

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้จำแนกออกเป็น 7 ส่วนคือ

1. การสาธารณสุขมูลฐาน
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. ทฤษฎีบทบาท
4. ทฤษฎีแรงจูงใจ
5. แนวคิดด้านความรู้
6. แนวคิดด้านทัศนคติ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### การสาธารณสุขมูลฐาน

จากการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 30 ที่ประชุมได้เสนอแนะให้ใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชากรโลก โดยตั้งเป้าหมายไว้ว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้า ภายในปี 2543” หรือ “Health for All by the year 2000” ประเทศไทยในฐานะที่เป็นประเทศสมาชิกก็นำงานสาธารณสุขมูลฐานมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานสาธารณสุข โดยกลวิธีดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานจะเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสำคัญ สำหรับกลไกในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย ได้นำเอาระบบของอาสาสมัครสาธารณสุขมาใช้ตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 – 2524) จนถึงปัจจุบัน รายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขมูลฐานมีดังนี้

#### ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน

1. การสาธารณสุขมูลฐาน ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก คือลักษณะของบริการสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งบุคคลและครอบครัวสามารถจะหาได้ในชุมชนโดยเป็นสิ่งที่บุคคลยอมรับและมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการดำเนินงานรวมทั้งเป็นบริการที่ชุมชนและประเทศสามารถจัดให้มีได้ การสาธารณสุขมูลฐานจะเป็นส่วนที่ผสมผสานอยู่ในกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งหมดของชุมชน(World Health Organization, 1978.)

2. การสาธารณสุขมูลฐาน ตามคำจำกัดความของกระทรวงสาธารณสุขคือ แนวทางการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขที่ผสมผสาน บริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและความร่วมมือของส่วนราชการในการบรรลุผลการดำเนินงานทั้งนี้มุ่งที่จะดำเนินงานโดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นเป็นหลักรวมทั้งการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพชีวิตประจำวัน วัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณีและลักษณะสังคมของประชาชนในท้องถิ่น รวมทั้งสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ทันตามความต้องการ ทั้งนี้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานจะเชื่อมโยงกับกิจกรรมการพัฒนาท้องถิ่นอื่น ๆ โดยอาศัยการสนับสนุนจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2542: 78)

3. การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง กลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน การสาธารณสุขมูลฐานเป็นวิธีการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการโดยประชาชนเองซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน การประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาฝึกอบรมและระบบส่งต่อผู้ป่วยโดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก (ปรีชา ดีสวัสดิ์, 2526: 150)

### ความสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐานมีความสำคัญกับประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศที่มีฐานะยากจน และการบริการสาธารณสุขของรัฐยังไม่ทั่วถึง รัฐมองเห็นความสำคัญที่จะต้องพัฒนาชนบท เพื่อปรับปรุงฐานะความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดีขึ้น ซึ่งสามารถสรุปความสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานได้ดังนี้ (ปรีชา ดีสวัสดิ์, 2526: 150)

1. การสาธารณสุขมูลฐานเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถแก้ปัญหาและช่วยเหลือตนเองได้ โดยอาศัยการพัฒนาสาธารณสุขแบบผสมผสานไปกับการพัฒนาด้านอื่น ๆ เช่น การศึกษา การเกษตร และการพัฒนาชุมชน
2. การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นศูนย์กลางของการผสมผสานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ เช่น การอนามัยแม่และเด็ก การโภชนาการ เพื่อให้ประชาชนสามารถช่วยตัวเองได้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน นอกจากนั้นยังเป็นจุดศูนย์กลางผสมผสานระหว่างสาธารณสุขและการพัฒนาชนบทเพื่อพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม
3. การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ของประเทศให้มีคุณภาพ นอกจากด้านสุขภาพแล้วยังพัฒนาการศึกษาและอาชีพของประชาชน ทำให้เกิดผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

4. การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการพัฒนาประชาชนให้เกิดความรู้ความสามารถที่จะช่วยเหลือหรือดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขอย่างง่าย ๆ ได้ด้วยตัวเอง โดยอาศัยวิทยาการที่เหมาะสม และสามารถให้ประชาชนทุกคนมีส่วนร่วมได้รับการ

5. การสาธารณสุขมูลฐานเป็นวิธีการที่เหมาะสม ที่จะช่วยให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานครอบคลุมประชากรที่อยู่ในชนบทห่างไกล เพื่อยกระดับสุขภาพของประชาชนและลดปัญหาสาธารณสุข

**วัตถุประสงค์ของการสาธารณสุขมูลฐาน** การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมีวัตถุประสงค์ดังนี้ (ปริชา ดีสวัสดิ์, 2526: 151)

1. เพื่อเป็นการขยายบริการสาธารณสุข ให้ครอบคลุมประชากรของประเทศทั้งในชนบทและในเขตเมือง
2. เพื่อเป็นการลดปัญหาการรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงลดปัญหาการใช้ยาด้วยตนเอง
3. เพื่อเป็นการนำทรัพยากรท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยเฉพาะทรัพยากรคนและนำเอาวิธีการง่าย ๆ มาใช้แก้ไขปัญหา
4. เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลเรื่องสุขภาพ รู้จักรักษาพยาบาลและป้องกันโรคที่ป้องกันได้ด้วยตนเอง
5. เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนร่วมกันคิด ร่วมกันทำ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
6. เพื่อให้ชุมชนมีการบริหารจัดการในหมู่บ้านของตนเองได้
7. เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมสนับสนุนบริการของรัฐในทุกด้านให้บังเกิดผลสำเร็จ
8. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุขที่ถูกต้อง

**องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน** องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน (Essential Element Primary Health Care) เป็นกิจกรรมที่จะให้ประชาชนและผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นบริการแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งจะมีความเชื่อมโยงกับการบริการสาธารณสุขพื้นฐาน (Basic Health Services) ที่รัฐจัดบริการอยู่แล้ว ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 กำหนดไว้ 8 กิจกรรม ต่อมาในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ให้เพิ่มเป็น 10 กิจกรรม และในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 7 ได้เพิ่มอีก 4 กิจกรรม รวมเป็น 14 กิจกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชน มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ (อุทัยวรรณ สุภิมานิล, 2544: 90-93)

1. การสุศึกษา (Education for Health) การสุศึกษาหรือการให้การสุศึกษาแก่ประชาชน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อถ่ายทอดความรู้และเผยแพร่ข่าวสารด้าน

สาธารณสุขในเรื่อง การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ประชาชนมีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้อง

2. การโภชนาการ (Nutrition) เป็นการค้นหาปัญหาภาวะโภชนาการในหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะหญิงมีครรภ์หญิงให้นมบุตรและเด็กแรกเกิด - 6 ปี มีภาวะโภชนาการที่ดีและลดปัญหาการขาดสารอาหาร ตลอดจนสามารถควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ในพื้นที่ที่มีปัญหารุนแรง

3. การจัดหาน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล (Water Supply and Sanitation) เป็นการจัดหา น้ำสะอาดไว้บริโภคและแก้ไขปัญหาสυาภิบาลของหมู่บ้านเพื่อให้ครอบครัวและชุมชนจัดสภาพแวดล้อมในเรื่องน้ำสะอาด ส้วม ขยะมูลฝอย ความสะอาดของบ้านเรือนที่เหมาะสมและไม่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ

4. การควบคุมและเฝ้าระวังโรคติดต่อประจำถิ่น (Surveillance for Local Disease Control) โรคติดต่อประจำถิ่น หมายถึง โรคติดต่อที่พบได้และเกิดขึ้นเป็นประจำในพื้นที่ เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคไข้มาลาเรีย โรคไข้เลือดออก โรคไข้สมองอักเสบ โรคพยาธิปากขอ โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ สามารถดูแลป้องกันตนเองและครอบครัวจากโรคติดต่อในท้องถิ่น และเมื่อโรคเกิดขึ้นแล้วประชาชนต้องช่วยกันควบคุมไม่ให้โรคแพร่กระจายไปยังบุคคลอื่นได้

5. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunization) เป็นการจัดให้เด็กและประชาชนได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต่าง ๆ ตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน ได้แก่ โรควัณโรค โรคคอตีบ โรคไอกรน โรคบาดทะยัก โรคโปลิโอ โรคหัด โรคไข้สมองอักเสบเจอี โรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น

6. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Simple Treatment) เป็นการดูแลรักษาพยาบาลของครอบครัวชุมชน เพื่อให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น แก่ประชาชนที่เจ็บป่วยในชุมชน

7. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ในชุมชน (Essential Drugs) มีการจัดกองทุนเวชภัณฑ์ในหมู่บ้าน เพื่อให้ประชาชนมียาสามัญประจำบ้านและสมุนไพรที่ปลอดภัยมีคุณภาพ ราคาถูก ใช้งานได้ทันทั่วๆ ที่เมื่อมีการเจ็บป่วย โดยไม่ต้องเดินทางไปหาซื้อจากแหล่งอื่น เป็นการลดปัญหาการจำหน่ายยาอันตรายที่มีอยู่ในหมู่บ้านให้เหลือน้อยลงหรือหมดไป

8. การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว (Maternal and Child Health and Family Planning) เป็นการดูแลหญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด ดูแลทารกและเด็กวัยก่อนเรียนให้มีการปฏิบัติตน เพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งแม่และเด็ก ตลอดจนจัดให้มีการบริการวางแผนครอบครัวในหมู่บ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอดได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนและการดูแลที่ถูกต้อง ทำให้แม่และลูกที่เกิดมามีสุขภาพที่สมบูรณ์และแข็งแรงซึ่งจะลดปัญหาการตายจากการคลอด การตายหลังคลอด เด็กแรกเกิด - 6 ปี มีการเติบโตตามวัยที่เหมาะสม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา ตลอดจนให้คู่สมรสมีการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม

9. การดูแลสุขภาพจิต (Mental Health) เป็นการค้นหาปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

10. การทันตสาธารณสุข (Dental Health) เป็นการรักษาสุขภาพในช่องปากและฟัน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองเรื่องปากและฟัน

11. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (Community AIDS Control) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์และการป้องกันอย่างถูกต้อง เสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อให้แก่ชาวบ้านในหมู่บ้าน ซึ่งจะนำไปสู่การยอมรับผู้ติดเชื้อทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข

12. การคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection) เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนในการเลือกซื้อสินค้าที่มีคุณภาพ รู้จักใช้ยาที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ในการเลือกซื้อเลือกใช้บริการในเรื่องอาหาร ยา เครื่องสำอาง และวัตถุมีพิษได้อย่างถูกต้อง

13. การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ (Injury Prevention and Non-communicable Disease Control) ปัจจุบัน ปัญหาอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อนี้มีแนวโน้มสูงขึ้น วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนการค้นหา ส่งต่อ และติดตามผลการรักษาได้อย่างเหมาะสม

14. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ (Community Environmental Control) ปัจจุบันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม เป็นอันตรายต่อสุขภาพอย่างยิ่ง วัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญในพิษภัยที่เกิดจากการทำลายสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวเรา เช่น อากาศ น้ำ เสียง และมีส่วนร่วมทำกิจกรรมรักษาและส่งเสริมสภาพแวดล้อม ที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพ

**กลวิธีหลักในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน** การสาธารณสุขมูลฐานเป็นรูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขเบื้องต้นที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่เดิม เป็นการบริการสาธารณสุขที่ผสมผสานในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการทั้งกระบวนการ โดยภาครัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางวิชาการ ข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรที่จำเป็น มีเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุข สามารถพึ่งตนเองได้และประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

ดังนั้นในการดำเนินกิจกรรมที่จำเป็นของงานสาธารณสุขมูลฐาน จะต้องกำหนดกลวิธีที่เหมาะสมและนำไปใช้ในการดำเนินงานเพื่อความสำเร็จ

หลักการของการสาธารณสุขมูลฐานหรือเรียกว่ากลวิธีสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญ 4 ประการ คือ (ปรีชา ตีสวัสดิ์, 2526: 154)

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน (People Participation) เริ่มตั้งแต่การเตรียมเจ้าหน้าที่ เตรียมชุมชน การฝึกอบรม การติดตามการดำเนินงานกิจกรรมต่าง ๆ ให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รู้จัก เป็นเจ้าของ และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข ทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งหมายถึงประชาชนในชุมชนนั้นเป็นผู้ตระหนัก วิเคราะห์ และแก้ไขปัญหาได้ โดยชุมชนสามารถแยกได้ว่าปัญหาใดที่แก้ไขได้เอง ปัญหาใดที่แก้ไขไม่ได้ก็ต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลภายนอกมาช่วยสนับสนุน

2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) เทคนิคและวิธีการที่ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐานควรเป็นเทคนิคที่ง่ายไม่ซับซ้อนและเหมาะสมกับสภาพท้องถิ่นและประชาชนสามารถปฏิบัติได้เทคนิควิธีการหมายถึงวิธีการค้นหาปัญหา กระบวนการการแก้ไขปัญหาและเทคนิคในการแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเอง เช่น การนำระบบประปาที่ทำด้วยปล้องไม้ไผ่ การใช้สมุนไพรและอาหารจากพืชผักพื้นบ้าน การนวดไทย เทคนิคเหล่านี้อาจเป็นรูปแบบความรู้ดั้งเดิมในหมู่บ้านที่มีการถ่ายทอดมาเป็นเวลานานและความรู้ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมในการแก้ไขปัญหา เช่น การใช้อาหารเสริมในการแก้ไขปัญหาโภชนาการ การเรียนรู้จากชุมชนหนึ่งไปอีกชุมชนหนึ่งในลักษณะถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชนกันเอง หรือโดยการสนับสนุนช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ วิธีการดังกล่าวเรียกว่า การแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีระหว่างหมู่บ้านหรือ TCDV (Technology Cooperation Among Developing Villages) จะทำให้กระบวนการเรียนรู้เป็นไปโดยกว้างขวางรวดเร็วซึ่งจะเป็นประโยชน์กับประชาชนในการแก้ปัญหของชาวบ้านด้วยตนเองต่อไป

3. มีการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented Basic Health Service, BHS) หรือ Health Infrastructure ระบบบริการของรัฐและระบบบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐ จะต้องปรับให้เชื่อมต่อและรองรับ งานสาธารณสุขมูลฐานด้วย โดยมีความมุ่งหมายดังนี้

3.1 ต้องการให้เกิดการกระจายความครอบคลุมบริการให้ทั่วถึง (Coverage)

3.2 การกระจายทรัพยากรลงสู่มวลชน (Resource Mobilization)

3.3 การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (Referral System)

4. การผสมผสานกับหน่วยงานของกระทรวงอื่น ๆ (Intersectoral Collaboration: IC) งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จผลได้ ต้องทำงานผสมผสานไปด้วยกันกับงานพัฒนาสังคมด้านอื่น ไม่ว่าจะเป็นการเกษตร การศึกษา การกระจายทรัพยากรทุกระดับ การประสานความร่วมมือกับทุกฝ่ายทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขเองและงานพัฒนาชนบทต่างกระทรวง คือ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงอื่น ๆ

สรุป การสาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของภาครัฐที่มีอยู่เดิมในระดับตำบลหมู่บ้าน การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการบริการสาธารณสุขผสมผสาน

ซึ่งประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนดำเนินงานกิจกรรมสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนและประชาชนในชุมชนต้องเป็นผู้ดำเนินการเองโดยอาศัยทรัพยากร ที่มีในท้องถิ่นเป็นหลักและเจ้าหน้าที่ภาครัฐคอยให้การสนับสนุน การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานให้ ประสบผลสำเร็จต้องเกิดจากทำงานผสมผสานไปด้วยกันกับงานพัฒนาสังคมด้านอื่นกับทุกฝ่าย สำหรับ การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวทางการพัฒนางานสาธารณสุข มูลฐานโดยยึดเอาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำในการพัฒนาและสนับสนุนการ ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานให้บรรลุเป้าหมายทั้ง 14 องค์ประกอบ

**แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน** การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานนั้นมีความจำเป็นต้องเข้าใจ แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน กลวิธีและแนวทางในการดำเนินงาน จึงจะช่วยให้การวางแผนการ ดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งแนวคิด และหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน 1 นั้นสรุปได้ดังนี้ (อมร นนทสุต, 2525: 8-16)

แนวคิดที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบ บริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของ ชุมชนเอง

แนวคิดที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการที่จะแก้ไข ปัญหาสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนร่วมมือจัดทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่

แนวคิดที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐานจะเกิดขึ้นมาได้จะต้องให้ชุมชนรับรู้และทราบว่าเป็นปัญหา ของชุมชนคืออะไร และร่วมกันพิจารณาแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้

แนวคิดที่ 4 หน้าที่และบทบาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้องเข้าใจว่าเราไม่ได้ทำงานแทนเขาและ เขาไม่ได้ทำงานให้เรา แต่เขาทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน (การสาธารณสุขมูลฐาน คือ การสาธารณสุขของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน)

แนวคิดที่ 5 ความร่วมมือของชุมชน คือ หัวใจของการสาธารณสุขมูลฐานการสนับสนุนอาจจะ เป็นรูปของความคิด แรงงาน ทุนทรัพย์ ความร่วมมือ ในการปฏิบัติด้วยความสมัครใจเพราะมีการมองเห็น และรับรู้ปัญหาไม่ใช่เป็นเพราะเขาหวังสิ่งตอบแทน

แนวคิดที่ 6 สุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้นงานบริการ สาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานการพัฒนาในด้านอื่น ๆ เช่น การเกษตรและสหกรณ์ การศึกษา การพัฒนา ชุมชน การอุตสาหกรรม การพาณิชย์ เป็นต้น

แนวคิดที่ 7 งานสาธารณสุขมูลฐาน ต้องใช้เทคนิคและวิธีการง่าย ๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจ นำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ได้ เช่น เทคนิคที่นำมาใช้ต้องมีความเหมาะสม ประหยัด ราคาถูก ยืดหยุ่น ปรับให้เหมาะสมกับสภาพของสังคมเนื่องจากสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการแก้ไขปัญหา

แนวคิดที่ 8 งานสาธารณสุขมูลฐานจะต้องสอดคล้อง และอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน

แนวคิดที่ 9 งานสาธารณสุขมูลฐาน ควรมีความยืดหยุ่นในการที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อมและปัญหาที่ประสบอยู่และไม่จำเป็นจะต้องเป็นเรื่องเหมือนกันทุกหมู่บ้าน

แนวคิดที่ 10 บริการสาธารณสุข ที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เองในหมู่บ้านคือ การสุศึกษา การควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่น การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ การส่งเสริมโภชนาการ การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การจัดยาที่จำเป็นไว้ในหมู่บ้าน

แนวคิดที่ 11 งานสาธารณสุขมูลฐาน ต้องมีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในด้านการให้การสนับสนุนการส่งผู้ป่วยเพื่อรับการรักษายาบาลต่อ การให้การศึกษาต่อเนื่อง และการให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข

สรุป จากแนวคิดทั้ง 11 ประการของการสาธารณสุขมูลฐานสิ่งที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนดำเนินงานกิจกรรมสาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนประชาชนต้องคิดได้เองโดยอาศัยทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นเป็นหลักและไม่เกินขอบเขตความสามารถของชุมชนโดยเทคนิคที่นำมาใช้ต้อง ประหยัด ราคาถูก มีความเหมาะสมกับสภาพสังคม วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมในชุมชน และเจ้าหน้าที่ภาครัฐคอยให้การสนับสนุน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือแกนนำของบุคคลในหมู่บ้านในการชักชวนประชาชนให้พัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานให้ประสบผลสำเร็จบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

### อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลไกในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการร่วมกันดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขโดยกระทรวงสาธารณสุขได้นำระบบอาสาสมัครสาธารณสุขมาใช้เป็นขบวนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน โดยจัดให้มีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขึ้น เพื่อทำหน้าที่ดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขร่วมกับประชาชนในพื้นที่ เป็นบุคคลที่คอยประสานงานเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านนับว่าเป็นบุคคลที่สำคัญในการขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนให้ประสบความสำเร็จ รายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีดังนี้

**วิวัฒนาการในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข** การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินการอย่างจริงจังตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุขได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นนโยบายหลักของการพัฒนาในแผนพัฒนาการสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 โดยในระยะแรกของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 ถึงฉบับที่ 6 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขหลายประเภทได้แก่ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่างสุขภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน (ชสม.) อาสาสมัครมาลาเรีย (อมม.) ผดุงครรภ์โบราณ (ผดบ.) อาสาสมัครคุ้มครองผู้บริโภคร (อคป.) สำหรับอาสาสมัครที่มีบทบาทหลักและเป็นแกนนำสำคัญในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนได้แก่ (ไพจิตร ปะบุตร, 2537: 61-63)

1. ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข คือ บุคคลที่ผ่านกระบวนการคัดเลือกแบบสังคมมิติ (Sociograme) จากประชาชนในแต่ละกลุ่มบ้าน 8-15 หลังคาเรือน ทำหน้าที่เป็นผู้แจ้งข่าวสารทางด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ และเป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานจากประชาชน แจ้งให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบ นอกจากนี้ยังเป็นผู้ให้คำแนะนำ เผยแพร่ความรู้และชักชวนประชาชนให้ร่วมกิจกรรมทางด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ตลอดจนประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขอื่น ๆ

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขที่ผ่านการปฏิบัติงานมาแล้วประมาณ 3-4 เดือน โดยให้กลุ่มผู้สื่อข่าวสาธารณสุขร่วมกับคณะกรรมการหมู่บ้าน และผู้นำศาสนาประจำหมู่บ้านลงมติเลือกบุคคลที่เหมาะสมมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกำหนดให้มี 1 คน ต่อ 1 หมู่บ้าน เมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 6 การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถทำได้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ชุมชน ทั้งในเขตชนบทและเขตเมืองตลอดจนพื้นที่เฉพาะ ซึ่งจากการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขตลอดระยะเวลา 15 ปี (พ.ศ. 2520-2535) พบว่ามีอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนหนึ่งสิ้นสภาพหนีหายไปจากระบบสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนหนึ่งมีความเฉื่อยชาไม่ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่จากการวิเคราะห์สาเหตุที่เป็นเช่นนี้ เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีค่าตอบแทนที่คุ้มค่าและในหมู่บ้านหนึ่ง ๆ มีอาสาสมัครสาธารณสุข 2 ประเภททำให้ยุ่งยากในการบริหารจัดการ หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดขาดความตระหนักทำให้ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขขาดความตระหนักตามไปด้วย ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายมุ่งเน้นเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อจะได้เป็นกลไกสำคัญในการกระจายความรู้และเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ชุมชน ตลอดจนส่งเสริมครอบครัวและพัฒนาเพื่อให้ชุมชนบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า จึงได้ดำเนินการยกระดับให้มีอาสาสมัคร

สาธารณสุขประเภทเดียวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในปี พ.ศ. 2535 โดยให้ดำเนินการแล้วเสร็จทั่วประเทศภายในปีงบประมาณ 2537

### การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในงานด้านสาธารณสุขให้เกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขถือว่าเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจากจะต้องทำหน้าที่ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขให้ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ด้านสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามความเหมาะสม ตามสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้นำทางด้านสาธารณสุขของชุมชนได้ด้วยตนเอง โดยมีวิธีการต่าง ๆ เช่น (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2542: 11-12)

1. การฝึกอบรมต่อเนื่อง คือการจัดอบรมให้ความรู้ทักษะเพิ่มเติมในเนื้อหาวิชาต่าง ๆ หลังจากที่ได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานแล้ว โดยควรเลือกวิชาที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติหน้าที่และสภาพปัญหาของท้องถิ่น ได้แก่ การวางแผน การบริหารจัดการโครงการ การบริหารจัดการงานสาธารณสุขในหมู่บ้าน การเป็นผู้นำการสร้างมนุษยสัมพันธ์ การประชาสัมพันธ์ ความมีคุณธรรมและจริยธรรม
2. การฝึกปฏิบัติ (Learning by Doing) คือการจัดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เรียนรู้ด้วยการฝึกปฏิบัติงาน เช่น การให้ฝึกปฏิบัติในสถานอนามัยหรือในโรงพยาบาลชุมชน ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยและผู้ที่มีมารับบริการ ฝึกปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนหรือให้จัดกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. การเรียนรู้ด้วยตนเองจากการศึกษาด้วยตนเองและเอกสารความรู้ต่าง ๆ
4. การศึกษาดูงานระหว่างหมู่บ้าน โดยการจัดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปศึกษาดูงานหมู่บ้านอื่นที่มีความก้าวหน้าในการพัฒนา เพื่อเป็นแบบอย่างและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
5. การถ่ายทอดความรู้ด้วยสื่อต่าง ๆ เช่น สื่อทางไกล วิทยุทัศน์ เทปบันทึกเสียง
6. การประชุมปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนความรู้ เช่น การประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
7. การนิเทศติดตามในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน

**บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทหน้าที่คอยช่วยเหลือดำเนินงานร่วมกับประชาชน ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขให้เกิดประสิทธิภาพที่เป็น

รูปธรรมบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุข  
มูลฐาน, 2531: 15-18)

1. เป็นผู้แจ้งข่าวสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบ
  - 1.1 นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข
  - 1.2 แจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น
  - 1.3 แจ้งข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข
2. เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเพื่อนอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเพื่อนบ้าน
  - 2.1 รับข่าวแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบ อย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ  
เช่น เมื่อทราบว่ามีการระบาดของโรค หรือมีโรคติดต่อ มีผู้เป็นกันมากและเป็นในระยะเวลาที่รวดเร็ว  
รวมทั้งโรคระบาดที่เกิดขึ้นในสัตว์และพืช
  - 2.2 รับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน ในเรื่อง
    - 2.2.1 การเกิด ชื่อคนเกิด บ้านเลขที่
    - 2.2.2 การตาย ชื่อผู้ตาย เหตุที่ตาย บ้านเลขที่
    - 2.2.3 การย้ายที่อยู่ ชื่อผู้ย้ายเข้าหรือย้ายออก บ้านเลขที่
    - 2.2.4 การตั้งครรภ์ ชื่อหญิงตั้งครรภ์ บ้านเลขที่
    - 2.2.5 โรคขาดสารอาหาร ชื่อเด็กที่เป็นโรคขาดสารอาหาร บ้านเลขที่
    - 2.2.6 การให้บริการภูมิคุ้มกันโรค ชื่อเด็ก 0 - 1 ปี ที่ยังไม่ได้รับวัคซีน
    - 2.2.7 น้ำดื่ม น้ำใช้ ชื่อเจ้าของบ้าน บ้านเลขที่ ชนิดของน้ำดื่มที่ใช่
    - 2.2.8 ส้วม ชื่อบ้านที่ไม่มีส้วม
    - 2.2.9 ปัญหาความต้องการทางด้านสาธารณสุขของชาวบ้าน
    - 2.2.10 ข่าวสารสำคัญหรือเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขที่ชาวบ้านเห็นว่าสำคัญ
3. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชนเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม และชักชวน  
เพื่อนบ้านเข้าร่วมพัฒนางานสาธารณสุขในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่
  - 3.1 การใช้สถานบริการและการใช้ยา แนะนำด้านการใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ  
การใช้ยาสามัญประจำบ้านและยาอื่นที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การใช้ยาแผนโบราณ
  - 3.2 การให้ภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ วัณโรค โรคเรื้อน มาลาเรีย  
อหิวาต์ หรือโรคติดต่ออื่นๆ

3.3 การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด น้ำดื่ม น้ำใช้ การสร้างส้วม การกำจัดขยะ การกำจัดน้ำทิ้งในครัวเรือน การควบคุมและการกำจัดยุง แมลงสาบ แมลงวัน การควบคุมและกำจัดหนู อาหารเป็นพิษ อาหารสกปรก รวมทั้งยาฆ่าแมลงและสารเคมีเป็นพิษ

3.4 การรักษานามัยของร่างกาย

3.5 อาหารประจำวัน

3.6 การป้องกันและควบคุมโรคประจำถิ่น

3.7 การวางแผนครอบครัว

3.8 การอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการดูแลเด็กที่มีการเจริญเติบโตไม่ปกติ

3.9 การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน

3.10 การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต

3.11 การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

3.12 การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ

3.13 การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย

3.14 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

3.15 การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคลื่อน

3.16 การส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย

4. ให้บริการช่วยเหลือรักษาพยาบาลตามอาการ

4.1 ให้การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลตามอาการในเรื่อง ไข้ตัวร้อน ปวดท้อง ไข้มีผื่น ตุ่มและจุด ไข้มาลาเรีย ปวดหัว ไอ ปวดเมื่อย ปวดหลังปวดเอว ท้องผูก ท้องเดิน พยาธิลำไส้ เจ็บหู เหน็บชา โลหิตจาง ฝี เจ็บตา ผื่นคันบนผิวหนัง

4.2 ให้การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดแผลสด เป็นลม กระดูกหัก น้ำร้อนลวก ยาพิษ ข้อเคลื่อน สุนัขกัด ชัก ไฟไหม้ ุงกัด จมน้ำ

4.3 ส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการสาธารณสุขและติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ

4.4 จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในผู้รับบริการรายเก่าที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย

5. การสนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

5.1 ด้านโภชนาการ

5.1.1 สํารวจรายชื่อเด็กอายุ 0-6 ปีในชุมชนโดยใช้สมุดบันทึก ภ.101/1

5.1.2 ชั่งน้ำหนักเด็กอายุ 0-6 ปีทุกคนในเขตรับผิดชอบทุก 3 เดือน(ตุลาคม, มกราคม, เมษายน, กรกฎาคม)

5.1.3 แปลผลการชั่งน้ำหนักโดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก แล้วบันทึกผลการชั่งน้ำหนักในสมุดบันทึก ภ.101/1

5.1.4 แจ้งผลการชั่งน้ำหนักให้ผู้ปกครองเด็กทราบพร้อมแนะนำให้ติดตามภาวะโภชนาการและวิธีการแก้ไขในรายที่มีภาวะขาดสารอาหาร

5.1.5 แนะนำให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่อง

- 1) อาหารหญิงมีครรภ์และหญิงให้นมบุตร
- 2) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- 3) อาหารทารกและเด็กวัยก่อนเรียน
- 4) การแก้ปัญหาโรคขาดสารอาหารและภาวะโภชนาการเกิน
- 5) การควบคุมและการป้องกันโรคขาดสารอาหารและโรคอ้วน
- 6) ชั่งน้ำหนักเด็กขาดสารอาหารระดับ 2-3 ทุกเดือน
- 7) ส่งเสริมให้มีการจำหน่ายเกลือไอโอดีนภายในหมู่บ้าน
- 8) การชั่งน้ำหนักเด็ก และร่วมแก้ไขปัญหา
- 9) เด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน

5.2 ด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากครรภ์และตรวจครรภ์ตามกำหนด และให้บริการชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีและตรวจสุขภาพตามกำหนด

5.3 ด้านส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด

5.4 ด้านควบคุมโรคประจำถิ่นโดยกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเก็บอูจากระงั่งตรวจหาไข่พยาธิ เจาะเลือดส่งตรวจหาเชื้อมาลาเรีย และเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรค

5.5 การควบคุมคุณภาพน้ำบริโภคโดยการใช้น้ำยาตรวจหาแบคทีเรีย การเติมคลอรีนในน้ำบริโภคและการใช้น้ำยาตรวจระดับคลอรีนในน้ำบริโภค

5.6 ด้านการดูแลสุขภาพจิตโดยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีอาการทางจิต เพื่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อยังสถานบริการที่เหมาะสมรวมทั้งการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุในชุมชนและนัดหมายให้มารับบริการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

5.7 ด้านทันตสาธารณสุขโดยการจัดหาและจำหน่ายแปรงสีฟัน ยาสีฟันในชุมชน

5.8 ด้านการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย โดยการจัดกลุ่มป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยในชุมชน

5.9 ด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยการวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ จัดกลุ่มบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ

5.10 ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขโดยการจัดกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อเฝ้าระวังการทำผิดกฎหมาย เช่น การจำหน่ายยาหมดอายุ ยาชุด อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน เป็นต้น

5.11 ด้านการป้องกันโรคเอดส์โดยการจัดกลุ่มป้องกันการแพร่โรคในชุมชน การแจกจ่ายถุงยางอนามัยป้องกันโรคเอดส์

5.12 ด้านการควบคุมป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย โดยการตรวจคุณภาพแหล่งน้ำของชุมชน การตรวจสอบคุณภาพอากาศและร่วมมือประสานงานกับองค์กรต่าง ๆ เพื่อเฝ้าระวังและจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน

6. เป็นแกนกลางในการประสานงานสาธารณสุขและงานส่วนรวมอื่น ๆ ในหมู่บ้าน

7. สำรวจปัญหา วิเคราะห์ปัญหา และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับคณะทำงานสาธารณสุขภาคประชาชน และประเมินผลการดำเนินงาน

#### **การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**

1. การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน รับผิดชอบดูแลประชาชนทุกคนทุกครอบครัวภายในละแวกบ้านประมาณ 8-15 หลังคาเรือน
2. การหมุนเวียนปฏิบัติงานให้บริการสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคนอื่น ๆ ตามข้อตกลงของกลุ่ม
3. ร่วมปฏิบัติงานด้านการพัฒนาหมู่บ้านกับกรรมการหมู่บ้าน

#### **คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**

1. อายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์
2. มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนไม่น้อยกว่าหกเดือน
3. เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวกหรือคุ้มให้ความยอมรับและเชื่อถือ
4. สมัครใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ
5. มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
6. มีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้
7. เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554: 12)

**วิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535 - 2539) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประเภทเดียว

คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขให้ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนในหมู่บ้านและผู้นำอื่น ๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มอบหมายให้กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. แบ่งละแวกบ้านละแวกละ 8 - 15 หลังคาเรือน สอบถามหาผู้สมัครใจและมีคุณสมบัติตามที่กำหนด คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกรณีที่มีผู้สมัครเกิน 1 คน ให้คณะผู้ดำเนินการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจัดประชุมหัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทนครอบครัวในละแวกหรือคุ่มนั้น ๆ เพื่อลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่คัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำละแวกบ้านหรือคุ่ม อนึ่งการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปรับเปลี่ยนได้ หากชุมชนหรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีความเห็นเป็นอย่างอื่น แต่ต้องเป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวมและมีขั้นตอนที่โปร่งใส (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554: 13)

**การขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** สถานภาพของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือกผ่านการอบรมและได้รับการประเมินความรู้ความสามารถทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐานและสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554: 14)

**วาระและการพ้นสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** สถานภาพของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรมและได้รับการประเมินความรู้ความสามารถทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1. วาระ กำหนดให้มีวาระคราวละ 4 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัวโดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน

2. การพ้นสภาพ

2.1 เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

2.2 ตาย

2.3 ลาออก

## 2.4 ย้ายที่อยู่

2.5 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีคำสั่งให้พ้นสภาพ ตามที่หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทนจำนวนไม่น้อยกว่าสองในสามของหลังคาเรือนที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรับผิดชอบ ร่วมกันลงลายมือชื่อยื่นหนังสือต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554: 14)

**การจัดการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขยายขอบเขตการเพิ่มบริการสาธารณสุขมูลฐานอีก 4 องค์ประกอบ รวมเป็น 14 องค์ประกอบ และมีการสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์สำหรับตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ ตรวจสารปนเปื้อนของน้ำจากเชื้อแบคทีเรียแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังนี้

### 1. เนื้อหาหลักสูตร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1.1 กลุ่มความรู้พื้นฐาน ประกอบด้วยวิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลัก ๆ ของประเทศและการบริหารจัดการเพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนได้แก่เรื่องต่าง ๆ ดังนี้

- 1.1.1 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 1.1.2 สิทธิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 1.1.3 การทำงานเป็นกลุ่ม
- 1.1.4 ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขในหมู่บ้าน การค้นหาปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน และการจัดทำแผนโครงการของหมู่บ้าน
- 1.1.5 สุขวิทยาส่วนบุคคล
- 1.1.6 การวินิจฉัยอาการการปฐมพยาบาลและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น
- 1.1.7 การส่งเสริมสุขภาพ
- 1.1.8 การเฝ้าระวังและการป้องกันโรค
- 1.1.9 การฟื้นฟูสภาพ
- 1.1.10 การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสาธารณสุข
- 1.1.11 การสาธารณสุขมูลฐาน และการใช้เครื่องมือที่จำเป็นในการบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
- 1.1.12 ความรู้เรื่องโรคติดต่อและไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ เช่น โรคเอดส์ อุบัติเหตุและอุบัติเหตุภัย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

1.2 กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้และนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนาสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่นโดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม

2. ระยะเวลาในการอบรมใช้เวลาในการอบรม จำนวน 12 วันโดยแบ่งเป็น

ช่วงที่ 1. กำหนดระยะเวลาในการอบรมความรู้พื้นฐานระยะเวลา 3 วัน

ช่วงที่ 2. อบรมต่อเนื่องทุกเดือน ๆ ละ 1 วันโดยเนื้อหาหลักสูตรประกอบด้วยกลุ่มความรู้เฉพาะและกลุ่มความรู้พื้นฐานที่จำเป็นต่อการให้บริการสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

**สิทธิประโยชน์และสวัสดิการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**

1. ลดค่าโดยสารรถไฟชั้นที่ 3 นั่งธรรมดาร้อยละ 20 เฉพาะเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายนของทุกปี

2. เทียบตำแหน่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เท่ากับ ตำแหน่งข้าราชการพลเรือนระดับ 3

3. เทียบโอนผลการเรียนจากความรู้และประสบการณ์ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานได้ตามข้อกำหนด

4. เบิกค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินให้ทางราชการ วันละไม่เกิน 100 บาท

5. ได้รับค่าป่วยการ 600 บาทต่อเดือน ในการปฏิบัติงานเชิงรุกในพื้นที่

6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีวุฒิปริญญาตรี สามารถได้รับการคัดเลือกให้เป็นครู โดย การศึกษานอกโรงเรียนจ่ายค่าตอบแทนให้กับครูประจำกลุ่ม 80 บาทต่อคนต่อเดือนตามจำนวนนักเรียนที่รับผิดชอบ

7. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงาน ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัดขึ้นไป ได้รับการยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษเฉพาะตัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานต่ำกว่า 10 ปี ได้รับยกเว้นค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษครึ่งราคาของอัตราที่กำหนด บุคคลในครอบครัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนได้รับการยกเว้นค่าห้องพิเศษและอาหารครึ่งราคาของอัตราที่กำหนด

8. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับโควตาเข้าศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชนจำนวน 75 โควตาต่อปี สำหรับบุตร - ธิดาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับโควตาเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 150 โควตาต่อปี หลักสูตรทันตสาธารณสุข จำนวน 75 โควตาต่อปี หลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรม จำนวน 75 โควตาต่อปี (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554: 22-26)

สรุป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคคลสำคัญที่ประชาชนได้คัดเลือกมาช่วยดูแลสุขภาพของประชาชนและคอยช่วยเหลือทำหน้าที่ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนต้องได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้มีความรู้ความมั่นใจ สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ร่วมกับประชาชนอย่างเข้มแข็งและคอยประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อเชื่อมโยงถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารในพื้นที่ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขต่าง ๆ ภาครัฐได้เห็นความสำคัญและเห็นคุณค่าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้ช่วยเหลือในการดำเนินงานสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้จัดสวัสดิการเพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานเนื่องจากการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสิทธิภาพและเข้มแข็งของเป็นเครื่องชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน

### ทฤษฎีบทบาท

ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน บทบาทหน้าที่ถือเป็นสิ่งที่กำหนดขึ้น เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทราบและยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานภายใต้ขอบเขตความรับผิดชอบของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับทฤษฎีบทบาทดังนี้

**ความหมายของบทบาท** บทบาทเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ทุกคน ต้องทราบว่าตนเองมีบทบาทในการดำเนินงานที่รับผิดชอบ เพื่อจะได้นำไปปฏิบัติหน้าที่ได้ถูกต้อง ได้มีผู้ให้ความหมายของบทบาทไว้ดังนี้

1. สมานมิตร วิทยอภิบาลกุล (2527: 58) ได้ให้ความหมายว่า บทบาท หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมอันเกี่ยวเนื่องกับสถานภาพหรือตำแหน่งทางสังคม บทบาทเป็นการเคลื่อนไหวของสถานภาพหรือหน้าที่ตามสถานภาพนั้นเองในสถานภาพหนึ่งบุคคลอาจต้องแสดงบทบาทมากมาย
2. ยนต์ ชุมจิต (2528: 55) ได้ให้ความหมายว่า บทบาท หมายถึง ภาระที่ต้องรับผิดชอบตามสถานภาพของบุคคล ส่วนหน้าที่หมายถึง กิจที่ต้องกระทำ บทบาทกับหน้าที่มักจะใช้ควบคู่กันไป เช่น เป็นพ่อแม่นอกจากจะมีหน้าที่ต้องเลี้ยงดูลูก ๆ ให้เจริญเติบโตแข็งแรงแล้วต้องมีบทบาทหรือภาระอื่น ๆ อีก เช่น การอบรมสั่งสอน ป้อนก้นอันตราย ดูแลความทุกข์สุขของลูก ๆ เป็นต้น
3. สุพัตรา สุภาพ (2534: 30) ได้ให้ความหมายว่า บทบาท หมายถึง การปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ของสถานภาพ (ตำแหน่ง) เช่น มีตำแหน่งเป็นพ่อ บทบาทคือ ต้องเลี้ยงลูก เป็นครู บทบาทคือสั่งสอนนักเรียนให้ดี เป็นคนไข้บทบาทคือบทบาทคือปฏิบัติตามหมอสั่ง

4.ราชบัณฑิตยสถาน (2546: 602) ได้ให้ความหมายว่า บทบาท หมายถึง การทำตามหน้าที่ที่กำหนดไว้

สรุปได้ว่า บทบาท คือ การกระทำตามสถานภาพหรือตำแหน่งหน้าที่ที่ถูกกำหนดไว้ไม่ว่าจะเป็นส่วนบุคคลหรือทางสังคม

**ลักษณะของบทบาท** สกวนศรี วิรัชชัย (2527: 23-24) อธิบายว่า ถ้าจะพิจารณาลักษณะของบทบาทที่ปรากฏอยู่ในสังคมให้ลึกซึ้ง จะพบว่ามีการแสดงบทบาทอยู่หลายรูปแบบหลายลักษณะคือ

1. บทบาทตามที่กำหนด (Prescribed Roles) หมายถึง บทบาทที่สังคม กลุ่ม หรือองค์กรกำหนดไว้ว่าเป็นรูปแบบของพฤติกรรมประจำตำแหน่งต่าง ๆ ที่มีอยู่ในสังคม กลุ่มหรือองค์กรนั้น ๆ เช่น ข้อกำหนดที่ว่าครูต้องสอนและอบรมนักเรียน พ่อแม่ต้องอบรมเลี้ยงดูลูก ข้าราชการต้องปฏิบัติตามคำสั่งของผู้บังคับบัญชาที่สั่งงานโดยชอบ เป็นต้น

2. บทบาทที่ผู้อื่นคาดหวัง (Expected Roles) หมายถึง บทบาทหรือรูปแบบของพฤติกรรมที่คนอื่น (ผู้เกี่ยวข้อง) คาดหวังว่าผู้อยู่ในตำแหน่งจะถือปฏิบัติ เช่น นักเรียนคาดหวังว่าครูจะช่วยอธิบายปัญหาข้อข้องใจเกี่ยวกับบทเรียนให้กับตน ผู้บังคับบัญชาคาดหวังว่าผู้บังคับบัญชาจะสนับสนุนช่วยเหลือการปฏิบัติงานของตน เป็นต้น บทบาทที่ผู้อื่นคาดหวังนี้มักจะสอดคล้องกับบทบาทที่กำหนด แต่ในบางครั้งบทบาทที่ผู้เกี่ยวข้องคาดหวังอาจจะไม่ตรงกับบทบาทที่กำหนดก็ได้ เพราะคนบางคนอาจมีการคาดหวังมากกว่าหรือน้อยกว่าข้อกำหนดที่ตนได้รับทราบ เช่น นักเรียนบางคนอาจคาดหวังให้ครูเพิ่มคะแนนให้กับตนมากกว่าคนอื่น ๆ ทั้ง ๆ ที่บทบาทตามที่กำหนดว่าเป็นงานของครูไม่มีการระบุเรื่องนี้ไว้

3. บทบาทความคิดของผู้อยู่ในตำแหน่ง (Subjective Roles) หมายถึง รูปแบบของพฤติกรรมที่บุคคลผู้อยู่ในตำแหน่งคิดและเชื่อว่าเป็นบทบาทของตำแหน่งที่ตนดำรงอยู่ เช่น ผู้บังคับบัญชาคิดว่าตนมีหน้าที่ควบคุมการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชา แต่ไม่ต้องใส่ใจกับปัญหาส่วนตัวของผู้ใต้บังคับบัญชา ดังนั้นบทบาทของผู้อยู่ในตำแหน่งอาจจะสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับบทบาทที่กำหนดและก็จะตรงหรือไม่ตรงกับบทบาทที่ผู้อื่นคาดหวัง

4. บทบาทที่ปฏิบัติจริง (Enacted Roles) หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้อยู่ในตำแหน่งได้ปฏิบัติหรือแสดงออกมาให้เห็น ซึ่งมักจะเป็นพฤติกรรมที่สอดคล้องกับบทบาทตามความคิดของเจ้าตัวผู้อยู่ในตำแหน่ง แต่ก็อาจมีกรณีที่บุคคลแสดงพฤติกรรมตามการคาดหวังของผู้อื่น ทั้ง ๆ ที่บทบาทนั้นไม่ตรงกับบทบาทตามความคิดของตน เช่น คนบางคนคิดว่าตนไม่จำเป็นต้องพูดตลกกับคนที่เป้นศัตรูของตนแต่เมื่อต้องพบปะกับคนที่เป้นศัตรูในเวลาที่มีคนอื่นอยู่ด้วยเขาก็อาจจะใช้คำพูดสุภาพตามมารยาทสังคมกับคนที่เป้นศัตรู เพราะทราบว่าคนอื่น ๆ จะคาดหวังมารยาทสังคมจากตน

5. บทบาทที่ผู้อื่นรับรู้ (Perceived Roles) หมายถึง รูปแบบพฤติกรรมที่ผู้อื่นได้รับทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทของผู้อยู่ในตำแหน่ง ซึ่งโดยธรรมชาติการรับรู้ของคนเราจะมีการเลือกรับรู้ และมี

การรับรู้ที่ผิดพลาดไปจากความเป็นจริงได้ด้วยอิทธิพลจากประสบการณ์และสถานการณ์หลายอย่าง ดังนั้นเมื่อผู้อยู่ในตำแหน่งปฏิบัติบทบาทโดยแสดงพฤติกรรมอย่างหนึ่ง ผู้ที่ได้พบเห็นอาจรับรู้พฤติกรรมหรือบทบาทนั้นในทางที่แตกต่างกันไป และอาจแตกต่างไปจากบทบาทตามความคิดของผู้อยู่ในตำแหน่งด้วย เช่น ครูใหญ่ปฏิบัติบทบาทโดยเดินดูอาคารและห้องเรียน ครูใหญ่ (ผู้อยู่ในตำแหน่ง) อาจคิดว่าตนสำรวจดูอาคารและห้องเรียนเพื่อการปรับปรุงซ่อมแซมตามที่กำหนดไว้ว่าเป็นหน้าที่รับผิดชอบของผู้ดำรงตำแหน่งครูใหญ่ ครู (ผู้เกี่ยวข้อง) บางคนอาจรับรู้ว่าครูใหญ่เดินดูอาคาร บางคนรับรู้ว่าครูใหญ่เดินดูสภาพการเรียนการสอนเพื่อหาทางสนับสนุนช่วยเหลือ แต่ครูบางคนอาจรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ครูใหญ่เดินตรวจตราควบคุมการเข้าสอนของครู

**ปัญหาเกี่ยวกับบทบาท** ยนต์ ชุมจิต (2528: 57) ได้กล่าวถึงปัญหาเกี่ยวกับบทบาทที่เกิดขึ้นมาจากสาเหตุดังนี้

1. ปัญหาเกิดจากผู้สวมบทบาท (Role Impairment) เกิดจากผู้สวมบทบาทไม่ปฏิบัติตามบทบาททั้ง ๆ ที่บทบาทได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนแน่นอน แต่ผู้สวมบทบาทนั้นละเลยไม่สนใจ เช่น การที่ครูอาจารย์ไม่ทำหน้าที่ของตนให้ครบถ้วน นักเรียนนักศึกษาไม่ดำเนินบทบาทของตนให้สมบูรณ์ เป็นต้น เมื่อคนใดคนหนึ่งในสังคมไม่ปฏิบัติหน้าที่หรือแสดงบทบาทของตนจะด้วยเหตุใดก็ตามอาจจะมีผลกระทบกระเทือนถึงบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทของตนได้ด้วย เช่น ถ้าครูคนใดคนหนึ่งไม่สอนนักเรียนปล่อยให้เด็กเรียนในห้องของตนวิ่งเล่นส่งเสียงอึกทึกครึกโครมครูที่อยู่ห้องข้างเคียงอาจจะสอนเด็กไม่ได้ หรือถ้าเป็นนักเรียนนักศึกษาไม่สนใจการศึกษาเล่าเรียนเที่ยวก่อวุ่นเพื่อนฝูงในขณะที่เขากำลังเล่าเรียนก็จะทำให้นักเรียนนักศึกษาคนอื่น ๆ ได้รับความกระทบกระเทือนต่อการแสดงบทบาทของตนได้

2. เกิดจากความสับสนของบทบาท (Role Confusion) เพราะสังคมกำหนดบทบาทไว้ไม่ดีซึ่งอาจมาจากสาเหตุดังต่อไปนี้

- 2.1 การกำหนดบทบาทไว้ไม่ชัดเจนส่วนมากเกิดกับสมาชิกของสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วหรืออาจเกิดกับบุคคลที่อพยพจากสังคมหนึ่งไปยังอีกสังคมหนึ่ง และจากคนที่เปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมของตน

- 2.2 ความขัดแย้งระหว่างบทบาท เช่น ภรรยาที่มีบทบาทต้องทำงานบ้าน แต่เพราะความจำเป็นบางอย่างภรรยาต้องออกไปทำงานนอกบ้านเลยทำให้ต้องละทิ้งบทบาทของแม่บ้านที่ดีไปเสีย

- 2.3 เพราะไม่มีบทบาททำให้คนบางคนอยู่ในสังคมอย่างไร้ความหมาย ไม่ได้สร้างคุณประโยชน์ให้สังคมเลย ทั้งนี้เพราะไม่มีบทบาทให้ทำ เช่น ข้าราชการที่ครบเกษียณอายุแล้ว ทั้ง ๆ ที่ร่างกายยังแข็งแรงดี ต้องนั่ง ๆ นอน ๆ อยู่กับบ้านทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นคนไร้ประโยชน์บางครั้งต้องพยายามหางานทำ

2.4 การละเมิดบทบาทหรือบทบาทวิปริต (Role Violation and Other Role Anomaly) คือ การที่บุคคลได้กระทำการต่าง ๆ ผิดไปจากบทบาทของคนที่เป็นปกติทั่วไป เช่น เป็นอาชญากร การค้า ยาเสพติด เปิดบ่อนการพนัน ประกอบอาชีพขายบริการทางเพศเหล่านี้ เป็นต้น

**ความขัดแย้งของบทบาท (Role Conflict)** บุคคลโดยทั่วไปต้องมีบทบาทที่จะแสดงออกหลายบทบาทในตัวคนเดียว ดังนั้นบางครั้งบทบาทเหล่านี้อาจจะขัดแย้งกันจนสร้างความลำบากใจ ความตึงเครียดและวิตกกังวลเช่นเดียวกับความขัดแย้งในกรณีอื่น ๆ เช่น ผู้หญิงต้องไปทำงานนอกบ้าน บางครั้งหน้าที่การงานอาจต้องการเวลาซึ่งเป็นเวลาที่จะต้องทำหน้าที่เป็นแม่บ้านหรือหน้าที่ภรรยาความขัดแย้งของบทบาทเช่นนี้ บุคคลก็อาศัยวิธีการเปรียบเทียบความสำคัญของการกระทำเป็นหลักในการเลือกจะทำหน้าที่ใด บางครั้งความขัดแย้งในบทบาท อาจเกิดจากความไม่เข้าใจบทบาทที่ตนเองกระทำอย่างชัดเจนหรือการรับรู้บทบาทแตกต่างจากผู้อื่น เช่น นักเรียนบางคนอาจจะได้รับการยอมรับจากเพื่อนบ้านหรือครอบครัวว่าเป็นคนที่มีความสำคัญ นักเรียนคนนั้นเมื่อมาอยู่ในกลุ่มนักเรียนในชั้นเรียน (ไม่เข้าใจว่าควรเปลี่ยนบทบาทเพราะสถานการณ์เปลี่ยนแปลง) ยังคงแสดงบทบาทเหมือนที่บ้าน การแสดงบทบาทดังกล่าวอาจจะพบว่าเขากลายเป็นคนที่เพื่อนร่วมชั้นไม่ยอมรับมีผลก่อให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทให้แก่เด็กนักเรียนคนนั้น วิธีการที่คนทั่วไปใช้ในกรณีที่เกิดความขัดแย้งขึ้นในบทบาท ซึ่งทำให้เกิดความวิตกกังวลความเครียดขึ้นก็คือ การใช้กลไกในการป้องกันตนเอง เช่น การฝันกลางวัน การเก็บกด การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง ศักดิ์ไทย สุรกิจบรร (2545: 111-112) กล่าวว่า ความขัดแย้งในบทบาทเนื่องจากการรับรู้ความคาดหวังในบทบาทไม่ชัดเจนนี้อาจจะเกิดขึ้นได้ในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

1. การรับรู้ความคาดหวังในบทบาทไม่ชัดเจน เกิดขึ้นเพราะความไม่แน่นอนและความคลุมเครือของความคาดหวังในบทบาท ซึ่งทำให้บุคคลไม่ทราบว่าควรจะทำตัวหรือแสดงบทบาทอย่างไรจึงจะเหมาะสม ความรู้สึกที่ว่าตัวเองเป็นสมาชิกกลุ่มนั้นลดลงและประสิทธิภาพการทำงานไม่ดีเท่าที่ควร
2. ความเห็นไม่ตรงกันระหว่างผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกัน เช่น ในโรงเรียนมีผู้แสดงบทบาทเกี่ยวข้องกันคือ ครูใหญ่ ครูน้อย คนงานและนักเรียน ในการวิจัยพบว่า ครูที่มีประสิทธิภาพในการทำงานสูงรับรู้บทบาทต่าง ๆ ตรงกันกับผู้บริหารโรงเรียนมากกว่าครูที่มีประสิทธิภาพในการทำงานต่ำ นอกจากนั้นผลการวิจัยยังสามารถอธิบายได้ว่าครูที่มีประสิทธิภาพในการทำงานต่ำเกิดความไม่แน่ใจในบทบาทของตนเอง อันเนื่องมาจากความไม่ชัดเจนของการรับรู้ ความคาดหวังในบทบาทของตนเองและผู้อื่น จึงทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานต่ำ
3. การขัดกันระหว่างการรับรู้ของตนเองกับความคาดหวังของผู้อื่น

**วิธีการแก้ปัญหาการขัดแย้งของบทบาท** ทำได้ 3 วิธี ดังนี้คือ ศักดิ์ไทย สุรกิจบรร (2545: 111-112)

1. โดยระบบของสังคม ระบบสังคมจะมีขึ้นได้ก็ต่อเมื่อสมาชิกในสังคมมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงนั่นคือมีสมาชิกของสังคมจำนวนหนึ่งสมาชิกจำนวนนี้ทุกคนจะต้องแบ่งหน้าที่กันทำ และการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ของสมาชิกจะต้องอยู่ภายใต้ระเบียบข้อบังคับ โดยมีค่านิยมและปทัสถานเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวสมาชิกจึงมีความผูกพันอย่างแน่นแฟ้น ระบบสังคมจึงจะมีความมั่นคงถาวร ฉะนั้นการแก้ปัญหาความขัดแย้งของบทบาทโดยระบบของสังคมก็โดยกำหนดบทบาทของสมาชิกในสังคมให้ชัดเจนลงไปว่าใครจะปฏิบัติหน้าที่เช่นไรในสถานภาพใด สมาชิกในสังคมจะต้องยอมรับกฎเกณฑ์ในสังคมสมาชิกทุกคนจะต้องยอมรับซึ่งกันและกัน สร้างความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ให้สมาชิกทำหน้าที่ของตนได้อย่างเต็มที่ที่ไม่มีความเกรงกลัวในสิ่งใด เช่น ผู้เป็นตำรวจสามารถจับผู้กระทำความผิดได้ทุกคนโดยไม่ต้องเกรงกลัวว่าผู้นั้นจะมีอิทธิพลหรือไม่ ครูสามารถลงโทษนักเรียนที่กระทำความผิด เช่น แอบนำคำตอบหรือเอกสารมาในห้องสอบโดยไม่ต้องเกรงกลัวว่าเด็กคนนั้นเป็นบุตรของครูในโรงเรียน เช่นนี้แล้วความขัดแย้งของบทบาทก็จะลดน้อยลง

2. โดยส่วนบุคคล บุคคลแต่ละคนอาจเกิดความขัดแย้งในบทบาท เนื่องจากบุคคลนั้นอาจมีหลายสถานภาพหรืออาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ อีก ฉะนั้นบุคคลแต่ละคนควรจะต้องตั้งใจปฏิบัติหน้าที่ของตนอย่างเต็มที่ โดยบำรุงสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจให้สมบูรณ์เพื่อที่จะสวมบทบาทในแต่ละสถานภาพได้อย่างถูกต้องไม่สับสน ควรศึกษาบทบาทที่ตนได้รับให้แน่นอนและถูกต้อง ประการสำคัญคือ เมื่อบุคคลมีตำแหน่งใด ๆ ประจำอยู่แล้วควรปฏิบัติหน้าที่ของตนให้ดีที่สุดโดยไม่ยุ่งเกี่ยวหรือทำงานนอกเหนือไปจากนั้นจะช่วยให้ความขัดแย้งในบทบาทลดน้อยลง

3. โดยความช่วยเหลือของสมาชิกในกลุ่มหรือเพื่อนร่วมงานย่อมมีส่วนช่วยเหลือบุคคลที่เกิดความสับสนในการปฏิบัติหน้าที่ของตนได้นั่นคือ อาจจะมีการกล่าวตักเตือนแนะนำตลอดจนการให้กำลังใจ ให้ผู้มีความขัดแย้งในบทบาทเกิดความเข้าใจในหน้าที่การงานของตนสามารถปรับปรุงตนเองให้สามารถแสดงบทบาทได้ตามที่สังคมคาดหวังได้ เช่น ครูในโรงเรียนเดียวกันเห็นเพื่อนไม่มั่นใจในการเข้าสอนหรือการทำงานร่วมกับนักเรียนก็ควรช่วยแนะนำช่วยให้กำลังใจจนเกิดความมั่นใจในการสอนขึ้นสามารถแสดงบทบาทครูได้สมกับที่เป็นครู ก็จัดว่าเป็นผลมาจากกลุ่มเพื่อนฝูงที่ได้ช่วยแนะนำ สุรางค์ จันทน์เอม (2524: 29-30) ได้สรุปการแก้ไขปัญหาการขัดแย้งของบทบาท ดังนี้

- 3.1 กำหนดบทบาทของสถานภาพนั้น ๆ ให้สมาชิกทราบชัดเจน แน่นนอนลงไป
- 3.2 ผู้สวมบทบาทจะต้องยอมรับความจริง และอดทนต่อลักษณะของงานในสถานภาพของตน
- 3.3 สรรหาบุคคลที่เหมาะสมกับตำแหน่งหรือสถานภาพที่จะได้รับ จะช่วยขจัดความขัดแย้งของบทบาทลงได้มาก
- 3.4 จัดให้มีการชี้แจง ตลอดจนอบรมสมาชิกให้ตระหนักในบทบาทของตนอยู่เสมอเพื่อเป็นการเตือนความทรงจำและเพื่อให้รู้จักบทบาทที่เหมาะสมของตำแหน่งที่ดำรงอยู่

จากคำกล่าวทั้งหมดสามารถสรุปได้ว่า ทุกคนมีบทบาทหน้าที่ตามสิทธิ ในการกระทำตาม สถานภาพหรือตำแหน่งหน้าที่ที่ถูกกำหนดไว้ไม่ว่าจะเป็นส่วนบุคคลหรือทางสังคม ลักษณะของบทบาท ของแต่ละบุคคลได้กำหนดกรอบไว้ตามตำแหน่งหรือสถานภาพที่เป็นอยู่ในสังคมการทำงานตามบทบาท หน้าที่จะไม่ทำให้เกิดปัญหา หากผู้ที่สวมบทบาทมีความเข้าใจในบทบาทและได้ปฏิบัติตามบทบาทที่ ได้กำหนดไว้ส่วนความขัดแย้งของบทบาทจะเกิดขึ้นได้ เนื่องจากผู้ที่รับผิดชอบมีหน้าที่หลายบทบาท ในตัวคนเดียว เกิดจากความสับสนในบทบาทที่ตนเองได้รับ หรือเกิดจากการไม่กระทำตามบทบาทที่ กำหนดไว้ ซึ่งการแก้ไขความขัดแย้ง ผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ต้องเข้าใจและตั้งใจอย่างเต็มที่ในบทบาทหน้าที่ ที่ตนเองกระทำก็สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทได้อย่างครบถ้วน สำหรับการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคคลเหล่านี้ทุกคนต้องรู้และเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองและสามารถ ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อย่างเข้มแข็ง รับผิดชอบและเสียสละ ส่งผลให้ระดับผลการปฏิบัติงานมี ประสิทธิภาพที่ดีได้

## ทฤษฎีแรงจูงใจ

บุคคลจะทำงานให้ประสบความสำเร็จได้มากหรือน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับสิ่งที่มากระตุ้นให้ เกิดความต้องการที่ให้ผลประโยชน์ได้มากที่สุด สิ่งจูงใจเหล่านี้เป็นเทคนิคของแต่ละบุคคลที่จะช่วยส่งเสริม ให้เกิดพลังที่จะทำงานให้ประสบผลสำเร็จ หากบุคคลใดทำงานโดยปราศจากสิ่งที่มากระตุ้นจูงใจ การ ทำงานเหล่านั้นคงประสบความสำเร็จได้ยาก เพราะฉะนั้นแรงจูงใจในการทำงานจึงเป็นสิ่งที่สำคัญจะ ช่วยส่งเสริมให้การทำงานประสบความสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาค้นคว้า รายละเอียดเกี่ยวกับทฤษฎีแรงจูงใจดังนี้

### ความหมายของแรงจูงใจ

1. เดล เอส บีช (Dale S. Beach, 1976 อ้างถึงใน อรุณ รักธรรม, 2522: 268) ให้คำนิยาม ไว้ว่า การจูงใจ หมายถึงความเต็มใจที่จะใช้พลังเพื่อประสบความสำเร็จในเป้าหมายหรือรางวัล เป็นสิ่ง สำคัญของการกระทำของมนุษย์และเป็นสิ่งที่ยุให้คนไปถึงซึ่งวัตถุประสงค์ที่มีสัญญาณเกี่ยวกับรางวัลที่ จะได้รับ

2. ชาร์ล อาร์ ตัน (Charles R.Mitton.1981: 81) ได้ให้ความหมายว่า แรงจูงใจเป็นกระบวนการ ที่ครอบคลุม 3 ตัวแปร คือ

- 2.1 การมีพลัง
- 2.2 พฤติกรรมหรือการปฏิบัติ
- 2.3 สิ่งกระตุ้นหรือเป้าหมาย

3. สุนีย์ สุขสว่าง (2539: 20) ได้กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติจริงทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม นอกจากนี้ แรงจูงใจยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคลด้วย

4. กาญจนา วสุสิริกุล (2540: 20) ได้ให้ความหมายของการจูงใจไว้ว่า การจูงใจคือการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดแรงจูงใจในการทำงานทั้งทางบวกและทางลบ การใช้สิ่งจูงใจแบบใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับบุคคลและสถานการณ์ การศึกษาถึงธรรมชาติและความต้องการของมนุษย์จะเป็นแนวทางสำคัญที่จะทำให้ผู้บริหารสามารถสร้างแรงจูงใจให้เกิดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน

5. ราชบัณฑิตสถาน (2546: 320) แรงจูงใจ หมายถึง สิ่งที่ทำให้เกิดการชักนำหรือเกลี้ยกล่อมเพื่อให้เห็นคล้อยตาม

สรุปได้ว่า แรงจูงใจ คือการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดพลังในการทำงานทั้งทางบวกและทางลบ การใช้สิ่งจูงใจแบบใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับบุคคลและสถานการณ์ การจูงใจจึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิ่งเร้าที่มากระตุ้นจิตใจให้เกิดความอยากกระทำและการจูงใจจะทำให้มีการค้นหาวิธีการที่จะเพิ่มทักษะและพยายามที่จะทำงานโดยใช้ทักษะนั้นให้เป็นประโยชน์มากที่สุด

**ทฤษฎีแรงจูงใจของฮัล ดอลลาร์ด และมิลเลอร์** (Dollard Hull and Miller, 1974. อ้างถึงใน สุรางค์ ไคว์ตระกูล, 2544: 155) ได้แบ่งแรงขับหรือแรงจูงใจออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. แรงจูงใจทางสรีระ (Physiological motives) แรงจูงใจประเภทนี้ประกอบด้วยความหิว ความกระหายและความต้องการทางเพศ
2. แรงจูงใจทางจิตวิทยา (Psychological motives) ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่เกิดจากการเรียนรู้ ตัวอย่างเช่น แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ แรงจูงใจที่อยากจะเป็นส่วนหนึ่งของหมู่ เป็นต้น

**ทฤษฎีแรงจูงใจของเมอร์เรย์** (Murray, 1938 อ้างถึงในสุรางค์ ไคว์ตระกูล, 2544: 156) ได้สร้างทฤษฎีความต้องการโดยถือว่าความต้องการเป็นพื้นฐานที่จะทำให้เกิดแรงขับหรือแรงจูงใจ ซึ่งเป็นผลให้มนุษย์เราแสดงพฤติกรรมไปในทิศทางที่จะนำไปสู่เป้าหมาย (Goal) ซึ่งเมอร์เรย์ได้ทำการศึกษาความต้องการทางจิตวิทยาของบุคคลปกติกลุ่มหนึ่งและได้แบ่งความต้องการทางจิตวิทยาออกเป็น 20 ชนิด แต่ความต้องการที่ยังคงมีการนำไปใช้ในปัจจุบันนี้ได้แก่

1. ความต้องการใฝ่สัมฤทธิ์ (Achievement)
2. ความต้องการที่จะมีความสัมพันธ์กับคนอื่น (Affiliation)
3. ความต้องการความก้าวหน้า (Aggression)
4. ความต้องการที่จะเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy)
5. ความต้องการที่จะมีอิทธิพลหรือบังคับผู้อื่น (Dominance)
6. ความต้องการที่แสดงออกเป็นเป้าแห่งสายตาคน (Exhibition)

## 7. ความต้องการที่จะปกป้องคุ้มครองรักษาผู้อื่น (Nurturance)

**ทฤษฎีการจูงใจของมาสโลว์** มาสโลว์ กล่าวถึงลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ไว้ 5 ระดับ (Maslow 1997 อ้างถึงในสมศักดิ์ สุเมธยาจารย์, 2542: 34 -36) คือ

1. ความต้องการทางด้านร่างกายเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีพ เช่น ความต้องการอากาศ อาหาร น้ำ การนอนหลับ ความต้องการทางเพศ เป็นต้น
2. ความต้องการทางด้านความปลอดภัยหรือความมั่นคง เมื่อเราได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกายแล้วสิ่งต่อไปที่เราต้องการ คือ ต้องการความปลอดภัยจากอันตรายและภาวะคุกคามต่าง ๆ
3. ความต้องการทางด้านสังคมเกิดขึ้นเมื่อได้รับความต้องการทางด้านร่างกายและความปลอดภัยแล้วเราจะต้องการยอมรับ ต้องการความรักจากบุคคลอื่น ต้องการที่จะมีเพื่อน
4. ความต้องการที่จะได้รับการยกย่องในสังคมเป็นความต้องการที่เกิดขึ้นภายในคือ ต้องการความเชื่อมั่นในตัวเอง การยอมรับและการได้รับความเคารพจากบุคคลอื่น ต้องการความสำเร็จในการทำงานหรือสิ่งอื่น ๆ ที่จะทำให้อาชีพของตนเองดีขึ้น
5. ความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จตามความนึกคิด เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของทุกคน ได้แก่ ต้องการความเจริญก้าวหน้ามีความสามารถ มีทักษะในการทำงานบุคคลที่จะบรรลุในขั้นนี้จะถือว่าเป็นบุคคลที่มีความสามารถพิเศษ

**ทฤษฎีแรงจูงใจของแมคเคลแลนด์** (Mc Clelland 1993, อ้างถึงในสมศักดิ์ สุเมธยาจารย์, 2542: 34 -36) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยแบ่งความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 3 ประการ คือ

1. ความต้องการสัมฤทธิ์ผล (Need for achievement) เป็นแรงขับเพื่อจะทำงานที่ทำให้ประสบผลสำเร็จดีที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐาน
2. ความต้องการความรักและความผูกพัน (Need for affiliation) เป็นความปรารถนาที่จะส่งเสริมและรักษาสัมพันธภาพอันอบอุ่นเพื่อความเป็นมิตรกับผู้อื่นคล้ายกับความต้องการทางสังคมของมาสโลว์
3. ความต้องการมีอำนาจ (Need for power) เป็นความต้องการที่จะทำให้อีกคนหนึ่งมีความประพฤติหรือพฤติกรรมที่ต้องการ ต้องการที่จะมีอำนาจในการบังคับบัญชาผู้อื่น

**ทฤษฎีการจูงใจของเฮิร์ซเบิร์ก** (Herzberg 1993, อ้างถึงในสมศักดิ์ สุเมธยาจารย์, 2542: 34 -36) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ ที่เรียกว่าทฤษฎีปัจจัยจูงใจ – ปัจจัยค้ำจุน (The Motivation – hygiene factors theory or Two – factor theory) ได้สรุปความต้องการของคนในองค์กรหรือ

การจูงใจจากการทำงานว่า ความพอใจในงานและความไม่พอใจในงานไม่ได้มาจากปัจจัยกลุ่มเดียว แต่มีเหตุมาจากปัจจัยสองกลุ่มคือปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) กับปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยอนามัย (Hygiene factors) ซึ่งได้แสดงรายละเอียดของแต่ละปัจจัยไว้ดังนี้

1. ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานและความสำเร็จของงานนั้น คือมีความสัมพันธ์โดยตรงกับแรงจูงใจภายในที่เกิดจากงานที่ทำ (Job content) ถ้ามีอยู่ก็จะเป็นสิ่งจูงใจหรือทำให้เกิดความพอใจในงานที่ทำผู้ปฏิบัติงานที่มีแรงจูงใจ จะตั้งใจทำงานจนสุดความสามารถ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของงานได้ปัจจัยเหล่านี้มีอยู่ 5 ชนิด ได้แก่

1.1 ความสำเร็จของงาน (Achievement) หมายถึง การที่บุคคลสามารถทำงานได้เสร็จสิ้นและประสบความสำเร็จอย่างดีความสามารถในการแก้ปัญหาต่าง ๆ การรู้จักป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น และการแสดงสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ส่งผลให้เห็นผลงานของบุคคล

1.2 ลักษณะของงาน (Work itself) หมายถึง ความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีของบุคคลที่มีต่อลักษณะของงาน ว่างานนั้นเป็นงานที่น่าเบื่อหน่ายหรือท้าทายความสามารถอันจะก่อให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ หรือเป็นงานที่ง่ายหรือยาก

1.3 การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับนับถือไม่ว่าจากผู้บังคับบัญชา กลุ่มเพื่อน บุคคลในหน่วยงานหรือจากบุคคลอื่นโดยทั่วไป ซึ่งการยอมรับนี้อาจจะแสดงออกในรูปของการยกย่องชมเชย

1.4 ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานใหม่ ๆ และมีอำนาจในการรับผิดชอบอย่างเต็มที่

1.5 โอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน (Advancement) การเปลี่ยนแปลงสถานะหรือตำแหน่งของบุคคลในองค์การ แต่ในกรณีที่บุคคลย้ายตำแหน่งจากแผนกหนึ่งไปยังอีกแผนกหนึ่งโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะถือเป็นเพียงการเพิ่มโอกาสให้มีความรับผิดชอบงานมากขึ้น แต่ไม่ใช่เป็นความก้าวหน้าในตำแหน่งงานอย่างแท้จริง กล่าวโดยสรุป ปัจจัยจูงใจ คือ สิ่งจูงใจที่ทำให้เกิดความพอใจในงานที่ปฏิบัติตั้งใจที่จะปฏิบัติงานโดยใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่เพื่อให้งานประสบผลสำเร็จ

2. ปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยอนามัย (Hygiene factors) มีความสัมพันธ์โดยตรงกับสิ่งแวดล้อมภายนอกของงาน (Job context) เป็นปัจจัยที่ลดความไม่พอใจในงานอันจะทำให้คนทำงานให้กับองค์การได้นาน ๆ ปัจจัยเหล่านี้ไม่ถือว่าเป็นสิ่งจูงใจให้คนทำงานมากขึ้น แต่มีส่วนช่วยให้คนทำงานได้สุขสบายมากขึ้นและป้องกันไม่ให้เกิดผลเสีย ถ้าปัจจัยนี้ไม่มีในงานหรือจัดไว้ไม่ดีจะทำให้ขวัญของคนที่ทำงานไม่ดีไปด้วย ปัจจัยเหล่านี้มีอยู่ 8 ชนิดได้แก่ (Herzberg 1993, อ้างถึงในสมศักดิ์ สุเมธยาจารย์, 2542: 46 - 49)

2.1 เงินเดือนและค่าตอบแทน (Salary and compensation) หมายถึง ความพึงพอใจในเงินเดือนหรือความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อเงินเดือนที่เพิ่มขึ้น

2.2 ความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน (Interpersonal relation) ได้แก่ การติดต่อพบปะกันไม่ว่าจะเป็นทางกริยาหรือวาจาที่แสดงถึงความสัมพันธ์อันดีต่อกันกับผู้บังคับบัญชา (Superior) ผู้ใต้บังคับบัญชา (Subordinate) และเพื่อนร่วมงาน (Peers)

2.3 สถานะของอาชีพ (Status) หมายถึง ลักษณะของสถานะที่เป็นองค์ประกอบทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกต่องาน เช่น การมีเลขานุการ การมีรถประจำตำแหน่ง การมีอภิสิทธิ์ต่าง ๆ

2.4 นโยบายและการบริหารงาน (Policy and administration) หมายถึง การจัดการและการบริหารงานขององค์การ เช่น การให้อำนาจแก่บุคคลในการให้เขาดำเนินงานได้สำเร็จรวมถึงการติดต่อภายในองค์การนั้นคือนโยบายขององค์การจะต้องเป็นที่แน่ชัดเพื่อให้บุคคลดำเนินงานได้ถูกต้อง

2.5 สภาพการทำงาน (Working conditions) หมายถึง สภาพทางกายภาพ อันได้แก่ แสง การถ่ายเทอากาศ อุปกรณ์หรือเครื่องมือต่าง ๆ สิ่งแวดล้อมอื่น ๆ รวมทั้งปริมาณงานและเครื่องอำนวยความสะดวกในการทำงาน

2.6 ความมั่นคงในงาน (Job security) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความมั่นคงของงาน เช่น ระยะเวลาของงาน (Tenure) ความมั่นคงหรือไม่มั่นคงขององค์การ

2.7 วิธีการปกครองบังคับบัญชา (Supervision – technical) หมายถึง ความรู้ความสามารถของผู้บังคับบัญชาในการดำเนินงานหรือความยุติธรรมในการบริหารงาน อาจรวมถึงความเต็มใจหรือไม่เต็มใจของผู้บังคับบัญชาในการที่จะให้คำแนะนำหรือมอบหมายความรับผิดชอบต่าง ๆ ให้แก่ลูกน้อง

2.8 ลักษณะบางประการของงานที่ส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว (Factor in personal life) ทำให้บุคคลมีความรู้สึกอย่างใดอย่างหนึ่งต่องานของเขา เช่นถ้าองค์การต้องการให้บุคคลย้ายที่ทำงานใหม่ อาจจะไกลและทำให้ครอบครัวลำบาก

ผู้วิจัยเลือกนำเฉพาะปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) ซึ่งได้แก่ ความสำเร็จของงาน ความนับถือยกย่อง ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ โอกาสก้าวหน้าเท่านั้น เพราะเฮิร์ชเบิร์ก พบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการกระตุ้นการทำงานของบุคคลอันจะส่งผลทำให้ประสิทธิภาพของงานสูงขึ้นหรือต่ำลง ส่วนปัจจัยค่าจูนของเฮิร์ชเบิร์ก กล่าวว่าถ้าได้รับการดูแลอย่างพอเพียง ความไม่พอใจก็จะหายหรือหมดไป แต่จะไม่ทำให้บุคคลเกิดทัศนคติทางด้านบวกหรือเกิดแรงจูงใจต่อการทำงานให้มีผลผลิตหรือบริการในระดับที่สูงขึ้น แต่ในขณะเดียวกันในทางกลับกันบางครั้งปัญหาต่าง ๆ ในการทำงานก็เกิดจากปัจจัยค่าจูนซึ่ง สามารถแก้ไขได้โดยการชดเชยหรือทดแทนด้วยปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค่าจูนนั้นไม่สามารถชดเชยหรือทดแทนปัจจัยจูงใจได้เลย

**ประเภทของแรงจูงใจ** แรงจูงใจเป็นเครื่องช่วยให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ซึ่งนักจิตวิทยา แบ่งแรงจูงใจออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. แรงจูงใจทางสรีระ (Physiological Motive) แรงจูงใจทางสรีระเป็นอิทธิพลตามธรรมชาติ ที่มีอยู่ภายในคนทุกคนเหมือน ๆ กัน เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ ความหิว ความกระหาย และความรู้สึกทางเพศ

2. แรงจูงใจทางจิตวิทยา (Psychological Motive) แรงจูงใจทางจิตวิทยาเป็นอิทธิพลตามธรรมชาติที่มีอยู่ภายในทุกคนเพื่อสนองความต้องการด้านจิตใจ ซึ่งระดับของความต้องการด้านจิตใจของคนแต่ละคนจะแตกต่างกันตามพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ

**เทคนิคการจูงใจ** การจูงใจมีอิทธิพลเหนือพฤติกรรมของบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่งซึ่ง พฤติกรรมของบุคคลในองค์การย่อมมีผลเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับผลผลิตและการดำเนินงานขององค์การเป็นอย่างมาก ดังนั้นหน้าที่ของนักบริหารหรือหัวหน้าจึงต้องพยายามที่จะแสวงหาและใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อสร้างสรรค์สิ่งจูงใจให้เกิดขึ้นกับบรรดาผู้ร่วมงานซึ่ง (สมพงษ์ เกษมสิน, 2516. อ้างถึงในเนาวรัตน์ รตนสาม, 2542: 41) กล่าวถึงปัจจัยเกื้อหนุนต่อการจูงใจ ดังนี้

1. ผู้ร่วมงานจะต้องมีส่วนร่วมรับรู้นโยบายและแผนงานขององค์การ
2. ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานจะต้องเข้าใจในวัตถุประสงค์ขององค์การไปในแนวทางเดียวกัน
3. ต้องสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในองค์การว่าเขาจะได้รับสิ่งตอบแทนคุ้มค่ากับเวลาและแรงงานที่ได้ใช้ไปในการปฏิบัติงาน
4. ทุกคนในองค์การควรได้รับการยกย่องในผลสำเร็จของงานร่วมกัน
5. มาตรการที่ใช้ในการวัดผลการปฏิบัติงานจะต้องยุติธรรมและได้กำหนดไว้เป็นการแน่นอนล่วงหน้า
6. หน้าที่การงานควรกำหนดขึ้นไว้อย่างชัดเจนถูกต้อง
7. ลักษณะของงานและสภาพการปฏิบัติงานควรมีลักษณะที่เหมาะสมและจูงใจให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในสิ่งใหม่ ๆ
8. แผนการดำเนินงานขององค์การจะต้องพร้อมที่จะเผชิญกับสภาวะแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ
9. สร้างสรรค์ความสามัคคีปรองดองระหว่างฝ่ายบริหารกับฝ่ายปฏิบัติการให้กลมกลืนและราบรื่นอยู่เสมอ นักบริหารที่ดีจะต้องสามารถนำเทคนิคการจูงใจนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ปฏิบัติงานในองค์การของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**แรงจูงใจที่ทำให้คนอยากทำงาน** (เอกชัย กี่สุขพันธ์, 2538: 129 – 130) ที่ทุกคนต้องการเพื่อเป็นแรงจูงใจ ในการเลือกที่อยากปฏิบัติงานมีดังนี้

1. สวัสดิการที่ดี
2. สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี
3. เพื่อนร่วมงานที่ดี
4. งานไม่น่าเบื่อ
5. มีความก้าวหน้ามีหน้ามีตาในสังคม
6. งานไม่เสี่ยงอันตรายเกินไป
7. เงินเดือนผลตอบแทนที่น่าพอใจ
8. หัวหน้างานที่ดีเข้าใจลูกน้อง
9. อุปกรณ์ในการทำงานครบและสมบูรณ์
10. งานที่ทำท้าทายความสามารถ
11. มองเห็นความสำเร็จในงานที่ทำ
12. รู้สึกว่างานนั้นมีความมั่นคงและถาวร
13. ได้รับความยุติธรรม
14. มีโอกาสได้แสดงฝีมือ
15. เมื่อทำงานดีต้องได้รับคำชมเชย
16. ยกระดับการทำงานตามความสามารถของคน
17. ได้พบปะเพื่อนฝูงในระดับต่าง ๆ กัน
18. งานนั้นไม่ยากเกินความสามารถ
19. ความเอาใจใส่ของหัวหน้างาน
20. การสั่งงานที่ดี

**แนวทางสำหรับการจูงใจ** ชาร์ล อาร์ มิลตัน (Charles R. Mitton 1981, อ้างถึงในสมศักดิ์ สุเมธยาจารย์, 2542: 34 -36) ได้สรุปไว้ดังนี้

1. ต้องทราบถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์และกระบวนการจูงใจ
2. ค้นหาความเชื่อขั้นต้นหรือสมมติฐานของแต่ละคน
3. ใช้กระบวนการจูงใจในบริบทขององค์กรทั้งหมด
4. ต้องจำความแตกต่างในแต่ละบุคคล
5. ทราบถึงข้อมูลประชากรทั้งหมดขององค์กรหรือแต่ละบุคคล
6. มองหาโอกาสเพื่อก้าวสู่ความสำเร็จ
7. ส่งเสริมความต้องการความสำเร็จของแต่ละบุคคล

การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่เข้มแข็งให้เกิดขึ้นในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นบุคคลที่มีจิตอาสาช่วยเหลือพี่น้องประชาชน โดยการสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีศักยภาพ และมีทักษะในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ สามารถสร้างความร่วมมือเชื่อถือจากประชาชนในการปฏิบัติงาน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ของรัฐคอยให้คำแนะนำและสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ในส่วนภาครัฐจัดสวัสดิการเพื่อให้เกิดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ปักจี้สิ่งแวดล้อมดังกล่าวล้วนเป็นแรงจูงใจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความตั้งใจ รวมทั้งมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน

### แนวคิดด้านความรู้

ในการปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพ ความรู้ ถือเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของผู้ปฏิบัติงานที่จำเป็นต้องมี เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่ต้องปฏิบัติถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องดำเนินการให้เกิดขึ้นกับบุคคลที่จะปฏิบัติงาน ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้ารายละเอียดของแนวคิดด้านความรู้ไว้ดังนี้

**ความหมาย ความรู้ (Knowledge)** เป็นแนวทางอย่างหนึ่งของบุคคลในการที่จะนำไปใช้สำหรับการปฏิบัติงานที่บุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจในงานดีจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องซึ่งที่ผ่านมาได้มีผู้ให้ความหมายของความรู้ไว้ดังนี้

1. เบนจามิน บลูม (Benjamin Bloom 1964, อ้างถึงในปราณี รามสูตร, 2528: 109) ได้ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นพฤติกรรม ซึ่งบุคคลจะแสดงให้เห็นได้โดยการเขียน พูด บอก อธิบาย แสดงเหตุผลหรือสามารถนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันของตน
2. สุรางค์ ไคว์ตระกูล (2541: 318) ได้สรุปความรู้เกี่ยวกับการรู้คิดของตนเองไว้ว่าคนที่คิดเป็นหรือมีทักษะในการคิดจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการรู้คิดของตนเอง สามารถดูแลและควบคุมตรวจสอบการคิดของตนเอง พร้อมกับประเมินว่าวิธีการคิดหรือเทคนิคการคิดที่ใช้เหมาะสมหรือไม่ และพร้อมที่จะเปลี่ยนเทคนิคที่ใช้
3. วิจารย์ พานิช (2548: 5-6) ได้กล่าวว่า ความรู้มีหลายนัยและหลายมิติ คือ 1) ความรู้ คือ สิ่งที่น่าไปใช้จะไม่หมดหรือสึกหรอแต่จะงอกเงยหรืองอกงามขึ้น 2) ความรู้คือสารสนเทศที่นำไปสู่การปฏิบัติและ 3) ความรู้เป็นสิ่งที่ขึ้นกับบริบทและกระตุ้นให้เกิดขึ้นโดยความต้องการ
4. ดาร์เวนพอดย์ (Davenport 1998, อ้างถึงในพรธิดา วิเชียรปัญญา, 2547: 20) ได้ให้ความหมายว่าความรู้หมายถึง ส่วนผสมของกรอบประสบการณ์ คุณค่า สารสนเทศ ที่เป็นสภาพแวดล้อมและกรอบการทำงานสำหรับการประเมินและรวมกันของประสบการณ์และสารสนเทศใหม่

5. ราชบัณฑิตยสถาน (2546: 232) กล่าวว่าความรู้ หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือประสบการณ์รวมทั้งความสามารถในเชิงปฏิบัติและทักษะ

จากแนวคิดความรู้ที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจ ข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ ที่สั่งสมมาจากการเรียนรู้ การศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือประสบการณ์ สามารถแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในด้านความคิด การพูด การเขียนและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งความรู้สามารถพัฒนาให้เจริญงอกงามได้

**ประเภทของความรู้** ประเภทของความรู้สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ ได้แก่

1. ความรู้ที่อยู่ในตัวคน/ความรู้โดยนัย (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ พรสวรรค์หรือสัญชาตญาณของแต่ละบุคคลในการทำความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ เป็นความรู้ที่ไม่สามารถถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดหรือลายลักษณ์อักษรได้โดยง่าย เช่น ทักษะในการทำงานฝีมือหรือการคิดเชิงวิเคราะห์
2. ความรู้ที่อยู่ในรูปแบบสื่อหรือเอกสาร ความรู้ที่ชัดเจน (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่สามารถรวบรวม ถ่ายทอดได้โดยผ่านวิธีต่าง ๆ เช่น การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ทฤษฎี คู่มือต่าง ๆ และบางครั้งจะเรียกว่าความรู้แบบรูปธรรม
3. ความรู้ที่เกิดจากวัฒนธรรม (Culture Knowledge) หมายถึง ความรู้ที่เกิดจากความเชื่อ ความศรัทธา ซึ่งเกิดจากผลสะท้อนกลับของความรู้และสภาพแวดล้อมทั่วไปของสังคม

**ระดับความรู้ (Levels Knowledge)** (James Brian Quinn 1998, อ้างถึงในสำนักงาน ก.พ.ร. และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. 2548: 16) กล่าวว่าความรู้แบ่งออกเป็น 4 ระดับได้แก่

ระดับที่ 1. Know - what (รู้ว่าคืออะไร) เป็นความรู้เชิงรับรู้หรือความรู้ที่ได้จากการเรียน เห็นหรือจดจำมีลักษณะเป็นความรู้ในทฤษฎีว่าสิ่งนั้นคืออะไร

ระดับที่ 2. Know - how (รู้ว่่าเป็นอย่างไร/รู้วิธีการ) เป็นความสามารถในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติให้เข้ากับสภาพแวดล้อม

ระดับที่ 3. Know - why (รู้ว่่าทำไม/รู้เหตุผล) เป็นความลึกซึ้งเชิงเหตุผลที่สลับซับซ้อนขึ้น ภายใต้เหตุการณ์และสถานการณ์ต่าง ๆ ความรู้ในระดับนี้สามารถพัฒนาได้บนพื้นฐานของประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาและอภิปรายร่วมกับผู้อื่น ๆ

ระดับที่ 4. Care - why (ใส่ใจกับเหตุผล) เป็นความรู้ในลักษณะการสร้างสรรค์ที่มาจากตัวเอง บุคคลที่มีระดับความรู้ในระดับนี้จะมีเจตจำนงแรงจูงใจและการปรับตัวเพื่อความสำเร็จ

เกศินี จุฑาวิจิตร (2540: 52) ได้จำแนกระดับความรู้ออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้

1. ระดับที่ระลึกได้ (Recall) หมายถึง การเรียนรู้ในลักษณะที่จดจำเรื่องเฉพาะวิธีปฏิบัติ กระบวนการและแบบแผนได้ ความสำเร็จในระดับนี้ คือความสามารถในการดึงข้อมูลจากความจำออกได้
2. ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ (Comprehension) หมายความว่า บุคคลสามารถทำบางสิ่งบางอย่างได้มากกว่าจดจำเนื้อหาที่ได้รับ เช่น สามารถเขียนข้อความเหล่านั้นด้วยถ้อยคำของตนเองได้ สามารถแสดงให้เห็นได้ด้วยภาพ ให้ความหมายที่ลึก ซึ่งแปลความและเปรียบเทียบความคิดอื่น ๆ หรือคาดคะเนผลที่เกิดขึ้นต่อไปได้
3. ระดับการนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถที่จะนำข้อเท็จจริงและความคิดที่เป็นนามธรรม ไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม
4. ระดับการวิเคราะห์ (Analysis) สามารถใช้ความคิดในรูปของการนำความคิดมาแยกเป็นส่วน เป็นประเภท หรือนำข้อมูลมาประกอบกันเพื่อการปฏิบัติของตนเอง
5. ระดับการสังเคราะห์ (Synthesis) คือ การนำข้อมูลและแนวความคิดมาประกอบกันแล้วนำไปสู่การสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นสิ่งใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม
6. ระดับการประเมินผล (Evaluation) คือ ความสามารถในการใช้ข้อมูล เพื่อตั้งเกณฑ์การรวบรวม และวัดข้อมูลตามมาตรฐานเพื่อใช้ตัดสินใจถึงระดับผลการประเมินของกิจกรรมแต่ละอย่าง

**คุณลักษณะของความรู้** ความรู้จัดเป็นทรัพย์สินประเภทหนึ่งที่มีความสำคัญและมีลักษณะที่แตกต่างจากทรัพย์สินอื่น (Gray 1999, อ้างถึงในสุนทรีย์ ประทีปอนันต์ 2540: 64) ดังนี้

1. ไม่เป็นไปตามกฎลดน้อยถอยลง (Diminishing of Returns) ความรู้เมื่อใช้แล้วจะไม่เหมือนการบริโภคสินค้าอื่นที่ใช้แล้วหมดหรือลดลงไป เมื่อผู้บริโภคได้ใช้แล้วความรู้จะมีการพัฒนาหรือขยายความรู้ออกไปและเพิ่มคุณค่าของความรู้ได้
2. มีการขยายตัวไม่หยุดนิ่ง และต้องทบทวนพัฒนาตลอดเวลา ในขณะที่ความรู้ได้พัฒนาขึ้นจะมีการขยายกิ่งก้านสาขาของความรู้ออกไป ความรู้จึงมีลักษณะพลวัต (Dynamic) เป็นสารสนเทศที่นำไปปฏิบัติได้
3. มีคุณค่าไม่แน่นอน เป็นการยากที่จะประเมินผลกระทบจากการลงทุนในด้านความรู้ ประโยชน์หลายอย่างเป็นลักษณะที่จับต้องไม่ได้ นอกจากนี้หากมีการแลกเปลี่ยนความรู้ การประเมินคุณค่าหรือการประเมินผู้ที่ได้รับประโยชน์มากที่สุดจะประเมินได้ยากเช่นกัน
4. ความรู้ขึ้นอยู่กับบริบทเฉพาะ และขึ้นอยู่กับเวลาและสถานที่ ประโยชน์และความถูกต้องของความรู้แปรเปลี่ยนตามกาลเวลา ความรวดเร็ว (immediacy) อายุ (age) การสิ้นสุด (perishability) ความไวต่อการเปลี่ยนแปลง (vitality) จึงเป็นลักษณะที่สำคัญของความรู้
5. ความเป็นอสมมาตรของความรู้ (Asymmetry of Knowledge) องค์การต่าง ๆ มักมีความรู้ของแต่ละหน่วยงานไม่เท่ากัน บางหน่วยงานมีความรู้ทักษะ และความเชี่ยวชาญมากกว่าหน่วยงานอื่น

**การวัดระดับความรู้** สุนทรีย์ ประทีปอนันต์ (2540: 67) กล่าวว่าเครื่องมือที่ใช้ในการวัดความรู้มีหลายชนิดแต่ละชนิดมีความเหมาะสมในการวัดความรู้ตามลักษณะที่แตกต่างกันไป ที่นิยมใช้กันมากคือ แบบทดสอบ ซึ่งรูปแบบการทดสอบมี 3 ลักษณะ ได้แก่

1. ข้อสอบปากเปล่าเป็นการทดสอบโดยการใช้การโต้ตอบด้วยวาจาหรือคำพูดระหว่างผู้ทำการสอบกับผู้ถูกสอบโดยตรงหรือบางที่เรียกว่าการสัมภาษณ์
2. ข้อสอบข้อเขียนแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ
  - 2.1 แบบความเรียงเป็นแบบที่ต้องการให้ผู้ตอบอธิบายเรื่องราวเกี่ยวกับความรู้นั้น ๆ
  - 2.2 แบบจำกัดคำตอบ เป็นข้อสอบที่ให้ผู้ตอบพิจารณาเปรียบเทียบตัดสิน มีอยู่ 4 รูปแบบ คือ แบบถูกผิด แบบเติมคำ แบบจับคู่ แบบเลือกตอบ
3. ข้อสอบภาคปฏิบัติเป็นข้อสอบที่ไม่ต้องการให้ผู้ตอบ ตอบออกมาด้วยคำพูดหรือเขียน แต่มุ่งให้แสดงพฤติกรรมด้วยการกระทำจริง

การอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาและรายละเอียดของหลักสูตรตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดความรู้และทราบรายละเอียดของเนื้อหา สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านในโอกาสต่อไป สำหรับการวัดระดับความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน สามารถวัดได้จากการทำข้อสอบหรือแบบสอบถาม เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจตามหลักสูตรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งผลการวัดความรู้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้

### **แนวคิดด้านทัศนคติ**

ในการปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพที่ดี การมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานของบุคคลถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้งานบรรลุเป้าหมาย เพราะทัศนคติคือตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ถ้าบุคคลนั้นตอบสนองต่อการปฏิบัติงานในทางที่ดี ก็จะทำให้บุคคลนั้นตอบสนองต่อการปฏิบัติงานในทางที่ดีด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษารายละเอียดของแนวคิดด้านทัศนคติดังนี้

#### **ความหมายของทัศนคติ**

1. สุชา จันทรเฒ (2539: 242) กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกหรือท่าทีของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุสิ่งของหรือสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นไปในทำนองที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้

2. พรทิพย์ สัมปตตะวนิช (2538: 153) กล่าวว่า ทักษคติ หมายถึง ความโน้มเอียง (Predisposition) ที่เกิดจากการเรียนรู้เพื่อที่จะตอบสนองต่อวัตถุใดวัตถุหนึ่ง อาจจะออกมาในลักษณะที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อวัตถุนั้นได้

3. เรอร์สโตน (Thurstone, 1946 อ้างถึงในสมศักดิ์ สุเมธยาจารย์, 2542: 25) กล่าวว่า “ทักษะคติ เป็นผลรวมทั้งหมดของมนุษย์เกี่ยวกับความรู้สึกอคติ ความคิด ความกลัวบางสิ่งบางอย่าง การแสดงออก ทางด้านคำพูดเป็นความคิด และความคิดนี้เป็นลักษณะของทักษะคติ ดังนั้นถ้าเราจะวัดทักษะคติเราก็ สามารถวัดได้โดยใช้ความคิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ทักษคติเป็นระดับความมากน้อยของความรู้สึกใน ด้านบวกและด้านลบที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความรู้สึกเหล่านี้บอกถึงความแตกต่างว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย”

4. รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธ์ (2533: 12) ได้ให้ความหมายของทักษะคติว่า ทักษคติ หมายถึง ศักยภาพภายในของบุคคลที่มีแนวโน้มแสดงออกทางพฤติกรรมในทิศทางบวก ทิศทางลบหรือเป็นกลาง

กล่าวโดยสรุป ทักษคติ หมายถึง ความรู้สึกหรือท่าที ที่แสดงออกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งอาจแสดงออกทางด้านคำพูด ความคิด การกระทำ ส่วนระดับมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ การตอบสนองนั้น ๆ

**องค์ประกอบของทักษะคติ** พรทิพย์ สัมปตตะวนิช (2538: 155-156) กล่าวถึง องค์ประกอบ ของทักษะคติว่ามี 3 องค์ประกอบได้แก่

1. องค์ประกอบทางความคิดหรือการรับรู้ (Cognitive or Pereptual Component) องค์ประกอบ นี้ประกอบไปด้วยเรื่องของความเชื่อ ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับวัตถุอื่น ๆ ซึ่งเกิดขึ้นโดยมีพื้นฐาน มาจากการรับรู้ในข้อมูลต่าง ๆ ที่แต่ละบุคคลได้มาจากประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม

2. องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (Affective Component) คือ ความรู้สึกโดยรวมในเรื่องของ ความชอบและอารมณ์ที่มีต่อวัตถุนั้น ๆ ซึ่งองค์ประกอบนี้เป็นเรื่องของการประเมินวัตถุนั้น ๆ ออกมาเป็น ความรู้สึก ซึ่งความรู้สึกนี้อาจพัฒนามาจากข้อมูลของความรู้หรือความเชื่อในตัววัตถุก็ได้ หรือมันอาจเกิด มาจากผลของการประเมินในคุณสมบัติ (Attributes) หลาย ๆ คุณสมบัติของวัตถุก็ได้หรืออาจจะไม่ เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของด้านความรู้ เป็นความเชื่อเลยก็ได้ เรื่องของความรู้สึกนั้นขึ้นอยู่กับบุคคล และสถานการณ์ด้วย บุคคลต่างกันอาจจะประเมินความเชื่อออกมาเป็นความรู้สึกต่างกันขึ้นกับแรงจูงใจ บุคลิกภาพ ประสบการณ์ในอดีต กลุ่มอ้างอิงและเงื่อนไขอื่น ๆ ของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วัฒนธรรมต่างกันก็ทำให้การประเมินนั้น ๆ ต่างกันด้วย

3. องค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) คือ ความโน้มเอียงที่จะ เกิดพฤติกรรมหรือความตั้งใจที่จะเกิดพฤติกรรมหรือผลของความรู้สึกที่มีต่อวัตถุ

**ลักษณะทั่วไปของทัศนคติ** รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธุ์ (2533: 14-15) กล่าวถึง ลักษณะทั่วไปของทัศนคติว่า เป็นความรู้สึกที่ชี้ไปถึงลักษณะของจิตใจอารมณ์ของบุคคล ซึ่งอาจเป็นลักษณะที่ไม่แสดงออกมาให้บุคคลอื่นเห็นหรือเข้าใจก็ได้มีลักษณะทั่วไปที่สำคัญ 5 ประการ ได้แก่

1. ทัศนคติเป็นเรื่องของอารมณ์ (Feeling) อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามเงื่อนไขหรือสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลจะมีการกระทำที่เสแสร้งโดยแสดงออกไม่ให้ตรงกับความรู้สึกของตนเมื่อเขารู้ตัวหรือรู้ว่ามีคนสังเกต
2. ทัศนคติเป็นเรื่องเฉพาะตัว (Typical) ความรู้สึกของบุคคลอาจเหมือนกันแต่รูปแบบการแสดงออกแตกต่างกันออกไปหรืออาจมีการแสดงออกที่เหมือนกันแต่ความรู้สึกต่างกันได้
3. ทัศนคติมีทิศทาง (Direction) การแสดงออกของความรู้สึกสามารถแสดงออกได้สองทิศทาง เช่น ทิศทางบวก เป็นทิศทางที่สังคมปรารถนาและทิศทางลบเป็นทิศทางที่สังคมไม่ปรารถนา ได้แก่ ชื่อสัตย์-คดโกง ชอบ-ไม่ชอบ ขยัน-ขี้เกียจ เป็นต้น
4. ทัศนคติมีความเข้ม (Intensity) ความรู้สึกของบุคคลอาจเหมือนกันในสถานการณ์เดียวกันแต่อาจแตกต่างกันในเรื่องความเข้มที่บุคคลรู้สึกมากน้อยต่างกัน เช่น รักมาก - รักน้อย ขยันมาก - ขยันน้อย เป็นต้น
5. ทัศนคติต้องมีเป้า (Target) ความรู้สึกจะเกิดขึ้นลอย ๆ ไม่ได้ เช่น รักพ่อแม่ ขยันเข้าชั้นเรียน ขี้เกียจทำการบ้าน เป็นต้น

**การวัดทัศนคติ** การวัดทัศนคติทำให้เราเข้าใจทัศนคติของบุคคลและสามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ได้ สุชา จันทรเอน (2539: 243-245) กล่าวถึง วิธีวัดทัศนคติสามารถวัดได้หลายแบบ ดังนี้

1. Sealing Technique เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้วัดทัศนคติ มีอยู่ 2 แบบ คือ
  - 1.1 วิธีของเธอร์สตัน (The Thurston Method) แบบนี้ประกอบด้วยประโยคต่าง ๆ ประมาณ 10 - 20 ประโยคหรือมากกว่านั้นประโยคต่าง ๆ เหล่านี้จะเป็นตัวแทนของระดับความคิดเห็นต่าง ๆ กัน ผู้ถูกทดสอบจะต้องแสดงให้เห็นว่าเขาเห็นด้วยกับประโยคใดบ้าง ประโยคหนึ่ง ๆ จะกำหนดค่าเอาไว้ คือ กำหนดเป็น Scale Value ขึ้น เริ่มจาก 0.0 ซึ่งเป็นประโยคที่ไม่พึงพอใจมากที่สุดเรื่อย ๆ ไปถึง 5.5 สำหรับประโยคที่มีความรู้สึกเป็นกลาง ๆ (Neutral Statement) จนกระทั่ง 11.0 ซึ่งมีค่าสูงสุดสำหรับประโยคที่พึงพอใจมากที่สุด
  - 1.2 วิธีของลิเกิร์ต (The Likert Technique) มาตรฐานแบบนี้ ประกอบด้วยประโยคต่าง ๆ ซึ่งแต่ละประโยคผู้ถูกทดสอบจะแสดงความรู้สึกของตนออกมา 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉย ๆ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งแต่ละระดับมีคะแนนให้ไว้ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนของคนหนึ่ง ๆ ได้จากคะแนนรวมจากทุก ๆ ประโยค

2. Polling การหยั่งเสียงประชาชน ส่วนมากใช้กับการเลือกตั้งพรรคการเมืองหรือที่ทำอะไรเกี่ยวกับประชาชน ก็ต้องมีการตรวจสอบหยั่งเสียงกัน เพื่อหยั่งดูว่า มหาชนมีความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ อย่างไร เช่น การลดกำลังอาวุธ การเลือกตั้งพรรคการเมืองที่ประชาชนนิยม เป็นต้น ผลการหยั่งเสียงจะออกมาตรงหรือไม่ขึ้นอยู่กับวิธีการสุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างนั้นเป็นตัวแทนของประชากรได้หรือไม่

3. Questionnaire คือ การใช้แบบสอบถามว่าเห็นด้วยหรือไม่ ดีหรือไม่ดีโดยแบ่งการสอบถามออกเป็น 2 แบบ คือ

3.1 Fixed-alternative Questions คือ คำถามที่ถามเฉพาะเจาะจงลงไปแล้วให้ตอบตามเรื่องที่ถามเท่านั้น

3.2 Open-ended Questions คือ คำถามที่เปิดโอกาสให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม แล้วนำความคิดเห็นหรือความรู้สึกของคนส่วนมากมาจัดกลุ่มดูว่าเขาเหล่านั้นมีความรู้สึกอย่างไรหรือมีทัศนคติเช่นไร

ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพที่ดี การสร้างทัศนคติที่ดีให้เกิดขึ้นกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้เกี่ยวข้องต้องช่วยกันส่งเสริม เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน ย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติงานด้วยการแสดงออกที่พอใจหรือเห็นด้วยและตอบสนองต่องานทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ การวัดระดับทัศนคติของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถวัดได้โดยการตอบแบบสอบถาม ผลการวัดระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หากระดับทัศนคติที่วัดได้อยู่ในระดับต่ำผู้เกี่ยวข้องจะได้หาแนวทางแก้ไขเพื่อสร้างเสริมทัศนคติที่ดีให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เกรียงศักดิ์ กำเนิดกาญจน์ (2540: 51 - 52) ได้วิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพศหญิงปฏิบัติงานมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพศชาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการศึกษาสูงปฏิบัติงานได้มากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการศึกษาน้อย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้ต่อเดือนสูงปฏิบัติงานมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำ ส่วนอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

และตำแหน่งอื่นนอกเหนือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในระดับมากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ปัจจัยด้านการฝึกอบรม ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการเยี่ยมเยียนดูแลการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนเกี่ยวกับคณะกรรมการหมู่บ้านหรือกรรมการสภาตำบล ให้ความร่วมมือสนับสนุนในการปฏิบัติงาน ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในระดับน้อย ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องเป็นผู้ประสานงานกับคณะกรรมการหมู่บ้านและกลุ่มผู้นำอื่น ๆ ของหมู่บ้าน

ฉัฐมา สวัสดิไชย (2540: 26-38) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี จากการศึกษา พบว่าผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 21.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 60.2 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 18.4 ปัจจัยพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ได้แก่ 1) เพศ 2) อาชีพ 3) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุข ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ได้แก่ 1) ความสะดวกในการปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 2) ความครบถ้วนของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 3) ความสม่ำเสมอของการเยี่ยมเยียนโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4) ความสามัคคีของเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยกัน 5) การให้ความร่วมมือของประชาชน และ 6) การให้การสนับสนุนของผู้นำชุมชน

รัชณี จันทรสวัสดิ์ (2540: 34 - 39) จากการศึกษาการยอมรับของประชาชนในการรับบริการจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลจอมปลวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ปัญหาในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่คือการมิได้ปฏิบัติงานจริงซึ่งเกิดจาก 1) การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมิได้กำหนดตารางการปฏิบัติงานไว้ให้ชัดเจน 2) ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่เพียงพอเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่มีเวลาไปรับการปฐมนิเทศติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวประกอบกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมิได้มีการอบรมให้ความรู้อาสาสมัครต่อเนื่องทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดความรู้ความมั่นใจ จึงมิได้ทำงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรชุมชนและประชาชนตัดสินใจกำหนด การจัดบริการสาธารณสุขที่จำเป็นในชุมชนให้ชัดเจนและเหมาะสมสามารถปฏิบัติงานได้จริง โดยที่ประชาชนทุกคนต้องรับรู้และให้การสนับสนุนเพื่อให้ประชาชนบริการประชาชน การจัดอบรมอาสาสมัครให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจําหมู่บ้านให้สามารถให้บริการพื้นฐาน 14 องค์ประกอบแก่ประชาชนได้ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุนด้านวิชาการทางสาธารณสุขแก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจําหมู่บ้าน นอกจากนี้ยังพบว่า อาชีพ รายได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจําหมู่บ้านไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับบริการของประชาชนในการได้รับบริการจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจําหมู่บ้าน

สีสด เขมะบาล (2542: 62) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจําหมู่บ้านใน ศสมช. อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี พบว่า เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลา การปฏิบัติงาน ความรู้และทัศนคติที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ชาตรี เบญญาพันธุ์ (2543: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจําหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ผลวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขนั้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 45.80 และปัจจัยส่วนบุคคลอื่นได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานรวมทั้งทัศนคติในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน และความรู้ในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

รัชนิ แยมกันชู (2543: 56) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจําหมู่บ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก พบว่า เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้และระยะเวลาในการปฏิบัติงานความรู้และทัศนคติที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจําหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ฉะอ้อน อินทรละมูล (2545: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการให้ความสำคัญและการปฏิบัติงานในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจําหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง พบว่า เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจําหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ธีระพล คงอาวุธ (2547: 78-83) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจําหมู่บ้าน ในตำบลคูซูด อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา ผลการศึกษา

พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพการสมรส ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ระดับความรู้ และทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์กัน ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

สุมาลี รองนวล (2550: 59 - 60) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ในจังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาพบว่า เพศ สถานภาพการสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สมศักดิ์ บุตรแสงดี (2552: 67) ได้ศึกษาระดับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าผลงานโดยรวมด้านสาธารณสุขมูลฐานมีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง

สุรียา ภูยี่หาว และคณะ (2553: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามกิจกรรมงานสาธารณสุขมูลฐาน ในอำเภอเซกา จังหวัดหนองคาย พบว่าระดับผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ภายใต้กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับปานกลางและปัจจัยด้านเพศและระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีผลต่อความแตกต่างในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ภายใต้กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนปัจจัยอายุไม่มีผลต่อความแตกต่างในการปฏิบัติงาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนมากไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล สำหรับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่องและระยะเวลาในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน