บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดของการวิจัยดังนี้

2.1 ความหมายของความคิดเห็น

2.2 แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน

2.3 แนวคิดระบบอาสาสมัครสาธารณสุข

2.4 แนวคิดการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

2.5 ทฤษฎีหน้าที่นิยมของพาร์สัน

2.6 ทฤษฎีบทบาท

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความหมายของความคิดเห็น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520, อ้างถึงใน จุมพล นิภาเกษม, 2536: 7) ให้คำจำกัดความของความคิดเห็นว่า เป็นการแสดงออกทางด้านทัศนคติอย่างหนึ่ง แต่การแสดงความคิดเห็นนั้นมักจะมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ และเป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

ทวี เลธามัญ (2520, อ้างถึงใน จุมพล นิภาเกษม, 2536: 7) ให้คำจำกัดความของความคิดเห็นว่า เป็นการแสดงออกซึ่งความรู้สึกที่อยู่บนพื้นฐานของข้อเท็จจริง และทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะเป็นบุคคล กลุ่มบุคคล หรือสถานการณ์ เป็นต้น ความคิดเห็นอาจจะเป็นไปในทางเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยต่อสิ่งนั้นก็ได้

เรืองเวทย์ แสงรัตนา (2520, อ้างถึงใน จุมพล นิภาเกษม, 2536: 7) ให้คำจำกัดความของความคิดเห็นว่า เป็นการแสดงออกทางด้านความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยการพูด หรือเขียนโดยอาศัยพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อม ซึ่งการแสดงความคิดเห็นนี้อาจจะได้รับการยอมรับหรือปฏิเสธจากคนอื่นๆ ก็ได้

สุชา จันเอม (2524, อ้างถึงใน จุมพล นิภาเกษม, 2536: 7) กล่าวว่า ความคิดเห็น คือ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่ง แต่เป็นสิ่งที่ไม่ลึกซึ้งเหมือนทัศนคติ คนเรามักจะมีความคิดเห็นแตกต่างกันไป ความคิดเห็นเป็นส่วนหนึ่งของทัศนคติ

จิราวรรณ ดีศรี (2533, อ้างถึงในไกรสร ทองฉลาด, 2539: 17) กล่าวว่า ความคิดเห็น คือ การแสดงออกทางความเชื่อ ความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และเป็นความชอบโดยอาศัยพื้นความรู้ ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อม เป็นส่วนในการแสดงความคิดเห็นว่าจะมีความคิดเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

มานพ เลาห์ประเสริฐและคณะ (2533, อ้างถึง ในไกรสร ทองฉลาด, 2539: 19) สรุปว่า ความคิดเห็น คือ การแสดงออกของบุคคลถึงเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะความคิดเห็นจะเกี่ยวข้องกับค่านิยม และทัศนคติ ซึ่งมีผลมาจากคุณสมบัติประจำตัวของแต่ละบุคคล เช่น พื้นความรู้ ประสบการณ์ในการทำงาน การติดต่อระหว่างบุคคลล้วนเป็นปัจจัยสำคัญให้บุคคลมีความคิดเห็นไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง การแสดงออกของความคิดเห็นอาจเป็นไปในทางเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้

Good (1959: 376) ได้ให้นิยาม ความคิดเห็น (Opinion) ไว้ว่าเป็นความเชื่อ ความคิดหรือการลงความเห็นเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งไม่อาจตัดสินได้ว่าถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง

Webster (1983: 1254) ได้คำนิยาม ความคิดเห็น ไว้ว่าเป็นความเชื่อที่ไม่ได้ตั้งอยู่บนความรู้ที่แท้จริง แต่ตั้งอยู่ที่ใจ ความคิดเห็นของแต่ละบุคคลที่เห็นว่าน่าจะเป็นจริงตามที่คิดไว้

จากความหมายของความคิดเห็นที่กล่าวมาในข้างต้นนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำมาใช้ในนิยามศัพท์ของความคิดเห็นในการวิจัยครั้งนี้ว่า หมายถึง ความคิด และทัศนะของประชาชนในแต่ละบุคคลที่มีต่อการปฏิบัติหรือการกระทำของ อสม. ในงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาท อสม.ที่เป็นจริง และบทบาท อสม.ที่ประชาชนคาดหวังไว้

2.2 แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน

2.2.1 ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2537: 4) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การดูแลสุขภาพที่จำเป็นซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึงสำหรับทุกคน และทุกครอบครัว โดยการยอมรับและการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคน ด้วยค่าใช้จ่ายไม่เกินกำลังของชุมชนและประเทศจะรับได้ นอกจากนั้น การสาธารณสุขมูลฐานยังต้องก่อให้เกิดการผสมผสาน ระหว่างระบบบริการสาธารณสุขของประเทศกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นธรรม โดยมีระบบการบริการสาธารณสุขเป็นแกนกลาง

หลักการสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน คือ การให้เจ้าหน้าที่ของรัฐเปลี่ยนบทบาทใหม่ ซึ่งจากเดิมเป็นผู้บริการประชาชน (ผู้ให้) เปลี่ยนเป็นผู้กระตุ้นให้คำแนะนำ (Supervise) และผู้สนับสนุน (Supporter) ให้กับประชาชน แล้วให้ประชาชนเป็นผู้ริเริ่มปฏิบัติบริการประชาชนด้วยกันเอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการปรับเปลี่ยนบทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชน

	เจ้าหน้าที่	ประชาชน
บทบาทเก่า	ผู้ให้	ผู้รับ
บทบาทใหม่	ผู้สนับสนุน	ผู้ริเริ่มปฏิบัติ

ประชาชนที่จะเป็นผู้ให้บริการประชาชนด้วยกันเองนั้น ได้แก่ ผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และส่วนที่มีอยู่แล้ว คือหมออาสาหมู่บ้าน (มอบ.) พระ ผดุงครรภ์โบราณ (ผดบ.) อาสาสมัครวางแผนครอบครัวชุมชน (อส.วคช.) นักเรียน (อสร., ยสร.) กรรมการหมู่บ้าน (กม.) แม่บ้าน ฯลฯ

สรุปได้ว่า การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งระดับปัจเจกบุคคล ระดับครอบครัว หรือระดับหมู่บ้าน ข้าราชการที่ให้บริการ หรือช่วยเหลือประชาชนช่วงนี้ เน้นการสร้างอาสาสมัครสาธารณสุข หรือใช้ผู้นำที่มีอยู่แล้วในชุมชนในหมู่บ้าน เพื่อพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถดูแลช่วยเหลือชาวบ้านได้ต่อไป

2.2.2 **หลักการสาธารณสุขมูลฐาน** การสาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นที่ระดับครอบครัว หรือระดับ หมู่บ้าน บุคลากรที่ให้บริการ หรือช่วยเหลือประชาชนนี้ เป็นการสร้าง อสม.ขึ้นมา หรือใช้ผู้นำที่มีอยู่แล้วในชุมชนมาอบรมพัฒนาให้มีความสามารถช่วยเหลือชาวบ้านได้ ให้ชาวบ้านทุกคนพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพอนามัยได้ ตามแนวคิดของสาธารณสุขมูลฐาน คือ ประชาชนบริการประชาชน

กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วย (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537: 6 - 7)

1) **การมีส่วนร่วมของชุมชน** (People Participation or Community Participation or Community Involvement) ตามความหมายของ สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537: 6) นั้นมีความลึกซึ้งลงไปมาก

กว่าความร่วมมือธรรมดา เพราะเป็นความพยายามของความเป็นเจ้าของในการแก้ปัญหาของชุมชน ประกอบด้วย การเตรียมเจ้าหน้าที่/ชุมชนโดยการฝึกอบรม การติดตามการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนได้รู้สึกเป็นเจ้าของ และเข้ามาร่วมมือช่วยเหลือทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO,1988, อ้างถึงใน สุพัฒน์ สมจิตรสกุล, 2539: 15) คือ การที่ครอบครัวเข้าไปร่วมรับผิดชอบ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ประกอบด้วย การค้นหาปัญหา ตาม จปฐ. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การแสดงความคิดเห็น การวางแผน การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ และการให้การสนับสนุนสิ่งต่าง ๆ แก่โครงการตลอดจนการร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดจากกิจกรรมสาธารณสุข

2) **เท่คโนโลยีที่เหมาะสม** (Appropriate Technology) เป็นการใช้เทคโนโลยีทางด้านสาธารณสุขที่ง่ายไม่ซับซ้อนยุ่งยาก และเหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น ประชาชนสามารถปฏิบัติได้ หรือเป็นกลวิธีการแก้ไขปัญหาใหม่ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่าเหมาะสมกับชุมชนในการแก้ปัญหา

3) **การปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน** เป็นการปรับระบบบริการพื้นฐาน ของรัฐ (Basic Health Service) และระบบบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐให้เชื่อมต่อ และรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อต้องการให้เกิดการกระจายความครอบคลุมของบริการสาธารณสุขของรัฐ

4) **การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่น** (Intersectoral Collaboration) งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จผลได้ต้องผสมผสานทำงานไปด้วยกันได้ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง รัฐวิสาหกิจ เอกชน และงานพัฒนาชนบทของประเทศ

2.2.3 **กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน** (Essential Elements PHC) เป็นกิจกรรมให้ประชาชนที่เป็นผู้นำเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือบริการประชาชนกันเอง เดิมนั้นองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดไว้อย่างต่ำ 8 กิจกรรม ต่อมาระยะหนึ่งประเทศไทยเพิ่มเป็น 10 กิจกรรม แต่ในปัจจุบันเพิ่มอีก 4 กิจกรรม รวมเป็น 14 กิจกรรม (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537: 5) ดังนี้ (เขียนเป็นตัวย่อ NEWSITEM-MD-ECAA)

1. N = Nutrition (การโภชนาการ)
2. E = Education (การสุขศึกษา)
3. W = Water Supply and Sanitation (การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและจัดหาน้ำสะอาด)

4. S = Surveillance for Local Disease Control (การควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น)

5. I = Immunization (การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค)

6. T = Simple Treatment (การรักษาพยาบาลเบื้องต้น)

7. E = Essential Drugs (การจัดหายาที่จำเป็นไว้ในชุมชน)

8. M = Maternal and Child Health and Family Planning (การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว)

9. M = Mental Health (การสุขภาพจิต)

10. D = Dental Health (การทันตสาธารณสุข)

11. E = Environmental Health (การป้องกัน/แก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัย)

12. C = Consummer Protection (การคุ้มครองผู้บริโภค)

13. A = Accident and Non-communicable Disease Control (การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ)

14. A = AIDS (การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์)

2.2.4 แนวคิดในเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน 11 ประการ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2536: 7 - 9) ประกอบด้วย

แนวคิดที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติม หรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชน และความร่วมมือของชุมชนเอง

แนวคิดที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนร่วมมือจัดกิจกรรมเพื่อให้แก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่

แนวคิดที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐานจะเกิดขึ้นมาได้ จะต้องให้ชุมชนรับรู้และทราบว่าปัญหาของชุมชนคืออะไร และร่วมพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้

แนวคิดที่ 4 หน้าที่และบทบาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้องเข้าใจว่าเราไม่ได้ทำงานแทนเขา เขาไม่ได้ทำงานแทนเรา แต่เราทำงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน (การสาธารณสุขมูลฐานโดยชุมชนเพื่อชุมชน)

แนวคิดที่ 5 ความร่วมมือของชุมชนคือหัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจจะเป็นรูปของแรงงาน เงิน ความร่วมมือ ในการปฏิบัติด้วยความสมัครใจ การมองเห็น และรับรู้ปัญหา ไม่ใช่เป็นเพราะเขาหวังสิ่งตอบแทน

แนวคิดที่ 6 สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต งานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานพัฒนาด้านอื่นๆ เช่น การเกษตรและสหกรณ์ การศึกษา การพัฒนาชุมชน การอุตสาหกรรม การพาณิชย์ เป็นต้น

แนวคิดที่ 7 งานสาธารณสุขมูลฐานต้องใช้เทคนิคและวิธีการต่าง ๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจ และนำมาใช้ประโยชน์ นั่นคือ เทคนิคที่นำมาใช้ต้องมีความเหมาะสม ประหยัดเวลา ราคาถูก มีผลต่อการแก้ปัญหา ยืดหยุ่นและปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพของสังคม และสิ่งแวดล้อม

แนวคิดที่ 8 งานสาธารณสุขมูลฐานจะต้องสอดคล้อง และอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำของชุมชน

แนวคิดที่ 9 งานสาธารณสุขมูลฐาน ควรมีความยืดหยุ่นในการที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อม และปัญหาที่ประสบอยู่ และไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องที่เหมือนกันทุกหมู่บ้าน

แนวคิดที่ 10 บริการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เองในหมู่บ้าน มี 14 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน

แนวคิดที่ 11 งานสาธารณสุขมูลฐาน ต้องมีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในด้านการให้การสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรับการรักษา

จากแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานที่กล่าวมานี้ ผู้วิจัยมิได้ระบุเป็นตัวแปรในการวิจัยในครั้งนี้ แต่นำมาใช้อธิบายถึงบทบาท อสม.ในงานสาธารณสุขมูลฐาน และนำคำจำกัดความมาใช้เพื่อการให้คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1) งานสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การบริการสาธารณสุขผสมผสานที่จำเป็น ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพซึ่งดำเนินโดยประชาชน เพื่อประชาชนด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นและด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมภายใต้การสนับสนุนจากภาครัฐและเอกชน ประกอบด้วยกิจกรรมที่จำเป็น 14 กิจกรรม ได้แก่ การโภชนาการ การสุขศึกษา การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและจัดหาน้ำสะอาด การควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การสุขภาพจิต การทันตสาธารณสุข การ

ป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัย การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ และ

2) ตามคำจำกัดความสำนักงานคณะกรรมการการสาธารรสุขมูลฐานและองค์การอนามัยโลกที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงให้คำจำกัดความของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า หมายถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วย การร่วมค้นหาปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมดำเนินงาน ร่วมประเมินผล/ควบคุมกำกับงาน ร่วมให้การสนับสนุนต่างๆ เช่น เงิน แรงงาน ฯลฯ ร่วมในการคัดเลือก อสม.ในหมู่บ้าน ร่วมเผยแพร่ข่าวสารและรับรู้เรื่องงานสาธารณสุขมูลฐานจาก อสม. รวมทั้งการร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

2.3 แนวคิดระบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.3.1 ประเภทและจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537: 1 - 6)

1) ประเภทอาสาสมัครสาธารณสุข

ในหมู่บ้าน หรือชุมชนหนึ่ง ๆ กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละคุ้มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่ ที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ได้แก่ การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน/ชุมชน

2) จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละหมู่บ้าน/ชุมชน

พื้นที่ชนบท : อสม. 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

พื้นที่เขตเมือง : ชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มี อสม.

เขตชุมชนแออัด : อสม. 1 คน ต่อ 20 -30 หลังคาเรือน

เขตชุมชนชานเมือง : อสม. 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

2.3.2 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของ อสม. ตาม 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน(สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2536 : 3 –5)

1) ด้านสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ ได้แก่

ก.) เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบ

- นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข
- แจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น
- แจ้งข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข

ข.) เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเพื่อน อสม. และเพื่อนบ้าน

- รับข่าวแล้วแจ้งให้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วน ในเรื่องสำคัญ
- รับข่าวสารแล้ว จดบันทึกไว้ใน "สมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม."

ค.) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้ และชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วม พัฒนางานสาธารณสุขในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการและการใช้ยา การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด การโภชนาการ การป้องกันและควบคุมโรคประจำถิ่น การวางแผน ครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุอุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การปฐมพยาบาล/รักษาพยาบาล รวมทั้งการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย

2) ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่

ก.) การให้บริการช่วยเหลือ และรักษาพยาบาลตามอาการ ในเรื่อง ไข้ตัวร้อน ปวดท้อง ไข้มาลาเรีย ปวดหัว ปวดเมื่อย ปวดหลัง ท้องผูก ท้องเดิน เจ็บหู เหน็บชา ไข้มีผื่นตุ่มและจุด ไอ ปวดเอว ฝี พยาธิลำไส้ ผื่นคันบนผิวหนัง โลหิตจาง เจ็บตา

ข.) ให้การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับ บาดแผลสด เป็นลม น้ำร้อนลวก ยาพิษ สุนัขกัด กระดูกหัก ข้อเคลื่อน ไฟไหม้ จมน้ำ งูกัด

ค.) ส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการสาธารณสุข และติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ

3. ด้านโภชนาการ ได้แก่ การชั่งน้ำหนักเด็ก และร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหาร และขาดธาตุไอโอดีน

4. ด้านอนามัยแม่และเด็ก/วางแผนครอบครัว ได้แก่

ก.) ติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากครรภ์/ตรวจครรภ์ตามกำหนด และชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน

ข.) ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีมาตรวจสุขภาพตามกำหนด

ค.) จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว(รายเก่า) และจ่ายถุงยางอนามัย

4. ด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ การติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนดการให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนต่างๆ

5) ด้านควบคุมโรคประจำถิ่น ได้แก่ กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เก็บอุจจาระส่งตรวจหาไข่พยาธิ เจาะเลือดส่งตรวจหาเชื้อมาลาเรีย และเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรค

7) ด้านการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด ได้แก่ การควบคุมคุณภาพน้ำบริโภค (ใช้น้ำยาตรวจหาแบคทีเรีย การเติมคลอรีนในน้ำบริโภค) การจัดหา/แนะนำให้มีภาชนะใส่น้ำ การจัด/แนะนำให้มีที่รองรับขยะและกำจัดขยะ การแนะนำสร้างและใช้ส้วม

8) ด้านทันตสาธารณสุข ได้แก่ การจัดหาและจำหน่ายแปรงสีฟัน ยาสีฟัน

9) ด้านการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ ไดแก่ การจัดกลุ่มป้องกันอุบัติเหตุอุบัติภัยในชุมชน วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ จัดกลุ่มบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ

10) ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ได้แก่ การจัดกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อคุ้มครองสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสำรวจร้านขายของชำในหมู่บ้านเพื่อ เฝ้าระวังการกระทำผิดกฎหมาย เช่น การจำหน่ายยาหมดอายุ ยาชุด อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน ไม่มี อย. เป็นต้น

11) ด้านการป้องกันโรคเอดส์ ได้แก่ การจัดกลุ่มป้องกันการแพร่โรคในชุมชน การแจกจ่ายถุงยางอนามัยป้องกันโรคเอดส์

12) ด้านการควบคุมป้องกัน แก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัย ได้แก่ การตรวจคุณภาพแหล่งน้ำของชุมชน การตรวจสอบคุณภาพอากาศ และร่วมมือประสานงานกับองค์กรต่างๆ เพื่อเฝ้าระวังและจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน

13) การจัดหายาจำเป็นไว้ในหมู่บ้าน ได้แก่ การจัดกลุ่มฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย/สมุนไพรในหมู่บ้าน การจัดหาและจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน

14) ด้านสุภาพจิตชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิต การจัดกิจกรรมออกกำลังกาย

นอกจากนั้น อสม.ควรเป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน ตามกระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และเป็นแกนกลางในการประสานการดำเนินงานสาธารณสุขหมู่บ้าน โดยการกระตุ้นให้มีการประชุมวางแผน และร่วมดำเนินงานสาธารณสุขระหว่างกลุ่มอาสาสมัคร กรรมการหมู่บ้าน และกลุ่มผู้นำอื่น ๆ ตลอดจนเป็นผู้ประสานการดำเนินงานระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ

2.3.3 การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน

ก.) การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ: โดย อสม. 1 คน รับผิดชอบดูแลประชาชนทุกคนทุกครอบครัวภายในคุ้ม หรือละแวกบ้านประมาณ 8-15 หลังคาเรือน ตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของ อสม. ที่กำหนดไว้ในฐานะ อสม.ประจำคุ้มหรือละแวกบ้านนั้น ๆ

ข.) หมุนเวียน: ปฏิบัติงานให้บริการสาธารณสุขใน ศสมช. ร่วมกับ อสม.คนอื่น ๆ ตามข้อตกลงของกลุ่ม

ค.) ร่วมปฏิบัติงานด้านการพัฒนาหมู่บ้านกับกรรมการหมู่บ้าน (กม.)

2.3.4 การค้นหา คัดเลือกและวาระการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

คุณสมบัติ

ก.) เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวกหรือคุ้มยอมรับและเชื่อถือ

ข.) สมัครใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ

ค.) มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำในหมู่บ้านไม่ย้ายถิ่นในระยะเวลา 1-2 ปี) และมีความคล่องตัวในการประสานงาน

ง.) อ่านออกเขียนได้

จ.) เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน

ฉ.) ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน

วิธีการคัดเลือก

ให้ใช้วิถีทางประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

ก.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน ผสส. อสม. ทุกคนในหมู่บ้าน และผู้นำอื่นๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของ อสม. จำนวน อสม. และบทบาทหน้าที่ของ ศสมช. แล้ว มอบหมายให้ กรรมการหมู่บ้าน ผสส. อสม. และ ผู้นำดังกล่าว เป็นคณะดำเนินการสรรหา อสม.

ข.) แบ่งละแวกหรือคุ้มบ้าน คุ้มละ 8-15 หลังคาเรือน

- ละแวกหรือคุ้มบ้านที่มี ผสส. เดิมอยู่แล้ว ให้สอบถามความสมัครใจหาก ผสส. คนนั้นสมัครใจก็ให้คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ประจำละแวกบ้านหรือคุ้มนั้น

- ในกรณีที่ละแวกหรือคุ้มนั้นไม่มี ผสส. ให้หาผู้สมัครใจและมีคุณสมบัติตามที่กำหนดคัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็น อสม.ในกรณีที่มีผู้สมัครใจเกินกว่า 1 คน ให้คณะผู้ดำเนินการสรรหา อสม. จัดประชุมหัวหน้าครอบครัว หรือผู้แทนครอบครัวในละแวกหรือคุ้มนั้น ๆ เพื่อลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่คัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ประจำละแวกบ้านหรือคุ้ม

วาระการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรโดยดูจากผลการพิจารณาของประชาชนและองค์กรหมู่บ้าน

การพ้นสภาพ

ก.) พ้นสภาพตามวาระ

ข.) ตาย

ค.) ย้ายที่อยู่

ฆ.) ลาออก

ฆ.) ประชาชนลงมติให้พ้นสภาพ

2.3.5 การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข

การฝึกอบรมในที่นี้หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้ อสม. เปลี่ยนแปลงเจตคติและมีความรู้ความสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ที่กำหนดไว้ คือ อสม. มีความรู้และความสามารถปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ได้แก่ การแจ้งข่าวการเกิดโรค หรือเหตุผิดปกติด้านสุขภาพอนามัยในเขตรับผิดชอบแก่เพื่อนบ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การนัดหมายและประสานการจัดกิจกรรมสาธารณสุข แนะนำเผยแพร่ความรู้ด้านสาธารณสุข นอกจากมีความรู้และสามารถปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ของ ผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข (ผสส.) แล้ว ต้องสามารถปฏิบัติงานด้านการให้บริการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลตามอาการ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น

การใช้เครื่องวัดความดันโลหิต และการเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ ตลอดจนการร่วมจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขตามเกณฑ์ จปฐ. ในหมู่บ้านได้

เนื้อหาหลักสูตร

การจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. จำเป็นต้องพัฒนาความรู้ให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยมีเนื้อหาความรู้ที่อบรม เป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) ประกอบด้วย วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลัก ๆ ของประเทศ และการบริหารจัดการ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน

เนื้อหาหลักสูตรความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) ประกอบด้วย

1) บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข
2) สิทธิของอาสาสมัครสาธารณสุข
3) การทำงานเป็นกลุ่ม
4) ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขในหมู่บ้าน การค้นหาปัญหาสาธารณสุขในท้องถิ่นและการแก้ไขปัญหา
5) สุขวิทยาส่วนบุคคล
6) การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาล และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น
7) การส่งเสริมสุขภาพ
8) การเฝ้าระวังและป้องกันโรค
9) การฟื้นฟูสภาพ
10) การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการ
11) ความรู้ในเรื่องโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ เช่น โรคเอดส์ อุบัติเหตุ และอุบัติภัย เบาหวาน ความดันโลหิต ฯลฯ

กลุ่มความรู้เฉพาะ:ความรู้เรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และความรู้ด้านนโยบายต่างๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น โดยแต่ละจังหวัดอาจปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันออกไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะเวลาการอบรม ใช้ระยะเวลา จำนวน 12 วัน

ช่วงแรก : กำหนดระยะเวลาในการอบรมความรู้พื้นฐาน (หลักสูตรภาคบังคับ) ระยะเวลา 3 วัน

ช่วงหลัง : อบรมต่อเนื่องทุกเดือนๆ ละ 1 วัน โดยเนื้อหาหลักสูตรประกอบด้วยความรู้เฉพาะ และความรู้พื้นฐานที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานและการให้บริการสาธารณสุขใน ศสมช.

จากแนวคิดระบบอาสาสมัครสาธารณสุขที่กล่าวมานี้ ผู้วิจัยจึงให้คำจำกัดความ ดังนี้

1) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในหมู่บ้านนั้น ๆ เพื่อเข้ารับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของ อสม.ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

2) บทบาท อสม.ในงานสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง บทบาท อสม.ที่ต้องปฏิบัติในงานสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 กิจกรรม ดังได้กล่าวแล้ว ซึ่งในงานวิจัยนี้ บทบาท อสม. ในงานสาธารณสุขมูลฐาน จะประกอบด้วย บทบาท อสม.ที่คาดหวัง และความแตกต่างระหว่างบทบาท อสม.ที่เป็นจริงกับบทบาท อสม.ที่คาดหวังตามความคิดเห็นของประชาชน

2.4 แนวคิดการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนนำในระยะที่ผ่านมา โดยเฉพาะในช่วงปลายแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 พบว่า มีปัญหาหลายประการซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของ อสม. (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2534: 14 -16)

ประการแรก ด้านการบริหารจัดการองค์กรชุมชน ด้านสาธารณสุขมูลฐานยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ขาดจุดรวมของการบริหารจัดการ ในเรื่องกองทุนหมุนเวียน และกองทุนพัฒนาด้านสาธารณสุขต่างๆ เช่น กองทุนยาและเวชภัณฑ์ กองทุนสุขาภิบาล กองทุนโภชนาการ และกองทุนบัตรสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนั้นการบริหารจัดการโครงการต่างๆ ไม่เป็นเอกภาพ โครงการหนึ่งๆ จะมีผู้รับผิดชอบเฉพาะโครงการไป จึงทำให้งานพัฒนาต่างๆ อยู่กระจัดกระจาย ยากแก่ความเข้าใจของชาวบ้าน

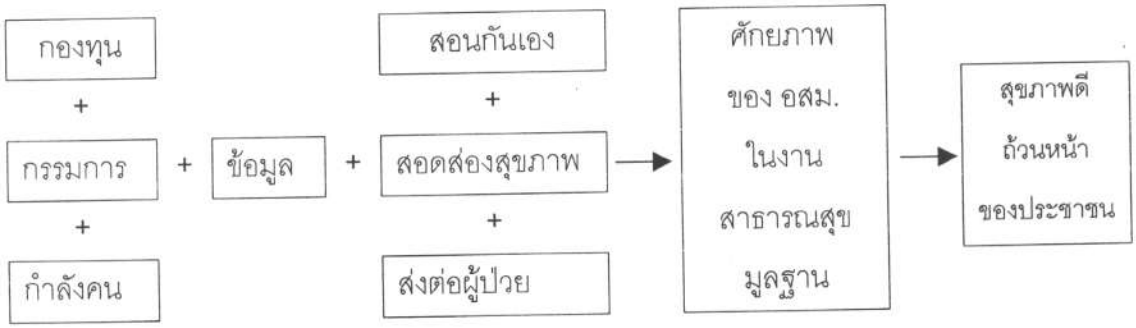
ประการที่สอง ด้านการวางแผนงาน พบว่า การจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อแก้ปัญหาของท้องถิ่นตลอดจนการค้นหาปัญหา ยังไม่เกิดขึ้นอย่างจริงจัง

ประการที่สาม การถ่ายทอดความรู้ให้กับ อสม.จำเป็นจะต้องได้รับการถ่ายทอดความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความรู้ที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา ตามสภาพปัญหาสาธารณสุขที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและรวดเร็วมาก การถ่ายทอดความรู้แก่อาสาสมัคร ในระยะที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องติดตามตัว อสม.ซึ่งปฏิบัติภารกิจของตนในที่ต่าง ๆ ดังนั้น อสม. บางส่วนจึงไม่ได้รับการถ่ายทอดความรู้อย่างต่อเนื่อง

ประการสุดท้าย การบริหารกิจกรรมขององค์ประกอบที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ซึ่งได้ถูกกำหนดไว้เป็นองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 องค์ประกอบ ยังขาดการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่ควร ดังนั้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 จึงได้มีเป้าหมายการพัฒนาไปสู่การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน โดยชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้มีสถานที่ในการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานอย่างชัดเจน และเป็นจุดรวมในการพัฒนาหมู่บ้านของตนเอง จึงได้ให้ชุมชนจัดหาสถานที่โดยไม่ให้เป็นภาระแก่ชุมชนในการจัดสร้างหรือจัดหา เพื่อใช้เป็นศูนย์ปฏิบัติงานดังภารกิจที่กล่าวแล้วข้างต้น

2.4.1 คำจำกัดความของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) คือ ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน เป็นระบบการบริหารจัดการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน โดยเป็นศูนย์รวมของกิจกรรมบริการสาธารณสุขเบื้องต้นแก่สมาชิกในชุมชน เป็นที่รวมของความรู้ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข ทรัพยากร และเป็นศูนย์กลางในการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ศสมช. เน้นการจัดการพัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานชุมชนวิธีหนึ่ง โดยอาศัยหลัก **3ก. + 1ข. + 3ส.** (**3ก.** ได้แก่ กำลังคน กรรมการ(องค์กร) กองทุน,**1ข.** ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร, **3ส.** ได้แก่ การสอนซึ่งกันและกัน การสอดส่องหรือดูแลสุขภาพอนามัยด้วยตนเองและการส่งต่อผู้ป่วย) เพื่อเพิ่มศักยภาพของ อสม.ในการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนได้อย่างผสมผสานครอบคลุมครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสังคมของแต่ละชุมชน (ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 ภาพการเชื่อมโยงการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานใน ศสมช.

ศสมช. มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) เพื่อให้อาสาสมัครได้มีสถานที่เป็นศูนย์ประสานงานในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน

2) เพื่อให้อาสาสมัครมีวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติภารกิจ เพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชนได้ตรงเป้าหมาย

3) เพื่อเป็นองค์กรกลางสำหรับองค์กรต่างๆ ที่จะสนับสนุนทรัพยากร และวิชาการแก่ อสม.

4) เพื่อเป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขของหมู่บ้าน

5) เพื่อให้อาสาสมัครมีศูนย์กลางในการจัดบริการกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

2.4.2 แนวทางการดำเนินงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

2.4.2.1 การบริหารจัดการ

1) จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เพื่อเป็นสถานที่ดำเนินการและการปฏิบัติงานขององค์กรชุมชน ตลอดจนกลุ่มอาสาสมัคร การที่จะพิจารณาหาสถานที่ดำเนินงาน ศสมช.นั้น เป็นเรื่องที่ชาวบ้านตกลงกันเองตามความเหมาะสมอาจเป็นสถานที่ที่มีอยู่เดิม เช่น กองทุนยาและเวชภัณฑ์ กองทุนพัฒนาอื่นๆ ที่อ่านหนังสือพิมพ์สถานที่สาธารณประโยชน์ หรือเป็นบ้านใครก็ได้หรือหากจะสร้างใหม่ก็ขึ้นกับทุนทรัพย์ของหมู่บ้าน รัฐบาลไม่มีงบประมาณสนับสนุนการจัดสร้าง

2) กำลังคนมี อสม.ไม่น้อยกว่า 5 คน ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนมาดำเนินการทุกวัน วันละ 2-3 ชั่วโมง การกำหนดเวลาแล้วแต่จะตกลงกัน อสม.ที่ได้รับคัดเลือกมาปฏิบัติงานควรมีคุณสมบัติ ดังนี้

-เป็น ผสส./อสม. ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรการอบรมของกระทรวงสาธารณสุข

-หาก ผสส./อสม ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนไม่พอ ให้กรรมการหมู่บ้านพิจารณาคัดเลือกจากอาสาสมัครอื่นหรือบุคคลอื่นตามความเหมาะสม

3) จัดการอบรม อสม.ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. อย่างต่อเนื่องทุกเดือน เดือนละ 1 ครั้ง

4) จัดบริการเข้มข้นเข้าร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับ อสม.ในศสมช. โดยอาจเปิดบริการทั้งวันเป็นคราว ๆ ไป แล้วแต่การตกลงตามสภาพปัญหาสาธารณสุข

5) มีการระดมทรัพยากร จากภาครัฐและเอกชน เพื่อการบริหารจัดการ

หอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย
WA
RA
ส231

6) รวบรวม และจัดระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข ระดับหมู่บ้านที่จำเป็น

2.4.2.2 การสนับสนุน

1) วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือในการตรวจสุขภาพเพื่อกลั่นกรองผู้ป่วยในขั้นต้น ได้แก่

- กระเป๋าปฐมพยาบาล จำนวน 1 ใบ
- เครื่องวัดความดันโลหิตพร้อมหูฟัง จำนวน 1 ชุด
- เครื่องชั่งน้ำหนัก จำนวน 1 เครื่อง
- แผ่นตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ จำนวน 1 ขวด
- แผ่นวัดสายตา จำนวน 1 แผ่น

เครื่องมือในการตรวจชันสูตรง่าย ๆ ได้แก่

- ปรอทวัดไข้ จำนวน 1 อัน
- เทปวัดไข้ จำนวน 1 กล่อง
- ชุดตรวจเชื้อแบคทีเรียในน้ำดื่ม จำนวน 1 ชุด

2.) กิจกรรมการดำเนินงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

- พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน
- ให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบตามสภาพปัญหาของหมู่บ้าน
- ถ่ายทอดความรู้ตามกิจกรรม และสภาพปัญหา
- ประสานงานกับกลุ่มพลังงานต่าง ๆ เช่น กรรมการหมู่บ้าน/กรรมการชุมชน อสม. ผู้นำศาสนา แม่บ้าน ฯลฯ
- ระดมทรัพยากรเพื่อบริหารจัดการ เช่น การรวมกลุ่มการจัดตั้งกองทุนต่างๆ
- วางแผนการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหา ตลอดจนการประเมินผล

จากแนวคิดการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่กล่าวมานี้ ผู้วิจัยจึงให้คำจำกัดความ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ในการวิจัยครั้งนี้ว่าเป็นระบบบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน โดยมีศูนย์รวมของการให้บริการและมีองค์กรชุมชนที่เข้ามาทำหน้าที่ดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และแก้ไขปัญหาพื้นฐานด้านสาธารณสุข ของชุมชน

2.5 ทฤษฎีหน้าที่นิยมของพาร์สัน

หน้าที่ ตามความหมายของพาร์สัน (สุเทพ สุนทรเภสัช, 2540: 95) คือ กลุ่มกิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินไป เพื่อตอบสนองความต้องการอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างของระบบ

ตามความหมายของหน้าที่ที่ได้กล่าวข้างต้น พาร์สัน ได้ให้ข้อสรุปว่า ชุมชนจะสามารถรักษาระบบสังคมไว้ได้นั้น จะต้องมี องค์ประกอบที่สำคัญอยู่ 4 ประการ คือ (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2536: 49-51)

1) **ระบบสังคมของชุมชนต้องมีวัตถุประสงค์** และดำเนินไปเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ (Goals Attainment) วัตถุประสงค์ของชุมชนมีความจำเป็นเพื่อความอยู่รอดแห่งสังคม สมาชิกในชุมชนจะอยู่ได้อย่างสงบสุข ทำอย่างไรที่จะถ่ายทอดวัตถุประสงค์ของชุมชนนี้ไปสู่สมาชิกในชุมชน มีการดำเนินการไปสู่เป้าหมาย และมีการควบคุมอย่างไร ที่จะทำให้สมาชิกได้ปฏิบัติไปสู่วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของชุมชน สถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่นี้ได้แก่ สถาบันครอบครัว และสถาบันการศึกษาในชุมชน

2) **ระบบสังคมของชุมชนจะต้องมีการปรับตัว** (Adaptation) การปรับตัวมีความจำเป็น และสำคัญมากต่อการมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน การที่สมาชิกในชุมชนมีความสัมพันธ์และกระทำระหว่างกันจำเป็นต้องคิดหาเทคนิควิธีต่างๆ ที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ของสังคมและเสริมสร้างพลังต่างๆ ภายในระบบให้ดีขึ้น สถาบันทางสังคมที่จะช่วยทำหน้าที่นี้อย่างมาก ได้แก่ สถาบันเศรษฐกิจ

3) **ระบบสังคมของชุมชนจะต้องมีการบูรณาการรวมหน่วย หรือการผสมผสานส่วนต่าง ๆ** (Integration) การบูรณาการรวมหน่วยมีความสำคัญต่อระบบ เพื่อสร้างความเข้าใจภายในระบบ ช่วยให้เกิดการทำงานร่วมกันต่อเนื่อง นำไปสู่จุดหมายของสังคมและป้องกันภาวะความตึงเครียดที่อาจเกิดขึ้นได้ในระบบ สถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่นี้ ได้แก่ สถาบันการเมืองการปกครอง สถาบันพระมหากษัตริย์ เป็นต้น

4) **ระบบสังคมของชุมชนจะต้องมีการจัดการกับความตึงเครียด** (Tension management or Latency) ภายในระบบสังคมของชุมชนย่อมจะมีความขัดแย้ง หรือความตึงเครียดอยู่เป็นธรรมดา จากบุคคล กลุ่มคน สถาบันหรือชุมชน ระบบสังคมจะต้องมีหน้าที่แก้ไขหรือจัดการกับสิ่งเหล่านั้น เพื่อก่อให้เกิดความสมดุลในสังคม สถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่ดังกล่าว ได้แก่ สถาบันศาสนา และสถาบันศาล

หน้าที่ของระบบสังคมตามแนวคิดของพาร์สันนี้ สามารถจะศึกษาและวิเคราะห์ในระดับต่าง ๆ กัน ตั้งแต่ระดับ กลุ่มคน องค์กร สถาบัน ชุมชนและประเทศ เราสามารถเขียนเป็นตารางและอักษรย่อ ๆ ได้ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงระบบสังคม (The Social System)

Adaptation (A)	Goal Attainment (G)
Latency (L)	Integration (I)

พาร์สัน ถือว่า A กับ G (การปรับตัวและบรรลุวัตถุประสงค์) เป็นหน้าที่ที่จะต้องรวมกันทำหน้าที่เสมือนหนึ่งหน่วยกำลังงานแห่งระบบ (Task-orientation) โดยทำหน้าที่เป็นเครื่องมือเครื่องใช้ (Instrumental) ของระบบ ส่วน I กับ L (การบูรณาการรวมหน่วยกับการจัดการกับความตึงเครียด) ถือว่าเป็นเรื่องเกี่ยวกับสังคมและอารมณ์ (Social and Emotional Areas) ซึ่งทำหน้าที่ในด้านอารมณ์และเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งสำคัญที่บุคคลปฏิบัติตามสถานภาพ และบทบาทในระบบสังคมได้ในสถานการณ์ต่างๆ นั้น จะต้องมีค่านิยม หรือแนวความคิดความเชื่อที่ได้ยึดเหนี่ยวผูกพันระหว่างบุคคลในสังคม พาร์สันได้เสนอตัวแปรที่จะศึกษาความแตกต่างหรือแนวโน้มทางพฤติกรรมของบุคคลในระบบสังคม (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2536: 50 – 52) เรียกว่าแบบแผนของตัวแปร (Pattern Variables)

1) ตัวแปรเกี่ยวกับความรู้สึกได้เน้นความผูกพันทางด้านอารมณ์และความไม่รู้สึกผูกพันทางด้านอารมณ์ (Affective - Affective Neutrality) เช่น ระบบสังคมระหว่างชาวบ้านกับ อสม. ซึ่งในสังคมชนบทจะมีความเกี่ยวพันกันในลักษณะที่นับถือเป็นเครือญาติจะมีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก แต่ในระบบสังคมระหว่างพนักงานธนาคารกับลูกค้า จะมีความสัมพันธ์แบบไม่มีความรู้สึกผูกพันทางด้านอารมณ์

2) ตัวแปรที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่มีขอบเขตเฉพาะเจาะจง (Specificity) และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ซึ่งมีขอบเขตกระจายหรือกว้างๆ (Diffuseness) ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างชาวบ้านกับ อสม. ที่มักเป็นเครือญาติกัน ก็จะเป็นแบบที่มีขอบเขตกระจายทั่วไปซึ่งจะครอบคลุมทุกอย่างในด้านสังคม เศรษฐกิจ ฯลฯ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างพ่อค้ากับชาวนาจะมีลักษณะที่ได้กำหนดบทบาทอย่างเจาะจง

3) ตัวแปรที่เกี่ยวกับหน่วยสังคมที่ผู้กระทำพิจารณาในแง่หน่วยสากล (Universalism) และผู้กระทำพิจารณาในแง่หน่วยเฉพาะ (Particularism) เช่น การกระทำที่ทำไปโดยรวม ๆ ไม่ได้

พิถีพิถันว่าจะทำเฉพาะกับใคร ได้แก่ การทำบุญบ้าน จะนิมนต์พระจากวัดไหนก็ได้ แต่ถ้าพิจารณาในแง่เฉพาะเจาะจงก็ต้องนิมนต์พระจากวัดที่ตนรู้จักเท่านั้น

4) ตัวแปรที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่เป็นคุณลักษณะ (Inborn Quality) หรือลักษณะที่ได้มาแต่กำเนิด (Ascription) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพของครอบครัว และตัวแปรที่มาจากการกระทำด้วยความสามารถ (Achievement) เช่น หน้าที่การงานที่เลื่อนสูงขึ้นเพราะมีระดับการศึกษาสูงขึ้น ตัวอย่างที่เกี่ยวกับตัวแปรนี้จะเห็นได้ว่าผู้กระทำอาจมีสัมพันธภาพกับกลุ่มคนที่มีชาติกำเนิดใกล้เคียงกันกับตน อาทิ มีเพื่อนฝูงเป็นกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกับตนหรือฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวใกล้เคียงกับตนหรืออยู่ในวงศ์วานเดียวกัน แต่หากพิจารณาความสามารถแล้วอาจคบหาสมาคมกับคนที่จบการศึกษามาด้วยกัน หรือมีตำแหน่งหน้าที่การงานที่เกี่ยวข้องกันโดยไม่ได้คำนึงถึงภูมิหลังของคนเหล่านั้น

5) ตัวแปรที่ยึดหน่วยในลักษณะที่ถือว่าตนเองเป็นสำคัญ (Self Orientation) และตัวแปรที่เน้นกลุ่มที่ตนเป็นสมาชิก (Collectivity Orientation) เป็นสำคัญ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดก็คือ บางระบบสังคมจะเน้นที่บุคคลมากกว่ากลุ่ม แต่บางสังคมจะเน้นกลุ่มมากกว่าบุคคลก็ได้

นอกจากแบบแผนของตัวแปรต่าง ๆ แสดงให้เห็นการที่สมาชิกในสังคมได้กระทำระหว่างกันแล้ว Parsons ได้เน้นกระบวนการต่าง ๆ ที่เกิดเป็นระบบสังคมขึ้นนั้นเพราะมีระบบต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1) ระบบการติดต่อ (Communication) มีภาษาเป็นสื่อสำคัญในการเกิดการกระทำระหว่างกันขึ้น

2) ระบบการรักษาขอบเขตทางสังคม (Boundary Maintenance) จะต้องมีการควบคุมการรักษาความสมดุลในสังคม เพื่อให้สมาชิกในระบบสังคมมีส่วนร่วมในบรรทัดฐาน ค่านิยม ความเชื่อ ฯลฯ

3) ระบบบุคลิกภาพ วัฒนธรรม และสังคม เป็นระบบที่เกื้อกูลสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

4) ระบบการควบคุมทางสังคมก็มีความจำเป็นเพื่อมิให้สมาชิกฝ่าฝืนบรรทัดฐานในสังคม

5) ระบบการอบรมขัดเกลา มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะถ่ายทอดเจตนารมณ์ของสมาชิกในสังคมไปยังสมาชิกรุ่นต่อ ๆ ไป

6) ระบบมีสภาวะเปลี่ยนเป็นสถาบัน กระบวนการที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับค่านิยม ความเชื่อ และซึมซาบในบุคลิกภาพ ทำให้มีการบูรณาการรวมหน่วยระหว่างบุคลิกภาพและวัฒนธรรมอย่างสม่ำเสมอและเป็นระยะเวลานาน ด้วยการมีระบบการลงโทษและการให้รางวัลทำให้เกิดสภาวะเปลี่ยนเป็นสถาบันขึ้น

จะเห็นได้ว่า พาร์สันกล่าวในระดับกว้างว่า ระบบสังคมประกอบด้วยสถาบันต่างๆ ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่สำคัญต่อสมาชิกในสังคมที่จะถ่ายทอดบุคลิกภาพ อบรมสั่งสอนบทบาทจนมีสภาวะเปลี่ยนเป็นสถาบันขึ้น โดยทั่วไปเราจะเห็นว่า Parsons ได้เล็งเห็นการกระทำของบุคคลในสังคมจะต้องมีลักษณะการสมัครใจ ต้องการที่จะกระทำเพื่อมุ่งไปสู่จุดหมายด้วยวิธีการต่าง ๆ ซึ่งผู้กระทำนั้นจะต้องมีความเชื่อ ค่านิยมที่เป็นแนวทางไปสู่เป้าหมายนั้น นอกจากนี้สถาบันต่าง ๆ ก็ จะเป็นเครื่องชี้ว่าผู้กระทำจะมีพฤติกรรมอย่างไร บทบาทและสถานภาพของบุคคลต่าง ๆ ได้กระทำต่อกันจนเป็นระบบสังคม ซึ่งระบบสังคมมีลักษณะที่สำคัญดังนี้

1) ระบบสังคมประกอบขึ้นมาจากความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นบทบาท องค์กร สถาบัน ฯลฯ ซึ่งได้ทำหน้าที่อย่างสม่ำเสมอและระยะเวลานานพอสมควร

2) ระบบสังคมนี้มีแนวโน้มที่จะรักษาขอบเขตสังคมเพื่อป้องกันมิให้เกิดการแทรกแซงหรือการทำลายจากระบบอื่น

3) หากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นภายในส่วนต่าง ๆ ของระบบ ก็เพื่อความอยู่รอด หรือทำหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้น

4) ระบบแต่ละระบบในสังคมทำหน้าที่เพื่อรักษาดุลยภาพของสังคม

5) หากระบบไม่สามารถดำรงไว้ซึ่งดุลยภาพแห่งสังคม ก็อาจสลายตัวกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบอื่น หรือเปลี่ยนเป็นระบบใหม่

สำหรับทฤษฎีหน้าที่นิยมของพาร์สันที่กล่าวมาข้างต้นนี้ ผู้วิจัยมิได้ระบุไว้เป็นตัวแปรในการศึกษาในครั้งนี้ แต่ผู้วิจัยจะนำมาใช้ประกอบการอธิบายผลที่ได้จากความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาท อสม.ในงานสาธารณสุขมูลฐาน เพราะ อสม.และประชาชนต่างก็เป็นหน่วยหนึ่งในสังคมที่มีบทบาทและหน้าที่ ที่ต้องกระทำแตกต่างกันไป เพื่อก่อให้เกิดดุลยภาพและความมั่นคงของสังคม (ชุมชนนั้น ๆ)

2.6 ทฤษฎีบทบาท (Role Theory)

2.6.1 ความหมายของบทบาท ได้มีผู้ให้ความหมายของบทบาทไว้พอสรุปได้ดังนี้

พัทยา สายหู (2516: 68) ได้ให้คำนิยามเกี่ยวกับบทบาทว่าตัวบทบาทคือ ขอบเขตอำนาจหน้าที่ และสิทธิในการกระทำของแต่ละงานที่เรามีต่อผู้อื่น สถานภาพก็คือฐานะตำแหน่งที่บุคคลได้จากการปฏิบัติตามบทบาทนั้น เมื่อเทียบกับฐานะตำแหน่งของผู้อื่นตามบทบาทอื่น

อมรา พงศาพิชญ์ (2521: 91-92) ได้ให้ทัศนะว่าบทบาท คือ สิทธิหน้าที่ในการประพฤติปฏิบัติที่บุคคลหนึ่งมีต่อบุคคลอื่นในสังคมตามสถานภาพของตัว เช่น บทบาทของพ่อ ก็คือทำหน้าที่เลี้ยงดูลูกให้เป็นคนดี และบทบาทของลูกก็คือ เคารพเชื่อฟังพ่อแม่ และทำตนเป็นคนดี

อุทัย หิรัญโต (2526: 199) อธิบายว่า บทบาทคือ หน้าที่ (Function) หรือพฤติกรรมอันพึงคาดหมาย (Expected Behavior) ของบุคคลแต่ละคนในกลุ่มหรือในสังคมหนึ่ง ๆ หน้าที่หรือพฤติกรรมดังกล่าวโดยปกติเป็นสิ่งที่กลุ่มหรือสังคมหรือวัฒนธรรมบางกลุ่มหรือสังคมนั้นกำหนดขึ้น ฉะนั้นบทบาทจึงเป็นแบบแห่งความประพฤติของบุคคลในสถานะหนึ่งที่พึงมีต่อบุคคลอื่นในสถานะอีกอย่างหนึ่งในสังคมเดียวกัน

ทิตยา สุวรรณชฎ (2531: 43) กล่าวถึงบทบาทและตำแหน่งทางสังคมไว้ ดังนี้

1. มีสถานภาพอยู่จริงในทุกสังคมและมีอยู่ก่อนที่ตัวคนจะเข้าไปแสดง
2. มีบทบาทที่ควรจะเป็นประจำอยู่ในตำแหน่ง
3. วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมนั้นๆ เป็นส่วนหนึ่งซึ่งสำคัญในการกำหนดฐานะ ตำแหน่ง และบทบาทที่ควรจะเป็น
4. การที่คนเราจะทราบถึงฐานะตำแหน่งและบทบาทนั้น ได้มาจากการอบรมขัดเกลาในสังคมนั้น ๆ
5. บทบาทที่ควรจะเป็นนั้นไม่แน่นอนเสมอไปว่า จะเหมือนกับพฤติกรรมจริง ๆ ของคนที่ครองฐานะตำแหน่งอื่น ๆ เพราะพฤติกรรมจริง ๆ นั้น เป็นผลของปฏิกิริยาของคนที่ครองตำแหน่งที่มีต่อบทบาทที่ควรจะเป็นต่อบุคลิกภาพของตนเอง และบุคลิกภาพของผู้อื่นที่เข้ามาร่วมในพฤติกรรมและเครื่องกระตุ้นที่มีอยู่ในเวลาและสถานที่ที่เกิดติดต่อทางสังคม

ชุดา จิตพิทักษ์ (2528: 61) ให้ความหมายของบทบาทว่า หมายถึงการที่บุคคลปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ของตนในสถานภาพที่ตนมีอยู่ โดยทั่วไปอาจพิจารณาได้ 2 ความหมาย คือ

1) พิจารณาในด้านโครงสร้างทางสังคมบทบาทหมายถึง ตำแหน่งทางสังคมที่มีชื่อเรียกต่าง ๆ กัน ซึ่งแสดงลักษณะโดยคุณสมบัติและกิจกรรมของบุคคลที่ครองตำแหน่งนั้น ซึ่งลักษณะนี้บทบาทจะมีความหมายใกล้เคียงกับสถานภาพมากและเป็นการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานภาพ

2) หมายถึงการแสดงบทบาทหรือการกระทำต่อกันหรือ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction) บทบาทนี้เป็นผลเนื่องมาจาก การทำอย่างมีแบบแผนโดยผ่านการเรียนรู้มาก่อนว่าสถานการณ์เช่นใดตนควรปฏิบัติตนเช่นใด ในลักษณะนี้บทบาทก็คือความคาดหวัง (Expectation) ที่บุคคลอื่นคาดหวังว่าบุคลในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง ควรจะกระทำหรือแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกมาในสถานการณ์หนึ่งๆ บทบาทจึงมีคู่กับตำแหน่งทางสังคมที่บุคคลดำรงอยู่เสมอ

ชุดายังกล่าวอีกด้วยว่าบางครั้ง "บทบาท" (Role) อาจใช้คำอื่นแทนได้ แต่ยังคงความหมายเดิมไว้ ทั้งนี้เนื่องจากผลของการพัฒนาทางภาษา แต่ไม่ว่าจะเป็นคำใดก็ตามต่างมีพื้นฐานมาจากแนวความคิดเดียวกัน ได้แก่ บุคคล ลักษณะท่าทาง และ หน้ากาก ฯลฯ (หน้ากากหมายความว่าบทบาทเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาเหมือนการแสดงละคร ต้องเรียนต้องฝึกฝนบทบาทมากมายสลับซับซ้อนหลายบทบาท) บทบาทของบุคคลในสังคมจึงขึ้นอยู่กับสถานภาพที่ตนเป็นอยู่ประจำ เพราะสถานภาพกับบทบาทเป็นสิ่งที่แยกจากกันไม่ได้ เสมือนหนึ่งเป็นคนละด้านของเหรียญบาท ทั้งนี้เพราะสถานภาพเป็นที่รวมแห่งสิทธิ และหน้าที่ บทบาทก็เป็นลักษณะที่เคลื่อนไหว (dynamic) ของสถานภาพ คือ การใช้สิทธิและหน้าที่ให้บังเกิดผลนั่นเอง

สุพัตรา สุภาพ (2529: 30) ให้ความหมายของบทบาทว่า หมายถึง การปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ของสถานภาพ (ตำแหน่ง)

Linton (อ้างในสงวน สิทธิเลิศอรุณ, จำรัส ด้วงสุวรรณ และฐิติพงษ์ ธรรมานุสรณ์, 2522: 34-35) นักมานุษยวิทยาคนแรกที่ให้แนวความคิดในเรื่อง สถานภาพหรือฐานะ (Status) และบทบาท (Role) Linton เห็นว่า สถานภาพเป็นนามธรรมซึ่งหมายถึงฐานะหรือตำแหน่ง ฐานะหรือตำแหน่งจะเป็นเครื่องกำหนดบทบาทของตำแหน่งนั้นๆ ว่าตำแหน่งหนึ่งๆ จะมีภาระกิจและหน้าที่อย่างไรบ้าง ฉะนั้นเมื่อมีตำแหน่งเกิดขึ้น สิ่งที่ควบคู่มากับตำแหน่งก็คือ บทบาทของตำแหน่ง เพราะว่าทุก ๆ ตำแหน่งจะต้องมีบทบาทกำกับ บทบาทจะเป็นสิ่งที่ควบคู่กับตำแหน่งเปรียบเสมือนเหรียญถ้าด้านหนึ่งของเหรียญคือตำแหน่งอีกด้านหนึ่งของเหรียญ คือ บทบาทนั่นเอง ตำแหน่งเป็นผลรวมของสิทธิ เพราะตำแหน่งก่อให้เกิดสิทธิและหน้าที่ และตำแหน่งก่อให้เกิดบทบาท ฉะนั้นบทบาทก็เป็นผลรวมของสิทธิและหน้าที่โดยอาจรวมบทบาทและหน้าที่ของตำแหน่งไว้ด้วยกัน เรียกว่า "บทบาทและหน้าที่" (ของตำแหน่ง....) หรือในบางกรณีเรียกสั้น ๆ ว่า "บทบาท" หรือ "หน้าที่" เช่นตำรวจมีหน้าที่ในการรักษาความสงบเรียบร้อย ทหารมีหน้าที่ในการป้องกันประเทศ ครูมีหน้าที่ในการสอนและอบรม การที่บุคคลผู้สวมบทบาทจะแสดงบทบาทได้ดีหรือไม่นั้นย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1) วัฒนธรรมประเพณีและความปรารถนาของสังคมที่เกี่ยวข้อง

2) ลักษณะเฉพาะของสังคม

3) บุคลิกภาพและความจำเป็นของผู้แสดง

Homans (อ้างในสงวน สิทธิเลิศอรุณ, จำรัส ด้วงสุวรรณ และฐิติพงษ์ ธรรมานุสรณ์, 2522: 36) นักสังคมวิทยา กล่าวว่า ตำแหน่งเป็นสาระของพฤติกรรมสัมพันธ์ บุคคลจะปฏิบัติหรือกระทำการใด ก็ต่อเมื่อเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อตนเองและคำนึงอยู่เสมอว่า ตำแหน่งเป็นเพียง

เครื่องกระตุ้นให้เกิดการกระทำ ฉะนั้นบุคคลย่อมจะเปลี่ยนบทบาทไปตามตำแหน่งที่ครองอยู่เสมอ

Parsons (อ้างในสงวน สิทธิเลิศอรุณ, จำรัส ด้วงสุวรรณ และฐิติพงษ์ ธรรมานุสรณ์, 2522: 37) นักสังคมวิทยากล่าวว่า ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ในสังคมทำให้มนุษย์ต้องเพิ่มบทบาทพิเศษของแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลในสังคมมีความจำเป็นต้องติดต่อสัมพันธ์กัน และบุคคลเหล่านั้นจะต้องมีความสนใจพิเศษต่อกัน

Merton (อ้างในสงวน สิทธิเลิศอรุณ, จำรัส ด้วงสุวรรณ และฐิติพงษ์ ธรรมานุสรณ์, 2522: 38) นักสังคมวิทยากล่าวว่า บุคคลจะต้องมีตำแหน่ง และมีชุดบทบาทเป็นชุด ๆ ส่วนจะมีจำนวนชุดของบทบาทมากน้อยแค่ไหน แล้วแต่บุคคลและชนิดของสังคมที่บุคคลเป็นสมาชิกอยู่

Guskin (อ้างในสงวน สิทธิเลิศอรุณ, จำรัส ด้วงสุวรรณ และฐิติพงษ์ ธรรมานุสรณ์, 2522: 34-35)' กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลสะท้อนมาจากตำแหน่งทางสังคมของมนุษย์นั้น ทฤษฎีบทบาทเป็นข้อตกลงเบื้องต้นที่องค์การ หรือสถาบันในสังคมคาดหวังว่าบุคคลที่มีตำแหน่งควรจะประพฤติ และปฏิบัติเช่นเดียวกับตัวละครที่ถูกกำหนดบทบาทให้แสดง

Good (อ้างในสงวน สิทธิเลิศอรุณ, จำรัส ด้วงสุวรรณ และฐิติพงษ์ ธรรมานุสรณ์, 2522: 34-35) ได้ให้ความหมายของบทบาทว่า บทบาทหมายถึงแบบแผนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับหน้าที่ของแต่ละบุคคลซึ่งควรจะดำเนินไปตามข้อผูกพันที่มีต่อสังคม

Allport (1961: 181) ให้ความหมายของบทบาททางสังคมว่า เป็นแบบแผนทางโครงสร้างของวิถีชีวิตทางสังคม ที่กลุ่มคนในสังคมคาดหวังว่า บุคคลควรจะปฏิบัติเช่นใดตามตำแหน่งในสังคม

Broom and Selznick (1963: 16 -18) ให้ความหมายของบทบาททางสังคมว่าเป็นแบบแผนทางพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพทางสังคม ที่จะทำให้บุคคลแตกต่างกันไป

Theodorson and Theodorson (1990: 85-98) ให้ความหมายของบทบาททางสังคมว่าเป็นวิถีทางที่ผู้ดำรงอยู่ในสถานภาพนั้นๆ จะต้องแสดงออกตามที่สังคม คาดหวังให้ปฏิบัติ

Myers (1993: 201) กล่าวถึงบทบาททางสังคมว่า หมายถึง บรรทัดฐานทางสังคมที่จะระบุให้บุคคลทราบถึงตำแหน่งทางสังคมที่ควรจะเป็น

ในเรื่องทฤษฎีบทบาท ควรได้ทำความเข้าใจกับสาระสำคัญ 2 ประการ คือ (สงวน สิทธิเลิศอรุณ, จรัส ด้วงสุวรรณ และฐิติพงษ์ ธรรมานุสรณ์, 2522: 38-39)

1. สถานภาพ (Status) บุคคล ย่อมได้สถานภาพมา 3 ทาง คือ

1.1) สถานภาพโดยกำเนิด ได้แก่ ตระกูล เพศ และผิว เป็นต้น

1.2) สถานภาพที่ได้รับภายหลัง ได้แก่ วุฒิ อาชีพ และการสมรสเป็นต้น

1.3) สถานภาพที่ได้มาโดยควบคู่กัน เช่น ในสมัยก่อนผู้ที่จะเป็นนายอำเภอต้องเป็นชาย

2. บทบาท (Role) บุคคลย่อมแสดงบทบาทตามนัยสิทธิ และหน้าที่ตามสถานภาพ การแสดงบทบาท แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

2.1) บทบาทตามความคาดหวัง (Expected Role) เป็นบทบาทที่ต้องแสดงตามความคาดหวังของผู้อื่น

2.2) บทบาทตามลักษณะการรับรู้ (Perceived Role) เป็นบทบาทที่เจ้าของสถานภาพรับรู้เองว่าตนควรจะมีบทบาทอย่างไร

2.3) บทบาทที่แสดงจริง (Actual Role) เป็นบทบาทที่เจ้าของสถานภาพแสดงจริง ซึ่งอาจจะเป็นบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง หรือเป็นบทบาทที่ตนเองคาดหวัง หรืออาจจะไม่เป็นบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง และตนเองคาดหวัง

จากทฤษฎีบทบาทผู้วิจัยที่กล่าวมานี้ แสดงให้เห็นว่า บทบาทเป็นแบบแผนของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสิทธิและหน้าที่ ตามสถานภาพหรือตำแหน่งที่ถูกกำหนดโดยสังคม หรือความคาดหวังของสังคมนั้น ๆ ดังนั้นความหมายของบทบาทในการวิจัยครั้งนี้ จึงหมายถึง บทบาท อสม. ที่แสดงออกตามสิทธิ และหน้าที่ของ อสม. ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วย

1) บทบาทที่เป็นจริง (Actual Role) เป็นบทบาทที่ อสม.แสดงออกหรือปฏิบัติจริง ๆ ในงานสาธารณสุขมูลฐานตามความคิดเห็นของประชาชน

2) บทบาทที่คาดหวัง (Expected Role) เป็นบทบาท อสม.ในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนคาดหวังว่า อสม.ควรจะปฏิบัติ ซึ่ง อสม.อาจจะปฏิบัติได้ตามบทบาทตามที่ประชาชน (สังคม) คาดหวังหรือไม่ก็ได้ หรือบทบาทนั้น อาจเป็นไปตามบทบาทอสม.ในงานสาธารณสุขมูลฐานหรือไม่ก็ได้

2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดชัยภูมินี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีผู้ทำการศึกษาวิจัยในหัวข้อนี้โดยตรงค่อนข้างจำกัดมาก ที่ค้นพบจะเป็นการศึกษาถึงบทบาทที่เป็นจริงและบทบาทที่คาดหวังของ อสม.ตามการรับรู้ของตนเอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มของ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและมีประเด็นใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

2.7.1 บทบาท อสม.ที่เป็นจริง/ที่คาดหวัง ความสามารถ/ประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลในงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. การยอมรับ/การใช้บริการจาก อสม.ของประชาชน และปัจจัยที่มีผลหรือมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นหรือความคาดหวัง

2.7.2 บทบาทที่คาดหวังและการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรของรัฐในสายงานอื่น

2.7.1 บทบาท อสม.ที่เป็นจริง/บทบาทที่คาดหวัง ความสามารถ/ประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลในงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. การยอมรับ/การใช้บริการจาก อสม. ของประชาชน และปัจจัยที่มีผลหรือมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นหรือความคาดหวัง

รัชนีพร ภู่กร (2523) ได้ศึกษา ทัศนคติของประชาชนต่อการปฏิบัติงานของ อสม. อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง คือ หัวหน้าครัวเรือน หรือตัวแทนหัวหน้าครัวเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 200 คน พบว่า เพศ อายุ รายได้ การรู้จักคุ้นเคยกับ อสม.ที่ต่างกันจะมีทัศนคติต่อ อสม.ต่างกัน และพบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีความรู้ความสามารถไม่เพียงพอ

จินดา พูนเกษม (2527, อ้างถึงใน บรรณสิทธิ์ ดวงศรีเสน, 2536: 33) ได้ศึกษาการยอมรับบทบาท และการปฏิบัติงานตามบทบาท อสม.จังหวัดนครสวรรค์ ในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2527 กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม.จำนวน 106 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จำนวน 35 คน พบว่า การยอมรับบทบาทหน้าที่ของ อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับสูง ส่วนการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. นั้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนั้นยังพบว่า ลักษณะส่วนบุคคลของ อสม.จำแนกตามตัวแปรอาชีพและสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการยอมรับบทบาทหน้าที่ของ อสม.

วชิระ สิงหเชนทร์ และคณะ (2528, อ้างถึงใน วรจิตร หนองแก, 2540: 48) ได้ศึกษาการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม.พบว่า ส่วนใหญ่เข้าสู่ตำแหน่ง อสม.โดยการคัดเลือกของเจ้าหน้าที่ มีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ได้รับเลือกจากชุมชน และก่อนการรับเลือกไม่เคยรู้เรื่องเกี่ยวกับ อสม.เลย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวด้านการเตรียมชุมชน งานที่ อสม.ปฏิบัติมากที่สุด คือ การจ่ายยา ปฐมพยาบาล ความร่วมมือจากชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาของการเป็น อสม.ที่พบมากคือ ประชาชนในท้องที่ไม่ค่อยให้ความ

เชื่อถือ สิ่งสนับสนุนน้อย เจ้าหน้าที่ออกติดตามนิเทศงานไม่สม่ำเสมอ และอสม.ไม่มีเวลาปฏิบัติงาน

วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2530) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้และความเห็นของประชาชนที่มีต่อ อสม.และการใช้บริการอนามัย จาก อสม.จาก 10 หมู่บ้านใน 4 ตำบล ของอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชน จำนวน 510 คน อสม./ผสส. จำนวน 67 คน พบว่า ประชาชนส่วนมากยังไม่เข้าใจในบทบาทของอสม. โดยมักจะเข้าใจว่า อสม. มี บทบาทเช่นเดียวกับ ผสส. แต่ทำมากกว่า และพบว่า มีประชาชนเพียง ร้อยละ 27.7 ที่ เคยติดต่อขอความช่วยเหลือจาก อสม. ซึ่งในจำนวนนี้มีความพอใจในความช่วยเหลือจาก อสม. สูงถึงร้อยละ 95 การบริการที่ใช้ส่วนมากเป็นการไปซื้อยา ร้อยละ 57.4 รองลงมา คือ ขอรับการรักษาเพราะเจ็บป่วย ร้อยละ 19.6 นอกจากนี้ยังพบว่าอายุ และการศึกษา ไม่มีผลต่อความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการอนามัยที่ได้รับ

อรุณ จิรวัฒน์กุล และคณะ (2531) ได้ศึกษาการยอมรับและการใช้บริการจาก อสม. ในจังหวัดลำปาง ศรีสะเกษ ระยอง และสตูล กลุ่มตัวอย่าง คือประชาชน จำนวน 5,439 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 389 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน100 คน ผสส./อสม. จำนวน 589 คน พบว่าประชาชนเกือบทุกคนยอมรับว่า อสม.มีประโยชน์และสามารถระบุประโยชน์ได้ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้นำชุมชน และกิจกรรมที่ ผสส./อสม.ปฏิบัติมาก 3 อันดับแรก คือ งานโภชนาการ งานอนามัยแม่และเด็ก งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แต่ ผสส./ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับงานดังกล่าวยังไม่ครบถ้วน

อุทัยทิพย์ ลิ้มประเสริฐ (2535 อ้างถึงใน วรจิตร หนองแก , 2540 : 51-52) ศึกษาทัศนคติของประชาชนที่มีต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเมืองของจังหวัดชลบุรี จำนวน 1,418 คน พบว่าประชาชนรู้ว่ามี อสม.ปฏิบัติงานในชุมชนเพียง ร้อยละ 20.7 เท่านั้น และทัศนคติต่อบทบาทของ อสม.ที่คิดว่าเหมาะสมมากที่สุด คือ การแจ้งข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยแก่เพื่อนบ้าน รองลงมาคือการรับข่าวสาร ปัญหาทางสาธารณสุข ไปแจ้งแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบทบาททางการแนะนำเผยแพร่ความรู้ทางด้านอนามัยแก่เพื่อนบ้าน นอกจากนี้ยัง พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานของอสม. ความคุ้นเคยกับ อสม. และการเคยไปรับการบริการจาก อสม. จะมีผลต่อการรับรู้ว่ามี อสม. และมีทัศนคติที่ดี

บรรณสิทธิ์ ดวงศรีเสน (2536) ได้ศึกษาบทบาทที่เป็นจริงและบทบาทที่คาดหวังของ อสม. ตามการรับรู้ของตนเองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงาน ศสมช. จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ อสม.จำนวน 102 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 51 คน

พบว่า การรับรู้ของ อสม.ต่อบทบาทที่เป็นจริงกับบทบาทที่คาดหวังของตนเอง ในการดำเนินงาน ศสมช. โดยภาพรวมมีความแตกต่างกันในระดับต่ำและสูงตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบบทบาทที่คาดหวังของ อสม.ในการดำเนินงาน ศสมช.ตามการรับรู้ของ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยภาพรวม พบว่า มีความแตกต่างกันและอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยภายในที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทที่เป็นจริงของ อสม.ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์เดิม ส่วนปัจจัยภายในที่ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทที่เป็นจริงของ อสม. ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สำหรับปัจจัยภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทที่เป็นจริงของ อสม. ได้แก่ ค่าตอบแทน การได้รับ ข้อมูลข่าวสาร ความถี่ในการเยี่ยมนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปัจจัยภายนอกที่ ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทที่เป็นจริงของ อสม. คือ ความมีเกียรติ และการยอมรับจากชุมชน

สุจิตร่า สิกขะมณฑล (2536) ได้ศึกษาประสิทธิผลของงานสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้าน ศสมช.ในจังหวัดลำปาง ปี 2536 กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ที่ ปฏิบัติ งานใน ศสมช. จำนวน 275 คน กรรมการหมู่บ้าน จำนวน 280 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล จำนวน 40 คน และหัวหน้าครัวเรือน หรือตัวแทนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 368 คน ในจังหวัดลำปาง พบว่าผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลและอสม. อยู่ในระดับปานกลาง

อัญชนา วงศ์ภัทรดี (2536) ได้ศึกษาความสามารถในการดำเนินงานของ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างคือ อสม.ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. จำนวน 250 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 100 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 50 คน ในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความสามารถในการดำเนินงานของ อสม.ใน ศสมช. ทั้งด้านการบริการ บริหาร และ วิชาการในงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินงานของ อสม. จากการประเมินของ อสม. ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ถาวร ดวงบรรเทา (2537) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ศสมช. จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. จำนวน 960 คน กรรมการหมู่บ้าน หรือผู้แทน จำนวน 384 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 212 คน ในเขตจังหวัดขอนแก่น พบว่า การดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ ศสมช.โดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย เรื่องที่ปฏิบัติอยู่ระดับมาก ได้แก่ สุขศึกษา โภชนาการ การจัดหายา การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ เรื่องที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ สุขภาพจิต และทันตสาธารณสุข

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ ศสมช. ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับ อสม. พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประยุทธ แสงสุรินทร์ และคณะ (2537) ได้ศึกษาประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสนับสนุนการจัดตั้งและกิจกรรม ศสมช. พ.ศ. 2535 - 2536 โดยการสุ่มตัวอย่างจากเขตนิเทศงานสาธารณสุข แต่ละจังหวัด รวม 12 จังหวัด แล้วสุ่มจังหวัดละ 2 หมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือหัวหน้าฝ่ายและนักวิชาการที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐาน ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 146 คน สาธารณสุขอำเภอและนักวิชาการประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและนักวิชาการในโรงพยาบาลชุมชน ที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 269 คน หัวหน้าสถานีอนามัย จำนวน 1,007 คน อสม.ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. จำนวน 203 คน และประชาชนทั่วไปจำนวน 1,412 คน พบว่า อสม. ร้อยละ 80 สามารถบอกบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ แต่เห็นว่าความรู้ อสม.ที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะให้บริการประชาชนตามบทบาทที่กำหนดให้ ในกลุ่มประชาชน พบว่าประชาชนรู้จักและบอกหน้าที่ของ ศสมช.ได้ ร้อยละ 82 .0ในจำนวนนี้มีเพียง ร้อยละ 38.0 เท่านั้น ที่ไปใช้บริการ ได้แก่ การซื้อยา วัดความดันโลหิต หรือทำแผลเล็กๆน้อยๆ และการใช้บริการจะน้อยลงในเขตที่มีสถานีอนามัยหรือใกล้เขตเมือง เหตุผลที่ประชาชนไม่ไปใช้บริการที่ ศสมช. เพราะเห็นว่า อสม. มีความรู้น้อยไม่เพียงพอที่จะให้คำปรึกษาและยามีไม่เพียงพอตามต้องการ นอกจากนั้นยังเห็นว่า ศสมช.ขับแคบขาดสิ่งอำนวยความสะดวก และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบควรให้ความสนใจสนับสนุนอย่างจริงจังมากกว่านี้

วรจิตร หนองแก (2540) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทของ อสม.ในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. จำนวน 400 คน พบว่า การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผลงาน พบว่า ด้านป้องกันโรคมีการปฏิบัติสูงที่สุด รองลงมาคือการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ โดยมีค่าเฉลี่ย 41.22, 36.82, 24.98 และ 8.62 ตามลำดับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ได้แก่ประสบการณ์เดิมด้านสาธารณสุข ระยะเวลาในการปฏิบัติในตำแหน่ง ทัศนคติต่อบทบาท ความคาดหวังประโยชน์ การได้รับข่าวสารทางด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวและการสนับสนุนจากชุมชน ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ

ระดับการปฏิบัติงานของ อสม. คือ ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่ง ทัศนคติต่อบทบาท และการได้รับข่าวสารทางด้านสุขภาพ โดยทั้งสามปัจจัยสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 17.07

สุวิทย์ สุขารมย์ และสมพร เนติรัฐกร (2540) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. จำนวน 360 คน พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับสูง แต่มีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับต่ำ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. คือ การได้รับการอบรม การได้รับการนิเทศติดตามงานสาธารณสุขมูลฐาน และสถานภาพทางสังคม

จากงานวิจัยถึงผลการศึกษาเกี่ยวกับ บทบาท อสม.ที่เป็นจริง/บทบาท อสม.ที่คาดหวัง ความสามารถ/ประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล ในงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. การยอมรับ/การใช้บริการจาก อสม.ของประชาชน และปัจจัยที่มีผลหรือมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นหรือคาดหวังที่กล่าวมาข้างต้นนี้ ผลการศึกษาส่วนมากจะรายงานถึงปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็น ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ การรู้จักมักคุ้นกับ อสม. แต่ก็มีบางรายงานที่มีผลการศึกษาว่า อายุ และการศึกษาไม่มีผลต่อความคิดเห็น (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2530) และพบว่า การศึกษาไม่มีผลต่อความคาดหวัง (รักษ์ วงศ์ม่วง, 2540) ส่วนการปฏิบัติงานของ อสม.ในงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง กิจกรรมที่ อสม.ปฏิบัติมากที่สุด คือ งานโภชนาการ งานอนามัยแม่และเด็ก งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ งานจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน และ งานควบคุมป้องกันโรคเอดส์ กิจกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ งานสุขภาพจิตชุมชน และงานทันตสาธารณสุข นอกจากนั้นยังพบว่า บทบาท อสม.ที่เป็นจริงกับบทบาท อสม.ที่คาดหวังมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ บทบาทที่เป็นจริงอยู่ในระดับต่ำส่วนบทบาท อสม.ที่คาดหวังอยู่ในระดับสูง สำหรับการยอมรับและใช้บริการจาก อสม.นั้น พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง แต่ก็มีรายงานว่า ประชาชนไปใช้บริการจาก อสม.มีเพียง ร้อยละ 38.0 และการใช้บริการจะน้อยลงในเขตที่มีสถานีอนามัย หรือใกล้เขตเมือง นอกจากนั้น ยังพบว่าปัญหาของการเป็น อสม. คือ ประชาชนในท้องที่ ไม่ค่อยให้ความเชื่อถือ สิ่งสนับสนุนน้อย เจ้าหน้าที่ออกติดตามนิเทศงานไม่สม่ำเสมอ และอสม.ไม่มีเวลาปฏิบัติงาน

2.7.2 บทบาทที่คาดหวังและการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขหรือบุคลากรของรัฐในสายงานอื่น

สุภาวดี คูหาทอง (2533) ได้ศึกษาบทบาทที่คาดหวังและการปฏิบัติงานของผู้ชำนาญการพิเศษด้านสาธารณสุขตามการรับรู้ของตนเอง ผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน ทั่วประเทศ กลุ่มตัวอย่าง คือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด จำนวน 72 คน ผู้ชำนาญการพิเศษด้านสาธารณสุข จำนวน 65 คน ผู้ชำนาญการพิเศษด้านเวชกรรมป้องกัน จำนวน 61 คน และหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล จำนวน 72 คน พบว่า การปฏิบัติงานของผู้ชำนาญการพิเศษด้านสาธารณสุขตามการรับรู้ของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบบทบาทที่คาดหวัง พบว่า ความคาดหวังต่อบทบาทหน้าที่ของผู้ชำนาญการพิเศษด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นยังพบว่า เพศ และวุฒิการศึกษามีความสัมพันธ์กับความคาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงตาม การรับรู้ของกลุ่มประชากรที่ศึกษา

อนงค์ลักษณ์ จันทร์สาม (2536) ได้ศึกษาบทบาทที่เป็นจริงและบทบาทที่คาดหวังของผู้นิเทศงานสาธารณสุขผสมผสาน ระดับจังหวัด ในเขต 7 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้นิ เทศงานสาธารณสุขผสมผสานระดับจังหวัด จำนวน 147 คน และผู้รับการนิเทศงานระดับอำเภอ จำนวน 310 คน ในเขตสาธารณสุขนิเทศงานผสมผสานเขต พบว่าบทบาทที่ปฏิบัติจริงและบทบาทที่คาดหวังของผู้นิเทศงานสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูงตามลำดับ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุญธรรม กัลยาบาล (2537) ได้ศึกษาบทบาทที่คาดหวังและการปฏิบัติจริงของผู้อำนวยการสามัญศึกษาเขตการศึกษา 9 กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในสามัญศึกษาจังหวัด จำนวน 133 คน และผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 413 คน พบว่า ผู้อำนวยการสามัญศึกษาจังหวัดแสดงบทบาทที่เป็นจริงและบทบาทที่คาดหวังต่างกัน

ฉลาด นิเทศ (2539) ได้ศึกษาความแตกต่างระหว่างบทบาทที่เป็นจริงและบทบาทที่คาดหวังของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา จากความคิดเห็นของคณะครู-อาจารย์ในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดมหาสารคาม ปีการศึกษา 2539 กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูอาจารย์ จำนวน 315 คน พบว่า คณะครู-อาจารย์ในโรงเรียนมัธยมที่มีขนาดต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างบทบาทที่เป็นจริงกับบทบาทที่คาดหวังของผู้บริหาร ในด้านวิชาการ บริหารงานบุคคล ปกครองและระเบียบวินัยธุรการ กิจการนักเรียนสร้างความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียนกับชุมชนและมนุษยสัมพันธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อุไรวรรณ เกิดผล (2539) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวังของหัวหน้าสถานีอนามัยต่อระบบการนิเทศงานผสมผสาน ในจังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดลพบุรีทั้งหมด จำนวน 121 คน พบว่า อายุ การศึกษาต่อเนื่อง อายุราชการที่แตกต่างกันจะมีความคาดหวังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการศึกษาต่อเนื่องเป็นตัวทำนายได้ดีที่สุด คือสามารถทำนายความคาดหวังได้ร้อยละ 10.11

รักษ์ผล วงศ์ม่วง (2540) ได้ศึกษาความคาดหวังของกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ต่อบทบาทของพัฒนากรในเขตปริมณฑล กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิก อบต. จำนวน 203 คน พบว่า การเป็นกรรมการบริหาร อบต.ที่ต่างชั้น ประสบการณ์ในการฝึกอบรมของกรรมการบริหาร และความรู้ความเข้าใจของกรรมการบริหาร อบต.เกี่ยวกับการบริหารงานใน อบต.มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังต่อบทบาทของพัฒนากร ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของกรรมการบริหารอบต. คือระดับการศึกษาของกรรมการบริหารอบต.

จากงานการวิจัย ถึงผลการศึกษาบทบาทที่เป็นจริง และบทบาทที่คาดหวังของบุคคลากรสาธารณสุขหรือบุคคลากรของรัฐในสายงานอื่นที่กล่าวมาข้างต้นนี้ ต่างรายงานว่าบทบาทที่เป็นจริงกับบทบาทที่คาดหวังมีความแตกต่างกัน และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวัง ได้แก่ เพศ วุฒิการศึกษา

จากการศึกษารายผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ การรู้จักคุ้นเคยกับ อสม. การเคยไปรับบริการกับ อสม. ระยะทางจากสถานีอนามัยถึงหมู่บ้าน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ตัวแปรอิสระที่ใช้ คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะหนี้สิน การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน และการรู้จักคุ้นเคยกับ อสม. การที่ผู้วิจัยเพิ่มตัวแปร สถานภาพสมรส อาชีพ ภาวะหนี้สิน และการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานมานั้น เนื่องจากการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานจะเน้นการให้บริการในกลุ่มต่างๆ ไม่เหมือนกัน เช่น หญิงที่แต่งงานแล้วจะเน้นเกี่ยวกับอนามัยแม่ และเด็กและการวางแผนครอบครัว อาชีพเกษตรกรรม เป็นอาชีพที่ใช้แรงงานมากมีโอกาสเจ็บป่วยได้มากจึงมีโอกาสไปรับบริการจาก อสม.มาก การมีหนี้สินของประชาชนทำให้มีโอกาสเลือกใช้บริการจากแหล่งบริการสาธารณสุขได้น้อยจึงมีโอกาส และเนื่องจากหัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน คือ ความร่วมมือของชุมชนหรือการมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาตัวแปรดังกล่าวเพิ่ม

2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

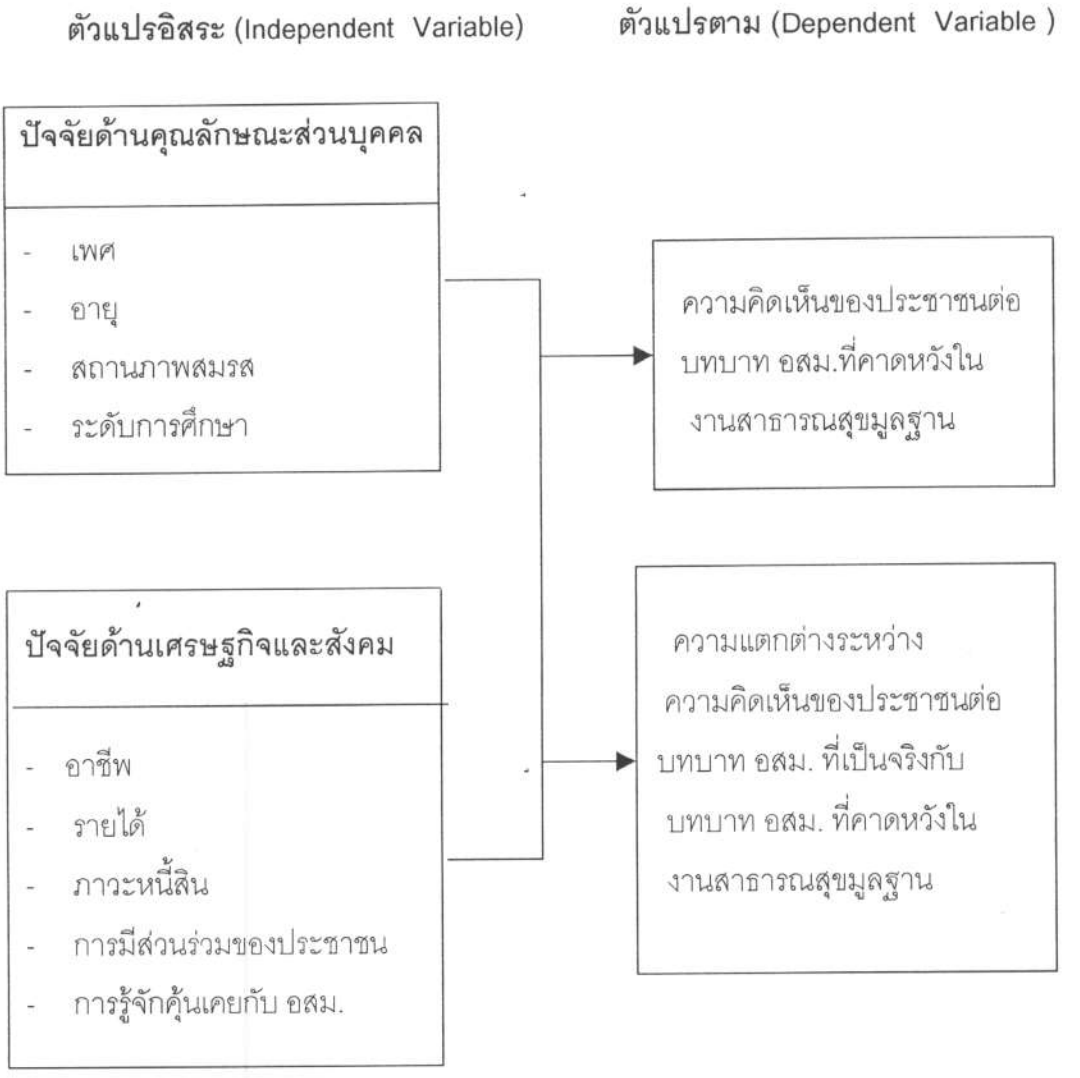
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องซึ่งศึกษาถึงปัจจัยและตัวแปรต่าง ๆ ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับการศึกษาถึงความเห็นของประชาชนที่มีต่อบทบาทของอสม.ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังนี้

2.8.1 **ตัวแปรอิสระ** แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มปัจจัย ได้แก่

1) **ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล** ประกอบด้วยตัวแปร จำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

2) **ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม** ประกอบด้วยตัวแปร จำนวน 5 ตัว ได้แก่ อาชีพ รายได้ ภาวะหนี้สิน การมีส่วนร่วมของประชาชน การรู้จักค้นเคยกับ อสม.

2.8.2 **ตัวแปรตาม** ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ความคิดเห็นของประชาชนต่อ บทบาท อสม. ที่คาดหวังตามในงานสาธารณสุขมูลฐาน และความแตกต่างระหว่างความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาท อสม.ที่เป็นจริงกับบทบาท อสม.ที่คาดหวัง ในงานสาธารณสุขมูลฐาน



แผนภูมิที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

2.9 สมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยศึกษาถึงปัจจัยและตัวแปรต่าง ๆ ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้ มีดังต่อไปนี้

2.9.1 ความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาทของ อสม.ที่เป็นจริง และบทบาท อสม.ที่ประชาชนคาดหวังในงานสาธารณสุขมูลฐาน

จากการศึกษาถึงบทบาทที่เป็นจริงและบทบาทที่คาดหวังของอสม.ตามการรับรู้ของตนเองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงาน ศสมช.จังหวัดร้อยเอ็ด (บรรณสิทธิ์ ดวงศรีเสน, 2536) พบว่า การรับรู้ของ อสม.ต่อบทบาทที่เป็นจริงกับบทบาทที่คาดหวังของตนเองในการดำเนินงาน

ศสมช. โดยภาพรวมมีความแตกต่างกัน ซึ่งได้ผลคล้ายกับผลการศึกษาถึงบทบาทที่คาดหวังและการปฏิบัติงานของผู้ชำนาญการพิเศษด้านสาธารณสุขตามการรับรู้ของตนเองผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานทั่วประเทศ (สุภาวดี คูหาทอง, 2533) การศึกษาบทบาทที่เป็นจริงและบทบาทที่คาดหวังของผู้นิเทศงานสาธารณสุขผสมผสานระดับจังหวัด ในเขต 7 (อนงค์ลักษณ์ จันทร์สาม, 2536) การศึกษาบทบาทที่คาดหวังและการปฏิบัติจริงของผู้อำนวยการสามัญศึกษาเขตการศึกษา 9 (บุญธรรม กัลยาบาล, 2537) ที่ได้ผลว่าบทบาทที่เป็นจริงและบทบาทที่คาดหวังมีความแตกต่างกัน และจากการศึกษาความแตกต่างระหว่างบทบาทที่เป็นจริงกับบทบาทที่คาดหวัง ของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา ตามความคิดเห็นของคณะครู-อาจารย์ในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดมหาสารคาม ปีการศึกษา 2539 (ฉลาด นิเทศ, 2539) พบว่า คณะครู-อาจารย์ในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีขนาดแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างบทบาทที่เป็นจริงกับบทบาทที่คาดหวังของผู้บริหารโรงเรียนสามัญศึกษาแตกต่างกัน ดังนั้นจึงตั้งสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาท อสม. ที่เป็นจริงกับบทบาท อสม.ที่คาดหวังในงานสาธารณสุขมูลฐานมีความแตกต่างกัน

2.9.2 **ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล**

จากผลการศึกษาของ รัชนีพร ภู่ทอง (2523) พบว่า ประชาชนที่มี เพศ อายุ ที่แตกต่างกันจะมีทัศนคติต่อ อสม.ที่ต่างกัน ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกับ สุภาวดี คูหาทอง (2533) ที่ศึกษาบทบาทที่คาดหวังและการปฏิบัติงานของผู้ชำนาญการพิเศษด้านสาธารณสุขทั่วประเทศ พบว่า เพศ วุฒิการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังและบทบาทที่เป็นจริง และผลการศึกษาปัจจัยจัยที่มีผลต่อความคาดหวังของหัวหน้าสถานีอนามัยต่อระบบนิเทศงานผสมผสานในจังหวัดลพบุรี ของอุไรวรรณ เกิดผล (2539) พบว่า อายุ การศึกษาต่อเนื่อง และอายุราชการที่แตกต่างกัน จะมีความคาดหวังที่ แตกต่างกัน และพบว่าการศึกษาต่อเนื่องเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความคาดหวังได้ดีที่สุด

และเนื่องจากการให้บริการในงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น มีการให้บริการบางชนิดที่เป็นบริการเฉพาะกลุ่มเช่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว ดังนั้นสถานะภาพสมรสของประชาชน จึงอาจส่งผลให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขมูลฐานที่แตกต่างกันไปด้วย ดังนั้นสมมติฐานการวิจัยจะมีดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาท อสม. ที่คาดหวังในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมมติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างระหว่างความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาทอสม.ที่เป็นจริงและบทบาท อสม.ที่คาดหวังในงานสาธารณสุขมูลฐาน

2.9.3 **ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม**

จากผลการศึกษาทัศนคติของประชาชนต่อการปฏิบัติงานของ อสม. อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก (รัชนีพร ภู่กร, 2523) พบว่า รายได้และการรู้จักคุ้นเคยกับ อสม.ของประชาชนที่แตกต่างกัน จะมีทัศนคติต่อ อสม.แตกต่างกัน ซึ่งได้ผลสอดคล้องกับการศึกษาทัศนคติของประชาชนที่มีต่อบทบาทของ อสม.ในเขตเมืองจังหวัดชลบุรี ของอุทัยทิพย์ ลิ้มประเสริฐ (2535: อ้างถึงใน วรจิตร หนองแก, 2540: 51-52) ที่พบว่า การรู้จักคุ้นเคยและการไปรับบริการจาก อสม.จะมีผลต่อการรับรู้ว่ามี อสม.และมีทัศนคติที่ดี

อนึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าระดับรายได้ของประชาชน มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อภาวะหนี้สินและอาชีพ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานะภาพทางเศรษฐกิจของประชาชน ซึ่งอาจสันนิษฐานได้ว่าผู้ที่มีสถานะภาพทางเศรษฐกิจไม่ดีน่าจะมีอาชีพที่ไม่มั่นคง รายได้ต่ำและมีหนี้สิน กลุ่มคนเหล่านี้น่าจะเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักที่เข้ามาขอรับบริการจากงานสาธารณสุขมูลฐาน เนื่องจากค่าบริการอาจจะถูกกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับบริการทางสุขภาพชนิดอื่นๆ

ในส่วนของความคุ้นเคยของอสม.ต่อประชาชนนั้นอาจมองได้ว่า คนในชุมชนเดียวกันในหลาย ๆ ส่วนของชุมชนเมื่อได้ร่วมกิจกรรมกันมาก่อนในหลายลักษณะ ทำให้มีความรู้จักคุ้นเคยกันอาจจะมีทัศนะที่ดีต่อกัน และมักมีการประสานสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการซึ่งเป็นลักษณะของชาวชนบททั่วไป ดังนั้นการศึกษาในด้านการรู้จักคุ้นเคยกับ อสม. นั้นจึงน่าจะขยายความไปถึงประสบการณ์การมีส่วนร่วมของประชาชนต่องานสาธารณสุขมูลฐานด้วย ดังนั้นสมมติฐานการวิจัยจะมีดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 4 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม อันได้แก่ รายได้ อาชีพ ภาวะหนี้สิน การมีส่วนร่วมของประชาชน และการรู้จักคุ้นเคยกับ อสม. มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาทอสม.ที่คาดหวังในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมมติฐานข้อที่ 5 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม อันได้แก่ รายได้ อาชีพ ภาวะหนี้สิน การมีส่วนร่วมของประชาชน และการรู้จักคุ้นเคยกับ อสม. มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างระหว่างความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาท อสม.ที่เป็นจริงกับบทบาท อสม.ที่คาดหวังในงานสาธารณสุขมูลฐาน

2.9.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับบทบาท อสม. ในงานสาธารณสุขมูลฐาน

จากแนวคิด และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาทอสม.ในงานสาธารณสุขมูลฐานสามารถนำมาเป็นแนวทางศึกษา และสามารถที่จะทำนายเบื้องต้นได้ว่าปัจจัยเหล่านั้นมีผลต่อความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาท อสม.ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 6 ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับบทบาท อสม. ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งสามารถร่วมพยากรณ์ หรือทำนายว่ามีผลต่อความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับบทบาท อสม.ที่คาดหวัง ในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมมติฐานข้อที่ 7 ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับบทบาท อสม. ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งสามารถร่วมพยากรณ์ หรือทำนายว่ามีผลต่อความแตกต่างระหว่างความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาทอสม.ที่เป็นจริงกับบทบาท อสม.ที่คาดหวังในงานสาธารณสุขมูลฐาน