

บทที่ 1



บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

จากการประชุมสมัชชาอนามัยโลกขององค์การอนามัยโลก เมื่อปี พ.ศ. 2520 ประเทศภาคีสมาชิกได้มีมติกำหนดให้มี “ สุขภาพดีถ้วนหน้า ภายในปี 2543 ” หรือ “ Health For All by the year 2000 ” เป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งได้มีการประชุมใหญ่อีกครั้งที่เมือง อัลมาอตา ประเทศรัสเซีย โดยมีสมาชิกจากประเทศต่างๆทั่วโลกเข้าร่วมประชุม เมื่อปี พ.ศ. 2521 เพื่อกำหนดแนวทางหรือกลวิธีที่จะทำให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าขึ้น ผลการประชุมทำให้เกิดข้อตกลงร่วมกันว่า ให้ “ การสาธารณสุขมูลฐาน ” หรือ “ Primary Health Care ” เป็นกลวิธีหลักในการพัฒนาดังกล่าว และองค์การอนามัยโลกได้เรียกร้องให้ทุกชาติสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน(ตสม.) อย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยผสมผสานไปกับการพัฒนาทุกสาขา ทั้งในระดับชุมชนและระดับชาติทั้งภาครัฐและเอกชน⁽¹⁾

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ได้ลงนามในกฎบัตรขององค์การอนามัยโลก(WHO) เพื่อการพัฒนาสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2523 โดยให้สัญญาว่าจะสนับสนุนการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน(ตสม.) ให้ได้ตามเป้าหมายอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพื่อประชาชนคนไทยจะได้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543 ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานโดยบรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) เป็นต้นมา และได้ประกาศเป็นนโยบายชัดเจนในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) ซึ่งถือเป็นมติใหม่ของการสาธารณสุขไทยตั้งแต่นั้นมา⁽¹⁾

กลวิธีทางสาธารณสุขมูลฐาน คือ กลวิธีที่ให้ประชาชนในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาชุมชนของตน เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ ตลอดจนปรับบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากผู้ให้บริการมาเป็นผู้ให้การสนับสนุนบริการ โดยประชาชนและองค์กรชุมชนเป็นผู้ริเริ่มและลงมือแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนด้วยตนเอง ส่วนที่เหนือความสามารถของประชาชนและองค์กรชุมชนนั้นรัฐจะเป็นผู้ให้บริการ⁽²⁾

โครงการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยในเบื้องต้นนั้น เริ่มจากการทดลองหารูปแบบในการดำเนินงาน โดยจัดทำในรูปของโครงการวิจัยในภาคต่างๆทั่วประเทศ ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบเน้นเป้าหมายให้ชุมชนบรรลุตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน คือ ให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ในทางสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับเปลี่ยนทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานตั้งแต่แผนพัฒนา

เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 เพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมเรื่อยมา จนกระทั่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้มีการปรับเปลี่ยนทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจหลายประการ โดยเน้นการพัฒนาโครงสร้างการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนที่มีอยู่แล้วให้เป็นระบบและเข้มแข็งยิ่งขึ้นเพื่อให้ประชาชนสามารถดำเนินการด้วยตนเองและเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและมีการสนับสนุนจากภาครัฐอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้เพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขและของประชาชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ จึงให้มีการจัดตั้ง “ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ” ขึ้น⁽¹⁾

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.)มีเป้าหมายหลัก คือ เป็นศูนย์รวมกิจกรรมบริการสาธารณสุขเบื้องต้นแก่ประชาชนในชุมชน, เป็นที่รวมความรู้, ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข, ทรัพยากร และศูนย์กลางในการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้⁽³⁾ ซึ่งในการดำเนินงานดังกล่าวได้ทำการคัดเลือก อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ไม่น้อยกว่า 5 คน ที่ผ่านการอบรมและสัมมนาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เข้ามาดำเนินการให้บริการและบริหารจัดการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยยึดแนวทาง “ กถวิธีทางสาธารณสุขมูลฐาน ” เป็นหลักสำคัญในการดำเนินงาน และกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายในการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนไว้ดังนี้ คือ ในปีงบประมาณ 2535 ให้แต่ละโรงพยาบาลและสถานีอนามัยดำเนินการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ 1 แห่ง ส่วนในปีงบประมาณ 2536 ให้มีการจัดตั้งเพิ่มขึ้นอีก 1 แห่ง (รวมของเดิมเป็น 2 แห่ง) และในปีงบประมาณ 2537 ให้ดำเนินการให้ครบทุกหมู่บ้าน⁽¹⁾ โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนของตนให้บรรลุผลตามเกณฑ์เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าต่อไป

เมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) กระทรวงสาธารณสุขได้สรุปผลความก้าวหน้าของการพัฒนา เมื่อเดือน กันยายน 2539 พบว่า ภาพรวมของการพัฒนาทั่วประเทศ ในเขตชนบทมีผลการพัฒนาที่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าในระดับหมู่บ้านคิดเป็นร้อยละ 82.5, ระดับตำบลร้อยละ 61.2, ระดับอำเภอร้อยละ 43.5 ส่วนในเขตเมือง พบว่า มีผลการพัฒนาร้อยละ 45.8 ทั้งนี้เมื่อสรุปผลการพัฒนาในแต่ละจังหวัดพบว่า ส่วนใหญ่มีผลการพัฒนาอยู่ในระดับร้อยละ 90-100 ของพื้นที่เป้าหมายในเขตชนบท และต่ำกว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่เป้าหมายในเขตเมือง⁽⁴⁾

จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งได้ดำเนินงานตามแนวนโยบายกระทรวงสาธารณสุขมาตลอด และได้รับการประเมินพร้อมตรวจสอบผล พบว่า มีการพัฒนาทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทได้ถึงร้อยละ 100 สามารถประกาศได้ว่าเป็นจังหวัดบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า⁽⁴⁾ และในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด จึงมีความสนใจที่จะ

ศึกษาว่า มีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จในการดำเนินงาน ศสมช.ใน จ.ร้อยเอ็ด ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาให้การดำเนินงาน ศสมช. มีความยั่งยืนและมั่นคง ส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตด้านน้ำตลอดไป

คำถามของการวิจัย (Research Questions)

คำถามหลัก (Primary Research Question)

มีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จในการดำเนินงาน ศสมช. โดย อสม. ใน จ.ร้อยเอ็ด

คำถามรอง (Secondary Research Question)

มีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินงานตามกิจกรรมหลักของงาน ศสมช.ทั้ง 14 องค์ประกอบ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จในการดำเนินงาน ศสมช. โดย อสม.ใน จ.ร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objective)

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. ที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จในการดำเนินงาน ศสมช. โดย อสม.ใน จ.ร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จในการดำเนินงาน ศสมช. โดย อสม. ใน จ.ร้อยเอ็ด
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการสนับสนุนการทำงานของ อสม. ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ศสมช. โดย อสม.ใน จ.ร้อยเอ็ด

สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis)

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จของการดำเนินงาน ศสมช. โดย อสม. ใน จ.ร้อยเอ็ด
2. ปัจจัยด้านชุมชน เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จของการดำเนินงาน ศสมช. โดย อสม.ใน จ.ร้อยเอ็ด

3. ปัจจัยสนับสนุนการทำงานของ อสม. เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จของการดำเนินงาน ศสมช. ใน จ. ร้อยเอ็ด

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช.ของหมู่บ้าน ที่ถูกเลือกเข้าศึกษา โดยใช้ อสม.แห่งละ 5 คน เพื่อเป็นตัวแทนในการตอบแบบสัมภาษณ์

2. การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาประเด็นสำคัญ ดังนี้

2.1 ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. ที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยศึกษาเกี่ยวกับ เพศ, อายุ, วุฒิการศึกษา, เศรษฐฐานะ, อาชีพ, ประสบการณ์การทำงานร่วมในชุมชน, การได้รับการฝึกอบรม, ระยะเวลาการเป็น อสม., ทักษะติดต่อการดำเนินงาน, การรับรู้ต่อบทบาทของตนเอง และแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งในประเด็นเหล่านี้จะสัมภาษณ์ อสม. แต่ละคน ที่ถูกเลือกเข้าศึกษา

2.2 ศึกษาปัจจัยด้านชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องคือการทำงานของ อสม. ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้อมูลทั่วไปของชุมชน ได้แก่ จำนวนหลังคาเรือน, จำนวน อสม. ลักษณะการจัดตั้งบ้านเรือนของชุมชน, สภาพการคมนาคมในหมู่บ้าน

2.3 ศึกษาปัจจัยสนับสนุนการทำงานของ อสม. ในศสมช. ซึ่งเกี่ยวกับการได้รับความร่วมมือขององค์กรต่างๆในชุมชน, การได้รับการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรจากทั้งหน่วยงานของรัฐและเอกชน, การได้รับการนิเทศติดตามงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.4 ศึกษาการดำเนินงานที่ผ่านมาเกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 องค์ประกอบ โดยใช้ช่วงเวลาของการดำเนินการเป็นตัวกำหนดในการแบ่งงานเป็น 2 กลุ่มงาน คือ กลุ่มที่มีการดำเนินการ 3-6 เดือน/ครั้ง ได้แก่ งานโภชนาการ, อนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว, งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค, งานรักษาพยาบาลเบื้องต้น, งานการจัดหายาที่จำเป็น, งานสุขภาพจิต, , งานป้องกันอุบัติเหตุ-อุบัติภัยและป้องกันโรคไม่ติดต่อ , งานคุ้มครองผู้บริโภค, งานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์, และ งานสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ และกลุ่มงานที่มีการดำเนินการ 1 ปี/ครั้ง ได้แก่ งานควบคุมป้องกันโรคประจำถิ่น, งานสุขภาพจิต และการจัดหาน้ำสะอาด, งานทันตสาธารณสุข และงานควบคุมป้องกันสภาพแวดล้อม

จาก 3 ประเด็นหลังตามข้อ 2.2 ถึง 2.4 นั้นเป็นการสัมภาษณ์ อสม.แห่งละ 5 คนร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ เนื่องจาก อสม.แต่ละแห่งได้มีการแบ่งและกระจายงานกันรับผิดชอบในการดำเนินงานแต่ละงาน

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions)

1. จังหวัดร้อยเอ็ด ถือได้ว่าได้ผ่านการประเมินผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน สสม. มาแล้ว 2 ชั้น
คอน คือ จากทีมประเมินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และจากทีมประเมินตรวจสอบของคณะ
กรรมการประเมินการพัฒนางานงาน สสม. ซึ่งได้รับการประกาศเป็นจังหวัดสุขภาพดีถ้วนหน้าแล้ว เมื่อ
เดือน กันยายน 2539⁽⁴⁾

2. อสม. 5 คน ที่กำหนดให้เป็นผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ เป็น อสม.ที่ถูกคัดเลือกเข้าปฏิบัติงานใน
ศสมข. แต่ละแห่ง (ตามแนวทางการดำเนินงานที่กำหนดไว้) ซึ่งถือว่าเป็นตัวแทนของ อสม.ที่ทำให้การ
ดำเนินงานประสบผลสำเร็จได้

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

ในการสัมภาษณ์ อสม. จำนวนหมู่บ้านละ 5 คนดังกล่าว บางหมู่บ้านไม่ใช่ อสม. 5 คนเดิมที่เคย
ร่วมดำเนินงาน ศสมข. มาตั้งแต่ต้นทั้งหมด เนื่องจากมีการคัดเลือกและหมุนเวียนให้ อสม.ใหม่เข้ามา
ดำเนินการใน ศสมข.ด้วย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย (Operational definitions)

อสม. หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ศสมข. หมายถึง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

สสม. หมายถึง งานสาธารณสุขมูลฐาน

ปัจจัย (Factors) หมายถึง ลักษณะหรือสิ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของ อสม.

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ เพศ, อายุ, อาชีพ, เศรษฐฐานะ, วุฒิการศึกษา,
ประสบการณ์ในการดำเนินงานเป็น อสม., การได้รับการฝึกอบรมของ อสม., ระยะเวลาการเป็น อสม.,
ทัศนคติต่อบทบาทและงานของ อสม., การรับรู้ในบทบาทและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม.

ปัจจัยด้านชุมชน หมายถึง ข้อมูลทั่วไปของชุมชน ได้แก่จำนวนหลังคาเรือน, จำนวน อสม.ทั้ง
หมดในหมู่บ้าน และสภาพการคมนาคมในชุมชนที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน

ปัจจัยสนับสนุนการทำงาน หมายถึง การดำเนินงานของ อสม. ได้รับความร่วมมือจากองค์กร
ต่างๆในชุมชน, การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่หรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้าน
การสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากร และการนิเทศติดตามงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ขวัญและ
กำลังใจ

อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. หมายถึง อสม. จำนวน 5 คนที่ได้รับการคัดเลือกเข้ารับการอบรมอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการดำเนินงาน ศสม. ในชุมชน และได้เข้าดำเนินงานใน ศสมช. ของแต่ละหมู่บ้าน

ผลสำเร็จของการดำเนินงาน ศสม. ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด 3 กลุ่ม หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติงาน ศสม.ในชุมชน เพื่อประชาชนในชุมชนได้รับบริการพื้นฐานอย่างทั่วถึงตามเกณฑ์ชี้วัดที่กำหนด 3 กลุ่ม คือ การบรรรฐ อบรม, การพึ่งตนเอง และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ผลสำเร็จของการดำเนินงานตามกิจกรรมหลักของงาน ศสม.ทั้ง 14 องค์ประกอบ หมายถึง ความสามารถในการดำเนินงานตามแนวทางหลักของงานสาธารณสุขมูลฐาน ทั้ง 14 องค์ประกอบ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มงาน คือ กลุ่มที่มีการดำเนินการ 3-6 เดือน/ครั้ง ได้แก่ งานโภชนาการ, อนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว, งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค, งานรักษาพยาบาลเบื้องต้น, งานการจัดหายาที่จำเป็น, งานสุขภาพจิต, , งานป้องกันอุบัติเหตุ-อุบัติเหตุและป้องกันโรคไม่ติดต่อ , งานคุ้มครองผู้บริโภค, งานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์, และ งานสุขศึกษาประชาสัมพันธุ์ ซึ่งได้จัดแบ่งระดับผลของการดำเนินงานเป็น 2 ระดับ คือ ระดับสูง หมายถึง มีการดำเนินงาน 1 ครั้งภายใน 3-6 เดือน ส่วนระดับต่ำ หมายถึง มีการดำเนินงานน้อยกว่า 1 ครั้งใน 3-6 เดือน และกลุ่มงานที่มีการดำเนินการ 1 ปี/ครั้ง ได้แก่ งานควบคุมป้องกันโรคประจำถิ่น, งานสุขภาพจิตและการจัดหาสะอาด, งานทันตสาธารณสุข และงานควบคุมป้องกันสภาพแวดล้อม ซึ่งได้จัดแบ่งระดับของผลการดำเนินงาน เป็น 2 ระดับ คือ ระดับสูง หมายถึง มีการดำเนินงานไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง/ปี ส่วนระดับต่ำ หมายถึง มีการดำเนินงานน้อยกว่า 1 ครั้ง/ปี

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

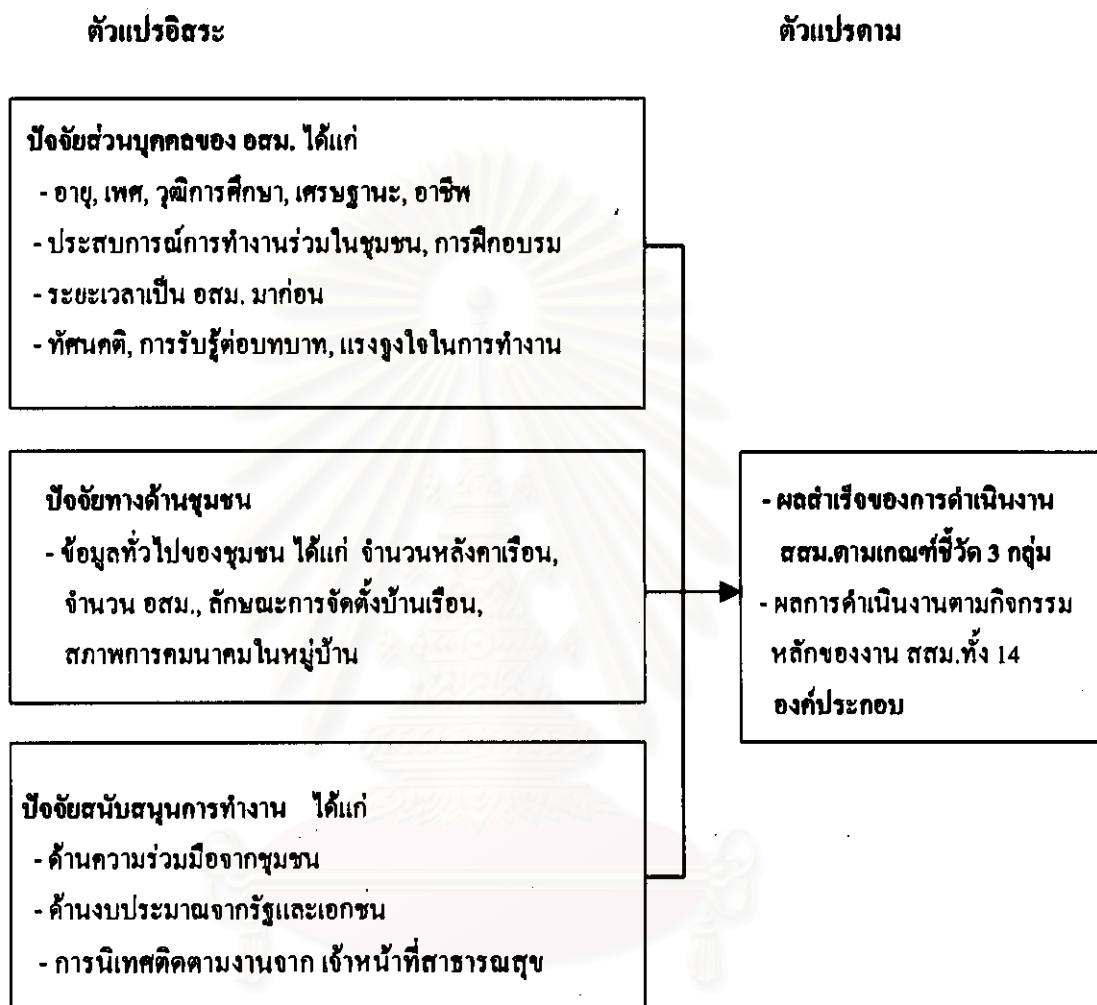
ตัวแปรอิสระ (Independent variable) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม., ปัจจัยทางด้านชุมชน และปัจจัยสนับสนุนการทำงานของ อสม.

ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่ ผลสำเร็จของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานตามเกณฑ์ชี้วัด 3 กลุ่ม และผลการดำเนินงานตามกิจกรรมหลักของงาน ศสม.ทั้ง 14 องค์ประกอบ

ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Applications)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานของชุมชนต่อไปได้

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย