

ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย

วิจัยนี้เป็นการศึกษาทัศนคติของประชาชนที่มีต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมืองของจังหวัดชลบุรี ในการกล่าวถึงเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้แบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ตอนได้แก่

1. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับทัศนคติ
2. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมือง
3. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทบทวนวรรณกรรม

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับทัศนคติ

คำว่า "ทัศนคติ" (ATTITUDE) มีลักษณะเป็นตัวแปรเชิงสมมติ เป็นนามธรรมหรือมโนทัศน์ (CONCEPT) ที่ใช้แทนกลุ่มของการกระทำหรือพฤติกรรมหลาย ๆ อย่าง ซึ่งมีนักจิตวิทยาหลายท่านได้ให้ความหมายของ "ทัศนคติ" ไว้ดังนี้

ประภาณี สุวรรณ (2520) ได้รวบรวมคำจำกัดความของคำว่า "ทัศนคติ" และสรุปได้ดังนี้ ทัศนคติ เป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมจะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

สงวน สุทธิเสีตอรณ (2522) ได้สรุปความหมายของทัศนคติจากความหมายของนักจิตวิทยาและนักการศึกษาหลายท่านไว้ดังนี้ ทัศนคติคือสภาวะจิตใจหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคล หรือความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกมาเป็นที่ปรากฏต่อบุคคลหรือสาธารณชนก็ตาม ล้วนเป็นการกระทำที่เกิดจากทัศนคติทั้งสิ้น

สฤณี อิศรากร (2524) ได้สรุปไว้ว่า "ทัศนคติ" เป็นสภาพทางจิตใจที่เกิดจากประสบการณ์อันทำให้บุคคลมีท่าทีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ในลักษณะใดลักษณะหนึ่งอาจแสดงท่าทีออกมาในทางที่พอใจ เห็นด้วย หรือไม่พอใจ ไม่เห็นด้วยก็ได้

บุญธรรม กิจปริธาบริสุทธิ (2527) ได้สรุปไว้ว่า ทัศนคติเป็นท่าทีรวม ๆ ของบุคคลที่เกิดจากความพร้อมหรือความโน้มเอียงของจิตใจ ซึ่งแสดงออกต่อสิ่งเร้า เช่น ต่อวัตถุสิ่งของ หรือสถานการณ์ในสังคม โดยแสดงออกมาในทางสนับสนุนซึ่งมีความรู้สึกเห็นดีเห็นชอบเป็นต้น

วิจิตร ลิมนาดิษฐ์ (2528) สรุปไว้ว่า ทัศนคติคือสภาพทางจิตใจของบุคคลแต่ละบุคคลที่เกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ และมีความพร้อม เพื่อที่จะแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสื่อต่าง ๆ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ในทางใดทางหนึ่ง เช่น ชอบ ไม่ชอบ สนับสนุน หรือต่อต้าน

Gordon W. Allport (1967) ได้อธิบายว่า "ทัศนคติ" มีความหมายตรงกับภาษาอังกฤษว่า "Attitude" ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า "Aptus" แปลว่า โนมเอียง เหมาะสม

Milton Rokeach (1970) ได้อธิบายไว้ว่า ทัศนคติเป็นการผสมผสานหรือการจัดระเบียบของความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์หนึ่งซึ่งผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ

Phillip G. Zimbardo, Ebbe B. Ebbesen and Christina Maslach (1977) ได้ให้ความหมายของทัศนคติไว้อย่างละเอียดว่า ทัศนคติหมายถึง ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ ความชอบหรือไม่ชอบ ที่บุคคลมีต่อคนอื่น กลุ่มสังคม สถานการณ์ วัตถุหรือแนวคิด และถ้ามีสถานการณ์ใด ๆ เกิดขึ้น บุคคลเพียงแต่มีความรู้สึกต่อสิ่งนั้นโดยไม่จำเป็นต้องร่วมมือก็ได้เชื่อว่ามีทัศนคติต่อสิ่งนั้น

Anne Anastasi (1982) อธิบายความหมายของทัศนคติไว้ว่า หมายถึง ความโน้มเอียงที่จะแสดงออกทางชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น เชื้อชาติ สถาบันต่าง ๆ หรือขนบธรรมเนียมประเพณี ทัศนคติไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง แต่สรุปมาดั่งจากพฤติกรรมภายนอกทั้งที่ต้องใช้ภาษา และไม่ต้องใช้ภาษาได้

องค์ประกอบของทัศนคติ

ทัศนคติมียุ่กับองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ คือ

1. ความรู้ ความเข้าใจ ความคิด (Cognitive Component) เป็นการตอบสนองต่อบุคคลในลักษณะของการรับรู้ อันสืบเนื่องมาจากความคิดความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทัศนคติจะแสดงออกมาในแนวความคิดว่าอะไรถูกอะไรผิด

2. ความรู้สึก (Affective Component) เป็นลักษณะทางอารมณ์ของบุคคลที่คล้อยตามความคิด ความเชื่อ ถ้าบุคคลมีความคิดในแง่ที่ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งก็จะมีความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งนั้น ทัศนคติจะแสดงออกในรูปของความรัก ความโกรธ ความชอบ ความพอใจ ความเกลียดหรือความไม่พอใจ

3. พฤติกรรม (Behavior Component) คือความพร้อมที่จะกระทำ เป็นผลเนื่องจากความคิด และความรู้สึก ซึ่งออกมาในรูปของพฤติกรรม โดยการยอมรับหรือปฏิเสธ และเป็นการกระทำที่สามารถสังเกตเห็นได้

สจฺษา จันท์แอมและสจฺราจฺจ์ จันท์แอม (2518) กล่าวถึง ลักษณะที่สำคัญของทัศนคติไว้ดังนี้

1. ทศคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ หรือเกิดจากประสบการณ์ของบุคคลไม่ใช่ เป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด คนเราได้รับทศคติจากประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตบางครั้งก็ได้รับ จากการเอาอย่างซึ่งเริ่มตั้งแต่เด็กอยู่ในวัยที่มีอายุน้อย

2. ทศคติเป็นเครื่องกำหนดขอบเขตตลอดจนวิธีการต่าง ๆ ที่บุคคลใช้พิจารณา สิ่งแวดล้อม นั่นคือบุคคลพิจารณาสິงต่าง ๆ ในแง่ที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะคนเรามีทศคติ ไม่เหมือนกัน

3. บุคคลแต่ละบุคคลย่อมมีทศคติต่อประสบการณ์เดียวกันหรือต่อบุคคลเดียวกัน แตกต่างกันไปได้หลายลักษณะแล้วแต่ประสบการณ์ของบุคคลนั้น

4. ทศคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งนั้นอาจจะเป็นสิ่งถาวรตลอดไปหรือชั่วคราวก็ได้ ทศคติบางอย่างที่อยู่ในสภาพไม่มั่นคงก็พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงได้ ส่วนทศคติที่มั่นคงถาวรย่อม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและบุคลิกลีมากร และการเปลี่ยนแปลงย่อมมิได้ยาก

จากการศึกษาองค์ประกอบและลักษณะของทศคตินั้น อาจสรุปได้ว่าทศคติเป็นสิ่งที่ เกิดจากการเรียนรู้หรือเกิดจากประสบการณ์ของบุคคล และเมื่อทศคติเกิดขึ้นแล้วจะแสดง ออกโดยทางพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกอาจเป็นไปในทางบวกเห็นชอบด้วย หรือสนับสนุน พอใจ หรือเป็นไปในทางลบ คือไม่ชอบ ไม่เห็นด้วย ไม่สนับสนุน ไม่พอใจ คัดค้าน

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมือง

การดำเนินการด้านสุขภาพโดยประชาชน เพื่อประโยชน์ของประชาชนทั้งนี้โดยที่ ประชาชนต้องช่วยกันหรือ ค้นหาว่าอะไรเป็นปัญหา อะไรคือความจำเป็นที่จะต้องช่วยกันทำ ช่วยกันแก้ไข แต่ก่อนที่ประชาชนจะดำเนินการกันเองนั้น ประชาชนจะต้องช่วยกันพิจารณาว่า ใครเป็นผู้ที่เหมาะสมที่จะดำเนินการและผู้ที่ได้รับการจากประชาชนจะต้องเป็นสมาชิกของชุมชน นั้น เมื่อประชาชนได้เลือกผู้ที่เหมาะสมแล้ว ผู้นั้นจะได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ ความ

สามารถ โดยศึกษาจากปัญหาที่มีอยู่ในชุมชนของพวกเขาเอง ที่กล่าวมาข้างต้นนี้คือ หลักการของ "การสาธารณสุขมูลฐาน" ซึ่งในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีที่สำคัญในอันที่จะทำให้การบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชนเพื่อประชาชน โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น ด้วยวิธีการที่เหมาะสม มีการสร้างและพัฒนาองค์กรประชาชนระดับหมู่บ้านในรูปแบบของอาสาสมัครซึ่งมี 2 ประเภท คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งนี้เพื่อให้เป็นจุดรวมของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน กลุ่มอาสาสมัครดังกล่าวได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ความสามารถ ในการช่วยเหลือและจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในเรื่องง่าย ๆ และพบข้อยในชุมชน โดยมีการแนะนำสนับสนุนการดำเนินการอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล เพื่อให้อาสาสมัครเหล่านั้น ซึ่งในที่นี้เน้นเฉพาะ อสม. สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ครอบคลุมบทบาทที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ คือ

บทบาทของ อสม.

1. เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้านในเขตที่รับผิดชอบ
2. เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานจากเพื่อนบ้าน แจ้งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. เป็นผู้ประสานงานสาธารณสุขและงานส่วนรวมอื่น ๆ
4. เป็นผู้ให้คำแนะนำเผยแพร่ความรู้และชักชวนเพื่อนบ้านในเรื่องสุขภาพอนามัย
5. ให้การช่วยเหลือเพื่อนบ้านด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

6. ติดตามการรักษา และจ่ายยาแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการสาธารณสุข
7. จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด ในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้วและจ่ายถุงยางอนามัย
8. เจาะโลหิตเพื่อหาเชื้อไข้มาลาเรีย
9. เป็นแกนกลางในการประสานงานการดำเนินงานสาธารณสุขของเขตที่รับผิดชอบ ร่วมกับกลุ่มผู้นำอื่น ๆ โดยการกระตุ้นให้มีการประชุมวางแผนร่วมดำเนินงานสาธารณสุขของท้องถิ่น

เมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 สามารถสร้างระบบอาสาสมัครสาธารณสุข และจัดข่ายงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับหมู่บ้านครอบคลุมร้อยละ 50 ของจำนวนหมู่บ้านทั่วประเทศ

ต่อมาแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) แนวนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศ มีทิศทางอย่างชัดเจนที่จะให้เกิดบริการสาธารณสุขผสมผสานโดยชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เรื่องการอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การสุขภาพจิต สิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมโรคติดต่อประจำท้องถิ่น การโภชนาการ การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ฉะนั้น การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 นอกจากจะจัดตั้งและพัฒนาโครงสร้างกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขให้ครบทุกหมู่บ้านที่เหลือจากการดำเนินงานในระยะแรกแล้ว ยังได้กระตุ้นและสนับสนุนให้กลุ่มอาสาสมัครร่วมกับองค์กรอื่น ๆ ในหมู่บ้านสามารถบริหารจัดการเรื่องสาธารณสุขที่จำเป็นดังกล่าวได้ด้วยชุมชนเอง ตลอดจนได้มีการขยายโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนเขตเมืองด้วย เนื่องจากประชาชนในเขตเมืองยังได้รับบริการสาธารณสุขไม่ทั่วถึง กระทรวงสาธารณสุขโดยความร่วมมือของเทศบาล กรม

การปกครอง กระทรวงมหาดไทย จึงได้กำหนดให้มีโครงการ "สาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง" ดำเนินการในเทศบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อสร้างและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมือง ให้เป็นจุดรวมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับเขตเมืองและชุมชนแออัด ซึ่งสามารถที่จะดูแลและพัฒนาสุขภาพอนามัยด้วยตัวเองตลอดจนผู้อื่นได้ดี

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

3. เพื่อจัดการให้ชุมชนในเขตเมืองสามารถบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นด้วยตนเองได้ โดยเน้นหนักในลักษณะงานอันเป็นเป้าหมายของงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ งานสุขศึกษา งานควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่น งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด งานจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน งานควบคุมและป้องกันมลพิษที่ไม่เหมาะสมในด้านสิ่งแวดล้อม งานสุขภาพจิตและยาเสพติด งานทันตสาธารณสุข งานสังคมสงเคราะห์ในกลุ่มคนพิการ

4. เพื่อจัดการให้มีการประสานงานกับสภาเทศบาลในการพัฒนาการสาธารณสุขและการพัฒนาด้านอื่น ๆ ของชุมชน ทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ผสมผสานงานสาธารณสุขกับงานด้านปกครอง งานด้านการศึกษาเพื่อพัฒนาชุมชน

การดำเนินงานโครงการได้เริ่มเมื่อปี พ.ศ. 2525 โดยจัดให้มีการสำรวจข้อมูลในแต่ละเทศบาล ประสานงานระหว่างเทศบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลจังหวัด / ทั่วไป เพื่อจัดเตรียมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความรู้ความเข้าใจในโครงการอบรมครูฝึกของเทศบาล จัดเตรียมหลักสูตรฝึกอบรม อสม. เอกสารการเรียนการสอนของ อสม. คู่มือปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ การนิเทศงานและแบบบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.



เพื่อความคุ้มครองการปฏิบัติงาน

การคัดเลือก อสม.

ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาล ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขในตำบล (ถ้ามมี) ด้วยวิธีการต่าง ๆ แล้วแต่ความเหมาะสม เช่น วิธีสังคมนิติ วิธีให้ประชาชนแต่ละแห่งเลือก อสม. โดยตรง และสอบถามจากประชาชนทุกครอบครัวในแต่ละละแวกถึงผู้ที่

ควรเป็น อสม. จำนวน อสม. ในชุมชนนั้น พิจารณาเลือกให้มี อสม. 1 คน ต่อ 1 ละแวกหรือ อสม. 1 คนต่อ 15-50 ครอบครัว โดยกำหนดให้ผู้ที่จะเป็น อสม. ต้องมีอายุ 15 ปีขึ้นไป สุขภาพแข็งแรง อ่านออกเขียนได้ สม่ครใจทำงานและชุมชนยอมรับ

การฝึกอบรม อสม. เขตเมือง

เนื้อหาวิชาที่ใช้ฝึกอบรม อสม. ใช้ของกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งคู่มือการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แบบเรียนด้วยตนเองของ อสม. เอกสารสิ่งพิมพ์แบบบันทึกการปฏิบัติงานของ อสม. ส่วนวิชาการผู้ฝึกอบรมประกอบด้วย ครูฝึกจากเทศบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด / ทวีป และอื่น ๆ ตามความเหมาะสม

ระยะเวลาการฝึกอบรม 15 วัน หรือแล้วแต่ความจำเป็นและความเหมาะสมของแต่ละเทศบาล

การนิเทศงานและการสนับสนุน

การนิเทศงาน

ใช้หลักการเกี่ยวกับการนิเทศ อสม. กระทรวงสาธารณสุขโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาลเป็นผู้รับผิดชอบ และมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลจังหวัด/ทั่วไป เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมทำการนิเทศงาน อสม. เดือนละ 1 ครั้ง

การสนับสนุน

สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์และสิทธิการรักษาพยาบาลโดยใช้หลักการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

เมื่อสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 5 พบว่า สามารถจัดระบบโครงสร้างการสาธารณสุขมูลฐานและสร้างองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขได้ครอบคลุมหมู่บ้านร้อยละ 87 ของหมู่บ้านทั่วประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 2529) และครอบคลุมเขตเทศบาล 126 แห่งในทุกจังหวัด (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2529)

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาสาธารณสุขในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 5 ซึ่งจัดทำโดยกองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า

1. ประชาชนในชนบทส่วนใหญ่และผู้มีรายได้น้อยในเขตเมืองยังขาดความสามารถในการแสวงหาบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน

2. ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีค่านิยมที่เกื้อกูลต่อการพัฒนาสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสาธารณสุขมูลฐานในระดับต่ำ เมื่อเทียบกับค่านิยมที่มีต่อการรักษาพยาบาล ค่านิยมดังกล่าวทำให้ประชาชนไม่ทราบถึงปัญหาและความจำเป็นที่แท้จริงของตนเองและไม่ค่อยให้ความสนใจ

ร่วมมือในการแก้ปัญหาดังกล่าวนี้

3. การเข้าร่วมในกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาของหมู่บ้าน และการพัฒนาหมู่บ้านของประชาชนนั้น พบว่า ยังคงมีขีดจำกัดทางด้านความรู้ ความสามารถในการระดมทรัพยากรและการบริหารจัดการทรัพยากร ในรูปของการจัดตั้งกองทุน

4. การส่งเสริมและพัฒนากำลังคนทางด้านสาธารณสุขบางสาขา ไม่สามารถปรับเปลี่ยนหน้าที่ให้เกิดผลต่อการจัดระบบงานสาธารณสุขที่มีรากฐานอย่างแท้จริงอยู่ที่การสาธารณสุขมูลฐาน

5. การจัดระบบงาน ความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสมในระหว่างองค์กรในภาครัฐและเอกชน และในระหว่างองค์กรส่วนกลางกับส่วนภูมิภาค ตั้งแต่ระดับจังหวัดถึงหมู่บ้าน ยังไม่สามารถสร้างความเข้าใจได้อย่างถูกต้องและทั่วถึงในทุกฝ่าย ทุกระดับ และไม่ตอบสนองหรือสนับสนุนความต้องการของชุมชนได้อย่างเต็มที่และมีคุณภาพ ทั้ง ๆ ที่การขยายโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุขได้เป็นอย่างกว้างขวางในเกือบทุกพื้นที่

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ดังกล่าว เป็นแนวทางให้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) ยังจำเป็นต้องเร่งรัดการสร้างและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขและองค์กรต่าง ๆ ให้ครอบคลุมหมู่บ้านในชนบทและในชุมชน เขตเมืองที่ยังดำเนินการได้ไม่ครบถ้วนในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 ให้แล้วเสร็จ และยังได้มุ่งปรับปรุงคุณภาพของการดำเนินงานในชุมชนที่ผ่านมาให้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อปรับค่านิยมของประชาชนที่มีต่อการพัฒนาการสาธารณสุขให้สูงขึ้น ร่วมกับการสร้างเสริมสมรรถนะขององค์กรชุมชนให้สามารถระดมทรัพยากรและบริหารจัดการด้านการเงินให้เกื้อหนุนต่อการพัฒนาสาธารณสุข โดยการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกองทุนและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การพัฒนา ตลอดจนการถ่ายทอดเทคโนโลยีระหว่างชุมชนด้วยกัน นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาศักยภาพและขยายบทบาท ขอบข่ายของอาสาสมัครสาธารณสุขให้กระจายถึง

ทุกครอบครัวในชุมชน กระบวนการพัฒนาดังกล่าวจะดำเนินไปได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับภาวะเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละภูมิภาค จะต้องอาศัยการพัฒนาในรูปแบบ ระบบและเทคโนโลยีที่เหมาะสม ซึ่งพัฒนามาจากการศึกษาวิจัยในแต่ละพื้นที่นั้น ๆ โดยได้รับการสนับสนุนจากสาขาต่าง ๆ ในภาครัฐและเอกชน ด้วยการประสานงานกันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 2529)

เมื่อสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) ใน การดำเนินงานโครงการสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองที่เทศบาลกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานอื่นในจังหวัดได้ดำเนินงานร่วมกัน อาจกล่าวได้ว่ายังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ายังไม่มียุทธศาสตร์ที่เหมาะสม เท่าที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันเป็นการนำเอา รูปแบบของการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านชนบทเข้ามาประยุกต์ใช้ แต่สภาพของชุมชนในเขตเมืองแตกต่างกับสภาพหมู่บ้านในชนบทมาก ที่เห็นได้ชัดคือ องค์กรชุมชนในเขตเมืองนั้นไม่มีองค์กรชุมชนที่จะเทียบได้กับกรรมการหมู่บ้านหรือกรรมการสภาตำบล เจ้าหน้าที่จึง ประสบความลำบากในการที่จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน (ดุชนิ สุธอประยาศรี 2531) และจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 โดยกอง แผนงาน กระทรวงสาธารณสุข นั้นพบว่า

1. คุณภาพการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นยังมีข้อจำกัด ประชาชนยังได้รับข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในขอบเขตจำกัด และไม่เท่าทันกับการเผยแพร่ข่าวสารด้านอุปโภค และบันเทิงจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งนี้เนื่องมาจากการขาดกระบวนการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างเพียงพอ และความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องกลวิธีการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งเป็น ขบวนการหนึ่งในการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการคิดค้น ตัดสินใจเลือกและหาแนวทางการ แก้ไขปัญหาอันนำไปสู่การพัฒนาหมู่บ้านของตนเอง โดยการสนับสนุนจากรัฐบาล มิใช่เพียง แต่การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการกับรัฐบาลเท่านั้น ดังนั้นจึงควรที่จะมีการสนับสนุน การดำเนินงานอย่างต่อเนื่องให้มีปริมาณเพิ่มขึ้น และสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่มีการสนับสนุนการมี ส่วนร่วมของประชาชนที่ได้จัดตั้งขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การพัฒนาบรรลุผลมากกว่าที่เป็นอยู่ใน ปัจจุบัน

2. รูปแบบการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นถือว่าประสบความสำเร็จระดับหนึ่งแต่การดำเนินงานยังขาดความยืดหยุ่น เนื่องจากยังยึดอยู่กับเป้าหมายประชาชนในหมู่บ้านเพียงอย่างเดียวและด้วยวิธีการดำเนินงานที่คล้าย ๆ กันทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชนประสบความสำเร็จในบางพื้นที่ เช่น ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่ไม่ประสบความสำเร็จในบางพื้นที่ เช่น ภาคกลาง และภาคใต้ การมีส่วนร่วมที่ผ่านมายังไม่ได้พัฒนาให้มีรูปแบบที่แตกต่างไปในเขตเมือง จึงควรมีการพัฒนาารูปแบบการดำเนินการที่มีความหลากหลายและเหมาะสมในเขตเมือง (กองแผนงานสาธารณสุข 2535)

จากสภาพปัญหาการมีส่วนร่วมของประชาชนที่พบในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 ดังได้กล่าวแล้วนั้น จึงเป็นแนวทางในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2534-2539) สำหรับงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองนั้นมิว่าตลประสงค์เพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาคความรู้และการจัดการอย่างต่อเนืองของชุมชนเองด้วยการเพิ่มศักยภาพและขีดความสามารถภายในชุมชนเมืองของทุกจังหวัด ตลอดจน กทม. และเมืองพัทยา รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนารูปแบบงานสาธารณสุขมูลฐานให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมพื้นที่ (สำนักงานคณะกรรมการ - สาธารณสุขมูลฐาน 2534)

จังหวัดชลบุรีเริ่มดำเนินโครงการสาธารณสุขเขตเมืองเมื่อ พ.ศ. 2526 ปัจจุบันมีการดำเนินการใน 2 เทศบาลเมือง คือ เทศบาลเมืองชลบุรี เทศบาลเมืองพัทยา และอีก 4 เทศบาลตำบล คือ เทศบาลตำบลพนัสนิคม เทศบาลตำบลบ้านบึง เทศบาลตำบลแสนสุข เทศบาลตำบลศรีราชา มี อสม. ในเขตเมือง (เมื่อสิ้นเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2535) จำนวน 198 คน

งานวิจัยเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2521) โดยกองสุขศึกษา ได้วิจัยขั้นต้นเพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานของ ผสส./ อสม. อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2520-2521 โดยการศึกษาแบบ PARTICIPANT OBSERVATION หมู่บ้านแม่สายและ

หมู่บ้านน้ำริน ตำบลสะเมิงใต้ อ.สะเมิง ผลการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับ อสม. พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว อสม. มีผลต่อการปฏิบัติงาน คือ อสม. อายุน้อย การปฏิบัติงานมักไม่ค่อยได้ผล เพราะไม่กล้าพูด ไม่กล้าอธิบาย เกิดความรู้สึกอาย อสม. เพศหญิงไม่ค่อยได้รับการยอมรับนับถือ เนื่องจากในชนบทให้ความนับถือชายมากกว่าหญิง อสม. ที่มีภูมิหลัง เช่น พวกนักเลง นักการพนัน พบว่าไม่ได้รับความนับถือจากชาวบ้าน อสม. ที่ทำประโยชน์เพื่อส่วนรวมมาก่อน และ อสม. ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้านนั้น จะได้รับการยอมรับนับถือจากชาวบ้านมากฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวก็เป็นส่วนหนึ่งที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน เพราะ อสม. ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะสละเวลาปฏิบัติงานแก่ชุมชนได้ดีกว่า อสม. ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ อสม. ที่มีสมาชิกในครอบครัวมาก ๆ นั้นจะปฏิบัติงานไม่ได้เต็มที่

เบญจา ยอดดำเนิน (2522) ได้ประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครโครงการลำปาง เมื่อเดือนตุลาคม 2521 ที่อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปางโดยศึกษาทางมนุษยวิทยา ผลการวิจัยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ อสม. ปรากฏว่า ปัจจัยที่มีผลทำให้โครงการ อสม. ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวอยู่ที่การคัดเลือก อสม. เพื่อปฏิบัติงาน อสม. ที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการปฐมพยาบาล คือ ผู้ที่มีความสามารถหลายด้าน โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน บุคคลที่เหมาะสมในการให้คำแนะนำด้านอนามัยแม่และเด็ก โภชนาการ การวางแผนครอบครัว ตลอดจนทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ คือ บุคคลที่ช่วยเหลืองานของส่วนรวมเป็นประจำ เพราะบุคคลเหล่านี้มีสถานภาพทางสังคมสูงและมีลักษณะเป็นผู้นำกลุ่มโดยธรรมชาติซึ่งมักเป็นแม่แบบหรือผู้นำในทางความคิดของสมาชิกในกลุ่มสังคมของตน

รัชนิพร ภูกร (2523) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติของประชาชนต่อการปฏิบัติงานของ อสม. อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ในปี.ศ. 2523 ผลการวิจัยปรากฏว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อวิธีการเลือกและการมี อสม. ไปในทางที่เห็นด้วยมากกว่าไม่เห็นด้วย มีทัศนคติที่ดีต่อ อสม. อายุมีผลทำให้ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานของ อสม. แตกต่างกัน ส่วนรายได้นั้นพบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีทัศนคติต่อการปฏิบัติงานของ อสม. แตกต่างกันด้วย ความคุ้นเคยกับ อสม. มีผลทำให้ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานของ อสม. แตกต่างกัน

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2524) ฝายนโยบายวางแผนและวิจัย กองแผนงานสาธารณสุข ได้ประเมินผลการปฏิบัติงานของ ผสส./อสม. ในปี พ.ศ.2524 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ อสม. ปรากฏว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นชาย มีอายุระหว่าง 31-44 ปี แต่งงานแล้ว ครอบครัวมีขนาดปานกลาง (3-4 คน) จบชั้นประถมศึกษาตอนต้น นับถือศาสนาพุทธ มีอาชีพทางเกษตร รายได้ของครอบครัว 29,127.61 บาทต่อปี

สุขชัย อรรถธรรม (2525) ได้ศึกษาทัศนคติของอสม. และประชาชนในจังหวัดชัยภูมิ ที่มีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน ในปี พ.ศ.2525 ผลการศึกษาปรากฏว่า อสม. ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานตามกิจกรรมต่าง ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำ อายุและจำนวนสมาชิกในครัวเรือนของ อสม. ที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อทัศนคติในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานทุกกิจกรรม สำหรับรายได้ครัวเรือนของ อสม. ที่แตกต่างกัน มีผลทำให้เกิดความแตกต่างทางทัศนคติในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเพียง 3 กิจกรรม คือ การให้สุขศึกษา การโภชนาการ และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

จินดา พูนเกษม (2527) ศึกษาการยอมรับบทบาทและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. จังหวัดนครสวรรค์ ในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2527 โดยศึกษาระดับการยอมรับบทบาทหน้าที่ อสม. และหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลของ อสม. กับระดับการยอมรับบทบาทของ อสม. พบว่า ลักษณะส่วนบุคคล อาทิ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพและประสบการณ์ในการพัฒนางานสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการยอมรับบทบาทหน้าที่ของ อสม.

วชิระ สิงหะเชนทร์และคณะ (2528) ทำการศึกษาการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง พ.ศ.2528 โดยการศึกษาเทศบาลตัวอย่าง 38 เทศบาล ทำการสุ่มตัวอย่างในส่วนของ อสม. จำนวน 92 คน พบว่า อสม. เป็นชายร้อยละ 42.1 อายุเฉลี่ยชาย 45.8 ปี หญิง 37.2 ปี อาชีพค้าขายเป็นส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา 1-4 ส่วนมากสมรสแล้ว และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,971.43 บาท ระยะเวลาที่อยู่ในชุมชนเฉลี่ย 25-40 ปี การเข้ามาเป็น อสม. นี้ได้รับการคัดเลือกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้

เลือกมากที่สุด รองลงมาได้รับเลือกจากชุมชน ก่อนที่ได้รับการคัดเลือกไม่เคยรู้เรื่องเกี่ยวกับ อสม.มาก่อน ไม่มีการเตรียมชุมชนก่อนการคัดเลือกร้อยละ 37.9 กิจกรรมที่ได้รับมอบหมายให้ ดำเนินงานในพื้นที่รับผิดชอบที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การจ่ายยา การปฐมพยาบาล กิจกรรมที่ได้รับความร่วมมือจากชุมชนมากที่สุดคือ การทำตุ่มใส่น้ำดื่ม ความร่วมมือของชุมชนในเรื่องทั่ว ๆ ไปอยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาที่ อสม.ประสบคือ ปัญหาจากการที่ประชาชนในท้องถิ่นไม่ให้ความ เชื่อถือ อสม.เองก็ไม่มีเวลาที่จะปฏิบัติงาน การได้รับสิ่งสนับสนุนจากเทศบาลมีน้อย ด้านผลตอบแทนที่ได้รับนั้นส่วนใหญ่พอใจ

นายหญิงรุจิรา มั่งคละศิริและคณะ (2529) ได้ทำการติดตามประเมินผลการ ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา ในปี พ.ศ.2526 สรุปผลว่า มี การดำเนินกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานแทบทุกด้าน แต่ละชุมชนก็แตกต่างกันไปตามความสนใจและ ตามปัญหาชุมชน ส่วนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ อสม. พบว่าประชาชนทั่วไปยังไม่ให้ความ เชื่อถือ อสม. อาจเป็นเพราะชุมชนเหล่านั้นอยู่ใกล้สถานบริการสาธารณสุขที่มีอยู่มา มาช้านาน จึงน่าจะมีการปรับ บทบาทของ อสม. ให้ชัดเจนยิ่งขึ้นว่าไม่ได้เน้นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ถ้าความร่วมมือ ของชุมชนซึ่งวัดโดยถามความต้องการเป็น อสม. นั้น พบว่ามีน้อยมากเพียงร้อยละ 12 เท่านั้น ที่ต้องการเป็น อสม. พวกที่ไม่ต้องการเป็น อสม. ให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาพอ ส่วนความรู้ความ เข้าใจของประชาชนในงานสาธารณสุขนั้นส่วนใหญ่มีมากพอ แต่การจะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับ องค์ประกอบด้านอื่น ๆ เช่น เวลา รายได้ อาชีพ ทัศนคติ และความเอาใจใส่ของแต่ละบุคคล เอง

จากวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าความร่วมมือของชุมชน เป็นกลไกที่สำคัญในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน ทัศนคติของประชาชนในชุมชนเป็น ส่วนที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือได้เป็นอย่างมาก จึงน่าจะมีการศึกษาให้ชัดเจนถึงทัศนคติของ ประชาชนที่มีต่อ อสม. ซึ่งเป็นผู้ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน