

บทที่ 2

แนวความคิดทางทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ด้านการสูบบุหรี่ สิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง คนในบ้าน และการรักษาพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ปัจจัยที่จะศึกษาคือ ปัจจัยในแง่ต่าง ๆ ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรมหรือประชุมเพิ่มเติมต่อเนื่อง จำนวนปีที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ปัจจัยเสริมสร้าง ได้แก่ การนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาแนวความคิดทางทฤษฎี และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเสนอเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง

- นโยบาย และกลวิธีการพัฒนางานสาธารณสุขในเขตเมือง ในแผนพัฒนา

การสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539)

2. การคัดเลือก การฝึกอบรม การดำเนินการฝึกอบรม การนิเทศงาน

3. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข

4. ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ

5. รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง

การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน เป็นกลวิธีที่เหมาะสมที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพอนามัยอย่างทั่วถึงได้ โดยมีกลไกในการดำเนินงาน คือ อาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (พสส.) เป็นแกนกลางในการติดต่อ
 ข่าวสารในหมู่บ้าน(๕) เพื่อให้ประชาชนทุกคนต้องได้รับการบริการสาธารณสุขที่จำเป็นพื้นฐาน
 8 ประการ คือ

1. การให้รู้ศึกษเกี่ยวกับปัญหาอนามัยที่เกิดประจำรวมทั้งวิธีป้องกันและควบคุม
2. สนับสนุนการจัดหาอาหารและการโภชนาการ
3. การดูแลอนามัยแม่และเด็กรวมทั้งการวางแผนครอบครัว
4. การจัดหาน้ำสะอาดให้เพียงพอตลอดจนการสุขาภิบาลขั้นพื้นฐาน
5. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเพื่อต่อต้านโรคติดต่อที่สำคัญ
6. การป้องกันและการควบคุมโรคระบาดประจำท้องถิ่น
7. การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับโรคพื้น ๆ และการบาดเจ็บเล็กน้อย
8. การจัดหายาที่จำเป็น

ความจำเป็นพื้นฐาน 8 ประการนี้ ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจ
 และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) และต่อมาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ
 สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) ได้เล็งเห็นความสำคัญของกิจกรรมอีก
 2 กิจกรรม คือ การทันตสาธารณสุข และการสุขภาพจิต โดยยึดหลักสำคัญในการดำเนินงาน
 สาธารณสุขมูลฐาน 4 ประการ(๖) คือ

1. ชุมชนต้องมีบทบาทสำคัญยิ่งในการพัฒนาสุขภาพของสมาชิกในชุมชน โดยการ
 ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางแผน และลงมือดำเนินการตามแผนที่ตัดสินใจเลือกไว้ ทั้งนี้โดย
 จัดสรรและใช้ทรัพยากรที่ชุมชนมีอยู่เบื้องต้น
2. ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ จะต้องปรับให้สามารถสนับสนุนการให้บริการ
 สาธารณสุขทั้ง 10 กิจกรรมได้อย่างเพียงพอในส่วนที่จำเป็น และพร้อมสำหรับส่วนที่ต้องการ
3. ลักษณะกิจกรรมบริการสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 10 กิจกรรม จะต้องเป็น
 เทคโนโลยีที่เหมาะสมคือ ต้องถูกต้องตามหลักวิชาการในการแก้ปัญหาในเรื่องนั้น ๆ และเป็น
 ที่ยอมรับของชุมชนและต้องไม่เกินกำลังทาง เศรษฐกิจที่จะรับได้ ทั้งระดับส่วนบุคคล ครอบครัว
 ชุมชนและประเทศ
4. มีการผสมผสานระหว่างสาขาต่าง ๆ ของการพัฒนา

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชนบท สามารถสร้างองค์การอาสาสมัคร และ จัดระบบโครงการสาธารณสุขมูลฐานในชนบทได้ครอบคลุมหมู่บ้าน ร้อยละ 50 ของจำนวน หมู่บ้านทั่วประเทศ เมื่อสิ้นสุดแผนฯ 4 ขณะที่การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเมือง ซึ่ง กระทรวงมหาดไทยร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำมีโครงการ "จัดบริการสาธารณสุข ในเมือง" โดยสนับสนุนเทศบาลในเรื่องของการเสริมกำลังเจ้าหน้าที่ มีการจัดสรรทุน เจ้าหน้าที่ประเภทต่าง ๆ ด้านสาธารณสุข ผลิตเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาล สนับสนุนการ ก่อสร้างศูนย์บริการสาธารณสุข ปรับปรุงซ่อมแซมศูนย์บริการสาธารณสุข สนับสนุนเวชภัณฑ์ อนามัยโรงเรียน และมีการฝึกอบรมสัมมนาทางวิชาการต่าง ๆ แต่ประชาชนในเมืองก็ยังไม่ ได้รับบริการสาธารณสุขไม่ทั่วถึง

ดังนั้น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดให้มีโครงการ "สาธารณสุขมูลฐานในเมือง" ขึ้น โดยความร่วมมือระหว่าง เทศบาล กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการในเขต เทศบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และ จำเป็นแก่ประชาชนในเมือง โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงาน และให้เจ้าหน้าที่ของรัฐ เป็นผู้กระตุนและให้การสนับสนุน โดยให้กระทรวงสาธารณสุข และ กระทรวงมหาดไทยได้ปรับปรุงพัฒนาโครงสร้างภายในหน่วยงานในสังกัด มีการจัดเตรียม ครูฝึกของเทศบาล โดยจังหวัดร่วมมือกับเทศบาลคัดเลือก และอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขใน เขตเมือง (อสม.) สนับสนุนในเรื่องแบบเรียน กระเป๋า และเวชภัณฑ์ของอาสาสมัคร เงินอุดหนุนของอาสาสมัคร และสนับสนุนด้านวิชาการต่าง ๆ การสนับสนุนการดำเนินงานด้าน อาสาสมัครเหล่านี้อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน

วัตถุประสงค์ของโครงการสาธารณสุขมูลฐานในเมือง

1. เพื่อสร้างและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในเมือง ให้เป็นจุดรวมในการ แก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับเขตเมืองและชุมชนแออัด ซึ่งสามารถที่จะดูแลและพัฒนา สุขภาพอนามัยด้วยตนเองตลอดจนผู้อื่นได้

2. เพื่อพัฒนาให้เกิดความร่วมมือของกลุ่มสถาบันต่าง ๆ เช่น อาสาสมัครต่าง ๆ กลุ่มหนุ่มสาว กลุ่มเยาวชน สมาชิกสภาจังหวัด สโมสรโรตารี สโมสรไลออนส์ ตลอดจนองค์กรท้องถิ่นและประชาชนในเขตเมือง

3. เพื่อจัดการให้ชุมชนในเขตเมือง สามารถบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นด้วยตนเองได้ โดยเน้นลักษณะงานอันเป็นเป้าหมายของงานสาธารณสุขมูลฐานได้แก่ งานสุขศึกษา งานควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่น งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด งานส่งเสริมโภชนาการ งานให้การรักษายาบาลโรคที่พบได้บ่อยในท้องถิ่น งานจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน งานควบคุมและป้องกันมลพิษที่ไม่เหมาะสมในด้านสิ่งแวดล้อม งานสุขภาพจิตและยาเสพติด งานทันตสาธารณสุข งานสังคมสงเคราะห์ในกลุ่มผู้พิการ

4. เพื่อจัดการให้มีการประสานงานกับสภาเทศบาล ในการพัฒนาการสาธารณสุขและการพัฒนาในด้านอื่น ๆ ของชุมชนทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ผลมผลงานสาธารณสุขกับงานด้านปกครอง งานด้านการศึกษาเพื่อพัฒนาชุมชน

ผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พบว่ามีการขยายโครงสร้างการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนแออัดเขตเมือง ครอบคลุมเทศบาลเพียงร้อยละ 26.6 ของจำนวนเทศบาลทั่วประเทศ ขณะที่ในชนบทสามารถขยายระบบโครงสร้างการสาธารณสุขมูลฐานได้ครอบคลุมหมู่บ้าน ถึงร้อยละ 87 ของจำนวนหมู่บ้านทั่วประเทศ(7)

