

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 30 ปี พ.ศ.2520 และการประชุมใหญ่ ณ เมืองอัลมาอตา (Alma Ata) ประเทศรัสเซีย ในปี พ.ศ.2521 ได้มีผู้แทนของรัฐบาลจากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวม 134 ประเทศ และผู้แทนจากองค์การต่าง ๆ อีกรวม 67 องค์การ (จำรูญ มีชนอน, 2532: 10) ทั้งที่เป็นองค์การชำนาญพิเศษแห่งสหประชาชาติ และองค์การสาธารณสุข ภาคเอกชนระดับโลกอื่น ๆ ซึ่งที่ประชุมได้จัดทำปฏิญญาร่วมกันประกาศว่า สถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนนับร้อยล้านคนทั่วโลกยังด้อยเกินกว่าที่จะยอมรับต่อไปได้ จำเป็นจะต้องกำหนดแนวทางใหม่ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข รวมทั้งแก้ปัญหาการจัดระบบบริการสาธารณสุข เพื่อจัดช่องว่างระหว่างผู้ที่มีฐานะดีกับผู้ที่มีฐานะยากจนให้หมดสิ้นไป โดยการจัดสรรทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขให้เกิดความเสมอภาคและเป็นธรรม ทั้งนี้เพื่อให้พลโลกทุกคนมีสุขภาพดีถึงระดับที่จะดำรงชีวิตให้เกิดประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจและสังคมโดยทั่วหน้า

การประชุมนานาชาติครั้งนี้ได้ยืนยันว่าการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนพลโลกทั้งหลายให้มีสุขภาพดีตามพึงประสงค์ จากแนวคิดและปรัชญาที่ได้วางรากฐานโดยแถลงการณ์แห่งอัลมาอตา ว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐานนี้ องค์การอนามัยโลกจึงนำมาเป็นรากฐานในการกำหนดกลยุทธ์สากล เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อปี 2543 หรือ Health for all by the year 2000 เป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาสังคม และมีข้อตกลงระบุว่าให้การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นกลวิธีสำคัญในการสนับสนุนงานสาธารณสุขอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยผสมผสานไปกับการพัฒนาทุกสาขา ทั้งในระดับชุมชนและระดับชาติ ทั้งภาครัฐและเอกชน งานสาธารณสุขมูลฐานจึงเป็นทั้งนโยบาย และกลวิธีหลักของการพัฒนาสาธารณสุข เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าที่ทุกประเทศยอมรับและถือปฏิบัติ (Global Strategy) ซึ่งโดยความหมายของการสาธารณสุขมูลฐานที่ทั่วโลกยอมรับก็คือ “การดูแลสุขภาพที่จำเป็นซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึง สำหรับทุกคนและทุกครอบครัวในชุมชน โดยการยอมรับและการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคนด้วยค่าใช้จ่ายที่ไม่เกินกำลังของชุมชนและประเทศจะรับได้ นอกจากนั้นยังเป็นการผสมผสานระบบบริการสาธารณสุขและระบบการพัฒนาทางสังคมเศรษฐกิจของประเทศ” (ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ, 2539: 4)

ประเทศไทยได้ร่วมลงนามในกฎบัตร เพื่อการพัฒนาสุขภาพ (Charter for health development) เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2523 ซึ่งยืนยันว่าประเทศไทยจะสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 และได้กำหนดเป็นนโยบายในลำดับความสำคัญสูง (First Priority) มาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 4 รวมทั้งได้มีการถ่ายทอดนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่ระดับ จังหวัด อำเภอ ตำบล และ หมู่บ้านทั่วประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเริ่มต้นแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานจะมีเพียง 4 กิจกรรมหลักเท่านั้น ได้แก่ การศึกษา (Education) การโภชนาการ (Nutrition) การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน (Essential Drugs) และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Simple Treatment) แล้วเพิ่มอีก 4 กิจกรรม ตามมติของสมัชชาองค์การอนามัยโลก กิจกรรมที่เพิ่มคือ การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว (Maternal and Child Health and 'Family Planning) การสุขาภิบาลและการจัดหาน้ำสะอาด (Water Supply and Sanitation) การควบคุมโรคประจำถิ่น (Surveillance for Local disease Control) และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunization) และในปี พ.ศ. 2522 ก็ได้เพิ่มกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานอีก 2 กิจกรรม คือ ทันตสาธารณสุข (Dental Health) และ สุขภาพจิต (Mental Health) รวมเป็น 10 กิจกรรม

งานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยได้เริ่มอย่างจริงจัง และเป็นรูปร่างชัดเจนในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) โดยการประกาศเป็นนโยบายในแผนพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ ได้เร่งรัดให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานโดยการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน ขยายการจัดตั้งและพัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุข ให้ครบทุกพื้นที่ในเขตชนบท และเริ่มทดลองระบบ อสม.ในพื้นที่เขตเมือง พื้นที่เฉพาะ (หมู่บ้านการไฟฟ้าฝ่ายผลิต) ควบคู่ไปกับการผสมผสานการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานให้เข้ากับการพัฒนาชุมชนด้านอื่นๆ โดยกำหนดให้งานสาธารณสุขมูลฐานเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพชีวิต (Quality of Life) และได้เริ่มโครงการหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐาน (Self-managed Village Primary Health Care Project) ซึ่งผลการประเมินโครงการดังกล่าว พบว่า ประสพผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ และในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 สามารถพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั้งในเขตชนบท เขตเมือง และเขตพื้นที่เฉพาะ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขการไฟฟ้าฝ่ายผลิต อาสาสมัครสาธารณสุขในเรือประมง อาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานอุตสาหกรรม นั่นคือสามารถสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขทุกประเภท ได้แก่ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครมาลาเรีย (อมม.) ช่างสุขภัณฑ์

ประจำหมู่บ้าน (ขสม.) ผดุงครรภ์โบราณ (ผดบ.) อาสาสมัครหมู่บ้านในงานอาหารและโภชนาการ (อสภ.) อาสาสมัครคุ้มครองผู้บริโภค (อคบ.) แม่ตัวอย่าง แม่บ้านสุขภาพอาหาร และอาสาสมัครควบคุมคุณภาพผู้บริโภค รวมกันจำนวน 627,500 คน

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานใหม่ตามสภาพปัญหาและสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีแนวคิดไปสู่การจัดบริการสาธารณสุข และการจัดตั้งองค์กรสาธารณสุขในระดับชุมชน ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ (Self-Reliance) และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ (Self-care) ได้อบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพและยกฐานะ ผลส.เป็น อสม. ทั้งหมด ทั้งประเทศ ในปี 2539 พร้อมกับการส่งเสริมสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านและในปี พ.ศ. 2535 ได้เพิ่มกิจกรรมหลักในงานสาธารณสุขมูลฐาน อีก 4 กิจกรรม ได้แก่ การคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection) การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ (Accident and Non-Communicable Disease Control) การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ (Environmental Health) และการป้องกัน/ควบคุมโรคเอดส์ (AIDS) ดังนั้น กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานในปัจจุบัน จึงมีทั้งหมด 14 กิจกรรม

ตลอดระยะเวลาของการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน ในประเทศไทยที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน จะเห็นว่า ได้มีความพยายามที่จะพัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อให้เป็นองค์กรชุมชนที่สามารถเชื่อมต่อการประสานงานสาธารณสุขในระดับชุมชนกับสถานบริการของรัฐ โดยการกำหนดบทบาทให้ อสม. เป็นผู้รับ – แ่่งข่าวสาธารณสุขและข่าวอื่นๆ ภายในหมู่บ้าน ให้คำแนะนำ เผยแพร่ความรู้และชักชวนชาวบ้านในเรื่องต่างๆ เช่น การใช้สถานบริการสาธารณสุข การใช้ยา การให้ภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมและป้องกันโรค การสุขภาพสิ่งแวดล้อม การจัดหาน้ำสะอาด การรักษาอนามัยร่างกาย อาหารประจำวัน การวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก นอกจากนั้น ยังมีหน้าที่เป็นผู้ประสานงานสาธารณสุขและงานส่วนรวมอื่นๆ ในหมู่บ้าน รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล การใช้เครื่องมือแพทย์ในการตรวจเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น ติดตามการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการสาธารณสุข จ่ายยา เม็ดคุมกำเนิดรายเก่า เจาะโลหิตเพื่อตรวจหาเชื้อไข้มาลาเรีย และเป็นแกนกลางในการดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้านกับกลุ่มผู้นำอื่นให้มีการประชุมวางแผนร่วมดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้าน โดยสรุปบทบาทของอสม.ก็คือ “แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ของประชาชนทำตนเป็นตัวอย่างที่ดี” (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537: 10) จึงเห็นได้ว่ากระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับ อสม. มากที่สุด

เพราะถือว่า อสม. คือ ผู้นำด้านสุขภาพอนามัยในระดับชุมชนที่จะผลักดันให้การพัฒนาสาธารณสุขบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าใน ปี 2543

หากพิจารณาในเชิงปริมาณงานสาธารณสุขมูลฐานก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็วมากกล่าวคือ เมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 7 การดำเนินงานให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ในเขตชนบทมี อสม. 610,321 คน ครอบคลุม 61,282 หมู่บ้าน และมี อสม. ในเขตเมือง 14,283 คน ศสมช. ในเขตชนบท 61,433 แห่ง ศสมช. ในเขตเมือง 808 แห่ง และหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน 51,737 แห่ง (คณะอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข, 2539: 42)

เมื่อวิเคราะห์บทบาทของ อสม. ที่กระทรวงสาธารณสุขมุ่งหวังจะให้เป็นผู้ที่สามารถทำหน้าที่เชื่อมต่อประสานงานสาธารณสุขในระดับชุมชนกับสถานบริการของรัฐกลับพบว่า การยอมรับบทบาท อสม. อยู่ในระดับต่ำ (บรรณสิทธิ์ ดวงศรีเสน: 2536, ถาวร ดวงบรรเทา: 2537, วรจิตร หนองแก: 2540, สุวิทย์ สุขารมย์ และสมพร เนติรัฐกร: 2540) นอกจากนั้นยังพบว่า ประชาชนส่วนมากยังไม่เข้าใจบทบาท อสม. มีประชาชนน้อยกว่าร้อยละ 50 ที่ไปขอความช่วยเหลือจาก อสม. (วัชรวิระ สิงคเสนทร์: 2528, อ้างถึงใน วรจิตร หนองแก, 2540: 48, ประยุทธ์ แสงสุรินทร์ และคณะ: 2537)

สาเหตุของการยอมรับบทบาท อสม. ในระดับต่ำของประชาชนในพื้นที่ข้างต้น มองได้ว่าจะมาจากการวางแผนและกำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีลักษณะสั่งการจากบนลงล่าง (Top – Down) ทำให้กลยุทธ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในระดับพื้นที่ถูกกำหนดโดยส่วนกลางเป็นรูปแบบเดียวกันซึ่งมิได้ให้ความสำคัญต่อความแตกต่างของแต่ละพื้นที่ในแง่ของปัญหาความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัย ทำให้บทบาทที่ อสม. มีต่อชุมชน ไม่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกในชุมชนนั้น ๆ

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ผ่านมา ก็พบปัญหาเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เพราะประสิทธิภาพและความสามารถของ อสม. ส่วนมากจะอยู่ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง (สุจิตรา สิกษะมณฑล: 2536, อัสนา วงศ์ภัทรดี: 2536, ถาวร ดวงบรรเทา: 2537) แม้จะมีรายงานผลการศึกษาถึงความสามารถของอสม. ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามเกณฑ์ชี้วัดระดับความสามารถ อสม. ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสร้างขึ้นแล้วให้ อสม. ประเมินตนเอง จะรายงานว่ อสม. ส่วนมากมีความสามารถในระดับผู้ให้บริการ/ประสานงาน (Coordinator) ร้อยละ 43.4 รองลงมา มีความสามารถในระดับผู้นำทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Change agent) ร้อยละ 42.4 และมีความสามารถในระดับผู้ส่งข่าว (Messenger) ร้อยละ 14.2

ตามลำดับ (สุจินดา สุขกำเนิด และคณะ: 2540) แต่ก็มีรายงานผลการศึกษาที่ พบว่า ชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่นิยมไปปรึกษา ผสส. หรือ อสม. และไม่นิยมไปซื้อยาจากกองทุนยา (ประยุทธ แสงสุรินทร์: 2537, วรจิตร หนองแก: 2540, สุวิทย์ สุขารมณ และสมพร เนติรัฐกร: 2540) จึงเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับบทบาท อสม. กล่าวคือแม้ บทบาท อสม. จะได้รับการพัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่เป็นที่ยอมรับหรือไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนหรือเป็นแกนนำพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แบ่งแยกการดำเนินงานตามเขตสาธารณสุขนิเทศ ออกเป็น 3 เขต คือ เขตสาธารณสุขนิเทศที่ 5 ประกอบด้วย จังหวัด ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ มหาสารคาม สุรินทร์ เขตสาธารณสุขนิเทศที่ 6 ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น อุดรธานี หนองคาย หนองบัวลำภู สกลนคร เลย กาฬสินธุ์ และเขตสาธารณสุขนิเทศที่ 7 ประกอบด้วยจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ร้อยเอ็ด นครพนม ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร เมื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐานในเขตสาธารณสุขนิเทศทั้ง 3 เขต แล้ว พบว่า เขตสาธารณสุขที่ 5 มี อสม. ทั้งใหม่ และเก่ารวมกันเป็นจำนวนมากที่สุดถึง 91,536 คน ในขณะที่เขตสาธารณสุขนิเทศที่ 6 มี อสม.จำนวน 91,044 คน และเขตสาธารณสุขที่ 7 มี อสม.จำนวน 91,071 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2540: 47-48) ซึ่งอาจคาดคะเนได้ว่าการที่เขตสาธารณสุขที่ 5 มี อสม.มากที่สุด และมีจำนวนจังหวัดน้อยที่สุดนั้น น่าจะเป็นพื้นที่ที่มีผลการปฏิบัติงานที่มีความครอบคลุมสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้นจึงควรเลือกเขตสาธารณสุขนิเทศที่ 5 เป็นกรณีในการศึกษา

ชัยภูมิเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตสาธารณสุขที่ 5 ซึ่งปรากฏว่ามีพื้นที่ชนบทที่ปฏิบัติงานด้านพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานจนถึงขั้นบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า เพียงร้อยละ 73.1 ซึ่งต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น ๆ ในเขตสาธารณสุขที่ 5 ด้วยกัน (นครราชสีมา ร้อยละ 90.1, บุรีรัมย์ ร้อยละ 79.8 สุรินทร์ ร้อยละ 80.3 และมหาสารคาม ร้อยละ 82.5) จึงเป็นพื้นที่ที่น่าสนใจว่า เหตุใดในเขตปฏิบัติงานที่มีความครอบคลุมสูงนั้น จังหวัดชัยภูมิจึงมีผลการปฏิบัติงานที่ต่ำกว่าจังหวัดอื่นในเขตสาธารณสุขนิเทศเดียวกัน

และจากการติดตามนิเทศงานในหมู่บ้านโดยนักวิชาการของจังหวัดชัยภูมิ พบว่า เมื่อเจ็บป่วยชาวบ้านส่วนมากจะนิยมไปที่สถานเอนามัยหรือโรงพยาบาลที่ใกล้บ้าน การไปหา อสม. ส่วนมากไปเพื่อซื้อยาแก้ไข้แก้ปวดเหตุผลที่ไม่นิยมไปหา อสม. เพราะไม่เชื่อว่า อสม.จะสามารถช่วยตัวเองได้ และจากผลการศึกษาของ สุขชัย อรรถธรรม และคณะ (2537) พบว่า อสม. ในจังหวัดชัยภูมิที่มีความสามารถในระดับ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีเพียงร้อยละ 18.9

เมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถของ อสม.กับจังหวัดอื่น ๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือแล้ว ความสามารถของ อสม.ในจังหวัดชัยภูมิยังอยู่ในระดับต่ำต้องเร่งดำเนินการพัฒนาโดยเร่งด่วน

มีงานวิจัยที่ระบุว่า อสม.ได้รับการยอมรับจากประชาชนว่ามีประโยชน์ และมีบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ให้เอื้อประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน (อรุณ จิรวัดมกุล และคณะ, 2531) ซึ่งแสดงว่าประชาชนได้ให้ความคาดหวังในบทบาทของอสม.ในระดับหนึ่ง แต่ขณะเดียวกันประชาชนก็ไม่นิยมไปหา อสม.เนื่องจากไม่เชื่อว่า อสม.จะสามารถให้ความช่วยเหลือประชาชนเหล่านั้นได้ (สุขชัย อรรถธรรม และคณะ, 2537) ซึ่งแสดงว่าบทบาทที่ อสม.แสดงอยู่ รวมถึงการปฏิบัติงานของอสม.นั้น ไม่ได้ตอบสนองความคาดหวังของประชาชนได้อย่างแท้จริง ดังนั้นคำถามที่ว่า ประชาชนมีความคิดเห็นอย่างไรต่อบทบาท อสม.ที่เป็นจริง บทบาท อสม.ที่ประชาชนคาดหวังในงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นอย่างไร และความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาท อสม.ที่เป็นจริงกับบทบาท อสม.ที่คาดหวังมีความแตกต่างกันหรือไม่มากนักน้อยเพียงใด จึงเป็นประเด็นคำถามที่สมควรจะต้องเร่งดำเนินการศึกษาคำตอบ เพื่อนำไปใช้ประกอบการจัดทำแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน หรือแนวทางในการพัฒนา บทบาท อสม.ให้มีความสามารถอยู่ในระดับผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเป็นแกนนำด้านการพัฒนาสาธารณสุข อันจะนำไปสู่การดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชนได้อย่างแท้จริง

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับจังหวัด จึงสนใจศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ในงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อหาคำตอบ และนำผลที่ได้จากการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาแนวทางพัฒนาบทบาท อสม.ในสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างเหมาะสม ตรงตามสภาพปัญหาของท้องถิ่น และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จึงจะก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน เพื่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า อย่างยั่งยืน และคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

- 1.2.1 คุณลักษณะทั่วไปของประชาชนเขตชนบท ในด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล และด้านเศรษฐกิจและสังคม
- 1.2.2 ความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาท อสม.ที่เป็นจริง และบทบาท อสม. ที่คาดหวังในงานสาธารณสุขมูลฐาน
- 1.2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคิดเห็นของประชาชนต่อ บทบาท อสม.ที่เป็นจริงและบทบาท อสม.ที่คาดหวัง

- 1.2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาท อสม. ในงาน
สาธารณสุขมูลฐาน
- 1.2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับบทบาท อสม. ในงานสาธารณสุข
มูลฐาน

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.3.1 ทราบข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะของประชาชนในเขตชนบท ด้านคุณลักษณะ
ส่วนบุคคล และด้านเศรษฐกิจและสังคม
- 1.3.2 ทราบถึงความคิดเห็นของประชาชนต่อ บทบาท อสม. ที่เป็นจริง และบทบาท
อสม. ที่คาดหวังในงานสาธารณสุขมูลฐาน
- 1.3.3, ทราบถึงความแตกต่างระหว่างความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาท อสม. ที่
เป็นจริงกับบทบาท อสม. ที่คาดหวัง ในงานสาธารณสุขมูลฐาน
- 1.3.4 ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับบทบาท อสม. ในงาน
สาธารณสุขมูลฐาน
- 1.3.5 เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับจัดทำแผนงานและแนวทางการพัฒนางานสาธารณสุข
มูลฐานและการศึกษาภาพอาสาสมัครสาธารณสุขต่อไป
- 1.3.6 เป็นแนวทางในการศึกษาและวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องต่อไป

1.4 ขอบเขตในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทจังหวัดชัยภูมิ โดย
จะศึกษาประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มีความเข้าใจคำถามและตอบตามความเป็นจริง
2. ระยะเวลาในการเป็น อสม. ไม่มีผลต่อข้อมูล

1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นิยามศัพท์ไว้เป็นการเฉพาะในการวิจัย ดังนี้
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากประชาชนใน
หมู่บ้านนั้น ๆ เพื่อเข้ารับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และปฏิบัติหน้าที่
ตามบทบาทของ อสม. ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) หมายถึง ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านที่เป็นระบบบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน โดยมีศูนย์รวมของการให้บริการและมืองค์กรชุมชนที่เข้ามาทำหน้าที่ ดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนและแก้ไขปัญหาพื้นฐานด้านสาธารณสุขของชุมชน

งานสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การบริการสาธารณสุขผสมผสานที่จำเป็นทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การฟื้นฟูสภาพ ซึ่งดำเนินการโดยประชาชนเพื่อประชาชน ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น และด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม ภายใต้การสนับสนุนจากภาครัฐและเอกชน ประกอบด้วยกิจกรรมที่จำเป็น 14 กิจกรรม ได้แก่ งานโภชนาการ งานสุขศึกษา งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและจัดหาน้ำสะอาด งานควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานรักษาพยาบาลเบื้องต้น งานจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน งานอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว งานสุขภาพจิต งานทันตสาธารณสุข งานป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัย งานคุ้มครองผู้บริโภค งานป้องกันควบคุมอุบัติเหตุอุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ และงานป้องกัน/ควบคุมโรคเอดส์

บทบาท อสม.ในงานสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง บทบาท อสม.ที่ต้องปฏิบัติในงานสาธารณสุขมูลฐาน ทั้ง 14 กิจกรรม และการใช้เครื่องมือแพทย์ใน ศสมช.เพื่อการตรวจ หรือการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น ประกอบด้วย บทบาท อสม.ที่คาดหวัง และความแตกต่างระหว่างบทบาท อสม.ที่เป็นจริงกับบทบาท อสม.ที่คาดหวังตามความคิดเห็นของประชาชน

บทบาทที่เป็นจริง หมายถึง พฤติกรรม หรือการกระทำของ อสม. ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐานซึ่ง อสม. ได้แสดงออกมา หรือได้กระทำหรือปฏิบัติจริง ๆ ภายใต้บทบาทหน้าที่ของ อสม.ในงานสาธารณสุขมูลฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ทั้ง 14 กิจกรรม และการใช้เครื่องมือแพทย์ใน ศสมช. เพื่อการตรวจ/คัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น

บทบาทที่คาดหวัง หมายถึง พฤติกรรม หรือการกระทำของ อสม.ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนต้องการหรือมุ่งหวังหรือคาดหวังไว้ว่า อสม.ควรจะกระทำหรือต้องมีบทบาทเช่นใด ทั้งนี้อาจจะอยู่ภายใต้ขอบเขตบทบาทหน้าที่ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือไม่ก็ตาม

ความคิดเห็น หมายถึง ความคิดเห็น และทัศนะของประชาชนในแต่ละบุคคลที่มีต่อการปฏิบัติหรือการกระทำของ อสม. ในงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาท อสม.ที่เป็นจริง และบทบาท อสม.ที่ประชาชนคาดหวังไว้

ความแตกต่างระหว่างความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาท หมายถึง ความแตกต่างระหว่างความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาทอสม.ที่เป็นจริง กับบทบาท อสม.ที่ประชาชนคาดหวัง ในงานสาธารณสุขมูลฐาน

การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การที่ประชาชนแต่ละคน มีส่วนทำกิจกรรมร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วย การร่วมค้นหาปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมดำเนินงาน ร่วมประเมินผล/ควบคุมกำกับงาน ร่วมให้การสนับสนุนต่าง ๆ เช่น เงิน แรงงาน ฯลฯ ร่วมในการคัดเลือก อสม.ในหมู่บ้าน ร่วมเผยแพร่ข่าวสารและรับรู้เรื่องงานสาธารณสุขมูลฐานจาก อสม. รวมทั้งการร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

การรู้จักคุ้นเคยกับ อสม. หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง อสม.กับประชาชนที่เกี่ยวกับการพึ่งพาอาศัยกัน การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การดูแลเอาใจใส่กัน การรู้จักคุ้นเคยกัน การไปมาหาสู่ การให้คำแนะนำต่าง ๆ รวมทั้งการเสียสละ และการยอมรับนับถือในตัว อสม.

ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะเฉพาะที่มีอยู่ในกลุ่มตัวอย่างแต่ละบุคคลของประชากรที่ทำการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม หมายถึง คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในด้านเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละบุคคลในประชากรที่ทำการศึกษา ได้แก่ อาชีพ รายได้ ภาวะหนี้สิน การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน และสัมพันธภาพระหว่าง อสม.กับประชาชน