

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย ในจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและรวบรวมเอกสาร ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ต่อการวิจัย การวิเคราะห์และอภิปรายผล ซึ่งเสนอตามลำดับดังนี้

1. สถานีอนามัย
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชน
4. การเรียนรู้ของผู้ใหญ่
5. แนวคิดการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานีอนามัย

สถานีอนามัย เป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นของกระทรวงสาธารณสุขมีลักษณะและบทบาทหน้าที่ ซึ่ง ขมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย (2543, หน้า 75-79) ให้รายละเอียดไว้ดังนี้ว่า เป็นหน่วยงานอยู่ใต้บังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ โดยมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นองค์กรประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สถานีอนามัยมีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการ สาธารณสุขผสมผสาน 5 สาขา ทั้งในและนอกสถานบริการ อันได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพ 2) การควบคุมและป้องกันโรค 3) การรักษาพยาบาล 4) การฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ 5) การสนับสนุนบริการรวมทั้งการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขและการพัฒนาชุมชน ตลอดจนวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งความต้องการของประชาชนในแต่ละท้องที่ เช่น เขตชนบท เขตทอกระดี่ เขตชนบทกึ่งเมืองและเขตชานเมือง เป็นต้น

ลักษณะของสถานีอนามัย

สถานีอนามัยของกระทรวงสาธารณสุขได้วิวัฒนาการทั้งด้านโครงสร้างและการบริการประชาชนตั้งแต่ปี 2456 เป็นต้นมา และได้มีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ฉะนั้น สถานีอนามัยในทศวรรษหน้า

(2535-2544) จึงได้จัดแบ่งเป็น 2 ลักษณะตามโครงสร้างและระดับขีดความสามารถในการบริการประชาชน

สถานีนอนามัยทั่วไป หมายถึง สถานีนอนามัยส่วนใหญ่ของประเทศ มีบทบาทและความรับผิดชอบตามที่กำหนดไว้ทั้งสิ้น 4 งาน ได้แก่การบริการสาธารณสุขุผสมผสาน การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน บริหารงานวิชาการ งานสุศึกษาและประชาสัมพันธ์ มีกรอบอัตรากำลังและอาคารบ้านพัก ตลอดจนครุภัณฑ์ตามที่กำหนด

สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ หมายถึงสถานีนอนามัยทั่วไปจำนวนหนึ่งซึ่งถูกคัดเลือกให้พัฒนาขึ้นเป็นสถานีนอนามัยขนาดใหญ่ในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย ซึ่งมีเป้าหมายจะพิจารณาสถานีนอนามัยจำนวนประมาณ 1 ใน 5 ของสถานีนอนามัยทั่วประเทศ โดยคัดเลือกจากสถานีนอนามัยซึ่งมีที่ตั้งอยู่ในศูนย์กลางชุมชน ทั้งด้านการคมนาคมสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม อันจะทำให้สามารถให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงได้กว้างขวางกว่าสถานีนอนามัยทั่วไป สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ จะมีบทบาทหน้าที่เช่นเดียวกับสถานีนอนามัยทั่วไป แต่จะมีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานบางอย่างสูงกว่า เช่น งานบริการทันตกรรมพื้นฐานซึ่งไม่มีในสถานีนอนามัยทั่วไป นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เสมือนพี่เลี้ยงสนับสนุนสถานีนอนามัยทั่วไปที่กำหนดเป็น สถานีนอนามัยลูกข่ายทั้งในด้านการบริการรับส่งต่อผู้ป่วย การบริหารและวิชาการ

หน้าที่และความรับผิดชอบของสถานีนอนามัย

สถานีนอนามัยมีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการให้บริการสาธารณสุขผสมผสาน 5 สาขา ทั้งในและนอกสถานบริการ มีรายละเอียดดังนี้

1. งานบริการสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ 5 สาขา คือ

1.1 ด้านส่งเสริมสุขภาพให้บริการประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ครอบคลุมกิจกรรมบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทุกกลุ่มเป้าหมาย และเน้นการพัฒนากลวิธีเชิงรุกที่เหมาะสม ได้แก่

1.1.1 การบริการอนามัยแม่และเด็ก ให้การดูแลแม่ตั้งแต่เริ่มมีครรภ์ การคลอด การดูแลหลังคลอด ตลอดจนดูแลเด็ก 0-5 ปี ในด้านการเจริญเติบโต การพัฒนาการของเด็ก ตลอดจนดูแลด้านโภชนาการ ทั้งค้นหา เฝ้าระวัง และติดตามทางโภชนาการแก่นหญิงมีครรภ์ เด็ก 0-5 ปี และเด็กวัยเรียน

1.1.2 การบริการวางแผนครอบครัว ให้บริการวางแผนครอบครัวในสถานบริการ ตลอดจนค้นหา ติดตามและรณรงค์วางแผนครอบครัวให้ครอบคลุมเป้าหมาย

1.1.3 การดูแลเด็กวัยเรียนและเยาวชน ให้บริการอนามัยเด็กวัยเรียน วางแผน และให้บริการอนามัยโรงเรียนที่รับผิดชอบ และดำเนินการส่งเสริมสุขภาพให้บริการรักษาพยาบาล

ตลอดจนการดูแลด้านโภชนาการเด็กในวัยเรียน รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพแก่เยาวชนนอกระบบโรงเรียน

1.1.4 การดูแลสุขภาพบุคคลทั่วไป ให้บริการส่งเสริมการออกกำลังกายแก่บุคคลทั่วไป ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ตลอดจนการให้บริการไอโอทีในพื้นที่ที่มีปัญหาการขาดสารไอโอที

1.1.5 การบริการทันตสาธารณสุข จัดบริการทันตสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนทั่วไปในเขตรับผิดชอบ ให้การสนับสนุนประชาชนและชุมชนในการพัฒนางานทันตสาธารณสุข ตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ตลอดจนการพัฒนาวิชาการและฝึกอบรมอาสาสมัคร

1.1.6 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เผยแพร่ประชาสัมพันธ์และส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ทราบข่าวสารที่ถูกต้องตามกฎหมายและได้มาตรฐาน ตลอดจนสนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มคุ้มครอง

1.2 ด้านรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ ให้บริการได้ตามสภาพปัญหาของชุมชนในเขตรับผิดชอบ ได้แก่ เขตทุรกันดาร เขตชนบท เขตชุมชนกึ่งเมือง เขตเกษตรกรรม โดยสามารถปฏิบัติการได้ตามเกณฑ์การปฏิบัติงานทั้งในและนอกสถานบริการ มีขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน ตลอดจนรักษาพยาบาลโรคต่าง ๆ ได้ตามเกณฑ์ทั้งโรคทั่วไป และโรคประจำถิ่น ดังต่อไปนี้คือ

1.2.1 เกณฑ์การปฏิบัติงาน สามารถพัฒนาการรักษาพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของแต่ละท้องถิ่นทั้งโรคทั่วไป โรคประจำถิ่น โดยสามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นและคัดกรองผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยอุบัติเหตุและอุบัติเหตุ นอกจากนั้นแล้วสามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยพิการโดยจัดระบบส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

1.2.2 ขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน ในการปฐมพยาบาล การชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื่องจากโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยด้านศัลยกรรม ด้านสูติกรรม ด้านทันตกรรม เป็นต้น

1.2.3 การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ตามมาตรฐานที่กระทรวงกำหนด จำนวน 207 โรค ทั้งการรักษาพยาบาลและการส่งต่อ

1.3 ด้านควบคุมและป้องกันโรค ดำเนินการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเพื่อควบคุมและป้องกันทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจายดังต่อไปนี้คือ

1.3.1 การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ดำเนินการควบคุมและป้องกัน

โรคติดต่ออย่างเหมาะสม เพื่อลดอัตราความชุกชุมและความรุนแรงของโรค โดยระบบการเฝ้าระวัง และการสอบสวนโรค การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่ประชากรเป้าหมาย ลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค ให้สุศึกษาและฝึกอบรม ต่อประชาชน ครู นักเรียน การรณรงค์ทำลายแหล่งนำโรคตามลักษณะของกลุ่มโรคซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มดังต่อไปนี้คือ

1.3.1.1 กลุ่มโรคติดต่อทั่วไป ได้แก่ โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคหนอง พยาธิ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็ก และโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน

1.3.1.2 กลุ่มโรคติดต่อที่นำโดยแมลงหรือยุงเป็นพาหะ ได้แก่ ไข้มาลาเรีย ไข้เลือดออก ไข้สมองอักเสบและโรคเท้าช้าง

1.3.1.3 กลุ่มโรคติดต่อที่เกิดจากการสัมผัส โรคเรื้อน วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์

1.3.1.4 กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น คอตีบ ไอกรณ โปลิโอ บาดทะยัก วัณโรค หัด หัดเยอรมัน และตับอักเสบบ

1.3.2 การควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ เน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหรือปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งการให้สุศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้แก่ โรคไม่ติดต่อทั่วไปและโรคไม่ติดต่อเฉพาะ เช่น โรคเกิดจากพฤติกรรม อุบัติเหตุ พันธุกรรมและอื่น ๆ

1.3.3 การอนามัยสิ่งแวดล้อมให้บริการเพื่อการควบคุมป้องกันโรค ซึ่งมาจากน้ำ อาหาร อากาศ และสารพิษอื่น ๆ พัฒนามาตรการการให้บริการตามสภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่ โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ได้แก่

1.3.3.1 การจัดหาน้ำสะอาด เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ได้บริโภคน้ำที่สะอาดปราศจากเชื้อโรค

1.3.3.2 งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมและให้บริการประชาชนในการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในพื้นที่รับผิดชอบ โดยสนับสนุนให้มีและใช้ส่วนที่ถูกต้องหลักสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อมในพื้นที่รับผิดชอบ โดยสนับสนุนให้มีและใช้ส่วนที่ถูกต้องสุขาภิบาล การป้องกันกำจัดแมลงพาหะนำโรค การกำจัดน้ำเสียจากบ้านเรือน การกำจัดขยะ การรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเรือนทุกหลังคาเรือน ตลอดจนการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน และสถานประกอบการต่าง ๆ

1.3.3.3 งานควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม ตรวจสอบและเฝ้าระวังสภาพแวดล้อม ได้แก่ การปนเปื้อนสารเคมี และเชื้อโรคในแหล่งน้ำสาธารณะ ตลอดจนมลพิษในอากาศ

1.3.3.4 งานสุขาภิบาลอาหาร ส่งเสริมให้ประชาชนมีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารที่สะอาด ปลอดภัย ปลอดภัย ปลอดภัย พฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้องสามารถพิทักษ์ผลประโยชน์และดูแลตนเองได้ รวมทั้งส่งเสริมให้สถานที่ปรุงประกอบและจำหน่ายอาหารทั้งในชุมชนและโรงเรียน มีการปรับปรุงให้ได้มาตรฐานหรือข้อกำหนดทางสุขาภิบาลอาหาร

1.3.4 งานอาชีวอนามัย ส่งเสริมสุขภาพอนามัยผู้ประกอบการอาชีพทุกประเภท ตลอดจนป้องกันและควบคุมโรคและอุบัติเหตุอันเนื่องมาจากการประกอบอาชีพ

1.4 งานฟื้นฟูสภาพดูแลผู้ป่วยที่พิการและเรื้อรัง โดยการรับส่งต่อจากโรงพยาบาล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้คืนสู่สภาพปกติหรือป้องกันไม่ให้เกิดความพิการ และช่วยเหลือดูแลผู้พิการในชุมชนรับผิดชอบอย่างครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

1.5 ด้านสนับสนุนบริการอื่น ๆ ในการให้สุขศึกษาถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุขในเรื่องการควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพ โดยวิธีการทางสุขศึกษาให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการสาธารณสุขในและนอกสถานบริการรวมทั้งสถานศึกษา

2. งานสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาคุณภาพชีวิต

2.1 งานสาธารณสุขมูลฐาน พัฒนาศักยภาพของประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน โดยการสนับสนุนและดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ให้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบและสนับสนุนองค์กรชุมชนด้านทรัพยากร การนิเทศงาน ตลอดจนให้ความรู้ในการแก้ไขปัญหา

2.2 ด้านพัฒนาคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ปัญหาชุมชน การจัดทำแผนแก้ปัญหาโดยการประสานงานกับ 6 กระทรวงหลัก ดำเนินการตามแผนพัฒนาชนบทแห่งชาติ ตลอดจนการควบคุมกำกับงานและประเมินผลความสำเร็จของงานเพื่อเป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในชาติ

3. งานบริหาร

3.1 การบริหารทั่วไป จัดระบบงานสารบรรณ การเงิน การบัญชี การพัสดุ และยานพาหนะ การซ่อมบำรุงอาคารสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์

3.2 การวางแผนและประเมินผล วางแผนปฏิบัติการ จัดทำรายงาน ประสานข้อมูล ข่าวสารและระบาคติวิทยา

3.3 การประสานงานและประชาสัมพันธ์ ประสานงานกับหน่วยงาน 6 กระทรวงหลัก องค์การท้องถิ่นตลอดจนองค์กรเอกชน และเผยแพร่กิจกรรมของหน่วยงานให้เป็นที่แพร่หลายในทุกระดับ

4. งานวิชาการ ดำเนินการวิจัยเบื้องต้นให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาของสถานบริการ และสภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ตลอดจนร่วมโครงการวิจัยต่าง ๆ ในพื้นที่รับผิดชอบ

สรุป เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานเอนามัย มีหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างใกล้ชิด ในงานบริการสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบงานสนับสนุน การสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาคุณภาพชีวิต งานบริหารและงานวิชาการ ซึ่งเป็นงานที่ช่วยพัฒนาคนและชุมชนให้มีความเข้มแข็ง

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานตามนโยบายของ กระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า แข็งแรงสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ประจำสถานเอนามัย ซึ่งใกล้ชิดกับชุมชนต้องปฏิบัติงานในหน้าที่ ความรับผิดชอบและความสัมพันธ์กับชุมชนด้วย

หน้าที่และความรับผิดชอบ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำสถานเอนามัยมีตำแหน่งและความรับผิดชอบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย, 2543, หน้า 80)

1. ตำแหน่งหัวหน้าสถานเอนามัย (เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 4 หรือ 5) เห็นควร กำหนดเป็นตำแหน่งเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6 โดยเห็นว่าตำแหน่งหัวหน้าสถานเอนามัย ซึ่งมีหน้าที่วางแผนงานจัดระบบงาน กำหนดกลวิธีการทำงานรวมทั้งการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้งานสาธารณสุขดำเนินไปอย่างราบรื่นและบรรลุ วัตถุประสงค์ที่กำหนด ดังนั้นตำแหน่งหัวหน้าสถานเอนามัยจึงต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูงในการบริหารจัดการงานสาธารณสุข สามารถตัดสินใจและ แก้ปัญหาใน การปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นงานที่ยากและมีคุณภาพของงานค่อนข้างสูงมาก จึงเห็นควรกำหนดตำแหน่งหัวหน้าสถานเอนามัยเป็นระดับ 6 ได้

2. ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข 3-5 หรือ 6 ว. หรือ 7 ว. ปฏิบัติงานที่ต้องใช้ความรู้ในหลักวิชาการติดตาม เฝ้าระวังการดูแลสุขภาพ การบำบัดฟื้นฟูรวมทั้งการดำเนินการเพื่อสนับสนุนการบำบัดรักษาและการบริการด้านสาธารณสุขโดยศึกษาวิเคราะห์วิจัยงานด้านสาธารณสุขและปัญหาชุมชน วางแผนพัฒนาสาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบและนิเทศ ติดตาม ประเมินผลและการเผยแพร่ความรู้ด้านวิชาการ ดำเนินงานสุขภาพสิ่งแวดล้อม ควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม งานอาชีวอนามัย งานสุขภาพอาหาร ฝึกอบรมอาสาสมัครในชุมชนและจัดวางระบบบริการในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนต้องประสานงานกับ 4 กระทรวงหลัก หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายและสอดคล้องกับนโยบาย ตามแผนงาน/ โครงการที่สำคัญกับปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. ตำแหน่งงานเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2-4 หรือ 5 ปฏิบัติงานที่ใช้ความรู้ในเชิงปฏิบัติการใช้ความสามารถและความชำนาญการจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน สนับสนุนงานวิชาการ ดำเนินการเกี่ยวกับงานสาธารณสุข เช่น งานด้านการส่งเสริมสุขภาพ งานด้านรักษาพยาบาลฟื้นฟู สภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ งานด้านควบคุมและป้องกันโรค งานสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาคุณภาพชีวิต การช่วยตรวจรักษาเบื้องต้น การช่วยชันสูตรและการดูแลผู้ป่วยตลอดจนการให้คำแนะนำแก่ประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และการป้องกันโรค เป็นต้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามภารกิจหลักตามนโยบายและแผนงานที่ได้รับ

บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้ใกล้ชิดกับประชาชน โดยเฉพาะในระดับตำบลซึ่งทำงานร่วมกับชุมชน ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีการปฏิรูประบบสุขภาพ มีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพที่สมบูรณ์ถ้วนหน้า ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องมีการปรับบทบาทให้เหมาะสมกับการปฏิรูประบบสาธารณสุขเพื่อให้งานที่ทำประสบความสำเร็จ ดังนี้ (สำเริง แหยงกระโทก, 2546, หน้า 115-116)

1. ศึกษาสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อทราบทิศทางและแนวโน้มของระบบสาธารณสุขซึ่งการเปลี่ยนแปลงในครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อการปรับโครงสร้างของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับตำบล จะต้องถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนจะต้องเป็นเครือข่ายพ่วงบริการ มีการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือในอนาคต

อันใกล้นี้ อาจจะต้องโอนไปขึ้นกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หากเจ้าหน้าที่ทราบสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะทำให้สามารถปรับรูปแบบการทำงานในชุมชนที่สอดคล้องกับทิศทาง การปฏิรูประบบสุขภาพ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. การทำงานภายใต้การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างสุขภาพและ การพัฒนาคุณภาพของสถานบริการ ตามแนวคิด ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ซึ่งเป็นการคิดใหม่ ภายใต้รูปแบบการทำงานใหม่ มีการพัฒนาเครื่องมือในการทำงานใหม่และการฝึกอบรมซึ่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับควรจะได้รับ การอบรมทักษะกระบวนการทำงาน ศสช. เพื่อให้เกิด ความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติงานในชุมชนได้เป็นอย่างดี

3. รูปแบบการทำงานชุมชน เน้นกระบวนการสร้างสุขภาพในชุมชนเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขต้องปรับวิธีคิดการทำงานในชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ ออานามัยโดยมีเป้าหมายสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้ามีการประสานงานกับองค์กรส่วนท้องถิ่นและ พหุภาคี เปิดเวทีประชาคมสุขภาพ เพื่อเป็นเวทีกำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพของชุมชน รวมถึง กระบวนการร่วมมือและตรวจสอบภาคประชาชนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องปรับบทบาทใน การทำงาน เป็นวิทยากรกระบวนการเพื่ออำนวยความสะดวก กระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดประชาคม สุขภาพในชุมชน

กล่าวโดยสรุป เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบลมีความรับผิดชอบในตำแหน่งหน้าที่ ทั้้งงานบริหาร งานวิชาการ งานรักษาพยาบาล เป็นต้น ซึ่งงานเหล่านี้ต้องอาศัยประสบการณ์ ความชำนาญในงานที่ปฏิบัติเพื่อให้งานพัฒนาสุขภาพมีความสำเร็จตามที่ต้องการ นอกจากนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรับเปลี่ยนตนเองให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงในการปฏิรูป ระบบสุขภาพเพื่อให้สามารถทำงานเข้ากับชุมชนเพื่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชน

จรัส สุวรรณเวลา (2543, หน้า 33) กล่าวว่า คำว่า "สุขภาพ" ในภาษาไทย หมายถึง สุขภาวะและความสุข ในขณะที่ภาษาอังกฤษจะแยกคำว่า Health และ Happiness ออกจากกัน การอธิบายความหมายนี้ในภาษานั้นทำให้เห็นว่าสุขภาวะจะขาดความสุขไม่ได้ ต้องรวมทั้ง สุขภาพกาย สุขภาพจิต ตลอดไปถึงวิญญาณรับรู้และสำนึกถึงความสุข

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (2545, หน้า 4) กล่าวว่า สุขภาพหมายความว่า สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ

ประเวศ วะสี (2543, หน้า 4-5) ได้อธิบายถึงสุขภาวะที่สมบูรณ์ดังนี้

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย ย่อมหมายถึงร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ คล่องแคล่ว มีกำลังไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่า กาย ในที่นี้หมายถึงทางกายภาพด้วย

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึงจิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตาสัมพันธ์กับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบใดที่ยังมีความเห็นแก่ตัว ก็จะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึงมีการอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการทางสังคม

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being) หมายถึงสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมพันธ์กับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตากรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระเจ้า เป็นต้น สุขภาพทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน (Self Transcending) จึงมีอิสระภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง เบาสบาย มีความปิติแผ่ซ่านทั่วไป มีความสุขอันประณีตและล้ำลึก หรือความสุขอันเป็นทิพย์ สบายอย่างยิ่ง สุขภาพดีอย่างยิ่ง มีผลต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม

ดังนั้น สรุปได้ว่าสุขภาพเป็นสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และรวมทั้งทางจิตวิญญาณ ซึ่งนับได้ว่าเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาเพื่อให้มีเป็นบุคคลที่มีคุณภาพ เพื่อที่จะได้มีสุขภาพดี

สำหรับคำว่าชุมชนนั้น ฮีมสตรา (Hiemstra, 1976, p. 67) กล่าวถึง ชุมชนว่าเป็นพื้นที่หนึ่งที่สมาชิกมีการจัดการในการดำเนินชีวิตประจำวันและในสิ่งที่ต้องการให้สำเร็จโดยที่พื้นที่นั้นอาจจะเป็นสังคมเล็ก ๆ หรือเมืองศูนย์กลางขนาดใหญ่ก็ได้

พรทิพย์ เกยุรานนท์และวรางคณา ผลประเสริฐ (2546, หน้า 5) กล่าวว่า ชุมชน หมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันและมีการดำเนินกิจกรรมใด ๆ ร่วมกัน เพื่อประโยชน์ของสมาชิกในชุมชน

องค์การอนามัยโลก (2541) ให้ความหมายของคำว่าชุมชนว่า ชุมชนเป็นกลุ่มจำเพาะของประชากรซึ่งส่วนมากอาศัยอยู่ในพื้นที่ภูมิศาสตร์ที่มีขอบเขตแน่ชัด มีวัฒนธรรม ค่านิยม และธรรมเนียมปฏิบัติร่วมกัน โดยถูกจัดเข้าอยู่ในโครงสร้างของสังคมบนพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ชุมชนได้พัฒนาร่วมกันมาในช่วงเวลาหนึ่ง สมาชิกของชุมชนได้รับการรับรองเอกลักษณ์ของตนทั้งในทางส่วนตัวและสังคม ในเรื่องของความเชื่อถือ ค่านิยม และธรรมเนียมปฏิบัติ ทั้งที่พัฒนามาโดยชุมชนตั้งแต่อดีตกาลและที่อาจจะได้รับการปรับเปลี่ยนในอนาคต พวกเขาได้แสดงให้เห็นถึงความรับรู้ ในเอกลักษณ์ร่วมของกลุ่มและความต้องการพื้นฐานที่มีร่วมกัน รวมทั้งเจตจำนงในการได้มาซึ่งความต้องการนั้น

สรุป ชุมชน หมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกัน มีความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมที่ปฏิบัติร่วมกัน มีความต้องการพื้นฐานร่วมกัน มีการพัฒนาชุมชนมาตั้งแต่อดีตกาล สมาชิกภายในชุมชนมีความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ

ซึ่งจากความหมายของสุขภาพและชุมชนที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าทั้งสองส่วนมีความสัมพันธ์กัน การมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงเป็นสิ่งที่สมาชิกทุกคนในชุมชนต้องการ เพราะการมีสุขภาพที่สมบูรณ์จะเป็นแรงขับเคลื่อนให้ชุมชนสามารถพัฒนาให้ก้าวหน้าไปได้ การพัฒนาไม่เฉพาะเป็นการพัฒนาสมาชิกเท่านั้นยังเป็นการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชน พัฒนานวัตกรรมใหม่ ๆ ภูมิปัญญาท้องถิ่นสามารถนำมาพัฒนาชุมชนได้ แนวคิดในเรื่องของการดูแลสุขภาพชุมชนเพื่อให้มีความเข้มแข็ง มีความรู้ และเกิดการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของชุมชนนั้น องค์การอนามัยโลกได้เน้นเรื่องการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า เพื่อให้ประชาชนทุกคนในโลกมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั่วทุกคน ซึ่ง วสุธร ดันวัฒนากุล (2543, หน้า 80-81) กล่าวถึงสุขภาพดีถ้วนหน้าไว้ว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้า” (Health for All) เป็นการวาดภาพสังคมในอนาคตว่า ทุกคน ทุกครอบครัวจะได้มีสิทธิ มีส่วนร่วมกันพัฒนาสุขภาพ ทุกคนมีโอกาสเท่าเทียมกันที่จะเข้าถึงและได้รับประโยชน์จากการสาธารณสุขมูลฐาน โดยประชาชนทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในประเทศใดในโลก ควรมีสุขภาพดีเท่าเทียมกันในระดับหนึ่งตามฐานะเศรษฐกิจและสังคมนั้น ๆ โดยอย่างน้อยจะต้องมีสุขภาพดีในระดับที่ช่วยให้ทุกคนสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ แต่ไม่ได้หมายความว่า ประชาชนทุกคนจะไม่มีเจ็บป่วยหรือพิการเลย การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) จะเกิดเป็นจริง

ขึ้นมาได้นั้น ประชาชนทุกคนจะต้องมีสิทธิ มีโอกาสและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค การดูแลรักษาตนเองให้ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและความพิการ และสามารถได้รับประโยชน์จากการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นธรรม ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ อย่างมีความสุข ได้มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างเศรษฐกิจและสังคมที่ตนเองอาศัยอยู่อย่างเต็มที่และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐานเป็นหนทางที่จะทำให้มีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นกลวิธีในการดูแลสุขภาพในชุมชน ตามแถลงการณ์แห่งอัลมา-อตาว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน ได้ให้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐานไว้ดังต่อไปนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2543, หน้า 14-15 อ้างอิงจาก สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2532, หน้า 11)

1. คือ บริการอันจำเป็นแก่การดำรงชีวิตมนุษย์ อย่างน้อยที่สุดจะต้องประกอบด้วย
 - 1.1 การศึกษาและการถ่ายทอดความรู้ด้วยปัญหาและสาเหตุแห่งปัญหาด้านสุขภาพอนามัยและว่าด้วยมาตรการที่จะใช้ป้องกันปัญหาเหล่านั้น ด้วยการส่งเสริมสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์แข็งแรง
 - 1.2 การส่งเสริมการผลิตและการจัดหาอาหารรวมทั้งโภชนาการอันเหมาะสม
 - 1.3 การจัดหาน้ำสะอาดให้เพียงพอแก่การอุปโภคบริโภค รวมทั้งการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมขั้นพื้นฐาน
 - 1.4 บริการอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการวางแผนครอบครัว
 - 1.5 การควบคุมป้องกันโรคที่เป็นปัญหาของชุมชน
 - 1.6 การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและโรคระบาด
 - 1.7 บริการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแก่ตัวบุคคลให้ดีที่สุดตามเหมาะสม
 - 1.8 จัดให้มียาอันจำเป็นไว้พร้อมที่จะใช้ได้เมื่อต้องการ
2. เป็นบริการที่อาศัยวิธีการและเทคโนโลยีตามหลักวิทยาศาสตร์และเป็นที่ยอมรับในทางสังคม
3. จัดบริการให้โดยเสมอกัน แก่ตัวบุคคล ครอบครัวและชุมชนโดยที่ตัวบุคคล ครอบครัวและชุมชนเหล่านั้นได้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่
4. การจัดให้มีและทำนุบำรุงบริการนั้นอยู่ในวิสัยที่รัฐร่วมกับชุมชนจะสามารถดำเนินการต่อไปได้ด้วยหลักการพึ่งตนเองและตัดสินใจอนาคตด้วยตนเองของชุมชน

5. เป็นภารกิจหลักของระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยที่ถือเป็นภารกิจหลักของกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนและของประเทศด้วย
6. เป็นบริการที่สร้างจุดเชื่อมโยงให้บริการสาธารณสุขของรัฐทั้งระบบเข้าไปถึงประชาชนยังที่ทำงานชุมชนครอบครัวและตัวบุคคล
7. เป็นบริการที่สร้างจุดเริ่มต้นของกระบวนการในอันที่จะสร้างความสมบูรณ์แห่งสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยทั่วหน้ากัน

สรุป สาธารณสุขมูลฐานเป็นบริการที่จำเป็นสำหรับชีวิตมนุษย์ อย่างน้อยต้องมีการให้การศึกษาการถ่ายทอดความรู้ มีการอาศัยวิธีการและเทคโนโลยีที่เหมาะสมที่ยอมรับในสังคม การจัดบริการให้เสมอน้ำกันทั้งบุคคล ครอบครัวและชุมชน เป็นภารกิจหลักของรัฐในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน การสาธารณสุขมูลฐานสร้างจุดเริ่มต้นในการมีสุขภาพสมบูรณ์ให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

หลักสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน

หลักสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน มี 4 ประการคือ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2543, หน้า 17-18)

1. การมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation=PP) ซึ่งสำคัญตั้งแต่การเตรียมเจ้าหน้าที่ เตรียมชุมชน การฝึกอบรม การติดตามดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รู้สึกเป็นเจ้าของและเข้าร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข ทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ มิได้หมายถึงชุมชนให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในการพัฒนา หากแต่หมายถึงประชาชนในชุมชนนั้นเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนของตนเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้กำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนั่นเอง เป็นผู้วิเคราะห์ปัญหาตลอดจนแนวทางแก้ไข ปัญหาของชุมชน ทั้งนี้โดยชุมชนมีความสามารถในการแยกแยะได้ว่าวิธีการแก้ปัญหาใดประชาชนในชุมชนสามารถแก้ไขได้ วิธีการใดที่อยู่นอกเหนือความสามารถของชุมชน ก็ต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้แก้ไขปัญหานั้น

2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology=AT) เทคนิคและวิธีการที่ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ควรเป็นเทคนิควิธีการที่ง่ายไม่ซับซ้อน ยุ่งยาก เหมาะสมกับแต่ละสภาพท้องถิ่นและประชาชนสามารถปฏิบัติได้ เทคนิควิธีการ ซึ่งหมายรวมถึงแต่วิธีการค้นหาปัญหาขบวนการในการแก้ไขปัญหาจนกระทั่งถึงเทคนิคในการแก้ปัญหาโดยชุมชนเอง เช่น การนำระบบประปาที่ทำด้วยปล้องไม้ไผ่ การใช้สมุนไพรในชุมชน การใช้ระบบนวดไทยเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยในชุมชน เป็นต้น เทคนิคเหล่านี้อาจเป็นภูมิความรู้ดั้งเดิมในชุมชนที่ชุมชน

มีการถ่ายทอดในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของตนเองมาเป็นเวลาช้านานแล้ว เช่น การใช้ยาหรือแพทย์ไทยในการรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ บางอย่างหรือการนวดไทยหรือเป็นภูมิความรู้ใหม่ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่าเหมาะสมกับชุมชนในการแก้ไขปัญหา เช่น ใช้อาหารเสริมในการแก้ไขปัญหาโภชนาการ การจัดทำโองน้ำเพื่อเก็บน้ำสะอาด เป็นต้น การเรียนรู้ของชุมชนหนึ่งไปยังอีกชุมชนหนึ่งในลักษณะที่ประชาชนถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน อาจเกิดขึ้นโดยการสนับสนุนช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ โดยวิธีการที่เรียกว่าการแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีระหว่างหมู่บ้าน หรือ TCDV (Technology Cooperation among Developing Villages) จะทำให้กระบวนการเรียนรู้เหล่านี้เป็นไปโดยกว้างขวาง รวดเร็ว ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับประชาชนในการแก้ไขปัญหาของเขาเองประชาชนสามารถปฏิบัติได้

3. มีการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐ เพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented Basic Health Service=BSH หรือ Health Infrastructure) ระบบบริการของรัฐ (BHS) และระบบบริการจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐ จะต้องปรับให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐานด้วย ทั้งนี้โดยมีความมุ่งหมายดังนี้

- 3.1 ต้องการให้เกิดการกระจายการครอบคลุมบริการให้ทั่วถึง (Coverage)
- 3.2 การกระจายทรัพยากรลงสู่มวลชน (Resource Mobilization)
- 3.3 การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (Referral System)

เป้าหมายของการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข ก็เพื่อที่จะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้ รวมทั้งสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมได้อย่างแท้จริง การปรับเปลี่ยนระบบบริการจะต้องมีการดำเนินงานในทุก ๆ ระดับ ไม่ว่าจะเป็นระดับสถานีนานามัย ซึ่งอยู่ใกล้ชุมชน โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ในระดับจังหวัดรวมทั้งสถานบริการเฉพาะทางต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงเป็นธรรม และได้รับการส่งต่อเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีความจำเป็นและในแต่ละระดับของระบบบริการสาธารณสุขนี้จะต้องมีระบบสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ตัดขาดออกจากกัน ทั้งในเรื่องการบริหารจัดการ การฝึกอบรม นิเทศงาน รวมทั้งการรับส่งต่อคนไข้เพื่อการรักษาต่อที่ถูกต้อง ประหยัดเหมาะสมแก่สภาวะการณ์ของโรคนั้น ๆ

4. การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่น ๆ (Intersectoral Collaboration=IC)
งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จผลได้ต้องผสมผสานทำงานไปด้วยกันได้ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขและงานพัฒนาชนบทต่างกระทรวง คือ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และอื่น ๆ

สรุป หลักสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานนั่นคือ การมีส่วนร่วมของประชาชน ประชาชนในชุมชนตระหนักถึงปัญหาของชุมชน ทำให้สามารถเป็นผู้กำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชนตนเองได้ สามารถแยกแยะปัญหาและแก้ไขได้ วิธีการใดที่นอกเหนือความสามารถของชุมชนเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลภายนอกก็สามารถเข้าไปช่วยได้ การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เทคนิคที่ใช้ต้องง่ายไม่ซับซ้อน เหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น เทคนิคนั้นอาจใช้ภูมิปัญญาดั้งเดิมของท้องถิ่นซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ การปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน และการผสมผสานกับกระทรวงอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันในการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งทุก ๆ ด้าน

องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน

องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน (Essential Element Primary Health Care) เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญที่จะให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นบริการแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ มีกิจกรรมทั้งหมด 14 กิจกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนและชุมชน มีรายละเอียดดังนี้ (เพ็ญศรี เปลียนขำ, 2542, หน้า 135-137)

1. การสุศึกษา (Education for Health) การให้สุศึกษาหรือการให้การศึกษาแก่ประชาชน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของการสาธารณสุขมูลฐาน มีวัตถุประสงค์เพื่อถ่ายทอดความรู้และเผยแพร่ข่าวสารด้านสาธารณสุข ในเรื่องการป้องกันเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง

2. การโภชนาการ (Nutrition) เป็นการค้นหาปัญหาภาวะโภชนาการในหมู่บ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะหญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กแรกเกิด - 5 ปี มีภาวะโภชนาการที่ดีและลดปัญหาการขาดสารอาหาร ตลอดจนสามารถควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในพื้นที่ที่มีปัญหารุนแรง

3. การจัดหา น้ำสะอาดและการสุขาภิบาล (Water Supply and Sanitation) เป็นการจัดหาน้ำสะอาดไว้บริโภค และแก้ไขสุขาภิบาลของหมู่บ้านมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนจัดสภาพแวดล้อม ในเรื่องน้ำสะอาด ส้วม ขยะมูลฝอย ความสะอาดของบ้านเรือนที่เหมาะสมและไม่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพอนามัย

4. การควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น (Surveillance for Local Disease Control) โรคติดต่อประจำถิ่น หมายถึง โรคติดต่อที่พบได้และเกิดขึ้นเป็นประจำในพื้นที่ เช่น โรคอุจจาระร่วง

โรคไข้มาลาเรีย โรคไข้เลือดออก โรคไข้สมองอักเสบ โรคพยาธิปากขอ โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นต้น เป็นการป้องกันโรคที่เกิดขึ้นกับหมู่บ้านเป็นประจำ และเมื่อโรคเกิดขึ้นแล้วประชาชนต้องช่วยกันควบคุมมิให้โรคแพร่กระจายไปยังบุคคลอื่น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลป้องกันตนเองและครอบครัวจากโรคติดต่อในท้องถิ่นได้

5. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunization) เป็นการจัดให้เด็กและประชาชน ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต่าง ๆ ตามกำหนด มีวัตถุประสงค์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน ได้แก่ โรควัณโรค โรคคอตีบ โรคไอกรน โรคบาดทะยัก โรคโปลิโอ โรคหัด โรคไข้สมองอักเสบเจอี โรคตับอักเสบบี เป็นต้น

6. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Simple Treatment) เป็นการดูแลรักษาพยาบาลของครอบครัว ชุมชนถ้าเป็นโรคง่าย ๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถในการรักษา พยาบาลอาการเบื้องต้น (การปฐมพยาบาล) และอาการหรือโรคง่าย ๆ ที่พบในชุมชน

7. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน (Essential Drugs) มีการจัดดำเนินการจัด กองทุนเวชภัณฑ์ในหมู่บ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมียาสามัญประจำบ้านและสมุนไพร ที่ปลอดภัย มีคุณภาพ ราคาถูก ไว้ใช้ได้ทันทั้งที่เมื่อมีอาการเจ็บป่วยโดยไม่ต้องเดินทางไปหาซื้อ จากแหล่งอื่น เป็นการลดปัญหาการจำหน่ายยาอันตราย ที่มีอยู่ในหมู่บ้านให้เหลือน้อยลงหรือหมดไป

8. การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว (Maternal and Child Health and Family Planing) เป็นการดูแลหญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด ดูแลทารกและเด็กวัยก่อนเรียน ให้มีการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยทั้งแม่และเด็ก ตลอดจนจัดให้มีการบริการวางแผน ครอบครัวในหมู่บ้านเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนและการดูแลที่ถูกต้องทำให้แม่และลูกที่เกิดมามีสุขภาพที่สมบูรณ์และแข็งแรง ซึ่ง จะลดปัญหาการตายจากการตั้งครรภ์ การคลอดและการตายหลังคลอดได้ ตลอดจนเด็กแรกเกิด – 5 ปี มีการเจริญเติบโตตามวัยที่เหมาะสม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสติปัญญา ตลอดจนให้ คู่สมรส มีการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม

9. การดูแลสุขภาพจิต (Mental Health) เป็นการค้นหาปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีความสุข

10. การทันตสาธารณสุข (Dental Health) เป็นการรักษาสภาพในช่องปากและฟันมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองเรื่องปากและฟัน

11. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (Community AIDS Control) เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เรื่องโรคเอดส์แก่ชุมชน เสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อ ให้แก่ชาวบ้านในหมู่บ้านของตน ซึ่งจะนำไปสู่การยอมรับผู้ติดเชื้อ ทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์และการป้องกันอย่างถูกต้อง

12. การคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection) เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน ในการเลือกซื้อสินค้าที่มีคุณภาพ รู้จักใช้ยาที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชน มีความรู้ในการเลือกซื้อเลือกใช้บริการในเรื่องอาหาร ยา เครื่องสำอาง และวัตถุมีพิษได้อย่างถูกต้อง

13. การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ (Injury Prevention and Non-communicable Disease Control) ปัจจุบันปัญหาเรื่องอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต้อมีแนวโน้มสูงขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนการค้นหา ส่งต่อและติดตามผลการรักษาได้อย่างเหมาะสม

14. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย (Community Environmental Control) ปัจจุบันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม เป็นอันตรายต่อสุขภาพอย่างยิ่ง จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญ ในพิษภัยที่เกิดจากการทำลายสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวเรา เช่น อากาศ น้ำ เสียง และมีส่วนร่วมทำกิจกรรมรักษา และส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย

สรุป องค์ประกอบของสาธารณสุขมูลฐานมี 14 กิจกรรม ได้แก่ การสุศึกษา การโภชนาการ การจัดหาน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล การควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การจัดหายาที่จำเป็นไว้ในชุมชน การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลสุขภาพจิต การทันตสาธารณสุข การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ และการป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ครอบคลุมสุขภาพในชุมชน

เครื่องชี้วัดการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะเครื่องชี้วัดในการควบคุมกำกับ และประเมินผลความก้าวหน้าเกี่ยวกับสุขภาพดีถ้วนหน้าไว้ 2 ชนิดด้วยกัน คือ (วสุธร ตันวัฒนกุล, 2543, หน้า 82-85)

1. เครื่องชี้วัดในด้านสภาวะทางสาธารณสุข ที่จะเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต โดยมองภาพของสภาวะทางสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคม ที่มีผลกระทบและมีอิทธิพลในเชิงสังคมด้วย

2. เครื่องชี้วัดบริการสาธารณสุข ที่สำคัญที่ใช้อยู่คือ อัตราตายทารกและอายุขัยเฉลี่ย โดยองค์การอนามัยโลกได้เสนอ เครื่องชี้วัดขั้นต่ำ ไว้ให้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้พิจารณานำไปปรับใช้ตามความเหมาะสม ดังนี้

1. สุขภาพดีถ้วนหน้าจะต้องได้รับการยอมรับในระดับสูงของประเทศ และประกาศเป็นนโยบายของรัฐ มีการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม มีการสร้างความร่วมมือในชุมชนและปรับระบบสาธารณสุขให้สอดคล้องเหมาะสม

2. มีกลไกที่จะให้ประชาชนได้มีส่วนร่วม และมีการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น

3. มีงบประมาณในกิจกรรมสาธารณสุขไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 ของรายได้ประชาชาติ

(Gross National Product: GNP)

4. มีอัตราส่วนงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานในระดับที่น่าพอใจ

5. มีความเท่าเทียมกันทั้งการจัดสรรทรัพยากร

6. มีกลวิธีชัดเจนที่จะไปให้ถึง Health for All

7. ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงการสาธารณสุขมูลฐานอย่างน้อยในเรื่องต่อไปนี้
มีน้ำสะอาดสำหรับบริโภคในครัวเรือนหรือไม่ห่างกว่าระยะเดินทาง 15 นาที มีส่วนที่เหมาะสมในบ้านหรือบริเวณใกล้เคียง ได้รับภูมิคุ้มกันโรคโดยครบถ้วน มีสถานบริการสาธารณสุขที่มียาจำเป็นไม่น้อยกว่า 20 รายการในรัศมีเดินเท้าไม่เกิน 1 ชั่วโมง มีบุคคลที่ผ่านการอบรมเรื่องการดูแลการตั้งครรภ์ การคลอดและการเลี้ยงดูทารกอายุไม่เกิน 1 ปี

8. เด็กมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม เด็กเกิดใหม่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 มีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 2500 กรัม เด็กไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 มีน้ำหนักต่ออายุเท่ากับค่ามาตรฐาน

9. อัตราทารกตายไม่เกิน 50: 1000 การเกิด

10. อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงกว่า 60 ปี

11. อัตราการรู้หนังสือของผู้ใหญ่สูงกว่าร้อยละ 70

12. รายได้เฉลี่ยต่อหัว (GNP per Capita) สูงกว่า 500 เหรียญสหรัฐ

เครื่องชี้วัดสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) สำหรับประเทศไทยนั้นประเทศไทยได้ใช้แนวคิดในการกำหนดเครื่องชี้วัด เพื่อการควบคุมกำกับ และประเมินผลความก้าวหน้าตามแนวคิดที่องค์การอนามัยโลกได้เสนอไว้ 2 ชนิดดังกล่าว โดยได้ในรายละเอียดของตัวชี้วัดให้เหมาะสมกับทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขและการพัฒนาสังคมของประเทศ กล่าวคือ นำมาประยุกต์

เครื่องชี้วัดในด้านสถานะทางสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ใช้เครื่องชี้วัด "ความจำเป็นพื้นฐานของคนไทย" หรือ จปฐ. เป็นเครื่องชี้วัด เนื่องจากการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานของไทยได้พัฒนาเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสังคม ดังนั้น จึงใช้เครื่องชี้วัดทางสังคมเป็นเครื่องชี้วัดสาธารณสุขมูลฐานไปด้วย เครื่องชี้วัดบริการสาธารณสุข ที่สำคัญนั้นได้พิจารณาใน 2 ส่วนคือ การพึ่งตนเองทางด้านสาธารณสุข และการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข

เครื่องชี้วัดสุขภาพดีถ้วนหน้าของประเทศไทยแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ การบรรลุความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ด้านสาธารณสุข การพึ่งตนเองด้านสาธารณสุข และการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข โดยมีรายละเอียดโดยสรุปดังนี้

กลุ่มที่ 1 การบรรลุ จปฐ. ด้านสาธารณสุข โดยจะวัดในส่วนของการบรรลุเป้าหมายกิจกรรมด้านสาธารณสุขในแต่ละหมวด แต่ละเรื่อง ตามเกณฑ์ที่กำหนดใน จปฐ. ซึ่งในเขตชนบทจะมี จปฐ. ที่เกี่ยวกับด้านสาธารณสุข 24 ข้อ ส่วนในเขตเมืองจะมี 25 ข้อ (จำนวนข้ออาจมีการเปลี่ยนแปลง โดยขึ้นกับการพัฒนาตัวชี้วัด จปฐ.) นอกจากนี้ยังจะได้วัดในส่วนของการกระบวนการในการสำรวจ การประชาสัมพันธ์ ผลการสำรวจ และความเข้าใจ จปฐ. ของแต่ละหลังคาเรือนและแต่ละหมู่บ้านอีกด้วย

กลุ่มที่ 2 การพึ่งตนเอง โดยพิจารณาในประเด็นของการมีส่วนร่วมและการพึ่งตนเองของชุมชนเป็นหลัก ซึ่งจะพิจารณาในเรื่องของ 3ก. + 1ข. + 3ส. คือ

ก. ที่ 1 = กำลังคน ในชุมชน (อาสาสมัครต่าง ๆ) ที่ได้รับการคัดเลือกและปฏิบัติงานจริง

ก. ที่ 2 = องค์การหรือกรรมการ ที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมอยู่ด้วย และมีการประชุมอบรมในด้านสาธารณสุขเป็นระยะ ๆ

ก. ที่ 3 = กองทุน ที่ก่อให้เกิดการระดมทุนในชุมชน และสนับสนุนกิจกรรมสาธารณสุข

1 ข. = ข้อมูลข่าวสาร ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยครบถ้วน และแสดงไว้ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หรือในบริเวณที่ประชาชนสามารถใช้ประโยชน์ได้

ส. ที่ 1 = สอนหมู่บ้านอื่นหรือหมู่บ้านอื่นมาดูงานแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างหมู่บ้าน ซึ่งเป็นการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีระหว่างกันและกัน

ส. ที่ 2 = สอดส่องดูแลสุขภาพตนเอง (Self Care) โดยสมาชิกในแต่ละครัวเรือน

ส. ที่ 3 = ส่งต่อผู้ป่วยจากหมู่บ้าน หรือ ศสมช. ไปยังสถานบริการได้อย่างเป็นระบบ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ

กลุ่มที่ 3 การเข้าถึงบริการ โดยในชุมชนจะต้องมีการจัดบริการสาธารณสุขเบื้องต้นโดยชุมชนเอง ซึ่งจะต้องจัดให้มีสถานที่ มีข้อมูล มีกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่จำเป็น มีอุปกรณ์ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนและในชุมชน และจัดให้มีระบบการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยให้สามารถเข้ารับบริการในสถานบริการของรัฐได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายให้ประชาชนได้มีสวัสดิการในการรักษาพยาบาลฟรี โดยการจัดสวัสดิการให้สามารถรับการรักษายาพยาบาลฟรีครอบคลุมร้อยละของประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนประชากรในแต่ละช่วงเวลา

สรุป องค์การอนามัยโลกได้เสนอเครื่องชี้วัดขั้นต่ำให้ประเทศต่าง ๆ ได้นำไปพิจารณาปรับใช้ให้เหมาะสม สำหรับประเทศไทยนั้นกระทรวงสาธารณสุข ใช้เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานของคนไทย หรือ จปฐ. เป็นเครื่องชี้วัด ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่คือ กลุ่มที่ 1 การบรรลุ จปฐ. กลุ่มที่ 2 การพึ่งตนเอง กลุ่มที่ 3 การเข้าถึงบริการ ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มนี้เป็นประโยชน์เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพ

ตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)

กรมการพัฒนาชุมชน (2546) อธิบายไว้ว่า ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) คือ ข้อมูลในระดับครัวเรือนที่แสดงถึงสภาพความจำเป็นของคนในครัวเรือนต่าง ๆ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ได้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำเอาไว้ว่าคนควรจะมีคุณภาพชีวิตในเรื่องนั้น ๆ อย่างไรในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้มีชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยมีหลักการดังนี้

1. ใช้เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เป็นเครื่องมือของกระบวนการเรียนรู้ของประชาชนในหมู่บ้าน เพื่อให้ประชาชนในหมู่บ้านทราบถึงสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ว่าบรรลุตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานหรือไม่

2. ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยผ่านกระบวนการ จปฐ. นับตั้งแต่การกำหนดปัญหาความต้องการที่แท้จริงของชุมชน ตลอดจนค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข

ปัญหา โดยใช้ข้อมูล จปฐ.ที่มีอยู่และการดำเนินงานแก้ไขปัญหามุมชน ตลอดจนการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

3. ใช้ข้อมูล จปฐ. เป็นแนวทางในการคัดเลือกโครงการต่าง ๆ ของรัฐให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของชุมชน สามารถให้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการประสานงานระหว่างสาขาในด้านการปฏิบัติมากขึ้น

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2543, หน้า 96-99) กล่าวถึง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้กำหนดเครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) มีทั้งหมด 8 หมวด 39 ตัวชี้วัด ดังนี้

หมวดที่ 1 สุขภาพดี (ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดี)

1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด และฉีดวัคซีนครบ
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการทำคลอดและการดูแลหลังคลอด
3. หญิงตั้งครรภ์ได้กินอาหารอย่างเหมาะสมและเพียงพอ ซึ่งมีผลทำให้เด็กแรกเกิดมี

น้ำหนักไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม

4. เด็กแรกเกิดได้กินนมแม่อย่างเดียวน้อย 4 เดือนแรกติดต่อกัน
5. เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบ
6. เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้กินอาหารอย่างเหมาะสมและเพียงพอ
7. เด็กอายุ 6-15 ปี ได้กินอาหารถูกต้องครบถ้วน
8. เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบ
9. คราวเรือนไม่กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ไม่ทำให้ลูกด้วยความร้อน
10. คราวเรือนมีการบริโภคเกลือไอโอดีน
11. คราวเรือนได้กินอาหารควบคุมที่มีตรา อย.
12. คราวเรือนมีการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม

หมวดที่ 2 มีบ้านอาศัย (ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม)

13. คราวเรือนมีที่อยู่อาศัยที่มีสภาพคงทนถาวรอย่างน้อย 5 ปี
14. คราวเรือนมีและใช้ส้วมอย่างถูกหลักสุขาภิบาล
15. คราวเรือนมีน้ำสะอาดบริโภคเพียงพอตลอดปี 5 ลิตรต่อคนต่อวัน
16. คราวเรือนจัดบ้านเรือนเป็นระเบียบถูกสุขลักษณะ

17. ครว้เรือนไม่ถูกรบกวนจากเสียง ความสั่นสะเทือน ฝุ่นละออง กลิ่นเหม็น หรือมลพิษทางอากาศ น้ำเสีย ขยะ และสารพิษ

หมวดที่ 3 ศึกษาด้วนทั่ว (ประชาชนเข้าถึงบริการสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิต)

18. เด็กอายุ 2-5 ปี ได้รับการเลี้ยงดูที่ถูกต้อง
 19. เด็กที่มีอายุครบตามเกณฑ์ได้เข้าเรียนการศึกษาภาคบังคับ
 20. เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับได้เข้าศึกษาต่อในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า

21. เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับและไม่ได้ศึกษาต่อได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีพต่าง ๆ

22. คนในครัวเรือนอายุ 14-50 ปี อ่านและเขียนภาษาไทยได้

23. ครว้เรือนได้รับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

24. ครว้เรือนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

หมวดที่ 4 ครอบครัวสุขภาพ

25. คู่สมรสที่มีภรรยาอายุ 15-44 ปี ใช้บริการคุมกำเนิด

26. ครอบครัวมีความอบอุ่น

27. ครว้เรือนมีความปลอดภัยจากอุบัติเหตุและมีการป้องกัน

28. ครว้เรือนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

หมวดที่ 5 รายได้มาก (ประชาชนมีการประกอบอาชีพและมีรายได้พอเพียงต่อการดำรงชีวิต)

29. ครว้เรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่ต่ำกว่าคนละ 20,000 บาทต่อปี

หมวดที่ 6 อยากร่วมพัฒนา (ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาความเป็นอยู่และกำหนดชีวิตตนเอง และชุมชน)

30. ครว้เรือนเป็นสมาชิกกลุ่มที่ตั้งขึ้นในหมู่บ้าน ตำบล

31. คนในครัวเรือนใช้สิทธิเลือกตั้งตามระบอบประชาธิปไตย

32. ครว้เรือนได้เข้าร่วมกิจกรรมในการบำรุงรักษาสาธารณสมบัติ

หมวดที่ 7 พาสู่คุณธรรม (ประชาชนมีการพัฒนาจิตใจของตนเองได้ดีขึ้น)

33. ครว้เรือนปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง

34. คนในครัวเรือนไม่ติดสุรา

35. คนในครัวเรือนไม่ติดบุหรี่

36. ครัวเรือนเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณี ศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่น

37. คนสูงอายุ และคนพิการได้รับการดูแล

หมวดที่ 8 บำรุงสิ่งแวดล้อม (ประชาชนมีจิตสำนึก และร่วมกันอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม)

38. ครัวเรือนได้ร่วมทำกิจกรรมเกี่ยวกับการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ

39. ครัวเรือนได้ร่วมทำกิจกรรมการป้องกัน และควบคุมสิ่งแวดล้อม

การเรียนรู้ของผู้ใหญ่

ความหมายของการเรียนรู้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2542, หน้า 217) กล่าวว่า การเรียนรู้ คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการได้รับประสบการณ์หรือการฝึกฝน พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนี้ควรเป็นไปในลักษณะที่ค่อนข้างถาวรและจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมก็ได้

เพ็ญศรี ทวีสุวรรณและนฤมล ดันธสุเศรษฐ์ (2544, หน้า 158) กล่าวว่า การเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล อันมีผลสืบเนื่องมาจากการได้รับประสบการณ์หรือการฝึกฝนและการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นเหตุให้บุคคลปรับตัวเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ได้ดีขึ้น

ธนวรรณ อิมสมบุญ (2544, หน้า 103) กล่าวว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการภายในตัวบุคคลที่เกิดขึ้นจากการมีสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าแล้วมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคลในด้านพุทธิสัย เจตพิสัย และทักษะพิสัย

สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ (2545, หน้า 87) กล่าวว่า การเรียนรู้ หมายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการได้รับสิ่งเร้าและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวควรมีลักษณะที่ถาวรพอสมควรซึ่งก็คือการได้รับประสบการณ์นั่นเอง

อุดม เขยทึงค์ (2545, หน้า 97) กล่าวว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ผู้เรียนสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ช่วยให้เกิดความรู้ ทักษะ และเจตคติเพิ่ม รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ไปใช้ในการดำเนินชีวิตจริงไปได้ด้วย

ไสว เลี่ยมแก้ว (2546, หน้า 19) กล่าวว่า การเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการฝึกหรือประสบการณ์

โรเจอร์ (Rogers, 1996, p. 9) กล่าวว่า การเรียนรู้ เป็นการสร้างการเปลี่ยนแปลง ในความรู้ ความคิด ความรู้สึกและการกระทำซึ่งบางครั้งอาจจะเป็นลักษณะถาวรหรือชั่วคราว

วูลฟล็อก (Woolfolk, 1998, p. 204) กล่าวว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการซึ่งเกิดจาก ประสบการณ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้หรือพฤติกรรมอย่างถาวร

จากความหมายที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การเรียนรู้ หมายถึง กระบวนการที่เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมจากความรู้ที่ได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เป็นลักษณะถาวรซึ่งได้มาจากประสบการณ์

การเรียนรู้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นคู่กับมนุษย์ได้ตลอดชีวิตเพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อตนเองและ สังคม ตามที่สถาบันส่งเสริมมาตรฐานการศึกษาออกโรงเรียน กรมการศึกษานอกโรงเรียน (2542, หน้า 20-21) กล่าวถึง คณะนิสิตปริญญาเอก คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี 2540 เสนอแนวทางในการเรียนรู้เพื่อเป็นการพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตโดยใช้รูปแบบ ที่เรียกว่า สี่เสาหลักของกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิตของบุคคล (Learning: The Treasure Within) ดังนี้คือ

1. การเรียนรู้เพื่อรู้ (Learning to Know) คือการเรียนรู้เพื่อให้มีองค์ความรู้ใช้เป็นพื้นฐาน ในการค้นคว้าหาความรู้อื่น ๆ
2. การเรียนรู้สู่การปฏิบัติ (Learning to Do) คือการเรียนรู้สู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดทักษะ ตามความต้องการ
3. การเรียนรู้เพื่อการมีชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่น (Learning to Live Together) คือการเรียนรู้ เพื่อการพัฒนาตนเองให้มีความเคารพในศักดิ์ศรีและวัฒนธรรมของผู้อื่น รวมทั้งความเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่นและมีการพึ่งพาซึ่งกันและกัน
4. การเรียนรู้เพื่อชีวิต (Learning to Be) คือการเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคคล ทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้สึกในสุนทรียภาพเชิงศิลป์ มีความรับผิดชอบ มีความยุติธรรม มีอิสระในการคิดและการตัดสินใจ

กล่าวโดยสรุป การจะอยู่ในสังคมเพื่อพัฒนาตนเองให้ทันกับสังคมนั้นต้องมีการเรียนรู้ อยู่ตลอดเวลาตลอดชีวิตของตน เรียนรู้เพื่อรู้ เรียนรู้เพื่อนำไปปฏิบัติ เรียนรู้เพื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่นและ การเรียนรู้เพื่อชีวิตตนเองจึงจะอยู่ในสังคมได้อย่างสมบูรณ์

ความหมายของผู้ใหญ่

ในเรื่องความหมายของผู้ใหญ่นักการศึกษาหลายท่านได้ให้ความหมายไว้มากมาย ดังเช่น สมคิด อิศระวัฒน์ (2543, หน้า 24 อ้างอิงจาก Draves, 1986) ได้ให้ความหมายของ ผู้ใหญ่ว่า ผู้ใหญ่คือบุคคลซึ่งมีความแตกต่างในเรื่องของประสบการณ์ เจตคติ การรับรู้และ ความคิดแต่ละบุคคลจะมีการรวบรวมผสมผสานความคิด รับรู้ความรู้ตามวิธีการของแต่ละคน

เพ็ญศรี ทวีสุวรรณ (2544, หน้า 86) กล่าวว่า ในด้านความเห็นของนักจิตวิทยา พัฒนาการและนักวิชาการส่วนมากจะให้ความสำคัญกับลักษณะทางจิตใจและบทบาททางสังคม กล่าวคือ ผู้ใหญ่เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อตนเอง รู้จักประกอบ สัมมาอาชีพ เป็นผู้ทำประโยชน์แก่สังคมและมีพฤติกรรมตามความคาดหวังของสังคม

ดังนั้น ผู้ใหญ่ หมายถึงบุคคลที่มีประสบการณ์ เจตคติ ความคิดที่แตกต่างกัน มีความรับผิดชอบต่อตนเอง ปฏิบัติตนที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม

ลักษณะของคนที่เป็นผู้ใหญ่

สมคิด อิศระวัฒน์ (2543, หน้า 24-25 อ้างอิงจาก Knowles, 1978) กล่าวถึงลักษณะของคนที่เป็นผู้ใหญ่ที่มีความแตกต่างจากเด็ก ในประเด็นต่อไปนี้

1. ความคิดรวบยอดเกี่ยวกับตนเอง (Self – Concept) ผู้ใหญ่จะมีความเป็นตัวของตัวเองคิดว่าตนเองสามารถชี้นำตนเองได้ (Self – Direction) ผู้ใหญ่จึงไม่ชอบให้ใครบอก (ถ้าตนเองไม่ต้องการ) หรือบีบบังคับ เพราะคิดว่าตนเองสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้
2. ประสบการณ์ (Experience) ผู้ใหญ่เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์มากกว่าเด็กเพราะมีอายุมากกว่า ผ่านสิ่งต่าง ๆ มากกว่า มีโอกาสสะสมสิ่งต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ในขณะที่เด็กมีประสบการณ์น้อยกว่า จากประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตทำให้ผู้ใหญ่มีความสามารถในการชี้นำตนเอง
3. ความพร้อมที่จะเรียน (Readiness to Learn) ผู้ใหญ่ส่วนใหญ่มีความพร้อมที่จะเรียนมากกว่าเด็ก สาเหตุเนื่องมาจากผู้ใหญ่มีความต้องการที่จะเรียน เพราะมองเห็นว่าสิ่งที่เรียนเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับชีวิต เป็นสิ่งที่จำเป็นหรือเป็นปัญหาของตนในขณะนั้น ฯลฯ
4. ทักษะเกี่ยวกับเวลาและเป้าหมายของการเรียนรู้ (Time Perspectives) ผู้ใหญ่ส่วนใหญ่มีความตระหนักอยู่ตลอดเวลาว่า ตนเองเหลือเวลาอีกไม่มาก เป้าหมายในการเรียนรู้จึงควรเป็นสิ่งที่ตนสามารถเอาไปใช้ได้หรือเป็นสิ่งที่จำเป็นหรือเป็นปัญหาในชีวิตของตน ผู้ใหญ่ต้องการรู้ว่า “ขณะนี้อยู่ที่ไหน” (Where We are Now) และ “จะไปที่ไหน” (Where We Want to Go) ลักษณะการเรียนรู้ของผู้ใหญ่จึงเน้นเรื่องที่เป็นปัญหา (Problem – Centered) มากกว่าเรื่องทั่ว ๆ ไป

สรุปได้ว่า ผู้ใหญ่เป็นผู้ที่แตกต่างกันในเรื่องประสบการณ์ ความคิด การรับรู้ ผู้ใหญ่จะมีลักษณะที่แตกต่างจากเด็กในเรื่องการเป็นตัวของตัวเองมี ประสบการณ์ชีวิตมากมาย ผ่านสิ่งต่าง ๆ มา มีความพร้อมที่จะเรียนเพราะเห็นว่าสิ่งที่เรียนมีความสำคัญกับชีวิต มีเป้าหมายในการเรียนรู้และมีความตระหนักอยู่ตลอดเวลาว่าตนเองเหลือเวลาไม่มาก จากลักษณะดังกล่าวทำให้ผู้ใหญ่แตกต่างจากเด็กอย่างเห็นได้ชัดเจน

หลักการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่

ปัจจัยที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ใหญ่มีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้และการฝึกอบรมผู้ใหญ่ ซึ่งต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2545, หน้า 16)

1. ควรพิจารณาและให้ความสำคัญกับแรงจูงใจในการเรียน (Motivation to Learn) นั่นคือ บุคคลจะเรียนรู้ได้ดีถ้าหากมีความต้องการในการเรียนสิ่งนั้น ๆ
2. สภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ (Learning Environment) ต้องมีความสะดวกสบายเหมาะสม ตลอดจนได้รับความไว้วางใจและการให้เกียรติผู้เรียน (Trust and Respect)
3. ควรคำนึงถึงความต้องการในการเรียนของแต่ละบุคคลและรูปแบบของการเรียนรู้ (Learning Style) ที่มีความหลากหลาย
4. ต้องคำนึงถึงความรู้เดิมและประสบการณ์ (Experience) อันมีคุณค่า
5. ควรได้พิจารณาถึงการดูแลและให้ความสำคัญกับเนื้อหาและกิจกรรมในการเรียนรู้ (Learning Content and Activities)
6. ให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาที่สอดคล้องกับความจริง (Realistic Problems) และนำการเรียนรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหา
7. ต้องให้การเอาใจใส่กับการมีส่วนร่วมทั้งทางด้านสติปัญญาและทางด้านร่างกายในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้
8. ควรให้มีเวลาอย่างเพียงพอในการเรียนรู้โดยเฉพาะการเรียนรู้ข้อมูลใหม่ ๆ การฝึกทักษะใหม่ ๆ และการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ
9. ให้โอกาสในการฝึกภาคปฏิบัติจนเกิดผลดีหรือการนำความรู้ไปประยุกต์ได้
10. ให้ผู้เรียนได้แสดงศักยภาพหรือสมรรถภาพในการเรียนรู้จนกระทั่งเขาได้และเห็นถึงความก้าวหน้าสามารถบรรลุเป้าหมายได้

กล่าวโดยสรุปในการเรียนรู้ของผู้ใหญ่มีปัจจัยสำคัญที่จะนำมาเป็นหลักในการที่จะจัดการเรียนรู้ให้แก่ผู้ใหญ่ซึ่งต้องพิจารณาถึงความสำคัญของแรงจูงใจในการเรียนรู้ สภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ที่เหมาะสม ต้องคำนึงถึงความต้องการเรียนและรูปแบบการเรียนรู้ ความรู้เดิมและประสบการณ์ของผู้ใหญ่ ให้ความสำคัญกับปัญหาที่สอดคล้องกับความเป็นจริง ต้องให้การเอาใจใส่กับการมีส่วนร่วมทั้งทางด้านสติปัญญาและทางด้านร่างกายในการจัดกิจกรรม ให้เวลาแก่ผู้ใหญ่อย่างเพียงพอในการเรียนรู้ ให้โอกาสในการฝึกปฏิบัติหรือการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ และให้ผู้เรียนได้แสดง ศักยภาพในการเรียนรู้ เมื่อทราบปัจจัยต่าง ๆ ก็จะทำให้สามารถจัดกิจกรรมให้แก่ผู้ใหญ่ให้เกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ให้มากที่สุด ในการให้ความรู้

ด้านสุขภาพในชุมชนซึ่งเป็นการให้ความรู้แบบนอกระบบโรงเรียนและส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่ในวัยต่าง ๆ จึงมีความจำเป็นที่ผู้ถ่ายทอดควรรู้เรื่องราวหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งเสริมให้ผู้ใหญ่เรียนรู้ได้ดี

แนวความคิดการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพอนามัยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2544, หน้า 33) ได้กำหนดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์เพื่อให้ทิศทางการพัฒนาสุขภาพมุ่งสู่จุดหมายเดียวกันไว้ประการหนึ่งนั่นคือ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ให้มีศักยภาพ ในการดูแล และสร้างเสริมสุขภาพ มีการเรียนรู้ มีส่วนร่วมในการสร้างและจัดการระบบสุขภาพ จากวัตถุประสงค์ดังกล่าว การที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชน ครอบครัวและชุมชน มีความสามารถที่จะดูแลตนเอง มีการเรียนรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ การที่จะให้ประชาชนมีความรู้ในเรื่องสุขภาพนั้นต้องมีการให้ความรู้ มีการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งมีจุดมุ่งหมายของการให้ความรู้ ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพอนามัยก็เพื่อเป็นการพัฒนาบุคคลให้มีคุณภาพ ซึ่ง อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์ (2545, หน้า 2) สรุปจุดมุ่งหมาย การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพไว้ดังนี้

1. ให้ประชาชนรู้สึกรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองและชุมชน
2. ให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในวิถีทางการดำเนินชีวิตของชุมชนอย่างสร้างสรรค์และมีเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพที่ดี
3. ให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นในการพัฒนา และพึ่งพาตนเอง
4. ให้ประชาชนได้รับข้อมูล ความรู้ ทางสุขภาพอยู่ตลอดเวลา
5. ให้ความรู้ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและความต้องการของประชาชนและชุมชน
6. ให้ประชาชนมีความรู้ทางสุขภาพ ส่งเสริม ป้องกัน เสริมสร้างสุขภาพและดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้

วิธีการที่จะถ่ายทอดความรู้ข้อมูลทางด้านสุขภาพกลวิธีที่สำคัญ คือ การให้สุศึกษา ซึ่งมีวิธีการทางสุศึกษาเป็นแนวทางในการถ่ายทอดความรู้ให้เกิดการเรียนรู้แก่ประชาชน ซึ่งสุศึกษานั้นมีบทบาทในการสร้างเสริมพัฒนาสุขภาพของประชาชน แนวคิดของสุศึกษานั้น แอนลอนและพิกเก็ต (Hanlon & Pickett, 1984, p. 298) ได้อธิบายความหมายของสุศึกษาไว้ว่าเป็นผลรวมของประสบการณ์ซึ่งมีผลมาจากการกระทำที่เหมาะสม ทักษะ และความสัมพันธ์ของความรู้สู่บุคคล ชุมชนและสุขภาพแห่งชาติ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์และกันยา กาญจนบุรานนท์ (2542, หน้า 5) กล่าวว่า สุขศึกษา หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของบุคคลในทางที่ถูกต้อง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นผลเกิดจากการจัดประสบการณ์ต่าง ๆ ให้กับบุคคล

อดิศักดิ์ สัตย์ธรรมและวาสนา จันทร์สว่าง (2544, หน้า 6) กล่าวว่า ประเด็นของเนื้อหาวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสุขศึกษาว่า สุขศึกษาได้แก่ ประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตนทางสุขภาพและการปรับตัวโดยสมัครใจ

จากที่กล่าวมาข้างต้น กล่าวได้ว่า สุขศึกษาเป็นการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ การปฏิบัติตนทางสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ต่าง ๆ ซึ่งส่งผลต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน

ดังนั้นบทบาทที่สำคัญในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้ มีการเรียนรู้ มีความเชื่อ เปลี่ยนทัศนคติ มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ทำให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าทั้งตนเอง ครอบครัวและชุมชน ก็คือการใช้กลวิธีทางสุขศึกษาในแบบต่าง ๆ เพื่อเป็นการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ ซึ่ง สุรีย์ จันทร์โมลี (2527, หน้า 2) ได้ให้ความคิดเห็นในเรื่องการสอนสุขศึกษาไว้ว่า การสอนสุขศึกษาจะบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ขึ้นอยู่กับวิธีการสอนเป็นส่วนสำคัญ ถ้าต้องการจะสอนให้ความรู้อย่างเดียวอาจไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการสอนมากมายหลายวิธี แต่ถ้าต้องการสอนให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อ เปลี่ยนทัศนคติ การปฏิบัติตัว วิธีการสอนต้องใช้หลาย ๆ แบบ อาจต้องใช้เวลา ใช้กระบวนการสอน สื่อการสอนอื่น ๆ ประกอบ จัดวิธีการสอนให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมมีโอกาสได้ฝึกปฏิบัติ ใช้วิธีการสอนที่ผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า ส่งเสริมการเรียนรู้แบบแก้ปัญหา ซึ่ง สมทรง รักษ์เฝ้าและสรศักดิ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2540, หน้า 51-56) กล่าวถึงลักษณะวิธีการเลือกวิธีการ และกลวิธีการสุขศึกษา มีรายละเอียดดังนี้

ลักษณะวิธีการทางสุขศึกษา

กลวิธีทางสุขศึกษาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันสามารถแบ่งตามลักษณะของการปฏิบัติได้หลายแบบด้วยกัน ได้แก่ วิธีการสุขศึกษารายบุคคล วิธีการสุขศึกษารายกลุ่ม วิธีการสุขศึกษาชุมชน และวิธีการสุขศึกษามวลชน กลวิธีทางสุขศึกษาดังกล่าวต่างก็มีความสำคัญและมีประโยชน์อย่างมากในการนำไปใช้ในลักษณะที่ต่างกัน

1. วิธีการสุขศึกษารายบุคคล ได้แก่ การถาม-ตอบ การบรรยาย การสาธิต การใช้แบบเรียนสำเร็จรูป การให้คำปรึกษา CD-ROM สำเร็จรูป วิดีทัศน์สำเร็จรูป คอมพิวเตอร์ช่วยสอน ประโยชน์ของวิธีการสุขศึกษารายบุคคล ได้แก่ สามารถให้ความรู้ ความเข้าใจแก่บุคคลได้อย่าง

ละเอียด สามารถช่วยแก้ปัญหาส่วนตัวได้โดยการวิเคราะห์ปัญหาและให้คำปรึกษา แนะนำเฉพาะบุคคล ผู้รับความรู้มีโอกาสได้ซักถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ตามต้องการ สามารถชักชวนให้บุคคลทำตามในสิ่งที่ต้องการได้ ช่วยสอนทักษะพิเศษในเรื่องใดเรื่องหนึ่งแก่บุคคลเฉพาะรายได้ สามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการอธิบายเหตุผลและเสนอข้อมูลที่เป็นจริงให้รู้

2. วิธีการศึกษารายกลุ่ม ได้แก่ การอภิปรายกลุ่ม บรรยาย การสาธิต สัมมนา อภิปรายหมู่ นิทรรศการ ประโยชน์ของวิธีการศึกษาเป็นกลุ่ม ได้แก่ ทำให้เกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ กลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ แนวคิดและการปฏิบัติตัว ทำให้เกิดการร่วมแรงร่วมใจแก้ปัญหา สุขภาพที่มีในท้องถิ่นทำให้เกิดทักษะในการใช้ความคิด สามารถสร้างทัศนคติเกี่ยวกับการยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นให้เกิดแก่บุคคลในกลุ่ม สามารถสร้างบรรยากาศของการทำงานร่วมกันแบบเป็นกลุ่ม

3. วิธีการศึกษาชุมชน ได้แก่ การจัดชุมชนหรือการเตรียมชุมชน การแสดงความคิดเห็นของชุมชนหรือประชาพิจารณ์ การฝึกอบรม การใช้ต้นแบบ ประโยชน์ของวิธีการศึกษาชุมชน ได้แก่ ทำให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการของชุมชน และหาทางช่วยเหลือได้ถูกต้อง ทราบถึงแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งที่เป็นบุคคล สถาบัน เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ตลอดจนแหล่งทรัพยากรตามธรรมชาติหรือมนุษย์สร้างขึ้น เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาวางแผนดำเนินงานศึกษา เพื่อทราบถึงสถานะเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนในการนำมาประกอบการพิจารณา เข้าใจถึงค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมประจำถิ่น อันเป็นแนวทางในการปรับตัวให้เข้ากับชุมชนนั้น เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีกับชุมชนและบุคลากรของหน่วยงานอื่นในชุมชน ประชาชนมีโอกาสพัฒนาตนเองโดยการร่วมมือกันทำงานเพื่อชุมชน ผลที่เกิดขึ้นการปฏิบัติงานจะมีความถาวรเพราะประชาชนเป็นผู้ดำเนินงานด้วยตนเองด้วยความสมัครใจ

4. วิธีการศึกษามวลชน ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ สิ่งตีพิมพ์รูปเล่ม เช่น ตำรา วารสาร จุลสาร ฯลฯ หอกระจายข่าวสาร สายด่วนสุขภาพ การให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ผ่านระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ประโยชน์ของวิธีการศึกษามวลชน ได้แก่ นำข่าวสาร ความรู้และข้อเท็จจริง ไปถึงประชาชนทุกหนทุกแห่งในระยะเวลาอันรวดเร็ว ให้ข่าวสารเฉพาะเรื่องหรือแนวคิดหรือกระจายความคิดได้ตามต้องการและรวดเร็ว สามารถกระตุ้นให้ประชาชนสนใจปัญหาสุขภาพและคิดแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง สามารถชักชวนประชาชน

ให้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมที่ต้องการได้ ทำให้ความรู้ ความเชื่อทัศนคติที่เกิดขึ้นคงทน สามารถใช้ร่วมกับวิธีการอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเลือกวิธีการศึกษา

การเลือกใช้วิธีการศึกษาที่เหมาะสมเป็นเรื่องสำคัญ และจำเป็นจะต้องมีเกณฑ์หรือองค์ประกอบต่าง ๆ สำหรับการพิจารณาซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. ผู้จัดกิจกรรมศึกษา จะต้องมีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องที่จะต้องจัดกิจกรรมศึกษารวมทั้งการมีบุคลิกภาพเป็นที่ยอมรับ

2. ผู้รับหรือกลุ่มเป้าหมาย จำเป็นจะต้องพิจารณาวิธีการศึกษาให้สอดคล้องกับขนาดของกลุ่ม ระดับสติปัญญา พื้นฐานการศึกษา ประสบการณ์เดิม อายุ รวมทั้งสังคมแวดล้อม และขนบธรรมเนียมประเพณีหรือวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย จึงทำให้การจัดกิจกรรมศึกษาในการถ่ายทอดความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ และฝึกทักษะเพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเชื่อ และค่านิยมต่าง ๆ บังเกิดผลในทิศทางที่พึงประสงค์

3. วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมศึกษา จะต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนว่าจะต้องให้ผู้รับการเปลี่ยนแปลงถึงขั้นไหน ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติและการปฏิบัติตัว การมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนจะเป็นสิ่งสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการศึกษาได้ถูกต้องและเหมาะสม

4. เนื้อหาสาระ ในแต่ละเรื่องจะมีเนื้อหาสาระที่มีลักษณะพิเศษเฉพาะ ซึ่งจะใช้วิธีการศึกษาไม่เหมือนกัน เช่น วิธีการทำน้ำให้สะอาดอาจจะต้องใช้การบรรยายประกอบ การสาธิตหรือเนื้อหา

5. เวลาและสิ่งอำนวยความสะดวก พิจารณาได้ดังนี้

5.1 เวลาสำหรับการเตรียมการ ถ้ามีเวลาเตรียมการน้อย จำเป็นต้องเลือกวิธีที่ง่าย แต่ถ้ามีเวลามากก็สามารถที่เลือกวิธีที่ซับซ้อน และมีประสิทธิภาพ

5.2 ช่วงเวลาของวัน มีผลเป็นอันมากต่อการเลือกใช้วิธีการศึกษา เช่น ในช่วงเวลาเช้า ผู้เรียนยังมีความกระปรี้กระเปร่า อาจจะใช้วิธีการบรรยายได้ แต่ในช่วงบ่ายอาจจะต้องเปลี่ยนเป็นวิธีการประชุมกลุ่มย่อย เพื่อให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ เป็นต้น

5.3 สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น สถานที่สำหรับการประชุมกลุ่ม สื่อในการจัดกิจกรรมศึกษา ฯลฯ ดังกล่าวมีพร้อมจะไม่เป็นปัญหาต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการศึกษาที่เหมาะสม

กลวิธีทางสุศึกษา

กลวิธีทางสุศึกษา เป็นวิธีการทางสุศึกษาและเทคนิคต่าง ๆ ทางด้านสุศึกษา ที่จะนำมาใช้ให้เกิดผลต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุภาพโดยตรงการใช้กลวิธีทางสุศึกษาแต่ละอย่างให้ได้ผลจำเป็นต้องเข้าใจถึงลักษณะของแต่ละกลวิธีประโยชน์และข้อจำกัดการใช้เป็นอย่างดี กลวิธีต่าง ๆ ทางสุศึกษามีลักษณะสำคัญดังนี้

1. การบรรยาย เป็นกลวิธีหนึ่งที่ใช้การสอนที่ใช้กันมากและใช้ได้ง่ายที่สุด แต่จะทำให้เกิดผลในการเรียนรู้ได้ยากที่สุด โดยทั่วไปแล้วการบรรยายจะใช้ได้ดีต้องมีการอภิปราย และซักถามควบคู่กันไปด้วย
2. การสอนเฉพาะตัว รู้จักกันดีในลักษณะของการให้คำปรึกษาทางสุภาพการสอนเฉพาะตัว มีผลต่อการเรียนรู้ทางสุภาพเป็นอย่างมาก ซึ่งสามารถนำมาใช้ได้อย่างกว้างขวางทั้งในสถานศึกษาสถานบริการสาธารณสุข และในชุมชนในรูปแบบของการเยี่ยมบ้าน
3. สื่อสารมวลชน สื่อสารมวลชนที่ใช้งานสุศึกษา เป็นการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก สื่อที่ใช้กันมาก ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ และสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ โดยทั่วไปแล้ว การใช้สื่อมวลชนในงานสุศึกษามีข้อจำกัดในด้านประสิทธิภาพเป็นอย่างมาก
4. โสตทัศนูปกรณ์ ถ้าดูผิวเผินแล้ว การใช้โสตทัศนูปกรณ์คล้ายกับการใช้สื่อสารมวลชนแต่มีความแตกต่างในขอบเขตของกลุ่มเป้าหมายที่จะใช้
5. โปรแกรมการเรียนรู้สำเร็จรูป เป็นโปรแกรมการเรียนรู้ที่จัดทำขึ้นโดยเฉพาะเพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้เอง ซึ่งอาจจะอยู่ในลักษณะของสิ่งพิมพ์ หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ ก็ได้ เพื่อให้แต่ละคนได้เรียนรู้ได้เป็นการเฉพาะตัว
6. โทรทัศน์เพื่อการศึกษา เป็นสื่อการเรียนรู้คล้ายกับโปรแกรมการเรียนรู้สำเร็จรูป แตกต่างกันตรงที่ใช้สำหรับกลุ่มเป้าหมายเรียนรู้เป็นกลุ่ม
7. การสร้างทักษะเฉพาะ เป็นกลวิธีที่ใช้สำหรับการเรียนรู้ที่ต้องการให้มีการฝึกหัดฝึกปฏิบัติจริง
8. การเรียนรู้โดยการซักถาม เป็นกลวิธีในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยให้ผู้เรียนได้ใช้ความคิดของตนเองเป็นหลัก แล้วขยายเขตความเข้าใจให้กว้างขวางออกไป ใช้ได้ดีกับกลุ่มนักเรียน นักศึกษา
9. การอภิปรายในกลุ่มเพื่อน เป็นกลวิธีทางสุศึกษาที่ใช้ได้ผลดีมาก สำหรับการเรียนรู้เป็นกลุ่มและสร้างแรงจูงใจในระยะยาว เป็นการพัฒนาการตัดสินใจโดยให้บรรทัดฐานของกลุ่ม

10. การให้ต้นแบบตัวอย่าง เป็นกลวิธีที่เป็นกลไกของกระบวนการทางสังคม คือ การที่บุคคลมีการเรียนรู้โดยการเลียนแบบหรือศึกษาจากบุคคลอื่นที่ตนเองยอมรับที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกรู้จักคิดหรือนิยมชมชอบ

11. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเงื่อนไข เป็นกลวิธีที่ใช้ในการแก้ไขพฤติกรรมเฉพาะบางอย่างโดยอาศัยเงื่อนไขบางประการที่ได้กำหนดขึ้น และความรู้ความเข้าใจอย่างเพียงพอที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ในเรื่องนั้น ๆ โดยตรง

12. การพัฒนาชุมชน เป็นกลวิธีที่ใช้ในงานสุขศึกษา โดยการจัดให้ชุมชนได้มีการเรียนรู้และพัฒนาทักษะความสามารถ และความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ โดยทั่วถึงกัน ทั้งชุมชน การพัฒนาชุมชนเป็นการพึ่งพาตนเอง เป็นการแก้ปัญหา ซึ่งได้ได้ผลดีในชุมชนที่มีความตื่นตัวมีความสนใจสูง

13. การใช้มาตรการทางสังคม เป็นกลวิธีที่ใช้สำหรับการดำเนินการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มบุคคล โดยใช้มาตรการต่าง ๆ ที่มีความเข้มงวดกวดขันในระดับต่าง ๆ กัน ตามลักษณะของปัญหา และกลุ่มเป้าหมาย

14. การวางแผนพัฒนาสังคมและองค์กร เป็นกลวิธีที่ใช้ในการแก้ไขปัญหายุติกรรมในสังคม โดยการวางแผนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งต้องอาศัยข้อมูล และการวิเคราะห์ที่ลึกซึ้ง จึงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

15. การสร้างกระแสสังคม เป็นกลวิธีในการสร้างในสังคมให้มีจิตสำนึกร่วมกัน รวมตัวกันในลักษณะที่เป็นหุ้นส่วนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพร่วมกัน ด้วยความเชื่ออาทรต่อกัน ภายใต้ระบบการจัดการให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคมร่วมกัน จากกลวิธีทางสุขศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าสอดคล้องกับ ความคิดเห็นของ สุนทร สุนันท์ชัย (2544, หน้า 33) ที่กล่าวว่า การดำเนินการให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้ นั้น มีวิธีการต่าง ๆ ที่ควรจะต้องจัดให้เหมาะสมกับจุดประสงค์ที่ต้องการให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ซึ่งมีวิธีการดำเนินการได้หลายวิธี เช่น

1. วิธีการถ่ายทอดความรู้ ได้แก่ การปาฐกถา การได้วาที การสนทนา การสัมภาษณ์ การอภิปรายเป็นคณะ การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติ กรณีตัวอย่าง การทัศนศึกษา การอ่าน การสอนด้วยแบบเรียนโปรแกรม การใช้ชุดสื่อประสม (Multimedia Packages) ภาพยนตร์ สไลด์ การแสดงละคร การบันทึกเสียง

2. วิธีให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม ได้แก่ แบบซักถาม แบบตั้งทีมผู้ฟัง แบบตั้งคณะผู้ซักถาม การแสดงบทบาทสมมติ การประชุมกลุ่มอภิปราย

3. วิธีอภิปราย ได้แก่ การอภิปรายตามแนวที่กำหนด การอภิปรายตามข้อความในหนังสือ การอภิปรายแก้ปัญหา การอภิปรายกรณีตัวอย่าง

4. การจำลองสถานการณ์ ได้แก่ การแสดงบทบาทสมมติ กรณีตัวอย่าง เกม ฯลฯ

สรุป กลวิธีทางสุศึกษาเป็นกระบวนการในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน การรู้จักรูปแบบ การเลือกวิธีการสุศึกษา ลักษณะวิธีทางสุศึกษา ทำให้ผู้ที่ให้ความรู้สามารถที่จะเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสม ถูกต้องกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการจึงนับได้ว่าเป็นประโยชน์ต่อการทำให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพของประชาชนและชุมชน

บรรจง พลไชย (2540, หน้า 70-72) ศึกษาการเผยแพร่สารสนเทศด้านสุขภาพอนามัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ.2539 พบว่าระดับการเผยแพร่สารสนเทศที่ปฏิบัติอยู่ในระดับมากได้แก่ การพูดคุยแบบตัวต่อตัว ระดับการเผยแพร่สารสนเทศที่ปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุดได้แก่ การให้ความรู้โดยการฉายสไลด์ เนื่องจากสไลด์เป็นสื่อทัศนูปกรณ์ที่ระดับหมู่บ้านในชนบทไม่มีสื่อชนิดนี้ และไม่มิงบประมาณในการจัดซื้อ ปัญหาในการเผยแพร่สารสนเทศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ไม่มีพาหนะที่จะช่วยในการเผยแพร่ ไม่มีรถหน่วยสุศึกษาเคลื่อนที่ และไม่มีเวลาเผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชน เปรียบเทียบระดับการเผยแพร่สารสนเทศด้านสุขภาพอนามัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันโดยส่วนรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เปรียบเทียบระดับปัญหาในการเผยแพร่สารสนเทศด้านสุขภาพอนามัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีวุฒิการศึกษาต่างกัน โดยส่วนรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประพิน วัฒนกิจ (2540, บทคัดย่อ) ศึกษา การวิเคราะห์งานสถานีอนามัยสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจัยพื้นฐานการดำเนินงานของสถานีอนามัย ศักยภาพ และปริมาณงานในความรับผิดชอบของสถานีอนามัย ตลอดจนการศึกษาปัญหา อุปสรรค ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะการปฏิบัติงาน ของสถานีอนามัย ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า

1. สภาพปัจจัยพื้นฐาน มีสถานีอนามัยอีกร้อยละ 6 ที่ไม่มีถนนที่ให้รถโดยสารวิ่งผ่าน การติดต่อสื่อสารส่วนมากใช้วิทยุสื่อสารและมีโทรศัพท์ใช้น้อยมาก รูปแบบอาคารเป็นอาคารชั้นเดียว ได้ทุนสูง ยานพาหนะที่ใช้ในสถานีอนามัยเป็นรถจักรยานยนต์ โดยเฉลี่ย 1 คัน ต่อสถานีอนามัย อายุการใช้งานโดยเฉลี่ย 9 ปี เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยขนาดใหญ่ เฉลี่ย 4 คน เป็นหญิง

ส่วนใหญ่ ตำแหน่งส่วนมากเป็นพนักงานสาธารณสุขชุมชน ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 11 ปี อยู่ในระดับ 4 เป็นส่วนใหญ่ สำหรับสถานีนอนามัยทั่วไป มีเจ้าหน้าที่เฉลี่ย 3 คน เป็นหญิง ตำแหน่งพนักงานสาธารณสุขชุมชน ประสบการณ์ 11.34 ปี อยู่ในระดับ 4 มากที่สุด

2. พื้นที่รับผิดชอบและงานบริการ สถานีนอนามัยส่วนใหญ่รับผิดชอบ 1-5 หมู่บ้าน จำนวนประชากรเฉลี่ย 4,000 คน กลุ่มอายุ 15-44 ปี เป็นส่วนใหญ่ โดยหญิงวัยเจริญพันธุ์มารับบริการมากที่สุด บริการสาธารณสุขส่วนใหญ่ให้บริการด้านรักษาพยาบาล สถานีนอนามัยขนาดใหญ่เปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมงน้อยมาก งานบริการสุขภาพที่สถานีนอนามัยให้แก่ประชาชน เป็นงานด้านควบคุมโรคไม่ติดต่อมากที่สุด

3. คุณภาพการปฏิบัติงาน ผ่านเกณฑ์ พบส. ร้อยละ 81.9 และผ่านเกณฑ์ ทสอ. ร้อยละ 82.1 สาเหตุที่ไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจาก ขาดคน ขาดความรู้ และขาดวัสดุ อุปกรณ์ ผลการปฏิบัติงานที่เป็นจริง เป็นผลงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในชุมชน เรื่องส้วมและน้ำสะอาด ผลงานในสำนักงานเป็นการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรค และเฝ้าระวังโรคติดต่อ

4. ปัญหาการปฏิบัติงาน พบว่า ปริมาณงานมากกว่าอัตรากำลัง ทำงานไม่ทัน ขาดความปลอดภัย เนื่องจากสถานีนอนามัยส่วนใหญ่ไม่มีรั้วรอบขอบชิด การติดต่อสื่อสารล่าช้า เสียเวลามาก เนื่องจากไม่มีโทรศัพท์และโทรสารต้องเดินทางเป็นวัน ๆ เพื่อส่งข้อมูล เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยเสนอแนะให้มีการนิเทศงานที่มีประสิทธิภาพ พบว่าผู้นิเทศขาดความรู้ ด้านความรู้ คุณวุฒิ วัยวุฒิและประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับสถานีนอนามัย ปัญหาที่ผู้บริหารควรคำนึงถึงคือ ขวัญและกำลังใจในการทำงาน เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ต้องการการสนับสนุน ทรัพยากร เพื่อยกระดับการบริการ ต้องการงบประมาณและค่าตอบแทนที่จัดสรรให้สถานีนอนามัย โดยตรงสุดท้ายต้องการวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ ที่เพียงพอต่อความรู้ ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน

สรวยทิพย์ ภู่อุษณา (2541, บทคัดย่อ) ศึกษาการรับรู้บทบาทที่กำหนด บทบาทที่คาดหวัง และบทบาทที่ปฏิบัติจริง ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า การรับรู้บทบาทที่กำหนด บทบาทที่คาดหวัง และบทบาทที่ปฏิบัติจริงของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง บทบาทที่คาดหวังด้านบริการมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แต่บทบาทที่ปฏิบัติจริงด้านวิชาการมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บทบาทด้านวิชาการที่เกี่ยวกับงานวิจัย พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่าการรับรู้บทบาทที่กำหนด บทบาทที่คาดหวัง และบทบาทที่ปฏิบัติจริงของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งใน

ภาพรวมและรายด้าน โดยบทบาทที่คาดหวังมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือบทบาทที่กำหนด และบทบาทที่ปฏิบัติจริงในรายด้านบทบาทที่คาดหวังด้านบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและบทบาทที่ปฏิบัติจริงด้านวิชาการมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด

อุดม อนุกุล (2540, บทคัดย่อ) ศึกษาการใช้สื่อการเรียนการสอนนักศึกษาผู้ใหญ่ วิธีเรียนทางไกลของครูประจำกลุ่มในศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า สภาพการใช้สื่อการเรียนการสอนของครูประจำกลุ่มใช้แบบเรียนมีมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบการใช้สื่อระหว่างครูประจำกลุ่มชายกับครูประจำกลุ่มหญิงพบว่า ครูประจำกลุ่มชายมีการใช้สื่อการเรียนการสอนมากกว่าครูประจำกลุ่มหญิง และพบว่าสภาพการใช้สื่อของครูประจำกลุ่มแต่ละอำเภอมีความแตกต่างกัน คือ ครูประจำกลุ่มอำเภอหนองหญ้าปล้อง อำเภอบ้านลาด อำเภอแก่งกระจาน และอำเภอเขาย้อย มีการใช้สื่อการเรียนการสอนมากกว่าอำเภออื่น ๆ ความต้องการสื่อการเรียนการสอนประเภทโทรทัศน์ วีดิทัศน์ และหนังสือแบบเรียนมีมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบความต้องการสื่อระหว่างครูประจำกลุ่มชายกับครูประจำกลุ่มหญิง ไม่แตกต่างกัน และพบว่าความต้องการใช้สื่อของครูประจำกลุ่มแต่ละอำเภอไม่มีความแตกต่างกันด้วย ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการใช้สื่อการเรียนการสอนของครูประจำกลุ่มพบว่า สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกมีมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบสภาพปัญหาและอุปสรรคระหว่างครูประจำกลุ่มชายกับครูประจำกลุ่มหญิง พบว่าครูประจำกลุ่มชายมีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการใช้สื่อการเรียนการสอนรวมทุกด้านมากกว่าครูประจำกลุ่มหญิง และพบว่าสภาพปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการใช้สื่อการเรียนการสอนของครูประจำกลุ่มแต่ละอำเภอมีความแตกต่างกัน คือ ครูประจำกลุ่มอำเภอบ้านลาดและอำเภอเมืองเพชรบุรี มีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับสื่อมากกว่าอำเภออื่น ๆ

นวลจันทร์ ศักดิ์ธนากุล (2541, หน้า 106-107) ได้ศึกษา การศึกษากระบวนการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ไปสู่ครอบครัวจังหวัดตรัง พบว่า การศึกษากระบวนการถ่ายทอดความรู้ไปสู่ครอบครัว โดยประยุกต์การใช้สื่อสำเร็จรูปวีดิทัศน์ ร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้นำอภิปราย มีประสิทธิผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้และทักษะที่จำเป็นด้านสุขภาพในกลุ่มพ่อบ้านและกลุ่มแม่บ้าน ส่วนในกลุ่มญาติอาวโหลไม่มีประสิทธิผลเท่าที่ควร ในการจัดกระบวนการถ่ายทอดความรู้ไปสู่ครอบครัว กลุ่มแกนนำของครอบครัวที่เหมาะสมจะเป็นผู้รับการถ่ายทอดความรู้ได้แก่ พ่อบ้านและแม่บ้าน บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในกระบวนการถ่ายทอดความรู้ มีบทบาทสำคัญในการนัดหมายกลุ่มแกนนำครอบครัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเรียน เป็นผู้นำอภิปรายกลุ่มและสรุปผลการอภิปราย ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลมีบทบาทสำคัญในการวางแผนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนิน

การถ่ายทอดความรู้ จัดหาสื่อวีดิทัศน์และเครื่องเล่นวีดิโอเทป สนับสนุนด้านวิชาการและความคุ้มค่ากับการดำเนินการถ่ายทอดความรู้

กึ่งกาญจน์ ตั้งศรีไพร (2542, บทคัดย่อ) ศึกษาวิธีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของ นักศึกษาการศึกษานอกโรงเรียนสายสามมัญระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย วิธีเรียนทางไกลใน จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีวิธีการเรียนรู้ด้วยการอ่าน ฟัง สอบถาม ดู และสังเกตและการลงมือปฏิบัติในระดับปานกลาง มีระดับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองอยู่ในระดับสูง และคะแนนความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง มีความสัมพันธ์กับ คะแนนวิธีการเรียนรู้ทุกวิธี นอกจากนั้นนักศึกษาที่ให้เหตุผลในการเข้ามาเรียนต่างก็มีคะแนนเฉลี่ยวิธีการเรียนรู้ด้วยการฟัง สอบถาม และลงมือปฏิบัติต่างกัน และนักศึกษาที่ระดับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยวิธีการเรียนรู้ทุกวิธีต่างกัน ส่วนเพศ อายุ การประกอบอาชีพขณะศึกษาไม่มีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยวิธีการเรียนรู้ แต่วิธีต่างกัน

นลินี มกรเสน มะลิ ไพฑูรย์เนรมิตและทิวาพร กลมกล่อม (2542, บทคัดย่อ) ศึกษา การประเมินผลสื่อ และการเผยแพร่สื่อเอดส์ ชุด “ครอบครัวไทย ไร้เอดส์” ผลการวิจัยพบว่า ประชากร กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 14-25 ปี แต่งงานแล้ว ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในเขตเมือง ร้อยละ 33.33 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75 ได้รับ ข่าวสารจากสถานีอนามัย ร้อยละ 33.33 ได้รับข้อมูลข่าวสารจากศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน และ มากกว่าครึ่งหนึ่งไม่เคยไปที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน สำหรับผลในด้านการรับรู้สื่อภาพโฆษณา (โปสเตอร์) เรื่องเอดส์ชุดครอบครัวไทยไร้เอดส์ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่เคยพบเห็นภาพ โฆษณา แบบที่ 1 แต่พวกที่เคยเห็นส่วนใหญ่ประมาณครึ่งหนึ่งเห็นว่าส่วนที่เป็นภาพเป็นจุดสะดุดตาของภาพโฆษณา ทั้งนี้ส่วนใหญ่เข้าใจการสื่อความหมายของส่วนที่เป็นรูปภาพและเห็นพ้องกับสาระสำคัญของข้อความ กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 25 เคยพบเห็นภาพโฆษณาแบบที่ 2 โดย ส่วนใหญ่ชอบภาพโฆษณา ประมาณครึ่งหนึ่งเห็นว่าส่วนที่เป็นรูปภาพเป็นจุดสะดุดตา มากกว่า ครึ่งหนึ่งเข้าใจการสื่อความหมายของส่วนที่เป็นรูปภาพและส่วนใหญ่มีความเห็นพ้องกับ สาระสำคัญของข้อความ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเห็นภาพโฆษณาแบบที่ 3 แต่พวกที่เคย เห็นส่วนใหญ่ชอบภาพโฆษณา ประมาณครึ่งหนึ่งเห็นว่าส่วนที่เป็นรูปภาพเป็นจุดสะดุดตา อันดับแรก และเข้าใจการสื่อความหมายของส่วนที่เป็นรูปภาพ นอกจากนี้ส่วนใหญ่ยังมีความเห็น พ้องกับสาระสำคัญของข้อความ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเห็นภาพโฆษณาแบบที่ 4 แต่ พวก ที่เห็นส่วนใหญ่ชอบภาพโฆษณา มากกว่าครึ่งหนึ่งเห็นว่าส่วนที่เป็นรูปภาพเป็นจุดสะดุดตา อันดับแรก หนึ่งในสามมีความเข้าใจการสื่อความหมายส่วนที่เป็นรูปภาพและมีความเห็นพ้องกับ

สาระของข้อความ โดยสรุปแล้วในภาพรวมมากกว่าครึ่งหนึ่งชอบภาพโฆษณาแบบที่ 1 แต่มีความเข้าใจการสื่อความหมายของภาพไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ ส่วนใหญ่เห็นว่าควรติดสื่อเอสซีซีครบครัวไทยไร้อัดส์ไว้ในบริเวณเดียวกันและควรติดไว้ที่สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ การทดสอบสมมติฐานพบว่า เพศต่างกันทำให้การรับรู้ของประชาชนต่อภาพโฆษณา แบบที่ 1 ได้แก่การพบเห็นภาพโฆษณา ความเห็นพ้องกับสาระสำคัญของภาพโฆษณา ภาพโฆษณาแบบที่ 3 ได้แก่จุดสะดุดตาอันดับแรกของภาพโฆษณา ภาพโฆษณาแบบที่ 4 ได้แก่ ความเข้าใจในการสื่อความหมายส่วนที่เป็นข้อความที่ 1 ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพื้นที่ต่างกันทำให้การรับรู้ของประชาชนต่อภาพโฆษณาแบบที่ 1 ได้แก่ความเข้าใจในการสื่อความหมายของข้อความที่ 1 ความเข้าใจในการสื่อความหมายส่วนที่เป็นรูปภาพ ภาพโฆษณาแบบที่ 2 ได้แก่ ความชอบภาพโฆษณา จุดสะดุดตาอันดับแรกของภาพโฆษณา ความเข้าใจในข้อความที่ 2 ภาพโฆษณาแบบที่ 3 ได้แก่ การพบเห็นภาพโฆษณา ภาพโฆษณาแบบที่ 4 ได้แก่การพบเห็นภาพโฆษณา และความเข้าใจในการสื่อความหมายของส่วนที่เป็นรูปภาพ ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เบญจมาศ สุรมิตรโมตรี ชาญยุทธ พรหมประพัฒน์ ดวงนภา ปานเพชรและยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น (2542, หน้า 45-46) ได้ศึกษา การรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของประชาชน พบว่า

1. ประชาชนส่วนใหญ่รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด รองลงมาคือ วิทยุ หนังสือพิมพ์ หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย วารสาร/นิตสาร และส่วนใหญ่รับข้อมูลข่าวสารโดยชมจากโทรทัศน์ทุกวัน ร้อยละ 65.02 จากวิทยุและหนังสือพิมพ์ ส่วนใหญ่รับฟังและอ่านเกือบทุกวัน ร้อยละ 39.90 และร้อยละ 34.96 ส่วนสื่อประเภทอื่น ๆ ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารจำนวนหนึ่ง แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้รับ

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ ประชาชนส่วนใหญ่มีความเห็นว่าอยู่ในระดับดีและเห็นว่าเนื้อหาทำให้มีความรู้มากขึ้นเป็นอันดับ 1 รองลงมาคือ เนื้อหาเข้าใจง่าย เนื้อหาน่าสนใจ เนื้อเรื่องเชื่อถือได้ และวิธีการเสนอข่าวสารเหมาะสม ตามลำดับ

3. เนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพที่ประชาชนส่วนใหญ่ต้องการรู้ เรียงจากอันดับ 1 ถึง 5 คือ การดูแลสุขภาพโภชนาการ มะเร็ง เอชไอวี โรคหัวใจ ส่วนเนื้อหาที่ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ต้องการรู้เรียงจากลำดับ 1 ถึง 5 คือ เอชไอวี โรคทางเพศสัมพันธ์ มะเร็ง โรคหัวใจ ไข้หวัด/ไข้หวัดใหญ่

4. ประชาชนส่วนใหญ่ต้องการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด รองลงมาคือ วิทยุและหนังสือพิมพ์ โดยต้องการรับในช่วงเวลาเย็นมากที่สุด รองลงมาคือ ช่วงเช้า ช่วงบ่าย

5. ประชาชนส่วนใหญ่ต้องการวิธีการนำเสนอข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยการสาธิต และการบรรยายจากผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้นำเสนอที่ประชาชนต้องการ เรียงตามลำดับคือ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการ

วนิดา วีระกุลและถวิล เลิกชัยภูมิ (2542, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการศึกษาระบบ การพัฒนาการเรียนรู้และระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของแกนนำสุขภาพประจำ ครอบครัว ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า มีกระบวนการคัดเลือกจากผู้นำองค์กรชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่ระดับสาธารณสุขระดับตำบล โดยมีการกำหนดคุณสมบัติพื้นฐานของแกนนำฯ คือ ต้องเป็นผู้ที่อ่านออกเขียนได้ เป็นผู้ที่ไม่เสียสละ เป็นผู้นำหรือผู้ที่ประชาชนยอมรับ ส่วนมากผู้ที่ได้รับ คัดเลือกคือแม่บ้าน ในด้านการพัฒนาศักยภาพ พบว่า ส่วนมากจะได้รับการอบรม จำนวน 1 วัน หลักสูตรที่ใช้เป็นหลักสูตรที่หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอเป็นผู้จัดทำให้ วิธีการเรียนการสอน ส่วนมากใช้วิธีการบรรยาย มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นวิทยากรหลัก หัวข้อที่ได้รับการอบรม ส่วนมากเป็นเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง และส่วนมากได้รับการแจกเอกสารประกอบการอบรม ในกระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำฯ พบว่า อสม./ชมรม อสม. มีส่วนในด้านการคัดเลือกการ ร่วมเป็นวิทยากรและมีการประสานงานการทำงานกับแกนนำฯ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับระดับ ความรู้ของแกนนำฯ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านการอบรม ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ระดับความรู้ของแกนนำฯ ได้มี รายได้ อายุ การได้รับเอกสารประกอบการ อบรม ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัวและเพศ

ศศิวิมล ตามไท (2542, หน้า 130-134) ศึกษา การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการบริโภคข้าวกล้องของประชาชนในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า กลุ่ม ตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 408 คน ส่วนใหญ่เปิดรับข่าวสารทั่วไปเป็นประจำจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด รองลงมาคือ สื่อวิทยุ สื่อหนังสือพิมพ์ สมาชิกในครอบครัวญาติ/เพื่อน/คนรู้จัก สื่อนิตยสาร และสื่ออื่น ๆ (เช่นวิทยุติดตามตัว) ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีปริมาณการเปิดรับข่าวสารทั่วไปอยู่ในระดับค่อนข้างสูง แต่มีปริมาณการเปิดรับข่าวสารจากนิตยสารและสื่ออื่น ๆ ในระดับต่ำมาก ประชาชนที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้แตกต่างกัน มีการเปิดรับข่าวสาร เกี่ยวกับข้าวกล้องแตกต่างกัน ประชาชนที่มีระดับการศึกษาและอาชีพแตกต่างกัน มีความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการบริโภคข้าวกล้องแตกต่างกัน การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับข้าวกล้องมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับข้าวกล้อง การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับข้าวกล้องไม่มีความสัมพันธ์ กับทักษะคติเกี่ยวกับการบริโภคข้าวกล้อง การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับข้าวกล้องมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการบริโภคข้าวกล้อง ตัวแปรที่อธิบายการบริโภคข้าวกล้อง เรียงตามลำดับความสำคัญ

ได้แก่ สื่อบุคคล อาชีพค้าขาย/ ประกอบอาชีพส่วนตัว ทักษะคิดเกี่ยวกับการบริโภคข้าวกล้อง การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับข้าวกล้อง เพศ และสถานภาพโสด

มณฑา กิตติวรารุณี (2543, บทคัดย่อ) ศึกษากระบวนการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในเขตสาธารณสุขภาคกลาง พบว่า ขั้นตอนการกำหนดความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากร มีการสำรวจความจำเป็นในการพัฒนา มีการวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนา มีการกำหนดจุดประสงค์ในการพัฒนา มีการนำข้อมูลมาใช้ในการกำหนดความจำเป็นในการพัฒนา ขั้นตอนการวางแผนพัฒนาบุคลากร มีการกำหนดแผนงาน/โครงการพัฒนาบุคลากรไว้ในแผนปฏิบัติงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีการนำผลการพัฒนาไปใช้ในการพัฒนาบุคลากร และมุ่งเน้นการพัฒนาหัวหน้าสถานีนอมนัย ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาบุคลากร มีการจัดกิจกรรมการประชุม ฝึกอบรม การประชุม การนิเทศงาน การส่งเสริมการศึกษาดูงาน การส่งเสริมการศึกษาต่อ การจัดให้มีคู่มือการปฏิบัติงาน การเผยแพร่ข่าวสารทางวิชาการ และการพัฒนาด้านจิตใจ และขั้นตอนการประเมินและติดตามผลการพัฒนาบุคลากร มีการประเมินและติดตามผลหลังจากบุคลากรได้กลับไปปฏิบัติงานแล้ว ปัญหาในการพัฒนาบุคลากรพบว่า กระบวนการพัฒนาบุคลากรแต่ละขั้นตอน มีปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาดังกล่าวได้แก่ ขาดงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ในการพัฒนาบุคลากร ส่วนการเปรียบเทียบปัญหาในการพัฒนาบุคลากรระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในเขตสาธารณสุขภาคกลาง มีปัญหาไม่แตกต่างกัน

นุชพร ดันติวัฒน์ไพศาล (2545, หน้า 76-78) ศึกษาประสบการณ์การเรียนรู้การดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้ให้ข้อมูลอายุตั้งแต่ 30 -70 ปี ส่วนใหญ่อายุ 61-70 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนมากสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ผลการวิจัยแสดงประสบการณ์การเรียนรู้การดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า จากประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูลจำแนกเป็น 4 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 การรับรู้ความผิดปกติที่เท้า จำแนกอาการของความผิดปกติที่เท้าได้ 4 ลักษณะคือ (1) การรับรู้ความรู้สึกลดลง (2) อาการปวดแสบ ๆ หรือ ยิบ ๆ คล้ายมีสิ่งมีชีวิตเคลื่อนไหวได้ ผิวหนังบริเวณเท้า (3) ความทุกข์ทรมานที่เท้า และ (4) แผลพุพอง หายช้า ซึ่งอาการผิดปกติอาจเกิดเพียงอาการเดียวหรือเกิดร่วมกัน ตอนที่ 2 ความเข้าใจและการตอบสนองต่อความผิดปกติที่เท้า ผู้ให้ข้อมูลแปลความหมายของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ความผิดปกติที่เท้า 3 ลักษณะคือ ลักษณะที่ 1 เป็นอาการที่อาจเกิดขึ้นได้ตามปกติ ลักษณะที่ 2 เป็นความผิดปกติที่ไม่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และลักษณะที่ 3 ความผิดปกติที่เกิดจากโรคเบาหวาน ตอนที่ 3 เรียนรู้วิธี

การแก้ปัญหาคือความผิดปกติที่เท้า โดยการเรียนรู้เกิดขึ้น 2 วิธี คือ 1 การเรียนรู้จากการเลียนแบบผู้อื่น มี 2 ขั้นตอนคือ (1) การเลือกบุคคลที่เป็นแบบโดยเลือกแบบที่สร้างแรงจูงใจ และเลือกแบบที่มีวัยใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลและ (2) เลือกวิธีปฏิบัติตามแบบ โดยมีขั้นตอนเริ่มจากการคิดพิจารณาวิธีปฏิบัติ การจดจำแบบอย่าง การประเมินผลการปฏิบัติและลงมือกระทำตามแบบ 2 การเรียนรู้ด้วยตนเองผู้ให้ข้อมูลมีวิธีเรียนรู้ด้วยตนเอง 2 วิธีคือ วิธีที่ 1 การค้นหาแหล่งข้อมูล ซึ่งได้มาจาก 4 แหล่ง คือ จากเพื่อนบ้าน จากหนังสือ สื่อต่าง ๆ จากบุคลากรทางการแพทย์ และจากผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน และวิธีที่ 2 การเชื่อมโยงประสบการณ์เดิมกับข้อมูลความรู้ใหม่ ตอนที่ 4 ปฏิบัติการดูแลเท้า และการคงพฤติกรรมดูแลเท้า พบว่าสิ่งกระตุ้นให้ให้ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติการดูแลเท้า ได้แก่ เงื่อนไขการปฏิบัติการดูแลเท้าและปัจจัยส่งเสริมการดูแลเท้า

ปิยะนุช ชูโต สุกัญญา ปริสัณณกุลและรัตนภรณ์ สิวคนธ์ (2546, บทคัดย่อ) ศึกษาการพัฒนาสื่อเผยแพร่ข้อมูลทางวิทยุด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่น พบว่า สื่อวิทยุเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพในการให้ความรู้และเข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นได้ง่าย การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำสื่อที่มีคุณภาพทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น โดยการเผยแพร่ผ่านทางวิทยุกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นหญิงและชายอายุ 13-20 ปี จำนวน 32 คน การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการสำรวจปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ระยะที่ 2 เป็นการจัดทำสื่อให้สอดคล้องกับปัญหาที่จะได้จากระยะที่ 1 โดยจัดทำสื่อในรูปแบบบทละครสั้นจำนวน 11 ตอน แต่ละตอนใช้เวลาตั้งแต่ 2 นาที ถึง 2 นาที 40 วินาที นอกจากนี้ได้แต่งบทเพลงใช้ก่อนและหลังนำเสนอสื่อ ผลการศึกษาพบว่าสื่อที่จัดทำขึ้นมีเนื้อหาที่เหมาะสมกับวัยรุ่นใช้ภาษาได้ดีและเนื้อหาชวนติดตาม อย่างไรก็ตามยังข้อเสนอให้ปรับปรุงสื่อโดยเพิ่มความยาวของเนื้อหาแต่ละตอนและควรนำเสนอในรูปแบบเสียงตามสายในโรงเรียนด้วย

สุรจิตร ใจอาจหาญ (2546, หน้า 47) ศึกษาการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนแม่บทชุมชน จังหวัดลพบุรี กรณีศึกษา หมู่บ้านพุน้ำทิพย์ ต.หนองแขม อ.โคกสำโรง พบว่า การรวมกลุ่มแกนนำชุมชนเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ชุมชนได้วิเคราะห์ปัญหา โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนการมีส่วนร่วม A.I.C. มาใช้ในการระดมความคิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำให้แกนนำชุมชนและชาวบ้านเกิดความตื่นตัวในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ช่วยพัฒนาให้ชาวบ้านมีการพัฒนาตนเอง ค้นพบศักยภาพ เห็นคุณค่าตนเองกล้าแสดงออก กล้าพูด มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้จักคิด รู้จักการทำงานเป็นกลุ่ม ร่วมคิดหาวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ทำให้เกิดความตระหนักว่า การแก้ปัญหของหมู่บ้าน เป็นบทบาทหน้าที่ของทุกคน เนื่องจากกิจกรรมที่ดำเนินการในชุมชนเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากสภาพความเป็นจริง ประสบการณ์

และชีวิตจริงที่ตนเองประสบอยู่ ชุมชนจึงรู้สึกเป็นเจ้าของและเห็นความสำคัญในการดำเนินโครงการ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของแกนนำชุมชน ประการแรกคือ ภูมิปัญญาชาวบ้านและการประสบปัญหาเดียวกัน ประการที่สอง คือ ทีมวิทยากรกระบวนการเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ในชุมชนและประการสุดท้ายคือ ความพร้อมของผู้นำชุมชนและชุมชนในการที่จะพัฒนาหมู่บ้าน

ลินน์-แมคเฮลและเดทริก (Lynn-McHale & Deatrick, 2000) ศึกษาความเชื่อถือระหว่างครอบครัวและผู้ให้บริการสุขภาพ พบว่า การศึกษาครั้งนี้รวมถึงคำจำกัดความคุณลักษณะ ขอบเขต ข้อกำหนด และผลลัพธ์ของความ คิดรวบยอดในเรื่องความเชื่อถือระหว่างครอบครัวและผู้ให้บริการสุขภาพ พื้นฐานของผลความคิด รวบยอดนี้นั้นคือการจำกัดความ เช่น กระบวนการ การตั้งใจ การตอบสนอง การคาดหมาย ซึ่งคุณลักษณะของความเชื่อถือระหว่างครอบครัวและผู้ให้บริการสุขภาพนั้นไม่ขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วย ภาวะการเจ็บป่วย ผู้ให้บริการสุขภาพ สถานะการดูแลสุขภาพและการจัดการดูแลสุขภาพ ความเชื่อถือระหว่างครอบครัวและผู้ให้บริการสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะพัฒนาให้เกิดความสำเร็จในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและผู้ให้บริการสุขภาพ การติดต่อสื่อสารระหว่างครอบครัวและผู้ให้บริการสุขภาพ ครอบครัวที่มีภารกิจมากและเป็นการช่วยเหลือในการให้คำแนะนำในการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว การทำวิจัยต่อไปจำเป็นต้องทำให้มีความเข้าใจในเรื่องความเชื่อถือระหว่างครอบครัวและผู้ให้บริการสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น

แฮงค์, บาร์เนส, เมอร์ริลและไนเกอร์ (Hanks, Barnes, Merrill & Neiger, 2000) ศึกษางานคอมพิวเตอร์และการใช้งานของนักวิชาการสุขภาพเพื่อการจัดเตรียมบทเรียนการสอนวัตถุประสงค์ของการศึกษาก็เพื่อกำหนดขอบเขตการใช้คอมพิวเตอร์ของนักวิชาการสุขภาพในปัจจุบันและความคาดหวังในอีก 5 ปีข้างหน้า โดยใช้การสอบถามทางไปรษณีย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักวิชาการสุขภาพจำนวน 400 คน ซึ่งข้อมูลที่ได้รับเป็นข้อมูลที่เหมาะสมในการใช้คอมพิวเตอร์ในปัจจุบันและในอนาคตอันใกล้ (3-5 ปี) ซึ่งพบว่าการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในปัจจุบัน อินเทอร์เน็ต, โปรแกรม Word และทักษะทางอิเล็กทรอนิกส์ มีความสำคัญที่สุดในการใช้คอมพิวเตอร์ ผลของวิจัยที่ได้นำมาใช้เป็นแนวทางเพื่อที่จะพัฒนาหลักสูตรการสอนตามโปรแกรมที่มีอยู่

จอห์นสัน (Johnson, 2001) ศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพจากการสังเกตอุปสรรค พบว่า การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยมุ่งศึกษาความต้องการดูแลสุขภาพและอุปสรรคที่พบในเรื่องการดูแลสุขภาพของสตรีและเด็กในเขตเมือง

และเขตชนบท ที่อยู่ในพื้นที่บริการของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลผดุงครรภ์ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทางประเทศทางตะวันออกเฉียงใต้ประเทศหนึ่งซึ่งขาดแคลนเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลและในเขตชนบทมีอัตราการตายของทารกสูงมีปัญหาเกี่ยวกับโรคของเด็ก จุดประสงค์ของการศึกษาเพื่อที่จะอธิบายถึงอุปสรรคในการดูแลสุขภาพเพื่อที่จะพัฒนาบริการให้เหมาะสมและปรับปรุงการเข้าถึงของโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์พบว่าการเข้าถึงของโรงพยาบาลถูกกีดขวางจากข้อจำกัดในด้านความรู้และบทบาทในการให้คำแนะนำบริการด้านสุขภาพสตรีในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลผดุงครรภ์ สตรีในชุมชนให้คำแนะนำว่าควรจะมีการส่งเสริมให้มีการขยายบริการในชุมชนให้เข้มแข็ง

บทสรุป จากแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น สามารถแสดงให้เห็นภาพรวมของแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน ได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน

หัวข้อ	แนวคิด	งานวิจัย
สถานีอนามัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	ชมรมสาธารณสุข	ประพิน วัฒนกิจ (2540)
	แห่งประเทศไทย (2543)	สรวงทิพย์ ภูักฤษณา (2541)
	สำเร็จ แหียงกระโทก (2546)	มณฑา กิตติวรารุณี (2543)
		Lynn-McHale, Deatrlick (2000)
สถานีอนามัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		Hanks, Barnes, Merrill, Neiger (2000)
การดูแลสุขภาพชุมชน	เพ็ญศรี เปลี่ยนคำ (2542)	Johnson (2001)
	สำนักงานคณะกรรมการ	
	สาธารณสุขมูลฐาน (2543)	
	วสุธร ตันวัฒนกุล (2543)	
	กรมการพัฒนาชุมชน (2546)	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	แนวคิด	งานวิจัย
การเรียนรู้ของผู้ใหญ่	กรมการศึกษานอกโรงเรียน (2542) สมคิด อิศระวัฒน์ (2543) สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ (2545)	กิ่งกาญจน์ ตั้งศรีไพร (2542) วนิดา วิระกุลและ ถวิล เลิกชัยภูมิ (2542) นุชพร ตันติวัฒนไพศาล (2545) สุรจิตร ใจอาหาญ (2546)
การถ่ายทอดความรู้	สมทรง รักษ์เฝ้าและ สรศักดิ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2540) สุนทร สุนันท์ชัย (2544) อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์ (2545)	ด้านสุขภาพ บรรจง พลไชย (2540) นวลจันทร์ ศักดิ์ธนากุล (2541) นลินี มกรแสน, มะลิ ไพฑูรย์เนรมิต และทิวาพร กลมกล่อม (2542) เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, ชาญยุทธ พรหมประพัฒน์, ดวงนภา ปานเพชรและ ยุทธพงษ์ ชวัญขึ้น (2542) ศศิวิมล ตามไท (2542) ปิยะนุช ชูโต, สุกัญญา ปริสฺณบุญกุลและ รัตนภรณ์ สุวคนธ์ (2546) ห้วไป อุดม อนุกุล (2540)