และยังพบว่าการดำเนินงานโครงการสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง ที่เทศบาลกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัด และหน่วยงานอื่น ๆ ในจังหวัด ได้ดำเนินการร่วมกันยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ายังไม่มีรูปแบบที่เหมาะสมเท่าที่ดำเนินการอยู่ ในปัจจุบันเป็นการนำเอารูปแบบของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชนบทเข้ามาประยุกต์ใช้ สภาพของชุมชนในเมืองแตกต่างกับสภาพหมู่บ้านในชนบทมาก ในเขตเมืองมีความหนาแน่นของประชากรมากกว่าในชนบท ซึ่งนอกจากลักษณะชุมชนที่ต่างกันแล้ว ที่เห็นได้ชัด คือ องค์กรชุมชนในเขตเมืองนั้น ไม่มีองค์กรชุมชนที่จะเทียบได้กับกรรมการหมู่บ้าน หรือกรรมการ

สภาตำบล เจ้าหน้าที่จึงประสบความลำบากในการที่จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน
ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีการเตรียมชุมชนน้อย ประชาชนในเขตเทศบาลควรจะได้รับทราบ
โครงการ โดยอาศัยสื่อต่าง ๆ ที่มีอยู่ค่อนข้างมาก เมื่อเปรียบเทียบกับในชนบทจะต้องมี
การประชุมร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่และองค์กรชนบทอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะ อสม. จะ
ทำหน้าที่ถ่ายทอดข่าวสารของโครงการ และความรู้ทางด้านสาธารณสุขไปสู่ชุมชนได้อย่าง
ต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนและตัวเจ้าหน้าที่เองควรมีการนิเทศติดตาม
การดำเนินงานของอสม. และสนับสนุนการดำเนินงานของอสม. อย่างสม่ำเสมอด้วย

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534)
ได้กำหนดให้ มีการขยายการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานให้ครอบคลุมพื้นที่ทุกหมู่บ้านในชนบท
และทุกชุมชนแออัดในเขตเมือง เพื่อให้ประชาชนทั้งในชนบท และเขตเมืองได้รับการบริการ
สาธารณสุขขั้นพื้นฐาน

นโยบาย และกลวิธีการพัฒนางานสาธารณสุขในเขตเมืองในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ
ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539)(8)

นโยบาย

ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) กำหนด
ให้ประชาชนในเขตเมือง โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางด้านเศรษฐกิจและสังคม
(unserved and underserved population) และประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค
และปัญหาสาธารณสุข (risk population) มีสุขภาพดี สามารถเข้าถึง และได้รับการ
สาธารณสุขอย่างน้อยตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน ซึ่งเกิดขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน
ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน และมีหลักประกันในการได้รับการบริการจาก
ภาครัฐทั้งราชการบริหารส่วนท้องถิ่น ราชการบริหารส่วนภูมิภาค และภาคเอกชน ทั้งนี้เพื่อลด
อัตราป่วยและตายด้วยโรคสำคัญ ๆ ตามเกณฑ์เป้าหมายของประเทศ อันจะส่งผลต่อการพัฒนา
คุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตเมือง ซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญของระบบการผลิต และ

การแข่งขันทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในตลาดโลก ทั้งนี้โดยจะต้องเร่งรัดการปรับระบบการบริหารงานสาธารณสุข และระบบการสนับสนุนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ

กลวิธีการพัฒนา

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามนโยบายดังกล่าวจึงกำหนดกลวิธีการพัฒนาดังนี้ คือ

1. ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

1.1 ส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพของตนเอง ในระดับบุคคล และครอบครัว (individual and family self health care) เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้กลไกทางสื่อสารมวลชนซึ่งเหมาะสมกับชุมชนที่มีลักษณะของความเป็นเมืองสูง และต่างคนต่างอยู่

1.2 ส่งเสริมให้มีการจัดตั้ง พัฒนาองค์กรชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเฉพาะในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทและชุมชนแออัด เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน ด้านส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้อย่างต่อเนื่อง หรือมีจุดบริการที่ชัดเจนในรูปแบบของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ภายใต้การติดตามสนับสนุนอย่างจริงจังของเจ้าหน้าที่ในภาครัฐทั้งด้านเทคโนโลยี งบประมาณหมุนเวียน และขวัญกำลังใจ สำหรับชุมชนในรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับลักษณะทาง เศรษฐกิจและสังคมของชุมชนนั้น

1.3 ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของกลุ่ม องค์กรหรือเครือข่ายทางสังคมอื่น ๆ เช่น ชมรม/สมาคมอาชีพ เชื้อชาติ องค์กรสาธารณะกุศล องค์กรพัฒนาภาคเอกชนต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการจัดให้มีบริการสาธารณสุขหรือกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การจัดสถานดูแลเด็กเล็ก/คนชรา การจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย และส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ การรวมกลุ่มรณรงค์แก้ไขปัญหามลภาวะสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค อุบัติภัยภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน รวมถึงการส่งเสริมให้กลุ่มผู้มีโอกาสทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดีกว่าเข้ามาสนับสนุนเกื้อกูลแก่กลุ่มผู้ด้อยโอกาสฯ ในด้านต่าง ๆ อีกด้วย

1.4 ส่งเสริมการศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home care) ซึ่งประชาชนสามารถมีส่วนร่วมกับภาครัฐได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ

2. ด้านหลักประกันในการได้รับบริการสาธารณสุขจากภาครัฐและเอกชน

2.1 เร่งรัดการจัดตั้งศูนย์ หรือหน่วยบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ให้มีปริมาณที่พอเพียง โดยกำหนดให้มีขอบเขตพื้นที่และประชากรที่รับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อทำหน้าที่ดูแลให้บริการสาธารณสุขผสมผสานเชิงรุก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ให้ได้รับบริการที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง และครบตามเกณฑ์มาตรฐาน อีกทั้งเพื่อช่วยลดความแออัดและค่าใช้จ่ายต่อหน่วยการบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งควรมีบทบาทให้บริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

2.2 ส่งเสริมการจัดตั้ง และพัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล ให้มีศักยภาพ ชีตความสามารถ และทรัพยากรสาธารณสุข ทั้งด้านบุคลากร และงบประมาณสำหรับการจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานและการสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีประสิทธิภาพ ในฐานะที่เทศบาลเป็นราชการปกครองส่วนท้องถิ่น ที่พึงมีหน้าที่ในการจัดบริการขั้นพื้นฐานให้แก่ประชาชนในเขตเทศบาล และพึงได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง

2.3 ส่งเสริมระบบการประกันสุขภาพในทุกรูปแบบ มีทั้งภาคบังคับ และตามความสมัครใจ โดยให้มีการจัดหรือปรับระบบบริการการประกันสุขภาพที่จะเอื้ออำนวยความสะดวกต่อการเข้าถึงบริการ และการได้รับบริการของผู้รับบริการอย่างมีคุณภาพ และประหยัด

2.4 ส่งเสริมให้มีหน่วยบริการสาธารณสุขรูปแบบต่าง ๆ ที่จะดูแล คัดกรอง และให้หลักประกันแก่ประชาชนกลุ่มอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากที่อยู่ในลักษณะของชุมชนที่พิกอาศัยคือ โรงเรียน สถานศึกษา สำนักงาน โรงงาน สถานประกอบการต่าง ๆ ฯลฯ ให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานโดยสะดวกเช่น ในรูปของบริการหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ หรือการว่าจ้างภาคเอกชน

2.5 เพิ่มมาตรการ กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ กฎหมายที่เฉพาะ และเหมาะสม เพื่อให้เกิดการจัดระบบบริการสาธารณสุข การตรวจ การเฝ้าระวังภาวะความเสี่ยง และคุ้มครองความเจ็บป่วยให้แก่ประชาชน กลุ่มเสี่ยง ผู้ใช้แรงงาน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และทุพพลภาพ ฯลฯ รวมถึงคนจน กลุ่มผู้ด้อยโอกาสฯ ที่ยังไม่ได้รับการคุ้มครอง เช่น กลุ่มกรรมกรก่อสร้าง หรือแรงงานอพยพอื่น ๆ ที่เร่ร่อน ไม่มีหลักแหล่ง

2.6 จัดให้มีและพัฒนาระบบการส่งต่อบริการ ระหว่างหน่วยบริการ สาธารณสุขของชุมชน ราชการบริหารส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (กระทรวงสาธารณสุขและอื่น ๆ) และหน่วยงานภาคเอกชนที่มีประสิทธิภาพ

3. ด้านการบริหารงานสาธารณสุขและระบบการสนับสนุน

3.1 จัดให้มีและพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขในเขตเมือง โดยกำหนด วัตถุประสงค์สำหรับการบริหารงานสาธารณสุขแก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในทุกระดับ รวมถึงการพัฒนา เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ที่เหมาะสมสำหรับเขตเมือง

3.2 ประสานงานเพื่อให้เกิดระบบแผนงาน และงบประมาณด้านสาธารณสุข ในอัตราที่เพิ่มขึ้น เพื่อที่ทันต่อการแก้ปัญหาในสถานการณ์ปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคต รวมถึงการวางแผนการจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรสาธารณสุขให้แก่ชุมชน หน่วยงาน ส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการสาธารณสุขในเขตเมืองอย่างเพียงพอ

3.3 ส่งเสริมและพัฒนาบทบาท ขององค์กรประสานงานในระดับปฏิบัติ คือ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอเมือง (คปสอ.ม.) และเครือข่ายพส. คณะกรรมการวางแผนและประเมินผลสาธารณสุขระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาจังหวัดให้ มีบทบาทร่วมกันในการวางแผน จัดสรรทรัพยากร และร่วมดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 จัดตั้งคณะกรรมการประสานงานในระดับนโยบาย ระหว่างหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง ในด้านการกำหนดนโยบาย การสนับสนุนทรัพยากรและเทคโนโลยีทางสาธารณสุข เพื่อการกำหนดทิศทาง นโยบาย และจัดระบบการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ

3.5 ปรับระบบโครงสร้างขององค์กรแกนกลาง ที่ทำหน้าที่ในการประสาน นโยบาย และแผนการสนับสนุนการพัฒนางานสาธารณสุขในเขตเมืองในส่วนกลาง ของทั้ง กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข ให้มีอัตรากำลัง และศักยภาพที่เพียงพอ ในการดำเนินงาน

3.6 ปรับระบบโครงสร้าง องค์กรที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ในทุกระดับที่จะเอื้ออำนวย ต่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่จะทวีความรุนแรงมากขึ้นในระยะแผนฯ 7 อันได้แก่ ปัญหา การคุ้มครองผู้บริโภค อุบัติเหตุ อาชีวนามัย อนามัยสิ่งแวดล้อม สุขภาพจิตและโรคเอดส์ เป็นต้น

3.7 เร่งรัดดำเนินการประเมินมาตรฐาน และความต้องการบุคลากรสาธารณสุข เพื่อการวางแผนระยะสั้นและระยะยาวในการผลิต จัดสรร และพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข ของเทศบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขที่สำคัญของ เขตเมือง ทั้งนี้ภายใต้แผนความร่วมมือสนับสนุนอย่างจริงจัง ระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3.8 จัดให้มีการศึกษาวิจัย พัฒนา และการประเมินคุณภาพและความเหมาะสม มาตรฐาน และรูปแบบของเทคโนโลยีสาธารณสุข ระบบการจัดบริการสาธารณสุข และ ระบบการบริหารสาธารณสุขในเขตเมือง

3.9 ปรับปรุง แก้ไข กฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ให้สามารถเอื้อต่อ การกระจายอำนาจ ทรัพยากรสาธารณสุข และการพัฒนาระบบการบริหารงานสาธารณสุขของ ท้องถิ่น (เทศบาล)

3.10 ปรับปรุง แก้ไข กฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ที่มีผลกระทบต่อ การพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมในเขตเมือง

โครงสร้างแผนงาน

ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 ได้มีการกำหนดโครงสร้างแผนงาน (program structure) ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการพัฒนางานสาธารณสุขในเขตเมืองดังนี้

1. สาขาการบริการสาธารณสุข แผนงานบริการสาธารณสุข

แผนงานรองบริการสาธารณสุขในเขตเมือง และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

1. งานบริการสาธารณสุขในเขตททม.
2. งานสนับสนุนการบริการสาธารณสุข เทศบาลและเมืองอื่น

2.1 แผนแม่บทเชิงปฏิบัติการ การพัฒนางานบริการสาธารณสุขชั้น

พื้นฐานสำหรับผู้ด้อยโอกาสฯ ในเขตเทศบาลและเมืองพัทยา พ.ศ. 2538 - 2539

หมายเหตุ คณะกรรมการพัฒนาเมืองด้านการสาธารณสุขได้กำหนดนโยบาย ให้มีแผนแม่บทดังกล่าวขึ้น เพื่อให้เทศบาลและเมืองพัทยาได้ปรับแผนพัฒนาสาธารณสุขของตน ให้สอดคล้องกับนโยบายหลักโดยเน้นในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสฯ และเพื่อเป็นการขอรับการสนับสนุน ทรัพยากรจากรัฐบาลกลาง

3. โครงการจัดรูปแบบการบริการสาธารณสุขให้แก่เขตปริมณฑล และใน
เขตเศรษฐกิจใหม่

2. สาขาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของประชาชน

ด้านสาธารณสุขมูลฐาน แผนงานรณรงค์สาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง

การคัดเลือก การฝึกอบรม การดำเนินการฝึกอบรม การนิเทศงาน

การคัดเลือก อสม.

ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาลร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุข
ในชุมชน (ถ้ามี) ด้วยวิธีการต่าง ๆ แล้วแต่ความเหมาะสม เช่น วิธีสังคมนิติ วิธีให้
ประชาชนแต่ละแห่งเลือกอสม. โดยตรง และสอบถามประชาชนทุกครอบครัวในแต่ละเขตถึง
ผู้ที่ควรเป็น อสม. จำนวน อสม. ในชุมชนนั้น พิจารณาเลือกให้มี อสม. 1 คนต่อ 1 เขต
หรือ อสม. 1 คนต่อ 15 - 50 ครอบครัว โดยกำหนดให้ผู้ที่จะเป็น อสม. ต้องมีอายุ 15 ปี
ขึ้นไป สุขภาพแข็งแรง อ่านออกเขียนได้ สม่ิครใจทำงานและชุมชนยอมรับ

การฝึกอบรม อสม. เขตเมือง

เนื้อหาวิชาที่ใช้ฝึกอบรมอสม. ใช้ของกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งคู่มือการปฏิบัติงาน
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหนังสือแบบเรียนด้วยตนเองของอสม. เอกสารสิ่งพิมพ์แบบบันทึก
การปฏิบัติงานของอสม. ส่วนวิทยากรผู้ฝึกอบรมประกอบด้วยครูฝึกจากเทศบาล สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด/ทั่วไป และอื่น ๆ ตามความเหมาะสม

ระยะเวลาการอบรม 15 วันหรือแล้วแต่ความจำเป็นและความเหมาะสมของแต่ละ
เทศบาล

การจัดฝึกอบรมผสม.

หัวข้อวิชาสำหรับการฝึกอบรมผสม. แบ่งเป็น 8 หมวด มีจำนวนแบบเรียนทั้งหมด 60 เรื่อง คือ

1. หมวดปัญหาสาธารณสุข และการทำงานเป็นกลุ่ม ประกอบด้วยแบบเรียนด้วยตนเอง จำนวน 2 เรื่อง
2. หมวดการใช้สถานบริการ และการใช้ยา ประกอบด้วยแบบเรียนด้วยตนเอง จำนวน 3 เรื่อง
3. หมวดการปฐมพยาบาล ประกอบด้วยแบบเรียนด้วยตนเอง จำนวน 9 เรื่อง
4. หมวดการควบคุมและการป้องกันโรคติดต่อ ประกอบด้วยแบบเรียนด้วยตนเอง จำนวน 3 เรื่อง
5. หมวดการสุขาภิบาล ประกอบด้วยแบบเรียนด้วยตนเอง จำนวน 8 เรื่อง
6. หมวดการเกษตร ประกอบด้วยแบบเรียนด้วยตนเอง จำนวน 7 เรื่อง
7. หมวดสุขวิทยาส่วนบุคคล ส่งเสริมสุขภาพและครอบครัว ประกอบด้วยแบบเรียนด้วยตนเอง จำนวน 11 เรื่อง
8. หมวดการรักษาพยาบาล ประกอบด้วยแบบเรียนด้วยตนเอง จำนวน 17 เรื่อง

การดำเนินการฝึกอบรม อสม. แบ่งเป็น 3 ระยะ(๑) คือ

ก. การอบรมปฐมนิเทศ ใช้เวลา 15 วัน วัตถุประสงค์เพื่อให้อสม. สามารถบอกความสำคัญของอสม. ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขได้ สามารถทำงานกับกลุ่มผสม. และกลุ่มอาสาสมัคร และคณะกรรมการอื่น ๆ ในหมู่บ้านได้ สามารถปฏิบัติงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดได้ ขอกบทบาทของอสม. ที่กำหนดได้

ข. การอบรมเพิ่มเติมให้ครบตามหัวข้อที่จังหวัด และอำเภอกำหนด ใช้เวลา 3 เดือน หลังจากการอบรมระยะแรก

ค. การอบรมต่อเนื่อง มีความจำเป็นและสำคัญมากที่เจ้าหน้าที่จะต้องให้ความรู้แก่อสม. อย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้การศึกษาเพิ่มเติมเป็นกลุ่มหรือรายบุคคล ในเรื่องใหม่ หรือเรื่องเดิมที่เห็นว่ามีมีความจำเป็นต่อชุมชน

(ที่เหลือจากการอบรมให้ครบตามหัวข้อวิชาที่จังหวัด/อำเภอกำหนดไว้) ในบางกรณีอาจจะให้การศึกษาพร้อมกับกลุ่มผสม. ก็ได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลเป็นผู้ให้การศึกษาต่อเนื่องในหมู่บ้านหรือที่สถานีอนามัยหรือสำนักงานผดุงครรภ์ตามที่เห็นสมควร.

