

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ถ้วนหน้าก่อน พ.ศ. 2543 โดยจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานขึ้นมา รับผิดชอบโดยตรง งานที่สำคัญ คือ อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่าง ๆ ให้ทำหน้าที่เป็น ครูฝึกการสาธารณสุขมูลฐาน อบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของคนในงานสาธารณสุขที่เชื่อมประสาน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีจำนวนน้อยไม่เพียงพอกับการให้บริการด้านสาธารณสุขกับประชาชน และการได้รับการพัฒนามาตามลำดับ จนกระทั่งแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) ได้มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยมีการอบรมปรับเปลี่ยน ผสส. เป็น อสม. ทั้งหมด และ จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน (ศสมข.) ขึ้น เพื่อเป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติงาน ของ อสม. โดยผู้ปฏิบัติงานผลัดเปลี่ยนกันประจำที่ ศสมข. หมู่บ้านละ 5 คน เป็นประจำทุกเดือน โดยมีบทบาทเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบของตน เป็นผู้รับ ข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเพื่อน อสม. ในเรื่องต่าง ๆ ตามองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 กิจกรรม จะเห็นได้ว่าในอดีตจนถึงปัจจุบัน อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพเรื่อยมาตามนโยบายของแต่ละแผนพัฒนาสาธารณสุข แต่ส่วนใหญ่ จะเป็นลักษณะการปฏิบัติตามนโยบายแห่งรัฐ โครงการต่าง ๆ รัฐเป็นผู้หยิบยื่นให้ (เมธี จันทจักรกรณ, 2540: 4 - 11)

ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ซึ่งเป็นแผนที่ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา มากขึ้น รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาชุมชนแบบบูรณาการ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการ ปรับเปลี่ยนแนวทางของการพัฒนา อสม. ให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศ ด้วยการ ขยายบทบาทหน้าที่ของ อสม. ให้เข้ามามีการร่วมในการพัฒนาด้านอื่น ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อ พัฒนาให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถพัฒนาตนเองให้มีความเจริญก้าวหน้าได้อย่างยั่งยืน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2542: 5 - 6)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - 2549) ได้กำหนดแนวทางการพัฒนาที่ต่อเนื่องจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ซึ่งกำหนดแนวคิดในการพัฒนาโดยเน้น “คน” เป็นศูนย์กลางหรือเป้าหมายหลักของ “การพัฒนาประเทศ คือ การพัฒนาคน” ทั้งนี้ มุ่งพัฒนาให้เป็นคนที่สมบูรณ์ทางความรู้และปัญญา ทั้งกายและใจ ซึ่งการพัฒนาสุขภาพนั้น นับเป็นส่วนสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของคน

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนา อสม. ซึ่งเป็นกำลังหลักที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขในระดับหมู่บ้าน การเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ และทักษะแก่ อสม. ในด้านสุขภาพอนามัย การดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว และการถ่ายทอดความรู้ไปสู่ผู้อื่น ย่อมจะทำให้ อสม. สามารถนำความรู้ที่ตนมีอยู่ไปสู่ครอบครัวที่ตนรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2541: 5) ในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. จะต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์และภาพพจน์ของการเป็นอาสาสมัครอย่างเดียวไปสู่ภาระหน้าที่ในการเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคม โดยอาศัยหลักการพัฒนา 3 ประการ ได้แก่ การส่งเสริมความรู้ ความสามารถส่วนบุคคล การสร้างครอบครัวที่อบอุ่นและการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเป็นหัวใจสำคัญ โดยในส่วนของความรู้รัฐต้องแสวงหาความรู้และสร้างองค์ความรู้วิชาการที่เริ่มมาจากพื้นที่แทนที่จะมาจากส่วนกลาง เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางแห่งการเรียนรู้และเตรียมพร้อมให้กับบุคลากรสาธารณสุขและผู้นำในท้องถิ่น (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2543: 160) ถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินการพัฒนาสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง แต่จากสถิติด้านการเจ็บป่วยของประชาชนคนไทย โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ 6 โรคแรก ซึ่งประกอบด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคไข้เลือดออก และโรคเอดส์ ยังคงเป็นโรคที่ประชาชนคนไทยเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต และสูญเสียงบประมาณเพื่อนำมาใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมหาศาล จากสถิติที่ผ่านมาการป่วยของประชาชน ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรง เฉลี่ยคนละ 3 ครั้งต่อปี แนวโน้มการป่วยของคนไทยมาจากพฤติกรรมการกิน การอยู่ เป็นส่วนใหญ่ โดยมีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 8 แสนคน ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคหัวใจปีละเกือบ 20,000 ราย เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปีละ 40,000 ราย ทำให้ประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2548: 47)

จากปัญหาสุขภาพของคนไทยดังกล่าว รัฐบาลได้ดำเนินการทุกวิถีทางในการที่จะให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพที่ดี และสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานด้วยความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ดังนั้นการพัฒนาสุขภาพหรือสุขภาวะในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 จึงได้ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์การพัฒนาใหม่ โดย

คำนึงถึงปัจจัย กำหนดปัญหาแวดล้อมรอบด้านอย่างบูรณาการเป็นองค์รวมและมีความสมดุลพอดี ที่มุ่งเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา และสุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี เพื่อมุ่งสร้างระบบสุขภาพ พอเพียง เพื่อสร้างให้สุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขพอเพียงอย่างยั่งยืนที่เชื่อมโยงกับการสร้างสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน ภายใต้แนวปฏิบัติปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ทั้งที่เกี่ยวข้องกับการดำรงอยู่ การดำเนินชีวิต การปฏิบัติตน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องสร้างสังคมส่วนรวมที่ดีโดยการระดมพลังทั้งสังคมในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับ ปัจเจบุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์กร / สถาบันต่าง ๆ เพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงสังคม และ ระบบสุขภาพให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ดังกล่าว ด้วยการมีส่วนร่วมปฏิบัติการ และ ร่วมรับผิดชอบของภาคีเครือข่ายการพัฒนาทั้งภาครัฐ องค์กรท้องถิ่น ภาคเอกชน ที่มีเอกภาพ เข้มแข็งและจริงจัง อันเป็นรากฐานของสังคมอยู่เย็นเป็นสุข ยุทธศาสตร์เพื่อตอบสนองนโยบาย ดังกล่าวคือ การสร้างความเข้มแข็งของประชาชนให้มีความตื่นตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการ ดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน โดยมุ่งเน้นให้ “คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกาย ใจ สังคม และปัญญา / จิตวิญญาณ มีสัมมาอาชีพ มีรายได้ ทำงานด้วยความสุข สามารถดำรงชีพบนพื้นฐาน ของความพอดีพอประมาณอย่างมีเหตุผล ภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ตามพระราชดำรัส ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช มีครอบครัวอบอุ่น มั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อม ที่ดีต่อสุขภาพ ชีวิตและทรัพย์สินเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีสุขภาพ เข้มแข็งและอายุยืนยาว” โดยระดมศักยภาพทุกภาคส่วนร่วมกันดำเนินงานอย่างเป็นระบบและ ต่อเนื่องในพื้นที่ทุกระดับจากชุมชนสู่หมู่บ้าน / ตำบล / อำเภอ และจังหวัดให้เข้ามามีส่วนร่วม ดำเนินการภายใต้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันและทำงานอย่างเป็นเอกภาพเพื่อพัฒนากระบวนการ แก้ปัญหาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาตลอดจนวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชนแต่ละพื้นที่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2548: 2 -19)

โดยช่วงที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ผลักดันนโยบายและการดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อสร้าง ความเข้มแข็งภาคประชาชน ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) จนประสบผลสำเร็จ และมีความคืบหน้าไปมาก ดังจะเห็นได้จากการสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ได้มีการผนึกกำลังระหว่างภาครัฐ ภาควิชาการ ภาควิชาชีพ และภาคประชาชน ที่ยึดหลักการเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของประชาชนทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อนำไปสู่สำนักความเป็นเจ้าของ สำนักต่อส่วนรวม และความร่วมมืออันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม รองรับการดำเนินงานให้ยั่งยืน ที่ยึดหลักการ “การสร้างสุขภาพ” นำ “การซ่อม สุขภาพ” โดยรัฐบาลได้ประกาศนโยบายให้ พ.ศ. 2545 เป็นปีเริ่มต้นแห่งการรวมพลังสร้างสุขภาพ ตามกรอบการรณรงค์ “5 อ.” ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม

และอโรคยา (ยงยุทธ ธนิกกุล, 2550: 2) ต่อมาใน พ.ศ. 2548 ได้เพิ่ม “อ.” ที่ 6 ตามนโยบายของรัฐบาล คือ อบายมุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2548: 3)

สำหรับจังหวัดสุพรรณบุรีนั้น สภาพปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี ประสบปัญหาสุขภาพในลักษณะที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วยในระดับประเทศ เช่นเดียวกัน ซึ่งจากรายงานสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า สาเหตุการตาย 5 อันดับแรก ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 – 2548 เป็นโรคที่อยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อทั้งสิ้น และใน พ.ศ. 2549 สาเหตุการตายยังอยู่ในกลุ่มของโรคไม่ติดต่อเช่นกัน และมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบว่า สาเหตุการตาย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคระบบไหลเวียนเลือด โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2549: 16) เช่นเดียวกับประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ และจังหวัดสุพรรณบุรีได้มีนโยบายสร้างสุขภาพโดยนำหลักการ “สร้างนำซ่อม” เป็นแนวทางที่จะลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เน้นเป้าหมาย “6 อ.” พร้อมกับการดำเนินงานภายใต้แนวคิดเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ซึ่งเป็นการบูรณาการกิจกรรมต่าง ๆ ของงานส่งเสริมสุขภาพ ความสำคัญของการพัฒนาที่จะนำไปสู่เป้าหมายจึงอยู่ที่การจัดการในระดับหมู่บ้าน หรืออาจกล่าวได้ว่าหมู่บ้านที่มีการจัดการสุขภาพดีนำไปสู่หมู่บ้านสร้างสุขภาพและเป้าหมายการเป็นหมู่บ้านสุขภาพดีตามลำดับ

นโยบายการพัฒนาสุขภาพของรัฐบาลและเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) ต่างก็มีจุดมุ่งหมายให้มีการพัฒนาสุขภาพ โดยเน้นการสร้างสุขภาพการทำให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาภายใต้รูปแบบของการสร้างเครือข่ายและสร้างทีมสุขภาพ โดยเฉพาะการสร้างเครือข่ายสุขภาพในภาคประชาชนที่กำหนดให้มีการพัฒนา เพื่อให้ประชาชนและชุมชน มีความเข้มแข็งสามารถจัดให้มีระบบบริการสุขภาพได้ด้วยชุมชนเอง ซึ่งในการดำเนินการในปีงบประมาณ 2550 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีเป้าหมายของการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน เพื่อให้เกิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จำนวน 38,432 หมู่บ้าน (ร้อยละ 50) และหมู่บ้านสร้างสุขภาพ จำนวน 876 หมู่บ้าน (อำเภอละ 1 หมู่บ้าน) ทั่วประเทศ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550: 1)

ใน พ.ศ. 2550 จังหวัดสุพรรณบุรีมีหมู่บ้านผ่านเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ร้อยละ 90.4 ปัญหาการบริหารจัดการสุขภาพของหมู่บ้านที่พบมากที่สุด คือ ไม่มีการจัดทำแผนสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 6.5 รองลงมาคือ ไม่มีประเมินผลการจัดการในหมู่บ้านคิดเป็นร้อยละ 4.1 ไม่มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ ร้อยละ 1.7 และไม่มีการจัดการงบประมาณร้อยละ 0.2

ซึ่งหมู่บ้านส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี 2551: 1) จากการที่กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นแกนกลางหรือเจ้าภาพในการดึงศักยภาพของทุกส่วนในสังคม แต่จุดแข็งของกระทรวงสาธารณสุข คือ มีเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขกระจายครอบคลุมทั่วประเทศ มีบุคลากรสาธารณสุขจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อสม. ที่ปัจจุบันเติบโตจนเป็นประชาคมขนาดใหญ่ระดับประเทศ มีการดำเนินกิจกรรมร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องมาตลอดระยะเวลา 20 กว่าปีที่ก่อตั้งขึ้น ดังนั้น อสม. จึงเป็นชุมพลทางสังคมที่สำคัญที่สามารถเป็นแกนประสาน และขับเคลื่อนการสร้างสุขภาพร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคมได้เป็นอย่างดี กระทรวงสาธารณสุขจึงให้การสนับสนุนและพัฒนาให้อสม.เป็นส่วนหนึ่งของผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการสร้างสุขภาพในมุมที่กว้างกว่าการแพทย์และสาธารณสุข (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2547: 18) และจากการศึกษาของจรรยา รัตนวิภา อุทิศ จิตเงิน (2547: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง พบว่า ความเข้มแข็งของหมู่บ้าน / ชุมชนในการจัดการด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีระดับความเข้มแข็งอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.2 อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 41.3 ความเข้มแข็งในแต่ละด้าน พบว่า ด้านองค์กร กำลังคน เจ้าภาพและภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 42.2 ด้านกองทุนสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 31.0 ด้านกระบวนการทำแผนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 36.9 ด้านการถ่ายทอดข่าวสารความรู้และการมีแหล่งเรียนรู้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 31.1 ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพและการพัฒนาหมู่บ้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 48.3 และด้านการมีส่วนในการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชนโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 39.8 ส่วนด้านที่ควรต้องปรับปรุงมากที่สุดคือ ด้านการถ่ายทอดข่าวสาร ความรู้ และการมีแหล่งเรียนรู้ คิดเป็นร้อยละ 6.0 ซึ่งจากการศึกษาพบว่าหมู่บ้านที่ไม่มีแหล่งเรียนรู้ในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 16.1 โดยมีคนในชุมชนไปใช้ประโยชน์เพียงร้อยละ 73.4 ส่วนความรู้ที่ควรมีการถ่ายทอดเพิ่มเติม ได้แก่ เรื่อง โรคหัวใจ การให้คำปรึกษา การจัดทำแผนหมู่บ้าน การอนามัยสิ่งแวดล้อม และการคุ้มครองผู้บริโภค

จากแนวคิดของเชอร์เมอร์ฮอร์น และคนอื่น ๆ (Schermerhorn, et. Al., : 1991 : 104 – 108 อ้างในขวัญฤทัย พรรณวิจารณ์ 2543 : 30 – 31) มีความคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล (Individual Performance Factors) ประกอบด้วยลักษณะส่วนบุคคล ความพยายามในการทำงาน และการสนับสนุนจากองค์กร โดยการศึกษาของจิราภา สุขสวัสดิ์ (2547 : 55) พบว่า คุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน นอกจากนี้

การศึกษาของพัชรินทร์ สมบูรณ์ (2547: 101, 111) ยังพบว่า จำนวนหลังคาเรือน และความรู้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ปัจจัยสนับสนุน เช่น การได้รับการอบรม การนิเทศงาน ก็จะทำให้งานประสบผลสำเร็จ จากการศึกษาของประภา วุฒิกุล (2547: 95) พบว่าการได้รับการอบรม การนิเทศงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอุไรวรรณ บุญสาส์พิทักษ์ (2542: 44) กล่าวว่า การปฏิบัติงานของ อสม.จำเป็นต้องคำนึงถึงแรงจูงใจด้วย เนื่องจากการเป็น อสม. ไม่มีเงินเดือนให้ มีเพียงสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้น และงานของ อสม.เป็นงานที่เห็นผลช้า ต้องอาศัยเวลาและความอดทน ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลาย ๆ หน่วยงาน ต้องทำงานด้วยใจรัก เสียสละ อดทน งานจึงประสบผลสำเร็จ เช่นเดียวกับวรรณุช บุญยะกมล (2542 : ง) พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง

จากนโยบายสร้างเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและจากสภาพปัญหาการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพดังกล่าวข้างต้น ทำให้ทราบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของ อสม. ได้แก่ คุณลักษณะประชากร (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ) ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน และปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจาก อสม. เป็นผู้นำในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบในการนิเทศติดตาม ประเมินผลงานระดับอำเภอ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี ว่า ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 เพื่อศึกษาคุณลักษณะประชากรของ อสม. ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสุพรรณบุรี

2.2.2 เพื่อศึกษาระดับความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ระดับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ระดับปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

2.2.3 เพื่อศึกษาระดับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

2.2.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากร ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน และปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานกับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

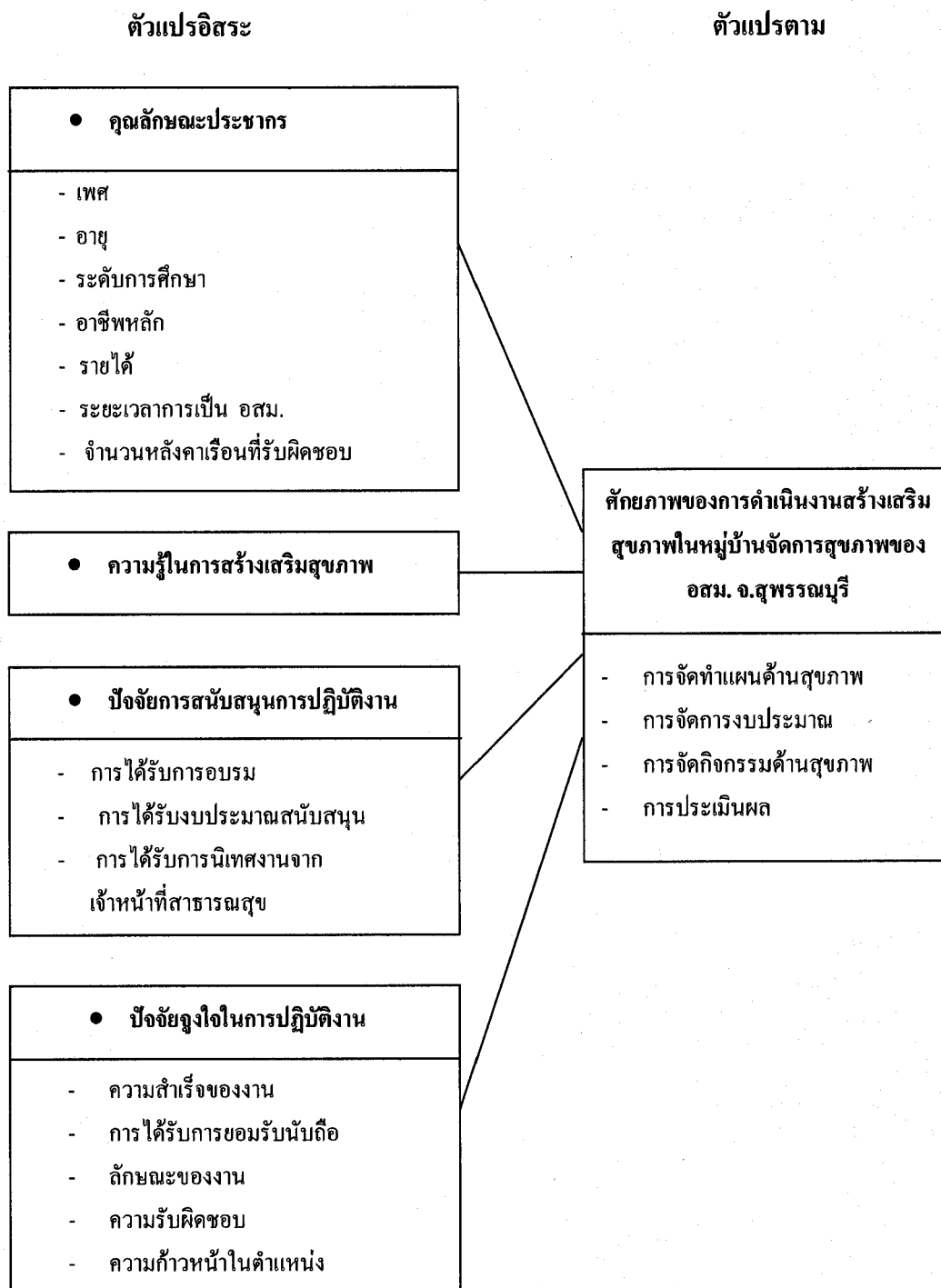
2.2.5 เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ด้านการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

3. ประเด็นปัญหาในการวิจัย

3.1 ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. อยู่ในระดับใด

3.2 ปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. ได้แก่ คุณลักษณะประชากร ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน และปัจจัยจูงใจ

4. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

5. สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 คุณลักษณะประชากร (ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ) มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานข้อที่ 2 ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ (ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ โรคภัย สิ่งแวดล้อม และอบายมุข) มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยการสนับสนุนการปฏิบัติงาน (ได้แก่ การได้รับการอบรม การได้รับงบประมาณสนับสนุน และการได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานข้อที่ 4 ปัจจัยจิตใจในการปฏิบัติงาน (ได้แก่ ด้านความสำเร็จของงาน ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ด้านลักษณะงาน ด้านความรับผิดชอบ และด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง) มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

6. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัย “ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี” ครั้งนี้มีขอบเขตการวิจัยดังนี้

6.1 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นตัวแทนของ อสม. ในจังหวัดสุพรรณบุรี ตามเขตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมู่บ้านละ 1 คน จำนวนประชากรที่วิจัย 970 คน

6.2 ขอบเขตเนื้อหา

การประเมินศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี ในที่นี้ผู้วิจัยกำหนดที่จะศึกษาเกี่ยวกับ

6.2.1 คุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ

6.2.2 ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ 6 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรควา และอบายมุข

6.2.3 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรม การได้รับงบประมาณสนับสนุน และการได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

6.2.4 ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยใช้ปัจจัยจูงใจของเฮอรัลด์เบิร์ก ได้แก่ ความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะของงาน ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้าในตำแหน่ง

6.2.5 ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ในหมู่บ้านจัดการ ได้แก่ ด้านการจัดทำแผนด้านสุขภาพ การจัดการงบประมาณ การจัดกิจกรรมด้านสาธารณสุข และการประเมินผล

6.3 ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 15 มีนาคม 2551 ถึงวันที่ 15 เมษายน 2551

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย เป็นผู้สื่อข่าวสารให้การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน บริหารจัดการวางแผน แก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน และชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ

7.2 การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมการสร้างเสริมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนใน 6 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรควา และอบายมุข

7.3 หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมายถึง หมู่บ้านที่สามารถบริหารจัดการ มีการวางแผน ระดมทุน จัดการทุน มีการใช้องค์ความรู้ มีการประเมินผลการทำงาน มีการเชื่อมโยงและประสานประโยชน์จากคน ทุน และองค์ความรู้หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

7.4 ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่ อสม. มีความสามารถในการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

7.4.1 การจัดทำแผนด้านสุขภาพ หมายถึง การที่ อสม. มีการวางแผนพัฒนา / แก้ไขปัญหาด้านสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีกระบวนการสำรวจข้อมูล การวิเคราะห์หาปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผนและปฏิบัติตามแผน ในการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ

7.4.2 การจัดการงบประมาณ หมายถึง การที่ อสม.มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการจัดหาหรือระดมทุนจากแหล่งต่าง ๆ เช่น เงินบริจาคจากประชาชน อบต. / เทศบาล และอื่น ๆ (เช่น ส.ส. / ส.ท / ส.จ.) ที่ได้รับมาใช้ในการดำเนินงาน 3 ด้าน คือ การพัฒนาศักยภาพคนในหมู่บ้าน การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน และการจัดบริการสาธารณสุขในชุมชน

7.4.3 การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ หมายถึง การที่ อสม. มีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพใน 6 อ. ได้แก่

- 1) การออกกำลังกาย หมายถึง การที่ อสม. มีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไปมีการออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที
- 2) อาหาร หมายถึง การที่ อสม. มีการรณรงค์ให้ประชาชนบริโภคอาหารที่ปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด
- 3) อารมณ์ หมายถึง การที่ อสม. มีการประชาสัมพันธ์ให้วัยรุ่นสมัครเข้าร่วมเป็นสมาชิก ทู บี นัมเบอร์วัน และสนับสนุนให้ชมรมผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
- 4) อนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง การที่ อสม. มีการแนะนำและสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กเฝ้าระวังอยู่โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
- 5) อโรคยา หมายถึง การที่ อสม. มีการแนะนำและให้ความรู้ในการรณรงค์ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก มีการวัดความดันโลหิตและตรวจน้ำตาลในปัสสาวะแก่ผู้ที่มีอายุ 40 ปี และแนะนำให้สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อค้นหามะเร็ง
- 6) อายุมข หมายถึง การที่ อสม. มีการแนะนำร้านค้าไม่ให้จำหน่ายบุหรี่และแอลกอฮอล์แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

7.4.4 การประเมินผล หมายถึง การที่ อสม. มีการสรุปผลการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการประชุมสรุปผลงาน / กิจกรรมที่ดำเนินการในแต่ละปี มีการประเมินผลตามแผนงานที่วางไว้ มีการใช้แบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และมีการใช้แบบประเมินตนเองเพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้าน

7.5 คุณลักษณะประชากร หมายถึง คุณลักษณะของ อสม. ได้แก่

7.5.1 อายุ หมายถึง อายุเป็นปีบริบูรณ์ของ อสม.

7.5.2 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของ อสม. แบ่งเป็น ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. ประกาศนียบัตร / อนุปริญญา / ปวท. ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี และอื่น ๆ

7.5.3 อาชีพหลัก หมายถึง อาชีพหลักของ อสม. ที่ใช้เวลาในการประกอบอาชีพ มากกว่าร้อยละ 50 ของเวลาทำงานทั้งหมด

7.5.4 รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ อสม. ได้รับความจากการประกอบอาชีพหลักในแต่ละเดือน โดยไม่หักค่าใช้จ่าย

7.5.5 ระยะเวลาการเป็น อสม. หมายถึง จำนวนปีเต็มหลังจากที่ได้รับการคัดเลือก และขึ้นทะเบียนไว้เป็น อสม. นับจำนวนปีเต็มและนับสะสมรวมทั้งการเป็น ผสส. / อสม.

7.5.6 จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ หมายถึง หลังคาเรือนที่รับผิดชอบดูแลตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

7.6 ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่ อสม. มีความรู้ ในการอธิบาย และตอบคำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้องในองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในที่นี้คือ ด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านอารมณ์ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านโรคภัย และด้านอบายมุข ดังนี้

7.6.1 ด้านออกกำลังกาย คือ มีความรู้การส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไปมีการออกกำลังกาย

7.6.2 ด้านอาหาร คือ สนับสนุนแนะนำให้ร้านจำหน่ายอาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด ได้แก่ สารเร่งเนื้อแดง สารกันรา สารฟอกขาว บอแรกซ์ ฟอรัมาลิน ยาฆ่าแมลง และร้านอาหาร แผงลอย จำหน่ายอาหารได้มาตรฐานในท้องถิ่น

7.6.3 ด้านอารมณ์ คือ สนับสนุนหรือชักชวนให้ผู้ที่อายุ 10 - 24 ปี เป็นสมาชิกชมรมทูบีนัมเบอร์วัน และให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

7.6.4 ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม คือ การสำรวจการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็ก เพื่อประเมินพัฒนาการเด็กสมวัย

7.6.5 ด้านโรคภัย คือ แนะนำให้ประชาชนมีการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปสามารถตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองความดันโลหิตและเบาหวาน

7.6.6 ด้านอบายมุข คือ การที่ อสม. มีการดำเนินงานโดยการให้คำแนะนำให้ร้านค้าไม่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

7.7 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน หมายถึง การที่ อสม. ได้รับการสนับสนุนเพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย

7.7.1 การได้รับการอบรม หมายถึง การที่ อสม. ได้รับการสนับสนุนการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้มีการดำเนินงานตามบรรลุตามเป้าหมาย

7.7.2 การได้รับงบประมาณสนับสนุน หมายถึง การที่หมู่บ้านได้รับสนับสนุนประมาณหรือวัสดุจากประชาชน / อบต. / เทศบาล / สส. / สจ. / สท เพื่อนำมาใช้ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การอบรม อสม. การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน การจัดการบริการสาธารณสุขในหมู่บ้าน และความเพียงพอของงบประมาณที่ได้รับ

7.7.3 การได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง การที่ อสม. ได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยได้รับการเยี่ยมติดตาม สนับสนุนแบบรายงาน อุปกรณ์ หรือเครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งได้รับความช่วยเหลือ และการขอคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการทำงาน

7.8 ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ที่แสดงถึงความสามารถในการปฏิบัติงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) ในการศึกษาคั้งนี้วัดโดยแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของ อสม. ประกอบด้วย

7.8.1 ความสำเร็จของงาน หมายถึง การที่ อสม.ทำงานได้เสร็จสิ้น ประสบผลสำเร็จในงานที่ทำ ทำให้เกิดความพึงพอใจในผลการปฏิบัติงาน

7.8.2 การได้รับการยอมรับนับถือ หมายถึง การที่ อสม. ยกย่องชมเชยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน และประชาชนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน

7.8.3 ลักษณะของงาน หมายถึง ความรู้สึกรักของ อสม.ที่มีต่อลักษณะของงานที่ปฏิบัติอยู่ว่างานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่ทำท้าทายความสามารถ เป็นงานที่ต้องใช้ความคิดริเริ่มในการให้คำแนะนำชาวบ้านและเป็นงานที่มีประโยชน์คนในสังคม

7.8.4 ความรับผิดชอบ หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมอบหมายงานให้รับผิดชอบ ให้โอกาสได้ทำงานอย่างเต็มที่ และเป็นผู้ดำเนินการปฏิบัติงานเสมอ

7.8.5 ความก้าวหน้าในตำแหน่ง หมายถึง การที่ อสม.มีโอกาสได้อบรม มีความรู้ความสามารถ ทักษะที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนมีโอกาสได้เข้ารับรางวัล เช่น เข็มเชิดชูเกียรติ 10 ปี 20 ปี หรือ อสม.ดีเด่น

8. ประโยชน์ที่ได้รับ

8.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนพัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

8.2 บุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการดำเนินงานสร้างเสริมของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

8.3 เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อันจะส่งผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืนต่อไป