บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือคำย่อ ๆ ที่เรียกว่า อสม. นั้น เป็นคำกล่าวที่ใช้เรียกชื่อประชาชนในหมู่บ้านหรือในชุมชนที่อยากให้ชุมชนมีความก้าวหน้า มีความรู้สึกเป็นคนหนึ่งในชุมชนที่มีความสำคัญมากต่อการที่จะพัฒนาให้ชุมชนเข้มแข็ง และได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในระบบสังคมมิติ และเป็นผู้ที่เสียสละเวลา ความคิด เงินทอง และแรงกายต่าง ๆ เพื่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขทั้งการพึ่งตนเองในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน อสม. จึงเป็นตัวกลางของการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ของประชาชนในด้านสุขภาพและเป็นผู้ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชนในหมู่บ้าน ซึ่งในช่วง พ.ศ.2520 นั้น ประชาชนขาดความรู้ มีฐานะยากจน สถานบริการสาธารณสุขไม่ครอบคลุม และโรคติดต่อที่ป้องกันได้ยังเป็นปัญหาสำคัญอยู่ ดังนั้นบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงมีบทบาทแก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ให้ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี บทบาทดังกล่าวนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ยึดถือการปฏิบัติตลอดมา ในเรื่องคุณภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ ได้สรุปเกี่ยวกับด้านการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านว่ามีการปฏิบัติงานพอสมควร ที่ขยันขันแข็งมีเพียงร้อยละ 26 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประเมินโครงการสาธารณสุขมูลฐานไทยในปี 2524 ซึ่งได้สรุปผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านว่าส่วนใหญ่ขาดการกระตือรือร้นในการทำงาน (ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ และคณะ, 2523 หน้า 34–37 ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2524, หน้า 3–4) ในด้านการกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์ด้วยค่าสถิติที่สูงกับปัจจัยการมีหรือไม่มีเวลาว่างเพียงพอของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความสัมพันธ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงปัญหาเรื่องค่าเสียโอกาสเป็นค่าตอบแทนทดแทนการขาดรายได้ของการมาปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างชัดเจน ถึงแม้ว่าทางราชการได้คำนึงถึงปัญหาดังกล่าวโดยได้จัดสวัสดิการต่าง ๆ เช่น สวัสดิการรักษาพยาบาลฟรีทั้งครอบครัว จัดสรรเบี้ยเลี้ยงเมื่อมีการนิเทศงาน แต่ก็ยังไม่เพียงพอในการที่จะจูงใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาปฏิบัติงานด้วยความกระตือรือร้นได้ และการปฏิบัติงานมักมีประสิทธิภาพสูงในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ประสิทธิภาพ

การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะลดลงมาอยู่ระดับหนึ่ง หลังจากนั้นจะลดลงไปอีกเรื่อย ๆ (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, 2530, หน้า 69–82) ทำให้ระบบการจัดการสาธารณสุขที่จำเป็นโดยชุมชนนั้นไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการที่จำเป็นและใช้บริการอย่างไม่เหมาะสม หมู่บ้านไม่สามารถบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันเมื่อเวลาผ่านไปกว่า 23 ปี (พ.ศ.2520–2543) สถานภาพด้านสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากมาย จากโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญบางโรคหมดปัญหาไป แต่โรคติดต่อบางโรคที่เป็นปัญหาอยู่ เช่น โรคไข้เลือดออก เป็นต้น และโรคไม่ติดต่อซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เริ่มเป็นปัญหาเพิ่มมากขึ้นทุกวัน ตลอดจนสภาพสังคมที่มีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกันทำให้การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนมีความยากลำบากมากขึ้นเช่นกัน เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงไปมากมายเช่นนี้ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก็ย่อมเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคมเช่นเดียวกัน แต่การเปลี่ยนแปลงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนี้จะเปลี่ยนแนวทางจากบทบาทที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชนในหมู่บ้าน มาเป็นบทบาทที่ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ และบทบาทเป็นผู้ที่ทำเองในชุมชน เป็นบทบาทที่นอกเหนือจากองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ ซึ่งทำไปด้วยจิตสำนึกของตนเองในการที่จะเน้นการมีส่วนร่วมในการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนาอย่างแท้จริง

การพัฒนานับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540–2544) เป็นต้นไป จะมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดทิศทางกระบวนการพัฒนาใหม่ จากเดิมที่เป็นการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นจุดมุ่งหมายหลักของการพัฒนา เปลี่ยนเป็นการเน้นคนเป็นศูนย์กลาง และจากกรอบวิสัยทัศน์และทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545–2549) ที่ผ่านมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2543 ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาที่สำคัญคือการส่งเสริมสร้างขีดความสามารถจากรากฐานของสังคมให้เข้มแข็งและรู้เท่าทันโลก โดยมุ่งพัฒนาคน ครอบครัว ชุมชน และสังคมเป็นแกนหลัก ให้ความสำคัญเป็นอันดับสูงต่อการพัฒนาคุณภาพคนและกระบวนการเรียนรู้ ความเข้มแข็งทางวัฒนธรรมและการคุ้มครองทางสังคม ขณะเดียวกันมุ่งเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชนให้เชื่อมโยงการพัฒนาชนบทและเมืองอย่างยั่งยืน และมีการจัดการคุณภาพทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมได้อย่างเกื้อกูลกัน

ในปัจจุบันนี้กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานได้ดำเนินงานการพัฒนางานสาธารณสุขเพื่อให้ทุกคนมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขโดยใช้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักและผ่านกลไกการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งที่จะมีส่วนช่วยการพัฒนาสาธารณสุขของชาติเป็นอย่างมาก เป็นอาสาสมัครที่คัดมาจากประชาชนในหมู่บ้านของตนเอง (10–15 หลังคาเรือน ต่อ 1 คน) และผ่านการอบรมโดยกระทรวงสาธารณสุข เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของสังคมที่ประชาชนเลือกขึ้นมาเป็นตัวแทนที่ได้รับการยอมรับ และไว้วางใจจากประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐ พร้อมทั้งมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลรักษาประชาชนด้วยกันเองในเบื้องต้น โดยอาสมัครดังกล่าวจะได้รับการอบรมหลักสูตรทางด้านสาธารณสุขจากกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงถูกสังคมกำหนดบทบาทหน้าที่ที่จะต้องดำเนินงาน คือ บทบาทด้านข้อมูลข่าวสาร บทบาทให้บริการสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็น บทบาทการถ่ายทอดความรู้ตามกิจกรรมการบริการสาธารณสุขและปัญหาชุมชน ทั้งประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวนทั้งสิ้น 673,990 ราย ครอบคลุมหมู่บ้านทุกแห่ง 75 จังหวัด

จากแนวคิดที่ให้ความสำคัญของคนเป็นจุดศูนย์กลางการพัฒนาและการแก้ไขปัญหาด้วยการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการทางสังคมและการเมือง ดังนั้นการพัฒนาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนสุขแล้ว จะทำให้การพัฒนาการดำเนินงานสาธารณสุขประสบผลสำเร็จดียิ่งขึ้น ซึ่งจะสอดคล้องตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540–2544) ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพของคน (คนเป็นจุดศูนย์กลางการพัฒนา) และกรอบวิสัยทัศน์และทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545–2549) ที่ผ่านมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2543 ที่ให้ความสำคัญเป็นอันดับสูงต่อการพัฒนาคุณภาพคนและกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาศักยภาพของคน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา ประกอบกับในปี 2529 ที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนนาดา องค์การอนามัยโลกได้จัดประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และได้มีการประกาศกฎบัตรออตตาวาขึ้นโดยมีกลยุทธแห่งการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ คือ 1. สร้างนโยบายเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) 2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) 3. เสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) 4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop

Personal Skill) 5. ปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) ซึ่งในการดำเนินกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการดังกล่าว บุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องมีบทบาทในการชี้นำ (Advocaay) ด้านสุขภาพเพื่อสภาวะหรือปัจจัยที่เอื้อต่อสุขภาพ การเพิ่มความสามารถ (Enabling) ให้คนเราบรรลุถึงศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพ การไกล่เกลี่ย (Mediating) ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคมเพื่อจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพ

จังหวัดลำพูนเป็นจังหวัดหนึ่งที่สนองนโยบายตามแผนพัฒนาดังกล่าว โดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาช่วยพัฒนาสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนในแต่ละหมู่บ้าน เพื่อทำให้คนที่ปกติไม่เจ็บป่วย และเป็นแกนนำชุมชนในการผลักดันให้เกิดวิถีการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดีและเกิดกิจกรรมชุมชนที่สนับสนุนในเรื่องสุขภาพ ซึ่งทำให้จังหวัดลำพูนประสบผลสำเร็จในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข คือ มีโรงพยาบาลชุมชนที่มีมาตรฐานในการให้บริการประชาชนตามระบบมาตรฐาน ISO 9002 ปี 2543 (International Standardize Organization 2000) จากกระทรวงสาธารณสุข รางวัลชมเชยโรงพยาบาลชุมชนผลงานบริการประชาชนดีเด่นด้านสาธารณสุข ปี 2541 (Prime Minister Award) จาก ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี นายชวน หลีกภัย โรงพยาบาลชุมชนดีเด่นขนาด 10 เตียง ตามโครงการพัฒนาระบบงานบริหารด้านการพยาบาลและด้านส่งเสริมสุขภาพจังหวัดลำพูน ปี 2537 รางวัล "ศูนย์การเรียนชุมชนยอดเยี่ยม" ปี 2541 การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์แบบผสมผสาน จากกรมการศึกษานอกโรงเรียน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต้นแบบ ปี 2542 สถานีอนามัยดีเด่นรางวัลชนะเลิศระดับเขต ปี 2541 สถานีอนามัยดีเด่นด้านการพัฒนาประสิทธิภาพการเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการ ปี 2541 รางวัลที่ 1 โครงการพัฒนาคุณภาพบริการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ระดับเขต ปี 2542 รางวัลสถานีอนามัยดีเด่นรองชนะเลิศระดับเขต ปี 2542 นักบริหารดีเด่นประจำปี 2543 จากมูลนิธิเพื่อสังคมไทย แพทย์ชนบทดีเด่น ปี 2542 จากกองทุนนายแพทย์กนกศักดิ์ พูลเกษร ถึงแม้ว่าจังหวัดลำพูนจะประสบผลสำเร็จในการพัฒนางานสาธารณสุข แต่จากรายงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ปี 2542 พบว่า สาเหตุการตายของประชาชนจังหวัดลำพูนด้วยโรคไม่ติดต่อในอันดับต้น ได้แก่ โรคหัวใจ อัตราตาย 116.64 ต่อแสนประชากร โรคมะเร็ง อัตราตาย 75.32 ต่อแสนประชากร อุบัติเหตุ อัตราตาย 21.27 ต่อแสนประชากร โรคความดันโลหิตสูง อัตราตาย 16.38 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวาน อัตราตาย 10.02 ต่อแสนประชากร ซึ่งสาเหตุการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติด้านการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม ได้แก่ ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และมีความเครียด ซึ่งสาเหตุการเจ็บป่วยเหล่านี้สามารถที่จะป้องกันหรือ

ชะลอไม่ให้เกิดขึ้นได้ โดยมีการส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้องตามแนวทางการปฏิบัติของการส่งเสริมสุขภาพที่ดี

ปัจจุบันจังหวัดลำพูนมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวนทั้งสิ้น 8,404 ราย ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน (539 หมู่บ้าน) หากต้องการให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขเกิดประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นในยุคปัจจุบันที่มีการกระจายอำนาจลงสู่ระดับหมู่บ้านเพื่อจะทำให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตตนเองอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยใช้กลวิธีผ่านกลไกการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเปลี่ยนแนวทางบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน จากบทบาทที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชนในหมู่บ้าน มาเป็นบทบาทที่ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ และบทบาทเป็นผู้ที่ทำเองในชุมชนเป็นบทบาทที่นอกเหนือจากองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ ซึ่งทำไปด้วยจิตสำนึกของตนเองในที่จะเน้นการมีส่วนร่วมในการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชนเพื่อให้มีศักยภาพและเกิดความยั่งยืนของการพัฒนาอย่างแท้จริงต่อไป จากเหตุผลดังที่กล่าวมาและยังไม่มีผู้ใดเคยศึกษาในเรื่องดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดลำพูนในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ทั้ง 2 บทบาทดังกล่าว ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะได้นำไปพัฒนา ประยุกต์ และปรับให้เหมาะสมในการพัฒนางานสาธารณสุขของจังหวัดลำพูนให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดลำพูนที่ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

2. เพื่อศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดลำพูนที่ทำเองในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตประชากร

เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดลำพูน จำนวน 8,404 คน

ขอบเขตเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดลำพูน ในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนแบ่งเป็น 2 บทบาท ดังนี้

1. บทบาทที่ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
2. บทบาทที่ทำเองในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **บทบาท** หมายถึง การกระทำหน้าที่ที่สังคมกำหนดและคาดหมายให้บุคคลกระทำ

2. **บทบาทที่ทำตามคำแนะนำหรือบทบาทที่เป็นจริงหรือบทบาทที่คาดหวังให้เกิดขึ้นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ** ได้แก่ งานโภชนาการ งานสุขศึกษา การรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ การจัดหายาที่จำเป็น การสุขาภิบาลและจัดหาน้ำสะอาด การวางแผนครอบครัวและอนามัยแม่และเด็ก งานควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การส่งเสริมสุขภาพฟัน การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย และฟื้นฟูสภาพผู้พิการ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ การคุ้มครองผู้บริโภค

3. **บทบาทที่ทำเองหรือบทบาทที่ทำนอกเหนือจากในองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ** เป็นบทบาทที่ทำด้วยจิตสำนึก ในที่นี้จะเน้นการมีส่วนร่วมในการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน

4. **อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดลำพูน** หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ 7 อำเภอ 1 กิ่งอำเภอของจังหวัดลำพูน ที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียบประวัติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน และปฏิบัติงานในหมู่บ้านที่ตนเองรับผิดชอบมาไม่น้อยกว่า 1 ปี

5. **การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน** หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ในการที่จะบรรลุสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจและ สังคมของทุกคนในชุมชน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. สามารถใช้ในการพัฒนาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนให้มีศักยภาพและเกิดความยั่งยืน

2. สามารถนำไปประยุกต์และปรับใช้ให้เหมาะสมในการพัฒนางานสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

3. สามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Chiang Mai University