บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ และการปฏิบัติตนในงานสาธารณสุขมูลฐานของแม่บ้าน โดยจะกล่าวสาระสำคัญในประเด็นที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติ
2. การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติ

ความรู้ (Knowledge)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2534 หน้า 45) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า เป็นความสามารถในการจำหรือระลึกได้ ซึ่งรวมประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เคยได้รับรู้มา และกู๊ด (Good 1973 อ้างใน จันทนา หล่อตระกูล, 2532 หน้า 30 - 31) ได้กล่าวว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับ และเก็บรวบรวมสะสมไว้ ขั้นตอนของความรู้ประกอบด้วย

1. ความรู้ ความจำ คือ ความสามารถในการจำสิ่งต่าง ๆ หรือสิ่งที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน

2. ความเข้าใจ คือ ความสามารถในการแปลความ ตีความ หรือขยายความสิ่งนั้น ๆ ได้

3. การนำไปใช้คือ ความสามารถในการนำสาระสำคัญต่างๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง ๆ ได้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

4. การวิเคราะห์ คือ ความสามารถในการแยกเรื่องราวออกเป็นส่วนย่อย ๆ ได้

5. การสังเคราะห์ คือ ความสามารถในการรวมส่วนประกอบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน

6. การประเมินผล คือ ความสามารถในการตัดสินคุณค่า ในสิ่งที่กำหนดความมุ่งหมายให้ โดยการใช้เกณฑ์ที่แน่นอน

จากความหมายของความรู้ดังกล่าวข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ในเรื่องต่าง ๆ และโครงสร้างที่ได้จากการศึกษา หรือประสบการณ์ที่มนุษย์ได้รับและสะสมไว้ในขอบเขตทางด้านปัญญา ซึ่งเรียงจากพฤติกรรมที่ง่ายไปยาก คือ ความรู้ ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล

ความรู้เกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในงานสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วย การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การโภชนาการ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด การควบคุมและป้องกันโรคในท้องถิ่น การส่งเสริมสุขภาพฟัน และการส่งเสริมสุขภาพจิต ซึ่งข้อเท็จจริงเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากการเรียนรู้ประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม

การปฏิบัติ (Practice)

ธรรมรส โชติกุญชร (2519 หน้า 383) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติว่าเป็นกริยาการกระทำหรือพฤติกรรมเกี่ยวกับสมอง อารมณ์ ความคิด และความรู้สึก ซึ่งมีสาเหตุเกี่ยวพันกับความต้องการ ความรู้สึกนึกคิดเป็นผลจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าและเป็นปฏิกิริยาการกระทำหรือพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่สามารถมองเห็นได้ เช่นเดียวกับเอนก ศรีแสง (2519 หน้า 58) กล่าวไว้ว่า การปฏิบัติเป็นการกระทำหรือปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่อาจสังเกตได้ชัดเจน หรืออาจรับรู้ได้โดยใช้เครื่องมือวัด และประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2534 หน้า 48 - 49) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติว่าเป็นความสามารถในด้านการปฏิบัติตนอย่างมีประสิทธิภาพ ที่เกี่ยวข้องกับ ระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายแบ่งได้เป็น 5 ขั้น ดังนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1. การเลียนแบบ (Imitation) เป็นการเลือกตัวแบบหรือตัวอย่างที่สนใจ

2. การทำตามแบบ (Manipulation) เป็นการลงมือกระทำตามแบบที่สนใจ

3. การมีความถูกต้อง (Precision) เป็นการตัดสินใจเลือกทำตามแบบที่เห็นว่าถูกต้อง

4. การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) เป็นการกระทำที่เห็นว่าถูกต้องนั้นอย่างเป็นเรื่องเป็นราวต่อเนื่อง

5. การกระทำโดยธรรมชาติ (Naturalization) เป็นการกระทำจนเกิดทักษะสามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติเป็นธรรมชาติ

การยอมรับปฏิบัติของบุคคลจะมีกระบวนการยอมรับ (adoption process) ซึ่งโรเจอร์ (Rogers อ้างใน สนิท สมัครการ, 2524 หน้า 10 - 11) ได้แบ่งขั้นตอนการยอมรับนวกรรมหรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ ๆ (innovation) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นรับรู้ (awareness stage) เป็นขั้นแรกที่จะนำไปสู่การยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใหม่ ๆ ที่มีคนสร้างขึ้นมา

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นสนใจ (interest stage) เป็นขั้นที่เริ่มมีความสนใจ และแสดงว่ามีการได้รับข่าวสารเพิ่มเติม พฤติกรรมในขั้นนี้เป็นลักษณะที่ตั้งใจแน่ชัด และใช้กระบวนการคิดมากกว่าขั้นแรก

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นไตร่ตรองตัดสิน (evaluation stage) เป็นขั้นที่บัจเจกบุคคลคิดจะใช้นวกรรมนั้น กับสถานการณ์บัจจุบัน และข้างหน้า โดยไตร่ตรองว่าจะลองใช้ดีหรือไม่ด้วยการชั่งน้ำหนักระหว่าง ข้อดีและข้อเสียของนวกรรมนั้น

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนทดลองปฏิบัติ (trial stage) เป็นขั้นที่บัจเจกบุคคลลองใช้นวกรรมนั้นกับสถานการณ์ของตน แต่เป็นการทดลองดูกับส่วนน้อยก่อน เพื่อดูว่าได้ผลดีหรือไม่ ผลการทดลองปฏิบัติ มีความสำคัญยิ่งต่อการตัดสินที่ จะปฏิเสธหรือยอมรับต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นยอมรับไปปฏิบัติอย่างสมบูรณ์ (adoption stage) เป็นขั้นที่บัจเจกบุคคลตัดสินใจที่จะใช้นวกรรมนั้นต่อไปอย่างเต็มที่ หลังจากได้พิจารณาไตร่ตรองผลที่ได้ลองปฏิบัติแล้ว เกิดการเรียนรู้ การยอมรับ และการนำไปปฏิบัติ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สรุปได้ว่าการปฏิบัติเป็นพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ตามความคิด ความพอใจของตนเองที่สามารถมองเห็น สังเกตได้ หรืออาจรับรู้ได้จากการใช้เครื่องมือวัด และเป็นความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย โดยเริ่มจากการเลียนแบบ การทำตามแบบ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่ถูกต้องและการกระทำอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการที่บุคคลจะยอมรับปฏิบัติต้องผ่าน กระบวนการยอมรับ คือ รับรู้ สนใจ ไตร่ตรองตัดสิน ทดลองปฏิบัติ และยอมรับปฏิบัติอย่างสมบูรณ์

ความรู้มีความสำคัญที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และก่อให้เกิด ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เนื่องจากการมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ทราบว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร และต้องสามารถปฏิบัติได้จริง (กรรณิการ์ กันธะรักษา 2527 หน้า 32) ดังนั้นความรู้และการปฏิบัติจึงมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดและต้องพึ่งพาอาศัยกัน การสร้างเสริมความรู้ก็จะช่วยสร้างเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติด้วยเสมอ (Fabiyi 1985 หน้า 154) ถ้าหากไม่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ ก็จะไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

องค์การอนามัยโลกโดยสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 30 ได้กำหนดเป้าหมายที่จะพัฒนาให้ประชาชนทุกคนในโลกภายในปี 2543 ให้มีสุขภาพอนามัยในระดับที่จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุขตามสภาพในทางเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละท้องถิ่น ซึ่งรู้จักกันโดยทั่วไปว่า "สุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อปี 2543" เริ่มออกเมื่อปี พ.ศ. 2521 ได้มีการประชุมนานาชาติ ซึ่งจัดโดยองค์การอนามัยโลก และองค์การยูนิเซฟ ณ เมืองอัลมาอตา ประเทศรัสเซีย เพื่อร่วมกันพิจารณาค้นหาแนวทางที่เหมาะสม และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ซึ่งที่ประชุมได้มีข้อสรุปที่สำคัญประการหนึ่ง คือ สาธารณสุขมูลฐานเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินงานนั้น และเป็นส่วนสำคัญของการพัฒนาเพื่อความยุติธรรมในสังคม พร้อมกันนั้นที่ประชุมได้ให้ความหมาย ของการสาธารณสุขมูลฐานว่าเป็นการดูแลสุขภาพอนามัยตามความจำเป็น โดยใช้วิธีการและเทคโนโลยีที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และเป็นที่ยอมรับของสังคม โดยความร่วมมืออย่างเต็มที่ของประชาชน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติ ที่ประชุมยังได้กำหนดไว้ด้วยว่าการสาธารณสุขมูลฐานอย่างน้อยที่สุดควรมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. การให้การศึกษาแก่ประชาชน เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัยที่มีอยู่ ตลอดจนวิธีการป้องกันและควบคุมปัญหาเหล่านั้น

2. การส่งเสริมในเรื่องอาหารและโภชนาการ

3. การจัดหาน้ำดื่มน้ำใช้ที่ปลอดภัย ตลอดจนจัดให้มีการสุขาภิบาลขั้นพื้นฐาน

4. การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว

5. การให้ภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันโรคติดต่อสำคัญ ๆ

6. การป้องกันและควบคุมโรคต่าง ๆ ที่มีอยู่ในท้องถิ่น

7. การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม สำหรับโรคและบาดเจ็บที่พบบ่อย

8. การจัดหายาที่จำเป็น

สำหรับการกำหนดกิจกรรมเพื่อการปฏิบัติย่อมแตกต่างกันไป ตามลักษณะของปัญหาสาธารณสุข ตลอดจนสภาพในทางเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละประเทศ องค์ประกอบ 8 ประการดังกล่าวได้เรียงไว้ตามลำดับความสำคัญ ซึ่งจะเห็นว่า 6 ใน 8 องค์ประกอบที่อยู่ในอันดับต้น เป็นเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพอนามัยและการป้องกันโรค สำหรับการรักษาพยาบาลนั้น ได้กำหนดไว้เป็นอันดับหลังตามความจำเป็นจริง ๆ และการจัดหายาที่จำเป็นเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาพยาบาลโรคและบาดเจ็บ การแยกยามาเป็นองค์ประกอบหนึ่งนั้น ก็เพื่อเป็นการส่งเสริมการผลิต การกระจายและการใช้ตามความจำเป็น(สำลี เปลี่ยนบางช้าง, 2526 หน้า 30 - 31)

การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520 - 2524) แต่เป็นลักษณะกระจายโครงการและได้เริ่มอย่างจริงจัง ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (2525-2529) โดยได้ประกาศเป็นแนวนโยบายในการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีในการส่งเสริม และสนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ ทั้งทางด้านการอนามัย และการสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคม หรือชุมชน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

นั้นได้อย่างมีความสุข ในกลวิธีนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการสอน แนะนำ ให้ความรู้แก่ประชาชนให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลใกล้เคียง รวมทั้งคนในครอบครัวและในหมู่บ้าน บริการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถดำเนินการเองในหมู่บ้านและจะต้องพัฒนาหรือดูแลตนเองได้แก่ เรื่องต่อไปนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย 2527 หน้า 21 - 23)

1. การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว
2. การโภชนาการ
3. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
4. การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด
5. การควบคุมและป้องกันโรคในท้องถิ่น
6. การส่งเสริมสุขภาพฟัน
7. การส่งเสริมสุขภาพจิต

การดำเนินสาธารณสุขมูลฐานนั้น มีความจำเป็นที่จะต้องเข้าใจแนวความคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งอมร นนทสุต (2525 หน้า 8 - 15) ได้สรุปไว้ดังนี้

แนวความคิดที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชน และความร่วมมือของชุมชนเอง

แนวความคิดที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนร่วมมือจัดทำกิจกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่ จึงจะถือได้ว่าเป็นงานสาธารณสุขมูลฐาน

แนวความคิดที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐาน จะเกิดขึ้นมาได้จะต้องให้ชุมชนรับรู้ และทราบว่าปัญหาของชุมชนคืออะไร และร่วมกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้

แนวความคิดที่ 4 หน้าที่และบทบาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐ จะต้องเข้าใจว่าเราไม่ได้ทำงานแทนเขา เขาไม่ได้ทำงานให้เรา แต่เราทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

แนวความคิดที่ 5 ความร่วมมือของของชุมชน คือ หัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจจะเป็นในรูปของแรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือในการปฏิบัติตนด้วยความสมัครใจ เพราะมีการมองเห็น และรับรู้ปัญหา ไม่ใช่เป็นเพราะเขาหวังสิ่งตอบแทน

แนวความคิดที่ 6 สุขภาพอนามัยที่ดี มีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่ และการดำรงชีวิต ดังนั้น งานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานพัฒนาด้านอื่น ๆ อาทิ การเกษตรสหกรณ์ การศึกษา และพัฒนาชุมชน เป็นต้น

แนวความคิดที่ 7 งานสาธารณสุขมูลฐาน ต้องใช้เทคนิคและวิธีการง่าย ๆ ไม่เกินขอบเขต และกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจ และนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ได้ โดยเทคนิคที่นำมาใช้ต้องมีความเหมาะสม ประหยัด ราคาถูก ยืดหยุ่น และปรับให้เหมาะสม กับสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ และมีผลต่อการแก้ไขปัญหา

แนวความคิดที่ 8 งานสาธารณสุขมูลฐาน จะต้องสอดคล้อง และอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน

แนวความคิดที่ 9 งานสาธารณสุขมูลฐาน ควรมีความยืดหยุ่น ในการที่จะนำมาใช้แก้ปัญหา ตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อม และปัญหาที่ประสบอยู่ ไม่จำเป็นจะต้องเป็นเรื่องที่เหมือนกันทุกหมู่บ้าน

แนวความคิดที่ 10 บริการสาธารณสุข ที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เองในหมู่บ้าน การสุขศึกษา การควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่น การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ การส่งเสริมโภชนาการ การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว และการจัดหายาที่จำเป็นไว้ในหมู่บ้าน

แนวความคิดที่ 11 งานสาธารณสุขมูลฐาน ต้องมีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในด้านการให้การสนับสนุน การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาพยาบาลต่อ การให้การศึกษาต่อเนื่อง และการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข

การสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยได้จัดเป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่ในระดับตำบล และหมู่บ้าน โดยประชาชน และความร่วมมือของชุมชน โดยเน้นชุมชนให้มีความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่ และมีกลวิธีในการดำเนินงานดังนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน (People participation) ซึ่งสำคัญตั้งแต่การเตรียมเจ้าหน้าที่ เตรียมชุมชน การฝึกอบรม การติดตามดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รู้สึกเป็นเจ้าของ และเข้ามาช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข ทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์

2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate technology) เรื่องที่จะให้ประชาชนมีส่วนร่วมนั้น ต้องไม่ซับซ้อนยุ่งยาก เหมาะสมในแต่ละสภาพท้องที่ เป็นเทคนิคที่ประชาชนสามารถปฏิบัติได้

3. มีการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐ (Reoriented basic health) เพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการของรัฐ และระบบบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐจะต้องปรับให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐานด้วย

4. การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่นๆ(Intersectoral collaboration) งานสาธารณสุขมูลฐาน จะสำเร็จผลได้ต้องผสมผสานทำงานไปด้วยกันได้ ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง และงานพัฒนาชนบทต่างกระทรวง คือ เกษตรและสหกรณ์ ศึกษาธิการ มหาดไทย และอื่น ๆ

การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาชุมชน เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง และสามารถช่วยตนเองได้ โดยอาศัยการพัฒนาสาธารณสุขผสมผสานไปกับการพัฒนาด้านอื่น ๆ ทั้งนี้เพราะการพัฒนางานสาธารณสุขแต่เพียงส่วนเดียวไม่สามารถที่จะขจัด หรือแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศได้ เพราะเหตุว่างานสาธารณสุขนั้นจะต้องพัฒนาควบคู่กันไปกับ งานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประชาชน เช่น รายได้ การครองชีพ อาชีพ การศึกษา เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การสาธารณสุขมูลฐานจึงเป็นจุดศูนย์กลางที่สำคัญของการผสมผสานระหว่างงานสาธารณสุข และงานพัฒนาชนบทในด้านเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นงานสาธารณสุขมูลฐานจะต้องร่วมมือกันทั้ง 6 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงสาธารณสุข งานจึงจะบรรลุผลสำเร็จ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

งานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (2535 - 2539) ได้กำหนดที่จะมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพอนามัย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และสามารถบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าในระยะอันใกล้ จึงได้กำหนดนโยบายในการพัฒนาสาธารณสุข โดยสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชนบทอย่างต่อเนื่อง พัฒนาให้มีความหลากหลาย และขยายเข้าไปในเขตเมืองให้มากขึ้น แนวทางในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของจังหวัดตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักคือ ครอบครัวในชนบทเขตเมือง และพื้นที่เฉพาะให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนวัตถุประสงค์รอง คือ ดำเนินการให้ชุมชนมีศักยภาพที่ดีที่จะดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสำหรับสมาชิกของชุมชนนั้นๆ ได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรมโดยใช้หลักการพึ่งตนเอง นอกจากนี้จะต้องมีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่เหมาะสม และมีคุณภาพสำหรับชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของจังหวัด ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 2534 หน้า 5)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะแยกตามองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานที่ศึกษาครั้งนี้ 7 องค์ประกอบ

1. การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว

เปรียบ ปัณยวนิช และคณะ (2516 หน้า 81 - 91) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านอนามัยแม่และเด็ก สตรีเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วในเมืองและชนบทของจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มประชากรที่ศึกษากลุ่มละ 100 คน พบว่ามารดาส่วนใหญ่ทั้งในเมืองและชนบท มีความรู้และการปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมทั้งการเลี้ยงดูบุตร และการวางแผนครอบครัว กล่าวคือ มารดามีความรู้เกี่ยวกับการตรวจเลือดหาภาวะโรค ก่อนแต่งงานร้อยละ 25 การคลอดที่ผิดปกติร้อยละ 52

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

อาการผิดปกติหลังคลอดร้อยละ 42 และยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดร้อยละ 31.38 สำหรับการปฏิบัติร้อยละ 15 เคยตรวจเลือดหาการโรคก่อนแต่งงาน งดอาหารแสลงหลังคลอดร้อยละ 85 และไม่ได้ใช้วิธีคุมกำเนิดร้อยละ 33 และจากการศึกษาของ วรรณวิไล จันทราภา และคณะ (2530 หน้า 67) เกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยทำการศึกษา 20 จังหวัด กลุ่มประชากรที่ศึกษา 3,200 คน พบว่า ความรู้และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยของมารดาด้านการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับสถานภาพด้านสุขภาพอนามัยของมารดา

2. การโภชนาการ

ประยงค์ ลิ้มตระกูล และคณะ (2523 หน้า 44 - 57) ได้ศึกษาบริโภคนิสัยของมารดา ที่มีผลกระทบต่อ ภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียนในชนบท จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มประชากรที่ศึกษา 417 คน พบว่ามารดาที่มีความรู้ด้านโภชนาการในระดับต่ำจะมีบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้องร้อยละ 86.3 การเตรียม และการปรุงอาหารของครอบครัวยังไม่ถูกต้องร้อยละ 52.3 และความรู้ ด้านโภชนาการของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก และการให้อาหารเสริมแก่เด็กยังไม่ถูกต้องร้อยละ 45.1 และจากการศึกษาของศิวาภรณ์ อุบลชลเขตต์ และคณะ (อ้างใน งานวิจัยและตำรามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2530, หน้า 113) ได้สำรวจปัญหาชุมชนแออัด ในเทศบาลเมืองหาดใหญ่ พบว่า ความรู้ ความสนใจเกี่ยวกับโภชนาการมีร้อยละ 50 แต่พฤติกรรมการปฏิบัติ ด้านโภชนาการถูกต้องมีเพียงร้อยละ 30

3. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

คนึงนิจ ธรรมยา (2528 หน้า 51 - 52) ได้ศึกษาความรู้ และทัศนคติของผู้ปกครอง เรื่อง การได้รับภูมิคุ้มกันโรคของเด็กวัยก่อนเรียน ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มประชากรที่ศึกษา 134 คน พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันวัณโรคร้อยละ 86.66 แต่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยักร้อยละ 65.67 และวัคซีนป้องกันโปลิโอร้อยละ 70.15 รวมทั้งจำนวนครั้งและอายุของเด็กที่ควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก และ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

โปลิโอร้อยละ 84.33 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี พลธรรมคุณ (2525 หน้า 20) ซึ่งได้ศึกษาความรู้ของมารดาที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลเชียงใหม่เกี่ยวกับการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค โดยศึกษาในกลุ่มประชากร จำนวน 80 คน พบว่ามารดาของเด็กมีความรู้ในการนำบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรคยังไม่เพียงพอ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีพร กมลรัตนานุกูล และคณะ (อ้างใน คนึงนิจ ธรรมยา 2528 หน้า 7) ซึ่งได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่ทำให้เด็กเล็กได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบ และไม่ครบ ในเขตตำบลศิริราช อำเภอบางกอกน้อย กรุงเทพฯ พบว่า ความรู้ของมารดามีความสัมพันธ์กับการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคอย่างมีนัยสำคัญ

4. การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด

ศิริวรรณ ศิริบุญ และคณะ (2531 หน้า 50 - 58) ได้ศึกษาเปรียบเทียบชุมชนแออัดที่พัฒนาแล้ว และยังไม่ได้พัฒนาในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ ชุมชนแออัดที่พัฒนาแล้วจำนวน 621 คน และชุมชนแออัดที่ยังไม่พัฒนาจำนวน 695 คน พบว่าทั้งชุมชนแออัดที่พัฒนาแล้ว และยังไม่ได้พัฒนา มีปัญหาเกี่ยวกับการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ในชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้พัฒนาร้อยละ 50 ทิ้งขยะไม่ถูกวิธี มีน้ำขังใต้ถุนบ้านร้อยละ 90.83 และไม่มีการปรับปรุงคุณภาพน้ำดื่มน้ำใช้ ในชุมชนที่พัฒนาแล้วร้อยละ 10.65 ทิ้งขยะไม่ถูกวิธี มีน้ำขังใต้ถุนบ้านร้อยละ 78.5 และไม่มีการปรับปรุงคุณภาพน้ำดื่มร้อยละ 75 และจากการศึกษาของเสกสรร วิญญา (2534 หน้า 26 - 38) เกี่ยวกับความรู้ และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาล พบว่ามารดามีความรู้น้อยในเรื่องการเลี้ยงสัตว์ใต้ถุนบ้านร้อยละ 49.6 การกำจัดอุจจาระเด็ก 0 - 4 ปีร้อยละ 48.9 และการกำจัดน้ำโสโครกร้อยละ 47.9 และมีการกำจัดขยะมูลฝอยไม่ถูกต้องร้อยละ 21.4 ไม่ใช้ส้วมร้อยละ 25 และไม่มีการปรับปรุงคุณภาพน้ำดื่มร้อยละ 58 เลี้ยงสัตว์ไว้ใต้ถุนบ้านร้อยละ 39.3 รวมทั้งมีน้ำโสโครกขังบริเวณบ้านร้อยละ 18.9

5. การควบคุมและป้องกันโรคในท้องถิ่น

สิทธิพันธุ์ ไชยนันท์ และคณะ (2531 หน้า 17 - 19) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมอนามัยของประชาชนที่อาศัยในหมู่บ้าน ที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูง และอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงต่ำ เพื่อศึกษาความแตกต่างของพฤติกรรมอนามัยที่เกี่ยวข้อง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงของประชาชน 2 กลุ่ม ประชากรที่ศึกษา คือ หมู่บ้านวังรางน้อย ตำบลมะเกลือเก่า จังหวัดนครราชสีมา ที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูง จำนวน 112 ครัวเรือน และหมู่บ้านวังรางใหญ่ ซึ่งอยู่ใกล้ ๆ กัน ที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงต่ำ จำนวน 90 ครัวเรือน พบว่า หมู่บ้านที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเกี่ยวกับแหล่งน้ำดื่มที่สะอาด การปรับปรุงคุณภาพน้ำ การปรุงอาหาร การใช้ส้วม และการกำจัดน้ำโสโครกต่ำกว่า หมู่บ้านที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระต่ำ และจากการศึกษาของเสกสรร วิญญา (2534 หน้า 73) พบว่า การปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0 – 4 ปี ที่อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง และจากการศึกษาของศิวาภรณ์ อุบลชลเขตต์ และคณะ (อ้างในงานวิจัยและตำรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2530 หน้า 113) พบว่า การกำจัดสัตว์และแมลงซึ่งเป็นพาหะนำโรคมีน้อยมาก

6. การส่งเสริมสุขภาพฟัน

อนันต์ จิรวิบูลย์ และคณะ (2533 หน้า 46 – 69) ได้ศึกษาพฤติกรรมและสุขนิสัย ที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากของชาวชนบท เปรียบเทียบกับชาวเมืองในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มประชากรที่ศึกษาเขตเมือง 400 คน เขตชนบท 1,600 คน พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในช่องปาก และสุขนิสัยการแปรงฟัน และวิธีการแปรงฟันยังไม่มีประสิทธิภาพร้อยละ 90 และจากการศึกษาของอุดม ทุมโฆสิต และคณะ (2527 หน้า 70 – 71) ได้ศึกษาสภาพการณ์ ที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนางานสาธารณสุขตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานใน 4 ภาคของประเทศคือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคอีสาน และภาคใต้ โดยศึกษาภาคละ 4 หมู่บ้าน รวม 16 หมู่บ้าน และประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนทั่วไปหมู่บ้านละ 30 คน พบว่าประชาชนมีความรู้สภาวะพฤติกรรมอนามัยในช่องปากร้อยละ 37.28 และปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 47.28 จากการตรวจประชาชนพบว่ามีสภาวะอนามัยในช่องปากไม่ดีร้อยละ 96.44

7. การส่งเสริมสุขภาพจิต

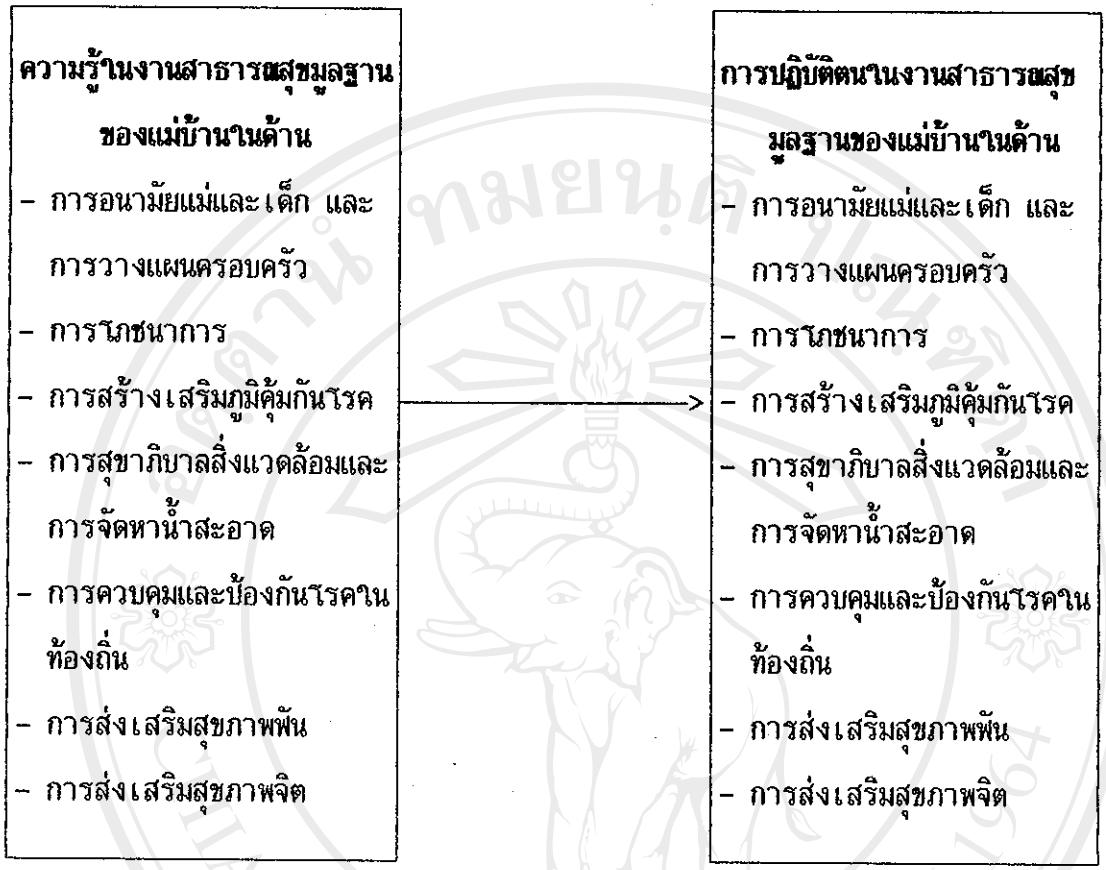
ทิพย์ภา บุรี (2529 หน้า 66) ได้ศึกษาความรู้และการปฏิบัติตนในด้านสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนแออัดบริเวณวัดโคกสมาณคุณ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ประชากรที่ศึกษา 295 ครอบครัว พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนด้าน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สุขภาพจิต และจากการศึกษาของสมจิตร พิมพะนิตย์ และคณะ (อ้างใน ขนาน หัสศิริ และคณะ, 2528 หน้า 6) ได้ศึกษา สาเหตุที่ทำให้เด็กมีปัญหาสุขภาพจิต พบว่านิสัยส่วนตัวของแม่ และการอบรมเลี้ยงดูลูกเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในเด็ก และจากการศึกษาของสมบูรณ์ สุมันตกุล และคณะ (2532 หน้า 103) ได้ศึกษาแนวทางให้ความรู้สุขภาพจิตแก่ชุมชน พบว่าประชาชนร้อยละ 22.9 ไม่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเลย

จากแนวคิดเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติ สรุปได้ว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติอะไรก็ตาม บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ เสียก่อน เพราะความรู้จะช่วยในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติ และจากรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านความรู้ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพอนามัยของมารดาในงานสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 7 องค์ประกอบ พบว่าส่วนใหญ่ยังมีความรู้ไม่ถูกต้อง รวมทั้งยังพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับการปฏิบัติ คือ ถ้าความรู้ไม่ดีก็จะปฏิบัติไม่ดีหรือไม่ถูกต้องตามไปด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำผลการศึกษาวิจัยดังกล่าวมาแล้วมาประมวล และสร้างกรอบแนวคิดเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved



แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการปฏิบัติตนในงานสาธารณสุขมูลฐานของแม่บ้าน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved