัติงาน”²⁰

ระวีวรรณ เต็มศิริกุล การค้นคว้าแบบอิสระสาขาสารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เรื่องบทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุข ตามการประเมินตนเองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชนจังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า “บทบาทที่คาดหวังของอาสาสมัครสาธารณสุขตามการประเมินตนเองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษายบทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขตามการประเมินตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกัน”²¹

กนกทอง สุวรรณบุญย์ ทำวิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร วิจัยเรื่องอิทธิพลของค่านิยมทางจริยธรรม สิ่งจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จังหวัดระยอง ผลการวิจัยพบว่า “ค่านิยมทางจริยธรรม สิ่งจูงใจ การสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) อยู่ในระดับมาก ส่วนการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) เมื่อแยกตามพื้นที่ อายุ อาชีพหลัก สถานภาพสมรสและจำนวนหลังคาเรือน รับผิดชอบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่เมื่อจำแนกตามเพศ การศึกษาและระยะเวลาเป็น อสม. ไม่แตกต่างกัน ในส่วนที่เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและค่านิยมทางจริยธรรม

²⁰ ชัชวาลย์ บุญเรือง, “ความพึงพอใจในงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อำเภอปง จังหวัดพะเยา”, การค้นคว้าแบบอิสระสาขาสารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่), 2537, บทคัดย่อ.

²¹ ระวีวรรณ เต็มศิริกุล, “บทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขตามการประเมินตนเอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐ ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชนจังหวัดบุรีรัมย์”, การค้นคว้าแบบอิสระสาขาสารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่), 2537, บทคัดย่อ.

สามารถร่วมกันทำนายนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ได้ร้อยละ 39 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001”²²

ชาติรี นันทพานิช การค้นคว้าแบบอิสระสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เรื่องความรู้ความคิเห็นและการใช้บริการ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของประชาชน อำเภอปง จังหวัดพะเยา ในส่วนที่เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของประชาชน ผลการศึกษาพบว่า “อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 87.4) เกี่ยวกับความคิเห็นพบว่าอยู่ในเกณฑ์ดี (คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 91.9) เกี่ยวกับการใช้บริการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของประชาชน พบว่าในระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2536 ประชาชนใช้บริการร้อยละ 59.0 กิจกรรมที่ใช้บริการน้อยคือการตรวจระดับน้ำตาลในปัสสาวะร้อยละ 5.8”²³

วารุณี อินโองการ ศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เรื่องทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อผู้ที่เป็นโรคจิต อำเภอลี จังหวัดลำพูน ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ละองค์ประกอบของทัศนคติพบว่า “การรู้จักและแนวโน้มพฤติกรรมที่จะแสดงออกต่อผู้เป็นโรคจิตระดับปานกลาง ในขณะที่ด้านความรู้สึกต่อผู้ที่เป็นโรคจิตอยู่ในระดับดี”²⁴

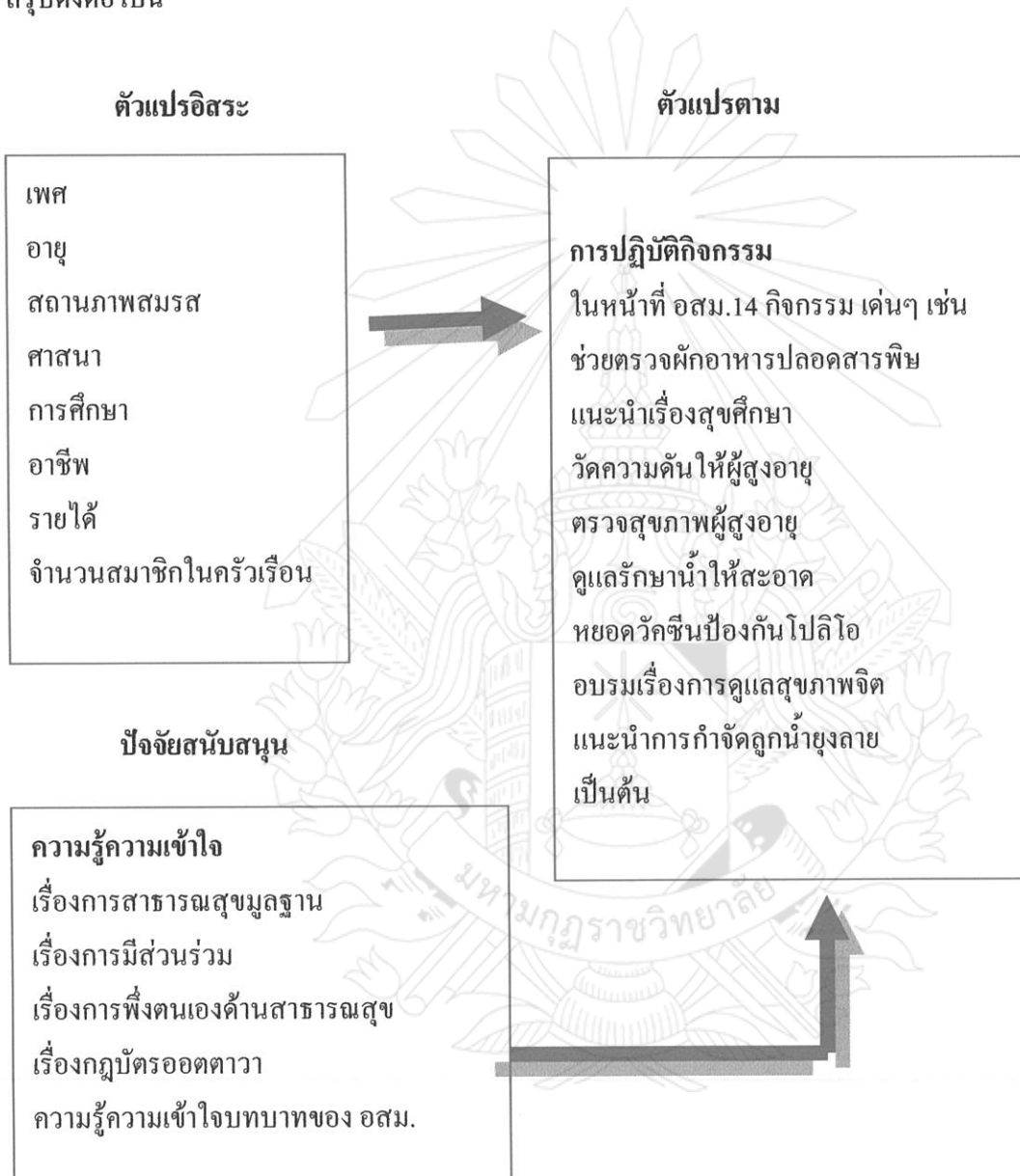
²² กนกทอง สุวรรณบุญลย์, “อิทธิพลของค่านิยมทางจริยธรรม ถึงงุงใจ การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จังหวัดระยอง”, วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยศิลปากร), 2545, บทคัดย่อ.

²³ ชาติรี นันทพานิช, “ความรู้ความคิเห็นและการใช้บริการของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของประชาชน อำเภอปง จังหวัดพะเยา”, การค้นคว้าแบบอิสระสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่), 2537, บทคัดย่อ.

²⁴ วารุณี อินโองการ, “ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อผู้ที่เป็นโรคจิต อำเภอลี จังหวัดลำพูน”, การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่), 2547, บทคัดย่อ.

2.7 กรอบแนวความคิดในการวิจัย

จากการศึกษาทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้สร้างกรอบแนวความคิดในการวิจัย โดยสรุปดังต่อไปนี้



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

สารนิพนธ์นี้ผู้ศึกษาได้ตั้งวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนหมู่บ้านกุ้งเสือ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาดำเนินการวิจัยขั้นตอน ดังต่อไปนี้

- 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2 ข้อมูลและแหล่งข้อมูล
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในบ้านกุ้งเสือ ซึ่งมีความจำเป็นต้องศึกษาแบบเจาะลึกบริบทชุมชนบ้านกุ้งเสือ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งทางด้านภูมิศาสตร์ อันได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานชุมชนและประวัติความเป็นมาของชุมชน องค์กรชุมชน รวมทั้งด้านสังคมเช่นวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และโครงสร้างทางประชากร เศรษฐกิจ องค์กรทางการปกครอง ฯลฯ ดังนั้น ประชากรที่เน้นศึกษาเป็นพิเศษในสารนิพนธ์นี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานบ้านกุ้งเสือ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

3.1.2 การสุ่มตัวอย่าง

ในการกำหนดขนาดตัวอย่างจากประชากรจะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กับประชาชนบ้านกุ้งเสือ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเป็นตัวแทนจากประชาชนบ้านกุ้งเสือ 300 ครัวเรือน จำนวน 288 คน คิดเป็นร้อยละ 96.1

3.2 ข้อมูลและแหล่งข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูล 2 แหล่ง ได้แก่

3.2.1 ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) ในส่วนที่เป็นวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสอบถามประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานบ้านคู่เสือ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 30 คน ในส่วนที่ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) จำนวน 10 ท่าน (ตัวแทนราชการ 5 ท่าน ตัวแทนภาคประชาชน 5 ท่าน) นอกจากนี้ในฐานะที่ผู้วิจัยเองเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยคนหนึ่งก็สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วมอีกส่วนหนึ่งผสมผสานกัน ทั้งนี้ จากการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากภาคราชการและภาคประชาชน

3.2.2 ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สิ่งพิมพ์ เอกสารการอบรม เอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน ข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ตำราต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เพื่อบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 แบบ คือแบบสอบถาม อันเป็นการวิจัยเชิงปริมาณส่วนหนึ่ง และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก อันเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพอีกส่วนหนึ่งดังนั้นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยจึงเป็น ดังนี้

3.3.1 แบบสอบถาม (Questionnaire)

ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ของผู้ตอบแบบสอบถาม)

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน

ตอนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.)

3.3.2 การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม

แบบสอบถามในตอนต้นที่ 1 เพื่อต้องการทราบว่า อสม. มีพื้นฐานทางสังคมแตกต่างกัน และหลากหลาย ในด้านเพศ วัย การศึกษา ศาสนา รายได้ ฯลฯ ตอนที่ 2 เพื่อทราบว่า อสม. มีความรู้

ความเข้าใจบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับงานของตนเพียงใดโดยการตอบแบบ สอบถามว่าใช่ / ไม่ใช่ ในตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยคำถามแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ ทำกิจกรรมเป็นประจำ ทำสัปดาห์ละครั้ง ทำ 2-3 เดือน/ครั้ง ทำ 5-6 เดือน/ครั้ง และไม่เคยทำเลย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละระดับ คือ 4, 3, 2, 1, และ 0 คะแนน ตามลำดับ

ในการวิจัยครั้งนี้เพื่อให้แบบสอบถามมีความถูกต้องแม่นยำ ผู้วิจัยจึงได้ทำการหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1) การทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) เป็นการทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและผ่านการตรวจแก้จากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบในด้านความครอบคลุมเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความถูกต้องของภาษา จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง

2) การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบทดสอบที่เที่ยงตรงในเนื้อหาแล้วไปทดสอบ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่จะทำการศึกษาซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้านใกล้เคียง รวมทั้งสิ้น 30 คน แล้วนำข้อมูลประเภมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)¹ จากการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ที่จะใช้เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ผลปรากฏว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติกิจกรรมในบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เท่ากับ 1.9164 อันแสดงว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นสูงกว่าค่าความเชื่อมั่นที่หาโดยวิธีเรียกว่า “สัมประสิทธิ์อัลฟา” ที่ค่าความเชื่อมั่นไม่ต่ำกว่า .71²

3.3.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

¹ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา อังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. ราชบัณฑิตยสถานจัดพิมพ์, 2532), หน้า 296.

²ธเนศ ต่วนชะเอม. เอกสารประกอบการฝึกอบรม โครงการพัฒนานักวิจัย หลักสูตรที่ 1. โดยสถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย, ม.ป.ป.; และ บุญชม ศรีสะอาด, การวิจัยเบื้องต้น, (มหาสารคาม : อภิชาติการพิมพ์, 2543), หน้า 111.

นอกเหนือจากการใช้แบบสอบถาม(Questionnaire) ตามข้อ 3.3.1 แล้ว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากที่สุดและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ผู้วิจัยจึงได้สร้าง “แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง” (In-depth interview) ขึ้นมาอีกชุดหนึ่ง โดยจัดแบ่งเนื้อหาแบบสัมภาษณ์เป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ภูมิหลังทางสังคมของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) เนื่องจากผู้วิจัยเป็นประชาชนชาว ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ โดยกำเนิด ประกอบกับ ผู้วิจัยเองก็เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ มาหลายปี จึงมีความมั่นใจว่ามีบุคคลใดบ้าง จำนวนเท่าใด ติดต่อได้อย่างไร การเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ(Key informants) ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากบุคคลเหล่านั้น ผู้วิจัยได้เลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ(Key informant) จำนวน 10 คน โดยแยกเป็น 2 ภาคส่วน คือจากภาคราชการ 5 คน และจากภาคประชาชน 5 คน โดยคาดว่าแต่ละภาคส่วนจะทำหน้าที่ตรวจสอบกันได้ในระดับหนึ่ง

ตอนที่ 2 บริบทชุมชน ให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับพื้นที่หมู่บ้านคู่อื่อ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ตลอดจนประวัติศาสตร์ความเป็นมาที่เกี่ยวข้องกับงานอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) ของกระทรวงสาธารณสุข และระบบงาน อสม. ที่เคยมีมาในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

ตอนที่ 3 กิจกรรม อสม. (เกี่ยวกับงานอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน รวมทั้งงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในปีที่ทำการวิจัย 2549)

ตอนที่ 4 สภาพปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะ

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงปริมาณ โดยผู้วิจัยนำข้อมูลจาก “แบบสอบถาม” ที่ได้รับคืนมา จำนวน 288 ชุด มาจัดหมวดหมู่ และทำการวิเคราะห์ ข้อมูลด้วยการแปลงสภาพแนวความคิดเห็นหรือตัวแปรที่ต้องการศึกษาเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และเพื่อทำการคำนวณหาค่าสถิติโดยโปรแกรมประมวลผล (SPSS) แล้วสรุปผลและนำเสนอในรูปของตารางประกอบ ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ตารางแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

2) ความรู้ความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ตารางแจกแจงค่าความถี่ (Frequency) และค่าสัดส่วนร้อยละ (Percentage)

3) การปฏิบัติกิจกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ตารางใช้ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และได้้นำคะแนนค่าเฉลี่ยคำตอบมาเทียบกับเกณฑ์ โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ย ตามการให้คะแนนในแต่ละระดับจากระดับมากที่สุดไปยังระดับน้อยที่สุด ดังนี้

ระดับคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
3.51 – 4.11	ปฏิบัติในระดับมากที่สุด
2.51 – 3.51	ปฏิบัติในระดับมาก
1.51 – 2.51	ปฏิบัติในระดับปานกลาง
1.51 – 1.51	ปฏิบัติในระดับน้อย
1.11 – 1.51	ปฏิบัติในระดับน้อยที่สุด

3.4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) 10 คน จะนำมาวิเคราะห์ ตามโครงสร้างแบบสัมภาษณ์ จัดหมวดหมู่องค์ความรู้ความคิดเห็นและประเด็นที่เกี่ยวข้องโดยละเอียด ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานที่ทำงาน ส่วนที่ 2 บริบทชุมชน หมู่บ้าน กู๋เสื่อ ตำบลยางเนิ้ง จังหวัดเชียงใหม่ ประวัติความเป็นมาของงานอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย ระบบงานสาธารณสุขมูลฐาน รวมทั้งความเป็นมาของงานสาธารณสุขมูลฐานในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนที่ 3 กิจกรรม อสม. (เกี่ยวกับงานอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน รวมทั้งงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในปีที่ทำการวิจัย 2549) และส่วนสุดท้าย สภาพปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะ (ถ้ามี)

บทที่ 4

สภาพพื้นที่ที่ศึกษา

สารนิพนธ์นี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาเรื่อง “บทบาทของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนบ้านกู่เสือ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่” โดยใช้วิธีวิจัยทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ดังนั้น ในบทนี้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาบริบทชุมชน โดยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึกอันเป็นแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) ผสมผสานไปกับการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร (Documentary data) เกี่ยวกับ “ชุมชนหมู่บ้านกู่เสือ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่” “เทศบาลตำบลยางเนิ้ง ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่” อันจะช่วยให้มองเห็นภาพของชุมชนที่ศึกษาวิจัยชัดเจนขึ้น ในขณะเดียวกันนี้ ก็ศึกษาเจาะลึกภาพรวมเกี่ยวกับ “ระบบสาธารณสุขมูลฐาน” รวมทั้ง “อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.)” โดยมีผลการศึกษาโดยสรุปดังต่อไปนี้

- 4.1 ชุมชน “หมู่บ้านกู่เสือ” ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่
- 4.2 ชุมชน “เทศบาลตำบลยางเนิ้ง”
- 4.3 ประวัติความเป็นมาของงานอาสาสมัครสาธารณสุข ในประเทศไทย
- 4.4 ระบบสาธารณสุขมูลฐาน
- 4.5 อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.)
- 4.6 การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
- 4.7 การพัฒนาองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุข
- 4.8 การพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน
- 4.9 อาสาสมัครสาธารณสุขกับกับความเข้มแข็งของชุมชน

4.1 ชุมชน “หมู่บ้านกู่เสือ” ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

“หมู่บ้านกู่เสือ” เป็นบ้านหมู่ที่ 1 กู่เสือ มีชื่อเรียกบ้าน 3 บ้าน คือ บ้านบน ติดกับถนน เชียงใหม่-ลำพูนเรียกว่าบ้านกู่เสือ บ้านกลาง ชื่อว่าบ้านลุ่ม บ้านตะวันตก ชื่อว่าบ้านร่องยาว มีวัด 1 แห่งชื่อวัดกู่เสือ มีโบสถ์คริสต์จักร 1 แห่ง ชื่อว่าโบสถ์คริสต์จักรสันติสุข หมู่บ้านกู่เสือทั้ง 3 บ้าน รวมอยู่ในเขตเทศบาลตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

4.1.1 ที่ตั้งหมู่บ้านกุสุมาลย์

1) อาณาเขต ที่ตั้งของหมู่บ้านกุสุมาลย์อยู่ห่างจากที่ว่าการอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ประมาณ 1 กิโลเมตร พื้นที่ทั้งหมดของหมู่บ้านประมาณ 900 ไร่ พื้นที่ทางการเกษตร 150 ไร่ โดยมีอาณาเขตติดต่อกับท้องที่อื่นๆ ดังนี้ คือ ทิศเหนือจด เขต อบต. หนองผึ่ง หมู่ที่ 5-หมู่ 6 ทิศใต้ จดเขต หมู่ 2 บ้านเวฬุวัน ทิศตะวันออก จด เขต อบต. หนองผึ่ง หมู่ที่ 5 ทิศตะวันตก จด เขต อบต. หนองผึ่ง หมู่ที่ 7

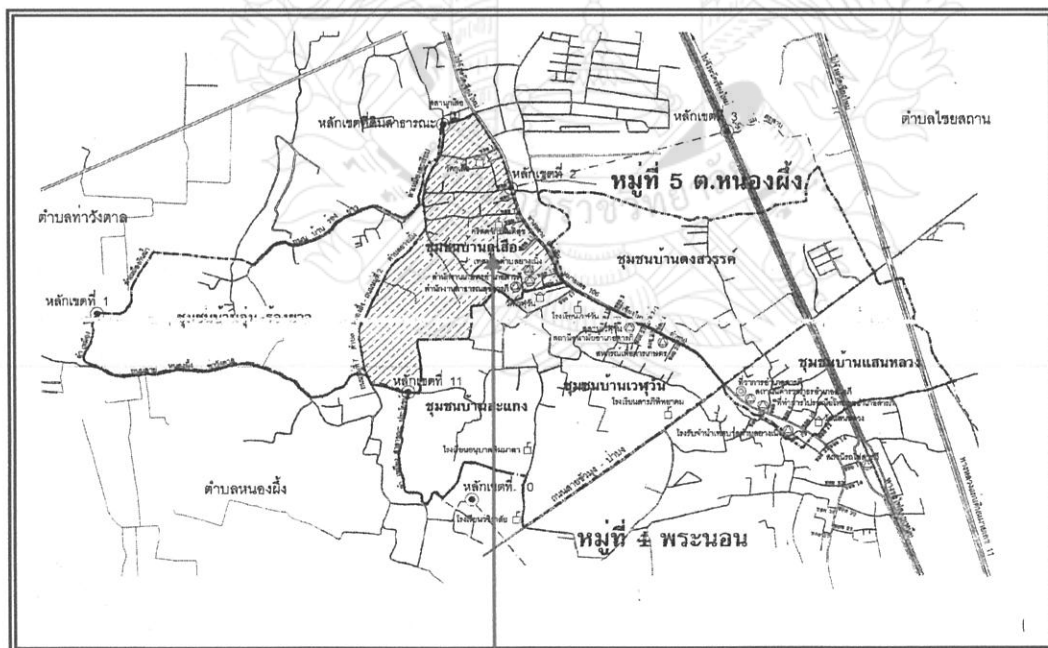
2) ประชากร จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 502 หลังคา และจำนวนประชากรแยก เป็นชาย จำนวน 883 คน หญิง จำนวน 1,034 คน รวม 1,917

3) สภาพทางเศรษฐกิจ อาชีพของคนหมู่บ้านกุสุมาลย์มีหลากหลายอาชีพ ได้แก่ อาชีพรับจ้างเป็นอาชีพหลัก อาชีพรอง คือ อาชีพเกษตรกรรม ค้าขาย 80 ราย อุตสาหกรรมในครัวเรือน 23 คน ช่างฝีมือ 23 คน - อาชีพอื่น 125 คน

4) หน่วยธุรกิจ ที่ดำเนินงานในหมู่บ้านประกอบด้วยปั้มน้ำมันจำนวน 1 แห่ง โรงงานจำนวน 4 แห่ง ร้านค้าจำนวน 12 แห่ง ร้านอาหารตามสั่ง 2 แห่ง งานหัตถกรรมที่เกิดจากภูมิปัญญาดั้งเดิม

ที่สามารถสร้างงานสร้างรายได้ให้กับประชากรในหมู่บ้านได้ ประกอบด้วย คือ โรงงานเซรามิก และโรงงานทำเตาสังโถ

ภาพที่ 1 แผนที่หมู่บ้านกุสุมาลย์



ชุมชนบ้านกุสุมาลย์ (หมู่ที่ 1)

4.2 ชุมชน “เทศบาลตำบลยางเนิ้ง”

4.2.1 ที่ตั้งสำนักงาน เทศบาลตำบลยางเนิ้ง ตั้งอยู่เลขที่ 19/1 หมู่ที่ 1 ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

4.2.2 **สัญลักษณ์** ประจำเทศบาลตำบลยางเนิ้ง เป็นรูปคันชั่งพันด้วยผ้าเหลือง เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสถานที่ตั้งสำนักงานเทศบาลซึ่งอยู่ในตำบลยางเนิ้ง คันชั่ง หมายถึงสัญลักษณ์ทางธรรมชาติที่โดดเด่นและเป็นเอกลักษณ์ของอำเภอสารภี เป็นที่รู้จักของคนทั่วไป ซึ่งเกี่ยวข้องกับตำบลยางเนิ้ง กล่าวคือ “อำเภอสารภี” ในปัจจุบันมีชื่อเดิมว่า “อำเภอป่ายาง” ผ้าเหลืองพันรอบคันชั่ง หมายถึงการบวชคันชั่ง เพื่อการอนุรักษ์ให้คงอยู่ต่อไป ป້องกันมิให้ถูกทำลาย เป็นการปลูกจิตสำนึกของคนให้รักต้นไม้ ซึ่งเป็นความเชื่อของคนในท้องถิ่น

4.2.3 **ประวัติความเป็นมา** ได้รับการจัดตั้งเป็นสุขาภิบาล มีฐานะเป็นนิติบุคคล ตามประกาศกระทรวงมหาดไทย เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2499 และประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 7 มกราคม 2500 โดยกำหนดให้เขตสุขาภิบาลตำบลยางเนิ้งครอบคลุมพื้นที่ตำบลยางเนิ้ง ทั้งตำบล มีจำนวนพื้นที่โดยประมาณ 10.04 ตารางกิโลเมตร ซึ่งประกอบด้วย 12 หมู่บ้าน

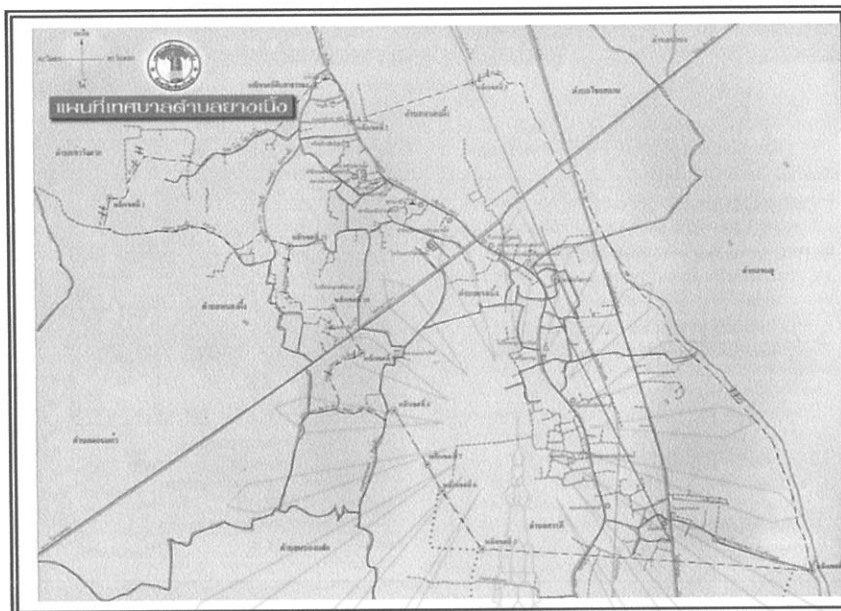
ต่อมากระทรวงมหาดไทยได้ประกาศให้สุขาภิบาลที่มีฐานะการคลังที่เพียงพอที่จะบริหารงานประจำของสุขาภิบาลได้ โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 112 ตอนพิเศษ 31 เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2538 เป็นผลให้ได้ประธานกรรมการสุขาภิบาลมาจากการเลือกตั้ง ตั้งแต่วันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2538 เป็นต้นมา และตาม พระราชบัญญัติเปลี่ยนแปลงฐานะสุขาภิบาลเป็นเทศบาล สุขาภิบาลยางเนิ้งจึงได้เปลี่ยนฐานะเป็นเทศบาล โดยเปลี่ยนจากสุขาภิบาลยางเนิ้ง เป็นเทศบาลตำบลยางเนิ้ง ตั้งแต่วันที่ 25 พฤษภาคม 2542

4.2.4 **บริบททางด้านภูมิศาสตร์ อาณาเขต และเขตการปกครอง** ทำเลที่ตั้ง ชุมชนเทศบาลตำบลยางเนิ้ง อยู่ห่างจากจังหวัดเชียงใหม่ ไปทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ ตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 106 (เชียงใหม่-ลำพูน) เป็นระยะทางประมาณ 7 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งสิ้น 10.04 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 4,050 ไร่

อาณาเขต ตำบลยางเนิ้ง มีเขตติดกับตำบลต่างๆ ในอำเภอสารภี ทั้ง 4 ทิศ กล่าว คือ

ทิศเหนือ	ติดกับตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภี
ทิศใต้	ติดกับตำบลสารภี อำเภอสารภี
ทิศตะวันออก	ติดกับตำบลชมพู อำเภอสารภี
ทิศตะวันตก	ติดกับตำบลหนองแฝก อำเภอสารภี

ภาพที่ 2 แผนที่เทศบาลตำบลยางน่อง



4.2.5 จำนวนประชากร (เทศบาลตำบลยางน่อง)

อำเภอสารภี มีจำนวนประชากรรวม 9,429 คน ชาย 4,353 หญิง 5,076 คน โดยกระจายอยู่ในตำบลยางน่อง ตำบลสารภี และตำบลหนองผึ่ง ดังนี้

ตำบลยางน่อง มีประชากร 8,899 คน เป็นเพศชาย 4,101 คน เป็นเพศหญิง 4,798 คน

ตำบลสารภี มีประชากร(บางส่วน) 498 คน เป็นเพศชาย 242 คน เป็นเพศหญิง 256 คน

ตำบลหนองผึ่ง มีประชากร(บางส่วน) คน เป็นเพศชาย 10 คน เป็นเพศหญิง 2 คน

4.2.5 ลักษณะทางการปกครอง

1) **โครงสร้างและอำนาจหน้าที่** โครงสร้างและอำนาจในการบริหารงานของเทศบาลเป็นไปตามกฎหมาย โดยกำหนดให้เทศบาลประกอบด้วยฝ่ายนิติบัญญัติหรือสภาเทศบาล

2) **สภาเทศบาล** เป็นองค์กรทางการเมืองที่สำคัญ สมาชิกสภาเทศบาลเป็นผู้ได้รับการเลือกตั้งโดยตรงจากประชาชน กฎหมายได้กำหนดให้สภาเทศบาลมีสมาชิกได้ 12 คน สมาชิกสภาเทศบาลจะอยู่ในตำแหน่งคราวละ 4 ปี โดยทั่วไปแล้ว

3) **บทบาท-หน้าที่ของสภาเทศบาล** สมาชิกสภาเทศบาลจะมีหน้าที่และบทบาทเช่นเดียวกับฝ่ายนิติบัญญัติทั่วไป กล่าวคือหน้าที่ในทางนิติบัญญัติซึ่งได้แก่การเสนอ และพิจารณาร่างบัญญัติของเทศบาลซึ่งถือว่าเป็นหน้าที่ของฝ่ายนิติบัญญัติโดยตรง หน้าที่ในการควบคุมฝ่ายบริหารได้แก่การตั้งกระทู้ถาม การเป็นกรรมการสภา การเปิดอภิปราย ฯลฯ

4) **โครงสร้างสภาเทศบาล** โดยปกติแล้ว สภาเทศบาลจะมีประธานสภา 1 คน รองประธานสภาอีก 1 คน ประธานสภานอกจากหน้าที่โดยตรงในการเป็นประธานในที่ประชุมสภาแล้ว ยังเป็นตำแหน่งที่มีเกียรติ นับว่าเป็นคนสำคัญของท้องถิ่นคนหนึ่ง

5) **โครงสร้างฝ่ายบริหาร** ฝ่ายบริหารหรือคณะผู้บริหาร ได้แก่ นายกเทศมนตรีตำบล ยางหนึ่ง รองนายกเทศมนตรีตำบลยางหนึ่ง ที่ปรึกษานายกเทศมนตรี เลขานุการนายกเทศมนตรี ทั้งนี้ เนื่องจากกฎหมายได้กำหนดให้รูปแบบของเทศบาลในประเทศไทยทุกแห่งใช้แบบเดียวกันคือแบบผู้บริหารมาจากการเลือกตั้ง

6) **สถิติและข้อมูลการเลือกตั้งเทศบาล** สถิติและข้อมูลเกี่ยวกับการเลือกตั้ง เทศบาล ได้เลือกตั้งนายกเทศมนตรีและสมาชิกสภาเทศบาล(สท.) ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2548 ในการเลือกตั้งนายกเทศมนตรี ผู้มีสิทธิเลือกตั้งจำนวน 7,296 คน และมาใช้สิทธิเลือกตั้ง 5,630 คน คิดเป็นร้อยละ 77.17 และในการเลือกตั้งสมาชิกสภาเทศบาล(สท.) ผู้มีสิทธิเลือกตั้ง 7,286

7) **คณะผู้บริหาร เทศบาลตำบลยางหนึ่ง** ผลจากการเลือกตั้ง 13 กุมภาพันธ์ 2548 มีผู้ได้รับเลือกเข้ามาเป็นคณะผู้บริหารเทศบาลตำบลยางหนึ่ง 5 คนประกอบด้วยนายกเทศมนตรี รองนายกเทศมนตรี รองนายกเทศมนตรี ที่ปรึกษานายกเทศมนตรี เลขานุการนายกเทศมนตรี

8) **สมาชิกเทศบาลตำบลยางหนึ่ง 12 คน** ได้แก่ ประธานสภาเทศบาล รองประธานสภาเทศบาล และสมาชิกสภาเทศบาลจำนวน

9) **อัตรากำลังและบุคลากร** เทศบาลตำบลยางหนึ่ง เป็นเทศบาลระดับกลาง มีพนักงานและลูกจ้าง รวม 85 คน แยกออกได้ดังนี้ คือ 1) พนักงานเทศบาลสามัญ 29 คน 2) ลูกจ้างเทศบาล รวมทั้งสิ้น 56 คน (ลูกจ้างประจำ 17 คน พนักงานจ้างตามภารกิจ 12คน พนักงานจ้างทั่วไป 27คน)

10) **หน้าที่ตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ.2496** เทศบาลตำบลยางหนึ่ง มีหน้าที่ต้องทำในเขตเทศบาลตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ.2496 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่12) พ.ศ. 2546 ดังนี้ 1) รักษาความสงบเรียบร้อยของประชาชน 2) ให้มีและบำรุงรักษาทางบกและทางน้ำ 3) รักษาความสะอาดของถนน หรือทางเท้าหรือที่สาธารณะรวมทั้งการกำจัดขยะมูลฝอย และสิ่งปฏิกูล 4) ป้องกันและระงับโรคติดต่อ 5) ให้มีเครื่องใช้ในการดับเพลิง 6) ให้ราษฎรได้รับการศึกษาอบรม 7) ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุและผู้พิการ 8) บำรุงศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมอันดีงามของท้องถิ่น 9) หน้าที่อื่นๆ ซึ่งมีคำสั่งกระทรวงมหาดไทย หรือกฎหมายบัญญัติให้เป็นหน้าที่ของเทศบาล

11) **หน้าที่ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.2542** ในพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดหน้าที่ของเทศบาลไว้ดังนี้คือ 1) การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง 2) การจัดให้มีและบำรุงรักษาทางบก ทางน้ำและทาง

ระบายน้ำ 3) การจัดให้มีและควบคุมตลาด ท่าเทียบเรือ ท่าข้ามและที่จอดรถ 4) การสาธารณสุขไปโรค และก่อสร้างอื่นๆ 5) การสาธารณสุขไปการ 6) การส่งเสริม การฝึกและประกอบอาชีพ 7) การพาณิชย์ และการส่งเสริมการลงทุน 8) การส่งเสริมการท่องเที่ยว 9) การจัดการศึกษา 10) การสังคม สงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชราและผู้ด้อยโอกาส 11) การบำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมอันดีงามของท้องถิ่น 12) การปรับปรุงแหล่งชุมชน แออัดและจัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย 13) การจัดให้มีและบำรุงรักษาสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ 14) การส่งเสริมกีฬา 15) การส่งเสริมประชาธิปไตย ความเสมอภาค และสิทธิเสรีภาพของประชาชน 16) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของราษฎรในการพัฒนาท้องถิ่น 17) การรักษาความสะอาดและความ เป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง 18) การกำจัดขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูลและน้ำเสีย 19) การ สาธารณสุข การอนามัยครอบครัวและรักษาพยาบาล 20) การจัดให้มีและควบคุมสุสานและฌาปน สถาน 21) ควบคุมการเลี้ยงสัตว์ 22) การจัดให้มีและควบคุมการฆ่าสัตว์ 23) การรักษาความ ปลอดภัย ความเป็นระเบียบเรียบร้อยและการอนามัย โรงมหรสพและสาธารณสุขสถานอื่นๆ 24) การจัดการบำรุงรักษาและการใช้ประโยชน์จากป่าไม้ ที่ดิน ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 25) การผังเมือง 26) การขนส่งและการวิศวกรรมจราจร 27) การดูแลรักษาที่สาธารณะ 28) การ ควบคุมอาคาร 29) การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย 30) การรักษาความสงบเรียบร้อย การ ส่งเสริม และสนับสนุนการป้องกัน และรักษาความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สินทั้งนี้ รวมถึง กิจการอื่นใดที่เป็นผลประโยชน์ ของประชาชนในท้องถิ่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด¹

4.3 ประวัติความเป็นมาของงานอาสาสมัครสาธารณสุขในประเทศไทย

4.3.1 ประวัติความเป็นมาของ อสม.

หลังจากที่ทางกระทรวงสาธารณสุขได้มีกำหนดแผนงานสาธารณสุขมูลฐานไว้ใน แผนพัฒนา สาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) และได้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นหน่วยงานระดับกอง สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2523 เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการ ประสานงาน ควบคุม กำกับงาน กำหนดเป้าหมาย วางแผน และสนับสนุนการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย และได้ดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องจนมาถึง พ.ศ.2545 เมื่อ รัฐบาลมีนโยบายปฏิรูประบบราชการ จึงมีผลให้คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติได้ ถูกยกเลิกไป ทั้งนี้ สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งทำหน้าที่เป็นเลขานุการ

¹ ตำบลยางเนิ้ง, เทศบาลตำบลยางเนิ้ง (เอกสารเผยแพร่), ม.ป.ท.; และ ม.ป.ป.

คณะกรรมการชุดดังกล่าว ที่มีขอบข่ายงานด้านสุขภาพภาคประชาชนมานานกว่า 20 ปี ได้มีการปรับบทบาทเพื่อให้การทำงานด้านสุขภาพภาคประชาชนให้มีความชัดเจน และเป็นองค์รวมมากขึ้น กล่าวคือ มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นๆนอกเหนือจากมิติสุขภาพ ได้แก่ ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ ซึ่งล้วนแล้วแต่มีผลต่อสุขภาพโดยตรง ทำให้การทำงานด้านนี้ต้องคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมอื่นๆตามไปด้วย ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ปรับโครงสร้างหน่วยงานนี้ให้เป็น “กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน” อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงในครั้งนี้ ทำให้บทบาทหน้าที่ของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนมีความเด่นชัดยิ่งขึ้น โดยมุ่งเน้นการสร้างจิตสำนึกให้ภาคประชาชนตระหนักว่า เรื่องสุขภาพนั้นเป็น “สิทธิและหน้าที่” ของทุกคน ไม่ใช่เป็นหน้าที่ของแพทย์ พยาบาล หรือวนเวียนอยู่เพียงการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งการทำตามสิทธิและหน้าที่ของประชาชนนั้นเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง เมื่อประชาชนมีสำนึกในหน้าที่เช่นนี้ก็จะนำไปสู่การสร้างสุขภาพที่ดีก่อนซ่อมสุขภาพเสีย อันเป็นเป้าหมายหลักของทางรัฐบาลที่ได้ตั้งจุดมุ่งหมายหลักว่า “การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า” ในโครงการหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า²

ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นองค์กรของประชาชน ที่สมาชิกส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข อสม. ได้รวมตัวกันเป็นพลังแห่งการพัฒนาสังคม เพื่อนำความคิด การกระทำที่ถูกต้องและเป็นแบบอย่างได้ ชี้แจงแก่ประชาชนและร่วมมือกับประชาชน ดำเนินงานในเรื่องต่างๆ ของส่วนรวม และแม้ว่าพลังของ อสม. อาจจะเล็กน้อยกระจัดกระจายอยู่ในหมู่บ้านต่างๆ ก็ตาม แต่ก็มีการเรียนรู้ และเจริญเติบโตขึ้นตามระยะเวลาที่ผ่านมา คุณคงเมสตีคพันธ์ุที่เจริญอกงาม เป็นไม่ใหญ่ที่ให้ความร่มเย็นแก่สังคม และสืบสานคุณค่าความดีต่อไปยังอนุชนต่อไปการทำงานของ อสม. และชมรม อสม. เป็นการทำงานภายใต้คำว่า เสียสละ ซึ่งเป็นที่ยึดติดแน่นในสายเลือดของ อสม. ตั้งแต่แรกเริ่มมี อสม. เมื่อยี่สิบปีที่ผ่านมา โดยในระยะแรกมีเป้าหมายที่การแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน จากประสบการณ์การทำงานของ อสม. ทำให้เรียนรู้ว่า ปัญหาสาธารณสุขเป็นผลและสาเหตุของปัญหาสังคม เศรษฐกิจและการเมือง ทำให้ อสม. ขยายกิจกรรมการดำเนินงานที่เน้นเฉพาะปัญหาสาธารณสุข ไปเป็นการแก้ไขปัญหาสังคมควบคู่กันไป โดยยังคงยึดมั่นในเป้าหมายที่ความกินดีอยู่ดี และสุขภาพดีของประชาชน

กระทรวงสาธารณสุข ได้ใช้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีหลักในการพัฒนางานสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในชุมชน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2521 เป็นต้นมา โดยดำเนินการคัดเลือกประชาชนที่สมัครใจด้วยวิธีสังคมมิติ แล้วดำเนินการอบรมตามหลักสูตรที่

² <http://www.e-san.Org/online/phe03.htm> 28 ตุลาคม 2006 : 03 : 10:57 GMT.

กำหนดขึ้น เพื่อให้อาสาสมัครนั้นมีบทบาทเป็นศูนย์กลางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชน การดำเนินงานดังกล่าวทำให้มีอาสาสมัครในระยะแรก 2 ประเภท คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) จะได้รับการอบรมจำนวน 5 วัน เกี่ยวกับความรู้เบื้องต้นด้านปัญหาสาธารณสุข และอีกประเภทหนึ่ง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยคัดเลือกจากผู้ที่ เป็น ผสส. แล้วอบรมเพิ่มเติมอีก 15 วัน ให้มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเบื้องต้น อาสาสมัคร ทั้ง 2 ประเภท มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยการสื่อข่าวสาธารณสุข ซึ่งเน้นเกี่ยวกับบริการสาธารณสุข ประสานงานการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเป็นต้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 กระทรวงสาธารณสุขได้อบรมเพิ่มเติมแก่ผู้ที่เป็น ผสส. และยกฐานะเป็น อสม. ทั้งหมดแล้วทั้ง ผสส. และ อสม. ปฏิบัติงาน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ปัจจุบันมีอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ รวมทั้งชุมชนในเขตเมือง จำนวน อสม. ทั้งสิ้นมากกว่า 710,000 คน หรือ อสม. 11.74 คน ต่อ ประชากร 1,000 คน ซึ่งรัฐบาลได้เห็นความสำคัญของ อสม. และประกาศให้ วันที่ 20 มีนาคม ของทุกปี เป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ

กระทรวงสาธารณสุขได้ตอบแทนความเสียสละต่อส่วนรวมของอาสาสมัครเหล่านั้น ด้วยการจัดให้ อสม. ได้รับสวัสดิการรักษายาจากสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่คิดมูลค่าเฉพาะตัว อสม. เพื่อเป็นการตอบแทนในการเสียสละนั้น ซึ่งปัจจุบันได้มีการขยายสิทธิรักษายาพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งครอบครัว แต่ความเป็นจริงนั้น อสม. ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับภาคบังคับและมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีนัก ภาวะวิกฤตที่กระทบกระเทือนต่อครอบครัวมากที่สุดคือการเสียชีวิต ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้จัดสวัสดิการหรือการตอบแทนใดๆ ชดเชยให้กลุ่มเพื่อน อสม. ด้วยกันเอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานคลุกคลีอยู่กับ อสม. ต้องช่วยเหลือเกื้อกูลกันตามประเพณีไทย ด้วยการรวบรวมเงินในการจัดงานศพ เมื่อเหตุการณ์นี้เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ทำให้เกิดการรวมกลุ่มกันในระดับหมู่บ้าน ตำบล เพื่อเก็บเงินช่วยเหลือ อสม. ที่เสียชีวิต ต่อมาได้ขยายวงกว้างถึงระดับอำเภอและระดับจังหวัด โดยมีการเก็บเงินไว้เป็นกองทุนสำรองเพื่อช่วยเหลือกันเองยามสมาชิกเสียชีวิต และมีการตั้งข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนในเรื่องรายรับ รายจ่าย รวมทั้งการเลือกตั้งตัวแทนกลุ่มขึ้นมา เพื่อทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนตามระบอบประชาธิปไตย ได้มีการจัดประชุมกันเป็นครั้งคราว เพื่อสรุปผลการทำงานและแก้ไขปัญหาต่างๆ ตลอดจนมีการจัดการพบปะสังสรรค์กันประจำปี เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก อสม. ด้วยกัน การรวมตัวเป็นกลุ่มดังกล่าวได้ใช้ชื่อว่า “ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัด “ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอ/ตำบล” ส่วนในระดับหมู่บ้านจะเรียกว่า “กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขบ้าน” โดยระบุชื่อตามชื่อจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้านที่

อยู่อาศัย ซึ่งในระยะเริ่มแรกจะได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับมาก น้อยตามศักยภาพ และความเอาใจใส่ของแต่ละแห่ง ต่อมามีการจดทะเบียนจัดตั้งเป็นสมาคม ฅาปน กิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขขึ้นในหลายจังหวัด

4.3.2 พัฒนาการของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคมทำให้ปัญหาสังคมซับซ้อนมากขึ้น แบบแผนการเจ็บป่วยของประชาชน เปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็น โรคที่เกิดจากสภาวะแวดล้อมที่เสื่อมโทรม และโรคที่เกิดจากพฤติกรรม ไม่เหมาะสม ในขณะเดียวกัน อสม. ก็ต้องปฏิบัติภารกิจที่ได้อาสาสมัครภายใต้ภาวะแวดล้อม ทางเศรษฐกิจ และสังคมที่ยากยิ่งขึ้น จึงได้ส่งเสริม และสนับสนุนการจัดตั้งชมรมอาสาสมัคร สาธารณสุขระดับ ตำบล อำเภอ เขต ภาค และระดับประเทศ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และเป็นศูนย์รวมของการให้การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกัน และกันในกลุ่ม และ ระหว่างกลุ่ม อีกทั้งเพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพขององค์กรอาสาสมัครสาธารณสุข ให้สามารถ ดำเนินบทบาทในการเป็นผู้เฝ้าระวัง อสม. ผู้นำชุมชนและประชาชนในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมใน การพัฒนาคุณภาพชีวิต และแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชนและสังคมโดยรวม ทั้งนี้โดย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละระดับ เช่น สถานีอนามัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากาสาธารณสุขมูลฐานภาค และสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน คอยให้การสนับสนุน แนะนำ ให้คำปรึกษาและจัดการประชุม อบรม สัมมนา เพื่อพัฒนาศักยภาพของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ในด้านการบริหารจัดการ องค์กร การพัฒนาองค์กร การประสานงาน การสร้างเสริมเครือข่าย การวิเคราะห์ และแก้ไข ปัญหาในชุมชน เป็นการสร้างและประสานเครือข่ายทั้งภายใน และภายนอกเพื่อเสริมสร้างความ เข้มแข็งในการพัฒนา

กระทรวงสาธารณสุข โดย สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ได้ให้ ความสำคัญและยอมรับบทบาทภาคประชาชน ในฐานะเพื่อนร่วมงานพัฒนาสาธารณสุข และได้ ให้องค์กร อสม. มีส่วนร่วมในกระบวนการคิดค้นและพัฒนา เช่น การหารือเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. การให้ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้แทนจากทุกระดับร่วมเป็นคณะกรรมการ ตัดสินการประกวด อสม. ดีเด่น ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อคัดเลือก อสม. ดีเด่น เข้ารับรางวัล ณ ทำเนียบรัฐบาล ในวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติของทุกปี

4.3.3 โครงสร้างเครือข่ายชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข

การจัดโครงสร้างในการบริหารจัดการของชมรมฯ ในแต่ละระดับ ทำโดยการเลือก ผู้แทนตามวิถีทางระบอบประชาธิปไตยเพื่อทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการบริหารชมรมประกอบด้วย

ประธาน รองประธาน เลขานุการ เภรัญญิก นายทะเบียน และประชาสัมพันธ์ โดยมีโครงสร้างองค์กรเดียวกันในทุกระดับ และมีการจัดทำกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ วัตถุประสงค์ คุณสมบัติของสมาชิก เพื่อให้เป็นกติกาเบื้องต้นในการรวมตัวกัน

4.3.4 กิจกรรมของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข

กิจกรรมของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในขอบเขตของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันปัญหาสาธารณสุข การแก้ไขปัญหาสาธารณสุข การป้องกันและแก้ไขปัญหาของชุมชนทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งในด้านความรู้ ทักษะ ทักษะคิด และบำรุงขวัญกำลังใจ ตัวอย่างกิจกรรมของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข เช่น โครงการอาสาสมัครสาธารณสุขป้องกันโรคเอดส์ในชุมชน ผลที่ได้จากการดำเนินโครงการนี้ เช่น อสม. สามารถเป็นที่ปรึกษาโรคเอดส์ประจำหมู่บ้าน ศูนย์ป้องกันโรคเอดส์ในชุมชน มี อสม. ผ่านการอบรมเป็นวิทยากรชุมชน และมีการนำศิลปินชุมชนเข้ารับการอบรมเพื่อทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย เป็นต้น โครงการอาสาสมัครสาธารณสุขด้านภัยเศรษฐกิจ ทำให้เกิดการนำแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และหลักธรรมของศาสนา มาเป็นแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคและรูปแบบการดำรงชีวิต โครงการ อสม. ร่วมใจเทิดพระเกียรติ 100 ปี สมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เป็นการจัดกิจกรรมตลอดปี 2543 เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การดูแลด้านทันตสาธารณสุขในเด็ก การเดินวิงเทิดพระเกียรติ พระมารดาแห่งการสาธารณสุขไทย รวมทั้งการลงนามเพื่อสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

โครงการอาสาสมัครสาธารณสุขรวมพลังรณรงค์เพื่ออากาศสดใสปลอดภัยควันบุหรี่ มีการจัดนิทรรศการ ณ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) มีการเดินรณรงค์โดย อสม. จำนวนกว่า 11,000 คน ในวันงดสูบบุหรี่โลก ณ กรุงเทพมหานคร มีการผลักดันให้เกิดการลงนาม 500,000 ชื่อ และจัดทำคำปฏิญญา อสม. ยื่นต่อผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก การพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เป็นการดำเนินกิจกรรมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการเร่งพัฒนาศักยภาพของประชาชนในชุมชน อย่างน้อยครัวเรือนละ 1 คน ให้สามารถเป็นผู้นำด้านสุขภาพได้ การรณรงค์ส่งเสริมประชาธิปไตยและการเลือกตั้ง เป็นการชักชวนให้ประชาชนไปใช้สิทธิเลือกตั้ง เฝ้าระวัง สอดส่อง ป้องกันและรายงานการทุจริต

4.3.5 งานสาธารณสุขมูลฐาน

ก) ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขได้อบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในหมู่บ้านต่าง ๆ ในชนบทเพื่อให้อาสาสมัครเหล่านี้ มีความรู้ด้านสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่ไปสู่

ประชาชนเพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองพร้อมทั้งมีการจัดทำแบบ-
เรียนด้วยตนเองสำหรับอาสาสมัครใช้ศึกษาด้วยตนเองเพิ่มเติมจำนวนกว่า 50 เรื่อง โดยกำหนดให้
ผสส. 1 คน รับผิดชอบดูแล 8-15 หลังคาเรือน และให้มี อสม. 1 คน ต่อหมู่บ้าน

ข) ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 ได้จัดการอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข
(ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างต่อเนื่องจนครอบคลุมครบ 100% และมีการขยาย
การดำเนินงานเข้าไปในบางส่วนของเขตเมือง โดยเฉพาะในชุมชนแออัด นอกจากนี้ ยังมีการจัด
อบรมฟื้นฟูแก่อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้ผู้ที่รับการอบรมไปแล้วมีความรู้อย่างต่อเนื่อง
สอดคล้องกับปัญหาของท้องถิ่น

ค) ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 เป็นระยะที่ให้ความสำคัญกับเรื่อง
คุณภาพมากขึ้น ได้มีการอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
เพิ่มเติมในส่วนที่พื้นสภาพและพื้นที่ที่ยากลำบาก รวมทั้งอบรมฟื้นฟูแก่อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อให้ผู้ที่
รับการอบรมไปแล้วมีความรู้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังมีการอบรมผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา แพทย์
ประจำตำบล เพื่อให้เป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการพัฒนา
สุขภาพอนามัยของประชาชน

ง) ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 เป็นช่วงที่สังคมไทยได้รับผลกระทบจาก
การเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานจึงมีการปรับเปลี่ยนไปตามยุค
โดยการยกระดับ ให้มีอาสาสมัครประเภทเดียวคืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีการส่งเสริมให้
ทุกหมู่บ้าน ชุมชน จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อให้เป็นจุดศูนย์กลางของการ
พบปะหารือและจัดบริการต่าง ๆ ให้แก่ประชาชน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ อสม. มีบทบาทที่เป็น
รูปธรรมมากขึ้น นอกจากนั้น ยังส่งเสริมให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขรวมตัวกันจัดตั้งเป็นชมรม
เพื่อเป็นองค์กรในการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

จ) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ซึ่งเป็นแผนที่ให้ความสำคัญกับ
การกระจายอำนาจ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนามากยิ่งขึ้น รวมทั้ง
มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาชุมชนแบบบูรณาการ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวทาง
ของการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีความสอดคล้องกับทิศทางของการพัฒนาประเทศ ด้วย
การขยายบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาด้าน
อื่น ๆ ของชุมชนมากขึ้นซึ่งนอกจากจะทำหน้าที่ด้านสาธารณสุขแล้ว ยังร่วมมือประสานงานการ
พัฒนากับผู้นำอื่น ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถพัฒนาตนเองให้มีความ
เจริญก้าวหน้าได้อย่างยั่งยืน

4.4 ระบบสาธารณสุขมูลฐาน

4.4.1 ความหมาย“การสาธารณสุขมูลฐาน”

“การสาธารณสุขมูลฐาน” (Primary Health Care) เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขระดับตำบลและหมู่บ้าน ด้วยการผสมผสานการให้บริการ ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการ โดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน และการประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาคู่มืออบรมและระบบส่งต่อผู้ป่วยโดยอาศัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก และอาศัยการพัฒนาสาธารณสุขผสมผสานไปกับการพัฒนาของกระทรวงหลักอื่น ๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ปัญหาด้วยตนเองและพึ่งตนเองได้

4.4.2 กลวิธีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

ในการพัฒนางานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขได้นำกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน มาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยมีจุดมุ่งหมายสูงสุดของการพัฒนา คือการให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ.2543 ซึ่งการดำเนินงานตามกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานนั้น ได้มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดการพัฒนาที่เปลี่ยนไปจากเดิมคือ การที่ให้เจ้าหน้าที่ของรัฐ เปลี่ยนบทบาทใหม่ไปจากเดิม คือเปลี่ยนจากผู้ให้บริการมาเป็นกระตุ้น ให้คำแนะนำและสนับสนุนให้ประชาชนเป็นผู้ริเริ่มบริการประชาชนด้วยตนเอง กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน มี 4 ประการ คือ

ก) การมีส่วนร่วมของประชาชน (People's participation) ตั้งแต่การเตรียมเจ้าหน้าที่เตรียมชุมชน การฝึกอบรม การติดตามดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้ประชาชนในหมู่บ้าน ได้รู้สึกเป็นเจ้าของและเข้าร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข ทั้งด้านกำลังคน กำลังเงินและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ มิได้หมายถึงชุมชนให้ความร่วมมือกับ เจ้าหน้าที่ของรัฐในการพัฒนา หากแต่หมายถึงประชาชนในชุมชนนั้นเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนของตนเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้กำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนั่นเอง เป็นผู้วิเคราะห์ปัญหาตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชน ทั้งนี้โดยชุมชนมีความสามารถในการแยกแยะได้ว่าวิธีการแก้ปัญหาใด ประชาชนในชุมชนสามารถแก้ไขได้ วิธีการใดที่อยู่นอกเหนือความสามารถของชุมชน ก็ต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้แก้ไขปัญหานั้น

ข) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology = AT) เทคนิคและวิธีการที่ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ควรเป็นเทคนิควิธีการที่ง่ายไม่ซับซ้อน ยุ่งยาก เหมาะสมกับแต่ละสภาพท้องถิ่นและประชาชนสามารถปฏิบัติได้ เทคนิควิธีการ ซึ่งหมายรวมถึงตั้งแต่วิธีการค้นหา

ปัญหา ขบวนการในการแก้ไขปัญหาจนกระทั่งถึงเทคนิคในการแก้ปัญหาโดยชุมชนเอง เช่น การนำระบบประปาที่ทำด้วยปล้องไม้ไผ่ การใช้สมุนไพรในชุมชน การใช้ระบบการนวดไทยเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยในชุมชน เป็นต้น เทคนิคเหล่านี้อาจเป็นภูมิความรู้ดั้งเดิมในชุมชนที่ชุมชนมีการถ่ายทอดในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของตนเองมาเป็นเวลาช้านานแล้ว เช่น การใช้ยาหรือแพทย์ไทย ในการรักษาพยาบาล โรงง่ายๆบางอย่าง หรือการนวดไทยหรือเป็นภูมิความรู้ใหม่ ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่าเหมาะสมกับชุมชนในการแก้ไขปัญหา เช่น ใช้อาหารเสริมในการแก้ไขปัญหาโภชนาการ การจัดทำโอ่งน้ำเพื่อเก็บน้ำสะอาด เป็นต้น การเรียนรู้ของชุมชนหนึ่งไปยังอีกชุมชนหนึ่งในลักษณะที่ประชาชนถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน อาจเกิดขึ้น โดยการสนับสนุนช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ โดยวิธีการที่เรียกว่าการแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีระหว่างหมู่บ้าน หรือ TCDV (Technology cooperation among developing villages) จะทำให้ขบวนการเรียนรู้เหล่านี้เป็นไปโดยกว้างขวาง รวดเร็ว ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับประชาชนในการแก้ไขปัญหาของเขาเอง ประชาชนสามารถปฏิบัติได้

ค) มีการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐ เพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented Basic Health Service = BHS) หรือ Health infrastructure) ระบบบริการของรัฐ (BHS) และระบบบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐ จะต้องปรับให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐานด้วย ทั้งนี้โดยมีความมุ่งหมาย คือ ต้องการให้เกิดการกระจายการครอบคลุมบริการให้ทั่วถึง (Coverage) การกระจายทรัพยากรลงสู่มวลชน (Resource Mobilization) การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (Referral System) เป้าหมายของการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข ก็เพื่อที่จะทำให้ประชาชนสามารถที่จะเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้ รวมทั้งสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมได้อย่างแท้จริง การปรับเปลี่ยนระบบบริการจะต้องมีการดำเนินงานในทุกๆระดับ ไม่ว่าจะเป็นระดับสถานีนอามัยซึ่งอยู่ใกล้ชุมชน โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ในระดับจังหวัด รวมทั้งสถานบริการเฉพาะทางต่างๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงเป็นธรรม และได้รับการส่งต่อเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีความจำเป็นและในแต่ละระดับของระบบบริการสาธารณสุขนี้ จะต้องมีการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ตัดขาดออกจากกัน ทั้งในเรื่องการบริหารจัดการ การฝึกอบรม นิเทศงาน รวมทั้งการรับส่งต่อคนไข้เพื่อการรักษาต่อที่ถูกต้อง ประหยัดเหมาะสมแก่สภาวะการณ์ของโรคนั้นๆ

ง) การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่นๆ (Intersectoral Collaboration = IC) งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จผลได้ต้องผสมผสานทำงานไปด้วยกันได้ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง และงานพัฒนาชนบทต่างกระทรวง คือ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และอื่นๆ

4.4.3 องค์ประกอบงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ

งานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยนั้นได้กำหนดขึ้นให้มีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชน โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในชนบท และนอกเหนือจากนั้นองค์ประกอบดังกล่าวยังเป็นองค์ประกอบที่มีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขพื้นฐาน ซึ่งรัฐบาลได้เป็นผู้จัดให้แก่ประชาชน องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานจะประกอบด้วยบริการแบบผสมผสาน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การป้องกันโรคติดต่อ 2) การส่งเสริมสุขภาพอนามัย 3) การรักษาพยาบาลและ 4) การฟื้นฟูสภาพ งานบริการสาธารณสุขทั้ง 4 ด้านนี้ สามารถแยกออกเป็นงานที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองออกเป็นงานต่าง ๆ ซึ่งเรียกว่า “องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน” ได้ 14 องค์ประกอบ ซึ่งประกอบด้วย 1) งานโภชนาการ (Nutrition = N) 2) งานสุขศึกษา (Education = E) 3) การรักษาพยาบาลง่าย ๆ (Simple treatment = T) 4) การจัดหายาที่จำเป็น (Essential drugs = E) 5) การสุขาภิบาลและจัดหา น้ำสะอาด (Water Supply and Sanitation = W) 6) การวางแผนครอบครัวและอนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health=MCH, Family planning = FP) 7) งานควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่น (Surveillance for Local disease Control = S) 8) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค(Immunization = I) 9) การส่งเสริมสุขภาพฟัน (Dental Health = D) 10) การส่งเสริมสุขภาพจิต(Mental Health = M) 11) การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (AIDS=A) 12) การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยและฟื้นฟูสภาพผู้ พิการ(Accident and Rehabilitation = A) 13) การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ(สิ่งแวดล้อมเป็น พิษ)(Environmental Health = E) 14) การคุ้มครองผู้บริโภค(Consumer Protection = C)

4.5 อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.)

4.5.1 นิยาม ความหมาย“อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน”

“อาสาสมัคร” หมายถึง บุคคลที่อาสาเข้ามาช่วยเหลือสังคมด้วยความสมัครใจจะต้อง มีใจรักในความเสียสละ เพื่อช่วยเหลือผู้อื่น ป้องกันแก้ไขปัญหาและพัฒนาสังคม โดยไม่หวังสิ่ง ตอบแทน

ปรัชญาอาสาสมัครไทย มุ่งให้ความสำคัญบทบาทอาสาสมัคร งานอาสาสมัครและ บทบาทของทุกฝ่าย ทั้งภาครัฐและเอกชน ในการร่วมมือกันส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาบทบาท ของอาสาสมัครให้เข้มแข็ง เพื่อประโยชน์ของสาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้ที่มีความเสียสละและทำงานด้วยความสมัคร ใจ เพื่อต้องการสร้างกุศล เป็นการช่วยเหลือเพื่อนบ้านด้านสุขภาพ ถึงแม้จะไม่ได้รับค่าตอบแทนก็มี

ความเต็มใจที่จะทำ ทั้งนี้ ก็เพื่อการมีชีวิตที่ดีงามของคนในชุมชน เพื่อให้คนในชุมชนมีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรง ซึ่งจะส่งผลให้ชุมชนมีการพัฒนาไปด้วย

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นพลังชุมชนสร้างสุขภาพทั่วไทย แม้จะเป็นชาวบ้านก็สามารถสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดขึ้นได้ ความร่วมมือของคนในชุมชนเป็นทางนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นแกนนำกระตุ้นเตือนให้ประชาชนเกิดจิตสำนึกและหันมาสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม อันเป็นการร่วมพลังสร้างเสริมสุขภาพทั่วไทย นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้เกิดแก่ประชาชนทั่วทั้งประเทศ

อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้นำชุมชนในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการดูแลสุขภาพที่จำเป็นซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึงสำหรับทุกคน ทุกครอบครัว ในทุกชุมชน โดยทุกคนมีส่วนร่วม เป็นงานสาธารณสุขของประชาชนโดยประชาชน และเพื่อประชาชน

4.5.2 ระบบอาสาสมัครสาธารณสุข

1) ประเภทและจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานประเภทเดียว คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งหมายถึงบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดโดยมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญ ในฐานะผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลง ด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การรณรงค์สาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และการประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้นโดยใช้อาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านชุมชน ในหมู่บ้านหนึ่งๆ จะมีจำนวน อสม. ไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้านชุมชนนั้น โดยทั่วไปจะมี อสม. โดยเฉลี่ยประมาณ 10 – 20 คนต่อหมู่บ้าน (ถึงปี 2549 มียอดจำนวนรวมของ อสม. ทั่วประเทศ 794,463 คน)³

2) คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน เพื่องานของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานบรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ที่สมัครใจควรมีคุณสมบัติที่เหมาะสมโดยสรุปประกอบด้วย คุณสมบัติ 5 ประการคือ 1) เป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาในหมู่บ้าน 2) มีความรู้ขั้นต่ำสามารถอ่านออกเขียนได้ 3) เป็นบุคคลที่สมัครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข 4) เป็นบุคคล

³ วนอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ ประจำปี 2549 : 13

ที่สนใจเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขและ 5) เป็นบุคคลที่กรรม การหมู่บ้าน
รับรองว่า เป็นผู้มีความประพฤติดีได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน

3) วิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) เมื่อกำหนดคุณสมบัติได้
แล้วการคัดเลือกบุคคลเข้ามาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ต้องมีความชัดเจน ฉะนั้นคณะกรรมการ
สาธารณสุขมูลฐาน จึงได้กำหนดวิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้วิธีการ
คัดเลือกตามระบบประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเข้าเป็น อสม. โดยให้ปฏิบัติตามแนวทาง คือ
3.1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดประชุม อสม. กรรมการหมู่บ้านและผู้เฒ่าอื่น ๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึง
เรื่องการคัดเลือก คุณสมบัติ วาระ จำนวนและบทบาทหน้าที่ของ อสม. ร่วมกันกำหนดแผนการ
ดำเนินงานเพื่อคัดเลือก อสม. และ ศสมช. โดยให้กลุ่มผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการสรรหา 3.2)
แบ่งละแวกบ้านหรือหมู่บ้านคุ่มละ 8-15 หลังคาเรือน แล้วชี้แจงให้ทุกบ้านได้รับทราบ 3.3) เปิด
โอกาสให้ประชาชน ผู้มีคุณสมบัติในข้อ 1-2 สมัครเข้ารับการอบรมเป็น อสม. 3.4) ให้ประชาชน
ในหมู่บ้าน หลังคาเรือนละ 1 คน เป็นตัวแทนครอบครัวในการเสนอชื่อผู้สมัครเข้าเป็น อสม. ได้ 1
คน 3.5) คณะกรรมการดำเนินการสรรหา ซึ่งประกอบด้วย อสม. กรรมการหมู่บ้าน/ชุมชน และผู้นำ
อื่นๆ ดำเนินการคัดเลือกและลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่เลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็น อสม.
ประจำละแวกบ้านหรือหมู่บ้าน ใดๆก็ดี แนวทางปฏิบัติทั้ง 5 ข้างบนนี้ก็อาจปรับเปลี่ยนได้ ทั้งนี้
ให้ขึ้นอยู่กับชุมชนหรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีความเห็นที่เหมาะสมเป็นอย่างอื่นแต่ต้องคำนึง
ประโยชน์เพื่อส่วนรวม และต้องมีขั้นตอนการคัดเลือกที่โปร่งใสและชัดเจน

4) การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่ หลังจากได้มีการคัดเลือกอาสาสมัคร
สาธารณสุขได้ตัวบุคคลมาแล้ว เนื่องจากบุคคลเหล่านั้นเป็นชาวบ้านสามัญ จึงต้องมีการฝึกอบรม
อาสาสมัครสาธารณสุขใหม่เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้การสอนอย่างเป็นระบบและมีหลักสูตร
อย่างชัดเจนตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ ดังนี้

4.1) วิธีการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขวางแผนการอบรมตามได้ความเหมาะสม โดย
ให้มีภาคความรู้ความเข้าใจ ความรู้ทฤษฎีและผสมผสานกับภาคปฏิบัติให้การบริการที่สถานีอนามัย
หรือโรงพยาบาลชุมชน สุดท้ายควรมีการประเมินผลการอบรมว่าอาสาสมัครใหม่ทุกคนมีความรู้
และสามารถทำงานตามที่กำหนดไว้ในเนื้อหาตามที่หลักสูตรต้องการและมีคุณภาพ

เนื้อหาหลักสูตร หลักสูตรการอบรมจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ *กลุ่มความรู้พื้นฐาน*
(ภาคบังคับ) ซึ่งเป็นกลุ่มความรู้พื้นฐานในการ ปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุขโดยเป็น
วิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลักๆ ของประเทศและการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไข
ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ประกอบด้วยเรื่องบทบาทหน้าที่ของอสม. สิทธิของ อสม. การ
ถ่ายทอดความรู้และเผยแพร่ข่าวสารระดับหมู่บ้าน การค้นหา วิเคราะห์และแก้ปัญหาสาธารณสุขใน

ท้องถิ่น สุขวิทยาส่วนบุคคล การส่งเสริมสุข การเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการสาธารณสุข การจัดกิจกรรม การปฏิบัติงานและการใช้เครื่องมือต่างๆ ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขในท้องถิ่น

4.2) **กลุ่มความรู้เฉพาะ** ได้แก่ความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และความรู้ในด้านนโยบายในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่นรวมทั้งความรู้ในด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน สามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสมกับสภาพของปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแต่ละท้องถิ่นของตน

5) **การขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประชาชน** ที่ผ่านการคัดเลือกการฝึกอบรมจบหลักสูตร มีทั้งความรู้ภาคทฤษฎี และความสามารถที่จะปฏิบัติงานในหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานอย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแล้ว จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัว อสม. ให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตรและสิทธิที่ได้รับตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 3 ตัวอย่างบัตรประจำตัวของ อสม.



4.5.3 บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของ อสม.

อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) มี “บทบาท” ในการเป็นผู้นำการดำเนินงานสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านชุมชนเป็นศูนย์กลางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนและมีหน้าที่ ตามคำขวัญที่ว่า “แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี” โดยสรุปแล้วหน้าที่ความรับผิดชอบของ อสม. มีดังต่อไปนี้

1) เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญเช่นเรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่างๆรับข่าวสารแล้วจดบันทึกในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

2) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพ ประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและการสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำท้องถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟันการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกัน ควบคุม โรคเอดส์ ควบคุมอุบัติเหตุอุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและการแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย

3) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเมื่อครบกำหนด ในรายที่เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายยาลงอย่างอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก และรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

4) หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ สสมข. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่ จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน ให้บริการที่จำเป็น

5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็ก และร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็กโดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้อง และตรวจครรภ์ตามกำหนด ให้บริการชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และตรวจสุขภาพตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

6) เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการวางแผนแก้ไขปัญหและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

7) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรม พัฒนางานสาธารณสุขของชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

8) คู่มือสิทธิประโยชน์ ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

4.5.4 วาระและการฟื้นฟูสภาพการ อสม.

การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขนั้นแม้ว่า จะเกิดจากการเสียสละทำงานเพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน แต่มีข้อกำหนดอายุการปฏิบัติบทบาท และหน้าที่ในความรับผิดชอบ (เหมือนกับกิจกรรมการเมือง เศรษฐกิจและสังคม) ได้กำหนดวาระไว้ชัดเจนว่า คราวหนึ่งๆ อยู่ในวาระยาวนาน/มากน้อยเพียงใดการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขนั้นในระบบอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานกำหนดให้อยู่ในวาระได้คราวละ 4 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อับตรประจำตัวโดยดูจากผลการปฏิบัติงานร่วมกับการพิจารณาของประชาชน และองค์กรชุมชนหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะไม่ใช่ผู้ถอดถอนด้วยตนเองเพราะอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นประชาชนที่เสียสละ หากมีความจำเป็นก็ให้ใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นทางการร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขและกรรมการหมู่บ้านทั้งนี้เพื่อป้องกันความขัดแย้งและความครหาที่จะเกิดขึ้นได้

4.6 การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า คุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน มีความสำคัญ บทบาท และหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขยังมีความสำคัญกว่าเพราะเป็นตัวกลางในการนำประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนบรรลุถึงคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขโดยมีรัฐซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายสาธารณสุขให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ โดยมีกลไกของรัฐก้าวลงมาทำงานร่วมกับประชาชน ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาที่ดีและมีประสิทธิภาพเพราะบุคคลเหล่านี้คือกองทัพที่เป็นประชาชนในท้องที่จริง อยู่ประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนนั้นๆ จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พวกเขาเป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับนับถือและได้รับการคัดเลือกด้วยวิธีทางสังคม (สังคมมิต) ว่าเป็นคนดีจริง อย่างที่ชาวบ้านกล่าวว่าเป็น “ตัวจริงเสียงจริง” อย่างไรก็ดี เมื่อราชการคัดเลือกได้พวกเขาเข้ามาแล้วก่อนที่กองทัพพวกเขาจะก้าวเดินลงพื้นที่ให้บริการประชาชนก็ควรได้รับการพัฒนาให้ดีที่สุด การเตรียมความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขด้านความรู้และความสามารถด้านสาธารณสุขแล้ว ยังจำเป็นจะต้องพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องด้วย

4.6.1 การพัฒนา อสม. ในงานด้านสาธารณสุข เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด สำหรับการปฏิบัติบทบาทและหน้าที่ของ อสม. กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการพัฒนา โดยวิธีการต่างๆ เช่น 1) การฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง เป็นการอบรมให้ความรู้ ทักษะเพิ่มเติม หรือฟื้นฟูความรู้

ความสามารถของอสม. ให้มีความก้าวหน้าต่อเนื่องกันไปตลอดระยะเวลาของการเป็น อสม. เพื่อให้ อสม. มีศักยภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับการปฏิบัติหน้าที่และปัญหาของท้องถิ่น วิชาการต่างๆ ที่ จัดให้ ได้แก่การวางแผน การบริหารจัดการ โครงการ การบริหารจัดการงานสาธารณสุขในชุมชน การเป็นผู้นำ การสร้างมนุษยสัมพันธ์ ความมีคุณธรรมและจริยธรรม 2) การฝึกปฏิบัติ (Learning by Doing) : การจัดให้ อสม. ได้เรียนรู้ด้วยการฝึกปฏิบัติงาน เช่น การให้ฝึกปฏิบัติในสถานีอนามัยหรือในโรงพยาบาลชุมชน โดยเป็นผู้ช่วยในการให้บริการแก่ผู้ที่มารับบริการ ฝึกปฏิบัติงาน ใน ชมช. หรือให้จัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3) การเรียนรู้ด้วยตนเอง : จากการศึกษาแบบเรียนด้วยตนเองและเอกสารความรู้ต่างๆ 4) การศึกษาดูงานระหว่างหมู่บ้าน (TCDV) : โดยการจัดให้ อสม. ไปศึกษาดูงานหมู่บ้านอื่นที่มีความก้าวหน้าในการพัฒนา เพื่อเป็นแบบอย่าง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน 5) การถ่ายทอดความรู้ด้วยสื่อต่างๆ : เช่น สื่อทางไกล วีดิโอ เทป 6) การประชุมปรึกษาหารือแลกเปลี่ยนความรู้ : เช่น การประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 7) การนิเทศติดตาม เวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน

4.6.2 การพัฒนา อสม. ด้านการศึกษา การพัฒนาด้านการศึกษาสายสามัญ การพัฒนา การศึกษาสายสามัญถือเป็นการพัฒนาอีกด้านหนึ่ง ที่มีความสำคัญควบคู่ไปกับด้านสาธารณสุขมูลฐาน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบันมีผลต่อการดำเนินชีวิตของทุกคน ดังนั้นการพัฒนาคน โดยเฉพาะผู้ที่เป็นแกนนำให้มีความพร้อมที่จะปรับตัว รู้จักคิด ตัดสินใจได้อย่างเท่าทันสังคม เลือกที่จะนำความก้าวหน้าและเทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและชุมชนได้ จึงเป็นเรื่องที่มีความจำเป็น การให้การศึกษาจึงเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่ต้องเร่งดำเนินการ นอกจากนี้การพัฒนา อสม. ยังเป็นการตอบสนองของนโยบายการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในแผนฯ 8 กระทรวงสาธารณสุข จึงกำหนดเป็นเป้าหมายหลักที่ต้องสนับสนุนให้เรียนจบประถมศึกษาปีที่ 6 และได้ร่วมมือกับกรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ จัดวางแผนทางความร่วมมือจัดการศึกษานอกโรงเรียนให้แก่ อสม. และจัดทำเกณฑ์การเทียบโอนผลการเรียน เพื่อให้ อสม. สามารถนำผลการเรียนที่ได้จากการฝึกอบรมและผลการปฏิบัติงานมาใช้เทียบโอนได้ ในบางหมวดวิชาทำให้สามารถเรียนจบได้เร็วกว่าบุคคลธรรมดาทั่วไป

4.6.3 การพัฒนาด้านสังคม การพัฒนาด้านสังคมในที่นี้ หมายถึง การให้ความรู้ใน แนวกว้าง เป็นเรื่องของการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่าง ๆ ในสังคม อาทิเช่นเรื่องความก้าวหน้าของข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีต่าง ๆ การศึกษา การส่งเสริมอาชีพ การย้ายถิ่น แรงงานต่างชาติ การเมืองการปกครอง การกระจายอำนาจ บทบาทขององค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) ต่องานสาธารณสุข วัฒนธรรมท้องถิ่นกับสุขภาพ สิ่งแวดล้อม โดยวิธีการสอดแทรกไปในการประชุมต่าง ๆ หรือส่งเสริมให้ อสม. ได้ศึกษาจากสื่อทางไกล เช่น จากระายการโทรทัศน์ของช่องต่าง ๆ

โดยเฉพาะช่อง 11 และทางสื่อไทยคม (ETV) ซึ่งในปัจจุบันสิ่งเหล่านี้มีผลเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตและสุขภาพของคนทั่วไป การให้ความรู้พูดคุยกับ อสม. ในเรื่องเหล่านี้ จึงถือว่าเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ชุมชนมีการปรับตัวในทิศทางที่เหมาะสม ที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพ และการบรรลุสุขภาพชีวิต

4.7 การพัฒนาองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุข

4.7.1 ความเป็นมา “ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข” นับแต่กระทรวงสาธารณสุขได้กำเนิดอาสาสมัครสาธารณสุขขึ้น และดำเนินกิจกรรมเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน (พ.ศ.2549) ประเทศมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขรวมทั้งสิ้น 794,463 คน)⁴ (วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติประจำปี 2549 : 13)⁵ กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานจึงได้มีแนวคิดในการส่งเสริม และสนับสนุนการรวมตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นชมรมขึ้น ตั้งแต่ปี 2537 มีเครือข่ายทุกระดับทั่วประเทศ ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด เขต และภาค จนถึงระดับประเทศ

4.7.2 วัตถุประสงค์การจัดตั้ง “ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข” การจัดตั้งเป็นองค์กรใดองค์กรหนึ่ง สิ่งที่มีความจำเป็นคือต้องมีวัตถุประสงค์การจัดตั้งที่ชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษร วัตถุประสงค์ของ “ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข” มีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้ง โดยสรุป 5 ประการ ได้แก่ 1) เพื่อเป็นศูนย์กลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีและประสานงานระหว่างชมรม อสม. ทุกระดับ หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน 2) เพื่อส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดแนวทางดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม 3) เพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถบริหารจัดการชมรม อสม. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเชื่อมโยงกับการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขของภาครัฐได้ 4) เพื่อสร้างเครือข่ายชมรม อสม. ในระดับต่างๆ เพื่อให้

⁴ น.พ. อมร นนทสุต, แนวความคิด หลักการ และวิธีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2524), หน้า 55.

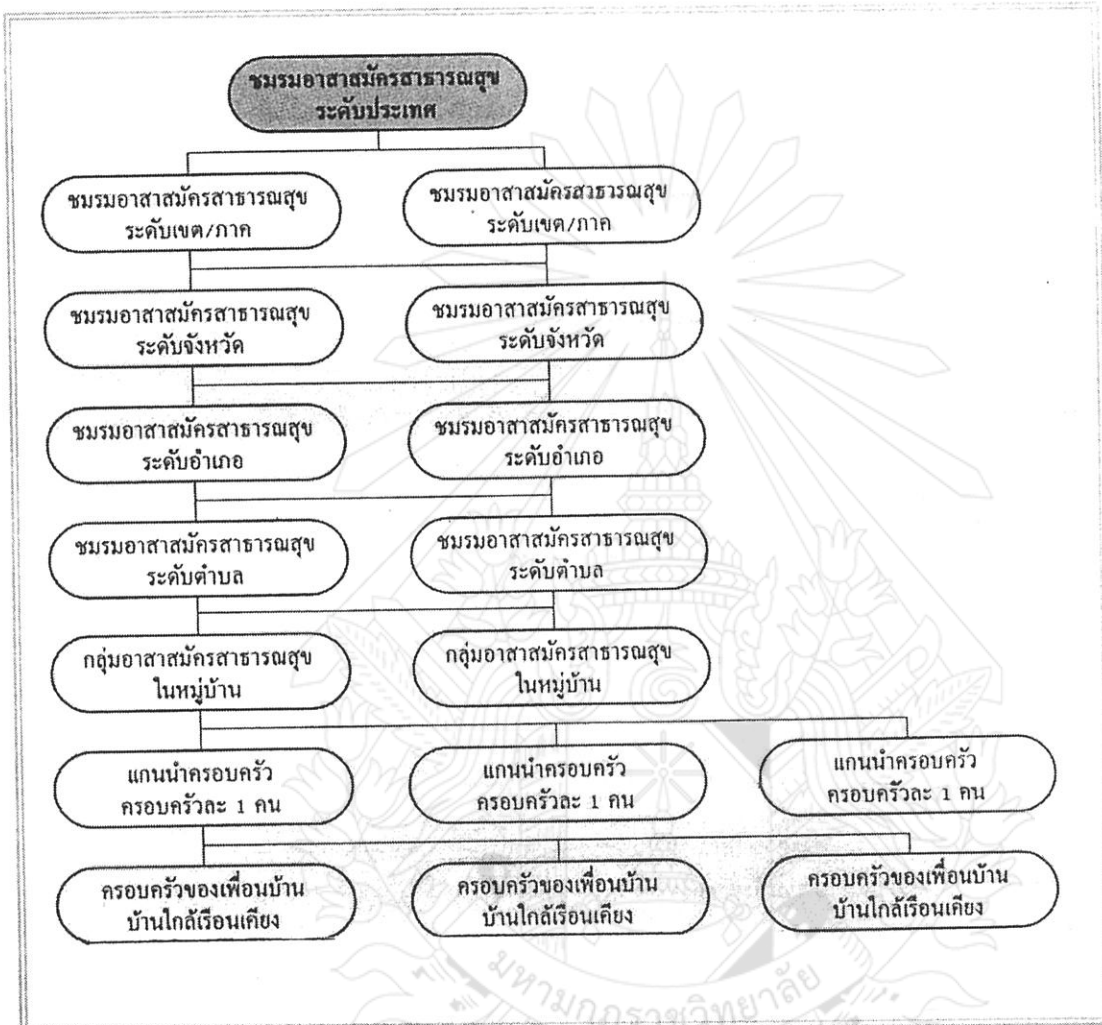
⁵ คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน. คู่มือเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข.(นนทบุรี:สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2542),หน้า 8-10.

เกิดการดำเนินงานและประสานงานได้อย่างต่อเนื่อง 5) เพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์ สร้างขวัญ กำลังใจ ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข

4.7.3 โครงสร้างและการบริหารงาน “ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข” เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการบริหารจัดการ และพัฒนาองค์กร จึงได้มีการจัดทำกฎระเบียบข้อบังคับ วัตถุประสงค์ คุณสมบัติของสมาชิก เพื่อให้เป็นกติกาในการอยู่ร่วมกัน รวมทั้งการโครงสร้างในการบริหารจัดการของชมรมฯ ในแต่ละระดับ มีการคัดเลือกผู้แทนด้วยวิธีทางประชาธิปไตยเพื่อทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการบริหารชมรม ซึ่งประกอบด้วยประธาน รองประธาน เลขานุการ เหรัญญิก นายทะเบียน และประชาสัมพันธ์ แต่ละตำแหน่งได้กำหนดบทบาทและหน้าที่ที่เขียนไว้ชัดเจน ดังต่อไปนี้

1) ประธาน มีหน้าที่เป็นหัวหน้าในการบริหารกิจการของชมรมฯ เป็นผู้แทนของชมรมในการติดต่อประสานงานกับบุคคลภายนอก และทำหน้าที่เป็นประธานในที่ประชุม คณะกรรมการและการประชุมใหญ่ของชมรม 2) รองประธาน มีหน้าที่เป็นผู้ช่วยประธานในการบริหารกิจการของชมรม และปฏิบัติงานตามที่ประธานมอบหมายรวมทั้งทำหน้าที่แทนเมื่อประธานชมรมฯ ไม่อยู่หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ 3) เลขานุการ มีหน้าที่เกี่ยวกับงานธุรการของชมรมฯ เช่น การจัดประชุมกรรมการ บันทึกการประชุม จัดทำรายงานการประชุม ประสานงานกับสมาชิกและบุคคลภายนอก ตามที่ประธานมอบหมาย 4) เหรัญญิก มีหน้าที่ควบคุมการรับ-จ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน การจัดทำบัญชี และการเก็บรักษาเอกสาร ที่เกี่ยวกับการเงิน และทรัพย์สินของชมรมฯ 5) ประชาสัมพันธ์ มีหน้าที่ในการเผยแพร่กิจการของชมรมฯ ให้เป็นที่รู้จักแพร่หลายแก่สมาชิกและบุคคลทั่วไป

ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายชมรม อสม.



4.8 การพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน

4.8.1 นิยาม ความหมาย “ชุมชน”

คำว่า “ชุมชน” ในปัจจุบันใช้ในความหมายได้หลายอย่าง ตามแต่วัตถุประสงค์ของผู้ใช้ จำนวนคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนก็อาจมีเพียงเล็กน้อยหรืออาจหมายถึงการมาอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มขนาดใหญ่ ในทางสังคมวิทยาให้นิยาม ความหมาย “ชุมชน” ไว้อย่างหลากหลายแต่ก็อยู่ในมิติเดียวกับ “สังคม” แต่ชุมชนจะมีขนาดเล็กกว่า มีความเป็นกลุ่มก้อนและความเป็นปึกแผ่นแน่นกว่าสังคมและ อาศัยอยู่ร่วมกันอย่างถาวรในบริเวณทางภูมิศาสตร์ที่ชัดเจน คนที่มาอาศัยอยู่ด้วยกันนั้น มักจะมีประวัติศาสตร์ทางชนชาติ เชื้อชาติ สังคมและวัฒนธรรมเดียวกันมาจึงมักมีความรู้สึกผูกพัน

กันทางจิตใจเช่นมีความสำนึกในผลประโยชน์ร่วมกันสูง รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนของตน มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกันและกัน คือ รักกันฉันท์พี่น้อง มีความรู้สึกสมานฉันท์กัน มีปัญหาที่หันหน้าเข้าหากัน พูดยุกัน ได้ ตกลงกันได้โดยไม่หวังอำนาจภายนอกเช่นอำนาจกฎหมายหรือกลุ่มพลังจากภายนอกชุมชนของตนเป็นต้น อย่างไรก็ตาม เมื่อกล่าวถึง “ชุมชน” ไม่หมายเฉพาะองค์ประกอบที่มารวมกันเป็นชุมชนเท่านั้น ให้มีความหมายรวมถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่รวมกันอยู่นั้นส่วนหนึ่งและหมายถึงภาพรวมทุกอย่างนั้นอีกอย่างหนึ่งด้วย (Total Being)⁶

4.8.2 การพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน

เมื่อเข้าใจ “ชุมชน” อย่างเป็นรูปธรรมแล้ว การพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนก็มองเห็นได้ง่ายขึ้น เช่นชุมชนมีความเป็นกลุ่มก้อน มีความเป็นหนึ่งชัดเจน มีประชากร มีทรัพยากรท้องถิ่น มีองค์กรสังคม มีความสำนึกร่วมกัน มีแนวโน้มมีสมานฉันท์ คงเหลือสิ่งที่มีความสำคัญอย่างหนึ่ง การบริหารจัดการ ทั้งหมดก็สอดคล้องกับปรัชญาของสาธารณสุขมูลฐานที่ว่าความร่วมมือของชุมชน ซึ่งตลอดระยะเวลาที่ผ่านมากว่า 20 ปี สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานได้ใช้กลวิธีสาธารณสุขมูลฐานเพื่อพัฒนาโครงสร้างในชุมชน ที่เรียกว่า วิธีการ 3 ก คือ

- 1) กำลังคน หมายถึงกลุ่มคนที่เป็นแกนนำในการพัฒนา
- 2) กองทุน (งบประมาณ) ซึ่งหมายถึงการระดมทุนทั้งจากภายในและภายนอกมาเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการพัฒนาต่างๆ และ
- 3) กรรมการ (หมายถึง องค์กร หรือ การบริหารจัดการ) เมื่อได้ดังนี้แล้วก็พัฒนารูปแบบให้มีความเป็นรูปธรรมและเหมาะสมกับสถานการณ์ของสังคมในแต่ละช่วงเวลา ดังนั้น กระแสความคิดการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนจึงถือว่าเป็น โอกาสทองของงานสาธารณสุขมูลฐานที่จะมีแนวร่วมของการทำงานที่หวังผลสำเร็จในเป้าหมายเดียวกัน

4.8.3 ตัวชี้วัดศักยภาพการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุข

- 1) ตัวชี้วัดศักยภาพเชิงปรัชญาพุทธศาสนา ในหลักพระพุทธศาสนาสอนว่าการพึ่งตนเองเป็นปรัชญาชีวิตและการทำงานที่พึงปรารถนาเป็นอย่างยิ่งยวด ดังนั้น ถ้าหากกิจกรรมใดสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองเป็นส่วนมากพึ่งคนอื่นบ้างเพียงเล็กน้อยหรือไม่อาศัยคนอื่นจากภายนอกเลยถือว่าบรรลุความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่
- 2) ตัวชี้วัดศักยภาพด้านสาธารณสุขภายในชุมชน การพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขควรนับได้ว่าเป็นความสำเร็จของชุมชนโดยแท้จริง เพราะข้อเท็จจริงคือว่าชีวิตคนคนหนึ่งจะมีความสุขเพียงใดก็อยู่ที่เขาเอง ถ้าเขาทำได้บริหารจัดการได้ดี ความสำเร็จในชีวิตเป็นของเขาความสุขก็เป็น

⁶ วราคม ที่สุกะ สังคมวิทยากับการศึกษา 2544 : 292. (ถ่ายสำเนาเขียนเล่ม)

ของเขา ในทำนองเดียวกันชีวิตของชุมชนถ้าชุมชนบริหารจัดการได้ดีความสำเร็จและความสุขก็เกิดกับชุมชน โดยพึ่งพิงจากภายนอกให้น้อยที่สุด เพราะโดยธรรมชาติพื้นฐานแล้วชุมชนทุกแห่ง มีศักยภาพของชุมชน แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นสิ่งที่ชุมชนควรตระหนักถึงคือชุมชนต้องรู้จักตนเองในด้านต่างๆ เช่นในเรื่องขององค์กรหรือกำลังคน ทรัพยากรทุนทั้งทุนธรรมชาติ และทุนสังคม และเหนือสิ่งใดคือต้องมีการบริหารจัดการให้ดี

3) กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน หมายถึงการถ่ายทอดความรู้ ถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ควรมีการดำเนินงานในลักษณะดังนี้

ก) แหล่งความรู้และการใช้ประโยชน์จากแหล่งความรู้ในชุมชน โดยส่วนมาก มักเข้าใจว่าหมายถึงโรงเรียน ความจริง ในชุมชนมีแหล่งความรู้กระจายอยู่เต็มพื้นที่ไปหมด เช่นบุคคล ผู้มีความรู้ความสามารถด้านต่างๆ อันได้แก่หมอพื้นบ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน ข้าราชการผู้เกษียณแล้ว เกษตรกรผู้ชำนาญในอาชีพ ฯลฯ ศูนย์ข้อมูลชุมชน ห้องสมุดประชาชน เป็นต้น

ข) การถ่ายทอดความรู้ในหมู่บ้าน ในสถานการณ์ปัจจุบัน การประชาสัมพันธ์ จัดเป็นกิจกรรมของชีวิต ในชุมชนของเรามีสิ่งดีๆ มากมาย มีแหล่งความรู้และข้อมูลชุมชนอยู่รอบตัว สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นนอกชุมชนยังมีมาก สิ่งเหล่านี้ควรได้มีการจัดการให้มีเรียนรู้กันอย่างกว้างขวาง โดยวิธีการประชาสัมพันธ์ทางเอกสาร ทางหอกระจายข่าว การอบรมสัมมนา การจัดกิจกรรม วรรณคดีเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจที่จำเป็น โดยเฉพาะข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บและวิธีการป้องกันรักษาเยียวยาต่างๆ

4) การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน มีสาระที่ควรพิจารณาดังต่อไปนี้

ก) กลุ่มคนที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ มีความหลากหลายทั้งกลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐ ผู้นำชุมชน กลุ่มพลังต่างๆ และประชาชนทั่วไป เช่น กลุ่มแม่บ้าน ผู้สูงอายุ เยาวชน อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน และอาสาสมัครอื่นๆ

ข) สัดส่วนของกลุ่มบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมแต่ละครั้งให้มีมากกว่า 3 ใน 4 ของกลุ่มเป้าหมายของกิจกรรมนั้น เช่นกิจกรรมรณรงค์เยาวชนด้านภัยยาเสพติด เยาวชนผู้เข้าร่วมในกิจกรรมนั้นควรมี 3 ใน 4 ของเยาวชนในชุมชน

ค) ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในความหมายที่แท้จริงของการมีส่วนร่วม นั้นไม่หมายเพียงการเข้าไปร่วมกับกิจกรรมเท่านั้นหากหมายรวมไปถึงการมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ โดยดูได้จากการมีส่วนร่วมตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมิน ตรวจสอบและร่วมรับผิดชอบ

4.9 อาสาสมัครสาธารณสุขกับความเข้มแข็งของชุมชน

ผู้นำมีความสำคัญมากในการพัฒนาชุมชนนั้นๆ โดยเฉพาะในการพัฒนางานสาธารณสุข อสม. ถือว่าเป็นบุคคลสำคัญคนหนึ่งที่ได้รับการพัฒนาให้เป็นผู้ผู้นำในเรืองงานสาธารณสุข มีความรู้ความสามารถในด้านการค้นหา วิเคราะห์ วางแผนแก้ไข ดำเนินการและประเมินผลได้

ในช่วงปี 2541 สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ได้ฝึกทักษะในการบริหารจัดการงานสาธารณสุขในชุมชน ด้วยการพัฒนาระบบงบประมาณหมวดอุดหนุน ที่เรียกว่าระบบงบประมาณแนวใหม่ ให้ผู้นำชุมชนได้สามารถนำไปบริหารจัดการเพื่อแก้ปัญหาของชุมชนได้ด้วยตนเอง อสม. ย่อมเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานนั้น อันถือว่าการให้บทเรียนที่จะเตรียมการให้ อสม. และผู้นำอื่นๆ มีความเข้มแข็งขึ้น การจัดทำเครื่องชี้วัดศักยภาพการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชนจึงถือว่าเป็นเครื่องมืออีกชิ้นหนึ่งที่จะช่วยเจ้าหน้าที่ทาง อสม. และผู้นำชุมชนอื่นสามารถมองเห็นภาพชุมชนได้ชัดเจนแล้วนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการค้นหาจุดอ่อนที่จะต้องพัฒนาให้ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น อันจะยังผลให้ชุมชนมีความสามารถในการพึ่งตนเองได้ต่อไป⁷

ภาพที่ 5 สัญลักษณ์ประจำชมรม อสม. แห่งประเทศไทย



ภาพคนจับมือกัน

หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนของตนเอง

⁷ คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน, คู่มือเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข, (นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข, 2542), หน้า 19-23.

บทที่ 5

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องบทบาทของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และเพื่อศึกษาสภาพปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน ในบ้านกู่เสือ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์ และสนองตอบตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้แบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ตอนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตาม ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
เพศ	ชาย	173	60.1	-
	หญิง	115	39.9	-
อายุ	อายุต่ำสุด (23)	1	0.3	$\bar{x} = 53.78$
	อายุสูงสุด (87)	1	0.3	
สถานภาพสมรส	โสด	13	4.5	-
	สมรส	196	68.1	-
	หม้าย	68	23.6	-
	หย่า/แยก	11	3.8	-
ศาสนา	พุทธ	286	99.3	-
	คริสต์	2	0.7	-
การศึกษา	การศึกษาภาคบังคับ	231	80.2	-
	มัธยมศึกษา	46	16.0	-
	ปวช.,ปวส. อนุปริญญา	2	0.7	-

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
การศึกษา	ปริญญาตรีขึ้นไป	9	3.1	-
อาชีพ	เกษตรกรกรรม	6	2.1	-
	ค้าขาย	34	11.8	-
	รับจ้าง	219	76.0	-
	อื่น ๆ	29	10.1	-
รายได้เฉลี่ย	รายได้ต่ำสุด (2,000)	1	0.3	$\bar{x} = 82,579$
	รายได้สูงสุด (100,000)	1	0.3	
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	จำนวนสมาชิกน้อยที่สุด (1)	14	4.9	$\bar{x} = 3.74$
	จำนวนสมาชิกมากที่สุด (14)	1	0.3	

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 39.9 เพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 60.1 ด้านอายุ ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอายุน้อยที่สุด มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.3 ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอายุมากที่สุด มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.3 อายุเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 53.78 ด้านสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถามปรากฏว่า ส่วนใหญ่สมรส คิดเป็นร้อยละ 68.1 รองลงมาเป็นหม้าย คิดเป็นร้อยละ 23.6 ยังเป็นสาวโสด คิดเป็นร้อยละ 4.5 และได้หย่าหรือแยกกันอยู่คิดเป็นร้อยละ 3.8 ด้านการนับถือศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม ศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.3 และรองลงมาศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 0.7 ด้านการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สำเร็จการศึกษาในระดับการศึกษาภาคบังคับ คิดเป็นร้อยละ 80.2 รองลงมามัธยมศึกษา 16.0 ปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 3.1 และ ปวช.,ปวส. อนุปริญญา 0.7 ด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามในการทำวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 76.0 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 11.8 อาชีพอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 10.1 และอาชีพเกษตรกรกรรม คิดเป็นร้อยละ 2.1 ด้านรายได้ กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่ำสุด 2,000 บาท/ปี รายได้สูงสุด 1 ราย ได้ 100,000 บาท/ปี 1 ราย รวมมีรายได้เฉลี่ย 82,579 บาท / ต่อปี ด้านจำนวนสมาชิกในครัวเรือนใน อสม.มีสมาชิกในครัวเรือนมากที่สุด คือ 14 คน 1 ครัวเรือน มีน้อยที่สุดคือ 1 คน 14 ครัวเรือน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 คน/ครัวเรือน

ตอนที่ 2 จำนวนและร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ
บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ตารางที่ 2.1 อสม. คือผู้ให้บริการสุขภาพเบื้องต้นและคัดกรองสุขภาพ

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	288	100.0
ไม่ใช่	-	-
ไม่ตอบ	-	-
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 2.1 พบว่า อสม.คือผู้ให้บริการสุขภาพเบื้องต้นและคัดกรองสุขภาพโดยการ
วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก ชักประวัติ คัดกรองเบาหวานมีผู้ตอบแบบสอบถามว่าใช่คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 2.2 อสม. เป็นผู้แจ้งข่าวการระบาดของโรค เช่น ไข้หวัดนก

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	288	100.0
ไม่ใช่	-	-
ไม่ตอบ	-	-
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 2.2 พบว่า อสม. ได้แจ้งข่าวการระบาดของโรค เช่น ไข้หวัดนก ไข้เลือดออก
อุจจาระร่วง ให้เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบได้รับรู้อย่างทันต่อสถานการณ์ เห็นได้จากมีผู้ตอบ
แบบสอบถามว่า ใช่ คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 2.3 อสม. ได้รณรงค์ป้องกันแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ร่วมกับประชาชน

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	288	100.0
ไม่ใช่	-	-
ไม่ตอบ	-	-
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 2.3 พบว่า ไข้เลือดออก เป็นโรคร้ายแรงอาจทำให้คนถึงตายได้ อสม. ได้รณรงค์ป้องกันโดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ร่วมกับประชาชน ดังที่มีผู้ตอบแบบสอบถามว่า ไข้ คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 2.4 อสม. จัดประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ป้องกันโรคที่ระบาด

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	288	100.0
ไม่ใช่	-	-
ไม่ตอบ	-	-
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 2.4 พบว่า อสม. จัดประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ แจกจ่ายเอกสารความรู้เกี่ยวกับ (พ.ร.บ.) การป้องกันโรคที่ระบาดตามฤดูกาลให้ชุมชนได้รับทราบ เพื่อให้เฝ้าระวัง ดังที่มีผู้ตอบแบบสอบถามว่า ไข้ คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 2.5 การให้คำแนะนำ คำปรึกษา เมื่อมีปัญหาการระบาดของโรคต่างๆ

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	285	99.0
ไม่ใช่	3	1.0
ไม่ตอบ	-	-
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 2.5 พบว่า การให้คำแนะนำ คำปรึกษา เมื่อมีปัญหาการระบาดของโรคต่างๆ มีผู้ตอบแบบสอบถามว่า ไข้ คิดเป็นร้อยละ 99.0 และตอบว่า ไม่ใช่ คิดเป็นร้อยละ 1.0

ตารางที่ 2.6 อสม. เป็นผู้หยอดวัคซีนให้เด็กตามกำหนดคือกิจกรรมส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	251	87.2
ไม่ใช่	36	12.5
ไม่ตอบ	1	0.3
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 2.6 อสม. เป็นผู้หยอดวัคซีนให้เด็กตามกำหนดคือกิจกรรมส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค ดังที่มีผู้ตอบแบบสอบถามว่า ใช่ คิดเป็นร้อยละ 87.2 และตอบว่า ไม่ใช่ คิดเป็นร้อยละ 12.5 และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 0.3

ตารางที่ 2.7 อสม. ชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร(ไอโอดีน)

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	250	86.8
ไม่ใช่	37	12.8
ไม่ตอบ	1	0.3
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 2.7 อสม. ชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร(ไอโอดีน) พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามว่า ใช่ คิดเป็นร้อยละ 86.8 รองลงมาตอบว่า ไม่ใช่ คิดเป็นร้อยละ 12.8 และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 0.3

ตารางที่ 2.8 อสม. แนะนำคนในชุมชนให้รู้จักทำอาหารที่สะอาดและปลอดภัย

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	280	97.2
ไม่ใช่	5	1.7
ไม่ตอบ	3	1.0
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 2.8 อสม. แนะนำคนในชุมชนให้รู้จักทำอาหารที่สะอาดและปลอดภัย พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่า ใช่ คิดเป็นร้อยละ 97.2 รองลงมาตอบว่า ไม่ใช่ คิดเป็นร้อยละ 1.7 และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 1.0

ตารางที่ 2.9 อสม. ได้แนะนำการกำจัดขยะ และการใช้น้ำที่สะอาดในชุมชน

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	285	99.0
ไม่ใช่	2	0.7
ไม่ตอบ	1	0.3
รวม	288	100.0

ตารางที่ 2.9 อสม.ได้แนะนำการกำจัดขยะ และการใช้น้ำที่สะอาดในชุมชน พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่า ใช่ คิดเป็นร้อยละ 99.0 รองลงมาตอบว่า ไม่ใช่ คิดเป็นร้อยละ 0.7 และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 0.3

ตารางที่ 2.10 อสม.ช่วยเหลือผู้พิการ

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	274	95.1
ไม่ใช่	11	3.8
ไม่ตอบ	3	1.0
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 2.10 อสม.ช่วยเหลือผู้พิการเพื่อเฝ้าระวังการทำผิดกฎหมาย และ การใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีเครื่องหมาย อย. พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่า ใช่ คิดเป็นร้อยละ 95.1 รองลงมาตอบว่า ไม่ใช่ คิดเป็นร้อยละ 3.8 และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 1.0

ตารางที่ 2.11 เวลาเป็นไข้ อสม. ได้รับความเบื้องต้น ก่อนส่งต่ออนามัยเพื่อความปลอดภัย

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	262	91.0
ไม่ใช่	25	8.7
ไม่ตอบ	1	0.3
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 2.11 เวลาเป็นไข้ อสม. ได้รับความเบื้องต้นตามอาการของไข้ก่อนส่งต่ออนามัย เพื่อความปลอดภัย พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่า ใช่ คิดเป็นร้อยละ 91.0 รองลงมาตอบว่า ไม่ใช่ คิดเป็นร้อยละ 8.7 และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 0.3

ตารางที่ 2.12 อสม. จัดยาสามัญประจำบ้านจำหน่ายแก่ชุมชน

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	259	89.9
ไม่ใช่	29	10.1
ไม่ตอบ	-	-
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 2.12 อสม. จัดยาสามีอยู่ประจำบ้านจำหน่ายแก่ชุมชน พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่า ใช่ คิดเป็นร้อยละ 89.9 และตอบว่า ไม่ใช่ คิดเป็นร้อยละ 10.1

ตารางที่ 2.13 อสม.จัดทำแปลและล้างแปลให้แก่คนในชุมชนที่ใช้บริการ ณ ศสมช.

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	256	88.9
ไม่ใช่	31	10.8
ไม่ตอบ	1	0.3
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 2.13 อสม.จัดทำแปลและล้างแปลให้แก่คนในชุมชนที่ใช้บริการ ณ ศสมช. พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามว่า ใช่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.9 รองลงมาตอบว่า ไม่ใช่ คิดเป็นร้อยละ 10.8 และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 0.3

ตารางที่ 2.14 การช่วยเหลือคนที่เป็นลมกลางแดด

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	29	10.1
ไม่ใช่	258	89.6
ไม่ตอบ	1	0.3
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 2.14 การช่วยเหลือคนที่เป็นลมกลางแดด โดยการนำเจ้าหน้าที่รมให้ยาคนหมวดเบาๆ ให้อากาศโปร่งๆ และแนะนำไปหาเจ้าหน้าที่อนามัย พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามว่า ใช่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 89.6 รองลงมาตอบว่า ไม่ใช่ คิดเป็นร้อยละ 10.1 ไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 0.3

ตารางที่ 2.15 จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	288	100.0
ไม่ใช่	-	-
ไม่ตอบ	-	-
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 15 จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย สุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ทั้งกายและใจ พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ตอบว่า ใช่ คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 2.16 อสม. แนะนำและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเอดส์ ผู้พิการ ผู้ประสบ อุบัติเหตุ

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	287	99.7
ไม่ใช่	-	-
ไม่ตอบ	1	0.3
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 2.16 อสม. ได้ไปพูดคุยแนะนำและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเอดส์ ผู้พิการ ผู้ประสบอุบัติเหตุ เพื่อการให้กำลังใจที่ดีแก่ผู้ป่วย พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ตอบว่า ใช่ คิดเป็นร้อยละ 99.7 และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 0.3

ตารางที่ 2.17 การตรวจแผนไทยและการแนะนำการออกกำลังกายของอสม.

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	245	85.1
ไม่ใช่	42	14.2
ไม่ตอบ	1	0.3
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 2.17 การตรวจแผนไทยและการแนะนำการออกกำลังกายของ อสม. เป็นวิธีการฟื้นฟูสุขภาพอย่างดีเยี่ยมของผู้ป่วยผ่าตัดใหม่ พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบว่า ใช่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.1 รองลงมาตอบว่า ไม่ใช่ คิดเป็นร้อยละ 14.2 และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 0.3

ตารางที่ 2.18 อสม. ได้แนะนำผู้สูงอายุรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	286	99.3
ไม่ใช่	1	0.3
ไม่ตอบ	1	0.3
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 2.18 อสม. ได้แนะนำผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้าให้ครบ 5 หมู่ เช่น เนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ฯลฯ พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ตอบว่า ใช่ คิดเป็นร้อยละ 99.3 รองลงมาตอบว่า ไม่ใช่ คิดเป็นร้อยละ 0.3 และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 0.3

ตารางที่ 2.19 อสม. ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพให้กับครอบครัวในชุมชน

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	286	99.3
ไม่ใช่	-	-
ไม่ตอบ	2	0.7
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 2.19 การที่ อสม. ไปถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพให้กับครอบครัวในชุมชน ให้มีสุขภาพดีแข็งแรงสมบูรณ์ สามารถเป็นตัวแบบดูแลสุขภาพของตนเองได้ พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ตอบว่า ใช่ คิดเป็นร้อยละ 99.3 และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 0.7

ตารางที่ 2.20 การรณรงค์ของ อสม. ด้านการดูแลสุขภาพ (สุขภาพะจิต)

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	275	95.5
ไม่ใช่	12	3.8
ไม่ตอบ	1	0.3
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 2.20 การรณรงค์ของ อสม. ด้านการดูแลสุขภาพ (สุขภาพะจิต) อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอจะทำให้เมืองไทย แข็งแรง (Healthy Thailand) พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ตอบว่า ใช่ คิดเป็นร้อยละ 95.5 รองลงมาตอบว่า ไม่ใช่ คิดเป็นร้อยละ 3.8 และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 0.3

ตอนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ตารางที่ 3.1 อสม. 1 คน รับผิดชอบด้านสุขภาพครัวเรือน 10 หลังคา

การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
5-6 เดือน	2	0.7
2-3 เดือน	224	77.8
สัปดาห์ละครั้ง	7	2.4
ทำเป็นประจำ	54	18.8
ไม่ตอบ	1	0.3
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 3.1 พบว่า อสม. 1 คน รับผิดชอบด้านสุขภาพครัวเรือน 10 หลังคา เพื่อรายงานสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีผู้ตอบ 2-3 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.8 รองลงมาทำกิจกรรมเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 18.8 สัปดาห์ละครั้ง คิดเป็นร้อยละ 2.4 5-6 เดือนคิดเป็นร้อยละ 0.7 และกลุ่มตัวอย่างไม่ตอบ คิดเป็นร้อยละ 0.3

ตารางที่ 3.2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนเป็นบทบาทหน้าที่ของ อสม.ในหมู่บ้าน

การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
5-6 เดือน	-	-
2-3 เดือน	220	76.4
สัปดาห์ละครั้ง	11	3.8
ทำเป็นประจำ	51	17.7
ไม่ตอบ	6	2.1
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 3.2 พบว่า การให้ความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนเป็นบทบาทหน้าที่ของ อสม.ในหมู่บ้าน มีผู้ตอบแบบสอบถาม 2-3 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.4 รองลงมาทำกิจกรรมเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 17.7 สัปดาห์ละครั้ง คิดเป็นร้อยละ 3.8 และมีกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ได้ตอบแบบสอบถาม คิดเป็นร้อยละ 2.1

ตารางที่ 3.3 สาธารณสุขมูลฐานได้ให้คำแนะนำและปรึกษาด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน
ส่วนใหญ่ในชุมชน

การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	10	3.5
5-6 เดือน	1	0.3
2-3 เดือน	219	76.0
สัปดาห์ละครั้ง	7	2.4
ทำเป็นประจำ	49	17.0
ไม่ตอบ	2	0.7
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 3.3 พบว่า อสม.ให้คำแนะนำและปรึกษาด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชน มีผู้ตอบแบบสอบถาม 2-3 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.0 รองลงมา มีผู้ตอบว่าทำกิจกรรมเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 17.0 ไม่เคย คิดเป็นร้อยละ 3.5 มีผู้ไม่ตอบ คิดเป็นร้อยละ 0.7 และ 5-6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 0.3

ตารางที่ 3.4 ในการลงพื้นที่ชุมชน อสม.ให้บริการแก่ประชาชน วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก

การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	-	-
5-6 เดือน	2	0.7
2-3 เดือน	218	75.7
สัปดาห์ละครั้ง	7	2.4
ทำเป็นประจำ	59	20.5
ไม่ตอบ	2	0.7
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 3.4 พบว่า ในการลงพื้นที่ชุมชน อสม.ให้บริการแก่ประชาชน เช่น วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก มีผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ 2-3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 75.7 รองลงมาทำกิจกรรมเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 20.5 สัปดาห์ละครั้ง คิดเป็นร้อยละ 2.4 มีผู้ไม่ตอบ คิดเป็นร้อยละ 0.7 และ 5-6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 0.7

ตารางที่ 3.5 อสม. ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ วัดความดันชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	1	0.3
5-6 เดือน	1	0.3
2-3 เดือน	6	2.1
สัปดาห์ละครั้ง	6	2.1
ทำเป็นประจำ	273	94.8
ไม่ตอบ	1	0.3
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 3.5 พบว่า อสม. ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ วัดความดันชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง มีผู้ตอบทำกิจกรรมเป็นประจำ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 94.8 รองลงมา 2-3 เดือน และ สัปดาห์ละครั้ง คิดเป็นร้อยละ 2.1 ไม่ตอบ ไม่เคย และ 5-6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 0.3

ตารางที่ 3.6 การให้ อสม. รักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น การล้างแผล การทำแผล และนำส่งสถาน พยาบาลหรือโรงพยาบาล

การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	16	5.6
5-6 เดือน	196	68.1
2-3 เดือน	21	7.3
สัปดาห์ละครั้ง	16	5.6
ทำเป็นประจำ	37	12.8
ไม่ตอบ	2	0.7
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 3.6 พบว่า การให้ อสม. รักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น การล้างแผล การทำแผล และนำส่งสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล มีผู้ตอบ 5-6 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.1 รองลงมา ตอบว่าทำกิจกรรมเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 12.8 มีผู้ตอบ 2-3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 7.3 ไม่เคยคิดเป็นร้อยละ 5.6 และมีผู้ไม่ตอบ คิดเป็นร้อยละ 0.7

ตารางที่ 3.7 การนำผู้ป่วยจากชุมชน ส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานเอนามัย และโรงพยาบาล

การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	2	0.7
5-6 เดือน	121	42.0
2-3 เดือน	94	32.6
สัปดาห์ละครั้ง	9	3.1
ทำเป็นประจำ	57	19.8
ไม่ตอบ	5	1.7
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 3.7 พบว่า การนำผู้ป่วยจากชุมชน ส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานเอนามัยและโรงพยาบาล มีผู้ตอบแบบสอบถาม 5-6 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.0 รองลงมา 2-3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 32.6 ทำกิจกรรมเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 19.8 สัปดาห์ละครั้ง คิดเป็นร้อยละ 3.1 มีผู้ไม่ตอบ คิดเป็นร้อยละ 1.7 และไม่เคย คิดเป็นร้อยละ 0.7

ตารางที่ 3.8 การแนะนำเรื่องการใช้บริการบัตรทอง เป็นประโยชน์แก่ประชาชนในชุมชน

การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	-	-
5-6 เดือน	-	-
2-3 เดือน	-	-
สัปดาห์ละครั้ง	5	1.7
ทำเป็นประจำ	278	96.6
ไม่ตอบ	5	1.7
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 3.8 พบว่า การแนะนำเรื่องการใช้บริการบัตรทอง เป็นประโยชน์แก่ประชาชนในชุมชน มีผู้ตอบ ทำกิจกรรมเป็นประจำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.6 รองลงมา สัปดาห์ละครั้งและไม่มีผู้ตอบคิดเป็นร้อยละ 1.7

ตารางที่ 3.9 การนำความรู้เรื่องการผสมน้ำเกลือแร่ ให้แก่ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเป็นวิธี
หนึ่งในการรักษาเบื้องต้น

การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
5-6 เดือน	162	56.3
2-3 เดือน	53	18.4
สัปดาห์ละครั้ง	4	1.4
ทำเป็นประจำ	64	22.2
ไม่ตอบ	5	1.7
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 3.9 พบว่า การนำความรู้เรื่องการผสมน้ำเกลือแร่ ให้แก่ผู้ป่วยโรคอุจจาระ
ร่วงเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาเบื้องต้น มีผู้ตอบ 5-6 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.3 รองลงมาทำ
กิจกรรมเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 22.2 2-3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 18.4 มีผู้ไม่ตอบคิดเป็นร้อยละ 1.7
และสัปดาห์ละครั้งคิดเป็นร้อยละ 1.4

ตารางที่ 3.10 อสม.แนะนำประชาชนที่ป่วยโรคเอดส์สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ใน
ชุมชน

การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	10	3.5
5-6 เดือน	160	55.6
2-3 เดือน	56	19.4
สัปดาห์ละครั้ง	3	1.0
ทำเป็นประจำ	54	18.8
ไม่ตอบ	5	1.7
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 3.10 พบว่า อสม. แนะนำประชาชนที่ป่วยโรคเอดส์สามารถเข้าร่วมกิจกรรม
ต่างๆ ในชุมชนได้ และเป็นที่ยอมรับของชุมชน มีผู้ตอบ 5-6 เดือนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55.6
รองลงมา 2-3 เดือนคิดเป็นร้อยละ 19.4 ทำกิจกรรมเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 18.8 ไม่เคยคิดเป็นร้อย
ละ 3.5 มีผู้ไม่ตอบคิดเป็นร้อยละ 1.7 และสัปดาห์ละครั้งคิดเป็นร้อยละ 1.0

ตารางที่ 3.11 การรณรงค์ให้ประชาชนทำความสะอาดสถานที่สาธารณสุขประโยชน์

การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	40	13.9
5-6 เดือน	158	54.9
2-3 เดือน	50	17.4
สัปดาห์ละครั้ง	3	1.0
ทำเป็นประจำ	32	11.1
ไม่ตอบ	5	1.7
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 3.11 การรณรงค์ให้ประชาชนทำความสะอาดสถานที่สาธารณสุขประโยชน์ เช่น ตลาด วัด ป่าช้า ฯลฯ จัดสถานที่ที่ถึงขยะที่ดี สามารถควบคุมป้องกันโรคติดต่อได้ มีผู้ตอบ 5-6 เดือนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 54.9 รองลงมา 2-3 เดือนคิดเป็นร้อยละ 17.4 ไม่เคยคิดเป็นร้อยละ 13.9 ทำกิจกรรมเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 11.1 มีผู้ไม่ตอบคิดเป็นร้อยละ 1.7 และสัปดาห์ละ 1.0

ตารางที่ 3.12 การให้คำแนะนำรับประทานอาหารปราศจากสารพิษ และมีประโยชน์ต่อร่างกาย สามารถป้องกันโรคได้

การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	5	1.7
5-6 เดือน	159	55.2
2-3 เดือน	54	18.8
สัปดาห์ละครั้ง	3	1.0
ทำเป็นประจำ	62	21.5
ไม่ตอบ	5	1.7
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 3.12 พบว่า การให้คำแนะนำรับประทานอาหารปราศจากสารพิษ และมีประโยชน์ต่อร่างกาย สามารถป้องกันโรคได้ มีผู้ตอบแบบสอบถาม 5-6 เดือนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55.2 ทำกิจกรรมเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 21.5 2-3 เดือนคิดเป็นร้อยละ 18.8 มีผู้ไม่ตอบคิดเป็นร้อยละ 1.7 ไม่เคย 1.7 และสัปดาห์ละครั้งคิดเป็นร้อยละ 1.0

ตารางที่ 3.13 การรณรงค์ให้มีการปลูกพืช-ผัก สมุนไพร เพื่อใช้ในครัวเรือน

การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	31	10.8
5-6 เดือน	156	54.2
2-3 เดือน	56	19.4
สัปดาห์ละครั้ง	4	1.4
ทำเป็นประจำ	36	12.5
ไม่ตอบ	5	1.7
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 3.13 พบว่า การรณรงค์ให้มีการปลูกพืช-ผัก สมุนไพรเช่นตะไคร้ ข่า ขิง ผักเชียงดา ผักหวานบ้าน ฯลฯ เพื่อใช้ในครัวเรือน มีผู้ตอบแบบสอบถาม 5-6 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.2 รองลงมา 2-3 เดือนคิดเป็นร้อยละ 19.4 ทำกิจกรรมเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 12.5 ไม่เคยคิดเป็นร้อยละ 10.8 มีผู้ไม่ตอบ คิดเป็นร้อยละ 1.7 และสัปดาห์ละครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1.4

ตารางที่ 3.14 การให้คำแนะนำให้รู้จักการประกอบอาหาร พืช-ผัก และสมุนไพรที่มีประโยชน์และสรรพคุณที่สามารถต้านทานโรคต่างๆ ได้

การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	20	6.9
5-6 เดือน	157	54.5
2-3 เดือน	55	19.1
สัปดาห์ละครั้ง	4	1.4
ทำเป็นประจำ	46	16.0
ไม่ตอบ	6	2.1
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 3.14 พบว่า การให้คำแนะนำให้รู้จักการประกอบอาหาร พืช-ผัก และสมุนไพรที่มีประโยชน์และสรรพคุณที่สามารถต้านทานโรคต่างๆ ได้ มีผู้ตอบแบบสอบถาม 5-6 เดือนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 54.5 รองลงมา 2-3 เดือนคิดเป็นร้อยละ 19.1 ทำกิจกรรมเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 16.0 ไม่เคยคิดเป็นร้อยละ 6.9 มีผู้ไม่ตอบคิดเป็นร้อยละ 2.1 สัปดาห์ละครั้งคิดเป็นร้อยละ 1.4

ตารางที่ 3.15 การรณรงค์ในการส่งเสริมสนับสนุน จัดตั้งกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค

การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	8	2.8
5-6 เดือน	156	54.2
2-3 เดือน	54	18.8
สัปดาห์ละครั้ง	4	1.4
ทำเป็นประจำ	60	20.8
ไม่ตอบ	6	2.1
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 3.15 พบว่า การรณรงค์ในการส่งเสริมสนับสนุน จัดตั้งกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารที่หมดอายุหรือสินค้าปลอม พืช ผักผลไม้ที่มีสารพิษ มีผู้ตอบแบบสอบถาม 5-6 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.2 รองลงมาทำกิจกรรมเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 20.8 2-3 เดือนคิดเป็นร้อยละ 18.8 ไม่เคยคิดเป็นร้อยละ 2.8 มีผู้ไม่ตอบแบบสอบถามคิดเป็นร้อยละ 2.1 และสัปดาห์ละครั้งคิดเป็นร้อยละ 1.4

ตารางที่ 3.16 การรณรงค์ออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง หรือทุกวันวันละ 30 นาที

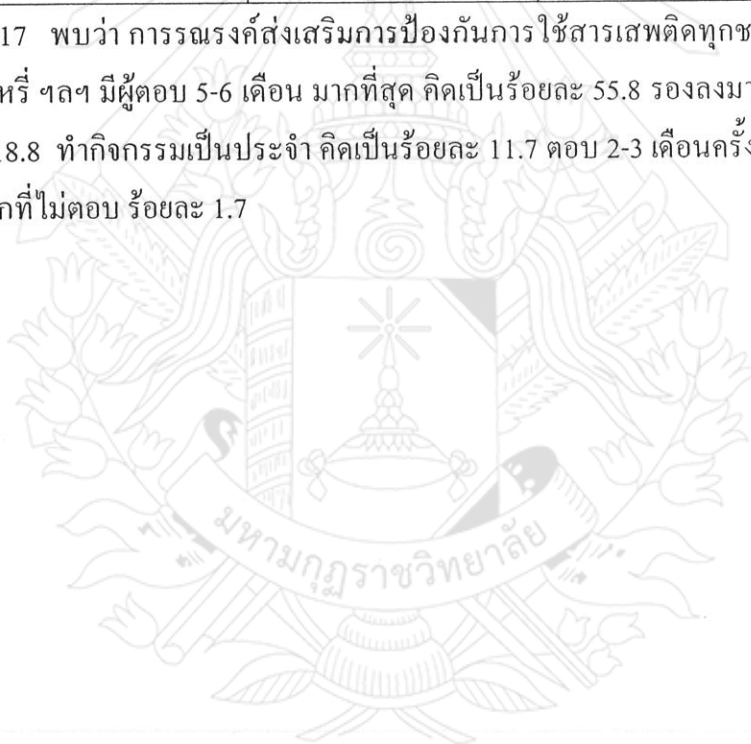
การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	7	2.4
5-6 เดือน	125	43.4
2-3 เดือน	45	15.6
สัปดาห์ละครั้ง	5	1.7
ทำเป็นประจำ	101	35.1
ไม่ตอบ	5	1.7
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 3.16 พบว่า การรณรงค์ออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง หรือ ทุกวันวันละ 30 นาที ทำให้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีผู้ตอบแบบสอบถาม 5-6 เดือนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 43.4 รองลงมาทำกิจกรรมเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 35.1 2-3 เดือนคิดเป็นร้อยละ 15.6 ไม่เคย 2.4 สัปดาห์ละครั้งและมีผู้ไม่ตอบคิดเป็นร้อยละ 1.7

ตารางที่ 3.17 การรณรงค์ส่งเสริมการป้องกันการใช้สารเสพติดทุกชนิด เช่น ยาบ้า
เฮโรอีน กัญชา

การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาท หน้าที่ของ อสม.	จำนวน/ค่าร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	11	3.8
5-6 เดือน	161	55.9
2-3 เดือน	54	18.8
สัปดาห์ละครั้ง	6	2.1
ทำเป็นประจำ	51	17.7
ไม่ตอบ	5	1.7
รวม	288	100.0

จากตารางที่ 3.17 พบว่า การรณรงค์ส่งเสริมการป้องกันการใช้สารเสพติดทุกชนิด เช่น ยาบ้า เฮโรอีน กัญชา บุหรี่ ฯลฯ มีผู้ตอบ 5-6 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.8 รองลงมาสัปดาห์ละครั้ง คิดเป็นร้อยละ 18.8 ทำกิจกรรมเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 17.7 ตอบ 2-3 เดือนครั้ง คิดเป็นร้อยละ 2.1 และมีสมาชิกที่ไม่ตอบ ร้อยละ 1.7



บทที่ 6

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้ได้ตั้งวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนหมู่บ้านกุ้งเสือ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ซึ่งเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่างจำนวน 288 รายส่วนหนึ่ง ในขณะที่เดียวกัน ผู้วิจัยต้องการองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบงานสาธารณสุขมูลฐาน รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน(อสม.) เพิ่มเติมอีกส่วนหนึ่งซึ่งจะช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนหมู่บ้านกุ้งเสือ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ได้ดียิ่งขึ้น จึงได้สร้าง “แบบสัมภาษณ์เชิงลึก” (In-depth interview) เกี่ยวกับงานอาสาสมัครสาธารณสุขของอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและได้วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกโดยละเอียดมาแล้ว จึงนำเสนอผลการวิจัยโดยสรุปดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม

5.1.1 ตอนที่ 1 พื้นฐานทางสังคมทั่วไป จำแนกตามจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามรวมทั้งสิ้น 288 คนและค่าร้อยละ (%) ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งปรากฏผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

- 1) เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 60.1 เพศหญิงร้อยละ 39.9
- 2) มีอายุดำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 87 ปี อายุเฉลี่ย 53.78 ปี
- 3) สมรสแล้ว ร้อยละ 68.1 หม้ายร้อยละ 23.6 โสดร้อยละ 4.5 หย่า/แยกกันร้อยละ 3.8
- 4) นับถือพุทธศาสนาร้อยละ 99.3 คริสต์ศาสนาร้อยละ 0.7
- 5) การศึกษาสูงสุด จบปริญญาตรี ร้อยละ 3.1 จบปวช.,ปวส. ร้อยละ 0.7 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 16.0 จบการศึกษาภาคบังคับร้อยละ 80.2
- 6) มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 76.0) เกษตรกรรม น้อยที่สุด (ร้อยละ 2.1)

7) มีรายได้น้อยที่สุด 2,000 บาท/ปี 1 ราย มีรายได้สูงสุด 100,000 บาท/ปี 1 ราย มีรายได้เฉลี่ย 82,579 บาท / ต่อปี

8) มีสมาชิกในครัวเรือนมากที่สุด (14 คน) 1 ครัวเรือน มีน้อยที่สุด (1 คน) 14 ครัวเรือน มีค่าเฉลี่ย 3.74 คน/ครัวเรือน

5.1.2 สรุปผล ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท-หน้าที่ของ อสม.

จำแนกตามจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามรวมทั้งสิ้น 288 คนและค่าร้อยละ (%) ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งปรากฏผลการวิเคราะห์ข้อมูลและมีผลสรุป 20 ประเด็นตามตารางวิเคราะห์ที่ 2.1-2.20 ตามลำดับ ดังนี้

- 1) อสม.ให้บริการสุขภาพเบื้องต้นและคัดกรองสุขภาพโดยการวัดความดัน ซึ่งน้ำหนักชั่งปกติ คัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 100.0
- 2) แจ้งข่าวการระบาดของไข้หวัดนก ไข้เลือดออก อุจจาระร่วง ให้เพื่อนบ้านได้รับรู้อย่างทันต่อสถานการณ์ ร้อยละ 100.0
- 3) อสม.เข้าใจเกี่ยวกับไข้เลือดออกและรณรงค์การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายร่วมกับประชาชน ร้อยละ 100.0
- 4) อสม.แจกเอกสารเกี่ยวกับโรคระบาดตามฤดูกาลเพื่อให้ชุมชนได้เฝ้าระวัง ร้อยละ 100.0
- 5) อสม.ให้คำแนะนำปรึกษาเมื่อมีปัญหาการระบาดของโรคต่างๆ ตอบว่าใช่ ร้อยละ 99.0 และตอบว่าไม่ใช่ ร้อยละ 1.0
- 6) อสม.หยอดวัคซีน ให้เด็กคือกิจกรรมส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตอบว่าใช่ ร้อยละ 82.2 ไม่ใช่ ร้อยละ 12.5 ไม่ได้ตอบ ร้อยละ 0.3
- 7) อสม.ซึ่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร(ไอโอดีน) มีผู้ตอบใช่ ไม่ใช่ ไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 86.8, 12.8, และ 0.3 ตามลำดับ
- 8) อสม.แนะนำคนในชุมชนให้รู้จักทำอาหารที่สะอาดและปลอดภัย มีผู้ตอบว่าใช่ ไม่ใช่ และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 97.2, 1.7 และ 1.3 ตามลำดับ
- 9) อสม.ได้แนะนำการกำจัดขยะและการใช้น้ำที่สะอาดในชุมชน พบว่า มีผู้ตอบใช่ ไม่ใช่ และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 99.0, 0.7 และ 0.3 ตามลำดับ

- 10) อสม.ช่วยเหลือผู้คุมครองผู้บริโภคเพื่อเฝ้าระวังการทำผิดกฎหมาย และการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีเครื่องหมายอย. พบว่ามีผู้ตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 95.5, 3.8 และ 1.0 ตามลำดับ
- 11) เวลาเป็นไข้ อสม. ได้รักษาเบื้องต้น ตามอาการของไข้ ก่อนส่งต่ออนามัยเพื่อความปลอดภัย ตอบว่า ใช่ ไม่ใช่ และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 91.0, 8.7 และ 0.3 ตามลำดับ
- 12) อสม. จัดยาสามัญประจำบ้านจำหน่ายแก่ชุมชน มีผู้ตอบว่าใช่และไม่ใช่คิดเป็นร้อยละ 89.9 และ 10.1 ตามลำดับ
- 13) อสม. จัดทำแผลและล้างแผลให้แก่คนในชุมชนที่ใช้บริการ ณ ศสมช. พบว่า มีผู้ตอบว่าใช่ ไม่ใช่ และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 88.9, 10.8 และ 0.3 ตามลำดับ
- 14) การช่วยเหลือคนที่เป็นลมกลางแดดโดยการนำเข้าที่ร่มให้ยาดม นวดเบาๆ ให้อากาศโปร่งๆ และแนะนำไปหาเจ้าหน้าที่อนามัย พบว่ามีผู้ตอบว่าใช่, ไม่ใช่และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 89.6, 10.1 และ 0.3 ตามลำดับ
- 15) จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งกายและใจ (สุขภาวะดี) พบว่าใช่ คิดเป็นร้อยละ 100.0
- 16) อสม. ได้ไปพูดคุย แนะนำและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเอดส์ ผู้พิการ ผู้ประสบอุบัติเหตุ เพื่อให้กำลังใจที่ดีแก่ผู้ป่วย พบว่า มีผู้ตอบว่าใช่ร้อยละ 99.7 ไม่ได้ตอบร้อยละ 0.3
- 17) การวางแผนไทยและการแนะนำการออกกำลังกายของอสม. เป็นวิธีการฟื้นฟูสุขภาพอย่างดียิ่งของผู้ป่วยผ่าตัดใหม่ พบว่า มีผู้ตอบว่า ใช่ ร้อยละ 85.1 ไม่ใช่ ร้อยละ 14.2 และไม่ได้ตอบ ร้อยละ 0.3
- 18) อสม. ได้แนะนำผู้สูงอายุรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เช่น เนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ฯลฯ พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ตอบว่า ใช่ คิดเป็นร้อยละ 99.3 ตอบว่า ไม่ใช่ คิดเป็นร้อยละ 0.3 และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 0.3
- 19) ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพให้กับครอบครัวในชุมชน สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ตอบว่าใช่ (ร้อยละ 99.3) ไม่ได้ตอบ(ร้อยละ 0.7)
- 20) รณรงค์ด้านการดูแลสุขภาพ (สุขภาวะจิต) อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จะทำให้เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ร้อยละ 95.5 ตอบว่า ใช่ ร้อยละ 3.8 ตอบว่าไม่ใช่ ร้อยละ 0.3 ไม่ได้ตอบ

5.1.3 สรุปผลตอนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาท-หน้าที่ของ อสม.

ตอนที่ 3 แสดงให้เห็นการปฏิบัติกิจกรรมในบทบาท-หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำแนกตามจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามรวมทั้งสิ้น 288 คนและค่าร้อยละ(%) ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยแต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ ทำกิจกรรมเป็นประจำ (ทำมากที่สุด) ทำสัปดาห์/ครั้ง (ทำปานกลาง) ทำ 2-3 เดือน/ครั้ง(ทำน้อย) ทำ 5-6 เดือน/ครั้ง(ทำน้อยที่สุด) และไม่เคยทำเลย ซึ่งมีข้อค้นพบและสรุปได้ตามตารางวิเคราะห์ผลการวิจัยที่ 3.1-3.17 ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

- 1) อสม. 1 คน รับผิดชอบการรายงานสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้านสุขภาพ 10 ครั้ง/เดือน พบว่ามีผู้ตอบว่าทำ 2-3 เดือน/ครั้งร้อยละ 77.8 ทำเป็นประจำ ร้อยละ 18.8 ทำสัปดาห์/ครั้ง ร้อยละ 2.4 ทำ 5-6 เดือน/ครั้งร้อยละ 0.7 และไม่ตอบร้อยละ 0.3
- 2) อสม.ให้ความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนเป็นบทบาท-หน้าที่ของ อสม.ในหมู่บ้าน พบว่า มีผู้ตอบว่าทำ 2-3 เดือน/ครั้งร้อยละ 76.4 ทำประจำร้อยละ 17.7 ทำสัปดาห์/ครั้งร้อยละ 3.8 ไม่ตอบร้อยละ 2.1
- 3) อสม.ให้คำแนะนำและปรึกษาด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชน มีผู้ตอบว่า 2-3 เดือน/ครั้งร้อยละ 76.0 ทำเป็นประจำร้อยละ 17.0 ไม่เคยทำร้อยละ 3.5 มีผู้ไม่ตอบ ร้อยละ 0.7 และ 5-6 เดือน/ครั้งร้อยละ 0.3
- 4) ในการลงพื้นที่ในชุมชน อสม.ให้บริการแก่ประชาชน เช่น วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก พบว่า ผู้ตอบว่า 2-3 เดือน/ครั้ง(ร้อยละ 75.7) ทำเป็นประจำ (ร้อยละ 20.5) สัปดาห์/ครั้ง(ร้อยละ 2.4) ไม่ตอบ(ร้อยละ 0.7) ทำ 5-6 เดือน/ครั้ง(ร้อยละ 0.7)
- 5) อสม. ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ วัดความดันชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง มีผู้ตอบว่าทำกิจกรรมเป็นประจำ มากที่สุด ร้อยละ 94.8) ทำ 2-3 เดือน/ครั้ง และสัปดาห์/ครั้ง (ร้อยละ 2.1 เท่ากัน) ทำ 5-6 เดือน/ครั้ง ไม่เคยทำและไม่ตอบ (ร้อยละ 0.3 เท่ากัน)
- 6) อสม. รักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น การล้างแผล การทำแผล และนำส่งสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาล พบว่า 5-6 เดือน/ครั้งมากที่สุด(ร้อยละ 68.1 ทำเป็นประจำ ร้อยละ 12.8 ทำ 2-3 เดือน/ครั้ง ร้อยละ 7.3 ไม่เคยทำร้อยละ 5.6 และไม่ตอบร้อยละ 0.7
- 7) อสม.นำผู้ป่วยจากชุมชนส่งต่อสถานบริการสาธารณสุข หรือ สถานีอนามัยและโรงพยาบาล มีผู้ตอบว่าทำ 5-6 เดือน/ครั้งร้อยละ 42.0 ทำ 2-3 เดือน/ครั้งร้อยละ 32.6 ทำเป็นประจำร้อยละ 19.8 ทำสัปดาห์/ครั้งร้อยละ 3.1 ไม่ตอบร้อยละ 1.7 ไม่เคยทำร้อยละ 0.7

- 8) การแนะนำเรื่องการใช้บริการบัตรทอง (30 บาท รักษาทุกโรค) เป็นประโยชน์แก่ประชาชนในชุมชนพบว่าทำเป็นประจำร้อยละ 96.6 ทำสัปดาห์/ครั้ง และไม่ตอบร้อยละ 1.7 เท่ากัน
- 9) การนำความรู้เรื่องการผสมน้ำเกลือแร่ให้แก่ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง เป็นวิธีหนึ่งในการรักษาเบื้องต้น พบว่ามีผู้ตอบว่าทำ 5-6 เดือน/ครั้งมากที่สุด(ร้อยละ 56.3) ทำเป็นประจำ (ร้อยละ 22.2) ทำ 2-3 เดือน/ครั้ง(ร้อยละ 18.4) ไม่ตอบ(ร้อยละ 1.7) ทำสัปดาห์/ครั้ง(ร้อยละ 1.4)
- 10) แนะนำประชาชนที่ป่วยโรคเอดส์สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนได้ และเป็นที่ยอมรับของชุมชน พบว่าทำ 5-6 เดือน/ครั้งร้อยละ 55.6 ทำ 2-3 เดือน/ครั้งร้อยละ 19.4 ทำเป็นประจำร้อยละ 18.8 ไม่เคยทำร้อยละ 3.5 ไม่ตอบร้อยละ 1.7 ทำสัปดาห์/ครั้งร้อยละ 1.0
- 11) อสม.รณรงค์ให้ประชาชนทำความสะอาดสถานที่สาธารณะประโยชน์ เช่น ตลาด วัด ป่าช้า ฯลฯ จัดสถานที่ทิ้งขยะที่ดี สามารถควบคุมป้องกันโรคติดต่อได้ พบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถาม 5-6 เดือน/ครั้งร้อยละ 54.9 ทำ 2-3 เดือน/ครั้งร้อยละ 17.4 ไม่เคยทำร้อยละ 13.9 ทำเป็นประจำร้อยละ 11.1 ไม่ตอบร้อยละ 1.7 ทำสัปดาห์/ครั้งร้อยละ 1.0
- 12) อสม.ให้คำแนะนำให้รับประทานอาหารปราศจากสารพิษและมีประโยชน์ต่อร่างกาย สามารถป้องกันโรคได้ พบว่าทำ 5-6 เดือน/ครั้งร้อยละ 55.2 ทำเป็นประจำร้อยละ 21.5 ทำ 2-3 เดือน/ครั้งร้อยละ 18.8 ไม่ตอบร้อยละ 1.7 ไม่เคยทำร้อยละ 1.7 ทำสัปดาห์/ครั้งร้อยละ 1.0
- 13) การรณรงค์ให้มีการปลูกพืช-ผัก สมุนไพรเช่นตะไคร้ ข่า จิง ผักเชียงดา ผักหวานบ้าน ฯลฯ เพื่อใช้ในครัวเรือน พบว่ามีผู้ตอบว่าทำ 5-6 เดือน/ครั้ง มากที่สุดร้อยละ 54.2 ทำ 2-3 เดือน/ครั้ง ร้อยละ 19.4 ทำเป็นประจำร้อยละ 12.5 ไม่เคยทำร้อยละ 10.8 ไม่ตอบร้อยละ 1.7 ทำสัปดาห์/ร้อยละ 1.4
- 14) การให้คำแนะนำให้รู้จักการประกอบอาหารพืชผักและสมุนไพรที่มีประโยชน์และสรรพคุณที่สามารถต้านทานโรคได้ พบว่าทำ 5-6 เดือน/ครั้งร้อยละ 54.5 ทำ 2-3 เดือน/ครั้งร้อยละ 19.1 ทำเป็นประจำร้อยละ 16.0 ไม่เคยทำร้อยละ 6.9 ไม่ตอบร้อยละ 2.1 ทำสัปดาห์/ครั้งร้อยละ 1.4
- 15) อสม.รณรงค์ในการส่งเสริมสนับสนุนจัดตั้งกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารที่หมดอายุหรือสินค้าปลอม พืชผักผลไม้ที่ปนเปื้อนสารพิษ พบว่าทำ 5-6 เดือน/ครั้งร้อยละ 54.2 ทำเป็นประจำร้อยละ 20.8 ทำ 2-3 เดือน/ครั้งร้อยละ 18.8 ไม่เคยทำร้อยละ 2.8 ไม่ตอบร้อยละ 2.1 ทำสัปดาห์/ครั้งร้อยละ 1.4
- 16) การรณรงค์ออกกำลังกาย 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือทุกวันวันละ 30 นาที ทำให้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง พบว่ามีผู้ตอบว่าทำ 5-6 เดือน/ครั้ง ร้อยละ 43.4 ทำเป็นประจำร้อยละ 35.1 ทำ 2-3 เดือน/ครั้งร้อยละ 15.6 ไม่เคยทำ, ทำ 2.4 สัปดาห์/ครั้ง และไม่ตอบร้อยละ 1.7 เท่ากัน

17) การรณรงค์ส่งเสริมการป้องกันการใช้สารเสพติดทุกชนิด เช่น ยาบ้า เฮโรอีน กัญชา บุหรี่ ฯลฯ พบว่าทำ 5-6 เดือน/ครั้ง ร้อยละ 55.8 ทำสัปดาห์/ครั้ง ร้อยละ 18.8 ทำเป็นประจำ ร้อยละ 11.7 ตอบว่าทำ 2-3 เดือน/ครั้ง ร้อยละ 2.1 ไม่ตอบ ร้อยละ 1.7

5.2 อภิปรายผล

จากผลสรุปการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งตอนที่ ๒ และตอนที่ ๓ มีประเด็นที่สามารถนำมา อภิปรายผล โดยสรุปได้ ดังนี้

5.2.1 อภิปรายผลสรุปเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของ อสม.

1) ประเด็นตามตารางที่ 2.1 อสม. ให้บริการสุขภาพเบื้องต้นและคัดกรองสุขภาพโดยการ วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก ชักประวัติ คัดกรองเบาหวาน 2.2 แจ้งข่าวการระบาดของไข้หวัดนก ไข้เลือดออก อูจจาระร่วง ให้เพื่อนบ้านได้รับรู้อย่างทันต่อสถานการณ์ 2.3 อสม. เข้าใจเกี่ยวกับ ไข้เลือดออกและรณรงค์การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายร่วมกับประชาชน และ 2.4 อสม. แจกเอกสาร เกี่ยวกับโรคระบาดตามฤดูกาลเพื่อให้ชุมชนได้เฝ้าระวัง ผู้ตอบสอบถามตอบได้ถูกต้องทั้งหมด คิดเป็น ร้อยละ 100.0 อันจะยังผลให้ประชาชนในหมู่บ้านของประชากรกลุ่มเป้าหมายมีความอุ่นใจได้ว่าจะ ได้รับการบริการที่ดีจากอสม. ที่ตนเลือกเข้าไปทำงาน

2) มีกิจกรรมเพื่อสุขภาพหลักต่างๆ ที่ถือว่าอสม. จะต้องมีความมั่นใจเช่นเดียวกัน กิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญต่อชีวิต ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นกับชาวบ้านเพราะการ รู้เท่าไม่ถึงการณ์และปล่อยปละละเลยหรือไม่ให้ความสำคัญของ อสม. ประชาชนชาวบ้านก็จะตกอยู่ใน ภาวะอันตรายอาจถึงเสียชีวิตได้ทั้งนี้ทั้งนั้นก็ขึ้นอยู่กับจำนวนและค่าร้อยละของอสม. ที่มีความรู้ความ เข้าใจยังคลาดเคลื่อนเช่นในตาราง 2.5 อสม. ให้คำแนะนำปรึกษาเมื่อมีปัญหาการระบาดของโรคต่างๆ ตอบว่าใช่ (แปลว่าเข้าใจถูกต้อง) ร้อยละ 99.0 และตอบว่าไม่ใช่ (แปลว่าไม่เข้าใจ/เข้าใจผิด) ร้อยละ 1.0 สรุปว่าเป็นค่าร้อยละที่ดีมาก ค่าความเสี่ยงร้อยละ 1.0 ถือว่าต่ำมาก อันตรายแทบไม่มี ตาราง 2.6 อสม. หยอดวัคซีนให้เด็กคือกิจกรรมส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตอบว่าใช่ (เข้าใจถูกต้อง) ร้อยละ 82.2 ไม่ใช่ ร้อย ละ 12.5 ไม่ได้ตอบ ร้อยละ 0.3 (เปรียบเทียบกับตาราง 2.5) ค่าความเสี่ยงสูงมากทีเดียวเพราะประชาชน วัยเด็ก อันเป็นอนาคตของชุมชน/ประเทศชาติในภาพรวม มีความเสี่ยงสูงมาก (หยอดวัคซีนป้องกัน โปлио) เพราะโรคอันเกิดจากการปล่อยปละละเลยของผู้ที่รับผิดชอบเพียงครั้งเดียวหรือแม้แต่คนเดียว ชีวิตและสุขภาพของเด็กคนหนึ่งอาจสูญเสียนาคต่อไป อย่างไม่น่าให้อภัยได้

3) กรณีของการสูญเสียอนาคตทำนองเดียวกัน ถ้าเกิดขึ้นในสังคมที่มีความพร้อมในการดูแลสุขภาพและชีวิตอนาคตของชุมชน สังคมและประเทศชาติ อันเกิดขึ้นจาก อสม. คนใดคนหนึ่งที่มีมองกิจกรรม อสม. ของตนที่ผิดพลาดคลาดเคลื่อนและส่งผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพคนอื่นควรต้องระมัดระวัง เช่น ตาราง 2.7 อสม. ชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร(ไอโอดีน) มีผู้ตอบใช่ (เข้าใจถูกต้อง) ไม่ใช่ (ไม่ถูก ผิด) ไม่ได้ตอบ (แปลว่าไม่ถูก ผิด ไม่แน่ใจ) คิดเป็นร้อยละ 86.8, 12.8, และ 0.3 ตามลำดับสรุปว่าในตารางนี้มีความเสี่ยงสูงมากขึ้น อันตรายมากขึ้น

4) คำกล่าวที่ว่าหลงเวลา หลงคิดยวดยอนอนาคต เป็นคำพูดที่ไพเราะ แต่ถ้าความหลงผิด เข้าใจผิด หรือไม่เข้าใจของ อสม. ไม่หมายถึงตัว อสม. แต่หมายถึงชีวิตอนาคตของประชาชน ชาวบ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบ 1 คนต่อ 10 ครอบครัว คำอภิปรายนี้ใช้กับข้อมูลในตาราง 2.8 อสม. แนะนำคนในชุมชนให้รู้จักทำอาหารที่สะอาดและปลอดภัย มีผู้ตอบว่าใช่(เข้าใจถูกต้อง) ไม่ใช่ และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 97.2, 1.7 และ 1.3 ตามลำดับ 2.9 อสม. ได้แนะนำการกำจัดขยะและการใช้น้ำที่สะอาดในชุมชน พบว่า มีผู้ตอบใช่ ไม่ใช่ และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 99.0, 0.7 และ 0.3 ตามลำดับ และ 2.10 อสม. ช่วยดูแลคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อเฝ้าระวังการทำผิดกฎหมายและการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีเครื่องหมาย อย. พบว่ามีผู้ตอบ ใช่ (เข้าใจถูกต้อง) ไม่ใช่ และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 95.5, 3.8 และ 1.0 ตามลำดับ

5) ชีวิตที่อยู่ในระหว่างอันตราย เป็นชีวิตที่มีความเสี่ยงมากที่สุด เรื่องเล็กน้อยในระดับปวดศีรษะ เป็นลมกลางแดด เวียนศีรษะหรือหกล้มเป็นผลเล็กน้อยจนถึงบาดเจ็บเป็นแผลขนาดใหญ่ เสียเลือดมาก หากปล่อยทิ้งไม่ดูแลรักษาอย่างทันการณ์อาจเกิดอันตรายมากขึ้น แต่ถ้ามีอุปกรณ์สุขภาพ เช่น ยาสามัญประจำบ้านหรือมีผู้ที่มีความรู้การปฐมพยาบาลก็ให้ความช่วยเหลือในเบื้องต้น แต่หากพบว่าเกินความสามารถก็นำส่งสถานอนามัยหรือส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด คนไข้หรือคนที่ประสบอุบัติเหตุจะไม่มียาอันตราย ผลการวิเคราะห์ตาราง 2.11 เวลาเป็นไข้ อสม. ได้รับความรู้เบื้องต้น ตามอาการของไข้ ก่อนส่งต่ออนามัยเพื่อความปลอดภัย ตอบว่าใช่ (เข้าใจถูกต้อง) ไม่ใช่ และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 91.0, 8.7 และ 0.3 ตามลำดับ คำร้อยละสำหรับคำตอบที่ “ไม่ใช่” และ “ไม่ตอบ” (เพราะไม่แน่ใจ” หรือเพราะเหตุผลใดก็ตามในประเด็นนี้แปลได้ว่าในจำนวนอสม. 100 คนมี อสม. ที่เข้าใจและเอาใจใส่ทุกข์สุขประชาชนถึง 91 คน นับได้ดีมาก-มากที่สุด แต่ อสม. อีก 9 คนที่ไม่รู้ไม่เข้าใจและไม่ใส่ใจกับบทบาทหน้าที่ของ อสม. จัดว่าเป็นความเสี่ยงสำหรับประชาชนกลุ่มที่บังเอิญมี อสม. เช่นนี้ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ คำอภิปรายนี้ใช้สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลตารางที่ 2.12 อสม. จัดยาสามัญประจำบ้านจำหน่ายแก่ชุมชน มีผู้ตอบว่าใช่(เข้าใจถูกต้อง) และไม่ใช่คิดเป็นร้อยละ 89.9 และ 10.1

ตามลำดับ 2.13 อสม. จัดทำแผนและล้างแผลให้แก่คนในชุมชนที่ใช้บริการ ณ สสมช. พบว่า มีผู้ตอบว่า ไข้ (เข้าใจถูกต้อง) ไม่ใช่ และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 88.9, 10.8 และ 0.3 ตามลำดับ 2.14) การช่วยเหลือคนที่เป็นลมกลางแดดโดยการนำเข้าที่ร่มให้ยาดม นวดเบาๆ ให้อากาศโปร่งๆ และแนะนำไปหาเจ้าหน้าที่อนามัย พบว่ามีผู้ตอบว่า ไข้ (เข้าใจถูกต้อง), ไม่ใช่ และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 89.6, 10.1 และ 0.3 ตามลำดับ

6) ความดี ความงาม ความสุข เป็นความลงตัวของวัยของกลุ่มผู้สูงวัยกับคนรุ่นใหม่ ที่เชื่อมต่อกันด้วยกิจกรรมสุขภาพ ถือเป็นเรื่องที่มีความสมบูรณ์อย่างยิ่ง ควรดำเนินกิจกรรมให้คงอยู่อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง นี่เป็นผลการสรุปผลการวิเคราะห์กิจกรรมตารางที่ 2.15) จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งกายและใจ (สุขภาพะดี) พบว่า ไข้ (เข้าใจถูกต้อง) คิดเป็นร้อยละ 100.0 เป็นผลสรุปที่น่าอนุโมทนาและขอบคุนอย่างสุดหัวใจแทนผู้สูงอายุชาวหมู่บ้านกุสุมา ตาบलयางเน็ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

7) โรคเอดส์ หรือที่เรียกว่าผู้บกพร่องของภูมิคุ้มกันต้านทานโรค (HIV) เป็นโรคที่มีกระจายอยู่ทั่วไปในแทบทุกชุมชน เป็นโรคที่สังครังเกียจ ผู้ใด องค์กรใด ที่ยื่นมือเข้าไปดูแลช่วยเหลือบุคคลที่ติดเชื้อโรคนี้ควรถือว่าเป็นบุญกุศลสำหรับคนกลุ่มนี้ ในทำนองเดียวกันนี้ กลุ่มผู้พิการก็มีให้พบเห็นเป็นประจำ หลายคนพิการเพราะอุบัติเหตุจากการทำงาน หลายคนพิการเพราะความประมาทเลินเล่อทางถนน ความจริง บุคคลเหล่านี้ก็คือทรัพยากรของชุมชน เป็นทุนทางสังคมที่คุณค่า การให้ความเอาใจใส่ดูแลและฟื้นฟูชีวิตและสุขภาพกายสุขภาพจิตถือว่าเป็นสิ่งมีคุณค่า ผู้ให้ใจที่เคียงกับบุคคลเหล่านี้คือ ผู้ให้ชีวิตแก่พวกเขา พระพุทธศาสนาถือว่าเป็นบุญเป็นกุศลอันประเสริฐ ถ้าเทียบกับการสมทานศีล 5 ผู้ให้ชีวิตโดยวิธีดังกล่าวนี้เท่ากับกรปฏิบัติเบญจธรรมข้อแรกคือเมตตากรรม ประพฤติกลุณมิตตตตธรรม เป็นพื้นฐานของชีวิตอย่างแท้จริง มากกว่าการมีเพียงความรู้สึกเอื้ออาทรเพราะเป็นการลงมือปฏิบัติอย่างแท้จริง ถ้าอภิปรายนี้ขอมอบเป็นช่อดอกไม้จากใจสำหรับกิจกรรมในตาราง 2.16 อสม. ได้ไปพูดคุย แนะนำและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเอดส์ ผู้พิการ ผู้ประสบอุบัติเหตุ เพื่อให้กำลังใจที่ดีแก่ผู้ป่วย พบว่า มีผู้ตอบว่า ไข้ (เข้าใจถูกต้อง) ร้อยละ 99.7 ไม่ได้ตอบร้อยละ 0.3

8) กิจกรรมของ อสม. เพื่อสุขภาพะของชุมชนนั้นมามีมากมายเพราะชีวิตมีความสลับซับซ้อนมากและเกี่ยวข้องกับกลุ่มคนที่หลากหลาย กิจกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อสุขภาพะจึงมีความสลับซับซ้อนและหลากหลาย จึงถือว่ากิจกรรมเพื่อสุขภาพะที่ อสม. ต้องเกี่ยวข้องก็ต้องสลับซับซ้อน แต่ที่สำคัญยิ่งกว่าคือจิตใจของผู้เป็น อสม. ก็มาจากความรู้ความเข้าใจอย่างมีสัมมาทิฐิผสมผสานไปกับพื้นฐานที่ดั้งเดิม มีกลุณมิตตตตธรรม เพราะงานนี้เป็นงานอาสาสมัครเข้าไปทำ เป็นงานที่เต็มไปด้วยความ

เสียสละอย่างสูง ขออุทิศคำอภิปรายผลนี้แก่กิจกรรมความรู้ความเข้าใจบทบาท-หน้าที่ของ อสม. ตาม ตารางที่ 2.17 การนวดแผนไทย และการแนะนำการออกกำลังกายของ อสม. เป็นวิธีการฟื้นฟูสุขภาพ อย่างดีเยี่ยมของผู้ป่วยผ่าตัดใหม่ มีผู้ตอบว่าใช่(เข้าใจถูกต้อง)ร้อยละ 85.1 ไม่ใช่ร้อยละ 14.2 และไม่ได้ ตอบ ร้อยละ 0.3 ตารางที่ 2.18 อสม. ได้แนะนำผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้าให้ครบ 5 หมู่ เช่น เนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ฯลฯ พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ตอบว่า ใช่ (เข้าใจถูกต้อง) คิดเป็นร้อยละ 99.3 ตอบว่า ไม่ใช่ คิดเป็นร้อยละ 0.3 และไม่ได้ตอบ คิดเป็นร้อยละ 0.3 ตารางที่ 2.19 ถ่ายทอดความรู้ ด้านสุขภาพให้กับครอบครัวในชุมชน สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ตอบว่าใช่ (เข้าใจถูกต้อง) (ร้อยละ 99.3) ไม่ได้ตอบ(ร้อยละ 0.7) ตารางที่ 2.20 รณรงค์ด้านการดูแลสุขภาพ(สุขภาพะจิต)อย่าง ต่อเนื่องสม่ำเสมอจะทำให้เมืองไทยแข็งแรง(Healthy Thailand) ร้อยละ 95.5 เข้าใจถูกต้อง ร้อยละ 3.8 เข้าใจไม่ถูก และร้อยละ 0.3 ไม่แน่ใจ ไม่สนใจ

5.2.2 อภิปรายผลสรุปตอนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาท-หน้าที่ของ อสม.

ในการอภิปราย ผลสรุปตอนที่ 2 ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิเคราะห์แยกที่ละตาราง ซึ่ง จะทำให้มองเห็นภาพว่า อสม. มีความรู้ความเข้าใจในบทบาท-หน้าที่ของตนมากน้อยเพียงใดหรือไม่ แต่ ในตอนที่ 3 ผู้วิจัยจะนำผลการวิเคราะห์จากตารางมาอภิปรายอย่างรวบรัดและได้สาระดังต่อไปนี้ ใน ด้านการปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้ให้สัมภาษณ์ได้ปฏิบัติ กิจกรรมงานในบทบาท-หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยรวมในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.17 สอดคล้องกับทรงเกียรติ บุญถึงที่ได้ศึกษาความคิดเห็นของสมาชิกชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอพุทธไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ในการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอพุทธไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ จากการศึกษาพบว่าสมาชิกมีความคิดเห็นระดับปานกลางต่อการดำเนินงานของชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอพุทธไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ อันแสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ หมู่บ้านกู่เสือ ตำบลยางหนึ่ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ นั้นนอกเหนือจากการมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นอย่างดีแล้วยังได้ลงมือปฏิบัติงานของอสม. ใน ภาพรวมได้ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.17) แต่ในการศึกษาวิเคราะห์แยกเป็นรายกิจกรรมกลับได้ ปฏิบัติกิจกรรมในระดับมากที่สุด(ค่าเฉลี่ย 3.98) รองลงมา (ค่าเฉลี่ย 3.91) ซึ่งควรยึดถือเป็นแบบอย่างที่ดีของผู้ปฏิบัติงานเพื่อประโยชน์สุขของชาวบ้านอย่างแท้จริง และควรได้รับความเคารวะและขอบคุณ อย่างจริงใจจากชาวบ้านในหมู่บ้านกู่เสือ ตำบลยางหนึ่ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่อย่างบริสุทธิ์ใจ

5.3 จุดแข็ง - จุดอ่อน เกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.)

ในการวิเคราะห์บทสรุปเกี่ยวกับจุดแข็ง/จุดอ่อนเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต่อไปนี้จะจำกัคมมองเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

5.3.1 วิเคราะห์ผลสรุปจากแบบสอบถาม

ผู้วิจัยได้ค้นพบหลายสิ่งหลายอย่างที่แปลได้ว่ามีทั้งที่เป็นจุดแข็งหรือจุดอ่อน ทั้งในด้านดีหรือด้านบวกและในด้านลบ จากสถิติที่ค้นพบจะเห็นภาพความหลากหลายของสภาพปัญหาที่ปรากฏอยู่เช่นประเด็นที่ผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่าใช่(เข้าใจถูกต้อง) คิดเป็นร้อยละ 100.0 ในตารางที่ 2.1-2.4 (ดูจากบทสรุปข้อ 5.2) อันแสดงว่าเป็นคำตอบที่ดีที่สุดซึ่งอาจแปลความหมายต่อไปได้ว่าเป็นจุดแข็งจากภายใน เพราะผู้ที่เป็อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลในการปฏิบัติที่เป็นสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชน ยิ่งจำนวนคำตอบที่ถูกต้องมีมากเท่าไรก็แสดงจุดแข็งที่พัฒนาขึ้นมาจากภายในจิตใจอาสาสมัครสาธารณสุขมาก ซึ่งจะส่งผลดีต่อการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพที่ดีแก่ประชาชนมากแต่ถ้าหากความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องมีค่าเฉลี่ยลดลง กิจกรรมเพื่อสุขภาพะที่ดีในภาคปฏิบัติก็ลดลงตามส่วน ก็จะเกิดเป็นจุดอ่อนจากภายในจิตใจของอาสาสมัครสาธารณสุข ยิ่งมีสัดส่วนลดลงมากก็แปลว่ามีจุดอ่อนมาก ผลดีด้านสุขภาพที่ควรเกิดควรได้แก่ประชาชนชาวบ้านมากก็มีน้อยลง (เช่นในตารางที่ 2.5 ค่าเฉลี่ยการตอบถูก : การตอบผิด เป็นร้อยละ 99 : 1 หรือค่าเฉลี่ย ระหว่าง คำตอบถูก : คำตอบผิด : ไม่ตอบ มีสัดส่วนร้อยละ 86.8 : 12.8 : 0.3 (ตามตารางที่ 2.7) หรืออย่างในตารางที่ 2.17 มีสัดส่วนระหว่างคำตอบถูก : คำตอบผิด : ไม่ตอบ เป็นร้อยละ 85.1 : 14.2 : 0.3 ค่าเฉลี่ยทางสถิติที่แตกต่างกันตามตัวอย่างแปลผลทางปฏิบัติที่แตกต่างกัน แสดงถึงจุดแข็ง/จุดอ่อนจากภายในจิตใจ การวิเคราะห์นี้เป็นการมองจากค่าเฉลี่ยทางสถิติ ซึ่งการปฏิบัติจริงจะส่งผลที่เป็นจุดแข็ง/จุดอ่อนที่ตรงกับสภาวะที่เกิดขึ้นจริงมาก/น้อยเพียงใด การวิจัยผลการปฏิบัติในรายละเอียดมากกว่านี้จะเป็นการพิสูจน์คำตอบได้

5.3.2 การวิเคราะห์จุดแข็ง/จุดอ่อนจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

จากการที่สัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม สังเกตการณ์ในเชิงลึก รวมทั้งการศึกษาจากเอกสารทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับความเป็นมาของปรัชญาอาสาสมัครสาธารณสุขที่เน้นให้ประชาชนชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมกับรัฐเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับกิจกรรมสุขภาพต่างๆ รัฐบาลได้บรรลุความสำเร็จค่อนข้างสูงในการระดมอาสาสมัครเข้ามาทำหน้าที่ในนามภาคประชาชน ซึ่งรัฐบาลได้เริ่มนำเอาวิธีการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ได้อย่างได้มรรคได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและ

สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 2520-2524) จนกระทั่งในปี 2549 มีจำนวนรวมของประชาชนที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ถึง 794, 463 คน กระจายอยู่ทั่วประเทศ มองจากภาพรวมของประเทศ ก็อาจกล่าวได้ว่างานอาสาสมัครเพื่อสุขภาพหรืออาสาสมัครสาธารณสุขภาคประชาชนเป็นจุดแข็งที่ชัดเจนที่รัฐบาลลงทุนน้อยแต่ผลได้มีมากมายเหลือเกิน

ในส่วนที่เกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สาธารณสุขอำเภอสารภี สาธารณสุขตำบลยางน่อง และ อสม.หมู่บ้านคู่อ้อย ตำบลยางน่อง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์งานอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน ได้พบว่างานสาธารณสุขมีข้อดีหรือจุดแข็งอยู่ที่ปรัชญาการทำงานหรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งคือจิตใจของภาคประชาชนชาวบ้านที่อาสาเข้ามาทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อพัฒนาตนเองและชุมชนของตน อย่างไรก็ตาม ในจุดแข็งดังกล่าวผู้วิจัยพบว่ามีปัญหาอุปสรรคหรือจุดอ่อนแฝงตัวอยู่อันเป็นธรรมชาติของมนุษย์ตัวทุกคน เพราะประชาชนที่อาสาสมัครเข้ามาทำงานมาด้วยใจที่เสียสละ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนที่เป็นสินจ้างรางวัล ประชาชนยังต้องดูแลชีวิตตัวเองและครอบครัว เพราะฉะนั้นจึงอยู่ที่ว่ารัฐบาลให้การดูแลชีวิตของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเหล่านี้มากน้อยเพียงใด ยังมีสิ่งอื่นใดอีกที่พวกเขาควรจะต้องได้รับการจัดสรรให้กล่าวโดยสรุป จุดอ่อนหรือปัญหาอุปสรรค ที่ควรได้รับการพิจารณาจากรัฐบาลมี ดังนี้

- 1) การสนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อการฝึกอบรมเพิ่มศักยภาพและการลงพื้นที่จริงในเชิงรุก
- 2) อาสาสมัครสาธารณสุข ทำงานเพื่อชุมชน ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานของส่วนรวมมีมาก ก็ยิ่งแสดงถึงการใช้เวลาสำหรับตัวเองและครอบครัวของอาสาสมัครเองยังมีน้อยลงอันอาจจะสร้างปัญหาให้แก่ตัวเองและครอบครัวได้ อาจมองได้ว่าในจุดแข็งมีจุดอ่อนซ่อนอยู่ การบริหารจัดการและการที่รัฐบาลประสบความสำเร็จในงานอาสาสมัครสาธารณสุขมาก รัฐบาลก็จะต้องให้ความเอาใจใส่ดูแลในด้านสวัสดิการต่างๆ ที่พวกเขาควรได้รับอย่างเพียงพอ สม่่าเสมอและต่อเนื่อง

5.4 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาที่ได้นำเสนอมาแล้วข้างต้นผู้วิจัยพบว่ามีข้อเสนอแนะเป็น 2 ประเด็น คือ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัย อาจกล่าวสรุปได้ดังนี้

5.4.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1) จากผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีอิทธิพลต่อประชาชนเป็นอย่างมาก ดังนั้น หน่วยงานของรัฐและเอกชนจึงควรที่จะเข้ามาสนับสนุน ส่งเสริม ประชาสัมพันธ์

และให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มบุคคลในชุมชนในครอบครัวได้ตระหนักถึงความสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพราะในสังคมปัจจุบันยังขาดบุคลากรที่จะเข้ามาให้ความรู้ ให้คำแนะนำปรึกษาในเรื่องของสุขภาพอีกมาก

2) เพื่อให้มีการพัฒนาในส่วนที่เกี่ยวกับกิจกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลจึงควรส่งเสริมและสนับสนุนทุกคนให้ได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม โดยมีการเพิ่มพูนความรู้ใหม่ๆ และทันสมัยตลอดเวลา และควรจัดเวลาให้เหมาะสมและเพียงพอ อีกทั้งยังควรจัดกิจกรรมการออกกำลังกายให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น โดยมีการประชาสัมพันธ์ รมรณรงค์ ชักชวนให้ประชาชนทุกคนได้เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

3) กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานควรได้รับการนำไปสู่การปฏิบัติในภาคประชาชนให้มาก เพราะความจริงที่ว่าปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาของประชาชน ประชาชนควรต้องดูแลตัวเองเป็นอันดับแรก รัฐบาลมีหน้าที่ให้การสนับสนุนให้บริการที่จำเป็นสำหรับสุขภาพ รัฐบาลมีปรัชญาสุขภาพที่ถูกต้องแล้ว หน้าที่ต่อมาคือทำให้ภาคประชาชนเกิดปรัชญาที่สอดคล้อง ประชาชนก็จะดูแลสุขภาพตัวเองได้ดี ประชาชนมีสุขภาพดีก็จะส่งผลให้ชุมชนมีสุขภาพดี สุขภาพชุมชนก็เข้มแข็ง สุขภาพชุมชนเข้มแข็งก็ส่งผลให้ประเทศชาติส่วนรวมมีสุขภาพเข้มแข็ง

5.4.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัย

จากการศึกษาวิจัย “บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานฯ” ตั้งแต่ต้นมาจนถึงปัจจุบันนี้ ผู้วิจัยพบว่าระบบงานอาสาสมัครสาธารณสุขมีสภาพปัญหาที่รบกวนการศึกษามากมาย บุคลากรที่ทำงานด้านอาสาสมัครเองก็ยังมีช่องว่างของการรับรู้ของประชาชนโดยทั่วไปอยู่มาก ในบางขณะภาพรวมของงานอาสาสมัครสาธารณสุขไม่ได้รับเกียรติจากสังคมเท่าที่ควร ทั้งๆ ที่ในความเป็นจริง งานอาสาสมัครเป็นงานที่มาจากจิตใจที่บริสุทธิ์ จิตใจที่เสียสละเพื่อหมู่บ้าน เพื่อชุมชนและเพื่อประเทศชาติ โดยส่วนรวม ดังนั้น ควรได้มีการศึกษาวิจัยงานอาสาสมัครสาธารณสุขให้กว้างขวางขึ้น ทั้งนี้ โดยไม่จำกัดว่าจะเป็นการศึกษาวิจัยโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือโดยนักวิจัยอาชีพสาขาใดสาขาหนึ่ง ปัญหาการศึกษาวิจัยมีหลากหลาย อาทิเช่น

- 1) ประสิทธิภาพและกระบวนการเชิงรุกของ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
- 2) รูปแบบกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

บรรณานุกรม

ก) หนังสือทั่วไป

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัด. แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง.

นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2538.

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ ประจำปี 2549. นนทบุรี:

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2549.

โกสุม ไพรชเวชภัณฑ์. สถานการณ์และความพึงพอใจของอาสาสมัครจังหวัดอ่างทอง ต่อการ

บริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ปี2543.

นครสวรรค์: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง, 2543.

คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน. คู่มือเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานเกี่ยวกับ

อาสาสมัครสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542.

_____. รายงานการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานตามแผนพัฒนา

สาธารณสุข ฉบับที่ 7 ในช่วงครึ่งเวลาแรกของแผน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข,

2537.

_____. รายงานการวิจัยเรื่องการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวไทย. นนทบุรี:

กระทรวงสาธารณสุข, 2537.

_____. สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้ม ของงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย.

นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2543.

คณะทำงานอำเภอสารภี. สรุปรายงานโครงการเครือข่ายภาคประชาชน อำเภอสารภี จังหวัด

เชียงใหม่ เสนอศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคเหนือ นครสวรรค์.

2547.

เชคสเปียร์, วิลเลียม. ตามใจท่าน. (พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 6 ทรง

ประพันธ์เป็นภาษาไทยจากฉบับภาษาอังกฤษเรื่อง As You Like It : 1599-1600).

กรุงเทพฯ: องค์การค้าของคุรุสภา, 2508.

เทศบาลตำบลยางน่อง. เอกสารเผยแพร่กิจกรรมของเทศบาลตำบลยางน่องอำเภอสารภี จังหวัด

เชียงใหม่, 2549.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, สุพจน์ เค่นดวง และลี้อชัย ศรีเงินขวง. ปัญหาและทางออกของ ผสส./อสม.

กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบาย กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

- ชเนศ ต่วนชะเอม. เอกสารประกอบการฝึกอบรม โครงการพัฒนานักวิจัย หลักสูตรที่ 1. สถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย, ม.ป.ป.
- บัณฑิตวิทยาลัย. คู่มือการเขียนวิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย, 2547.
- บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. มหาสารคาม : อภิชาติการพิมพ์, 2543.
- พระชยสร สมบุญโญ(สมบุญมาก), ดร. เอกสารประกอบการสอนวิชาการวิจัยทางการศึกษานอกระบบ. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตล้านนา, 2549.
- พระธรรมโกศาจารย์ (ประยูร ธมฺมจิตฺโต). “พุทธศาสตร์การเผยแผ่พระพุทธศาสนา” การเผยแผ่เชิงรุก. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2548.
- ไพจิตร ปวะบุตร. แนวคิดการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2536-2543. นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2537.
- เมธี จันทจักรุณณ์. การศึกษาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ภาคกลาง. นครสวรรค์ : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากาสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง, 2539.
- ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา อังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. ราชบัณฑิตยสถานจัดพิมพ์, 2532.
- สมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย. มานุษยวิทยา จิตวิทยาสังคม สังคมวิทยา : พัฒนาการแนวคิดและทฤษฎี. เอกสารวิชาการ : ชุดพื้นฐานของสังคมศาสตร์, ม.ป.ป.
- สาธารณสุข, กระทรวง. ข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุขมูลฐานประจำปีงบประมาณ 2543. นนทบุรี: 2543. (เอกสารโรเนียว).
- _____ . คู่มือประเมินศักยภาพการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
- _____ . “แนวทางการจัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาจังหวัด 5 ปี (2540-2544)”, วารสารสาธารณสุข ภาคกลาง. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข , 2538.
- _____ . แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า. นนทบุรี. กระทรวงสาธารณสุข, 2536.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และกรรณิการ์ สุขเกษม. วิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ : การวิจัยปัญหาปัจจุบันและการวิจัยอนาคตกาล. . กรุงเทพฯ : เฟื่องฟ้าพรินติ้ง จำกัด, 2547.
- สุวิมล ติรกานันท์. สถิติและการวิจัยเบื้องต้นทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2548.

อนามัย, กรม กระทรวงสาธารณสุข. **สุขภาพดี สิ่งแวดล้อมดี ท้องถิ่นทำได้**. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2548.

[http.://www.e-san.Org/online/phe03.htm](http://www.e-san.Org/online/phe03.htm) 28 ตุลาคม 2006 : 03 : 10:57 GMT.

ข) วิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์/การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ

กนกทอง สุวรรณบุลย์. “อิทธิพลของค่านิยมทางจริยธรรม สิ่งจูงใจ การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จังหวัดระยอง”. **วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน**. ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2545.

จินดา พูลเกษม. “การยอมรับบทบาทและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ของจังหวัดนครสวรรค์ ในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข”. **วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

ัชชวัลย์ บุญเรือง. “ความพึงพอใจในงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อำเภอปง จังหวัดพะเยา”. **การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.

ชาติรี นันทพานิช. “ความรู้ความความคิดเห็นและการใช้บริการของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของประชาชน อำเภอปง จังหวัดพะเยา”. **การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.

ทรงเกียรติ บุญถึง. “ความคิดเห็นของสมาชิกในการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์”. **การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.

ทรงสวัสดิ์ ราษฎร์. “ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอจังหวัดศรีสะเกษ”. **การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.

ประกอบ ยศเสถียร. “ปัญหาของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการประชาชนในพื้นที่ชายแดน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบอำเภอแม่จันและกิ่งอำเภอแม่ฟ้าหลวงจังหวัดเชียงราย”. **การค้นคว้าแบบอิสระ รัฐศาสตรมหาบัณฑิต** : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.

ระวีวรรณ เดิมศิริกุล. “บทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุข ตามการประเมินตนเองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชนจังหวัดบุรีรัมย์”, การค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.

ชาติชาย สุวรรณนิคย์และคณะ, “การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวไทย” รายงานการวิจัย. นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2545.

วารุณี อินโองการ. “ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อผู้ที่เป็นโรคจิต อำเภอสี จังหวัดลำพูน”, การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.

วิทยา โคตรท่าน. “ประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสมช.”. ปริญญาโทศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535.

อภิสิทธิ์ อินทร์บุตร. “ประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน กิ่งอำเภอสีอำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ”. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.

ค) ผู้ทรงคุณวุฒิ (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ)

บุษบาวดี สุคนธา, เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 6. สถานที่สัมภาษณ์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. สัมภาษณ์เมื่อ 10 พฤศจิกายน 2549. ผู้สัมภาษณ์ : สุรพร คันธากร (ผู้วิจัย).

มาลี ประทุมวัน, นักวิชาการสาธารณสุข 7 ว. (ด้านบริการวิชาการ) สถานที่ให้สัมภาษณ์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสารภี ต. ยางเม็ง อ. สารภี จ. เชียงใหม่. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2549. ผู้สัมภาษณ์ : สุรพร คันธากร (ผู้วิจัย).

รักษ์ ดิยานิน, หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลยางเม็ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. สถานที่ให้สัมภาษณ์ : สถานีอนามัยยางเม็ง ต. ยางเม็ง อ. สารภี จ. เชียงใหม่. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2549. ผู้สัมภาษณ์ : สุรพร คันธากร (ผู้วิจัย).

สุรีย์ อินทรเนตร์, นักวิชาการสาธารณสุข 7.สถานีอนามัยบ้านยางเนิ้ง ต. ยางเนิ้ง อ.สารภี จ. เชียงใหม่. สถานที่ให้สัมภาษณ์ : สถานีอนามัยบ้านยางเนิ้ง ต. ยางเนิ้ง อ. สารภี จ. เชียงใหม่. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2549 ผู้สัมภาษณ์ : สุรพร คันธกร (ผู้วิจัย).

ธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์, พยาบาลวิชาชีพ 7. สถานที่ให้สัมภาษณ์ : สถานีอนามัยบ้านยางเนิ้ง ต. ยางเนิ้ง อ. สารภี จ. เชียงใหม่. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2549. ผู้สัมภาษณ์ : สุรพร คันธกร (ผู้วิจัย).

วิโรจน์ ลาป็น, กำนัน ตำบลยางเนิ้ง. สถานที่ให้สัมภาษณ์ : ที่ทำการกำนัน ตำบลยางเนิ้ง (44 หมู่ที่ 4 บ้านเชียงยืน ยางเนิ้ง อ. สารภี จ. เชียงใหม่). สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2549. ผู้สัมภาษณ์ : สุรพร คันธกร (ผู้วิจัย).

ประทุมมา หลวงชัย, ประธาน อสม. สถานที่ให้สัมภาษณ์ : 248 บ้านกู่เสือ ต. ยางเนิ้ง อ. สารภี จ. เชียงใหม่. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2549. ผู้สัมภาษณ์ : สุรพร คันธกร (ผู้วิจัย).

แฝงจันทร์ สุริยะ, รองประธาน อสม. สถานที่ให้สัมภาษณ์ : 25/1 หมู่บ้านกู่เสือ หมู่ 1 ต. ยางเนิ้ง อ. สารภี จ. เชียงใหม่. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน 2549. ผู้สัมภาษณ์ : สุรพร คันธกร (ผู้วิจัย).

ประชัญ ศรีวิชัย, รองประธาน อสม. ที่อยู่ปัจจุบัน 260/1 หมู่บ้านกู่เสือ หมู่ 1 ต. ยางเนิ้ง อ. สารภี จ. เชียงใหม่. สถานที่ให้สัมภาษณ์ : (ที่อยู่ปัจจุบัน). สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2549. ผู้สัมภาษณ์ : สุรพร คันธกร (ผู้วิจัย).

มานพ ฤาเกิด, เภรณญิก. ที่อยู่ปัจจุบัน : 168 หมู่บ้านกู่เสือ หมู่ 1 ต. ยางเนิ้ง อ. สารภี จ. เชียงใหม่. สถานที่ให้สัมภาษณ์ (ที่อยู่ปัจจุบัน). สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549. ผู้สัมภาษณ์ : สุรพร คันธกร (ผู้วิจัย).



ภาคผนวก

มหามกุฏราชวิทยาลัย

ภาคผนวก ก.

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. พระปลัดบุญธรรม ปุณฺณฺมโม | ผู้อำนวยการวิทยาลัยศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตล้านนา |
| 2. ผศ.เจียน วันทนีขตระกูล | รองประธานสาขาการจัดการศึกษา โครงการบัณฑิตศึกษา
ศูนย์การศึกษา วิทยาเขตล้านนา |
| 3. อาจารย์ตระกูล ชำนาญ | หัวหน้าฝ่ายจัดการศึกษา วิทยาลัยศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตล้านนา |



ภาคผนวก ข.

แบบสอบถาม

เรื่อง บทบาทของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ในบ้านคู่มือ ตำบลยางน่อง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

โดย นางสุรพร คันธากร

นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาสังคมวิทยา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตล้านนา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

1. ชื่อหัวหน้าครัวเรือน (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
2. เพศ

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
3. อายุ.....ปี
4. สถานภาพ

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> สมรส
<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> หย่า/แยก
5. ศาสนา

<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> คริสต์
<input type="checkbox"/> อิสลาม	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ
6. การศึกษา

<input type="checkbox"/> การศึกษาภาคบังคับ	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> ปวส.ปวท. อนุปริญญา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรีขึ้นไป
7. อาชีพ

<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ
8. รายได้เฉลี่ยครอบครัว.....บาท/ปี
9. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน..... คน

ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง (ใช่/ไม่ใช่) ที่ตรงกับความเป็นจริงให้มากที่สุด

ที่	บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	ใช่	ไม่ใช่
1	อสม.คือผู้ให้บริการสุขภาพเบื้องต้นและคัดกรองสุขภาพ โดยการวัดความดัน ชั่งน้ำหนัก ชักประวัติ คัดกรองเบาหวาน		
2	อสม. ได้แจ้งข่าวการระบาดของโรค เช่น ไข้หวัดนก ไข้เลือดออก อุจจาระร่วง ให้เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบได้รับรู้อย่างทันต่อสถานการณ์		
3	ไข้เลือดออก เป็นโรคร้ายแรงอาจทำให้คนถึงตายได้ อสม. ได้รณรงค์ป้องกัน โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ร่วมกับประชาชน		
4	อสม.จัดประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ แจกจ่ายเอกสารความรู้เกี่ยวกับ (พ.ร.บ.) การป้องกันโรคที่ระบาดตามฤดูกาลให้ชุมชนได้รับทราบ เพื่อให้เฝ้าระวัง		
5	การให้คำแนะนำ คำปรึกษา เมื่อมีปัญหาการระบาดของโรคต่างๆ เพื่อความถูกต้องและเหมาะสม		
6	อสม.เป็นผู้หยอดวัคซีนให้เด็กตามกำหนดคือกิจกรรมส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค		
7	อสม.ชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร(ไอโอดีน)		
8	อสม.แนะนำคนในชุมชนให้รู้จักทำอาหารที่สะอาดและปลอดภัย		
9	อสม.ได้แนะนำการกำจัดขยะ และการใช้น้ำที่สะอาดในชุมชน		
10	อสม.ช่วยดูแลคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อเฝ้าระวังการทำผิดกฎหมาย และการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีเครื่องหมาย อย.		
11	อสม. ได้รักษาเบื้องต้นตามอาการของไข้ก่อนส่งต่ออนามัยเพื่อความปลอดภัย		
12	อสม. จัดยาสามัญประจำบ้านจำหน่ายแก่ชุมชน		
13	อสม.จัดทำแผลและล้างแผลให้แก่คนในชุมชนที่ใช้บริการ ณ สสมช.		
14	การช่วยเหลือคนที่เป็นลมกลางแดด โดยการนำเข้าที่ร่มให้ยาคน นวดเบาๆ ให้อากาศโปร่งๆ และแนะนำไปหาเจ้าหน้าที่อนามัย		
15	จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งกายและใจ (สุขภาพะดี)		
16	อสม. ได้ไปพูดคุยแนะนำและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเอดส์ ผู้พิการ ผู้ประสบอุบัติเหตุ เพื่อการให้กำลังใจที่ดีแก่ผู้ป่วย		

ที่	บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	ใช่	ไม่ใช่
17	การวางแผนไทยและการแนะนำการออกกำลังกายของ อสม. เป็นวิธีการฟื้นฟูสุขภาพอย่างดียิ่งของผู้ป่วยผ่าตัดใหม่		
18	อสม. ได้แนะนำผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้าให้ครบ 5 หมู่ เช่น เนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ฯลฯ		
19	การที่ อสม. ไปถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพให้กับครอบครัวในชุมชนให้มีสุขภาพดีแข็งแรงสมสมบูรณ์ สามารถเป็นต้นแบบดูแลสุขภาพของตนเองได้		
20	การรณรงค์ของ อสม. ด้านการดูแลสุขภาพ (สุขภาพะจิต) อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจะทำให้เมืองไทย แข็งแรง (Healthy Thailand)		

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง...ทำเป็นประจำ ทำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

2-3 เดือน/ครั้ง 5-6 เดือน/ครั้ง ไม่เคยทำเลย โดยให้ตรงกับความเป็นจริงให้มากที่สุด ตามตาราง ดังนี้

ที่	กิจกรรม	ทำเป็นประจำ	สัปดาห์ / ครั้ง	2-3 เดือน / ครั้ง	5-6 เดือน / ครั้ง	ไม่เคยทำเลย
1	อสม. 1 คน รับผิดชอบด้านสุขภาพครัวเรือน 10 หลังคา					
2	การให้ความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน เป็นบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในหมู่บ้าน					
3	อสม. ให้คำแนะนำและปรึกษาด้านสุขภาพ ให้แก่ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชน					
4	ในการลงพื้นที่ชุมชนอสม. ให้บริการแก่ประชาชนวัด ความดัน ชั่งน้ำหนัก					
5	อสม. ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง					
6	การให้ อสม. รักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น การล้างแผล การทำแผล และนำส่งสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล					
7	การนำผู้ป่วยจากชุมชน ส่งต่อสถานบริการสาธารณสุข					
8	การแนะนำเรื่องการใช้บริการบัตรทอง เป็นประโยชน์ แก่ประชาชนในชุมชน					

ที่	กิจกรรม	ทำเป็นประจำ	สัปดาห์ / ครั้ง	2-3 เดือน / ครั้ง	5-6 เดือน / ครั้ง	ไม่เคยทำเลย
9	การนำความรู้เรื่องการผสมน้ำเกลือแร่ ให้แก่ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาเบื้องต้น					
10	อสม. แนะนำประชาชนที่ป่วยโรคเอดส์สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนได้ และเป็นที่ยอมรับของชุมชน					
11	การรณรงค์ให้ประชาชนทำความสะอาดสถานที่สาธารณประโยชน์ เช่น ตลาด วัด ป่าช้า ฯลฯ จัดสถานที่ที่ชยะที่ดี สามารถควบคุมป้องกันโรคติดต่อได้					
12	การให้คำแนะนำรับประทานอาหารปราศจากสารพิษ และมีประโยชน์ต่อร่างกาย สามารถป้องกันโรคได้					
13	การรณรงค์ให้มีการปลูกพืช-ผัก สมุนไพรเช่นตะไคร้ ข่า จิง ผักเชียงดา ผักหวานบ้าน ฯลฯ เพื่อใช้ในครัวเรือน					
14	การให้คำแนะนำให้รู้จักการประกอบอาหาร พืช-ผัก และสมุนไพรที่มีประโยชน์และสรรพคุณที่สามารถต้านทานโรคต่างๆ ได้					
15	การรณรงค์ในการส่งเสริมสนับสนุน จัดตั้งกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค					
16	การรณรงค์ออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง หรือทุกวันวันละ 30 นาที ทำให้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง					
17	การรณรงค์ส่งเสริมการป้องกันการใช้สารเสพติดทุกชนิด เช่น ยาบ้า เฮโรอีน กัญชา บุหรี่ ฯลฯ					
18	อสม. สำรวจข้อมูลพื้นฐานในหมู่บ้าน เช่น หญิงมีครรภ์ เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ					
19	อสม. เป็นผู้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ เกี่ยวกับสถานการณ์ต่างๆ					
20	อสม. เรียนรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพตนเอง โดยการช่วยงานเจ้าหน้าที่อนามัยในชุมชน					

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง บทบาทของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ในบ้านกู่เสือ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

โดย

นางสุรพร คັນธากร

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาสังคมวิทยา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตล้านนา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ภูมิหลังทางสังคมของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์)

- 1.1 ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....เพศ.....
- 1.2 ระดับการศึกษา(ระบุ)
- 1.3 อาชีพ (เช่น ราชการ / ประชาชน อาชีพอิสระ).....
- 1.4 ตำแหน่ง/หน้าที่การงาน / หน่วยงาน (เช่น ผู้อำนวยการ หัวหน้าโครงการฯลฯ)
(ระบุ)
- 1.5 สถานที่ทำงานราชการ (ระบุ)
- ตั้งอยู่ที่ เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....
- อำเภอ.....จังหวัด.....
- ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่บ้านชื่อ.....
- หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
- 1.6 ให้สัมภาษณ์ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- 1.7 ผู้สัมภาษณ์ ชื่อ.....นามสกุล
- 1.8สถานที่ให้สัมภาษณ์
- (หรือ) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
- อำเภอ.....จังหวัด.....

ส่วนที่ 2 บริบทชุมชน (พื้นที่ที่วิจัย)

2.1 ลักษณะทางภูมิศาสตร์ (ทำเลที่ตั้ง)หมู่บ้านกู่เสือ ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัด
เชียงใหม่

2.2 ภูมิหลัง (ความเป็นมา) เกี่ยวกับงานอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม. ของ
กระทรวงสาธารณสุข

.....

2.3 ภูมิหลัง (ความเป็นมา) งานอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) ที่เคยมีมาในอำเภอ
สารภี จังหวัดเชียงใหม่.....

.....

ส่วนที่ 3 กิจกรรมเกี่ยวกับงานอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (ในรอบปี 2549)

.....

.....

ส่วนที่ 4 สภาพปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ (ถ้ามี)

4.1 เกี่ยวกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (อิง แบบสัมภาษณ์ ส่วนที่ 1)

.....

.....

4.2 เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข (อิงแบบสอบถามส่วนที่ 2)

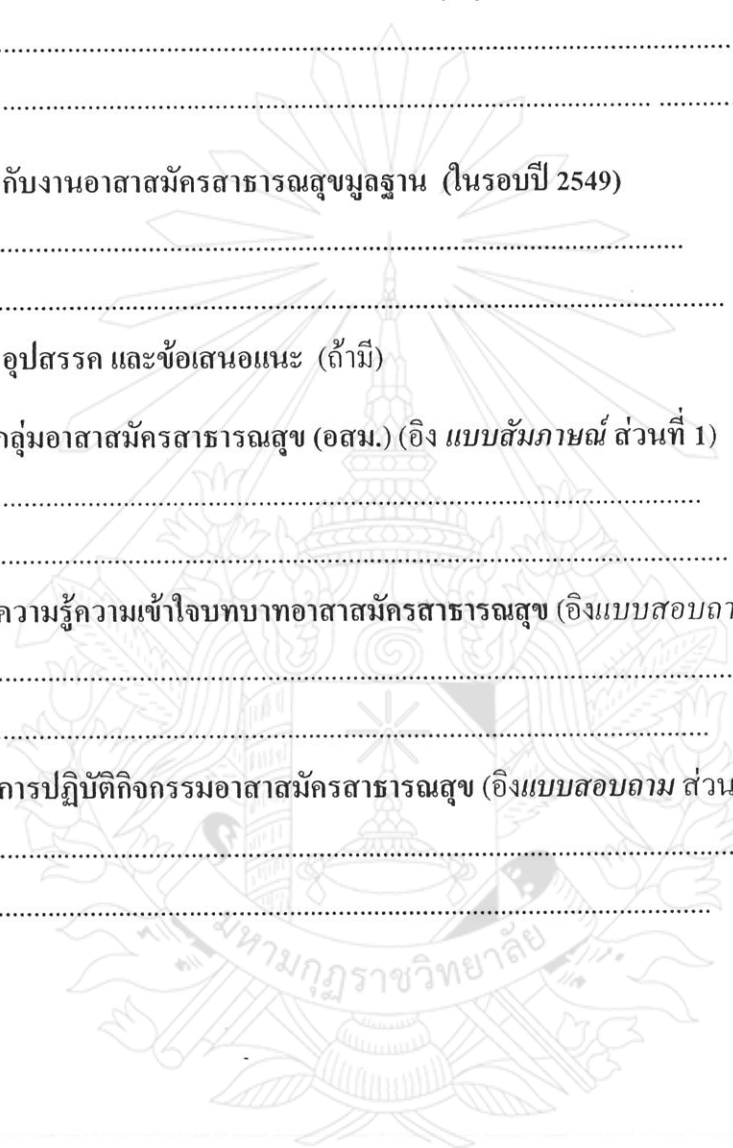
.....

.....

4.3 เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อิงแบบสอบถาม ส่วนที่ 3)

.....

.....



ภาคผนวก ก.

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ)

ท่านที่มีรายนามต่อไปนี้ (เป็นตัวแทนราชการกระทรวงสาธารณสุข 5 ท่านและตัวแทนภาคประชาชน 5 ท่าน ตามลำดับ) ได้สละเวลาอันมีค่าให้สัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนา และสังเกตการณ์ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนาและร่วมสังเกตการณ์แล้ว ยิ่งไปกว่านั้นท่านที่เป็นเจ้าหน้าที่ราชการกระทรวงสาธารณสุขยังได้กรุณามอบเอกสารเกี่ยวกับงานอาสาสมัครสาธารณสุขให้ผู้วิจัยได้ยืมมาใช้ประกอบการวิจัย

1. นางบุญบาวดี สุคนธา

อายุ : 58 ปี การศึกษา : วท.บ. สุขศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
อาชีพ : รับราชการ : เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 6
สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
ที่อยู่ปัจจุบัน : 41/12 หมู่ 5 บ้านคอนป็น ต.แม่เหียะ อ.เมือง จ. เชียงใหม่
สถานที่ให้สัมภาษณ์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

2. นายรัชต์ ดิยานิน

อายุ : 44ปีการศึกษา:ปริญญาตรีสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาชีพ : หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบล บางเนิ้ง อำเภอ สาร์ภี จังหวัด เชียงใหม่
สถานที่ทำงาน : สถานีอนามัยบ้านบางเนิ้ง ต. บางเนิ้ง อ. สาร์ภี จ. เชียงใหม่
ที่อยู่ปัจจุบัน : 99/1 หมู่ 2 ต. บางเนิ้ง อ. สาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่
สถานที่ให้สัมภาษณ์ : สถานีอนามัยบางเนิ้ง ต. บางเนิ้ง อ. สาร์ภี จ. เชียงใหม่

3. นางสุรีย์ อินทรเนตร์

อายุ : 44 ปี การศึกษา : ปริญญาตรี สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อาชีพ : นักวิชาการสาธารณสุข 7 ต. บางเนิ้ง อ. สาร์ภี จ. เชียงใหม่
สถานที่ทำงาน : สถานีอนามัยบ้านบางเนิ้ง ต. บางเนิ้ง อ. สาร์ภี จ. เชียงใหม่
ที่อยู่ปัจจุบัน : - หมู่ 4 ตำบลชมพู อำเภอ สาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่
สถานที่ให้สัมภาษณ์ : สถานีอนามัยบางเนิ้ง ต. บางเนิ้ง อ. สาร์ภี จ. เชียงใหม่

4. นางธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์

อายุ : 44 ปี การศึกษา : วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ปริญญาโท : สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อาชีพ : พยาบาลวิชาชีพ 7

สถานที่ทำงาน : สถานีอนามัยบ้านยางเนิ้ง ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัด เชียงใหม่
 ที่อยู่ปัจจุบัน : 176 หมู่ 6 ตำบล อุโมงค์ อำเภอสารภี จังหวัด เชียงใหม่
 สถานที่ให้สัมภาษณ์ : สถานีอนามัยยางเนิ้ง ต.ยางเนิ้ง อ. สารภี จ. เชียงใหม่

5. นางสาวมาลี ประทุมวัน

อายุ : 48 ปี การศึกษา :ปริญญาตรี สาขาสาธารณสุขศาสตร
 อาชีพ : รับราชการ นักวิชาการสาธารณสุข 7 ว. (ด้านบริการวิชาการ)
 สถานที่ทำงาน : 40/1 ถนน เชียงใหม่-ลำพูน ต. ยางเนิ้ง อ. สารภี จ. เชียงใหม่
 ที่อยู่ปัจจุบัน: 1/1 ถนนอารักษ์ ซ. 1 ต. ศรีภูมิ อ. เมือง จ. เชียงใหม่
 สถานที่ให้สัมภาษณ์ : (ที่ทำงาน)

6. นายวิโรจน์ ลาป็น

อายุ : 55 ปี การศึกษา :มัธยมศึกษาปีที่ 6 รับราชการ : ตำแหน่ง กำนัน ตำบลยางเนิ้ง
 สถานที่ทำงาน : 44 หมู่ 4 หมู่บ้านเชียงฮิน ยางเนิ้ง อ. สารภี จ. เชียงใหม่
 สถานที่ให้สัมภาษณ์ .. (ที่ทำการกำนัน ตำบลยางเนิ้ง)

7. นางประทุมมา หลวงชัย

อายุ : 55 ปี การศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ แม่บ้าน ตำแหน่ง ประธาน อสม.
 ที่อยู่ปัจจุบัน : 248 บ้านกู่เสือ ต.ยางเนิ้ง อ. สารภี จ. เชียงใหม่
 สถานที่ให้สัมภาษณ์ : (ที่บ้านพักอาศัย)

8. นางแฝงจันทร์ สุริยะ

อายุ 56 ปี การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพ เย็บผ้า ตำแหน่งรองประธาน อสม.
 ที่อยู่ปัจจุบัน 25/1 หมู่บ้านกู่เสือ หมู่ 1 ต. ยางเนิ้ง อ. สารภี จ. เชียงใหม่
 สถานที่ให้สัมภาษณ์ ... (ที่บ้านพักอาศัย)

9. นายประจัญ ศรีวิชัย

อายุ 57 ปี การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพ : เกษตรกร ตำแหน่ง : รองประธาน
 อสม. ที่อยู่ปัจจุบัน 260/1 หมู่บ้านกู่เสือ หมู่ 1 ต. ยางเนิ้ง อ. สารภี จ. เชียงใหม่
 สถานที่ให้สัมภาษณ์ (ที่บ้านพักอาศัย)

10. นายมานพ ฤาเกิด

อายุ : 50 ปี การศึกษา : ประถมศึกษาปีที่ 7 อาชีพ : รับจ้าง ตำแหน่ง เหนรัญฉุภ
 ที่อยู่ปัจจุบัน : 168 หมู่บ้านกู่เสือ หมู่ 1 ต. ยางเนิ้ง อ. สารภี จ. เชียงใหม่
 สถานที่ให้สัมภาษณ์ (ที่บ้านพักอาศัย)

ภาคผนวก ง.
แนวทางการปฏิบัติงาน อสม.

ชมรม อสม. อำเภอสารภี

1. สมาชิกชมรม อสม. อำเภอสารภี ต้องเข้าร่วมกิจกรรมในวัน อสม. (20 มี.ค.)
2. เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์กำจัดขยะในชุมชน อย่างน้อย 24 ครั้งต่อปี(48 ครั้งต่อปี)
3. รายงานเฝ้าระวังไข้หวัดนก กรณีมีการตายของสัตว์ปีกในเขตรับผิดชอบ
4. ร่วมรณรงค์หยอดวัคซีนโปลิโอ ปีละ 2 ครั้ง กรณีได้รับมอบหมายจากประธาน อสม.หมู่บ้าน
5. ชำน้ำหนักเด็ก 0-5 ปี ปีละ 4 ครั้ง ตามช่วงเวลาที่กำหนดไว้
6. รับผิดชอบ นัดหมายประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและเต้านม เมาหวานและความดันโลหิตสูง
7. ดูแลและให้บริการใน ศสมช. ตามชมรม อสม. ในหมู่บ้านกำหนด
8. ประชุมประจำเดือน อย่างน้อยร้อยละ 50 ของการประชุมทั้งหมด
9. ร่วมกิจกรรมต่างๆ ในหมู่บ้าน อย่างน้อยร้อยละ 50
10. ร่วมการจัดทำแผนสุขภาพ ปีละ 1 ครั้ง
11. ร่วมสำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในหมู่บ้าน
12. เข้าร่วมการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

ระเบียบข้อบังคับ สมาคมอาสาสมัครสาธารณสุข เชียงใหม่

หมวดที่ 1 ความหมายทั่วไป

- ข้อที่ 1 สมาคมนี้นี้เรียกว่า “สมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขเชียงใหม่”
- ข้อที่ 2 สำนักงานตั้งอยู่ที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
- ข้อที่ 3 เครื่องหมายสมาคมเป็นรูป คนเก้าคนจับมือล้อมรูปองค์การภาครัฐและประชาชน และมีข้อความด้านล่างว่า

สมาคม อสม.เชียงใหม่

ข้อที่ 4 วัตถุประสงค์ของสมาคม

- 4.1 เพื่อสร้างความสามัคคีระหว่างสมาชิกสมาคม อสม.
- 4.2 เพื่อจัดหากองทุนสวัสดิการแก่สมาชิกของสมาคม
- 4.3 เพื่อพัฒนาการส่งเสริมด้านวิชาการสุขภาพพลานามัยแก่ประชาชนในชุมชน

- 4.4 เพื่อสนับสนุนกิจกรรมของทางราชการและส่วนภาคีอื่น ๆ
- 4.5 เพื่อส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมสาธารณกุศล และบำเพ็ญตนให้เป็นประโยชน์
- 4.6 เพื่อพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
- 4.7 เพื่อเป็นศูนย์ประสานงาน, แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประสบการณ์ขององค์กรอื่น ๆ
- 4.8 เพื่อเป็นการรวมพลังกลุ่มอาสาสมัครให้เข้มแข็งและสามารถเป็นแกนนำด้าน

สาธารณสุข

- 4.9 ไม่มีการจัดตั้งบ่อนการพนันทุกชนิดในสมาคมแต่อย่างใด

หมวดที่ 2 สมาชิกและสมาชิกภาพ

ข้อที่ 5 สมาชิกสมาคมอาสาสมัครสาธารณสุข มี 3 ประเภท

- 5.1 สมาชิกสามัญ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขทุกประเภทในหมู่บ้านของจังหวัดเชียงใหม่
- 5.2 สมาชิกวิสามัญ หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับและบุคคลอื่นที่ชมรมได้พิจารณาเห็นชอบ
- 5.3 สมาชิกกิตติมศักดิ์ ได้แก่บุคคลที่ทรงเกียรติ หรือทรงคุณวุฒิ หรือผู้มีอุปการคุณแก่สมาคมซึ่งคณะกรรมการลงมติให้เชิญเข้าเป็นสมาชิกของสมาคม

ข้อที่ 6 สมาชิกจะต้องประกอบคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- 6.1 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข
- 6.2 ต้องเป็นผู้บรรลุนิติภาวะแล้ว
- 6.3 ต้องเป็นผู้ที่มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่เป็นคนวิกลจริต จิตฟั่นเฟือน
- 6.4 ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่สังคมรังเกียจ
- 6.5 เป็นผู้ที่มีใจรักในการทำงานเพื่อสังคมและผู้เสียสละโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน
- 6.6 ไม่ต้องคำพิพากษาของศาลถึงที่สุดให้เป็นบุคคลล้มละลาย หรือไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ หรือต้องโทษจำคุก ยกเว้นความผิดฐานประมาท การต้องคำพิพากษาของศาลถึงที่สุดในกรณีดังกล่าวจะต้องเป็นในขณะที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกหรือระหว่างที่เป็นสมาชิกของสมาคมเท่านั้น

ข้อที่ 7 ค่าลงทะเบียน และค่าบำรุงสมาคม

- 7.1 สมาชิกสามัญ จะต้องเสียค่าลงทะเบียนครั้งแรกคนละ 50 บาท
- 7.2 ค่าบำรุงสมาคมรายปี ปีละ 50 บาท
- 7.3 ค่าบำรุงสมาคมตลอดชีพ คนละ 250 บาท

7.4 สมาชิกกิตติมศักดิ์ มีต้องเสียค่าลงทะเบียนและค่าบำรุงของสมาคมแต่อย่างใดทั้งสิ้น

ข้อที่ 8 การสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคม ให้ผู้ประสงค์จะสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมยื่นใบสมัครตามแบบของสมาคมต่อเลขานุการ โดยมีสมาชิกสามัญรับรองอย่างน้อย 1 คน และให้เลขานุการตีตรารายชื่อของผู้สมัครไว้ ณ ที่ทำการสำนักงานเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 15 วัน เพื่อให้สมาชิกอื่น ๆ ของสมาชิกของสมาคมจะได้คัดค้าน

ข้อที่ 9 ถ้าคณะกรรมการพิจารณาอนุมัติ ให้ผู้รับสมัครเข้าเป็นสมาชิก ก็ให้ผู้สมัครนั้นมาชำระเงินค่าลงทะเบียนค่าบำรุงสมาคมให้เสร็จภายใน 30 วันนับตั้งแต่ได้รับแจ้งจากเลขานุการ และสมาชิกภาพของสมาชิกของผู้สมัครให้เริ่มนับตั้งแต่วันที่สมาชิกได้ชำระเงินค่าลงทะเบียนแล้ว แต่ถ้าผู้สมัครไม่ชำระเงินลงทะเบียน และค่าบำรุงภายในกำหนดก็ให้ถือว่าสมัครคราวนั้นเป็นอันยกเลิก

ข้อที่ 10 สมาชิกภาพของสมาชิกกิตติมศักดิ์ สมาชิกกิตติมศักดิ์ให้เริ่มนับตั้งแต่วันที่หนังสือตอบรับคำเชิญของผู้ที่คณะกรรมการได้พิจารณาลงมติให้เชิญเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมได้มาถึงสมาคม

ข้อที่ 11 สมาชิกภาพของสมาชิกให้สิ้นสุดลงด้วยเหตุดังต่อไปนี้

11.1 ตาย และลาออกโดยยื่นหนังสือเป็นลายลักษณ์อักษรต่อคณะกรรมการและคณะกรรมการได้อนุมัติให้ออก

11.2 ขาดคุณสมบัติของสมาชิก

11.3 ที่ประชุมใหญ่ของสมาชิกหรือคณะกรรมการได้พิจารณาลงมติให้ออกการเป็นสมาชิกเพราะสมาชิกผู้นั้นได้ประพฤติไม่เหมาะสมมาสู่สมาคม

ข้อที่ 12 สิทธิและหน้าที่ของสมาชิก

12.1 มีสิทธิเข้าใช้สถานที่ของสมาคมโดยเท่าเทียมกัน

12.2 มีสิทธิเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการของสมาคมต่อคณะกรรมการ

12.3 มีสิทธิได้รับสวัสดิการต่าง ๆ ของสมาคมที่สมาคมได้จัดขึ้นให้มี

12.4 มีสิทธิเข้าร่วมประชุมใหญ่ของสมาคม

12.5 สมาชิกสามัญมีสิทธิในการเลือกตั้ง หรือได้รับการเลือกตั้ง หรือแต่งตั้งเป็นกรรมการสมาคม และมีสิทธิออกเสียงลงมติต่าง ๆ ในที่ประชุมได้คนละ 1 คะแนนเสียง

12.6 มีสิทธิร้องขอต่อคณะกรรมการเพื่อตรวจสอบเอกสารและบัญชีทรัพย์สินของสมาคม

12.7 มีสิทธิเข้าชื่อร่วมกันอย่างน้อย 1 ใน 5 ของสมาชิกทั้งหมด หรือสมาชิกจำนวนไม่น้อยกว่า 100 คน ทำหนังสือร้องขอต่อคณะกรรมการให้จัดประชุมใหญ่วิสามัญได้

- 12.8 มีหน้าที่จะต้องปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ และข้อบังคับของสมาคมโดยเคร่งครัด
- 12.9 มีหน้าที่ประพฤติตนให้สมเกียรติที่เป็นสมาชิกของสมาคม
- 12.10 มีหน้าที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานกิจการต่าง ๆ ของสมาคม
- 12.11 มีหน้าที่ร่วมกิจกรรมที่สมาคมได้จัดให้มีขึ้น
- 12.12 มีหน้าที่ช่วยเหลือเผยแพร่ชื่อเสียงของสมาคมให้เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย

หมวดที่ 3 คณะกรรมการดำเนินกิจกรรมสมาคม

ข้อที่ 13 ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่งทำหน้าที่บริหารกิจการของสมาคม มีจำนวนอย่างน้อย 7 คน อย่างมากไม่เกิน 15 คน คณะกรรมการนี้ได้ออกจากการเลือกตั้งของที่ประชุมใหญ่ของสมาคมและให้ผู้ที่ได้เลือกตั้งจากที่ประชุมใหญ่เลือกตั้งกันเองเป็นนายกสมาคม 1 คน และอุปนายก 2 คน สำหรับตำแหน่งกรรมการในตำแหน่งอื่น ๆ ให้นายกสมาคมเป็นผู้แต่งตั้ง ผู้ที่ได้รับเลือกตั้งจากที่ประชุมใหญ่เลือกตั้งกันเองเป็นนายกสมาคม 1 คน และอุปนายก 2 คน สำหรับตำแหน่งกรรมการในตำแหน่งอื่น ๆ ให้นายกสมาคมเป็นผู้แต่งตั้ง ผู้ที่ได้รับเลือกตั้งจากที่ประชุมใหญ่เข้าดำรงตำแหน่งต่าง ๆ ของสมาคมตามที่ได้กำหนดไว้ซึ่งตำแหน่งของกรรมการสมาคมมีตำแหน่งและหน้าที่โดยสังเขปดังต่อไปนี้

13.1 อุปนายก ทำหน้าที่ผู้ช่วยนายกสมาคมในการบริหารสมาคมปฏิบัติตามหน้าที่ที่นายกสมาคมได้มอบหมายและทำหน้าที่เป็นประธานในการประชุมคณะกรรมการและการประชุมใหญ่

13.2 อุปนายก ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยนายกสมาคมในการบริหารสมาคมปฏิบัติตามหน้าที่ที่นายกสมาคมได้มอบหมายและทำหน้าที่แทนนายกสมาคมเมื่อนายกสมาคมไม่อยู่ หรือไม่สามารถจะปฏิบัติหน้าที่ได้แต่การทำหน้าที่แทนนายกสมาคมให้อุปนายกตามลำดับตำแหน่งเป็นผู้ทำการแทน

13.3 เลขานุการ ทำหน้าที่เกี่ยวกับงานธุรการของสมาคมทั้งหมดเป็นหัวหน้าเจ้าหน้าที่ของสมาคมในการปฏิบัติกิจการของสมาคมและปฏิบัติตามคำสั่งของนายกสมาคมตลอดจนทำหน้าที่เป็นเลขานุการในการประชุมต่าง ๆ ของสมาคม

13.4 ทรัพย์สิน มีหน้าที่เกี่ยวกับการเงินทั้งหมดของสมาคมเป็นผู้จัดทำบัญชี รายรับ รายจ่าย บัญชีงบดุลของสมาคม และเก็บเอกสารหลักฐานต่างๆ ของสมาคมไว้เพื่อตรวจสอบ

13.5 ปฏิคม มีหน้าที่ในการให้การต้อนรับแขกของสมาคมเป็นหัวหน้าในการจัดเตรียมสถานที่ของสมาคม และจัดเตรียมสถานที่ประชุมต่าง ๆ ของสมาคม

13.6 นายทะเบียน มีหน้าที่เกี่ยวกับทะเบียนสมาชิกทั้งหมดของสมาคมประสานงานกับทรัพย์สินในการเรียกเก็บเงินค่าบำรุงสมาคมจากสมาชิก

13.7 ประชาสัมพันธ์ มีหน้าที่เผยแพร่กิจการและชื่อเสียงเกียรติคุณของสมาคมให้สมาชิกและบุคคลทั่วไปให้เป็นที่รู้จักแพร่หลาย

13.8 กรรมการตำแหน่งอื่น ๆ ซึ่งคณะกรรมการเห็นสมควรกำหนดให้มีขึ้น โดยมีจำนวนเมื่อรวมกับตำแหน่งตาข้างต้นแล้วจะต้องไม่เกินกับจำนวนที่มีข้อบังคับได้กำหนดไว้ แต่ถ้าคณะกรรมการมิได้กำหนดตำแหน่งก็ถือเป็นกรรมการร่วมคณะกรรมการชุดแรก ให้ผู้เริ่มการจัดตั้งสมาคมเป็นผู้เลือกตั้ง ประกอบไปด้วยนายกสมาคมและกรรมการตามจำนวนที่เหมาะสมตามข้อบังคับของสมาคม

ข้อที่ 14 คณะกรรมการของสมาคมสามารถอยู่ในตำแหน่งได้คราวละ 4 ปี และเมื่อคณะกรรมการอยู่ในตำแหน่งครบกำหนดวาระแล้ว แต่คณะกรรมการชุดใหม่ยังมิได้รับอนุญาตให้จดทะเบียนจากทางราชการก็ให้คณะกรรมการที่ครบกำหนดตามวาระรักษาการไปพลางก่อน จนกว่าคณะกรรมการชุดใหม่จะได้รับอนุญาตให้จดทะเบียนเรียบร้อยแล้วก็ให้ทำการส่งและรับมอบงานกันระหว่างคณะกรรมการชุดเก่าและชุดใหม่ให้เสร็จสิ้นภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่คณะกรรมการชุดใหม่ได้รับอนุญาตให้จดทะเบียนจากทางราชการ

ข้อที่ 15 ตำแหน่งกรรมการสมาคม ถ้าต้องว่างลงก่อนครบกำหนดตามวาระก็ให้คณะกรรมการแต่งตั้งสมาชิกสามัญคนใดคนหนึ่งซึ่งเห็นสมควรเข้าดำรงตำแหน่งที่ว่างลงนั้นแต่ผู้ดำรงตำแหน่งอยู่ในตำแหน่งได้เท่ากับวาระของผู้ที่ตนแทนเท่านั้น

ข้อที่ 16 กรรมการอาจพ้นจากตำแหน่ง ซึ่งมีใ้การออกตามวาระด้วยเหตุต่อไปนี้คือ

16.1 ตาย

16.2 ลาออก

16.3 ขาดจากสมาชิกภาพ

16.4 ที่ประชุมใหญ่ลงมติให้ออกจากตำแหน่ง

ข้อที่ 17 กรรมการที่มีความประสงค์จะลาออก จากตำแหน่งกรรมการให้ยื่นใบลาออก เป็นลายลักษณ์อักษรต่อคณะกรรมการและให้พ้นจากตำแหน่งเมื่อคณะกรรมการมีมติให้ออก

ข้อที่ 18 อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ

18.1 มีอำนาจออกระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ เพื่อให้สมาชิกได้ปฏิบัติโดยระเบียบข้อบังคับนั้นจะต้องไม่ขัดต่อข้อบังคับฉบับนี้

18.2 มีอำนาจแต่งตั้งและถอดถอนเจ้าหน้าที่ของสมาคม

18.3 มีอำนาจแต่งตั้งกรรมการที่ปรึกษาหรืออนุกรรมการได้ อนุกรรมการหรือ กรรมการที่ปรึกษาจะสามารถอยู่ในตำแหน่งได้ไม่เกินวาระของคณะกรรมการที่แต่งตั้ง

18.4 มีอำนาจเรียกประชุมใหญ่สามัญประจำปี และประชุมวิสามัญ

18.5 มีอำนาจแต่งตั้งกรรมการในตำแหน่งอื่น ๆ ที่ยังมีได้กำหนดไว้ในข้อบังคับนี้

18.6 มีอำนาจบริหารกิจการของสมาคมเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ตลอดจนมีอำนาจอื่น ๆ

ตามที่ข้อบังคับได้กำหนดไว้

18.7 มีหน้าที่รับผิดชอบในกิจการทั้งหมด รวมทั้งการเงิน และทรัพย์สินทั้งหมดของสมาคม

18.8 มีหน้าที่จัดให้มีการประชุมใหญ่สามัญ ตามที่สมาชิกสามัญจำนวน 1 ใน 5 ของสมาชิกทั้งหมดได้เข้าชื่อร้องขอให้จัดประชุมใหญ่สามัญขึ้นซึ่งการนี้จะต้องจัดให้มีการประชุมใหญ่สามัญขึ้นภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่มิหนังสือร้องขอ

18.9 มีหน้าที่จัดทำเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับการเงินทรัพย์สิน และการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของสมาคมให้ถูกต้องตามหลักวิชาการและสามารถให้สมาชิกตรวจสอบได้

18.10 จัดทำบันทึกการประชุมต่าง ๆ ของสมาคม เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐานจัดส่งให้สมาชิกได้รับทราบ

18.11 มีหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ข้อบังคับได้กำหนดไว้

ข้อที่ 19 คณะกรรมการบริหารจะต้องมีการประชุมกันอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยให้จัดขึ้นภายในอาทิตย์ที่ 2 ของทุก ๆ เดือนทั้งนี้เพื่อปรึกษาการบริหารของสมาคม

ข้อที่ 20 การประชุมของคณะกรรมการ จะต้องมีการเข้าร่วมประชุมไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของกรรมการทั้งหมดจึงจะถือว่าครบองค์ประชุม มติของที่ประชุมคณะกรรมการ ถ้าข้อบังคับมิได้กำหนดไว้เป็นอย่างอื่นก็ให้ถือคะแนนเสียงข้างมากเป็นเกณฑ์ แต่ถ้าคะแนนเสียงเท่ากันก็ให้ประธานในการประชุมเป็นผู้ชี้ขาด

ข้อที่ 21 ในการประชุมของคณะกรรมการ ถ้านายกสมาคม และอุปนายกสมาคมไม่อยู่ในที่ประชุมหรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ก็ให้กรรมการที่เข้าประชุมคราวนั้นเลือกตั้งกันเอง เพื่อให้กรรมการคนใดคนหนึ่งทำหน้าที่เป็นประธานในการประชุมคราวนั้น

หมวดที่ 4 การประชุมใหญ่

ข้อที่ 22 การประชุมใหญ่ของสมาคม

22.1 ประชุมใหญ่สามัญ

22.2 ประชุมใหญ่วิสามัญ

ข้อที่ 23 คณะกรรมการจะต้อง จัดให้มีการประชุมใหญ่สามัญประจำปี ๆ ละ 1 ครั้ง ภายในเดือนกันยายนของทุกปี

ข้อที่ 24 การประชุมใหญ่วิสามัญ จะมีขึ้นได้ก็โดยเหตุที่คณะกรรมการเห็นควรจัดให้มีขึ้น หรือเหตุเกิดขึ้นด้วยการเข้าชื่อร่วมกันของสมาชิกไม่น้อยกว่า 1 ใน 5 ของสมาชิกสามัญทั้งหมดหรือสมาชิกจำนวนไม่น้อยกว่า 100 คน ทำหนังสือร้องขอต่อคณะกรรมการให้จัดให้มีขึ้น

ข้อที่ 25 การแจ้งกำหนดนัดประชุมใหญ่ให้เลขานุการเป็นผู้แจ้งกำหนดนัดการประชุมให้สมาชิก

ได้รับทราบผลการแจ้งจะต้องเป็นลายลักษณ์อักษร โดยระบุ วัน เวลา และสถานที่ให้ชัดเจน โดยจะต้องแจ้งให้สมาชิกทราบเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 7 วัน ก่อนถึงการประชุมใหญ่

ข้อที่ 26 การประชุมใหญ่สามัญประจำปี จะต้องมีการประชุมอย่างน้อยดังต่อไปนี้

26.1 แถลงกิจการที่ผ่านมาในรอบปี

26.2 แถลงบัญชีรายรับ รายจ่าย และบัญชีงบดุลของปีที่ผ่านมาให้สมาชิก ได้รับทราบ

26.3 เลือกตั้งคณะกรรมการชุดใหม่เมื่อครบกำหนดวาระ

26.4 เลือกตั้งผู้ตรวจสอบบัญชี

26.5 เรื่องอื่นๆ ถ้ามี

ข้อที่ 27 การประชุมใหญ่วิสามัญจะต้องมีสมาชิกสามัญเข้าร่วมประชุมไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของสมาชิกสามัญทั้งหมดจึงจะถือว่าครบองค์ประชุม แต่ถ้าเมื่อถึงกำหนดเวลาประชุมยังมีสมาชิกสามัญเข้าร่วมประชุมไม่ครบองค์ประชุมให้คณะกรรมการของสมาคม เรียกประชุมใหญ่อีกครั้งหนึ่งโดยจัดให้มีการประชุมขึ้นภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นัดประชุมครั้งแรก

ข้อ 28 การลงมติต่างๆ ในที่ประชุมใหญ่ ถ้าข้อบังคับมิได้กำหนดไว้เป็นอย่างอื่นก็ให้ถือคะแนนเสียงข้างมากเป็นเกณฑ์ แต่ถ้าคะแนนเสียงที่ลงมติดีคะแนนเสียงเท่ากัน ก็ให้ประธานในการประชุมเป็นผู้ชี้ขาด

ข้อ 29 ในการประชุมใหญ่ของสมาคม ถ้านายกสมาคม และอุปนายกสมาคมไม่มาร่วมประชุม

หมวดที่ 5 การเงินและทรัพย์สิน

ข้อ 30 การเงินและทรัพย์สินทั้งหมดให้อยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการ เงินของสมาคมถ้ามีให้นำฝากไว้ในธนาคาร พาณิชยในนามของสมาคม สาขา สุเทพ

ข้อ 31 การลงนามในตัวแลกเงิน หรือเช็คของสมาคม จะต้องมียามมือของนายกสมาคม หรือผู้ทำการแทน ลงนามร่วมกับเหรียญก หรือเลขานุการ พร้อมกับประทับตราของสมาคม จึงจะถือว่าใช้ได้

ข้อ 32 ให้นายกสมาคมมีอำนาจสั่งจ่ายเงินของสมาคมได้ครั้งละไม่เกิน 20,000 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) ถ้าเกินกว่านี้จะต้องได้รับอนุมัติจากกรรมการ และคณะกรรมการอนุมัติให้จ่ายเงินได้ครั้งละไม่เกิน 50,000 บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน) ถ้าเกินกว่านี้ต้องได้รับอนุมัติจากที่ประชุมใหญ่ของสมาคม

ข้อ 33 ให้เหรียญกมีอำนาจเก็บรักษาเงินสดของสมาคมได้ไม่เกิน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน) ถ้าเกินกว่านี้จะต้องนำไปฝากกับธนาคารในบัญชีของสมาคมทันทีที่มีโอกาส

ข้อ 34 เหรียญก จะต้องทำบัญชีรายรับ รายจ่าย และบัญชีงบดุลให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ การรับหรือจ่าย เงินทุกครั้ง จะต้องมียามหลักฐานเป็นหนังสือลงลายมือชื่อของนายกสมาคมหรือผู้ทำการแทน

ร่วมกับเหรียญกษาปณ์หรือผู้ทำการแทนพร้อมกับประทับตราของสมาคมทุกครั้ง

ข้อ 35 ผู้สอบบัญชี จะต้องมิใช่กรรมการหรือเจ้าหน้าที่ของสมาคม และจะต้องเป็นผู้ตรวจสอบบัญชีที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น

ข้อ 36 ผู้สอบบัญชี มีอำนาจหน้าที่เรียกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเงินและทรัพย์สินจากคณะกรรมการและสมาคมจะเชิญกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ของสมาคมเพื่อสอบถามเกี่ยวกับบัญชีและทรัพย์สินของสมาคมได้

ข้อ 37 คณะกรรมการจะต้องให้ความร่วมมือกับผู้ตรวจสอบบัญชีเมื่อได้รับการร้องขอ

หมวดที่ 6 การเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อบังคับและการเลิกสมาคม

ข้อ 38 ข้อบังคับของสมาคมจะเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้โดยมติของที่ประชุมใหญ่เท่านั้น และองค์ประชุมใหญ่จะต้องมีสมาชิกสามัญเข้าร่วมประชุมไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของสมาชิกสามัญทั้งหมด มติของที่ประชุมใหญ่ในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อบังคับจะต้องมีคะแนนเสียงไม่น้อยกว่า 3 ใน 4 ของสมาชิกสามัญที่เข้าร่วมประชุมทั้งหมด

ข้อ 39 การเลิกสมาคมจะเลิกได้ก็โดยมติที่ประชุมใหญ่ของสมาคม ยกเว้นเป็นการเลิกเพราะเหตุของกฎหมายมติของที่ประชุมใหญ่ที่ให้เลิกสมาคมจะต้องมีคะแนนเสียงไม่น้อยกว่า 3 ใน 4 ของสมาชิกสามัญที่เข้าร่วมประชุมทั้งหมด และองค์ประชุมใหญ่จะต้องไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของสมาชิก

ข้อ 40 เมื่อสมาคมต้องยกเลิก ไม่ว่าด้วยเหตุใด ๆ ก็ตาม ทรัพย์สินของสมาคมที่เหลืออยู่หลังจากที่ได้ชำระบัญชีเป็นที่เรียบร้อยแล้วให้ตกเป็นของ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ (ผู้รับต้องมีฐานะเป็นนิติบุคคล มีวัตถุประสงค์เพื่อการกุศลสาธารณประโยชน์)

หมวดที่ 7 หมวดสวัสดิการ (เฉพาะกิจกรรมที่มีส่วนร่วม)

ข้อ 41 ผู้มีสิทธิในสวัสดิการที่ทางสมาคมจัดให้ ต้องเป็นผู้ที่แจ้งเหตุให้ทางสมาคมทราบหลังจากเกิดเหตุขึ้น ๆ ตามที่สมาคมกำหนด

ข้อ 42 สมาคมจัดเก็บเงินจากสมาชิกที่ส่วนร่วมคนละ 20 บาท ต่อปี และจ่ายสวัสดิการดังนี้

- 42.1 สมาชิกเสียชีวิตจ่าย 3,000 บาท
- 42.2 สมาชิกประสบอุบัติเหตุ จ่าย 2,000 บาทหรือพิจารณาตามมติที่ประชุม
- 42.3 จ่ายเบี้ยเลี้ยงให้คณะกรรมการบริหารและสมาชิกที่เข้าร่วมประชุมคนละ 60 บาท (กรณีไม่มีอาหารเลี้ยง)
- 42.4 จ่ายค่าพาหนะให้คิดตามเขตกำหนดจ่ายดังนี้

เขตอำเภอเมือง,เทศบาล	100	บาท
เขตอำเภอหางดง สารภี สันกำแพง สันทราย ดอยสะเก็ด แม่ริม	130	บาท

สันป่าตอง คอยหล่อ แม่วาง,		
เขตอำเภอ แม่แตง,จอมทอง,แม่ออน,	150	บาท
เขตอำเภอพร้าว, เชียงดาว,สะเมิง	200	บาท
เขตอำเภอฝาง,แม่อาย,ไชยปราการ,คอยเต่า	250	บาท
เขตอำเภอมก๋อย,แม่แจ่ม,เวียงแหง	300	บาท
จ่ายค่าวิทยากร,ประธานการประชุม วันละ	200	บาท
ค่าตอบแทนคณะทำงานวันละ	150	บาท

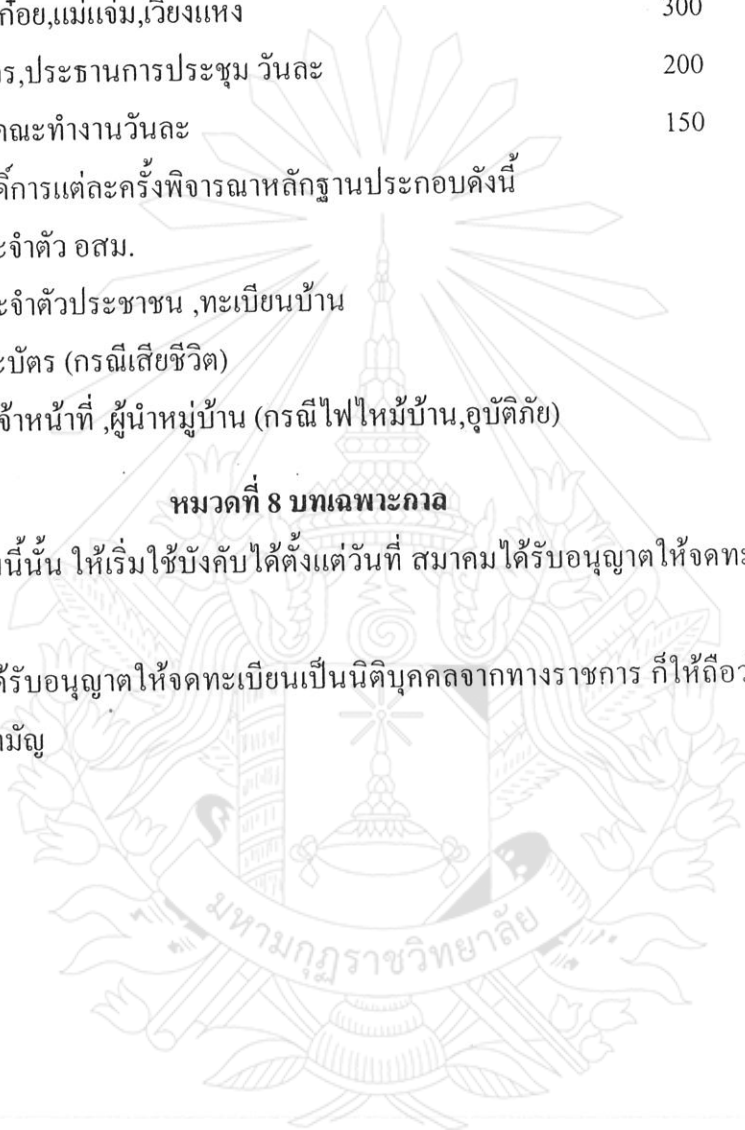
ข้อ 43 ในการจ่ายสวัสดิการแต่ละครั้งพิจารณาหลักฐานประกอบดังนี้

- 43.1 สำเนาบัตรประจำตัว อสม.
- 43.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ,ทะเบียนบ้าน
- 43.3 สำเนาใบมรณะบัตร (กรณีเสียชีวิต)
- 43.4 ใบรับรองจากเจ้าหน้าที่ ,ผู้นำหมู่บ้าน (กรณีไฟไหม้บ้าน,อุบัติเหตุ)

หมวดที่ 8 บทเฉพาะกาล

ข้อ 44 ข้อบังคับฉบับนี้นั้น ให้เริ่มใช้บังคับได้ตั้งแต่วันที่ สภาฯ ได้รับอนุญาตให้จดทะเบียนเป็นนิติบุคคลเป็นต้นไป

ข้อ 45 เมื่อสภาฯ ได้รับอนุญาตให้จดทะเบียนเป็นนิติบุคคลจากทางราชการ ก็ให้ถือว่าผู้เริ่มการทั้งหมดเป็นสมาชิกสามัญ



ภาคผนวก จ.

ภาพกิจกรรมของ อสม.

ภาพที่ 1 โภชนาการ(กิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภค)



ช่วยตรวจพืช-ผักอาหารปลอดภัย

ภาพที่ 2 สุขศึกษา



แนะนำให้การศึกษาแก่เด็กๆ เรื่องสุขศึกษาในด้าน กินอาหาร – น้ำที่สะอาด

ภาพที่ 3 เฝ้าระวังโรคท้องถิ่น



วัดความดันให้ผู้สูงอายุประจำเดือน ในเขตยางเน็ง

ภาพที่ 4 ตรวจสอบสุขภาพประจำเดือน



ผู้สูงอายุมาตรวจสุขภาพประจำเดือน เช่น วัดความดัน ตรวจเบาหวาน

ภาพที่ 5 นำสะอาดและสุขภาพดี



อสม.แนะนำการดูแลรักษาน้ำให้สะอาด

ภาพที่ 6 ภูมิคุ้มกันโรค



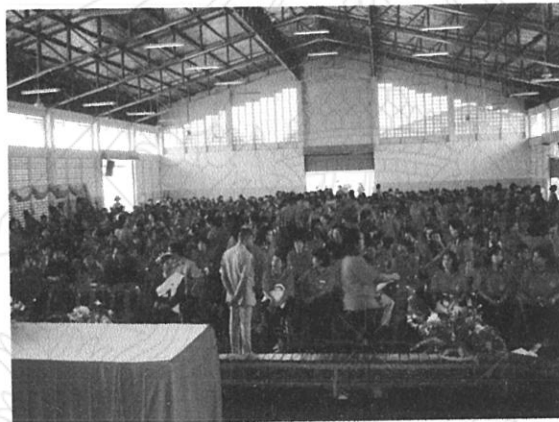
หยอดวัคซีนป้องกันโปลิโอ ประจำปี

ภาพที่ 7 อนามัยแม่และเด็ก



หยอดวัคซีนป้องกันโปลิโอ

ภาพที่ 8 สุขภาพจิต



อบรมเรื่องการดูแลสุขภาพจิต

ภาพที่ 9 สิ่งแวดล้อม



แนะนำการกำจัดลูกน้ำขุงลายให้กับประชาชน



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ/นามสกุล	สุรพร คันทากร
เกิด	7 พฤศจิกายน 2498
ภูมิลำเนา	อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่
ที่อยู่ปัจจุบัน	102 หมู่ที่ 5 ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ 50140
การศึกษา	2547 วท.บ. (ออกแบบผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม) มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ 2549 ศน. ม. (สังคมวิทยา) มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย

ประสบการณ์

- 2535 – ปัจจุบัน คณะกรรมการอาสาสมัครกึ่งภาษาอำเภอสารภี(สภาภาษาชาวไทย)
- 2541 – ปัจจุบัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (กระทรวงสาธารณสุข)
เลขานุการคณะกรรมการอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ
จังหวัด (กระทรวงสาธารณสุข)
- 2543 – 2545 อาสาสมัครประชาสัมพันธ์จังหวัดเชียงใหม่
อนุกรรมการหน่วยอบรมประชาชนตำบลยางเนิ้ง (พัฒนาคุณภาพชีวิต
อำเภอสารภี)
- 2545 กรรมการศูนย์พัฒนาชุมชนตำบลยางเนิ้ง อ.สารภี จ.เชียงใหม่
ที่ปรึกษาเครือข่ายเยาวชนตำบลยางเนิ้ง อ.สารภี จ.เชียงใหม่
ผู้ประสานงานศูนย์ประสานพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด อ.สารภี
- 2546 – ปัจจุบัน ประธานคณะกรรมการอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ
มนุษย์ อ.สารภี (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)
- 2546 อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับตำบล (สาธารณสุขอำเภอ)
อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับอำเภอ (สาธารณสุขจังหวัด)
อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับจังหวัด (กระทรวงสาธารณสุข)
- 2549 อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ดีเด่นระดับจังหวัด
เชียงใหม่ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

เกียรติคุณ

- 2543 เหรียญกาชาดสมนาคุณ ชั้นที่ 3 (สภาภาษาชาวไทย)
- 2549 ประกาศเชิดชูเกียรติ “ต้นแบบคนดีศรีแผ่นดิน”

สิ่งพิมพ์นี้เป็นสมบัติของห้องสมุด มมว.

ผู้ใดพบอยู่ในที่อื่น ไม่สมควร

โปรดนำมาส่งที่แผนกห้องสมุดด้วย ขอบพระคุณ