

บทที่ 1

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขเริ่มเป็นที่รู้จักแพร่หลายขึ้น เมื่อเรารับเอาแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นหลักในการพัฒนาการสาธารณสุขของไทย ตั้งแต่ปี 2523 เป็นต้นมา การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีสำคัญที่ช่วยเสริมบริการด้านสาธารณสุขของประเทศให้ครอบคลุมและเหมาะสม หลักการสำคัญก็คือ การส่งเสริมและสนับสนุนประชาชนหรือชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการที่จะเข้าถึงหลักการดังกล่าวได้นั้น ประชาชนหรือชุมชนจะต้องมีบทบาททั้งด้านการบริหารจัดการ การระดมทรัพยากรเพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชน และการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเสริมสร้างค่านิยมทางสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างเหมาะสม กลวิธีหลักที่สำคัญและถือเป็นหัวใจของการดำเนินงานก็คือ การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอนตั้งแต่การคัดเลือก และพัฒนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้เข้ามาเป็นตัวแทนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และดำเนินกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน ทั้ง 14 กิจกรรม รวมทั้งพัฒนาประชาชนทุกคนให้สามารถพึ่งตนเองได้ไปพร้อม ๆ กัน นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาในส่วนที่เป็นองค์ประกอบหลักของการพึ่งตนเอง 3 ประการคือ กำลังคน กองทุน และการบริหารจัดการ ดังมีผลงานที่เป็นรูปธรรม เช่น กองทุนยาและเวชภัณฑ์ กองทุนสุขภาพิบาล กองทุนโภชนาการ การค้นหาความจำเป็นพื้นฐาน บัตรประกันสุขภาพ เป็นต้น

ผลจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะภาวะโภชนาการของทารก และเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้นอย่างน่าพอใจ อัตราเพิ่มของประชากรลดลง อัตราการเจ็บป่วยและตายจากโรคที่สามารถป้องกันได้ก็ลดลงมาก

อย่างไรก็ตาม สภาพปัญหาโรคร้ายไข้เจ็บในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพแวดล้อม กระแสโลกาภิวัตน์ (Globalization) หรือโลกไร้พรมแดนนำไปสู่ "โรค" ไร้พรมแดนเช่นเดียวกัน ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารโทรคมนาคมที่มีประสิทธิภาพ จึงทำให้โอกาสที่

โรคติดเชื้อต่าง ๆ จะสามารถแพร่กระจายได้ไกล ทั้งการเดินทางทางอากาศ ทางบก ทางทะเล รวมทั้งการอพยพ ยังมีการขนส่งมากเท่าไร โรคติดเชื้อก็ยิ่งเพิ่มขึ้นมากเท่านั้น

ดังนั้น บทบาทและการดำเนินงานด้านสาธารณสุข รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับภาวะการณ์ในปัจจุบัน

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

การสาธารณสุขของไทยในปัจจุบัน เป็นยุคของการสาธารณสุขมูลฐาน หลักการที่สำคัญหรืออาจเรียกว่า เป็นหัวใจของงานสาธารณสุขมูลฐานก็คือ การดึงเอาประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัย โดยให้ประชาชนในชุมชนระดับหมู่บ้านช่วยเหลือตัวเอง และช่วยเหลือกันเอง ทั้งในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูร่างกายหลังเจ็บป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายให้ประชาชนชาวไทยยืนอยู่บนขาของตัวเองได้ มีศักดิ์ศรี เกียรติภูมิ เพราะไม่มีบริการสาธารณสุขใดพร้อมที่จะช่วยเราทุกเรื่อง ทุกเวลา ประชาชนต้องช่วยตัวเองในระดับหนึ่ง

วิธีการดึงประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ได้กระทำกันหลาย ๆ รูปแบบ รูปแบบที่สำคัญอันหนึ่งซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นพื้นฐานของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานก็คือ การคัดเลือกตัวแทนประชาชนที่เรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหรือ อสม./ นามาคืออบรมให้มีความรู้ ความเข้าใจในงานสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน และให้ความเข้าใจในวิธีการให้ความร่วมมือประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ เพื่อประโยชน์ในการแก้ไขและป้องกันปัญหาสุขภาพอนามัย ตลอดจนการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของประชาชนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุนอุปกรณ์อันจำเป็น แนะนำด้านหลักวิชาและวิธีการที่ถูกต้อง รวมทั้งการช่วยเหลือให้บริการในสิ่งที่เกินความรู้ ความสามารถของชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขจึงนับเป็นจุดเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมของประชาชน และชุมชน เพื่อทำการเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องดังกล่าว รวมทั้งเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างบริการสาธารณสุขของรัฐกับบริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ให้เข้าไปร่วมมือในการแก้ปัญหาและพัฒนาสุขภาพอนามัย อันนำไปสู่ความสำเร็จของการปฏิบัติงาน แต่จากข้อเท็จจริงที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนไม่น้อยในหลาย ๆ พื้นที่ ทำงานไม่ประสบความสำเร็จ รวมทั้งอัตราการสูญเสียอาสาสมัครสาธารณสุขที่ค่อนข้างสูง ล้วนมีผลกระทบต่อความสำเร็จของงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ดังนั้น จึงน่าที่จะทำการศึกษาว่า ในทัศนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและทราบความเป็นไปของอาสาสมัครสาธารณสุขดีนั้น มีความคิดเห็น มีความคาดหวัง มีข้อเสนอแนะต่ออาสาสมัครสาธารณสุขอย่างไรบ้าง รวมทั้งศึกษาตัวอาสาสมัครสาธารณสุขเองว่า มีความต้องการและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานอย่างไร เพื่อจะได้เป็นข้อมูลนำไปปรับปรุง พัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับอำเภอและตำบล ที่มีต่ออาสาสมัครสาธารณสุข ในเรื่องความรู้ความสามารถ การคัดเลือก และการปฏิบัติงาน
2. ศึกษาปัญหาอุปสรรคที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงานไม่ประสบความสำเร็จ ในทัศนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. ศึกษาความต้องการและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
4. สำรวจความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน

ในปี 2543

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การวิจัยครั้งนี้ จะทำให้ทราบถึงความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล ที่มีต่ออาสาสมัครสาธารณสุขและการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงานไม่ประสบความสำเร็จ ในทัศนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งความต้องการ ความคาดหวัง และปัญหาอุปสรรคในทัศนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ข้อมูลที่ได้กระทรวงสาธารณสุขสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน ปรับปรุง และฝึกอบรม อาสาสมัครสาธารณสุข นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการเรียนการสอนอีกด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรที่ทำการศึกษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ
 - 1.1 กลุ่มเจ้าหน้าที่ ศึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบลที่เข้าศึกษาในคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตั้งแต่ปีการศึกษา 2536-2538 และเคยทำงานเกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุข
 - 1.2 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนของบ้านค้อ หมู่ที่ 10 และบ้านบึงสว่าง หมู่ที่ 11 ตำบลบ้านเหล่า อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น
2. ขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล ในส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล จะเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึกโดยนักวิจัยจะเข้าไปพำนักอยู่ในหมู่บ้าน เพื่อสร้างความคุ้นเคย มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชาวบ้าน พร้อมทั้งศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขในแง่ของความต้องการ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
3. ขั้นตอนและวิธีการในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติขั้นพื้นฐาน เช่น ค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกนำมาวิเคราะห์โดยอาศัยหลักของเหตุและผล ที่มีความสัมพันธ์อย่างเกี่ยวเนื่อง รวมทั้งตีความหมายจากเนื้อหาสาระที่ได้จากการสังเกตและสัมภาษณ์บุคคล การเขียนรายงานผลการวิจัย กระทำในรูปความเรียง ตาราง และแผนภูมิ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กำหนดขอบเขตของการวิจัยไว้ ดังนี้คือ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะศึกษาประเด็นใหญ่ ๆ อาทิ ข้อมูลส่วนตัว ๆ ไป เช่น ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน ความคิดเห็นต่อวิธีการคัดเลือก อาสาสมัครสาธารณสุข ความรู้ความสามารถ และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงานไม่ประสบผลสำเร็จ รวมทั้งข้อเสนอแนะที่จะทำให้การดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประสบความสำเร็จ

อาสาสมัครสาธารณสุขจะศึกษาเกี่ยวกับ ทักษะทั่ว ๆ ไปเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน รวมทั้งความต้องการและปัญหาอุปสรรคในการทำงาน

ความหมายของคำที่ใช้ในการวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดเลือก อบรม กำกับดูแล และติดตามเกี่ยวกับงานด้านอาสาสมัครสาธารณสุข

เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ หรือโรงพยาบาลชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดเลือก อบรม กำกับดูแล และติดตามเกี่ยวกับงานด้านอาสาสมัครสาธารณสุข

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความเป็นมาของอาสาสมัครสาธารณสุข

นับตั้งแต่ประเทศไทยได้ยึดถือวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีหลักในการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศ โดยมุ่งหวังเพื่อพัฒนาศักยภาพของชุมชน ครอบครัว และบุคคลให้สามารถพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพ ทั้งนี้การพัฒนาดังกล่าวได้อาศัยกลไกของระบบอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยผู้สื่อข่าวข่าวสารสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้นำในการพัฒนา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงฐานะและบทบาทของประชาชน ซึ่งเดิมเป็นเพียงผู้รอคอยรับผลของการพัฒนา เป็นผู้ที่ดำเนินการพัฒนาชุมชนของตนเอง อันเป็นหลักการสำคัญประการหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐาน การคัดเลือกและอบรมอาสาสมัครดังกล่าว จึงเป็นงานหลักที่ได้กระทำติดต่อกันมา ควบคู่กับการพัฒนาด้านอื่น นับตั้งแต่เริ่มดำเนินการ และดำเนินการเรื่อยมาจนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6

เมื่อสิ้นแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (ผสส./อสม.) สามารถทำได้ครอบคลุมพื้นที่ในทุกหมู่บ้านและในชุมชน ทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง โดยมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งสิ้น 602,475 คน

ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายมุ่งเน้น
เพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้สามารถบริการประชาชนและถ่ายทอดความรู้
ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงได้กำหนดให้มีการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)
ขึ้นในหมู่บ้านและในชุมชน ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ ภายในปี พ.ศ.2539 โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญคือ ให้เป็นศูนย์รวมของการพัฒนาในหมู่บ้านและเป็นสถานที่ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดจนเป็นจุดในการประสานงานเพื่อพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน
นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้มีนโยบายในการยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีอาสาสมัครประเภทเดียวคือ อสม. และให้ดำเนินการแล้วเสร็จทั่วประเทศภายในปีงบประมาณ
2537 เพื่อให้สามารถพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีเอกภาพ และเป็นไปอย่าง
มีประสิทธิภาพ สามารถสนองตอบต่อความต้องการของชุมชน

สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีดังนี้ (สำนักงาน
คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2536 : 1-3)

1. ประเภทและจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งก็คือ บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่ม
บ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญใน
ฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสาร
สาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข
ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ นั้น แต่เดิมมี 2 ประเภทคือ อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) แต่ในปัจจุบันกระทรวง
สาธารณสุขได้มีนโยบายยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประเภท
เดียว คือ อสม. จำนวน อสม.ในแต่ละหมู่บ้านมีดังนี้

พื้นที่ชนบท : อสม. 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

พื้นที่เขตเมือง : เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุข

เขตชุมชนแออัด อสม. 1 คนต่อ 20-30 หลังคาเรือน

เขตชุมชนชานเมือง อสม. 1 คนต่อ 8-15 หลังคาเรือน

2. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของ อสม.

- 1) เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบ
 - นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข
 - แจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น
 - แจ้งข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข
- 2) เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเพื่อน อสม. และเพื่อนบ้าน
 - รับข่าวแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ
 - รับข่าวสารแล้วจัดบันทึกไว้ใน "สมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม."
- 3) เป็นผู้ให้คำแนะนำ , ถ่ายทอดความรู้ และชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมพัฒนางานสาธารณสุขในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่
 - การใช้สถานบริการและการใช้จ่าย
 - การให้ภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ
 - การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด
 - การรักษาอนามัยของร่างกาย
 - โภชนาการและสุขาภิบาล
 - การป้องกันและควบคุมโรคประจำถิ่น
 - การวางแผนครอบครัว
 - การอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการดูแลเด็กที่มีการเจริญเติบโตไม่ปกติ
 - การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน
 - การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต
 - การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์
 - การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ
 - การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย
 - การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข
 - การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคลื่อน
 - การส่งเสริมใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย

4) ให้บริการช่วยเหลือรักษาพยาบาล

4.1 ให้การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลตามอาการในเรื่อง

- ไข้ตัวร้อน - ปวดท้อง - ไข้มีผื่น ตุ่มและจุด
- ไข้มาลาเรีย - ปวดหัว - ไอ - ผื่นคันบนผิวหนัง
- ปวดเมื่อย - ปวดหลัง - ปวดเอว - ผื่นคันบนผิวหนัง
- ท้องผูก - ท้องเดิน - พยาธิลำไส้ - เจ็บตา
- เจ็บหู - เห็นบวม - โลหิตจาง

4.2 ให้การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับ

- บาดแผลสด - เป็นลม - กระดูกหัก - ข้อเคลื่อน
- ไฟไหม้ - น้ำร้อนลวก - ยาพิษ - ชัก
- จมน้ำ - งูกัด - สุนัขกัด

4.3 ส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการสาธารณสุข และติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ

4.4 จ่ายยาเมื่อคุณกานัดในรายชื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว (รายเก่า) และจ่ายถุงยางอนามัย

5) เพื่าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข

5.1 ด้านโภชนาการ : โดยการชั่งน้ำหนักเด็ก และร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน

5.2 ด้านอนามัยแม่และเด็ก : โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด และให้บริการชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และตรวจสุขภาพตามกำหนด

5.3 ด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค : โดยติดตามให้มารดาพาเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด

5.4 ด้านควบคุมโรคประจำถิ่น : โดยกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เก็บอูจระเข้ส่งตรวจหาไข่พยาธิ เจาะเลือดส่งตรวจหาเชื้อมาลาเรีย และเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรค

5.5 การควบคุมคุณภาพน้ำบริโภค : โดยการใช้น้ำยาตรวจหาแบคทีเรีย การเติมคลอรีนในน้ำบริโภค และการใช้น้ำยาตรวจระดับคลอรีนในน้ำบริโภค

5.6 ด้านทันตสาธารณสุข : โดยการจัดหาและจำหน่ายแปรงสีฟัน ยาสีฟัน

5.7 ด้านการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย : โดยการจัดกลุ่มป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยในชุมชน

5.8 ด้านโรคไม่ติดต่อ : โดยการวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ จัดกลุ่มบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ

5.9 ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข : โดยการจัดกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อเฝ้าระวังการกระทำผิดกฎหมาย เช่น การจำหน่ายยาหมดอายุ ยาชุด อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน เป็นต้น

5.10 ด้านการป้องกันโรคเอดส์: โดยการจัดกลุ่มป้องกันการแพร่โรคในชุมชน การแจกจ่ายถุงยางอนามัยป้องกันโรคเอดส์

5.11 ด้านการควบคุมป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย : โดยการตรวจคุณภาพแหล่งน้ำของชุมชน การตรวจสอบคุณภาพอากาศ และร่วมมือประสานงานกับองค์กรต่าง ๆ เพื่อเฝ้าระวังและจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน

6) เป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนตามกระบวนการ จปฐ.

7) คุ้มครองสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในชุมชน

8) เป็นแกนกลางในการประสานการดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้าน โดยการกระตุ้นให้มีการประชุม วางแผน และร่วมดำเนินงานสาธารณสุขระหว่างกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กรรมการหมู่บ้านและกลุ่มผู้นำอื่น ๆ ตลอดจนเป็นผู้ประสานการดำเนินงานระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ

3. การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน

3.1 การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ : โดย อสม. 1 คน รับผิดชอบดูแลประชาชนทุกคน ทุกครอบครัวภายในคุ้มหรือละแวกบ้าน ประมาณ 8-15 หลังคาเรือน ตามบทบาทหน้าที่ที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่กำหนดไว้ในฐานะ อสม. ประจำคุ้มหรือละแวกบ้านนั้น ๆ

3.2 หมุนเวียน : ปฏิบัติงานให้บริการสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขคนอื่น ๆ ตามข้อตกลงของกลุ่ม

3.3 ร่วมปฏิบัติงานด้านพัฒนาหมู่บ้านกับกรรมการหมู่บ้าน (กม.)

4. การค้นหา คัดเลือก และวาระการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

4.1 คุณสมบัติ

- 1) เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวกหรือคุ้มให้ความยอมรับและเชื่อถือ
- 2) สมัยครใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ
- 3) มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำในหมู่บ้าน ไม่ย้ายถิ่นในระยะเวลา 1-2 ปี) และมีความคล่องตัวในการประสานงาน
- 4) อ่านออกเขียนได้
- 5) เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาชุมชน
- 6) ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ภิรักษ์ หรือแพทย์ประจำตำบล

4.2 วิธีการคัดเลือก

ให้ใช้วิถีทางประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน (กม.) พสส. อสม. ทุกคนในหมู่บ้านและผู้นำอื่น ๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขและบทบาทหน้าที่ของ ศสมช. แล้วมอบหมายให้กรรมการหมู่บ้าน พสส. อสม. และผู้นำดังกล่าวเป็นคณะดำเนินการสรรหา อสม.

2) แบ่งละแวกหรือคุ้มบ้าน คุ้มละ 8-15 หลังคาเรือน

- ละแวกหรือคุ้มบ้านที่มี พสส. เดิมอยู่แล้ว ให้สอบถามความสมัครใจ หาก พสส. คนนั้นสมัครใจก็ให้คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ประจำละแวกบ้านหรือคุ้มนั้น

- ในกรณีที่ละแวกหรือคุ้มนั้นไม่มี พสส. ให้หาผู้สมัครใจและมีคุณสมบัติตามข้อ 4.1 คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ในกรณีที่ไม่มีผู้สมัครใจเกินกว่า 1 คน ให้คณะผู้ดำเนินการสรรหา อสม. จัดประชุมหัวหน้าครอบครัว หรือผู้แทนครอบครัวในละแวกหรือคุ้มนั้นๆ เพื่อลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่ คัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ประจำละแวกหรือคุ้ม

4.3 วาระการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข : กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตร โดยดูจากผลการพิจารณาของประชาชนและองค์กรหมู่บ้าน

4.4 การฟื้นฟูสภาพ

- 1) ฟื้นฟูสภาพตามวาระ
- 2) ตาย
- 3) ย้ายที่อยู่
- 4) ลาออก
- 5) ประชาชนลงมติให้ฟื้นฟูสภาพ

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. จากการศึกษาของ ทวีทอง และคณะ เรียงตามลำดับดังนี้คือ อสม.ขาดแรงจูงใจ เพราะไม่ได้ค่าตอบแทน อสม.มีภาระด้านการทำมาหากินมาก อสม.ทำงานยาก เพราะชาวบ้านมีภาระทำกินมาก อสม.ทำงานยากเพราะชุมชนเห็นประโยชน์ของ อสม.น้อย อสม.ขาดความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน และชาวบ้านไม่ยอมรับตัว อสม.

งานวิจัยของ ไกรสิทธิ์ และคณะ (2529) ซึ่งใช้การสัมภาษณ์ ผสส. จำนวน 149 คน พบว่า ผสส. ประมาณร้อยละ 42 ไม่ได้ทำกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน หรือกิจกรรมอื่นใดที่เกี่ยวข้องเลยในช่วง 2 เดือนก่อนหน้าการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ในงานวิจัยเชิงคุณภาพที่เป็นการศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้าน โดยส่วนใหญ่ต่างก็รายงานว่ามี ผสส.จำนวนน้อยเท่านั้น ที่ยังคงทำงานอยู่ด้วยความกระตือรือร้น

จากรายงานโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน ที่ศึกษาการพัฒนาบทบาทการให้สุขภาพศึกษาของ ผสส.ใน 2 หมู่บ้าน ในเขตอำเภอกะบวน จังหวัดขอนแก่น (Santikitrungruang, 2524) ซึ่งพบว่า ภายหลังการให้การฝึกอบรม และการสนับสนุนทรัพยากรแก่อาสาสมัครไปแล้ว 12 เดือน ผสส.17 คน จากทั้งหมด 30 คน ของทั้ง 2 หมู่บ้าน กลับเฉื่อยหรือยุติบทบาทการทำงานลง ล่าสุดก็คือ ผลจากการเยี่ยมพื้นที่ใน 5 จังหวัดของทีมนักวิจัยเองก็พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ ตั้งแต่จังหวัดถึงตำบล ล้วนกล่าวเป็นเสียงเดียวกันว่า ผสส.ที่ยังคงสภาพอยู่ในปัจจุบัน และมีความกระตือรือร้นในงานนั้นมีเพียงประมาณร้อยละ 20-50 เท่านั้น

งานวิจัยของวิจิตร ศรีสุพรรณ (2530) ศึกษาความรู้และความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่ออาสาสมัครสาธารณสุข และการให้บริการอนามัยในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ที่ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขจะทำงานด้วยความสมัครใจ เพราะถือว่างานอาสาสมัครเป็นงานที่มีเกียรติ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาล และทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น ส่วนการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขนั้น ชาวบ้านจะเป็นผู้คัดเลือกเองถึง ร้อยละ 31.6 กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเลือกร้อยละ 27.8

งานวิจัยของปรีดา แด่อารักษ์ และคณะ (2534) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมอนามัยของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมอนามัยด้านสุขาภิบาลและป้องกันโรคคือ การนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับการฝึกอบรม และจำนวนปีที่เป็นอาสาสมัคร แต่ความสัมพันธ์ยังอยู่ในระดับต่ำ ($R = 0.2806$) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมอนามัยด้านการรักษาพยาบาลและการใช้ยา คือ การศึกษาของตนเอง และการได้รับการฝึกอบรม แต่ความสัมพันธ์ยังอยู่ในระดับต่ำ ($R = 0.163$) ส่วนพฤติกรรมอนามัยด้านทันตสุขภาพพบว่า ไม่มีปัจจัยที่ศึกษาใดเลยที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านนี้