

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้รวบรวมแนวคิดและทฤษฎี เอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดและวิวัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย
2. แนวคิดและทฤษฎีบทบาทและการปฏิบัติตามบทบาท
3. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. แนวคิดและวิวัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย

การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การดูแลสุขภาพที่จำเป็นซึ่งจัดให้ทั่วถึงสำหรับทุกคนและทุกครอบครัวในชุมชน โดยการยอมรับและการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคน ด้วยค่าใช้จ่ายที่ไม่เกินกำลังของชุมชนและประเทศจะรับได้ นอกจากนี้การสาธารณสุขมูลฐานยังต้องก่อให้เกิดการผสมผสานระหว่างระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ กับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นธรรม โดยมีระบบบริการสาธารณสุขเป็นแกนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข 2535 : 21)

ประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) เพื่อการพัฒนาสุขภาพเมื่อปี 2523 จะสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เพื่อให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปีพ.ศ. 2543 (Health For All by the Year 2000) และกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการเริ่มดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานตั้งแต่แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) แต่ยังมีลักษณะกระจายเป็นโครงการ ได้เริ่มดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจังในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) โดยได้ประกาศเป็นนโยบายในแผนพัฒนาสาธารณสุขของประเทศอย่างชัดเจน จึงถือเป็นมิติทางสาธารณสุขแผนใหม่ที่ประเทศไทยนำมาใช้ตั้งแต่นั้นมา

ในการสาธารณสุขแบบเก่าซึ่งได้ดำเนินการมานานกว่า 40 ปีแล้วโดยใช้เจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขที่สถานีอนามัย สำนักงานผดุงครรภ์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรง

พยาบาลศูนย์ ได้ช่วยบริการรักษาพยาบาล ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน แต่ก็ยังแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศได้ไม่หมด เพราะทรัพยากรของรัฐมีจำกัด ประกอบกับประชากรเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้น รัฐจึงต้องใช้กลวิธีใหม่ คือ การสาธารณสุขมูลฐาน (PHC) เพื่อที่จะแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย

แนวคิดง่าย ๆ ของการสาธารณสุขมูลฐานก็คือ การที่ให้เจ้าหน้าที่ของรัฐเปลี่ยนบทบาทจากเดิมซึ่งเป็นผู้บริการประชาชน (ผู้ให้) เปลี่ยนเป็นผู้กระตุ้น ให้คำแนะนำ (Supervise) และผู้สนับสนุน (Supporter) ให้กับประชาชน แล้วให้ประชาชนเป็นผู้เริ่มบริการประชาชนด้วยตนเอง และประชาชนที่จะเป็นผู้ให้บริการประชาชนด้วยตนเองนั้น ได้แก่ ส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งขึ้นในหมู่บ้าน คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และส่วนที่มีอยู่แล้ว คือ หมออาสาหมู่บ้าน (มอบ.) อาสาสมัครวางแผนครอบครัวชุมชน (อส.วคช.) ผดุงครรภ์โบราณ ครู นักเรียน พระ กรรมการหมู่บ้าน (กม.) กลุ่มแม่บ้าน ฯลฯ และกิจกรรมที่จะให้ประชาชนผู้นำเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อช่วยเหลือบริการประชาชนกันเอง เรียกว่า กิจกรรมจำเป็นของสาธารณสุขมูลฐาน (Essential Elements PHC) เดิมนี้มี 10 กิจกรรม แต่ในปัจจุบันได้เพิ่มอีก 4 กิจกรรม รวมเป็น 14 กิจกรรม ดังนี้

1. N = Nutrition โภชนาการ
2. E = Education สุขศึกษา
3. W = Water Supply and Sanitation น้ำสะอาดและสุขาภิบาล
4. S = Surveillance for Local Disease Control เฝ้าระวังโรคประจำถิ่น
5. I = Immunization ภูมิคุ้มกันโรค
6. T = Simple Treatment รักษาพยาบาลง่าย ๆ
7. E = Essential Drugs ยาจำเป็น ให้มียาจำเป็นในหมู่บ้านที่ปลอดภัย ดึงยา
อันตรายออกจากหมู่บ้าน
8. M = MCH อนามัยแม่และเด็ก
9. M = Mental Health สุขภาพจิต
10. D = Dental Health สุขภาพฟัน

11. E = Environmental Health ออนามัยสิ่งแวดล้อม
12. C = Consumer Protectionคุ้มครองผู้บริโภค
13. A = Accident and Rehabilitation อุบัติเหตุและฟื้นฟูสภาพผู้พิการ
14. A = AIDS โรคเอดส์

การที่จะกระทำกิจกรรมเหล่านี้ได้สำเร็จนั้น จะต้องใช้กลวิธีการของการสาธารณสุขมูลฐาน (Strategic PHC) หรือจะเรียกว่า หลักการของสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญ 4 ประการคือ

(1) การมีส่วนร่วมของชุมชน (People participation = PP หรือ Community participation, Community involvement = CI) ซึ่งสำคัญตั้งแต่การเตรียมเจ้าหน้าที่เตรียมชุมชน การฝึกอบรม การติดตามดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รู้สึกเป็นเจ้าของและเข้ามามีส่วนช่วยเหลือนงานด้านสาธารณสุข ทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้งานสาธารณสุขมูลฐานของชุมชนหนึ่ง ประสบความสำเร็จได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยอย่างน้อย 4 ประการ คือ 1 ข. 3 ก. คือ

- 1) ข. คือ ข้อมูล หมายถึง ข้อมูลที่ชี้ให้เห็นถึงสุขภาพของชุมชนซึ่งส่วนใหญ่ได้มาจากการสำรวจข้อมูล
- 2) ก. ที่หนึ่ง คือ กำลังคน
- 3) ก. ที่สอง คือ กองทุนหรืองบประมาณ
- 4) ก. ที่สาม คือ กรรมการหรือองค์กรหรือการบริหารจัดการ

(2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology = AT) เทคนิคและวิธีการที่ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐานควรเป็นเทคนิควิธีการที่ง่าย ไม่ซับซ้อนยุ่งยาก เหมาะสมกับแต่ละสภาพท้องถิ่น และประชาชนสามารถปฏิบัติได้

(3) มีการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (Basic Health Service Reorientation = BHS) หรือ Health Infrastructure ระบบบริการของรัฐ (BHS) และระบบบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐ จะต้องปรับให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐานด้วย ทั้งนี้โดยมีความมุ่งหมายดังนี้ คือ

3.1) ต้องการให้เกิดการกระจายการครอบคลุมบริการให้ทั่วไป (Coverage)

3.2) การกระจายทรัพยากรลงสู่มวลชน (Resource Mobilization)

(4) การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่น ๆ (Intersectoral Collaboration = IC) งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จผลได้ต้องผสมผสานทำงานไปด้วยกันได้ ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง และงานพัฒนาชนบทต่างกระทรวง คือ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และอื่น ๆ (กระทรวงสาธารณสุข 2535 : 3-14)

วิวัฒนาการของการสาธารณสุขมูลฐาน

พัฒนาการของการสาธารณสุขมูลฐานตามลำดับของเวลา โดยอิงจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นหลัก โดยแบ่งเป็นยุคต่าง ๆ ดังนี้

1. ยุคก่อนแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4

เนื่องจากในแผนพัฒนาฯ ฉบับแรก ๆ นั้น ได้เน้นหนักเฉพาะการพัฒนาทางเศรษฐกิจ และในการพัฒนาสาธารณสุขก็เน้นการสร้างสถาบันหรือสถานบริการขนาดใหญ่ในเมืองเป็นหลัก จึงทำให้เกิดสภาวะความแตกต่างของบริการและความไม่เป็นธรรมในการกระจายทรัพยากร ซึ่งผลให้ประชาชนเดือดร้อนในการเข้ารับบริการเป็นประการแรก และทำให้เกิดการใช้สถานบริการอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นสูญเสียโดยส่วนรวมเป็นประการต่อมา ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงพยายามศึกษาหารูปแบบในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ด้วยการวิจัยและทดสอบในหลายรูปแบบและหลายพื้นที่ ในที่สุดก็ได้ข้อสรุปสำคัญ 2 ประการคือ

1. สร้างสถานบริการขนาดเล็กและบุคลากรที่เหมาะสม กระจายอยู่ในทุกพื้นที่ ให้มากที่สุด เพื่อลดความเดือดร้อนของประชาชนในการเข้ารับบริการ

2. พัฒนาศักยภาพของประชาชนและชุมชน ให้สามารถจัดบริการเบื้องต้นของชุมชนได้ด้วยตนเอง

และจากข้อสรุปในส่วนที่ 2 นี้เองเป็นแนวทางไปสู่การพัฒนาแผนงานโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 เป็นต้นมา

2. ยุคแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520-2524)

จากผลการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบกับรัฐบาลได้รับเอามติขององค์การอนามัยโลกมาเป็นนโยบายที่จะใช้การพัฒนาสาธารณสุขให้บรรลุจุดหมายสุขภาพดีตัวหน้าภายใน 2543 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เสนอแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นแผนงานโครงการเพิ่มเติมในแผนพัฒนาสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 4 โดยกำหนดวัตถุประสงค์ที่จะแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบริการสาธารณสุขและการใช้บริการสาธารณสุขอย่างไม่เหมาะสม ด้วยการสนับสนุนให้มีบริการจำเป็น 8 ประการอันได้แก่

1. การให้การศึกษาด้านปัญหาสาธารณสุขและแนวทางการแก้ไข
2. การจัดหาอาหารและโภชนาการ
3. การอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการวางแผนครอบครัว
4. การจัดหาที่พักอาศัยและการสุขาภิบาล
5. การให้ภูมิคุ้มกันโรค เพื่อต่อต้านโรคระบาดอันตราย
6. การควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น
7. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น
8. การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน

ทั้งนี้ได้เลือกใช้วิธีการพัฒนาศักยภาพของชุมชน ครอบครัว บุคคล โดยผ่านกลไกของระบบอาสาสมัคร ซึ่งประกอบด้วย ผสส. และอสม. ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายจะเปิดอบรมพัฒนาอาสาสมัครขึ้นให้ครอบคลุมหมู่บ้านไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของหมู่บ้านชนบททั่วประเทศ

3. ยุคแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529)

ยุคนี้เป็นยุคที่รัฐบาลให้ความสนใจและความสำคัญต่อการพัฒนาชนบทอย่างจริงจังกว่ายุคสมัยใด ๆ โดยกำหนดให้มีแผนพัฒนาชนบทอย่างชัดเจนและเฉพาะเจาะจง ด้วยเหตุนี้ การสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาในชนบทเป็นหลัก จึงได้รับการสนใจทั้งในการดำเนินงานและพัฒนาการดำเนินการพัฒนาอาสาสมัครในอีกครึ่งหนึ่งของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมดทั่วประเทศก็ได้รับงบประมาณสนับสนุนและดำเนินการอย่างเข้มแข็ง ขณะเดียวกัน ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข

เองก็ได้ให้ความสนใจการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานอย่างสูง ดังนั้น การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในยุคนี้จึงเกิดขึ้นอย่างไม่หยุดยั้ง อาทิ

1. การผสมผสานการพัฒนาการสาธารณสุขกับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจโดยส่วนรวม ซึ่งได้พัฒนาเป็นรูปธรรม ด้วยการกำหนดเครื่องชี้วัดสำหรับสังคมไทย หรือที่เรียกว่า ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ขึ้นเป็นจุดหมายระยะยาวในการพัฒนาสังคม
2. การร่วมพัฒนาองค์กรของชุมชน ซึ่งได้แก่ กรรมการหมู่บ้าน ให้ความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุขของชุมชนเพิ่มขึ้น
3. การจัดรูปแบบการบริหารงานสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน โดยเน้นโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบ อันได้แก่
 - 3.1 องค์กรชุมชน หรือการบริหารจัดการ
 - 3.2 ทรัพยากรชุมชน หรือกองทุน
 - 3.3 บุคลากร หรือกำลังคน อันได้แก่ อาสาสมัครทั้งหลาย
4. การพัฒนาระบบบริการของรัฐ อันได้แก่
 - 4.1 การปรับเปลี่ยนบทบาทของเจ้าหน้าที่ จากที่ทำหน้าที่ให้บริการอย่างเดียวเป็นผู้สนับสนุนให้ชุมชนสามารถเป็นผู้ริเริ่ม
 - 4.2 การปรับระบบบริการ โดยจัดให้มีโครงการพัฒนาระบบบริการ หรือที่เรียกว่า โครงการ พบส.
 - 4.3 การปรับระบบการประสานงานด้านบริหาร โดยผ่านกลไกของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ
5. การพัฒนารูปแบบและระบบการดำเนินการในอนาคต โดยการจัดทำโครงการศึกษาและทดสอบในหลายพื้นที่ เช่น
 - 5.1 โครงการบัตรสุขภาพ เพื่อศึกษาระบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ การส่งต่อผู้ป่วย และวางรากฐานการประกันสุขภาพชุมชน
 - 5.2 โครงการหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐาน โดยศึกษาหารูปแบบการสนับสนุนและถ่ายทอดเทคโนโลยีระหว่างชุมชน รวมทั้งหาปัจจัยของการพัฒนาบนหลักการพึ่งตนเองของชุมชน

5.3 โครงการจังหวัดเร่งรัดพัฒนาคุณภาพชีวิต หรือที่รู้จักกันในนามโครงการมินิไทยแลนด์ เป็นโครงการศึกษาการกระจายอำนาจในการตัดสินใจและการบริหารจัดการ เปิดเสรีจู่จังหวัด เพื่อตึงสภาพที่ควรเกิดขึ้นในปี 2543 ปัญหาอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการพัฒนาให้ทุกชุมชนบรรลุเกณฑ์ จปฐ. และพึ่งตนเองได้ อีกทั้งเพื่อให้เห็นภาพของระบบการสนับสนุนของภาครัฐในอนาคต เมื่อชุมชนบรรลุเกณฑ์ จปฐ. และดูแลตนเองได้ในระดับที่เหมาะสม

6. การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ได้จัดโครงการรณรงค์ปีสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติขึ้น เพื่อเร่งระดมสรรพกำลังกระตุ้นและพัฒนาให้ชุมชนตื่นตัวในการจัดระบบและบริการสาธารณสุขที่จำเป็นของตนเอง

ผลที่เกิดขึ้นในแง่ของปริมาณนั้น การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ทั้งในเรื่องการเปิดหมู่บ้านใหม่ การฝึกอบรมอาสาสมัคร แต่ในส่วนของคุณภาพและพัฒนาการนั้น ยังไม่บรรลุจุดหมายที่กำหนดไว้ทั้งหมด ส่วนใหญ่อยู่ในกระบวนการพัฒนาต่อเนื่อง ไปในแผนพัฒนาฉบับที่ 6

4. ยุคแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534)

1. ในแผนพัฒนาฉบับนี้ ได้กำหนดเป็นยุคของการพัฒนาทางคุณภาพ โดยเริ่มจากความพยายามประเมินทศวรรษแรกของการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ของความก้าวหน้าสู่จุดหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า

2. สำหรับในส่วนของพัฒนาอาสาสมัครได้พยายามหากลไกของการสนับสนุนของกรมกองวิชาการลงสู่ชุมชน โดยเริ่มต้นจากการปรับเปลี่ยนหลักสูตรการอบรมฟื้นฟูอาสาสมัครจากต่างคนต่างทำในแผนพัฒนาฉบับที่ 5 มาเป็นการอบรมผสมผสานและจัดตั้งงบประมาณสนับสนุนในการอบรมอาสาสมัครทั้งหมดที่สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน

3. นอกเหนือจากความพยายามในการอบรมอาสาสมัครอย่างผสมผสานดังกล่าวแล้วยังได้ส่งเสริมศักยภาพของชุมชนและองค์กรชุมชน ในการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกันโดยตรง โดยจัดให้ผู้นำของชุมชนมีโอกาสได้ดูงานในชุมชนอื่น ๆ

4. ด้านการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ได้เน้นหนักโครง

การ พบส. และรูปแบบการบริหารโดยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในระดับอำเภอ ขณะเดียวกันในส่วนของหน่วยงานวิชาการ ได้มีความพยายามปรับปรุงเทคโนโลยีให้สามารถแก้ไขปัญหาเดิมที่เปลี่ยนแปลงไปและปัญหาใหม่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้น

5. การประสานงานกับการพัฒนาด้านอื่น ๆ นั้น เนื่องจากกิจกรรมบริการนั้นส่วนหนึ่ง เป็นบริการขั้นพื้นฐานตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานของสังคมไทย ดังนั้น ในช่วงต้นแผนพัฒนาฉบับที่ 6 จึงร่วมกับกระทรวงหลักอีก 3 กระทรวง ครอบคลุมในโครงการรณรงค์ปัญหาคุณภาพชีวิต และมีผลต่อการรวม จปฐ. เป็นส่วนหนึ่งของข้อมูล กชช. 2 ค. ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนระดับหมู่บ้าน ในแผนพัฒนา 5 ปี ของจังหวัดในแผนพัฒนาฉบับที่ 7

5. ยุคแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539)

สืบเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม ซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรมและสุขภาพของประชาชน ทำให้เกิดสภาวะที่แตกต่างจากแผนพัฒนาฉบับที่ผ่านมา กล่าวคือ ปัญหาจากโรคติดต่อที่ป้องกันได้ในระดับที่ควบคุมได้ แต่ขณะเดียวกันโรคติดต่ออันตรายอย่างใหม่ คือ โรคเอดส์ กลับเป็นปัญหาสำคัญขึ้นมาแทน นอกจากนี้ โรคไม่ติดต่อ อาทิ ความดันโลหิตสูง ก็พบจากการศึกษาว่า มีการกระจายอยู่ทั่วไปในชนบท และบางภาคอยู่ในอัตราสูงถึงเกือบ 30% ของประชากรกลุ่มเสี่ยง (อายุระหว่าง 30-60 ปี) และที่สำคัญก็คือ ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาอุบัติเหตุ อุบัติภัย และปัญหาการเอารัดเอาเปรียบผู้บริโภค ประกอบกับผลการพัฒนาเทคโนโลยีของกรม กองวิชาการต่าง ๆ มาแก้ไขจุดอ่อนในระบบที่มีอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระบบการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานของชุมชนโดยอาสาสมัครที่มีอยู่ และมีจุดมุ่งหมายที่จะก้าวไปสู่การพัฒนาให้ครอบครัวและบุคคลดูแลตนเองได้ในที่สุด

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานตามแผนพัฒนาฉบับที่ 7 ได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ดังนี้

"ทุกครอบครัวมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและบรรลุนโยบายชีวิต"

จากวัตถุประสงค์ดังกล่าว อาจกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2539 ทุกครอบครัวจะต้องมีคนมีความรู้ ความสามารถเหมือน ผลสส. (หรือรู้วิถีดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งคนในครอบครัว) และสภาวะความเป็นอยู่ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานของสังคม

ในการบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ก็ได้กำหนดกลวิธีไว้ดังนี้ คือ

1. การดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวนั้น ในส่วนของสาธารณสุขมูลฐานได้กำหนดให้พัฒนาโครงสร้างของสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนที่มีอยู่แล้วให้เป็นระบบและเข้มแข็ง เพื่อให้สามารถดำเนินงานด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยในลำดับแรก คือ การสนับสนุนให้มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานขึ้นในทุกชุมชนทั้งชนบทและเขตเมือง
2. ลำดับต่อมา ได้แก่ การประสานการสนับสนุนภายในกระทรวง เพื่อให้การสนับสนุนจากทุกกรม กองวิชาการผ่านเข้าไปในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ซึ่งเป็นระบบจัดบริการสาธารณสุขของประชาชน เพื่อให้การสนับสนุนเป็นไปอย่างผสมผสาน มีระบบ และมีพลังในการผลักดันให้เกิดผลต่อสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง
3. ในส่วนของการจัดบริการของรัฐ ได้มีความพยายามพัฒนาโครงสร้างสถานบริการระดับสถานีอนามัย ภายใต้โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย
4. ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้น รัฐบาลได้กำหนดให้ใช้ข้อมูล จปฐ. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาหมู่บ้านและชุมชน โดยให้จัดทำเป็นแผนพัฒนาชนบท หรือที่เรียกว่า กชช. อีกทั้งได้เน้นให้มีการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัด 5 ปี เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการจัดทำแผนพัฒนาประเทศอีกด้วย (กระทรวงสาธารณสุข 2535 : 21-28)

ความหมายของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2534 : 16) ได้ให้ความหมายของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนว่า เป็นรูปแบบการจัดบริการกิจกรรมสาธารณสุขโดยชุมชนเป็นศูนย์ปฏิบัติการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สื่อข่าวสาธารณสุข

อุทัย สุขสุด บัญญัติ อติบรรณกุล และชัยชนะ สุวรรณเวช (2534 : 4-6) ได้ให้ความหมายของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนว่า เป็นศูนย์รวมของการพัฒนาและถ่ายทอดความรู้ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ประชาชน เป็นศูนย์กลางการนัดหมายให้อาสาสมัครหลาย ๆ คนหมุนเวียนปฏิบัติงาน ทำให้สภาพของบริการสาธารณสุขในชุมชนมีความชัดเจนในทางปฏิบัติ เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแวะเวียนเข้าไปเยี่ยมเยียนหรือนิเทศงานก็สามารถมีสถานที่ปฏิบัติงานร่วมกันได้

ศสมช. เป็นการจักระบบการทำงานของอาสาสมัครให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยสรุปบทเรียนจากปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในทศวรรษที่ผ่านมา อันได้แก่

1. ปัญหาอาสาสมัครมิได้ปฏิบัติงานจริง ซึ่งเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ

1.1 การปฏิบัติงานของอาสาสมัครนั้นมิได้กำหนดตารางการปฏิบัติงานไว้ให้ชัดเจน ยกเว้นเรื่องของกองทุนยาและเวชภัณฑ์ เพียงแต่กำหนดบทบาทไว้อย่างกว้าง ๆ และให้จัดทำเมื่อมีเวลาว่าง ทำให้ดูเหมือนว่าอาสาสมัครมิได้ปฏิบัติงาน

1.2 ความรู้ของอาสาสมัครไม่เพียงพอ เนื่องจากอาสาสมัครไม่มีเวลาไปรับการปฐมนิเทศติดต่อกันเป็นระยะเวลายาว ๆ และประกอบกับเจ้าหน้าที่มิได้มีแผนปฏิบัติอย่างชัดเจนในการอบรมอาสาสมัครต่อเนื่อง ทำให้อาสาสมัครขาดความรู้ ขาดความมั่นใจ และไม่รู้ว่าจะทำอะไร จึงมิได้ทำงานตามบทบาท

2. ปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลง ตลอดจนเทคโนโลยีซึ่งได้รับการพัฒนาจนเหมาะสม ได้รับการสนับสนุนจากกรม กองวิชาการ ลงสู่ชุมชน โดยปราศจากระบบและกลไกที่ชัดเจน

จากปัญหาสำคัญ 2 ประการดังกล่าว ทำให้ระบบการจัดบริการสาธารณสุขที่จำเป็นโดยชุมชนนั้นไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ประชาชนไม่ได้รับบริการที่จำเป็นและใช้บริการอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นสภาพที่ย้อนกลับไปเหมือนกับต้นแผนพัฒนาฉบับที่ 4 อีก ดังนั้นจากการรวบรวมบทเรียนและความพยายามแก้ไขปัญหาของพื้นที่จังหวัดต่าง ๆ กระทรวงสาธารณสุขจึงเสนอให้จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดย

1. ให้อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ ร่วมกับองค์กรผู้นำชุมชน และประชาชน ตัดสินใจกำหนดเวลา สถานที่ และผู้รับผิดชอบในการจัดบริการสาธารณสุขที่จำเป็นในชุมชนให้ชัดเจนและเหมาะสม สามารถปฏิบัติได้จริง โดยที่ประชาชนทุกคนต้องรับรู้และให้การสนับสนุน ทั้งนี้ เพื่อว่าประชาชนจะมีความชัดเจนว่า เมื่อตนเองต้องการได้รับบริการสาธารณสุขเรื่องอะไร จะต้องไปพบใคร ที่ไหน เมื่อไร

2. จัดการอบรมอาสาสมัครอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดเวลาที่แน่นอนและหลักสูตรที่ชัดเจน ทุกเดือน ๆ ละ 1 วัน ซึ่งเจ้าหน้าที่ต้องจัดการอบรมและฝึกปฏิบัติให้แก่อาสาสมัครให้สอดคล้องกับภาระกิจที่อาสาสมัครต้องปฏิบัติ

3. บุคลากรแผนและการสนับสนุนของกรม/กองวิชาการต่าง ๆ ให้เป็นไปตามผังการปฏิบัติงานและการอบรมของอาสาสมัคร รวมทั้งแผนการถ่ายทอดของอาสาสมัครสู่ประชาชนด้วย

ความสำคัญของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

จากอดีตที่ผ่านมา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สื่อข่าวสาธารณสุข เวลาจะทำงานกันที่จะต้องเดินเรียกนัดหมายมารวมกันที่ใดที่หนึ่ง หรือบ้านใดบ้านหนึ่ง ถึงแม้จะนัดหมายกันแล้วก็ยังล้มกว่าจะพร้อมเพรียงกัน ลงปฏิบัติงานก็เสียเวลา

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2534 : 15) จึงได้กำหนดให้ความสำคัญของการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ดังนี้

1. เพื่อให้อาสาสมัครได้มีสถานที่เป็นศูนย์ประสานงานในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน เป็นแหล่งพัฒนาและถ่ายทอดความรู้ตลอดจนให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ประชาชน
2. เพื่อให้อาสาสมัครมีวัสดุ อุปกรณ์ในการปฏิบัติภารกิจ เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชนได้ตรงเป้าหมาย
3. เพื่อเป็นองค์กรกลางสำหรับองค์กรต่าง ๆ ที่จะสนับสนุนทรัพยากรและวิชาการแก่อาสาสมัคร
4. เพื่อเป็นศูนย์ข้อมูลสาธารณสุขของหมู่บ้าน

ขั้นตอนการจัดตั้ง ศสมช.

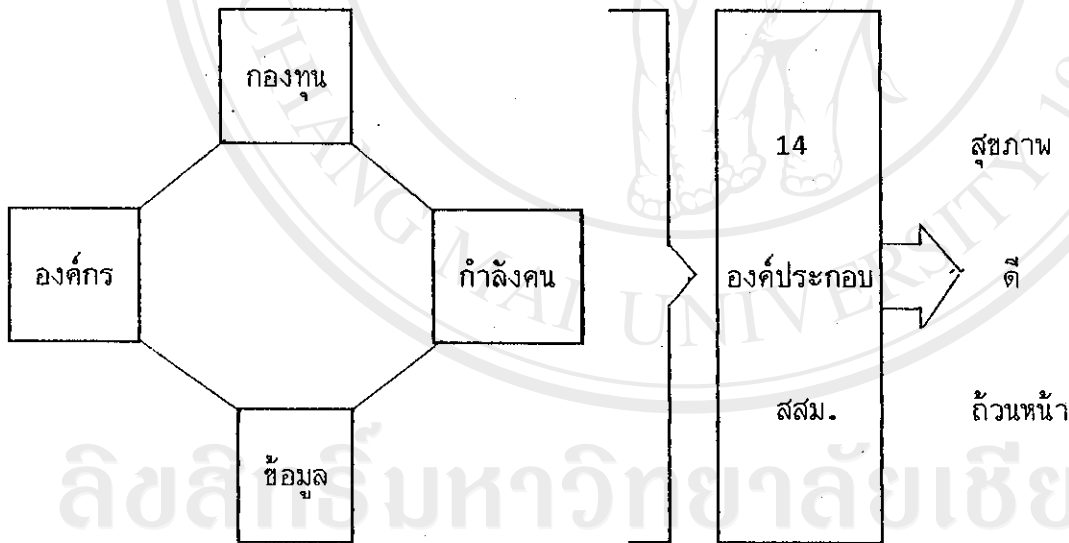
สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2534 : 23) ศสมช. ไม่ใช่การสร้างสิ่งใหม่ขึ้นมา แต่เป็นการบริหารจัดการ/ปรับปรุง/กระตุ้น/จัดระบบสิ่งที่มีอยู่แล้วให้แสดงหน้าที่อันเกิดประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพในชุมชน นอกจากนี้ต้องเข้าใจแนวคิดของ ศสมช. ว่าจัดตั้งขึ้นมาเพื่อการประสานงาน การให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น และเป็นศูนย์ข้อมูลของหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเตรียมการ 5 ขั้นตอน เพื่อจัดตั้ง ศสมช. คือ

1. สำรวจ-ตรวจสอบ ทาสถานการณ์สาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านว่าเป็นอย่างไร
2. ช่อมแซมส่วนที่สึกหรอ โดยประชุมปรึกษาหารือผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้อง

3. จัดทีมทำงาน คัดเลือกอาสาสมัคร 4-5 คน แล้วปฐมูนิเทศ ซึ่งแจกบทบาทหน้าที่
4. จัดตั้ง ศสมช. หาสถานที่ตั้ง ศสมช.ที่เหมาะสม จัดระบบงานและเตรียมหาอุปกรณ์
5. จัดกิจกรรมบริการตามปัญหาของชุมชน หรือตามองค์ประกอบ 14 องค์ประกอบของ

การสาธารณสุขมูลฐาน แต่ไม่จำเป็นต้องทำทั้งหมด

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2534 : 22) ศสมช. ไม่ใช่สิ่งใหม่ แต่เป็นการจัดการ 3ก.+1ข. ในชุมชนที่เป็นรูปธรรมขึ้น เน้นระบบการสนับสนุนติดตาม เพื่อเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนได้อย่างผสมผสาน ครอบคลุม ครอบคลุม และสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสังคมของแต่ละชุมชน



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright © by Chiang Mai University
 All rights reserved

อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนก็คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ที่ผ่านการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านมาแล้ว ยังรวมกลุ่มกันปฏิบัติงานเป็นทีม หรือมีความเต็มใจทำงาน มีผลงานดี มีเวลาว่าง มีความเสียสละ เต็มใจที่จะให้บริการเพื่อนบ้านและกำหนดให้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 1 แห่ง มีอาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงานประมาณ 5 คน จัดกิจกรรมบริการตามปัญหาของชุมชนหรือตามองค์ประกอบ 14 องค์ประกอบของสาธารณสุขมูลฐาน ดังนี้

1. ศูนย์ข้อมูลหมู่บ้าน

1.1 สสำรวจข้อมูล (หญิงมีครรภ์/เด็ก/ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/กลุ่มเสี่ยง/แหล่งแพร่โรค ฯลฯ)

1.2 ประชุมนำเสนอข้อมูลและวางแผนร่วมกับชุมชน/กม.

1.3 จัดระบบส่งข่าวอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุ

2. การให้บริการที่จำเป็น

2.1 โภชนาการ

- ชั่งน้ำหนักเด็ก และร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหาร (รวมทั้งขาดธาตุไอโอดีน)

2.2 อนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว

- ติดตามหญิงมีครรภ์ให้ฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด (รวมทั้งการให้บริการชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์ประจำทุกเดือน

- ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตรวจสุขภาพเด็กตามกำหนด

- จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดและถุงยางอนามัย

2.3 สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

- ติดตามให้มารดาเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด

2.4 ควบคุมโรคประจำถิ่น

- กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

- สืบรวจสุนัขและช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฉีดวัคซีนและกำจัดสุนัขเถื่อน
- เก็บของจากระส่งตรวจหาไข้พยาธิ
- เก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจหาเชื้อมาลาเรีย
- เก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรค

2.5 จัดหาน้ำสะอาดและกำจัดสิ่งปฏิกูล

- กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์พาหะ (แมลง/หนู)
- สาธิตการเติมคลอรีนในน้ำบริโภค

2.6 รักษาพยาบาลเบื้องต้น

- รักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ
- ประชุมพยาบาลก่อนการส่งต่อ

2.7 จัดหายาจำเป็น

- จัดหาและจำหน่ายเวชภัณฑ์ประจำบ้าน
- จัดกลุ่มฟื้นฟูและพัฒนาการใช้สมุนไพรในท้องถิ่น

2.8 ทัศนสาธารณสุข

- จัดนิทรรศการสาธิตการแปรงฟัน
- จัดหาและจำหน่ายแปรงสีฟัน/ยาสีฟัน

2.9 สุขภาพจิตชุมชน

- จัดชมรมผู้สูงอายุ
- จัดกิจกรรมออกกำลังกาย

2.10 ป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ

- วัดความดันโลหิต
- ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ
- จัดกลุ่มป้องกันอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุภัยในชุมชน
- จัดศูนย์บำบัดและฟื้นฟูสมรรถนะผู้พิการ

2.11 คัดกรองผู้บริโภคร

- จัดกลุ่มคัดกรองผู้บริโภคร เพื่อเฝ้าระวังการทำผิดกฎหมาย อาทิเช่น การจำหน่ายยาหมดอายุ หรือยาชุด เป็นต้น

2.12 ป้องกันเอดส์

- จัดกลุ่มป้องกันแหล่งแพร่โรครในชุมชน เพื่อคัดกรองประชาชนจากการติดเชื้อโรครเอดส์ ฯลฯ เป็นต้น

2.13 ความคุมป้องกันสิ่งแวดลอม

- ตรวจสอบคุณภาพแหล่งน้ำบริโภครของชุมชน
- เติมนคลอรีนในแหล่งน้ำที่มีปัญหาด้านแบคทีเรีย

3. การถ่ายทอดความรู้ตามกิจกรรมบริโภครและปัญหาของชุมชน

- 3.1 ถ่ายทอดรายบุคคล/กลุ่ม (หญิงมีครรภ์/แม่ลูกอ่อน/กลุ่มเสี่ยงต่อโรคร/ญาติผู้พิการ/ผู้สูงอายุ ฯลฯ)
- 3.2 ถ่ายทอดโดย ศสมช. (แสดงนิทรรศการหรือสาธิตเรื่องฟัน/ การตรวจน้ำ ฯลฯ)
- 3.3 การถ่ายทอดผ่านสื่อ หอกระจายข่าว ฯลฯ

2. แนวคิดและทฤษฎีบทบาทและการปฏิบัติตามบทบาท

Leonard Broom และ Philip Selznick ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับ "บทบาท" ว่า หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพหรือตำแหน่งในสังคม ดังนั้นเพื่อนำไปสู่ความชัดเจนของคำว่า "บทบาท" มากขึ้น จึงจำเป็นต้องเข้าใจคำว่า สถานภาพ (Status) และ ตำแหน่ง (Position) ด้วย

สุภัตรา สุภาพ (2522 : 52) กล่าวว่าสถานภาพเป็นตำแหน่งที่ได้จากการเป็นสมาชิกกลุ่ม เป็นสิทธิและหน้าที่ทั้งหมดที่บุคคลมีอยู่เกี่ยวกับผู้อื่นและสังคมส่วนรวม สถานภาพจะกำหนดว่าบุคคลนั้นมีหน้าที่จะต้องปฏิบัติต่อผู้อื่นอย่างไร มีหน้าที่รับผิดชอบอย่างไรในสังคม สถานภาพเป็นสิ่งเฉพาะบุคคล ทำให้บุคคลนั้นแตกต่างจากผู้อื่น และได้แบ่งสถานภาพไว้ 2 ประการ คือ

1) สถานภาพที่ติดตัวมา (Ascribed Status) เป็นสถานภาพที่ได้มาโดย

1.1 สังคมกำหนด เช่น นายกรัฐมนตรี รัฐมนตรี มีคนยกย่องมากกว่าธรรมดา

1.2 ติดตัว หรือธรรมชาติสร้างสรรค์ เช่น เพศ (sex) เชื้อชาติ (race) อายุ (age) ฯลฯ

2) สถานภาพที่ได้มาภายหลัง หรือได้มาโดยความสามารถ (Achieved Status)

เป็นสถานภาพที่ต้องดิ้นรน ขวนขวายด้วยความสามารถและสติปัญญาของตนเอง ได้แก่ อาชีพ สถานภาพทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

ปราสาท หลัทธิศา (อ้างอิงใน ณรงค์ เล็งประชา 2532 : 105) กล่าวว่าสถานภาพคือ ตำแหน่งหน้าที่การงานซึ่งกำหนดขึ้นในโครงสร้างหรือระบบของสังคม ในแต่ละระบบของสังคมย่อมมีตำแหน่งหรือสถานภาพต่าง ๆ และมีระเบียบหรือบทบาทสถานภาพสำหรับเป็นแนวทางปฏิบัติของตำแหน่งหรือสถานภาพนั้น ๆ คู่กันไปด้วยเสมอ

ในพจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน 2524 : 383) กล่าวว่า สถานภาพ หมายถึง ฐานเกียรติภูมิของบุคคลหรือของกลุ่มในชุมชน เป็นตำแหน่งของบุคคลหนึ่งหรือกลุ่มหนึ่งที่ได้รับคามนิยมนับถือจากสาธารณชน สถานภาพจะสูงต่ำเพียงไร ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่ถือว่าสำคัญ เช่น รายได้ อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา ฯลฯ

จากความหมายของสถานภาพที่หลายท่านให้ไว้ พอจะสรุปได้ว่า สถานภาพเป็นตำแหน่งของบุคคลที่เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพทางสังคม

ตำแหน่ง (Position) Linton (อ้างอิงใน ทิตยา สุวรรณชฎ 2527 : 38) กล่าวว่า "ตำแหน่ง" มีความหมายกว้างขวาง เช่น ในครอบครัว เขา หมายถึง ตำแหน่งพ่อ แม่ ลูก นอกจากนั้นในการประกอบอาชีพ พ่อก็ยังมีความหมายในอาชีพอีก เช่น ตำแหน่งผู้อำนวยการบริษัท เป็นต้น เมื่อเป็นเช่นนี้จะเห็นได้ว่าคน ๆ หนึ่งอาจจะมีหลายตำแหน่ง จะต้องไม่ลืมด้วยว่าทันทีที่มีคำว่า "ตำแหน่ง" นั้น หมายความว่าต้องมีตำแหน่งอื่นที่เกี่ยวข้องตามติดมาทันที เช่น จะมีตำแหน่งผู้บังคับบัญชาไม่ได้ หากไม่มีตำแหน่งผู้บังคับบัญชา ฐานะตำแหน่งไม่ใช่ตัวคน แต่เป็นผลรวมของสิทธิและหน้าที่ของคนที่จะดำรงตำแหน่งนั้นซึ่งต้องปฏิบัติ ด้วยเหตุนี้ ฐานะตำแหน่งจึงมีอยู่ก่อนที่คนจะเข้าไปสวมตำแหน่งนั้น

ทิตยา สุวรรณชฎ (2527 : 42-43) ได้อธิบายคำว่า "ตำแหน่ง" (Position) ในแง่ของจิตวิทยาว่าเป็นเพียงระบบของการคาดหวังบทบาท (System of Role Expectation) พฤติกรรมของคนจริง ๆ ที่ปรากฏนั้นเป็นผลเนื่องมาจากปฏิกริยา (Product of the Interaction) ระหว่าง "ตัว" กับ "บทบาท" ทั้งนี้ที่คน ๆ หนึ่งทราบว่า ตัวถูกคาดหวังว่าจะทำบทบาท (Role Expectation) คน ๆ นั้นก็จะเกิดการคาดหวังบทบาทจากผู้ที่ตัวจะมีพฤติกรรมต่อ ซึ่งเรียกว่า การคาดหวังบทบาทปฏิกริยา (reciprocal role expectation of self)

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ตำแหน่งเป็นส่วนหนึ่งของสถานภาพและมีส่วนเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบทบาท ทิตยา สุวรรณชฎ ได้เปรียบเทียบว่า ด้านหนึ่งของเหรียญสลึงคือ ตำแหน่ง อีกด้านหนึ่งของเหรียญสลึงคือ บทบาท เช่นเดียวกับ Linton กล่าวถึง บทบาทว่าเป็นลักษณะที่มีการเคลื่อนไหว (Dynamic aspect) ของสถานภาพ เป็นการกระทำตามสิทธิและหน้าที่ซึ่งได้จากสถานภาพที่มีอยู่ บทบาทและสถานภาพเป็นสิ่งที่แยกจากกันไม่ได้ บทบาทจะไม่เกิดขึ้น ถ้าปราศจากสถานภาพและสถานภาพจะไม่มี ถ้าปราศจากบทบาทเช่นเดียวกัน

ความหมาย บทบาท

1. พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา อังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ปีพ.ศ.2524 ได้อธิบายความหมาย "บทบาท" (Role) คือ การทำหน้าที่หรือพฤติกรรมที่สังคมกำหนดและคาดหวังให้บุคคลกระทำ

2. พิศวง ธรรมพันทา (2523 : 62) ได้ให้ทัศนะว่าบทบาทเป็นการปฏิบัติหน้าที่หรือการแสดงออกตามความคิดหรือคาดหวัง เมื่ออยู่ภายใต้สถานการณ์ทางสังคมอย่างหนึ่ง โดยถือเอาฐานะหรือหน้าที่ทางสังคมของผู้ดำรงตำแหน่งเป็นมูลฐาน

3. ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์ (2526 : 91) ได้กล่าวว่าบทบาทเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับองค์กร แสดงถึงพฤติกรรมของคนในองค์การที่คาดว่าจะแสดงออก บทบาทเกิดจากผลของการเกี่ยวข้องกันขององค์การที่เป็นทางการ เทคนิควิทยาการ องค์การที่ไม่เป็นทางการ และความคาดหวังของบุคคลในงานที่ทำ

4. พันธุ์ทิพย์ รามสูต (2523 : 140) ได้ศึกษาแนวความคิดและทฤษฎีทางสังคมจิตวิทยาของ ราล์ฟ ลินตัน (Ralph Linton) และสรุปแนวคิดของบทบาทว่า ตลอดชีวิตของบุคคลจะต้องผ่านการเปลี่ยนเข้าสู่หรือออกจากสถานภาพต่าง ๆ อยู่ตลอดเวลา การเปลี่ยนสถานภาพจะทำให้บทบาทเปลี่ยนไปด้วย การเปลี่ยนบทบาทนี้ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวเองให้เข้ากับสถานภาพและบทบาทใหม่นั้น

5. ทิตยา สุวรรณชญ (2510 : 9-10) ได้แบ่ง บทบาท ออกเป็น

1. บทบาทตามอุดมคติ (Ideal role) หรือบทบาทที่ผู้ดำรงตำแหน่งทางสังคมควรปฏิบัติ เช่น พ่อจะต้องรักลูก ตลอดจนอบรมเลี้ยงดูให้การศึกษาแก่บุตร และ

2. บทบาทที่ปฏิบัติจริง (Actual role) หรือบทบาทที่ผู้ดำรงตำแหน่งทางสังคมจะต้องปฏิบัติจริง เช่น พ่อแม่รักลูกก็มักแสดงความรักด้วยการนุชจา ให้ของ หรือชื่นชมอยู่ในใจ บทบาทที่เป็นจริงนี้จะ เป็นเรื่องของการนำเอาบทบาทตามอุดมคติมาแบ่งและดัดแปลงให้เข้ากับเหตุการณ์หรือบทบาทที่ปฏิบัติจริงนี้เป็นผลรวมของ

- บทบาทตามอุดมคติ
- บุคลิกภาพของผู้ดำรงฐานะตำแหน่ง
- อารมณ์ขณะแสดงบทบาท และอุปกรณ์ของผู้ดำรงตำแหน่งที่มีอยู่
- ปฏิกริยาของผู้ที่เกี่ยวข้อง

6. บรูมและเซลส์นิก (Broom and Selznick 1973 : 36) ได้กล่าวถึง บทบาทว่าประกอบด้วยลักษณะต่าง ๆ 3 ประการ

1. บทบาทในอุดมคติหรือสิ่งที่สังคมกำหนดไว้ (The socially prescribed or ideal role) เป็นบทบาทในอุดมคติที่มีการกำหนดสิทธิหน้าที่ตามตำแหน่งทางสังคม

2. บทบาทที่ควรกระทำ (The perceived role) เป็นบทบาทที่แต่ละบุคคลเชื่อว่าควรกระทำตามตำแหน่งที่ได้รับ ซึ่งอาจจะไม่เหมือนบทบาทในอุดมคติหรืออาจจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

3. บทบาทที่กระทำจริง (The performed role) เป็นบทบาทที่บุคคลได้กระทำไปจริง ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความคาดหวัง และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ตลอดจนความกดดันและโอกาสในแต่ละสังคมในระยะเวลาหนึ่งๆ และยังรวมถึงบุคลิกภาพและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลด้วย

บทบาทที่คาดหวัง (Role Expectation)

ซิลล์ (Sill, 1963 : 230) มีความเห็นว่า บทบาทที่คาดหวังเป็นการกระทำหรือคุณสมบัติต่าง ๆ ซึ่งผู้อยู่ในตำแหน่งควรมี ผู้ได้ตำแหน่งไม่เพียงแต่จะแสดงพฤติกรรมตามบทบาท ซึ่งสอดคล้องกับความคาดหวังของคนอื่น ๆ ในสังคมทั่วไป ยังต้องแสดงบทบาทซึ่งจะกระทำให้ครอบคลุมตำแหน่งของตนเองอยู่ตลอดไป การที่จะแสดงบทบาทให้ประสบความสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทที่คาดหวังกับความต้องการของบุคคลนั้น

ซาร์บิน และแอลเลน (Sarbin and Allen 1975 : 497) ได้ให้ความหมายบทบาทที่คาดหวังว่า ประกอบด้วย สิทธิและหน้าที่ของผู้ดำรงตำแหน่งทางสังคมในการที่จะมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นทางสังคมนั้น ซึ่งบุคคลต่าง ๆ ในสังคมช่วยกันสะสมเรื่อยมาเป็นเวลานาน

การแสดงบทบาท

1. อรุณ วัชรธรรม (2526 : 18) ได้แบ่งระบบของบทบาท (System of Role) ในการบริหารจิตวิทยาไว้ 3 ประการ ได้แก่

1.1 บทบาทจริง (Actual role or role behavior) คือ บทบาทจริงหรือพฤติกรรมที่แท้จริงของบุคคล ซึ่งจะถูกรับรู้โดยอารมณ์ หักศนคติ พฤติกรรมส่วนตัว และปัญหาในการปฏิบัติงาน เป็นต้น

1.2 บทบาทที่องค์การกำหนด (Role prescription) คือ ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบซึ่งองค์การหรือหน่วยงานกำหนดให้ หากผู้ปฏิบัติปฏิบัติตามก็จะไม่มีปัญหาในการปฏิบัติงาน

1.3 บทบาทที่คาดหวัง (Role expectation) คือ บทบาทที่สามารถแบ่งออกเป็นความคาดหวังที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง และตามความคาดหวังของตนเอง ปัญหาจะเกิดขึ้นเมื่อตนเองไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามความคาดหวัง

2. กอร์ดอน อัลปอร์ต (Gordon Allport 1967 : 181-184) ได้ให้ความหมายของบทบาทไว้ว่า เป็นความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลในขณะครอบครองตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งเมื่ออยู่ในกลุ่มคน ดังนั้น การแสดงออกเฉพาะในขณะดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้

2.1 Role expectation คือ บทบาทที่มีอยู่ในสังคมของเรา เป็นบทบาทที่บุคคลในสังคมคาดหวังให้บุคคลอื่นปฏิบัติเมื่อดำรงอยู่ในตำแหน่งหนึ่งในสังคม

2.2 Role conception คือ การที่บุคคลมองเห็นหรือคาดหวังว่าตนเองควรจะมีบทบาทอย่างไร โดยเขาจะวาดภาพของบทบาทของเขาไปตามวิถีทางของเขาเอง ซึ่งอาจจะสอดคล้องกับความคาดหวังของสังคมหรือไม่ก็ได้

2.3 Role acceptance คือ การยอมรับบทบาทของบุคคลซึ่งจะเกิดขึ้นภายหลังจากที่เขาได้มองเห็นแล้วว่า บทบาทนั้นมีความสำคัญต่อตนเอง ทำให้เกิดความมั่นคงอบอุ่น หรือว่าขัดแย้งกับแนวทางที่สังคมกำหนดไว้น้อยที่สุด

2.4 Role performance คือ การปฏิบัติตามบทบาทของบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับบทบาทั้ง 3 บทบาทที่กล่าวมาแล้ว

3. Ralph Linton (1956 : 42-62) ได้ให้แนวคิดในเรื่องทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ไว้ว่า การที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่กำหนดไว้ได้ดีหรือไม่ ย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบดังนี้

3.1 ลักษณะเฉพาะของสังคมหรือของชุมชน

3.2 วัฒนธรรม ประเพณี และความปรารถนาของสังคมที่เกี่ยวข้อง

3.3 บุคลิกภาพ และความจำเป็นของเจ้าของบทบาท

4. ทศนา บุญทอง (2524 : 95) ได้ให้แนวคิดในเรื่องของมโนทัศน์ของทฤษฎีบทบาทว่า บทบาทหน้าที่ตามตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งนั้น ได้ถูกคาดหวังจากสังคมรอบด้าน เช่น จากผู้อยู่ในตำแหน่งอื่น ๆ รอบตัว (ผู้ร่วมงาน) รวมทั้งตัวเราด้วย สิ่งเหล่านี้เกิดจากกระบวนการซึ่งเรียกว่า "กระบวนการสังคม" (Socialization) ถ้าความคาดหวังจากทุกฝ่ายไม่ตรงกัน และผู้ดำรงอยู่ในบทบาทไม่สามารถปรับให้มีความพอดี ก็จะเกิดปัญหาต่อความขัดแย้งในบทบาทหรือความล้มเหลวในบทบาทได้ และผลที่ตามมาก็คือความล้มเหลวของงาน ดังนั้นการแสดงบทบาทของบุคคลตามตำแหน่งหน้าที่จะเป็นไปได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง และที่สำคัญได้แก่

4.1 ความเข้าใจในบทบาทที่ตนต้องแสดงหรือต้องปฏิบัติ

4.2 ประสบการณ์ของผู้ที่ต้องแสดงบทบาท

4.3 บุคลิกภาพของผู้แสดงบทบาทนั้น

5. สมยศ นาวิการ (2521 : 139-142) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของบุคคลใดบุคคลหนึ่งไว้ดังนี้

5.1 ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situational Factors) ประกอบด้วย

5.1.1 สภาพแวดล้อมในการทำงาน จนกระทั่งถึงโชคหรือเคราะห์

5.1.2 อุปกรณ์ และวัตถุดิบที่จะใช้ในการดำเนินงาน

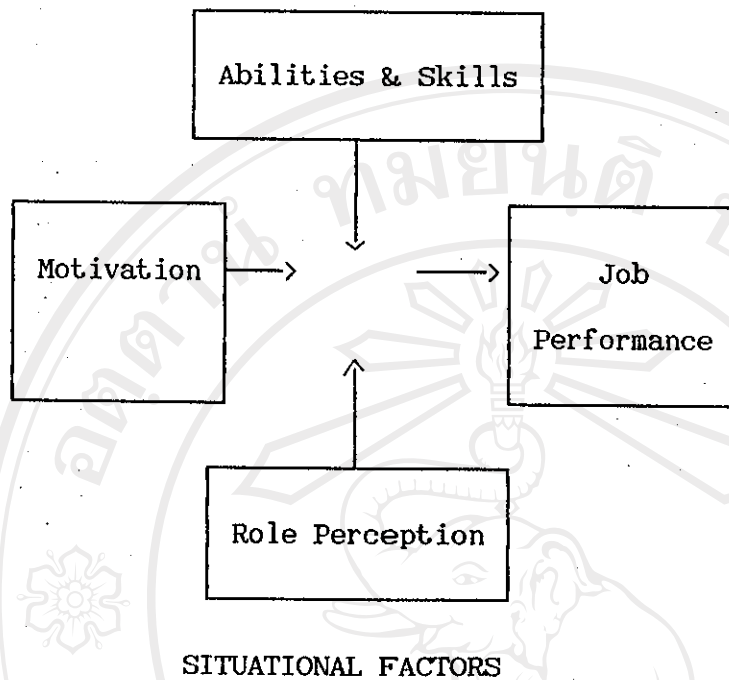
5.2 การรับรู้ทางด้านบทบาท (Role Perception) เป็นแนวทางที่บุคคลให้ความหมายงานของเขา ประเภทของกำลังความพยายามที่เขาเชื่อว่า จะมีความสำคัญต่อผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ความรู้ทางด้านบทบาทจะเกี่ยวพันระหว่างกันกับความสามารถและแรงจูงใจ และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม Porter และ Lawler ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ถ้าหากว่าการรับรู้ทางด้านบทบาทไม่ถูกต้องแล้ว ผลการปฏิบัติงานจะเท่ากับศูนย์ ถึงแม้ว่าความสามารถและแรงจูงใจจะอยู่ในระดับสูงก็ตาม

5.3 ความสามารถและทักษะ (Abilities and Skills) ความสามารถจะเป็นคุณลักษณะของบุคคล ความสามารถหลาย ๆ อย่างอาจจะเรียนรู้ในระหว่างที่อยู่ในวัยเด็กและวัยหนุ่ม ส่วนทักษะหมายถึงระดับความเชี่ยวชาญในงานเฉพาะอย่าง ความสามารถจะมีความสัมพันธ์กับทักษะบุคคลที่มีความสามารถเบื้องต้นเฉพาะอย่างจะเรียนรู้ทักษะที่เกี่ยวข้องได้ดีกว่า

5.4 กระบวนการจูงใจ (The Motivation Process) การจูงใจอาจจะนับได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญอย่างสามที่เป็นตัวกำหนดผลการปฏิบัติงานของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

ปัจจัยทั้งสามจะเห็นได้จากรูปต่อไปนี้

Three Variables Affecting Job Performance in a Given Situational Context



จากแนวคิด ทฤษฎีบทบาทและการปฏิบัติตามบทบาทข้างต้นจึงสามารถกล่าวได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นตำแหน่งหนึ่งทางสังคมที่ประชาชนเลือกขึ้นมาเป็นตัวแทนที่ได้รับการยอมรับและไว้วางใจจากประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐ พร้อมทั้งมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลรักษาประชาชนด้วยกันในเบื้องต้น โดยอาสาสมัครสาธารณสุขดังกล่าวจะได้รับการอบรมหลักสูตรทางด้านสาธารณสุขจากกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น อาสาสมัครจึงถูกสังคมกำหนดบทบาทและหน้าที่ให้ ในที่นี้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขจะต้องดำเนินงาน ศสมช. ดังนี้

1. บทบาทในด้านข้อมูลข่าวสาร
2. บทบาทให้บริการที่จำเป็น
3. บทบาทการถ่ายทอดความรู้ตามกิจกรรมบริการและปัญหาชุมชน

3. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุข ตามการประเมินของตนเอง และเจ้าหน้าที่สุขของรัฐ ในการดำเนินการ ศสมช. ปรากฏว่ายังไม่พบว่ามิใช่ใ้ตรายงานไว้แต่มีรายงานวิจัยอื่น ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันดังนี้

งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข

จากการศึกษางานวิจัยในหลายโครงการ ในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข นั้น พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข เพศชายและเพศหญิง มีความแตกต่างกันในผลการปฏิบัติงาน (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2521 : 208-209, สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และคณะ 2523 : 185-229), บุญพา ชูชื่น 2523 : 97) และที่มีผลการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน (กองแผนงานสาธารณสุข 2524 อ่างใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ 2530 : 77) อายุที่ต่างกันของอาสาสมัครสาธารณสุขทำให้ผลการปฏิบัติงานต่างกัน (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ 2530 : 78, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ 2529 : 6) และทำให้ผลการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน (ภาวิณี เฝ้าศาสตร์ 2529 : 29, บุญพา ชูชื่น 2533 : 98) สถานภาพการสมรสที่ต่างกัน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการยอมรับและมีผลการปฏิบัติงานที่ต่างกัน (อุทัย สุตสุข และคณะ 2525 อ่างใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ 2530 : 77) และทำให้ผลการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน (กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2524 อ่างใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ 2530 : 77) ระดับการศึกษาของ อสม.มีผลต่อผลการปฏิบัติงานและการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อุทัย สุตสุข และคณะ 2525 อ่างใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ 2530 : 77, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ 2529 : 6) รายได้มีผลทำให้เกิดความแตกต่างในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข 2521 : 208-209, อุทัย สุตสุข อ่างใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ 2530 : 77) และทำให้ผลการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน (บุญพา ชูชื่น 2533 : 101, กรรณิการ์ ชมดี 2524 : 18) การที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการนิเทศติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่างกันทำให้ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างกันด้วย (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ 2524 : 3-4, พรนิมล วรติลก และคณะ 2526 : 70-77,

เบญจา ยอดดำเนิน 2522 : 52, พีระศักดิ์ รัตนะ 2534 : 84-85) การรับรู้ข่าวสารที่ต่างกัน ทำให้ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานต่างกัน (ณัฐพล ชันธไชย อ่างใน สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน 2535 : 91-93, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ 2529 : 5-6) ประสบการณ์การช่วยเหลือชาวบ้านด้านสาธารณสุขที่ต่างกันทำให้ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างกัน (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และคณะ 2523 : 185-229, ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ 2530 : 76, เบญจา ยอดดำเนิน 2522 : 52-56) และคำตอบแทนที่แตกต่างกันทำให้ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างกัน (ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ และคณะ 2529 อ่างใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ 2530 : 88, ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ 2530 : 88)

งานวิจัยเกี่ยวกับการยอมรับบทบาท, การปฏิบัติงานตามบทบาทและบทบาทที่คาดหวัง

จินดา พูลเกษม (2527 : 84-86) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การยอมรับบทบาทและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของจังหวัดนครสวรรค์ ในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2527 โดยใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 106 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จำนวน 35 คน ซึ่งผลการศึกษาวิจัย พบว่า การยอมรับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง รวมทั้งการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และรองลงมาอยู่ในระดับต่ำ และลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการยอมรับบทบาทหน้าที่ของ อสม.

สุภาวดี คุหาทอง (2533 : ก-ข) ได้ทำการศึกษาวิจัยบทบาทที่คาดหวังและการปฏิบัติงานจริงของผู้ชำนาญการพิเศษด้านสาธารณสุขตามการรับรู้ของตนเอง ผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน ในปีพ.ศ. 2533 โดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างดังนี้ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้ชำนาญการพิเศษด้านเวชกรรมป้องกัน ผู้ชำนาญการพิเศษด้านสาธารณสุข หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล รวมทั้งประเทศ 270 คน โดยเปรียบเทียบบทบาทที่ได้ปฏิบัติจริงกับบทบาทที่คาดหวังของผู้ชำนาญการพิเศษด้านสาธารณสุข ตลอดจนศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล เช่น

อายุ เพศ วุฒิกการศึกษา สถานภาพสมรส อายุราชการ ประสบการณ์การทำงาน และการฝึกอบรมกับการรับรู้ในบทบาทของผู้ชำนาญการพิเศษด้านสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติงานจริงของผู้ชำนาญการพิเศษด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบกับบทบาทที่คาดหวัง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ในเรื่องบทบาทที่คาดหวังตามการรับรู้ของตนเอง ผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน พบว่า บทบาททางด้านและรายการกิจกรรมอยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบกับบทบาทที่คาดหวังในกลุ่มประชากร พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เพศและวุฒิกการศึกษามีความสัมพันธ์กับบทบาทที่คาดหวังตามการรับรู้ของประชากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.0051$ และ 0.0042 ตามลำดับ) แต่เมื่อพิจารณารายกลุ่ม พบว่า กลุ่มนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ในเรื่องอายุ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทด้านการควบคุม กำกับและประเมินผลงานบริหารและวิชาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.0390$ และ 0.0160 ตามลำดับ) และสัมพันธ์กับบทบาทในการติดตามและประเมินผลงานวิชาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.0430$) ในกลุ่มผู้ชำนาญการพิเศษด้านเวชกรรมป้องกัน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานบริหารมีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทด้านการควบคุม กำกับและประเมินผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.0460$) ในกลุ่มผู้ชำนาญการพิเศษด้านสาธารณสุข อายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทด้านการควบคุม กำกับและการประเมินผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.0370$) และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานบริหารมีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทการวางแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.0500$) ในกลุ่มหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล การฝึกอบรมด้านบริหารมีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทการประสานงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.0310$)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

เกษร สมพฤษ และคณะ (2535 : 29) ได้ศึกษาเพื่อหารูปแบบกระบวนการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ทำการศึกษาด้วยวิธีการสังเกตอย่างมีโครงสร้าง การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยได้คัดเลือกพื้นที่ศึกษามา 6 หมู่บ้านจาก 3 อำเภอในจังหวัดลำพูน ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างกันในด้านสถานที่จัดตั้ง ศสมช. จำนวนวันและเวลาให้บริการและค่าบริการ ส่วนกิจกรรมที่ให้บริการนั้นพบว่าทุกแห่งมีกิจกรรมเหมือนกันคือ การตรวจวัด

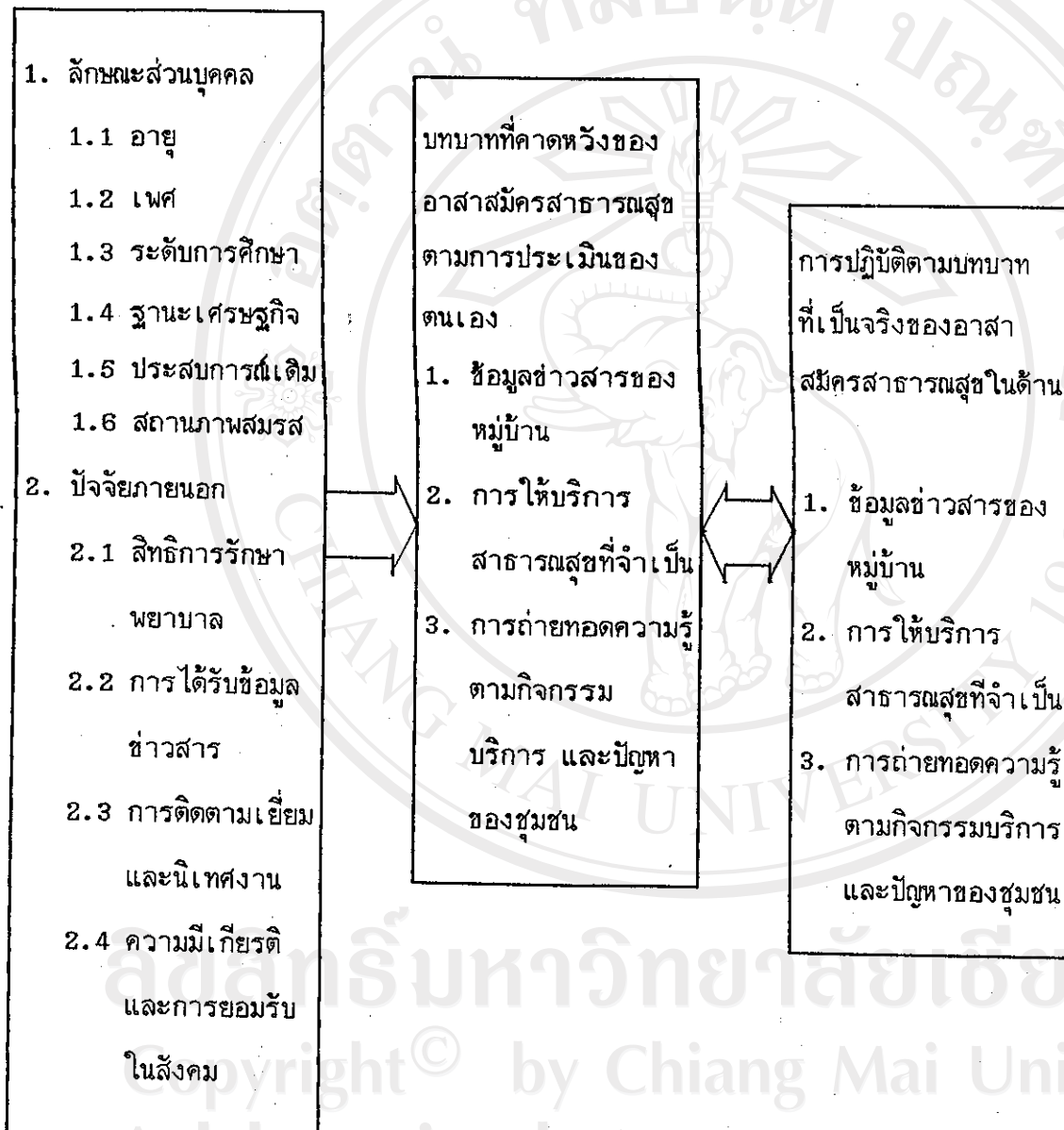
ความดันโลหิต การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ และการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ส่วนในด้านของประชาชนที่มารับบริการนั้น พบว่ามีความพึงพอใจในเรื่องการจัดตั้งและการให้บริการ ใน ศสมช.

दनัย สารพฤกษ์ (2535 : ง-จ) ได้ทำการศึกษาการแก้ปัญหาสาธารณสุข โดยการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในบ้านวังทอง ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้นำครอบครัวจำนวน 198 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์หาความครอบคลุมของกิจกรรมการดำเนินงานแก้ปัญหาสาธารณสุข หาค่าร้อยละของก่อนและหลังการตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมการดูแลตนเอง เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง, การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน, การป้องกันโรคใช้เลือดออกและการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ประชาชนได้รับการเพิ่มมากขึ้น พร้อมทั้งได้รับฟังความรู้ในเรื่องดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นด้วย

จากการศึกษาทบทวนแนวความคิดทางทฤษฎีและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นว่า ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยภายนอกของอาสาสมัครสาธารณสุข มีส่วนสัมพันธ์กับบทบาทที่คาดหวัง และบทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุข

4. กรอบแนวคิดในการศึกษา

4.1 บทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขตามการประเมินของตนเอง ในการดำเนินงาน ศสมช. จังหวัดบุรีรัมย์



4.2 บทบาทที่คาดหวังของอาสาสมัครสาธารณสุขตามการประเมินของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขของรัฐ ในการดำเนินงาน ศสมช. จังหวัดบุรีรัมย์

1. ลักษณะส่วนบุคคล

- 1.1 อายุ
- 1.2 เพศ
- 1.3 อายุราชการ
- 1.4 สถานที่ทำงาน
- 1.5 ระดับการศึกษา
- 1.6 สถานภาพสมรส

บทบาทที่คาดหวังของ
อาสาสมัครสาธารณสุข
ตามการประเมินของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ของรัฐ ในด้าน

- 1. ข้อมูลข่าวสารของ
หมู่บ้าน
- 2. การให้บริการ
สาธารณสุขที่จำเป็น
- 3. การถ่ายทอดความรู้
ตามกิจกรรมบริการ
และปัญหาของชุมชน