

บทที่ 1

บทนำ



### ความสำคัญของปัญหา

เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญในกระบวนการผลิตประกอบไปด้วย ทรัพยากรธรรมชาติ (Natural Resources) ทรัพยากรมนุษย์ (Human Resources) และทรัพยากรทุน (Capital Resources) ซึ่งในบรรดาปัจจัยทั้ง 3 ทรัพยากรมนุษย์ นับว่ามีความสำคัญที่สุด เพราะเป็นทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภคในเวลาเดียวกัน ในกระบวนการผลิตมนุษย์ต้องใช้พลังงานและมันสมอง ในการคิดแปรสภาพทรัพยากรทุนและทรัพยากรธรรมชาติ ให้เป็นผลผลิตและมนุษย์นั้นก็ เป็นทั้งผู้บริโภค สิ่งกล่าวได้ว่ามนุษย์เป็นทั้งจุดเริ่มต้นและปลายทาง เป็นผู้ก่อให้เกิดความมั่นคง และสมบูรณ์ในทางเศรษฐกิจ ทั้งนี้ถ้าประชากรมีสุขภาพอนามัยดี สมบูรณ์ไม่เจ็บไข้ได้ป่วยก็จะทำให้การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเป็นไปได้อย่างเต็มที่ และรวดเร็ว ในทางตรงกันข้ามถ้าประชากรของประเทศมีแต่สุขภาพอ่อนแอและทรุดโทรม ก็จะมีผลทำให้การพัฒนาประเทศก้าวไปอย่างไม่เต็มที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่ยากจน ด้อยพัฒนา และด้อยการศึกษา ประชากรของประเทศนั้นไม่รู้จักการป้องกันรักษาตัวเองจาก โรคภัยไข้เจ็บ จึงทำให้การลงทุนเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมไม่ได้ผลตอบแทนเต็มที่ และต้องสูญเสียรายได้จากการทำงานไปเพื่อการรักษาพยาบาล เพื่อค่ายาและเวชภัณฑ์ ซึ่งถ้าหากเอาแรงงานและทุนที่เสียไปในการรักษาอาการการเจ็บไข้ได้ป่วยไปใช้ในการผลิตในกิจกรรมทางเศรษฐกิจ ก็จะเป็นการเพิ่มรายได้และเป็นประโยชน์ทางเศรษฐกิจและประเทศเป็น อย่างมาก

ในประเทศกำลังพัฒนา เช่น ประเทศไทย นโยบายการให้บริการสาธารณสุขโดย รัฐบาลถือได้ว่าเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะการคัดบริการสาธารณสุขให้แพร่หลายทั่วถึงทุก หมู่บ้านในชนบทที่อยู่ห่างไกลจากตัวเมือง และห่างไกลจากการแพทย์สมัยใหม่ เพื่อแก้ความไม่ เสมอภาคในการบริการของประชาชนระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาคจากสถิติอัตราส่วน

ระหว่างแพทย์ต่อประชากรในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่น ๆ ในปี 2520-2524 พบว่า<sup>1/</sup> อัตราส่วนระหว่างแพทย์ต่อประชากร ในส่วนภูมิภาคในปี 2524 เป็น 1 : 14027.3 และในเขตกรุงเทพมหานครเป็น 1 : 1362.3 ซึ่งล้วนชี้ให้เห็นว่า ในส่วนภูมิภาคมีประชากรถึงร้อยละ 85 ของประชากรทั่วประเทศ แต่ยังคงขาดแคลนเจ้าหน้าที่จะให้บริการสาธารณสุข ดังตารางที่ 1. อัตราส่วนระหว่างแพทย์กับประชากรในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่น ๆ ปี 2520-2524

ประชากร/แพทย์ 1 คน	2520	2521	2522	2523	2524
ทั่วประเทศ	7502.7	7160.9	6868.1	6755.1	6851.5
กรุงเทพมหานคร	1289.4	1214.1	1209.6	1256.3	1362.3
จังหวัดอื่น ๆ	17116.6	17147.6	15897.2	14878.6	14027.3

สาเหตุใหญ่ที่แพทย์ไม่นิยมอยู่ในชนบทเท่าที่รวบรวมได้ก็คือ<sup>2/</sup>

- 1) ระบบเศรษฐกิจการเมืองและสังคมไม่เอื้ออำนวยต่อการกระจายของแพทย์ในปัจจุบัณผลประโยชน์ต่าง ๆ ตกอยู่ในมือคนส่วนน้อย ไม่ว่าจะเป็นบริการต่าง ๆ ได้แก่ ทางการศึกษา สาธารณสุข การสาธารณสุขโรคมิได้กระจายไปตามความจำเป็นของประชาชน แต่ถูกตัดไปอำนวยความสะดวกที่ลุ่มกว่าเท่านั้น
- 2) ความไม่คุ้นเคยกับสภาพความเป็นอยู่ในชนบท ซึ่งมีแต่ความว่างเปล่า เจ็บป่วยไม่มีเครื่องอำนวยความสะดวกสบาย ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายไม่มีกำลังใจในการปฏิบัติงาน
- 3) มีปัญหาที่ต้องรับผิดชอบมาก นอกเหนือไปจากด้านการแพทย์ เช่น ต้องบริหารงานธุรการ การเงิน และเป็นผู้นำชุมชนคนหนึ่ง

<sup>1/</sup> กระทรวงสาธารณสุข ประเด็นสำคัญในการกำหนดแนวนโยบายพัฒนาการสาธารณสุขและวางแผนกำลังคนระยะยาว, (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์, 2525), หน้า 10.

<sup>2/</sup> นวม เศรษฐสุนทร, "นโยบายและความมุ่งหวังของกระทรวงสาธารณสุขต่อโรงพยาบาลอำเภอ ศูนย์การแพทย์และอนามัย", เอกสารแจกในการประชุม การบริการของแพทย์ โรงพยาบาลอำเภอภาคเหนือและอีสาน

4) ประสบบัญหาที่เหนือความสามารถที่จะแก้ไข ส่วนใหญ่มักเป็นปัญหาของชาวบ้านเอง

5) ขาดการยอมรับ สันนิบาตจากบรรดาญาติพี่น้องและมีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว

นอกจากนี้จากการศึกษาของ Cunningham เกี่ยวกับพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ที่อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่<sup>1/</sup> พบว่าร้อยละ 50 ของประชาชนที่ศึกษาใช้วิธีการรักษาตัวเอง รองลงมาคือรักษาด้วยหมอผีตยา และหมอพื้นบ้านประมาณร้อยละ 24 ส่วนการรักษาพยาบาลกับสถานอนามัย สำนักงานผดุงครรภ์ มีเพียงร้อยละ 10 นอกจากนี้ยังรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชนประมาณร้อยละ 7 และ 6 ตามลำดับ

เกี่ยวกับสถานบริการด้านอนามัยของรัฐบาลเมื่อปี 2524 ปรากฏว่ามีโรงพยาบาลอำเภอทั่วทั้งประเทศเพียง 307 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 57 ของจำนวนอำเภอที่ควรมีสถานบริการดังกล่าวซึ่งมีอยู่ 561 แห่ง (ไม่นับอำเภอที่มีโรงพยาบาลอำเภอตั้งอยู่แล้ว นอกจากนี้ก็ยังมียังมีสถานอนามัยทั่วประเทศ 4,728 แห่ง และสำนักงานผดุงครรภ์ 1,498 แห่ง ในจำนวนโรงพยาบาลอำเภอ 307 แห่ง มีเพียง 300 แห่งเท่านั้นที่มีแพทย์ประจำ (ปัจจุบันเปลี่ยน รพอ. เป็น รพข. หรือโรงพยาบาลชุมชน)

ตารางที่ 2 สถานบริการของรัฐในลุ่มภูมิภาคในปี <sup>2/</sup> 2520-2524

	โรงพยาบาลอำเภอ	สถานอนามัย	สำนักงานผดุงครรภ์
ปี 2520	220	3,779	1,474
2521	220	3,899	1,613
2522	292	4,088	1,638
2523	297	4,189	1,673
2524	307	4,728	1,498

<sup>1/</sup> Clark Cunningham, "Studies of Health Problems and Health Behavior in Saraphi District North Thailand," The Faculty of Medicine and the University of Illinois Chiangmai Project, Chiangmai University, Chiangmai Thailand, 1970, P. 65.

<sup>2/</sup> กองโรงพยาบาลภูมิภาค และกองสำราณสุขภูมิภาค

ตัวเลขจากตารางได้แสดงให้เห็นถึงความผิดพลาดของการบริการสาธารณสุขของประเทศในอดีตที่ไม่ได้ครอบคลุมประชากรทั่วประเทศเท่าที่ควรจะเป็น และที่เป็นปัญหาอีกอย่างหนึ่งก็คือสถานบริการด้านการรักษาพยาบาลตั้งอยู่ในตัวเมืองเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ความไม่ได้สัดส่วนในการกระจายของแพทย์ในประเทศไทยก็เป็นปัญหาทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เรื้อรัง และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยอยู่ในระดับต่ำทั้งคุณภาพและปริมาณ ในปัจจุบันแพทย์ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 67 ของแพทย์ทั้งหมดปฏิบัติงานอยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีประชากรเพียงร้อยละ 8 ของประชากรทั้งในประเทศไทย ในขณะที่แพทย์ส่วนน้อยปฏิบัติงานอยู่ในชนบทที่มีประชากรประมาณร้อยละ 85 ของจำนวนประชากรทั้งหมด<sup>1/</sup>

กระนั้นแพทย์ที่มีอยู่จำนวนน้อยในจังหวัดต่าง ๆ ส่วนใหญ่ก็อาศัยอยู่เฉพาะในตัวจังหวัดและอำเภอใหญ่ ๆ ในเขตเทศบาลเท่านั้น<sup>2/</sup> มีจำนวนน้อยที่ปฏิบัติงานในชนบทที่ทรูกันดารออกไป ซึ่งก็มีการหมุนเวียนสลับเปลี่ยนสูงและมีอยู่น้อยรายที่ปฏิบัติงานเป็นเวลานาน ๆ ด้วยความตั้งใจจริงและมีทักษะความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาลาธารณลูขในชนบทได้

สิ่งเห็นได้ว่าการที่รัฐได้ทุ่มเทความพยายามกับการพัฒนาระบบงานสาธารณสุขเพื่อให้ทุกชีวิตมีสุขภาพอนามัย รัฐยังมิได้มุ่งเน้นที่ประจำชนในชนบทเท่าที่ควร ซึ่งก็นับว่าเป็นความล้มเหลวในการให้บริการสาธารณสุข ดังนั้นทางกระทรวงสาธารณสุขจึงได้พยายามคิดค้นหารูปแบบที่เหมาะสมที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยการกระจายการบริการออกไปยังประจำชนอย่างทั่วถึง รูปแบบที่กำส้งปฏิบัติกันอยู่จะต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้และให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และรับผิดชอบปัญหาของตนเองและร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยอาศัยการร่วมแรงร่วมใจกัน ประเด็นสำคัญเป็นการลดช่องว่างที่รัฐไม่อาจส่งบริการสาธารณสุขให้เข้าถึงประจำชนในชนบทได้ รูปแบบที่ได้ใช้ในการแก้ไขปัญหาลาธารณลูขของชุมชนในชนบทก็คือ

<sup>1/</sup> ที่มา รายงานเศรษฐกิจ 2521, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, หน้า 126.

<sup>2/</sup> สถิติการวางแผนกำลังคน, สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2521.

การสำรวจระบบงานสาธารณสุขมูลฐาน (ส.ล.ม.) ซึ่งรูปแบบของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยมีอยู่ 2 รูปแบบด้วยกันคือ<sup>1/</sup> รูปแบบของราชการที่มีเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ปฏิบัติงาน และรูปแบบอาสาสมัคร ซึ่งผู้ปฏิบัติงานเป็นประชาชนในหมู่บ้าน ไม่ได้มีตำแหน่งทางราชการไม่มีเงินเดือนประจำดังเช่นบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ตามความเป็นจริงประชาชนได้จัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยที่เกิดขึ้นในท้องถิ่นของตนอยู่ตลอดเวลาไม่ว่ารัฐบาลจะจัดให้บริการสาธารณสุขเข้าไปถึงประชาชนหรือไม่ ผู้ทำหน้าที่นี้ก็คือผู้มีความรู้ในเรื่องยาและผู้เฒ่าผู้แก่ในหมู่บ้าน ซึ่งก็ช่วยลดการเจ็บไข้ได้ป่วย เล็ก ๆ น้อย ๆ ญาติให้หัตถมไปถึงโรงพยาบาล เพราะฉะนั้นการที่รัฐกำหนดรูปแบบของการสาธารณสุขมูลฐานก็เพื่อพยายามบริการสาธารณสุขไปสู่ประชาชนในชนบท ซึ่งเท่ากับเป็นการสนับสนุนส่งเสริมและผลผลิตจากการให้บริการรัฐปใหม่ให้เข้ากับการบริการสาธารณสุขเบื้องต้นที่มีอยู่เดิมในท้องถิ่น อย่างไรก็ตามการขยายบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้บุคลากรจำนวนมากและยังเป็นปัญหาที่ใหญ่ ดังนั้นเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข จึงมุ่งเน้นการสร้างบุคลากรในระดับพื้นฐานขึ้นแทน ซึ่งรูปแบบที่ปฏิบัติกันอยู่ก็คือ การคัดเลือกอาสาสมัครให้เข้ามาช่วยปฏิบัติงานในชุมชนของตน โดยอาสาสมัครเหล่านี้จะเป็นตัวเชื่อมช่องว่างระหว่างเจ้าหน้าที่ของทางราชการกับประชาชนในชนบท รวมทั้งเป็นตัวเชื่อมในการผลผลิตงานระบบการให้บริการสาธารณสุขแห่งชาติกับระบบบริการสุขภาพอนามัยที่ประชาชนให้กันเองด้วย อาสาสมัครดังกล่าวเราเรียกกันว่า ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผลส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ล.ม.)<sup>2/</sup> ซึ่งหน้าที่ของผู้สื่อข่าวสาธารณสุขก็คือ เป็นผู้แจ้งข่าวสาธารณสุขแก่ชาวบ้านในเขตที่ตนรับผิดชอบและช่วยเผยแพร่ความรู้แนะนำลูกใจประชาชนในด้านสาธารณสุข ในทางกลับกันก็เป็นผู้นำข่าวสาธารณสุข และอื่น ๆ จากชาวบ้านไปแจ้งแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน้าที่นี้จึงเท่ากับเป็นผู้ประสานงานสาธารณสุขระหว่างชาวบ้านกับเจ้าหน้าที่ ส่วนบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก็เพียงแค่เพิ่มเติมจากหน้าที่ของผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ในด้านการให้การบริการสาธารณสุขเบื้องต้น บริการวางแผนครอบครัวให้คำแนะนำชักจูงชาวบ้านในด้าน

<sup>1/</sup> เบญจมา ยอดดำเนิน. "การสาธารณสุขเบื้องต้นของไทย ช่องว่างระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ." วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์ (เม.ย.-มิ.ย. 21) หน้า 32-42.

<sup>2/</sup> เรื่องเดียวกัน. หน้า 32-42.

สาธารณสุขและในปัจจุบันก็ได้เพิ่มบทบาทให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านรักษาพยาบาลและจ่ายยาขั้นต้น โดยรัฐได้เริ่มโครงการศัลยาศาสตร์ที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้านในรูปแบบกองทุนยาประจำหมู่บ้านอื่น เพื่อหวังว่าจะให้ชาวบ้านได้มียาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้านของตนเองโดยไม่เสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปเพื่อการรักษาพยาบาลไกล ๆ ถึงในตัวเมืองและตัวจังหวัด ทั้ง ๆ ที่บางครั้งก็เป็นเพียงเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่นปวดหัว เป็นไข้ ท้องเสีย นอกจากนี้ยังจะช่วยลดการใช้จ่ายที่ไม่ถูกต้องและเกินความจำเป็น ทั้งนี้ก่อนจะมีการจัดตั้งกองทุนยาประจำหมู่บ้าน จะมีการชี้แจงโครงการศัลยาศาสตร์ที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้านให้ชาวบ้านได้รับทราบ จากนั้นก็จะมีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินงานขึ้น ทั้งนี้ตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และคณะกรรมการดำเนินงานกองทุนยาประจำหมู่บ้านจะได้รับการอบรมพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับยา วิธีการดำเนินงานกองทุนยาประจำหมู่บ้าน การทำบัญชี โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล จากสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลอำเภอให้การสนับสนุน ทั้งทางด้านวิชาการ การสนับสนุนยา การอบรมฟื้นฟูความรู้ การปฏิบัติงาน และยังมีประสานงานในระหว่างส่วนท้องถิ่นและส่วนกลาง ในด้านการให้การสนับสนุนเงินทุนแก่ทุกหมู่บ้านที่มีการจัดตั้งกองทุนยาประจำหมู่บ้านอื่น อย่างไรก็ตามโครงการศัลยาศาสตร์ที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้านในรูปแบบกองทุนยาประจำหมู่บ้านจะได้รับการพัฒนาให้มีรูปแบบที่เหมาะสม โดยขึ้นอยู่กับสภาพเศรษฐกิจและสภาพท้องถิ่นในแต่ละแห่ง ซึ่งในทางปฏิบัติยากที่จะกำหนดรูปแบบอย่างใดอย่างหนึ่งให้เด่นชัด ดังนั้นการกำหนดรูปแบบจึงต้องคำนึงถึงหลักเกณฑ์อย่างกว้าง ๆ เป็นสำคัญที่จะสามารถทำให้การปฏิบัติงานบรรลุจนถึงจุดมุ่งหมายคือ การที่ชาวบ้านสามารถรักษาพยาบาลและป้องกันโรคที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อทราบข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเพื่อสุขภาพอนามัยของประชาชนในชนบท ซึ่งเป็นการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ และเป็นแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
2. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานกองทุนยาในชุมชนที่ศึกษาวิจัย
3. เพื่อทราบถึงปัญหาด้านสุขภาพอนามัยที่เกิดขึ้นในชุมชนที่ศึกษาวิจัย และความสามารถของกองทุนที่เข้าถึงประชาชนในชุมชนที่ศึกษาวิจัย ทั้งนี้จะเป็นตัวส่งเสริมสร้างความร่วมมือกันขจัดปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย



4. แพร์	อำเภอสอง	ตำบลหัวเมือง	หมู่บ้านหนองเสี้ยว
	อำเภอคลอง	ตำบลปากกาง	หมู่บ้านปากกาง
5. น่าน	อำเภอเมือง	ตำบลเมืองสง	หมู่บ้านหาดผาขน
	อำเภอท่าวังผา	ตำบลป่าคา	หมู่บ้านหนองบัว
รวม	10	10	10

#### กลุ่มประชากรที่จะศึกษาและการสุ่มตัวอย่างชุมชน

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบกองทุนยาประจำหมู่บ้านคนใดคนหนึ่ง
2. ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรรมการผู้ขยายยาที่รับผิดชอบในการขยายยา / ดูแลงานสหกรยาคนใดคนหนึ่ง
3. ประชาชนทั่วไปในหมู่บ้านตัวอย่าง

4. โดยประมาณจำนวนประชาชนตัวอย่างไว้ 10 % ของจำนวนหลังคาเรือน สำหรับหมู่บ้านที่มีจำนวนหลังคาเรือนเกินกว่า 300 หลังคาเรือน

ประมาณจำนวนประชาชนตัวอย่าง 20 % ของจำนวนหลังคาเรือน สำหรับหมู่บ้านที่มีจำนวนหลังคาเรือนระหว่าง 200-300 หลังคาเรือน

ประมาณจำนวนประชาชนตัวอย่าง 25 % ของจำนวนหลังคาเรือน สำหรับหมู่บ้านที่มีจำนวนหลังคาเรือนระหว่าง 100-200 หลังคาเรือน

ประมาณจำนวนประชาชนตัวอย่าง 40 % ของจำนวนหลังคาเรือน สำหรับหมู่บ้านที่มีจำนวนหลังคาเรือนน้อยกว่า 100 หลังคาเรือน

ซึ่งการใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยวิธี Simple Sampling เช่นนี้จะทำให้ได้ข้อมูลไม่ซ้ำกันสำหรับประชาชนที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน โดยจะสุ่มตัวอย่างประชาชนครัวเรือนละ 1 คนเท่านั้น วิธีการสุ่มตัวอย่างเช่นนี้จะได้ประชาชนตัวอย่างทั้งหมด 400 คนใน 10 หมู่บ้าน

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนในการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์และลุ่มมติฐานที่วางไว้ จึงได้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ คือจากการสังเกต แบบสัมภาษณ์ การเก็บบันทึก และรายงานต่าง ๆ ทั้งส่วนของการปฏิบัติงานของกรรมการผู้ขยายยา และของ



เจ้าหน้าที่สำราญลุ่มตำบล ตลอดจนตรวจลอบบัญชีต่าง ๆ ที่มีอยู่ในสหกรยา และเพื่อให้ข้อมูล  
ลุ่มบรูณ์ในส่วนของการจัดการ ซึ่งต้องใช้วิธีการสัมภาษณ์และรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ จาก  
สำราญลุ่มจังหวัดและจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในส่วนกลาง ซึ่งได้แก่ เจ้าหน้าที่ในสำนักงาน  
คณะกรรมการสำราญลุ่มมูลฐาน เพื่อทราบถึงนโยบายและแผนการดำเนินงานสำราญลุ่ม  
มูลฐานและงานกองทุนยา ประจำหมู่บ้าน

สำหรับการเก็บข้อมูลภาคสนามเฉพาะในส่วนของการศึกษาลักษณะชุมชน ได้ใช้นัก  
วิจัยผู้ช่วยที่ชำนาญพื้นที่ และภูมิประเทศในแถบนั้นอำเภอละ 1 ท่าน ซึ่งก็ได้รับความร่วมมือ  
จากฝ่ายสินเชื่อบของธนาคารกสิกรไทย สดลิ่งเจ้าหน้าที่สินเชื่อบจากธนาคารที่ตั้งอยู่ในอำเภอ  
ดังกล่าว ซึ่งก่อนการปฏิบัติการภาคสนามผู้ช่วยวิจัยก็ได้รับการซักซ้อมทำความเข้าใจเกี่ยวกับ  
ลักษณะงานแบบลอบถาม วิธีการเก็บข้อมูล ทั้งนี้เพื่อให้ได้มาตรฐานเดียวกัน

สำหรับแบบลอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบลอบถามข้อมูลของเจ้าหน้าที่สำราญลุ่ม ที่รับผิดชอบงานกองทุนยา  
ประจำหมู่บ้านในหมู่บ้านนั้น ๆ จำนวน 10 ชุด

ชุดที่ 2 แบบลอบถามกรรมการผู้ขายยาที่รับผิดชอบการขายยา และดูแลงานกองทุน  
ยาประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 ชุด

ชุดที่ 3 แบบลอบถามประชาชนตัวอย่าง ละใช้แบบลอบถามสัมภาษณ์ผู้ที่อาศัยใน  
ครัวเรือนซึ่งมีอายุ 20 ปีขึ้นไป ครัวเรือนละ 1 ท่าน จำนวน 400 ชุด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

แนวทางในการวิเคราะห์และนำเสนอลุ่มข้อมูล จะนำเสนอลุ่มทั้งในลักษณะบทความกิ่ง  
ตารางและตารางซึ่งจะใช้ตามความเหมาะสมลุ่มของข้อมูล และจำแนกตามความเกี่ยวข้อง ทั้งนี้  
ในการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สำราญลุ่ม และการนำเข้ามามีส่วน  
ในการริเริ่มจัดตั้งโครงการกองทุนยาประจำหมู่บ้านจะวิเคราะห์โดยใช้วิธีสถิติเชิงพรรณนา  
ส่วนการศึกษาลักษณะของประชาชน และศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนยาประจำหมู่บ้าน  
นอกจากจะใช้วิธีสถิติเชิงพรรณนา ยังจะหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ด้วยค่าสถิติที่  
เหมาะสมลุ่ม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การสาธารณสุขมูลฐาน<sup>1/</sup> หมายถึง การดำเนินงานสาธารณสุขในรูปแบบที่ผสมผสาน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งชุมชนมีความต้องการร่วมกันเองหรือได้รับการสนับสนุนจากรัฐสิ่งใหม่อื่น โดยใช้ชุมชนพลังและวิทยาการที่ไม่สูงเกินไปอย่างเหมาะสม อันสามารถหาได้จากท้องถิ่นเป็นส่วนใหญ่ และเป็นไปตามแนวที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ขนบธรรมเนียมประเพณีและสภาพสังคมของท้องถิ่น ในอันที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ซึ่งประชาชนเห็นตรงกันด้วยตนเอง การดำเนินงานนี้มีความเชื่อมโยงกับขบวนการพัฒนาแห่งท้องถิ่นและบริการสาธารณสุขของรัฐในด้านการสนับสนุน การส่งมอบผู้ป่วยและการติดต่อสื่อสาร

ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผลล.)<sup>2/</sup> หมายถึง บุคคลที่ประชาชนในท้องถิ่นเลือกขึ้นมาให้เห็นตัวแทนในการให้บริการสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนในท้องถิ่นนั้น โดยเป็นผู้แจ้ข่าวสาธารณสุขแก่ชาวบ้านในเขตที่รับผิดชอบ และรับข่าวสาธารณสุขและข่าวสารอื่น ๆ แจ้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ร่วมกันเผยแพร่ความรู้ และแนะนำชักจูงประชาชนในด้านสาธารณสุขและร่วมดำเนินการและประสานสาธารณสุขอื่น ๆ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)<sup>3/</sup> หมายถึง ผลล. ที่ได้ปฏิบัติงานมาแล้ว 3-4 เดือน และได้รับการคัดเลือกโดยกลุ่ม ผลล. ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน ผู้นำศาสนา และคณะกรรมการอื่น ๆ ให้เป็นตัวแทนในการให้บริการสุขภาพ อนามัยแก่ประชาชนในท้องถิ่นนั้นซึ่งจะมีบทบาทถึงการให้การศึกษเบื้องต้น และการปฐมพยาบาลต่าง ๆ ช่วยบริการวางแผนครอบครัวจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การฉีดวัคซีน

<sup>1/</sup> สัมมาคมนามัยแห่งประเทศไทย ปฏิทินสาธารณสุข พ.ศ. 2524 (กรุงเทพฯ : สัมมาคมนามัยแห่งประเทศไทย 2524) หน้า 18.

<sup>2/</sup> กองฝึกอบรม, กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานสาธารณสุขเบื้องต้น กระทรวงสาธารณสุข (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สังเคราะห์หัตถ์ปากเกร็ด พ.ศ. 2521) หน้า 14-15.

<sup>3/</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 14-15.

กองทุนยาประจำหมู่บ้าน หรือสหกรรมา หรือธนาคารยา<sup>1/</sup> เป็นรูปแบบของกองทุนที่จัดตั้งขึ้น โดยชุมชน โดยจัดตั้งให้ชุมชนแยกกันชนชั้นอาชีพที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน ทั้งนี้ก็เพื่อเป็นการช่วยเหลือตนเองและเพื่อนบ้านในเวลาฉุกเฉิน หรือให้การรักษาไว้ในระยะแรก การจัดตั้งกองทุนยา ทำให้ประชาชนได้รู้สึกรักษาที่ถูกต้อง และก่อให้เกิดการร่วมแรงร่วมใจในชุมชนที่จะร่วมกัน แก้ไขปัญหาสาธารณสุขในระหว่างประชาชน (เดิมใช้คำว่า "สหกรณ์ยา" แต่ได้มาเปลี่ยนเป็นคำว่า "สหกรรมา" เพื่อไม่เป็นที่ยุ่งยากและไม่จำเป็นต้องขอจดทะเบียนจัดตั้งสหกรณ์ตามพระราชบัญญัติสหกรณ์แห่งประเทศไทย)

#### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นการเพิ่มพูนข้อมูลในการให้บริการอนามัยแก่ชุมชนในชนบท
2. เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดตั้งกองทุนยาในการที่จะขยายกิจการไปทั่วประเทศ
3. เป็นตัวอย่างที่จะช่วยให้ทราบถึงชนิด และลักษณะของหมู่บ้านที่เหมาะสม สัมควรแก่การจัดตั้งและดำเนินงานกองทุนยาประจำหมู่บ้าน
4. ผลการวิจัยจะช่วยให้ทุกคนได้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน และการจัดการ
5. ผลการวิจัยอาจเป็นข้อเสนอแนะไปพิจารณาปรับปรุงแก้ไขปัญหาและอุปสรรคหรือข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่มีอยู่ให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์

---

<sup>1/</sup> กระทรวงสาธารณสุข, "รายงานการประเมินผลโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ในปี 1979-80" การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพัฒนาตามสาธารณสุขมูลฐาน (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2524), หน้า 3-4 (ภาคผนวก ข.)