

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในอำเภอละงู จังหวัดสตูล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย

1. แนวคิดเกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐาน
 - 1.1 ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน
 - 1.2 แนวคิดหลักของการสาธารณสุขมูลฐาน
 - 1.3 หลักการสาธารณสุขมูลฐาน
 - 1.4 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่องานสาธารณสุขมูลฐาน
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. นโยบายและการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ
4. ทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยเชิงใจในการทำงาน
5. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม
6. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน
7. แนวคิดของการมีส่วนร่วม
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
 - 8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเชิงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
 - 8.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการสนับสนุนในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
 - 8.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมกับชุมชน
 - 8.5 งานวิจัยต่างประเทศ

1. แนวคิดเกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) เกิดขึ้นมาจากการพยายามของรัฐบาลทุกประเทศทั่วโลก ที่จะให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นแก่ประชาชนทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการดูแลรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งในอดีตเน้นระบบการจัดบริการสาธารณสุขเรื่องการรักษาพยาบาลอย่างเดียว จากประสบการณ์ของประเทศต่างๆ ทั่วโลกที่ปฏิบัติในแนวเดียวกัน ได้พิจารณาว่าการบริการสาธารณสุขจะครอบคลุมได้นั้น ประชาชนต้องสามารถดำเนินการและจัดการด้วยตนเอง ประเทศไทยนับเป็นประเทศหนึ่งที่ได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้เป็นกลวิธีหลักในการพัฒนาสาธารณสุข โดยผสมผสานไปกับการพัฒนาทุกสาขาทั้งในระดับชุมชน และระดับชาติ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน (เพ็ญศรี เปลี่ยนจำ 2542: 1)

1.1 ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดเป้าหมายทางสุขภาพให้แก่ประชาชนทั่วโลก ในการประชุมกันระหว่างคณะกรรมการใหญ่ในปี พ.ศ. 2520 มีการกำหนดนโยบายที่แน่ชัดว่า ภายใน 20 ปีข้างหน้า คือ ในปี ค.ศ. 2000 ประชาชนทุกคนในโลกโดยเฉพาะประชาชนในประเทศด้อยพัฒนา ควรมีโอกาสและสิทธิอย่างเท่าเทียมกันในเรื่องสุขภาพอนามัยที่ดีของตนเอง ซึ่งประเทศหรือรัฐจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการวิธีที่เหมาะสมและถูกต้องเพื่อให้เกิดผล และในปี พ.ศ. 2521 องค์การอนามัยโลกได้มีการประชุมใหญ่ที่ประเทศรัสเซีย เมืองอัลมาตา ถึงเนื้อหาแนวทางและกลวิธีที่จะทำให้บังเกิดสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี ค.ศ. 2000 ผลการประชุมในครั้งนี้จึงเกิดกลวิธีทางสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ขึ้น โดยได้มีผู้ให้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐานไว้หลายท่าน ดังต่อไปนี้

การสาธารณสุขมูลฐาน คือ ลักษณะบริการสุขภาพเท่าที่จำเป็น ซึ่งบุคคลและครอบครัวสามารถหาได้ในชุมชน โดยเป็นสิ่งที่บุคคลยอมรับ และมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการดำเนินงาน รวมทั้งเป็นบริการชุมชนที่ประเทศจัดให้เป็นส่วนที่ผสมผสานอยู่ในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยเป็นศูนย์กลางของระบบ อยู่ในกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งหมดของชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2548)

การสาธารณสุขมูลฐาน คือ การผสมผสานการปฏิบัติงานทางสุขภาพ เช่น การส่งเสริมสุขภาพการรักษาโรค และการฟื้นฟูรักษาเข้าด้วยกัน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและความร่วมมือของเจ้าหน้าที่รัฐ ในการดำเนินการเพื่อให้มีส่วนร่วมของชุมชนและความร่วมมือของเจ้าหน้าที่รัฐ ในการดำเนินการเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายโดยใช้ทรัพยากรท้องถิ่น เทคโนโลยี

ที่เหมาะสม ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม ประเพณี และสังคมของแต่ละชุมชน ดังเป้าหมายสูงสุด (กระทรวงสาธารณสุข 2549)

จากความหมายที่กล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การสาธารณสุขมูลฐานนั้นมีความหมายในเรื่องของสิทธิของมนุษย์ต่อเรื่องสุขภาพอนามัยของตนเอง โดยบุคคลและชุมชนเป็นแกนนำที่สำคัญ ในการตระหนักและให้ความสำคัญต่อปัญหาสุขภาพของตนเอง และของชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ และรัฐมีการส่งเสริมและสนับสนุนในระบบบริการต่างๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการพึ่งตนเองทางสุขภาพของประชาชน

สำหรับแหล่งที่มาของงานสาธารณสุขมูลฐาน เกิดจากปัญหาใหญ่ๆ 2 ประการ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 2540) คือ

1. บริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้ไม่ครอบคลุมประชากร
2. การผสมผสานงานบริการด้านต่างๆ ตลอดจนความร่วมมือกับงานพัฒนาสังคมด้านอื่นๆ จากรูปแบบการบริการทางสุขภาพเดิมที่เจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้บริการแก่ประชาชนโดยตรงไม่ว่าจะเป็นจากสถานีอนามัย สำนักงานผดุงครรภ์โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ที่ให้บริการรักษาพยาบาล ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพของประชาชน แต่ก็ยังไม่สามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศได้ เนื่องจากทรัพยากรของรัฐที่มีอยู่อย่างจำกัดประกอบกับประชากรเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี ดังนั้นรัฐจึงต้องใช้กลวิธีใหม่ คือ การสาธารณสุขมูลฐานเพื่อที่จะแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศ โดยที่เจ้าหน้าที่ของรัฐเปลี่ยนบทบาทจากเดิมที่เป็นผู้บริการประชาชน (ผู้ให้) มาเป็นผู้กระตุ้นให้คำแนะนำ และผู้สนับสนุน (Supporter) ให้กับประชาชน และให้ประชาชนเป็นผู้เริ่มให้บริการประชาชนด้วยตนเอง

1.2 แนวความคิดหลักของการสาธารณสุขมูลฐาน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 2536) ประกอบด้วยแนวคิด 10 ประการ ดังนี้

แนวความคิดที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบลหมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชนเอง

แนวความคิดที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนร่วมมือจัดทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่ จึงจะถือได้ว่าเป็นงานสาธารณสุขมูลฐาน

แนวความคิดที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐาน จะเกิดขึ้นมาได้จะต้องให้ชุมชนรับรู้และทราบว่าปัญหาของชุมชนคืออะไร และร่วมกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้

แนวความคิดที่ 4 หน้าที่และบทบาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้องเข้าใจว่า

เราไม่ได้ทำงานแทนเขา

เขาไม่ได้ทำงานให้เรา

แต่เขาทำงานร่วมกัน

เพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน (การสาธารณสุขมูลฐาน

= การสาธารณสุขของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน)

แนวความคิดที่ 5 “ความร่วมมือของชุมชน” คือหัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจเป็นไปในรูปของแรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้วยความสมัครใจ เพราะมีการมองเห็นและรับรู้ปัญหา ไม่ใช่เพราะเขาหวังสิ่งตอบแทน

แนวความคิดที่ 6 สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้นงานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานการพัฒนาในด้านอื่นๆ อาทิ การเกษตร สหกรณ์ การศึกษา และพัฒนาชุมชน เป็นต้น

แนวความคิดที่ 7 งานสาธารณสุขมูลฐานต้องใช้เทคนิค วิธีการง่ายๆ ไม่เกินขอบเขต และกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจและนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ได้โดย

- 1) เทคนิคที่นำมาใช้ต้องมีความเหมาะสม
- 2) ประหยัดและราคาถูก
- 3) ยืดหยุ่น และปรับให้เหมาะสมกับสภาพของสังคมและ

สิ่งแวดล้อมได้

- 4) มีผลต่อการแก้ไขปัญหา

แนวความคิดที่ 8 งานสาธารณสุขมูลฐานจะต้องสอดคล้อง และอาศัยประโยชน์จากสถาบัน หรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน

แนวความคิดที่ 9 งานสาธารณสุข ควรมีความยืดหยุ่นในการที่จะนำมาใช้แก้ปัญหา ตามความเหมาะสมของสิ่งแวดล้อม และปัญหาที่ประสบอยู่ไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องที่เหมือนกันทุกหมู่บ้าน

แนวความคิดที่ 10 บริการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เอง ในหมู่บ้าน (องค์ประกอบของสาธารณสุขมูลฐาน) 10 ด้าน คือ

- 1) การสุขศึกษา
- 2) การควบคุมป้องกันโรคระบาดต่าง ๆ ในท้องถิ่น
- 3) การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการจัดหา น้ำสะอาด

4) การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ด้วย
วัคซีน

5) การส่งเสริมโภชนาการ
6) การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น รวมทั้ง
การให้การปฐมพยาบาลเล็กน้อยที่จำเป็น

7) การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว

8) การจัดหายาที่จำเป็นไว้ในหมู่บ้าน

9) ทันทสุขภาพ

10) สุขภาพจิตและการป้องกันการติดสารเสพติด

เนื่องจากสภาพสังคมไทยถูกเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นผลของการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อ
สภาวะทางสุขภาพ ดังนั้นในการประชุมสัมมนาระดับชาติ ณ โรงแรมบางกอกพาเลซ พ.ศ. 2549
จึงได้เพิ่มองค์ประกอบทางสาธารณสุขมูลฐานอีก 4 องค์ประกอบ คือ

1) การควบคุมโรคเอดส์ในชุมชน

2) การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และควบคุมโรค

ไม่ติดต่อ

3) การคุ้มครองผู้บริโภค

4) อนามัยสิ่งแวดล้อม การป้องกัน และแก้ไขมลภาวะและ

สิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย

แนวความคิดที่ 11 งานสาธารณสุขมูลฐาน ต้องมีความเชื่อมโยงกับงานบริการ
สาธารณสุขของรัฐ ในด้านการให้การสนับสนุน การส่งผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาพยาบาลต่อ การให้
การศึกษาต่อเนื่อง การให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข

1.3 หลักการสาธารณสุขมูลฐาน

ในการที่จะนำแนวความคิดสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีองค์ประกอบหรือกิจกรรม
ที่จำเป็นของงานสาธารณสุขมูลฐาน (Essential Element PHC) 14 กิจกรรมมาปฏิบัติเพื่อให้เกิดผล
สำเร็งนั้น จะต้องใช้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน (Strategic PHC) จึงจะเรียกว่า หลักการของ
สาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญ 4 ประการ (กระทรวงสาธารณสุข 2549)

1.3.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน (People Participation)

1.3.2 การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) เทคนิคและวิธีการที่ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ควรเป็นเทคนิควิธีการที่ง่ายไม่ซับซ้อน ยุ่งยาก เหมาะสมกับแต่ละสภาพท้องถิ่น และประชาชนสามารถปฏิบัติได้

1.3.3 มีการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐ เพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented Basic Health Service) ระบบบริการของรัฐ และระบบบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐ จะต้องปรับให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐานด้วย ทั้งนี้โดยมีความมุ่งหมายดังนี้ คือ

- 1) ต้องการให้เกิดการกระจายการครอบคลุมบริการให้ทั่วไป (Coverage)
- 2) กระจายทรัพยากรลงสู่มวลชน (Resource Mobilization)
- 3) การจัดระบบส่งตัวผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (Referral System)

1.3.4 การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่นๆ (Intersectoral Collaboration)

งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จผลได้ ต้องผสมผสานทำงานไปด้วยกันได้ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง และงานพัฒนาชนบทต่างกระทรวงคือ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และอื่น ๆ แนวความคิดที่สำคัญของการดำเนินงานในด้านนี้ คือ การประสานเพื่อให้หน่วยงานอื่น ทำงานในความรับผิดชอบของหน่วยงานนั้น ๆ ในลักษณะที่ส่งเสริมหรือสอดคล้องกับการพัฒนาสุขภาพดีถ้วนหน้า ไม่ใช่ขอใ้บุคลากรของหน่วยงานอื่นมาร่วมกันปฏิบัติงานภาคสาธารณสุข

1.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่องานสาธารณสุขมูลฐาน

นอกจากการใช้หลักการทางสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 4 วิธีแล้ว ในการดำเนินงานในกิจกรรมต่าง ๆ จำเป็นจะต้องอาศัยปัจจัยสำคัญที่ทำให้งานสาธารณสุขมูลฐานของชุมชนหนึ่งที่ประสบผลสำเร็จได้ ซึ่งมีอย่างน้อย 4 ประการ (กระทรวงสาธารณสุข 2549)

1.4.1 ข้อมูล หมายถึง ข้อมูลที่ชี้ให้เห็นสุขภาพของชุมชนที่ช่วยให้การวางแผนการดำเนินงานในกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน มีความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนั้นยังเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และพัฒนาความสามารถให้แก่กำลังคนในหมู่บ้าน

1.4.2 กำลังคน หมายถึง กลุ่มคนที่เป็นแกนนำในการพัฒนา ซึ่งได้รับการจัดตั้งมีความรู้ ความสามารถในการดำเนินงานนั้นๆ และเป็นผู้ริเริ่ม และประสานงานกับประชาชน และเจ้าหน้าที่ของรัฐด้วยตนเอง เพื่อการพัฒนาหมู่บ้านซึ่งได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มต่างๆ ผสส. และอสม.

1.4.3 กองทุนหรืองบประมาณ ถ้าไม่มีงบประมาณมาสนับสนุน การพัฒนานั้นก็ยากที่จะประสบความสำเร็จ กองทุนนั้นเกิดขึ้นโดยการระดมทรัพยากรในชุมชนและนอกชุมชน เพื่อการพัฒนาชุมชน

1.4.4 กรรมการหรือองค์กร หรือการบริหารจัดการ แม้ว่าจะมีข้อมูลกำลังคน และ กองทุนแล้ว แต่ขาดการจัดองค์กร ขาดการจัดระเบียบการที่ระบบบริหารจัดการของกรรมการไม่ สอดคล้องเหมาะสมกับชุมชนแล้ว การพัฒนาต่างๆ ก็จะไม่สำเร็จ

จากการนำแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ กล่าวคือ การพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางและลงมือ ดำเนินกิจกรรมการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชน ซึ่งคือ อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งจะ มีบทบาทสำคัญในการร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ในการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชนของตนเองตามบทบาทของอาสาสมัคร สาธารณสุข ที่ได้กำหนดไว้ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข จึงเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข สามารถปฏิบัติงานและดูแลชุมชนในความรับผิดชอบ ในการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.1 ความเป็นมาของ อสม.

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. เป็นรูปแบบสำคัญของการ มีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสาธารณสุขตามนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่มีการดำเนินการ มานานกว่าสามทศวรรษ การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และ สถานการณ์สุขภาพ

อสม. ในปัจจุบันมีจำนวนมากขึ้นซึ่งถือเป็นทรัพยากรกำลังคนที่สำคัญด้านสุขภาพ ในชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข 2548)

อาสาสมัครส่วนใหญ่มักได้รับความเชื่อถือเป็นผู้อยู่ทิศตนให้กับการทำงาน เพื่อ ชุมชน มีความรู้และใส่ใจในเรื่องสุขภาพ การศึกษาพบว่า แม้ว่าปัจจุบันนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน จะไม่ได้รับความสำคัญมากนัก แต่กระบวนการ อสม. ก็ยังมีชีวิตและยังดำเนินไปอย่างแข็งขัน มากกว่า ร้อยละ 35 ของอสม. ในปัจจุบันเป็นคนรุ่นใหม่ที่เพิ่งเข้ามาเป็นอาสาสมัครได้ไม่เกิน 5 ปี ในขณะที่เดียวกัน ก็มี

อสม. หญิงเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจนมีสัดส่วนถึงร้อยละ 70 อสม. เหล่านี้ทำงาน ได้ดีในลักษณะงานที่เสร็จสิ้นได้ในระยะเวลาสั้น ๆ เช่น การสำรวจข้อมูล การรณรงค์เรื่องโรคต่างๆ หรือการกระจายข้อมูลข่าวสาร และมีข้อจำกัดในการทำงานที่ต้องใช้เวลาต่อเนื่องยาวนาน เช่น การ ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้รูปแบบเดิมของ อสม. มีข้อจำกัดมากขึ้น อย่างไรก็ตามกรณีศึกษาต่างๆ ได้แสดงให้เห็นนวัตกรรมทางความคิด ปฏิบัติการและรูปแบบของอาสาสมัครในการพัฒนาสุขภาพที่มีหลากหลายมากขึ้น รูปแบบเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าแนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับความยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการทางสังคมที่ควรได้รับการสนับสนุนให้มีบทบาทมากขึ้นในการพัฒนาสุขภาพในอนาคต

สำหรับการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขนั้น นับตั้งแต่ที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดนโยบายว่าประชาชนทุกคนในโลกจะต้องมีสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543 กระทรวงสาธารณสุขก็ได้เริ่มดำเนินการพัฒนาสาธารณสุขโดยใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีหลักเพื่อจะบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าดังกล่าว โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพกันเอง จัดการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีบทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ เผยแพร่ข่าวสารเป็นสื่อกลางของการนำเอาความคิด นโยบาย กลวิธีการพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนคอยดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ประชาชน จึงถือว่าอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าต่อการพัฒนางานสาธารณสุขในชุมชนอย่างมาก อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นบุคคลที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนางานสาธารณสุข จึงต้องมีการพัฒนาศักยภาพทั้งในส่วนของพัฒนาตามบทบาทหน้าที่ และการพัฒนาตนเองในด้านระดับการศึกษา ตลอดจนชีวิตความเป็นอยู่ ทั้งนี้ก็เพื่อให้ อสม. สามารถปรับตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสังคมได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดวางระบบการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข กำหนดแนวทางในการให้การสนับสนุนและพัฒนาอาสาสมัคร (อสม.) ไว้ดังต่อไปนี้

2.2 คุณสมบัติของ อสม.

- 2.2.1 เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวกหรือคุ้มให้การยอมรับและนับถือ
- 2.2.2 สมัยและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ
- 2.2.3 มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำในหมู่บ้านไม่ย้ายถิ่นในระยะเวลา 1-2 ปี และมีความคล่องตัวในการประสานงาน)
- 2.2.4 อ่านออกเขียนได้
- 2.2.5 เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านการพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาชุมชน
- 2.2.6 ไม่ควรเป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างของรัฐ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ภิรักษ์ หรือแพทย์ ประจำตำบล

2.3 วิธีการคัดเลือก อสม.

ในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. ให้ใช้วิธีการประชาธิปไตย โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุม อสม. กรรมการหมู่บ้านและผู้นำอื่น ๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงเรื่องการคัดเลือกคุณสมบัติ วาระ จำนวน และบทบาทหน้าที่ของ อสม. แล้วร่วมกันกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อคัดเลือก อสม. โดยให้กลุ่มผู้นำดังกล่าวเป็นคณะดำเนินการสรรหา แบ่งละแวกบ้านหรือคุ้มบ้าน คุ้มละ 10-15 หลังคาเรือน แล้วชี้แจงให้ทุกบ้านได้รับทราบ

เปิดให้ผู้สมัครใจ และมีคุณสมบัติข้างต้นสมัครเป็น อสม. แล้วให้คณะผู้ดำเนินการสรรหา อสม. ดำเนินการคัดเลือก โดยจัดให้มีผู้แทนครอบครัวในละแวกหรือคุ้มนั้น ๆ ลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่เลือกบุคคลเข้าเป็น อสม. ประจำละแวกบ้านหรือคุ้ม วาระการเป็น อสม. กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงานร่วมกับการพิจารณาของประชาชน และองค์กรหมู่บ้าน

2.4 การพัฒนาของ อสม.

อสม. จะพัฒนาใน 5 ประเด็นต่อไปนี้คือ

2.4.1 พัฒนาตามวาระ

2.4.2 ดाय

2.4.3 ช้ายที่อยู่

2.4.4 ลาออก

2.4.5 ประชาชนลงมติให้พัฒนา บทบาทของ อสม. เป็นผู้นำในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน /ชุมชน

2.5 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของ อสม. มีดังนี้

2.5.1 เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน

เช่น นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติผลการปฏิบัติงานของ อสม.

2.5.2 เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำหมู่บ้าน

2.5.3 **ครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ** ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยาการรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาดโภชนาการและการสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคลื่อนการจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพร และแพทย์แผนไทย การค้นหาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง งานตรวจมะเร็งเต้านม งานดูแลและค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

2.5.4 **เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน** ได้แก่ การปฐมพยาบาล การรักษา พยาบาลเบื้องต้นตามอาการ การส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการการจ่ายยาเมื่อคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายค่าถุงยางอนามัย เป็นต้น

2.5.5 **การเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข** เช่น การชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน การติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด และให้บริการชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และตรวจสุขภาพตามกำหนด เป็นต้น

2.5.6 **หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ สสมช.** โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่ จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

2.5.7 **เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิต** โดยใช้กระบวนการ จปฐ.

2.5.8 **ดูแลประสิทธิภาพประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน** โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

2.5.9 **ดูแลงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข** รวมทั้งการค้นหา ติดตามและประเมิน

2.6 กระบวนการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วย

2.6.1 การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่

การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่ ในที่นี้หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติและมีความรู้ความสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ในเนื้อหาของหลักสูตร เนื้อหาความรู้ที่อบรมแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) : ประกอบด้วยวิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลักๆ ของประเทศ และการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนกลุ่มความรู้เฉพาะเป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่างๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะเวลาการอบรม

กำหนดระยะเวลาในการอบรมความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) และกลุ่มความรู้เฉพาะโดยทำต่อเนื่องกันในระยะเวลา 3 วัน หลังจากนั้นควรมีการให้ความรู้ต่อเนื่องและฝึกปฏิบัติการให้บริการสาธารณสุขที่สถานีอนามัย/โรงพยาบาลชุมชน ตามความเหมาะสมอย่างน้อย 12 ครั้ง

วิธีการอบรม

การจัดการอบรม อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนดำเนินการได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่แต่ทั้งนี้ต้องมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้ อสม. ใหม่ทุกคนสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพ การขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือกผ่านการ อบรมและได้รับการประเมินความรู้ความสามารถตามหลักสูตรความรู้ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตร/และบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐานโดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.6.2 การพัฒนา อสม. ต่อเนื่อง หมายถึง กระบวนการที่ใช้ในการเสริม เพิ่มเติมหรือฟื้นฟู ความรู้ความสามารถของ อสม. ให้มีความก้าวหน้าต่อเนื่องกันไปตลอดระยะเวลาของการเป็น อสม. เพื่อให้ อสม. มีศักยภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับการแก้ปัญหาและการพัฒนางานของพื้นที่ โดยแบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ

1) ด้านความรู้ ทักษะ ในการปฏิบัติงานสาธารณสุขเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

มีหน้าที่เพิ่มพูนความรู้ และประสบการณ์ด้านสาธารณสุขตามความเหมาะสมของคุณวุฒิ สภาพท้องถิ่น และสภาพปัญหาต่อเนื่องกันโดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การฝึกอบรมต่อเนื่อง : คือการจัดการอบรมให้ความรู้ ทักษะ เพิ่มเติมในเนื้อหาวิชาต่าง ๆ รวมทั้งเนื้อหาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ หลังจากที่ได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานแล้ว โดยควรเลือกวิชาที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติหน้าที่ และปัญหาของท้องถิ่น ได้แก่ การวางแผน การบริหารจัดการโครงการ การบริหารจัดการสาธารณสุขในชุมชน การเป็นผู้นำ การสร้างมนุษยสัมพันธ์ การประชาสัมพันธ์ ความมีคุณธรรมและจริยธรรม ฯลฯ การฝึกปฏิบัติ (Learning by Doing) คือ การให้ อสม. ได้เรียนรู้ด้วยการฝึกปฏิบัติงาน เช่น การให้ฝึกปฏิบัติในสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน โดยเป็นผู้ช่วยในการให้บริการแก่ผู้ที่มารับบริการ ฝึกปฏิบัติงานใน สสมช. หรือให้จัดกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาในชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเรียนรู้ด้วยตนเอง จากการศึกษาแบบเรียนด้วยตนเอง และเอกสารความรู้ต่างๆ การศึกษาดูงานระหว่างหมู่บ้าน (TCDV) โดยการจัดให้ อสม. ไปศึกษาดูงานหมู่บ้านอื่นที่มีความก้าวหน้าในการพัฒนาเพื่อเป็นแบบอย่างและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การถ่ายทอดความรู้ด้วยสื่อต่างๆ เช่น สื่อทางไกล วิดีโอ เทป การประชุมปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนความรู้ เช่น การประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การนิเทศติดตามเวลาทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน

2) การพัฒนาการศึกษาสามัญ การพัฒนาการศึกษาสามัญ ถือเป็น การพัฒนาอีกด้านหนึ่งที่มีความสำคัญควบคู่ไปกับด้านสาธารณสุข เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบัน มีผลต่อการดำเนินชีวิตของทุกคน ดังนั้นการพัฒนาคน โดยเฉพาะผู้ที่เป็แกนนำ ให้มีความพร้อมที่จะปรับตัว รู้จักคิด ตัดสินใจ ได้อย่างเท่าทันสังคม เลือกที่จะนำความก้าวหน้า และเทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง และชุมชนได้ จึงเป็นเรื่องที่มีความจำเป็น การให้การศึกษาจึงเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่ต้องเร่งดำเนินการ นอกจากนี้การพัฒนา อสม. ยังเป็นการตอบสนองต่อนโยบายการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดเป็นเป้าหมายหลักที่ต้องสนับสนุนให้เรียนจนประถมศึกษาปีที่ 6 และได้ร่วมมือกับกรมการศึกษานอกโรงเรียนมาใช้ เทียบโอนได้ ในบางหมวดวิชาทำให้สามารถเรียนจบได้เร็วกว่าบุคคลธรรมดาทั่วไป และส่งเสริมทุน การศึกษาให้ประชาสัมพันธ์ต่ออาสาสมัครเองและบุตรได้เข้าเรียนในหลักสูตรของกระทรวง ศึกษาธิการ

3) ด้านการพัฒนาด้านสังคม การพัฒนาด้านสังคมในที่นี้หมายถึง การให้ ความรู้ในแนวกว้างเป็นเรื่องของการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่างๆ ในสังคม อาทิเช่น เรื่องความก้าวหน้า ของข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีต่างๆ การศึกษา การส่งเสริมอาชีพ การย้ายถิ่น แรงงานต่างชาติ การเมือง การปกครอง การกระจายอำนาจ บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ต่องานสาธารณสุข

วัฒนธรรมท้องถิ่นกับสุขภาพ สิ่งแวดล้อม โดยวิธีการสอดแทรกไปในการประชุมต่างๆ หรือส่งเสริมให้อสม. ได้ศึกษาจากสื่อทางไกล เช่น จากระายการโทรทัศน์ของช่องต่างๆ โดยเฉพาะช่อง 11 และทางสื่อไทยคม (ETV) ซึ่งในปัจจุบันสิ่งเหล่านี้มีผลเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตและสุขภาพของคนทั่วไป การให้ความรู้พูดคุยกับ อสม. ในเรื่องเหล่านี้ จึงถือว่าเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ชุมชนมีการปรับตัวในทิศทางที่เหมาะสม มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพและการบรรลุคุณภาพชีวิต

2.7 สวัสดิการและการเสริมสร้างและกำลังใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่

2.7.1 การได้รับสวัสดิการ อสม. มีสิทธิได้รับบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาลฟรีทั้งครอบครัว ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537

2.7.2 การประกาศเกียรติคุณและเชิดชูเกียรติอาสาสมัครสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขผลักดันให้มีวันสำคัญแก่ อสม. ทั่วประเทศ โดยกำหนดวันที่ 20 มีนาคม ของทุกปีเป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ และจัดกิจกรรมภายใต้ชื่อ “โครงการพัฒนาชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน” งานเฉลิมฉลอง วัน อสม. แห่งชาติ โดยเริ่มดำเนินงานตั้งแต่ปี 2537 เป็นต้นมา

2.7.3 งบประมาณในการแก้ไขปัญหาในชุมชน หมู่บ้านละ 10,000 บาท

2.8 บทบาทและหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุข ในกิจกรรมงานผู้พิการ

สำหรับบทบาทและหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุข ในกิจกรรมงานผู้พิการ มีหลายด้าน ซึ่งมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่สำคัญ คือ เพื่อทราบและเข้าใจสภาพปัญหาความต้องการของคนพิการ อันจะนำไปสู่การจัดบริการที่เหมาะสมตามความต้องการที่จำเป็นของคนพิการ (แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ 2549) ได้แก่

2.8.1 การศึกษาหาข้อมูล (Fact finding or social study)

เป็นกระบวนการแรกของการปฏิบัติงานของ อสม. ในการให้ความช่วยเหลือผู้พิการ เพื่อที่จะหาข้อมูลข้อเท็จจริงของสภาพปัญหา โดยใช้องค์ความรู้การวิเคราะห์ปัญหาของคนพิการแบบองค์รวม ทั้งด้านระบบนิเวศ หรือสภาวะแวดล้อมของคนพิการ รวมทั้งเศรษฐกิจ สังคม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี การได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัวและการนำคนพิการไปสู่การจดทะเบียนคนพิการ เป็นต้น

2.8.2 การลงมือให้ความช่วยเหลือ (Intervention) ประกอบด้วย

- 1) การฟื้นฟูทางด้านร่างกาย โดยการใช้กิจกรรมสุขภาพ 8 อ.
 - อิริยาบถ คือ การออกกำลังกายเคลื่อนไหวตนเอง
 - อาหาร คือ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์
 - อากาศ คือ การได้รับอากาศที่บริสุทธิ์

- อโรคยา คือ การไร้โรค การรักษาด้วยสมุนไพร
- อาจिन คือ การจับถ้าย
- อุเบกขา คือ การวางเฉย ด้วยการฝึกสมาธิ
- อุดมปัญญา คือ การฝึกคิด วางแผน
- อาชีพ คือ การประกอบอาชีพ

2) การฟื้นฟูทางจิตใจ โดยการเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้พิการที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน / ยากไร้ สำหรับบทบาทการเยี่ยมบ้านของ อสม. เป็นวิธีหนึ่งในการแสวงหาข้อเท็จจริงและ ช่วยให้เห็นสภาพความเป็นอยู่หรือความเดือดร้อนของคนพิการที่ชัดเจน สามารถติดตามผลการรักษา และผลการให้ความช่วยเหลือที่ได้ให้ไปแล้ว เช่น สนับสนุนเบี้ยยังชีพประจำวัน อุปกรณ์เครื่องช่วย ความพิการ รวมทั้งสามารถประสานเชื่อมโยงงานกับเครือข่ายในชุมชนและสังคม ร่วมกันดูแลคน พิการ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด เป็นต้น

3) การฟื้นฟูทางด้านอาชีพ โดยบทบาทของ อสม. ในการฟื้นฟูจะเน้นการ นำอาชีพที่มีอยู่ในชุมชน เช่น การปลูกผักสวนครัว การประมง เป็นต้น โดย อสม. จะคอยเป็นที่ปรึกษา คำแนะนำ หรือเป็นผู้ประสานงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4) การฟื้นฟูทางด้านสังคม โดย อสม. จะฝึกผู้พิการให้เข้ามามีส่วนร่วม ในชุมชนตามงาน ประเพณีต่างๆ ในชุมชน เช่น งานบุญในชุมชน งานโรงเรียน ให้ผู้พิการออกแสดง คนตรี ตามความสามารถของตนเอง

สำหรับในอำเภอละงู ได้มีการจัดอบรมให้ความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ การ ดูแลผู้พิการในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่ผู้พิการควรจะได้รับแก่ อสม. มาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจัดโดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในโรงพยาบาลและสถานีอนามัย กิจกรรมในการ จัดอบรมจะเน้นการปฏิบัติจริงและมีการติดตาม ประเมินผลเป็นระยะ อสม. ที่ได้รับการอบรม ได้มี การนำความรู้ที่ได้จากการอบรมมาใช้ โดยการออกเยี่ยมบ้านร่วมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่าย ซึ่ง อสม. จะเป็นแกนนำสำคัญ ในการค้นหา ติดตาม กระตุ้นผู้พิการ ญาติและผู้ดูแลในการฟื้นฟู สมรรถภาพร่างกาย รวมทั้งประสานหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินการช่วยเหลือผู้พิการ ด้านอื่นๆ ที่ผู้พิการพึงได้รับ เช่น มีการประสานงานกับ หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัดสตูล หน่วยงานส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินการขึ้นทะเบียนผู้พิการ การได้รับค่าครองชีพ การดำเนินการซ่อมแซมบ้าน การประกอบอาชีพและการศึกษาเล่าเรียน เป็นต้น

3. นโยบายและการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ

3.1 นโยบายที่เกี่ยวข้องด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ (แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ 2549: 1-14) ซึ่งประกอบด้วย นโยบายด้านผู้พิการและกฎหมายด้านผู้พิการที่เกี่ยวข้อง

3.1.1 นโยบายด้านผู้พิการ

แนวคิดและนโยบายที่กำหนดการดำเนินด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการอยู่บนพื้นฐานของสิทธิสำหรับผู้พิการ และภายใต้บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ที่กำหนดสิทธิพื้นฐานการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้พิการ และการได้รับการช่วยเหลือจากรัฐอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกับคนทั่วไปและมาตรา 30 บัญญัติไว้ว่า บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย และได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติไม่เป็นธรรมต่อบุคคลและเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องสภาพทางกายหรือสุขภาพจะกระทำมิได้ มาตรา 54 ระบุว่าบุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพ มีสิทธิทั่วถึงและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวก และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ และมาตรา 80 บัญญัติไว้ว่ารัฐต้องสงเคราะห์ผู้พิการหรือทุพพลภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ นอกจากนี้คนพิการยังอยู่ในกระแสการพัฒนาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554 ทั้งนี้ส่งเสริมให้ผู้พิการได้รับโอกาสและสิทธิในการรับความช่วยเหลือการพัฒนา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม จากกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการโดยตรง คือ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ พ.ศ. 2550 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องตลอดจนสิทธิในการได้รับการศึกษาตามพระราชบัญญัติศึกษา โดยกำหนดให้ผู้พิการมีสิทธิทางการศึกษาในเรื่อง

- 1) ได้รับการศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตั้งแต่แรกเกิดหรือพบความพิการจนตลอดชีวิตพร้อมทั้งได้รับเทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก
- 2) เลือกบริการทางการศึกษา สถานศึกษา ระบบและรูปแบบทางการศึกษา โดยคำนึงถึงความสามารถ ความสนใจ ความถนัดและความจำเป็นพิเศษของบุคคลนั้น
- 3) ได้รับการศึกษาที่มีมาตรฐานและประกันคุณภาพการศึกษา รวมทั้งการจัดหลักสูตรกระบวนการเรียนรู้ การทดสอบทางการศึกษา

3.1.2 กฎหมายด้านผู้พิการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตความพิการและอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิผู้พิการ

- 1) พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตความพิการ พ.ศ.2550

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตความพิการ พ.ศ. 2550 มีเจตนารมณ์ เพื่อกำหนดแนวทางและปรับปรุงวิธีการในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ

ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นและกำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองผู้พิการ เพื่อมิให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมเพราะเหตุสภาพทางกายหรือสุขภาพ รวมทั้งให้ผู้พิการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก ตลอดจนให้รัฐต้องสงเคราะห์ผู้พิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ โดยมีสาระสำคัญดังนี้

- (1) จัดตั้งสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการแห่งชาติ โดยเลขาธิการสำนักงานมีฐานะเทียบเท่าอธิบดี
- (2) การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อผู้พิการจะกระทำมิได้
- (3) ผู้พิการอาจยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวผู้พิการเพื่อการขอรับสิทธิประโยชน์ต่างๆ
- (4) ให้นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการ และหน่วยงานของรัฐ รับผู้พิการเข้าทำงานตามลักษณะของงานในอัตราส่วนที่เหมาะสมกับลูกจ้างอื่น
- (5) ให้มีการลดหย่อนภาษีแก่ผู้พิการและผู้ดูแลผู้พิการ
- (6) ผู้พิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การศึกษา อาชีพ การยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม
- (7) มีผู้แทนผู้พิการเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการแห่งชาติจำนวนเจ็ดคน เพื่อทำหน้าที่บริหารให้เป็นไปตามกฎหมายนี้
- (8) จัดตั้งกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ เพื่อเป็นทุนสำหรับการใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ การส่งเสริมและการดำเนินงานด้านการสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้พิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ การศึกษาและการประกอบอาชีพของผู้พิการ

2) อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิผู้พิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities) หรือ CRPD

เป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่คุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้พิการอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีเมื่อวันที่ 29 ก.ค. 2551 โดยบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 82 กำหนดให้รัฐต้องปฏิบัติตามสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนที่ประเทศไทยเป็นภาคี รวมทั้งตามพันธกรณีที่ได้กระทำไว้กับนานาประเทศและองค์การระหว่างประเทศ สำหรับสาระสำคัญของอนุสัญญาในส่วนคุ้มครองสิทธิผู้พิการด้านบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยจัดให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้พิการในระดับคุณภาพและได้มาตรฐาน และเป็นบริการที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย จัดให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้พิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับ

ความพิการ รวมทั้งการวินิจฉัยโรคและเข้าช่วยเหลือในระยะแรกอย่างเหมาะสม การจัดบริการอย่างน้อยที่สุด คือ การป้องกันไม่ให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้น

3.2 กรอบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดความหมายของ “การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ” หมายถึง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ การจัดสวัสดิการ การส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้ผู้พิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป มีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพภายใต้สภาวะแวดล้อมที่ผู้พิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ และได้กำหนดความหมายของ “การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ” หมายถึง การสร้างเสริมสมรรถภาพหรือความสามารถของผู้พิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพที่มีอยู่เดิมไว้ จากความหมายดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการเกี่ยวข้องกับเรื่องต่างๆ ดังนี้

3.2.1 การคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ เช่น การดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคม การส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้ผู้พิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ

3.2.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ เช่น การดำเนินงานเกี่ยวกับการเสริมสร้างสมรรถภาพให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพที่มีอยู่เดิมไว้ โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ การศาสนา สังคม หรือกระบวนการอื่นใด เพื่อให้ผู้พิการได้มีโอกาสทำงาน

3.2.3 การส่งเสริมการศึกษาและการประกอบอาชีพของผู้พิการ เช่น สนับสนุนเกี่ยวกับการจัดการศึกษาและฝึกอาชีพ การมีงานการส่งเสริมประกอบอาชีพ

3.2.4 การส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการ เช่น การสนับสนุนให้มีการจัดตั้ง การดำเนินงาน การสร้างความเข้มแข็งขององค์กรด้านผู้พิการ ทั้งในส่วนขององค์กรผู้พิการ หรือหน่วยงานที่ทำงานเพื่อผู้พิการ การเสริมสร้างเครือข่ายในทุกระดับ

3.2.5 การส่งเสริมและการดำเนินงานด้านการสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้พิการ เช่น การดำเนินงานเกี่ยวกับการสนับสนุนเรื่องมืออุปกรณ์ หรือเครื่องช่วยความพิการ การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การมีผู้ช่วยผู้พิการ มีเบี้ยความพิการ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้พิการ เป็นต้น

3.3 การดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการจังหวัดสตูล (แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ จ.สตูล 2552: 1-16)

จังหวัดสตูลได้ดำเนินการจดทะเบียนผู้พิการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2537 มีผู้พิการจำนวน 3,415 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 30 เมษายน 2552) อำเภอเมือง มีผู้พิการจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือ อำเภอละงู อำเภอกวนการหลง อำเภอท่าแพ อำเภอกวนโดน อำเภอทุ่งหว้า และอำเภอมะนัง ตามลำดับซึ่งสอดคล้องกับจำนวนประชากรของจังหวัด ผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีเป็น

จำนวนมากที่สุด รองลงมา คือ พิการทางสถิติปัญหาหรือการเรียนรู้ พิการทางการได้ยินสื่อความหมาย พิการทางการมองเห็น พิการช้าช้อน และพิการทางจิต ตามลำดับ ผู้พิการชายมากกว่าผู้พิการหญิง

ปัญหาการดำเนินงานด้านผู้พิการ ใน อำเภอละยูง จังหวัดสตูล

สำหรับปัญหาในการดำเนินงานด้านผู้พิการ ในอำเภอละยูง จังหวัดสตูล มีหลายด้าน ซึ่งประกอบด้วย ด้านการจัดสวัสดิการสังคม ด้านการศึกษา ด้านการดำเนินงานสาธารณสุข ด้านการฝึกอาชีพและการจ้างงาน

ปัญหาการดำเนินงานด้านการจัดสวัสดิการสังคม

1. บุคลากรที่ทำงานด้านผู้พิการของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสตูลมีจำนวนน้อยและมีภารกิจหลายด้าน
2. งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐและเอกชนไม่เพียงพอและสอดคล้องกับจำนวนผู้พิการ
3. หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการน้อย
4. หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนให้ความสำคัญกับการจัดตั้งอำนวยการความสะดวกแก่ผู้พิการน้อย
5. ขาดแคลนล่ามภาษามือ
6. ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขาดความตระหนักในบทบาทหน้าที่การมีส่วนร่วมเพื่อช่วยเหลือผู้พิการในชุมชน
7. ผู้พิการและครอบครัวยังไม่เข้าใจและให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ปัญหาการดำเนินงานด้านผู้พิการด้านการศึกษา

1. บุคลากรทางด้านการศึกษาพิเศษไม่เพียงพอในการให้ความช่วยเหลือฟื้นฟู
2. สภาพพื้นที่เป็นเกาะ บางพื้นที่ห่างไกล ทำให้การช่วยเหลือฟื้นฟูไม่ต่อเนื่อง
3. ครูในโรงเรียนร่วมไม่มีครูทางด้านการศึกษาพิเศษแต่มีเด็กที่มีปัญหาด้านการเรียนค่อนข้างมาก

ปัญหาการดำเนินงานสาธารณสุข

1. บุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะทางด้านผู้พิการ มีจำนวนน้อย
2. งบประมาณที่ดำเนินงานด้านผู้พิการไม่เพียงพอ
3. ผู้พิการและครอบครัวขาดความตระหนักในการพิทักษ์สิทธิด้านสาธารณสุข
4. สถานพยาบาลขาดล่ามภาษามือในการสื่อสารกับผู้พิการ

ปัญหาการดำเนินงานด้านการฝึกอบรมและการจ้างงาน

1. ไม่มีศูนย์ฝึกอบรมผู้พิการในจังหวัด และไม่มีหน่วยงานที่จัดฝึกอบรมให้ผู้พิการ โดยเฉพาะ

2. ผู้พิการและครอบครัวไม่กระตือรือร้นที่จะทำงานและฝึกอบรม
3. หน่วยงานภาครัฐและเอกชนไม่เปิดโอกาสรับผู้พิการเข้าทำงาน

ความต้องการของผู้พิการในด้านต่างๆ

1. เบี้ยยังชีพผู้พิการครบทุกคน
2. เครื่องช่วยความพิการ ภายอุปกรณ์
3. ฝึกอบรมในชุมชน
4. เงินทุนประกอบอาชีพ
5. มีงานทำ
6. จัดหาสถานศึกษา ทุนการศึกษา
7. หน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชนมีสิ่งอำนวยความสะดวก
8. คนในสังคมมีเจตคติที่ดีต่อผู้พิการ
9. ผู้พิการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม
10. เงินสงเคราะห์ครอบครัว
11. ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

4. ทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจในการทำงาน

ทฤษฎีการจูงใจมีการกล่าวถึงปัจจัยจูงใจหลายๆ ทฤษฎี แต่สำหรับการจูงใจในการทำงานมีทฤษฎีที่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขกันมากคือ ทฤษฎีจูงใจของเฮิร์ซเบิร์ก โดยมีสาระสำคัญดังนี้

ทฤษฎีจูงใจของเฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg Frederick et al, 1990 อ้างถึงใน วีระวัฒน์ หมั่นมา 2550: 23 – 25) ซึ่งบางครั้งใช้ชื่อว่าทฤษฎี 2 ปัจจัยหรือทฤษฎีปัจจัยจูงใจ-ปัจจัยค้ำจุน (The Motivation - hygiene factors theory or Two-factor theory) ได้สรุปความว่า ความต้องการของคนในองค์กรหรือการจูงใจจากการทำงานว่า ความพอใจในงานที่ทำและความไม่พอใจในงานไม่ได้มาจากปัจจัยกลุ่มเดียวกัน แต่มีสาเหตุมาจากปัจจัยสองกลุ่มคือปัจจัยจูงใจ (Motivation factor) กับปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยอนามัย (Hygiene factors) ซึ่งแสดงรายละเอียดของแต่ละปัจจัยไว้ดังนี้

4.1 ปัจจัยจูงใจ (Motivation factor) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับงานและความสำเร็จของงานโดยตรง คือมีความสัมพันธ์โดยตรงกับแรงจูงใจภายในที่เกิดจากงานที่ทำ (Job content) ถ้ามีอยู่ก็จะเป็นสิ่งจูงใจหรือที่ทำให้เกิดความพอใจในงานที่ทำอย่างมาก ผู้ปฏิบัติงานเกิดแรงจูงใจ ตั้งใจทำงานจนสุดความสามารถและช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของงานได้ แต่ถ้าขาดจะเป็นสาเหตุให้ความพอใจงานที่ทำ ปัจจัยเหล่านี้มีอยู่ 5 ชนิด ได้แก่

4.1.1 ความสำเร็จของงาน (Achievement) หมายถึง การที่บุคคลสามารถทำงานได้เสร็จสิ้นและประสบผลสำเร็จอย่างดี ความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ การรู้จักป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นและการแสดงสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ส่งผลให้เห็นผลงานของบุคคล

4.1.2 ลักษณะของงาน (Work itself) หมายถึง ความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีของบุคคลที่มีต่อลักษณะของงานว่า งานนั้นเป็นงานที่น่าเบื่อหน่าย ทำทลายความสามารถก่อให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์หรือเป็นงานที่ง่ายหรือยาก

4.1.3 การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับนับถือ ไม่ว่าจากผู้บังคับบัญชา กลุ่มเพื่อน บุคคลในหน่วยงานหรือจากบุคคลอื่นโดยทั่วไป ซึ่งการยอมรับนี้อาจจะแสดงออกในรูปของการยกย่องชมเชย

4.1.4 ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานใหม่ๆ และมีอำนาจในการรับผิดชอบอย่างเต็มที่

4.1.5 โอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน (Advancement) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสถานะหรือตำแหน่งของบุคคลในองค์กร แต่ในกรณีที่บุคคลย้ายตำแหน่งจากแผนกหนึ่งไปอีกแผนกหนึ่งโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะ ถือเป็นเพียงการเพิ่มโอกาสให้มีความรับผิดชอบงานมากขึ้น แต่ไม่ใช่เป็นความก้าวหน้าในตำแหน่งงานอย่างแท้จริง

4.2 ปัจจัยค่าจูงหรือปัจจัยอนามัย (Hygiene factors) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับสิ่งแวดล้อมภายนอกงาน (Job context) เป็นปัจจัยที่ป้องกันความไม่พอใจในงานอันจะทำให้คนทำงานได้ปกติในองค์กรเป็นเวลานาน ปัจจัยเหล่านี้ถือว่าไม่ได้เป็นสิ่งจูงใจให้คนทำงานมากขึ้น แต่มีส่วนช่วยให้คนทำงานได้สุขสบายมากขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้คนผละงาน ถ้าปัจจัยนี้ไม่มีในงานหรือจัดไว้ไม่ดีจะทำให้ขวัญของคนทำงานไม่ดี ปัจจัยเหล่านี้มีอยู่ 8 ชนิด เฮิร์ซเบอร์ก (Herzberg, 1993: 46-49)

4.2.1 เงินเดือนและค่าตอบแทน (Salary and compensation) หมายถึง การได้รับเงินเดือนหรือค่าตอบแทนที่เหมาะสม

4.2.2 ความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน (Interpersonal relation) ได้แก่ การติดต่อพบปะกันไม่ว่าจะเป็นกริยาหรือวาจาที่แสดงถึงความสัมพันธ์อันดีต่อกันกับผู้บังคับบัญชา (Superior) ผู้ใต้บังคับบัญชา (Subordinate) และเพื่อนร่วมงาน (Peers)

4.2.3 สถานะของอาชีพ (Status) หมายถึง ลักษณะของสถานะที่เป็นองค์ประกอบทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่องาน เช่น การมีเลขานุการ การมีรถประจำตำแหน่ง การมีอภิสิทธิ์ต่างๆ

4.2.4 นโยบายและการบริหารงาน (Policy and administrations) หมายถึง การจัดการและการบริหารองค์การ เช่น การให้อำนาจแก่บุคคลในการให้เขาดำเนินงานได้สำเร็จ รวมถึงการติดต่อภายในองค์กร นั่นคือนโยบายขององค์การจะต้องเป็นที่แน่ชัดเพื่อให้บุคคลดำเนินงานได้ถูกต้อง

4.2.5 สภาพการทำงาน (Working conditions) หมายถึง สภาพทางกายภาพอันได้แก่ แสง การถ่ายเทอากาศ อุปกรณ์หรือเครื่องมือต่างๆ สิ่งแวดล้อมอื่นๆ รวมทั้งปริมาณ ตลอดจนเครื่องอำนวยความสะดวกในการทำงาน

4.2.6 ความมั่นคงในงาน (Job security) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีผลต่อความมั่นคงของงาน เช่น ระยะเวลาของงาน (Tenure) ความมั่นคงหรือไม่มั่นคงขององค์การหรือไม่

4.2.7 วิธีการปกครองบังคับบัญชา (Supervision-technical) หมายถึง ความรู้ความสามารถของผู้บังคับบัญชาในการดำเนินงาน หรือความยุติธรรมในการบริหารงาน อาจรวมถึงความเต็มใจ หรือไม่เต็มใจของผู้บังคับบัญชา ในการที่จะให้คำแนะนำหรือมอบหมายความรับผิดชอบต่างๆ ให้แก่ลูกน้อง

4.2.8 ลักษณะบางประการของงานที่ส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว (Factor in personal life) ทำให้บุคคลมีความรู้สึกอย่างใดอย่างหนึ่งต่องานของเขา เช่น ถ้าองค์การต้องการให้บุคคลย้ายที่ทำงานใหม่ อาจจะไกลและทำให้ครอบครัวลำบาก

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำเฉพาะปัจจัยจูงใจ (Motivation factor) ของ เฮอริชเบอร์ก มาเป็นแนวทางในการศึกษาซึ่งได้แก่ ความสำเร็จของงาน ความพึงพอใจและภาคภูมิใจ การได้รับการยอมรับยกย่องนับถือ ลักษณะงาน เพราะ เฮอริชเบอร์ก พบว่า องค์ประกอบเหล่านี้มีผลกระตุ้นให้คนทำงานมีความพึงพอใจอยากทำงานมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพของงานสูงหรือต่ำลง ส่วนปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) นั้นเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเงินเดือน การบังคับบัญชา การบริหารงาน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขไม่ได้รับเงินเดือนและการบังคับบัญชาโดยตรง จึงไม่ได้นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

นอกจากแนวคิดและทฤษฎีที่กล่าวมา สรุปได้ว่า ปัจจัยจูงใจน่าจะเป็นปัจจัยอย่างหนึ่ง ที่สร้างแรงขับให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความต้องการและอยากปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตามแม้อาสาสมัครสาธารณสุขจะมาจากพื้นฐานการเสียสละ อุทิศตนเพื่อสังคมและส่วนรวม โดยการอาสาเป็นตัวแทนของคนในชุมชนเพื่อดูแลสุขภาพของคนทั้งหมู่บ้าน แต่พื้นฐานของมนุษย์ย่อมต้องการทำงานในสิ่งที่ทำให้ตนพึงพอใจมีความภาคภูมิใจ เช่น การยอมรับ การยกย่องชื่นชมจากคนอื่น ๆ ด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตามเรื่องค่าตอบแทน เบี้ยเลี้ยงในการทำงานซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยจูงใจได้นำไปเป็นตัวแปรหนึ่งในปัจจัยการได้รับการสนับสนุน

5. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากการศึกษาทางจิตวิทยาสังคม จึงจัดเป็นวิธีการสำคัญของการป้องกันและควบคุมปัญหา รวมถึงเป็นการส่งเสริมการช่วยเหลือกันระหว่างบุคคลกับสมาชิกของครอบครัว กลุ่ม ชุมชน องค์กรต่างๆ ซึ่งในเวลาที่ผ่านมามีการศึกษาผลกระทบของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของมนุษย์ในรูปแบบต่างๆ ก่อให้เกิดแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมหลายรูปแบบ ที่มีความแตกต่างกันและความสอดคล้องกัน ผู้วิจัยจึงได้นำการสนับสนุนทางสังคมมาเป็นตัวแปรหนึ่งในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอละงู จังหวัดสตูล การสนับสนุนด้านต่างๆ ที่ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขนั้นสามารถตอบสนองความต้องการและพัฒนาได้ตรงประเด็นหรือไม่ อย่างไร สำหรับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในที่นี้จะกล่าวถึงความหมายของการสนับสนุน ประเภทของการสนับสนุน ระดับของแรงสนับสนุนดังต่อไปนี้

5.1 ความหมายของการสนับสนุน

องค์การอนามัยโลก (WHO อ้างถึงใน ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ 2541: 23) ได้นิยามการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความช่วยเหลือจากชุมชนที่มีต่อบุคคลและกลุ่มในชุมชนนั้นๆ

วรัญญา บุญอินทร์ (2541: 37) ได้สรุปความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล และบุคคลกับเครือข่ายทางสังคมปริมาณความถี่ของการปฏิสัมพันธ์กันและรวมถึงหน้าที่ของเครือข่ายสังคมนั้นๆ ว่ามีหน้าที่ช่วยเหลือสนับสนุนทางด้าน จิตใจ ความหวังใจ ความรัก การให้วัสดุสิ่งของ และการแลกเปลี่ยนข่าวสาร

สุดฤทัย เตชะไตรภพ (2541: 42) สรุปว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มคนที่ติดต่อสัมพันธ์กันในด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูล ข่าวสาร

ความรู้จากสื่อในรูปแบบต่างๆ หรือความช่วยเหลือ คำปรึกษาแนะนำ รวมไปถึงการสนับสนุนในด้านการยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่าในสิ่งที่เขาปฏิบัติเพื่อที่จะทำให้เขามีกำลังใจ และจำทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดได้ในระยะอันสั้น

กฤติยาพร โยโนนาค (2542: 52) ให้ความหมายไว้ว่า การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ในสังคม ทั้งด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงาน หรือวัตถุสิ่งของต่างๆ ซึ่งบุคคลในสังคมนั้น คือสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ได้รับการสนับสนุนเกิดความผูกพันเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

เพนเดอร์ (Pender, 2000: 396) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ การเป็นที่รักและนับถือ รวมทั้งการมีคุณค่าเป็นที่ต้องการสำหรับบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบสังคมนั้น เป็นผู้ให้กำลังใจ สนับสนุนทางด้านจิตใจ วัตถุ ข่าวสาร คำแนะนำ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

ทอยส์ (Thoits, 2001: 145-159) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม สิ่งของข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและความเครียดได้

จากความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ในที่นี้ขอสรุปความหมายของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ อสม. ได้รับการช่วยเหลือ ได้รับการสนับสนุนในรูปแบบต่างๆ จากภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงการช่วยเหลือเกื้อกูลต่างๆ ทั้งวัสดุอุปกรณ์ ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ กำลังใจ ส่งผลให้อสม. สามารถปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายได้อย่างเต็มที่ สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ได้ตามต้องการ เกิดความพึงพอใจ ส่งผลให้การดำเนินงานและปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ

5.2 ประเภทของการสนับสนุน

จาคอบสัน (Jacobson, 2000: 252 อ้างถึงใน ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ 2541: 25) แบ่งการสนับสนุนเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลเกิดความสบายใจ ได้แก่ การยกย่องนับถือ ความรักความเอาใจใส่ และการให้ความมั่นใจ
2. การสนับสนุนทางสติปัญญา (Cognitive Support) ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ที่จะช่วยให้บุคคลได้เข้าใจสิ่งต่างๆ จนสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Materials Support) ได้แก่ การให้ทางด้านสิ่งของและบริการที่จะช่วยแก้ปัญหาได้

เฮาส์ (House อ้างถึงใน อารีรัตน์ ตโนภาส 2541: 50-51) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม 3 ประเภท ดังนี้

1. สนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) ได้แก่ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การให้ความรักความผูกพันต่อกัน การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือนและการเห็นคุณค่าที่เกี่ยวข้องกัน

2. การสนับสนุนโดยการให้ประเมินผล (Appraisals Support) การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเห็นพ้อง การให้การรับรองหรือการรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมา เพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ และทำให้รู้สึกเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่น

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ได้แก่ แรงงาน เงิน เวลา

5.3 ระดับของแรงสนับสนุน

กอทท์ลิป (Gottlieb, 2000 อ้างถึงใน สมทรง รักษ์เผ่า และสรงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์ 2540: 44-45) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

5.3.1 ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการเข้าร่วมหรือมีส่วนร่วมในสังคมที่วัดจากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจและการดำเนินชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้ามามีกิจกรรมต่างๆ ที่เขาอาศัยอยู่

3.5.2 ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด การสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์และการยกย่อง

3.5.3 ระดับแคบ (Micro Level) เป็นระดับความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด เชื่อว่า คุณภาพของความสัมพันธ์ที่มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ คือ ขนาดจำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์หรือโครงสร้างของเครือข่าย เช่น สามี ภรรยา สมาชิกในครอบครัว การสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ ให้การสนับสนุนทางจิตใจ ทางอารมณ์ การแสดงความรัก ความห่วงใย

จากแนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดทั้งของเฮาส์ และจากอบสัน นำมาใช้ร่วมกัน เพื่อเป็นแนวทางที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยด้านการสนับสนุนในการดำเนินงานที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับจากบุคคลในครอบครัว ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่

สาธารณสุขหรือจากหน่วยงานต่างๆ ให้การสนับสนุนในการดำเนินงานใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านเงิน ค่าตอบแทน เช่น เบี้ยประชุม เบี้ยเลี้ยงในการปฏิบัติงาน 2) ด้านสิ่งของ เช่น วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดำเนินงาน 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น ได้รับการช่วยเหลือเรื่องความรู้ การฝึกอบรม นิเทศ ติดตามหรือการให้คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในอำเภอละงู จังหวัดสตูล อย่างไร เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินการสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

6. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

แมคคอร์มิก และไลเกน (McCormick & Ligen, 2005) ได้กำหนดแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ดังนี้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล ประกอบด้วย

6.1 ลักษณะส่วนบุคคล

6.1.1 ลักษณะประชากร ได้แก่ ตัวแปรที่ช่วยให้เห็นถึงภูมิหลังของบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานะทางเศรษฐกิจ สังคม สถานที่อยู่อาศัย ขนาดของครอบครัว ตลอดจนสิ่งอื่นๆ ที่คล้ายคลึงกัน

6.1.2 ความรู้ ความสามารถ เป็นสิ่งหนึ่งที่สำคัญในการพิจารณาเลือกคนเพื่อมาปฏิบัติงาน ความรู้ ความสามารถเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่สามารถกระตุ้นให้เกิดความพยายามในการทำงาน เป็นแรงจูงใจขั้นต้นที่มีผลกระทบต่อไหวพริบของบุคคลที่เอาชนะสภาพแวดล้อมได้ บุคคลที่รู้สึกว่ามีความรู้ ความสามารถในงานของเขา สามารถคาดได้ว่าเขาจะทำงานอย่างจริงจัง

6.1.3 ลักษณะทางจิตวิทยา เป็นการแสดงแนวโน้มของพฤติกรรมแต่ละบุคคลที่จะเกิดขึ้น และมีอิทธิพลค่อนข้างถาวรต่อพฤติกรรม ลักษณะทางจิตวิทยาเหล่านี้ เช่น ทักษะคิด การรับรู้ ความต้องการ และบุคลิกภาพ เป็นต้น

6.2 ความพยายามในการทำงาน ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงความปรารถนาที่จะปฏิบัติงาน นั่นคือ ต้องมีแรงจูงใจที่จะทำงานเป็นแรงผลักดันภายในตัวบุคคลที่มีผลโดยตรงและคงไว้ซึ่งความพยายามในการทำงาน

6.3 การสนับสนุนจากองค์กร ในการปฏิบัติงานของบุคคล จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์กรที่ปฏิบัติอยู่ บุคคลที่มีลักษณะบุคคลตรงกับความต้องการงานและได้รับการจูงใจในระดับสูง อาจไม่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ดี หากได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอจากหน่วยงาน หรือที่เรียกว่าข้อจำกัดด้านสถานการณ์ เช่น ขาดเวลาที่จะทำงาน งบประมาณ เครื่องมือเครื่องใช้ และ

วัตถุประสงค์ไม่เพียงพอ ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับงานไม่ชัดเจน ระดับความคาดหวังของผลการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม ขาดอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับงาน ขาดการช่วยเหลือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ไม่ยืดหยุ่น เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลการปฏิบัติงานของบุคคล

สรุปได้ว่า ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้แนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเป็นแนวทางในการอธิบายว่าปัจจัยใดที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน คือ ลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส ศาสนา ระยะเวลาการเป็น อสม. และการได้รับการฝึกอบรม เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ปัจจัยเชิงจิตในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ด้านความสำเร็จของงาน ด้านการยอมรับนับถือ ด้านลักษณะงาน ด้านความรับผิดชอบ ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง และปัจจัยด้านการสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ ปัจจัยสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สอ.และรพ.) จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลและ อบต.) และจากชุมชน (ประชาชน)

7. แนวคิดของการมีส่วนร่วม

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านมาในอดีต รัฐบาลพยายามที่จะส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมและดำเนินกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองตลอดมาจนถึงปัจจุบัน โดยที่กิจกรรมต่างๆ จะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของประชาชนในชุมชนนั้นๆ งานสาธารณสุขจะต้องมีความยืดหยุ่นในการแก้ไขปัญหา นำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาของแต่ละพื้นที่ เพราะฉะนั้นจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชนหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมเป็นตัวแทนในการดำเนินงานร่วมกันแบบบูรณาการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชุมชน ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งในการนำไปสู่การแก้ไขปัญหาทางด้านสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี ก่อให้เกิดการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขที่ยั่งยืนเกิดชุมชนเข้มแข็งได้ โดยรัฐเป็นเพียงพี่เลี้ยงหน่วยสนับสนุน กระตุ้นให้ชุมชนเกิดแนวคิดในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เพื่อให้ตรงกับความต้องการของชุมชนได้มากที่สุด

7.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2542: 40) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนว่า หมายถึง การที่ชุมชนนั้นเป็นเจ้าของเรื่องในการแก้ไขปัญหาของชุมชนเอง ตั้งแต่ด้านการเตรียมเจ้าหน้าที่ เตรียมชุมชน การฝึกอบรม ตลอดจนติดตามการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ประชาชนรู้สึกว่าเป็นเจ้าของและเข้ามามีส่วนร่วมในด้านกำลังคน กำลังเงินและวัตถุประสงค์ต่างๆ

รุ่งทรัพย์ มั่นคง (2542: 12) อธิบายว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการที่ครอบคลุม เข้าไปร่วมรับผิดชอบเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว

และชุมชน ในกระบวนการค้นหาปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผนกิจกรรม ตลอดจนการสนับสนุนสิ่งต่างๆ

สุริย์ ตันท์ศรีสุโรจน์ (2543: 8) ได้สรุปถึงการมีส่วนร่วมว่าเป็นการร่วมมือร่วมปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นปัจเจกบุคคลหรือของกลุ่ม

Hay (2001: 285-294) ได้ให้นิยามการเข้าไปมีส่วนร่วมในทางสังคมว่าเป็นการเข้าไปมีส่วนร่วมด้วยความสมัครใจ ในลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มคนต่อกลุ่มคน ระหว่างกลุ่มต่อกลุ่ม ซึ่งถือเป็นส่วนประกอบของกิจกรรมของกลุ่มนั้นๆ อาจจะเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ

7.2 แนวความคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการที่จะพัฒนาครอบครัว กลุ่มละแวกบ้าน ชุมชน ตลอดจนสังคมนั้นให้มีการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ให้เจริญก้าวหน้าขึ้น นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2543: 183) กล่าวว่า เกิดจากแนวความคิดที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. ความสนใจห่วงกังวลร่วมกัน ซึ่งเกิดจากความสนใจและความกังวลซึ่งบุคคลบังเอิญเห็นพ้องต้องกัน กลายเป็นความสนใจและห่วงกังวลร่วมกันของส่วนรวม
2. ความเดือดร้อนและความไม่พึงพอใจร่วมกัน ที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ณ นั้น ผลักดันให้พุ่งไปสู่การรวมกลุ่ม วางแผนและลงมือกระทำร่วมกัน
3. การตกลงใจร่วมกันที่จะเปลี่ยนแปลงกลุ่มหรือชุมชนไปในทิศทางที่ปรารถนา การตัดสินใจร่วมกันนี้จะต้องรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดความคิดริเริ่มการกระทำที่จะตอบสนองความเห็นของคนส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้น

ไพรัตน์ เจริญมิตร (2544: 6) ได้เสนอหลักการและแนวทางพัฒนาให้เกิดการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. ยึดหลักความต้องการและปัญหาของประชาชนเป็นจุดเริ่มต้นของกิจกรรม ถ้าหากกิจกรรมที่จะนำไปให้ประชาชนเป็นเรื่องใหม่ต้องใช้เวลาในการกระตุ้นเร่งเร้าความสนใจให้ความรู้ความเข้าใจจนประชาชน ยอมรับความจำเป็นและประโยชน์ในการที่จะดำเนินกิจกรรมเหล่านั้น
2. กิจกรรมต้องดำเนินการในลักษณะกลุ่ม เพื่อสร้างกลุ่มในการรับผิดชอบร่วมกัน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม ปลูกฝังทัศนคติและพฤติกรรมที่เห็นแก่ส่วนรวม ทำงาน เสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว
3. แนวทางในการพัฒนากิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ต้องคำนึงถึงขีดความสามารถของประชาชนที่รับดำเนินการต่อไปได้ไม่ต้องพึ่งพาภายนอก เฉพาะในระยะเริ่มแรกต้องไม่ทุ่มเท ในลักษณะการให้เปล่าโดยสิ้นเชิง ต้องทำให้ประชาชนเกิดความสำนึกเป็นเจ้าของกิจกรรม และต้อง

สามารถทำต่อไปได้เมื่อการช่วยเหลือจากภายนอกสิ้นสุดลง การช่วยตนเองและการพึ่งตนเองเป็น
หลักสำคัญที่ต้องเริ่มแต่ต้น

4. กิจกรรมพัฒนาที่นำเข้าไปในชุมชน ต้องสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ความพร้อม
ของชุมชน ซึ่งหมายรวมถึงการใช้ทรัพยากรชุมชนจะต้องสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมประเพณีและ
วัฒนธรรมของชุมชน

5. การเริ่มต้นกิจกรรมต้องอาศัยผู้นำชุมชน ซึ่งหมายถึง ผู้นำตามธรรมชาติที่ชาวบ้าน
เคารพนับถือ ผู้นำทางศาสนา ผู้นำที่ได้รับการเลือกตั้งหรือแต่งตั้งจากทางราชการ เพื่อเป็นผู้บุกเบิก
และชักนำชาวบ้านต่อไป ผู้นำชุมชนโดยทั่วไปจะสามารถปรับทัศนคติและการยอมรับสิ่งใหม่ๆ
ได้เร็วกว่า และเป็นผู้ที่ชาวบ้านมีศรัทธาในตัวอยู่แล้ว การเริ่มต้นจากผู้นำจึงไปได้เร็วกว่า และได้รับ
การยอมรับมากกว่าประชาชนทั่วไป

6. ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเริ่มตั้งแต่
ขั้นต้น กล่าวคือ ร่วมค้นหาข้อมูล ร่วมหาสาเหตุของปัญหา ร่วมปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน
ตัดสินใจ ร่วมการปฏิบัติงาน ร่วมติดตามผลงาน จนถึงขั้นการร่วมกันบำรุงรักษาในระยะยาวต่อไป

นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมอาจเกิดจากแนวคิดอื่นๆ ดังต่อไปนี้

1. ความศรัทธาที่มีต่อความเชื่อถือบุคคลสำคัญ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้ประชาชน
มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เช่น การลงแขก การบำเพ็ญประโยชน์ การสร้างโบสถ์วิหาร

2. ความเกรงใจที่มีต่อบุคคลอื่นที่เคารพนับถือหรือมีเกียรติยศ ตำแหน่ง ทำให้
ประชาชนเกิดความเกรงใจที่จะมีส่วนร่วมด้วย ทั้งๆ ที่ยังไม่ศรัทธาหรือความเต็มใจอย่างเต็มเปี่ยม
ที่จะกระทำ เช่น ผู้ใหญ่ออกปากขอแรง ผู้น้อยช่วยแรง เป็นต้น

3. อำนาจบังคับที่เกิดจากบุคคลที่มีอำนาจเหนือกว่า ทำให้ประชาชนถูกบีบบังคับ
ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกระทำต่างๆ เช่น บิบบังคับให้ทำงานเยี่ยงทาส

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2544: 67-70) ความสำคัญของการ
มีส่วนร่วมของประชาชนต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าที่ยั่งยืน
โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณค่าของความเป็นมนุษย์ที่สำคัญยิ่ง การมีส่วนร่วม
ของชุมชนมีแนวคิดหลัก 3 ประการ คือ

1. ชุมชนจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจว่า ควรทำอะไร และทำอย่างไร
2. ชุมชนจะต้องให้ความร่วมมือในการดำเนินการตัดสินใจนั้น
3. ชุมชนพึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมนั้น คือ จะต้องสนองตอบความ
จำเป็นขั้นพื้นฐานของชุมชน

สรุปได้ว่า แนวความคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการพัฒนาชุมชน ซึ่งจะนำพาให้ประชาชนให้เกิดการพึ่งพาตนเอง มีความเชื่อมั่นในการดำเนินงานหรือกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนเพื่อให้ชุมชนได้เกิดการพัฒนาโครงการต่างๆ ทำให้ชุมชนเกิดความสามารถและมีการดำเนินงานในชุมชนที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องตามมา

7.3 กระบวนการระบบและรูปแบบของการมีส่วนร่วม

7.3.1 กระบวนการของการมีส่วนร่วม องค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ (WHO and UNICEF, 2002: 41-49) ได้เสนอรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่ถือว่าเป็นรูปแบบที่แท้จริง หรือ สมบูรณ์นั้น จะต้องประกอบไปด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ

- 1) **การวางแผน** ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดทรัพยากร กำหนดวิธีติดตาม และประเมินผล ประการสำคัญ คือ ต้องมีการตัดสินใจด้วยตนเอง
- 2) **การดำเนินกิจกรรม** ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการจัดสรรควบคุมทางการเงิน และการบริหารจัดการ
- 3) **การใช้ประโยชน์** ประชาชนจะต้องมีความสามารถในการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการยกระดับของการพึ่งตนเองและควบคุมทางสังคม
- 4) **การได้รับประโยชน์** ประชาชนจะต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่เท่าๆ กัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ส่วนตัว สังคม หรือวัตถุก็ได้

7.3.2 ระบบของการมีส่วนร่วม ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์ (2542: 96) ได้เสนอระบบการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ผ่านการพิสูจน์แล้วได้ผลว่า จะต้องประกอบด้วย 3 ส่วน หรือที่เรียกว่า ระบบ 3 ก. คือ

- 1) **องค์การชุมชน** ได้แก่ กรรมการหมู่บ้าน หัวหน้ากลุ่มต่างๆ เป็นแกนกลางในการวางแผน การประเมินผล และการระดมทรัพยากร
- 2) **กำลังคนในชุมชน** ได้แก่ อสม. กลุ่มสตรี กลุ่มเยาวชน ฯลฯ จะได้รับการพัฒนาให้มีความชำนาญเป็นพิเศษ สามารถถ่ายทอดความรู้แก่ชาวบ้านด้วยตนเองได้
- 3) **กิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน** เช่น กองทุนเพื่อระดมเงินในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้ง 3 ส่วน มีความสัมพันธ์กันอย่างลึกซึ้ง ถ้าขาดส่วนใดส่วนหนึ่งไปหรือถ้าส่วนใดส่วนหนึ่งอ่อนแอลง การพัฒนาหมู่บ้านจะสำเร็จได้ยาก

7.3.3 รูปแบบของการมีส่วนร่วม องค์การสหประชาชาติ (United nation, 2000) อ้างถึงใน นิภาภรณ์ หวะสุวรรณ 2543: 18) ได้รวบรวมรูปแบบของการมีส่วนร่วมไว้ 3 รูปแบบใหญ่ คือ

1) การมีส่วนร่วมแบบเป็นไปเอง (spontaneous) เป็นไปเองโดยอาสาสมัคร หรือการรวมตัวกันเองเพื่อแก้ปัญหาของตนเอง เป็นการกระทำที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากภายนอก ซึ่งนับว่าเป็นรูปแบบที่ดี

2) การมีส่วนร่วมแบบชักนำ (induced) เป็นการเข้าร่วมโดยความต้องการ ความเห็นชอบ หรือการสนับสนุนโดยรัฐบาล ซึ่งเป็นรูปแบบทั่วไปของประเทศที่กำลังพัฒนา

3) การมีส่วนร่วมแบบบังคับ (coercive) เป็นผู้มีส่วนร่วมภายใต้การดำเนินการ ตามนโยบายของรัฐ ภายใต้การจัดการของเจ้าหน้าที่รัฐ หรือโดยการบังคับโดยตรง รูปแบบนี้เป็น รูปแบบที่ส่งผลให้ผู้กระทำได้รับผลทันที แต่จะไม่ได้ผลระยะยาว และอาจเกิดผลเสียที่ไม่ได้สนับสนุน จากประชาชนในที่สุด

ชินรัตน์ สมสืบ (2541: 105) ได้เสนอปรัชญาแนวคิด และธรรมชาติของการ มีส่วนร่วมในชุมชน สรุปความได้ว่า ผู้ปฏิบัติงานพัฒนาจะต้องเชื่อว่าประชาชนในชนบทรู้ว่า พวกเขา ต้องการอะไร ประชาชนมีศักยภาพเพียงพอที่จะมีส่วนร่วมในการปรับปรุงชีวิตของตนเอง ประชาชน จะมีความซ่อนเร้น (latent talent) ที่จะค้นหาทั้งทางเลือกของท้องถิ่น (local alternative) และความ เป็นไปได้ต่างๆ จากภายนอก

7.4 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของชุมชน

วนิดา วีระกุล และถวิล เลิกชัยภูมิ (2543: 16) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการ มีส่วนร่วม ดังนี้

7.4.1 ประชาชนตระหนักในปัญหาของตนเอง และตระหนักที่จะมีส่วนร่วมในการ พัฒนาหรือแก้ปัญหาของตนเอง

7.4.2 ประชาชนมีโอกาสใช้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ในรูปของความคิด การตัดสินใจและการกระทำได้อย่างเต็มที่

7.4.3 เป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

7.4.4 ประชาชนจะมีความรู้สึกในความเป็นเจ้าของ ทำให้การพัฒนามีความมั่นคง ประหยัด

7.4.5 จะเป็นการพัฒนาความสามารถและพลังของประชาชนในการพึ่งตนเอง

7.4.6 เป็นการส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย

7.4.7 ประชาชนรับผิดชอบและมีอำนาจสูงสุดในการพัฒนาชุมชนของตนเอง

7.4.8 เป็นการแสดงออกถึงการเคารพนับถือ เชื่อใจ ไว้วางใจ รักและศรัทธาในประชาชน ที่มีความรู้ ความสามารถ

โดยสรุป จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนขององค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ สามารถชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน นั้นคือ อสม. มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงาน การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ โดยเฉพาะการแก้ปัญหาและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในชุมชน ดังนั้น ในการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ในอำเภอละงู จังหวัดสตูล ให้มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน ย่อมขึ้นกับการมีส่วนร่วม ทั้งร่วมคิด ร่วมทำและร่วมแก้ไข ของ อสม. เป็นสำคัญ

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข มีดังนี้

มนัสศรี ไพบูลย์ศิริ (2544: 23) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตเมือง จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า ความรู้มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สราวุธ วลัยชพฤกษ์ (2543: 126) ศึกษาเรื่องศักยภาพของ อสม.ในการวางแผน และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษา มีผล ต่อศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการวางแผนและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในระดับชุมชน

วาริรัตน์ รุ่งเกียรติกุล (2541: 103-112) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขตามการรับรู้ของตนเองและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกับการ ปฏิบัติงานตามบทบาทในศูนย์สุขภาพสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์และสอบถาม พบว่า ปัจจัยด้าน อายุ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ตนตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข

กนกวรรณ มุกดาสนิท (2541: 101) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะ ส่วนบุคคล แรงจูงใจ การรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองของบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การเข้ารับการอบรมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุข มูลฐานในเขตเมือง

ฮาซาลี ม่าห์หมื่น (2541: 10) ได้ศึกษาบทบาทที่ปฏิบัติงานและบทบาทที่คาดหวัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสตูล พบว่า ในบทบาทหน้าที่ปฏิบัติจริง เพศที่ แตกต่างกันของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการปฏิบัติงานด้านการแจ้งข่าวสาร การให้คำแนะนำ การประสานการดำเนินงานสาธารณสุขและงานทุกด้านมีความแตกต่างกัน ส่วนในด้านบทบาทหน้าที่ ที่คาดหวัง เพศที่ต่างกันของอาสาสมัครสาธารณสุข จะพบว่าแตกต่างกันเฉพาะด้านการติดตามการ รักษาพยาบาล และระยะเวลาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยงูใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

พจนีย์ ทวีโกคา (2542: 35) ศึกษาแรงงูใจของอาสาสมัครในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์ ทั้งอาสาสมัครปกติและอาสาสมัครผู้ป่วยจำนวน 20 คน ที่ทำงานในวัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี พบว่าแรงงูใจในการทำงานของอาสาสมัครปกติประกอบด้วย ความต้องการค่าจ้าง ค่าตอบแทนเพื่อการยังชีพ ความศรัทธาในการทำงานของผู้นำ ความต้องการความเคารพยกย่อง ความต้องการช่วยเหลือที่ล่ำบากมากกว่า และความต้องการความสำเร็จ

สำนักคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2540: 21-22) ได้ทำการศึกษาการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย พบว่าสิ่งสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานคือ สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลฟรีทั้งครอบครัว การได้เงินค่าตอบแทนในการอบรมต่อเนื่อง เงินอุดหนุนแก่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนในการศึกษาดูงานและการศึกษาต่อเนื่อง การส่งเสริมการจัดตั้งและพัฒนาชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขในทุกระดับ มีเครื่องแบบที่มีสัญลักษณ์เฉพาะหรือมีเข็มติดกระเป๋าสีเสื้อ มีการประกาศเกียรติคุณเชิดชูเกียรติ มีการจัดประกวดอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นประจำปี มีการเผยแพร่ผลงานที่ประสบความสำเร็จในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขทางสื่อมวลชน แผ่นพับ หรือการประชุมสัมมนา

อุไรวรรณ บุญสาส์นพิทักษ์ (2542: 99) ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่
ของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่าการสนับสนุน

ทางสังคม ได้แก่ การนิเทศงาน การศึกษาดูงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สีสศ เชมะบาล (2542: 37) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชนในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ ความครบถ้วนของวัสดุอุปกรณ์ การได้รับการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน และความคาดหวังของอาสาสมัครสาธารณสุขที่จะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่

พวงเพชร รังสรรค์ลิขิต (2542: 104) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับสิ่งสนับสนุนต่างกัน มีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานไม่ต่างกัน

สุนทร อุทรวีการ ณ อุรุยา (2541: 82-84) ศึกษาปัจจัยเชิงจิตที่มีผลต่อการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่างบประมาณที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ความเพียงพอของงบประมาณ การสนับสนุนด้านความรู้อย่างต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่ ความร่วมมือของประชาชน การให้เกียรติยกย่องนับถือจากประชาชน ความรู้สึกภาคภูมิใจของอาสาสมัครสาธารณสุข ความเพียงพอของการนิเทศ การรับรู้ความสามารถ และทักษะในการให้บริการ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

แสงจันทร์ ศรีทะวงษ์ (2540: 128-129) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่าการได้รับการสนับสนุนด้านเงินทุนและวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่ดำเนินการในศูนย์สุขภาพชุมชน ในจังหวัดร้อยเอ็ด มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

8.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมกับชุมชน

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2549: 28) ศึกษาการศึกษากระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาในการป้องกันโรคไข้หวัดนกในภาวะวิกฤติ จังหวัดนครนายก พบว่า แก่นนำชุมชนส่วนใหญ่มีกระบวนการจัดทำแผนชุมชนในการกำหนดกิจกรรมป้องกันปัญหามากที่สุดร้อยละ 98.4 รองลงมาคือ มีการจัดเวทีประชาคมและมีการมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบ ร้อยละ 97.2

แสงจันทร์ ศรีทะวงษ์ (2540: 128) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการดำเนินงาน ศูนย์สาธิตสาธิตสุขุมวิท โดยอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดำเนินงานในศูนย์สาธิตสาธิตสุขุมวิทชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด ความร่วมมือของชุมชนในทุกกลุ่ม มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงาน

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2540: 9) ที่ทำการศึกษาคำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย พบว่า ยุทธศาสตร์ที่จะนำไปสู่สุขภาพดีถ้วนหน้าที่ยั่งยืน ต้องมีความร่วมมือของประชาชนและชุมชน ซึ่งระดับความร่วมมือนั้นอาจจะเป็นตั้งแต่ระดับการเข้าร่วมให้ข่าวสาร ร่วมทำ ร่วมคิด ร่วมวางแผนและดำเนินการ จนถึงระดับที่พึ่งตนเองได้

8.5 งานวิจัยต่างประเทศ

อาดิซาสมิโต (Adisasmito, 2000: 31-148) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกที่กรุงจาการ์ ประเทศอินโดนีเซีย ผลการศึกษาพบว่า การควบคุมประชากรยุงลายควรใช้วิธีการเฝ้าระวังของชุมชนมากกว่าที่จะใช้สารเคมี การควบคุมโรคไข้เลือดออกจะได้ผลดีถ้าได้รับความร่วมมือจากสังคมชั้นสูงและชุมชน ไม่ต้องการให้รัฐเป็นผู้สั่งให้ชุมชนทำ ต้องการดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองก่อน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุข มีการศึกษาในปัจจัยด้านต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรในด้านปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินของอาสาสมัครสาธารณสุข มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการดำเนินงานด้านการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ในอำเภอละงู จังหวัดสตูล