

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้ารวบรวมแนวคิดและทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข
2. แนวคิดการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน
3. แนวคิดและทฤษฎีบทบาทและการปฏิบัติตามบทบาท
4. แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter For Health Promotion)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การดูแลสุขภาพที่จำเป็นซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึงสำหรับทุกคนและทุกครอบครัวในทุกชุมชน โดยการยอมรับและการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคน ด้วยค่าใช้จ่ายที่ไม่เกินกำลังของชุมชนและประเทศจะได้รับ นอกจากนั้นการสาธารณสุขมูลฐานยังจะต้องก่อให้เกิดการผสมผสานระหว่างระบบบริการสาธารณสุขของประเทศกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นธรรม โดยมีระบบบริการสาธารณสุขเป็นแกนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข, 2535, หน้า 21)

แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานเกิดจากแนวคิดที่มองเห็นปัญหาใหญ่ ๆ 2 ประการ คือ การครอบคลุมประชากรในด้านบริการสาธารณสุข และการผสมผสานงานบริการด้านต่าง ๆ ตลอดจนความร่วมมือกับการพัฒนาสังคมด้านอื่น ๆ ในระยะเวลาที่ผ่านมาการเร่งรัดพัฒนาชนบทเป็นนโยบายที่สำคัญยิ่งในอันที่จะทำให้ประชาชนในชนบทส่วนใหญ่ของประเทศซึ่งมีฐานะยากจนด้อยการศึกษาและมีสถานะทางสุขภาพต่ำ ความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น รัฐบาลเล็งเห็นว่าสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญที่จะเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนในชนบทซึ่งได้รับบริการสาธารณสุขไม่ทั่วถึง แม้ว่ารัฐจะพยายามสร้างสถานบริการสาธารณสุขพัฒนาบุคลากร เทคโนโลยี ตลอดจนการแพทย์ และการจัดบริการให้มีประสิทธิภาพเพียงใดก็ตามทำให้รัฐต้องหาวิธีการในการแก้ไขปัญหาดังหนึ่งซึ่งมีอยู่หลายแนวคิด ดังนี้

แนวคิดที่ 1

การสาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของประชาชนเอง

แนวคิดที่ 2

การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนร่วมมือจัดทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่

แนวคิดที่ 3

การสาธารณสุขมูลฐานจะเกิดขึ้นมาได้จะต้องให้ชุมชนรับรู้และทราบว่าปัญหาของชุมชนคืออะไรและร่วมกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้

แนวคิดที่ 4

หน้าที่และบทบาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้องเข้าใจว่า เราไม่ได้ทำงานแทนเขาและเขาไม่ได้ทำงานให้เรา แต่เขาทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน

แนวคิดที่ 5

ความร่วมมือของชุมชน คือหัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจจะ berupa แรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือในการปฏิบัติตนด้วยความสมัครใจ เพราะมีการมองเห็น และรับรู้ปัญหา ไม่ใช่เป็นเพราะเขาหวังสิ่งตอบแทน

แนวคิดที่ 6

สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้น การบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานพัฒนาด้านอื่น ๆ อาทิ การเกษตร สหกรณ์ การศึกษา และพัฒนาชุมชน เป็นต้น

แนวคิดที่ 7

งานสาธารณสุขมูลฐานต้องใช้เทคนิคและวิธีการง่าย ๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจและนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ได้ เทคนิคที่นำมาใช้ต้องมีความเหมาะสม ประหยัดและราคาถูก ยืดหยุ่นและปรับให้เหมาะสมกับสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ มีผลต่อการแก้ไขปัญหา

แนวคิดที่ 8

งานสาธารณสุขมูลฐานจะต้องสอดคล้องและอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน

แนวคิดที่ 9

งานสาธารณสุขมูลฐานควรมีความยืดหยุ่นในการที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อมและปัญหาที่ประสบอยู่ ไม่จำเป็นจะต้องเป็นเรื่องที่เหมือนกันทุกหมู่บ้าน

แนวคิดที่ 10

บริการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เองในหมู่บ้านคือ การให้การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขและวิธีการป้องกันและควบคุมปัญหาเหล่านั้น การส่งเสริมโภชนาการ การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การจัดหาน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่น การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน

แนวคิดที่ 11

งานสาธารณสุขมูลฐานต้องมีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐในด้านการให้การสนับสนุน การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาพยาบาล การให้การศึกษาต่อเนื่อง การให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข

สำหรับแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานนี้เกิดจากความพยายามของรัฐบาลของทุกประเทศทั่วโลกที่พยายามจะให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ได้แก่ การดูแลรักษาโรคที่จำเป็น การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน หมายถึงทั้งส่วนบุคคลและสมาชิกของครอบครัวตลอดจนถึงชุมชน และการที่จะให้บริการที่จำเป็นดังกล่าวเป็นความจริงขึ้นมาได้นั้นก็มีหนทางอยู่ทางเดียวคือการให้ประชาชนทุกคนปฏิบัติด้วยตนเอง ทั้งนี้เพราะประชาชนรู้ว่าตนจะปฏิบัติตัวอย่างไร ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้มีการปฏิบัติในแนวคิดดังกล่าวเช่นเดียวกันมิใช่แต่เพียงประเทศไทยของเราเท่านั้น แนวคิดดังกล่าวเป็นแนวคิดที่แตกต่างไปจากการปฏิบัติในอดีต คือการเน้นหนักระบบการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนแต่เพียงอย่างเดียว ด้วยเหตุนี้แนวคิดทางการสาธารณสุขมูลฐานจึงเป็นแนวคิดทางด้านการพัฒนาทางสังคมเพราะมุ่งเป็นไปในการพัฒนาทางด้านความรู้ความสามารถ การรวมกลุ่มและการตั้งใจที่จะช่วยเหลือเพื่อนบ้านของตนเองและสมาชิกในครอบครัว

ถ้าหากประชาชนทุกคนได้ปฏิบัติในงานสาธารณสุขมูลฐาน ก็จะเป็นการเชื่อมโยงกับบริการสาธารณสุขของรัฐที่จัดให้มีขึ้นอยู่เป็นปกติอยู่แล้ว ซึ่งจะมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของบริการสาธารณสุขพื้นฐาน (Basic Health Services) เป็นอย่างยิ่ง และถ้าหากว่าประชาชนทุกคนหรือประชาชนส่วนใหญ่มีสุขภาพอนามัยดีแล้ว ก็จะทำให้ภาวะทางสังคมหรือการพัฒนาทางสังคมของประเทศดีขึ้นไปด้วย คุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคนก็ต้องดีขึ้นอย่างแน่นอน

ในด้านการพัฒนาสังคมของประเทศนั้น จำเป็นอย่างยิ่งจะต้องเกี่ยวข้องกับงานด้านอื่นที่มีส่วนโดยตรงในการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ การศึกษา การเกษตร การตลาด การปกครอง การพัฒนาชุมชน เมื่อแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการพัฒนาทางสังคม การสาธารณสุขมูลฐานจึงเป็นส่วนที่จะต้องผสมผสานกับงานพัฒนาสังคมด้านอื่น (Integration) และยังเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการพัฒนาทั้งหมด (Total Development) ด้วยเหตุนี้ การสาธารณสุขมูลฐานจึงจำเป็นต้องดำเนินการโดยประชาชนเอง และเพื่อผลประโยชน์ของประชาชน ทั้งนี้ประชาชนจะต้องช่วยกันหาหรือ ค้นหาว่าอะไรคือปัญหา อะไรคือความจำเป็นที่จะต้องช่วยกันทำ ช่วยกันแก้ เมื่อเป็นเช่นนี้การสาธารณสุขมูลฐานจึงจำเป็นต้องดำเนินการโดยประชาชนเอง แต่ก่อนที่ประชาชนจะดำเนินการเองได้นั้นประชาชนจะต้องช่วยกันพิจารณาว่าใครเป็นผู้เหมาะสมที่จะดำเนินการได้ และผู้ที่จะได้รับเลือกจากประชาชนนั้นจะต้องเป็นสมาชิกของชุมชนในหมู่บ้าน เมื่อประชาชนได้เลือกผู้ที่เหมาะสมมาแล้ว เขาก็จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และความสามารถของเขา แนวทางในการพัฒนาความรู้ความสามารถนี้ต้องอาศัยปัญหาที่มีอยู่ในชุมชนหรือหมู่บ้านของเขาเอง

แนวคิดที่จะทำให้ประชาชนเกิดความสำนึกในความเป็นเจ้าของงานสาธารณสุข โดยแสดงออกมาในรูปแบบของอาสาสมัครสาธารณสุขและกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน เป็นการดำเนินงานสาธารณสุขโดยอาศัยความร่วมมือของประชาชนเป็นกุญแจที่สำคัญนั้นได้ดำเนินการขึ้นมาเอง เพราะการเล็งเห็นหรือการตระหนักถึงความสำคัญและความสามารถของประชาชนที่ควรนำมาพัฒนาได้ แนวความคิดดังกล่าวเกิดขึ้นจากความจำเป็นของงานและความตั้งใจจริงของกระทรวงสาธารณสุขที่จะทำให้ทุกคนมีสุขภาพอนามัยดีทั้งร่างกาย จิตใจ ภาวะทางสังคม โดยอาศัยพลังจากประชาชนนั่นเองเป็นหลักสำคัญในการดำเนิน

ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดแนวคิดที่จะนำเอาพลังหรือศักยภาพของประชาชนมาร่วมในการพัฒนางานสาธารณสุขก็มาจากผลของงานบริการสาธารณสุขที่ไม่สามารถครอบคลุมบริการที่จำเป็นของประชาชนทุกคนได้ โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในชนบท ทั้งบริการด้านรักษาพยาบาล บริการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพอนามัย เหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือลักษณะของปัญหาสาธารณสุขที่พบในชนบทนั้นมากกว่าร้อยละ 70 เป็นปัญหาที่เกิดจากความไม่รู้ไม่เข้าใจเรื่องราวของโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ซึ่งโรคต่าง ๆ เหล่านั้นสามารถป้องกันได้โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจของตนเอง ในขณะที่เดียวกันความไม่รู้และไม่เข้าใจก็ทำให้ประชาชนต้องประสบกับอันตรายมากยิ่งขึ้น ในกรณีของโรคภัยเรื้อรังนั้นชาวบ้านที่ไม่รู้ไม่เข้าใจจะลองดูแลรักษาตนเองโดยไม่พยายามนำไปหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลจังหวัดในระยะเริ่มแรก จึงเป็นผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตไปโดยไม่ควร เหตุผลที่สำคัญมากอีกประการหนึ่งก็คือ เรื่องสุขภาพอนามัยนั้นเป็นเรื่องของส่วนบุคคล ทุกคนมีสิทธิโดยชอบธรรมที่จะรู้และมีส่วนรับผิดชอบในสุขภาพอนามัยของตนเอง รัฐบาลมีหน้าที่ที่จะต้องทำให้ประชาชนมีความรู้ความสามารถที่จะป้องกัน ส่งเสริม และดูแลตนเอง โดยคำนึงถึงความเท่าเทียมกันของทุกคนเป็นหลักการสำคัญ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2527, หน้า 5-7)

แนวคิดง่าย ๆ ของการสาธารณสุขมูลฐานก็คือการที่เจ้าหน้าที่ของรัฐเปลี่ยนบทบาทใหม่จากเดิมเป็นผู้บริการประชาชน (ผู้ให้) เปลี่ยนเป็นผู้กระตุ้นให้คำแนะนำ (Supervise) และผู้สนับสนุน (Supporter) ให้กับประชาชน แล้วให้ประชาชนเป็นผู้เริ่มบริการประชาชนด้วยตนเอง และประชาชนที่จะเป็นผู้ให้บริการประชาชนด้วยตนเองนั้น ได้แก่ ส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งขึ้นในหมู่บ้านคือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และส่วนที่มีอยู่แล้วคือ หมออาสาหมู่บ้าน (มอบ.) อาสาสมัครวางแผนครอบครัวชุมชน (อส.วคช.) ผดุงครรภ์โบราณ ครู นักเรียน พระ กรรมการหมู่บ้าน (กม.) กลุ่มแม่บ้าน ฯลฯ (กระทรวงสาธารณสุข, 2535, หน้า 1-28)

กลุ่มอสม. นั้น ได้รับการจัดตั้งและพัฒนามานานพอสมควรจนเป็นที่รู้จักและยอมรับจากประชาชนโดยทั่วไป นอกจากนี้ยังมีเครือข่ายที่ดีกับคณะกรรมการหมู่บ้านและอบต. ในรูปแบบทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ จึงเป็นฐานที่ดีที่จะส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพให้ อสม. มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนทั้งทางด้านสุขภาพและการพัฒนาด้านอื่น ๆ ของชุมชน ซึ่งจะทำให้ อสม. เป็นส่วนหนึ่งของประชาคมในชุมชนอย่างแท้จริง โดยภาพรวมศักยภาพของอสม. ในปัจจุบันมีมากพอสมควร และเชื่อว่าเป็นฐานในการพัฒนาที่จะนำไปสู่การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ระดับหนึ่ง กล่าวคือ อสม. เป็นที่รู้จักและยอมรับของประชาชนและองค์กรชุมชนว่าเป็นตัวแทนหรือ

เป็นผู้นำสุขภาพในชุมชน การมีความสัมพันธ์ที่เป็นเครือข่ายกับองค์กรในชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการและมีพื้นฐานความรู้และประสบการณ์ทางด้านสุขภาพและการบริการระดับหนึ่ง ประเด็นความพร้อมต่าง ๆ เหล่านี้หากมีการนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ที่จะมาสานต่อหรือพัฒนาไปในทิศทางการมีส่วนร่วมที่แท้จริงย่อมเป็นสิ่งที่ เป็นประโยชน์และมีความเป็นไปได้อย่างมาก เพราะตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงและใช้สิ่งที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์มากที่สุด (สรุปผล การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มของงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย, สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข, 2543, หน้า 84-85)

ส่วนองค์ประกอบงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยนั้น ได้กำหนดขึ้นให้มีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชนโดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในชนบท และนอกเหนือจากนั้นองค์ประกอบดังกล่าวยังเป็นองค์ประกอบที่มีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขพื้นฐาน ซึ่งรัฐบาลเป็นผู้จัดให้กับประชาชน องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน จะประกอบด้วยบริการแบบผสมผสาน 4 ด้านดังต่อไปนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2527, หน้า 21)

1. การป้องกันโรคติดต่อ
2. การส่งเสริมสุขภาพอนามัย
3. การรักษาพยาบาล
4. การฟื้นฟูสภาพ

งานบริการทั้ง 4 ด้านนี้ สามารถแยกออกเป็นงานที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองออกเป็นงานต่าง ๆ ซึ่งเรียกว่าเป็นองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานได้ 14 องค์ประกอบ ดังนี้

1. งานโภชนาการ (Nutrition = N)
2. งานสุศึกษา (Education = E)
3. การรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ (Simple Treatment = T)
4. การจัดหายาที่จำเป็น (Essential Drugs = E)
5. การสุขาภิบาลและจัดหาน้ำสะอาด (Water Supply and Sanitation = W)
6. การวางแผนครอบครัวและอนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health = MCH, Family Planning = FP)
7. งานควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่น (Surveillance for Local Disease Control = S)
8. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunization = I)

9. การส่งเสริมสุขภาพฟัน (Dental Health = D)
10. การส่งเสริมสุขภาพจิต (Mental Health = M)
11. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (AIDS = A)
12. การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยและฟื้นฟูสภาพผู้พิการ (Accident and Rehabilitation = A)
13. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ (Environmental Health = E)
14. การคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection = C)

กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน (Strategic Primary Health Care) มี 4 ประการคือ

1. การมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation = PP) ตั้งแต่การเตรียมเจ้าหน้าที่ที่เตรียมชุมชน การฝึกอบรม การติดตามการดำเนินงานกิจกรรมต่าง ๆ ให้ประชาชนได้รู้สึกเป็นเจ้าของและเข้าร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข ทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ มิได้หมายถึงชุมชนให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในการพัฒนา หากแต่หมายถึงประชาชนในชุมชนนั้นเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนของตนเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้กำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนั่นเอง เป็นผู้วิเคราะห์ปัญหาตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชน ทั้งนี้โดยชุมชนมีความสามารถในการแยกได้ว่าวิธีการแก้ปัญหาใดประชาชนในชุมชนสามารถแก้ไขได้ วิธีการใดที่อยู่นอกเหนือความสามารถของชุมชนก็ต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้แก้ไขปัญหานั้น

2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology = AT) เทคนิคและวิธีการที่ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐานควรเป็นเทคนิควิธีการที่ง่ายไม่ซับซ้อนยุ่งยาก เหมาะสมกับแต่ละสภาพท้องถิ่นและประชาชนสามารถปฏิบัติได้ เทคนิควิธีการซึ่งหมายรวมถึงแต่วิธีการค้นหาปัญหา ขบวนการในการแก้ปัญหา จนกระทั่งถึงเทคนิคในการแก้ปัญหาโดยชุมชนเอง เช่น การนำระบบประปาที่ทำด้วยปล้องไม้ไผ่ การใช้สมันไพรในชุมชน การใช้ระบบการนวดแผนไทยเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยในชุมชน เป็นต้น เทคนิคเหล่านี้อาจเป็นภูมิความรู้ดั้งเดิมในชุมชนที่มีการถ่ายทอดในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของตนเองมาเป็นเวลาช้านานแล้ว เช่น การให้ยาหรือแพทย์แผนไทยในการรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ บางอย่าง หรือการนวดแผนไทยหรือเป็นภูมิความรู้ใหม่ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่าเหมาะสมกับชุมชนในการแก้ปัญหา เช่น ใช้อาหารเสริมในการแก้ปัญหาโภชนาการ การจัดทำอ่างน้ำเพื่อเก็บน้ำสะอาด เป็นต้น การเรียนรู้ของชุมชนหนึ่งไปยังอีกชุมชนหนึ่ง ในลักษณะที่ประชาชนถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน อาจเกิดขึ้นโดยการสนับสนุนช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ภาครัฐโดยวิธีการที่เรียกว่าการแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีระหว่างหมู่บ้านหรือ TCDV (Technology Cooperation Among Developing Villages) จะทำให้ขบวนการเรียนรู้

เหล่านี้เป็นประโยชน์โดยกว้างขวาง รวดเร็ว ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับประชาชนในการแก้ไขปัญหาของเขาเอง ประชาชนสามารถปฏิบัติได้

3. มีการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented Basic Health Service = RHS) หรือ Health Infrastructure ระบบบริการของรัฐ (BHS) และระบบบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐจะต้องปรับให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐานด้วย ทั้งนี้โดยมีความมุ่งหมายดังนี้

3.1 ต้องให้เกิดการกระจายการครอบคลุมบริการให้ทั่วถึง (Coverage)

3.2 การกระจายทรัพยากรลงสู่มวลชน (Resource Mobilization)

3.3 การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (Referral System)

3.4 เป้าหมายของการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข ก็เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้

3.5 สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมได้อย่างแท้จริง การปรับเปลี่ยนระบบบริการจะต้องมีการดำเนินงานในทุก ๆ ระดับ ไม่ว่าจะเป็นระดับสถานีอนามัยซึ่งอยู่ใกล้ชุมชน โรงพยาบาล ชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ในระดับจังหวัด รวมทั้งสถานบริการเฉพาะทางต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึง เป็นธรรม และได้รับการส่งต่อเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีความจำเป็นในแต่ละระดับของระบบบริการสาธารณสุขนี้จะต้องมีระบบสนับสนุนซึ่งกันและกันไม่ตัดขาดออกจากกันทั้งในเรื่องบริหารจัดการ การฝึกอบรม นิเทศงาน รวมทั้งการรับส่งต่อคนไข้เพื่อการรักษาต่อที่ถูกต้อง ประหยัด เหมาะสมแก่สภาวะการณ์ของโรค นั้น ๆ

4. การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่น ๆ (Intersectoral Collaboration = IC) งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จผลได้ต้องผสมผสานทำงานไปด้วยกันได้ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขเองและงานพัฒนาชนบทต่างกระทรวง คือ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และอื่น ๆ

สำหรับการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขนั้น นับตั้งแต่ที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดนโยบายว่า “ประชาชนทุกคนในโลกจะต้องมีสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543” กระทรวงสาธารณสุขก็ได้เริ่มดำเนินการพัฒนาสาธารณสุขโดยใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีหลักเพื่อจะบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าดังกล่าว โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพกันเอง จัดการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีบทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ เผยแพร่ข่าวสาร เป็นสื่อกลางของการนำเอาความคิด นโยบาย กลวิธีของการพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจน

คอยดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ประชาชน จึงถือว่าอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าต่อการพัฒนางานสาธารณสุขในชุมชนอย่างมาก สำหรับแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 นี้ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายหลักในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ที่มุ่งเน้นในการพัฒนาคนเป็นประการสำคัญ โดยเชื่อว่าคนเป็นปัจจัยชี้วัดความสำเร็จในทุกๆ เรื่อง และสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนได้ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นบุคคลที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนางานสาธารณสุข จึงต้องมีการพัฒนาศักยภาพทั้งในส่วนของ การพัฒนาตามบทบาทหน้าที่ และการพัฒนาตนเองในด้านระดับการศึกษา ตลอดจนชีวิตความเป็นอยู่ ทั้งนี้ก็เพื่อให้อส.สามารถปรับตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสังคมได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดวางระบบการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข กำหนดแนวทางในการให้การสนับสนุนและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อส.) ไว้ดังต่อไปนี้

1. ระบบอาสาสมัครสาธารณสุข

ประเภทและจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข ในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อส.) ซึ่งหมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้นโดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพและจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน ในหมู่บ้านหนึ่ง ๆ จะมีจำนวนอส. ไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น โดยทั่วไปจะมีอส. โดยเฉลี่ยประมาณ 10-20 คนต่อหมู่บ้าน

คุณสมบัติของ อส.

1. เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวกหรือคุ้มให้การยอมรับและนับถือ
2. สม่ครใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ
3. มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำในหมู่บ้านไม่ย้ายถิ่นในระยะเวลา 1-2 ปี และมีความ คล่องตัวในการประสานงาน)
4. อ่านออกเขียนได้

5. เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านการพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน

6. ไม่ควรเป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างของรัฐ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ภิภษุ หรือแพทย์ประจำตำบล

2. วิธีการคัดเลือก

ให้ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุม อสม. กรรมการหมู่บ้านและผู้นำอื่น ๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงเรื่องการคัดเลือกคุณสมบัติ วาระ จำนวน และบทบาทหน้าที่ของอสม. แล้วร่วมกันกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อคัดเลือก อสม. โดยให้กลุ่มผู้นำดังกล่าวเป็นคณะดำเนินการสรรหา

2. แบ่งละแวกบ้านหรือคุ้มบ้าน คุ้มละ 10-15 หลังคาเรือน แล้วชี้แจงให้ทุกบ้านได้รับทราบ

3. เปิดให้ผู้สนใจ และมีคุณสมบัติข้างต้นสมัครเข้าเป็น อสม. แล้วให้คณะผู้ดำเนินการสรรหา อสม. ดำเนินการคัดเลือก โดยจัดให้มีผู้แทนครอบครัวในละแวกหรือคุ้มนั้น ๆ ลงมติโดยให้เสียงส่วนใหญ่เลือกบุคคลเข้าเป็น อสม. ประจำละแวกบ้านหรือคุ้ม วาระการเป็น อสม. กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่ออัตราประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชน และองค์กรหมู่บ้าน

3. การฟื้นฟูสภาพ

1. ฟื้นฟูสภาพตามวาระ

2. ตาย

3. ย้ายที่อยู่

4. ลาออก

5. ประชาชนลงมติให้ฟื้นฟูสภาพ บทบาทของ อสม. เป็นผู้นำในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน

สำหรับหน้าที่และความรับผิดชอบของ อสม. มีดังนี้

1. เป็นผู้สื่อข่าวข่าวสารสาธารณสุข ระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน เช่น นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

2. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยาการรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขภาพิบาล สิ่งแวดล้อม และการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและการสุขภาพิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดเจ็บแผลสด กระดูกหัก ข้อเคล็ด การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย

3. เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การปฐมพยาบาล การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ การส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย เป็นต้น

4. การเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข เช่น การชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามอาหารและขาดธาตุไอโอดีน การติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด และให้บริการชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และตรวจสุขภาพตามกำหนด เป็นต้น

5. หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่ จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

6. เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ.

7. ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

สำหรับกระบวนการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วย

1. การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่

การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่ ในที่นี้หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การสอนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติและมีความรู้ความสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ในเนื้อหาของหลักสูตร เนื้อหาความรู้ที่อบรมแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) : ประกอบด้วย วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลัก ๆ ของประเทศ และการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ในชุมชน กลุ่มความรู้เฉพาะเป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะเวลาการอบรม

กำหนดระยะเวลาในการอบรมความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) และกลุ่มความรู้เฉพาะ โดยทำต่อเนื่องกันในระยะเวลา 3 วัน หลังจากนั้นควรมีการให้ความรู้ต่อเนื่องและฝึกปฏิบัติการให้บริการสาธารณสุขที่สถานอนามัย / โรงพยาบาลชุมชน ตามความเหมาะสมอย่างน้อย 12 ครั้ง

วิธีการอบรม

การจัดการอบรม อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนดำเนินการได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ แต่ทั้งนี้ต้องมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้ อสม.ใหม่ทุกคนสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพ การขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรมและได้รับการประเมินความรู้ความสามารถตามหลักสูตรความรู้ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตร/และบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2. การพัฒนา อสม. ต่อเนื่อง ได้แก่

การพัฒนา อสม. ต่อเนื่อง หมายถึง กระบวนการที่ใช้ในการเสริม เพิ่มเติม หรือฟื้นฟู ความรู้ความสามารถของ อสม. ให้มีความก้าวหน้าต่อเนื่องกันไปตลอดระยะเวลาของการเป็น อสม. เพื่อให้ อสม. มีศักยภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับการแก้ปัญหาและการพัฒนางานของพื้นที่ โดยแบ่งได้เป็น 3 ด้านคือ

1) ด้านความรู้ ทักษะ ในการปฏิบัติงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่ เพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ด้านสาธารณสุขตามความเหมาะสมของคุณวุฒิ สภาพท้องถิ่น และสภาพปัญหาต่อเนื่องกันโดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การฝึกอบรมต่อเนื่อง : คือการจัดการอบรมให้ ความรู้ ทักษะ เพิ่มเติมในเนื้อหาวิชาต่าง ๆ หลังจากที่ได้รับ การฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานแล้ว โดย ควรเลือกวิชาที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติหน้าที่และปัญหาของท้องถิ่น ได้แก่ การวางแผน การ บริหารจัดการโครงการ การบริหารจัดการงานสาธารณสุขในชุมชน การเป็นผู้นำ การสร้าง มนุษย์สัมพันธ์ การประชาสัมพันธ์ ความมีคุณธรรมและจริยธรรม ฯลฯ การฝึกปฏิบัติ (Learning by Doing) : คือ การจัดให้ อสม. ได้เรียนรู้ด้วยการฝึกปฏิบัติงาน เช่น การให้ฝึกปฏิบัติในสถานีอนามัยหรือในโรงพยาบาลชุมชน โดยเป็นผู้ช่วยในการให้บริการแก่ผู้มารับบริการ ฝึกปฏิบัติงาน ใน ศสมช. หรือให้จัดกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาในชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเรียนรู้ด้วย ตนเอง : จากการศึกษาแบบเรียนด้วยตนเอง และเอกสารความรู้ต่าง ๆ การศึกษาดูงานระหว่าง หมู่บ้าน (TCDV) : โดยการจัดให้ อสม. ไปศึกษาดูงานหมู่บ้านอื่นที่มีความก้าวหน้าในการพัฒนา เพื่อเป็นแบบอย่าง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การถ่ายทอดความรู้ด้วยสื่อต่าง ๆ เช่น สื่อทางไกล วิดีโอ เทป การประชุมปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนความรู้ เช่น การประชุม ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การนิเทศติดตาม : เวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน

2) การพัฒนาด้านการศึกษายาสามัญ การพัฒนาการศึกษายาสามัญ ถือเป็น การพัฒนาอีกด้านหนึ่งที่มีความสำคัญควบคู่ไปกับด้านสาธารณสุข เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของ สังคมในปัจจุบัน มีผลต่อการดำเนินชีวิตของทุกคน ดังนั้นการพัฒนาค้น โดยเฉพาะผู้ที่เป็นแกนนำ ให้มีความพร้อมที่จะปรับตัว รู้จักคิด ตัดสินใจ ได้อย่างเท่าทันสังคม เลือกที่จะนำความก้าวหน้า และเทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและชุมชนได้ จึงเป็นเรื่องที่มีความจำเป็น การให้การศึกษาคือเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่ต้องเร่งดำเนินการ นอกจากนี้การพัฒนา อสม. ยังเป็น การตอบสนองต่อนโยบายการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในแผนฯ 8 ซึ่งจากการสำรวจข้อมูล อสม. ทั่วประเทศ จำนวน 653,262 คน พบว่ามีพื้นฐานการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 อยู่ถึง 419,590 คน คิดเป็นร้อยละ 64.23 กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดเป็นเป้าหมายหลักที่ต้อง สนับสนุนให้เรียนจบประถมศึกษาปีที่ 6 และได้ร่วมมือกับกรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวง

ศึกษาธิการ จัดวางแนวทางความร่วมมือจัดการศึกษานอกโรงเรียนให้แก่ อสม. และจัดทำเกณฑ์การเทียบโอนผลการเรียน เพื่อให้ อสม. สามารถนำผลการเรียนที่ได้รับจากการฝึกอบรมและผลการปฏิบัติงานมาเทียบโอนได้ ในบางหมวดวิชาทำให้สามารถเรียนจบได้เร็วกว่าบุคคลธรรมดาทั่วไป

3) ด้านการพัฒนาด้านสังคม การพัฒนาด้านสังคมในที่นี้หมายถึง การให้ความรู้ในแนวกว้างเป็นเรื่องของการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่าง ๆ ในสังคม อาทิเช่น เรื่องความก้าวหน้าของข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีต่าง ๆ การศึกษา การส่งเสริมอาชีพ การย้ายถิ่น แรงงานต่างชาติด การเมืองการปกครอง การกระจายอำนาจ บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ต่อบางสาธารณสุข วัฒนธรรมท้องถิ่นกับสุขภาพ สิ่งแวดล้อม โดยวิธีการสอดแทรกไปในการประชุมต่าง ๆ หรือส่งเสริมให้ อสม. ได้ศึกษาจากสื่อทางไกล เช่น จาการายการโทรทัศน์ของช่องต่าง ๆ โดยเฉพาะช่อง 11 และทางสื่อบุคคล (ETV) ซึ่งในปัจจุบันสิ่งเหล่านี้มีผลเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตและสุขภาพของคนทั่วไป การให้ความรู้พูดคุยกับ อสม. ในเรื่องเหล่านี้ จึงถือว่าเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ชุมชนมีการปรับตัวในทิศทางที่เหมาะสม มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพและการบรรลุคุณภาพชีวิต

ส่วนสวัสดิการและการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่

1. การได้รับสวัสดิการ อสม. มีสิทธิได้รับบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาลฟรี ทั่วครอบครัว ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537

2. การได้รับค่าตอบแทน อสม. ได้รับค่าตอบแทนในการอบรมครั้งแรก การอบรมต่อเนื่อง การอบรมฟื้นฟู (หมวดเงินอุดหนุน) คนละ 100บาท/วัน (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2537)

3. การประกาศเกียรติคุณและเชิดชูเกียรติอาสาสมัครสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ผลักดันให้มีวันสำคัญแก่ อสม. ทั่วประเทศ โดยกำหนดวันที่ 20 มีนาคมของทุกปีเป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ และจัดกิจกรรมภายใต้ชื่อโครงการพัฒนาผู้นำชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน งานเฉลิมฉลอง วัน อสม.แห่งชาติ โดยเริ่มดำเนินงานตั้งแต่ปี 2537 เป็นต้นมามีกิจกรรมที่สำคัญ คือ

3.1 การประกวด อสม. ที่มีผลงานดีเด่นระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับชาติ การประกวดหมู่บ้าน อสม. ดีเด่นระดับจังหวัด และจัดให้มีพิธีรับมอบรางวัลจากนายกรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล

3.2 การมอบเข็มเชิดชูเกียรติ สำหรับ อสม. ที่ปฏิบัติงานครบ 10 ปี และ 20 ปีขึ้นไป

3.3 การจัดงานเฉลิมฉลองในกรุงเทพมหานคร และทุกจังหวัดทั่วประเทศ

3.4 การจัดกิจกรรมรวมพลังเพื่อรณรงค์ด้านสาธารณสุขพร้อมกันทั่วประเทศ

3.5 การจัดให้มีกิจกรรมการศึกษาดูงานของ อสม. ดีเด่นระดับเขต ระดับชาติ และผู้แทนหมู่บ้าน สสม. ดีเด่นระดับจังหวัด โดยกำหนดศึกษาดูงานในประเทศ หรือต่างประเทศ ตามความเหมาะสม

3.6 การเผยแพร่ผลงานดีเด่นของ อสม. และหมู่บ้าน สสม. ดีเด่น ผ่านสื่อมวลชน สาขาต่าง ๆ

3.7 การเสนอผลงานดีเด่นของ อสม. ดีเด่นระดับชาติ เพื่อขอรับเครื่องราชอิสริยาภรณ์ดีริท คุณาภรณ์ และจัดให้มีการรับมอบเครื่องราชฯ ระหว่างการจัดงานเฉลิมฉลองวัน อสม. แห่งชาติ

3.8 การเสนอผลงานดีเด่นของ อสม. ดีเด่นระดับชาติ เพื่อรับรางวัลอาสาสมัครดีเด่นของสภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

อนึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นชาวบ้านที่อาสาเข้าช่วยทำงานของราชการ ช่วยเหลือเพื่อนบ้านและญาติพี่น้องในระแวกบ้านของเขาเองตามที่ได้รับมอบหมาย โดยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ เพื่อประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาและป้องกันปัญหาสุขภาพอนามัย ตลอดจนการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของประชาชนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น แนะนำทางด้านหลักวิชาการและวิธีการที่ถูกต้อง รวมทั้งการช่วยเหลือให้บริการในสิ่งที่เกินความรู้ความสามารถของประชาชนและชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2532, หน้า 87) กรรมการหมู่บ้านเป็นองค์กรชุมชนที่เป็นโครงสร้างหลักของหมู่บ้าน มีบทบาทเชื่อมประสานงานพัฒนาชนบทด้านอื่น ๆ กับงานพัฒนาสาธารณสุข โดยคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการและระเบียบบริหารราชการแผ่นดินของรัฐบาลเสนอให้กรรมการหมู่บ้านควรทำหน้าที่ดังนี้

1. ให้ความเห็นชอบโครงการและแผนงานของส่วนราชการต่าง ๆ ที่จะดำเนินการในหมู่บ้าน
2. กำหนดโครงการและแผนงาน งานที่จะดำเนินการตามที่ได้รับจัดสรรงบประมาณ หรือเงินอุดหนุนพิเศษ
3. กำหนดโครงการและแผนงานที่จะดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ของผู้ใหญ่บ้าน
4. เสนอข้อแนะนำและให้คำปรึกษาต่อผู้ใหญ่บ้าน
5. ประนีประนอมข้อพิพาทระหว่างราษฎร
6. รวบรวมได้อื่น ๆ จากท้องที่เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในกิจกรรมและโครงการที่หมู่บ้านต้องการ
7. งานนโยบายพิเศษอื่น ๆ

สำหรับบทบาทของกรรมการหมู่บ้านด้านการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพดี
ถ้วนหน้า คือ

1. จัดทำ/รวบรวมข้อมูลข่าวสารในหมู่บ้าน
2. สืบหาข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)
3. วางแผนแก้ปัญหา จปฐ. ที่ไม่เข้าเกณฑ์
4. พัฒนากำลังคนในหมู่บ้าน ได้แก่ กิจกรรมฝึกอบรม การศึกษาดูงาน เป็นต้น คัดเลือก
ชาวบ้านมาร่วมดำเนินงาน ได้แก่ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มต่าง ๆ ของหมู่บ้าน
แลกเปลี่ยนความรู้ ศึกษาดูงานระหว่างหมู่บ้าน ถ่ายทอดเทคโนโลยีและจัดการอบรม
5. จัดตั้งองค์กรด้านต่าง ๆ เช่น ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุ และ
กลุ่มอาชีพต่าง ๆ
6. จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)
7. จัดตั้งกองทุน

8. บริหารจัดการการพัฒนาหมู่บ้านและติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาหมู่บ้าน

นอกจากนี้ยังมีกองทุนหรือการระดมทุนที่สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุข
มูลฐานได้สนับสนุนให้ชุมชนจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน เพื่อผลประโยชน์ของคน
ในชุมชน โดยเริ่มแรกเกิดจากภาครัฐให้การสนับสนุนในเรื่องการจัดสรรงบประมาณยาและ
เวชภัณฑ์ที่จำเป็น พร้อมจัดการอบรมให้ความรู้ ทั้งนี้การดำเนินงานต้องอาศัยความร่วมมือของ
ประชาชน และองค์กรชุมชนร่วมกับ ผสส. (ผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข) และ อสม. (อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) มีการบริหารงานในรูปของคณะกรรมการ และระดมทุนจากชาวบ้าน
โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ การจัดหายาที่จำเป็นไว้ในหมู่บ้าน การลดปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง
และการป้องกันการบริโภคยามากเกินความจำเป็น

ในส่วนของคุณวุฒิของข่าวสาร สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานได้พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่กระจัดกระจายขึ้นมาจัดเป็นหมวดหมู่เพื่อการใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่
โดยสนับสนุนให้จัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารระดับหมู่บ้านขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งคือ

- 1) เป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลของหมู่บ้าน
- 2) เพื่อให้มีการนำเสนอข้อมูลของหมู่บ้านและปรับข้อมูลให้ทันสมัย
- 3) เป็นแหล่งศึกษาข้อมูลของประชาชนและกรรมการหมู่บ้านในการคัดกรองปัญหาของหมู่บ้าน ตลอดจนใช้ข้อมูลเหล่านั้นในการวางแผนพัฒนาหมู่บ้าน
- 4) เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างหมู่บ้าน (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2536, หน้า 69)

นอกจากนี้ในการดำเนินงานตามโครงการเร่งรัดพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุ

สุขภาพที่ดีถ้วนหน้าโดยกลวิธีทางการสาธารณสุขมูลฐาน ได้กำหนดตัวชี้วัดให้พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเป็นตัวชี้วัดผลสำเร็จตัวหนึ่ง โดยได้กำหนดว่าในหมู่บ้านจะต้องมีข้อมูล 6 ประเภทในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของหมู่บ้าน 2) สรุป จปฐ. 3) แผนที่หมู่บ้าน 4) คำประกาศของหมู่บ้าน 5) แผนการแก้ไขปัญหาย จปฐ. ในหมู่บ้าน 6) ข้อมูลแสดงสถานการณ์ของเครื่องชี้วัดทั้ง 3 กลุ่ม (คณะกรรมการการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า, กระทรวงสาธารณสุข, 2536)

ท้ายสุดสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2534, หน้า 35-38) ได้กำหนดบทบาท/กิจกรรมของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ตามองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารหมู่บ้าน

1.1 สํารวจข้อมูลหญิงมีครรภ์ เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ กลุ่มเสี่ยง แหล่งแพร่โรคและอื่น ๆ 3 ครั้งต่อปี

1.2 ประชุมนำเสนอข้อมูลและวางแผนร่วมกับชุมชน/กรรมการหมู่บ้าน 3 ครั้งต่อปี

2. การให้บริการที่จำเป็น

2.1 งานโภชนาการ

2.1.1 การชั่งน้ำหนักเด็กอายุ 0-5 ปี และร่วมกันแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหารและไอโอดีน 4 ครั้งต่อปี

2.2 งานอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว

2.2.1 ติดตามหญิงมีครรภ์ให้ไปฝากครรภ์และตรวจครรภ์ตามกำหนด และให้ชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์ทุกเดือน

2.2.2 ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้มาตรวจสุขภาพตามกำหนดทุกเดือน

2.2.3 จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดทุกเดือน

2.3 งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

- ติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด 6 ครั้งต่อปี

2.4 การควบคุมโรคประจำถิ่น

2.4.1 การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในช่วงฤดูฝน 4 เดือน

2.4.2 สํารวจสุนัข และช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฉีดวัคซีนสุนัข และกำจัดสุนัขเถื่อนในช่วงฤดูแล้ง 3 เดือน

- 2.4.3 การเก็บอุจจาระส่งตรวจหาไข่พยาธิทุกเดือน
- 2.4.4 การเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรคทุกเดือน
- 2.5 การจัดหาแหล่งน้ำสะอาดและการกำจัดสิ่งปฏิกูล
 - 2.5.1 การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์พาหะนำโรค (แมลงวัน หนู) ในช่วงฤดูหนาวและฤดูแล้ง 7 เดือน
 - 2.5.2 สาธิตการเติมคลอรีนในน้ำบริโภคในช่วงฤดูแล้ง 3 เดือน
- 2.6 การรักษาพยาบาลเบื้องต้น
 - 2.6.1 รักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการทุกเดือน
 - 2.6.2 การปฐมพยาบาลผู้ป่วยก่อนส่งต่อทุกเดือน
- 2.7 การจัดหายาที่จำเป็น
 - 2.7.1 จัดหาและจำหน่ายยาสามัญประจำบ้านทุกเดือน
 - 2.7.2 แนะนำการใช้สมุนไพรทุกเดือน
- 2.8 งานทันตสาธารณสุข
 - 2.8.1 จัดนิทรรศการสาธิตการแปรงฟัน 4 ครั้งต่อปี
 - 2.8.2 จัดหาและจำหน่ายยาสีฟัน แปรงสีฟัน ทุกเดือน
- 2.9 สุขภาพจิตชุมชน
 - 2.9.1 จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและร่วมประชุม ทุกเดือน
 - 2.9.2 จัดกิจกรรมออกกำลังกาย ทุกเดือน
- 2.10 การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยในชุมชนและโรคไม่ติดต่อ
 - 2.10.1 วัดความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยง รณรงค์สำรวจ 2 ครั้งต่อปี
 - 2.10.2 ตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะในกลุ่มเสี่ยง รณรงค์สำรวจ 2 ครั้งต่อปี
 - 2.10.3 จัดกลุ่มป้องกันอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุชุมชนทุกเดือน
 - 2.10.4 จัดศูนย์ชุมชนบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทุกเดือน
- 2.11 การคุ้มครองผู้บริโภค
 - จัดกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อเฝ้าระวังการจำหน่ายยาชุดในร้านค้าในหมู่บ้านทุกเดือน
- 2.12 การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์
 - จัดกลุ่มป้องกันแหล่งเผยแพร่โรคเอดส์ในชุมชนเพื่อคุ้มครองประชาชนจากการติดเชื้อเอดส์ทุกเดือน

2.13 การควบคุมและป้องกันสิ่งแวดล้อม

2.13.1 ตรวจคุณภาพแหล่งน้ำบริเวณของชุมชน 3 ครั้งต่อปี

2.13.2 เติมคลองในแหล่งน้ำที่มีปัญหาด้านแบคทีเรีย 3 ครั้งต่อปี

3. การถ่ายทอดความรู้ตามกิจกรรมบริการและปัญหาชุมชน

3.1 การถ่ายทอดความรู้รายบุคคลทุกเดือน

3.2 การถ่ายทอดความรู้รายกลุ่มทุกเดือน

3.3 การถ่ายทอดความรู้โดยผ่านสื่อมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น หอกระจายข่าวสารหมู่บ้าน ทุกเดือน

3.4 การถ่ายทอดความรู้โดยผ่านทาง ศสมช. เช่น การจัดนิทรรศการ การสาธิต ทุกเดือน

3.5 การจัดรณรงค์กิจกรรมต่าง ๆ ตามปัญหาที่พบ

2. แนวคิดการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน

การพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน หมายถึง การที่ชุมชนมีความสามารถในการดำเนินงานสาธารณสุขของชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ด้วยการระดมสรรพกำลังจากภายในและภายนอกชุมชน การบริหารจัดการงานสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน โดยชุมชนในที่นี้ หมายถึง หมู่บ้านในเขตชนบทและชุมชนที่อยู่ในเขตเมือง

สำหรับทิศทางการพัฒนาเพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชนแบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ คือ

1. องค์กร/กำลังคน หมายถึง กลุ่มคน องค์กร บุคคลของชุมชนที่รับผิดชอบดำเนินกิจกรรมการพัฒนาของชุมชน โดยเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความรู้ด้านต่าง ๆ รวมตัวกันเป็นองค์กรด้วยกระบวนการของชุมชนเอง มีอุดมการณ์ร่วมกัน และมีวัตถุประสงค์ขององค์กรเพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของชุมชนอย่างต่อเนื่อง องค์กรมีความร่วมมือกันวางแผนดำเนินงานร่วมกัน และมีเครือข่ายของความร่วมมือช่วยเหลือกันทั้งภายในและภายนอกชุมชน

2. ทุน หมายถึง มีทุนที่ใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนางานในหมู่บ้าน ซึ่งหมายรวมถึงทุนที่เป็นเงิน ความรู้ ภูมิปัญญา วัฒนธรรม ทรัพยากรธรรมชาติต่าง ๆ โดยชุมชนจะต้องมีการระดมทุนด้วยวิธีการต่าง ๆ และมีการบริหารจัดการให้เกิดการหมุนเวียนของทุน และนำผลประโยชน์ไปใช้เพื่อการพัฒนาในชุมชน

3. การบริหารจัดการ หมายถึง ชุมชนมีการจัดการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานในชุมชน โดยต้องมีการนำข้อมูลที่เป็นปัจจุบันมาใช้ประโยชน์ มีการวางแผน และดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาที่ตรงกับความต้องการของชุมชน โดยมีการนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้อย่างคุ้มค่า มีการเพิ่มคุณค่าของทรัพยากร หรือจัดการเพื่อทดแทนทรัพยากรที่นำมาใช้และจัดสรรประโยชน์ที่เกิดขึ้นแก่ประชาชนทุกกลุ่มอย่างทั่วถึงเป็นธรรม

4. กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน หมายถึง ชุมชนมีกระบวนการเรียนรู้และถ่ายทอดความรู้สู่สมาชิกในชุมชน โดยต้องมีการใช้ประโยชน์จากแหล่งความรู้ในหมู่บ้าน มีกิจกรรมถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มบุคคลที่หลากหลายทั้งภายในชุมชนเองและถ่ายทอดสู่ชุมชนอื่น

5. การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาต่าง ๆ ของหมู่บ้านด้วยจิตสำนึกของความเป็นเจ้าของ โดยเป็นกลุ่มบุคคลที่หลากหลายและเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมประเมินผลตรวจสอบ

3. แนวคิดและทฤษฎีบทบาทและการปฏิบัติตามบทบาท

พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา อังกฤษ – ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ปี 2524 ได้อธิบายความหมาย “บทบาท” (Role) คือ การทำหน้าที่หรือพฤติกรรมที่สังคมกำหนดและคาดหวังให้บุคคลกระทำ

ทิตยา สุวรรณ (2510, หน้า 9-10) ได้แบ่งบทบาทออกเป็น

1. บทบาทตามอุดมคติ (Ideal Role) หรือบทบาทที่ผู้ดำรงตำแหน่งทางสังคมควรจะปฏิบัติ เช่น พ่อต้องรักลูก ตลอดจนอบรมเลี้ยงดูให้การศึกษาแก่บุตร

2. บทบาทที่ปฏิบัติจริง (Actual Role) หรือบทบาทที่ผู้ดำรงตำแหน่งทางสังคมจะต้องปฏิบัติ เช่น พ่อแม่รักลูกก็มักจะแสดงความรักด้วยการพุดจา ให้อาหาร หรือชื่นชมอยู่ในใจ บทบาทที่เป็นจริงนี้จะเป็นเรื่องของการนำเอาบทบาทตามอุดมคติมาแบ่งและดัดแปลงให้เข้ากับเหตุการณ์หรือบทบาทที่ปฏิบัติจริงนี้เป็นผลรวมของ

- บทบาทตามอุดมคติ
- บุคลิกภาพของผู้ดำรงฐานะตำแหน่ง
- อารมณ์ขณะแสดงบทบาทและอุปกรณ์ของผู้ดำรงตำแหน่งที่มีอยู่
- ปฏิกริยาของผู้ที่เกี่ยวข้อง

Broom and Selznick (1973, p.36 อ้างใน ธีรวิวัฒน์ เต็มศิริกุล, 2537, หน้า 32) ได้กล่าวถึงบทบาทว่าประกอบด้วยลักษณะต่าง ๆ 3 ประการ คือ

1. บทบาทในอุดมคติ หรือสิ่งที่สังคมกำหนดไว้ (The Socially Prescribed or Ideal Role) เป็นบทบาทในอุดมคติที่มีการกำหนดสิทธิหน้าที่ตามตำแหน่งทางสังคม
2. บทบาทที่ควรกระทำ (The Perceived Role) เป็นบทบาทที่แต่ละบุคคลเชื่อว่าควรกระทำตามตำแหน่งที่ได้รับ ซึ่งอาจจะไม่เหมือนบทบาทในอุดมคติหรืออาจจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล
3. บทบาทที่กระทำจริง (The Performed Role) เป็นบทบาทที่บุคคลกระทำไปจริง ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความคาดหวัง และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ตลอดจนความกดดันและโอกาสในแต่ละสังคมในระยะเวลาหนึ่ง ๆ และยังรวมถึงบุคลิกภาพและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลด้วย

พิศวง ธรรมพันทา (2523, หน้า 62) ได้ให้ทัศนะว่าบทบาทเป็นการปฏิบัติหน้าที่หรือการแสดงออกตามความคิดหรือคาดหวังเมื่ออยู่ภายใต้สถานการณ์ทางสังคมอย่างหนึ่ง โดยถือเอาฐานะหรือหน้าที่ทางสังคมของผู้ดำรงตำแหน่งเป็นมูลฐาน

ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์ (2526, หน้า 91) ได้กล่าวว่า บทบาทเป็นสิ่งเชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับองค์กร แสดงถึงพฤติกรรมของคนในองค์กรที่คาดว่าจะแสดงออก บทบาทเกิดจากผลของการเกี่ยวข้องกันขององค์การที่เป็นทางการ เทคนิควิทยาการ องค์การที่ไม่เป็นทางการและความคาดหวังของบุคคลในงานที่ทำ

การแสดงบทบาท

Ralph Linton (1956, pp.42-62 อ้างใน ธีรวิวัฒน์ เต็มศิริกุล, 2537, หน้า 34) ได้ให้แนวคิดในเรื่องทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ไว้ว่า การที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่กำหนดไว้ได้ดีหรือไม่ ย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบดังนี้

1. ลักษณะเฉพาะของสังคมหรือของชุมชน
2. วัฒนธรรม ประเพณี และความปรารถนาของสังคมที่เกี่ยวข้อง
3. บุคลิกภาพ และความจำเป็นของเจ้าของบทบาท

Gordon Allport (1967, pp.181-184 อ้างใน ธีรวิวัฒน์ เต็มศิริกุล, 2537, หน้า 33) ได้ให้ความหมายของบทบาทไว้ว่า เป็นความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลในขณะครองตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งเมื่ออยู่ในกลุ่มคน ดังนั้นการแสดงออกเฉพาะในขณะที่ยังดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้

1. บทบาทที่สังคมคาดหวัง (Role Expectation) คือ บทบาทที่มีอยู่ในสังคมของเรา เป็นบทบาทที่บุคคลในสังคมคาดหวังให้บุคคลอื่นปฏิบัติเมื่อดำรงอยู่ในตำแหน่งหนึ่งในสังคม

2. บทบาทตามแนวคิดตนเอง (Role Conception) คือ การที่บุคคลมองเห็นหรือคาดหวังว่าตนเองควรมีบทบาทอย่างไร โดยเขาจะวาดภาพของบทบาทของเขาไปตามวิถีทางของเขาเอง ซึ่งอาจจะสอดคล้องกับความหวังของสังคมหรือไม่ก็ได้

3. การยอมรับบทบาท (Role Acceptance) คือ การยอมรับบทบาทของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นภายหลังจากที่เขาได้มองเห็นแล้วว่า บทบาทนั้นมีความสำคัญต่อตนเอง ทำให้เกิดความมั่นคงอบอุ่น หรือว่าขัดแย้งกับแนวทางที่สังคมกำหนดไว้น้อยที่สุด

4. การปฏิบัติตามบทบาท (Role Performance) คือ การปฏิบัติตามบทบาทของบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับบทบาททั้ง 3 บทบาทที่กล่าวมาแล้ว

สมยศ นาวิการ (2521, หน้า 139–142) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของบุคคลใดบุคคลหนึ่งไว้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational Factors) ประกอบด้วย

1.1 สภาพแวดล้อมในการทำงาน จนกระทั่งถึงโชคหรือเคราะห์

1.2 อุปกรณ์และวัตถุดิบที่จะใช้ในการดำเนินงาน

2. การรับรู้ทางด้านบทบาท (Role Perception) เป็นแนวทางที่บุคคลให้ความหมายของเขาประเภทของกำลังความพยายามที่เขาเชื่อว่า จะมีความสำคัญต่อผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ความรู้ทางด้านบทบาทจะเกี่ยวพันระหว่างกันกับความสามารถและแรงจูงใจ และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม Porter and Lawler ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ถ้าหากว่าการรับรู้ทางด้านบทบาทไม่ถูกต้องแล้ว ผลการปฏิบัติงานจะเท่ากับศูนย์ ถึงแม้ว่าความสามารถและแรงจูงใจจะอยู่ในระดับสูงก็ตาม ความสามารถและทักษะ (Abilities and Skill) ความสามารถจะเป็นคุณลักษณะของบุคคล ความสามารถหลาย ๆ อย่างอาจจะเรียนรู้ในระหว่างที่อยู่ในวัยเด็กและวัยรุ่น

3. ส่วนทักษะหมายถึงระดับความเชี่ยวชาญในงานเฉพาะอย่าง ความสามารถจะมีความสัมพันธ์กับทักษะ บุคคลที่มีความสามารถเบื้องต้นเฉพาะอย่างจะเรียนรู้ทักษะที่เกี่ยวข้องได้ดีกว่า

4. กระบวนการจูงใจ (The Motivation Process) การจูงใจอาจนับได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญอย่างสามที่เป็นตัวกำหนดผลการปฏิบัติงานของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

ทัศนาศา บัญทอง (2525, หน้า 93-94) ได้ให้แนวคิดในเรื่องของมโนทัศน์ของทฤษฎีบทบาทว่า บทบาทหน้าที่ตามตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งนั้นได้ถูกคาดหวังจากสังคมรอบด้าน เช่น จากผู้อยู่ในตำแหน่งอื่น ๆ รอบตัว (ผู้ร่วมงาน) รวมทั้งตัวเราด้วย สิ่งเหล่านั้นเกิดจากกระบวนการซึ่งเรียกว่า กระบวนการสังคม (Socialization) ถ้าความคาดหวังจากทุกฝ่ายไม่ตรงกัน และผู้ดำรงตำแหน่งในบทบาทไม่สามารถปรับให้มีความพอดีก็จะเกิดปัญหาต่อความขัดแย้งในบทบาทหรือความล้มเหลวในบทบาทได้ และผลที่ตามมาก็คือความล้มเหลวของงาน ดังนั้นการแสดงบทบาทของบุคคลตามตำแหน่งหน้าที่จะเป็นไปได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง และที่สำคัญได้แก่

1. ความเข้าใจในบทบาทที่ตนต้องแสดงหรือต้องปฏิบัติ
2. ประสบการณ์ของผู้ที่ต้องแสดงบทบาทนั้น
3. บุคลิกภาพของผู้แสดงบทบาทนั้น

4. แนวคิดเกี่ยวกับกฎบัตรออกอตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion)

เป็นเวลาเกือบทศวรรษหลังคำประกาศอัลมา อะตา ว่าด้วยเป้าหมายแห่ง “สุขภาพดีถ้วนหน้า” และยุทธศาสตร์แห่ง “การสาธารณสุขมูลฐาน” องค์การอนามัยโลกก็ได้หันมาผลักดันแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง โดยการจัดประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1 “การเคลื่อนไปสู่การสาธารณสุขยุคใหม่” ระหว่างวันที่ 17-21 พฤศจิกายน 2529 ณ กรุงออกอตตาวา ประเทศแคนาดา ซึ่งได้มีการประกาศ “กฎบัตรออกอตตาวา” ว่าด้วยยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่อันลือชื่อ เพื่อการปฏิบัติให้บรรลุสภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 การประชุมครั้งนี้จัดขึ้นเพื่อเป็นการตอบสนองความคาดหวังที่เพิ่มมากขึ้นในอันที่ได้เห็นการเคลื่อนไปสู่การสาธารณสุขแนวใหม่ของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก การจัดประชุมครั้งนี้จัดขึ้นบนพื้นฐานของความสำเร็ภายหลังการประกาศเจตนารมณ์ เรื่อง การสาธารณสุขมูลฐานที่กรุงอัลมา-อะตา โดยเชื่อมโยงถึงเอกสารองค์การอนามัยโลกว่าด้วยเป้าหมายต่าง ๆ ของการดำเนินงานเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าและข้อโต้แย้งในระหว่างการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกก่อนหน้าการประชุมนี้ ในประเด็นที่เกี่ยวกับกิจกรรมร่วมขององค์กรเพื่อสุขภาพ ซึ่งสาระสำคัญของแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพมีดังต่อไปนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนเราในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ในการที่จะบรรลุสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถป้องกันและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเองและสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้นสุขภาพจึงถูกมองเป็นทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับชีวิตประจำวัน มิใช่เพียงเป้าหมายของการดำรงชีวิต สุขภาพเป็นคำที่มีความหมายในทางบวกเน้นที่ความสำคัญของทรัพยากรบุคคลและสังคมเช่นเดียวกับสมรรถภาพทางร่างกาย ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงมิใช่อยู่ในความรับผิดชอบของภาคสาธารณสุขเท่านั้น หากแต่ขยายออกไปสู่เรื่องของ การมีวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพจนไปถึงเรื่องของสุขภาพโดยรวม

2. ปัจจัยกำหนดที่เอื้อให้เกิดสุขภาพ (Prerequisites for Health)

เงื่อนไขและทรัพยากรพื้นฐานที่จะเอื้อให้เกิดสุขภาพ ได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศที่มั่นคง ทรัพยากรที่มั่นคง ความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันทางสังคม การปรับปรุงสภาวะสุขภาพจำเป็นจะต้องมีรากฐานมั่นคงของปัจจัยกำหนดเงื่อนไขพื้นฐานต่าง ๆ เหล่านี้

3. กลยุทธ์แห่งการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ

ในการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ จะต้องอาศัยกลยุทธ์ (Strategy) 5 ประการดังนี้

3.1 สร้างนโยบายเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy)

โดยที่การส่งเสริมสุขภาพมีขอบเขตกว้างขวางไปนอกภาคสาธารณสุข เรื่องของสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่พึงอยู่ในหัวข้อการพิจารณาของผู้กำหนดนโยบายในทุกสาขาและทุกระดับที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นตระหนักถึงผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพที่จะเกิดจากการตัดสินใจของเขา และให้เขายอมรับในความรับผิดชอบของเขาต่อสุขภาพด้วย นโยบายส่งเสริมสุขภาพต้องกำหนดวิธีการที่หลากหลายแต่สอดคล้องและสนับสนุนกันโดยอาศัยวิถีทางนิติบัญญัติ การเงินการคลัง ภาษี และการเปลี่ยนแปลงการจัดรูปองค์กร การประสานกิจกรรมที่จะนำไปสู่สุขภาพ รายได้ และนโยบายต่าง ๆ ทางสังคมที่เสริมสร้างความเสมอภาคให้มากยิ่งขึ้นกว่าเดิม กิจกรรมร่วมเหล่านี้จะส่งเสริมให้เกิดบริการและสินค้าต่าง ๆ ที่ปลอดภัยและเสริมสุขภาพมากขึ้น บริการสาธารณะที่ถูกสุขลักษณะมากขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและน่ารื่นรมย์กว่าเดิมด้วย

นโยบายส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องมีการค้นหาอุปสรรคที่ขัดขวางการยอมรับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในองค์กรภาคีอื่น ๆ ที่ไม่ใช่องค์กรในภาคสุขภาพ และหาทางขจัดอุปสรรคดังกล่าว ทั้งนี้โดยมีเป้าหมายให้ผู้กำหนดนโยบายในองค์กรอื่น ๆ ตัดสินใจยอมรับทางเลือกเพื่อสุขภาพได้ง่ายขึ้นกว่าเดิมด้วย

3.2 สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment)

สังคมต่าง ๆ ของเรามีความสลับซับซ้อนและเชื่อมโยงกัน เป้าหมายด้านสุขภาพจึงมีอาจแยกออกจากเป้าหมายด้านอื่น ๆ โยงใยที่ตัดขาดไม่ได้ระหว่างมนุษย์เราและสิ่งแวดล้อมจึงเป็นรากฐานสำคัญในการคิดค้นหาวิถีทางด้านสังคมและนิเวศวิทยาเพื่อพัฒนาสุขภาพ หลักการที่จะชี้นำในภาพรวมต่อโลก ประเทศต่าง ๆ ภูมิภาคทั้งหลาย ตลอดจนชุมชนต่าง ๆ ในแนวทางเดียวกันคือ ความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพงานอนุรักษ์และช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ทั้งชุมชนและสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติของเราควรจะต้องยกย่องว่า การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติทั่วโลกเป็นหน้าที่ของประชาคมโลก การเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตการทำงานและการพักผ่อน มีผลกระทบอันสำคัญต่อสุขภาพการทำงานและการพักผ่อน จะเป็นปัจจัยประการหนึ่งที่ส่งผลไปถึงสุขภาพของมวลมนุษยชาติ วิธีที่สังคมจัดระบบการงานอาจช่วยเสริมสร้างสังคมสุขภาพได้ดี งานส่งเสริมสุขภาพช่วยเสริมสร้างเงื่อนไขต่าง ๆ ทางด้านการดำรงชีวิตและการทำงานที่มีความปลอดภัย ไร้ใจ พึงพอใจ และสนุกสนาน การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของเทคโนโลยี การปฏิบัติงาน พลังงาน การผลิต และการเติบโตของเขตเมือง เป็นมาตรการที่จำเป็นและต้องตามมาด้วยการจัดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลบวกต่อสุขภาพอนามัยของสาธารณชน การปกป้องรักษาสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติและที่สร้างสรรค์ขึ้น รวมทั้งการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ ควรจะผนวกอยู่ในกลวิธีการส่งเสริมสุขภาพในทุกกรณี

3.3 เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action)

การส่งเสริมสุขภาพจะต้องดำเนินการโดยอาศัยกิจกรรมชุมชนที่มีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม ทั้งในการจัดลำดับความสำคัญ การตัดสินใจ การวางแผน กำหนดกลวิธีต่าง ๆ และการดำเนินการตามกลวิธีเหล่านั้นเพื่อให้บรรลุสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม หัวใจของการดำเนินงานตามกระบวนการดังกล่าว ได้แก่ การให้ชุมชนมีอำนาจ ให้เกิดความเป็นเจ้าของและควบคุมงานที่ตนเองริเริ่ม รวมทั้งอนาคตของชุมชนเอง การพัฒนาชุมชนจำเป็นต้องระดมทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งวัตถุและบุคคลภายในชุมชน เพื่อยกระดับการพึ่งตนเองได้และการสนับสนุน

จากสังคม รวมทั้งพัฒนาระบบที่ยืดหยุ่นได้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่การมีส่วนร่วมของ
สาธารณชน และการชี้แนะในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งนี้โดยชุมชนจะต้องเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร
โอกาสต่าง ๆ ในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพและงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

3.4 พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills)

การส่งเสริมสุขภาพช่วยในการพัฒนาบุคคลและสังคม โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร
การศึกษาเพื่อสุขภาพและเพิ่มทักษะต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต การกระทำเช่นนี้จำเป็นต้องเพิ่ม
ทางเลือกต่าง ๆ ได้แก่ ประชาชนจะสามารถควบคุมสภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเอง
มากขึ้น สามารถเลือกทางเลือกที่จะเกื้อหนุนต่อสุขภาพและเพิ่มโอกาสต่อการพัฒนาสุขภาพ

การส่งเสริมให้ประชาชนได้สามารถเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อให้ตนเองมีความพร้อม
ที่จะเข้าสู่การดำเนินชีวิตในวัยต่าง ๆ รวมทั้งการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับโรคเรื้อรังและบาดเจ็บ
ต่าง ๆ ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ นับว่าเป็นสิ่งจำเป็น กระบวนการนี้จะต้องจัดให้มีตั้งแต่ในโรงเรียน บ้าน
ที่ทำงาน และภายในชุมชนเอง ทั้งนี้โดยเรียกร้องให้องค์กรต่าง ๆ ทางด้านการศึกษา วิชาชีพ ธุรกิจ
และองค์กรอาสาสมัคร มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและจัดกิจกรรมภายในองค์กรเองด้วย

3.5 การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services)

ความรับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพในการจัดบริการสาธารณสุข เป็นภาระ
รับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข สถาบันบริการสาธารณสุขและ
รัฐบาล จะต้องทำงานร่วมกันเพื่อมุ่งไปสู่สุขภาพของประชาชน บทบาทขององค์กรสุขภาพจะต้อง
เคลื่อนไปในทิศทางของการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้นนอกเหนือจากความรับผิดชอบในการให้
บริการทางด้านการตรวจรักษาผู้ป่วย บริการสาธารณสุขจะต้องเพิ่มงานในหน้าที่ให้กว้างขวางขึ้น
ทั้งนี้จะต้องหันมาทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น โดยจะต้องมีพันธะในการสนับสนุนให้
บุคคลและชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ในลักษณะที่ไวต่อปัญหาและสอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชน
นอกจากนี้ยังต้องเปิดกว้างในการร่วมมือระหว่างองค์กรภาคสุขภาพกับองค์กรอื่น ๆ ทางด้านสังคม
การเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้กว้างขวางขึ้น

การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องมีรากฐานความใส่ใจในเรื่องการ
วิจัยด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางการศึกษาและหลักสูตรการฝึกอบรม
บุคลากรสาธารณสุขสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนเจตคติ การปรับทิศทาง
และการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่เน้นการมองปัญหาของปัจเจกบุคคลในฐานะเป็นคนทั้งคน
โดยสมบูรณ์

4. บทบาทของบุคลากรสาธารณสุข

ในการดำเนินกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการดังกล่าว บุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องมีบทบาทในการชี้นำ (Advocacy) ด้านสุขภาพเพื่อสร้างสภาวะหรือปัจจัยที่เอื้อต่อสุขภาพ การเพิ่มความสามารถ (Enabling) ให้คนเราทุกคนบรรลุถึงศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพ การไกล่เกลี่ย (Mediating) ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคมเพื่อจุดหมายด้านสุขภาพและกำหนดสภาวะสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเต็มศักยภาพ เพื่อให้บรรลุความเท่าเทียมกันทางสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น การชี้นำ (Advocacy)

สุขภาพดีเป็นทรัพยากรสำคัญประการหนึ่งของการพัฒนาทางเศรษฐกิจสังคมและส่วนบุคคล รวมทั้งเป็นมิติที่สำคัญประการหนึ่งของคุณภาพชีวิต ปัจจัยต่าง ๆ ทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และชีววิทยา สามารถมีผลกระทบทั้งทางสนับสนุนและทางบั่นทอนต่อสุขภาพ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพมุ่งที่จะช่วยให้เงื่อนไขเหล่านี้เป็นไปในทางสนับสนุนโดยการชี้นำเรื่องสุขภาพ

การเพิ่มความสามารถ (Enabling) นั้น การส่งเสริมสุขภาพมุ่งไปที่การบรรลุความเสมอภาคทางสุขภาพ การกระทำเพื่อการส่งเสริมมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดข้อแตกต่างทางสภาวะสุขภาพในปัจจุบันและสร้างความมั่นใจว่าทุกคนจะมีโอกาสและทรัพยากรต่าง ๆ ที่เท่าเทียมกัน เพื่อเพิ่มความสามารถของทุกคนให้มีสุขภาพดีที่สุดที่เขาจะทำได้ ซึ่งรวมถึงการมีรากฐานที่มั่นคงภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทักษะการดำรงชีวิต และโอกาสต่าง ๆ ในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ถูกสุขลักษณะ คนเราไม่ว่าชายหรือหญิงจะไม่บรรลุถึงการมีศักยภาพด้านสุขภาพที่ดีที่สุดได้ เว้นแต่เขาสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวกำหนดสภาวะสุขภาพของตนเอง

ส่วนการไกล่เกลี่ย (Mediating) มีปัจจัยกำหนดและความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพ ไม่อาจให้ความมั่นใจได้โดยองค์กรในภาคสุขภาพโดยลำพังเท่านั้น ที่สำคัญยิ่งไปกว่านั้นคือการส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยกิจกรรมอันเกิดจากความร่วมมืออย่างใกล้ชิดของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นรัฐบาล องค์กรภาคสุขภาพ องค์กรภาคสังคมและเศรษฐกิจอื่น ๆ องค์กรเอกชน องค์กรภาคอาสาสมัคร องค์กรภาคท้องถิ่น องค์กรภาคอุตสาหกรรม และสื่อมวลชน คนทุกเพศทุกวัยและสาขาวิชาชีพจะต้องมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่น ๆ รวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพ มีหน้าที่หลักเป็นตัวกลางไกล่เกลี่ยกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคมเพื่อจุดหมายด้านสุขภาพ กลวิธีและแผนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพควรปรับให้สอดคล้องกับความต้องการของท้องถิ่นและความเป็นไปได้ในแต่ละประเทศหรือแต่ละภูมิภาค โดยคำนึงถึงระบบสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน

5. การเคลื่อนไปสู่อนาคต (Moving into the Future)

สุขภาพได้รับการส่งเสริมและดำรงอยู่ได้ด้วยคนภายใต้แฉວຂອງชีวิตประจำวัน ซึ่งมีทั้งการเรียนรู้ การทำงาน การละเล่น และความรู้สึกสุขภาพดีที่กำเนิดขึ้นได้จากการเอาใจใส่ตน และต่อบุคคลอื่น ๆ โดยความสามารถในการตัดสินใจและการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของแต่ละคน และโดยแน่ใจได้ว่าสังคมที่เราแต่ละคนอาศัยอยู่สามารถจะสร้างเงื่อนไขต่างๆ ที่จำเป็นต่อการบรรลุสภาวะสุขภาพดีโดยสมาชิกของสังคมนั้น ๆ การดูแลเอาใจใส่ การคำนึงถึงองค์รวม และนิเวศวิทยาเป็นเรื่องจำเป็นยิ่งในการกำหนดกลวิธีการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงควรที่จะคำนึงถึงหลักการที่ชี้แนะว่า ในทุกขั้นตอนของการวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผลกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงและชายควรจะเป็นแนวร่วมซึ่งมีสิทธิเท่าเทียมกัน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิททอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2530) ศึกษาปัญหาและทางออกของ ผสส./อสม. กรุงเทพฯ พบว่า ปัญหาที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข คือ การติดภาระตำมาหากินของ อสม. เอง

วิทยา โคตท่าน (2535) ศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 278 คน พบว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง

ชัชวาลย์ บุญเรือง (2537) ศึกษาความพึงพอใจในงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อำเภอโป่ง จังหวัดพะเยา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีความพึงพอใจในลักษณะงานสูงเกี่ยวกับความเหมาะสมของงานกับชุมชนที่รับผิดชอบ

สำหรับ อภิลิธิ อินทร์บุตร (2537) ศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน กิ่งอำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 73 คน พบว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.76

ส่วน ระวีวรรณ เตมศิริกุล (2537) ศึกษาบทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขตามการประเมินตนเองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐในการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 114 คน พบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.45

และ เมธี จันทจักรภรณ์ (2539) ศึกษาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี พบว่า บางกิจกรรม อสม. และประชาชนให้ความร่วมมือกันตลอดเป็นเวลานาน จนทำให้กิจกรรมนั้น ๆ ไม่เป็นปัญหาของชุมชนอีกต่อไป ทำให้มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นอยู่ในระดับต่ำได้

นอกจากนี้ ทองเกียรติ บุญถึง (2540) ศึกษาความคิดเห็นของสมาชิกชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ในการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 150 คน พบว่า สมาชิกร้อยละ 70.00 มีความคิดเห็นระดับปานกลางต่อการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์

สำหรับ บัณฑิต เมลจิตร (2540) ศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในงานสาธารณสุขมูลฐาน อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 140 คน พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง และปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับต่ำ

ส่วน อรัญญา ศรีโพธิ และคณะ (2541) ศึกษารูปแบบการถ่ายทอดความรู้แก่แกนนำครอบครัวด้านสาธารณสุขโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 40 คน พบว่า ระดับความรู้ของแกนนำครอบครัวด้านสาธารณสุข ก่อนหลังได้รับการถ่ายทอดความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($P - value = .036$)

และ เสาวณีย์ สีสองสม (2541) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนบ้านกิ้วพรวัว พบว่า บทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนส่วนใหญ่จะเป็นบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สำหรับ นวรัตน์ สุวรรณผ่อง และคณะ (2543) ศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานได้ดีมากที่สุดคือ ด้านข้อมูลข่าวสาร

นอกจากนี้ โกสุม ไพรัชเวทย์ (2543) ศึกษาสถานการณ์และความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดอ่างทองต่อการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ปี 2543 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมในเรื่องการจัดทำแผนของหมู่บ้านมากที่สุด

และจากรายงานทางระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน (2544) พบว่า ในปี 2544 ตั้งแต่เดือนมกราคม-มิถุนายน จังหวัดลำพูนพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสูงถึง 92 ราย ทำให้มีการเร่งรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เพื่อควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านพร้อมกันทั้งจังหวัด และมีการรณรงค์กันอย่างสม่ำเสมอ