การนิเทศงานและการสนับสนุน

การนิเทศงาน

ใช้หลักเดียวกับการนิเทศ อสม. กระทรวงสาธารณสุข โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาลเป็นผู้รับผิดชอบ และมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลจังหวัด/ทั่วไป เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมทำการนิเทศงาน อสม. เดือนละ 1 ครั้ง

การสนับสนุน

สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ และสิทธิการรักษาพยาบาล โดยใช้หลักการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

การนิเทศงานอาสาสมัครสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข^(๑)

ผู้นิเทศงาน คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย

ความถี่ของการนิเทศ เดือนละ 1 ครั้ง

เรื่องที่จะนิเทศ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะได้รับการนิเทศเกี่ยวกับการรับข่าว/ส่งข่าว การจัดบันทึกการรับข่าว/ส่งข่าว การเผยแพร่ความรู้ชักชวนชาวบ้าน เรื่องต่าง ๆ การประสานงานสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ในชุมชน การรักษาพยาบาล การลงบันทึก การจัดการเกี่ยวกับยาและเวชภัณฑ์ การได้รับ/ใช้แบบเรียนให้เกิดประโยชน์ และเรื่องที่จะนิเทศนั้นเกี่ยวกับการทำงานเป็นกลุ่ม แผนงานหมู่บ้าน ซึ่งได้แก่ การดำเนินงานตามแผนและปัญหาของการทำงาน เป็นต้น

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (10)

อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นบุคคลที่สมัครใจ และเต็มใจรับใช้เพื่อนบ้านของตนเอง โดยไม่หวังผลตอบแทนจากรัฐ แต่อาจได้ค่าตอบแทนจากการให้บริการแก่เพื่อนบ้านของตนเอง บุคคลเหล่านี้ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้าน และผู้นำในท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้สนับสนุนด้านการอบรมให้ความรู้ในด้านบริการสาธารณสุข ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือได้ถูกต้อง

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีดังนี้

1. แจกข่าวสารสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบ
2. รับข่าวสารสาธารณสุข ข่าวสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานจากเพื่อนบ้าน
3. ประสานงานสาธารณสุขกับงานส่วนรวมอื่น ๆ ในหมู่บ้าน
4. รวมกลุ่มแม่บ้านและกลุ่มอื่น ๆ ตั้งเป็นชมรมกลุ่มต่าง ๆ ทำกิจกรรมที่เป็น

ประโยชน์ต่อชมรมหรือต่อหมู่บ้าน

5. เป็นแกนกลางในการประสานงานการดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้าน
6. ให้การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลอาการต่าง ๆ 26 อาการ แก่เพื่อนบ้าน โดยให้ยาสามัญประจำบ้านหรือยาอื่น ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขเห็นสมควร
7. ติดตามการรักษาและจ่ายยาผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากสถานบริการสาธารณสุข
8. จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ทำการตรวจแล้ว และ

จ่ายถุงยางอนามัย

9. ให้คำแนะนำ เผยแพร่ความรู้และชักชวนเพื่อนบ้านในเรื่องสุขภาพอนามัย
10. เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่ ผสส. และเพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบ
11. เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการทำงานของผสส.

และเพื่อนบ้าน

งานดูแลสุขภาพอนามัยของชุมชน ซึ่งอสม. ควรจะต้องปฏิบัติให้ครอบคลุมกิจกรรม
สาธารณสุขมูลฐาน 10 องค์ประกอบดังนี้(11)

1. การสุศึกษา
2. การควบคุมโรคในท้องถิ่น
3. สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาสะอาด
4. การใช้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญ ๆ
5. การส่งเสริมโภชนาการ
6. การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น
7. การอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว
8. การจัดหาหมียาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน
9. การทันตสาธารณสุข
10. การสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข ได้เพิ่มองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐานขึ้นอีก 4

องค์ประกอบเมื่อปี 2534 คือ

1. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์
2. การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย และฟื้นฟูสมรรถนะคนพิการ
3. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมเป็นพิษเป็นภัย
4. การคุ้มครองผู้บริโภค

ดังนั้น อสม. ต้องปฏิบัติงานให้ครอบคลุมกิจกรรมเพิ่มอีก 4 กิจกรรมนี้ด้วย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ

Copyright © by Chiang Mai University

พฤติกรรม(12) หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกต
ได้หรือไม่ได้ เช่น การทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน การพูด การคิด
ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ เป็นต้น

พฤติกรรมอันมีส่วนประกอบอยู่สามส่วนด้วยกัน คือ

1. ด้านพุทธิปัญญา (cognitive domain)

พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับการรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญานี้ประกอบด้วยความสามารถระดับต่าง ๆ ซึ่งเริ่มต้นจากการรู้ในระดับง่าย ๆ และเพิ่มการใช้ความคิด และพัฒนาสติปัญญามากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งขั้นของความสมารถต่าง ๆ มีดังนี้

- 1.1 ความรู้ (knowledge)
- 1.2 ความเข้าใจ (comprehension)
- 1.3 การประยุกต์หรือการนำความรู้ไปใช้ (application)
- 1.4 การวิเคราะห์ (analysis)
- 1.5 การสังเคราะห์ (synthesis)
- 1.6 การประเมินผล (evaluation)

2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ (affective domain)

พฤติกรรมด้านนี้ หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ ความชอบ ไม่ชอบ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยน หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบาย เพราะเกิดภายในจิตใจของบุคคลซึ่งจะต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการวัดพฤติกรรมเหล่านี้ เพราะความรู้สึกภายในของคนนั้นยากต่อการที่จะวัดจากพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอก

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (psychomotor domain)

พฤติกรรมนี้เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออก และสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจจะเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือ บุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่าอาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมที่แสดงออกนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษาซึ่งจะต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วเป็นส่วนประกอบ พฤติกรรมด้านนี้เมื่อแสดงออกมาจะสามารถ

ประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการในการจะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้จะต้องอาศัยระยะเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน ซึ่งเป็นปัญหาของการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ทางด้านการศึกษา การสาธารณสุข เป็นต้น และนักวิชาการก็เชื่อว่ากระบวนการทางการศึกษาจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติ กระบวนการยอมรับความคิดหรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ ไปใช้ปฏิบัติ (adoption process) ซึ่งเป็นขบวนการทางสมองที่ซับซ้อนและต่อเนื่อง เป็นระยะ ๆ แบ่งออกเป็น 5 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะรับรู้ (awareness)

เป็นระยะแรกเริ่มของขบวนการ คือ ได้รู้สิ่งใหม่ ๆ ด้วยวิธีการอย่างหนึ่งอย่างใด เช่น ได้ยิน ได้เห็น ได้สัมผัส ได้รู้เรื่องราว

ระยะที่ 2 ระยะสนใจ ตื่นตัว (interest)

เป็นระยะที่ต่อเนื่องมาจากระยะรับรู้ คือ มีความสนใจในสิ่งที่ได้รับรู้ เมื่อมีความสนใจแล้วก็เกิดขบวนการทางสมองต่อไปอีกหลายอย่างที่สำคัญ คือ หาข้อมูลเพิ่มเติมทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจมากขึ้นจนพอใจ โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสังเกต การอ่าน การฟัง การซักถาม การกรองข่าวที่รู้มาจนพอใจ แล้วก็เริ่มผ่านไปสู่วิธีที่ 3 ของขบวนการยอมรับ

ระยะที่ 3 ระยะไตร่ตรอง ตัดสินใจ (evaluation, decision to try)

เมื่อมีความสนใจ และได้ศึกษาข้อมูลจนพอใจแล้ว จะเข้ามาอยู่ในระยะไตร่ตรอง พิจารณาเอาความรู้หรือสิ่งใหม่ ๆ นั้นไปใช้ ในระยะนี้อาจจะหาข้อมูลเพิ่มเติมอีกก็ได้ เช่น ถามเพื่อน หรือผู้เคยมีประสบการณ์มาแล้ว ศึกษาวิธีแก้ไข คิดพิจารณาหาทางได้ทางเสีย จนกระทั่งมีความเข้าใจพอสมควร หรือพอดีแล้ว ก็จะเริ่มเข้าระยะการทดลองปฏิบัติต่อไป ในระยะนี้บางคนอาจกินเวลานานคือ ยังตัดสินใจไม่ถูกอยู่ในลักษณะลังเลใจ

ระยะที่ 4 การทดลองปฏิบัติ (trial, implementation)

เมื่อไตร่ตรองจนดีพอแล้ว ก็จะนำความรู้หรือสิ่งใหม่มาทดลองใช้ ถ้าการทดลองใช้ได้ผลดี มีความพอใจก็จะใช้ต่อไป ถ้าทดลองใช้แล้วไม่ได้ผลดี ไม่พอใจก็จะเลิกใช้ต่อ แต่ถ้ายังมีความสนใจอยู่อีก ก็จะมีการไตร่ตรองและทดลองใหม่ อาจพยายามหาสิ่งลักษณะเดียวกัน แต่มีคุณภาพดีกว่ามาใช้ เพื่อจะให้ผลดีในการปฏิบัติ

ระยะที่ 5 การยอมรับไปปฏิบัติจนเป็นนิสัย

เมื่อได้ทดลองปฏิบัติแล้วได้ผลดี และเป็นที่น่าพอใจ ก็จะนำมาซึ่งปฏิบัติประจำจนเป็นนิสัย ความคิดหรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่หลายอย่างที่คนเราได้ยอมรับปฏิบัติต่อกันมาเป็นเวลานานจนเกิดความเคยชิน อาจกลายเป็นความเชื่อถ้อยคัมน์ว่าความคิด หรือสิ่งนั้นจำเป็นต้องใช้

อับราฮัม เอ็ม มาสโลว์ (Abraham M. Maslow) (อ้างในวินัย บุญสุรัตน์) (13) ได้ตั้งทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ขึ้นมาทฤษฎีหนึ่ง ชื่อว่า ทฤษฎีจูงใจของมาสโลว์ (Maslow's General of Human Motivation) เป็นทฤษฎีที่มีชื่อเสียง และเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย เขาได้ตั้งสมมุติฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมไว้ว่า

"...ทุกคนมีความต้องการและความต้องการนี้จะมียู่ตลอดเวลาไม่มีที่สิ้นสุด... เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนองเพียงพอแล้ว จะไม่เป็นสิ่งจูงใจของพฤติกรรมอีกต่อไป ความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองเท่านั้นที่เป็นสิ่งจูงใจของพฤติกรรม... ความต้องการของคนจะมีลักษณะเป็นลำดับขั้นต่ำไปหาสูงตามลำดับความสำคัญ นั่นคือ เมื่อความต้องการในระดับต่ำได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการระดับสูงก็จะเรียกร้องให้มีการตอบสนองอีกต่อไป..."

อับราฮัม เอ็ม มาสโลว์ (Abraham M. Maslow) ได้สรุปไว้ว่าพฤติกรรมมนุษย์จะเกิดขึ้นตามลำดับของความต้องการอย่างมีระเบียบลำดับขั้นของความต้องการ หรือ "hierachy of needs" ของมนุษย์ตามทฤษฎีของมาสโลว์มีอยู่ 5 ระดับ จากระดับต่ำไปสูงสุดดังนี้ คือ

ระดับต่ำ (lower order needs) มี 3 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 ความต้องการทางร่างกาย (physiological need) เป็นความต้องการพื้นฐานส่วนมากของคน ที่ต้องการบำรุงรักษาด้านสุขภาพของคนให้มีอยู่เรื่อยไป เช่น อาหาร น้ำ ความต้องการทางเพศ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค เป็นต้น ความต้องการระดับนี้เป็นความต้องการระดับต่ำสุดของมนุษย์

ระดับที่ 2 ความต้องการด้านความปลอดภัย (safety need) เป็นความต้องการความมั่นคง ปลอดภัย และได้รับการป้องกันเสถียรภาพทางกาย และความสัมพันธ์กับผู้อื่น

ระดับที่ 3 ความต้องการทางด้านสังคม (social need) เป็นความต้องการความรัก ความชอบ และความรู้สึกเป็นเจ้าของในความสัมพันธ์ระหว่างตนกับผู้อื่น

ระดับสูง (higher order needs) มี 2 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 4 ความต้องการมีฐานะเด่นในสังคม (esteem) เป็นความต้องการได้รับการยกย่องสรรเสริญ ได้รับการยอมรับ และความมีเกียรติจากคนอื่น และเป็นความต้องการในการเป็นส่วนหนึ่งของงานและดำรงตำแหน่งสำคัญในงาน

ระดับที่ 5 ความต้องการด้านความสำเร็จในชีวิต (self-actualization) เป็นความต้องการระดับสูงสุดของมนุษย์ที่ต้องการบรรลุความหวังของตน และการได้ใช้ความรู้ความสามารถทำในสิ่งที่ตนคิดริเริ่มอย่างเต็มที่

ทฤษฎีของอับราฮัม เอ็ม มาสโลว์ (Abraham M. Maslow) ได้สันนิษฐานเกี่ยวกับความต้องการของคน ที่มีผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมาว่า จะประกอบไปด้วย 2 ประการ คือ

1. หลักการแห่งความขาดตกบกพร่อง (deficit principle) กล่าวคือ เมื่อคนเราได้รับสิ่งที่ขาดตกบกพร่องในชีวิตประจำวันอยู่เป็นประจำเสมอ คนก็จะคุ้นเคยกับการดำรงชีวิตเช่นนั้น ยอมรับและเข้าใจในความขาดแคลนต่าง ๆ ในชีวิต ถือว่าเป็นเรื่องธรรมดา และไม่เกิดความต้องการในเรื่องความต้องการด้านอื่นอีกต่อไป

2. หลักการแห่งความเจริญก้าวหน้า (progress principle) เป็นหลักการที่กล่าวว่า ความต้องการทั้ง 5 ระดับ จะเป็นไปตามลำดับจากระดับต่ำไปหาระดับสูงกว่า และความต้องการของคนในแต่ละระดับจะเกิดขึ้น เมื่อความต้องการระดับต่ำกว่านั้นได้รับการตอบสนองจนเกิดความพอใจแล้ว

เมื่อพิจารณาจากทฤษฎีจะเห็นว่าความต้องการของคนเรานั้น เริ่มจากระดับต่ำสุด ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต เป็นเรื่องของ การอยู่เพื่อรักษาและบำรุงสุขภาพของคนทั้งสิ้น หากคนไม่สามารถสนองความต้องการระดับนี้ได้พอเพียงแล้วก็จะเกิดการดิ้นรนแสวงหาเพื่อให้ได้มาจนสมความต้องการ แล้วจึงพร้อมที่จะก้าวไปสู่ความต้องการระดับอื่นอีกต่อไป หรือในทางตรงกันข้ามกลับพร้อมที่จะยอมรับสภาพความขาดแคลนของตน โดยถือเป็นเรื่องธรรมดา ๆ ก็ได้

พฤติกรรมสุขภาพอนามัย

สุขภาพอนามัย (health) หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ไม่เพียงแต่ปราศจากโรค และทุพพลภาพเท่านั้น

พฤติกรรมการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพหรือการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ มีพื้นฐานมาจาก มโนทัศน์เรื่องการดูแลตนเองของโอเรม (Orem) (14) ซึ่งมุ่งเน้นให้บุคคลได้ริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตน จุดมุ่งหมายของการกระทำคือ การคงไว้หรือการปรับปรุงให้มีสุขภาพดีขึ้น

พฤติกรรมสุขภาพอนามัย (health practice) จึงหมายถึงการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนการป้องกันการเกิดโรค ดังนั้นพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพจึงส่งผลถึงสภาวะสุขภาพของแต่ละคน (15)

อย่างไรก็ตาม นอกจากบุคคลจะต้องดูแลภาวะสุขภาพอนามัยของตนเองแล้ว ก็ยังต้องมีความรับผิดชอบต่องสังคมในการป้องกันการแพร่กระจายของโรคจากตนเองไปสู่ชุมชนด้วย ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยจึงแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการดูแลตนเอง
2. พฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการป้องกันการแพร่กระจายของโรค

พฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง (16) เป็นการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจะแสดงถึงความสามารถ และการปฏิบัติตนของบุคคลในการปรับปรุงกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ตลอดจนสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพความเป็นอยู่ที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งในยามปกติ และเมื่อเกิดความเจ็บป่วย และตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem) (14) เชื่อว่ามนุษย์มีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเองและมีความรับผิดชอบต่อตนเอง การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์และเป็นผลรวมจากประสบการณ์ สิ่งแวดล้อมและความสามารถเฉพาะบุคคลเป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต

สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี บุคคลจะเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดผลดีต่อตน โดยบุคคลต้องทราบมาก่อนว่าเมื่อทำกิจกรรมเหล่านี้แล้วจะเกิดประโยชน์ต่อตนอย่างไรและเขาสามารถปฏิบัติด้วยตนเองหรือไม่ การดูแลตนเองของบุคคลตามแนวคิดของโอเรมเชื่อว่าก่อให้เกิดผลดีดังนี้

1. ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตให้ดำเนินไปตามปกติ สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม
2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโต พัฒนาการ และวุฒิภาวะของบุคคลให้เป็นไปตามปกติเหมาะสมกับขั้นตอนของการพัฒนาการชีวิต
3. ป้องกันควบคุมการเบี่ยงเบนทางสุขภาพอนามัย และตลอดจนบรรเทาอาการตามกระบวนการของโรคด้วย
4. ป้องกันหรือจำกัดความพิการที่อาจเกิดขึ้น หรือชดเชยความพิการที่เกิดขึ้นแล้ว

โอเรม (Orem)⁽¹⁷⁾ จำแนกการดูแลตนเองเป็น 3 ประเภท คือ

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป (universal self-care) เป็นการดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันหรือเป็นการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการตามกระบวนการของชีวิต ดำรงรักษาโครงสร้าง และการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง เพื่อให้เกิดสุขภาพอันดีและความผาสุกในชีวิต เช่น การดูแลตนเองในเรื่องอากาศ น้ำ อาหาร การขยับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรม การพักผ่อน การอยู่ตามลำพัง และการมีส่วนร่วมในสังคม และการป้องกันอันตรายของชีวิต

2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (development self-care) เป็นการดูแลตนเองเพื่อสนับสนุนและดำรงไว้ ซึ่งพัฒนาการในแต่ละขั้นตอนของชีวิตให้ดำเนินไปอย่างเหมาะสม รวมทั้งเหตุการณ์ที่อาจมีผลกระทบในทางลบต่อกระบวนการพัฒนาการ นับตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา วัยทารก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ ซึ่งได้แก่ การรักษาสมดุลของโครงสร้างของร่างกายและจิตใจ ให้เกิดวุฒิภาวะที่สมบูรณ์ และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อมที่อาจมีผลกระทบต่อพัฒนาการของมนุษย์

3. การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self-care) เป็นการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาและขจัดอาการที่เบี่ยงเบนไปจากภาวะสุขภาพ อันอาจมีผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ เป็นการช่วยควบคุมพยาธิสภาพของโรคมิให้ลุกลาม ตลอดจนการแพร่กระจายของโรคไปสู่ผู้อื่น บุคคลจึงต้องปรับพฤติกรรมใหม่ให้สามารถเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงและดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข กิจกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ แบ่งได้ 6 ประการ คือ

3.1 การแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์ เมื่อมีพยาธิสภาพ หรือได้รับสิ่งที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพ

3.2 ตระหนักถึงและติดตามผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น

3.3 การปฏิบัติตามคำสั่งในการวินิจฉัยโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันความพิการหรือความบกพร่องของหน้าที่ของร่างกาย

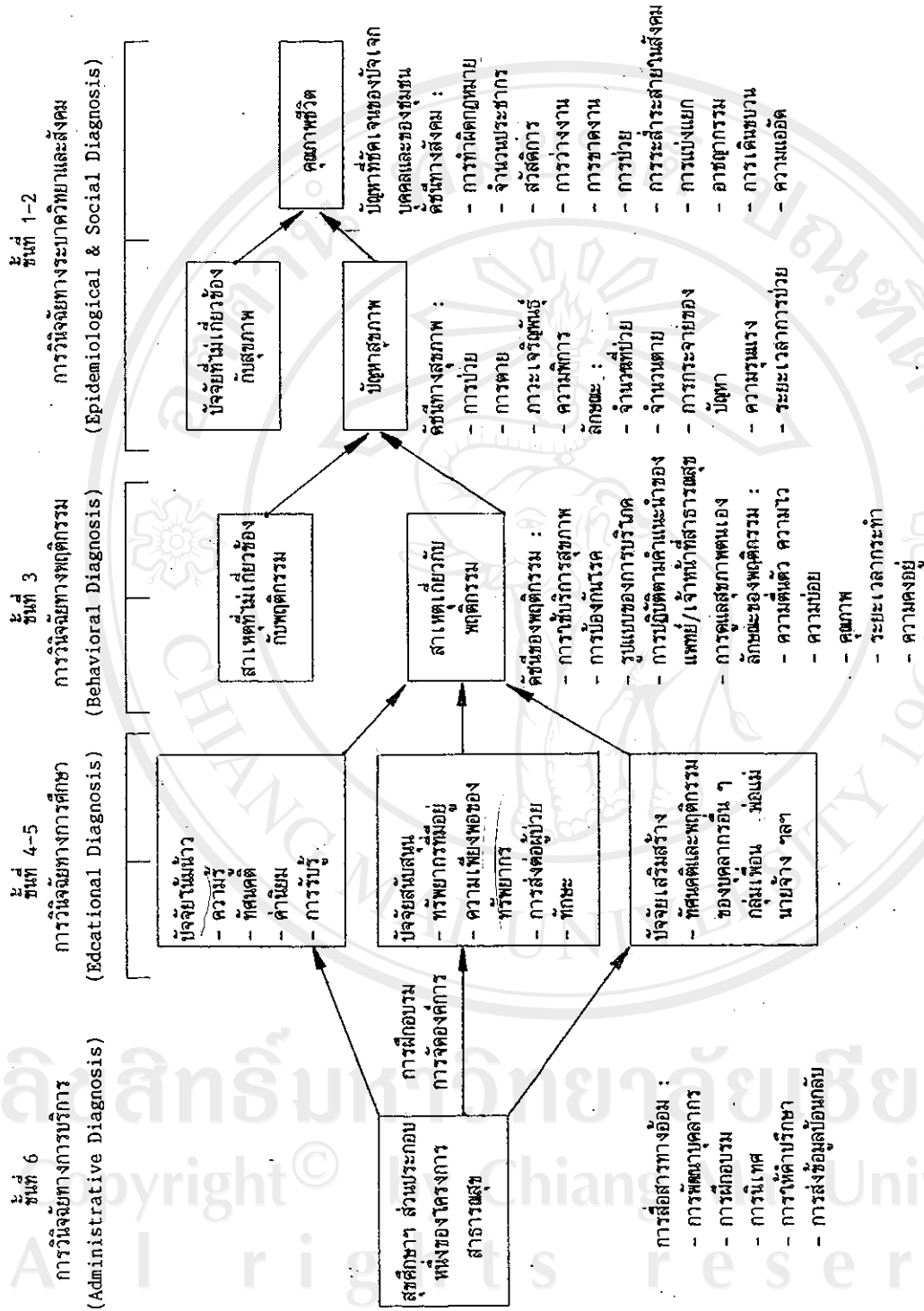
3.4 ตระหนักถึงและติดตาม หรือมีการควบคุมความไม่สุขสบาย หรือผลที่เป็นอันตรายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล

3.5 ปรับความรู้สึกนึกคิดของตนเอง (self - concepts) และภาพลักษณ์ของตน (self image) ให้เหมาะสม โดยการยอมรับสถานะทางสุขภาพและความจำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองตามแบบแผนที่เป็นคำสั่งเฉพาะ

3.6 เรียนรู้จะดำรงชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ การวินิจฉัย การรักษา ในลักษณะที่ส่งเสริมพัฒนาการของบุคลิกภาพต่อไป

นอกจากนี้ ดร. ลอเรนซ์ ดับบลิว กรีน (Dr. Lawrence Green)(18) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพไว้ตามแผนภูมิดังต่อไปนี้

แผนภูมิที่ 1 The PRECEDE Framework



ที่มา : Lawrence Green, Helath Education Today and the PRECEDE Framework (Palo Alto, Calif. : Mayfield Publishing Co., 1979) p. 15.

ความหมายของโมเดล PRECEDE

โดยที่สุขภาพศึกษาเป็นกระบวนการทางพฤติกรรมสุขภาพ ที่ใช้ในการปลูกฝัง และเปลี่ยนแปลงการกระทำของบุคคล ให้เป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ กระบวนการสุขภาพศึกษาจะช่วยเหลือ เอื้ออำนวยให้บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ และปฏิบัติในลักษณะที่ทำให้เกิดสุขภาพดีขึ้น และงดเว้นหรือไม่กระทำในสิ่งที่เป็นอันตราย หรือผลดีผลเสียต่อสุขภาพทั้งของตนเองและผู้อื่น

ได้มีการศึกษาและพัฒนากระบวนการทางพฤติกรรมสุขภาพ ในลักษณะของทฤษฎีและโมเดลต่าง ๆ อยู่หลายกระบวนการด้วยกัน สำหรับนำมาใช้ในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ และการพัฒนาสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ กัน กระบวนการสุขภาพศึกษากระบวนการหนึ่งที่เป็นที่รู้จัก และนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขภาพได้อย่างกว้างขวาง ได้แก่ โมเดล PRECEDE คำว่า "PRECEDE" เป็นคำย่อของข้อความเต็มว่า "Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation" ซึ่งหมายถึงกระบวนการของการใช้ปัจจัยด้าน predisposing, reinforcing และ enabling ในการวินิจฉัยและประเมินผลทางพฤติกรรมการเรียนรู้ตนเอง

โมเดล PRECEDE สามารถใช้งานในงานสุขภาพได้อย่างกว้างขวางในสถานการณ์ของปัญหาต่างๆ และการประเมินผลสุขภาพในระดับต่างๆ เป็นต้น การใช้โมเดล PRECEDE เป็นกระบวนการดำเนินงานในลักษณะของการเริ่มต้น จากสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแล้วย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็นเพราะอะไร ทำไมหรือมีสาเหตุมาจากอะไร กล่าวคือ เป็นกระบวนการที่วิเคราะห์ย้อนกลับว่าสิ่งที่เป็นอย่างนั้นได้มีองค์ประกอบ หรือปัจจัยนำอะไรบ้างที่ทำให้เกิดผลลัพธ์หรือสภาพดังปรากฏ

ดร. ลอเรนซ์ ดับบลิว กรีน (Dr. Lawrence W. Green) เป็นผู้พัฒนาโมเดล PRECEDE ขึ้นมา และนำไปอธิบายในกระบวนการสุขภาพสำหรับการดำเนินงานสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ ในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา โดยได้อธิบายไว้อย่างละเอียดในหนังสือชื่อ "HEALTH EDUCATION PLANNING : A Diagnostic Approach"

ขั้นตอน 7 ขั้นของ PRECEDE

การดำเนินงานตามกระบวนการของโมเดล PRECEDE นั้น เป็นการเริ่มจากผลย้อนกลับไปที่เหตุหรือเริ่มจากปลายเหตุย้อนกลับไปพบต้นเหตุ ซึ่งสามารถจำแนกออกได้เป็น 7 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์คุณภาพชีวิต โดยการประเมินปัญหาต่าง ๆ ของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตของประชากร

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพอะไรบ้าง ที่เป็นปัญหาสำคัญอยู่ในสังคมหรือในกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยอาศัยข้อมูลต่าง ๆ ที่มีอยู่ก่อนแล้ว หรือข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมขึ้นใหม่โดยวิธีการต่าง ๆ แล้วทำการเลือกปัญหาสุขภาพที่ควรได้รับการแก้ไข

ขั้นตอนที่ 3 ทำการวิเคราะห์หาพฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพที่ได้วิเคราะห์แล้วในขั้นตอนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพที่วิเคราะห์ในขั้นตอนนี้เป็นเป้าหมายสำคัญของการดำเนินงานสุขภาพที่จะต้องได้รับการเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งได้รับการจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มด้วยกัน คือ ปัจจัยในแง่โน้ม (predisposing factors) ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) และปัจจัยเสริมสร้าง (reinforcing factors) ปัจจัยในแง่โน้ม ได้แก่ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ของบุคคลที่เอื้ออำนวยหรือยับยั้งแรงจูงใจของบุคคลที่มีต่อการเปลี่ยนแปลง ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ อุปสรรคและปัญหาต่าง ๆ หรือสิ่งต่าง ๆ ที่จะขัดขวางหรือเอื้ออำนวยให้บุคคลได้กระทำการ หรือมีประสบการณ์โดยตรงในเรื่องที่ต้องการการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 5 เป็นการวิเคราะห์หาแนวทาง หรือวิธีการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ตามที่ต้องการ

ขั้นตอนที่ 6 เป็นการดำเนินงานตามกลวิธีและวิธีการทางสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับปัจจัยทางพฤติกรรมและตามแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านั้น

ขั้นตอนที่ 7 เป็นการประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งแท้จริงแล้วการประเมินผลมิได้เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินงานแต่อย่างใด แต่เป็นส่วนของการดำเนินงานที่ผสมผสานอยู่ตั้งแต่การวางแผนการดำเนินงานแล้ว โดยการกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของการประเมินในแต่ละขั้นตอนตั้งแต่แรกและต่อเนื่องกันไป ตั้งแต่ก่อนการดำเนินงานจนถึงที่สุดการดำเนินงานและภายหลังการดำเนินงานด้วย

จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานตามกระบวนการในโมเดล PRECEDE ต้องอาศัยวิทยาการในสาขาต่าง ๆ รวม 4 สาขาด้วยกันคือ วิทยาการทางวิทยาการระบาด ทางสังคม หรือพฤติกรรมศาสตร์ ทางการบริหาร และทางการศึกษา ดังนั้นในการนำไปใช้ผู้จำเป็นจะต้องมีความรู้พื้นฐานในเชิงวิทยาการต่าง ๆ ดังได้กล่าวแล้ว สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ จะต้องทำความเข้าใจร่วมกันในเบื้องต้น สำหรับการใช้โมเดล PRECEDE ใน 2 ประการด้วยกันคือ

ประการแรกต้องเข้าใจว่าสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัยรวมกัน มิใช่เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยเฉพาะเท่านั้น

ประการที่สอง คือ ต้องเข้าใจว่าการดำเนินงานสุขภาพศึกษาตามกระบวนการสุขภาพศึกษา เพื่อให้ได้มีผลต่อพฤติกรรมอย่างแท้จริงต้องอาศัยกระบวนการและวิธีการต่าง ๆ ร่วมกัน ในลักษณะของการผสมผสานหรือบูรณาการในวิธีการอย่างเหมาะสม

รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งในเขตเมืองและชนบทโดยตรงยังไม่มี การศึกษาทั่วไปเป็นการติดตามผลการปฏิบัติงานของอสม. และผสส. ดังเช่น

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2524)(19) ได้ทำการประเมินผลโครงการสาธารณสุขมูลฐานของไทย พ.ศ. 2524 สรุปผลการปฏิบัติงานของ ผสส./อสม. ไว้ว่า ส่วนใหญ่ขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน และบางแห่งอาจทำงานบ้างก็เป็นช่วงแรก ๆ

หลังการฝึกอบรมใหม่ ๆ แต่บางแห่งก็สามารถช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ได้ดี สาเหตุสำคัญพบว่าเป็นผลมาจากชาวบ้านขาดการยอมรับผลสส./อสม. และผลสส. อสม.เองก็ขาดการรับรู้บทบาทที่แน่นอน รวมทั้งปัญหาขาดการติดตามนิเทศงานและการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ และพบว่าร้อยละ 22 ของอสม. ที่มีการกระตือรือร้นเมื่อระยะเวลาหลังการอบรมผ่านไป ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่ผ่านการอบรมเป็น อสม. ใหม่ ๆ ยังมีความพยายามกระตือรือร้นที่จะทำหน้าที่และเมื่อเวลาผ่านไป ความกระตือรือร้นลดน้อยลง และประกอบกับอสม. ได้พบกับปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน จึงทำให้ท้อแท้ในการทำงานเป็น อสม. ได้

ฝ่ายวิจัยประเมินผล กองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข (2525)⁽²⁰⁾ ได้จัดทำโครงการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติของ ผลสส. และ อสม. ในชนบท พบว่าชาวบ้านส่วนใหญ่ถึงแม้จะเคยได้ยินเกี่ยวกับโครงการ ผลสส./อสม. ก็ตาม มีเพียงส่วนน้อยที่เข้าใจความหมายของโครงการนี้ดี และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่เป็นแหล่งข่าวที่สำคัญในการประชาสัมพันธ์เรื่องนี้ อีกทั้งประชากรส่วนใหญ่ไม่เข้าใจบทบาทและหน้าที่ของผลสส./อสม. อย่างแท้จริง ทำให้ประชาชนขาดความสนใจหรือให้ความร่วมมือกับ ผลสส./อสม. และผลสส./อสม. ควรจะเป็นผู้ที่ประชาชนเลือกขึ้นมา นอกจากนี้การนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเป็นไปอย่างสม่ำเสมอมีประสิทธิภาพ เพราะนอกจากจะทำให้ทราบปัญหาในการปฏิบัติงานรวมทั้งหาข้อแก้ไขแล้ว ผู้นิเทศงานยังเป็นเสมือนคลังทางความรู้แก่ ผลสส./อสม. ด้วย

สุนทร ทองคง (2526)²¹ ได้ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. และหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลของอสม. ลักษณะของชุมชนที่ปฏิบัติ ลักษณะความพอใจในสิ่งสนับสนุนจากรัฐบาล และการยอมรับบทบาทหน้าที่กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. ในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่าลักษณะส่วนบุคคลของอสม. ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม.

วชิระ สิงหะเชนทร์ และคณะ (2528)⁽²²⁾ ได้ทำการติดตามผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเขตเมืองในเขตเทศบาล 38 แห่ง พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ทราบว่าในชุมชนมีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน มีเพียงร้อยละ 16.4 เท่านั้น ที่เคยร่วม

คัดเลือกอสม. และร้อยละ 17.3 เคยได้รับการช่วยเหลือแนะนำจากอสม. อสม. ที่เข้ามาปฏิบัติงานในโครงการส่วนใหญ่ได้รับการคัดเลือก โดยระบบเจ้าหน้าที่เป็นผู้เลือกมากที่สุด การปฏิบัติงานของอสม. มีปัญหาหลายด้าน เป็นต้นว่าไม่มีเวลาพอที่จะปฏิบัติงาน ชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ ไม่เชื่อถือเจ้าหน้าที่ให้การนิเทศงานไม่เพียงพอ และอสม. เองขาดความรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

รุจิรา มังคละศิริ และคณะ (2529)(23) ได้รายงานการประเมินผลโครงการสาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งศึกษาการปฏิบัติงานของอสม. 37 คน และศึกษาความคิดเห็นของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง 416 คน พบว่าการดำเนินโครงการยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ปัญหาสำคัญอยู่ที่ความร่วมมือของชุมชนยังมีน้อย การปฏิบัติงานของอสม. บางส่วนขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากไม่มีเวลาว่างจากการประกอบอาชีพ ประชาชนมักไม่ให้ความร่วมมือ และไม่ให้ความเชื่อถือ อสม. โดยส่วนใหญ่ให้ความเชื่อถือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงไปรับบริการที่สถานบริการหรือคลินิกแพทย์มากกว่าไปรับบริการจากอสม. ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะชุมชนเหล่านั้นอยู่ใกล้สถานบริการสาธารณสุขซึ่งมีอยู่มากมาย ด้านความร่วมมือของชุมชน ซึ่งวัดจากความต้องการเป็นอสม. ของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีประชาชนเพียงร้อยละ 12 เท่านั้นที่ต้องการเป็นอสม. โดยให้เหตุผลว่า เพราะไม่มีเวลาพอที่จะปฏิบัติงาน ส่วนพวกที่ต้องการเป็นอสม. ให้เหตุผลว่าต้องการช่วยเหลือเพื่อนบ้าน อย่างไรก็ตาม ยังมีอสม. บางคนที่สามารถปฏิบัติงานได้ตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เป็นที่ยอมรับและรู้จักของประชาชนในชุมชน

วิจิตร ศรีสุพรรณ (2530)(24) วิจัยเรื่องการศึกษาความรู้และความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่ออาสาสมัครสาธารณสุข และการให้บริการอนามัย ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการคัดเลือกอาสาสมัคร ชาวบ้านจะเป็นผู้คัดเลือกเองถึงร้อยละ 31.6 กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเลือก ร้อยละ 27.8 และส่วนใหญ่แล้วอาสาสมัครที่ทำงานด้านบริการสาธารณสุข ทำงานด้วยความสมัครใจถึงร้อยละ 94 โดยถือว่าจะได้มีส่วนช่วยเหลือชาวบ้าน (71.6%) และถือว่าเป็นบทบาทที่มีเกียรติ (7.5%) มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาล (6%) และมีความรู้เพิ่มขึ้น (4.4%) โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ที่เข้ามาทำงานจะทำด้วยความสมัครใจ และ

ต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือชาวบ้านในงานด้านสาธารณสุข และการที่จะช่วยให้คำแนะนำความรู้ต่าง ๆ แก่เพื่อนบ้าน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่อาสาสมัครสาธารณสุขจะต้องปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดีในด้านความประพฤติและพฤติกรรมอนามัย

พรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์กิจ (2531)(25) วิจัยเรื่องปัจจัยบุคคลและความพึงพอใจในสิ่งแวดล้อมของงาน ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ได้ทำการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองราชบุรี ซึ่งรับผิดชอบงานโครงการสาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง จังหวัดราชบุรี ในวันที่ 27 มกราคม 2530 ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองราชบุรี เกี่ยวกับปัญหาที่พบในการดำเนินโครงการ ทำให้ทราบว่าขณะนี้ยังไม่มีผลโครงการ การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. ในโครงการ ซึ่งมีทั้งสิ้น 100 คนนั้น ส่วนใหญ่ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานต่ำ ไม่มีผลงานตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ไม่ได้ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ขาดการติดตามนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบโดยตรงมีน้อย มีภาระในการปฏิบัติงานหลายด้าน ทำให้ไม่สามารถนิเทศงานอสม. ได้ทั่วถึง และจากการสัมภาษณ์อสม. บางคนให้ความเห็นว่าเมื่อมีการปฏิบัติงาน ก็ควรจะได้ผลตอบแทนมากกว่าที่เป็นอยู่ รวมทั้งการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่อสม. หลายรายไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน มีเพียงร้อยละประมาณ 20 เท่านั้นที่มีผลงานตามบทบาทหน้าที่ในบางข้อ และอสม. ร้อยละ 30 ไม่มาขอต่ออายุการเป็นอสม. จึงต้องพ้นสภาพจากการเป็นอสม. ไปในที่สุด และนอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านบุคคล อันได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน และส่วนใหญ่อสม. กลุ่มที่ยังปฏิบัติอยู่ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 41 - 60 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 สมรสแล้ว มีอาชีพค้าขายเป็นอาชีพหลัก ปัญหาที่พบในการปฏิบัติงานของอสม. ที่ยังปฏิบัติงานอยู่ ส่วนใหญ่ขาดการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรองลงมาเห็นว่าในชุมชนมีสถานบริการสาธารณสุขแล้ว ขาดความมั่นใจในความรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อนบ้านไม่ให้ความร่วมมือ ขาดการนิเทศงาน และไม่มีเวลาพอที่จะปฏิบัติงานตามลำดับ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร (2532)²⁶ ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตเมืองกำแพงเพชร พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการทำงานของอสม. เขตเมืองกำแพงเพชร คือ ระยะเวลาหลังการอบรมการรู้จักอสม. ของประชาชน วิธีการคัดเลือกผู้เข้ามาเป็นอสม. และการนิเทศงาน ส่วนปัจจัยในด้านความรู้ บทบาทหน้าที่ของอสม. ระดับการศึกษา ความภูมิใจในบทบาทหน้าที่ของอสม. และฐานะทางเศรษฐกิจของอสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของอสม.

ผู้บริหารสาธารณสุขเขต 5 (2533)⁽²⁷⁾ ได้สรุปผลการพัฒนาสาธารณสุขเขต 5 (9 จังหวัด) ในเรื่องเกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐานไว้ว่า การปฏิบัติงานของผสส./อสม. ส่วนใหญ่ขาดประสิทธิภาพ จากสาเหตุคือ ขาดการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่ จำนวนเจ้าหน้าที่ระดับตำบลไม่เพียงพอ อาสาสมัครในท้องถิ่นถูกรังเกียจให้ความสำคัญกับอาชีพ/รายได้ของตนเองมากกว่าด้านสุขภาพ สำหรับแนวทางแก้ไข/ข้อเสนอแนะมีดังนี้ ให้มีการนิเทศงานผสส./อสม. อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ในระดับตำบลให้เพียงพอตามกรอบ ประชาสัมพันธ์ให้อาสาสมัครเห็นความสำคัญของสุขภาพอนามัย

กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการรวบรวมแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขจะดีหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ พอจะสรุปถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลนคร เชียงใหม่ได้ดังนี้



(ดัดแปลงจาก Lawrence Green, et al. 1980 : 71)