

การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชน
ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระแก้ว



นางนันทิยา พิมพ์แพง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

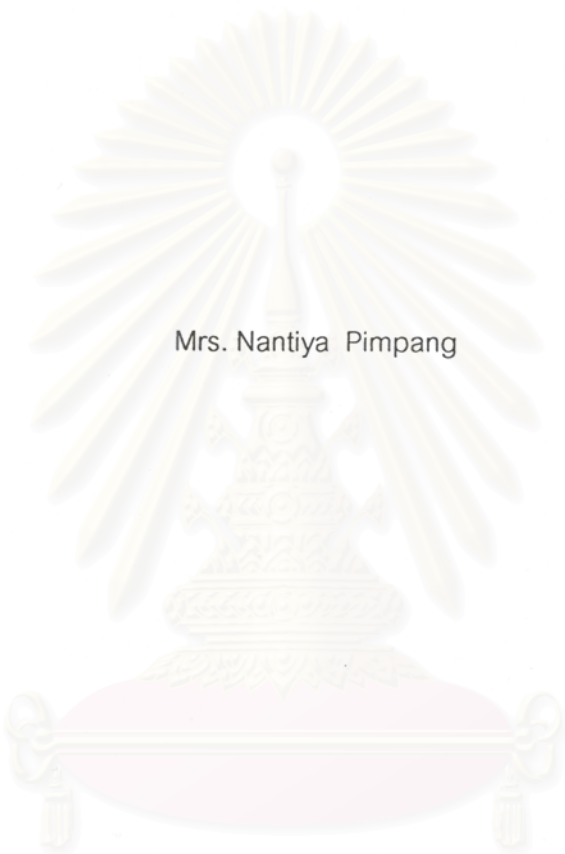
ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-2627-9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

I 90944045

PARTICIPATION OF FAMILY HEALTH LEADERS IN POPULATION HEALTH CARE
UNDER UNIVERSAL COVERAGE POLICY IN SAKAEW PROVINCE



Mrs. Nantiya Pimpang

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Community Medicine
Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine
Chulalongkorn University
Academic Year 2002
ISBN 974-17-2627-9

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพ
ประชาชน ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดสระแก้ว
โดย นางนันทิยา พิมพ์แพง
สาขาวิชา เวชศาสตร์ชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์นายแพทย์บดี ธนะมัน
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ

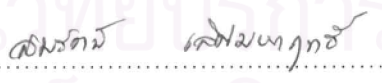
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

 คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

 ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

 อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์บดี ธนะมัน)

 อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ)

 กรรมการ
(นายแพทย์จรัญ บุญฤทธิการ)

นันทิยา พิมพ์แพง : การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชน ภายใต้
นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระแก้ว . (PARTICIPATION OF FAMILY HEALTH LEADERS
IN POPULATION HEALTH CARE UNDER UNIVERSAL COVERAGE POLICY IN SAKAEW
PROVINCE) อ. ที่ปรึกษา : รศ.นพ.ปติ ธนะมัน, อ. ที่ปรึกษาร่วม : ผศ.สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์, 102 หน้า.
ISBN 974 - 17 - 2627 - 9.

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือการสร้างหลักประกันให้ประชาชนสามารถเข้าถึง
บริการทางด้านสุขภาพตามความจำเป็น การบริการปฐมภูมิเป็นกิจกรรมหนึ่งของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ซึ่งเน้นการดูแลสุขภาพตนเอง บุคคล ครอบครัว และชุมชน ดังนั้นการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำ ครอบครัว
จึงเป็นตัวเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน กับบริการสาธารณสุขของรัฐ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำ
ครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชน ในด้านการศึกษาชุมชน การวางแผน การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล
โดยเก็บข้อมูลระหว่าง ธันวาคม 2545 - กุมภาพันธ์ 2546 กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวของ
จังหวัดสระแก้ว สุ่มโดยวิธี Multistage Sampling จำนวน 900 คน ตอบกลับจำนวน 806 คน(ร้อยละ 89.6) วิเคราะห์
ข้อมูลด้วยสถิติ Unpaired t-test และ One- way ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย(ร้อยละ 53.7) อายุ 41-60 ปี(ร้อยละ 42.3) สถานภาพสมรสคู่
(ร้อยละ 82.5) อาชีพเกษตรกร(ร้อยละ 67.9) การศึกษาระดับประถมศึกษา(ร้อยละ 79.4) รายได้ต่ำกว่า 5,000
บาทต่อเดือน(ร้อยละ 83.9) ระยะเวลาเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว 3 ปี(ร้อยละ 84.9) เป็นแกนนำสุขภาพ
ประจำครอบครัวอย่างเดียว(ร้อยละ 47.3) มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง(คะแนนเฉลี่ย 2.54)
เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีส่วนร่วมด้านการดำเนินกิจกรรมมากที่สุด(คะแนนเฉลี่ย 2.59) น้อยที่สุดด้านการวางแผน
(คะแนนเฉลี่ย 2.33) เพศ สถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมด้านการดำเนินกิจกรรม การศึกษาชุมชน และ
การวางแผน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.01$) อายุที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมด้านการวางแผน และด้าน
การดำเนินกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วม
ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำสุขภาพประจำ
ครอบครัวที่ไม่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า มีส่วนร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ($p < 0.001$) โดยที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนน
เฉลี่ยสูงกว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ไม่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกด้าน

ผลการศึกษานี้ จะเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน
เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรการอบรม พัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ปรับเปลี่ยนกลวิธีในการ
สนับสนุนการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในด้านการศึกษาชุมชน การวางแผน การดำเนินกิจกรรม
และการติดตามประเมินผล เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ในการดูแลสุขภาพ

ภาควิชา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

สาขาวิชา เวชศาสตร์ชุมชน

ปีการศึกษา 2545

ลายมือชื่อนิสิต.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

447 53592 30 : MAJOR COMMUNITY MEDICINE

KEYWORD : PARTICIPATION / FAMILY HEALTH LEADER / HEALTH CARE / UNIVERSAL COVERAGE POLICY

NANTIYA PIMPANG : PARTICIPATION OF FAMILY HEALTH LEADERS IN POPULATION HEALTH CARE UNDER UNIVERSAL COVERAGE POLICY IN SAKAEW PROVINCE .THESIS ADVISOR : ASSOCIATE PROFESSOR BODI DHANAMUN, M.D.,M.P.H., THESIS CO-ADVISOR : ASSISTANT PROFESSOR. SOMRAT LERTMAHARIT, M.Med.Stat., 102 pp. ISBN 974 -17- 2627 - 9.

The target of universal coverage is to increase accessibility in health care services for all people. Primary Care is one of universal coverage activities, which focus on self-care both individual, family and community. Thus, the participation of Family Health Leader(FHL) will unite the people and community's participation with governmental health care service.

The purpose of this cross-sectional descriptive study was to determine the participation of FHL in population health care in four dimensions, community assessment, planning, implementation and evaluation. The study was conducted during December 2002 to February 2003. The nine hundred family health leaders(FHL) in Sakaew province were randomly selected by using Multi-stage sampling giving 806 FHLs 89.6 %. Unpaired t-test and One-way ANOVA were used to analyze the data.

The finding of this study showed that the majority of family health leaders were male (53.7%), age ranged 41-60 years(42.3%), married(82.5%), agriculture worker(67.9%), finished from elementary school(79.4%), income less than 5,000 Baht/month(83.9%), duration of being FHL for 3 years(84.9%),and being FHL only(47.3%).Besides, it was found that FHL moderately participated in providing health care service(mean= 2.54). The consideration in each dimension also revealed that, they highly participated in implementation(mean = 2.59), but least participated in planning(mean = 2.33). In addition to sex, married status, there were statistically significant differences(p-value<0.01) in implementation, community assessment and planning. There was also found statistically significant difference (p-value<0.05) in participation among different age group,implementation and planning. Likewise, the difference between participation of FHL who is also working as village health volunteer(VHV) and FHL only was found statistically significant different (p-value<0.001), and the mean scores of participation in FHL who work as VHV were higher in all of four dimensions.

The results of this study will be beneficial for developing PHC activities of Primary Care Unit, which help to improve training course, FHL's potential, including changing some strategies in empowering the participation of FHL in community assessment , planning, implementation, and evaluation in order to achieve community participation in health care activities.

Department of Preventive and Social Medicine
Field of study Community Medicine
Academic year 2002

Student's signature.....*Nantiya Pimpang*
Advisor's signature.....*Bodi Dhanamun*
Co-advisor's signature.....*Somrat Lertmaharit*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้ สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความสามารถอย่างยิ่งของ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์บดี ธนะมัน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล ประธาน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และนายแพทย์จรัญ บุญฤทธิการ นายแพทย์ด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำ แก้ไข ปรับปรุงให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์บรรหาร ภูทอง อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ที่อนุมัติให้ใช้ทุนของโรงพยาบาลและขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์สุนทร ยนต์ตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วที่ อนุมัติให้ใช้ทุนของโรงพยาบาลและให้การสนับสนุนทุกเรื่องจนตลอดหลักสูตร

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์นคร เปรมศรี หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม และคณะเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ทุกท่านที่ให้ โอกาสและให้กำลังใจมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่ น้อง ลูกชาย และหลานๆ ที่ให้กำลังใจตลอดมา

ขอขอบคุณผู้ปฏิบัติงานของสาธารณสุขอำเภอเมืองสระแก้ว อำเภอวังน้ำเย็น และกิ่งอำเภอโคกสูงทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บแบบสอบถามเป็นอย่างดี เป็น ผลให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณ เพื่อนนิสิตปริญญาโททุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดระยะเวลาการทำวิจัย

ท้ายนี้ ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ สนับสนุนงบประมาณ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

นันทิยา พิมแพง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามในการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
การสังเกตและการวัด.....	6
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ปัญหาจริยธรรม.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
สภาพปัญหาสาธารณสุขและแนวทางแก้ไขปัญหาของจังหวัดสระแก้ว.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	10
แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว.....	16
แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว.....	18
แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ.....	22
นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	28
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	34
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย.....	39
ระเบียบวิธีวิจัย.....	39
การสังเกตและการวัด.....	41

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย.....	41
การตรวจความสมบูรณ์และถูกต้องของแบบสอบถาม.....	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพ ประจำครอบครัว ในการดูแลสุขภาพประชาชนภายใต้นโยบายหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระแก้ว.....	46
ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ประชาชนภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัด สระแก้ว	52
ส่วนที่ 3 ความแตกต่างของการมีส่วนร่วมรายด้านของแกนนำสุขภาพประจำ ครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชนภายใต้นโยบายหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและ ปัจจัยสนับสนุน.....	64
ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ประชาชนของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัคร สาธารณสุขและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ไม่มีบทบาทเป็นอาสา สมัครสาธารณสุข.....	68
ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพ ประจำ ครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชนภายใต้นโยบายหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดสระแก้ว	69
5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา.....	73
อภิปรายผล.....	77
ข้อเสนอแนะ.....	82
รายการอ้างอิง.....	84
ภาคผนวก.....	89
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	90
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	101
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	102

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	
4.1	จำนวนและร้อยละของการตอบกลับแบบสัมภาษณ์จำแนกตามโซนและอำเภอ.....	46
4.2	จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว.....	47
4.3	จำนวนและร้อยละปัจจัยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว.....	50
4.4	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชนจำแนกรายด้าน.....	52
4.5	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชนด้านการดำเนินกิจกรรมรายกิจกรรม.....	53
4.6	ร้อยละและค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการดูแลสุขภาพประชาชน ด้านการศึกษาชุมชนจำแนกรายข้อ.....	54
4.7	ร้อยละและค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชน ด้านการวางแผนจำแนกรายข้อ.....	55
4.8	ร้อยละและค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชน ด้านการดำเนินกิจกรรมจำแนกรายกิจกรรมรายข้อ.....	58
4.9	ร้อยละและค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชนภายใต้การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล จำแนกรายข้อ.....	63
4.10	ความแตกต่างการมีส่วนร่วมรายด้านของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน.....	65
4.11	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมรายด้านของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ไม่ได้มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข.....	68
4.12	ร้อยละและค่าเฉลี่ยปัญหาและอุปสรรคการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชน.....	69
4.13	จำนวนและร้อยละของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเรื่องการดูแลสุขภาพประชาชนว่าเป็นหน้าที่ของใคร.....	71
4.14	จำนวนและร้อยละที่แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเรื่องกิจกรรมการดูแลสุขภาพประชาชนของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว.....	72

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
2.1	ภาพลักษณ์ระบบสุขภาพแห่งชาติที่ควรจะเป็น.....	25
2.2	การดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชน.....	27
2.3	ระบบสุขภาพแบบบูรณาการ.....	32



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก กำหนดให้สมาชิกทุกประเทศดำเนินการให้ประชาชนบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี 2543 ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543 โดยได้เริ่มดำเนินงานครั้งแรกตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) โดยใช้กลวิธีทางสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเป็นมิติทางสาธารณสุขแผนใหม่ที่มีหลักการในการปฏิบัติที่สำคัญคือการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองตั้งแต่เริ่มต้น โดยการเสริมสร้างศักยภาพในการบริหารจัดการแก่องค์กรต่างๆ ในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ชุมชนสามารถจัดระบบสาธารณสุขมูลฐานของตนเอง โดยที่รัฐต้องการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐ เพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน และมีการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสมกับแต่ละสภาพท้องถิ่น ให้เป็นที่ยอมรับและสามารถปฏิบัติได้ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน และประเทศ ซึ่งเป้าหมายของงานสาธารณสุขมูลฐานก็เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ให้สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุข สามารถพึ่งตนเองได้และมีสุขภาพดีถ้วนหน้า^(1,2)

ระบบสุขภาพของคนไทยในช่วงแผนฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544)⁽³⁾ ในภาพรวมถือว่าดีขึ้น จากข้อมูลที่บ่งชี้ว่า ในปี 2541 คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เพศชายเป็น 70.1 ปี และเพศหญิงเพิ่มขึ้นเป็น 75.2 ปี และเมื่อนำข้อมูลมาปรับเป็นดัชนีวัดสุขภาพะสุขภาพในภาพเฉลี่ยจากอายุคาดเฉลี่ยที่ปรับตามความพิการ (Disability Adjusted Life Expectancy ; DALY) ซึ่งเป็นดัชนีวัดประสิทธิภาพระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 99 จากสมาชิกทั้งสิ้น 191 ประเทศ และเป็นอันดับที่ 4 ในกลุ่มประเทศอาเซียน 10 ประเทศ หากพิจารณาในรายละเอียดก็พบว่าประเทศไทยต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอีกหลายประการ เช่น

1. ความไม่เท่าเทียมและความไม่เป็นธรรมในการจัดบริการ รวมถึงบุคลากรและทรัพยากรด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็น แพทย์ พยาบาล เติยงและเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ที่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพ และในเขตเมืองมากกว่าในเขตชนบทมากกว่าหลายเท่า

2. ระบบบริการขาดประสิทธิภาพ ที่มุ่งการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุมากกว่า คือเน้นการซ่อมสุขภาพมากกว่าการสร้างสุขภาพ ซึ่งเป็นการลดทอนขีดความสามารถในการดูแลตนเองของประชาชนจนกลายเป็นค่านิยมที่ยึดติดกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสังคมไทย รวมทั้งธุรกิจด้านสุขภาพก็ขยายตัวอย่างไร้ทิศทางไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์สุขภาพราคาแพง อาหารเสริมสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชน ที่ไม่เหมาะสมมีการใช้จ่ายด้าน

สุขภาพค่อนข้างมาก ในปี 2541 พบว่าประเทศไทยใช้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งที่ผ่านระบบงบประมาณทั้งภาครัฐและเอกชนทั้งสิ้นประมาณ 179,689.15 ล้านบาท เป็นรายจ่ายภาครัฐ คิดเป็นร้อยละ 61.39 ส่วนรายจ่ายภาคประชาชน คิดเป็นร้อยละ 38.61 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด⁽⁴⁾ เมื่อคิดอัตราเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ บาทต่อหัวประชากรในช่วงปี พ.ศ. 2523-2541 เฉลี่ยเท่ากับ 9.08 ต่อปี ซึ่งเป็นอัตราเพิ่มที่สูงกว่าอัตราการเพิ่มผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อหัวของประชากรของประเทศ⁽⁵⁾ ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นการใช้ด้านการรักษา นอกจากนี้ประชาชนมีการใช้จ่ายมากเกินจำเป็น โดยหันมาซื้อยากินเองมากขึ้น อันเนื่องมาจากความไม่เข้าใจในวิธีการดูแลสุขภาพตั้งแต่ก่อนป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงก่อนเป็นโรค จากรายงานของกองโรงพยาบาลภูมิภาค พบว่าการให้บริการผู้ป่วยนอกสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2520-2541 ทั้งโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ มีผู้ป่วยมารับบริการมากขึ้นเรื่อยๆ⁽⁶⁾ แต่โรคที่มีการเจ็บป่วยกันมากที่สุดเป็นโรคพื้นฐาน หรืออาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ที่สามารถดูแลได้โดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและแพทย์ทั่วไป ถึงประมาณร้อยละ 50⁽⁷⁾ ซึ่งแสดงถึงระบบบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพไม่เป็นไปตามขั้นตอน

3. การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล สามารถแก้ปัญหาความขาดแคลนได้ระดับหนึ่ง แต่การกระจายและการพัฒนาคุณภาพประชากรยังต้องปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้มีการเพิ่มกำลังคนตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานขึ้น เพื่อพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนในรูปของการประสานงานและสร้างเครือข่ายการพัฒนา รวมทั้งการสร้างกระบวนการเรียนรู้ เพื่อขยายผลให้เกิดการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้จนถึงระดับครอบครัว จนกระทั่งปี 2543 มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำนวน 711,898 คน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) จำนวน 6,927,752 คน แต่เป็นเพียงการเพิ่มในเชิงปริมาณเท่านั้น แต่ยังขาดคุณภาพ มีเพียง ร้อยละ 20 เท่านั้นที่ปฏิบัติหน้าที่อย่างจริงจัง^(8,9) ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาด้านคุณภาพ และสนับสนุนการดำเนินการด้านการสร้างสุขภาพให้กับแกนนำด้านสุขภาพในชุมชนเพิ่มมากขึ้น เพื่อเป็นกำลังสำคัญ ในการสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัว ชุมชน และสังคมได้

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการ ทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540⁽¹⁰⁾ มาตรา 52 ที่ว่า "บุคคลย่อมมีสิทธิ เสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้ มีสิทธิ ได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ..."

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว คงไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพได้ การที่ประชาชนจะมีสุขภาพดีได้นั้น ประชาชนต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพ

ได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วม ดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้ โดยถือว่า สุขภาพ เป็นของประชาชน และเพื่อประชาชนทุกคน (All for Health and Health for All) ทั้งหมดจะทำให้ระบบเน้นที่การ "สร้าง" สุขภาพมากกว่าการ "ซ่อม" สุขภาพ

ดังนั้นจะพบว่าในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 และ 9 ต่างก็มุ่งเน้นที่จะพัฒนาที่คุณภาพของงาน และเน้นการพัฒนาคน เป็นประเด็นสำคัญ จุดเชื่อมโยงของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 และแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 คือการพัฒนาคนทั้งที่เป็นตัวบุคคล และองค์กรชุมชน เพื่อให้มีความเข้มแข็ง

ในจังหวัดสระแก้วได้พัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยกำหนดหลักสูตรการอบรม 1 วัน ในเนื้อหาหลักสูตรประกอบด้วย การดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกลุ่มอายุประกอบด้วย การดูแลกลุ่มเด็ก อายุ 0-5 ปี เด็กวัยเรียน การดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร การดูแลสิ่งแวดล้อมและป้องกันปัญหาเสพติด วัยทำงาน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แกนนำสุขภาพมีความรู้และได้แนวทางในการดูแลสุขภาพ และมีการติดตามให้คำแนะนำ โดยอสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัจจุบันจังหวัดสระแก้วมีแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำนวน 76,881 คนคิดเป็นร้อยละ 81.57 ของจำนวนหลังคาเรือน มีการประเมินผลการดำเนินงานแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เมื่อปี 2542⁽¹¹⁾ พบว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.5 และมีการพัฒนาความรู้ แต่ไม่มีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง และการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องอาศัยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการประสานงานระหว่างคนในครอบครัว และบ้านใกล้เคียงอยู่แล้ว ในการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน และภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2545 ในกิจกรรมหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเน้นการดูแลสุขภาพตนเอง บุคคล ครอบครัว และชุมชน ดังนั้นการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจึงจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะนำสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืนได้

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชน ด้านการศึกษาชุมชน การวางแผน การดำเนินกิจกรรมและการติดตามประเมินผลว่าเป็นอย่างไรร้อยละที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชน ความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงปัญหาและอุปสรรค เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาบทบาทของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป โดยเลือกศึกษาวิจัยในพื้นที่

จังหวัดสระแก้ว เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่และมีส่วนรับผิดชอบงานศูนย์สุขภาพชุมชน และงานสาธารณสุขมูลฐาน

คำถามการวิจัย

คำถามหลัก

การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการดูแลสุขภาพประชาชน ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระแก้วเป็นอย่างไร

คำถามรอง

1. การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการดูแลสุขภาพประชาชน ด้านการศึกษาชุมชน การวางแผน การดำเนินกิจกรรม และการติดตามประเมินผล ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระแก้วเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุน มีผลต่อการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการดูแลสุขภาพประชาชน ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดสระแก้วหรือไม่ อย่างไร

3. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ไม่ได้มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

4. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขปัญหาการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการดูแลสุขภาพประชาชน ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระแก้ว เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการดูแลสุขภาพประชาชน ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดสระแก้ว

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการดูแลสุขภาพประชาชน ด้านการศึกษาชุมชน การวางแผน การดำเนินกิจกรรม และการติดตามประเมินผล ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าจังหวัดสระแก้ว

2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยสนับสนุนกับการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชนภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระแก้ว

3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ไม่ได้มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระแก้ว

4. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการดูแลสุขภาพประชาชน ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระแก้ว

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล
<ul style="list-style-type: none"> - เพศ - อายุ - สถานภาพสมรส - อาชีพ - ระดับการศึกษา - รายได้ - จำนวนสมาชิกในครัวเรือน - ระยะเวลาอาศัยอยู่ในชุมชน - ระยะเวลาการเป็นแกนนำ - ประวัติการเจ็บป่วย
บทบาทการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข
<ul style="list-style-type: none"> - เป็น/เคยเป็น อสม./ บทบาทอื่นในหมู่บ้าน
ปัจจัยสนับสนุน
<ul style="list-style-type: none"> - การได้รับข้อมูลข่าวสาร - การร่วมกิจกรรมสาธารณสุขในชุมชน - การได้รับการฝึกอบรม - ประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครัวเรือนที่รับผิดชอบ



<p>การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการดูแลสุขภาพประชาชน ภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า</p>
<ul style="list-style-type: none"> - การมีส่วนร่วมในการศึกษาชุมชน - การมีส่วนร่วมในการวางแผนด้านสาธารณสุข - การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุข - การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

การสังเกตและการวัด

ตัวแปรอิสระ

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เป็น/เคยเป็น อสม. บทบาทอื่น ระยะเวลาอาศัยอยู่ในชุมชน ภูมิลำเนาเดิม ระยะเวลาการเป็นแกนนำ ประวัติการเจ็บป่วย

ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การร่วมกิจกรรมสาธารณสุขในชุมชน การได้รับการฝึกอบรม ประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครัวเรือนที่รับผิดชอบ

ตัวแปรตาม การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการดูแลสุขภาพประชาชน ภายใต้ต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน

1. การมีส่วนร่วมในการศึกษาชุมชน
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนด้านสาธารณสุข
3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุข
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

ข้อตกลงเบื้องต้น

ระดับคะแนนการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็น Ordinal scale จะพิจารณาตัวแปรว่ามีอันตรายภาคชั้นแต่ละอันตรายภาคชั้นเท่ากัน (Equal interval) คะแนนเดียวกันของแต่ละคนมีค่าเท่ากันเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเป็น interval scale ต่อไป⁽¹²⁾

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) หมายถึง ประชาชนในแต่ละครัวเรือนที่ได้รับการอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามหลักสูตรแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวของจังหวัดสระแก้ว ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2542
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง ประชาชนในหมู่บ้านที่ได้รับการคัดเลือกเข้ารับการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามกลวิธีทางสาธารณสุขมูลฐาน
3. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง ประชาชนที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเข้ารับการอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามหลักสูตรแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวของจังหวัดสระแก้ว ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2542
4. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นกรรมการหมู่บ้านและอื่นๆ หมายถึง ผู้ที่มี

บทบาทเป็น ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกอบต. กลุ่ม กองทุนพัฒนาต่างๆที่ตั้งขึ้นในหมู่บ้าน และได้รับการอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ตามหลักสูตรแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวของจังหวัดสระแก้ว ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2542

5. นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขโดยมีเป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการ ทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยประชาชน ในการศึกษาครั้งนี้เน้นในกิจกรรมบริการปฐมภูมิซึ่งเน้นการดูแลสุขภาพตนเอง บุคคล ครอบครัว และชุมชน

6. การดูแลสุขภาพประชาชน หมายถึง การดูแลตั้งแต่บุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมถึงการจัดให้มีแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาด้านส่งเสริมสุขภาพอนามัยชุมชน การสุขภาพิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสาธารณสุขพื้นฐาน การป้องกันและรักษาโรคและสิ่งเสพติด การบริการสาธารณสุขูปโภคพื้นฐาน อื่น ๆ ตลอดจนด้านการพัฒนาจิตใจ

7. การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชน หมายถึง แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพของประชาชน เป็นผู้ดำเนินการเอง เป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา แนะนำ หรือเป็นผู้ร่วมดำเนินการกับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มองค์กรชุมชนต่าง ๆ เพื่อพัฒนาไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีของประชาชนร่วมกัน โดยจะพิจารณาการมีส่วนร่วมจากผลรวมคะแนนจากแบบสอบถาม โดยจำแนกคำถามเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการศึกษาชุมชน ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงาน และด้านการติดตามประเมินผลดังนี้

7.1 การศึกษาชุมชน หมายถึง การศึกษาค้นคว้าปัญหาและสาเหตุของปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน รวมตลอดจนถึงความต้องการของชุมชน

7.2 การวางแผน หมายถึง การเตรียมการในสิ่งที่จะกระทำไว้ล่วงหน้าว่าจะทำอะไร ทำเมื่อไร ทำอย่างไร ใครทำ

7.3 การดำเนินกิจกรรม หมายถึง การปฏิบัติ ด้วยวิธีที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม และทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อให้กิจกรรมบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ ในการวิจัยนี้กำหนดให้การทำงานเป็นตามบทบาทหน้าที่การดูแลสุขภาพ การให้ข้อมูลข่าวสาร การดูแลสุขภาพ เด็ก 0-5 ปี, 6-15 ปี, 16-59 ปี ,กลุ่มหญิงมีครรภ์, กลุ่มวัยทำงาน ,กลุ่มผู้สูงอายุ, กลุ่มผู้พิการ และกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง

7.4 การติดตามประเมินผล หมายถึง การติดตามผลความเป็นไปได้ ของการดำเนินโครงการ / กิจกรรม หรือการปฏิบัติกิจกรรม ทางด้านการดูแลสุขภาพ และผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ให้เป็นไปตามแผนงานที่วางไว้

ปัญหาทางจริยธรรม

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ไม่ได้ใส่สิ่งแทรกแซงหรือการทดลองใดๆให้กับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จึงคาดว่าไม่มีปัญหาทางจริยธรรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการดูแลสุขภาพประชาชน ด้านการศึกษาชุมชน การวางแผน การดำเนินกิจกรรม และการติดตามประเมินผล
2. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาศักยภาพของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน เป็นผู้ประสานของครอบครัว ในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาของครอบครัวและชุมชน
3. เป็นแนวทางในการวางแผน ดำเนินการพัฒนาหลักสูตรการอบรม ปรับเปลี่ยนกลวิธี ในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในชุมชนในการดูแลสุขภาพ ทำให้เกิดการสร้างสุขภาพ และส่งผลถึงความเข้มแข็งของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง "การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชนภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระแก้ว" ครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมทฤษฎีแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. สภาพปัญหาสาธารณสุขและแนวทางการแก้ไขปัญหาของจังหวัดสระแก้ว
2. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
3. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
4. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
5. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ
6. นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สภาพปัญหาสาธารณสุขและแนวทางการแก้ไขปัญหาของจังหวัดสระแก้ว⁽¹³⁾

จากการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดสระแก้ว พบว่ายังมีปัญหาการตายเนื่องจากการตั้งครุฑและการคลอดบุตร การติดเชื้อ HIV ในกลุ่มหญิงมีครรภ์ การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง ซึ่งมีสาเหตุจากพฤติกรรมไม่ถูกต้อง ถึงแม้จะใช้กลยุทธ์ของการสาธารณสุขมูลฐานจนสามารถประกาศเป็นจังหวัดสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2540 แล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่สามารถเป็นหลักประกันได้ว่าประชาชนจะดูแลสุขภาพตนเอง และชุมชนได้จึงจำเป็นต้องหามาตรการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนให้มากขึ้น ในปี 2542 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายสำคัญคือ

1. นโยบายสุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ(Good Health At Low cost)
2. ให้กำหนดลำดับความสำคัญของงานที่จะทำและเงินที่จะใช้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. มุ่งเน้นรับผิดชอบต่อสังคม โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ และดูแลสุขภาพตนเอง

เพื่อไม่ให้เจ็บป่วย(Before) มากกว่าการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยแล้ว(After)

4. ใช้กลยุทธ์แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว(กสค.) และมีเป้าหมายในการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ตำบลละ 1 หมู่บ้านในปี 2542 และเพิ่มให้เต็มพื้นที่ภายใน 5 ปี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วเห็นว่าการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวจะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ จึงสนับสนุนให้งานสาธารณสุขมูลฐานดำเนินการโดยใช้งบประมาณที่ได้รับจัดสรรตามแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน หมวดเงินอุดหนุน หมู่บ้านละ 7,500 บาท และหมวดตอบแทนวัสดุ วัสดุ และวัสดุ ซึ่งสามารถดำเนินการได้ใน 3 กิจกรรม

1. พัฒนาคนในชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและคนในชุมชนได้

2. แก้ไขปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน
3. สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขที่จำเป็นในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ปี 2542 จังหวัดสระแก้วได้ดำเนินโครงการครอบครัวสุขภาพดี โดย อบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และกระตุ้นการดูแลสุขภาพ โดยเนื้อหาประกอบด้วย การดูแลสุขภาพตนเองคนในครอบครัว การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและแก้ปัญหาของครอบครัวและชุมชน โดยแยกเป็นกลุ่มดังนี้

1. การดูแลสุขภาพเด็ก 0-5 ปี, 6-15 ปี
2. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
3. การดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร
4. การดูแลสุขภาพปากและฟัน
5. การดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อมและป้องกันปัญหายาเสพติด
6. การดูแลสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน
7. การดูแลสุขภาพคนพิการ
8. การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง

ผลผลิตของโครงการ สามารถผลิตแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) ครอบครัวร้อยละ 81.6 ของหลังคาเรือนทั้งหมด ได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นทุกคน และมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 93.5 และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 70 มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและคนในครอบครัวเพิ่มขึ้น แต่การดูแลสุขภาพอนามัยตนเองและคนในครอบครัวยังต่ำกว่าเป้าหมาย ทั้งนี้ส่วนหนึ่งมีผลมาจากการบริการสาธารณสุขมูลฐานไม่ครอบคลุม การสนับสนุนอุปกรณ์ล่าช้า

แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วม เป็นภาระที่สำคัญต่อความสำเร็จของการพัฒนาทางด้านการเมือง วัฒนธรรม เศรษฐกิจและสังคมหรือด้านอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นระดับนานาชาติ ระดับชาติ ระดับท้องถิ่นหรือระดับชุมชน มิใช่ของใหม่ แต่เป็นเรื่องเก่าที่ทำกันมาหลายทศวรรษ ซึ่งเกิดขึ้นจากปัญหาความล้มเหลวของการดำเนินงานพัฒนาชนบทในอดีต ซึ่งเป็นการให้ความสำคัญกับบทบาทของคนภายนอกชุมชน แต่ละเลยศักยภาพและความสามารถของคนในชุมชน ดังนั้น จึงได้มีการหันมาทบทวนถึงประสบการณ์การพัฒนาที่ผ่านมา ทำให้ได้ข้อสรุปว่าองค์กรท้องถิ่นหรือชุมชนน่าจะเป็นผู้กำหนดเป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนา โดยมีส่วนร่วมในการระบุปัญหาและความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน วิเคราะห์ปัญหา ตัดสินใจเสนอและเลือกแนวทางที่เหมาะสม ในการแก้ไขปัญหา และร่วมดำเนินการตามแนวทางที่เลือก โดยการให้ทรัพยากรภายในชุมชนทั้งกำลังคน และทรัพยากรอื่น ๆ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และประเมินผลด้วยตนเอง

ความหมาย แนวคิด ของการมีส่วนร่วม

สำนักแรงงานระหว่างชาติ(1971)⁽¹⁴⁾ ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้คือ ความร่วมมือร่วมดำเนินการ ในบางสิ่งบางอย่าง และรวมถึงความรับผิดชอบด้วย

ยิวัดน์ วุฒิเมธี (2526)⁽¹⁵⁾ การมีส่วนร่วมหมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ และร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ อันมีผลกระทบต่อมาถึงตัวประชาชนเอง และการที่จะพิจารณาว่าเรื่องใดจะมีผลกระทบต่อถึงตัวนั้น เป็นผลมาจากการเห็นพ้องต้องกันในเรื่องของความต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลง และความเห็นพ้องต้องกันนั้นจะต้องมีมากพอจนเกิดการริเริ่มโครงการ เพื่อการปฏิบัติ

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง(2527)⁽¹⁶⁾ การมีส่วนร่วมหมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมของชาวบ้านตามที่หน่วยงานของรัฐหรือเอกชนคิดขึ้น หรือชาวบ้านเป็นผู้เสนอโดยมีการเข้าร่วมในหลายระดับ เช่น การเข้าร่วมในการฟังเฉย ๆ ฟังและออกความคิดเห็น ตลอดจนร่วมในการวางแผน ผู้เข้าร่วมมีตั้งแต่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน และชาวบ้านทั่วไป

ไพรัตน์ เดชะรินทร์ (2527)⁽¹⁷⁾ การมีส่วนร่วมหมายถึง กระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริม ชักนำสนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชน ทั้งในรูปส่วนบุคคล กลุ่มคน ชมรม สมาคม มูลนิธิ และองค์กรอาสาสมัครรูปแบบต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องรวมกัน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (2531)⁽¹⁸⁾ การมีส่วนร่วมหมายถึง การมีบุคคลหลายส่วนมาทำงานเพื่อส่วนรวมร่วมกัน เพราะบุคคลเหล่านั้นมีผลประโยชน์ร่วมกัน บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมด้วยเหตุผลหลายประการเช่น มีแรงจูงใจ อยากเด่นอยากดัง หรือมีความสำคัญในสังคม อยากทดลองและอยากแก้ตัว หรือทดแทนความผิดที่เคยมีมา

ประพนธ์ ปิยรัตน์(2534)⁽¹⁹⁾ การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของคนที่อยู่ร่วมกันในชุมชน ในการวางแผน การดำเนินงาน และการควบคุมโดยอาศัยทรัพยากรท้องถิ่น เพื่อให้เกิดประโยชน์ด้วยการพึ่งพาตนเองของท้องถิ่น

จากความหมายของการมีส่วนร่วมดังกล่าวมาแล้วข้างต้นสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึงการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือดำเนินงานร่วมกันระหว่างชุมชนกับองค์กร

ของรัฐในกระบวนการพัฒนาต่าง ๆ เริ่มตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การตัดสินใจ การวางแผน และปฏิบัติ ตลอดจนติดตามและประเมินผล เพื่อให้กิจกรรมบรรลุผลตามจุดมุ่งหมายที่ได้กำหนดไว้

ลักษณะของการมีส่วนร่วม

องค์การอนามัยโลก(1979)⁽²⁰⁾ ได้เสนอรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่ถือว่าเป็นรูปแบบที่แท้จริงนั้น จะต้องประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ

1. การวางแผน (Planning) ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีการติดตามและประเมินผล และประการสำคัญคือการตัดสินใจด้วย
2. การดำเนินกิจกรรม (Implementation) ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการจัดการและบริหาร การใช้ทรัพยากร มีความรับผิดชอบในการจัดสรร ควบคุมทางการเงิน และการบริการ
3. การใช้ประโยชน์ (Utilization) ประชาชนจะต้องมีความสามารถในการนำกิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับของการพึ่งตนเอง และการควบคุมทางสังคม
4. การได้รับผลประโยชน์ (Obtaining Benefits) ประชาชนจะต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จาก ชุมชนในพื้นที่ฐานที่เท่ากัน ซึ่งอาจเป็นผลประโยชน์ส่วนตัวในสังคม หรือวัตถุก็ได้

โคเฮน และอัฟซอฟ (1980)⁽²¹⁾ ได้สร้างกรอบพื้นฐานเพื่อการอธิบายและวิเคราะห์การมีส่วนร่วม ออกเป็น 4 ลักษณะคือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision-Making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ(Implementation)ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานงานขอความร่วมมือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits)ไม่ว่าจะเป็นผลประโยชน์ทางด้านวัตถุประสงค์ ประโยชน์ทางสังคมหรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล(Evaluation) ซึ่งนับเป็นการควบคุมและ ตรวจสอบการดำเนินงานทั้งหมด และเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์(2527)⁽²²⁾ ได้จำแนกลักษณะของการมีส่วนร่วมไว้ 3 ประการ

1. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมโดยตรง โดยไม่ผ่านองค์กรจัดตั้งของประชาชน เช่น การรวมกลุ่มเยาวชน กลุ่มต่าง ๆ
2. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมทางอ้อม โดยผ่านองค์กรผู้แทนของประชาชน เช่น กรรมการของกลุ่มหรือชุมชน กรรมการหมู่บ้าน

3. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมโดยการเปิดโอกาสให้ โดยผ่านองค์กรที่ไม่ใช่ผู้แทนของประชาชน เช่นสถาบันหรือหน่วยงานที่เชิญชวน หรือเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเมื่อไรก็ได้ ทุกเวลา

สุจินต์ คาววิรกุล (2527)⁽²³⁾ ได้แบ่งรูปแบบหรือลักษณะต่าง ๆ ของการมีส่วนร่วม ของประชาชน ในการพัฒนาไว้ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ริเริ่ม
2. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดำเนินการ
3. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้ทรัพยากร
4. การมีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
5. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา
6. การมีส่วนร่วมในการคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหา
7. การมีส่วนร่วมในการวางแผน
8. การมีส่วนร่วมในการประชุม
9. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม
10. การมีส่วนร่วมในการออกเสียงสนับสนุนหรือคัดค้านปัญหา
11. การมีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการ หรือบริหารงาน
12. การมีส่วนร่วมในการเป็นสมาชิก
13. การมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ชักชวน หรือประชาสัมพันธ์
14. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามกิจกรรมที่วางไว้
15. การลงทุน หรือบริจาคเงินทรัพย์สิน

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2527)⁽¹⁶⁾ ได้สรุปการมีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานกิจกรรม
3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

ไพรัตน์ เดชะรินทร์ (2527)⁽¹⁷⁾ กล่าวถึงขั้นตอนของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานให้ บรรลุวัตถุประสงค์ และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้ คือ

1. ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าปัญหาและสาเหตุของปัญหา ที่เกิดขึ้นในชุมชน รวมตลอดความต้องการของชุมชน
2. ร่วมคิดหา และสร้างรูปแบบ และวิธีการพัฒนา เพื่อแก้ไขและลดปัญหาของชุมชนหรือเพื่อ สร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของชุมชน

3. ร่วมวางนโยบาย แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม เพื่อขจัดและแก้ไขปัญหาและสนองความต้องการของชุมชน
4. ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัด ให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบบริหารงานพัฒนา ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
5. ร่วมการลงทุนในกิจกรรม โครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเองและหน่วยงาน
6. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงานโครงการ และกิจกรรม ให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้
7. ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้ทั้งโดยเอกชนและรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2543)⁽²⁴⁾ ได้กล่าวว่าการมีส่วนร่วมนั้นมี 5 ระดับคือ

1. การมีส่วนร่วมในการศึกษาชุมชน
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนงานพัฒนา
3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
5. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ (2544)⁽²⁵⁾ ได้กล่าวถึงระดับของการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญนั้นมีทั้งหมด 4 ระดับได้แก่

1. การร่วมรับรู้ข่าวสารข้อมูล เกี่ยวกับโครงการกิจกรรมต่าง ๆ ของรัฐ
2. การมีส่วนร่วมในการคิด โครงการ กิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับการทำประชาพิจารณ์ก่อนจะดำเนินโครงการต่าง ๆ ต้องให้ประชาชนร่วมคิด ร่วมแสดงความคิดเห็น
3. การมีส่วนร่วมทำ ถ้าเป็นระดับนโยบายจะเห็นว่าประชาชน สามารถร่วมร่างกฎหมายได้ นอกจากนี้ยังมีการรับรองเรื่องสิทธิชุมชน
4. การมีส่วนร่วมตรวจสอบ รัฐธรรมนูญได้เปิดให้ประชาชนสามารถเข้าชื่อถอดถอนผู้มีอำนาจหน้าที่ทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่นได้

จากลักษณะรูปแบบ และขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาชนดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างกันอยู่บ้างในรายละเอียดเท่านั้น ซึ่งพอจะสรุป รูปแบบของการมีส่วนร่วมได้ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการศึกษา ค้นคว้าปัญหา และสาเหตุของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนในการดำเนินกิจกรรม
3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและร่วมดำเนินงาน
4. การมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์
5. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข⁽²⁶⁾

การมีส่วนร่วมของชุมชน ถือเป็นหัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นกลวิธีที่ใช้ดำเนินการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า โดยจากรุณันท์ สมบูรณ์สิทธิ์ ได้ให้ความหมายและลักษณะการมีส่วนร่วมทางสาธารณสุขไว้ดังนี้ คือ การมีส่วนร่วมหรือความร่วมมือของชุมชน หมายถึง ความตระหนัก ความรับผิดชอบความเป็นเจ้าของกิจกรรมสาธารณสุขที่ชุมชนควรได้รับ ดังนั้น ชุมชนจะต้องรับรู้สภาพปัญหาของตน สามารถวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหา ตลอดจนดำเนินการแก้ไขปัญหามาตามศักยภาพที่มีซึ่งชุมชนต้องร่วมมือทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ นอกจากนี้ยังได้เสนอการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ ดังนี้

1. การสำรวจและใช้ผลการสำรวจ จปฐ. ในการวางแผนและแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยบุคคลในชุมชนต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เป็นเป้าหมายการพัฒนาใน จปฐ. และมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นฐานในการวางแผน แก้ไขปัญหาของตนเอง โดยประชาชนในชุมชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ช่วยกันวางแผนหาแนวทางในการแก้ปัญหา ตลอดจนติดตามและประเมินผล

2. การจัดตั้งกองทุนหมุนเวียนในหมู่บ้าน เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขเฉพาะเรื่อง ซึ่งการจัดตั้งกองทุน จะต้องมีภาระค้ำจุนความร่วมมือจากทุกครัวเรือนในชุมชน และจะต้องมีการจัดตั้งกลุ่มคนขึ้นดูแลการบริหารจัดการ เพื่อให้กองทุนนั้น สามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขตามที่ต้องการแต่ทั้งนี้จะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไข สภาพเศรษฐกิจของชุมชน ตลอดจนพื้นฐานความร่วมมือและการรวมตัวของประชาชนในชุมชน

3. การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.) เป็นรูปแบบหนึ่งที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา โดยการกำหนดสถานที่ที่เป็นศูนย์กลางในการพบปะกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับ อสม. และ อสม. กับประชาชน เพื่อเป็นที่ถ่ายทอดความรู้ วางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน รวมทั้งเป็นแหล่งให้บริการสาธารณสุขมูลฐานที่จำเป็น 14 องค์ประกอบ คือ การศึกษา การโภชนาการ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การสุขภาพสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน การวางแผนครอบครัวและการอนามัยแม่และเด็ก การควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การดูแลสุขภาพจิต การทันตสาธารณสุข การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย เป็นศูนย์รวมข้อมูลของหมู่บ้าน และเป็นที่ประสานกลุ่มพลังต่าง ๆ

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีการมีส่วนร่วม ไปประยุกต์ใช้ในการกำหนดแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชน และใช้สร้างนิยามเฉพาะศัพท์ แบ่งเป็น 4 ด้านด้วยกัน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการศึกษาชุมชน
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนงานด้านสาธารณสุข

3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

แนวคิดเกี่ยวกับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว⁽²⁷⁾ หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นแกนหลักของครอบครัวในการดูแล จัดการด้านสุขภาพอนามัยให้แก่บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว ทั้งนี้เพื่อที่จะทำให้ทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง ทั้งร่างกายและจิตใจ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจึงเป็นบุคคลที่มีอยู่แล้วในแต่ละครอบครัว ซึ่งจะเป็นใครก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละครอบครัว ความพร้อมและความเต็มใจของผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวนั้น ๆ

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีขึ้นตามแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน ที่ผสมผสานระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยที่ชุมชนมีความต้องการร่วมมือกันเอง หรือได้รับการสนับสนุนจากรัฐจัดให้มีขึ้น ใช้ทรัพยากรและวิทยาการที่ไม่สูงเกินไปอย่างเหมาะสม สามารถหาได้จากท้องถิ่นเป็นส่วนใหญ่ และเป็นไปในแนวทางที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และสภาพสังคมของท้องถิ่นในอันที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขซึ่งประชาชนสามารถตระหนักด้วยตนเอง นอกจากนั้นการดำเนินการยังเชื่อมโยงกับขบวนการพัฒนาท้องถิ่น และบริการสาธารณสุขของรัฐในด้านการสนับสนุน การส่งมอบผู้ป่วย การติดต่อสื่อสารภายในชุมชน

การพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานมีแนวทางในการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ดังนี้

1. การเตรียมชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำความเข้าใจกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และดำเนินการพิจารณาผู้ทำหน้าที่เป็นแกนหลักในการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวในละแวกบ้าน/ชุมชนที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดูแล และศึกษาสถานะทางสุขภาพอนามัยของแกนนำหลัก เพื่อใช้ประกอบการวางแผนดำเนินการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการและสภาพปัญหาของครอบครัว

2. การถ่ายทอดความรู้สู่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจะได้รับความรู้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลรับผิดชอบประจำละแวกบ้าน / พื้นที่เป็นหลัก ในการถ่ายทอดความรู้ ทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพอนามัยนอกจากนี้ยังเป็นผู้ดูแลจัดหาสื่อสิ่งพิมพ์อื่น ๆ ให้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเพื่อใช้ในการเรียนรู้ด้วยตัวเอง เพื่อให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เกิดประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยที่ดียิ่งขึ้น

3. การสร้างเครือข่ายแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจะเป็นผู้ประสานงานของครอบครัวในการร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาและการพัฒนางานสาธารณสุขของท้องถิ่น ซึ่งจะเกิดเป็นเครือข่ายความ

ร่วมมือในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยของชุมชนแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจะได้รับการอบรมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยจากบุคลากรสาธารณสุขประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ผ่านการอบรมความรู้ ฯ ตามหลักสูตรของสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ความรู้พื้นฐานที่จะได้รับประกอบด้วย การดูแลสุขภาพอนามัยของบุคคลและครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับแหล่งความรู้และแหล่งบริการสาธารณสุขที่จำเป็น การดูแลอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่ครอบครัวสามารถมีบทบาทร่วมกับชุมชน



แหล่งและวิธีการถ่ายทอดความรู้สู่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา⁽²⁸⁾ ได้ให้ความหมายของแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว หรือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวว่าหมายถึง บุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวที่มีความรู้และปฏิบัติตนเองทางด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องเป็นแบบอย่างให้กับครอบครัว และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่คนอื่น ๆ ในครอบครัว

แกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว หรือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ได้มาโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งดูแลและแวก หรือคุ้มบ้านนั้น ๆ เป็นผู้คัดเลือกจากทุกครอบครัว ครอบครัวละ 1 คน อาจจะเป็นหัวหน้าครอบครัว แม่บ้าน ลูก หลาน หรือญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ในครอบครัวนั้น ๆ

คุณสมบัติของแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัวหรือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีดังนี้

1. ไม่เป็นผู้พิการ หูหนวก ตาบอด หรือป่วยเป็นโรคเรื้อรังนาน ๆ
2. พothที่จะอ่านออกเขียนได้ เพื่อฟังวิทยุ ฟังหอกระจายข่าว ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือพิมพ์ หนังสือคู่มือ หรือพูดคุยสนทนากับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพื่อนบ้านได้

3. มีการปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยเป็นตัวอย่างที่ดีแก่คนในบ้านและเพื่อนบ้านได้
4. มีความเข้าใจ และสนใจที่จะเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ประจำครอบครัวของตนเอง
5. อายุของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เริ่มตั้งแต่เข้าโรงเรียนอ่านออกเขียนได้ คือ 10 ปีขึ้นไป จนถึงวัยสูงอายุ สามารถเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวได้
6. คุณสมบัติอื่น ๆ เป็นไปตามที่ชมรม อสม. ของหมู่บ้านนั้น ๆ จะระบุไว้เพิ่มเติม

บทบาทหน้าที่

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่

1. เป็นแกนหลักที่สำคัญของครอบครัวในการดูแลสุขภาพอนามัยของสมาชิกในครอบครัว
2. เป็นแบบอย่างที่ดีทางด้านการดูแลสุขภาพอนามัยให้แก่สมาชิกในครอบครัว
3. เป็นผู้ประสานงานของครอบครัว ในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหา และการพัฒนาสาธารณสุข

ของครอบครัวและชุมชน

ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง⁽²⁹⁾

การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพภาวะสุขภาพภายหลังการเจ็บป่วย เป็นระบบการบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิ ที่ดำเนินการปฏิบัติด้วยตนเอง หรือผู้อื่นช่วยเหลือ ทั้งนี้กระบวนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองจะรวมไปถึงกระบวนการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค (รวมทั้งการใช้ยา) และการปฏิบัติตนภายหลังการรับบริการ

สรุปได้ว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) เป็นสมาชิกในครอบครัวที่เป็นแกนหลักของครอบครัว ในการจัดการด้านสุขภาพแก่บุคคลในครอบครัว ทั้งนี้เพื่อที่จะทำให้ทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพดี รวมถึงเป็นแบบอย่างที่ดี ทางด้านการดูแลสุขภาพ และเป็นผู้ประสานงานของครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการพัฒนาสาธารณสุขของครอบครัวและชุมชน

แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

ครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุด เป็นกลุ่มสังคมขนาดเล็กที่ประกอบด้วยคนต่างเพศ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือทางการสืบสายโลหิต เป็นหน่วยของสังคมที่มีความสัมพันธ์และความร่วมมืออย่างใกล้ชิด เพราะเป็นแหล่งสร้างความสัมพันธ์ของผู้คนในสังคม ก่อให้เกิดความผูกพันกัน สร้างบรรทัดฐานของสังคมทั้งในด้านการอยู่ร่วมกันและการทำมาหาเลี้ยงชีพ และอบรมสมาชิกในครอบครัวให้เรียนรู้ระเบียบแบบแผนของสังคมเพื่อให้สังคมดำรงอยู่ต่อไป ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความคงทนที่สุด และยังไม่เคยปรากฏว่าสังคมมนุษย์ใดไม่มีสถาบันครอบครัวปรากฏอยู่ เพราะมนุษย์

ทุกคนต้องอยู่ในสถาบันนี้เนื่องจากเป็นสังคมกลุ่มแรกที่เราจะต้องเผชิญตั้งแต่แรกเกิดจนเติบโตในครอบครัว นอกจากนี้การรู้จักลักษณะของสถาบันครอบครัว จะช่วยให้รู้จักจุดเด่น จุดด้อยของบรรพบุรุษที่ช่วยให้ อันจะเป็นแนวทางในการปรับปรุงสถาบันครอบครัวให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ของสังคมได้ดีขึ้น

ความหมายของครอบครัว

ครอบครัว ตามพจนานุกรม⁽³⁰⁾ หมายถึง ผู้ร่วมครัวเรือน ได้แก่ สามี ภรรยา และบุตร ในทางสังคมวิทยา ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่า หมายถึง รูปแบบของการที่บุคคล 2 คน หรือกลุ่มบุคคลสร้างแบบ (Pattern) หรือโครงสร้าง (Structure) ของการอยู่ร่วมกัน ส่วนนักจิตวิทยา ได้ให้ความหมายของ ครอบครัวไว้ว่า ครอบครัวคือสถาบันทางสังคมแห่งแรกที่มนุษย์สร้างขึ้นจากความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน เพื่อเป็นตัวแทนของสถาบันทางสังคมภายนอกที่ปะหลุกฝังความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติ กับสมาชิกรุ่นใหม่ของสังคมที่มีชีวิตอุบัติขึ้นในครอบครัว

Burgess และ Locke (อ้างในสุพัตรา สุภาพ)⁽³¹⁾ ได้ให้คำจำกัดความของครอบครัวว่า จะต้อง มีลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ

1. ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลที่มาอยู่ร่วมกันโดยการสมรส หรือความผูกพันทางสายโลหิต หรือการมีบุตรบุญธรรม การสมรสแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างสามี และภรรยา ส่วนความผูกพันทางสายโลหิต คือ ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อ แม่ และลูก รวมทั้งบุตรบุญธรรม
2. สมาชิกของครอบครัวเหล่านี้อยู่รวมกันภายในครัวเรือนเดียวกัน หรือบางครั้งก็แยกกันไปอยู่ต่างหาก สมัยโบราณครัวเรือนหนึ่งจะมีสมาชิก 3 - 4 - 5 ชั่วอายุคน ปัจจุบันครัวเรือน (โดยเฉพาะในประเทศพัฒนา) จะมีขนาดเล็ก ประกอบด้วยสามี ภรรยา และลูกหนึ่งหรือสองสามคนขึ้นไป หรือไม่มีเลย
3. ครอบครัวเป็นหน่วยของการกระทำระหว่างกัน เช่น สามี-ภรรยา พ่อ-แม่ ลูก พี่-น้อง โดยสังคมแต่ละแห่งจะกำหนดบทบาทของแต่ละครอบครัวไว้ ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับประเพณีของแต่ละแห่ง ซึ่งหมายความว่า ไม่ใช่เพียงต่างคนต่างหากิน ต่างคนต่างอยู่ แต่ต่างคนต่างมีปฏิริยาเชิงสัมพันธ์ต่อกัน เช่น รักกัน เอาใจใส่กัน สันทนกัน จิตใจผูกพันกัน เป็นต้น
4. ครอบครัวถ่ายทอดรักษาวัฒนธรรม สมาชิกจะถ่ายทอดและรับแบบของความประพฤติในการปฏิบัติต่อกัน เช่น ระหว่างสามี-ภรรยา และลูก และเมื่อผสมผสานกับวัฒนธรรมที่นอกเหนือไปจากครอบครัว ก็จะได้แบบของความประพฤติที่สมาชิกปฏิบัติต่อกันและต่อผู้อื่น

ปัจจุบัน ครอบครัวอาจหมายถึง กลุ่มบุคคลที่มาอยู่ร่วมกันโดยการสมรส โดยทางสายโลหิต หรือการรับเลี้ยงดู มีการตั้งเป็นครอบครัวขึ้น มีความสัมพันธ์ต่อกันในฐานะเป็นสามีภรรยา เป็นพ่อแม่ เป็นลูกชายลูกสาว เป็นพี่เป็นน้อง โดยมีการรักษาวัฒนธรรมเดิม และอาจมีการสร้างสรรค้วฒนธรรมใหม่เพิ่มเติมก็ได้

ลักษณะของครอบครัว⁽³²⁾

ครอบครัว เป็นกลุ่มสังคมที่มีสมาชิกมีความสัมพันธ์กันทางเพศ หรือทางการสืบสายโลหิต ทุกสังคมจะมีสถาบันครอบครัว แต่อาจแตกต่างกันในรูปแบบและบรรทัดฐานในการดำเนินชีวิตของผู้คนในครอบครัว อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปครอบครัวในสังคมต่าง ๆ จะมีโครงสร้างที่เหมือนกัน เช่น ประกอบด้วยผู้หญิง ผู้ชายที่มีความสัมพันธ์ทางเพศต่อกัน มีการแบ่งหน้าที่การทำงาน มีการกำหนดความรับผิดชอบ ลักษณะโดยทั่วไปของครอบครัวทั่วไป ประกอบด้วย

1. มีการอยู่ร่วมกันระหว่างชายและหญิงอย่างถาวร
2. สมาชิกมีความสัมพันธ์ต่อกันในทางเพศหรือความสัมพันธ์ทางสายโลหิต
3. มีการกำหนดตำแหน่งหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว
4. มีหน้าที่หลัก เช่น ให้กำเนิดบุตรที่ถูกต้องตามกฎหมาย เลี้ยงดู อบรมให้เรียนรู้ระเบียบ

แบบแผนของสังคม ให้ความรักความอบอุ่น และกำหนดสถานภาพทางสังคม

หน้าที่ของครอบครัว⁽³²⁾

ครอบครัวมีหน้าที่ในการรักษาสุขภาพของสังคม และสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ โดยทั่วไปหน้าที่ของครอบครัวมีดังนี้

1. ควบคุมความสัมพันธ์ทางเพศ ครอบครัวเป็นสถานที่แสดงออกของความสัมพันธ์ทางเพศที่สังคมยอมรับแต่กิจกรรมสัมพันธ์ใดจะเป็นที่ยอมรับของสังคมใดหรือไม่นั้นอาจแตกต่างกันไป
2. ให้กำเนิดบุตร ทั้งนี้เพื่อช่วยให้สังคมยังคงมีอยู่สืบไป และบางสังคมได้กำหนดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการประกันหรือคุ้มครองชีวิตสมาชิกใหม่ด้วย เช่น ห้ามทำลายชีวิตเด็กทั้งที่ยังอยู่ในครรภ์และคลอดออกมาแล้ว

3. เลี้ยงดูและป้องกันอันตรายให้เด็ก ทั้งนี้เพื่อให้เด็กได้เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ซึ่งเป็นภาระหน้าที่ที่สำคัญเช่นกัน เพราะโดยธรรมชาติเด็กย่อมเลี้ยงและช่วยตัวเองไม่ได้

4. อบรมให้เรียนรู้ระเบียบแบบแผนของสังคม เพื่อให้สมาชิกใหม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ รู้จักขนบธรรมเนียมประเพณี รู้จักคบหาสมาคม ทำงานร่วมกับผู้อื่น และสังสรรค์ร่วมกับผู้อื่นตามบรรทัดฐานของสังคม

5. กำหนดสถานภาพตำแหน่งหน้าที่ให้กับสมาชิกใหม่ตั้งแต่แรกเกิด และช่วยหาตำแหน่งหน้าที่อื่น ๆ ในสังคมตามโอกาส

6. ให้ความรักความอบอุ่น ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ประการหนึ่งและครอบครัวจะสามารถสร้างขึ้นมาได้ไม่ยาก เนื่องจากสมาชิกมีความใกล้ชิดกันอยู่ร่วมกันเป็นระยะเวลาอันยาวนาน มีกิจกรรมสัมพันธ์กันเสมอ ๆ นั่นคือ มีความสัมพันธ์กันแบบปฐมภูมิ ความรัก ความอบอุ่น และความสนิทสนมกันนี้จะเป็นปัจจัยช่วยให้สมาชิกมีอารมณ์และสุขภาพจิตที่สมบูรณ์

7. หน้าที่ทางเศรษฐกิจ ครอบครัวเป็นหน่วยทางเศรษฐกิจหรือหน่วยผลิต หน่วยจัดหาสิ่งของเพื่อการกินอยู่ของสมาชิกในครอบครัว อนึ่ง หน้าที่ในการผลิตในปัจจุบันมักเป็นครอบครัวของชาวชนบท (Economic Production) ส่วนครอบครัวในเมืองมักเป็นครอบครัวผู้บริโภค (Economic Consumption) มากกว่า

นอกจากนี้ยังอาจกล่าวได้ว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้สังคมเจริญก้าวหน้าขึ้น ถ้าครอบครัวได้ปลูกฝังค่านิยมที่ดีให้เกิดแก่สมาชิก เช่น ความรับผิดชอบ ความมีระเบียบวินัย

ประเภทของครอบครัว

Murdock (อ้างในสุพัตรา สุภาพ)⁽³¹⁾ ได้แบ่งประเภทของครอบครัวออกเป็น 3 แบบ

1. ครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขนาดเล็ก (Nuclear Family) ได้แก่ครอบครัวที่ประกอบด้วยสามี-ภรรยา และลูก ๆ อยู่กันตามลำพัง เป็นครอบครัวที่มีความสำคัญอย่างใกล้ชิดที่สุด พบเห็นได้ทั่วไป และมีแนวโน้มจะมีครอบครัวแบบนี้มากขึ้นเนื่องจากเหตุผลทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ครอบครัวแบบนี้มีความเป็นอิสระ แต่ห่างเหินจากญาติพี่น้อง อาจทำให้เกิดความวุ่นวายและขาดความอบอุ่นได้ ครอบครัวเดี่ยวแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ⁽³⁰⁾ คือ

1.1 ครอบครัวเดี่ยวชายเป็นหัวหน้าครอบครัว (Patriarchal) ครอบครัวชนิดนี้ผู้ชายเป็นหัวหน้าครอบครัวมีหน้าที่รับผิดชอบการพัฒนาของครอบครัว และอำนาจการตัดสินใจอยู่ที่ผู้ชาย

1.2 ครอบครัวเดี่ยวหญิงเป็นหัวหน้า (Matriarchal) ครอบครัวชนิดนี้ผู้หญิงเป็นใหญ่ และมีอำนาจตัดสินใจปัญหาต่าง ๆ ของครอบครัว มีหน้าที่รับผิดชอบเศรษฐกิจของครอบครัวด้วย

2. ครอบครัวขยาย (Extended Family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยครอบครัวเดี่ยวและญาติพี่น้อง เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา ฯลฯ อาศัยอยู่ด้วยเป็นบางคน หรือหลาย ๆ คน อาจอยู่ได้หลังคาเดียวกันหรือเขตบ้านเดียวกัน มีความรักความอบอุ่น และความรับผิดชอบต่อกัน แต่ขาดความเป็นอิสระเพราะสมาชิกอาวุโสสูงสุดจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นระบบที่ญาติพี่น้องมีความรักใคร่ผูกพันกันมาก จะพบมากในสังคมเกษตรกรรม ครอบครัวขยายแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ⁽³⁰⁾ คือ

2.1 ครอบครัวขยายญาติพี่น้อง (Kinship group) คือ ครอบครัวที่อยู่รวมกันตั้งแต่ ปู่ ย่าตา ยาย พ่อ แม่ และญาติพี่น้องที่ใกล้ชิด ครอบครัวขยายแบบนี้มีลักษณะพิเศษของการอยู่รวมกันคือ

2.1.1 ครอบครัวขยายญาติทางฝ่ายชาย (Patrilopal) ครอบครัวชนิดนี้จะมีผู้ชายเป็นใหญ่ ได้แก่ ปู่ หรือบิดา และญาติที่อาศัยเป็นญาติของฝ่ายชาย

2.1.2 ครอบครัวขยายญาติทางฝ่ายหญิง (Matrilopal) ครอบครัวชนิดนี้ญาติที่อาศัยอยู่เป็นทางฝ่ายหญิง ฝ่ายหญิงอาจมีอำนาจเป็นหัวหน้าครอบครัว

2.2 ครอบครัวขยายร่วมเผ่าพันธุ์ (Sib) เป็นครอบครัวที่คนหมู่ชนเผ่าพันธุ์เดียวกัน (Consanguineal group) อยู่รวมกัน มีความคิดเห็นร่วมกัน แบ่งปันกัน โดยมีหัวหน้าครอบครัวเพียงคนเดียวเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบความเป็นอยู่ของสมาชิก ครอบครัวเช่นนี้ ได้แก่ ครอบครัวพวกยิปซี

2.3 ครอบครัวขยายรวมกลุ่ม (Clan) ครอบครัวชนิดนี้ประกอบด้วย ครอบครัวหลายครอบครัวอยู่รวมกัน (Compromise group) หัวหน้าครอบครัวเป็นเสมือนหัวหน้าหมู่บ้าน เป็นผู้รับผิดชอบทางเศรษฐกิจ ตลอดจนการเลือกคู่ครองให้กับสมาชิกในครอบครัว คนทั้งหมู่บ้านอยู่ร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกัน

3. Polygamous Family ประกอบด้วยสามีหนึ่งคนภรรยาหลายคน ครอบครัวแบบนี้จึงเป็นครอบครัวเดี่ยว 2 ครอบครัว หรือมากกว่า ที่มีสามีหรือพ่อร่วมกัน

แนวความคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (1946) ⁽³³⁾ ได้บัญญัติคำจำกัดความของคำว่า สุขภาพ ว่า Health is state of complete physical, mental and social well-being, not merely an absence of disease and infirmity. หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ใช่เพียงแต่การปราศจากโรคมัยไข้เจ็บหรือความพิการเท่านั้น

Lorraine G Davis ⁽³⁴⁾ ได้ให้คำนิยามไว้ในปี พ.ศ. 2537 ว่า สุขภาพคือผลรวมของส่วนประกอบของชีวิต อันได้แก่ กาย อารมณ์ สังคม วิญญาณ และความสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมที่สมดุล และสามารถให้ความพึงพอใจและความสุข

Jane J Stein ⁽³⁴⁾ ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health) ว่าเป็นแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพที่รวมเอากาย สรีระ จิตใจ อารมณ์ สังคม วิญญาณ และสิ่งแวดล้อมของบุคคล รวมทั้งชุมชนที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

ประเวศ วะสี (2543) ⁽³³⁾ กล่าวถึงคำว่าสุขภาพ ดังนี้

1. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุร้าย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่ากาย ในที่นี้หมายถึงทางกายภาพด้วย

2. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่วไม่ติดขัด สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงความเห็นแก่ตัวลดลงไปด้วย เพราะตราบใดที่ยังมีความเห็นแก่ตัว ก็จะมีสภาวะทางจิตที่สมบูรณ์ไม่ได้

3. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการทางสังคม

4. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอย่างสูงส่ง หรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระเจ้า เป็นต้น สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน (Self transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง เบาสบาย มีความเปิดเผยซื่อสัตย์ไป มีความสุขอันประณีตและ ล้ำลึก หรือความสุขอันเป็นทิพย์ สบายอย่างยิ่ง สุขภาพดีอย่างยิ่ง มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิตและทางสังคม

คำว่า health หรือสุขภาพ ในภาษาอังกฤษนั้น มีรากศัพท์มาจากคำว่า whole หรือ ทั้งหมด สุขภาพเกิดจากความเป็นทั้งหมด ไม่ใช่เรื่องแยกส่วน ความเป็นหนึ่งเดียวกันและความสมดุลย์ สุขภาพเกิดจากความถูกต้องของทั้งหมด ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีองค์ประกอบขยายไปอีกอย่างกว้างขวาง ทั้งเรื่องเศรษฐกิจ จิตใจ ครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การเมือง การศึกษา เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบในระบบสุขภาพทั้งสิ้น ทุกส่วนต้องเชื่อมโยงกันเป็นหนึ่งเดียว และมีความถูกต้องจึงจะเกิดสุขภาพ การขาดความพอดีหรือเสียดุลยภาพ ทำให้เกิดความผิดปกติหรือทุกขภาพและความไม่ยั่งยืน

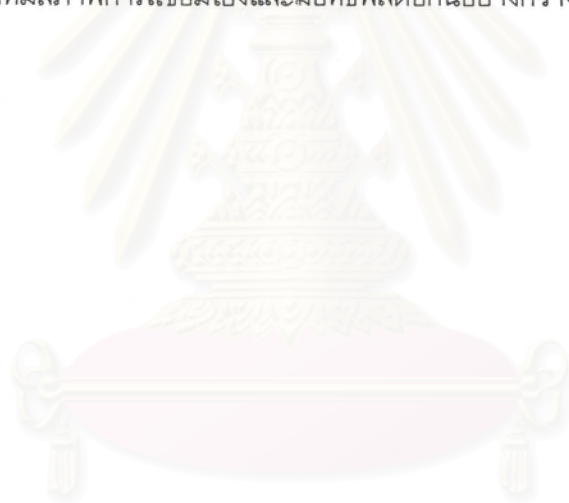
จะเห็นได้ว่าสุขภาพ จะมีความหมายกว้าง กล่าวคือสุขภาพเป็นชุมพลังแห่งชีวิต มิใช่สิ่งประกอบ การดำรงชีวิต ซึ่งเป็นแนวคิดเชิงบวกที่เน้นชุมพลังส่วนบุคคลและสังคม ควบคู่กับความเป็นปกติสุขทางกาย จะมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความเข้าใจเรื่องความถูกต้องเหมาะสมกับทางร่างกาย จิตใจ หรือองค์ประกอบทางสังคม หรืออาจกล่าวได้ว่า สุขภาพคือคุณภาพอย่างหนึ่งของชีวิต การมีสุขภาพดีเป็นของมีค่า เป็นยอดปรารถนาของชีวิต เป็นมงคลชีวิต สุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นที่ยากจะหาสิ่งอื่นมาเปรียบได้ ดังที่สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้ตรัสไว้เป็นพุทธภาษิตว่า "อโรคยา ปรมาลาภา" ซึ่งแปลว่า "ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ" เมื่อพระสงฆ์ให้พรประชาชนใช้คำว่า "อายุ วัฒน สุขัง พลัง" คือท่านให้พรว่า ขอท่านจงมีสุขภาพดี กล่าวคือ อายุ หมายถึง อายุยืนยาว วัฒน หมายถึง มีผิวพรรณงาม ผิวพรรณงามหมายถึงการมีสุขภาพดี ความไม่เศร้าหมอง ไม่ขุบชืดโลหิตจาง ไม่อมโรค สุขัง หมายถึง การมีความสุขหรือภาวะที่เป็นสุข พลัง หมายถึง การมีกำลัง การมีกำลังให้เกิดความสุข การมีพลังสะท้อนให้ถึงการมีสุขภาพดี

กล่าวโดยสรุปความหมายและแนวความคิดในการมองสุขภาพ คงไม่ใช่เป็นการมองแค่เรื่องการบำบัดโรคหรือการรักษาโรคให้หมดไปเท่านั้น แต่คำว่าสุขภาพก็คือการมีสุขภาพชีวิตที่ดีทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม ความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) และมีการจัดการปัญหาสุขภาพก็คือ การส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเป็นสำคัญ

แนวคิดระบบดูแลสุขภาพ ^(35,33,36,37)

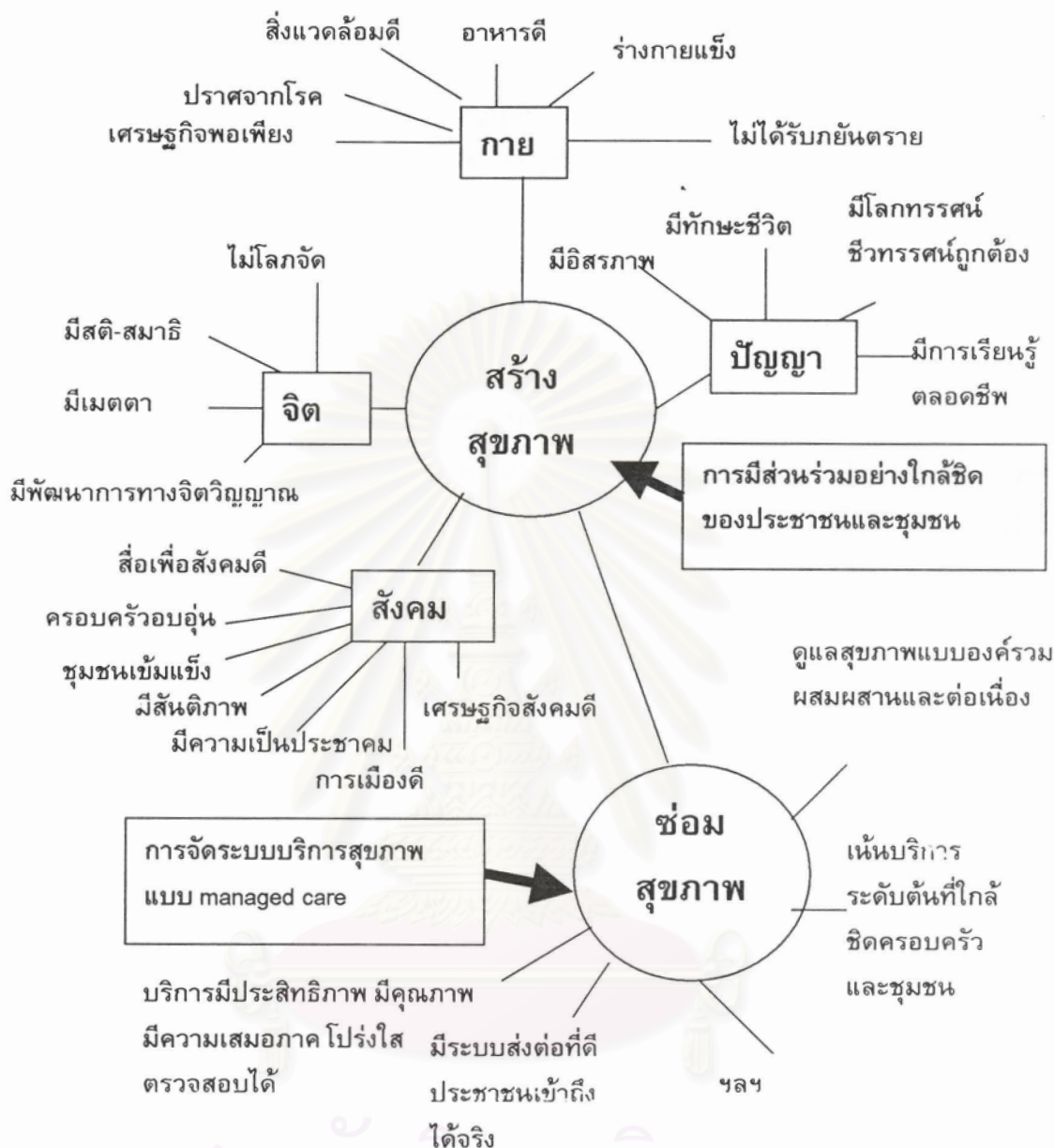
แนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ที่ว่า สุขภาพคือสุขภาวะ เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อม และการพัฒนาสุขภาพต้องพัฒนาทั้งระบบ เพราะสุขภาพซึ่งหมายรวมถึงสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคมและทางจิตวิญญาณนั้นไม่สามารถแยกจากเหตุปัจจัยทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อมได้ สุขภาพที่สมบูรณ์จึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ได้กำหนดภาพลักษณ์ของสังคมและระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของคนไทยไว้ว่า เป็นระบบสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งมั่นการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชน ควบคู่กับการมีหลักประกันที่อุ่มใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เอื้ออาหารและมีคุณภาพเมื่อยามจำเป็น โดยทุกส่วนทุกระดับมีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการสร้างและจัดระบบสุขภาพตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีการเรียนรู้และใช้ประโยชน์อย่างรู้เท่าทัน ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทย เพื่อให้สังคมไทยดำรงอยู่อย่างพึ่งตนเองได้ และมีสุขภาพวะในสังคมโลกที่มีสภาพการเชื่อมโยงและมีอิทธิพลต่อกันอย่างกว้างขวาง (แผนภูมิที่ 2.1)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 2.1 ภาพลักษณ์ระบบสุขภาพแห่งชาติที่ควรจะเป็น



จะเห็นได้ว่าระบบสุขภาพมีความกว้างใหญ่ไพศาลออกไปนอกระบบสาธารณสุข แต่ระบบดูแลสุขภาพมีความหมายแคบกว่า ระบบดูแลสุขภาพก็คือระบบบริการสุขภาพนั่นเอง ระบบบริการสุขภาพที่ดีมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับสภาพสุขภาพให้ไปสู่ความเป็นปกติหรือการมีสุขภาพดี

สำหรับระบบบริการสุขภาพไทยมีวิวัฒนาการเรื่อยมา จากอดีตที่ผู้คนพึ่งพาตนเองโดยอาศัยภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อการรักษาโรคภัยไข้เจ็บและการดูแลสุขภาพอนามัย กลายมาเป็นระบบพึ่งพาการแพทย์แผนปัจจุบัน และการสาธารณสุขสมัยใหม่เป็นสิ่งสำคัญ ระบบบริการสุขภาพหรือระบบดูแลสุขภาพที่ดีนั้นควรจะมีลักษณะดังนี้

1. ยึดปรัชญาสุขภาพแบบองค์รวม และการทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้

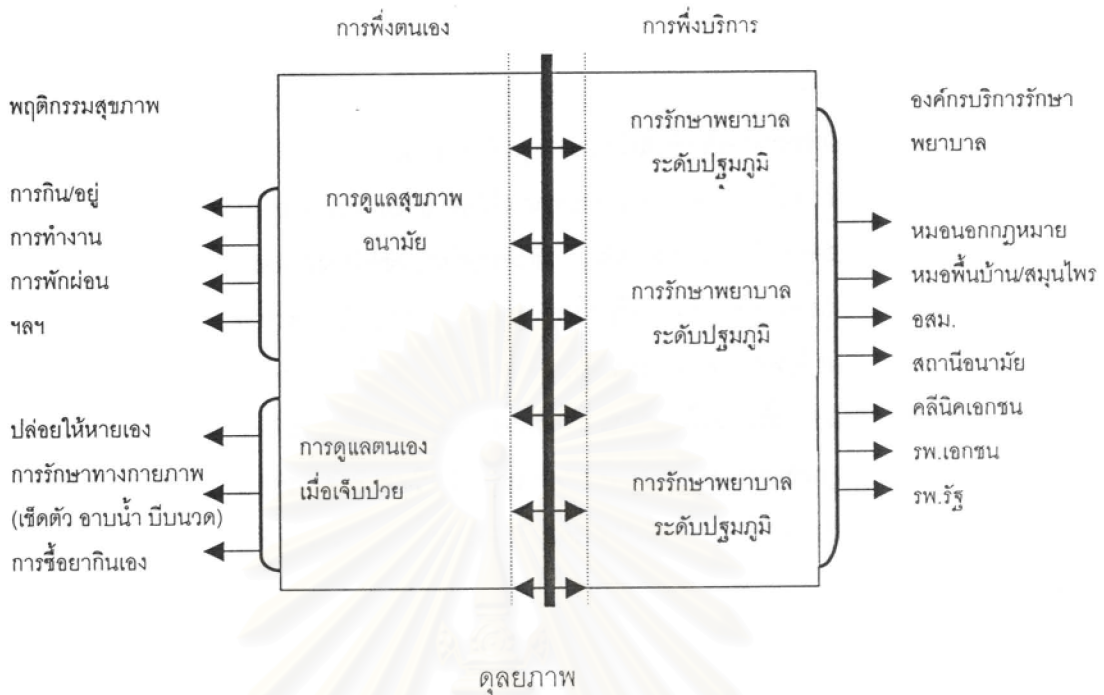
1.1 ปรับกระบวนทัศน์ใหม่ (Paradigm) คือการมอง "สุขภาพ" ที่กว้างขึ้น การที่จะทำ

ให้ประชาชนมีสุขภาพดี ไม่ป่วยง่าย คนไทยทุกคนต้องตระหนักและเข้าใจถึงความหมายของการดูแล "สุขภาพ" ที่กว้างขึ้น กล่าวคือสุขภาพไม่ได้มีความหมายแคบเพียงแค่เรื่องทางเทคนิคทางการแพทย์ ที่มีเฉพาะโรงพยาบาล หมอ หรือคนป่วย อีกต่อไป แต่สุขภาพมีความหมายกว้างคือ เป็นเรื่องของวิถีชีวิตทั้งหมดของประชาชนซึ่งหมายถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ ซึ่งสุขภาพจะมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งทางด้านปัจเจกบุคคล ด้านสภาพแวดล้อม เช่น เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเมือง วัฒนธรรม ฯลฯ รวมทั้งตัวระบบบริการสุขภาพเองโดยทุกส่วนจะต้องเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวกัน และมีความสมดุล จึงจะเกิดสุขภาพที่ดี ดังนั้นการดูแลสุขภาพในระดับต้นจะต้องเป็นหน้าที่ของคนไทยทุกคนเข้าร่วมในการดูแลสุขภาพด้วย มิใช่เพียงหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพเท่านั้น

1.2 มุ่งสร้างเสริมการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพของประชาชน การจัดบริการสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน ต้องมุ่งสร้างเสริมให้ประชาชนมีแนวคิดและวิธีการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพ ตลอดจนตระหนักถึงความเหมาะสมเพียงพอในการหา การรับ และการใช้บริการสุขภาพ ดังนั้นจึงควรสร้างให้เกิดดุลยภาพที่เหมาะสมระหว่างการพึ่งตนเองและการพึ่งบริการสุขภาพของประชาชนโดยลดขอบเขตของการที่รัฐให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนมีขนาดเล็กลงแล้วส่งเสริมขอบเขตของการที่ประชาชนรู้จักพึ่งตนเองในด้านสุขภาพให้มีขนาดใหญ่ขึ้น ด้วยการทำให้ประชาชนมีความรู้เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง แต่ทั้งนี้ ต้องมีความพอเหมาะที่สมดุลกับความรู้ความสามารถของประชาชนใน ชุมชนนั้น ๆ หรือเหมาะกับประชาชนแต่ละคน (แผนภูมิที่ 2.2)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 2.2 การดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชน



ที่แปรสภาพความต้องการ ณ พื้นที่และกลุ่มประชากรต่าง ๆ

2. มีหน่วยบริการระดับต้นที่ชัดเจนและครอบคลุม หน่วยบริการนี้มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพประชาชนตั้งแต่ก่อนป่วยไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งการส่งต่อเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพดูแลในระดับสูงกว่าเมื่อจำเป็น และรับดูแลต่อเนื่องเมื่อถูกส่งกลับจากสถานบริการที่สูงกว่ารวมทั้งให้ความรู้ คำแนะนำปรึกษาในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ และการฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนและต้องมีการแบ่งแยกหน้าที่ของบริการสุขภาพระดับต้นและบริการทุติยภูมิที่ชัดเจนเพื่อลดความซ้ำซ้อน

3. มีการจัดบริการที่หลากหลายทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ และมีเครือข่ายเชื่อมโยงกับสถานบริการอื่นในระบบสุขภาพ

4. มีรูปแบบที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสภาพพื้นที่และความพร้อมของหน่วยงานที่จัดบริการ

5. สถานบริการสุขภาพระดับต้นต้องเข้มแข็งและเข้าถึงประชาชน คือต้องมีพื้นที่รับผิดชอบชัดเจน มีจำนวนประชากรแน่นอนและพอเหมาะ มีขนาดเล็ก หรือขนาดกลางกระจายในพื้นที่อย่างทั่วถึง มีทีมงานที่มีคุณภาพ มีความรู้ทักษะ ทั้งในด้านการรักษา พยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพเบื้องต้น มีความสามารถในการสื่อสารกับประชาชนในสถานการณ์ต่าง ๆ มีทัศนคติและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม มีระบบปฏิสัมพันธ์กับชุมชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยผ่านกระบวนการทำงานร่วมกัน มีระบบการเงินที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีระบบ ติดตามผู้รับบริการ มีระบบข้อมูล และมีระบบบริหารที่คล่องตัว

6. เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดบริการสุขภาพ

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็นโดยถือเป็น "สิทธิ" ขั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน เนื่องจากการสร้างหลักประกันให้กับประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว คงไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมี "สุขภาพดี" หรือมี "สุขภาพะ" ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพได้ การที่ประชาชนจะมี "สุขภาพดี" ได้นั้น ประชาชนจะต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้ โดยถือว่า "สุขภาพ" เป็นเรื่องของประชาชนทุกคนและเพื่อประชาชนทุกคน (All for Health and Health for All) ทั้งหมดจะทำให้ระบบเน้นที่การ "สร้าง" สุขภาพมากกว่าการ "ซ่อม" สุขภาพ

หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽³⁸⁾

1. กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับ และเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับประชาชน โดยมี เป้าหมายคือ สุขภาพะ ตามหลักการสุขภาพพอเพียง
2. ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ
3. สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่จะให้บริการ จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐาน และได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality Accreditation)
4. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้ความสำคัญกับการมี และใช้หน่วยบริการระดับต้น (Primary Care) เป็นจุดบริการด่านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และบริการเชิงรุกในชุมชน)
5. สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยกันเอง และหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (Provider Network)
6. ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนเกินความจำเป็น
7. สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (Payment Mechanism) แก่ ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะบริการโดยกองทุนประกันสุขภาพที่กองทุนก็ตาม
8. ระบบประกันสุขภาพในอนาคตหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจะประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว

ชุดสิทธิประโยชน์หลัก (Core Package) ของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. ชุดสิทธิประโยชน์หลักของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะประกอบด้วยบริการ พื้นฐาน โดยอ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคม เพิ่มเติมด้วยบริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว (Personal and Family Preventive and Promotive Services)
2. บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัวจะครอบคลุมทั้งบริการในสถานพยาบาล และการจัดบริการในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ฯลฯ
3. บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค ที่เป็นบริการสำหรับชุมชน กลุ่มเป้าหมายเฉพาะต่าง ๆ เช่น การดำเนินงานกรณีที่มีการระบาดของโรค การบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด การรณรงค์เพื่อควบคุมโรคเอดส์ ฯลฯ จะไม่รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์หลัก แต่จะเป็นกิจกรรมที่มีการตั้งงบประมาณเป็นการเฉพาะ

รายละเอียดของชุดสิทธิประโยชน์หลัก (Core Package) ด้านการสร้างสุขภาพ 10 ประการ

1. ให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง
2. การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
3. การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันของประเทศ
4. การตรวจสุขภาพของประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง (ตามแนวทางของแพทยสภา 2543)
5. การให้ยาต้านทานไวรัสเอดส์ กรณีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
6. การวางแผนครอบครัว
7. การเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
8. การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
9. การให้คำปรึกษา (Counseling) สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
10. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก

ระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. หน่วยบริการระดับต้น หรือเครือข่ายของหน่วยบริการระดับต้น ที่จะรับขึ้นทะเบียนประชาชนได้ จะต้องสามารถให้บริการแบบผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งบริการภายในและภายนอกสถานพยาบาล โดยมีแพทย์อย่างน้อย 1 คน ร่วมกับบุคลากรอื่น ๆ เป็นผู้ให้บริการ ปัจจุบันสถานพยาบาลที่ประชาชนจะสามารถเลือกขึ้นทะเบียนได้คือ

โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลและศูนย์แพทย์ชุมชน (ที่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ) โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน (ที่มีแพทย์ปฏิบัติงานเต็มเวลา)

2. รพ.ขนาดใหญ่ สามารถเป็นผู้ให้บริการระดับต้น และรับขึ้นทะเบียนประชาชนได้ ทั้งนี้ต้องจัดระบบที่สามารถให้บริการแบบผสมผสาน ตามเงื่อนไขที่กำหนด เพื่อให้สามารถดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ภายในเงื่อนไขเวลาที่กำหนด ให้ถือว่าโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมดได้มาตรฐานการให้บริการไปก่อน สำหรับสถานพยาบาลภาคเอกชนต้องผ่านการรับรองคุณภาพก่อนเข้าร่วมให้บริการ

3. สถานพยาบาลของภาคเอกชนที่จะเข้าร่วมให้บริการกรณีที่เป็นหน่วยบริการระดับต้น (เช่น คลินิก) จะต้องมีคุณสมบัติตามที่กำหนด และสามารถรับขึ้นทะเบียนประชาชนได้เฉพาะในอำเภอที่ตั้งและอำเภอใกล้เคียงที่ติดกัน กรณี รพ.เอกชนจะจัดบริการระดับต้นได้ จะต้องจัดระบบที่จะสามารถให้บริการแบบผสมผสานตามเงื่อนไขที่กำหนด

4. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation Institute) ซึ่งต่อไปจะพัฒนาเป็น สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการ (Health Care Accreditation Institute) จะเป็นองค์กรหลักในการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการทั้งหมด (Health Care Accreditation) รวมถึงบริการระดับต้นด้วย โดยเป้าหมายการพัฒนาจะเน้นการพัฒนาที่มาจากภายใน และเป็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

จากนโยบายของรัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทยโดยเริ่มจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคภายในปี 2544 ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์ของ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ระบุไว้ว่า "บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ สาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ..." นั้น ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะให้ความสำคัญกับการมีและใช้ หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ Primary Care เป็นจุดบริการสุขภาพด่านแรก ซึ่งจะต้องทำหน้าที่ให้บริการแบบ ผสมผสาน ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และ บริการเชิงรุกในชุมชน ทั้งยังจะสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิประสานงานกับหน่วยบริการระดับต้นของสถานพยาบาลระดับอื่นในลักษณะเครือข่าย หรือระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชนได้อีกด้วย ตามหลักการจัดเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ ที่ต้องการให้เกิดบริการที่มี คุณภาพกระจายไปอย่างทั่วถึง และประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงได้ง่าย

ลักษณะสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิที่ดี⁽³⁹⁾

1. เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก (Front-line care) ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มโรคตามมาตรฐาน ให้บริการที่หลากหลายตามสภาพปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชน เป็นที่ให้การปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน ก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางอื่นๆ

2. เป็นบริการที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (Ongoing / Longitudinal Care) ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึง ขณะป่วย และการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย รวมทั้งหมายถึงการมีความเข้าใจกัน รู้จักกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ/ประชาชน อย่างต่อเนื่อง

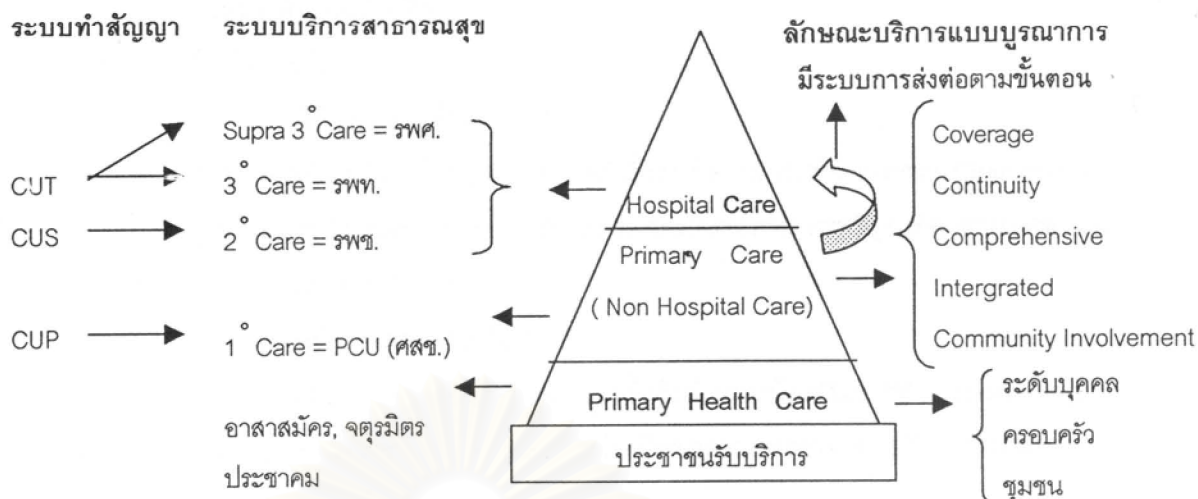
3. เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คำนึงถึงปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง (Comprehensive Care) ให้บริการที่ผสมผสานทุกด้านตามความจำเป็นของผู้รับบริการทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพ และบริการเชิงรุกในชุมชน เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ทำหน้าที่ส่งต่อ และประสานเชื่อมต่อการบริการอื่นๆ ทั้งด้านการแพทย์ ด้านสังคมเมื่อจำเป็น รวมทั้งการเชื่อมต่อข้อมูลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน (Co-ordinated Care)

ระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการของไทยภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้เริ่มปฏิบัติเมื่อปี พ.ศ.2544 จากหลักปรัชญาและแนวคิดของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับต้องปรับแนวคิด (Re-think) การบริหารและการบริการสาธารณสุขรวมถึงต้องพัฒนารูปแบบ วิธีการทำงานและการบริหารระบบบริการสุขภาพ (Re-design) เพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดี หรือสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน และการบริหารทางการเงินการคลังภายใต้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดได้มุ่งเน้นความสำคัญ ในการพัฒนาบริการที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ โดยการพัฒนาการบริการปฐมภูมิ ให้สามารถจัดบริการสาธารณสุข และดูแลประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดการปฏิรูประบบสาธารณสุขใหม่ เพื่อให้ประชาชนมีสิทธิของการเข้าถึงบริการและมีสุขภาพดีอย่างเท่าเทียมกัน โดยเข้าถึงสถานบริการที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ และแพทย์เฉพาะทางได้ทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นการพัฒนาการกระจายอำนาจให้ประชาคมมากยิ่งขึ้น เมื่อมีการปฏิรูประบบสุขภาพใหม่เป็น Primary Care (Non Hospital Care) และ Hospital Care แล้วมีคนถามว่า งานสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.), (Primary Health Care : PHC) อยู่ตรงไหนของระบบนี้ ตอบได้อย่างทันทีว่า งานสาธารณสุขมูลฐานยังอยู่เช่นเดิม แต่กลับจะเข้มแข็งขึ้นอีก เพราะมีการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีปรัชญาและแนวคิดภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.,PCU) เป็นรูปธรรมในการปฏิบัติ เข้ามาเสริมหรือเติมช่องว่างการเชื่อมต่อระหว่างระบบของรัฐและระบบของประชาชน

ระบบงานสาธารณสุขมูลฐาน (PHC) จะอยู่ภายใต้ระบบ 1^o Care (ศสช.,PCU) โดยเป็นการทำงานของภาคประชาชน และอาสาสมัครต่างๆ ซึ่งกิจกรรมในการดูแลตนเองของประชาชน จะมีทั้งในระดับบุคคล (Individual), ครอบครัว (Family), และชุมชน (Community) ดังแผนภูมิที่ 2.3



แผนภูมิที่ 2.3 ระบบสุขภาพแบบบูรณาการ สำเร็จ แห่งประเทศไทย (2545)⁽⁴⁰⁾ : แนวคิดการปฏิรูประบบ
 สาธารณสุขใหม่และธีรพงษ์ แก้วหาวงษ์⁽⁴¹⁾ (2543) : ระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ

บริการที่จัดในศูนย์สุขภาพชุมชน

1. ด้านการรักษาพยาบาล

- 1.1 การบริการสำหรับปัญหาสุขภาพทั่วไป และปัญหาสุขภาพเฉียบพลันที่พบบ่อย
- 1.2 การบริการสำหรับปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบบ่อย
- 1.3 มีระบบการคัดกรองโรคเรื้อรัง หรือโรคที่รุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งปากดลูก มะเร็งเต้านม
- 1.4 การบริการเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุรุนแรง ก่อนการส่งต่อ
- 1.5 การผ่าตัดเล็ก

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

- 2.1 บริการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึง หลังคลอด บริการคลอด (ตามสภาพพื้นที่) วางแผนครอบครัว
- 2.2 บริการดูแลสุขภาพเด็ก ทั้งด้านพัฒนาการเด็กและวัคซีน
- 2.3 บริการสุขภาพเด็กวัยเรียน
- 2.4 บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนทั่วไป
- 2.5 บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง
- 2.6 บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2.7 บริการเยี่ยมกลุ่มเป้าหมายที่บ้าน
- 2.8 บริการส่งเสริมและป้องกันด้านทันตสุขภาพ ได้แก่ การตรวจและให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ ช่องปาก การใช้ฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง การเคลือบหลุมร่องฟัน
- 2.9 บริการให้ความรู้ด้านสุขภาพ แก่ผู้รับบริการในระดับบุคคล และ ครอบครัว

2.10 บริการให้คำปรึกษา

3. ด้านการป้องกันโรค

- 3.1 การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค
- 3.2 การค้นหาโรคที่ร้ายแรง หรือ โรคที่เรื้อรังเพื่อการป้องกันล่วงหน้า (Screening)
- 3.3 เฝ้าระวัง และการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติสาธารณสุข และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- 3.4 การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค
- 3.5 การค้นหาโรคที่ร้ายแรง หรือ โรคที่เรื้อรังเพื่อการป้องกันล่วงหน้า (Screening)
- 3.6 เฝ้าระวัง และการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติ สาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

4. ด้านการฟื้นฟูสภาพ

- 4.1 ดูแลขั้นต้น ก่อนส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญในการวางแผนการฟื้นฟูที่ ครบถ้วน
- 4.2 ส่งต่อเพื่อการรักษา หรือ ฟื้นฟูสภาพ
- 4.3 ดูแลต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการวางแผนการดูแลจากโรงพยาบาลแล้ว
- 4.4 ดูแลผู้พิการ และการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

5. บริการเชิงรุกในชุมชน

- 5.1 ให้ความรู้ ในการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
- 5.2 ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ในการดำรงชีวิต (การกิน พักผ่อน ออกกำลังกาย)
- 5.3 ประเมินสภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยความร่วมมือเป็นเครือข่าย
- 5.4 ร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการวางแผนและดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน

บทบาท / หน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชน

1. เป็นที่ปรึกษา และช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างผสมผสาน
2. ให้การบริการดูแลรักษาพยาบาลทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างผสมผสานเป็นเบื้องต้น
3. ให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจ ด้านสังคมในระดับเบื้องต้น และส่งต่อในกรณีที่มีปัญหาหนัก

หรือมีปัญหาเฉพาะ

4. ให้บริการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ
5. ให้การดูแลบริบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง
6. ประสานบริการกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน รวมทั้ง

การส่งต่อ

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2527)⁽⁴²⁾ สรุปผลการศึกษาประเมินผลโครงการ สาธารณสุขมูลฐานไทย ในการประชุมเชิงปฏิบัติเรื่อง การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน ในด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ทำงานนานขึ้นความกระตือรือร้นในงานจะค่อย ๆ ลดลง ผลการปฏิบัติงานจะต่ำลง อาสาสมัครสาธารณสุข เพศชายมีผลการปฏิบัติงานมากกว่าเพศหญิง ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข จะสัมพันธ์กับการมีและไม่มีเวลาของตัวอาสาสมัครสาธารณสุข ในด้านกระบวนการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านมา ไม่ใช่วิธีการสังคมมิติ เหตุผลสำคัญคือ วิธีสังคมมิติไม่คล่องตัวในการปฏิบัติงาน ต้องใช้เวลามาก และยุ่งยาก เกิดปัญหาเทคนิคเสมอ และไม่ได้สร้างความรับรู้อย่างแท้จริงให้กับประชาชนในการมีส่วนร่วมคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2532)⁽⁴³⁾ ได้ประเมินผลทศวรรษแรกของงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย พ.ศ. 2521 – 2530 ในเรื่องความครอบคลุมในการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ทำได้ครอบคลุมประมาณร้อยละ 50 – 80 ของจำนวนประชาชน และร้อยละ 97 ของประชาชนที่รู้จักอาสาสมัครสาธารณสุข ยอมรับว่า อาสาสมัครสาธารณสุข มีประโยชน์ ส่วนจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงาน ปรากฏว่ามีเพียงร้อยละ 50 ของจำนวน อาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมดที่ปฏิบัติงานอยู่จริง ดังนั้นอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้กิจกรรมอาสาสมัครสาธารณสุข ดำเนินการไปได้เพียงครั้งเดียว

ถาวร แพทย์รักษ์ (2530)⁽⁴⁴⁾ ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานพบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานมาก เมื่อแยกตามองค์ประกอบพบว่า งานอนามัยแม่และเด็ก และงานวางแผนครอบครัว งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ประชาชนมีกิจกรรมร่วมมาก งานโภชนาการประชาชนมีกิจกรรมร่วมปานกลาง งานจัดหาน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล ประชาชนมีกิจกรรมร่วมน้อย ส่วนการมีกองทุนในหมู่บ้านประชาชนมีส่วนร่วมน้อยที่สุด ปัจจัยที่มีผลต่อการมีกิจกรรมร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า ความรู้ เจตคติ สภาพของสังคม มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานของประชาชน สามารถนำความรู้ เจตคติ ไปใช้พยากรณ์การมีกิจกรรมร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานได้

ทัต ตาอ้ายเทียบ (2532)⁽⁴⁵⁾ ศึกษาการปฏิบัติงานของผู้สื่อข่าวสาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตอำเภอศรีสะเกษ จังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุข มีการทำงานในด้านการค้นหาปัญหาสาธารณสุข มีการประชุมเป็นบางครั้ง การให้คำแนะนำทำเป็นบางครั้ง การแจ้งข่าวสาธารณสุขทำทุกครั้ง ตัวแปรด้าน เพศ อายุ การสมรส ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

ศุภฤกษ์ โจรนธรรม (2532)⁽⁴⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน กรณีศึกษาเฉพาะหมู่บ้านสาธารณสุขดีเด่น ของจังหวัดนครศรีธรรมราช สงขลา และพัทลุง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพส่วนบุคคล การได้รับความรู้ด้านสาธารณสุข และการชักชวนจากเจ้าหน้าที่ทางราชการ ส่วนปัจจัยด้านอายุ ขนาดของครอบครัว การชักชวนเพื่อนบ้าน ความเชื่อถือต่อผู้นำในหมู่บ้าน ความต้องการความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้าน และความต้องการยอมรับนับถือ ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนในหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่น ของจังหวัดนครศรีธรรมราช สงขลา และพัทลุง ไม่แตกต่างกัน

บุญพา ชูชื่น (2533)⁽⁴⁷⁾ ศึกษาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : ศึกษาเฉพาะพื้นที่ยากจน จังหวัดสงขลา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน

พีระศักดิ์ รัตนะ (2534)⁽⁴⁸⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตชนบท จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า ความรู้, การได้รับสิ่งสนับสนุน และการมีเวลาว่างในการทำงานสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

วิทยา โคตรท่าน (2536)⁽⁴⁹⁾ ศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีเพศต่างกัน อายุต่างกัน ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้ผลต่างกัน อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการศึกษาสูง จะมีประสิทธิผลในการทำงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครที่มีความรู้ต่ำและอาสาสมัครที่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน จะมีประสิทธิผลในการทำงานสูงกว่า อาสาสมัครที่ไม่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน อาสาสมัครที่มีรายได้สูง จะสามารถดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานให้เกิดประสิทธิผลมากกว่า อาสาสมัครที่มีรายได้ต่ำ

ผ่องศรี ศรีมรกต (2526)⁽⁵⁰⁾ ได้ศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยกำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหา เพราะการศึกษาที่ดีกว่าจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า สามารถรับรู้ เข้าใจ และใช้การเรียนรู้ในอดีต ตลอดจนพฤติกรรมที่เคยใช้ประสบผลสำเร็จมาแล้วมาใช้ในการเผชิญปัญหา สรุปได้ว่า การศึกษามีส่วนสำคัญที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจและเกิดแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติ

สกาวรัตน์ ลับเลิศลพ (2537)⁽⁵¹⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ในเขตปริมณฑล จังหวัดนนทบุรี พบว่า อายุ อาชีพค้ำขาย เวลาที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษาชั้นปริญญาตรี ความรู้เกี่ยวกับการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคประจำถิ่น ทักษะคิดในการป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ทักษะคิดต่อการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและทักษะคิดต่อการดูแลทันตสาธารณสุขของ อสม. ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในงานสาธารณสุขมูลฐาน

กรกช ใจหาญ (2539)⁽⁵²⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543 ในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุขโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกันตาม เพศ รายได้ของครอบครัว สถานภาพทางสังคม และความต้องการการยอมรับนับถือจากคนอื่น ส่วนอายุ อาชีพ ความรู้เกี่ยวกับโครงการฯ และความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่ ไม่มีความแตกต่างในการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุขโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานของประชาชน

ศิริวรรณ เพียรสุข และคณะ (2542)⁽⁵³⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตของประชากรเป้าหมายก่อนและหลังการร่วมกิจกรรมไม่แตกต่างกัน ในด้านทัศนคติและความพร้อมของประชาชนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคจิตก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีความแตกต่างกัน ส่วนความพึงพอใจในการเข้าร่วมประชุมระดมสมอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจมาก

Goursah N. และคณะ (อ้างใน สุวัจน์ เตียรทอง 2536 : 11)⁽⁵⁴⁾ พบว่า พฤติกรรมการดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเอง ของประชาชน เริ่มขึ้นจากการประเมินสภาวะการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น และจัดการของตนเข้าอยู่ในโรคที่รู้จัก พิจารณาตัดสินใจในการดูแลรักษาหรือแสวงหาวิธีการรักษา เพื่อให้อาการป่วยทุเลาลงโดยเร็ว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลรักษาจะก่อให้เกิดความผูกพันต่อกันมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับการที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของการรักษาในลักษณะใด นอกจากนี้ยังจะรวมไปถึงกระบวนการทางสังคมอีก 2 อย่างที่เกิดขึ้น คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชีวิตประจำวันอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย และการถ่ายทอดปรึกษาหารืออาการของตนสู่คนรอบข้าง ทั้งนี้ เพื่อหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยนั้นๆโดยที่ผู้ป่วยจะประเมินการเปลี่ยนแปลงในอาการเจ็บป่วยของตน ผลจากการรักษาอาการข้างเคียงจากการรักษา และความพอใจต่อผู้บำบัดรักษา และนำข้อมูลเหล่านี้มาประมวลเข้าเป็นคำ อธิบายการเจ็บป่วยของตนเอง

พิมพ์พวัลย์ เพ็ญจันทร์และคณะ (อ้างใน สุวัจน์ เตียรทอง 2536 : 12)⁽⁵⁴⁾ เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของชาวชนบทในภาคอีสาน 2 หมู่บ้าน โดยมุ่งไปที่พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองขณะ เจ็บป่วย (Self Care in illness) พบว่ารูปแบบพฤติกรรม การรักษาเยียวยาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับครอบครัว พฤติกรรม การรักษาเยียวยาจะเป็นไปตามเหตุผล ที่พ่อบ้านและแม่บ้านได้ ปรึกษาและตกลงร่วมมือ
2. ในระดับเครือญาติ พฤติกรรม การรักษาเยียวยาจะเป็นไปตามการตัดสินใจของผู้อาวุโสได้แก่ แม่บ้าน พ่อบ้าน ยา ยาย เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีการที่ผู้อาวุโสปฏิบัติกันมา เช่น การใช้ยา กลาง บ้าน ยา สมุนไพร การเป่า เป็นต้น
3. ระดับชุมชน ความสัมพันธ์ในระดับชุมชน ส่งผลต่อการช่วยเหลือเกื้อกูลกันค่อนข้างสูง พฤติ กรรม การรักษาเยียวยาจะเป็นการรักษาตนเอง โดยใช้หมอฟันบ้าน ยาสมุนไพร การเป่า

ทัศนพงษ์ พงศ์ช้าง (2543)⁽⁵⁵⁾ ศึกษาเรื่องโครงการพัฒนาการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพตนเองของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ของบ้านนางามใต้ หมู่ที่ 5 ตำบลนาขาม อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า ด้านความต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีความต้องการเรียนรู้ในเรื่องการปฐมพยาบาลและการรักษาพยาบาล เบื้องต้น การป้องกันโรคติดต่อ และรองลงมาคือเรื่องการป้องกันโรคเอดส์ นอกจากนี้ จากการติดตาม หลังการอบรม 3 เดือน พบว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) สามารถให้คำแนะนำให้คำ ปรึกษาแก่สมาชิกได้ แต่ยังมี การปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพเบื้องต้นและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นค่อนข้าง น้อย และบางกิจกรรม เช่น การเฝาระวังไข้เลือดออกไม่ได้ปฏิบัติ ด้านการถ่ายทอดความรู้แก่ สมาชิกในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาหมู่บ้าน เป็นกิจกรรมที่แกนนำสุขภาพประจำ ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้มากขึ้น

ลือชา วรรัตน์ และคณะ (2540)⁽⁵⁶⁾ ศึกษาเรื่องบทบาทของอบต.ในงานส่งเสริมสุขภาพและสิ่ง แวดล้อมโดยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่มและสังเกต ในพื้นที่ทั้ง 4 ภาคจำนวน 19 อบต. พบว่า บทบาทหน้าที่ของอบต.ตามกฎหมายบางประการยังไม่ชัดเจน ควรมีการอบรมชี้แจงและทำความเข้าใจกฎหมายที่มีส่วนกับการปฏิบัติงานของอบต. รวมถึงการนิเทศติดตามในส่วนของปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม อบต.ส่วนใหญ่ยังไม่รับรู้ ที่รู้แล้วก็ยังไม่สามารถจัดการแก้ไขป้องกันได้ ส่วนหนึ่งเพราะไม่มีพื้นฐาน ความรู้เฉพาะในเรื่องนั้นทั้งด้านกฎหมายและประสบการณ์ อีกส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่ชุมชนหรือ ประชาชนในท้องถิ่นขาดความสำนึกในความสำคัญของปัญหาและไม่ร่วมมือในการแก้ไขปัญหา มีเจตคติ ว่าเป็นเรื่องของหน่วยงานราชการ สำหรับความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ของอบต.นั้น ยังมองว่าเรื่องสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพที่คิดขึ้น และจัด ขึ้นโดยหน่วยราชการนั้นทุกฝ่ายในอบต.ยังไม่รู้รายละเอียดนักว่ามีกิจกรรมอะไรบ้างที่อบต.จะมีส่วนร่วม ได้ ยังมีความรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานสาธารณสุข

เกสร วงศ์วัฒนาภิจ (2542)⁽⁵⁷⁾ ได้ศึกษาความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของกรรมการบริหาร อบต. ต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกรรมการบริหาร อบต. ในจังหวัดนครปฐม และสมุทรสาคร จำนวน 219 คน พบว่าอบต. ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นมากต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น ในด้านการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข 4 ด้าน คือด้านสาธารณสุขโดยรวม ด้านการควบคุมและป้องกันโรค การบริหารด้านการฟื้นฟูสภาพ ด้านรักษาพยาบาล พบว่าอบต. มีส่วนร่วมปานกลางต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นร้อยละ 40.1 ยังพบว่าระยะเวลาการอยู่ในท้องถิ่น ตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน การรับข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับงานสาธารณสุข มีผลต่อความคิดเห็นต่อการพัฒนางานสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถานภาพในอบต. ตำแหน่งในชุมชน การรับข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับงานสาธารณสุข และชั้นของอบต. มีผลต่อการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนางานสาธารณสุข แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เสนอแนะให้ควรมีการจัดอบรมเสริมความรู้ในงานสาธารณสุข ควรจัดทำคู่มือการดำเนินงานสาธารณสุขให้กับอบต. และเผยแพร่กิจกรรมผ่านทางสื่อต่าง ๆ

สมฤดี ลิ้มปรีชตวิชัย (2544)⁽⁵⁸⁾ ได้ศึกษาบทบาทของอบต. ต่อการพัฒนางานด้านสาธารณสุขของชุมชน : กรณีศึกษาอบต. เกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่าอบต. กับชุมชนจะมีการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน คือวางแผน การปฏิบัติตามแผน และติดตามประเมินผล แผนงานของอบต. ยังคงเน้นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานซึ่งเป็นการส่งเสริมงานสาธารณสุขทางอ้อม ส่วนงานที่มีแผนชัดเจนและทำต่อเนื่องคืองานกำจัดขยะมูลฝอย โดยมีปัจจัยต่อการดำเนินงานคือ ความรู้ความเข้าใจต่อบทบาทด้านสาธารณสุข วิถีทางการเมืองระบบงานสาธารณสุข งบประมาณ ความร่วมมือระหว่างองค์กร สภาพสิ่งแวดล้อมและชุมชน ส่วนความคาดหวังอบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชาชนต้องการให้รัฐเป็นผู้แบกรับภาระงานด้านสาธารณสุขมากกว่าให้เป็นหน้าที่ของอบต. ในเรื่องความพร้อมพบว่าอบต. ยังขาดกำลังคน งบประมาณ แต่มีสถานที่อุปกรณ์เพียงพอรวมทั้งระบบการบริหารงานที่ดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross – Sectional Descriptive Study)

ระเบียบวิธีวิจัย

1. ประชากรเป้าหมาย (Target population) หมายถึง แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวทุกคนของจังหวัดสระแก้ว

2. ประชากรที่ศึกษา (Study population) แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจังหวัดสระแก้ว ปัจจุบันมีจำนวน 76,881 คน (ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน วันที่ 30 เมษายน 2544)

3. ตัวอย่าง (Sample) หมายถึง แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจังหวัดสระแก้ว ที่ถูกสุ่มโดยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) และสุ่มอย่างง่ายด้วย Simple Random Sampling ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 764 คน

4. ขนาดตัวอย่าง (Sample size) แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำนวน 76,881 คน

ใช้สูตร การประมาณค่าสัดส่วนแบบ Finite Population ⁽⁵⁹⁾

$$n = NZ^2pq/d^2(N-1)+Z^2pq$$

N = ขนาดประชากร

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

d = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างกำหนดให้เท่ากับ 0.05

Z = ความเชื่อมั่นที่ 95 %

เนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษาในเรื่องนี้มาก่อนจึงกำหนดให้อัตราการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวคือ

$$p = 0.5$$

$$q = 1-p$$

$$n = (76881)(1.96)^2(0.5)(0.5)/(0.05)^2(76881-1)+(1.96)^2(0.5)(0.5)$$

เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างเป็นแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ผู้วิจัยจึงกำหนดให้ Design effect⁽⁵⁹⁾ เป็น 2 เท่า ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 764 คน

5. เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง(Sampling Technique)

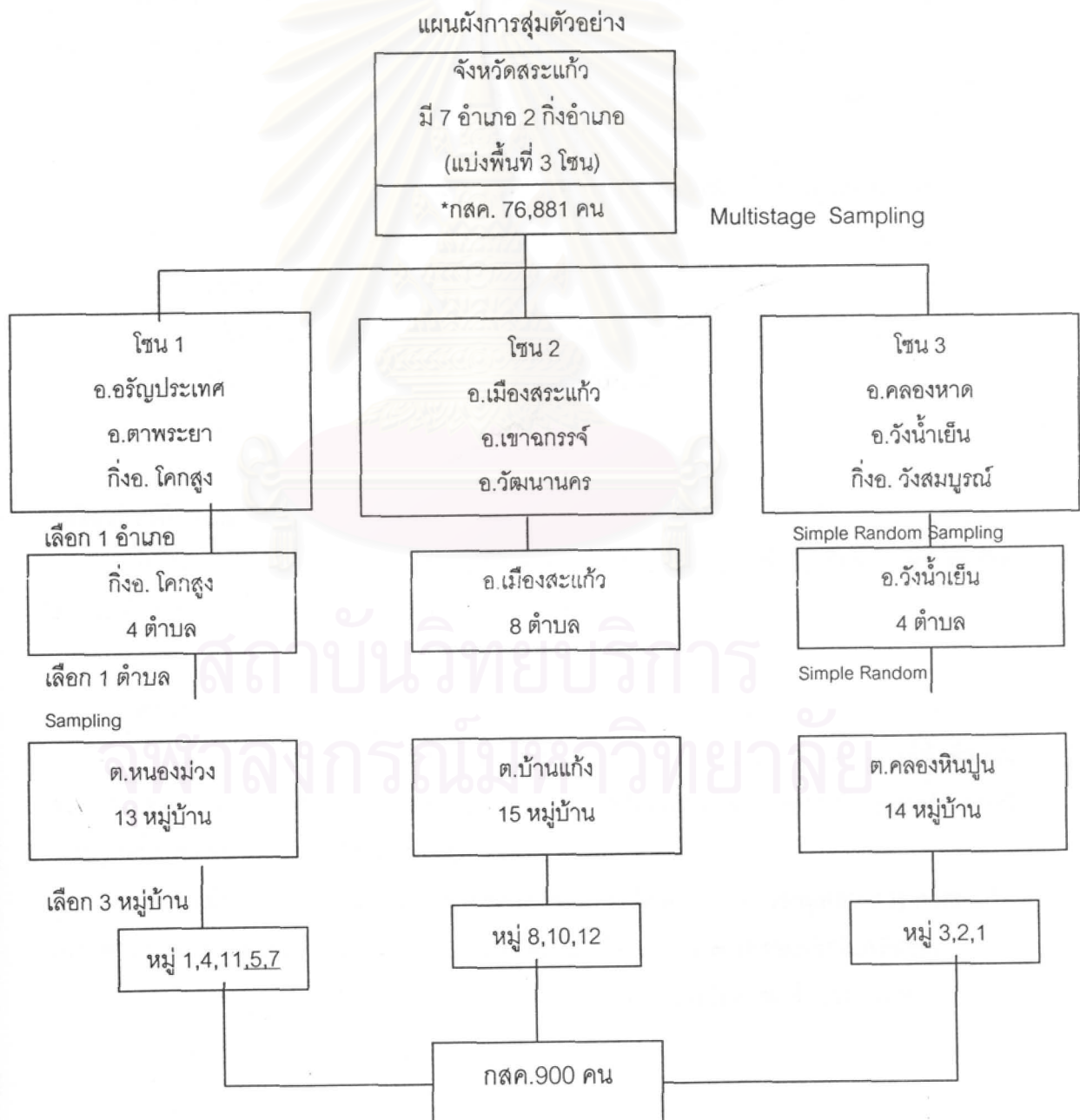
จังหวัดสระแก้ว มี 7 อำเภอ 2 กิ่งอำเภอ มีการแบ่งโซนในการปฏิบัติงานสาธารณสุขไว้ 3 โซน

ดังนี้

โซนที่ 1 ประกอบด้วย กิ่ง อ.โคกสูง อ.ตาพระยา อ. อรัญประเทศ

โซนที่ 2 ประกอบด้วย อ.เมืองสระแก้ว อ.เขาฉกรรจ์ อ.วัฒนานคร

โซนที่ 3 ประกอบด้วย อ.คลองหาด กิ่งอ.วังสมบูรณ์ อ.วังน้ำเย็น



วิธีการสุ่มใช้หลัก Probability Sampling โดยวิธี Multistage Sampling จังหวัดสระแก้วแบ่งพื้นที่เป็น 3 โซน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้วิธีจับฉลากได้โซนละ 1 อำเภอ และสุ่มเลือกตำบลในแต่ละอำเภอ ได้อำเภอละ 1 ตำบล สุ่มเลือกตำบลละ 3 หมู่บ้าน จะได้หมู่บ้านเป็นหน่วยสุดท้ายของการสุ่ม ซึ่งจะได้ตัวอย่างคือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวใน 9 หมู่บ้าน รวมเป็นตำบลละ 300 คน รวม 900 คน

เนื่องจากช่วงเก็บข้อมูลในตำบลหนองม่วง แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวไปประกอบอาชีพในพื้นที่อื่น ทำให้เก็บข้อมูลไม่ครบ จึงเก็บข้อมูลเพิ่ม 2 หมู่บ้าน คือหมู่ที่ 5 และหมู่ที่ 7 รวมเป็น 5 หมู่บ้าน

การสังเกตและการวัด

ตัวแปรอิสระ

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เป็น/เคยเป็น/อสม.บทบาทอื่น ระยะเวลาอาศัยอยู่ในชุมชน ภูมิลำเนาเดิม ระยะเวลาการเป็นแกนนำ ประวัติการเจ็บป่วย

ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การร่วมกิจกรรมสาธารณสุขในชุมชน การได้รับการฝึกอบรม ประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครัวเรือนที่รับผิดชอบ

ตัวแปรตาม การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการดูแลสุขภาพประชาชน ภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน

1. การมีส่วนร่วมในการศึกษาชุมชน
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนด้านสาธารณสุข
3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุข
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยรายละเอียดต่างๆดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ระยะเวลาอาศัยในชุมชน ระยะเวลาการเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว การมีบทบาทอื่นในชุมชน และประวัติการเจ็บป่วย

ปัจจัยสนับสนุนของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การร่วมกิจกรรมสาธารณสุขในชุมชน การได้รับการฝึกอบรม และประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครัวเรือน

ลักษณะคำถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) และเติมข้อความ จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2

ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 62 ข้อ โดยแบ่งระดับการมีส่วนร่วมเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยแบ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนไว้ 4 ด้านคือ

1. การศึกษาชุมชน	จำนวน	5	ข้อ
2. การวางแผนด้านสาธารณสุข	จำนวน	7	ข้อ
3. การดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุข	จำนวน	41	ข้อ
4. การติดตามและประเมินผล	จำนวน	9	ข้อ

ระดับการมีส่วนร่วม หมายถึง การได้ร่วมปฏิบัติกิจกรรม หรือข้อความนั้นๆของผู้ตอบแบบสอบถามมากน้อยเพียงใด

กำหนดเกณฑ์การตรวจให้คะแนน การแปลผลพิจารณาจากระดับคะแนนตามเกณฑ์จุดกึ่งกลาง (Midpoint) ของช่วงระดับคะแนน (Class Interval) 5 ระดับ⁽⁶⁰⁾

4.51-5.00	หมายความว่า	มีส่วนร่วมมากที่สุด
3.51-4.50	หมายความว่า	มีส่วนร่วมมาก
2.51-3.50	หมายความว่า	มีส่วนร่วมปานกลาง
1.51-2.50	หมายความว่า	มีส่วนร่วมน้อย
1.00-1.50	หมายความว่า	มีส่วนร่วมน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3

ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนในภาพรวม ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบให้เลือกตอบข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 19 ข้อ โดยแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลดังนี้

4.51-5.00	หมายความว่า	มากที่สุด
3.51-4.50	หมายความว่า	มาก
2.51-3.50	หมายความว่า	ปานกลาง
1.51-2.50	หมายความว่า	น้อย
1.00-1.50	หมายความว่า	น้อยที่สุด

ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดเต็มข้อความ จำนวน 3 ข้อ ประกอบการอภิปรายผล

การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสัมภาษณ์

1. ความถูกต้องตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และรายละเอียดของข้อคำถาม ความเหมาะสมของภาษา และขอคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข แบบสัมภาษณ์ให้ถูกต้องเหมาะสม

2. ความน่าเชื่อถือ (Reliability) นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ กับประชากรที่มีลักษณะที่คล้ายกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน ที่อำเภอศรีมหาโพธิ จังหวัดปราจีนบุรี และแก้ไขข้อบกพร่องก่อนนำไปใช้จริงและนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows

ความน่าเชื่อถือในส่วนที่ 2 จำนวน 62 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคในภาพรวมเท่ากับ .9673 แบ่งเป็น 4 ด้าน

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. การศึกษาชุมชน | มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .8845 |
| 2. การวางแผนด้านสาธารณสุข | มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .9268 |
| 3. การดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุข | มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .9649 |
| 4. การติดตามและประเมินผล | มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .8858 |

ความน่าเชื่อถือในส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนในภาพรวม ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบให้เลือกตอบ ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 19 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .9037

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เตรียมอุปกรณ์การวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
2. วางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเริ่มโซนที่ 1, 2 และ 3 เรียงลำดับ
3. ทำหนังสือจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละแห่ง โดยขอประสานงานกับพื้นที่ด้วยตนเอง
4. นำหนังสือและแบบสัมภาษณ์ส่งถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด รวมทั้งขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ตำบลละ 3 คน ในการเก็บข้อมูล โดยที่ผู้วิจัยจะไปลงเก็บข้อมูลด้วยทุกครั้ง
5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามรายละเอียดแบบสัมภาษณ์
6. รวบรวมแบบสัมภาษณ์ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูล
7. สร้างคู่มือลงรหัส
8. แปลงข้อมูลที่ได้ตามคู่มือลงรหัสที่เตรียมไว้ พร้อมทั้งจะนำไปบันทึกด้วยโปรแกรม SPSS for Windows

การวิเคราะห์ข้อมูล

แปลงข้อมูลเป็นรหัสตามคู่มือการลงรหัส สร้างเพิ่มข้อมูลและบันทึกข้อมูลลงแฟ้ม ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows

การวิเคราะห์	ชนิดของตัวแปร	วิธีการวิเคราะห์
1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ปัจจัยส่วนบุคคล - เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ - อายุ รายได้ ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชน ระยะเวลาการเป็นแกนนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วม	คุณภาพ ปริมาณ คุณภาพ คุณภาพ	ความถี่, ร้อยละ ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่, ร้อยละ นำมาประกอบการอภิปราย
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) - เปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมแต่ละ ด้าน กับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุน - เปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของ แกนนำที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและแกน นำที่ไม่ได้มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข	ข้อมูลเชิงปริมาณ 2 กลุ่ม มากกว่า 2 กลุ่ม	Unpaired t- test One - way ANOVA

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชนภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระแก้ว โดยศึกษาในแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวของจังหวัดสระแก้ว จำนวน 806 คน ดำเนินการเก็บข้อมูล 3 โซน โซนละ 1 อำเภอ จำนวนทั้งหมด 900 คน โดยการสัมภาษณ์ สํารวจได้ทั้งหมด 806 ชุด คิดเป็นร้อยละ 89.6 ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2545 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2546 โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชนภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระแก้ว

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชนภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระแก้ว

ส่วนที่ 3 ความแตกต่างของการมีส่วนร่วมรายด้านของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชนภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ไม่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรคการและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชนภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระแก้ว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการดูแลสุขภาพประชาชนภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระแก้ว

จำนวนของการสำรวจได้ของแบบสัมภาษณ์ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 89.6 และเมื่อพิจารณาแยกตามโซนและอำเภอ พบว่า อำเภอวังน้ำเย็นมีจำนวนของการตอบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98.3 รองลงมาคืออำเภอเมืองสระแก้วและอำเภอโคกสูง คิดเป็นร้อยละ 88.3 และ 82.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของการสำรวจได้ของแบบสัมภาษณ์จำแนกตามโซนและอำเภอ

โซน ที่	อำเภอ	จำนวนแกนนำ	จำนวนแบบ สัมภาษณ์	จำนวนที่สำรวจ ได้	อัตราการสำรวจ ได้
1.	โคกสูง	4,647	300	246	82.0
2.	เมืองสระแก้ว	11,814	300	265	88.3
3.	วังน้ำเย็น	5,644	300	295	98.3
	รวม	22,105	900	806	89.6

ปัจจัยส่วนบุคคล

เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.7 และเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 46.3

อายุ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 41 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.3 รองลงมาคือมีอายุอยู่ระหว่าง 20 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.3

สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 82.5 ส่วนมีสถานภาพ ม่าย โสด และหย่า/แยกกันอยู่ มีจำนวนพอ ๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 8.6, 6.6 และ 2.4 ตามลำดับ

อาชีพหลัก ส่วนใหญ่มีอาชีพ ทำนา / ทำสวน / ทำไร่ / เลี้ยงสัตว์ คิดเป็นร้อยละ 67.9 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง/ลูกจ้างบริษัท คิดเป็นร้อยละ 20.8

ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 79.4 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 16.9

รายได้ ส่วนใหญ่รายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 83.9 รองลงมาคือมีรายได้ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 12.0

สมาชิกในครัวเรือนที่อยู่ด้วยกัน ส่วนใหญ่มีสมาชิก 1-4 คน คิดเป็นร้อยละ 59.2 มีสมาชิกมากกว่า 4 คน คิดเป็นร้อยละ 40.2

ระยะเวลาที่อาศัยในหมู่บ้าน ส่วนใหญ่อาศัยเป็นระยะเวลา 20 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.0 รองลงมาอาศัยน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 32.8

ระยะเวลาที่เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นแกนนำเป็นระยะเวลา 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 84.9 รองลงมาเป็นแกนนำเป็นเวลา 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.7

บทบาทในชุมชน พบว่าส่วนใหญ่เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 47.3 เป็นกรรมการหมู่บ้านและอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 38.5 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร้อยละ 14.3

การมีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 80.3 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 19.7 ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน (806)	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		433	53.7
หญิง		373	46.3
รวม		806	100.0
ชาย : หญิง	1.2 : 1		
อายุ			
น้อยกว่า 20 ปี		25	3.1
20 – 40 ปี		333	41.3
41 – 60 ปี		341	42.3
60 ปี ขึ้นไป		107	13.3
รวม		806	100.0
Mean = 44.29 SD. = 14.81 Median = 43.00 Minimum = 12 Maximum = 89			
สถานภาพสมรส			
โสด		53	6.6
คู่		665	82.5
ม้าย		69	8.0
หย่า / แยกกันอยู่		19	6.0
รวม		806	100.0

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (806)	ร้อยละ
อาชีพหลัก		
ทำนา / ทำสวน / ทำไร่ / เลี้ยงสัตว์	547	67.9
ค้าขาย	65	8.1
รับจ้าง / ลูกจ้างบริษัท	168	20.8
อื่น ๆ	25	3.1
รวม	806	100.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	640	79.4
มัธยมศึกษา	136	16.9
ปวช. / ปวส. / อนุปริญญา	9	1.1
ปริญญาตรี	16	2.0
รวม	806	100.0
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว / เดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	676	83.9
5,001 – 10,000 บาท	97	12.0
มากกว่า 10,000 บาท	33	4.1
รวม	806	100.0
Mean = 3692.60 SD.= 2294.56 Median=3000.00 Minimum = 400 Maximum = 20000		
สมาชิกในครัวเรือนที่อยู่ด้วยกัน		
1 - 4 คน	482	59.2
มากกว่า 4 คน	324	40.2
รวม	806	100.0
Mean = 4.34 SD. = 1.45 Median = 4.00 Minimum = 1 Maximum = 11		
ระยะเวลาที่อาศัยในหมู่บ้าน		
น้อยกว่า 20 ปี	264	32.8
20 – 40 ปี	451	56.0
41 – 60 ปี	70	8.7
60 ปี ขึ้นไป	21	2.6
รวม	806	100.0
Mean = 27.12 SD. = 12.81 Median = 27.00 Minimum = 1 Maximum = 89		

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละปัจจัยส่วนบุคคลของของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (806)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว		
1 ปี	28	3.5
2 ปี	94	11.7
3 ปี	684	84.9
รวม	806	100.0
Mean = 2.81 SD. = 0.47 Median = 3.00 Minimum = 1 Maximum = 3		
บทบาทในชุมชน		
เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว	381	47.3
เป็นกรรมการหมู่บ้านและอื่นๆ	310	38.5
เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	115	14.3
รวม	806	100.0
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	647	80.3
มี	159	19.7
ระบบทางเดินอาหาร	55	6.8
โรคเรื้อรัง	50	6.2
ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	25	3.1
ระบบทางเดินหายใจ	21	2.6
โรคผิวหนัง	5	0.6
โรคมะเร็ง	2	0.2
พิการ	1	0.1
รวม	806	100.0

ปัจจัยสนับสนุน

การมีโรคประจำตัวของคนในครอบครัว ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 78.3 มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 21.7

ผู้คัดเลือกให้เข้าร่วมอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ส่วนใหญ่ได้รับคัดเลือกจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 51.7 รองลงมาได้รับคัดเลือกจากประชาชนในหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขมีจำนวนพอ ๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 27.8 และ 26.4

การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากหน่วยงานอื่นในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรม คิดเป็นร้อยละ 75.3 เคยเข้ารับการอบรม คิดเป็นร้อยละ 24.7

การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข / อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 32.0 รองลงมาได้รับจากวิทยุโทรทัศน์ และจากการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 25.4 และ 25.2 ตามลำดับ

กิจกรรมแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้านในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 83.5 รองลงมาเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ควบคุมป้องกันยาเสพติด และรณรงค์ควบคุมป้องกันโรคเอดส์ คิดเป็นร้อยละ 66.5 และ 50.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละปัจจัยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

ปัจจัยสนับสนุน	จำนวน (806)	ร้อยละ
การมีโรคประจำตัวของคนในครอบครัว		
ไม่มี	631	78.3
มี	175	21.7
โรคเรื้อรัง	67	8.3
ระบบทางเดินอาหาร	66	8.2
ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	19	2.4
ระบบทางเดินหายใจ	17	2.1
พิการ	4	0.5
โรคผิวหนัง	2	0.2
รวม	806	100.0

ผู้คัดเลือกให้เข้าร่วมอบรมเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (n = 806)

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	417	51.7
ประชาชนในหมู่บ้าน	224	27.8
ผู้ใหญ่บ้าน / กรรมการหมู่บ้าน / กำนัน	198	24.6
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	132	16.4
อบต.	17	2.1

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละปัจจัยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (ต่อ)

ปัจจัยสนับสนุน	จำนวน	ร้อยละ
การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา		
ไม่เคย	607	75.3
เคย	199	24.7
การควบคุมป้องกันไข้เลือดออก	136	16.9
การควบคุมป้องกันโรคเอดส์	36	4.5
การส่งเสริมสุขภาพ	14	1.7
ยาเสพติด	6	0.7
การสำรวจจุดรับ	4	0.5
การดูแลผู้สูงอายุ	3	0.4
รวม	806	100.0
การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มากที่สุด		
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข / อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	258	32.0
2. วิทยุโทรทัศน์	205	25.4
3. พูดคุยกับเพื่อนบ้าน	203	25.2
4. หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน	102	12.7
5. ผู้ใหญ่บ้าน / กรรมการหมู่บ้าน / อบต.	34	4.2
6. หนังสือพิมพ์ / เอกสาร / แผ่นพับ	4	0.5
รวม	806	100.0
กิจกรรมแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้านในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
1. รณรงค์ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก	673	83.5
2. รณรงค์ควบคุมป้องกันยาเสพติด	536	66.5
3. รณรงค์ควบคุมป้องกันโรคเอดส์	405	50.3
4. รณรงค์ควบคุมป้องกันสิ่งแวดล้อมขยะ	390	48.4
5. รณรงค์ควบคุมป้องกันโรคอุจจาระร่วง	298	37.0
6. รณรงค์ควบคุมป้องกันอุบัติเหตุ	232	28.8
7. รณรงค์โรคควบคุมป้องกันเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	216	26.8
8. อื่น ๆ	52	6.5

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชนภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระแก้ว

การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในภาพรวม พบว่ามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนอยู่ในระดับ ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.54) และเมื่อพิจารณาแยกรายด้านพบว่า มีส่วนร่วมการดำเนินกิจกรรมมากที่สุด โดยมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.5) รองลงมามีส่วนร่วมในด้านการศึกษาชุมชน และด้านการติดตามและประเมินผล โดยมีส่วนร่วมในระดับน้อยเช่นเดียวกัน (คะแนนเฉลี่ย 2.45, 2.41 ตามลำดับ) ส่วนด้านที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือด้านการวางแผน (คะแนนเฉลี่ย 2.33) ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชนจำแนกรายด้าน

การมีส่วนร่วม	คะแนนเฉลี่ย (n=806)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. ด้านการศึกษาชุมชน	2.45	0.98
2. ด้านการวางแผน	2.33	0.96
3. ด้านการดำเนินกิจกรรม	2.59	0.86
4. ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล	2.41	1.21
รวม	2.54	0.82

เมื่อพิจารณาลำดับการมีส่วนร่วมด้านการดำเนินกิจกรรม ในรายกิจกรรมตามกลุ่มเป้าหมาย พบว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มวัยทำงานมากที่สุดในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.97) รองลงมามีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก 0-5 ปี และมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก 6-15 ปี ในระดับปานกลางเช่นกัน (คะแนนเฉลี่ย 2.94 และ 2.82 ตามลำดับ) มีส่วนร่วมน้อยที่สุดในระดับน้อยคือ การให้ข้อมูลข่าวสาร (คะแนนเฉลี่ย 2.25) ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชนด้านการดำเนินกิจกรรมจำแนกรายกิจกรรม

ลำดับ	การดำเนินกิจกรรม	คะแนนเฉลี่ย (n=806)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1	การดูแลกลุ่มวัยทำงาน	2.97	0.99
2	การดูแลเด็ก 0-5 ปี	2.94	1.13
3	การดูแลเด็ก 6-15 ปี	2.82	1.13
4	การดูแลผู้สูงอายุ	2.72	1.03
5	หญิงมีครรภ์และหลังคลอด	2.44	1.16
6	การดูแลผู้พิการ	2.27	1.21
7	การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง	2.26	1.07
8	การให้ข้อมูลข่าวสาร	2.25	0.98
	รวม	2.59	0.86

การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ด้านการศึกษาชุมชน ในภาพรวม พบว่ามีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.45) และเมื่อพิจารณาแยกรายข้อ พบว่า มีส่วนร่วมเกี่ยวกับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานของครอบครัวโดยใช้แบบสำรวจ จปฐ. มากที่สุด โดยมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.69) รองลงมามีส่วนร่วมในเรื่องการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเรื่องสุขภาพซึ่งกันและกัน และการเสนอความคิดเห็นในที่ประชุมกรรมการหมู่บ้านในเรื่อง การพัฒนางานสาธารณสุข โดยมีส่วนร่วมในระดับปานกลางและระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.61, 2.44 ตามลำดับ) ส่วนข้อที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุดคือร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำแผนที่เดินดิน (คะแนนเฉลี่ย 2.11) ดังตารางที่ 4.6

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.7 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแล
สุขภาพประชาชน ด้านการวางแผนจำแนกรายข้อ

ข้อ	ด้านการวางแผน	ร้อยละของการมีส่วนร่วม					คะแนน เฉลี่ย (จำนวน)
		น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
28	การดำเนินกิจกรรมการวางแผนในหมู่บ้าน	25.8	15.5	27.2	19.2	8.3	2.65 (806)
22	การประชุมเสนอข้อมูลการสำรวจ จปฐ	27.9	20.7	30.4	12.4	8.6	2.53 (806)
23	การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของหมู่บ้าน	24.8	28.2	27.4	11.8	7.2	2.48 (806)
27	การวางแผนขอความร่วมมือไปยังชาวบ้านหรือหมู่บ้านอื่น	37.5	26.6	22.7	8.7	4.6	2.16 (806)
26	การกำหนดวิธีการ และรายละเอียดในการดำเนินงาน	40.3	27.3	19.5	8.7	4.2	2.09 (806)
25	การจัดสรรเงินสนับสนุน 7,500 บาท ในการจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาหมู่บ้าน	52.6	16.1	16.0	8.7	6.6	2.00 (806)
รวม							2.33 (806)

การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ด้านการดำเนินกิจกรรมในภาพรวม พบว่ามี
ส่วนร่วมในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.59) และเมื่อพิจารณาแยกกิจกรรมและรายข้อ พบว่า

กิจกรรมการให้ข้อมูลข่าวสาร แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีส่วนร่วม การให้คำแนะนำ ให้
คำปรึกษากับเพื่อนบ้านเป็นรายบุคคล และให้คำแนะนำ คำปรึกษากับเพื่อนบ้านเป็นกลุ่ม มากที่สุด โดย
มีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.48) เท่ากัน รองลงมามีส่วนร่วมในการเป็นผู้แจ้งข่าวนัด
หมายเพื่อนบ้านมาร่วมกิจกรรมบริการสาธารณสุข โดยมีส่วนร่วมในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.31)
ส่วนข้อที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือการติดป้ายโปสเตอร์เอกสารที่ ศสมช. (คะแนนเฉลี่ย 1.90)

กิจกรรมการดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดในภาพรวม พบว่า มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจ
กรรมอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.44) และเมื่อพิจารณาแยกรายข้อ พบว่า มีส่วนร่วมในการแนะ
นำมารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างน้อย 4 เดือน มากที่สุด โดยมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง
(คะแนนเฉลี่ย 2.76) รองลงมามีส่วนร่วมในการแนะนำหญิงหลังคลอดมาตรวจหลังคลอดและแนะนำ

และส่งต่อหญิงตั้งครรภ์คลอดที่สถานบริการสาธารณสุขโดยมีส่วนร่วมในระดับปานกลางและระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.56 และ 2.35 ตามลำดับ) ส่วนข้อที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือให้คำแนะนำการปฏิบัติตน ในระหว่างตั้งครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์ (คะแนนเฉลี่ย 2.35)

กิจกรรมการดูแลสุขภาพเด็ก 0-5 ปี ในภาพรวม พบว่า มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.94) และเมื่อพิจารณาแยกรายข้อ พบว่า มีส่วนร่วมเกี่ยวกับการให้คำแนะนำการฉีด ตัวเพื่อลดไข้เด็ก มากที่สุด โดยมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.06) รองลงมา มีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำ บอกวิธีผสมเกลือแร่ เมื่อเด็กท้องเสียได้ และแนะนำติดตามเด็กแรกเกิด - 1 ปี ไปรับวัคซีนป้องกันโรคให้ครบ 3 ครั้ง ตามกำหนด โดยมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.97 และ 2.91 ตามลำดับ) ส่วนข้อที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือแนะนำผู้ปกครองเด็กที่ขาดสารอาหารในการให้ รับประทานและปรุงอาหารที่ถูกต้อง (คะแนนเฉลี่ย 2.85)

ด้านการดำเนินกิจกรรมการดูแลกลุ่มเด็ก 6 - 15 ปี ในภาพรวม พบว่า มีส่วนร่วมในระดับปาน กลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.83) และเมื่อพิจารณาแยกรายข้อ พบว่า มีส่วนร่วมเกี่ยวกับให้คำแนะนำผู้ปก ครองทำบัตรประกันสุขภาพของเด็กนักเรียน 6 - 15 ปีมากที่สุด โดยมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.04) รองลงมา มีส่วนร่วมในการกระตุ้นผู้ปกครองให้ติดตามดูแลการรับวัคซีนในโรงเรียน ของกลุ่มเด็ก 6 - 15 ปี โดยมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.84) ส่วนข้อที่มีส่วนร่วมน้อย ที่สุด คือให้คำแนะนำผู้ปกครองตรวจสุขภาพปากและฟันกลุ่มเด็ก 6 - 15 ปี 6 เดือนต่อครั้ง (คะแนน เฉลี่ย 2.70)

กิจกรรมการดูแลกลุ่มวัยทำงาน 16 - 59 ปี ในภาพรวม พบว่า มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.97) และเมื่อพิจารณาแยกรายข้อ พบว่า มีส่วนร่วมในการแนะนำและชักชวนเพื่อบ้าน รักษาสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านให้สะอาดอยู่เสมอมากที่สุด โดยมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน เฉลี่ย 3.27) รองลงมา มีส่วนร่วมในการแนะนำและกระตุ้นเตือนถึงการป้องกันโรคเอดส์ในบุตรหลาน เพื่อนบ้านโดยการใช้ถุงยางอนามัย และแนะนำชักชวนชาวบ้านร่วมมือกันควบคุม โรคไข้เลือดออกโดยมี ส่วนร่วมในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน (คะแนนเฉลี่ย 3.20, 3.14 ตามลำดับ) ส่วนข้อที่มีส่วนร่วมน้อย ที่สุด คือแนะนำและกระตุ้นเตือน ถึงการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนแก่เพื่อนบ้าน (คะแนนเฉลี่ย 2.46)

กิจกรรมการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุในภาพรวม พบว่า มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.72) และเมื่อพิจารณาแยกรายข้อ พบว่า มีส่วนร่วมในการร่วมกิจกรรมการรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ ในหมู่ บ้าน มากที่สุด โดยมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.35) รองลงมา มีส่วนร่วมในการแนะนำเรื่องการทำบัตรผู้สูงอายุแก่ผู้สูงอายุ ในหมู่บ้าน และประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน และผู้นำชุมชนนัดหมายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้ง โดยมีส่วนร่วมในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน (คะแนนเฉลี่ย 2.57 และ 2.54 ตามลำดับ) ส่วนข้อที่มีส่วน ร่วมน้อยที่สุด คือ ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนนัดหมายเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ปีละ 1 ครั้ง (คะแนนเฉลี่ย 2.54)

กิจกรรมการดูแลกลุ่มผู้พิการในภาพรวม พบว่า มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.27) และเมื่อพิจารณาแยกรายข้อ พบว่า มีส่วนร่วมในการแนะนำส่งต่อผู้พิการเพื่อรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย มากที่สุด โดยมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.34) รองลงมา มีส่วนร่วมในการแนะนำผู้พิการหรือญาติเพื่อทำบัตร คนพิการ และเมื่อพบผู้พิการในหมู่บ้านแจ้งกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยมีส่วนร่วมในระดับน้อยเช่นเดียวกัน (คะแนนเฉลี่ย 2.29 และ 2.24 ตามลำดับ) ส่วนข้อที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ แนะนำส่งต่อผู้พิการเพื่อรับการสงเคราะห์ครอบครัว (คะแนนเฉลี่ย 2.23)

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ในภาพรวม พบว่า มีส่วนร่วมในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.26) และเมื่อพิจารณาแยกรายข้อ พบว่า มีส่วนร่วมในการดูแลและให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาแก่ผู้ป่วยเรื้อรังตามการรักษามากที่สุด โดยมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.37) รองลงมา มีส่วนร่วมในการสำรวจผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หอบ อัมพาต และรายงาน อสม. และส่งต่อแก่ผู้ป่วยเรื้อรังไปตรวจรักษาที่สถานอนามัยหรือ โรงพยาบาลใกล้บ้าน โดยมีส่วนร่วมในระดับน้อยเช่นเดียวกัน (คะแนนเฉลี่ย 2.34 และ 2.30 ตามลำดับ) ส่วนข้อที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ แนะนำการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง (คะแนนเฉลี่ย 2.23) ดังตารางที่ 4.8



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.8 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแล
สุขภาพประชาชน ด้านการดำเนินกิจกรรมจำแนกรายกิจกรรมรายข้อ

ข้อ	ด้านการดำเนินกิจกรรม	ร้อยละของการมีส่วนร่วม					คะแนน เฉลี่ย (จำนวน)
		น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มากที่สุด	
การให้ข้อมูลข่าวสาร							2.25 (806)
30	ให้คำแนะนำ คำปรึกษากับเพื่อนบ้านเป็น รายบุคคล	24.6	26.5	30.4	12.4	5.8	2.48 (806)
31	ให้คำแนะนำ คำปรึกษากับเพื่อนบ้านเป็น กลุ่ม	25.1	25.9	31.3	11.7	6.1	2.48 (806)
29	เป็นผู้แจ้งข่าวนัดหมายเพื่อนบ้านมาร่วม กิจกรรมบริการสาธารณสุข	32.9	28.3	21.5	10.0	7.3	2.31 (806)
32	ประกาศข่าวสารทางหอกระจายข่าว	47.0	18.9	19.5	10.2	5.2	2.08 (806)
33	ติดป้ายโปสเตอร์เอกสารที่ ศสมช.	57.2	15.5	12.7	8.6	5.7	1.90 (806)
หญิงมีครรภ์และหลังคลอด							2.44 (806)
48	แนะนำมารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง น้อย 4 เดือน	23.8	18.0	29.4	16.1	12.7	2.76 (806)
49	แนะนำหญิงหลังคลอดมาตรวจหลังคลอด	29.7	19.4	27.2	12.2	11.2	2.56 (806)
47	แนะนำและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์คลอดที่ สถานบริการสาธารณสุข	38.1	18.1	24.2	9.7	9.9	2.35 (806)
46	ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนในระหว่างตั้ง ครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์	38.6	21.6	21.3	9.6	8.9	2.29 (806)
45	แนะนำและติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้ครบ 4 ครั้ง	40.9	19.9	21.1	9.8	8.3	2.25 (806)

ตารางที่ 4.8 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแล
สุขภาพประชาชนด้านการดำเนินกิจกรรม จำแนกรายกิจกรรมรายข้อ (ต่อ)

ข้อ	การดำเนินกิจกรรม	ร้อยละของการมีส่วนร่วม					คะแนน เฉลี่ย (จำนวน)
		น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
การดูแลสุขภาพเด็ก 0-5 ปี						2.94 (806)	
38	ให้คำแนะนำการเช็ดตัวเพื่อลดไข้เมื่อเด็กเป็น ไข้	17.1	14.6	27.9	25.3	15.0	3.06 (806)
39	ให้คำแนะนำ บอกวิธีผสมเกลือแร่ เมื่อเด็ก ท้องเสียได้	18.5	15.8	30.6	20.3	14.8	2.97 (806)
35	แนะนำติดตามเด็กแรกเกิด - 1 ปีไปรับวัคซีน ป้องกันโรคให้ครบ 3 ครั้ง ตามกำหนด	24.3	13.2	25.9	20.2	16.4	2.91 (806)
36	กระตุ้นเตือนให้ผู้ปกครองนำเด็ก 0-5 ปี ไปซั้ น้ำหนักทุก 3 เดือน	20.6	17.5	27.7	20.7	13.5	2.89 (806)
37	แนะนำผู้ปกครองเด็กที่ขาดสารอาหารในการ รับประทานอาหารและปรุงอาหารที่ถูกต้อง	19.1	19.5	30.3	19.7	11.4	2.85 (806)
การดูแลสุขภาพกลุ่มเด็ก 6 – 15 ปี						2.83 (806)	
44	ให้คำแนะนำผู้ปกครองทำบัตรประกันสุขภาพ ของเด็กนักเรียน 6-15 ปี	18.7	14.00	26.9	24.9	15.4	3.04 (806)
41	กระตุ้นผู้ปกครองให้ติดตามดูแลการรับวัคซีน ในโรงเรียนของกลุ่มเด็ก 6-15 ปี	21.7	16.0	31.4	18.7	12.2	2.84 (806)
42	กระตุ้นผู้ปกครองให้ติดตามผลซั้ น้ำหนัก 6 เดือนครั้ง	24.7	17.2	29.3	18.4	10.4	2.73 (806)
43	ให้คำแนะนำผู้ปกครองตรวจสุขภาพปากและ ฟันเด็ก 6-15 ปี	21.7	20.2	31.6	18.9	7.6	2.70 (806)

ตารางที่ 4.8 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชน ด้านการดำเนินกิจกรรมจำแนกรายกิจกรรมรายชื่อ (ต่อ)

ข้อ	ด้านการดำเนินกิจกรรม	ร้อยละของการมีส่วนร่วม					คะแนนเฉลี่ย (จำนวน)
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
การดูแลกลุ่มวัยทำงาน (16 – 59 ปี)							2.97 (806)
57	แนะนำและชักชวนเพื่อบ้านรักษาสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านให้สะอาดอยู่เสมอ	12.2	13.0	30.1	24.6	20.1	3.27 (806)
56	แนะนำและกระตุ้นเตือนถึงการป้องกันโรคเอดส์ในบุตรหลานและเพื่อนบ้าน	13.5	12.3	32.9	23.7	17.6	3.20 (806)
52	แนะนำและชักชวนชาวบ้านร่วมมือกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	11.7	15.5	35.4	22.0	15.4	3.14 (806)
54	แนะนำถึงพิษภัยของบุหรี่เหล้า สิ่งเสพติดแก่เพื่อนบ้าน	13.2	16.9	31.8	25.7	12.5	3.08 (806)
53	ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดกิจกรรมคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในหมู่บ้าน	22.1	23.8	30.8	14.0	8.7	2.62 (806)
55	แนะนำการกระตุ้นเตือนถึงการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน แก่เพื่อนบ้าน	14.0	18.5	33.3	25.6	8.7	2.62 (806)
58	ชักชวนประชาชนมาร่วมกลุ่มออกกำลังกายในหมู่บ้าน	26.2	20.1	30.9	13.8	8.1	2.54 (806)

ตารางที่ 4.8 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแล
สุขภาพประชาชนด้านการดำเนินกิจกรรม จำแนกรายกิจกรรมรายชื่อ (ต่อ)

ข้อ	ด้านการดำเนินกิจกรรม	ร้อยละของการมีส่วนร่วม					คะแนน เฉลี่ย (จำนวน)
		น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ						2.72 (806)	
63	ร่วมกิจกรรมการรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุในหมู่บ้าน	12.8	12.8	25.1	25.8	23.6	3.35 (806)
60	แนะนำเรื่องการทำบัตรผู้สูงอายุแก่ผู้สูงอายุในหมู่บ้าน	21.5	19.5	29.8	17.4	11.9	2.79 (806)
61	ชักชวนผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมในหมู่บ้าน	25.2	21.3	32.9	12.8	7.8	2.57 (806)
64	ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนนัดหมายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้ง	28.7	19.2	30.9	11.5	9.7	2.54 (806)
62	รวมกลุ่มผู้สูงอายุออกกำลังกายในหมู่บ้าน	30.5	25.3	27.7	9.9	6.6	2.37 (806)
การดูแลกลุ่มผู้พิการ						2.27 (806)	
69	แนะนำส่งต่อผู้พิการเพื่อรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย	38.6	21.8	19.6	11.5	7.3	2.34 (806)
67	แนะนำผู้พิการหรือญาติเพื่อทำบัตรคนพิการ	40.3	20.8	17.7	11.7	9.4	2.29 (806)
66	เมื่อพบผู้พิการในหมู่บ้านแจ้งกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	39.5	23.7	18.4	10.7	7.8	2.24 (806)
68	แนะนำส่งต่อผู้พิการเพื่อรับการสงเคราะห์ครอบครัว	40.1	24.3	17.4	9.2	9.1	2.23 (806)

ตารางที่ 4.8 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแล
สุขภาพประชาชนด้านการดำเนินกิจกรรม จำแนกรายกิจกรรมและรายข้อ (ต่อ)

ข้อ	การดำเนินกิจกรรม	ร้อยละของการมีส่วนร่วม					คะแนน เฉลี่ย (จำนวน)
		น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มากที่สุด	
การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง						2.26 (806)	
73	ดูแลและให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาแก่ผู้ป่วยเรื้อรังตามการรักษา	33.4	21.3	27.8	10.1	7.4	2.37 (806)
74	สำรวจผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรหิวใจหอบอัมพาต และรายงานอสม	34.1	25.8	22.5	9.4	7.8	2.34 (806)
75	ติดตามแก่ผู้ป่วยเรื้อรังไปตรวจและรับยาตามนัด	38.0	23.4	22.0	9.4	7.2	2.24 (806)
76	ส่งต่อแก่ผู้ป่วยเรื้อรังไปตรวจรักษาที่สถานีนอนามัยหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน	34.5	25.8	22.5	9.4	7.8	2.30 (806)
72	แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง	40.1	20.1	23.9	8.8	7.1	2.23 (806)
71	แนะนำการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง	26.5	21.1	20.6	6.7	5.1	2.03 (806)
รวม						2.59 (806)	

การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ด้านการติดตามและประเมินผล ในภาพรวมพบว่า มีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.41) และเมื่อพิจารณาแยกรายข้อ พบว่า มีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานของครอบครัวโดยใช้แบบสำรวจ จปฐ. ปีละ 1 ครั้งมากที่สุด โดยมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.84) รองลงมามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านจนสำเร็จ และการสอบถามความคิดเห็นของประชาชนในการทำกิจกรรมสาธารณสุขในหมู่บ้านโดยมีส่วนร่วมในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน (คะแนนเฉลี่ย 2.69 และ 2.60 ตามลำดับ) ส่วนข้อที่มีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล น้อยที่สุด คือ ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังตารางที่ 4.9

ส่วนที่ 3 ความแตกต่างการมีส่วนร่วมรายด้านของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชนภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน

ความแตกต่างการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการดูแลสุขภาพประชาชน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน พบว่า

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่มีเพศ ต่างกันมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ในด้านการศึกษาชุมชน ด้านการวางแผนและด้านการดำเนินกิจกรรม ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่มีอายุ ต่างกัน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ในด้าน การดำเนินกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในด้านการวางแผนและด้านการมีส่วนร่วมในการติดตาม ส่วนด้านการศึกษาชุมชน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่มีสถานภาพสมรส ต่างกัน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ในด้านการศึกษาชุมชน ด้านการวางแผนและด้านการดำเนินกิจกรรม ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่มีอาชีพหลัก ต่างกัน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่มีระดับการศึกษา ต่างกัน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ในด้านการศึกษาชุมชน และด้านการวางแผน ส่วนด้านการดำเนินกิจกรรมและด้านการติดตามและประเมินผลมีส่วนร่วม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่มีรายได้เฉลี่ย ต่างกัน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ในด้านการดำเนินกิจกรรม ส่วนด้านการศึกษาชุมชน ด้านการวางแผน และด้านการมีส่วนร่วมในการติดตาม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่ต่างกัน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในด้านการมีส่วนร่วมในการติดตาม ส่วนด้านการศึกษาชุมชน ด้านการวางแผนและด้านการดำเนินกิจกรรม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่มีระยะเวลาที่อาศัยในหมู่บ้าน ต่างกัน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่มีระยะเวลาที่เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทอื่นในชุมชน แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยแกนนำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนร่วมมากกว่าในทุกด้าน

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่มีการมีโรคประจำตัว แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่มีการมีโรคประจำตัวของคนในครอบครัว แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่มีการเข้ารับการอบรม แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทุกด้าน ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ความแตกต่างการมีส่วนร่วมรายด้านของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน

ปัจจัยส่วนบุคคล/ปัจจัยสนับสนุน	การศึกษา ชุมชน	การวางแผน	การดำเนิน กิจกรรม	การมี ส่วนร่วมใน การติดตาม
เพศ ^a				
ชาย	2.53	2.49	2.68	2.47
หญิง	2.34	2.15	2.47	1.18
p - value	.002**	<.001**	<.001**	.158
อายุ ^b				
น้อยกว่า 20 ปี	2.79	2.69	3.01	2.92
20 – 40 ปี	2.41	2.24	2.62	2.30
41 – 60 ปี	2.50	2.42	2.58	2.50
60 ปี ขึ้นไป	2.37	2.24	2.38	2.35
p - value	.158	.016*	.008**	.023*
สถานภาพสมรส ^b				
โสด	2.62	2.50	2.79	2.53
คู่	2.50	2.37	2.61	2.44
ม่าย	2.04	1.96	2.26	2.20
หย่า / แยกกันอยู่	2.01	1.95	2.34	2.04
p - value	<.001**	.001**	.002**	.189

^aunpaired t – test

^bOne – Way ANOVA

* $p < .05$

** $p < .01$

ตารางที่ 4.10 ความแตกต่างการมีส่วนร่วมรายด้านของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำแนกตาม
ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล/ปัจจัยสนับสนุน	การศึกษา ชุมชน	การวางแผน	การดำเนิน กิจกรรม	ติดตาม ประเมินผล
อาชีพหลัก^b				
ทำนา/ทำสวน/ทำไร่/เลี้ยงสัตว์	2.45	2.37	2.61	2.43
ค้าขาย	2.60	2.35	2.48	2.47
รับจ้าง / ลูกจ้างบริษัท	2.40	2.23	2.53	2.28
อื่นๆ	2.52	2.30	2.66	2.81
p - value	.557	.453	.425	.160
ระดับการศึกษา^b				
ประถมศึกษา	2.39	2.29	2.58	2.38
มัธยมศึกษา	2.79	2.59	2.69	2.63
ปวช./ ปวส./อนุปริญญา	2.73	2.70	2.59	2.43
ปริญญาตรี	2.08	1.89	2.20	1.99
p - value	<.001**	.001**	.137	.078
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว / เดือน^b				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	2.45	2.34	2.63	2.43
5,001 – 10,000 บาท	2.40	2.16	2.35	2.26
มากกว่า 10,000 บาท	2.61	2.41	2.40	2.49
p - value	.571	.165	.004**	.411
สมาชิกในครัวเรือนที่อยู่ด้วยกัน^a				
1-4 คน	2.38	2.25	2.51	2.30
มากกว่า 4 คน	2.56	2.45	2.70	2.57
p - value	.016 [*]	.006 ^{**}	.003 ^{**}	.002 [*]
ระยะเวลาที่อาศัยในหมู่บ้าน^b				
น้อยกว่า 20 ปี	2.44	2.28	2.59	2.38
20 – 40 ปี	2.48	2.37	2.62	2.42
41 – 60 ปี	2.44	2.40	2.49	2.59
60 ปี ขึ้นไป	2.15	2.00	2.22	2.11
p - value	.514	.235	.138	.383

^aunpaired t – test

^bOne – Way ANOVA

* p < .05

** p < .01

ตารางที่ 4.10 ความแตกต่างการมีส่วนร่วมรายด้านของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำแนกตาม
ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล/ปัจจัยสนับสนุน	การศึกษา ชุมชน	การวางแผน	การดำเนิน กิจกรรม	ติดตาม ประเมินผล
ระยะเวลาที่เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ^b				
1 ปี	2.50	2.43	2.59	2.41
2 ปี	2.49	2.40	2.63	2.48
3 ปี	2.45	2.32	2.59	2.40
p - value	.912	.643	.871	.853
บทบาทในชุมชน				
เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว	2.17	2.05	2.40	2.09
เป็นกรรมการหมู่บ้านและอื่นๆ	2.49	2.38	2.57	2.29
เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	3.31	3.13	3.26	3.35
p - value	<.001**	<.001**	<.001**	<.001**
การมีโรคประจำตัว ^a				
ไม่มี	2.45	2.33	2.61	2.38
มี	2.47	2.35	2.48	2.52
p - value	.805	.808	.109	.227
การมีโรคประจำตัวของคนในครอบครัว ^a				
ไม่มี	2.42	2.31	2.57	2.38
มี	2.59	2.40	2.64	2.53
p - value	.052	.283	.270	.179
การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากหน่วยงานอื่นในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ^a				
ไม่เคย	2.26	2.14	2.42	2.20
เคย	3.04	2.91	3.08	3.05
p - value	<.001**	<.001**	<.001**	<.001**

^aunpaired t – test

^bOne – Way ANOVA

* p < .05

** p < .01

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนของแกนนำสุขภาพ
ประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำสุขภาพ
ประจำครอบครัวที่ไม่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พบว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นกรรมการหมู่บ้านและอื่นๆ และแกนนำสุขภาพประจำ
ครอบครัวที่ไม่มีบทบาท มีส่วนร่วมด้านการศึกษาชุมชน ด้านการวางแผน ด้านการประเมินผล และด้าน
การดำเนินกิจกรรมรายกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยแกนนำสุขภาพ
ประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าแกนนำ
สุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นกรรมการหมู่บ้านและอื่นๆ และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
ในทุกด้าน ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมรายด้านของแกนนำสุขภาพ
ประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน
และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

กิจกรรมรายด้าน	คะแนนเฉลี่ย			รวม (n=806)	p-value ^(a)
	กสค+ อสม. (n=115)	กสค+ กม. (n=310)	กสค. (n=381)		
1. ด้านการศึกษาชุมชน	3.31	2.49	2.17	2.45	<.001
2. ด้านการแผน	3.13	2.38	2.05	2.33	<.001
3. ด้านการประเมินผล	3.35	2.29	2.09	2.35	<.001
4. ด้านการดำเนินกิจกรรม	3.26	2.59	2.40	2.59	<.001
4.1 การให้ข้อมูลข่าวสาร	3.08	2.26	1.99	2.25	<.001
4.2 การดูแลสุขภาพเด็ก 0-5 ปี	3.70	2.87	2.76	2.94	<.001
4.3 การดูแลสุขภาพเด็ก 6-15 ปี	3.47	2.81	2.64	2.83	<.001
4.4 การดูแลหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด	3.06	2.45	2.25	2.44	<.001
4.5 การดูแลสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน	3.62	2.97	2.78	2.97	<.001
4.6 การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ	3.39	2.71	2.53	2.72	<.001
4.7 การดูแลกลุ่มผู้พิการ	3.00	2.21	2.10	2.27	<.001
4.8 การดูแลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง	2.97	2.25	2.12	2.26	<.001

^(a)One - way ANOVA

ส่วนที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
ในการดูแลสุขภาพประชาชนภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระแก้ว

ปัญหาและอุปสรรคการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการดูแลสุขภาพประชาชนในภาพรวม พบว่า มีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.62) และเมื่อพิจารณาแยกรายข้อ พบว่า มีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับไม่มีเวลาติดภารกิจ ประกอบอาชีพ มากที่สุด โดยมีปัญหาและอุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.19) รองลงมา มีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับความรู้เรื่องการดูแลแต่ละกลุ่มเป้าหมายและการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน โดยมีส่วนร่วมในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน (คะแนนเฉลี่ย 2.78) เท่ากันส่วนด้านที่มีปัญหาและอุปสรรคการมีส่วนร่วม น้อยที่สุด คือ การดูแลกลุ่มผู้พิการ (คะแนนเฉลี่ย 2.25) ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของปัญหา อุปสรรคการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชน

ข้อ	ปัญหาและอุปสรรค	ร้อยละของปัญหาและอุปสรรค					คะแนนเฉลี่ย (จำนวน)
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
19	ไม่มีเวลา ติดภารกิจประกอบอาชีพ	15.9	20.6	30.8	18.0	8.7	3.19 (806)
14	ความรู้เรื่องการดูแลแต่ละกลุ่มเป้าหมาย	19.1	24.3	35.2	14.0	4.3	2.78 (806)
17	การสนับสนุนจากผู้นำชุมชน	18.1	22.5	34.7	18.4	4.8	2.78 (806)
7	การดูแลกลุ่มวัยทำงาน (16-59) ปี	19.4	22.5	30.5	21.8	5.1	2.75 (806)
1	การสำรวจ จปฐ.	22.5	27.8	32.5	6.8	5.8	2.73 (806)
5	การดูแลกลุ่มเด็ก 6-15 ปี	22.7	25.1	29.7	14.3	5.2	2.73 (806)
18	การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่	22.1	25.7	31.3	14.4	4.6	2.66 (806)

ตารางที่ 4.12 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยปัญหาและอุปสรรคการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำ
ครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชน (ต่อ)

ข้อ	ปัญหาและอุปสรรค	ร้อยละของปัญหาและอุปสรรค					คะแนน เฉลี่ย (จำนวน)
		น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
12	การเสนอความคิดเห็นในที่ประชุม	16.7	31.1	35.9	11.0	5.3	2.62 (806)
13	การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่	19.4	32.5	31.5	9.3	5.0	2.62 (806)
16	การสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านประจำหมู่บ้าน	22.5	23.7	34.4	12.7	6.3	2.60 (806)
4	การดูแลสุขภาพเด็ก 0.5 ปี	23.8	28.8	27.9	13.3	5.0	2.53 (806)
8	การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ	26.2	26.2	27.8	13.5	5.2	2.50 (806)
11	การติดตามประเมินผล การดูแลสุขภาพ ประชาชน	20.0	28.7	40.2	7.6	2.7	2.49 (806)
3	การวางแผนดำเนินกิจกรรม	22.0	33.7	30.9	8.4	3.3	2.47 (806)
6	การดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด	30.0	27.5	25.7	10.0	4.0	2.47 (806)
2	การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาว่าจะทำ ก่อนหลัง	22.5	35.4	28.8	8.9	2.4	2.46 (806)
15	การให้ความร่วมมือของประชาชน	15.9	24.9	40.4	11.3	5.1	2.44 (806)
10	การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง	35.2	25.8	23.0	10.9	4.2	2.28 (806)
9	การดูแลกลุ่มผู้พิการ	35.4	28.3	22.8	8.9	3.2	2.25 (806)
รวม							2.62 (806)

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเรื่อง การดูแลสุขภาพประชาชน อันดับแรก เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 47.3)รองลงมาคือ ทุกหน่วยงาน (ร้อยละ 26.6) คนในครอบครัว (ร้อยละ 12.3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 8.1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 4.6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและคนในครอบครัว (ร้อยละ 1.0) ครู (ร้อยละ 0.2) ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเรื่อง การดูแลสุขภาพประชาชนว่าเป็นหน้าที่ของใคร

การดูแลสุขภาพประชาชนเป็นหน้าที่	จำนวน (n=609)	ร้อยละ
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	288	47.3
2. ทุกหน่วยงาน	162	26.6
3. คนในครอบครัว	75	12.3
4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	49	8.1
5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	28	4.6
6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและคนในครอบครัว	6	1.0
7. ครู	1	0.2

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว สามารถดูแลประชาชนได้ อันดับแรก เรื่องการให้ข่าวสาร คำแนะนำปรึกษา (ร้อยละ 52.2) การส่งเสริมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร (ร้อยละ29.9) ดูแลเรื่อง การป้องกันโรคและสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ14.3) ดูแลสุขภาพเบื้องต้น (ร้อยละ 1.4) ประสานงานกับหน่วยงาน (ร้อยละ 1.1) ต้องมีความตั้งใจจริง (ร้อยละ 0.8)ไม่สามารถดูแลได้(ร้อยละ0.3) ดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละที่แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเรื่องแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจะสามารถดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างไร

กิจกรรมการดูแลสุขภาพประชาชน	จำนวน (n=358)	ร้อยละ
1. ให้ข่าวสาร คำแนะนำ คำปรึกษา	187	52.2
2. การส่งเสริมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร	107	29.9
3. ดูแลเรื่องการป้องกันโรคและสิ่งแวดล้อม	51	14.3
4. ดูแลสุขภาพเบื้องต้น	5	1.4
5. ประสานงานกับหน่วยงาน	4	1.1
6. ต้องมีความตั้งใจจริง	3	0.8
7. ไม่สามารถดูแลได้	1	0.3

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชน ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดสระแก้ว เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการดูแลสุขภาพประชาชนจังหวัดสระแก้ว ระหว่างเดือน ธันวาคม 2545-กุมภาพันธ์ 2546 โดยเก็บข้อมูลแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวของจังหวัดสระแก้ว จำนวนทั้งสิ้น 806 คน โดยการสัมภาษณ์ ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการทดสอบแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Unpaired t-test และ One-way ANOVA

สรุปผลการศึกษา

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวตอบแบบสัมภาษณ์ ทั้งหมด 806 ชุด จากจำนวนแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 900 ชุด คิดเป็นร้อยละ 89.6 และเมื่อพิจารณาแยกตามโซนและอำเภอ พบว่า อำเภอวังน้ำเย็นมีจำนวนของการตอบแบบสัมภาษณ์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98.3 รองลงมาคืออำเภอเมืองสระแก้ว และอำเภอโคกสูง คิดเป็นร้อยละ 88.3และ 82.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.1)

1. ข้อมูลทั่วไป

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวส่วนใหญ่(ร้อยละ 53.7) เป็นเพศชาย อายุอยู่ระหว่าง 41 – 60 ปี ร้อยละ 42.3 อายุเฉลี่ย 44.29 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.5 อาชีพ ทำนา / ทำสวน / ทำไร่ / เลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 67.9 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 79.4 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 83.9 สมาชิกในครัวเรือนที่อยู่ด้วยกัน 1-4 คน ร้อยละ 59.2 อาศัยในหมู่บ้าน เป็นระยะเวลา 20 – 40 ปี ร้อยละ 56.0 เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว 3 ปี ร้อยละ 84.9 เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอย่างเดียวร้อยละ 47.3 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.3 (ตารางที่ 4.2)

คนในครอบครัวไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.3 ได้รับคัดเลือกให้เข้าร่วมอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 51.7 ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ร้อยละ 75.3 ได้รับข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข / อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มากที่สุด ร้อยละ 32.0 กิจกรรมแก้ไขปัญหา

สาธารณสุขในหมู่บ้านในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาเข้าร่วมมากที่สุดคือกิจกรรมรณรงค์ควบคุมป้องกันโรค ใช้เลือดออก ร้อยละ 83.5 (ตารางที่ 4.3)

2. การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชน

ในภาพรวมพบว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.54) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

1. ด้านการศึกษาชุมชน แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.45) โดยที่มีส่วนร่วมเกี่ยวกับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานของครอบครัวโดยใช้แบบสำรวจ จปฐ. มากที่สุด รองลงมามีส่วนร่วมเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเรื่องสุขภาพซึ่งกันและกัน และการเสนอความคิดเห็นในที่ประชุมกรรมการหมู่บ้านในเรื่องการพัฒนางานสาธารณสุข มีส่วนร่วมน้อยที่สุดเรื่องการทำแผนที่เดินดิน (ตารางที่ 4.6)

2. ด้านการวางแผน แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.33) โดยที่มีส่วนร่วมเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการวางแผนในหมู่บ้านมากที่สุด รองลงมามีส่วนร่วมในการประชุมเสนอข้อมูลการสำรวจ จปฐ. และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของหมู่บ้าน ข้อที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุดคือการจัดสรรเงินสนับสนุน 7,500 บาท (ตารางที่ 4.7)

3. ด้านการดำเนินกิจกรรม แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในภาพรวมมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.59)

3.1 ด้านกิจกรรมการให้ข้อมูลข่าวสาร มีส่วนร่วมมากที่สุดในการให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา น้อยที่สุดเรื่องการติดป้ายโปสเตอร์

3.2 ด้านกิจกรรมการดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด มีส่วนร่วมเกี่ยวกับการให้คำแนะนำมารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 4 เดือนมากที่สุด น้อยที่สุดคือการแนะนำหญิงตั้งครรภ์ตรวจครรภ์ครบ 4 ครั้ง

3.3 กิจกรรมการดูแลสุขภาพเด็ก มีส่วนร่วมเกี่ยวกับการให้คำแนะนำการเช็ดตัวเพื่อลดไข้เด็กมากที่สุด น้อยที่สุดคือการแนะนำผู้ปกครองเด็กขาดสารอาหาร ในการรับประทานและปรุงอาหารที่ถูกต้อง

3.4 กิจกรรมการดูแลสุขภาพเด็ก 6 – 15 ปี มีส่วนร่วมเกี่ยวกับการให้คำแนะนำผู้ปกครองทำบัตรประกันสุขภาพของเด็กนักเรียน 6 – 15 ปี มากที่สุด น้อยที่สุดคือให้คำแนะนำผู้ปกครองตรวจสุขภาพปากและฟัน

3.5 การดูแลสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน 16 – 59 ปี มีส่วนร่วมเกี่ยวกับการแนะนำชักชวนเพื่อนบ้านรักษาสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านให้สะอาดอยู่เสมอมากที่สุด

3.6 กิจกรรมการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในกิจกรรมการรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุในหมู่บ้านมากที่สุด น้อยที่สุดคือการรวมกลุ่มผู้สูงอายุออกกำลังกาย

3.7 กิจกรรมการดูแลกลุ่มผู้พิการ มีส่วนร่วมในการแนะนำส่งต่อผู้พิการเพื่อรับการ รักษาเมื่อเจ็บป่วยมากที่สุด น้อยที่สุดคือแนะนำส่งต่อผู้พิการเพื่อรับการสงเคราะห์

3.8 ด้านการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีส่วนร่วมในการดูแลให้คำแนะนำ เรื่องการรับประทานยาแก่ผู้ป่วยเรื้อรังตา:การรักษามากที่สุด น้อยที่สุดคือการแนะนำการออกกำลังกาย แก่ผู้สูงอายุ (ตารางที่ 4.8)

4. ด้านการติดตามและประเมินผล แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.41) โดยที่มีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานของครอบครัวโดยใช้แบบ สสำรวจ จปฐ. ปีละ 1 ครั้งมากที่สุด รองลงมามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านจนสำเร็จ และการสอบถามความคิดเห็นของประชาชนในการทำกิจกรรมสาธารณสุขในหมู่บ้าน (ตารางที่ 4.9)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำแนก ตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุน

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำแนก ตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุน พบว่า

1. ด้านการศึกษาชุมชน

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มี เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา บทบาทในชุมชน และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพ แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการศึกษาชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

2. ด้านการวางแผน

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มี เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา บทบาทในชุมชน และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพ แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการวางแผนแตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มี อายุแตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการวางแผนแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. ด้านการดำเนินกิจกรรม

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มี เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน บทบาทในชุมชน และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพ ที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

4. ด้านการติดตามและประเมินผล

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีอายุ มีสมาชิกในครัวเรือนที่อยู่ด้วยกันแตกต่างกัน มีส่วนร่วม ในการติดตามและประเมินผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทในชุมชน และได้รับการอบรมด้านสุขภาพแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .01$) (ตารางที่ 4.10)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ไม่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

เมื่อเปรียบเทียบแตกต่างของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นกรรมการหมู่บ้าน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ไม่มีบทบาทอื่นพบว่า

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นกรรมการหมู่บ้าน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ไม่มีบทบาทอื่นในหมู่บ้าน มีส่วนร่วมด้านการศึกษาชุมชน ด้านการวางแผน ด้านการติดตามและประเมินผล และด้านการดำเนินกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นกรรมการหมู่บ้าน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ไม่มีบทบาทอื่นในหมู่บ้าน ทุกด้าน

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นกรรมการหมู่บ้าน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ไม่มีบทบาทอื่น มีส่วนร่วมด้านการศึกษาชุมชน ด้านการวางแผน ด้านการติดตามและประเมินผล และด้านการดำเนินกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นกรรมการหมู่บ้าน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ไม่มีบทบาทอื่นในหมู่บ้าน ทุกด้าน (ตารางที่ 4.11)

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.62) โดยที่มีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับไม่มีเวลาติดภารกิจประกอบอาชีพมากที่สุด รองลงมามีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับความรู้เรื่องการดูแลแต่ละกลุ่มเป้าหมายและการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน (ตารางที่ 4.12)

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำนวน 609 คน (ร้อยละ 75.6) แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเรื่องการดูแลสุขภาพประชาชนควรเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 47.3) เป็นอันดับแรก รองลงมาคือ ทุกหน่วยงาน (ร้อยละ 26.6) คนในครอบครัว (ร้อยละ 12.3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 8.1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 4.6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และคนใน ครอบครัว (ร้อยละ 1.0) ครู (ร้อยละ 0.2) (ตารางที่ 4.13)

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว 358 คน(ร้อยละ 44.4) แสดงความคิดเห็นว่ากิจกรรมที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวสามารถปฏิบัติในการดูแลสุขภาพประชาชนได้ อันดับแรกคือเรื่องการทำอาหาร คำแนะนำปรึกษา (ร้อยละ 52.2) การส่งเสริมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร (ร้อยละ30.0) ดูแลเรื่องการป้องกันโรคและสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ14.3) ดูแลสุขภาพเบื้องต้น (ร้อยละ 1.4) ประสานงานกับหน่วยงาน (ร้อยละ 1.1) ต้องมีความตั้งใจจริง (ร้อยละ 0.8) ไม่สามารถดูแลได้ (ร้อยละ0.3) (ตารางที่ 4.14)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทราบถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจังหวัดสระแก้ว โดยนำข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยมาเป็นแนวทางการวางแผนพัฒนาศักยภาพของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจังหวัดสระแก้ว ให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลการวิจัยอภิปรายได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความแตกต่างกันของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน

1. เพศ เพศชาย และเพศหญิง มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน เรื่องการศึกษาชุมชน การวางแผน การดำเนินกิจกรรม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่เพศชาย มีส่วนร่วมด้านการศึกษาชุมชน การวางแผน การดำเนินกิจกรรม มากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ กรกข ใจหาญ (2539)⁽⁵²⁾ ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุขโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน แตกต่างกันตาม เพศ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทัด ตาอ้ายเทียบ (2532)⁽⁴⁵⁾ ที่พบว่าตัวแปรด้านเพศ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของผู้สื่อข่าวสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. อายุ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีอายุต่างกัน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินกิจกรรม ด้านการติดตาม และประเมินผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีส่วนร่วมด้านการวางแผน ด้านการดำเนินกิจกรรม ด้านการติดตาม และประเมินผล มากที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของ วิทยา โคตรทาน(2536)⁽⁴⁹⁾ ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีอายุต่างกันปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้ผลต่างกัน ไม่สอดคล้องกับ บุญพา ชูชื่น (2533)⁽⁴⁷⁾ ศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน:ศึกษาเฉพาะพื้นที่ยากจน จังหวัดสงขลา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน

3. สถานภาพสมรส ที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมด้านการศึกษารวมชน การวางแผน และการดำเนินกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่เป็นโสดมีส่วนร่วมด้านการศึกษารวมชน การวางแผน และการดำเนินกิจกรรม มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของศุภฤกษ์ โจนธรรม (2532)⁽⁴⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าสถานภาพส่วนบุคคลมีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน

4. ระดับการศึกษา ที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมด้านการศึกษารวมชน การวางแผน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่จบมัธยมศึกษา มีส่วนร่วมด้านการศึกษารวมชน มากที่สุด และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่จบ ปวช./ปวส./อนุปริญญา มีส่วนร่วมด้านการวางแผน มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ผ่องศรี ศรีมรกต (2526)⁽⁵⁰⁾ ได้ศึกษาพบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยกำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหา เพราะการศึกษาที่ต่ำกว่าจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า สามารถรับรู้ เข้าใจ และใช้การเรียนรู้ในอดีต ตลอดจนพฤติกรรมที่เคยใช้ประสบผลสำเร็จมาแล้วมาใช้ในการเผชิญปัญหา สรุปได้ว่า การศึกษามีส่วนสำคัญที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจและเกิดแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติ

5. รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน/เดือน ที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมด้านการดำเนินกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือนมีส่วนร่วมด้านการดำเนินกิจกรรม มากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรกช ใจหาญ (2539)⁽⁵²⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขโดยกลวิธีทางสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 ในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกันตามรายได้ของครอบครัว สอดคล้องกับ การศึกษาของ ศุภฤกษ์ โจนธรรม (2532)⁽⁴⁶⁾ ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า รายได้ของครัวเรือน มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน

6. จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมด้านการศึกษารวมชน การวางแผน การดำเนินกิจกรรม และติดตามและประเมินผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในครัวเรือนที่อยู่ด้วยกัน มากกว่า 4 คน มีส่วนร่วมด้านการศึกษารวมชน การวางแผน การดำเนินกิจกรรม และติดตามและประเมินผล มากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมพ์วัลย์ เพ็ญจันทร์ และคณะ (อ้างในสุวัจน์ เทียรทอง 2536:11)⁽⁵⁴⁾ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของชาวชนบทในภาคอีสาน 2 หมู่บ้าน มุ่งไปที่พฤติกรรมดูแลสุขภาพยามเจ็บป่วย พบว่า ในระดับครอบครัวมีการปรึกษากัน ระหว่างพ่อ และแม่ ในระดับเครือญาติ เป็นไปตามการตัดสินใจของผู้อาวุโส ในระดับชุมชน ส่งผลเกี่ยวเนื่องกันในระดับสูง

ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของ ศุภฤกษ์ โรจนธรรม (2532)⁽⁴⁶⁾ ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า ขนาดของครอบครัวไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน

7. การเข้ารับการอบรม ที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมด้านการศึกษารวมชน การวางแผน การดำเนินกิจกรรม ติดตามและประเมินผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่เคยได้รับการอบรมด้านสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา มีส่วนร่วมด้านการศึกษารวมชน การวางแผน การดำเนินกิจกรรม ติดตามและประเมินผล มากกว่าทุกด้าน สอดคล้องกับ ถาวร แพทย์รักษ์ (2530)⁽⁴⁴⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานพบว่า ความรู้ เจตคติ มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานของประชาชน สามารถนำความรู้ เจตคติ ไปใช้พยากรณ์การมีกิจกรรมร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภฤกษ์ โรจนธรรม (2532)⁽⁴⁶⁾ ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า การได้รับความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐาน มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน สอดคล้องกับ พีระศักดิ์ รัตนะ (2534)⁽⁴⁸⁾ ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ความรู้ การได้รับการสนับสนุน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

8. บทบาทในชุมชน ที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมด้านการศึกษารวมชน การวางแผน การดำเนินกิจกรรม และการติดตามและประเมินผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกด้าน สอดคล้องกับ วิทยา โคตรท่าน (2536)⁽⁴⁹⁾ ศึกษาประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า อาสาสมัครที่มีตำแหน่งอื่นๆในชุมชน จะมีประสิทธิภาพ ในการทำงานสูงกว่า อาสาสมัครที่ไม่มีตำแหน่งอื่นๆในชุมชน สอดคล้องกับ กรกช ใจหาญ (2539)⁽⁵²⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 ในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า สถานภาพทางสังคม และความต้องการการยอมรับนับถือจากคนอื่นมีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ไม่สอดคล้องกับ ศุภฤกษ์ โรจนธรรม (2532)⁽⁴⁶⁾ ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า ความเชื่อถือต่อผู้นำหมู่บ้าน ความต้องการความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้าน และความต้องการความยอมรับนับถือ ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน

9. ส่วนแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีอาชีพหลัก ระยะเวลาที่อาศัยในหมู่บ้าน ระยะเวลาที่เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โรคประจำตัว โรคประจำตัวของคนในครอบครัว ที่แตกต่างกัน



ต้นฉบับไม่มีหน้านี้

NO THIS PAGE IN ORIGINAL

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างบริการสาธารณสุขของรัฐ กับบริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน เพื่อทำการเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงเป็นจุดเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมของประชาชน และชุมชน มีผลให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนมากกว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นกรรมการหมู่บ้าน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ไม่มีบทบาทอื่น ในทุกด้าน

ด้านกรรมการหมู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกอบต. กรรมการกองทุน กลุ่มต่างๆ ที่ดำเนินการในชุมชน เป็นองค์กรชุมชนที่ดำเนินการด้านการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านความเป็นอยู่ของประชาชน ด้านการปกครอง ทะเบียนราษฎร์ ด้านความปลอดภัย กิจกรรมต่างๆ ในการพัฒนาหมู่บ้าน และนำมาประสานงานกับชุมชน นำพาแกนนำ หรือกลุ่มต่างๆ ให้ดำเนินการในแต่ละเรื่องสู่การปฏิบัติ สู่ความสำเร็จ ซึ่งเป็นบทบาทของการบริหารจัดการ ทำให้ส่งผลถึงการมีส่วนร่วมในด้านต่างๆ ในการดูแลสุขภาพประชาชน จากการศึกษาของ เกสร วงศ์วัฒนกิจ (2542)⁽⁵⁷⁾ เกี่ยวกับความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของกรรมการบริหารอบต. ต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น ด้านการบริการสาธารณสุข 4 ด้าน พบว่ามีส่วนร่วมระดับปานกลาง และยังพบว่า ตำแหน่งอื่นในชุมชนมีผลต่อการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนางานสาธารณสุขแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ปัญหาและอุปสรรค พบว่าในภาพรวมมีปัญหาและอุปสรรค ในการมีส่วนร่วมระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.62) เมื่อพิจารณารายข้อ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับไม่มีเวลา ติดภารกิจประกอบอาชีพ มากที่สุด รองลงมาคือมีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับความรู้เรื่องการดูแลแต่ละกลุ่มเป้าหมาย และการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวส่วนใหญ่มีอาชีพ ทำนา/ทำสวน/ทำไร่/เลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 67.9 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 83.9 จึงทำให้ใช้เวลาในการประกอบอาชีพ ทำให้การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม เรื่องการดูแลสุขภาพประชาชน อันดับแรกควร เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 47.3) รองลงมาคือ ทุกหน่วยงาน (ร้อยละ 26.6) ซึ่งจากการศึกษาของ ลีอชา นวรัตน์ และคณะ (2540)⁽⁵⁶⁾ ศึกษาเรื่องบทบาทของ อบต. ในงานส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม พบว่า ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ของอบต. นั้น ยังมองว่าเรื่องสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่คิดขึ้นนั้น ทุกฝ่ายในอบต. ยังไม่รู้รายละเอียดว่ามีกิจกรรมอะไรบ้าง ที่จะมีส่วนร่วมได้ ยังมีความคิดว่าเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาล หรือหน่วยงานสาธารณสุข

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แสดงความคิดเห็นกิจกรรมการดูแลสุขภาพประชาชน ที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว สามารถปฏิบัติได้ อันดับแรก เรื่องการให้ข่าวสาร คำแนะนำ ปรีกษา (ร้อยละ 52.2) รองลงมาคือการส่งเสริมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร (ร้อยละ30.0) ดูแลเรื่องการป้องกันโรคและสิ่งแวดล้อม(ร้อยละ14.3) ดูแลสุขภาพเบื้องต้น (ร้อยละ 1.4)จากการศึกษาของทัศนพงษ์ พงศ์ช้าง (2543)⁽⁵⁵⁾ ศึกษาเรื่องโครงการพัฒนาการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ของบ้านนางามใต้ หมู่ที่ 5 ตำบลนาขาม อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า ด้านความต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีความต้องการเรียนรู้ในเรื่องการปฐมพยาบาลและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การป้องกันโรคติดต่อ และรองลงมาคือเรื่องการป้องกันโรคเอดส์ นอกจากนี้ จากการติดตามหลังการอบรม 3 เดือนพบว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) สามารถให้คำแนะนำให้คำปรึกษาแก่สมาชิกได้ แต่ยังมี การปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพเบื้องต้นและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นค่อนข้างน้อย บางกิจกรรม เช่น การเฝ้าระวังไข้เลือดออกไม่ได้ปฏิบัติด้านการถ่ายทอดความรู้แก่สมาชิกในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาหมู่บ้านเป็นกิจกรรมที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวสามารถปฏิบัติได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติ

จากการศึกษาพบว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับปานกลาง ค่อนข้างน้อย มีส่วนร่วมด้านการดำเนินกิจกรรมมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการศึกษาชุมชน การติดตาม ประเมินผล และมีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือด้านการวางแผน และพบว่ากิจกรรมที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวสามารถปฏิบัติได้อันดับแรกคือ การให้ข่าวสาร คำแนะนำ คำปรึกษา แต่ปัญหาอุปสรรค คือไม่มีเวลา ติดตามกิจการในการประกอบอาชีพ ขาดความรู้ในการดูแลแต่ละกลุ่มเป้าหมาย และขาดการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องต่อการดำเนินงานตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านกิจกรรมหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ถ้าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมอาจมีส่วนทำให้กิจกรรมด้านการสร้างสุขภาพในชุมชน ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเป็นการดำเนินงานของประชาชน โดยประชาชนอย่างแท้จริงโดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐทุกฝ่ายร่วมสนับสนุนโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ประสานงาน ผู้วิจัยขอเสนอแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้

1. ควรมีการพัฒนาหลักสูตรและรูปแบบการอบรมให้ความรู้ แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อย่างต่อเนื่อง และขยายผลการดำเนินงานครอบคลุมทุกพื้นที่ ในเรื่องต่างๆดังนี้
 - 1.1 ควรจัดอบรมด้านการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน
 - 1.2 เรื่องการดูแลสุขภาพตามกลุ่มอายุ
 - 1.3 ด้านกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมในกลุ่มเป้าหมาย
2. การจัดหลักสูตรการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ ควรพิจารณาจัดให้สอดคล้องตามความต้องการของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรปรับบทบาทและแนวคิดในการทำงานในชุมชน เน้นการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีบทบาทของการเป็นผู้สนับสนุนที่ดี
4. ควรประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ กับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ท้องถิ่นเกิดความตระหนักและเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
5. ผู้บริหารระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ควรให้การสนับสนุนและให้ความสำคัญ มีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. แบบสอบถามคำถามอาจมีคลุมเครือ ไม่ชัดเจน ทำให้ผู้สัมภาษณ์และผู้ตอบเข้าใจไม่ถูกต้องได้
2. งานวิจัยนี้ ศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเพียงฝ่ายเดียว แต่ถ้าศึกษาถึงความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ หรือประชาชนต่อการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวด้วยจะทำให้ได้คำตอบหลายด้านเพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบและการจัดหลักสูตรการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
2. ควรศึกษาเกี่ยวกับพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในระดับครอบครัวในลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชน และองค์กรท้องถิ่น
3. ควรศึกษาความคิดเห็นและการให้ความสำคัญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรชุมชน และประชาชน ต่อการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
4. ควรศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของกิจกรรมการดำเนินงาน ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



รายการอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการศึกษาศาสนาการณปัจจุบันและแนวโน้มของงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2543.
2. ไพจิตร ปวงบุตร. แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า. ม.ป.ท., 2535.
3. อังคณา หมายดี. การศึกษาการคงสภาพของหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2537.วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง 11 (8) : 37-47.
4. ยูพิน ผลประसार. การคงสภาพการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า จังหวัดกระบี่.วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ 11 (3) : 20-21.
5. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9. (ร่าง) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545 – 2549. ม.ป.ท., ม.ป.ป.
6. คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : ดีไซน์ , 2544.
7. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ. เวชปฏิบัติครอบครัวบริการสุขภาพที่ใกล้ใจใกล้บ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข , 2542.
8. ปรีดา แต่อารักษ์. ผลกระทบวิกฤติเศรษฐกิจต่อสุขภาพอนามัยของคนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข, 2544.
9. ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. พิมพ์ครั้งที่ 1 . ม.ป.ท. : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2545.
10. สำเร็จ แหงกระโทก . แนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดนครราชสีมา. ม.ป.ท., ม.ป.ป.
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. แนวทางการดำเนินงานสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน. ม.ป.ท., ม.ป.ป.
12. Ian Mc Dowell, Claire Newell. Measuring Health : A Guide to Rating Scale and Questionnaires . 2 nd Ed. Ny Oxford : University Press, 1996.
13. วิจิตรดี สีมาและคณะ. รายงานการประเมินผลโครงการครอบครัวสุขภาพดี เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ จังหวัดสระแก้ว, 2542.
14. International Labor Office. Participation by Employers' and workers' Organization in Economic and Social Planning. Geneva : International Labor Office, 1971.
15. ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. หลักการพัฒนาชุมชน. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนไทยอนุรักษ์ไทย, 2526.
16. เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. การระดมประชาชนเพื่อการพัฒนาชนบท : การบริหารงานพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2527.

17. ไพรัตน์ เตชะรินทร์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณาการพิมพ์, 2527.
18. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. การบริหารการปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยที่ 1-7 .พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุโขทัยธรรมาธิราช, 2531.
19. ประพนธ์ ปิยรัตน์. การพัฒนาแบบมีส่วนร่วม. เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการเรื่องการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
20. วสันต์ ศิลปสุวรรณ, พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. การวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ : ทฤษฎีและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2 .คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ : เจริญดีการพิมพ์, 2542.
21. Cohen, John. M. and Uphoff Norman T. Participation Place in Rural Development : Seeking Clarity through Specificity. World Development, 1980
22. นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภณาการพิมพ์, 2527.
23. สุจินต์ ดาววีระกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน:ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านชนะเลิศการประกวดหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัดนครสวรรค์ประจำปี 2527. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527.
24. ปาวิชาติ วลัยเสถียรและคณะ. กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. 2543.
25. นิรันดร์ พิทักษ์วัชร. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะ.เวทีปฏิรูป. ปีที่ 2 ฉบับที่ 23 (กุมภาพันธ์2545) : 5
26. สมฤดี ลิ้มปรีชตวิชัย. บทบาทของอบต.ต่อการพัฒนางานด้านสาธารณสุขของชุมชน : กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาศนบทศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
27. สาธารณสุข.กระทรวง.โครงการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว.มปท.,2540.
28. นครราชสีมา.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.คู่มือแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว(กสค.). นครราชสีมา: สมบูรณ์การพิมพ์จำกัด,2541.
29. วนิตา วิกุล และคณะ. การศึกษารูปแบบและระบบการพัฒนาการเรียนรู้ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น,2544.
30. พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์.จิตวิทยาครอบครัว. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2538.
31. สุพัตรา สุภาพ. สังคมและวัฒนธรรมไทย ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี. กรุงเทพฯ:ไทยวัฒนาพานิช,2536.
32. ณรงค์ เล็งประชา.สังคมวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ:พิทักษ์อักษร,2537.

33. ประเวศ วะสี. การส่งเสริมสุขภาพ : การปฏิวัติมนุษยชาติ. วารสารหมออนามัย ปีที่ 8 ฉบับที่ 5 (มีนาคม – เมษายน 2542) : 30.
34. สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2538 และแนวโน้มมาตรการแก้ไข. กรมการแพทย์, 2538.
35. ปรีดา แต่อารักษ์, ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, รุจิรา ทวีรัตน์, จุฑามาศ โทพีและสุรศักดิ์ อธิคมานนท์. ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากระบวนการสุขภาพระดับต้นของไทยในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและใน(ร่าง) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2543.
36. สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. เครื่องชี้วัดการประเมินผลการพัฒนาสุขภาพในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์, 2545.
37. ประเวศ วะสี. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. วารสารหมออนามัย ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 (พฤษภาคม – มิถุนายน 2543) : 13
38. คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: ดีไซน์, 2544.
39. สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ, 2545.
40. สำเริง แหยมกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ. ศูนย์สุขภาพชุมชน. (Online). แหล่งที่มา : [\(2002, มิถุนายน 4\)](http://www.moph.go.th)
41. ธีรพงษ์ แก้วหาวงษ์. ทศวรรษใหม่การสาธารณสุขมูลฐาน : การพัฒนาสุขภาพเพื่อมวลชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : คลังนานา, 2543.
42. สุขศึกษา, กอง กระทรวงสาธารณสุข. โครงการวิจัยขั้นต้นเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน ผสส./อสม. อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการวิจัย, 2521.
43. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภากาการพิมพ์, 2527.
44. คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน. ประเมินทศวรรษแรกแห่งการสาธารณสุขไทยในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2532.
45. ถาวร แพทย์รักษ์ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน. ฉะเชิงเทรา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2530.
46. ทัด ตาอ้ายเทียบ. การศึกษาปฏิบัติงานของ ผสส./อสม. ในเขตอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย. ภาคนิพนธ์บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
47. ศุภฤกษ์ โรจนธรรม. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการ

- สาธารณสุขมูลฐาน : ศึกษาเฉพาะหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่นของจังหวัดนครศรีธรรมราช สงขลา และพัทลุง. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532.
48. บุญพา ชูชื่น. บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : ศึกษาเฉพาะพื้นที่ยากจนจังหวัด สงขลา. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สงขลา, 2533.
49. พีระศักดิ์ รัตนะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตชนบท จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร , 2534.
50. วิทยา โคตรท่าน. ประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2536.
51. สาธารณสุข, กระทรวง สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. แผนกลวิธีและแผนปฏิบัติการสนอง นโยบายรัฐบาลตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหาร ผ่านศึก, 2536.
52. สกาวรัตน์ ลับเลิศลบ. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุข มูลฐานเขตปริมณฑลจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537.
53. กรกช ใจหาญ. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนา สาธารณสุขโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุดูแลสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543 ในจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2539.
54. ศิริวรรณ เพียรสุขและคณะ. ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรค จิตในชุมชน. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2542.
55. สุวัจน์ เตียรทอง. รายงานการวิจัยเอกสารเรื่องผลการดำเนินงานโครงการศึกษาการดูแลสุขภาพตนเอง ของประชาชนในพื้นที่ 9 จังหวัด: กรุงเทพฯ:สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ,2536.
56. ทศนพงษ์ พงษ์ช่าง. โครงการการพัฒนาการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของ แก่นนำสุขภาพประจำครอบครัว. จังหวัดนครพนม, 2543.
57. ลือชา วนรัตน์ และคณะ. บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล ในงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักงานวิชาการ กรมอนามัย, 2540.
58. เกสร วงศ์วัฒนาภิจ. ความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ต่อการพัฒนางานสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น. ภาคนิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

59. สมฤดี ลิ้มปรีชตวิชัย. บทบาทของอบต.ต่อการพัฒนางานด้านสาธารณสุขของชุมชน : กรณีศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาชนบทศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
60. Lemeshow,S., Hosmer, WD.Jr.and Lwanga, K.S.Adequacy of sample size in health studies.Gavaa:Word Health Organization,1990:41-86
61. จูติพร ทองสุข.สมรรถภาพของครูผู้สอนคอมพิวเตอร์ ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดปราจีนบุรี. หน่วยศึกษานิเทศก์. สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดปราจีนบุรี,2542.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโครงการ
การดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบงานสารสนเทศ
ของมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโครงการ

การดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบงานสารสนเทศ

จังหวัดนนทบุรี



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นางสาว
กัญญา
กัญญา

รอง

อธิการ
บดี
มหาวิทยาลัย

นางสาว
กัญญา
กัญญา

รอง

อธิการ
บดี
มหาวิทยาลัย



ต้นฉบับไม่มีหน้านี้

NO THIS PAGE IN ORIGINAL

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

--	--	--	--

แบบสัมภาษณ์

การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชน
ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระแก้ว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บหน้าคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อเดียว หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ได้ความชัดเจน

สำหรับผู้วิจัย

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---------|
| 1. เพศ | () 1. ชาย | () 2. หญิง | SEX |
| 2. ขณะนี้ท่านอายุ.....ปี (อายุเต็ม) | | | AGE |
| 3. สถานภาพสมรสของท่าน | | | STA |
| | () 1 โสด | () 2 คู่ | |
| | () 3 หม้าย | () 4 หย่า / แยก | |
| 4. อาชีพหลักของท่านคืออะไร | | | OCC |
| | () 1 ทำนา ทำสวน ทำไร่ | () 2 เลี้ยงสัตว์ | |
| | () 3 ค้าขายในหมู่บ้าน | () 4 ค้าขายนอกหมู่บ้าน | |
| | () 5 รับจ้างรายวัน | () 6 ลูกจ้างบริษัท | |
| | () 7 อื่น ๆ ระบุ..... | | |
| 5. ท่านจบการศึกษาระดับใด | | | EDU |
| | () 1 ประถมต้น | () 2 ประถมปลาย | |
| | () 3 มัธยมต้น | () 4 มัธยมปลาย | |
| | () 5 ปวช. / ปวส. / อนุปริญญา | () 6ปริญญาตรี | |
| | () 7 อื่น ๆ ระบุ..... | | |
| 6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว / เดือน.....บาท / เดือน | | | INCOME |
| 7. ในครัวเรือนของท่านมีสมาชิกที่อยู่ด้วยกันทั้งหมด.....คน | | | HUM |
| 8. ท่านอาศัยอยู่ในหมู่บ้านนี้เป็นเวลา.....ปีเดือน | | | LIVE |
| 9. ท่านเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมาเป็นเวลา.....ปีเดือน | | | TIME |
| 10. ขณะนี้ท่านมีบทบาทอะไรบ้างในหมู่บ้าน | | | ROLE1-5 |
| (ข้อนี้ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | | | |
| | () 1 กรรมการหมู่บ้าน ระบุตำแหน่ง..... | () 2 สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล | |
| | () 3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน | () 4 กลุ่มแม่บ้าน / กลุ่มพัฒนาสตรี | |
| | () 5 อื่น ๆ ระบุ..... | | |

11. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ DES
- () 0 ไม่มี
- () 1 มี ระบุ.....
12. คนในครอบครัวของท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ FADES
- () 0 ไม่มี
- () 1 มี ระบุ.....
13. ใครเป็นผู้คัดเลือกท่านให้เข้าร่วมอบรมเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว COL1-6
- (ข้อนี้ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () 1 อาสาสมัครสาธารณสุข () 2 ผู้ใหญ่บ้าน / กรรมการหมู่บ้าน / กำนัน
- () 3 อบต. () 4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- () 5 ประชาชนในหมู่บ้าน
- () 6 อื่น ๆ ระบุ.....
14. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับ TRAIN
- เรื่องการดูแลสุขภาพจากหน่วยงานอื่นมาก่อนหรือไม่
- () 0 ไม่เคย
- () 1 เคย ระบุเรื่อง.....
15. ปกติท่านได้รับข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพจากแหล่งใดมากที่สุด INF 1-7
- (โดยใส่เลขลำดับในวงเล็บหน้าข้อคำตอบ)
- () 1 พูดคุยกับเพื่อนบ้าน
- () 2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุข
- () 3 ผู้ใหญ่บ้าน / กรรมการหมู่บ้าน / อบต.
- () 4 หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน
- () 5 วิทยุ/โทรทัศน์
- () 6 หนังสือพิมพ์/ เอกสาร / แผ่นพับ
- () 7 อื่นๆ.....
16. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านร่วมกิจกรรมแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้านของท่าน PRAC1-8
- เรื่องอะไรบ้าง (ข้อนี้ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () 1 รณรงค์ควบคุมป้องกันยาเสพติด () 2 รณรงค์ควบคุมป้องกันสิ่งแวดล้อม/ขยะ
- () 3 รณรงค์ควบคุมป้องกันอุบัติเหตุ () 4 รณรงค์ควบคุมป้องกันโรคเอดส์
- () 5 รณรงค์ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก () 6 รณรงค์ควบคุมป้องกันโรคอุจจาระร่วง
- () 7 รณรงค์โรคควบคุมป้องกันเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
- () 8 อื่นๆ.....

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน
(ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา)**

คำชี้แจง โปรดให้คะแนนระดับการมีส่วนร่วมโดยเขียนเครื่องหมาย 4 ลงในช่องคะแนนระดับการมีส่วนร่วม ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน ว่าท่านมีส่วนร่วมกับกิจกรรมในด้านต่างๆต่อไปนี้ระดับใด

ระดับการมีส่วนร่วม

- 1 = หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นหรือปฏิบัติน้อยที่สุด
- 2 = หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้น น้อย
- 3 = หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ปานกลาง
- 4 = หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้น มาก
- 5 = หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้น มากที่สุด

ข้อ	กิจกรรม	ระดับการมีส่วนร่วม					สำหรับผู้ วิจัย
		1	2	3	4	5	
	การมีส่วนร่วมด้านการศึกษาชุมชน						
17	ท่านมีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานของครอบครัวโดยใช้แบบสำรวจ จปฐ.						Commu1
18	ท่านมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนในหมู่บ้าน						Commu2
19	ท่านมีส่วนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำแผนที่เดินดิน						Commu3
20	ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นในที่ประชุมกรรมการหมู่บ้านในเรื่องการพัฒนางานสาธารณสุข						Commu4
21	ท่านมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเรื่องสุขภาพซึ่งกันและกัน						Commu5

ข้อ	กิจกรรม	ระดับการมีส่วนร่วม					สำหรับผู้ วิจัย
		1	2	3	4	5	
	การมีส่วนร่วมในการวางแผน						
22	ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมเสนอข้อมูลการสำรวจ จปฐ.						Plan1
23	ท่านมีส่วนร่วม ในการ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ของหมู่บ้าน						Plan2
24	ท่านมีส่วนร่วมการกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาหมู่บ้าน						Plan3
25	ท่านมีส่วนร่วมในการจัดสรรเงินสนับสนุน 7,500 บาท ในการจัดกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาหมู่บ้าน						Plan4
26	ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการ และรายละเอียด ในการดำเนินงาน						Plan5
27	ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนขอความร่วมมือไปยัง ชาวบ้านหรือหมู่บ้านอื่น						Plan6
28	ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมการวางแผนในหมู่ บ้าน						Plan7
	การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม						
29	ท่านเป็นผู้แจ้งข่าวนัดหมายเพื่อนบ้านมาร่วมกิจกรรม บริการสาธารณสุข						Act1
30	ท่านเคยให้คำแนะนำ คำปรึกษากับเพื่อนบ้าน เป็นรายบุคคล						Act2
31	ท่านเคยให้คำแนะนำ คำปรึกษากับเพื่อนบ้านเป็นกลุ่ม						Act3
32	ท่านมีส่วนร่วมประกาศข่าวสารทางหอกระจายข่าว						Act4
33	ท่านติดป้าย โปสเตอร์ เอกสารที่ศสมช.						Act5
	การดูแลสุขภาพเด็ก 0-5 ปี						
34	ในครอบครัวของท่านมีเด็ก 0-5 ปี หรือไม่ () 0.ไม่มี () 1. มี.....คน						Child
35	ท่านแนะนำติดตามเด็กแรกเกิด-1ปี ไปรับวัคซีน ป้องกันโรคให้ครบ 3 ครั้ง ตามกำหนด						Child1

ข้อ	กิจกรรม	ระดับการมีส่วนร่วม					สำหรับผู้ วิจัย
		1	2	3	4	5	
36	ท่านกระตุ้นให้เดือนให้ผู้ปกครองนำเด็ก 0-5 ปี ไปซั้่งน้ำหนัก ทุก 3 เดือน						Child2
37	ท่านแนะนำผู้ปกครองเด็กที่ขาดสารอาหาร ในการให้รับประทานและปรุงอาหารที่ถูกต้อง						Child3
38	เมื่อเด็กเป็นไข้ ท่านให้คำแนะนำ การเช็ดตัวลดไข้						Child4
39	เมื่อเด็กท้องเสีย ท่านให้คำแนะนำ บอกวิธีผสมนม เกลือแร่ดื่มได้						Child5
	การดูแลกลุ่มเด็กอายุ 6-15 ปี						
40	ในครอบครัวของท่านมีเด็ก 6-15 ปี หรือไม่ () 0.ไม่มี () 1. มี.....คน						Stud
41	ท่านกระตุ้นผู้ปกครองเด็กติดตามเด็ก 6-15 เรื่องการรับวัคซีนในโรงเรียน ตามวัย						Stud1
42	ท่านกระตุ้นผู้ปกครองติดตามผลซั้่งน้ำหนัก 6 เดือนครั้ง						Stud2
43	ท่านให้คำแนะนำผู้ปกครองตรวจสุขภาพปากและฟัน เด็ก 6-15 ปี 6 เดือนครั้ง						Stud3
44	ท่านแนะนำผู้ปกครอง ทำบัตรบัตรประกันสุขภาพ ของเด็กนักเรียน 6-15 ปี						Stud4
	การดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด						
45	ในครอบครัวของท่านมีหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดหรือไม่ () 0.ไม่มี () 1. มี.....						Preg
46	ท่านแนะนำและติดตามหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ให้ครบ 4 ครั้ง						Preg1
47	ท่านให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์ แก่หญิงตั้งครรภ์						Preg2
48	ท่านแนะนำและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์คลอดที่สถานบริการ สาธารณสุข						Preg3

ข้อ	กิจกรรม/คำถาม/ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วม					สำหรับผู้ วิจัย
		1	2	3	4	5	
49	ท่านแนะนำมารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 4 เดือน						Preg4
50	ท่านแนะนำให้หญิงหลังคลอดมาตรวจตามนัด						Preg5
การดูแลสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน (อายุ16-59 ปี)							
51	ในครอบครัวของท่านมีกลุ่มวัยทำงาน หรือไม่ () 0.ไม่มี () 1. มี.....คน						Work
52	ท่านแนะนำและชักชวนชาวบ้านร่วมมือกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก						Work1
53	ท่านประสานงานกับ อาสาสมัครสาธารณสุข ในการจัด กิจกรรมคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในหมู่บ้าน						Work2
54	ท่านแนะนำถึงพิษภัยของบุหรี่ เหล้า สิ่งเสพติด แก่เพื่อนบ้าน						Work3
55	ท่านแนะนำและกระตุ้นเตือนถึงการป้องกันอุบัติเหตุ ในชุมชนแก่เพื่อนบ้าน						Work4
56	ท่านแนะนำและกระตุ้นเตือนถึงการป้องกันโรคเอดส์ ในบุตรหลาน และเพื่อนบ้าน โดยการใช้อย่างอนามัย						Work5
57	ท่านแนะนำและชักชวนเพื่อนบ้านรักษาสิ่งแวดล้อม บริเวณบ้านให้สะอาดอยู่เสมอ						Work6
58	ท่านชักชวนประชาชนมารวมกลุ่มกำลังภายในหมู่บ้าน						Work7
การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ							
59	ในครอบครัวของท่านมีกลุ่มผู้สูงอายุ หรือไม่ () 0.ไม่มี () 1. มี.....คน						Ageing

	กิจกรรม/คำถาม/ข้อความ	การมีส่วนร่วม					สำหรับผู้ วิจัย
		1	2	3	4	5	
60	ท่านแนะนำเรื่องการทำบัตรผู้สูงอายุแก่ผู้สูงอายุในหมู่บ้าน						Ageing1
61	ท่านชักชวนผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมในหมู่บ้าน						Ageing2
62	ท่านรวมกลุ่มผู้สูงอายุออกกำลังกายในหมู่บ้าน						Ageing3
63	ท่านร่วมจัดกิจกรรมรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุในหมู่บ้าน						Ageing4
64	ท่านประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน นัดหมายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสาธารณสุขจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ปีละ 1 ครั้ง						Ageing5
	การดูแลกลุ่มผู้พิการ						
65	ในครอบครัวของท่านมีผู้พิการ หรือไม่ () 0. ไม่มี () 1. มี.....คน						Disable
66	ท่านพบผู้พิการในหมู่บ้านท่านแจ้งกับอาสาสมัครสาธารณสุข						Disable1
67	ท่านแนะนำผู้พิการหรือญาติเพื่อทำบัตรคนพิการ						Disable2
68	ท่านแนะนำ ส่งต่อผู้พิการเพื่อรับการสงเคราะห์ครอบครัว						Disable3
69	ท่านแนะนำ ส่งต่อผู้พิการเพื่อให้การรักษาเมื่อเจ็บป่วย						Disable4
	การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง						
70	ในครอบครัวของท่านมีผู้ป่วยเรื้อรังหรือไม่ () 0. ไม่มี () 1. มี.....คน						Chronic
71	ท่านแนะนำการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง						Chronic1
72	ท่านแนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง						Chronic2

ข้อ	กิจกรรม/คำถาม/ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วม					สำหรับผู้ วิจัย
		1	2	3	4	5	
73	ท่านดูแลและให้คำแนะนำเรื่องการรักษา แก่ผู้ป่วยเรื้อรังตามการรักษา						Chronic3
74	ท่านสำรวจผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หอบ อัมพาต และรายงานอสม.						Chronic4
75	ท่านติดตามผู้ป่วยเรื้อรังไปตรวจและรับยาตามนัด						Chronic5
76	ท่านส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังไปตรวจรักษาที่สถานีนามัย หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน						Chronic6
	การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล						
77	ท่านร่วมสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน ของครอบครัวโดยใช้แบบสำรวจ จปฐ. ปีละ 1 ครั้ง						Evaluate1
78	ท่านร่วมแก้ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านจนสำเร็จ						Evaluate2
79	ท่านมีส่วนร่วมในการสอบถามความคิดเห็น ของประชาชน ในการทำกิจกรรมสาธารณสุขในหมู่บ้าน						Evaluate3
80	ท่านมีส่วนร่วมในการพิจารณาคำร้องทุกข์ จากความเดือด ร้อนของเพื่อนบ้าน						Evaluate4
81	ท่านติดตามเยี่ยมบ้านเด็กขาดสารอาหารกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่สา ธารณสุข						Evaluate5
82	ท่านติดตามเยี่ยมบ้านมารดาหลังคลอดกับอาสาสมัครสา ธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข						Evaluate6
83	ท่านติดตามเยี่ยมบ้านผู้พิการกับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข						Evaluate7
84	ท่านร่วมติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านกับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข						Evaluate8
85	ท่านร่วมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังกับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข						Evaluate9

ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนในภาพรวม

คำชี้แจง โปรดให้คะแนนระดับของปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนในภาพรวม โดยเขียนเครื่องหมาย 4 ลงในช่องคะแนนระดับของปัญหาและอุปสรรคที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน ว่าท่านมีปัญหาและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่างๆ ในตารางข้อปัญหาและอุปสรรค ต่อไปนี้ระดับใด

- 1 หมายถึงท่านมีปัญหาและอุปสรรค น้อยที่สุด
- 2 หมายถึงท่านมีปัญหาและอุปสรรค น้อย
- 3 หมายถึงท่านมีปัญหาและอุปสรรค ปานกลาง
- 4 หมายถึงท่านมีปัญหาและอุปสรรค มาก
- 5 หมายถึงท่านมีปัญหาและอุปสรรค มากที่สุด

ข้อ	ปัญหาและอุปสรรค	ระดับของปัญหาและอุปสรรค					สำหรับ ผู้ วิจัย
		1	2	3	4	5	
		น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
1	ท่านคิดว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการสำรวจ จปฐ.						P1
2	ท่านคิดว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหาว่าจะทำก่อนหลัง						P2
3	ท่านคิดว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการวางแผน ดำเนินกิจกรรม						P3
4	ท่านคิดว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ ภาพเด็ก 0-5 ปี						P4
5	ท่านคิดว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ ภาพเด็ก 6-15 ปี						P5
6	ท่านคิดว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการดูแล กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด						P6

ข้อ	ปัญหาและอุปสรรค	ระดับของปัญหาและอุปสรรค					สำหรับ ผู้ วิจัย
		1	2	3	4	5	
		น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
7	ท่านคิดว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน(อายุ 16 – 59 ปี)						P7
8	ท่านคิดว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ						P8
9	ท่านคิดว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลกลุ่มผู้พิการ						P9
10	ท่านคิดว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง						P10
11	ท่านคิดว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการติดตามประเมินผล การดูแลสุขภาพประชาชน						P11
12	ท่านคิดว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการเสนอความคิดเห็นในที่ประชุม						P12
13	ท่านคิดว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่						P13
14	ท่านขาดความรู้เรื่องการดูแลแต่ละกลุ่มเป้าหมาย						P14
15	ในชุมชนท่านขาดการให้ความร่วมมือจากประชาชน						P15
16	ขาดการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน						P16
17	ขาดการสนับสนุนจากจากผู้นำชุมชน						P17
18	ขาดการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่						P18
19	ไม่มีเวลา ติดตามกิจประกอบอาชีพ						P19

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

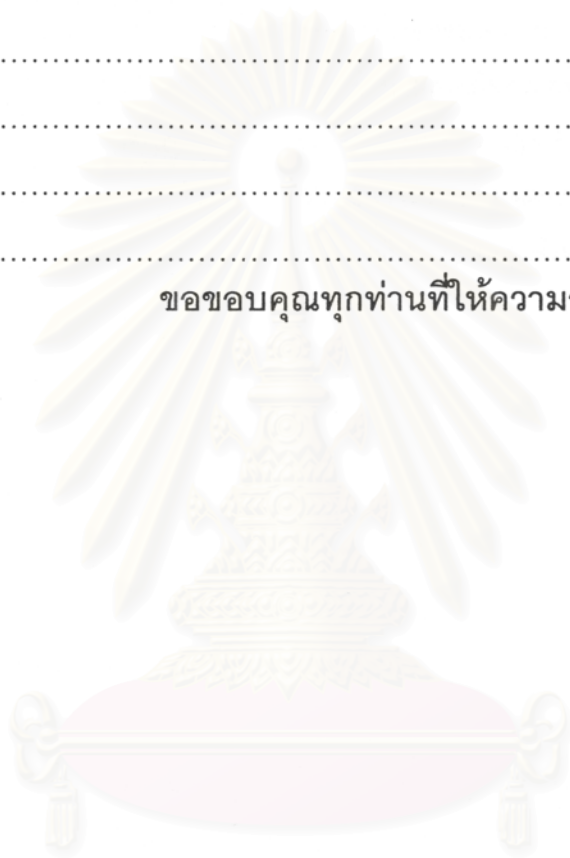
1. การดูแลสุขภาพประชาชน ในความคิดเห็นของท่านควรเป็นหน้าที่ของใคร sugg1

.....
.....

2. ท่านคิดว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จะสามารถดูแลสุขภาพ
ประชาชนได้อย่างไรบ้างตามความคิดเห็นของท่าน.... sugg2

.....
.....
.....
.....

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ



**สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | | |
|-----------------|------------|--|
| 1. นายแพทย์จรัญ | บุญฤทธิการ | นายแพทย์ 8
ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสระแก้ว |
| 2. นายแพทย์นคร | เปรมศรี | นายแพทย์ 7 ด้านเวชกรรมป้องกัน
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว |
| 3. นายมานิชย์ | เวชบุญ | นักวิชาการสาธารณสุข 8
หัวหน้ากลุ่มภารกิจพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางนันทิยา พิมพ์แพง เกิดเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2507 ที่อำเภอศรีมหาโพธิ์ จังหวัดปราจีนบุรี สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาลราชบุรี (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนীরาชบุรี) ในปีการศึกษา 2527 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่อง 2 ปี เทียบเท่าปริญญาตรี) จากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี ในปีการศึกษา 2540 จากนั้นได้เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอก สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2544 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้างานรักษาพยาบาลชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย