

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาประเทศที่ผ่านมาในอดีตนับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 - 4 ได้มุ่งเน้นการพัฒนาทางด้านวัตถุดิบได้แก่ การเพิ่มผลผลิต รายได้และสาธารณูปโภคต่าง ๆ เน้นการพัฒนาเมืองมากกว่าพัฒนาชนบท และที่สำคัญที่สุดก็คือการเน้นบทบาทของรัฐและเจ้าหน้าที่ราชการให้เป็นผู้หยิบยื่นการพัฒนาให้แก่ประชาชน เป็นผลให้ละเลยการพัฒนา ตำบล บทบาทของชุมชน ซึ่งได้แก่ การมีส่วนร่วมของประชาชนอันเป็นที่ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมหาศาล ผลที่ได้รับก็คือ ประชาชนในชนบทยังคงต้องพัฒนา เกิดปัญหาช่องว่าง ความเหลื่อมล้ำต่ำสูงในทางเศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ยิ่งกว่านั้นผลผลิตของการพัฒนาซึ่งออกมาในรูปของวัตถุโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดทำขึ้นไม่มีความจริงจังยั่งยืน หมู่บ้านหรือชุมชนต่าง ๆ ไม่สามารถจะพึ่งพาตนเองได้เลย นับว่าเป็นการสูญเสียเวลา ทรัพยากรและงบประมาณอันมีค่ามหาศาลไปอย่างน่าเสียดาย

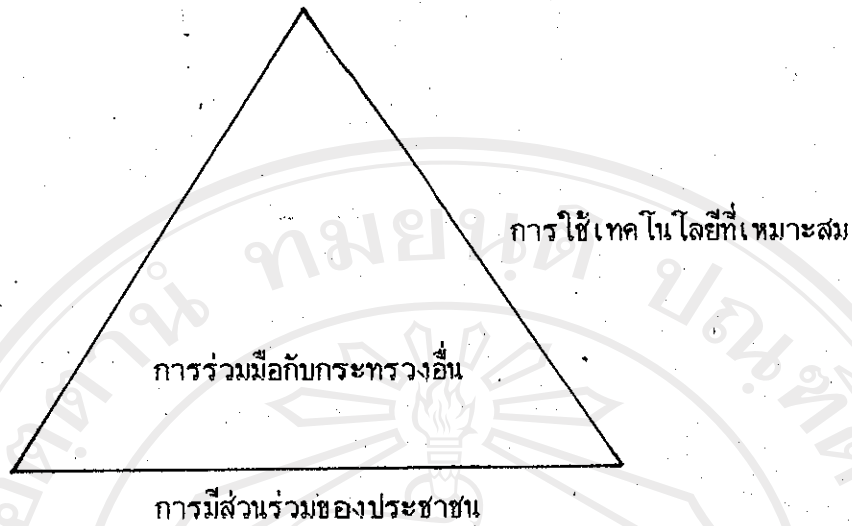
การพัฒนาประเทศนับตั้งแต่เริ่มแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 ในปี พ.ศ. 2525 จึงได้เปลี่ยนโครงสร้างและแนวทางในการพัฒนาประเทศใหม่ โดยหันมาเน้นที่การพัฒนาบทบาทของประชาชนเป็นสำคัญ ในวงการสาธารณสุขได้เร่งรัดการพัฒนาบทบาทของประชาชน ในระบบของการสาธารณสุขมูลฐาน เพราะแน่ใจว่าความสำเร็จของการดำเนินงานสาธารณสุขเพื่อให้บรรลุถึงการมีสุขภาพดีถ้วนหน้านั้น ขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหัวใจที่สำคัญ แต่การที่จะพัฒนาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนให้สูงขึ้นจนเป็นผลสำเร็จนั้นจะต้องใช้เวลาทั้งนี้เนื่องจากวัฒนธรรม ระบบการพัฒนาแบบเก่า ๆ ยังฝังรากลึกอยู่มากในชีวิตจิตใจ ของประชาชน ถึงแม้ว่าในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (2530-2534) นั้นสามารถจัดระบบ

โครงสร้างการสาธารณสุขมูลฐานได้ครอบคลุมหมู่บ้านเต็มพื้นที่ ทั้งประเทศ แล้วก็ตาม ทว่ายังพบข้อจำกัดด้านคุณภาพของการมีส่วนร่วม จำเป็นต้องมีการปรับปรุงและขยายรูปแบบให้สอดคล้องกับสภาพท้องถิ่นที่แตกต่างกัน (กองแผนงานสาธารณสุข 2535 : 22) จากปัญหาดังกล่าว โยนแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (2535 - 2539) ได้มีการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานใหม่ โดยไม่กำหนดว่าสาธารณสุขมูลฐาน ต้องมีรูปแบบตายตัวเหมือนกันทุกชุมชน แต่ต้องมีความยืดหยุ่นตามสภาพปัญหาและความเหมาะสมสอดคล้องกับลักษณะของแต่ละชุมชนให้มากขึ้น โดยมุ่งหวังให้ครอบครัวมีความสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

ในปัจจุบันหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวคิดการพัฒนาที่สำคัญ และสอดคล้องอยู่ในนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมของนานาประเทศ โดยมีการยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่าหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนดังกล่าวนี้ เป็นทั้งเป้าหมายการพัฒนาที่ถูกต้อง และเป็นวิธีการพัฒนาที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาความเป็นอยู่ของคนส่วนใหญ่ในสังคม ทั้งนี้โดยมองความสำคัญของการมีส่วนร่วมว่าจะทำให้การพัฒนาประสบความสำเร็จ เป็นการขยายบริการของรัฐให้ครอบคลุม เป็นวิธีการระดมทรัพยากรจากท้องถิ่นพร้อมทั้ง เป็นเครื่องมือหรือกลไกในการให้การศึกษแก่ชุมชนที่จะช่วยให้ชุมชนได้พัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ สามารถค้นหาปัญหาและความต้องการของตนเองวางแผนแก้ไข ตลอดจนรับผิดชอบต่อโครงการพัฒนาที่ตนกำหนดขึ้น อันจะนำไปสู่ความสามารถที่จะยืนได้ด้วยตนเอง ในที่สุด สำหรับนโยบายพัฒนาสาธารณสุขของประเทศนั้นได้

กำหนดให้การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 1 ใน 4 องค์ประกอบที่สำคัญของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่ยั่งยืนบนพื้นฐานของชุมชน ดังภาพ 1

การปรับระบบ
บริการพื้นฐาน



ภาพ 1 องค์ประกอบของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

โดยรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานที่เป็นอยู่เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่ถูกกระตุ้นหรือชักนำชักชวนให้เกิดขึ้น โดยองค์การภายนอก (induced participation) โดยกระบวนการปลุกเร้า (stimulation) จากตัวกระตุ้น (catalytic) ซึ่งได้แก่ ข้าราชการหรืออาสาสมัคร โดยผ่านกระบวนการพัฒนาที่เกิดขึ้น ประชาชนจะค่อย ๆ พัฒนาความคิดริเริ่มที่เป็นของตนเอง เกิดการร่วมรับผิดชอบในกิจกรรมที่ส่งผ่านเข้าไปจนสามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้และขยายบทบาทการมีส่วนร่วมไปสู่กิจกรรมพัฒนาอื่น ๆ (รัฐบาลไทย 2531 : 421 - 430)

นอกจากมีส่วนร่วมเป็นวิธีการได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับสภาพท้องถิ่นความต้องการและเจตคติของประชาชน การพัฒนาใด ๆ ก็ตาม หากประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดค้นปัญหาและวางแผนแล้ว จะทำให้ประชาชนยอมรับแผนงานโครงการพัฒนานั้น ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นของตนเองและการพัฒนานั้นจะเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน (ประพนธ์ 2534 : 64 - 65)

ดังนั้น จากหลักการและเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การประเมินระดับ การมีส่วนร่วม จึงเป็นการติดตามประเมินผลความสำเร็จของการพัฒนาทางหนึ่ง เพื่อทราบระดับและส่วนขาด

ของความร่วมมือร่วม) 9) ในงานสาธารณสุขมูลฐานของหัวหน้าครัวเรือน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนพัฒนาและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาอัตราการมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ของหัวหน้าครัวเรือน ในงานสาธารณสุขมูลฐาน
2. เพื่อศึกษาลักษณะการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือน ในกิจกรรมงานสาธารณสุขมูลฐาน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านประชากรศาสตร์กับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือน ในงานสาธารณสุขมูลฐาน
4. ศึกษาพฤติกรรม สุขภาพ บางประการของครัวเรือน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริม การมีส่วนร่วมของประชาชน ในงานสาธารณสุขมูลฐาน
2. ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรดิตถ์ เพื่อนำไปเป็นแนวทาง ในการปรับปรุง การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานให้ดียิ่งขึ้น

ขอบเขตของการศึกษา

ทำการศึกษากการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือน ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่เกิดขึ้น ในระยะ 6 เดือนก่อนการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ หัวหน้าครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในตำบลฝายหลวง

อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 180 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกต
ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 19 ถึง 30 พฤษภาคม 2535

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

1. การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมดำเนินการกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของ
หัวหน้าครัวเรือน

2. การมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ หมายถึง การมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานทุก
ขั้นตอน ซึ่งมีทั้งหมด 4 ขั้นตอนด้วยกันคือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนิน
3. การมีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามโครงการ
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

3. การมีส่วนร่วมไม่สมบูรณ์ หมายถึง การมีส่วนร่วมไม่ครบถ้วนทุกขั้นตอน อาจ
เป็นขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง หรือ 2 ขั้นตอน 3 ขั้นตอน โดยไม่เรียงลำดับกัน

4. หัวหน้าครัวเรือน หมายถึง หัวหน้าครัวเรือนที่มีลักษณะเป็นผู้นำและเป็นกำลัง
สำคัญ ในการหารายได้ให้ครอบครัว อาจเป็นคน ๆ เดียวกับหัวหน้าครัวเรือนตามลำเนา
ทะเลบ้านหรือไม้ก็ได้

5. งานสาธารณสุขมูลฐาน ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกนั้น หมายถึง
การให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ที่ทุกคนและทุกครอบครัวในชุมชนนั้นมีโอกาสได้รับบริการ
อย่างทั่วถึงด้วยวิธีการที่ทุกคนยอมรับและด้วยความร่วมมืออย่างดีจากชุมชน (World Health
Organization 1978 : 34 - 35) ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้

กระทรวงสาธารณสุข ให้คำนิยามการสาธารณสุขว่าเป็นแนวทางการดำเนินงาน
ด้านสาธารณสุขที่ผสมผสาน บริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การให้การรักษายาบาล
และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและความร่วมมือของส่วนราชการ

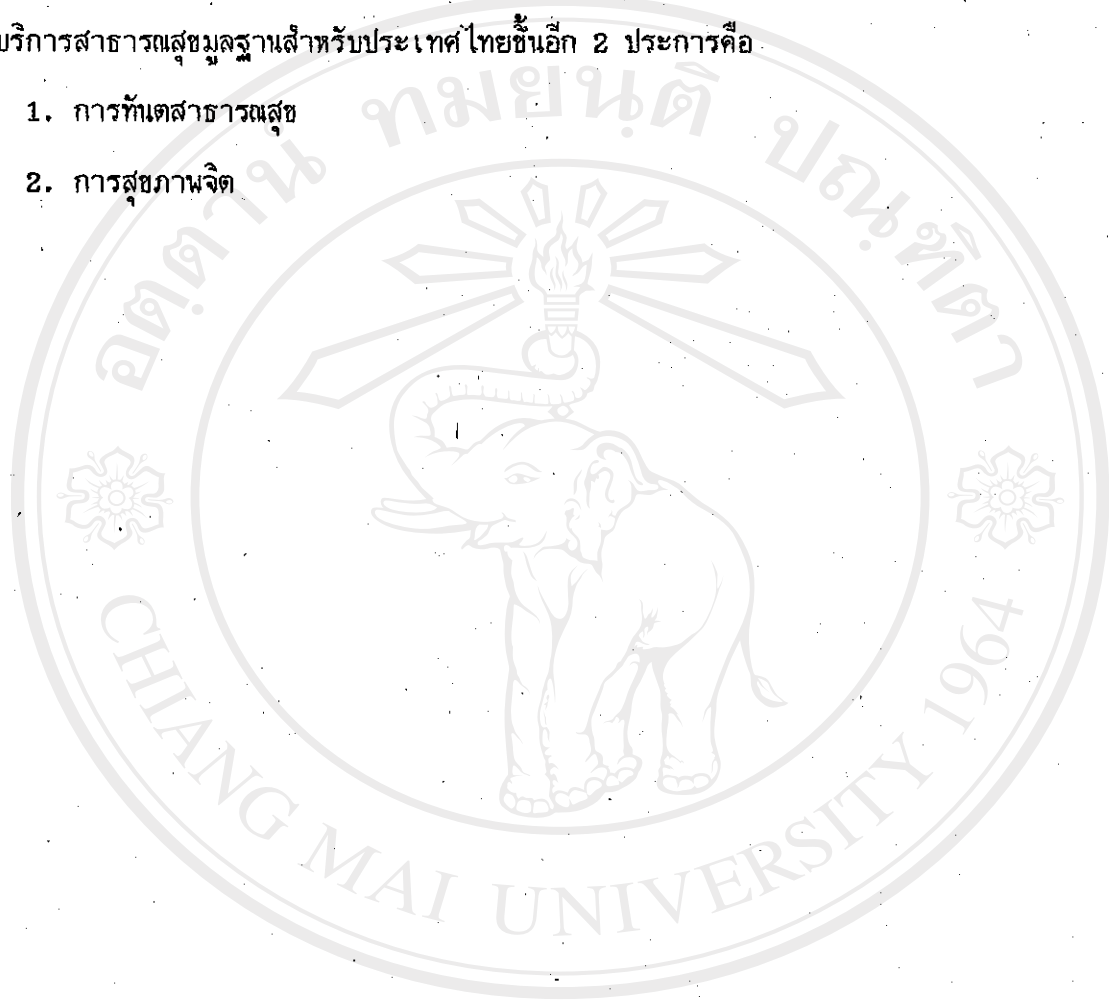
การเพื่อให้บรรลุผลของการดำเนินงาน ทั้งนี้มุ่งที่จะดำเนินงาน โดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นเป็น
 หลักรวมทั้งการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพในชีวิตประจำวัน วัฒนธรรม
 ขนบธรรมเนียมประเพณี ทักษะและสังคมของประชาชนในท้องถิ่น รวมทั้งสามารถแก้ไขปัญหา
 สุขภาพได้ทันกับความต้องการ (Ministry of Public Health 1977 : 6 - 7)

อมร นนทสุต (2525 : 8 - 15) ได้ให้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย
 ไทยตามแผนพัฒนาสำหรับประเทศไทย ว่าเป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติม หรือเสริมจาก
 กระบบบริการของรัฐเป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการ ที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุข
 ได้ด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนร่วมมือทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่ ต้องใช้เทคนิค
 และวิธีการง่าย ๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะ เข้าใจและนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ได้
 ต้องสอดคล้องและอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน มีการยึดหยุ่นใน
 การที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อมและปัญหาที่ประสบอยู่ บริการ
 ต่าง ๆ ที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เอง คือ

1. การสุขศึกษา หรือการให้การศึกษแก่ประชาชนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัยที่มี
 อยู่ตลอดจนวิธีการป้องกัน และควบคุมปัญหาเหล่านั้น
2. สนับสนุนการจัดหาอาหารและการโภชนาการ
3. การจัดหาน้ำสะอาดให้พอเพียงตลอดจนการสุขาภิบาลขั้นพื้นฐาน
4. การดูแลอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการวางแผนครอบครัว
5. การสร้างภูมิคุ้มกันโรคเพื่อป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญ
6. การป้องกันและควบคุมโรคระบาดที่มีอยู่ในท้องถิ่น
7. การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับโรคและการบาดเจ็บที่พบบ่อย
8. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน

ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดให้มีการประชุมเกี่ยวกับกลวิธีที่จะนำไปสู่
การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 ในระหว่างวันที่ 6-7 พฤษภาคม 2522 ที่ประชุมได้
เพิ่มเติมบริการสาธารณสุขมูลฐานสำหรับประเทศไทยขึ้นอีก 2 ประการคือ

1. การทันตสาธารณสุข
2. การสุขภาพจิต



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved