

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เรื่อง ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรีครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดทฤษฎี เอกสารและผลงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาประกอบการวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ
2. แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับศักยภาพการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม.
4. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน
5. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ
6. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน
7. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

1.1 ที่มาและความสำคัญการสร้างสุขภาพ

“การสร้างเสริมสุขภาพ” (วนิดา วีระกุล, 2548: 4 - 13) เป็นแนวคิดและยุทธศาสตร์ในสหัสวรรษใหม่ โดยจากผลการประชุมที่กรุงออกตาวาใน พ.ศ. 2529 ทำให้เกิดแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในแนวใหม่ที่มีใจเน้นแต่ให้ประชาชนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องการเท่านั้น แต่จาก Ottawa Charter for Health Promotion ได้ให้ความหมายการสร้างสุขภาพว่า เป็นกระบวนการสร้างเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมสุขภาพและกำหนดสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (WHO, 1986) ทั้งนี้ จะต้องมึเงื่อนไขพื้นฐานของการมีสุขภาพดี คือ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ การเพิ่มพลังสตรี ระบบนิเวศที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความเป็นธรรม ความเท่าเทียมและการเคารพสิทธิมนุษยชน และจากการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ทั่วโลกได้สนับสนุนให้เห็นว่างานส่งเสริมสุขภาพและกลยุทธ์ของการส่งเสริมสุขภาพสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต

สังคม เศรษฐกิจและเงื่อนไข สิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพ เป็นวิธีการที่สามารถปฏิบัติได้เพื่อบรรลุความเป็นธรรมด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น

จากกฎบัตรออตตาวา ได้กำหนดกลยุทธ์และการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพไว้ดังนี้

1.1.1 Advocate เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน เพื่อสร้างกระแสทางสังคมและทำให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ

1.1.2 Enable เป็นการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี โดยกำหนดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพประชาชนได้รับข้อมูลอย่างทั่วถึง มีทักษะในการดำเนินชีวิต และมีโอกาสที่จะเลือกทางเลือกที่มีคุณภาพเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้ประชาชนจะต้องสามารถควบคุมตัวกำหนดเงื่อนไขด้านสุขภาพเหล่านี้ได้

1.1.3 Medicate เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่ม / หน่วยงานต่าง ๆ ในสังคม ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข และหน่วยงานด้านเศรษฐกิจ สังคมและสื่อมวลชน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน นอกจากนี้กฎบัตรออตตาวายังได้เสนอแนะว่า ปฏิบัติการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Action) มี 5 ด้าน ดังนี้

1) **สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build Health Public Policy)**
การส่งเสริมสุขภาพมิใช่เป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้นการมีนโยบายในระดับกระทรวงสาธารณสุขจึงไม่เพียงพอ จำเป็นจะต้องเป็นนโยบายสาธารณะที่ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนจะต้องยอมรับและมีการปฏิบัติอย่างเป็นจริง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับกฎหมาย มาตรการทางเศรษฐกิจ การเงิน การคลัง การเก็บภาษี รวมทั้งการจัดตั้งองค์กรที่แน่ชัดเพื่อรับผิดชอบ ดังนั้น นโยบายสาธารณะที่ดี (Health Public Policies) จึงหมายถึง นโยบายที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของคนทั้งมวล หรือการพัฒนาที่ยึดคนเป็นที่ตั้ง

2) **การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment)**
มีความหมาย 2 นัยยะ คือ นัยยะแรก หมายถึง การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในระดับชุมชน ระดับประเทศและระดับโลก ทั้งนี้เนื่องจากสมดุลของธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมย่อมมีผลโดยตรงต่อการมีสุขภาพดีของมนุษย์ อีกนัยยะหนึ่ง หมายถึง การจัดสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิต การทำงานและการใช้เวลาว่างโดยการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี (Healthy society) การจัดที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy workplace) และการทำให้เป็นโรงเรียนเพื่อสุขภาพ (Healthy school) เป็นต้น

3) การเพิ่มความสามารถของชุมชน (Strengthen Community Action)

หัวใจสำคัญของกระบวนการเพิ่มความสามารถของชุมชน คือ การสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชน ให้ชุมชนสามารถควบคุมการปฏิบัติงานและกำหนดเป้าหมายของชุมชนเองได้ ซึ่งหมายถึงว่า ชุมชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร มีโอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการสนับสนุนทางด้านการเงินเพียงพอและต่อเนื่อง

4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) การส่งเสริม

สุขภาพควรช่วยให้บุคคลและสังคมเกิดการพัฒนา มีความรู้และทักษะในการดำรงชีวิต (life Skills) ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับประชาชนที่จะควบคุมสุขภาพของตนเอง และควบคุมสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ

5) การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health services) ระบบ

บริการสาธารณสุขในปัจจุบัน ควรมีการปรับระบบให้มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น มีการสื่อสารกับหน่วยงานภายนอกให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เช่น หน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคม ด้านการเมืองและเศรษฐกิจ นอกเหนือจากการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้น นอกจากนั้น ยังต้องให้ความสนใจเกี่ยวกับการวิจัย เพื่อปรับเปลี่ยนระบบและการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอเพิ่มเติมอีก 2 ข้อ สำหรับการดำเนินการในประเทศไทย ได้แก่

1) การวิจัยและการพัฒนา (Research and development) การสร้างสุขภาพ

เป็นกระบวนการทางสังคมต้องอาศัยการเรียนรู้ ความเข้าใจ ทั้งจากสังคมและวิธีการแก้ปัญหา สุขภาพตั้งแต่ระดับบุคคล ชุมชน และสถาบัน จนถึงระดับนโยบายที่ต้องอาศัยศาสตร์หลายแขนง มาประกอบกันเพื่อกำหนดอย่างเป็นระบบระเบียบ

2) การสร้างกำลังคนด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Healthy Promotion

Personal) ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพต้องมีคุณสมบัติพิเศษ คือ สามารถระดมพลังของฝ่ายต่าง ๆ ให้เข้ามาร่วมกันได้ ประกอบกับมีความรู้และทักษะพื้นฐานด้านสาธารณสุข ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้มีบุคลากร มีความรู้และทักษะ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่เพียงพอ

1.2 กลวิธีหลักและความสำคัญของการสร้างสุขภาพ

กลวิธีหลัก 3 ประการ ของการดำเนินการสร้างสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2540 อ้างในวนิดา วีระกุล, 2548: 8 - 9) ได้แก่

1.2.1 การสนับสนุนเพื่อสุขภาพ (Advocacy for health) เป้าหมายของการ

สนับสนุนเพื่อสุขภาพ คือ การทำให้เกิดความสนใจและมีความต้องการในเรื่องสุขภาพ อีกทั้ง

สาธารณชนให้ความสำคัญสูงต่อสุขภาพ ซึ่งจะมีอิทธิพลในการจูงใจกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายซึ่ง ได้แก่ ผู้แทนชุมชน นักวิชาชีพ ผู้นำทางศาสนาและกลุ่มผู้สนใจที่จะดำเนินการเพื่อสนับสนุนงานด้านสุขภาพ

1.2.2 การสนับสนุนทางสังคมเพื่อสุขภาพ (Social support for health) กลวิธีสร้างความเข้มแข็ง โดยการสนับสนุนทางสังคมมีเป้าหมาย 2 ประการ คือ ประการแรก ประกอบด้วยองค์กรในชุมชนและสถาบันที่กระตุ้นให้เกิดวิถีการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดีซึ่งเป็นบรรทัดฐานทางสังคม ส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมสุขภาพในสังคม ประการที่สองเป้าหมายประกอบด้วยแบบซึ่งกำหนดโครงสร้างพื้นฐานสำหรับบริการสุขภาพและสัมพันธ์ กับกิจกรรมพัฒนาที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพต้องมีการสร้างแนวร่วมในกลุ่มที่มีอิทธิพลในสังคม เพื่อชุมชนตระหนักถึงความต้องการด้านการสร้างสภาพแวดล้อมและนโยบายที่สนับสนุนด้านสุขภาพและเพื่อทุกกลุ่มของชุมชนอย่างเสมอภาค

1.2.3 การสร้างพลังเพื่อสุขภาพ (Empowerment for health) ประชาชนมีความต้องการและมีสิทธิที่จะรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนและให้ประชาชนได้เลือกด้วยตนเอง เป็นสิ่งที่จำเป็นและเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของกลวิธีที่มีเป้าหมายเพื่อสุขภาพที่ดีของทุกคน (Health for all) การจัดให้มีการศึกษาเพื่อให้เกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพและวิธีการป้องกันควบคุมต่าง ๆ ซึ่งทำให้บุคคลรอบคอบและชุมชน เกิดความรู้และทักษะซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีการส่งเสริมสุขภาพในทางบวก และมีทางเลือกที่ดี

1.3 นโยบายสร้างสุขภาพแห่งประเทศไทย

ใน พ.ศ. 2545 ได้ประกาศให้เป็นปีแห่งการรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทย ภายใต้ยุทธศาสตร์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” เพื่อให้ประชาชนและหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมสนับสนุนให้เกิดการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพและกำหนดเป้าหมายของการรณรงค์ดังนี้ พัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน สนับสนุนให้เกิดชมรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ พัฒนาให้เกิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ รณรงค์ให้ประชาชนบริโภคอาหารที่มีคุณค่า ส่งเสริมให้เกิดร้านอาหารและแผงลอยที่ได้มาตรฐาน ส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนและสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน ลดอุบัติเหตุและอุบัติภัย ควบคุมและลดโรคที่ทำให้คนไทยมีอัตราป่วยและตายสูง ได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคมะเร็ง โรคไข้เลือดออก และโรคเอดส์

ใน พ.ศ. 2546 ได้เน้นการส่งเสริมให้ประชาชนรวมกลุ่มทำกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ในรูปกลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายให้ประชาชนรวมกลุ่มและมีกิจกรรม

ร่วมกัน เช่น มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่สุก สะอาดและปลอดภัย ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เป็นต้น

ใน พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสำคัญและแผนปฏิบัติการประจำปี ที่เน้นเป้าหมายการดำเนินงานในเรื่องที่สำคัญ ได้กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยมีเป้าหมายการดำเนินงาน 5 ด้านใน พ.ศ. 2547 ดังนี้
1) ออกกำลังกาย 2) อาหาร 3) อารมณ์ 4) การลดโรค 5) อนามัยสิ่งแวดล้อม (กระทรวงสาธารณสุข, 2547: 1-2)

ใน พ.ศ. 2548 ประเทศไทย ได้รับเกียรติจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ให้เป็น เจ้าภาพการประชุมนานาชาติการส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 (6th Global Conference on Health Promotion 2005) ระหว่างวันที่ 7-11 สิงหาคม 2548 เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาแห่ง สหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDGs) ขององค์การสหประชาชาติภายใน พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุข จึงได้เตรียมดำเนินนโยบายเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ซึ่ง ขยายการรณรงค์สร้างสุขภาพตามกรอบ 6 อ. โดยเพิ่มเรื่องการดำเนินงานด้านอบายมุขอีกหนึ่งเรื่องหนึ่ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2549: 2 - 5)

การดำเนินงานตามกิจกรรมต่าง ๆ ของงานสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การออก กำลังกาย อาหาร การพัฒนาด้านอารมณ์ การป้องกันและควบคุมโรค อนามัยสิ่งแวดล้อมให้เกิดใน ระดับพื้นที่เพื่อเชื่อมโยงให้เห็นภาพในการพัฒนาในเชิงรุกที่ชัดเจนยิ่งขึ้น การที่จะทำให้บรรลุ เมืองไทยแข็งแรงได้นั้นควรเริ่มต้นจากระดับหมู่บ้าน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมาย ไว้ร้อยละ 75 ของจำนวนหมู่บ้านทั่วประเทศ การบรรลุหมู่บ้านสุขภาพดีนำไปสู่ ตำบล อำเภอ จังหวัดสุขภาพดี และเมืองไทยแข็งแรงในที่สุด ดังนั้นความสำคัญของกระบวนการพัฒนาที่จะ นำไปสู่เป้าหมายจึงอยู่ที่การจัดการในระดับหมู่บ้าน หรืออาจกล่าวได้ว่าหมู่บ้านที่มีการจัดการ สุขภาพดีนำไปสู่หมู่บ้านสร้างสุขภาพและเป้าหมายการเป็นหมู่บ้านสุขภาพดี

ในกระบวนการพัฒนาเพื่อให้เกิดหมู่บ้านสุขภาพดีนั้นแบ่งได้เป็น 3 ส่วน คือ

- 1) การพัฒนาปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ องค์กร/กำลังคน/ภาคี เครือข่ายสุขภาพ (อสม. ชมรมสร้างสุขภาพ ฯลฯ) ในชุมชน และการจัดการด้านทุนของชุมชน
- 2) การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน (process) ได้แก่ กระบวนการที่ชุมชน สามารถจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพในชุมชน เช่น การออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย การส่งเสริมให้วัยรุ่นเป็นสมาชิกทู บี นัมเบอร์วัน ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรม และมีกิจกรรมการสร้างสุขภาพ การ ตรวจปีสสาวะและความดันโลหิต สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นต้น ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวจะ

เกิดขึ้นได้ชุมชนจะต้องมีแผนการจัดการสุขภาพชุมชน การถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มเป้าหมาย และการจัด กิจกรรมสุขภาพในชุมชนเอง

3) การพัฒนาผลผลิต / ผลลัพธ์ (output/outcome) ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากการจัดกิจกรรมของชุมชน เช่น ตลาดสดน่าซื้อ ศูนย์เด็กเล็กที่น่าอยู่ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และการลดอัตราป่วยด้วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของชุมชนและประเทศ เช่น หัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ไข้เลือดออกและมะเร็งเต้านม

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือกระบวนการสร้างเสริมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน

1.4 แนวทางตามยุทธศาสตร์สร้าง คนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง

เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) เป็นยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพของประเทศไทย และได้ถูกประกาศเป็นวาระแห่งชาติ เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2547 แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับชาติ (National Level) เป็นความร่วมมือของกระทรวงที่มีบทบาทเกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น และระดับกระทรวง คือ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานไว้ 6 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร ปลอดภัย อารมณ์แจ่มใส อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคยา และอบายมุข ดังนี้

1.4.1 ออกกำลังกาย

ตามที่คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติหลักการให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงที่เกี่ยวข้องดำเนินงานยุทธศาสตร์แห่งชาติ “รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง” โดยมีวิสัยทัศน์ที่จะทำให้ “คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกาย ใจ สังคม และปัญญา จิตวิญญาณ มีสัมมาอาชีพ มีรายได้ ทำงานด้วยความสุข สามารถดำรงชีพบนพื้นฐานของความพอดี พอประมาณ อย่างมีเหตุผล ภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ มีครอบครัวอบอุ่น มั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ชีวิต และทรัพย์สิน เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ และช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีสุขภาพแข็งแรงและอายุยืนยาว” หนึ่งในเป้าหมายที่สำคัญของมิติทางกาย คือ ให้คนไทยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในทุกหมู่บ้าน ตำบล ชุมชน หน่วยงานและสถานประกอบการ ทั้งนี้กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที ร้อยละ 60 โดยประเมินในระดับพื้นที่และระดับประเทศ

จากการวิจัยพบว่า การลดความเสี่ยงหรือลดโอกาสของการเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข โดยเฉพาะโรคไร้เชื้อเรื้อรังนั้น มิใช่ เฉพาะการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบในเวลาวางเท้านั้นก็จะลดความเสี่ยงได้ การทำกิจกรรมทางกายอื่นในชีวิตประจำวันที่มีการ

ออกแรง / ออกกำลัง อย่างน้อยด้วยความหนักปานกลาง และใช้พลังงานออกไปพอสมควร (อย่างน้อย 150 กิโลแคลอรีต่อวัน) ที่ช่วยลดความเสี่ยงได้ ดังนั้น ในด้านการสาธารณสุข จึงให้ความสำคัญกับการเคลื่อนไหวร่างกายทุกรูปแบบ (กระทรวงสาธารณสุข, 2549: 17)

ข้อเท็จจริง

1) กิจกรรมทางกาย (Physical Activity) หรือการเคลื่อนไหวร่างกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวส่วนของร่างกาย เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อลาย และมีการใช้พลังงานเพิ่มจากภาวะพัก กิจกรรมทางกายสามารถจัดหมวดหมู่ได้เป็น 4 ประเภท ตามบริบทที่กระทำ ได้แก่

(1) งานอาชีพ (Occupational activity) เช่น หาบขนมขาย ขนของขึ้นลง ถีบสามล้อ เกี่ยวข้าว ฯลฯ

(2) งานบ้าน (Household activity) เช่น ทำงานบ้าน ทำครัว ล้างถ้วยชาม เช็ดถูกระจก ล้างขัดพื้น ถูบ้าน ซักผ้า ตัดแต่งกิ่ง คายหญ้า ฯลฯ

(3) การเดินทาง (Transportation activity) เช่น เดินไปทำงาน ถีบจักรยานไปทำงาน เดินไปทำธุระ เดินขึ้นบันได ฯลฯ

(4) งานอดิเรก (leisure time activity) หรือ การทำกิจกรรมในเวลาว่าง เช่น เดินเล่น เดินทางไกล ถีบจักรยาน ลีลาศ รำมวยจีน เล่นโยคะ วิ่ง/วิ่งเหยาะ เต้นแอโรบิก วายน้ำ และการเล่นกีฬาต่าง ๆ ฯลฯ ทั้งนี้ งานอดิเรกยังสามารถแบ่งย่อยได้อีก 3 ประเภท ได้แก่

ก. นันทนาการ (Recreational activity) เช่น เดินเล่น เดินทางไกล ปีนเขา ถีบจักรยาน วายน้ำ ลีลาศ รำมวยจีน เล่น โยคะ ฯลฯ

ข. การเล่น/แข่งกีฬา (Competitive sports)

ค. การออกกำลังกายหรือการฝึกฝนร่างกาย (exercise/exercise training) คือ การเคลื่อนไหวร่างกายตามรูปแบบที่กำหนด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมสมรรถภาพอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งหมด เป็นกิจกรรมที่ค่อนข้างหนัก เช่น เดินช้า วิ่ง/วิ่งเหยาะ ถีบจักรยาน เต้นแอโรบิก วายน้ำ กระโดดเชือก กระเชียงเรือ เล่นกีฬาประเภทฝึกความอดทน ฯลฯ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะพบว่ารูปแบบกิจกรรมอาจจะซ้ำซ้อนกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และบริบทที่กระทำกิจกรรมนั้น ๆ

2) การทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ (Regular physical activity) หมายถึง

(1) ทำทุกวัน หรือแทบทุกวัน

(2) ถ้าทำกิจกรรมประเภทหนักปานกลาง ต้องทำสัปดาห์ละ 5 วันหรือ

มากกว่า

(3) ถ้าทำกิจกรรมประเภทที่หนักมาก ต้องทำสัปดาห์ละ 3 วันหรือมากกว่า

3) ระยะเวลาการทำกิจกรรม (Duration)

(1) ถ้าทำกิจกรรมประเภทหนักปานกลาง ต้องใช้เวลาทำกิจกรรมสะสมให้ได้อย่างน้อยวันละ 30 นาที โดยอาจทำกิจกรรมเป็นช่วงสั้น ๆ วันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที สะสมอย่างน้อย 30 นาที หรือทำกิจกรรมติดต่อกันครั้งเดียว 30 นาที ได้ผลเช่นเดียวกัน

(2) ถ้าทำกิจกรรมประเภทที่หนักมาก ต้องใช้เวลาทำกิจกรรมอย่างน้อยวันละ 20 นาที

4) ความหนัก/ความแรงของกิจกรรม

(1) กิจกรรมหนักปานกลางหรือออกแรง / ออกกำลังระดับปานกลาง หมายถึง กิจกรรมที่ทำแล้ว ทำให้รู้สึกเริ่มเหนื่อย ค่อนข้างเหนื่อย หายใจเร็วขึ้นกว่าปกติเล็กน้อย โดยไม่หอบ ขณะที่ทำยังสามารถพูดคุยกับคนอื่นได้จนจบประโยค โดยไม่ต้องหยุดเพื่อหายใจ เทียบเท่ากับการเดินเร็ว ๆ (ด้วยความเร็ว 5 - 6 กิโลเมตรต่อชั่วโมง) หากกิจกรรมที่ทำเป็นการออกกำลังกายสม่ำเสมอต่อเนื่อง (เช่น วิ่ง เดิน) ทำให้ระดับชีพจรสูงขึ้นอย่างสม่ำเสมอและสามารถวัดชีพจรได้ การออกกำลังกายระดับปานกลาง จะมีระดับชีพจรประมาณร้อยละ 55 - 69 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด = $220 - \text{อายุ (ปี)}$) ครั้งต่อนาที) กิจกรรมงานบ้าน/งานสวน/งานสนาม งานอาชีพที่ออกแรง การเดินทาง กิจกรรมนันทนาการส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

อนึ่ง มีงานบ้าน งานอาชีพ (ซึ่งมีลักษณะการยืนหรือนั่งทำงานเลย ๆ) หลายชนิดค่อนข้าง เบาลไม่ถึงระดับปานกลาง เช่น การล้างจาน การประกอบอาหาร การรีดผ้า การซักผ้า การเลี้ยงสัตว์ การจ่ายตลาด การจัดที่นอน การรดน้ำต้นไม้ เป็นต้น จะไม่นับรวม

(2) กิจกรรมที่หนักมากหรือออกแรง / ออกกำลังระดับหนัก หมายถึง กิจกรรมที่ทำแล้ว ทำให้รู้สึกเหนื่อยหรือเหนื่อยมาก หายใจแรงและเร็วกว่าปกติมากหรือหอบ เทียบเท่ากับ การวิ่ง/วิ่งเหยาะ การเดินทน/เดินจ้ำ เดินแอโรบิกแบบเร็ว ๆ เวียน้ำกลับไปมาโดยไม่หยุด ถีบจักรยานเร็ว ๆ หรือขึ้นเนิน การเล่นกีฬาที่ฝึกความอดทนต่าง ๆ ฯลฯ หากกิจกรรมนั้น ทำให้ระดับชีพจรสูงขึ้นค่อนข้างสม่ำเสมอและสามารถวัดชีพจรได้ การออกกำลังกายระดับหนักจะมีระดับชีพจรประมาณร้อยละ 70 ขึ้นไปของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด กิจกรรมการออกกำลังกายหรือฝึกฝนร่างกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงหนัก

สรุปได้ว่า การออกกำลังกายในที่นี้ หมายถึง การที่ประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไปมี การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ เพื่อลด ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

1.4.2 อาหาร

อาหารมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพ การมีสุขภาพดีของประชาชนถือเป็น ปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการดำรงชีวิตและการพัฒนาประเทศ การส่งเสริมให้ทุกคนมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วย เป็นสิ่งที่รัฐต้องให้การสนับสนุน และส่งเสริมให้ประชาชน และทุกหน่วยงานมีส่วน ร่วมในการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ เน้นให้คนไทยได้บริโภคอาหารสะอาด ปลอดภัย มีคุณค่าอย่างทั่วถึง ครอบคลุมทุกพื้นที่ และเป็นรูปธรรม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน และช่วยแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรตามกลุ่มอายุให้ลดลงได้ โดยการดำเนินงานภายใต้ นโยบายเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ให้เกิดตั้งแต่ระดับพื้นที่จากหมู่บ้าน ตำบล จนถึง อำเภอ และจังหวัด เพื่อเชื่อมโยงให้เกิดภาพการพัฒนาที่ชัดเจนนำไปสู่การบรรลุเมืองไทยแข็งแรง ใน พ.ศ. 2548 เพื่อให้การดำเนินงานสามารถทำได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุม จึงดำเนินงาน ต่อเนื่องจาก พ.ศ. 2547 ในการรณรงค์ความปลอดภัยด้านอาหาร (Food Safety) ที่ได้ดำเนินงานมา อย่างต่อเนื่องและประสบความสำเร็จด้วยดี ประเมินความปลอดภัยของอาหารด้วยการตรวจสอบ ความปลอดภัยและมอบตราสัญลักษณ์อาหารปลอดภัยไว้เป็นเครื่องหมายรับรอง ตามตัวชี้วัด นโยบายเมืองไทยแข็งแรง “อาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด” ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่พบ ในอาหารสด เมื่อดำเนินงานควบคู่ไปกับตัวชี้วัดด้านอาหารอื่นๆ แล้ว จะสามารถตรวจสอบ ความปลอดภัยของอาหารได้อย่างครอบคลุมทั้งอาหารสด อาหารปรุงสำเร็จ และอาหารแปรรูป ทุกแหล่งประกอบการ และจำหน่ายทั่วประเทศรวมทั้งปรับเป้าหมายการดำเนินงานใน พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 95 ของร้านจำหน่ายอาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด ในทุกหมู่บ้าน / ตำบล เพื่อให้ประชาชนได้บริโภคอาหารที่ปลอดภัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 5

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ประชาชนได้บริโภคอาหารที่ปลอดภัย
- 2) เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการกำกับดูแลเฝ้าระวังอาหารที่ผลิต และ บริโภค ครอบคลุมอาหารทุกประเภทที่จำหน่ายในประเทศ ให้มีความปลอดภัย ส่งเสริมการมี สุขภาพดีของประชาชน และนำไปสู่การเป็นครัวอาหารของโลก
- 3) เพื่อให้ผู้ประกอบการที่มีความตั้งใจจะผลิตอาหารที่ปลอดภัยมีคุณภาพ มีโอกาสประกาศตนเองให้ผู้บริโภคทราบ ทำให้ผู้บริโภคสามารถเลือกซื้ออาหารที่ปลอดภัยได้จาก

แหล่งจำหน่ายที่มีเครื่องหมายตราสัญลักษณ์ “อาหารปลอดภัย” (FOOD SAFETY) และกระตุ้นให้ผู้ประกอบการมีการแข่งขันด้านคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร

4) เพื่อส่งเสริม พัฒนา และยกระดับการผลิตหรือจำหน่ายอาหารทุกพื้นที่ที่มีคุณภาพปลอดภัยมากขึ้น และมีส่วนช่วยส่งเสริมการท่องเที่ยว

5) เพื่อสนับสนุนโครงการตลาดน่าซื้อ (Healthy Market) และ โครงการอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ของกระทรวงสาธารณสุข

6) เพื่อกระจายงานให้พื้นที่ทั้งหน่วยงานภาครัฐ และหน่วยงานภาคท้องถิ่นในส่วนภูมิภาคร่วมมือกันดูแลความปลอดภัยของอาหารในพื้นที่ของตนเอง

ความหมายของอาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด

1) อาหารสด หมายถึง อาหารประเภทสัตว์ เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ และของอื่น ๆ ที่มีสภาพเป็นของสด (กฎกระทรวง ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2542)

2) สารปนเปื้อน 6 ชนิด ได้แก่ สารเร่งเนื้อแดง สารกันรา สารฟอกขาว บอแรกซ์ (ผงกรอบ น้ำประสานทอง) พอร์มาลิน (น้ำยาคองคพ) และยาฆ่าแมลง

3) สารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสุกร เป็นสารเคมีกลุ่มเบต้าอะโกนิสต์ (Beta-agonist) เช่น ซาลบูตามอล (Salbutamol) เคลนบิวเทอรอล (Clenbuterol) ซึ่งปกติใช้เป็นยารักษาโรคหอบหืดในคนและสัตว์เท่านั้น แต่มีการลักลอบนำมาใช้ผสมอาหารเลี้ยงสุกร เพื่อเพิ่มเนื้อแดงและลดไขมันตามความต้องการของตลาดและผู้บริโภค ทำให้เกิดการตกค้างของสารนี้ในเนื้อสุกรประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้อาหารทุกชนิดมีมาตรฐานโดยตรวจไม่พบการปนเปื้อนสารเคมีกลุ่มเบต้าอะโกนิสต์และเกลือของสารกลุ่มนี้

ความเป็นพิษ ถ้าบริโภคสารนี้เข้าไปจะทำให้เกิดอาการมือสั่น กล้ามเนื้อกระตุก ปวดศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว เป็นตะคริว คลื่นไส้ อาเจียน มีอาการทางประสาท มีผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณที่ได้รับ

การสังเกตเนื้อหมูที่อาจมีสารเร่งเนื้อแดง เนื้อหมูมีสีแดงผิดปกติ

4) สารกันรา หรือ สารกันบูด หรือ กรดซาลิซิลิก เป็นกรดที่มีอันตรายต่อร่างกายมาก กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดห้ามนำมาใช้เจือปนในอาหาร แต่มีผู้ผลิตอาหารบางรายนำมาใส่เป็นสารกันเสียในอาหารแห้ง พริกแกง หรือน้ำคองคพ ผลไม้ เพื่อป้องกันเชื้อราขึ้นและช่วยให้น้ำคองคพ ผลไม้ดูใสเหมือนใหม่อยู่เสมอ

ความเป็นพิษ ถ้าร่างกายได้รับเข้าไปจะไปทำลายเซลล์ในร่างกาย ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ และหากได้รับเข้าไปมาก ๆ จะทำลายเยื่อกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้เป็นแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ได้ ถ้าได้รับกรดซาลิซิลิกจนมีความเข้มข้นในเลือด 25 – 35

มิลลิกรัม ต่อเลือด 100 มิลลิตร จะมีอาการอาเจียน หูอื้อ มีไข้ ความดันโลหิตต่ำจนช็อค และอาจถึงตายได้

การสังเกตอาหารแห้ง อาหารดองที่อาจมีสารกันรา น้ำดองอาหารดูใสเหมือนใหม่อยู่เสมอแม้จะเก็บไว้เป็นเวลานาน

5) สารฟอกขาว คือ สารเคมีที่มีคุณสมบัติในการยับยั้งการเปลี่ยนสีของอาหารไม่ให้เป็นสีน้ำตาล เมื่ออาหารนั้นถูกความร้อนในกระบวนการผลิต หรือถูกหั่น ตัดแล้ววางทิ้งไว้ และยับยั้งการเจริญเติบโตของยีสต์ รา แบคทีเรีย สารเคมีดังกล่าวที่นิยมใช้เป็นสารกลุ่มซัลไฟด์ ได้แก่ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ โซเดียมหรือโปแตสเซียมซัลไฟด์ โซเดียมหรือโปแตสเซียมไบซัลไฟด์ และโซเดียมหรือโปแตสเซียมเมตาไบซัลไฟด์ ซึ่งจะได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ให้ใช้ได้ ในอาหารบางชนิดเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีสารฟอกขาวบางชนิด หรือผงซักฟอก เป็นสารเคมีที่ห้ามใช้ในอาหารทุกชนิด คือ สารโซเดียมไฮโดรซัลไฟด์ หรือโซเดียมไดไทโอไนต์ เป็นสารเคมีที่ใช้ในการฟอกแห อวน ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพมาก แต่มีผู้ลักลอบนำมาใช้ฟอกขาวในอาหาร สารนี้มีคุณสมบัติในการสลายตัวได้เร็วเมื่อทิ้งไว้จะเปลี่ยนไปอยู่ในรูปของสารกลุ่มซัลไฟด์

ความเป็นพิษ ถ้าร่างกายได้รับสารฟอกขาวแล้วกระบวนการในร่างกายจะเปลี่ยนสารไปอยู่ในรูปของซัลเฟตและขับออกได้ทางปัสสาวะ แต่ถ้าได้รับสารฟอกขาวกลุ่มโซเดียมไฮโดรซัลไฟด์ หรือกลุ่มซัลไฟด์เกินกำหนด สารฟอกขาวจะไปทำลายไวดามีนบี 1 ในร่างกาย ทำให้เกิดอาการหายใจขัด ความดันโลหิตต่ำ ปวดท้อง อาเจียน อุจจาระร่วง ในรายที่แพ้อาจเกิดลมพิษ ช็อค หมดสติ และเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหอบหืด

การสังเกตอาหารที่อาจมีสารฟอกขาว อาหารมีสีขาวเหมือนใหม่อยู่เสมอ ไม่มีสีคล้ำแม้ตากไว้ในอากาศ ถังออกขาวมากผิดปกติ จึงหันฝอยสีสดไม่เป็นสีน้ำตาล

6) สารบอแรกซ์ หรือชื่อทางการค้าว่า น้ำประสานทอง ผงกรอบ ผงเนื่อนิ่ม สารขาวดอก ผงกันบูด และผงแซ เป็นสารเคมีที่เป็นเกลือของสารประกอบโบรอน มีชื่อทางเคมีว่า โซเดียมบอเรต (Sodium borate) โซเดียมเตตราบอเรต (Sodium tetraborate) มีลักษณะไม่มีกลิ่น เป็นผลึก ละเอียด หรือผงสีขาว ละลายน้ำได้ดี ไม่ละลายในแอลกอฮอล์ 95% มีการนำมาใช้ประโยชน์ในทางอุตสาหกรรม แต่เป็นสารเคมีที่เป็นอันตรายแก่ร่างกายและห้ามใช้ในอาหารทุกชนิด แต่เนื่องจากบอแรกซ์มีคุณสมบัติทำให้เกิดสารประกอบเชิงซ้อน กับสารประกอบอินทรีย์โพลีไฮดรอกซี (Organic polyhydroxy compound) เกิดลักษณะหยุ่น กรอบ และเป็นวัตถุกันเสียได้ จึงมีการลักลอบนำสารบอแรกซ์ผสมลงในอาหารหลายชนิด เช่น หมูปด ปลาบด ลูกชิ้น ทอดมัน ไส้กรอก ผงวุ้น แป้งกรอบ ทับทิมกรอบ มะม่วงดอง ผักกาดดอง ผักกาดเค็ม เป็นต้น

เพื่อให้อาหารเหล่านั้น มีลักษณะหยุ่น กรอบ แข็ง คงตัวอยู่ได้นาน หรือนำผงบอแรกซ์ละลายในน้ำ แล้วทาหรือชุบลงในเนื้อหมู เนื้อวัว เพื่อให้สุกตลอดเวลา นอกจากนี้ ยังมีการใช้ปลอมปนใน ผงชูรส เนื่องจากบอแรกซ์มีลักษณะภายนอกเป็นผลึกคล้ายคลึงกับผลึกของผงชูรส

ความเป็นพิษ ถ้าบริโภคเข้าไปในร่างกายจะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ถ้าใส่และกระเพาะอาหารเกิดการระคายเคือง อุจจาระร่วง และเป็นพิษต่อตับ ไต และสมองได้ ขึ้นอยู่กับปริมาณสารที่ได้รับ

การสังเกตอาหารที่อาจมีสารบอแรกซ์ อาหารมีความหยุ่นกรอบ คงตัวได้นาน ไม่บดเสี้ง่าย

7) สารฟอร์มาลิน หรือสารละลายฟอร์มาลดีไฮด์ มักใช้เป็นน้ำยาฆ่าเชื้อโรค หรือใช้เป็นน้ำยาดองศพ ประกอบด้วย แก๊สฟอร์มาลดีไฮด์ ประมาณร้อยละ 37 - 40 โดยน้ำหนัก ในน้ำ ลักษณะทั่วไปของฟอร์มาลินเป็นของเหลวใส ไม่มีสี มีกลิ่นฉุนเฉพาะตัว ใช้ในอุตสาหกรรมผลิตเคมีภัณฑ์พลาสติกสิ่งทอ ใช้ในการรักษาผ้าไม่ให้ยับหรือยับ ใช้ป้องกันการขึ้นราในการเก็บรักษาข้าวสาลี ข้าวโอ๊ตหลังจากเก็บเกี่ยว และใช้เพื่อป้องกันแมลงในพวกธัญพืชหลังการเก็บเกี่ยว ฟอร์มาลินเป็นสารอันตรายและห้ามใช้ในอาหารทุกชนิด แต่ปัจจุบันยังมีการนำมาใช้ในทางที่ผิด โดยเข้าใจว่าช่วยทำให้อาหารคงความสด ไม่เน่าเสียได้ง่ายและเก็บรักษาได้นาน ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้กับอาหารที่เน่าเสียได้ง่าย เช่น อาหารทะเลสด เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ ผักสดชนิดต่าง ๆ เป็นต้น

ความเป็นพิษ ถ้าร่างกายได้รับสารฟอร์มาลินจากการบริโภคอาหารที่มีสารดังกล่าวตกค้าง อาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินอาหาร และหากสัมผัสอยู่เป็นประจำ จะทำให้เกิดการสะสมจนทำให้ร่างกายอ่อนแอได้ และสารฟอร์มาลินยังเป็นสารก่อมะเร็งในสิ่งมีชีวิตได้ด้วย

การสังเกตอาหารที่อาจมีสารฟอร์มาลิน อาหารสดอยู่เสมอ ไม่เน่าเสียเร็ว ผักวางขายทั้งวันยังดูสดไม่เหี่ยว ถ้ามีการใช้ฟอร์มาลินมากจะมีกลิ่นฉุนแสบจมูก

8) ยาฆ่าแมลง หรือ สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หมายถึง วัตถุพิษที่นำมาใช้เพื่อป้องกันกำจัดศัตรูพืช สัตว์ และมนุษย์ ทั้งในการเกษตร อุตสาหกรรม และสาธารณสุข ซึ่งได้รับอนุญาตให้ใช้ได้บางชนิดแต่ต้องทิ้งระยะให้สารหมดความเป็นพิษก่อนการเก็บเกี่ยว

ความเป็นพิษ เมื่อได้รับสารฆ่าแมลงเข้าสู่ร่างกาย จะเกิดปฏิกิริยาทางเคมีกับเอนไซม์ในร่างกาย มีผลให้เกิดการขัดขวางการทำงานที่ตามปกติของระบบประสาททั้งในคนและสัตว์ ความเป็นพิษขึ้นกับคุณสมบัติของสารเคมีแต่ละชนิด วิธีการได้รับสารเข้าสู่ร่างกาย ปริมาณความถี่ สุขภาพของผู้ได้รับสารพิษ และก่อให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มึนงง หายใจ

ลำบาก แน่นในอก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเดิน กล้ามเนื้อโดยเฉพาะที่ลิ้นและหนังตากระตุก ชัก หดสติ

การสังเกตอาหารที่อาจปนเปื้อนยาฆ่าแมลง ผัก ผลไม้มีกลิ่นสารเคมี สด ไม่มีรอยเจาะของแมลง ปลาแห้ง ปลาเค็มไม่มีแมลงวันตอม

1) อาหารสดปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด หมายถึง อาหารสด ที่ผลิตนำเข้า หรือจำหน่ายต้องตรวจไม่พบ สารเร่งเนื้อแดง สารกันรา สารฟอกขาว สารบอแรกซ์ (น้ำประสานทอง) สารฟอร์มาลิน (น้ำยาดองศพ) และยาฆ่าแมลงตกค้างเกินกว่าค่าความปลอดภัย

2) ร้านจำหน่ายอาหารสดปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิดในทุก หมู่บ้าน / ตำบล ร้อยละ 95 หมายถึง จำนวนผู้ผลิตหรือจำหน่ายอาหารสด ที่มีแหล่งจำหน่าย แน่นนอนในทุกหมู่บ้านหรือตำบล ปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด และได้รับป้ายรับรองอาหาร ปลอดภัย (ป้ายทอง) ร้อยละ 95 ของจำนวนผู้ประกอบการอาหารสดทั้งหมดที่มีในหมู่บ้านหรือ ตำบลนั้น

สรุปได้ว่า อาหาร ในที่นี้ หมายถึง อาหารที่ปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด ได้แก่ สารเร่งเนื้อแดง สารกันรา สารฟอกขาว บอแรกซ์ (ผงกรอบ น้ำประสานทอง) ฟอร์มาลิน (น้ำยาดองศพ) และยาฆ่าแมลง

1.4.3 อารมณ์

ในการดำเนินงานด้านอารมณ์ประกอบด้วย การดำเนินงานเรื่อง ทุ บี นัมเบอร์วัน และชมรมผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข, 2549: 52 - 56)

1) ทุ บี นัมเบอร์วัน

“ยาเสพติด” เป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่รัฐบาลเร่งดำเนินการแก้ไข อย่างต่อเนื่องและจริงจังและได้กำหนดยุทธศาสตร์แห่งชาติเพื่อแก้ไขปัญหาเสพติดไว้ 9 ด้าน นอกจากนี้รัฐบาลได้มีการประกาศสงครามขึ้นแตกหักกับปัญหาเสพติดเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2546 ในการดำเนินการดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจจากหน่วยงานทุกภาคส่วน กรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักหน่วยงานหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข ได้รับมอบหมาย ให้ร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดตามยุทธศาสตร์แห่งชาติที่ 1 คือ การปรับปรุงพลังแผ่นดิน และการป้องกัน ได้จัดทำโครงการ TO BE NUMBER ONE อันประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ คือ

(1) การปลูกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด

(2) การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตให้แก่เยาวชน (Generation Y) ในชุมชน

(3) การพัฒนาระบบการป้องกันและช่วยเหลือผู้ประสบปัญหายาเสพติด

โดยมุ่งเน้นดำเนินการในกลุ่มผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติด ทั้งในและนอกระบบการศึกษา เป็นหลัก ซึ่งการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มเปิดตัวโครงการเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2545 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2547 สมัครเข้าร่วมเป็นสมาชิกโครงการ TO BE NUMBER ONE กว่า 22 ล้านคน มีผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดในโครงการโครงการลดรายจ่ายกมมือขึ้นทั่วประเทศรวมทั้งได้พัฒนาเครือข่ายการป้องกันและช่วยเหลือผู้ติดและผู้เสพยาครอบคลุมนทั้งในสถานบริการ สถานศึกษา และสถานประกอบการ

อย่างไรก็ตาม การแพร่ระบาดของความรุนแรงของปัญหาเสพยาเสพติด ในทุกพื้นที่ของประเทศไทยเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมาเป็นระยะยาวนาน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม การดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดให้ประสบความสำเร็จ จึงจำเป็นต้องอาศัยเวลา ความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วน ตลอดจนความต่อเนื่องของการดำเนินกิจกรรมทุกด้านอันจะนำไปสู่ความยั่งยืน และความเข้มแข็ง ในการต่อสู้เพื่อเอาชนะปัญหาเสพยาเสพติดให้หมดสิ้นไปจากประเทศไทย ใน พ.ศ. 2548 โครงการ TO BE NUMBER ONE ยังคงต้องดำเนินกิจกรรมภายใต้ 3 ยุทธศาสตร์ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของสมาชิกให้ยืนหยัดต่อสู้กับปัญหาเสพยาเสพติดต่อไปโดยไม่ทอดทิ้ง โครงการย่อยที่ 3 คือ โครงการจัดตั้งศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น เพื่อตอบสนองความต้องการของวัยรุ่น ที่ต้องการที่พึ่งพาทางใจ โดยเฉพาะจากผู้มีความรู้และทักษะการให้คำปรึกษา ที่มีวัยใกล้เคียงกัน รวมทั้งต้องการโอกาสและสถานที่สำหรับการแสดงออกถึงพลังสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในแต่ละคน การมีศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นจะช่วย ให้วัยรุ่นสามารถใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ หากมีปัญหาก็จะมีผู้คอยช่วยเหลืออยู่เสมอในเวลาที่ต้องการ ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นไม่ใช่สถานบำบัด ดังนั้น จึงเป็นอีกหนทางเลือกสำหรับวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มเสี่ยง หรือมีโอกาเป็นกลุ่มเสี่ยง สามารถเข้าไปใช้บริการ โดยมีภาครัฐสนับสนุน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้วัยรุ่นไทยห่างไกลยาเสพติดโดยการเป็นสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE และมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด

มากกว่าร้อยละ 55 ของผู้ที่มีอายุ 10 - 24 ปี เป็นสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE

นิยาม

(1) ผู้ที่มีอายุ 10-24 ปี หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 10 ปี 1 วัน ถึง 24 ปี 364 วัน ในหมู่บ้าน/ชุมชน ทั้งที่อยู่ในระบบ/นอกระบบการศึกษา

(2) การเป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE หมายถึง ต้องสมัครสมาชิกในชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา ในชุมชน หรือในสถานประกอบการ
สรุปได้ว่า โครงการทู บี นัมเบอร์วันในที่นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เยาวชนไทยอายุ 10 – 24 ปี สมัครสมาชิกชมรมทู บี นัมเบอร์วัน และไม่ให้อายุคนไทยติดยาเสพติด

2) ชมรมผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย พบว่า กลุ่มประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เพื่อเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะมีหน้าที่ดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีแนวนโยบาย เรื่อง “เมืองไทยสุขภาพดี” (Healthy Thailand) ที่จะกระตุ้นและส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากร “ผู้สูงอายุ” โดยสนับสนุนกิจกรรมเพื่อสร้างสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ โดยมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เน้นเชิงรุกแบบบูรณาการและสหสาขาวิชาและการเข้าถึงประชาชนทุกคน ฉะนั้นการดำเนินงานจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งกำหนดให้มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และมีกิจกรรมทุกเดือนใน พ.ศ. 2549 เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตรวมถึงส่งผลให้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรตามกลุ่มอายุลดลงได้

วัตถุประสงค์

- (1) เพื่อให้ชมรมผู้สูงอายุและผู้สูงอายุได้เป็นสมาชิกชมรมอย่างทั่วถึง
- (2) เพื่อเป็นแหล่งชุมชนพบปะสังสรรค์ และแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นและเป็นศูนย์กลางการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ
- (3) เพื่อให้ชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมสร้างสุขภาพเป็นประจำสม่ำเสมอ

ความหมาย

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มคนสูงอายุอย่างน้อย 20 คน มารวมกันเป็นชมรมและสร้างกิจกรรมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ

กิจกรรมที่ควรมีในชุมชนผู้สูงอายุ พิจารณากิจกรรม 3 ส่วน

- (1) กิจกรรมที่มีผลต่อผู้สูงอายุ เช่น
 - การออกกำลังกาย
 - กิจกรรมด้านความรู้ มีการส่งเสริมและกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้ให้กับสมาชิกในชมรมการเพิ่มพูนความรู้

- กิจกรรมการดูแลตนเองในชมรม
- กิจกรรมงานอดิเรก
- กิจกรรมการมีรายได้
- (2) กิจกรรมที่มีผลต่อชมรม เช่น
 - กิจกรรมทางพุทธศาสนา
 - กิจกรรมการกุศล
 - กิจกรรมการท่องเที่ยวและทัศนศึกษา
 - กิจกรรมฌาปนกิจสงเคราะห์
 - กิจกรรมเสริมรายได้
 - กิจกรรมนันทนาการ
- (3) กิจกรรมที่มีผลต่อส่วนรวม เช่น
 - กิจกรรมร่วมกับองค์กรอื่นๆ การพัฒนาท้องถิ่นและสังคม
 - กิจกรรมการพัฒนาท้องถิ่นและสังคม
 - กิจกรรมการจัดงานเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสต่างๆ
 - กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์

การที่ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือร่วมกิจกรรมทุกเดือนอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ ผู้สูงอายุลดความเสี่ยงของการเกิดโรค เป็นการเพิ่มคุณภาพในการควบคุมโรค ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และยืนยาว

สรุปได้ว่า ชมรมผู้สูงอายุในที่นี้ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเป็นสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมทุกเดือน

1.4.4 อโรคยา

ในการดำเนินงานด้านการลดโรคประกอบไปด้วยการดำเนินงาน ดังนี้ โรคไข้เลือดออก ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคมะเร็งเต้านม (กระทรวงสาธารณสุข, 2549: 61-69)

1) การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตชนบท

(1) พัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของเครือข่าย และชุมชนในการ ป้องกันควบคุมโรค

ก. การพัฒนาองค์ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแก่หน่วยงาน เครือข่ายและพันธมิตรระดับท้องถิ่นในการป้องกันและควบคุมโรค (การจัดทำแนวทาง คู่มือการ ดำเนินการของเครือข่าย)

ข. พัฒนาศักยภาพชุมชนแบบเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน
เทคนิคประชาคมและใช้บทสรุปของประชาคม ในการป้องกันควบคุมโรค

ก. สนับสนุนการสร้างชุมชนเข้มแข็งโดยดำเนินการบ้านปลอด
ลูกน้ำ ยุงลายยั่งยืนโดยใช้การประกวดและการณรงค์เพื่อการกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์
ยุงลายในระดับครัวเรือน โดยใช้มาตรการทางกายภาพ ชีวภาพ และภูมิปัญญาท้องถิ่น

(2) การประชาสัมพันธ์ และแจ้งข้อมูลข่าวสาร เพื่อสร้างความตระหนัก
และการให้ความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรค ผ่านหอกระจายข่าว และสื่อท้องถิ่น

(3) การควบคุมการระบาดในพื้นที่ โดยการสอบสวน ทำลายแหล่ง
ยุงลาย โดยบุคลากรที่ได้รับการรับรองจากสาธารณสุข ร่วมกับบุคลากรท้องถิ่น

(4) ประสานงานหน่วยงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดแนวทาง
และมาตรการด้านกฎหมายในการป้องกันควบคุมโรคของท้องถิ่น

สรุปได้ว่า การป้องกันโรคไข้เลือดออกในที่นี้ หมายถึง การป้องกัน
การเกิดโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายในและรอบ ๆ บริเวณบ้าน
โดยใช้มาตรการทางกายภาพ ชีวภาพ และภูมิปัญญาท้องถิ่น

2) ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน

สำหรับโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของ
การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราการลดลงจาก 6.3 ใน พ.ศ.
2544 เป็น 5.1 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2545 โรคเบาหวานมีอัตราการลดลงจาก 13.2 ใน พ.ศ. 2544
เป็น 11.8 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2545 เนื่องจากการสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชนโดย
การตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 พบว่า ผู้สงสัยเป็นความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
มีจำนวน 6,447,301 คน โดย 2 ใน 3 อยู่ในวัยทำงาน (15-59 ปี) จำนวน 4,587,442 คน และเกินครึ่ง
ไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรค เนื่องจากไม่มีอาการแสดงให้ทราบ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และอยู่
ในกลุ่มชุมชนแออัดสูงกว่าชุมชนเมือง และพบผู้มีภาวะเบาหวานประมาณ 2,000,000 คน พบใน
เพศหญิงมากกว่าเพศชาย

ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา
สูงมากและสร้างภาระต่าง ๆ ต่อครอบครัวและสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม ในการดำเนินงาน
เรื่อง ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปใน
ชุมชนได้รับการตรวจปีสภาวะและวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 1 ปี เพื่อสร้างความ
ตระหนักให้ประชาชนที่เป็นเบาหวาน และมีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชนได้ทราบว่าตนเองเป็น

โรคเบาหวานหรือมีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในกลุ่มเยาวชนและประชากรเฉพาะ

สรุปได้ว่า การดำเนินงานเรื่องความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในที่นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปในชุมชนได้รับการตรวจปีสภาวะและความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 1 ปี

3) มะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาที่คุกคามสุขภาพสตรีทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งพบว่า โรคมะเร็งเต้านมมีอุบัติการณ์ของโรคสูงเป็นอันดับ 1 ใน พ.ศ. 2542 แม้ว่าในปัจจุบัน โรคมะเร็งเต้านมยังไม่มีข้อมูลที่ยืนยันอย่างชัดเจนเกี่ยวกับสาเหตุของการเป็นโรคและไม่สามารถป้องกันได้ก็ตาม แต่สตรีสามารถดูแลและป้องกันตนเองได้ในระดับหนึ่งด้วยการตรวจเต้านมตนเองเป็นประจำทุกเดือน เพื่อค้นหาความผิดปกติของเต้านมหากพบความผิดปกติให้รีบไปพบแพทย์ เพื่อรับการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะแรก ๆ จะมีโอกาสรักษาหายขาดได้ ซึ่งวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก ประหยัดค่าใช้จ่าย สตรีทุกคนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และเป็นการเริ่มต้นสร้างสุขนิสัยการมีพฤติกรรมสุขภาพของสตรี การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีจะต้องมีปัจจัยสำคัญหลายประการโดยเริ่มตั้งแต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้และทักษะการตรวจเต้านมที่สามารถถ่ายทอดไปยัง อสม. แก่นนำสตรีในชุมชน และชมรมสร้างสุขภาพ เพื่อร่วมสร้างพฤติกรรมตรวจเต้านมของสตรีในชุมชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านม การดำเนินงานในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้แก่สตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และเพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคมะเร็งเต้านมของสตรีไทย ลดความรุนแรงของโรคและลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านม

สรุปได้ว่า การดำเนินงานในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมในที่นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้แก่สตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และเพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคมะเร็งเต้านมของสตรีไทย ลดความรุนแรงของโรคและลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านม

1.4.5 การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย การดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กน่ายู่ (กระทรวงสาธารณสุข 2547: 70-80) คือ

1) ศูนย์เด็กเล็กน่ายู่

ศูนย์เด็กเล็กหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นสถานที่สำคัญและจำเป็นต่อสังคมไทยในการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน จากการประกาศใช้ พ.ร.บ. การกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ทำให้หน่วยงานรัฐที่คอยดูแล

ศูนย์เด็กเล็กถ่ายโอนภารกิจเรื่องการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กให้กับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งขณะนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการถ่ายโอนศูนย์เด็กเล็กแล้วประมาณ 10,000 กว่าแห่ง ในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ผ่านเกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ นั้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยตัวเด็ก ผู้ดูแลเด็กและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็ก ซึ่งจากการสำรวจภาวะสุขภาพพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2542 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการรวมปกติทุกด้านเพียงร้อยละ 71.69 สงสัยล่าช้าร้อยละ 28.1 โดยพัฒนาการที่เข้าข่ายสงสัยล่าช้า คือ ด้านภาษา การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัวซึ่งพัฒนาการดังกล่าวถือเป็นพื้นฐานของพัฒนาการด้านสติปัญญา เพราะมีความสำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้ของเด็ก ดังนั้นการพัฒนาให้ศูนย์เด็กเล็กให้มีการพัฒนาสมวัย ผู้ดูแลเด็กควรมีความรู้ ความสามารถในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อีกทั้งควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วย ซึ่งการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้บริหารศูนย์เด็กเล็กและผู้ดูแลเด็กในการบริหารจัดการศูนย์เด็กเล็กให้ได้มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ เพื่อสนับสนุนให้ศูนย์เด็กเล็กพัฒนาการให้ได้มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในทุกด้าน และเพื่อกระตุ้นให้ผู้เกี่ยวข้อง สังคม และชุมชนเกิดความตื่นตัวต่อการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ได้มาตรฐานอย่างยั่งยืน และเกิดเครือข่ายศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่

สรุปได้ว่า การดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในที่นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องและชุมชนเกิดความตื่นตัวต่อการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ได้มาตรฐาน รวมทั้งการพัฒนาให้ศูนย์เด็กเล็กให้มีการพัฒนาสมวัย โดยมีการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเด็กทุก 3 เดือน

1.4.6 การดำเนินงานด้านอบายมุข

ในการดำเนินงานด้านอบายมุขนั้น ได้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบโดยมีมาตรการควบคุมการบริโภคสุราและยาสูบ เพื่อสังคมโดยคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบกำหนดมาตรการควบคุมการบริโภคสุราและยาสูบตามที่กระทรวงการคลังเสนอ ดังนี้

- 1) ห้ามจำหน่ายสุราและยาสูบให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์
- 2) ระยะเวลาในการจำหน่ายสุราควรกำหนดให้สอดคล้องกับนโยบายการแก้ปัญหาสังคมตามประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 253 ลงวันที่ 16 พฤศจิกายน 2515 โดยกำหนดให้ผู้ได้รับอนุญาตขายสุราประเภทขายปลีก (ประเภทที่ 3 และประเภทที่ 4) ขายได้เฉพาะตั้งแต่เวลา 11.00 นาฬิกา ถึง 14.00 นาฬิกา และตั้งแต่เวลา 17.00 นาฬิกา ถึง 24.00 นาฬิกา
- 3) ไม่อนุญาตให้จำหน่ายสุราในบริเวณสถานศึกษาและศาสนสถาน ทั้งนี้ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2547 เป็นต้นไป

โดยพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546 ได้ห้ามมิให้เด็กอายุไม่เกิน สิบแปดปีซื้อหรือเสพสุราหรือบุหรี่ หรือเข้าไปในสถานที่เฉพาะเพื่อขายหรือเสพสุราหรือบุหรี่ หากฝ่าฝืนจะเรียกผู้ปกครองมาเพื่อว่ากล่าวตักเตือน ทำทัณฑ์บนต้องทำงานเพื่อบริการสังคม โดย ผู้ปกครองจะต้องควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันมิให้กระทำความผิดขึ้นอีก หากปรากฏว่า ผู้ปกครองฝ่าฝืนข้อกำหนดใด ๆ ในการดูแลเด็กในปกครองของตน ผู้ปกครองจะต้องถูกทำทัณฑ์ บน และต้องวางเงินประกัน ซึ่งจำนวนมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับฐานะ (ในกรณีที่ผู้ปกครองมีฐานะดี ย่อมต้องจ่ายมากขึ้นเป็นลำดับ) หากมีการทำผิดทัณฑ์บนภายในสองปีที่มีการวางเงินประกัน เงิน จำนวนนี้จะถูกริบเข้ากองทุนคุ้มครองเด็ก (มาตรา 39 44 และ 45) แม้ว่าเด็กจะยินยอม หรือเป็นผู้ ร้องขอก็ห้ามมิให้ผู้ใดขาย แลกเปลี่ยน หรือให้สุราหรือบุหรี่แก่เด็กอายุไม่เกินสิบแปดปีโดยผู้ฝ่าฝืน มีโทษจำคุกไม่เกินสามเดือน หรือปรับไม่เกินสามหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ยกเว้นกรณีมีความ จำเป็นในทางการแพทย์ (มาตรา 26 ข้อ 10, 78) (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2548)

สรุปได้ว่า การดำเนินงานด้านอบายมุขในที่นี้ หมายถึง การที่ร้านค้าไม่จำหน่าย บุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

สรุปได้ว่า การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สร้าง คนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรงใน ที่นี้ หมายถึง การดำเนินงานในระดับพื้นที่เกี่ยวกับด้านสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 6 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย อารมณ์แจ่มใส อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคยาและอบายมุข ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้ตัวชี้วัดตามแนวทางตามยุทธศาสตร์สร้าง คนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) มาเป็นตัวแปรในการวิจัย

2. แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

2.1 ความหมายหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมายถึง หมู่บ้านที่สามารถบริหารจัดการกลุ่มองค์กร ต่าง ๆ ที่มีอยู่ในหมู่บ้าน (ทั้งกลุ่ม อสม. และแกนนำชุมชนอื่น ๆ) มีการวางแผนระดมทุน จัดการทุน มีการใช้องค์ความรู้ที่ได้จากภายนอกหรือภูมิปัญญาท้องถิ่น มีการประเมินผลการทำงาน มีการ เชื่อมโยงและประสานประโยชน์จาก คน ทุน และองค์ความรู้หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดคุณค่า มากกว่าเดิม ด้วยการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกชุมชน เช่น ประชุม หารือ หรือทำประชาคมของกลุ่มองค์กรต่าง ๆ รวมทั้งประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการศึกษา

สภาพความเป็นอยู่ของคนในชุมชน ร่วมกันวางแผน ร่วมกันดำเนินการตามแผน และมีการเชื่อมโยงการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพในหมู่บ้านกับหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกหมู่บ้าน

2.2 แนวคิดในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

รัฐบาลมีนโยบายที่จะส่งเสริมให้คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกาย ใจ สังคม และปัญญา สามารถดำรงชีวิตบนพื้นฐานความพอดีพอประมาณอย่างมีเหตุผล ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มีครอบครัวที่อบอุ่น มั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูล มีสัมมาอาชีพทั่วถึง มีรายได้ มีสุขภาพแข็งแรง และอายุยืนยาว เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีเป้าหมายร่วมกันในการนำพาทุกชุมชนของประเทศไทยสู่การเป็นเมืองไทยแข็งแรง ภายในปีพุทธศักราช 2560 โดยกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จซึ่งเป็นการวัดผลสำเร็จของกิจกรรมที่ได้ดำเนินการด้านสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านและตำบล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ การออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อโรคยา อนามัยสิ่งแวดล้อม และอบายมุข

การวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานในระดับหมู่บ้านและการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จดังกล่าว เป็นการให้ความสำคัญกับผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้นในหมู่บ้าน มากกว่าที่จะให้ความสำคัญจัดการด้านสุขภาพได้ด้วยชุมชนเอง ความสำเร็จที่ยั่งยืนจะเกิดขึ้นได้

ดังนั้น กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนจึงได้กำหนดตัวชี้วัดที่เป็นเครื่องมือความยั่งยืนการพัฒนาให้ คนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง โดยจะดูที่กระบวนการพัฒนาของหมู่บ้านว่า “หมู่บ้าน/ชุมชน มีกระบวนการพัฒนาและมีการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน จนสามารถดูแลและจัดการสุขภาพได้” ซึ่งเรียกหมู่บ้านนี้ว่า “หมู่บ้านจัดการสุขภาพ”

2.3 ขั้นตอนการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ควรมีการดำเนินการพัฒนาสุขภาพเป็นระยะ ๆ ตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจกลไกหลักและประเมินสถานการณ์การดำเนินงานด้านสุขภาพของหมู่บ้านที่ผ่านมา เริ่มต้นด้วยการสำรวจและวิเคราะห์หมู่บ้าน / ชุมชนของตนเอง ก่อนว่า มีกลไกหลักในการก่อรูป “ระบบสุขภาพภาคประชาชน” หรือไม่

ขั้นตอนที่ 2 สร้างเวทีเรียนรู้ชุมชน เป็นขั้นตอนของการนำกลไกทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มองค์กร ทูน และความรู้มาก่อรูปให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการทำแผนชุมชน จากขั้นตอนที่ 2 สู่ขั้นตอนที่ 3 คือ ขั้นตอนการทำแผนชุมชน ด้วยการ

- 1) ร่วมกันวางแผนแก้ไขหรือพัฒนาหมู่บ้านให้ได้แผนชุมชน

- 2) กลุ่มองค์กร ภาค / เครือข่าย แกนนำชุมชน นำแผนชุมชนที่ได้ประกาศให้ประชาชนทั้งหมู่บ้านได้รับรู้ และมีส่วนร่วมในกระบวนการทำแผน
- 3) แผนชุมชนนี้ควรจะออกมาเป็นแผนรวมทุกเรื่อง ซึ่งเรียกว่า แผนชีวิต หรือแผนแม่บทชุมชนและมีแผนสุขภาพเป็นแผนหนึ่งในนั้น
- 4) แผนสุขภาพควรจะประกอบด้วย 2 ด้านใหญ่ๆ คือ ด้านสร้างสุขภาพ และด้านซ่อมสุขภาพและแผนสุขภาพทั้ง 2 ด้าน จะมีกิจกรรมอะไรบ้างขึ้นอยู่กับ ปัญหาและความต้องการของหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4 ปฏิบัติตามแผน โดยเลือกกิจกรรมด้านสุขภาพและร่วมกันวิเคราะห์แผนว่า

- 1) กิจกรรมใดควรทำก่อน ทำหลังนำมาจัดลำดับ
- 2) กิจกรรมใด ทำโดยชุมชนเองทั้งหมด
- 3) กิจกรรมใด ต้องทำร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น
- 4) กิจกรรมใด ต้องเสนอให้หน่วยงานหรือองค์กรอื่นช่วยทำ

จากนั้นจึงปฏิบัติตามแผนโดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล

- 1) หมู่บ้านเกิดเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพหรือไม่
- 2) ภาคิเครือข่ายทั้งในและนอกหมู่บ้านมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างหมู่บ้านจัดการสุขภาพหรือไม่
- 3) ภาคิเครือข่ายมีการประสานงาน แลกเปลี่ยน ร่วมเรียนรู้ และมีการสนับสนุนทรัพยากรหรือไม่
- 4) ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนและดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ และได้รับประโยชน์จากการจัดการด้านสุขภาพของชุมชนหรือไม่มากนักน้อยเพียงใด
- 5) มีการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน และประชาชนนำไปใช้ประโยชน์มากน้อยแค่ไหน

2.4 การประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

การประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 2 แบบ ได้แก่

แบบประเมินที่ 1 แบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

เป็นแบบประเมินกระบวนการและผลผลิต ประกอบด้วย รายละเอียด

2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ส่วนที่ 2 การประเมินผลหมู่บ้านจัดการสุขภาพเป็นการประเมินผล

ความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านใน 4 ด้าน คือ

1) การจัดทำแผนด้านสุขภาพ คือ การประเมินหมู่บ้านว่ามีการจัดทำแผนด้านสุขภาพ และ อสม. หรือแกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนด้านสุขภาพ

2) การจัดการงบประมาณ เพื่อใช้ในการพัฒนาสุขภาพ คือ การได้รับงบประมาณสนับสนุนจากเทศบาล / อบต. และหน่วยงานอื่น ๆ พ.ศ. 2549 และใช้ดำเนินการใน 3 ด้าน คือ การพัฒนาศักยภาพคนในหมู่บ้าน การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน และการจัดบริการสาธารณสุขใน ศสมช.

3) การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน คือ มีการดำเนินงาน / กิจกรรม โดยให้ครบ 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

(1) กิจกรรมสร้างสุขภาพ คือ หมู่บ้านต้องมีกิจกรรมอย่างน้อย 1 กิจกรรม ได้แก่ การออกกำลังกาย การส่งเสริมพัฒนาการในเด็กเล็ก (< 6 ปี) อาหารปลอดภัย การใช้อินเทอร์เน็ต / การลดการใช้สารเคมีในการเพาะปลูก การเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดในชุมชน การเฝ้าระวังและคุ้มครองผู้บริโภค การส่งเสริมสตรีให้ตรวจสุขภาพตนเอง เช่น ตรวจเต้านมเพื่อค้นหามะเร็งได้อย่างถูกต้อง

(2) กิจกรรมด้านการพัฒนาศักยภาพ อสม. / แกนนำสุขภาพ คือ หมู่บ้านต้องมีกิจกรรมพัฒนาอย่างน้อย 1 กิจกรรม ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ต่อเนื่องให้กับ อสม. การศึกษาดูงานของ อสม. การประชุม / อบรมนอกเขตตำบล การอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.)

(3) กิจกรรมด้านการบริการสุขภาพภาคประชาชน คือ หมู่บ้านต้องมีกิจกรรมบริการอย่างน้อย 1 กิจกรรม ได้แก่ การจำหน่ายยาและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ การค้นหา / ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต การบริการ / ให้ความรู้เรื่องเอดส์ การค้นหาผู้ไม่มีบัตรทอง

(4) กิจกรรมการถ่ายทอดความรู้ คือ หมู่บ้านต้องมีกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรม ได้แก่ การจัดกิจกรรมผ่านสื่อ เช่น หอกระจายข่าว หรือการประชุมกลุ่ม / เวทีเรียนรู้ เป็นต้น

(5) กิจกรรมด้านการควบคุมและป้องกันโรค คือ หมู่บ้านต้องมีกิจกรรมด้านการควบคุมและป้องกันอย่างน้อย 1 กิจกรรม ได้แก่ การจัดกิจกรรมควบคุมและ

ป้องกันโรคไข้เลือดออก ไข้ฉี่หนู โรคอุจจาระร่วง การแพ้พิษสารเคมี อุบัติเหตุ/ระหว่างประสบภัย ไข้หวัดนก

4) การประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพในหมู่บ้าน คือ การที่หมู่บ้านมีการประเมินผล โดยใช้กิจกรรมอย่างน้อย 2 กิจกรรม ในการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพ ดังนี้ มีการประชุมสรุปผลงาน / กิจกรรมที่ดำเนินการในแต่ละปี มีการประเมินผลตามแผนงานที่วางไว้ มีการใช้แบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และมีการใช้แบบประเมินตนเอง เพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้าน

แบบประเมินที่ 2 แบบประเมินตนเองเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

เป็นแบบประเมินเพื่อพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

ตัวชี้วัด ประกอบด้วย 5 หมวด ได้แก่

หมวดที่ 1 การพัฒนาศักยภาพและการจัดการด้านกำลังคน/องค์กรในชุมชน

หมวดที่ 2 การจัดการด้านทุนเพื่อสุขภาพ

หมวดที่ 3 การจัดการด้านข้อมูลเพื่อใช้ในการกระบวนการวางแผนสุขภาพชุมชน

หมวดที่ 4 การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพสู่ชุมชน

หมวดที่ 5 การจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน 2549 : 18 – 49)

2.5 การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี

จากประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ของกระทรวงสาธารณสุข คือ การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชนกำหนดเป้าประสงค์ให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมและมาตรการทางสังคมที่เหมาะสม ดังนั้น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงได้กำหนดกลยุทธ์การส่งเสริมพัฒนาศักยภาพขององค์กรภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพของชุมชนและกำหนดเป้าประสงค์ไว้ว่า ประชาชนมีทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ถูกต้องและสามารถบริหารจัดการด้านสุขภาพของชุมชนได้ กระบวนการพัฒนาให้ชุมชนและหมู่บ้านมีการจัดการด้านสุขภาพได้นั้นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ ซึ่งกำหนดให้มีกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพสู่ภาคีเครือข่ายชุมชนและประชาชนและกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาและ

สนับสนุนเครือข่ายชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขในการจัดการด้านสุขภาพ โดยมุ่งหวังว่าองค์กรภาคีเครือข่ายที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้และส่งเสริมสนับสนุน จะสามารถบริหารจัดการให้เกิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพได้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2549 : 20)

จังหวัดสุพรรณบุรี ตั้งอยู่ในเขตภาคกลางด้านตะวันตก มีพื้นที่การปกครองประกอบด้วย 10 อำเภอ 110 ตำบล มีจำนวนหมู่บ้านตามเขตการปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 970 หมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือน 236,836 หลัง ประชากรรวม 840,128 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี 2549: 3 - 7) มี อสม. 13,870 คน คิดเฉลี่ย 1 คน ต่อ 17 หลังคาเรือน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2550) โดยจังหวัดสุพรรณบุรีได้มีการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีได้มีการประชุมชี้แจงเกี่ยวกับแนวทางการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพแก่ผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ แล้วให้ผู้รับผิดชอบระดับอำเภอไปประชุมชี้แจงกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลไปดำเนินการประชุมชี้แจงถ่ายทอดความรู้แก่ อสม. เพื่อให้ อสม. มีความเข้าใจในการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพร่วมกับผู้นำชุมชนใน พ.ศ. 2550 จังหวัดสุพรรณบุรี ได้มีเป้าหมายร้อยละ 60 ของหมู่บ้านที่มีการจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จากผลการดำเนินการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ พบว่ามีหมู่บ้าน 990 หมู่บ้าน 895 หมู่บ้าน ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 90.4 ปัญหาการบริหารจัดการสุขภาพของหมู่บ้านที่พบมากที่สุด คือ ไม่มีการจัดทำแผนสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 6.5 รองลงมา คือ ไม่มีประเมินผลการจัดการในหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 4.1 ไม่มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพร้อยละ 1.7 และไม่มีการจัดการงบประมาณร้อยละ 0.2 ซึ่งหมู่บ้านส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ

สรุปได้ว่า หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมายถึง หมู่บ้านที่สามารถบริหารจัดการ มีการวางแผนระดมทุน จัดการทุน มีการใช้องค์ความรู้ มีการประเมินผลการทำงาน มีการเชื่อมโยงและประสานประโยชน์จากคน ทุน และองค์ความรู้หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3. แนวคิดเกี่ยวกับศักยภาพการดำเนินงานสร้างสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ของ อสม.

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับ อสม.

3.1.1 ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การรณรงค์สาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนงาน และการประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและการป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน / ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน / ชุมชน โดยเฉลี่ยดังนี้

พื้นที่ชนบท : อสม. 1 คน ต่อ 8 – 15 หลังคาเรือน

พื้นที่เขตเมือง : เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มีอาสาสมัคร

พื้นที่ชุมชนแออัด : อสม. 1 คน ต่อ 20 – 35 หลังคาเรือน

เขตชุมชนชานเมือง : อสม. 1 คน ต่อ 8 – 15 หลังคาเรือน

ดังนั้นในแต่ละหมู่บ้านจะมี อสม. 10 – 20 คน

3.1.2 คุณสมบัติของ อสม.

- 1) เป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาในหมู่บ้าน
- 2) มีความรู้ขั้นต้นสามารถอ่านออกเขียนได้
- 3) เป็นบุคคลที่สมัครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงาน

สาธารณสุข

- 4) เป็นบุคคลที่สนใจและเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมในการดำเนินงาน

สาธารณสุข

- 5) เป็นบุคคลที่กรรมการหมู่บ้านรับรองว่าเป็นผู้ที่มีความประพฤติดีได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน

3.1.3 วิธีการคัดเลือก อสม.

ให้ใช้วิธีประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

- 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้านและผู้นำอื่น ๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงเรื่องการคัดเลือก คุณสมบัติ สาระ จำนวน บทบาทหน้าที่ของ อสม. แล้วร่วมกันกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อคัดเลือก อสม. โดยให้กลุ่มผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการสรรหา
- 2) แบ่งละแวกบ้านหรือหมู่บ้าน กลุ่มละ 8 – 15 หลังคาเรือน แล้วชี้แจงทุกบ้านให้รับทราบ เปิดโอกาสให้ประชาชนผู้มีคุณสมบัติในข้อ 1.1.2 สมัครเข้ารับการอบรม
- 3) ให้ประชาชนในหมู่บ้าน หลังคาเรือนละ 1 คน เป็นตัวแทนครอบครัวในการเสนอชื่อผู้สมัครเข้าเป็น อสม. ได้ 1 คน
- 4) คณะดำเนินการสรรหา ซึ่งประกอบด้วย กรรมการหมู่บ้าน / ชุมชน และผู้นำอื่น ๆ ดำเนินการคัดเลือก และลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่เลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ประจำละแวกหมู่บ้านหรือหมู่บ้าน หนึ่งการคัดเลือก อสม.สามารถปรับเปลี่ยนได้หากชุมชนหรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีความเห็นเป็นอย่างอื่น แต่ต้องเป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวม และมีขั้นตอนที่โปร่งใส

3.1.4 การฝึกอบรม อสม.ใหม่

- 1) การฝึกอบรม อสม.ใหม่ ในที่นี้หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อให้ อสม.ที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ ความสามารถ และปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้
- 2) วิธีการอบรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางด้านทฤษฎี การฝึกปฏิบัติ ให้บริการที่สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งต้องมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้ อสม.ใหม่ทุกคน มีความรู้และสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพ (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 2542 : 6 – 10)
- 3) เนื้อหาหลักสูตร หลักสูตรมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พุทธศักราช 2550 กำหนดเนื้อหาวิชาไว้เป็น 2 หมวด คือ

- (1) หมวดวิชาหลัก จำนวน 8 วิชา เวลา 37 ชั่วโมงประกอบด้วย
 - วิชาการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน
 - วิชาอาสาสมัครสาธารณสุข
 - วิชากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

วิชาสุขภาพดีมีสุข วิชาการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น
วิชาการสื่อสารในการสาธารณสุขมูลฐาน วิชาการจัดทำแผนงาน/

โครงการของชุมชน

วิชาการบริหารจัดการ

(2) หมวดวิชาเลือก เวลา 6 ชั่วโมง พิจารณาเลือกสอนตามปัญหาและความจำเป็นประกอบด้วย วิชาการเฝ้าระวัง ควบคุม สนับสนุนการรักษาและป้องกันโรค และปัญหาสาธารณสุขตามบริบทของพื้นที่ ทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต่อ (อาทิเช่น โรคเอดส์ วัณโรค โรคไข้หวัดนก ไข้เลือดออก โรคเลปโตสไปโรซิส (โรคลี้นหนู) โรคพิษสุนัขบ้า โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ มะเร็ง อุบัติเหตุ ฯลฯ) (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2550: 5 - 16)

3.1.5 การพัฒนาของ อสม.

- 1) พัฒนาตามวาระ : คราวละ 2 ปี
- 2) ตาย
- 3) ลาออก
- 4) ย้ายไปอยู่ที่อื่น

3.1.6 หน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2550: 15-16) ได้กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขไว้ ดังนี้

- 1) สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน
- 2) ให้การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค โดยให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แกนนำชุมชนในเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพพลานามัยให้แข็งแรง และเกิดการเจ็บป่วยน้อยที่สุด
- 3) ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การจ่ายยาอย่างอนามัย การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ การตรวจหาน้ำตาลในเลือด การส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ
- 4) ปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) หรือสถานที่ตามกำหนดของหมู่บ้าน
- 5) จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น กิจกรรมเฝ้าระวังทางโภชนาการ โดยการชักนำหน้าเด็ก การติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและ

ตรวจครรภ์ตามกำหนด ให้บริการชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และตรวจสอบสุขภาพตามกำหนด กิจกรรมเฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตาม ให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และกิจกรรมเฝ้าระวังเรื่องโรคระบาดและโรคติดต่อ ประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคหรือพาหะนำโรค

6) บริหารจัดการวางแผน แก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้
งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลและจากแหล่งอื่น ๆ

7) ชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต
ของชุมชน

8) คู่มือสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพและสาธารณสุขของ
ประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล
และเครือข่ายสุขภาพ กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของ
หมู่บ้าน บนพื้นฐานข้อมูลของชุมชน สอดคล้องกับเศรษฐกิจพอเพียง โดยเน้นพัฒนาและแก้ไข
ปัญหาด้านสังคมเศรษฐกิจและจิตใจควบคู่กันไป

สรุปได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับ
การคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุข
กำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย
เป็นผู้สื่อสารข่าวสาร ให้การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค ให้บริการสาธารณสุขแก่
ประชาชน จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน บริหารจัดการวางแผน
แก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน และชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ

3.2 ศักยภาพ

3.2.1 ความหมายศักยภาพ

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546: 1095) ได้ให้
ความหมายของคำว่า ศักยภาพ คือ ภาวะแฝง อำนาจหรือคุณสมบัติที่มีแฝงอยู่ในสิ่งต่าง ๆ อาจจะทำ
ให้พัฒนาหรือให้ปรากฏเป็นสิ่งที่ประจักษ์ได้

ศักยภาพ (Potentiality) หมายถึง ความสามารถหรือพลังที่มีอยู่และพร้อมที่จะ
จะกระทำการต่าง ๆ ให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Fred W. Riggs (ed). อ้างในประหยัด
หงษ์ทองคำ และอนันต์ เกตุวงศ์, 2542: ม.ป.ท.)

สราวุธ วลัยขพฤกษ์ (2543: 27) ได้ให้คำจำกัดความ ศักยภาพ คือ ความ
พร้อมของสิ่งต่าง ๆ ที่แสดงพลังอำนาจหรือความสามารถในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้เกิดการ
พัฒนาและบรรลุผลตามเป้าหมายที่ต้องการ

3.2.2 มาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2550: 15-16) ได้กำหนดมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขไว้ ดังนี้

- 1) สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่
- 2) สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการเฝ้าระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย
- 3) สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน
- 4) สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคม ให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสถานะแวดล้อมของสังคม
- 5) สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีผลต่อการขจัดหรือลดปัญหาทางสุขภาพ
- 6) สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ
- 7) สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน

3.2.3 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

เนื่องจากมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นส่วนหนึ่งของศักยภาพของ อสม. และหมู่บ้านจัดการสุขภาพเป็นหมู่บ้านที่สามารถบริหารจัดการกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ที่มีอยู่ในหมู่บ้าน (ทั้งกลุ่ม อสม. และแกนนำชุมชนอื่น ๆ) มีการวางแผนระดมทุน จัดการทุน มีการใช้องค์ความรู้ที่ได้จากภายนอกหรือภูมิปัญญาท้องถิ่น มีการประเมินผลการทำงาน มีการเชื่อมโยงและประสานประโยชน์จาก คน ทุน และองค์ความรู้หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดคุณค่ามากกว่าเดิม ด้วยการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกชุมชน เช่น ประชุมหารือ หรือทำประชาคมของกลุ่มองค์กรต่าง ๆ รวมทั้งประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาสภาพความเป็นอยู่ของคนในชุมชน ร่วมกันวางแผน ร่วมกันดำเนินการตามแผน และมีการเชื่อมโยงการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพในหมู่บ้านกับหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกหมู่บ้าน เช่น ที่ สสมช. มีระบบส่งต่อข้อมูลและผู้ป่วยกับศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) หรือหมู่บ้านทำแผนงานโครงการเสนอขอของบประมาณจากแหล่งทุนภายนอกชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน และ

บริหารจัดการงบประมาณ เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาฯ ตามแผน จากนั้นควรต้องมีการประเมินผลการดำเนินงานว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ: 18 - 19)

3.2.4 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

ความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการด้านนโยบายและอำนาจการยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) จากมติที่ประชุมคณะกรรมการอำนาจการโครงการเมืองไทยแข็งแรง เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2547 มอบหมายให้กรมที่รับผิดชอบในแต่ละเป้าหมายเป็นเจ้าภาพหลัก ดังนี้

- | | |
|----------------------|--|
| 1) ออกกำลังกาย | เจ้าภาพหลัก คือ กรมอนามัย |
| 2) อาหาร | เจ้าภาพหลัก คือ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| 3) อารมณ์ | เจ้าภาพหลัก คือ กรมสุขภาพจิต |
| 4) การลดโรค | เจ้าภาพหลัก คือ กรมควบคุมโรค |
| 5) อนามัยสิ่งแวดล้อม | เจ้าภาพหลัก คือ กรมอนามัย |

และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ดูแลรับผิดชอบ อสม. ซึ่งเป็นตัวจักรสำคัญที่จะก่อให้เกิดกระบวนการทำงานโดยทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นแกนหลักในการดำเนินงานให้บรรลุโครงการเมืองไทยแข็งแรง

ต่อมาในเดือนตุลาคม 2547 ได้เพิ่มการดำเนินงานขึ้นมาอีก 1 ด้าน คือการดำเนินงานด้านอบายมุข เจ้าภาพหลักก็คือ กรมอนามัย

การสนับสนุน “หมู่บ้านจัดการสุขภาพ” ในเบื้องต้นนั้นต้องพัฒนาศักยภาพองค์กร / กำนันคน / ภาติเครือข่ายสุขภาพในชุมชนที่สำคัญได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชน และร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนในการดำเนินการ โดยถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน จัดให้มีกระบวนการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตลอดจนพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้เป็นแหล่งการเรียนรู้ของชุมชนสำหรับบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในการดำเนินโครงการเมืองไทยแข็งแรงมี ดังนี้

- 1) ออกกำลังกาย ส่งเสริมให้ประชาชนคนไทยอายุ 6 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรม การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที เพื่อให้ประชาชนมีร่างกายแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และอื่น ๆ

2) อาหาร ส่งเสริม พัฒนาเพื่อให้ร้านจำหน่ายอาหารยกระดับการผลิตอาหารที่จำหน่ายให้ประชาชนได้บริโภคทุกพื้นที่ที่มีคุณภาพปลอดภัยมากขึ้น ปราศจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด ได้แก่ สารเร่งเนื้อแดง สารกันรา สารฟอกขาว บอแรกซ์ ฟอรัมาลิน และยาฆ่าแมลง สนับสนุนโครงการตลาดสดน้ำซ้อย และอาหารสะอาดรสชาติอร่อย

3) อารมณ์ แนะนำ ส่งเสริมให้วัยรุ่นที่มีอายุ 10-24 ปี ในหมู่บ้าน/ชุมชน ทั้งที่อยู่ในและนอกระบบการศึกษาเป็นสมาชิกชมรม ทู บี นัมเบอร์วัน เพื่อให้วัยรุ่นไทยห่างไกลยาเสพติดและมีส่วนร่วมดำเนินการในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุโดยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้มีชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุได้เป็นสมาชิกชมรมอย่างทั่วถึงมีกิจกรรมสร้างสุขภาพเป็นประจำสม่ำเสมอ

4) การลดโรค

(1) ดำเนินการในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อลดอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของประชากรให้น้อยลง โดยการเฝ้าระวังและควบคุมการระบาดของ กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง

(2) ดำเนินการสร้างความตระหนักให้ประชาชนได้รับทราบถึงอันตรายจากการเป็นโรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง และให้ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปในชุมชน ได้รับการตรวจปีสภาวะ และวัดความดันโลหิต 1 ครั้งในรอบ 1 ปี

(3) เฝ้าระวังการเกิดโรคมะเร็งเต้านมของสตรีไทย และลดความรุนแรงของโรคลดการตายจากโรคมะเร็งเต้านม โดยการให้ความรู้แก่หญิงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปให้มีความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่สตรีทุกคนต้องให้ความสำคัญและปฏิบัติให้เป็นประจำสม่ำเสมอ

5) อนามัยสิ่งแวดล้อม

สนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กได้ทำการประเมินพัฒนาการเด็กอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง ถ้าพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าให้ส่งต่อโรงพยาบาลต่อไป (กระทรวงสาธารณสุข 2547: 7-75)

6) อายุมข

(1) รณรงค์ประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบอย่างครอบคลุมและทั่วถึง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายทราบถึงข้อกฎหมายควบคุมการบริโภคบุหรี่และสุราในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 และโทษพิษภัยตลอดจนผลกระทบอันเกิดจากการบริโภคบุหรี่และสุรา

(2) สํารวจร้านค้ําไมจําหน้ําบูหรืและเครื่องค้ํมีแอลกอฮอล์แก่เด็ก
อายุค้ํกว้ํา 18 ปี (กระทรวงสํารณสุข 2549 : 110)

สรุปได้ว้ํา ศักยภาพการค้ํเนินงานสร้ํงเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการ
สุขภาพ ของ อสม. หมายถึง การที่ อสม. มีความสามารถในการค้ํเนินงานด้านสร้ํงเสริมสุขภาพ
ได้แก่ การจัดทําแผนด้านสุขภาพ การจัดการงบประมาณ การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ และการ
ประเมินผล ซึ่งในที่นี้ใช้แบบการประเมินกระบวนการและผลผลิตของหมู่บ้านจัดการ 4 ด้าน
มาเป็นตัวแปรที่ใช้ศึกษาถึงระดับศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข

4. แนวคิดทฤษฎีปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

เชอร์เมอร์ฮอร์น และคนอื่น ๆ (Schermerhorn, et. al., 1991: 104 - 108 อ้างใน
ขวัญฤทัย พรรณวิจารณ์ 2543: 30 - 31) มีความคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ
บุคคล (Individual Performance Factors) ประกอบด้วย

4.2.1 ลักษณะส่วนบุคคล (Individual Characteristic)

1) ลักษณะประชากร (Demographic Characteristic) ได้แก่ ตัวแปรที่ช่วย
ให้เห็นถึงภูมิหลังของบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานะทางเศรษฐกิจ สังคม สถานที่อยู่
อาศัย ขนาดของครอบครัว ตลอดจนสิ่งอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตามลักษณะประชากร
อย่างเดียวยังไม่เป็นเครื่องชี้วัดที่จะแสดงถึงผลการปฏิบัติงานที่ดี ทั้งนี้ยังมีสิ่งที่เกี่ยวข้อง คือ
ความรู้ ความสามารถ และหรือลักษณะทางจิตวิทยา

2) ความรู้ ความสามารถ (Competency Characteristic) เป็นสิ่งหนึ่งที่
สำคัญในการพิจารณาเลือกคนเพื่อมาปฏิบัติงาน ความรู้ ความสามารถเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่
สามารถกระตุ้นให้เกิดความพยายามในการทำงาน เป็นแรงจูงใจขั้นต้นที่มีผลกระทบตอ้ไหวพริบ
ของบุคคลที่เอาชนะสภาพแวดล้อมได้ บุคคลที่รู้สึกรู้ว่ามีความรู้ ความสามารถในการงานของเขา
สามารถคาดได้ว่าเขาจะทำงานอย่างจริงจัง ดังนั้น ความรู้ ความสามารถ แบ่งได้ 2 ด้าน คือ
ด้านศักยภาพ (Physical Competency) และด้านสมอง (Mental Competency) ซึ่งบ่อยครั้งได้ใช้
ผลการเรียนเป็นเครื่องชี้วัดถึงแนวโน้มความรู้ ความสามารถ ด้านสมองและการปฏิบัติงาน

3) ลักษณะทางจิตวิทยา (Psychological Characteristic) เป็นการแสดง
แนวโน้มของพฤติกรรมแต่ละบุคคลที่จะเกิดขึ้น และมีอิทธิพลค่อนข้างถาวรต่อพฤติกรรม
ลักษณะทางจิตวิทยาเหล่านี้ เช่น ทศนคติ การรับรู้ ความต้องการ และบุคลิกภาพ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ความสำคัญของคุณลักษณะของบุคคลเหล่านี้ขึ้นอยู่กับธรรมชาติและความจำเป็นแต่ละงาน ซึ่งเซอร์เมอร์ฮอว์นเห็นว่าคุณลักษณะของบุคคลจะต้องมีความเหมาะสมกับความจำเป็นของแต่ละงาน เพื่อที่จะนำไปสู่ผลการปฏิบัติงานที่ต้องการ

4.2.2 ความพยายามในการทำงาน (Work Effect) คุณลักษณะของบุคคลที่มีความเหมาะสมกับความจำเป็นของงานนั้น ยังไม่สามารถที่จะทำให้บุคคลมีผลการปฏิบัติงานในระดับที่สูง อีกทั้งยังมีตัวแปรหนึ่งที่สำคัญและต้องมีก็คือ ความพยายามในการทำงาน ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงความปรารถนาที่จะปฏิบัติงาน นั่นคือต้องมีแรงจูงใจที่จะทำงาน (Motivation to work) เป็นแรงผลักดันภายในตัวบุคคลที่มีผลโดยตรง และคงไว้ซึ่งความพยายามในการทำงาน คนที่มีแรงจูงใจในระดับสูงจะทำงานอย่างจริงจัง แรงจูงใจจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยกำหนดความพยายามในการทำงาน

4.2.3 การสนับสนุนจากองค์การ (Organization Support) ในการปฏิบัติงานของบุคคล จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์การที่ปฏิบัติอยู่ บุคคลที่มีลักษณะบุคคลตรงกับ ความจำเป็นของงานและได้รับการจูงใจในระดับสูง อาจไม่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ดี หากได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอจากหน่วยงาน หรือที่เรียกว่าข้อจำกัดด้านสถานการณ์ (Situation Constraint) เช่น ขาดเวลาที่จะทำงาน งบประมาณ เครื่องมือเครื่องใช้ และวัสดุอุปกรณ์ ไม่เพียงพอ ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับงานไม่ชัดเจน ระดับความคาดหวังของผลการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม ขาดอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับงาน ขาดการช่วยเหลือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ไม่ยืดหยุ่น เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลการปฏิบัติของบุคคล

สรุปได้ว่า ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดของเซอร์เมอร์ฮอว์นและคณะ เป็นแนวทางในการอธิบายว่าปัจจัยใดที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน คือ ลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้แก่ การได้รับการอบรม การได้รับงบประมาณสนับสนุน การได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะของงานความรับผิดชอบ และความก้าวหน้าในตำแหน่ง ซึ่งรายละเอียดของแนวคิด ทฤษฎีของแต่ละปัจจัยที่นำมาศึกษา มีดังต่อไปนี้

5. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ

5.1 ความหมายของความรู้

มีผู้ให้ความหมายของความรู้ (Knowledge) ดังนี้

กู๊ด (Good, V.C.1973 อ้างในวัฒนพงศ์ ลือชวงศ์ 2548 : 29) กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมสะสมไว้

บลูม (Bloom, 1975 : 71 อ้างในสมศักดิ์ สุเมธยาจารย์ 2544 : 55) กล่าวว่า ความรู้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะหรือเรื่องทั่ว ๆ ไป ระลึกได้ถึงวิธีการ กระบวนการ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเน้นความจำ

พจนานุกรมเว็บสเตอร์ (Webster's Dictionary, 1977: 784 อ้างในวาสนา ตริเนตร 2549: 10) ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า ความรู้ หมายถึง ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดขึ้นจากการศึกษาหรือค้นคว้า หรือเป็นความรู้เกี่ยวกับ สถานที่ สิ่งของหรือบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์หรือจากการรายงาน การรับรู้ ข้อเท็จจริงเหล่านี้ต้องชัดเจนและอาศัยเวลา

ชวาล แพรัตกุล (2526: 201) ให้ความหมายของ ความรู้ว่า ความรู้ คือ การ แสดงออกของสมรรถภาพสมองด้านความจำ โดยใช้วิธีให้ระลึกออกมาเป็นหลัก

ประภาเพ็ญ สุวรรณ(2526: 20) ให้ความหมายว่า ความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ที่ผู้เรียนเพียงแต่จำได้หรือโดยการมองเห็นหรือได้ยิน ความรู้ขั้นนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัด ความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง และวิธีแก้ปัญหา

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ การแสดงออก โดยการจำ นำไปใช้ โดยให้ผู้อื่นรับทราบได้

5.2 ระดับความรู้

บลูม และคณะ (Bloom and Others อ้างในสราวุธ วลัยชพฤกษ์, 2543: 36 - 37) ได้ทำการระดับของความรู้ (เป็นพฤติกรรมกลุ่มพุทธิพิสัย) ออกเป็น 6 ระดับ โดยเรียงจาก พฤติกรรมขั้นง่ายไปสู่ขั้นยาก ดังนี้

1) ความรู้ ความจำ (Knowledge) เป็นความสามารถทางสมองในอันที่จะทรงไว้ หรือรักษาไว้ซึ่งเรื่องราวต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับรู้เข้าใจในสมอง การวัดว่าบุคคลมีความสามารถในการจำเรื่องราวต่าง ๆ ได้มากน้อยเพียงไรนั้น ให้ดูตรงที่บุคคลนั้นสามารถเลือกได้ซึ่งสิ่งที่จะจำไว้ได้เพียงใด

2) ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการสื่อความหมายทั้งให้ผู้อ่านรู้เจตนาของตนเอง และตนเองรู้ความหมาย ความปรารถนาของผู้อื่น

3) การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำความรู้ ความจำและความเข้าใจไปใช้ในการแก้ปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างได้ผล ความสามารถในการนำไปใช้ไม่ได้หมายความว่าสามารถได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นเรื่องราวหรือเหตุการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น แต่เป็นความสามารถในการนำสิ่งที่ได้จากการเรียนการสอนไปแก้ไขสถานการณ์ให้สำเร็จลุล่วงได้

4) การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการพิจารณาเรื่องราวใด ๆ ออกเป็นส่วนย่อย ๆ

5) การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการรวมส่วนประกอบย่อย ๆ ให้เข้ากันได้เป็นเรื่องราว เป็นความสามารถในการพิจารณาเรื่องราวในหลาย ๆ ลักษณะ แล้วนำมาจัดระบบโครงสร้างเสียใหม่ ให้เกิดสิ่งใหม่ซึ่งมีประสิทธิภาพดีกว่าเดิม

6) การประเมิน (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินใจ ดีราคา โดยอาศัยหลักเกณฑ์และมาตรฐานที่วางไว้

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ระดับความรู้สามารถจำแนกเป็นระดับได้ตั้งแต่การจำ การระลึกได้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมิน

5.3 การวัดความรู้

บุญธรรม กิจปริคาบวิสุทธิ (2537: 85 อ้างในสราวุธ วลัยขพบฤกษ์, 2543: 39-41) การวัดความรู้มีหลายชนิดแต่ละชนิดก็เหมาะสมกับการวัดความรู้ ตามลักษณะแตกต่างกันออกไป เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ที่นิยมใช้กันมากคือ แบบทดสอบ (Test) ซึ่งเป็นชุดข้อคำถาม (Items) ที่สร้างขึ้นเพื่อเร้าหรือชักนำให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ตอบ ตอบสนองออกมา อาจจะอยู่ในรูปการเขียนตอบ การพูด การปฏิบัติ ที่สามารถสังเกตและวัดให้เป็นปริมาณได้ แบบทดสอบแบ่งออกเป็นประเภทได้หลายแบบ แล้วแต่ทักษะและเกณฑ์ที่ใช้แบ่ง ดังนี้

1) แบ่งตามลักษณะทางจิตวิทยา สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่

(1) แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ (Achievement) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ความรู้ ความเข้าใจ ตามพฤติกรรมความรู้ (Cognitive) ซึ่งเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ แบบทดสอบประเภทนี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

ก. แบบทดสอบที่ครูสร้างเอง (Teacher - Made Test) เป็นแบบทดสอบที่สร้างขึ้นโดยทั่วไป เมื่อต้องการใช้ก็สร้างขึ้น ใช้แล้วก็เลิกกันไป ถ้าจะนำไปใช้อีกก็ต้องดัดแปลงปรับปรุง แก้ไขเพราะเป็นแบบทดสอบที่ยังขาดคุณภาพ

ข. แบบทดสอบมาตรฐาน (Standardized Test) เป็นแบบทดสอบที่ได้มีการพัฒนาด้วยวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติมาแล้วหลายครั้งหลายหน จนมีคุณภาพสมบูรณ์ทั้งด้านความตรง ความเที่ยง ความยากง่าย อำนาจจำแนก ความเป็นภัย และมีเกณฑ์ปกติ (Norm) ให้เปรียบเทียบด้วย รวมความแล้วต้องมีมาตรฐาน ทั้งด้านการดำเนินการสอบและการแปลผลคะแนนที่ได้

(2) แบบทดสอบความถนัด (Aptitude Test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดสมรรถภาพทางสมองของคนว่า มีความรู้ ความสามารถมากน้อยเพียงใด และมีความสามารถทางด้านใดเป็นพิเศษ แบบทดสอบประเภทนี้ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

ก. แบบทดสอบความถนัดทางการเรียน (Scholastic Aptitude Test) เป็นแบบทดสอบที่วัดความสามารถทางวิชาการว่ามีความถนัดในวิชาอะไร ซึ่งจะแสดงถึงความสามารถในการเรียนต่อทางแขนงวิชานั้น และจะสามารถเรียนไปได้มากน้อยเพียงใด

ข. แบบทดสอบความถนัดพิเศษ (Specific Aptitude Test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดความสามารถพิเศษของบุคคล เช่น ความถนัดทางดนตรี ทางการแพทย์ ทางวิศวกรรม ทางศิลปกรรม เป็นต้น ใช้สำหรับการแนะแนว การเลือกอาชีพ

(3) แบบทดสอบบุคคลสังคม (Personal - Social Test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดบุคลิกภาพและการปรับตัวเข้ากับสังคมบุคคล

2) แบ่งตามรูปแบบของการถามการตอบ จะแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

(1) แบบทดสอบความเรียง (Essay Test) จะเป็นแบบทดสอบที่กำหนดคำถามให้ผู้ตอบต้องเรียบเรียงคำตอบเอง

(2) แบบทดสอบตอบสั้นและเลือกตอบ (Short Answer and Multiple Choice Test) จะเป็นแบบทดสอบที่กำหนดคำถามให้ และกำหนดให้ตอบสั้น ๆ หรือกำหนดคำตอบมาให้เลือก ผู้ตอบจะต้องเลือกตอบตามนั้น แบบทดสอบประเภทนี้ สามารถแบ่งเป็น 4 ชนิด คือ

ก. แบบให้ตอบสั้น (Short Answer Item)

ข. แบบถูก - ผิด (True - False Item)

ค. แบบจับคู่ (Matching Item)

ง. แบบเลือกตอบ (Multiple Choice Item)

3) แบ่งตามลักษณะการตอบ แบ่งได้ 3 ประเภท คือ

(1) แบบทดสอบปฏิบัติ (Performance Test) เป็นการทดสอบด้วยการให้ปฏิบัติ ลงมือทำจริง ๆ

(2) แบบทดสอบเขียนตอบ (Paper – Pencil Test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้กันทั่วไป ซึ่งใช้กระดาษและดินสอหรือปากกาเป็นอุปกรณ์ช่วยตอบ ผู้ตอบจะต้องเขียนตอบทั้งหมด

(3) แบบทดสอบปากเปล่า (Oral Test) เป็นการทดสอบที่ให้ผู้ตอบพูดแทนการเขียน มักจะเป็นการพูดคุยกันระหว่างผู้ถามกับผู้ตอบ เช่น การสอบสัมภาษณ์

4) แบ่งตามเวลาที่กำหนดให้ตอบ จะแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

(1) แบบทดสอบการใช้ความเร็ว (Speed Test) เป็นแบบทดสอบที่จะต้องตอบภายในเวลาจำกัด มักจะมีจำนวนข้อคำถามมาก ๆ แต่ให้เวลาน้อย ๆ

(2) แบบทดสอบให้เวลามาก (Power Test) เป็นแบบทดสอบที่ไม่กำหนดเวลาตอบ จะใช้เวลาตอบเท่าใดก็ได้

5) แบ่งตามลักษณะเกณฑ์ที่ใช้วัด จะแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

(1) แบบทดสอบอิงเกณฑ์ (Criterion - Referenced Test) เป็นแบบทดสอบที่สอบวัดตามวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ หรือตามเกณฑ์ภายนอก ซึ่งเป็นเนื้อหาของการวิชาการเป็นหลัก

(2) แบบทดสอบอิงกลุ่ม (Norm - Referenced Test) เป็นแบบทดสอบที่เปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มที่สอบด้วยกัน

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ (6 อ.) หมายถึง การที่ อสม. มีความรู้ ในการอธิบายและตอบคำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้องในองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในที่นี้คือ ด้านออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านอารมณ์ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านโรคภัย และด้านอบายมุข โดยผู้วิจัยเลือกใช้แบบทดสอบชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก (Multiple Choice Item) เป็นแบบวัดความรู้ในการวิจัยครั้งนี้

6. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน

6.1 แนวคิดเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติงาน

6.1.1 ความหมายของการสนับสนุน

องค์การอนามัยโลก (WHO อ้างในยุพาพร สุภาคี, 2547 : 29 - 31) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความช่วยเหลือจากชุมชนมีมีต่อบุคคลและกลุ่มคนในชุมชนนั้นๆ

แคปแลน (Kaplan 1976, อ้างในยุพาพร สุภาคี, 2547: 29 - 31)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มคน อาจเป็นทางด้านสิ่งของ เช่น ข้าวสาร เงิน ค่าเลี้ยงคน หรือทางด้านอารมณ์ ที่เป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการ

บาร์ริรา (Barrera 1982: 70 อ้างในขวัญใจ พิมพ์ล, 2543: 65 - 66)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิด การช่วยเหลือ โดยการให้สิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลป้อนกลับและการมีส่วนร่วมทางสังคม

จากความหมายของ การสนับสนุน สามารถนำมาสรุปความหมายในแง่ของปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้ดังนี้ หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ ได้รับการสนับสนุน ในรูปแบบต่าง ๆ จากภาครัฐ

6.1.2 ประเภทของการสนับสนุน

จาคอบสัน (Jacobson 1986: 252, อ้างในปนิธาน หล่อเลิศวิทย์ 2541: 25) แบ่งการสนับสนุน เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลเกิดความสุขใจ ได้แก่ การยกย่องเคารพนับถือ ความรักความเอาใจใส่ และการให้ความมั่นใจ

2) การสนับสนุนทางสติปัญญา (Cognitive Support) ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ที่จะช่วยให้บุคคลได้เข้าใจสิ่งต่าง ๆ จนสามารถนำไปปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้

3) การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Materials Support) ได้แก่ การให้ทางด้านสิ่งของและบริการที่จะช่วยแก้ปัญหาได้

เฮาส์ (House อ้างในยูพาพร สุภาคี, 2547: 30 - 31) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1) สนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) ได้แก่ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การให้ความรักความผูกพันต่อกัน การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน และการเห็นคุณค่าที่เกี่ยวข้องกัน

2) การสนับสนุนโดยการให้การประเมินผล (Appraisals Support) ได้แก่ การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือการรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมา เพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ และทำให้รู้สึกเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น

3) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ตักเตือน การให้คำปรึกษาและการให้ข่าวสาร ที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการเจ็บป่วยนี้ได้

4) การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrument Support) ได้แก่ แรงงาน เงิน เวลา

สรุปได้ว่า ประเภทของการสนับสนุน หมายถึง การที่ได้รับการสนับสนุนด้านสติปัญญาและสิ่งของ เช่น การได้รับข่าวสาร การเงิน วัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น

6.1.3 ระดับของแรงสนับสนุน

กอทท์ลิป (Gottlieb 1985 อ้างในยุพาพร สุภาคี, 2547: 31) แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการเข้าร่วมหรือมีส่วนร่วมในสังคม ที่วัดจากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจและการดำเนินชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เขาอาศัยอยู่

2) ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนหรือ กลุ่มบุคคลที่ใกล้ชิด การสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์และการยกย่อง

3) ระดับแคบ (Micro Level) เป็นระดับความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด เชื่อว่า คุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย เช่น สามี ภรรยา สมาชิกในครอบครัว การสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ ให้การสนับสนุนทางจิตใจ ทางอารมณ์ การแสดงความรักความห่วงใย

สรุปได้ว่า ระดับของการสนับสนุน หมายถึง การได้รับการสนับสนุนระดับกลุ่มเครือข่าย ได้แก่ กลุ่มเพื่อน หรือกลุ่มบุคคลใกล้ชิดจากภาครัฐ

6.3 การได้รับการฝึกอบรม

6.3.1 ความหมายของฝึกอบรม

คณัย เทียนพุ่ม (2537: 18 - 19 อ้างในอารี บุตรสอน, 2546 : 55) ได้นิยามการฝึกอบรมว่า การเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับงาน การเพิ่มพูนฝีมือ ความชำนาญและการเพิ่มพูนทัศนคติที่ดีในการทำงาน กระบวนการที่จัดตั้งโดยวัตถุประสงค์ในการที่จะพัฒนาบุคคลให้มีความรู้ใหม่ ๆ มีความชำนาญในการปฏิบัติงาน มีเจตคติที่ดีในการทำงาน และเพื่อแลกเปลี่ยนพฤติกรรม

ของผู้ปฏิบัติงานให้เป็นไปในทิศทางที่ต้องการ กิจกรรมที่ได้เกิดการเรียนรู้ในชั่วระยะเวลาหนึ่ง
อย่างมีระบบแบบแผนเพื่อความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในการทำงาน

วิจิตร อาวะกุล (2537: 10 อ้างในอารี บุตรสอน, 2546 : 55) ได้ให้
ความหมายเกี่ยวกับการฝึกอบรมว่า หมายถึง การพัฒนาหรือฝึกฝนอบรมบุคคลให้เหมาะสม หรือเข้า
กับงานหรือทำงาน ส่วนการศึกษา หมายถึง การเพิ่มพูนความรู้ (Knowledge) ความเข้าใจ
(Understanding) ทักษะ (Skill) ความชำนาญงาน ความสามารถ (Ability)

วันชัย เตชพรุ่ง (2538: 68 อ้างในอารี บุตรสอน, 2546: 55) กล่าวว่า
การฝึกอบรมเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการปรับปรุงผลการทำงาน การฝึกอบรมเรื่องทัศนคติ
มีความสำคัญยิ่ง การมีทัศนคติที่ถูกต้อง ทักษะต่าง ๆ จะถูกนำมาใช้และจับบกพร่องต่าง ๆ ก็จะถูก
แก้ไขได้

สมคิด บางโม (2538: 14 อ้างในอารี บุตรสอน, 2546 : 55) ได้สรุปว่า
การฝึกอบรม หมายถึง กระบวนการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคลโดยมุ่งเพิ่มพูน
ความรู้ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) ความชำนาญงาน และเจตคติ (Attitude) อันจะนำ
มาสู่การยกระดับมาตรฐานการทำงานให้สูงขึ้น ทำให้บุคคลมีความเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงานและ
องค์การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

จากที่กล่าวมาข้างต้น ในการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า การได้รับการฝึกอบรม
หมายถึง การที่ อสม. ได้รับการสนับสนุนการฝึกอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้มีการ
ดำเนินงานตามบรรลุตามเป้าหมาย

6.4 การได้รับงบประมาณสนับสนุน

6.4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณ

แนวทางใหม่

ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 - 2544) ทิศทางการ
สาธารณสุขมูลฐานได้ส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับ
ครอบครัว โดยจัดให้มีแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) และสนับสนุนให้ อสม.รวมตัว
ในรูปแบบของชมรมและสมาคมเพื่อเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานโดยเน้นการกระจาย
อำนาจจากรัฐสู่ประชาชน ซึ่งในแผนงานสาธารณสุขมูลฐานได้สนับสนุนงบประมาณ 7,500 บาท
/ หมู่บ้าน / ปี ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้กลไกแกนนำหมู่บ้านนำไปจัดทำแผน
ภารกิจหลัก 3 เรื่อง ได้แก่

- 1) พัฒนาศักยภาพกำลังคนในพื้นที่
- 2) การจัดบริการของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

3) จัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพตามส่วนขาดของความจำเป็น (จปฐ.) ราชหมู่บ้าน ขณะเดียวกันมีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขบางประการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากการติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการงบประมาณ 7,500 บาท / หมู่บ้าน / ปี พบว่า งบประมาณส่วนใหญ่ถูกนำไปใช้ในแผนกิจกรรมการศึกษาของ อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่ การนำไปจัดกิจกรรมรณรงค์แก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขเชิงนโยบายและชี้แจงไว้ใน สสมช. เกินความจำเป็น ซึ่งงบประมาณดังกล่าวมีบางพื้นที่เป็นส่วนน้อยที่ได้นำมาวางแผนใช้ในการอบรม อสม. ใหม่ จากการสำรวจพบว่า อสม. ใหม่ที่ก้าวเข้าสู่การเป็น อสม. ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 พบว่า อสม. ผ่านการอบรมตามหลักสูตรน้อยมาก ส่วนใหญ่ตอบว่าผ่านเพียงเวทีการจัดการประชุมของเจ้าหน้าที่เพื่อรับนโยบายไปปฏิบัติ ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 งบประมาณด้านการสาธารณสุขมูลฐานที่ส่วนกลาง สนับสนุนไปให้จังหวัดมุ่งเน้นการจัดสรร สนับสนุนแผนการจัดอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้ครอบคลุมทั่วประเทศ และแผนงานสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้านสนองตอบภารกิจหลักใน 3 เรื่องดังกล่าวเท่านั้น ซึ่งผลการประเมินสองทศวรรษของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับ อสม. มีดังนี้

1) การดำเนินงานของสถานีอนามัยเกือบทั้งหมดจัดให้มีการประชุมประจำเดือน อสม. และประเด็นการประชุมเป็นเรื่องของการติดตามงาน แจ้งข่าวสาร และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนภารกิจหรืองานของ อสม. มีการทำตามกรอบหน้าที่เป็นครั้งคราว และส่วนใหญ่ อสม. ทำงานตามที่เจ้าหน้าที่ร้องขอ และมีประมาณร้อยละ 60 ที่สามารถระบุหน้าที่หลักของ อสม. ได้

2) เจ้าหน้าที่เห็นว่า อสม. มากกว่าครึ่ง ที่ยังไม่เข้าใจเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรม

3) อสม. ส่วนใหญ่ต่างคาดหวังการสนับสนุน และช่วยเหลือในการทำงาน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก เนื่องจากแนวคิดและกระบวนการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานผูกติดอยู่กับระบบราชการ และใช้รูปแบบการดำเนินงาน แบบเดียวกันทั่วประเทศ

แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (2545 – 2549) มุ่งเน้นปัญหาเป้าหมายการพัฒนาเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง โดยอัญเชิญปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง นำทางในการพัฒนาและบริหารประเทศโดยอาศัยคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และสนับสนุนกลไกเครือข่ายหรือภาคีสุขภาพระดับพื้นที่ ดังนั้น ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ได้รับการจัดสรรงบประมาณประจำปี สำหรับอุดหนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดำเนินงาน

ในการสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้าน / ชุมชน ซึ่งในระยะเริ่มต้นของการจัดสรรงบประมาณสู่ท้องถิ่น พบว่า ลำบากกว่าระยะเวลาที่มีการริเริ่มแผนปฏิบัติงานของหมู่บ้าน และเมื่อวิเคราะห์แผนงานด้านการสาธารณสุขตามนโยบาย ซึ่งเป็นกระแสหลักที่ส่งการลงไปประกอบกับช่วง 3 ปีที่ผ่านมาวิกฤติด้านการเมืองที่มีการแข่งขันในระบบพรรคการเมืองสูง องค์กร อสม. ถูกมองด้วยความหวังไขจากองค์กรอิสระเกรงจะตกเป็นเครื่องมือของนักการเมือง ทำให้มีการทบทวน และพัฒนาศักยภาพตนเองและเรียนรู้ ความเป็นไปในพื้นที่ตนเอง พบว่า ด้านการฝึกอบรม ขาดความเป็นระบบและองค์กรสนับสนุนรองรับที่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง และหน่วยงานสนับสนุนประจำขาดความตระหนักในประเด็นดังกล่าว (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน 2550 : 17 - 18) การบริหารจัดการงบประมาณพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน (งบ 7,500 บาท ซึ่งปัจจุบันได้รับ 10,000 บาท และจากการศึกษากระบวนการและผลการกระจายอำนาจการบริหารงบประมาณสาธารณสุขมูลฐานสู่ชุมชน พบว่า อสม.ส่วนใหญ่ได้ทำหน้าที่ในการเบิกจ่ายเงินร่วมกับเจ้าหน้าที่และตัวแทนหมู่บ้าน และ อสม.ประสบปัญหาผู้นำหมู่บ้านและ อบต. ไม่เข้าใจงานสาธารณสุขมูลฐาน และเจ้าหน้าที่ยังเป็นผู้ดำเนินการเอง (พรทิพย์ สุประดิษฐ์: 2542 อ้างใน บุญเลิศ โพธิ์ชัย 2550: 15)

จากที่กล่าวมาข้างต้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า การได้รับการงบประมาณสนับสนุน หมายถึง การที่หมู่บ้าน ได้รับสนับสนุนงบประมาณหรือวัสดุจากประชาชน / อบต. / เทศบาล / สส. / สจ. / สท เพื่อนำมาใช้ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การอบรม อสม. การแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของหมู่บ้าน การจัดบริการสาธารณสุขในหมู่บ้าน และความเพียงพอของงบประมาณที่ได้รับ

6.5 การนิเทศงาน

6.5.1 ความหมายของการนิเทศงาน

ได้มีผู้นิยามความหมายของการนิเทศงาน ไว้ ดังนี้

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542 : 588) ให้ความหมายว่า แสดง ชี้แจง จำแนก

อำพล จินดาวัฒนะ (2536 : 131) กล่าวว่า การนิเทศงานเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาจิตความรู้ ความสามารถของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง

ขงยุทธ สารสมบัติ (2536 : 33) ให้ความหมายไว้ว่า การนิเทศงานเป็นกลุ่มของกิจกรรมหรือกระบวนการแนะนำ สังเกตการณ์ ชี้แนะ กระตุ้น ติดตาม แก้ไข และส่งเสริมให้ผู้รับการนิเทศสามารถปฏิบัติงานที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ และให้ผลงานมีประสิทธิภาพผลยิ่งขึ้น

ตามพจนานุกรมของศาสตราจารย์ ดร.วิทย์ เทียงบุญธรรม (2545: 829) ให้ความหมายไว้ว่า การดูแล การควบคุม การจัดการ การอำนวยการ การตรวจตรา

ทองหล่อ เดชไทย (2549: 317) กล่าวว่า การนิเทศงานเป็นกิจกรรมซึ่งต้องทำร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ เพื่อบ่มไปสู่ความสำเร็จอันเดียวกัน โดยยึดหลักที่ว่างานนิเทศงานมุ่งที่จะส่งเสริมสนับสนุนมากกว่าการควบคุมให้ทำตามคำสั่ง

สรุปได้ว่า การนิเทศงาน หมายถึง การทำงานร่วมกันของกลุ่มคนที่เกี่ยวกับการตรวจงาน วางแผน การติดตามประเมินผลงาน การสังเกตการณ์ ชี้แจง การเสนอ ฝึกงาน อบรม กระตุ้นเตือน แก้ไข และส่งเสริมความสามารถของผู้รับการนิเทศ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้นิเทศพึงมีให้แก่ผู้รับการนิเทศ เพื่อให้ปฏิบัติงานได้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

6.5.2 วัตถุประสงค์ของการนิเทศ

ทองหล่อ เดชไทย (2549: 316 - 317) ได้กำหนดวัตถุประสงค์เบื้องต้นที่สำคัญ 2 ประการ คือ

- 1) เพื่อให้เกิดการประสานงานในระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เป็นส่วนประกอบขององค์การ
- 2) เพื่อตรวจสอบงานที่แต่ละหน่วยงานในองค์การได้รับมอบหมายให้ไปทำว่าได้ปฏิบัติสำเร็จหรือไม่อย่างไร

การนิเทศงานนั้นเป็นการปฏิบัติที่เน้นตัวบุคคลมากกว่างาน เพราะถือว่างานจะสำเร็จได้โดยอาศัยบุคคล และงานจะดีหรือไม่นั้นก็ขึ้นอยู่กับตัวบุคคลอีกเช่นกัน ไม่ได้ขึ้นกับเครื่องมือ เครื่องใช้ต่าง ๆ ดังนั้นคนจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด

6.5.3 หลักการนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสาน

ในการที่จะนิเทศงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้นั้น เป็นบทบาทของผู้นิเทศงานที่จะต้องหารูปแบบวิธีการนิเทศ ที่จะช่วยให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานได้สำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีคุณภาพนั้น ผู้นิเทศงานต้องมีความรู้และแนวคิดในเรื่องนโยบายงานที่นิเทศงานของผู้รับการนิเทศ รวมทั้งทักษะขวัญกำลังใจของผู้รับการนิเทศ (ปิยะธิดา ตรีเดช, 2532: 2-32) เคารพในเอกัตตบุคคลรักงานที่นิเทศและคำนึงถึงปัจจัยทางสภาพแวดล้อมที่จะช่วยให้การนิเทศงานบรรลุวัตถุประสงค์โดยนิเทศงานให้ผู้รับการนิเทศงานมีความรู้ความสามารถนำไปปฏิบัติงานให้ได้ผลดี จำเป็นต้องมีหลักในการนิเทศงานดังที่ร่มไทร กล้าสุนทร (2525: 632-635) ได้สรุปไว้ดังนี้

- 1) การนิเทศงานเป็นกระบวนการหนึ่งของการบริหาร ซึ่งผู้บริหารจะต้องเข้าใจในความหมายที่แท้จริงของการนิเทศ การจัดรูปงาน การมอบหมายงาน และบังคับบัญชา ตลอดจนการประเมินค่าหรือประสิทธิภาพของการปฏิบัติ

2) การนิเทศงานต้องแสดงให้เห็นให้ผู้รับการนิเทศเข้าใจสายการบริหารงาน และหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน กระตุ้นให้ผู้รับการนิเทศที่มีความรับผิดชอบ และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งที่มีบทบาทที่สำคัญต่อความสำเร็จของหน่วยงานและต้องมอบอำนาจหน้าที่ที่เหมาะสมกับความรับผิดชอบของผู้รับการนิเทศ

3) การนิเทศงานเป็นการดำเนินงานผ่านเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การให้หลักมนุษยสัมพันธ์ในการแก้ปัญหา เพื่อแนะนำและปรับปรุงงานให้ดีขึ้น โดยที่ผู้นิเทศต้องเป็นที่พึ่งของเจ้าหน้าที่ในการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือจัดปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานต่าง ๆ พร้อมทั้งติดตามผลงานที่กำหนดไว้

6.5.4 การดำเนินการนิเทศงาน

ระดับการนิเทศงาน แบ่งออกเป็น 4 ระดับดังนี้

1) **ระดับกลาง** เป็นการนิเทศงานจากกรมกองศูนย์เขตไปนิเทศหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับแต่เฉพาะงานสาธารณสุขจังหวัด โดยมีผู้ตรวจการสาธารณสุขประจำเขตเป็นหัวหน้าทีมทำการนิเทศอย่างน้อยแห่งละ 2 ครั้งต่อปี

2) **ระดับจังหวัด** เป็นการนิเทศงานของผู้นิเทศจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ไปนิเทศหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับแต่เน้นระดับอำเภอ โดยมีหัวหน้าหน่วยงานคนใดคนหนึ่ง เป็นหัวหน้าทีมแล้วแต่กรณีและทำการนิเทศอย่างน้อยแห่งละ 4 ครั้งต่อปี

3) **ระดับอำเภอ** เป็นการนิเทศงานของผู้นิเทศจากโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไปนิเทศงานสถานอนามัย หรืออาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีหัวหน้าหน่วยงานคนใดคนหนึ่งเป็นหัวหน้าทีมและทำการนิเทศอย่างน้อยแห่งละ 6 ครั้งต่อปี

4) **ระดับตำบล** เป็นการนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลไปนิเทศงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยทำการนิเทศอย่างน้อยแห่งละ 12 ครั้งต่อปี

สรุปได้ว่า การนิเทศในการวิจัยครั้งนี้ คือ การที่ อสม. ได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยได้รับการเยี่ยมชมติดตาม สนับสนุนแบบรายงาน อุปกรณ์ หรือเครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งได้รับความช่วยเหลือ และการขอคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการทำงาน

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน หมายถึง การที่ อสม. ได้รับการสนับสนุนเพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรม การได้รับงบประมาณสนับสนุน และการนิเทศติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

7. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน

องค์การจะบรรลุถึงความสำเร็จตามเป้าหมายมากขึ้นเพียงใดขึ้นอยู่กับความร่วมมือ ร่วมใจของผู้ปฏิบัติงาน การให้ความร่วมมือในการทำงานอย่างสมานฉันท์นั้น จะบังเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้บริหารองค์การเข้าใจถึงความต้องการของมนุษย์ และสามารถเลือกใช้วิธีการจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความมั่นใจและเกิดความรู้สึกที่จะอุทิศตนเพื่องานได้ถูกต้อง ซึ่งการจูงใจนี้มีผลอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงานของบุคคลในองค์การ โดยเป็นที่ยอมรับกันว่าผลการปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับ การจูงใจและความสามารถของบุคคล ในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจเป็นแนวทางในการศึกษา ดังจะเสนอตามลำดับต่อไปนี้

7.1 ความหมายของแรงจูงใจ

ธงชัย สันติวงษ์ (2538: 23) กล่าวว่า แรงจูงใจ หมายถึง ชุดของทัศนคติที่มีอยู่ในตัวบุคคลนั้นที่ใช้สำหรับปฏิบัติต่อกรณีต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายและทิศทางที่แน่นอน เป็นสิ่งที่มีอยู่ภายในที่มีแรงผลักดันและมีทิศทางที่ใช้กำกับพฤติกรรมของมนุษย์ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

ช่อทิพย์ บรรณรัตน์ และคณะ (2539 : 28) สรุปไว้ว่า แรงจูงใจ เป็นปัจจัยหรือสาเหตุที่ทำให้บุคคลใช้พลังงานไปเพื่อจุดมุ่งหมายที่ปรารถนา ซึ่งผู้บริหารสามารถนำไปประยุกต์ใช้ เพื่อจูงใจและสร้างความพอใจให้กับผู้ปฏิบัติงานได้ ทั้งนี้ เมื่อบุคคลมีความพอใจในการทำงาน และเต็มใจอุทิศเวลา แรงกายและความคิดของตนเอง เพื่อสนองความต้องการของหน่วยงานหรือองค์การ

ปิยธิดา ตรีเดช (2540 : 99) ให้ความหมายว่า แรงจูงใจ (Motive) หมายถึง แรงหนุนหรือความเครียดที่จะปฏิบัติไปในทิศทางที่กำหนดไว้ หรือเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

กาญจนา วสุศิริกุล (2540 : 20) ได้ให้ความหมายของการจูงใจไว้ว่า การจูงใจ คือ การกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดแรงจูงใจในการทำงานทั้งทางบวกและทางลบ การใช้สิ่งจูงใจแบบใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับบุคคลและสถานการณ์ การศึกษาถึงธรรมชาติและความต้องการของมนุษย์จะเป็นแนวทางสำคัญที่จะทำให้ผู้บริหารสามารถสร้างแรงจูงใจให้เกิดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน

ทองใบ สุธาชาติ (2543: 194) สรุปความหมายของแรงจูงใจว่า เป็นวิธีการที่จะทำให้นักคนหนึ่งบุคคลใด ได้พยายามในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้เงื่อนไขที่สอดคล้องกับความต้องการและเป้าหมายส่วนบุคคล

สมศักดิ์ สุเมธยาจารย์ (2542: 37) ได้สรุปว่า ปัจจัยจูงใจ หมายถึง สิ่งจูงใจที่ทำให้เกิดความพอใจในงานที่ปฏิบัติ ตั้งใจทำงานโดยใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่เพื่อให้งานประสบผลสำเร็จ ได้แก่ ความสำเร็จของงาน ความนับถือยกย่อง ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ โอกาสก้าวหน้าที่กระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพอใจในการปฏิบัติงาน แสดงพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

จากความหมายของ “แรงจูงใจ” ดังกล่าว สรุปได้ว่า แรงจูงใจ หมายถึง สิ่งที่ผลักดันให้บุคคลตื่นตัวและแสดงพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน เกิดความคาดหวังจากผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติงาน

7.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจูงใจ

มนุษย์มีแรงผลักดันบางอย่างที่ทำให้มีการแสดงพฤติกรรมออกมาเพื่อตอบสนองแรงผลักดันที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อหิวน้ำก็ต้องหาน้ำมาดื่ม เพราะมีแรงผลักดัน คือ ความกระหาย ซึ่งเป็นการต้องการของร่างกายและเป็นแรงผลักดันตามธรรมชาติเพื่อความอยู่รอด ดังนั้นถ้าบุคคลใดสามารถสร้างแรงผลักดันให้เกิดขึ้นกับบุคคลอื่นได้ก็เท่ากับเป็นการสร้างพฤติกรรมให้เกิดขึ้นด้วย และถ้าต้องการให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมแบบใดก็ตาม ก็ต้องสร้างแรงผลักดันที่เป็นต้นเหตุแห่งพฤติกรรมนั้น จากหลักการนี้ทำให้มนุษย์เริ่มรู้จักการสร้างแรงผลักดันให้คนอื่นทำในสิ่งที่ตัวเองต้องการ ซึ่งเรียกวิธีนี้ว่า การจูงใจ (Motivation)

7.2.1 หลักพื้นฐานของการจูงใจ

การจูงใจ (Motivation) หมายถึง อิทธิพลภายในของบุคคล ซึ่งเกี่ยวกับระดับการกำหนดทิศทางและการใช้ความพยายามในการทำงานอย่างต่อเนื่อง (Schermerhorn, Hunt and Osborn, 2000: G-7 อ้างในสุนรี ศรีสุคตพงศ์, 2550: 29) การจูงใจจึงเป็นสิ่งที่เร้าซึ่งทำให้บุคคลเกิดความคิดริเริ่ม ควบคุม รักษาพฤติกรรม และกระทำ หรือเป็นสภาพภายในซึ่งเป็นสาเหตุให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าจะสามารถบรรลุเป้าหมายบางประการได้ (Certo, 2000: 555 อ้างในสุนรี ศรีสุคตพงศ์, 2550: 29) มนุษย์มีความต้องการทางด้านร่างกาย (น้ำ อากาศ อาหาร การพักผ่อน และที่อยู่อาศัย) และมีความต้องการด้านอื่น ๆ ด้วย เช่น การยกย่อง สถานะ ความรัก ความผูกพันกับบุคคลอื่น ความรู้สึกที่ดี การให้ การประสบความสำเร็จ และการรักษาผลประโยชน์ส่วนตัว โดยทั่วไปความต้องการจะเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป และความต้องการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลด้วย อาจกล่าวได้ว่า ผู้บริหารจะใช้การจูงใจให้ผู้ใต้บังคับบัญชาทำในสิ่งต่าง ๆ ด้วยความพึงพอใจในทางกลับกันผู้ใต้บังคับบัญชาที่อาจใช้วิธีการเดียวกันกับผู้บริหารด้วยการจูงใจผู้บริหารให้เกิดความพึงพอใจแก่ตน

สิ่งจูงใจ (Motivators) เป็นปัจจัยที่เป็นการจูงใจในการทำงานมากขึ้น เช่น ทำให้เกิดความรับผิดชอบในการทำงานมากขึ้น มีโอกาสสำหรับการเจริญเติบโตและการยอมรับของบุคคล ตลอดจนความรู้สึกต้องการความสำเร็จ (Bateman Thomass. and Scott A Snell, 1999: G-4 อ้างในสุนรี ศรีผุดผ่อง, 2550 : 29) หรือเป็นปัจจัยที่สามารถสร้างความพึงพอใจ (Satisfaction) หรือเป็นอิทธิพล (Forces) ซึ่งชักจูงบุคคลให้กระทำ เป็นอิทธิพลที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลจะทำให้บุคคลสร้างความแตกต่างในตัวเองภายในองค์กร ซึ่งผู้บริหารเป็นผู้จูงใจและเป็นผู้ค้นหาสิ่งเหล่านี้ เนื่องจากบุคคลสามารถตอบสนองความต้องการได้หลายด้าน

7.2.2 ทฤษฎีการจูงใจ

จากการทบทวนแนวคิดการจูงใจของแอนจิโล ไคนิคกี และไบรอัน เค. วิลเลียม (Angelo Kinicki and Brian K. Williams, 2006 อ้างในสุนรี ศรีผุดผ่อง, 2550: 29) พบว่าวิธีการจูงใจเพื่อผู้ปฏิบัติงานทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น มีทฤษฎีสันับสนุนอยู่ 3 กลุ่ม ทฤษฎีด้วยกัน คือ

1) ทฤษฎีความต้องการ (Need-Based Perspective) หรือ ทฤษฎีความพอใจ (Content Theory)

ทฤษฎีในกลุ่มนี้ กล่าวถึงความต้องการที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ ทฤษฎีความต้องการอยู่บนพื้นฐานที่ว่า ความต้องการประเภทใดจูงใจพนักงานในองค์การทำงาน ส่วนความต้องการหมายถึง สิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งความต้องการของมนุษย์อาจจะมี ความแรงกล้าหรืออ่อนแอ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น เช่น สภาพแวดล้อม เป็นต้น กลุ่มทฤษฎีความต้องการนี้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ทฤษฎีด้วยกัน

- (1) ทฤษฎีความต้องการเป็นลำดับขั้นของ Maslow (Maslow's Hierarchy of Needs Theory)
- (2) ทฤษฎีสองปัจจัยของ เฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg's Two Factor Theory)
- (3) ทฤษฎีความต้องการที่เกิดขึ้นภายหลัง (McClelland's Acquired Needs Theory)

2) ทฤษฎีกระบวนการ (Process Perspective)

ในขณะที่ทฤษฎีความต้องการมุ่งเน้นศึกษาความต้องการของมนุษย์ (ของพนักงาน) แต่ทฤษฎีกระบวนการมุ่งเน้นที่จะศึกษาว่าเพราะเหตุใดมนุษย์จึงมีความต้องการที่แตกต่างกัน และพฤติกรรมแบบใดที่มนุษย์เลือกเพื่อตอบสนองความต้องการและมนุษย์ประเมิน

ความพอใจของคนอย่างไรถ้าหากพวกเขาประสบผลสำเร็จ ทฤษฎีกระบวนการแบ่งเป็น 3 ทฤษฎีด้วยกัน คือ

- (1) ทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy Theory)
- (2) ทฤษฎีความเสมอภาค (Equity Theory)
- (3) ทฤษฎีตั้งเป้าหมายเพื่อผลสำเร็จ (Goal-Setting Theory)

3) ทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย (Goal-Setting Theory)

ทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย ค้นพบโดย Edwin Locke และ Gray Latham โดยเน้นไว้ว่า มนุษย์สามารถถูกจูงใจโดยเป้าหมาย เพราะเป้าหมายจะเป็นตัวกำหนดทิศทาง และการกระทำต่าง ๆ การตั้งเป้าหมายเพื่อใช้เป็นแรงจูงใจให้กับพนักงานมีผลดีในแง่ที่ว่าผู้จัดการสามารถจัดตั้งรางวัลเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคลว่าเขาคาดหวังอะไรจากองค์กรได้อย่างเสมอภาคเท่าเทียมแต่ ทั้งนี้ เป้าหมายจะต้องมีลักษณะเฉพาะเจาะจง ทำลายสามารถบรรลุผลได้และได้รับการยอมรับเข้าใจจากพนักงานด้วย นอกจากนี้ผู้จัดการต้องมีการแจ้งให้ทราบถึงผลของการปฏิบัติงานของพนักงาน เพื่อให้ทราบถึงผลการปฏิบัติงานของตนเองพร้อมทั้งให้รางวัลตามที่ตกลงกันไว้เมื่อพวกเขาสามารถทำงานได้บรรลุเป้าหมาย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอทฤษฎีการจูงใจของเฮิร์ซเบิร์กนำมาใช้เป็นแนวคิดในการศึกษา ดังต่อไปนี้

ทฤษฎีการจูงใจของเฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg F. et al., 1990 อ้างใน วีระวัฒน์ หมั่นมา, 2550: 23 - 25)

เฮิร์ซเบิร์ก ได้สรุปถึง ความต้องการของคนในองค์กรหรือการจูงใจจากการทำงานว่า ความพอใจในงานที่ทำ และความไม่พอใจในงานที่ทำ ไม่ได้มาจากปัจจัยกลุ่มเดียวกัน แต่มีสาเหตุมาจากปัจจัย 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) และปัจจัยค่าจูน (Hygiene Factors) มีรายละเอียด ดังนี้

1) ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) เป็นสิ่งที่สร้างความพึงพอใจในงานให้เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรักและชอบงานที่ปฏิบัติอยู่ และทำให้บุคคลในองค์กรปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

(1) ความสำเร็จของงาน (Achievement) หมายถึง ความสำเร็จสมบูรณ์ของงาน ความสามารถในการแก้ไขปัญหา การมองเห็นผลงาน ความชัดเจนของงานเป็นความสำเร็จที่วัดได้จากการปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมาย ตามกำหนดเวลา ความสามารถในการแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน และความพอใจในผลการปฏิบัติงาน

(2) การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) หมายถึง การยอมรับหรือเห็นด้วยกับความสำเร็จ การได้รับการชมเชย ยกย่อง ชื่นชม เชื่อถือ ไว้วางใจในผลงานหรือการดำเนินงานจากผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชาและบุคคลอื่น ๆ ซึ่งถ้าหากไม่ได้รับการยอมรับนับถือก็จะทำให้เกิดการไม่ยอมรับ การได้รับคำตำหนิตติเตียนหรือการกล่าวโทษ

(3) ลักษณะของงาน (Work Itself) หมายถึง การลงมือกระทำหรือการทำงานเป็นชิ้นเป็นอัน ซึ่งมีกำหนดเวลาหรือเป็นกิจวัตรหรือยืดหยุ่นได้ อาจมีการสร้างสรรค์งานไม่ว่าเป็นงานง่ายหรืองานยาก เป็นงานที่ชวนให้ปฏิบัติไม่น่าเบื่อ เป็นงานที่ส่งเสริมต่อความคิดริเริ่มสร้างสรรค์เป็นงานที่มีคุณค่า รวมทั้งปฏิบัติงานได้สมบูรณ์หรือทำงานให้เสร็จในเวลาอันสั้น

(4) ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง การจัดลำดับของการทำงานได้เอง ความตั้งใจ ความสำนึกในอำนาจ หน้าที่ และความรับผิดชอบ ตลอดจนอิสระในการปฏิบัติงาน

(5) ความก้าวหน้าในตำแหน่ง (Advancement) หมายถึง ผลหรือการมองเห็นการเปลี่ยนแปลงในสภาพของบุคคล หรือตำแหน่งในสถานที่ทำงาน โอกาสในการเลื่อนตำแหน่งหรือระดับที่สูงขึ้น และมีโอกาสได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะที่เพิ่มขึ้นในวิชาชีพจากการปฏิบัติงาน ตลอดจนโอกาสการศึกษาต่อ อบรม ศึกษาน

2) ปัจจัยค่าจูงหรือปัจจัยสุขอนามัย (Hygiene Factors) เฮอริซเบิร์กกล่าวถึง ปัจจัยค่าจูงหรือปัจจัยสุขอนามัยว่าเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงความไม่พอใจในการทำงานและเป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลยังคงปฏิบัติงานได้ตลอดเวลา ประกอบด้วย

(1) เงินเดือน (Salary) หมายถึง ผลตอบแทนจากการทำงาน เช่น ค่าจ้าง เงินเดือน ค่าตอบแทน รวมทั้งสวัสดิการ ประโยชน์เกื้อกูลอื่น ๆ ตามความเหมาะสมของเงินเดือนและขั้นเงินเดือน ตามความเหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบ

(2) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relationship) หมายถึง สภาพความสัมพันธ์ การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับคนอื่น ได้แก่ ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และผู้ใต้บังคับบัญชา ในสถานการณ์ต่าง ๆ การร่วมมือปฏิบัติงาน การช่วยเหลือ การสนับสนุน และการปรึกษาหารือ

(3) การปกครองบังคับบัญชา (Supervision Technical) หมายถึง สภาพการปกครองบังคับบัญชาของผู้บริหารระดับสูง ในเรื่องการวิเคราะห์ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน การกระจายงาน การมอบหมายอำนาจ ความยุติธรรม

(4) นโยบายและการบริหารงาน (Policy and Administration) หมายถึง ความสามารถในการจัดลำดับเหตุการณ์ต่าง ๆ ของการทำงาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง

นโยบายของหน่วยงาน การบริหารงาน การจัดระบบงานของ ผู้บังคับบัญชา การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย

(5) สภาพการปฏิบัติงาน (Working Condition) หมายถึง สภาพเหมาะสมในการทำงาน สภาพการทำงานที่เป็นกายภาพ ได้แก่ สภาพแวดล้อม สถานที่ทำงาน เครื่องมือ เครื่องใช้ วัสดุอุปกรณ์ ความสะดวกสบายในการทำงาน สิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานต่าง ๆ ตลอดจนครอบคลุมไปถึงความสมดุลของปริมาณงานกับจำนวนบุคลากร

(6) สภาพการปฏิบัติงาน (Status) หมายถึง สถานภาพของบุคคลในสังคมที่มีวิชาชีพเดียวกัน หรือสถานภาพของวิชาชีพในสายตาของสังคมที่มีวิชาชีพต่างกัน หรือเป็นการรับรู้จากบุคคลวิชาชีพอื่น ที่เป็นองค์ประกอบทำให้บุคคลรู้สึกต้องงาน ให้คุณค่าแก่งานที่ปฏิบัติ

(7) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน (Job Security) หมายถึง ความรู้สึกที่มีต่อการปฏิบัติงานในด้านความมั่นคงในตำแหน่งและความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

(8) ชีวิตความเป็นส่วนตัว (Factors in Personal Life) หรือสภาพความเป็นอยู่ หมายถึง สถานการณ์ที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกดี หรือไม่ดีในช่วงเวลาที่ได้ทำงาน สภาพความเป็นอยู่ทางครอบครัว และส่วนตัวอันเนื่องมาจากการปฏิบัติงาน

จากทฤษฎีของเฮอริชเบิร์กหากความต้องการทางด้านปัจจัยจำจุนหรือปัจจัยหรือปัจจัยสุขอนามัย (Hygiene Factors) ได้รับการตอบสนองอย่างไม่เต็มที่มนุษย์จะเกิดความไม่พอใจ แต่ถึงแม้ว่าจะได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขอนามัยของมนุษย์จะเป็นเงื่อนไขหนึ่งในการลดความไม่พึงพอใจในการทำงานลงเท่านั้นแต่ไม่สามารถจะทำให้มนุษย์พอใจได้ในเวลาเดียวกัน หากความต้องการด้านความจูงใจ (Motivation Factors) ได้รับการตอบสนองอย่างเต็มที่มนุษย์จะรู้สึกพึงพอใจพร้อมปฏิบัติงานด้วยความรักในหน้าที่ อุทิศตนเองอย่างหนัก รวมทั้งเสียสละทุ่มเททั้งร่างกายและแรงใจ ให้กับองค์กร อย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย แต่หากไม่ได้รับตอบสนองมนุษย์จะรู้สึกเฉย ๆ ไม่ยินดีในร้าย อาจทำงานเพียงเพื่อให้งานสำเร็จไปวัน ๆ เท่านั้น ไม่สนใจที่จะอุทิศตนเองแต่อย่างใด (ตุลา มหาพสุธารานนท์ 2547 อ้างในวีระวัฒน์ หมั่นมา, 2550: 25 - 26)

จากแนวคิดและทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ที่แสดงถึงความสามารถในการปฏิบัติงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาทฤษฎีการจูงใจของเฮอริชเบิร์ก โดยศึกษาเฉพาะปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) ซึ่งได้แก่ ความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะ

ของงาน ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้าในตำแหน่ง เพราะเฮิร์ชเบิร์ก พบว่า ตัวประกอบเหล่านี้มีผลต่อการกระตุ้นคนงาน ทำให้ประสิทธิภาพของงานสูงขึ้นหรือต่ำลงขึ้นอยู่กับผู้จัดการใช้องค์ประกอบนี้ชี้เฉพาะหรือไม่ การมีองค์ประกอบเหล่านี้จะก่อให้เกิดความพอใจและกระตุ้นการทำงานด้วย (เคิร์ท แสงค์ส, 2528: 92 อ้างในสาโรจน์ ลิ้มปิญญะ, 2548: 53) ส่วนปัจจัยคำจูน (Hygiene Factors) นั้นเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำงานและเนื้อหาของผลงาน และจากการทบทวนทฤษฎีการจูงใจของเฮิร์ชเบิร์ก พบว่า ปัจจัยคำจูนนี้ถ้าได้รับการดูแลอย่างพอเพียงความไม่พอใจจะหายหรือหมดไป แต่จะไม่ทำให้เกิดทัศนคติทางด้านบวก หรือเกิดแรงจูงใจต่อบุคคลในการทำงานให้มีผลผลิตหรือบริการในระดับขึ้นได้ อีกทั้งมีข้อบกพร่องในการทำงานที่เกิดขึ้นจากปัจจัยคำจูนในระดับหนึ่ง สามารถชดเชยหรือทดแทนได้โดยปัจจัยจูงใจในทางกลับกัน ปัจจัยคำจูนนั้นไม่สามารถชดเชยหรือทดแทนปัจจัยจูงใจได้เลย ซึ่งในการศึกษาของ อุไรวรรณ บุญสาทิพัทธ์ (2542: 44) กล่าวว่า การปฏิบัติงานของ อสม.จำเป็นต้องคำนึงถึงแรงจูงใจด้วย เนื่องจากการเป็น อสม. ไม่มีเงินเดือนให้ มีเพียงสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้น และงานของ อสม.เป็นงานที่เห็นผลช้า ต้องอาศัยเวลาและความอดทน ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลาย ๆ หน่วยงาน ต้องทำงานด้วยใจรัก เสียสละ อดทน งานจึงประสบผลสำเร็จ เช่นเดียวกับบรรณ ขุนยะกมล (2542: บทคัดย่อ) พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง

8. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8.1 คุณลักษณะประชากร

8.1.1 เพศ

เพศ เป็นปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดคุณลักษณะของบุคคล เช่น เพศหญิง เพศชาย ซึ่งจะมีความคิดเห็นและการปฏิบัติในสิ่งต่าง ๆ ที่แตกต่างกันไปตามสถานการณ์ที่ตนเองได้เรียนรู้ ซึ่งมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

สราวุธ วลัยขพฤกษ์ (2543: 127) ศึกษาเรื่อง ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี พบว่า เพศ ไม่มีผลต่อศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน

ศศิธร คงสกุล (2545: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอตาลชุม จังหวัดอุบลราชธานี

พบว่า เพศของ อสม. มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในโครงการหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า

วิรัตน์ ศรีรักษ์ (2546: 97) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลการปฏิบัติงาน
สาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในเขตอำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า
เพศของอาสาสมัครสาธารณสุข มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของ
อสม.

บุคนธ์ ชุตติปัญญะบุตร (2546: 98) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลการปฏิบัติงาน
ตามบทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่า เพศของ
อาสาสมัครสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัคร
สาธารณสุข

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 55) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมี
ส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลเสม็ด อำเภอเมือง
จังหวัดชลบุรี พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประเสริฐ บินตะกู และไพจิตร ศิริมงคล (2549: 49) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขกิ่ง
อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรในด้าน เพศ มีความ
สัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก

สรุปจากการศึกษาข้างต้นส่วนใหญ่ พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับผลการ
ปฏิบัติงาน แต่การศึกษาของสรารุช วลัยชพฤกษ์ (2543: 127) และบุคนธ์ ชุตติปัญญะบุตร (2546:
98) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ดังนั้นในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยจึงตั้ง
สมมติฐานว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการ
สุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

8.1.2 อายุ

อายุ เป็นปัจจัยที่เป็นลักษณะของบุคคลประการหนึ่งที่สามารถบ่งบอกถึง
ประสบการณ์การตัดสินใจและความรับผิดชอบ ซึ่งจะมีความคิดเห็นและการปฏิบัติในสิ่งต่าง ๆ ที่
แตกต่างกันไปตามสถานการณ์ที่ตนเองได้เรียนรู้ มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

อุไรวรรณ บุญสาทิพัทธ์ (2542: 87) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาท
หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า อายุ ของ
อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.

สราวุธ วลัยชพฤกษ์ (2543: 125) ศึกษาเรื่อง ศักยภาพของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน
จังหวัดอุดรธานี พบว่า อายุมีผลต่อศักยภาพของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหา
สาธารณสุข

ศศิธร คงสกุล (2545: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม
ร่วมของ อสม. ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า
อายุของ อสม. มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ยุคนธ์ ชูติปัญญบุตร (2546: 98) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลการปฏิบัติงาน
ตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอเกล่ง จังหวัดระยอง พบว่า อายุของ
อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

วราภรณ์ อึ้งพานิชย์ และคนอื่น ๆ (2548: 65-66) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการ
ดำเนินงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านที่พบ และ
ไม่พบการระบาดของโรคไข้หวัดนกในประเทศไทย พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงาน
เพื่อป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 55) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมี
ส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม.

สรุปจากการศึกษาข้างต้นส่วนใหญ่ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับผลการ
ปฏิบัติงาน แต่การศึกษาของอุไรวรรณ บุญสาทิพัทธ์ (2542: 87) และยุคนธ์ ชูติปัญญบุตร
(2546 : 98) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ดังนั้นในการศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยจึง
ตั้งสมมติฐานว่า อายุมีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการ
สุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

8.1.3 การศึกษา

การศึกษา เป็นสิ่งที่เสริมสร้างศักยภาพในตัวบุคคล ซึ่งมีผลต่อความเชื่อมั่น
และความสามารถในการทำงาน ซึ่งบุคคลจะมีความคิดเห็นและการปฏิบัติในสิ่งต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน
กันไปตามสถานการณ์ที่ตนเองได้เรียนรู้ มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

สราวุธ วลัยชพฤกษ์ (2543: 126) ศึกษาเรื่อง ศักยภาพของ อสม. ในการ
วางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี พบว่า ระดับการศึกษามี
ผลต่อศักยภาพของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน

ยุคนธ์ ชุตติปัญญาบุตร (2546: 98) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในเขตอำเภอเกล้ง จังหวัดระยอง พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีผลกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 55) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม.

สรุปจากการศึกษาส่วนใหญ่ดังกล่าวข้างต้น พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน แต่การศึกษาของยุคนธ์ ชุตติปัญญาบุตร (2546: 98) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ดังนั้นในการศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

8.1.4 อาชีพ

อาชีพ เป็นตัวแปรหนึ่งที่จะก่อให้เกิดผลในการปฏิบัติงานในด้านความสามารถที่จะเสียสละ มีความคล่องตัว ซึ่งมีผลต่อความเชื่อมั่นและความสามารถในการทำงาน มีผู้ศึกษาไว้ ดังนี้

อุไรวรรณ บุญสาถิพิทักษ์ (2542: 87 - 88) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า อาชีพของ อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.

สราวุธ วลัยชพฤกษ์ (2543: 125) ศึกษาเรื่อง ศักยภาพของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี พบว่า อาชีพมีผลต่อศักยภาพของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน

ยุคนธ์ ชุตติปัญญาบุตร (2546: 100) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในเขตอำเภอเกล้ง จังหวัดระยอง พบว่า อาชีพของ อสม. ไม่มีผลกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 55) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม.

ประเสริฐ บินตะกู และไพจิตร ศิริมงคล (2549: 49) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข

กิ่งอำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรในด้าน อาชีพ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก

สรุปจากการศึกษาส่วนใหญ่ดังกล่าวข้างต้น พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน แต่การศึกษาของอุไรวรรณ บุญสาธิพิทักษ์ (2542: 87 - 88) และยุคนธ์ ชุตติปัญญะบุตร (2546: 98) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

8.1.5 รายได้

รายได้ เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของมนุษย์ อีกทั้งมีผลต่อการปฏิบัติงาน มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

อุไรวรรณ บุญสาธิพิทักษ์ (2542: 88) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า รายได้ ของ อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.

สราวุธ วลัยขพฤกษ์ (2543: 128) ศึกษาเรื่อง ศักยภาพของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี พบว่า รายได้ไม่มีผลต่อศักยภาพของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

ยุคนธ์ ชุตติปัญญะบุตร (2546: 99) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในเขตอำเภอเกล่ง จังหวัดระยอง พบว่า รายได้เฉลี่ยของ อสม. ต่อเดือนไม่มีผลกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 55) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม.

ประเสริฐ บินตะกู และไพจิตร ศิริมงคล (2549: 49) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขกิ่งอำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรในด้านรายได้ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก

สรุปจากการศึกษาข้างต้นส่วนใหญ่ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน แต่การศึกษาของสราวุธ วลัยขพฤกษ์ (2543: 128) และยุคนธ์ ชุตติปัญญะบุตร (2546: 99) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึง

ตั้งสมมติฐานว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

8.1.6 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นตัวแปรหนึ่งที่แสดงถึง ประสิทธิภาพในการทำงานที่ทำให้งานประสบผลสำเร็จ มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

อุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2542: 88 – 89) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตาม บทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า ระยะเวลาที่เป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.

สรารุท วลัยขพฤกษ์ (2543: 128 - 129) ศึกษาเรื่อง ศักยภาพของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีผลต่อศักยภาพของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

ยุคนธ์ ชุตินิพนธ์บุตร (2546: 99) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลการปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในเขตอำเภอเกล่ง จังหวัดระยอง พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. มีผลกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 55) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุข มูลฐานของ อสม.

วรารณ อึ้งพานิชย์ และคนอื่น ๆ (2548: 65-66) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกของ อสม. ที่พบและไม่พบการระบาดของโรค ไข้หวัดนกในประเทศไทย พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับการดำเนินกิจกรรม การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก

สรุปจากการศึกษาข้างต้นส่วนใหญ่ พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน แต่การศึกษาของอุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2542: 88 - 89) และสรารุท วลัยขพฤกษ์ (2543: 128 - 129) พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับ ผลการปฏิบัติงาน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

8.1.7 จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ

จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ เป็นตัวแปรหนึ่งที่แสดงถึง ความรับผิดชอบและภาระหน้าที่ที่จะก่อให้เกิดผลในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

กนกทอง สุวรรณบุลย์ (2545: 145) ศึกษาเรื่อง อิทธิพลของค่านิยมทางจริยธรรม สิ่งจูงใจ การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงานของ อสม. จังหวัดระยอง พบว่า อสม. ที่มีหลังคาเรือนรับผิดชอบจำนวนแตกต่างกันมีการปฏิบัติงานแตกต่างกัน

พัชรินทร์ สมบูรณ์ (2547: 101) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของ อสม. อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า อสม. ที่มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของ อสม. ไม่แตกต่างกัน

วราภรณ์ อึ้งพานิชย์ และคนอื่น ๆ (2548: 65-66) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านที่พบ และไม่พบการระบาดของโรคไข้หวัดนกในประเทศไทย พบว่า จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข

สรุปจากการศึกษาข้างต้น วราภรณ์ อึ้งพานิชย์ และคนอื่น ๆ (2548: 65-66) พบว่า จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ส่วนพัชรินทร์ สมบูรณ์ (2547: 101) พบว่า จำนวนหลังคาเรือนไม่แตกต่างกัน แต่การศึกษาของกนกทอง สุวรรณบุลย์ (2545: 145) พบว่า จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ แตกต่างกันมีการปฏิบัติงานแตกต่างกัน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า จำนวนหลังคาเรือน มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

8.2 ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ

ความรู้ เป็นพฤติกรรมหนึ่งของมนุษย์ อีกทั้งเป็นพื้นฐานสำคัญในการก่อให้เกิดความเชื่อด้านสุขภาพอนามัย และจากความเชื่อนี้จะเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติขึ้น ซึ่งมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

นัทธมน เียบแหลม (2544 : 54, 86) ศึกษาเรื่อง ผลการปฏิบัติงานของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดระยอง ปี 2543 พบว่า อสม. มีความรู้ในการดำเนินงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.9 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ต่อ ศสมช.มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับผลการปฏิบัติงาน

พัชรินทร์ สมบูรณ์ (2547 : 101, 111) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของ อสม. อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ความรู้ในโครงการ

เมืองไทยแข็งแกร่งกับการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง อยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.401$)

ปิยะนารถ สิงห์ชู (2547 : 78 - 81) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ในเขตเทศบาลตำบลเวียงสระ อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า อสม.มีความรู้ในระดับดีมาก โดยความรู้ในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ด้านการคุ้มครองและป้องกันโรคในท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปจากการศึกษาส่วนใหญ่ดังกล่าวข้างต้น พบว่า ความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง แต่การศึกษาของปิยะนารถ สิงห์ชู (2547 : 78 - 81) พบว่า ความรู้ในระดับดีมาก นอกจากนี้พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

8.3 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน

ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่จะก่อให้เกิดผลในการปฏิบัติงาน โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้บริการเป็นผู้สนับสนุนให้ประชาชนบริการประชาชนด้วยตนเอง ซึ่งเจ้าหน้าที่ต้องให้การสนับสนุน ทั้งในด้านวิชาการ วัสดุอุปกรณ์ มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

อุไรวรรณ บุญสาธิพิทักษ์ (2542: 90) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.

นภาพรณ พานิช (2545: 164 - 165) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับดี และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของชมรม อสม.

ยุคนธ์ ชุตติปัญญบุตร (2546: 95 - 100) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.ในเขตอำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

ยุพาพร สุภาคี (2547: 81 - 87) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ อสม.

ไพฑูรย์ วงษ์จรเลิศเมธา (2547: 62 - 100) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ด้านการวางแผนงานสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดยะลา พบว่า การสนับสนุนจากภาครัฐอยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของ อสม.

สรุปจากการศึกษาข้างต้นส่วนใหญ่ พบว่า ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง แต่การศึกษาของนภาพรณ พานิช (2545: 164 - 165) อยู่ในระดับดี และยุพาพร สุภาคี (2547: 81 - 87) พบว่า อยู่ในระดับมาก นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ดังนั้นในการศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

8.3.1 การได้รับการอบรม

การได้รับการอบรม เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่เป็นปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน เป็นการสอนให้บุคคลได้เรียนรู้ เข้าใจถึงหลักวิชาการและวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง ที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของงาน มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

อุไรวรรณ บุญสาธิพิทักษ์ (2542: 90) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า การฝึกอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.

กรแก้ว ทัทมาลัย (2544: 50 - 70) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ของ อสม. ในอำเภออุททอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การได้รับการอบรมการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับสูง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารจัดการด้านการวางแผน การประเมินผล และรวมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประภา วุฒิคุณ (2547: 84 - 95) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. จังหวัดราชบุรี พบว่า การฝึกอบรมและศึกษาดูงาน อยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม.

ยุพาพร สุภาคี (2547: 81 - 87) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า การได้รับการฝึกอบรมและการศึกษาดูงานอยู่ในระดับมาก และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ อสม.

สรุปจากการศึกษาข้างต้นส่วนใหญ่ พบว่า การได้รับการอบรมอยู่ในระดับมาก ส่วนการศึกษาของกรแก้ว ทัทมาลัย (2544: 50 - 70) พบว่า อยู่ในระดับสูง นอกจากนี้พบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน แต่การศึกษาของอุไรวรรณ บุญสาธิพิทักษ์ (2542:

90) พบว่า การได้รับการอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า การได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

8.3.2 การได้รับงบประมาณสนับสนุน

การได้รับงบประมาณสนับสนุน เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่เป็นปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ที่นำมาสนับสนุนหรือแก้ไขปัญหาทางสาธารณสุข มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้
กรแก้ว ทัทมาลัย (2544: 52 - 71) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ของ อสม. ในอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การได้รับงบประมาณสนับสนุนอยู่ในระดับสูงและไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการด้านการวางแผน การดำเนินงาน การประเมินผล และรวมทุกด้าน

ยุพาพร สุภาคี (2547: 81 - 87) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า การได้รับงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ อสม.

บุญเลิศ โพธิ์ชัย (2550: 57) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทของ อสม. ในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภอเขาสนกวัง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความเพียงพอของงบประมาณในการปฏิบัติงานไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับการปฏิบัติตามบทบาทของ อสม.

สรุปจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า กรแก้ว ทัทมาลัย (2544: 52 - 71) พบว่า อยู่ในระดับสูง ส่วนการศึกษาของยุพาพร สุภาคี (2547: 81 - 87) พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้พบว่า การได้รับงบประมาณสนับสนุนไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน แต่แนวทางการบริหารสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ ได้มีการปรับเปลี่ยนในเรื่องการจัดสรรงบประมาณจากเดิมที่จัดสรรผ่านทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เปลี่ยนเป็นให้ประชาชนเป็นผู้บริหารจัดการเอง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาว่า การได้รับงบประมาณสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

8.3.3 การนิเทศงาน

การนิเทศงาน เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่เป็นปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ที่เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ เพื่อแก้ไขปัญหา มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

อุไรวรรณ บุญสาทิพัทธ์ (2542: 88 - 89) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า การนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.

กรแก้ว ทัทมาลัย (2544: 52 - 78) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ของ อสม. ในอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การได้รับการนิเทศงานอยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการ ด้านการวางแผน การดำเนินงาน การประเมินผล และรวมทุกด้านอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ประภา วุฒิคุณ (2547: 84 - 95) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. จังหวัดราชบุรี พบว่า การนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ($P = 0.000$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ยุพาพร สุภาคี (2547: 81 - 87) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า การได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ อสม.

สรุปจากการศึกษาข้างต้นส่วนใหญ่ พบว่า การนิเทศงาน อยู่ในระดับสูง แต่การศึกษาของยุพาพร สุภาคี (2547: 81 - 87) พบว่า อยู่ในระดับมาก นอกจากนี้พบว่า การนิเทศงานมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน แต่การศึกษาของกรแก้ว ทัทมาลัย (2544: 78) พบว่า การนิเทศงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า การนิเทศงาน มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

8.4 ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน

ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน พฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์เกิดจากแรงจูงใจ มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

อุไรวรรณ บุญสาทิพัทธ์ (2542: 76 - 84) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า แรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม. ตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$)

วรนุช บุญยะกมล (2542: ง) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน กรุงเทพมหานคร พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่มีแรงจูงใจและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข คือ ปัจจัยจูงใจ

นภกรณ์ พานิช (2545: 164 - 174) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พบว่า ปัจจัยเชิงใจอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 41 - 51) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยเชิงใจอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม.

สรุปจากการศึกษาส่วนใหญ่ดังกล่าวข้างต้น พบว่า ปัจจัยเชิงใจ อยู่ในระดับปานกลาง แต่แตกต่างจากการศึกษาของวรรณ ขุนยะกมล (2542: ง) พบว่า แรงจูงใจอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

8.4.1 ด้านความสำเร็จของงาน

อุไรวรรณ บุญสาทิพัทธ์ (2542: 76 - 84) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า แรงจูงใจด้านความสำเร็จอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.ตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

นภกรณ์ พานิช (2545: 164 - 174) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พบว่า ปัจจัยเชิงใจด้านความสำเร็จของงาน อยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 41 - 51) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยเชิงใจด้านความสำเร็จของงานอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม.

สรุปจากการศึกษาส่วนใหญ่ดังกล่าวข้างต้น พบว่า ปัจจัยเชิงใจด้านความสำเร็จของงาน อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยเชิงใจด้านความสำเร็จของงานมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ปัจจัยเชิงใจด้านความสำเร็จของงาน มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

8.4.2 ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ

อุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2542: 76 - 84) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตาม บทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า แรงจูงใจด้านการยอมรับนับถืออยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.ตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

นภาพรณี พานิช (2545: 164 - 174) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านการได้รับการยอมรับนับถืออยู่ในระดับปานกลาง

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 41 - 51) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านการได้รับการยอมรับนับถืออยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม.

สรุปจากการศึกษาข้างต้นส่วนใหญ่ พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านการได้รับการยอมรับนับถืออยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านการได้รับการยอมรับนับถือมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ปัจจัยจูงใจด้านการได้รับการยอมรับนับถือมีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

8.4.3 ด้านลักษณะของงาน

อุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2542: 76 - 84) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตาม บทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า แรงจูงใจด้านสภาพและลักษณะงาน อยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.ตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

นภาพรณี พานิช (2545: 164 - 174) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะของงาน อยู่ในระดับปานกลาง

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 41 - 51) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานอยู่ในระดับมาก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม.

สรุปจากการศึกษาข้างต้นส่วนใหญ่ พบว่า ปัจจัยงูใจด้านลักษณะงาน อยู่ในระดับปานกลาง แต่แตกต่างจากการศึกษาของจิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 41 - 51) พบว่า ปัจจัยงูใจด้านลักษณะงานอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยงูใจด้านลักษณะงาน มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ปัจจัยงูใจด้านลักษณะงานมีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

8.4.4 ด้านความรับผิดชอบ

นภาพรณี พานิช (2545: 164 - 174) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พบว่า ปัจจัยงูใจด้านความรับผิดชอบ อยู่ในระดับปานกลาง

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 41 - 51) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยงูใจด้านความรับผิดชอบอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม.

สรุปจากการศึกษาข้างต้นส่วนใหญ่ พบว่า ปัจจัยงูใจด้านความรับผิดชอบ อยู่ในระดับปานกลาง พบว่า ปัจจัยงูใจด้านลักษณะงานอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 41 - 51) พบว่า ปัจจัยงูใจด้านความรับผิดชอบมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ปัจจัยงูใจด้านความรับผิดชอบมีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

8.4.5 ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง

อุไรวรรณ บุญสาธิพิทักษ์ (2542: 76 - 84) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า แรงงูใจด้านความก้าวหน้าอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.ตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

นภาพรณี พานิช (2545: 164 - 174) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พบว่า ปัจจัยงูใจด้านโอกาสก้าวหน้าอยู่ในระดับปานกลาง

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 41 - 51) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยเชิงจิตด้านความก้าวหน้าในการทำงานอยู่ในระดับมาก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม.

สรุปจากการศึกษาข้างต้นส่วนใหญ่ พบว่า ปัจจัยเชิงจิตด้านความก้าวหน้าในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง แต่แตกต่างจากการศึกษาของจิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 41 - 51) พบว่า ปัจจัยเชิงจิตด้านความก้าวหน้าในการทำงานอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยเชิงจิตด้านความก้าวหน้าในการทำงานมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ปัจจัยเชิงจิตด้านความก้าวหน้าในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

8.5 ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ อสม.

ในการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับศักยภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพ ผู้วิจัยได้ทบทวนไว้ ดังต่อไปนี้

8.5.1 ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ อสม.

จรรยา รัตนวิภา อุทิศ จิตเงิน (2547: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเข้มแข็งของหมู่บ้านในการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน ศึกษาในพื้นที่ 17 จังหวัด โดยใช้แบบประเมินหมู่บ้านในการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนจำนวน 6 ด้าน ระยะเวลาที่ศึกษาใน พ.ศ. 2547 ผลการศึกษา พบว่า ความเข้มแข็งของหมู่บ้าน / ชุมชนในการจัดการด้านสุขภาพส่วนใหญ่มีระดับความเข้มแข็งอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.2

ดำรงค์ คงเมือง (2548: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินผลความเข้มแข็งของหมู่บ้านในการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยนาท ผลการศึกษาพบว่า หมู่บ้านในภาพรวมของอำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยนาท ส่วนมากมีระดับการพัฒนาอยู่ในระดับดี

วนัสรา เชาว์นิยม และสุธิดา ศรีโพธิ์อ่อน (2549: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง หมู่บ้านจัดการสุขภาพภาคกลาง: จังหวะก้าวสำคัญ สู่เมืองไทยแข็งแรง ผลการศึกษา พบว่า ผลการประเมินความเข้มแข็งของชุมชนในหมู่บ้านภาคกลาง ด้านองค์กร กำลังคน และภาคีเครือข่าย ในการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชนและความเข้มแข็งของชุมชน ด้านการถ่ายทอดข่าวสารและการมีแหล่งเรียนรู้ชุมชนอยู่ในระดับดีมาก

สรุปจากการศึกษาข้างต้น พบว่า ความเข้มแข็งของหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง ดี และดีมาก ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจว่า ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. อยู่ในระดับใด

8.5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

1) ด้านการวางแผนด้านสาธารณสุข

สราวุธ วลัยชพฤกษ์ (2543: 114) ศึกษาเรื่อง ศักยภาพของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี พบว่า อสม. มีศักยภาพในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชนอยู่ในระดับสูง

กรแก้ว ทพมาลัย (2544: 74) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณใหม่ของ อสม. ในอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณใหม่ของ อสม. อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ในภาพรวมมีการบริหารจัดการทุกด้านอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.1

อารี บุตรสอน (2547: 73) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ด้านการวางแผนงานสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดยะลา พบว่า ผลการปฏิบัติงานด้านการวางแผนงานสาธารณสุข ระดับชุมชนของ อสม. จังหวัดยะลา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง

จรรยา รัตนวิภา อุทิศ จิตเงิน (2547: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเข้มแข็งของหมู่บ้านในการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน ศึกษาในพื้นที่ 17 จังหวัด โดยใช้แบบประเมินหมู่บ้านในการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนจำนวน 6 ด้าน ผลการศึกษา พบว่า ด้านกระบวนการทำแผนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 36.9

วันสรา เชาว์นิยม และสุริดา ศรีโพธิ์อ่อน (2549: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง หมู่บ้านจัดการสุขภาพภาคกลาง : จังหวัดกาฬสินธุ์ ศูนย์เมืองไทยแข็งแรง ผลการศึกษา พบว่า ผลการประเมินความเข้มแข็งของชุมชนในหมู่บ้านภาคกลาง ด้านองค์กร กำลังคน และภาคีเครือข่าย ในการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชนและความเข้มแข็งของชุมชน สำหรับความเข้มแข็งของชุมชนด้านกระบวนการจัดทำแผนและดำเนินการตามแผน ความเข้มแข็งของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการพัฒนา อยู่ในระดับดี

สรุปจากการศึกษาส่วนใหญ่ดังกล่าวข้างต้น พบว่า ศักยภาพด้านการจัดทำแผนด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง แต่แตกต่างจากการศึกษาของจรรยา รัตนวิภา อุทิศ

จิตเงิน (2547: บทคัดย่อ) และวนัสรา เชาวน์นิยม และสุธิดา ศรีโพธิ์อ่อน (2549: บทคัดย่อ) พบว่า ด้านการจัดทำแผนอยู่ในระดับดี ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจว่า ศักยภาพด้านการวางแผนด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับใด

2) ด้านการจัดการงบประมาณ

อุไรวรรณ บุญสาทิพัทธ์ (2542: 73) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตาม บทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า อสม. มีการรับรู้ บทบาทด้านการจัดทำงบประมาณอยู่ในระดับมาก

กรแก้ว ทัทมาลัย (2544 : 74) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ของ อสม. ในอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การบริหารจัดการด้านการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง

บุญเลิศ โพธิ์ชัย (2550 : 67) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทของ อสม. ในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภอเขาสนกวาง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ด้านการบริหาร งบประมาณเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง

สรุปจากการศึกษาส่วนใหญ่ดังกล่าวข้างต้น พบว่า ศักยภาพด้านการจัดการงบประมาณ อยู่ในระดับสูงและระดับมาก ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจว่า ศักยภาพด้านการจัดการงบประมาณอยู่ในระดับใด

3) ด้านการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ

ปิยะนารถ สิงห์ชู (2547: 78 - 81) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ในเขตเทศบาลตำบลเวียงสระ อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผลการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของ อสม. อยู่ในระดับมาก

ยุคนธ์ ชูติปัญญาบุตร (2546 : 94 - 95) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในเขตอำเภอเกล้ง จังหวัดระยอง พบว่า อสม. มีการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง

จรรยา รัตนวิภา อุทิศ จิตเงิน (2547: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเข้มแข็งของหมู่บ้านในการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน ศึกษาในพื้นที่ 17 จังหวัด โดยใช้แบบประเมินหมู่บ้านในการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนจำนวน 6 ด้าน ผลการศึกษาพบว่า ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพและการพัฒนาหมู่บ้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.3

สรุปจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบว่า สักยภาพด้านการจัดกิจกรรม ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ระดับสูง และระดับมาก ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจว่าศักยภาพด้านการจัดกิจกรรมอยู่ในระดับใด

4) ด้านการประเมินผล

กรแก้ว ทัทมาลัย (2544: 74) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ของ อสม. ในอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ของ อสม. อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การประเมินผลอยู่ในระดับสูง

ขยยุทธ ธนิกกุล (2550: 70) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า การติดตามผลการดำเนินงานในหมู่บ้าน / ชุมชน เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติงานสูง

สรุปจากการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่า สักยภาพการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีปัจจัยที่มีผลกับศักยภาพของ อสม. ที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ ด้านการจัดทำแผนสาธารณสุข ด้านการจัดการงบประมาณ ด้านการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ และด้านการประเมินผล ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจว่า สักยภาพด้านการประเมินผล อยู่ในระดับใด

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงระดับของศักยภาพการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ ด้านการจัดทำแผนสุขภาพ ด้านการจัดการงบประมาณ ด้านการจัดกิจกรรมด้านสาธารณสุข และด้านการประเมินผล ตามกรอบแนวคิด ดังนี้

- 1) คุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ
- 2) ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ
- 3) ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้แก่ การได้รับการอบรม การได้รับงบประมาณสนับสนุน และการได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 4) ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ด้านความสำเร็จของงาน ด้านการยอมรับนับถือ ด้านลักษณะงาน ด้านความรับผิดชอบ และด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง