

บทที่ 2

เอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ และความคิดเห็น
ความรู้

ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมไว้ (Good, 1973 : 325) ซึ่งได้จากการศึกษาค้นคว้า การสังเกต ประสบการณ์ หรือเอกสาร การรับรู้ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ต้องชัดเจน และอาศัยเวลาในการเก็บรวบรวม (The Lexicon Webster Dictionary, 1977 : 531) ความรู้ยังเป็นเรื่องเกี่ยวกับ ระดับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ ระลึกถึงวิธี ขบวนการต่าง ๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้และระลึกได้ เมื่อมีความรู้แล้ว จะมีความสามารถทางปัญญา ได้แก่ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล (Bloom, 1972 : 201) ไพศาล หวังพานิช (2526 : 96) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง บรรดาข้อเท็จจริงหรือรายละเอียดของเรื่องราว การกระทำ อันเป็นประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งสะสมและถ่ายทอดสืบต่อกันมา เมื่อบุคคลได้รับความรู้โดยการฟัง การอ่าน หรือการเขียน บุคคลจะทำความเข้าใจกับความรู้นั้น ๆ ความเข้าใจนี้อาจแสดงออกในรูปของการพูด ความคิดเห็น หรือข้อสรุปตามสถานการณ์ จากนั้นบุคคลจะนำความรู้ไปใช้ ซึ่งความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นแรกและจะเป็นส่วนประกอบในการสร้างหรือก่อให้เกิดความสามารถหรือทักษะในขั้นต่อ ๆ ไป (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526 : 16-19) ความรู้จึงมีส่วนสำคัญที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เนื่องจากมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ทราบว่าต้องปฏิบัติอย่างไร (กรรณิการ์ กันธะรักษา, 2527) ความรู้และทฤษฎีปฏิบัติ จึงมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดและต้องพึ่งพาอาศัยกัน การสร้างเสริมความรู้ก็จะช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมการปฏิบัติด้วย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนนั้นจะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวดังนี้ คือ ความรู้ ทักษะคิด ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และทักษะคิด ไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน เพราะทักษะคิดมักจะเกิดจากผลพลอยได้ของประสบการณ์ที่เคยได้รับ อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือใช้เวลานานในการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้พฤติกรรมซึ่งเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำนั้น อาจเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ โดยแบ่งพฤติกรรมเป็น 3 ส่วน คือ

1. พฤติกรรมด้านพุทธิศึกษา หรือพฤติกรรมด้านความรู้ พฤติกรรมด้านนี้ มีขึ้นของความสามารถทางด้านความรู้ การใช้ความคิด และพัฒนาการทางด้านสติปัญญาซึ่งจำแนกจากง่ายไปหายาก คือ

1.1 ความรู้ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้หรือระลึกได้

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องจากความรู้ กล่าวคือต้องมีความรู้มาก่อนจึงจะเข้าใจ ความเข้าใจนี้แสดงออกมาในรูปของการแปลความ หรือการตีความหมาย การขยายความหรือคาดคะเน

1.3 การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาทฤษฎี กฎเกณฑ์ และแนวคิดต่าง ๆ ไปใช้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถ และมีทักษะในการจำแนกเรื่องราวออกเป็นหน่วยย่อย และมองเห็นความสัมพันธ์ของส่วนประกอบเหล่านั้นอย่างชัดเจน รวมทั้งมองเห็นการผสมผสานระหว่างส่วนประกอบที่รวมกันเป็นปัญหา หรือสถานการณ์นั้น ๆ

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวมส่วนย่อยต่าง ๆ เข้าไปเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจนและมีคุณภาพสูงขึ้น มีทั้งการสังเคราะห์ข้อความ แผนงาน และความสัมพันธ์

1.6 การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัยดีราคาสิ่งของต่าง ๆ โดยมีกฎเกณฑ์และมาตรฐานเป็นเครื่องช่วยประกอบการวินิจฉัย ซึ่งกฎเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่านี้ อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมาหรือมีอยู่แล้วก็ได้

2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective domain) / พฤติกรรมด้านนี้หมายถึงความสนใจท่าที ความชอบในการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ เป็นพฤติกรรมที่ยากต่อการอธิบาย เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของคน การเกิดพฤติกรรมด้านทัศนคติ แบ่งเป็นขั้นตอนดังนี้

2.1 การรับรู้เฉพาะเรื่องที่พึงพอใจ (Receiving or attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่า มีเหตุการณ์ หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น และบุคคลนั้นมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับหรือให้ความพอใจต่อสิ่งเร้า นั้น ในการยอมรับนี้ประกอบด้วย ความตระหนักความยินดีที่จะรับและการเลือกรับ

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้าเป็นเหตุที่บุคคลพยายามทำปฏิกิริยาตอบสนอง พฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วย การยินยอมความเต็มใจ และพอใจที่จะตอบสนอง

2.3 การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาซึ่งแสดงการยอมรับว่า เป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตัวเขา และได้นำไปใช้พัฒนาให้เป็นของเขาอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า "ค่านิยม" ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ ประกอบด้วย การยอมรับความชอบ และผูกมัดค่านิยมเข้ากับตัวเขา

2.4 การจัดกลุ่มค่านิยม (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้นในการจัดกลุ่มค่านิยมนี้ประกอบด้วย การสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับค่านิยม และจัดระบบของค่านิยม

2.5 การแสดงลักษณะของค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a value) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่าบุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และจัดอันดับของค่านิยมเหล่านั้นจากที่ดีที่สุดถึงน้อยที่สุด พฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยควบคุม พฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมในขั้นนี้ประกอบด้วย การวางแนวทางการปฏิบัติ และการแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตัวตามแนวที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติ อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมขั้นนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย ซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญาหรือความรู้ ความคิด และพฤติกรรมด้านทัศนคติเป็นส่วนประกอบ เป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในทางด้านสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี

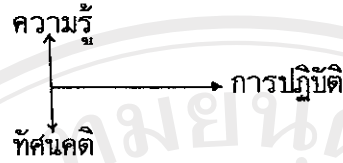
* ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ มี 4 ลักษณะ คือ (Richard K. Means อ้างใน จักรินทร์ ช้องวงศ์, 2535)

1. ทัศนคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้และการปฏิบัติ ดังนี้

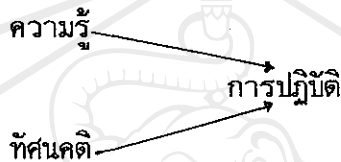
ความรู้ <-----> ทัศนคติ <-----> การปฏิบัติ

ความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ และทัศนคติมีผลต่อการปฏิบัติ

2. ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กัน และทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



3. ความรู้และทัศนคติต่าง ๆ ก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยความรู้ และทัศนคติ ไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน



4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมีทัศนคติเป็นตัวกลาง ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้



ความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ จึงมีความสัมพันธ์กันและมีผลต่อกันเป็นลูกโซ่

ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า ความรู้ คือ ความรู้เกี่ยวกับ ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ รายละเอียดต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับรู้ จากการสังเกต ประสบการณ์ การศึกษาค้นคว้า หรือได้รับถ่ายทอดจากบุคคลอื่นอย่างมีเหตุผล ซึ่งทำให้บุคคลมีความเข้าใจ หรือรับทราบข้อเท็จจริง อธิบาย แปลความหมาย เปรียบเทียบ และตัดสินใจ

X **ความคิดเห็น**

ความคิดเห็น (Opinions) หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน และบอกไม่ได้ว่าถูกหรือเป็นไปไม่ได้ (Webster's Dictionary, 1966 : 1312) โคลเลนค (อ้างใน สุชา จันท์เอมและสุรางค์ จันท์เอม, 2520 : 104) กล่าวว่า ความคิดเห็น

เป็นการแปรความหมายหรือการลงความเห็นที่เกิดจากข้อเท็จจริง ซึ่งแต่ละบุคคลคิดว่าถูกต้อง แต่คนอื่น ๆ อาจไม่เห็นด้วยก็ได้ ความคิดเห็นมีความหมายใกล้เคียงหรือคล้ายทัศนคติ แต่ลักษณะของความคิดเห็นจะไม่ลึกซึ้งเท่าทัศนคติ (สุชา จันทน์เอม และสุรางค์ จันทน์เอม, 2520 : 104) ความคิดเห็น ถือได้ว่าเป็นการแสดงออกทางทัศนคติ โดยมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ และเป็นส่วนที่พร้อมจะมีปฏิกิริยาอย่างยิ่งต่อสถานการณ์ภายนอก (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520 : 3) ความคิดเห็นเป็นทัศนคติที่แสดงออกมาเป็นคำพูดและเป็นสัญลักษณ์ทางทัศนคติ (Threstone, L.L., 1967 : 77-78) การที่จะแยกความคิดเห็นออกจากทัศนคตินั้นเป็นไปได้ยาก ทัศนคติและความคิดเห็นต้องไปด้วยกันเสมอ ถ้าบุคคลมีทัศนคติอย่างไร ก็จะแสดงความคิดเห็นออกมาในรูปแบบนั้น ถ้าความคิดเห็นเปลี่ยนไป ทัศนคติก็จะเปลี่ยนไปด้วย (Hillgard, E.R. et al, 1962 : 531) ความคิดเห็นเป็นทัศนคติที่อยู่ภายในจิตสำนึกของคน เมื่อเกิดความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใด ก็จะกระทำพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความรู้สึกภายใน โดยความคิดเห็นนั้นจะใช้ในเรื่องเกี่ยวกับการลงความเห็น (judgments) และความรู้ (knowledge) ส่วนทัศนคติใช้มาก เกี่ยวกับเรื่องของความรู้สึก (feeling) และความชอบพอ (preference) (Nunnally, J.C., 1959 : 285-286)

การศึกษาความคิดเห็น นับว่ามีความสำคัญ เพราะจะทำให้ทราบความต้องการของบุคคลต่าง ๆ ซึ่งจะแสดงหรือสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จ ความล้มเหลว หรือความก้าวหน้าของงาน อันจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การปรับปรุงกลวิธีหรือเปลี่ยนแปลงระบบงาน การศึกษาความคิดเห็นต่าง ๆ ส่วนมากจะใช้วิธีแบบวิจัยตลาด ได้แก่การซักถาม สอบถามบันทึก และรวบรวมไว้เป็นข้อมูล (Feldman, M.P., 1971 : 53) วิธีที่ง่ายที่จะบอกความคิดเห็นคือการแสดงให้เห็นถึง จำนวน ร้อยละ ของคำตอบในแต่ละข้อความ เพราะจะทำให้ทราบว่าความคิดเห็นจะออกมาในลักษณะเช่นไร และจะ ได้สามารถทำตามข้อคิดเห็นเหล่านั้นได้ (Best, J.W., 1977 : 171) วิธีที่ใช้กันอยู่ทั่วไปคือ การตอบแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์ การที่จะให้ผู้ใดออกความคิดเห็น ควรถามกันต่อหน้า (face to face) ดีกว่าที่จะให้ผู้ตอบต้องมาอ่านหรือเขียนข้อความ (Morgan, C.T. and King, R.A., 1971 : 516) แสดงว่าการสัมภาษณ์หรือการสอบถาม จะเป็นวิธีการที่ดีกว่าการตอบแบบสอบถาม เพราะการตอบแบบสอบถาม จะทำให้ผู้แสดงความคิดเห็นต้องเสียเวลากับการอ่านและการเขียนข้อความ อันจะมีผลทำให้ผู้แสดงความคิดเห็น ไม่อยากแสดงความคิดเห็น

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ความคิดเห็นเป็นส่วนหนึ่งของทัศนคติ ซึ่งหมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกเฉพาะตัวของบุคคล ที่อาจแสดงออกทางวาจาและการเขียน โดยมีพื้นฐานจาก ความรู้เดิม ประสบการณ์ที่ได้รับ ตลอดจนสภาพแวดล้อมของบุคคล และการศึกษาความคิดเห็นนั้น สามารถใช้หลักการศึกษา เช่นเดียวกับทัศนคติ

แนวคิดเกี่ยวกับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

1. ความหมายของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

อุทัย สุตสุข บัญญัติ อติบูรณกุล และชัยชนะ สุวรรณเวช (2534 : 4-6) ได้ให้ความหมายของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนว่า เป็นศูนย์รวมของการพัฒนาและถ่ายทอดความรู้ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ประชาชน เป็นศูนย์กลางการนัดหมายให้มีอาสาสมัครหลาย ๆ คนหมุนเวียนปฏิบัติงาน ทำให้สภาพของบริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนมีความชัดเจน ในทางปฏิบัติ เหมาะกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปเยี่ยมหรือเฝ้าตรวจ ก็สามารถมีสถานที่ที่ปฏิบัติงานร่วมกันได้

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นศูนย์ปฏิบัติงานในชุมชนอันมีลักษณะเป็น

1. เป็นศูนย์กลางการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานที่ดำเนินการในหมู่บ้าน
2. เป็นที่ทำการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างหมู่บ้านกับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ โดย

ทำหน้าที่ในการคัดกรองในระดับต้น เพื่อส่งต่อตามระบบส่งต่อ

4. เป็นศูนย์กลางในการรองรับการสนับสนุนวิชาการ วัสดุ เครื่องมือต่าง ๆ

จากรัฐและเอกชน

5. เป็นศูนย์กลางของข้อมูลในการวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข
6. เป็นศูนย์กลางของความรู้และวิทยาการชาวบ้าน ในการดูแลตนเองของ

ชุมชน

7. เป็นศูนย์กลางในการพัฒนากองทุน กรรมการ และการบริหารจัดการ

ประยุทธ์ แสงสุรินทร์ (2534) กล่าวว่า ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เป็นการจัดระบบบริการสาธารณสุขมูลฐาน ที่กระจุกกระจายอยู่ในชุมชน ให้มีศูนย์รวมเพื่อบริการสาธารณสุขพื้นฐานในชุมชนชั้น เป็นการพัฒนาองค์กรประชาชนให้สามารถช่วยเหลือเกื้อกูล และประสานประโยชน์ให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

2. วัตถุประสงค์ของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2534) ได้กำหนดวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ไว้ดังนี้

1. เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข ได้มีสถานที่ เป็นศูนย์ประสานงานในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน เป็นแหล่งพัฒนาและถ่ายทอดความรู้ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ประชาชน
2. เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข มีวัสดุ อุปกรณ์ในการปฏิบัติการกิจเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านได้ตรง เป้าหมาย
3. เพื่อเป็นองค์กรกลางสำหรับองค์กรต่าง ๆ ที่สนับสนุนทรัพยากร และวิชาการ แก่อาสาสมัครสาธารณสุข
4. เพื่อเป็นศูนย์ข้อมูลสาธารณสุขของหมู่บ้าน

3. อาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

อาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข ที่ผ่านการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านมาแล้ว โดยสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2534 : 16) ได้กำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน แห่งละ ไม่น้อยกว่า 5 คน

ในการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข ที่จะปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนนั้น ใช้ระบบการคัดเลือกอาสาสมัครแบบเดิมคือ ประชุมองค์กรผู้นำในหมู่บ้าน หรือที่ประชุมชาวบ้าน เสนอตัว และคัดเลือกแบบประชาธิปไตย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสอบถามความสมัครใจ และพิจารณาคุณสมบัติต่อไป (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2532 : 89)

1. มีความสมัครใจที่จะทำงาน เพื่อส่วนรวมด้วยความเสียสละ และมีเวลาพอที่จะช่วยเหลือชุมชน

2. มีความรู้อ่านออกเขียนได้
3. เป็นผู้ซึ่งชาวบ้านไว้วางใจ
4. เป็นผู้ที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์
5. มีที่อยู่อาศัยและประกอบอาชีพประจำในหมู่บ้านนั้น
6. ควรเป็นผู้ที่มีอาชีพแน่นอนมีรายได้เลี้ยงตัว ไม่ควรเป็นข้าราชการ

กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือแพทย์ประจำตำบล

4. การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเป็นการจัดกองทุน องค์กร กำลังคน และข้อมูลในชุมชนที่เป็นรูปธรรม เน้นระบบการสนับสนุนติดตาม เพื่อเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนได้อย่างผสมผสาน ครอบคลุม ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสังคมของแต่ละชุมชน โดยมีจุดหมายเพื่อให้ชุมชนสามารถบรรลุถึงการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2534)

การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน มีขั้นตอนในการจัดตั้ง ดังนี้

1. สืบรวจ ตรวจสอบ หาสถานการณ์สาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน ว่าเป็นอย่างไร
2. ช่อมแซมส่วนที่สึกหรอ โดยประชุมปรึกษาผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้อง
3. จัดทีมงาน โดยการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 5 คน ปรุมนิเทศ และชี้แจงบทบาท

4. จัดกิจกรรมบริการตามปัญหาของชุมชน หรือตามองค์ประกอบ 14 องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน แต่ไม่จำเป็นต้องทำทั้งหมด

5. สถานที่ตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

สถานที่ตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนนั้น จัดตั้งขึ้นในหมู่บ้าน โดยความตกลงและเห็นชอบร่วมกันของกรรมการหมู่บ้านและประชาชนว่าจะตั้งขึ้นที่จุดไหน จะใช้สถานที่ที่มีอยู่เดิมมาปรับปรุงให้เหมาะสมหรือสร้างชั้นใหม่โดยอาศัยทรัพยากรของหมู่บ้าน ซึ่งสถานที่ตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนนั้น ควรเป็นสถานที่ที่เป็นศูนย์กลางของหมู่บ้าน ชาวบ้านส่วนใหญ่จะต้องรู้จักและไปมาสะดวก แต่เป็นที่แน่นอนว่ารัฐบาลจะไม่จัดหางบประมาณมาจัดสร้างให้ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2534 : 21-22)

8. สิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2534) ได้กำหนดถึงสิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ไว้ดังนี้

1. วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น สำหรับการดำเนินงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 17 รายการ ได้แก่

- 1.1 เครื่อง วัดความดันโลหิต
- 1.2 หูฟัง
- 1.3 เครื่อง ชั่งน้ำหนัก
- 1.4 เทปตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ
- 1.5 ปรอทวัดไข้และเทปวัดไข้
- 1.6 เครื่องตรวจคลอรีน ในน้ำดื่มและตรวจเชื้อแบคทีเรีย
- 1.7 แผ่นวัดสายตา
- 1.8 ชุดปฐมพยาบาล
- 1.9 ยาสามัญประจำบ้าน
- 1.10 แบบบันทึกการเจริญเติบโตของเด็ก
- 1.11 แบบบันทึกสุขภาพครอบครัว
- 1.12 ยาเม็ดคุมกำเนิด
- 1.13 ถูขางอนามัย
- 1.14 สไลด์ตรวจเลือด
- 1.15 กล้องเก็บเสมหะ
- 1.16 ตลับใส่อุจจาระ
- 1.17 ทุนจำลองชุดสอนการแปรงฟัน

2. ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของ ศสมช. 1,000 บาท/หมู่บ้าน/ปี

3. การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่อเนื่อง ที่สถานอนามัย จำนวน 12 ครั้ง/ปี (เดือนละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 วัน)

4. การนิเทศติดตามโดยเจ้าหน้าที่สถานอนามัย เดือนละ 1 ครั้ง

5. การอบรมประธานกรรมการหมู่บ้าน 4 เดือน/ครั้ง ๆ ละ 1 วัน ที่สถานอนามัย พร้อมกับการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ในข้อ 3

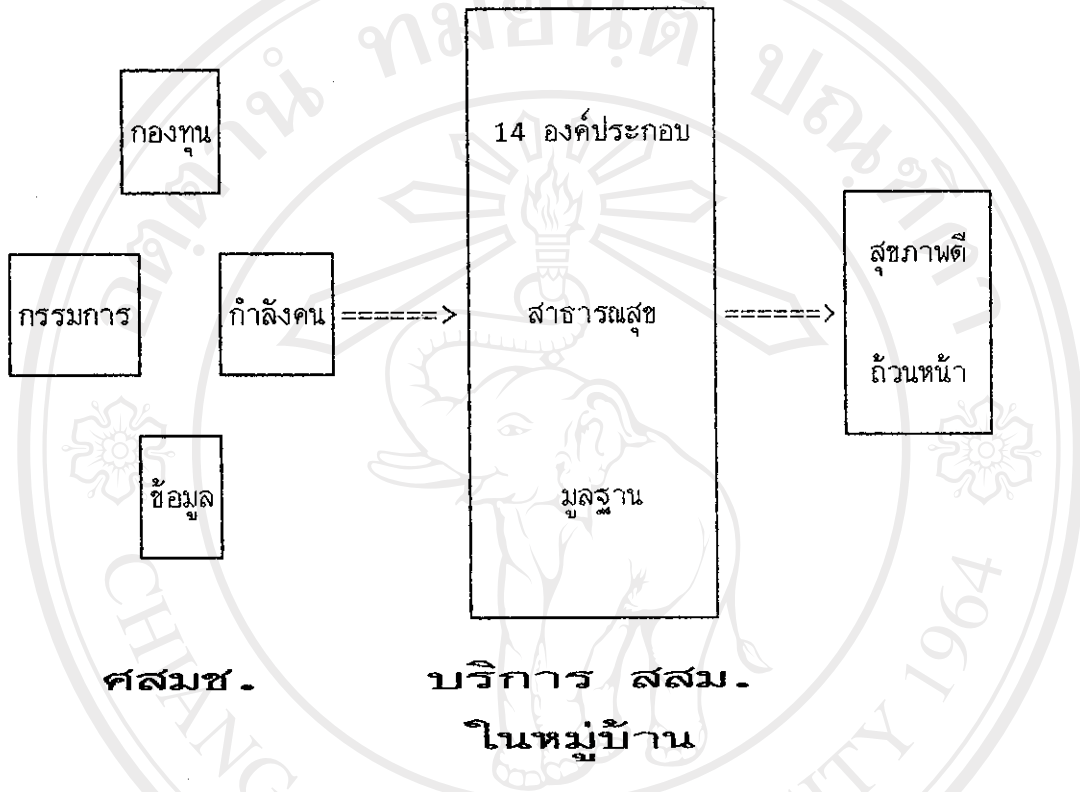
6. การถวายความรู้พระสงฆ์/ผู้นำศาสนาเฉพาะที่อยู่ในหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 หมู่ หรือ 1 คน โดยจัดที่อำเภอหรือที่จังหวัดตามความเหมาะสมในระยะเวลา 3 วัน

9. เครื่องชี้วัดเพื่อติดตามการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2534) ได้กำหนดเครื่องชี้วัดการดำเนินการในระดับหมู่บ้านไว้ ดังนี้

1. มีการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
2. มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
3. มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบสาธารณสุขมูลฐาน ที่เป็นปัญหาของชุมชน
4. มีผลการปฏิบัติงานตามแต่ละองค์ประกอบ เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมาย (มีเครื่องชี้วัดทั้ง 14 องค์ประกอบ)

10. กรอบแนวคิดในการดำเนินงานศูนย์สาธิตสาธิตมูลฐานชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการ
 สาธิตสาธิตมูลฐาน, 2534)



แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดในการดำเนินงานศูนย์สาธิตสาธิตมูลฐานชุมชน

รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2530 : 56-59) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ความคิดเห็น และการใช้บริการอนามัยของประชาชน และอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับอาสาสมัครยังไม่ดี คือเข้าใจบทบาทหน้าที่ และกิจกรรมต่าง ๆ ที่อาสาสมัครดำเนินการอยู่น้อย มีเพียงร้อยละ 73.7 ของกลุ่มตัวอย่างที่ทราบว่าในหมู่บ้านมีอาสาสมัครเป็น อสม. และ ผสส. ทราบวิธีการคัดเลือกอาสาสมัคร เพียงร้อยละ 57.7 ทราบว่ามีกองทุนยาในหมู่บ้านเพียงร้อยละ 22.4 ประชาชน ไม่สามารถแยกบทบาทของ อสม. และ ผสส. ออกจากกันได้ เข้าใจว่า อสม. ทำบทบาทเช่นเดียวกับ ผสส. แต่ทำมากกว่าเท่านั้น ในด้านความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า มีความพอใจในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเกณฑ์สูง ร้อยละ 74.2 มีความเห็นว่าประชาชนควรเป็นผู้เลือกอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 50.6 ควรให้ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน หรือกรรมการหมู่บ้านเป็นผู้เลือก ร้อยละ 20.8 และถ้าให้เลือกอาสาสมัครใหม่อีก ร้อยละ 51 ยังคงเลือกอาสาสมัครคนเดิม ในด้านการใช้บริการอนามัยจากอาสาสมัครสาธารณสุขนั้น ประชาชนไปติดต่อขอรับบริการจากอาสาสมัครสาธารณสุข น้อยกว่าที่อาสาสมัครสาธารณสุข ไปให้คำแนะนำแก่ประชาชน ประมาณ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยไปติดต่อขอความช่วยเหลือจากอาสาสมัครสาธารณสุข ในผู้ที่เคยติดต่อด้วยมีความพอใจในการช่วยเหลือมาก ร้อยละ 95.0 มีผู้ไปใช้บริการอนามัยจากอาสาสมัครเป็นประจำ เพียงร้อยละ 1.0 เคยไปติดต่อขอความช่วยเหลือจากอาสาสมัครเพียงร้อยละ 26.7 บริการที่เคยไปขอความช่วยเหลือ มากที่สุดคือ ไปขอซื้อยา ร้อยละ 57.4 รองลงมาคือ ไปขอรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 19.6 ขอคำแนะนำด้านสุขภาพอนามัย ร้อยละ 6.7 และขอให้พาไปหาหมอที่โรงพยาบาล ร้อยละ 5.4 สำหรับความสัมพันธ์ของปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ กับความรู้ ความคิดเห็น และการใช้บริการอนามัยจากอาสาสมัครสาธารณสุขนั้น พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการให้บริการอนามัยของอาสาสมัครสาธารณสุข อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการอนามัยที่ได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุข แต่รายได้ของครอบครัวและอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการอนามัยที่ได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุข และอายุ การศึกษา รายได้ อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการอนามัยจากอาสาสมัครสาธารณสุข

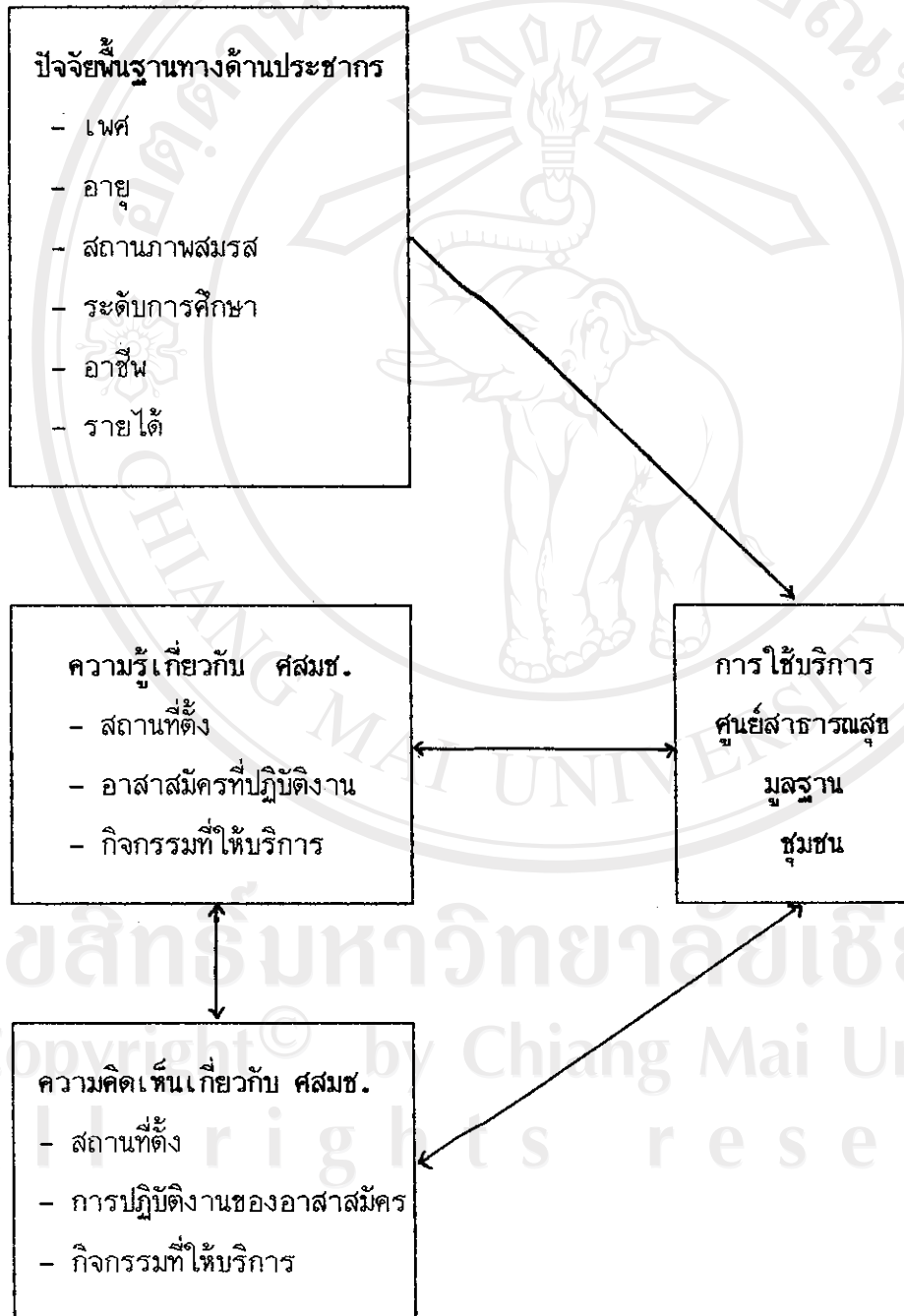
สุขชัย อรรถธรรม (2525 : 95) ได้ศึกษาทัศนคติของประชาชนในจังหวัดชัยภูมิที่มีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า ประชาชนมีความคิดเห็นในทางที่ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขตามกิจกรรมที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำ และการใช้บริการจากอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ ได้แก่ งานโภชนาการ งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น กิจกรรมสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด สำหรับในด้านการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น ผลการศึกษาของ นิรมล อัมพาผล (2535:83) พบว่า หัวหน้าครัวเรือน ในตำบลฝายหลวง จังหวัดอุตรดิตถ์ มีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานสูงสุดในกิจกรรมสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 73.3 รองลงมาคือกิจกรรมสุขศึกษา ร้อยละ 67.2

ดนัย สารพฤษ์ (2535) ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุข โดยการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ที่บ้านวังทอง ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย หลังจากที่มีการตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนขึ้นในหมู่บ้าน พบว่า ชาวบ้านมีความรู้ และมีกิจกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการป้องกันการขาดสารไอโอดีนสูงขึ้น

ขวัญเนตร เปิกบาน และคณะ (2535 : 70) ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในจังหวัดพะเยา พบว่าในเรื่องบริการที่ประชาชนต้องการให้มีเป็นอันดับต้น ๆ มีดังนี้คือ เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารหมู่บ้าน เป็นแหล่งเผยแพร่ความรู้เรื่องสมุนไพร บริการขายยาสามัญประจำบ้าน บริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดรายเก่า บริการแจกถุงยางอนามัย ชั่งน้ำหนักเด็ก สานิตอาหาร ทำอาหารเสริม ตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น ในโรคง่าย ๆ บริการตรวจสุขภาพ ได้แก่ วัดความดันโลหิต วัดไข้ ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ เป็นแหล่งความรู้ด้านสุขภาพอนามัย จำหน่ายเกลืออนามัย และเป็นจุดเติมน้ำยาไอโอดีน

กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ของ Richard K. Means สรุปรูปเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้



แผนภูมิ 2 กรอบแนวคิดในการศึกษา