

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

สุขภาพดีถ้วนหน้า (Health For All) เป็นปรัชญาของสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนพึงได้รับจากรัฐ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) กำหนดให้สมาชิกทุกประเทศดำเนินการให้ประชาชนบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า (สดถ.) ในปี พ.ศ. 2543 ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 โดยเริ่มดำเนินงานครั้งแรกตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) โดยใช้กลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health care) ซึ่งเป็นมิติทางสาธารณสุขแผนใหม่ที่มีหลักการในการปฏิบัติที่สำคัญคือการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม (Community Participation) ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองตั้งแต่เริ่มต้น โดยการเสริมสร้างศักยภาพในการบริหารจัดการแก่องค์กรต่าง ๆ ในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน (Intersectoral Collaboration) เพื่อให้ชุมชนสามารถจัดระบบสาธารณสุขมูลฐานของตนเอง โดยที่รัฐต้องการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐ (Basic Health Service) เพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน และมีการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสมกับแต่ละสภาพท้องถิ่น (Appropriate Technology) เป็นที่ยอมรับและสามารถปฏิบัติได้ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน และประเทศ ซึ่งเป้าหมายของงานสาธารณสุขมูลฐานก็เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขสามารถพึ่งตนเองได้และมีสุขภาพดีถ้วนหน้า^(1,2) ซึ่งทุกจังหวัดได้นำมาใช้ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมามีหลายจังหวัดผ่านเกณฑ์ประเมินให้เป็นจังหวัดสุขภาพดีถ้วนหน้าตั้งแต่ ปี 2536-2537 แต่หลังจากนั้น ก็มีหลายจังหวัดได้ทำการประเมินการคงสภาพของการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า^(3,4) เช่นที่จังหวัดพังงา ระบุว่า มีหมู่บ้านคงสภาพของการเป็นหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้าเหลือเพียงร้อยละ 48.8 และ 25.6 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าการมีสุขภาพดีของประชาชนส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วงระยะหนึ่งเท่านั้น แต่ไม่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อคงสภาพที่ดีนั้นไว้

ระบบสุขภาพของของคนไทยในช่วงแผนฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544)⁽⁵⁾ ในภาพรวมถือว่าดีขึ้น จากข้อมูลที่บ่งชี้ว่า ในปี 2541 คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เพศชายเป็น 70.1 ปี และเพศหญิงเพิ่มขึ้นเป็น 75.2 ปี และเมื่อนำข้อมูลมาปรับเป็นดัชนีวัดสุขภาพในภาพเฉลี่ยจากอายุคาดเฉลี่ยที่ปรับตามความพิการ (Disability Adjusted Life Expectancy ; DALE) ซึ่งเป็นดัชนีวัดประสิทธิภาพระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 99 จากสมาชิกทั้งสิ้น 191 ประเทศ และเป็นอันดับที่ 4 ในกลุ่มประเทศอาเซียน 10 ประเทศ หากพิจารณาในรายละเอียดก็พบว่าประเทศไทยต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอีกหลายประการ เช่น 1) ความไม่เท่าเทียมและความไม่เป็นธรรมในการจัดบริการรวมถึงบุคลากรและทรัพยากรด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล เติยงและเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ที่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพ และในเขตเมืองมากกว่าในเขตชนบทหลายเท่า 2) ระบบบริการขาดประสิทธิภาพ ที่มุ่งการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุมากกว่า คือเน้นการซ่อมสุขภาพมากกว่าสร้างสุขภาพ ซึ่งเป็นการลดทอนขีด

ความสามารถในการดูแลตนเองของประชาชนจนกลายเป็นค่านิยมที่ยึดติดกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางของสังคมไทย รวมทั้งธุรกิจด้านสุขภาพก็ขยายตัวอย่างไร้ทิศทางไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์สุขภาพราคาแพง อาหารเสริมสุขภาพ ฯลฯ ส่งผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนที่ไม่เหมาะสมมีการใช้จ่ายด้านสุขภาพค่อนข้างมาก ในปี พ.ศ. 2541 พบว่าประเทศไทยใช้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งที่ผ่านระบบงบประมาณทั้งภาครัฐและเอกชนทั้งสิ้นประมาณ 179,689.15 ล้านบาท เป็นรายจ่ายภาครัฐ (Public Expenditure) คิดเป็นร้อยละ 61.39 ส่วนรายจ่ายภาคประชาชน (Private Expenditure) คิดเป็นร้อยละ 38.61 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด⁽⁶⁾ เมื่อคิดอัตราเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ บาทต่อหัวประชากรในช่วงปี พ.ศ. 2523-2541 เฉลี่ยเท่ากับ 9.08 ต่อปี ซึ่งเป็นอัตราเพิ่มที่สูงกว่าอัตราการเพิ่มผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อหัวของประชากรของประเทศ⁽⁹⁾ ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นการใช้ด้านการรักษา นอกจากนี้ประชาชนมีการใช้จ่ายมากเกินไปโดยหันมาซื้อยามกินเองมากขึ้น (มูลค่าในการบริโภคยาประมาณร้อยละ 35 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพ) อันเนื่องมาจากความไม่เข้าใจในวิธีการดูแลสุขภาพตั้งแต่ก่อนป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงก่อนไม่เป็นโรค และปัญหาการใช้บริการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสมมีการใช้บริการข้ามชั้นตอนไปใช้บริการในโรงพยาบาลที่ใหญ่มากกว่าที่ควรเป็น จากรายงานของกองโรงพยาบาลภูมิภาค กองสาธารณสุขภูมิภาค พบว่าการให้บริการผู้ป่วยนอกของสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2520-2541 ทั้ง โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ มีผู้ป่วยมารับบริการมากขึ้นเรื่อยๆ⁽⁸⁾ แต่โรคที่มีการเจ็บป่วยกันมากที่สุดเป็นโรคพื้นฐาน หรืออาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ที่สามารถดูแลรักษาได้โดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และแพทย์ทั่วไปถึงประมาณร้อยละ 50⁽⁷⁾ ซึ่งแสดงถึงระบบบริการสาธารณสุขยังมีประสิทธิภาพไม่เป็นไปตามขั้นตอนและมีคุณภาพไม่เต็มที่ 3) การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล สามารถแก้ปัญหาความขาดแคลนได้ระดับหนึ่ง แต่การกระจายและการพัฒนาคุณภาพประชากรยังต้องการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้มีการเพิ่มกำลังคนตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานขึ้นเพื่อพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนในรูปของการประสานงานและสร้างเครือข่ายการพัฒนา รวมทั้งการสร้างกระบวนการเรียนรู้ เพื่อขยายผลให้เกิดการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้จนถึงระดับครอบครัว จนกระทั่งในปี 2543 มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 711,898 คน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) จำนวน 5,366,503 คน แต่เป็นเพียงการเพิ่มในเชิงปริมาณเท่านั้นแต่ยังขาดคุณภาพ มีเพียง ร้อยละ 20 เท่านั้นที่ปฏิบัติหน้าที่อย่างจริงจัง^(4,22) ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาด้านคุณภาพและสนับสนุนการดำเนินการด้านการสร้างสุขภาพให้กับแกนนำด้านสุขภาพในชุมชนเพิ่มมากขึ้นเพื่อเป็นกำลังสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัว ชุมชน และสังคม (Community Empowerment) ให้มีศักยภาพในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ มีการเรียนรู้ มีส่วนร่วมในการสร้างและจัดการระบบสุขภาพ ซึ่งถือเป็นวิสัยทัศน์การพัฒนาสุขภาพประชาชนในแผนฯ ฉบับที่ 9 ของงานสาธารณสุข (พ.ศ. 2545 - 2549)

ต่อมาในปี 2544 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการนำนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวและให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาคถ้วนหน้าและเป็นธรรมตาม“สิทธิ” ชั้นพื้นฐานของประชาชนในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยโรมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ...”⁽⁹⁾

จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงผลของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของไทยที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรแม้ว่าจะใช้กลวิธีต่างๆในการดำเนินงานไม่ว่าจะเป็นงานสาธารณสุขมูลฐานที่ดำเนินการมาแล้วเป็นเวลากว่า 20 ปี จึงได้ใช้กลวิธีใหม่คือนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เริ่มดำเนินการครั้งแรกในเดือนเมษายนปี 2544 ซึ่งมีสาระสำคัญเกี่ยวกับการให้บริการ สาธารณสุขที่เป็นบริการด่านแรกจากหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือที่เรารู้จักกันในชื่อใหม่ว่า “ศูนย์สุขภาพชุมชน” ซึ่งเป็นจุดบริการสุขภาพด่านแรก (Primary Care) ที่ ผู้ให้บริการจะต้องทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการให้บริการเชิงรุกในชุมชน จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับกลวิธีทั้ง 2 แบบ คืองานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าที่ดำเนินการโดยประชาชนและชุมชน และบริการด่านแรกจากหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) ที่ดำเนินการโดยผู้ให้บริการสาธารณสุขของทั้งภาครัฐและเอกชนพบว่ามีความสอดคล้องกันมาก ทั้งในด้านการจัดกิจกรรมบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค หรือเป้าหมายการดำเนินงานที่มุ่งเน้นให้ประชาชนและชุมชนมีความรู้ความสามารถในการดูแล สุขภาพตนเองจนพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งได้รับการที่มีคุณภาพหรือเข้าถึงบริการของรัฐได้อย่าง

จังหวัดนครราชสีมาซึ่งถือว่าเป็นจังหวัดแบบอย่างด้านการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและการดำเนินงานสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศที่มีการดำเนินงานตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2522 และเมื่อปี พ.ศ. 2539 จังหวัดนครราชสีมาได้ผ่านการประเมินเป็นจังหวัดสุขภาพดีถ้วนหน้าตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขต่อมาก็ยังดำเนินการตามโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้า(สดถ.) อย่างจริงจังและต่อเนื่อง ซึ่งได้มีการจัดประชุมสัมมนาผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้มีประสบการณ์ในงานสาธารณสุขมูลฐาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ อสม. องค์กรเอกชน เพื่อปรับปรุงและกำหนดตัวชี้วัดสุขภาพดีถ้วนหน้าเดิมขึ้นมาใหม่ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจ ได้ตัวชี้วัดสุขภาพดีถ้วนหน้าระดับหมู่บ้าน 75 ตัวชี้วัด (กลุ่มที่ 1 จปฐ. มี 37 ตัว กลุ่มที่ 2 การพึ่งตนเองมี 33 ตัว กลุ่มที่ 3 การเข้าถึงบริการมี 5 ตัว) โดยพัฒนาเป็น โครงการสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน (สดถ. ย) และดำเนินการตั้งแต่ปี 2541 เป็นต้นมา แต่ในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปกถ.) ซึ่งกำหนดให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพ โดยรัฐเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้เป็นรายหัวประชากรมาให้สถานบริการเพื่อใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพประชาชน และประชาชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพของตนเองและชุมชนด้วยนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ได้กำหนดมาตรฐานบริการระดับปฐมภูมิที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit : PCU) ซึ่งต้องจัดบริการเหล่านี้แก่ประชาชนในความรับผิดชอบ ซึ่งมีความสอดคล้องกับกิจกรรม

สาธารณสุขมูลฐานของประชาชนทางจังหวัดนครราชสีมาจึงได้มีการปรับเปลี่ยนตัวชี้วัด 75 ตัวของสศด. ย ให้เข้ากับงานสร้างสุขภาพของ ปกถ. 10 ประการ จึงได้ ตัวชี้วัด ด้านสุขภาพครอบครัวและชุมชนใหม่ 45 ตัวชี้วัด (กลุ่มที่ 1 จปฐ. มี 32 ตัว กลุ่มที่ 2 การพึ่งตนเองมี 13 ตัว) ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินงาน ร่วมกันของผู้ให้บริการและประชาชน และเรียกแนวทางการดำเนินงานใหม่ว่า ปกถ. เพื่อสศด. ย⁽¹⁴⁾

ดังที่กล่าวมาทั้งหมดในข้างต้นผู้วิจัยเห็นว่า จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดนำร่องที่มี ศักยภาพ ในการดำเนินการด้านสาธารณสุขมากแห่งหนึ่งของประเทศไทยเพราะมีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และพัฒนางานสาธารณสุขอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของสังคมในยุคต่างๆ ได้ เป็นอย่างดี โดยเฉพาะการนำงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าที่ปฏิบัติมานาน มาสานต่อ และปรับใช้กับเกณฑ์มาตรฐานของ“ชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” 10 ประการ ซึ่งเป็นนโยบายใหม่ของรัฐบาลที่เพิ่งเริ่มดำเนินการในปี 2544 ผู้วิจัยคิดว่าเป็นการเชื่อมต่อบบบ สุขภาพภาครัฐและภาคประชาชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งในมุมมองของผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความคิดเห็น ว่าดีและมีประโยชน์ต่อผู้รับบริการหรือประชาชน แต่ในความเป็นจริงแล้ว อสม. ซึ่งเป็นตัวแทนประชาชน ในการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชนที่มี ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดมีความคิดเห็นเป็นอย่างไร

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อ กิจกรรมสำคัญของระบบสุขภาพชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา” เพื่อศึกษาว่าความคิดเห็นต่อการให้ ความสำคัญและการมีส่วนร่วมของ อสม. ต่อกิจกรรมสำคัญในงานสาธารณสุขมูลฐานและความคิดเห็น ต่อการให้ความสำคัญและความพึงพอใจต่อกิจกรรมสำคัญในงานบริการระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพ ชุมชน เป็นอย่างไร ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็น ข้อมูลเพื่อประกอบการ พิจารณา วางแผน ปรับปรุงแก้ไข การดำเนินงานสาธารณสุข เพื่อให้ตรงกับปัญหาและความต้องการ ที่แท้จริงของประชาชนซึ่งถือว่าเป็นผู้รับบริการ(End users) อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการพัฒนาการ สร้างสุขภาพของตนเองและชุมชนของจังหวัดอื่น ๆ ในประเทศ โดยใช้ฐานข้อมูลงานสาธารณสุขมูลฐาน และความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ด้านสาธารณสุขของแผนฯ 9 ที่ทุกจังหวัดต้องทำในปี พ.ศ. 2545- 2549 มาปรับใช้ให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ เพื่อลดระยะเวลาในการทำให้ประชาชนไทยทุกคนมีสุขภาพดีถ้วน หน้าอย่างยั่งยืนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคตอันใกล้

คำถามการวิจัย (Research Questions)

1. ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข ต่อกิจกรรมสำคัญของระบบสุขภาพชุมชนใน จังหวัดนครราชสีมาเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล สถานภาพการทำงาน และลักษณะทั่วไปของหมู่บ้าน ของอาสาสมัคร สาธารณสุขที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อกิจกรรมสำคัญของระบบสุขภาพชุมชนในจังหวัด นครราชสีมาแตกต่างกันอย่างไร
3. ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขในระบบสุขภาพชุมชนในจังหวัด นครราชสีมาเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objectives)

เพื่อศึกษาความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อกิจกรรมสำคัญของระบบสุขภาพชุมชน ได้แก่ งานสาธารณสุขมูลฐานและงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน ในจังหวัด นครราชสีมา

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

2.1 เพื่อศึกษาความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข ต่อการให้ความสำคัญ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน ตามหมวดของ จปฐ. ในแผนฯ 9 ของจังหวัดนครราชสีมา

2.2 เพื่อศึกษาความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข ต่อการให้ความสำคัญและความพึงพอใจในกิจกรรมสำคัญตามมาตรฐานของงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา

2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล สถานภาพการทำงาน และลักษณะทั่วไปของหมู่บ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมา

2.4 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขตามปัจจัยส่วนบุคคล สถานภาพการทำงาน และลักษณะทั่วไปของหมู่บ้านที่แตกต่างกัน

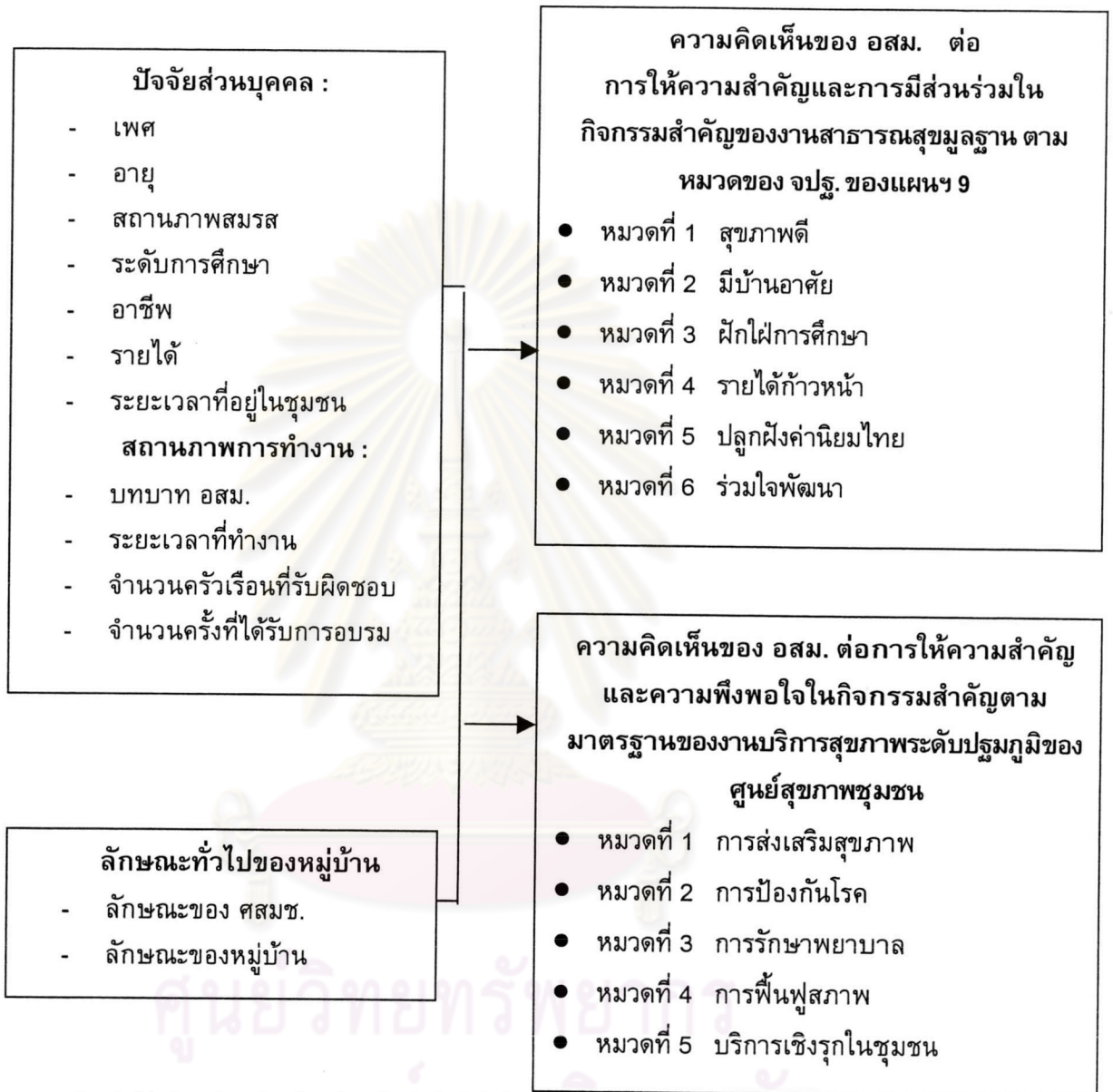
2.5 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขระหว่างตำบลที่ผ่าน กับไม่ผ่านเกณฑ์สุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน กับกิจกรรมสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐานและงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา

2.6 เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขในระบบสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ในจังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข ต่อกิจกรรมสำคัญของระบบสุขภาพชุมชนในจังหวัด นครราชสีมา แตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล สถานภาพการทำงาน และลักษณะทั่วไปของหมู่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปร (Variables)

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่อยู่ในชุมชน สถานภาพการทำงาน เช่น บทบาท อสม. ระยะเวลาที่ทำงาน จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม และลักษณะทั่วไปของหมู่บ้าน ได้แก่ ลักษณะของ ศสมช. และลักษณะของหมู่บ้าน

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ ความคิดเห็นด้านความสำคัญ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐาน และความคิดเห็นการให้ความสำคัญและความพึงพอใจสภาพเป็นจริงของกิจกรรมงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา

นิยามเฉพาะของคำศัพท์ในการวิจัย (Operational Definition)

1. ความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกด้านความคิด ความรู้สึก หรือการประเมินผล โดยพิจารณาจาก การรับรู้ ประสบการณ์ของ อสม. ต่อกิจกรรมสำคัญในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานและบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยพิจารณาการให้ความสำคัญ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อสภาพเป็นจริง
2. การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่สมาชิก อสม. ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในปฏิบัติกิจกรรมสำคัญในงานสาธารณสุขมูลฐานทั้งทางตรงและทางอ้อม
3. ความพึงพอใจ หมายถึง การที่สมาชิก อสม. แสดงความรู้สึกพึงพอใจสภาพเป็นจริง ต่อการปฏิบัติกิจกรรมสำคัญของงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน
4. อาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการคัดเลือก และฝึกอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ดำเนินงานด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน
5. กิจกรรมสำคัญ หมายถึง กิจกรรมที่กระทำเพื่อสนองต่องานสาธารณสุขมูลฐานตามตัวชี้วัด 45 ตัวของการสร้างสุขภาพครอบครัวและชุมชนของจังหวัดนครราชสีมา ที่มีความสอดคล้องกับกิจกรรมตามตัวชี้วัด จปฐ. ของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 และกิจกรรมสำคัญของการให้บริการตามมาตรฐานของงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ผ่านการลงความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญว่ามีความสำคัญ
6. ระบบสุขภาพชุมชน หมายถึง งานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องและใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนมากที่สุด ได้แก่ งานสาธารณสุขมูลฐาน และงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน
7. งานสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง บริการสาธารณสุขที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งระดับปัจเจกบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชนหรือระดับหมู่บ้าน โดยจัดกิจกรรมบริการตามองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน
8. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง การบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด ที่ให้การดูแลสุขภาพประชาชนแบบผสมผสานทุกด้านตามความจำเป็นของผู้รับบริการ ทั้งทางด้านการ

ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและเฝ้าระวังโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และบริการเชิงรุกในชุมชน รวมทั้งการส่งต่อและประสานเชื่อมต่อบริการอื่นๆ ทั้งทางด้านการแพทย์และด้านสังคม

9. ศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง หน่วยบริการด่านแรกสำหรับประชาชนที่มารับบริการ โดยมีบริการเบ็ดเสร็จ ต่อเนื่อง ผสมผสาน และมีการส่งต่อ โดยมีการจัดพื้นที่ในอาคาร (หรือจัดตั้งอาคารแยกต่างหากก็ได้) และมีองค์ประกอบ บุคคล วัสดุ สิ่งของและระบบการทำงาน เพื่อจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

10. ผลสำเร็จของงาน หมายถึง จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานประกันสุขภาพเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน (ปกถ. เพื่อ สดถ. ย) ของหมู่บ้าน

11. ตำบลที่ผ่าน หรือไม่ผ่านเกณฑ์สุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน หมายถึง หมู่บ้านต่างๆ ในตำบลนั้นๆ ที่ผ่านการประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืนจากการนิเทศของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดนครราชสีมา ตามเกณฑ์ประเมินตัวชี้วัดการสร้างสุขภาพครอบครัวและชุมชนของการดำเนินงาน ปกถ. เพื่อ สดถ. ย ของจังหวัดนครราชสีมา รวมทั้งสิ้น 45 ตัวชี้วัด

12. ตำบลผ่านเกณฑ์สุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน หมายถึง ค่าเฉลี่ยของหมู่บ้านต่างๆ ในตำบลนั้นๆ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดการสร้างสุขภาพครอบครัวและชุมชนจำนวน 43-45 ตัว (มากกว่าร้อยละ 95)

13. ตำบลไม่ผ่านเกณฑ์สุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน หมายถึง ค่าเฉลี่ยของหมู่บ้านต่างๆ ในตำบลนั้นๆ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดการสร้างสุขภาพครอบครัวและชุมชนน้อยกว่าจำนวน 43 ตัว (น้อยกว่าร้อยละ 95)

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

1. การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมาที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามประชากรตัวอย่างผู้วิจัยถือว่าเป็นความจริงที่เชื่อถือได้

2. ระดับคะแนนความคิดเห็น (1-5) ซึ่งเป็น Ordinal Scale จะพิจารณาตัวแปรว่ามีอันตรภาคชั้นแต่ละอันตรภาคชั้นเท่ากัน (Equal Interval) และคะแนนเดียวกันของแต่ละคนมีค่าเท่ากัน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเป็น Interval Scale ต่อไป⁽¹³⁾

3. กิจกรรมสำคัญในระบบสุขภาพชุมชนแต่ละข้อ ถือว่ามีน้ำหนักเท่ากัน

4. ลักษณะทั่วไปของหมู่บ้าน เป็นข้อมูลที่ได้จากการแสดงความคิดเห็นของ อสม.

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

ไม่มีข้อจำกัดในการวิจัย

ปัญหาทางจริยธรรม (Ethical Considerations)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ไม่ได้ใส่สิ่งแทรกแซงหรือการทดลองใดๆ ให้กับกลุ่มที่ศึกษา จึงไม่มีปัญหาทางจริยธรรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Application)

1. เป็นข้อเสนอแนะสำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาในฐานะผู้ให้การสนับสนุนงานสาธารณสุขในจังหวัดเพื่อรับทราบความคิดเห็น ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ของ อสม. ซึ่งเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อประกอบการพิจารณา วางแผน ปรับเปลี่ยน ให้การสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานให้ตรงกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชน
2. เป็นข้อเสนอแนะสำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเพื่อประกอบการพิจารณา วางแผน ปรับเปลี่ยน รูปแบบและพัฒนาการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งจัดเป็นบริการที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ที่ตรงกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชน
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาการสร้างสุขภาพของครอบครัวและชุมชนของจังหวัดอื่น ๆ ในประเทศ โดยใช้ฐานข้อมูลกิจกรรมงานสาธารณสุขมูลฐาน และกิจกรรมตามตัวชี้วัด จปฐ. ของแผน ๙ 9 ที่ทุกจังหวัดต้องทำในปี 2545- 2549 มาปรับใช้ให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ เพื่อลดระยะเวลาในการทำให้ประชาชนไทยทุกคนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคตอันใกล้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย