

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษา เรื่อง การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
2. ทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงาน
3. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
4. ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอโพธิ์ตาก
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นับเป็นพฤติกรรมของมนุษย์อย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการกระทำกิจกรรมต่างๆ ตามขอบเขตของงานที่ได้รับมอบหมายซึ่งจะมีปัจจัยแวดล้อมหลายอย่างเข้ามามีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทดังกล่าว ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องศึกษาและทำความเข้าใจในแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามลำดับ ดังนี้

1. ความหมายการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน มีผู้ให้คำนิยามดังนี้

ทวี ฤกษ์สำราญ (2528 : 14) ให้ความหมายว่า การสาธารณสุข หมายถึง งานของการแพทย์ฝ่ายป้องกันที่เรียกว่า เวชศาสตร์ป้องกันหรือเวชกรรมป้องกัน ที่มุ่งการป้องกันโรค อันจะเกิดแต่ชุมชนมิใช่มุ่งแต่จะรักษาโรคเฉพาะรายเท่านั้น เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรคและรู้จักป้องกันตนเอง พยายามตรวจหาแหล่งเพื่อจัดทำลาย ทำการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ดังนั้น งาน

ของสาธารณสุขมูลฐานจึงเป็นงานที่จัดทำให้แก่ประชาชนในชุมชน ประกอบด้วย คน สัตว์ สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่จะต้องได้รับการตรวจเพื่อหาข้อบกพร่องและแก้ไขโดยเจ้าหน้าที่แพทย์
 วรรณวิไล จันทราภา และคณะ (2523 : 7) ให้ความหมายการสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง วิทยาการและศิลปะแห่งการป้องกันโรค การทำให้คนเราอายุยืนยาว การยกระดับสถานะอนามัยของคน และประสิทธิภาพของบุคคล โดยได้รับการตอบสนองความต้องการ ได้รับสนับสนุนจากชุมชน เพื่อให้ทุกคนมีมาตรฐานการครองชีพที่ดีเพียงพอแก่การดำรงไว้ซึ่งอนามัยที่ดี ดังนั้น การสาธารณสุขมูลฐานจึงประกอบไปด้วย การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การป้องกันโรค การให้สุศึกษาเกี่ยวกับการรักษอนามัยส่วนบุคคล การจัดบริการด้านการแพทย์และการพยาบาล สำหรับวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรกของการเจ็บป่วยและรักษาโรค เพื่อไม่ให้ลุกลามแพร่กระจายไป ทัศนากลไกของสังคม

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2532 : 25-27) ได้ให้คำนิยามของคำว่า สาธารณสุขมูลฐาน ไว้ว่า งานสาธารณสุขมูลฐานเป็นการให้บริการทางสุขภาพที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตของประชาชนใช้วิธีและเทคโนโลยีตามหลักวิทยาศาสตร์และได้รับการยอมรับโดยทั่วไป เป็นการให้บริการแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยบุคคล ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ที่เป็นบริการที่ชุมชน สังคมและประเทศชาตินั้น ๆ สามารถบริหารจัดการให้ดำเนินไปด้วยดี ในลักษณะของการพึ่งตนเองเป็นส่วนสำคัญยิ่งส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติและการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน หรือประเทศชาตินั้นเป็นกลไกเชื่อมโยงระหว่างบริการสาธารณสุขของรัฐ และการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน โดยที่มีองค์ประกอบสำคัญซึ่งทำให้งานสาธารณสุขมูลฐานประสบความสำเร็จ และทำให้คนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืนและองค์ประกอบเหล่านี้ ได้แก่ การสุศึกษา การโภชนาการ การอนามัยแม่และเด็ก การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการวางแผนครอบครัว การควบคุมโรคประจำถิ่น การจัดหา น้ำสะอาดและกำจัดสิ่งปฏิกูล การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การจัดหา ยาจำเป็น การทันตสาธารณสุข การสุขภาพจิต ชุมชน การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคติดต่อ การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ และการควบคุมป้องกันสิ่งแวดล้อม

ดังนั้น การสาธารณสุขมูลฐาน จึงพอสรุปได้ว่า หมายถึง ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ตัวชี้วัดหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า ในขอบเขตความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. การพัฒนางานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การสาธารณสุขมูลฐานต้องการให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ในส่วนที่ประชาชนสามารถทำได้ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลที่ง่าย ๆ โดยประชาชนจะต้องเป็นผู้ริเริ่มแก้ปัญหา วางแผน และดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุนเป็นการปรับเปลี่ยนบทบาทของประชาชนจากผู้รับบริการมาเป็นผู้ให้การสนับสนุน ทั้งนี้จะต้องมีการปรับปรุงระบบบริการของรัฐให้สามารถรองรับงานสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นอีกด้วย การที่จะให้งานสาธารณสุขมูลฐานเกิดขึ้น และดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในระดับหมู่บ้านจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ กำลังคนในหมู่บ้าน กรรมการหรือองค์กรในหมู่บ้าน กองทุนในหมู่บ้าน และข้อมูลที่เป็นปัจจุบันในหมู่บ้าน ทั้งนี้ต้องยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนและผสมผสานกับงานพัฒนาของกระทรวงอื่น ๆ รวมทั้งการจัดและปรับระบบบริการสาธารณสุขที่จำเป็นเพื่อการสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน



แผนภาพที่ 2 กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2531: 22

การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนระหว่างศูนย์สาธารณสุขมูลฐานที่ยั่งยืนนั้น ผู้นำต้องมีการประสานความร่วมมือทั้งภาครัฐ และเอกชนอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ผู้นำชุมชน ประชาชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานและองค์การบริหารส่วนตำบล ต้องมีบทบาทในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ผู้นำชุมชนสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องเสนอปัญหาการดำเนินงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน แต่ที่ผ่านมา พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว และการเอาใจใส่อยู่ในเกณฑ์ต่ำจึงเป็นเหตุผลสำคัญที่หน่วยงานสาธารณสุขสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนต้องให้ความรู้ ความเข้าใจแก่สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลให้เข้าใจในบทบาทขององค์การต่อบริหารส่วนตำบลต่องานสาธารณสุขมูลฐานและเร่งรื้อให้เห็นความสำคัญให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลรู้จักการวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขในชุมชนเขตพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลนั้น ๆ ได้ต่อไป การจัดสรรงบประมาณในองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อเข้ามาดูแลงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และการให้การสนับสนุนจัดองค์กรให้มีผู้รับผิดชอบสนับสนุนอย่างชัดเจน และต้องเพิ่มองค์ความรู้ และเพิ่มทักษะในการทำงานให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ ตรวจสอบคุณภาพน้ำดื่ม เก็บตัวอย่างหาเชื้อไข้มาลาเรียส่งตรวจ เพื่อให้ประชาชนมีความเชื่อถือและศรัทธาต่อศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมากยิ่งขึ้น และสามารถพัฒนาให้ยั่งยืนต่อไปในอนาคต คุณลักษณะของผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล มีองค์ประกอบสำคัญ คือ มีความรู้ เจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขและการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสาธารณสุขในชุมชนในลักษณะต่างๆ เป็นต้นว่า การร่วมวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหา การร่วมตัดสินใจ การร่วมในผลประโยชน์ และการร่วมประเมินผล

3. การวางแผนด้านการสาธารณสุขของประเทศไทย เริ่มมีการระบุไว้เป็นกระบวนการวางแผนพัฒนาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504 จนถึงปัจจุบันตามลำดับ ดังต่อไปนี้

3.1 แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509) ได้ให้ความสำคัญแก่การปรับปรุงสถานบริการและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้การบำบัดรักษาครอบคลุมทั่วถึงยิ่งขึ้น

3.2 แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2510-2514) มีนโยบายต่อเนื่องจาก

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 1 มีลักษณะที่รัฐยื่นบริการให้แก่ประชาชนโดยประชาชนเป็นฝ่ายรับด้านเดียว นอกจากนี้เรื่องการรักษากับการป้องกันโรคมักมีการดำเนินงานค่อนข้างจะแยกกัน

3.3 แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) มีความแตกต่างจากสองแผนแรกเห็นได้ชัด มีการกล่าวถึงการพัฒนาการสาธารณสุขแบบผสมผสาน และการให้ความสำคัญต่อการความร่วมมือของประชาชนในการแก้ปัญหาสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่าในระดับนโยบายได้ตระหนักถึงความสำคัญ และบทบาทของประชาชนไปสู่การมีสุขภาพอนามัยที่ดี โดยเฉพาะการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานนั้นจะช่วยให้ประหยัดงบประมาณ ประหยัดกำลัง และครอบคลุมประชากรได้มากด้วย

3.4 แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) รัฐบาลได้เริ่มกำหนดแนวนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) โดยในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 รัฐได้กำหนดให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีดำเนินงานด้วยการสร้าง และพัฒนาองค์กระระดับหมู่บ้านในรูปของอาสาสมัครซึ่งมี 2 ประเภท คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้เป็นจุดรวมของการมีส่วนร่วมของประชาชน กลุ่มอาสาสมัครดังกล่าวจะได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือ และการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในเรื่องง่ายๆ และพบปะในชุมชนโดยมีการแนะนำสนับสนุนการดำเนินงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล รูปแบบนี้สามารถดำเนินงานได้ ครอบคลุมร้อยละ 50 ของจำนวนหมู่บ้านทั่วประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2532 ก : 31)

3.5 แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) แนวนโยบายด้านการสาธารณสุขมีทิศทางที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ที่จะให้เกิดการจัดการบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะ 10 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การสุขภาพสิ่งแวดล้อม การจัดหา น้ำสะอาด การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมโรคประจำท้องถิ่น การโภชนาการ การจัดหาที่จำเป็นไว้ในชุมชน การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การดูแลสุขภาพในช่องปาก และการดูแลสุขภาพจิตใจชุมชน ซึ่งเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พบว่าสามารถจัดระบบโครงสร้างสาธารณสุขได้ครอบคลุมหมู่บ้าน ร้อยละ 87 ของหมู่บ้านทั่วประเทศ ตลอดจนได้มีการขยายดำเนินงาน ไปในเขตเมืองบางส่วนแล้วด้วย (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2533 ก : 31)

หลังจากที่ได้นำการสาธารณสุขมูลฐานมาดำเนินงานในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 และแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 ได้มีการประเมินผลการดำเนินงานซึ่งพบว่าประสบความสำเร็จเฉพาะในเชิงปริมาณ จึงทำให้เป็นที่ยอมรับในหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเมื่อมาวิเคราะห์ถึงสภาพปัญหาการสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พบว่า

- 1.) ประชาชนในชนบทส่วนใหญ่ และผู้มีรายได้น้อยในเขตเมืองยังขาดความสามารถในการแสวงหาบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน
- 2.) ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีค่านิยมที่เกื้อกูลต่อการพัฒนาสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อการสาธารณสุขมูลฐานในระดับต่ำ เมื่อเทียบกับค่านิยมที่มีต่อการรักษาพยาบาลซึ่งไม่เกื้อกูลให้ประชาชนรู้ถึงปัญหา และความจำเป็นที่แท้ของตนเอง และร่วมมือในการแก้ปัญหาดังกล่าว
- 3.) การมีส่วนร่วมของประชาชนยังคงมีขีดจำกัดในด้านความรู้ ความสามารถในการระดมทรัพยากรและบริการทรัพยากรในรูปแบบของการจัดตั้งกองทุน
- 4.) ไม่สามารถปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของกำลังคนด้านสาธารณสุขบางสาขา ให้เกื้อกูลต่อการจัดระบบงานสาธารณสุขมูลฐาน
- 5.) การจัดระบบงาน ความรู้ และเทคโนโลยีเหมาะสมระหว่างองค์กรในภาครัฐและเอกชน และในองค์กรส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ยังไม่สามารถเข้าใจได้อย่างถูกต้องและไม่อาจตอบสนองความต้องการของชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ

3.6 แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) จากผลวิเคราะห์สภาพปัญหาสาธารณสุขในแผนฯ ฉบับที่ 5 ดังกล่าวต่อมาได้มีการกำหนดนโยบายแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 จึงมีความจำเป็นต้องสร้างและพัฒนาองค์กรต่างๆ ให้ครอบคลุมในส่วนที่ยังไม่ได้ดำเนินการขณะเดียวกัน ก็ต้องปรับปรุงคุณภาพของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านมามาได้ดียิ่งขึ้น และในส่วนของประชาชน ได้เน้นการพัฒนาศักยภาพขององค์กรชุมชนใน 2 องค์กรประกอบ ดังต่อไปนี้

3.6.1 การพัฒนากำลังคนให้เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในกิจกรรมพัฒนาและรวมถึงเทคโนโลยีที่จำเป็นมาใช้ในชุมชน

3.6.2 การพัฒนากองทุน ให้เกิดการระดมทรัพยากรทางการเงินของชุมชนจะนำมาใช้เป็นงบประมาณในการพัฒนา รวมทั้งความสามารถในการดึงเอาเงินทุนจากภายนอกมาช่วย และที่สำคัญที่สุด คือ ความสามารถในการจัดการเรื่องการเงินของชุมชน สำหรับกระบวนการในการ

พัฒนาองค์ประกอบเหล่านี้ จะต้องมีการดำเนินงานร่วมไปกับการพัฒนาโครงสร้างของรัฐ และกลไกการประสานงานระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2532 : 35 ก)

3.7 แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) นโยบายในแผนนี้จุดเน้นการพัฒนาสาธารณสุขให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ โดยกำหนดกิจกรรมบริการสาธารณสุขมูลฐานให้ครอบคลุมปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป มุ่งปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานในชุมชน พัฒนาศักยภาพ และประสิทธิภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข สนับสนุนทรัพยากรและพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ในรูปแบบศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีความสามารถดูแลตนเองและบรรลุคุณภาพชีวิต โดยอาศัยกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน ด้วยการสนับสนุนให้องค์กรชุมชนเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการ และการระดมทรัพยากรในท้องถิ่น ทั้งนี้ภายใต้การร่วมมือและสนับสนุนจากรัฐและเอกชน ได้แก่

3.7.1 พัฒนาและขยายระบบสาธารณสุขมูลฐานที่ดำเนินอยู่อย่างได้ผลในชนบทให้ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องตามแนวนโยบายของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 มีดังนี้

- 1) พัฒนาวีธีดำเนินงานและขยายของเขตการครอบคลุมกลุ่มต่าง ๆ ในเขตเมืองให้ทั่วถึงยิ่งขึ้น
- 2) ขยายขอบเขตการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งจัดโดยชุมชน โดยครอบคลุมถึงเรื่องต่อไปนี้ เช่น การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ (ยาเสพติด) การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย และการพัฒนาและจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้ครบทุกหมู่บ้าน

3.7.2 เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติขึ้น สาเหตุสำคัญในการกำหนดเครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน สืบเนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านอารมณ์และความมุ่งหวังทางสังคมทางชุมชน รวมทั้งความสามารถของสังคมในอันที่จะบรรลุความจำเป็นพื้นฐาน ดังนี้

- 1) ปริมาณและคุณภาพของความต้องการพื้นฐานทางร่างกาย เช่น การมีอาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม พอดีเพียง

2) ปริมาณและคุณภาพความต้องการทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น การศึกษา โอกาสในการทำงานบริการสาธารณสุข สถานภาพการทำงาน ความมั่นคง การคมนาคม เสรีภาพ สันทนาการ โอกาสสำหรับการสร้างสรรค์

3) เรื่องอื่นๆ ได้แก่ การเพิ่มประชากรที่เหมาะสม การพัฒนาจิตใจและรสนิยมครั้ง ต่อมากรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย ได้แต่งตั้งคณะทำงานปรับปรุงเครื่องชี้วัด แบบสำรวจและเกณฑ์คุณภาพชีวิตของคนไทย ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) โดยปรับปรุงเพิ่มเติมให้เหมาะสมแล้วนำเสนอคณะกรรมการดำเนินงานพิจารณาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบท เห็นชอบมีมติให้ใช้เครื่องชี้วัดที่ปรับปรุงใหม่ได้ ซึ่งเครื่องชี้วัด ความจำเป็นพื้นฐานปรับปรุงใหม่ของครัวเรือนมี 9 หมวด 37 ตัวชี้วัด ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการ สาธารณสุขมูลฐาน. 2535 ก: 8-9)

หมวดที่ 1	อาหารดี
หมวดที่ 2	มีบ้านอาศัย
หมวดที่ 3	ศึกษาอนามัยถ้วนทั่ว
หมวดที่ 4	ครอบครัวปลอดภัย
หมวดที่ 5	รายได้ดี
หมวดที่ 6	มีลูกไม่มาก
หมวดที่ 7	อยากร่วมพัฒนา
หมวดที่ 8	พาสู่คุณธรรม
หมวดที่ 9	บำรุงสิ่งแวดล้อม

3.8 แนวทางการจัดกิจกรรมสาธารณสุขในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8

(พ.ศ. 2540 -2544) เป็นช่วงของการพัฒนาการสาธารณสุข เพื่อสนองตอบต่อเป้าหมายที่เน้นคนเป็น ศูนย์กลางของการพัฒนา โดยเน้นความสำคัญของการพัฒนาแบบองค์รวมใน 2 ลักษณะ คือ ประการ แรก เน้นการพัฒนาสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม ค่านิยม พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพและระบบ สาธารณสุข และประการที่สอง เน้นการพัฒนาศักยภาพของคน ด้านสุขภาพอนามัยในการเสริมสร้าง ให้มีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัวควบคู่ไปกับการพัฒนาปัจจัยสิ่งแวดล้อม

ทั้งระบบบริการสาธารณสุขระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และบริหารจัดการสถานะแวดล้อมต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

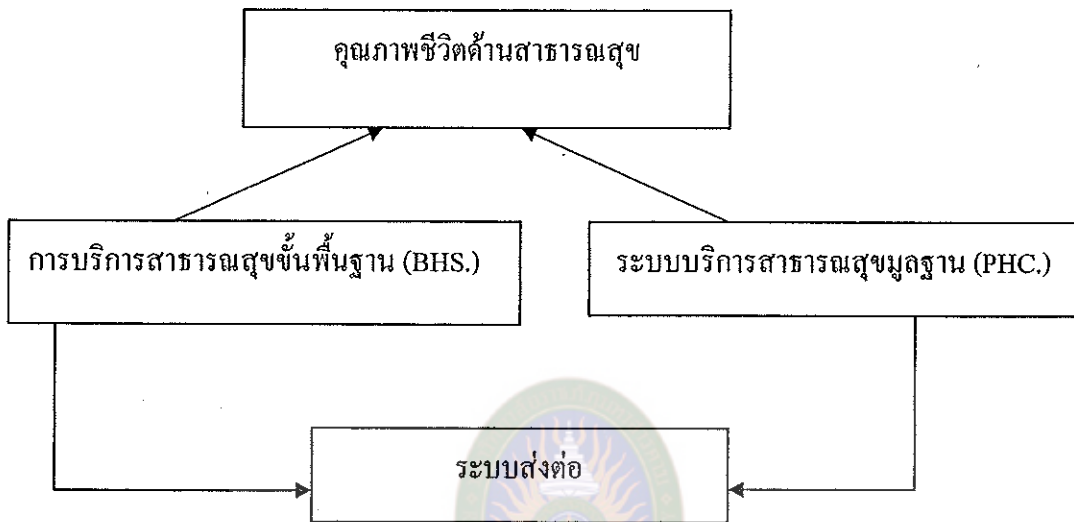
วัตถุประสงค์ของการพัฒนาการสาธารณสุข มีดังนี้

1. เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ทักษะที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสมสำหรับบุคคลและครอบครัว
2. เพื่อให้ภาวการณ์เจ็บป่วยและตายด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงและโรคที่ป้องกันให้ลดลง
3. เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพองค์รวมที่มีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐานอย่างเป็นธรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาสและผู้พิการ
4. เพื่อให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองด้านบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพมีคุณภาพได้มาตรฐานและปลอดภัย โดยมีองค์ความรู้และพฤติกรรมในการเลือกใช้และบริโภคที่เหมาะสม
5. เพื่อให้ได้รับการคุ้มครองให้มีคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่ดีและปลอดภัยต่อวิถีการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ
6. เพื่อให้องค์กรชุมชนสามารถดูแล และรับผิดชอบสุขภาพอนามัยของคนในชุมชนอย่างเข้มแข็ง และมีประสิทธิภาพ
7. เพื่อให้ครอบครัวมีความพร้อมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงมีครรภ์และเด็กได้รับการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างมีคุณภาพ
8. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงตามวัย และดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า
9. เพื่อให้คนไทยเป็นผู้ที่สามารถนำภูมิปัญญาด้านสาธารณสุขไปใช้ประโยชน์ได้ทุกระดับ และเป็นผู้นำด้านสุขภาพในภูมิภาคนี้

3.9 แนวทางการจัดกิจกรรมสาธารณสุขในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) เป็นช่วงของการพัฒนาการสาธารณสุข เน้นกำหนดให้คนไทยต้องเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเสมอภาค โดยมีแนวคิดว่า “ทุกคนร่วมสร้างสุขภาพขึ้นได้ โดยประชาชนเอง เห็นคุณค่ารักและผูกพันกับสุขภาพเพิ่มขึ้นจนเป็นชุมชนสุขภาพ และเป็นสังคมสุขภาพในที่สุด”

3.10 แนวทางการจัดกิจกรรมสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) จะเน้นในด้านความมีพอประมาณ ในการดำรงชีวิตโดยยึดหลักปรัชญา “เศรษฐกิจพอเพียง” ชี้นำ “สุขภาพพอเพียง” และ “หมู่บ้านจัดการสุขภาพ” ส่งผล

ให้ออม. ต้องเข้าใจแนวคิดการพัฒนาสุขภาพแนวใหม่ จำเป็นต้องอบรมฟื้นฟูทักษะในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ เพื่อให้พร้อมกับการปฏิบัติงานที่เปลี่ยนแปลงไป



แผนภาพที่ 3 การประสานกันระหว่างบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน (BHS)

กับบริการสาธารณสุขมูลฐาน (PHC) ในระบบส่งต่อเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต
ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 10

4. แนวทางการจัดกิจกรรมในแผนพัฒนาการสาธารณสุขที่สำคัญ มีดังนี้

4.1 วิสัยทัศน์ (Vision) งานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่

4.1.1 คนไทยทุกคนรอบรู้มีความรู้พื้นฐานในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและครอบครัว สามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขได้ระยะหนึ่ง ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้ต่างๆ ให้แก่บุคคลอื่นได้

4.1.2 คนไทยทุกคนรอบรู้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพอนามัยของตนเองและชุมชน โดยสามารถเฝ้าสังเกตและรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

4.1.3 คนไทยทุกชุมชนมีการรวมตัวเพื่อปฏิบัติกิจกรรมทางสาธารณสุขด้วยความ
 เสียสละและเห็นแก่ส่วนรวมให้สอดคล้องกับสภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคมใน โลกปัจจุบัน

4.1.4 คนไทยทุกคนมีหลักประกันทางสุขภาพที่เหมาะสมตามสภาวะทางสังคมกลุ่ม
 อายุและอาชีพ

4.2 เป้าประสงค์ (Goal) งานสาธารณสุขมูลฐาน

เป้าประสงค์ เป็นกลวิธีที่มีวัตถุประสงค์เพิ่มพัฒนาประชาชนให้มีศักยภาพ

ในการพึ่งพาตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ ทั้งการพัฒนาโดยตรง คือ การสร้างและพัฒนาอาสาสมัคร
 สาธารณสุข และพัฒนาความรู้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถดูแลสุขภาพ
 ทั้งของตนเอง บุคคลในครอบครัวและชุมชน โดยมีสถานะทางสุขภาพ การประเมินความจำเป็นขั้น
 พื้นฐานและการพึ่งพาตนเองของชุมชนเป็นตัวชี้วัดเป้าประสงค์นี้

ตารางที่ 1 เป้าประสงค์ บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพ
 ของตนเองได้

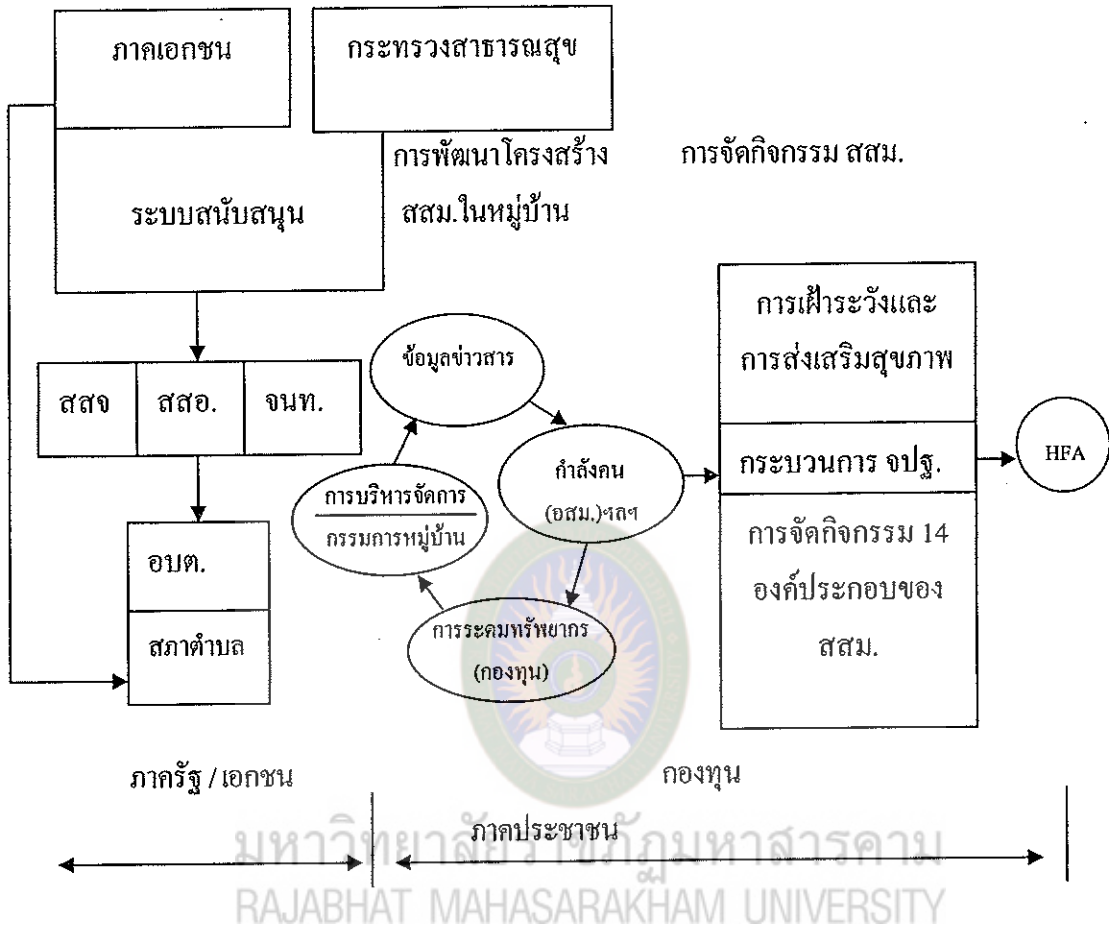
ระดับ	ตัวชี้วัด
บุคคล	ใช้สถานะทางสุขภาพ เช่น การลดลงของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรค ทางเดินอาหาร โรคทางเดินหายใจ โรคที่เกิดจากพฤติกรรม โรคไม่ติดต่อ เป็นต้น
ครอบครัว	ใช้ จปฐ. เป็นเครื่องมือที่ใช้ดูกระบวนการและผลกระทบที่เกิดกับสถานะทาง สุขภาพ
ชุมชน	ใช้เครื่องชี้วัดกลุ่มที่ 2 (การพึ่งพาตนเองของชุมชน) ในการวัดการบรรลุ สุขภาพดีถ้วนหน้า

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2540 : 49

ภาพลักษณะสุขภาพของคนไทยในอนาคต ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ ด้าน
 ปัจเจกบุคคล ด้านสภาวะแวดล้อมและด้านระบบสาธารณสุขล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย
 ของประชาชนทั้งในด้านบวก และด้านลบ ดังนั้น เพื่อให้การพัฒนาสาธารณสุขมีความสอดคล้องกับ

ทิศทางการพัฒนาประเทศที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง โดยแนวโน้มนำสุขภาพอนามัย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในอนาคต จะมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว รวมทั้งเพื่อให้บรรลุผลถึงสภาพที่ปรารถนาของคนไทยและสังคมไทยในอนาคต จึงได้กำหนดภาพลักษณ์สุขภาพของคนไทยที่พึงประสงค์ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดาจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อใช้เป็นกรอบในการพัฒนาการสาธารณสุข ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2540 : 6-7) คนไทยทุกคนไม่จำกัดในเรื่อง เพศ อาชีพ ศาสนา ถิ่นที่อยู่ เชื้อชาติ การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นคนที่มีความปกติสุข ทั้งมิติทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคม ดังนี้

1. เกิดและเติบโตขึ้นในครอบครัวที่มีความพร้อมและอบอุ่น
2. ได้รับการพัฒนาทางกาย ทางใจ และสติปัญญา ดีพอที่จะปรับตัวและอยู่ในโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สามารถตัดสินใจในการบริโภค และมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
3. มีหลักประกัน และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สมเหตุสมผล สะดวก คุณภาพดี โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมและเป็นธรรม
4. อยู่ในชุมชนที่เข้มแข็ง มีการรวมพลัง และมีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสและผู้พิการ
5. ดำรงชีวิต และประกอบอาชีพ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย
6. มีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ไม่เจ็บป่วยอย่างไม่สมเหตุสมผล และตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ดังคำขวัญที่ว่า “ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สิ่งแวดล้อมยั่งยืน”



แผนภาพที่ 4 นโยบายของสำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน
 ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 ก : 21

5. นโยบายและหลักการของงานสาธารณสุขมูลฐาน

5.1 นโยบายหลักที่สำคัญงานสาธารณสุขมูลฐาน (พันธุ์ทิพย์ รวมสุด. 2540 : 37)

ประกอบด้วย

5.1.1 นโยบายที่ต้องประกาศชัดเจนในการให้ประเทศไทยบรรลุตามโครงการ

มีสุขภาพดีถ้วนหน้าปี พ.ศ. 2543 (HFA : Health for All by the Year 2000)

5.1.2 ความเป็นธรรมในสังคมการเข้าถึงบริการจัดสรรทรัพยากรและการประกันสุขภาพโดยทุกคนที่ด้อยโอกาสต้องได้รับบริการฟรี

5.1.3 การกระจายอำนาจงานสาธารณสุขมูลฐานจากระดับเขต ผู้จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน

5.1.4 เปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนรวม และดำเนินการสาธารณสุขมูลฐาน

5.1.5 การพัฒนาชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมให้พึ่งพาตนเองได้

5.1.6 การมีส่วนร่วมของชุมชน การให้ชุมชนเป็นแกนหลักในการพัฒนา

5.2 หลักการสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญมีองค์ประกอบ ดังนี้

5.2.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ประชาชนควรเป็นผู้ดำเนินการเอง เพราะประชาชนเท่านั้นที่จะเป็นผู้รู้ปัญหาของชุมชนของตนเองได้ดีที่สุด

5.2.2 การประสานงานระหว่างภาครัฐ และเอกชน (Intersect Oracleordinate) เนื่องจากการแก้ปัญหาสาธารณสุขเพียงด้านเดียวย่อมประสบความสำเร็จได้ยาก จำเป็นต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชนเพื่อแก้ปัญหาด้านอื่นๆ ไปพร้อม ๆ กัน

5.2.3 การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) เพื่อให้ประชาชนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพของแต่ละชุมชนในการรักษาพยาบาล การดูแลส่งเสริมและป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยใช้วิธีการง่ายๆ ไม่ซับซ้อนปลอดภัยและสามารถปฏิบัติได้ทั้งอาสาสมัคร และประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ควรมีความสอดคล้องกับความต้องการและทรัพยากรที่มีอยู่ของชุมชน

5.2.4 ระบบการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของรัฐ (BHC : Basic Health Service) เนื่องจากการสาธารณสุขมูลฐานนั้น ประชาชนเป็นผู้ดำเนินการเอง เป็นการจัดการบริการเชื่อมต่อกับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ได้แก่ สถานีอนามัยที่มีอยู่แล้วในทุกตำบล รัฐจึงจำเป็นต้องส่งเสริมและให้การสนับสนุนระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ซึ่งจะมีลักษณะเฉพาะของงานสาธารณสุข

6. ระบบการสาธารณสุขของประเทศไทย เป็นเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้ รวมทั้งการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมได้อย่างแท้จริง ซึ่งการปรับเปลี่ยนระบบการบริการจะต้องมีการดำเนินงานในทุกๆ ระดับ ดังนี้

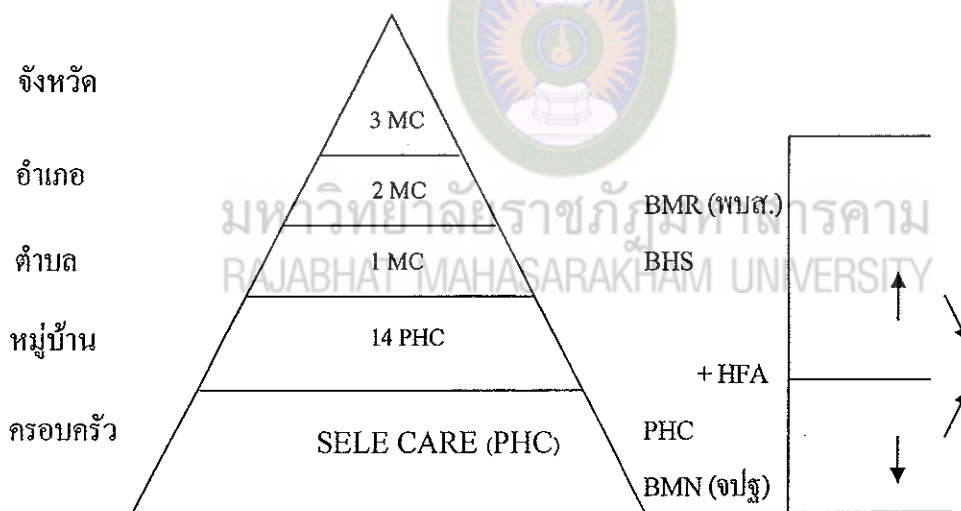
6.1 ระดับครอบครัว เป็นระดับของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของบุคคลและครอบครัว ที่นำไปเชื่อมต่อกับระบบสาธารณสุขมูลฐาน (PHC : Primary Health Care)

6.2 ระดับหมู่บ้าน มีการสาธารณสุขมูลฐาน จัดบริการช่วยเหลือกันเอง โดยชาวบ้าน ภายใต้คำแนะนำสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล

6.3 ระดับตำบล เป็นระดับที่จะต้องสนับสนุนระดับหมู่บ้าน และมีหน่วยงานของรัฐ ประจำอยู่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขชุมชน (สสช.) สถานีอนามัย (สต.) เป็นระดับการให้บริการขั้นที่ 1 (Primary Medical Care = 1 MC)

6.4 ระดับอำเภอ เป็นระดับที่ต้องคอยสนับสนุนระดับตำบล หมู่บ้าน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นระดับบริการขั้นที่ 2 (Secondary Medical Care = 2 MC)

6.5 ระดับจังหวัด เป็นระดับที่สนับสนุนอำเภอ ตำบล ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) ถือเป็นระดับการให้บริการขั้นที่ 3 (Tertiary Medical 3 = MC)



แผนภาพที่ 5 ระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 ก : 15

7. ความหมายและความสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีนักวิชาการได้ให้ความหมายและความสำคัญไว้แตกต่างกัน ดังนี้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในชุมชน โดยวิธีสังคมนิติหรือแบบประชาธิปไตย เข้ามารับการอบรมความรู้ด้านสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยผู้ที่ถูกคัดเลือกต้องมีคุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุข (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2532 : 88-89) ดังนี้

7.1 เป็นผู้นำทางความคิด ความรู้ และชักชวนให้เพื่อนบ้านได้ดูแลแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้

7.2 เป็นผู้ที่มีใจที่เสียสละ

7.3 ได้รับความไว้วางใจ ยอมรับนับถือจากเพื่อนบ้านอยู่แล้ว

7.4 มีความสมัครใจจะทำงานเพื่อส่วนรวมด้วยความเสียสละและมีเวลาพอที่จะช่วยเหลือเพื่อนบ้านและชุมชน

7.5 มีความรู้ อ่านออก เขียนได้และหมั่นศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ

7.6 เพื่อนบ้านให้ความเชื่อถือและไว้วางใจ

7.7 มีสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคติดต่อเรื้อรัง

7.8 มีที่อยู่อาศัยและประกอบอาชีพประจำในหมู่บ้านนั้น

7.9 มีอาชีพที่แน่นอน มีรายได้เลี้ยงตัวเองได้และตั้งบ้านเรือนอยู่ในสถานที่ที่เพื่อน

บ้านไปหาหรือติดต่อได้ง่าย สะดวก

7.10 เป็นคนที่มีความเมตตากรุณา ยิ้มแย้ม พุดจาไพเราะ แสดงความสนใจเมื่อเพื่อน

บ้านมีทุกข์

7.11 ยอมรับและนับถือความเห็นของคนในหมู่บ้าน

7.12 รู้จักขอบเขตของตนเอง ทำหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย

7.13 มองการณ์ไกลและแนะนำให้ผู้อื่นมองการณ์ไกลด้วย รวมถึงการคิดและทำอย่างมีการไตร่ตรองก่อนทำ มีเหตุผลที่จะทำการใด ๆ ก็ตามหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพึงปฏิบัติ “แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ของประชาชน ทำคนเป็นตัวอย่างที่ดี”

8. บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2535 : 42) ได้กำหนดบทบาทการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานชุมชน ไว้พอสังเขปดังนี้

8.1 การส่งเสริมโภชนาการ ชั่งน้ำหนักเด็ก และร่วมแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร ขาดพลังงาน ขาดไอโอดีน และมุ่งสร้างให้ทารกที่เกิดใหม่ ตลอดจนเด็กก่อนวัยเรียนมีพัฒนาการทั้งร่างกาย และสมองเป็นไปตามวันที่เหมาะสม

8.2 การถ่ายทอดความรู้ตามกิจกรรมบริหาร และปัญหาของชุมชน ถ่ายทอดรายบุคคล รายกลุ่ม รวมทั้งจัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้านให้ความรู้ด้านสาธารณสุข เพื่อให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ และแก้ปัญหาสาธารณสุขได้

8.3 การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการจัดหาน้ำสะอาด จัดให้มีน้ำสะอาดอย่างเพียงพอสำหรับการอุปโภคและบริโภค ตลอดจนมีการกำจัดสิ่งปฏิกูลได้อย่างถูกต้อง เพื่อตัดวงจรของโรคพยาธิ และมีให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์พาหะของโรค

8.4 การควบคุมและป้องกันโรคในหมู่บ้านทั้งในแง่ส่วนบุคคลและส่วนรวม เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเพื่อควบคุมไข้เลือดออก สักรวงสุนัข และช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฉีดวัคซีน และกำจัดสุนัขเถื่อน เก็บอุจจาระส่งตรวจหาไข่พยาธิเก็บตัวอย่างส่งตรวจหาเชื้อมาลาเรีย เก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรค

8.5 การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ ติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด เพื่อป้องกันโรคระบาดร้ายแรง ได้แก่ คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ วัณโรค หัดและไข้สมองอักเสบ

8.6 การรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ โรคที่พบบ่อยในท้องถิ่น รักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ และให้การปฐมพยาบาลก่อนการส่งต่อ

8.7 การจัดหาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน จัดหาและจำหน่ายยาสามัญประจำหมู่บ้าน จัดกลุ่มฟื้นฟูและพัฒนาการใช้สมุนไพรในท้องถิ่น อาศัยภูมิปัญญาชาวบ้านนำมาพัฒนาหาช่องทางฟื้นฟูของดั้งเดิม

8.8 การอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว ติดตามหญิงมีครรภ์ให้ฝากครรภ์ตามกำหนด ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตรวจสุขภาพเด็กตามกำหนดให้บริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดรายเก่า และจ่ายถุงยางอนามัย

8.9 การส่งเสริมให้ชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถดูแลผู้พิการที่เกิดจากระบบประสาท เช่น โรคลมชัก จัดระบบครอบครัว สังคม ชุมชน ในการป้องกันการใช้จ่ายเสพติด จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ และจัดกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชนนั้น ๆ

8.10 การทันตสาธารณสุข ส่งเสริมให้ประชาชนรักษาสุขภาพในช่องปากและแปรงฟันให้ถูกวิธี โดยการจัดนิทรรศการ การสาธิตการแปรงฟัน จำหน่ายแปรงสีฟัน ยาสีฟัน

8.11 การป้องกัน แก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ ตรวจสอบคุณภาพแหล่งน้ำในหมู่บ้าน เดิมคลองรีนในแหล่งน้ำที่มีปัญหาด้านแบคทีเรีย ดูแลความสะอาดบ้านเรือน พิทักษ์และช่วยอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม การใช้สารเคมีเป็นวัตถุพิษ

8.12 การคุ้มครองผู้บริโภค จัดตั้งกลุ่มผู้บริโภคเพื่อป้องกันและช่วยกันแก้ปัญหาเกี่ยวกับการบริโภค รวมทั้งการจัดหาผลิตภัณฑ์ที่ถูกต้องและปลอดภัยมาทดแทนผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตรายต่อประชาชนในหมู่บ้าน

8.13 การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะอุบัติเหตุทางการจราจร อุบัติเหตุในครอบครัวที่อาจเกิดกับเด็กหรือผู้สูงอายุ วัคซีนคั่นโลหิต ตรวจน้ำตาลปีศาจ จัดตั้งศูนย์ชุมชนบำบัด และฟื้นฟูสภาพผู้พิการ

8.14 การป้องกันควบคุมโรคเอดส์ในชุมชน เสริมสร้างความรู้แก่ชุมชนและประชาชนได้มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ ปลุกกระดมความคิด และร่วมกันกระตุ้นจิตสำนึกให้ช่วยกันดูแล ป้องกันการเสี่ยงต่อโรค ตลอดจนโน้มน้าวสร้างทัศนคติประชาชนให้มีความเข้าใจ และเสริมสร้างสถาบันครอบครัวให้เข้มแข็งขึ้น

สุพจน์ บุ่งอุทุม (2549 : 14-18) ได้มีการวัดผลสัมฤทธิ์ระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่องค์กรชุมชน มีทั้งหมด 5 ด้าน 23 ตัวชี้วัด ดังนี้

1. ด้านความสามารถในการบริหารจัดการ

- 1.1 สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนด
- 1.2 ชักชวนผู้นำชุมชน ในหมู่บ้านเข้าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข
- 1.3 มีแผนปฏิบัติงานที่ชัดเจนครอบคลุมและปฏิบัติได้
- 1.4 ให้คำแนะนำหรือกำกับให้อสม. ปฏิบัติตามระเบียบ กฎเกณฑ์

ของ ศสมช. ที่กำหนดไว้

- 1.5 ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานโดย จนท.สาธารณสุข
- 1.6 จัดให้มีกองทุนในการบริหารจัดการของ ศสมช.

2. ด้านบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน

- 2.1 จัดทำ ทะเบียน ข้อมูลข่าวสารของ ศสมช. เป็นปัจจุบัน ถูกต้อง

- 2.2 จัดประชุม อสม. ระดับหมู่บ้าน เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
- 2.3 ได้ดำเนินการจัดทำประชาคม ของ อสม. ใน ศสมช. ในหมู่บ้าน
- 2.4 ได้รับการสนับสนุน วิชาการทุน จากหน่วยงานหรือแหล่งทุนในการ

ดำเนินงานของ ศสมช.ระดับหมู่บ้าน

3. ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหาและระดับหมู่บ้าน

3.1 มีการเสนอ โครงการที่เกิดจากเวทีประชาคม บรรจุ อยู่ในแผนข้อบัญญัติ องค์การบริหารส่วนตำบลหรือหน่วยงานอื่น ๆ

3.2 กำหนดเป้าหมายชัดเจนในการแก้ไขปัญหาหมู่บ้าน

3.3 จัดเสนอ โครงการกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาหมู่บ้าน

ตามเป้าหมายที่กำหนด

3.4 ดำเนินการหรือประสานงานให้ดำเนินการแก้ไขปัญหาหมู่บ้าน

ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

3.5 แนะนำหรือส่งเสริมหรือประสานงาน ให้มีการบริหารกองทุนในลักษณะ เครือข่ายเพื่อช่วยเหลือคนในชุมชนหมู่บ้าน

4. ด้านความสามารถในการพัฒนา กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.1 จัดมีการให้ความรู้แก่ อสม. และประชาชนในหมู่บ้าน

4.2 มีการให้คำแนะนำช่วยเหลือประชาชนในหมู่บ้าน

4.3 ให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนในหมู่บ้าน ในด้านป้องกันและควบคุมโรค

4.4 จัดให้มีโครงการ/กิจกรรม ที่ประชาชนได้ดำเนินการ

5. ด้านความสามารถในการพัฒนา ผู้นำของอาสาสมัครสาธารณสุข

5.1 ได้รับการคัดเลือกเป็นกรรมการในส่วนต่าง ๆ

5.2 เข้าร่วมในการอบรมสัมมนาประชุมในโครงการงาน สาธารณสุขมูลฐาน

5.3 เป็นแกนนำในการจัดเวทีประชาคม หมู่บ้าน

5.4 ได้รับการชมเชย หรือรับรางวัลจากหน่วยงานอื่น

9. ความหมายและความสำคัญของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

9.1 ความหมายของศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน มีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

ประชุมฯ แสงสุรินทร์ (2534 : 10-11) กล่าวไว้ว่า ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมายถึง การจัดระบบบริการสาธารณสุขมูลฐาน ที่กระจุกกระจายอยู่ในชุมชนให้มีศูนย์รวม เพื่อบริการสาธารณสุขพื้นฐานในชุมชนขึ้น เป็นการพัฒนาองค์กรประชาชนให้สามารถช่วยเหลือเกื้อกูล และประสานประโยชน์ให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2535 ข : 15-16) ได้ให้นิยามของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ไว้ว่า เป็นรูปแบบการจัดบริการกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานโดยชุมชนเป็นศูนย์ปฏิบัติการของอาสาสมัครสาธารณสุข

9.2 การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน มีความสำคัญ คือ

9.2.1 เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข ได้มีสถานที่เป็นศูนย์ประสานงานในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน เป็นแหล่งพัฒนา และถ่ายทอดความรู้ตลอดจนให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ประชาชน

9.2.2 เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข มีวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติการกิจ เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชนได้ตรงเป้าหมาย

9.2.3 เพื่อเป็นองค์กรกลางสำหรับองค์กรต่าง ๆ ที่จะสนับสนุนทรัพยากรและวิชาการให้อาสาสมัครสาธารณสุข

9.2.4 เพื่อเป็นศูนย์ข้อมูลสาธารณสุขของหมู่บ้าน

9.3 สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2535 ข : 2) กำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ไว้ดังนี้

9.3.1 เป็นศูนย์กลางการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานที่ดำเนินการในหมู่บ้าน

9.3.2 เป็นที่ทำการของอาสาสมัครสาธารณสุขทุกประเภท

9.3.3 เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างหมู่บ้านกับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยทำหน้าที่ในการกลั่นกรองในระดับต้น (ระบบส่งต่อ)

9.3.4 เป็นศูนย์กลางของข้อมูลในการวางแผน และการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

9.3.5 เป็นศูนย์กลางรองรับการสนับสนุนวิชาการ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ จากหน่วยงานของรัฐ และเอกชน

9.3.6 เป็นศูนย์กลางของความรู้ และวิชาการชาวบ้านในการดูแลตนเองของ

9.3.7 เป็นศูนย์กลางในการพัฒนากองทุน กรรมการ และการบริหารจัดการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 1 แห่ง มีจำนวนไม่น้อยกว่า 5 คน ถ้าน้อยกว่า 5 คน จะมีปัญหาในการทำงานของกลุ่ม เพราะต้องช่วยการทำงานหลายอย่าง ถ้ามมากกว่า 5 คน นั่นดี เพราะจะช่วยกันทำงานให้เสร็จเร็วขึ้นขยายบริการสาธารณสุขมูลฐานได้ทั่วถึงกับกลุ่มใหญ่ ๆ ตรงจุดนี้ไม่ใช่ว่าจะคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเดิม จำนวนเพียง 5 คน มาปฏิบัติงานสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอื่น ๆ ไป อาจแก้ไขโดยการหมุนเวียนกันปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน แต่ถ้านิ่งสนับสนุนตอบแทนที่จัดให้สามารถบริหารจัดการแบ่งปันได้ ก็ไม่มีปัญหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เป็นประเภทคนทำงานจริง เต็มใจสู้ มีความกระตือรือร้น และมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน เคยผ่านการอบรมช่างสุขภัณฑ์ ด้านโภชนาการเป็นสมาชิกกลุ่มแม่บ้านหรือกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานอื่น ๆ

10. ขั้นตอนการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

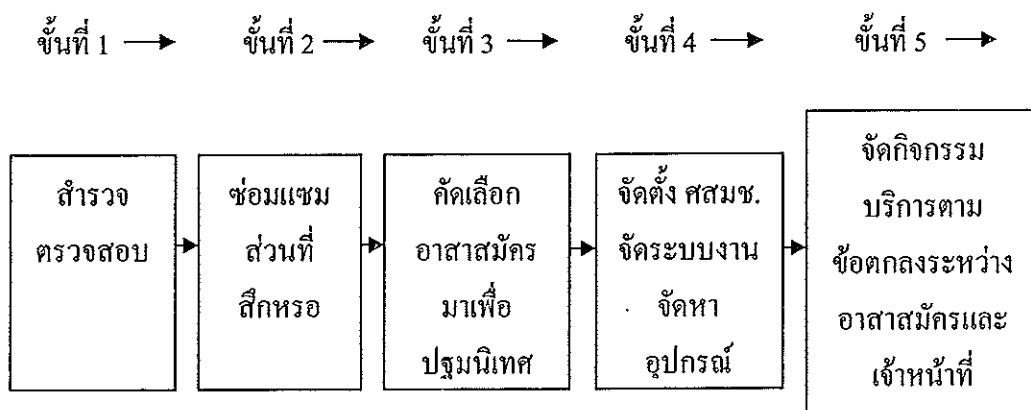
ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนไม่ใช่การสร้างสิ่งใหม่ขึ้นมา แต่เป็นการบริหารจัดการปรับปรุง กระตุ้นจัดระบบสิ่งที่มีอยู่แล้วให้แสดงว่าพร้อมที่จะใช้งาน หน้าที่อันเกิดประโยชน์ต่อคุณแลสุขภาพในชุมชนเพื่อการประสานงานการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น และเป็นศูนย์ข้อมูลของหมู่บ้าน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเตรียมการ 5 ขั้นตอน เพื่อจัดศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน คือ

- 10.1 สำรวจตรวจสอบ หาสถานการณ์สาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน
- 10.2 ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ โดยประชุมปรึกษาหารือผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้อง
- 10.3 จัดทีมทำงาน คัดเลือกอาสาสมัคร แล้วปฐมนิเทศชี้แจงบทบาทหน้าที่
- 10.4 จัดตั้งหาสถานที่ตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่เหมาะสมจัดระบบและเตรียม

หาอุปกรณ์

- 10.5 จัดกิจกรรมบริการตามเป้าหมายของชุมชน หรือตามองค์ประกอบทั้ง

14 องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน แต่ไม่จำเป็นต้องทำทั้งหมด

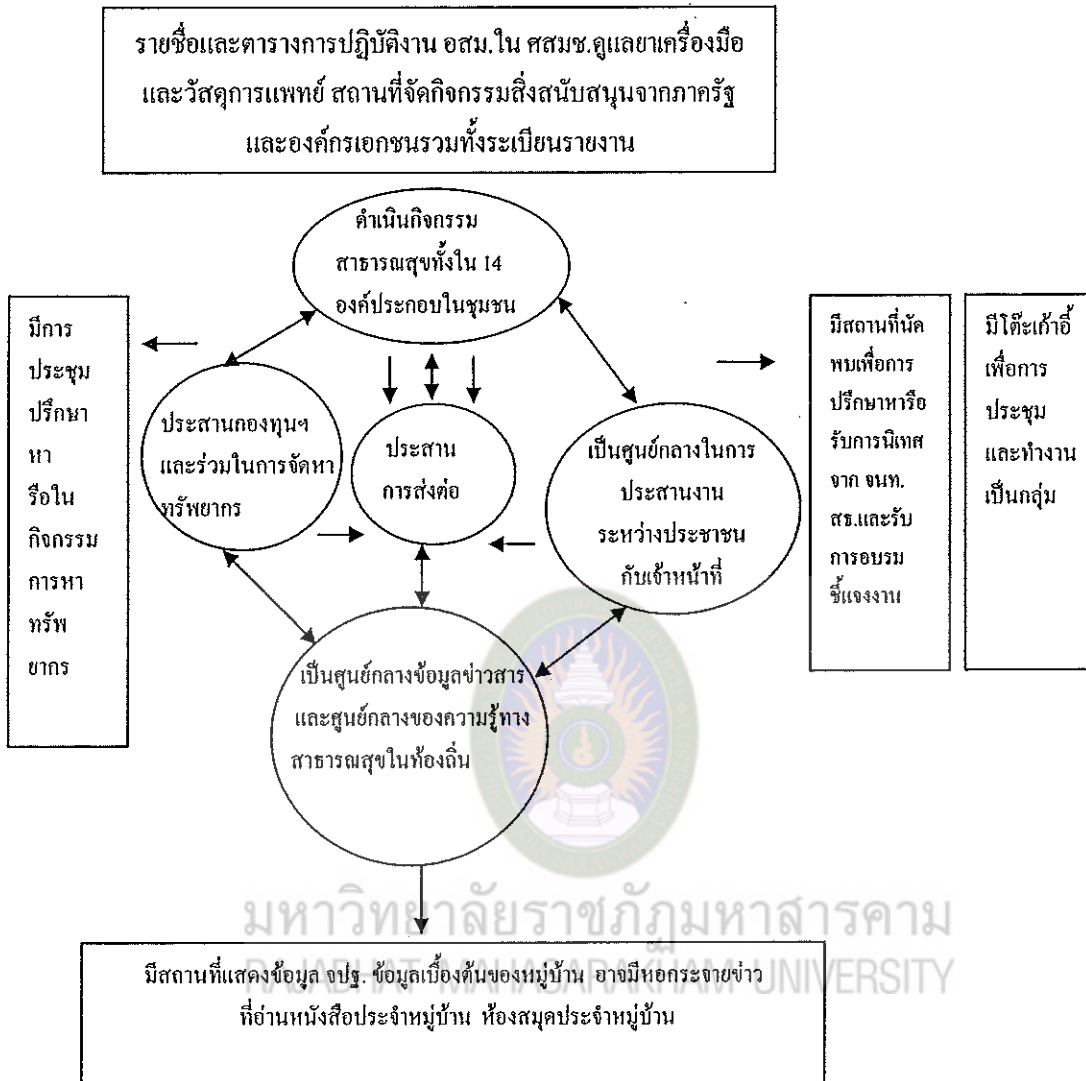


แผนภาพที่ 6 ขั้นตอนการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2532 : 22



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY



แผนภาพที่ 7 ความคาดหวังในการจัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2530 :28

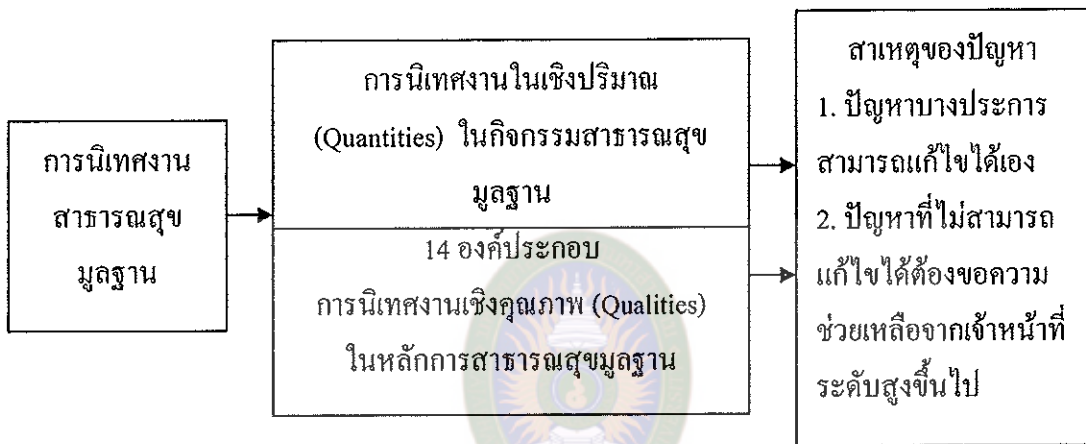
11. การนิเทศงานสาธารณสุขในหมู่บ้าน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535

:31-32)

การนิเทศงานสาธารณสุขในหมู่บ้าน มีดังนี้

11.1 การนิเทศงานในเชิงปริมาณ (Quantities) ในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ ตามสภาพปัญหาของหมู่บ้านเป็นการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของอาสาสมัครกับเกณฑ์ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) ว่ามีการครอบคลุมและบรรลุเกณฑ์หรือไม่

11.2 การนิเทศงานเชิงคุณภาพ (Qualities) ในหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ของการมีส่วนร่วมของชุมชน



แผนภาพที่ 8 กรอบในการนิเทศงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 33

12. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2534 : 31-32) กำหนดไว้ว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ที่ควรปฏิบัติในศูนย์แต่ละเรื่อง มีดังนี้

12.1 การจัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรมีบทบาท คือ

12.1.2 การสำรวจข้อมูลด้านสาธารณสุขที่จำเป็น เช่น หญิงมีครรภ์ เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ กลุ่มเสี่ยงแหล่งแพร่โรค เป็นต้น

12.1.2 ประชุมนำเสนอข้อมูลด้านสาธารณสุขและวางแผนร่วมกับชุมชน
กรรมการหมู่บ้าน

12.1.3 จัดระบบส่งข่าวอุบัติเหตุและอุบัติเหตุในหมู่บ้าน

12.2 การถ่ายทอดความรู้ตามกิจกรรมบริการและปัญหาของชุมชนอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรมีบทบาทในการถ่ายทอดความรู้แก่บุคคลกลุ่มต่าง ๆ เช่น หญิงมี
ครรภ์ หญิงที่ให้นมบุตร กลุ่มเสี่ยงต่อโรค ญาติผู้พิการ ผู้สูงอายุ เป็นต้น หรือการถ่ายทอดโดย
การจัดนิทรรศการ หรือการสาธิตและการถ่ายทอดผ่านสื่อต่าง ๆ หอกระจายข่าว

12.3 การให้บริการที่จำเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรมีบทบาท
ในแต่ละเรื่องดังนี้

12.3.1 ด้านโภชนาการ เช่น การชั่งน้ำหนักเด็กแรกเกิด และการร่วมแก้ปัญหา
เด็กขาดสารอาหาร (รวมทั้งขาดธาตุ ไอ โอดีน)

12.3.2 ด้านอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว เช่น การติดตามเด็ก
อายุต่ำกว่า 5 ปี ตรวจสุขภาพตามกำหนด

12.3.3 ด้านการถ่ายพยาธิคุดมกำเนิดในรายเก่า และดูยางอนามัยและการสร้าง
เสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด

12.4 การควบคุมโรคประจำถิ่น เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ดำรวจสุนัข
ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฉีดวัคซีนและกำจัดสุนัขเถื่อน

12.5 การจัดหาหน้าสะอาดและกำจัดสิ่งปฏิกูล เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์พาหะ
(แมลง/หนู)

12.6 การรักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการและการ
ปฐมพยาบาลก่อนส่งต่อ

12.7 การจัดหายาที่จำเป็น เช่น การจัดหาและจำหน่ายยาสามัญประจำบ้านและการ
จัดกลุ่มฟื้นฟูและพัฒนาการให้สมุนไพรในท้องถิ่น

12.8 การทันตสาธารณสุข เช่น การจัดนิทรรศการสาธิตการแปรงฟันและการ
จัดหาและจำหน่ายแปรงสีฟัน/ยาสีฟัน

12.9 สุขภาพจิตชุมชน เช่น การจัดชมรมผู้สูงอายุและจัดกิจกรรมการ
ออกกำลังกาย

12.10 ป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ เช่น การวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ จัดกลุ่มป้องกันอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุชุมชน จัดศูนย์ชุมชนบำบัด และฟื้นฟูสภาพผู้พิการ การลด ละเลิก และป้องกันยาเสพติด เป็นต้น

12.11 คู่มือครองผู้บริโภคร เช่น การจัดกลุ่มคู่มือครองผู้บริโภคร เพื่อเฝ้าระวังการทำผิดกฎหมาย เช่น การจำหน่ายยาหมอคายูหรือยาชุด เป็นต้น

12.12 ป้องกันเอดส์ เช่น การจัดกลุ่มป้องกันแหล่งแพร่โรคในชุมชนเพื่อคู่มือครองประชาชนจากการติดเชื้อโรคเอดส์ ฯลฯ

12.13 ควบคุมป้องกันสิ่งแวดล้อม เช่น การตรวจคุณภาพแหล่งน้ำบริโภครของชุมชนและการทิ้งขยะมูลฝอยของชุมชน

12.14 งานสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ เช่น การสนับสนุนในการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน

13. การสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2534 : 32) ได้จัดตั้งสนับสนุนในการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ดังนี้

13.1 วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต หูฟัง เครื่องชั่งน้ำหนัก เทปตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ พรอทวัดไข้ และเทปวัดไข้ เครื่องตรวจคลอรีนในน้ำดื่มและตรวจเชื้อแบคทีเรีย แผ่นวัดสายตา ชุดปฐมพยาบาล ยาสามัญประจำบ้าน แบบบันทึกสุขภาพ ครอบครัว แบบบันทึกสุขภาพครอบครัว ยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย เทปตรวจเลือด กล้องเก็บเสมหะ ตลับใส่อุจจาระ หุ่นจำลองชุดสอนการแปรงฟัน (Models)

13.2 ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 1,000 บาท/หมู่บ้าน/ปี ระยะเริ่มแรกในต้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2540 ปี พ.ศ. 2541 จังหวัดหนองคาย ซึ่งได้มอบนโยบายไว้ ณ วันที่ 25 สิงหาคม 2541 แนวคิดการจัดสรรงบประมาณแนวใหม่ กำหนดขอบเขตการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานไว้ใน 3 กิจกรรมหลัก โดยให้งบประมาณ 7,500 บาท/หมู่บ้าน/ปี และในปีงบประมาณ 2548 ได้มีการเพิ่มงบประมาณเป็น 10,000 บาท/หมู่บ้าน/ปี ดังนี้

13.2.1 การพัฒนาศักยภาพกำลังคนในชุมชน

13.2.2 การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานและการแก้ปัญหาสาธารณสุขชุมชน

13.2.3 การจัดบริการสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขชุมชน

ทั้งนี้การจัดสัดส่วนของงบประมาณให้เป็นไปตามสภาพปัญหา และความต้องการของชุมชนเป็นหลัก โดยในปีงบประมาณ 2542 ยังยึดนโยบายเดิมและในปีงบประมาณ 2545 ถึงปัจจุบัน ได้ปรับปรุงแก้ไขจุดบกพร่องบางจุดให้มีความรัดกุมมากยิ่งขึ้น มีการตรวจสอบจากเจ้าหน้าที่การเงินของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ตาก ต้องมีการปฏิบัติงานให้ตรงตามโครงการที่ของงบประมาณมาจึงจะไม่ได้เบิกหรือโอนเงินเข้าบัญชีของหมู่บ้าน

13.3 การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่อเรื่องที่สถานีอนามัย จำนวน 12 ครั้ง/ปี (เดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 วัน)

13.4 การติดตามนิเทศ โดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เดือนละ 1 ครั้ง

13.5 การอบรมประธานกรรมการหมู่บ้าน 4 เดือน/ครั้ง ครั้งละ 1 วัน

13.6 การถวายความรู้พระสงฆ์/ผู้นำศาสนา เฉพาะที่อยู่ในหมู่บ้านกลุ่มนี้ หมู่บ้านละ 1 รูป หรือผู้นำศาสนาหมู่บ้านละ 1 คน การถวายความรู้พระสงฆ์หรืออบรมผู้นำทางศาสนาให้จัดที่อำเภอหรือที่จังหวัดตามความเหมาะสม โดยมีระยะเวลาถวายความรู้ 3 วัน

กล่าวโดยสรุป แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานมีงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นหัวใจสำคัญ โดยเฉพาะการแสวงหาความร่วมมือของชุมชนในอันที่จะให้ประชาชน ตระหนักรับรู้และเข้าใจในปัญหาและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชนเอง โดยรัฐจะเป็นผู้ให้การสนับสนุนในส่วนที่เกินกำลังความสามารถของชุมชนนั่นเอง การสาธารณสุขมูลฐานจึงเป็นรูปแบบการจัดการบริการสาธารณสุขเบื้องต้น ที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการของรัฐที่มีอยู่เดิม โดยเป็นการบริการสาธารณสุขที่ผสมผสานในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในข่าวสารและทรัพยากรที่จำเป็น โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขสามารถพึ่งพาตนเองได้ และประชาชนมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 14)

ทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่

ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงพฤติกรรมของมนุษย์ที่อยู่ร่วมกันในสังคมว่า แต่ละคนมีการแสดงพฤติกรรมทางสังคมออกมาอย่างไร สำหรับการปฏิบัติงานตาม

บทบาทของบุคคล จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจในบทบาทเหล่านั้นเสียก่อน ซึ่งมีนักสังคมวิทยา และนักจิตวิทยา ได้ให้ความหมายและหลักการเกี่ยวกับบทบาทไว้หลายประการ เป็นต้น

เทอร์เนอร์ (Turner, 1982 : 349-351) ได้กล่าวถึง ทฤษฎีบทบาทในเชิงทฤษฎีทาง ปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยม (Symbolic Interactions) ไว้โดยเปรียบเทียบเหมือนกัน “การเล่น ละครเวที” (Dramaturgical Approach) ประกอบด้วยลักษณะความคาดหวัง (Expectation) ทั่ว ๆ ไป 3 ประการ คือ

1. ความคาดหวังจาก “บท” (Expectation from the “Script”) หมายถึง ภาวะความเป็นจริงต่าง ๆ ทางสังคม (Social Reality) จะสามารถเปรียบเทียบได้ เช่น บทละครประกอบด้วย ตำแหน่งต่าง ๆ ทางสังคมจะถูกต้องและควบคุมโดยบรรทัดฐานที่แตกต่างกันไปตามสถานภาพและเงื่อนไขทางสังคมที่แตกต่างกัน

2. ความคาดหวังจากผู้ร่วมแสดงคนอื่น ๆ (Expectation from the other “Player”) หมายถึง การที่สังคมมีบรรทัดฐานซึ่งเปรียบเสมือนบทที่กำหนดบทบาทของบุคคลใน ความสัมพันธ์กันทางสังคมดังกล่าวแล้ว บุคคลในสังคมจึงมีการสวมบทบาท (Role taking) ซึ่งกันและกัน เพื่อที่บุคคลจะได้คาดหวังพฤติกรรมของบุคคลอื่นในสังคมที่แสดงออกและสามารถ ปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ที่ถูกต้องตามความคาดหวังของสังคม และบุคคลอื่น ๆ

3. ความคาดหวังจากผู้ชม (Expectation from the “Audience”) หมายถึง ความคาดหวังของบุคคลในสังคมที่อยู่ในสถานภาพต่าง ๆ กัน ซึ่งจะต้องคาดหวังและสวมบทบาทของ บุคคลอื่น เพื่อที่จะเป็นเครื่องนำทางไปสู่การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างถูกต้องและเป็นไปตาม หลักเกณฑ์ เป็นความคาดหวังร่วมกัน

สุรางค์ จันทร์เอม (2529 : 61) ได้อธิบายถึงความหมายของบทบาทไว้ว่า บทบาทมี ความหมายใกล้เคียงกับสถานภาพมาก บทบาทเป็นสิ่งที่บุคคลในสถานภาพต่าง ๆ พึงได้กระทำ นั้นเอง นั่นคือ เมื่อสังคมกำหนดสิทธิหน้าที่ให้สถานภาพไว้อย่างไรแล้วบุคคลในสถานภาพนั้นๆ จะต้องประพฤติหรือปฏิบัติตามหน้าที่ที่กำหนดไว้

กรองทิพย์ อยู่สุข (2535 : 11) ให้ความหมายบทบาทว่า หมายถึง แบบอย่างของ พฤติกรรมที่คาดหวังว่าบุคคลจะแสดงออกในกิจกรรมที่ทำร่วมกับผู้อื่น บทบาทสะท้อนให้เห็น ตำแหน่งในสังคม รวมไปถึงหน้าที่ สิทธิ ความรับผิดชอบและอิทธิพลของแต่ละบุคคล

ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์ (2526 : 90) อธิบายบทบาทว่า บทบาท เป็นสิ่งที่เชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับองค์กร แสดงพฤติกรรมของคนในองค์กรที่เป็นทางการ เทคนิควิทยาการที่ไม่เป็นทางการและความหมายของบุคคลในงานที่ทำ ระบบของบทบาท จึงเป็นเสมือนหนึ่งสนามที่กำหนดขึ้นให้ผู้แสดงออกถึงความคาดหวังและพฤติกรรมผู้ปฏิบัติหรือ บรรดาสมาชิกภายในองค์กร คำกล่าวดังกล่าวนี้เป็นการอธิบายถึงบทบาทของบุคคล ที่อยู่ภายในองค์กรหรือกลุ่มงาน

จากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาทดังกล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า บทบาทเป็นการ กระทำตามสถานภาพ มีบรรทัดฐานกำหนดไว้อย่างชัดเจนว่า บุคคลที่อยู่ในบทบาทนั้นจะต้องมี สิทธิและหน้าที่อะไรบ้างและที่สำคัญ คือ บุคคลที่ปฏิบัติงานในองค์กรนั้น ๆ จะต้องเข้าใจบทบาท ของตนเองอย่างชัดเจน ทั้งนี้เพื่อให้มีมาตรฐานในการปฏิบัติงาน

บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เราเรียกย่อ ๆ ว่า อสม. นั้น เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแล สุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้ เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา อสม. จึงเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับจนครอบคลุม หมู่บ้านในชนบทและชุมชนเมืองกว่า 8 แสนคน แม้ว่าพลังของ อสม. อาจจะดูเล็กน้อยตั้งแต่ครั้ง เมื่อก่อนแต่เมื่อยามกระจายอยู่ตามหมู่บ้านและชุมชนต่าง ๆ แต่เมื่อมีการรวมตัวเป็นกลุ่มก็อันเป็น ชมรมฯ พลังเหล่านี้ก็มีความมั่นคงงูงหา พร้อมทั้งจะต่อสู้และก้าวนำไปสู่การพัฒนาด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของภาคประชาชน

1. ประเภทและจำนวน

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูล ฐานเพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งหมายถึง บุคคลที่ ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ

อนามัย (Change Agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และ ประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริม สุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและ เวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัคร สาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย ดังนี้

1.1 พื้นที่ชนบท : อสม. 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

1.2 พื้นที่เขตเมือง :

1.2.1 เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มี อสม.

1.2.2 เขตชุมชนแออัด อสม. 1 คน ต่อ 20 - 30 หลังคาเรือน

1.2.3 เขตชุมชนชานเมือง อสม. 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

ดังนั้น ในหมู่บ้าน/ชุมชนหนึ่ง ๆ อาจมีจำนวน อสม. ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคา เรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น ๆ โดยทั่วไปจะมี อสม. ประมาณ 10 - 20 คนต่อหมู่บ้าน

2.คุณสมบัติของ อสม.

- 2.1 เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในระแวกหรือคุ้มยอมรับและเชื่อถือ
- 2.2 สนใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ
- 2.3 มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำในหมู่บ้าน ไม่ย้ายถิ่นใน ระยะเวลา 1 - 2 ปี) และมีความคล่องตัวในการประสานงาน
- 2.4 อ่านออกเขียนได้
- 2.5 เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน
- 2.6 ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ

3.วิธีการคัดเลือก อสม.

ให้ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. โดยมีแนวทางปฏิบัติ

ดังนี้

3.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน อสม. ทุกคนในหมู่บ้าน และผู้นำอื่น ๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทของ อสม. และจำนวน อสม. มอบหมายให้กรรมการหมู่บ้าน อสม. และผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการสรรหา อสม.

3.2 แบ่งละแวกหรือคุ่มบ้านออกเป็นคุ่มละ 8 - 15 หลังคาเรือน สอบถามหา ผู้สมัครใจและมีคุณสมบัติตามที่กำหนด คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ในกรณีที่มีผู้สมัครเกิน 1 คน ให้คณะผู้ดำเนินการสรรหา อสม. จัดประชุมหัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทนครอบครัวใน ละแวกหรือคุ่มนั้น ๆ เพื่อลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่คัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ประจำละแวกบ้านหรือคุ่ม

อนึ่ง การคัดเลือก อสม. สามารถปรับเปลี่ยนได้ หากชุมชนหรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีความเห็นเป็นอย่างอื่น แต่ต้องเป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวมและมีขั้นตอนที่โปร่งใส การฝึกอบรม อสม. ใหม่

การฝึกอบรมอาสาสมัครใหม่ ในที่นี้หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถและปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

1. วิธีการอบรม

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติให้บริการที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้ อสม. ใหม่ทุกคนมีความรู้และสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพ

2. เนื้อหาหลักสูตร เนื้อหาความรู้ที่อบรม แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

2.1 กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) ประกอบด้วย วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลัก ๆ ของประเทศ และการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่

2.1.1 บทบาทหน้าที่ของ อสม.

2.1.2 สิทธิของ อสม.

2.1.3 การถ่ายทอดความรู้และการเผยแพร่ข่าวสารระดับหมู่บ้าน

2.1.4 การค้นหา วิเคราะห์และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น

2.1.5 สุขวิทยาส่วนบุคคล

2.1.6 การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาสาธารณสุข

2.1.7 การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือเบื้องต้น

2.1.8 การฟื้นฟูสภาพ

2.1.9 การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการสาธารณสุข

2.1.10 การจัดกิจกรรม การปฏิบัติงานและการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ใน ศสมช.

2.1.11 การทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขในท้องถิ่น

2.2 กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ด้านการพัฒนาอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การขึ้นทะเบียนเป็น อสม.

สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

4. วาระและการฟื้นฟูสภาพการเป็น อสม.

สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1. วาระ กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอน อสม. ด้วยตนเอง เพราะ อสม. เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชน หากมีความจำเป็นก็ต้องใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นทางการกับ อสม. ที่มีอยู่ รวมทั้งกรรมการหมู่บ้าน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น)

2. การฟื้นฟูสภาพ

2.1 ฟื้นฟูสภาพตามวาระ

2.2 ตาย

2.3 ลาออก

2.4 ย้ายที่อยู่

2.5 ประชาชนลงมติ โดยมีคะแนนเสียงเกินกึ่งหนึ่งของประชาชนใน

หมู่บ้าน หรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีมติให้พ้นจากตำแหน่ง เนื่องจากมีความประพฤติเสียหายอันจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียประโยชน์ของหมู่บ้าน หรือบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่

5. บทบาทหน้าที่ของ อสม.

อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงคนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

5.1 เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้ว จัดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของอสม.

5.2 เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขภาพบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขภาพบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครอง

ผู้บริโภคร้านสาธารณสุข การจัดหาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

5.3 เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระตุกหัก ข้อเคลื่อน ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

5.4 หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่

5.4.1 จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน

5.4.2 ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน

5.4.3 ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

5.5 เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

5.6 เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

5.7 เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

5.8 ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของ

ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอโพธิ์ตาก

ความเป็นมาของอำเภอโพธิ์ตาก

เมื่อปี พ.ศ.2339 ได้เกิดสงครามฮ่อขึ้นทำให้ประชาชนแตกกระจัดกระจายจากถิ่นต่างๆ เช่น ที่บ้านหมี จังหวัดลพบุรี จังหวัดเลย รวมทั้งมาจากเวียงจันทร์ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ชนกลุ่มแรกที่มาตั้งบ้านโพธิ์ตาก คือ ชาวบ้านหมีจังหวัดลพบุรี ซึ่งเดินทางมาเรื่อยๆจากมาพบตนโพธิ์ต้นใหญ่ต้นหนึ่งซึ่งแผ่กิ่งก้านสาขาออกไปกว้างขวาง มีทำเลที่เหมาะสมจึงสร้างบ้านเรือนและตั้งหมู่บ้านขึ้น ชื่อบ้านโพธิ์ตาก มีพ่อเฒ่าขันฤทธิ์(หมื่นอินทร์)เป็นผู้ใหญ่บ้านคนแรก ต่อมามีการขยายหมู่บ้าน เช่น บ้านโพนทอง ดอนไผ่ กาหม น้ำทอน บ้านเสียว บ้านดงบัง บ้านสาวแล จึงได้ยกฐานะเป็นตำบลโพธิ์ตาก ขึ้นตรงต่ออำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยมีเจ้าลุงตาแสง(กรมหลวงสิทธิ)เป็นกำนันคนแรก ต่อมาเมื่อปี พ.ศ.2500 ทางราชการได้กำหนดให้บ้านศรีเชียงใหม่เป็นอำเภอศรีเชียงใหม่ ทางตำบลโพธิ์ตากจึงได้ขึ้นตรงต่ออำเภอศรีเชียงใหม่ และทางราชการได้แบ่งพื้นที่การปกครองออกมาตั้งเป็น กิ่งอำเภอโพธิ์ตาก ตามประกาศกระทรวงมหาดไทยลงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2540 มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ปีเดียวกัน โดยแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 3 ตำบล คือ ตำบลโพธิ์ตาก ตำบลโพนทอง และตำบลด่านศรีสุข และต่อมาได้มีพระราชกฤษฎีกาลงวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2550 ยกฐานะขึ้นเป็น อำเภอโพธิ์ตาก โดยมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 8 กันยายน ปีเดียวกัน โดยได้แบ่งตามลักษณะดังนี้

1.พื้นที่

มีพื้นที่ประมาณ 102.5 ตารางกิโลเมตร

2.การปกครอง แบ่งการปกครองออกเป็น

ตำบล	จำนวน	3	ตำบล
หมู่บ้าน	จำนวน	27	หมู่บ้าน
องค์การบริหารส่วนตำบล	จำนวน	3	แห่ง

3.ประชากร

เพศชาย	8,410 คน
เพศหญิง	8,869 คน
รวมประชากรทั้งสิ้น	17,279 คน
จำนวนหลังคาเรือน	3,798 หลังคาเรือน
ประชากรเฉลี่ย	5 คน/หลังคาเรือน
ความหนาแน่นประชากร	169 คน/ตารางกิโลเมตร

4.การคมนาคม

อยู่ห่างจากโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ ประมาณ 25 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางโดยรถยนต์ประมาณ 30 นาที อยู่ห่างจากโรงพยาบาลท่าบ่อ ประมาณ 27 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางโดยรถยนต์ประมาณ 30 นาที อยู่ห่างจากโรงพยาบาลจังหวัด ประมาณ 75 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง

5.อาณาเขต

ทิศเหนือ ติดต่อ อ.ศรีเชียงใหม่ จ.หนองคาย

ทิศใต้ ติดต่อ ต.กลางใหญ่ อ.บ้านผือ จ.อุดรธานี

ทิศตะวันตก ติดต่อ ต.คำด้วง อ.บ้านผือ จ.อุดรธานี

ทิศตะวันออก ติดต่อ อ.ท่าบ่อ จ.หนองคาย

6.ลักษณะภูมิประเทศ

พื้นที่อำเภอโพธิ์ตาก พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบลุ่ม สภาพดินเป็นร่วนปนทราย ปลูกพืชผักได้ผลดี ทำนาได้ผลดีอาชีพส่วนใหญ่จึงเป็นการเกษตรกรรม แทบทุกหลังคาเรือน

7. ลักษณะภูมิอากาศ

ลักษณะภูมิอากาศ แบ่งสภาพอากาศออกเป็น 3 ฤดู คือ

7.1 ฤดูร้อน ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-เมษายนอุณหภูมิสูงสุด ประมาณ 30-35 °C

7.2 ฤดูฝน ระหว่างเดือน พฤษภาคม-ตุลาคมปริมาณน้ำฝน 102 ลูกเซนติเมตร

7.3 ฤดูหนาวระหว่างเดือนพฤศจิกายน-มกราคม อุณหภูมิต่ำสุด ประมาณ 15-20 °C

8. อาชีพ

ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

8.1 อาชีพหลัก ได้แก่การทำนา ทำสวนยางพารา

8.2 อาชีพรอง ได้แก่การเลี้ยงสัตว์ (โค กระบือ สุกร) และรับจ้างทั่วไป

9. เศรษฐกิจ

สภาพเศรษฐกิจของประชากรอยู่ในระดับปานกลาง รายได้เฉลี่ยของประชากร 7,500 บาท/คน/ปี (ข้อมูล จปฐ.อำเภอโพธิ์ตาก. 2553 : 2)

9.1 ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์	1	แห่ง
9.2 สหกรณ์ออมทรัพย์	1	แห่ง
9.3 ร้านค้าจำหน่ายน้ำมัน	18	แห่ง
9.4 ร้านขายอาหาร/แผงลอย	24	แห่ง
9.5 ร้านขายของชำ	41	แห่ง
9.6 กองทุนหมู่บ้าน	11	แห่ง
9.7 สถาบันการเงินต้นแบบเศรษฐกิจพอเพียง	1	แห่ง
9.8 ธนาคารหมู่บ้าน	1	แห่ง

10.การศึกษา

สถานศึกษาของอำเภอโพธิ์ตาก

- 10.1 โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 8 แห่ง
 10.2 โรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 2 แห่ง
 10.3 การศึกษานอกโรงเรียน จำนวน 3 แห่ง

11.วัด/ศาสนา

ศาสนสถานของอำเภอโพธิ์ตาก

- 11.1 วัด จำนวน 21 รูป/แห่ง
 11.2 สำนักสงฆ์ จำนวน 6 รูป/แห่ง

12.ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของอำเภอโพธิ์ตาก

- 12.1 ศูนย์เด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 10 แห่ง
 12.2 ศูนย์เด็กเล็กของพัฒนาชุมชน จำนวน 3 แห่ง
 12.3 ศูนย์เด็กเล็กของกรมศาสนา จำนวน 2 แห่ง

13.การสาธารณสุข

สถานบริการด้านสาธารณสุข

13.1 ภาครัฐ

- 13.1.1 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 แห่ง
 13.1.2 สถานีอนามัย จำนวน 5 แห่ง
 13.1.3 ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน จำนวน 27 แห่ง

13.2 ภาคองค์กรชุมชน

- 13.2.1อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 330 คน
 13.2.2 แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำนวน 3,798 คน
 13.2.3 ชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 5 ชมรม

13.2.4 ชมรมสร้างสุขภาพ	จำนวน		ชมรม
13.2.5 ชมรม To Be Number One	จำนวน	1	ชมรม
13.2.6 สมาชิกคุ้มครองผู้บริโภค	จำนวน	1	ชมรม
13.3 บุคลากรด้านสาธารณสุข			
13.3.1 สาธารณสุขอำเภอ	จำนวน	1	คน
13.3.2 พยาบาลวิชาชีพ	จำนวน	4	คน
13.3.3 นักวิชาการสาธารณสุข	จำนวน	6	คน
13.3.4 เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	จำนวน	5	คน
13.3.5 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	จำนวน	4	คน
13.3.6 เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	จำนวน	1	คน
13.3.7 ลูกจ้างประจำ	จำนวน	2	คน
13.3.8 ลูกจ้างชั่วคราว	จำนวน	10	คน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยในประเทศ

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ และมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ดังนี้

พีระศักดิ์ รัตนะ (2534 : 69) ได้ศึกษาถึง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตชนบท จังหวัดสงขลา โดยกลุ่มตัวอย่าง คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตชนบท จังหวัดสงขลา จำนวน 293 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศชายและเพศหญิงไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงาน ส่วนประสบการณ์ในการให้การรักษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงาน สำหรับการนิเทศงานสาธารณสุขมูลฐานมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตชนบท จังหวัดสงขลา ได้ผลงานที่ดีและมีคุณภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิทยา โคตรห่าน (2536 : 127-128) ได้ศึกษาถึง ประสิทธิภาพการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน จังหวัด ร้อยเอ็ด โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในศูนย์ สาธารณสุขมูลฐาน ไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 278 คน ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานทั้งเพศชาย มีประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุข มูลฐานไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มี สถานที่ตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนต่างกันมีประสิทธิภาพผลการดำเนินงานสาธารณสุข มูลฐานโดยรวม ไม่แตกต่างกัน

ปณิจชดา ต่วนชื่น (2541 : 94) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในงานสาธารณสุขมูลฐานเขตชนบท จังหวัด สมุทรสงคราม ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตชนบทจังหวัด สมุทรสงคราม เพศชายและเพศหญิงปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ .05 เจตคติในการปฏิบัติงานสาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีผล ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตชนบท ในงานสาธารณสุขมูลฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตชนบท ที่มี ระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่างกัน ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานได้แตกต่างกัน ส่วนระยะเวลาใน การปฏิบัติงานต่างกัน ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานได้แตกต่างกัน

กongsuekศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2521 : 205) ได้ศึกษา ถึงการประเมินผลการดำเนินงานของผู้สื่อข่าวสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ผลการศึกษา พบว่า ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขที่มีอาชีพรับจ้าง จะมีปัญหาในการทำงานมาก จะไม่มีเวลาอยู่บ้าน และไม่มีเวลาว่างพอสำหรับการปฏิบัติงาน แต่ในเรื่องความเต็มใจที่จะ ปฏิบัติงานแล้ว ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขที่มีอาชีพรับจ้างก็มีความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานเท่า ๆ กับ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขที่มีอาชีพอื่น

วรรณวิไล จันทราภา และคณะ (2523 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึง องค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล ในประเทศไทย ทำการศึกษาจากพยาบาลระดับวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐทั้งในกรุงเทพมหานคร และในส่วนภูมิภาค 49 แห่ง จาก ตัวอย่างทั้งหมด 819 คน เครื่องมือในการเก็บข้อมูลมี 3 ชนิด ด้วยกัน คือ แบบสอบถาม

แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานและคะแนนทดสอบความรู้ด้านการพยาบาล ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวอิสระและการวิเคราะห์องค์ประกอบ ผลการศึกษา พบว่า ตำแหน่ง อายุ รายได้ ประสบการณ์ คุณวุฒิ สถานภาพสมรสทัศนคติไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

สุจิตรา ลิกขุมณฑล (2537 : 83) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของงานสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้านที่มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ในจังหวัดลำปาง ผลการศึกษา พบว่า หมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเดินทางต่างกันมีผลการดำเนินงานสาธารณสุข ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสภาพการเดินทางจากหมู่บ้านที่มีความยากลำบากต่างกัน มีผลการดำเนินงานสาธารณสุขแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญอีกด้วย

ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์ และคณะ (2539 : 76-82) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ณ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) โดยศึกษาปัจจัย เรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาทหน้าที่ แรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคมและการนิเทศงานการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ผลการศึกษา พบว่า มีเพียงปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมเท่านั้นที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01

สุวารี สุขุมาลวรรณ (2533 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในโครงการสาธารณสุขมูลฐานศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัดนครนายก ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยเรื่องความเพียงพอของสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการประสานงานระหว่างผู้สื่อข่าวสาธารณสุขกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และการประสานงานระหว่างผู้สื่อข่าวสาธารณสุขกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการศึกษาเพิ่มเติม ผลการศึกษา พบว่า ความเพียงพอของรายได้ ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจของประชาชนต่อการรับบริการจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับปัญหาในการปฏิบัติงาน ได้แก่ คุณสมบัติและวิธีการคัดเลือกผู้สื่อข่าว

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่เหมาะสม ขาดการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง และการนิเทศ
งานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลขาดทั้งปริมาณและคุณภาพ



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY