

ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน: การศึกษาสำรวจปัจจัย
และผลกระทบของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานในเขต 1 ของสาธารณสุข

โดย

นางสาวปิยะนุช เงินคล้าย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรดุษฎีบัณฑิต
(การบริหารการพัฒนา)

คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
กุมภาพันธ์ 2536

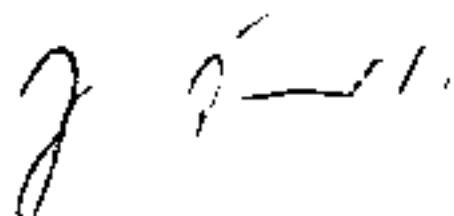
คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาพัฒนบริหารศาสตรดุษฎีบัณฑิต (การบริหารการพัฒนา)

คณะกรรมการวิทยาลัยบัณฑิต



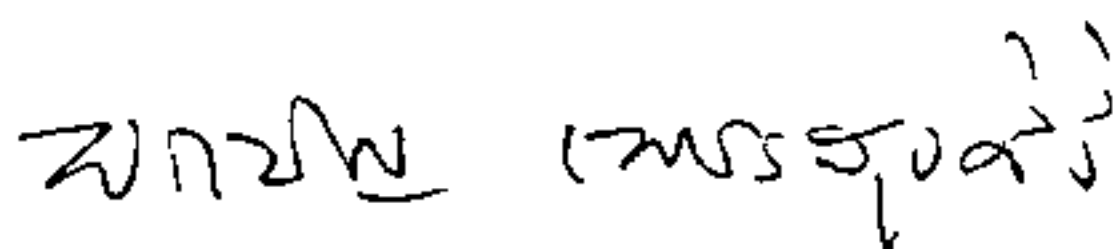
(ศาสตราจารย์ ดร. ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์)

ประธานกรรมการ



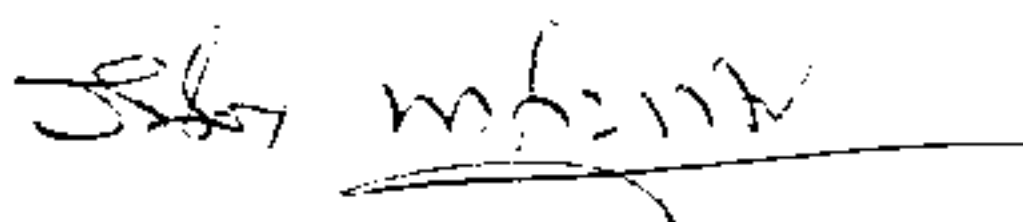
(รองศาสตราจารย์ ดร. วรเดช จันทரசก)

กรรมการ



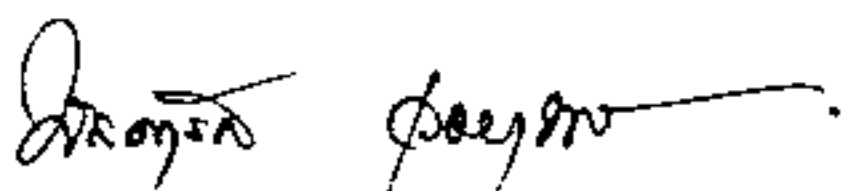
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรเพ็ญ เพชรสุขศิริ)

กรรมการ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วินิต ทรงประทุม)

กรรมการ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิตสารก์ เวชยานนท์)

กรรมการ

วันที่ 3 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2536

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน: การศึกษาสำรวจปัจจัยและผลกระทบของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานในเขต 1 ของสาธารณสุข
ชื่อผู้วิจัย นางสาวปิยะนุช เงินคล้าย
สาขาวิชาเอก การบริหารการพัฒนา
ปีการศึกษา 2535

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่อง ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน: การศึกษาสำรวจปัจจัยและผลกระทบของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานในเขต 1 ของสาธารณสุข มุ่งที่จะตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรสาเหตุ ได้แก่ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน และความรู้ในการป้องกันโรค ที่มีต่อตัวแปรผล คือ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยใช้กรอบแนวทางการศึกษาทฤษฎีของการสาธารณสุขมูลฐานและแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ (1) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชนและความรู้ในการป้องกันโรค ว่ามีส่วนสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนอย่างไร (2) เพื่อศึกษาผลกระทบทั้งทางตรงและ/หรือทางอ้อม จากตัวแปรสาเหตุต่าง ๆ ที่มีต่อตัวแปรผล และ (3) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของกิจกรรมต่าง ๆ ในนโยบายสาธารณสุขมูลฐานในจังหวัดต่าง ๆ ของเขต 1 ของสาธารณสุข

แบบสัมภาษณ์ตามแนว ซึ่งมีการสร้างมาตรวัดตัวแปร 5 มาตรวัด ที่ผ่านการทดสอบความเชื่อถือได้ รวมทั้งความแม่นยำของมาตรวัดแล้ว ถูกนำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรเป้าหมายใน 8 จังหวัดที่สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มหลายเชิงชั้น ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ใช้สถิติพรรณนาเพื่ออธิบายตัวแปรขั้นต้นและใช้สถิติขั้นสูง ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย การวิเคราะห์ถดถอยพหุ และการวิเคราะห์เส้นโยง เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยมีการทดสอบฐานคติของสถิติพาราเมตริกแล้ว

ผลการศึกษาพบว่า

1. แนวคิดหลักในเรื่องสาธารณสุขมูลฐานได้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยผ่านตัวแปรที่สำคัญคือ การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน และความรู้ในการป้องกันโรค

2. เมื่อใช้การวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย ในการทดสอบสมมติฐาน และใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุ ในการตรวจสอบตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนแล้วพบว่าความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ เป็นไปตามสมมติฐาน และตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อภาวะสุขภาพอนามัย ได้แก่ ความรู้ในการป้องกันโรค และเมื่อทำการทดสอบแบบจำลองเส้นโค้ง พบว่าเป็นไปตามแบบจำลองเส้นโค้งสมมติฐาน

3. การวิเคราะห์เส้นโค้งแสดงให้เห็นถึงผลกระทบทางตรงและ / หรือทางอ้อม จากตัวแปรสาเหตุต่าง ๆ รวมทั้งขนาดค่าของผลกระทบรวมจากตัวแปรสาเหตุต่อตัวแปรผล

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. เพื่อให้การวิจัยมีการพิสูจน์ความเป็นสาเหตุและผลอย่างสมบูรณ์ ควรใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยแบบทดลอง ตั้งแต่ก่อนหน้านโยบายไปปฏิบัติ

2. ควรนำแนวคิดในเชิงประเมิณผลมาเป็นกรอบทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาร่วมกับ แนวคิดในเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน และแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

3. ควรจัดหลักสูตรการศึกษาฝึกอบรมในเรื่องเกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันโรค ให้กับประชาชนที่สนใจ ซึ่งอาจจะแตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น

TITLE: COMMUNITY'S PUBLIC HEALTH: A RESEARCH SURVEY OF THE
PRIMARY HEALTH CARE POLICY IN REGION I - ITS CAUSES
AND ITS POSSIBLE IMPACTS.

RESEARCH : PIYANUSH NGERNKLAY

MAJOR: DEVELOPMENT ADMINISTRATION

ACADEMIC YEAR: 1992

ABSTRACT

This study focused on the primary health care policy in region 1 - its causes and its possible impacts. The researcher had made efforts to examine the correlation between the independent and dependent variables. The causal variables in this research work are: the primary health care activities, the adjustments of health services in accordance with the primary health care policy, the people participation, and the community's knowledge of disease prevention. The affected variable is the community's public health.

Within the conceptual framework of public health and primary health care, this study addresses :

1. how the causal variable: primary health care activities, the adjustment of health care services conforming to the primary health care policy, the people participation, and the community's knowledge of disease prevention are related to the community's public health;
2. how the causal variables have direct and/or indirect effects on the affected variable; and
3. comparative outcomes of various activities as practised in various provinces in region 1, with regard to the primary health care policy.

The researcher chose the structured interview as the data collection instrument. Five variable measure scales were tested on the target population for reliability and validity. A multi-stage stratified random sample was conducted in eight provinces to obtain the population sample elements. A descriptive statistical analysis of data was used to explain the independent variables. After the parametric statistics assumption test, the researcher used the simple regression analysis, the multiple regression analysis, and the path analysis.

FINDINGS

1. The primary health care policy has had effects on the public health, through certain major variables: the adjustment of health services under such policy, the people participation, and the community's knowledge of disease prevention.

2. The researcher found, by means of the simple regression analysis and the multiple regression analysis, that the variables were related as had been hypothesized. The most influential variable was the community's knowledge of disease prevention. Furthermore, the path analysis was in accordance with that hypothesized.

3. Through path analysis, the researcher found the direct and/or indirect effects of the independent variables, including the value of their total effects on the dependent variable.

RECOMMENDATIONS

1. To ensure the completeness of the cause and effect test in the research work, an experimental research should be undertaken before the policy implementation.

2. The evaluation concept should be used with the concepts of the primary health care policy and the public health.

3. The various training programs with regard to the different locations should be given to individuals who are interested in disease prevention.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่องนี้สำเร็จลงได้ด้วยการอนุเคราะห์ของบุคคลหลายท่านซึ่งไม่สามารถนำมากล่าวถึงในที่นี้ได้ครบถ้วน แต่บุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้วิจัยเป็นอย่างมากและมีส่วนสนับสนุนให้ผลงานชิ้นนี้สำเร็จเป็นวิทยานิพนธ์ฉบับที่สมบูรณ์ได้ ได้แก่ คุณพ่อ คุณแม่ รวมทั้ง ศาสตราจารย์ ดร. ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาการในด้านต่าง ๆ ให้ผู้ศึกษาได้เข้าใจในการทำวิทยานิพนธ์ในระดับที่จะนำไปใช้ได้ นอกจากนี้ รองศาสตราจารย์ ดร. วรเดช จันทรรักษ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรเพ็ญ เพชรสุขศิริ ก็ได้มีส่วนช่วยในการปรับปรุงให้ผลงานชิ้นนี้เป็นรูปเป็นร่างขึ้นมาได้

ท่านอื่น ๆ ที่มีส่วนสำคัญในการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ไม่ว่าจะเป็นเพื่อน คณาจารย์ มิตรสหาย ทั้งในวงวิชาการและแวดวงอื่น ๆ ที่ให้การสนับสนุนในด้านความคิด กำลังกาย และกำลังใจ ผู้เขียนขอขอบคุณท่านเหล่านั้นไว้ ณ โอกาสนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ดร. ขวลิต หมีนบุษ ที่ได้มีส่วนในการจัดพิมพ์วิทยานิพนธ์ จนสำเร็จบริบูรณ์

อนึ่ง ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณโครงการหลักสูตรปริญญาพัฒนบริหารศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์และมูลนิธิ 30 ปี คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ที่ได้ให้การสนับสนุนด้านเงินทุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ปิยะนุช เงินคล้าย

(จ)

สารบัญ

	หน้า
<u>บทที่ 1</u> บทนำ	1
ความสำคัญของปัญหา *	1
ปัญหาในการศึกษา	3
วัตถุประสงค์ในการศึกษา *	4
ขอบเขตการศึกษา	4
นิยามศัพท์ *	5
ข้อจำกัดในการศึกษา	12
ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ *	13
การเสนอเรื่อง	13
<u>บทที่ 2</u> กรอบทฤษฎีว่าด้วยสุขภาพอนามัยของประชาชน	c2-1 14
แนวคิดในนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน	15
จุดเริ่มต้นของงานสาธารณสุขมูลฐาน	15
วิวัฒนาการที่สำคัญและการนำนโยบายไปบรรจุไว้ในแผน	17
แนวความคิดที่สำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน	22
การปรับระบบสาธารณสุขให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน	23
การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน	24
การมีส่วนร่วมของประชาชน	25
การพัฒนาแบบผสมผสานโดยใช้วิธีการประสานระหว่างสาขาอื่น ๆ	26
การสร้างเสริมภาวะผู้นำ	26
<u>การสังเคราะห์แนวคิดต่าง ๆ</u> มาเป็นกรอบทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย	c2-2 29
แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน	29
การปรับระบบสาธารณสุขให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน	37
แนวคิดในเรื่องภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน	41
ปัจจัยที่สำคัญของภาวะสุขภาพอนามัย	41
การแก้ปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัย	43
การผนวกแนวคิดของภาวะสุขภาพอนามัยเข้ากับแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน	45
<u>การสร้างแบบจำลองเส้นโยงสมมติฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัย</u>	c2-3 48
ของประชาชน	
สรุปความ	66

(ช)

สารบาณ (ต่อ)

		หน้า
<u>บทที่ 3</u> ระเบียบวิธีที่ใช้ในการศึกษา	c3-1	68
รูปแบบการศึกษาวิจัย		68
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง		70
ประชากรเป้าหมาย		70
วิธีการสุ่มตัวอย่าง		71
ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา		71
เครื่องมือในการวิจัย		72
การทดสอบความเชื่อถือได้ของแบบสัมภาษณ์		74
<u>การทดสอบความมั่นคงมโนทัศน์ของมาตรวัด</u>	c3-2	88
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล		111
วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล		112
สรุปความ		113
<u>บทที่ 4</u> ผลการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นต้น	c4-1	114
ภูมิหลังของประชากรที่ศึกษา		114
ลักษณะที่สำคัญของตัวแปรที่สำคัญ		119
<u>ปัจจัยสำคัญของนโยบายสาธารณะสู่มูลฐานที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพอนามัย</u>	c4-2	137
ผลกระทบที่สำคัญของนโยบายสาธารณะสู่มูลฐานที่มีต่อภาวะสุขภาพอนามัย ของประชาชน		146
การอภิปรายผลในข้อมูลขั้นต้น		151
การทดสอบฐานคติของสถิติพาราเมตริก		154
สรุปความ		159
<u>บทที่ 5</u> ผลการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสูง		160
การวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย		161
การวิเคราะห์ถดถอยพหุ		165
การวิเคราะห์เส้นโค้งของตัวแบบ		168
การทดสอบแบบจำลองเส้นโค้งเบื้องต้น		168
การสร้างแบบจำลองเส้นโค้งลดรูป		178

(ข)

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การทดสอบแบบจำลองเส้นใยงลรูป	180
การแยกส่วนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองเส้นใยงลรูป	185
สรุปความ	188
<u>บทที่ 6</u> สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	189
สรุปผลการวิจัย	190
การสรุปผลการวิจัยโดยทั่วไป	193
การสรุปผลการทดสอบสมมติฐาน	199
การอภิปรายผล	203
ข้อเสนอแนะ	206
ข้อเสนอแนะในด้านการวิจัย	206
ข้อเสนอแนะทางทฤษฎี	207
ข้อเสนอแนะทางปฏิบัติ	209
สรุปความ	214
<u>บรรณานุกรม</u>	215
ภาคผนวก	
<u>ภาคผนวกที่ 1</u>	q 222
<u>ภาคผนวกที่ 2</u>	ap 228
ภาคผนวกที่ 3	233
ภาคผนวกที่ 4	236
<u>ประวัติผู้เขียน</u>	

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 ข้อมูลเขตการปกครอง เขต 1 จำแนกเป็นรายจังหวัด	70
ตารางที่ 3.2 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัด กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่อสม. นำไปเผยแพร่ด้วยเทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟา	77
ตารางที่ 3.3 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัด กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานประชาชนปฏิบัติด้วยเทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟา	79
ตารางที่ 3.4 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ ของมาตรวัดการรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐานด้วยเทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟา	81
ตารางที่ 3.5 การวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ ของมาตรวัดการรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐานหลังจากการปรับปรุงข้อความด้วยเทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟา	82
ตารางที่ 3.6 ผลการวิเคราะห์ค่าความยากง่ายของข้อคำถาม และค่าอำนาจจำแนกของมาตรวัดความรู้ในการป้องกันโรค	84
ตารางที่ 3.7 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัด ความรู้ในการป้องกันโรคด้วยเทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟา	85
ตารางที่ 3.8 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัด การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขด้วยเทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟา	86
ตารางที่ 3.9 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัด ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนด้วยเทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟา	87
ตารางที่ 3.10 ผลการวิเคราะห์ปัจจัย ด้วยเทคนิคพีเอ-ทู (PA 2) โดยการไม่หมุนแกนเมตริกปัจจัย (factor matrices) ของมาตรวัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ อสม. เผยแพร่	90
ตารางที่ 3.11 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้วยเทคนิคพีเอ-ทู โดยการไม่หมุนแกนเมตริกปัจจัย ของมาตรวัด กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนปฏิบัติ	92
ตารางที่ 3.12 ผลการวิเคราะห์ด้วยการหมุนแกนแบบวาริแมกซ์ (varimax) ของมาตรวัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนปฏิบัติ	93
ตารางที่ 3.13 เมตริกกระส่วน (pattern matrix) ของมาตรวัด กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนปฏิบัติ	95
ตารางที่ 3.14 เมตริกโครงสร้าง (structure matrix) ของมาตรวัด กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนปฏิบัติ	96
ตารางที่ 3.15 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเทคนิค พีเอ-ทู โดยการไม่หมุนแกนของมาตรวัดการรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน	98

(๗)

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 3.16 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยโดยการหมุนแกนเมตริกปัจจัยแบบวาริแมกซ์ ของมาตรวัด การปรับระบบบริหารให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน	99
ตารางที่ 3.17 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้วยเทคนิคพีเอ-ทู โดยการไม่หมุนแกน และ การหมุนแกนเมตริกปัจจัย ของมาตรวัด ความรู้ในการป้องกันโรค	101
ตารางที่ 3.18 เมตริกกระสวนและเมตริกโครงสร้างของมาตรวัดความรู้ในการ ป้องกันโรค	102
ตารางที่ 3.19 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้วยเทคนิคพีเอ-ทู โดยการไม่หมุนแกน ของ มาตรวัดการมีส่วนร่วมของประชาชน	104
ตารางที่ 3.20 ผลการวิเคราะห์ปัจจัย โดยการหมุนแกนเมตริกปัจจัย แบบวาริแมกซ์ของมาตรวัด การมีส่วนร่วมของประชาชน	105
ตารางที่ 3.21 เมตริกกระสวน ของมาตรวัด การมีส่วนร่วมของประชาชน	106
ตารางที่ 3.22 เมตริกโครงสร้าง ของมาตรวัดการมีส่วนร่วมของประชาชน	107
ตารางที่ 3.23 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเทคนิค พีเอ-ทู โดยการไม่หมุนแกนและการ หมุนแกนเมตริกปัจจัย ของมาตรวัด ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน	108
ตารางที่ 3.24 เมตริกกระสวน และเมตริกโครงสร้างของมาตรวัดภาวะสุขภาพอนามัย ของประชาชน	110
ตารางที่ 3.25 สรุปผลการทดสอบความมั่นคงรมในทัศน์ของ 6 มาตรวัด	111
ตารางที่ 4.1 รายชื่อ จังหวัด อาเภอ ตำบลที่ทำการศึกษา	114
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของภูมิหลังของประชากร	116
ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของอสม. ในหมู่บ้าน	118
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของเพศของ อสม. ที่ประชาชนรู้จัก	118
ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของ อสม. ที่ประชาชนรู้จัก	119
ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของหน้าที่ของ อสม.	119
ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของกิจกรรมทางสาธารณสุขมูลฐานที่ อสม. เผยแพร่ และที่ประชาชนปฏิบัติ	120
ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของการบริการเกี่ยวกับระบบงานสาธารณสุข	123
ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของความรู้ในการป้องกันและรักษาโรคหวัด	125
ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของความรู้ในการป้องกันและรักษาโรคอุจจาระร่วง	126
ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของความรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก	127
ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	128
ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์	128

(๑)

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละของการเป็นสมาชิกกลุ่ม	129
ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละของตำแหน่งของสมาชิกในกลุ่ม	130
ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละของระดับในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ	130
ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ	131
ตารางที่ 4.18 จำนวนและร้อยละของผลของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ	132
ตารางที่ 4.19 จำนวนและร้อยละของทัศนคติในกิจกรรมที่มีส่วนร่วม	132
ตารางที่ 4.20 จำนวนและร้อยละของภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนเมื่อเทียบกับอดีต	134
ตารางที่ 4.21 จำนวนและร้อยละของภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนในปัจจุบัน	135
ตารางที่ 4.22 จำนวนและร้อยละของปัญหาที่สำคัญ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย	136
ตารางที่ 4.23 จำนวนและร้อยละของกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนปฏิบัติ	138
เปรียบเทียบระหว่างประชาชนที่รู้จัก อสม. และประชาชนที่ไม่รู้จัก อสม.	
ตารางที่ 4.24 จำนวนและร้อยละของกิจกรรมที่ อสม. ไปเผยแพร่และประชาชนได้ปฏิบัติ	140
ตารางที่ 4.25 จำนวนและร้อยละของประชาชนในจังหวัดต่าง ๆ ที่ รู้จัก อสม.	142
ตารางที่ 4.26 จำนวนและร้อยละของภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนในจังหวัดต่าง ๆ	143
ตารางที่ 4.27 จำนวนและร้อยละของความรู้ในการป้องกันโรคของประชาชนในจังหวัดต่าง ๆ	144
ตารางที่ 4.28 จำนวนและร้อยละของการมีส่วนร่วมของประชาชนในจังหวัดต่าง	145
ตารางที่ 4.29 จำนวนและร้อยละของความแตกต่างของความรู้ในการป้องกันโรคของประชาชนที่รู้จัก อสม. ในจังหวัดต่าง ๆ	147
ตารางที่ 4.30 จำนวนและร้อยละของความแตกต่างของความรู้ในการป้องกันโรคของประชาชนที่ร่วมในโครงการสาธารณสุขที่รู้จัก อสม.	148
ตารางที่ 4.31 จำนวนและร้อยละของภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนที่เข้าร่วมในโครงการของสาธารณสุข	148
ตารางที่ 4.32 จำนวนและร้อยละของภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนแยกตามตัวแปรต่าง ๆ	149
ตารางที่ 4.33 จำนวนและร้อยละของผลของการขาดรายได้ แยกตามอาชีพต่าง ๆ	150
ตารางที่ 4.34 ค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ	159
ตารางที่ 5.1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่ายของตัวแปรต่าง ๆ ตามสมมติฐาน	165
ตารางที่ 5.2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวิเคราะห์ถดถอยพหุของตัวแปรตามภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน กับตัวแปรอิสระ การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน และความรู้ในการป้องกันโรค	166

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 5.3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุของ ตัวแปรตามภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน กับตัวแปรอิสระการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน และความรู้ในการป้องกันโรค	166
ตารางที่ 5.4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุของตัวแปรตามภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกับตัวแปรอิสระ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน และความรู้ในการป้องกันโรค	167
ตารางที่ 5.5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวิเคราะห์ถดถอยพหุของตัวแปรตามภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน กับตัวแปรอิสระ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน และความรู้ในการป้องกันโรค	170
ตารางที่ 5.6 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวิเคราะห์ถดถอยพหุของตัวแปรตามความรู้ในการป้องกันโรค กับตัวแปรอิสระ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน	170
ตารางที่ 5.7 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวิเคราะห์ถดถอยพหุของตัวแปรตามการมีส่วนร่วมของประชาชน กับตัวแปรอิสระ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน และ การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน	171
ตารางที่ 5.8 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวิเคราะห์ถดถอยพหุของตัวแปรตามการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน กับตัวแปรอิสระ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน	171
ตารางที่ 5.9 ขนาดค่าของสัมประสิทธิ์เส้นโยงระหว่างตัวแปรกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานกับตัวแปรการปรับระบบบริหารให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน	175
ตารางที่ 5.10 ขนาดค่าของสัมประสิทธิ์เส้นโยงระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่มาก่อนกับตัวแปรการมีส่วนร่วมของประชาชน	175
ตารางที่ 5.11 ขนาดค่าของสัมประสิทธิ์เส้นโยงระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่มาก่อนกับตัวแปรความรู้ในการป้องกันโรค	176
ตารางที่ 5.12 ขนาดค่าของสัมประสิทธิ์เส้นโยงระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่มาก่อนกับตัวแปรภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน	176

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 5.13 เปรียบเทียบค่าสมมติฐาน (hypothesized value) และค่าสังเกต (observed value) ของสัมประสิทธิ์เส้นโยง	176
ตารางที่ 5.14 ขนาดค่าของสัมประสิทธิ์เส้นโยงระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่มาก่อนกับตัวแปรภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน	180
ตารางที่ 5.15 เมตริกค่าสหสัมพันธ์สังเกตการณ์ (R) และเมตริกค่าสหสัมพันธ์พยากรณ์ (R) จากแบบจำลองลดรูปเกี่ยวกับภาพพจน์ของผู้ติดยา	183
ตารางที่ 5.16 เมตริกค่าสหสัมพันธ์แตกต่าง (D) สำหรับแบบจำลองลดรูปเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน	184
ตารางที่ 5.17 ผลของการแยกส่วนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองเส้นโยงลดรูป	187

สารบาณรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 การสรุปแนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน	28
ภาพที่ 2.2 การปฏิสัมพันธ์ของการบริหารจัดการงานสาธารณสุขในระดับมหภาค	39
ภาพที่ 2.3 การปฏิสัมพันธ์ของการบริหารจัดการงานสาธารณสุขในระดับจุลภาค	40
ภาพที่ 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและแนวทางแก้ปัญหา	42
ภาพที่ 2.5 การสรุปแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัย	47
ภาพที่ 2.6 แบบจำลองเส้นโยงสมมติฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัย	66
ภาพที่ 5.1 แบบจำลองเต็มรูปของ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน	174
ภาพที่ 5.2 แบบจำลองลดรูปของ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน	179
ภาพที่ 6.1 แบบจำลองของภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน	200

บทที่ 2

กรอบทฤษฎีว่าด้วยสุขภาพอนามัยของประชาชน

ในการศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน: การศึกษาสำรวจ ปัจจัยและผลกระทบของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานในเขต 1 ของสาธารณสุขนั้น ผู้ศึกษาได้แบ่งหัวข้อในการนำเสนอ ออกเป็น 4 ส่วนที่สำคัญคือ แนวคิดในนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ต่อจากนั้นได้ทำการผนวกแนวคิดทั้งสองเป็นกรอบการศึกษา และนำมาสร้างแบบจำลองเส้นโยงสมมติฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน และส่วนสุดท้ายเป็นการสรุปความ

แนวคิดในเรื่องนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ได้จำแนกแนวคิดหลัก ๆ ออกเป็น 3 ประการ คือ จุดเริ่มต้นของงานสาธารณสุขมูลฐาน วัตถุประสงค์ที่สำคัญ และการนำนโยบายไปบรรจุไว้ในแผน แนวคิดที่สำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานและการสังเคราะห์แนวคิดต่าง ๆ มาเป็นกรอบทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

แนวคิดในเรื่องภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน มีแนวคิดหลักที่สำคัญ 3 ประการคือ ปัจจัยที่สำคัญของภาวะสุขภาพอนามัย การแก้ปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยและการผนวกแนวคิดของภาวะสุขภาพอนามัยเข้ากับแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน

การสร้างแบบจำลองสมมติฐาน เกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยนั้น จะเป็นการนำแนวคิดจากทฤษฎีต่าง ๆ ที่เสนอข้างต้น และผลงานวิจัยมากำหนดเป็นตัวแปรที่จะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอนามัย ในลักษณะของแบบจำลองเส้นโยงสมมติฐาน โดยพยายามหาแนวคิด หรือผลงานวิจัยมาสนับสนุนความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปรดังกล่าว

แนวคิดนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน

จุดเริ่มต้นของงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมัชชาองค์การอนามัยโลกได้มีการประชุม และมีมติร่วมกันว่า "การมีสุขภาพดี เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่พึงได้รับ โดยต้องไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องเชื้อชาติ ศาสนา การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม" เมื่อปีพ.ศ. 2520 จากการประชุมดังกล่าวเป็นผลให้รัฐบาลของทุกประเทศเป็นผู้รับผิดชอบ และจัดหากลวิธีที่เหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย สุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี พ.ศ. 2543 หรือ Health for all by the year 2000 และต่อจากนั้น ในปี 2521 องค์การอนามัยโลกก็ได้จัดให้มีการประชุมขึ้นอีกครั้งหนึ่งที่เมืองอัลมาอตา ประเทศสหภาพโซเวียต เพื่อหาหลักการ และกลวิธีที่จะบรรลุถึงสุขภาพดีถ้วนหน้า และได้มีการประกาศแถลงการณ์ที่เรียกกันว่า "คำประกาศอัลมาอตา 2521" ซึ่งมีสาระสำคัญพอสรุปได้ดังนี้ (วรเดช, 2532: 204)

1. การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน
2. ทว่าสังคมในปัจจุบันมีความไม่เท่าเทียมกันในเรื่องบริการ และการใช้ทรัพยากรจึงจำเป็นต้องมีการจัดสรรทรัพยากรที่ใช้พัฒนาสุขภาพเสียใหม่
3. ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มคนที่ได้รับโอกาสน้อย แต่เป็นคนส่วนใหญ่ในสังคมได้มีโอกาสเข้าถึงการบริการ
4. รวมถึงการได้พัฒนาตนเองด้านสุขภาพ ในฐานะเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการจัดบริการเพื่อสุขภาพของตนเอง
5. รัฐบาลต้องมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดการให้ประชาชนมีสุขภาพดีโดยทั่วกัน
6. การให้บริการสาธารณสุขมูลฐานนี้เป็นบริการที่จำเป็น ขาดเสียมิได้
7. การให้บริการสาธารณสุขมูลฐานที่กล่าวถึงนี้ จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กับส่วนต่าง ๆ อาทิ จุดมุ่งหมายที่จะแก้ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของชุมชน การส่งเสริมให้ชุมชนและบุคคลพึ่งตนเองโดยอาศัยการระดมและผสมผสานทรัพยากร ความคิดเทคโนโลยีตลอดจนสถาบัน และวัฒนธรรมให้สอดคล้องกับท้องถิ่น การแสวงหาความร่วมมือ และการประสานงานกับสาขาต่าง ๆ เช่น สาขาเกษตรกรรมสาขาอุตสาหกรรม ในอันที่จะสนับสนุนให้ชุมชนสามารถพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น เป็นต้น

สำหรับความหมายของสาธารณสุขมูลฐาน ได้มีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกัน ดังนี้ (วรเดช, 2532: 204)

1. องค์การอนามัยโลก ได้นิยามศัพท์เกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน ว่า หมายถึง การดูแลสุขภาพตามความจำเป็นโดยใช้วิธีการ และเทคโนโลยีที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติสูงสุดได้ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์และเป็นที่ยอมรับของสังคม โดยความร่วมมืออย่างเต็มที่ของประชาชน วิธีการและเทคโนโลยีดังกล่าวจะต้องจัดหาให้มีอยู่โดยทั่วไป ซึ่งบุคคลและครอบครัวในชุมชนสามารถเข้าถึงได้ วิธีการและเทคโนโลยีเหล่านั้นต้องมีราคาถูกลงที่ชุมชนและประเทศชาติจะสามารถจัดหา และบำรุงรักษาได้ในทุกระดับของการพัฒนา ทั้งนี้โดยยึดหลักของการตัดสินใจด้วยตนเอง และการพึ่งตนเองได้ของบุคคลและชุมชนเป็นประการสำคัญ

การสาธารณสุขมูลฐาน ยังเป็นส่วนสำคัญของระบบการสาธารณสุขและระบบการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของชุมชนของประเทศเป็นจุดเริ่มแรกที่ประชาชนจะเข้าสู่ความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ จึงเป็นสิ่งที่เกื้อหนุนให้บริการสาธารณสุขของรัฐเข้าไปใกล้การดำรงชีวิต และการทำงานของประชาชนมากที่สุด และจัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบแรกของกระบวนการให้บริการที่ต่อเนื่อง

2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้นิยามว่าการสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การดูแลสุขภาพอนามัยโดยประชาชน เพื่อสุขภาพอนามัยที่ดีของประชาชนโดยอาศัยการสนับสนุนจากรัฐนั่นเอง และองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานได้ให้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐานไว้ว่า การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่ม ขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน การสาธารณสุขมูลฐานเป็นวิธีการให้บริการสาธารณสุขที่ผสมผสานทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินงานและประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษา ฝึกอบรมและระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก

3. วรเดช จันทรศร (2532: 205-6) ได้นิยามความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน ในแง่ที่มองว่าเป็นส่วนที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการของรัฐ โดยที่กระทรวงสาธารณสุข ได้ผลักดันให้กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานได้ขยายตัวอย่างรวดเร็วครอบคลุมพื้นที่เกือบทั่วประเทศ อย่างไรก็ตามองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน ที่เป็นหัวใจของงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย ได้แก่การมีส่วนร่วมของประชาชน การจัดสร้างระบบบริการสาธารณสุขพื้นฐาน (basic health service) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน (appropriate technology) และการพัฒนาแบบผสมผสานที่ใช้วิธีการประสานงานระหว่างสาขาอื่น ๆ ด้วย (intersectoral collaboration)

กล่าวโดยสรุป การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง กลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบล และหมู่บ้าน ที่ส่งเสริมให้ประชาชน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล และส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยรัฐสนับสนุนในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร ให้การศึกษาฝึกอบรม และระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก

วิวัฒนาการที่สำคัญและการนำนโยบายไปบรรจุไว้ในแผน

งานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยนั้น ได้เกิดขึ้นมาเป็นเวลานานแล้ว ในรูปแบบของการปฏิบัติ แต่ไม่ได้มีการกำหนดเป็นหลักการหรือกฎเกณฑ์อย่างที่เป็นอยู่ในทุก ๆ วันนี้ ไม่ใช่เพียงแต่ประเทศไทยเท่านั้นที่ได้หันเอาแนวทางการปฏิบัติของการสาธารณสุขมูลฐานไปใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศ ในกลุ่มประเทศกสิกรรมหรือประเทศที่กำลังพัฒนาทั้งหลาย ได้มีการดำเนินการในลักษณะที่นองคล้ายคลึงกันแทบทั้งสิ้น อาจจะมีการแตกต่างกันบ้างโดยขึ้นอยู่กับขนบธรรมเนียมและประเพณีของประเทศเหล่านั้น ตัวอย่างของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยที่ได้เคยเห็นกันมาแต่ดั้งเดิมก็คือ การใช้หมอตำแย หรือผดุงครรภ์แผนโบราณมาใช้ในการทำคลอด และการอนามัยของแม่และเด็ก นับได้ว่าการดูแลแม่และเด็กในประเทศไทยโดยเฉพาะประชาชนในชนบท ได้อาศัยหมอตำแยเพราะว่าในระยะเวลา 30-40 ปีก่อนนั้น การแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไม่สามารถจะเข้าไปดูแลสุขภาพประชาชนในชนบทได้อย่างทั่วถึงทั้งประเทศเหมือนอย่างในปัจจุบันนี้

งานสาธารณสุขมูลฐานอีกอย่างหนึ่งที่มีมาควบคู่กันกับหมอตำแยก็คือ การรักษาแบบโบราณ หรือการแพทย์แผนโบราณ การนวด หรือการใช้สมุนไพร ซึ่งมีการนำมาใช้ในการแพทย์และการสาธารณสุขในสมัย 30-40 ปี ที่ผ่านมาก็อาจจะเป็นเรื่อง ๗ ปีก่อนหน้านั้น ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดจนก็ได้แก่ บ้านทึบของตำรา หรือวิธีการให้การรักษาพยาบาลเช่นที่วัดโพธิ์ ซึ่งเป็นตำราเก่าแก่ ที่แพทย์แผนโบราณหลายท่านได้เป็นเจ้าของและครอบครองสืบต่อเนื่องกันมาจนถึงปัจจุบันนี้

ข้อที่น่าสังเกตก็คือ การสาธารณสุขมูลฐานในแบบดั้งเดิมนั้น ไม่ได้มีการศึกษาหรือบันทึกไว้อย่างเป็นระบบ และประการสำคัญก็คือ มีการเรียนรู้กันเฉพาะกลุ่มและไม่ได้มุ่งเน้นในการป้องกัน มุ่งเน้นกันในการรักษาเท่านั้น เพราะฉะนั้นด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้การสาธารณสุขมูลฐานในอดีตมีวงจำกัด และมีผลในด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพอนามัยน้อยมาก

อย่างไรก็ดี ภายในห้วงเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2510-2514) เป็นต้นมา ประเทศไทยได้มีการนำแผนพัฒนาประเทศมาใช้อย่างจริงจัง และกระทรวงสาธารณสุขก็ได้เริ่มมีการนำเอาแผนพัฒนาสาธารณสุขมาใช้อย่างเป็นจริง โดยเฉพาะในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) นั้น ในเนื้อหาสาระนอกจากมีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังได้เน้นการพัฒนางานสาธารณสุขในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากยิ่งขึ้น โดยได้มีการนำเอาศักยภาพของประชาชนมาช่วยเสริมกิจกรรมของการสาธารณสุข ศักยภาพของประชาชนที่ได้นำมาใช้ก็ได้แก่กำลังคน และวัสดุอุปกรณ์ตลอดจนอาจจะเป็นทรัพย์สินเงินทองบ้างในบางส่วน ศักยภาพอีกอย่างหนึ่งซึ่งนำมาใช้ได้แก่การบริหารจัดการของกลุ่มประชาชนหรือของหมู่บ้านที่มักจะเรียกกันว่า กรรมการหมู่บ้านหรือกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน โดยเฉพาะคณะกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน ได้มีบทบาทมากในการพัฒนางานสุขภาพ การจัดหาวัสดุและส้วม โดยคณะกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน ได้มีส่วนช่วยในการจัดหาทุนดำเนินการก่อสร้างควบคุมและให้การรักษากายหลังจากที่มีการก่อสร้างเสร็จแล้ว จึงได้ส่งมอบให้แก่หมู่บ้าน เป็นผู้ดำเนินการจัดการกันเองในระยะยาว

ในโครงการรณรงค์เพื่อกำจัดโรคบางชนิดที่เห็นได้ชัดเจน ได้แก่โครงการกำจัดไข้มาลาเรีย ซึ่งเป็นโรคที่ปรากฏอยู่ทั่วไปในชนบท โดยเฉพาะในชนบทที่อยู่ห่างไกลตามชายแดนหรือเขตลึกเข้าไปในป่าทึบ ประชาชนมักจะเข้าไปอาศัยทำมาหากินหรือเก็บหาของป่าในเขตเหล่านั้น โอกาสที่จะได้รับเชื้อไข้มาลาเรียได้มาก เมื่อเขาทั้งหลายเหล่านั้นได้กลับเข้ามาอยู่ในหมู่บ้าน โอกาสที่เขาจะนำเชื้อไข้มาลาเรียมาเผยแพร่ให้แก่เพื่อนบ้านก็มีได้มาก โครงการกำจัดไข้มาลาเรียในเขตพื้นที่ภาคเหนือ คือ ที่จังหวัดเชียงใหม่จึงได้คิดค้นวิธีการนำเอาประชาชนอาสาสมัครมาฝึกอบรม ในเรื่องกำจัดไข้มาลาเรียซึ่งได้ทดลองในเขตอำเภอที่มีโรคไข้มาลาเรียชุกชุม คือที่จังหวัดเชียงใหม่ ในเขตอำเภอสารภี จากผลของการดำเนินการภายในห้วงเวลาหนึ่งปรากฏว่า ได้ผลดีมาก ซึ่งต่อมาภายหลังได้กลายเป็นนโยบายหนึ่งในแผนการปฏิบัติการของโครงการกำจัดไข้มาลาเรียของชาติไปในที่สุด

ระหว่าง พ.ศ. 2510-2512 ได้มีโครงการพัฒนางานสาธารณสุขเพื่อให้บริการประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงโดยเฉพาะในชนบท ซึ่งได้เลือกเอาท้องที่ตัวอย่างที่เคยทำโครงการและใช้ชื่อว่า "โครงการสารภี" เนื้อหาสาระของโครงการสารภีนั้น นอกจากจะมุ่งเน้นในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของอำเภอในขนาดที่มีประชาชนประมาณ 50,000 - 60,000 คนแล้ว ยังได้นำเอาศักยภาพของชุมชนที่ได้เคยใช้สำเร็จมาแล้วในหลายพื้นที่ และหลายโครงการของประเทศมาพัฒนาเป็นกลวิธีที่ชัดเจน และเป็นไปตามหลักการพัฒนาทางวิชาการสาธารณสุขพอสมควร กล่าวคือ ได้มีการเตรียมชุมชนการคัดเลือกอาสาสมัครที่เป็นระบบ มีการฝึกอบรมและติดตามการปฏิบัติงานของเหล่าอาสาสมัครเหล่านั้นด้วย ต่อมาภายหลังอาสาสมัครสาธารณสุขในโครงการสารภีได้กลายมาเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในโครงการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศ อาสาสมัครสาธารณสุขในโครงการสารภีนั้นมีอยู่ 2 ประเภท คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเรียกว่าอสม. มีหมู่บ้านละ 1 คนอีกประเภทหนึ่งมีอยู่เป็นตัวแทนของกลุ่ม คือ มีหนึ่งคนต่อกลุ่ม (แต่ละกลุ่มประกอบด้วย 10-15 หลังคาเรือน) อาสาสมัครกลุ่มนี้เรียกว่า "ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข" (ชื่อในขณะนั้น ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข หรือ ผสส.)

จากความสำเร็จของโครงการสารภี ก็ได้มีการดำเนินการในลักษณะที่คล้ายคลึงกันนี้ในจังหวัดต่าง ๆ ของประเทศ เช่น ที่จังหวัดนครราชสีมา เป็นต้น ซึ่งก็ได้มีการพัฒนาและปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะในเชิงคุณภาพและการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของเหล่าอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหลายเหล่านั้น

ใน พ.ศ. 2517 ได้มีโครงการอีกโครงการหนึ่งเกิดขึ้นมา นั่นก็คือโครงการลำปางซึ่งเป็นโครงการที่เน้นการพัฒนากระบวนการสาธารณสุขแบบผสมผสานคือทั้งการป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพอนามัยนำเข้ามามีอยู่ในระบบเดียวกัน โดยเริ่มตั้งแต่ระดับบน (คือระดับจังหวัด) เรื่อยลงไปถึงระดับอำเภอและตำบลในที่สุดสำหรับในหมู่บ้านนั้นก็ได้นำเอาประสบการณ์จากโครงการสารภี จังหวัดเชียงใหม่มาพัฒนาอย่างเป็นระบบ และมีหลักการทางด้านวิทยาศาสตร์ คือ มีการสำรวจหาข้อมูลพื้นฐาน มีการฝึกอบรมอาสาสมัครอย่างถูกต้องตามหลักการฝึกอบรม โครงการลำปางได้ใช้เวลาทดลองปฏิบัติการอยู่เป็นเวลาหลายปี ผลที่ได้รับจากการศึกษาของโครงการลำปางในบางส่วน ก็ได้้นำมาใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศต่อมาในภายหลัง

งานสาธารณสุขมูลฐานในรูปแบบโครงการสารภี และโครงการลำปางนั้นได้ถูกนำมาดำเนินการในที่ต่าง ๆ กันทั่วประเทศ แต่ได้มีโครงการหนึ่งพัฒนาขึ้นมาเพื่อสนับสนุนรูปแบบดังกล่าวคือ โครงการแม่ฮ่องสอน โครงการแม่ฮ่องสอนได้พัฒนาขึ้นมาในอีกรูปแบบหนึ่งของการพัฒนาศักยภาพของหมู่บ้านในรูปแบบของทุน ผู้ที่พัฒนาโครงการนี้มีความเชื่อว่าหากหมู่บ้านไม่มีระบบกองทุนร่วมกัน การที่จะให้ชาวบ้านหันมาพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานที่จำเป็นสำหรับชีวิตของเขาย่อมเป็นไปได้ยากเพราะขาดปัจจัยสำคัญในการดำเนินงาน คือเงินทุน เพราะว่าชาวบ้านในหมู่บ้านไม่เชื่อว่าทุกคนจะมีเงินทุนเท่ากัน ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงได้มีผู้คิดค้นระบบกองทุนของหมู่บ้านโดยใช้ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน คือ การจัดซื้อ และจัดหายา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นสำหรับหมู่บ้านโดยใช้ระบบที่ให้ประชาชนทุกหลังคาเรือนในหมู่บ้าน ได้มีส่วนในการร่วมลงทุนเพื่อให้ได้มาซึ่งยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านดังกล่าว ซึ่งภายหลังต่อมาก็ได้กลายมาเป็นกลวิธีที่สำคัญประการหนึ่งในอันที่จะทำให้การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานประสบความสำเร็จ

อย่างไรก็ดี ภายหลังการริเริ่มของโครงการสารภี ก็ได้มีโครงการต่าง ๆ อีกหลายโครงการเกิดขึ้นตามจังหวัดต่าง ๆ หลายจังหวัด ซึ่งได้มีความพยายามที่จะทำในรูปแบบเดียวกันหรือมีการพัฒนาให้ดีขึ้นไปกว่าเดิม กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้นับว่าได้กลายมาเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการดำเนินการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในปัจจุบัน

การสาธารณสุขมูลฐานในปัจจุบันนี้ ก็ได้ดำเนินการโดยอาศัยประสบการณ์ แนวคิดและกิจกรรมที่มีการดำเนินการกันในที่ต่างๆ ของประเทศดังที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่รูปแบบหลักที่นำมาใช้ก็ได้จากโครงการสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นที่น่ายินดีที่ รัฐบาลได้รับแนวคิดและรูปแบบการดำเนินการนี้ ให้เป็นนโยบายที่สำคัญของประเทศ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 และได้มีการดำเนินการกันอย่างจริงจังตั้งแต่ พ.ศ. 2522 เป็นต้นมา นอกจากนี้เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2523 ได้ร่วมลงนามในสนธิสัญญา ว่าด้วยข้อตกลงกับองค์การอนามัยโลกว่าจะยึดถือการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศ แม้ว่าในตอนต้นๆ ของการปฏิบัติตามนโยบายนั้นมีความยากลำบากมาก แต่ต่อมาภายหลังก็ได้ถูกนำมา เข้าบรรจุไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) และได้เป็น โครงการที่สำคัญยิ่งโครงการหนึ่งในโครงการพัฒนาชนบทยากจน ซึ่งได้ดำเนินการ โดยสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และผลของการปฏิบัติงานที่ดีในแผน 5 นั้นก็ได้กลายมาเป็นโครงการที่สำคัญและมีเนื้อหาสาระกว้างขวางมากยิ่งขึ้นในแผน 6 จากการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพของผู้บริหารโครงการ ทำให้งานสาธารณสุขมูลฐานกระจายไปทุกหมู่บ้านของประเทศ และเป็นที่เชื่อมั่นได้ว่าในปลายปีของ แผน 6 (พ.ศ. 2534) จะสามารถให้การครอบคลุมในหมู่บ้านต่าง ๆ ทั่วประเทศได้ มากกว่า 90 เปอร์เซ็นต์

โครงสร้างของการสาธารณสุขมูลฐานในปัจจุบันประกอบด้วยปัจจัยหลัก 3 ประการ คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ทั้ง อสม. และ ผสส.) องค์กร หมู่บ้าน (กรรมการหมู่บ้าน) และกองทุนของหมู่บ้าน กองทุนของหมู่บ้านนี้จะ เป็นในรูปแบบที่กว้างขวางมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ก็ต้องขึ้นอยู่กับความต้องการขององค์กรหมู่บ้านว่า จะดำเนินการในรูปแบบใด

อย่างไรก็ตามโครงสร้างของการสาธารณสุขมูลฐานดังกล่าวอาจจะไม่ได้ผลดีถ้าหากไม่มีโครงสร้างอื่นมาสนับสนุน โครงสร้างสนับสนุนนี้ ก็เหมือนกับที่เลี้ยง ใกับการสาธารณสุขมูลฐานนั่นเอง โครงสร้างสนับสนุน ได้แก่ ระบบการสาธารณสุข ของประเทศคือนับตั้งแต่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรง- พยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัยตำบล และ/หรือศูนย์ บริการสาธารณสุขต่าง ๆ โครงสร้างที่สนับสนุน ประการต่อมาก็ได้แก่โครงสร้าง ของการประสานงานของหน่วยราชการอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาหมู่บ้านต่าง ๆ ในชนบทเช่นกระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงสาธารณสุข

175431

ศูนย์บริการพัฒนา
ศูนย์บริการพัฒนาบริหารการคลัง
Library and Information Center NIDA

กระทรวงศึกษาธิการความจริงแล้วรูปแบบการประสานก็จะอยู่ในโครงสร้างของงาน
การพัฒนาชนบทยากจน ที่สหภาพเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้เป็นเจ้าของโครง
การอยู่แล้ว ได้แก่โครงการในระบบ กชช.

นอกจากโครงสร้างสนับสนุนทั้ง 2 ประการดังกล่าวแล้ว ยังคงมีปัจจัย
ที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญยิ่ง ในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานให้มี
ประสิทธิภาพ นั่นก็คือ ปัจจัยทางด้านวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์
และเทคโนโลยีนี้จะต้องมีการพัฒนาและวิเคราะห์วิจัย เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพของ
ปัญหา ทักษะและความรู้พื้นฐานของประชาชนตามหมู่บ้านต่างๆ เทคโนโลยีในด้านนี้
จำเป็นจะต้องทำให้เหมาะสมกับสถานการณ์ดังกล่าว จึงจะทำให้ประชาชนสามารถ
นำเอาไปปฏิบัติได้อย่างง่าย ๆ และโอกาสที่จะผิดพลาดได้น้อยมาก จึงจะเป็นที่
วางใจได้และก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนางานอย่างจริงจัง

แนวความคิดที่สำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน

จากความหมายและองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าหัวใจ
สำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน มีอยู่ 4 ประการ คือ (สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข, 2529: 15)

1. การปรับระบบบริการพื้นฐานทางสาธารณสุข ให้รองรับงาน
สาธารณสุขมูลฐาน
2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน
3. การมีส่วนร่วมของประชาชน
4. การพัฒนาแบบผสมผสานโดยใช้วิธีการประสานระหว่างสาขาอื่นๆ

ปัจจัยทั้ง 4 ประการนี้เป็นแนวความคิดหลักของนโยบายสาธารณสุข
มูลฐานซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะทำให้นโยบายบรรลุผล ต่อมาได้มีการเพิ่มปัจจัยอีก
ประการหนึ่ง เป็นประการที่ 5 คือ การเสริมสร้างภาวะผู้นำ พอจะสรุป
รายละเอียดของปัจจัยต่าง ๆ ได้ดังต่อไปนี้

1. การปรับระบบสาธารณสุขให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน

เนื่องจากแนวความคิดของงานสาธารณสุขมูลฐาน ต้องการให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง โดยอาศัยการสนับสนุนจากรัฐแต่ระบบงานสาธารณสุขที่มีอยู่เดิมไม่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว เพราะบริการด้านสาธารณสุขที่รัฐจัดสรรให้ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ทำให้ประชาชนขาดความตระหนักถึงขีดความสามารถและหน้าที่ของตนเอง ทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ชุมชน และสิ่งแวดล้อม ในขณะเดียวกันผู้ให้บริการสาธารณสุขก็มุ่งให้บริการรักษาพยาบาล ซึ่งประชาชนมักจะเรียกร้องและแสวงหาเป็นสำคัญ โดยทุ่มเทการดำเนินงานส่วนใหญ่ในขอบเขตของสถานบริการหรือโรงพยาบาล ละเลยการสัมผัสคลุกคลีกับประชาชนในชุมชน เพื่อรับรู้สภาพปัญหาและสาเหตุต่าง ๆ จึงทำให้ไม่อยู่ในวิสัยที่จะเข้าใจปัญหาของชุมชน และไม่อาจช่วยเหลือสนับสนุนประชาชนให้เรียนรู้วิธีการต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของตนเองด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพผู้เจ็บป่วยและพิการ อันทำให้ระบบงานสาธารณสุขมิได้มีรากฐานอยู่ที่งานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมุ่งเน้นให้มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางแต่กลับจำกัดตัวเองอยู่กับการให้บริการแก่ผู้ที่มีโอกาสไปขอรับบริการยังโรงพยาบาลซึ่งมีอยู่เพียงจำนวนจำกัด ห่างไกลจากที่พำนักอาศัยของประชาชนชาวชนบท และต้องใช้ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ค่อนข้างสูง

จุดบกพร่องเหล่านี้ย่อมก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรม และไม่เสมอภาคในโอกาสที่จะขอรับบริการสาธารณสุขทั้ง ๆ ที่รัฐก็ได้พยายามใช้มาตรการบางอย่างเข้าช่วยผ่อนคลายเป็น เช่น การออกบัตรสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้มีรายได้น้อย การจัดหน่วยเคลื่อนที่ออกไปให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่เป็นต้น ดังนั้นจึงสมควรอย่างยิ่งที่จะต้องปรับเปลี่ยน หรืออภิวัฒน์ระบบงานสาธารณสุขโดยจัดระดับหรือขั้นตอนของงาน และปรับความสัมพันธ์ของงานในแต่ละระดับ หรือขั้นตอนเสียใหม่ให้มีงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นงานสำคัญในระดับปลาย โดยครอบคลุมประชากรทั่วทุกพื้นที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ด้วยการสนับสนุนด้านความรู้วิชาการที่เหมาะสม พัฒนาการรวมกลุ่มหรือจัดองค์การ และเสริมทักษะในการบริหาร/จัดการให้แก่ผู้นำชุมชน ส่วนงานบริการที่จะต้องกระทำเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานให้ได้โดยถือเป็นงานระดับที่สูงขึ้นมาอีกที่จะตอบสนองความต้องการของประชาชน คือ การจัดการให้สามารถประสานเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน ให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการใน

ระดับที่จำเป็นตามสภาพของปัญหาของตน โดยการจัดระบบงานแบบนี้จะช่วยให้การบริหารแผนงานและโครงการด้านสาธารณสุขมีประสิทธิภาพ สามารถก่อให้เกิดความเสมอภาคและเป็นธรรมต่อสังคมได้เป็นอย่างดีและสอดคล้องกับแนวคิดในการบริหารงานสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้า"

2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน

กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกิจกรรม ที่มี อสม. ผสส. เป็นแกนนำ อสม. ผสส. ดังกล่าว คือประชาชนที่อาสาสมัครเข้ามาช่วยระบบงานสาธารณสุข ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อให้การดูแลภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยประชาชนบรรลุผล เทคโนโลยีต่าง ๆ เหล่านี้ ได้แก่ เทคโนโลยีขั้นพื้นฐานในการควบคุมโรคติดต่อและโรคที่สำคัญในท้องถิ่น ที่จะสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน

แนวทางในการพัฒนาความรู้และเทคโนโลยีแนวทางหนึ่งคือ การให้การอบรมเจ้าหน้าที่ครู ฝึกวิทยากรสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ให้มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพอนามัยและโรค และความรู้ในเรื่องสุขศึกษาแก่ชุมชน ซึ่งการเผยแพร่ความรู้นี้อาจจะใช้ กลวิธีในการจัดประชุมชี้แจง การใช้หอกระจายข่าว การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน การใช้สื่ออื่นๆ เช่นเอกสาร เป็นต้น

นอกจากนี้ได้มีการระดมทรัพยากรมาใช้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่นการจัดตั้งกองทุนเฉพาะกิจ กองทุนยา กองทุนโภชนาการ และกองทุนสุขภาพตำบล โครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งต้องใช้การมีส่วนร่วมของประชาชน การระดมทรัพยากร และการบริหารจัดการด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังมีเทคโนโลยีอื่นๆ เพื่อให้สอดคล้องและประสานหลักการสาธารณสุขอื่นๆ เข้าด้วยกันเช่นใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐานเป็นเครื่องมือระหว่าง 4 กระทรวงหลัก (ในแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 5 มีกระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข ในแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 6 เพิ่มเป็น 6 กระทรวง โดยมีกระทรวงพาณิชย์ และกระทรวงอุตสาหกรรม)

3. การมีส่วนร่วมของประชาชน

หลักการนี้ มีจุดมุ่งหมายที่จะคลี่คลายปัญหาเกี่ยวกับการขาดความรู้ของประชาชน ความเข้าใจผิดต่าง ๆ ความเชื่อ ค่านิยม ความเคยชิน รวมทั้งวัฒนธรรม และประเพณีพื้นบ้านทั้งหลาย ที่ขัดต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งถ้าหากสามารถคลี่คลายปัญหาทั้งหลายเหล่านี้ได้ก็จะเป็นผลดีอย่างยิ่งต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ในท้องถิ่นชนบทหลายแห่ง ปัญหาดังกล่าวข้างต้นนี้ยังรุนแรง และเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่มาก หรืออาจทำให้งานสาธารณสุขมูลฐานชะงักงันไม่ก้าวหน้า แต่ในหลาย ๆ ท้องถิ่นประชาชนได้รับการพัฒนาทางด้านความรู้ ค่านิยมและพฤติกรรมสุขภาพของตนเองไปเป็นส่วนมากแล้ว ก็เป็นโอกาสที่เหมาะสมอย่างยิ่งในการนำเอาหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนนี้ มาระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเพื่อประโยชน์ของการนำไปใช้แก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ให้ได้ผลอย่างรวดเร็วทั่วถึง และสามารถชักชวนให้ประชาชนพึ่งพาตนเองได้มากขึ้นเป็นลำดับไป

เมื่อพิจารณาหลักการข้างต้นจะพบว่า หัวใจสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐาน อยู่ที่การมีส่วนร่วมของประชาชน หรือการมีส่วนร่วมของชุมชน ถ้าปราศจากการมีส่วนร่วมของชุมชนแล้ว การขยายตัวของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศอย่างรวดเร็วก็คงเป็นไปไม่ได้และถึงแม้ว่ากิจกรรมบางกิจกรรมเมื่อประเมินดูแล้วอาจจะดูเหมือนว่าประสบผลสำเร็จแต่ถ้าวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ของงานดังกล่าว จะพบว่าการประสบผลสำเร็จในลักษณะนั้นเป็นการประสบผลสำเร็จในเชิงปริมาณมากกว่าเชิงคุณภาพ คือไม่สามารถนำไปสู่การพึ่งพิงตนเองได้ แม้ว่าจะมีลักษณะของกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานครบถ้วน (วรเดช, 2532: 206)

ในแนวคิดของการพัฒนา การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น ประชาชนแทบทุกคนทั้งประเทศ โดยเฉพาะคนในชนบทจะต้องมีโอกาสได้มีส่วนร่วมเป็นเจ้าของงานสาธารณสุขมูลฐานมากยิ่งขึ้น และประชาชนต้องมีส่วนร่วมรับรู้ชะตากรรมในปัญหาด้านสาธารณสุขว่าเป็นอย่างไร จะแก้ไขอย่างไร เมื่อใดรัฐควรเข้ามามีบทบาท และส่วนไหนที่ประชาชนควรรับผิดชอบอย่างเต็มที่

4. การพัฒนาแบบผสมผสานโดยใช้วิธีการประสานระหว่างสาขาอื่นๆ

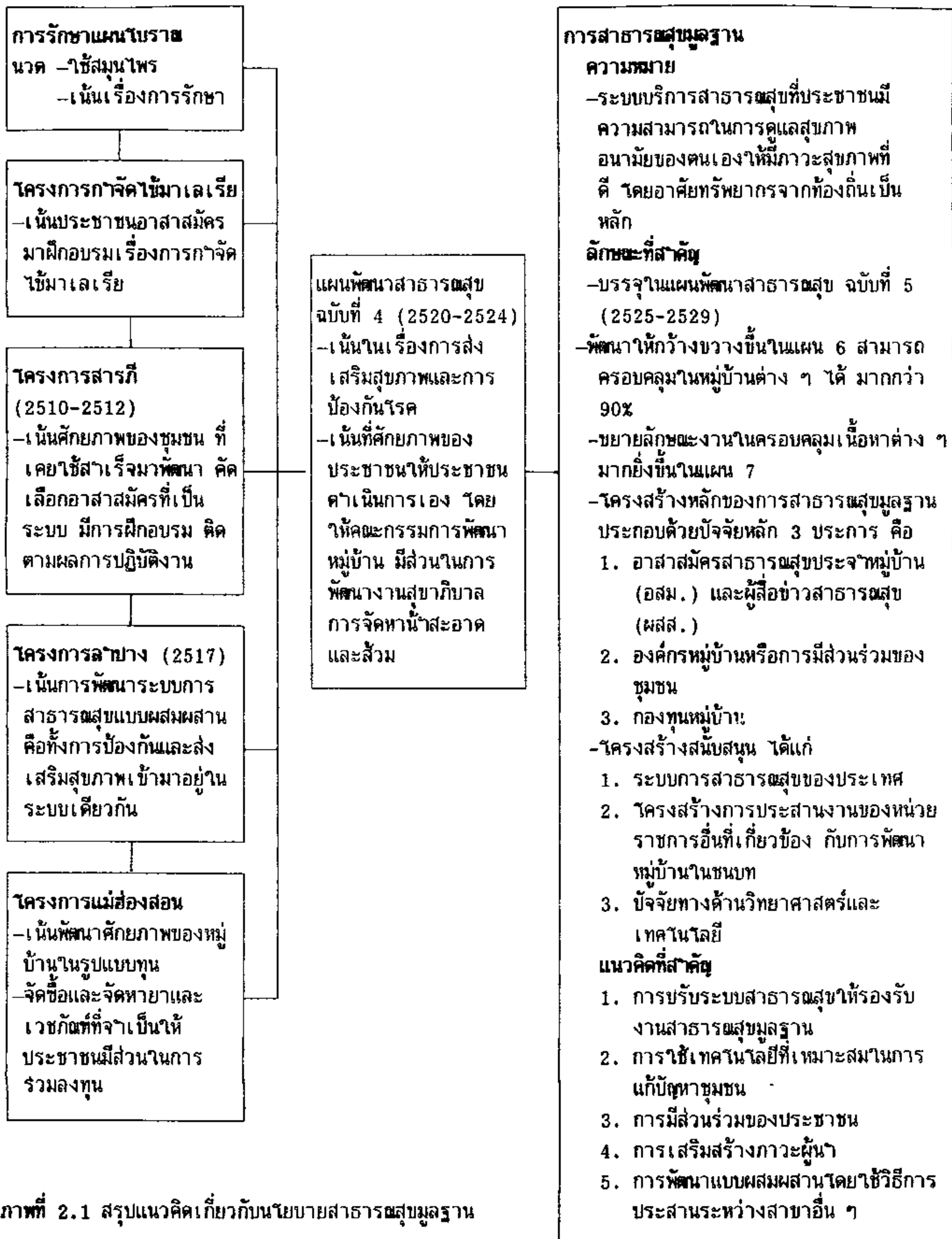
ในช่วงของการนำนโยบายสาธารณสุขมูลฐานไปปฏิบัติพบว่า ตรงกับช่วงระยะเวลาของการพัฒนาชนบท ตามนโยบายของคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช.) ซึ่งมุ่งให้ความสำคัญแก่ตัวคน คือประชาชนที่ยากจนในพื้นที่ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ซึ่งตรงกับหลักการของสาธารณสุขมูลฐาน คือการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานต่าง ๆ โดยการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการและเทคโนโลยี ดังนั้นถ้าหากว่ามีการประสานงานกันระหว่างสาขาต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องภายนอกกระทรวงที่รับผิดชอบงานพัฒนาชนบทก็ย่อมจะทำให้โครงการต่าง ๆ บรรลุผลได้ดีในที่สุด

5. การสร้างเสริมภาวะผู้นำ

เพื่อให้หลักการทั่วไปตามที่ได้กล่าวถึงแล้วในข้อ 3 ได้รับการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง และสามารถอำนวยผลในด้านการพัฒนาการสาธารณสุขของท้องถิ่นต่าง ๆ ได้ จำเป็นที่จะต้องยอมรับความสำคัญของหลักการเสริมสร้างเจตนารมณ์ทางการเมือง และภาวะผู้นำที่สอดคล้องกับการบริหารแผนงาน และโครงการด้านสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้า" ในระยะยาว ทั้งนี้เพราะเจตนารมณ์ทางการเมือง และภาวะผู้นำที่สอดคล้องกับแนวคิดนี้ และยึดมั่นในหลักการตามข้อ 3 จะช่วยให้เป้าหมายของงานสาธารณสุขมีความสำคัญเด่นชัดขึ้น งานสาธารณสุขได้รับความสนใจจากหลาย ๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้องอันจะทำให้การประสานงานภายในกลุ่มผู้มีหน้าที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุขเอง และระหว่างกลุ่มงานสาธารณสุขกับงานสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องดีขึ้น และสามารถระดมกำลังในการแก้ไขปัญหาด้านนี้ให้แก่ประชาชนได้มาก และกว้างขวางยิ่งขึ้น นอกจากนี้เจตนารมณ์ทางการเมือง และภาวะผู้นำยังมีผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพของการบริหารแผนงาน และโครงการ มีส่วนก่อให้เกิดการทบทวนแนวคิด ตลอดจนเนื้อหาสาระของแผนงานและโครงการต่าง ๆ ที่ได้มีการดำเนินงานกันอยู่ อีกทั้งยังส่งเสริมการกระจายอำนาจการบริหาร การจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นจะต้องใช้อย่างเป็นธรรม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถริเริ่มทดลอง หรือทดสอบทางเลือกใหม่ ๆ ที่อาจใช้ผลตอบแทนในลักษณะที่สอดคล้องกับเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้า" ได้มากขึ้น ทั้งนี้ย่อมหมายถึงการเน้นหนักในเรื่องการติดตาม และประเมินผลควบคู่ไปอีกด้วย

รูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย ได้ใช้
อสม. ผสส. เป็นตัวแทนของประชาชน ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตั้งแต่เริ่มต้น
โครงการ ซึ่งอสม. ผสส. เหล่านี้ได้ทำหน้าที่เสมือนเป็นผู้นำแนวคิดของงานสาธารณสุข-
มูลฐานไปสู่ประชาชน โดยกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของ อสม. และ ผสส.
ไว้ 2 ประการคือ 1. การให้บริการสุขภาพอนามัยพื้นฐานแก่ประชาชนในชนบท
เช่นการรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ การจ่ายยา และ 2. การรายงานโรคติดต่อ
และการให้บริการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน

แนวคิดในเรื่องนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน



ภาพที่ 2.1 สรุปแนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

การที่กระทรวงสาธารณสุขในนามของรัฐบาลไทย ได้ตกลงยอมรับภาระผูกพันกับองค์การอนามัยโลก ในอันที่จะร่วมมือกันดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าก่อนสิ้นปี 2543 โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน นั้น ก่อให้เกิดนโยบายที่สำคัญในงานสาธารณสุข คือ นโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญคือ เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ถึงระดับที่จะดำรงชีวิตให้เกิดประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจและสังคมโดยถ้วนหน้า

นับแต่วันที่ประเทศไทยได้นำนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน มาเป็นนโยบายสำคัญของชาติ ได้มีการสร้างงาน และกิจกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการบรรลุเป้าหมายหลายประการรวมถึงการมีพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการแบ่งส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งหน่วยงานที่มีฐานะเทียบเท่ากองขึ้นในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรับผิดชอบโครงการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน เมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2523 และทำหน้าที่ประสานงานทางด้านนี้ ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขและระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสาขาอื่น หน่วยงานใหม่นี้คือ "สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน"

จากวันนั้นถึงปัจจุบัน เป็นเวลากว่าทศวรรษ ผลสำเร็จของกิจกรรมและโครงการตามนโยบายสาธารณสุขมูลฐานมีความแตกต่างกันไป ตามความสนใจของแต่ละโครงการ แม้ว่าเนื้อหาของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน จะสอดคล้องกับนโยบายในการเร่งรัดพัฒนาชนบทเพื่อจะยกระดับประชาชนในชนบท ซึ่งเป็นประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศที่มีฐานะยากจน ด้อยการศึกษาและมีสถานะทางสุขภาพต่ำให้มีความเป็นอยู่ดีขึ้น ความสำเร็จของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานก็ยังไม่เป็นที่น่าพึงพอใจสำหรับบุคคลที่เกี่ยวข้อง และก่อให้เกิดปัญหาว่านโยบายดังกล่าวจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าก่อนสิ้นปี 2543 ได้หรือไม่ เพียงใด

นโยบายสาธารณสุขมูลฐานนี้ มีแนวคิดที่แตกต่างไปจากการบริการสาธารณสุขแบบเก่า กล่าวคือ บริการสาธารณสุขแบบเก่าเจ้าหน้าที่ของรัฐจะให้บริการแก่ประชาชน โดยจัดบริการไว้ที่สำนักงานผดุงครรภ์ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งการให้บริการดังกล่าวไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศได้ทั้งหมด เพราะทรัพยากรของรัฐทางด้านงบประมาณและบุคลากรมีจำนวนจำกัดทำให้ต้องมีการพัฒนาสาธารณสุขแบบใหม่ โดยนำนโยบายสาธารณสุขมูลฐานมาใช้

แนวคิดของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน คือให้เจ้าหน้าที่ของรัฐเปลี่ยนบทบาทใหม่ จากเดิมที่เป็นผู้ให้บริการแก่ประชาชน เปลี่ยนมาเป็นผู้กระตุ้นให้การแนะนำและเป็นผู้ให้การสนับสนุน โดยให้บริการบางอย่างให้กับประชาชน และให้ประชาชนเป็นผู้เริ่มบริการด้วยตนเอง ในการนี้ทางกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความรู้แก่ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ในหมู่บ้าน เช่น ผสส./อสม. ครู นักเรียน ผู้นำชุมชน พระ กรรมการหมู่บ้านและกลุ่มแม่บ้าน เป็นต้น

ดังนั้น นโยบายสาธารณสุขมูลฐาน จึงเป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบที่มีอยู่เดิมในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยนโยบายนี้จะเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาชุมชนเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง และให้ประชาชนสามารถช่วยเหลือตนเอง โดยอาศัยการพัฒนาทางด้านสาธารณสุข ผสมผสานกับการพัฒนาทางด้านอื่น ๆ อาทิ เช่น การศึกษา การเกษตรและสหกรณ์ และการพัฒนาชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชนในด้านต่าง ๆ เช่น ความคิด แรงงาน เงิน และทรัพยากรอื่น ๆ ที่สามารถหาได้ในท้องถิ่น ความร่วมมือนี้จะต้องเกิดจากความต้องการและความสมัครใจของชุมชน ที่ต้องการจะแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในท้องถิ่นด้วยตัวของเขาเองเพื่อครอบครัวเพื่อชุมชนของเขา

นโยบายสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลยุทธ์ที่สามารถช่วยให้มีการผสมผสานการบริการสาธารณสุขทั้งหมດในด้านป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสม สามารถที่จะทำให้เกิดการดำเนินงานดังกล่าวครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึง และสามารถที่จะทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ในชนบทซึ่งยากจน ด้อยการศึกษา สุขภาพอนามัยไม่สมบูรณ์ มีสุขภาพดีถ้วนหน้าตามสภาพของเศรษฐกิจของท้องถิ่นได้

พัฒนาการของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานกว่า 10 ปี ทำให้มีกิจกรรมต่าง ๆ มากมายลงไปในระดับหมู่บ้าน ทำให้ประชาชนได้ตื่นตัวในงานสาธารณสุข ความตื่นตัวของประชาชนในการตอบสนองนโยบายดังกล่าว น่าจะมีผลต่อความรู้ความเข้าใจของประชาชนในการป้องกันโรค และนำไปสู่ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนดีในที่สุด ดังนั้นในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนจะมุ่งไปศึกษากิจกรรมต่าง ๆ ตามลักษณะงานที่เกิดจากนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ว่าประชาชนได้รับผลจากกิจกรรมนั้น ๆ มากน้อยเพียงใด และประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในนโยบายดังกล่าวอย่างไร และมีการปรับระบบบริการเพื่อให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐานหรือไม่ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะนำไปสู่ความรู้ในการป้องกันโรค และทำให้ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนดีขึ้นหรือไม่ เพื่อที่ภายในปี 2543 ประชาชนทุกคนจะได้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าตามเป้าหมายที่ได้ทำการตกลงยอมรับการผูกพันกับองค์การอนามัยโลกคาถาต่าง ๆ เหล่านี้จำเป็นต้องหาคำตอบอย่างเป็นระบบ ดังจะได้นำเสนอต่อไป

ปัญหาในการศึกษา

จากประเด็นคำถามต่าง ๆ ข้างต้นเมื่อนำมากำหนดเป็นคำถามหลักสำหรับการศึกษาวิจัยได้ 3 คำถามใหญ่ ๆ คือ

ปัญหาการวิจัยที่ 1 แนวคิดหลักในเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน และการมีส่วนร่วมของประชาชน รวมทั้งแนวคิดหลักในเรื่องภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้แก่ ความรู้ในการป้องกันโรค ได้มีส่วนสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนมากน้อยเพียงใด

ปัญหาการวิจัยที่ 2 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวแปรที่คัดเลือกภายใต้กรอบทฤษฎีดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางสถิติ หรือความสัมพันธ์ลำดับศูนย์กับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน หรือไม่ ระดับใด

ปัญหาการวิจัยที่ 3 ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้รับผลกระทบทางตรงและ/หรือทางอ้อม จากตัวแปรสาเหตุใดบ้าง ขนาดค่าของผลกระทบรวมจากตัวแปรสาเหตุต่อตัวแปรผล "ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน" มีระดับความมากน้อยเพียงใดรวมทั้งตัวแปรสาเหตุต่างมีผลกระทบทั้งทางตรง และ/หรือทางอ้อมต่อกันและกันหรือไม่อย่างไร

ปัญหาการวิจัยทั้งสามประการนี้ เป็นจุดมุ่งหมายสำคัญของการวิจัยนี้ ซึ่งจำเป็นต้องหาข้อมูลเชิงประจักษ์ (empirical data) เพื่อการตอบคำถาม โดยอาศัยระเบียบวิธีวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ นอกจากนั้นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวิจัยนี้ยังสามารถตอบคำถามบางคำถามที่น่าสนใจอื่น ๆ อีกเช่น

1. ประชาชนในท้องถิ่น มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และรักษาโรคด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด
2. นโยบายสาธารณสุขมูลฐานในท้องที่ต่าง ๆ นั้นสามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ไปสู่ประชาชนได้แตกต่างกันหรือไม่ และเป็นไปตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใด
3. ประชาชนมีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณสุขมูลฐานมากน้อยเพียงใด

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

ผู้ศึกษาได้เน้นความสำคัญของเรื่องที่ทำการศึกษา และปัญหาที่ต้องการศึกษามากำหนดวัตถุประสงค์ในการศึกษา โดยแบ่งเป็นวัตถุประสงค์หลักดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชนและความรู้ในการป้องกันโรคว่ามีส่วนสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนอย่างไร
2. เพื่อศึกษาผลกระทบทั้งทางตรง และ / หรือทางอ้อม จากตัวแปรสาเหตุต่าง ๆ ที่มีต่อตัวแปรผล
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของกิจกรรมต่าง ๆ ในนโยบายสาธารณสุขมูลฐานในจังหวัดต่าง ๆ ของเขต 1 ของสาธารณสุข

ขอบเขตการศึกษา

ขอบเขตการศึกษาเรื่อง ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน : การศึกษาสำรวจปัจจัยและผลกระทบของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ในเขต 1 ของสาธารณสุข ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาไว้ดังต่อไปนี้

1. ในการศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้มุ่งศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนตามสถานสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ตามตัวแบบที่สร้างขึ้นโดยมีพื้นฐานจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขมูลฐาน

2. ในการศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน จะให้ความสำคัญกับกิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นหลัก เนื่องจากกิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐานอาจจะมีส่วนช่วยทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีได้ ทั้งนี้จะไม่ครอบคลุมถึงกิจกรรมอื่นๆของงานสาธารณสุขโดยทั่วไป

3. ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกับตัวแปรสาเหตุต่าง ๆ จะศึกษาเฉพาะในเขต 1 ของสาธารณสุข ซึ่งมี 8 จังหวัด ได้แก่ สระบุรี ปทุมธานี สิงห์บุรี ชัยนาท นนทบุรี อโยธยา อ่างทอง และลพบุรี เป็นตัวอย่างของการศึกษา

นิยามศัพท์

การนิยามศัพท์ในที่นี้ มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อเพิ่มความกระจ่าง และลดความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับมโนทัศน์ที่สำคัญที่ใช้ในการศึกษานี้ โดยจะนำเสนอความหมายของคำต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง กลวิธีทางสาธารณสุข ที่เพิ่มมาจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน การสาธารณสุขมูลฐานเป็นวิธีการ ในการให้บริการสาธารณสุขที่ผสมผสานทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลการส่งเสริมสาธารณสุขมูลฐานการป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินการประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ในด้านวิชาการข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษา ฝึกอบรมและระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก

นโยบายสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง แนวทางกว้าง ๆ ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีลักษณะงานที่สำคัญ 10 ลักษณะงาน แม้ว่าในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ขยายกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน เป็น 14 ลักษณะงาน แต่ในที่นี้ได้ศึกษาในช่วงระยะเวลาก่อนที่จะขยายกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้บรรลุนโยบายคือให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีถึงระดับที่จะดำรงชีวิตให้เกิดประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจและสังคมโดยถ้วนหน้า

กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การกำหนดกิจกรรมตามลักษณะงานที่สำคัญ 10 ลักษณะงาน ที่ปรากฏอยู่ในนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน โดยในแต่ละลักษณะงานจะมีการกำหนดกิจกรรมในฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของรัฐ และอาสาสมัครสาธารณสุขนำกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านั้นไปปฏิบัติ และก่อให้เกิดผลแก่ประชาชนโดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมตามลักษณะงาน ดังต่อไปนี้

1. การสุขศึกษา ให้ประชาชนทุกคนหรือทุกหลังคาเรือนได้รู้ปัญหาโรคในท้องถิ่น และเข้าใจถึงวิธีการป้องกันและควบคุมโรคที่พบในท้องถิ่น รวมตลอดถึงการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยขั้นพื้นฐานของตน โดย

- 1.1 ใช้อาสาสมัครเป็นผู้เผยแพร่ความรู้ด้านสุขศึกษา รวมทั้งการจัดให้มีการสุขศึกษาแก่ประชาชน
- 1.2 ใช้ประโยชน์จากสื่อมวลชน ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยตรง เช่น การจัดรายการวิทยุที่เน้นการให้ประโยชน์ต่อประชาชนโดยตรงหรือประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข มารดาและเด็ก เป็นต้น
- 1.3 จัดระบบสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัคร โดยให้เจ้าหน้าที่ของรัฐสนับสนุน ทั้งทางด้านการใช้ข้อมูลทางวิชาการ การใช้สื่อต่าง ๆ และการให้การฝึกอบรมในส่วนที่ขาดและจำเป็นแก่อาสาสมัครเหล่านั้นด้วย

2. โภชนาการ ลดปัญหาภาวะทุโภชนาการ โดยเฉพาะในเด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปีโดยใช้มาตรการที่สำคัญดังต่อไปนี้คือ

- 2.1 การเฝ้าระวังทางโภชนาการ เพื่อให้สามารถค้นหาผู้ที่มีปัญหา การขาดสารอาหาร โดยการให้โภชนศึกษาแก่อาสาสมัครใน โครงสร้างของการสาธารณสุขมูลฐาน และแก่มารดาของเด็ก โดยตรง
- 2.2 สนับสนุนให้มีการผลิตอาหาร ที่มีคุณค่าในหมู่บ้าน เพื่อใช้เป็น อาหารเสริมที่มีราคาถูกและประหยัด
- 2.3 สนับสนุนให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคของประชา ชนให้สามารถจัดหาอาหารที่สะอาด และถูกสุขอนามัยได้ด้วย ตนเอง
- 2.4 การจัดเลี้ยงอาหารกลางวัน โดยมุ่งให้โภชนศึกษาแก่เด็กเป็น สำคัญและได้ใช้เป็นมาตรการแก้ไขปัญหาทุโภชนาการโดยตรง

3. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดต่อ ให้ภูมิคุ้มกันโรคติดต่อที่ป้องกัน ได้ด้วยวัคซีนอย่างทั่วถึงโดยอาศัยอาสาสมัครเป็นแกนกลางในการช่วยสนับสนุนเจ้า หน้าที่ของรัฐในรูปแบบต่าง ๆ พร้อมทั้งจัดสร้างระบบสนับสนุนด้านการผลิต จัดหา เก็บ จัดส่งวัคซีนให้มีคุณภาพเหมาะสม มีปริมาณเพียงพอและมีขอบข่ายครอบคลุมทุก หมู่บ้าน

4. การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น อย่างน้อยที่สุดจะ ต้องเผยแพร่วิธีการแก้ปัญหาโรคทางเดินอาหารและลำไส้ โดยเฉพาะโรคอุจจาระ ร่วง และจัดการระบบการเฝ้าระวังโรคเหล่านี้ โดยใช้อาสาสมัครในระบบของการ สาธารณสุขมูลฐานกับทั้งดำเนินการผลิต จัดหา และกระจายเวชภัณฑ์ที่ใช้แก้ปัญหานี้ ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

5. การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด สนับสนุนให้ ประชาชนมีบทบาทในการพัฒนาการสุขาภิบาลได้ด้วยตนเอง เช่น จัดการฝึกอบรม ข้าง ซึ่งเป็นชาวบ้านโดยใช้เทคโนโลยีอย่างง่าย ๆ จัดหา และแนะนำอุปกรณ์การ ก่อสร้างรวมทั้งหาตลาดให้ในด้านการจัดหาน้ำสะอาด ให้หน่วยราชการที่ปฏิบัติงาน ตามโครงการ จัดให้มีน้ำสะอาดในชนบทที่วราชอาณาจักรอยู่นั้น ดำเนินการต่อไป

สำหรับในด้านคุณภาพ และความสะอาดของน้ำนั้นให้กระทรวงสาธารณสุขเพ่งเล็งในกรณีเพื่อการบริโภคเป็นสำคัญ มาตรการที่ใช้คือ

- 5.1 ส่งเสริมให้ประชาชนในชนบทที่มีที่เก็บน้ำฝน เพื่อเก็บกักน้ำฝนไว้ดื่มตลอดปี
- 5.2 ให้อาสาสมัครสาธารณสุขหรือช่างสุขภัณฑ์ที่ได้รับการอบรมเป็นผู้เผยแพร่การสร้างที่เก็บน้ำให้แก่ประชาชนทั่วไป
- 5.3 ให้ประชาชนช่วยตนเองให้มากที่สุด ในการจัดหาให้มีที่เก็บน้ำฝนดังกล่าวสำหรับผู้ยากจน รัฐบาลจะสนับสนุนค่าวัสดุก่อสร้างเท่านั้น ประชาชนจะต้องออกค่าแรงงานเอง
- 5.4 สนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์ จัดให้มีน้ำสะอาดไว้ใช้ในครัวเรือน
- 5.5 ส่งเสริมให้มีการวิจัยหารูปแบบภาชนะเก็บน้ำฝนที่ง่าย ราคาถูกและคงทนด้วย รวมทั้งถูกต้องตามหลักวิชาการ

6. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ในหมู่บ้าน

- 6.1 ใช้กองทุนยาและเวชภัณฑ์ ซึ่งดำเนินการโดยอาสาสมัครเป็นองค์กรหลัก ซึ่งจะสามารถครอบคลุมได้ทุกหลังคาเรือน นอกจากนั้นยังจะต้องส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมุนไพรที่เหมาะสม เพราะมีราคาถูก หรือสามารถจัดหาได้โดยไม่เสียเงิน มีประสิทธิภาพ และได้มีการยอมรับอยู่แล้วจากประชาชนตลอดจนสามารถแก้ปัญหาโรคง่าย ๆ ได้ด้วย ทั้งนี้ให้ดำเนินการในเรื่องคัดเลือกชนิดของสมุนไพรต่าง ๆ ที่มีคุณภาพดี ไม่มีพิษภัยดำเนินการแพร่พันธุ์ จัดหา ผลิตเป็นยาสมุนไพร และ ส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยาสมุนไพรแก่ประชาชนโดยอาสาสมัคร
- 6.2 พัฒนาระบบการผลิต จัดหาและกระจายยาให้ทั่วถึงในระดับท้องถิ่นโดยพัฒนาองค์กรที่รับผิดชอบด้านการผลิต และสนับสนุนให้ภาคเอกชน ได้มีส่วนร่วมในการกระจายยา

- 6.3 ให้มีการจัดหาและใช้บัญชียาหลักแห่งชาติให้กว้างขวาง โดยเฉพาะในหน่วยงานของรัฐโดยทั่วไป เพื่อลดค่าใช้จ่ายต่อหน่วยและการสูญเสียเปล่าให้น้อยลง เป็นการประหยัดและเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาด้วย

7. การวางแผนครอบครัวและการอนามัยแม่และเด็ก

ดำเนินการวางแผนครอบครัวให้กว้างขวาง โดยใช้อาสาสมัครให้ครอบคลุมประชากรได้อย่างกว้างขวาง โดย

- 7.1 สนับสนุนให้มีการคุมกำเนิดชนิดถาวรอย่างแพร่หลาย เช่น การผ่าตัดทำหมัน แต่สำหรับการคุมกำเนิดชั่วคราวนั้น ก็ดำเนินการโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ เรื่องค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง
- 7.2 ใช้มาตรการทางสังคม เช่น แก่ไขกฎหมายการแท้ง ภายใต้อิทธิพลที่เหมาะสมทั้งทางคุณภาพอนามัยและสังคมตลอดจนการใช้ระบบการให้สิ่งจูงใจจากรัฐ ที่เกี่ยวกับจำนวนบุตร เช่น การศึกษา การให้บริการทางสังคมต่าง ๆ
- 7.3 ระดมทรัพยากรจากหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมวางแผนครอบครัวให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

8. การควบคุมโรคในท้องถิ่น มุ่งผสมผสานงานควบคุมป้องกันโรคที่แพร่หลายในชุมชนประจำท้องถิ่นให้เป็นส่วนหนึ่งของบริการสาธารณสุขทั่วไป และการสาธารณสุขมูลฐานโดยดำเนินการดังนี้

- 8.1 ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนจนสามารถผสมผสานงานควบคุมป้องกันโรคให้เป็นส่วนหนึ่งของบริการสาธารณสุขทั่วไปได้
- 8.2 ค้นหาหารูปแบบ วิธีการ ตลอดจนพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับการควบคุมป้องกันโรคประจำท้องถิ่นต่าง ๆ

8.3 จัดระบบการบริหารงาน และชักจูงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้
พร้อมที่จะสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน ในเรื่องการควบคุม
ป้องกันโรคประจำท้องถิ่นให้ได้มีประสิทธิภาพอยู่เสมอ

9. ทัศนสาธารณสุข

อบรมเจ้าหน้าที่ตำบลให้สามารถอุดหนุนชั่วคราวให้ชาวบ้านได้ เพื่อ
แก้ไขปัญหาวัดพัน และไปอบรม อสม.ให้รู้จักตรวจฟัน และคัดเลือกผู้ช่วยมารับการ
รักษาพยาบาล

10. สุขภาพจิต

ให้เจ้าหน้าที่ตำบลอบรมสุขภาพจิตเบื้องต้น ให้ อสม. ผสส. และ
ให้บุคคลดังกล่าวไปอบรมต่อให้ชาวบ้านได้ โดยให้ชาวบ้านมีความรู้เบื้องต้นเรื่อง
การมีสุขภาพจิตที่ดี การป้องกันและรักษาสุขภาพทางจิต

ผลกระทบของนโยบาย หมายถึง ความพยายามในการคาดการณ์ถึงผลที่
จะเกิดขึ้นโดยตรงและโดยอ้อม ซึ่งแบ่งผลกระทบออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ผลกระทบที่ตั้งใจให้เกิดขึ้น ได้แก่ สถานะสุขภาพของประชาชนที่ดี
ขึ้น ความสามารถในการพึ่งตนเองได้ทางสาธารณสุขของประชาชน และเศรษฐกิจ
และสังคมของหมู่บ้านที่มีนโยบายสาธารณสุขมูลฐานจะดีขึ้น

2. ผลกระทบที่ไม่ตั้งใจให้เกิดขึ้น ได้แก่ ความไม่ไว้วางใจในบทบาท
ของรัฐ ความไม่ไว้วางใจในบทบาทของประชาชนด้วยกันเอง ความละเลยในการ
ให้บริการของรัฐ หมู่บ้านที่หน่วยงานของรัฐคิดว่าประสบความสำเร็จ อาจจะสูญเสีย
เอกลักษณ์ของหมู่บ้านไปและเป็นการเพิ่มภาระให้แก่ประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึงการที่
ประชาชนได้เข้ามามีตำแหน่งหรือเป็นสมาชิกในกิจกรรมต่าง ๆ ของงานสาธารณสุข
มูลฐาน โดยมีส่วนในการตัดสินใจในการวางแผน ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ มีส่วนใน
การดำเนินงาน มีส่วนในการรับผลประโยชน์จากโครงการต่าง ๆ ทั้งนี้รูปแบบของ
การมีส่วนร่วมนั้น - จะต้องไม่ถูกยึดเยียดจากบุคคลภายนอกชุมชน แต่จะต้องเป็น
กระบวนการที่พัฒนามาจากความต้องการของชุมชนนั้น ๆ นั่นเอง

อาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง ชาวบ้านที่มีความรู้ทางด้านสาธารณสุข โดยผ่านการฝึกอบรมมาแล้ว ซึ่งประกอบไปด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ

1. ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) ซึ่งจะทำหน้าที่เผยแพร่ กิจกรรมสาธารณสุข และให้ความรู้แก่ชาวบ้านคนอื่น ๆ ในด้านสาธารณสุขมูลฐาน

2. อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งได้รับการ อบรมให้สามารถที่จะให้การรักษายาบาลขั้นต้น สำหรับการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ โดยทั่วไปนอกเหนือจากการให้การศึกษาทางด้านสาธารณสุข การคัดเลือกอาสาสมัครทั้งสองประเภทนี้ กำหนดให้มีวิธีการสังคมมิติ (Sociometry) คือ การคัดเลือกจากการศึกษาความสัมพันธ์ของคนในชุมชน เพื่อให้ได้บุคคลที่เหมาะสมจริง ๆ เป็นอาสาสมัคร

ประชาชน หมายถึง ประชาชนที่อยู่อาศัยในท้องถิ่น ที่จะได้รับผลจาก นโยบายสาธารณสุขมูลฐาน และเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตาม นโยบายสาธารณสุขมูลฐาน

ความรู้ในการป้องกันโรค หมายถึง การที่ประชาชนมีความสามารถดูแล สุขภาพอนามัยของตนเอง ให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี และสามารถป้องกันโรคง่าย ๆ ที่ จะเกิดขึ้นได้โดยรัฐเป็นผู้สนับสนุนทางด้านการอบรม การสอนให้เกิดความรู้ และสามารถป้องกันโรคง่าย ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้

การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การจัด บริการต่าง ๆ ทางสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับการดำเนินกิจกรรมในนโยบาย สาธารณสุขมูลฐานโดยมีการบริการใหม่ ๆ และเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ประสานกิจกรรม ทั้งภายในภายนอกกระทรวงสาธารณสุขให้กิจกรรมในงานสาธารณสุขมูลฐานสามารถ ดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายในที่สุด

สุขภาพที่ดี หมายถึง การที่ประชาชนปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และสามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้อย่างดี หรือสามารถประกอบอาชีพเพื่อนำรายได้ มาสู่ครอบครัวโดยใช้เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขในการวัดสุขภาพอนามัย

ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน หมายถึง การที่ประชาชนมีสุขภาพที่ดีหรือไม่มีการเจ็บป่วย ด้วยโรคที่นำมาโดยอาหารและน้ำ โรคทางเดินหายใจ และโรคอื่น ๆ ที่เป็นอันตราย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานประจำวันได้

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. นโยบายสาธารณสุขมูลฐาน เป็นนโยบายที่ครอบคลุมทั่วประเทศ โดยเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2521 ดำเนินงานอย่างจริงจังเมื่อปี 2523 และมีการวางระบบในการศึกษาเมื่อปี 2526 ลักษณะข้อมูลยังกระจัดกระจาย มิได้รวบรวมเป็นแหล่งเดียวกัน นอกจากนี้ ยังไม่ได้มีการตรวจสอบปรัชญาแนวความคิดของสาธารณสุขมูลฐานว่าสามารถนำมาใช้ในประเทศไทยได้หรือไม่ ดังนั้นการศึกษาในเรื่องนี้เป็นการศึกษาหลังจากที่มีการนำนโยบายสาธารณสุขมูลฐานไปใช้ เป็นระยะเวลากว่า 10 ปี แม้ว่าจะใช้นโยบายเดียวกันทั่วประเทศ แต่วิธีการนำไปปฏิบัติอาจจะแตกต่างกันในแต่ละท้องที่ ทำให้ผลของนโยบายที่มีต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนแตกต่างกันด้วย ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้อาจจะมาจากตัวแปรตัวอื่นนอกเหนือจากการศึกษาแต่อย่างใดก็ตาม การศึกษานี้จะพยายามควบคุมปัจจัยภายนอกต่างๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อที่จะพิสูจน์ความเป็นสาเหตุและผลของตัวแปรที่ทำการศึกษา

2. กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานมีเป็นจำนวนมาก ในการวัดความสัมพันธ์ของกิจกรรมการดำเนินงานนั้น ได้พยายามหาเครื่องมือวัดที่เหมาะสมโดยการเทียบเป็นสัดส่วนของงานที่ทำได้ กับเป้าหมายของงานที่ดำเนินการในประเทศไทย

3. ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย ได้นำกิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ โดยอยู่ในรูปของวัตถุประสงค์ นโยบายและแผนงานในระดับชาติ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นธรรม ในการระดม และจัดสรรทรัพยากร การประสานภายในได้สาขา และระหว่างสาขา การมีส่วนร่วมและการใช้ทรัพยากรของชุมชน สำหรับในเรื่องของประสิทธิภาพในการบริหารจัดการให้บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งจะต้องมีการปรับปรุงระบบบริหาร เพิ่มสมรรถนะและขวัญของบุคลากรนั้นอยู่นอกเหนือขอบเขตที่ผู้ศึกษาจะก่อให้เกิดได้ ดังนั้น การศึกษาในที่นี้จึงเป็นเพียงการสำรวจสถานการณ์ที่มีอยู่ในปัจจุบันว่ามีสภาพการณ์อย่างไร และถ้าพบปัจจัยหลัก ๆ ที่ก่อให้เกิดปัญหาในงานสาธารณสุขมูลฐาน ผู้ศึกษาก็ไม่มีอำนาจหน้าที่ที่จะไปปรับปรุงแก้ไขได้ ได้แต่เสนอแนวทางในการปรับปรุงเท่านั้น

ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบข้อคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย และนำข้อคิดเห็นดังกล่าวมาปรับปรุงนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ให้มีความสามารถในการนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี 2543 ได้อย่างดี

2. ผลต่อการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อวงวิชาการหลายประการ กล่าวคือ

- 2.1 เป็นแนวทางในการศึกษากลยุทธ์ ในการนำไปสู่ความสำเร็จของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานได้
- 2.2 เป็นแนวทางในการศึกษาองค์ความรู้ทางวิชาการในขั้นต่อไป
- 2.3 เป็นการนำองค์ความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ ในสถานที่เกิดขึ้นจริงในระบบราชการ

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มาปรับปรุงระบบการทำงานให้มีประสิทธิภาพ และนำไปสู่เป้าหมายได้ โดยอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ได้ทำการศึกษาอย่างมีระบบและระเบียบวิธี

การเสนอเรื่อง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 6 บท คือ บทที่ 1 บทนำ ได้แก่ ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ในการศึกษา ขอบเขตการศึกษานิยามศัพท์ ข้อจำกัดในการศึกษา และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ บทที่ 2 ได้แก่ กรอบทฤษฎีว่าด้วยภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้แก่ แนวคิดในนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน แนวคิดในเรื่องภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน และการสร้างแบบจำลองเส้นโยงสมมติฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน บทที่ 3 ได้แก่ ระเบียบวิธีที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ รูปแบบการศึกษาวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือในการวิจัย การทดสอบความเชื่อถือได้ของแบบสัมภาษณ์ การทดสอบความแม่นยำของมาตรวัด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีวิเคราะห์ข้อมูล บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นต้น ได้แก่ ภูมิหลังของประชากรที่ศึกษา ลักษณะสำคัญของตัวแปรสำคัญ ปัจจัยสำคัญของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่มีต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน และการทดสอบฐานคติของสถิติพาราเมตริก บทที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสูง ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย การวิเคราะห์ถดถอยพหุ การวิเคราะห์เส้นโยงของตัวแบบ และบทที่ 6 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ได้แก่ การสรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และ ข้อเสนอแนะ

บทที่ 2

กรอบทฤษฎีว่าด้วยสุขภาพอนามัยของประชาชน

ในการศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน: การศึกษาสำรวจ ปัจจัยและผลกระทบของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานในเขต 1 ของสาธารณสุขนั้น ผู้ศึกษาได้แบ่งหัวข้อในการนำเสนอ ออกเป็น 4 ส่วนที่สำคัญคือ แนวคิดในนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ต่อจากนั้นได้ทำการผนวกแนวคิดทั้งสองเป็นกรอบการศึกษา และนำมาสร้างแบบจำลองเส้นโยงสมมติฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน และส่วนสุดท้ายเป็น การสรุปความ

แนวคิดในเรื่องนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ได้จำแนกแนวคิดหลัก ๆ ออกเป็น 3 ประการ คือ จุดเริ่มต้นของงานสาธารณสุขมูลฐาน วิวัฒนาการที่สำคัญ และการนำนโยบายไปบรรจุไว้ในแผน แนวคิดที่สำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานและการสังเคราะห์แนวคิดต่าง ๆ มาเป็นกรอบทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

แนวคิดในเรื่องภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน มีแนวคิดหลักที่สำคัญ 3 ประการคือ ปัจจัยที่สำคัญของภาวะสุขภาพอนามัย การแก้ปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยและการผนวกแนวคิดของภาวะสุขภาพอนามัยเข้ากับแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน

การสร้างแบบจำลองสมมติฐาน เกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยนั้น จะเป็นการนำแนวคิดจากทฤษฎีต่าง ๆ ที่เสนอข้างต้น และผลงานวิจัยมากำหนดเป็นตัวแปรที่จะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอนามัย ในลักษณะของแบบจำลองเส้นโยงสมมติฐาน โดยพยายามหาแนวคิด หรือผลงานวิจัยมาสนับสนุนความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปรดังกล่าว

แนวคิดนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน

จุดเริ่มต้นของงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมัชชาองค์การอนามัยโลกได้มีการประชุม และมีมติร่วมกันว่า "การมีสุขภาพดี เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่พึงได้รับ โดยต้องไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องเชื้อชาติ ศาสนา การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม" เมื่อปีพ.ศ. 2520 จากการประชุมดังกล่าวเป็นผลให้รัฐบาลของทุกประเทศเป็นผู้รับผิดชอบ และจัดหากลวิธีที่เหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย สุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี พ.ศ. 2543 หรือ Health for all by the year 2000 และต่อจากนั้น ในปี 2521 องค์การอนามัยโลกก็ได้จัดให้มีการประชุมขึ้นอีกครั้งหนึ่งที่เมืองอัลมาอตา ประเทศสหภาพโซเวียต เพื่อหาหลักการ และกลวิธีที่จะบรรลุถึงสุขภาพดีถ้วนหน้า และได้มีการประกาศแถลงการณ์ที่เรียกกันว่า "คำประกาศอัลมาอตา 2521" ซึ่งมีสาระสำคัญพอสรุปได้ดังนี้ (วรเดช, 2532: 204)

1. การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน
2. ทว่าสังคมในปัจจุบันมีความไม่เท่าเทียมกันในเรื่องบริการ และการใช้ทรัพยากรจึงจำเป็นต้องมีการจัดสรรทรัพยากรที่ใช้พัฒนาสุขภาพเสียใหม่
3. ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มคนที่ได้รับโอกาสน้อย แต่เป็นคนส่วนใหญ่ในสังคมได้มีโอกาสเข้าถึงการบริการ
4. รวมถึงการได้พัฒนาตนเองด้านสุขภาพ ในฐานะเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการจัดบริการเพื่อสุขภาพของตนเอง
5. รัฐบาลต้องมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดการให้ประชาชนมีสุขภาพดีโดยทั่วกัน
6. การให้บริการสาธารณสุขมูลฐานนี้เป็นบริการที่จำเป็น ขาดเสียมิได้
7. การให้บริการสาธารณสุขมูลฐานที่กล่าวถึงนี้ จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กับส่วนต่าง ๆ อาทิ จุดมุ่งหมายที่จะแก้ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของชุมชน การส่งเสริมให้ชุมชนและบุคคลพึ่งตนเองโดยอาศัยการระดมและผสมผสานทรัพยากร ความคิดเทคโนโลยีตลอดจนสถาบัน และวัฒนธรรมให้สอดคล้องกับท้องถิ่น การแสวงหาความร่วมมือ และการประสานงานกับสาขาต่าง ๆ เช่น สาขาเกษตรกรรมสาขาอุตสาหกรรม ในอันที่จะสนับสนุนให้ชุมชนสามารถพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น เป็นต้น

สำหรับความหมายของสาธารณสุขมูลฐาน ได้มีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกัน ดังนี้ (วรเดช, 2532: 204)

1. องค์การอนามัยโลก ได้นิยามศัพท์เกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน ว่า หมายถึง การดูแลสุขภาพตามความจำเป็นโดยใช้วิธีการ และเทคโนโลยีที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติพิสูจน์ได้ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์และเป็นที่ยอมรับของสังคม โดยความร่วมมืออย่างเต็มที่ของประชาชน วิธีการและเทคโนโลยีดังกล่าวจะต้องจัดหาให้มีอยู่โดยทั่วไป ซึ่งบุคคลและครอบครัวในชุมชนสามารถเข้าถึงได้ วิธีการและเทคโนโลยีเหล่านั้นต้องมีราคาถูกลงที่ชุมชนและประเทศชาติจะสามารถจัดหา และบำรุงรักษาได้ในทุกระดับของการพัฒนา ทั้งนี้โดยยึดหลักของการตัดสินใจด้วยตนเอง และการพึ่งตนเองได้ของบุคคลและชุมชนเป็นประการสำคัญ

การสาธารณสุขมูลฐาน ยังเป็นส่วนสำคัญของระบบการสาธารณสุขและระบบการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของชุมชนของประเทศเป็นจุดเริ่มแรกที่ประชาชนจะเข้าสู่ความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ จึงเป็นสิ่งที่เกื้อหนุนให้บริการสาธารณสุขของรัฐเข้าไปใกล้การดำรงชีวิต และการทำงานของประชาชนมากที่สุด และจัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบแรกของกระบวนการให้บริการที่ต่อเนื่อง

2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้นิยามว่าการสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การดูแลสุขภาพอนามัยโดยประชาชน เพื่อสุขภาพอนามัยที่ดีของประชาชนโดยอาศัยการสนับสนุนจากรัฐนั่นเอง และองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานได้ให้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐานไว้ว่า การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่ม ขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน การสาธารณสุขมูลฐานเป็นวิธีการให้บริการสาธารณสุขที่ผสมผสานทั้งทางด้าน การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินงานและประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูล ข่าวสาร การให้การศึกษา ฝึกอบรมและระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก

3. วรเดช จันทรศร (2532: 205-6) ได้นิยามความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน ในแง่ที่มองว่าเป็นส่วนที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการของรัฐ โดยที่กระทรวงสาธารณสุข ได้ผลักดันให้กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานได้ขยายตัวอย่างรวดเร็วครอบคลุมพื้นที่เกือบทั่วประเทศ อย่างไรก็ตามองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน ที่เป็นหัวใจของงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย ได้แก่การมีส่วนร่วมของประชาชน การจัดสร้างระบบบริการสาธารณสุขพื้นฐาน (basic health service) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน (appropriate technology) และการพัฒนาแบบผสมผสานที่ใช้วิธีการประสานงานระหว่างสาขาอื่น ๆ ด้วย (intersectoral collaboration)

กล่าวโดยสรุป การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง กลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบล และหมู่บ้าน ที่ส่งเสริมให้ประชาชน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล และส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยรัฐสนับสนุนในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร ให้การศึกษาฝึกอบรม และระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก

วิวัฒนาการที่สำคัญและการนำนโยบายไปบรรจุไว้ในแผน

งานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยนั้น ได้เกิดขึ้นมาเป็นเวลานานแล้ว ในรูปแบบของการปฏิบัติ แต่ไม่ได้มีการกำหนดเป็นหลักการหรือกฎเกณฑ์อย่างที่เป็นอยู่ในทุก ๆ วันนี้ ไม่ใช่เพียงแต่ประเทศไทยเท่านั้นที่ได้หันเอาแนวทางการปฏิบัติของการสาธารณสุขมูลฐานไปใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศ ในกลุ่มประเทศกสิกรรมหรือประเทศที่กำลังพัฒนาทั้งหลาย ได้มีการดำเนินการในลักษณะที่นองคล้ายคลึงกันแทบทั้งสิ้น อาจจะมีการแตกต่างกันบ้างโดยขึ้นอยู่กับขนบธรรมเนียมและประเพณีของประเทศเหล่านั้น ตัวอย่างของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยที่ได้เคยเห็นกันมาแต่ดั้งเดิมก็คือ การใช้หมอตำแย หรือผดุงครรภ์แผนโบราณมาใช้ในการทำคลอด และการอนามัยของแม่และเด็ก นับได้ว่าการดูแลแม่และเด็กในประเทศไทยโดยเฉพาะประชาชนในชนบท ได้อาศัยหมอตำแยเพราะว่าในระยะเวลา 30-40 ปีก่อนนั้น การแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไม่สามารถจะเข้าไปดูแลสุขภาพประชาชนในชนบทได้อย่างทั่วถึงทั้งประเทศเหมือนอย่างในปัจจุบันนี้

งานสาธารณสุขมูลฐานอีกอย่างหนึ่งที่มีมาควบคู่กันกับหมอตำแยก็คือ การรักษาแบบโบราณ หรือการแพทย์แผนโบราณ การนวด หรือการใช้สมุนไพร ซึ่งมีการนำมาใช้ในการแพทย์และการสาธารณสุขในสมัย 30-40 ปี ที่ผ่านมาก็อาจจะเป็นเรื่อง ๗ ปีก่อนหน้านั้น ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดจนก็ได้แก่ บ้านทีกของตำรา หรือวิธีการให้การรักษาพยาบาลเช่นที่วัดโพธิ์ ซึ่งเป็นตำราเก่าแก่ ที่แพทย์แผนโบราณหลายท่านได้เป็นเจ้าของและครอบครองสืบต่อเนื่องกันมาจนถึงปัจจุบันนี้

ข้อที่น่าสังเกตก็คือ การสาธารณสุขมูลฐานในแบบดั้งเดิมนี้ ไม่ได้มีการศึกษาหรือบันทึกไว้อย่างเป็นระบบ และประการสำคัญก็คือ มีการเรียนรู้กันเฉพาะกลุ่มและไม่ได้มุ่งเน้นในการป้องกัน มุ่งเน้นกันในการรักษาเท่านั้น เพราะฉะนั้นด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้การสาธารณสุขมูลฐานในอดีตมีวงจำกัด และมีผลในด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพอนามัยน้อยมาก

อย่างไรก็ดี ภายในห้วงเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2510-2514) เป็นต้นมา ประเทศไทยได้มีการนำแผนพัฒนาประเทศมาใช้อย่างจริงจัง และกระทรวงสาธารณสุขก็ได้เริ่มมีการนำเอาแผนพัฒนาสาธารณสุขมาใช้อย่างเป็นจริง โดยเฉพาะในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) นั้น ในเนื้อหาสาระนอกจากมีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังได้เน้นการพัฒนางานสาธารณสุขในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากยิ่งขึ้น โดยได้มีการนำเอาศักยภาพของประชาชนมาช่วยเสริมกิจกรรมของการสาธารณสุข ศักยภาพของประชาชนที่ได้นำมาใช้ก็ได้แก่กำลังคน และวัสดุอุปกรณ์ตลอดจนอาจจะเป็นทรัพย์สินเงินทองบ้างในบางส่วน ศักยภาพอีกอย่างหนึ่งซึ่งนำมาใช้ได้แก่การบริหารจัดการของกลุ่มประชาชนหรือของหมู่บ้านที่มักจะเรียกกันว่า กรรมการหมู่บ้านหรือกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน โดยเฉพาะคณะกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน ได้มีบทบาทมากในการพัฒนางานสุขภาพ การจัดหาวัสดุและส้วม โดยคณะกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน ได้มีส่วนช่วยในการจัดหาทุนดำเนินการก่อสร้างควบคุมและให้การรักษากายหลังจากที่มีการก่อสร้างเสร็จแล้ว จึงได้ส่งมอบให้แก่หมู่บ้าน เป็นผู้ดำเนินการจัดการกันเองในระยะยาว

ในโครงการรณรงค์เพื่อกำจัดโรคบางชนิดที่เห็นได้ชัดเจน ได้แก่โครงการกำจัดไข้มาลาเรีย ซึ่งเป็นโรคที่ปรากฏอยู่ทั่วไปในชนบท โดยเฉพาะในชนบทที่อยู่ห่างไกลตามชายแดนหรือเขตลึกเข้าไปในป่าทึบ ประชาชนมักจะเข้าไปอาศัยทำมาหากินหรือเก็บหาของป่าในเขตเหล่านั้น โอกาสที่จะได้รับเชื้อไข้มาลาเรียได้มาก เมื่อเขาทั้งหลายเหล่านั้นได้กลับเข้ามาอยู่ในหมู่บ้าน โอกาสที่เขาจะนำเชื้อไข้มาลาเรียมาเผยแพร่ให้แก่เพื่อนบ้านก็มีได้มาก โครงการกำจัดไข้มาลาเรียในเขตพื้นที่ภาคเหนือ คือ ที่จังหวัดเชียงใหม่จึงได้คิดค้นวิธีการนำเอาประชาชนอาสาสมัครมาฝึกอบรม ในเรื่องการจัดไข้มาลาเรียซึ่งได้ทดลองในเขตอำเภอที่มีโรคไข้มาลาเรียชุกชุม คือที่จังหวัดเชียงใหม่ ในเขตอำเภอสารภี จากผลของการดำเนินการภายในห้วงเวลาหนึ่งปรากฏว่า ได้ผลดีมาก ซึ่งต่อมาภายหลังได้กลายเป็นนโยบายหนึ่งในแผนการปฏิบัติการของโครงการกำจัดไข้มาลาเรียของชาติไปในที่สุด

ระหว่าง พ.ศ. 2510-2512 ได้มีโครงการพัฒนางานสาธารณสุขเพื่อให้บริการประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงโดยเฉพาะในชนบท ซึ่งได้เลือกเอาท้องที่ตัวอย่างที่เคยทำโครงการและใช้ชื่อว่า "โครงการสารภี" เนื้อหาสาระของโครงการสารภีนั้น นอกจากจะมุ่งเน้นในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของอำเภอในขนาดที่มีประชาชนประมาณ 50,000 - 60,000 คนแล้ว ยังได้นำเอาศักยภาพของชุมชนที่ได้เคยใช้สำเร็จมาแล้วในหลายพื้นที่ และหลายโครงการของประเทศมาพัฒนาเป็นกลวิธีที่ชัดเจน และเป็นไปตามหลักการพัฒนาทางวิชาการสาธารณสุขพอสมควร กล่าวคือ ได้มีการเตรียมชุมชนการคัดเลือกอาสาสมัครที่เป็นระบบ มีการฝึกอบรมและติดตามการปฏิบัติงานของเหล่าอาสาสมัครเหล่านั้นด้วย ต่อมาภายหลังอาสาสมัครสาธารณสุขในโครงการสารภีได้กลายมาเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในโครงการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศ อาสาสมัครสาธารณสุขในโครงการสารภีนั้นมีอยู่ 2 ประเภท คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเรียกว่าอสม. มีหมู่บ้านละ 1 คนอีกประเภทหนึ่งมีอยู่เป็นตัวแทนของกลุ่ม คือ มีหนึ่งคนต่อกลุ่ม (แต่ละกลุ่มประกอบด้วย 10-15 หลังคาเรือน) อาสาสมัครกลุ่มนี้เรียกว่า "ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข" (ชื่อในขณะนั้น ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข หรือ ผสส.)

จากความสำเร็จของโครงการสารภี ก็ได้มีการดำเนินการในลักษณะที่คล้ายคลึงกันนี้ในจังหวัดต่าง ๆ ของประเทศ เช่น ที่จังหวัดนครราชสีมา เป็นต้น ซึ่งก็ได้มีการพัฒนาและปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะในเชิงคุณภาพและการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของเหล่าอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหลายเหล่านั้น

ใน พ.ศ. 2517 ได้มีโครงการอีกโครงการหนึ่งเกิดขึ้นมา นั่นก็คือโครงการลำปางซึ่งเป็นโครงการที่เน้นการพัฒนากระบวนการสาธิตสุขแบบผสมผสานคือทั้งการป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพอนามัยนำเข้ามามีอยู่ในระบบเดียวกัน โดยเริ่มตั้งแต่ระดับบน (คือระดับจังหวัด) เรื่อยลงไปถึงระดับอำเภอและตำบลในที่สุดสำหรับในหมู่บ้านนั้นก็ได้นำเอาประสบการณ์จากโครงการสารภี จังหวัดเชียงใหม่มาพัฒนาอย่างเป็นระบบ และมีหลักการทางด้านวิทยาศาสตร์ คือ มีการสำรวจหาข้อมูลพื้นฐาน มีการฝึกอบรมอาสาสมัครอย่างถูกต้องตามหลักการฝึกอบรม โครงการลำปางได้ใช้เวลาทดลองปฏิบัติการอยู่เป็นเวลาหลายปี ผลที่ได้รับจากการศึกษาของโครงการลำปางในบางส่วน ก็ได้้นำมาใช้ในการพัฒนางานสาธิตสุขมูลฐานของประเทศต่อมาในภายหลัง

งานสาธิตสุขมูลฐานในรูปแบบโครงการสารภี และโครงการลำปางนั้นได้ถูกนำมาดำเนินการในที่ต่าง ๆ กันทั่วประเทศ แต่ได้มีโครงการหนึ่งพัฒนาขึ้นมาเพื่อสนับสนุนรูปแบบดังกล่าวคือ โครงการแม่ฮ่องสอน โครงการแม่ฮ่องสอนได้พัฒนาขึ้นมาในอีกรูปแบบหนึ่งของการพัฒนาศักยภาพของหมู่บ้านในรูปแบบของทุน ผู้ที่พัฒนาโครงการนี้มีความเชื่อว่าหากหมู่บ้านไม่มีระบบกองทุนร่วมกัน การที่จะให้ชาวบ้านหันมาพัฒนางานสาธิตสุขมูลฐานที่จำเป็นสำหรับชีวิตของเขาย่อมเป็นไปได้ยากเพราะขาดปัจจัยสำคัญในการดำเนินงาน คือเงินทุน เพราะว่าชาวบ้านในหมู่บ้านไม่เชื่อว่าทุกคนจะมีเงินทุนเท่ากัน ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงได้มีผู้คิดค้นระบบกองทุนของหมู่บ้านโดยใช้ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งในการพัฒนางานสาธิตสุขมูลฐาน คือ การจัดซื้อ และจัดหายา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นสำหรับหมู่บ้านโดยใช้ระบบที่ให้ประชาชนทุกหลังคาเรือนในหมู่บ้าน ได้มีส่วนในการร่วมลงทุนเพื่อให้ได้มาซึ่งยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านดังกล่าว ซึ่งภายหลังต่อมาก็ได้กลายมาเป็นกลวิธีที่สำคัญประการหนึ่งในอันที่จะทำให้การพัฒนางานสาธิตสุขมูลฐานประสบความสำเร็จ

อย่างไรก็ดี ภายหลังการริเริ่มของโครงการสารภี ก็ได้มีโครงการต่าง ๆ อีกหลายโครงการเกิดขึ้นตามจังหวัดต่าง ๆ หลายจังหวัด ซึ่งได้มีความพยายามที่จะทำในรูปแบบเดียวกันหรือมีการพัฒนาให้ดีขึ้นไปกว่าเดิม กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ นับว่า ได้กลายมาเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการดำเนินการพัฒนางานสาธิตสุขมูลฐานในปัจจุบัน

การสาธารณสุขมูลฐานในปัจจุบันนี้ ก็ได้ดำเนินการโดยอาศัยประสบการณ์ แนวคิดและกิจกรรมที่มีการดำเนินการกันในที่ต่างๆ ของประเทศดังที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่รูปแบบหลักที่นำมาใช้ก็ได้จากโครงการสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นที่น่ายินดีที่ รัฐบาลได้รับแนวคิดและรูปแบบการดำเนินการนี้ ให้เป็นนโยบายที่สำคัญของประเทศ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 และได้มีการดำเนินการกันอย่างจริงจังตั้งแต่ พ.ศ. 2522 เป็นต้นมา นอกจากนี้เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2523 ได้ร่วมลงนามในสนธิสัญญา ว่าด้วยข้อตกลงกับองค์การอนามัยโลกว่าจะยึดถือการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศ แม้ว่าในตอนต้นๆ ของการปฏิบัติตามนโยบายนั้นมีความยากลำบากมาก แต่ต่อมาภายหลังก็ได้ถูกนำมา เข้าบรรจุไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) และได้เป็น โครงการที่สำคัญยิ่งโครงการหนึ่งในโครงการพัฒนาชนบทยากจน ซึ่งได้ดำเนินการ โดยสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และผลของการปฏิบัติงานที่ดีในแผน 5 นั้นก็ได้กลายมาเป็นโครงการที่สำคัญและมีเนื้อหาสาระกว้างขวางมากยิ่งขึ้นในแผน 6 จากการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพของผู้บริหารโครงการ ทำให้งานสาธารณสุขมูลฐานกระจายไปทุกหมู่บ้านของประเทศ และเป็นที่เชื่อมั่นได้ว่าในปลายปีของ แผน 6 (พ.ศ. 2534) จะสามารถให้การครอบคลุมในหมู่บ้านต่าง ๆ ทั่วประเทศได้ มากกว่า 90 เปอร์เซ็นต์

โครงสร้างของการสาธารณสุขมูลฐานในปัจจุบันประกอบด้วยปัจจัยหลัก 3 ประการ คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ทั้ง อสม. และ ผสส.) องค์กร หมู่บ้าน (กรรมการหมู่บ้าน) และกองทุนของหมู่บ้าน กองทุนของหมู่บ้านนี้จะ เป็นในรูปแบบที่กว้างขวางมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ก็ต้องขึ้นอยู่กับความต้องการขององค์กรหมู่บ้านว่า จะดำเนินการในรูปแบบใด

อย่างไรก็ตามโครงสร้างของการสาธารณสุขมูลฐานดังกล่าวอาจจะไม่ได้ผลดีถ้าหากไม่มีโครงสร้างอื่นมาสนับสนุน โครงสร้างสนับสนุนนี้ ก็เหมือนกับที่เลี้ยง ใกับการสาธารณสุขมูลฐานนั่นเอง โครงสร้างสนับสนุน ได้แก่ ระบบการสาธารณสุข ของประเทศคือนับตั้งแต่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัยตำบล และ/หรือศูนย์ บริการสาธารณสุขต่าง ๆ โครงสร้างที่สนับสนุน ประการต่อมาก็ได้แก่โครงสร้าง ของการประสานงานของหน่วยราชการอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาหมู่บ้านต่าง ๆ ในชนบทเช่นกระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงสาธารณสุข

175431

ศูนย์บริการพัฒนา
ศูนย์บริการพัฒนาบริหารการคลัง
Library and Information Center NIDA

กระทรวงศึกษาธิการความจริงแล้วรูปแบบการประสานก็จะอยู่ในโครงสร้างของงาน
การพัฒนาชนบทยากจน ที่สหภาพเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้เป็นเจ้าของโครง
การอยู่แล้ว ได้แก่โครงการในระบบ กชช.

นอกจากโครงสร้างสนับสนุนทั้ง 2 ประการดังกล่าวแล้ว ยังคงมีปัจจัย
ที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญยิ่ง ในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานให้มี
ประสิทธิภาพ นั่นก็คือ ปัจจัยทางด้านวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์
และเทคโนโลยีนี้จะต้องมีการพัฒนาและวิเคราะห์วิจัย เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพของ
ปัญหา ทักษะและความรู้พื้นฐานของประชาชนตามหมู่บ้านต่างๆ เทคโนโลยีในด้านนี้
จำเป็นจะต้องทำให้เหมาะสมกับสถานการณ์ดังกล่าว จึงจะทำให้ประชาชนสามารถ
นำเอาไปปฏิบัติได้อย่างง่าย ๆ และโอกาสที่จะผิดพลาดได้น้อยมาก จึงจะเป็นที่
วางใจได้และก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนางานอย่างจริงจัง

แนวความคิดที่สำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน

จากความหมายและองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าหัวใจ
สำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน มีอยู่ 4 ประการ คือ (สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข, 2529: 15)

1. การปรับระบบบริการพื้นฐานทางสาธารณสุข ให้รองรับงาน
สาธารณสุขมูลฐาน
2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน
3. การมีส่วนร่วมของประชาชน
4. การพัฒนาแบบผสมผสานโดยใช้วิธีการประสานระหว่างสาขาอื่นๆ

ปัจจัยทั้ง 4 ประการนี้เป็นแนวความคิดหลักของนโยบายสาธารณสุข
มูลฐานซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะทำให้นโยบายบรรลุผล ต่อมาได้มีการเพิ่มปัจจัยอีก
ประการหนึ่ง เป็นประการที่ 5 คือ การเสริมสร้างภาวะผู้นำ พอจะสรุป
รายละเอียดของปัจจัยต่าง ๆ ได้ดังต่อไปนี้

1. การปรับระบบสาธารณสุขให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน

เนื่องจากแนวความคิดของงานสาธารณสุขมูลฐาน ต้องการให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง โดยอาศัยการสนับสนุนจากรัฐแต่ระบบงานสาธารณสุขที่มีอยู่เดิมไม่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว เพราะบริการด้านสาธารณสุขที่รัฐจัดสรรให้ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ทำให้ประชาชนขาดความตระหนักถึงขีดความสามารถและหน้าที่ของตนเอง ทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ชุมชน และสิ่งแวดล้อม ในขณะเดียวกันผู้ให้บริการสาธารณสุขก็มุ่งให้บริการรักษาพยาบาล ซึ่งประชาชนมักจะเรียกร้องและแสวงหาเป็นสำคัญ โดยทุ่มเทการดำเนินงานส่วนใหญ่ในขอบเขตของสถานบริการหรือโรงพยาบาล ละเลยการสัมผัสคลุกคลีกับประชาชนในชุมชน เพื่อรับรู้สภาพปัญหาและสาเหตุต่าง ๆ จึงทำให้ไม่อยู่ในวิสัยที่จะเข้าใจปัญหาของชุมชน และไม่อาจช่วยเหลือสนับสนุนประชาชนให้เรียนรู้วิธีการต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของตนเองด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพผู้เจ็บป่วยและพิการ อันทำให้ระบบงานสาธารณสุขมิได้มีรากฐานอยู่ที่งานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมุ่งเน้นให้มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางแต่กลับจำกัดตัวเองอยู่กับการให้บริการแก่ผู้ที่มีโอกาสไปขอรับบริการยังโรงพยาบาลซึ่งมีอยู่เพียงจำนวนจำกัด ห่างไกลจากที่พำนักอาศัยของประชาชนชาวชนบท และต้องใช้ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ค่อนข้างสูง

จุดบกพร่องเหล่านี้ย่อมก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรม และไม่เสมอภาคในโอกาสที่จะขอรับบริการสาธารณสุขทั้ง ๆ ที่รัฐก็ได้พยายามใช้มาตรการบางอย่างเข้าช่วยผ่อนคลายเป็น เช่น การออกบัตรสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้มีรายได้น้อย การจัดหน่วยเคลื่อนที่ออกไปให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่เป็นต้น ดังนั้นจึงสมควรอย่างยิ่งที่จะต้องปรับเปลี่ยน หรืออภิวัฒน์ระบบงานสาธารณสุขโดยจัดระดับหรือขั้นตอนของงาน และปรับความสัมพันธ์ของงานในแต่ละระดับ หรือขั้นตอนเสียใหม่ให้มีงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นงานสำคัญในระดับปลาย โดยครอบคลุมประชากรทั่วทุกพื้นที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ด้วยการสนับสนุนด้านความรู้วิชาการที่เหมาะสม พัฒนาการรวมกลุ่มหรือจัดองค์การ และเสริมทักษะในการบริหาร/จัดการให้แก่ผู้นำชุมชน ส่วนงานบริการที่จะต้องกระทำเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานให้ได้โดยถือเป็นงานระดับที่สูงขึ้นมาอีกที่จะตอบสนองความต้องการของประชาชน คือ การจัดการให้สามารถประสานเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน ให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการใน

ระดับที่จำเป็นตามสภาพของปัญหาของตน โดยการจัดระบบงานแบบนี้จะช่วยให้การบริหารแผนงานและโครงการด้านสาธารณสุขมีประสิทธิภาพ สามารถก่อให้เกิดความเสมอภาคและเป็นธรรมต่อสังคมได้เป็นอย่างดีและสอดคล้องกับแนวคิดในการบริหารงานสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้า"

2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน

กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกิจกรรม ที่มี อสม. ผสส. เป็นแกนนำ อสม. ผสส. ดังกล่าว คือประชาชนที่อาสาสมัครเข้ามาช่วยระบบงานสาธารณสุข ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อให้การดูแลภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยประชาชนบรรลุผล เทคโนโลยีต่าง ๆ เหล่านี้ ได้แก่ เทคโนโลยีขั้นพื้นฐานในการควบคุมโรคติดต่อและโรคที่สำคัญในท้องถิ่น ที่จะสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน

แนวทางในการพัฒนาความรู้และเทคโนโลยีแนวทางหนึ่งคือ การให้การอบรมเจ้าหน้าที่ครู ฝึกวิทยากรสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ให้มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพอนามัยและโรค และความรู้ในเรื่องสุขศึกษาแก่ชุมชน ซึ่งการเผยแพร่ความรู้นี้อาจจะใช้ กลวิธีในการจัดประชุมชี้แจง การใช้หอกระจายข่าว การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน การใช้สื่ออื่นๆ เช่นเอกสาร เป็นต้น

นอกจากนี้ได้มีการระดมทรัพยากรมาใช้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่นการจัดตั้งกองทุนเฉพาะกิจ กองทุนยา กองทุนโภชนาการ และกองทุนสุขภาพตำบล โครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งต้องใช้การมีส่วนร่วมของประชาชน การระดมทรัพยากร และการบริหารจัดการด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังมีเทคโนโลยีอื่นๆ เพื่อให้สอดคล้องและประสานหลักการสาธารณสุขอื่นๆ เข้าด้วยกันเช่นใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐานเป็นเครื่องมือระหว่าง 4 กระทรวงหลัก (ในแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 5 มีกระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข ในแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 6 เพิ่มเป็น 6 กระทรวง โดยมีกระทรวงพาณิชย์ และกระทรวงอุตสาหกรรม)

3. การมีส่วนร่วมของประชาชน

หลักการนี้ มีจุดมุ่งหมายที่จะคลี่คลายปัญหาเกี่ยวกับการขาดความรู้ของประชาชน ความเข้าใจผิดต่าง ๆ ความเชื่อ ค่านิยม ความเคยชิน รวมทั้งวัฒนธรรม และประเพณีพื้นบ้านทั้งหลาย ที่ขัดต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งถ้าหากสามารถคลี่คลายปัญหาทั้งหลายเหล่านี้ได้ก็จะเป็นผลดีอย่างยิ่งต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ในท้องถิ่นชนบทหลายแห่ง ปัญหาดังกล่าวข้างต้นนี้ยังรุนแรง และเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่มาก หรืออาจทำให้งานสาธารณสุขมูลฐานชะงักงันไม่ก้าวหน้า แต่ในหลาย ๆ ท้องถิ่นประชาชนได้รับการพัฒนาทางด้านความรู้ ค่านิยมและพฤติกรรมสุขภาพของตนเองไปเป็นส่วนมากแล้ว ก็เป็นโอกาสที่เหมาะสมอย่างยิ่งในการนำเอาหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนนี้ มาระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเพื่อประโยชน์ของการนำไปใช้แก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ให้ได้ผลอย่างรวดเร็วทั่วถึง และสามารถชักชวนให้ประชาชนพึ่งพาตนเองได้มากขึ้นเป็นลำดับไป

เมื่อพิจารณาหลักการข้างต้นจะพบว่า หัวใจสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐาน อยู่ที่การมีส่วนร่วมของประชาชน หรือการมีส่วนร่วมของชุมชน ถ้าปราศจากการมีส่วนร่วมของชุมชนแล้ว การขยายตัวของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศอย่างรวดเร็วก็คงเป็นไปไม่ได้และถึงแม้ว่ากิจกรรมบางกิจกรรมเมื่อประเมินดูแล้วอาจจะดูเหมือนว่าประสบผลสำเร็จแต่ถ้าวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ของงานดังกล่าว จะพบว่าการประสบผลสำเร็จในลักษณะนั้นเป็นการประสบผลสำเร็จในเชิงปริมาณมากกว่าเชิงคุณภาพ คือไม่สามารถนำไปสู่การพึ่งพิงตนเองได้ แม้ว่าจะมีลักษณะของกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานครบถ้วน (วรเดช, 2532: 206)

ในแนวคิดของการพัฒนา การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น ประชาชนแทบทุกคนทั้งประเทศ โดยเฉพาะคนในชนบทจะต้องมีโอกาสได้มีส่วนร่วมเป็นเจ้าของงานสาธารณสุขมูลฐานมากยิ่งขึ้น และประชาชนต้องมีส่วนร่วมรับรู้ชะตากรรมในปัญหาสาธารณสุขว่าเป็นอย่างไร จะแก้ไขอย่างไร เมื่อใดรัฐควรเข้ามามีบทบาท และส่วนไหนที่ประชาชนควรจะมีบทบาทอย่างเต็มที่

4. การพัฒนาแบบผสมผสานโดยใช้วิธีการประสานระหว่างสาขาอื่นๆ

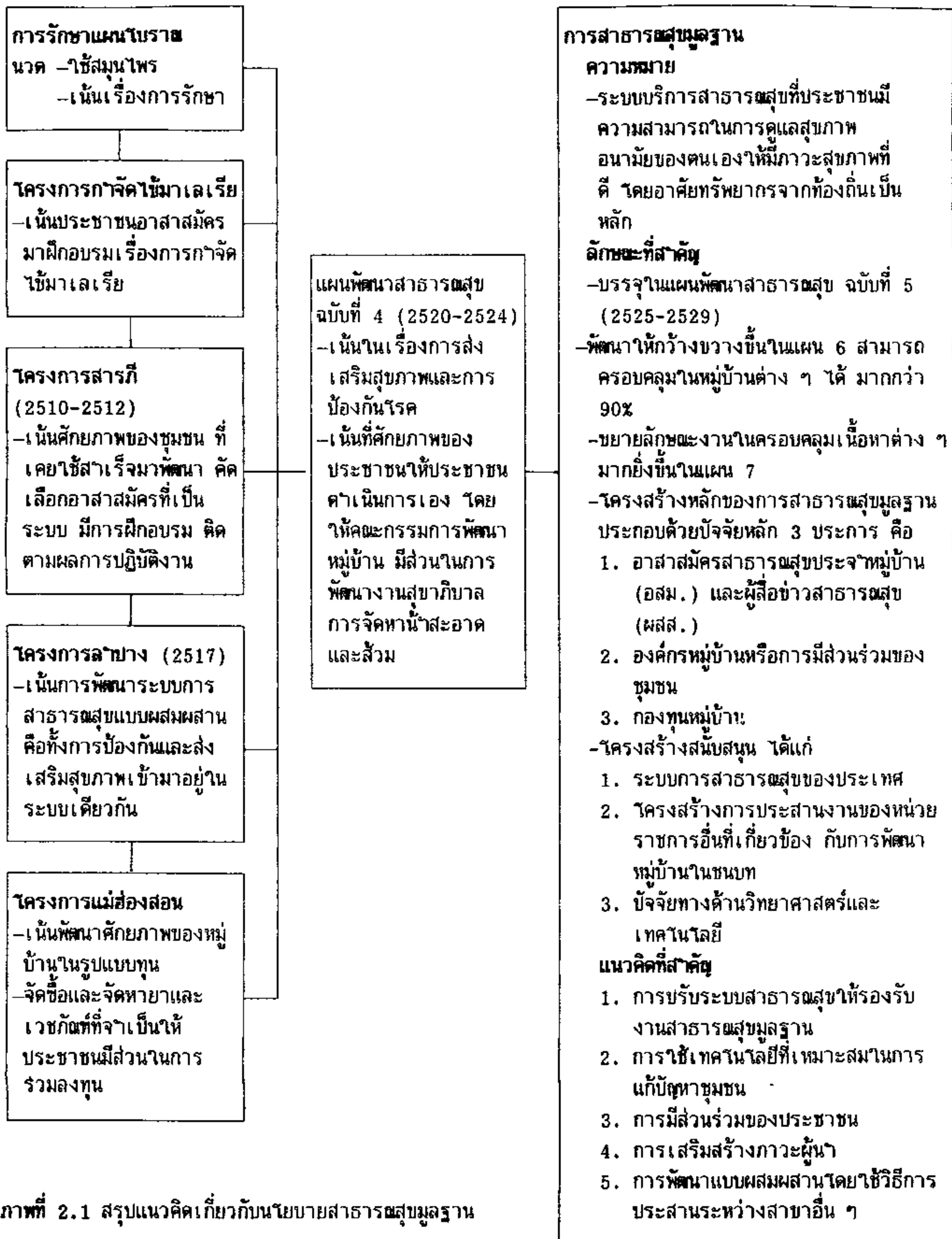
ในช่วงของการนำนโยบายสาธารณสุขมูลฐานไปปฏิบัติพบว่า ตรงกับช่วงระยะเวลาของการพัฒนาชนบท ตามนโยบายของคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช.) ซึ่งมุ่งให้ความสำคัญแก่ตัวคน คือประชาชนที่ยากจนในพื้นที่ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ซึ่งตรงกับหลักการของสาธารณสุขมูลฐาน คือการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานต่าง ๆ โดยการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการและเทคโนโลยี ดังนั้นถ้าหากว่ามีการประสานงานกันระหว่างสาขาต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องภายนอกกระทรวงที่รับผิดชอบงานพัฒนาชนบทก็ย่อมจะทำให้โครงการต่าง ๆ บรรลุผลได้ดีในที่สุด

5. การสร้างเสริมภาวะผู้นำ

เพื่อให้หลักการทั่วไปตามที่ได้กล่าวถึงแล้วในข้อ 3 ได้รับการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง และสามารถอำนวยผลในด้านการพัฒนาการสาธารณสุขของท้องถิ่นต่าง ๆ ได้ จำเป็นที่จะต้องยอมรับความสำคัญของหลักการเสริมสร้างเจตนารมณ์ทางการเมือง และภาวะผู้นำที่สอดคล้องกับการบริหารแผนงาน และโครงการด้านสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้า" ในระยะยาว ทั้งนี้เพราะเจตนารมณ์ทางการเมือง และภาวะผู้นำที่สอดคล้องกับแนวคิดนี้ และยึดมั่นในหลักการตามข้อ 3 จะช่วยให้เป้าหมายของงานสาธารณสุขมีความสำคัญเด่นชัดขึ้น งานสาธารณสุขได้รับความสนใจจากหลาย ๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้องอันจะทำให้การประสานงานภายในกลุ่มผู้มีหน้าที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุขเอง และระหว่างกลุ่มงานสาธารณสุขกับงานสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องดีขึ้น และสามารถระดมกำลังในการแก้ไขปัญหาด้านนี้ให้แก่ประชาชนได้มาก และกว้างขวางยิ่งขึ้น นอกจากนี้เจตนารมณ์ทางการเมือง และภาวะผู้นำยังมีผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพของการบริหารแผนงาน และโครงการ มีส่วนก่อให้เกิดการทบทวนแนวคิด ตลอดจนเนื้อหาสาระของแผนงานและโครงการต่าง ๆ ที่ได้มีการดำเนินงานกันอยู่ อีกทั้งยังส่งเสริมการกระจายอำนาจการบริหาร การจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นจะต้องใช้อย่างเป็นธรรม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถริเริ่มทดลอง หรือทดสอบทางเลือกใหม่ ๆ ที่อาจใช้ผลตอบแทนในลักษณะที่สอดคล้องกับเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้า" ได้มากขึ้น ทั้งนี้ย่อมหมายถึงการเน้นหนักในเรื่องการติดตาม และประเมินผลควบคู่ไปอีกด้วย

รูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย ได้ใช้
อสม. ผสส. เป็นตัวแทนของประชาชน ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตั้งแต่เริ่มต้น
โครงการ ซึ่งอสม. ผสส. เหล่านี้ได้ทำหน้าที่เสมือนเป็นผู้นำแนวคิดของงานสาธารณสุข-
มูลฐานไปสู่ประชาชน โดยกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของ อสม. และ ผสส.
ไว้ 2 ประการคือ 1. การให้บริการสุขภาพอนามัยพื้นฐานแก่ประชาชนในชนบท
เช่นการรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ การจ่ายยา และ 2. การรายงานโรคติดต่อ
และการให้บริการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน

แนวคิดในเรื่องนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน



ภาพที่ 2.1 สรุปแนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน

การสังเคราะห์แนวคิดต่าง ๆ มาเป็นกรอบทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

จากหัวใจสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน ที่มีอยู่ 5 ประการ คือ

1. การปรับระบบสาธารณสุขให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน
2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพอนามัย
3. การมีส่วนร่วมของประชาชน
4. การเสริมสร้างภาวะผู้นำ
5. การพัฒนาแบบผสมผสานโดยใช้วิธีการประสานงานระหว่างสาขาอื่น ๆ

พบว่าปัจจัยทั้ง 5 ประการสามารถนำมาจัดกลุ่มเป็นตัวแปรที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนได้ 2 ปัจจัยใหญ่ ๆ คือ

1. การมีส่วนร่วมของประชาชน โดยในส่วนนี้จะต้องมีการสร้างเสริมภาวะผู้นำแก่ประชาชน และมีการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน

2. การปรับระบบบริการทางสาธารณสุขให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยรวมถึงการพัฒนาแบบผสมผสาน โดยใช้วิธีการประสานงานระหว่างสาขาอื่น ๆ

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน

มีนักวิชาการทั้งของไทย และต่างประเทศได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนรวมทั้งให้แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานไว้ดังต่อไปนี้

รายงานการประชุมของ The Ad Hoc Group of Experts เรื่อง "Popular Participation as a Strategy for Promoting Community - Level Action and National Development" (1981:5) ได้กล่าวไว้ว่า

คำว่า *การมีส่วนร่วมของประชาชน* นั้นไม่สามารถให้คำจำกัดความที่ตายตัวได้ และมีการให้ความหมายต่าง ๆ กันไปในแต่ละประเทศหรือ

แม้แต่ภายในประเทศเดียวกัน ในการที่จะเข้าใจความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นจะต้องดูบริบท (context) ของแต่ละประเทศ และสภาพเศรษฐกิจสังคม การเมืองของประเทศนั้น

อย่างไรก็ตามที่ประชุมดังกล่าว ได้เสนอความหมายของการมีส่วนร่วมไว้กว้าง ๆ คือ

การมีส่วนร่วมของประชาชนจะนำมาซึ่งโอกาสที่จะทำให้สมาชิกของชุมชน และสังคมสามารถเข้ามามีส่วนร่วม และมีอิทธิพลในกระบวนการพัฒนา และในการแบ่งสรรผลของการพัฒนาอย่างเป็นธรรม ซึ่ง หมายถึง การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนอย่างเท่าเทียมกันในประเด็นของ

1. การสนับสนุนกระบวนการพัฒนา
2. การแบ่งสรรผลประโยชน์จากการพัฒนาอย่างเป็นธรรม
3. การตัดสินใจในรูปของการกำหนดเป้าหมาย การวางนโยบาย การวางแผน และการปฏิบัติตามแผน ทั้งในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

ส่วน จาคส์ บักนิคูร์ต์ (Jacques Bugnicourt, 1982:58) ได้กล่าวไว้ว่า

ทั้งโดยหลักการและโดยการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น คือ สิ่งที่สวนทางกับการรวมศูนย์อำนาจการตัดสินใจ และการลดบทบาทของประชาชนทั้งในเมืองและในชนบท ให้เป็นเพียงผู้ถูกกำหนดในการพัฒนา

เมื่อมองในมิติการปฏิบัตินั้น อลาสแตร์ ที ไวท์ (Alastair T. White, 1982:18) ได้กล่าวไว้ว่า

การมีส่วนร่วมของประชาชนประกอบด้วย 3 มิติ คือ

1. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจว่าจะทำอะไรควรทำและไม่ควรทำอย่างไร
2. การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนา เช่น การดำเนินงานตามที่ได้วางไว้

3. การแบ่งสรรประโยชน์จากโครงการที่สร้างขึ้น

อย่างไรก็ดี แม้มีการจัดชนิด หรือประเภทของการมีส่วนร่วมของประชาชน ออกเป็น 4 ชนิด แต่ส่วนที่สำคัญซึ่งแสดงว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นการมีส่วนร่วมที่แท้จริงคือการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

อาร์ลีน โพนารอฟ (Arlene Fonarof) ได้เสนอความเห็นที่คล้าย ๆ กันว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นจะต้องประกอบด้วยอย่างน้อย 1 ใน 4 ประเภทของการมีส่วนร่วม คือ

1. การวางแผน ซึ่งรวมถึงการตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมาย กลวิธี ทรัพยากรที่ต้องใช้ ตลอดจนการติดตาม และประเมินผล
2. การดำเนินงาน
3. การใช้บริการจากโครงการ
4. การมีส่วนร่วมในการได้รับประโยชน์

นอกจากนี้ประเด็นสำคัญอีกประเด็นหนึ่งที่ได้รับการพิจารณาว่า "ใคร" คือประชาชนที่จะเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งแมรี ราซีลิส ฮอลสไตน์เนอร์ (Mary Racelis Hollnsteiner, 1982:39) ได้เสนอว่า

ในกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น คำว่าประชาชนคงไม่ได้หมายถึงทุก ๆ คนในชุมชน แต่หมายถึงคนยากจนส่วนใหญ่ ซึ่งด้อยโอกาส และอำนาจโดยกลุ่มคนเหล่านี้จะต้องรวมตัวกันขึ้นมา

ในประเด็นเดียวกันนี้ อัฟฮอฟ และโคเฮน (Uphoff and Cohen) (ทวีทอง, 2527) ได้เสนอว่า

จำเป็นต้องแยกแยะให้ออกระหว่างชาวบ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่รัฐ และบุคคลภายนอก เมื่อพูดถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น กลุ่มคนที่จะต้องให้ความสำคัญสูงสุด คือ มวลชนพื้นฐาน ซึ่งก็คือ ชาวบ้านนั่นเอง

ในเอกสารฉบับเดียวกันนี้ ได้มีการเสนอว่านอกจากจะพิจารณาว่าใครคือผู้ที่เข้าร่วม แล้วจะต้องพิจารณาว่ากระบวนการในการเข้ามามีส่วนร่วมนั้นเป็นอย่างไร ซึ่งผู้เขียนเสนอให้พิจารณาในประเด็นต่อไปนี้ คือ

1. การริเริ่มเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมนั้นเกิดจากข้าราชการ หรือชาวบ้าน
2. การชักนำเข้ามามีส่วนร่วมนั้น เป็นความสมัครใจหรือบีบบังคับ
3. โครงสร้าง และช่องทางของการมีส่วนร่วมเป็นอย่างไร
4. ระยะเวลา และขอบเขตของการมีส่วนร่วมเป็นเช่นไร (ครั้งเดียว, เป็นครั้งคราว หรือ ต่อเนื่อง)
5. ได้มีการพัฒนาศักยภาพชุมชนแค่ไหน (การมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการตัดสินใจ หรือดำเนินงานนำไปสู่ผลที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยแค่ไหน)

ในประเด็นที่ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดขึ้นได้อย่างไรนั้น ที่ประชุม The Ad-Hoc Group of Experts ได้แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมโดยความสมัครใจ และปราศจากการสนับสนุนจากภายนอก
2. การมีส่วนร่วมโดยคนภายนอกนำเข้า
3. การมีส่วนร่วมโดยการบังคับ

การมีส่วนร่วมใน 3 ลักษณะดังกล่าวข้างต้น แบบแรกเป็นการมีส่วนร่วมแบบอุดมคติ ส่วนแบบที่สองนั้นพบมากในประเทศกำลังพัฒนา โดยรัฐยังมีบทบาทเป็นศูนย์กลางในการริเริ่มให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ส่วนแบบที่สาม นั้นไม่ต่างจากแบบที่สอง มากนัก ในแง่มีผลลัพธ์ออกมาทันที

อย่างไรก็ตามจากการประชุม ในครั้งนั้น (United Nations, 1981: 6) ก็ได้มีการประเมินและวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่จะเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ คือ

1. ข้อจำกัดที่เกิดจากการตีความว่าการมีส่วนร่วมของประชาชน
2. ข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางเศรษฐกิจ และ การเมือง
3. ข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางสังคม และลักษณะทางประชากรของประชาชนในประเทศนั้น
4. ข้อจำกัดที่เกิดจากสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจสังคมจากภายนอก

นอกจากนี้ จอห์น อเลน (John Allen, 1982:3) ได้ให้ความเห็นว่าอุปสรรคประการหนึ่งที่ทำให้แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนไม่เป็นจริง คือการต่อต้านจากข้าราชการเอง เพราะกลัวสูญเสียอำนาจไม่ว่าจะโดยตั้งใจหรือไม่ก็ตาม และจากการขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่ทำงานในลักษณะต่างฝ่ายต่างทำ ดังนั้นสิ่งที่สำคัญยิ่งกว่าการให้การศึกษาแก่ชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วม คือ การให้ข้าราชการให้ยอมรับแนวคิดนี้

นอกจากผลงานของนักวิชาการต่างประเทศแล้ว นักวิชาการไทยที่มีผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชนได้เสนอทัศนะต่างๆไว้ รวบรวมได้ดังนี้

จากการประชุมเรื่อง "การมีส่วนร่วมของชุมชน: นโยบายและกลวิธี" (ทวีทอง, 2527:3) จัดโดยศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณะสุข มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขได้ให้คำจำกัดความการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า

การมีส่วนร่วมของประชาชนคือ การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการ และควบคุมการใช้ และกระจายทรัพยากร และปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคมเพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคมตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรี ในฐานะสมาชิกสังคมในการมีส่วนร่วมประชาชนได้พัฒนาการรับรู้และภูมิปัญญา ซึ่งแสดงออกในรูปการตัดสินใจในการกำหนดชีวิตของตนเอง อย่างเป็นตัวของตัวเอง

ส่วน อคิน รพีพัฒน์ (ทวีทอง, 2527:101) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนออกเป็น

1. การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข
2. การตัดสินใจเลือกแนวทาง และวางแผนพัฒนาแก้ไขปัญหา
3. การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน และ
4. การประเมินผลงานกิจกรรมพัฒนา

ลือชัย ศรีเงินยวง และผาสุข เอนกวิช (2526:12-13) ได้กล่าวไว้ว่า

การมีส่วนร่วมของประชาชนที่แท้จริงจะต้องไม่หมายความว่าเพียงแต่ การดึงประชาชนเข้ามาร่วมโครงการที่รัฐเป็นผู้กำหนดรูปแบบเป้าหมาย ของงาน และกำหนดให้มีการเข้าร่วมงานดังที่ผ่านมา แต่จะต้องเป็น การมีส่วนร่วมอย่างมีสำนึกรับผิดชอบ และมีบทบาทอย่างเต็มที่ ตั้งแต่ คิดค้นปัญหาวางแผนปฏิบัติงาน ดูแลกำกับ ตลอดจนประเมินผลติดตามงาน การมีส่วนร่วมของประชาชนที่แท้จริงจะต้องหมายถึง การมอบอำนาจอธิปไตยขึ้นพื้นฐานคืนสู่ประชาชนการพยายามจัดตั้งและพัฒนาองค์กรประชาชน ให้เข้มแข็งบนพื้นฐาน ของการพึ่งพาตนเองเป็นสำคัญ

นอกจากนี้ บารุง บุญปัญญา (ทวีทอง , 2527:313-17) ได้เสนอว่า

หัวใจของการที่จะให้การมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดขึ้นได้จริงนั้น ในการทำงานจะต้องถือว่า ชาวบ้าน คือตัวหลักในการแก้ปัญหาของเขาเองโดยกิจกรรมพัฒนานั้นจะต้องเริ่มจากพื้นฐานของชุมชน

เงื่อนไขที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมที่แท้จริงนั้น (ทวีทอง , 2527:129) คือการกระจายอำนาจเสียใหม่ (redistribution of power) ซึ่งเป็นความจำเป็นประการแรกที่จะต้องทำในประเด็นนี้ได้มีการเสนอว่า อย่างน้อยที่สุดจะต้องประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จึงจะก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างกว้างขวาง คือ

1. องค์กรพื้นฐานของประชาชน
2. การที่ประชาชนมีอิสรภาพ ในการตัดสินใจในระดับท้องถิ่น
3. ข้อมูลข่าวสารในลักษณะผสมผสาน และมีประสิทธิภาพ
4. การสนับสนุนทางวัตถุและวิชาการ

กล่าวโดยสรุปแล้ว ในการพิจารณาหรือวิเคราะห์ที่ประเมินการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นพอจะประมวลเป็นกรอบความคิดที่จะเป็นข้อพิจารณา คือ

1. การเข้าร่วมนั้นจะต้องเป็นการเข้าร่วมของประชาชนพื้นฐาน ผู้ไร้โอกาส และไร้อำนาจในสังคม
2. การมีส่วนร่วมนั้นจะมีเป็น 3 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ
 - 2.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งประกอบด้วยการริเริ่ม และวางแผน
 - 2.2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
 - 2.3 การมีส่วนร่วมในการใช้ประโยชน์จากโครงการ

จากแนวคิดของสาธารณสุขมูลฐาน จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นเป็นแก่นของเนื้อหาที่สำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน และได้มีผู้กำหนดให้การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 1 ใน 3 องค์ประกอบที่สำคัญของแนวทางสาธารณสุขมูลฐานที่ยืนอยู่บนพื้นฐานของชุมชน

อย่างไรก็ตาม จากการนิยามคำว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายไว้ว่า "การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการที่เป็นความร่วมมือ (partnership) ระหว่างรัฐบาลและชุมชน ในการวางแผนดำเนินงานและให้บริการกิจกรรมสาธารณสุข ซึ่งจะทำให้ประชาชนพึ่งตนเองและสามารถควบคุมสถาบัน และเทคโนโลยีของการสาธารณสุขมูลฐานได้"

จะเห็นได้ว่าการมองการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น ได้มีการยอมรับบทบาทของรัฐในการเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนต่าง ๆ ด้วย เพื่อที่จะนำไปสู่เป้าหมายการพัฒนาให้เกิดการพึ่งตนเอง และพัฒนาความสามารถของชุมชน ลักษณะแนวคิดดังกล่าวนี้ ปรากฏอย่างชัดเจนในเอกสารขององค์การอนามัยโลกเรื่อง Community Participation, Health and Development: The primary health care approach in health and development (1983:177) ซึ่งได้กล่าวว่า

รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานที่เป็นอยู่ของประเทศสมาชิกรุ่น เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่ถูกกระตุ้นหรือชักชวนให้เกิดขึ้นโดยองค์การภายนอก (Induced participation) โดยกระบวนการปลุกเร้า (stimulate) จากตัวกระตุ้น (catalyst) อันได้แก่ข้าราชการ หรืออาสาสมัคร ซึ่งโดยผ่านกระบวนการพัฒนาที่เกิดขึ้น ประชาชนจะค่อยพัฒนาความคิดริเริ่มที่เป็นของตนเอง เกิดการรับผิดชอบในกิจกรรมที่ส่งผ่านเข้าไป และจะขยายบทบาทการมีส่วนร่วมไปสู่กิจกรรมพัฒนาอื่น ๆ

ความเชื่อพื้นฐานประการสำคัญ ที่เป็นเบื้องหลังแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน คือการเชื่อว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาเป็นกระบวนการที่สามารถใช้วิธีการทางการศึกษา (educational means) เป็นตัวปลุกเร้าทางสำนึกให้เกิดขึ้นได้ ซึ่งองค์การอนามัยโลกยังได้เสนอเรื่องนี้ไว้อย่างชัดเจนในข้อเสนอแนะจากการประชุมเรื่องสาธารณสุขมูลฐานที่เมือง อัลมาอตา ไว้ว่า

รัฐบาลควรให้การสนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ โดยผ่านกระบวนการเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้องอย่างมีประสิทธิภาพ แพร่ขยายการศึกษาให้กว้างขวางยิ่งขึ้นรวมทั้งพัฒนาสถาบันต่างๆที่จำเป็นเพื่อให้ประชาชน ครอบครัว และชุมชน สามารถรับผิดชอบต่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ของตนเองได้

แมรี ราซีลีส ฮอลสไตน์เนอร์ (Mary Rocelis Hollnsteiner) ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานในบทความเรื่อง "The Participatory Imperative in Primary Health Care" ว่า

ถึงแม้จะเป็นที่ยอมรับว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นส่วนสำคัญในงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่ก็ยังคงมีข้อถกเถียงที่ต้องการข้อสรุปคือ การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นวิธีการหรือวัตถุประสงค์จากการที่มีการตีความสาธารณสุขมูลฐานต่างกัน ทำให้มองการมีส่วนร่วมของประชาชนต่างกัน ส่วนหนึ่งมองว่าเป็นวิธีการ ในขณะที่บางส่วนมองว่า เป็นวัตถุประสงค์ในตัวมันเอง ซึ่งประเด็นนี้มาซึ่งความแตกต่างในแนวทางการนำไปปฏิบัติ และได้เสนอนักสาธารณสุขมูลฐานที่แท้จริง จะต้องไม่ถ้อยอ้างใดข้างหนึ่ง

และนอกจากนี้ผู้เขียนยังได้เสนอว่า การสาธารณสุขมูลฐาน คือกระบวนการทางการเมือง เพราะเป้าหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน คือ การกระจายทรัพยากร และอำนาจการตัดสินใจไปให้แก่ประชาชนทั่วไปในระดับชุมชนอย่างเป็นธรรมและมีสิทธิเสนอความคิดเห็นต่าง ๆ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเขาโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลสุขภาพ

จากการศึกษาถึงแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน และความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของประชาชนกับงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น พอจะประมวลมาเป็นการรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ได้ดังนี้

1. ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในขั้นตอนต่าง ๆ ตั้งแต่การกำหนดปัญหา การวางแผนการดำเนินงาน และการตรวจสอบ
2. ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการใช้ประโยชน์จากกิจกรรมนั้น
3. การมีส่วนร่วมของประชาชนต้องมีความต่อเนื่อง
4. การมีส่วนร่วมของประชาชนต้องก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของชุมชน

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ได้นิยามการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่าการที่ประชาชนได้เข้ามามีตำแหน่ง หรือเป็นสมาชิกในกิจกรรมต่างๆ ของงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีส่วนในการตัดสินใจ ในการวางแผน ในการแก้ปัญหาต่างๆ มีส่วนในการดำเนินงาน มีส่วนในการรับผลประโยชน์จากโครงการต่างๆ ทั้งนี้รูปแบบของการมีส่วนร่วมนั้น จะต้องไม่ถูกยึดเยียดจากบุคคลภายนอกชุมชน แต่จะต้องเป็นกระบวนการพัฒนามาจากความต้องการของชุมชนนั้นๆ นั่นเอง

การปรับระบบบริการทางสาธารณสุขให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน

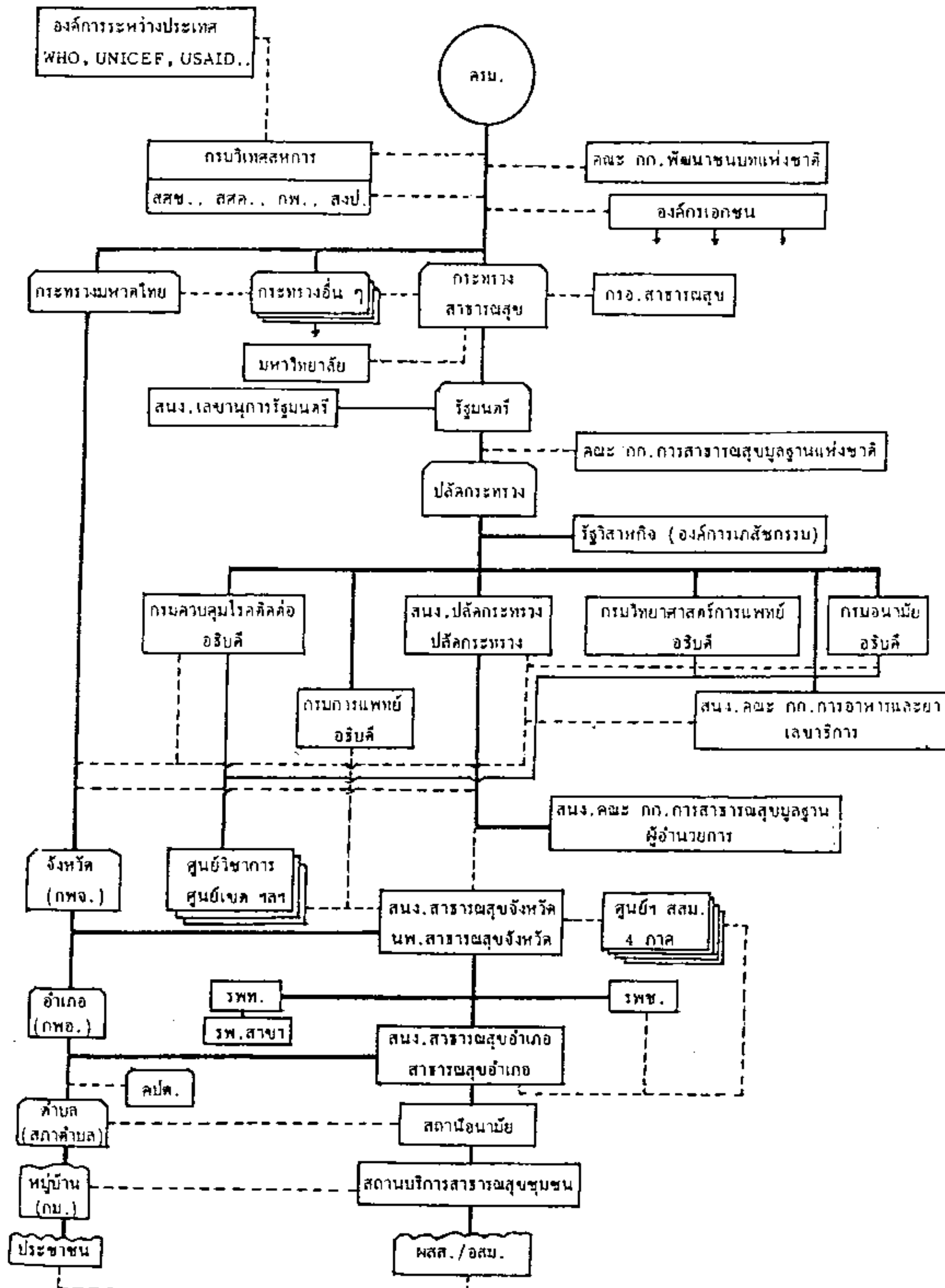
นับตั้งแต่มีการปรับปรุงการแบ่งส่วนราชการใหม่ในกระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ. 2517 เป็นต้นมาการจัดระบบบริหารและบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ได้มีเอกภาพทางการบริหารดีขึ้นกว่าเดิมเป็นอันมาก กล่าวคือ มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นหัวหน้าส่วนราชการระดับจังหวัดและเป็นผู้แทนของกระทรวงแต่เพียงผู้เดียวทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาผู้ว่าราชการจังหวัดทางด้านสาธารณสุข และเป็นผู้มีอำนาจหน้าที่บังคับบัญชาและรับผิดชอบงานสาธารณสุขทั้งหมดภายในจังหวัดนั้น

ในปี พ.ศ. 2523 ได้มีการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานเป็นส่วนราชการเทียบเท่ากอง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ต่อจากนั้นก็มีการปรับโครงสร้างให้สอดคล้องกับงานสาธารณสุขมูลฐานมากขึ้นโดยมีปฏิสัมพันธ์กับหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ในระดับประเทศได้ตามภาพที่ 2.2 และในระดับจังหวัดได้ตามภาพที่ 2.3

จากการปรับระบบบริหารให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน จะพบว่า มีหน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งนี้ต้องมีรูปแบบการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ภายในกระทรวง และหน่วยงานต่าง ๆ ภายนอกกระทรวง ทั้งในระดับส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค และระดับท้องถิ่นนอกจากนี้ยังต้องมีคณะกรรมการต่าง ๆ เป็นที่ปรึกษา และกำหนดนโยบาย ประสานนโยบาย และควบคุมการปฏิบัติตามนโยบาย มีหน่วยงานที่ให้ความรู้ในเชิงวิชาการค้นคว้าวิจัย และหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ทำให้รูปแบบลักษณะการบริหารงานค่อนข้างจะซับซ้อน ทั้งในระดับมหภาคและจุลภาค ทั้งนี้ในการศึกษาวิจัยในที่นี้ ได้ทำการศึกษาเฉพาะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในระดับปลายสุดเท่านั้น โดยดูว่าในหน่วยงานระดับปลายสุด ได้มีการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนหรือไม่ และมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนอย่างไร

ภาพที่ 2.2

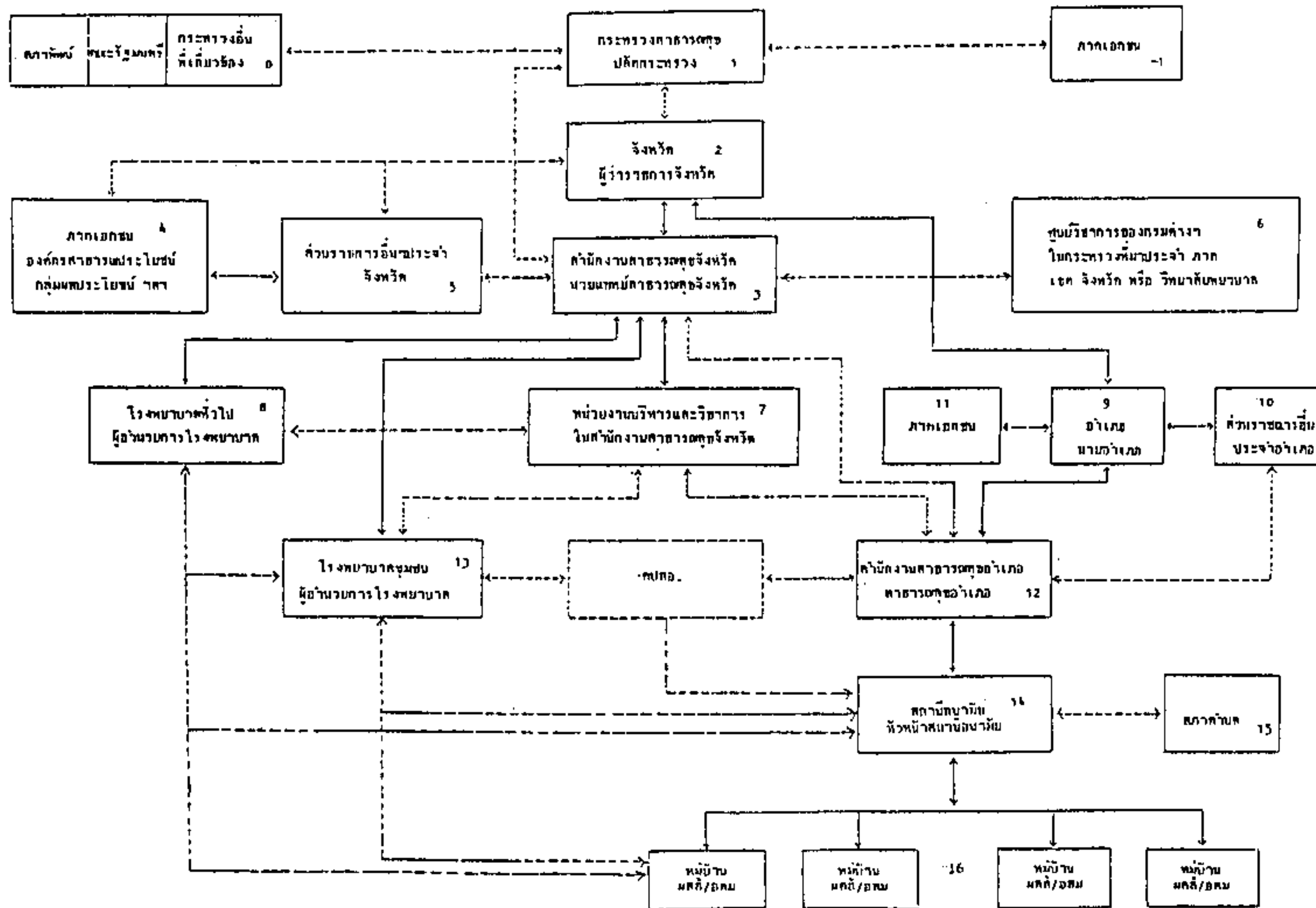
การปฏิสัมพันธ์ของการบริหารจัดการงานสาธารณะสุขภาพมูลฐานในระดับมหภาค



ที่มา : จำรูญ มีชนอน และวรเดช จันทรศร การบริหารจัดการเพื่อพัฒนางาน
สาธารณสุขมูลฐาน, กรุงเทพฯ : ปิ่นเกล้าการพิมพ์, 2532 หน้า 9

ภาพที่ 2.3

การปฏิสัมพันธ์ของการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับจุลภาค



ที่มา : จำรูญ มีขนอน และวรเดช จันทรศรี, การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางาน
สาธารณสุขมูลฐาน, กรุงเทพฯ: ปิ่นเกล้าการพิมพ์, 2532 หน้า 10

แนวคิดในเรื่องภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

ในระยะ 40 ปีที่ผ่านมา วิธีการดำเนินชีวิตของคนในโลกได้เปลี่ยนไปมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนในประเทศอุตสาหกรรม ได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล เนื่องมาจากปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการรับประทานอาหารเกินความต้องการของร่างกาย ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนา ประชาชนมักเคยชินกับความไม่อยู่ที่ไม่ถูกสุขลักษณะอันเป็นส่วนที่ควรหลีกเลี่ยง

ความรับผิดชอบและทางเลือกของแต่ละบุคคลจะเป็นส่วนสำคัญของการมีสุขภาพที่ดี การตัดสินใจที่ถูกต้องในการดำรงชีวิตเป็นสิ่งที่ควรปลูกฝังให้เกิดขึ้นแก่เยาวชน ซึ่งขึ้นอยู่กับทางเลือกของแต่ละบุคคล และนโยบายของชาติในการกำหนดกลวิธีการดำเนินงานสาธารณสุขแนวใหม่ ซึ่งให้ประชาชนมีความรู้ในการดูแลรักษาโรคด้วยตนเอง โดยการให้การศึกษาด้านสุขภาพอนามัย จะทำให้บุคคลสามารถวางแผนทางในการดำรงชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพแก่เด็ก และนำไปประยุกต์สู่ผู้ใหญ่ได้ ซึ่งในเรื่องนี้สิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน คือ การศึกษาเรื่องปัจจัยที่สำคัญของสุขภาพอนามัย ซึ่งมีเนื้อหาที่สำคัญพอสรุปได้ดังนี้

ปัจจัยที่สำคัญของภาวะสุขภาพอนามัย

องค์การอนามัยโลกได้วิเคราะห์ ปัจจัยที่สำคัญต่อการมีภาวะสุขภาพอนามัยว่ามี 4 ปัจจัยใหญ่ ๆ คือ

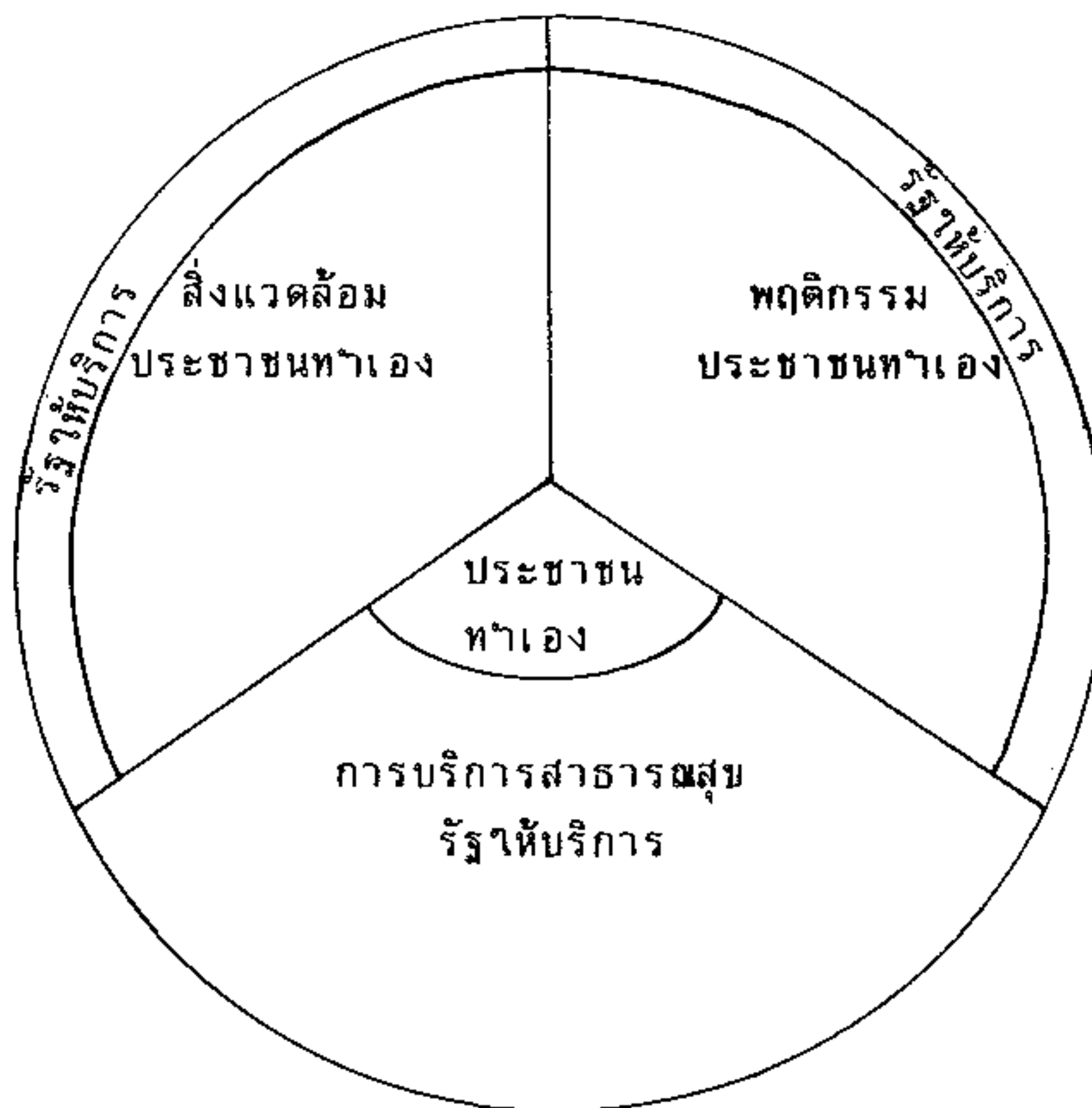
1. บริการทางแพทย์และสาธารณสุข หมายความว่าถ้ามีบริการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพอยู่อย่างเพียงพอพร้อมสมบูรณ์ เมื่อประชาชนมีความเดือดร้อนจะต้องการบริการเมื่อใด ก็ได้รับเมื่อนั้น โอกาสที่จะเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บอยู่นานด้วยความทุกข์ทรมาน หรือจะเสียชีวิตก็น้อยมากโอกาสที่สุขภาพสมบูรณ์ก็จะมีมาก

2. สภาพของสิ่งแวดล้อม ถ้าสิ่งแวดล้อมทั้งในบ้าน ในชุมชนและในสังคมดี มีความสะอาด ไม่ก่อความเดือดร้อนรำคาญต่อสุขภาพกายสุขภาพจิต โอกาสที่จะเจ็บป่วยก็น้อย โอกาสที่สุขภาพสมบูรณ์ก็จะมีมาก

3. พฤติกรรมของประชาชนเอง ถ้าประชาชนทุกคนมีพฤติกรรมดีหรือการประพฤติปฏิบัติดี กล่าวคือ ดีทั้งพฤติกรรมในการกิน การดื่ม พฤติกรรมในการพักผ่อน หย่อนใจ และการหลับนอน พฤติกรรมในการออกกำลังกาย พฤติกรรมในการทำงาน ประกอบอาชีพเพื่อการดำรงชีวิตที่ไม่ประมาท เคารพกติกาของสังคม กฎหมาย และ ข้อบังคับ โอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุ บาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยก็น้อย โอกาสที่จะมี สุขภาพที่สมบูรณ์ก็มีมากกว่า

4. พันธุกรรม ถ้าสภาพของพันธุกรรมดี ไม่มีโรคที่ถ่ายทอดมาจากพันธุกรรมโอกาสที่จะเจ็บป่วยจากโรคเหล่านั้นก็น้อย อย่างไรก็ตามเรื่องทางพันธุกรรมนี้ยังนับว่าเป็นปัญหาที่ยังไม่รุนแรงในทางสาธารณสุขในประเทศไทยมากนัก จึงไม่นำ มาพิจารณาในที่นี้

สำหรับปัจจัย 3 ปัจจัยข้างต้นนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก ซึ่งเมื่อพิจารณา แนวทางในการแก้ปัญหาพบว่า ความรับผิดชอบของแต่ละฝ่ายนั้นกำหนดได้ดังรูป



ภาพที่ 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและแนวทางแก้ปัญหา

จากแผนภาพจะพบว่า การแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนนั้นต้องอาศัยบทบาทของประชาชนและชุมชนเป็นหลัก บทบาทของรัฐมีเพียงส่วนน้อยในส่วนการปรับปรุงสภาพแวดล้อม และพฤติกรรมของประชาชนให้อ่อนแอวยต่อการมีสุขภาพดี แต่ในเรื่องการให้บริการทางสาธารณสุข ส่วนใหญ่รัฐจะเป็นผู้ให้บริการ นอกจากนี้แนวคิดทฤษฎีในเรื่อง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ให้เกิดสัมฤทธิ์ผลนั้นต้องอาศัยมาตรการที่สำคัญ การให้ความรู้ เพื่อเสริมภูมิปัญญาแก่ประชาชนและชุมชนในการป้องกันและรักษาโรคด้วยตนเอง

การแก้ปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัย

ค่านิยมของ ภาวะสุขภาพอนามัย มีอยู่มากมาย อาจสรุปค่าจำกัดความได้ว่า สมรรถภาพที่สมบูรณ์ของบุคคลในการที่จะดำรงชีวิตด้วยความสุขสมบูรณ์และสร้างสรรค์ ดังนั้นในการให้การศึกษารื่องภาวะสุขภาพอนามัย จะต้องเกี่ยวข้องกับคุณภาพของการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล วิธีการบำรุงรักษาสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอฉะนั้นเราจะต้องรักษาสุขภาพในมิติต่าง ๆ ทั้งหมด ได้แก่

การให้สุขศึกษาก็คือ วิธีการให้ประสบการณ์การเรียนรู้อย่างกว้างขวาง เพื่อให้สามารถนำมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพสมบูรณ์ โดยความสมัครใจ แผนงานสุขศึกษาควรจะให้ความรู้ที่เป็นพื้นฐานของการพัฒนาความคิด และสร้างค่านิยมในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคลและสังคมที่เหมาะสม ตลอดจนแนะนำรูปแบบพฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพอนามัย ผู้สอนจะต้องพยายามให้ความรู้ที่เป็นพื้นฐานที่จะพัฒนาทัศนคติ และค่านิยมที่ดีในเรื่องสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และของชุมชนที่จะมีส่วนช่วยเสริมการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพ

องค์ประกอบที่สำคัญสำหรับการดำเนินชีวิตที่มีสุขอนามัยคือ ได้แก่

- โภชนาการ
- การออกกำลังกายและการกีฬา
- พฤติกรรมส่วนบุคคลและความรับผิดชอบ

แผนการเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องของชุมชน ช่วยให้นักวิชาการสาธารณสุข สามารถที่จะหาโอกาสหรือช่วงเวลาที่เหมาะสมในการดำเนินกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยได้ตามที่ต้องการโดยทั่วไปกิจกรรมที่จะนำมาพิจารณาได้แก่

1. โรงเรียนต่าง ๆ ควรกำหนดให้วิชาสุขศึกษาอยู่ในหลักสูตรการเรียน กลุ่มอายุต่าง ๆ ของเด็กที่สามารถตอบสนองต่อข่าวสารสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ครู พ่อแม่ตลอดจนบุคคลที่มีชื่อเสียงในสังคม ควรจะเป็นตัวอย่างที่ดีและเข้าร่วมใน กิจกรรมหรือส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน ตลอดจนส่งเสริมด้านการกีฬา

2. สถานที่ทำงานควรใช้เป็นเวทีเผยแพร่ข่าวสารทางด้านอนามัย ควรจะ ให้คำยืนยันว่าที่ทำงานนั้นมีความปลอดภัย น่าอยู่สำหรับการเล่นกีฬาก็ควรจะเผยแพร่ และรณรงค์ให้มีการเล่นเป็นกิจวัตรหรือหากมีการบริการสุขภาพอนามัยสำหรับผู้ปฏิบัติงาน ก็ควรทำการส่งเสริมในเรื่องสุขภาพอนามัย ตลอดจนให้คำแนะนำเกี่ยวกับการ ป้องกันอันตรายในที่ต่าง ๆ ด้วย

3. การคิดโปสเตอร์และแผ่นปลิวในที่สาธารณะ รวมทั้งในสถานพยาบาล และบนรถโดยสาร ในห้องอาหารก็ควรมีรายการอาหารที่มีคุณค่าหลาย ๆ ประเภท และห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และบนรถโดยสาร สถาบันเกี่ยวกับการกีฬาต้องมี บริการและอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อมเพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของผู้มาเล่นกีฬา

4. การสื่อสารมวลชน มีอิทธิพลต่อประชาชนในเรื่องความคิดเห็นและวิถี การดำเนินชีวิต จึงควรสนใจข่าวสารทางหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ และสื่อสารมวลชน อื่น ๆ เพื่อกระตุ้นให้มีการสนทนาปัญหาสุขภาพและให้ประชาชนได้มีความรู้ความ เข้าใจในเรื่องสุขภาพอนามัยยิ่งขึ้น เนื้อที่โฆษณาควรนำเสนอเรื่องราวเกี่ยวกับโรคที่ ป้องกันได้

การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพไม่ได้เหมาะสำหรับบุคคลเท่านั้น แต่ยัง เหมาะสำหรับครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติด้วย องค์การอนามัยโลกมีความ เชื่อว่าการสาธารณสุขที่มีพื้นฐานอยู่ที่การป้องกันและความร่วมมือของชุมชนจะสมเหตุ สมผลที่สุด ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (โรคเอดส์) ซึ่งเป็นปัญหา รุนแรงทางสาธารณสุขโครงการให้การศึกษา และข่าวสารเพื่อให้ถึงกลุ่มเป้าหมาย อาจจะต้องเสียค่าใช้จ่ายราว 2-3 ล้านดอลลาร์ต่อคนต่อปี และยังเป็นประโยชน์ อย่างมากถ้าเพียงแต่ 2-3 คนในกลุ่มเป้าหมาย หรือผู้ที่เคราะห์ร้ายจะปฏิบัติตามวิธี ป้องกันเพื่อไม่ให้แพร่หรือลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ถ้าหากว่าความรู้ทั้งหมดเกี่ยว กับโรคเอดส์ เป็นที่ทราบกันในทศวรรษนี้หรือได้ทราบเมื่อโรคนี้ได้ถูกค้นพบ ครั้งแรก และสามารถเข้าถึงกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยโครงการที่เหมาะสมคง

มีน้อยประเทศที่ลังเลใจที่จะดำเนินการ ไม่ว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเท่าใดก็ตาม เพื่อที่จะป้องกันการระบาดทั่วไป ความร่วมมือของประชาชนและรัฐบาลในทุกะดับในการป้องกันอาจจะเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการที่จะคอยรักษาผู้ป่วยจำนวนน้อย

การผนวกแนวคิดของภาวะสุขภาพอนามัยเข้ากับแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน

สุขภาพเริ่มต้นที่บ้าน คำว่า "สุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อ พ.ศ. 2543" อาจหมายรวมถึงการที่ประชาชนมีวิธีการที่ดีกว่าปัจจุบันในการป้องกันโรค และลดจำนวนโรคที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ให้มีน้อยลง มีวิธีการดำเนินชีวิตที่ดีในวัยเด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ เกิดความรู้สึกที่ดีต่อเรื่องของสุขภาพ เพื่อจะได้มีสุขภาพภายในและอารมณ์ที่สมบูรณ์เท่าที่จะทำได้

ปัจจุบันเราได้ตระหนักมากยิ่งขึ้นว่า ชุมชนควรจะได้รับผิชอบสุขภาพของตนเองโดยการให้ทรัพยากรที่มีอยู่ และที่ได้รับจากรัฐหรือองค์กรอื่นๆ อย่างฉลาด อุปนิสัยของประชาชนมีส่วนอย่างสำคัญในการป้องกันโรค การปฏิบัติตามหลักสุขภาพอนามัยนั้นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด ดังนั้นงานสาธารณสุขมูลฐาน จึงยึดมั่นในการมีส่วนร่วมของชุมชน และเน้นหนักในการส่งเสริม และป้องกันในงานสาธารณสุข

การป้องกันโรคในเนื้อหาของสุขภาพดีถ้วนหน้า ไม่เพียงแต่ป้องกันการเกิดโรคเช่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมพาหะ หรือกิจกรรมการต่อต้านการสูบบุหรี่เท่านั้น แต่ยังลงไปถึงการติดตามความก้าวหน้า และลดผลเสียที่อาจเกิดตามมาเมื่อเริ่มดำเนินการไปแล้ว

การป้องกันปฐมภูมิ มุ่งไปที่การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพเช่น ทารกน้ำหนักตัวน้อย โดยผ่านทางมาตรการให้สุขศึกษา ปรับปรุงโภชนาการ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และการดูแลแม่ในระหว่างการจัดครรภ์

การป้องกันทุติยภูมิ มุ่งไปที่การยับยั้งโรคที่เกิดขึ้นแล้ว โดยการตรวจพบแต่เนิ่น ๆ และการรักษาโรคที่เหมาะสม หรือลดการเป็นซ้ำหรือการป่วยแบบเรื้อรังในท่านองเดียวกัน

การป้องกันตติยภูมิ หมายถึงการลดผลที่เกิดจากโรคและความพิการ โดยการเฝ้าระวัง และการบำรุงรักษา

เป็นที่ทราบกันดีว่ามาตรการป้องกันโรคมักจะต้องการการสนับสนุนและการเอาใจใส่เป็นระยะเวลานานก่อนที่จะเห็นผล การควบคุมโรครวมมาตรการเพื่อการป้องกันและลดอุบัติเหตุ ความชุก และผลเสียให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

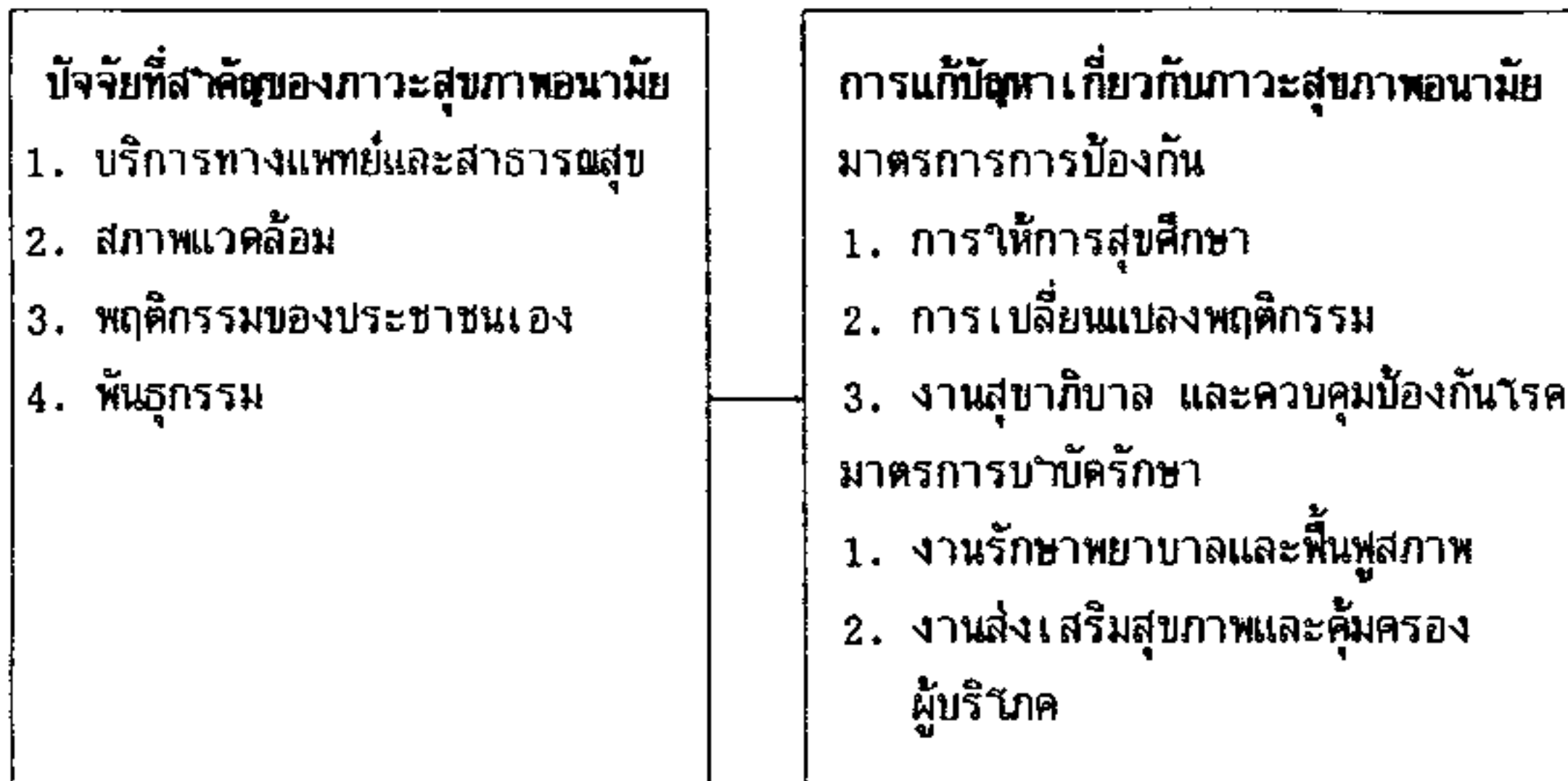
ปัญหาทางปฏิบัติในการป้องกัน

ใครๆ ก็กล่าวกันว่า การป้องกันนั้นดีกว่าและดีกว่าการรักษา แต่ก็มีอุปสรรคอย่างมากในการดำเนินงาน การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของตัวบุคคลเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการก่อนในการป้องกันทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อนานหลาย แต่โดยมากแล้วสภาพแวดล้อมทางสังคม และเศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล และของชุมชน

การคิดหาเหตุผลอย่างรอบคอบ และการสนับสนุนการให้การศึกษาเพื่อปรับปรุงวิถีชีวิตนับเป็นสิ่งจำเป็น ถึงแม้ว่าผลในการศึกษาอาจจะไม่ปรากฏให้เห็นในทันที ความร่วมมือกันหลาย ๆ ฝ่าย ก็เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการป้องกันโรคหลาย ๆ โรคอย่างเช่น โรคจากแมลงเป็นพาหะ และโรคติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร การจัดหาให้มีน้ำดื่มที่สะอาด มีการกำจัด และระบายอุจจาระ และน้ำเสียที่เหมาะสมก็เป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันโรคดังกล่าว นอกจากนี้ มาตรการป้องกันยังต้องการแรงสนับสนุนจากหลาย ๆ ฝ่ายในช่วงระยะหนึ่ง

ดังนั้น มาตรการการป้องกันจึงมีความสำคัญเท่าเทียมกับการบำบัดรักษา การเปลี่ยนแปลงโดยมุ่งที่ให้การสนับสนุนโครงการสาธารณสุขหลายโครงการ โดยที่โครงการเหล่านั้นดำเนินการเช่นเดียวกับในอดีต ที่เน้นการบำบัดรักษา มาให้ความสำคัญกับการหาวิธีทางในการให้ประชาชนเรียนรู้ที่จะป้องกัน ก็จะทำให้ชุมชนเป็นฝ่ายรับประโยชน์โดยสมบูรณ์

แนวคิดในเรื่องภาวะสุขภาพอนามัย



ภาพที่ 2.5 สรุปแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัย

การสร้างแบบจำลองเส้นโยงสมมติฐาน เกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

จากกรอบทฤษฎีที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ในส่วนนี้จะเป็นการนำเสนอตัวแปรต่าง ๆ ที่น่าจะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ในลักษณะของแบบจำลองเส้นโยงสมมติฐาน ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรภายนอก ตัวแปรภายใน และตัวแปรตามท้ายสุด

กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐานกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

เริ่มจากนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ได้มีแนวคิดที่สำคัญ 2 ประการ คือ การที่ประชาชนมีส่วนร่วม และการปรับระบบบริการสาธารณสุขให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐานในเรื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น แม้ว่าจะเป็นหัวใจสำคัญของแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน แต่ในทางปฏิบัติ หลักการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยมีการนำมาใช้ และให้ความสำคัญน้อยมาก แม้ว่าทั้ง ผสส. และ อสม. จะเป็นผู้นำจากชาวบ้านทั้งคู่ แต่ขาดการเตรียมชุมชนในเรื่องของแนวความคิดเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง ในเรื่องนี้มีผลการศึกษาที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคม และวัฒนธรรมโดย อคิน รพีพัฒน์ (ทวีทอง, 2527) ได้ให้ข้อสรุปไว้ว่า

ในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทยที่มีลักษณะของระบบอุปถัมภ์ ที่มีความสัมพันธ์ในสังคม แบบลูกพี่ ลูกน้อง ผู้ใหญ่ ผู้น้อยนั้น วัฒนธรรมประการหนึ่งที่เกิดขึ้น คือ ความเกรงใจ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่ขัดขวางการมีส่วนร่วมที่สำคัญในการพัฒนา กล่าวคือ ทำให้ชาวบ้านไม่กล้าแสดงออก ซึ่งความคิดเห็นของตน งานพัฒนาจึงถูกกำหนดโดยคนภายนอกหรือคนจำนวนน้อยที่มีฐานะทางสังคมชุมชน

รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น สุรัสวดี หุ่นยนต์ (2528) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมพัฒนาชุมชน ของประชาชนยากจน พบว่า

ประชาชนไม่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาชุมชนขึ้นประเมินผลเลย และขั้นตอนที่ประชาชนไม่เข้ามามีส่วนร่วมในระดับรอง ๆ ลงไป คือ ขึ้นค้นหาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ และพิจารณาแนวทางแก้ไข และขึ้นตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไข และวางโครงการแก้ปัญหา ส่วนขั้นตอนที่ประชาชนทุกคนมีส่วนร่วม คือ ขึ้นปฏิบัติตามโครงการและขึ้นรับประโยชน์จากโครงการ โดยมีส่วนร่วมในรูปแบบการใช้แรงงานมากที่สุด รองลงมาคือร่วมออกเงิน/วัสดุร่วมประชุมและร่วมแสดงความคิดเห็นการไม่เข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน ในบางขั้นตอนมีสาเหตุมาจากต้องใช้เวลาเพื่อประกอบอาชีพ ความไม่กล้าเกรงจะไม่มีผู้รับฟังความคิดเห็น คิดว่ากิจกรรมการพัฒนาเป็นเรื่องของผู้นำชุมชน และเพราะการมีฐานะยากจนของประชาชน เป็นต้น

ในกิจกรรมสาธิตสุขมูลฐานนั้น ศูนย์ศึกษานโยบายสาธิตสุข มูลฐาน มหาวิทยาลัยมหิดล โดย พิมพ์วัล ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน (ทวีทอง, 2527:261-294) พบว่า

การดำเนินงาน ใน 200 หมู่บ้าน จะมีเนื้อหาและวิธีการในการมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการกองทุนเวชภัณฑ์นั้น เป็นการมีส่วนร่วม ซึ่งถูกพยายามสร้างขึ้นโดยผ่านรูปแบบกิจกรรมตามขั้นตอนต่าง ๆ ของการดำเนินงานที่กำหนดไว้ โดยกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่การให้ชุมชนยอมรับการวางแผน (อันได้แก่ การกำหนดโครงสร้างการบริหารงาน การกำหนดสมาชิก และราคาหุ้น การกำหนดโครงสร้างคณะกรรมการ การเลือกตั้งคณะกรรมการ) การดำเนินงานและการควบคุมประเมินผล ซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะมีส่วนร่วมไม่เหมือนกัน

นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธิตสุขมูลฐานโดยตรงคือ บังอร ฤทธิภักดี (2528:26-27) ได้สรุปประเด็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ผ่านมา คือ

1. กิจกรรมพัฒนาต่าง ๆ ในปัจจุบัน ยังไม่ได้ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง แต่เป็นการพัฒนาโดยคนนอกหรือรัฐ

2. อุปสรรคที่สำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนคือ
 1. ระบบสังคมและวัฒนธรรมไทย ที่เป็นแบบผู้อุปถัมภ์กับผู้ให้อุปถัมภ์
 2. นโยบายและวัฒนธรรมการทำงานในระบบราชการ
 3. การกลัวการสูญเสียอำนาจของข้าราชการ
 4. วิธีชีวิตทางเศรษฐกิจของชาวบ้านที่รัดตัว
3. ข้อเสนอต่อการพัฒนาเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน
 1. จะต้องมีการพัฒนาองค์กรชุมชน
 2. จะต้องมีการปรับปรุงระบบราชการ

จากการที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น มีผลงานวิจัยที่คัดค้านแนวความคิดแรกที่ว่า การเข้าไปมีส่วนร่วมของประชาชนโดยรัฐเป็นผู้สนับสนุน ซึ่งทีมงานสาธารณสุขมูลฐาน (อุทัย สุดสุข และคณะ, 2528) ได้มีข้อโต้แย้งในเชิงยุทธวิธีว่าเป็นเพียงระยะแรกของการดำเนินงานเท่านั้น ที่เจ้าหน้าที่ต้องเข้าไปร่วมในการผลักดันช่วยเหลือประชาชนเท่าที่เงื่อนไขเอื้ออำนวย เนื่องจากในอดีตนั้นประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดข้อมูล และขาดการสร้างสรรค์ให้มีแนวคิดและวิธีปฏิบัติที่เป็นการพึ่งตนเองอย่างจริงจัง ดังนั้นหลังจากผ่านพ้นช่วงระยะเวลาหนึ่งประชาชนสามารถยืนหยัดได้เอง และสามารถพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันได้ และเจ้าหน้าที่จะลดบทบาทของตนเองเป็นเพียงผู้สนับสนุนสิ่งที่จำเป็นที่รัฐต้องช่วยเหลือเท่านั้น จากการสรุปของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ประชาชนในชนบท โดยเฉพาะอสม./ผสส. กลุ่มหนึ่งพิสูจน์ตนเองว่ามีความพร้อมที่จะพัฒนา และมีจิตใจเสียสละอุทิศตนเพื่อส่วนรวมอย่างแท้จริง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ อสม. ผสส. ซึ่งเป็นกลจักรสำคัญในการดำเนินกิจกรรมตามนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ในช่วงที่มีการนำแนวคิดของสาธารณสุขมูลฐานไปปฏิบัติมีมากมาย ซึ่งจะยกตัวอย่างผลงานของภาวิณี เพ็งศาสตร์ (2529) ที่รวบรวมงานวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและกิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีสาระสำคัญโดยย่อดังนี้

1. งานของ กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ได้วิจัยเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน ผสส. อสม. ในเขตอำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยการสำรวจการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมในชุมชนประกอบการศึกษา ผลการวิจัยพบ

ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของ อสม. มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. กล่าวคือ อสม.อายุน้อย การปฏิบัติงานไม่ค่อยได้ผลเพราะไม่กล้าพูด ไม่กล้าอธิบาย เกิดความรู้สึกอาย อสม. หญิงไม่ค่อยได้รับความยอมรับนับถือเนื่องจากในชนบทชาวบ้านให้ความนับถือชายมากกว่าหญิง อสม. ที่เคยทำประโยชน์เพื่อส่วนรวมมาก่อนแล้ว และอสม. ที่มีภูมิฐานะในหมู่บ้านนั้น จะได้รับการยอมรับนับถือจากชาวบ้านดีมากกว่า อสม. ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ย่อมสละเวลามาปฏิบัติงานให้แก่ประชาชนได้ดีกว่า อสม. ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ และ อสม. ที่มีสมาชิกในครอบครัวมาก ๆ ทำให้การปฏิบัติงานไม่ได้เต็มที่

2. งานของสุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และคณะ ได้ทำการวิจัยประเมินผลเรื่องการปฏิบัติการของอสม. จังหวัดขอนแก่น เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. โดยวิธีการสอบถามข้อมูลจากตัวอาสาสมัครและจากประชาชนในหมู่บ้านนั้น ซึ่งผลการวิจัยพบว่าการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานนั้นผู้ซึ่งจะสามารถปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ อสม. ได้มีประสิทธิภาพดีนั้นจะมีคุณลักษณะส่วนใหญ่เป็นเพศชายอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป มีอาชีพ และหลักฐานที่มั่นคง มีภูมิฐานะและประกอบอาชีพในหมู่บ้านนั้น และเป็นผู้ได้รับการยอมรับจากประชาชนในหมู่บ้านตลอดจนคณะกรรมการหมู่บ้านนั้นด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าสภาพทางคมนาคมและระยะทางใกล้ไกล จากสถานบริการของรัฐมีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ด้วย อสม. ซึ่งได้รับการยอมรับจากประชาชนในหมู่บ้านนั้น ส่วนมากเป็น อสม. ที่มีประสบการณ์เป็นหมอพื้นบ้านมาก่อน และเป็นผู้ปฏิบัติงานได้ดีเด่นกว่าผู้ที่ได้รับการเลือกมาจากอาชีพอื่น

3. งานของเบญจฯ ยอดคำเนิน ได้ประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขโครงการลาปาง ที่อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลาปาง ด้วยการใช้วิธีศึกษาวิจัยทางมานุษยวิทยา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เหมาะสมที่สุดที่จะปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม. คือผู้ที่มีความสามารถหลายด้าน เช่น ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น รวมทั้งการรักษาพยาบาลตามแบบพื้นบ้านเช่น รู้จักวิธีเป่าเสกคาถา ทำน้ำมันคั้ ต่อกระดูก ฯลฯ นอกจากนั้นควรเป็นผู้ที่เคยช่วยเหลืองานของส่วนรวมอยู่เป็นประจำ เช่น เคยเป็นกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน เพราะบุคคลเหล่านี้มีสถานภาพทางสังคมสูงและมีลักษณะเป็นผู้นำกลุ่มโดยธรรมชาติซึ่งมักเป็นแม่แบบหรือผู้นำในทางความคิดของสมาชิกผู้รับในกลุ่มสังคมของตน

4. งานของ รัชนิพร ภูกร ได้วิจัยเรื่องทัศนคติของประชาชนต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกพบว่าประชาชนเห็นด้วยกับการมี อสม. เป็นส่วนมากเพื่อช่วยเหลือยามเจ็บป่วยและทำให้รู้เรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ แต่ยังมีปัญหาในการบริการเนื่องจากประชาชนเห็นว่าอสม. มีความรู้ความสามารถในการที่จะให้บริการแก่ประชาชนยังไม่เพียงพอมีถึงร้อยละ 22.5 อสม. ขาดยา และอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาลร้อยละ 12.0 ไปหา อสม. ไม่ค่อยพบเพราะ อสม. ต้องไปประกอบอาชีพนอกบ้านร้อยละ 4.0 และมีประชาชนที่ยังไม่มีใครรู้จักหน้าที่ของ อสม. ร้อยละ 9.0 ซึ่งแสดงว่าการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงบทบาทและหน้าที่ของ อสม. ยังไม่ทั่วถึง

5. งานของไพจิตร ปวะบุตร และคณะ ได้ศึกษาเรื่องบทบาทของชุมชนในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานที่อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือและใช้วิธีการสังเกตทางมานุษยวิทยาาร่วมด้วย ผลการศึกษาพบว่า อสม.สามารถรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ให้กับประชาชนในหมู่บ้านได้ทำให้ประชาชนมีความเชื่อถือ อสม. เมื่อเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ประชาชนจะไปรับบริการที่ อสม. ถ้ามีผู้ป่วยรายใดที่เกินขอบเขตความสามารถ อสม. จะส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

6. งานของทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ ได้ทำการศึกษาประเมินผลโครงการสาธารณสุขมูลฐานไทย ผลของการศึกษาพบว่าการปฏิบัติงานของ อสม. อยู่ในขั้นน่าพึงพอใจ แต่ก็ยังเป็นผลงานในระยะสั้น ซึ่งเมื่อศึกษาในระยะยาว พบว่าการมี อสม. มีผลต่อการใช้บริการทางสุขภาพต่ำมาก โดยเฉพาะจากปัญหาการนิเทศงานและปัญหาในการสนับสนุนยา จะทำให้ความสามารถในการคงระดับหรือยกระดับการบริการของ อสม. เป็นไปได้ยาก นอกจากนี้ อสม. ส่วนใหญ่มักเน้นหนักทางด้านการรักษาพยาบาล การจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน และบริการวางแผนครอบครัว ในการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนนั้น เน้นหนักด้านรักษาพยาบาล ส่วนงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น งานเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค งานสุขภาพจิต และงานโภชนาการ ยังไม่มีการเข้าร่วมเท่าที่ควร

7. ฝ่ายนโยบายวางแผนและวิจัย กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้ประเมินผลการปฏิบัติงานของ ผสส./อสม. ใน 20 จังหวัด

โครงการประชากร ผลการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความภูมิใจในหน้าที่ อสม. แรงจูงใจที่สำคัญที่สุดในการปฏิบัติหน้าที่คือ ได้มีส่วนช่วยเหลือชาวบ้าน มีส่วนน้อยเท่านั้นที่ต้องการสิ่งตอบแทนการปฏิบัติงานหลักของ อสม. คือด้านการรักษาพยาบาล งานที่ปฏิบัติรองลงมาคือแนะนำการใช้สถานบริการสาธารณสุข การรณรงค์การเผยแพร่ความรู้ทางด้านสาธารณสุขและแนะนำช่วยเหลือทางการเกษตร

จากผลงานดังกล่าวจะพบว่า รูปแบบการทํากิจกรรม ของ อสม. จะถูกกำหนดจากเจ้าหน้าที่เป็นหลัก และใช้รูปแบบเดียวกันทั่วประเทศ ซึ่งข้อสรุปดังกล่าวนี้ก็ยังมียังงานวิจัยที่สนับสนุนหลายเรื่องที่ศึกษาปัญหาในแง่มุมต่าง ๆ เช่น เรื่องกองทุนยา (ลือชัย ศรีเงินวง, 2528) บทบาทด้านสุขศึกษาของ อสม. - ผสส. (ประสิทธิ์ สิริพันธ์ และคณะ, 2529) การมีส่วนร่วมของชุมชน (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์และคณะ, 2529) และทีมงานสาธารณสุขมูลฐาน (อุทัย สุดสุข และคณะ, 2528) จากแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น อาจจะสรุปได้ว่ากิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานน่าจะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเขียนเป็นสมมติฐานเพื่อการทดสอบได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 : กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐาน ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน

เหตุผลที่มีการตั้งสมมติฐานเช่นนี้เพราะผู้วิจัยเชื่อว่า กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐานในด้านต่าง ๆ เช่น สุขศึกษา โภชนาการ การให้ภูมิคุ้มกันโรค การรักษาพยาบาล การจัดหายาที่จำเป็น และ อื่นๆ ล้วนแต่เป็นกิจกรรมในทางบวกที่จะอำนวยความสะดวกให้กับประชาชนทั้งสิ้น กิจกรรมดังกล่าวจึงเปรียบเสมือนแม่เหล็กที่จะดึงดูด ให้ประชาชนมีส่วนร่วมโดยตรง เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่อำนวยความสะดวกแก่ประชาชน ไม่เหมือนกับกิจกรรมในเชิงลบที่ต้องอาศัยระเบียบ คำสั่ง

กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน และ การมีส่วนร่วมของประชาชน

การนำแนวคิดของงานสาธารณสุขมูลฐานไปปฏิบัติจำเป็นต้องมีการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอของนักวิชาการ และผลงานวิจัยที่สนับสนุนแนวคิดนี้ได้แก่

อุทัย สุธสุข (2527:180-187) ได้เสนอแนะแนวทางในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขไว้ดังนี้

1. ควรจัดให้มีการพัฒนาระบบนิเทศ ติดตาม และประเมินผลงานที่มีประสิทธิภาพทุกระดับในภาครัฐ
2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคณะกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน คณะกรรมการสภาตำบล และคณะกรรมการสนับสนุนการปฏิบัติงานพัฒนาชนบททุกระดับตำบล มีความสามารถและทักษะในการให้คำปรึกษา แนะนำ ควบคุม กำกับติดตามประเมินผลงาน
3. ควรปรับปรุงการตรวจราชการ ให้ขยายเป็นการตรวจราชการทั้งกระทรวงสาธารณสุข และควรขยายเป็นการตรวจราชการระหว่างสาขาการพัฒนา
4. ควรส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้บริหาร และผู้กำหนดนโยบาย นำผลการนิเทศและการประเมินผลไปปรับใช้ในการบริหารงาน รวมทั้งพิจารณาหาเหตุปัจจัย ความดีความชอบ และการพิจารณาให้โทษสำหรับหน่วยงานระดับต่าง ๆ ด้วย

สมพร เพื่องจันทร์ ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การประเมินสภาพการณ์ของการประสานงานระหว่างสาขาและภายในสาขาในการสาธารณสุขมูลฐาน ตั้งแต่ระดับจังหวัดลงไปซึ่งผลการวิจัย พบว่า

1. การประสานงานระหว่างสาขาในระดับจังหวัดและอำเภอ ส่วนใหญ่จะมีการประสานงานในด้านการฝึกอบรมในงานสาธารณสุขมูลฐาน ในงานสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม และงานโภชนาการ และโดยวิธีการติดต่อรูปแบบต่างๆในความถี่ที่มากกว่า 2 งานคือ งานระบบกองทุน และงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
2. การประสานงานภายในสาขาสารสาธารณสุข ระดับศูนย์ ระดับจังหวัด และอำเภอ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการประสานงานเพื่อการวางแผนปฏิบัติการ และการศึกษาปัญหาต่าง ๆ การติดต่อประสานงานมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนวิชาการ วัสดุ อุปกรณ์มากกว่าวัตถุประสงค์อื่น และใช้วิธีการประสานงานหลายวิธี เช่น การประชุมการบันทึก หรือจดหมายและการติดต่อส่วนบุคคลตามลำดับ ซึ่งแต่ละงานมีการติดต่อประสานงานแตกต่างกันไป
3. การประสานงานในระดับตำบล ซึ่งให้มีบทบาทในการวางแผนเป็นอันดับหนึ่ง และมีบทบาทในด้านการสนับสนุนในการฝึกอบรมเป็นอันดับรอง แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มักจะมองบทบาทตนเองว่าเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมดโดยตรงจึง

ไม่มีการวางแผนร่วมกันเลย ซึ่งถ้ามีการวางแผนจะใช้การประชุมเป็นหลัก แต่ก็ยังใช้การติดต่อแบบไม่เป็นทางการควบคู่กับวิธีการอื่น ซึ่งการประสานงานโดยการใช้การนิเทศและติดตามผล ยังมีปัญหาอยู่บ้างเพราะไม่เป็นไปตามแผนและไม่ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้

4. การประเมินผลสำเร็จของงานสาธารณสุขมูลฐาน ยังอยู่ในระดับต่ำ และมีปัญหาอุปสรรคในการประสานงาน การประสานงานในระดับตำบลไม่มีใครมีปัญหามากนัก แต่ในระดับจังหวัด อำเภอค่อนข้างมีปัญหาในการวางแผน นำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผลงาน

ตรีทิพ โภคาลัย ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับ การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขมูลฐานเพื่อการบริหารจัดการ การศึกษาระดับมหภาค ผลการวิจัยพบว่า ระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขมูลฐานในปัจจุบันในเรื่องขององค์ประกอบภายในยังมีปัญหา และอุปสรรคเกิดขึ้นในขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบรายงานมีมากเกินไปและมีความซ้ำซ้อนขาดการให้นิยามที่ชัดเจนทำให้ผู้กรอกข้อมูลมีความเข้าใจไม่ตรงกัน เจ้าหน้าที่ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลแบบรายงานมีการงานล้นมือ มีทัศนคติไม่ดีต่อการเก็บรวบรวมข้อมูล และไม่เห็นความสำคัญของข้อมูล ในขั้นตอนประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าไม่สามารถประมวลผลให้รวดเร็ว และแม่นยำ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ขาดความรู้และขาดเครื่องมือในการวิเคราะห์ทุกระดับ สำหรับข่าวสารมีปัญหาในเรื่องความถูกต้องตรงประเด็นและทันกาล ส่วนองค์ประกอบภายนอกระบบพบว่า ไม่มีการประสานงานระหว่างองค์การที่ต้องการใช้ข้อมูลทั้งภายในและภายนอกระบบ นอกจากนี้นโยบายการรวมอำนาจเข้าส่วนกลางทำให้การบริหารจัดการข้อมูลระดับจังหวัด ดำเนินการเพียงรวบรวมข้อมูลสนองความต้องการของส่วนกลางเท่านั้น การใช้ข้อมูลในการวางแผนระดับอำเภอ จังหวัดมีน้อยมาก และได้มีการพัฒนาเครื่องชี้วัดจำนวน 72 เครื่องชี้วัดเพื่อใช้ในการวางแผน ควบคุม กำกับและการประเมินผลงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับมหภาค อีกทั้งการไหลเวียนข้อมูลงานสาธารณสุขได้ข้อสรุปดังนี้คือศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข ได้รับข้อมูลจากรง.402 จากจังหวัดต่าง ๆ เป็นรายงวด รายปี และให้จังหวัดต่าง ๆ จัดทำรายงานบางส่วนรวมไว้เป็นรายงานประจำปีและให้กองระบาดวิทยา กองอนามัยครอบครัว สรุปส่งข้อมูลที่ต้องการมาให้เป็นรายงวด ผลที่ได้จะลดภาระของเจ้าหน้าที่ในการจัดทำรายงาน (รง 402) ลง 60%

จากแนวคิดและผลงานของนักวิชาการดังกล่าวข้างต้น ได้นำมาสรุปเป็น
สมมติฐานเพื่อการทดสอบ ได้อีก 2 สมมติฐาน คือ

สมมติฐานที่ 2 : กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน น่าจะมีความ
สัมพันธ์เชิงปฏิฐาน ต่อ การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมมติฐานที่ 3 : การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน
น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐาน ต่อ การมีส่วนร่วมของชุมชน

โดยที่สมมติฐานที่ 2 ได้มีแนวคิดมาจากผลงานวิจัยของอุทัย สุดสุข และ
สมพร เพื่องจันทร์ และสมมติฐานที่ 3 ได้มีแนวคิดมาจากผลงานวิจัยของสุชาติ ประ-
สิทธิ์รัฐสินธุ์ และตรีทิพ โกศลชัย ที่มีส่วนสนับสนุนในสมมติฐานดังกล่าว

กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุข
มูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน และความรู้ในการป้องกันโรค

ในเรื่องความรู้ในการป้องกันโรค วิจิตร ศรีสุพรรณ ได้ทำการศึกษา
ความรู้ความเข้าใจและการใช้บริการอนามัยของประชาชนจากอาสาสมัครหมู่บ้านใน
ชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าในเรื่องสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมของครอบครัว ส่วนใหญ่
ยังไม่ถูกสุขลักษณะภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนจากสถิติที่สำรวจ พบว่ามีอัตรา
การเกิดเพียง 1.37% อัตราการตาย 1.42% และมีเด็กเกิดก่อน 7 เดือน 3 ราย
มารดาตายเนื่องจากตั้งครรภ์หรือการคลอด 1 ราย และการคลอดตาย 13 ราย
ภาวะการเจ็บป่วยของสมาชิกส่วนใหญ่พบว่า เป็นไข้ เป็นหวัด บวคศรีษะ เมื่อเจ็บ
ป่วยจะไปรักษาที่สถานอนามัยมากที่สุดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้บริการด้าน
อนามัยจากอาสาสมัครพบว่า มีความรู้เกี่ยวกับอาสาสมัครหมู่บ้านอยู่ในระดับต่ำคือ
เข้าใจบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและกิจกรรมต่าง ๆ ที่อาสาสมัครเป็นผู้ดำเนินการ
น้อย (14.3%) ทราบว่าในหมู่บ้านมี อสม./ผสส. (73.7%) ทราบเกี่ยวกับการ
คัดเลือกอาสาสมัคร แต่ไม่สามารถแยกบทบาทของ อสม./ผสส. ออกจากกันได้

สมควร จำเริญ ได้ศึกษาผลของการให้การศึกษาต่อเนื่องแก่ อสม./ผสส.
ทางวิทยุในจังหวัดนครพนม เพื่อพัฒนาความรู้ของ อสม./ผสส. ให้ดีขึ้น เพื่อเป็น
แกนนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในทางที่เกิดการพัฒนาจากผล

การศึกษพบว่า การให้การศึกษต่อเนื่องแก่ อสม./ผสส. ทางวิทยุได้ผลดีทำให้มีความรู้มากขึ้น

อรุณ จีรวัดนกุล ได้ศึกษาการยอมรับและการใช้บริการอาสาสมัครสาธารณสุข การวิจัยในครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ โดยศึกษา 4 กลุ่มประชากร คือประชาชน ผู้นำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล และ อสม. ผสส. ผลการวิจัยพบว่า ในด้านการยอมรับ อสม. และ ผสส. ประชาชนส่วนใหญ่ยอมรับในบทบาทของอสม. และผสส. และรับรู้ว่ อสม.และ ผสส. ปฏิบัติหน้าที่ในงานสาธารณสุขและเห็นว่า อสม. และผสส. มีประโยชน์และสามารถระบุชนิดของประโยชน์ได้ ซึ่งงานสาธารณสุขมูลฐานที่ อสม.และผสส.จำนวนมากปฏิบัติ 3 อันดับแรก คือ งานโภชนาการ งานอนามัยแม่และเด็ก งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แต่ อสม. ผสส. ยังมีความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐานไม่ครบถ้วน และมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานอยู่บ้าง คือ 1. ประชาชนไม่ร่วมมือชาวบ้านไม่เห็นความสำคัญและชาวบ้านไม่เชื่อ 2. ความเข้าใจในวิธีการทำงานบทบาทหน้าที่และความรู้ของอสม.ผสส. และ 3. อสม. ผสส. ไม่มีเวลาดูแลมาหากิน เสริมสร้าง-พวงแก้ว ได้กล่าวในการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องกลยุทธ์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (2535-2539) ไว้ว่า

เราต้องหาวิธีที่จะทำให้ประชาชนมาร่วมกับเรา ให้ประชาชนเกิดความรู้สึกว่า เป็นหน้าที่ของเขาที่จะต้องดูแลสุขภาพของเขาเอง เขาต้องรับผิดชอบไม่ใช่เรา ที่จะเอาความรู้หนังสือ ความไม่จน และความไม่มีโรคไปให้แก่ประชาชนเราจะต้องเอาหลักการที่จะทำให้ประชาชนเข้าไปร่วมนีไปแก้ไข้ปัญหา ซึ่งเราก็กต้องทำไปพร้อม ๆ เป็นหน้ากระดาน การที่จะทำไปเพียงด้านใดด้านหนึ่งนั้นไม่ได้ จะไม่สามารถ บรรลุผลสำเร็จ โดยสรุปแล้วเราต้องไม่ใช่ การแก้ปัญหาสาธารณสุขมูลฐานอย่างเดียว เราจะต้องแก้ความไม่รู้หนังสือด้วยจะต้อง ให้ประชาชนรู้จักกันรู้จักใช้

และในการประชุมในครั้งนั้น ก็นักวิชาการสำคัญอีกหลายท่าน ให้ความเห็นไว้ เช่น อมร นนทสุต ได้กล่าวไว้ว่า

การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย มีฐานที่สำคัญ อยู่ตรงการเปลี่ยนแปลง บทบาทของคนทั้งสองฝ่าย คือเจ้าหน้าที่ของรัฐ และชาวบ้านพัฒนาไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับการร่วมมือประสาน กันระหว่างสาขา การตั้งเป้าหมายทางสังคมระยะไกลของประเทศ ซึ่ง นำไปสู่การพัฒนา ความจำเป็นพื้นฐานของคนไทย และการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตในที่สุด

ส่วนประเวศ ะสี ก็ได้กล่าวถึงงานสาธารณสุขมูลฐาน ไว้ว่า

ทศวรรษที่ผ่านมา การสาธารณสุขมูลฐาน ได้รับบทพิสูจน์ว่า สามารถประหยัคชีวิตทั้งเด็ก ผู้ใหญ่ และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้จริง แต่ก็มี งานที่ต้องทำอีกมากมาย โดยเฉพาะ

1. สื่อสร้างสรรสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญ เพราะแนวคิดเรื่องสุขภาพคืออะไร ยังเข้าใจกันน้อย

2. ระบบสาธารณสุข (Health System) ต้องมีการปรับและพัฒนาเพื่อให้เกิดประโยชน์ โดยประหยัคมากกว่านี้ เพราะขาดความเข้าใจที่ตรงกันในเรื่องสุขภาพคืออะไร การวิเคราะห์นโยบายสาธารณสุขจะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยให้ระบบสาธารณสุขมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้นพร้อมมา กับการปรับการผลิตบุคลากร การนำวิทยาการต่าง ๆ มาใช้อย่างเหมาะสมทั้งเรื่องวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พฤติกรรมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข การปรับปรุงการบริหารให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การวิจัย ระบบสาธารณสุขให้บรรลุ สุขภาพดีถ้วนหน้า (HFA)

3. ปรับปรุงบทบาทของมหาวิทยาลัยต้องรณรงค์ให้มหาวิทยาลัย เข้าใจงานสาธารณสุขมูลฐานมากกว่านี้ จนสามารถปรับเปลี่ยนการพัฒนา บุคลากร และการค้นคว้าวิจัยเพื่องานสาธารณสุขมูลฐานได้เต็มที่การนำ มหาวิทยาลัยเข้ามามีบทบาทในการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติจะเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การปรับตัวและการพัฒนาระบบสาธารณสุข ทั้ง ระดับนโยบายและผู้ปฏิบัติ

4. การพัฒนาชุมชนท้องถิ่น อย่างบูรณาการ ต้องพัฒนาทั้งด้าน เศรษฐกิจ ชีวิตครอบครัว ชีวิตชุมชน ตลอดจนสิ่งแวดล้อม

5. นโยบายเศรษฐกิจและสังคมระดับมหภาค มุ่งสนใจในเรื่อง มนุษย์ เป็นตัวตั้งในการพัฒนามากกว่าจะใช้เศรษฐกิจเป็นตัวตั้ง บทบาท

ของการศึกษามีมากขึ้น การสนใจเรื่องเด็กจะมีมากขึ้น การพัฒนาชนบท
ในทศวรรษหน้าจะทำให้เกิดการพัฒนาที่ได้สมคูลย์ระหว่างมนุษย์สิ่งแวดล้อม
และสังคมจะทำให้ ประเทศคลี่คลายไปสู่สันติสุขได้

จากแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัย และความเห็นของนักวิชาการต่าง ๆ
สามารถนำมากำหนดเป็นสมมติฐานเพื่อการทดสอบ ได้อีก 3 สมมติฐาน คือ

สมมติฐานที่ 4 : การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน
น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐาน ต่อความรู้ในการป้องกันโรค

สมมติฐานที่ 5 : การมีส่วนร่วมของประชาชน น่าจะมีความสัมพันธ์เชิง
ปฏิฐาน ต่อ ความรู้ในการป้องกันโรค

สมมติฐานที่ 6 : กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน น่าจะมีความ
สัมพันธ์เชิงปฏิฐานต่อความรู้ในการป้องกันโรค

แนวความคิดของ สมควร ฉ่ำพื้ง เสม พริ้งพวงแก้ว อมร นนทสุตและ
ประเวศ วะสี ได้มีส่วนในการสนับสนุนสมมติฐานที่ 4 แนวความคิดของ เสม พริ้ง-
พวงแก้ว และอรุณ จีรวัฒนกุล ได้มีส่วนในการสนับสนุนสมมติฐานที่ 5 และผลงาน
วิจัยในกลุ่มดังกล่าว ก็มีมีส่วนในการสนับสนุนสมมติฐานที่ 6 ด้วย

การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน
ความรู้ในการป้องกันโรค และ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

ในเรื่องสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้มีบทความที่สำคัญหลายบทความ
เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในหนังสือสุขภาพดีถ้วนหน้าเพราะประชา
ร่วมใจ ที่จัดพิมพ์ขึ้นในโอกาสครบรอบ 40 ปีองค์การอนามัยโลกและทศวรรษแห่ง
การสาธารณสุขมูลฐานในหนังสือนี้มีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

ชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ โดยการเผยแพร่ให้ความรู้แก่ครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้หญิง ในเรื่องของความเป็น วิธีที่จะริเริ่มและส่งเสริมการรักษาสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยในบ้าน โดยใช้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตั้งแต่ระดับล่างรวมทั้งอาสาสมัคร และกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มมารดา กลุ่มเยาวชน เป็นต้น

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า มีบางสิ่งบางอย่างที่จำเป็นจะต้องเพิ่มเติมเป็นความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง ที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย และวิธีการเอาชนะได้แก่

- การมีส่วนร่วมในมาตรการป้องกันและควบคุมของแต่ละบุคคล และชุมชนโดยอาสาสมัคร
- สัญญาที่จะกระจายข่าวสาร และก่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมในมาตรการควบคุมโรค
- การควบคุมโรคเป็นมาตรการต่อเนื่อง และเป็นส่วนหนึ่งของสาธารณสุขมูลฐาน
- ใช้มาตรการป้องกัน
- มีส่วนร่วมในการสุขภาพีบาลทั่วไป
- ร่วมมือโดยอาสาสมัคร และฝึกอบรมการวินิจฉัยโรคในระดับอาการแรกเริ่ม และการส่งต่อผู้ป่วยให้สถานอนามัย

นอกจากนี้ ในบทความเรื่องการให้ความรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชน ในหนังสือเล่มเดียวกันนี้ ก็มีเนื้อหาที่น่าสนใจดังนี้

การถ่ายทอดความรู้ หมายถึง การพัฒนาการติดต่อซื้อขายที่มีกับชุมชน เพื่อที่จะหยิบยกประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาอภิปรายกัน หาทางแก้ไขปัญหาร่วมกันวิเคราะห์ถึงความต้องการของชุมชน และช่วยชุมชนในการตัดสินใจว่า จะต้องทำอย่างไรต่อไปด้วย มิใช่แค่เพียงให้ความรู้หรือข่าวสารแก่ชุมชนเท่านั้น การมีส่วนร่วมหมายถึง การดึงชุมชนเข้ามาร่วมในการตัดสินใจว่าต้องทำอะไร และทำอย่างไร ประชาชนต้องถูกมองในแง่ผู้ร่วมงานที่ฉลาด และนักวางแผนต้องทำตัวในลักษณะของผู้ให้ข้อมูล แทนที่จะเป็นในรูปของผู้มีอำนาจที่จะควบคุมทุกอย่างไว้ โดยการให้ความรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชน อำนาจจะถูกมอบให้ประชาชนในการตัดสินใจที่จะทำอะไร และอย่างไรในการตอบสนองความต้องการ ของตนเอง

นอกจากบทความดังกล่าวแล้ว ยังมีผลงานวิจัยที่น่าสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน คือ

บุญธรรม กิจบริดาบริสุทธิ์ ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับ ผลกระทบของการดำเนินงานโภชนาการในงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีต่อภาวะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงวิเคราะห์ที่มุ่งหาสภาพการณ์ หรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้น และวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับปรากฏการณ์นั้น ผลการวิจัยนี้พบว่า การดำเนินงานกิจกรรมทางโภชนาการในหมู่บ้านที่ทำการศึกษามีความแตกต่างกันค่อนข้างมากแต่การเฝ้าระวัง และการติดตามภาวะทางโภชนาการเท่ากันที่มีจำนวนมากพอ ๆ กัน

ด้านความรู้และเจตคติของอาสาสมัครและเจ้าหน้าที่ พบว่าในด้านความรู้ อาสาสมัครมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการ และการดำเนินงานโภชนาการโดยเฉลี่ยปานกลาง ส่วนในด้านเจตคติของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครที่มีต่อการดำเนินงานโภชนาการในหมู่บ้านดีมาก ส่วนในเรื่องบทบาทของเจ้าหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมทางโภชนาการนั้น ส่วนมากทุก ๆ กิจกรรมอาสาสมัครเป็นผู้ทำ และมีเจ้าหน้าที่คอยให้คำแนะนำช่วยเหลือที่เจ้าหน้าที่ทำเองทั้งหมด มีเป็นส่วนน้อยสำหรับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร และโภชนาการของประชาชนนั้นพบว่าแม้มีเจตคติที่ดีมาก ส่วนความรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้องมีเพียงปานกลาง ซึ่งความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของแม่ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการดำเนินงานโภชนาการในหมู่บ้าน ซึ่งแสดงว่าการดำเนินงานได้ผลและเป็นไปตามแนวคิดหลักการ และเป้าหมายของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน

ขุนมน พรหมขัติแก้ว ได้ทำการศึกษาผลกระทบของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ในแง่อัตราป่วยของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีจากโรคอุจจาระร่วงรวมทั้งระดับความรู้เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสาธารณสุขของมารดาต่อปัญหาที่เกี่ยวข้อง การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาผลการวิจัยพบว่าหมู่บ้านพัฒนา จะมีสภาพการสาธารณสุขมูลฐานดี มีอัตราป่วยต่ำกว่าหมู่บ้านเร่งรัดพัฒนา ซึ่งมีสภาพการสาธารณสุขไม่ดีเท่า แต่ก็มีหลายปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออัตราป่วยในหมู่บ้านทั้งสองกลุ่มอย่างไรก็ดี จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การสาธารณสุขมูลฐาน น่าจะมีส่วนสำคัญในการส่งผลกระทบต่ออัตราป่วยจากโรคอุจจาระร่วงอยู่มาก

ผลการวิจัยทั้ง 2 ขึ้นข้างต้นได้ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ 4 จังหวัดใน 4 ภาคคือระยอง ลำปาง สตูล และศรีสะเกษ ซึ่งได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่างแตกต่างกันไปในแต่ละโครงการ ในแต่ละรูปแบบของการวิจัย ผลสรุปที่ได้ก็เป็นแต่ละด้านของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน

นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานอาเซี่ยน มหาวิทยาลัยมหิดล (ฝ่ายวิจัยสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซี่ยน, 2533) เป็นผู้ให้ทุนสนับสนุนในการวิจัยเพื่อเป้าหมายสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า ซึ่งผลการวิจัยเรื่องที่น่าสนใจที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน มีดังต่อไปนี้

1. โครงการเร่งรัดพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า โดยกลวิธีวิจัยและพัฒนา จังหวัดลำพูน โดยสมทรง รัชต์เผ่า ซึ่งผลการวิจัยพบว่าชุมชนมีความตื่นตัวที่จะให้ความร่วมมือในกิจกรรมสาธารณสุข มองเห็นความสำคัญของการค้นหาปัญหา และพร้อมที่จะให้การสนับสนุน มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองดีขึ้น เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปใช้บริการจากกองทุนยาประจำหมู่บ้าน หลังจากนั้นจะไปใช้บริการที่สถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนตามลำดับ ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยเฉพาะสถานอนามัยมีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนทั้งในด้านสถานที่ บุคลากร ยา เวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ สิ่งเหล่านี้สร้างความพึงพอใจ และสร้างศรัทธาให้ผู้บริการเพิ่มมากขึ้น สถานอนามัยอยู่ในสภาพพึ่งตนเองได้ทางการเงิน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถผสมผสานกิจกรรมการดำเนินงานสาธารณสุขได้อย่างมีระบบ

โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปสามารถสนับสนุนสถานอนามัยด้านทรัพยากรวิชาการ และบริการได้อย่างต่อเนื่องในระบบของแพทย์หมุนเวียนสู่สถานอนามัยคณะกรรมการวางแผน และประเมินผลงานสาธารณสุขระดับอำเภอและจังหวัดได้ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทเป็นที่น่าพอใจจนเป็นผลให้การสนับสนุนระบบการให้บริการสาธารณสุขในจังหวัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง รูปแบบดังกล่าวสามารถใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขในที่อื่น ๆ ได้

2. การประเมินผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตในหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดย ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ ซึ่งผลการประเมินพบว่า ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยภาพรวมของหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุข-

ฐาน สูงกว่าหมู่บ้านทั่วไป โดยค่าเฉลี่ยการเข้าเกณฑ์ จปฐ. ครบ 32 ข้อของหมู่บ้านที่บรรลุเกณฑ์โดยสมบูรณ์นั้น มีจำนวนค่อนข้างน้อยเพียงร้อยละ 5.3 จึงเป็นเรื่องของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจะทำให้ความสำคัญต่อปัญหานี้และร่วมกระจายความคิดแบบ "ชาวบ้านสอนชาวบ้าน" ให้กระจายครอบคลุมมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการเสริมสร้างเครือข่ายให้ผสมผสานไปกับการพัฒนาด้านอื่น ๆ จึงจะเป็นที่คาดหวังได้ว่าเป้าหมายการมีสุขภาพดีของประชาชนโดยถ้วนหน้า จะบรรลุได้ในที่สุด

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีผู้สนใจทำการศึกษาเกี่ยวกับนโยบายสาธารณสุขมูลฐานกันอย่างกว้างขวาง ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขมูลฐาน และเอกสารที่สำคัญชิ้นหนึ่งคือ การประเมินผลทศวรรษแห่งการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขโดยความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) โดยมีกิจกรรมที่สำคัญในการประเมินผลครั้งนี้ คือ การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งการประชุมครั้งนี้ได้มีนักวิชาการทุกสาขาที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงาน และการศึกษาวิจัยทางด้านการสาธารณสุขมูลฐาน จากสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยขอนแก่น สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รวมทั้งนักบริหารและนักปฏิบัติการจากผลการประชุมครั้งนั้น ได้กำหนดแนวทางในการกำหนดโครงการศึกษาวิจัย ในอันที่จะทำให้ได้ข้อมูลมาทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อรายงานผลการศึกษาความก้าวหน้า และบทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย นับตั้งแต่ พ.ศ. 2521 จนกระทั่งถึงปี 2530 และเป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 ได้

จากแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัย และบทความทางวิชาการต่างๆ สามารถนำมากำหนดสมมติฐานเพื่อการทดสอบ ได้อีก 3 สมมติฐาน คือ

สมมติฐานที่ 7 : ความรู้ในการป้องกันโรค น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐาน ต่อ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

สมมติฐานที่ 8 : การมีส่วนร่วมของประชาชน น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐาน ต่อ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

สมมติฐานที่ 9 : การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐาน ต่อ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

แนวความคิดในการศึกษาวิจัยข้างต้น ได้มีส่วนสนับสนุนสมมติฐานที่ 7, 8 และ 9 เนื่องจากในแนวความคิดดังกล่าว ได้พยายามอธิบายถึงตัวแปรสำคัญที่มีต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนว่า มีตัวแปรอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

สมมติฐานทั้ง 9 สมมติฐานดังที่กล่าวมาแล้ว เกี่ยวข้องกับ 5 ตัวแปร ซึ่งมีภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นตัวแปรตามท้ายสุด สมมติฐานทั้งหมดนี้ สามารถสรุปรวมได้ดังต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 : กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐาน ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน

สมมติฐานที่ 2 : กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐาน ต่อการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมมติฐานที่ 3 : การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐาน ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน

สมมติฐานที่ 4 : การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐาน ต่อความรู้ในการป้องกันโรค

สมมติฐานที่ 5 : การมีส่วนร่วมของประชาชน น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐาน ต่อความรู้ในการป้องกันโรค

สมมติฐานที่ 6 : กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐาน ต่อความรู้ในการป้องกันโรค

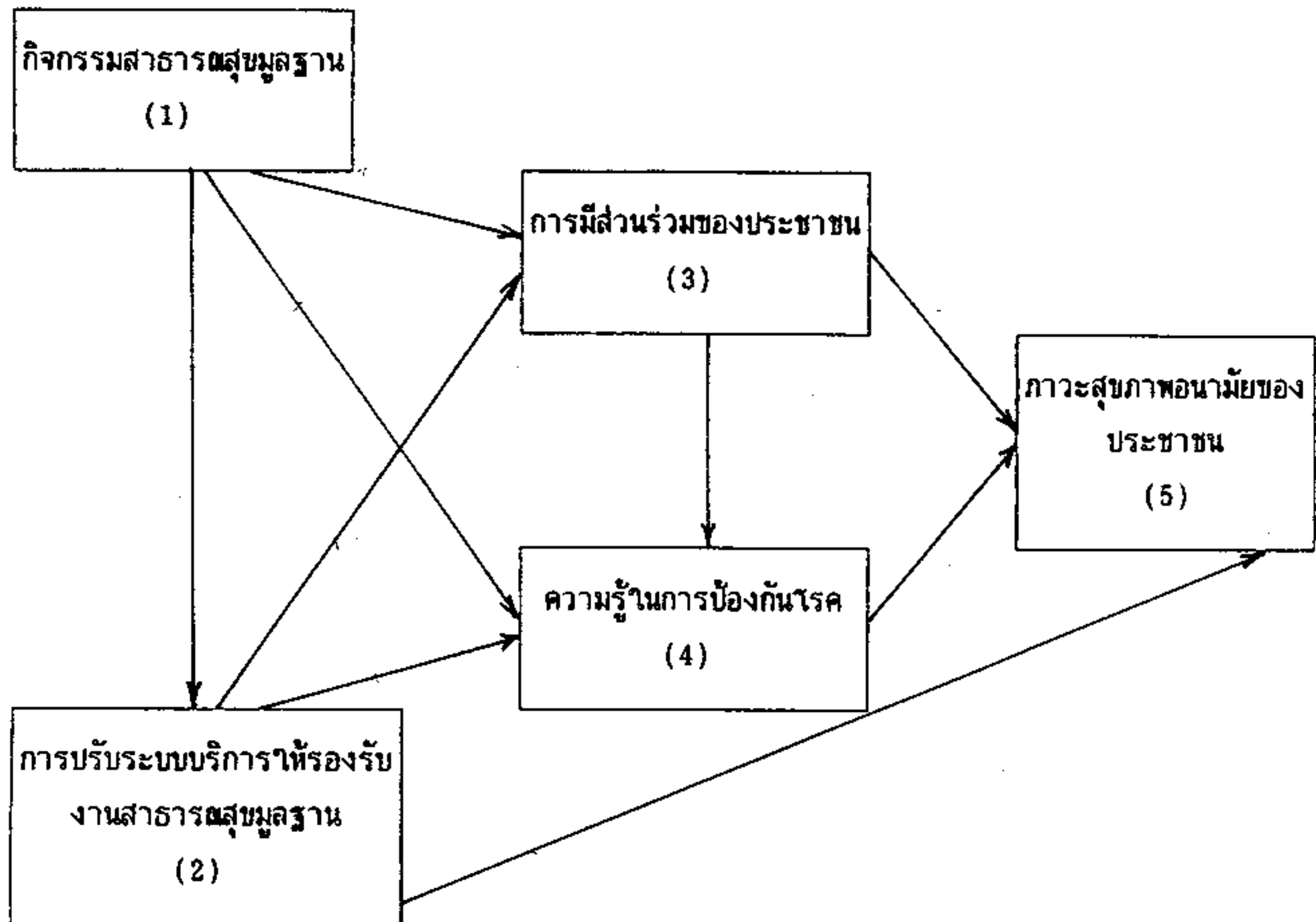
สมมติฐานที่ 7 : ความรู้ในการป้องกันโรค น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

สมมติฐานที่ 8 : การมีส่วนร่วมของประชาชน น่าจะมีความสัมพันธ์เชิง
ปฏิฐานต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

สมมติฐานที่ 9 : การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน
น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐาน ต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

แบบจำลองเส้นโยงสมมติฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน
ที่สร้างขึ้นจากทั้ง 9 สมมติฐานปรากฏตามภาพที่ 2.6 เครื่องหมายบอกแสดงทิศทาง
ของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองนี้ "กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูล-
ฐานจัดเป็นตัวแปรภายนอก (exogenous variables) ที่จะมีความสัมพันธ์ผ่านตัว
แปรภายใน (endogenous variables) ได้แก่ การมีส่วนร่วมของประชาชน
ความรู้ในการป้องกันโรค และการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน
ซึ่งมาก่อนตัวแปรตามท้ายสุด คือภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

ตัวแปรภายนอกจะมีผลกระทบทางอ้อม ผ่านตัวแปรภายใน ต่อภาวะสุ-
ภาพอนามัยของประชาชน ส่วนตัวแปรภายในก็น่าจะมีผลกระทบทางตรงต่อภาวะสุ-
ภาพอนามัยของประชาชน รวมทั้งน่าจะมีผลกระทบทางอ้อมผ่านตัวแปรภายในด้วยกัน
ต่อตัวแปรตามท้ายสุดเช่นกัน กล่าวได้ว่า การจัดแบบจำลองสาเหตุและผลในลักษณะ
ดังกล่าวน่าจะช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ ภาวะสุ-
ภาพอนามัยของประชาชนได้ลึกซึ้งและกระจ่างชัดขึ้น เพราะแบบจำลองเส้นโยงนี้
ได้กำหนดทั้งตัวแปรภายนอก ตัวแปรภายในและตัวแปรตามท้ายสุดเข้าไว้ด้วยกัน
โดยไม่ได้มองข้ามความสำคัญ ของตัวแปรประเภทใดประเภทหนึ่ง



ภาพที่ 2.6 แบบจำลองเส้นโยงสมมติฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

สรุปความ

ในบทนี้ ได้นำเสนอแนวคิดในเรื่องนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน โดยที่แนวคิดนี้ได้พัฒนามาจากโครงการต่าง ๆ ได้แก่ โครงการกาจัดไข้มาเลเรีย โครงการลาปาง และโครงการแม่ฮ่องสอน ซึ่งได้รับการบรรจุนโยบายไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 และได้มีการดำเนินการต่อมาในแผน 5, 6 และ 7 โครงสร้างหลักของการสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วยปัจจัยหลัก 3 ประการคือ อาสาสมัครสาธารณสุข (ทั้ง อสม.และผสส.) องค์กรหมู่บ้าน หรือการมีส่วนร่วมของประชาชน และกองทุนหมู่บ้าน ในนโยบายสาธารณสุขมูลฐานนี้ มีแนวคิดที่สำคัญอยู่ 5 ประการ คือ การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาชุมชน การมีส่วนร่วมของประชาชน การเสริมสร้างภาวะผู้นำ และการพัฒนาแบบผสมผสานโดยใช้วิธีการประสานระหว่างสาขาอื่น ๆ

แนวคิดในเรื่องภาวะสุขภาพอนามัย มีเนื้อหาสำคัญ 2 เรื่องคือ (1) ปัจจัยสำคัญของภาวะสุขภาพอนามัย ได้แก่ บริการทางแพทย์และสาธารณสุข สภาพแวดล้อม พฤติกรรมของประชาชนเองและพันธุกรรม และ (2) การแก้ปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัย ได้แก่ มาตรการและการป้องกันคือการให้การศึกษา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และงานสุขาภิบาลและควบคุมป้องกันโรค มาตรการบำบัดรักษา คือ งานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ งานส่งเสริมสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค

การสร้างแบบจำลองสมมติฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยนั้น ได้นำแนวคิดต่าง ๆ ข้างต้น และผลงานวิจัยมากำหนดเป็นตัวแปรที่จะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอนามัย ในลักษณะของแบบจำลองเส้นโยงสมมติฐานได้ 9 สมมติฐาน และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองมีดังนี้ กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐานจัดเป็นตัวแปรภายนอก ที่จะมีความสัมพันธ์ผ่านตัวแปรภายใน ได้แก่ การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน และความรู้ในการป้องกันโรค ซึ่งมาก่อนตัวแปรตามท้ายสุด คือ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

บทที่ 3 ระเบียบวิธีที่ใช้ในการศึกษา

จุดมุ่งหมายของบทนี้ เพื่อนำเสนอกระบวนการในการดำเนินการศึกษาในเรื่อง ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน: การศึกษาสำรวจปัจจัยและผลกระทบของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานในเขต 1 ของสาธารณสุข ซึ่งจะมีเนื้อหาที่สำคัญครอบคลุมในเรื่องการกำหนดรูปแบบการศึกษาวิจัย โดยที่จะนำเสนอรูปแบบของการศึกษาและกระบวนการในการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง โดยที่จะนำเสนอประชากรเป้าหมาย และวิธีการสุ่มตัวอย่าง ตัวแปรในการวิจัยทั้งตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม เครื่องมือในการวิจัย โดยที่จะนำเสนอการสร้างมาตรวัดต่าง ๆ การทดสอบความเชื่อถือได้ของมาตรวัด และการทดสอบความเที่ยงตรงของมาตรวัด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

รูปแบบการศึกษาวิจัย

การศึกษาเรื่อง ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้กำหนดรูปแบบของการศึกษา ในลักษณะของการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research design) พร้อมทั้งเลือกใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ตามแนว (structured interview) นอกจากนี้ยังสำรวจจากเอกสาร งานวิจัยต่าง ๆ ประกอบ โดยดูจากผลงานวิจัยที่ได้ทำการประเมินในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่าเอกสารงานวิจัยมีขอบเขตกว้างขวางมาก นอกจากเอกสารงานวิจัยดังกล่าวแล้ว ยังมีการประชุมสัมมนาของนักวิชาการ นักบริหาร และนักปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขมูลฐาน ข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้จะนำมาวิเคราะห์ในแต่ละตัวแปรเพื่อนำเสนอความสัมพันธ์ตามสมมุติฐาน และทำการสังเคราะห์ในภาพรวมอีกครั้งโดยสร้างแบบจำลองเส้นโยงสมมุติฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ทั้งนี้ได้กำหนดกระบวนการศึกษาวิจัยไว้ 6 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 เป็นการวางแผนการวิจัย โดยการระบุปัญหา เป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยการกำหนดรูปแบบการวิจัย การจัดเตรียมเครื่องมือวัดตัวแปรต่าง ๆ โดยได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2533 และเสร็จสิ้นเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2534 รวมระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น 4 เดือนเต็ม

ขั้นที่ 2 เป็นการสำรวจข้อมูลจากเอกสารในเรื่องที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน โดยพยายามรวบรวมตัวแปรที่สำคัญๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน เพื่อที่จะตรวจสอบว่า มีตัวแปรใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามท้ายสุด และสร้างเป็นตัวแบบที่ใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของตัวแปรดังกล่าว โดยในขั้นตอนนี้ได้เริ่มดำเนินการไปพร้อม ๆ กับการวางแผนการวิจัย และปรับปรุงข้อเสนอโครงการวิจัย และได้ทำการสอบข้อเสนองานโครงการวิจัย และได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

นอกจากนี้ ยังได้พัฒนารูปแบบ เนื้อหา โดยไปค้นคว้า ณ มหาวิทยาลัยอินเดียนา สหรัฐอเมริกา ซึ่งได้รับข้อแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างเครื่องมือวัด และการวิเคราะห์ผลการวิจัย

ขั้นที่ 3 การสร้าง ทดสอบ และแก้ไขแบบสัมภาษณ์ การศึกษาประชากร การสุ่มตัวอย่าง การศึกษาสังเกตพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง และการรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ด้วยการสัมภาษณ์ประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ในพื้นที่ 8 จังหวัด ในเขต 1 ของสาธารณสุข ในขั้นตอนนี้ได้อยู่ภายใต้การแนะนำและควบคุมของกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2535 และเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกันยายน 2535

ขั้นที่ 4 เป็นการประมวลผลข้อมูล การลงรหัส และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยโปรแกรม SPSSPC+ การวิเคราะห์ข้อมูลในที่นี้ หมายความว่า การทดสอบฐานคติต่าง ๆ ที่จำเป็นแก่การใช้สถิติพารามตริกด้วยการทดสอบความเที่ยงตรง และความเชื่อถือได้ของมาตรวัด และจากการแก้ไขแล้ว เพื่อวิเคราะห์โครงสร้างของแบบสอบถาม โดยในขั้นนี้เริ่มดำเนินการในเดือนตุลาคม 2535

ขั้นที่ 5 เป็นการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากขั้นที่ 4 มาคำนวณค่าต่าง ๆ ของการวิเคราะห์เส้นโยง และตีความผลของการวิเคราะห์ข้อมูล การหาข้อสรุป และเสนอแนะเกี่ยวกับตัวแปรที่สำคัญที่มีผลต่อภาวะสุขภาพอนามัย ที่จะนำมากำหนดเป็นนโยบายอื่นต่อไปในขั้นนี้ได้ดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน 2535

ขั้นที่ 6 เป็นการเขียนรายงานการวิจัย พร้อมทั้งเสนอรายงานดังกล่าวแก่กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยให้กรรมการทุกท่านอ่านและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงรายงานดังกล่าว เพื่อที่จะจัดพิมพ์เป็นรายงานฉบับสมบูรณ์ต่อไป ในขั้นตอนนี้จะดำเนินการในเดือนธันวาคม 2535

ดังนั้นในการศึกษาในรูปแบบนี้ ได้ทั้งองค์ความรู้ในเชิงวิชาการ และการนำไปปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ เนื่องจากเป็นการหาข้อสรุปจากข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นและนำเอาหลักวิชาต่าง ๆ มาเป็นกรอบแนวทางในการศึกษาเพื่อค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุและผลในการนำไปสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในผลที่ต้องการได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (sampling frame)

การดำเนินการวิจัยเชิงสำรวจนี้ มุ่งศึกษาประชาชนที่อยู่ในหมู่บ้านต่าง ๆ ที่มีการดำเนินกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานในเขต 1 สาธารณสุข ที่แม้ว่าจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันในพื้นที่ ภาษา วัฒนธรรม อาชีพ สภาพความเป็นอยู่ แต่ก็มีลักษณะบางอย่างที่มีความแตกต่างกัน เช่น ระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชน ความรู้ในการป้องกันโรคภาวะสุขภาพอนามัย ซึ่งพื้นที่ใน 8 จังหวัด มีทั้งสิ้น 66 อำเภอ 714 ตำบล 5679 หมู่บ้านมีประชากร 738,482ครัวเรือน จำแนกได้ตามตารางดังนี้

ตารางที่ 3.1 ข้อมูลเขตการปกครอง เขต 1 จำแนกเป็นรายจังหวัด

จังหวัด	อำเภอ/กิ่งอำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	หลังคาเรือน	เทศบาล	สุขาภิบาล
สระบุรี	10/1	111	951	100,188	4	16
นนทบุรี	6/_	52	410	133,672	2	6
ปทุมธานี	7/_	59	520	88,627	1	11
อยุธยา	16/_	208	1456	122,827	3	21
อ่างทอง	7/_	73	498	54,683	2	7
ลพบุรี	8/3	121	1059	133,929	3	10
สิงห์บุรี	6/_	42	353	44,907	1	6
ชัยนาท	6/_	48	432	59,649	2	6
รวม	66/4	714	5679	738,482	18	83

ที่มา: เอกสารประกอบการเสนอผลงานเขต 1 การประชุมผู้บริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข 1/2535

ในแต่ละจังหวัด มีจำนวนอำเภอ แตกต่างกันไป ทำให้มีจำนวนตำบลและหมู่บ้านแตกต่างกันด้วย ซึ่งจังหวัดอยุธยา มีจำนวน อำเภอ ตำบล และหมู่บ้านมากที่สุด ขณะที่สิงห์บุรีมีน้อยที่สุด แต่เมื่อเทียบจำนวนหลังคาเรือน จะพบว่าในจังหวัดสระบุรี นนทบุรี อยุธยาและลพบุรี มีประชากรมากกว่า 100,000 หลังคาเรือน และในจังหวัดปทุมธานี อ่างทองสิงห์บุรี ชัยนาท จะมีประชากรน้อยกว่า 100,000 หลังคาเรือน แต่โดยทั่วไปแล้ว ไม่แตกต่างกันมากนักดังนั้นในการสุ่มตัวอย่างครั้งนี้ จึงสุ่มตัวอย่างขนาดเท่าเทียมกัน คือ จังหวัดละ 2 อำเภออำเภอละ 2 ตำบล ตำบลละ 15 ครัวเรือน รวมเป็นประชากรทั้งสิ้น 480ครัวเรือนตามทฤษฎีของการสุ่มตัวอย่างกล่าวว่า ถ้าประชากรมากกว่า 100,000 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างควรจะประมาณ 300 คน (สุจิตรา, 2531) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้มีประชากรทั้งสิ้น 480 คนจึงนับว่าพอเพียงในการศึกษา และสามารถเป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษาได้เป็นอย่างดี

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ในแต่ละอำเภอจะทำการสุ่มตัวอย่าง จากในเขตเทศบาล 1 ตำบล และจากนอกเขตเทศบาล 1 ตำบล อำเภอใดที่ไม่มีเขตเทศบาล จะสุ่มตัวอย่างจากเขตสุขาภิบาล ส่วนการสุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ได้ดำเนินการด้วยวิธีการผสมผสาน ระหว่างการสุ่มกลุ่มหลายเชิงชั้น (multi-stage cluster sampling) กับการสุ่มแบบระบบ (systematic random sampling) กล่าวคือในลำดับแรก ได้ทำการสุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 2 อำเภอต่อจากนั้นจึงทำการสุ่ม อำเภอละ 2 ตำบล โดยที่สุ่มตัวอย่างตำบลในเขตเทศบาล 1ตำบลและสุ่มตัวอย่างตำบลนอกเขตเทศบาล 1 ตำบล ตามลำดับเมื่อได้ตำบลที่ต้องการศึกษาแล้ว (32 ตำบล) ก็ทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบระบบ ตำบลละ 15 ครัวเรือนรวมประชากรที่ศึกษาทั้งสิ้น 480 ครัวเรือน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

จากกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี พบว่ามีตัวแปรหลัก คือ

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. กิจกรรมในงานสาธารณสุขมูลฐาน

2. การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน
3. การปรับระบบบริหารให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน
4. ความรู้ในการป้องกันโรค

ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

จากตัวแปรดังกล่าว ได้กำหนดความสัมพันธ์ไว้ในบทที่ 2 ภายใต้หัวข้อ การสร้างแบบจำลองสมมติฐาน เกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัย

เครื่องมือในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการศึกษา ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน: การศึกษาสำรวจปัจจัย และผลกระทบของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานในเขต 1 ของสาธารณสุข ที่สร้างขึ้นเพื่อวัดตัวแปรต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น มีคำถามตรงสำหรับการรวบรวมข้อมูลที่ไม่ซับซ้อนบางตัวแปร เช่น ภูมิหลังของประชาชน และหลายคำถามที่เชื่อมโยงกันในการวัดตัวแปรซึ่งมีหลายมิติแต่ไม่ซับซ้อนนัก โดยจะพิจารณานำหนักในแต่ละคำถามก่อนที่จะคำนวณค่ารวม สำหรับใช้เป็นดัชนีวัดตัวแปรที่พึงประสงค์ ตัวแปรในประเภทนี้ได้แก่ กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริหารให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ส่วนตัวแปรประเภทสุดท้ายจะมีลักษณะนามธรรมซับซ้อน ในที่นี้คือตัวแปรในเรื่องความรู้ในการป้องกันโรคของประชาชนภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน และการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งอาศัยการวัดค่าด้วยมาตรวัดไลเคิร์ต (Likert scale)

ในการศึกษาครั้งนี้จะทำการสร้างมาตรวัดที่จะใช้วัดตัวแปรต่าง ๆ 5 มาตรวัดคือ

1. มาตรวัดเกี่ยวกับกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน
2. มาตรวัดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน
3. มาตรวัดเกี่ยวกับการปรับระบบบริหารให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน
4. มาตรวัดเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค
5. มาตรวัดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

ในการสร้างมาตรวัดต่าง ๆ มีการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ด้วยผู้ชำนาญการ และทดสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) และทดสอบความเชื่อถือได้ (reliability) ด้วยเทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟา (alpha coefficient)

ก่อนการใช้แบบสัมภาษณ์ภาคสนาม นักวิชาการหลายท่าน เช่น วอร์วิก และลินินเกอร์ (Warwick & Lininger, 1975), เอกฮาร์ดต์ และเออร์แมน (Eckhardt & Ermann, 1977) ประชัย (2526) ได้แนะนำให้นักวิจัยดำเนินการทดสอบแบบสัมภาษณ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของถ้อยคำ ความชัดเจนของภาษาความสอดคล้องของการจัดลำดับเนื้อหาสาระ ตลอดจนความสะดวกในการใช้แบบสัมภาษณ์หรือแบบสอบถาม อนึ่งกลุ่มตัวการที่จะช่วยทดสอบแบบสัมภาษณ์ควรมีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่จะศึกษา เพื่อประสิทธิภาพในการทดสอบแบบสัมภาษณ์ ในการทดสอบแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงแบบสอบถามจากโครงการวิจัยในจังหวัดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นเครื่องมือในการศึกษา เพื่อที่จะให้เครื่องมือมีความเชื่อถือได้ และความแม่นยำในระดับที่จะนำไปใช้ได้

ในที่นี้ การทดสอบค่าความเชื่อถือได้ของมาตรวัด ได้ดำเนินการโดยการ ใช้เทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟา ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นตามหลักการของตัวแบบการสุ่มตัวอย่างหลัก (domain sampling model) ที่บัญญัติว่า ข้อความ (items) ซึ่งประกอบขึ้นเป็นมาตรวัดจัดเป็นเพียงกลุ่มตัวอย่างสุ่มของข้อความทั้งหมดที่สามารถวัดตัวแปรตัวใดตัวหนึ่ง ซึ่งนักวิจัยสนใจที่จะวัดค่าผลรวมของข้อความทั้งหมดคือขนาดค่าหรือคะแนนที่แท้จริง (true score) ซึ่งนักวิจัยใช้ผลลัพธ์จากมาตรวัด จึงมักก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการวัด แต่เป็นความคลาดเคลื่อนที่พยากรณ์ได้จากค่าสหสัมพันธ์เฉลี่ย ในการสร้างมาตรวัดที่มีหลายมิติแต่ไม่ซับซ้อน และตัวแปรที่มีลักษณะเป็นนามธรรม ซับซ้อน ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้เทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟา เพื่อวัดขนาดค่าความเชื่อถือได้ภายใต้ความหมายของความคงเส้นคงวภายใน (internal consistency)

ในวรรณกรรมของนันแนลลี (Nunnally, 1978) (ประชัย, 2526) ขนาดค่าของความเชื่อถือได้ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป ถือว่าพอเพียงสำหรับใช้เป็นมาตรฐานของมาตรวัดในการวิจัยทางวิชาการ แม้ในหลักการมาตรวัดที่มีขนาดค่าสูงกว่า

แต่ในทางปฏิบัติ ความพยายามที่จะยกระดับค่าความเชื่อถือได้ให้สูงขึ้น มักหมายถึงความสิ้นเปลืองเวลาและทุนทรัพย์ ซึ่งผู้ศึกษาต้องหันมาพิจารณาในการทดสอบค่าความเชื่อถือได้ตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไปเป็นเกณฑ์มาตรฐานในการสร้างมาตรวัด อนึ่งในการสร้างมาตรวัดนี้ ผู้ศึกษาได้กำหนดให้การพิจารณาเนื้อหาสาระของข้อความตามหลักวิชาเป็นประเด็นหลัก และการพิจารณาขนาดค่าความเชื่อถือได้เป็นประเด็นรอง การทดสอบมาตรวัดนั้นจะได้ทำการเสนอในลำดับต่อไป

การทดสอบความเชื่อถือได้ของแบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 6 ตอน ได้ทำการทดสอบก่อน (pre-test) เพื่อศึกษาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และความเชื่อถือได้ หลังจากทำการทดสอบก่อนจำนวน 30 ชุด นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาแล้วพบว่า บางข้อคำถาม สมควรมีการแก้ไขและปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในส่วนของมาตรวัด ความรู้ในการป้องกันโรคได้ทำการทดสอบความยากง่ายของการทดสอบ และอ่านจากแจกพบว่า มีความจำเป็นต้องตัดบางข้อคำถามออก เพื่อให้มาตรวัดมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และมาตรวัดการปรับระบบบริหารให้รองรับงานสาธารณสุขนั้น มีค่าความเชื่อถือได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด จึงได้ตัดข้อความบางข้อความออกเพื่อให้มีค่าความเชื่อถือได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด รายละเอียดของส่วนต่าง ๆ มีดังต่อไปนี้

แบบสัมภาษณ์ทั้ง 6 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ภูมิหลัง ในส่วนนี้มีได้เน้นตัวแปรที่ต้องการศึกษา แต่เพื่อแสดงลักษณะของกลุ่มประชากรที่ศึกษาว่ามีลักษณะอย่างไร การทราบลักษณะของประชากรที่ศึกษาทำให้เข้าใจความสัมพันธ์ต่าง ๆ ของตัวแปร รวมทั้งปัจจัยและผลกระทบของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่มีต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

ตอนที่ 2 มาตรวัด กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน ในตอนนี้จะ มี 2 ส่วนที่สำคัญคือ กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐานที่ อสม.ไปเผยแพร่ และกิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐานโดยทั่วไปที่ประชาชนปฏิบัติ ซึ่ง อสม.อาจจะไปเผยแพร่หรือไม่ก็ตาม แต่ประชาชนได้ปฏิบัติเป็นปกติประจำวัน

ตอนที่ 3 มาตรวัด เกี่ยวกับระบบงานสาธารณสุข หรือในเรื่องของการบริการในส่วนของมาตรวัดนี้ ได้รวมทั้งระบบใหม่และระบบเก่าไว้ด้วยกัน โดยประชาชนจะตอบว่าโดยส่วนใหญ่แล้ว เขาใช้บริการระบบสาธารณสุขอย่างไร เพื่อดู

ว่า การปรับระบบบริการสาธารณสุขในรูปแบบใหม่ แล้วประชาชนทราบ หรือสนใจ ในการใช้บริการหรือไม่ หรือยังคงใช้ระบบเก่าอยู่

ตอนที่ 4 มาตรการ เกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันโรค ในมาตรวัดนี้จะมี ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและรักษาโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร และความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็ก ซึ่งเป็นความรู้พื้นฐานของประชาชนที่ควรจะทราบ และคำตอบไม่มีถูกหรือผิด แต่จะเป็นระดับของความรู้ ซึ่งได้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ และจัดลำดับคะแนนของมาตรวัดนี้ ซึ่งมาตรวัดนี้ได้ผ่านขั้นตอนของการวิเคราะห์ ความยากง่ายของแบบทดสอบ และการวิเคราะห์ข้อนาจจาแนก และตัดข้อความบาง ข้อความที่ไม่เหมาะสมออกแล้ว คงไว้แต่ข้อความที่แสดงถึงความรู้ในการป้องกันโรค นอกจากนี้ยังมีข้อความเกี่ยวกับโรคเอดส์ และแนวทางป้องกัน ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญ ในปัจจุบันนี้ด้วย

ตอนที่ 5 มาตรการ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจการสาธารณสุข- สุขมูลฐาน ในมาตรวัดนี้ จะมีอยู่ 2 ส่วนที่สำคัญคือ การมีส่วนร่วมของประชาชนใน กิจการสาธารณสุขมูลฐาน และการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมอื่น ๆ

ตอนที่ 6 ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ในมาตรวัดนี้ เป็นมาตรวัดที่ มีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นตัวแปรตามท้ายสุดและเป็นตัวแปรที่บ่งบอกความ สำคัญของตัวแปรในทางการแพทย์ได้มีเครื่องมือวัดสุขภาพอนามัยของประชาชน แต่ เนื่องจากผู้วิจัยต้องการประเมินภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ก่อนมีนโยบาย และหลังจากมีนโยบาย ผู้วิจัยมิได้มีโอกาสวัดสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนก่อน มีนโยบาย โดยใช้เครื่องมือแพทย์และตรวจสอบหลังจากมีนโยบายอีกครั้ง ดังนั้น ผู้ วิจัยจึงแบ่งการศึกษาเป็น 2 ส่วน คือ การประเมินภาวะสุขภาพอนามัยของ ประชาชนโดยตัวของประชาชนเอง เปรียบเทียบกับอดีตและข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนในปัจจุบัน

การทดสอบความเชื่อถือได้ของมาตรวัดทั้งห้ามาตรวัดนี้ ได้ดำเนินการ โดยอาศัยเทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟา ข้อความต่างๆ ที่ปรากฏอยู่ในมาตรวัดจะเป็น การวัดตัวแปรนั้นๆ ในมาตรวัด ด้วยเหตุนี้ผลรวมของข้อความทั้งหมดจึงจัดเป็น คะแนนที่แท้จริงของตัวแปรของตัวแปรนั้น ๆ ซึ่งไม่อาจทราบได้ในทางปฏิบัติ เพราะ ในทางปฏิบัติ นักวิจัยใช้ผลลัพธ์จากมาตรวัดเป็นตัวประมาณค่าสำหรับคะแนนที่แท้จริง การประมาณค่าของคะแนนที่แท้จริงโดยการใช้ดัชนีของมาตรวัดจึงมักก่อให้เกิดความ คลาดเคลื่อนที่สามารถพยากรณ์ได้จากค่าสหสัมพันธ์เฉลี่ย (บุระชัย, 2531) ดังนั้น ในการสร้างมาตรวัดทั้ง 5 มาตรวัดนี้ จึงได้ประยุกต์ใช้เทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟาเพื่อ

วัดขนาดค่าของความเชื่อถือได้ ภายใต้ความหมายของความคงเส้นคงวาภายใน ซึ่งสามารถเขียนนิยามทางคณิตศาสตร์ของสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson Method) ได้ดังต่อไปนี้ (สุชาติ, 2534: 143)

$$r_{tt} = (k/k-1)(6^2t - p_i q_i / 6^2t)$$

ในที่นี้ r_{tt} หมายถึง สัมประสิทธิ์ความเที่ยง
 k หมายถึง จำนวนของข้อความภายใต้มาตรวัด
 p_i หมายถึง สัดส่วนของคนที่ทำถูก
 q_i หมายถึง $(1-p)$ สัดส่วนของคนที่ทำผิด
 6^2t หมายถึง ความแปรปรวนของผลรวมของข้อความ

สำหรับมาตรวัดที่มีได้ตรวจให้คะแนนเป็น 1 กับ 0 คือมาตรวัดการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน และภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนที่ใช้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2, 1 แทนข้อความ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และดีขึ้นมาก ดีขึ้นพอประมาณ เหมือนเดิม เลวลง เลวลงมาก จะใช้วิธีการของสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach) ที่ได้ดัดแปลงสูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน ดังนี้

$$\alpha = N/(N-1)(1-6^2y_i/6^2x)$$

เมื่อ α หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น
 N หมายถึง จำนวนของข้อความภายใต้มาตรวัด
 6^2x หมายถึง ค่าความแปรปรวนของข้อความที่ i
 6^2y_i หมายถึง ผลรวมของค่าความแปรปรวนของแต่ละรายการ

สำหรับมาตรวัดแรก กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วย 2 ตอน

ตอนที่ 1 กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่ อสม.นาโปลีเผยแพร่ มี 10 กิจกรรม ประกอบด้วย 15 ข้อความ ซึ่งแต่ละข้อความ ประกอบด้วยคำถาม เคย และไม่เคย จากการทดสอบความเชื่อถือได้ของมาตรวัดด้วยเทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟา ตามสูตร KR 20 ผลปรากฏตามตารางที่ 3.2 ซึ่งแสดงว่า มาตรวัดนี้มีขนาด

ค่าความเชื่อถือได้ของอัลฟาเท่ากับ 0.9863 และมีขนาดค่าอัลฟาข้อความมาตรฐานเท่ากับ 0.9870 รวมทั้งไม่ปรากฏข้อความใด ๆ ที่มีค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับผลรวม (item-total correlation) ที่เป็นค่าลบ กล่าวโดยย่อมาตรวัด กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐานที่ อสม. นาโงะยะมีแพร่ มีความเชื่อถือได้ในระดับค่อนข้างสูง

ตารางที่ 3.2 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัด กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ อสม. นาโงะยะมีแพร่ด้วยเทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟา

ข้อความที่	ค่าเฉลี่ยของ มาตรวัดถ้า ลบข้อความ	ค่าความแปรปรวน ของมาตรวัดถ้า ลบข้อความ	ค่าสหสัมพันธ์ Corrected Item-total	ค่าสหสัมพันธ์ พหุคูณ กำลังสอง	ค่าอัลฟา (alpha) ถ้าลบข้อความ
1	3.2146	89.9392	.9062	.8626	.9853
2	3.3167	90.7095	.8888	.8555	.9855
3	3.2542	89.9854	.9169	.8792	.9851
4	3.2771	90.0796	.9194	.9141	.9851
5	3.2354	89.7670	.9268	.9148	.9850
6	3.2688	89.9589	.9252	.9271	.9850
7	3.2875	90.0132	.9297	.8968	.9850
8	3.2833	90.0198	.9271	.8800	.9850
9	3.2792	90.0305	.9243	.8970	.9851
10	3.2437	89.3288	.8384	.8998	.9864
11	3.3250	89.9526	.8220	.8810	.9865
12	3.3875	90.8683	.9222	.9047	.9851
13	3.4312	91.4942	.9058	.9141	.9853
14	3.3875	91.0479	.9070	.8649	.9853
15	3.4958	92.4551	.8886	.9775	.9856
16	3.5000	92.5261	.8872	.9781	.9856
ค่าอัลฟา = 0.9863 ค่าอัลฟาข้อความมาตรฐาน = 0.9870					

ตอนที่ 2 กิจกรรมสำรวจข้อมูลฐานที่ประชาชนปฏิบัติ โดยมีการจัดกิจกรรมตามที่ อสม.นำไปเผยแพร่โดยคำว่า เมื่อ อสม.ได้เผยแพร่กลับมา ประชาชนได้ปฏิบัติหรือไม่ หรือในกรณีที่ อสม.มิได้เผยแพร่ หรือประชาชนไม่รู้จัก อสม. ประชาชนได้มีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านั้นหรือไม่ ซึ่งประกอบด้วย 16 ข้อความ คล้ายคลึงกันในเรื่องของกิจกรรมสำรวจข้อมูลฐานที่ อสม.ไปเผยแพร่ โดยที่แต่ละข้อความให้ตอบว่า ประชาชนได้ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ และใช้เทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟา (KR 20) ในการทดสอบ ซึ่งผลปรากฏตามตารางที่ 3.3 ซึ่งแสดงว่ามาตรวัดนี้มีขนาดค่าของความเชื่อถือได้ของอัลฟาเท่ากับ 0.8449 และมีขนาดค่าอัลฟาข้อความมาตรฐานเท่ากับ 0.8343 รวมทั้งไม่ปรากฏข้อความใด ๆ ที่มีค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับผลรวม (item-total correlation) ที่เป็นค่าลบ กล่าวโดยย่อมาตรวัดกิจกรรมที่ประชาชนปฏิบัติ มีความเชื่อถือได้ในระดับค่อนข้างสูง

ตารางที่ 3.3 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัด กิจกรรมสาธารณสุขุณฐานประชาชนปฏิบัติ
ด้วยเทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟา

ข้อความที่	ค่าเฉลี่ยของ มาตรวัดถ้า ลบข้อความ	ค่าความแปรปรวน ของมาตรวัดถ้า ลบข้อความ	ค่าสหสัมพันธ์ Corrected Item-total	ค่าสหสัมพันธ์ พหุคูณ กำลังสอง	ค่าอัลฟา (alpha) ถ้าลบข้อความ
1	5.1229	12.7803	.5069	.4296	.8337
2	5.1729	13.2414	.3825	.3630	.8404
3	4.9354	12.4071	.5651	.3861	.8300
4	4.7292	13.1081	.3965	.4255	.8399
5	4.6208	13.3507	.3826	.4307	.8402
6	4.7229	13.1611	.3829	.3811	.8407
7	5.0750	12.2699	.6382	.4785	.8256
8	5.1063	12.4709	.5977	.4507	.8283
9	4.9604	12.3847	.5740	.3829	.8295
10	5.0458	11.7474	.5916	.6408	.8288
11	5.1750	12.1781	.5277	.6124	.8330
12	5.2208	12.9115	.5482	.4418	.8320
13	5.3021	13.4973	.4401	.3643	.8380
14	5.2917	13.4471	.4424	.3532	.8377
15	5.4125	14.5560	.1224	.2761	.8478
16	5.4188	14.6239	.0668	.2729	.8484
ค่าอัลฟา = 0.8449 ค่าอัลฟาข้อความมาตรฐาน = 0.8343					

มาตรวัดที่สอง ระบบบริการเกี่ยวกับงานสาธารณสุข ในมาตรวัดนี้จะมีข้อคำถามหลัก 3 คำถาม และมีข้อความที่แตกต่างกัน 23 ข้อความ โดยที่แต่ละข้อความจะให้ตอบว่าเคยและไม่เคย ซึ่งสามารถใช้เทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟา (KR 20) ในการทดสอบ ซึ่งปรากฏผลในตารางที่ 3.4 ผลของการวิเคราะห์ปรากฏว่ามาตรวัดมีขนาดค่าของความเชื่อถือได้ของอัลฟาเท่ากับ 0.6213 และมีขนาดค่าอัลฟาข้อความมาตรฐานเท่ากับ 0.6453 และมีข้อความที่มีค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับผลรวม (item-total correlation) ที่เป็นค่านี้เสีย อยู่ 4 ข้อความ แสดงว่าข้อคำถามในมาตรวัด ไม่สอดคล้องกับคะแนนรวม ดังนั้นในการวิเคราะห์ตัวแปรในเรื่องระบบบริการเกี่ยวกับงานสาธารณสุข จึงไม่สามารถใช้ผลรวมของข้อความทั้งหมดมาจัดระบบคะแนนที่แท้จริงได้ เพื่อความถูกต้องในการวิเคราะห์ จึงได้ตัดข้อความที่มีค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับผลรวมที่เป็นนี้เสียออก คือ ข้อความที่ 5, 9, 16 และ 23 นอกจากนี้ ยังได้ตัดข้อความที่มีค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับผลรวมต่ำกว่า .20 ออกคือข้อความที่ 3 และ 22 รวมตัดข้อความออก 6 ข้อความ ซึ่งทำให้ขนาดค่าของความเชื่อถือได้ของอัลฟาเท่ากับ 0.7675 และมีขนาดค่าอัลฟาข้อความมาตรฐานเท่ากับ 0.7755 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด รายละเอียดดูได้ในตารางที่ 3.5

ตารางที่ 3.4 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ ของมาตรวัดการปรับระบบบริหารให้รองรับงานสาธารณสุข
 มาตรฐานด้วยเทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟา

ข้อความที่	ค่าเฉลี่ยของ มาตรวัดถ้า ลบข้อความ	ค่าความแปรปรวน ของมาตรวัดถ้า ลบข้อความ	ค่าสหสัมพันธ์ Corrected Item-total	ค่าสหสัมพันธ์ พหุคูณ กำลังสอง	ค่าอัลฟา (alpha) ถ้าลบข้อความ
1	4.5104	7.2567	.2468	.2939	.6051
2	4.9417	7.7001	.2031	.3063	.6109
3	5.0229	7.9723	.1683	.1353	.6161
4	4.6792	6.8572	.4240	.4698	.5772
5	4.8021	8.6100	-.2473	.3707	.6674
6	4.5750	7.0841	.3133	.3281	.5945
7	4.5833	6.9241	.3782	.2699	.5840
8	4.5771	7.2174	.2609	.1834	.6029
9	4.8938	8.2413	-.0986	.1685	.6435
10	5.0000	7.7077	.3252	.2657	.6041
11	4.9812	7.7470	.2440	.1583	.6086
12	5.0125	7.8287	.2676	.2131	.6095
13	4.9125	7.3869	.3476	.2748	.5949
14	4.9042	6.9845	.5589	.4576	.5697
15	4.7354	7.0175	.3776	.3569	.5853
16	4.9250	8.3409	-.1472	.2358	.6455
17	4.9042	7.4480	.3037	.3297	.5994
18	4.6000	6.9795	.3570	.4673	.5875
19	4.9917	7.6701	.3274	.2496	.6030
20	4.9708	7.5566	.3518	.2330	.5988
21	4.9083	7.5281	.2658	.2440	.6038
22	5.0229	8.0308	.1085	.1614	.6192
23	4.7375	8.7577	-.2925	.3607	.6771
ค่าอัลฟา = 0.6213 ค่าอัลฟาข้อความมาตรฐาน = 0.6453					

ตารางที่ 3.5 การวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ ของมาตรวัดการปรับระบบบริหารให้รองรับงานสาธารณะ
มาตรฐานหลังจากการปรับปรุงข้อความ ด้วยเทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟา

ข้อความที่	ค่าเฉลี่ยของ มาตรวัดถ้า ลบข้อความ	ค่าความแปรปรวน ของมาตรวัดถ้า ลบข้อความ	ค่าสหสัมพันธ์ Corrected Item-total	ค่าสหสัมพันธ์ พหุคูณ กำลังสอง	ค่าอัลฟา (alpha) ถ้าลบข้อความ
1	3.5896	8.3343	.2714	.1786	.7657
2	4.0208	8.7762	.2529	.2882	.7633
4	3.7583	7.7411	.5148	.4268	.7408
6	3.6542	7.9804	.4013	.3009	.7526
7	3.6625	7.9819	.4012	.2618	.7526
8	3.6562	8.4139	.2414	.1498	.7687
10	4.0792	8.8413	.3500	.2537	.7592
11	4.0604	8.8669	.2771	.1369	.7620
12	4.0917	9.0104	.2613	.1959	.7636
13	3.9917	8.4425	.3943	.2606	.7536
14	3.9833	8.0832	.5674	.4420	.7404
15	3.8146	8.0804	.4021	.2701	.7522
17	3.9833	8.5133	.3467	.3211	.7569
18	3.6792	7.8217	.4642	.4126	.7460
19	4.0708	8.8342	.3272	.2227	.7598
20	4.0500	8.6948	.3634	.2250	.7571
21	3.9875	8.6470	.2851	.1838	.7613
ค่าอัลฟา = 0.7675 ค่าอัลฟาข้อความมาตรฐาน = 0.7755					

มาตรวัดที่สาม ความรู้ในการป้องกันโรค ในมาตรวัดนี้ได้ทำการทดสอบก่อน (Pre-test) ก่อนการเก็บข้อมูลที่แท้จริง และหาค่าอำนาจจำแนกและความยากง่ายของข้อคำถาม โดยที่ค่าอำนาจจำแนกนั้น หมายถึงความสามารถในการแบ่งแยกกลุ่มที่มีความรู้กับกลุ่มคนที่ไม่มีความรู้ และความยากง่ายของข้อคำถาม หมายถึงระดับของคนที่สามารถตอบถูกในข้อคำถามนั้น ๆ ในขั้นต้นของมาตรวัดนี้จะมี 17 ข้อคำถาม แต่เมื่อทำการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก และความยากง่ายของข้อคำถาม พบว่ามีข้อคำถามบางข้อไม่เหมาะสม จึงได้ตัดออกเหลือข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เพียง 11 ข้อความ รายละเอียดดังตารางที่ 3.6 กล่าวคือ ได้ตัดข้อคำถามที่ 7, 9, 12-15 เนื่องจากว่าข้อคำถามที่ 6 และ 7 นั้น ต้องการมุ่งวัดในตัวแปรเดียวกัน แต่ข้อคำถามที่ 7 นั้น มีความยากมากกว่า จึงได้เลือกข้อคำถามที่ 6 ไว้ในมาตรวัด และในข้อคำถามที่ 8 และ 9 ก็ทำนองเดียวกัน ส่วนในข้อคำถามที่ 12-15 นั้นจะเป็นความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งซ้ำซ้อนกับข้อคำถามที่ 10 และ 11 ซึ่งเมื่อใส่ไว้ในมาตรวัดความรู้ก็อาจจะทำให้ขาดความกระชับรัดของมาตรวัด ดังนั้นจึงเลือกเพียง 2 ข้อความจาก 6 ข้อความ โดยใช้เกณฑ์ในการเลือกคือ ข้อคำถามที่ไม่ยากเกินไป และให้ค่าอำนาจจำแนกสูง ดังนั้นจึงคงข้อคำถามที่ 10 และ 11 ไว้ และตัดข้อคำถามที่ 12-15 ออกจากมาตรวัด นอกจากนี้ได้ใช้เทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค ในการหาค่าความเชื่อมั่น เนื่องจากคะแนนของข้อความในมาตรวัดความรู้ในการป้องกันโรคนี้ เรียงลำดับคะแนนตามความรู้เป็น 5, 4, 3, 2, 1 ซึ่งปรากฏผลในตารางที่ 3.7 ผลของการวิเคราะห์ปรากฏว่ามาตรวัดนี้มีขนาดค่าของความเชื่อถือได้ของอัลฟาเท่ากับ 0.8540 และมีขนาดค่าอัลฟาของข้อความมาตรฐานเท่ากับ 0.8771 รวมทั้งไม่ปรากฏข้อความใด ๆ ที่มีค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับผลรวม (item-total correlation) ที่เป็นค่าลบเสียกล่าวโดยย่อมาตรวัดความรู้ในการป้องกันโรค มีความเชื่อถือได้ในระดับที่ค่อนข้างสูง

ตารางที่ 3.6 ผลการวิเคราะห์ค่าความยากง่ายของข้อคำถาม และค่าอำนาจจำแนกของ
มาตรวัดความรู้ในการป้องกันโรค

ตัวแปร (ความรู้ในการ ป้องกันโรค)	ค่าความยากง่ายของข้อสอบ (Level of Difficulty) $P = \frac{R}{N} \times 100$		ค่าอำนาจจำแนก (Power of Discrimination) $D = \frac{R_H - R_L}{f}$	
	ก่อนการตัด ข้อความ	หลังการตัด ข้อความ	ก่อนการตัด ข้อความ	หลังการตัด ข้อความ
1	.70	.50	-.33	.55
2	.60	.78	.33	.63
3	.65	.78	0	.40
4	.75	.83	-.16	.38
5	.55	.78	.50	.65
6	.80	.80	.50	.42
7	.20	-	.50	-
8	.60	.71	.83	.57
9	.55	-	1.00	-
10	.35	.66	1.00	.95
11	.35	.62	1.00	.65
12	.35	-	.83	-
13	.30	-	.66	-
14	.05	-	.16	-
15	.05	-	.16	-
16	.30	.73	.50	.72
17	.20	.59	.16	.86

ตารางที่ 3.7 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัด ความรู้ในการป้องกันโรคด้วยเทคนิค
สัมประสิทธิ์อัลฟา

ข้อความที่	ค่าเฉลี่ยของ มาตรวัดถ้า ลบข้อความ	ค่าความแปรปรวน ของมาตรวัดถ้า ลบข้อความ	ค่าสหสัมพันธ์ Corrected Item-total	ค่าสหสัมพันธ์ พหุคูณ กำลังสอง	ค่าอัลฟา (alpha) ถ้าลบข้อความ
1	22.6250	95.5543	.2871	.1321	.8621
2	22.1542	91.2497	.3994	.3365	.8545
3	22.2938	91.6526	.4758	.3170	.8466
4	24.2375	93.6345	.6087	.5314	.8402
5	23.5996	91.1801	.6068	.4423	.8382
6	24.1375	88.0061	.6820	.6986	.8319
7	24.1542	85.2497	.6391	.6541	.8335
8	23.1617	81.6273	.6737	.6195	.8302
9	23.6563	81.3910	.5466	.5449	.8466
10	25.2833	92.5542	.7387	.7951	.8349
11	25.4479	93.9722	.6262	.7487	.8383
ค่าอัลฟา = 0.8540 ค่าอัลฟาข้อความมาตรฐาน = 0.8771					

มาตรวัดที่สี่ การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุข ในมาตรวัดนี้ จะมีข้อความทั้งสิ้น 12 ข้อความ ซึ่งแบ่งเป็นข้อความต่าง ๆ ได้ 21 ข้อความ ซึ่งผลของการวิเคราะห์ค่าอัลฟาเท่ากับ 0.9014 และมีขนาดค่าอัลฟาของข้อความมาตรฐาน เท่ากับ 0.9190 รวมทั้งไม่ปรากฏข้อความใด ๆ ที่มีค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับผลรวม (item-total correlation) ที่เป็นค่าลบ หรือ ค่าลบเล็กน้อยอยู่ใน ตารางที่ 3.8 กล่าวโดยย่อ มาตรวัดการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุข มาตรฐาน มีความเชื่อถือได้ค่อนข้างสูง

ตารางที่ 3.8 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัด การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณะ
 ด้วยเทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟา

ข้อความที่	ค่าเฉลี่ยของ มาตรวัดถ้า ลบข้อความ	ค่าความแปรปรวน ของมาตรวัดถ้า ลบข้อความ	ค่าสหสัมพันธ์ Corrected Item-total	ค่าสหสัมพันธ์ พหุคูณ กำลังสอง	ค่าอัลฟา (alpha) ถ้าลบข้อความ
1	13.2271	291.1237	.5621	.7428	.8981
2	13.2104	287.9953	.5660	.8035	.8973
3	13.3750	294.2390	.4706	.8385	.8995
4	13.3667	292.5626	.5026	.8157	.8988
5	12.9938	278.0522	.6103	.8790	.8950
6	12.9813	279.9516	.5889	.8821	.8956
7	13.0750	282.0946	.6085	.8576	.8956
8	13.0083	281.3569	.5869	.8585	.8958
9	13.0167	280.5926	.6201	.8784	.8952
10	13.0146	278.3109	.6395	.8467	.8945
11	13.2792	291.2163	.3804	.3281	.9001
12	13.0750	286.6916	.4330	.3417	.8990
13	13.1938	283.0906	.5318	.4551	.8969
14	12.2833	257.4519	.5643	.6087	.8980
15	13.1833	281.3776	.5690	.5407	.8961
16	12.0438	247.6912	.6349	.6950	.8968
17	13.0708	277.8989	.5176	.9234	.8971
18	13.1104	276.0024	.5583	.5273	.8960
19	10.9917	261.7661	.5641	.5712	.8973
20	12.7833	277.1262	.5409	.5679	.8964
21	11.5083	266.2421	.5793	.6017	.8958
ค่าอัลฟา = 0.9014 ค่าอัลฟาข้อความมาตรฐาน = 0.9190					

มาตรวัดที่ห้า ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ในมาตรวัดนี้จะมีข้อคำถามอยู่ 11 ข้อคำถาม แบ่งเป็นข้อความใหญ่ ๆ ได้ 14 ข้อความ แต่จะนำเข้าสู่การวิเคราะห์เพียง 12 ข้อความ เนื่องจาก 2 ข้อความเป็นการแสดงถึงค่าใช้จ่ายที่ขาดไปเมื่อเจ็บป่วย และวิธีการในการแก้ปัญหาซึ่งไม่สามารถนำมาวิเคราะห์หาค่าอัลฟาได้ ซึ่งผลของการวิเคราะห์เช่นเดียวกับมาตรวัดอื่น ๆ คือมีความเชื่อถือได้ค่อนข้างสูง โดยที่ขนาดค่าอัลฟาเท่ากับ 0.8885 และมีขนาดค่าอัลฟาของข้อความมาตรฐานเท่ากับ 0.8911 รวมทั้งไม่ปรากฏข้อความใด ๆ ซึ่งมีค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับผลรวม (item-total correlation) ที่เป็นค่าลบ หรือจะละเอียดดูได้ในตารางที่ 3.9

ตารางที่ 3.9 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัด ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ด้วยเทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟา

ข้อความที่	ค่าเฉลี่ยของ มาตรวัดถ้า ลบข้อความ	ค่าความแปรปรวน ของมาตรวัดถ้า ลบข้อความ	ค่าสหสัมพันธ์ Corrected Item-total	ค่าสหสัมพันธ์ พหุคูณ กำลังสอง	ค่าอัลฟา (alpha) ถ้าลบข้อความ
1	22.6125	267.3777	.5752	.5776	.8806
2	23.0604	265.6602	.5458	.5791	.8821
3	23.7958	251.8705	.6212	.6600	.8783
4	23.4729	250.7049	.5574	.6194	.8838
5	22.3417	255.3444	.7344	.6923	.8720
6	22.2396	260.3454	.7269	.7275	.8733
7	21.7833	260.1241	.7086	.7372	.8740
8	22.1104	248.8375	.7594	.6971	.8698
9	24.1542	295.8342	.2365	.2486	.8938
10	24.1146	270.3856	.6293	.6462	.8786
11	22.9167	257.2624	.5000	.6027	.8872
12	23.2917	260.3740	.6088	.6129	.8787
ค่าอัลฟา = 0.8885 ค่าอัลฟาข้อความมาตรฐาน = 0.8911					

โดยสรุป มาตรวัดทั้ง 5 ตัวแปรที่น่าเสนอนี้ ต่างมีความเชื่อถือได้สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของนัลแนลลี ซึ่งระบุว่ามาตรวัดที่มีความเชื่อถือได้ในระดับมาตรฐานควรมีค่าอัลฟา ไม่น้อยกว่า 0.50 (บุระชัย, 2531) แต่ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานของมาตรวัดว่า ควรมีความเชื่อถือได้ในระดับค่าอัลฟาไม่น้อยกว่า 0.75 ซึ่งทุกมาตรวัดนั้นผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด หลังจากทำการปรับปรุงแล้ว

การทดสอบความมั่นคงรมในทัศนของมาตรวัด

ในการศึกษาวิจัย นอกจากผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบ ความเชื่อถือได้ของมาตรวัดแล้ว ยังได้ดำเนินการศึกษาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยที่ให้ผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ ในแต่ละสาขาทดสอบความถูกต้องของข้อความและรูปแบบของการศึกษา และความมั่นคงรมในทัศน (construct validity) อีกด้วย สำหรับการทดสอบความมั่นคงรมในทัศนของมาตรวัดต่าง ๆ ทั้ง 6 ซึ่งได้แก่ มาตรวัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ อสม.เผยแพร่ และมาตรวัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนปฏิบัติ มาตรวัดระบบบริการในงานสาธารณสุข มาตรวัดความรู้ในการป้องกันโรค มาตรวัดการมีส่วนร่วมของประชาชนมาตรวัดภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยจะใช้เทคนิคการวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์

การทดสอบความมั่นคงรมในทัศนของแต่ละมาตรวัด มุ่งที่จะตอบคำถาม 3 ประการคือ (บุระชัย, 2531: 60)

1. แต่ละมาตรวัดใน 6 มาตรวัด ที่ใช้ในการวิจัยนี้ มีลักษณะเป็นมาตรวัดมิติเดียวหรือหลายมิติ
2. ไม่ว่าจะเป็นมาตรวัดมิติเดียวหรือมาตรวัดหลายมิติก็ตาม มิติต่าง ๆ เหล่านี้ประกอบด้วยข้อความอะไรบ้าง
3. มิติต่าง ๆ มีความแปรปรวน ปัจจัยร่วม (common factor variance) เป็นสัดส่วนเท่าใดของความแปรปรวนทั้งหมดในแต่ละมาตรวัด

ในการตอบคำถามข้อ 1 จะใช้วิธีการแบบพีเอ-ทู (PA 2) ซึ่งมีชื่อเต็มว่า principle factoring with iteration โดยดูข้อความแต่ละข้อความในมาตรวัดว่ามีน้ำหนักอยู่ที่ปัจจัยหรือมิติใดเพียงปัจจัยหรือมิติเดียว ข้อความดังกล่าวย่อมมีลักษณะบริสุทธิ์และง่ายต่อการตีความ แต่อาจปรากฏว่าข้อความใดมีน้ำหนัก

โดยสรุป มาตรวัดทั้ง 5 ตัวแปรที่น่าเสนอนี้ ต่างมีความเชื่อถือได้สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของนัลแนลลี ซึ่งระบุว่ามาตรวัดที่มีความเชื่อถือได้ในระดับมาตรฐานควรมีค่าอัลฟา ไม่น้อยกว่า 0.50 (บุระชัย, 2531) แต่ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานของมาตรวัดว่า ควรมีความเชื่อถือได้ในระดับค่าอัลฟาไม่น้อยกว่า 0.75 ซึ่งทุกมาตรวัดนั้นผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด หลังจากทำการปรับปรุงแล้ว

การทดสอบความมั่นคงมโนทัศน์ของมาตรวัด

ในการศึกษาวิจัย นอกจากผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบ ความเชื่อถือได้ของมาตรวัดแล้ว ยังได้ดำเนินการศึกษาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยที่ให้ผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ ในแต่ละสาขาทดสอบความถูกต้องของข้อความและรูปแบบของการศึกษา และความมั่นคงมโนทัศน์ (construct validity) อีกด้วย สำหรับ การทดสอบความมั่นคงมโนทัศน์ของมาตรวัดต่าง ๆ ทั้ง 6 ซึ่งได้แก่ มาตรวัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ อสม.เผยแพร่ และมาตรวัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนปฏิบัติ มาตรวัดระบบบริการในงานสาธารณสุข มาตรวัดความรู้ในการป้องกันโรค มาตรวัดการมีส่วนร่วมของประชาชนมาตรวัดภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยจะใช้เทคนิคการวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์

การทดสอบความมั่นคงมโนทัศน์ของแต่ละมาตรวัด มุ่งที่จะตอบคำถาม 3 ประการคือ (บุระชัย, 2531: 60)

1. แต่ละมาตรวัดใน 6 มาตรวัด ที่ใช้ในการวิจัยนี้ มีลักษณะเป็นมาตรวัดมิติเดียวหรือหลายมิติ
2. ไม่ว่าจะเป็นมาตรวัดมิติเดียวหรือมาตรวัดหลายมิติก็ตาม มิติต่าง ๆ เหล่านี้ประกอบด้วยข้อความอะไรบ้าง
3. มิติต่าง ๆ มีความแปรปรวน ปัจจัยร่วม (common factor variance) เป็นสัดส่วนเท่าใดของความแปรปรวนทั้งหมดในแต่ละมาตรวัด

ในการตอบคำถามข้อ 1 จะใช้วิธีการแบบพีเอ-ทู (PA 2) ซึ่งมีชื่อเต็มว่า principle factoring with iteration โดยดูข้อความแต่ละข้อความในมาตรวัดว่ามีน้ำหนักอยู่ที่ปัจจัยหรือมิติใดเพียงปัจจัยหรือมิติเดียว ข้อความดังกล่าวย่อมมีลักษณะบริสุทธิ์และง่ายต่อการตีความ แต่อย่างไรก็ตามข้อความใดมีน้ำหนัก

กระจายอยู่ที่ปัจจัยหรือมิติตั้งแต่สองปัจจัยหรือสองมิติขึ้นไป ข้อความดังกล่าวย่อมมีลักษณะซับซ้อนและยากแก่การตีความ ถ้าเกิดสภาวะดังเช่นกรณีหลังนี้ วิธีการแก้ไขก็คือการใช้วิธีหมุนแกนปัจจัย (factor-rotational method) ซึ่งยังแยกย่อยต่อไปเป็นการหมุนแกนแบบตั้งฉาก (orthogonal rotation) และการหมุนแกนแบบไม่ตั้งฉาก (oblique rotation) ในการวิจัยนี้ถ้าเกิดกรณีที่ข้อความมีลักษณะซับซ้อนหรือไม่บริสุทธิ์ การหมุนแกนที่จะได้รับการประยุกต์ใช้ คือทั้งแบบไม่ตั้งฉากและแบบตั้งฉาก อนึ่งภายใต้การหมุนแกนแบบตั้งฉาก วิธีย่อยที่ใช้คือ วาริแมกซ์ (varimax) กล่าวได้ว่า การหมุนแกนแบบตั้งฉากแบบวาริแมกซ์ มีลักษณะเด่นที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของการทดสอบนี้ก็คือ การลดความซับซ้อนของข้อความในแนวตั้งของเมตริกปัจจัย ส่วนการหมุนแกนแบบไม่ตั้งฉากก็จะประยุกต์ใช้วิธีย่อย คือ ออบลิมิน (oblimin) ซึ่งก็มีจุดมุ่งหมาย ที่จะลดขนาดค่าของผลคูณข้าม (cross products) ของน้ำหนักปัจจัยบนแกนอ้างอิง (reference axes) ทั้งนี้เพื่อช่วยให้น้ำหนักปัจจัยมีลักษณะบริสุทธิ์ยิ่งขึ้น

ตารางที่ 3.10 ได้นำเสนอผลการทดสอบความมั่นคงรวมในทัศน์ของมาตรวัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ อสม.นาโงเปเผยแพร่ โดยอาศัยเทคนิคการวิเคราะห์ปัจจัยแบบพีเอ-ทู ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวได้แสดงว่า ทั้ง 16 ข้อความของมาตรวัด กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ อสม.นาโงเปเผยแพร่ อยู่ภายใต้มิติเดียว ซึ่งมีติดังกล่าวมีขนาดค่าของไอแกนแวลู (eigenvalue) เท่ากับ 13.401 ค่าไอแกนแวลู ขนาดดังกล่าวนี้สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ไกเซอร์ (Kaiser) ได้กำหนดไว้ คือ ค่าไอแกนแวลูระดับมาตรฐานควรมีขนาดตั้งแต่ 1.0 ขึ้นไป (ประชัย, 2531:61) กล่าวอีกนัยหนึ่ง ทั้ง 16 ข้อความของมาตรวัดนี้มีลักษณะบริสุทธิ์ เพราะมีน้ำหนักอยู่ที่มิติเพียงมิติเดียว ซึ่งลักษณะดังกล่าวย่อมง่ายต่อการตีความ ส่วนน้ำหนักปัจจัย (factor loadings) ของแต่ละข้อความก็มีขนาดใกล้เคียงกันคืออยู่ในพิสัยระหว่าง 0.8376 ถึง 0.9382 อนึ่ง เนื่องจากข้อความทั้ง 16 ข้อความ มีลักษณะบริสุทธิ์ และมาตรวัดนี้ประกอบด้วยมิติเพียงมิติเดียว การหมุนแกนของปัจจัย จึงไม่มีความจำเป็นแต่ประการใด นอกจากนี้มิติเดียวของมาตรวัด ยังสามารถอธิบายความแปรปรวนทั้งหมดของมาตรวัด คิดเป็นร้อยละ 83.8 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า มิตินี้สามารถทับซ้อนความแปรปรวนของมาตรวัดดังกล่าวได้ระดับค่อนข้างสูง กล่าวโดยสรุปมาตรวัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ อสม.นาโงเปเผยแพร่ มีลักษณะเป็นมาตรวัดที่มีมิติเดียวไม่ใช่หลายมิติ ซึ่งมิติเดียวนี้นี้ประกอบด้วย 16 ข้อความ และมิติเดียวนี้มีความแปรปรวนปัจจัยรวมคิดเป็นร้อยละ 83.8 ของความแปรปรวนทั้งหมดในมาตรวัดนี้

ตารางที่ 3.10 ผลการวิเคราะห์ปัจจัย ด้วยเทคนิคพีเอ-ทู (PA 2) โดยการไม่หมุนแกนเมตริกปัจจัย (Factor matrix) ของมาตรวัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ อสม. เมยแพร่

ข้อความที่	การวิเคราะห์ด้วยการไม่หมุนแกน	
	F1	h ²
1	0.9174	.8416
2	0.9039	.8170
3	0.9261	.8578
4	0.9302	.8652
5	0.9358	.8757
6	0.9351	.8744
7	0.9382	.8802
8	0.9357	.8755
9	0.9344	.8732
10	0.8516	.7253
11	0.8376	.7016
12	0.9338	.8721
13	0.9218	.8498
14	0.9210	.8482
15	0.9069	.8225
16	0.9056	.8202
λ	13.401	13.401
P% Common	100.000	100.000
P% Total	83.8	83.8

ตารางที่ 3.11 ได้นำเสนอผลการทดสอบความมั่นคงมโนทัศน์ของ
มาตรวัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนปฏิบัติ โดยอาศัยเทคนิคการวิเคราะห์
ปัจจัยแบบพีเอ-ทู ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวได้แสดงว่า ทั้ง 16 ข้อความของ
มาตรวัด กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนปฏิบัติ ได้จำแนกออกเป็น 5 มิติย่อย
ทั้ง 5 มิตินี้ สามารถอธิบายความแปรปรวนของมาตรวัดนี้ได้ คิดเป็นร้อยละ 66.2
โดยที่มิติแรกมีส่วนทับซ้อนคิดเป็นร้อยละ 46.53 ของความแปรปรวนที่ได้รับการ
อธิบาย และมิติที่สองถึงมิติที่ห้า มีส่วนทับซ้อนคิดเป็นร้อยละ 17.67, 14.80,
11.03 และ 9.97 ตามลำดับ นอกจากนี้ ขณะที่มิติแรกมีค่าไอแกนวเลูเท่ากับ
4.9322 มิติที่สองมีค่าไอแกนวเลูเท่ากับ 1.8718 มิติที่สาม มีค่าไอแกนวเลูเท่ากับ
1.5638 มิติที่สี่มีค่าไอแกนวเลูเท่ากับ 1.1634 และมิติที่ห้ามีค่าไอแกนวเลูเท่ากับ
1.0604 กล่าวได้ว่า ทั้งห้ามิติต่างก็มีค่าไอแกนวเลูสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 1.0
ของไกเซอร์ อนึ่งข้อความทั้ง 16 ข้อความต่างก็มีน้ำหนักกระจายอยู่ภายใต้ 5 มิติ
ซึ่งก่อให้เกิดสภาวะที่เรียกว่า ข้อความมีลักษณะซับซ้อน ด้วยเหตุนี้การวิเคราะห์ใน
ลำดับต่อไป จึงได้ดำเนินการโดยอาศัยการหมุนแกนแบบวาริแมกซ์ ผลการหมุนแกน
แบบวาริแมกซ์ได้นำเสนอไว้ในตารางที่ 3.12

ตารางที่ 3.11 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้วยเทคนิคพีเอ-ทู (PA-2) โดยการนำทฤษฎีเมตริกปัจจัย (Factor matrix) ของมาตรวัด กิจกรรมสาธารณะสุขมูลฐานที่ประชาชนปฏิบัติ

ข้อความที่	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5	h ²
1	.60743	.29253	.04238	-.37569	-.25699	.6635
2	.47854	.24959	.11728	-.60035	-.28104	.7444
3	.64063	-.16155	-.15562	-.25077	.09398	.5324
4	.45162	-.65937	.17440	.01294	-.08522	.6765
5	.43245	-.63701	.26939	.05401	-.05447	.6712
6	.44202	-.60264	.26171	.10963	.01671	.6393
7	.72703	.02606	.00898	-.16126	.03845	.5568
8	.69284	.13267	-.05600	-.21558	.13110	.5644
9	.65740	-.18129	.03425	.04702	.02184	.4689
10	.66958	.03896	-.37548	.06325	.48586	.8309
11	.61774	.16983	-.40827	.18406	.39410	.7663
12	.65008	.16709	-.03110	.34099	-.23668	.6237
13	.55086	.27272	.09095	.38863	-.41630	.7104
14	.54918	.32485	-.01055	.42785	-.22252	.6398
15	.16759	.30071	.71980	-.04271	.33936	.7499
16	.10545	.33819	.71630	.13820	.30852	.7528
λ	4.9322	1.8718	1.5638	1.1634	1.0604	
% Common	46.53	17.67	14.80	11.03	9.97	66.2
% Total	30.8	11.7	9.8	7.3	6.6	

ตารางที่ 3.12 ผลการวิเคราะห์ด้วยการหมุนแกนแบบวาริแมกซ์ (Varimax) ของมาตรวัดกิจกรรม
สำหรับฐานข้อมูลที่ประชาชนปฏิบัติ

ข้อความที่	การวิเคราะห์ด้วยการหมุนแกนแบบวาริแมกซ์ (Varimax)				
	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
1	.15861	.02575	.74495	.28301	.05160
2	.01707	.01581	.85683	.07717	.06163
3	.47350	.34439	.42174	.04353	-.09931
4	.06711	.81028	.08804	.04485	-.07587
5	.03715	.81461	.05428	.05612	.02441
6	.10000	.78727	-.00292	.07230	.06568
7	.43086	.28738	.47356	.23750	.08902
8	.50891	.15377	.48954	.17581	.10598
9	.36330	.45258	.23585	.27370	.03934
10	.88930	.11757	.10011	.12630	-.01602
11	.83144	-.01195	.04247	.26794	-.03595
12	.26287	.17116	.17384	.70362	.00816
13	.04111	.09177	.18368	.81430	.05919
14	.22336	.00661	.09443	.75786	.08133
15	.00971	.03175	.13732	.00622	.85439
16	-.02740	-.01472	-.01405	.11660	.85913

ส่วนผลการหมุนแกนแบบออบลิควิน ได้นำเสนอไว้ในตารางที่ 3.13 และ 3.14 กล่าวได้ว่า ไม่ว่าหมุนแกนแบบใดขนาดค่าของความแปรปรวนปัจจัยรวมก็จะคงเดิม ส่วนที่เปลี่ยนแปลงจากผลของการหมุนแกนก็คือ น้ำหนักปัจจัยของแต่ละข้อความภายใต้แต่ละมิติทั้งนี้ เพราะจุดมุ่งหมายในการหมุนแกนก็เพื่อช่วยให้แต่ละข้อความมีความทับซ้อนน้อยลงที่สุด เท่าที่จะกระทำได้อึ่งในการหมุนแกนแบบออบลิควินนั้นเมตริกกระสวน (pattern matrix) จะประกอบด้วยกระสวนปัจจัย (factor pattern) ซึ่งแสดงค่าตัวเลขที่มีความหมายแตกต่างไปจากโครงสร้างปัจจัย (factor structure) ในเมตริกโครงสร้าง (structure matrix) กล่าวขยายความก็คือ ขณะที่เมตริกกระสวน จัดเป็นเมตริกที่แสดงค่าน้ำหนักถดถอย (regression weights) ระหว่างปัจจัยกับข้อความ เมตริกโครงสร้างจัดเป็นเมตริกของค่าสหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยกับข้อความ ฉะนั้นจากผลการวิเคราะห์ ด้วยการหมุนแกนทั้งสองแบบ ตามตารางที่ 3.12, 3.13 และ 3.14 ก็อาจจะกล่าวได้ว่า การหมุนแกนทั้งแบบวาริแมกซ์ และแบบออบลิควินต่างก็ให้ผลที่คล้ายคลึงกัน คือสามารถจัดข้อความอยู่ในมิติต่าง ๆ ได้ ผลของการหมุนแกน ไม่ว่าแบบวาริแมกซ์ก็ดี หรือแบบออบลิควินก็ดี ข้อความต่าง ๆ ที่อยู่ในมิติเดียวกันก็จะอยู่ในมิติเดียวกันตลอด ไม่ว่าจะหมุนแกนแบบใด

จากตารางที่ 3.12 ทำให้ทราบข้อความใดอยู่ในมิติเดียวกัน จะมีค่าของปัจจัยใกล้เคียงกัน เช่น มิติที่ 1 จะมีข้อความที่ 10 และ 11 ซึ่งมีค่าน้ำหนักของปัจจัยเท่ากับ 0.8893 และ 0.8314 ภายใต้มิติที่ 2 จะมีข้อความที่ 4, 5, 6 และ 9 ซึ่งมีค่าน้ำหนักของปัจจัยเท่ากับ 0.8102, 0.8146, 0.7872 และ 0.4525 ภายใต้มิติที่ 3 จะมีข้อความที่ 1, 2, 3, 7 และ 8 ซึ่งมีค่าน้ำหนักของปัจจัยเท่ากับ 0.7449, 0.8568, 0.4217, 0.4735 และ 0.4895 ตามลำดับ ภายใต้มิติที่ 4 จะมีข้อความที่ 12, 13 และ 14 ซึ่งมีค่าน้ำหนักของปัจจัยเท่ากับ 0.7036, 0.8143 และ 0.7578 ตามลำดับ และมิติสุดท้ายจะมีข้อความที่ 15, 16 ซึ่งมีค่าน้ำหนักของปัจจัยเท่ากับ 0.8543 และ 0.8591

เมื่อนำมิติต่าง ๆ ไปเทียบกับข้อความ อาจจะขนานนามของมิติต่าง ๆ ได้ดังนี้มิติที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก มิติที่ 2 สุขลักษณะในครัวเรือน มิติที่ 3 การให้บริการทางสาธารณสุข มิติที่ 4 เทคโนโลยีระดับสูง มิติที่ 5 กิจกรรมอื่นๆ กล่าวโดยสรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัยได้แสดงให้เห็นประจักษ์ว่ามาตรวัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนปฏิบัติ มีลักษณะเป็นมาตรวัด 5 มิติย่อย ซึ่งมิติทั้ง 5 นี้มีความ

แปรปรวน บัณฑิตร่วมคิดเป็นร้อยละ 66.2 ของความแปรปรวนทั้งหมดในมาตรวัด
กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนปฏิบัติ ซึ่งแตกต่างกับมาตรวัดกิจกรรมสาธารณสุข-
มูลฐานที่ อสม.ไปเผยแพร่ ซึ่งมีเพียงมิติเดียวเท่านั้น

ตารางที่ 3.13 เมตริกกระส่วน (Pattern Matrix) ของมาตรวัด กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่
ประชาชนปฏิบัติ

ข้อความที่	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
1	.64355	-.05627	.01657	.01458	-.14294
2	.75249	-.04733	.02945	-.09072	.03428
3	.33858	.25861	-.09358	.25810	.00969
4	.01424	.75264	-.06212	-.03503	.01739
5	-.03009	.75390	.02211	-.05899	-.00607
6	-.06372	.69900	.05496	.01124	-.01231
7	.38595	.19778	.04065	.20953	-.13335
8	.41326	.08132	.05043	.27226	-.08959
9	.15779	.34610	.00929	.17171	-.17973
10	-.01084	.01648	.02690	.99586	.09161
11	-.02511	-.08225	-.03151	.71231	-.17367
12	.03891	.08795	-.03011	.06996	-.63139
13	.02640	.01397	.00916	-.11020	-.75636
14	-.00818	-.05395	.03970	.08862	-.62642
15	.08912	.02760	.70596	.01457	.06325
16	-.06483	-.01111	.70869	-.00959	-.06759

ตารางที่ 3.14 เมตริกโครงสร้าง (Structure Matrix) ของมาตรวัด กิจกรรมสาธารณะสุขมูลฐานที่
ประชาชนปฏิบัติ

ข้อความที่	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
1	.70478	.17629	.14135	.33194	-.44884
2	.68873	.13693	.14239	.19140	-.27969
3	.50307	.43472	-.04775	.47801	-.32776
4	.20298	.74055	-.05334	.19855	-.16470
5	.17346	.72861	.02901	.16489	-.17110
6	.16109	.68770	.05496	.20594	-.18514
7	.60231	.41283	.12057	.49317	-.14788
8	.60187	.31221	.12338	.51029	-.44810
9	.41957	.49443	.06504	.42900	-.43149
10	.36917	.29835	-.02196	.95270	-.37917
11	.32683	.17815	-.02688	.75864	-.46746
12	.39462	.29097	.08921	.41034	-.70124
13	.35176	.19148	.15390	.25933	-.72291
14	.32202	.14049	.14859	.36078	-.65664
15	.18239	.04939	.70821	.00886	-.12206
16	.07068	-.00681	.71104	-.03030	-.15718

ตารางที่ 3.15 และตารางที่ 3.16 เสนอผลการทดสอบความแม่นยำ
ในทัศน์ของมาตรวัด การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่ง
ประกอบด้วย 23 ข้อความ ในมาตรวัดนี้ได้จำแนกออกเป็น 7 มิติ ซึ่งสามารถ
อธิบายความแปรปรวนของมาตรวัดนี้ได้คิดเป็นร้อยละ 55.7 ของความแปรปรวนทั้ง
หมดโดยที่มิติแรกสามารถอธิบายได้ร้อยละ 33.75 ของความแปรปรวนที่ได้รับการ
อธิบาย และมิติที่ 2-7 สามารถอธิบายได้ร้อยละ 15.26, 12.23, 10.95,
10.59, 9.34 และ 7.89 ตามลำดับ นอกจากนี้ค่าไอแกนวาลูของมิติทั้ง 7 มิติ
ก็ยังมีค่าสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 1.0 ของไกเซอร์ (รายละเอียดดูในตารางที่ 3.15)
เมื่อทำการวิเคราะห์ด้วยการหมุนแกนแบบแวนแมกซ์ และพบออบลิมินพบว่าข้อความ
ที่อยู่ในมิติที่ 1 ได้แก่ ข้อความที่ 4, 6, 18 ข้อความที่อยู่ในมิติที่ 2 ได้แก่
ข้อความที่ 2, 10 และ 17 ข้อความที่อยู่ในมิติที่ 3 ได้แก่ข้อความที่ 5, 16 และ
23 ข้อความที่อยู่ในมิติที่ 4 ได้แก่ข้อความที่ 3, 13, 19 และ 20 ข้อความที่อยู่ใน
มิติที่ 5 ได้แก่ข้อความที่ 1, 9 และ 12 ข้อความที่อยู่ในมิติที่ 6 ได้แก่ข้อความที่ 8,
11, 14 และ 15 และข้อความที่อยู่ในมิติที่ 7 ได้แก่ข้อความที่ 7, 21 และ 22
แต่ในมาตรวัดนี้ไม่สามารถใช้วิธีออบลิมิน ในการวิเคราะห์ได้ แม้ว่าจะทำการ
วิเคราะห์ถึง 25 iterations ก็ไม่ประสบผลสำเร็จ จึงมีได้นำเสนอ เมตริก
กระสวน และเมตริกโครงสร้างเพียงแต่นำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยการหมุนแกน
แบบแวนแมกซ์ เท่านั้นในตารางที่ 3.16

เมื่อนำมิติต่าง ๆ ไปเทียบกับข้อความ อาจจะขนานนามของมิติต่าง ๆ
ได้ดังนี้มิติที่ 1 สถานื่อนามัย/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มิติที่ 2 อสม./หน่วยแพทย์
เคลื่อนที่ มิติที่ 3 การบริการอื่น ๆ มิติที่ 4 องค์กรอื่น ๆ ที่มีใช้สาธารณสุข มิติที่ 5
ญาติ/ไสยศาสตร์ มิติที่ 6 การใช้วิธีการนอกระบบบริการสาธารณสุข มิติที่ 7
โรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด กล่าวโดยสรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัยได้แสดงให้ประจักษ์ว่า
มาตรวัด การปรับระบบบริหารให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน มีลักษณะเป็น
มาตรวัด 7 มิติย่อย ซึ่งมิติทั้ง 7 นี้มีความและแปรปรวนปัจจัยร่วมคิดเป็นร้อยละ
55.7 ของความแปรปรวนทั้งหมดในมาตรวัด การปรับระบบบริการให้รองรับงาน
สาธารณสุขมูลฐาน

ตารางที่ 3.15 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเทคนิค ทีโอ-ที โดยการไม่หมุนแกนของผลการปรับระบบบริหารห้องเรียน
 สถานะผสมผสาน

ข้อความ	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5	FACTOR 6	FACTOR	h^2
1	.35073	.50319	-.01187	.01824	-.13564	.01185	.38125	.54057
2	.37210	-.49239	.12859	-.00181	-.39652	-.14383	.22484	.62592
3	.24231	-.15143	.22729	-.25825	-.06381	.40419	.21937	.41556
4	.64285	-.25986	-.11670	.05244	.35001	-.06606	.12555	.63978
5	-.45433	-.07741	.51066	.25138	.12949	.15934	-.24691	.63950
6	.52626	-.37185	-.15324	.14412	.30377	-.01149	-.14073	.57169
7	.49503	.29233	.06663	-.10267	.16284	-.00091	.04346	.37390
8	.27197	.22205	.21715	.44663	.19289	-.25305	-.05296	.47395
9	-.05609	.43004	-.39961	.08454	-.29534	.21447	.03199	.48916
10	.43059	-.23183	.19836	.23420	-.41456	-.26710	.05573	.57967
11	.34533	.28542	.07114	.00334	.03293	-.31694	-.41952	.48332
12	.30076	.26869	-.11311	.37446	.28759	.19159	.41425	.60668
13	.50840	.18878	-.03548	.05670	-.16437	.38553	-.19706	.51307
14	.62119	.27697	.06234	.42746	-.02745	-.06706	-.07524	.66011
15	.52915	.35129	.02350	.05789	-.34260	.07405	-.19142	.56680
16	-.33010	-.01102	.50556	.28957	-.01998	.04529	.25122	.51409
17	.45412	-.41450	.16616	.14891	-.41173	-.02592	.03393	.59916
18	.59646	-.34469	-.15630	.02562	.39165	-.02508	-.00376	.65370
19	.40745	-.09432	.31765	-.08671	.06127	.51442	-.32141	.65501
20	.45016	.06255	.34754	-.24031	.08257	.23834	.06138	.45248
21	.38158	.18475	.30928	-.50000	.15622	-.19250	.23180	.64058
22	.10555	.32999	.40267	-.36629	.03336	-.36373	-.08096	.55631
23	-.51259	.09425	.38307	.30895	.15812	.07103	.11118	.55624
λ	4.317	1.948	1.574	1.406	1.347	1.190	1.022	
% Common	33.75	15.26	12.23	10.95	10.59	9.34	7.89	100.0
% Total	18.8	8.5	6.8	6.1	5.9	5.2	4.4	55.7

ตารางที่ 3.16 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยโดยการหมุนแกนเมตริกปัจจัย แบบวิธีแอมกซ์ของมาตรวัด การปรับระบบบริหารให้รองรับ
งานสายการผลิตมาตรฐาน

ข้อความที่	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5	FACTOR 6	FACTOR 7
1	-.15769	.07220	-.15344	.07501	.64024	.10632	.24518
2	.15876	.75060	-.08672	.02854	-.03815	-.15391	.06189
3	.06549	.16637	.01497	.45653	.09311	-.36593	.17994
4	.71505	.17038	-.19810	.09429	.20121	.05480	.10821
5	-.13846	-.14920	.68191	.11875	-.31552	.06663	-.12233
6	.68700	.14433	-.16430	.13987	-.02949	.13961	-.10943
7	.18899	-.04140	-.16742	.23416	.30857	.22342	.32936
8	.20963	.06136	.26307	-.06264	.25773	.53169	.06318
9	-.40261	-.15529	-.31932	.03819	.34051	.05380	-.28517
10	.07420	.71694	-.00928	.01319	.05408	.23623	.03422
11	.05421	-.01649	-.18282	.06340	-.07635	.62083	.22675
12	.27332	-.10919	.10127	.04922	.70543	.03582	-.09203
13	.02066	.08673	-.24980	.57607	.22287	.22582	-.10096
14	.20333	.22730	-.04146	.20954	.42951	.58022	-.01860
15	-.15565	.22574	-.29626	.38608	.25135	.43330	.06218
16	-.18451	.10786	.66963	-.05727	.08281	-.09766	.01843
17	.15212	.72383	-.04943	.20740	-.03143	.03989	-.06363
18	.75719	.11207	-.21012	.12806	.06004	.04724	.03764
19	.19384	.03274	.05279	.77098	-.11345	.07051	.03651
20	.15810	.09015	.01302	.49973	.13477	-.02489	.38817
21	.11945	.04033	-.11129	.11294	.13480	-.03539	.76166
22	-.16139	-.03563	.02340	-.01256	-.09211	.26134	.67194
23	-.19384	-.19256	.67626	-.12470	.01768	-.04408	-.08017

ตารางที่ 3.17 และตารางที่ 3.18 เสนอผลการทดสอบความมั่นคงของมโนทัศน์ของมาตรวัดความรู้ในการป้องกันโรค ซึ่งประกอบด้วย 11 ข้อความในมาตรวัดนี้ได้จำแนกออกเป็น 2 มิติ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของมาตรวัดนี้ได้คิดเป็นร้อยละ 60.6 ของความแปรปรวนทั้งหมด โดยที่มิติแรกสามารถอธิบายได้ร้อยละ 76.4 ของความแปรปรวนที่ได้รับการอธิบาย และมิติที่ 2 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 23.6 ของความแปรปรวนที่ได้รับการอธิบาย นอกจากนี้ค่าไอแกนวาลู ของมิติแรก เท่ากับ 5.091 และค่าไอแกนวาลูของมิติที่สองเท่ากับ 1.577 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 1.0 ของไกเซอร์ทั้ง 2 มิติ

เมื่อทำการวิเคราะห์ด้วยการหมุนแกนแบบวาริแมกซ์ และแบบออบลิมิน ซึ่งได้นำเสนอไว้ในตารางที่ 3.17 และ 3.18 จากการวิเคราะห์ด้วยการหมุนแกนทั้งสองแบบปรากฏผลที่แตกต่างกันเล็กน้อย คือการหมุนแกนแบบวาริแมกซ์ จะประกอบด้วยข้อความที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 10, 11 อยู่ในมิติที่ 1 และข้อความ 6, 7, 8 และ 9 จะอยู่ในมิติที่สองแต่เมื่อใช้การหมุนแกนแบบออบลิมินพบว่าทั้งกระสวนปัจจัย และโครงสร้างปัจจัยจะทำให้ข้อความต่าง ๆ อยู่ภายใต้มิติเดียวกัน ซึ่งอาจจะขนานนาม มิติที่ 1 ได้ว่า ความรู้ในการป้องกันโรคทั่วไป และมิติที่ 2 คือความรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก กล่าวโดยสรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัยได้แสดงให้เห็นประจักษ์ว่า มาตรวัดความรู้ในการป้องกันโรค มีลักษณะเป็นมาตรวัด 2 มิติย่อยซึ่งมิติย่อยทั้ง 2 นี้มีความแปรปรวนปัจจัยรวมคิดเป็นร้อยละ 60.6 ของความแปรปรวนทั้งหมดในมาตรวัด ความรู้ในการป้องกันโรค

ตารางที่ 3.17 ผลการวิเคราะห์ที่ปัจจัยด้วยเทคนิคพีเอ-ทู โดยการไม่หมุนแกน และการหมุนแกนเมตริก
ปัจจัยของมาตรวัด ความรู้ในการป้องกันโรค

ข้อความที่	การวิเคราะห์ด้วยการ ไม่หมุนแกน		h ²	การวิเคราะห์ด้วยการหมุนแกน แบบวาริแมกซ์ (Varimax)	
	FACTOR 1	FACTOR 2		FACTOR 1	FACTOR 2
1	.38331	.11497	.16014	.36642	.16086
2	.51854	.45598	.47680	.69041	-.01119
3	.57767	.31592	.43351	.64467	.13380
4	.73225	.30664	.63022	.75638	.24105
5	.70174	.26175	.56096	.70406	.25546
6	.74712	-.45319	.76357	.27527	.82934
7	.71244	-.47975	.73773	.23165	.82709
8	.71231	-.44692	.70712	.25282	.80200
9	.61556	-.54683	.67794	.11439	.81538
10	.84494	.26594	.78464	.81582	.34508
11	.80460	.29755	.73591	.80559	.29485
λ	5.091	1.577	6.668		
% Common	76.4	23.6	100.0		
% Total	46.3	14.3	60.6		

ตารางที่ 3.18 เมตริกกระส่วน และเมตริกโครงสร้างของมาตรวัดความรู้ในการป้องกันโรค

ข้อความที่	กระส่วนปัจจัย (factor pattern)		โครงสร้างปัจจัย (factor structure)	
	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 1	FACTOR 2
1	.29713	-.06835	.33532	-.23439
2	.60735	.11356	.54389	-.22584
3	.55310	-.01131	.55942	-.32039
4	.74197	-.01667	.75128	-.43130
5	.63443	-.08100	.67969	-.43553
6	.06870	-.80345	.51769	-.84184
7	.02591	-.80115	.47360	-.81563
8	.05191	-.76291	.47824	-.79192
9	-.05956	-.76211	.36632	-.72883
10	.87164	-.05483	.90228	-.54191
11	.85271	-.01295	.85995	-.48946

ตารางที่ 3.19 ถึงตารางที่ 3.22 เสนอผลการทดสอบความมั่นคงของไนโตรเจนของมาตรวัด การมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งประกอบด้วย 21 ข้อความในมาตรวัดนี้ได้จำแนกออกเป็น 5 มิติ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของมาตรวัดได้ คิดเป็นร้อยละ 76.6 ของความแปรปรวนทั้งหมดโดยที่มิติแรกอธิบายร้อยละ 51.43 ของความแปรปรวนที่ได้รับการอธิบาย และมิติที่ 2-5 สามารถอธิบายได้ร้อยละ 23.8, 11.09, 7.18 และ 6.39 ตามลำดับ นอกจากนี้ค่าไอแกนวาลูของมิติแรกเท่ากับ 8.2810 และค่าไอแกนวาลูของมิติที่ 2 ถึง 5 ก็สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 1.0 ของไกเซอร์ รายละเอียดได้ในตารางที่ 3.19

เมื่อทำการวิเคราะห์ด้วยการหมุนแกนแบบวาริแมกซ์ และแบบออบลิมิน ซึ่งได้นำเสนอไว้ในตารางที่ 3.20, 3.21 และ 3.22 ซึ่งผลของการวิเคราะห์ไม่แตกต่างกันมากนัก คือ สามารถจัดข้อความอยู่ในมิติต่าง ๆ ได้ดังนี้ ข้อความที่ 5-11 อยู่ในมิติที่ 1 ข้อความที่ 1-4 อยู่ในมิติที่ 2 ข้อความที่ 19-21 อยู่ในมิติที่ 3 ข้อความที่ 13, 15, 17 และ 18 อยู่ในมิติที่ 4 ข้อความที่ 12, 14 และ 16 อยู่ในมิติที่ 5 ซึ่งอาจจะขนานนาม มิติที่ 1 ได้ว่า การมีส่วนร่วมในปัจจุบัน มิติที่ 2 คือ ตำแหน่งในการมีส่วนร่วม มิติที่ 3 คือ การมีส่วนร่วมในอนาคต มิติที่ 4 คือ บทบาทของการมีส่วนร่วม และมิติที่ 5 คือ ทัศนคติในการมีส่วนร่วม

ตารางที่ 3.19 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้วยเทคนิคพีเอ-ทู โดยการไม่หมุนแกน ของมาตรการมีส่วนร่วม
ของประชาชน

ข้อความที่	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5	h ²
1	.73673	-.26469	.23434	-.08788	-.07707	.68141
2	.74557	-.25700	.39074	-.22191	-.04058	.82548
3	.62554	-.14482	.65846	-.18461	-.06049	.88358
4	.64747	-.10183	.61563	-.14501	-.12409	.84501
5	.81509	-.41054	-.09702	.02794	.05088	.84570
6	.78812	-.41881	-.26572	.11901	.04429	.88326
7	.79957	-.40306	-.23720	.11224	.03887	.87214
8	.77079	-.38307	-.32492	.08536	-.01628	.85399
9	.79160	-.33577	-.29356	.05789	-.07031	.83384
10	.80983	-.31498	-.27090	.11007	-.07624	.84636
11	.51819	-.22599	.10600	.08257	.14670	.35916
12	.40850	.35136	.10532	.20433	.51001	.60329
13	.50452	.41611	.11465	.26075	.15024	.53139
14	.47852	.50793	-.08427	-.19926	.49521	.77902
15	.54587	.43720	.31634	.11761	.05083	.60561
16	.52342	.58828	-.13619	-.18275	.29909	.76145
17	.42143	.66373	.04779	.45126	-.27019	.89706
18	.46499	.65066	.04151	.44393	-.25948	.90571
19	.47568	.51100	-.30542	-.41861	-.13800	.77495
20	.45935	.55115	-.13329	-.18553	-.42125	.74440
21	.49837	.48486	-.28861	-.42275	-.12043	.76018
λ	8.2810	3.8392	1.7811	1.1549	1.0365	16.0927
% Common	51.43	23.89	11.09	7.18	6.39	100.0
% Total	39.4	18.3	8.5	5.5	4.9	76.6

ตารางที่ 3.20 ผลการวิเคราะห์ปัจจัย โดยการหมุนแกนเมตริกปัจจัย แบบวาริแมกซ์ของมาตรวัด การมีส่วนร่วมของประชาชน

ข้อความที่	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
1	.55621	.59625	.09629	.06781	.05168
2	.46879	.76297	.12257	-.01054	.09202
3	.21943	.90458	.02387	.08119	.10000
4	.23784	.86916	.06077	.15721	.06769
5	.84893	.32971	.05693	-.00143	.11433
6	.92080	.15391	.04846	.02947	.09208
7	.90782	.18292	.05559	.04244	.09825
8	.90754	.10983	.12206	.03784	.04436
9	.87956	.15301	.17457	.07617	.02305
10	.88241	.16211	.15024	.13289	.03473
11	.46521	.30919	-.08293	.03764	.19710
12	.11484	.09684	-.01110	.26352	.71495
13	.15447	.16577	.11584	.50537	.45961
14	.08785	.07189	.42736	.08217	.75944
15	.06191	.40177	.18782	.49585	.39902
16	.10186	.05712	.54708	.22016	.63249
17	.02624	.03340	.23548	.89983	.17351
18	.06591	.05051	.24685	.89549	.18968
19	.12893	.03118	.83485	.15480	.19081
20	.06594	.12514	.71636	.45890	-.02541
21	.15140	.05805	.82049	.13953	.20303

ตารางที่ 3.21 เมตริกกระสวนของมาตรวัด การมีส่วนร่วมของประชาชน

ข้อความที่	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
1	.40685	-.00735	.49464	.06535	-.04032
2	.25791	-.11211	.71441	.07331	.02278
3	-.07602	-.02727	.97688	-.01332	.01192
4	-.02456	.05004	.89255	.03222	-.03358
5	.81090	-.05720	.16499	-.06193	.08710
6	.95869	.00063	-.04815	-.05966	.04436
7	.92826	.00727	-.00976	-.05123	.04661
8	.93493	-.00401	-.07154	.05977	-.02826
9	.87917	.01796	-.00971	.13456	-.07166
10	.88652	.07729	-.00926	.09504	-.06213
11	.37196	.01640	.20311	-.10606	.10258
12	.04581	.18277	.06054	-.05895	.42659
13	.06957	.31278	.10733	.03859	.31003
14	-.00335	-.07572	-.03865	.11390	.84028
15	-.06601	.30735	.32815	.07621	.28903
16	.01469	.04805	-.05508	.25562	.69209
17	.00723	.93126	-.04814	.04966	.01479
18	.04601	.94072	-.04241	.04922	.02228
19	.04641	-.02606	-.02259	.71804	.17116
20	-.02572	.25949	.09969	.67547	-.09508
21	.05249	-.05430	.01926	.77775	.12286

ตารางที่ 3.22 เมตริกโครงสร้างของมาตรการมีส่วนร่วม

ข้อความที่	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
1	.66091	.16231	.69617	.19438	.23609
2	.62900	.12406	.83603	.18558	.28309
3	.41723	.19003	.93376	.09450	.26705
4	.43290	.25172	.88586	.15100	.26613
5	.89686	.08795	.58153	.14617	.28282
6	.93284	.09443	.44432	.15556	.24083
7	.92499	.11108	.47059	.16656	.25403
8	.90363	.09818	.40188	.23122	.20864
9	.88664	.13939	.43738	.29162	.21487
10	.89509	.18746	.45290	.28307	.23555
11	.48029	.10889	.41251	.05334	.21429
12	.19113	.37534	.24617	.23377	.51362
13	.24495	.50577	.31312	.34301	.52270
14	.20112	.35311	.20918	.46666	.84561
15	.22357	.54203	.46251	.36951	.54916
16	.21778	.46592	.20493	.59318	.82032
17	.10315	.94870	.18204	.44333	.45774
18	.14770	.96720	.21185	.45923	.48078
19	.22486	.35550	.14158	.79333	.49746
20	.17234	.51956	.20783	.74827	.36280
21	.24947	.34032	.17343	.82555	.47785

ตารางที่ 3.23 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเทคนิค พีเอ-ที โดยการหมุนแกนและการหมุนแกนเมตริกปัจจัยของมาตรฐาน ภาวะสุขภาพ
อนามัยของประชาชน

ข้อความที่	การวิเคราะห์ด้วยวิธีการหมุนแกน			h ²	การวิเคราะห์ด้วยวิธีการหมุนแกนแบบวาร์imax		
	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3		FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
1	.64769	-.25089	.43593	.67249	.81781	.05159	.03185
2	.61437	-.37012	.24153	.57277	.72152	-.02385	.22717
3	.67040	-.35514	-.39232	.72947	.39241	.14592	.74385
4	.63558	-.35420	-.50734	.78651	.29989	.15473	.82033
5	.81446	-.17125	-.00297	.69268	.66135	.29651	.40912
6	.80447	-.06783	.22542	.70259	.75047	.32884	.17680
7	.79873	-.06633	.31196	.73969	.79561	.30917	.10539
8	.83423	-.14948	.03358	.71941	.68970	.31740	.37812
9	.28774	.60045	.37981	.55759	.22830	.56767	-.46175
10	.67005	.44493	-.38004	.79136	.12683	.50149	.36454
11	.59221	.64915	.00537	.76039	.21439	.84235	-.06978
12	.67078	.48049	-.30723	.77521	.15727	.81602	.26082
13	.68263	.07863	.06877	.47690	.51977	.41580	.18397
λ	6.051	1.729	1.196	9.006			
% Common	67.54	19.19	13.27	100.0			
% Total	46.5	13.3	9.2	69.3			

ในตารางที่ 3.23 และตารางที่ 3.24 เสนอผลการทดสอบ ความแม่นยำในทัศนของมาตรวัด ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งประกอบด้วย 13 ข้อความ ในมาตรวัดนี้ ได้จำแนกออกเป็น 3 มิติ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของมาตรวัดนี้ ได้คิดเป็นร้อยละ 69.3 ของความแปรปรวนทั้งหมด โดยที่มิติแรกสามารถอธิบายได้ร้อยละ 67.5 ของความแปรปรวนที่ได้รับการอธิบาย และมิติที่ 2 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 19.19 ของความแปรปรวนที่ได้รับการอธิบาย และมิติที่ 3 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 13.27 ของความแปรปรวนที่ได้รับการอธิบาย นอกจากนี้ค่าไอแกนวาลูของมิติแรกเท่ากับ 6.081 และค่าไอแกนวาลูของมิติที่สองเท่ากับ 1.729 และมิติที่สามเท่ากับ 1.196 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 1.0 ของโกเชอร์ทั้ง 3 มิติ

เมื่อทำการวิเคราะห์ด้วยการหมุนแกนแบบวาริแมกซ์ และแบบออบลิมิน ซึ่งได้นำเสนอไว้ ในตารางที่ 3.24 จากการวิเคราะห์ด้วยการหมุนแกนทั้งสองแบบปรากฏผลที่คล้ายคลึงกัน คือในมิติที่ 1 จะประกอบด้วยข้อความ 1, 2, 5, 6, 7, 8 และ 14 ในมิติที่ 2 จะประกอบด้วยข้อความที่ 9, 10, 11 และ 12 และมิติที่ 3 จะประกอบด้วยข้อความที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3.24 เมตริกภาระส่วน และเมตริกโครงสร้าง ของมาตรวัด

ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

ข้อความที่	ภาระส่วนปัจจัย (factor pattern)			โครงสร้างปัจจัย (factor structure)		
	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
1	.70126	-.08035	.00955	.66450	.26976	.24373
2	.58008	-.09365	.19391	.59981	.20967	-.38562
3	.24687	-.12775	-.71254	.55459	.30328	.80678
4	.23424	-.10858	-.68160	.52171	.27552	.76980
5	.69809	-.08173	-.16908	.79670	.44201	.41412
6	.83425	-.06419	.07837	.83940	.47408	.21199
7	.92227	-.01619	.17264	.87123	.46300	.14433
8	.72057	-.09687	.15201	.82087	.46709	.40586
9	.11575	.39111	.27080	.21791	.42883	.20235
10	.05943	.83158	-.25925	.44367	.82107	.30019
11	.06391	.80262	.13319	.41821	.82465	.05216
12	.01015	.79867	-.16291	.46387	.81573	.22524
13	.47217	.23912	.04597	.60705	.47776	.22525

ในตารางที่ 3.25 ได้เสนอผลสรุปของการทดสอบความแม่นยำตรงกันในทัศน์ของทั้ง 6 มาตรวัด มาตรวัดที่มีค่าความแปรปรวน ปัจจัยร่วมขนาดค่าสูงสุดได้แก่ มาตรวัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่อสม.เผยแพร์ และมีเพียงมิติเดียว และมาตรวัดที่มีค่าความแปรปรวนปัจจัยร่วมขนาดค่าต่ำสุดได้แก่ มาตรวัดการปรับระบบบริหารให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีมิติต่าง ๆ มากที่สุดถึง 7 มิติ

ตารางที่ 3.25 สรุปผลการทดสอบความมั่นคงมนทัศน์ของ 6 มาตรการ

ชื่อมาตรการ	ข้อความ	มิติ	ปัจจัยร่วม
1) กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ อสม. เผยแพร่	16	1	83.8
2) กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนปฏิบัติ	16	5	66.2
3) การปรับระบบบริหารให้รองรับงาน สาธารณสุขมูลฐาน	23	7	55.7
4) การมีส่วนร่วมของประชาชน	21	5	76.6
5) ความรู้ในการป้องกันโรค	11	2	60.6
6) ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน	13	3	69.3

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้การสัมภาษณ์ตามแนว โดยอบรมพนักงานสัมภาษณ์ให้มีความเข้าใจในแบบสัมภาษณ์อย่างดีพอ โดยให้ครอบคลุมเนื้อหาสาระดังนี้

- ชี้แจงเหตุผลและความสำคัญของหัวข้อการวิจัย
- อธิบายเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์
- ให้พนักงานสัมภาษณ์ ชักถาม ข้อเสนอแนะในแบบสัมภาษณ์ เพื่อความกระจ่างแจ้งในทุกประเด็นของการสัมภาษณ์
- ให้พนักงานสัมภาษณ์ มีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้เมื่อประชาชนมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐาน จะได้ให้คำอธิบายได้อย่างถูกต้อง
- สาธิตวิธีการสัมภาษณ์

เมื่อแน่ใจว่า พนักงานสัมภาษณ์พร้อมที่จะเก็บข้อมูลภาคสนามแล้ว ผู้วิจัยก็ได้กำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บข้อมูล โดยเริ่มต้นการระหว่างเดือนสิงหาคมและเดือนกันยายน โดยที่ผู้วิจัยร่วมเดินทางในการเก็บข้อมูลกับพนักงานสัมภาษณ์ทุกครั้งและเมื่อพนักงานสัมภาษณ์มีอุปสรรคประการใด ผู้วิจัยได้ร่วมในการปรึกษาหารือ เพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาทุกครั้ง

ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์และถ้าหากปรากฏว่าข้อมูลบางส่วนขาดหายไป หรือมีความบกพร่อง ผู้วิจัยก็จะให้พนักงานสัมภาษณ์ ทบทวน และ/หรือรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อความครบถ้วน

ก่อนการเริ่มสัมภาษณ์ในแต่ละวัน ผู้วิจัยจะอธิบายแผนการสัมภาษณ์ในแต่ละวันว่าใครควรเริ่มต้นอย่างไร และจะสัมภาษณ์ในห้องที่ใด ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วทุกคนจะเริ่มต้นที่จุดเดียวกัน และนัดเวลาที่นัดพบกันทุก ๆ 2 ชั่วโมง เพื่อความปลอดภัยและเมื่อประสบปัญหาใดก็จะได้แก้ไขได้ทันที่ ปัญหาส่วนใหญ่ที่ผู้วิจัยพบคือ ในเขตเมือง มักไม่ค่อยให้ความร่วมมือ ในการตอบแบบสัมภาษณ์และประชาชนส่วนใหญ่ในเขตเมือง มักจะไม่ค่อยทราบเกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่ในเขตชนบท ประชาชนจะให้ความสนใจเป็นอย่างสูง และมีความประสงค์จะตอบแบบสอบถาม ทั้งที่ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสุ่มแบบระบบ ที่จะต้องข้ามบางครัวเรือนไป แต่ประชาชนก็สนใจที่จะตอบข้อซักถาม

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ใช้การสังเกตการณ์ในข้อมูลเชิงคุณภาพบางตัว ที่จะมีส่วนเสริมให้รายงานมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เช่น การรักษาความสะอาดของสภาพแวดล้อมบริเวณบ้าน เป็นต้น เพื่อตรวจสอบข้อมูลที่ประชาชนตอบในแบบสัมภาษณ์นั้น สอดคล้องกับความเป็นจริงมากน้อยเพียงใด ในบางท้องที่มีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลในช่วงเย็น เนื่องจากในช่วงเช้าและกลางวันประชาชนมีภารกิจที่จะต้องปฏิบัติ ดังนั้นจึงเหลือแต่เด็กกับคนแก่ แต่ไม่ว่าจะประสบปัญหาอุปสรรคใด ๆ ผู้วิจัยพยายามที่จะแก้ไข เช่น ไม่พบผู้ใดอยู่ในครัวเรือนก็จะกลับไปสอบถามอีกครั้ง หรือในบางท้องที่อันตรายเกินกว่าจะไปคนเดียว ก็จะไปสัมภาษณ์ 2 คน เป็นต้น ในที่สุดการเก็บข้อมูลก็บรรลุผล ในเดือนกันยายน 2535 การดำเนินการขั้นตอนต่อไป จึงเป็นการประมวลและลงรหัสข้อมูลเพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนนี้ได้ดำเนินการในเดือนตุลาคม และเดือนพฤศจิกายน

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนาในการอธิบายลักษณะของตัวแปรขั้นต้น เช่น ร้อยละ ในตัวแปรภูมิหลังของประชากร กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ อสม.ไปเผยแพร่ และ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนปฏิบัติ การบริการเกี่ยวกับระบบงานสาธารณสุข สุข ความรู้ในการป้องกันโรคของประชาชน การมีส่วนร่วมของประชาชน และภาวะ

สุขภาพอนามัยของประชาชน นอกจากนี้ยังใช้ร้อยละ ในการเปรียบเทียบปัจจัยที่สำคัญของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน และผลกระทบที่สำคัญของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่มีต่อภาวะสุขภาพอนามัย

2. ใช้สถิติขั้นสูง ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ได้แก่

2.1 การทดสอบฐานคติของสถิติพาราเมตริก

2.2 การทดสอบความเชื่อถือได้ และการทดสอบความเที่ยงตรงของมาตรวัดได้แก่ การใช้เทคนิคการวิเคราะห์ปัจจัย ในการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง

2.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเพื่อหาว่าตัวแปรใดที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม หรือหาว่าตัวแปรใดที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตามคือ ภาวะสุขภาพอนามัยสูงสุด

2.4 การวิเคราะห์เส้นโยง เพื่อทดสอบแบบจำลองเส้นโยงสมมติฐานที่สร้างขึ้นว่า ตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กันตามตัวแบบหรือไม่

สรุปความ

ในบทที่ 3 การพรรณนาได้ครอบคลุมถึงรูปแบบของการศึกษาวิจัย ซึ่งได้แบ่งเป็นขั้นตอนต่าง ๆ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง โดยระบุประชากรเป้าหมาย ได้แก่ประชาชนในจังหวัดต่าง ๆ 8 จังหวัด และวิธีการสุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มหลายเชิงชั้น ตัวแปรในการวิจัย ทั้งตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ วิธีการสร้างมาตรวัดต่าง ๆ ทั้ง 5 มาตรวัด การทดสอบความเชื่อถือได้ของแบบสัมภาษณ์ พบว่า ในทุกมาตรวัด มีค่าความเชื่อถือได้มากกว่า 0.75 โดยที่มาตรวัดกิจกรรมสาธารณสุขที่อสม. ไปเผยแพร่ นั้น มีค่าความเชื่อถือได้สูงที่สุด การทดสอบความเที่ยงตรงของมาตรวัดพบว่ามาตรวัดการบริหารให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน มีมิติต่าง ๆ มากที่สุด ส่วนมาตรวัด กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่อสม. ไปเผยแพร่ นั้น มีเพียงมิติเดียว วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่รวบรวมมาทั้งหมด ได้รับการประมวลลงรหัส และพร้อมที่จะพิจารณาวิเคราะห์ดังจะได้กล่าวต่อไปในบทที่ 4 และบทที่ 5

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นต้น

ในการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นต้น เพื่อเสนอผลการวิจัยในบทนี้ นั้น ได้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 5 ส่วนคือ

- (1) ภูมิหลังของประชากรที่ศึกษา
- (2) ลักษณะที่สำคัญของตัวแปรสำคัญ
- (3) ปัจจัยสำคัญของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอนามัย
- (4) ผลกระทบที่สำคัญของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่มีต่อภาวะสุขภาพอนามัย
- (5) การทดสอบฐานคติ ของสถิติพาราเมตริก

ภูมิหลังของประชากรที่ศึกษา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 8 จังหวัด ได้ตั้งนี้ ตารางที่ 4.1 รายชื่อ จังหวัด อำเภอ ตำบลที่ทำการศึกษา

จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	จำนวนประชากร (คน)
นนทบุรี	บางใหญ่	บางแม่นาง	15
		บางใหญ่	15
		บางธัญ	15
		ในเมือง	15
อยุธยา	พระนครศรีอยุธยา	พระนครศรีอยุธยา	15
		สำเภาล่ม	15
		หนองไม้ซุง	15
		บ้านช้าง	15
ลพบุรี	ชัยบาดาล	ลำนารายณ์	15
		เขาสมโขชน์	15
		สระโบสถ์	15
		ทุ่งท่าช้าง	15

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	จำนวนประชากร (คน)
บพูนธนี	หนองเสือ	นพรัตน์	15
		คลอง 6	15
		คลอง 7	15
		คลอง 8	15
อ่างทอง	ไชโย	จรเข้ไฉย	15
		ชัยฤทธิ์	15
		ตลาดหลวง	15
		โพสะ	15
สิงห์บุรี	เมือง	บางพุทรา	15
		บางมัญ	15
		บางน้ำเขียว	15
		บ้านเป้ง	15
สระบุรี	เมือง	ปากเพรียว	15
		ห้วยบง	15
		หนองจิต	15
		ห้วยทราย	15
ชัยนาท	มโนรมย์	คิ่งสำเภา	15
		ตลาดน	15
		บ้านกล้วย	15
		หาดท่าเสา	15

ในประชากรที่ศึกษา จะเก็บรวบรวมข้อมูลจาก จังหวัดในภาคกลาง 8 จังหวัด ในแต่ละจังหวัดจะเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 2 อำเภอ ในแต่ละอำเภอจะเก็บรวบรวมจาก 2 ตำบล ตำบลละ 15ครัวเรือน รายชื่อของจังหวัด อำเภอ ตำบลต่าง ๆ ปรากฏอยู่ในตารางที่ 4.1

ลักษณะของภูมิหลังของประชากร ได้จำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพในครอบครัว อาชีพ พบว่า ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวนถึงร้อยละ 55.4 สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับอายุนั้น ประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 28.3 มีอายุ 40-49 ปี ส่วนในเรื่องการศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 68.6 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา สำหรับสถานภาพทางครอบครัวของประชากร ส่วนใหญ่ร้อยละ 44.0 เป็นหัวหน้าครอบครัว ในส่วนที่เกี่ยวกับอาชีพ ประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 26.0 ทำนา รองลงมาคืออาชีพอื่น ๆ ร้อยละ 23.9 ซึ่ง ในที่นี้ได้แก่ รับราชการ นักศึกษา และทำหลาย ๆ อย่างรวมกัน รายละเอียดของภูมิหลังของประชากร ดูได้จากตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของภูมิหลังของประชากร

ภูมิหลังของประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	214	44.6
หญิง	266	55.4
อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	77	16.0
30 - 39 ปี	111	23.2
40 - 49 ปี	136	28.3
50 - 59 ปี	86	17.9
60 ปีขึ้นไป	70	14.6

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ภูมิหลังของประชากร	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	26	5.4
ประถมศึกษา	329	68.6
มัธยมศึกษา	84	17.5
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	41	8.5
สถานภาพในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	211	44.0
ภรรยา	195	40.6
บุตร ธิดา	55	11.5
ผู้อาศัย	17	3.5
อื่น ๆ	2	0.4
อาชีพ		
ทานา	125	26.0
ทำไร่	13	2.7
ทานา , ทำไร่	29	6.0
ค้าขาย	99	20.6
รับจ้าง	99	20.6
อื่น ๆ	115	23.9
รวม	480	100

ในเรื่องของ อสม. พบว่า ประชาชนร้อยละ 44.0 ทราบว่ามี อสม. อยู่ในหมู่บ้าน และทราบเพศร้อยละ 38.7 ซึ่งมีประชาชนเพียง 27.3 เท่านั้น ที่รู้จัก อสม. และทราบว่าหน้าที่ของ อสม. มีส่วนในการป้องกันโรค ร้อยละ 19.4 รักษาโรคร้อยละ 5.2 และอื่น ๆ ร้อยละ 6.3 กล่าวได้ว่ามีประชาชนจำนวนน้อยมากที่เข้าใจบทบาทและหน้าที่ของ อสม. รายละเอียดในเรื่องนี้ได้ในตารางที่ 4.3 - ตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของ อสม. ในหมู่บ้าน

อสม. ในหมู่บ้าน	จำนวน	ร้อยละ
มี	211	44.0
ไม่มี	84	17.5
ไม่ทราบ	185	38.5
รวม	480	100

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของ อสม. ที่ประชาชนรู้จัก

เพศของ อสม.	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	89	18.5
หญิง	97	20.2
ไม่ทราบ	25	5.2
ไม่ตอบ	269	56.1
รวม	480	100

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของเพศของ อสม. ที่ประชาชนรู้จัก

อสม. ที่ประชาชนรู้จัก	จำนวน	ร้อยละ
รู้จัก	131	27.3
ไม่รู้จัก	271	56.5
ไม่ทราบ, ไม่ตอบ	78	16.2
รวม	480	100

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของหน้าที่ของ อสม.

หน้าที่ของ อสม.	จำนวน	ร้อยละ
ป้องกันโรค	93	19.4
รักษาโรค	25	5.2
อื่น ๆ	30	6.3
ไม่ทราบ	163	34.0
ไม่ตอบ	169	35.1
รวม	480	100

ลักษณะที่สำคัญของตัวแปรสำคัญ

ในเรื่องของกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ อสม. ทั่วไปเผยแพร่ ข้อมูลที่ได้แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่ อสม. เผยแพร่มากที่สุดถึงร้อยละ 29.4 คือ การเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย รองลงมา คือ การสร้างเสริม ร้อยละ 27.3 ในขณะที่กิจกรรมซึ่งประชาชนปฏิบัติมากที่สุดถึงร้อยละ 79.6 คือการสร้างเสริม รองลงมาคือ การจัดสภาพแวดล้อมรอบบ้านให้สะอาด และการจัดหาน้ำสะอาดเพื่อบริโภคในครอบครัวโดยมีค่าตอบร้อยละ 69.8 และ 69.2 เรียงตามลำดับรายละเอียดได้จากตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของกิจกรรมทางสาธารณสุขมูลฐานที่ อสม. เผยแพร่และที่ประชาชนปฏิบัติ

กิจกรรมทางสาธารณสุขมูลฐาน	กิจกรรมที่ อสม. นำไปเผยแพร่แก่ประชาชน				กิจกรรมที่ประชาชนปฏิบัติ			
	เคย		ไม่เคย		ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย	141	29.4	339	70.6	143	29.8	337	70.2
2. การช่วยรักษาชาวบ้านในยามเจ็บป่วย	92	19.2	388	80.8	117	24.4	363	75.6
3. การนำเด็กไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค	122	25.4	358	74.6	233	48.5	247	51.5
4. การจัดหาผ้าสะอาดเพื่อบริโภคในครอบครัว	111	23.1	369	76.9	332	69.2	148	30.8
5. การสร้างส้วมที่ถกสขลักษณะ	131	27.3	349	72.7	382	79.6	98	20.4
6. การจัดสภาพแวดล้อมรอบบ้านให้สะอาด	115	24.0	365	76.0	335	69.8	145	30.2
7. การแนะนำหญิงมีครรภ์ให้ไปตรวจที่สถานบริการสาธารณสุขและแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนระหว่างคลอดและ หลังคลอด	106	22.1	374	77.9	164	34.2	316	65.8
8. การรับบริการวางแผนครอบครัวที่สถานบริการสาธารณสุขและจำหน่ายคุมกำเนิด	109	22.5	372	77.5	151	31.5	329	68.5
9. การใช้ยาให้ถูกต้อง	110	22.9	370	77.1	221	46.0	259	54.0
10. การชั่งน้ำหนักเด็กอายุ 0-5 ปี เพื่อหาเด็กขาดสารอาหาร	118	24.6	362	75.4	171	35.6	309	64.4
11. การจ่ายอาหารเสริมเลี้ยงทารกแก่เด็กที่ขาดสารอาหาร	79	16.5	401	83.5	109	22.7	371	77.3

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

กิจกรรมทางสาธารณชน	กิจกรรมที่ อสม. นำไปเผยแพร่แก่ประชาชน				กิจกรรมที่ประชาชนปฏิบัติ			
	เคย		ไม่เคย		ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
12.การตรวจ/คัดเลือกผู้ป่วยที่มีสภาพ ผอมารักษา	58	12.1	422	87.9	96	20.0	354	80.0
13.การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ จิต	37	7.7	443	92.3	57	11.9	423	88.1
14.การนำเทคโนโลยีที่ได้รับการอบรม มาป้องกันและควบคุมโรคในท้องถิ่น ของท่าน	58	12.1	422	87.9	62	12.9	418	87.1
15.กิจกรรมอื่น ๆ ที่ อสม./พสล. แนะนำ นอกเหนือจากนี้								
1. (มีความหลากหลายในคำตอบ	6	1.3	474	98.7	4	0.8	476	99.2
2. จึงไม่สามารถระบุได้)	4	0.8	476	99.2	1	0.2	479	99.8

ในเรื่องการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน จะพบว่า เมื่อประชาชนเจ็บป่วย บุคคลแรกที่ประชาชนจะปรึกษามากที่สุด คือ บุคคลในครัวเรือนหรือญาติ โดยมีค่าตอบในส่วนนี้มากที่สุด คือร้อยละ 54.4 รองลงมาคือการปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งประชาชนปฏิบัติกันอยู่ร้อยละ 37.5 ส่วนขอสม./ผสส.จะมีประชาชนไปปรึกษาเพียงร้อยละ 10.8 เท่านั้น

เมื่อประชาชนเจ็บป่วย ส่วนใหญ่แล้วประชาชนร้อยละ 47.9 ไปรักษาที่สถานอนามัย รองลงมา ได้แก่ การไปรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัด และโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดร้อยละ 47.7 และร้อยละ 47.1 เรียงตามลำดับ และมีบางส่วนคือ ร้อยละ 16.0 มารักษาที่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ

กล่าวได้ว่าส่วนใหญ่ประชาชนร้อยละ 45.4 ได้รับความรู้ในการป้องกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รองลงมา คือ การได้รับความรู้จากสิ่งอื่น ๆ ร้อยละ 31.7 ได้แก่ หนังสือ แผ่นปลิว ป้ายโปสเตอร์ตามสำนักงานสาธารณสุข หรือสถานอนามัย โทรทัศน์ วิทยุ เป็นต้น รายละเอียดของเรื่องต่าง ๆ ดูได้ในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของการบริการเกี่ยวกับระบบงานสาธารณสุข

การรับระบบบริการให้รองรับงาน สาธารณสุขมูลฐาน	เคย		ไม่เคย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่ประชาชนปรึกษาเมื่อเจ็บป่วย				
บุคคลในครัวเรือนของท่าน/ญาติ	261	54.4	219	45.6
อส.ม.ส.ส.	52	10.8	428	89.2
กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน	15	3.1	465	96.9
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	180	37.5	300	62.5
อื่น ๆ ระบุ	121	25.2	359	74.8
การบริการที่ประชาชนเลือกใช้				
รักษาที่สถานีอนามัย	230	47.9	250	52.1
รักษาที่โรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด	226	47.1	254	52.9
รักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัด	229	47.7	251	52.3
รักษาที่โรงพยาบาลในกรุงเทพ	77	16.0	403	84.0
หน่วยแพทย์เคลื่อนที่	26	5.4	454	94.6
ปล่อยไว้เฉย ๆ ให้หายเอง	25	7.3	445	92.7
รักษาแบบไสยศาสตร์	20	4.2	460	95.8
ซื้อยาที่กองทุนยารับประทานเอง	68	14.2	412	85.8
ใช้สมุนไพรรักษา/รักษาแบบแผนโบราณ	72	15.0	408	85.0
รักษากับหมอที่ท่านรู้จักคุ้นเคย	153	31.9	327	68.1
อื่น ๆ ระบุ	62	12.9	418	87.1
บุคคลที่ประชาชนได้รับความรู้ในการป้องกันโรค				
อส.ม.ส.ส.	72	15.0	408	85.0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล/อำเภอ	218	45.4	262	54.6
คณะกรรมการหมู่บ้าน	30	6.3	450	93.8
คณะกรรมการสาธารณสุข (คปสอ)	40	8.3	440	91.7
ครู	70	14.6	410	85.4
องค์กรเอกชน ระบุ	15	3.1	465	96.9
อื่น ๆ ระบุ	152	31.7	328	68.3

ในเรื่องของความรู้ในการป้องกันโรค ได้แยกหัวข้อของความรู้ออกเป็น 4 เรื่องใหญ่ ๆ ได้แก่ ความรู้ในการป้องกันและรักษาโรคหัด ความรู้ในการป้องกันและรักษาโรคอุจจาระร่วง ความรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก และความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งในแต่ละข้อจะมีค่าน้ำหนักคะแนนแตกต่างกัน แต่พบว่า ส่วนใหญ่แล้วประชาชนจะรู้จักการป้องกันและรักษาโรคเป็นอย่างดี กล่าวคือ เมื่อประชาชนเป็นไข้หวัด ประชาชนเหล่านี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 43.5 แก้ไขปัญหาด้วยการไปหาหมอ ประชาชนจำนวนรองลงมาร้อยละ 42.1 ใช้วิธีซื้อยากินเอง ส่วนการป้องกันโรคหัดนั้น ประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.1 ทราบดีว่า ควรรักษาร่างกายให้อบอุ่น และพักผ่อนให้พอเพียง ตูยละเอียดในตารางที่ 4.9

เกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงนั้น ข้อมูลที่ได้แสดงให้เห็นว่า ประชาชนส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 82.7 มีความคิดว่าโรคอุจจาระร่วงนั้นสามารถป้องกันได้ ในจำนวนนี้มีประชาชนร้อยละ 65.6 ที่คิดว่าการป้องกันโรคอุจจาระร่วงนั้นกระทำได้โดยการดื่มน้ำและรับประทานอาหารที่สะอาด สำหรับการแก้ไขด้วยการไปหาหมอนั้น มีประชาชนร้อยละ 39.8 ที่ไปหาหมอเมื่อเป็นโรคอุจจาระร่วง ตูยละเอียดในตารางที่ 4.10

ความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กนั้น ประชาชน ส่วนใหญ่ร้อยละ 79.6 ตอบว่าได้พาเด็กไปฉีดวัคซีนในการป้องกันโรค ประชาชนร้อยละ 71.5 ตอบว่าได้พาลูกไปซึ้นน้ำหนัก ส่วนผู้ที่มีความรู้ว่าการซึ้นน้ำหนักเด็กทำให้ทราบการเจริญเติบโตของเด็กมีจำนวน ร้อยละ 55.8 ผู้ที่เลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึงหกเดือนโดยให้กินนมแม่อย่างเดียว มีจำนวน ร้อยละ 44.0 รายละเอียดดูได้ในตารางที่ 4.11

ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในหมู่ประชาชนนั้น มีผู้รู้จักโรคเอดส์ร้อยละ 73.3 และไม่รู้จักร้อยละ 26.7 และผู้ที่ทราบวิธีป้องกันโรคเอดส์มีเพียงร้อยละ 58.8 ส่วนประชาชนอีก ร้อยละ 41.2 ไม่ทราบวิธีป้องกัน ซึ่งน่าเป็นห่วงต่ออนาคตของประเทศ ที่ประชาชนในชนบทยังขาดความรู้ และวิธีป้องกันโรคเอดส์ รายละเอียดดูได้ในตารางที่ 4.12 และตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของความรู้ในการป้องกันและรักษาโรคหวัด

ความรู้ในการป้องกันและรักษาโรคหวัด	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการรักษา		
ปล่อยไว้เฉย ๆ ให้หายเอง	11	2.3
ซื้อยากินเอง	202	42.1
พักผ่อนมาก ๆ	40	8.3
ไปหาหมอ	209	43.5
ไม่ทราบ	9	1.9
อื่น ๆ	9	1.9
วิธีการป้องกัน		
รักษาร่างกายให้อบอุ่น และพักผ่อนให้เพียงพอ	303	63.1
หลีกเลี่ยงจากผู้เป็นหวัด	53	11.0
ไม่ต้องป้องกัน เพราะเป็นเองก็หายเองได้	26	5.4
ออกกำลังกายเป็นประจำ	16	3.3
ไม่ทราบ	66	13.8
อื่น ๆ	16	3.3
รวม	480	100

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของความรู้ในการป้องกันและรักษาโรคอุจจาระร่วง

ความรู้ในการป้องกันและรักษาโรคอุจจาระร่วง	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการรักษาเบื้องต้น		
ดื่มน้ำมาก ๆ / ดื่มน้ำเกลือแร่	167	34.8
งดอาหารทุกชนิด	14	2.9
ไปหาหมอ	191	39.8
ไม่ทราบ	49	10.2
อื่น ๆ	59	12.2
การป้องกัน		
ได้	397	82.7
ไม่ได้	41	8.5
ไม่ทราบ	42	8.8
วิธีการป้องกัน		
ถ่ายอุจจาระในส้วม	59	12.3
ดื่มน้ำและรับประทานอาหารที่สะอาด	315	65.6
ไม่ทราบ	88	18.3
อื่น ๆ	18	3.8
รวม	480	100

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของความรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก

ความรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
การฉีดวัคซีนป้องกันโรค		
เคย	382	79.6
ไม่เคย	28	5.9
ไม่มีบุตร	70	14.5
การชั่งน้ำหนักเด็ก		
ชั่ง	343	71.5
ไม่ได้ชั่ง	67	14.0
ไม่มีบุตร	70	14.5
วัตถุประสงค์ในการชั่งน้ำหนักเด็ก		
การขาดสารอาหาร	49	10.2
การเจริญเติบโตของเด็ก	268	55.8
ไม่มีผลอย่างใดต่อเด็ก	50	10.4
ไม่ทราบ	90	18.8
อื่น ๆ	23	4.8
การให้อาหารแก่เด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน		
กินนมแม่อย่างเดียว	211	44.0
กินข้าว กับไข่ เนื้อสัตว์และน้ำต้มกระดูก	88	18.3
กินนมแม่และนมชั้นหวาน	65	13.5
อื่น ๆ	116	24.2
รวม	480	100

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

โรคเอดส์	จำนวน	ร้อยละ
รู้จัก	352	73.3
ไม่รู้จัก	128	26.7
รวม	480	100

ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์

วิธีป้องกัน	จำนวน	ร้อยละ
ทราบวิธีป้องกัน	282	58.8
ไม่ทราบ	198	41.2
รวม	480	100

เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมสาธารณะสุขมูลฐานนั้น พบว่า ประชาชนยังมีส่วนร่วมในเรื่องนี้น้อยมาก ประชาชนที่มีส่วนร่วมในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับสาธารณะสุข และไม่เกี่ยวข้องกับสาธารณะสุขมีสัดส่วนเท่าเทียมกัน คือ ร้อยละ 7.3 ซึ่งในจำนวนคนเหล่านี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 71.4 เป็นกรรมการหรือสมาชิก และยังพบต่อไปว่ากิจกรรมที่มีส่วนร่วมมากที่สุด คือ ช่วยวางแผนและแก้ปัญหา กล่าวคือ มีประชาชนที่คิดว่าตนมีส่วนร่วมในเรื่องนี้มากที่สุด ร้อยละ 1.7 สำหรับกิจกรรมที่ประชาชนคิดว่าตนมีส่วนร่วมมาก คือ การช่วยในการดำเนินงาน โดยมีประชาชนร้อยละ 3.8 ที่ให้คำตอบในข้อนี้ ประชาชนร้อยละ 8.3 คิดว่าการช่วยด้านวัสดุอุปกรณ์เป็นกิจกรรมที่มีส่วนร่วมปานกลาง ประชาชนร้อยละ 2.1 คิดว่า กิจกรรมที่ตนมีส่วนร่วมน้อย คือ ช่วยในการจัดสรรผลประโยชน์ ช่วยในด้านวัสดุอุปกรณ์ และ

ช่วยในการตัดสินใจ ส่วนการช่วยจัดสรรผลประโยชน์ มีประชาชน ร้อยละ 5.4 คิดว่ากิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่ตนที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ รายละเอียดได้ในตารางที่ 4.14 - ตารางที่ 4.16

เมื่อศึกษาถึงเรื่องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของประชาชน แล้วพบว่า ประชาชนร้อยละ 26.5 ทราบเกี่ยวกับการดำเนินงานของ อสม. และมีประชาชนร้อยละ 14.6 ที่ได้เข้าร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน ส่วนผู้ที่เคยเข้ารับการอบรมในโครงการต่างๆ ของงานสาธารณสุขมูลฐาน มีร้อยละ 14.4 ประชาชนร้อยละ 16.9 ตอบว่าตนเป็นสมาชิกโครงการบัตรสุขภาพ และมีประชาชนร้อยละ 12.5 ตอบว่า เป็นสมาชิกกองทุนต่าง ๆ ของการสาธารณสุขมูลฐาน ส่วนผู้ที่คิดว่าจะเข้าร่วมถ้าเจ้าหน้าที่มาเผยแพร่กิจกรรมต่าง ๆ มีถึงร้อยละ 46.3 รายละเอียดได้ในตารางที่ 4.17

ในเรื่องผลของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ พบว่าประชาชนร้อยละ 10.2 ได้รับความรู้ที่ได้รับการอบรมมาปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับประเด็นเกี่ยวกับการเห็นความสำคัญของกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน มีประชาชนร้อยละ 27.1 ที่ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ในระดับปานกลาง และประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 29.8 ที่คิดว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาชักจูงให้ประชาชนเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ น้อยที่สุด รายละเอียดได้ในตารางที่ 4.18 และเมื่อทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชน ร้อยละ 75.4 ไม่แน่ใจว่ากิจกรรมที่ตนเข้าไปมีส่วนร่วมนั้นเป็นการะแ่ก่เขามากเกินไปหรือไม่ ส่วนร้อยละ 14.0 คิดว่าพอดีแล้ว และที่คิดว่ามากเกินไปมีเพียงร้อยละ 0.8 รายละเอียดได้ในตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละของการเป็นสมาชิกกลุ่ม

การเป็นสมาชิกกลุ่ม	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข	35	7.3
กลุ่มที่ไม่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข	35	7.3
ไม่เคยเป็นสมาชิกกลุ่มใด ๆ	410	85.4
รวม	480	100

ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละของตำแหน่งของสมาชิกในกลุ่ม

ตำแหน่ง	จำนวน	ร้อยละ
ประธาน	9	12.8
กรรมการ	50	71.4
เลขานุการ	9	12.8
เหรัญญิก	2	3.0
รวม	70	100

ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ

กิจกรรมที่เข้าร่วม	ไม่เข้าร่วม		มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วางแผน/แก้ปัญหา	399	82.7	8	1.7	15	3.1	29	6.0	4	0.8	25	5.2
ดำเนินงาน	394	82.1	5	1.0	18	3.8	35	7.3	5	1.0	23	4.8
จัดสรรผลประโยชน์	402	83.7	5	1.0	8	1.7	29	6.0	10	2.1	26	5.4
ออกวัสดุ/อุปกรณ์	393	81.9	6	1.3	7	1.5	40	8.3	10	2.1	24	5.0
ออกเงิน/ค่าจ้าง	396	82.5	2	0.4	10	2.1	44	9.2	8	1.7	20	4.2
ตัดสินใจ	404	84.2	3	0.6	10	2.1	41	8.5	10	2.1	12	2.5
อื่น ๆ ระบุ	456	95.0	2	0.4	3	0.6	12	2.5	--	--	7	1.5

ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ	จำนวน	ร้อยละ
การดำเนินงานของ อสม./พสส. ทราบ ไม่ทราบ	127 353	26.5 73.5
การร่วมกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน ร่วม ไม่ได้ร่วม	70 410	14.6 85.4
การอบรมในโครงการต่าง ๆ ของงานสาธารณสุขมูลฐาน เคย ไม่เคย	69 411	14.4 85.6
การเป็นสมาชิกโครงการบัตรสุขภาพ เป็น ไม่เป็น	81 399	16.9 83.1
การเป็นสมาชิกกองทุนต่าง ๆ ของสาธารณสุข เป็น ไม่เป็น	60 420	12.5 87.5
การร่วมกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน ถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเผยแพร่ เข้าร่วม ไม่เข้าร่วม	222 258	46.3 53.7
รวม	480	100

ตารางที่ 4.18 จำนวนและร้อยละของผลของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ

ผลของการมีส่วนร่วม ในกิจกรรมต่าง ๆ	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด		ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การนำความรู้ที่ได้รับ อบรมมาปฏิบัติ	15	3.1	24	5.0	49	10.2	13	2.7	27	5.6	352	73.3
ความสำคัญของกิจกรรม สาธารณชนมวลฐาน	31	6.5	87	18.1	130	27.1	33	6.9	51	10.6	148	30.9
การเข้าร่วมในกิจกรรม ต่าง ๆ โดยผ่านเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	9	1.9	39	8.1	91	19.0	86	17.9	143	29.8	112	23.4

ตารางที่ 4.19 จำนวนและร้อยละของทัศนคติในกิจกรรมที่มีส่วนร่วม

ภาระในการเข้าไปมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
มากเกินไป	4	0.8
พอดีแล้ว	67	14.0
ไม่มากเกินไป	47	9.8
ไม่แน่ใจ	362	75.4
รวม	480	100

ในเรื่องภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยให้ประชาชนเปรียบเทียบสุขภาพของตนเองในปัจจุบันกับอดีต ส่วนใหญ่แล้วจะเปรียบเทียบว่า เหมือนเดิม คือ โรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 29.6 โรคระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 22.5 โรคท้องขึ้นหรือโรคที่พบบ่อย ร้อยละ 7.9 โรคอื่น ๆ ที่สำคัญ ร้อยละ 16.0 ส่วนเมื่อสอบถามประชาชนว่า ท่านมีส่วนช่วยให้สุขภาพของประชาชนเป็นอย่างไร ส่วนใหญ่ก็ตอบว่าเหมือนเดิม ร้อยละ 37.7 แต่เมื่อให้ประเมินสุขภาพโดยส่วนรวมของประชาชนในหมู่บ้าน จะพบว่า ส่วนใหญ่คิดว่าประชาชนในหมู่บ้านมีสุขภาพดีขึ้นพอสมควร ร้อยละ 36.7 และคิดว่าประชาชน มีความสามารถดูแลสุขภาพอนามัยได้ดีขึ้นเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.0 และคิดว่าเมื่อประชาชนได้รับความรู้แล้วจะ ทำให้สุขภาพของเขาดีขึ้น เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 33.1 ซึ่งรายละเอียดในเรื่องนี้ได้แสดงในตารางที่ 4.20

ในเรื่องภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนในปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนไม่เคยป่วยเลยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 51.7 รองลงมา คือ ป่วย 1-3 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 43.8 ส่วนใหญ่จะเป็นโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ เช่น โรคหวัด ร้อยละ 40.2 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ 1-3 วัน ร้อยละ 21.8 สาเหตุของการเจ็บป่วยคือ พักผ่อนไม่เพียงพอเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 29.4 และเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่ก็มีได้ขาดรายได้ มาใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 62.7 มีผู้ขาดรายได้ต่ำกว่า 100 บาท ร้อยละ 17.3 และรองลงมา 100-200 บาท ร้อยละ 14.6 ซึ่งรายละเอียดในเรื่องนี้ได้แสดงในตารางที่ 4.21 และเมื่อเจ็บป่วยคิดว่า เป็นปัญหาที่สำคัญปานกลาง ร้อยละ 26.3 รองลงมาคิดว่าเป็นปัญหามาก ร้อยละ 24.2 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.20 จำนวนและร้อยละของภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนเมื่อเทียบกับอดีต

ภาวะสุขภาพอนามัย ของประชาชน	ดีขึ้นมาก		ดีขึ้นพอประมาณ		เหมือนเดิม		เลวลง		เลวลงมาก		ไม่ตอบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพอนามัยของ ประชาชนในปัจจุบัน												
โรคระบบทางเดินหายใจ	32	6.7	108	22.5	142	29.6	33	6.9	3	0.6	162	33.8
โรคระบบทางเดินอาหาร	26	5.4	84	17.5	108	22.5	25	5.2	5	1.0	232	48.3
โรคท้องผูกหรือโรคที่ทาน พบบ่อย	2	0.4	35	7.3	38	7.9	15	3.1	-	-	390	81.3
โรคอื่น ๆ ที่สำคัญ	1	0.2	10	2.1	77	16.0	17	3.5	3	0.6	372	77.5
บทบาทของทางติดต่อภาวะ สุขภาพของประชาชน	14	2.9	123	25.6	181	37.7	10	2.1	1	0.2	151	31.5
ภาวะสุขภาพอนามัยของ ของประชาชนส่วนรวม ในหมู่บ้าน	27	5.6	176	36.7	128	26.7	20	4.2	2	0.4	127	26.5
สามารถในการดูแลสุขภาพ อนามัยของตนเอง เมื่อ เทียบกับ 10 ปีที่ผ่านมา	93	19.4	211	44.0	43	9.0	23	4.8	1	0.2	109	22.7
ภาวะสุขภาพอนามัยของ ประชาชนในหมู่บ้าน หลัง จากที่ได้รับความรู้	38	7.9	159	33.1	111	23.1	12	2.5	-	-	160	33.3

ตารางที่ 4.21 จำนวนและร้อยละของภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนในปัจจุบัน

ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนในปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่เจ็บป่วยในช่วงเวลา 1 เดือน		
ไม่เคยป่วย	248	51.7
ป่วย 1-3 ครั้ง	200	43.8
ป่วย 4-6 ครั้ง	17	3.5
ป่วย 7 ครั้งขึ้นไป	5	1.0
โรคที่มีอาการเจ็บป่วย		
ทางเดินหายใจ	193	40.2
ทางเดินอาหาร	11	2.3
อื่น ๆ	28	5.8
ไม่เคยเป็นโรค	248	51.7
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย		
1-3 วัน	105	21.8
4-6 วัน	66	13.7
7 วันขึ้นไป	60	12.6
ไม่ตอบ	249	51.0
สาเหตุของการเจ็บป่วย		
รับประทานอาหารไม่เพียงพอ	4	0.8
พักผ่อนไม่เพียงพอ	141	29.4
ต้องทำงานหนักเกินความสามารถ	24	5.0
มีโรคประจำตัว	48	10.0
รับประทานยาผิดประเภท	3	0.6
อื่น ๆ ระบุ	12	2.5
ไม่เคยป่วยเลย	248	51.7

ตารางที่ 4.21 (ต่อ)

ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนในปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ที่ขาดเมื่อเจ็บป่วย		
ไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ	301	62.7
ต่ำกว่า 100 บาท	83	17.3
100-200 บาท	70	14.6
200 บาทขึ้นไป	26	5.4
รวม	480	100

ตารางที่ 4.22 จำนวนและร้อยละของระดับของปัญหา เมื่อเกิดการเจ็บป่วย

ระดับของปัญหา	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	61	12.7
มาก	116	24.2
ปานกลาง	126	26.3
น้อย	37	7.7
น้อยที่สุด	18	3.8
ไม่ตอบ	122	25.4
รวม	480	100

ปัจจัยสำคัญของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพอนามัย

กลไกที่สำคัญของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ การมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในท้องถิ่น ซึ่งมีทุกจังหวัด และอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ที่เผยแพร่กิจกรรมต่าง ๆ แก่ประชาชน ดังนั้นในส่วนนี้จึงได้มีการศึกษาว่า ประชาชนที่รู้จัก อสม. กับไม่รู้จัก อสม. มีการปฏิบัติแตกต่างกันหรือไม่ และกิจกรรมต่าง ๆ ที่อสม. นำไปเผยแพร่ต่อประชาชนได้มีการปฏิบัติตามหรือไม่ ดังตารางที่ 4.23 และตารางที่ 4.24

ตารางที่ 4.23 ข้อมูลที่ได้รับแสดงให้เห็นว่าประชาชนที่รู้จัก อสม. จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่าประชาชนที่ไม่รู้จักอสม. ยกเว้นเพียงกิจกรรมเดียว คือการจัดหาน้ำสะอาดเพื่อบริโภคในครอบครัว ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าประชาชนที่ไม่รู้จักอสม. กลับมีการปฏิบัติกิจกรรมนี้มากกว่าประชาชนที่รู้จักอสม.

ตารางที่ 4.24 เปรียบเทียบกันระหว่างกิจกรรมต่าง ๆ แล้ว จะพบว่ากิจกรรมที่อสม. ไปเผยแพร่และประชาชนปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การสร้างส้วมที่ถูกสุขลักษณะ รองลงมาคือ การจัดสภาพแวดล้อมรอบบ้านให้สะอาด กิจกรรมที่อสม. ไปเผยแพร่และประชาชนไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุด คือ การเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย รองลงมาคือ การชั่งน้ำหนักเด็กอายุ 0-5 ปี เพื่อหาเด็กขาดสารอาหาร กิจกรรมที่ อสม. ไม่ได้ไปเผยแพร่แต่ประชาชนปฏิบัติมากที่สุด คือ การสร้างส้วมที่ถูกสุขลักษณะ รองลงมาคือจัดหาน้ำสะอาดสำหรับบริโภค และกิจกรรมที่อสม. ไม่ได้ไปเผยแพร่ และประชาชนไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุด คือการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต และรองลงมา คือ การนำเทคโนโลยีที่ได้รับการอบรมมาป้องกัน และควบคุมโรคในท้องถิ่นของท่าน

ตารางที่ 4.23 จำนวนและร้อยละของกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนปฏิบัติ เปรียบเทียบระหว่างประชาชนที่รู้จัก
อสม. และประชาชนที่ไม่รู้จัก อสม.

กิจกรรมทางสาธารณสุขมูลฐาน	ประชาชนที่รู้จัก อสม.				ประชาชนที่ไม่รู้จัก อสม.			
	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ		ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย	59	45.4	71	54.6	70	25.8	201	74.2
2. การช่วยรักษาชาวบ้านในยามเจ็บป่วย	39	30.0	91	70.0	62	22.9	209	77.1
3. การนำเด็กไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค	71	54.6	59	45.4	124	45.8	147	54.2
4. การจัดหาผ้าสะอาดเพื่อบริโภคในครอบครัว	85	65.4	45	34.6	190	70.1	81	29.9
5. การสร้างส้วมที่ปกสยลักษณะ	111	85.4	19	14.6	209	77.1	62	22.9
6. การจัดสภาพแวดล้อมรอบบ้านให้สะอาด	99	76.1	31	23.9	179	66.1	92	33.9
7. การแนะนำหญิงมีครรภ์ให้ไปตรวจที่สถานบริการสาธารณสุขและแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนระหว่างคลอดและ หลังคลอด	62	47.7	68	52.3	76	28.0	195	72.0
8. การรับบริการวางแผนครอบครัวที่สถานบริการสาธารณสุขและจ่ายยาคุมกำเนิด	57	43.8	73	56.2	75	27.7	196	72.3
9. การให้ยาให้ถูกต้อง	57	43.8	73	56.2	123	45.4	148	54.6
10. การชั่งน้ำหนักเด็กอายุ 0-5 ปีเพื่อหาเด็กขาดสารอาหาร	54	41.5	76	58.5	90	33.2	181	66.8
11. การจ่ายอาหารเสริมเลี้ยงทารกแก่เด็กขาดสารอาหาร	42	32.3	88	67.7	56	20.7	215	79.3

ตารางที่ 4.23 (ต่อ)

กิจกรรมทางสาธารณสุขมูลฐาน	ประชาชนที่รู้จัก อสม.				ประชาชนที่ไม่รู้จัก อสม.			
	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ		ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
12.การตรวจ/คัดเลือกผู้ป่วยที่มีสภาพ ผอมารักษา	41	31.5	89	68.5	49	18.1	222	81.9
13.การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ จิต	26	20.0	104	80.0	20	7.4	251	92.6
14.การนำเทคโนโลยีที่ได้รับการอบรม มาป้องกันและควบคุมโรคในท้องถิ่น ของท่าน	31	23.8	99	76.2	25	9.2	246	90.8

ตารางที่ 4.24 จำนวนและร้อยละของกิจกรรมที่ อสม.ไปเผยแพร่และประชาชนได้ปฏิบัติ

กิจกรรมทางสาธารณสุขมูลฐาน	กิจกรรมที่อสม.ไปเผยแพร่และประชาชนปฏิบัติ		กิจกรรมที่อสม.ไปเผยแพร่และประชาชนไม่ปฏิบัติ		กิจกรรมที่อสม.ไม่ได้เผยแพร่และประชาชนปฏิบัติ		กิจกรรมที่อสม.ไม่ได้เผยแพร่และประชาชนไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย	93	19.5	48	10.0	49	10.3	288	60.3
2. การช่วยรักษาชาวบ้านในยามเจ็บป่วย	62	13.0	30	6.3	54	11.3	332	69.4
3. การนำเด็กไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค	102	21.3	20	4.2	129	27.0	227	47.5
4. การจัดหาน้ำสะอาดเพื่อบริโภคในครอบครัว	99	20.7	12	2.5	231	48.3	136	28.5
5. การสร้างส้วมที่ปลอดภัย	121	25.3	10	2.1	259	54.2	88	18.4
6. การจัดสภาพแวดล้อมรอบบ้านให้สะอาด	109	22.8	6	1.3	224	46.9	139	29.1
7. การแนะนำหญิงมีครรภ์ให้ไปตรวจที่สถานบริการสาธารณสุขและแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนระหว่างคลอดและ หลังคลอด	75	15.7	31	6.5	88	18.4	284	59.4
8. การรับบริการวางแผนครอบครัวที่สถานบริการสาธารณสุขและจ่ายยาคุมกำเนิด	85	17.8	23	4.8	65	13.6	3.5	63.8
9. การใช้ยาให้ถูกต้อง	86	18.0	24	5.0	134	28.0	234	49.0
10. การชั่งน้ำหนักเด็กอายุ 0-5 ปีเพื่อหาเด็กขาดสารอาหาร	84	17.6	34	7.1	86	18.0	273	57.2
11. การจ่ายอาหารเสริมเลี้ยงทารกแก่เด็กขาดสารอาหาร	58	12.2	21	4.4	50	10.5	348	73.0

ตารางที่ 4.24 (ต่อ)

กิจกรรมทางสาธารณสุขมูลฐาน	กิจกรรมที่อสม.ไป		กิจกรรมที่อสม.ไป		กิจกรรมที่อสม.ไม่		กิจกรรมที่อสม.ไม่	
	เผยแพร่และ		เผยแพร่และ		ได้เผยแพร่และ		ได้เผยแพร่และ	
	ประชาชนป็นปกติ		ประชาชนไม่ป็นปกติ		ประชาชนป็นปกติ		ประชาชนไม่ป็นปกติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
12.การตรวจ/คัดเลือกว่าป่วยไหมสภาพฟัน								
ผมารักษา	41	8.6	17	3.6	55	11.5	365	76.4
13.การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต	24	5.0	13	2.7	33	6.9	408	85.4
14.การนำเทคโนโลยีที่ได้รับการอบรมมาป้องกันและควบคุมโรคในท้องถิ่นของท่าน	39	8.2	19	4.0	22	4.6	398	83.3
15.กิจกรรมอื่น ๆ ที่ อสม./ผสส. แนะนำนอกเหนือจากนี้								
1.	3	0.6	3	0.6	1	0.2	471	98.5
2.	1	0.2	3	0.6	-	-	474	99.2

ในเรื่องการรู้จัก อสม.นั้น เมื่อเปรียบเทียบ ปัจจัยสำคัญระหว่างจังหวัดต่าง ๆ แล้ว พบว่าประชาชนในจังหวัดลพบุรี รู้จักอสม.มากที่สุด เพราะมีประชาชนถึงร้อยละ 56.7 ที่รู้จัก อสม. รองลงมาคือ ประชาชนในจังหวัดอยุธยา ร้อยละ 35.0 สำหรับจังหวัดที่มีผู้รู้จัก อสม. น้อยที่สุด ได้แก่ จังหวัดอ่างทอง ซึ่งมีประชาชนเพียง ร้อยละ 6.7 ที่รู้จักอสม. รองลงมาคือ จังหวัดบึงพลาญชัย ร้อยละ 15.0 รายละเอียดดูในตารางที่ 4.25

ในเรื่องภาวะสุขภาพอนามัย เมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดต่าง ๆ พบว่าในจังหวัดนนทบุรี ประชาชนทั้งหมดไม่เคยป่วยเลย รองลงมาคือจังหวัดอยุธยา ร้อยละ 76.7 ประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรีร้อยละ 70.0 ส่วนใหญ่จะป่วย 1-3 ครั้ง/เดือนมากที่สุด รองลงมาคือประชาชนในจังหวัดอ่างทอง ร้อยละ 65.0 ประชาชนที่ป่วยมากกว่า 4 ครั้ง/เดือน มากที่สุดคือ ประชาชนในจังหวัดสระบุรี ร้อยละ 8.3 รองลงมาคือ จังหวัดลพบุรี และอ่างทอง ร้อยละ 6.7 ดูรายละเอียดในตารางที่ 4.26

ตารางที่ 4.25 จำนวนและร้อยละของประชาชนในจังหวัดต่าง ๆ ที่รู้จัก อสม.

จังหวัด	รู้จักอสม.		ไม่รู้จักอสม.	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
นนทบุรี	20	33.3	40	66.7
ปทุมธานี	9	15.0	51	85.0
อยุธยา	21	35.0	39	65.0
อ่างทอง	4	6.7	56	93.3
สิงห์บุรี	14	23.3	46	76.7
ลพบุรี	34	56.7	26	43.3
สระบุรี	10	16.7	50	83.3
ชัยนาท	18	30.0	42	70.0
รวม	130	27.1	350	72.9

ตารางที่ 4.26 จำนวนและร้อยละของภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนในจังหวัดต่าง ๆ

จังหวัด	ไม่เคยป่วยเลย		ป่วย 1-3 ครั้ง/เดือน		ป่วยมากกว่า 4 ครั้ง/เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
นนทบุรี	60	100.0	-	-	-	-
ปทุมธานี	42	70.0	16	26.7	2	3.3
อยุธยา	46	76.7	12	20.0	2	3.3
อ่างทอง	17	28.3	39	65.0	4	6.7
สิงห์บุรี	15	25.0	42	70.0	3	5.0
ลพบุรี	22	36.7	34	56.6	4	6.7
สระบุรี	22	36.7	33	55.0	5	8.3
ชัยนาท	24	40.0	34	56.7	2	3.3
รวม	248	51.7	210	43.8	22	4.6

ในเรื่องความรู้ในการป้องกันโรค พบว่า จังหวัดสระบุรี ร้อยละ 93.3 ประชาชนจะมีความรู้ในการป้องกันโรคสูงมากที่สุด รองลงมาคือ จังหวัดชัยนาท ร้อยละ 70.0 จังหวัดนนทบุรี ประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.5 มีความรู้ในการป้องกันโรคปานกลางมากที่สุด รองลงมาคือ จังหวัดอ่างทอง ร้อยละ 46.7 ประชาชนในจังหวัดปทุมธานีส่วนใหญ่ ร้อยละ 36.7 มีความรู้ในการป้องกันโรคต่ำมากที่สุดรายละเอียดดูได้ในตารางที่ 4.27

ในเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น พบว่าประชาชนในจังหวัดลพบุรี ร้อยละ 31.7 มีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานมากที่สุด รองลงมาคือ ประชาชนในจังหวัดชัยนาท ร้อยละ 28.3 และประชาชนในจังหวัดอยุธยาและลพบุรี ร้อยละ 26.7 เคยรับการอบรมในโครงการต่าง ๆ ของงานสาธารณสุขมูลฐานมากที่สุด รองลงมาคือ ประชาชนในจังหวัดชัยนาท ร้อยละ 25.0 ถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเผยแพร่กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานอีกประชาชนในจังหวัดชัยนาท ร้อยละ 80.0 คิดว่าจะเข้าร่วมมากที่สุด รองลงมาคือประชาชนในจังหวัดสระบุรี ร้อยละ 66.7 และอยุธยา ร้อยละ 58.3 รายละเอียดดูได้ในตารางที่ 4.28

ตารางที่ 4.27 จำนวนและร้อยละของความรู้ในการป้องกันโรคของประชาชนในจังหวัดต่าง ๆ

จังหวัด	ความรู้ในการป้องกันโรคสูง*		ความรู้ในการป้องกันโรคปานกลาง**		ความรู้ในการป้องกันโรคต่ำ***	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
นนทบุรี	-	-	42	87.5	6	12.5
ปทุมธานี	11	18.3	27	45.0	22	36.7
อยุธยา	18	60.0	12	40.0	-	-
อ่างทอง	30	50.0	28	46.7	2	3.3
สิงห์บุรี	35	58.3	24	40.0	1	1.7
ลพบุรี	35	58.3	23	38.3	2	3.3
สระบุรี	56	93.3	4	6.7	-	-
ชัยนาท	42	70.0	18	30.0	-	-
รวม	227	51.8	178	40.6	33	7.5

- หมายเหตุ * ความรู้ในการป้องกันโรคสูง ได้แก่ ผู้ที่มีคะแนนของความรู้ในการป้องกันโรคมามากกว่า 26 คะแนนขึ้นไป
- ** ความรู้ในการป้องกันโรคปานกลาง ได้แก่ ผู้ที่มีคะแนนของความรู้ในการป้องกันโรคระหว่าง 16 ถึง 25 คะแนน
- *** ความรู้ในการป้องกันโรคต่ำ ได้แก่ ผู้ที่มีคะแนนของความรู้ในการป้องกันโรค ต่ำกว่า 15 คะแนน

ตารางที่ 4.28 จำนวนและร้อยละของการมีส่วนร่วมของประชาชนในจังหวัดต่าง ๆ

จังหวัด	ประชาชนที่เข้าร่วมในกิจกรรม สาธารณสุขมูลฐาน				ประชาชนที่เคยรับการอบรมในโครงการ การดำรงชีพ ของงานสาธารณสุขมูลฐาน				ประชาชนที่จะเข้าร่วมกิจกรรมอีก ถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเผยแพร่			
	รวม		ไม่ได้รวม		เคย		ไม่เคย		เข้าร่วม		ไม่เข้าร่วม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
นนทบุรี	-	-	60	100	-	-	60	100	6	10.0	54	90.0
ปทุมธานี	3	5.0	57	95.0	-	-	60	100	22	36.7	38	63.3
อยุธยา	10	16.7	50	83.3	16	26.7	44	73.3	35	58.3	25	41.7
อ่างทอง	1	1.7	59	98.3	2	3.3	58	96.7	14	23.3	46	76.7
สิงห์บุรี	10	16.7	50	83.3	11	18.3	49	81.7	21	35.0	39	65.0
ลพบุรี	19	31.7	41	68.3	16	26.7	44	73.3	36	60.0	24	40.0
สระบุรี	10	16.7	50	83.3	9	15.0	51	85.0	40	66.7	20	33.3
ชัยนาท	17	28.3	43	71.7	15	25.0	45	75.0	48	80.0	12	20.0
รวม	70	14.6	410	85.4	69	14.4	411	85.6	222	46.2	258	53.8

ผลกระทบที่สำคัญของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่มีต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

เมื่อทำการเปรียบเทียบ ประชาชนที่รู้จักอสม. กับไม่รู้จักอสม. ว่าจะมีความรู้ในการป้องกันโรคแตกต่างกันหรือไม่ พบว่า ส่วนใหญ่แล้วประชาชนที่รู้จักอสม. มีความรู้ในการป้องกันโรคสูงกว่า ยกเว้นในจังหวัดสิงห์บุรี ลพบุรี และสระบุรี ประชาชนที่รู้จัก อสม. มีความรู้ในการป้องกันโรคสูง น้อยกว่าประชาชนที่ไม่รู้จักอสม. ประชาชนที่รู้จักอสม. และมีความรู้ในการป้องกันโรคสูง มากที่สุด คือ ประชาชนในจังหวัดอ่างทอง รองลงมาคืออยุธยา ประชาชนที่ไม่รู้จักอสม. และมีความรู้ในการป้องกันโรคสูงมากที่สุด คือ ประชาชนในจังหวัดสระบุรี และรองลงมาคือ ประชาชนในจังหวัดลพบุรี รายละเอียดดูได้ในตารางที่ 4.29

เมื่อประชาชนรู้จักอสม. และเข้าร่วมในโครงการต่าง ๆ สาธารณสุข จะมีความรู้ในการป้องกันโรคสูงกว่าประชาชนที่ไม่ได้เข้าร่วมในโครงการต่าง ๆ ของสาธารณสุข ประชาชนที่ไม่ได้เข้าร่วมในโครงการของสาธารณสุข จะมีความรู้สึกว่าตนเองมีภาวะสุขภาพอนามัยเลวลง มากกว่าประชาชนที่เข้าร่วมในโครงการต่าง ๆ รายละเอียดดูได้ในตารางที่ 4.30 และ 4.31

เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน แล้วพบว่า เพศหญิงจะป่วยมากกว่าเพศชาย อาชีพทํานานส่วนใหญ่จะป่วย 1-3 ครั้ง/เดือน มากที่สุด ส่วนอาชีพค้าขายและรับจ้างและอื่น ๆ ส่วนใหญ่จะป่วยมากกว่า 4 ครั้ง/เดือนมากที่สุด อายุ 40-59 ปีส่วนใหญ่จะป่วย 1-3 ครั้ง/เดือน มากที่สุด รายละเอียดดูได้ในตารางที่ 4.32 เมื่อดูการขาดรายได้ของอาชีพต่าง ๆ พบว่าอาชีพอื่น ๆ จะไม่ขาดรายได้มากที่สุด อาชีพทํานาน จะขาดรายได้ต่ำกว่า 100 บาท มากที่สุด อาชีพค้าขายจะขาดรายได้มากกว่า 100 บาท มากที่สุดรายละเอียดในเรื่องต่าง ๆ ดูได้ในตารางที่ 4.33

ตารางที่ 4.29 จำนวนและร้อยละของความแตกต่าง ของความรู้ในการป้องกันโรคของประชาชนที่รู้จัก อสม. ในจังหวัดต่าง ๆ

จังหวัด	ประชาชนที่รู้จัก อสม.				ประชาชนที่ไม่รู้จัก อสม.			
	ความรู้ในการป้องกันโรคสูง		ความรู้ในการป้องกันโรคปานกลางและต่ำ		ความรู้ในการป้องกันโรคสูง		ความรู้ในการป้องกันโรคปานกลางและต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
นนทบุรี	-	-	15	100	-	-	33	100
ปทุมธานี	3	33.3	6	66.7	7	14.9	40	85.1
อยุธยา	7	87.5	1	12.5	1	25.0	3	75.0
อ่างทอง	4	100.0	-	-	11	33.3	22	66.7
สิงห์บุรี	6	42.9	8	57.1	26	63.4	15	36.6
ลพบุรี	17	50.0	17	50.0	17	70.8	7	29.2
สระบุรี	7	70.0	3	30.0	48	98.0	1	2.0
ชัยนาท	13	72.2	5	27.8	19	67.9	9	32.1
รวม	57	50.9	55	49.1	129	49.8	130	50.2

ตารางที่ 4.30 จำนวนและร้อยละของความแตกต่างของความรู้ในการป้องกันโรคของประชาชนที่ร่วมในโครงการสาธารณสุขที่รูก อสม.

อสม.	การเข้าร่วมในโครงการต่าง ๆ ของสาธารณสุข				การไม่เข้าร่วมในโครงการต่าง ๆ ของสาธารณสุข			
	ความรู้ในการป้องกันโรคสูง		ความรู้ในการป้องกันโรคปานกลางและต่ำ		ความรู้ในการป้องกันโรคสูง		ความรู้ในการป้องกันโรคปานกลางและต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รูก	30	66.7	15	33.3	27	40.3	40	59.7
ไม่รูก	13	65.0	7	35.0	154	50.8	149	49.2
รวม	43	66.2	22	33.8	181	48.9	189	51.1

ตารางที่ 4.31 จำนวนและร้อยละของภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนที่เข้าร่วมในโครงการของสาธารณสุข

การเข้าร่วมในโครงการต่าง ๆ ของสาธารณสุข	ภาวะสุขภาพอนามัยดี		ภาวะสุขภาพอนามัยปานกลาง		ภาวะสุขภาพอนามัยเลวลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เข้าร่วม	-	-	16	25.8	46	74.2
ไม่เข้าร่วม	1	0.3	76	20.8	288	78.9
รวม	1	0.2	92	21.5	334	78.2

ตารางที่ 4.32 จำนวนและร้อยละของภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนแยกตามภูมิหลัง
ของประชากร

ภูมิหลังของประชากร	ไม่เคยป่วยเลย		ป่วย 1-3 ครั้ง/เดือน		ป่วยมากกว่า 4 ครั้ง/เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	114	46.0	92	43.8	7	31.8
หญิง	134	54.0	118	56.2	15	68.2
อาชีพ						
ทวนา	55	22.2	69	32.9	4	18.2
ทำไร่	3	1.2	8	3.8	2	9.1
ทวนา, ทำไร่	16	6.5	12	5.7	1	4.5
ค้าขาย	37	14.9	57	27.1	5	22.7
รับจ้าง	63	25.4	31	14.8	5	22.7
อื่น ๆ	74	29.8	33	15.7	5	22.7
อายุ						
ต่ำกว่า 40 ปี	99	39.9	80	38.1	9	40.9
40-59 ปี	110	44.4	104	49.5	8	36.4
60 ปีขึ้นไป	39	15.7	26	12.4	5	22.7
รวม	248	51.7	210	43.8	22	4.6

ตารางที่ 4.33 จำนวนและร้อยละของการขาดรายได้ แยกตามอาชีพต่าง ๆ

การขาดรายได้	ไม่ขาดรายได้		ต่ำกว่า 100 บาท		มากกว่า 100 บาท		รวม	
อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทนาย	65	22.6	31	36.9	32	29.6	128	26.7
ทนาย	5	1.7	5	6.0	3	2.8	13	2.7
ทนาย ทนาย	16	5.6	6	7.1	7	6.5	29	6.0
ค้าขาย	47	16.3	16	19.0	36	33.3	99	20.6
รับจ้าง	70	24.3	18	21.4	11	10.2	99	20.6
อื่น ๆ	85	29.5	8	9.5	19	17.6	112	23.3
รวม	288	60.0	84	17.5	108	22.5	480	100.0

การอภิปรายผลในข้อมูลขั้นต้น

1. กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่อสม.นำไปเผยแพร่มากที่สุด คือ การเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย รองลงมา คือ การสร้างส้วมที่ถูกสุขลักษณะ และ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนปฏิบัติมากที่สุด คือ การสร้างส้วมที่ถูกสุขลักษณะ รองลงมาคือ การจัดสภาพแวดล้อมรอบบ้านให้สะอาด ดังนั้นจะพบว่ากิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ประชาชนได้มีการปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว ดังนั้น ไม่จำเป็นต้องบรรจุอยู่ในกิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน

2. เมื่อประชาชนเจ็บป่วย บุคคลแรกที่จะปรึกษามากที่สุด คือ บุคคลในครัวเรือนหรือญาติ รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อประชาชนเจ็บป่วยส่วนใหญ่มักจะไปรักษาที่สถานอนามัย รองลงมาคือ โรงพยาบาลในจังหวัด ประชาชนจะได้รับความรู้ในการป้องกันโรคจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รองลงมาคือ จากสิ่งอื่น ๆ ได้แก่ แผ่นปลิว หนังสือ ป้ายโปสเตอร์ เป็นต้น จะเห็นว่า หน่วยงานในการให้บริการสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างให้เกิดความรู้ในการป้องกันโรคที่จะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี

3. ในเรื่องความรู้ในการป้องกันโรค ประชาชนรู้จักการป้องกันและรักษาโรคเป็นอย่างดี คือ เมื่อเป็นหวัดจะไปหาหมอ รองลงมาคือ จะซื้อยากินเอง การป้องกันโรคหวัด ประชาชนจะทราบว่าควรรักษาร่างกายให้อบอุ่น และพักผ่อนให้พอเพียง เมื่อประชาชนเป็นโรคอุจจาระร่วง จะไปหาหมอ และทราบว่าโรคอุจจาระร่วงนั้น ป้องกันได้ โดยการดื่มน้ำและรับประทานอาหารที่สะอาด แสดงว่าประชาชนมีความรู้พื้นฐานในการป้องกันและรักษาโรคตามสมควร ดังนั้นโครงการต่างๆที่จะเผยแพร่ความรู้ในการป้องกันโรค ควรจะทดสอบความรู้พื้นฐานของประชาชนก่อน และเสริมสร้างความรู้ใหม่ๆที่ประชาชนสนใจและเป็นประโยชน์

4. ในเรื่องความรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก พบว่าส่วนใหญ่มักพาเด็กไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค และนำเด็กไปชั่งน้ำหนัก และทราบว่าการชั่งน้ำหนักเด็กทำให้ทราบการเจริญเติบโตของเด็ก และส่วนใหญ่มักเลี้ยงดูโดยให้รับประทานนมมารดา

5. ความรู้ในเรื่องการป้องกันโรคเอดส์ พบว่าส่วนใหญ่มักรู้จักโรคเอดส์ และทราบวิธีป้องกันโรคเอดส์

6. จากความรู้ในเรื่องต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าแม้ว่าประชาชนส่วนใหญ่จะรู้ในเรื่องต่าง ๆ อย่างดี แต่ก็ไม่ควรละทิ้งในเรื่องงานสาธารณสุขมูลฐาน เนื่องจากเมื่อดูผลกระทบของกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานแล้วพบว่า ในเรื่องของการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมน้อยมาก ส่วนใหญ่จะเป็นกรรมการหรือสมาชิก กิจกรรมที่มีส่วนร่วมมากที่สุด คือ ช่วยวางแผนและแก้ปัญหา กิจกรรมที่มีส่วนร่วมมาก คือ ช่วยในการดำเนินงาน กิจกรรมที่มีส่วนร่วมปานกลาง คือ ช่วยในด้านวัสดุอุปกรณ์ กิจกรรมที่มีส่วนร่วมน้อย คือ ช่วยในการจัดสรรผลประโยชน์ ช่วยในด้านวัสดุอุปกรณ์และช่วยในการตัดสินใจ กิจกรรมที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ ช่วยจัดสรรผลประโยชน์ ในเรื่องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ พบว่า ประชาชนจะทราบการดำเนินงานของ อสม. และได้เข้าร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน และเข้ารับการอบรมในโครงการต่าง ๆ ของงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นสมาชิกโครงการบัตรสุขภาพ เป็นสมาชิกกองทุนต่าง ๆ ของสาธารณสุข และถ้าเจ้าหน้าที่มาเผยแพร่กิจกรรมต่าง ๆ คิดว่าจะเข้าร่วมและผลของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ พบว่า ประชาชนได้นำความรู้ที่ได้อบรมมาปฏิบัติปานกลาง ประชาชนเห็นความสำคัญของกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานปานกลาง ส่วนใหญ่แล้วเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาชักจูงให้ประชาชนเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ น้อยที่สุด

7. ในเรื่องทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม พบว่าส่วนใหญ่ประชาชนไม่แน่ใจว่ากิจกรรมที่ตนเข้าไปมีส่วนร่วมนั้น เป็นภาระแก่เขามากเกินไปหรือไม่ และเมื่อดูผลของภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ส่วนใหญ่แล้วประชาชนเปรียบเทียบสุขภาพของตนเองกับอดีตว่าเหมือนเดิม แต่เมื่อประเมินสุขภาพโดยรวมของประชาชนในหมู่บ้าน คิดว่าส่วนใหญ่ ประชาชนในหมู่บ้านมีสุขภาพดีขึ้น และคิดว่าประชาชนมีความสามารถดูแลสุขภาพอนามัยได้ดีขึ้น เป็นส่วนใหญ่ และคิดว่าเมื่อประชาชนได้รับความรู้แล้วจะทำให้สุขภาพของเขาดีขึ้น เป็นส่วนใหญ่

8. ในเรื่องภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนในปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชน ไม่เคยป่วยเลย รองลงมา ป่วย 1-3 ครั้ง/เดือน ส่วนใหญ่จะเป็นโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ 1-3 วัน สาเหตุของการเจ็บป่วย คือ พักผ่อนไม่พอเพียงเป็นส่วนใหญ่ เมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่มิได้ขาดรายได้มาใช้จ่ายในครอบครัว และเมื่อเจ็บป่วยคิดว่าเป็นปัญหาที่สำคัญปานกลาง

9. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่ส่งผลต่อ

ภาวะสุขภาพอนามัย พบว่า ประชาชนที่รู้จัก อสม. จะปฏิบัติกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานต่าง ๆ มากกว่าประชาชนที่ไม่รู้จัก อสม. ยกเว้นการจัดหาน้ำสะอาดเพื่อบริโภคในครอบครัว และ กิจกรรมที่ อสม. ไปเผยแพร่และประชาชนปฏิบัติมากที่สุด คือ การสร้างเสริมที่ถูกสุขลักษณะ รองลงมาคือ การจัดสภาพแวดล้อมรอบบ้านให้สะอาด กิจกรรมที่ อสม. ไปเผยแพร่และประชาชนไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุด คือการเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย รองลงมาคือ การชั่งน้ำหนักเด็กอายุ 0-5 ปี เพื่อหาเด็กขาดสารอาหาร กิจกรรมที่ อสม. ไม่ได้ไปเผยแพร่แต่ประชาชนปฏิบัติมากที่สุด คือ การสร้างเสริมที่ถูกสุขลักษณะ รองลงมาคือ การจัดหาน้ำสะอาดสำหรับบริโภค กิจกรรมที่ อสม. ไม่ได้ไปเผยแพร่และประชาชนไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุด คือ การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต รองลงมาคือ การนำเทคโนโลยีที่ได้รับการอบรมมาป้องกันและควบคุมโรคในท้องถิ่นของท่าน

10. เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยสำคัญต่าง ๆ ระหว่างจังหวัดต่าง ๆ พบว่า ประชาชนในจังหวัดลพบุรี จะรู้จักอสม. มากที่สุด รองลงมาคือ อุทัยฯ ประชาชนในจังหวัดอ่างทอง จะรู้จัก อสม. น้อยที่สุด รองลงมา คือ ประชาชนในจังหวัดปทุมธานี ประชาชนในจังหวัดนนทบุรี ส่วนใหญ่ไม่เคยป่วยเลย รองลงมาคืออุทัยฯ ประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี ส่วนใหญ่จะป่วย 1-3 ครั้ง/เดือน รองลงมาคือประชาชนในจังหวัดอ่างทอง และประชาชนในจังหวัดสระบุรี มีความรู้ในการป้องกันโรคสูงมากที่สุด รองลงมาคือ จังหวัดชัยนาท ประชาชนในจังหวัดปทุมธานีส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันโรคต่ำ มากที่สุด ประชาชนในจังหวัดลพบุรี จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานมากที่สุด รองลงมา คือ ประชาชนในจังหวัดชัยนาท ประชาชนในจังหวัดอุทัยฯ และลพบุรี เคยได้รับการอบรมในโครงการต่าง ๆ ของงานสาธารณสุขมูลฐานมากที่สุด รองลงมาคือ ประชาชนในจังหวัดชัยนาท และประชาชนในจังหวัดชัยนาท คิดว่าถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเผยแพร่กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานอีกจะเข้าร่วมมากที่สุด รองลงมาคือ ประชาชนในจังหวัดสระบุรี

11. ผลการวิเคราะห์ผลกระทบที่สำคัญของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่มีต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน พบว่า ประชาชนที่รู้จัก อสม. จะมีความรู้ในการป้องกันโรคสูงมากกว่าประชาชนที่ไม่รู้จัก อสม. ยกเว้นในจังหวัดสิงห์บุรี ลพบุรี และสระบุรี ประชาชนที่เข้าร่วมในโครงการต่าง ๆ ของสาธารณสุขจะมีความรู้ในการป้องกันโรคสูงมากกว่าประชาชนที่ไม่เข้าร่วมในโครงการสาธารณสุข ประชาชนที่ไม่ได้เข้าร่วมในโครงการของสาธารณสุข จะมีความรู้ต่ำกว่าตนเองมีภาวะสุขภาพอนามัยเลวลงมากกว่าประชาชนที่เข้าร่วมในโครงการต่าง ๆ

การทดสอบฐานคติของสถิติพาราเมตริก

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีจุดมุ่งหมายที่จะทดสอบแบบจำลองสาเหตุและผลของ "ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน" การวิเคราะห์ข้อมูลจึงจำเป็นต้องอาศัยเทคนิคทางสถิติซึ่งเรียกว่า "การวิเคราะห์เส้นทางแบบเส้นเดียว" (recursive path analysis) มาประยุกต์ใช้ กล่าวได้ว่า การวิเคราะห์เส้นทาง (path analysis) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (multiple regression analysis) ต่างก็เน้นวิธีการทางสถิติแบบพาราเมตริกที่เกี่ยวข้องกัน และต่างก็ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยอาศัยฐานคติที่สำคัญบางประการ ซึ่งสมควรได้รับการทดสอบก่อนการประยุกต์ใช้วิธีการทางสถิติเหล่านี้กับข้อมูลประจักษ์ที่เก็บรวบรวมได้ ด้วยเหตุนี้การทดสอบฐานคติของสถิติพาราเมตริกประเภทการวิเคราะห์ถดถอยพหุ และการวิเคราะห์เส้นทางจึงมีความสำคัญ และจำเป็นต้องทำก่อนการตัดสินใจเลือกใช้เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูล

ฐานคติของสถิติพาราเมตริกที่จำเป็นต่อการวิจัยในที่นี้ สรุปได้เป็น 3 ประการคือ ประการแรก ตัวแปรตามมีความแปรปรวนเท่ากันภายใต้แต่ละค่าหรือช่วงค่าของตัวแปรอิสระ (homoscedasticity) หรืออาจเรียกฐานคตินี้โดยย่อว่าเป็นฐานคติเกี่ยวกับความแปรปรวนคงที่ ประการที่สอง ตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระเป็นเชิงเส้นตรง (linearity) และประการสุดท้าย ตัวแปรอิสระทุกตัวจะต้องมีความเป็นอิสระจากกัน (multi-collinearity)

ถ้าเริ่มพิจารณาจากฐานคติแรก ซึ่งเกี่ยวกับความแปรปรวนคงที่ ในที่นี้การวิเคราะห์ถดถอยพหุ ในโปรแกรม SPSS ได้มีการทดสอบฐานคติดังกล่าว ดังแสดงไว้ในภาคผนวกที่ 3 แต่ก็จำเป็นต้องมีการทดสอบฐานคติดังกล่าวเนื่องจากว่านักวิชาการบางท่านกล่าวไว้ว่า

การละเลยหรือไม่สนใจต่อฐานคติเบื้องต้นของสถิติพาราเมตริกเหล่านี้ อย่างน้อยอาจจะทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อน ถูกหักล้าง หรือถูกคัดค้านจากนักวิชาการกลุ่มอื่นได้โดยง่าย ซึ่งเป็นการลดคุณค่าของเอกสาร หรือรายงานการวิจัยนั้นโดยตรง หรืออาจถึงขนาดทำให้ผลการวิจัยนั้น ๆ ไม่น่าเชื่อถือ หรือใช้การไม่ได้ทั้งหมด (บุระชัย, 2524: 84)

ส่วนฐานคติที่สอง ซึ่งเกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงนั้น ตามปกติสถิติพาราเมตริก ตั้งเช่นการวิเคราะห์ถดถอยทั้งในระดับยูนิแวกเรียต และมัลติแวกเรียตต่างก็มีความทนทานต่อการละเมิดฐานคติที่สองตามสมควร แต่กระนั้นผู้วิจัยก็ประสงค์ที่จะทดสอบว่าปรากฏแนวโน้มของการละเมิดฐานคติที่สอง ในระดับที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการใช้สถิติพาราเมตริกบ้างหรือไม่ และนอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ทดสอบการกระจายแบบปกติ (normal distribution) ของข้อมูล เพื่อให้สอดคล้องกับฐานคติที่ต้องการทดสอบ การทดสอบฐานคติในที่นี้จะดำเนินการโดยอาศัยการกำหนดจุด (plotting) ในรูปกราฟกล่าวได้ว่าการวิเคราะห์รูปกราฟจากการกำหนดจุดดังกล่าว มีความสำคัญยิ่งต่อการทดสอบฐานคติของสถิติพาราเมตริก ทั้งนี้เพราะรายละเอียดของรูปกราฟสามารถใช้ข้อมูลได้อย่างกว้างขวาง ไม่ว่าจะเป็นการกระจายของความแปรปรวนของตัวแปรตาม หรือจะเป็นลักษณะและทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม (Draper & Smith, 1966) ในกรณีที่เกิดการละเมิดฐานคติในระดับรุนแรง ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการแก้ไขการละเมิด ก่อนที่จะประยุกต์ใช้เทคนิคทางสถิติพาราเมตริกในระดับถัดไป ด้วยเหตุนี้การทดสอบฐานคติของสถิติพาราเมตริก ในที่นี้จึงจะดำเนินการโดยอาศัยวิธีการกำหนดจุดในรูปกราฟ ส่วนรูปกราฟซึ่งแสดงการกำหนดจุด ได้นำเสนอไว้ในภาคผนวกที่ 3

ในการทดสอบฐานคติดังกล่าว สิ่งที่จะต้องทำความเข้าใจได้แก่ ตัวแปรผิดพลาด (residuals) ซึ่งหมายถึง ตัวแปรที่เป็นผลต่างระหว่างค่า y สังเกตการณ์ (observed y) กับค่า y พยากรณ์ (predicted y)

$$\begin{aligned} E_i &= Y_i - \hat{B}_0 - B_i X_i \\ &= Y_i - \hat{Y}_i \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} E_i &= \text{ค่าความคลาดเคลื่อน} \\ Y_i &= y \text{ สังเกตการณ์} \\ \hat{Y}_i &= y \text{ พยากรณ์} \end{aligned}$$

ในการวิเคราะห์ถดถอย ค่า e_i จะเป็นค่าอิสระซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 และค่าความแปรปรวนเท่ากับ 2 และถ้าตัวแบบเหมาะสมกับข้อมูล ตัวแปรผิดพลาดที่สังเกตได้ (observed residuals E_i) จะมีลักษณะเดียวกัน กล่าวอีกนัยหนึ่งแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่าง y สังเกตการณ์กับ y พยากรณ์ ภายหลังจาก

การที่ได้ประยุกต์ใช้แบบจำลองกำลังสองต่ำสุด (least squared model) ที่เหมาะสมแล้ว y พยากรณ์ (หรือ y_i) ในที่นี้จัดเป็นฟังก์ชัน (function) ของตัวแปรอิสระ 4 ตัวคือกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริหารให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชนและความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อ ปรากฏในแบบจำลองสมมติฐาน (hypothesized model)

ฐานคติเกี่ยวกับตัวแปรผิดพลาดหรือ e_i ในที่นี้คือ

$$e_i = N(0, \sigma^2)$$

$$\begin{aligned} \text{ในที่นี้} \quad e &= \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n e^2_i = 0 \\ s^2_e &= \frac{1}{n-(k+1)} \sum_{i=1}^n e^2 \\ &= \frac{\text{SSE}}{\text{dfe}} \end{aligned}$$

s^2_e (หรือ residual mean square) ก็คือค่าแปรปรวนของตัวแปรผิดพลาดซึ่งมักนิยมใช้อักษรย่อว่า MSE ถ้าแบบจำลองมีลักษณะถูกต้องเหมาะสม MSE ก็คือตัวประมาณค่าที่ไม่ลำเอียง (unbiased estimator) ของค่าแปรปรวนผิดพลาดในประชากร (หรือ σ^2) ส่วนตัวแปรผิดพลาดมาตรฐาน (standardized residual) ได้แก่ ผลหารระหว่างตัวแปรผิดพลาดกับค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรผิดพลาด (หรือ standard error)

$$\text{ตัวแปรผิดพลาดมาตรฐาน} = \frac{e_i}{\sqrt{\text{MSE}}} = \frac{e_i}{S_e}$$

สำหรับฐานคติในเรื่องความสัมพันธ์แบบเส้นตรงนั้น เมื่อใช้การกำหนดจุดลงในกราฟ (scatterplot) แล้วจะพบว่า เป็นเส้นตรง และถ้าต้องการพิสูจน์ฐานคติของตัวแปรตามที่มีความแปรปรวนเท่ากันภายใต้แต่ละค่าหรือช่วงค่า ก็จะใช้การกำหนดจุดระหว่างตัวแปรผิดพลาดกับค่าพยากรณ์ ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างค่าพยากรณ์และค่าตัวแปรผิดพลาด (Norusis, 1985) ซึ่งรูปกราฟต่าง ๆ ได้นำเสนอไว้ในภาคผนวกที่ 3

จากการวิเคราะห์รูปภาพต่าง ๆ ในภาคผนวก ผลปรากฏว่าการกระจายของจุดกราฟภายใต้แต่ละรูปภาพ ไม่มีการกระจุกตัวของจุดกราฟในลักษณะของสามเหลี่ยมรูปกลับที่หันมุมแหลมไปทางด้านซ้ายหรือทางด้านขวา แต่ประการใดในทางตรงกันข้าม จุดกราฟภายใต้แต่ละรูป มีลักษณะการกระจายคล้ายรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า ซึ่งแสดงถึงความแปรปรวนคงที่ กล่าวได้ว่าฐานคติในเรื่องความแปรปรวนคงที่จึงไม่ถูกละเมิดภายใต้การวิจัยนี้ นอกจากนี้รูปภาพทั้งหมดในภาคผนวก ยังแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ ซึ่งหมายถึงหนึ่งตัวแปรอิสระและหนึ่งตัวแปรตาม ไม่ปรากฏลักษณะจุดกราฟที่กระจายในลักษณะโค้งรูปอักษรตัวยูหงาย (U) หรืออักษรตัวยูคว่ำ ($\cap$) เช่นกัน กล่าวเพิ่มเติมได้ว่า ข้อมูลมีลักษณะที่สอดคล้องกับฐานคติที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปร

การดำเนินงานวิเคราะห์เส้นโยงย่อมจำเป็นจะต้องตรวจสอบฐานคติก่อน เพื่อมิให้มีการละเมิดฐานคติดังกล่าว ซึ่งแดปเปอร์ และสมิท (Draper & Smith, 1966: 92) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการวิเคราะห์รูปภาพของการกำหนดจุดผิดพลาดว่า (บุระชัย, 2526: 72)

ในทางปฏิบัติของสถานการณ์วิเคราะห์ถดถอย การตรวจสอบรายละเอียดของรูปภาพของการกำหนดจุดผิดพลาดนับได้ว่า เป็นวิธีการที่ให้ข้อมูลได้มากมาย และการกำหนดจุดสามารถเปิดเผยกรณีของการละเมิดฐานคติใด ๆ ที่รุนแรงจนถึงระดับที่ต้องการการแก้ไขปรับปรุง ได้เกือบทุกกรณี

กล่าวโดยย่อ การวิเคราะห์รูปภาพของการกำหนดจุดผิดพลาดสามารถประยุกต์ใช้ในการทดสอบการละเมิดฐานคติที่สำคัญของการวิเคราะห์เส้นโยงได้ แม้การวิเคราะห์เช่นที่กล่าวนี้ เน้นหนักไปในการทดสอบเชิงคุณภาพมากกว่าเชิงปริมาณก็ตาม ส่วนการสร้างรูปภาพของการกำหนดจุดผิดพลาดจำเป็นจะต้องดำเนินการเป็นสามขั้นตอนคือ

1. ดำเนินการวิเคราะห์ถดถอยเพื่อให้ได้สมการ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรทั้งหมดที่ปรากฏในแบบจำลองสาเหตุและผลของการวิเคราะห์เส้นโยง ตัวแปรที่กล่าวถึงนี้ จัดเป็น 4 ตัวแปรอิสระ และ 1 ตัวแปรตาม ได้แก่ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริหารให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน ความรู้ในการป้องกันโรคและภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน สมการถดถอยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการคำนวณค่า y พยากรณ์ ($\hat{y}_i$)

2. คำนวณหาค่าของตัวแปรผิดพลาดสำหรับทุกตัวการ ซึ่งก็คือ ผลต่างระหว่าง y สังเกตการณ์ และ y พยากรณ์ ($E_i = Y_i - \hat{Y}_i$) จากนั้นจึงเป็นการแปลงค่าตัวแปรผิดพลาดให้เป็นตัวแปรผิดพลาดมาตรฐาน (standardized residuals) โดยการหาร e_i ด้วย S_e (หรือ standard error) ซึ่งในที่นี้มีค่าเท่ากับ 11.032

3. สร้างรูปภาพของการกำหนดจุดร่วมระหว่างตัวแปรผิดพลาดมาตรฐานกับ ก่อน จากนั้นจึงเป็นการกำหนดจุดร่วมระหว่างตัวแปรผิดพลาดมาตรฐานกับตัวแปรอิสระแต่ละตัวแปร ตามลำดับ คือ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การบริหารระบบบริหารให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน ความรู้ในการป้องกันโรค รูปภาพของการกำหนดจุดผิดพลาดนี้ ปรากฏอยู่ในภาคผนวกที่ 3

ในเรื่องของการกระจายปกติของตัวแปรผิดพลาด ซึ่งในเรื่องนี้ไม่เป็นปัญหามากมายนักเพราะการวิเคราะห์ถดถอยพหุ และการวิเคราะห์เส้นโค้งเป็นเทคนิคทางสถิติที่ทนทาน (robust) ต่อการละเมิดฐานคตินี้ ยกเว้นแต่ว่าการกระจายดังกล่าว มีลักษณะบิดเบือนจากรูประฆังไปอย่างมากจึงจำเป็นต้องมีการพิจารณาแก้ไข อย่างไรก็ตามการแสดงด้วยกราฟ (histogram) ก็สามารถให้ภาพของการกระจายปกติได้ดีพอสมควร รายละเอียดของรูปภาพอยู่ในภาคผนวกที่ 3

ฐานคติประการสุดท้าย คือ ตัวแปรอิสระทุกตัวจะต้องมีความเป็นอิสระจากกันซึ่งการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัยอาศัยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (pearson product moment correlation) พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แต่ไม่สูงมากนัก ในกรณีที่ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระไม่สูงมากย่อมจัดเป็นสภาวะปกติ ในการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ และการวิเคราะห์โดยใช้หลักกำลังสองต่ำสุด (least square principle) ย่อมกระทำได้ในทางตรงกันข้าม ถ้าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีขนาดค่าสูงมาก จนถึงค่าสมบูรณ์ ($r_{ij} = 1$) ย่อมก่อให้เกิดปัญหาขึ้น ผลของค่าสหสัมพันธ์อยู่ในตารางที่ 4.34

ตารางที่ 4.34 ค่าสัมพัทธ์ของตัวแปรต่าง ๆ

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน	1.000	.389	.437	.318	.278
2. การปรับระบบบริการฯ		1.000	.444	.452	.389
3. การมีส่วนร่วมของประชาชน			1.000	.320	.367
4. ความรู้ในการป้องกันโรค				1.000	.530
5. ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน					1.000

สรุปความ

ในบทนี้เป็นการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นต้น ในเรื่องของภูมิหลังของประชากรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพในครอบครัว อาชีพ และการที่ประชาชนรู้จักอสม. ลักษณะที่สำคัญของตัวแปรสำคัญ ได้แก่ กิจกรรมที่อสม. ไปเผยแพร่และกิจกรรมที่ประชาชนปฏิบัติ การปรับระบบบริหารให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ความรู้ในการป้องกันโรค ในเรื่องเกี่ยวกับการป้องกันและรักษาโรคหวัด การป้องกันและรักษาโรคอุจจาระร่วง การเลี้ยงดูเด็ก และโรคเอดส์ การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมต่าง ๆ และในเรื่องภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ในการให้ประชาชนเปรียบเทียบสุขภาพของตนเองในปัจจุบันกับอดีต และการประเมินภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนในปัจจุบัน

ในเรื่องปัจจัยสำคัญของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานได้ทำการเปรียบเทียบว่าการมีอาสาสมัครสาธารณสุขนั้น ได้มีส่วนช่วยให้ประชาชนมีการปฏิบัติแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังมีการเปรียบเทียบปัจจัยสำคัญต่าง ๆ ระหว่างจังหวัดต่าง ๆ และผลกระทบที่สำคัญของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่มีต่อภาวะสุขภาพอนามัยโดย พบว่าประชาชนที่รู้จัก อสม. มีความรู้ในการป้องกันโรค แตกต่างกับ ประชาชนที่ไม่รู้จักอสม. และประชาชนที่รู้จัก อสม. และเข้าร่วมในโครงการต่าง ๆ ของสาธารณสุข จะมีความรู้ในการป้องกันโรคสูงกว่าประชาชนที่ไม่เข้าร่วมโครงการ นอกจากนี้ยังทำการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนในตัวแปรต่าง ๆ

ในส่วนสุดท้ายของบทนี้ ได้ทำการทดสอบฐานคติของสถิติพาราเมตริกที่จำเป็นต่อการวิจัยทั้ง 5 ประการ ซึ่งพบว่าลักษณะของข้อมูลนี้อยู่บนพื้นฐานของฐานคติที่จำเป็น นับได้ว่าสามารถใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุ และการวิเคราะห์เส้นโยงในการวิจัยดังกล่าวได้

บทที่ 5

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสูง

ในบทนี้จะแบ่งการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วนที่สำคัญ คือ ในส่วนแรกการวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย (simple regression) โดยจะทำการวิเคราะห์ตัวแปรแต่ละคู่ตามสมมุติฐานได้แก่ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานกับการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุข กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานกับการมีส่วนร่วมของประชาชน กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานกับความรู้ในการป้องกันโรค การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐานกับการมีส่วนร่วมของประชาชน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐานกับความรู้ในการป้องกันโรค การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐานกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน การมีส่วนร่วมของประชาชนกับความรู้ในการป้องกันโรค การมีส่วนร่วมของประชาชนกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนและความรู้ในการป้องกันโรคกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

ในส่วนที่สอง การวิเคราะห์ถดถอยพหุ (multiple regression) นั้นได้ทำการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระ 4 ตัว คือ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชนและความรู้ในการป้องกันโรคโดยมีตัวแปรตามคือ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

ในส่วนที่สาม ได้ใช้การวิเคราะห์เส้นทาง (path analysis) เพื่อที่จะตอบคำถามว่า ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและ/หรือทางอ้อมจากตัวแปรสาเหตุใดบ้าง ขนาดค่าของผลกระทบรวมจากตัวแปรสาเหตุต่อตัวแปรผล : ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนมีระดับความมากน้อยเพียงใด รวมทั้งตัวแปรสาเหตุต่างมีผลกระทบทั้งทางตรงและ/หรือทางอ้อมต่อกันและกัน หรือไม่อย่างไรโดยที่ในส่วนของการวิเคราะห์เส้นทางได้นำเสนอในส่วนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ การทดสอบแบบจำลองเส้นทางเบื้องต้น การสร้างแบบจำลองเส้นทางลดรูป การทดสอบแบบจำลองเส้นทางลดรูป

ส่วนสุดท้ายของบทนี้ จะเป็นการสรุปความ โดยที่จะทำการสรุปผลของแต่ละวิธีการศึกษา เปรียบเทียบผลของการศึกษาในแต่ละรูปแบบ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของผลกระทบทางตรง ผลกระทบทางอ้อม ผลกระทบรวมและผลกระทบไว้

วิเคราะห์ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนให้มีความลึกซึ้งและชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งผลของการวิเคราะห์ในบทนี้จะนำไปอภิปรายในบทที่ 6

การวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย

ในส่วนนี้จะวิเคราะห์ตัวแปรแต่ละคู่ตามสมมติฐาน ดังต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 : กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ หรือกิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐานและตัวแปรตามหรือการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยอาศัยค่าการวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย พบว่าค่า Multiple R เท่ากับ 0.43721 โดยมีค่า $R^2 = .19115$ และค่า Adjusted R Square เท่ากับ .18915 ค่า B เท่ากับ 1.3896 และค่า Beta เท่ากับ 0.43721

จากผลของการวิเคราะห์สรุปได้ว่า ตัวแปรกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานกับการมีส่วนร่วมของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ และตัวแปรกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานสามารถอธิบายตัวแปรตามการมีส่วนร่วมของประชาชนได้ ร้อยละ 19.11 หรือมีค่า R^2 เท่ากับ 0.1911

สมมติฐานที่ 2 : กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานต่อการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระตามสมมติฐานที่ 2 โดยอาศัยค่าการวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย พบว่าค่า Multiple R เท่ากับ 0.3890 ค่า R^2 เท่ากับ 0.1513 ค่า Adjusted R^2 เท่ากับ .14924 ค่า B เท่ากับ 0.3254 ค่า Beta เท่ากับ 0.38903

จากผลของการวิเคราะห์สรุปได้ว่า ตัวแปร กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐาน กับการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ และตัวแปรกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานสามารถอธิบายตัวแปรตาม การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐานได้ร้อยละ 15.13 หรือมีค่า R^2 เท่ากับ 0.1513

สมมติฐานที่ 3 : การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุข น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระตามสมมติฐานที่ 3 โดยอาศัยค่าการวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย พบว่าค่า Multiple R เท่ากับ 0.4443 ค่า R^2 เท่ากับ 0.1974 ค่า Adjusted R^2 เท่ากับ 0.19542 ค่า B เท่ากับ 1.6883 และค่า Beta เท่ากับ 0.4443

จากผลของการวิเคราะห์สรุปได้ว่า การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานกับการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ และตัวแปรการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐานสามารถอธิบายตัวแปรตาม การมีส่วนร่วมของประชาชนได้ร้อยละ 19.74 คือมีค่า $R^2 = 0.1974$

สมมติฐานที่ 4 : การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานต่อความรู้ในการป้องกันโรค

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม ตามสมมติฐานที่ 4 โดยอาศัยค่าการวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย พบว่าค่า Multiple R เท่ากับ 0.4524 ค่า R^2 เท่ากับ 0.2046 ค่า Adjusted R Square เท่ากับ 0.2027 ค่า B เท่ากับ 0.8299 ค่า Beta เท่ากับ 0.4524

จากผลของการวิเคราะห์สรุปได้ว่า ตัวแปร การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานกับความรู้ในการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ และตัวแปรการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน สามารถอธิบายตัวแปรตาม ความรู้ในการป้องกันโรคได้ร้อยละ 20.46 คือมีค่า $R^2 = 0.2046$

สมมติฐานที่ 5 : การมีส่วนร่วมของประชาชน น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานต่อความรู้ในการป้องกันโรค

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ตามสมมติฐานที่ 5 โดยอาศัยค่าการวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย พบว่าค่า Multiple R เท่ากับ .3198 ค่า R^2 เท่ากับ .1023 ค่า Adjusted R Square เท่ากับ 0.1000 ค่า B เท่ากับ 0.1544 และค่า Beta เท่ากับ 0.3198

จากผลของการวิเคราะห์สรุปได้ว่า ตัวแปรการมีส่วนร่วมของประชาชน มีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานกับความรู้ในการป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ และตัวแปรการมีส่วนร่วมของประชาชนสามารถอธิบายตัวแปรตามความรู้ในการป้องกันโรคได้ร้อยละ 10.23 คือมีค่า $R^2 = 0.1023$

สมมติฐานที่ 6 : กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานต่อความรู้ในการป้องกันโรค

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ตามสมมติฐานที่ 6 โดยอาศัยค่าการวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย พบว่าค่า Multiple R เท่ากับ 0.3175 ค่า R^2 เท่ากับ 0.1008 ค่า Adjusted R^2 เท่ากับ 0.0986 ค่า B เท่ากับ 0.4872 และค่า Beta เท่ากับ 0.3175

จากผลของการวิเคราะห์สรุปได้ว่า ตัวแปรการมีส่วนร่วมของประชาชน มีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานกับความรู้ในการป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ และตัวแปรกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน สามารถอธิบายตัวแปรตามความรู้ในการป้องกันโรคได้ร้อยละ 10.08 คือมีค่า $R^2 = 0.1008$

สมมติฐานที่ 7 : ความรู้ในการป้องกันโรค น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ตามสมมติฐานที่ 7 โดยอาศัยค่าการวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย พบว่าค่า Multiple R เท่ากับ 0.5295 ค่า R^2 เท่ากับ 0.2804 ค่า Adjusted R^2 เท่ากับ 0.2786 ค่า B เท่ากับ 1.1749 และค่า Beta เท่ากับ 0.5295

จากผลของการวิเคราะห์สรุปได้ว่า ตัวแปรความรู้ในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ และตัวแปรความรู้ในการป้องกันโรค สามารถอธิบายตัวแปรตามภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้ร้อยละ 28.04 คือมีค่า $R^2 = 0.2804$

สมมติฐานที่ 8 : การมีส่วนร่วมของประชาชน น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ตามสมมติฐานที่ 8 โดยอาศัยค่าการวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย พบว่าค่า Multiple R เท่ากับ 0.3667 ค่า R^2 เท่ากับ 0.1345 ค่า Adjusted R^2 เท่ากับ 0.1323 ค่า B เท่ากับ 0.3928 และค่า Beta เท่ากับ 0.3667

จากผลของการวิเคราะห์สรุปได้ว่า ตัวแปรความรู้ในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ และตัวแปรการมีส่วนร่วมของประชาชน สามารถอธิบายตัวแปรตามภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนได้ร้อยละ 13.45 คือมีค่า $R^2 = 0.1345$

สมมติฐานที่ 9 : การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ตามสมมติฐานที่ 9 โดยอาศัยค่าการวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย พบว่าค่า Multiple R เท่ากับ 0.3885 ค่า R^2 เท่ากับ 0.1509 ค่า Adjusted R^2 เท่ากับ 0.1488 ค่า B เท่ากับ 1.5814 และค่า Beta เท่ากับ 0.3885

จากผลของการวิเคราะห์สรุปได้ว่า ตัวแปรการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ และตัวแปรการมีส่วนร่วมของประชาชน สามารถอธิบายตัวแปรตามภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้ร้อยละ 15.09 คือมีค่า $R^2 = 0.1581$

กล่าวโดยสรุป ผลของการวิเคราะห์หาคัดถอยอย่างง่าย ตามสมมติฐานทั้ง 9 นั้นมีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ โดยที่ตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายตัวแปรตามได้สูงสุด คือ ความรู้ในการป้องกันโรค กับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน และตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายตัวแปรตามได้ต่ำสุด คือ กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน กับความรู้ในการป้องกันโรค รายละเอียดสรุปได้ดังตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 ผลการวิเคราะห์หาคัดถอยอย่างง่ายของตัวแปรต่าง ๆ ตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่	ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรตาม	B	Beta	Multiple R	R ²
1	กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน	การมีส่วนร่วมของประชาชน	1.3896	0.4372	0.4372	0.1911
2	กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน	การปรับระบบบริการ	0.3254	0.3890	0.3890	0.1492
3	การปรับระบบบริการ	การมีส่วนร่วมของประชาชน	1.6883	0.4443	0.4443	0.1974
4	การปรับระบบบริการ	ความรู้ในการป้องกันโรค	0.8299	0.4524	0.4524	0.2046
5	การมีส่วนร่วมของประชาชน	ความรู้ในการป้องกันโรค	0.1544	0.3198	0.3198	0.1023
6	กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน	ความรู้ในการป้องกันโรค	0.4872	0.3175	0.3175	0.1008
7	ความรู้ในการป้องกันโรค	ภาวะสุขภาพอนามัย	1.1749	0.5295	0.5295	0.2804
8	การมีส่วนร่วมของประชาชน	ภาวะสุขภาพอนามัย	0.3928	0.3667	0.3667	0.1345
9	การปรับระบบบริการ	ภาวะสุขภาพอนามัย	1.5814	0.3885	0.3885	0.1509

การวิเคราะห์หาคัดถอยพหุ

ในส่วนนี้ ได้แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระ 4 ตัวหลักคือ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน และความรู้ในการป้องกันโรค โดยมีตัวแปรตามคือ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ด้วยวิธีก้าวหน้า (Stepwise) และ ส่วนที่สองเป็นการวิเคราะห์ด้วยวิธีการกำหนดตัวแปร (Enter) เข้าสู่สมการ

การใช้วิธีก้าวหน้า เพื่อที่จะศึกษาว่าตัวแปรใดมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพอนามัยสูงที่สุด และตัวแปรต่าง ๆ สามารถอธิบายตัวแปรตามได้มากน้อยเพียงใด ส่วนวิธีการกำหนดตัวแปรนั้นเพื่อที่จะศึกษาว่า ทุกตัวแปรอิสระสามารถอธิบายตัวแปรตามได้มากน้อยเพียงใด

การวิเคราะห์ตัวแปรอิสระ 4 ตัวหลักด้วยวิธีก้าวหน้า

ตัวแปรอิสระที่เป็นหลักในการศึกษาได้แก่ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน และความรู้ในการป้องกันโรคโดยมีตัวแปรตาม คือภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ผลของการวิเคราะห์ดังตารางที่ 5.2 และตารางที่ 5.3

ตารางที่ 5.2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ในตัวแปรอิสระ การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน และความรู้ในการป้องกันโรคกับตัวแปรตาม ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

	DF	Sum of Squares	Mean Square	F
Regression	3	22755.22	7585.07	66.968**
Residual	401	45418.36	113.26	

ตารางที่ 5.3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุของ ตัวแปรตาม ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน กับตัวแปรอิสระ การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน และความรู้ในการป้องกันโรค

ตัวแปร	beta	beta	beta
ความรู้ในการป้องกันโรค	.5295**	.4592**	.4179**
การมีส่วนร่วมของประชาชน		.2198**	.1800**
การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน			.1194**
ค่าคงที่	-4.386	-3.073	-2.571
Multiple R	.5295	.5692	.5777
	.2804	.3238	.3337
Change	.2804	.0434	.0099

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$

จากตารางที่ 5.3 สรุปขั้นต้นได้ว่า ตัวแปรความรู้ในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนมากกว่าตัวแปรอื่น ๆ โดยเข้าไปในสมการเป็นอันดับหนึ่ง และมีค่า R^2 เท่ากับ 0.2804 ตัวแปรตัวที่สองที่เข้าสู่สมการคือ การมีส่วนร่วมของประชาชนเมื่อเข้าสู่สมการจะทำให้ค่า R^2 เปลี่ยนไป .0434 และตัวแปรตัวสุดท้ายที่เข้าสู่สมการคือ การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ทำให้ค่า R^2 เปลี่ยนไป .0099 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพอนามัยมากที่สุด คือ ความรู้ในการป้องกันโรค ซึ่งสามารถอธิบายตัวแปรตาม คือ ภาวะสุขภาพอนามัยได้ 28.04% และเมื่อเพิ่มตัวแปร การมีส่วนร่วมของประชาชนเข้าสู่สมการ ทำให้สามารถอธิบายตัวแปรตามได้เพิ่มขึ้น 4.35% และตัวแปรการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐานเข้าสู่สมการอีก 1 ตัวแปร จะเพิ่มค่า R^2 ได้เพียง 0.99% และตัวแปรทั้ง 3 สามารถอธิบายตัวแปรตามได้ถึง 33.37% ตัวแปรที่ไม่เข้าสู่สมการคือ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

การวิเคราะห์ตัวแปรอิสระ 4 ตัวหลักด้วยวิธีการกำหนดตัวแปร

เมื่อใช้วิธีการกำหนดตัวแปรในสมการ กล่าวคือ เพิ่มตัวแปรกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานโดยมีตัวแปรตาม คือ ภาวะสุขภาพอนามัย ซึ่งผลของการวิเคราะห์ปรากฏดังตารางที่ 5.4

ตารางที่ 5.4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุของ ตัวแปรตามภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกับตัวแปรอิสระ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน ความรู้ในการป้องกันโรค

ตัวแปร	B	Beta	T	r
กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน	.0929(2)	.0272	0.579N.S.	.278**
การปรับระบบบริการ ฯ	.4648(4)	.1142	2.296*	.389**
การมีส่วนร่วมของประชาชน	.1837(3)	.1715	3.551**	.367**
ความรู้ในการป้องกันโรค	.9193(1)	.4143	8.878**	.530**
ค่าคงที่	-2.4053			
Multiple R	.5782			
	.3343			

จากตารางที่ 5.4 ปรากฏว่า ตัวแปรทั้ง 4 ตัวมีค่า Multiple R เท่ากับ .5782 และมีค่า R^2 เท่ากับ 0.3343 ตัวแปรกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน จะมีค่า r น้อยที่สุดคือ 0.278 และตัวแปรความรู้ในการป้องกันโรค จะมีค่า r สูงที่สุดคือ .530

เมื่อเปรียบเทียบการวิเคราะห์ด้วยวิธีก้าวหน้า และวิธีการกำหนดตัวแปรในสมการ พบว่าจะทำให้ได้ค่า R^2 เพิ่มขึ้นเพียง .0006 เท่านั้นแสดงว่าตัวแปรกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานนั้นมีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม ภาวะสุขภาพอนามัยน้อยที่สุดซึ่งอาจเป็นเพราะต้องผ่านตัวแปรอื่น ๆ เพื่อมีผลต่อภาวะสุขภาพอนามัย ซึ่งในที่นี้จะใช้วิธีการวิเคราะห์ที่เส้นทางในการทดสอบสมมติฐาน ดังกล่าว

การวิเคราะห์เส้นทางของตัวแบบ

ในตอนนี้มีจุดมุ่งหมายสำคัญที่จะพยายามตอบคำถามว่า "ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมจากตัวแปรสาเหตุใดบ้าง ขนาดค่าของผลกระทบรวมจากตัวแปรสาเหตุต่อตัวแปรผล ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน มีระดับความมากน้อยเพียงใด รวมทั้งตัวแปรสาเหตุต่าง ๆ มีผลกระทบทั้งทางตรงและ/หรือทางอ้อมต่อกันและกันหรือไม่อย่างไร" ด้วยเหตุนี้การวิเคราะห์ในส่วนนี้ จึงได้นำวิธีการวิเคราะห์เส้นทางมาประยุกต์ใช้เพื่อตอบคำถามดังกล่าว

การสร้างและทดสอบแบบจำลองเส้นทางในที่นี้ ได้แบ่งหัวข้อในการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วน คือ (1) การทดสอบแบบจำลองเส้นทางเบื้องต้น (2) การสร้างแบบจำลองลดรูป (3) การทดสอบแบบจำลองเส้นทางลดรูป และ (4) การแยกส่วนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองเส้นทางลดรูป

การทดสอบแบบจำลองเส้นทางเบื้องต้น

การทดสอบแบบจำลองเส้นทางเต็มรูป (fully saturated path model) เป็นการวิเคราะห์ขั้นแรกของการทดสอบแบบจำลองเส้นทางเบื้องต้น โดยการทดสอบแบบจำลองที่มีเส้นทางเชื่อมระหว่างตัวแปรทุกตัวแปร และในทิศทางเดียวกันที่สามารถเชื่อมโยงได้ ในที่นี้แบบจำลองเส้นทางเต็มรูป ได้มาจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุจำนวน 4 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ตัวแปรที่ 5 บนตัวแปรที่ 4, 3 , 2 และ 1

ครั้งที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ตัวแปรที่ 4 บนตัวแปรที่ 3, 2 และ 1

ครั้งที่ 3 เป็นการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ตัวแปรที่ 3 บนตัวแปรที่ 2 และ 1

ครั้งที่ 4 เป็นการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ตัวแปรที่ 2 บนตัวแปรที่ 1

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ทั้ง 4 ครั้งดังกล่าว สรุปรวมไว้ดังปรากฏในรูปที่ 5.1 ในการวิเคราะห์นี้ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (standardized regression coefficient) ได้รับการประยุกต์ใช้เป็นค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง (path coefficient) โดยใช้สัญลักษณ์ย่อว่า P_{ij} ส่วนการทดสอบนัยสำคัญของ P_{ij} ได้ดำเนินการโดยพัฒนาใช้เกณฑ์มาตรฐานทั้ง 2 ลักษณะประกอบเข้าด้วยกันคือการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (statistical significance) และการทดสอบนัยสำคัญทางปฏิบัติ (practical significance) กล่าวอีกนัยหนึ่ง เส้นทางที่มีค่าสัมประสิทธิ์ต่ำกว่า .05 ถูกกำหนดว่าไม่มีนัยสำคัญทางปฏิบัติ ส่วนนัยสำคัญทางสถิติกำหนดไว้ที่ $\alpha = .05$ สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบ P_{ij} ได้เสนอผลการวิเคราะห์ค่าถดถอยพหุด้วยตารางการวิเคราะห์ความแปรปรวน ปรากฏในตารางที่ 5.5, 5.6, 5.7 และ 5.8 และผลของสัมประสิทธิ์เส้นทางระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ปรากฏในตารางที่ 5.9, 5.10, 5.11 และ 5.12 ซึ่งจะพิจารณาตามลำดับ

ตารางที่ 5.5 เป็นการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวิเคราะห์ถดถอยพหุในตัวแปรอิสระกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชนและความรู้ในการป้องกันโรค กับตัวแปรตามภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งมีค่า F เท่ากับ 50.226 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ ตารางที่ 5.6 เป็นการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ในตัวแปรอิสระ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน กับตัวแปรตาม ความรู้ในการป้องกันโรค ซึ่งมีค่า F เท่ากับ 41.229 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ ตารางที่ 5.7 เป็นการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ในตัวแปรอิสระ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน กับตัวแปรตาม การมีส่วนร่วมของประชาชน

ซึ่งมีค่า F เท่ากับ 78.072 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ ตารางที่ 5.8 เป็นการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวิเคราะห์ถดถอยพหุในตัวแปรอิสระ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน กับตัวแปรตาม การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีค่า F เท่ากับ 71.869 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$

ตารางที่ 5.5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ในตัวแปรอิสระ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน และความรู้ในการป้องกันโรค กับตัวแปรตามภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

	DF	Sum of Squares	Mean Square	F
Regression	4	22793.19	5698.29	50.226**
Residual	400	45380.39	113.45	

ตารางที่ 5.6 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ในตัวแปรอิสระ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน กับตัวแปรตามความรู้ในการป้องกันโรค

	DF	Sum of Squares	Mean Square	F
Regression	3	3268.94	1089.64	41.299**
Residual	401	10580.03	26.38	

ตารางที่ 5.7 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ในตัวแปรอิสระ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน กับตัวแปรตาม การมีส่วนร่วมของประชาชน

	DF	Sum of Squares	Mean Square	F
Regression	2	16621.49	8310.74	78.072**
Residual	402	42792.41	106.44	

ตารางที่ 5.8 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ในตัวแปรอิสระ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน กับตัวแปรตาม การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน

	DF	Sum of Squares	Mean Square	F
Regression	1	622.75	622.75	71.869**
Residual	403	3492.03	8.66	

ตารางที่ 5.9 เป็นการเสนอผลการถดถอยตัวแปร การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐานบนตัวแปรกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานจากการพิจารณาตารางที่ 5.9 พบว่า P_{21} มีขนาดค่าเท่ากับ .3890 ซึ่งมีนัยสำคัญทั้งทางสถิติและทางปฏิบัติ ค่าสัมประสิทธิ์บ่งบอก (coefficient of determination หรือ R^2) ตามตารางที่ 5.9 มีขนาดค่า 0.1513 ซึ่งหมายความว่าความแปรปรวนร้อยละ 15.13 ของตัวแปร การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ถูกอธิบายโดยตัวแปรกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน ค่าสัมประสิทธิ์เส้นโยงระหว่างตัวแปรผิดพลาด (e_2) กับตัวแปรการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน คำนวณจากสูตร ($P_{2e} = \sqrt{1-R^2_{21}}$) ซึ่งมีขนาดค่าเท่ากับ 0.9212

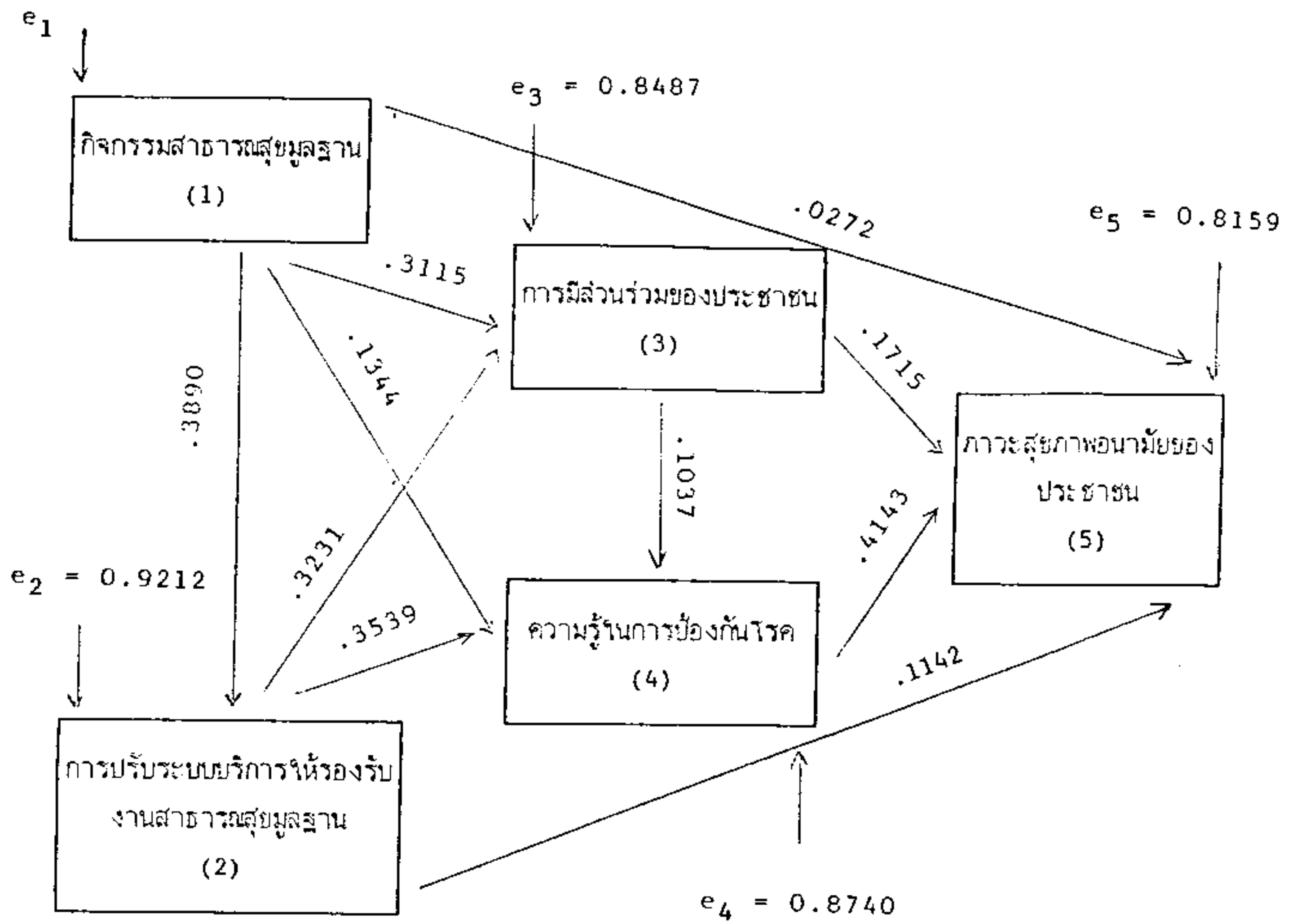
ในลำดับที่สองตามตารางที่ 5.10 เป็นการแสดงผลการวิเคราะห์ถดถอย ตัวแปรการมีส่วนร่วมของประชาชน บนตัวแปรกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน และการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน กล่าวได้ว่า P_{32} ซึ่งเท่ากับ 0.3231 และ P_{31} ซึ่งเท่ากับ 0.3115 ซึ่งมีทั้งนัยสำคัญทางสถิติและนัยสำคัญทางปฏิบัติ ค่าสัมประสิทธิ์บ่งบอกตามตารางที่ 5.10 มีขนาดค่าเท่ากับ .2797 แสดงว่าสองตัวแปรที่มาก่อนคือ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานกับการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน สามารถอธิบายตัวแปรผล คือ การมีส่วนร่วมของประชาชน ได้ร้อยละ 27.97 สำหรับค่าสัมประสิทธิ์เส้นโยงระหว่างตัวแปรผิดพลาด (e_3) กับตัวแปรการมีส่วนร่วมของประชาชน มีขนาดค่าเท่ากับ 0.8487

ในลำดับที่สามตามตารางที่ 5.11 เป็นการแสดงผลการวิเคราะห์ถดถอย ตัวแปรความรู้ในการป้องกันโรคบนตัวแปรกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน และการมีส่วนร่วมของประชาชน กล่าวได้ว่า P_{43} เท่ากับ 0.1037, P_{42} เท่ากับ 0.3539 และ P_{41} เท่ากับ 0.1344 ซึ่งมีทั้งนัยสำคัญทางสถิติและนัยสำคัญทางปฏิบัติ ค่าสัมประสิทธิ์บ่งบอก ตามตารางที่ 5.11 มีขนาดค่าเท่ากับ 0.2360 แสดงว่า สามตัวแปรที่มาก่อนคือ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน และการมีส่วนร่วมของประชาชน สามารถอธิบายตัวแปรผลคือ ความรู้ในการป้องกันโรค ได้ร้อยละ 23.60 สำหรับค่าสัมประสิทธิ์เส้นโยงระหว่างตัวแปรผิดพลาด (e_4) กับตัวแปรความรู้ในการป้องกันโรค มีขนาดค่าเท่ากับ 0.8740

ในลำดับที่สี่ตามตารางที่ 5.12 เป็นการแสดงผลการวิเคราะห์ถดถอย ตัวแปรภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน บนตัวแปรกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานการปรับระบบบริหารให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน และความรู้ในการป้องกันโรค กล่าวได้ว่า P_{54} เท่ากับ 0.4143, P_{53} เท่ากับ 0.1715 และ P_{52} เท่ากับ 0.1142 ซึ่งมีทั้งนัยสำคัญทางสถิติ และนัยสำคัญทางปฏิบัติ ในทางกลับกัน P_{51} ไม่ปรากฏทั้งนัยสำคัญทางสถิติ และนัยสำคัญทางปฏิบัติ กล่าวได้ว่า สำหรับสามตัวแปรที่มาก่อนซึ่งหมายถึงการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน และความรู้ในการป้องกันโรค สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปร ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้คิดเป็นร้อยละ 33.43 และมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นโยงระหว่างตัวแปรผิดพลาด (e_5) กับตัวแปรภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน มีขนาดค่าเท่ากับ 0.8159

เมื่อการทดสอบแบบจำลองเส้นโยงเต็มรูปเสร็จสิ้นลง ขั้นตอนสำคัญต่อมา ก็คือ การเปรียบเทียบแบบจำลองเต็มรูปกับแบบจำลองสมมติฐาน ดังที่ปรากฏตาม รูปที่ 5.1 และ 2.4 ตามลำดับ ทั้งนี้เพื่อเป็นการปรับแบบจำลองทั้งสองให้สอดคล้องกันกล่าวอีกนัยหนึ่งเป็นการลดช่องว่างระหว่างสมมติฐานกับความเป็นจริง ผลการเปรียบเทียบได้เสนอไว้ในตารางที่ 5.13 จากการพิจารณาเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ ดังปรากฏในตารางที่ 5.13 จะพบว่า สมมติฐานจำนวน 10 สมมติฐาน สามารถแยกพรรณาได้เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มแรก สมมติฐานที่กำหนดว่า $P_{ij}=0$ และสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ในกลุ่มนี้ พบว่าประกอบด้วยเส้นโยงจำนวน 9 เส้น ได้แก่ P_{21} , P_{31} , P_{32} , P_{41} , P_{42} , P_{43} , P_{52} , P_{53} และ P_{54} การตัดสินใจในกรณีนี้คือ คงเส้นโยงเหล่านี้ไว้ในแบบจำลองเส้นโยงต่อไป ในกลุ่มที่สองสมมติฐานที่กำหนดว่า $P_{ij} = 0$ และสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ในกลุ่มนี้มีเส้นโยงจำนวนเพียง 1 เส้นเท่านั้นได้แก่ P_{51} การตัดสินใจก็คือ ไม่เพิ่มเส้นโยงในตัวแบบใด ๆ อีก

การทดสอบแบบจำลองเส้นโยงเบื้องต้น ได้ดำเนินการมาจนกระทั่งทราบผลการเปรียบเทียบระหว่างแบบจำลองเส้นโยงสมมติฐาน และแบบจำลองเส้นโยงเต็มรูปแล้ว ซึ่งจะพบว่าข้อมูลเชิงประจักษ์ ได้สนับสนุนแบบจำลองเส้นโยงสมมติฐาน ซึ่งจะทำให้การวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป



รูปที่ 5.1 แบบจำลองเต็มรูปของ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

ตารางที่ 5.9 ขนาดค่าของสัมประสิทธิ์เส้นโยงระหว่างตัวแปรกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน กับตัวแปรการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน

ตัวแปรผล	ตัวแปรมาก่อน กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน (1)	R ²
การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน (2)	.3890**	.1513

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$

ตารางที่ 5.10 ขนาดค่าของสัมประสิทธิ์เส้นโยงระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่มาก่อนกับตัวแปรการมีส่วนร่วมของประชาชน

ตัวแปรผล	ตัวแปรมาก่อน		R ²
	กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน (1)	การปรับระบบบริหารฯ (2)	
การมีส่วนร่วมของประชาชน (3)	.3115**	.3231**	.2797

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$

ตารางที่ 5.11 ขนาดค่าของสัมประสิทธิ์เส้นโยงระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่มาก่อนกับตัวแปรความรู้ในการป้องกันโรค

ตัวแปรผล	ตัวแปรมาก่อน			R ²
	กิจกรรมสาธารณสุข มูลฐาน (1)	การปรับระบบ บริหารฯ (2)	การมีส่วนร่วมของ ประชาชน (3)	
ความรู้ในการป้องกันโรค(4)	.1344**	.3539**	.1037*	.2360

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .05$

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$

ตารางที่ 5.12 ขนาดค่าของสัมประสิทธิ์เส้นโยงระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่มาก่อนกับตัวแปรภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

ตัวแปรผล	ตัวแปรมาก่อน				R ²
	กิจกรรมสาธารณสุข มูลฐาน (1)	การปรับระบบ บริหารฯ (2)	การมีส่วนร่วมของ ประชาชน (3)	ความรู้ในการ ป้องกันโรค(4)	
ภาวะสุขภาพอนามัย ของประชาชน(5)	.0272NS	.1142*	.1715**	.4143**	.3343

N.S. ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .05$

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .05$

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$

ตารางที่ 5.13 เปรียบเทียบค่าสมมติฐาน (hypothesized value) และค่า

สังเกต (observed value) ของสัมประสิทธิ์เส้นโยง

เส้นโยง	สัมประสิทธิ์		การตัดสินใจ
	สมมติฐาน	สังเกต	
P _{2 1}	ไม่เท่ากับศูนย์	.3890**	คงเส้นโยง
P _{3 1}	ไม่เท่ากับศูนย์	.3115**	คงเส้นโยง
P _{3 2}	ไม่เท่ากับศูนย์	.3231**	คงเส้นโยง
P _{4 1}	ไม่เท่ากับศูนย์	.1344**	คงเส้นโยง
P _{4 2}	ไม่เท่ากับศูนย์	.3539**	คงเส้นโยง
P _{4 3}	ไม่เท่ากับศูนย์	.1037**	คงเส้นโยง
P _{5 1}	เท่ากับศูนย์	.0272NS	ไม่เพิ่มเส้นโยง
P _{5 2}	ไม่เท่ากับศูนย์	.1142**	คงเส้นโยง
P _{5 3}	ไม่เท่ากับศูนย์	.1715**	คงเส้นโยง
P _{5 4}	ไม่เท่ากับศูนย์	.4143**	คงเส้นโยง

N.S. ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .05$

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .05$

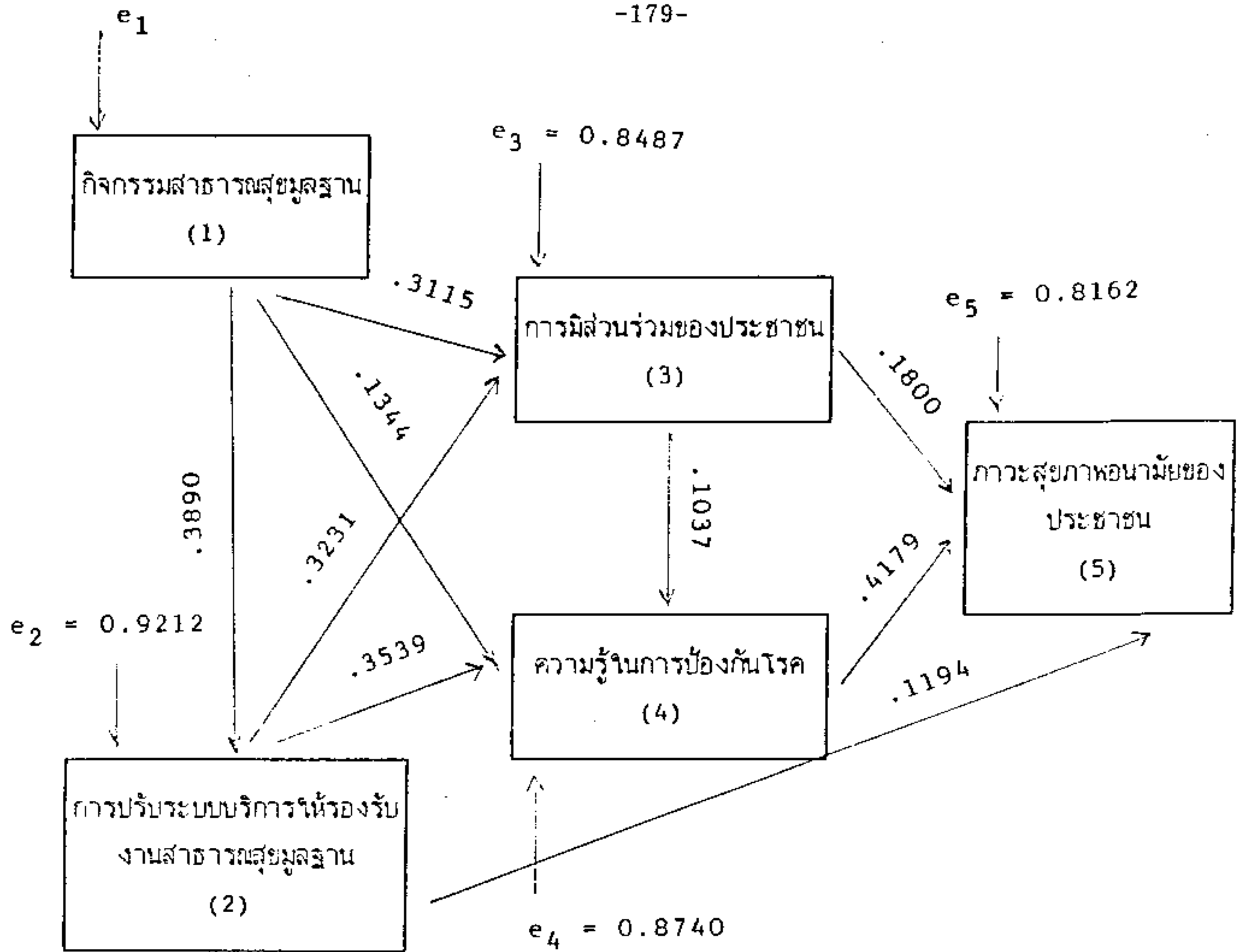
** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$

การสร้างแบบจำลองเส้นใยลดรูป

แบบจำลองเส้นใยที่ปรับปรุงขึ้นนี้ บางครั้งอาจเรียกว่า "แบบจำลองเส้นใยแต่งใหม่" (trimming path model) และบ่อยครั้งมักเรียกว่า "แบบจำลองเส้นใยลดรูป" (reduced path model) หรือ "แบบจำลองเส้นใยประหยัด" (parsimonious path model) (บุระชัย, 2526:102) ไม่ว่าจะเป็นวิธีใดก็ตาม แบบจำลองเส้นใยลดรูปย่อมาประกอบด้วย เส้นใยที่ผ่านการทดสอบเบื้องต้นมาแล้วว่า มีนัยสำคัญตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ส่วนเส้นใยที่มีค่าสัมประสิทธิ์ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานจะถูกขจัดออกจากแบบจำลองแต่งใหม่ นี้ในการวิเคราะห์แบบจำลองลดรูปจำเป็นต้องดำเนินการวิเคราะห์ถดถอยพหุใหม่จำนวน 1 ครั้ง ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุตัวแปรที่ 5 บนตัวแปรที่ 4, 3 และ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุดังกล่าวได้สรุปรวมไว้ ดังปรากฏในรูปที่ 5.2 และได้เสนอไว้ในตารางที่ 5.14 สำหรับการทดสอบนัยสำคัญของ P_{ij} ในแบบจำลองลดรูปได้อาศัยเกณฑ์มาตรฐานที่ตั้งไว้แต่ต้น กล่าวคือ การทดสอบนัยสำคัญทางสถิติคือ $\alpha = .05$ เป็นเกณฑ์การพิจารณา และการทดสอบนัยสำคัญทางปฏิบัติคือ ขนาดค่า .05 เป็นเกณฑ์

ตามตารางที่ 5.14 ตัวแปรภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ถดถอยบนตัวแปรการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน และความรู้ในการป้องกันโรค ผลการวิเคราะห์ปรากฏว่ามีนัยสำคัญทางสถิติและทางปฏิบัติ โดยที่ค่า P_{54} มีค่าเท่ากับ 0.4179 ค่า P_{53} มีค่าเท่ากับ 0.1800 และค่า P_{52} มีค่าเท่ากับ 0.1194 ขนาดค่าของสัมประสิทธิ์บ่งบอก (R^2) เปรียบเทียบระหว่างตารางที่ 5.12 และตารางที่ 5.14 ปรากฏว่าค่าลดลงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเส้นใยของตัวแปรตัวอื่น ๆ ยังคงเดิม

โดยสรุป เส้นใยทั้ง 9 เส้นในแบบจำลองเส้นใยแต่งใหม่ได้รับการคงไว้โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงแต่ประการใด ดังปรากฏตามรูปที่ 5.2 ซึ่งเส้นใยทุกเส้นได้เป็นไปตามสมมติฐานที่สร้างขึ้นตามแบบจำลอง กล่าวโดยย่อ แบบจำลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้ควรได้รับการทดสอบตามหลักการ ทดสอบแบบจำลองเส้นใยลดรูปในขั้นตอนต่อไป



รูปที่ 5.2 แบบจำลองลดรูปของ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

ตารางที่ 5.14 ขนาดค่าของสัมประสิทธิ์เส้นโยงระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่มาก่อนกับตัวแปรภาวะสุขภาพ
อนามัยของประชาชน

ตัวแปรมาก่อน

ตัวแปรผล	การปรับระบบบริการให้รองรับ งานสาธารณสุขมูลฐาน (1)	การมีส่วนร่วมของ ประชาชน (3)	ความรู้ในการ ป้องกันโรค(4)	R ²
ภาวะสุขภาพอนามัย ของประชาชน(5)	.1194*	.1800**	.4179**	.3337

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .05$

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$

การทดสอบแบบจำลองเส้นโยงลดรูป

ขั้นตอนที่สามของการวิเคราะห์เส้นโยง จัดเป็นการมุ่งตอบคำถามที่ว่า
แบบจำลองลดรูปที่ปรับปรุงขึ้นใหม่นี้มีลักษณะสอดคล้องกับข้อมูลหรือไม่ วิธีการ
วิเคราะห์ที่จำเป็นต่อการตอบคำถามดังกล่าว เรียกว่า "การทดสอบแบบจำลองเส้น
โยงลดรูป" (reduced path model testing) หรือ ดันแคน (Duncan,
1975) เรียกว่า "วิธีการทดสอบแบบจำลองระบุเกิน" (testing of an
overidentifying model) และ เคอร์ลิงเจอร์ (Kerlinger, 1973)
เรียกว่า "วิธีการทดสอบทฤษฎี" (theory testing) (บุระชัย, 2526:108)
แต่ไม่ว่าจะใช้ชื่อใดก็ตาม วิธีการที่กล่าวมาจัดเป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อการประเมิน
ความพอเพียงของแบบจำลองสุดท้ายซึ่งมีลักษณะลดรูป เปรียบเทียบกับแบบจำลอง
เส้นโยงเบื้องต้นซึ่งมีลักษณะเต็มรูป กล่าวโดยง่ายก็คือ ถ้าแบบจำลองเส้นโยงลดรูป
สามารถสร้างเมตริกค่าสหสัมพันธ์พยากรณ์ (predicted correlation
matrix) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าเมตริกค่าสหสัมพันธ์คำนวณใหม่ (reproduced
correlation matrix) ให้มีขนาดใกล้เคียงกับเมตริกค่าสหสัมพันธ์สังเกตการณ์
(observed correlation matrix) ตามแบบจำลองเส้นโยงเต็มรูป ก็ย่อม

หมายความว่าแบบจำลองเส้นโยงสูตร มีความสอดคล้องกับข้อมูล อย่างไรก็ตามก็ตีค่าว่า ขนาดใกล้เคียงกันในที่นี้หมายความว่า ผลต่างระหว่างเมตริกทั้งสองจะต้องมีขนาด ค่าเล็กน้อยแต่ไม่จำเป็นต้องเป็นศูนย์เสมอไป ทั้งนี้เพราะอาจเกิดความคลาดเคลื่อน จากการสุ่มตัวอย่างหรือจากการคำนวณพิเศษ ฉะนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดผลต่างที่เท่ากับ 0.005 หรือน้อยกว่า ว่าเป็นขนาดที่เล็กน้อย ซึ่งอาจเกิดขึ้นโดยบังเอิญ

ในที่นี้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สังเกตการณ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่สามารถ คำนวณได้จากสูตรคำนวณ Pearson's product moment correlation ตาม ปกติส่วนค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ระหว่างตัวแปรจำเป็นต้องคำนวณจากสูตร

$$r'_{ij} = \frac{\sum z_i z_j}{N}$$

ซึ่ง z_i และ z_j คือตัวแปรมาตรฐานและ N คือขนาดของกลุ่มตัวอย่างการคำนวณ ค่าสหสัมพันธ์พยากรณ์มีความซับซ้อนอยู่บ้าง เพราะต้องอาศัยการแทนค่าจากสมการ โครงสร้างจากรูปที่ 5.2 สมการโครงสร้างสามารถเขียนได้ดังนี้

$$\begin{aligned} z_1 &= e_1 \\ z_2 &= P_{21} z_1 + e_2 \\ z_3 &= P_{32} z_2 + P_{31} z_1 + e_3 \\ z_4 &= P_{43} z_3 + P_{41} z_1 + P_{42} z_2 + e_4 \\ z_5 &= P_{53} z_3 + P_{54} z_4 + P_{52} z_2 + e_5 \end{aligned}$$

ในลำดับต่อไป ได้เสนอตัวอย่างในการแยกส่วนค่า เพื่ออธิบายวิธี การในการหาค่าสหสัมพันธ์พยากรณ์ โดยจะขอยกตัวอย่างการหาค่าระหว่างตัวแปรที่ 1 กับตัวแปรที่ 3

$$\begin{aligned} r'_{13} &= \frac{\sum z_1 z_3}{N} \\ &= \frac{\sum z_1 (P_{32} z_2 + P_{31} z_1 + e_3)}{N} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &= \frac{\sum z_1 z_2}{N} P_{32} + \frac{\sum z_1^2}{N} P_{31} + \frac{\sum z_1 e_3}{N} \\
 &= \frac{\sum z_1 (P_{21} z_1 + e)}{N} P_{32} + P_{31} \\
 &= \left[\frac{\sum z_1^2}{N} P_{21} + \frac{\sum z_1 e}{N} \right] P_{32} + P_{31}
 \end{aligned}$$

จากฐานคติที่ว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรผิดพลาดและตัวแปร
สาเหตุ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า $\frac{\sum z_1 e_3}{N} = 0$ และค่าแปรปรวนมาตรฐาน $\frac{\sum z_1^2}{N} = 1$

เพราะฉะนั้น $r'_{13} = P_{21} P_{32} + P_{31}$

จากการคำนวณด้วยวิธีดังกล่าวข้างต้น จะได้ค่าสหสัมพันธ์ของการพยากรณ์
ดังต่อไปนี้ (รายละเอียดของการคำนวณตัวแปรคู่ต่าง ๆ ดูได้ในภาคผนวกที่ 2)

$$\begin{aligned}
 r'_{12} &= P_{21} \\
 r'_{13} &= P_{32} P_{21} + P_{31} \\
 r'_{14} &= P_{21} P_{42} + P_{31} P_{43} + P_{21} P_{32} P_{43} + P_{41} \\
 r'_{15} &= P_{21} P_{52} + P_{31} P_{53} + P_{41} P_{54} + P_{21} P_{32} P_{53} \\
 &\quad + P_{21} P_{42} P_{54} + P_{31} P_{43} P_{54} + P_{21} P_{32} P_{43} P_{54} \\
 r'_{23} &= P_{31} P_{21} + P_{32} \\
 r'_{24} &= P_{43} P_{32} + P_{41} P_{21} + P_{21} P_{31} P_{43} + P_{42} \\
 r'_{25} &= P_{53} P_{32} + P_{54} P_{42} + P_{32} P_{43} P_{54} + P_{21} P_{31} P_{53} \\
 &\quad + P_{21} P_{41} P_{54} + P_{21} P_{31} P_{43} P_{54} + P_{52} \\
 r'_{34} &= P_{41} P_{31} + P_{42} P_{32} + P_{21} P_{31} P_{42} + P_{21} P_{32} P_{41} + P_{43} \\
 r'_{35} &= P_{54} P_{43} + P_{52} P_{32} + P_{21} P_{31} P_{52} + P_{31} P_{41} P_{54} \\
 &\quad + P_{32} P_{42} P_{54} + P_{32} P_{21} P_{41} P_{54} + P_{31} P_{21} P_{42} P_{54} + P_{53} \\
 r'_{45} &= P_{52} P_{42} + P_{53} P_{43} + P_{21} P_{41} P_{52} + P_{31} P_{41} P_{53} \\
 &\quad + P_{32} P_{43} P_{52} + P_{32} P_{42} P_{53} + P_{21} P_{31} P_{42} P_{53} \\
 &\quad + P_{21} P_{31} P_{41} P_{53} + P_{54}
 \end{aligned}$$

ฉะนั้นจากการแทนค่าตัวเลขของ P_{ij} ลงในแต่ละสมการ ก็จะทราบค่าสหสัมพันธ์พยากรณ์แต่ละตัว ค่าสหสัมพันธ์พยากรณ์ที่คำนวณได้ทุกจำนวนปรากฏตามมุมล่างด้านซ้ายของเมตริก ในตารางที่ 5.15 ส่วนค่าสหสัมพันธ์สังเกตการณ์ (r_{ij}) ได้เสนอไว้ตามมุมบนด้านขวาของเมตริกเดียวกันในตารางที่ 5.15 อนึ่งเมตริกค่าสหสัมพันธ์แตกต่าง (D) ซึ่งคำนวณจากผลต่างระหว่างเมตริกค่าสหสัมพันธ์สังเกตการณ์ (R) กับเมตริกค่าสหสัมพันธ์พยากรณ์ (R') ได้สรุปเสนอไว้ในตารางที่ 5.16

จากการพิจารณาเมตริกค่าสหสัมพันธ์แตกต่างในตารางที่ 5.16 พบว่าผลต่างที่มีขนาดค่าที่ใหญ่ที่สุด คือ P_{15} ซึ่งมีขนาดค่าเท่ากับ 0.03 ซึ่งในสมมติฐานไม่ต้องการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้ ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ที่ต้องการทดสอบแบบจำลองเส้นใยลดรูปว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลหรือไม่นั้น พบว่า ผลต่างระหว่างเมตริกทั้งสองมีขนาดค่าเล็กน้อยใกล้เคียงกับศูนย์และบางค่าเป็นศูนย์ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ กล่าวโดยย่อ แบบจำลองใหม่ที่มีลักษณะลดรูปนี้สอดคล้องกับข้อมูลประจักษ์โดยไม่ต้องเพิ่มหรือลดเส้นใยแต่อย่างใดอีก

ตารางที่ 5.15 เมตริกค่าสหสัมพันธ์สังเกตการณ์ (R) และเมตริกค่าสหสัมพันธ์พยากรณ์ (R') จากแบบจำลองลดรูปเกี่ยวกับภาพพจน์ของนักศึกษา

ตัวแปรผล	กิจกรรมสาธารณประโยชน์ มูลฐาน (1)	การรับระบบบริการ ให้รองรับ (2)	การมีส่วนร่วมของ ประชาชน (3)	ความรุกรานการ ป้องกันโรค (4)	ภาวะสุขภาพอนามัย ของประชาชน (5)
กิจกรรมสาธารณประโยชน์ มูลฐาน (1)	1.000	.359	.437	.318	.278
การรับระบบบริการให้ รองรับงานสาธารณประโยชน์ มูลฐาน (2)	.359	1.000	.444	.452	.389
การมีส่วนร่วมของ ประชาชน (3)	.437	.444	1.000	.320	.367
ความรุกรานการป้องกัน โรค (4)	.317	.452	.320	1.000	.530
ภาวะสุขภาพอนามัย ของประชาชน (5)	.246	.382	.366	.529	1.000

ตารางที่ 5.16 เมตริกค่าสหสัมพันธ์แสดง (D) สำหรับแบบจำลองลำดับเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

ตัวแปรผล	กิจกรรมสาธารณสุข มูลค่า (1)	การรับระบบบริการ ในโรงพยาบาล (2)	การมีส่วนร่วมของ ประชาชน (3)	ความรู้ในการ ป้องกันโรค (4)	ภาวะสุขภาพอนามัย ของประชาชน (5)
กิจกรรมสาธารณสุข มูลค่า (1)	.000				
การรับระบบบริการ ในโรงพยาบาล มูลค่า (2)	.000	.000			
การมีส่วนร่วมของ ประชาชน (3)	.000	.000	.000		
ความรู้ในการป้องกัน โรค (4)	.001	.000	.000	.000	
ภาวะสุขภาพอนามัย ของประชาชน (5)	.030	.007	.001	.001	1.000

การแยกส่วนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองเส้นโยงลดรูป

ขั้นตอนสุดท้ายเป็นการแยกส่วนค่าสหสัมพันธ์ (decomposition of correlation) ระหว่างตัวแปร ซึ่งเป็นคุณลักษณะพิเศษของการวิเคราะห์เส้นโยง เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้ง และกระจ่างชัดยิ่งขึ้นเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษา กรณีที่แบบจำลองเส้นโยงมีตัวแปรภายนอกตั้งแต่สองตัวแปรขึ้นไป การแยกส่วนค่าสหสัมพันธ์จะมีความซับซ้อนยิ่งกว่ากรณีที่แบบจำลองเส้นโยงที่มีตัวแปรภายนอกเพียงตัวเดียว กล่าวคือ กรณีแบบจำลองเส้นโยงที่มีตัวแปรภายนอกเพียงตัวแปรเดียว ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสามารถแยกออกได้เป็นผลกระทบตรงและผลกระทบอ้อม และผลกระทบรวมทั้งผลกระทบตรงและผลกระทบอ้อมเท่ากับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลำดับศูนย์ และในแบบจำลองเส้นโยงที่มีตัวแปรภายนอกสองตัวแปร ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสามารถแยกออกได้อย่างน้อยเป็น 3 ส่วนย่อยคือ ผลกระทบตรง ผลกระทบอ้อม และผลรวมไว้การวิเคราะห์

สมการโครงสร้างจะมีส่วนสำคัญในการแยกส่วนค่าสหสัมพันธ์ (รายละเอียดของการวิเคราะห์สมการโครงสร้างอยู่ในภาคผนวกที่ 2) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ตามแบบจำลองเส้นโยงลดรูปในรูปที่ 5.2 จะพบว่า P_{21} คือผลกระทบทางตรงเพียงตัวเดียว ของความสัมพันธ์ระหว่างการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน กับกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน โดยไม่มีผลกระทบทางอ้อมใด ๆ ทั้งสิ้น ส่วน P_{31} คือ ผลกระทบทางตรงของตัวแปรการมีส่วนร่วมของประชาชนกับกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน โดยที่มี $P_{21}P_{32}$ เป็นผลกระทบทางอ้อม กล่าวคือ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานได้ส่งผ่านตัวแปรการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐานให้มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยมีตัวแปรภายนอกเพียงตัวแปรเดียวคือ การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ของความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรการมีส่วนร่วมของประชาชนกับกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

ตัวแปรความรู้ในการป้องกันโรค กับ การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน มีตัวแปรภายนอกสองตัวแปร ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร สามารถแยกออกได้อย่างน้อยเป็น 3 ส่วนคือ ผลกระทบตรง ผลกระทบอ้อม และผลรวมไว้การวิเคราะห์ โดยที่ P_{42} คือผลกระทบทางตรงของตัวแปรความรู้ในการป้องกันโรคกับกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน โดยที่มี $P_{32}P_{43}$ เป็นผลกระทบ

ทางอ้อมและ $P_{21}P_{41}$ และ $P_{21}P_{31}P_{43}$ เป็นผลรวมไว้การวิเคราะห์ และผลการแยกส่วนค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอื่น ๆ อีก 6 คู่ ก็สามารถอธิบายได้ในท่อนองเดียวกัน ค่าสหสัมพันธ์เป็นตัวเลขปรากฏตามตารางที่ 5.17

จากตารางที่ 5.17 จะเห็นได้ว่า ผลกระทบรวมมีขนาดค่าเท่ากับค่าสหสัมพันธ์ลำดับศูนย์อยู่ 2 ค่า คือ ค่า R_{13} และ R_{14} และค่าสหสัมพันธ์ลำดับศูนย์ประกอบด้วยผลกระทบรวมกับผลรวมไว้วิเคราะห์อยู่ 6 ค่าคือ R_{23} , R_{24} , R_{25} , R_{34} , R_{35} และ R_{45} และมีเพียงค่า R_{12} เท่านั้นที่ผลกระทบตรง มีค่าเท่ากับค่าสหสัมพันธ์ลำดับศูนย์ แต่ค่า R_{15} ไม่มีผลกระทบตรง มีแต่ผลกระทบทางอ้อมเท่านั้น และมีค่าที่แตกต่างกับค่าสหสัมพันธ์ลำดับศูนย์

ในการวิเคราะห์ผลกระทบที่มีต่อตัวแปรตามท้ายสุด ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน พบว่า ผลกระทบรวมมีขนาดค่าจากสูงไปต่ำ ตัวแปรที่มาก่อนได้ดังต่อไปนี้ ความรู้ในการป้องกันโรค (0.4179) การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน (0.3331) และการมีส่วนร่วมของประชาชน (0.2233) สำหรับผลกระทบรวม จากความรู้ในการป้องกันโรค สามารถแยกเป็นผลกระทบทางตรง (P_{54}) เท่ากับ 0.4179 และไม่มีผลกระทบทางอ้อม ผลกระทบรวมจากการมีส่วนร่วมของประชาชน สามารถแยกเป็นผลกระทบทางตรง (P_{53}) เท่ากับ 0.1800 และผลกระทบทางอ้อม ($P_{43}P_{54}$) เท่ากับ 0.0433 ผลกระทบรวมจากการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐานสามารถแยกเป็นผลกระทบทางตรง (P_{52}) เท่ากับ 0.1194 และผลกระทบทางอ้อม ($P_{32}P_{53}$, $P_{42}P_{54}$ และ $P_{32}P_{43}P_{54}$) เท่ากับ 0.2137

ผลกระทบรวมที่มีต่อตัวแปรความรู้ในการป้องกันโรคจากขนาดค่าสูงไปต่ำ ได้แก่การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน (0.3871) กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน (0.3173) และการมีส่วนร่วมของประชาชน (0.1037) สำหรับผลกระทบรวมจากการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน สามารถแยกเป็นผลกระทบทางตรง (P_{42}) เท่ากับ 0.3539 และผลกระทบทางอ้อม ($P_{32}P_{43}$) เท่ากับ 0.0332 ผลกระทบรวมจากกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานสามารถแยกเป็นผลกระทบทางตรง (P_{41}) เท่ากับ 0.1344 และผลกระทบทางอ้อม ($P_{21}P_{42}$, $P_{31}P_{43}$ และ $P_{21}P_{32}P_{43}$) เท่ากับ 0.1829 ผลกระทบรวมจากการมีส่วนร่วมของประชาชน สามารถแยกเป็นผลกระทบทางตรง (P_{43})

เท่ากับ 0.1037 และไม่มีผลกระทบทางอ้อม สรุปค่าของผลกระทบต่าง ๆ ได้ดัง
ตารางที่ 5.17

ตารางที่ 5.17 ผลของการแยกส่วนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองเส้นโยงสรุป

สหสัมพันธ์	ผลกระทบตรง	ผลกระทบอ้อม	ผลกระทบรวม	ผลรวมของความ สัมพันธ์ไร้การวิเคราะห์	ค่าสหสัมพันธ์ ลำดับศูนย์
r12	0.3890	-	0.3890	-	.389
r13	0.3115	0.1256	0.4371	-	.437
r14	0.1344	0.1829	0.3173	-	.318
r15	-	0.2455	0.2455	-	.278
r23	0.3231	-	0.3231	0.1211	.444
r24	0.3539	0.0332	0.3871	0.0647	.452
r25	0.1194	0.2137	0.3331	0.0488	.389
r34	0.1037	-	0.1037	0.2157	.320
r35	0.1800	0.0433	0.2233	0.1429	.367
r45	0.4179	-	0.4179	0.1113	.530

สรุปความ

ในบทนี้จะเป็นการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสูง โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย, การวิเคราะห์ถดถอยพหุ และการวิเคราะห์เส้นโยง ผลการวิเคราะห์พบว่า เป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ ในการวิเคราะห์ตัวแปรแต่ละคู่ตามสมมติฐาน ได้ใช้เทคนิคการวิเคราะห์อย่างง่าย และตัวแปรทุกคู่ตามสมมติฐานมีความสัมพันธ์เชิงปริมาณกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ โดยที่ตัวแปรอิสระที่อธิบายตัวแปรตามได้สูงสุดคือ ความรู้ในการป้องกันโรคกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน และตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายตัวแปรตามได้ต่ำสุดคือกิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐานกับความรู้ในการป้องกันโรค ในการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระ 4 ตัวหลัก ได้ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ซึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพอนามัย คือ การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน ความรู้ในการป้องกันโรค ซึ่งตัวแปรทั้งสามสามารถอธิบายตัวแปรตามได้ 33.37% นอกจากนี้ ยังได้ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ในการวิเคราะห์ตัวแปรย่อยในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของประชาชน และความรู้ในการป้องกันโรค ที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ในส่วนสุดท้ายของบทนี้ได้ใช้การวิเคราะห์เส้นโยงของตัวแบบ เพื่อตอบปัญหาการวิจัย และเมื่อทำการทดสอบแบบจำลองเส้นโยง พบว่าเป็นไปตามตัวแบบที่สร้างขึ้น

บทที่ 6

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จุดมุ่งหมายของบทสุดท้ายก็เพื่อสรุปรวมสาระสำคัญของผลการวิจัย ทั้งในแง่สรุปผลโดยทั่วไป สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน และสรุปผลการค้นพบอื่น ๆ ต่อจากนั้น ได้ทำการอภิปรายผล รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะทั้งในด้านการวิจัย ข้อเสนอแนะทางทฤษฎี และข้อเสนอแนะทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตามก็ดี สาระสำคัญที่สรุปในบทนี้ จะพยายามใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อทดสอบหรือพิสูจน์ทฤษฎี โดยอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์ นักวิชาการคนสำคัญได้กล่าวไว้ว่า (บุระชัย, 2531: 128)

การวิจัยจึงเป็นความพยายาม หักล้างสิ่งที่เป็นเท็จยิ่งกว่าที่จะยืนยันสิ่งที่จริง ด้วยเหตุนี้ผลงานวิจัยพื้นฐานแต่ละชิ้นจึงเปรียบเสมือนบันไดที่ช่วยให้แต่ละสาขาวิชาพัฒนาตนเองสูงขึ้นโดยลำดับ แม้บางครั้งจะมีการรื้อบันไดเก่าลงเพื่อสร้างบันไดใหม่ทั้งหมดในลักษณะ "การปฏิวัติทางวิทยาศาสตร์" (scientific revolution) ตามทฤษฎีของไทมส์คูน (Thomas Kuhn) ก็ตาม

การวิจัยนี้ก็เช่นกัน จัดเป็นผลงานวิจัยพื้นฐานชิ้นหนึ่งในสาขาการบริหารงานพัฒนา เพื่อประกอบการศึกษาในหลักสูตรปริญญาเอกของสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ซึ่งเสนอสาระสำคัญต่าง ๆ มาแล้วตั้งแต่บทที่ 1 ถึงบทที่ 5 ครอบคลุมตั้งแต่บทที่ 1 ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ในการศึกษา ขอบเขตการศึกษา นิยามศัพท์ ข้อจำกัดในการศึกษา และผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ บทที่ 2 กรอบทฤษฎีว่าด้วยสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้นำเสนอแนวคิดในนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน และการสร้างแบบจำลองเส้นโยงสมมติฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน บทที่ 3 ระเบียบวิธีที่ใช้ในการศึกษาครอบคลุมในเรื่องรูปแบบการศึกษาวิจัยประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรในการวิจัย เครื่องมือในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นต้น ได้นำเสนอ 5 ส่วนคือ ภูมิหลังของประชากรที่ศึกษา ลักษณะที่สำคัญของตัวแปรสำคัญ ปัจจัยสำคัญของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพอนามัย ผลกระทบที่สำคัญของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่มีต่อภาวะสุขภาพอนามัย และการทดสอบฐานคติของสถิติพาราเมตริกในบทที่ 5

ได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลชั้นสูง ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ และการวิเคราะห์เส้นโยง ในบทสุดท้ายนี้ จึงเป็นบทที่จะนำเสนอสาระสำคัญในลักษณะของการสรุปรวมประเด็นต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วใน 5 บทแรกตลอดจนการอภิปรายผลสิ่งที่ค้นพบ และการเสนอแนะ กล่าวโดยย่อ บทที่ 6 ประกอบด้วยสี่หัวข้อย่อย คือ สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และสรุปความ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน: การศึกษาสำรวจปัจจัยและผลกระทบของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานในเขต 1 ของสาธารณสุข ได้พยายามตอบคำถาม 3 คำถามใหญ่ ๆ คือ

ปัญหาการวิจัยที่ 1 แนวคิดหลักในเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน และการมีส่วนร่วมของประชาชน รวมทั้งแนวคิดหลักในเรื่องภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้แก่ ความรู้ในการป้องกันโรค ได้มีส่วนสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนมากน้อยเพียงใด

ปัญหาการวิจัยที่ 2 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวแปรที่คัดเลือกภายใต้กรอบทฤษฎีดังกล่าวมีความสัมพันธ์ลำดับศูนย์กับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนหรือไม่ ระดับใด

ปัญหาการวิจัยที่ 3 ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้รับผลกระทบทางตรงและ/หรือทางอ้อม จากตัวแปรสาเหตุใดบ้าง ขนาดค่าของผลกระทบรวมจากตัวแปรสาเหตุต่อตัวแปรผลภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน มีระดับความมากน้อยเพียงใด รวมทั้งตัวแปรสาเหตุต่างมีผลกระทบทั้งทางตรง และ/หรือทางอ้อมต่อกันและกันหรือไม่ อย่างไร

จากปัญหาการวิจัยที่ 1 ได้พยายามที่จะสำรวจแนวคิดของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน และแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนมาประมวลเป็นแบบจำลองเส้นโยงสมมุติฐานของภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยแนวคิด

หลักของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ การปรับระบบสาธารณสุขให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน การมีส่วนร่วมของประชาชน การเสริมสร้างภาวะผู้นำและการพัฒนาแบบผสมผสาน โดยใช้วิธีการประสานระหว่างสาขาอื่น ๆ ซึ่งปัจจัยทั้ง 5 ประการนี้ เป็นแนวความคิดหลักของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน เป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะทำให้นโยบายบรรลุผล

แนวคิดหลักของภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้ศึกษาปัจจัยที่สำคัญของภาวะสุขภาพอนามัยว่ามี 4 ปัจจัยใหญ่ ๆ ได้แก่ บริการทางแพทย์และสาธารณสุข สภาพแวดล้อมพฤติกรรมของประชาชน และพันธุกรรม ซึ่ง 3 ปัจจัยข้างต้นนั้นสามารถที่จะปรับปรุงได้ การผนวกแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนให้เข้ากับแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานนั้น ได้ทำการสรุปตัวแปรที่สำคัญของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน โดยที่การจะให้นโยบายสาธารณสุขมูลฐานบรรลุผลได้จะต้องผ่าน 2 ตัวแปรนี้เป็นหลัก และหัวใจสำคัญของการที่ประชาชนจะมีภาวะสุขภาพอนามัยที่ดีนั้น ประชาชนจะต้องมีความรู้ในการป้องกันโรค

กล่าวโดยสรุป จากกรอบทฤษฎีต่าง ๆ นั้น สามารถนำมากำหนดตัวแปรที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้แก่ กิจกรรมของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชนและความรู้ในการป้องกันโรค ซึ่งมีผลงานวิจัยของนักวิชาการต่าง ๆ สนับสนุนในการสร้างแบบจำลอง

ปัญหาการวิจัยที่ 2 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวที่คัดเลือกภายใต้กรอบทฤษฎีดังกล่าว มีความสัมพันธ์ลำดับขั้นกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนหรือไม่ ระดับใดในปัญหาการวิจัยนี้ได้ใช้การวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่ายในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ตามสมมุติฐาน และใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระต่าง ๆ เพื่อที่จะตรวจสอบว่า ตัวแปรใดมีอิทธิพลสูงสุดกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน และตัวแปรต่าง ๆ เหล่านั้น สามารถอธิบายตัวแปรตามคือ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนได้มากน้อยเพียงใด ในส่วนสุดท้ายของปัญหาการวิจัยนี้ได้ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เส้นโยง ในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ตามตัวแบบ ผลของการวิจัย พบว่าเป็นไปตามสมมุติฐาน ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพอนามัยสูงที่สุด คือ ความรู้ในการป้องกันโรค ซึ่งสามารถ

อธิบายตัวแปรตามได้ 28.04% และตัวแปรต่าง ๆ เมื่อได้รับการทดสอบแบบจำลอง
เส้นโค้ง พบว่า เป็นไปตามแบบจำลองเส้นโค้งสมมติฐาน ซึ่งรายละเอียดในเรื่องนี้
อยู่ในหัวข้อ การสรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

ปัญหาการวิจัยที่ 3 ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้รับผลกระทบ
ทางตรงและ/หรือทางอ้อม จากตัวแปรสาเหตุใดบ้าง ขนาดค่าของผลกระทบรวม
จากตัวแปรสาเหตุต่อตัวแปรผลภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน มีระดับความมาก
น้อยเพียงใด รวมทั้งตัวแปรสาเหตุต่างมีผลกระทบทั้งทางตรง และ/หรือทางอ้อมต่อ
กันและกันหรือไม่ อย่างไร ในที่นี้ขอสรุปผลการศึกษาปัญหาการวิจัยที่ 3 ดังนี้

1. ตัวแปร การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน มี
ผลกระทบทางตรงมาจากตัวแปรกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน แต่เพียงอย่างเดียว
ด้วยขนาดค่าสหสัมพันธ์ลำดับศูนย์เท่ากับ 0.389

2. ตัวแปร การมีส่วนร่วมของประชาชน มีผลกระทบทางตรงมาจากกิจ-
กรรมสาธารณสุขมูลฐานด้วยขนาดค่า 0.3115 และมีผลกระทบโดยอ้อมผ่านการปรับ
ระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐานด้วยขนาดค่า 0.1256

3. ตัวแปร ความรู้ในการป้องกันโรค มีผลกระทบทางตรงมาจากกิจ-
กรรมสาธารณสุขมูลฐานด้วยขนาดค่า 0.1344 และมีผลกระทบโดยอ้อมผ่านการปรับ
ระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน และผ่าน
ตัวแปรทั้งสองนี้ด้วยขนาดค่า 0.1829

4. ตัวแปร การมีส่วนร่วมของประชาชน มีผลกระทบทางตรงมาจาก
การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐานด้วยขนาดค่า 0.3231 และ
ไม่มีผลกระทบทางอ้อมผ่านตัวแปรใดๆ แต่มีผลรวมของความสัมพันธ์ไว้การวิเคราะห์
ด้วยขนาดค่า 0.1211

5. ตัวแปร ความรู้ในการป้องกันโรค มีผลกระทบทางตรงมาจาก
การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐานด้วยขนาดค่า 0.3539 และมี
ผลกระทบโดยอ้อมผ่านการมีส่วนร่วมของประชาชนด้วยขนาดค่า 0.0332 และมี
ผลรวมของความสัมพันธ์ไว้การวิเคราะห์ผ่านตัวแปรกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน และ
กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานกับการมีส่วนร่วมของประชาชนด้วยขนาดค่า 0.0647

6. ตัวแปร ความรู้ในการป้องกันโรค มีผลกระทบทางตรงมาจากการมีส่วนร่วมของประชาชนด้วยขนาดค่า 0.1037 และไม่มีผลกระทบโดยอ้อมผ่านตัวแปร แต่มีผลรวมของความสัมพันธ์ไว้การวิเคราะห์ผ่านตัวแปรต่างๆด้วยขนาดค่า 0.2157

7. ตัวแปร ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน มีผลกระทบทางตรงมาจากตัวแปร การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐานด้วยขนาดค่า 0.1194 และมีผลกระทบโดยอ้อมผ่านตัวแปรการมีส่วนร่วมของประชาชน ความรู้ในการป้องกันโรค และตัวแปรทั้งสองด้วยขนาดค่า 0.2137 และมีผลรวมความสัมพันธ์ไว้การวิเคราะห์ผ่านตัวแปรต่างๆด้วยขนาดค่า 0.0488

8. ตัวแปร ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน มีผลกระทบทางตรงมาจากตัวแปรการมีส่วนร่วมของประชาชนด้วยขนาดค่า 0.1800 และมีผลกระทบโดยอ้อมผ่านตัวแปรความรู้ในการป้องกันโรคด้วยขนาดค่า 0.0433 และมีผลรวมความสัมพันธ์ไว้การวิเคราะห์ผ่านตัวแปรต่าง ๆ ด้วยขนาดค่า 0.1429

9. ตัวแปร ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน มีผลกระทบทางตรงมาจากตัวแปรความรู้ในการป้องกันโรคด้วยขนาดค่า 0.4179 และไม่มีผลกระทบโดยอ้อมผ่านตัวแปรใด ๆ แต่มีผลรวมความสัมพันธ์ไว้การวิเคราะห์ผ่านตัวแปรต่าง ๆ ด้วยขนาดค่า 0.1113

ผลการวิจัยนี้สามารถสรุปได้ใน 3 ประเด็น คือ การสรุปผลการวิจัยโดยทั่วไปการสรุปผลการทดสอบสมมุติฐาน และการสรุปผลการค้นพบอื่น ๆ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การสรุปผลการวิจัยโดยทั่วไป

ในการตอบปัญหาการวิจัยทั้ง 3 ข้อนี้ ได้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีประชากรใน 8 จังหวัดในเขต 1 ของสาธารณสุข ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง อุทัย และชัยนาท เป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มกลุ่มหลายเชิงชั้น ซึ่งเป็นเทคนิคที่จัดอยู่ภายใต้ทฤษฎีความน่าจะเป็น โดยมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 480 คน ส่วนการเก็บข้อมูลก็จัดเป็นการสัมภาษณ์ตามแนวซึ่งแบบสัมภาษณ์จะประกอบด้วย 6 มาตร

วัด แบบสัมภาษณ์นี้ได้ผ่านการทดสอบก่อน ทั้งจากผู้มีความรู้เชี่ยวชาญในงานสาธารณสุขมูลฐาน และคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นอกจากนี้ได้ทำการทดสอบความเชื่อถือได้ และความเที่ยงตรงของมาตรวัด ก่อนนำไปใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ในการทดสอบความเชื่อถือได้ของมาตรวัดด้วยเทคนิคสัมประสิทธิ์อัลฟา ผลปรากฏว่ามาตรวัดต่าง ๆ ทั้ง 6 มาตรวัด มีความเชื่อถือได้ในระดับสูงกว่ามาตรฐาน โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังต่อไปนี้

มาตรวัด กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่อสม.นำไปเผยแพร่ มีความเชื่อถือได้เท่ากับ 0.9870

มาตรวัด การมีส่วนร่วมของประชาชน มีความเชื่อถือได้เท่ากับ 0.9190

มาตรวัด ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน มีความเชื่อถือได้เท่ากับ 0.8911

มาตรวัด ความรู้ในการป้องกันโรค มีความเชื่อถือได้เท่ากับ 0.8771

มาตรวัด กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนปฏิบัติ มีความเชื่อถือได้เท่ากับ 0.8343

มาตรวัด การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความเชื่อถือได้เท่ากับ 0.7755

ในด้านความมั่นคงรมันทัศน์ ได้รับการวิเคราะห์ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ปัจจัย ผลปรากฏว่า

มาตรวัด กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่อสม.นำไปเผยแพร่ มีเพียงมิติเดียว

มาตรวัด ความรู้ในการป้องกันโรค มี 2 มิติ

มาตรวัด ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน มี 3 มิติ

มาตรวัด การมีส่วนร่วมของประชาชน มี 5 มิติ

มาตรวัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนปฏิบัติ มี 5 มิติ

มาตรวัด การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน มี 7 มิติ

สำหรับค่าความแปรปรวนปัจจัยร่วมของแต่ละมาตรวัด สามารถเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยได้ดังต่อไปนี้

- มาตรวัด กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่สม.นำไปเผยแพร่ มีความ
แปรปรวนปัจจัยร่วมเท่ากับ 83.8
- มาตรวัด การมีส่วนร่วมของประชาชน มีความแปรปรวนปัจจัยร่วม
เท่ากับ 76.6
- มาตรวัด ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน มีความแปรปรวนปัจจัยร่วม
เท่ากับ 69.3
- มาตรวัด กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนปฏิบัติ มีค่าความแปรปรวน
ปัจจัยร่วมเท่ากับ 66.2
- มาตรวัด ความรู้ในการป้องกันโรค มีความแปรปรวนปัจจัยร่วมเท่ากับ 60.6
- มาตรวัด การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความ
แปรปรวนปัจจัยร่วม เท่ากับ 55.7

อนึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบปัญหาการวิจัยทั้ง 3 ข้อ ฐานคติที่
จำเป็นของสถิติพาราเมตริก 3 ประการ ซึ่งควรพิจารณาหรือควรทดสอบ ได้แก่
(1) ตัวแปรตามมีความแปรปรวนเท่ากันภายใต้แต่ละค่าหรือช่วงค่าของตัวแปรอิสระ
(2) ตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระเป็นเชิงเส้นตรง และ (3) ตัวแปร
อิสระทุกตัวจะต้องมีความเป็นอิสระจากกัน กล่าวได้ว่าข้อมูลของการวิจัยนี้
ความสอดคล้องกับฐานคติทั้ง 3 ประการของสถิติพาราเมตริก การวิเคราะห์ข้อมูล
โดยใช้เทคนิคทางสถิติในระดับมัลติแวกเรียท จึงสามารถดำเนินการต่อไปได้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นต้น พบว่า

1. กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่สม.นำไปเผยแพร่มากที่สุด คือ การ
เผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย (29.4%) รองลงมาคือการสร้างเสริมที่ถูก
สุขลักษณะ (27.3%)
2. กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนปฏิบัติมากที่สุด คือ การสร้าง
เสริมที่ถูกสุขลักษณะ (79.6%) รองลงมาคือ การจัดสภาพแวดล้อมรอบบ้านให้สะอาด
(69.8%)
3. เมื่อประชาชนเจ็บป่วย บุคคลแรกที่จะปรึกษามากที่สุด คือ บุคคลใน
ครัวเรือนหรือญาติ (54.4%) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (37.5%)

4. เมื่อประชาชนเจ็บป่วย ส่วนใหญ่แล้วจะไปรักษาที่สถานีนามัย (47.9%) รองลงมาคือ โรงพยาบาลในจังหวัด (47.7%)

5. ประชาชนจะได้รับความรู้ในการป้องกันโรคจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (45.4%) รองลงมาคือ จากสิ่งอื่น ๆ ได้แก่ แผ่นปลิว หนังสือ ป้ายโปสเตอร์ เป็นต้น (31.7%)

6. ในเรื่องความรู้ในการป้องกันโรค ประชาชนรู้จักการป้องกันและรักษาโรคเป็นอย่างดี คือ เมื่อเป็นหวัดจะไปหาหมอ (43.5%) รองลงมาคือ จะซื้อยากินเอง (42.1%) การป้องกันโรคหวัด ประชาชนจะทราบว่าควรรักษาร่างกายให้อบอุ่น และพักผ่อนให้พอเพียง (63.1%) เมื่อประชาชนเป็นโรคอุจจาระร่วง จะไปหาหมอ (39.8%) และทราบว่าโรคอุจจาระร่วงนั้น ป้องกันได้ (82.7%) โดยการดื่มน้ำและรับประทานอาหารที่สะอาด (65.6%)

7. ในเรื่องความรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก พบว่าส่วนใหญ่จะพาเด็กไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค (79.6%) และนำเด็กไปซักรีดผ้าห่ม (71.5%) และทราบว่าการซักรีดผ้าห่มเด็กทำให้ทราบการเจริญเติบโตของเด็ก (55.8%) และส่วนใหญ่เลี้ยงดูโดยให้รับประทานนมมารดา (44.0%)

8. ความรู้ในเรื่องการป้องกันโรคเอดส์ พบว่าส่วนใหญ่รู้จักโรคเอดส์ (73.3%) และทราบวิธีป้องกันโรคเอดส์ (58.8%)

9. ในเรื่องของการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในโครงการต่างๆของรัฐน้อยมาก (14.6%) ผู้ที่มีส่วนร่วมในโครงการต่างานั้น ส่วนใหญ่จะเป็นกรรมการหรือสมาชิก (71.4%) กิจกรรมที่มีส่วนร่วมมากที่สุด คือ ช่วยวางแผนและแก้ปัญหา กิจกรรมที่มีส่วนร่วมมาก คือ ช่วยในการดำเนินงาน กิจกรรมที่มีส่วนร่วมปานกลาง คือ ช่วยในด้านวัสดุอุปกรณ์ กิจกรรมที่มีส่วนร่วมน้อย คือ ช่วยในการจัดสรรผลประโยชน์ ช่วยในด้านวัสดุอุปกรณ์และช่วยในการตัดสินใจ กิจกรรมที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ ช่วยจัดสรรผลประโยชน์

10. ในเรื่องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของประชาชนส่วนน้อยที่เข้าร่วมนั้น พบว่า ประชาชนจะทราบ การดำเนินงานของอสม. (26.5%) และ

ได้เข้าร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน (14.6%) และเข้ารับการอบรมในโครงการต่าง ๆ ของงานสาธารณสุขมูลฐาน (14.4%) เป็นสมาชิกโครงการบัตรสุขภาพ (16.9%) เป็นสมาชิกกองทุนต่าง ๆ ของสาธารณสุข (12.5%) และถ้าเจ้าหน้าที่มาเผยแพร่กิจกรรมต่าง ๆ คิดว่าจะเข้าร่วม (46.3%)

11. ในเรื่องผลของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ พบว่า ประชาชนได้นำความรู้ที่ได้อบรมมาปฏิบัติปานกลาง (10.2%) ประชาชนเห็นความสำคัญของกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานปานกลาง (27.1%) ส่วนใหญ่แล้วเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาชักจูงให้ประชาชนเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ น้อยที่สุด (29.8%)

12. ในเรื่องทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม พบว่าส่วนใหญ่ประชาชนไม่แน่ใจว่ากิจกรรมที่ตนเข้าไปมีส่วนร่วมนั้น เป็นภาระแก่เขามากเกินไปหรือไม่ (75.4%)

13. ในเรื่องภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ส่วนใหญ่แล้วประชาชนเปรียบเทียบสุขภาพของตนเองกับอดีตว่าเหมือนเดิม แต่เมื่อประเมินสุขภาพโดยรวมของประชาชนในหมู่บ้าน คิดว่าส่วนใหญ่ ประชาชนในหมู่บ้านมีสุขภาพดีขึ้น คิดว่าประชาชนมีความสามารถดูแลสุขภาพอนามัยได้ดีขึ้นเป็นส่วนใหญ่ และคิดว่าเมื่อประชาชนได้รับความรู้แล้วจะทำให้สุขภาพของเขาดีขึ้นเป็นส่วนใหญ่

14. ในเรื่องภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนในปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชน ไม่เคยป่วยเลย (51.7%) รองลงมา ป่วย 1-3 ครั้ง/เดือน (43.8%) ส่วนใหญ่จะเป็นโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ (40.2%) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ 1-3 วัน (21.8%) สาเหตุของการเจ็บป่วย คือ พักผ่อนไม่พอเพียงเป็นส่วนใหญ่ (29.4%) เมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่มิได้ขาดรายได้มาใช้จ่ายในครอบครัว (62.7%) และเมื่อเจ็บป่วยคิดว่าเป็นปัญหาที่สำคัญปานกลาง (26.3%)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพอนามัย พบว่า

1. ประชาชนที่รู้จัก อสม. จะปฏิบัติกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานต่าง ๆ มากกว่าประชาชนที่ไม่รู้จัก อสม. ยกเว้นการจัดหาหน้าสะอาดเพื่อบริเวณครอบครัว

2. กิจกรรมที่ อสม.ไปเผยแพร่และประชาชนปฏิบัติมากที่สุด คือ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ถูกลักษณะ รองลงมาคือ การจัดสภาพแวดล้อมรอบบ้านให้สะอาด แต่ในขณะเดียวกันก็เป็นที่น่าสนใจได้ว่า ในกลุ่มประชาชนที่ไม่รู้จัก อสม. นั้น และไม่ได้รับการเผยแพร่จาก อสม. นั้น ก็สร้างสิ่งแวดล้อมที่ถูกลักษณะได้เช่นเดียวกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานในบางกิจกรรมที่ประชาชนปฏิบัติอยู่เป็นประจำ อาจเป็นกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเผยแพร่ของ อสม. ก็ได้ กล่าวคือ กิจกรรมการสร้างสิ่งแวดล้อมอาจไม่จำเป็นในการบรรจุไว้ในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

3. กิจกรรมที่ อสม.ไปเผยแพร่และประชาชนไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุด คือ การเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย รองลงมาคือ การชั่งน้ำหนักเด็กอายุ 0-5 ปี เพื่อหาเด็กขาดสารอาหาร

4. กิจกรรมที่ อสม.ไม่ได้ไปเผยแพร่แต่ประชาชนปฏิบัติมากที่สุด คือ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ถูกลักษณะ รองลงมาคือ การจัดหาผ้าสะอาดสำหรับบริโภค

5. กิจกรรมที่ อสม.ไม่ได้ไปเผยแพร่และประชาชนไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุด คือการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต รองลงมาคือ การนำเทคโนโลยีที่ได้รับการอบรมมาป้องกันและควบคุมโรคในท้องถิ่นของท่าน

6. เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยสำคัญต่าง ๆ ระหว่างจังหวัดต่าง ๆ พบว่า ประชาชนในจังหวัดลพบุรี จะรู้จักอสม. มากที่สุด (56.7%) รองลงมาคือ อุทัย (35.0%) ประชาชนในจังหวัดอ่างทอง จะรู้จักอสม.น้อยที่สุด (6.7%) รองลงมาคือประชาชนในจังหวัดปทุมธานี (15.0%)

7. ประชาชนในจังหวัดนนทบุรี ส่วนใหญ่ไม่เคยป่วยเลย (100%) รองลงมาคืออุทัย (76.7%) ประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี ส่วนใหญ่จะป่วย 1-3 ครั้ง/เดือน (70%) รองลงมาคือ ประชาชนในจังหวัดอ่างทอง (65.0%)

8. ประชาชนในจังหวัดสระบุรี จะมีความรู้ในการป้องกันโรคสูงมากที่สุด (93.3%) รองลงมาคือ จังหวัดชัยนาท (70.0%) ประชาชนในจังหวัดปทุมธานีส่วนใหญ่มักมีความรู้ในการป้องกันโรคต่ำ มากที่สุด (36.7%)

9. ประชาชนในจังหวัดลพบุรี จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานมากที่สุด (31.7%) รองลงมาคือ ประชาชนในจังหวัดชัยนาท (28.3%)

10. ประชาชนในจังหวัดอยุธยา และลพบุรี เคยได้รับการอบรมในโครงการต่าง ๆ ของงานสาธารณสุขมูลฐานมากที่สุด (26.7%) รองลงมาคือประชาชนในจังหวัดชัยนาท (25.0%)

11. ประชาชนในจังหวัดชัยนาท คิดว่าถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเผยแพร่กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานอีกจะเข้าร่วมมากที่สุด (80.0%) รองลงมาคือประชาชนในจังหวัดสระบุรี (66.7%)

ผลการวิเคราะห์ผลกระทบที่สำคัญของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่มีต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน พบว่า

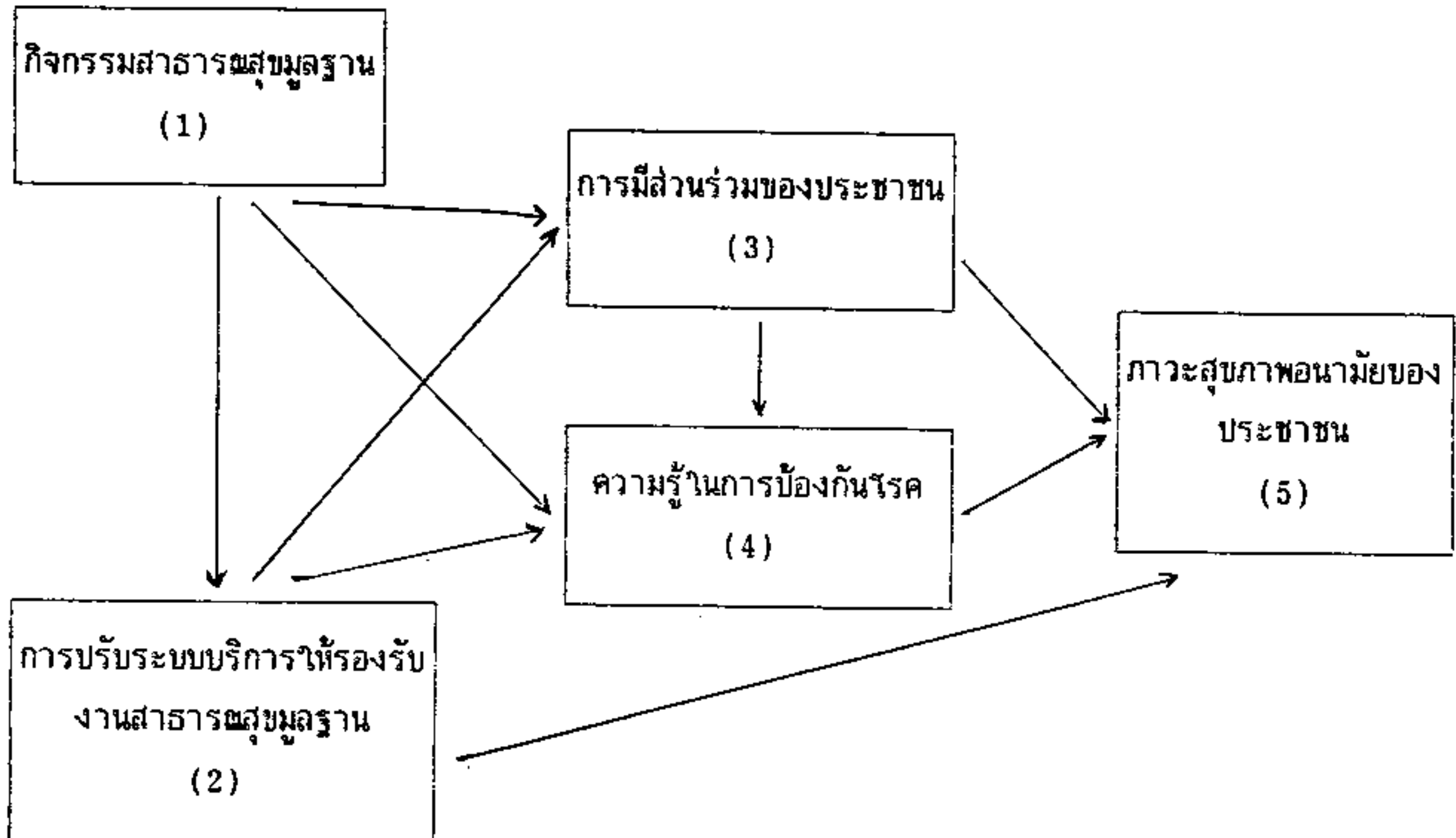
1. ประชาชนที่รู้จัก อสม. จะมีความรู้ในการป้องกันโรคสูงมากกว่าประชาชนที่ไม่รู้จัก อสม. ยกเว้นในจังหวัดสิงห์บุรี ลพบุรี และสระบุรี

2. ประชาชนที่เข้าร่วมในโครงการต่าง ๆ ของสาธารณสุขจะมีความรู้ในการป้องกันโรคสูงมากกว่าประชาชนที่ไม่เข้าร่วมในโครงการสาธารณสุข

3. ประชาชนที่ไม่ได้เข้าร่วมในโครงการของสาธารณสุข จะมีความรู้สึกว่าตนเองมีภาวะสุขภาพอนามัยเลวลงมากกว่าประชาชนที่เข้าร่วมในโครงการต่าง ๆ

การสรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

จากแบบจำลองเส้นโยงสมมติฐาน เกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ของสมมติฐานทั้ง 9 ดังต่อไปนี้



รูปที่ 6.1 แบบจำลองของ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

สมมติฐานที่ 1 กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ด้วยขนาดค่า R^2 เท่ากับ 0.1911 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ ผลของการทดสอบสมมติฐานนี้ได้สอดคล้องกับผลการวิจัยหลายเรื่อง เช่น พิมพ์วัล ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน และจากการประเมินผลการปฏิบัติงานของ อสม. ผสส. ของกองสุขศึกษาและกองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และคณะ เบญจา ยอดคำเนิน, รัชนิพร ภูกรพบผลงานที่ตรงกันคือ อสม. และผสส. จะเป็นกลไกสำคัญในงานสาธารณสุขมูลฐาน คุณลักษณะของ อสม. และ ผสส. จะมีส่วนช่วยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐาน และมีความเชื่อในงานสาธารณสุขมูลฐานแม้ว่าจะมีผลงานวิจัยบางเรื่องที่คัดค้านว่ารูปแบบการทากิจกรรมต่าง ๆ ของ อสม. จะถูกกำหนดจากเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ เป็นหลัก และใช้รูปแบบเดียวกันทั่วประเทศทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะอภิปรายปัญหานี้ต่อไป

สมมติฐานที่ 2 กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานต่อการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ผลการวิจัยพบว่าขนาดค่า R^2 เท่ากับ 0.1492 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ แม้ว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวจะมีขนาดค่าไม่สูงนักแต่เป็นเพียงการเริ่มต้นที่ดีที่จะนำกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานไปถึงมือประชาชน จึงมีความจำเป็นต้องปรับระบบบางประการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ดังข้อเสนอแนะของ อุทัย สุดสุข นอกจากนี้ยังมีผลงานวิจัยที่สนับสนุนแนวความคิดดังกล่าวคือ สมพร เพื่องจันทร์ ที่ประเมินสภาพการณ์ของการประสานงานระหว่างสาขาและภายในสาขา ในระดับจังหวัดและอำเภอ

สมมติฐานที่ 3 การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ผลการทดสอบความสัมพันธ์พบว่าขนาดค่า R^2 เท่ากับ 0.1974 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ ยังไม่มีผลงานวิจัยชิ้นใดที่ชี้ชัดถึงความสัมพันธ์นี้ แต่มีข้อเสนอแนะของอุทัย สุดสุข ที่เสนอแนะในการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน จะมีส่วนช่วยให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น รวมทั้งผลการศึกษาของตรีทิพ โภคาลัย ที่ชี้ให้เห็นถึงปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขเพื่อการบริหารการจัดการ

สมมติฐานที่ 4 การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานต่อความรู้ในการป้องกันโรค ผลการทดสอบความสัมพันธ์พบว่าขนาดค่า R^2 เท่ากับ 0.2046 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ สมควร ฉ่ำพึ้ง, เสม พริ้งพวงแก้ว, อมร นนทสุต และประเวศ วสี ที่ได้สรุปว่า ประชาชนจะมีความรู้ในการป้องกันโรคได้ทางระบบสาธารณสุขต้องมีการปรับและพัฒนาให้เกิดประโยชน์

สมมติฐานที่ 5 การมีส่วนร่วมของประชาชน มีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานต่อความรู้ในการป้องกันโรค ผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าขนาดค่า R^2 เท่ากับ 0.1023 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ ซึ่ง อรุณ จีระวัฒน์กุล ได้ศึกษาการยอมรับและการใช้บริการอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า อสม. ยังมีความรู้เกี่ยวกับสาธารณสุขมูลฐานไม่ครบถ้วน เพราะขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยที่ประชาชนไม่เห็นความสำคัญ ไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่ ซึ่ง เสม พริ้งพวงแก้ว ก็ได้กล่าวสนับสนุนว่า ต้องหาวิธีการให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมจึง

จะนำไปสู่การแก้ปัญหาความไม่รู้ ซึ่งผลของการวิจัยครั้งนี้ก็ได้สนับสนุนแนวความคิดดังกล่าว

สมมติฐานที่ 6 กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานต่อความรู้ในการป้องกันโรค ผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าขนาดค่า R^2 เท่ากับ 0.1008 ซึ่งน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับสมมติฐานอื่นๆ แต่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ โดยที่มีผลงานวิจัยหลายชิ้นที่กล่าวถึง กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐานกับความรู้ในการป้องกันโรค เช่น จากการศึกษาของวิจิตรศรีสุพรรณ พบว่าประชาชนมีความรู้ เกี่ยวกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านต่ำ มีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบและกิจกรรมต่างๆ ที่อาสาสมัครเป็นผู้ดำเนินงานน้อย ซึ่งผลของการศึกษานี้ก็เป็นในทางตรงกันคือ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่มุ่งให้ประชาชนได้มีความรู้ในการป้องกันโรค แต่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของประชาชนน้อยที่สุด

สมมติฐานที่ 7 ความรู้ในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าขนาดค่า R^2 เท่ากับ 0.2804 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ เมื่อเปรียบเทียบกับสมมติฐานอื่นๆ แล้ว พบว่า ความสัมพันธ์ของตัวแปรคู่นี้จะมีค่าความสัมพันธ์ด้วยขนาดค่า สูงที่สุด ซึ่งตามแนวคิดของภาวะสุขภาพอนามัย พบว่า ถ้าประชาชนมีความรู้ในการป้องกันโรค ก็จะทำให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี โดยได้นำเสนอวิธีการต่างๆ ในเรื่องสุขภาพอนามัยไว้ ในหนังสือสุขภาพดีถ้วนหน้า เพราะประชาร่วมใจ ที่จัดพิมพ์ขึ้นในโอกาสครบรอบ 40 ปี องค์การอนามัยโลก และทศวรรษแห่งการสาธารณสุขมูลฐาน

สมมติฐานที่ 8 การมีส่วนร่วมของประชาชน มีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าขนาดค่า R^2 เท่ากับ 0.1345 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ ซึ่งในหนังสือสุขภาพดีถ้วนหน้า เพราะประชาร่วมใจ เล่มดังกล่าวข้างต้น ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนที่จะส่งผลถึงการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าไว้ และผลของการวิจัยในครั้งนี้ก็ได้ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ดังกล่าว

สมมติฐานที่ 9 การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับฐานต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าขนาดค่า R^2 เท่ากับ 0.1509 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ ผลงานวิจัยของบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ และชุนนุ มพรม ขัติแก้ว ได้ศึกษาผลกระทบของการดำเนินงานสาธารณสุข ต่อภาวะสุขภาพอนามัย และพบว่าสาธารณสุขมูลฐาน น่าจะมีส่วนสำคัญในการส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอนามัย ซึ่งผลงานวิจัยดังกล่าว เป็นการวิเคราะห์แต่ละด้านของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน มิได้กล่าวถึงภาพรวมของการปรับระบบบริการ แต่ให้ข้อสรุปที่ใกล้เคียงกัน

กล่าวโดยสรุป จากการทดสอบสมมติฐานต่างๆ พบว่าความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐาน และมีผลงานวิจัยของนักวิชาการและข้อคิดเห็นของนักบริหารสาธารณสุขสนับสนุนผลการศึกษาดังกล่าว ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ข้อมูลเชิงประจักษ์ได้สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี ที่จะมีส่วนในการสร้างองค์ความรู้ต่อไป

อภิปรายผล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนมีความสัมพันธ์กับตัวแปรต่างๆ จากแนวคิดในเรื่องนโยบายสาธารณสุขมูลฐานโดยที่ความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปตามตัวแบบ ซึ่งมีข้อมูลเชิงประจักษ์มาสนับสนุนผลดังกล่าว แต่ตัวแปรกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งทางหน่วยงานของรัฐมีจุดมุ่งหมายที่จะให้มีผลกระทบต่อ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลับไม่มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน เพราะเหตุว่าในงานสาธารณสุขมูลฐาน จะต้องดึงประชาชนให้มีส่วนร่วม และปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ประชาชนจึงเกิดความรู้ในการป้องกันโรค และนำไปสู่ภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี นโยบายจึงมีความสัมฤทธิ์ผล ซึ่งผลของการศึกษา พบว่า กิจกรรมในงานสาธารณสุขมูลฐาน จะส่งผลได้ก็ต่อเมื่อผ่านตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ การปรับระบบบริการของสาธารณสุขให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน และความรู้ในการป้องกันโรค โดยที่ความรู้ในการป้องกันโรค จะมีผลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนสูงที่สุด ดังนั้น ถ้าจะให้มีความสัมฤทธิ์ผลของนโยบาย ควรจะเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้ในการป้องกันโรค กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานควรมุ่งไปที่ การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ถ้าประชาชนมีความรู้ในการป้องกันโรคที่ดีแล้ว สุขภาพอนามัยของประชาชนย่อมดีไปด้วย

นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของประชาชนก็เป็นสิ่งสำคัญ ถ้ามีการเผยแพร่ความรู้ในการป้องกันโรค และ/หรือมีการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐานแล้ว ประชาชนมิได้มีส่วนร่วม ก็จะไม่ได้รับผลหรือผลดังกล่าวที่คาดหวังให้เกิดขึ้น ก็จะไปไม่ถึงประชาชน และตัวแปรตัวสุดท้ายที่เป็นสิ่งสำคัญได้แก่ การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งในตัวระบบบริการจะต้องรองรับกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน แต่โดยส่วนใหญ่แล้ว รัฐบาลพยายามปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่มิได้ชี้แจงการปรับระบบบริการนี้แก่ประชาชน ประชาชนยังเข้าใจในระบบเดิมอยู่ และบางครั้งระบบจำเป็นจะต้องอาศัยระยะเวลา แต่ในเรื่องของการเจ็บป่วยแล้ว ประชาชนไม่สามารถรอได้ เขาต้องการความมั่นใจในการรับการรักษาหรือบริการ ซึ่งจะเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่จะนำไปปฏิบัติ เพราะเหตุว่า ระบบในการบริการมิได้ออกแบบให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน

ประเด็นที่น่าสังเกตในการวิจัยครั้งนี้ คือ การสาธารณสุขมูลฐานนั้นครอบคลุมถึงกลวิธีต่าง ๆ ทางสาธารณสุข ที่เพิ่มมาจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐซึ่งมีอยู่ในระดับตำบล และหมู่บ้าน การสาธารณสุขมูลฐานเป็นวิธีการในการให้บริการสาธารณสุขที่ผสมผสานทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสาธารณสุขมูลฐาน การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินการประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ในด้านวิชาการข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษา ฝึกอบรม และระบบถึงตัวผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก ซึ่งจะเห็นว่า จะครอบคลุมตัวแปรต่าง ๆ มากมาย เมื่อดำเนินการทางข้อมูลเชิงประจักษ์มาสนับสนุนแนวคิดต่าง ๆ จะพบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพอนามัยสูงที่สุด คือ ความรู้ในการป้องกันโรค สามารถอธิบายตัวแปรตามได้ 28.04% รองลงมาคือ การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐานสามารถอธิบายตัวแปรตามได้ 15.09% และการมีส่วนร่วมของประชาชน จะอธิบายตัวแปรตามได้ 13.45%

ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความรู้ในการป้องกันโรค สูงที่สุดคือ การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน สามารถอธิบายตัวแปรตามได้ 20.46% รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมของประชาชน สามารถอธิบายตัวแปรตามได้ 10.23% และกิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐานสามารถอธิบายตัวแปรตามได้เพียง 10.08%

ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น ตามตัวแปรจะมี 2 ตัวแปรและ 2 ตัวแปรนี้ ก็มีอิทธิพลต่อตัวแปรตามใกล้เคียงกันคือ การปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน เท่ากับ 19.74% และกิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐานมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน เท่ากับ 19.11%

ในการพิจารณาระบบงานสาธารณสุข ได้มีความพยายามในการทำงานสาธารณสุขมูลฐานไปปฏิบัติ เพื่อที่จะกระจายการบริการไปยังระดับตำบลและหมู่บ้าน ผลจากการศึกษาของ วรเดช จันทรศรและคณะ ในเรื่องสาธารณสุขมูลฐานใน ส่วนภูมิภาคของไทย: การศึกษาด้านการบริหาร (วรเดช, 2534) ได้ชี้ให้เห็นถึง ตัวแปรสำคัญในการบริการได้แก่ การรับเข้าหากัน การควบคุมโดยตรง การทำให้มีมาตรฐานเดียวกัน การจัดการและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสาร การประสานงานทางแนวราบ การตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจ การตั้งทีมงานของคณะกรรมการในการปฏิบัติงานปกติ การตั้งบุคคลภายนอกก็เป็นที่ยอมรับมาร่วมในการดำเนินงาน การเข้าไปร่วมงานกับหน่วยงานอื่นนอกเหนือภาครัฐ และการตรวจเยี่ยม ซึ่งตัวแปรต่าง ๆ เหล่านี้เป็นกลไกที่จำเป็นในการบริหารที่รัฐจะต้องนำการปรับปรุงระบบบริการให้สอดคล้องกับงานสาธารณสุข ซึ่งจะพบว่า กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานจะประสบความสำเร็จได้ จะต้องมีการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายตัวแปรตามได้ร้อยละ 14.92 การที่จะปรับระบบบริการได้นั้นจำเป็นจะต้องปรับปรุงกลไกในการบริหาร ซึ่งผลงานวิจัยนี้ดังกล่าวได้ พบว่า ในกลุ่มของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะมีการเอากลไกทางการบริหาร ได้แก่การรับเข้าหากัน การควบคุมโดยตรงทางด้านการตรวจสอบผลการดำเนินงานการทำให้มีมาตรฐานเดียวกันด้านความรู้ที่หน่วยงานได้รับการนิเทศ การทำให้มีมาตรฐานเดียวกันด้านความรู้ที่หน่วยงานออกไปนิเทศ การตรวจเยี่ยม และการควบคุมโดยตรงทางด้านการกำหนดให้มีการรายงานผลปฏิบัติงานไปใช้แตกต่างกัน ซึ่งในส่วนนี้อาจจะมีผลกระทบต่อการปรับระบบบริหารให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน เพราะเหตุว่า กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามใช้รูปแบบการบริหารแบบเดียวกันทั่วประเทศ แต่ในความเป็นจริง ผู้บริหารจะเลือกใช้กลยุทธ์ที่แตกต่างกันในการบรรลุผลสำเร็จ ดังนั้นในความสำเร็จของนโยบาย จึงควรเปิดโอกาสให้ผู้บริหารในส่วนภูมิภาคเลือกกลยุทธ์ในการดำเนินการต่าง ๆ ด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในด้านการวิจัย

1. ในการศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ถ้าได้ใช้รูปแบบทดลอง (experimental design) จะทำให้การพิสูจน์ความเป็นสาเหตุและผลได้มีความแม่นยำ แต่ในการศึกษาครั้งนี้มิได้ใช้รูปแบบทดลอง เพราะเหตุว่า ผู้วิจัยไม่สามารถเข้าไปร่วมได้ตั้งแต่เริ่มมีนโยบาย และนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ได้ดำเนินการพร้อมกันทั่วประเทศ จึงไม่สามารถหากกลุ่มเปรียบเทียบได้

2. ในเรื่องภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ถ้าได้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิตหาคความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ อัตราการป่วยของโรคต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นตัวชี้วัด (indicator) ของภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน และดูร้อยละของความครอบคลุมในการให้บริการในงานสาธารณสุขมูลฐาน เช่น ความครอบคลุมในการบริการด้านการฉีดวัคซีนป้องกันโรคแก่เด็ก การให้อาหารเสริมแก่แม่และเด็ก โครงการสุขภาพตำบลสิ่งแวดล้อม โครงการบัตรสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งจะชี้ให้เห็นถึงข้อมูลที่น่ามาสนับสนุนผลการวิจัยที่ครบถ้วนสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

3. ในเรื่องวิธีวิเคราะห์ข้อมูล ได้ใช้รูปแบบการศึกษาแบบสาเหตุและผล (causal model) โดยวิธีการวิเคราะห์เส้นโยง (path analysis) ซึ่งมีตัวแปรที่สำคัญ 5 ตัวแปรในตัวแบบ ในสถานการณ์ที่เป็นจริงอาจมีตัวแปรมากกว่านี้ ดังนั้นอาจจะสำรวจตัวแปรต่าง ๆ และใช้การวิเคราะห์ปัจจัย เพื่อเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อกันก่อนและรวมตัวแปรต่าง ๆ ให้เป็นกลุ่มของตัวแปร ต่อจากนั้นจึงควรใช้การวิเคราะห์เส้นโยง ซึ่งผู้วิจัยได้พยายามสรุปรวมตัวแปรต่าง ๆ จากแนวคิดโดยใช้หลักตรรก ในการบ่งชี้ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ และผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาไว้เพียง 5 ตัวแปรหลัก ซึ่งตัวแปรที่มีได้นำมากล่าวถึงอาจจะมีความสำคัญ แต่มีปัญหาในเรื่องของการวัด จึงไม่สามารถจะตรวจสอบ หรือพิสูจน์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านั้นได้

4. การวิจัยต่อไปในอนาคตจึงมีความจำเป็นต้องการเสริมสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยหาความสัมพันธ์ของตัวแปรสาเหตุตัวอื่น ๆ ที่มิได้รวมไว้ในแบบจำลองนี้ ให้ความลึกซึ้งและชัดเจนยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยในขั้นนี้ก็มีส่วนในการบุกเบิก องค์ความรู้เกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ภายใตกรอบแนวคิดเกี่ยวกับสาธารณสุขมูลฐาน และแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัย

ข้อเสนอแนะทางทฤษฎี

1. ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ทฤษฎีหลัก คือ แนวคิดเกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐานและแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งทั้งสองทฤษฎีนี้เป็นกรอบในการศึกษา แต่ยังขาดในเรื่องกระบวนการทางการบริหาร ซึ่งมีได้คำนึงถึงกลไกทางการบริหาร และประสิทธิผลของกิจกรรมต่าง ๆ ในงานสาธารณสุข เพราะเหตุว่า ผู้วิจัยได้ตั้งข้อสมมติเบื้องต้นว่า ประสิทธิภาพสุดท้ายของกิจกรรมในงานสาธารณสุขมูลฐาน ก็คือการมีสุขภาพอนามัยที่ดีของประชาชน จึงมิได้ทำการประเมินประสิทธิผลของกิจกรรมในงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่ประเมินภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ที่มีกิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นตัวแปรต้นที่ส่งผ่านตัวแปรการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชน และความรู้ในการป้องกันโรค ไปจนถึงตัวแปรตามท้ายสุด คือ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน และผลของการทดสอบตัวแบบก็เป็นไปตามทฤษฎี แม้ว่าตัวแปรต่าง ๆ จะอธิบายตัวแปรตามได้ 33.43% โดยมีค่า $R^2 = .3343$ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .001$ ซึ่งนับว่าข้อมูลเชิงประจักษ์ได้สนับสนุนทฤษฎีดังกล่าวในกรอบของการศึกษาวิจัย

2. การใช้แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินนโยบาย โดยนำตัวแบบของ คูก และสซิโอลิ (Cook & Scioli, 1975: 95-96) ที่เสนอตัวแบบในการวิเคราะห์ผลกระทบของนโยบาย (A policy impact model) ว่าต้องมีแผนงาน (program) วัตถุประสงค์ (objective) และกิจกรรม (activities) นอกจากนี้ ต้องกำหนดเกณฑ์ในการวัดประสิทธิผล (effectiveness criteria) ขึ้นจากหลักเกณฑ์ในการสร้างมาตรวัด (measurement scale) ซึ่งการวัดดังกล่าวเป็นเรื่องของการวัดผลกระทบของแผนงาน (impacts) ผลกระทบดังกล่าวแบ่งเป็น ผลกระทบปฐมภูมิ (primary impacts) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันทีจากการปฏิบัติตามแผนงาน และผลกระทบทุติยภูมิ (secondary impacts) ได้แก่ ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานตามแผนงานในระยะยาว นอกจากนี้คูก และสซิโอลิ ยังได้แบ่ง ผลกระทบออกเป็น 2 มิติ คือ ผลกระทบที่ตั้งใจให้เกิดขึ้น (intended impacts) ได้แก่ ผลที่มุ่งหวังให้เกิดขึ้นจากโครงการโดยตรง และผลกระทบที่ไม่ตั้งใจให้เกิดขึ้น (unintended impacts) ได้แก่ ผลกระทบที่ไม่ได้กำหนดไว้ในช่วงของการกำหนดนโยบาย ซึ่งอาจจะเป็นผลกระทบในแง่ดี หรือแง่ร้ายก็ได้ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามโครงการ นอกจากนี้ท่านยังได้เสนอแนะวิธีวัดผลกระทบของ

ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพอนามัย เป็นการประเมินผลกระทบของนโยบาย แต่มีได้ใช้วิธีการต่าง ๆ ดังที่นักวิชาการเสนอมา กล่าวคือ ได้ใช้วิธีการสำรวจ เพื่อหาปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลถึงความสัมพันธ์ผลของนโยบาย จึงไม่สามารถบ่งบอกถึง ความเป็นสาเหตุและผลของปัจจัยต่าง ๆ ในนโยบายอย่างแท้จริง แต่ก็ได้ใช้เทคนิค การวิเคราะห์เส้นโยง เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ต่าง ๆ ในตัวแปร นับได้ว่ามีความสามารถในการพิสูจน์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ในความเป็นสาเหตุและผลได้ระดับหนึ่ง

4. ในการสำรวจองค์ความรู้ในเชิงวิชาการ ได้พยายามสำรวจองค์ความรู้จากผลงานวิจัยต่าง ๆ และนำมาสรุปเป็นกรอบความคิด โดยที่ผลงานวิจัยที่สำรวจมานั้นเป็นการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ละคู่ หรืออย่างมากที่สุดเพียง 2-3 ตัวแปร แต่ในความเป็นจริงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ได้ซับซ้อนกว่านี้มากนัก ในการวิจัยครั้งนี้ได้พยายามหาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ และนำมาสร้างเป็นรูปแบบของความสัมพันธ์เส้นโยง และได้ตรวจสอบความสัมพันธ์ดังกล่าวพบว่า เป็นไปตามตัวแบบที่สร้างขึ้น ในอนาคตอาจจะมีตัวแบบที่สมบูรณ์ที่ได้รับการพัฒนาออกมาเป็นทฤษฎีที่เป็นการทั่วไปเพื่อนำไปใช้ในการบริหารงานสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะทางปฏิบัติ

1. จากผลการวิจัยพบว่า ความรู้ในการป้องกันโรคจะมีความสัมพันธ์กับ ภาวะสุขภาพอนามัยสูงที่สุด ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี จึงควรส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ในการป้องกันโรค โดยจัดฝึกอบรมในเรื่องต่าง ๆ และให้ประชาชนนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน และประชาชนมีความต้องการที่เข้ารับการอบรม เพื่อให้เกิดความรู้ มิใช่เป็นการยึดเยียดโครงการต่าง ๆ ให้กับประชาชน เพื่อผลงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐ

2. ในเรื่องความรู้ในการป้องกันโรคนั้นพบว่า กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานกลับมีความสัมพันธ์กับความรู้ในการป้องกันโรค ต่ำที่สุด ทั้ง ๆ ที่เป้าหมายของกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อการเสริมสร้างความรู้ในการป้องกันโรค ซึ่งน่าจะมีการตรวจสอบว่า เพราะสาเหตุใด และวิธีการนำไปปฏิบัตินั้นมีความเป็นเหตุเป็นผลเพียงใด และสอดคล้องกับสภาพท้องถิ่นหรือไม่ คำนึงถึงทัศนคติของประชาชนเป็นอย่างไร ยอมรับในวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบันมากน้อยแค่ไหน เพราะ

ความสำเร็จของกิจกรรมหนึ่ง อาจจะไม่ได้บรรลุผลของกิจกรรมรวมทั้งหมด ตัวอย่างเช่น ความสัมฤทธิ์ผลของกองทุนยาที่เติบโตขึ้น ซึ่งเป็นความสำเร็จประการหนึ่งของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน แต่มิได้หมายความว่าภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนจะดี เพราะเหตุว่า ประชาชนเจ็บป่วยจึงมีความต้องการยาสูง ซึ่งควรจะเน้นที่ภาวะสุขภาพอนามัยมากกว่า เน้นที่กิจกรรมย่อย ๆ

3. ในเรื่องของกลวิธีทางสาธารณสุขมูลฐาน ได้พยายามบูรณาการแนวคิดและกลวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ บางครั้งอาจจะเป็นตัวแปรสำเร็จรูป ซึ่งไม่สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของหมู่บ้านไทย ซึ่งประเทศไทยยังเป็นสังคมแบบพริสมेटิค (prismatic society) ซึ่งมีความแตกต่างโดยลักษณะสูง กลยุทธ์ในการดำเนินการที่ประสบความสำเร็จในห้องที่หนึ่ง อาจจะไม่สามารถประสบความสำเร็จอีกห้องที่หนึ่งเนื่องจากขาดปัจจัยสนับสนุน ดังนั้นวิธีการที่สำคัญ อาจจะมีการวิจัยและพัฒนา (research and development) ควบคู่ไปกับการศึกษา และให้ความสำคัญกับผลของนโยบาย มากกว่า รูปแบบในการดำเนินการ

จากข้อเสนอแนะต่าง ๆ ข้างต้นสามารถนำมากำหนดเป็นกลยุทธ์ที่นำไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่

กลยุทธ์ในการส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรค

1. เพิ่มหลักสูตรสุขศึกษาในโรงเรียน ให้นักเรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับสุขลักษณะเบื้องต้น การป้องกันและรักษาโรคง่าย ๆ และมุ่งใจให้เด็กนำไปเผยแพร่ต่อกับผู้ปกครอง บุคคลในครัวเรือนหรือญาติ เป็นต้น

2. สร้างสื่อในการถ่ายทอดความรู้อย่างง่าย ๆ เช่นโปสเตอร์ แผ่นปลิวติดไว้ตามที่สาธารณะต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและรักษาโรค

3. ใช้วิทยุ โทรทัศน์ เป็นเครื่องมือในการถ่ายทอดความรู้ในการป้องกันโรค

4. ในโรงพยาบาลของรัฐควรมีมุมที่เผยแพร่ความรู้ในการป้องกันโรคต่าง ๆ เพื่อผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่มารับบริการได้เรียนรู้ระหว่างรอเวลาการรักษา

5. เจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นต้น ควรใช้เวลาในการอธิบายวิธีการในการป้องกันโรค ระหว่างที่ประชาชนมารับการรักษา ไม่ควรให้การรักษาแต่เพียงอย่างเดียว เพราะประชาชนมีความศรัทธาและเชื่อในคำพูดของเจ้าหน้าที่อย่างสูง

6. จัดโครงการเผยแพร่ความรู้สู่ชุมชน กล่าวคือมีทีมจัดนิทรรศการตามหมู่บ้านต่าง ๆ ให้ประชาชนได้เรียนรู้และซักถามข้อข้องใจเกี่ยวกับการป้องกันและรักษาโรค และเผยแพร่เทคโนโลยีใหม่ ๆ ให้แก่ประชาชนในการป้องกันและรักษาโรค

กลยุทธ์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน

1. ให้ประชาชนได้เข้าใจผลของการมีส่วนร่วม ว่าตนได้รับประโยชน์อย่างไร ในการเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการต่าง ๆ ประชาชนจะได้ตัดสินใจว่าเขาควรจะมีส่วนร่วมหรือไม่ อย่างไร

2. เมื่อประชาชนเข้ามาร่วมในโครงการต่าง ๆ ไม่ควรยึดเยียดกิจกรรมหรือภาระหน้าที่ให้แก่ประชาชนมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น แต่ควรให้เขาอาสาสมัครในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ และให้ประชาชนมีความรู้สึกว่าเขาจะได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมนี้

3. บางโครงการประชาชนมีส่วนร่วมเพราะต้องการเอาใจเจ้าหน้าที่แต่ไม่ได้คาดหวังเพื่อตนเอง ต้องการให้เจ้าหน้าที่ได้ความดีความชอบเพราะมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อเจ้าหน้าที่ แต่ไม่เห็นประโยชน์ของการมีส่วนร่วม ซึ่งทำให้ไม่ได้รับผลที่แท้จริง จึงควรแก้ทัศนคติดังกล่าว

4. ควรจะออกแบบโครงการที่ประชาชนจะมีส่วนร่วมให้มีรูปแบบที่ง่ายแก่การเข้าใจ และเป็นพื้นฐานในการเริ่มกิจกรรมต่อ ๆ ไป อย่าให้ประชาชนรู้สึกว่า เป็นสิ่งที่เข้าใจได้ยาก และควรออกแบบให้สอดคล้องกับสภาพท้องถิ่นนั้น ๆ

5. ควรใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น แต่อย่าไปบังคับหรือยึดเยื้อค้ำให้ประชาชนได้ทำกิจกรรมที่เขาไม่ต้องการ และพยายามพัฒนาขีดความสามารถของประชาชนในการบริหารจัดการ เพื่อให้เขามีสภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี

กลยุทธ์ในการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน

1. ระบบบริหารของกระทรวงสาธารณสุข นับว่าก้าวหน้ามาก โดยให้มีจุดปลายสุดอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน ที่ประชาชนสามารถมารับบริการได้ทันทีแต่ในหน่วยงานต่าง ๆ ก็ยังขาดรูปแบบในการดำเนินงานที่เป็นรูปแบบเดียวกันทำให้ประชาชนมีการเลือกในการรับบริการ เพราะมีทัศนคติว่าสุขภาพอนามัยของตนเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นจึงควรเลือกสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อตนเอง ซึ่งแนวทางในการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน จึงควรกำหนดมาตรฐานของสถานบริการของรัฐให้มีมาตรฐานเดียวกัน

2. ในการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ทางกระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญในเรื่องนี้ ได้ใช้โครงการทดลองนำร่องก่อนการปรับระบบต่าง ๆ แต่เมื่อโครงการนำร่องประสบผลสำเร็จจึงได้ขยายทั่วประเทศ ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับสภาพท้องที่ทั่วประเทศ ดังนั้นจึงควรมีลักษณะของรูปแบบในการดำเนินงาน ระบบการให้บริการหลายรูปแบบให้แต่ละท้องที่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรูปแบบที่เหมาะสมกับปัจจัยแวดล้อมในท้องถิ่นนั้น ๆ แต่ต้องมีการกำหนดมาตรฐานเบื้องต้นไว้ เพื่อให้ทุกรูปแบบอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งจะทำให้การบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กลยุทธ์ในนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน

1. อสม./พสส. จะเป็นกลจักรสำคัญในการทำให้นโยบายประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว ดังนั้นควรคัดเลือก อสม. ให้มีคุณลักษณะที่สนองตอบต่อนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน และสามารถนำกิจกรรมต่าง ๆ ของงานสาธารณสุขมูลฐานไปสู่ประชาชน

2. ไม่จำเป็นต้องมีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแบบเดียวกันทั่วประเทศ ควรจะให้องค์การหมู่บ้าน เป็นผู้ตัดสินใจเลือกรูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้

3. บางกิจกรรมในนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ประชาชนได้ปฏิบัติเป็นปกติแล้ว ดังนั้นจึงไม่ควรบรรจุลงในกิจกรรม เพื่อเพิ่มภาระแก่ อสม./พสส. ควรจะดำเนินงานเฉพาะกิจกรรมที่สำคัญและสามารถมองเห็นผลได้ทันที

4. เป้าหมายหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐาน คือให้ประชาชนมีความสามารถพึ่งตนเองได้ทางสาธารณสุข ดังนั้นจึงควรเสริมในส่วนที่ประชาชนยังขาด โดยการศึกษาว่าแต่ละท้องที่ประชาชนมีความพร้อมในเรื่องใดและเรื่องใดที่ต้องการการสนับสนุนจากรัฐ เรื่องใดที่ประชาชนมีความสามารถในการดำเนินการเอง และรัฐควรมีโครงการอะไรเพื่อช่วยเหลือประชาชนในการพึ่งตนเอง ซึ่งรัฐควรจะยึดนโยบายแนวรุกมากกว่าแนวรับ

5. สร้างเครือข่ายในการเผยแพร่ความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันและรักษาโรค โดยให้มีการแข่งขันหรือร่วมมือกันในกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในการป้องกันและรักษาโรค กระตุ้นให้ประชาชนมีความตื่นตัวในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ อยู่เสมอ

สรุปความ

ในบทนี้เป็นการสรุปรวมประเด็นสำคัญต่าง ๆ ตลอดจนการอภิปรายผลของสิ่งที่ค้นพบและให้ข้อเสนอแนะ โดยสามารถตอบปัญหาการวิจัยได้ทั้งสามประการ และพบว่าในแต่ละจังหวัดมีการนำนโยบายสาธารณสุขมูลฐานไปใช้แตกต่างกันโดยใช้เครื่องมือวัดที่เชื่อถือได้และข้อมูลเชิงประจักษ์ที่รวบรวมมาได้สอดคล้องกับสมมติฐาน โดยมีผลงานวิจัยต่าง ๆ ของนักวิชาการสนับสนุน

นอกจากนี้ ได้ให้ข้อเสนอแนะในด้านการวิจัยว่า ควรใช้รูปแบบทดลอง และหาข้อมูลหัตถภูมิมาสนับสนุนความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ซึ่งอาจจะหาตัวแปรอื่นนอกเหนือจากตัวแปรที่ศึกษานี้มาสร้างกรอบในการศึกษา ซึ่งจะทำให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยให้ข้อเสนอแนะทางทฤษฎีไว้ นอกจากนี้ยังให้ข้อเสนอแนะทางปฏิบัติ และกลยุทธ์ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ทั้งการส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรค การมีส่วนร่วมของประชาชนการปรับระบบบริการให้รองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน และกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

ภาคผนวกที่ 2

การหาค่าสหสัมพันธ์พหุการันและสมการโครงสร้าง

สมการโครงสร้าง (Structural equations)

$$\begin{aligned} Z_1 &= e_1 \\ Z_2 &= P_{21} Z_1 + e_2 \\ Z_3 &= P_{32} Z_2 + P_{31} Z_1 + e_3 \\ Z_4 &= P_{43} Z_3 + P_{41} Z_1 + P_{42} Z_2 + e_4 \\ Z_5 &= P_{53} Z_3 + P_{54} Z_4 + P_{52} Z_2 + e_5 \end{aligned}$$

การคำนวณหาค่า สหสัมพันธ์พหุการัน

สูตรในการคำนวณ

$$\begin{aligned} r'_{ij} &= \frac{\sum Z_i Z_j}{N} \\ r'_{12} &= \frac{\sum Z_1 Z_2}{N} \\ &= \frac{\sum Z_1 (P_{21} Z_1 + e_2)}{N} \\ &= \frac{\sum Z_1^2}{N} P_{21} + \frac{\sum Z_1 e_2}{N} \\ &= P_{21} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r'_{13} &= \frac{\sum z_1 z_3}{N} \\
 &= \frac{\sum z_1 (P_{32} z_2 + P_{31} z_1 + e_3)}{N} \\
 &= \frac{\sum z_1 z_2}{N} P_{32} + \frac{\sum z_1^2}{N} P_{31} + \frac{\sum z_1 e_3}{N} \\
 &= \frac{\sum z_1 (P_{21} z_1 + e)}{N} P_{32} + P_{31} \\
 &= \left[\frac{\sum z_1^2}{N} P_{21} + \frac{\sum z_1 e}{N} \right] P_{32} + P_{31} \\
 &= P_{21} P_{32} + P_{31}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r'_{14} &= \frac{\sum z_1 z_4}{N} \\
 &= \frac{\sum z_1 (P_{43} z_3 + P_{41} z_1 + P_{42} z_2 + e_4)}{N} \\
 &= \frac{\sum z_1 z_3}{N} P_{43} + \frac{\sum z_1^2}{N} P_{41} + \frac{\sum z_1 z_2}{N} P_{42} + \frac{\sum z_1 e}{N} \\
 &= \frac{\sum z_1 (P_{32} z_2 + P_{31} z_1 + e_3)}{N} P_{43} + P_{41} + \frac{\sum z_1 (P_{21} z_1 + e)}{N} P_{42} \\
 &= \left[\frac{\sum z_1 z_2}{N} P_{32} + \frac{\sum z_1^2}{N} P_{31} + \frac{\sum z_1 e}{N} \right] P_{43} + P_{41} + \frac{\sum z_1^2}{N} P_{21} P_{42} \\
 &= \left[\frac{\sum z_1 (P_{21} z_1 + e)}{N} P_{32} + P_{31} \right] P_{43} + P_{41} + P_{21} P_{42} \\
 &= \left(\frac{\sum z_1^2}{N} P_{21} P_{32} + P_{31} \right) P_{43} + P_{41} + P_{21} P_{42} \\
 &= P_{21} P_{32} P_{43} + P_{31} P_{43} + P_{41} + P_{21} P_{42}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r'_{15} &= \frac{\sum z_1 z_5}{N} \\
 &= \frac{\sum z_1 (P_{53} z_3 + P_{54} z_4 + P_{52} z_2 + e_5)}{N} \\
 &= \frac{\sum z_1 z_3}{N} P_{53} + \frac{\sum z_1 z_4}{N} P_{54} + \frac{\sum z_1 z_2}{N} P_{52} + \frac{\sum z_1 e_5}{N} \\
 &= (P_{21}P_{32} + P_{31}) P_{53} + (P_{21}P_{32}P_{43} + P_{31}P_{43} + P_{41} + P_{21}P_{42}) P_{54} \\
 &\quad + P_{21}P_{52} \\
 &= P_{21}P_{32}P_{53} + P_{31}P_{53} + P_{21}P_{32}P_{43}P_{54} + P_{31}P_{43}P_{54} + P_{14}P_{54} \\
 &\quad + P_{21}P_{42}P_{54} + P_{21}P_{52}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r'_{23} &= \frac{\sum z_2 z_3}{N} \\
 &= \frac{\sum z_2 (P_{32} z_2 + P_{31} z_1 + e_3)}{N} \\
 &= \frac{\sum z_2^2}{N} P_{32} + \frac{\sum z_1 z_2}{N} P_{31} + \frac{\sum z_2 e_3}{N} \\
 &= P_{32} + P_{21} P_{31}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r'_{24} &= \frac{\sum z_2 z_4}{N} \\
 &= \frac{\sum z_2 (P_{43} z_3 + P_{41} z_1 + P_{42} z_2 + e_4)}{N} \\
 &= \frac{\sum z_2 z_3}{N} P_{43} + \frac{\sum z_1 z_2}{N} P_{41} + \frac{\sum z_2^2}{N} P_{42} + \frac{\sum z_2 e_4}{N} \\
 &= (P_{32} + P_{21} P_{31}) P_{43} + P_{21} P_{41} + P_{42} \\
 &= P_{32} P_{43} + P_{21} P_{31} P_{43} + P_{21} P_{41} + P_{42}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r'_{25} &= \frac{\sum z_2 z_5}{N} \\
 &= \frac{\sum z_2 (P_{53} z_3 + P_{54} z_4 + P_{52} z_2 + e_5)}{N} \\
 &= \frac{\sum z_2 z_3}{N} P_{53} + \frac{\sum z_2 z_4}{N} P_{54} + \frac{\sum z_2^2}{N} P_{52} + \frac{\sum z_2 e_5}{N} \\
 &= (P_{32} + P_{21}P_{31}) P_{53} + (P_{32}P_{43} + P_{21}P_{31}P_{43} + P_{21}P_{41} + P_{42}) P_{54} + P_{52} \\
 &= P_{32}P_{53} + P_{21}P_{31}P_{53} + P_{32}P_{43}P_{54} + P_{21}P_{31}P_{43}P_{54} + P_{21}P_{41}P_{54} \\
 &\quad + P_{42}P_{54} + P_{52}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r'_{34} &= \frac{\sum z_3 z_4}{N} \\
 &= \frac{\sum z_3 (P_{43} z_3 + P_{41} z_1 + P_{42} z_2 + e_4)}{N} \\
 &= \frac{\sum z_3^2}{N} P_{43} + \frac{\sum z_1 z_3}{N} P_{41} + \frac{\sum z_2 z_3}{N} P_{42} + \frac{\sum z_3 e_4}{N} \\
 &= P_{43} + (P_{21} P_{32} + P_{31}) P_{41} + (P_{32} + P_{21} P_{31}) P_{42} \\
 &= P_{43} + P_{21} P_{32} P_{41} + P_{31} P_{41} + P_{32} P_{42} + P_{21} P_{31} P_{42}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r'_{35} &= \frac{\sum z_3 z_5}{N} \\
 &= \frac{\sum z_3 (P_{53} z_3 + P_{54} z_4 + P_{52} z_2 + e_5)}{N} \\
 &= \frac{\sum z_3^2}{N} P_{53} + \frac{\sum z_3 z_4}{N} P_{54} + \frac{\sum z_2 z_3}{N} P_{52} + \frac{\sum z_3 e_5}{N} \\
 &= P_{53} + (P_{43} + P_{21}P_{32}P_{41} + P_{31}P_{41} + P_{32}P_{42} + P_{21}P_{31}P_{42}) P_{54} + (P_{32} + P_{21}P_{32}) P_{52} \\
 &= P_{53} + P_{43}P_{54} + P_{21}P_{32}P_{41}P_{54} + P_{31}P_{41}P_{54} + P_{32}P_{42}P_{54} + P_{21}P_{32}P_{42}P_{54} + P_{32}P_{52} \\
 &\quad + P_{21}P_{32}P_{52}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r'_{45} &= \frac{\sum z_4 z_5}{N} \\
 &= \frac{\sum z_4 (P_{53} z_3 + P_{54} z_4 + P_{52} z_2 + e_5)}{N} \\
 &= \frac{\sum z_3 z_4}{N} P_{53} + \frac{\sum z_4^2}{N} P_{54} + \frac{\sum z_2 z_4}{N} P_{52} + \frac{\sum z_4 e_5}{N} \\
 &= (P_{43} + P_{21}P_{32}P_{41} + P_{31}P_{41} + P_{32}P_{42} + P_{21}P_{31}P_{42}) P_{53} + P_{54} \\
 &\quad + (P_{32}P_{43} + P_{21}P_{31}P_{43} + P_{21}P_{41} + P_{42}) P_{52} \\
 &= P_{54} + P_{43}P_{53} + P_{21}P_{32}P_{41}P_{53} + P_{31}P_{41}P_{53} + P_{32}P_{42}P_{53} + P_{21}P_{31}P_{42}P_{53} \\
 &\quad + P_{32}P_{43}P_{52} + P_{21}P_{31}P_{43}P_{52} + P_{21}P_{41}P_{52} + P_{42}P_{52}
 \end{aligned}$$

ภาคผนวกที่ 3
การทดสอบ Normal Distribution

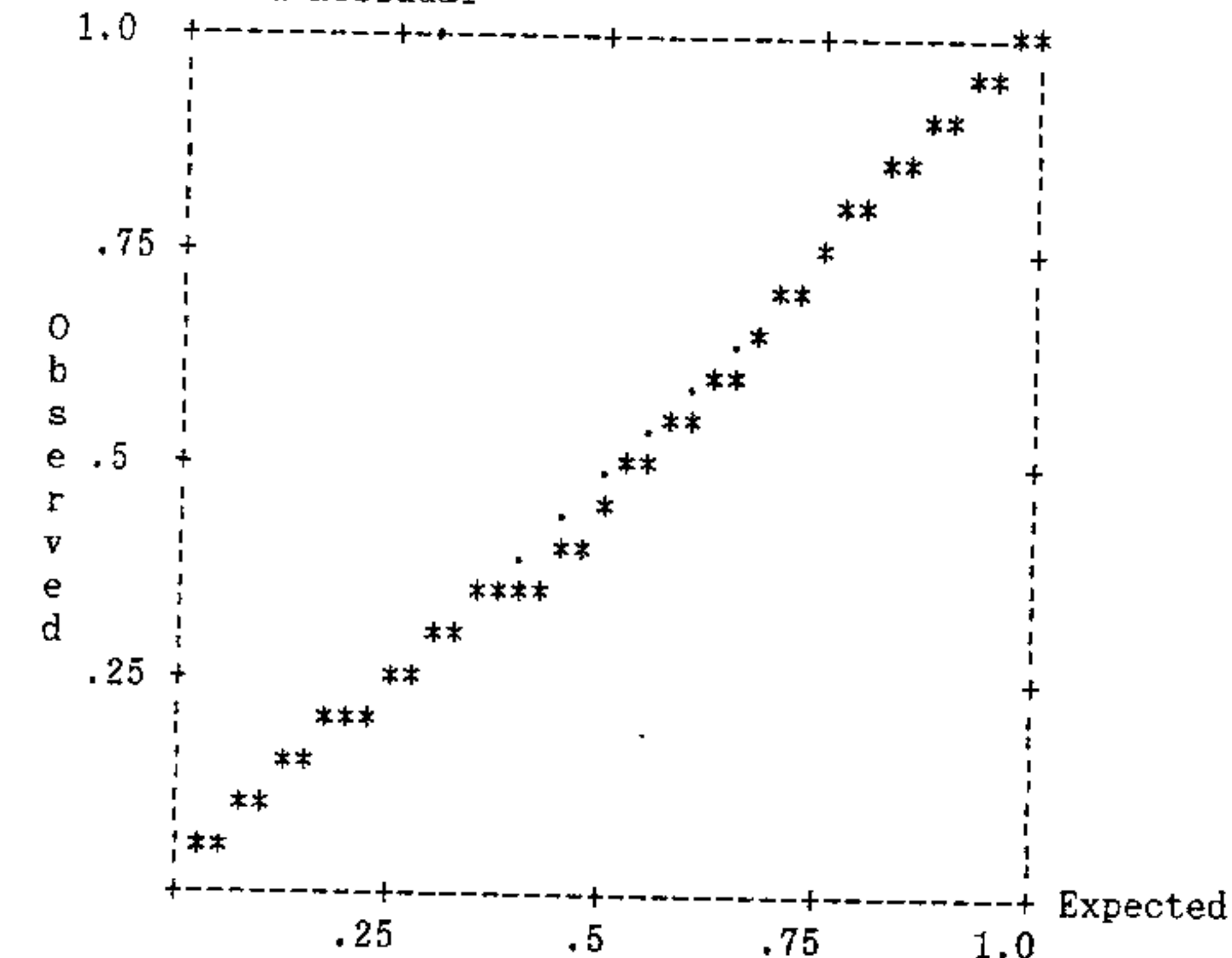
Histogram - Standardized Residual

NExp N (* = 2 Cases, . : = Normal Curve)

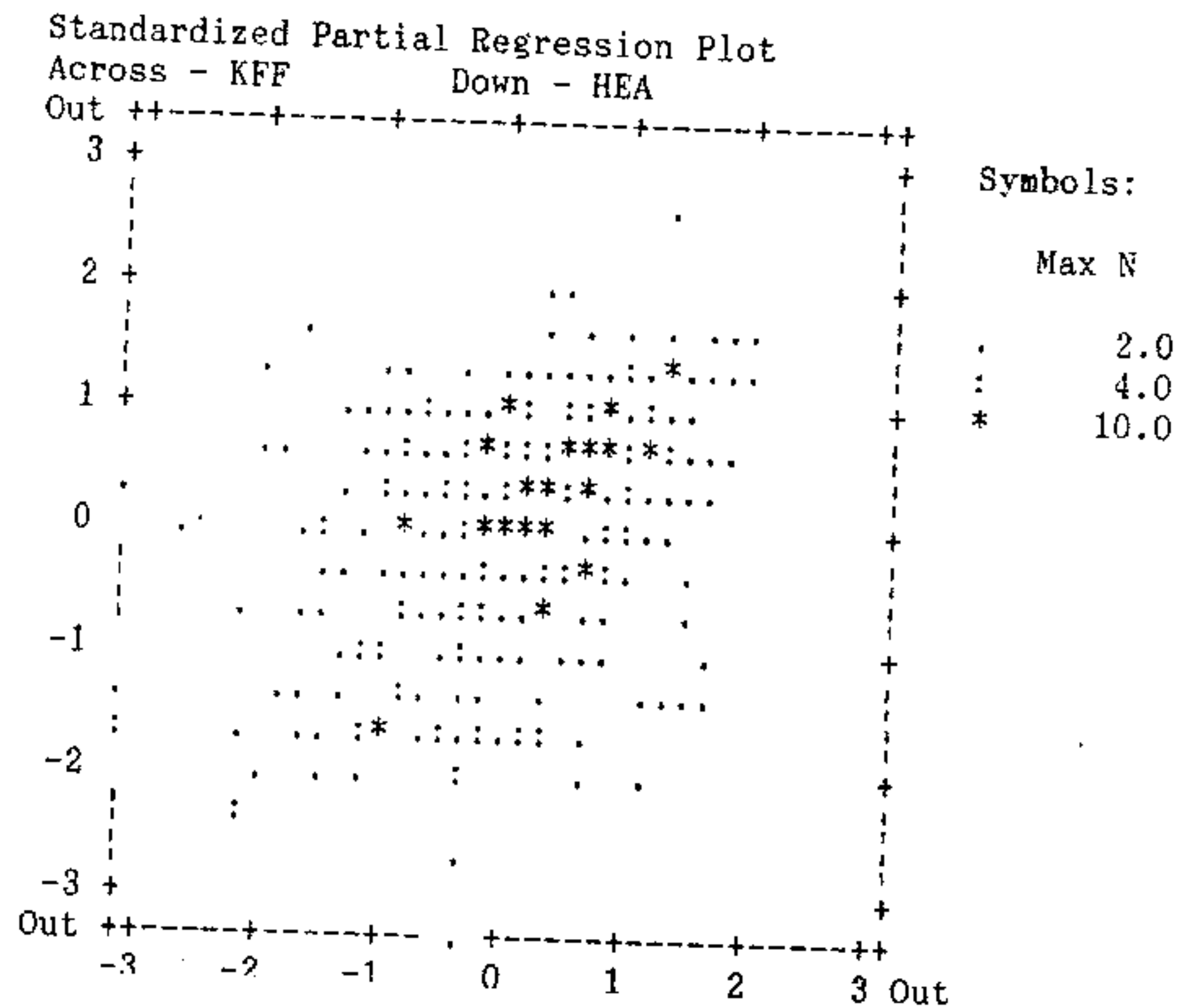
0	.31	Out
0	.62	3.00
1	1.58	2.67 :
2	3.61	2.33 *.
6	7.39	2.00 ***.
*	13.5	1.67 ****.
*	22.2	1.33 *****:
*	32.7	1.00 *****:
*	43.0	.67 *****:*****
*	50.7	.33 *****:*****
*	53.6	.00 *****.
*	50.7	-.33 *****
*	43.0	-.67 *****
*	32.7	-1.00 *****
*	22.2	-1.33 *****:
*	13.5	-1.67 *****:
*	7.39	-2.00 ***:
4	3.61	-2.33 *:
1	1.58	-2.67 :
1	.62	-3.00 *
1	.31	Out *

การทดสอบ Linear Regression

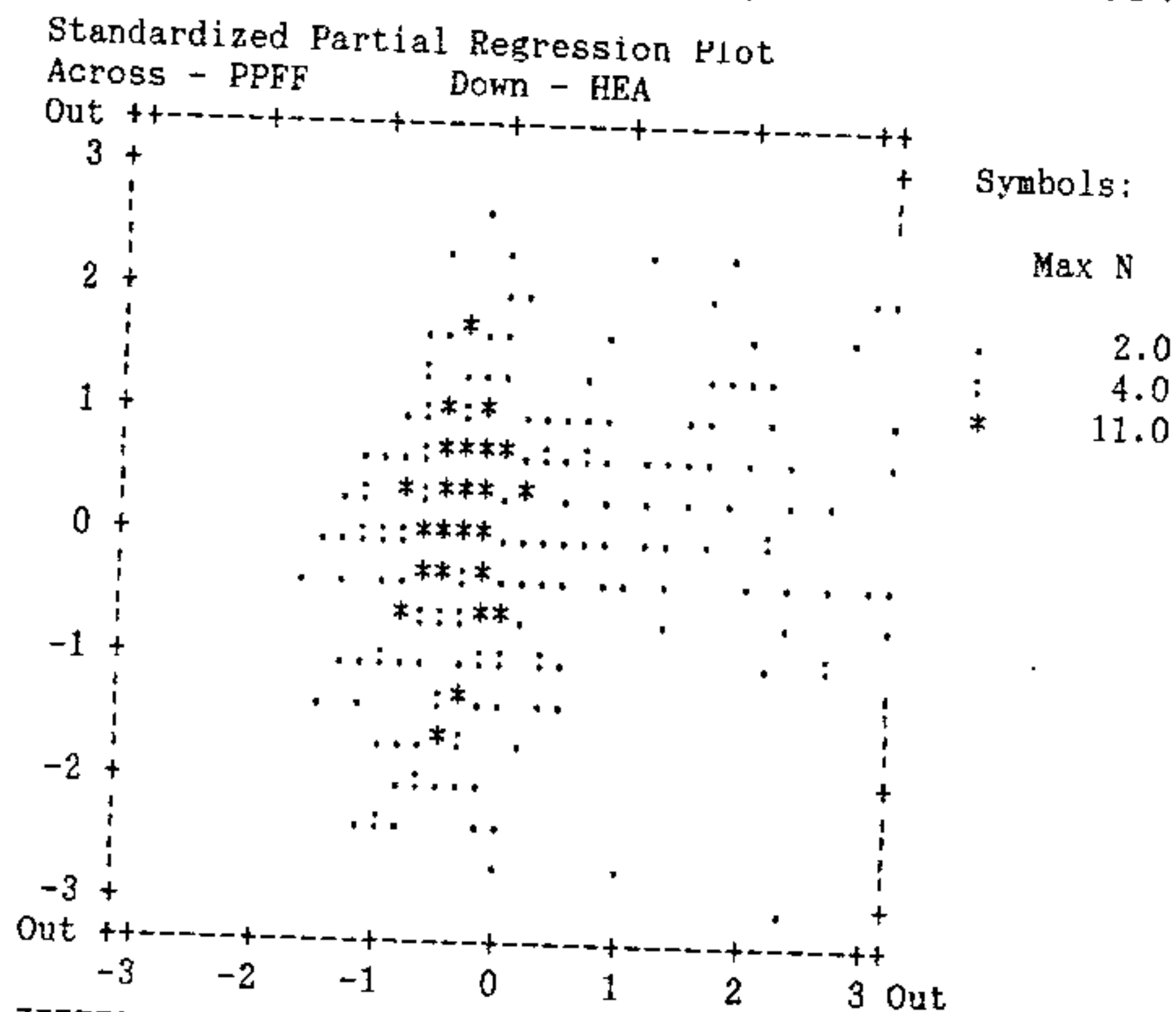
Normal Probability (P-P) Plot
Standardized Residual



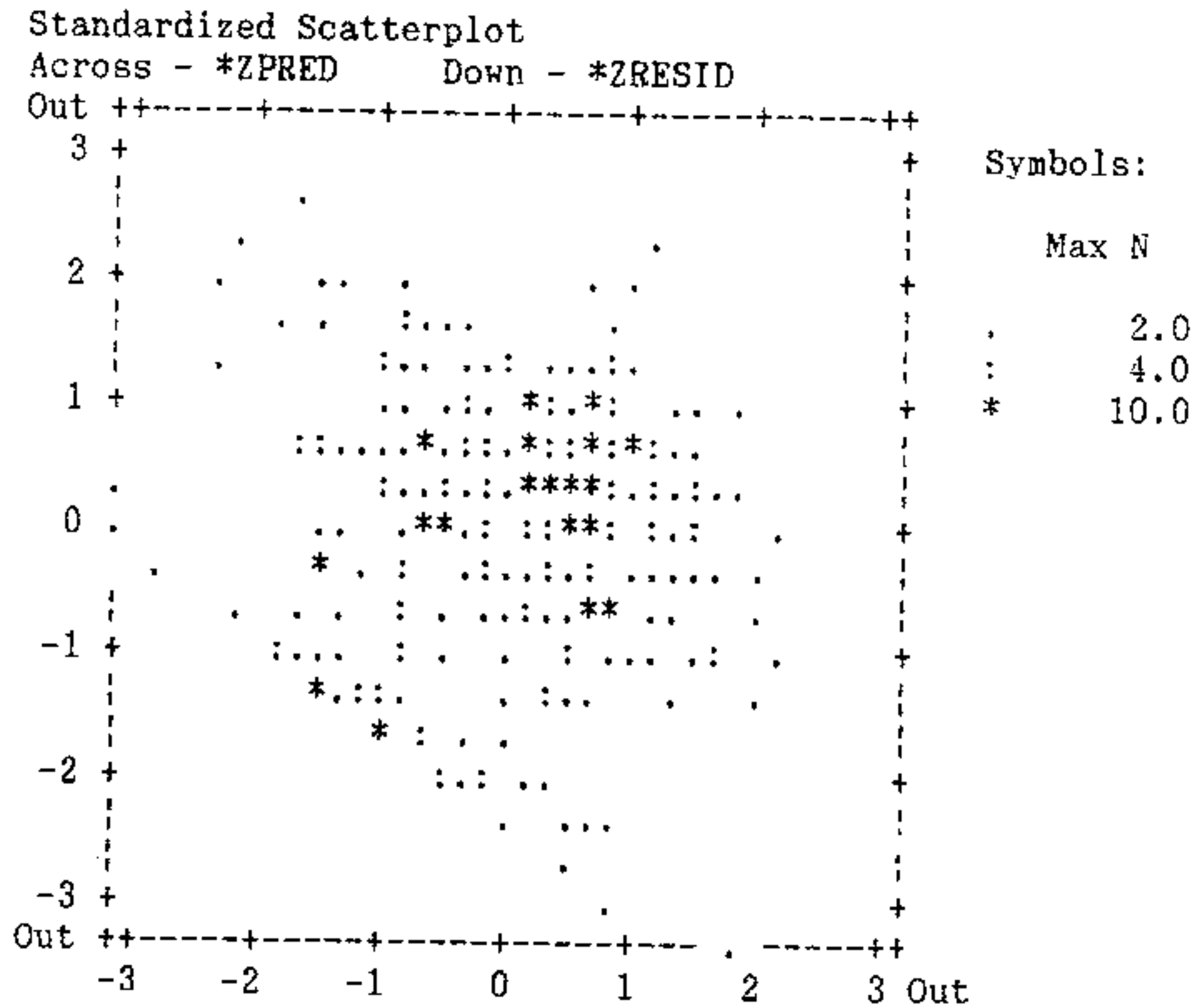
ความรู้ในการป้องกันโรค กับ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน



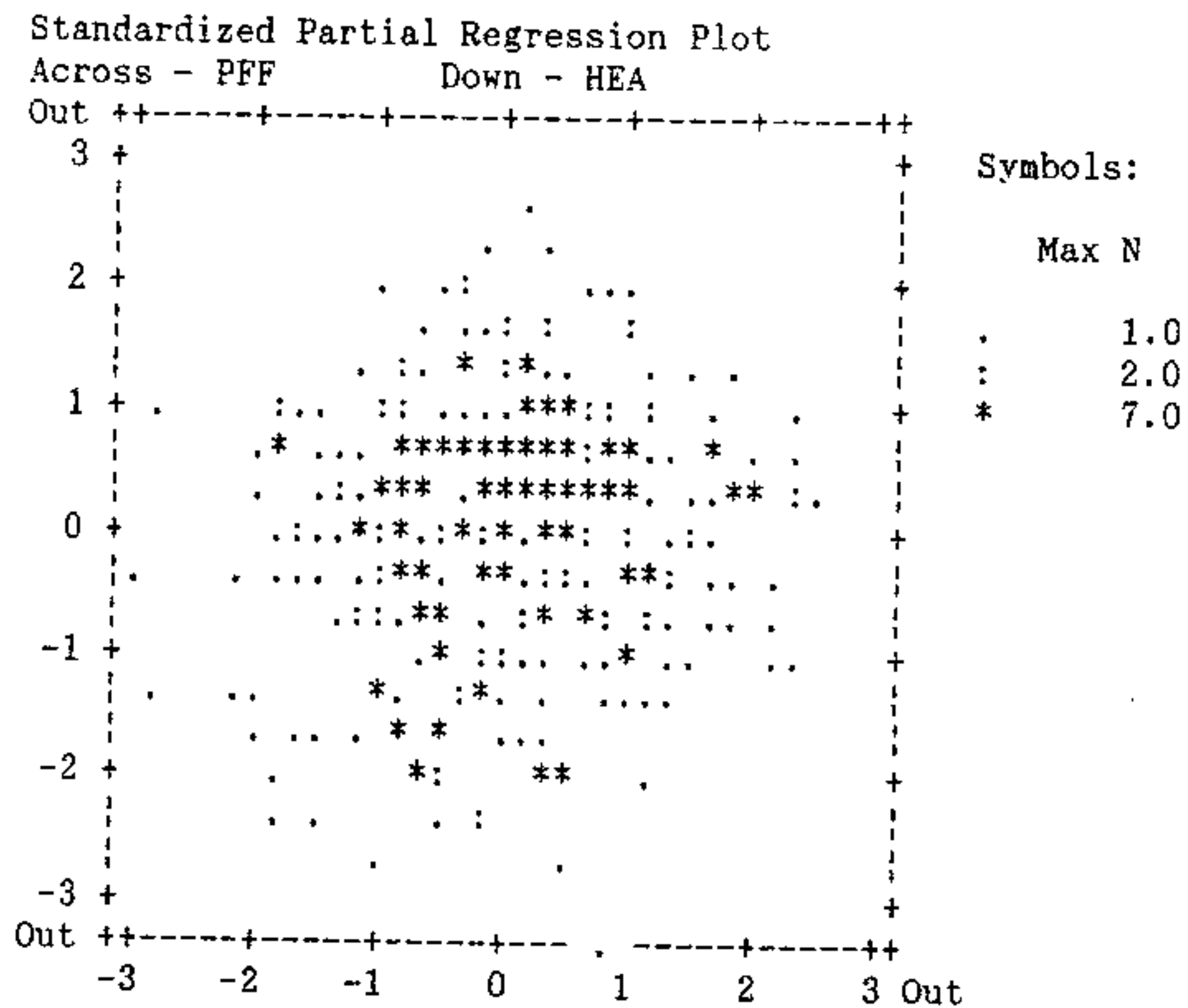
การมีส่วนร่วมของประชาชน กับ ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน



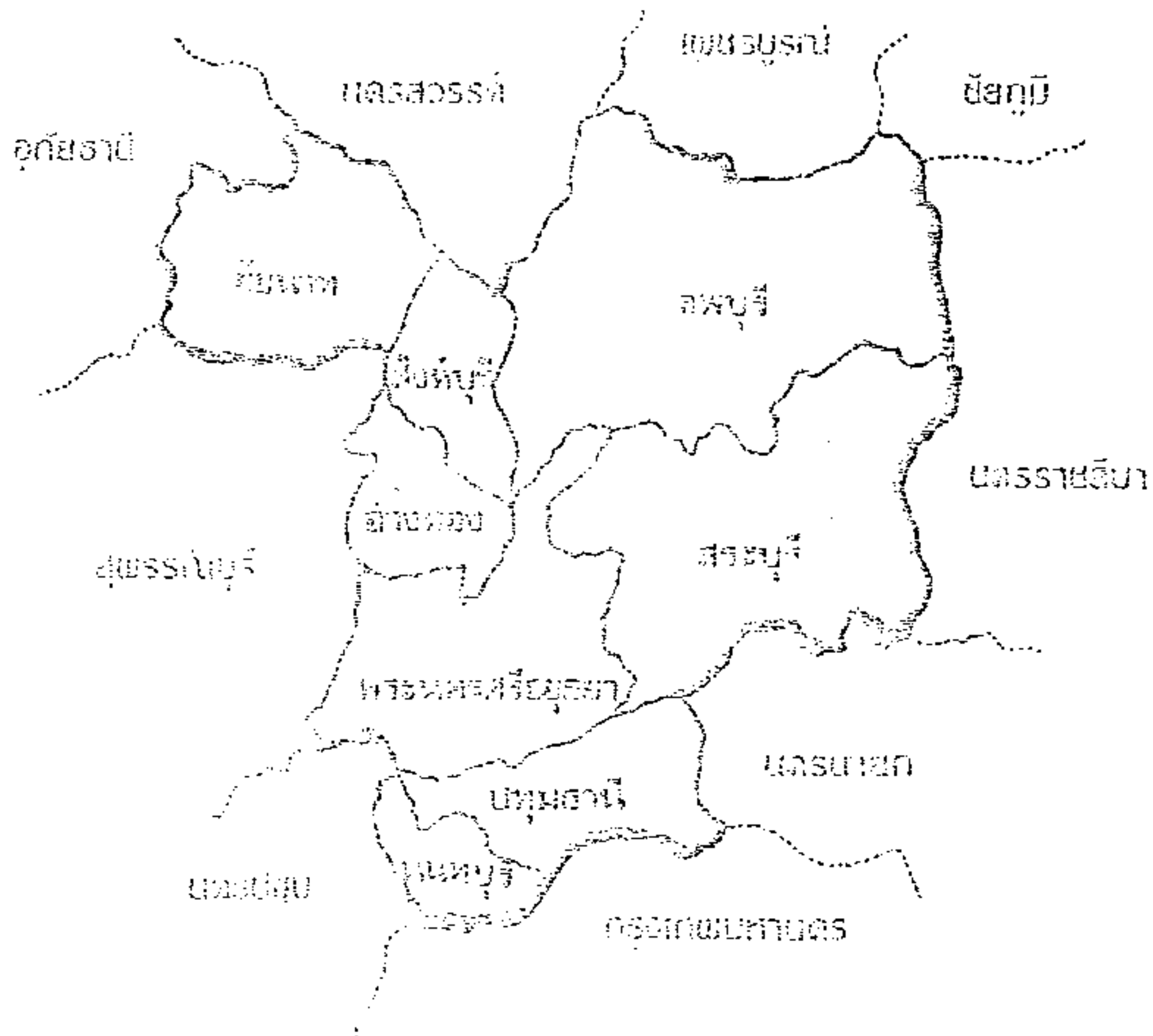
การทดสอบความแปรปรวนคงที่ (homoscelasticity)



การปรับระบบบริการ และภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน



ภาคผนวกที่ 4



นนทบุรี	พื้นที่	622.303	ตารางกิโลเมตร
ปทุมธานี	พื้นที่	1,525.287	ตารางกิโลเมตร
พระนครศรีอยุธยา	พื้นที่	2,498.301	ตารางกิโลเมตร
อ่างทอง	พื้นที่	981	ตารางกิโลเมตร
สิงห์บุรี	พื้นที่	843.386	ตารางกิโลเมตร
ลพบุรี	พื้นที่	6,151.288	ตารางกิโลเมตร
ชัยนาท	พื้นที่	2,365	ตารางกิโลเมตร
สระบุรี	พื้นที่	3,379.034	ตารางกิโลเมตร

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1

เลขที่แบบสอบถาม _____
ชื่อผู้สัมภาษณ์ _____
วันที่สัมภาษณ์ _____
หมู่บ้าน _____ ตำบล _____
อำเภอ _____ จังหวัด _____
_____ ในเขตเทศบาล _____ นอกเขตเทศบาล _____

แบบสัมภาษณ์ประชาชน

เรื่อง ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน : การศึกษาสำรวจปัจจัย
และผลกระทบของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานในเขต 1 ของสาธารณสุข

- คำชี้แจง 1. แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีคำถามทั้งสิ้น 7 ตอน
2. จงใส่เครื่องหมาย () หน้าข้อความที่ท่านเห็นว่าถูก และตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียว (ยกเว้นข้อที่ระบุไว้ให้คำตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ และโปรดอ่านคำถามโดยละเอียดและชัดเจน

ตอนที่ 1 ภูมิหลัง

1. เพศ _____ ชาย _____ หญิง _____
2. ปัจจุบันอายุ _____ ปี
3. ท่านจบการศึกษาระดับ _____ ไม่ได้เรียน _____ ประถม _____ มัธยม _____ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า _____
4. สถานภาพในครอบครัว _____ หัวหน้าครอบครัว _____ ภรรยา _____ บุตร ธิดา _____
_____ ผู้อาศัย _____ อื่น ๆ ระบุ _____
5. ท่านประกอบอาชีพ _____ ทำนา _____ ทำไร่ _____ ทำนาทำไร่ _____
_____ ค้าขาย _____ รับจ้าง _____ อื่น ๆ ระบุ _____
6. หมู่บ้านของท่านมี อสม.หรือไม่ _____ มี _____ ไม่มี _____ ไม่ทราบ _____
ถ้ามี เป็นเพศอะไร _____ ชาย _____ หญิง _____
ท่านรู้จัก อสม.หรือไม่ _____ ไม่รู้จัก _____ รู้จัก ชื่อ _____
ส่วนใหญ่ อสม. ช่วยเหลือท่านในด้าน _____ ป้องกันโรค _____ รักษาโรค _____
_____ อื่น ๆ ระบุ _____

ตอนที่ 2 กิจกรรมในงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีอยู่ในหมู่บ้านของท่าน						
คำชี้แจง กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ ท่านเคยได้รับคำแนะนำจาก อสม./ผสส. ในหมู่บ้านของท่านหรือไม่ และมีการปฏิบัติหรือไม่ (ถ้าไม่มีหรือไม่รู้จัก อสม. โดยปกติท่านปฏิบัติหรือไม่)						
กิจกรรมของ อสม.	เคย	ไม่เคย	จำนวน ครั้งใน 1 เดือน	ปฏิบัติ	ไม่ได้ ปฏิบัติ	จำนวน ครั้งใน 1 เดือน
1. การเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย						
2. การช่วยรักษาชาวบ้านในยามเจ็บป่วย						
3. การนำเด็กไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค						
4. การจัดหาผ้าสะอาดเพื่อบริเวณในครอบครัว						
5. การสร้างส้วมที่ถูกต้อง						
6. การจัดสภาพแวดล้อมรอบบ้านให้สะอาด						
7. การแนะนำหญิงมีครรภ์ให้ไปตรวจที่สถานบริการ สาธารณสุขและแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ระหว่างคลอด และหลังคลอด						
8. การรับบริการวางแผนครอบครัวที่สถานบริการ สาธารณสุขและจ่ายยาคุมกำเนิด						
9. การใช้ยาให้ถูกต้อง						
10. การชั่งน้ำหนักเด็กอายุ 0-5 ปีเพื่อหาเด็กขาด สารอาหาร						
11. การจ่ายอาหารเสริมเลี้ยงทารกแก่เด็กที่ขาด สารอาหาร						
12. การตรวจ/คัดเลือกผู้ป่วยที่มีสภาพพันธุกรรมรักษา						
13. การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต						
14. การนำเทคโนโลยีที่ได้รับการอบรมมาป้องกัน และควบคุมโรคในท้องถิ่นของท่าน						
15. กิจกรรมอื่น ๆ ที่อสม./ผสส. แนะนำนอกเหนือ จากนี้						
1. _____						
2. _____						
3. _____						

ตอนที่ 3 การบริการเกี่ยวกับระบบงานสาธารณสุข			
	ไม่เคย	เคย	จำนวนครั้งในรอบ 6 เดือน
1. เมื่อท่านใดเกิดเจ็บป่วยปรึกษาบุคคลใด			
- บุคคลในครัวเรือนของท่าน/ญาติ			
- อสม. พสส.			
- กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน			
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
- อื่น ๆ ระบุ			
2. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านทำอย่างไร			
- ไปรักษาที่สถานอนามัย			
- ไปรักษาที่โรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด			
- ไปรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัด			
- ไปรักษาที่โรงพยาบาลในกรุงเทพ			
- ท่านคอยหน่วยแพทย์เคลื่อนที่			
- ปลอมไว้เฉย ๆ ให้นายเอง			
- รักษาแบบไสยศาสตร์			
- ซื้อยาที่กองทุนยารับประทานเอง			
- ใช้สมุนไพรรักษา/ รักษาแบบแผนโบราณ			
- รักษากับหมอที่ท่านรู้จักคุ้นเคย			
- อื่น ๆ ระบุ			
3. ส่วนใหญ่ท่านจะได้รับความรู้ในการป้องกันโรคจากบุคคลเหล่านี้มากน้อยเพียงใด			
- พสส. อสม.			
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล/อำเภอ			
- คณะกรรมการหมู่บ้าน			
- คณะกรรมการสาธารณสุข (คปสอ)			
- ครู			
- องค์กรเอกชน ระบุ			
- อื่น ๆ ระบุ			

ตอนที่ 4 ข้อปฏิบัติพื้นฐานเมื่อยามเจ็บป่วย

1. เมื่อท่านหรือบุคคลในบ้านของท่านป่วยเป็นหวัด ท่านทำอย่างไร
 _____ ป่วยไว้ให้หายเอง _____ ซื้อยากินเอง
 _____ พักผ่อนมาก ๆ _____ ไปหาหมอ
 _____ ไม่ทราบ _____ อื่น ๆ ระบุ _____
2. การป้องกันโรคหวัดควรปฏิบัติตัวอย่างไร
 _____ รักษาร่างกายให้อบอุ่น และพักผ่อนให้เพียงพอ _____ หลีกเลี่ยงจากผู้ที่ เป็นหวัด
 _____ ไม่ต้องป้องกัน เพราะเป็นเองหายเองได้ _____ ไปทราบ
 _____ ออกกำลังกายเป็นประจำ _____ อื่น ๆ ระบุ _____
3. การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาการอุจจาระร่วงทำอย่างไร
 _____ ดื่มน้ำมาก ๆ / ดื่มน้ำเกลือแร่ _____ งดอาหารทุกชนิด _____ ไปหาหมอ
 _____ ไม่ทราบ _____ อื่น ๆ ระบุ _____
4. โรคอุจจาระร่วงสามารถป้องกันได้หรือไม่
 _____ ได้ _____ ไม่ได้
5. การป้องกันโรคอุจจาระร่วงทำได้อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 _____ ถ่ายอุจจาระในส้วม _____ ดื่มน้ำและรับประทานอาหารที่สะอาด
 _____ ไม่ทราบ _____ อื่น ๆ ระบุ _____
6. บุตรของท่านเคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหรือไม่
 _____ เคย ระบุโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน _____
 _____ ไม่เคย
7. บุตรหรือหลานของท่าน (อายุ 0-5 ปี) เคยได้รับการชั่งน้ำหนักหรือไม่
 _____ ชั่ง _____ ไม่ได้ชั่ง
8. การชั่งน้ำหนักเด็กทำให้ทราบว่า
 _____ เด็กขาดสารอาหาร _____ การเจริญเติบโตของเด็ก
 _____ ไม่มีผลอย่างใดต่อเด็ก _____ ไม่ทราบ _____ อื่น ๆ ระบุ _____
9. ขณะที่ท่านเลี้ยงดูบุตร
 _____ กินนมแม่อย่างเดียว _____ กินข้าวกับไข่ เนื้อสัตว์ และน้ำต้มกระดูก
 _____ กินนมแม่และนมชงหวาน _____ อื่น ๆ ระบุ _____
10. ท่านรู้จักโรคเอดส์หรือไม่
 _____ รู้จัก _____ ไม่รู้จัก
11. ท่านทราบหรือไม่ว่ามีวิธีการป้องกันมิให้เป็นโรคเอดส์อย่างไร _____

ตอนที่ 5 การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน

1. ท่านมีตำแหน่ง หรือเป็นสมาชิกของกลุ่มอะไรบ้างในหมู่บ้าน

1. กลุ่ม _____ ตำแหน่ง _____

2. กลุ่ม _____ ตำแหน่ง _____

2. ในกิจกรรมต่าง ๆ ที่ท่านได้เข้ามามีส่วนร่วมนั้น ท่านมีส่วนเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง มากน้อยเพียงใด _____

	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ช่วยวางแผน/แก้ปัญหา _____					
ช่วยในการดำเนินงาน _____					
ช่วยจัดสรรผลประโยชน์ _____					
ช่วยในด้านวัสดุ/อุปกรณ์ _____					
ช่วยออกเงิน/ค่าจ้าง _____					
ช่วยในการตัดสินใจ _____					
อื่น ๆ ระบุ _____					

3. ท่านทราบการดำเนินงานของอสม. / พสส. หรือไม่ _____ ทราบ _____ ไม่ทราบ _____

4. ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานบ้างหรือไม่ _____ ร่วม _____ ไม่ได้ร่วม
ถ้าเข้าร่วม ร่วมในกิจกรรมใดบ้างระบุ 1. _____ 2. _____

5. ท่านคิดว่ากิจกรรมต่าง ๆ ของสาธารณสุขที่ท่านต้องเข้าไปมีส่วนร่วมเป็นการระแกว่าท่าน
_____ มากเกินไป _____ พอดีแล้ว _____ ไม่มากเกินไป _____ ไม่น่าใจ

6. ท่านเคยเข้าร่วมรับการอบรมในโครงการต่าง ๆ ของงานสาธารณสุขมูลฐานหรือไม่
_____ ไม่เคย _____ เคย

โครงการอะไรบ้าง 1. _____ 2. _____

7. ท่านได้นำความรู้ที่ได้จากการอบรมมาปฏิบัติตามมากน้อยเพียงใด

_____ มากที่สุด _____ มาก _____ ปานกลาง _____ น้อย _____ น้อยที่สุด

8. ท่านเป็นสมาชิกโครงการบัตรสุขภาพหรือไม่ _____ เป็น _____ ไม่เป็น

9. ท่านเป็นสมาชิกกองทุนต่าง ๆ ของสาธารณสุขหรือไม่ _____ เป็น _____ ไม่เป็น

10. ท่านเห็นความสำคัญของกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานมากน้อยเพียงใด

_____ มากที่สุด _____ มาก _____ ปานกลาง _____ น้อย _____ น้อยที่สุด

11. ถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเผยแพร่กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานอีก ท่านจะเข้าร่วมหรือไม่
_____ เข้าร่วม เพราะ _____

_____ ไม่เข้าร่วม เพราะ _____

12. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาชักจูงให้ท่านเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากน้อยเพียงใด

_____ มากที่สุด _____ มาก _____ ปานกลาง _____ น้อย _____ น้อยที่สุด

ตอนที่ 6 ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน					
	ดีขึ้น มาก	ดีขึ้นพอ ประมาณ	เหมือน เดิม	เลว ลง	เลวลง มาก
1. ท่านคิดว่าสุขภาพของตัวท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร					
1.1 โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคหวัด					
1.2 โรคระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องเสีย					
1.3 โรคท้องถื่นหรือโรคที่ท่านเป็นบ่อย เช่น					
1.3.1					
2. ท่านคิดว่าท่านมีส่วนช่วยให้สุขภาพของประชาชนเป็นอย่างไร					
3. ท่านคิดว่าโดยส่วนรวมแล้วในหมู่บ้านของท่านสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างไร					
4. ท่านคิดว่าประชาชนในหมู่บ้านของท่าน มีความสามารถดูแลสุขภาพอนามัยเป็นอย่างไร เมื่อเทียบกับ 10 ปีที่ผ่านมา					
5. ท่านคิดว่าประชาชนในหมู่บ้านของท่านเมื่อได้รับความรู้จากท่านจะทำให้สุขภาพของเขาเป็นอย่างไร					
6. ท่านและครอบครัวของท่านมีอาการเจ็บป่วยบ่อยครั้งเพียงใด ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน					
_____ ไม่เคยป่วยเลย จำนวนครั้งที่ป่วย _____ ครั้ง					
ส่วนใหญจะเป็นโรคอะไร _____					
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยนานเท่าใด _____ วัน					
7. สาเหตุของการเจ็บป่วยของท่าน					
_____ รับประทานอาหารไม่เพียงพอ _____ พักผ่อนไม่เพียงพอ					
_____ ต้องทำงานหนักเกินความสามารถ _____ มีโรคประจำตัว					
_____ รับประทานยาผิดประเภท _____ อื่น ๆ ระบุ _____					
8. เมื่อท่านเจ็บป่วยจะทำให้ท่านขาดรายได้มาใช้จ่ายในครอบครัวประมาณ _____ บาท/วัน					
9. เมื่อท่านหรือบุคคลในครอบครัวของท่านป่วย ท่านคิดว่าเป็นปัญหาที่สำคัญมากน้อยเพียงใด					
_____ มากที่สุด _____ มาก _____ ปานกลาง _____ น้อย _____ น้อยที่สุด					
10. ท่านคิดว่าจะมีวิธีการในการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยของท่านอย่างไร _____					

11. ท่านมีคำแนะนำเกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างไร _____					

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

จารุณ มีชนอน และวเรศ จันทรศร. การบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน.
กรุงเทพฯ: บริษัทเป็นเกล้าการพิมพ์ จำกัด, 2532.

จารุณ มีชนอน และคณะ. ผู้นำสาธารณสุขมูลฐานในชนบทไทย: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้นำที่ประสบ
ผลสำเร็จ. กรุงเทพฯ: ไม่ปรากฏที่พิมพ์, 2531.

ดำรง บุญเย็น, นายแพทย์. "การสาธารณสุขของประเทศไทยในอดีต", วารสารสาธารณสุขมูล-
ฐานและการพัฒนา, ปีที่ 1, ฉบับที่ 1 (มิถุนายน, 2531).

ธัชชัย มุ่งการดี. "การพัฒนางานสาธารณสุขในหมู่บ้าน". เอกสารการวิจัยส่วนบุคคล
วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, กรุงเทพฯ: ไม่ปรากฏที่พิมพ์, 2528.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ, การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา, กรุงเทพฯ:
ศักดิ์โสภาคการพิมพ์, 2527.

บังอร ฤทธิภักดี. "การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน: กรณีศึกษา
ระดับหมู่บ้าน". วิทยานิพนธ์ (สสม.) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2528.

ปรากรม วุฒิพงศ์. "การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐาน". เอกสาร
การวิจัยส่วนบุคคลวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, กรุงเทพฯ: ไม่ปรากฏที่พิมพ์, 2532.

ปรีชา คีสวัสดิ์, นายแพทย์. "การสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษหน้า", วารสารสาธารณสุขมูล-
ฐานและการพัฒนา, ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มิถุนายน, 2531).

บุระชัย เปี่ยมสมบูรณ์. การวิจัยประเมินผล: หลักการและกระบวนการ. กรุงเทพฯ: การพิมพ์
พระนคร, 2529.

_____ . ภาพพจน์ของผู้ศึกษาเสด็จในสายตาประชาชน. กรุงเทพฯ: คณะรัฐประศาสน-
ศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2526 .

_____ . ความพึงพอใจของประชาชนในกรุงเทพมหานครต่อกระบวนการยุติธรรม.
กรุงเทพฯ: คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2531.

พงศ์สิทธิ์ ศรีสมทรัพย์. การประเมินผลโครงการของรัฐ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย
รามคำแหง, 2526.

ภาวินี เพ็ญศาสตร์. "การรับรู้และการยอมรับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) ของประชาชนในชนบท". วิทยานิพนธ์ (ส.ค.ม.) จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2529.

มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ และสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอา
เซียน. "รายงานการวิจัยเรื่องการติดตามและประเมินผล 77 งานวิจัยทางสาธารณสุข
มูลฐานในประเทศไทย". นครปฐม, 2533.

มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข.
"รายงานการประชุมสัมมนาเรื่องการเสนอผลงานวิจัยสภาวะการณ์การพัฒนาสาธารณสุขมูล
ฐาน ครั้งที่ 1 8-9 ธันวาคม 2526" ณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
นครปฐม, 2527.

ลือชัย ศรีเงินวง และ ผาสุข เอนกวิช, "ยุทธศาสตร์ใหม่ของการพัฒนา (สาธารณสุข)
ชนบท", เอกสารประกอบการเสวนาสภาสภาแพชของกลุ่มสังคมศาสตร์สาธารณสุข,
2526 (อัดสำเนา)

วรเดช จันทรศร. การบริหารเพื่อการพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ:
บริษัทปิ่นเกล้าการพิมพ์ จำกัด, 2532.

วรเดช จันทรศร. การสาธารณสุขมูลฐานในส่วนภูมิภาคของประเทศไทย: การศึกษาด้าน
การบริหาร. กรุงเทพฯ: บริษัทปิ่นเกล้าการพิมพ์ จำกัด, 2534.

ศูนย์ฝึกอบรมสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. "ทศวรรษแห่งการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย". เอกสารประกอบการประชุมสัมมนา 16-17 สิงหาคม 2531.

สมทรง รักษ์เฝ้า และคณะ. "รายงานวิจัยโครงการเร่งรัดพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยกลวิธีวิจัยและพัฒนาจังหวัดลำพูน". เอกสารงานวิจัยของกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ไนบรากฎที่พิมพ์, 2528.

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข. "ทศวรรษแรกแห่งการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย พ.ศ. 2521-2530 รายงานการประเมินผล". (เอกสารโรเนียว)

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข. "รายงานโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารในงานสาธารณสุข เพื่อบริหารจัดการในระดับจุลภาค ฉบับที่ 1" (เอกสารโรเนียว)

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข. "รวมบทความพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน". กรุงเทพฯ: ไนบรากฎที่พิมพ์, 2530.

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน หน่วยปรับปรุงระบบการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐาน. "รายงานการประชุมสรุปรายงานโครงการปรับปรุงระบบบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐาน" วันที่ 13-14 มีนาคม 2532 ณ โรงแรมซีวีวีรีสอร์ท พัทยา จังหวัดชลบุรี กรุงเทพฯ, 2532.

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข. การประชุมปฏิบัติการ เรื่อง "กลยุทธ์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539)" วันที่ 2-3 พฤศจิกายน 2532. ณ โรงแรมแม่สลอดฮิลล์ อ่างทอง แม่สลอด จังหวัดตาก.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นวัตกรรมสาธารณสุข. นครราชสีมา: สมบูรณ์ออฟเซตการพิมพ์, 2529.

อมร นนทสดี. "ความหมายและองค์ประกอบของ Health for All" พ.ศ. 2524 (เอกสารโรเนียว).

อรุณ จิรวัดกุล และคณะ "รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาการยอมรับและการใช้บริการอาสาสมัครสาธารณสุข" พฤษภาคม 2531 (เอกสารโรเนียว)

อุทัย สดสุข และคณะ "ทีมงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน: ศึกษาเฉพาะกรณีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ" รายงานผลการวิจัย, 2526 (อัดสำเนา)

ภาษาอังกฤษ

Allen, John. **Some Operational Issues Relating to Community Participation.** Paris: Unesco, 1982

Bugnicourt, Jacques. "popular participation in development in Africa", **Assignment Children, 59/60**, Geneva: 1982

Cook, Thomas J. and Scioli, Frank P., eds. **Methodologies for Analyzing Public Policies.** Lexington, Mass.: D.C. Heath and Company, 1975.

_____. "Impact Analysis in Public Policy Research", in Kenneth M. Dolbeare. **Public Policies Evaluation.** London: Sage Publication, Inc., 1975.

Department of International Economic and Social Affairs, United Nations, **Popular participation as a strategy for promoting community-level action and national development**, New York: United Nations, 1981

Fonaroff, Arlene. **Community Involvement in Health System for Primary Health Care**, WHO.

Green, Phyllis Strong. "Unintended Impacts: Confounding Influence, Unintended Impacts and Growth Management Policies", in Grumm and Wasby, eds. **The Analysis of Policy Impacts.** Lexington, Mass.: D.C. Heath and Co., 1981.

Hollnsteiner, Mary Racilis. "The participatory imperative in PHC", **Assignment Children, 59/60**, Geneva: 1982

Nagel, Stuart S. *Policy Evaluation: Making Optimum Decision*. New York: Praeger Publishers, 1982.

_____. *Public Policy: Goals, Means and Methods*. New York: St. Martin's Press, 1984.

Porter, Alan L. and Rossini, Frederick A. "Technological Innovation and Its Assessment", in Stuart Nagel (ed.). *Encyclopedia of Policy Studies*. New York: Marcel Dekker, Inc., 1983.

Riechen, H. "Memorandum on Program Evaluation", in Weiss, C.H., eds. *Evaluating Active Programs: Readings in Social Action Research*. Boston: Allyn & Bacon, 1972.

Suchman, E.A. *Evaluative Research: Principles and Practice in Public Service and Social Active Programs*. New York: Russell Sage Foundation, 1967.

Uphoff, N.T., J.M. Cohen, A.A. Goldsmith, "Feasibility and Application of Rural Development Participation: A State - of - the art Paper", (Cornell Univ. Rural Development Committee, 1979)

Weiss, C.H. *Evaluation Research: Method of Assessing Program Effectiveness*. Englewood Cliff, New Jersey: Prentice Hall, 1972.

White, Alastair T. "Why Community Participation" *Assignment Children* 59/60 Geneva : 1982

WHO/UNICEF, *The Declaration of Alma Ata*, 1978.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล	นางสาว ปิยะนุช เงินคล้าย
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 29 ธันวาคม 2502
การศึกษา	พ.ศ. 2524 วิทยาศาสตรบัณฑิต (จิตวิทยา) เกียรตินิยมอันดับสอง มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
	พ.ศ. 2527 พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต (รัฐประศาสนศาสตร์) เกียรตินิยมดี สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
	พ.ศ. 2536 พัฒนบริหารศาสตรดุษฎีบัณฑิต (การบริหารการพัฒนา) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
	พ.ศ. 2535 Certificate as a research assistantship in studies in crime and social policy and courses in public affairs at Indiana University - Purdue University at Indianapolis
การทำงานปัจจุบัน	ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง