

๒๔๒.๖๒๒.๒๒

๗ ๕๘๕ ๗

๗๖

ประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด

ปริญญานิพนธ์

ของ

วิทยา โคตรทนาน

13 ส.ค. 2537

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

มีนาคม 2536

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการควบคุมและกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญาบัตรฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน

(อาจารย์ ดร. ชนวรรัตน์ อิ่มสมบูรณ์)

..... กรรมการ

(อาจารย์ พรทิพย์ สุประดิษฐ์)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน

(อาจารย์ ดร. ชนวรรัตน์ อิ่มสมบูรณ์)

..... กรรมการ

(อาจารย์ พรทิพย์ สุประดิษฐ์)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรุช อนุวัณนธ์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญาบัตรฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ศ.ดร. สมพร บัวทอง)

วันที่ 25... เดือน มีนาคม....พ.ศ. 2536

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ ดร. ชนวรรัตน์ อัมสมบูรณ์ อาจารย์ พรทิพย์ สุประดิษฐ์ ประธานและกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรสุช พูนนิรันดร์ กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติมที่ได้ให้คำปรึกษาชี้แนะตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทั้งสามท่านเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิรัตน์ อิมามิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุญยง เกี่ยวการคำ นายแพทย์ จตุรงค์ ชีระกนก อาจารย์ จานงค์ อัมสมบูรณ์ และ อาจารย์ สำเนาวิ แวงวรรณ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการสร้างเครื่องมือวิจัยแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ สวัสดิ์ ทรัพย์เจริญ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่านที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดียิ่ง

คุณประโยชน์ที่พึงมีจากการทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบอบแต่คุณพ่อ ประวัติ โคตรท่าน และคุณแม่ นาง โคตรท่าน ครู อาจารย์ทุกท่านที่มีส่วนในการวางรากฐานการศึกษาให้กับผู้วิจัย ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย ทาให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี

วิทยา โคตรท่าน

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	6
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	6
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	12
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	32
การวิจัยในประเทศ	32
การวิจัยที่สนับสนุนการตั้งสมมติฐาน	40
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	45
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	46
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	46
ประชากร	46
กลุ่มตัวอย่าง	46
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	48
ลักษณะของเครื่องมือ	48
เกณฑ์การให้คะแนน	48
การหาคุณภาพเครื่องมือ	49

บทที่	หน้า
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	50
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	51
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	52
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาค้นคว้า	57
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	57
การวิเคราะห์ข้อมูล	57
ผลการศึกษาค้นคว้า	59
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	126
บทย่อ	126
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	126
วิธีดำเนินการวิจัย	126
การวิเคราะห์ข้อมูล	127
สรุปผลการค้นคว้า	127
อภิปรายผล	130
ข้อเสนอแนะ	140
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป	142
บรรณานุกรม	143
ภาคผนวก	152
ประวัติย่อของผู้วิจัย	166

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข กองทุนยา และเวชภัณฑ์ พ.ศ. 2533	2
2	ประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอำเภอและเพศ	47
3	จำนวนและคำร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน การประเมิน หมู่บ้านดีเด่น สถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ระบบการ คัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข การฝึกอบรมและสัมมนาอย่างต่อเนื่อง และการนิเทศติดตามและสนับสนุนผลการปฏิบัติงาน	60
4	ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิภาพ การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนด้านการดำเนินงาน สุขศึกษา	64
5	ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิภาพ การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนด้านการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันโรคในหมู่บ้าน	66
6	ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิภาพ การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนด้าน การดำเนินงานสุขภาพจิตและการจัดหาผ้าสะอาด	68

7	ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผล การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนด้านการดำเนินงาน ทั่วคชนป้องกันโรคติดต่อ	69
8	ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผล การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนด้านการดำเนินงาน ส่งเสริมโภชนาการ	70
9	ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผล การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนด้านการดำเนินงาน รักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่บบป่วยในท้องถิ่น	71
10	ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผล การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนด้านการดำเนินงาน อนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว	72
11	ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผล การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนด้านการดำเนินงาน จัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน	74
12	ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผล การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนด้านการดำเนินงาน ทันตสาธารณสุข	75

13	คำคะแนนเฉลี่ยและคำคะแนนเพียงเบนมาตรฐานของประสิทธิผล การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนด้านการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพจิต	76
14	คำคะแนนเฉลี่ยและคำคะแนนเพียงเบนมาตรฐานของประสิทธิผล การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนด้านการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์	77
15	คำคะแนนเฉลี่ยและคำคะแนนเพียงเบนมาตรฐานของประสิทธิผล การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนด้านการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ	78
16	คำคะแนนเฉลี่ยและคำคะแนนเพียงเบนมาตรฐานของประสิทธิผล การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนด้านการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย	80
17	คำคะแนนเฉลี่ยและคำคะแนนเพียงเบนมาตรฐานของประสิทธิผล การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนด้านการดำเนินงาน คุ้มครองผู้บริโภค	81
18	สรุปคำคะแนนเฉลี่ยและคำคะแนนเพียงเบนมาตรฐานของ ประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 ด้าน ของ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน....	82

19	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุข มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวนตาม เพศ	84
20	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุข มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวนตาม การมีตำแหน่งอื่น ในหมู่บ้าน	86
21	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุข มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวนตาม การประเมิน หมู่บ้านดีเด่น	88
22	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุข มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวนตาม การฝึกอบรมและ สัมมนาอย่างต่อเนื่อง	90
23	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุข มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวนตาม การติดตามนิเทศงาน และสนับสนุนผลการปฏิบัติงาน	92
24	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวนตามอายุ	94
25	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวนตาม ระดับการศึกษา	98
26	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุข มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขที่ มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่	102
27	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวนตามรายได้ ...	104

28	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุข มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขที่ มีรายได้ต่างกันเป็นรายคู่	108
29	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตาม สถานที่ จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน	110
30	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุข มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขที่ ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานที่มีสถานที่ตั้งต่างกันเป็นรายคู่ ...	114
31	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตาม ระบบการ คัดเลือก	117
32	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุข มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขที่ ผ่านระบบการคัดเลือกต่างกันเป็นรายคู่	121
33	จำนวนและคำร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าขอเสนอแนะปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน	124

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน	19
---	---	----

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

มนุษย์เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญที่สุดของประเทศ เพราะในการกระทำกิจกรรมใด ๆ ก็ตาม ถ้ากระทำโดยทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพและศักยภาพสูงจะส่งผลให้กิจกรรมหรือการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพสูงด้วย การพัฒนามนุษย์ให้มีคุณภาพนั้นจะต้องทำให้มนุษย์มีสุขภาพดีเสียก่อน ดังคำกล่าวที่ว่า ถ้าร่างกายมีสุขภาพที่สมบูรณ์แล้วย่อมก่อให้เกิดสติปัญญาที่ดีด้วย (Dichl. 1964 : 458) ดังนั้นการมีสุขภาพดีจึงเป็นความต้องการและเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคนที่ควรจะได้รับ รวมทั้งเป็นเป้าหมายทางสังคมที่สำคัญของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีคุณภาพอีกด้วย

ประเทศไทยได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้เป็นกลวิธีหลักในการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศเพื่อเป้าหมายแห่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ประชาชนได้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า มุ่งแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป็นแผนงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) เป็นต้นมา เป็นจุดเริ่มของการให้บริการสาธารณสุขผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการโดยประชาชนเองด้วยทรัพยากรท้องถิ่น ด้วยวิทยาการที่เหมาะสมโดยต้องเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ทั้งของรัฐและเอกชนเป็นผู้ให้การสนับสนุน

กลไกสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานได้อาศัยระบบอาสาสมัครเป็นหลัก โดยกระทรวงสาธารณสุขได้คัดเลือกและฝึกอบรมอาสาสมัครขึ้น 2 ประเภทด้วยกัน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (พสส.) ความสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สื่อข่าวสาธารณสุขมีความสำคัญมากน้อยเพียงใดนั้น ดูได้จากจำนวนของผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่เพิ่มขึ้น

อย่างรวดเร็ว จากจำนวนที่เริ่มฝึกอบรมในปี พ.ศ. 2520 มีอาสาสมัครสาธารณสุขเพียง 1,977 คน ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข 20,342 คน เมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 ในปี พ.ศ. 2524 กระทรวงสาธารณสุขได้เร่งฝึกอบรมจนมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22,840 คน และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข จำนวน 225,627 คน มีความครอบคลุมร้อยละ 50 ของหมู่บ้านทั่วประเทศ (ธีระ รามสูตร. 2531 : 15) และในปี พ.ศ. 2533 กระทรวงสาธารณสุขได้สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในกิจกรรมการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข การจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข กองทุนยาและเวชภัณฑ์ พ.ศ. 2533

กิจกรรม	จำนวนรวมทั้งประเทศ	อัตราการครอบคลุม
1. อบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน	63,150	99.10
2. อบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข	606,804	99.30
3. การจัดตั้งกองทุนยาและ เวชภัณฑ์	40,702	66.27

ที่มา : กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. สภาพและปัญหาสาธารณสุขนโยบาย และกลวิธีพัฒนานโยบายสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539). กรุงเทพฯ : 2535 หน้า 44.

จากหลักฐานดังกล่าวเป็นเพียงความสำเร็จในเชิงปริมาณที่ใครต่อใครก็ได้ แต่ตั้งความหวังว่า จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ ซึ่งก็เป็นเพียงการวางโครงสร้างของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนเท่านั้น แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องคุณภาพของการมีส่วนร่วม ดังจะเห็นได้จากอัตราการสูญเสียของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขที่พื้นสภาพหรือเชื้อชาติ เทียบจากจำนวนที่ได้รับการอบรมทั้งหมดในปี พ.ศ. 2529 คิดเป็นร้อยละ 12.75 และ 42.51 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 45) นอกจากนี้แม้ว่าจะมีการเข้าร่วมเป็นสมาชิกของกองทุนฯ แต่ประชาชนยังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในขอบเขตจำกัดและไม่เท่าทันกับการเผยแพร่ข่าวสารด้านอุปโภคและบริโภคจากแหล่งต่างๆ ทั้งนี้เนื่องมาจากการขาดขบวนการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเพียงพอ และความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องกลวิธีการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งเป็นขบวนการหนึ่งในการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการคิดค้นตัดสินใจเลือก และหาแนวทางแก้ไขปัญา อันนำไปสู่การพัฒนาหมู่บ้านของตนเองโดยการสนับสนุนจากรัฐบาล มิใช่เพียงการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการกับรัฐบาลเท่านั้น

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2534 : 14-15) ได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบในการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนนำในช่วงปลายแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 พบว่า มีปัญหาหลายประการซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุข ดังนี้

1. องค์การชุมชนด้านสาธารณสุขมูลฐานยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ขาดจตุรรวมของการบริหาร จัดการ การบริหารจัดการโครงการต่างๆ ไม่เป็นเอกภาพ
2. การจัดทำแผนงานโครงการ เพื่อแก้ปัญหาของท้องถิ่น ตลอดจนการค้นหาปัญหา ยังไม่เกิดขึ้นอย่างจริงจัง
3. อาสาสมัครสาธารณสุขขาดการถ่ายทอดความรู้อย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4. ยิงขาดการสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรมสาธารณสุข

มูลฐาน

ดังนั้นแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 จึงได้มีเป้าหมายการพัฒนาไปสู่การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานโดยชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้มีสถานที่ในการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานอย่างชัดเจนและเน้นจุดรวมในการพัฒนาหมู่บ้านของตนเอง จึงได้ให้ชุมชนได้จัดหาสถานที่ โดยไม่ให้เป็นภาระแก่ชุมชนในการจัดสร้างหรือจัดหาเพื่อใช้เป็นศูนย์ปฏิบัติการในที่ประชุมผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 6-7 พฤศจิกายน 2534 ณ โรงแรมเอเชียพญา ได้มีเป้าหมายการพัฒนาบริการสาธารณสุขมูลฐาน ให้ชุมชนได้มีสถานที่จัดบริการอย่างชัดเจน เพื่อเป็นศูนย์รวมของการพัฒนาและถ่ายทอดความรู้ตลอดจนให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ประชาชนที่เรียกว่า ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) โดยในปีงบประมาณ 2535 มีเป้าหมายให้ทุกสถานอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนจัดดำเนินการให้มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนสถานบริการละ 1 แห่ง โดยเน้นให้ทุกจังหวัดทั่วประเทศจะต้องส่งการให้ทุกศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 องค์ประกอบ (อุทัย สุธสุช. 2535 : 11-12)

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเป็นศูนย์รวมกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่กระจัดกระจายมารวมเข้าด้วยกันเป็นศูนย์รวมในด้านการนิเทศงานและสนับสนุนทางด้านวิชาการ เป็นจุดนัดหมายการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขทั้ง 5 คน ที่ผ่านการอบรมและสัมมนาต่อเนื่องทุกเดือน ฐานแห่งการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน คือ กิจกรรมที่กลุ่มของตนเองจะจัดการบริหารกิจกรรมสาธารณสุขให้มีการดำเนินการในเบื้องต้นที่จะเตือนภัยคุ้มครองดูแลสภาพตามสิทธิอำนาจและพลเมืองไทยกันเอง ด้วยวิธีที่พึ่งตนเองด้วยการสนับสนุนอย่างเป็นระบบที่สอดคล้องกับปัญหาของในแต่ละกลุ่มแต่ละชุมชนก่อนที่จะถึงมือของรัฐ ระบบของรัฐที่จัดบริการอยู่แล้วให้มีการส่งต่อกันเป็นรูปธรรม ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเป็นการรวมเอาโครงสร้างของการสาธารณสุขมูลฐานในส่วนที่ประสบความสำเร็จมาผสมผสานกับ

กลวิธีการแก้ไขปัญหามลพิษที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน เป็นนวัตกรรมใหม่ที่คาดว่าจะจะเป็นบันไดไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

การศึกษาถึงประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยศึกษาจากปัจจัยส่วนตัว ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดำเนินงานตามรูปแบบของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เมื่อครบรอบ 1 ปีจะเป็นการตรวจสอบความสามารถในการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เมื่อวัดผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่ได้มาประกอบกับงบประมาณที่ลงทุนไป อันจะเป็นแนวทางในการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานในปีต่อไป

ผู้วิจัยเลือกศึกษาในจังหวัดร้อยเอ็ด เพราะจากการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ดในรอบ 8 เดือนแรกปีงบประมาณ 2535 (ตุลาคม 2534 - พฤษภาคม 2535) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (2535 : 46-49) ในส่วนของงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีจำนวนหมู่บ้าน 2,105 หมู่บ้าน ได้ดำเนินการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2,154 คน และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข จำนวน 17,492 คน คิดเป็นอัตราครอบคลุมครบทุกหมู่บ้าน มีการจัดตั้งกองทุนพัฒนาหมู่บ้าน จำนวน 1,605 แห่ง คิดเป็นอัตราครอบคลุมร้อยละ 76.25 ได้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จำนวน 204 แห่งครบตามเป้าหมาย การจัดตั้งสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน สถานบริการละ 1 แห่ง ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดประกอบกับจังหวัดร้อยเอ็ดได้มีการจัดทำโครงการร้อยเอ็ดก้าวหน้าในระยะเวลาปี 2534-2535 โดยมีเป้าหมายคือประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ด "อยู่ดีกินดี" โดยประชาชนสามารถพึ่งตนเองในการพัฒนาได้เน้นปัญหาของประชาชนเป็นหลัก จากโครงการร้อยเอ็ดก้าวหน้านี้จะทำให้ประชาชนในจังหวัดร้อยเอ็ดมีการตื่นตัวต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองมากขึ้น การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเป็นการช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งเป็นเป้าหมายใหญ่เดียวกัน คือ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตนั่นเอง การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในจังหวัดร้อยเอ็ดจึงน่าจะมีความตื่นตัวมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่น

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อทราบประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด ตามตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน การประเมินหมู่บ้านดีเด่น สถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ระบบการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข การฝึกอบรมและสัมมนาอย่างต่อเนื่อง การติดตามนิเทศงานและสนับสนุนผลการปฏิบัติงาน

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด ตามบทบาทที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ 14 องค์ประกอบ เมื่อการดำเนินงานครบกำหนด 1 ปี
2. เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าเสนอต่อต้นสังกัด เพื่อปรับปรุงและพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานให้มีความมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในปีต่อไป
4. เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ดจากศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 204 แห่ง จำนวน 1,020 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 278 คน ที่ผ่านการสุ่มแบบสัดส่วน (Proportional Random Sampling)

3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่

- 3.1.1 เพศ
- 3.1.2 อายุ
- 3.1.3 ระดับการศึกษา
- 3.1.4 รายได้
- 3.1.5 การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน
- 3.1.6 การประเมินหมู่บ้านดีเด่น
- 3.1.7 สถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
- 3.1.8 ระบบการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข
- 3.1.9 การฝึกอบรมและสัมมนาอย่างต่อเนื่อง
- 3.1.10 การติดตามนิเทศงานและสนับสนุนผลการปฏิบัติงาน

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ประสิทธิผล** หมายถึง ความสำเร็จในการดำเนินงานเมื่อดำเนินงานครบ 1 ปี ซึ่งได้มาจากการวัดผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยใช้เกณฑ์บทบาทการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด นำมาสร้างเป็นเครื่องมือในการศึกษาค้นคว้า

2. **การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน** หมายถึง บทบาทการดำเนินงานสาธารณสุขที่มีในหมู่บ้าน เป็นบริการสาธารณสุขที่จำเป็นที่ชาวบ้านปฏิบัติได้เอง โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นแกนนำตามบทบาทที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วย 14 องค์ประกอบ ได้แก่

- 2.1 การสุศึกษา
- 2.2 การควบคุมโรคในท้องถิ่น
- 2.3 การสุขภาพสิ่งแวดล้อมและจัดหาน้ำสะอาด
- 2.4 การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญ
- 2.5 การส่งเสริมโภชนาการ
- 2.6 การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น
- 2.7 การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว
- 2.8 การจัดให้มียาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน
- 2.9 การทันตสาธารณสุข
- 2.10 การส่งเสริมสุขภาพจิต
- 2.11 การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์
- 2.12 การป้องกันอุบัติเหตุอุบัติภัย และฟื้นฟูสมรรถนะผู้พิการ
- 2.13 การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย
- 2.14 การคุ้มครองผู้บริโภค

3. **อาสาสมัครสาธารณสุข** หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) เดิมที่ปฏิบัติงานเป็นทีมในหมู่บ้านปัจจุบัน

อาศัยในหมู่บ้านนั้นเป็นประจำ ได้รับการคัดเลือกจำนวน 5 คน มาปฏิบัติงานในศูนย์
สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 1 แห่ง ในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด

4. ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมายถึง ศูนย์กลางการจัดบริการ
สาธารณสุขมูลฐานที่ดำเนินการในหมู่บ้านเป็นที่ทำการของอาสาสมัครสาธารณสุขที่
ผ่านการคัดเลือกจำนวน 5 คน ซึ่งได้แก่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานที่จัดตั้งตามเป้าหมาย
ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และเทศบาล สถาน
บริการละ 1 แห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 204 แห่ง

5. อายุ หมายถึง อายุเต็มปีบริบูรณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยนับ
ถึงวันเกิดครั้งสุดท้ายก่อนถึงวันสำรวจ การแบ่งโดยใช้เกณฑ์การแบ่งอายุจิตวิทยาพัฒนา
การของวัยผู้ใหญ่ (สุภทนา ปิณฑะแพทย์. 2527 : 188-213) แบ่งเป็น 4 ช่วง

5.1 18-30 ปี

5.2 31-40 ปี

5.3 41-50 ปี

5.4 51 ปีขึ้นไป

6. ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาขั้นสูงสุดของอาสาสมัครสาธารณสุข
ข้อมูลจากการสำรวจทะเบียนประวัติ อาสาสมัครสาธารณสุข/ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข
จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ

6.1 ประถมศึกษา

6.2 มัธยมศึกษา

6.3 สูงกว่ามัธยมศึกษา

7. รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่อาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มตัวอย่าง
ได้รับทั้งหมด ซึ่งพิจารณาจากรายได้รวมตลอดปีแล้วเฉลี่ยเป็นรายเดือน เพราะ
รายได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละเดือนไม่แน่นอน โดยใช้สถิติรายได้แห่งชาติ
เป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับรายได้ (สำนักสถิติแห่งชาติ. 2529 : 10) ดังนี้

7.1 ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน

7.2 2,466 – 7,410 บาทต่อเดือน

7.3 สูงกว่า 7,410 บาทต่อเดือน

8. การมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน หมายถึง หน้าที่ความรับผิดชอบอื่นในหมู่บ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหมู่บ้านนั้น เช่น ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มแม่บ้าน อาสาสมัครมาลาเรีย ฯลฯ

9. การประเมินหมู่บ้านดีเด่น หมายถึง หมู่บ้านที่อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินงานอยู่นั้นเคยผ่านการประกวดหมู่บ้านด้านการพัฒนาระดับตำบล อำเภอ จังหวัดหรือไม่

10. สถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมายถึง สถานที่ดำเนินการ ที่หมู่บ้านคัดเลือกให้เป็นศูนย์ปฏิบัติการ ซึ่งจากการสำรวจสถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ดแล้ว แบ่งเป็นดังนี้

10.1 เป็นเอกเทศ

10.2 รวมกับกองทุนเฉพาะกิจอื่นๆ ในหมู่บ้าน

10.3 ตั้งที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน, อาสาสมัครสาธารณสุข หรือบุคคลอื่น

11. ระบบการคัดเลือก หมายถึง วิธีการที่ใช้พิจารณาในการคัดเลือก อาสาสมัครสาธารณสุขที่จะปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยสอบถามว่าผ่านคัดเลือกมาโดยวิธีใด

11.1 เสนอตัว

11.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระบุ

11.3 ชุมชนคัดเลือกโดยวิธีโหวตเสียง

12. การฝึกอบรมและสัมมนาอย่างต่อเนื่อง หมายถึง สถานการณ์จัดดำเนินการฝึกอบรมที่ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบจัดขึ้นที่สถานบริการเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 วัน ในรอบปีที่ผ่านมา โดยครอบคลุมเนื้อหาสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 องค์ประกอบ และเหมาะสมกับท้องถิ่นและโรคในฤดูกาล ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2534 : 33) ดังนี้

12.1 เป็นประจำทุกเดือน

12.2 เป็นครั้งคราวไม่ทุกเดือน

13. การติดตามนิเทศงานและสนับสนุนผลการปฏิบัติงาน หมายถึง การติดตาม แนะนำกลวิธีในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล อำเภอ และจังหวัดในระหว่างที่อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงานในชุมชนโดยพิจารณาถึงความถี่ และคุณภาพของการติดตามนิเทศงานและสนับสนุนผลการปฏิบัติงาน เปรียบเทียบกับ เกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2534 : 33) ซึ่งเป็น 2 ด้านดังนี้

13.1 เป็นประจำทุกเดือน

13.2 เป็นครั้งคราวไม่ทุกเดือน

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า ประกอบด้วย ความหมายของศูนย์
สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ความเป็นมาของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ความสำคัญ
ของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุข
มูลฐานชุมชน ระบบการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข สถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุข
มูลฐานชุมชน การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ประสิทธิภาพการดำเนินงาน
สาธารณสุขมูลฐาน สิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เครื่อง
ชี้วัดเพื่อการติดตามการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และการวิจัยที่เกี่ยว
ข้องกับการศึกษาค้นคว้า ซึ่งแต่ละข้อมีรายละเอียด ดังนี้

เมื่อเริ่มต้นที่ตรงนี้หลายา คนอาจมองภาพไปเหมือนอาคารสำนักงานหรือ
ภาพสิ่งก่อสร้างอะไรสักหลังหนึ่ง แล้วจะต้องขึ้นป้ายศูนย์เหมือนอย่างเป็นทางการ

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2534 : 16) ได้ให้
ความหมายของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนว่า เป็นรูปแบบการจัดบริการกิจกรรม
สาธารณสุขมูลฐาน โดยชุมชนเป็นศูนย์ปฏิบัติการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข

อุทัย สุดสุข บัญญัติ อติบุรณกุล และชัยชนะ สุวรรณเวช (2534 : 4-6)
ได้ให้ความหมายของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนว่า เป็นศูนย์รวมของการพัฒนาและ
ถ่ายทอดความรู้ตลอดจนให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ประชาชน เป็นศูนย์กลางการ
นัดหมายให้มีอาสาสมัครหลายา คน หมุนเวียนปฏิบัติงาน ทำให้สภาพของบริการ
สาธารณสุขมูลฐานในชุมชนมีความชัดเจนในทางปฏิบัติ เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนว
เวียนเข้าไปเยี่ยมเยียน หรือนิเทศงานก็สามารถมีสถานที่ปฏิบัติงานร่วมกันได้

ประยุทธ แสงสุรินทร์ (2534 : 10-11) กล่าวว่า ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน

ชุมชน เป็นการจัดระบบบริการสาธารณสุขมูลฐานที่กระจัดกระจายอยู่ในชุมชนให้มีศูนย์รวม เพื่อบริการสาธารณสุขพื้นฐานในชุมชนขึ้น เป็นการพัฒนาองค์การประชาชนให้สามารถช่วยเหลือเกื้อกูลและประสานประโยชน์ให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นศูนย์ปฏิบัติงานในชุมชน อันมีลักษณะเป็น

1. เป็นศูนย์กลางการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานที่ดำเนินการในหมู่บ้าน
2. เป็นที่ทำการของอาสาสมัครสาธารณสุขทุกประเภท
3. เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างหมู่บ้านกับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐโดย

ทำหน้าที่ในการกลั่นกรองในระดับต้น (ระบบส่งต่อ)

4. เป็นศูนย์กลางในการรองรับการสนับสนุนวิชาการ วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ จากรัฐและเอกชน

5. เป็นศูนย์กลางของข้อมูลในการวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

6. เป็นศูนย์กลางของความรู้ และวิทยาการชาวบ้านในการดูแลตนเองของชุมชน

7. เป็นศูนย์กลางในการพัฒนากองทุน กรรมการ และการบริหารจัดการ

การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีหลักของการพัฒนาสาธารณสุขไปสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 และแผนงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นแผนงานหนึ่งในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 4 เป็นต้นมาเป็นจุดเริ่มต้นของการให้บริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น ด้วยวิทยาการที่เหมาะสม โดยต้องเชื่อมโยงกับระบบบริการที่มีอยู่ทั้งของรัฐและเอกชนเป็นผู้ให้การสนับสนุน

การดำเนินงานที่ผ่านมาในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4, 5 และ 6 ได้เน้นการพัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน/ชุมชน อันได้แก่ การพัฒนาองค์การ การพัฒนากำลังคน และกองทุนให้ครอบคลุมหมู่บ้านในชนบทและชุมชนในเขตเมือง ซึ่ง

เมื่อสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 ระบบโครงสร้างการสาธารณสุขมูลฐานก็จะครอบคลุมหมู่บ้านเต็มพื้นที่

การพัฒนากำลังคนทางด้านสาธารณสุขในชุมชนที่ผ่านมา ได้แก่ การคัดเลือกและอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข 2 ประเภท คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุข (ผสส./อสม.) ที่ผ่านการอบรมยังคงดำเนินการอยู่ในเขตชนบทประมาณร้อยละ 86 และการดำเนินการที่ผ่านมานั้นก็ชี้ให้เห็นถึงความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับกับประชาชน ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเป็นอย่างดี มีผลทำให้ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนดีขึ้นเห็นได้ชัดเจน คือ ภาวะโภชนาการของทารกและเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้นอย่างน่าพอใจ อัตราเพิ่มของประชากรลดลง นอกจากนั้นอัตราการเจ็บป่วยและตายจากโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน ก็อบจะไม่เป็นปัญหาแล้วหลายโรค แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าผลการดำเนินงานจะเป็นที่น่าพอใจ ก็ยังมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงและพัฒนาให้สอดคล้องกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป อาทิ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อโครงสร้างครอบครัว ขนาดครอบครัวจะเล็กลงและแยกกันอยู่มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ จากระบบเกษตรกรรมเป็นหลักกลายเป็นระบบอุตสาหกรรมมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร กลุ่มวัยแรงงานและกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โครงสร้างการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อมากขึ้น เป็นต้น

จากสถานการณ์ดังกล่าวจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนทิศทางการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยมุ่งที่จะปรับปรุงคุณภาพของการดำเนินงานในชุมชนที่ผ่านมามีดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้การพัฒนาประชาชนมีศักยภาพในการพึ่งตนเองได้ การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนโดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนนำในระยะที่ผ่านมาโดยเฉพาะในช่วงปลายแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 พบว่ามีปัญหาหลายประการ ซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร

สาธารณสุข (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2534 : 14-15)

ประการแรก ด้านการบริหารจัดการ องค์การชุมชนด้านสาธารณสุขมูลฐาน ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ขาดจุดรวมของการบริหารจัดการ กองทุนหมุนเวียน และ กองทุนพัฒนาด้านสาธารณสุขต่างๆ เช่น กองทุนยา กองทุนสุขภาพ กองทุนโภชนาการ และกองทุนบัตรสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนั้นการบริหารจัดการโครงการต่างๆ ไม่เป็นเอกภาพ โครงการหนึ่งๆ จะมีผู้รับผิดชอบเฉพาะจึงอยู่กระจัดกระจายยากแก่การเข้าใจของชาวบ้าน

ประการที่สอง ด้านการวางแผน พบว่า การจัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อแก้ปัญหาของท้องถิ่นตลอดจนการค้นหาคำตอบ ยังไม่เกิดขึ้นอย่างจริงจัง

ประการที่สาม การถ่ายทอดความรู้ให้กับอาสาสมัคร โดยปกติอาสาสมัครสาธารณสุขจำเป็นต้องได้รับการถ่ายทอดความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความรู้ที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และรวดเร็วมาก การถ่ายทอดความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขในระยะเวลาที่ผ่านมา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จะต้องติดตามตัวอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งจะต้องปฏิบัติตามภารกิจของตนในที่ต่างๆ

ประการสุดท้าย การบริหารกิจกรรมขององค์ประกอบที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของชุมชน ซึ่งได้ถูกกำหนดไว้เป็นองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 องค์ประกอบ ยังขาดการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินการกิจกรรมเท่าที่ควร ดังนั้นแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 จึงได้มีเป้าหมายการพัฒนาไปสู่การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานโดยชุมชน และเน้นจุดรวมในการพัฒนาหมู่บ้านของตนเอง จึงได้ให้ชุมชนได้จัดหาสถานที่ โดยไม่ให้เป็นภาระแก่ชุมชนในการจัดสร้าง หรือจัดหาเพื่อใช้เป็นศูนย์ปฏิบัติงาน ดังภารกิจที่กล่าวแล้วข้างต้น

จากที่ผ่านๆ มาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข เวลาจะทำงานกันที่จะต้องเดินเรียกนัดหมายมารวมกันที่ใดที่หนึ่งหรือบ้านใดบ้านหนึ่ง ถึงแม้จะนัดหมายกันแล้วก็ยังลืมนกว่าจะพร้อมเพรียงกันลงมือปฏิบัติงานก็เสียเวลาไป

หลายชั่วโมง

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2534 : 15) ได้กำหนดให้ ความสำคัญของการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนว่า

1. เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้มีสถานที่เป็นศูนย์ประสานงานในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน เป็นแหล่งพัฒนาและถ่ายทอดความรู้ตลอดจนให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ประชาชน
2. เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีวิสัยทัศน์ในการปฏิบัติภารกิจ เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชนได้ตรงเป้าหมาย
3. เพื่อเป็นองค์กรกลางสำหรับองค์กรต่างๆ ที่จะสนับสนุนทรัพยากรและวิชาการแก่อาสาสมัครสาธารณสุข
4. เพื่อเป็นศูนย์ข้อมูลสาธารณสุขของหมู่บ้าน

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2534 : 16) อ้างว่า ใน ปี พ.ศ. 2533 ได้มีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สื่อข่าว สาธารณสุขทุกหมู่บ้านทั่วประเทศไทย ยกเว้นหมู่บ้านที่ย้ายใหม่ แต่ถ้าพิจารณาตาม ความเป็นจริงแล้วหมู่บ้านที่ย้ายใหม่เป็นหมู่บ้านที่แยกจากหมู่บ้านเดิมตามละแวกบ้าน นั้นแสดงว่าในละแวกบ้านนั้นก็ย่อมมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือผู้สื่อข่าว สาธารณสุขอาศัยในหมู่บ้านที่ย้ายใหม่ด้วย

อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ก็คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สื่อข่าวสาธารณสุขที่ผ่านการดำเนินงานสาธารณสุข มูลฐานในหมู่บ้านมาแล้ว ยังรวมกลุ่มกันปฏิบัติงานเป็นทีมหรือมีความเต็มใจทำงานมีผล งานดี มีเวลาว่าง มีความเสียสละ เต็มใจที่จะให้บริการเพื่อนบ้าน

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2534 : 16) ได้กำหนด จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 1 แห่ง จำนวน ไม่น้อยกว่า 5 คน ถ้าน้อยกว่า 5 คน จะมีปัญหาในการทำงานของกลุ่ม เพราะต้อง ช่วยกันทำงานหลายอย่าง ถ้ามามากกว่า 5 คนนั้นดี เพราะจะช่วยกันทำงานให้เสร็จเร็ว

ยื่นขยายบริการสาธารณสุขมูลฐานได้ทั่วถึงทั้งหมู่บ้าน แต่การจัดสิ่งตอบแทนสนับสนุนจากภาครัฐในรูปต่างๆ จากัดก็เกรงว่าจะไม่ทั่วถึงกับกลุ่มใหญ่ ตรงจุดนี้ไม่เชื่อว่า จะคัดเลือกเอาอาสาสมัครสาธารณสุขเดิมเพียง 5 คน มาปฏิบัติงานและปลดอาสาสมัครคนอื่น ๆ ไปอาจแก้ไขโดยการหมุนเวียนกันปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน แต่ถ้างสิ่งสนับสนุนตอบแทนที่จัดให้สามารถบริหารจัดการแบ่งปันได้ก็ไม่มีปัญหา

นั่นคืออาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สื่อข่าวสาธารณสุขเดิมที่เป็นประเภทคนทำงานจริง เต็มใจสู้ กระตือรือร้น มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน อาจจะถนัดคนละด้าน เช่น ด้านสุขภาพ เคยผ่านการอบรมช่างสุขภัณฑ์ ด้านโภชนาการ เป็นสมาชิกกลุ่มแม่บ้านหรือกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานอื่นๆ

ระบบการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข

เบญจา ยอดคำเนิน (2522 : 22) ได้ศึกษาถึงระบบการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยที่ทำให้โครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวอยู่ที่การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขไปปฏิบัติงาน ในการปฏิบัติแล้ววิธีทางสังคมมีตมิกไม่นิยมกระทำ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เหตุผลว่ายุ่งยาก ไม่มีเวลาทำ บางครั้งเลือกโดยความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ใหญ่บ้าน

ในการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขที่จะทำงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนนั้น อาศัยผลการทำงานที่ผ่านมาที่ประชุมองค์การในหมู่บ้าน หรือที่ประชุมชาวบ้านเสนอตัว และคัดเลือกแบบประชาธิปไตย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสอบถามความสมัครใจ โดยพิจารณาคุณสมบัติต่อไปนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2532 : 89)

1. มีความสมัครใจที่จะทำงานเพื่อส่วนรวมด้วยความเสียสละ และมีเวลาพอที่จะช่วยเหลือชุมชน
2. มีความรู้อ่านออกเขียนได้
3. เป็นผู้ซึ่งชาวบ้านไว้วางใจ

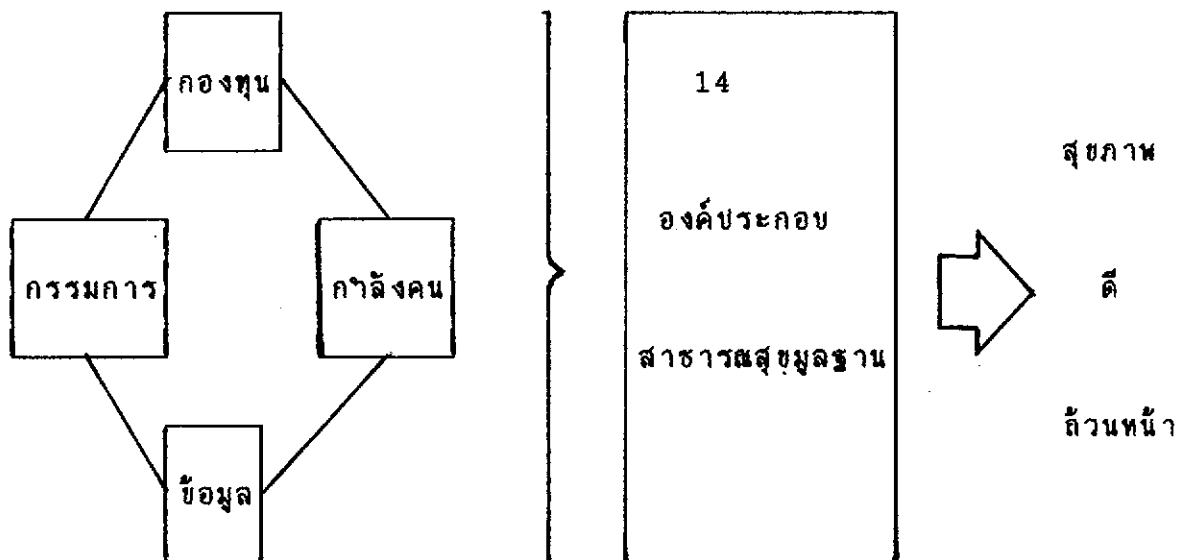
4. เป็นผู้มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์
5. มีที่อยู่อาศัยและประกอบอาชีพประจำในหมู่บ้านนั้น
6. ควรเป็นผู้ที่มีอาชีพแน่นอน มีรายได้เลี้ยงตัวเอง ไม่ควรเป็นข้าราชการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือแพทย์ประจำตำบล

การที่จะพิจารณาว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่จะจัดการบริการงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านของตนเองนั้น หากทั้งกลุ่มเข้าใจรับทราบกิจกรรมต่างๆ ที่จะพึงเป็น อย่างค่อยเป็นค่อยไปตามสภาพ ลำดับของปัญหาของสาธารณสุขที่จะต้องนำเสนอให้คิด ร่วมกันแล้ว เรื่องศูนย์รวมนั้นคงจะเป็นเรื่องที่ชาวบ้านทั้งหลายทั้งหมด ควรจะตกลง กันเองก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยในทุกด้านที่จะคิดกัน เช่น ชาวบ้านส่วนใหญ่รู้จัก ไปมาสะดวก รลา การที่จะใช้ที่ดินตรงไหน บ้านใคร ก็แล้วแต่จะสะดวกของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข 5 ท่านจะมารวมตัวกันให้บริการ และก็สะดวกที่ชาวบ้านเห็นว่าจะมาได้ ถ้าไม่เหมาะ จะสร้างใหม่ ก็เป็นเรื่องที่ทั้งกลุ่มทั้งหมดจะตกลงว่าจะสร้างแบบไหน เงินทอง วัสดุจะ เอมมาจากไหน เท่าไร จะเล็กหรือใหญ่เพียงใด จะขยับขยายอย่างไร เป็นต้น เป็น เรื่องที่เป็นอำนาจของชาวบ้านตัดสินใจเลือก แต่เป็นนโยบายแน่นอนว่า รัฐบาลจะไม่ จัดหางบประมาณมาให้สร้างแน่นอน

สถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ควรเป็นสถานที่ที่เป็นศูนย์กลางใน หมู่บ้าน ซึ่งตามความเป็นจริงแล้ว หมู่บ้านส่วนใหญ่จะมีกองทุนพัฒนาหมู่บ้าน กองทุน เอนกประสงค์ กองทุนยาศาลากลางบ้าน ศาลาเอนกประสงค์ หรือกองทุนเฉพาะกิจ อื่นๆ ในหมู่บ้าน อาจจะรวมกันจัดตั้งเป็นศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หรืออาจจะรวม กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานอื่นๆ ที่มีอยู่แล้ว แยกออกมาตั้งเป็นเอกเทศ ไม่ควรจัดตั้ง ในบ้านอาสาสมัครสาธารณสุข บ้านผู้ใหญ่บ้านหรือบ้านบุคคลใดบุคคลอื่น เพราะการ ปฏิบัติงานต้องหมุนเวียนกัน และประชาชนอาจจะไม่สะดวกในการมาใช้บริการในศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนไม่ใช่สิ่งใหม่ แต่เป็นการจัดการ 3ก + 1ข ใน ชุมชนที่เป็นรูปธรรมขึ้น เน้นระบบการสนับสนุนติดตาม เพื่อเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัคร

สาธารณสุขให้สามารถจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุม ครอบคลุม และสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสังคมของแต่ละชุมชน



ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

บริการสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน

ภาพประกอบ 1 การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. เอกสารประกอบการชี้แจงระดับอำเภอเรื่องนโยบายการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแผน 7 (พ.ศ. 2535-2539). กรุงเทพฯ : องค์การส่งเสริมการค้าต่างประเทศในไทย, 2534 หน้า 23.

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเป็นการบริหาร จัดการ ปรับปรุง กระตุ้นจัดระบบสิ่งที่มีอยู่แล้วให้แสดงหน้าที่อันเกิดประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพในชุมชน จัดตั้งขึ้นมาเพื่อการประสานงาน การให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน และเป็นศูนย์ข้อมูลของหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเตรียมการ 5 ขั้นตอน เพื่อจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2534 : 23)

1. สํารวจ-ตรวจสอบ หาสถานการณืสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านว่าเป็น
อย่างไร

2. ช่อมแซมส่วนที่สึกหรอ โดยประชุมปรึกษาหารือผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้อง

3. จัดทีมทำงาน คัดเลือกอาสาสมัคร 4-5 คน แล้วบูรณิเทศชี้แจง
บทบาทหน้าที่

4. จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หาสถานที่ตั้งที่เหมาะสม จัดระบบ
งานและเตรียมหาอุปกรณ์

5. จัดกิจกรรมบริการตอบปัญหาชุมชน หรือตามองค์ประกอบ 14 องค์
ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน แต่ไม่จำเป็นต้องทำทั้งหมด

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2534 : 30-31) ได้กำหนด
เป้าหมายให้จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนทุกหมู่บ้านในชนบทภายในปี 2537 โดย
จัดแบ่งเป็น

- ปีงบประมาณ 2535 แต่ละโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย จัดตั้ง
ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 1 แห่ง และให้จัดหมู่บ้านเตรียมการอีกโรงพยาบาลชุมชน
และสถานีอนามัยละ 1 แห่ง ส่วนปีที่เหลือให้ปรับปรุงเพื่อยกระดับในปีต่อไป

- ปีงบประมาณ 2536 แต่ละโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย จัดตั้ง
ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เพิ่มขึ้นหน่วยละ 1 แห่ง รวมของเดิมเป็น 2 แห่ง โดย
ให้หมู่บ้านซึ่งเตรียมการไว้แล้วในปี 2535 สำหรับหมู่บ้านที่เหลือให้ปรับปรุงเพื่อ
เตรียมการขึ้นเป็นหมู่บ้านศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในปีงบประมาณ 2537

- ปีงบประมาณ 2537 จะดำเนินการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
ครบทุกหมู่บ้าน

ประสิทธิผลของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

"ประสิทธิผล" ตามพจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525
(2530 : 510) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความสำเร็จในการดำเนินงาน

ชาลชัย อาจินสมาจาร (ม.ป.ป. : 9) ได้ให้ความหมาย ประสิทธิภาพ คือ ผลผลิตที่ได้เมื่อการดำเนินงานแล้วเสร็จ

ประสิทธิภาพของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจึงหมายถึง ความสำเร็จในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ที่พิจารณาจากผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ เมื่อการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนครบรอบ 1 ปี

กิจกรรมขั้นมูลฐานที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เองในหมู่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนนำในทศวรรษที่ผ่านมา (อุทัย สูดสุข. 2535 : 11) ได้แก่

1. การศึกษา
2. การควบคุมป้องกันโรคในหมู่บ้าน
3. การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดทำน้ำสะอาด
4. การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ
5. การส่งเสริมโภชนาการ
6. การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น
7. การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว
8. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน
9. การทันตสาธารณสุข
10. การส่งเสริมสุขภาพจิต

แม้ว่าผลของการดำเนินงานในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาของงานสาธารณสุขมูลฐานจะเป็นที่น่าพอใจ แต่ก็มีประเด็นที่ยังต้องการการปรับปรุงและพัฒนาให้สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป (อุทัย สูดสุข. 2535 : 11-23) กล่าวคือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางแบบแผนความเจ็บป่วย ลักษณะโครงสร้างแบบแผนการเจ็บป่วย จะเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม หรือโรคที่ไม่ติดต่อมากขึ้น อาทิ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง สุขภาพจิตบกพร่อง อุบัติเหตุและอุบัติเหตุ เป็นต้น
2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านคุณภาพของการให้บริการสาธารณสุข สืบเนื่อง

จากความต้องการได้รับบริการของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปประกอบกับความสามารถในการดูแลตนเองของประชาชนดีขึ้น ส่งผลที่มีความต้องการบริการจากระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพดีและใช้เทคโนโลยีสูงขึ้น

3. ความไม่เอาใจใส่ในการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เกิดมลภาวะซึ่งเป็นพิษเป็นภัยต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนมากขึ้น

4. ความต้องการเพิ่มผลผลิตในด้านอุตสาหกรรมและการแข่งขันกันในการการค้า ทำให้มีปัญหาด้านการเอาัดเอาเปรียบผู้บริโภค และมีความไม่ปลอดภัยในการบริโภคมากขึ้นตามลำดับ

มติที่ประชุมสัมมนาระดับชาติ เรื่องการปรับเปลี่ยนทิศทางการสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 เมื่อวันที่ 14-16 พฤศจิกายน 2533 ณ โรงแรมบางกอกพาเลส กรุงเทพมหานคร เห็นชอบในการเพิ่มองค์ประกอบงานสาธารณสุขมูลฐาน อีก 4 ประการ คือ การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย และการฟื้นฟูสมรรถนะผู้พิการ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัยและการคุ้มครองผู้บริโภค

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเพิ่มองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐานอีก 4 ประการ ไว้ในงานพัฒนารูปและระบบการสาธารณสุขมูลฐาน แผนงานรองสนับสนุนสาธารณสุขมูลฐาน แผนงานสาธารณสุขมูลฐานในสาขามีส่วนร่วมของประชาชนด้านสาธารณสุขมูลฐาน

โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้มีประกาศลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2534 และหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 3 พฤษภาคม 2534 ให้เพิ่มองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐานทั้งสี่องค์ประกอบ รวมกับองค์ประกอบเดิม 10 องค์ประกอบ รวมเป็น 14 องค์ประกอบ (อุทัย สุดสุข. 2535 : 11-23) องค์ประกอบที่เพิ่มได้แก่

1. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในชุมชน
2. การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ

3. การคุ้มครองผู้บริโภค

4. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษและเป็นภัย

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2534 : 35-38) ได้

กำหนดบทบาทการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ไว้พอสังเขปดังนี้

1. การถ่ายทอดความรู้ตามกิจกรรมบริการและปัญหาของชุมชน ถ่ายทอดรายบุคคล รายกลุ่ม รวมทั้งจัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ให้ความรู้ด้านสาธารณสุข เพื่อให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์และแก้ปัญหาสาธารณสุขได้

2. การควบคุมและป้องกันโรคในหมู่บ้านทั้งในแง่ส่วนบุคคลและส่วนรวม เช่น กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเพื่อควบคุมโรคไข้เลือดออก สืบวจสุนัขและช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฉีดวัคซีนและกำจัดสุนัขเถื่อน เก็บอุจจาระส่งตรวจหาไข่พยาธิ เก็บตัวอย่างส่งตรวจหาเชื้อมาลาเรีย เก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรค

3. การสุขภาพสิ่งแวดล้อมและการจัดทำน้ำสะอาด จัดให้มีน้ำสะอาดอย่างเพียงพอสำหรับการอุปโภคและบริโภค ตลอดจนมีการกำจัดสิ่งปฏิกูลอย่างถูกต้อง เพื่อตัดวงจรของโรคพยาธิ และมีให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์พาหะนำโรค

4. การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ ติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด เพื่อป้องกันโรคระบาดร้ายแรง อันได้แก่ คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โปлио วัณโรคและหัด

5. การส่งเสริมโภชนาการ ซึ่งนำหนักเด็กและร่วมแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร ขาดพลังงาน ขาดไอโอดีน ขาดวิตามิน และมุ่งสร้างให้ทารกที่เกิดใหม่ตลอดจนเด็กก่อนวัยเรียนมีพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกายและสมองเป็นไปเหมาะสมตามวัย

6. การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น รักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ ให้การปฐมพยาบาลก่อนการส่งต่อ

7. การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว ติดตามหญิงมีครรภ์ ให้ฝากครรภ์และตรวจครรภ์ตามกำหนด ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตรวจสุขภาพ

เด็กดีตามกำหนด จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดและถุงยางอนามัย

8. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน จัดหาและจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน จัดกลุ่มฟื้นฟูและพัฒนาการใช้สมุนไพรในท้องถิ่น

9. การทันตสาธารณสุข ส่งเสริมให้ประชาชนรักษาสุขภาพในช่องปากและแปรงฟันที่ถูกวิธี โดยการจัดนิทรรศการสาธิตการแปรงฟัน จัดหาและจำหน่ายแปรงสีฟัน ยาสีฟัน

10. การส่งเสริมให้ชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถดูแลผู้พิการที่เกิดจากระบบประสาท อาทิ โรคลมชัก จัดระบบครอบครัว สังคม ชุมชนในการป้องกัน การใช้ยาเสพติด จัดชมรมผู้สูงอายุและจัดกิจกรรมออกกำลังกาย

11. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในชุมชน เสริมสร้างความรู้แก่ประชาชน ให้เข้าใจในเรื่องโรคเอดส์ พฤติกรรมความคิดและกระตุ้นให้ร่วมกันดูแล ป้องกันการเสี่ยงต่อโรค ตลอดจนเฝ้าระวังสร้างทัศนคติประชาชนที่มีความเข้าใจและเสริมสร้างสถาบันครอบครัวให้เข้มแข็งขึ้น

12. การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะอุบัติเหตุทางจราจร และอุบัติเหตุในครอบครัวที่อาจเกิดกับเด็กหรือผู้สูงอายุ วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ จัดศูนย์ชุมชนบำบัดและฟื้นฟูสมรรถนะผู้พิการ

13. การคุ้มครองผู้บริโภค จัดกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อป้องกันและช่วยกันแก้ปัญหาเกี่ยวกับการบริโภค รวมทั้งจัดหาผลิตภัณฑ์ที่ถูกต้องและปลอดภัยมาทดแทนผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตรายต่อประชาชนในหมู่บ้าน

14. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษและเป็นภัย ตรวจคุณภาพแหล่งน้ำบริโภคของหมู่บ้าน เติมน้ำลงในแหล่งน้ำที่มีปัญหาด้านแบคทีเรีย ดูแลความสะอาดบ้านเรือน พืชภัยและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม การใช้สารเคมีที่เป็นวัตถุมีพิษ

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2534 : 32-34) ได้จัดสิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยแยกตามกลุ่มหมู่บ้าน ดังนี้

1. กลุ่มที่ 1 ได้แก่ หมู่บ้านที่จัดตั้งและดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน
ชุมชนครบรูปแบบ เป้าหมาย โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยละ 1 หมู่บ้าน จัดสิ่ง
สนับสนุนดังนี้

1.1 วัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงานในศูนย์สาธารณสุข
มูลฐานชุมชนจำนวน 17 รายการ ได้แก่

- 1.1.1 เครื่องวัดความดันโลหิต
- 1.1.2 ทุฟิง
- 1.1.3 เครื่องชั่งน้ำหนัก
- 1.1.4 เทปตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ
- 1.1.5 พรอทวัดไข้และเทปวัดไข้
- 1.1.6 เครื่องตรวจคลอรีนในน้ำดื่มและตรวจเชื้อแบคทีเรีย
- 1.1.7 แผ่นวัดสายตา
- 1.1.8 ชุดปฐมพยาบาล
- 1.1.9 ยาสามัญประจำบ้าน
- 1.1.10 แบบบันทึกการเจริญเติบโต
- 1.1.11 แบบบันทึกสุขภาพครอบครัว
- 1.1.12 ยาเม็ดคุมกำเนิด
- 1.1.13 ถุงยางอนามัย
- 1.1.14 Slide ตรวจเลือด
- 1.1.15 กล้องเก็บเสมหะ
- 1.1.16 ดิลบัสสูจุจวาระ
- 1.1.17 หุ่นจำลองชุดสอนการแปรงฟัน

1.2 ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
1,000 บาท/หมู่บ้าน/ปี

1.3 การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่อเรื่องที่สถานีอนามัยจำนวน

12 ครั้ง/ปี (เดือนละ 1 ครั้ง) ครั้งละ 1 วัน

1.4 การติดตามนิเทศโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเดือนละ 1 ครั้ง

1.5 การอบรมประชาชนกรรมการหมู่บ้าน 4 เดือน/ครั้ง ครั้งละ 1 วัน

ที่สถานีอนามัยพร้อมกับการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในข้อ 1.3

1.6 การถวายความรู้พระสงฆ์/ผู้นำศาสนา เฉพาะที่อยู่ในหมู่บ้านกลุ่มนี้ หมู่บ้านละ 1 รูป หรือผู้นำศาสนาหมู่บ้านละ 1 คน การถวายความรู้พระสงฆ์หรืออบรม ผู้นำศาสนาให้จัดที่อำเภอหรือที่จังหวัดตามความเหมาะสม โดยมีระยะเวลาถวาย ความรู้หรืออบรม 3 วัน

2. กลุ่มที่ 2 ได้แก่ หมู่บ้านเตรียมการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในปี 2536 เป้าหมาย โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยละ 1 หมู่บ้าน จัดสิ่ง สนับสนุน ดังนี้

2.1 การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่อเนื่องที่สถานีอนามัยจำนวน 12 ครั้ง/ปี ครั้งละ 1 ครั้ง

2.2 การติดตามนิเทศโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เดือนละ 1 ครั้ง

2.3 การอบรมประชาชนกรรมการหมู่บ้านปีละ 3 ครั้ง (4 เดือน/ครั้ง) ครั้งละ 1 วัน ที่สถานีอนามัยพร้อมกับการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในข้อ 2.1

3. กลุ่มที่ 3 ได้แก่ หมู่บ้านที่เหลือจากกลุ่ม 1 และ 2 ที่จะจัดตั้งศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในปี 2537 จัดสิ่งสนับสนุน ดังนี้

3.1 การนิเทศของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เดือนละ 1 ครั้ง

3.2 การจัดงาน (ถ่ายทอดเทคโนโลยี ระหว่างชุมชน) หมู่บ้านกลุ่มที่ 1 โดยคัดเลือกอำเภอละ 9 หมู่บ้าน (เฉพาะหมู่บ้านกลุ่มนี้เท่านั้น) หมู่บ้านละ 5 คน งาน 1 วัน จำนวน 1 ครั้ง/ปี

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2534 : 40-41) กำหนด หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ การดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ดังนี้

1. หมู่บ้านกลุ่มที่ 1

1.1 เงินหมวดอุดหนุน

1.1.1 การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่อเนื่อง 12 ครั้ง/ปี

5 คน คนละ 50 บาท รวม 3,000 บาท/ปี

1.1.2 การอบรมประธานกรรมการหมู่บ้าน 3 ครั้ง 1 คน

คนละ 50 บาท รวม 150 บาท/ปี

1.1.3 การถวายความรู้พระสงฆ์หรือผู้นำศาสนา 1 รูป (คน)

3 วัน วันละ 50 บาท รวม 150 บาท/ปี

1.1.4 การสนับสนุนกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนละ 1,000 บาท

1.2 เงินหมวดใช้สอย/วัสดุ

1.2.1 การติดตามโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เดือนละ 1 ครั้ง

ครั้งละ 15 บาท รวม 180 บาท/หมู่บ้าน/ปี

1.2.2 การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่อเนื่อง 300 บาท/

หมู่บ้าน/ปี

1.2.3 การอบรมประธานกรรมการหมู่บ้าน 120 บาท/หมู่บ้าน/ปี

1.2.4 การถวายความรู้พระสงฆ์หรือผู้นำศาสนา 30 บาท/รูป

2. หมู่บ้านกลุ่มที่ 2

2.1 เงินหมวดอุดหนุน

2.1.1 การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่อเนื่อง 12 ครั้ง/ปี

5 คน คนละ 50 บาท รวม 3,000 บาท/ปี

2.1.2 การอบรมประธานกรรมการหมู่บ้าน 3 ครั้ง 1 คน

คนละ 50 บาท รวม 150 บาท/ปี

2.2 เงินหมวดใช้สอย/วัสดุ

2.2.1 การติดตามโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เดือนละ 1 ครั้ง

ครั้งละ 15 บาท รวม 180 บาท/หมู่บ้าน/ปี

2.2.2 การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่อเนื่อง 300 บาท/หมู่บ้าน/ปี

2.2.3 การอบรมประธานกรรมการหมู่บ้าน 120 บาท/หมู่บ้าน/ปี

3. หมู่บ้านกลุ่มที่ 3

3.1 เงินหมวดอุดหนุน การถ่ายทอดความรู้ระหว่างหมู่บ้าน (ดูงาน) อำเภอละ 9 หมู่บ้าน จำนวน 5 คน คนละ 50 บาท รวม 2,250 บาท/อำเภอ/ปี

3.2 เงินหมวดค่าใช้สอย/วัสดุ

3.2.1 การติดตามโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย/โรงพยาบาลชุมชน เดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 15 บาท รวม 180 บาท/หมู่บ้าน/ปี

3.2.2 การจัดการดูงาน อำเภอละ 4,410 บาท (รวมค่าน้ำมันเชื้อเพลิงและค่าพาหนะในการจัดหาอาสาสมัครสาธารณสุขไปดูงานด้วย)

4. ระดับอำเภอ

เงินหมวดค่าใช้สอย/วัสดุ ในการติดตามเพื่อนิเทศเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เดือนละ 1 ครั้ง ติดตามจำนวนสถานีอนามัยที่ได้รับการนิเทศ สถานีอนามัยละ 30 บาท รวม 360 บาท/ปี

5. ระดับจังหวัด

เงินหมวดค่าใช้สอย/วัสดุ

5.1 การติดตามจากจังหวัดไปสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลชุมชน (ปีละ 4 ครั้ง) แห่งละ 200 บาท รวม 800 บาท/ปี

5.2 การประชุมชี้แจง คณะทำงานสนับสนุนการปฏิบัติงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (ร่วมกับทีมสนับสนุนวิชาการส่วนกลางระหว่างเดือนธันวาคม 2534) อำเภอละ 2,000 บาท

5.3 การอบรมฟื้นฟูเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 2 วัน คิดตามจำนวนสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนแห่งละ 1 คน เป็นเงินแห่งละ 900 บาท ซึ่งรวมค่าเบี้ย

เสียงที่ปรึกษาและสวัสดิการจัดอบรม

เครื่องชี้วัดเพื่อการติดตามการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2534 : 39) ได้กำหนดเครื่องชี้วัดเพื่อการติดตามการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยจำแนกตามระดับการปฏิบัติงาน ดังนี้

1. ระดับส่วนกลาง เครื่องชี้วัดประกอบด้วย

1.1 มีการมอบหมายหน่วยงานที่รับผิดชอบและกำหนดบุคคลในการประสานงาน

1.2 มีแผนสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

1.3 มีการจัดสรรสิ่งสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

1.4 มีผลการปฏิบัติงานเปรียบเทียบกับเป้าหมาย

2. ระดับจังหวัด เครื่องชี้วัดประกอบด้วย

2.1 มีการมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในฝ่ายพัฒนาบุคลากรและการสาธารณสุขมูลฐาน

2.2 มีแผนการปฏิบัติงานสนับสนุนศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยดำเนินงานตามองค์ประกอบสาธารณสุขมูลฐานที่เป็นปัญหาของชุมชน

2.3 มีอัตราครอบคลุมของการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเมื่อเทียบกับเป้าหมาย

2.4 มีผลการปฏิบัติงานตามแผนการสนับสนุนศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

3. ระดับอำเภอ เครื่องชี้วัดประกอบด้วย

3.1 มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบในคณะทำงานสนับสนุนการปฏิบัติงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

3.2 มีแผนการจัดตั้งและการดำเนินงานศูนย์สาขาวุฒิชัยมูลฐานชุมชน

3.3 มีอัตราการครอบคลุมของศูนย์สาขาวุฒิชัยมูลฐานชุมชนเมื่อเทียบกับเป้าหมาย

กับเป้าหมาย

3.4 มีผลการปฏิบัติงานตามแผนการสนับสนุนศูนย์สาขาวุฒิชัยมูลฐาน

ชุมชน

4. ระดับตำบล เครื่องชี้วัดประกอบด้วย

4.1 มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานศูนย์สาขาวุฒิชัยมูลฐานชุมชนในสถานีนานามัย

อนามัย

4.2 มีอัตราการครอบคลุมของการจัดตั้งศูนย์สาขาวุฒิชัยมูลฐานชุมชน

4.3 มีแผนสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์สาขาวุฒิชัยมูลฐานชุมชน

4.4 มีผลการปฏิบัติงานตามแผนการสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์

สาขาวุฒิชัยมูลฐานชุมชนเมื่อเทียบกับเป้าหมาย

5. ระดับหมู่บ้าน เครื่องชี้วัดประกอบด้วย

5.1 มีการจัดตั้งศูนย์สาขาวุฒิชัยมูลฐานชุมชน

5.2 มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานในศูนย์สาขาวุฒิชัยมูลฐานชุมชน

5.3 มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบสาขาวุฒิชัยมูลฐานที่เป็นปัญหา

ของชุมชน

5.4 มีผลการปฏิบัติงานตามแต่ละองค์ประกอบเมื่อเปรียบเทียบกับ

เป้าหมาย (มีเครื่องชี้วัดทั้ง 14 องค์ประกอบ)

การดำเนินงานศูนย์สาขาวุฒิชัยมูลฐาน ในจังหวัดร้อยเอ็ด

ฝ่ายพัฒนาบุคลากรและการสาขาวุฒิชัยมูลฐาน สำนักงานสาขาวุฒิชัยจังหวัด

ร้อยเอ็ด ได้จัดอบรมเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอและตำบล ในการดำเนินงานศูนย์สาขาวุฒิชัยมูลฐานชุมชน ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2535 โดยมีนโยบายให้ระดับอำเภอและตำบล

จัดประชุมชี้แจงและจัดตั้งศูนย์สาขาวุฒิชัยมูลฐานชุมชนในระหว่างเดือน เมษายน -

มิถุนายน 2535 โดยยึดตามเป้าหมายการจัดตั้งที่กระทรวงสาขาวุฒิชัยกำหนด

การคัดเลือกหมู่บ้านที่จะดำเนินการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนนั้น จังหวัดร้อยเอ็ดจะพิจารณาข้อมูลผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในหมู่บ้านในเกณฑ์สูงเป็นสำคัญ ประกอบกับความสะดวกในการติดตามนิเทศผลการดำเนินงาน ซึ่งมีการนำเอาหลักการในการจัดตั้งมาพิจารณาน้อย หรือนำมาเพียงองค์ประกอบเท่านั้น มีการดำเนินงานหมู่บ้านศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ก และ ข ควบคู่กันไป

การฝึกอบรมและสัมมนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการศึกษาการดำเนินงานใน จังหวัดร้อยเอ็ดแล้ว ในขั้นตอนของการเตรียมการนั้นมีความล่าช้า การฝึกอบรมและสัมมนาอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์เดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 วันนั้น จึงจัดอบรมไม่ได้ตามเกณฑ์ ซึ่งการจัดฝึกอบรมและสัมมนาอย่างต่อเนื่องให้แต่ละอำเภอเตรียมการและแจ้งให้จังหวัดทราบ

การจัดตั้งสนับสนุนการปฏิบัติ การจัดดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เป็นการเริ่มต้นพร้อม ๆ กัน 4 องค์ประกอบใหม่ของงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งบทบาทการดำเนินงานมีการเพิ่มขีดความสามารถเฉพาะลงไป และจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือในการดำเนินงานแต่ละงานโดยเฉพาะ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ซึ่งกองสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่จัดสนับสนุน ซึ่งในปี 2535 นั้น การส่งวัสดุอุปกรณ์สนับสนุนถึงจังหวัดประมาณเดือน กรกฎาคม 2535

จากสถิติการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของจังหวัดร้อยเอ็ดในบทที่ 1 นั้น การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นไปตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่หลักการดำเนินงานยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด มีความล่าช้าเนื่องจาก ต้องดำเนินการตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการดำเนินงานเมื่อครบรอบ 1 ปี ซึ่งคาดว่าจะ เป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในปีต่อ ๆ ไป

การวิจัยที่เกี่ยวกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในประเทศ

กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2521 : 208-209) ได้วิจัยเพื่อประเมินผลการดำเนินงานผู้สื่อข่าวสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยการใช้วิธีการสังเกตการณ์โดยเข้าไปมีส่วนร่วมในชุมชนประกอบการศึกษาด้วย ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอายุน้อย การปฏิบัติงานไม่ค่อยได้ผล เพราะไม่กล้าพูด ไม่กล้าอธิบาย เกิดความรู้สึกอาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหญิง ไม่ค่อยได้รับการยอมรับการนับถือ เนื่องจากในชนบทชาวบ้านให้การนับถือชายมากกว่าหญิงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เคยทำประโยชน์เพื่อส่วนรวมมาก่อนแล้ว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้านนั้นจะได้รับการยอมรับนับถือจากชาวบ้านดีมาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีฐานะ เศรษฐกิจดียอมสละเวลาปฏิบัติงานให้แก่ประชาชนได้ดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ฐานะ เศรษฐกิจต่ำ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีสมาชิกในครอบครัวมากกว่า ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานไม่ได้เต็มที่

รัชณี ภูกร (2523 : 54-69) ได้วิจัยเรื่อง ทัศนคติของประชาชนต่อการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษานพบว่า ประชาชนเห็นด้วยเกี่ยวกับการมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นจำนวนมาก เพื่อช่วยเหลือยามเจ็บป่วยและทำให้รู้เรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ แต่ยังมีปัญหาเรื่องการทำบริการ เนื่องจากประชาชนเห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ความสามารถที่จะให้บริการประชาชนยังไม่เพียงพอถึงร้อยละ 22.5 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดยาและอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาลร้อยละ 12.0 ไปหาอาสาสมัครสาธารณสุขไม่ค่อยพบ เพราะอาสา

สมัครสาธาณสุขประจำหมู่บ้านต้องไปประกอบอาชีพนอกบ้านร้อยละ 4.0 และมีประชาชนที่ยังไม่ค่อยรู้จักหน้าที่ของอาสาสมัครสาธาณสุขประจำหมู่บ้านร้อยละ 9.0 ซึ่งแสดงว่า การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงบทบาทและหน้าที่อาสาสมัครสาธาณสุขประจำหมู่บ้านยังไม่ทั่วถึง

ทวีทอง ทองวิวัฒน์ และคนอื่น (2524 : 3-4) ได้ศึกษาประเมินผลโครงการสาธาณสุขมูลฐานไทย ผลของการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธาณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธาณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในขั้นน่าพึงพอใจ แต่ก็ยังเป็นผลงานในระยะสั้น ซึ่งเมื่อศึกษาในระยะยาวพบว่า การมีอาสาสมัครสาธาณสุขประจำหมู่บ้านมีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพต่ำมาก โดยเฉพาะจากปัญหาการนิเทศงานและปัญหาในการสนับสนุนยา จะทำให้ความสามารถในการคงระดับหรือยกระดับการบริการของอาสาสมัครสาธาณสุขประจำหมู่บ้านไปได้ยาก นอกจากนี้อาสาสมัครสาธาณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มักเน้นหนักด้านการรักษาพยาบาล การจำหน่ายยาสามัญประจำบ้านและบริการวางแผนครอบครัวในการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนนั้น เน้นหนักด้านการรักษาพยาบาล ส่วนงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น งานเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานสุขภาพและงานโภชนาการ ยังไม่มีการเข้าร่วมเท่าที่ควร

กลุ่มสังคมศาสตร์สาธาณสุข (สำนักงานคณะกรรมการการสาธาณสุขมูลฐาน. 2535 : 8-10 ; อ้างอิงมาจาก กลุ่มสังคมศาสตร์สาธาณสุข. 2525 : 23-26) ได้ศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน : จุดอ่อนของงานสาธาณสุขมูลฐาน ได้มีการวิเคราะห์จุดอ่อนของการสาธาณสุขมูลฐานไว้ดังนี้คือ

1. ความสนใจต่อความสำคัญและบทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยกระทรวงสาธาณสุข และเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ดูเหมือนจะขาดความกระจำจืด คือมีความโน้มเอียงที่คิดว่า การให้ชาวบ้านเป็นอาสาสมัครสาธาณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อขยายบริการและการใช้อาสาสมัครก็คือการมีส่วนร่วมของชาวบ้านที่น่าพึงพอใจ แล้วทรงสนะต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนเช่นนี้บ่บ่ยังคับแคบ แต่ที่จริงแล้วการมีส่วนร่วม

ของชุมชนมีรูปแบบการใช้ชาวบ้านเป็นตัวแทนของรัฐ และมีจุดหมายเพียงเพื่อขยายบริการ หากแต่เป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน สะท้อนคุณภาพและวิถีดำเนินชีวิตแบบใหม่ของประชาชน เพื่อยังผลแห่งการพัฒนาที่ต่างออกไปจากการหยิบยื่นเข้ามาโดยทางราชการดังที่เคยเป็นมา

2. การเร่งรัดทวิการผลิอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สื่อข่าวสาธารณสุขอย่างรวดเร็วในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 1 (2520-2524) เพื่อบรรลุเป้าหมายครอบคลุม ร้อยละ 50 ของจำนวนหมู่บ้านทั่วประเทศ ทำให้หย่อนความพยายามส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน นอกจากนั้นระบบงานสาธารณสุขมีขีดประสิทธิภาพและล่าช้า กว่าคำบัญชาและงบประมาณที่ค้นหาคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สื่อข่าวสาธารณสุขจะมาถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลก็ต่อมาเมื่อเวลาที่เหลืออยู่นั้นสั้นเกินกว่าที่ทำความเข้าใจกับประชาชน สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเลือก ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ถ้าจะให้ทันกำหนดเวลาแล้วมีกหนี่ไม่ทันที่เจ้าหน้าที่จะต้องเลือกเอาเองตามที่เห็นสมควร

3. กลวิธีดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานบางอย่างโดยเฉพาะการคัดเลือกผู้สื่อข่าวสาธารณสุขโดยวิธีลงคมมิตี มีเนื้อหาที่เดินสวนทางกับหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน ชาวบ้านส่วนใหญ่มักไม่รู้ว่าเป็นผู้เลือกผู้สื่อข่าวสาธารณสุข

4. การปฏิบัติงานสาธารณสุขยังยึดระบบข้าราชการและค่านิยมแบบข้าราชการอยู่ การมีส่วนร่วมของประชาชนยังมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน ถึงแม้ว่าทางกระทรวงสาธารณสุขจะเห็นความจำเป็นของการมีส่วนร่วม แต่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนน้อย

พรพิมล วรดิลก และคนอื่นๆ (2526 : 70-77) ได้ศึกษาเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขต่างๆ ต่อไปนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขศรัทธา มีความรู้ ความสามารถ และความตั้งใจในการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งเปรียบเสมือนจุดเชื่อมโยงระหว่างรัฐและประชาชนในหมู่บ้าน ถ้าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและ

ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขมีประสิทธิภาพสามารถสร้างศรัทธาในหมู่บ้าน การขยายบริการด้านสาธารณสุขมูลฐานจะสามารถทำได้ครบถ้วน

2. ความพร้อมของหมู่บ้าน หมู่บ้านที่มีศักยภาพทางสังคมดี ประชาชนมีความกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วม

3. เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความเข้าใจในแนวความคิดในหลักการสาธารณสุขมูลฐาน เชื่อในความสามารถของชาวบ้าน ปฏิบัติงานด้วยประสิทธิภาพ ทุ่มเทเยี่ยมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขและประเมินผลงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างสม่ำเสมอ

จินดา พูนเกษม (2527 : 58-105) ได้วิจัยเรื่อง การยอมรับบทบาทและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่จังหวัดนครสวรรค์ ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ยังมีประชาชนบางกลุ่มนิยมรักษาโรคแผนโบราณอยู่ เมื่อเวลาเจ็บป่วยร้อยละ 34.0 ยอมรับบทบาทหน้าที่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.1 กิจกรรมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นอันดับสูงสุด ได้แก่ การเป็นผู้แจ้งข่าวสาธารณสุขแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและชาวบ้านในเขตรับผิดชอบ ร้อยละ 14.3 สำหรับการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว เป็นกิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ปฏิบัติเป็นอันดับต่ำสุด ร้อยละ 2.5

พัชรพล ชันชโยชัย และคนอื่นๆ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 91-93 ; อ้างอิงมาจาก พัชรพล ชันชโยชัย. 2527 : 108-112) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ประชาชนมีส่วนร่วมในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ งานกองทุนยาและเวชภัณฑ์ และงานโภชนาการตามลำดับ ทั้งนี้เพราะเป็นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ถือได้ว่า เป็นปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่างานอื่นๆ

2. ประชาชนที่ร่วมงานสาขารณสุขมูลฐาน งานใดงานหนึ่งแล้วมักจะร่วมงานสาขารณสุขมูลฐานอื่นอีกด้วย เช่น เมื่อร่วมงานโภชนาการก็จะร่วมงานกองทุนยาและเวชภัณฑ์และงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วย เป็นต้น

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาขารณสุขมูลฐาน

3.1 สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาขารณสุขสาขารณสุขมูลฐาน ได้แก่

3.1.1 กิจกรรมโภชนาการ พบว่า สภาพเศรษฐกิจและสังคมในเรื่องอายุ การศึกษา จำนวนองค์กรที่เป็นสมาชิก มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.1.2 กิจกรรมกองทุนยาและเวชภัณฑ์ พบว่า สภาพเศรษฐกิจและสังคมในเรื่องสถานภาพสมรสและการเป็นสมาชิกในองค์กรต่างๆ มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.1.3 กิจกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พบว่า สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในเรื่องการเป็นสมาชิกองค์กร มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 การรับรู้ข่าวสาร แหล่งที่มาของข่าวสารและมีความเข้าใจในข่าวสารนั้น จะมีส่วนให้ประชาชนเข้าร่วมในแต่ละกิจกรรมของงานสาขารณสุขมูลฐานดังนี้

3.2.1 การรับรู้ข่าวสารในงานสาขารณสุขมูลฐาน ส่วนใหญ่จะทราบว่าเจ้าหน้าที่สาขารณสุข อาสาสมัครสาขารณสุข และผู้สื่อข่าวสาขารณสุขหรือโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ให้ข่าวสารที่ค่อนข้างกว้างขวาง และเป็นที่รู้จักของเกือบทุกคนในหมู่บ้านและเป็นบุคคลที่เข้าถึงประชาชนอย่างลึกซึ้ง ส่วนผู้ที่ให้ข่าวสารรองลงมาคือ การพูดคุยระหว่างเพื่อนบ้านในชุมชนในละแวกเดียวกัน และประชาชนจะให้ความเชื่อถือในบุคคลของรัฐมากที่สุด

3.2.2 แหล่งที่มาของข่าวสาร นอกจากกับการรับรู้ข่าวสาร

จาก ข้อ 3.2.1 และประชาชนมักจะหาความรู้เพิ่มเติมจากการศึกษาผ่านหนังสือและสื่อมวลชนต่างๆ ที่มีในหมู่บ้าน

3.2.3 ความเข้าใจในข่าวสาร จะมีส่วนทำให้ประชาชนเข้าใจและร่วมมือกับกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานมาก กล่าวคือ ประชาชนจะเรียนรู้ถึงความหมายของกิจกรรม วิธีดำเนินการ สถานที่ดำเนินการ และประโยชน์หรือคุณค่าของกิจกรรมนั้น ว่าประชาชนจะมีสิทธิ์ในกิจกรรมหรือได้รับประโยชน์จากกิจกรรมนี้หรือไม่

ฉะนั้น เมื่อประชาชนได้รับข่าวสารและเข้าใจในข่าวสารแล้ว ประชาชนจะให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานมากขึ้น

3.3 ความสะดวกต่างๆ มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน เช่น

3.3.1 ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค คือ ช่วงเวลาระหว่าง 08.00 - 10.00 น.

3.3.2 ระยะทาง 0-3 กิโลเมตร คือปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของงานสาธารณสุขมูลฐาน แสดงว่าประชาชนในบริเวณใกล้เคียงกับที่ตั้งของสถานีอนามัยตำบล หรือจุดนัดพบจะมารับบริการนานนกว่าที่ผู้อยู่ห่างไกล

3.3.3 สภาพถนนที่เป็นลาดยางหรือลูกรังที่มีสภาพใช้ได้ตลอดปีจะมีแนวโน้มชักจูงให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของงานสาธารณสุขมูลฐาน

3.3.4 สำหรับกิจกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคนี้ ผู้ที่ไม่สะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมนี้เป็นเพราะมีการะครอบครัว งานอาชีพและบางครั้งสภาพถนนไม่สะดวกแม้จะอยู่ใกล้สถานีอนามัยตำบลหรือจุดนัดพบก็ตาม

3.4 ทิศนคติของประชาชนต่องานสาธารณสุขมูลฐาน จากการศึกษาของกลุ่มผู้วิจัยพบว่า ทิศนคติของประชาชนต่องานสาธารณสุขมูลฐาน ดังนี้

3.4.1 ประชาชนส่วนใหญ่มักจะมีทัศนคติที่ดีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน

3.4.2 ประชาชนต้องการเวลาในการทำความเข้าใจในกิจกรรมต่างๆ ของงานสาธารณสุขมูลฐาน เช่น การใช้ศัพท์วิชาการกับการใช้คำพื้นเมืองการสื่อความหมายจากการใช้ภาษากลางกับภาษาท้องถิ่น

3.4.3 การรับรู้ข่าวสารและความเข้าใจข่าวสารมีผลกระทบต่อการมีทัศนคติที่ดีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน

4. ผลของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนกับจำนวนกิจกรรมของการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนกิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนมีส่วนร่วม ผลการวิจัยประมวลโดยสรุป ดังนี้

4.1 สภาพภูมิหลังทางเศรษฐกิจและสังคมในเรื่องอายุการศึกษา สถานภาพการสมรส จำนวนองค์การที่เป็นสมาชิก มีความสัมพันธ์กับจำนวนกิจกรรมที่เข้าร่วมงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างมีนัยสำคัญ

4.2 การได้รับข่าวสารและเข้าใจในข่าวสาร มีแนวโน้มอย่างชัดเจนว่าผู้ที่รับข่าวสารในหลายเรื่องจะมีแนวโน้มของการเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของงานสาธารณสุขมูลฐานหลายด้านเพิ่มขึ้นด้วย

4.3 ความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมมีความสัมพันธ์กับจำนวนกิจกรรมที่ประชาชนเข้าร่วม

อนันต์ ลิขิตประเสริฐ (2528 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาบทบาทผู้นำหมู่บ้านในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีจุดรวมความสนใจอยู่ที่บุคลิกภาพและพฤติกรรมผู้นำ ซึ่งคาดว่าความแตกต่างในเรื่องต่างๆ นี้ทำให้การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานก้าวหน้าไปได้ไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับคุณสมบัติผู้นำ ที่เห็นว่ามีความสำคัญในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ ความทันสมัย พฤติกรรมติดต่อสื่อสารและแรง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตลอดจนการยอมรับนับถือของชาวบ้านที่มีต่อผู้นำในหมู่บ้านของตน

การศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งหมู่บ้าน 3 ระดับ คือ หมู่บ้านที่มีระดับการพัฒนาสูง หมู่บ้านที่มีระดับการพัฒนากึ่งกลาง และหมู่บ้านที่มีระดับการพัฒนาต่ำ

ผลการศึกษาพบว่า คุณสมบัติและพฤติกรรมผู้นำเป็นตัวอธิบายความแตกต่างกันในระดับการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน

ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล (2530 : 7-9) ได้วิจัยเรื่องปัญหาและทางออกการใช้ผู้นำชาวสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีจุดประสงค์เพื่อประเมินสภาพการทำงานของผู้สื่อข่าวสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างเป็นระบบในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอยู่ส่วนใหญ่นำได้รับการคัดเลือก และมีกรอบไม่น้อยกว่า 4 ปี และมีตำแหน่งหน้าที่ในกรรมการชุดต่างๆ ควบคู่กันไปด้วย กิจกรรมที่ทำอยู่บ่อยๆ คือ ชั่งน้ำหนัก การแจ้งข่าวสาธารณสุข การจ่ายยา การรักษาพยาบาลโรคต่างๆ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร้อยละ 60-70 เป็นพวกที่ทำงานไปได้เรื่อยๆ โดยอาศัยการกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่ ในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งทำงานอย่างกระตือรือร้นประมาณร้อยละ 20-25 และที่เหลือคือ พวกที่ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน และพร้อมกันนี้มีข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข ในการปรับระบบอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่ และเพิ่มค่าตอบแทนแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิจัยที่สนับสนุนการตั้งสมมติฐาน

ในการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยจำเป็นต้องศึกษาผลการวิจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างๆ ในโครงการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติที่ผ่านมา รวบรวมนำมาสรุปเพื่อนำไปสู่การตั้งสมมติฐาน โดยแยกตามตัวแปรดังต่อไปนี้

1. เพศ

จากการศึกษาถึงเพศของอาสาสมัครสาธารณสุขของกองสุขศึกษา (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2521 : 208-211) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขเพศชายมีผลการปฏิบัติงานมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุทัย สดสุข (2525 : 4) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขชายจะมีผลการปฏิบัติงานมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขหญิง ในขณะที่ บุญหา สุธี (2533 : 97) ศึกษาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหญิงและชาย มีผลการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และคนอื่นๆ (2523 : 185-229) ที่ได้ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงและเพศชายมีการปฏิบัติงานต่างกัน

ในขณะที่ผู้วิจัยเห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขชายมีผลการปฏิบัติงานสูงในงานสุขภาพสิ่งแวดล้อม งานจัดหาไม้ส่อาดและงานควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่น ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขหญิงจะมีผลการปฏิบัติงานสูงในงานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัวและงานโภชนาการ ผู้วิจัยไม่สามารถที่กำหนดทิศทางของสมมติฐานเกี่ยวกับเพศได้

2. อายุ

จากการศึกษาของ บุญหา สุธี (2533 : 98) ศึกษาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : ศึกษาเฉพาะพื้นที่ยางจน จังหวัดสงขลา พบว่า อาสา

สมาคมสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาวีณี เฝิงศาสตร์ (2529 : 29) ที่ได้ศึกษาเรื่องการยอมรับและการรับรู้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชนบทจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ศุภฤกษ์ โรจนธรรม (2531 : 94) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน : ศึกษาเฉพาะหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่นของ จังหวัดนครศรีธรรมราช สงขลา พัทลุง พบว่า ประชาชนที่มีอายุสูง และประชาชนที่มีอายุต่ำมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน

3. ระดับการศึกษา

ศุภฤกษ์ โรจนธรรม (2532 : 95) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน : ศึกษาเฉพาะหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่นของ จังหวัดนครศรีธรรมราช สงขลา พัทลุง ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาสูงมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานมากกว่าประชาชนที่มีการศึกษาต่ำ ในขณะที่งานวิจัยของ สันศักดิ์ เสริมศรี (2526 : 74) เรื่องอิทธิพลที่กำหนดการเลือกน้ำดื่มในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาของประชาชนที่ต่างกันมีผลทำให้พฤติกรรมการเลือกน้ำดื่มต่างกัน

ในขณะที่ผู้วิจัยเห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการปฏิบัติงานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาต่ำ

4. รายได้

อุทัย สดสุข (2535 : 4) ได้ศึกษาถึงรายได้ของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ดีกว่า จะมีผลการปฏิบัติงานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2521 : 208-209) เรื่องรายงานการวิจัยเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน

งานผู้สื่อข่าวสารานุกรม/อาสาสมัครสารานุกรมประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสารานุกรมประจำหมู่บ้านที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ย่อมใช้เวลาในการปฏิบัติงานได้ดีกว่าอาสาสมัครสารานุกรมประจำหมู่บ้านที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ

เมื่อพิจารณาในแง่ของจิตวิทยาชุมชนแล้ว ผู้วิจัยเห็นว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมักจะเป็นที่ยอมรับนับถือในชุมชน เป็นผู้นำริเริ่มให้เกิดการพัฒนา ย่อมได้รับความร่วมมือจากประชาชนมากกว่า

5. การมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคนอื่นา (2530 : 48) ได้ศึกษาถึงการมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้านของอาสาสมัครสารานุกรม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นของอาสาสมัครสารานุกรม ในขณะที่ วีระศักดิ์ รัตนะ (2534 : 87) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสารานุกรมในเขตชนบท จังหวัดสงขลา พบว่า อาสาสมัครสารานุกรมที่มีเวลาว่างเพียงพอ จะมีผลการปฏิบัติงานอาสาสมัครสารานุกรมมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครสารานุกรมที่มีเวลาว่างสำหรับทำงานอาสาสมัครสารานุกรมมูลฐานน้อย

ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า การที่อาสาสมัครสารานุกรมที่มีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน นั้นย่อมแสดงว่าเป็นที่ยอมรับในหมู่บ้านของประชาชนด้วยตนเอง และหน่วยงานของรัฐอื่นที่เกี่ยวข้องในหมู่บ้าน เป็นแกนนำของหมู่บ้าน ตามความเป็นจริงแล้วองค์กรที่เป็นแกนนำในหมู่บ้านมักจะมีไม่หลายกลุ่ม (ชื่อองค์กรหลายชื่อ แต่ตัวบุคคลกลุ่มเดิม) นอกจากจะดำเนินงานสารานุกรมมูลฐานแล้ว ยังสามารถผสมผสานเข้ากับงานอื่นในหมู่บ้านได้

6. การประเมินหมู่บ้านดีเด่น

การที่หมู่บ้านเคยผ่านการประกวดหมู่บ้านดีเด่น นั้นแสดงว่าหมู่บ้านนั้นมีความร่วมมือกันดี องค์กรผู้นำเข้มแข็ง ซึ่งจากการศึกษาถึงความกระตือรือร้นในการพัฒนาของผู้ใหญ่บ้านที่มีต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสารานุกรมของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคนอื่นา (2530 : 81) พบว่า เป็นปัจจัยที่สำคัญมากต่อประสิทธิภาพในการทำงาน

ของผู้สื่อข่าวสาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผู้วิจัยเห็นว่า หมู่บ้านที่เคยผ่านการประกวดคนนอกจากผู้นำจะเข้มแข็ง ชาวบ้านร่วมมือกันดีแล้ว ยังได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นอย่างดีด้วย

7. สถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ผู้วิจัยเห็นว่า สถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ถ้ารวมทุกกิจกรรมของการดำเนินงานสาธารณสุขที่กระจัดกระจายในหมู่บ้านมารวมไว้ที่เดียวกัน การปฏิบัติงานก็จะสะดวกรวดเร็ว ถ้าแยกดำเนินการเฉพาะกิจเป็นเอกเทศ อาจจะไม่เป็นที่คุ้นเคยของชาวบ้านและถ้าตั้งในบ้านบุคคลอื่นบุคคลใด อาจจะไม่สะดวกต่อการดำเนินงาน ซึ่งในปัจจุบันนี้ยังไม่มีการวิจัยมาสนับสนุน

8. ระบบการคัดเลือก

เบญจา ยอดคำเป็น (2522 : 22) ได้ศึกษาถึงระบบการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยที่ทำให้โครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวอยู่ที่การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขไปปฏิบัติงาน ในการปฏิบัติแล้ววิธีทางสังคมมีมิติที่ไม่นิยมกระทำ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เหตุผลว่ายุ่งยากไม่มีเวลาทำ บางครั้งเลือกโดยความสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับชาวบ้านหรือผู้ใหญ่บ้านระบุในการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เป็นการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขจากเดิมที่มีอยู่แล้วมาฟื้นฟูและพัฒนาขีดความสามารถ ซึ่งระบบการคัดเลือกที่ต่างกันน่าจะมีผลต่อการดำเนินงานที่ต่างกันด้วย

9. การฝึกอบรมและสัมมนาอย่างต่อเนื่อง

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคนอื่น (2530 : 79) ได้ศึกษาถึงอายุการทำงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ทำงานนานขึ้น ความกระตือรือร้นในการทำงานก็ค่อยๆ ลดลง ผลการปฏิบัติงานก็จะต่ำลงด้วย ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า หลังจากผ่านการอบรมใหม่ อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่จะมีความกระตือรือร้นในการทำงาน ซึ่งในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนนี้อาสาสมัครสาธารณสุขทั้ง 5 คนจะได้รับการอบรมและสัมมนาอย่างต่อเนื่องที่สถานีอนามัย เดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1

วัน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เตรียมเนื้อหาครอบคลุมทั้ง 14 องค์ประกอบ และสอดคล้องกับการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์และฤดูกาล

10. การติดตามนิเทศและสนับสนุนผลการปฏิบัติงาน

เบญจา ยอดคำเนิน (2522 : 52) ศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนมากขาดการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เวลาที่มีปัญหาในการปฏิบัติงานไม่สามารถติดต่อใครได้ ในขณะที่ ศีระศักดิ์ รัตนะ (2534 : 84-85) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตชนบท จังหวัดสงขลา พบว่า คุณภาพของการนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์สูงสุดกับผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้วิจัยเห็นว่า นอกจากอาสาสมัครสาธารณสุขจะได้รับการนิเทศในความรู้ที่สูงแล้วผู้นิเทศจะต้องวางแผนการปฏิบัติงานในการนิเทศงานให้เป็นระบบเหมาะสม ประกอบกับการจัดสิ่งสนับสนุนทั้งด้านค่าตอบแทน วัสดุอุปกรณ์ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่ผ่านมา น่าจะส่งผลต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานด้วย

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยดังกล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่า ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเป็นเหมือนการจำลองเอาสถานบริการสาธารณสุขระดับล่างสุดไปไว้ในหมู่บ้าน ซึ่งมีบริการสาธารณสุขที่จำเป็น อันชาวบ้านพึงได้รับ รวมกันไว้ชัดเจนภายในศูนย์ เพิ่มระดับขีดความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขให้สูงขึ้น การวัดความสามารถในการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จึงสามารถวัดได้จากประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ซึ่งอยู่กับตัวแปรหลายประการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้แนวคิดในการตั้งสมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า ดังต่อไปนี้

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. อาสาสมัครสาธารณสุขชายและหญิงมีประสิทธิผลในการดำเนินงาน
สาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน
2. อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุต่างกันมีประสิทธิผลในการดำเนินงาน
สาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน
3. อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาสูงกว่ามีประสิทธิผลในการดำเนินงาน
สาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาต่ำกว่า
4. อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้สูงกว่ามีประสิทธิผลในการดำเนินงาน
สาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ต่ำกว่า
5. อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้านมีประสิทธิผลในการ
ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่มีตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้าน
6. อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหมู่บ้านที่ผ่านการประกวดหมู่บ้าน
ดีเด่นมีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุข
ที่ปฏิบัติงานในหมู่บ้านที่ไม่เคยผ่านการประกวดหมู่บ้านดีเด่น
7. อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่มี
สถานที่ตั้งต่างกัน มีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน
8. อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านระบบการคัดเลือกต่างกันมีประสิทธิผลใน
การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน
9. อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมสัมมนาต่อเนื่องต่างกันมี
ประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน
10. อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการนิเทศงานสูงมีประสิทธิผลในการ
ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการนิเทศงานต่ำ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 204 แห่ง จังหวัดร้อยเอ็ด รวมประชากรทั้งสิ้น 1,020 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 278 คน ซึ่งได้มาจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างและวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane. 1969 : 886) ดังสูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดของประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อน ซึ่งเท่ากับ .05

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 288 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 28

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบสัดส่วน (Proportion Random Sampling)

ตาราง 2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอำเภอและเพศ

ลำดับ	อำเภอ	ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (แห่ง)	ประชากร			กลุ่มตัวอย่าง		
			ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
1.	เมือง	14	46	24	70	12	7	19
2.	ชัยบุรี	17	67	18	85	17	5	22
3.	เสลภูมิ	21	81	24	105	22	7	29
4.	โพนทอง	19	72	23	95	20	7	27
5.	หนองพอก	12	41	19	60	11	6	17
6.	โพธิ์ชัย	10	46	4	50	12	1	13
7.	โพนทราย	4	15	5	20	4	2	6
8.	พนมไพร	17	52	33	85	14	10	24
9.	อาจสามารถ	12	48	12	60	12	4	16
10.	เมืองสรวง	6	22	8	30	6	2	8
11.	สุวรรณภูมิ	14	55	15	70	14	5	19
12.	เกษตรวิสัย	14	56	14	70	15	4	19
13.	บhumรัตน	12	53	7	60	14	2	16
14.	จตุรพักตรพิมาน	12	51	9	60	13	3	16
15.	กิ่ง อ.ศรีสมเด็จ	6	24	6	30	6	2	8
16.	กิ่ง อ.จังหาร	8	24	16	40	6	5	11
17.	กิ่ง อ.เมยวดี	6	26	4	30	7	1	8
รวม		204	779	241	1,020	205	73	278

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. การประเมินผลการดำเนินงาน

สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ในรอบ 8 เดือนแรก ปีงบประมาณ 2535

(ตุลาคม 2534 - พฤษภาคม 2535). ร้อยเอ็ด : 2535 หน้า 49.

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ลักษณะของแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน การประเมินหมู่บ้านดีเด่น สถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ระบบการคัดเลือก การฝึกอบรมและสัมมนาอย่างต่อเนื่อง การติดตามนิเทศงาน และการสนับสนุนผลการปฏิบัติงาน ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 เกี่ยวกับผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดร้อยเอ็ด แบ่งเนื้อหาตามกิจกรรมการดำเนินงานสาธารณสุข 14 องค์ประกอบ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ

ตอนที่ 3 เป็นแบบปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบได้เสนอแนะความคิดเห็น ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 องค์ประกอบ ซึ่งคำตอบส่วนนี้จะไม่นำไปเกี่ยวข้องในการทดสอบสมมติฐาน แต่จะนำไปประมวลเพื่อใช้ประโยชน์ในการอภิปรายผลและเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เกณฑ์การให้คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน มีดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
ทำเป็นประจำ	3
ทำบ่อยครั้ง	2
ทำบางครั้ง	1
ไม่ทำเลย	0

ส่วนการประเมินค่าประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยวิธี
เกณฑ์ประเมินค่าเฉลี่ยของเบสท์ (Best. 1970 : 175-178) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.26 - 3.00 หมายความว่า มีประสิทธิภาพการดำเนินงาน

สาธารณสุขมูลฐานสูง

1.51 - 2.25 หมายความว่า มีประสิทธิภาพการดำเนินงาน

สาธารณสุขมูลฐานปานกลาง

0.76 - 1.50 หมายความว่า มีประสิทธิภาพการดำเนินงาน

สาธารณสุขมูลฐานต่ำ

0.00 - 0.75 หมายความว่า ไม่มีประสิทธิภาพการดำเนินงาน

สาธารณสุขมูลฐาน

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาขอบเขตและเนื้อหาการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จากเอกสาร และการวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีสร้างแบบสอบถามจากเอกสารต่างๆ
3. สร้างแบบสอบถามแล้วนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปให้คณะ
กรรมการควบคุมปริญญาขั้นต้นตรวจสอบ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข
4. นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เพื่อพิจารณาหาความเที่ยงตรง
เชิงเนื้อหา แล้วนำไปหาคุณภาพเครื่องมือต่อไป

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. หาความเที่ยงตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้
ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงฉันท (Face
Validity) และพิจารณาข้อความให้ชัดเจนเหมาะสม นำแบบสอบถามมาปรับปรุง

แก้ไข เสนอต่อคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้ง

2. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Tryout) กับอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ไม่มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน จากนั้นจึงนำมาหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้สูตรทดสอบค่า t (t-test) เทคนิคร้อยละ 25 ของเอ็ดเวิร์ด (Edward, 1970 : 152) ข้อใดมีค่า t เท่ากับหรือมากกว่า 1.75 ขึ้นไป ถือว่ามีอำนาจจำแนกสูง

3. หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีของครอนบาค (Cronbach, 1970 : 161) หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตั้งแต่ .50 ขึ้นไป แสดงว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นสามารถนำไปใช้ได้ ซึ่งในการนำไปใช้ครั้งนี้แบบสอบถามทั้งฉบับ ค่าความเชื่อมั่น 0.88 ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสูงสามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง

2. การเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการนัดอาสาสมัครสาธารณสุขตามวัน เวลา และสถานที่ ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลเป็นผู้กำหนดนัดหมายให้โดยจะคำนึงถึงความสะดวกของอาสาสมัครเป็นสำคัญ โดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยเก็บข้อมูล สอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขตามข้อความถาม ยกกรณีตัวอย่าง และอธิบายระดับการปฏิบัติ เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดในแต่ละกิจกรรม

3. เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามจากอาสาสมัครสาธารณสุข พิจารณาความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ปรากฏว่าแบบสอบถามที่สมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ จำนวน 278 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.53 ของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 สัปดาห์ คือ ตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2536 ถึงวันที่ 18 มกราคม 2536

วิธีจัดการกับข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม แล้วคัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้
2. ตรวจให้คะแนนข้อความแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้การคำนวณ หาค่าความถี่ และร้อยละ
4. วิเคราะห์ประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ โดยวิธีหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) โดยใช้เกณฑ์ประเมินค่าเฉลี่ยของเบสต์ (Best. 1970 : 175-178) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.26-3.00	หมายความว่า มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมาก
ค่าเฉลี่ย 1.51-2.25	หมายความว่า มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 0.76-1.50	หมายความว่า มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานน้อย
ค่าเฉลี่ย 0.00-0.75	หมายความว่า ไม่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

5. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่า t (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 5, 6, 9 และ 10
6. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่า เอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 7 และ 8
7. ดำเนินการประเมินผลข้อมูล เพื่อนำเสนอในรูปแบบตารางและค่าสถิติต่างๆ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS[®] (Statistical Package for The Social Science Version 10)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่
 - 1.1 หาค่าร้อยละ โดยใช้สูตร

$$p = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ p แทน ค่าร้อยละ
 f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ
 n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

- 1.2 หาค่าเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (Ferguson, 1981 : 49)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ย
 $\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
 N แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สูตร (Ferguson.

1981 : 49)

$$S = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 $\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
 $(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
 N แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้หาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 ทาค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาความเที่ยงตรงเชิงหน้า (Face Validity) โดยวิธีการของโรวินเนลลี และแฮมเบิลตัน (Rovinele and Hambleton) โดยใช้สูตร (นางรัตน์ ทวีรัตน์. 2533 : 124)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม
 $\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดของผู้เชี่ยวชาญ
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 ทาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม โดยใช้สูตร (Edward.

1957 : 152)

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S_H^2}{n_H} + \frac{S_L^2}{n_L}}}$$

เมื่อ t แทน อำนาจจำแนกของแบบสอบถาม

$\bar{X}_H$ แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มสูง

$\bar{X}_L$ แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มต่ำ

S_H^2 แทน ค่าความแปรปรวนของการกระจายคะแนนในกลุ่มสูง

S_L^2 แทน ค่าความแปรปรวนของการกระจายคะแนนในกลุ่มต่ำ

n_H แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มสูง

n_L แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มต่ำ

2.3 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบ
สอบถาม โดยใช้หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบาค
(Cronbach. 1970 : 161) โดยใช้สูตร

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left| 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right|$$

เมื่อ α แทน สัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

k แทน จำนวนข้อสอบของแบบสอบถาม

$\sum S_i^2$ แทน ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนในแต่ละ
ข้อของแบบสอบถาม

S_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมของแบบสอบถาม

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่า t (t -test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 5, 6, 9 และ 10 โดยใช้สูตร (บุศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 177)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ t แทน ค่าใช้พิจารณาใน t - distribution

$\bar{X}_1$, $\bar{X}_2$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และ
กลุ่มที่ 2

S_1^2 , S_2^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

n_1 , n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า

2 กลุ่มขึ้นไป โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) หรือ ทดสอบค่า เอฟ (F -test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน

ข้อ 2,3,4,7 และ 8 โดยใช้สูตร (สูตรี วงศ์รัตน์. 2534 : 249)

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน f - distribution

MS_B แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองระหว่างกลุ่ม

MS_W แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม

3.3 ถ้าพบว่าผลการทดสอบตามข้อ 3.2 มีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยการทดสอบค่า q

(q - Statistic) โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method)

(สูตรี วงศ์รัตน์. 2534 : 268)

$$q. \sqrt{\frac{MS_W}{\tilde{n}}}$$

เมื่อ q แทน q - Statistic ที่ได้จากตาราง

MS_W แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสอง (Mean Square)

$\tilde{n}$ แทน จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ได้ใช้สัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนี้

X	แทน	คะแนนเฉลี่ย
N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
S	แทน	ค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ใน t - distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ใน F - distribution
df	แทน	degree of freedom
SS	แทน	Sum of Square
MS	แทน	Mean of Square
q	แทน	q-statistic
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แบ่งเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงความถี่คิดเป็นค่าร้อยละ แล้วเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมติฐาน

2.1 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติ

งานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้เกณฑ์ประเมินค่าเฉลี่ยของ
เบสท์ (Best. 1970 : 174-178)

2.2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพ
ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์
สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มโดยการทดสอบ
ค่า t (t - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 5, 6, 9 และ 10

2.3 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพ
ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุข
มูลฐานชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยการ
วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - Way Analysis of Variance) หรือ
การทดสอบค่า เอฟ (F - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 7 และ 8
ถ้าพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่
โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อเสนอแนะปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน
สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตาราง

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเมื่อจำแนกตามตัวแปรต่าง ๆ ปรากฏว่า อาสาสมัครสาธารณสุข
จำนวน 278 คน เพศชาย 205 คน คิดเป็นร้อยละ 73.7 เพศหญิง 73 คน คิดเป็น
ร้อยละ 26.3 มีอายุระหว่าง 18 - 30 ปี 16 คน คิดเป็นร้อยละ 5.8 อายุระหว่าง
31 - 40 ปี 82 คน คิดเป็นร้อยละ 29.5 อายุระหว่าง 41 - 50 ปี 129 คน คิด
เป็นร้อยละ 46.4 อายุ 51 ปีขึ้นไป 51 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 มีระดับการศึกษา
ประถมศึกษา 254 คน คิดเป็นร้อยละ 91.4 ระดับมัธยมศึกษา 18 คน คิดเป็นร้อยละ

6.4 และสูงกว่ามัธยมศึกษา 6 คน คิดเป็นร้อยละ 2.2 มีรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท ต่อเดือน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 58.6 มีรายได้ระหว่าง 2,466 - 7,410 บาทต่อเดือน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 37.1 มีรายได้สูงกว่า 7,410 บาทต่อเดือน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 4.3 ไม่มีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 33.1 มีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 66.9 อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหมู่บ้านที่ไม่เคยผ่านการประกวดหมู่บ้านพัฒนา 131 คน คิดเป็นร้อยละ 47.1 ปฏิบัติงานในหมู่บ้านที่เคยผ่านการประกวดหมู่บ้านพัฒนา 147 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่มีที่ตั้งร่วมกับกองทุนเฉพาะกิจอื่น ๆ ในหมู่บ้าน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 43.5 ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่มีที่ตั้งที่บ้านผู้สูงอายุบ้านอาสาสมัครสาธารณสุขหรือบุคคลอื่น ๆ 84 คน คิดเป็นร้อยละ 30.2 ผ่านระบบการคัดเลือกโดยเสนอตัว 30 คน คิดเป็นร้อยละ 10.8 ผ่านระบบการคัดเลือกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระบุ 64 คน คิดเป็นร้อยละ 23.0 ผ่านระบบการคัดเลือกโดยชุมชนคัดเลือกโดยวิธีทอตเสียง 184 คน คิดเป็นร้อยละ 66.2 มีการได้รับการฝึกอบรมและสัมมนาที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชนเป็นประจำทุกเดือน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 46.0 มีการได้รับการฝึกอบรมและสัมมนาที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชนเป็นครั้งคราวไม่ทุกเดือน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 54.0 มีการได้รับการติดตามนิเทศงาน และสนับสนุนผลการปฏิบัติงานเป็นประจำทุกเดือน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 51.8 มีการได้รับการติดตามนิเทศงานและสนับสนุนผลการปฏิบัติงานเป็นครั้งคราวไม่ทุกเดือน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 48.2

ตาราง 3 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน การประเมินหมู่บ้านดีเด่น สถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ระบบการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข การฝึกอบรม และสัมมนาอย่างต่อเนื่อง และการติดตามนิเทศงานและสนับสนุนผลการปฏิบัติงาน

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	205	73.7
หญิง	73	26.3
รวม	278	100.0
อายุ		
18 - 30 ปี	16	5.8
31 - 40 ปี	82	29.5
41 - 50 ปี	129	46.4
51 ปีขึ้นไป	51	18.3
รวม	278	100.0

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	254	91.4
มัธยมศึกษา	18	6.4
สูงกว่ามัธยมศึกษา	6	2.2
รวม	278	100.0
รายได้		
ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน	163	58.6
2,466 - 7,410 บาทต่อเดือน	103	37.1
สูงกว่า 7,410 บาทต่อเดือน	12	4.3
รวม	278	100.0
การมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน		
ไม่มี	92	33.1
มี	186	66.9
รวม	278	100.0

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การประเมินหมู่บ้านดีเด่น		
ไม่เคย	131	47.1
เคย	147	52.9
รวม	278	100.0
สถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน		
เป็นเอกเทศ	73	26.3
รวมกับกองทุนเฉพาะกิจอื่น ๆ ในหมู่บ้าน	121	43.5
ตั้งที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข หรือบุคคลอื่น ๆ	84	30.2
รวม	278	100.0
ระบบการคัดเลือก		
เสนอตัว	30	10.8
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระบุ	64	23.0
ชุมชนคัดเลือกโดยวิธีทวาทเสียง	184	66.2
รวม	278	100.0

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การฝึกอบรมและสัมมนาอย่างต่อเนื่อง		
เป็นประจำทุกเดือน	128	46.0
เป็นครั้งคราวไม่ทุกเดือน	150	54.0
รวม	278	100.0
การติดตามนิเทศงานและสนับสนุนผลการปฏิบัติงาน		
เป็นประจำทุกเดือน	144	51.8
เป็นครั้งคราวไม่ทุกเดือน	134	48.2
รวม	278	100.0

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมติฐาน

2.1 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ

ประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยใช้เกณฑ์ประเมินค่าเฉลี่ยของเบสท์ (Best) ดังปรากฏตามตาราง 4 - 18

ตาราง 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผลการ

ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ด้านการดำเนินงานสุขภาพ

กิจกรรม	$\bar{X}$	S	ระดับประสิทธิผล
1. การให้ความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยตามปัญหาที่เกิดขึ้นหรือฤดูกาลที่มีการระบาดของโรคโดยการพูดคุยส่วนตัวหรือประชุมกลุ่ม	1.96	.71	ปานกลาง
2. การรวบรวมข่าวสารความรู้เกี่ยวกับสุขภาพหรือข่าวสารอื่นที่เป็นประโยชน์นำมาเผยแพร่ในหมู่บ้าน เช่น ออกหอกระจายข่าว	1.80	.70	ปานกลาง
3. การติดตามประเมินผลว่าข่าวสารที่เผยแพร่ไปนั้นถึงกลุ่มเป้าหมายมากน้อยเพียงใดโดยการสอบถามหรือการเปลี่ยนแปลงในหมู่บ้าน	1.18	.61	ต่ำ
รวม	1.65	.55	ปานกลาง

ตาราง 4 แสดงว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานสุขศึกษาของอาสาสมัคร
สาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาในแต่ละด้านจะเห็นว่า การให้ความ
รู้เรื่องสุขภาพอนามัยตามปัญหาที่เกิดขึ้นหรือฤดูกาลที่มีการระบาดของโรคโดย
การพูดคุยส่วนตัวหรือประชุมกลุ่ม และการรวบรวมข่าวสารความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ
หรือข่าวสารอื่นที่เป็นประโยชน์นำมาเผยแพร่ในหมู่บ้าน เช่น ออกหอกระจายข่าว
มีประสิทธิภาพปานกลาง ส่วนการติดตามประเมินผลว่าข่าวสารที่เผยแพร่ไปถึงกลุ่ม
เป้าหมายมากน้อยเพียงใดโดยการสอบถามหรือการเปลี่ยนแปลงในหมู่บ้านมี
ประสิทธิภาพต่ำ

ตาราง 5 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิภาพ

ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุข
มูลฐานชุมชน ด้านการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคในหมู่บ้าน

กิจกรรม	$\bar{X}$	S	ระดับประสิทธิภาพ
1. การแจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญหรือโรค ระบาดในท้องถิ่นให้ชาวบ้านทราบ	2.27	.68	สูง
2. การให้ความรู้ชักชวนชาวบ้านร่วมมือกัน ควบคุมโรคใช้เลือดออก โดยรณรงค์ทำลาย แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในช่วงฤดูฝน	2.29	.70	สูง
3. การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการรักษา อาการอุจจาระร่วงโดยการใช้ผงน้ำตาล เกลือน้ำ โอ อาร์ เอส	2.01	.79	ปานกลาง
4. การติดตามผู้ที่ถูกสุนัขกัดหรือผู้ที่สงสัยว่าจะ ได้รับเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าไปรับการฉีดวัคซีน ที่สถานอนามัย หรือโรงพยาบาล	1.59	.77	ปานกลาง
5. การจ่ายและเก็บกลับอุจจาระส่งตรวจหา ไข่พยาธิ	2.02	.84	ปานกลาง
รวม	2.04	.61	ปานกลาง

ตาราง 5 แสดงว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคในหมู่บ้าน
อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านจะเห็นได้ว่า การแจ้งข่าวการเกิดโรค
ที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่นให้ชาวบ้านทราบ และการให้ความรู้ชักชวนชาวบ้าน
ร่วมมือกันควบคุมโรคใช้เลือดออก โดยรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในช่วงฤดูฝน
มีประสิทธิภาพสูง ส่วนการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการรักษาอาการอุจจาระร่วงโดยการ
ใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่ โอ อาร์ เอส การติดตามผู้ที่ถูกสุนัขกัด หรือผู้ที่สำคัญว่าจะได้
รับเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าไปรับการฉีดวัคซีนที่สถานอนามัย หรือโรงพยาบาล และการจ่าย
และเก็บตลับอุจจาระส่งตรวจหาไข่พยาธิ มีประสิทธิภาพปานกลาง

ตาราง 6 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผลการ

ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ด้านการดำเนินงานสุขภาพและการจัดทำน้ำสะอาด

กิจกรรม	$\bar{X}$	S	ระดับประสิทธิผล
1. การสำรวจข้อมูลด้านการสุขภาพแต่ละ			
หลังคาเรือน	2.00	.70	ปานกลาง
2. การส่งเสริมให้ชาวบ้านจัดทำถังน้ำฝน			
หรือบ่อนตื้น	1.90	.78	ปานกลาง
3. การแนะนำชาวบ้านที่ยังไม่มีส่วนร่วมให้จัด			
สร้างส้วมราดน้ำใช้	2.52	.69	สูง
4. การแนะนำชาวบ้านให้กำจัดขยะมูลฝอย			
โดยฝัง เผา ทำปุ๋ยหมัก	1.78	.84	ปานกลาง
รวม	2.05	.55	ปานกลาง

ตาราง 6 แสดงว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานสุขภาพและการจัดทำน้ำสะอาดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านจะเห็นได้ว่า การแนะนำชาวบ้านที่ยังไม่มีส่วนร่วม ให้จัดสร้างส้วมราดน้ำใช้มีประสิทธิผลสูง ส่วนการสำรวจข้อมูลด้านการสุขภาพแต่ละหลังคาเรือน การส่งเสริมให้ชาวบ้านจัดทำถังน้ำฝน หรือบ่อนตื้น และการแนะนำชาวบ้านให้กำจัดขยะมูลฝอย โดยฝัง เผา ทำปุ๋ยหมัก มีประสิทธิผลปานกลาง

ตาราง 7 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผลการ

ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุข
มูลฐานชุมชน ด้านการดำเนินงานให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ

กิจกรรม	$\bar{X}$	S	ระดับประสิทธิผล
1. การสำรวจรายชื่อเด็กแรกเกิด - 5 ปี แล้ว จดทะเบียนบันทึก	2.17	.72	ปานกลาง
2. การติดตามผู้ปกครองให้พาเด็กไปรับวัคซีน ตามนัดหมาย	2.38	.69	สูง
3. การประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการให้บริการวัคซีนป้องกันโรค เช่น นัดหมาย วัน เวลา และสถานที่	2.32	.70	สูง
รวม	2.29	.60	สูง

ตาราง 7 แสดงว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ
อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านจะเห็นได้ว่า การติดตามผู้ปกครองให้พาเด็ก
ไปรับวัคซีนตามนัดหมาย และการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการให้
บริการวัคซีนป้องกันโรค มีประสิทธิภาพสูง ส่วนการสำรวจรายชื่อเด็กแรกเกิด - 5 ปี
แล้วจดทะเบียนบันทึก มีประสิทธิภาพปานกลาง

ตาราง 8 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ด้านการดำเนินงานส่งเสริมโภชนาการ

กิจกรรม	$\bar{X}$	S	ระดับประสิทธิผล
1. การกระตุ้นเตือนให้ผู้ปกครองนำเด็กแรกเกิด - 5 ปี ไปชั่งน้ำหนัก ตามนัดหมายทุก 3 เดือน	2.55	.64	สูง
2. การชั่งน้ำหนักเด็ก แพลผล บันทึกผลแจ้งให้ผู้ปกครองทราบ	2.30	.80	สูง
3. การมีส่วนร่วมในการผลิตอาหารเสริมไว้จำหน่ายในหมู่บ้าน	1.50	.89	ต่ำ
4. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	2.09	.70	ปานกลาง
รวม	2.11	.57	ปานกลาง

ตาราง 8 แสดงว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานส่งเสริมโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านจะเห็นได้ว่า การกระตุ้นเตือนให้ผู้ปกครองนำเด็กแรกเกิด - 5 ปี ไปชั่งน้ำหนัก ตามนัดหมายทุก 3 เดือน และการชั่งน้ำหนักเด็ก แพลผล บันทึกผลแจ้งให้ผู้ปกครองทราบ มีประสิทธิภาพสูง การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีประสิทธิภาพปานกลาง ส่วนการมีส่วนร่วมในการผลิตอาหารเสริมไว้จำหน่ายในหมู่บ้าน มีประสิทธิภาพต่ำ

ตาราง 9 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ด้านการดำเนินงานรักษายาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น

กิจกรรม	$\bar{X}$	S	ระดับประสิทธิผล
1. การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยตามอาการที่พบ เช่น ทานแผล จ่ายยาแก้ปวด	2.10	.74	ปานกลาง
2. การเขียนใบนำส่งผู้ป่วยที่เกินขอบเขตความสามารถไปรับการรักษาต่อที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาล	1.30	.92	ต่ำ
3. การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยในรายที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานอนามัยหรือโรงพยาบาล	1.09	.92	ต่ำ
รวม	1.49	.71	ต่ำ

ตาราง 9 แสดงว่า การดำเนินงานรักษายาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบในท้องถิ่นอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านจะเห็นได้ว่า การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยตามอาการที่พบ มีประสิทธิผลปานกลาง ส่วนการเขียนใบนำส่งผู้ป่วยที่เกินขอบเขตความสามารถไปรับการรักษาต่อที่สถานอนามัย หรือโรงพยาบาล และการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยในรายที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานอนามัย หรือโรงพยาบาล มีประสิทธิผลต่ำ

ตาราง 10 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิภาพ
ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุข
มูลฐานชุมชน ด้านการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว

กิจกรรม	$\bar{X}$	S	ระดับประสิทธิภาพ
1. การให้คำแนะนำให้ไปฝากครรภ์ที่สถานี อนามัยหรือโรงพยาบาล เมื่อพบว่าผู้ที่ ตั้งครรภ์ในหมู่บ้าน	2.28	.64	สูง
2. การให้คำแนะนำความรู้การปฏิบัติตนใน ระหว่างตั้งครรภ์	1.99	.65	ปานกลาง
3. การติดตามให้คำแนะนำการปฏิบัติตนหลัง คลอด	1.86	.70	ปานกลาง
4. การติดตามเด็กแรกเกิด - 5 ปี ให้รับ บริการตรวจสุขภาพเด็กดี	1.79	.74	ปานกลาง
5. การให้คำแนะนำความรู้ และชักจูง ชาวบ้านให้ใช้บริการการวางแผนครอบครัว	1.59	.78	ปานกลาง
6. การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดรายเก่า และ การจ่ายถุงยางอนามัย	.96	1.07	ต่ำ
รวม	1.75	.55	ปานกลาง

ตาราง 10 แสดงว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านจะเห็นได้ว่า การให้คำแนะนำให้ไปฝากครรภ์ที่สถานอนามัย หรือโรงพยาบาล เมื่อพบว่า มีผู้ที่ตั้งครรภ์ในหมู่บ้าน มีประสิทธิภาพสูง การให้คำแนะนำความรู้การปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์ การติดตามให้คำแนะนำการปฏิบัติตนหลังคลอด การติดตามเด็กแรกเกิด - 5 ปี ไปรับบริการตรวจสุขภาพเด็กดี และการให้คำแนะนำความรู้ และชักจูงชาวบ้านให้ใช้บริการการวางแผนครอบครัว มีประสิทธิภาพปานกลาง ส่วนการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด รายแก้ว และการจ่ายถุงยางอนามัย มีประสิทธิภาพต่ำ

ตาราง 11 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ด้านการดำเนินงานจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในบ้าน

กิจกรรม	$\bar{X}$	S	ระดับประสิทธิผล
1. การสำรวจปริมาณความต้องการยาสามัญ ประจำบ้าน	1.86	.77	ปานกลาง
2. การจัดหาและจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน โดยได้รับความเห็นชอบจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	1.69	.82	ปานกลาง
3. การเผยแพร่ความรู้เรื่องการใช้สมุนไพร และการชักชวนชาวบ้านให้ปลูกสมุนไพร ไว้ใช้ในบ้าน	1.06	.86	ต่ำ
รวม	1.54	.65	ปานกลาง

ตาราง 11 แสดงว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในบ้านอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านจะเห็นได้ว่า การสำรวจปริมาณความต้องการยาสามัญประจำบ้าน และการจัดหาและจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน โดยได้รับความเห็นชอบจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีประสิทธิภาพปานกลาง ส่วนการเผยแพร่ความรู้เรื่องการใช้สมุนไพร และการชักชวนชาวบ้านให้ปลูกสมุนไพรไว้ใช้ในบ้าน มีประสิทธิภาพต่ำ

ตาราง 12 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผลการ

ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุข
มูลฐานชุมชน ด้านการดำเนินงานทันตสาธารณสุข

กิจกรรม	$\bar{X}$	S	ระดับประสิทธิผล
1. การแจ้งข่าวกิจกรรมการเคลื่อนไหวกิจกรรม ทันตสาธารณสุข	1.60	.80	ปานกลาง
2. การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับอนามัยช่องปาก และฟันในหมู่บ้าน	1.38	.68	ต่ำ
3. การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ที่ปวดฟัน เหงือก อักเสบ พร้อมทั้งได้แนะนำให้ไปรักษาต่อที่ สถานอนามัยหรือโรงพยาบาล	1.37	.78	ต่ำ
4. การจัดหาแปรงสีฟันและยาสีฟันไว้จำหน่าย ในหมู่บ้าน	1.16	1.12	ต่ำ
รวม	1.38	.63	ต่ำ

ตาราง 12 แสดงว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานทันตสาธารณสุขอยู่ใน
ระดับต่ำ เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านจะเห็นได้ว่า การแจ้งข่าวกิจกรรมการเคลื่อนไหวกิจกรรม
บริการทันตสาธารณสุข มีประสิทธิภาพปานกลาง ส่วนการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับอนามัย
ช่องปาก และฟันในหมู่บ้าน การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ที่ปวดฟัน เหงือกอักเสบ พร้อมทั้ง
ได้แนะนำให้ไปรักษาต่อที่สถานอนามัย หรือโรงพยาบาล และการจัดหาแปรงสีฟันและ
ยาสีฟันไว้จำหน่ายในหมู่บ้าน มีประสิทธิภาพต่ำ

ตาราง 13 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ด้านการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิต

กิจกรรม	$\bar{X}$	S	ระดับประสิทธิผล
1. การเชิญผู้สูงอายุมาที่ข้อเสนอแนะในทุกครั้ง ที่มีการประชุม	1.47	.71	ต่ำ
2. การส่งเสริมการออกกำลังกาย	1.12	.90	ต่ำ
3. การมีส่วนร่วมช่วยสร้างเสริมความอบอุ่นภายใน ครอบครัว	1.37	.73	ต่ำ
รวม	1.32	.63	ต่ำ

ตาราง 13 แสดงว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน ทั้ง 3 ด้านจะเห็นได้ว่ามีประสิทธิผลต่ำไปด้วย

ตาราง 14 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิภาพ
ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุข
มูลฐานชุมชน ด้านการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

กิจกรรม	$\bar{X}$	S	ระดับประสิทธิภาพ
1. การเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเอดส์และการ ป้องกัน	2.00	.58	ปานกลาง
2. การสอดส่องดูแลการกระทำที่คาดว่าจะมี ส่วนนำไปสู่การติดเชื้อโรคเอดส์	1.38	.73	ต่ำ
รวม	1.69	.56	ปานกลาง

ตาราง 14 แสดงว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านจะเห็นได้ว่า การเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเอดส์และการป้องกัน มีประสิทธิภาพปานกลาง และการสอดส่องดูแลการกระทำที่คาดว่าจะมีส่วนนำไปสู่การติดเชื้อโรคเอดส์ มีประสิทธิภาพต่ำ

ตาราง 15 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิภาพ

ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุข
มูลฐานชุมชน ด้านการดำเนินงานป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและ โรคไม่
ติดต่อ

กิจกรรม	$\bar{X}$	S	ระดับประสิทธิภาพ
1. การให้บริการวัดความดันโลหิตพร้อมแจ้งผล แก่ผู้มาขอรับบริการ	1.39	.92	ต่ำ
2. การให้บริการตรวจระดับน้ำตาลในปัสสาวะ พร้อมแจ้งผลแก่ผู้มาขอรับบริการ	0.88	.98	ต่ำ
3. การให้บริการตรวจวัดสายตาพร้อมบอก ระดับการมองเห็น	0.61	.90	ไม่มี
4. การแนะนำให้ไปรับการรักษาที่สถานี อนามัยหรือโรงพยาบาลในรายที่พบความ ผิดปกติในข้อ 1, 2, 3	1.12	.89	ต่ำ
5. การเผยแพร่ความรู้เรื่องการป้องกัน อุบัติเหตุในหมู่บ้าน	1.53	.76	ปานกลาง
รวม	1.11	.72	ต่ำ

ตาราง 15 แสดงว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านจะเห็นได้ว่า การเผยแพร่ความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุในหมู่บ้าน มีประสิทธิภาพปานกลางการให้บริการ วัดความดันโลหิตพร้อมแจ้งผลแก่ผู้มาขอรับบริการ การให้บริการตรวจระดับน้ำตาลใน ปัสสาวะ พร้อมทั้งแจ้งผลแก่ผู้มาขอรับบริการ การแนะนำให้ไปรับการรักษาที่สถาน อนามัยหรือโรงพยาบาลในรายที่พบความผิดปกติมีประสิทธิภาพต่ำ ส่วนการให้บริการ ตรวจวัดสายตาพร้อมบอกระดับการมองเห็น ไม่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

ตาราง 16 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผลการ

ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุข
มูลฐานชุมชน ด้านการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ
เป็นภัย

กิจกรรม	$\bar{X}$	S	ระดับประสิทธิผล
1. การชักชวนเพื่อนบ้านร่วมกลุ่มเพื่อสอดส่อง			
ดูแลการทำลายสิ่งแวดล้อม	1.85	.66	ปานกลาง
2. การชักชวนเพื่อนบ้านร่วมกันดูแลรักษา			
แหล่งน้ำสาธารณะ	1.71	.73	ปานกลาง
3. การส่งเสริมการทำความสะอาดบริเวณบ้าน			
การทำรั้วกั้นได้	1.47	.67	ต่ำ
รวม	1.68	.55	ปานกลาง

ตาราง 16 แสดงว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขมลภาวะ
และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านจะเห็น
ได้ว่า การชักชวนเพื่อนบ้านร่วมกลุ่มเพื่อสอดส่องดูแลการทำลายสิ่งแวดล้อม และการ
ชักชวนเพื่อนบ้านร่วมกันดูแลรักษาแหล่งน้ำสาธารณะ มีประสิทธิผลปานกลาง ส่วนการ
ส่งเสริมการทำความสะอาดบริเวณบ้าน การทำรั้วกั้นได้ มีประสิทธิผลต่ำ

ตาราง 17 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ด้านการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค

กิจกรรม	$\bar{X}$	S	ระดับประสิทธิผล
1. การเผยแพร่ความรู้เรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร ยา เครื่องสำอางและวัตถุมีพิษในหมู่บ้าน	1.98	.63	ปานกลาง
2. การทำตนเป็นตัวอย่างในการเลือกซื้อสินค้าต่าง ๆ พร้อมทั้งแนะนำเพื่อนบ้านให้รู้จักสังเกตเครื่องหมาย อย. บนฉลากสินค้า	1.69	.74	ปานกลาง
3. การชักชวนเพื่อนบ้านให้ร่วมกลุ่มกันสอดส่องดูแลผู้ผลิต ผู้จำหน่ายสินค้าที่ไม่ถูกต้อง ห้ามปรามการขายยาเฝ้า การฉายหนัง	1.23	.77	ต่ำ
รวม	1.64	.77	ปานกลาง

ตาราง 17 แสดงว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านจะเห็นได้ว่า การเผยแพร่ความรู้เรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร ยา เครื่องสำอางและวัตถุมีพิษในหมู่บ้าน และการทำตนเป็นตัวอย่างในการเลือกซื้อสินค้าต่าง ๆ พร้อมทั้งแนะนำเพื่อนบ้านให้รู้จักสังเกตเครื่องหมาย อย. บนฉลากสินค้า มีประสิทธิภาพปานกลาง ส่วนการชักชวนเพื่อนบ้านให้ร่วมกลุ่มกันสอดส่องดูแลผู้ผลิต ผู้จำหน่ายสินค้าที่ไม่ถูกต้อง ห้ามปรามการขายยาเฝ้า การฉายหนัง มีประสิทธิภาพต่ำ

ตาราง 18 สรุปค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิภาพ
ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 ด้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน
ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

กิจกรรม	$\bar{X}$	S	ระดับประสิทธิภาพ
1. การสุศึกษา	1.65	.55	ปานกลาง
2. การควบคุมป้องกันโรคในหมู่บ้าน	2.04	.61	ปานกลาง
3. การสุขาภิบาลและการจัดหาน้ำสะอาด	2.05	.55	ปานกลาง
4. การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ	2.29	.60	สูง
5. การส่งเสริมโภชนาการ	2.11	.57	ปานกลาง
6. การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยใน ท้องถิ่น	1.49	.71	ต่ำ
7. การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผน ครอบครัว	1.75	.55	ปานกลาง
8. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน	1.54	.65	ปานกลาง
9. การทันตสาธารณสุข	1.38	.63	ต่ำ
10. การส่งเสริมสุขภาพจิต	1.32	.63	ต่ำ
11. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์	1.69	.56	ปานกลาง
12. การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ	1.11	.72	ต่ำ
13. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและ สิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย	1.68	.55	ปานกลาง
14. การคุ้มครองผู้บริโภค	1.64	.77	ปานกลาง
รวม	1.70	.41	ปานกลาง

ตาราง 18 แสดงว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบแล้วจะเห็นว่า การให้วัคซีนป้องกันโรคมีประสิทธิผลสูง การศึกษา การควบคุมป้องกันโรคในหมู่บ้าน การสุขภาพและการจัดหาผ้าสะอาด การส่งเสริมโภชนาการ การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย และการคุ้มครองผู้บริโภคมีประสิทธิผลปานกลาง ส่วนการรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น การทันตสาธารณสุข และการส่งเสริมสุขภาพจิต มีประสิทธิผลต่ำ

2.2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลการดำเนินงาน
 สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
 จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าที (t - test)
 เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 5, 6, 9 และ 10 ดังปรากฏตามตาราง 19 - 23

ตาราง 19 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุข
 มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามเพศ

ประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน	ชาย N = 205		หญิง N = 73		t
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
1. การสุศึกษา	1.65	.55	1.64	.56	.07
2. การควบคุมป้องกันโรคใน หมู่บ้าน	2.00	.61	2.12	.61	-1.30
3. การสุขภาพและการจัดหา น้ำสะอาด	2.06	.55	2.01	.55	.67
4. การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ	2.29	.61	2.29	.57	.06
5. การส่งเสริมโภชนาการ	2.08	.59	2.19	.51	-1.36
6. การรักษานยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น	1.50	.72	1.47	.67	.40
7. การอนามัยแม่และเด็กและ การวางแผนครอบครัว	2.03	.64	2.28	.69	-2.81**
8. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ ในหมู่บ้าน	1.53	.67	1.57	.59	-.46

ตาราง 19 (ต่อ)

ประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน	ชาย N = 205		หญิง N = 73		t
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
9. การทันตสาธารณสุข	1.35	.57	1.47	.77	-1.27
10. การส่งเสริมสุขภาพจิต	1.28	.63	1.42	.61	-1.58
11. การป้องกันและควบคุม โรคเอดส์	1.69	.55	1.70	.59	-.14
12. การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อ	1.12	.74	1.08	.66	.36
13. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ เป็นภัย	1.71	.56	1.57	.53	1.89
14. การคุ้มครองผู้บริโภค	1.63	.59	1.65	.62	-.27
รวม	1.68	.40	1.73	.44	-.84

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.960$, $df = 276$)

ตาราง 19 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขชายและหญิงมีประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขชายและหญิงมีประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า ประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานด้านการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนด้านอื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 20 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุข
 มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามการมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน

ประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน	ไม่มี N = 92		มี N = 186		t
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
1. การรู้สึศึกษา	1.49	.56	1.73	.52	-3.54**
2. การควบคุมป้องกันโรคใน หมู่บ้าน	1.92	.56	2.09	.63	-2.21*
3. การรู้สึสุขภาพและการจัดหา น้ำสะอาด	1.89	.59	2.13	.50	-3.62**
4. การทำให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ	2.23	.61	2.32	.59	-1.24
5. การส่งเสริมโภชนาการ	1.93	.56	2.20	.56	-3.77**
6. การรักษาพยาบาลโรคต่างๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น	1.34	.72	1.57	.69	-2.64**
7. การอนามัยแม่และเด็กและ การวางแผนครอบครัว	1.99	.72	2.14	.63	-1.78
8. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ ในหมู่บ้าน	1.47	.68	1.57	.63	-1.24
9. การทันตสาธารณสุข	1.26	.58	1.44	.65	-2.29*
10. การส่งเสริมสุขภาพจิต	1.15	.49	1.40	.68	-3.54**
11. การป้องกันและควบคุม โรคเอดส์	1.69	.56	1.70	.56	.10

ตาราง 20 (ต่อ)

ประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน	ไม่มี N = 92		มี N = 186		t
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
12. การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ					
อุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อ	1.13	.70	1.10	.72	.30
13. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ					
เป็นภัย	1.57	.54	1.73	.55	-2.20*
14. การคุ้มครองผู้บริโภค	1.48	.60	1.72	.58	-3.18**
รวม	1.59	.43	1.75	.39	-3.11**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.326$, $df = 276$)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.960$, $df = 276$)

ตาราง 20 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้าน มีประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า ด้านการสุขศึกษา การสุขภาพและจัดหาน้ำสะอาด การส่งเสริมโภชนาการ การส่งเสริมสุขภาพจิต การรักษานายาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น และการคุ้มครองผู้บริโภค สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ พบว่า ไม่สูงกว่ากัน

ตาราง 21 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุข
 มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวนตามการประเมินหมู่บ้านดีเด่น

ประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน	ไม่เคย N = 131		เคย N = 147		t
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
1. การสุศึกษา	1.51	.54	1.77	.53	-4.01**
2. การควบคุมป้องกันโรคใน หมู่บ้าน	1.85	.65	2.21	.52	-5.06**
3. การสุขภาพและการจัดหา น้ำสะอาด	1.91	.56	2.18	.50	-4.16**
4. การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ	2.26	.65	2.32	.53	- .76
5. การส่งเสริมโภชนาการ	2.00	.58	2.21	.54	-3.22**
6. การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในที่ท้องถิ่น	1.46	.74	1.53	.68	- .86
7. การอนามัยแม่และเด็กและ การวางแผนครอบครัว	2.01	.57	2.17	.73	-2.09*
8. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ ในหมู่บ้าน	1.48	.64	1.59	.66	-1.34
9. การทันตสาธารณสุข	1.24	.54	1.51	.68	-3.72**
10. การส่งเสริมสุขภาพจิต	1.13	.52	1.49	.67	-4.88**
11. การป้องกันและควบคุม โรคเอดส์	1.65	.57	1.73	.55	-1.28

ตาราง 21 (ต่อ)

ประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน	ไม่เคย N = 131		เคย N = 147		t
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
12. การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ					
อุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อ	1.18	.70	1.05	.72	1.53
13. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ					
และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ					
เป็นพิษ	1.67	.59	1.68	.52	-.02
14. การคุ้มครองผู้บริโภค	1.55	.62	1.72	.56	-2.39*
รวม	1.61	.39	1.77	.41	-3.31**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.326$, $df = 276$)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.960$, $df = 276$)

ตาราง 21 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหมู่บ้านที่เคยผ่านการประกวดหมู่บ้านดีเด่น มีประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหมู่บ้านที่ไม่เคยผ่านการประกวดหมู่บ้านดีเด่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า ด้านการศึกษา การควบคุมป้องกันโรคในหมู่บ้าน การสุขภาพและจัดหาน้ำสะอาด การส่งเสริมโภชนาการ การทันตสาธารณสุข และการส่งเสริมสุขภาพจิตมีประสิทธิผลสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว และการคุ้มครองผู้บริโภคมีประสิทธิผลสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ พบว่า ไม่สูงกว่ากัน

ตาราง 22 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุข
 มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามการฝึกอบรมและสัมมนาอย่างต่อเนื่อง

ประสิทธิผลการดำเนินงาน	ประจำทุกเดือน		ครั้งคราวไม่ทุกเดือน		t
สาธารณสุขมูลฐาน	N = 128		N = 150		
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
1. การสุศึกษา	1.94	.53	1.40	.42	9.38**
2. การควบคุมป้องกันโรคในหมู่บ้าน	2.39	.58	1.73	.46	10.43**
3. การสุขภาพีบาลและการจัดหา น้ำสะอาด	2.28	.47	1.85	.53	7.15**
4. การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ	2.60	.49	2.03	.56	8.97**
5. การส่งเสริมโภชนาการ	2.42	.49	1.84	.49	9.85**
6. การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น	1.81	.73	1.23	.57	7.33**
7. การอนามัยแม่และเด็กและ การวางแผนครอบครัว	2.45	.69	1.79	.46	9.18**
8. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ ในหมู่บ้าน	1.79	.69	1.32	.52	6.38**
9. การทันตสาธารณสุข	1.71	.69	1.10	.41	8.75**
10. การส่งเสริมสุขภาพจิต	1.55	.69	1.13	.50	5.73**
11. การป้องกันและควบคุม โรคเอดส์	1.98	.62	1.45	.36	8.56**

ตาราง 22 (ต่อ)

ประสิทธิผลการดำเนินงาน	ประจำทุกเดือน		ครั้งคราวไม่ทุกเดือน		
สาธารณสุขมูลฐาน	N = 128		N = 150		
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	t
12. การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ					
อุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อ	1.36	.83	.89	.51	5.59**
13. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ					
และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ					
เป็นภัย	1.93	.59	1.45	.41	7.82**
14. การคุ้มครองผู้บริโภค	1.94	.61	1.38	.46	8.70**
รวม	1.99	.36	1.45	.26	13.97**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.326$, $df = 276$)

ตาราง 22 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมสัมมนาต่อเนื่องต่างก็มีประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9 เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า ทั้ง 14 ด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 23 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุข
 มาตรฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวนตามการติดตามนิเทศงานและสนับสนุน
 ผลการปฏิบัติงาน

ประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน	ประจำทุกเดือน		ครั้งคราวไม่ทุกเดือน		t
	N = 144		N = 134		
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
1. การศึกษา	1.87	.56	1.41	.42	7.91**
2. การควบคุมป้องกันโรคในหมู่บ้าน	2.31	.63	1.74	.43	8.92**
3. การสุขภาพและการจัดหา น้ำสะอาด	2.24	.48	1.85	.54	6.29**
4. การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ	2.54	.55	2.03	.54	7.82**
5. การส่งเสริมโภชนาการ	2.36	.53	1.84	.47	8.63**
6. การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในที่งถิ่น	1.77	.72	1.19	.56	7.54**
7. การอนามัยแม่และเด็กและ การวางแผนครอบครัว	2.39	.69	1.78	.46	8.79**
8. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ ในหมู่บ้าน	1.75	.69	1.31	.51	6.06**
9. การทันตสาธารณสุข	1.64	.69	1.10	.41	8.10**
10. การส่งเสริมสุขภาพจิต	1.47	.71	1.16	.49	4.15**
11. การป้องกันและควบคุม โรคเอดส์	1.91	.63	1.46	.35	7.53**

ตาราง 23 (ต่อ)

ประสิทธิภาพการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน	ประจำทุกเดือน		ครั้งคราวไม่ทุกเดือน		t
	N = 144		N = 134		
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
12. การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ					
อุบัติเหตุและทรัพย์สินไม่ติดต่อกัน	1.34	.81	.86	.49	6.10**
13. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ					
และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ					
เป็นภัย	1.92	.58	1.41	.38	8.71**
14. การคุ้มครองผู้บริโภค	1.89	.61	1.36	.43	8.35**
รวม	1.93	.39	1.44	.25	12.61**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.326$, $df = 276$)

ตาราง 23 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับความรู้และคุณภาพการ
นิเทศงานสูง มีประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัคร
สาธารณสุขที่ได้รับความรู้และคุณภาพการนิเทศงานต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10 เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า ทั้ง 14
ด้านมีประสิทธิผลสูงกว่ากันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้วย

2.3 การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ดระหว่างกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - Way Analysis of Variance) หรือการทดสอบค่า เอฟ (F - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 7 และ 8 ถ้าพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method)

ตาราง 24 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามอายุ

ประสิทธิภาพการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
1. การสุศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	3	.23	.08	.25
	ภายในกลุ่ม	274	83.00	.30	
	รวม	277	83.23		
2. การควบคุมป้องกันโรค ในหมู่บ้าน	ระหว่างกลุ่ม	3	2.09	.70	1.88
	ภายในกลุ่ม	274	101.47	.37	
	รวม	277	103.56		
3. การสุขภาพและการจัด ทำน้ำสะอาด	ระหว่างกลุ่ม	3	1.91	.64	2.17
	ภายในกลุ่ม	274	80.39	.29	
	รวม	277	82.30		

ตาราง 24 (ต่อ)

ประสิทธิผลการดำเนินงาน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
สาธารณูปโภคฐาน					
4. การให้วัคซีนป้องกัน	ระหว่างกลุ่ม	3	.40	.13	.37
โรคติดต่อ	ภายในกลุ่ม	274	99.00	.36	
	รวม	277	99.40		
5. การส่งเสริมโภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	3	.06	.02	.07
	ภายในกลุ่ม	274	89.35	.33	
	รวม	277	89.41		
6. การรักษานายาบาลโรค	ระหว่างกลุ่ม	3	.70	.23	.46
ง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น	ภายในกลุ่ม	274	137.46	.50	
	รวม	277	138.16		
7. การอนามัยแม่และเด็ก	ระหว่างกลุ่ม	3	3.10	1.03	2.38
และการวางแผนครอบครัว	ภายในกลุ่ม	274	119.27	.44	
	รวม	277	122.37		
8. การจัดหายาที่จำเป็น	ระหว่างกลุ่ม	3	1.65	.55	1.32
ไว้ใช้ในหมู่บ้าน	ภายในกลุ่ม	274	114.60	.42	
	รวม	277	116.25		

ตาราง 24 (ต่อ)

ประสิทธิผลการดำเนินงาน สำหรับข้อมูลฐาน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
9. การกั้นตสาธารณสุข	ระหว่างกลุ่ม	3	.48	.16	.40
	ภายในกลุ่ม	274	109.36	.40	
	รวม	277	109.84		
10. การส่งเสริมสุขภาพจิต	ระหว่างกลุ่ม	3	1.34	.45	1.12
	ภายในกลุ่ม	274	108.51	.40	
	รวม	277	109.85		
11. การป้องกันและควบคุม โรคเอดส์	ระหว่างกลุ่ม	3	1.15	.38	1.22
	ภายในกลุ่ม	274	85.75	.31	
	รวม	277	86.90		
12. การป้องกันและควบคุม อุบัติเหตุ อุบัติภัย และ โรคไม่ติดต่อ	ระหว่างกลุ่ม	3	2.45	.82	1.61
	ภายในกลุ่ม	274	139.19	.51	
	รวม	277	141.64		
13. การป้องกันและแก้ไข มลภาวะและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นพิษเป็นภัย	ระหว่างกลุ่ม	3	1.63	.54	1.80
	ภายในกลุ่ม	274	82.69	.30	
	รวม	277	84.31		

ตาราง 24 (ต่อ)

ประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
14. การคุ้มครองผู้บริโภค	ระหว่างกลุ่ม	3	1.17	.39	1.11
	ภายในกลุ่ม	274	96.69	.35	
	รวม	277	97.86		
รวมประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14	ระหว่างกลุ่ม	3	.18	.06	.35
	ภายในกลุ่ม	274	46.53	.17	
	รวม	277	46.71		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3,274} = 2.65$)

ตาราง 24 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุต่างกันมีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุต่างกันมีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน ทั้งโดยส่วนรวมและรายด้าน 14 ด้าน

ตาราง 25 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนประสิทธิภาพการดำเนินงาน
 สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามระดับการศึกษา

ประสิทธิภาพการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
1. การศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	2	.76	.38	1.27
	ภายในกลุ่ม	275	82.47	.30	
	รวม	277	83.23		
2. การควบคุมป้องกันโรค ในหมู่บ้าน	ระหว่างกลุ่ม	2	1.96	.98	2.65
	ภายในกลุ่ม	275	101.60	.37	
	รวม	277	103.56		
3. การสุขภาพและการจัด หาน้ำสะอาด	ระหว่างกลุ่ม	2	.94	.47	1.59
	ภายในกลุ่ม	275	81.36	.30	
	รวม	277	82.30		
4. การให้วัคซีนป้องกัน โรคติดต่อ	ระหว่างกลุ่ม	2	1.08	.54	1.51
	ภายในกลุ่ม	275	98.32	.36	
	รวม	277	99.40		

ตาราง 25 (ต่อ)

ประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
5. การส่งเสริมโภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	2	.30	.15	.47
	ภายในกลุ่ม	275	89.11	.32	
	รวม	277	89.41		
6. การรักษาพยาบาลโรค ง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น	ระหว่างกลุ่ม	2	1.65	.83	1.66
	ภายในกลุ่ม	275	136.51	.50	
	รวม	277	138.16		
7. การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	2	1.50	.75	1.71
	ภายในกลุ่ม	275	120.87	.44	
	รวม	277	122.37		
8. การจัดหายาที่จำเป็น ไว้ใช้ในบ้าน	ระหว่างกลุ่ม	2	4.49	2.24	5.52**
	ภายในกลุ่ม	275	111.76	.41	
	รวม	277	116.25		
9. การค้นคว้าสาธารณสุข	ระหว่างกลุ่ม	2	4.73	2.37	6.19 **
	ภายในกลุ่ม	275	105.11	.38	
	รวม	277	109.84		

ตาราง 25 (ต่อ)

ประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณชนข้อมูลฐาน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
10. การส่งเสริมสุขภาพจิต	ระหว่างกลุ่ม	2	1.08	.53	1.34
	ภายในกลุ่ม	275	108.78	.40	
	รวม	277	109.86		
11. การป้องกันและควบคุม โรคเอดส์	ระหว่างกลุ่ม	2	1.02	.51	1.63
	ภายในกลุ่ม	275	85.88	.31	
	รวม	277	86.90		
12. การป้องกันและควบคุม อุบัติเหตุ อุบัติภัย และ โรคไม่ติดต่อ	ระหว่างกลุ่ม	2	2.42	1.21	2.39
	ภายในกลุ่ม	275	139.22	.51	
	รวม	277	141.64		
13. การป้องกันและแก้ไข มลภาวะและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นพิษเป็นภัย	ระหว่างกลุ่ม	2	1.62	.31	1.02
	ภายในกลุ่ม	275	83.69	.30	
	รวม	277	84.31		
14. การคุ้มครองผู้บริโภค	ระหว่างกลุ่ม	2	.82	.41	1.16
	ภายในกลุ่ม	275	97.04	.35	
	รวม	277	97.86		

ตาราง 25 (ต่อ)

ประสิทธิผลการดำเนินงาน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
สาธารณสุขมูลฐาน					
รวมประสิทธิผลการดำเนินงาน	ระหว่างกลุ่ม	2	.18	.59	3.56*
สาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14	ภายในกลุ่ม	275	45.53	.17	
	รวม	277	46.71		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{2,275} = 4.71$)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2,275} = 3.04$)

ตาราง 25 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาสูงกว่ามีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 เมื่อพิจารณาทางด้านจะเห็นได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาสูงกว่ามีประสิทธิผลในการดำเนินงานด้านการจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน และด้านการทันตสาธารณสุขสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่สูงกว่ากัน จึงทำการตรวจสอบค่าความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls) ผลปรากฏตามตาราง 26

ตาราง 26 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุข
 มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษา
 ต่างกันเป็นรายคู่

การจัดหายาที่จำเป็น		มัธยมศึกษา	ประถมศึกษา	สูงกว่ามัธยมศึกษา
ครัวเรือนหมู่บ้าน	$\bar{X}$	1.48	1.52	2.39
มัธยมศึกษา	1.48	-	0.04	0.91 *
ประถมศึกษา	1.52	-	-	0.87 *
สูงกว่ามัธยมศึกษา	2.39	-	-	-
การทันตสาธารณสุข		ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	สูงกว่ามัธยมศึกษา
	$\bar{X}$	1.36	1.43	2.25
ประถมศึกษา	1.36	-	0.07	0.89 *
มัธยมศึกษา	1.43	-	-	0.82 *
สูงกว่ามัธยมศึกษา	2.25	-	-	-
รวมทั้ง 14 ด้าน		ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	สูงกว่ามัธยมศึกษา
	$\bar{X}$	1.69	1.71	2.13
ประถมศึกษา	1.69	-	0.02	0.44 *
มัธยมศึกษา	1.71	-	-	0.42 *
สูงกว่ามัธยมศึกษา	2.13	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 26 แสดงว่า ผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดำเนินงาน
 สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระดับ
 การศึกษาต่างกันในด้านต่าง ๆ ปรากฏผลดังนี้

1. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในห้องบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษา
 สูงกว่ามัธยมศึกษา มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการ
 ศึกษาในระดับมัธยมศึกษา และประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การทันตสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยม
 ศึกษามีประสิทธิภาพในการดำเนินงานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาระดับ
 ประถมศึกษา และมีมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีประสิทธิภาพใน
 การดำเนินงานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และ
 มัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 27 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนประสิทธิภาพการดำเนินงาน
 สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข จําแนกตามรายได้

ประสิทธิภาพการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
1. การสุศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	2	2.16	1.08	3.67*
	ภายในกลุ่ม	275	81.07	.29	
	รวม	277	83.23		
2. การควบคุมป้องกันโรค ในหมู่บ้าน	ระหว่างกลุ่ม	2	2.74	1.37	3.74*
	ภายในกลุ่ม	275	100.82	.37	
	รวม	277	103.56		
3. การสุขภาพและการจัด หาน้ำสะอาด	ระหว่างกลุ่ม	2	1.10	.55	1.87
	ภายในกลุ่ม	275	81.19	.30	
	รวม	277	82.29		
4. การให้วัคซีนป้องกัน โรคติดต่อ	ระหว่างกลุ่ม	2	1.01	.50	1.41
	ภายในกลุ่ม	275	98.39	.36	
	รวม	277	99.40		
5. การส่งเสริมโภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	2	.82	.41	1.28
	ภายในกลุ่ม	275	89.58	.32	
	รวม	277	89.40		

ตาราง 26 (ต่อ)

ประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
6. การรักษาพยาบาลโรค ง่าย ๆ ที่พบป่วยในท้องถิ่น	ระหว่างกลุ่ม	2	.46	.23	.45
	ภายในกลุ่ม	275	137.70	.50	
	รวม	277	138.16		
7. การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	2	1.18	.59	1.34
	ภายในกลุ่ม	275	121.19	.44	
	รวม	277	122.37		
8. การจัดหายาที่จำเป็น ไว้ใช้กันหมู่บ้าน	ระหว่างกลุ่ม	2	1.00	.50	1.19
	ภายในกลุ่ม	275	115.25	.42	
	รวม	277	116.25		
9. การทันตสาธารณสุข	ระหว่างกลุ่ม	2	2.09	1.05	2.67
	ภายในกลุ่ม	275	107.74	.39	
	รวม	277	109.83		
10. การส่งเสริมสุขภาพจิต	ระหว่างกลุ่ม	2	2.22	1.11	2.84
	ภายในกลุ่ม	275	107.62	.39	
	รวม	277	109.84		

ประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
11. การป้องกันและควบคุม โรคเอดส์	ระหว่างกลุ่ม	2	1.57	.79	2.53
	ภายในกลุ่ม	275	85.32	.31	
	รวม	277	86.89		
12. การป้องกันและควบคุม อุบัติเหตุ อุบัติภัย และ โรคไม่ติดต่อ	ระหว่างกลุ่ม	2	2.42	1.21	1.61
	ภายในกลุ่ม	275	139.23	.51	
	รวม	277	141.65		
13. การป้องกันและแก้ไข มลภาวะและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นพิษเป็นภัย	ระหว่างกลุ่ม	2	1.71	.86	2.85
	ภายในกลุ่ม	275	82.60	.30	
	รวม	277	84.31		
14. การคุ้มครองผู้บริโภค	ระหว่างกลุ่ม	2	5.68	2.84	8.46**
	ภายในกลุ่ม	275	92.19	.34	
	รวม	277	97.87		
รวมประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14	ระหว่างกลุ่ม	2	.95	.48	2.87
	ภายในกลุ่ม	275	45.76	.17	
	รวม	277	46.71		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{2,275} = 4.71$)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2,275} = 3.04$)

ตาราง 27 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้สูงกว่ามีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานไม่สูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ต่ำกว่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้สูงมีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ต่ำกว่า เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้สูงกว่า มีประสิทธิผลในการดำเนินงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้สูงกว่า มีประสิทธิผลในการดำเนินงานด้านสุขศึกษา และการควบคุมป้องกันโรคในหมู่บ้านสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่สูงกว่ากัน จึงทำการตรวจสอบค่าความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls) ผลปรากฏตามตาราง 28

ตาราง 28 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุข
 มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ต่างกัน
 เป็นรายคู่

การดูแลสุขภาพ		< 2,466	2,466-7,410	> 7,410
		บาทต่อเดือน	บาทต่อเดือน	บาทต่อเดือน
		$\bar{X}$		
		1.58	1.72	1.92
< 2,466 บาท/เดือน	1.58	-	0.14	0.34 *
2,466-7,410 บาท/เดือน	1.72	-	-	0.20 *
> 7,410 บาท/เดือน	1.92	-	-	-
การควบคุมโรค		< 2,466	2,466-7,410	> 7,410
ในหมู่บ้าน		บาทต่อเดือน	บาทต่อเดือน	บาทต่อเดือน
		$\bar{X}$		
		1.96	2.13	2.30
< 2,466 บาท/เดือน	1.96	-	0.17	0.34 *
2,466-7,410 บาท/เดือน	2.13	-	-	0.17
> 7,410 บาท/เดือน	2.30	-	-	-

การคุ้มครองผู้บริโภค	< 2,466	2,466-7,410	> 7,410
	บาทต่อเดือน	บาทต่อเดือน	บาทต่อเดือน
$\bar{X}$	1.57	1.66	2.28
< 2,466 บาท/เดือน	1.57	-	0.71 *
2,466-7,410 บาท/เดือน	1.66	-	0.61 *
> 7,410 บาท/เดือน	2.28	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 28 แสดงว่า ผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดำเนินงาน
สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขที่มี
รายได้ต่างกัน ในด้านต่าง ๆ ปรากฏผลดังนี้

1. การสุศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้สูงกว่า 7,410 บาทต่อ
เดือน มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ต่ำกว่า
2,466 บาทต่อเดือน และรายได้ 2,466 - 7,410 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

2. การคุ้มครองป้องกันโรคในหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้
สูงกว่า 7,410 บาทต่อเดือน มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานสูงกว่าอาสาสมัคร
สาธารณสุขที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน และรายได้ 2,466 - 7,410
บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การคุ้มครองผู้บริโภค อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้สูงกว่า 7,410
บาทต่อเดือน มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้
ต่ำกว่า 2,466 บาทต่อเดือน และรายได้ 2,466 - 7,410 บาทต่อเดือน อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 29 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนประสิทธิผลการดำเนินงาน

สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามสถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุข
มูลฐานชุมชน

ประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
1. การสุขศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	2	.16	.08	.27
	ภายในกลุ่ม	275	83.07	.30	
	รวม	277	83.23		
2. การควบคุมป้องกันโรค ในหมู่บ้าน	ระหว่างกลุ่ม	2	.31	.16	.41
	ภายในกลุ่ม	275	103.25	.38	
	รวม	277	103.56		
3. การสุขภาพและการจัด หาผ้าสะอาด	ระหว่างกลุ่ม	2	.39	.19	.65
	ภายในกลุ่ม	275	81.91	.30	
	รวม	277	82.30		
4. การให้วัคซีนป้องกัน โรคติดต่อ	ระหว่างกลุ่ม	2	1.77	.88	2.47
	ภายในกลุ่ม	275	97.64	.36	
	รวม	277	99.41		

ตาราง 29 (ต่อ)

ประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
5. การส่งเสริมโภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	2	2.42	1.21	3.83*
	ภายในกลุ่ม	275	86.99	.32	
	รวม	277	89.41		
6. การรักษานยาบาลโรค ง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น	ระหว่างกลุ่ม	2	.12	.06	.12
	ภายในกลุ่ม	275	138.03	.50	
	รวม	277	138.15		
7. การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	2	.01	.00	.01
	ภายในกลุ่ม	275	122.36	.45	
	รวม	277	122.37		
8. การจัดหายาที่จำเป็น ไว้ใช้ในบ้าน	ระหว่างกลุ่ม	2	1.42	.71	1.71
	ภายในกลุ่ม	275	114.83	.42	
	รวม	277	116.25		
9. การทันตสาธารณสุข	ระหว่างกลุ่ม	2	1.59	.79	2.02
	ภายในกลุ่ม	275	108.25	.39	
	รวม	277	109.84		

ตาราง 29 (ต่อ)

ประสิทธิผลการดำเนินงาน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
สาขาวิชาชีพสุขภาพ					
10. การส่งเสริมสุขภาพจิต	ระหว่างกลุ่ม	2	.24	.12	.30
	ภายในกลุ่ม	275	109.60	.40	
	รวม	277	109.84		
11. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์	ระหว่างกลุ่ม	2	2.62	1.31	4.28*
	ภายในกลุ่ม	275	84.28	.31	
	รวม	277	86.90		
12. การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ	ระหว่างกลุ่ม	2	8.21	4.10	8.46**
	ภายในกลุ่ม	275	133.43	.49	
	รวม	277	141.64		
13. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย	ระหว่างกลุ่ม	2	4.14	2.07	7.11**
	ภายในกลุ่ม	275	80.17	.29	
	รวม	277	84.31		
14. การคุ้มครองผู้บริโภค	ระหว่างกลุ่ม	2	6.42	3.21	9.65**
	ภายในกลุ่ม	275	91.44	.33	
	รวม	277	97.86		

ตาราง 29 (ต่อ)

ประสิทธิผลการดำเนินงาน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
สำหรับข้อมูลฐาน					
รวมประสิทธิผลการดำเนินงาน	ระหว่างกลุ่ม	2	.85	.43	2.55
สำหรับข้อมูลฐานทั้ง 14	ภายในกลุ่ม	275	45.86	.17	
	รวม	277	46.71		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{2,275} = 4.71$)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2,275} = 3.04$)

ตาราง 29 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานที่ตั้งต่างกันมีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่มีสถานที่ตั้งต่างกัน มีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่มีสถานที่ตั้งต่างกัน มีประสิทธิผลในการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านการส่งเสริมโภชนาการ และด้านการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน จึงทำการตรวจสอบค่าความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls) ผลปรากฏตามตาราง 30

ตาราง 30 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุข
 มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์
 สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่มีสถานที่ตั้งต่างกัน เป็นรายคู่

การส่งเสริมโภชนาการ		ที่บ้านผู้สูงอายุบ้าน รลา		รวมกองทุนอื่น	เอกเทศ
	$\bar{X}$	1.97		2.16	2.19
ที่บ้านผู้สูงอายุบ้าน รลา	1.97	-		0.19 *	0.22 *
รวมกองทุนอื่น	2.16	-		-	0.03
เอกเทศ	2.19	-		-	-
การป้องกันและควบคุม		เอกเทศ		ที่บ้านผู้สูงอายุบ้าน รลา	รวมกองทุนอื่น
โรคเอดส์	$\bar{X}$	1.54		1.69	1.78
เอกเทศ	1.54	-		0.15	0.24 *
ที่บ้านผู้สูงอายุบ้าน รลา	1.69	-		-	0.09
รวมกองทุนอื่น	1.78	-		-	-
การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ		เอกเทศ		ที่บ้านผู้สูงอายุบ้าน รลา	รวมกองทุนอื่น
อุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อ	$\bar{X}$	0.92		0.99	1.30
เอกเทศ	0.92	-		0.08	0.38 *
ที่บ้านผู้สูงอายุบ้าน รลา	0.99	-		-	0.31 *
รวมกองทุนอื่น	1.30	-		-	-

ตาราง 30 (ต่อ)

การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย		เอกเทศ ที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน รลร รวมกองทุนอื่น		
	$\bar{X}$	1.54	1.59	1.81
เอกเทศ	1.54	-	0.05	0.27 *
ที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน	1.59	-	-	0.24 *
รวมกองทุนอื่น	1.81	-	-	-

การคุ้มครองผู้บริโภค		ที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน รลร เอกเทศ รวมกองทุนอื่น		
	$\bar{X}$	1.44	1.60	1.80
ที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน รลร	1.44	-	0.16	0.36 *
เอกเทศ	1.60	-	-	0.20 *
รวมกองทุนอื่น	1.80	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 30 แสดงว่า ผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดำเนินงาน
สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน
ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่มีสถานที่ตั้งต่างกันในด้านต่าง ๆ บวกกันดังนี้

1. การส่งเสริมโภชนาการ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์
สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่ตั้งที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข หรือบุคคลอื่น ๆ
มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานแตกต่างจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์
สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่ตั้งรวมกับกองทุนเฉพาะกิจอื่น ๆ ในหมู่บ้าน และตั้งเป็น
เอกเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ที่ตั้งร่วมกับกองทุนเฉพาะกิจอื่น ๆ ในหมู่บ้าน มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานแตกต่างจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่ตั้งเป็นเอกเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ที่ตั้งร่วมกับกองทุนเฉพาะกิจอื่น ๆ ในหมู่บ้าน มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานแตกต่างจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่ตั้งเป็นเอกเทศ และตั้งที่บ้านผู้ใหญ่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุข หรือบุคคลอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ที่ตั้งร่วมกับกองทุนเฉพาะกิจอื่น ๆ ในหมู่บ้าน มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานแตกต่างจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่ตั้งเป็นเอกเทศ และตั้งที่บ้านผู้ใหญ่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุข หรือบุคคลอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. การคุ้มครองผู้บริโภค อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ที่ตั้งร่วมกับกองทุนเฉพาะกิจอื่น ๆ ในหมู่บ้าน มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานแตกต่างจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่ตั้งที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข หรือบุคคลอื่น ๆ และที่ตั้งเป็นเอกเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 31 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนประสิทธิภาพการดำเนินงาน
 สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามระบบการคัดเลือก

ประสิทธิภาพการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
1. การดูแลสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	2	1.88	.94	3.17*
	ภายในกลุ่ม	275	81.35	.30	
	รวม	277	83.23		
2. การควบคุมป้องกันโรค ในหมู่บ้าน	ระหว่างกลุ่ม	2	5.39	2.70	7.55**
	ภายในกลุ่ม	275	98.16	.36	
	รวม	277	103.55		
3. การสุขภาพและการจัด ทำน้ำสะอาด	ระหว่างกลุ่ม	2	7.44	3.72	13.67**
	ภายในกลุ่ม	275	74.85	.27	
	รวม	277	82.29		
4. การให้วัคซีนป้องกัน โรคติดต่อ	ระหว่างกลุ่ม	2	1.61	.81	2.26
	ภายในกลุ่ม	275	97.79	.36	
	รวม	277	99.40		

ตาราง 31 (ต่อ)

ประสิทธิผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
5. การส่งเสริมโภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	2	1.11	.56	1.73
	ภายในกลุ่ม	275	88.30	.32	
	รวม	277	89.41		
6. การรักษานยาบาดโรค	ระหว่างกลุ่ม	2	1.08	.54	1.89
จ่าย ๗ ที่นบ่อยันท้องถิ่น	ภายในกลุ่ม	275	137.07	.50	
	รวม	277	138.15		
7. การอนามัยแม่และเด็ก	ระหว่างกลุ่ม	2	.14	.07	.15
และการวางแผนครอบครัว	ภายในกลุ่ม	275	122.23	.44	
	รวม	277	122.37		
8. การจัดหายาที่จำเป็น	ระหว่างกลุ่ม	2	.82	.41	.97
ไว้ใช้ในหมู่บ้าน	ภายในกลุ่ม	275	115.43	.42	
	รวม	277	116.25		
9. การค้นคสาธารณสุข	ระหว่างกลุ่ม	2	.38	.19	.47
	ภายในกลุ่ม	275	109.46	.40	
	รวม	277	109.84		

ตาราง 31 (ต่อ)

ประสิทธิผลการดำเนินงาน สาขาวิชาชีพมูลฐาน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
10. การส่งเสริมสุขภาพจิต	ระหว่างกลุ่ม	2	.59	.30	.74
	ภายในกลุ่ม	275	109.25	.40	
	รวม	277	109.84		
11. การป้องกันและควบคุม โรคเอดส์	ระหว่างกลุ่ม	2	.93	.46	.91
	ภายในกลุ่ม	275	140.72	.51	
	รวม	277	141.64		
12. การป้องกันและควบคุม อุบัติเหตุ อุบัติภัย และ โรคไม่ติดต่อ	ระหว่างกลุ่ม	2	.27	.13	.43
	ภายในกลุ่ม	275	86.63	.32	
	รวม	277	86.90		
13. การป้องกันและแก้ไข มลภาวะและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นพิษ เป็นภัย	ระหว่างกลุ่ม	2	2.18	1.09	3.65*
	ภายในกลุ่ม	275	82.13	.30	
	รวม	277	84.31		
14. การคุ้มครองผู้บริโภค	ระหว่างกลุ่ม	2	.65	.33	.92
	ภายในกลุ่ม	275	97.21	.35	
	รวม	277	97.86		

ตาราง 31 (ต่อ)

ประสิทธิผลการดำเนินงาน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
สาธารณสุขมูลฐาน					
รวมประสิทธิผลการดำเนินงาน	ระหว่างกลุ่ม	2	.66	.33	1.98
สาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14	ภายในกลุ่ม	275	46.05	.17	
	รวม	277	46.71		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{2,275} = 4.71$)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2,275} = 3.04$)

ตาราง 31 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านระบบการคัดเลือกต่างกัน มีประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 ที่ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านระบบการคัดเลือกต่างกัน มีประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านระบบคัดเลือกต่างกัน มีประสิทธิผลการดำเนินงานด้านการสุขภาพและการจัดหาวัสดุสะอาด และด้านการควบคุมป้องกันโรคในหมู่บ้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และด้านการสุศึกษา และการป้องกันและแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน จึงทำการตรวจสอบค่าความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls) ผลปรากฏตามตาราง 32

ตาราง 32 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุข
 มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านระบบการคัดเลือกต่างกันเป็นรายคู่

การสุศึกษา		เสนอตัว	เจ้าหน้าที่ฯ ระบุ	วิธีทวดเสียง
$\bar{X}$		1.42	1.63	1.69
เสนอตัว	1.42	—	0.21 *	0.27 *
เจ้าหน้าที่ฯ ระบุ	1.63	—	—	0.06
วิธีทวดเสียง	1.69	—	—	—
การควบคุมป้องกันโรค		เสนอตัว	เจ้าหน้าที่ฯ ระบุ	วิธีทวดเสียง
$\bar{X}$		1.64	2.06	2.10
เสนอตัว	1.64	—	0.42 *	0.46 *
เจ้าหน้าที่ฯ ระบุ	2.06	—	—	0.04
วิธีทวดเสียง	2.10	—	—	—
การสุขภาพอนามัยและ การจัดหาน้ำสะอาด		เสนอตัว	เจ้าหน้าที่ฯ ระบุ	วิธีทวดเสียง
$\bar{X}$		1.63	1.96	2.15
เสนอตัว	1.63	—	0.33 *	0.52 *
เจ้าหน้าที่ฯ ระบุ	1.96	—	—	0.19 *
วิธีทวดเสียง	2.15	—	—	—

ตาราง 32 (ต่อ)

การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย	เจ้าหน้าที่ฯ $\bar{X}$	ระบุ	วิธีทวดเสียง	เสนอตัว
	1.52		1.72	1.77
เจ้าหน้าที่ฯ ระบุ	1.52	-	0.20 *	0.25 *
วิธีทวดเสียง	1.72	-	-	0.05
เสนอตัว	1.77	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 32 แสดงว่า ผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดำเนินงาน
สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านระบบการคัดเลือกต่างกัน ในด้าน
ต่าง ๆ ปรากฏผลดังนี้

1. การสุศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการคัดเลือกโดยวิธีเสนอตัว
มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานแตกต่างจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการคัดเลือก
โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระบุ และชุมชนคัดเลือกโดยวิธีทวดเสียงอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

2. การควบคุมป้องกันโรคในหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการคัดเลือก
โดยวิธีเสนอตัว มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานแตกต่างจากอาสาสมัครสาธารณสุข
ที่ผ่านการคัดเลือกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระบุ และชุมชนคัดเลือกโดยวิธีทวดเสียง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การสุขภาพและการจัดหาที่สะอาด อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการ
คัดเลือกโดยวิธีเสนอตัว มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานแตกต่างจากอาสาสมัคร
สาธารณสุขที่ผ่านการคัดเลือกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระบุ และชุมชนคัดเลือกโดยวิธี

ทอวดเสียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการคัดเลือกโดยวิธีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระบุ มีประสิทธิภาพในการทำงานแตกต่างจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการคัดเลือกโดยชุมชนคัดเลือกโดยวิธีทอวดเสียง และวิธีเสนอตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อเสนอแนะ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน
งานสาธารณสุขมูลฐาน

ตาราง 33 จำนวนและค่าร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ให้ข้อเสนอแนะ ปัญหา
และอุปสรรคในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

ปัญหาและอุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
<u>การฝึกอบรมและการสัมมนาที่สถานอนามัย</u>		
1. ขาดความต่อเนื่องเพราะต้องหมุนเวียนกันฝึกอบรม ในแต่ละเดือน	84	30.22
2. ขาดการฝึกภาคปฏิบัติในชุมชน	48	14.39
3. ค่าตอบแทนน้อย	36	12.95
<u>การติดตามเยี่ยมเยียน ช่วยเหลือการปฏิบัติงาน</u>		
1. นัดหมายกันไม่พบ ขาดความพร้อมเพรียง	24	8.63
2. ระยะเวลาในการติดตามเยี่ยมเยียนมีน้อย	22	7.91
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ค่อยมีเวลา来ติดตามเยี่ยมเยียน	18	6.47
<u>การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์</u>		
1. สิ่งสนับสนุนจัดส่งล่าช้า	86	30.94
2. สิ่งสนับสนุนมีปริมาณน้อย	60	21.52
3. ขาดคู่มือในการใช้วัสดุอุปกรณ์	52	18.71

ตาราง 33 (ต่อ)

ปัญหาและอุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
<u>การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน</u>		
1. ขาดความรู้ความเข้าใจในการถ่ายทอดความรู้	42	15.11
2. งานรักษายาบาลชาวบ้านให้ความเชื่อถือน้อย	32	11.51
3. การจัดซื้อยามีอุปสรรคประจำบ้านล่าช้าและได้ไม่ครบ	28	10.07
4. ขาดการฝึกปฏิบัติการรักษายาบาลและการใช้เครื่องมือ	26	9.35
5. ร้านค้าไม่เชื่อถือในการตรวจร้านค้า	12	4.32

ตาราง 33 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขได้ให้ข้อเสนอแนะปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่พบมากที่สุด 3 อันดับคือ สิ่งสนับสนุนจัดส่งล่าช้า (ร้อยละ 30.94) ขาดความต่อเนื่องเพราะต้องหมุนเวียนกันฝึกอบรมในแต่ละเดือน (ร้อยละ 30.22) และสิ่งสนับสนุนมีปริมาณน้อย (ร้อยละ 21.52)

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อทราบประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด ตามตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน การประเมินหมู่บ้านดีเด่น สถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ระบบการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข การฝึกอบรม และสัมมนาอย่างต่อเนื่อง การติดตามนิเทศงานและสนับสนุนผลการปฏิบัติงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 278 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการคานวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของยามาเนและสุมตัวอย่างแบบสัดส่วน (Proportional Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการค้นคว้า

เป็นแบบสอบถามซึ่งแบ่งเป็น 3 ตอนคือ

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check List)

ตอนที่ 2 เกี่ยวกับประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัคร

สาขารณสุข ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) มี 4 ระดับ
ตอนที่ 3 เป็นแบบปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบได้เสนอแนะปัญหาและอุปสรรค
ในการดำเนินงานสาขารณสุขมูลฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา
โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตาราง
2. วิเคราะห์ประสิทธิภาพการดำเนินงานสาขารณสุขมูลฐาน โดยวิธีหาค่า
สถิติพื้นฐานได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) โดยใช้เกณฑ์ประเมิน
ค่าเฉลี่ยของเบสท์
3. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้
การทดสอบค่า t (t -test)
4. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม
ขึ้นไป โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - Way Analysis of
Variance) หรือการทดสอบค่า เอฟ (F-test) และถ้าพบว่า มีความแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ
นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)
5. ดำเนินการประเมินผลข้อมูลเพื่อเสนอในรูปตารางและค่าสถิติต่าง ๆ
โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS[®] (Statistical Package
for The Social Science Version 10)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ประสิทธิภาพการดำเนินงานสาขารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาขารณสุข
ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาขารณสุขมูลฐาน อยู่ในระดับปานกลาง
2. อาสาสมัครสาขารณสุขชายและหญิงมีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

สาธารณสุขมูลฐานโดยส่วนรวมไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุต่างกัน มีประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานโดยส่วนรวมและรายด้าน 14 ด้าน ไม่แตกต่างกัน

4. อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาสูงกว่ามีประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาต่ำกว่า ทั้งโดยส่วนรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีธยมศึกษา ตามลำดับ

5. อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้สูงกว่ามีประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานไม่สูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ต่ำกว่าโดยส่วนรวม เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า สูงกว่ากันด้านคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านสุขภาพและด้านการควบคุมป้องกันโรคในหมู่บ้านสูงกว่ากันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่สูงกว่ากัน

6. อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้านมีประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้านโดยส่วนรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการสุขภาพ ด้านการสุขภาพและจัดหาผ้าสะอาด ด้านการส่งเสริมโภชนาการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ด้านการรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในที่องถิ่น และด้านการคุ้มครองผู้บริโภคสูงกว่ากันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านการควบคุมป้องกันโรคในหมู่บ้าน ด้านการทันตสาธารณสุข ด้านการป้องกันและแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ เป็นภัยสูงกว่ากันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่สูงกว่ากัน

7. อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหมู่บ้านที่เคยผ่านการประกวดหมู่บ้านดีเด่นมีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหมู่บ้านที่ไม่เคยผ่านการประกวดหมู่บ้านดีเด่นโดยส่วนรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการสุศึกษา ด้านการควบคุมป้องกันโรคในหมู่บ้าน ด้านการสุขภาพและจัดหาผ้าสะอาด ด้านการส่งเสริมโภชนาการ ด้านการทันตสาธารณสุข และด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต สูงกว่ากันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านการอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว และด้านการคุ้มครองผู้บริโภคสูงกว่ากันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่สูงกว่ากัน

8. อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่มีสถานที่ตั้งต่างกันมีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานโดยส่วนรวมไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านการส่งเสริมโภชนาการ และด้านการป้องกันโรคเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

9. อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านระบบการคัดเลือกต่างกัน มีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการสุขภาพและจัดหาผ้าสะอาดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านการสุศึกษา ด้านการป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

10. อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรม และสัมมนาอย่างต่อเนื่องต่างกัน มีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานโดยส่วนรวม และรายด้าน 14 ด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมสัมมนาเป็นประจำทุกเดือนมีประสิทธิผลในการดำเนินงานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมสัมมนาเป็นครั้งคราวไม่ทุกเดือน

11. อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับความรู้และคุณภาพการนิเทศงานสูงมีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับความรู้และคุณภาพการนิเทศงานต่ำ ทั้งโดยส่วนรวมและรายด้าน 14 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาเป็นดังนี้

ตอนที่ 1 ประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด

จากการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในรูปแบบของศูนย์ปฏิบัติการในหมู่บ้านนั้น ทำให้กิจกรรมการดำเนินงานมีความชัดเจนมากขึ้น ซึ่งก็คาดหวังว่าจะนำไปสู่การมีคุณภาพที่ดีขึ้นได้ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนไม่เปลี่ยนแปลง แต่เป็นการบริหารจัดการ ปรับปรุง กระตุ้นจัดระบบสิ่งที่มีอยู่แล้วให้แสดงหน้าที่อันเกิดประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพในชุมชน เพื่อเป็นศูนย์ปฏิบัติการด้านสาธารณสุขที่กระจายในหมู่บ้าน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2534 : 23) ซึ่งจากการศึกษาในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 องค์ประกอบ ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กองฝึกอบรม (2524 : 30) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69) มีผลงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับปานกลาง อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีผลงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับสูง มีอยู่เพียงร้อยละ 23 และยิ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกรสิทธ์ตันศิริพันธ์ (2524 : 30) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61) มีผลงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับปานกลาง และมีผลงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ใน

ระดับสูง มีอยู่ร้อยละ 26 ซึ่งจากสภาพทั่วไปแล้วการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จะจัดตั้งโดยยึดเป้าหมายการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในปี 2535 เป็นหลัก โดยจัดตั้งครบ ทุกสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และเทศบาล สถานบริการ ละ 1 แห่ง ยึดความพร้อมของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข องค์กร กองทุน และข้อมูล เป็นหลัก ตามสภาพความเป็นจริงแล้วพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางส่วนจัดตั้งศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานชุมชนโดยพิจารณาถึง ความสะดวกสบายเป็นหลัก โดยเฉพาะคัด เลือกลงหมู่บ้านที่สถานอนามัยตั้งอยู่ทำให้กิจกรรมการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน บางองค์ประกอบ เช่น การรักษายาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในที่อ่งกัน การป้องกัน และควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ อาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานชุมชนไม่ได้ปฏิบัติ ทำให้คะแนนประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุข มูลฐานโดยส่วนรวมต่ำลงไปด้วย เมื่อพิจารณาในรายด้านทั้ง 14 ด้าน พบว่า ผลการ ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานจะสูงในงานที่เป็นองค์ประกอบเดิม โดย 8 ด้านแรก เริ่มกำหนดกิจกรรมการดำเนินงานมาตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 4 (2520-2524) ด้านที่ 9 และ 10 เน้นในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 (2530-2534) และด้าน 11-14 เน้นในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 (2535-2539) ทำให้ประสิทธิภาพการดำเนินงานลดต่ำลงด้วย กิจกรรมการดำเนินงานบางองค์ประกอบ ยังเป็นนามธรรม ในส่วนที่เป็นรูปธรรม เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรค จะมีประสิทธิภาพ สูง ซึ่งการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น กิจกรรมการดำเนินงานจะถูกกำหนดขึ้น จากการสำรวจพบสภาวะปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ซึ่งมีส่วนทำให้ประสิทธิภาพการ ดำเนินงานในส่วนที่ไม่เป็นปัญหาลดน้อยลงด้วย รากฐานหรือความสำเร็จของการทำงาน ของ อาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนนั้นขึ้นอยู่กับ การได้รับการถ่ายทอด ฝึกอบรมสัมมนาการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องที่สถานอนามัย หรือโรงพยาบาลทุกเดือน เดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจของการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2534 : 20) ซึ่งจากการศึกษา ครั้งนี้พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมและสัมมนาอย่างต่อเนื่อง เป็น

ประจำทุกเดือนเพียงร้อยละ 46.0 เท่านั้น และได้รับการติดตามนิเทศงานและสนับสนุนผลการปฏิบัติงานเป็นประจำทุกเดือนเพียงร้อยละ 51.8 เท่านั้น ประกอบกับอาสาสมัครสาธารณสุขร้อยละ 30.94 มีปัญหาในการได้รับสิ่งสนับสนุนซ้ำ และร้อยละ 30.22 ขาดความต่อเนื่องเพราะต้องหมุนเวียนกันฝึกอบรมในแต่ละเดือน จึงเป็นสาเหตุทำให้ประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานโดยส่วนรวมยังไม่บรรลุความสำเร็จเท่าที่ควร

เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแต่ละด้านพบว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานที่วัดขึ้นป้องกันโรคติดต่ออยู่ในระดับสูง ตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นผู้ติดตามกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยครองน้ำเด็กแรกเกิด- 5 ปี ปรับวัดขึ้นตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนัดหมาย และเป็นผู้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้บริการวัดขึ้นป้องกันโรคด้วย ซึ่งในด้านนี้ชาวบ้านมีความตื่นตัวกัน และให้ความร่วมมือเป็นอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธีรพล ชันทไชย และคนอื่น ๆ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 91-93 ; อ้างอิงมาจาก ธีรพล ชันทไชย. 2527 : 108-112) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมากที่สุด ส่วนประสิทธิภาพในการดำเนินงานรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น การทันตสาธารณสุขการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ อยู่ในระดับต่ำนั้น จากการเสนอแนะปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า สิ่งสนับสนุนสิ่งซ้ำซ้ำร้อยละ 30.94 สิ่งสนับสนุนมีปริมาณน้อย ร้อยละ 21.52 ขาดคู่มือในการใช้วัสดุอุปกรณ์ ร้อยละ 18.71 งานรักษาพยาบาลชาวบ้านให้ความเชื่อถือน้อย ร้อยละ 11.51 และขาดการฝึกปฏิบัติการรักษาพยาบาลและการใช้เครื่องมือ ร้อยละ 9.35 ประกอบกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางส่วนคัดเลือกเอาหมู่บ้านที่มีสถานอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชนตั้งเป็นหมู่บ้านศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ทำให้กิจกรรมการดำเนินงานในด้านดังกล่าวเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานบริการ เพราะมีความ

สามารถมากกว่าสิ่งสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือนี้อีกมากกว่า และชาวบ้านที่ความ
เชื่อถือมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด

1. ผลจากการเปรียบเทียบตัวแปร เพศ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขชายและหญิงมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่สอดคล้องกับ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคนอื่น ๆ (2530 : 79) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขเพศชายและเพศหญิงมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ บุญนา สุชั้น (2533 : 97) ศึกษาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหญิงและชาย มีผลการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุชาติ ประเสริฐรัฐสินธุ์ และคนอื่น ๆ (2523 : 185-229) ที่ได้ศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงและเพศชายมีการปฏิบัติงานต่างกัน

ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขชายและหญิงมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน เนื่องมาจากการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในรูปแบบของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนนั้น จะคัดเลือกเอาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขเดิมที่ยังปฏิบัติงานกันเป็นทีมอยู่ในหมู่บ้านคัดเลือกมาปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม ซึ่งมีความสามารถเท่าเทียมกัน ประกอบกับกิจกรรมการดำเนินงานสาธารณสุขมีหลายด้านความสามารถในการดำเนินงานของเพศชายและหญิงพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขชายมีประสิทธิภาพการดำเนินงานสูงในด้านการสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด และการควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่น ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขหญิงมีประสิทธิภาพการดำเนินงานสูงในด้านการอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว และด้านโภชนาการทำให้คะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการดำเนินงาน

สาธารณสุขมูลฐานรวมทั้ง 14 ด้านไม่แตกต่างกัน

2. ผลการเปรียบเทียบตัวแปร อายุ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุต่างกันมีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญพา ฐชิน (2533 : 98) ศึกษาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : ศึกษาเฉพาะพื้นที่ยากจน จังหวัดสงขลา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติงานไม่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาวีร์ เถิงศาสตร์ (2529 : 29) ที่ได้ศึกษาเรื่องการยอมรับ และการรับรู้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชนบท จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษานพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ศุภฤกษ์ วรรณธรรม (2531 : 94) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน : ศึกษาเฉพาะหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่น ของจังหวัดนครศรีธรรมราช สงขลา นัทลุง พบว่า ประชาชนที่มีอายุสูง และประชาชนที่มีอายุต่ำมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า อายุที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขแต่อย่างใด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาอยู่ในช่วงอายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 29.5 และอายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 46.4 จัดได้ว่าอยู่ในวัยที่ใกล้เคียงกัน ประสิทธิผลในการดำเนินงานจึงอยู่ในระดับเดียวกัน ดังที่ สุชา และสุรางค์ จันทร์เอม (2520 : 74 - 78) ได้กล่าวว่า แม้ว่าการแบ่งวัยของนักศึกษาจะมีช่วงอายุแตกต่างกันบ้าง แต่ก็มีความใกล้เคียงกันมากพฤติกรรมที่แสดงออกมาของคนในวัยนี้จึงใกล้เคียงกัน จึงพอสรุปได้ว่า สถานภาพส่วนบุคคลด้านอายุไม่ส่งผลต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขให้แตกต่างกัน

3. ผลการเปรียบเทียบตัวแปร ระดับการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาสูงกว่ามีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูง

กว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภฤกษ์ วรรณธรรม (2531 : 94) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน : ศึกษาเฉพาะหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่น ของจังหวัดนครราชสีมา สงขลา พัทลุง ผลการศึกษานพบว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาสูง มีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานมากกว่าประชาชนที่มีการศึกษาต่ำ ในขณะทำงานวิจัยของ สันศักดิ์ เสริมศรี (2526 : 74) เรื่อง อิทธิพลที่กำหนดการเลือกน้ำดื่มในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษานพบว่า ระดับการศึกษาของประชาชนที่ต่างกันมีผลทำให้พฤติกรรมการเลือกน้ำดื่มต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาสูงกว่า มีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่า เนื่องจากจากผู้ที่มีการศึกษาสูงนั้นจะมีความรู้ ความเข้าใจ เรียนรู้ได้เร็ว และสามารถถ่ายทอดต่อผู้อื่นได้ดี ประกอบกับงานสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 องค์ประกอบทั้งหมดได้เพิ่มขีดความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขให้สูงขึ้นจาเป็นต้องอาศัยพื้นฐานระดับความรู้เดิมในการปฏิบัติงานที่ต้องใช้เทคนิคการปฏิบัติงานที่สูงขึ้นด้วย เช่น การวัดความดันโลหิต การตรวจระดับน้ำตาลในปัสสาวะ การเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเอดส์ จึงส่งผลให้ผู้มีการศึกษาสูงมีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงตามด้วย

4. ผลการเปรียบเทียบตัวแปร รายได้ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้สูงกว่ามีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานไม่สูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ต่ำกว่า ซึ่งขัดแย้งกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญพา สุธี (2533 : 101) ได้ศึกษาเรื่อง บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : ศึกษาเฉพาะพื้นที่ยากจน จังหวัดสงขลา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้ต่างกันมีการปฏิบัติการไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิการ์ ชมดี (2524 : 18) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ

ประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน ผลการศึกษานพบว่า รายได้ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน และยังสอดคล้องกับ ประภิด จันทร์ศรี (2532 : บทคัดย่อ) เรื่องการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการหมู่บ้านในการปฏิบัติงานที่อ่านหนังสือพิมพ์ประจำหมู่บ้านในจังหวัดอ่างทอง พบว่า คณะกรรมการหมู่บ้านที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับ อุทัย สุคสุข (2525 : 4) ได้ศึกษาถึง รายได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ดีกว่าจะมีผลการปฏิบัติงานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2521 : 208 - 209) เรื่อง รายงานการวิจัยเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน พสส./อสม. ในเขตอำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษานพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดียอมสละเวลาในการปฏิบัติงานได้ดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้สูงกว่า มีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานไม่สูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ต่ำกว่า จากการสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขแล้วพบว่า ถึงแม้ตนเองจะมีรายได้ แต่ก็มีความยินดีที่จะร่วมกันปฏิบัติงานเพื่อส่วนรวม ซึ่งบุคคลดังกล่าวมักจะมี ความเสียสละ และร้อยละ 66.9 มีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้านด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการ ศึกษาของ มาโย (Mayo) ที่พบว่า คนเราทำงานมีแรงจูงใจที่จะได้เงินมาอย่างเดียวนั้น เท่านั้น ถึงแม้ว่าเงินจะเป็นสิ่งสำคัญ แต่สิ่งอื่นที่คนเราปรารถนาที่จะได้เงินมาในขณะ เดียวกันคือความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มที่ตนทำงานอยู่ (บุญหา สุชื่น. 2533 : 102 ; อ้างอิงมาจาก สุเมธ เดียววิศเรศ. 2527 : 117) จึงพอจะบ่งชี้ได้ว่า รายได้ไม่มีผลต่อการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

5. ผลการเปรียบเทียบการมีตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้าน มีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งขัดแย้งกับ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคนอื่น ๆ (2530 : 8) ได้ศึกษาถึงการมีตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นของอาสาสมัครสาธารณสุข ในขณะที่ นีระศักดิ์ รัตนะ (2534 : 87) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตชนบท จังหวัดสงขลา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีเวลาว่างเพียงน้อย จะมีผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีเวลาว่างสำหรับทำงานสาธารณสุขมูลฐานน้อย

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้าน มีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้าน จากการศึกษาพบว่า การที่อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้านนั้น ย่อมแสดงว่าเป็นที่ยอมรับในหมู่บ้านของประชาชนด้วยกันเอง และหน่วยงานของรัฐอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในหมู่บ้านเป็นแกนนำของหมู่บ้าน ตามความเป็นจริงแล้วองค์กรที่เป็นแกนนำในหมู่บ้านมักจะมีไม่หลายกลุ่ม (ชื่อองค์กรหลายชื่อ แต่ตัวบุคคลกลุ่มเดิม) นอกจากจะดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแล้ว ยังสามารถผสมผสานเข้ากับงานอื่น ๆ ในหมู่บ้านได้จึงส่งผลให้ผู้ที่มิได้ตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้าน มีประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงตามด้วย

6. ผลการเปรียบเทียบการประเมินหมู่บ้านดีเด่น พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหมู่บ้านที่เคยผ่านการประกวดหมู่บ้านดีเด่น มีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหมู่บ้านที่ไม่เคยผ่านการประกวดหมู่บ้านดีเด่น ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

การที่หมู่บ้านเคยผ่านการประกวดหมู่บ้านดีเด่น นั้นแสดงว่า หมู่บ้านนั้นมีความร่วมมือกันดี องค์กรผู้นำเข้มแข็ง ซึ่งจากการศึกษาถึงความกระตือรือร้นในการพัฒนาของผู้ใหญ่บ้านที่มีต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2530 : 81) พบว่า เป็นปัจจัยที่สำคัญมากต่อประสิทธิภาพในการทำงานของผู้สื่อข่าวสาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้วิจัยเห็นว่า

หมู่บ้านที่เคยผ่านการประกวดคนนอกจากผู้นำจะเข้มแข็งชาวบ้านร่วมมือกันดีแล้ว ยังได้
รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นอย่างดีด้วย จึงส่งผลให้ผู้ที่ปฏิบัติงานในหมู่บ้าน
ที่เคยผ่านการประกวดหมู่บ้านดีเด่น มีประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูง
ตามด้วย

7. ผลการเปรียบเทียบสถานที่ตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า
อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่มีสถานที่ตั้งต่างกัน
มีอาสาสมัครสาธารณสุขประสิทธิผลการดำเนินงานไม่แตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับ
สมมติฐานที่ตั้งไว้

จากการศึกษาพบว่า สถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนตั้งเป็นเอกเทศ
ร้อยละ 26.3 รวมกับกองทุนเฉพาะกิจอื่น ๆ ในหมู่บ้าน ร้อยละ 43.5 ตั้งที่บ้าน
ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข หรือบุคคลอื่น ๆ ร้อยละ 30.2 ซึ่งเป็นสถิติที่ใกล้เคียงกัน
ซึ่งในแต่ละหมู่บ้านนั้นมีความพร้อมในการกำหนดสถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุข
มูลฐานชุมชนแตกต่างกัน แต่ก็ได้พิจารณาถึงความสะดวกสบายของอาสาสมัครสาธารณสุข
ผู้มาปฏิบัติงานและประชาชนผู้มารับบริการเป็นสำคัญ (สำนักงานคณะกรรมการการ
สาธารณสุขมูลฐาน. 2534 : 21) ประกอบกับการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน
ชุมชนมีขึ้นพร้อม ๆ กับการดำเนินงานที่เพิ่มขึ้นใหม่ สถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุข
มูลฐานชุมชนจึงไม่มีผลต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข

8. ผลการเปรียบเทียบตัวแปร ระบบการคัดเลือก พบว่า อาสาสมัคร
สาธารณสุขที่ผ่านระบบการคัดเลือกต่างกัน มีประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุข
มูลฐานไม่แตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

เบญจา ยอดคำเนิน (2522 : 22) ได้ศึกษาถึงระบบการคัดเลือกอาสา
สมัครสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยที่ทำให้โครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวอยู่ที่การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขไปปฏิบัติงาน ในการคัด
เลือกอาสาสมัครสาธารณสุขที่จะทำงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนนั้น คัดเลือก
จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สื่อข่าวสาธารณสุขเดิมที่ยังปฏิบัติงานเป็น

ที่หมู่บ้าน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ผ่านการคัดเลือกโดยวิธีโหวตเสียงร้อยละ 66.2 โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระบุ ร้อยละ 23.0 และโดยเสนอดัว เพียงร้อยละ 10.8 ซึ่งแต่ละวิธีก็พิจารณาผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นสำคัญ ประกอบกับการคัดเลือกคัดจากบุคคลเดิม ถึงระบบการคัดเลือกจะต่างกันแต่หลักปฏิบัติแล้วใกล้เคียงกัน ระบบการคัดเลือกจึงไม่มีผลต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข

9. ผลการเปรียบเทียบตัวแปร การฝึกอบรมและสัมมนาอย่างต่อเนื่อง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมสัมมนาอย่างต่อเนื่องต่างกัน มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาถึงความรู้ในงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม (2524 : 44) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ให้ความรู้ถูกต้องจะได้รับความเชื่อถือจากประชาชนในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทร ทองคง (2527 : 97) ซึ่งศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังสอดคล้องกับ วีระศักดิ์ รัตนะ (2534 : 76) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตชนบท จังหวัดสงขลา พบว่า ความรู้ในงานสาธารณสุขมูลฐานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานของสาธารณสุขมูลฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมสัมมนาอย่างต่อเนื่องต่างกัน มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานแตกต่างกัน โดยที่อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมและสัมมนาต่อเนื่องเป็นประจำทุกเดือน จะมีความรู้ ความเข้าใจ ปฏิบัติงานดีส่งผลให้ประสิทธิภาพการดำเนินงานสูงกว่าอาสาสมัคร

สาขารณสุขที่ได้รับการอบรมและสัมมนาต่อเนื่อง เป็นครั้งคราวไม่ทุกเดือน

10. ผลการเปรียบเทียบตัวแปร การติดตามนิเทศงานและสนับสนุนผลการปฏิบัติงาน พบว่า อาสาสมัครสาขารณสุขที่ได้รับความรู้และคุณภาพของการนิเทศงานสูง มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานสาขารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครสาขารณสุขที่ได้รับความรู้และคุณภาพของการนิเทศงานต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นีระศักดิ์ รัตนะ (2534 : 84-85) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาขารณสุขในเขตชนบท จังหวัดสงขลา พบว่า คุณภาพของการนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาขารณสุขมีความสัมพันธ์สูงสุดกับผลการปฏิบัติงานสาขารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาขารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทร ทองคง (2527 : 98) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาขารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการนิเทศเยี่ยมเยียนจากเจ้าหน้าที่สาขารณสุขตำบลกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาขารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า อาสาสมัครสาขารณสุขที่ได้รับความรู้และคุณภาพของการนิเทศงานสูง จะมีความรู้ ความเข้าใจ และได้รับความช่วยเหลือในขณะที่ประสบปัญหาในการดำเนินงาน โดยมีการวางแผนนิเทศงานเป็นระบบเหมาะสม สามารถปฏิบัติได้อย่างจริงจัง ส่งผลให้ประสิทธิภาพการดำเนินงานสาขารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครสาขารณสุขที่ได้รับความรู้และคุณภาพการนิเทศงานต่ำ

ข้อเสนอแนะ

1. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้างนี้ มาเป็นข้อมูลในการดำเนินงานศูนย์สาขารณสุขมูลฐานชุมชน โดยเสนอผ่านฝ่ายพัฒนาบุคลากรและการสาขารณสุขมูลฐานของสำนักงานสาขารณสุขจังหวัด เพื่อสั่งการดำเนินการต่อไป

2. ควรมีการวางแผนการฝึกอบรมและสัมมนาอย่างต่อเนื่องที่สถานีนามีย หรือโรงพยาบาล โดยกำหนดเนื้อหา สื่อ วัสดุอุปกรณ์ และแนวทางการประเมินผล โดยครอบคลุมการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 องค์ประกอบ

3. ควรมีการฝึกปฏิบัติในชุมชนควบคู่ไปกับการออกติดตามเยี่ยมเยียน ช่วยเหลือปฏิบัติงาน

4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรออกไปเป็นพี่เลี้ยงแก่อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขจะเกิดทักษะและปฏิบัติงานได้เอง

5. หมู่บ้านที่ดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ไม่ควรเป็นหมู่บ้านที่ สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชนตั้งอยู่ เพราะจะทำให้บทบาทการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขลดน้อยลง

6. การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข 5 คน ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุข มูลฐานชุมชน ควรกำหนดบุคคลให้ชัดเจน หรือควรหมุนเวียนกัน เพราะจะเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ที่ถูกคัดเลือกและไม่ถูกคัดเลือกได้

7. ในงานรักษายาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น อาสาสมัคร สาธารณสุขควรได้รับการหมุนเวียน การฝึกปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาล จะช่วยให้เกิดทักษะ และได้รับความเชื่อถือจากประชาชนมากขึ้น

8. ในงานรักษายาบาล จะต้องกำหนดบทบาทขีดความสามารถของอาสา สมัครสาธารณสุขให้ชัดเจน และควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในหมู่บ้านทราบโดยทั่วกัน

9. ในงานคุ้มครองผู้บริโภค ร้านค้าให้ความร่วมมือน้อย ประกอบกับอาสา สมัครสาธารณสุขไม่มีอำนาจทางกฎหมายที่ามปรามได้

10. ควรมีการติดต่อประสานงานระหว่างศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนกับ หน่วยราชการอื่น ๆ เช่น โรงเรียน โดยอาจส่งอาสาสมัครสาธารณสุข หรือตัวแทน นักเรียนแลกเปลี่ยนกันปฏิบัติงานทั้งในโรงเรียนและในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

11. ควรจัดสิ่งสนับสนุนให้พร้อมสำหรับการเปิดดำเนินการงานในศูนย์สาขารณสุขมูลฐานชุมชนในปีต่อ ๆ ไป

12. ประสิทธิภาพการดำเนินงานของอาสาสมัครสาขารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาขารณสุขมูลฐานชุมชนนั้นขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่สาขารณสุขระดับตำบลและอำเภอเป็นสำคัญ ซึ่งพบว่า เจ้าหน้าที่สาขารณสุขในระดับล่างนั้นยังขาดความรู้ เทคนิค วิชาการ ในด้านการประเมินผลเป็นสำคัญ ในระดับนโยบายควรมีการจัดทำคู่มือการประเมินผลการดำเนินงานระดับตำบล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบการดำเนินงานศูนย์สาขารณสุขมูลฐานชุมชนโดยอาสาสมัครสาขารณสุข 5 คน ปฏิบัติงานเป็นประจำ และการหมุนเวียนอาสาสมัครสาขารณสุขทุกเดือนครั้งละ 5 คน

2. ควรมีการวิจัยเพื่อหาสมรรถนะของอาสาสมัครสาขารณสุขที่ดำเนินงานในศูนย์สาขารณสุขมูลฐานชุมชน เพื่อหาคุณลักษณะที่พึงต้องการของผู้ที่ดำเนินงานในศูนย์สาขารณสุขมูลฐานชุมชน

3. ควรมีการวิจัยถึงบทบาทที่เป็นจริง และบทบาทที่คาดหวังของอาสาสมัครสาขารณสุขตามการรับรู้ของตนเอง และเจ้าหน้าที่สาขารณสุขของรัฐในการดำเนินงานศูนย์สาขารณสุขมูลฐานชุมชน

4. ควรมีการวิจัยถึงสุขภาพจิตและการปรับตัวของอาสาสมัครสาขารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาขารณสุขมูลฐานชุมชน

5. ควรมีการวิจัยเพื่อประเมินผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินงานศูนย์สาขารณสุขมูลฐานชุมชน เพื่อหาอุปสรรคและตัวขัดขวางการดำเนินงาน พร้อมทั้งหาแนวทางการแก้ไขปรับปรุงการดำเนินงานศูนย์สาขารณสุขมูลฐานชุมชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ ชมดี. การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ ศึกษาเฉพาะโครงการสวรส ตำบลท่าช้าง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. ปริญญาโท สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2524. อัดสำเนา.
- กาญจนา ศุภจรรยา. การมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมกองทุนฯ และเวทีแก้ปัญหามั่วบ้าน. ปริญญาโท สด.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- เกรียงศักดิ์ ดันตศิรินทร์ และคนอื่น ๆ. "รายงานการประเมินผลโครงการสาธารณสุขมูลฐานในปี 1974-1980," การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2523.
- คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน. การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534). กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2529.
- _____. การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2528.
- _____. คู่มือปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล. กรุงเทพฯ : สำนักข่าวพาณิชย์ กรมพาณิชย์สัมพันธ์, 2523.
- _____. "นโยบายในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง," เอกสารประกอบการบรรยาย การประชุมปฏิบัติการโครงการสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง. ๘ ห้องประชุมโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา มีนาคม, 2529. อัดสำเนา.

คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. สำนักงาน. "แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุข

มูลฐานของจังหวัด ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7

(2535-2539)," สาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ. 4(3) : 5-18 ;

ธันวาคม 2535.

_____. "เป้าหมายการดำเนินงานจัดตั้ง ศสมช. ในแผนฯ 7," สาธารณสุข
มูลฐานวารสารเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวอีสาน. 7(3) : 26-28 ;

ธันวาคม 2534.

_____. "รายการสิ่งสนับสนุนในการดำเนินงาน ศสมช.," สาธารณสุขมูลฐาน
วารสารเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวอีสาน. 7(5) : 29-32 ; กุมภาพันธ์

2535.

_____. รายงานผลการวิจัยเอกสารเรื่อง การประเมินความก้าวหน้าในทศวรรษ
แรกแห่งการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521-2530).

กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2532.

_____. "ศสมช. คืออะไร", สาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ (สารกรงอิง).

6(5) : 9-12 ; มิถุนายน-กรกฎาคม 2534.

_____. สรุปผลงานสาธารณสุขมูลฐานปี 2534 จนถึง เดือนมีนาคม 2535.

ม.ป.ท. 2535.

_____. เอกสารประกอบการขึ้นแจ้งระดับอำเภอเรื่อง นโยบายการดำเนินงาน
สาธารณสุขมูลฐานในแผนฯ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539). กรุงเทพฯ :

องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2534.

จินดา พูลเกษม. การยอมรับบทบาทและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของจังหวัดนครสวรรค์ ในโครงการ

สาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ วท.ม.

กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. จัดสำเนา.

ชาญชัย อาจีนสมาจาร. นักบริหารที่ทรงประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ : รุ่งแสงการพิมพ์,
ม.ป.ป.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการวิจัยสถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5 ม.ป.ท., 2534.
ทวีทอง ทองวิวัฒน์ และคนอื่นร. "บทสรุปการศึกษาประเมินผลโครงการสาธารณสุข
มูลฐานไทย," การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศรีอินทร์, 2524.

ชวีชัย คำทอง. ผลสัมฤทธิ์ของการดูแลสุขภาพของประชาชนในตำบลเกาะนางคำ อำเภอ
ปากพะยูน จังหวัดพัทลุง. ปริญญาโท ศศ.ม. สงขลา : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ สงขลา, 2533. จัดสำเนา.

ธีระ รามสุด. การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : กระทรวง
สาธารณสุข, 2531.

_____. ทศวรรษแห่งการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. นครปฐม :
ฝ่ายการพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา,
2531.

บุญนา ชูชื่น. บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : ศึกษาเฉพาะพื้นที่ชนบท
ปากพนัง จังหวัดสงขลา. ปริญญาโท ศศ.ม. สงขลา : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ สงขลา, 2533. จัดสำเนา.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. "การมีส่วนร่วมของชุมชน," สุขภาพ. 8(30) : 65-70 ;
เมษายน-มิถุนายน 2528.

เบญจฯ ยอดคำเนิน. รายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
โครงการลำปาง : การศึกษาทางมนุษยวิทยา. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัย
ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.

ประกอบ ผู้จินดา. การบริหารจัดการสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ : กระทรวง
สาธารณสุข, 2521.

ประภิต จันทรศรี. การมีส่วนร่วมของกรรมการหมู่บ้านในการปฏิบัติงานที่อ่านหนังสือ
ประจำหมู่บ้านในจังหวัดอ่างทอง. ปริญญาโท ศศ.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2532. อัดสำเนา.

ประยุทธ์ แสงสุรินทร์. "ศสมช. ชูธงสุขภาพโดยประชาชน," สาธารณสุขมูลฐาน
วารสารเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวอีสาน. 6(9) : 9-11 ; มิถุนายน
2534.

ปรากรม วุฒินงค์ และคนอื่นๆ. การวิจัยการดำเนินงานของอาสาสมัครจากมูลา
ร. 402. กรุงเทพฯ : 2528.

ปรีชา ศีสวัสดิ์. การรวบรวมและวิเคราะห์ผลงานศึกษาวิจัยด้านการสาธารณสุข
มูลฐาน. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน,
2527.

พิโกบรม, กอง กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประเมินผลการฝึกอบรมและการ
ปฏิบัติงานของ อสม./พสช. ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ :
กระทรวงสาธารณสุข, 2523.

พรพิมล วรดิлок. "การสาธารณสุขมูลฐานความสำเร็จของบ้านด่านกรงกราง,"
ชนบทไทย 2526. 2(5) : 70-71 ; กุมภาพันธ์ 2526.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2533.

พีระศักดิ์ รัตนะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
ในเขตชนบท จังหวัดสงขลา. ปริญญาโท ศศ.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.

ไพจิตร ปะบุตร. "ทศวรรษแรกแห่งการสาธารณสุขมูลฐาน," สาธารณสุขมูลฐาน
ภาคเหนือ. 4(2) : 12-20 ; พฤศจิกายน 2533.

ไพศาล เข้มศิริจินดา. "ศสมช. การฝึกอบรมอย่างมีส่วนร่วม : การอบรมต่อเนื่อง
ใน ศสมช.," สาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ. 5(6) : 5-10 ; มีนาคม 2535.

- ภาวินี เฝืงศาสตร์. การรับรู้และการยอมรับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. จัดสำเนา.
- มงคล ศรีบาง. "ข้อมูลกับ ศสมช., " สาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ (สารกรุงชิง). 7(3) : 23-25 ; กุมภาพันธ์-มีนาคม 2535.
- มหิดล, มหาวิทยาลัย ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข. "ปัญหาและทางออกการใช้ พสช. อสม. ในงานสาธารณสุขมูลฐาน," ข่าวสาร อสม. 2 : เมษายน 2530.
- ยงยุทธ พึ่งวงศ์ญาติ. ความปรารถนาเกี่ยวกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. จัดสำเนา.
- ระเด่น หัสดี. ประสิทธิผลของการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของคณะกรรมการหมู่บ้านที่ผ่านการฝึกอบรม โดยคณะกรรมการสนับสนุนการปฏิบัติงานพัฒนาชนบทระดับตำบล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. จัดสำเนา.
- ธีรณี ฤกษ. ทัศนคติของประชาชนต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2523. จัดสำเนา.
- ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับ พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์, 2530.
- วสุธร ดันวัฒนากุล. "สิ่งที่แตกต่างในการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานแผน 6 และ แผน 7," สาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง. 7(1) : 31-34 ; ตุลาคม 2534.

วาระ แก้วหมื่นไวย. "ศสมร. ความเฟื่องที่เลื่อนลาง," จดหมายข่าวโรงพยาบาล
สงขล. 1(4) : 2 ; พฤษภาคม-มิถุนายน 2535.

ศกฤกษ์ วรรณธรรม. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน
ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน : ศึกษาเฉพาะหมู่บ้าน สาธารณสุขมูลฐาน
ดีเด่นของจังหวัดนครศรีธรรมราช สงขลา และพัทลุง. ปรียานันท์ กศ.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2522.
วัดสำเนา.

สถิตินพชาติ, สำนักงาน. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว
พ.ศ. 2529 ไตรมาสที่ 1. กรุงเทพฯ : มกราคม-มีนาคม 2529.

สมชาติ โตรักษา. "แนวคิดในการดำเนินงาน ขบวนการสาธารณสุขในพื้นที่,"
สุขศึกษา. 10(37) : 75-83 ; มกราคม-มีนาคม 2530.

สาธารณสุข, กระทรวง. การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2528.

_____. "บทบาทและหน้าที่ พสส. และ อสม.," คู่มือปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน
สำนักงานปลัดกระทรวง แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534).
กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2528.

สาธารณสุข, กระทรวง. กองแผนงานสาธารณสุข. สภาวะและปัญหาสาธารณสุข
นโยบาย และกลวิธีการพัฒนาในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7
(พ.ศ. 2535-2539). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,
2535.

_____. กองสุขศึกษา. รายงานการวิจัยเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน พสส./
อสม. ในเขตอำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่. ม.ป.ท., 2521.

_____. กองสุขศึกษา. รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานโครงการวิจัยเพื่อสร้าง
สาธารณสุข (พสส.) จังหวัดนครศรีธรรมราช. กรุงเทพฯ : กระทรวง
สาธารณสุข, 2520.

สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, สำนักงาน. การประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ในรอบ 8 เดือนแรกปีงบประมาณ 2535 (ตุลาคม 2534-พฤศจิกายน 2535). ร้อยเอ็ด : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด, 2535.

สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, สำนักงาน. "การศึกษาปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขที่เหมาะสมอย่างทั่วถึงของงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับตำบลและหมู่บ้านจังหวัดนครปฐม," รายงานประเมินผล. นครปฐม : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครปฐม, 2524. อัดสำเนา.

สุขชัย อรรถธรรม. ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนในจังหวัดชัยภูมิ ที่มีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน. วิทยานิพนธ์ สศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525. อัดสำเนา.

สุจินต์ คาวีระกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้านของหมู่บ้านชนะเลิศการประกวดหมู่บ้านดีเด่นของจังหวัดนครสวรรค์ ประจำปี พ.ศ. 2527. วิทยานิพนธ์ สศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527. อัดสำเนา.

สุชา และสุรางค์ จันทร์เอม. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ : ไทโยพัฒนานาณิช, 2520.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และคนอื่นๆ. การปฏิบัติงานของ อสม. จังหวัดขอนแก่น. ม.ป.ท., 2523.

สุนทร ทองคง และคนอื่นๆ. "ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของจังหวัดนครสวรรค์ในโครงการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน กระทรวงสาธารณสุข." วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 14(2) : 89-103 ; พฤศจิกายน 2527.

สุภัทนา ปิณฑะแพทย์. จิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ทอริตชนชัยการพิมพ์, 2527.

สันศักดิ์ เสริมศรี. "อิทธิพลที่กำหนดการเลือกน้ำดื่มในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ,"

สุขภาพศึกษา. 6(223) : 65-79 ; กรกฎาคม-กันยายน 2526.

อดิศักดิ์ อดิธรรม. "นักสุขภาพ ประชากรรอบครัว อีกทางเลือกของการพัฒนาการ

สาธารณสุขมูลฐาน," สุขภาพศึกษา. 9(36) : 30-44 ; ตุลาคม-ธันวาคม

2529.

อนันต์ ลิขิตประเสริฐ. อิทธิพลของผู้นำหมู่บ้านที่มีต่อการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน :

การศึกษาเปรียบเทียบบทบาทผู้นำในสามหมู่บ้านของจังหวัดบุรีรัมย์.

วิทยานิพนธ์ สค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528.

อัครสาเนา.

อมร นนทสุต. แนวความคิด หลักการและวิธีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน.

พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักข่าวหนังสือ, 2525.

อุทัย สดสุข. "การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (2535

- 2539)," สาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ. 4 (2) : 7-11 ; พฤศจิกายน

2533.

รายงานผลการวิจัยเรื่องทีมงานสาธารณสุขเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข

ฐานศึกษาเฉพาะกรณีในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข,

2527. อัครสาเนา.

อุทัย สดสุข, ปิยะธิดา อดิบุรณกุล และชัยชนะ สุวรรณเวช. "เครื่องชี้วัดการดำเนินงาน

งานกิจกรรมบริการสาธารณสุขมูลฐาน 4 องค์ประกอบใหม่," สาธารณสุข

มูลฐานวารสารเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวอีสาน. 7 (6) : 11-23 ;

มีนาคม 2535.

Best, John W. Research in Education. New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1970.

Cronbach, Lee Josheph. Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York : Harper and Row, 1970.

Dichl, Harold Sheely. Healthfull living. New York : Mc Graw-Hill, 1964.

Edward, Allen L. Statistical Methods of The Behavior Science.
New York : Rinchart, 1957.

Ferguson, George A. Statistical on Phychology and Education.
5th ed. Tokyo : Mc Graw-Hill Internation Book, 1981.

Yamane, Taro. Statistics : An Introductory Analysis. 2nd ed.
Tokyo : Harper and Row, 1967.

•

ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច

ภาคผนวก ก.

(รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม)

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรัตน์ อิมามิ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญยง เกียวการค้า มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ จานงค์ อิ่มสมบูรณ์ กองส่งเสริมฯ กระทรวงสาธารณสุข
4. นายแพทย์ จตุรงค์ ชีระกนก ผู้อำนวยการพิเศษด้านเวชกรรมป้องกัน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
5. อาจารย์ สำเนา แวงวรรณ หัวหน้าฝ่ายพัฒนาบุคลากรและ
การสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ภาคผนวก ข.

(เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล)

ที่ ทม 1007/3018

ครุฑ

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสานมิตร สุขุมวิท 23

กรุงเทพฯ 10110

14 ธันวาคม 2535

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นายวิชา โคตรท่าน เป็นนิสิตปริญญาโท
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้ี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า
เพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด
ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ดร.ชนวรรัตน์ อัมสมบุรณ์ ประธาน

อ.พรทินย์ สุประดิษฐ์ กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์ คือ ขออนุญาตให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน
ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด ตอบแบบสอบถามในระหว่าง
เดือนมกราคม 2536 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และ
ขอขอบคุณในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้ี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.สมพร บัวทอง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร 2584119

แบบสอบถามเรื่อง

ประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข

ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อจะทราบประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด และนำผลการวิจัยครั้งนี้มาใช้ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ในจังหวัดร้อยเอ็ด ดังนั้นขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อความโดยละเอียด กรุณาตอบให้ครบทุกข้อและแต่ละข้อ ตอบเพียงคำตอบเดียว

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด แบ่งเนื้อหาตามกิจกรรมการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้เสนอแนะความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมา

ผู้วิจัยจะเสนอผลของการวิจัยเป็นส่วนตัว ซึ่งจะไม่กระทบกระเทือนต่อตัวท่านหรือผู้อื่นแต่อย่างใด ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

นาย วิทยา โคตรท่าน

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง
เกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ

() ชาย

() หญิง

2. อายุ

() 18 - 30 ปี

() 31 - 40 ปี

() 41 - 50 ปี

() 51 ปีขึ้นไป

3. การศึกษาสูงสุด

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษา

() สูงกว่ามัธยมศึกษา

4. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

() ต่ำกว่า 2,466 บาท

() 2,466 - 7,410 บาท

() สูงกว่า 7,410 บาท

5. นอกจากเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขแล้ว ท่านยังมีตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้านอีกหรือไม่

() ไม่มี (ข้ามไปข้อ 6.)

() มี (ระบุตำแหน่งได้มากกว่า 1 ชื่อ)

() ผู้ใหญ่บ้าน

() ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน

- () กรรมการหมู่บ้าน () กรรมการกลุ่มออมทรัพย์
 () เกษตรหมู่บ้าน () กรรมการธนาคารข้าว
 () ผู้ทรงคุณวุฒิ () ผู้นำกลุ่มอาชีพ
 () ช่างสุขภัณฑ์ () อื่น ๆ ระบุ

6. หมู่บ้านของท่านเคยผ่านการประกวดหมู่บ้านพัฒนาระดับ ตำบล อำเภอ จังหวัด หรือไม่ ในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา

- () ไม่เคย () เคย

7. สถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในหมู่บ้านของท่านเป็นอย่างไร

- () แยกเป็นเอกเทศ
 () รวมกับกองทุนเฉพาะกิจอื่น ๆ ในหมู่บ้าน
 () ตั้งที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข หรือบุคคลอื่น ๆ

8. ท่านได้รับการคัดเลือกเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข โดยวิธีใด

- () เสนอตัว
 () เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระบุ
 () ชุมชนคัดเลือกโดยวิธีโหวตเสียง

9. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับการฝึกอบรมและการสัมมนาที่สถานีนอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชนมากน้อยเพียงใด

- () เป็นประจำทุกเดือน
 () เป็นครั้งคราวไม่ทุกเดือน

10. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับการติดตาม เยี่ยมเยียน แนะนำกลวิธีในการดำเนินงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากน้อยเพียงใด

- () เป็นประจำทุกเดือน
 () เป็นครั้งคราวไม่ทุกเดือน

ตอนที่ 2 เกี่ยวกับผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดร้อยเอ็ด

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องการปฏิบัติตรงตามความเป็นจริง

โปรดทำทุกข้อ

บทบาทการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน	การปฏิบัติ			
	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยครั้ง	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย
การสุขศึกษา				
1. การให้ความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยตามปัญหาที่เกิดขึ้นหรือฤดูกาลที่มีการระบาดของโรคโดยการพูดคุยส่วนตัวหรือประชุมกลุ่ม				
2. การรวบรวมข่าวสารความรู้เกี่ยวกับสุขภาพหรือข่าวสารอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์นำมาเผยแพร่ในหมู่บ้าน เช่น ทอกระจายข่าว				
3. การติดตามประเมินผลว่าข่าวสารที่เผยแพร่ไปนั้นถึงกลุ่มเป้าหมายมากน้อยเพียงใดโดยการสอบถามหรือการเปลี่ยนแปลงในหมู่บ้าน				
การควบคุมป้องกันโรคในหมู่บ้าน				
1. การแจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่นให้ชาวบ้านทราบ				

บทบาทการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน	การปฏิบัติ			
	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยครั้ง	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย
2. การให้ความรู้ชักชวนชาวบ้านร่วมมือกันควบคุมโรคใช้เลือดออก โดยรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในช่วงฤดูฝน				
3. การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการรักษาอาการอุจจาระร่วง โดยการใช้ผงน้ำตาลเกลือน้ำเกลือ อาร์ เอส				
4. การติดตามผู้ที่ถูกสุนัขกัดหรือผู้ที่คาดว่าจะได้รับเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าไปรับการฉีดวัคซีน ที่สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาล				
5. การจ่ายและเก็บกลับอุจจาระส่งตรวจหาไข่พยาธิ				
<u>การสุขาภิบาลและการจัดหาน้ำสะอาด</u>				
1. การสำรวจข้อมูลด้านการสุขาภิบาลแต่ละหลังคาเรือน				
2. การส่งเสริมให้ชาวบ้านจัดทำถังน้ำฝนหรือบ้นโถ่ง				
3. การแนะนำชาวบ้านที่ยังไม่มีส่วนให้จัดสร้างส่วนรวบน้ำใช้				
4. การแนะนำชาวบ้านให้กำจัดขยะมูลฝอยโดยฝังเผา ทำปุ๋ยหมัก				

บทบาทการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน	การปฏิบัติ			
	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยครั้ง	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย
<u>การเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อ</u>				
1. การสำรวจรายชื่อเด็กแรกเกิด - 5 ปี แล้วจดทะเบียนบันทึก				
2. การติดตามผู้ปกครองนำเด็กไปรับวัคซีนตามนัดหมาย				
3. การประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้บริการวัคซีนป้องกันโรค เช่น นัดหมาย วัน เวลา และสถานที่				
<u>การส่งเสริมโภชนาการ</u>				
1. การกระตุ้นเตือนให้ผู้ปกครองนำเด็กแรกเกิด - 5 ปี ไปชั่งน้ำหนักตามนัดหมาย ทุก 3 เดือน ..				
2. การชั่งน้ำหนักเด็ก แบลผล บันทึกผลแจ้งให้ผู้ปกครองทราบ				
3. การมีส่วนร่วมในการผลิตอาหารเสริมไว้จำหน่ายในหมู่บ้าน				
4. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่				

บทบาทการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน	การปฏิบัติ			
	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยครั้ง	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย
<u>การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น</u>				
1. การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยตามอาการที่พบ เช่น ท้องผูก ถ่ายยาก ปวด				
2. การเขียนใบนำส่งผู้ป่วยที่เกินขอบเขตความสามารถปรับการรักษาต่อที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาล				
3. การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยในรายที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานอนามัยหรือโรงพยาบาล				
<u>การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว</u>				
1. การให้คำแนะนำไปฝากครรภ์ที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาล เมื่อพบว่าผู้ที่ตั้งครรภ์ในหมู่บ้าน				
2. การให้คำแนะนำความรู้การปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์				
3. การติดตามให้คำแนะนำการปฏิบัติตนหลังคลอด				
4. การติดตามเด็กแรกเกิด - 5 ปี ไปรับบริการตรวจสุขภาพเด็กดี				
5. การให้คำแนะนำ ความรู้และชักจูงชาวบ้านให้ใช้บริการการวางแผนครอบครัว				

บทบาทการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน	การปฏิบัติ			
	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยครั้ง	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย
6. การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดรายเก่าและการจ่าย ถุงยางอนามัย				
<u>การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในบ้าน</u>				
1. การสำรวจปริมาณความต้องการยาสามัญประจำ บ้าน				
2. การจัดหาและจำหน่ายยาสามัญประจำบ้านโดยได้ รับความเห็นชอบจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
3. การเผยแพร่ความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรและ การชักชวนชาวบ้านให้ปลูกสมุนไพรไว้ใช้ ในบ้าน				
<u>การทันตสาธารณสุข</u>				
1. การแจ้งข่าวกิจกรรมการเคลื่อนไหวบริการ ทันตสาธารณสุข เช่น ทันตกรรมเคลื่อนที่ สับคาร์ท รณรงค์ถอนฟันฟรี				
2. การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับอนามัยช่องปากและ ฟันในบ้าน				
3. การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ที่ปวดฟัน เหงือก อักเสบ พร้อมทั้งได้แนะนำให้ไปรักษาต่อที่สถานี อนามัยหรือโรงพยาบาล				

บทบาทการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน	การปฏิบัติ			
	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยครั้ง	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย
4. การจัดหาปรังสีฟันและยาสีฟันไว้จำหน่ายใน หมู่บ้าน				
<u>การส่งเสริมสุขภาพจิต</u>				
1. การเชิญผู้สูงอายุมาให้ความรู้และแนะนำทุกครั้งที่มีการประชุม				
2. การส่งเสริมการออกกำลังกาย เช่น จัดแข่งขันกีฬา				
3. การมีส่วนร่วมช่วยสร้างเสริมความอบอุ่นภายในครอบครัว				
<u>การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์</u>				
1. การเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเอดส์และการป้องกัน				
2. การสอดส่องดูแลการกระทำที่คาดว่าจะมีส่วนนำไปสู่การติดเชื้อโรคเอดส์ เช่น การค้าประเวณี การฉีดยาเสพติด แล้วแจ้งทางการทราบ				
<u>การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ</u>				
1. การให้บริการวัดความดันโลหิตพร้อมแจ้งผลแก่ผู้มาขอรับบริการ				

บทบาทการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน	การปฏิบัติ			
	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยครั้ง	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย
2. การให้บริการตรวจระดับน้ำตาลในปัสสาวะพร้อมแจ้งผลแก่ผู้มาขอรับบริการ				
3. การให้บริการตรวจวัดสายตาพร้อมขอระดับการมองเห็น				
4. การแนะนำให้ไปรับการรักษาที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาลในรายชื่อพบความผิดปกติ ในข้อ 1, 2 และ 3				
5. การเผยแพร่ความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุในหมู่บ้าน				
<u>การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อม</u>				
<u>ที่เป็นพิษเป็นภัย</u>				
1. การชักชวนเพื่อนบ้านร่วมกลุ่มเพื่อสอดส่องดูแลการทำลายสิ่งแวดล้อม				
2. การชักชวนเพื่อนบ้านร่วมกันดูแลรักษาแหล่งน้ำสาธารณะ				
3. การส่งเสริมการทำความสะอาดบริเวณบ้านการทำไร่ไถนาได้				

บทบาทการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน	การปฏิบัติ			
	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยครั้ง	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย
การคุ้มครองผู้บริโภค				
1. การเผยแพร่ความรู้เรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร ยา เครื่องสำอาง และวัตถุมีพิษในหมู่บ้าน				
2. การทำตนเป็นตัวอย่างในการเลือกซื้อสินค้าต่าง ๆ พร้อมทั้งแนะนำเพื่อนบ้านให้รู้จักสังเกตเครื่องหมาย ออย. บนฉลากสินค้า				
3. การชักชวนเพื่อนบ้านให้ร่วมกลุ่มกันสอดส่องดูแลผู้ผลิต ผู้จำหน่ายสินค้าที่ไม่ถูกต้อง ท้าวมปรามการขายยาเร่ การฉวยหนึ่ง				

ตอนที่ 3 เป็นข้อเสนอแนะความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขใน
การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนข้อความ ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา รวมทั้งข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข ตามความคิดเห็นของท่าน

1. การฝึกอบรมและการสัมมนาที่สถานีอนามัย
2. การติดตาม เยี่ยมเยียน ช่วยเหลือการปฏิบัติงาน
3. การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์
4. การดำเนินงานสุขศึกษา
5. การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคในหมู่บ้าน
6. การดำเนินงานสุขภาพและจัดหาผ้าสะอาด
7. การดำเนินงานวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ
8. การดำเนินงานส่งเสริมโภชนาการ
9. การดำเนินงานรักษายาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น
10. การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว
11. การดำเนินงานจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน
12. การดำเนินงานทันตสาธารณสุข
13. การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิต
14. การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์
15. การดำเนินงานป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ.....
16. การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย.....
17. การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค

ขอขอบคุณ

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นายวิทยา รือสกุล วิศวกรท่าน

เกิดวันที่ 4 เดือน กรกฎาคม พุทธศักราช 2510

สถานที่เกิด อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 617 หมู่ 1 ตำบลสระคู อำเภอสุวรรณภูมิ
จังหวัดร้อยเอ็ด 45130

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 4

สถานที่ทำงานปัจจุบัน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสรวง
อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด 45220

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2527 มีชัยศึกษาตอนปลาย (แผนกวิทยาศาสตร์)

โรงเรียนสุวรรณภูมิวิทยาคม

พ.ศ. 2529 ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุข (พนักงาน
อนามัย) วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียง
เหนือ จังหวัดขอนแก่น

พ.ศ. 2533 วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สุขศึกษา) วิทยาลัยครูบุรีรัมย์

พ.ศ. 2536 การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

ของ

วิทยา โคตรทวน

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

มีนาคม 2536

การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด ตัวแปรที่ศึกษาคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การมีตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้าน การประเมินหมู่บ้านดีเด่น สถานที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ระบบการคัดเลือก การฝึกอบรมและสัมมนาอย่างต่อเนื่อง และการติดตามนิเทศงานและสนับสนุนผลการปฏิบัติงาน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 278 คน เป็นชาย 205 คน หญิง 73 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบสัดส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสำรวจรายการและมาตราส่วนประมาณค่า การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ t-test และ F-test

ผลการศึกษาพบว่า

1. ประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง

2. อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีเพศต่างกัน อายุต่างกัน ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนต่างกัน และระบบการคัดเลือกต่างกันมีประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมและสัมมนาอย่างต่อเนื่องต่างกัน มีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาสูงกว่ามีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน มีประสิทธิผลในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหมู่บ้านที่เคยผ่านการประกวดหมู่บ้านดีเด่น มีประสิทธิผลในการดำเนินงานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหมู่บ้านที่ไม่

เคยผ่านการประกวดหมู่บ้านดีเด่น และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับความดีและคุณภาพ
การนิเทศสูงมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัคร
สาธารณสุขที่ได้รับความดีและคุณภาพการนิเทศต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้สูงกว่า มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานสาธารณสุข
มูลฐานไม่สูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ต่ำกว่า

PRIMARY HEALTH CARE OPERATION EFFICIENCIES OF PUBLIC
HEALTH VOLUNTEERS WORKING IN COMMUNITY PRIMARY
HEALTH CARE CENTERS OF CHANGWAT ROI ET

AN ABSTRACT
BY
WITTAYA KOTRTAN

Presented in Partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
March 1993

The objective of this study is to investigate and compare the primary health care operation efficiencies of public health volunteers working in community primary health care centers of Changwat Roi-et. The variables are sex , age , levels of education , income ; position in a village , experience in being a candidate for developed village , position of community primary health care centers , selection and recruitment of public health volunteers ; continuing training and follow up or supervision of health officer.

The samples were 278 public health volunteers working in community primary health care centers of Changwat Roi et. They were 205 males and 73 females obtained from proportional random sampling. The instrument used for collecting the data were a set of checklist and rating scales questionnaires. The analysis was made by using t-test and F-test.

The results were as follows.

1. Fifty percent of primary health care operation efficiencies of public health volunteers are at the average level.

2. Public health volunteers with differences in their sexes, age, position at a community primary health care centers, selection of public health volunteers indicate the similar primary health care operation efficiencies. While those with differences in their experience of training and seminar showed the significant differences in their primary health care operation efficiencies at the .01 level.

3. Public health volunteers with high level of education showed the significantly higher than volunteers with low level of education at the .05 level.

4. Public health volunteers with differences in their other involvement in village, experience in being a candidate for developed village and supervision of health officer showed their significant difference in their primary health care operation efficiencies at the .01 level. While those with differences in their income expressed their similar primary health care operation efficiencies.