

บทที่ ๑

บทนำ



๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสาธารณสุข นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญยิ่งปัญหาหนึ่งของประเทศไทย ซึ่งจะมีต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชาติ เนื่องจาก ทรัพยากรมนุษย์ เป็นทรัพยากรที่สำคัญและมีค่าที่สุดของกระบวนการผลิตซึ่งประกอบไปด้วย ทรัพยากรมนุษย์ ทรัพยากรทุน และทรัพยากรธรรมชาติ ทั้งนี้เพราะคนเป็นทั้ง เป้าหมายและเครื่องมือที่จะบันดาลให้สามารถบรรลุถึง เป้าหมายของการพัฒนาที่กำหนดไว้ได้ ถ้าพิจารณาจำนวนประชากรของประเทศไทยทั้งประเทศแล้ว พบว่าประชากรประมาณร้อยละ ๘๕ มีภูมิลำเนาและประกอบอาชีพอยู่ในชนบท ประชากรจำนวนมากเหล่านี้ประสบกับปัญหาความทุกข์ยากในการดำเนินชีวิตหลายด้าน ทั้งจากภัยธรรมชาติและจากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ การเพิ่มจำนวนประชากรที่ไม่สมดุลกับทรัพยากรที่มีอยู่ การได้รับโภชนาการที่ไม่ถูกต้อง ปัญหาทางด้านโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งทำให้ประชากรในชนบทส่วนใหญ่มีอัตราการป่วย การตายหรือเสี่ยงต่อโรคติดต่อ และอุบัติเหตุต่าง ๆ ในอัตราที่ค่อนข้างสูง โดยมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางเศรษฐกิจและการปกครอง ซึ่งเป็นอุปสรรคขัดขวางให้ประชากร เหล่านี้มีโอกาสที่จำกัดหรือแทบไม่มีโอกาสที่จะได้รับการคุ้มครองดูแลให้ได้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยได้อย่างทั่วถึง หรือได้รับบริการที่ไม่อานวยผลได้อย่างเต็มที่ อันเนื่องมาจากการขาดแคลนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือมีเจ้าหน้าที่ที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานขาดเครื่องอุปกรณ์ทางการแพทย์และส่วนประกอบอื่น ๆ รวมทั้งลักษณะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเอง ซึ่งทำให้บริการสาธารณสุขเข้าถึงประชาชนไม่ได้เต็มที่ ดังนั้นการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับประชาชนซึ่งเป็น เรื่องสำคัญที่จะต้องมีการพิจารณาอย่างรอบคอบตั้งแต่การวางแผน, การดำเนินงาน ตลอดจนถึงการประเมินผล ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุถึงจุดหมายสุดท้ายคือประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี กล่าวคือถ้าประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ก็จะได้ผลผลิตสูง เป็นการเพิ่มทรัพยากรทุน ช่วยให้การพัฒนาก้าวหน้าต่อไปอีก ตรงข้ามถ้าประชาชนต้องเผชิญอยู่กับความเจ็บป่วยร่างกายไม่แข็งแรงไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ ทั้งยังต้อง

สิ้น เปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาความเจ็บป่วยที่จะทำให้รายได้ประชาชาติตกต่ำ เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างใหญ่หลวง ถ้าหากประชากรของประเทศได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพอนามัยมีการป้องกันรักษาและปฏิบัติตัวให้อุตุนิยมจะเป็นการแบ่งเบาภาระของรัฐในการรักษาพยาบาลลดลงไปได้ ซึ่งรัฐก็จะสามารถนำเอางบประมาณส่วนนี้ไปใช้ในการพัฒนาประเทศด้านอื่น ๆ ที่จำเป็นได้เพิ่มขึ้นอย่างแน่นอน

สำหรับการรักษาความเจ็บป่วยของคนไทยในสมัยก่อน ใช้วิธีการรักษาแผนโบราณ ซึ่งการรักษาส่วนใหญ่มักใช้พริกยาสมุนไพรซึ่งมีอยู่ในท้องถิ่น หรือใช้พิธีทางไสยศาสตร์แล้วแต่ลักษณะของโรคที่เป็น และทำการรักษาตามบ้าน ซึ่งอาจจะที่บ้านของผู้ป่วยเองหรือบ้านของผู้ให้การรักษาก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสะดวกหรือความเหมาะสมของทั้งสองฝ่าย และวิธีการรักษาก็เป็นไปในลักษณะของการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จึงไม่ค่อยมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องค่าตอบแทนหรือค่ารักษา สำหรับการแพทย์แผนใหม่ แบบเป็นวิทยาศาสตร์นั้น เพิ่งเป็นที่รู้จักของคนไทยในศตวรรษนี้เอง คือประมาณ พ.ศ. ๒๓๖๘^๑ โดยมีมิชชันนารี นิกายโปรเตสแตนต์ เป็นผู้นำเข้ามาเผยแพร่ ซึ่งเป็นที่ยอมรับของบุคคลชั้นนำของไทยในสมัยนั้นและได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี ในสมัยนั้นการแพทย์แผนใหม่นิยมใช้กันเฉพาะในกลุ่มบุคคลชั้นสูง และในราชสำนักเท่านั้น ต่อมาได้ขยายบริการออกไปสู่ประชาชนในเขตเมืองหลวง เมื่อมีการจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ขึ้นเป็นแห่งแรกที่กรุงเทพฯ เมื่อ พ.ศ. ๒๔๓๕^๒ การแพทย์แผนใหม่ก็ได้รับการส่งเสริมมากขึ้น ขณะที่การแพทย์แผนโบราณไม่ได้รับการสนับสนุนเท่าที่ควร การแพทย์แผนใหม่จึงเจริญก้าวหน้าขึ้นเรื่อย ๆ จนได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการ ถือเป็นนโยบายของรัฐ จัดให้เป็นบริการสำหรับประชาชนโดยทั่วไป โดยการจัดตั้งโรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ ตลอดจน สถานีอนามัย และสำนักงานผดุงครรภ์ เพื่อให้บริการแก่

^๑James N. Riley, "Western Medicine's Attempt to Become More Scientific: Examples From The United States and Thailand," Journal of Social Science and Medicine 11 (March 1977) : 550

^๒Ibid

ประชาชน การแพทย์แผนใหม่ แม้ว่าจะได้รับการยอมรับจากประชาชนค่อนข้างมาก แต่ก็ไม่สามารถ
เข้าแทนที่การแพทย์แผนโบราณได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งเห็นได้ชัดจากผลการศึกษาของ Clark E.
Cunningham^๑ เกี่ยวกับพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่
พบว่าประชาชนใช้วิธีรักษาด้วยตนเองประมาณร้อยละ ๔๓ รองลงมาคือรักษาที่หมอฉีดยา
และหมอพื้นบ้าน ประมาณร้อยละ ๒๔ ส่วนการรักษาที่สถานอนามัยและสำนักงานผดุงครรภ์เพียง
ร้อยละ ๑๐ ส่วนที่เหลือรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน ประมาณร้อยละ ๗ และ
ร้อยละ ๖ ตามลำดับ ซึ่งผลการศึกษาของ Cunningham นี้ก็สอดคล้องกับผลการสำรวจของกระทรวง
สาธารณสุขในปีเดียวกัน (ตาราง ๕.๑ ในผนวก)

จากตาราง ๕.๑ จะเห็นได้ว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรที่ศึกษาใช้วิธีการรักษา
โดยการซื้อยากินเองคือประมาณร้อยละ ๔๑ รองลงมาเป็นการรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน
ประมาณร้อยละ ๒๓ สำหรับผู้ไปรับการรักษาจากสถานบริการของรัฐโดยผ่านทางโรงพยาบาลและสถานี
อนามัยประมาณร้อยละ ๑๕ เท่านั้น ส่วนที่เหลือก็รักษาโดยแพทย์แผนโบราณหรือหมอไสยศาสตร์
ประมาณร้อยละ ๔ และรักษาที่หมอฉีดยาประมาณร้อยละ ๔ เช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาจำแนก
ตามลักษณะของถิ่นที่อยู่อาศัย พบว่าประชาชนในชนบท มีการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในอัตราส่วน
ที่น้อยลงไปอีก โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะเห็นได้ว่าการซื้อ
ยากินเองเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๖๓ รักษาโดยแพทย์แผนโบราณ, หมอไสยศาสตร์และหมอฉีดยา เพิ่มขึ้น
เป็นร้อยละ ๑๗ ส่วนการใช้บริการของรัฐ ลดลงเหลือประมาณร้อยละ ๑๐ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมา
จากบริการของรัฐไม่สามารถกระจายได้อย่างทั่วถึงในหมู่ประชาชนในชนบท อย่างไรก็ตาม
Frederic A. Day และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ^๒ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการ

^๑Clark E. Cunningham, "Studies of Health Problems and the Health Behavior in Saraphi District, North Thailand." (The Faculty of Medicine and The University of Illinois-Chiang Mai Project Chiang Mai University Chiang Mai Thailand, 1970), p. 65.

^๒Frederic A. Day and Boonlert Leoprapi, "Pattern of Health Utilization in Upcountry Thailand, A Report of The Research Project on the Effect of Location on Family Planning/Health Facility Use" (Institute for Population and Social Research Mahidol University Thailand, 1977), p.48.

สาธารณสุขของประชาชนที่จังหวัดสุพรรณบุรี เมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๐ พบว่า โรงพยาบาลอำเภอบางแห่ง
 สถานีอนามัยและสำนักงานผดุงครรภ์มีประชาชนไปใช้บริการน้อย และ John Bryant^๑
 ก็ได้ยืนยันในทำนองเดียวกัน แสดงว่าปัญหาเกี่ยวกับการกระจายบริการมิได้เป็นอุปสรรคแต่เพียง
 อย่างเดียวในการไปใช้บริการของรัฐ แต่อาจมีปัจจัยอื่น เช่น ปัญหาเกี่ยวกับด้านจิตใจ ทั้งนี้เพราะ
 ว่าบริการของรัฐเป็นบริการแพทย์แผนใหม่ ซึ่งอาจจะเป็นวิทยาศาสตร์มากเกินไป จนไม่ได้คำนึง
 ถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัญหาทางด้านจิตใจ ประชาชนจึงหันไปใช้บริการอื่นแทน

จากการวิจัยของ John Bryant พบว่าโดยเฉลี่ยจำนวนชาวแอฟริกันไปรับบริการที่
 สถานีที่รักษาอนามัย ๒ ครั้ง ต่อปี และในสหรัฐอเมริกาปรากฏว่า โดยเฉลี่ยผู้ไปใช้บริการที่สถานี
 อนามัย ๔ ครั้งต่อปี สำหรับประเทศไทยมีจำนวนผู้ไปรับบริการจากสถานีอนามัยเฉลี่ย ๐.๒ ครั้งต่อปี
 ตัวเลขที่พบในประเทศไทยแม้จะไม่ได้รวมการบริการจากเอกชนแต่ก็สามารถมองเห็นข้อเท็จจริงที่
 ว่าการมารับบริการจากสถานบริการของรัฐให้การรักษามีผู้มาใช้บริการจากสถานบริการของรัฐ
 น้อยมาก^๒

Clark E. Cunningham ได้รายงานไว้ว่า สถานีอนามัยชั้นหนึ่งทางจังหวัดภาคเหนือ
 แห่งหนึ่งของประเทศไทย มีชาวบ้านไปรับบริการน้อยมาก แต่ที่นั่นสถานีอนามัยแห่งนี้ก็มีชาวบ้าน
 ไปรับบริการมากกว่าสถานีอนามัยแห่งอื่นโดยเฉลี่ย ซึ่งปรากฏการณ์นี้ตรงข้ามกับประเทศที่กำลังพัฒนา
 ต่าง ๆ ที่พบว่า ส่วนใหญ่คนไข้ จำนวนมากมักไปรับบริการจากหน่วยงานของรัฐ^๓

^๑John Bryant, "How Countries Are Meeting Their Health Problems." Health in The Developing World (Ithica and London: Cornell University Press, 1970), p. 78.

^๒John Bryant, "The Health Needs of Thailand: A Challenge to Traditional University Structure and Function," Journal of the Siam Society, 58(1) (1970) : 56.

^๓Clark E. Cunningham, "Thai Injection Doctors: Antibiotic Mediators," Social Science and Medicine, 4(1) (1970) : 6.

จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกพบว่าในปัจจุบันการปฏิบัติงานให้บริการสาธารณสุข
ขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนในชนบทยังครอบคลุมได้ไม่ถึง และยังมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ
ซึ่งจากการประมวลหาสาเหตุพบว่าระบบทางสังคมและวัฒนธรรมต่าง ๆ ในประเทศไทย เป็นอุปสรรค
ขัดขวางไม่ให้บริการสาธารณสุขได้ผลอย่างเต็มที่ ด้วยเหตุผล ๓ ประการคือ

๑. เพราะมีช่องว่างทางสังคมระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชน ซึ่งเจ้าหน้าที่
ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาอบรมแบบตะวันตก ซึ่งเป็นสิ่งไม่เหมาะสมกับความ เป็นอยู่ของประชาชน
ในชนบททำให้การให้บริการ เป็นไปอย่างไม่ได้ผล

๒. ในประเทศไทย การแพทย์สมัยใหม่มักจะสนใจและ เน้นหนักทางด้านการรักษามากกว่า
ที่จะสนใจด้านการป้องกัน

๓. สภาพทางสังคมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและของการให้บริการสาธารณสุขของรัฐ
อยู่ในระดับต่ำได้รับค่าตอบแทนน้อยและได้รับความร่วมมือจากประชาชนยังไม่ดี เท่าที่ควร เมื่อเทียบกับ
ความนิยมของประชาชนที่มีต่อการรักษาพยาบาลแบบโบราณที่ได้รับการสนับสนุนและความ เชื่อถือ
จากประชาชนในท้องถิ่นมากกว่า

รัฐบาลได้พยายามอย่างยิ่งที่จะ เร่งพัฒนาชนบท ซึ่งการพัฒนาสาธารณสุขถือได้ว่าเป็น
มาตรการอันหนึ่งอันจะนำไปสู่เป้าหมายดังกล่าวได้ ดังนั้น เพื่อเป็นการสนองนโยบายของรัฐบาล
กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดแผนพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๒๐ - ๒๕๒๔) ซึ่งได้บรรจุโครงการด้านการป้องกันและบำบัดรักษาพยาบาลใน
ระดับท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพกว้างขวางยิ่งขึ้นจะกระทำได้โดยการ เสริมสร้างสมรรถภาพของ เจ้าหน้าที่
เพิ่มเจ้าหน้าที่ประเภทต่าง ๆ ให้พอเพียงกับความต้องการ เพิ่มเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์และ
เวชภัณฑ์เพื่อให้สามารถบริการแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพและหาทางให้ประชาชน
เพิ่มความนิยมในการรักษาพยาบาลอื่น ๆ จากสถานีอนามัย (หรือสำนักงานผดุงครรภ์) ที่มีอยู่ใน
ท้องถิ่นนั้น ๆ ให้มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นการทำให้ประชาชนไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการ
เดินทางไปรับบริการในท้องถิ่นที่ห่างไกลออกไป ทั้งนี้ เพื่อเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายของประชาชน
นั่นเอง

แม้ว่าในปัจจุบันงานบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นจะได้ขยายและปรับปรุง เป็นส่วนใหญ่
เกือบจะทั้งประเทศแล้วก็ตาม แต่การดำเนินงานให้บริการของเจ้าหน้าที่ก็มีได้ เป็นไปตามเป้าหมาย
ที่น่าพอใจ เพราะว่าการบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นยังไม่เป็นที่นิยมของประชาชนโดยทั่วไป

เท่าที่ควร ทำให้สถานบริการที่ตั้งอยู่ในชนบท เช่นสถานอนามัยและสำนักงานผดุงครรภ์มิได้ถูกใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทราบทัศนคติของประชาชนที่มีต่อสำนักงานผดุงครรภ์เสียก่อน เพื่อหาทางแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบันหรือทำให้ทัศนคติของประชาชนที่มีต่อสำนักงานผดุงครรภ์ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้โครงการดังกล่าวของรัฐบาลประสบความสำเร็จดังที่ตั้งเป้าหมายไว้

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑.๒.๑ เพื่อศึกษาทัศนคติของชาวอำเภอม่วงสามสิบ ที่มีต่อสำนักงานผดุงครรภ์ในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

๑.๒.๒ เพื่อศึกษาถึงปัจจัยอันมีผลกระทบต่อทัศนคติในเรื่องนี้

๑.๓ ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี สำหรับข้อมูลที่น่ามาวิจัยนี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิซึ่งคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ทำการศึกษาที่อำเภอนี้ การที่คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์เลือกศึกษาอำเภอนี้ เพราะอำเภอม่วงสามสิบมีการคมนาคมติดต่อกับตัวจังหวัดอุบลราชธานีสะดวก และอำเภอนี้ไม่มีโรงพยาบาลประจำอำเภอนอกจากนี้อำเภอม่วงสามสิบมีลักษณะทางสถานภาพสมรส ความสามารถในการอ่านและเขียนระดับการศึกษา ไม่แตกต่างจากอำเภอรื่น ๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้นผลการวิเคราะห์สามารถนำไปใช้กับอำเภอรื่น ๆ ได้ ในการเก็บข้อมูลนี้ คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ทำการเลือกตัวอย่างแบบ Two-Stage Sampling คือ เลือกตัวอย่างในระดับตำบลให้ได้ ๒ ตำบล ในอำเภอม่วงสามสิบซึ่งมีทั้งหมด ๑๒ ตำบล เลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ๆ โดยไม่แทนที่ (Simple Random Sampling without Replacement) จากนั้นใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อให้ได้รายชื่อของหมู่บ้านที่จะทำการแจกนับ และได้ทำการสัมภาษณ์ทุกครัวเรือนซึ่งมีคุณสมบัติตรงกับลักษณะประชากรตัวอย่าง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากครัวเรือนตัวอย่างจะทำการสัมภาษณ์

๑. ภรรยาของหัวหน้าครอบครัวที่มีอายุระหว่าง ๑๕-๔๕ ปีหรือหัวหน้าครอบครัวที่เป็นสตรีมีอายุระหว่าง ๑๕-๔๕ ปี
๒. กรณีที่ไม่สามารถสัมภาษณ์บุคคลในข้อ ๑ จะทำการสัมภาษณ์ลูกสาวคนโตของหัวหน้าครัวเรือนที่มีบุตรอายุระหว่าง ๑-๑๔ ปี หรือที่กำลังตั้งครรภ์อยู่
๓. กรณีที่ไม่สามารถสัมภาษณ์บุคคลในข้อ ๒ จะทำการสัมภาษณ์ลูกสะใภ้คนโตของครัวเรือนที่มีบุตรอายุระหว่าง ๑-๑๔ ปีหรือที่กำลังตั้งครรภ์อยู่
๔. บุคคลที่ถูกสัมภาษณ์ดังกล่าวจะต้อง เคยใช้บริการที่สำนักงานผดุงครรภ์มาแล้วอย่างน้อย ๑ ครั้ง

๑.๔ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑.๔.๑ ทำให้ทราบว่าชาวอำเภอม่วงสามสิบมีทัศนคติอย่างไรต่อสำนักงานผดุงครรภ์ในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี
- ๑.๔.๒ ทำให้ทราบว่ามียังปัจจัยอันใดที่มีผลกระทบต่อทัศนคติในเรื่องนี้
- ๑.๔.๓ เพื่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลวิจัยครั้งนี้ไปแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งจะส่งผลให้ความร่วมมือของประชาชน เพื่อเข้าถึงการรับบริการด้านสาธารณสุขดีขึ้น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย