

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อกิจกรรมสำคัญของระบบสุขภาพชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา” ผู้วิจัยได้แบ่งเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็น 6 ส่วนดังนี้

1. ทฤษฎี และแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น
2. ทฤษฎี และแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
3. ทฤษฎี และแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ
4. ทฤษฎี และแนวคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพ และระบบบริการสาธารณสุข
5. ทฤษฎี และแนวคิดเกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐาน
6. ทฤษฎี และแนวคิดเกี่ยวกับงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และศูนย์สุขภาพชุมชน
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 ทฤษฎี และแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น

ความหมาย

พจนานุกรม New Webster's Century Dictionary (1985)⁽¹⁴⁾ ให้ความหมายของความคิดเห็น (Opinion) หมายถึงการตัดสินใจ คำวิจารณ์ ความเห็น หรือรูปแบบของการประเมินผลในจิตใจเกี่ยวกับข่าวสารที่ได้รับ เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์และข่าวสาร โดยความเชื่อนั้นจะเกิดขึ้นจากประสบการณ์และการสังเกตของแต่ละบุคคล หรือความคิดเห็นการแสดงออกทางความคิด ความสนใจ ความรู้สึกของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเหตุการณ์ใด เหตุการณ์หนึ่ง

Blair J. Kalasa (1969)⁽¹⁵⁾ ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความคิดเห็น เป็นการแสดงออกของบุคคลในการพิจารณาข้อเท็จจริงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือเป็นการประเมินผล (Evaluation) เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งจากเหตุการณ์ แวดล้อม (Circumstances)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526)⁽¹⁶⁾ กล่าวว่า การแสดงความคิดเห็นเป็นการแสดงบทบาทด้านทัศนคติอย่างหนึ่ง แต่การแสดงความคิดเห็นนั้นมักมีอารมณ์เป็นองค์ประกอบ และเป็นส่วนที่พร้อมจะมีเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

สิ่งที่มีอิทธิพลทำให้ความคิดเห็นแตกต่างกัน⁽¹⁷⁾ ได้แก่

1. การอบรมของครอบครัว มีอิทธิพลมากกว่าปัจจัยอื่นๆ เพราะครอบครัวเป็นสถาบันแห่งแรกที่บุคคลเริ่มเรียนรู้
2. การศึกษา ระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการแสดงความคิดเห็นเพราะจัดเป็นประสบการณ์ให้กับบุคคล
3. วัฒนธรรมและประเพณี บุคคลเมื่อได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมและประเพณีใด ย่อมปฏิบัติตามวัฒนธรรมและประเพณีนั้นๆ และมักจะมีความเห็นต่อวัฒนธรรมและประเพณีของตนไปในทางที่ดี
4. กลุ่มและสังคมที่เกี่ยวข้อง บุคคลเมื่ออยู่ในสังคมใดหรือกลุ่มใด ก็จะมีความคิดเห็นในทางเดียวกับกลุ่ม หรือสังคมนั้นๆ กลุ่มจะมีส่วนผลักดันให้บุคคลนั้นได้มีการเรียนรู้โดยตรง
5. สื่อมวลชน ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลมากต่อการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นของบุคคล เพราะจะเป็นสื่อในการสร้างความคิดเห็นทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ได้

วิธีวัดความคิดเห็น

Best, John. W (1977)⁽¹⁸⁾ กล่าวว่า การวัดความคิดเห็นของบุคคลสามารถทำได้หลายวิธี วิธีที่ใช้กันโดยทั่วไป คือ การตอบแบบทดสอบและการสัมภาษณ์ ซึ่ง ได้เสนอแนะวิธีที่ง่ายที่สุดในการที่จะบอกถึงความคิดเห็นก็คือ การแสดงให้เห็นถึงร้อยละของคำตอบในแต่ละข้อความ เพราะจะทำให้เห็นว่าจะออกมาในลักษณะเช่นไร และจะได้สามารถทำตามข้อคิดเห็น

พรเพ็ญ เพชรสุขศิริ (2331)⁽¹⁹⁾ ได้เขียนในเอกสารบรรยายของคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เรื่องการวัดทัศนคติหรือความคิดเห็นมีหลายวิธี แต่ที่แพร่หลายมี 4 วิธี

ความคิดเห็นกับการประเมินค่า⁽¹⁹⁾

มาตรวัดความคิดเห็นซึ่งเป็นแบบประมาณค่ามาตรวัดความคิดเห็นนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นข้อความเรียกว่าข้อความความคิดเห็น

ส่วนที่ 2 เป็นคำตอบซึ่งมีลักษณะเป็นการเปรียบเทียบ มาตรวัดความคิดเห็นที่นิยมใช้และรู้จักกันแพร่หลาย มี 4 วิธี คือ

1. วิธีของเทอร์สตัน (Thurston's Method) เป็นวิธีที่สร้างมาตรวัดเป็นปริมาณ แล้วเปรียบเทียบตำแหน่งของความคิดเห็น หรือทัศนคติ ไปในทางเดียวกันและเป็นเสมือนว่าเป็น Scale ที่มีช่วงห่างเท่ากัน (Equal Appearing Intervals)

2. วิธีกัตต์แมน (Guttman Scale) เป็นวิธีวัดทัศนคติหรือความคิดเห็นในแนวเดียวกัน และสามารถจัดอันดับข้อความทัศนคติต่ำถึงสูงได้ แบบเปรียบเทียบกันและกันได้ จากอันดับต่ำสุดถึงสูงสุดได้ และสามารถแสดงถึงการสะสมของข้อแสดงความคิดเห็น

3. วิธีจำแนกแบบ S-D Scale (Semantic Differential Scale) เป็นวิธีวัดทัศนคติหรือความคิดเห็นโดยอาศัยคู่คำคุณศัพท์ที่มีความหมายตรงข้าม (Bipolar Adjective) เช่น ดี-เลว ชยัน-ชี้เกียรติ เป็นต้น

4. วิธีแบบลิเคิท (Likert's Method) เป็นวิธีสร้างมาตราวัดความคิดเห็นที่นิยมแพร่หลาย เพราะเป็นวิธีการสร้างมาตราวัดที่ง่ายและประหยัดเวลา ตั้งชื่อว่า มาตราวัดรวม ออกแบบโดยการสร้างข้อความขึ้นจำนวนไม่น้อยกว่า 20 ข้อความ ที่ผู้ตอบสามารถแสดงทัศนคติในทางที่ชอบ หรือไม่ชอบ โดยจัดอันดับความชอบหรือไม่ชอบ ซึ่งอาจกำหนดคำตอบให้เลือก 3, 5 หรือ 7 คำตอบ ก็ได้ แต่ส่วนมากใช้ 5 คำตอบ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนการให้คะแนนขึ้นอยู่กับใจความว่า จะเป็นปฏิฐาน (Positive) หรือ ปฏิเสธ (Negative)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้วิธีของลิเคิท (Likert's Method) มาใช้ในการวัดความคิดเห็น เนื่องจากเป็นวิธีการวัดที่มีความละเอียด โดยพิจารณาที่กำหนดคำตอบเป็น 5 คำตอบ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้นิยามคำว่า ความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกด้านความคิด ความรู้สึก หรือการประเมินผล โดยพิจารณาจาก การรับรู้ ประสบการณ์ของ อสม. ต่อกิจกรรมสำคัญ ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานและงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยพิจารณาการให้ความสำคัญ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจสภาพเป็นจริง

ส่วนที่ 2 ทฤษฎี และแนวคิดที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

ความหมาย

William Reader (1980)⁽²⁰⁾ ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ว่า หมายถึง การมีส่วนร่วมในการพบปะ สังสรรค์ทางสังคม ซึ่งรวมทั้งการมีส่วนร่วมของทั้งปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

เจมส์ คีต บีนทอง (2527)⁽²¹⁾ การมีส่วนร่วมหมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมของชาวบ้านตามหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนคิดขึ้น หรือชาวบ้านเป็นผู้เสนอโดยมีการเข้าร่วมในหลายระดับ เช่น การเข้าร่วมในการฟังเฉย ๆ ฟังและออก ความคิดเห็น ตลอดจนร่วมในการวางแผน ผู้เข้าร่วมมีตั้งแต่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน และชาวบ้านทั่วไป

นรินทร์ จงวุฒิเวศย์ (2527)⁽²²⁾ กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ และอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าให้กระทำการเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้นทั้งนี้ทำให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มนั้นด้วย

ประพนธ์ ปิยรัตน์ (2534)⁽²³⁾ การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของคนที่อยู่ร่วมกันในชุมชน ในการวางแผน การดำเนินงาน และการควบคุมโดยอาศัยทรัพยากรท้องถิ่น เพื่อให้เกิดประโยชน์ด้วยการพึ่งพาตนเองของท้องถิ่น

ดังกล่าวมาแล้วข้างต้นสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึงการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือดำเนินงานร่วมกันระหว่างชุมชนกับองค์กรของรัฐในกระบวนการพัฒนาต่าง ๆ เริ่มตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การตัดสินใจ การวางแผน และปฏิบัติ ตลอดจนติดตามและประเมินผล เพื่อให้กิจกรรมบรรลุผลตามจุดมุ่งหมายที่ได้กำหนดไว้

ลักษณะและรูปแบบของการมีส่วนร่วมของประชาชน

Cohen and Uphoff (1977)⁽²⁴⁾ ได้สร้างกรอบพื้นฐานเพื่อการอธิบายและวิเคราะห์การมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ลักษณะคือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision-Making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานงานขอความร่วมมือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ไม่ว่าจะ เป็นผลประโยชน์ทางด้านวัตถุ ผลประโยชน์ ทางสังคมหรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ซึ่งนับเป็นการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป

องค์การสหประชาชาติ (1981)⁽²⁵⁾ ได้รวบรวมรูปแบบของการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมแบบเป็นกันเอง ซึ่งเป็นไปโดยการอาสาสมัคร หรือเป็นการรวมตัวกันเพื่อแก้ปัญหาของตนเองโดยเน้นการกระทำที่มีได้รับความช่วยเหลือจากภายนอก ซึ่งเป็นรูปแบบที่เป็นเป้าหมาย
2. การมีส่วนร่วมแบบชักนำ ซึ่งเป็นการเข้าร่วมโดยต้องการความเห็นชอบสนับสนุนโดยรัฐบาล ซึ่งเป็นรูปแบบที่เป็นลักษณะทั่วไปของประเทศที่กำลังพัฒนา
3. การมีส่วนร่วมแบบบังคับ ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมภายใต้การดำเนินงานตามนโยบายของรัฐบาลภายใต้การจัดการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือโดยการบังคับโดยตรง รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่ผู้กระทำได้รับผลในทันที แต่จะไม่ได้รับผลในระยะยาว และจะมีผลเสียที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากประชาชนในที่สุด

องค์การอนามัยโลก (1981)⁽²⁶⁾ ได้เสนอรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่ถือว่าเป็นรูปแบบที่แท้จริงนั้นจะต้องประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ

1. การวางแผน (Planning) ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีการติดตามและประเมินผล และประการสำคัญคือการตัดสินใจด้วย
2. การดำเนินกิจกรรม (Implementation) ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการจัดการและบริหารการใช้ทรัพยากร มีความรับผิดชอบในการจัดสรร ควบคุมทางการเงิน และการบริการ
3. การใช้ประโยชน์ (Utilization) ประชาชนจะต้องมีความสามารถ ในการนำกิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับของการพึ่งตนเอง และการควบคุมทางสังคม

4. การได้รับผลประโยชน์ (Obtaining Benefits) ประชาชนจะต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่ฐานที่เท่ากัน ซึ่งอาจเป็นผลประโยชน์ส่วนตัวในสังคม หรือวัตถุก็ได้

เจมส์ คัดด์ ปิ่นทอง (2527)⁽²¹⁾ ได้สรุปการมีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอน คือ

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

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527)⁽²²⁾ ได้จำแนกลักษณะของการมีส่วนร่วมไว้ 3 ประการ

1. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมโดยตรง โดยไม่ผ่านองค์กรจัดตั้งของประชาชน เช่น การรวมกลุ่มเยาวชน กลุ่มต่าง ๆ
2. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมทางอ้อม โดยผ่านองค์กรผู้แทนของประชาชน เช่น กรรมการของกลุ่มหรือชุมชน กรรมการหมู่บ้าน
3. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมโดยการเปิดโอกาสให้โดยผ่านองค์กรที่ไม่ใช่ผู้แทนของประชาชน เช่น สถาบันหรือหน่วยงานที่เชิญชวน หรือเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เมื่อไรก็ได้ทุกเวลา

นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ (2544)⁽²⁷⁾ ได้กล่าวถึงระดับของการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญนั้นมีทั้งหมด 4 ระดับได้แก่

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

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน

William Reader (1980)⁽²⁰⁾ ได้สรุปปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 11 ประการ คือ

1. การปฏิบัติตนให้คล้อยตามความเชื่อพื้นฐาน กล่าวคือ บุคคลและกลุ่มบุคคลดูเหมือนจะเลือกแบบวิถีการปฏิบัติซึ่งสอดคล้องและคล้ายคลึงกับความเชื่อพื้นฐานของตนเอง
2. มาตรฐานคุณค่า บุคคลและกลุ่มบุคคล ดูเหมือนจะปฏิบัติในลักษณะที่สอดคล้องกับมาตรฐานคุณค่าของตนเอง

3. เป้าหมาย บุคคลและกลุ่มบุคคล ดูเหมือนจะส่งเสริม ปกป้อง และรักษา เป้าหมายของตนเอง
4. ประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดาพฤติกรรมของบุคคล และกลุ่มบุคคลในบางครั้งมี รากฐานมาจากประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา
5. ความคาดหวัง บุคคลและกลุ่มบุคคลจะประพฤติตามแบบที่ตนคาดหวังว่าจะต้องประพฤติในสถานการณ์ เช่น นั้นทั้งยังชอบปฏิบัติต่อผู้อื่นในลักษณะที่ตนคาดหวังจากผู้อื่นด้วย
6. การมองแต่ตัวเอง บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งคิดว่าตนเองควรต้องกระทำเช่นนั้น
7. การบีบบังคับ บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยความรู้สึกว่าตนถูกบังคับให้กระทำ
8. นิสัย และประเพณี บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่าง ๆ ตามนิสัยของตน และประเพณีที่เป็นของสังคมที่แวดล้อมตน
9. โอกาส บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบการปฏิบัติของสังคม โดยเฉพาะในทางที่เกี่ยวข้องกับจำนวนและชนิดของโอกาส ซึ่งโครงสร้างของสังคมเอื้ออำนวยเข้ามามีส่วนร่วม ในการกระทำเช่นนั้นเท่าที่พวกเขาได้รับรู้มา
10. ความสามารถ บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่างที่ตนเห็นว่าสามารถทำในสิ่งที่ต้องการให้เขาทำในสถานการณ์เช่นนั้น
11. การสนับสนุนบุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะเริ่มปฏิบัติเมื่อเขาารู้ว่าเขาได้รับการสนับสนุนที่ดีพอให้เขากระทำการเช่นนั้น

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527)⁽²²⁾ ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า ได้แก่ ความศรัทธาที่มีต่อความเชื่อถือบุคคลสำคัญ และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การลงแขก การบำเพ็ญประโยชน์ การสร้างโบสถ์วิหาร ความเกรงใจที่มีต่อบุคคลที่เคารพนับถือ หรือเกียรติยศตำแหน่ง ทำให้ประชาชนเกิดความเกรงใจที่จะมีส่วนร่วมด้วยทั้ง ๆ ที่ยังมีความศรัทธาหรือความเต็มใจอย่างเต็มเปี่ยมที่จะกระทำ เช่น ผู้ใหญ่ออกปากขอแรงผู้น้อยก็ช่วยแรง อำนาจที่เกิดจากบุคคลที่มีอำนาจเหนือกว่าทำให้ประชาชนถูกบีบบังคับให้มีส่วนร่วมในการกระทำต่าง ๆ

ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่สมาชิก อสม. ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมสำคัญในงานสาธารณสุขมูลฐานทั้งทางตรงและทางอ้อม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 ทฤษฎี และแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ความหมาย

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2530)⁽²⁸⁾ ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจว่า หมายถึง ชอบ , ชอบใจ, พึงใจ, สมใจ, จูงใจ

พจนานุกรมของเวบสเตอร์ (1985)⁽¹⁴⁾ ให้ความหมายว่าความพึงพอใจหมายถึง “ปฏิกริยาของความพึงพอใจหรือระดับของความพึงพอใจในการได้รับความสำเร็จ ความปรารถนา การตอบสนองหรือความต้องการ การทำให้พอใจหรือสภาพการณ์ ความยินดีที่ได้รับความสำเร็จ การได้รับค่าตอบแทน การปลดปล่อยหนี้สินหรือข้อผูกมัด การได้รับการผ่อนผันหรือได้รับโอกาสในการ ปรับปรุงแก้ไขการกระทำผิด หรือหลุดพ้นจากข้อสงสัยต่างๆหรือการที่ผู้ป่วยได้รับความสุขจากการปฏิบัติทางศาสนกิจในภาวะที่มีความเจ็บป่วย”

เทพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2540)⁽²⁹⁾ กล่าวว่า “ความพึงพอใจเป็นภาวะของความพึงพอใจ หรือภาวะของการมีอารมณ์ในทางบวกที่มีผลเกิดขึ้น เนื่องจากการประเมินประสบการณ์ของคนๆหนึ่ง สิ่งที่เขาคาดหวังไประหว่างการเสนอให้กับสิ่งที่ได้รับจะเป็นรากฐานแห่งความพอใจและไม่พอใจได้”

Wolman (1975)⁽³⁰⁾ กล่าวว่า “ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึก (Feeling) มีความสุข เมื่อคนเราได้รับผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (Goal) ความต้องการ (Wants) หรือแรงจูงใจ (Motivation)”

Aday & Andersen (1975)⁽³¹⁾ ให้ความหมายความพึงพอใจว่า “ความพึงพอใจเป็นความรู้สึก หรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของคนที่เกิดจากประสบการณ์ที่ผู้รับบริการเข้าไปในสถานที่ให้บริการนั้นๆ และประสบการณ์นั้นเป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งความพึงพอใจมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยที่แตกต่างกัน”

Risser (1975)⁽³²⁾ กล่าวว่า “ความพึงพอใจเป็นระดับของความสอดคล้องระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย ต่อการดูแลการให้การพยาบาลที่ได้รับตามความเป็นจริง”

Thomas & Earl (1995)⁽³³⁾ ได้ให้แนวคิดความพึงพอใจว่า “การวัดความพึงพอใจเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้กันอยู่ เพื่อทราบผลของการให้บริการที่เลิศที่ทำให้ลูกค้าพึงพอใจ เป็นสิ่งที่บริษัทเชื่อว่ามีคุณค่าและควรให้ความเข้าใจในความต้องการและปัญหาของลูกค้าในการให้บริการด้านสุขภาพ ผู้บริหารขององค์กรต้องมีความรับผิดชอบในการปรับปรุงคุณภาพให้เกิดประสิทธิผลและได้ผลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารจัดการด้านบริการดูแลสุขภาพ”

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ

ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีที่สำคัญซึ่งเกี่ยวกับความพึงพอใจ ดังนี้

Fredrick Herzberg's (1985)⁽³⁴⁾ ได้ตั้งทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอริชเบอร์ก โดยแบ่งองค์ประกอบที่มีผลต่อความพึงพอใจและไม่พอใจออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. องค์ประกอบที่เป็นสิ่งจูงใจ คือ องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจหรือเป็นตัวสร้างความพึงพอใจในการทำงานให้เกิดขึ้น จะเป็นสิ่งที่เกี่ยวกับลักษณะงานที่กระทำหรือเป็นผลที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาของงานนั้น องค์ประกอบที่เป็นสิ่งจูงใจประกอบด้วย

- 1.1 การที่สามารถทำงานได้บรรลุผลสำเร็จ
- 1.2 การได้รับการยกย่องนับถือ และได้รับการยอมรับ
- 1.3 ลักษณะงานน่าสนใจ
- 1.4 การมีความรับผิดชอบงานเพิ่มมากขึ้น
- 1.5 ความก้าวหน้าในการทำงาน
- 1.6 การมีโอกาสเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

2. องค์ประกอบที่เป็นสิ่งค้ำจุน คือ องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือเป็นตัวสร้างความไม่พึงพอใจในงานให้เกิดขึ้น ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องสภาพแวดล้อมในการทำงาน ดังนี้

- 2.1 นโยบายและการบริหาร
- 2.2 การนิเทศงาน
- 2.3 ความสัมพันธ์กับผู้นิเทศงาน
- 2.4 สภาพการทำงาน
- 2.5 เงินเดือน และสิ่งตอบแทน
- 2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน และผู้ใต้บังคับบัญชา
- 2.7 ปัจจัยต่างๆในชีวิตส่วนบุคคล
- 2.8 สถานะของอาชีพ หมายถึง อาชีพนั้นๆเป็นที่ยอมรับนับถือของสังคม
- 2.9 ความมั่นคงในการทำงาน

ถึงแม้ว่า การนิเทศงานในแนวคิดของของเฮอริชเบอร์ก จะจัดอยู่ในกลุ่มขององค์ประกอบค้ำจุนก็ตาม แต่ก็ยังเป็นเพียงข้อกำหนดเบื้องต้นเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้รับการ นิเทศงานเกิดความไม่ พึงพอใจ จึงนับเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยลดภาวะความไม่พึงพอใจให้น้อยลง ซึ่งจะส่งผลให้มีความพึงพอใจนั่นเอง

จากแนวคิดและทฤษฎีที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะพบว่าตัวชีวิตส่วนใหญ่เกี่ยวกับองค์ประกอบของความพึงพอใจ จะเป็นเรื่องของความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม ของบุคคลที่มีต่อบุคคลและ องค์การ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการกำหนดตัวแปรสำคัญสำหรับกรวิจัยครั้งนี้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้นิยาม ความพึงพอใจ หมายถึง การที่สมาชิก อสม. แสดงความรู้สึกพึงพอใจสภาพเป็นจริง ต่อการการปฏิบัติกิจกรรมสำคัญของงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน

ส่วนที่ 4 ทฤษฎี และแนวคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพ และระบบบริการสาธารณสุข

ระบบสุขภาพ

ความหมายระบบสุขภาพ

ยศ สันตสมบัติ⁽³⁵⁾ (2537) ได้ให้ความหมายของระบบสุขภาพว่า เป็นแบบแผนของสถาบันทางสังคม และวัฒนธรรมที่มีวิวัฒนาการมาจากพฤติกรรมของมนุษย์ต่อสุขภาพ เป็นระบบความเชื่อทางการแพทย์ ถูกรวบรวมขึ้นจากความคิด ความเป็นเหตุผล และหลักเกณฑ์ที่มนุษย์ทำขึ้นจากความรู้ และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และการควบคุมโรค

คงเดช ลิโทชวลิต (2544)⁽²⁵⁾ ได้ให้ความหมายของระบบสุขภาพว่า เป็นผลผลิตทางวัฒนธรรม เช่นเดียวกับระบบสังคมอื่นๆ ทั้งระบบเศรษฐกิจ การเมือง และศาสนา โดยต่างล้วนมีความจำเป็นต่อความมั่นคงของสังคมและชีวิตผู้คน

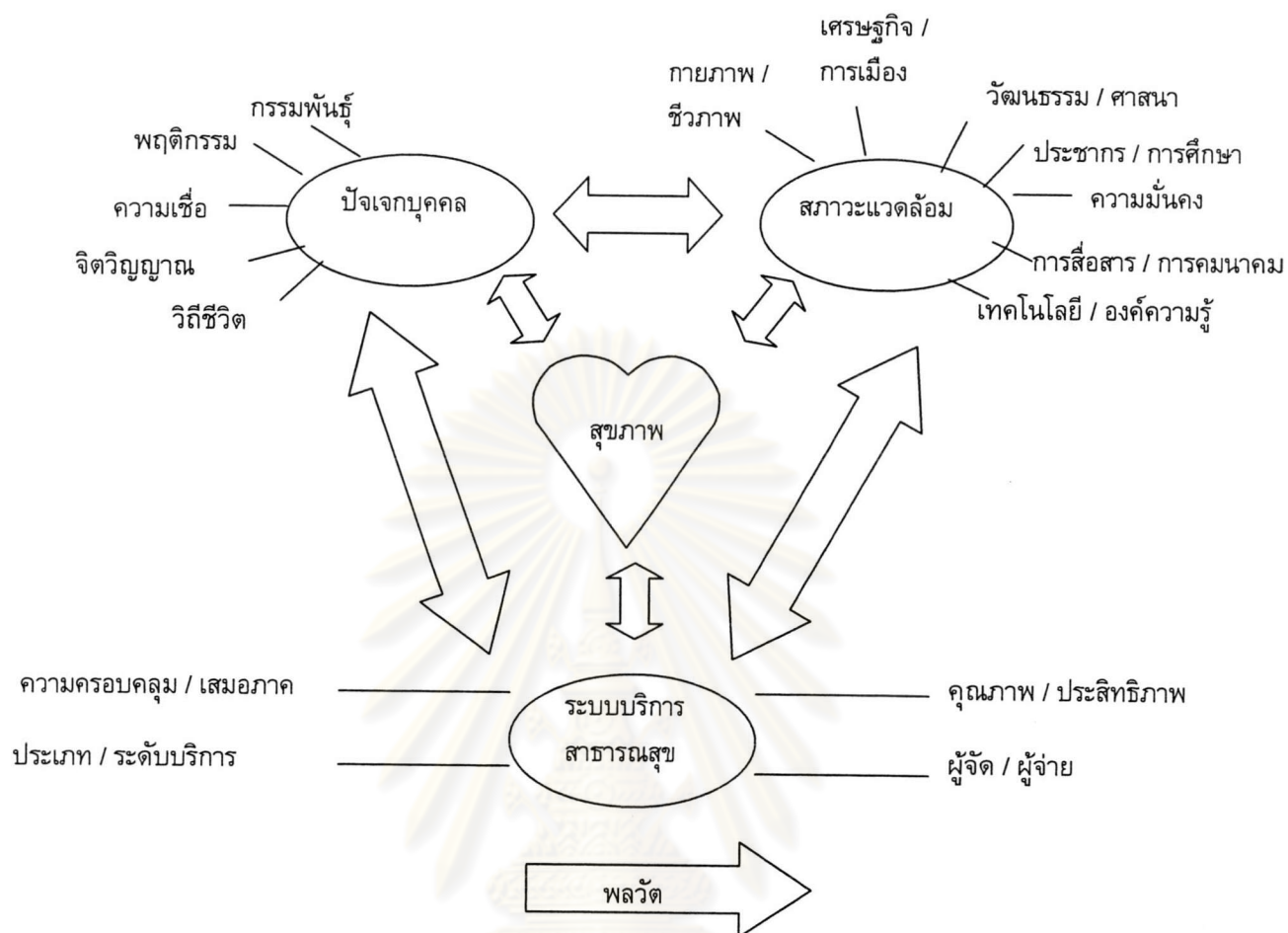
สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (2544)⁽³⁶⁾ ได้กล่าวว่าระบบสุขภาพ หมายถึง ระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวม อันสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งปวง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม กายภาพ และชีวภาพ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพด้วย

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2545)⁽³⁷⁾ ได้กล่าวว่าระบบสุขภาพ หมายถึง ระบบสร้างสุขภาพและคุณค่าชีวิตในทุกมิติแบบองค์รวม ซึ่งรวมถึงบุคคลสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อระบบสุขภาพและการจัดการการเงินการคลัง

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2545)⁽³⁸⁾ ได้กล่าวว่าระบบสุขภาพภาคประชาชน หมายถึง กระบวนการที่สมาชิกของสังคมและชุมชนนั้นมีความรู้ ความเข้าใจร่วมมือกันดูแล และบริหารจัดการให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นพื้นฐานด้วยตนเอง ด้วยการสนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และทรัพยากรที่จำเป็นจากภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สำเริง แหียงกระทอก และรุจิรา มังคละศิริ (2545)⁽⁵⁷⁾ ได้กล่าวว่าระบบสุขภาพชุมชน หมายถึง การทำงานในชุมชนและการให้บริการแบบปฐมภูมิจำเป็นต้องเข้าใจกระบวนการเฝ้าระวังรักษาโรคที่มีอยู่ในชุมชน โดยต้องเข้าใจถึงวิถีคิดและทัศนคติ และความรู้สึกนึกคิดของชุมชนเกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วยต่างๆ ตลอดจนวิถีการรักษาโรคที่มีอยู่อย่างหลากหลายในชุมชนได้

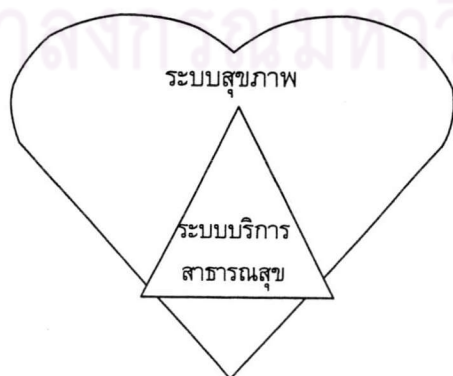
องค์ประกอบ และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ^(38,40)



แผนภูมิภาพ 2.1 ความเชื่อมโยงและผลวัดเกี่ยวกับสุขภาพ

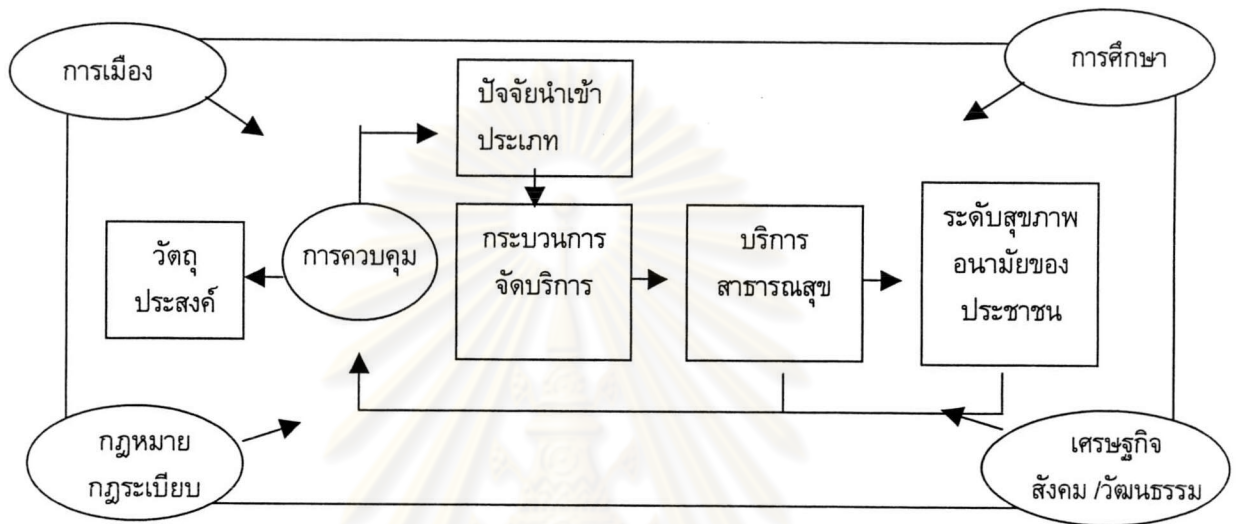
ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพชุมชน⁽³⁹⁾

1. พฤติกรรม 43 %
2. สิ่งแวดล้อม 37 %
3. บริการสาธารณสุข 13 %
4. ด้านชีวภาพ 7 %



แผนภูมิภาพ 2.2 ความเชื่อมโยงของระบบสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุข

ความสำคัญของการบริการสุขภาพคือ การจัดการบริการสาธารณสุขที่ดี ช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ด้วยการจัดการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ การจัดการบริการสาธารณสุขที่สามารถยกระดับสุขภาพของประชาชนนั้นขึ้นอยู่กับระบบสาธารณสุขซึ่งประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) ต่างๆ คือทรัพยากรที่จะนำมาใช้ทั้งหมด 2) กระบวนการ (Process) คือการนำทรัพยากรต่างๆ มาเข้ากระบวนการในการจัดการบริการหรือให้บริการแก่ประชาชน 3) ปัจจัยนำออก (Output) คือบริการสาธารณสุข 4) ผลลัพธ์ (Outcome) คือระดับสุขภาพของประชาชนที่ดีขึ้น ดังแผนภูมิที่ 2.3



แผนภูมิที่ 2.3 ระบบสาธารณสุข

จากแผนภูมิจะเห็นว่า ระบบสาธารณสุขจำเป็นต้องมีการควบคุมกำกับงาน (Monitoring) ซึ่งจะเป็นการควบคุม กำกับการใช้ทรัพยากร ควบคุมกระบวนการต่างๆ เพื่อให้ผลลัพธ์เป็นไปตามวัตถุประสงค์ การประเมินผลของผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นข้อมูลย้อนกลับ

นอกจากนี้ ระบบสาธารณสุขจะมีอิทธิพลจากระบบอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องอยู่ด้วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ จะมีผลกระทบต่อระบบการพัฒนาสาธารณสุข ได้แก่

1. ระบบการเมือง นโยบายของรัฐจะเป็นการกำกับแนวทางการดำเนินงานของระบบสาธารณสุข ซึ่งอาจจะแตกต่างกันไปตามการผันแปรของการเมือง เช่น การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย การจัดการบริการสาธารณสุขแก่ชนบางกลุ่ม ฯลฯ

2. ระบบการศึกษา ทำให้ระบบสาธารณสุขต้องกระทบกระเทือนเกี่ยวกับการผลิต บุคลากร มีการกำหนดการเรียนการสอน การฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความชำนาญ ประสบการณ์แก่นักศึกษาที่ออกไปปฏิบัติงานจริงของนักศึกษาทุกหลักสูตร อีกทั้งยังส่งผลต่อการรับรู้การดูแลสุขภาพของตัวประชาชนเองอีกด้วย

3. ระบบเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม จะแตกต่างกันไปตามเวลา และสภาพของภูมิประเทศ เช่น ราคาของการบริการสาธารณสุขอย่างเดียวกันแต่ต่างเวลากันจะเปลี่ยนไปตามระดับเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป วิธีการแก้ปัญหาสาธารณสุขของภาคหนึ่งจะได้ผลดีมากแต่อาจจะได้ผลน้อยกว่าอีกภาคหนึ่งของประเทศ หรืออาจจะใช้วิธีการเดียวกันไม่ได้เลยเนื่องจากระบบสังคม วัฒนธรรมที่แตกต่างกันไป

4. กฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ ที่กำหนดขึ้น ผู้ที่จะให้บริการจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการกำหนดตามกฎหมายเสียก่อน รวมทั้งบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกคนจะต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดของการประกอบโรคศิลปะที่กำหนดไว้ในสาขาต่างๆ

ระบบบริการสาธารณสุข

การให้บริการเป็นหน้าที่หลักที่สำคัญในการบริหารงานภาครัฐ โดยเฉพาะในลักษณะงานที่ต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับประชาชนหรือลูกค้าโดยตรง โดยหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีหน้าที่ในการส่งต่อการบริการ (Delivery Service) ให้แก่ผู้รับบริการ ซึ่งมีนักวิชาการได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการดังนี้

เทพศักดิ์ บุญรัตน์พันธุ์ (2536)⁽⁴¹⁾ ได้ให้ความหมายของการให้บริการว่า “การที่บุคคล กลุ่มบุคคล หรือหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ซึ่งอาจเป็นของรัฐหรือ เอกชนมีหน้าที่ในการส่งต่อการให้บริการแก่ประชาชน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสนองความต้องการของประชาชน โดยส่วนรวม มีองค์ประกอบที่สำคัญ 6 ส่วน คือ

1. สถานที่และบุคคลที่ให้บริการ
2. ปัจจัยนำเข้าหรือทรัพยากร
3. กระบวนการและกิจกรรม
4. ผลผลิตหรือตัวบริการ
5. ช่องทางการให้บริการ
6. ผลกระทบที่มีต่อผู้รับบริการ

William, Gilbert & Birkhead G. (1977)⁽⁴²⁾ ได้กล่าวว่า “การให้บริการมี 4 องค์ประกอบที่สำคัญ” คือ

1. ปัจจัยนำเข้า (Input) หรือทรัพยากร ได้แก่ บุคลากร ค่าใช้จ่าย อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก
2. กิจกรรม (Activities) หรือกระบวนการ (Process) ซึ่งหมายถึง วิธีการที่ใช้ทรัพยากร
3. ผลลัพธ์ (Results) หรือผลผลิต (Outputs) หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากมีการใช้ทรัพยากร
4. ความคิดเห็น (Opinions) ต่อผลกระทบ (Impacts) หมายถึง ความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อบริการที่ได้รับ

ระบบการจัดบริการสาธารณสุข⁽⁴³⁾

ระบบการจัดบริการสาธารณสุข (Health Care System) เป็นระบบรวมทั้งหมดของการบริการสาธารณสุข เพื่อยกระดับสถานะสุขภาพอนามัย (Health Status) ของประชาชนให้ดีขึ้น ทั้งนี้มีองค์ประกอบสำคัญที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับระบบการจัดบริการสาธารณสุขอยู่ 4 ประการดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพของประชาชนและปัจจัยเสี่ยง
2. การวางแผนจัดบริการสาธารณสุข
3. ทรัพยากรที่นำมาจัดบริการสาธารณสุข
4. ลักษณะการจัดบริการสาธารณสุข

การจัดบริการสาธารณสุขในแต่ละระดับนั้น จะต้องมองในเชิงระบบและจะต้องพิจารณาดำเนินการอย่างเป็นระบบสัมพันธ์กันด้วย เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยที่ดีของประชาชนโดยรวม โดยในระบบการจัดบริการสาธารณสุขนั้น จะพิจารณาในส่วนของ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการหรือวิธีการ (Process) และผลลัพธ์ (Output) หรือความสำเร็จในการดำเนินงานไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งสามารถพิจารณารายละเอียดในแต่ละส่วนของระบบได้ดังแผนภูมิที่ 2.4



แผนภูมิที่ 2.4 ระบบการจัดบริการสาธารณสุข

องค์ประกอบในการบริการสาธารณสุข⁽⁴⁰⁾

การสาธารณสุขของทุกประเทศไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือประเทศที่กำลังพัฒนา ก็ตาม มีปัญหาคล้ายคลึงกันมาก อาจพูดได้ว่าปัญหาของการสาธารณสุขที่มีอยู่ทั่วโลกในปัจจุบันคือ ปัญหาในด้านการบริการรักษา การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพอนามัยไม่ครอบคลุมประชากรทั่วทั้งประเทศ แม้แต่ประเทศที่พัฒนาแล้ว ประชาชนที่ยากจนอยู่อาศัยในเมืองใหญ่ๆ และประชาชนในชนบท โดยเฉพาะในชนบทที่ห่างไกลไม่ได้รับบริการที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ไม่ว่าจะเป็นในด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพอนามัยเหมือนกับคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีในเมืองใหญ่ๆ เพราะฉะนั้นปัญหานี้จึงเป็นปัญหาที่มีอยู่ในประเทศทุกประเทศในโลก นักบริหารสาธารณสุขรวมทั้งผู้รับผิดชอบด้านการศึกษาทางแพทยศาสตร์ และสาธารณสุขศาสตร์ของประเทศต่างๆ ได้พยายามคิดค้นที่จะหาวิธีต่างๆ ที่จะแก้ปัญหานี้ ถึงกระนั้นก็ตามยังไม่สามารถที่จะทำให้บรรลุจุดหมายได้โดยสมบูรณ์

รัฐได้พยายามค้นหาวิธีการในรูปแบบต่างๆ ที่จะให้การบริการนั้นได้กระจายโดยทั่วถึงและครอบคลุมประชากรมากขึ้น และการจัดบริการแบบผสมผสานนั้น คาดว่าจะทำให้ได้ผลในการครอบคลุมมากขึ้น โดยมีองค์ประกอบของการบริการสุขภาพดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Promotive)
2. การป้องกันและควบคุมโรค (Preventive)
3. การรักษาพยาบาล (Curative)
4. การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitative)
5. การจัดการบริการสาธารณสุขเชิงรุก (Active Services)

1. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้มีร่างกายแข็งแรงเจริญเติบโตปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งบริการนี้เป็นบริการแก่ประชาชนทุกเพศทุกวัย ตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์มารดาจนถึงวัยชรา การส่งเสริมสุขภาพได้แก่

1.1 การวางแผนครอบครัว เป็นการบริการวางแผนครอบครัววิธีต่างๆ สำหรับกลุ่มเป้าหมาย วัยเจริญพันธุ์ ทั้งในเขตเมืองและชนบทที่ห่างไกล ให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแก่กลุ่มเป้าหมาย และประชาชนทั่วไป มีบริการวางแผนครอบครัวเคลื่อนที่โดยมุ่งเน้นการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ได้แก่ การทำหมันชาย หญิง สนับสนุนการผลิตบุคลากรระดับ ท้องถิ่น เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผดุงครรภ์โบราณ แพทย์ประจำตำบลให้มีความรู้ในการจูงใจประชาชนในชุมชนต่างๆ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และสามารถบริการวิธีต่างๆ ได้ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการลดการเพิ่มของประชากรให้ได้ตามที่นโยบายกำหนด อีกทั้งยังเป็นการลดอัตราการตายของแม่และทารก ตลอดจนช่วยส่งเสริมสุขภาพอนามัยของแม่และลูกอีกด้วย การจัดการจัดควบคุมไปกับการอนามัยแม่และเด็ก

1.2 การอนามัยแม่และเด็ก เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพหญิงในระยะตั้งครรภ์ หลังคลอดทารก ตลอดจนเด็กวัยก่อนเรียนให้มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยให้บริการอนามัยแม่และเด็กอย่างเพียงพอ อาทิ การให้ความรู้แก่หญิงในระยะตั้งครรภ์ให้ปฏิบัติตน และมีการเตรียมตัวทั้งก่อนและหลังคลอด ให้บริการทำคลอดที่ปลอดภัย ให้ความรู้มารดาเกี่ยวกับการบริบาลทารกและเด็กวัยก่อนเรียน

ในเรื่องการโภชนาการ และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การบริการอนามัยแม่และเด็กที่มีคุณภาพและทั่วถึงจะเป็นการลดอัตราการตายของมารดาและทารก

1.3 โครงการโภชนาการ เนื่องจากประเทศไทยยังคงประสบปัญหาภาวะโภชนาการ ทั้งที่ดูสภาพของอาหารภายในประเทศค่อนข้างสมดุล จะพบว่าทารกและเด็กวัยก่อนเรียน มีปัญหาทุพโภชนาการ จำนวนการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อันเนื่องจากภาวะทุพโภชนาการและติดเชื้อบางอย่างมีจำนวนมาก จำเป็นต้องจัดบริการโภชนาการผสมผสานกับการบริการสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อให้บริการมีผลประโยชน์ต่อประชากรเป้าหมายได้อย่างสูงสุด ได้แก่ การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การอนามัยโรงเรียน เป็นต้น

ภาวะทุพโภชนาการ ในประเทศไทยนั้นมีสาเหตุเนื่องมาจากโรคอันเนื่องมาจากความบกพร่องทางโภชนาการ ได้แก่ ภาวะขาดโปรตีน แคลลอรี่ โรคขาดวิตามินเอ วิตามินบีหนึ่ง และวิตามินบีสอง โรคคอกพอก โรคโลหิตจางเนื่องจากขาดธาตุเหล็ก และนี้วในกระเพาะปัสสาวะ

ดังนั้น การจัดบริการด้านโภชนาการนี้ก็เพื่อต้องการให้ประชาชนได้รับโภชนาการที่มีสารอาหารครบถ้วนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย อันทำให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ โดยจัดให้มีโครงการต่างๆขึ้น เพื่อลดปัญหาทุพโภชนาการอันเนื่องมาจากความบกพร่องทางโภชนาการในวัยทารกและวัยก่อนเรียน หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร จัดให้มีโภชนศึกษาแก่กลุ่มเป้าหมาย จัดตั้งศูนย์โภชนาการ จัดระบบเฝ้าระวังและการติดตามทางโภชนาการ

1.4 การอนามัยโรงเรียน เป็นบริการที่ส่งเสริมป้องกันและแก้ไขสุขภาพเด็กวัยเรียนให้อยู่ในสภาพปกติ ปราศจากโรคอันเป็นอุปสรรคในการศึกษาเล่าเรียน และเจริญเติบโตตามวัยเป็นผู้ใหญ่ที่เป็นกำลังของครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติในอนาคต นอกจากนี้ยังเป็นการปลูกฝังความรู้ เจตคติ ด้านสุขภาพและมีสุขปฏิบัติที่ดี หลักการปฏิบัติอนามัยโรงเรียนประกอบด้วยบริการอนามัยโรงเรียน (School Health Service) สุขศึกษาในโรงเรียน (School Health Education) อนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน (Healthful School Living)

1.5 การทันตสาธารณสุข เนื่องจากปัญหาโรคในช่องปาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเหงือกและฟันเป็นปัญหาซึ่งเพิ่มทวีความสำคัญขึ้น เพราะอัตราการป่วยและเพิ่มทวีของโรคค่อนข้างสูง เป็นไปอย่างรวดเร็วในวัยเด็ก ซึ่งเด่นชัดในเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี ความชุกของโรคในเขตเมืองสูงกว่าชนบท จึงได้จัดบริการดูแลทันตสุขภาพแบบเพิ่มทวี (Incremental Dental Care) ในเด็กระดับประถมศึกษา เพื่อให้เด็กที่ผ่านการดูแลจะมีสุขนิสัยที่ดี ตลอดจนสามารถระวังรักษา ทันตสุขภาพของตนเองได้ จัดบริการทันตกรรมในสถานบริการของรัฐและเอกชน เพื่อลดความป่วยและยืดอายุฟันโดยให้บริการครอบคลุมร้อยละ 20 ในเขตเมือง ร้อยละ 10 ในเขตชนบท ให้บริการทันตกรรมป้องกันโดยใช้น้ำยาฟลูออไรด์อมบ้วนปาก ในโรงเรียนประถมศึกษาการให้ทันตสุขศึกษา โดยกำหนดหลักสูตรทันตสุขศึกษาในโรงเรียนระดับประถมศึกษา การสอนทันตสุขศึกษาแก่นักเรียนฝึกหัดครูทั่วประเทศ ให้ทันตสุขศึกษาแก่ ประชาชนโดยผ่านสื่อมวลชน การจัดบริการทันตกรรม สาธารณสุขนี้มีวัตถุประสงค์โดยตรงต่อการลดความชุกของโรค ในช่องปาก ได้แก่ โรคฟันผุและโรคเหงือก

1.6 การสุขศึกษา เป็นงานที่สนับสนุนการสาธารณสุขอื่น เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เช่น โภชนาการ การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว การควบคุมโรคติดต่อต่างๆ การปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษา ให้ครอบคลุมงาน สาธารณสุข ทั้ง 3 ด้าน คือ สุขศึกษาในชุมชน สุขศึกษาในโรงเรียน และสุขศึกษาในโรงพยาบาล

1.7 การส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อให้ประชากรในเขตเมืองและชนบทได้รับบริการสุขภาพจิตในด้านการส่งเสริมควบคุมโรค รวมทั้งด้านการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพและมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงสภาวะของโรคอันเป็นปัญหาสาธารณสุขให้อยู่ในสภาพที่ควบคุมได้ โดยให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยจิตเวชได้มีโอกาสได้รับบริการทั้งทางร่างกายและจิตใจ และสังคม อันจะเป็นผลให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข เพื่อป้องกันควบคุมแก้ไขปัญหาด้านจิต โรคทางจิตเวช โรคประสาท และปัญหาที่เกี่ยวข้องทางสังคม จิตวิทยา เช่น อาชญากรรม รวมทั้งการติดเหล้าและสารเสพติด

2. การป้องกันและควบคุมโรค

2.1 การป้องกันโรคติดต่อต่างๆโดยการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันตั้งแต่แรกเกิด ถึงวัยผู้ใหญ่

2.2 การปรับปรุงการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การจัดหาน้ำสะอาดสำหรับให้ประชาชนบริโภค การจัดสุขาภิบาลอาหาร การกำจัดของเสียและพาหะนำโรค การบริการอาชีวอนามัย เพื่อป้องกันโรคภัยอันเกิดจากการประกอบอาชีพ เช่น อุบัติเหตุ การติดเชื้อ สารพิษต่างๆ เป็นต้น

2.3 การเฝ้าระวังโรค ได้แก่ รายงานการเกิดโรค รวบรวมวัตถุ ส่งตรวจหาเชื้อติดตามศึกษาสถานการณ์ทางวิทยาการระบาดของโรค รายงานโรค และสถานการณ์ของโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรคที่ระบาดทั้งในและนอกประเทศอย่างสม่ำเสมอ

3. การรักษาพยาบาล

3.1 จัดบริการในการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมประชากรทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยให้บริการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยในและนอกสถานบริการ โดยจัดให้มีบริการรักษาพยาบาล ตั้งแต่ระดับหมู่บ้านจนถึงระดับศูนย์

3.2 การจัดให้มีระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการรักษาให้ถูกต้องทุกระดับการให้บริการซึ่งเป็นวิธีการประสานงานในด้านการรักษาให้ดีขึ้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ส่งต่อทุกระดับมีโอกาสติดตามศึกษาการตรวจวินิจฉัยและการรักษา และผลการรักษาของผู้ป่วยที่ส่งมาต่อไปได้ตามสมควร

4. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

4.1 การจัดบริการฟื้นฟูสภาพทางร่างกายภายหลังจากการเจ็บป่วย เพื่อให้ร่างกายได้กลับเข้าสู่ปกติอย่างเต็ม จัดบริการกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่ร่างกายได้รับผลเนื่องจากการเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคโปลิโอ ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทำให้บางส่วนของร่างกายพิการ

4.2 การฟื้นฟูสภาพทางจิตใจ ผู้ป่วยหรือผู้มีสุขภาพจิตเสื่อม อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยกีด หรือสุขภาพจิตเสื่อมด้วยเหตุผลอื่น ๆ กีด ต้องจัดให้มีบริการสำหรับช่วยเหลือส่งเสริมสุขภาพจิตให้อยู่ในภาวะปกติ อาจจัดให้มีบริการแนะนำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยและสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้อง

5. การจัดการบริการสาธารณสุขเชิงรุก

ตามปรัชญาของการแพทย์และการสาธารณสุขนั้น ระบุว่า การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เป็นสิ่งสำคัญกว่าการรักษา แต่เนื่องจากความขาดแคลนด้านบุคลากรสาธารณสุขทำให้ต้องดำเนินการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า คือ การรักษาผู้เจ็บป่วย ไม่มีเวลาที่จะมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทำให้การจัดการบริการสาธารณสุขในอดีตเป็นการจัดการบริการสาธารณสุขเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ในปัจจุบัน อาจกล่าวได้ว่า เทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุข ตลอดจนทั้งระบบบริการและการพัฒนากำลังคนได้ก้าวหน้ามากขึ้น แต่ยิ่งก้าวหน้าไปเท่าไร ก็ดูเหมือนว่าความต้องการของประชาชนก็ยิ่งเพิ่มขึ้นอีก ทั้งที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้นไปกว่าเดิม

ในขณะที่ปัญหาอย่างหนึ่งหมดไป ก็มีปัญหาใหม่เกิดขึ้น ยิ่งทำให้ยิ่งมากมีรู้จักจบสิ้น นอกจากนี้ ยังพบว่า มีปัญหาแปลก ๆ ใหม่ ๆ อันเนื่องมาจากพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม เช่น โรคเอดส์ ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด เกิดขึ้นอย่างน่าวิตก นับเป็นสิ่งที่ท้าทายนักสาธารณสุขทั้งหลายเป็นอย่างมาก ดังนั้น การจัดการบริการสาธารณสุขควรพิจารณาถึงการจัดการบริการสาธารณสุขในเชิงรุกด้วย เพื่อช่วยให้ประชาชนได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การจัดการบริการสาธารณสุขเชิงรุก หมายถึง การจัดการบริการสาธารณสุขแบบเบ็ดเสร็จผสมผสานอย่างครบวงจร ที่เน้นการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสาธารณสุข โดยยึดชุมชนเป็นหลักเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

เมื่อประเทศไทยได้ให้การรับรองต่อเป้าหมาย “HFA 2000” ในที่ประชุมสมัชชาใหญ่องค์การอนามัยโลก เมื่อ พ.ศ.2523 และได้แนบนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานไปบรรจุไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) เป็นต้นมา ทำให้บุคคลสาธารณสุขในพื้นที่เกิดการตื่นตัวมากขึ้น และตระหนักว่าการสาธารณสุขเชิงรุกจะสามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพและถาวร

ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้มุ่งเน้นการสาธารณสุขเชิงรุกมากขึ้น โดยยึดเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายคุณภาพชีวิตดีถ้วนหน้าของประชาชนทั้งประเทศมุ่งมั่นมาโดยตลอด ทำให้การสาธารณสุขของประเทศไทยก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว เป็นที่ยอมรับของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก นโยบายของรัฐบาลทุก ๆ สมัยต่างก็ระบุ เป้าหมายดังกล่าวไว้อย่างชัดเจน แต่เนื่องจากความจำกัดของทรัพยากรต่าง ๆ ทำให้ต้องจัดลำดับความสำคัญในพื้นที่ชนบทยากจนก่อน โดยยึดนโยบายพัฒนาชนบทแนวใหม่เป็นหลักในการกำหนดพื้นที่เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขได้คิดค้นนวัตกรรม (Innovation) ขึ้นมากมาย เช่น การสาธารณสุขมูลฐาน การใช้กระบวนการ จปฐ. ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต กองทุนพัฒนาหมู่บ้าน โรงพยาบาลสาขา ฯลฯ ซึ่งเป็นการสาธารณสุขเชิงรุกทั้งสิ้น การดำเนินงานต่าง ๆ ได้ผลดียิ่งในเขตชนบท แต่ได้ผลค่อนข้างน้อยในเขตเมือง

ลักษณะสำคัญของการจัดการบริการสาธารณสุขเชิงรุก

1. เป็นการจัดการบริการสาธารณสุขแบบเบ็ดเสร็จผสมผสานและครบวงจร
2. เป็นการจัดการบริการเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสาธารณสุข โดยยึดปัญหาสาธารณสุขของกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก ทั้งภายในและภายนอกสถานบริการ
3. เป็นการจัดการบริการเพื่อให้ครอบคลุมประชากรเป้าหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสาธารณสุข

ระดับบริการสาธารณสุข⁽⁴⁰⁾

การพัฒนาาระบบสุขภาพจะต้องพัฒนาหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ เช่น โรงพยาบาล สถาบันต่างๆ ที่ให้บริการสุขภาพ หรือดำเนินงานตามแผนสาธารณสุข โดยจัดบริการถึงครอบครัวและชุมชน โดยจัดบริการแบบผสมผสานทุกระดับโดยมุ่งให้การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ และการบริการแต่ละระดับต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างระดับของบริการสุขภาพในหน่วยงานของรัฐและชุมชน การจัดระบบของการบริการสุขภาพจัดได้ดังนี้

1. การบริการสาธารณสุขมูลฐาน
2. การบริการสาธารณสุขของรัฐระดับ 1
3. การบริการสาธารณสุขของรัฐระดับ 2
4. การบริการสาธารณสุขของรัฐระดับ 3

การจัดบริการสาธารณสุขตามระดับบริการมีลักษณะดังนี้

1. การบริการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการดูแลสุขภาพขั้นมูลฐาน เป็นวิธีการจัดบริการสาธารณสุขให้กระจายไปถึงระดับหมู่บ้าน โดยความร่วมมือของชุมชนที่ช่วยในการดูแลสุขภาพตนเองและเพื่อนบ้าน อาสาสมัครที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชนจะได้รับการอบรมความรู้ด้านสุขภาพอนามัย และนำมาเผยแพร่ให้ประชาชนในหมู่บ้าน นอกจากนี้ยังเป็นตัวอย่างทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนในหมู่บ้านด้วย

2. การให้บริการสาธารณสุขระดับ 1 เป็นการให้บริการสำหรับประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเบื้องต้นหรือโรคที่รักษาในขอบเขตของสถานอนามัย มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอยู่คือ พนักงานอนามัยและผดุงครรภ์ เมื่อเกินความสามารถก็จะส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งขีดความสามารถเพิ่มขึ้น มีแพทย์พยาบาลและมีเตียงไว้สำหรับผู้ป่วยไว้รักษา แต่ถ้าโรคนั้นร้ายแรงก็ต้องจัดส่งต่อไปเช่นเดียวกัน

3. การให้บริการสาธารณสุขระดับ 2 เป็นการบริการสำหรับประชาชนที่ป่วยด้วยโรคของระบบต่างๆ ซึ่งเกินความสามารถของโรงพยาบาลชุมชนจะตรวจรักษา เนื่องจากอัตราของแพทย์และเครื่องมือในการตรวจรักษา การบริการสาธารณสุขระดับ 2 นี้ มีอยู่ในทุกจังหวัดก็คือ โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลจังหวัดเดิม

4. การให้บริการสาธารณสุขระดับ 3 เป็นบริการสำหรับประชาชนที่ป่วยด้วยโรคที่ซับซ้อนและต้องใช้เครื่องมือพิเศษ ต้องใช้แพทย์เฉพาะทางในการตรวจและวินิจฉัยอันได้แก่โรงพยาบาลระดับศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะโรค และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ระดับของบริการตามที่กล่าวมาแล้ว จะต้องมีความรับผิดชอบร่วมกันในระบบของการรับส่งผู้ป่วยต่อเพื่อการศึกษา เพราะเนื่องจากขีดความสามารถของการให้บริการนั้นต่างกันตามพื้นความรู้และขนาดของสถานบริการ การรับส่งผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐาน

ความหมาย

ปรีชา ดีสวัสดิ์ (2530)⁽⁴⁴⁾ ได้สรุปว่าการสาธารณสุขมูลฐานเป็นบริการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการผสมผสานให้ครอบคลุมประชากรโดยทั่วถึงเป็นบริการที่ทำโดยประชาชนทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยที่รัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุน การสาธารณสุขมูลฐานจึงเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาประชาชนให้สามารถช่วยตนเอง และแก้ไขปัญหาของตนเองและชุมชนได้

ไพจิตร ปวะบุตร (2535)⁽²⁾ กล่าวว่าสาธารณสุขมูลฐานหมายถึง ระบบที่ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งระดับปัจเจกบุคคล ระดับครอบครัว หรือระดับชุมชน โดยบุคลากรที่ให้บริการเป็นผู้ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือประชาชน เป็นการสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขขึ้นมาหรือใช้ผู้นำที่มีอยู่แล้วในหมู่บ้าน เพื่อพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพช่วยเหลือชาวบ้านได้

สำเริง แหงกระโทก (2542)⁽¹¹⁾ สรุปว่าการสาธารณสุขมูลฐานเป็นบริการสาธารณสุขระบบที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งระดับปัจเจกบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชนหรือระดับหมู่บ้าน ข้าราชการที่ให้บริการหรือช่วยเหลือประชาชนช่วงนี้ เน้นการสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขหรือใช้ผู้นำที่มีอยู่แล้วในหมู่บ้าน เพื่อพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพช่วยเหลือชาวบ้านได้ต่อไป

จากความหมายของงานสาธารณสุขมูลฐานสรุปได้ว่า การสาธารณสุขมูลฐานเป็นบริการสาธารณสุขที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งระดับปัจเจกบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชนหรือระดับหมู่บ้าน โดยจัดกิจกรรมบริการตามองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน

องค์การอนามัยโลกกับสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care; PHC)⁽⁴⁵⁻⁴⁶⁾

สาธารณสุขมูลฐาน หรือ Primary health care; PHC มีความหมายเชื่อมโยงกับ “บริการปฐมภูมิ (Primary care)” ทั้งนี้ในคำประกาศขององค์การอนามัยโลกซึ่งนอกจากจะประกาศว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน” หรือ Primary health care; PHC เป็นกุญแจสำคัญหรือกลวิธีหลักที่จะทำให้ประชาชนบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 (Health for all by the year 2000) ขณะเดียวกันองค์การอนามัยโลกได้อธิบายเกี่ยวกับลักษณะสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานไว้ว่า (World health organization, 1978) “การสาธารณสุขมูลฐาน” ในมิติของการบริการ จัดว่าเป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ที่พัก ที่ทำงานของประชาชนที่ดูแลทั้งบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งเป็นบริการที่บูรณาการเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขโดยรวมของประเทศ ผสมผสานกับการพัฒนาสังคม และเศรษฐกิจโดยรวมของชุมชนด้วย จากความหมายและลักษณะสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานที่กล่าวข้างต้น แสดงว่าองค์การอนามัยโลกให้ความหมายของ “การสาธารณสุขมูลฐาน” ครอบคลุมไปถึงการจัดบริการที่เป็นบริการด่านแรกด้วย ซึ่งหมายความว่า องค์การอนามัยโลกและประเทศอื่นที่พัฒนาแล้ว ให้ความหมายของคำว่า Primary health care; PHC เหมือนกับ Primary care คือบริการด่านแรก หรือบริการระดับปฐมภูมิ ฉะนั้นการกล่าวถึง Primary care และ Primary health care ในประเทศทางยุโรป จึงหมายถึงบริการที่เหมือนกันและใช้ 2 คำนี้แทนกัน

องค์ประกอบสาธารณสุขมูลฐาน (Essential Element Primary Health Care)⁽⁴⁸⁾

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในระยะเริ่มแรก มี 8 กิจกรรม ต่อมาในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 ได้เพิ่มเป็น 10 กิจกรรม และในแผนฯ 7 ได้เพิ่มกิจกรรมดำเนินการอีก 4 กิจกรรม รวมเป็น 14 กิจกรรม ดังนี้

1. งานโภชนาการ (N : Nutrition)
2. งานสุขศึกษา (E : Education)
3. งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและจัดหาน้ำสะอาด (W : Water Supply and Sanitation)
4. งานควบคุมและป้องกันโรคในท้องถิ่น (S : Surveillance for Local disease Control)
5. งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (I : Immunization)
6. งานรักษาพยาบาลเบื้องต้น (T : Simple Treatment)
7. งานจัดหาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน (E : Essential drugs)
8. งานอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว (M : Maternal and Child Health and Family Planning)
9. งานสุขภาพจิต (M : Mental Health)
10. งานทันตสาธารณสุข (D : Dental Health)
11. งานป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย (E : Environmental Health)
12. งานคุ้มครองผู้บริโภค (C : Consumer Protection)
13. งานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (A : AIDS)
14. งานป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ (A : Accident and Non-communicable Disease Control)

หลักการในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ^(40,46-48)

องค์การอนามัยโลกได้เสนอกกลยุทธ์ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานโดยกล่าวว่างานสาธารณสุขมูลฐานเป็นส่วนผสมผสานของระบบบริการสาธารณสุขและระบบการพัฒนาทางสังคม เศรษฐกิจของประเทศ โดยมีหลักการที่สำคัญ 4 ประการ คือ

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation ; CP) : การมีส่วนร่วมหรือความร่วมมือของชุมชน คือหัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน เพราะจะทำให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของและร่วมรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมสาธารณสุข ดังนั้น ชุมชนจะต้องรับรู้สภาพปัญหาของตนเอง สามารถวิเคราะห์ปัญหา และหาทางแก้ไขปัญหา ตลอดจนดำเนินการแก้ไขปัญหาคตามศักยภาพที่มีซึ่งชุมชนต้องร่วมมือทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนมีได้หลายรูปแบบดังนี้

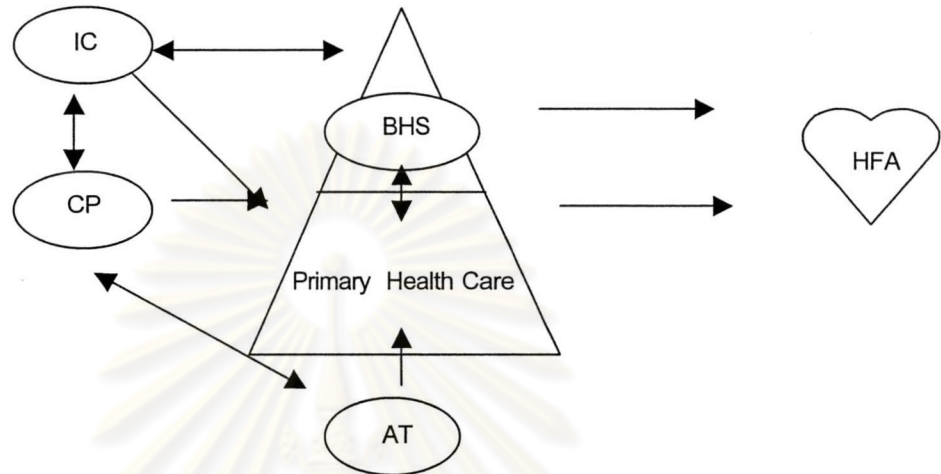
- การสำรวจและใช้ผลการสำรวจ จปฐ. ในการวางแผนและแก้ไขปัญหของชุมชน
- การจัดตั้งกองทุนหมุนเวียนในหมู่บ้าน
- การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology ; AT) : การที่ประชาชนจะมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขด้วยตนเองนั้น จะต้องมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีให้ ง่าย ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน และเหมาะสมกับแต่ละสภาพท้องถิ่นและประชาชนสามารถปฏิบัติได้ โดยสอดคล้องกับชีวิตประจำวัน

3. การปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐ(Basic Health Service ; BHS) เพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน : เป้าหมายของการให้บริการสาธารณสุข คือ การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน แม้ว่าประชาชนจะสามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่งแต่เป็นความจำเป็นที่รัฐจะต้องให้ความช่วยเหลือเมื่อปัญหาที่เกิดขึ้นเกินความสามารถที่ชุมชนจะดูแลกันเองได้ดังนั้นระบบบริการของรัฐจะต้องปรับระบบบริการให้เชื่อมต่อและรองรับระบบการสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนเป็นผู้ดำเนินการเอง

4. การผสมผสานกับงานสาขาอื่น ๆ (Intersectoral Collaboration ; IC) : ประชาชนจะมีสุขภาพดีต้องประกอบด้วยปัจจัยหลายประการทั้งการมีความรู้ในการดูแลตนเอง ภาวะเศรษฐกิจที่มีโอกาสเลือก ใช้จ่ายเครื่องอุปโภค บริโภคที่ส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพดี ซึ่งบางสิ่งทีกล่าวมาอยู่นอกขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการได้ จึงจำเป็นต้องมีการผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่น ๆ อาทิ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงอุตสาหกรรม เป็นต้น การประสานความร่วมมือต้องดำเนินการในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับกระทรวง ระดับจังหวัดจนถึงระดับหมู่บ้านหรือชุมชนโดยประชาชนสามารถวิเคราะห์ปัญหา กำหนด ตัดสินใจเลือก หรือขอสิ่งสนับสนุนในการแก้ปัญหาจากภาครัฐ จะทำให้การดำเนินงานที่ผสมผสานเป็นไปอย่างชัดเจน และมีประสิทธิภาพ ซึ่งรูปแบบหนึ่งที่ใช้กันอยู่คือการใช้ จปฐ. ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

สรุป หลักในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานคือการทำงานที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพกันเองภายในชุมชน จะต้องใช้เทคนิควิธีการที่ง่ายเหมาะสมกับท้องถิ่นและศักยภาพของประชาชนทั้งในด้านวิชาการ บริการ และการบริหาร อีกทั้งมีการประสานงานกับกระทรวงอื่นๆ ในการพัฒนาชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าดังแผนภูมิภาพที่ 2.6



แผนภูมิภาพที่ 2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างงานสาธารณสุขมูลฐานกับสุขภาพดีถ้วนหน้า
เรณูวรรณ หาญวาทย์ (2540)⁽⁴⁰⁾ : บริการสาธารณสุขที่นำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

ดังนั้นการที่ประชาชนคนไทยทุกคนจะมีสุขภาพดีอย่างถ้วนหน้า จำเป็นต้องเริ่มพัฒนาในหน่วยเล็กก่อน คือการทำให้สุขภาพดีถ้วนหน้าในระดับหมู่บ้านเมื่อคนในหมู่บ้านมีสุขภาพดี ก็จะทำให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าในระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และประเทศในที่สุด ในทุกส่วนของการดำเนินงานต้องอาศัยพลังความสามารถของเจ้าหน้าที่ ที่ตั้งใจจริงในการปฏิบัติงานโดยทุกขั้นตอนต้องทำงานเชิงรุกเข้าไปในชุมชนมิใช่บริการที่ตั้งรับอย่างเดียวเท่านั้น การทำงานต้องยึดประชาชนเป็นหลักที่จะต้องทำให้เขาสามารถพึ่งตนเองได้ โดยใช้หลักการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

จึงกล่าวได้ว่าสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะทำให้ประชาชนสุขภาพดีถ้วนหน้า อีกทั้งยังเป็นหนทางที่จะทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความมุ่งหมายของการพัฒนาประเทศเพราะมีหลักการดำเนินงานที่จะต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายๆ กระทรวงที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความร่วมมือจากประชาชน เพื่อเป็นการร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยในหลายๆ ด้านไปพร้อมกัน

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้นิยามคำว่า งานสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึงบริการสาธารณสุขที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ และดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเกิดได้ทั้งระดับปัจเจกบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน หรือระดับหมู่บ้าน โดยจัดกิจกรรมตามองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน

ความสัมพันธ์ระหว่างความจำเป็นพื้นฐาน กับงานสุขภาพดีถ้วนหน้าและคุณภาพชีวิต

หลักการและแนวคิดเรื่องความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) คือ การวาดภาพสังคมที่พึงประสงค์ของคนไทย โดยคิดว่าในฐานะที่ประชาชนทุกคนที่เกิดเป็นคนไทยนั้น ขั้นต่ำของชีวิตเขาน่าจะมีอะไรบ้าง นั่นคือ การที่จะทำให้คนไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขั้นต่ำเขาควรจะมีอะไรบ้าง จึงได้ข้อสรุปว่าการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทยจะต้องบรรลุ จปฐ. แต่ถ้าหากบรรลุ จปฐ. หมวดสาธารณสุขครบทุกข้อแสดงว่ามีสุขภาพดีถ้วนหน้า

ความจำเป็นพื้นฐาน

ความจำเป็นพื้นฐาน(2541)⁽⁴⁹⁾ หมายถึง ระดับความต้องการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีพ ซึ่งบุคคลแต่ละบุคคลในสังคมพึงจะบรรลุในช่วงเวลาหนึ่งหรือที่เรียกว่า Basic Minimum Need (BMN)

ความจำเป็นพื้นฐาน(2542)⁽⁵⁰⁾ หมายถึง ความต้องการขั้นต่ำสุดที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของมนุษย์ดีขึ้นมาได้ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุขพอควร

ความจำเป็นพื้นฐานของคนไทย (2544)⁽⁵¹⁾ หมายถึง ความต้องการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีพพื้นฐานของบุคคล หรือความจำเป็นพื้นฐานของชุมชนเพื่อที่จะใช้เป็นเกณฑ์ให้ตรวจสอบได้ว่า ในชุมชนหนึ่ง ๆ ยังขาดแคลนในเรื่องใดบ้างและขาดแคลนแค่ไหน ซึ่งจะมีผลให้การวางแผนพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาได้ถูกจุดเป้าหมาย ตลอดจนการระดมทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ให้เป็นประโยชน์เต็มที่ ซึ่งจะเป็นผลทำให้การพัฒนาแบบผสมผสานดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพในอันที่จะสร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นในสังคม

การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

ไพจิตร ปวะบุตร(2537)⁽⁵²⁾ สุขภาพดีถ้วนหน้า หมายถึง การที่ทุกคนเกิดมามีชีวิตยืนยาว และอยู่อย่างมีคุณภาพ ไม่เจ็บป่วยด้วยสาเหตุที่ไม่จำเป็น สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตอยู่และสร้างสรรค์ประโยชน์ให้แก่สังคมอย่างมีคุณภาพ และตายอย่างมีศักดิ์ศรี

กันยา กาญจนบุรานนท์ (2539)⁽⁵³⁾ กล่าวว่า สุขภาพดีถ้วนหน้า หมายถึง ประชาชนทุกกลุ่มอาชีพ ทุกกลุ่มอายุและทุกเพศ จะต้องมีโอกาสมีสุขภาพดีได้ทุกคน ตามสภาพสังคม และสภาวะเศรษฐกิจของประเทศ

จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2540)⁽⁵⁴⁾ กล่าวว่า สุขภาพดีถ้วนหน้า หมายถึง การที่ทุกคนได้รับการดูแลตั้งแต่ก่อนเกิด จนกระทั่งแก่ และตายอย่างดีสมศักดิ์ศรีที่เกิดมาเป็นมนุษย์ อีกทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่ก็ไม่ควรป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ หรือหากเจ็บป่วยขึ้นก็สามารถได้รับการรักษาพยาบาล อย่างเหมาะสมและเท่าเทียมกัน

ดังนั้นสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health For All : HFA) หมายถึง ทุกคนที่อยู่ในรัฐของประเทศนั้นๆจะสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทัดเทียมกัน และเข้าถึงตามสภาพของโรคที่ควรจะเป็น รวมทั้งรัฐมีระบบป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาลแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง ประชาชนรู้และได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานของการดูแลสุขภาพได้ ประชาชนทุกคนเกิดมามีชีวิตยืนยาวและดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ ไม่เจ็บป่วยด้วยสาเหตุที่ไม่จำเป็น และสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตอยู่และสร้างสรรค์ประโยชน์ให้แก่สังคมอย่างมีคุณค่าและตายอย่างมีศักดิ์ศรี

จากการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 30 พ.ศ.2520 ขององค์การอนามัยโลก ประเทศภาคีสมาชิกได้มีมติให้ “สุขภาพดีถ้วนหน้า ภายในปี 2543” หรือ “Health For All by the year 2000” เป็นเป้าหมายหลักทางสังคม และผลการประชุมใหญ่ที่อัลมา อตา ประเทศรัสเซีย ในปี 2521 ได้มีข้อตกลงว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน” หรือ “Primary Health Care” เป็นกลวิธีหลักในการบรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” และเรียกร้องให้ทุกชาติสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยผสมผสานไปกับการพัฒนาทุกสาขา ทั้งในระดับชุมชน และระดับชาติ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

ประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) เพื่อการพัฒนาสุขภาพเมื่อปี พ.ศ. 2523 จะสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 และกระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) แต่ยังเป็นลักษณะกระจายเป็นโครงการ ได้เริ่มดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจังในแผนฯ 5 (พ.ศ.2525-2529) โดยประกาศเป็นนโยบายในแผนพัฒนาสาธารณสุขของประเทศอย่างชัดเจน จึงถือเป็นมิติทางสาธารณสุขแผนใหม่ที่ประเทศไทยนำมาใช้ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

การประเมินผลการบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า องค์การอนามัยโลกได้กำหนดขอบเขตการประเมินผลไว้ โดยครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2525 เพื่อให้ประเทศสมาชิกได้มีแนวทางในการประเมินผล และมีการกำหนดตัวชี้วัด รวมทั้งระบบฐานข้อมูลเพื่อรองรับตัวชี้วัดในการประเมินผลในปี พ.ศ. 2528 ได้มีการประเมินผลครั้งแรก (The First Evaluation) ส่วนในครั้งที่ 2 (The Second Evaluation) มีขึ้นในปี พ.ศ. 2531 และครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ. 2537 (The Third Monitoring) ซึ่งในครั้งที่ 3 นี้ได้กำหนดเป็นแนวทางการประเมินผลที่ชัดเจน เรียกว่า (Evaluating the Implementation of The Strategy For Health For All by the Year 2000) Common Framework Third Evaluation (CFE/3) ซึ่งมีการเสนอแนะรูปแบบการรายงานการวิเคราะห์ข้อมูล โดยในการประเมินผลครั้งนี้แล้วเสร็จต้นปี พ.ศ. 2540 และผลการประเมินในกลุ่มสมาชิกทั่วโลกจะตีพิมพ์ภายในปี พ.ศ. 2541 และการใช้ผลการประเมินในครั้งนี้ จะเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดแนวนโยบายในการพัฒนาเพื่อบรรลุการมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นเป้าหมายในระดับโลกต่อไป

ในการดำเนินการประเมินผลสุขภาพดีถ้วนหน้าครั้งที่ 3 ขององค์การอนามัยโลกได้กำหนดเครื่องชี้วัดเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

1. Demography
2. Trends in Socioeconomic Development
3. Health and Environment
4. Health Resources
5. Health Services
6. Trends in Health

คุณภาพชีวิต

Patrick และคณะ (1993)⁽⁵⁵⁾ กล่าวว่า ความหมายของคุณภาพชีวิตสะท้อนถึงความรู้ ประสบการณ์ และคุณค่าของบุคคล ตัวอย่างเช่น ความหมายของคุณภาพชีวิตสำหรับบางคนเป็นเรื่องเกี่ยวกับความสวยงาม แต่สำหรับบางคนอาจเป็นประเด็นของชีวิตครอบครัว ส่วนคนที่กำลังเจ็บป่วยหรือพิการ คุณภาพชีวิตอาจหมายถึงการหายจากความเจ็บป่วยและพิการ ยิ่งไปกว่านั้น ความสำคัญของคุณภาพชีวิตในด้านหนึ่งๆ สำหรับคนๆหนึ่งอาจเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ในช่วงที่ล้มป่วยลง คุณภาพชีวิตที่สำคัญที่สุดอาจเป็นการมีสุขภาพที่ดี แต่ในช่วงของการขาดเงินทอง คุณภาพชีวิตที่สำคัญที่สุดกลับกลายเป็นฐานะทางเศรษฐกิจ

คุณภาพชีวิต (Quality of life)⁽⁴⁹⁾ หมายถึงการดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่งๆ ในช่วงเวลาหนึ่งๆ ซึ่งคุณภาพชีวิตของแต่ละสังคมไม่เหมือนกัน ดังเช่น คุณภาพชีวิตของสังคมไทยอาจแตกต่างจากคุณภาพชีวิตของสังคมญี่ปุ่น ดังนั้นการที่จะบอกได้ว่าประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่นั้น ต้องมีการกำหนดความจำเป็นพื้นฐานของแต่ละสังคมออกมาให้ชัดเจน

ความจำเป็นพื้นฐานจัดทำขึ้นเพื่อให้ประชาชนในชนบทสามารถพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง และครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างน้อยบรรลุขั้นต่ำตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน โดยมีเครื่องชี้วัดจปฐ. เป็นเครื่องมือ

เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานในช่วงแผนพัฒนาฯ ในอดีตที่ผ่านมาจนกระทั่งถึงปัจจุบัน มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

1. ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529) มีตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน และเกณฑ์เป้าหมาย รวม 8 หมวด 32 ตัวชี้วัด
2. ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534) มีตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน และเกณฑ์เป้าหมาย รวม 8 หมวด 32 ตัวชี้วัด
3. ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) มีตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน และเกณฑ์เป้าหมาย รวม 9 หมวด 37 ตัวชี้วัด
4. ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) มีตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน และเกณฑ์เป้าหมาย รวม 8 หมวด 39 ตัวชี้วัด
5. ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) มีตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน และเกณฑ์เป้าหมาย รวม 6 หมวด 37 ตัวชี้วัด

การปรับปรุงตัวชี้วัดและเกณฑ์ ในแต่ละช่วงเวลา มีคณะกรรมการอำนวยการงาน พัฒนาคุณภาพชีวิตของประเทศในชนบทเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งในช่วงแผนฯ 9 คณะกรรมการดังกล่าวได้ แต่งตั้งคณะทำงานปรับปรุงเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบทขึ้น โดยมีรองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นประธาน โดยกองวิชาการและแผนงานคณะกรรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทยเป็นฝ่ายเลขานุการ คณะทำงานประกอบไปด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิจาก มหาวิทยาลัย และกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ปรับปรุงตัวชี้วัดและเกณฑ์ จปฐ.ในช่วงแผนฯ 9 ขึ้น รวมทั้ง ได้นำไปทดสอบหาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ทั้งด้านวิชาการ และทางปฏิบัติ จนกระทั่งได้ ตัวชี้วัด จปฐ.ในแผนฯ 9 มา 6 หมวด 37 ตัวชี้วัด⁽⁵¹⁾

ตารางที่ 2.1 เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549)

ตัวชี้วัด จปฐ.	เป้าหมาย (ร้อยละ)
<p>หมวดที่ 1 สุขภาพดี (11ตัวชี้วัด)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด และฉีดวัคซีนครบ 100 2. หญิงที่คลอดลูกได้รับการทำคลอด และดูแลหลังคลอด 100 3. เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม 100 4. เด็กแรกเกิดถึง 1 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบ 100 5. เด็กแรกเกิดได้กินนมแม่ 4 เดือนแรกติดต่อกัน 90 6. เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้กินอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอ 100 7. เด็กอายุ 6 – 15 ปี ได้กินอาหารอย่างถูกต้องครบถ้วน 100 8. เด็กอายุ 6 – 12 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบ 100 9. ทุกคนในครัวเรือนได้กินอาหารที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน 90 10. คนในครัวเรือนมีความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม 100 11. คนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี 30 	
<p>หมวดที่ 2 มีบ้านอาศัย (8 ตัวชี้วัด)</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. ครัวเรือนมีความมั่นคงในที่อยู่อาศัยและบ้านมีสภาพทนถาวร 100 13. ครัวเรือนมีน้ำสะอาดสำหรับดื่มและบริโภคตลอดปี 95 14. ครัวเรือนมีน้ำใช้เพียงพอตลอดปี 95 15. ครัวเรือนมีการจัดบ้านเรือนและบริเวณบ้านเป็นระเบียบถูกสุขลักษณะ 95 16. ครัวเรือนไม่ถูกรบกวนจากเสียง ความสั่นสะเทือน ฝุ่นละออง กลิ่นเหม็น หรือมลพิษทางอากาศ น้ำเสีย ขยะ และสารพิษ 100 17. ครัวเรือนมีการป้องกันอุบัติเหตุอุบัติเหตุภัยอย่างถูกวิธี 100 18. ครัวเรือนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน 100 19. ครอบครัวมีความอบอุ่น 100 	

ตารางที่ 2.1 เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - 2549) (ต่อ)

ตัวชี้วัด จปฐ.	เป้าหมาย (ร้อยละ)
หมวดที่ 3 ผักใฝ่การศึกษา (6 ตัวชี้วัด) 20. เด็กอายุ 3 – 5 ปี ได้รับการเลี้ยงดูเตรียมความพร้อมก่อนวัยเรียน 21. เด็กอายุ 6 – 15 ปี ได้รับการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี 22. เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี ได้เรียนต่อมัธยมศึกษาตอนปลาย 23. เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี และไม่ได้เรียนต่อมัธยมศึกษาตอนปลายได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีพ 24. คนอายุ 15 – 60 ปี อ่านออก และเขียนภาษาไทยได้ 25. คนในครัวเรือนได้รับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง	100 100 50 80 100 100
หมวดที่ 4 รายได้ก้าวหน้า (3 ตัวชี้วัด) 25. คนอายุ 18 – 60 ปี มีการประกอบอาชีพและมีรายได้ 26. คนในครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่ต่ำกว่าคนละ 20,000 บาทต่อปี 27. ครัวเรือนมีการเก็บออมเงิน	80 70 60
หมวดที่ 5 ปลูกฝังค่านิยมไทย (5 ตัวชี้วัด) 28. คนในครัวเรือนไม่ติดสุรา 29. คนในครัวเรือนไม่สูบบุหรี่ 31. คนอายุ 6 ปี ขึ้นไปทุกคน ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 32. คนสูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครัวเรือน 33. คนพิการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครัวเรือน	100 50 100 100 100
หมวดที่ 6 ร่วมใจพัฒนา (4 ตัวชี้วัด) 34. ครัวเรือนมีสมาชิกกลุ่มที่ตั้งขึ้นในหมู่บ้าน 35. ครัวเรือนมีคนที่มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อประโยชน์ของชุมชน หรือท้องถิ่น 36. ครัวเรือนมีคนเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะของหมู่บ้าน 37. คนมีสิทธิ์ไปใช้สิทธิ์เลือกตั้ง	90 30 100 100

ความจำเป็นพื้นฐานเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนไทย

กลวิธีหลักในการดำเนินงานเพื่อบรรลุคุณภาพชีวิต

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน มีความเกี่ยวพัน กับ จปฐ. เนื่องจาก จปฐ. เป็นเกณฑ์ที่ใช้วัดคุณภาพชีวิต อีกทั้งยังเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานระดับสูง ในการวางแผนดำเนินการพัฒนา จึงควรมีการศึกษาขั้นตอนการนำ จปฐ. ไปพัฒนาหมู่บ้าน ซึ่งมี 7 ขั้นตอนดังนี้

1. การสำรวจข้อมูล ซึ่งแบบสำรวจข้อมูล จปฐ.มี 2 แบบ คือ

- แบบสำรวจข้อมูลครอบครัวเรียกว่า จปฐ. 1 โดยสำรวจ 1 ชุดต่อ 1 หลังคาเรือน ผู้สำรวจคือหัวหน้าครอบครัว แล้วหัวหน้าครอบครัวนำสมุดติดไว้ในบ้านเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวรับรู้ ปัญหาของครอบครัวร่วมกัน เพื่อหาทางแก้ไขต่อไป
- แบบสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน เรียกว่า จปฐ. 2 ผู้สำรวจคือคณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) ด้วยความช่วยเหลือจากคณะทำงานสนับสนุนการปฏิบัติงานการพัฒนาชนบทระดับตำบล (คปต.) โดยรวบรวมข้อมูลจาก จปฐ. 1 ของทุกหลังคาเรือน สรุปลงใน จปฐ. 2 หมู่บ้านละ 1 เล่ม และทำสำเนาอีก 1 เล่ม เพื่อส่งให้อำเภอบันทึกลงในคอมพิวเตอร์

2. ระบุปัญหาชุมชน เมื่อได้ จปฐ. 2 ซึ่งเป็นข้อมูลของหมู่บ้านแล้ว กม. และ คปต. จะนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ เพื่อดูว่าตัวชี้วัดในแต่ละข้อเป็นไปตามเป้าหมายหรือเกณฑ์ที่ตั้งไว้หรือไม่ แล้วนำผลที่ได้ไปติดไว้ที่หมู่บ้าน เพื่อให้ประชาชนในชุมชนได้รับรู้ปัญหาในหมู่บ้านของตน

3. วิเคราะห์ปัญหาเพื่อกำหนดสาเหตุของปัญหา เมื่อทราบว่ามี จปฐ. ในข้อใดที่ตกเกณฑ์ คปต. จะสอน กม. ให้ช่วยกันวิเคราะห์หาสาเหตุ และแนวทางการแก้ไขปัญหา

4. จัดลำดับก่อนหลังและวางแผนแก้ไขปัญหา โดยพิจารณาตามความสำคัญ ความรุนแรง และขนาดของปัญหานั้นๆ ว่าส่งผลกระทบต่อประชาชนมากน้อยเพียงใด ตลอดจนความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหา แล้วจึงนำปัญหานั้นมาเขียนโครงการเพื่อแก้ไขปัญหา

5. ดำเนินการตามแผนหรือโครงการ โดยแผนงานที่ไม่ต้องใช้งบประมาณจากภาครัฐประชาชนสามารถดำเนินการได้เลย แต่ถ้าเป็นงบประมาณที่เป็นของภาครัฐ หลังได้รับการอนุมัติจึงค่อยดำเนินการ โดยเจ้าหน้าที่ควรให้คำปรึกษา ช่วยเหลือหรือสนับสนุนอย่างเต็มความสามารถ

6. ประเมินผล หลังดำเนินการควรร่วมกันประเมินผลอีกครั้ง โดยการสำรวจ จปฐ. ใหม่

7. สอนหมู่บ้านอื่นๆ

การที่จะทำให้ประชาชนทั้งประเทศมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ทางกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง 4 กระทรวงหลัก คือ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงสาธารณสุข ได้ ร่วมมือกันหาแนวทางดำเนินการ จึงได้ข้อสรุป โดยนำเอา จปฐ. เป็นตัวชี้วัด ถ้าบรรลุ จปฐ. ครบทุกข้อแสดงว่าประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ถ้าบรรลุ จปฐ. ในหมวดสาธารณสุข แสดงว่ามีสุขภาพดีถ้วนหน้า การกำหนดตัวชี้วัดสุขภาพดีถ้วนหน้า เพื่อให้แต่ละท้องที่ซึ่งมีความแตกต่างกันได้เข้าใจตรงกัน และมีความชัดเจนยิ่งขึ้น ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543 เพื่อเร่งรัดการพัฒนาให้ถึงเป้าหมายการบรรลุ

สุขภาพดีถ้วนหน้า และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ให้ครอบคลุมทั้งด้านปริมาณ และคุณภาพที่จะต้องพยายามพัฒนาให้ดำรงคงอยู่ตลอดไป ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลง การปฏิรูประบบราชการ การเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจที่ งบประมาณในการดำเนินงานน้อยลงนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกคนต้องหันมาพึ่งตนเอง พัฒนาแก้ไขปัญหาให้ตรงจุดมากที่สุดเพื่อให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จอย่างแท้จริง ทุกฝ่ายจะต้องมาหาทางออกร่วมกันกำหนดเป้าหมาย จุดเน้นเดียวกันให้ได้ ทั้งนี้เพื่อให้ถึงจุดหมายร่วมกัน คือ ความอยู่ดี กินดี และการมีสุขภาพอนามัยที่ดีของประชาชนไทยทุกคน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความคิดเห็นของ อสม. ต่อกิจกรรมสำคัญในระบบสุขภาพชุมชนที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขมูลฐานตามหมวดต่าง ๆ ในแผน ๙ 9 เนื่องจากครอบคลุม จปฐ. ของประชาชนและชุมชนในทุก ๆ ด้าน ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพชุมชนทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางานสาธารณสุข และคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยซึ่งใช้ จปฐ. เป็นเครื่องมือ

ข้อมูลทั่วไปจังหวัดนครราชสีมา⁽⁵⁶⁾

ที่ตั้งและอาณาเขต

จังหวัดนครราชสีมา ตั้งอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ห่างจาก กรุงเทพมหานคร 255 กิโลเมตร มีเนื้อที่ประมาณ 20,493.964 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 12,808,728 ไร่ มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับ จังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดขอนแก่น

ทิศใต้ ติดต่อกับ จังหวัดนครนายก จังหวัดปราจีนบุรี และ จังหวัดสระแก้ว

ทิศตะวันออก ติดต่อกับ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดขอนแก่น

ทิศตะวันตก ติดต่อกับ จังหวัดสระบุรี และจังหวัดลพบุรี

จังหวัดนครราชสีมา

พื้นที่ 20,493.96 ตารางกิโลเมตร ประชากร 2,556,297 คน 589,611 หลังคาเรือน มีความหนาแน่น 124.73 คน /ตร.กม. แบ่งการปกครองออกเป็น 26 อำเภอ 6 กิ่งอำเภอ 287 ตำบล 3,375 หมู่บ้าน เทศบาล 46 แห่ง (เทศบาลนคร 1 แห่ง) ชุมชน 77 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 287 แห่ง

ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด

สภาพทางเศรษฐกิจของจังหวัดนครราชสีมาในปี 2540 พบว่า ประชากรมีรายได้เฉลี่ยต่อหัว 39,826 บาทต่อปี เป็นอันดับ 41 ของประเทศ โดยทั้งจังหวัดมีผลิตภัณฑ์มวลรวม 102,391.964 ล้านบาท รายได้ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับสาขาอุตสาหกรรมมากที่สุด ร้อยละ 21.89 คิดเป็นมูลค่า 22,415.263 ล้านบาท รองลงมาเป็นสาขาการเกษตร ร้อยละ 17.82 คิดเป็นมูลค่า 18,246.003 ล้านบาท และสาขาบริการ ร้อยละ 15.68 คิดเป็นมูลค่า 16,053.640 ล้านบาท อัตรการขยายตัวทางเศรษฐกิจร้อยละ 1.64

การศึกษา

ในปี 2542 จังหวัดนครราชสีมา มีสถานศึกษารวมทั้งสิ้น 1,629 แห่ง มีครู/อาจารย์ 25,828 คน และนักเรียน นิสิต นักศึกษา 545,291 คน ซึ่งอัตราส่วนครู/อาจารย์ต่อนักเรียน นิสิต นักศึกษา เป็น 1 : 21 โดยแยกการศึกษาออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1. การศึกษาในระบบโรงเรียน มีสถานศึกษา 1,597 แห่ง ครู/อาจารย์ 24,934 คน นักเรียน นิสิต นักศึกษา 513,930 คน คิดเป็นอัตราส่วนครู/อาจารย์ ต่อ นักเรียน นักศึกษา เป็น 1:21

2. การศึกษานอกระบบโรงเรียน มีสถานศึกษา 32 แห่ง (ศบอ.) ผู้สอน 894 คน นักเรียน นักศึกษา 31,361 คน คิดเป็นอัตราส่วนครูผู้สอน ต่อ นักเรียน นักศึกษา เป็น 1:35 จากข้อมูลทางการศึกษา (จาก จปฐ.) ปี 2542 พบว่า จังหวัดนครราชสีมา มีเด็กในชนบทอายุครบเกณฑ์การศึกษาภาคบังคับ จำนวน 189,992 คน ได้เข้าเรียน 189,379 คน (99.68%) ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ จปฐ. ที่กำหนดไว้ (กำหนด 100%) และมีเด็กจบการศึกษาภาคบังคับ จำนวน 40,223 คน ได้เรียนต่อระดับมัธยมศึกษา 36,908 คน (91.76%) ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (กำหนดไว้ 98%)

ที่มา : สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด 2543

และจากข้อมูลสำมะโนประชากรและการเคหะ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2513, 2523, 2533 พบว่าประชากรอายุ 10 ปี ขึ้นไป มีแนวโน้มอ่านออกเขียนได้ มากขึ้น โดยเพิ่มจาก ร้อยละ 84.75 (836,067 คน) ในปี 2513 เป็นร้อยละ 91.9 (1,284,309 คน) และ 94.4 (1,790,425 คน) ในปี 2523 และ 2533 ตามลำดับ สำหรับผู้ที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ มีแนวโน้มลดลง โดยลดลงจากร้อยละ 15.3 (150,398 คน) ในปี 2513 เป็นร้อยละ 8.1 (113,657 คน) และร้อยละ 5.6 (105,284 คน) ในปี 2523 และ 2533 ตามลำดับ

ที่มา : สำนักงานสถิติจังหวัดนครราชสีมา 2543

ส่วนระดับการศึกษาของประชากรอายุ 6 ปี ขึ้นไป มีแนวโน้มได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียนมากขึ้น โดยเพิ่มจาก ในปี 2538 คิดเป็นร้อยละ 96.50% (44,504 คน) ในปี 2542 คิดเป็นร้อยละ 99.50 (40,637 คน) โดยส่วนใหญ่ ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีแนวโน้มว่า ประชากรจะมีการศึกษาสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยในปีการศึกษา 2542 ประชากรได้รับการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย ร้อยละ 7.13 (30,287 คน) ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 39.16 (166,273 คน) ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.98 (224,950 คน) และการศึกษาอื่น ร้อยละ 0.73 (3,080 คน)

ที่มา : สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดนครราชสีมา

งานด้านสาธารณสุข

จังหวัดนครราชสีมา ได้เร่งรัดพัฒนางานสาธารณสุขเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน (สทอ.ย.) ตั้งแต่ปี 2541 เป็นต้นมา โดยมีแนวนโยบายและกลยุทธ์ในการบริหารพัฒนางาน ดังนี้ การจัดระบบบริหารหน่วยงาน

1) แบ่งพื้นที่ออกเป็น 8 โซน เพื่อความคล่องตัวในการบริหารจัดการ ติดตาม ควบคุม กำกับงาน ให้เกิดผลสำเร็จรวดเร็วตามกำหนด โดยแต่งตั้งมอบหมาย ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดูแลประจำโซน ทั้ง 8 โซน ในลักษณะการมอบอำนาจการปฏิบัติงานแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ตามโครงสร้างใหม่แบบ Matrix

2) การจัดโครงสร้างการบริหารงานภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โดยมีทั้งหมด 21 ฝ่ายได้แก่ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายทันตสาธารณสุข ฝ่ายแผนงานและประเมินผล ฝ่ายเภสัชสาธารณสุขและคุ้มครองผู้บริโภค ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายสุขภาพจิตและโรคไม่ติดต่อ ฝ่ายเวชศาสตร์และงานกามโรค ฝ่ายประกันสุขภาพ ฝ่ายข้อมูลข่าวสารและคอมพิวเตอร์ ฝ่ายรักษาพยาบาล ฝ่ายแพทย์แผนไทย ฝ่ายประสานงานองค์กรเอกชน สำนักงานปฏิรูประบบสาธารณสุข ฝ่ายระบาดวิทยา ฝ่ายสาธารณสุขเขตเมือง และศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง เพื่อรองรับแผนงานโครงการที่สอดคล้องกันจนถึงระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านอย่างทั่วถึง

3) ในระดับอำเภอมีการเพิ่มฝ่ายในโรงพยาบาลชุมชน มีฝ่ายแผนงาน, ฝ่ายพัฒนาบุคลากรฯ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีการแบ่งฝ่ายเป็น 6 ฝ่าย เพื่อให้สอดคล้องและรองรับฝ่ายใน สสจ. โดยมีการพัฒนาวิชาการตามสายตรงของฝ่ายต่างๆ

เป้าหมาย : ทุกกิจกรรมมุ่งสู่สุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน

การดำเนินงานโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน (สดถ.ย.) โดยมีกลวิธีที่สำคัญ คือ มุ่งเน้นให้ทุกฝ่ายในสังคมมีส่วนร่วมในการพัฒนาภายใต้กลไกต่างๆ ที่ประสานสัมพันธ์กันในลักษณะผู้ร่วมเดินทางแบบมีหุ้นส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชน ในระดับต่างๆ โดย

1) นำกระบวนการทำงานจากพื้นฐานความคิดของระบบรัฐ และเอกชนมาใช้ เน้นการทำงานเชิงปริมาณตามระบบรัฐ และเน้นการพัฒนาคุณภาพตามระบบเอกชน

2) สร้างตัวชี้วัดสุขภาพดีถ้วนหน้าระดับหมู่บ้าน 75 ตัวชี้วัด ระดับตำบล 19 ตัวชี้วัด ระดับอำเภอ 12 ตัวชี้วัด ระดับ จังหวัด 14 ตัวชี้วัด รวม 120 ตัวชี้วัด ต่อมาปรับเป็น 45 ตัวชี้วัด ของ ปกถ. เพื่อ สดถ. ย

3) จัดระบบรวมศูนย์งบประมาณ ทุกประเภทสนับสนุน สดถ.ย. คิด ค้น เขียนแผนงานโครงการเพื่อแก้ไขตามตัวชี้วัด โดยใช้การบริหารงบประมาณแนวใหม่เพื่อการทำงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่จริง

4) สถานบริการทุกแห่งมีการพัฒนาคุณภาพบริการ หรือ งาน After และงานป้องกัน ส่งเสริมคุณภาพ หรืองาน Before

5) ประสานความร่วมมือชุมชนพลังในชุมชนที่มีศักยภาพและชาวบ้านยอมรับ ได้แก่ พระ ครู อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด (อสว.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำโรงเรียน (อสร.) แกนนำอาสาสมัครประจำครอบครัว (กสค.) ซึ่งเรียกว่า "จตุรมิตร" เป็นการประสานบ้าน วัด โรงเรียน (ไตรภาคี)

ปัจจุบัน จังหวัดนครราชสีมา มีหมู่บ้านที่บรรลุเกณฑ์ชี้วัดประกาศเป็นหมู่บ้าน สดถ.ย. แล้ว 1,120 หมู่บ้าน (ธ.ค.2543) และจะดำเนินการต่อไปอย่างต่อเนื่องโดยหลักการของความยั่งยืนคือทำซ้ำๆ แต่มันคงยั่งยืนยาวนาน

สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

สถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	แห่ง
โรงพยาบาลศูนย์(1,072 เตียง)	1
โรงพยาบาลจิตเวช(300 เตียง)	1
โรงพยาบาลชุมชน(120 เตียง)	2
โรงพยาบาลชุมชน(90 เตียง)	3
โรงพยาบาลชุมชน(60 เตียง)	7
โรงพยาบาลชุมชน(30 เตียง)	12
โรงพยาบาลแม่และเด็ก(30 เตียง)	1
สถานีอนามัย	350
ขนาดทั่วไป	278
ขนาดใหญ่	68
ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง	14
สถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงกลาโหม	
โรงพยาบาลค่ายสุรนารี(400 เตียง)	1
โรงพยาบาลกองบิน 1 (30 เตียง)	1
สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน	แห่ง
โรงพยาบาลเอกชน	12
คลินิกแพทย์	135
คลินิกทันตกรรม	40
สถานพยาบาลผดุงครรภ์	
- ชั้น 1	118
- ชั้น 2	114
เทคนิคการแพทย์	1
กายภาพบำบัด	1
ร้านขายยา	
- แผนปัจจุบัน	121
- แผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ	185
- ขายยาแผนโบราณ	45

ผลงานเด่น

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้รับรางวัลชนะเลิศโล่ประกาศเกียรติคุณหน่วยงาน ที่มีผลการดำเนินงานสุขภาพจิตดีในระดับประเทศในการประชุมสุขภาพจิตที่ด้วย อีคิว ปี 2543 ที่ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ รัชดาภิเษก กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 5 ก.ย. 2543

2. โรงเรียนนำอยู่ (Healthy Schools) นครราชสีมา โดยการมีส่วนร่วมแบบ องค์กรร่วมประสานการใช้ทรัพยากรร่วมกันให้เกิดประโยชน์สูงสุด อันจะส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีความสมบูรณ์พร้อมทั้งกายใจ สติปัญญาและ ทักษะการดำรงชีวิตที่ถูกต้องต่อไป โดยมี 11 หน่วยงานร่วมลงนามรับรองข้อตกลงและ เจตนาธรรม เมื่อวันที่ 7 ก.ย. 2543 ที่โรงแรมสีมาธานี จ.นครราชสีมา โดยการประชุมผู้บริหารโรงเรียน ปฏิรูปการศึกษา กับสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน

3. สาธารณสุขเขต 5 เน้นนโยบายเชิงรุกปราบโรคไข้เลือดออกและโรคเลปโตสไปโรซิส เน้นการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนรณรงค์อย่างต่อเนื่อง เสริมสร้างภูมิปัญญาชาวบ้านและเทคโนโลยีในการป้องกันโรคในชุมชน ผลแห่งความสำเร็จของสาธารณสุข เขต 5 ทำให้ สสจ. นครราชสีมา ได้รับรางวัลการบริหารจัดการศูนย์เฉพาะกิจดีเด่นรางวัลหมู่บ้านและวัดดีเด่น บ. หนองแปลน ต.ท่าลาด อ. โชคชัย โรงเรียนดีเด่น ร.ร. บ้านบึงพระ ต. ท่าลาด อ. โชคชัย ชุมชนดีเด่น ชุมชนหลังวัดสามัคคี อ. เมือง จ.นครราชสีมา ประจำปี 2543

4. สอ. ตลาดแค อ. โนนสูง ชนะเลิศการประกวดสถานีนอนามัยดีเด่น ของประเทศ สสจ. นครราชสีมาให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานของสถานบริการทุกระดับผลงาน สดถ.ย.ถึงในชุมชนหมู่บ้าน และตระหนักถึงความสำคัญของสถานีนอนามัย (สอ.) ซึ่งถือเป็นสถานบริการ ด่านหน้าหรือด่านแรกที่ใกล้ชิดพี่น้องประชาชนมากที่สุด

5. จังหวัดนครราชสีมาได้รับรางวัลชนะเลิศควบคุมโรคติดต่อ ในการประกวดโครงการป้องกัน กำจัดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ปศุสัตว์เขต 3 จังหวัดนครราชสีมา ปี 2543 โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ ประกอบด้วย ปศุสัตว์จังหวัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานเทศบาล

ส่วนที่ 6 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.)

ความหมาย

องค์การอนามัยโลก (2542)⁽⁴⁶⁾ ได้ให้ความหมายคำว่า Primary care คือ บริการด่านแรกที่ ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และ ให้จุดเน้นของบริการที่ระดับนี้ที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ แต่รวมถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพ โดยรวม รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคม และการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน

สำเร็จ แหยงกระโทก (2545)⁽⁵⁷⁾ ได้ให้ความหมายคำว่า บริการปฐมภูมิ (Primary Care) หมายถึง การบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างใกล้ชิดโดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วยไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต่อไป

สำเร็จ แหยงกระโทก (2545)⁽⁵⁷⁾ ได้ให้ความหมายของคำว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit : PCU) หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง การจัดพื้นที่ในอาคาร และมีองค์ประกอบ วัสดุ สิ่งของ และระบบการทำงานเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ

สรุปได้ว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง หน่วยบริการด้านแรกสำหรับประชาชนที่มารับบริการ โดยมีบริการเบ็ดเสร็จต่อเนื่อง ผสมผสาน และมีการส่งต่อ โดยมีการจัดพื้นที่ในอาคาร (หรือจัดตั้งอาคารแยกต่างหากก็ได้) และมีองค์ประกอบ บุคคล วัสดุ สิ่งของและระบบการทำงาน เพื่อจัดบริการปฐมภูมิ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับบริการปฐมภูมิ⁽⁵⁸⁻⁶⁰⁾

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็นโดยถือเป็น "สิทธิ" ขั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน เนื่องจากการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมี "สุขภาพดี" หรือมี "สุขภาวะ" ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพได้ การที่ประชาชนจะมี "สุขภาพดี" ได้นั้น ประชาชนจะต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้โดยถือว่า "สุขภาพ" เป็นเรื่องของประชาชนทุกคนและเพื่อประชาชนทุกคน (All for Health and Health for All) ทั้งหมดจะทำให้ระบบเน้นที่การ "สร้าง" สุขภาพกว่าการ "ซ่อม" สุขภาพ

หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- 1) กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุก ระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับประชาชน โดยมี เป้าหมายคือ สุขภาวะ ตามหลักการสุขภาพพอเพียง
- 2) ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ
- 3) สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่จะให้บริการ จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มี มาตรฐาน และได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality Accreditation)

4) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (Primary Care) เป็นจุดบริการด่านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และบริการเชิงรุกในชุมชน)

5) สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยตนเอง และหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (Provider Network)

6) ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (Cost Containment System) และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนความจำเป็น

7) สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (Payment Mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะบริการโดยกองทุนประกันสุขภาพที่กองทุนก็ตาม

8) ระบบประกันสุขภาพในอนาคตหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจะประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว

ชุดสิทธิประโยชน์หลัก (Core Package) ของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) ชุดสิทธิประโยชน์หลักของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะประกอบด้วยบริการ พื้นฐาน โดยอ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคม เพิ่มเติมด้วยบริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว (Personal and Family Preventive and Promotive Services)

2) บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว จะครอบคลุมทั้งบริการในสถานพยาบาล และบริการในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ฯลฯ

3) บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการสำหรับชุมชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะต่าง 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 การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ทั้งบริการภายในและภายนอกสถานพยาบาล โดยมีแพทย์อย่างน้อย 1 คน ร่วมกับบุคลากรอื่นๆเป็นผู้ให้บริการ ปัจจุบันสถานพยาบาลที่ประชาชนจะสามารถเลือกขึ้นทะเบียนได้คือโรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลและศูนย์แพทย์ชุมชน (ที่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ) โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน (ที่มีแพทย์ปฏิบัติงานเต็มเวลา)

2) รพ.ขนาดใหญ่ สามารถเป็นผู้ให้บริการระดับต้นและรับขึ้นทะเบียนประชาชนได้ ทั้งนี้ต้องจัดระบบที่สามารถให้บริการแบบผสมผสานตามเงื่อนไขที่กำหนด เพื่อให้สามารถดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ภายในเงื่อนไขเวลาที่กำหนด 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) รวมถึงบริการระดับต้นด้วยโดยเป้าหมายการพัฒนาจะเน้นการพัฒนาที่มาจากภายในและเป็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

จากนโยบายของรัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทยโดยเริ่มจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคภายในปี 2544 ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ระบุไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ...” นั้น ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะให้ความสำคัญกับการมีและใช้ หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ Primary Care เป็นจุดบริการสุขภาพด่านแรก ซึ่งจะต้องทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และ บริการเชิงรุกในชุมชน ทั้งยังจะสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิประสานงานกับหน่วยบริการระดับต้นของสถานพยาบาลระดับอื่นในลักษณะเครือข่าย หรือระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชนได้อีกด้วย ตามหลักการจัดเครือข่ายระบบบริการสุขภาพที่ต้องการให้เกิดบริการที่มีคุณภาพกระจายไปอย่างทั่วถึง และประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงได้ง่าย

หน่วยงานที่จะเป็นคู่สัญญาให้บริการสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽⁵⁸⁾

จัดเป็นกลุ่มได้ 3 กลุ่ม คือ

1. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary care : CUP)

หมายถึงหน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไปทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบ ผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับนี้จะต้องมีประชากรที่ลงทะเบียนที่ชัดเจน และจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ(Primary Care Unit : PCU) ที่ประชาชนที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องเลือกลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำตัว ซึ่งหน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยหน่วยบริการหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้

ในกรณีนี้จัดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิหน่วยบริการที่สามารถจัดบริการได้ครบทุกประเภท และมีแพทย์ บุคลากรสาขาต่าง ๆ ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งสามารถเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาได้ โดยตรง เรียกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิหลัก (Main contractor) หน่วยบริการที่ให้บริการไม่ได้ครบทุกประเภทหรือมีบุคลากรที่ไม่ครบตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกลางกำหนดเรียกว่า “หน่วยบริการปฐมภูมิรองในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ” (หน่วยบริการปฐมภูมิรอง : Sub contractor) หน่วยบริการรองนี้จะไม่สามารถรับเป็นหน่วยคู่สัญญาได้ ยกเว้นว่าจะรวมกันเป็นเครือข่ายที่สามารถจัดบริการได้ครบและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์

2. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting Unit for Secondary care : CUS)

หมายถึงหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลสังกัดรัฐอื่นๆ และโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่ายบริการ ทุติยภูมิ หน่วยบริการที่ให้บริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

3. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (Contracting Unit for Tertiary care : CUT)

หมายถึงหน่วยงานที่ให้บริการที่เป็นบริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง หน่วยให้บริการระดับนี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่างๆ

หน่วยบริการแต่ละแห่งอาจเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการมากกว่าหนึ่งระดับได้หากสามารถจัดบริการได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของบริการในแต่ละระดับนั้น

ลักษณะสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิที่ดี⁽⁵⁸⁾

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

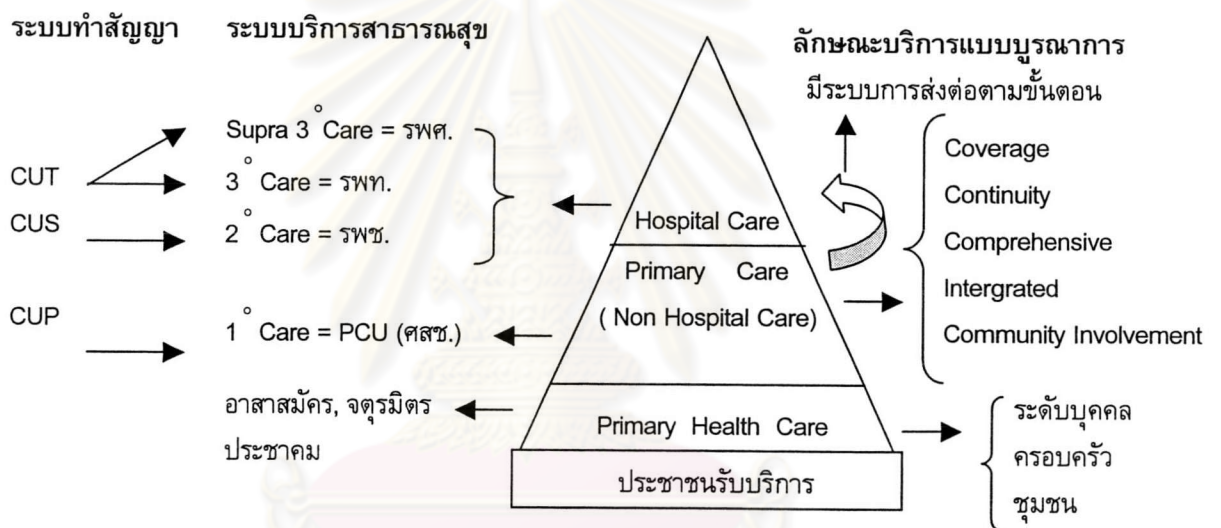
ระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการของไทยภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เริ่มปฏิบัติ เมื่อปี พ.ศ. 2544 จากหลักปรัชญาแนวคิดของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับต้องปรับแนวคิด (Re-think) การบริหารและการบริการสาธารณสุขรวมถึงต้องพัฒนารูปแบบ วิธีการทำงานและการบริหารระบบบริการสุขภาพ (Re-design) เพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดี หรือสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน และการบริหารทางการเงินการคลัง ภายใต้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด ได้ มุ่งเน้นความสำคัญในการพัฒนาบริการที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ โดยการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ให้สามารถจัดบริการสาธารณสุข และดูแลประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้บริหาร ผู้มีเทศจึงต้องมีองค์ความรู้ด้านการบริหารและการพัฒนาบริหารปฐมภูมิเพื่อการประยุกต์ใช้ความรู้ในการบริหาร พัฒนา ติดตาม กำกับ สนับสนุนการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยต้องใช้กระบวนการเรียนรู้และกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ผสมผสานและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ระบบสาธารณสุขเดิม ซึ่งมี 4 ระดับประกอบด้วย 1°, 2°, 3°, Supra 3° โดย สอ. คือ 1° รพช. คือ 2° รพท. คือ 3° และ รพศ. คือ Supra 3° Care เมื่อ Re-think ระบบใหม่เป็น Primary Care (PC) และ Hospital Care โดย PCU (ศสช.) และ Hospital Care คือ 2°, 3°, Supra 3° Care โดย Hospital Care ไม่ควรมี OPD ของตนเองแต่ควรจะได้รับ Refer จาก PC เท่านั้น (ยกเว้นอุบัติเหตุฉุกเฉิน)

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 เพราะมีระบบ PCU เข้ามาเสริมหรือเติมช่องว่างการเชื่อมต่อระหว่างระบบของรัฐและระบบของประชาชน

ระบบงานสาธารณสุขมูลฐาน (PHC) จะอยู่ภายใต้ระบบ 1° Care (ศสข.,PCU) โดยเป็นการทำงานของภาคประชาชน และอาสาสมัครต่างๆ ซึ่งกิจกรรมในการดูแลตนเองของประชาชน จะมีทั้งในระดับบุคคล (Individual), ครอบครัว (Family), และชุมชน (Community) ดังแผนภูมิที่ 2.7



แผนภูมิที่ 2.7 ระบบสุขภาพแบบบูรณาการ สำเร็จ แหียงกระโทก (2545)⁽⁵⁷⁾ : แนวคิดการปฏิรูประบบสาธารณสุขใหม่ และธีรพงษ์ แก้วหาวงษ์⁽⁶¹⁾ (2543) : ระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ

มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit ; PCU) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽⁶²⁻⁶³⁾

มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้โครงการประกันสุขภาพ ถูกจัดทำขึ้นเพื่อมุ่งหวังให้มีการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น โดยพยายามที่จะกำหนดมาตรฐานทั้งส่วนที่เป็นโครงสร้างของการจัดบริการ (บุคลากร อุปกรณ์ สถานที่) จัดให้มีที่มารับผิดชอบที่ชัดเจนต่อเนื่อง และกำหนดมาตรฐานของกระบวนการจัดบริการเบื้องต้น เพื่อพอที่จะประกอบให้เกิดหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีศักยภาพในการพัฒนาต่อไปได้โดยคำนึงถึงโครงสร้างของสถานพยาบาลที่มีในปัจจุบันไปพร้อมกัน มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในปัจจุบันอย่างมีประสิทธิภาพ อาศัยการจัดการมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจาก

การดำเนินการนี้เป็นการพัฒนาคุณภาพใหม่ ย่อมไม่เหมือนกับสภาพการทำงานเดิมที่ต้องปรับเปลี่ยน จึงย่อมพบอุปสรรคมากมายในการจัดการระยะต้น ต้องมีการปรับตัวในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน และมาตรฐานนี้เป็นการจัดทำมาตรฐานกลางของการดำเนินการทั่วประเทศ อาจจะไม่พอดีกับสภาพจริงที่แตกต่างกันในบางพื้นที่ ส่วนมาตรฐานที่เป็นผลลัพธ์งานนั้นให้คณะกรรมการประกันสุขภาพระดับจังหวัดเป็นหน่วยที่กำหนดแผน และผลลัพธ์บริการที่จำเพาะเองให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่

เกณฑ์การประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)⁽⁶²⁻⁶³⁾

หน่วยงานที่จะเป็นคู่สัญญาให้บริการสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องผ่านการประเมินจากคณะกรรมการตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐานหน่วยบริการในระดับต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเกณฑ์การประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิมีมาตรฐาน 7 ด้าน ดังนี้

1. มาตรฐานด้านที่ตั้งและประชากร

- 1.1 ประชากร / หน่วยบริการ ไม่เกิน 10,000 คน
- 1.2 สถานที่ตั้งของหน่วยประชาชนสามารถเดินทางเข้าถึงได้ภายใน 30 นาที โดยรถยนต์
- 1.3 ในกรณีที่หน่วย PCU อยู่ในรพ. สถานที่ให้บริการต้องแยกเป็นสัดส่วนที่ชัดเจน แยกจาก OPD ทั่วไป มีทีมประจำให้บริการ และ บริการได้สะดวก รวดเร็ว

2. มาตรฐานด้านขีดความสามารถ

- 2.1 มีบริการผสมผสานครบตามมาตรฐานในสถานพยาบาล ไม่น้อยกว่า 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- 2.2 บริการด้านทันตกรรมภายในหน่วยเอง หรือมีระบบเชื่อมต่อเพื่อส่งประชาชนไปรับบริการทันตกรรม(รักษา+ป้องกัน) อย่างน้อย 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- 2.3 มีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในสถานบริการ เช่น การดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อน/หลังคลอด, วางแผนครอบครัว อย่างน้อย 1-2 วันต่อสัปดาห์
- 2.4 มีบริการดูแลสุขภาพเด็กพร้อมให้วัคซีน 1-8 วัน ต่อเดือน (ขึ้นกับระดับของหน่วยบริการ)
- 2.5 มีบริการเยี่ยมบ้าน และดำเนินงานในชุมชนอย่างน้อย 15 ชั่วโมง ต่อ สัปดาห์
- 2.6 มีบริการด้านยาตามมาตรฐาน
- 2.7 มีการตรวจชั้นสูตรพื้นฐานตามมาตรฐาน

รายละเอียดเพิ่มเติมมาตรฐานข้อ 2 ด้านขีดความสามารถ

1. ด้านการรักษาพยาบาล

- การบริการสำหรับปัญหาสุขภาพทั่วไป และปัญหาสุขภาพเฉียบพลันที่พบบ่อย
- การบริการสำหรับปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบบ่อย
- มีระบบการคัดกรองโรคเรื้อรัง หรือโรคที่รุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งปากตูด มะเร็งเต้านม
- การบริการเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุรุนแรง ก่อนการส่งต่อ
- การผ่าตัดเล็ก

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

- บริการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึง หลังคลอด บริการคลอด (ตามสภาพพื้นที่) วางแผนครอบครัว
- บริการดูแลสุขภาพเด็ก ทั้งด้านพัฒนาการเด็กและวัคซีน
- บริการสุขภาพเด็กวัยเรียน
- บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนทั่วไป
- บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง
- บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
- บริการเยี่ยมกลุ่มเป้าหมายที่บ้าน
- บริการส่งเสริมและป้องกันด้านทันตสุขภาพ ได้แก่ การตรวจและให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้ฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง การเคลือบหลุมร่องฟัน
- บริการให้ความรู้ด้านสุขภาพ แก่ผู้รับบริการในระดับบุคคล และ ครอบครัว
- บริการให้คำปรึกษา

3. ด้านการป้องกันโรค

- การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค
- การค้นหาโรคที่ร้ายแรง หรือ โรคที่เรื้อรังเพื่อการป้องกันล่วงหน้า (Screening)
- เฝ้าระวัง และรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติสาธารณสุข และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค
- เฝ้าระวัง และการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติ สาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

4. ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ

- ดูแลขั้นต้น ก่อนส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญในการวางแผนการฟื้นฟูที่ ครบถ้วน
- ส่งต่อเพื่อการรักษา หรือ ฟื้นฟูสุขภาพ
- ดูแลต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการวางแผนการดูแลจากโรงพยาบาลแล้ว
- ดูแลผู้พิการ และการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

5. บริการเชิงรุกในชุมชน

- ให้ความรู้ ในการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
- ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ในการดำรงชีวิต (การกิน พักผ่อน ออกกำลังกาย)
- ประเมินสภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยความร่วมมือเป็นเครือข่าย
- ร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการวางแผน และดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน

3. มาตรฐานด้านบุคลากร

พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3.1 มีบุคลากรที่เป็นพยาบาล และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในหน่วยอัตราส่วนอย่างน้อย

1 : 1,250 (8 คน : ประชากร 10,000 คน)

3.2 ในจำนวนนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพ อัตราส่วนอย่างน้อย 1 : 5,000 (2 คน : ประชากร 10,000 คน)

3.3 บุคลากรต้องทำงานประจำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยร้อยละ 75 ของเวลาทำการของหน่วย (มีทีมดูแลประจำที่ชัดเจน)

แพทย์

3.4 มีแพทย์ในเครือข่าย ร่วมให้บริการ หรือสามารถติดต่อให้คำปรึกษา ได้ ต่อเนื่องเต็มเวลา อัตราส่วนอย่างน้อย 1 : 10,000 (1 คน : ประชากร 10,000 คน)

ในพื้นที่ที่ขาดแคลน ทูรกันตาร ให้พิจารณายืดหยุ่นตามความเหมาะสม ด้วยอัตราส่วนอย่างน้อย 1:30,000 คน

ทันตแพทย์ และทันตภิบาล

3.5 มีทันตแพทย์ และ/หรือ ทันตภิบาลในเครือข่าย ร่วมให้บริการ อัตราส่วนอย่างน้อย 1 : 20,000 (1 คน : ประชากร 20,000 คน)

เภสัชกร

3.6 มีเภสัชกรในเครือข่าย ทำหน้าที่ดูแลระบบการจัดหา จัดเก็บ บริหารเวชภัณฑ์ และการจ่ายยา เพื่อให้การบริการด้านยาในหน่วยปฐมภูมิ (PCU) เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด และอาจร่วมให้บริการในหน่วยบริการที่มีแพทย์ให้บริการ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง ต่อ หน่วยบริการ

4. มาตรฐานด้านอุปกรณ์ อาคาร และสถานที่

4.1 มีการจัดอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีระบบป้องกันการติดเชื้อ (Sterile System)

4.2. สถานที่ตรวจรักษา/ให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน สะอาด และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียง

4.3 มีระบบจัดการให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

5. มาตรฐานด้านการจัดการ

5.1 มีระบบรับผิดชอบประชาชน โดยทีมผู้รับผิดชอบต้องรู้ว่า ประชาชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นใคร อยู่ที่ไหน

5.2 มีระบบที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ เช่น ระบบนัดหมาย การติดตามการจัดระบบข้อมูล

5.3 มีระบบที่ทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว

5.4 มีระบบข้อมูลผู้รับบริการ เพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพ และสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

5.5 มีระบบการกำกับ และพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ และมีข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย

5.6 มีการจัดทำระบบเฝ้าระวังสอบสวนโรคระบาดตามเกณฑ์ของกองระบาดได้ถูกต้องทันเวลา ได้แก่ การรายงานโรค การวิเคราะห์โรค การสอบสวนโรค

5.7 มีการจัดการด้านยา ตามเกณฑ์มาตรฐาน

6. **มาตรฐานด้านการส่งต่อ และระบบสนับสนุน**
 - 6.1 มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการ ไปและกลับ
 - 6.2 มีระบบการส่งต่อตัวอย่าง เพื่อการชันสูตร
 - 6.3 มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการอย่างต่อเนื่อง
7. **มาตรฐานด้านผลลัพธ์**
 - 7.1 บริการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ
 - 7.2 ครอบคลุมชุมชนผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการให้บริการปฐมภูมิ
 - 7.3 สถานะสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (PCU)
 - 7.3.1 อัตราแม่ตาย < 20 : 100,000 ของการเกิดมีชีพ
 - 7.3.2 อัตราทารกอายุ < 1 ปี ตายไม่เกิน 21 : 1,000 ของการเกิดมีชีพ
 - 7.3.3 ไม่มีโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก และโปลิโอ)
 - 7.3.4 ไม่มีผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้า
 - 7.3.5 อัตราป่วยของโรคระบาดไม่เกินเกณฑ์ดังนี้
 - ไข้เลือดออก < 50 : 100,000 ประชากรทุกกลุ่มอายุ
 - อุจจาระร่วงอย่างแรงไม่เกิน 1 : 100,000 ประชากร
 - เลปโตสไปโรซิส < 10 : 100,000 ประชากร
 - 7.4 การร้องเรียนเรื่องการให้บริการของสถานบริการและชุมชน

บทบาท / หน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชน

1. เป็นที่ปรึกษา และช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างผสมผสาน
2. ให้การบริการดูแลรักษาพยาบาลทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างผสมผสานเป็นเบื้องต้น
3. ให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจ ด้านสังคมในระดับเบื้องต้น และส่งต่อในกรณีที่มีปัญหาหรือมีปัญหาเฉพาะ
4. ให้บริการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ
5. ให้การดูแลบริบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง
6. ประสานบริการกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน ส่งต่อ

กระบวนการหลักของศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา⁽⁵⁶⁾

จากกระบวนการหลัก ศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้ง 11 ขั้นตอน นำมาจัดระบบในการจัดบริการและวิธีปฏิบัติ มีรายละเอียดประกอบด้วย 1) การสำรวจครอบครัวและชุมชน 2) การลงทะเบียน / การคัดกรอง 3) บริการหลัก 4) การให้คำปรึกษา 5) บริการก่อนกลับบ้าน 6) การส่งต่อ / การเยี่ยมบ้าน 7) ประชุมวางแผนงาน / กิจกรรมต่อเนื่อง 8) กิจกรรมในชุมชน 9) การบริหาร 10) การนิเทศ / ติดตาม / ประเมินผล 11) กิจกรรมของชุมชนโดยชุมชน

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้นิยามคำว่า บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง การบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด ที่ให้การดูแลสุขภาพประชาชนแบบผสมผสานทุกด้านตามความจำเป็นของผู้รับบริการ ทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและเฝ้าระวังโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และบริการเชิงรุกในชุมชน รวมทั้งการส่งต่อและประสานเชื่อมต่อบริการอื่นๆ ทั้งทางด้านการแพทย์และด้านสังคม

ศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง หน่วยบริการด้านแรกสำหรับประชาชนที่มาใช้บริการ โดยมีบริการเบ็ดเสร็จ ต่อเนื่อง ผสมผสาน และมีการส่งต่อ โดยมีการจัดพื้นที่ในอาคาร (หรือจัดตั้งอาคารแยกต่างหากก็ได้) และมีองค์ประกอบ บุคคล วัสดุ สิ่งของและระบบการทำงาน เพื่อจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ส่วนที่ 7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐาน

รุจิรา มังคละศิริ และคนอื่น (2529)⁽⁶⁴⁾ ได้ทำการติดตามประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา จาก อสม. 37 คน และประชาชน 410 คน พบว่ามีการดำเนินกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานแทบทุกด้านการปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านอื่นๆ เช่น เวลา รายได้ อาชีพ เจตคติที่ดี สุขนิสัย และความเอาใจใส่ของแต่ละบุคคลเอง

ปัญญาวัฒน์ สันติเวช และคณะ (2537)⁽⁶⁵⁾ ได้ศึกษาถึงกระบวนการจัดตั้งและการดำเนินงานที่มีต่อการดำรงอยู่อย่างยั่งยืนของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ใน 10 หมู่บ้าน 5 จังหวัดภาคเหนือ พบว่า ปัจจัยหลายประการที่จะทำให้ประเมินว่าศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่จะเกิดกิจกรรมต่อเนื่องหรือไม่ขึ้นกับ ลักษณะชุมชน การเป็นอาสาสมัครที่สมัครใจเอง / คัดเลือก การประชุมอย่างต่อเนื่อง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนได้รับการตรวจเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ การรวมทุน โครงสร้าง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่เป็นเอกเทศ การสนับสนุนจากภาครัฐและแหล่งอื่นๆ

ภาณุมาศ พรหมเผ่า (2537)⁽⁶⁶⁾ ได้ศึกษาเรื่องปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า ด้านความรู้ ทักษะ และการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ยังไม่มีพอ ขาดความมั่นใจ ประชาชนยังไม่ยอมรับ ด้านการรายงานผลการปฏิบัติงานยังไม่มีแบบรายงานที่ชัดเจน การบันทึกมีความยุ่งยาก ไม่มีเอกสาร และยังไม่เข้าใจเอกสารที่ได้รับมา ด้านความร่วมมือของผู้นำชุมชนและประชาชนพบว่า ให้ความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับต่ำ และด้านการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ล้ำซ้ำ ไม่พอเพียง

สุนทร อุทรทวิการ ณ อุรุยา (2540)⁽⁶⁷⁾ ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ของจังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้แบบสัมภาษณ์ อสม. 300 คน พบว่า งบประมาณที่ใช้ในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนด้านความรู้อย่างต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความร่วมมือของประชาชน การให้เกียรติยกย่องเชิดชูจากประชาชน ความรู้สึกภาคภูมิใจของ อสม. ความพอเพียงของการนิเทศ การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจของ อสม. ต่อสวัสดิการ และค่าตอบแทน และความสามารถ และทักษะในการให้บริการ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.

เกรียงศักดิ์ กำเนิดกาญจน์ (2541)⁽⁶⁸⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่ ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่าความรู้ความเข้าใจในการบทบาทหน้าที่ ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรม การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ การมีส่วนร่วมของชุมชน และการมีมนุษยสัมพันธ์มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม.

วรรณช บุณยะกมล (2541)⁽⁶⁹⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนกรุงเทพมหานคร พบว่า อสม. ในศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่มีแรงจูงใจ และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.60 และร้อยละ 60.30 ตามลำดับ ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของ อสม. คือ ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ ความสำเร็จของงาน โอกาสเจริญก้าวหน้าในงาน และปัจจัยค่าจ้าง ได้แก่ สภาพการทำงานและผลประโยชน์ที่เกี่ยวเนื่อง ในส่วนของปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานพบว่าประชาชนในชุมชนยังมีความเข้าใจไม่เพียงพอกับการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน และไม่เชื่อถือในความรู้ และความสามารถของ อสม. ทำให้ประชาชนไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานของ อสม. เท่าที่ควร

วณิชรัตน์ รุ่งเกียรติกุล (2541)⁽⁷⁰⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขตามการรับรู้ของตนเอง และเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข กับการปฏิบัติงานตามบทบาทในศูนย์สุขภาพชุมชนกรุงเทพมหานคร พบว่า รายได้ ประสบการณ์ที่เคยเป็น อสม. ในการพัฒนาชุมชน ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน การยอมรับจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2541)⁽⁷¹⁾ ได้ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.70 มีอายุระหว่าง 19-68 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 85.90 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.70 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 38.70 และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ด้านสาธารณสุข ร้อยละ 71.20 นอกจากเป็น อสม. แล้วยังมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้านอีกร้อยละ 59.10 และได้รับการนิเทศงานร้อยละ 49.30 ได้รับการฝึกอบรมทุกเดือน ร้อยละ 60 เคยไปศึกษาดูงานร้อยละ 58.80 ได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ครบร้อยละ 88.10 การมีส่วนร่วมของชุมชนร้อยละ 75.30 ความรู้ของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 77.20 การรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 68.70 แรงจูงใจ ของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 66.60

การปฏิบัติงานของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 60.60 เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่า ด้านข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 61.90 ด้านการจัดทำแผนและงบประมาณอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.30 ด้านการบริหาร ศสมช. อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 41.90 ด้านการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 43.50 ด้านการให้บริการอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 66.60

สาธิติน ศิริสมบูรณ์เวช (2541)⁽⁷²⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าผลการปฏิบัติงานของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านข้อมูลข่าวสารมีผลต่อการปฏิบัติงานในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 ด้านบริหารและบริหารมีผลต่อการปฏิบัติงานในระดับปานกลางโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.55 และ 2.48 ตามลำดับ และพบว่าปัจจัยด้านภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน การจูงใจ ความผูกพันกับองค์กร และการทำงานเป็นทีม มีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับปัจจัยที่สามารถทำนายผลการปฏิบัติงานของ อสม. โดยเรียงตามลำดับความสำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน และการจูงใจสามารถร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 33.68

งานวิจัยเกี่ยวกับงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

เกษมธิดา สมสมัย (2536)⁽⁷³⁾ ศึกษาวิจัยการปฏิบัติงานตามบทบาท ในการสนับสนุนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ระดับตำบลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยสำรวจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 223 คน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ทำงาน โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สวัสดิ์ ภูทอง(2537)⁽⁷⁴⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน การได้รับการยอมรับนับถือจากชุมชน และบุคคลในหน่วยงาน ขวัญกำลังใจ ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ความพึงพอใจงานสาธารณสุขมูลฐาน การยอมรับในบทบาทและความคาดหวังในบทบาท

วิราภรณ์ ระดาวิริยกุล (2537)⁽⁷⁵⁾ ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลประจำจังหวัดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยศึกษาจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานพยาบาลในโรงพยาบาลประจำจังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 11 จังหวัด จำนวน 396 คน พบว่าความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ประสบการณ์ในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ

อภัสรา วงศ์สัมพันธ์ชัย (2538)⁽⁷⁶⁾ ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ออามัยแม่และเด็กของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพ และปริมาณงานออามัยแม่และเด็ก ส่วนอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่องานออามัยแม่และเด็กคือ อายุ เพศ ความรู้ และระยะเวลาการทำงาน โดยตัวแปรเพศมีผลมากที่สุด รองลงมาคือความรู้ และระยะเวลาในการทำงานตามลำดับ

นพรัตน์ อารยพัฒนกุล(2540)⁽⁷⁷⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน พบว่า หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานคือ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ระดับ เงินเดือน อุปสรรคในการปฏิบัติตามบทบาทคือ จำนวนบุคลากรตามอัตรากำลัง ระดับความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ที่ไม่สอดคล้องกับภาระงานที่รับผิดชอบ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปร

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่อยู่ในชุมชน

เพศ

เพศมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของ อสม. ดังที่ทรงสวัสดิ์ ราษี (2539)⁽⁷⁸⁾ ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอบึงบอระเพ็ด จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจของ อสม. เช่นเดียวกับการศึกษาของวิระชัย ก้อนมณี (2541)⁽⁷⁹⁾ ที่ได้ศึกษาเรื่องการปฏิบัติงานด้านการประกอบวิชาชีพเวชกรรมและการใช้ยาของ อสม. ที่ ศสมช. ในจังหวัดชัยภูมิ และการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ของ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. จังหวัดนครปฐม ของ จงกลณี หลิมประเสริฐศิริ และนรินทร์ สังข์รักษา(2541)⁽⁸⁰⁾ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นด้านการบริหารใน ศสมช. กับคุณลักษณะประชากรของ อสม. เขตอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ของสมจิตร์ น้ามลิวรรณ (2542)⁽⁸¹⁾ และการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของ ศสมช. จังหวัดสิงห์บุรี ของวรณี หาวารี และวนัสรา เชาว์นิยม (2540)⁽⁸²⁾ ที่พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของ อสม.

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เพศจึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือไม่ อย่างไร

อายุ

อายุมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของ อสม. ดังที่ทรงสวัสดิ์ ราชี (2539) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความพึงพอใจของ อสม. เช่นเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นด้านการบริหารใน ศสมช. กับคุณลักษณะประชากรของ อสม. เขตอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ของสมจิตร์ น้ามลิวรรณ (2542) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นด้านการบริหารใน ศสมช. แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของ ศสมช. จังหวัดสิงห์บุรี ของ วรณี หาวารี และวณัสนรา เชาว์นิยม (2540) ที่พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานใน ศสมช. และการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. จังหวัดนครปฐม ของจงกลณี หลิมประเสริฐศิริ และนรินทร์ สังข์รักษา (2541) เมื่อทำการเปรียบเทียบแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. ตามด้วยตัวแปรอายุ พบว่ามีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือไม่ อย่างไร

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ดังผลที่ได้จากการศึกษาของสุพัตรา เหลี่ยมวรารุง (2540)⁽⁸³⁾ ที่พบว่า สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันจะมีการรับรู้ คุณภาพของบริการและความพึงพอใจในบริการที่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นด้านการบริหารใน ศสมช. กับคุณลักษณะประชากรของ อสม. เขตอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ของสมจิตร์ น้ามลิวรรณ (2542) ที่พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นด้านการบริหารใน ศสมช. และการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. จังหวัดนครปฐม ของจงกลณี หลิมประเสริฐศิริ และนรินทร์ สังข์รักษา (2541) เมื่อทำการเปรียบเทียบแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. ตามด้วย ตัวแปรสถานภาพสมรส พบว่ามีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือไม่ อย่างไร

ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ของ อสม. ดังเช่นผลการศึกษาเรื่องการปฏิบัติงานด้านการประกอบวิชาชีพเวชกรรมและการใช้ยาของ อสม.ที่ ศสมช. ในจังหวัดชัยภูมิ ของวีระชัย ก้อนมณี (2541) ที่พบว่า ระดับศึกษามีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. และการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผลการดำเนินงาน ศสมช. จังหวัดนครปฐม ของชูศรี มีบุญเกิด และยุพิน สุขเจริญ (2540)⁽⁸⁴⁾ ที่พบว่า ระดับศึกษามีผลต่อการดำเนินงานของ ศสมช. คือ อสม. ที่มีระดับการศึกษาสูง ย่อมมีความสามารถในการพิจารณาเหตุผลได้ดีกว่า แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของ ศสมช. จังหวัดสิงห์บุรี ของ วรณี หาวารี และวณัสนรา เชาว์นิยม (2540) ที่พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานใน ศสมช. และการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. จังหวัดนครปฐม ของจงกลณี หลิมประเสริฐศิริ และนรินทร์ สังข์รักษา (2541) เมื่อทำการเปรียบเทียบแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. ตามด้วย ตัวแปรระดับการศึกษาพบว่า มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า ระดับศึกษามีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือไม่ อย่างไร

อาชีพ

อาชีพ เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ของ อสม. ดังเช่นผลการศึกษาสถานการณ์งานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ใน ศสมช. 14 จังหวัดภาคใต้ ของพินิตนาถ ลัคนาโมษิต (2537)⁽⁸⁵⁾ พบว่า อาชีพ มีผลมีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. โดยเฉพาะอาชีพเกษตรกรเพราะมีรายได้ไม่คงที่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผลการดำเนินงาน ศสมช. จังหวัดนครปฐม ของชูศรี มีบุญเกิด และยุพิน สุขเจริญ (2540) ที่พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานใน ศสมช. และการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. จังหวัดนครปฐม ของจงกลณี หลิมประเสริฐศิริ และนรินทร์ สังข์รักษา (2541) เมื่อทำการเปรียบเทียบแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. ตามด้วย ตัวแปรอาชีพ พบว่า อสม. มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือไม่ อย่างไร

รายได้

รายได้ เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ของ อสม. ดังเช่นผลการศึกษาศาสนาการณงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ใน ศสมช. 14 จังหวัดภาคใต้ ของ พินิตนาถ ลัคนา โฆษิต (2537) พบว่า รายได้ โดยเฉพาะ อสม.ที่มีรายได้ต่ำ ฐานะครอบครัวไม่มั่นคงจะมีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ทำให้ไม่มีเวลาที่จะไปร่วมปฏิบัติงาน ใน ศสมช. และจากการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมาของ รุจิรา มังคละสิริ (2529) พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ของ อสม. ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของ ศสมช. จังหวัดสิงห์บุรี ของ วรณี หาวารี และวันสนรา เชาว์นิยม(2540) ที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานใน ศสมช. และการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. จังหวัดนครปฐม ของจงกลณี หลิมประเสริฐศิริ และนรินทร์ สังข์รักษา(2541) เมื่อทำการเปรียบเทียบแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. ตามด้วยตัวแปรรายได้ของครอบครัว พบว่า อสม. มีแรงจูงใจ ใฝ่สัมฤทธิ์ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็น ของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือไม่ อย่างไร

ระยะเวลาที่อยู่ในชุมชน

ระยะเวลาที่อยู่ในชุมชน หรือการมีภูมิลำเนาในพื้นที่ เป็นตัวแปรที่มีผลต่อความพึงพอใจ เช่น การศึกษาของปรียา ครามะคำ (2538)⁽⁸⁶⁾ ที่พบว่า ที่อยู่มีความสัมพันธ์ร่วมกันกับความพึงพอใจในบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา ออประเสริฐศักดิ์ และคณะ(2538)⁽⁸⁸⁾ และดุขฎิ์ ใหญ่เรืองศรี(2541)⁽⁸⁹⁾ ที่พบว่าภูมิลำเนาไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ

จากการที่ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่าระยะเวลาที่อยู่ในชุมชน หรือการมีภูมิลำเนาในพื้นที่น่าจะมีผลต่อความคิดเห็นของอสม. ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า ระยะเวลาที่อยู่ในชุมชนมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือไม่ อย่างไร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานภาพการทำงาน ได้แก่ บทบาท อสม. ระยะเวลาที่ทำงาน จำนวนครั้งเดือนที่รับผิดชอบ และจำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม

บทบาท อสม.

บทบาท หน้าที่ หรือตำแหน่ง เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจและการปฏิบัติงาน ดังเช่นผลการศึกษาคความพึงพอใจของเภสัชกรในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ของเสาวณีย์ ดติยภัณฑรักษ์ (2530)⁽⁹⁰⁾ พบว่าตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ กล่าวคือเภสัชกรที่มีตำแหน่งสูงจะมีความพึงพอใจสูง และการศึกษาเรื่องการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบของเจ้าพนักงานสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเปรมศักดิ์ พิระยุทธพงศ์(2537)⁽⁹¹⁾ ที่พบว่าตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานออกคำสั่งให้แก้ไข หรือระงับเหตุที่ไม่ถูกต้องหรือฝ่าฝืนกฎหมาย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบและแนวทางการพัฒนาการบริหารงานสาธารณสุขมูลฐาน ในจังหวัดอุทัยธานี ของ มนต์ชัย โฉมวรรณพันธ์(2542)⁽⁹²⁾ ที่พบว่า ตำแหน่งไม่สัมพันธ์กับความคิดเห็นและการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นด้านการบริหารใน ศสมช. กับคุณลักษณะประชากรของ อสม. เขตอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ของสมจิตร์ น้ามลิวรรณ (2542) ที่พบว่า การดำรงตำแหน่งอื่นในชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นด้านการบริหารใน ศสมช.

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า บทบาท อสม. มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือไม่ อย่างไร

ระยะเวลาที่ทำงาน

ระยะเวลาที่ทำงาน หรือประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของ อสม. ดังเช่นผลการศึกษาเรื่องการปฏิบัติงานด้านการประกอบวิชาชีพ เวชกรรมและการใช้ยาของ อสม.ที่ ศสมช. ในจังหวัดชัยภูมิ ของวิระชัย ก้อนมณี (2541) ที่พบว่า ประสบการณ์เป็น อสม. มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการประกอบวิชาชีพเวชกรรมและการใช้ยา ของ อสม. และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ และการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ในเขตเมืองของบุคลากรสาธารณสุขเทศบาล ของกนกวรรณ มุกดาสนิท (2541)⁽⁹³⁾ ที่พบว่า ประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของ ศสมช. จังหวัดสิงห์บุรี ของ วรณี หาวารี และวันสนรา เชาว์นิยม(2540) ที่พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานใน ศสมช. เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นด้านการบริหารใน ศสมช. กับคุณลักษณะประชากรของ อสม. เขตอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ของ สมจิตร์ น้ามลิวรรณ (2542) ที่พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นด้านการบริหารใน ศสมช.

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า ระยะเวลาที่ทำงาน มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือไม่ อย่างไร

จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ

จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจ เพราะตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของ อสม. ได้ระบุอย่างชัดเจนว่าพื้นที่ชนบท และพื้นที่เขตเมืองที่เป็นชุมชน ชานเมืองต้องมี อสม. 1 คนต่อ 8-15 หลังคาเรือน ส่วนในพื้นที่เขตเมืองที่เป็นชุมชนแออัดต้องมี อสม. 1 คนต่อ 20-30 หลังคาเรือน มีการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. จังหวัดนครปฐม ของจงกลณี หลิมประเสริฐศิริ และนรินทร์ สังข์รักษา(2541) เมื่อทำการเปรียบเทียบแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ศสมช. ตามด้วย ตัวแปรจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ พบว่า อสม. มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลข้างต้น จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจที่จะศึกษาว่าจำนวนครัวเรือนที่ อสม. รับผิดชอบมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของ อสม. หรือไม่ อย่างไร

จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม

การได้รับการฝึกอบรมเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นดังเช่นการศึกษาความรู้ ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลเกี่ยวกับมาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารในจังหวัดราชบุรี ของ วสันต์ สายทอง(2537)⁽⁹⁴⁾ และการศึกษาบทบาทและหน้าที่ของ อสม. จังหวัดนครสวรรค์ ของ สุนทร ทองคง (2537)⁽⁹⁵⁾ ที่พบว่า อสม. ไม่พอใจที่ขาดการสนับสนุน การอบรมฟื้นฟูความรู้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กนก รอดพึ่งพา(2536)⁽⁹⁶⁾ ที่ศึกษาความรู้ความคิดเห็นของเจ้าพนักงานสาธารณสุขต่อ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ที่พบว่า การฝึกอบรมไม่สัมพันธ์กับความรู้และความคิดเห็น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า จำนวนครั้งของการอบรม มีผลต่อความคิดเห็นของ อสม. หรือไม่ อย่างไร

ลักษณะทั่วไปของหมู่บ้าน ได้แก่ ลักษณะของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และลักษณะของหมู่บ้าน

ลักษณะของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ลักษณะของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจที่จะศึกษา จากการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มของงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย โดยสำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน (2543)⁽¹⁾ ยังพบว่ารูปแบบของ ศสมช. มี 2 ลักษณะ คือ 1) ศสมช. ที่ตั้งอยู่ในบ้านของ อสม. 2) ศสมช. ที่ตั้งอยู่เป็นเอกเทศ ในสถานที่เฉพาะ หรือในบริเวณที่สาธารณะของหมู่บ้าน นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาถึงกระบวนการจัดตั้งและการดำเนินงานที่มีต่อการดำรงอยู่อย่างยั่งยืนของ

ศสมช. ใน 5 จังหวัดภาคเหนือ ของปัญญาวัฒน์ สันติเวช และคณะ (2537) ที่พบว่าปัจจัยอย่างหนึ่งที่จะทำให้ ศสมช. มีการดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องคือ ศสมช. ที่มีลักษณะเป็นเอกเทศจะเป็นที่รู้จักและยอมรับจากประชาชนมากกว่า เพราะเกิดจากความร่วมแรงร่วมใจของชุมชนเอง และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า ลักษณะของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนแบบใดที่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

ลักษณะของหมู่บ้าน

ลักษณะของหมู่บ้าน เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจ ดังเช่นการศึกษาถึงกระบวนการจัดตั้งและการดำเนินงานที่มีต่อการดำรงอยู่อย่างยั่งยืนของ ศสมช. ใน 5 จังหวัดภาคเหนือ ของปัญญาวัฒน์ สันติเวช และคณะ (2537) พบว่าปัจจัยที่จะทำให้ ศสมช. มีการดำเนินกิจกรรม ต่อเนื่องคือ ลักษณะชุมชนที่อยู่เป็นกลุ่มเครือญาติ มีการแบ่งละแวก /คุ้มชัดเจน ไกลจากสถานีอนามัยและตัวเมือง นอกจากนี้ยังมีผลจากการวิจัยและพัฒนา :ความเข้มแข็งของชุมชนและประชาคมสุขภาพ ของพรทิพย์ สุประดิษฐ์ และชาติชาย สุวรรณนิตย์ (2542)⁽⁹⁷⁾ ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนมี 3 ด้านคือ 1) บริบททางสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ การรวมกลุ่มจัดกิจกรรมด้านวัฒนธรรม ประเพณีก่อให้เกิดเวทีสาธารณะ ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนแบบเครือญาติ ความคิดพึ่งพาตนเอง การให้ความร่วมมือต่อส่วนรวม และสภาพแวดล้อมของชุมชนที่มีแหล่งทรัพยากรที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตได้อย่างสงบสุข 2) ปัจจัยภายในชุมชน ได้แก่ ลักษณะผู้นำ กลุ่ม /องค์กรชุมชน การเผชิญภาวะวิกฤติของชุมชน กระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อชุมชน การพัฒนา/เคลื่อนไหวย่างต่อเนื่อง ประสพการณ์ในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน และการมีระบบการสื่อสารที่ดี 3) ปัจจัยภายนอกชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนจากภาครัฐ /ทีมวิจัย การสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชนและหน่วยงานอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเรื่องความสามารถของอสม.ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน อำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร ของสุรัตน์ อยู่ยอด (2544)⁽⁹⁸⁾ ที่กล่าวว่าปัจจัยต่างๆ ภายในชุมชนที่ทำให้งานสาธารณสุขมูลฐานไม่ประสบความสำเร็จ เช่น สภาพสังคมเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ความเป็นชุมชนไม่เหลืออยู่ คนชนบทอพยพเข้าสู่เมืองมากขึ้น ความเกื้อหนุนความเป็นญาติในชุมชนไม่มี ทำให้ขาดความร่วมมือจากชุมชน รวมทั้งทัศนคติของประชาชนต่องานสาธารณสุขมูลฐานเป็นเชิงต่อต้านเนื่องจากความไม่เข้าใจ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า ลักษณะของหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือไม่ อย่างไร