



ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับความรู้และเจตคติ

ความรู้ (Knowledge) ตามความหมายพจนานุกรม The Lesion Webster Dictionary 1977 : 513 ความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดจากการศึกษาหรือค้นคว้า หรือเป็นความรู้เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของหรือบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์หรือจากรายงาน การรับรู้ ข้อเท็จจริงเหล่านี้ต้องชัดเจนและต้องอาศัยเวลาจากการค้นคว้า ได้มีผู้ให้ความหมายของความรู้ไว้ไม่แตกต่างกันมากนัก กู๊ด (Good) ได้ให้คำจำกัดความของความรู้ไว้ว่า "ความรู้เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และรายละเอียดต่างๆ ซึ่งมนุษย์ได้รับและรวบรวมสะสมเอาไว้ (นันทนา รวงชากร, 2527)

ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการให้ข้อเท็จจริงหรือเนื้อหาความรู้ ความคิด (Idea) การหยั่งรู้หยั่งเห็น (Insight) หรือสามารถเชื่อมโยงความคิดได้กับเหตุการณ์ (อรุณศรี เอกวิทย์โยภาศ, 2526)

การวัดพฤติกรรมด้านความรู้

ทฤษฎีเกี่ยวกับการวัดพฤติกรรมด้านความรู้ ในทัศนะของบลูม (Bloom, et al)

1. ความรู้ความจำ หมายถึง การวัดความสามารถในการจำหรือระลึกได้แต่ไม่ใช่การวัดความเข้าใจไปที่ความหมายในเรื่องนั้นๆ ซึ่งแบ่งออกเป็นลักษณะย่อยๆ

1.1 ความรู้เกี่ยวกับเนื้อเรื่อง ซึ่งเป็นข้อเท็จจริง

1.2 ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดำเนินงาน

1.3 ความรู้เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี โครงสร้าง และหลักการ

2. ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถจับใจความสำคัญของเรื่องราวต่างๆ ได้ทั้งในด้านภาษา รหัส สัญลักษณ์ ทั้งรูปธรรม และนามธรรม พฤติกรรมด้านนี้แยกออกเป็น

2.1 การแปลความ หมายถึง การแปลความหมายสิ่งที่สื่อความหมายได้ถูกต้อง หรือเรียกว่าจับใจความได้ถูกต้อง

2.2 การตีความ หมายถึง การเก็บใจความเรียบเรียงเสียใหม่ แต่ความหมายยังคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

2.3 การขยายความ หมายถึง การนำเอาข้อเท็จจริงในปัจจุบัน ไปทำนายเหตุการณ์ในอนาคต หรือนำไปขยายให้กว้าง หรือลึกลงไป

3. การนำไปใช้ หมายถึง ความสามารถนำเอาสิ่งที่ได้ประสมมา เช่น แนวคิดทฤษฎีต่างๆ ไปใช้ให้เป็นประโยชน์หรือนำไปใช้แก้ปัญหาตามสถานการณ์ต่างๆ ได้

4. การวิเคราะห์ หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวออกเป็นส่วนประกอบย่อย เพื่อความสัมพันธ์ และหลักการหรือทฤษฎี เพื่อให้เข้าใจเรื่องราวต่างๆ ได้แบ่งออกเป็น

4.1 การวิเคราะห์ความสำคัญ หมายถึง การใช้ความคิดเชิงวิพากษ์วิจารณ์ส่วนประกอบของสิ่งต่างๆ เพื่อหาคำตอบที่ถูกต้องที่สุด สมเหตุสมผลที่สุด

4.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ หมายถึง การใช้ความสามารถในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของส่วนประกอบของสิ่งต่างๆ ตั้งแต่สองสิ่งขึ้นไป เพื่อใช้เป็นหลักในการแก้ปัญหา

4.3 การวิเคราะห์หลักการ เป็นความสามารถในการมองเห็นวิธีรวมองค์ประกอบต่างๆ ของสิ่งต่างๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ

5. การสังเคราะห์ หมายถึง ความสามารถในการนำเอาเรื่องราวหรือส่วนประกอบย่อย มารวมเป็นเรื่องราวเดียวกัน โดยมีการดัดแปลง ริเริ่มสร้างสรรค์ ปรับปรุงของเก่าให้ดีขึ้นมีคุณค่าขึ้น การออกข้อสอบแบบเลือกตอบ เพื่อวัดพฤติกรรมด้านนี้ทำได้ยาก การสังเคราะห์ยังแบ่งเป็น

5.1 การสังเคราะห์ข้อความ เป็นการพูด หรือเขียนเพื่อสื่อความคิด ความรู้สึกไปยังบุคคลอื่น

5.2 การสังเคราะห์แผนงาน เป็นการเสนอแผนการทำงานของงานที่รับผิดชอบหรือที่คิดจะทำขึ้น

5.3 การสังเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นการสร้างชุดของความสัมพันธ์ขึ้นเพื่ออธิบายข้อมูล หรือสิ่งต่างๆ

6. การประเมินค่า หมายถึง การวินิจฉัย หรือการตีราคาอย่างมีหลักเกณฑ์ เป็นการตัดสินใจว่าอะไรดี ไม่ดีอย่างไร โดยใช้หลักเกณฑ์ที่เชื่อถือได้ แบ่งเป็น 2 อย่างเช่น

6.1 การประเมินค่าโดยอาศัยข้อเท็จจริงภายใน

6.2 การประเมินค่าโดยอาศัยเกณฑ์ภายนอก

วิธีวัดความรู้ โดยทั่วไปใช้หลายวิธี เช่น

2.1 แบบทดสอบ

2.2 การสัมภาษณ์ สันทนา ชักถาม โดยมีแบบสัมภาษณ์ หรือไม่มีก็ได้

2.3 การให้ฝึกปฏิบัติ

2.4 การตรวจผลงาน

2.5 การสังเกต

การสร้างข้อคำถามวัดความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับการสร้างเครื่องมือวัดตัวแปร

ลักษณะคำถามที่ดีที่ใช้วัดความรู้

3.1 ถามในสิ่งที่ต้องการวัด หรือสัมพันธ์กับปัญหาที่ศึกษา หรือมีความตรงตามเนื้อหา

3.2 คำถามต้องไม่เปิดโอกาสให้ผู้ตอบเดาได้

3.3 คำถามต้องกระตุ้นให้ผู้ตอบได้ใช้ความคิด หาสาเหตุผลมาตอบ

3.4 คำถามต้องเริ่มถามจากคำถามง่ายไปหายาก

3.5 คำถามต้องถามวัดตรงจุดเฉพาะ เจาะจง ไม่กำกวม

3.6 คำถามมีลักษณะถูก-ผิดชัดเจนให้คะแนนได้ชัด

3.7 คำถามมีความยากพอเหมาะกับความสามารถของผู้ตอบ

3.8 คำถามนั้นสามารถแยกผู้ที่มีรู้ และไม่รู้เรื่องสุขภาพอนามัยออกจากกันได้ หรือมีค่าอำนาจจำแนก 2 ขึ้นไป

3.9 คำถามนั้นสามารถให้คะแนนคงที่ได้ หรือมีค่าความเที่ยง

การประเมินความรู้ หมายถึง การประเมินความเปลี่ยนแปลงจากความรู้เดิมใน 2 แนวด้วยกัน แนวที่ 1 คือ เนื้อหาที่ได้เรียนรู้ และแนวที่ 2 คือ ทักษะในการใช้ เนื้อหาความรู้ ตามข้อเสนอแนะของ บลูม และคณะ (Bloom, et al) ได้แยกระดับความรู้ไว้ 6 ระดับดังนี้ (อรุณศรี เอกวิทย์โยภาศ, 2526)

1. ระดับระลึกได้ (Recall) หมายถึง การเรียนรู้ในลักษณะที่จำเรื่องเฉพาะวิธีปฏิบัติ กระบวนการและแบบแผนได้ ความสำเร็จในระดับนี้ คือความสามารถในการดึงข้อมูลจากความจำออกมาได้

2. ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ (Comprehension) หมายถึง บุคคลสามารถทำบางสิ่งบางอย่าง ได้มากกว่าการนำเนื้อหาที่ได้รับ สามารถที่จะเขียนข้อความเหล่านั้น ได้ด้วยข้อความของตนเองสามารถแสดงให้เห็นด้วยภาพ (Illustration) ให้ความหมาย แปลความหมาย และเปรียบเทียบความคิดอื่น ๆ หรือคาดคะเนผลที่จะเกิดขึ้นต่อไป

3. ระดับของการนำไปใช้ (Application) เป็นระดับที่ผู้เรียนสามารถ นำเอาข้อความเท็จจริง ตลอดจนความคิดที่เป็นนามธรรม (Abstract) แล้วปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม (Concrete)

4. ระดับของการวิเคราะห์ (Analysis) เป็นระดับที่สามารถใช้ความคิดในรูปของการนำแนวคิด มาแตกแยกเป็นส่วน เป็นประเภท หรือนำเอาข้อมูลต่างๆ มาประกอบกัน เพื่อการปฏิบัติตนเอง

5. ระดับการสังเคราะห์ (Synthesis) คือ การนำข้อมูลและแนวความคิดต่างๆ มาประกอบกัน แล้วนำไปสู่สิ่งสร้างสรรค์ (Creatina) ซึ่งเป็นสิ่งใหม่แตกต่างจากเดิม

6. ระดับของการประเมินผล (Evaluation) คือ ความสามารถในการใช้ความรู้ เพื่อจัดตั้งเกณฑ์ (Criteria) การรวบรวมข้อมูล และการวัดข้อมูลตามมาตรฐาน เพื่อให้ได้ข้อตัดสินถึงระดับของประสิทธิผลของกิจกรรมแต่ละอย่าง

นอกจากนี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ ได้เสนอว่า ความรู้เป็นเพียงพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยความนึกคิดได้ หรือการมองเห็น ได้ยินก็จำได้ ความรู้ในขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหามาตรฐานเหล่านี้ เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2521)

ส่วนการรับรู้ นั้น นันทนา รามชางกูร ยังได้อ้างถึง พจนานุกรม ของ เวบสเตอร์ (The lesson Webster Dictionary) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็น อากาการแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง นอกจากนี้แล้ว นันทนา รามชางกูร ยังได้อ้างถึง จาเนียร์ ชวงโชติ (2527) ได้อ้างถึงองค์ประกอบของการรับรู้ได้ว่ามีมากมาย ซึ่งพอสรุปได้ 2 ประการคือ

1. อิทธิพลจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติผู้รับรู้ เช่น ความต้องการ หรือแรงขับ คุณค่า ความสนใจ และประสบการณ์เดิม
 2. อิทธิพลจากองค์ประกอบภายนอก ได้แก่ ความยึดมั่น ความเชื่อมั่น คำบอกเล่า คำสอนที่ได้รับต่างๆ
- องค์ประกอบทั้งสองประการนี้ มีอิทธิพลทำให้เกิดความรับรู้ ที่บุคคลมีต่อเรื่องราวเหตุการณ์ สภาพแวดล้อมต่างๆ มีความแตกต่างกัน ถ้าคนเรามีประสบการณ์คล้ายๆ กัน เกี่ยวกับสิ่งเร้าหนึ่งๆ การรับรู้สิ่งเร้านี้ ก็มีความหมายคล้ายคลึงกันด้วย (นันทนา รางฆางกูร, 2527)

เจตคติ (Attitude)

Thurstone (อ้างในประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520) กล่าวว่า เจตคติ เป็นผลรวมของมนุษย์เกี่ยวกับความรู้สึก อคติ ความคิด ความกลัวต่อสิ่งบางอย่าง การแสดงออกทางด้าน การพูด เป็นความคิด และความคิด เป็นสัญลักษณ์ ของเจตคติ ดังนั้นถ้าเราอยากวัดเจตคติ เราก็สามารถทำได้โดยวัดความคิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ

Allport G.W. (อ้างในโสภา ชูพิกุลชัย, 2521) กล่าวว่า เจตคติ หมายถึง สภาวะทางจิตและสภาวะทางประสาทเกี่ยวกับความพร้อมซึ่งเกิดขึ้นโดยอาศัยประสบการณ์เป็นตัวนำ หรือมีอิทธิพลเหนือการตอบสนองของแต่ละบุคคลที่มีต่อวัตถุและสถานการณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

โสภา ชูพิกุลชัย (2521) กล่าวว่า เจตคติ เป็นการรวบรวมความรู้สึก นึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น และความจริงรวมทั้งความรู้สึก ซึ่งเราเรียกเป็นการประเมินค่าทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งทั้งหมดจะเกี่ยวพันกัน และจะบรรยายให้ทราบถึงจุดแกนกลางของวัตถุนั้นๆ ความรู้ และความรู้สึกเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรม

นิพนธ์ แจ็งเอี่ยม (2525) กล่าวว่า เจตคติ คือ สิ่งที่อยู่ในจิตใจของบุคคลที่จะตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ซึ่งเราไม่สามารถ

สังเกตหรือวัดได้โดยตรงแต่เราก็สามารถเรียนรู้ได้โดยดูจากพฤติกรรมของบุคคลว่าจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างไร

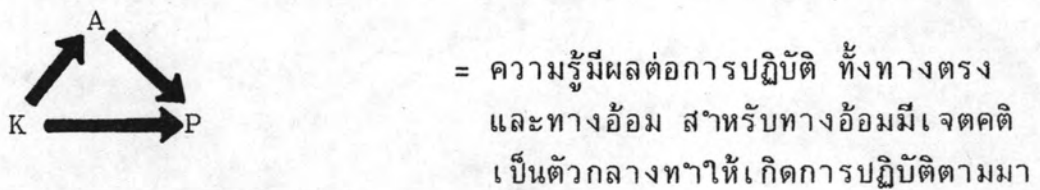
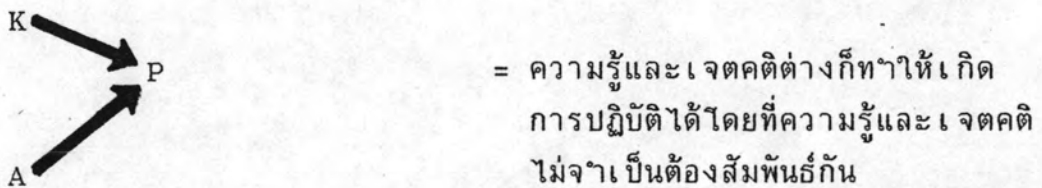
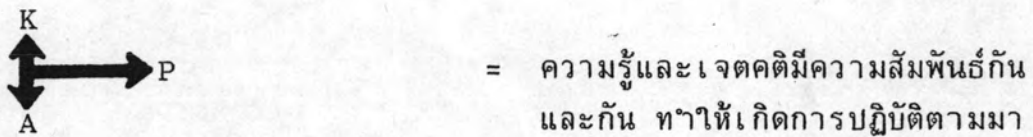
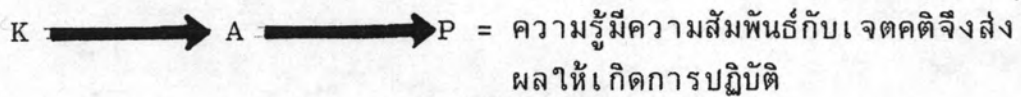
Doob อ้างในไฮเกา ชูพิกุลชัย (2521) กล่าวว่าเจตคติ ก็คือ ความรู้สึกภายใน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) กล่าวว่า เจตคติ เป็นความเชื่อความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำสถานการณ์และอื่นๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เจตคติเป็นนามธรรมและเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ แต่เจตคติไม่ใช่แรงจูงใจ (motive) และแรงขับ (drive) หากเป็นสภาพแห่งความพร้อมที่จะได้ตอบ (State of readiness) และแสดงให้เห็นถึง แนวทางของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้า โดยสรุปคือ เจตคติเป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่าง ต่อสถานการณ์ภายนอกมีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา (Cognitive component) องค์ประกอบด้านท่าทีความรู้สึก (Affective component) องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ (Behavioral component)

ชูดา จิตพิทักษ์ (2525) กล่าวว่า เจตคติเป็นแนวโน้ม หรือขั้นการเตรียมพร้อมของพฤติกรรม เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางจิตใจ ซึ่งคล้ายกับการตอบสนองทางร่างกายต่างกัน แต่ยังไม่ได้ออกก้าลังกายไปเท่านั้นเอง เจตคติ มาจากศัพท์ภาษาละตินว่า Aptus ซึ่ง มีความหมายว่า เหมาะเจาะ (fitness) หรือการปรุงแต่ง (adaptedness) ในทางจิตวิทยาถือว่า เจตคติเป็นตัวแปรตัวหนึ่งที่ไม่สามารถจะสังเกตเห็นโดยง่าย แต่จะต้องศึกษาค้นคว้าด้วยกรรมวิธีที่ซับซ้อน

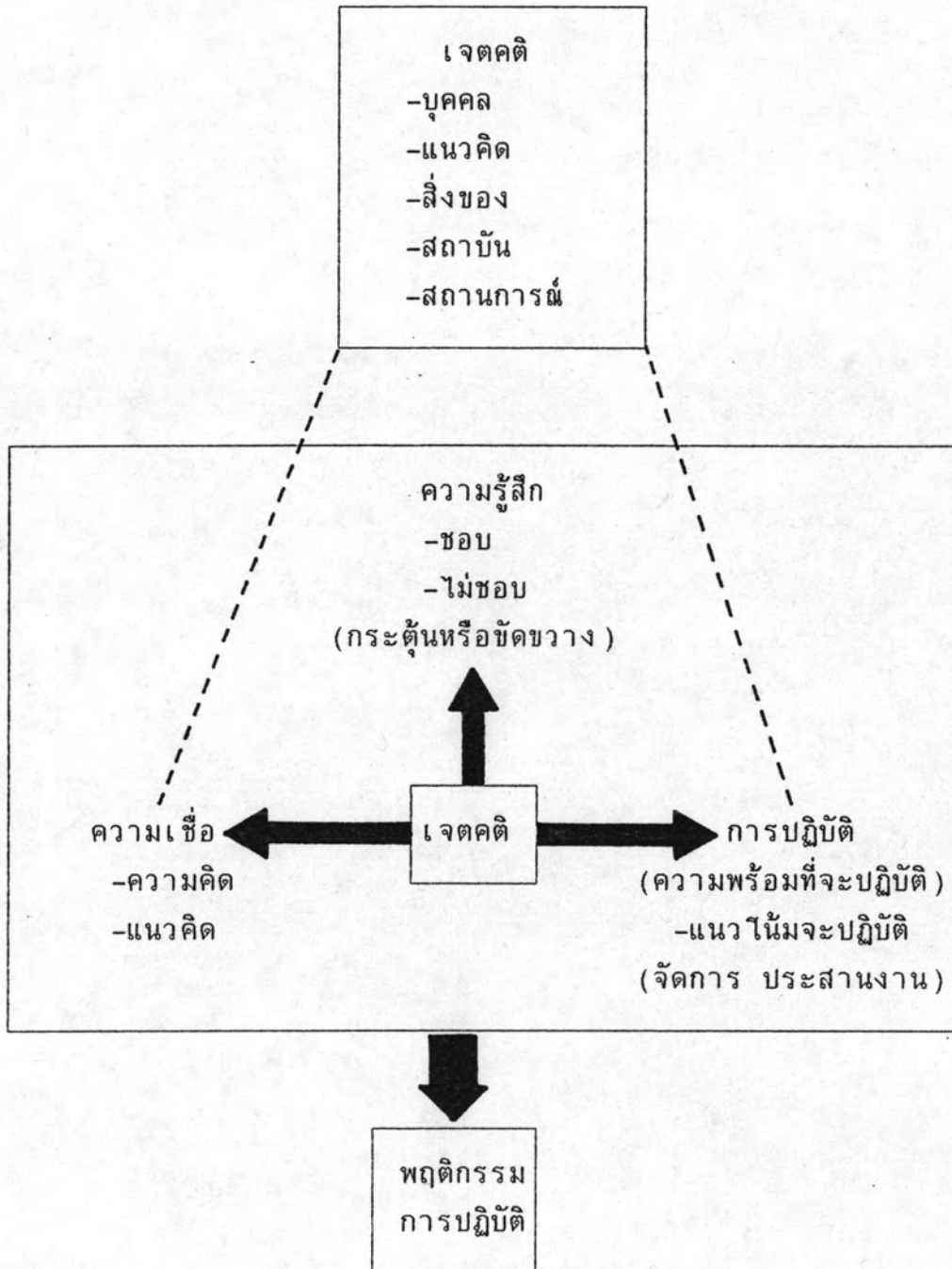
พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติเป็นค่านาม หมายความว่าถึง แนวความคิดเห็น

นิภา มนูญปิจุ (2520) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ พบว่าความรู้ (K) เจตคติ (A) และการปฏิบัติ (P) มีความสัมพันธ์กันได้เป็น 4 ลักษณะดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ

องค์ประกอบของเจตคติ ประกอบด้วยองค์ประกอบดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 องค์ประกอบของเจตคติ

(เทพนม เมืองแมนและสวีน สุวรรณ, 2529)

การวัดเจตคติ

ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่มากกว่าเจตคติเป็นสิ่งที่วัดได้อย่างแน่นอน หรือไม่ หรือมีวิธีการใดที่ใช้วัดเจตคติได้ผลใกล้เคียงความจริงมากที่สุดอย่างไรก็ตาม การวัดเจตคตินั้น โดยทั่วไปใช้วิธีวัดโดยการรายงานผลด้วยตนเอง ซึ่งด้วยวิธีนี้ผู้ถูกวัดจะรายงานความเห็น ความรู้สึกต่างๆของตนเองที่มีต่อ วัตถุประสงค์ สิ่งของ บุคคล แนวคิด หรือ สภาพงาน การวัดโดยการรายงานผลด้วยตนเองนี้ ที่ใช้แพร่หลายมีอยู่ด้วยกัน 4 วิธี คือ ไลเคิร์ทสเกล สเกลความแตกต่างด้านความหมาย เทอร์สไนตสเกล และ Method of Successive Hurdles

ไลเคิร์ทสเกล (Likert scale)

วิธีนี้เป็นวิธีการวัดที่ใช้กันบ่อยที่สุด เป็นแบบสอบถามโดยกำหนดหัวข้อให้เลือก ซึ่งโดยทั่วไปจะกำหนดให้เลือก ตอบว่า เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง และกำหนดคะแนนเรียงตามลำดับจากน้อย แต่ในการวัดจริงจะไม่ใส่ตัวเลขให้เห็น เมื่อวัดเจตคติในประเด็นต่างๆครบทุกประเด็น ก็จะทำคะแนนที่ได้ในแต่ละประเด็นมาหาค่าเฉลี่ยซึ่งค่าเฉลี่ยนี้เองคือ ค่าของเจตคติ

สเกลความแตกต่างด้านความหมาย (Semantic Differential Scale)

ผู้ที่พัฒนาการวัดโดยวิธีนี้ขึ้นมา คือ ออสกู๊ด ซัคซี และแทนแนบาน (Osgood Suci and Tannenbaun) โดยยึดแนวความคิดว่าคุณจะสามารถกำหนดระดับความรู้สึกของตนต่อประเด็นใดประเด็นหนึ่งได้ และการจะวัดระดับความรู้สึกนี้ได้จะทำได้โดยวิธีประเมินค่าความรู้สึกระหว่างความแตกต่างตรงข้ามของคุณสมบัตินั้น เช่น อบอุ่นตรงข้ามกับเย็นชา น่ารักตรงข้ามกับน่าเกลียด การกำหนดค่านิยมให้คะแนนสูงสำหรับมิติด้านบวก และคะแนนต่ำสำหรับมิติด้านลบ ค่าเฉลี่ยที่ได้ จะเป็นเป้าหมาย ถ้าค่าเฉลี่ยต่ำ ก็แสดงว่ามีเจตคติไม่ดีต่อเป้าหมาย

เทอร์สโตน สเกล (Thurstone scale)

การวัดโดยวิธีนี้เป็น การประเมินความรู้สึกของบุคคลต่อประเด็นต่างๆ โดยจัดคำถามเรียงลำดับแบบเดียวกับไลเคิร์ทสเกลแต่มีความหมาย แตกต่างกัน อยู่ตรงที่ว่า ได้มีการให้คะแนนล่วงหน้าไว้ก่อนแล้วสำหรับทางเลือกต่างๆ โดยผู้ เชี่ยวชาญคะแนนเหล่านี้ จะเป็นค่าตัวเลข ตั้งแต่ 1-11 และจะมีจุดศูนยามอยู่ ด้วย ผู้ถูกวัดจะเลือกทางเลือกต่างๆเหล่านี้ตามความรู้สึกเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย หรือไม่แน่ใจของตน เมื่อได้คะแนนมาครบถ้วน ผู้วัดจะนำคะแนนมาเรียงกันแล้ว หาค่าเฉลี่ยก็จะ ได้ค่าของเจตคติของผู้ที่ถูกวัด

มาตราวัดความเห็นห่างทางสังคม (Social-Distance Scale หรือ Method of Successive Hurdles)

โบการ์ตัส ได้พัฒนาทฤษฎีนี้ขึ้นเพื่อใช้วัดเจตคติของบุคคลต่อคนในเชื้อ ชาติต่างๆซึ่งจะมีความเห็นให้เลือกเรียงลำดับจากความเต็มใจ ในการมีสัมพันธ ใกล้เคียงกับคนในเชื้อชาตินั้นไปจนถึงการยอมรับเพียงสัมพันธผิวเผินหรือไม่ข้องแหวะ ด้วยเลย การวัดนี้ใช้ได้กับการวัดเจตคติของคนหลายคน ต่อเชื้อชาติเดียว หรือ วัดเจตคติของคนๆเดียวต่อคนเชื้อชาติต่างๆและอาจปรับใช้ได้ ใน การวัดเจตคติ ต่อคนประเภทต่างๆในสังคมหรือองค์การด้วย

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้วิธีของไลเคิร์ท (Likert) มา ใช้โดยแบ่งมาตราส่วนออกเป็น 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ทฤษฎีเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน การสาธารณสุขมูลฐานเป็นวิธีการให้บริการสาธารณสุขผสมผสานทั้งทางด้าน การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานและการประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษา ฝึกอบรมและระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก

ความสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐานนั้นอยู่ที่ว่า ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของในงานสาธารณสุขที่จำเป็นเบื้องต้นหรือมูลฐาน คืองานด้านการดูแลรักษาโรค หรือการเจ็บป่วยที่จำเป็น การรู้จักระวังและป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญๆ และพบบ่อยๆ ในบ้านหรือในหมู่บ้าน การมีความรู้ทางด้านสาธารณสุข เช่น เรื่องสุขาภิบาลอาหาร การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว โดยที่ความรู้เหล่านี้ไม่ใช่เพียงแต่รู้เฉพาะคนหนึ่งคนเดียว แต่จะต้องมีการแพร่กระจายความรู้ดังกล่าวไปสู่เพื่อนบ้านและชุมชนด้วย นอกจากนั้นแล้วประชาชนควรจะต้องมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับเรื่องการช่วยเหลือเกื้อกูลเพื่อนบ้านในยามที่พ้นจากภาวะเจ็บป่วยร้ายแรงมาเป็นระยะพักฟื้น ประชาชนทุกคนในหมู่บ้านจะต้องช่วยกันในเรื่องการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถจะช่วยเหลือตนเองได้ในระยะหนึ่งภารกิจต่างๆ ดังได้กล่าวมาแล้วนั้น เป็นสิ่งที่รัฐบาลโดยระบบบริการของรัฐมีความปรารถนา อย่างยิ่งที่จะให้บังเกิดขึ้นแก่ประชาชนทุกคนโดยเฉพาะประชาชนที่อาศัยอยู่ในชนบท ด้วยเหตุนี้การสาธารณสุขมูลฐานจึงเป็นจุดมุ่งหมายที่รัฐบาลต้องการ จึงถือได้ว่างานสาธารณสุขมูลฐานเป็นศูนย์กลางของการผสมผสานงานหลักของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณสุขพื้นฐาน (Basic Health Services) ทั้งหลาย เช่น งานควบคุมโรคติดต่อ งานโภชนาการ งานเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดต่อ งานอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว งานสุขาภิบาล งานสุขศึกษา งานด้านการรักษาโรคต่างๆ เป็นต้น

องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน

องค์ประกอบงานสาธารณสุขมูลฐาน ของประเทศไทยนั้น มีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการอย่างแท้จริง (Real Needs) ของประชาชนโดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในชนบท ซึ่งเป็นประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ ประมาณร้อยละ 80 (สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2522) ของประชาชนทั้งประเทศ และนอกเหนือจากนั้นองค์ประกอบดังกล่าว ยังเป็นองค์ประกอบที่มีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขพื้นฐาน ซึ่งรัฐบาลได้เป็นผู้จัดให้แก่ประชาชน (Basic Health Services)

องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานดังกล่าว ประกอบด้วย การบริการแบบผสมผสาน 4 ด้าน ดังต่อไปนี้คือ

1. การป้องกันโรคติดต่อ
2. การส่งเสริมสุขภาพอนามัย
3. การรักษาพยาบาล
4. การฟื้นฟูสภาพ

ซึ่งงานบริการสาธารณสุขทั้ง 4 ด้านนี้ สามารถแยกออกเป็นงานที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองออกเป็นงานต่างๆ ซึ่งเรียกว่าเป็นองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้ดังต่อไปนี้ คือ

1. งานโภชนาการ ผสส./อสม.มีหน้าที่กระตุ้นเตือนให้ประชาชนได้ตระหนักถึงปัญหาโภชนาการที่เกิดขึ้น เช่น โรคขาดสารอาหารในเด็ก 0-5 ขวบ หรือเด็กแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำ เป็นต้น โดยร่วมมือกับกรรมการหมู่บ้าน ผู้นำ ค้นหาสำรวจสภาวะอนามัยเด็ก ทำการชั่งน้ำหนักเด็ก 0-5 ขวบ ทุกคนเป็นประจำ เมื่อพบเด็กคนใดที่ขาดสารอาหารก็ดำเนินการให้อาหารเสริมโดยเร็ว ให้ความรู้แก่แม่ในการให้อาหารแก่ทารก การดูแลรักษาเด็กเจ็บป่วยในระยะแรก ตลอดจนส่งเสริมการปลูกผัก เลี้ยงสัตว์ เพื่อนำมาใช้เป็นอาหาร
2. งานสุขศึกษา ให้สุขศึกษาในเรื่องต่างๆ เช่น เรื่องที่หมู่บ้านได้เลือกจะดำเนินงานตามแผนงานสาธารณสุขหมู่บ้าน หรือเรื่องที่เป็นปัญหาของท้องถิ่น โดยการสำรวจในด้านสาธารณสุข และสภาพของชุมชนที่เกี่ยวกับปัญหาด้านสาธารณสุขของท้องถิ่น และดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดเผยแพร่ความรู้เกี่ยว

กับการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพอนามัยให้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน หรือ ในชุมชน

3. การรักษาพยาบาล ผสส./อสม. ให้การรักษาพยาบาลที่จำเป็น เบื้องต้น แก่ชาวบ้านและชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงความสามารถของ ผสส. และ อสม. ในการรักษาพยาบาล ชี้แจงให้ทราบถึงสถานบริการของรัฐ ผสส. และ อสม. ร่วมกับประชาชนในหมู่บ้านช่วยกันจัดหาเวชภัณฑ์สำหรับหมู่บ้าน และส่งต่อผู้ป่วย ถ้าเกินความสามารถของ อสม.

4. การจัดหายาที่จำเป็น ดำเนินการ จัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ ประจำหมู่บ้าน และดำเนินการให้ประชาชนสามารถซื้อยาได้ จาก อสม. หรือกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน ได้ตลอดเวลา สะดวก รวดเร็ว และมีราคาถูก

5. การสุขาภิบาลและจัดหาน้ำสะอาด ผสส. และ อสม. ต้องชี้แจงให้ประชาชน กรรมการหมู่บ้าน ทราบถึงความสำคัญของการ จัดหาน้ำสะอาดไว้ดื่ม การสร้างส้วม การกำจัดขยะมูลฝอย และการจัดบ้านเรือนให้สะอาดและรวบรวมข้อมูลในหมู่บ้าน พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายที่จะดำเนินการเพื่อพัฒนาการสุขาภิบาล ในหมู่บ้าน

6. การวางแผนครอบครัว ผสส./อสม. ชี้แจงและจูงใจให้ประชาชน ทราบถึงความสำคัญของการวางแผนครอบครัว รวบรวมข้อมูลในหมู่บ้านว่าบ้านใด ได้ใช้บริการวางแผนครอบครัวบ้างและด้วยวิธีใด เพื่อ อสม. จะได้ประสานงาน กับเจ้าหน้าที่ในการจัดเตรียม ยาเม็ด อุปกรณ์ และจ่ายยาเม็ดในรายเก่าที่เคย รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดจากสถานบริการของรัฐอยู่แล้ว

การอนามัยแม่และเด็ก ผสส./อสม. ชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงความ สำคัญ ความจำเป็นของการดูแลก่อนคลอด (การฝากครรภ์) และการดูแลหลังคลอด พร้อมทั้งนัดหมายเจ้าหน้าที่ในการออกไปตรวจครรภ์ก่อนคลอด นัดหมายมารดา มา รับประทานและความรู้ในการปฏิบัติตน การกินอาหาร ชั่งน้ำหนัก และวัดความดัน โลหิต นัดเด็กให้มารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สถานอนามัย ในกรณีที่จำเป็นฉุกเฉิน ผสส./อสม. อาจจะต้องช่วยเหลือในระหว่างคลอดแก่ประชาชนด้วย

7. งานควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่น ผสส./อสม. ชี้แจงให้ประชาชน ทราบว่าในบ้านมีโรคอะไรที่เป็นปัญหา เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคพยาธิ ไข้เลือด ออก โรคขาดสารอาหาร ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการป้องกันและรักษา รวมทั้งการ ร่วมมือกันในการดำเนินการควบคุมและป้องกันให้เกิดโรคระบาดขึ้นได้

8. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ผสส./อสม. ต้องชี้แจงให้ประชาชน ทราบถึงความสำคัญของการให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็ก

0-5 ขวบ และนัดหมายเจ้าหน้าที่ออกไปให้บริการแก่ประชาชนตามจุดนัดพบต่างๆ ซึ่ง อาจจะเป็นที่บ้าน ที่ประชุมหมู่บ้าน หรือจากแนวทางการดำเนินงานดังกล่าว หมู่บ้านใดจะพิจารณาเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือทุกเรื่องก็ได้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของ ผสส./อสม.หรือความต้องการของหมู่บ้านนั้น หรือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่พบในหมู่บ้าน

9. การส่งเสริมสุขภาพฟัน ผสส./อสม.มีหน้าที่ชี้แจงและให้ความรู้กับประชาชนในการดูแลฟัน โดยเฉพาะในเด็กจะต้องมีการรักษาสุขภาพของช่องปากและฟัน ผสส./อสม.นัดหมายให้ประชาชนรับบริการ เมื่อมีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่เข้ามาในชุมชน

10. การส่งเสริมสุขภาพจิต ผสส./อสม.ชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงการส่งเสริมสุขภาพจิต การค้นหาผู้ป่วยในระดับชุมชน เพื่อจะได้รับการแนะนำที่ถูกต้อง และคาดว่าจะงานนี้จะได้ผลต่อเมื่อผสมผสานกับงานบริการอื่น รวมทั้งการร่วมมือของชุมชน

องค์ประกอบของงานสาธารณสุขทั้ง 10 ประการนี้ ไม่จำเป็นต้องเริ่มทีเดียวพร้อมกันหมดทุกอย่าง อาจจะเริ่มในเรื่องที่ประชาชนคิดว่าเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นจริงๆ (Real Needs) ของชุมชนของตนเองก่อน แล้วภายหลังต่อมาก็อาจขยายต่อไปอีกได้ แต่ถ้าหากชุมชนใดไม่มีปัญหาที่จำเป็นบางอย่าง องค์ประกอบก็อาจลดลงได้ตามสภาพของความเป็นจริงของชุมชนนั้นๆ

แต่อย่างไรก็ดีองค์ประกอบต่างๆ ดังได้กล่าวมาแล้วนั้น เป็นองค์ประกอบที่เป็นปัญหาของชุมชนในชนบท และคงเป็นปัญหาเช่นนี้ไปอีกนานจนกว่าบริการสาธารณสุขมูลฐานจะสามารถครอบคลุมประชาชนทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2527)

กลวิธีหลักในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่ได้ดำเนินการในประเทศไทยในขณะนี้ มีกลวิธีต่างๆ มากมายรวมทั้งกลวิธีทางด้านนโยบายและประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องภายในกระทรวงสาธารณสุข และภายนอกกระทรวงสาธารณสุข แต่ในที่นี้จะขอกล่าวเฉพาะกลวิธีหลักเท่านั้น ซึ่งมีดังนี้คือ

1. ประชาชนเป็นเจ้าของ หรืออาศัยหลักความร่วมมือของชุมชน (Community Participation และ Community Involvement) การที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้านั้น ประชาชนต้องดำเนินการด้วยตนเอง โดยรัฐ

ให้การสนับสนุน ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนมีหลายรูปแบบแล้วแต่สภาพสังคม และวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น แต่การที่จะให้ประชาชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสาธารณสุขนั้น จำเป็นจะต้องมีกลวิธี หรือวิธีการในการนำประชาชนมามีส่วนดังกล่าวซึ่งมีดังต่อไปนี้ คือ

1.1 การเตรียมชุมชน แบ่งออกได้ 2 ขั้นตอน คือ

ก. การเตรียมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ข. การเตรียมประชาชนโดยตรง

ก. การเตรียมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐทุกระดับ โดยการเตรียมให้พร้อมที่จะทำงานกับประชาชน เจ้าหน้าที่จะต้อง มีความเข้าใจใน เรื่องของการสาธารณสุขมูลฐานอย่างชัดเจน สามารถอธิบาย และตอบคำถามของประชาชนได้ถึงผลดีหรือผลลัพธ์ที่ประชาชน จะได้ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน สามารถที่จะทำการฝึกอบรมประชาชนให้เข้าใจ และประการสำคัญคือเตรียมเจ้าหน้าที่ให้มีความเสียสละเห็นแก่ประโยชน์ของประเทศชาติและประชาชน งานสาธารณสุขมูลฐานจะประสบผลสำเร็จได้ หรือ สุขภาพอนามัยของประชาชนจะดีขึ้นได้นั้น เจ้าหน้าที่ที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ย่อมจะทราบถึงปัญหาและความต้องการของประชาชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งจากผลการสำรวจพบว่า ชุมชนใดที่ประชาชนมีความพร้อมเพรียงร่วมมือกัน ในการแก้ไขปัญหาดี ที่นั่นเจ้าหน้าที่จะต้องเป็นผู้ที่มีความกระตือรือร้นใน การทำงานต่อส่วนรวมดี การเตรียมเจ้าหน้าที่ให้พร้อมต่อการทำงานกับประชาชน จึงต้องมีอยู่ตลอดเวลา

ข. การเตรียมประชาชน การที่ประชาชนจะเข้าร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้วย เพราะที่ผ่านมาประชาชนมักจะทำให้ความสำคัญน้อย และคิดว่าเป็นหน้าที่ของรัฐเท่านั้นในเรื่องการบริการสาธารณสุข การทำความเข้าใจกับประชาชนจึงเป็น เรื่องที่สำคัญ จะต้องชี้แจงให้ประชาชนเข้าใจถึงแผนความคิด และหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ชี้ให้เห็นการร่วมมือของประชาชนว่ามีประโยชน์อย่างไรต่อชุมชนของตนเอง พยายามกระตุ้นให้องค์กรชุมชน ผู้นำที่มีอยู่ร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข การเตรียมประชาชน ให้เข้าใจในงานสาธารณสุขมูลฐาน จึงเป็น เรื่องที่มีความสำคัญมาก จะขาดเสียมิได้เพราะจาก ผลการวิจัยพบว่า การที่ประชาชนไม่ยอมรับหรือร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขนั้นเป็น เพราะขาดการเตรียมประชาชนให้เข้าใจในงานสาธารณสุขมูลฐานเสียก่อน

1.2 การคัดเลือกอาสาสมัคร (ผสส. และอสม.) เมื่อประชาชน มีความเข้าใจในงานสาธารณสุขมูลฐานดีแล้ว ประชาชนจะเป็นผู้คัดเลือกผู้ที่มีจิตใจ

เสียสละต่อส่วนรวมเข้ารับการอบรมเป็น ผสส. และ อสม. โดยการให้ วิธีสังคัมมิตติ หรือแบบประชาธิปไตย การคัดเลือก ผสส. และ อสม. นี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด เพราะถ้าเลือกผู้ที่มีจิตใจไม่เสียสละต่อส่วนรวมแล้วการปฏิบัติงานของ ผสส. และ อสม. ก็จะไม่มีประสิทธิภาพ การคัดเลือกในช่วงนี้ จึงต้องใช้เวลาและต้องเป็นการเตรียมประชาชนในหมู่บ้านนั้น ให้เข้าใจเป็นพิเศษ

1.3 การฝึกอบรม ผสส. และ อสม. เมื่อ ผสส./อสม. ได้รับคัดเลือกจากประชาชนแล้ว จะเข้ารับการฝึกอบรมความรู้ด้านสาธารณสุข จากเจ้าหน้าที่ของรัฐ ในประเด็นที่สำคัญ ๆ คือ

- หลักการและแนวความคิดการสาธารณสุขมูลฐาน
- การทำงานเป็นกลุ่ม
- การวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขหมู่บ้าน
- การใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
- โรค อาการของโรคตลอดจนการป้องกันและการรักษา

เมื่อ ผสส. และ อสม. ได้รับความรู้ดังกล่าวแล้วก็สามารถที่จะถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนในหมู่บ้าน ตลอดจนช่วยเหลือผู้อื่นได้

1.4 การติดตามสนับสนุนโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ เมื่อ ผสส. และ อสม. กลับไปปฏิบัติงานในหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่จะต้องให้การสนับสนุนทาง ด้านวิชาการ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษา ร่วมมือปฏิบัติงานกับ ผสส. และ อสม. และประชาชนในหมู่บ้าน ต่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน การติดตามอย่างสม่ำเสมอโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐจึงเป็นเรื่องที่จะขาดเสียมิได้

1.5 การจัดตั้งกองทุนต่างๆ การจัดตั้งกองทุนขึ้นในหมู่บ้านโดยประชาชนเป็นรูปแบบที่ชัดเจนในการมีส่วนร่วมของประชาชน ต่อการแก้ไขปัญหา ตัวอย่าง เช่น การจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน ซึ่งประชาชน ในหมู่บ้านได้ร่วมกันได้ร่วมกันจัดตั้งขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะให้มียาที่จำเป็นไว้ ในหมู่บ้าน จากลักษณะของการจัดตั้งกองทุนยาเช่นนี้ สามารถที่จะพัฒนาต่อไปให้เป็น กองทุนเอนกประสงค์ได้ ในส่วนของการบริการและจัดการเกี่ยวกับกองทุนต่างๆ นั้น เจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้องเป็นที่เลี้ยงคอยช่วยเหลือ แนะนำตลอดเวลา และ จะต้องเป็นรูปแบบที่ง่ายต่อชาวบ้านในการนำไปปฏิบัติ

2. การผสมผสานงานกับงานอื่น การผสมผสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นเรื่องที่สำคัญมากต่อผลสำเร็จของงาน เพราะการพัฒนาชนบทไม่สามารถดำเนินไปได้ด้วยงานสาธารณสุขเพียงด้านเดียว

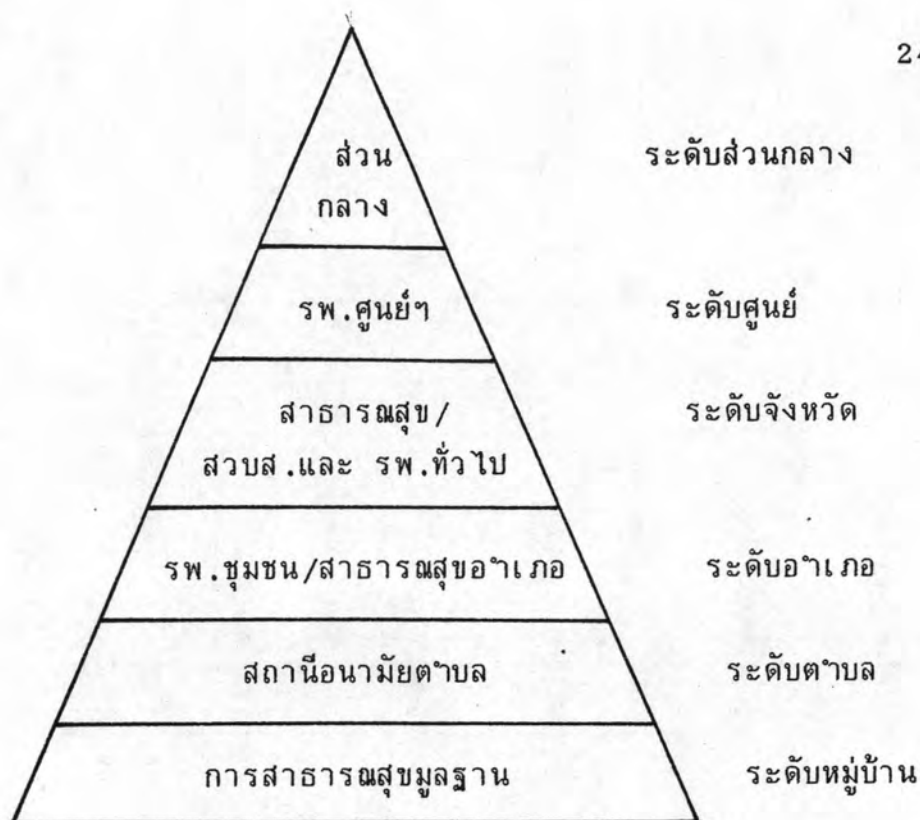
จะต้องผสมผสานกับทุกๆ ฝ่าย ซึ่งพอแบ่งได้ดังนี้

- ภายในกระทรวงสาธารณสุข จะต้องมีการผสมผสานกันทั้งในส่วนเนื้อหาของงานและแผนการปฏิบัติงานบริการสาธารณสุขมูลฐาน 10 อย่าง เพื่อให้การกำหนดรูปแบบและวิธีการเป็นไปในแนวเดียวกันซึ่งจะเป็นการประหยัดงบประมาณด้วย
- ภายนอกกระทรวง ประสานงานกับกระทรวงต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงเกษตร ศึกษาธิการ และมหาดไทย (กรมการปกครองและกรมการพัฒนาชุมชนในการพัฒนาชนบท โดยการวางแผนร่วมกัน ปฏิบัติงานร่วมกัน และแก้ไขปัญหา ร่วมกัน)

3. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ความสำเร็จของงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น อยู่ที่ประชาชนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในเรื่องที่ทำได้ เช่น เรื่องการรักษาพยาบาลเล็กๆ น้อยๆ การดูแลและป้องกันโรคติดต่อ การส่งเสริมสุขภาพอนามัย และการฟื้นฟูสภาพของร่างกายภายหลังการเจ็บป่วย แต่การช่วยเหลือตนเองในเรื่องดังกล่าวจะต้องเป็นเรื่องที่ไม่ซับซ้อนหรือทำได้ยาก ถ้าหากเป็นเรื่องที่ทำแล้วไม่แน่ใจ หรือเกิดผลเสียมากกว่าผลดีก็ไม่นำมาใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน

4. ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ จะต้องสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน บริการสาธารณสุขของรัฐนั้น เน้นด้านการให้บริการทุกชนิดแก่ประชาชน ซึ่งเป็นผู้รับบริการ ในงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น เน้นให้ประชาชนเป็นผู้ดำเนินการให้บริการด้วยตนเอง การดำเนินการด้วยตนเองของประชาชนนี้ เป็นงานอย่างต่อเนื่องกับบริการของรัฐ ด้วยเหตุนี้ ถ้าบริการของรัฐไม่ให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่แล้ว บริการที่ประชาชนจะดำเนินการได้ด้วยตนเองนั้น ก็เป็นไปได้ยากหรืออาจจะเป็นไปได้ไม่ได้เลย

ในเรื่องที่เกี่ยวกับบริการของรัฐนี้ จะเห็นได้ว่า กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาโครงสร้างที่สำคัญที่จำเป็นทุกระดับ ภายในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 (2525-2529) ประเทศไทยจะมีสถานบริการสาธารณสุขครบทุกตำบล ทุกอำเภอ สำหรับจังหวัดนั้นครบอยู่แล้ว นอกจากนั้นยังมีโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง คอยให้คำปรึกษา ฝึกอบรมแก่เจ้าหน้าที่ในทุกระดับอยู่อีกด้วย



แผนภูมิที่ 3 โครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ

จากแผนภูมิดังกล่าว จะเห็นว่าระดับจากสถานีอนามัยตำบลขึ้นไปจะเป็นระดับที่ให้การสนับสนุนการปฏิบัติการสาธารณสุขมูลฐานในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้ คือ

1. การฝึกอบรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ตำบลจะเป็นผู้ให้การฝึกอบรมแก่อาสาสมัครสาธารณสุขที่ประชาชนเป็นผู้เลือกขึ้นมา
2. การติดตามและนิเทศ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบทุกหมู่บ้านภายในตำบลที่ตนเองรับผิดชอบ ด้วยเหตุนี้ เพื่อให้งานสาธารณสุขครอบคลุมประชาชนทั้งตำบล ทุกคนและทุกหลังคาเรือน เจ้าหน้าที่จะต้องไปติดตามงานในหน้าที่รับผิดชอบที่อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นประจำ
3. การสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติหน้าที่ ของอาสาสมัครสาธารณสุข
4. การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

ในกรณีที่ อาสาสมัครสาธารณสุขไม่สามารถที่ จะช่วยเหลือชาวบ้านได้

เพราะลักษณะของโรคเกินความรู้ความสามารถที่เขาจะได้ เขาจะต้องส่งต่อมาที่สถานื่อนามัยตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน

ระดับตำบลนั้น มีอยู่สองสถาบันด้วยกันที่คอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุน คือ โรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชนรับผิดชอบในพื้นที่ที่โรงพยาบาลรับผิดชอบอยู่ จึงมีหน้าที่เหมือนสถานื่อนามัยตำบล นอกจากนั้นแล้วยังจะต้องเป็นผู้ให้การอบรมสนับสนุนการดำเนินการของสถานื่อนามัยตำบลเมื่อได้รับการร้องขอความช่วยเหลือ และประการที่สำคัญที่สุดก็คือ เป็นผู้คอยรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

สาธารณสุขอำเภอนั้น ให้การสนับสนุนการปฏิบัติงานของสถานื่อนามัยตำบล รวมทั้งการวางแผนการติดตาม การควบคุม การฝึกอบรม การปฏิบัติงาน การคัดเลือก และการประเมินผลงาน รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการ ยา และเวชภัณฑ์ การเตรียมชุมชน การจัดตั้งกองทุนต่างๆ ซึ่งเป็นกระบวนการดำเนินงานของสาธารณสุขมูลฐานทั้งหมด

ระดับจังหวัด มีอยู่สามสถาบัน คือ สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลทั่วไป (โรงพยาบาลจังหวัด) สาธารณสุขจังหวัดนั้น มีหน้าที่บริหารสั่งการ วางแผน ติดตามประเมินผล ตลอดจนการสนับสนุนทางวิชาการ บริการแก่อำเภอและตำบลร่วมกับสำนักงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุขโรงพยาบาลทั่วไป (โรงพยาบาลจังหวัด) นั้นมีหน้าที่สนับสนุนทางวิชาการ บริการเมื่อถึงคราวจำเป็นตามที่หมู่บ้านขอร้องมา

ระดับศูนย์นั้นเป็นระดับเฉพาะทาง อาจจะสนับสนุนในด้านการฝึกอบรมที่สูงขึ้นมา เช่น แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่างๆ หรืออาจช่วยพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมต่างๆ เพื่อนำไปใช้งานสาธารณสุขมูลฐาน

ส่วนกลางจะเป็นผู้สนับสนุนทุกอย่างตั้งแต่งบประมาณ เทคโนโลยี ยา และเวชภัณฑ์ คู่มือการเรียนการสอนในระดับอาสาสมัคร ตำบล อำเภอ จังหวัด นอกจากนั้นจะต้องคอยวางแผนติดตามและประเมินผลอยู่ตลอดเวลา และจะต้องประสานกับหน่วยงานอื่นที่ดำเนินการในเรื่องบริการสาธารณสุขพื้นฐาน (Basic Health Services) (สำนักคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2527)

นวัตกรรมสาธารณสุข

นวัตกรรมสาธารณสุขหมายถึง สิ่งที่เกิดใหม่ในด้านสาธารณสุขหรือกิจกรรม การกระทำในแนวทางใหม่ๆ ในด้านสาธารณสุข

สุขภาพดีถ้วนหน้านั้น หมายถึง ประชาชนทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในประเทศใดในโลกควรมีสุขภาพดีเท่าเทียมกันในระดับหนึ่ง ตามฐานะ เศรษฐกิจและสังคมนั้นๆ ซึ่งระดับของการมีสุขภาพดีเท่าเทียมกันนั้น อย่างน้อยจะต้องมีสุขภาพดีในระดับที่ช่วยให้ทุกคนสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ ไม่ว่าจะอยู่ในสังคมหรือชุมชนใดก็ตาม

องค์ประกอบ

ปัญหาจึงตามมาว่า คำว่าสุขภาพดี ซึ่งชุมชนจะรับผิดชอบในการพัฒนานั้นมีความหมายหรือขอบเขตเพียงใด และอะไรเป็นองค์ประกอบของสุขภาพดีด้วยเหตุนี้จึงได้มีการกำหนดองค์ประกอบ 5 ประการของสุขภาพดีถ้วนหน้า

องค์ประกอบข้อที่ 1

เพื่อให้คนกลุ่มที่ได้รับโอกาสน้อย แต่เป็นคนส่วนใหญ่ในสังคมได้มีโอกาสพัฒนาตนเองด้านสุขภาพอย่างน้อยให้ถึงระดับหนึ่งที่พอยอมรับได้ จึงกำหนดให้การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นสิ่งที่ทุกคนจะต้องมีโอกาสเข้าถึงโดยเท่าเทียมกัน

องค์ประกอบข้อที่ 2

ความเหลื่อมล้ำหรือไม่เท่าเทียมในเรื่องบริการและการใช้ทรัพยากร มีผลทำให้คนในสังคมมีสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมาก ความเหลื่อมล้ำนี้จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขโดยด่วนอย่างน้อยก็ต้องให้ทุกคนได้มีสุขภาพพอสมควรและสามารถได้รับผลประโยชน์จากทรัพยากรอันมีอยู่จากัดนั้นโดยทั่วถึงกัน นี้คือ เหตุผลที่จะต้องมีการจัดสรรทรัพยากร (สถาบัน เจ้าหน้าที่ งบประมาณ ฯลฯ) ที่จะใช้พัฒนาสุขภาพเสียใหม่ เพื่อให้เกิดความสมดุลย์ในการพัฒนา

องค์ประกอบข้อที่ 3

บุคคล ชุมชน ตลอดจนประเทศชาติต้องถือนโยบาย ฟังตนเอง ให้มากที่สุด ในการพัฒนานี้ โดยจะต้องระดมและผสมผสานทรัพยากร เช่น กำลังคน เงิน ความคิด เทคโนโลยี ตลอดจนสถาบันและวัฒนธรรม ที่สอดคล้อง

จากท้องถิ่นเอง นำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาสุขภาพ

องค์ประกอบข้อที่ 4

โดยส่วนรวมและไม่เฉพาะแต่กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้นจะต้องถือเป็นพันธกรณี ในการจัดการให้ประชาชนได้มีสุขภาพดีโดยทั่วกันให้ได้ ทั้งนี้ต้องถือเป็นเจตนารมณ์ของชาติ ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันตั้งแต่ผู้บริหารประเทศไปจนถึงครอบครัวและบุคคลในชาติ

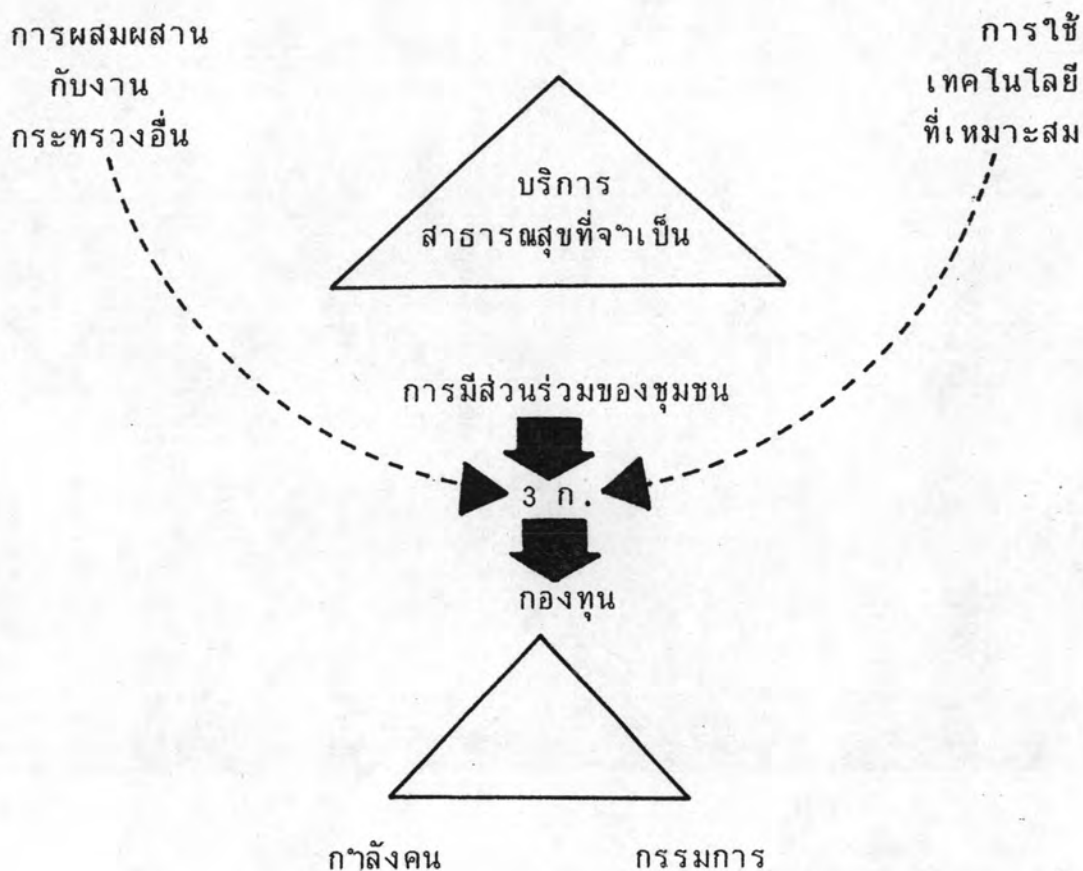
องค์ประกอบข้อที่ 5

รัฐมีความรับผิดชอบที่จะต้องจัดวาง และดำเนินมาตรการต่างๆ อันจะมีผลต่อสุขภาพซึ่งมาตรการเหล่านี้หลายอย่างดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ตลอดจนองค์กรเอกชน นอกเหนือไปจากกระทรวงสาธารณสุข เพราะกำลังคนที่มีสุขภาพดีจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นทุกหน่วยงานต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบและมีการร่วมมือประสานงานระหว่างสาขา โดยเฉพาะการเกษตร การศึกษา การปกครองและการสาธารณสุข และองค์กรเอกชน เพื่อสนับสนุนให้ชุมชนสามารถพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น

ปัจจัย 3 ก. (กองทุน กำลังคน กรรมการ)

ปัจจัย 3 ก. นี้ คือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านมีประสิทธิภาพ คือ กำลังคนในหมู่บ้าน กรรมการหรือองค์กรในหมู่บ้าน และกองทุนในหมู่บ้าน

นั่นคือ จากหลักการสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญ 3 ประการ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และการผสมผสานงานกับกระทรวงอื่นๆ ร่วมกับการจัดและปรับระบบบริการสาธารณสุขที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน นำมาแปลงเป็นรูปธรรมง่ายๆ เพื่อความเข้าใจ และการปฏิบัติงานที่เป็นจริงนั่นเอง



แผนภูมิที่ 4 ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน
มีประสิทธิภาพ

(1) ก. ที่หนึ่ง คือ กำลังคน การพัฒนาในหมู่บ้านจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีกำลังคนหรือกลุ่มคนที่เป็นแกนนำในการพัฒนาเป็นผู้ริเริ่ม เป็นผู้ประสานงานพัฒนาในหมู่บ้านกลุ่มคนนี้อาจจะประกอบไปด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ครู พระ กลุ่มหนุ่มสาว ผสส./อสม. อาสาสมัคร การพัฒนาต่างๆ ฯลฯ

นั่นคือ รูปแบบการใช้กำลังคนในหมู่บ้านมาร่วมพัฒนาจะเป็นการทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนา มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมตามสภาพของชาวบ้านนั่นเอง

(2) ก. ที่สอง คือ กองทุนหรืองบประมาณ การมีกำลังคนดีเยี่ยมเพียงใดแต่ไม่มีงบประมาณสนับสนุน การพัฒนานั้นก็ยากที่จะสำเร็จเพราะจะต้องจัดซื้อหาวัสดุมาประกอบการพัฒนา หรือเป็น ค่าใช้จ่ายในเรื่องการพัฒนา

ต่างๆ ด้วย กองทุนในหมู่บ้านนี้เกิดขึ้นได้โดยการระดมทุนในหมู่บ้าน หรือเป็นผลจากการส่งเข้าไปสมทบจากภายนอก เช่น จากงบของ กชช., กสช. งบองค์การบริหารส่วนจังหวัด งบพัฒนาจังหวัดของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรหรือเงินยืมสมทบจากกองทุนพัฒนาชนบท ฯลฯ

นั่นคือ รูปแบบการระดมทุนให้เกิดเป็นกองทุนในหมู่บ้าน จะเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของชาวบ้าน การใช้เทคนิคที่เหมาะสมการได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี (บัตรสุขภาพมีส่วนสมทบกองทุน และกองทุนมีส่วนช่วยบัตรสุขภาพ)

(3) ก.ที่สาม คือ กรรมการหรือองค์กร หรือการบริหารจัดการ แม้ว่าจะมีกำลังคน มีกองทุนแล้วแต่ขาดการจัดองค์กร ขาดการจัดระบบบริหารจัดการที่ดี หรือระบบบริหารจัดการของกรรมการไม่สอดคล้องเหมาะสมกับชาวบ้านแล้วการพัฒนาต่างๆ นั้นจะไม่สำเร็จ ความศรัทธาของชาวบ้านที่มาร่วมพัฒนาจะหมดไป เงินจะหมดกองทุนจะล้ม

นั่นคือ กรรมการหรือการบริหารจัดการนี้จะเป็นการใช้เทคนิคที่เหมาะสมสอดคล้องกับชาวบ้าน ข้าราชการทุกส่วนต้องเข้าใจจุดนี้และมีการประสานงานกันอย่าง เป็นเอกภาพ เพื่อลงไปหาชาวบ้านที่เป็นเอกภาพเดียวกันและเสริมสร้างชาวบ้านไปในทิศทางเดียวกัน การพัฒนาหรือการสาธารณสุขมูลฐานจึงจะสำเร็จด้วยดี (นวกรรมสาธารณสุข, 2529)

กระบวนการ จปฐ.

จปฐ. หมายถึง สิ่งจำเป็นแก่การครองชีพพื้นฐานของบุคคลหรือเป็นความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำของชุมชน เพื่อที่จะให้เป็นเกณฑ์ตรวจสอบได้ว่า ในชุมชนหนึ่งๆ นั้น ยังขาดแคลนในเรื่องใดบ้างและขาดแคลนแค่ไหน

จปฐ. หมายถึง ความต้องการต่ำสุดที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของมนุษย์ดีขึ้นมาได้และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุขพอควร

คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่งๆ ในช่วงเวลาหนึ่งๆ

ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) จัดทำโดยโครงการพัฒนาสังคมสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ซึ่งมีทั้งนักวิชาการจาก 4 กระทรวงหลัก ผู้ปฏิบัติงานภาคสนาม ตัวแทนของประชาชนและนักวิชาการอื่นๆ ได้เสนอความจำเป็นพื้นฐาน ผ่านคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ และมติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบแล้ว มีทั้งหมด 8 หมวด 32 ตัวชี้วัด คือ

หมวดที่ 1 ประชาชนได้กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (อาหารดี) มีตัวชี้วัด คือ

1. เด็กแรกเกิดถึง 5 ปีได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการและไม่มี การขาดสารอาหาร ในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
2. เด็กอายุตั้งแต่ 5-14 ปี ได้รับสารอาหารครบถ้วนตามความ ต้องการของร่างกาย
3. หญิงตั้งครรภ์ได้บริโภคอาหารอย่างถูกต้องเพียงพอซึ่งมีผลทำให้ เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 3,000 กรัม

หมวดที่ 2 ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (มีบ้านอาศัย) มีตัวชี้วัดคือ

4. บ้านเรือนมีสภาพคงทนถาวรอย่างน้อย 5 ปี
5. ครอบครัวมีการจัดบ้านเรือนและบริเวณบ้านเรือนให้เป็นระเบียบ ถูกสุขลักษณะ
6. ครอบครัวมีส่วนถูกหลักสุขาภิบาล
7. ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มเพียงพอตลอดปี

หมวดที่ 3 ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสังคม ขึ้นพื้นฐานที่จำเป็น แก่การดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ (ศึกษาอนามัยถ้วนทั่ว) มีตัวชี้วัดคือ

8. เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค โรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ และหัด ครบตามเกณฑ์อายุ
9. เด็กวัยประถมศึกษาได้เข้าเรียนการศึกษาภาคบังคับ
10. เด็กวัยประถมศึกษาได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค คอตีบ บาดทะยัก และไทฟอยด์

11. ประชาชนอายุ 14-50 ปี อ่านออกเขียนได้
12. ครอบครัวได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ อาหารการกิน สุขภาพอนามัย กฎหมายชาวบ้านและข่าวสารบ้านเมือง อย่างน้อย เดือนละครั้ง
13. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด
14. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการทำคลอดและดูแลหลังคลอด

หมวดที่ 4 ประชาชนมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน (ครอบครัวปลอดภัย) มีตัวชี้วัด คือ

15. ประชาชนปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

หมวดที่ 5 ประชาชนมีการผลิตและหาอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ (ได้ผลผลิตดี) มีตัวชี้วัด คือ

16. ครอบครัวมีการปลูกพืชหมุนเวียนหรือพืชบำรุงดิน
17. ครอบครัวมีการใช้ปุ๋ยบำรุงดินเพื่อเพิ่มผลผลิต
18. ครอบครัวมีการป้องกันและกำจัดศัตรูพืช
19. ครอบครัวมีการป้องกันการระบาดของโรคสัตว์
20. ครอบครัวมีการใช้พันธุ์พืชและพันธุ์สัตว์ที่ทางราชการส่งเสริม

หมวดที่ 6 ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนการมีบุตรได้ตามต้องการ (ไม่มีลูกมาก) มีตัวชี้วัด คือ

21. คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คน และสามารถใช้บริการคุมกำเนิดได้ตามต้องการ

หมวดที่ 7 ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาความเป็นอยู่และการกำหนดวิถีชีวิตของตนเองและชุมชน (อยากร่วมพัฒนา)

22. ครอบครัวเป็นสมาชิกกลุ่มที่ตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
23. หมู่บ้านมีส่วนร่วมในการพัฒนาตนเอง
24. หมู่บ้านร่วมกันบำรุงรักษาสาธารณสมบัติที่รัฐและชุมชนสร้างขึ้น
25. หมู่บ้านร่วมกันบำรุงรักษามรดกทางวัฒนธรรม
26. หมู่บ้านร่วมกันอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ

27. ประชาชนไปใช้สิทธิในการเลือกตั้งตามระบอบประชาธิปไตย

28. กรรมการหมู่บ้านมีความสามารถวางแผนดำเนินการตามแผนและจัดระบบการบำรุงรักษาผลงานด้วยตนเองได้

หมวดที่ 8 ประชาชนมีการพัฒนาจิตใจให้ดีขึ้น (พาสู่คุณธรรม) มีตัวชี้วัด คือ

29. ในหมู่บ้านมีความสามัคคีและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อกัน

30. บุคคลในครอบครัวมีการปฏิบัติศาสนกิจอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

31. บุคคลในครอบครัวไม่เล่นการพนันและไม่ติดสุราหรือสิ่งเสพติดอื่น ๆ

32. ครอบครัวไม่ใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือยในการจัดงานประเพณีต่างๆ

ขั้นตอนการนำ จปฐ. ไปใช้ในการพัฒนา

การพัฒนาชนบทหรือการทำงานในชุมชนมีกระบวนการและขั้นตอนที่สำคัญ คือ

1. สํารวจข้อมูล
2. ระบุปัญหาชุมชน
3. วิเคราะห์ปัญหาว่ามีสาเหตุเกิดจากอะไรบ้าง เชื่อมโยงกันอย่างไร
4. จัดลำดับก่อนหลังและวางแผนแก้ไข
5. ดำเนินตามแผน
6. ประเมินผล
7. สอนหมู่บ้านอื่น

บัตรสุขภาพ (Health Card)

เป็นนวัตกรรมสาธารณสุขที่ได้ทดลองใช้เมื่อมิถุนายน 2526 ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นกลวิธีที่จะนำหลักการทั้ง 4 ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม การประสานงานระหว่างกระทรวงอื่น และการพัฒนาระบบบริการมาดัดแปลงเป็นกิจกรรมอันเดียวกัน เพื่อให้ประชาชนทุกระดับเข้าถึงบริการได้โดยราคาไม่แพง รักษาอย่างถูกหลักวิธี ผสมผสานบริการทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ จึงพยายามหาแรงจูงใจในการให้คนไข้ไปใช้บริการในเขตที่ใกล้ตัวที่สุดก่อน และมีระบบส่งต่อกันอย่างเป็นขั้นตอน (Referral System)

จึงมีการขายบัตรสุขภาพในราคาพอสมควรให้กับประชาชน และเงินที่ได้ส่วนหนึ่งจะคืนเข้ากองทุนหมู่บ้าน และประชาชนจะได้รับการรักษาฟรี หรือได้รับการลดราคาอย่างมีเกียรติ สำหรับการส่งเสริมและป้องกันโรคนั้น จะได้รับการบริการฟรี เช่น การฝากครรภ์ การคลอด การดูแลหลังคลอด และการรับภูมิคุ้มกัน และสถานบริการของรัฐทุกแห่งจะมีระบบทางด่วนเรียก Green Channel เพียงแต่ขอให้ถือบัตรไปรักษาและปฏิบัติตามขั้นตอน

ซึ่งจะเห็นว่าหลักการกองทุนบัตรสุขภาพก็จะนำทั้งการให้ประชาชนมีส่วนร่วมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม การผสมผสานกับกระทรวงอื่น และการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน

โครงการหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐาน (Self Managed Primary Health Care Villages)

ผลจากการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานพบว่า ในการพัฒนาลักษณะใกล้เคียงกันแต่บางหมู่บ้านสามารถพึ่งตนเองได้ แต่บางบ้านไม่สามารถที่จะพัฒนาตัวเองได้เลย ทั้งนี้ขึ้นกับศักยภาพของหมู่บ้าน เช่น กำลังคน ธรรมชาติ หรือจากศักยภาพของเจ้าหน้าที่ ที่ไม่สามารถชักจูงให้ประชาชนตระหนักในปัญหาหรือร่วมกันพัฒนาชุมชนได้ จึงเกิดแนวคิดที่จะเลือกกลุ่มเครือข่ายหมู่บ้าน ซึ่งมีทั้งหมู่บ้านที่พึ่งตนเองได้ และหมู่บ้านที่ยังพัฒนาตนเองไม่ได้มาร่วมกันพัฒนาโดยให้หมู่บ้านที่สามารถพึ่งตนเองได้ถ่ายทอดเทคนิคต่างๆ ในการพัฒนาแก่หมู่บ้านที่ด้อยกว่า ซึ่งจะทำให้การพัฒนาเป็นไปอย่างรวดเร็วขึ้นหมู่บ้านที่พึ่งตนเองได้ก็จะพัฒนายิ่งๆ ขึ้นไป โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้ความสนับสนุน และรัฐจะให้ทุนสนับสนุนสำหรับการถ่ายทอดเทคโนโลยี

ลักษณะสำคัญของหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐาน

1. มีความรู้ความสามารถในวิทยาการสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีการดำเนินกิจกรรมการสาธารณสุขอย่างน้อย 5 องค์ประกอบ และมีกำลังคน เช่น อสม. ผสส. ช่างสุขภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน (ชสม.) แม่ตัวอย่าง ฯลฯ

2. มีการจัดตั้งองค์กรในหมู่บ้าน มีการรวมการและประชุมอย่างสม่ำเสมอ มีโครงการพัฒนาที่พร้อมทั้งวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินงาน
3. มีการระดมทรัพยากรในท้องถิ่นเพื่อจัดตั้งกองทุนพัฒนาหมู่บ้าน เช่น คน เงิน อุปกรณ์
4. สามารถถ่ายทอดแนวความคิดและวิทยาการให้หมู่บ้านอื่นได้

ความร่วมมือทางเทคนิคระหว่างหมู่บ้านที่กำลังพัฒนา (Technical Co-Operative Among Developing Villages) หรือ TCDV

เป็นนวัตกรรมสาธารณสุขที่ใช้ควบคู่ไปกับหมู่บ้านที่พึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อขยายแนวทางพัฒนาให้กระจายทั่วถึงหมู่บ้านให้เร็วขึ้น โดยมีวิธีการดังนี้

1. ฝึกทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ช่างสุขภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน ฝึกให้ชาวบ้านสร้างส้วม หรือ โถ่งน้ำ
2. เยี่ยมศึกษาดูงานระหว่างหมู่บ้าน โดยชาวบ้านบรรยาย สรุปและนำชมกิจกรรมในหมู่บ้าน
3. แนะนำ อธิบาย ฝึกสอน กลุ่มที่สนใจเฉพาะกิจ เช่น การบริหารกองทุน
4. หมู่บ้านหนึ่งให้ช่างผู้ชำนาญจากหมู่บ้านหนึ่ง ไปฝึกสอนบ้านตน
5. กรรมการหมู่บ้านไปแนะนำการแก้ไขปัญหา การปรับปรุงให้กรรมการอีกหมู่บ้านหนึ่ง ริเริ่มกิจกรรมหรือโครงการอย่างเดียวกัน และแนะแนวการพัฒนา การตัดสินใจเพื่อการพึ่งตนเอง

6. ชาวบ้านในหมู่บ้านที่ประสบผลสำเร็จ ถ่ายทอดแนวคิด วิธีการพัฒนาหมู่บ้านตนให้แก่หมู่บ้านอื่นที่เพิ่งเริ่มการพัฒนา เพื่อเพิ่มศักยภาพในการพัฒนาให้หมู่บ้านที่พึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐาน ได้พัฒนาอื่นๆ ขึ้น และหมู่บ้านที่ยังพึ่งตนเองไม่ได้ให้มีขวัญและกำลังใจ มองเห็นแนวทางการพัฒนา และสามารถพัฒนาตัวเองได้เร็วขึ้น จากการได้รับแนวคิดและเห็นผลสำเร็จของการพัฒนาจากหมู่บ้านที่พึ่งตนเองได้แล้ว จะทำให้เห็นคุณค่าของการพัฒนาและจะสามารถพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน และการพัฒนาชุมชนด้านอื่นได้อย่างรวดเร็วขึ้น

และตอนหลังก็ได้้นำแนวคิดนี้ไปพัฒนาหมู่บ้านในลักษณะผสมผสาน เป็นโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีการรวมกองทุนในหมู่บ้านเป็นกองทุนอเนกประสงค์ และใช้ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) เป็นการพัฒนาระบบข้อมูลการสาธารณสุขมูลฐานอีกบางอย่างที่ยังไม่มีใน จปฐ. เช่น การควบคุมโรคติดต่อ

ระบาศึกษา ซึ่งยังต้องการศึกษาวิจัยเพื่อหาเครื่องชี้วัด ให้ประชาชนเข้าใจ และตัดสินใจพัฒนาปัญหาของสุขภาพตนเองและชุมชนได้

แต่อย่างไรก็ตาม จปฐ. ก็ยังจัดเป็นนวัตกรรมที่ช่วยพัฒนาการรวบรวม ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงในชุมชน ทำให้ช่วยพัฒนาการค้นหาปัญหา การตัดสินใจ วางแผน และประเมินโครงการต่างๆ นั่นคือการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา อย่างแท้จริงของชุมชนและทำให้ข้าราชการ 4 กระทรวงหลัก สนับสนุนการ ทำงานอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ปี พ.ศ. 2528-2530 เป็นระยะที่กำหนดเริ่ม "โครงการปีรณรงค์ คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ" โดยจะเริ่มทดลองทำในหมู่บ้านที่มีการพัฒนา สาธารณสุขมูลฐาน มี อสม. ผสส. กองทุนพัฒนาหมู่บ้าน และมีการบริหารจัดการ ได้มีการนำ จปฐ. ไปสำรวจข้อมูลเพื่อพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ และที่สำคัญคือ พยายามให้แม่บ้านอยู่ในลักษณะที่ "พึ่งตนเองของชุมชน" (Community Self Reliance) คือ

1. ชุมชนตระหนักและยอมรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. ชุมชนมีความเข้าใจและกำหนดมาตรการในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
3. ชุมชนทราบถึงศักยภาพและแหล่งทรัพยากรในชุมชนและสามารถ ระดมมาใช้ได้
4. ชุมชนทราบถึงประโยชน์ของความร่วมมือและการสนับสนุนจาก ภายนอก ซึ่งชุมชนสามารถกำหนดได้เอง

โดยรัฐบาลได้ตั้งเป้าหมายว่า ปี 2544 ทุกหมู่บ้านต้องมีโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต

จังหวัดเร่งรัดพัฒนาคุณภาพชีวิต (Mini Thailand)

เพื่อเป็นแบบอย่างการดำเนินงานและได้เห็นภาพจำลองของประเทศที่จะมีการเปลี่ยนแปลงไปโดยผลของการดำเนินงานตามขบวนการ และขั้นตอนการพัฒนา โดยเฉพาะภายในด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการ เร่งรัดดำเนินการในจังหวัดที่มีขนาดพอเหมาะแต่มีศักยภาพสูง โดยกำหนดเป็น

จังหวัดเร่งรัดพัฒนาคุณภาพชีวิต (Mini Thailand) ด้านสาธารณสุข โดยให้
 ดำเนินการทั้งจังหวัด ภายในปี 2530-2534 แล้วแต่ความพร้อมของจังหวัดนั้นๆ
 โดยพยายามพัฒนาให้หมู่บ้าน (ชุมชน) สามารถพึ่งตนเองได้ และให้หมู่บ้านที่
 พัฒนาแล้วสามารถถ่ายทอดแนวคิดและเทคโนโลยีให้หมู่บ้านอื่นๆ โดยส่งเสริม
 หมู่บ้านพัฒนาหรือพึ่งตนเองให้เป็นหมู่บ้านตัวอย่าง แล้วถ่ายทอดเทคนิคพัฒนาไปยัง
 หมู่บ้านที่ด้อยพัฒนาว่า โดยสร้างเป็นหมู่บ้านเครือข่าย

การพัฒนาโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขเพื่อสนับสนุน งานสาธารณสุขมูลฐาน

การประสานงานรักษาทางวิทยุ

เป็นบริการที่จัดขึ้นเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ถูกต้องต่อ เนื่องจาก
 ลำดับของปัญหาและความสามารถในการรักษา บริการส่งต่อผู้ป่วยได้รวดเร็ว
 และสามารถกระจายข่าวสารต่างๆ ไปยังสถานีลูกข่ายได้

ซึ่งถ้ามีการปฏิบัติการอย่างดี ก็จะก่อให้เกิดการติดต่อประสานงานกัน
 อย่างดี ในระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข และยังช่วยลดจำนวนผู้ป่วยจาก
 โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลใหญ่ พัฒนาความสามารถของสถานบริการ
 ระดับตำบล และตัวประชาชนได้รับความสะดวกไม่เสียเงินและเวลาเดินทาง และ
 น่าจะเป็นบริการหนึ่งที่ช่วยเสริมให้ถึง "สุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543" ได้

โรงพยาบาลสาขา

เป็นโรงพยาบาลที่จัดแพทย์ออกตรวจรักษาโรคต่างๆ ที่สถานีอนามัยใน
 กรณีที่บริการของรัฐหรือเอกชนไม่สามารถจัดบริการได้อย่างเต็มรูปแบบโรง
 พยาบาล เพราะเหตุใดก็ตาม โรงพยาบาลสาขาจะจัดในลักษณะกึ่งรูปแบบ หรือ
 ชั่วคราว เพื่อให้ครอบคลุมและเชื่อมต่อการบริการขั้นมูลฐานกับบริการของรัฐ

การค้นหาคัดเลือกและบทบาทหน้าที่ของ ผสส./อสม.

ครูฝึกตำบลที่ได้รับการฝึกอบรมวิชาการเป็นครู ตลอดจนแนวความคิด
 เกี่ยวกับโครงการสาธารณสุขมูลฐานแล้ว จะดำเนินการค้นหาคัดเลือก ผสส.
 โดยวิธีสังคมนิติ (Sociogram) ซึ่งโดยแท้จริงแล้วการคัดเลือก ผสส./อสม. นั้น

ประชาชนเป็นผู้คัดเลือกเอง โดยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจะ เป็นผู้เสาะหาบุคคลที่เป็นที่รวมของการติดต่อในละแวกบ้านใกล้เคียงกัน หรือเป็นผู้ที่สมัครใจและมีเวลาช่วยเหลือเพื่อนบ้านโดยไม่หวังผลตอบแทน ก็สามารถเลือกให้เป็น ผสส. ได้ผู้ที่จะเป็น ผสส. หรือ อสม. ไม่ควรเป็นข้าราชการ กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน

ในหมู่บ้านหนึ่งๆ จะมี ผสส. 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน หลังจากการอบรมระยะคัดเลือก ผสส. เป็น อสม. ตามหลักการต่อไปนี้

- 1) ผู้มีสิทธิเลือก อสม. ประกอบด้วย
 - ก. ผสส. ทุกคน
 - ข. คณะกรรมการหมู่บ้าน
 - ค. ผู้แทนคณะกรรมการอื่นๆ ที่มีอยู่ในหมู่บ้าน ซึ่งเจ้าหน้าที่และผู้ใหญ่เห็นสมควรคนละ 1 คน
 - ง. เจ้าอาวาสหรือผู้นำทางศาสนา
- 2) คุณสมบัติของ อสม.
 - ก. มีความสมัครใจที่จะทำงานเพื่อส่วนรวมด้วยความเสียสละ และมีเวลาพอที่จะช่วยเหลือชุมชน
 - ข. มีความรู้อ่านออกเขียนได้
 - ค. เป็นผู้ซึ่งชาวบ้านไว้วางใจ
 - ง. เป็นผู้ที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์
 - จ. มีที่อยู่อาศัยและประกอบอาชีพประจำในหมู่บ้านนั้น
 - ฉ. ควรเป็นผู้ที่
 - มีอาชีพแน่นอน มีรายได้เลี้ยงตัวเองได้แล้ว
 - ตั้งบ้านเรือนอยู่ในสถานที่ที่ประชาชนไปติดต่อได้ง่าย
 - เป็นเพศหญิงหรือเพศชายก็ได้ ไม่จำกัดอายุ
 - ช. ไม่ควรเป็นข้าราชการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล

ให้มี อสม. 1 คน ต่อ 1 หมู่บ้าน ในกรณีที่หมู่บ้านมีการกระจายมาก และพิจารณาเห็นว่าชาวบ้านไม่สะดวกต่อการติดต่อกับ อสม. ให้พิจารณา อสม. เพิ่มอีก 1 คนได้ รวมกันแล้วไม่เกิน 2 คน

บทบาทของ ผสส./อสม.

1. บทบาทของ ผสส. ผสส. มีบทบาทดังต่อไปนี้
 - 1.1 เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่ชาวบ้านในเขตรับผิดชอบ
 - 1.2 เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุข และข่าวสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติงาน จากชาวบ้าน
 - 1.3 เป็นผู้ให้คำแนะนำเผยแพร่ความรู้ และชักชวนชาวบ้าน ใน ด้านสาธารณสุขต่างๆ
 - 1.4 เป็นผู้ประสานงานสาธารณสุขและงานรวมอื่นๆในหมู่บ้าน
2. บทบาทของ อสม.

อสม. มีบทบาทเช่นเดียวกับ ผสส. แต่ อสม. มีบทบาทเพิ่มขึ้นคือ

 - 2.1 เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุข แก่ ผสส. และชาวบ้านใน เขตรับผิดชอบ
 - 2.2 เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุข และข่าวสารอื่นๆ ที่เกี่ยวกับ การปฏิบัติงานจาก ผสส. และชาวบ้าน
 - 2.3 เป็นผู้ให้คำแนะนำเผยแพร่ความรู้ และชักชวนชาวบ้าน ใน เรื่องต่างๆ เช่น การใช้สถานบริการและการใช้ยา การ ให้ภูมิคุ้มกันโรค และการควบคุมและการป้องกันโรคติดต่อ
 - 2.4 เป็นผู้ประสานงานสาธารณสุข และงานส่วนรวมอื่นๆในหมู่บ้าน
 - 2.5 ให้การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลตามอาการ
 - 2.6 ติดตามการรักษา และจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย ที่ได้รับการส่งต่อ มาสถานบริการสาธารณสุข เช่น ผู้ป่วยวัณโรค โรคเรื้อน โรคมาลาเรีย ฯลฯ
 - 2.7 จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจ แล้วและถุงยางอนามัย
 - 2.8 เจาะโลหิตเพื่อตรวจหาเชื้อไข้มาลาเรีย
 - 2.9 เป็นแกนกลางในการประสานงาน การดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้านระหว่างกลุ่ม ผสส. และกลุ่มผู้นำอื่นๆโดยการ กระตุ้น จัดให้มีการประชุมวางแผนร่วมดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

สรุปบทบาทของ ผสส./อสม.

แก้ข่าวร้าย	กระจายข่าวดี
ชี้บริการ	ประสานงานสาธารณสุข
บำบัดทุกข์ของประชาชน ทาตนเป็นตัวอย่างที่ดี	
(สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2527)	

การสาธารณสุขมูลฐานได้นำมาใช้ในประเทศไทย ทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อกระจายบริการสาธารณสุขสู่ประชาชนอย่างทั่วถึง โดยที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา ใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่ ของรัฐทุกหน่วยงานประสานความคิด และช่วยสนับสนุน แต่เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมในแต่ละเขตแตกต่างกันไปจึงมีการค้นหาวิธีการที่เหมาะสมในแต่ละชุมชน จึงเกิดนวัตกรรมสาธารณสุขต่างๆ เกิดขึ้น เช่น บัจฉัย 3 ก. บัตรสุขภาพ โครงการหมู่บ้านพึ่งตนเอง การร่วมมือทางเทคนิคระหว่างหมู่บ้านที่กำลังพัฒนา จปฐ. กับงานสาธารณสุขมูลฐาน โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตลอดจนการพัฒนาโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งนี้ เพื่อสามารถนำกลวิธีที่เหมาะสมกับชุมชนที่สุดไปใช้ และปัจจุบันได้นำนวัตกรรมต่างๆ ไปใช้โดยทั่วถึงซึ่งน่าจะเป็นกลวิธีที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้

การจัดทำแผนการนิเทศและการประเมินผลงานสาธารณสุขมูลฐาน

การจัดทำแผน

ขั้นตอนการจัดทำแผนพัฒนาชนบทแนวใหม่ ประกอบด้วย

1. กระทรวงส่ง กชช.6 ให้จังหวัด เพื่อทราบกรอบนโยบาย
2. จังหวัดส่ง กชช.6 ให้อำเภอและตำบล
3. ตำบลจัดทำ กชช.1 ให้อำเภอ
4. อำเภอจัดทำ กชช.2 ให้จังหวัด
5. จังหวัดจัดทำ กชช.3 ให้กระทรวง
6. กระทรวงพิจารณาเป้าหมาย และแจ้งให้จังหวัดทราบตามแบบ กชช.4
7. จังหวัดจัดทำปรับแผนและแจ้งให้กระทรวงทราบตาม กชช.7
8. กระทรวงส่งแผนปฏิบัติการให้จังหวัด กชช.5

การจัดทำแผนสาธารณสุขระดับหมู่บ้าน

ขั้นตอนการดำเนินงานประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ประสานงานและชี้แจงกับ คณะกรรมการปฏิบัติงานระดับตำบล (คปต.) เพื่อร่วมกัน
สนับสนุนการจัดทำแผนสาธารณสุขของหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมชุมชน คปต.ชี้แจง กม.ผู้นำศาสนา ครู ฯลฯ
หรือปราชญ์ชาวบ้าน และชี้แนะให้เห็น ปัญหาสาธารณสุข และความจำเป็นพื้นฐาน
(จปฐ.) ของหมู่บ้าน และเพื่อนัดหมายประชุมกลุ่ม กม.และกลุ่ม ผสส./อสม.
ในขั้นต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การสำรวจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมประชุมกลุ่ม กม.
ผสส./อสม. และกลุ่มต่างๆ ในหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้กลุ่มเหล่านี้ดำเนินการ
การสำรวจข้อมูลของหมู่บ้านโดยใช้แบบสำรวจ จปฐ.

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขหมู่บ้าน คปต.และ กม.
ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข และปัญหาที่เกี่ยวข้องของหมู่บ้านโดยใช้ข้อมูล
จากการสำรวจในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 5 การจัดกลุ่มของปัญหา คปต.และ กม.ร่วมกันจัดกลุ่ม ของ
ปัญหาเป็น 2 กลุ่ม คือ

- ก. ปัญหาที่สามารถแก้ไขโดยประชาชนเอง
- ข. ปัญหาที่ต้องขอการสนับสนุนจากภาครัฐ หรือเอกชน

ขั้นตอนที่ 6 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา คปต.และ กม. ร่วม
กันจัดความสำคัญของปัญหาจากทั้ง 2 กลุ่ม โดยอาศัยหลักเกณฑ์ต่อไปนี้

- เป็นปัญหาที่มีความสำคัญ ถ้าไม่รีบแก้ไขจะเกิดปัญหาอื่นตามมา
- เป็นปัญหาที่สามารถจะแก้ไขได้
- เป็นปัญหาที่จำเป็น ต้องขอความช่วยเหลือสนับสนุนที่เป็นไปได้

จากรัฐ และเอกชน

ขั้นตอนที่ 7 การจัดทำแผนสาธารณสุขของหมู่บ้าน กม.จัดทำแผน ของ
หมู่บ้านโดยการสนับสนุนของ คปต. โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1. แผนงานเพื่อแก้ปัญหาที่สามารถดำเนินการได้ด้วยประชาชน
2. แผนงานที่ต้องการขอสนับสนุนจากภาครัฐ ตามแบบ กขช. 1

ให้ กสศ. พิจารณาและรวบรวมเป็นแผนพัฒนาสาธารณสุขของตำบลต่อไป

การจัดทำแผนสาธารณสุขระดับตำบล

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1 กสศ.รวบรวมแผนตามแบบ กชช.1 จากทุกหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 กสศ.พิจารณาแผนตามแบบ กชช.1 ของทุกหมู่บ้าน โดยมี
คปต.เป็นที่ปรึกษา และรวบรวมเป็นแผน กชช.1 ของตำบล พร้อมทั้งเป็นผู้จัดส่ง
ให้ กพอ.

การนิเทศงานสาธารณสุขมูลฐาน

1. ระดับหมู่บ้าน

ผู้นิเทศงานระดับหมู่บ้าน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานี
อนามัย จะต้องออกเยี่ยมและแนะนำกลุ่ม พสส./อสม. เพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรค
ของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับหมู่บ้านของ พสส.และ อสม.
อย่างสม่ำเสมอ

ทุกครั้งที่ออกไปเยี่ยมและแนะนำกลุ่ม พสส./อสม. เจ้าหน้าที่
สาธารณสุขจะต้องไปหากกลุ่มผู้นำในหมู่บ้าน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา ฯลฯ
รวมทั้งชาวบ้าน เพื่อสอบถามความรู้สึกเกี่ยวกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
ของหมู่บ้าน ถ้าเห็นว่าชาวบ้านหรือผู้นำมีแนวความคิดยังไม่ถูกต้อง ก็หาทางชี้แจง
และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องตลอดจนรับฟังข้อ เสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขดาเนิน
งาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีกำหนดการออกเยี่ยมเยียนแนะนำกลุ่ม พสส.
อสม. ตามหมู่บ้านต่างๆ

2. ระดับตำบล

ผู้นิเทศงานระดับตำบล ได้แก่ สาธารณสุขตำบล ผู้ช่วยสาธารณสุข
ตำบล ผดุงครรภ์อาวุโส ผู้นิเทศงานระดับตำบล ไปนิเทศงานที่สถานีอนามัย หรือ
ไม่น้อยกว่าปีละครั้ง และสุ่มตัวอย่างหมู่บ้านไปเยี่ยมเยียนกลุ่ม พสส./อสม. ไม่
น้อยกว่า 3 แห่งต่อครั้ง ทุกครั้งที่จะไปนิเทศงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล
ผู้นิเทศงานจะต้องไปหากกลุ่มผู้นำในท้องถิ่น เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา
 ฯลฯ รวมทั้งชาวบ้าน เพื่อสอบถามความรู้สึกเกี่ยวกับการดำเนินงานสาธารณสุข

มูลฐานของตำบล ถ้าเห็นว่าชาวบ้านหรือผู้นำมีแนวความคิดยังไม่ถูกต้อง ก็หาทางชี้แจงและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ตลอดจนรับฟังข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากยังไม่มีการศึกษา ความรู้ เจตคติต่อการสาธารณสุขมูลฐานของเจ้าพนักงานสาธารณสุข หรือ นักศึกษาเจ้าพนักงานสาธารณสุข (พนักงานอนามัย) เลย จึงได้รวบรวมงานวิจัยอื่นที่พอเป็นแนวทางในการศึกษาได้ดังนี้

นันทนา รางขางกูร ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ การรับรู้ บทบาทที่ปฏิบัติจริง ในงานสาธารณสุขมูลฐานของพยาบาลใน 24 จังหวัดภาคกลางจำนวน 440 คน ในปี 2527 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 3 ตอนคือ ความรู้ การรับรู้ บทบาทที่คาดหวังและบทบาทจริงซึ่งแบบสอบถามจะผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 10 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และหา Reliability ได้ 0.54 วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. ผลพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ บทบาทที่คาดหวังและบทบาทจริงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ทุกคู่ การรับรู้มีความสัมพันธ์กับบทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่คาดหวังมีความสัมพันธ์กับบทบาทจริงที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 เช่นกัน

อมรรัตน์ องค์กรไชย ศึกษาผลการศึกษาดูงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีอิทธิพลต่อความรู้ ทักษะ และความสนใจเข้าร่วมงานสาธารณสุขมูลฐานของนักศึกษาแพทย์ปีที่ 6 ประจำปีการศึกษา 2526-2527 จากคณะแพทย์ทุกมหาวิทยาลัยรวม 346 คน เป็น 64.5 ของประชากรทั้งหมด โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง 5 ตอนคือ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการศึกษาดูงานสาธารณสุขมูลฐาน ข้อมูลความรู้ เรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน ทักษะที่ต้องการงานสาธารณสุขมูลฐาน และความสนใจเข้าร่วมงานสาธารณสุขมูลฐาน ผลการศึกษพบว่า การศึกษาในชั้นเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะและความสนใจเข้าร่วมในการสาธารณสุขมูลฐาน แต่ พบว่าสัมพันธ์กับการที่นักศึกษา ได้มีประสบการณ์ในการเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพศ อาชีพมารดา ภูมิลำเนาเดิม มีความสัมพันธ์กับทักษะและความสนใจเข้าร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างมีนัย

สำคัญที่ระดับ 0.05 โดยมารดาที่มีอาชีพเกษตร รับจ้าง และข้าราชการทำให้นักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อการสาธารณสุขมูลฐาน และนักศึกษาที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในต่างจังหวัดจะมีความสนใจเข้าร่วมงานสาธารณสุขมูลฐานมากกว่าผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯ

สุวรรณ จันทรประเสริฐ ศึกษาเจตคติต่องานสาธารณสุขระดับตำบลของนักเรียนเจ้าพนักงานสาธารณสุข (พนักงานอนามัย) ที่กำลังศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขทั่วประเทศทั้ง 4 แห่ง และหาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม ประชากร จิตวิทยา ชั้นปีการศึกษา สถาบันศึกษา และประสบการณ์ในขบวนการศึกษาโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากนักเรียนทั้งหมด มีชั้นปีที่ 1 324 คน, ชั้นปีที่ 2 358 คน รวม 662 คน ทว่าการศึกษาววันที่ 24-26 ธันวาคม 2527 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 3 ตอน คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว แบบวัดเจตคติต่องานสาธารณสุขระดับตำบลสำหรับนักเรียนปี 1, 2 และแบบสอบถามความพึงพอใจประสบการณ์ในขบวนการศึกษาสำหรับนักศึกษาปี 2 เท่านั้น ซึ่งแบบสอบถามได้ทดสอบ Content Validity โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หา Reliability โดยวิธี Coefficient of Alpha ได้ค่าดังนี้ แบบวัดเจตคติต่องานสาธารณสุขตำบล แบบวัดความพึงพอใจต่อการเรียนการสอน แบบวัดความพึงพอใจในสิ่งแวดล้อมของสถานการศึกษา แบบวัดความพึงพอใจในภาคสนาม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.84, 0.80, 0.55 และ 0.66 ตามลำดับ ปัจจัยด้านภูมิหลัง เช่น ภูมิลำเนาเดิม ระดับการศึกษาของมารดา สถานภาพของผู้แนะนำมาศึกษา ความตั้งใจในการเลือกสายอาชีพ มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่องานสาธารณสุขตำบลอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่นักเรียนที่มีภูมิลำเนาในภาคเหนือมี เจตคติที่ดีกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และนักเรียนจาก 2 ภาคนี้จะมีเจตคติดีกว่าภาคกลางและใต้ และนักเรียนที่มารดามีการศึกษาต่ำกว่า บ.4 จะมีเจตคติดีกว่านักเรียนที่มีมารดาจบอนุปริญญาหรือสูงกว่า นักเรียนที่ญาติแนะนำเข้ามาศึกษาจะมีเจตคติดีกว่านักเรียนที่เพื่อนและคนรู้จักแนะนำมา ประสบการณ์ในขบวนการศึกษา เช่น ชั้นปีที่ศึกษา สถาบันศึกษา ความพอใจในการเรียนการสอน ความพึงพอใจในสิ่งแวดล้อมของสถาบัน และความพึงพอใจในการฝึกภาคสนาม มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่องานสาธารณสุขตำบล เขตที่อยู่อาศัย รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว อาชีพของบิดา, มารดา ระดับการศึกษาของบิดา อาชีพและระดับการศึกษาของผู้แนะนำให้มาศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่องานสาธารณสุขตำบล ศาสนา พบว่านักเรียนที่นับถือศาสนาพุทธ มีทัศนคติต่องาน

สาธารณสุขุ ระดับตำบลสูงกว่านักเรียนศาสนาอิสลาม แต่จำนวนตัวอย่างต่างกันมาก ทดสอบความสำคัญทางสถิติไม่ได้

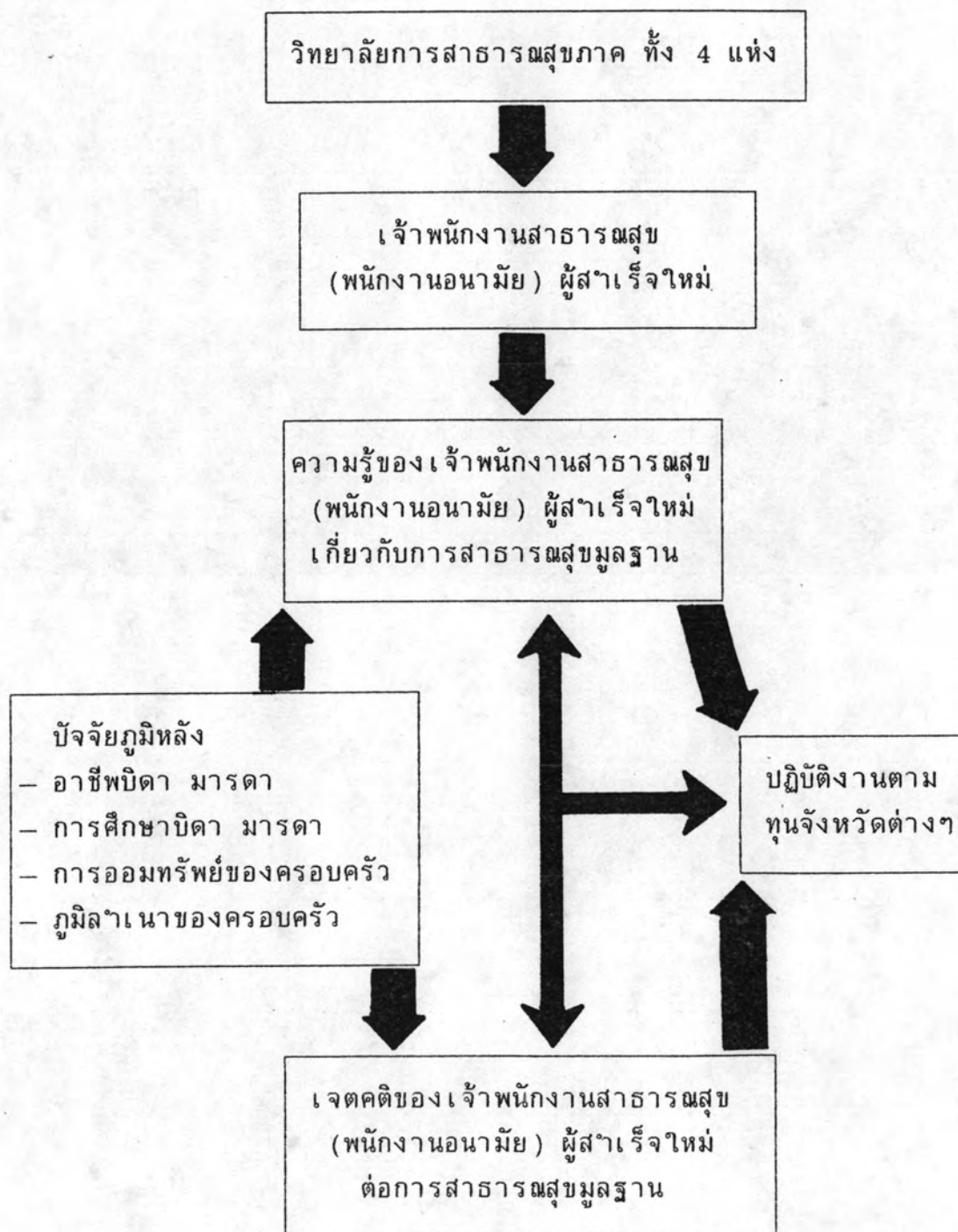
จินดา ภิรพันธุ์ ศึกษาความสามารถในการปฏิบัติงานของผดุงครรภ์ไทยพุทธ และไทยมุสลิม ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ ยะลา ปัตตานี นราธิวาส ตามทัศนคติของผดุงครรภ์เองและของผู้บังคับบัญชาในปี 2525 โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นมีค่าความเชื่อมั่น 0.97 ส่งทางไปรษณีย์ ตัวอย่าง เป็นผดุงครรภ์ไทยพุทธและไทยมุสลิม 519 คน และ 715 คน ผลพบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษากับความสามารถในการปฏิบัติงานของผดุงครรภ์ไทยพุทธ และไทยมุสลิมแต่ละด้านและรวมทุกด้าน ตามทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กัน ความสามารถในการปฏิบัติงานของผดุงครรภ์อนามัย แต่ละด้านและรวมทุกด้าน มีความสัมพันธ์กับปริมาณงาน

ประทีน กล้าผจญ ลักษณะปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานในเรื่องการเตรียมชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการริเริ่มวางแผน ดำเนินงาน ควบคุม ประเมินผล โครงการสาธารณสุขในหมู่บ้านของผดุงครรภ์อนามัย ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงมนุษยวิทยา เฉพาะกรณีหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดลำปางโดยใช้การสังเกต การสัมภาษณ์แบบลึกกับผดุงครรภ์อนามัย ผู้นำชุมชนและหัวหน้าครัวเรือน รวมทั้งการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและสถิติต่างๆ ในงานสาธารณสุขมูลฐานของผู้ป่วย สถานีอนามัยตำบล และสำนักงานสาธารณสุขทำการศึกษาเมื่อ พ.ศ. 2529 ผลการศึกษา พบว่า บทบาทการเตรียมชุมชนของผดุงครรภ์อนามัยในกิจกรรมโภชนาการ กิจกรรมสุขาภิบาล กองทุนยา และบัตรสุขภาพนั้นจะต่ำทุกขั้นตอน นับตั้งแต่การริเริ่มก็จะมีสาธารณสุขอำเภอไปริเริ่ม ผดุงครรภ์ร่วมฟังเท่านั้น ขึ้นวางแผนผดุงครรภ์มีลักษณะขึ้นๆ และกำหนดงานให้กรรมการและชาวบ้านยอมรับรูปแบบ โครงสร้างการดำเนินงานในขั้นดำเนินงานพบว่า ผดุงครรภ์เข้าไปนิเทศเพียงช่วง 2-3 เดือนแรกเท่านั้น ซึ่งก็เป็นกรณีนิเทศเมื่อติดตามผลงานมากกว่าการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องแก่ชุมชนหรือกรรมการ ส่วนขั้นสุดท้ายคือการควบคุม และประเมินผลผดุงครรภ์อนามัยไม่เคยมีการนิเทศติดตามขั้นนี้เลย ปัจจัยที่กำหนดการเตรียมชุมชนที่ต่ำ ได้แก่ ปัจจัยฝ่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกล่าว คือ สาธารณสุขอำเภอจะทำการเตรียมชุมชนคนเดียว และผดุงครรภ์มีทัศนคติว่าชุมชนมีศักยภาพในการพัฒนาสูง จึงปล่อยให้ เป็นบทบาทของชุมชนพัฒนาตนเอง

สุขชัย อรรถธรรม ศึกษาทัศนคติของ อสม. ที่มีต่อกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ทัศนคติของประชาชนที่มีต่อการมี อสม. การคัดเลือก อสม. การปฏิบัติงานของ อสม. ตามกิจกรรมที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำ เปรียบเทียบระดับทัศนคติของ อสม. ตามอายุ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และรายได้ของครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ อสม. ที่ได้รับการอบรม และปฏิบัติงานตั้งแต่ พ.ศ. 2521-2523 จำนวน 145 คน และประชาชนผู้เป็นหัวหน้าครัวเรือน หรือตัวแทนอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี อยู่ในหมู่บ้านที่มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในช่วงเวลาเดียวกัน 200 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยทำขึ้น ท้าการศึกษาในปี 2525 ผลการวิจัย พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีทัศนคติในทางที่ดี ต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ตามกิจกรรมต่างๆ อายุและจำนวนสมาชิกในครัวเรือนของ อสม. ไม่มีผลทำให้ทัศนคติแตกต่างกันใน 3 กิจกรรมคือ สุขศึกษา โภชนาการและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติในทางที่ดีต่อการปฏิบัติงานของ อสม. เพศ และรายได้ของครัวเรือน มีผลทำให้ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานของ อสม. แตกต่างกันทุกกิจกรรม ส่วนอายุไม่ทำให้ทัศนคติแตกต่างกันนอกจากกิจกรรมโภชนาการ ทัศนคติของ อสม. และประชาชนที่มีต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ อสม. มีทัศนคติที่ดีกว่าประชาชน

จากการ ศึกษาทฤษฎี ทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา เกี่ยวกับความรู้และเจตคติ ต่อการสาธารณสุขมูลฐานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สถาบันการศึกษาคือ วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคทั้ง 4 แห่งมีหน้าที่ในการผลิตบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานในชุมชน โดยเฉพาะงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นนโยบายที่สำคัญในการที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้านั้น ต้องอาศัยการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ คือ เจ้าพนักงานสาธารณสุข ในการศึกษาปัจจัยภูมิหลัง น่าจะมีอิทธิพลต่อความรู้และเจตคติ ต่อการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยได้สรุปแนวความคิด สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ดังแผนภูมิที่ 5

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



แผนภูมิที่ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย