

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.) ในจังหวัดร้อยเอ็ด สำหรับเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. นโยบายงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4-9
2. แนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน โดยงบประมาณ

หมวดอุดหนุนทั่วไป

3. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติงาน

4. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ บทบาท และการปฏิบัติงานตามบทบาท

5. แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจ

6. แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. นโยบายงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนางานสาธารณสุขฉบับที่ 4-9

หลังจากที่รัฐบาลอนุมัติให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นนโยบายระดับชาติแล้ว คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้จัดตั้งคณะกรรมการสาธารณสุขแห่งชาติ ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงาน และได้บรรจุโครงการสาธารณสุขมูลฐานเข้าเป็นนโยบายและแผนสาธารณสุขแห่งชาติ แผนพัฒนาฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524)หลังจากนั้น ปี พ.ศ.2523 ประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรเพื่อการพัฒนาสุขภาพ เป็นการประกาศเจตนารมย์อันแน่วแน่ต่อองค์การอนามัยโลกว่า จะใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลยุทธ์หลักในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนให้บรรลุ “สุขภาพดีถ้วนหน้าก่อนปี 2543” (Health for all by the year , 2000)

1.1. นโยบายและทิศทางการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแผนพัฒนาสาธารณสุข
ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524)

มีวัตถุประสงค์ 5 ประการคือ

1. ขยายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมพื้นที่และกลุ่มประชากรมากขึ้น
2. ให้เกิดความร่วมมือของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยทั้งในส่วนบุคคลและชุมชน อันจะนำไปสู่การพึ่งตนเองของชุมชน
3. ส่งเสริมให้เกิดการกระจายข่าวสารด้านสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์สู่ชุมชน
4. ให้มีการจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานพร้อมที่จะให้บริการแก่ประชาชนในลักษณะที่ทุกคนยอมรับ เข้าใจ และเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน
5. ลดการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องหรือการบริโภคยาเกินความจำเป็น

เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ สำหรับกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ

1. การสร้างและพัฒนาองค์กรประชาชนในระดับหมู่บ้าน โดยคัดเลือกผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกำหนดบทบาทให้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัยเพื่อนบ้าน (Chang Agent) ทำหน้าที่ให้ข้อมูลข่าวสาร แนะนำความรู้ ช่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่ชาวบ้าน
2. การกระจายแนวความคิดและหลักการสาธารณสุขมูลฐานแก่เจ้าหน้าที่ให้เข้าใจและยอมรับที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนางานสาธารณสุข โดยจัดกระบวนการฝึกอบรม และถ่ายทอดแนวความคิด หลักการ และนโยบายแบบการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานอย่างกว้างขวาง ทั้งในระดับส่วนกลาง จังหวัด อำเภอและตำบล
3. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์แนวความคิด หลักการ นโยบาย แผนงานและกิจกรรม
4. สาธารณสุขมูลฐาน เพื่อสร้างความเข้าใจและยอมรับในทุกกลุ่มวิชาชีพ และประชาชน ติดตามกำกับงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างใกล้ชิด โดยจัดทีมนิเทศงานเฉพาะกิจด้านสาธารณสุขมูลฐาน

1.2 นโยบายและทิศทางการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนา สาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529)

โครงการสาธารณสุขมูลฐานได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาชนบทยากจน และเครื่องชี้วัดคุณภาพ คือความจำเป็นขั้นพื้นฐาน(จปฐ.) ส่วนหนึ่งจึงเป็นเครื่องชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน (13 ตัวชี้วัด จาก 32 ตัวชี้วัด) ในส่วนของแผนงานสาธารณสุขมูลฐานได้กำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตโดยทั่วถึงกัน โดยการสนับสนุน ส่งเสริมให้ประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านในเขตชนบทและเขตสลัม ให้มีความรู้ความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่จำเป็นของหมู่บ้าน และสามารถดูแลช่วยเหลือพัฒนาสุขภาพอนามัยด้วยตนเอง ตลอดจนผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชน การใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีที่เหมาะสมในท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยอาศัยความร่วมมือสนับสนุนขององค์กรของรัฐ และองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์ทั้งกายและใจ

กลยุทธ์และการดำเนินงานที่สำคัญได้แก่

1. สร้างและพัฒนากลุ่มผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นจุดรวมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับหมู่บ้านและเขตสลัม ซึ่งสามารถที่จะดูแลและพัฒนาสุขภาพอนามัยด้วยตนเอง ตลอดจนผู้อื่นได้เป็นอย่างดี โดยมีเป้าหมายครอบคลุมทุกหมู่บ้านในเขตชนบท และบางส่วนของเขตเมือง
2. พัฒนาให้เกิดความร่วมมือของกลุ่มสถาบันต่างๆ อาทิ อาสาสมัครต่างๆ เช่น หมออาสาหมู่บ้าน (มอบ.) อาสาสมัครวางแผนครอบครัวชุมชน (อช.วคช.) กลุ่มหนุ่มสาว กลุ่มเยาวชน กรรมการพัฒนาหมู่บ้าน กรรมการสภาตำบล ตลอดจนองค์กรท้องถิ่นและประชาชนในหมู่บ้าน
3. จัดการให้ชุมชนระดับหมู่บ้าน สามารถให้บริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นด้วยตนเองได้ โดยเน้นหนักในองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ (การสุขศึกษา) การควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การจัดหายาที่จำเป็นสำหรับหมู่บ้าน

การส่งเสริมโภชนาการ การให้การรักษาพยาบาลโรคที่พบบ่อยในท้องถิ่น การสุขภาพบาล
สิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด งานทันตสาธารณสุข และงานสุขภาพจิต

4. จัดการให้มีการผสมผสานด้านการพัฒนาสาธารณสุขกับการพัฒนาอื่น ๆ
ของชุมชน ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น ผสมผสานงานสาธารณสุขกับงานด้านการเกษตร
หรือกับด้านการศึกษาและพัฒนาชุมชน

ในด้านการบริหารจัดการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญ
ต่อการพัฒนาองค์กรสาธารณสุขมากขึ้นโดย

1. กำหนดกรอบอัตรากำลัง และบทบาทหน้าที่ของฝ่ายต่างๆ ของสำนักงาน
คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานชัดเจนขึ้น

2. ประสานงานกับทบวงมหาวิทยาลัย ขอรับการสนับสนุนจากรัฐบาลญี่ปุ่นจัดตั้ง
ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานแห่งอาเซียน สังกัดมหาวิทยาลัย 1 แห่ง และ
ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 4 แห่ง ทำหน้าที่
ด้านการศึกษา วิจัย การฝึกอบรม การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข และสนับสนุน
ติดตามการดำเนินงานของจังหวัด

3. กำหนดให้มีองค์กรรับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานระดับจังหวัด เรียกว่า
“งานสาธารณสุขมูลฐาน” ภายใต้ฝ่ายพัฒนาบุคลากรและสาธารณสุขมูลฐาน

4. กำหนดบทบาท หน้าที่ด้านการสาธารณสุขมูลฐานของสำนักงานสาธารณสุข
อำเภอและสถานีอนามัย

1.3. นโยบายและทิศทางการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534)

เน้นในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยกำหนดนโยบายสาธารณสุขมูลฐานไว้ดังนี้

1. ส่งเสริมและขยายโอกาสการมีส่วนร่วมของประชาชนด้านคุณภาพชีวิต
2. ส่งเสริมการริเริ่มและขยายงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยชุมชนในท้องถิ่นต่างๆ

ทั้งในเขตเมืองและชนบท

3. ส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีในการดำเนินงานสาธารณสุขที่ได้มีการพัฒนาและใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสมในชุมชนต่างๆ ตลอดจนริเริ่มทดสอบและพัฒนา รูปแบบและเทคนิควิธีการใหม่ๆ อันนำไปสู่การพึ่งพาตนเองได้มากขึ้นของประชาชนและประเทศ เพื่อให้การพัฒนาเป็นไปตามที่กำหนดไว้ จึงได้กำหนดกลวิธีพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานดังนี้คือ

1. ฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหารงานสาธารณสุขทุกระดับ ประชาชนเทศและประชาสัมพันธ์ให้เข้าใจถึงแนวคิดและวิธีการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เน้นการใช้ งบประมาณ เป็นเครื่องชี้วัด

2. ชักนำให้บุคคลที่มีบทบาทเป็นผู้นำในวงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานและสามารถรับรู้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน

3. ให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้นำชุมชนในท้องถิ่นต่างๆ และประชาชนทั่วไปด้วยการฝึกอบรม การประชาสัมพันธ์ และการประชาสัมพันธ์

4. จัดให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างหมู่บ้านและผู้นำชุมชนต่าง ๆ เกี่ยวกับกระบวนการ วิธีการและเทคโนโลยีที่สามารถใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุข หรือพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้

5. ฝึกอบรม ผศส./อสม. แม่บ้าน และบุคคลอื่นๆ ที่มีบทบาทเหมาะสมในชุมชน เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน

6. มอบหมายและพัฒนาสถานบริการสาธารณสุข โรงเรียน วัดและสถาบันทางสังคมอื่นๆ ทำหน้าที่ฝึกอบรมประชาชนและผู้นำชุมชน โดยเสริมศักยภาพของแหล่งฝึกอบรมเหล่านี้

7. จัดให้มีการใช้ประโยชน์จากวัสดุ หรือสิ่งที่มีอยู่แล้ว ตามสภาพและวัฒนธรรมของท้องถิ่น

8. ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ หรือฝึกอบรมอาสาสมัครสำหรับดูแลสุขภาพอนามัยและรักษาการเจ็บป่วยผู้สูงอายุในระดับของการสาธารณสุขมูลฐาน ให้ได้ตามความจำเป็น

9. จัดให้มีการใช้ประโยชน์จากกองทุนพัฒนาหมู่บ้าน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขมูลฐาน

10. ปรับปรุงกองทุนที่จัดตั้งแล้วด้วยวัตถุประสงค์เฉพาะของสาธารณสุขให้ขยายขอบเขตเป็นกองทุนอเนกประสงค์มากขึ้น

11. ชักจูงให้ภาคเอกชนทั้งที่ดำเนินการเพื่อสาธารณประโยชน์และดำเนินการเชิงธุรกิจเข้ามามีบทบาทโดยตรงในองค์การพัฒนาที่ตั้งขึ้นในชุมชน

12. ติดตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพและปัญหาที่มีอยู่ในครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และโรงงานโดยใช้ จปฐ. เป็นเครื่องชี้วัด

แผนงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้สาขาการมีส่วนร่วมของประชาชนด้านสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วย 2 แผนงานรองคือ

1. แผนงานรองสาธารณสุขมูลฐาน เป็นแผนงานที่เน้นการพัฒนางานโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานให้สามารถพึ่งตนเองทางสาธารณสุขในระดับชุมชนได้ โดยพัฒนา 3 ก. ในหมู่บ้าน คือ กำลัคน (อาสาสมัครสาธารณสุข) กองทุน และการระดมทุน กรรมการหมู่บ้านและองค์กรท้องถิ่น

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

2. แผนงานรองสนับสนุนสาธารณสุขมูลฐาน เป็นแผนงานเสริมสร้างประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วย งานพัฒนารูปแบบและระบบสาธารณสุขมูลฐานเพื่อหารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมและเป็นตัวอย่างในแต่ละภูมิภาค

นอกจากนี้ยังได้ริเริ่มโครงการศึกษารูปแบบและพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานขึ้นหลายโครงการ ได้แก่ โครงการนำร่องดูแลสุขภาพตนเอง(Self Care) ในระดับชุมชน ครอบครัว และปัจเจกบุคคล โครงการนำร่อง 4 องค์ประกอบ สสม. (4 PHC) โครงการนำร่องพัฒนารูปแบบ และระบบสาธารณสุขมูลฐานระดับจังหวัด อำเภอ เป็นต้น

1.4. นโยบายและทิศทางการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-3539)

นโยบายพัฒนาสาธารณสุขได้กำหนดให้สนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชนบทอย่างต่อเนื่อง พัฒนาให้มีความหลากหลาย และขยายเข้าไปในเขตเมืองมากขึ้นในส่วนของสาธารณสุขมูลฐานได้ปรับเปลี่ยนแผนงานและกลวิธีในการดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบายเพื่อนำไปสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยวัตถุประสงค์มุ่งเน้นที่ครอบครัวทั้งในเขตเมือง ชนบทและ พื้นที่เฉพาะ ให้สามารถดูแลตนเองและบรรลुสุขภาพชีวิต สนับสนุนให้องค์กร

สาธารณสุขมูลฐาน ในระดับหมู่บ้าน สามารถบริหารจัดการและสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง ให้ถึงระดับครอบครัว สรุปกลวิธีดำเนินงานได้ ดังนี้

1. พัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานให้มีความพร้อมในการจัดบริการสาธารณสุข ด้วยการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มแม่บ้าน และผู้นำชุมชน ยกกระดับผู้สื่อข่าวสาธารณสุข เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั่วประเทศ
2. พัฒนารูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขในเขตเมือง ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพพื้นที่ เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม
3. ส่งเสริมสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน โดยชุมชน ด้วยการสนับสนุนให้จัดตั้งและดำเนินการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานในชุมชน เพื่อเป็นศูนย์กลางปฏิบัติงานให้บริการ ด้านสาธารณสุขโดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทุกหมู่บ้าน
4. ส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน และเทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับประชาชนและชุมชนในพื้นที่ต่าง ๆ ตลอดจนการเพิ่มกิจกรรมบริการสาธารณสุขมูลฐานอีก 4 องค์ประกอบ (รวมเป็น 14 องค์ประกอบ) ได้แก่ การป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันอุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อ การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกัน แก่ไข้มลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัย
5. ส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในชุมชน เพื่อให้ประชาชนได้มี และใช้ประโยชน์จากสมุนไพร และการแพทย์แผนไทยในด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาฟื้นฟู สุขภาพ ให้เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิต ด้วยการพัฒนาความรู้และวิชาการด้านสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยแก่บุคลากรสาธารณสุข การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการปลูกและการใช้สมุนไพรทั้งในด้านการใช้เป็นยาและอาหารสมุนไพรในท้องถิ่น ตลอดจนการรวบรวมและเผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านจากประสบการณ์ในท้องถิ่น
6. สนับสนุนพัฒนาองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรประชาชน และธุรกิจเอกชน ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
7. พัฒนากลไกและกระบวนการถ่ายทอดความรู้ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเอง โดยอาศัยโครงสร้างทางสาธารณสุขมูลฐาน เป็นหน่วยสนับสนุน ในการดำเนินงานจัดให้หน่วยงานในแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ กลวิธีกำหนดโดยหน่วยงาน รับผิดชอบส่วนกลาง มาตรการกำหนดโดยหน่วยงานสนับสนุนวิชาการของส่วนกลางและเขต

ส่วนโครงการ/กิจกรรม กำหนดโดยหน่วยงานผู้ปฏิบัติซึ่งมีทั้งหน่วยงานส่วนกลาง เขต และ จังหวัด

ทั้งนี้หน่วยงานที่รับผิดชอบส่วนกลาง ได้กำหนดกลวิธีที่ใช้ในการดำเนินงาน คือ

1. การใช้เกณฑ์และกระบวนการ จปฐ. ทางด้านสาธารณสุขเป็นเครื่องมือในการวางแผน /ประเมินผลระดับหมู่บ้าน และเป็นจุดหมายในการสนับสนุนอย่างบูรณาการของหน่วยงานสาธารณสุขมูลฐาน .
 2. การพัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานในระดับชุมชนให้สามารถจัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของตนเองอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน
 3. การพัฒนาระบบบริการของสถานบริการ และหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ซึ่งรวมถึงการพัฒนาสถานีอนามัยให้สนับสนุนสาธารณสุขมูลฐานในระดับชุมชน
 4. พัฒนาการบริหารจัดการ โดยเน้นการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ การกลั่นกรองและประสานการสนับสนุนระดับเขต รวมทั้งส่วนกลาง
 5. การพัฒนาระบบวางแผน การควบคุมกำกับและประเมินผลโดยเน้นการใช้ข้อมูล และพื้นที่เป็นหลักในการวางแผน ควบคุม กำกับ และประเมินผล
 6. การประชาสัมพันธ์ เน้นการประชาสัมพันธ์ทางบวกที่สร้างภาพพจน์ ความสามารถพึ่งตนเองของประชาชนและการสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง
- นอกจากนั้น ยังได้กำหนดตัวชี้วัดเพื่อบรรลุสภาพที่ดีวนหน้า โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- กลุ่มที่ 1 ความจำเป็นพื้นฐานด้านสาธารณสุข เป็นตัวชี้วัดที่บอกลถึงสภาวะสุขภาพ
- กลุ่มที่ 2 เป็นตัวชี้วัดการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือการพึ่งตนเองของหมู่บ้าน
- กลุ่มที่ 3 เป็นตัวชี้วัดการครอบคลุมของบริการสาธารณสุขและคุณภาพบริการ

1.5 นโยบายและทิศทางการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544)

ในการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อสนองตอบต่อเป้าหมายที่เน้น “คน” เป็นจุดศูนย์กลางของการพัฒนา ในช่วงของแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ได้เน้นความสำคัญของการพัฒนาแบบองค์รวมใน 2 ลักษณะคือ

1. เน้นการพัฒนาสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจ สังคม

วัฒนธรรม ค่านิยม พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงของ ปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุข

2. เน้นการพัฒนาสุขภาพของคนด้านสุขภาพอนามัย ในการส่งเสริมให้มีความรู้ ในด้านส่งเสริม ป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวควบคู่กับการพัฒนาปัจจัย แวดล้อม ทั้งระบบบริการสาธารณสุขระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบบริหารจัดการ และ สภาวะแวดล้อมต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพและพลานามัยที่ดี

โดยกำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาสาธารณสุขที่สำคัญ 7 ประการ คือ

1. ปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุข โดยเน้นการกระจายอำนาจการ บริหารจัดการ และทรัพยากรสาธารณสุขสู่ส่วนภูมิภาค ท้องถิ่น ชุมชน และองค์กรเอกชน ปฏิรูประบบการเงินการคลัง ลดขั้นตอนที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา รวมทั้งผลักดันกฎหมาย และระเบียบวิธีการบริหารงาน ตลอดจนส่งเสริมให้มีเครือข่ายในการทำงานร่วมกันทุกระดับ ทั้งภาครัฐ องค์กร เอกชน ภาคธุรกิจ นักวิชาการ องค์กรประชาชนและสื่อมวลชน

2. พัฒนาการเพิ่มประสิทธิภาพและความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการ สาธารณสุข โดยพัฒนาระบบบริการสุขภาพของรัฐให้มีคุณภาพมาตรฐาน ส่งเสริมให้ภาคเอกชน เข้ามามีบทบาทในการจัดบริการสนับสนุนการพัฒนาเกษตรกรรม และการแพทย์แผนไทยอย่าง จริงจัง ตลอดจนเร่งรัดการสร้างหลักประกันให้แก่ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะผู้ยากจนและผู้ด้อย โอกาสทางสังคม

3. พัฒนาพฤติกรรมอนามัยเพื่อการควบคุมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โดย พัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ได้ผลในการป้องกันและควบคุมทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่ มีอยู่เดิม และโรคที่เกิดเป็นปัญหาขึ้นมาใหม่ พัฒนาสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อการดำรงชีวิต การประกอบอาชีพและเอื้อต่อการมีสุขภาพดี ส่งเสริมการมีสุขภาพดีของผู้ประกอบอาชีพ

4. พัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพและด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดย สร้างความเข้มแข็งของการกำกับดูแลในภาครัฐ พัฒนากลไกและองค์กรอิสระในการพัฒนา คุณภาพมาตรฐานของสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กร ภาคเอกชนในการวิจัยระบบสาธารณสุข

5. พัฒนาการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ โดยจัดตั้งเครือข่ายในการพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ

6. เสริมสร้างและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยให้เหมาะสม โดยตรงค้อย่างจริงจัง เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จัดสรรงบประมาณให้แก่ชุมชนเพื่อบริหารจัดการเอง ตลอดจนสนับสนุนเทคโนโลยีและวิชาการ และการศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบใหม่ ๆ ในการดำเนินการ เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน อันจะส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งในสถาบันครอบครัวและชุมชน พัฒนาศักยภาพของประชาชนในการดูแลตนเอง โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการและเป็นไปในลักษณะที่ชุมชนดำเนินการเอง โดยลดการจัดตั้งจากภาครัฐ

7. ศึกษา ค้นคว้า วิจัย พัฒนา ผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพและเทคโนโลยีสาธารณสุข สำหรับนโยบายและทิศทางการสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 ได้ถูกกำหนดให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 โดยมุ่งเน้นที่การพัฒนาคนบรรจุอยู่ใน 2 สาขา คือ สาขาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการพึ่งตนเอง ด้านสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ตลอดจนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน และกำหนดเป้าหมายไว้ 3 ประการ คือ

7.1 ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ตลอดจนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85 ของหมู่บ้านและชุมชนทั่วประเทศ

7.2 องค์กรปกครองท้องถิ่น สามารถบริหารจัดการงานสาธารณสุขของชุมชนได้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ขององค์กรปกครองท้องถิ่นทั่วประเทศ

7.3 มีการพัฒนาระบบงานและเทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ในแต่ละพื้นที่และแต่ละกลุ่มประชากร

ทั้งนี้ได้กำหนดกลยุทธ์เพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว คือ

1. ส่งเสริมบทบาทและศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขและชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขและองค์กรชุมชน ในการถ่ายทอดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองให้แก่ครอบครัว

2. การส่งเสริมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้เป็นแกนสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองให้แก่ ครอบครัว แกนนำสุขภาพนี้ อาจจะเป็นผู้หนึ่งผู้ใด หรือทุกคนในครอบครัว ที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ทั้งเจ้าหน้าที่หรือ อสม.

3. การส่งเสริมบทบาทการปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสาธารณสุขชุมชน

4. การส่งเสริมพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า

5. การส่งเสริมและพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการพัฒนาครอบครัวสุขภาพดี ซึ่งการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า สำหรับแผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ประกอบด้วย 2 แผนงานรอง ได้แก่

แผนงานพัฒนาระบบโครงสร้างและระบบสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วย 3 แผนงาน คือ

1. งานพัฒนาโครงสร้างและระบบสาธารณสุขมูลฐานมีวัตถุประสงค์เพื่อ

ก. พัฒนาศักยภาพองค์กรสาธารณสุขมูลฐานทุกระดับ ให้สามารถสนับสนุนและประสานกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

ข. พัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ให้สามารถจัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน

2. งานพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการสาธารณสุขมูลฐานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีวัตถุประสงค์เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตั้งแต่องค์กรบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง เทศบาลนคร เมืองพัทยา รวมทั้งกรุงเทพมหานคร สามารถดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในความรับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

3. พัฒนาเครือข่ายประสานความร่วมมือภาครัฐ และเอกชน มีวัตถุประสงค์เพื่อประสานความร่วมมือจากรัฐและเอกชน สนับสนุนกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน

แผนงานพัฒนารูปแบบ ระบบ และเทคโนโลยีสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วย งานพัฒนารูปแบบและเทคโนโลยีสาธารณสุขมูลฐาน มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. พัฒนารูปแบบและเทคโนโลยีทางสาธารณสุขมูลฐานให้เหมาะสม ประหยัดและง่ายต่อการนำไปใช้ในชุมชน

2. สนับสนุนการฟื้นฟูและพัฒนาการใช้ความรู้และเทคโนโลยีจากภูมิปัญญาพื้นบ้าน ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นพัฒนาเทคโนโลยีด้านการสื่อสาร โทรคมนาคมในงานสาธารณสุข มูลฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีระหว่างครอบครัว / ชุมชน การถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีทางไกลเพื่อให้การศึกษาต่อเนื่องแก่ อสม. ตลอดจนกำลังคนด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ในหมู่บ้านและชุมชน(สำนักงานคณะกรรมการ สาธารณสุขมูลฐาน. 2543 : 25-31)

1.6. นโยบายและทิศทางการดำเนินงานตามแผนสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549)

สำหรับแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (2545-2549) กำหนดให้ “คน” เป็นศูนย์กลางของการพัฒนาเหมือนแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 และเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและ ประชาสังคมอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น และการปฏิรูประบบราชการที่เน้น ประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ในการดำเนินงานนั้นจะสอดคล้องกับการที่กระทรวงสาธารณสุข กระจายอำนาจ และเปิดโอกาสให้ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับจังหวัดมี บทบาทในการนำในการบริหารจัดการหมู่บ้าน ซึ่งในแผนงบประมาณปี 2545 สำนักงาน คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ได้กำหนดความสำเร็จของงานดังนี้

1.6.1 แผนงานบริการสุขภาพหมวดงานส่งเสริมสุขภาพ

1) ผลผลิต

- 1.1) ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง
- 1.2) ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
- 1.3) ชุมชนจัดระบบสุขภาพภาคประชาชน

2) ตัวชี้วัด

- 2.1) ชุมชนจัดกิจกรรมเฝ้าระวังสุขภาพ
- 2.2) ชุมชนจัดกิจกรรมวินิจฉัยโรคเบื้องต้น โดยใช้อุปกรณ์เครื่องมืออย่างง่าย
- 2.3) ชุมชนจัดกิจกรรมการรักษาพยาบาลเบื้องต้น
- 2.4) ชุมชนจัดกระบวนการถ่ายทอดแล้วเผยแพร่ความรู้
- 2.5) ชุมชนพัฒนาองค์กรและประชาคมสุขภาพ
- 2.6) ชุมชนจัดตั้งและประสานงานเครือข่ายสุขภาพ

2.7) ชุมชนจัดกระบวนการและสร้างความเคลื่อนไหวพลังชุมชนด้านสุขภาพ และพัฒนาสังคม ตามความเห็นของสมาชิกส่วนใหญ่

2.8) ชุมชนร่วมพิทักษ์สิทธิ์

2.9) ชุมชนจัดระบบการเงิน การเงินเพื่อสุขภาพ โดยการจัดตั้งและบริหาร กองทุนสุขภาพชุมชน

2.10) ชุมชนจัดระบบสวัสดิการสำหรับผู้ด้อยโอกาส

2.11) ชุมชนจัดระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อวางแผน และประเมินผลเบื้องต้น

2.12) ชุมชนจัดบริการ การประกันสุขภาพทั้งด้าน การส่งเสริมสุขภาพและ รักษาพยาบาลชุมชนจัดการดูแลสิ่งแวดล้อม

นโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรมที่สำคัญที่กล่าวมาแล้วนี้ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับต่างๆ มีความรู้ สึกเป็นเจ้าของ และจะคิดวางแผนด้วยทีมงาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเอง ซึ่งจะสอดคล้องกับปัญหาท้องถิ่น และจะมีความยั่งยืน ตลอดไป อย่างไรก็ตามในระยะการเปลี่ยนผ่านนี้อาจจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ยังไม่เห็นด้วย เพราะอาจจะขาดความมั่นใจในพลังและความสามารถของประชาชน และไม่อยากจะปล่อยอำนาจ ที่เคย ควบคุมมาตลอดระยะเวลากว่า 20 ปี ซึ่งในความเป็นจริงของระบบสาธารณสุขของไทย ประชาชนมักจะรอคำสั่งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและมีความคิดที่คิดว่าตนเองเป็นศูนย์กลาง และ มองว่าการรักษาพยาบาลเป็นจุดสำคัญที่ประชาชนต้องการ จึงมีความพยายามที่จะพัฒนาระบบ บริหารสาธารณสุขในระบบของสถานบริการทุกระดับจนละเลยการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน โรค ซึ่งมีรูปธรรมมากมาย เช่น การจัดสรรงบประมาณที่มุ่งเน้นการรักษาพยาบาลประมาณ 70% และส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคประมาณ 30% เป็นต้น

การกระจายอำนาจให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชมรม อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านบริหารจัดการด้วยตนเองเช่นนี้ จะทำให้การส่งเสริมสุขภาพและการ ป้องกันโรคมียุทธศาสตร์ที่มากขึ้นและสามารถที่จะโน้มน้าวให้ประชาชนสนใจการดูแลสุขภาพ ด้วยตนเองได้ นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคมียุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดคือประชาชนไม่ เจ็บป่วย ดังนั้น

แผนหมู่บ้านของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในแต่ละหมู่บ้านจึงตอบสนองการดำเนินงานตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ที่เน้นการสร้างสุขภาพ การป้องกันโรคโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน

ดังนั้น ความมั่นใจในพลังความสามารถของประชาชนจึงเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้องเพิ่มความเชื่อมั่นและให้โอกาส ให้เวลาประชาชนได้ฝึกปฏิบัติไปในเวลาเดียวกัน พร้อมทั้งติดตามให้การสนับสนุนทางวิชาการอย่างสอดคล้องกับปัญหาของประชาชนและที่สำคัญที่สุดความมีเอกภาพของนโยบายทางการบริหารในการสนับสนุนประชาชนต้องจริงจังและต่อเนื่องตลอดไปความพยายามและการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในระดับต่างๆ จึงจะประสบผลสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ (สาธารณสุขมูลฐานภาคอีสาน. 2544 : 8-9)

2. แนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุขมูลฐาน โดยงบประมาณ

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
Rajabhat Mahasarakham University

2.1 ขอบเขตการจัดทำโครงการ

ขอบเขตของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานระดับชุมชน จำแนกเป็น 3 กลุ่ม โดยการจัดลำดับความสำคัญและสัดส่วนของงบประมาณที่ใช้ในโครงการ ให้ปฏิบัติเป็นไปตามความต้องการของชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่ระดับตำบลเป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำ

2.1.1 การพัฒนาศักยภาพด้านสาธารณสุขของคนในชุมชน

ให้ความสำคัญที่การเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถและทักษะด้านการจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานให้แก่ผู้นำชุมชน อันหมายถึงอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) กรรมการหมู่บ้าน (กม.) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบ.ต.) พระสงฆ์ ผู้นำศาสนา หรือ ผู้นำองค์กรชุมชนด้านสาธารณสุข/สุขภาพ เช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น ตลอดจนพัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างผู้นำชุมชนด้วย

2.1.2 การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานและการแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน

การดำเนินงานด้านนี้ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชน เช่น อสม. และผู้นำด้านสาธารณสุขในชุมชน ได้ทดลองปฏิบัติการและเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาของชุมชน การตัดสินใจและการกำหนดโครงการปฏิบัติโดยชุมชนเอง พร้อมทั้งการประเมินโครงการโดยชุมชน ซึ่งจะทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งในการจัดการปัญหาสาธารณสุขของชุมชนในระยะยาว

2.1.3 การจัดบริการสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานในชุมชน

เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดการบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานโดยชุมชน ทั้งนี้เป็นไปตามความต้องการและความพร้อมของชุมชน ทั้งคนและทรัพยากรอื่นๆ

2.2 การจัดแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีบทบาทสำคัญในการปฏิรูประบบการจัดสรรประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปแบบใหม่นี้ โดยมีบทบาทสำคัญคือ

2.2.1 การชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ และแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีให้หน่วยงานระดับอำเภอ ได้รับทราบ

2.2.2 ประสานกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลและแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการเช่น องค์กร อสม. องค์กรด้านการสาธารณสุขในจังหวัดได้ เป็นต้น เพื่อให้ข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลสาธารณะ ที่องค์กรชุมชน หรือประชาชนสามารถรับรู้ และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่าย

2.2.3 จัดทำและชี้แจงแนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานของจังหวัด ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนปัญหาสาธารณสุข หากจังหวัดมีข้อมูลที่ชัดเจนและเพียงพอ จังหวัดสามารถสื่อสารข้อมูลดังกล่าว หรือจัดแนวทางการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานเป็นการเฉพาะ ที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของจังหวัดได้

2.2.4 ส่งเสริมให้มีการวางแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และเป็นการวางแผนระดับชุมชน (grass root level) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดและองค์กรชุมชน ให้มีทักษะในการวางแผนร่วมกัน เช่น การวางแผนอย่างมีส่วนร่วม การวางแผนแบบ AIC (Appreciation Influence Control) การวางแผนแบบ PRA (Participatory Rural Appraisal) เป็นต้น เพื่อให้การวางแผนเป็นของชุมชนอย่างแท้จริง

2.2.5 รวบรวม วิเคราะห์ และจัดทำแผนงานสาธารณสุขมูลฐานระดับจังหวัด พร้อมทั้งสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อควบคุม กำกับ และประเมินผลต่อไป

2.2.6 การติดตามและประเมินผลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีบทบาทในการประเมินผลแผนงานสาธารณสุขมูลฐานระดับจังหวัด และนำข้อมูลจากการประเมินไปใช้ในการวางแผนต่อไป

2.3 การจัดทำแผนปฏิบัติการระดับอำเภอ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีบทบาทเช่นเดียวกับกับจังหวัด เพียงแต่มีพื้นที่รับผิดชอบเฉพาะอำเภอ และเพื่อให้ระบบการสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับอำเภอ เข้มแข็ง และสามารถอาศัยทรัพยากรระดับอำเภอได้อย่างเต็มที่ การจัดทำแผนปฏิบัติการระดับอำเภออยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.) โดยมีบทบาท ดังนี้

2.3.1 ชี้แจงข้อมูลและแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการ ให้นายงานที่รับผิดชอบทราบ

2.3.2 ประสานงานเพื่อให้ข้อมูล และแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการ ให้กับองค์กร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และองค์กรด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

2.3.3 ส่งเสริมให้มีการวางแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและเป็นการวางแผนระดับชุมชน เช่น การวางแผนแบบมีส่วนร่วม การวางแผนแบบ AIC การวางแผนแบบ PRA เป็นต้น เพื่อให้การวางแผนเป็นของชุมชนอย่างแท้จริง

2.3.4 ร่วมวิเคราะห์ และจัดทำแผนงานสาธารณสุขมูลฐานระดับอำเภอพร้อมทั้งส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อการควบคุม กำกับและประเมินผลต่อไป

2.3.5 การติดตามและประเมินผลแผนงานสาธารณสุขมูลฐานระดับอำเภอนำ ข้อมูลจากการประเมินผลไปใช้ในการวางแผนต่อไป และจัดส่งรายงานการประเมินผลให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2.4 การจัดทำแผนปฏิบัติการระดับตำบลและหมู่บ้าน

แนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ภายใต้ระบบงบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปแนวใหม่นี้ หน่วยงานสาธารณสุขระดับตำบล จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบทบาท

เป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitators) และผู้สนับสนุน (Supporters) ที่แท้จริง มิใช่เป็นผู้คิดโครงการ/กิจกรรม แล้วมอบให้ชุมชนทำ การมีส่วนร่วมในการวางแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน ควรมีลักษณะพหุภาคี หรือหลายฝ่าย อันประกอบด้วยองค์กรและกลุ่มต่างๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุของค์กรชุมชนด้านสาธารณสุขในตำบล หรือหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข ผู้แทนการปกครองท้องถิ่น และองค์กรพัฒนาชุมชนของเอกชนที่มีอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ หน่วยงานสาธารณสุขระดับตำบลมีบทบาทสำคัญคือ

2.4.1 ชี้แจงข้อมูลและแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการให้กลุ่มองค์กร และบุคคลที่เกี่ยวข้องทราบ

2.4.2 ประสานงานเพื่อให้ข้อมูล แนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการ และให้คำปรึกษาในการวางแผนในองค์กร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและ/หรือองค์กรชุมชนด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทราบ

2.4.3 ส่งเสริมให้มีการวางแผนปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมและเป็นการวางแผนระดับชุมชน ตลอดจนอาจมีบทบาทในการระดมทรัพยากร และงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาช่วยในการพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน

2.4.4 รวบรวม วิเคราะห์ และจัดทำแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน ระดับตำบล ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือ คปสอ. เพื่อรวบรวมเป็นแผนงานระดับอำเภอ และการควบคุม กำกับ และประเมินผล

2.4.5 การติดตามประเมินผลงานสาธารณสุขมูลฐานระดับตำบล นำข้อมูลจากการประเมินผลไปใช้ในการวางแผนต่อไป และจัดส่งรายงานการประเมินผลให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

2.5 การติดตามและประเมินผล

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน จำเป็นต้องมีระบบการประเมินผล ที่ชัดเจนเพื่อให้การจัดสรรงบประมาณมีประสิทธิภาพเต็มที่ ตลอดจนนำข้อมูลจากการประเมินผลมาพัฒนาระบบการจัดสรรงบประมาณในปีต่อไป สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน จำแนกการประเมินผลเป็น 2 ระดับ คือ

2.5.1 การประเมินผลระดับส่วนกลาง สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน(ส่วนกลาง) และศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานประจำภาค เป็นหน่วย

งานประเมินผล มีบทบาทในการติดตามและประเมินผลแผนงานสาธารณสุขมูลฐานทั่วประเทศ
ทั้งนี้อาศัยแหล่งข้อมูลจาก

- 1.) การรายงาน
- 2.) การนิเทศงาน
- 3.) การรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี หรือประจำ 5 ปี

2.5.2 การประเมินผลระดับภูมิภาค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คณะกรรมการ
ประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และสถานีอนามัย เป็นหน่วยงานประเมินผล
ระดับภูมิภาค ในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ตามลำดับตามแผนงาน โครงการที่ได้วางไว้
นอกจากนี้แล้ว สถานีอนามัยควรมีการประสานงานและรายงานผลงานสาธารณสุข มูลฐานให้กับ
องค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย ซึ่งทำให้ได้รับข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนา
สาธารณสุขในชุมชนต่อไป (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 2541 : 15-19)

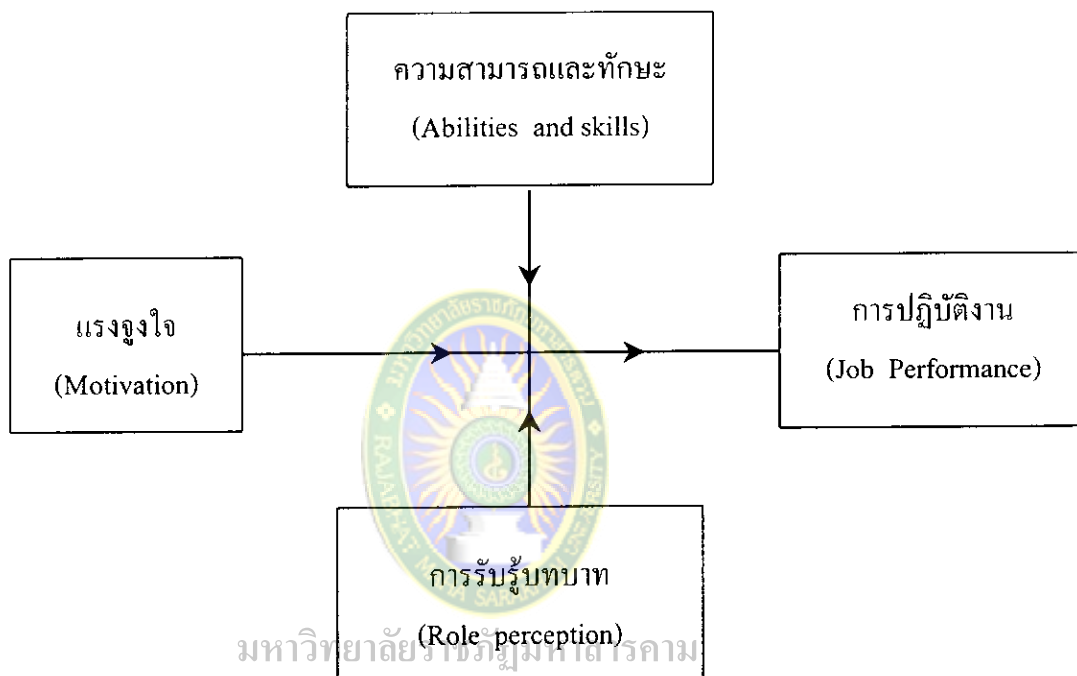
3. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน และการประเมินผล การปฏิบัติงาน

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2527 : 97) ได้ให้ความหมายของ “การปฏิบัติ” ว่าเป็น
ปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตได้และสังเกตไม่ได้ก็ตาม รวมทั้งที่มีอยู่
ภายในและแสดงออกมาภายนอกและ ประภาเพ็ญ สุวรรณ(2520 : 10-11) ได้ให้ข้อคิดว่า
“พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ” เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย รวมทั้งการปฏิบัติ
และพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ในสภาวะการณ์หนึ่งๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้าคือ
บุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไปเป็นพฤติกรรมสุดท้ายที่เป็น
เป้าหมายของการศึกษา ต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่าง ๆ เป็นส่วนประกอบทั้งทางความรู้และ
ทัศนคติ สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการในการที่จะก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมนี้ ต้อง
อาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน

ชม ภูมิภาค. (2516 :13) กล่าวว่าบุคคลแต่ละคนมีความสามารถในการปฏิบัติงาน
แตกต่างกัน ทั้งสติปัญญา สมรรถภาพทางร่างกายที่บุคคลได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรมจากยีน
ในโครโมโซม และด้านสิ่งแวดล้อมจากการอบรมเลี้ยงดูที่ไม่เหมือนกัน ดังนั้น พฤติกรรมการ
ทำงานจึงแตกต่างกันไป และทำให้ประสบผลสำเร็จแตกต่างกัน

สมยศ นาวิการ. (2521 : 139) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล มีดังนี้

1. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situation Factors) ซึ่งประกอบด้วย
 - 1.1 สภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยผู้บริหารจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยนี้
 - 1.2 อุปกรณ์และวัสดุที่ใช้ในการดำเนินงาน รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานด้วย
2. การรับรู้ทางด้านบทบาท (Role perception) หมายถึงแนวทางที่บุคคลให้ความหมายงานของเขา ประเภทของกำลังความพยายามที่เขาเชื่อว่าจะมีความสำคัญต่อผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ
3. ความสามารถและทักษะ (Ability and skills) โดยที่ความสามารถเป็นลักษณะของบุคคล ส่วนทักษะหมายถึงความเชี่ยวชาญในงานเฉพาะอย่าง ความสามารถจะมีความสัมพันธ์กับทักษะบุคคลที่มีความสามารถเบื้องต้นเฉพาะอย่าง จะเรียนรู้ทักษะที่เกี่ยวข้องกันได้ดีกว่า
4. กระบวนการจูงใจ (The Motivation Process) การจูงใจนับได้ว่าเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่ 3 ที่เป็นตัวกำหนดการปฏิบัติการของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ปัจจัยทั้ง 3 จะเห็นได้จากแผนภูมิที่ 1



Rajabhat Maharakham University
 แผนภูมิที่ 1 แสดงตัวแปร 3 ด้านที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่กำหนดให้
 ที่มา: สมยศ นาวีการ. การพัฒนาองค์การและการจูงใจ 2521 : 142.

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์. (2522 :131-132) กล่าวว่า การทำงานของมนุษย์ (Job Performance) ขึ้นอยู่กับสิ่งสำคัญ 2 ประการคือ แรงจูงใจ (Motivation) และความสามารถ (Ability) ซึ่งเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ สอดคล้องกับสมพงษ์ เกษมสิน (2526 :149) พบว่า ผู้มีความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ดีย่อมสามารถปฏิบัติหน้าที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบได้ดียิ่งขึ้น และ Micheal T.R. (1978 :152) กล่าวว่าการทำงานเพื่อให้ได้ผลผลิตของงานตามที่ต้องการขึ้นอยู่กับแรงจูงใจของบุคคลและความสามารถในการปฏิบัติงานรวมทั้งเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการทำงาน จึงจะประสบผลสำเร็จ สเตียร์ (Steer) (อ้างถึงใน ภรณ์ กীরติบุตร 2529 : 59) ได้เสนอว่า การปฏิบัติงานที่ดีของบุคคลประกอบไปด้วยปัจจัย 3 ประการคือ ความสามารถ ลักษณะเฉพาะตัว และความสนใจของบุคคลซึ่งเป็นเครื่องกำหนดสมรรถภาพของบุคคล นอกจากนี้ ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์ (2526 : 67) กล่าวว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์และระดับการศึกษานับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล

3.1 การประเมินผลการปฏิบัติงาน

สมพงษ์ เกษมสิน (2526 : 302) กล่าวว่า การประเมินผลการปฏิบัติงานมีความมุ่งมั่นสำคัญอยู่ต้องการระดมพลังของทุกคนในองค์กรให้ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเต็มใจ และเต็มพลังความสามารถ

สมยศ นาวิการ (2526 : 235) ได้อธิบายว่า การประเมินผลการปฏิบัติงานตอบสนองความมุ่งหมาย 2 ประการ คือ

1. การพิจารณาผลการปฏิบัติงานของบุคคลว่าดีหรือไม่ จำเป็นต้องมีการตัดสินใจเพื่อขึ้นเงินเดือน การเลื่อนตำแหน่ง การโยกย้าย การฝึกอบรม การลดตำแหน่ง และการพ้นออกจากงาน

2. การพัฒนา การประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนา เพื่อค้นหาวิธีการปรับปรุงผลการปฏิบัติงานของบุคคล การสรรหา การคัดเลือก และการบรรจุ

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

อเล็กซานเดอร์ (Alexander. 1972 : 285) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงานว่า การประเมินผลการปฏิบัติงานใดๆ ควรมุ่งที่ผลงาน โดยพิจารณาปัจจัยพื้นฐานในการปฏิบัติงานซึ่งประกอบด้วยหลายประการคืองานที่ทำ อารมณ์ สภาพแวดล้อมทางกายภาพของสถานที่ทำงาน รูปแบบของการบริหาร แรงกดดันของหน่วยงาน สิ่งอำนวยความสะดวก แรงจูงใจในการทำงานและคุณสมบัติส่วนตัวในด้านต่างๆ ของผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ความรู้ ความสามารถ ทักษะในการปฏิบัติงาน ทศนคติ และสิ่งอื่นๆ

ชรูเดน และเชอร์แมน (Shruden & Sherman. 1968 : 247) กล่าวว่า การประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นการพิจารณาผลงานที่ได้เปรียบเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยมีใช้แต่จะประเมินในด้านปริมาณและคุณภาพเท่านั้น แต่ยังคงพิจารณาถึงลักษณะเฉพาะตัว หรือพฤติกรรมต่างๆ ของการปฏิบัติงานด้วยแม้จะไม่ปรากฏเป็นผลงานโดยตรงแต่ก็เป็นสิ่งจำเป็นต่อการปฏิบัติงานซึ่งมีส่วนให้งานนั้นประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ

จากแนวคิดดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติงานได้ผลดีนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมการทำงาน สำหรับการวิจัยครั้งนี้จึงได้ศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยมุ่งศึกษาทางด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ระยะเวลาของการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาทหน้าที่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และแรงสนับสนุน ทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยเหล่านี้มีส่วนสนับสนุนส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของเขาได้มากที่สุด ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้พิจารณาจากผลงานที่ได้เปรียบเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ใน โครงการ

4. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาท การรับรู้บทบาท การปฏิบัติงานตามบทบาท

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
Kajabhat Mahasarakham University

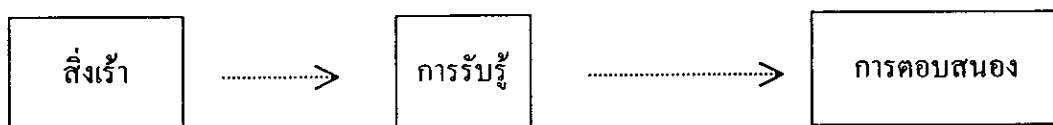
ในทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ ถือว่าการรับรู้เป็นสภาพทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยา สังคมและพฤติกรรม และได้มีผู้รู้ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้มากมายดังนี้ ตามความหมายของพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (New Webster's Dictionary.1975 : 17) การรับรู้หมายถึงการ แสดงออกถึงการรับรู้ การเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตน

ละออ หุตางกูร (2529 : 22) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการแปรสิ่งกระตุ้นมีผลทำให้เราทำ ปฏิกริยาตอบสนองและการตอบสนองนั้นคือพฤติกรรม บุคคลจะมีพฤติกรรมไปตามที่ได้รับรู้ พฤติกรรมจึงเป็นภาคปฏิบัติของการรับรู้ และพฤติกรรมจะถูกสั่งการและควบคุมโดยการรับรู้

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2529 : 6-7) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการในการเลือกรับการจัดระเบียบและแปลความหมายของสิ่งเร้าที่บุคคลพบเห็นหรือมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องด้วยในสภาพแวดล้อมหนึ่งๆ

4.1 กระบวนการรับรู้ (The Perception Process)

จำเนียร โชติช่วง (2516 : 82) กล่าวว่า การรับรู้ เป็นกระบวนการระหว่างสิ่งเร้า กับการตอบสนองของบุคคล ดังแผนภูมิที่ 2 นี้



แผนภูมิที่ 2 แสดงกระบวนการรับรู้

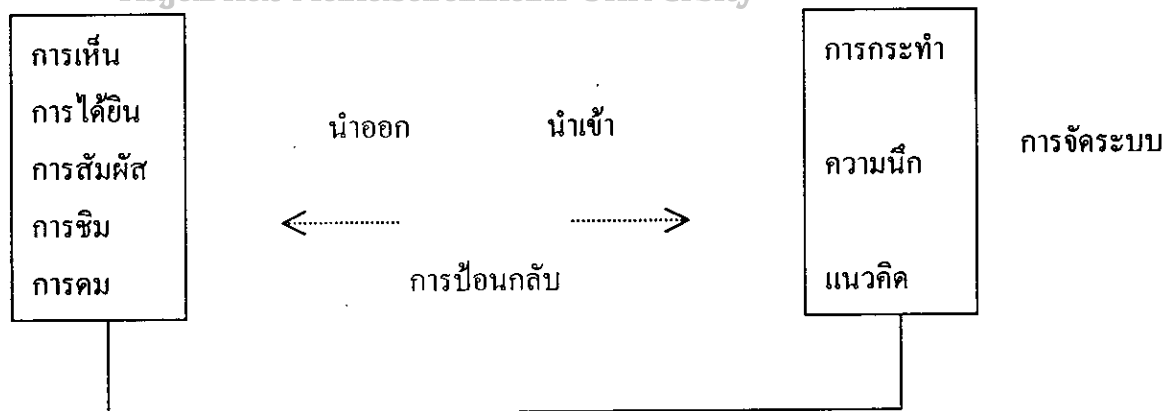
ที่มา : จำเนียร โชติช่วงและคณะ. จิตวิทยาการรับรู้และการเรียนรู้, 2516 : 82.

ฮุสซ์และโบว์ดิทซ์ (Huse and Bowditch. 1977 : 127) พบว่าบุคคลแต่ละคน เป็นเสมือนระบบชนิดที่สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ซึ่งเข้าสู่คนโดยผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การเห็น การได้ยิน การสัมผัส การชิมและการดม จากนั้นข้อมูลที่ได้รับเข้ามาจะได้รับการจัดระบบการเป็นสิ่งที่รับรู้โดยสามารถตอบสนองออกมาเป็นการกระทำ ความนึกคิด และ แนวคิด

ผังแผนภูมิที่ 3

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

Rajabhat Mahasarakham University

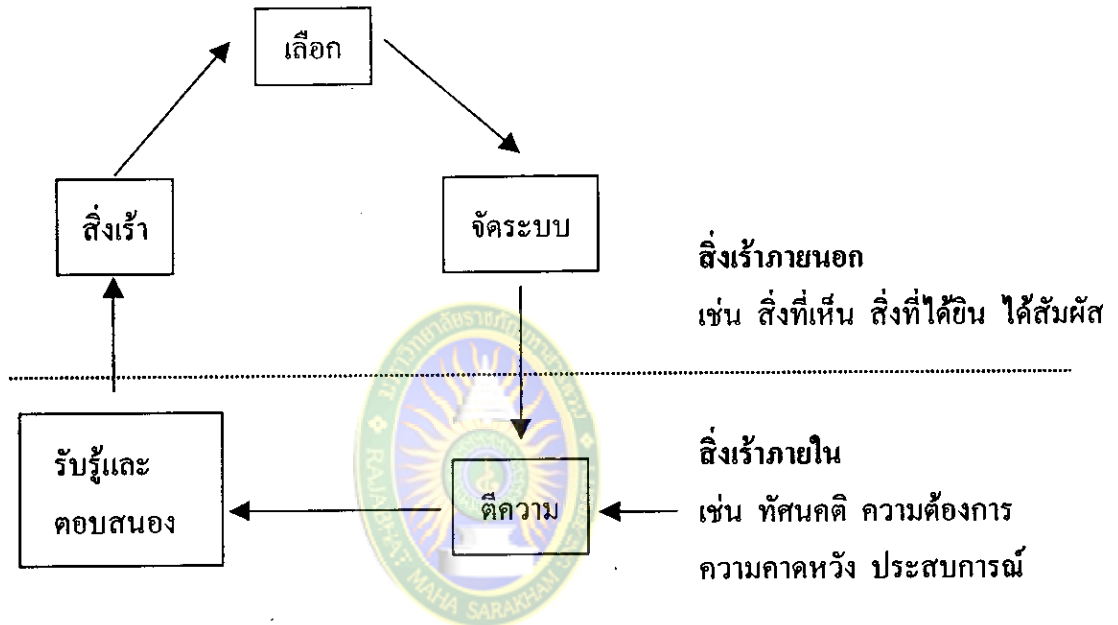


แผนภูมิที่ 3 แสดงแนวคิดการรับรู้ของ ฮุสซ์และโบว์ดิทซ์

ที่มา : Huse E.F. and Bowditch J.L. Behavior in organization : A system approach to managing , 1977 : 127

สิทธิโชค วรรณสันติกุล (2526 : 59-65) ได้อธิบายว่า กระบวนการรับรู้เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (แผนภูมิที่ 4)

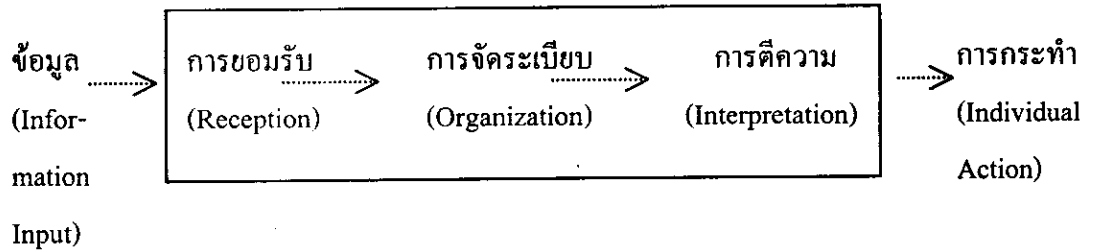
1. การเลือก (Selection) เป็นกระบวนการเลือกที่รับรู้สิ่งเร้าที่บางอัน จากสิ่งเร้าทั้งหลาย
2. การจัดระบบ (Organization) สิ่งเร้าภายนอกมี 2 วิธี คือ
 - 2.1 ภาพและพื้น (Figure and Ground) การที่คนเราแยกสิ่งเร้าที่เลือกมาเป็นที่พุ่งสมาธิไปยังส่วนนั้นเป็นพิเศษ เรียกว่า ภาพ และส่วนอื่นๆ เป็นส่วนที่เราไม่ได้สนใจเป็นพื้น
 - 2.2 การทำให้ง่าย (Simplification) เป็นการจัดสิ่งเร้าให้อยู่ในรูปที่ง่ายมากขึ้น ตัดสิ่งที่เป็นรายละเอียดที่ซับซ้อน และตัดสนทึ้งไป
3. การแปลความ (Interpretation) คนจะอาศัยคุณสมบัติที่มีอยู่ในตัวเองเช่น ทักษะสติประสบการณ์ ความต้องการ ค่านิยม ฯลฯ เพื่อช่วยในการพิจารณาสิ่งเร้าภายนอกโดยผสมผสานสิ่งเร้าภายนอกให้เข้ากับคุณสมบัติภายใน ดังนั้น การแปลความจึงเป็นเรื่องเกี่ยวกับอัตวิสัย (Subjective) ของผู้รับสิ่งเร้าอย่างเดีวที่เสนอต่อบุคคลต่างๆ



แผนภูมิที่ 4 แสดงการรับรู้ตามแนวคิดของ สิทธีโชค วรสันติกุล

ที่มา : สิทธีโชค วรสันติกุล. จิตวิทยาสังคม, 2542 : 60.

เชอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์ และออสบอร์น (Schermerhorn, Hunt and osborn. 1982 : 409) กล่าวว่า กระบวนการรับรู้เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาเบื้องต้นในการตีความสิ่งเร้าต่างๆ ที่ได้สัมผัส เพื่อสร้างประสบการณ์ที่มีความสำคัญสำหรับผู้รับรู้การรับรู้เป็นสิ่งที่ทำให้ปัจเจกบุคคลมีความแตกต่างกัน เมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าหรือสิ่งรับรู้ก็จะประมวลสิ่งรับรู้เป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะตัวเอง ดังแผนภูมิ 5

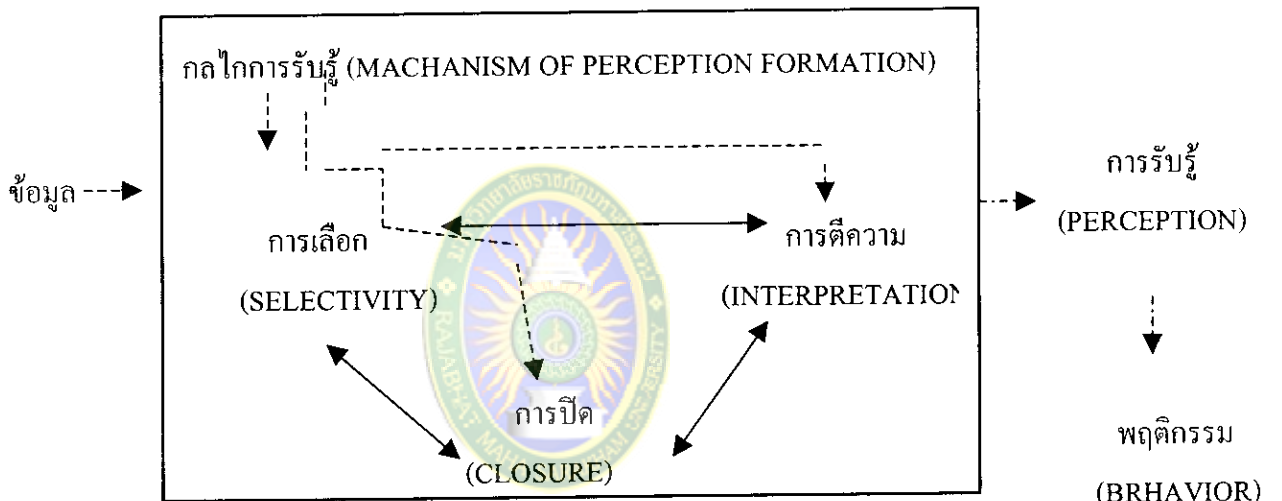


Perception Process

แผนภูมิที่ 5 แสดงกระบวนการรับรู้ตามแนวคิดของ เซอร์เมอร์ ฮอร์น และออสบอร์น
 ที่มา : Scherhorn J.R. Hunt J.G. and Osborn R.N. *Managing Organization Behavior*, 1982 : 409.

กาทส์และโรเซนวิท (Kast and Rozenweig) กล่าวว่า ในการทำความเข้าใจพฤติกรรม
 ของบุคคล บุคคลจะมีส่วนแตกต่างไปจากประสบการณ์เดิมและสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นแรง
 กระทบจากภายนอก เช่น แรงกดดันพลังกลุ่ม บทบาท ฯลฯ สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะมีผลต่อ
 กระบวนการรับรู้ ดังแผนภูมิที่ 6

ประสบการณ์เดิม
(POST EXPERIENCE)



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

- ปัจจัยที่มีอิทธิพล
- ความกดดัน (Stress)
 - พลังจากกลุ่ม (Group Pressure)
 - ปฏิสัมพันธ์ (Interaction)
 - บทบาท (Role)
 - กลุ่มอ้างอิง (Reference Group)
 - ตำแหน่งและงาน (Position and Job)
 - ระบบรางวัล (Reward System)

แผนภูมิที่ 6 กระบวนการรับรู้บทบาทตามแนวคิดของกาทส์และโรเซนวิท

ที่มา : Kast E. and Rosenzweig J.E. Organizations Management : A System and contingency Approach, 1985 : 285.

สรุปได้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลภายหลังจากการได้รับสิ่งเร้าหรือข้อมูลต่างๆ แล้วจึงเกิดการเลือก การจัดระบบ การแปลความ การตีความหรือการให้คุณค่าโดยอาศัยปัจจัยต่างๆ ที่อยู่ภายในและภายนอกตัวบุคคลมาประกอบการแปลความหมายหรือตีความสิ่งเร้านั้นๆ ให้เป็นการรับรู้และการตอบสนอง ซึ่งอาจจะออกมาในรูปการกระทำ หรือความนึกคิด หรือแนวคิด

4.2 ความหมายของบทบาท

“บทบาท” เป็นแนวคิดที่สำคัญในวิชาสังคมวิทยา มานุษยวิทยา วัฒนธรรมและจิตวิทยา นักสังคมศาสตร์ได้ให้ความสนใจมากจนทำให้แนวคิดของบทบาทกลายเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ด้านสังคมศาสตร์มากขึ้น และได้มีผู้ให้ความหมายของบทบาทไว้ในลักษณะต่างๆ ดังนี้

ตามความหมายของพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (New Webster's Dictionary.1975 : 1100-2296) ได้ให้คำจำกัดความของบทบาทไว้ 2 ประการ คือ

1. บทบาทที่ได้รับมอบหมายให้แสดง เช่นบทบาทของพระเอก นางเอก ผู้ร้าย ฯลฯ

2. หน้าที่ คือการปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย หรือตามลักษณะของงานที่กำหนดไว้เสมือน “บท” ของตัวละคร ดังนั้น บทบาทก็คือการกระทำต่างๆ ที่ “บท” กำหนดไว้ผู้ที่แสดงต้องทำ ครอบคลุมที่ยังอยู่ใน “บท” นั้น

ไพบูลย์ ช่างเรียน (2520 : 30) กล่าวว่า บทบาทของบุคคลในสังคมย่อมขึ้นอยู่กับสถานภาพที่ครอบครองอยู่ และคุณสมบัติส่วนตัวของบุคคล ดังนั้นบทบาทของบุคคลจึงแตกต่างกันไปตามลักษณะสถานภาพอุปนิสัย ความคิด ความรู้ ความสามารถ มุมเหตุจูงใจ การอบรม ความพอใจ รวมทั้งสภาพทางกายและจิตใจของบุคคลที่ดำเนินบทบาทนั้น และได้สรุปสาระสำคัญของบทบาทไว้ดังนี้

1. บทบาทมีประจำอยู่ในทุกสถานภาพของสังคม
2. วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในการกำหนดบทบาท
3. การที่บุคคลจะทราบบทบาทได้จะต้องมีสังคมการณ์ (Socialization)

4. บทบาทจริงที่บุคคลแสดงนั้นไม่เสมอไปว่าจะเหมือนกับบทบาทที่ควรจะเป็นตาม ปทัสถานของสังคม เพราะบทบาทที่บุคคลแสดงจริงๆ นั้น เป็นผลของปฏิกิริยาแห่งของบุคคล ที่ครองสภาพ รวมทั้งบุคลิกภาพของบุคคลอื่นที่มาร่วมในพฤติกรรมและเครื่องกระตุ้นต่างๆ ที่มี อยู่ในเวลา และสถานที่ที่เกิดการแสดงบทบาท

สุชา จันทรเอม และสุรางค์ จันทรเอม. (2520 : 46) บทบาทมีความหมายใกล้เคียง กับสถานภาพมาก บทบาทเป็นสิ่งที่บุคคลในสถานภาพต่างๆ พึงกระทำ นั่นคือ เมื่อสังคมกำหนด สิทธิและหน้าที่ในสถานภาพใดอย่างไรแล้ว บุคคลในสถานภาพนั้นๆ จะต้องประพฤติหรือปฏิบัติ ตามหน้าที่ที่กำหนดไว้

สุพัตรา สุภาพ. (2532 : 58) กล่าวว่า บทบาทคือการปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ของ สถานภาพ (ตำแหน่ง) เช่น มีตำแหน่งเป็นพ่อ บทบาทก็ต้องเลี้ยงลูก เป็นครู บทบาทคือสั่ง สอน อบรมนักเรียน เป็นคนไข้ บทบาทคือปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ นอกจากนี้บทบาทยังช่วยให้ บุคคลมีพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ และบทบาทกำหนดความรับผิดชอบของงานต่างๆ ที่ ปฏิบัติ

ทัศน บุญทอง. (2525 : 95) กล่าวถึงมโนทัศน์ของทฤษฎีบทบาทว่า บทบาทหน้าที่ ตามตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งนั้นได้ถูกคาดหวังจากสังคมรอบด้าน เช่น จากผู้อยู่อาศัยในตำแหน่ง อื่นรอบตัว (ผู้ร่วมงาน) รวมทั้งตัวเองด้วย จากกระบวนการทางสังคม (Socialization) ถ้าความ คาดหวังของทุกฝ่ายไม่ตรงกันและผู้ดำรงอยู่ในบทบาทไม่สามารถปรับให้มีความพอดีได้ ก็เกิด ปัญหาความขัดแย้งในบทบาท และผลที่ตามมาคือล้มเหลวของงาน ดังนั้นการแสดงบทบาทของ บุคคลตามตำแหน่งหน้าที่จะเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสมเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญหลาย อย่าง ได้แก่

1. ความเข้าใจในบทบาทที่ตนต้องแสดงหรือต้องปฏิบัติ
2. ประสบการณ์ของผู้ที่ต้องการแสดงบทบาทบุคลิกภาพของผู้แสดงบทบาทนั้น

ผะอบ นะมาตร์. (2526 : 43) กล่าวว่า บทบาทเป็นการปฏิบัติหน้าที่หรือการแสดงออก ตามความคิดหรือคาดหวังเมื่ออยู่ภายใต้สถานการณ์ทางสังคมอย่างหนึ่ง โดยถือเอาฐานะ หรือ หน้าที่ทางสังคมของเขาเป็นมูลฐาน และได้สรุปปัญหาเกี่ยวกับบทบาทไว้ 3 ประการดังนี้

1. ปัญหาเกิดจากผู้สวมบทบาท (Role Impairment) สวมบทบาทไม่ดี แม้จะกำหนดบทบาทไว้อย่างชัดเจนและแน่นอนก็ตาม ผู้สวมบทบาทรู้สึกเป็นการยากลำบาก หรือหมดความสามารถที่จะกระทำตามบทบาทของตน หรือขาดความเคยชินและเข้าใจบทบาทของตนได้ดีพอ แต่ต้องแสดงบทบาทที่ไม่ชำนาญจะทำความเสียหายและเป็นภัยร้ายแรง กระทบกระเทือนต่อคนอื่นยิ่ง เช่น ไม่นัดตำแหน่งปีกของทีมฟุตบอลแต่ต้องมาเล่นเป็นปีก อาจทำให้เกมส์เสียได้

2. ปัญหาเกิดจากการสับสนของบทบาท (Role Confusion) ทั้งที่ผู้สวมบทบาทดีพร้อม แต่สังคมกำหนดบทบาทคนไว้ไม่ดี เช่น กำหนดบทบาทไว้ไม่ชัดเจน หรือมีความขัดแย้งระหว่างบทบาทหรือการสังคมไม่มีบทบาทให้ เป็นต้น จึงทำให้ผู้สวมบทบาทตัดสินใจไม่ถูกว่าจะแสดงบทบาทใดเพียงใด เช่น เกี่ยวกับความรักและการเลือกคู่ครอง

3. ปัญหาเกิดจากการละเมิดบทบาท (Role Violation) คือการที่คนไม่ปฏิบัติตามบทบาทอันชอบของคนแต่ได้ปฏิบัตินอกแบบแผน เช่น การกระทำอันเป็นอาชญากรรม การค้ายาเสพติด การเปิดบ่อน การพนัน โสเภณี ฯลฯ บุคคลเหล่านี้จะปฏิบัติบทบาทที่ขัดกับบรรทัดฐานของสังคมยอมกลายเป็นผู้สร้างปัญหาสังคมมากมาย

พาร์สันและซิลส์. (Parson & Shills. 1951 : 24) กล่าวว่า ลักษณะสำคัญของบทบาท คือ การกระทำที่สร้างสะสมขึ้นมามิใช่กำหนดขึ้นมาได้ทันที บทบาทจะสมบูรณ์ได้ขึ้นอยู่กับการกระทำของเขาและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกระทำของเขา

ลินตัน. (Linton. 1956 : 42-56) ได้ให้แนวคิดเรื่อง ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ไว้ว่า การที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่ถูกกำหนดไว้ได้ดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ ลักษณะเฉพาะของสังคมหรือชุมชน วัฒนธรรม ประเพณี และความปรารถนาของสังคมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งบุคลิกภาพและความจำเป็นของเจ้าของบทบาท

บรูมและเซลส์นิก (Broom & Selzenick. 1967 : 181-184) กล่าวว่า บทบาท ประกอบด้วยลักษณะต่างๆ 3 ประการ คือ บทบาทในอุดมคติ บทบาทที่ควรกระทำ และบทบาทที่กระทำจริง

เลวินสัน (Levinson D.L. 1973:36) ได้สรุปความหมายของบทบาทไว้ 3 ประการคือ

1. บทบาท หมายถึง ปทัสถาน ความคาดหวัง ข้อห้าม ความรับผิดชอบ และอื่นๆ ซึ่งผูกพันอยู่กับตำแหน่งทางสังคมที่กำหนดให้
2. บทบาท หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่ดำรงตำแหน่งเองที่จะคิดและทำ เมื่อดำรงตำแหน่งนั้นๆ
3. บทบาท หมายถึง การกระทำของบุคคลแต่ละคน ที่จะกระทำโดยให้สัมพันธ์กับโครงสร้างของสังคม

จึงสรุปได้ว่า บทบาท หมายถึง การปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ของสถานภาพ (Status) เมื่อคนเข้าดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง ตามการรับรู้ของตนเองและความคาดหวังจากบุคคลในสังคม ในบุคคลเดียวกันอาจมีได้หลายบทบาท เช่น บทบาทของผู้บังคับบัญชาและ/หรือบทบาทของผู้ใต้บังคับบัญชา ดังนั้นบทบาทและหน้าที่จึงมีความสัมพันธ์กัน

4.3 การรับรู้บทบาท (Role Perception)

สมยศ นาวิการ และผุสดี รุมาคม (2520 : 113-117) กล่าวว่า บุคคลที่แตกต่างกันย่อมจะมีความเข้าใจหรือการรับรู้ที่แตกต่างกัน สำหรับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทบาทที่กำหนดให้ภายในองค์การใดองค์การหนึ่งการรับรู้อย่างถูกต้องในบทบาทมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพขององค์การ

คาน์และคณะ (Kahn et al. 1964 : 12-26) การรับรู้บทบาทโดยองค์การที่เป็นทางการ ตำแหน่งหน้าที่ที่เป็นทางการของบุคคลใดบุคคลหนึ่งในองค์การคือ บทบาทที่จะระบุไว้ในองค์การ ซึ่งเกี่ยวข้องกับตำแหน่งหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่ง มิใช่บุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยเฉพาะ และสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ หรือความเข้าใจในบทบาทของเขาคือ ภูมิหลังของบุคคลและฐานะทางด้านสังคม ซึ่งจะมีผลกระทบต่อค่านิยมและทัศนคติของบุคคลซึ่งจะนำติดตัวเข้ามาในองค์การด้วย และย่อมมีผลกระทบต่อการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทของเขาในองค์การ

พาร์เตอร์ และเลอว์เลอร์ (Porter L.W. & Lawler E.E.1975 : 24) ได้ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้บทบาทเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน หากการรับรู้บทบาทไม่ถูกต้องแล้วผลการปฏิบัติงานจะเท่ากับศูนย์

4.4 การปฏิบัติตามบทบาท (Role Performance)

อัลพอร์ท. (Allport . 1971 : 11) ให้แนวคิดเกี่ยวกับ การแสดงออกหรือปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่ถูกกำหนดไว้ของบุคคลว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมในขณะที่ดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 4 ประการ คือ

1. **บทบาทที่ความคาดหวัง (Role Expectation)** คือ บทบาทตามความคาดหวังที่บุคคลอื่น หรือสังคมคาดหวังให้ผู้อื่นปฏิบัติ เมื่อดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง

2. **มโนทัศน์ของบทบาท (Role Conception)** คือ การที่บุคคลมองเห็นบทบาทตามการรับรู้ของตนเอง หรือตามความคาดหวังของตนเองว่ามีบทบาทเป็นอย่างไรตามวิถีทางของตนเอง ซึ่งจะสอดคล้องกับความคาดหวังของสังคมหรือไม่ก็ได้

3. **การยอมรับบทบาทของบุคคล (Role Acception)** คือ การยอมรับบทบาทของบุคคล ซึ่งจะเกิดขึ้นภายหลังเมื่อมีความสอดคล้องกันเองของบทบาทที่คาดหวังและมโนทัศน์ของบทบาท

4. **การปฏิบัติตามบทบาท (Role Performance)** คือ การแสดงบทบาทตามสภาพจริง (Actual Role) ซึ่งอาจแสดงตามบทบาทที่คาดหวัง ตามการรับรู้และเข้าใจของตนเอง ตลอดจนการที่บุคคลจะแสดงบทบาทได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับ การยอมรับบทบาทนั้นๆ ของบุคคลที่ครองตำแหน่งอยู่ หรือเนื่องมาจากความสอดคล้องของบทบาทตามความหวังของสังคม และตามการรับรู้บทบาทของตนเอง

จากแนวคิดเกี่ยวกับบทบาท การรับรู้บทบาท และการปฏิบัติตามบทบาท สรุปได้ว่า บทบาทคือการปฏิบัติงานตามสิทธิและหน้าที่ของตำแหน่งที่ตนเองดำรงอยู่ และการรับรู้บทบาทย่อมแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้บทบาทคือ ภูมิหลังบุคคล ฐานะทางด้านสังคม ค่านิยม ทัศนคติ ฯลฯ บุคคลที่แตกต่างกันย่อมมีการรับรู้และเข้าใจในบทบาทที่แตกต่างกัน การรับรู้ที่ถูกต้องในบทบาทย่อมมีผลกระทบต่อความมีประสิทธิภาพขององค์การ ส่วนการปฏิบัติตามบทบาทจะกระทำได้ดีขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้ การกระทำของบุคคล

5. แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจ

5.1 ความหมายของแรงจูงใจ

องค์การจะบรรลุถึงความสำเร็จมากน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับความร่วมมือร่วมใจของผู้ปฏิบัติงาน การให้ความร่วมมืออย่างสมานฉันท์นั้นจะบังเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้บริหารเข้าใจความต้องการของมนุษย์และสามารถเลือกใช้วิธีจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความมั่นใจและเกิดความรู้สึกที่จะอุทิศตนเพื่องานได้ถูกต้อง ไพบูลย์ ช่างเรียนและสมปราชญ์ จอมเทศ. (2521 : 44) ซึ่งการจูงใจนี้มีผลอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงานของบุคคลในองค์การ โดยเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าผลการปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับแรงจูงใจและความสามารถส่วนบุคคล เสถียร เหลืองอร่าม.(2519 : 6,91) “และการจูงใจที่เหมาะสม” สามารถทำให้บุคคลปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น อรุณ รักงาม. (2527 : 280) ถวิล เกื้อกูลวงษ์. (2528 : 39) ทั้งนี้ได้มีผู้รู้หลายท่านได้ให้ความหมายของแรงจูงใจ ไว้สอดคล้องกันดังนี้

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ไพลิน ผ่องใส. (2531 : 206) กล่าวว่า แรงจูงใจ (Motivation) มาจากคำว่า “movere” ในภาษาละติน หมายถึง การเคลื่อนหมุน หรือแรงผลักดันภายใน

สมพงษ์ เกษมสิน. (2526 : 302) ได้ให้ความหมายของ การจูงใจ ว่าเป็นความพยายามที่จะชักจูงให้ผู้อื่นแสดงออกหรือปฏิบัติตามสิ่งจูงใจ ซึ่งอาจมีทั้งสิ่งจูงใจภายในและภายนอก เป็นเครื่องช่วยให้การกระทำต่างๆ สำเร็จลุล่วง

สุชา จันทน์เอม. (2527 : 101) กล่าวถึง ความหมายทั่วไปของแรงจูงใจ ไว้ดังนี้

1. สภาวะที่อินทรีย์ถูกกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อบรรลุจุดหมายปลายทาง (Goal) ที่ตั้งไว้
2. พฤติกรรมที่สนองความต้องการของมนุษย์ และเป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่จุดหมายปลายทางอย่างใดอย่างหนึ่ง และร่างกายอาจจะสมประสงค์ในความปรารถนาอันเกิดจากแรงขับนั้นได้

มิทเชลล์ (Mitchell T.R. 1987 : 28) กล่าวว่า การจูงใจเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่กระตุ้นให้เกิดการกระทำใดๆ โดยสมัครใจ ในทิศทางที่จะนำไปสู่เป้าหมาย

แมคคลีแลนด์ (Mc Clelland: The Free Press : 104) กล่าวว่า แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์มีส่วนช่วยกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะกระทำสิ่งต่างๆ และเป็นดัชนีที่จะชี้ถึงความมีประสิทธิภาพของทรัพยากรมนุษย์ได้ทางหนึ่ง

จึงสรุปได้ว่า แรงจูงใจ หมายถึง ความพยายามในการชักจูงใจให้ปฏิบัติตามและชักจูงให้บุคคลเกิดความเต็มใจในการทำงาน โดยมีสิ่งจูงใจเพื่อเพิ่มความพอใจให้กับผู้ปฏิบัติงานให้สูงขึ้น เพื่อบรรลุเป้าหมาย อันจะนำไปสู่การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งกระทำได้โดยการเข้าใจความต้องการของมนุษย์เป็นสิ่งแรก และตอบสนองความต้องการด้านงานของบุคคล

5.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับความต้องการและการจูงใจ

ในบรรดาทฤษฎีที่เกี่ยวกับการจูงใจทั้งหมดนั้นมีทฤษฎีที่ว่าด้วยเนื้อหา (Content Theories) ที่สามารถอธิบายถึงความต้องการและการจูงใจบุคคลในการทำงานที่สำคัญอยู่ 2 ทฤษฎีคือ ทฤษฎีลำดับตามต้องการของมนุษย์ และทฤษฎีสองปัจจัย ดังจะกล่าวรายละเอียดต่อไป

5.2.1 ทฤษฎีลำดับความต้องการของมนุษย์

มาสโลว์(1954 : 153-158) ได้แบ่งความต้องการออกเป็น 2 ระดับคือ

1. **Lower-order Needs** ได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกาย และเศรษฐกิจ

2. **Higher-order** ได้แก่ ความต้องการมีหน้ามีตาและความเคารพนับถือจากผู้อื่นความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และความต้องการทำสำเร็จด้วยตนเอง

ในส่วนที่เกี่ยวกับแรงจูงใจ Maslow ได้จำแนกความต้องการของมนุษย์ออกเป็นลำดับขั้น โดยตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับความต้องการไว้ 3 ประการ คือ

1. มนุษย์ทุกคนมีความต้องการ ความต้องการจะมีอยู่ตลอดเวลา และจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีที่สิ้นสุด
2. ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้ว จะเป็นแรงจูงใจสำหรับพฤติกรรมของบุคคลอีกต่อไป ความต้องการที่จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต้องเป็นความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง

3. ความต้องการของมนุษย์เป็นลำดับขั้นจากต่ำไปสูง ในขณะที่ความต้องการ

ลำดับขั้นต่ำได้รับการตอบสนองแล้วความต้องการลำดับขั้นที่สูงขึ้นขั้นต่อไปจะตามมา แต่หากบุคคลรู้สึกว่าการต้องการในลำดับขั้นต่ำได้รับการตอบสนองไปแล้วนั้นถูกกระทบกระเทือน ก็จะหันกลับมาคิดถึงความต้องการในลำดับขั้นอีก

มาสโลว์ได้จัดลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ (Maslow's Need Hierachy)

ดังแผนภูมิที่ 7



แผนภูมิที่ 7 แสดงลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์

ที่มา : maslow, Abraham. Motivation and Personality, 1954 : 153-158.

จากแผนภูมิที่ 7 สมยศ นาวิการ. (2527 : 68) กล่าวว่า ในการทำงานเรามักจะถูกจูงใจด้วยความต้องการในระดับต่ำสุด เมื่อต้องการความมั่นคงของเราถูกตอบสนองด้วยรายได้ที่ดีพอสมควร หรือความต้องการด้านสถานภาพถูกตอบสนองด้วยสภาพแวดล้อมของการทำงานที่ดีแล้ว การปรับปรุงสิ่งเหล่านี้ให้ดีขึ้นจะไม่เพิ่มแรงจูงใจเลย เนื่องจากส่วนใหญ่ได้รับการตอบสนองความต้องการระดับต่ำอย่างดีแล้ว ดังนั้น ในลักษณะนี้ “การตอบสนองความต้องการระดับสูง” จึงเป็นวิธีเหมาะสมที่สุดในการจูงใจ

5.2.2 ทฤษฎีการจูงใจแบบสองปัจจัย

ทฤษฎีการจูงใจแบบสองปัจจัยของเฮร์ซเบิร์ก (Herzberg's Two-factors motivation Theory หรือ Motivation Hygiene Theory. 1959 : 45-49) ได้ศึกษาสาเหตุของความพึงพอใจในการทำงานของวิศวกรและพนักงานบัญชีในโรงงาน ที่เมืองพิสเบอร์ก โดยวิธีการสัมภาษณ์ในส่วนที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ผลของการปฏิบัติงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตลอดจนชีวิตความเป็นอยู่ พบว่า ปัจจัยที่แสดงความพึงพอใจในการทำงาน และปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในการทำงานมาจากปัจจัย 2 กลุ่มคือ ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยจูงใจ (Motivational Factor) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวงาน (Job content) โดยตรง ถ้ามีอยู่ก็จะเป็นสิ่งจูงใจหรือทำให้เกิดความพึงพอใจในงานที่ทำอย่างมาก (Satisfiers or motivators) ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาทัศนคติทางบวกและการจูงใจ และทำหน้าที่เสมือนเครื่องเสริมสร้างน้ำใจส่วนบุคคล แต่ถ้าไม่มีก็ไม่ได้หมายความว่าคนจะไม่มี ความพอใจ ในงานที่ทำ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่

1.1 การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) หมายถึง การได้รับการยอมรับนับถือ ไม่ว่าจะจากผู้บังคับบัญชา กลุ่มเพื่อน บุคคลในหน่วยงานหรือจากบุคคลอื่นโดยทั่วไป ซึ่งการยอมรับนี้อาจจะอยู่ในรูปการชมเชย

1.2 โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน (Advancement) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือตำแหน่งของบุคคล ในองค์กร โดยมีการเพิ่มงานในความรับผิดชอบมากขึ้น

1.3 ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานใหม่

1.4 การพัฒนาตนเอง (Growth) หมายถึง การที่แต่ละบุคคลในองค์กรได้มีโอกาสได้เพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ ความชำนาญใหม่ๆ ให้กับตนเอง

1.5 ความสำเร็จในงานที่ทำ (Achievement) หมายถึง การที่บุคคลสามารถทำงานได้เสร็จสิ้นและประสพผลสำเร็จอย่างดี ความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆ การรู้จักป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นและการแสดงสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ส่งผลให้เห็นผลงานของบุคคล

1.6 ลักษณะของงาน หมายถึง ความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีของบุคคลที่มีต่อลักษณะของงานเช่น อาจจะเป็นงานประจำ งานที่ต้องอาศัยความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เป็นงานที่ง่ายหรือยากเกินไป

2. ปัจจัยค้ำจุน (Maintenance Factor) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ “สภาพแวดล้อมในงาน” (Job Context) เป็นข้อกำหนดเบื้องต้นที่ทำให้คนที่ไม่พอใจในงานที่ทำ (Dissatisfiers or Hygiene) หรือเป็นองค์ประกอบเพื่อป้องกันการเกิดความไม่พอใจ หากว่าสิ่งต่างๆ ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างเพียงพอความไม่พอใจจะหายไป แต่จะไม่สร้างหรือมีผลทำให้เกิดทัศนคติทางบวกหรือแรงจูงใจขึ้น และไม่ทำหน้าที่เป็นเครื่อง เสริมสร้างน้ำใจส่วนบุคคล ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่

2.1 สภาพการทำงาน(Working Condition) หมายถึง สภาพทางกายภาพอันได้แก่ แสง การถ่ายเทอากาศ อุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ สิ่งแวดล้อมอื่นๆ รวมทั้งปริมาณ ตลอดจนเครื่องอำนวยความสะดวกในการทำงาน

2.2 เงินเดือนและค่าตอบแทน (Salary and Compensation) หมายถึง ความพึงพอใจในเงินเดือน หรือความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อเงินเดือน

2.3 ความมั่นคงในงาน (Security) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความมั่นคงของงาน เช่น ระยะเวลาของงาน (tenure) ความมั่นคงหรือไม่มั่นคงขององค์กร

2.4 นโยบายและการบริหาร (Company Policy and Administration) หมายถึง การจัดการและการบริหารงานขององค์กร เช่น การให้อำนาจแก่บุคคลในการให้เขาดำเนินงานได้สำเร็จ รวมทั้งการติดต่อภายในองค์กร นั่นคือ นโยบายขององค์กรจะต้องเป็นที่แน่ชัด เพื่อให้บุคคลดำเนินงานได้อย่างถูกต้อง

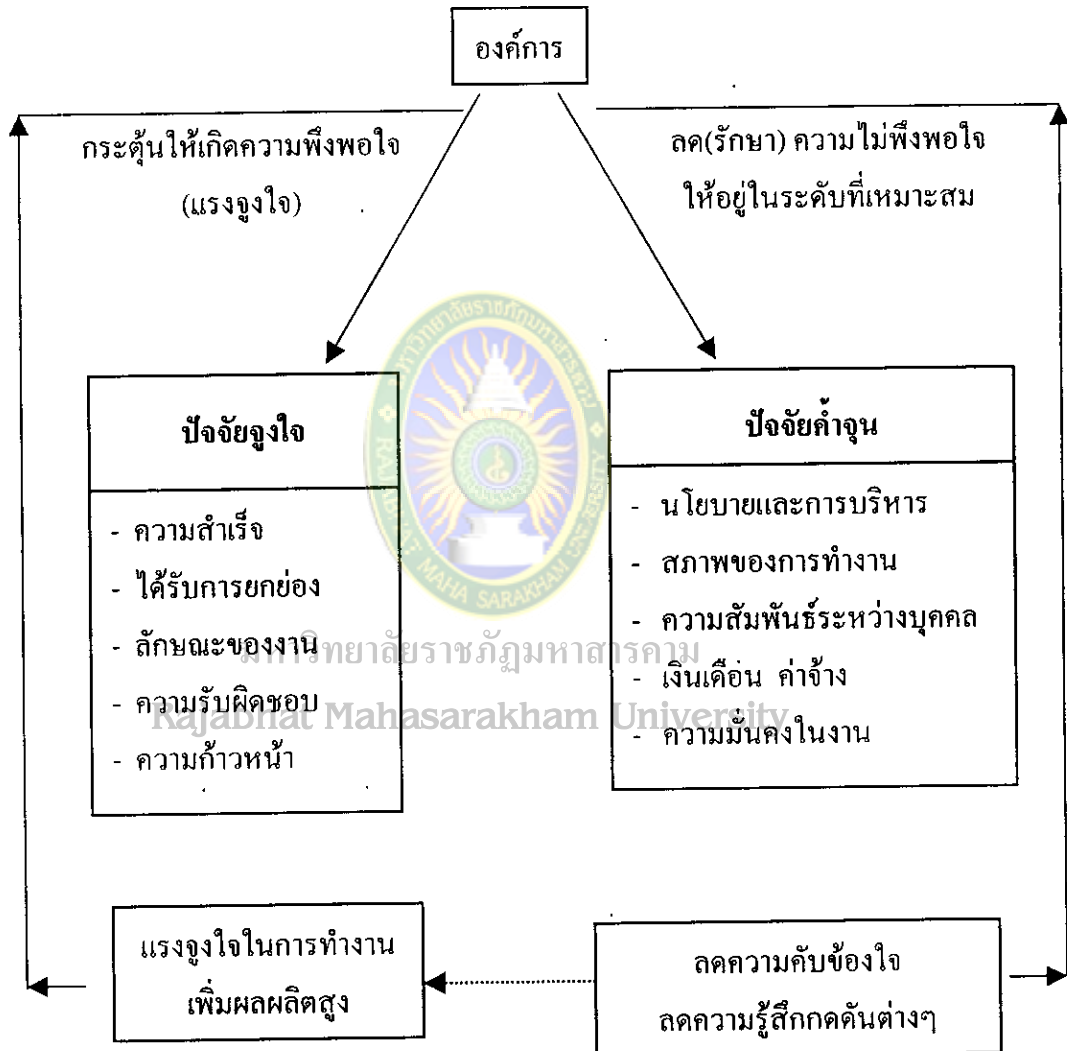
2.5 วิธีการปกครองบังคับบัญชา (Supervision-Technical) หมายถึง ความรู้ความสามารถของผู้บังคับบัญชาในการดำเนินงานหรือความยุติธรรมในการบริหารงาน อาจรวมถึงความเต็มใจหรือไม่เต็มใจของผู้บังคับบัญชาในการที่จะให้คำแนะนำหรือมอบหมายความรับผิดชอบต่างๆ ให้แก่ลูกน้อง

2.6 ความสัมพันธ์ของบุคคลในหน่วยงาน (Interpersonal) ได้แก่ การติดต่อพบปะกันไม่ว่าจะเป็นทางกิริยาหรือวาจาที่แสดงถึงความสัมพันธ์อันดีต่อกันกับผู้บังคับบัญชา (Superior) ผู้ใต้บังคับบัญชา (Subordinate) และเพื่อนร่วมงาน (Peers)

2.7 สถานภาพในการทำงาน (Status) หมายถึง ลักษณะที่เป็นองค์ประกอบ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกต่องาน เช่น การมีเลขานุการ การมีรถประจำตำแหน่ง การมีอภิสิทธิ์ต่างๆ

จากแนวคิดของเฮอรัชเบอร์กให้เห็นง่ายๆ ดังแผนภูมิที่ 8 มีสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่จะต้องระลึกถึงเสมอ คือ แม้องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพอใจในงานที่ทำ และไม่พอใจในงานที่ทำมาจากองค์ประกอบที่ต่างกัน แต่องค์ประกอบทั้งสองนี้ย่อมไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันได้ อย่างเด็ดขาด ย่อมมีส่วนที่เกี่ยวข้องและคาบเกี่ยวกันบ้าง หรืออาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยค้ำจุนจะช่วยสนองความต้องการที่จะหลีกเลี่ยง (Avoidance Needs) แต่ปัจจัยจูงใจจะช่วยสนองความต้องการอยากจะมีหรืออยากเข้าใกล้ (Approach) โดยปัจจัยจูงใจจะเกี่ยวข้องกับตัวงาน (Job Content) ที่มนุษย์ทำขึ้น ส่วนปัจจัยค้ำจุนจะเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมของงาน (Job context)

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
Rajabhat Mahasarakham University



แผนภูมิที่ 8 แสดงความคิดของทฤษฎีสองปัจจัยตามแนวคิดของ Herzberg

ที่มา : จาก Frederick Herzberg et al. The Motivation to work, 1959 : 45-49.

สรุปได้ว่าแรงจูงใจ เป็นปัจจัยหรือสาเหตุที่ทำให้บุคคลใช้พลังงานไปเพื่อจุดมุ่งหมายที่ปรารถนาซึ่งผู้บริหารสามารถนำไปใช้ประยุกต์ใช้ เพื่อจูงใจและสร้างความพอใจให้กับผู้ปฏิบัติงานได้ ทั้งนี้เพราะเมื่อบุคคลมีความพอใจในการทำงาน และเต็มใจอุทิศเวลาแรงกาย และความคึกของตนเองเพื่อสนองความต้องการของหน่วยงานหรือองค์กร.

6. แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

แนวความคิดเรื่อง “การสนับสนุนทางสังคม” ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ ได้มีการศึกษามากมายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เช่น การศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมอนามัยไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพของมนุษย์และยังพบว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจะช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะการเป็นอยู่ของมนุษย์และความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องการ การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนให้ด้านสรีรวิทยาและเกิดความมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคมอันจะทำให้มีชีวิตอย่างมีความสุข และมีความหมายขึ้น จริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2531 : 96) จินตนา ยูนิพันธ์. (2529 : 4) ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

ไวส์ (Weiss. 1974 : 101) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความรู้สึกอึดใจและพอใจต่อความต้องการ ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพของบุคคลในสังคม ที่ประกอบด้วยความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม การเข้าร่วมในสังคม การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อ่อนแอกว่าการส่งเสริมให้รู้สึกถึงคุณค่าแห่งตน การพึ่งพากันและกันและการให้คำแนะนำ และได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ลักษณะ ดังนี้

1. ความใกล้ชิด ส่งผลต่ออารมณ์โดยส่วนรวมคือทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่นช่วยไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว พบในกลุ่มสมรส เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน
2. การมีส่วนร่วมในสังคม ทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมาย มีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยอมรับว่าตนมีคุณค่าต่อกลุ่ม
3. พฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบ เป็นการสนับสนุนที่ผู้ใหญ่มีความรับผิดชอบต่อความเจริญเติบโตและสุขภาพของผู้เยาว์ แล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้
4. การได้รับการยอมรับในสถาบันครอบครัวหรือเพื่อน เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม บทบาทนั้นอาจจะเป็นบทบาทในครอบครัวหรืออาชีพ ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ลดความเชื่อมั่นและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

5. การได้รับความช่วยเหลือ เป็นการได้รับความช่วยเหลือทางด้านคำแนะนำ ชี้แนะ หรือได้รับกำลังใจ เพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

คอบบ์ (Cobb. 1979 : 93-106) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหรือการที่บุคคลได้รับ ข้อมูลว่า มีบุคคลรักและเอาใจใส่ มีบุคคลเห็นคุณค่าและได้รับการยกย่อง รวมทั้งการที่เขามีส่วน ร่วมในสังคมและผูกพันเป็นส่วนร่วมซึ่งกันและกัน และได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและการเห็นคุณค่า เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วย
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

แคปแลน คาสเซิล และกอร์. (Kaplan, Cassel, and Gores. June 1977 : 140-157)

กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความพึงพอใจในความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของ บุคคลซึ่งได้รับจากสิ่งแวดล้อมในสังคมของบุคคลนั้น จากการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม

คาห์น (Kahn. 1979 : 85) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมี จุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลหนึ่ง มีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกันยอมรับใน พฤติกรรมของกันและกัน แสดงออกถึงความรู้สึกที่ดีต่อกัน รับรู้ถึงการแสดงออกสิ่งเหล่านี้อาจ เกิดเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าและได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทาง บวกของบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลหนึ่ง ซึ่งแสดงออกในรูปของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ ด้วยความรัก
2. การยืนยันและการรับรองพฤติกรรมของกันและกัน เป็นการแสดงออกถึงการเห็น ด้วยการยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล
3. การให้ความช่วยเหลือ เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่นโดยการให้สิ่งของ หรือ การช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือนั้นอาจจะเป็นวัตถุ เงินทอง ข้อมูลข่าวสารหรือเวลา

เบอริร์รา (Barrera. 1981 : 70) กล่าวว่า การสนับสนุน หมายถึง ความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยให้สิ่งของ แรงงานและการให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลย้อนกลับ ในทางบวกและการมีส่วนร่วมในสังคม

เฮาส์ (House. อ้างถึงโดย Israel November 1985 : 65-80) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึงพฤติกรรมการสนับสนุน 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ โดยการให้ความนับถือ ความผูกพัน การเอาใจใส่
2. การสนับสนุนทางด้านประเมิน โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ การรับรอง
3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้คำแนะนำ คำสั่ง ข้อมูลข่าวสาร
4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ โดยการช่วยเหลือในเรื่องแรงงาน เงิน เวลา การปรับสิ่งแวดล้อม

เชฟเฟอร์และคณะ. (Schaefer, et al. 1981 : 381-406) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

1. **การสนับสนุนด้านอารมณ์** หมายถึง ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ ความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ

2. **การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร** เป็นคำแนะนำในการแก้ปัญหา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับ เกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

3. **การสนับสนุนด้านสิ่งของ** เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

จาคอบสัน (Jacobson. September 1987 : 250-264) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดได้แก่

1. **การสนับสนุนทางด้านอารมณ์** หมายถึง พฤติกรรมที่ทำให้รู้สึกสบายใจ และเชื่อว่ามิบุคคลยกย่อง เคารพนับถือ รัก หรือพฤติกรรมอื่นๆ ซึ่งแสดงออกถึงความเอาใจใส่และความมั่นใจ

2. **การสนับสนุนทางสติปัญญา** หมายถึงการรู้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ และสามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงได้

3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ หมายถึง สิ่งของและบริการต่างๆ ที่ช่วยแก้ปัญหาบางอย่างได้

สมจิต หนูเจริญกุล (1988 : 13) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การช่วยเหลือ โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา และให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับความประพฤติและปฏิบัติของบุคคล
2. การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ได้แก่ การให้ความสำคัญ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ซึ่งทำให้เขารู้สึกว่าได้รับความช่วยเหลือโดยตรง หรือการให้สิ่งของ
3. การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม คือ การให้ความช่วยเหลือโดยตรงหรือการให้สิ่งของหรือบริการ

บุญเยี่ยม ตรีภูวณย์ (2528 : 567-598) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ทำให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม เช่น บุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามีภรรยาญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้รับแรงสนับสนุน และมีผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า “การสนับสนุนทางสังคม” หมายถึง การที่บุคคลในสังคมได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การให้คำแนะนำ ให้สิ่งของ การทำงาน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจึงมีทั้งการให้และการรับ

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กาญจนา ประทัสสี (2542) ศึกษาการบริหารจัดการงบประมาณสาธารณสุขมูลฐานแนวใหม่ในทัศนะของกรรมการบริหารชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าทัศนคติโดยรวมของกรรมการบริหารชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการจัดสรรงบประมาณสู่ชุมชน และการให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการงบประมาณ นอกจากนี้ยังเห็นว่าควรส่งเสริมให้มีการกระจายอำนาจอย่างจริงจัง โดยให้อิสระแก่ อสม. ที่จะคิด

วางแผนและดำเนินการพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้านด้วยตนเอง ขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรส่งเสริมให้ อสม.มีความรู้เรื่อง แนวคิดเกี่ยวกับการกระจายอำนาจ การรับรู้สิทธิ การใช้อำนาจและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน อีกทั้งควรส่งเสริมให้ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขทุกระดับมีความเข้มแข็ง สามารถเป็นผู้นำประชาชนด้วยความคิดวางแผนและจัดการปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ของตนเองได้

ปัญญาวัฒน์ สันติเวสและคณะ. (2542) ศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภาคเหนือต่อการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ปี 2541 พบว่าส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับการชี้แจงเรื่องการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่อย่างชัดเจน โดยผู้แทนหมู่บ้านที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณเป็นเงินสดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด รองลงมาคือการใช้ระบบโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร การใช้หลักฐานการเบิก ส่วนมากใช้หลักฐานคือใบสำคัญรับเงินหรือใบเสร็จรับเงิน สำหรับการดำเนินงานในชุมชนส่วนใหญ่ ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนมากที่สุด คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน รองลงมาคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขั้นตอนที่ทุกกลุ่มยกเว้นชาวบ้านมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ การวิเคราะห์ปัญหาและสิ่งที่ควรทำในหมู่บ้าน สำหรับการเสนอกิจกรรมหรือโครงการส่วนมากใช้ การเสนอร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนเรื่องความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการงบประมาณ ภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่นั้น พบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในเรื่องการจัดทำหลักฐาน วิธีการจัดสรรงบประมาณให้หมู่บ้านและเห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีศักยภาพพอที่จะบริหารจัดการงบประมาณได้ และยังเป็น การส่งเสริมให้อาสาสมัครได้เรียนรู้การบริหารจัดการรวมทั้งเกิดจิตสำนึกในการเป็นเจ้าของโครงการเพิ่มมากขึ้นด้วย เมื่อถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขมูลฐานระดับตำบล ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเห็นว่าควรจัดสรรงบประมาณให้ชมรมหรือกลุ่มอาสาสมัครแต่กลับไม่เห็นด้วยกับการจัดสรรงบประมาณไปที่องค์การบริหารส่วนตำบล นอกจากนี้ยังพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นทุกขั้นตอน โดยเฉพาะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากกว่าเดิมแต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ได้เสนอให้มีการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีแนวคิดและยอมรับในการกระจายอำนาจสู่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น โดยมีการพัฒนาหลักสูตร

ให้สอดคล้องกับแนวคิดการกระจายอำนาจ และควรมีการศึกษานำร่องการบริหารจัดการงบประมาณงานสาธารณสุขในระดับตำบลของแต่ละจังหวัด เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาระบบการจัดสรรงบประมาณต่อไป

7.1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล

7.1.1 เพศ

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และคณะ (อ้างถึงใน พรرخา ชุมเกษียร 2535 : ก-ข) วิจัยประเมินผลการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดขอนแก่น โดยการสัมภาษณ์พบว่า ในการดำเนินงาน สสม. ผู้ที่สามารถปฏิบัติตามบทบาทได้ประสิทธิผลดี ส่วนใหญ่จะเป็นเพศชาย อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป

อุทัย สุธสุข (1982 : 22-67) วิจัยเกี่ยวกับผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นชายมีประสิทธิภาพในการทำงานมากกว่าเพศหญิง

พรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ (2531 : ก-ข) ศึกษาปัจจัยด้านบุคคลและความพึงพอใจในสิ่งแวดล้อมของงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โครงการสาธารณสุขเขตเมือง จังหวัดราชบุรี พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 41 – 60 ปี และพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สุนทร คงทอง. (2527 : 86) ได้ศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครสวรรค์ โครงการสาธารณสุขมูลฐานกระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการอบรมและมีการปฏิบัติงานตั้งแต่ปี 2521 - 2525 จำนวน 47 คน พบว่า เพศของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กองสุขศึกษา (2521 : 204-205) รายงานการวิจัยประเมินการดำเนินงานของผู้สื่อข่าวสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอสะเมิงและอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2520 – 2521 โดยกองสุขศึกษา (2521 : 204-205) พบว่าได้ศึกษาวิจัยประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้สื่อข่าวสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพศไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล

กองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (2524 : 21-23) รายงานว่าใน 20 จังหวัดของโครงการและการมีส่วนร่วมในชุมชนไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

จूरรัตน์ ลิ้มปวิทยากุล (2545 : 97) ได้ศึกษาวิจัยการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากร กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพศมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $0.05P = 0.34$

Rajabhat Mahasarakham University

เกษมธิดา สพลมัย (2537 : 87-88) ได้ศึกษา การปฏิบัติตามบทบาทในการการสนับสนุนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ระดับตำบล ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนทุกด้าน

ประพันธ์ บรรลุตศิลป์ (2531 : 95-96) ได้วิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม และการไม่มีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชนทั้งหมู่บ้านดีเด่นและหมู่บ้านล้าหลัง

7.1.2 อายุ

โดยกองสุขศึกษา (2521 : 204-205) รายงานการวิจัยประเมินการดำเนินงานของ ผสส. และ อสม. ในอำเภอสะเมิง และอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2520 - 2521 พบว่า อสม. ที่มีอายุน้อยมีผลต่อการปฏิบัติงานไม่ค่อยได้ผลดีนัก ไม่กล้าอธิบายไม่กล้าแสดงออก

ปลายมาศ ขุนภักดี (2523 : ก-ข) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในด้านการบริหาร บริการ วิชาการ และการประสานงาน ได้แก่ ปัจจัยสถานภาพส่วนบุคคล ประสบการณ์ การปฏิบัติงาน ด้านปริมาณและด้านแรงจูงใจ พบว่า การปฏิบัติงานด้านบริหาร บริการ วิชาการและการประสานงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พรพรรณ ทวีภัยไพบูลย์กิจ (2531 : 38) ได้ศึกษาปัจจัยด้านบุคคลและความพึงพอใจในสิ่งแวดล้อมของงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โครงการสาธารณสุขเขตเมือง จังหวัดราชบุรี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ด้านการเป็นผู้ประสานงานสาธารณสุข และงานส่วนรวมอื่นๆในชุมชน

เกษมธิดา สพลมัย (2537 : 57-58) ได้ศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ระดับตำบล ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า อายุของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านข่าวสาร การส่งเสริมและสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน และการนิเทศงาน

ลักขมี ออสวัสดิ์ (2541 : 116) ได้ศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดชัยภูมิ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับบทบาท ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่คาดหวังในงานสาธารณสุขมูลฐาน

ไคเออร์ (Dyer. July-August 1972 : 294-304) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาล จำนวน 200 คน ในโรงพยาบาล 4 แห่งเมืองยูทาห์ พบว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาล

ฮอสแมนน์และคณะ (Hausmann et al. 1976 : 76-77) ศึกษาเพื่อสนับสนุนรูปแบบการทำนายการปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุข พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติงาน

โคเออร์เนอร์ (Korner. January-February 1981 : 43-48) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุข จำนวน 32 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับผลการปฏิบัติงาน

กองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (2524 : 21-23) รายงานผลการศึกษาวิจัยประเมินผลการปฏิบัติงาน ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อายุไม่สัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน

ประพันธ์ บรรลือศิลป์ (2531 : 95-96) ได้วิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม และการไม่มีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ชุมชนทั้งหมู่บ้านดีเด่นและหมู่บ้านล้าหลัง

จุรีรัตน์ ลิ้มปวิทยากุล (2545 : 97) ได้ศึกษาวิจัยการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากร กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อายุมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $0.05 P = 0.86$

สุนทร คงทอง. (2527 : 86) ได้ศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครสวรรค์ โครงการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ได้รับการอบรมและมีการปฏิบัติงานตั้งแต่ปี 2521 - 2525 จำนวน 47 คน พบว่า อายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปรากรม วุฒิพงษ์และคณะ (2530 : 37) ทำการวิเคราะห์การดำเนินงานของกรรมการกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน ศึกษาเฉพาะกรณีกรรมการขายยา พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานด้านบริหาร จัดการ

รัตนา อุณาพันธ์ (2539 : 85) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานศูนย์
สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุข
มูลฐานชุมชน

กังสดาล สุวรรณวงศ์ (2539 : 103) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร
สาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น พบว่า อายุไม่ม
ีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน
ชุมชน

ไพจิตร วังตานุวัตร (2534 : 38) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตาม
บทบาทหน้าที่ของช่างสุขภัณฑ์หมู่บ้าน จังหวัดสงขลา พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับผลการ
ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของช่างสุขภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน

7.1.3 ระดับการศึกษา

พรทิพย์ อุ่นโกมล (2532 : ก-ข) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน
ตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรค จำนวน 211 คน พบว่า วุฒิการ
ศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่ด้านบริการ

กองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (2524 : 21-23) รายงานผลการศึกษาวิจัย
ประเมินผลการปฏิบัติงานของ ผสส. และ อสม. พบว่า การศึกษาไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

อัญชญา วงศ์ภัทรดี (2536 : 109) ได้ศึกษาความสามารถในการดำเนินงานของ
อาสาสมัครสาธารณสุข ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ระดับการศึกษา
มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติ
งาน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์

ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ และคณะ (2524 : 78) ได้ประเมินการปฏิบัติงานผู้สื่อข่าวสาร
สาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โครงการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า การศึกษา
ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

ประพันธ์ บรรณศิลป์. (2531 : 95-96) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม และการไม่มีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชนทั้งหมู่บ้านคิเค่นและหมู่บ้านลำหลัง

จूरรัตน์ ลิ้มปวิทยาภุค (2545 : 97) ได้ศึกษาวิจัยการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุข ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากร กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ $0.05 P = 0.53$

สุนทร คงทอง. (2527 : 86) ได้ศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตาม บทบาทหน้าที่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครสวรรค์ โครงการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ได้รับการอบรมและมีการ ปฏิบัติงานตั้งแต่ปี 2521 - 2525 จำนวน 47 คน พบว่า ระดับการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

รัตนา อุณาพันธ์. (2539 : 87) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดอุทัยธานี พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับผลการ ดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนทุกด้าน ถักขมี ออสวัสดิ์ (2541 : 116) ได้ศึกษาความคิด เห็นของประชาชนต่อบทบาท ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในงานสาธารณสุข มูลฐาน จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของประชาชนต่อ บทบาทที่คาดหวังในงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดชัยภูมิ

รวริจิตร หนองแก. (2540 : 116) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน สาธารณสุข มูลฐาน ตามบทบาท ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัด ขอนแก่น พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัด ขอนแก่น

1.4 สถานภาพสมรส

ทัศนีย์ ศรีจันทร์. (2528 : 68-69) ได้ศึกษาพบว่า สถานภาพของหัวหน้าสถานีอนามัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลงาน โภชนาการของสถานีอนามัย

สมพร อธิเดชพงศ์. (2530 : 56) พบว่า แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่แต่งงานแล้ว จะมีคะแนนการปฏิบัติงานสูงกว่าแพทย์ผู้อำนวยการที่ยังโสด

พรพรรณ ทรัพย์ไพฑูริย์กิจ (2531 : 83) ได้ศึกษาปัจจัยด้านบุคคลและความพึงพอใจในสิ่งแวดล้อมของงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โครงการสาธารณสุขเขตเมือง จังหวัดราชบุรี พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ด้านการเป็นผู้แจ้งข่าวสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบ

ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร. (2534-1 : 49) พบว่าสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของสารวัตรอาหารและยา

ปลายมาศ ขุนภักดี. (2533 : ก-ข) ซึ่งพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม

วรรณวิไล จันทราภ. (2523 : ก-ข) พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

กองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (2524 : 21-23) รายงานผลการศึกษาวิจัย ประเมินผลการปฏิบัติงานของ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

สุนทร คงทอง. (2527 : 86) ได้ศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครสวรรค์ โครงการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ได้รับการอบรมและมีการปฏิบัติงานตั้งแต่ปี 2521 - 2525 จำนวน 47 คน พบว่า สถานภาพสมรสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เกษมธิดา สพสมัย. (2537 : 57-58) ได้ศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ระดับตำบล ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า สถานภาพสมรสของเจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านข่าวสาร การส่งเสริมและสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและการนิเทศงาน

จุรีรัตน์ ลิมปวิทยากุล. (2545 : 97) ได้ศึกษาวิจัยการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากร กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 $P = 0.35$

7.1.5 อาชีพ

Rajabhat Mahasarakham University

พรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ. (2531 : 38) ได้ศึกษาปัจจัยด้านบุคคลและความพึงพอใจในสิ่งแวดล้อมของงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โครงการสาธารณสุขเขตเมือง จังหวัดราชบุรี พบว่า อาชีพหลักไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานด้านการเป็นผู้ประสานงานสาธารณสุข และงานส่วนรวมอื่นๆในชุมชน

จุรีรัตน์ ลิมปวิทยากุล. (2545 : 97) ได้ศึกษาวิจัยการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากร กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 $P = 0.61$

สุนทร คงทอง. (2527 : 86) ได้ศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครสวรรค์ โครงการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ได้รับการอบรมและมีการปฏิบัติงานตั้งแต่ปี 2521 - 2525 จำนวน 47 คน พบว่า อาชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ไพจิตร วังตานุวัตร (2534 : 38) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตาม
บทบาทหน้าที่ของช่างสุขภัณฑ์หมู่บ้าน จังหวัดสงขลา พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการ
ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของช่างสุขภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน

7.1.6 รายได้

กองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (2524 : 21-23) รายงานผลการศึกษาวิจัย
ประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
พบว่า รายได้ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

สุพัฒน์ สมจิตรสกุล. (2535 : 71) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วน
ร่วมของชุมชน ในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม พบ
ว่า รายได้ครอบครัวไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกขั้นตอนในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุข
มูลฐานชุมชน อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

จุรีรัตน์ ลิ้มปวิทยากุล. (2545 : 97) ได้ศึกษาวิจัยการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่
อาสาสมัครสาธารณสุข ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์
พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากร กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อาสา
สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับรายได้มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.05 $P = 0.91$

ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ และคณะ (2524 : 78) ได้ประเมินการปฏิบัติงานผู้สื่อข่าว
สาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โครงการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า
รายได้ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

กังสตาล สุวรรณวงศ์ (2539 : 103) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร
สาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น พบว่า รายได้ไม่มี
ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน
ชุมชน

เกษมธิดา สพสมัย. (2537 : 57-58) ได้ศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทในการการสนับสนุนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ระดับตำบล ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า รายได้ของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านข่าวสาร การส่งเสริมและสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและการนิเทศงาน

กองสุขศึกษา (2521 : 204-205) ได้ประเมินงานของผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอสะเมิงและอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2520-2521 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีเสียสละเวลาปฏิบัติงานให้แก่ประชาชนได้ดีกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ

อัญชนา วงศ์ภัทรดี (2536 : 109) ได้ศึกษาความสามารถในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์

รัตนา อุณาพันธ์. (2539 : 87) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดอุทัยธานี พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนทุกด้าน

7.1.7 ตำแหน่ง

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2530 : 48) เป็นบทสรุป การศึกษาประเมินผลโครงการสาธารณสุขมูลฐานไทย “ การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน” ศึกษาถึงการมีตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ตำแหน่งไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พีระศักดิ์ รัตนะ. (2534 : 87) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตชนบท จังหวัดสงขลา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเวลาว่างพอ จะมีผลการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงกว่าอาสา

สมาคมสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเวลาว่างสำหรับทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน น้อย

วิทยา โคตรท่าน. (2536 : 128) ได้ศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้านมี ประสิทธิภาพในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน สูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ ไม่มีตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้านโดยส่วนรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

7.1.8 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

ภาวิณี เฟ่งศาสตร์. (2529 : 99-101) ศึกษาการรับรู้และการยอมรับบทบาทของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 52 คน ในเขตชนบท อำเภอเมือง จังหวัด ขอนแก่น โดยการสัมภาษณ์จากประชาชนตัวอย่าง 260 คน พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงานใน ช่วง 1 – 3 ปี จะมีผลการปฏิบัติงานมากกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่อบรมน้อยกว่า 1 ปี

พรทิพย์ อุ่นโกมล (2532 : ก-ข) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน 211 คน พบว่า วุฒิการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ด้านบริการ

สาคร ใจพยอม (2531 : ก-ข.) พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานในตำแหน่ง ปัจจุบันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

ฮอสแมนและคณะ. (Hostmane : 1976 : 76-77) พบว่าประสิทธิภาพการทำงาน ในหน้าที่ของพยาบาลสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติงาน

โคเออร์เนอร์. (Coaemer : 1981 : 43-48) พบว่าประสิทธิภาพการทำงานในหน้าที่ ของพยาบาลสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติงาน

ทัศนีย์ ศรีจันทร์. (2528 : 68-69) พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานของหัวหน้า สถานีอนามัยไม่มีความสัมพันธ์กับผลงานในบทบาทของหัวหน้าสถานีอนามัย

วรวิจิตร หนองแก. (2540 : 116) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน สาธารณสุขมูลฐาน ตามบทบาท ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดขอนแก่น

7.2 การรับรู้บทบาทหน้าที่

สุติมา กุหาทอง. (2532 : ก-ข) ศึกษาการรับรู้บทบาทและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของในงานอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัวของแม่ตัวอย่างที่อบรมแล้ว จำนวน 152 คน ที่จังหวัดขอนแก่น พบว่าการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ มีความสัมพันธ์ทางบวกทุกข้อและทุกด้าน

ไพจิตร อังศานวัตร. (2534 : ก-ข) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของช่างสุขภัณฑ์หมู่บ้าน พบว่า การรับรู้บทบาทของช่างสุขภัณฑ์หมู่บ้านไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของช่างสุขภัณฑ์หมู่บ้าน

7.3 แรงจูงใจ

พรทิพย์ อุ๋นโกมล. (2532 : ก-ข) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน 211 คน พบว่าองค์ประกอบของความพึงพอใจในด้านความสำเร็จและการยอมรับนับถือมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรค

ศาสตราจารย์ ไพยอม. (2531 : ก-ข.) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

ปลายมาศ ขุนภักดี. (2533 : ก-ข) พบว่า แรงจูงใจของหัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานในทุกด้าน

7.4 แรงสนับสนุนทางสังคม

พิสมัย เพิ่มกระโทก. (2529 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์จำนวน 152 คน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์อย่างนัยสำคัญทางสถิติ

พวงพลอย หุณหวีจิตรา (2530 : 75) ศึกษาถึงผลการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสู้ม พบว่าที่สร้างสู้มเพิ่มขึ้น

7.5 การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่

สุนทร คงทอง. (2527 : 86) ศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ของจังหวัดนครสวรรค์ ในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การปฏิบัติงานของ อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง การปฏิบัติงานในระดับสูงมี อสม. เป็นเพียงส่วนน้อย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

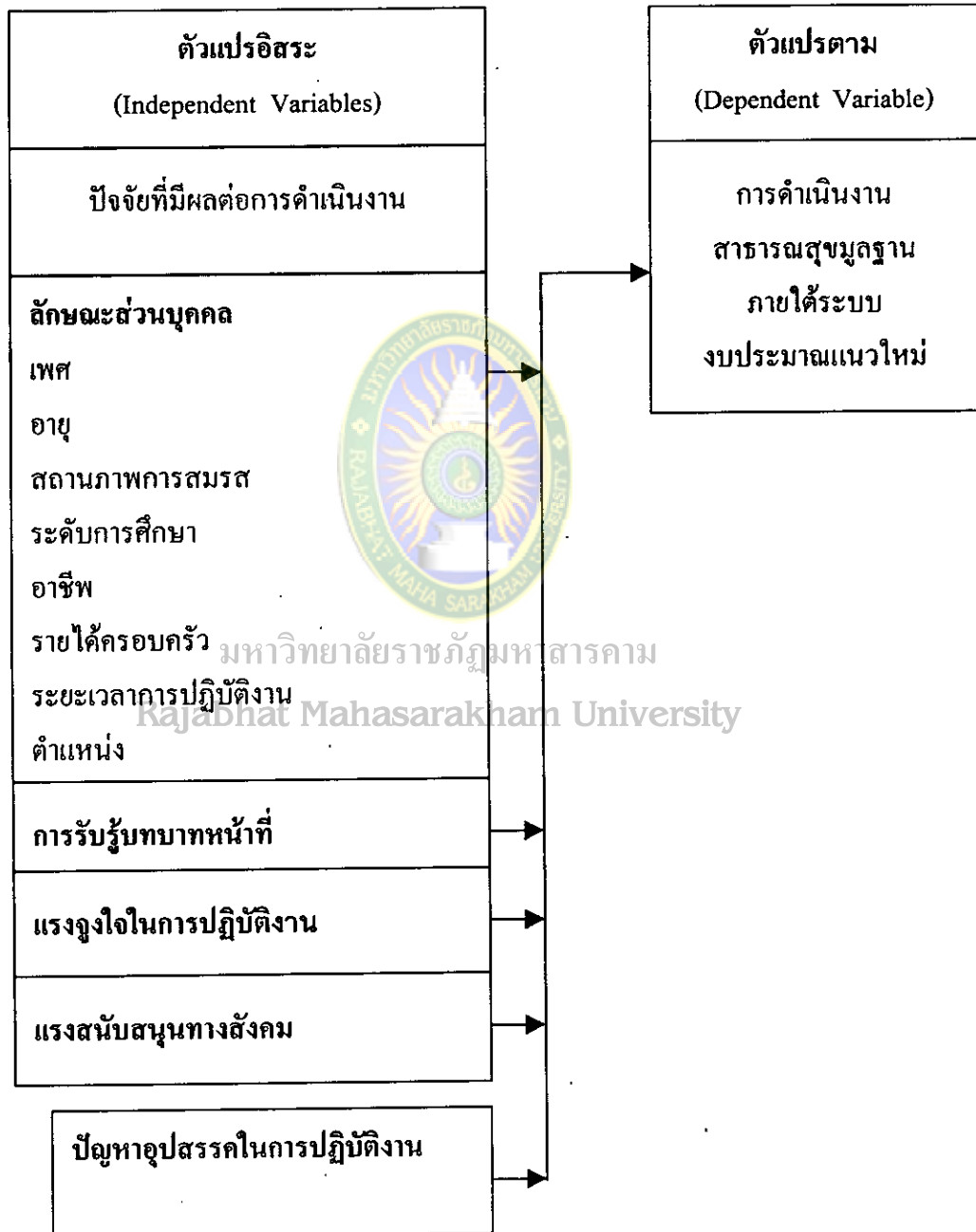
พรทิพย์ อุณโกล. (2532 : ก-ข) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายสุขภาพและป้องกัน โรงพยาบาลชุมชน พบว่าการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายสุขภาพและป้องกัน โรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและการปฏิบัติงานในระดับมากมีมากกว่าในระดับน้อย

จากการศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎี รวมทั้งงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังกล่าวแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่า การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ซึ่งเกี่ยวข้องกับประชาชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลการสนับสนุนจากประชาชนคือการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับการยอมรับนับถือไว้วางใจ รวมทั้งการได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานส่วนการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลคือการได้รับการติดตามช่วยเหลือ แนะนำ เป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการยกย่องชมเชยบางโอกาส รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางการเงินและอุปกรณ์ต่างๆ จากผู้นำทางการเมือง ซึ่งหากมีการสนับสนุนดังกล่าวจากทั้งประชาชน ญาติพี่น้อง ผู้นำทางการเมืองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลแล้ว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านย่อมมีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานด้วย

ความกระตือรือร้น และมีโอกาสในการปฏิบัติงานตามบทบาทนั้นอย่างเต็มที่ สม่่าเสมอและต่อเนื่อง เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ละคนมีคุณสมบัติส่วนบุคคลเฉพาะตัว บางประการ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ต่างๆ ก่อนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ด้วยเช่นกันอาจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

สำหรับการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเพียงบางปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน ภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ ตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ตำแหน่ง และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน
2. การรับรู้บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
3. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
4. แรงสนับสนุนทางสังคมของคณะกรรมการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน



แผนภูมิที่ 9 กรอบแนวคิดในการวิจัย