



21 ส.ย. 2537

การศึกษาเปรียบเทียบการสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตรอบนอก จังหวัดเพชรบุรี
PRIMARY HEALTH CARE BETWEEN URBAN AND RURAL AREA
OF PETCHABURI PROVINCE, A COMPARATIVE STUDY.

อภิสิทธิ์ นานการ
จาก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสมาธิ

ละเอียด ทองใบ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาการระบาด
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2536

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาเปรียบเทียบการสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

๑ ทอ

ละเอียด ทองใบ

ผู้วิจัย

วิรัตน์ ยงใจยุทธ

สารรัตน์ ยงใจยุทธ พ.บ., M.S.,

Ph.D (Washington)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

วิชัย รุ่งปิติขันธ์

วิชัย รุ่งปิติขันธ์ พ.บ., M.Sc. (Med. Demog.)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อ. วิชัย รุ่งปิติขันธ์

อ. วิชัย รุ่งปิติขันธ์ พ.บ., ส.ม., D.T.M.&H.,

D.P.H. (London)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อ. วิชัย รุ่งปิติขันธ์

อ. วิชัย รุ่งปิติขันธ์ พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ พ.บ., M.P.H. (UCLA)

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาเปรียบเทียบการสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด

วันที่ 25 เมษายน 2537

.....
.....

ละเอียด ทองใบ

ผู้วิจัย

.....
.....

สารรัตน์ ยงใจยุทธ พ.บ., M.S.,

Ph.D (Washington)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

วิชัย รุ่งปิติขันธ์ พ.บ., M.Sc. (Med. Demog.)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

อวัช ฉายนัยโยธิน พ.บ., ส.ม., D.T.M.&H.,

D.P.H. (London)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

.....
.....

มนตรี จุลลภัย พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อรุณ เผ่าสวัสดิ์ พ.บ., Dr.med., Cert Sur.,

Facharzt Fuer Chirurgie

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ **ละเอียด ทองใบ**

วัน เดือน ปีเกิด **6 ตุลาคม พ.ศ. 2502**

สถานที่เกิด **จังหวัดเพชรบุรี ประเทศไทย**

ประวัติการศึกษา **วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ, พ.ศ. 2521-2525 :
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง**

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน **พ.ศ. 2525 - ปัจจุบัน : โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี
: กองโรงพยาบาลภูมิภาค
สำนักงานปลัดกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข**

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 5

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของอาจารย์ทุก ๆ ท่าน ผู้วิจัยขอกราบ
ขอบพระคุณรองศาสตราจารย์นายแพทย์สารรัตน์ ยงใจฤทธิ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์
รองศาสตราจารย์นายแพทย์วิชัย รุ่งปิติรังสี อาจารย์นายแพทย์ชัช จายนีโยธิน กรรมการควบคุม
วิทยานิพนธ์ และนายแพทย์ชยันต์ธร ปทุมานนท์ ที่ได้กรุณาตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้เป็นฉบับที่สมบูรณ์
ตลอดจนให้คำปรึกษา แนะนำการวิจัยด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์สมชาย สุพันธ์ุณี หัวหน้าภาควิชาระบาดวิทยา
คณะสาธารณสุขศาสตร์และคณาจารย์ภาควิชาระบาดวิทยาทุกท่านที่กรุณาแนะนำแนวทาง และให้ความสะดวก
ในการใช้คอมพิวเตอร์วิเคราะห์ข้อมูล

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณอารมณี เฟื่องฟู คุณเอนก บั้วระหงษ์ ท่านสาธารณสุข
อำเภอเมือง ท่านสาธารณสุขอำเภอเขาย้อย หัวหน้าสำนักงานสถิติจังหวัดเพชรบุรี เจ้าหน้าที่
สาธารณสุขอำเภอเมือง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอเขาย้อย เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขเทศบาลเมือง
เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในเขตอำเภอเขาย้อยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในเขต
เทศบาลเมืองและอำเภอเขาย้อย ซึ่งมีส่วนทำให้การทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณย่า คุณลุง คุณป้าและคุณน้า รวมทั้งบุคคลที่ผู้วิจัยไม่ได้กล่าวนามไว้ใน
ที่นี้ได้ให้กำลังใจเป็นอย่างดียิ่งมาโดยตลอด

ละเอียด ทองใบ

ชื่อวิทยานิพนธ์	การศึกษาเปรียบเทียบการสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี
ผู้วิจัย	ละเอียด ทองใบ
ปริญญา	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิทยาการระบาด)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์	สารรัตน์ ยงใจยุทธ พ.บ., M.S., Ph.D (Washington) วิชัย รุ่งปิติระรังสี พ.บ., M.Sc.(Med. Demog.) ธวัช จายนีโยธิน พ.บ., ส.ม., D.T.M.&H., D.P.H. (London)
วันที่สำเร็จการศึกษา	25 เมษายน พ.ศ. 2537

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี ตัวอย่างที่ศึกษาคือ ชาวบ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่อยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทที่มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน พื้นที่ศึกษาเขตเมือง ได้แก่ เทศบาลเมืองจังหวัดเพชรบุรี เขตชนบท ได้แก่ อำเภอเขาชัย้องจังหวัดเพชรบุรี ขนาดตัวอย่างประชากรเขตเมือง จำนวน 375 คน เขตชนบท จำนวน 315 คน อสม.เขตเมือง 8 คน เขตชนบท จำนวน 49 คน วิธีเลือกตัวอย่างประชากรโดยวิธี Systematic Random Sampling ส่วนอสม. ใช้ทุกคนที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ดังกล่าว ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม ระยะเวลาการเก็บข้อมูล ตั้งแต่ 1 สิงหาคม - 30 กันยายน 2534 รวม 2 เดือน

ผลของการศึกษา

การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุข ซึ่งมีตัวชี้วัด 12 ข้อ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่า มีตัวชี้วัด 4 ข้อ ได้แก่ 1. เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการทำให้ไม่มีเด็กขาดสารอาหาร 2. ครอบครัวมีส่วนร่วมใช้ที่ถูกละลักษณะ 3. ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปี 4. ครอบครัวมีน้ำใช้ที่สะอาดพอตลอดปี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.)ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของชุมชนตัวอย่างที่รู้จักอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่า มีตัวชี้วัด 2 ข้อ ได้แก่ 1. ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปี 2. ครอบครัวมีน้ำใช้ที่สะอาดตลอดปี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การไปใช้บริการเบื้องต้นด้านสุขภาพอนามัย ในงานสาธารณสุขมูลฐานของประชากรที่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ มี 11 บริการ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่าการไปใช้บริการที่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทัศนคติของประชากรต่อการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท ได้แก่ อาชีพหลัก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบทมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเงื่อนไขดังต่อไปนี้

- ประสบการณ์การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน
- สิ่งสนับสนุนที่รัฐให้ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
- บทบาทหน้าที่ของอสม.ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน

จากการศึกษาครั้งนี้ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท ในหลายประเด็นดังกล่าวข้างต้น แสดงถึงปัญหาและความต้องการของชุมชนที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของประชากรเบื้องต้น โดยให้กลวิธีสาธารณสุขมูลฐานควรมีการศึกษาหารูปแบบการดำเนินงานให้มีลักษณะเฉพาะเหมาะสมกับปัญหาที่พบในพื้นที่นั้น ๆ

Thesis Title Primary Health Care in Urban and Rural
 Area of Petchaburi Province, a Comparative Study.

Name Laeard Thongbai

Degree Master of Science (Epidemiology)

Thesis Supervisory Committee

 Sararat Yongchaiyudha, M.D., M.S., Ph.D(Washington)

 Vichai Rungpitarangsi, M.D., M.Sc.(Med. Demog.)

 Thavaj Chayaniyayodhin, M.D., D.T.M.&H., D.P.H.(London)

Date of Graduation 25 April B.E.2537 (1994)

ABSTRACT

A survey study was conducted from August 1 to September 30, 1991 in order to compare the prospects of primary health care between an urban and a rural area of Petchaburi province. Random sampling of 375 and 315 residents and all existing Village Health Volunteers (VHVs) (8 and 49) were drawn from an urban (Muang) district and a rural (Kao-Yoy) district of Petchaburi, respectively. The information was collected through a standard questionnaire designed by the researcher.

The results of the study revealed that, out of 12 indicators used to measure the minimum needs of public health work. There were 4 indicators which were significantly different. The children under 5 years old with under nutritional surveillance but no children with nutritional deficiency, a hygienic toilet in a household, clean drinking water and clean water for daily using all year round.

Among urban and rural residents who know to their VHVs, only two indicators that were significantly different, they were clean drinking water and clean water for daily using all year round.

Out of eleven primary health care service activities at difference level were significantly different between the urban and the rural areas.

Concerning with population's attitudes toward VHVs between urban and rural areas the difference was also significant.

General characteristic of VHVs in the urban and the rural areas usually main occupation was significantly different.

VHVs' attitudes with regard to work experience in the field of public health, governmental supports and roles of VHVs in primary health care were significantly different.

This study has discovered many significantly differences between the urban and the rural areas, reflecting the differences in baseline problems and needs. An appropriate strategy to solve any primary health problems in different communities is therefore suggested and more thorough studies and researches will be needed to achieve this goal.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	จ
บทที่	
1. บทนำ	1
2. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
3. วิธีดำเนินการวิจัย	30
4. ผลการวิจัย	37
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	98
บรรณานุกรม	119
ภาคผนวก	125
ภาคผนวก ก. สูตรที่ใช้คำนวณ	126
ภาคผนวก ข. แบบสอบถาม	133

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

1	แสดงจำนวน ร้อยละและค่าทางสถิติของกลุ่มตัวอย่างประชากร จำแนกตามสภาพทั่วไป ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี	37
2	แสดงจำนวน ร้อยละและค่าทางสถิติของกลุ่มตัวอย่างครอบครัว จำแนกตามสภาพทั่วไป ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี	40
3	ทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุข ของชุมชนตัวอย่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี (สิงหาคม-กันยายน 2534)	47
4	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากรตัวอย่างเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี ที่ไปใช้บริการทางด้านสาธารณสุขตามแหล่งต่าง ๆ	51
5	แสดงจำนวน ร้อยละและค่าทางสถิติของประชากรตัวอย่างในเขตเมืองและเขตชนบท ที่รู้จักอสม.	52
6	แสดงจำนวน ร้อยละและค่าทางสถิติของประชากรตัวอย่างในเขตเมืองและเขตชนบท (ในกรณีที่ไม่รู้จักอสม.) ถึงความจำเป็นที่จะต้องมีอสม.	53
7	ทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุข ของชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท (สิงหาคม-กันยายน 2534)	54
8	ทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุข ของชุมชนตัวอย่างที่รู้จักอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท (สิงหาคม-กันยายน 2534)	57
9	ทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุข ระหว่างชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักกับรู้จักอสม. ในเขตเมือง (สิงหาคม-กันยายน 2534)	61
10	ทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุข ระหว่างชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักกับรู้จักอสม. ในเขตชนบท (สิงหาคม-กันยายน 2534)	64
11	ทดสอบความแตกต่างของการไปใช้บริการเบื้องต้นทางด้านสุขภาพอนามัยในงานสาธารณสุข มูลฐานของประชากรที่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี	67
12	ทดสอบความแตกต่างค่านิยมฐานคะแนนรวมทัศนคติของประชากรต่อการดำเนินงานของ อสม. ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี	74
13	ทดสอบความแตกต่างค่านิยมฐานคะแนนทัศนคติของประชากรต่อการดำเนินงานของอสม. ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานรายชื่อ ระหว่างเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี	75

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
14 แสดงจำนวนและร้อยละของประชากรที่มีความคิดเห็นต่อการกำหนดระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ของอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี	78
15 ทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี	79
16 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม. จำแนกตามเหตุผลของความไม่พอใจต่อการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข ปัญหาของการปฏิบัติงานในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวนปีที่คิดว่าจะอยู่ต่อไปก่อนลาออก และความต้องการสิ่งสนับสนุนหรือสิ่งตอบแทนจากรัฐ	83
17 ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนรวมทัศนคติของอสม. ต่อความพอใจกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี	86
18 ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติของอสม. ต่อความพอใจกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานรายข้อ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี	87
19 ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนรวมทัศนคติของอสม. ต่อลักษณะชุมชนที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี	89
20 ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติของอสม. ต่อลักษณะชุมชนที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานรายข้อ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี	90
21 ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนรวมทัศนคติของอสม. ต่อสิ่งสนับสนุนที่รัฐใช้ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี	91
22 ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติของอสม. ต่อสิ่งสนับสนุนที่รัฐใช้ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานรายข้อ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี	92
23 ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนรวมทัศนคติของอสม. ต่อบทบาทหน้าที่ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี	94
24 ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติของอสม. ต่อบทบาทหน้าที่ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานรายข้อ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี	95
25 ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนรวมทัศนคติของอสม. ต่อการดำเนินงานตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี	97

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพอนามัยของประชาชน เป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งต่อคุณภาพชีวิตซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาประเทศ ประชาชนที่มีสุขภาพดีย่อมเป็นกำลังสำคัญของชาติ ทำให้ผลผลิตต่าง ๆ ของประเทศมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีในการดำเนินงานสาธารณสุขที่จะยังผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า มีความเสมอภาคในการที่จะได้รับการดูแลสุขภาพอนามัยขั้นพื้นฐานเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อปี 2543 ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขรับหลักการตั้งกล่าวและได้นำกลวิธีในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นแนวทางในการพัฒนาสาธารณสุข โดยเริ่มดำเนินการในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) มีการขยายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมในพื้นที่ชนบทที่อยู่ห่างไกล เร่งอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเป็นตัวกลางในการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน แผนฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) มีการอบรมอาสาสมัครให้ครบทุกหมู่บ้านโดยเน้นคุณภาพและการมีส่วนร่วมของประชาชน แผนฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ปรับปรุงโครงสร้างงานสาธารณสุขมูลฐานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น มีระบบส่งต่อและประกันสุขภาพของประชาชน ขยายบริการสาธารณสุขไปสู่เขตเมือง ซึ่งพบว่ามีปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่ซับซ้อนในประชาชนบางกลุ่ม เช่น ชุมชนผู้มีรายได้น้อย ชุมชนแออัดและชุมชนชานเมือง ฯลฯ โดยยังคงใช้รูปแบบงานสาธารณสุขมูลฐานของชนบท (1, 2)

เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าปัญหาสาธารณสุข ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ตลอดจนการรับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นของประชาชนในเขตเมือง มีสภาพที่แตกต่างจากในเขตชนบทมาก รูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตชนบทที่ผ่านมา อาจไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่น ๆ ของเทศบาลที่มีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างไปจากเขตชนบท (2, 3)

ในทศวรรษหน้านี้ การสาธารณสุขจึงเริ่มหันมาสนใจเขตเมือง เพราะประชากรในเขตเมืองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและอยู่กันอย่างหนาแน่น ลักษณะของปัญหาในเขตเมืองซับซ้อน จะใช้ความรู้หรือหลักการพัฒนาชนบทมาใช้ในเขตเมืองคงได้ผลไม่ตรงกับปัญหาของชุมชน ดังนั้นบทบาทของรัฐในการให้บริการในเขตเมือง น่าจะมีความแตกต่างกว่าในเขตชนบท^(๓.๔)

มีการศึกษาในภาพรวมของงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ในการประเมินทศวรรษการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย เพื่อนำผลไปใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานให้ดีขึ้นในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 ผลการประเมินในครั้งแรกของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6^(๕) พบว่าความครอบคลุมของหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉลี่ยทั่วประเทศเท่ากับ 99.08 อัตราส่วน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) : หลังคาเรือน : ประชากร เท่ากับ 1 : 156.17 : 806.83 และการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองยังไม่มีรูปแบบเฉพาะตัวได้อาศัยรูปแบบบางส่วนจากการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตชนบท จึงน่าจะมีการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมต่อไป รุจิรา มังคละศิริ รัตนา รุจิรกุล และศรีทอง คชนลาภกุล^(๓.๕) ได้เสนอแนะผลการวิจัยว่า เขตเมืองมีความแตกต่างของประชากรที่อาศัยในแต่ละส่วน ควรได้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแต่ละพื้นที่ให้สอดคล้องกับความต้องการทางด้านสาธารณสุขของประชาชน ซึ่งรูปแบบการดำเนินงานอาจแตกต่างจากเขตชนบทเพื่อให้ตรงกับเป้าหมายการพัฒนาสาธารณสุข ในเขตเมืองในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7^(๔.๗.๒) เน้นให้ประชาชนทุกคน ทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง (Risk population) กลุ่มผู้ด้อยโอกาส (underserved population) ให้ได้รับบริการสาธารณสุขตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานซึ่งเกิดขึ้น โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเองและเอกชนที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักการประกันสุขภาพทุกรูปแบบ

เนื่องจากผู้วิจัยปฏิบัติงานในฝ่ายเวชกรรมสังคมซึ่งรับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดเพชรบุรีร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขเทศบาลเมือง จึงมีความสนใจที่จะศึกษาหาข้อมูลที่เป็นไปในส่วนของชุมชนและองค์กรชุมชนในเขตเมืองและเขตชนบทที่แตกต่างกันเพื่อการวางแผนปรับปรุงการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 ที่เน้นงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองและการมีรูปแบบการดำเนินงานของเขตเมืองเอง

จังหวัดเพชรบุรีได้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเทศบาลมาตั้งแต่ พ.ศ. 2529 โดยสำนักงานสาธารณสุขเทศบาลและฝ่ายเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลนระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี มีหน่วยงานทางด้านวิชาการจาก 6 กระทรวงหลักให้การสนับสนุนด้านวิชาการ

การดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขในเขตเมืองที่ผ่านมาได้มีการนำรูปแบบการจัดการบริการและการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตชนบท มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวแทนของชุมชนคล้ายกับในเขตชนบทซึ่งมีผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การดำเนินงานที่ผ่านมาหน่วยงานที่ปฏิบัติต่างฝ่ายต่างทำ มีการประสานงานกันน้อยมาก ไม่มีการแบ่งเขตรับผิดชอบที่แน่นอนอีกทั้งยังไม่มีการสำรวจความจำเป็นพื้นฐานของประชาชนในเขตเทศบาลเมือง ทำให้ขาดข้อมูลข่าวสารในการใช้วางแผนงานสาธารณสุขเขตเมืองอีกมาก

จากการรวบรวมข้อมูลสถิติสาธารณสุขมูลฐานของจังหวัดเพชรบุรี^(๑) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีพบว่าเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานปี 2533 เปรียบเทียบเป้าหมายปี 2534 จังหวัดเพชรบุรีต่ำกว่าเกณฑ์ค่อนข้างมากคือ คริวเรือนมีน้ำสะอาดดื่มเพียง 74.63 % จากเป้าหมายปี 2534 95% คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คนและมีการคุมกำเนิด 47.14% จากเป้าหมายปี 2534 75% ต่ำกว่าเกณฑ์ค่อนข้างน้อยคือ เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ไม่ขาดอาหาร 0.42% จากเป้าหมายปี 2534 0% จากข้อมูลดังกล่าวนี้เป็นภาพรวมของจังหวัดเพชรบุรี ในส่วนของเขตเทศบาลเมืองยังขาดข้อมูลด้านสาธารณสุขมูลฐานที่จะบอกว่าเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานปัจจุบันเป็นอย่างไร ประกอบกับจังหวัดเพชรบุรีโดยคณะกรรมการกำหนดนโยบายแผนพัฒนาสาธารณสุขในช่วง 5 ปี (พ.ศ.2535-2539) ให้ยกระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชาชนที่ด้อยโอกาสในเขตชนบทและเขตเมืองโดยยึดถือเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน^(๑) ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความแตกต่างของผลการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองและเขตชนบท รวมทั้งทัศนคติของประชากรและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตดังกล่าว เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางปรับปรุงการดำเนินงานสาธารณสุขเขตเมืองและเขตชนบทให้สอดคล้องกับความต้องการของประชากรและปัญหาสาธารณสุขของเขตนั้น ๆ รวมทั้งเป็นข้อมูลเสริมในการวิจัยครั้งต่อไป

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานต่อสุขภาพอนามัยของประชากรระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้เครื่องชี้วัดการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขเป็นตัวเปรียบเทียบ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการไปใช้บริการเบื้องต้นทางด้านสุขภาพอนามัย ในงานสาธารณสุขมูลฐานของประชากรที่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติของประชากรต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี
4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

3. สมมติฐาน

1. การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของชุมชนตัวอย่าง ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท ไม่แตกต่างกัน
2. การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท ไม่แตกต่างกัน
3. การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของชุมชนตัวอย่าง ที่รู้จักอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท ไม่แตกต่างกัน
6. ประชากรไปใช้บริการเบื้องต้นทางด้านสุขภาพอนามัย ในงานสาธารณสุขมูลฐานที่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท ไม่แตกต่างกัน

7. ประชากรมีทัศนคติต่อการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)
ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท ไม่แตกต่างกัน
8. ลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ได้แก่ เพศ อายุ สถาน
สมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน วิธีการได้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน(อสม.) ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท ไม่แตกต่างกัน
9. ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ต่อการดำเนินงานสาธารณสุข
มูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท ในเงื่อนไขต่อไปนี้
- ความพอใจกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน
 - ลักษณะชุมชนที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน
 - สิ่งสนับสนุนที่รัฐให้ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
 - บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ตามโครงการสาธารณสุข-
มูลฐาน
- ไม่แตกต่างกัน

4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบสถานะสุขภาพบางอย่างของประชากรซึ่งเป็นผลจากการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานใน
เขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี
2. ทราบความพึงพอใจของประชากรในเขตเมืองและเขตชนบทต่อการให้บริการทางด้านสุขภาพ
อนามัยและการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)
3. ทราบความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเมืองและเขต
ชนบทต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
4. เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการปรับปรุงกลยุทธ์ของงานสาธารณสุขมูลฐานให้สามารถแก้ไขปัญหา
สุขภาพอนามัยของประชาชนที่ยังเหลืออยู่
5. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง
ต่อไป

5. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. เขตเมือง คือ เขตพื้นที่ที่อยู่ในการปกครองของเทศบาลเมือง เฉพาะส่วนที่มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
2. เขตชนบท คือ เขตพื้นที่อื่น ๆ ที่อยู่นอกเขตเทศบาล ซึ่งมีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน และไม่มีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวเนื่องกันทางด้านสาธารณสุขกับเขตเมือง
3. การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน^(1, 10, 11) คือ การดำเนินงานสาธารณสุขในรูปที่ผสมผสาน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษายาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งชุมชนมีความต้องการร่วมมือกันเองหรือได้รับการสนับสนุนจากรัฐจัดให้มีขึ้น โดยใช้ชุมชนพลังและวิทยาการที่ไม่สูงเกินไปอย่างเหมาะสมอันสามารถหาได้จากท้องถิ่นเป็นส่วนใหญ่และเป็นไปในแนวที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ชนบธรรมนิยมประเพณีและสภาพสังคมของท้องถิ่นในอันที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขซึ่งประชาชนเห็นตระหนักด้วยตนเอง การดำเนินงานนี้มีความเชื่อมโยงกับขบวนการพัฒนาแห่งท้องถิ่นและบริการสาธารณสุขของรัฐในด้านการสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยและการติดต่อสื่อสาร
4. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการเปรียบเทียบผลกระทบในเชิงปริมาณของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานตามเป้าหมายของแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขและชาวบ้าน ใช้เครื่องชี้วัด (indicator) การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขเป็นตัวเปรียบเทียบ
5. ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)^(2, 11, 12, 13) หมายถึง สิ่งจำเป็นแก่การครองชีพขั้นพื้นฐานของบุคคลแต่ละคนในสังคม หรือเป็นความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำของชุมชนที่ควรจะมีหรือควรจะเป็น เพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุขพอสมควรและยังเป็นเกณฑ์ตรวจสอบได้ว่าในชุมชนหนึ่ง ๆ นั้นยังขาดแคลนในเรื่องใดบ้างและขาดแคลนมากน้อยเพียงใด
โครงการรณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ร่วมกับ 4 กระทรวงหลักได้กำหนดเกณฑ์จปฐ. ปี 2534 มี 8 หมวด 32 ตัวชี้วัด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จำกัดด้วยเวลาและงบประมาณ จึงใช้ตัวชี้วัด

ในงานสาธารณสุขที่สามารถสำรวจหาข้อมูลได้มี 4 หมวด ตัวชี้วัด 12 ข้อ (12, 14, 15) และใช้เกณฑ์จปฐ. ของจังหวัดที่ศึกษาเป็นตัวเปรียบเทียบ^(๑) ได้แก่

- หมวดที่ 1 ประชาชนได้กินอาหารที่ถูกลักษณะและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย มีตัวชี้วัด คือ**
1. เด็กแรกเกิดถึง 4 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการและไม่มีการขาดสารอาหารในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ของกระทรวง ระดับ 1 ไม่เกิน 25% ระดับ 2 ไม่เกิน 2% ของจังหวัดเพชรบุรี ไม่มีขาดสารอาหาร)
 2. หญิงมีครรภ์ ได้รับบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเพียงพอ ซึ่งมีผลทำให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 3,000 กรัม (ของกระทรวง 70% ของจังหวัดเพชรบุรี 60%)
- หมวดที่ 2 ประชาชนมีที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มีตัวชี้วัด คือ**
3. ครอบครัวมีสิ่งแวดล้อมหลักสุขภาพดี (ของกระทรวง 75% ปรับเป็น 90% เมื่อปี 2532 ของจังหวัด 90%)
 4. ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มเพียงพอตลอดปี (2 ลิตร/คน/วัน ของกระทรวง และจังหวัด 95%)
 5. ครอบครัวมีน้ำใช้เพียงพอตลอดปี (ของกระทรวง และของจังหวัด 90%)
- หมวดที่ 3 ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ มีตัวชี้วัด คือ**
6. เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปлио และหัดครบตามเกณฑ์อายุ (ของกระทรวง และของจังหวัด 90%)
 7. หญิงมีครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างน้อย 4 ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ของกระทรวง และของจังหวัด 70%)
 8. มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักครบตามเกณฑ์ (ของกระทรวง และของจังหวัด 70%)
 9. มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว (ของกระทรวง และของจังหวัด 70%)
 10. มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการดูแลหลังคลอดภายใน 6 สัปดาห์ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรมแล้ว (ของกระทรวง และของจังหวัด 70%)
 11. มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการทำคลอดและดูแลหลังคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรมแล้ว (ของกระทรวง และของจังหวัด 70%)
- หมวดที่ 6 ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนการมีบุตรได้ตามต้องการ มีตัวชี้วัด คือ**
12. คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คน และสามารถใช้บริการคุมกำเนิดได้ตามต้องการ (ของกระทรวง และของจังหวัด 75%)

6. ประชากร คือ กลุ่มบุคคลที่อยู่อาศัยในเขตเมืองและเขตชนบทซึ่งมีส่วนร่วมและได้รับผลกระทบจากการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน การเลือกตัวอย่างศึกษา เขตเมือง เลือกตามการแบ่งเขตการเลือกตั้ง เขตชนบทเลือกทุกหมู่บ้านในอำเภอเขาชัย โดยใช้วิธี proportional sampling
7. **ทัศนคติ⁽¹⁵⁾** คือ ความรู้สึก ความคิดเห็นที่พร้อมจะแสดงออก หรือไม่แสดงออกของบุคคลว่าเห็นด้วย ไม่แน่ใจหรือไม่เห็นด้วย อย่างหนึ่งอย่างใดเสมอต่อบุคคลอื่นหรือวัตถุหรือความคิดเห็นใด ๆ ก็ได้ หากบุคคลจะทำหรือแสดงออกอะไรสักอย่างออกมาต่อสิ่งใดย่อมมีแนวโน้มที่จะทำตามทัศนคติที่มีต่อสิ่งนั้นซึ่งประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ทัศนคติ
8. การไปใช้บริการเบื้องต้นทางด้านสุขภาพอนามัยของประชากรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ⁽¹⁶⁾ แยกความหมายเป็น 2 ประเด็นดังนี้
- 8.1 บริการเบื้องต้นทางด้านสุขภาพอนามัยในงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ การฝากครรภ์ การคลอด การรักษานยาบาลเบื้องต้น การซึ่่งน้ำหนักเด็ก การรับยาสามัญประจำบ้าน การรับยาเม็ดคุมกำเนิดรายใหม่-รายเก่า การได้รับวัคซีนป้องกันโรค การปรึกษาปรับปรองบ่อน้ำและสร้างส้วม แหล่งให้ข่าวสาร และแหล่งรับแจ้งข่าวสารด้านสาธารณสุขเบื้องต้น รวม 11 บริการ
- 8.2 สถานบริการสาธารณสุขที่ประชากรไปใช้บริการเบื้องต้นทางด้านสุขภาพอนามัย ได้แก่
1. **ระดับชุมชน** โดยหนึ่งอสม.หรือโดยมีศักยภาพของตนเองที่จะดูแลตัวเองได้ในกิจกรรมนั้น ๆ
 2. **สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ**
 - **ระดับหนึ่ง** เขตเมือง ได้แก่ สาธารณสุขเทศบาลและสถานีกาชาดที่ 8 เขตชนบท ได้แก่ สถานีอนามัยในอำเภอนั้นหรือใกล้เคียง
 - **ระดับสอง** เขตเมือง ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป เขตชนบท ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด หรือจังหวัดใกล้เคียง
 - **ระดับสาม** เขตเมือง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี หรือเทียบเท่าโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดอื่น ๆ รวมทั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 7 จ.ราชบุรี เขตชนบท ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป ในที่นี้รวมศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 7 จ.ราชบุรี โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จ.ราชบุรี หรือเทียบเท่าโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดอื่น

3. สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน เขตเมืองและเขตชนบทได้แก่ คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดหรือนอกจังหวัด ถ้าเกี่ยวกับยาจะรวมถึงร้านขายยาในจังหวัดหรือนอกจังหวัดด้วย
9. การดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)^(1,2,17) คือ การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม.ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีทั้งหมด 9 ข้อ (แสดงในนิยามค้นกับบทบาทหน้าที่ของอสม.)
10. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)^(1,2,17) คือ ตัวแทนของชุมชนหรือเป็นองค์กรชุมชนที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งขึ้น โดยในเขตชนบทจะคัดเลือกจากผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ซึ่งเป็นอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมระยะแรกและปฏิบัติงานมาแล้วระยะหนึ่งประมาณ 3-4 เดือน เพื่อรับการอบรมความรู้ทางด้านสาธารณสุขเพิ่มเติม ส่วนในเขตเมืองจะเป็นการคัดเลือกจากประชาชนที่พร้อมจะช่วยเหลือสังคมโดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเป็นผู้เลือกหรือสมัครใจเองหรือโดยชุมชนเป็นผู้เลือก อสม.จะเป็นตัวแทนสำคัญในการดำเนินงานบริการสาธารณสุขมูลฐานผสมผสานทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล ควบคุมโรค และส่งเสริมสุขภาพตามปกติแล้วจะมีอสม. 1 คนต่อหมู่บ้าน
11. ลักษณะส่วนบุคคลของอสม.คือ ลักษณะทั่วไปของอสม. ได้แก่ เพศ อายุ สถานสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนปีที่ปฏิบัติหน้าที่อสม. วิธีการได้รับเลือกเป็น อสม.
12. ความพอใจกับการปฏิบัติงานของอสม. คือ ความพึงพอใจกับการได้ปฏิบัติงานซึ่งได้รับมอบหมายในช่วงที่รับหน้าที่มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนและความต้องการที่จะปฏิบัติหน้าที่ต่อไป
13. ลักษณะชุมชนที่อสม.ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ ลักษณะของชุมชนที่เกี่ยวกับการรวมกลุ่มและความร่วมมือของชาวบ้านในการทำงานเพื่อช่วยเหลือชุมชน การที่อสม.ได้แลกเปลี่ยนข่าวสารกับชาวบ้าน การคมนาคมติดต่อกับชาวบ้าน ความร่วมมือของผู้นำกลุ่มหรือผู้นำหมู่บ้าน
14. สิ่งสนับสนุนที่ภาครัฐให้กับอสม. ได้แก่ความคิดเห็นของอสม.เกี่ยวกับความเพียงพอ ความพอใจในการสนับสนุนด้านต่าง ๆ และความต้องการสิ่งสนับสนุนอื่น ๆ จากรัฐ

15. การยอมรับบทบาทหน้าที่ของอสม. ได้แก่ความคิดเห็นของอสม. เกี่ยวกับการรับรู้และเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของอสม. ที่ตนเองได้รับมอบหมายตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน

หน้าที่ของอสม. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ได้แก่^(1,2,17)

1. เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่ผสส. และชาวบ้านในเขตที่รับผิดชอบ
2. เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผสส. หรือชาวบ้าน
3. เป็นผู้แนะนำ เผยแพร่ความรู้และชักชวนชาวบ้านในเรื่องสุขภาพอนามัย
4. เป็นผู้ประสานงานสาธารณสุขและงานส่วนรวมอื่น ๆ ในหมู่บ้าน
5. ให้การช่วยเหลือชาวบ้านด้านการรักษาพยาบาลตามอาการ
6. ติดตามการรักษาและจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการสาธารณสุข
7. จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว รวมทั้งการจ่ายถุงยางอนามัย
8. เจาะโลหิตเพื่อตรวจหาเชื้อไข้มาเลเรีย
9. เป็นแกนกลางในการประสานงานการดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้านระหว่างกลุ่มผสส. ชาวบ้านและผู้นำชุมชนกลุ่มต่าง ๆ โดยการจัดให้มีการประชุมวางแผนร่วมดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

6. ขอบเขตของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะครอบครัว โดยการสัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัว หรือตัวแทนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สามารถให้คำตอบได้ อาศัยอยู่ในครอบครัวนี้ตั้งแต่เดือนมกราคม ปี 2534 ถึงการสัมภาษณ์ (อย่างน้อย 6 เดือน) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ที่ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่เดียวกับประชากรที่สัมภาษณ์ดังกล่าว ซึ่งปฏิบัติงานมาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 เดือน โดยทำการศึกษาเฉพาะที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองและอำเภอเขาย้อย จ. เพชรบุรี เท่านั้น

7. ข้อตกลงเบื้องต้น

1. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานใช้การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานซึ่งเกี่ยวกับงานสาธารณสุขตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (ใช้เกณฑ์ของจังหวัดเพชรบุรี)^(๑)

2. ในกรณีที่ประชากรในเขตชนบทจำบทบาทของผู้สื่อข่าวสารสาธิต (ผลส.) มาตอบเป็นบทบาทของอาสาสมัครสาธิตประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้นุโลมได้ว่าเป็นบทบาทของอสม. เพราะถือว่าเป็นอาสาสมัครสาธิตในงานสาธิตมูลฐานเช่นกัน
3. เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาความแตกต่างของงานสาธิตมูลฐาน ในเขตเมืองกับเขตชนบท จึงใช้พื้นที่ศึกษาคือ เขตเมืองใช้พื้นที่ในเขตเทศบาลเมืองและเขตชนบทใช้พื้นที่อำเภอเขาย้อยที่อยู่ห่างจากเขตเมือง ไม่มีความสัมพันธ์ทางด้านสาธิตต่อกัน มีจำนวนบ้านและประชากรใกล้เคียงกันมากที่สุดเมื่อเทียบกับอำเภออื่น ๆ

8. ข้อจำกัดของการวิจัย

1. เนื่องจากข้อจำกัดในระยะเวลาของการศึกษา การประเมินความแตกต่างของผลการดำเนินงานสาธิตมูลฐานจึงไม่สามารถประเมินทุกขั้นตอน ตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลที่ได้ทุกกรณี เป็นเพียงการวัดผลกระทบของงานสาธิตมูลฐานโดยใช้การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานเป็นตัววัดเท่านั้นและไม่สามารถประเมินทั้งปีได้ จึงเป็นการประเมินในเดือนมกราคม - มิถุนายน 2534 เป็นระยะเวลา 6 เดือน
2. เนื่องจากข้อจำกัดของวิธีการศึกษาวิจัยแบบ cross-sectional survey ที่ไม่สามารถบอกได้ว่าอะไรเกิดก่อน อะไรเกิดทีหลังหรืออะไรเป็นเหตุ อะไรเป็นผล การศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นการศึกษาความแตกต่างของตัวอย่างประชากร 2 กลุ่ม คือ เขตเมืองกับเขตชนบท เพื่อเป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป
3. ผลการวิจัยนี้เป็นตัวแทนที่ดีในประชากรกลุ่มเป้าหมายเดียวกันได้ถ้ามีคำจำกัดความ ขอบเขตการวิจัย ข้อตกลงเบื้องต้นและข้อจำกัดของการวิจัยที่คล้ายกัน

9. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ของครอบครัว ได้แก่ จำนวนครอบครัวต่อบ้าน จำนวนประชากรรวม ชาย หญิง หญิงอายุ 15 - 45 ปี ต่อครอบครัว การถือครองที่ดิน เด็กเกิด วิธีการคุมกำเนิด สาเหตุของการไม่คุมกำเนิดของสตรีอายุ 15 - 45 ปี ที่อยู่กินกับสามีของประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพหลักของครอบครัว รายได้ของครอบครัว

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ เขตเมือง
เขตชนบท

ตัวแปรตาม ได้แก่

- ลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพหลักของครอบครัว รายได้ของครอบครัว สมาชิกในครอบครัว การได้รับเลือกเป็นอสม. เวลาในการปฏิบัติหน้าที่ของอสม.
- การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุข(ใช้เกณฑ์เป้าหมายปี 2534 ของจังหวัดเพชรบุรี) ของเขตเมืองและเขตชนบท
- การให้บริการเบื้องต้นงานสาธารณสุขมูลฐานของประชากรเขตเมือง และเขตชนบท
- ทัศนคติของประชากรต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)
- ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ต่อ
 - (1) ความพอใจกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน
 - (2) ลักษณะชุมชนที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน
 - (3) สิ่งสนับสนุนที่รัฐให้ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
 - (4) บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
 ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1.1 ความเป็นมาของงานสาธารณสุขมูลฐาน (1.2.11)

จากการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 30 ณ กรุงเจนีวา ในปี พ.ศ. 2520 เพื่อพิจารณาถึงปัญหาสุขภาพที่ประชาชนส่วนใหญ่ของโลกยังต้องทนทุกข์ทรมานอยู่ท่ามกลางความขาดแคลนและการกระจายที่ไม่เป็นธรรมของบริการและทรัพยากรทางสาธารณสุขทั้งที่สุขภาพเป็นความต้องการพื้นฐานและเป็นสิทธิมนุษยชนเบื้องต้นของทุกคน ที่ประชุมจึงลงมติว่าภายใน พ.ศ. 2543 ประชากรทุกคนในโลกจะต้องมีสุขภาพดีพอที่จะดำรงชีวิตให้ยังประโยชน์ ในทางสังคมและเศรษฐกิจได้ ซึ่งได้กลายเป็นคำขวัญหรือเป้าหมายเป็นที่รู้จักกันโดยทั่วไปว่า " สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 " จากเป้าหมายนี้เองในปีต่อมาจึงได้มีการประชุมนานาชาติขึ้นที่เมืองอัลมาอตา ประเทศรัสเซีย ระหว่างวันที่ 6 - 12 กันยายน พ.ศ. 2521 โดยองค์การอนามัยโลก และองค์การยูนิเซฟ มีผู้แทนของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกเข้าร่วมประชุมเพื่อหาแนวทางหรือกำหนดแนวทางที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อปี 2543 ผลของการประชุมครั้งนี้ได้มีข้อตกลงร่วมกันเป็นคำประกาศแห่งเมืองอัลมาอตาเรียกร้องให้มวลประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกให้ใช้แนวทางสาธารณสุขมูลฐานเป็นวิถีทาง ในการที่จะบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 โดยมีหลักการพึ่งตนเองทางสาธารณสุขของประชาชน

สำหรับประเทศไทย พลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ นายกรัฐมนตรี ได้ลงนามในกฎบัตรเพื่อการพัฒนาสุขภาพ (Charter for Health Development) เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2523 ยืนยันว่าประเทศไทยจะสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อปี 2543 และได้บรรจุแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน ลงในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ได้ตั้งเป้าหมายการดำเนินการคัดเลือกและอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข คือ ผลส.และอสม. ส่งเสริมการกระจายข่าวสารที่มีประโยชน์รวมทั้งลดปัญหาการไร้ยาที่ไม่ถูกต้อง

แนวคิดเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานของไทย^(๑๑) เกิดจากประสบการณ์และปัญหาสาธารณสุขที่ผ่านมา เนื่องจาก^(๑๒, ๑๓)

(1) งบประมาณจำกัด เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณร้อยละ 4-5 ของงบประมาณทั้งประเทศ และงบประมาณดังกล่าว 65-80% นำไปใช้ในการสร้างสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดบริการสาธารณสุข สถานบริการสาธารณสุขเหล่านี้สามารถให้บริการประชาชนครอบคลุมได้เพียงร้อยละ 15-30 และส่วนใหญ่เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้เคียงกับสถานบริการสาธารณสุขเท่านั้น

(2) การบริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้ยังไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของคนส่วนใหญ่ของประเทศได้ เนื่องจาก

2.1 การกระจายบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขยังอยู่ในสภาพไม่สมคัลย์ คือ แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ประจำอยู่ในกรุงเทพมหานครหรือตามเมืองใหญ่ มีเพียงส่วนน้อยอยู่ในชนบท

2.2 ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพอนามัย และการใช้ประโยชน์ของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

(3) ลักษณะปัญหาสาธารณสุขที่พบในชนบทนั้น มากกว่าร้อยละ 70 เป็นปัญหาที่เกิดจากความไม่รู้ไม่เข้าใจสาเหตุของโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งส่วนใหญ่โรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้โดยอาศัย ความรู้ ความเข้าใจของตนเอง ประกอบกับมีความเชื่อผิด ๆ พยายามรักษาตนเอง โดยบุคคลที่ไม่รู้จริง ไม่ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล เป็นผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่สมควร

(4) เรื่องสุขภาพอนามัยนั้นเป็นเรื่องส่วนบุคคล ทุกคนมีสิทธิ์โดยชอบธรรมที่จะรู้และมีส่วนร่วมรับผิดชอบในสุขภาพอนามัยของตนเอง รัฐบาลมีหน้าที่ให้ความรู้ ความสามารถที่จะส่งเสริม ป้องกัน และดูแลตนเองโดยคำนึงถึงความเท่าเทียมกันของทุกคน

ดังนั้นการที่จะขยายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมประชาชนในชนบทให้มากขึ้น มีการใช้ประโยชน์จากสถานบริการต่าง ๆ ที่สร้างขึ้นอย่างเต็มที่ ประชาชนสามารถรักษาโรคง่าย ๆ ได้ เพราะมีส่วนร่วมรับผิดชอบสุขภาพอนามัยของตนเอง กระทรวงสาธารณสุขจึงพัฒนาวิธีใหม่ คือ การสาธารณสุขมูลฐาน

ในปี 2503 กองสุขภาพ กรมอนามัย ได้ดำเนินการพัฒนาอนามัยท้องถิ่น โดยมุ่งที่จะควบคุมและป้องกันโรคต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากสุขภาพไม่ดี ในการดำเนินงานได้นำประชาชนมาร่วมในการจัดการสุขภาพของหมู่บ้านโดยจัดตั้งเป็นคณะกรรมการหมู่บ้านเรียกว่า "กรรมการพัฒนาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน" มีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน

ในปี 2505 นายแพทย์ สมบูรณ์ วัชรวิทย์ ได้ร่วมกับองค์การอนามัยโลก ทำการศึกษาการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนที่สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ โดยอาศัยการปฏิบัติงานและระเบียบงานผลการศึกษพบว่า การใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การควบคุมโรคและการส่งเสริมสุขภาพ มีอัตราการใช้บริการต่ำมากโดยเฉลี่ยไม่ถึงร้อยละ 10

จากสาเหตุดังกล่าวในปี พ.ศ. 2507 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินโครงการทดลองที่จังหวัดพิษณุโลก โดยพยายามขยายสถานบริการสาธารณสุขให้ออกไปถึงระดับตำบลทุกตำบล โดยฝึกอบรมเจ้าหน้าที่จากคนหนุ่มสาวในท้องถิ่นนั้น ๆ ที่มีการศึกษาระดับมัธยม มีความสนใจและความร่วมมือ ส่งไปเรียนหลักสูตรพนักงานอนามัยและผดุงครรภ์ แล้วให้กลับไปปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยที่ตั้งขึ้นในท้องถิ่นเดิม ผลการศึกษพบว่ารูปแบบนี้ประสบผลดีพอสมควร จึงได้จัดตั้งโครงการปรับปรุงและขยายสถานอนามัยขึ้นในกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ปี พ.ศ. 2511-2514 นายแพทย์สมบูรณ์ วัชรวิทย์ และนายแพทย์ปรีชา ตีสวัสดิ์ ได้ทำการศึกษาโครงการสารภี จากการประยุกต์โครงการพิษณุโลกและศึกษาวิวัฒนาการของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมา จึงมีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข จากการประชุมชาวบ้าน หมู่บ้านละ 1 คน และให้มีผู้สื่อข่าวสาธารณสุข โดยการคัดเลือกแบบสังคมนิติ 10 หลังคาเรือน ต่อ ผสส. 1 คน ผลการศึกษพบว่าการใช้บริการของประชาชนเพิ่มมากขึ้นและข้อสรุปสำคัญที่ได้จากการทดลองนี้ คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหัวใจของงานสาธารณสุขชนบท กระทรวงสาธารณสุขได้อาศัยรูปแบบเช่นเดียวกันนี้ไปดำเนินการในจังหวัดอื่น เช่นที่ ลำปาง นครราชสีมา โดยมีการฝึกอบรมผสส./อสม. ขึ้นและมีการประเมินผลเป็นที่น่าพอใจ ทำให้การครอบคลุมบริการสาธารณสุขดีขึ้น

ปี พ.ศ. 2517-2524 กระทรวงสาธารณสุขทำการศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขผสมผสานที่จังหวัดลำปาง โดยได้รับความช่วยเหลือจากสมาคมสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกา ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยฮาวาย ภายใต้โครงการชื่อ "Development and Evaluation of Integrated Health Delivery Systems (DEIDS) ซึ่งเรียกสั้น ๆ ว่า "โครงการลำปาง" วิธีดำเนินโครงการนี้ คือ การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขตามแนวทางของการสาธารณสุขมูลฐาน รายงานผลของโครงการนี้ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ รวมทั้งได้ส่งเอกสารการศึกษาเข้าร่วมการประชุมเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานระหว่างประเทศที่เมืองอัลมาอตา ประเทศรัสเซียในปี พ.ศ. 2521 ด้วย

ปี พ.ศ. 2521 องค์การอนามัยโลกได้มีการประชุมใหญ่ที่เมืองอัลมาอตา ประเทศรัสเซีย เพื่อหาแนวทางและกลวิธีที่จะทำให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าภายใน 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2543) ผลของการประชุมครั้งนี้ ทำให้เกิดข้อตกลงว่าจะใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีที่จะทำให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีที่เหมาะสมที่จะทำให้บริการสาธารณสุขผสมผสานทั้งทางการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชน เพื่อประชาชน โดยใช้ทรัพยากรที่อยู่ในท้องถิ่น ด้วยวิทยาการที่เหมาะสมและเชื่อมโยงกับระบบของรัฐโดยอาศัยภาครัฐและเอกชนเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสารครอบคลุมประชากรได้ทั่วถึงด้วยการสร้างและพัฒนาองค์กรประชาชนระดับหมู่บ้านในรูปอาสาสมัครซึ่งมีอยู่ 2 ประเภทคือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเป็นจุดรวมของการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน กลุ่มอาสาสมัครดังกล่าวได้รับการอบรมให้มีความรู้ความสามารถ ในการช่วยเหลือและจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในเรื่องง่าย ๆ และพบข้อขัดข้องในชุมชน โดยมีการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล เพื่อให้อาสาสมัครดังกล่าว ซึ่งในที่นี้เน้นเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ครอบคลุมบทบาทที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการค้นหา คัดเลือกและฝึกอบรมอสม. และผสส. ใน 20 จังหวัดแรกและขยายการดำเนินงานจนครอบคลุมทุกจังหวัด ในปี พ.ศ. 2524

เมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 สามารถสร้างระบบอาสาสมัครสาธารณสุขและจัดข่ายงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับหมู่บ้าน ครอบคลุมร้อยละ 50 ของจำนวนหมู่บ้านทั่วประเทศ^(๒๐)

- แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5^(๒๑, ๒๒) นโยบายสาธารณสุขของประเทศไทยมีทิศทางที่ชัดเจน คือ
1. การจัดบริการผสมผสานโดยชุมชนโดยเฉพาะในเรื่อง การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมโรคติดต่อประจำท้องถิ่น การโภชนาการ การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน การรักษานายาบาลเบื้องต้น
 2. จัดตั้งและพัฒนาโครงสร้างกลุ่มอสม. ให้ครบทุกหมู่บ้านที่ยังมีไม่ถึง
 3. กระตุ้นและสนับสนุนให้กลุ่มอาสาสมัครร่วมกับองค์กรอื่น ๆ ในหมู่บ้าน สามารถบริหารจัดการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นได้ด้วยตนเอง
 4. จัดบริการสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองให้ประชาชนได้รับบริการได้ทั่วถึง

โครงการสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง ได้เริ่มในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 มีวัตถุประสงค์ของโครงการ^(๒๑, ๒๒) คือ

1. เพื่อสร้างและพัฒนาอาสาสมัครในเขตเมืองให้เป็นจุดรวม ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับเขตเมืองและชุมชนแออัด ให้สามารถดูแลและพัฒนาสุขภาพอนามัยด้วยตนเองตลอดจนผู้อื่นได้ดี
2. เพื่อพัฒนาให้เกิดความร่วมมือของกลุ่มสถาบันต่าง ๆ เช่น อาสาสมัครต่าง ๆ กลุ่มหนุ่มสาว กลุ่มเยาวชน สมาชิกสภาจังหวัด สโมสรโรตารี สโมสรไลออนส์ ตลอดจนองค์กรท้องถิ่นและประชาชนในเขตเมือง
3. เพื่อจัดการให้ชุมชนในเขตเมือง สามารถ บริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นได้ด้วยตนเอง โดยเน้นหนักในเป้าหมายของงานสาธารณสุขมูลฐานในทุกองค์ประกอบ
4. เพื่อจัดให้มีการประสานงานกับสภาเทศบาล ในการพัฒนาการสาธารณสุขและการพัฒนาด้านอื่น ๆ ของชุมชนทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ผสมผสานงานสาธารณสุขกับงานด้านปกครองงานด้านการศึกษาเพื่อพัฒนาชุมชน

การดำเนินงานโครงการได้เริ่มเมื่อปี พ.ศ. 2525 โดยจัดให้มีการสำรวจข้อมูลในแต่ละเทศบาลประสานงาน ระหว่างเทศบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อเตรียมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความรู้ ความเข้าใจในโครงการ

เมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 พบว่าสามารถจัดระบบโครงสร้างการสาธารณสุขมูลฐาน และสร้างองค์ประกอบ. ได้ครอบคลุมหมู่บ้าน ร้อยละ 87 ของหมู่บ้านทั่วประเทศ ^(๑๖) และครอบคลุมเขตเทศบาล 126 เทศบาล ^(๑๗)

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาสาธารณสุขในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 ซึ่งจัดทำโดยกองแผนงานกระทรวงสาธารณสุข ^(๑๘) พบว่า

1. ประชาชนในชนบทส่วนใหญ่และผู้มีรายได้น้อยในเขตเมืองยังขาดความสามารถในการแสวงหาบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน
2. ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีค่านิยมที่มีต่อการพัฒนาสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสาธารณสุขมูลฐาน ในระดับต่ำ เมื่อเทียบกับค่านิยมที่มีต่อการรักษาพยาบาล ค่านิยมดังกล่าวนี้ทำให้ประชาชนไม่ทราบถึงปัญหาและความจำเป็นที่แท้จริงของตนเองและไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการแก้ปัญหาดังกล่าวนี้
3. การเข้าร่วมในกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจปัญหาของหมู่บ้าน และการพัฒนาหมู่บ้านของประชาชน พบว่ามีขีดจำกัดในด้านความรู้ความสามารถในการระดมทรัพยากรและการบริหารจัดการทรัพยากรในรูปของการจัดตั้งกองทุน
4. การส่งเสริมและพัฒนากำลังคนทางด้านสาธารณสุขบางสาขา ไม่สามารถปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสมต่อการจัดระบบงานสาธารณสุขที่มีรากฐานของการสาธารณสุขมูลฐาน
5. การจัดระบบงาน ความรู้ และเทคโนโลยีที่เหมาะสมในระหว่างองค์กร ในภาครัฐและเอกชนและในระหว่างองค์กรส่วนกลางกับส่วนภูมิภาค ตั้งแต่ระดับจังหวัดถึงหมู่บ้านยังไม่สามารถสร้างความเข้าใจได้อย่างถูกต้องและทั่วถึงในทุกฝ่ายทุกระดับ

แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 ^(๑๙) มีนโยบายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งเสริมและขยายโอกาสในการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เน้นความสำคัญของความจำเป็นพื้นฐาน โดยอาศัยกระบวนการเตรียมชุมชน การปรับปรุงวิธีการและเทคโนโลยีให้เหมาะสม ส่งเสริมการริเริ่มและขยายงานสาธารณสุขมูลฐานโดยชุมชนในท้องถิ่นต่าง ๆ ทั้งเขตชนบทและเขตเมือง ให้สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความจำเป็นพื้นฐานได้ตามสภาพปัญหาความเป็นจริงและศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนในแต่ละท้องถิ่น ฯลฯ

เกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ^(1.2.11, 12, 13)

ความจำเป็นพื้นฐาน (Basic Minimum Need) หมายถึง สิ่งจำเป็นแก่การครองชีพขั้นพื้นฐานของบุคคลหรือเป็นความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำของชุมชน เพื่อที่จะให้เป็นเกณฑ์ตรวจสอบได้ว่าในชุมชนหนึ่ง ๆ นั้น ยังขาดแคลนในเรื่องใดบ้างและขาดแคลนมากน้อยเพียงใด

จากแนวคิดของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับของ 4 กระทรวงหลัก (สาธารณสุข ศึกษา มหาดไทย เกษตรและสหกรณ์) และทบวงมหาวิทยาลัย ได้ร่วมกันกำหนดความต้องการขั้นพื้นฐาน ขึ้นเพื่อ ⁽¹³⁾

1. เป็นแนวทาง ความเสมอภาคในการจัดสรรทรัพยากรแก่ประชาชนในทันทีที่มีปัญหาและพึ่งตนเองไม่ได้
2. เพื่อให้เกิดความสามารถในการช่วยตนเองในเรื่องที่ยังขาดแคลนอยู่
3. เพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้ถูกต้องตรงกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริง
4. เพื่อให้มีผลระยะยาวและมีการควบคุม ติดตามจากระดับล่างขึ้นมา

ประโยชน์ของความจำเป็นพื้นฐาน ^(21, 22)

1. ระดับประชาชน

- 1.1 กระตุ้นให้ชาวบ้าน ตระหนักถึงปัญหาพื้นฐานของตนเอง
- 1.2 นำไปสู่การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไข้ปัญหา
- 1.3 ใช้ประเมินผลการพัฒนา

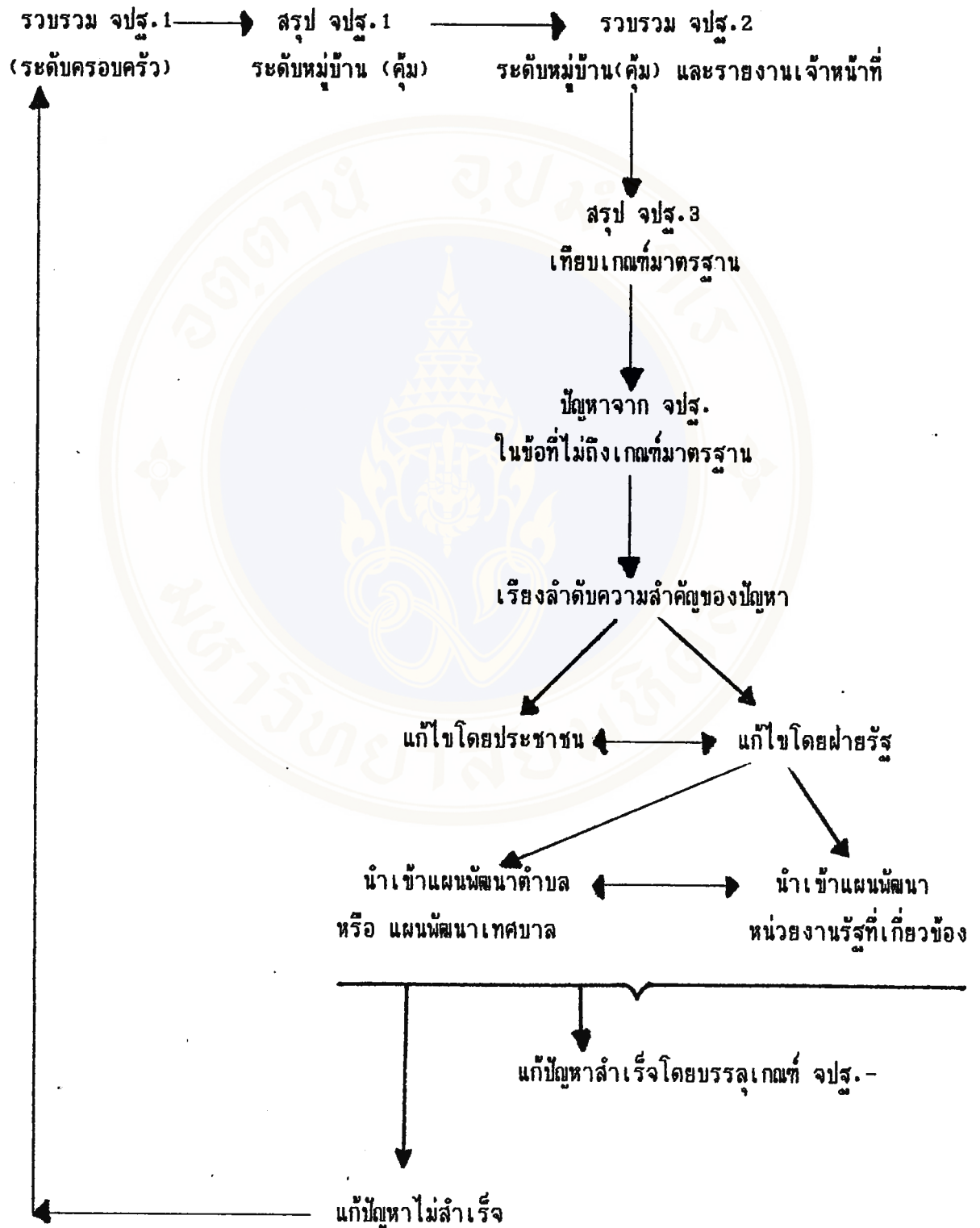
2. ระดับบริหารและระดับปฏิบัติ

- 2.1 ใช้กำหนดแผนพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน โดยมุ่งยึดเป้าหมายหลักอันเดียวกัน
- 2.2 ก่อให้เกิดการปฏิบัติงานแบบผสมผสาน เพราะว่าจะ
 - มีจุดประสงค์และเป้าหมายเดียวกัน
 - สำรวจข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาแบบเดียวกัน
 - วางแผนแก้ไข้ปัญหาด้วยกัน
 - ประเมินผลร่วมกัน
 - เรียนรู้งานของกันและกัน

3. ระดับชาติ

เป็นเครื่องมือในการกำหนดนโยบายในการใช้ทรัพยากร เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ยังไม่ถึงความจำเป็นพื้นฐานได้ทั่วถึง สนองตอบความต้องการของประชาชน เป็นผลให้ช่องว่างในการดำรงชีวิตของประชาชนไม่แตกต่างกัน

สรุปการนำความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ⁽²²⁾



1.2 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับทัศนคติ

ทัศนคติ หมายถึง ความคิดเห็น ท่าที ความรู้สึกต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดในเชิงประเมินค่าว่ามีคุณหรือโทษ ซึ่งทำให้บุคคลพร้อมที่จะปฏิบัติ โดยการสนับสนุนหรือต่อต้านสิ่งนั้น

แหล่งของทัศนคติ (sources of attitude)

แหล่งที่จะทำให้เกิดทัศนคติมีมากมาย แต่ที่มีความสำคัญ คือ ประสบการณ์เฉพาะอย่าง การติดต่อสื่อความหมายกับบุคคล แบบอย่าง (Models) และสถาบันต่าง ๆ ในสังคม (Institutional factors) แต่ถ้าจะมองในภาพรวมแล้ว แหล่งสำคัญในการก่อให้เกิดทัศนคติอย่างรวม ๆ ได้แก่ ตัวบุคคล สัมพันธภาพระหว่างบุคคล กลุ่มและสัมพันธภาพระหว่างกลุ่ม⁽¹⁶⁾

ทัศนคติ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ⁽¹⁶⁾ คือ

1. องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ (cognitive component) ของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ทั้งด้านดีและไม่ดีหรือเป็นความเชื่อต่อความรู้ต่าง ๆ ข้อเท็จจริงที่คนรู้ได้จากความรู้ เพราะถ้าบุคคลไม่รู้อะไรก็ไม่มีทัศนคติต่อสิ่งนั้น

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (affective component) ที่มีต่อความรู้หรือข้อเท็จจริงต่าง ๆ ว่าชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (behavioral component) เป็นองค์ประกอบในด้านความพร้อมหรือความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติหรือถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมจะเกิดการปฏิบัติหรือมีปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่งจากองค์ประกอบทั้ง 3 นี้ นำมาใช้เป็นเครื่องมือ ในการวัดทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนที่มีต่องานสาธารณสุขมูลฐานว่า อสม. จะมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานตามกิจกรรมที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำและมีอสม. ได้ปฏิบัติงานไประยะหนึ่ง (อย่างน้อย 6 เดือน) แล้ว ประชาชนเริ่มไปใช้บริการกิจกรรมเบื้องต้นงานสาธารณสุขมูลฐาน จะมีความรู้สึกต่ออสม. อย่างไร

แบบสอวัดทัศนคติ⁽¹⁶⁾ มีผู้สร้างแบบสอวัดทัศนคติไว้หลาย ๆ แบบ ได้แก่ Thurstone สร้างแบบวิธีวัดช่วงเท่ากัน (equal appearing intervals), Charles Osgood สร้างวิธีวัดทัศนคติแบบ semantic differential, Renis Likert สร้างแบบวัดทัศนคติ วิธี summated ratings หรือ likert method ซึ่งการวิจัยครั้งนี้สร้างแบบสอวัดทัศนคติ โดยอาศัยวิธี summated ratings ของ Likert

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ในส่วนของงานสาธารณสุขมูลฐานและความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.)

ถาวร กมลทิพย์⁽²³⁾ ศึกษาประสิทธิภาพผลการอบรมพัฒนาสมรรถภาพตามกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติของคณะกรรมการหมู่บ้าน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตตามความจำเป็นพื้นฐานปี 2529 พบว่าปัญหาในการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานส่วนสำคัญคือ การขาดข้อมูลพื้นฐานที่มาจากหน่วยงานวิชาการต่าง ๆ ทั้งนี้เนื่องจากหน่วยงานวิชาการส่วนใหญ่ยังไม่มียุทธศาสตร์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขที่เป็นระบบอย่างแท้จริง ปัญหาที่น่าจะเป็นอุปสรรคอันสำคัญยิ่งต่อการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีโดยส่วนรวม

รุจิรา มังคละศิริ รัตนา รุจิรกุล เขมยจวรรณ คงทรัพย์และคณะ⁽²⁴⁾ ได้ทำการติดตามประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา ในปี 2528 สรุปผลว่ามีการดำเนินกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานแทบทุกด้าน แต่ละชุมชนก็แตกต่างกันไปตามความสนใจและตามปัญหาของชุมชนนั้น ๆ งานที่ปฏิบัติเหมือน ๆ กันคือ งานสุขศึกษา งานสุขภาพสิ่งแวดล้อม อนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและรักษาพยาบาล ส่วนงานที่ไม่ได้ทำทุกชุมชนได้แก่งานโภชนาการ การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน งานทันตสาธารณสุข สุขภาพจิตและงานควบคุมโรคในท้องถิ่น ซึ่งทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกำลังเจ้าหน้าที่และความสนใจของอสม. รวมทั้งการสนับสนุนจากภาครัฐและภาคเอกชน ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอสม. กลุ่มตัวอย่าง 37 คน และข้อมูลที่สอบถามจากประชาชนจำนวน 410 คนนั้น พบว่า ประชาชนทั่วไปยังไม่ให้ความเชื่อถืออสม.

ด้านความร่วมมือของชุมชนซึ่งวัดโดยการถามอสม. ถึงความต้องการเป็นอสม. นั้น พบว่ามีน้อยมากเพียงร้อยละ 12 ที่ต้องการเป็นอสม. พวกที่ไม่ต้องการเป็นอสม. ให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาพออันเป็นการแสดงถึงความยากลำบากในการจัดตั้งองค์กรสาธารณสุขในลักษณะนี้ ความรู้ความเข้าใจของประชาชนในงานสาธารณสุขนั้นส่วนใหญ่มีมากพอ แต่การจะปฏิบัติได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านอื่น ๆ เช่น เวลา รายได้ อาชีพ เจตคติที่ดี สุขนิสัยและความเอาใจใส่ของแต่ละบุคคลเอง

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน⁽²⁰⁾ ได้ประเมินทศวรรษการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย ปี 2531 เพื่อนำผลไปใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้นในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 ผลการประเมินในครั้งแรกของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 พบว่าความครอบคลุมของหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานโดยเฉลี่ยทั่วประเทศเท่ากับ 99.08% อัตราส่วนอสม.ต่อหลังคาเรือนต่อประชากร เท่ากับ 1:156.17:806.83 การดำเนินงานสาธารณสุขเขตเมืองยังไม่มีการระบุแบบเฉพาะตัว อาศัยรูปแบบบางส่วนจากการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตชนบท

กาญจนศักดิ์ ผลบูรณ์⁽²⁵⁾ ศึกษาโดยการสุ่มตัวอย่างประเมินผลการให้บริการสาธารณสุข และงานสาธารณสุขมูลฐานจังหวัดตาก เมื่อปี 2531 เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขที่สำคัญ ๆ โดยการวิจัยเชิงสำรวจ เลือกตัวอย่าง แบบ cluster sampling technique 30 แห่งทั่วประเทศแหล่งละ 7 ตัวอย่าง ตัวอย่างเป็นบิดาหรือมารดาเด็กอายุ 12-23 เดือนทั้งหมด 210 คน และหญิงวัยเจริญพันธุ์อยู่กับสามี 210 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามและบันทึบบันทึกงาน เช่น แบบบันทึกการฉีดวัคซีน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการอบรมเป็นผู้สัมภาษณ์ตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า 52.3% เมื่อเจ็บป่วยจะไปพบแพทย์ รองลงมาคือ สถานีอนามัย โรงพยาบาลตามลำดับ ที่เหลือหรือยากินเอง สองในสามมีน้ำสะอาดและสวมถุงสุลักษณะใช้ 66% และ 65% ตามลำดับ งาน EPI ความครอบคลุมของ BCG สูงถึง 91% รองลงมาคือ OPV และ DPT เท่ากับ 83.3% ต่ำที่สุดคือ หัดเท่ากับ 72.9%, 78% ของมารดาได้รับการคัดก่อนคลอดและ 77.5% ได้รับท็อกซอยด์ครบ มารดาดังกล่าวคลอดในรพ. เท่ากับ 76.3%, มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เท่ากับ 96.5% เด็กได้รับการชั่งน้ำหนักอย่างน้อย 1 ครั้ง เท่ากับ 86.1%, กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กับสามีกำลังคุมกำเนิด เท่ากับ 82.9% ด้วยวิธีต่าง ๆ และพบว่าการใช้ยาเม็ด ยาฉีดและหมั้นหญิงนิยมนที่สุดเรียงตามลำดับ

เทศบาลเมืองร้อยเอ็ด⁽²⁶⁾ ศึกษาการประเมินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2534 ได้ทำการศึกษาครอบคลุมทุกองค์ประกอบของกระบวนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานทั้งด้านปัจจัยนำเข้า การดำเนินงานในกิจกรรมต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนผลกระทบด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตการณ์และการศึกษาจากเอกสาร โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ของรัฐทุกคนที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนและประชาชน ร้อยละ 10 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมือง ทั้งหมด ผลการศึกษา พบว่าจุดเด่นของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดร้อยเอ็ดที่แตกต่างจากจังหวัดอื่น ๆ คือ มีการดำเนินงานเต็มพื้นที่ โดยผสมผสานงานสาธารณสุขมูลฐาน

และการให้บริการจากสถานบริการสาธารณสุข ให้สามารถสนับสนุนและเอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกันอย่าง เป็นรูปธรรม มีการพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ ทำให้มีความรู้และทัศนคติที่ดี สามารถดำเนินงานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพสูง มีความรับผิดชอบสูง สามารถประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี โดยมีการทำแผนปฏิบัติการและแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการดำเนินงาน มีการเตรียมชุมชนโดยแบ่งเป็นคุ้ม 13 คุ้ม เพื่อให้ดูแลชุมชนได้ทั่วถึง มีการจัดตั้งและพัฒนาองค์กรของรัฐ องค์กรชุมชนและกำลังคน กิจกรรมทางด้านสาธารณสุขมูลฐานที่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และประสบความสำเร็จค่อนข้างสูง คือ ด้านโภชนาการ อนามัยแม่และเด็ก ควบคุมป้องกันโรค กิจกรรมที่ยังดำเนินงานไม่มากนัก ได้แก่ ด้านสุขภาพ และการอนามัยสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนยังนิยมไปรับบริการด้านรักษาพยาบาล จากสถานบริการเอกชนมากกว่าสถานบริการของรัฐ ในส่วนของ อสม. จากการสำรวจอสม.ทั้งหมด 75 คน ร้อยละ 41.3 ประชาชนเป็นผู้คัดเลือก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของกองสาธารณสุขภูมิภาคสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี 2527 กล่าวคือ ส่วนใหญ่อสม. จะได้รับการคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่ร้อยละ 42.5 โดยความสมัครใจและชุมชนเป็นผู้เลือกร้อยละ 47.5 อสม. รับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนเฉลี่ย 1 คน ต่อ 107.9 ครอบครัว โดยมีความแตกต่างของจำนวนครอบครัว ตั้งแต่ 47 ถึง 253 ครอบครัว แต่โดยส่วนใหญ่ก็ปฏิบัติงานได้เป็นระยะเวลา 3-4 ปี และมีความพึงพอใจกับบทบาทหน้าที่ที่สามารถทำประโยชน์ในการช่วยเหลือเพื่อนบ้าน การศึกษาระดับความรู้ อสม. ส่วนมากมีระดับความรู้ปานกลางถึงมากร้อยละ 78.7 และมีทัศนคติที่ดีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน นอกจากนี้ยังมีทัศนคติว่าประชาชนควรมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน

ในด้านประชาชนยังขาดความร่วมมือจากประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนหนาแน่น หรือชุมชนตลาดซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสที่ดีกว่าและสามารถแสวงหาบริการสาธารณสุขได้ไม่ยากนัก

สมทรง รักษ์เฒ่า และ มณฑิ ๓ สงขลา⁽²⁷⁾ จัดทำโครงการเร่งรัดพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยกลวิธีการวิจัยและพัฒนา จังหวัดลำพูน ปี 2529 ผลการวิจัยชี้แจงพบว่าสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในชุมชนคือ ความมีประโยชน์และตรงกับความต้องการของชุมชน ชุมชนจะตื่นตัวมองเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

2.2 ในส่วนของประชาชน

รัชนิพร กุ่ยกร ⁽²⁸⁾ ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติของประชาชนต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอพรหมนิราม จังหวัดพินังโลก เมื่อปี 2523.

ผลการวิจัยปรากฏว่าประชากรตัวอย่างมีทัศนคติต่อวิธีการเลือกและการมีอสม. ไปในทางที่เห็นด้วยมากกว่าไม่เห็นด้วย มีทัศนคติที่ดีต่ออสม. และทัศนคติของประชากรตัวอย่างต่ออสม. ในแต่ละตำบลมีความแตกต่างกัน ประชากรมีทัศนคติแนวโน้มไปในทางที่ดีต่อการปฏิบัติงานของอสม. แต่อายุมีผลทำให้ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานของอสม. แตกต่างกัน สำหรับรายได้พบว่าประชากรตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกันมีทัศนคติต่อการปฏิบัติงานของอสม. แตกต่างกัน ส่วนความคุ้นเคยกับอสม. ที่แตกต่างกันมีผลทำให้ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานของอสม. แตกต่างกัน

อุดม ศรีทิพย์ ⁽²⁹⁾ ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน: ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนภาคใต้ ปี 2527 การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาว่า ทำไมการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐานในส่วนของการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเกิดขึ้นน้อย เป็นการศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดภาคใต้ โดยใช้เทคนิคทางด้านมนุษยวิทยาในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจากบุคคลสำคัญ การสัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัวตลอดจนการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร สถิติต่าง ๆ จากในหมู่บ้าน ตำบล และสถานีอนามัย โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในหมู่บ้าน ทั้งหมด 4 เดือน

ผลการศึกษานพบว่าอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน ในส่วนที่เกี่ยวกับการทำงานของอสม. นั้น เกี่ยวข้องโดยตรงกับวิธีการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ประพันธ์ บรรลือศิลป์ ⁽³⁰⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม และการไม่มีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ของจังหวัดอุบลราชธานี ใน ปี 2531 เป็นการศึกษาเชิงสำรวจโดยศึกษาจากตัวอย่าง ประชาชนในหมู่บ้านดีเด่น 5 หมู่บ้าน จำนวนตัวอย่าง 185 คน และในหมู่บ้านล้าหลัง 5 หมู่บ้าน จำนวนตัวอย่าง 155 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม

ผลการวิจัย ลักษณะประชากรของประชาชนทั้งในหมู่บ้านดีเด่นและล้าหลัง โดยเฉพาะ เพศ อายุ จำนวนสมาชิกในครอบครัว การศึกษา ไม่มีความแตกต่างกับการมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม สาเหตุของการไม่เข้ามามีส่วนร่วมที่สำคัญที่สุด คือ การมีความรู้ความเข้าใจในงานสาธารณสุขมูลฐาน เวลาในการเข้ามามีส่วนร่วม เพราะต้องใช้เวลาในการประกอบอาชีพซึ่งมีนัยสำคัญในหมู่บ้านล้าหลัง

แสงทอง แห่งมงาม^(๑๑) ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขด้านรักษาพยาบาลที่สถานอนามัยของประชาชน ในชนบทของจังหวัดลำปาง ปี 2533 การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการรักษาพยาบาลของประชาชนในชนบท รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพและปัจจัยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการกับการใช้บริการสาธารณสุขด้านรักษาพยาบาลที่สถานอนามัย

ประชาชนในชนบทมีการเลือกใช้แหล่งบริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการของรัฐ (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย) มากเป็นอันดับหนึ่งรองลงมา คือ ร้านขายยาและคลินิกเอกชน เหตุผลที่สำคัญที่สุดของการเลือกใช้แหล่งบริการรักษาพยาบาล คือ ใกล้บ้าน และเดินทางสะดวก

ผลจากการวิจัยสรุปได้ว่า ประชาชนยังมีพฤติกรรมการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกต้อง และปลอดภัยเท่าที่ควร เช่น การรักษาพยาบาลกับหมอมตามบ้าน หรือการปล่อยให้หายเอง นอกจากนี้ การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการที่สถานอนามัย ก็พบว่า ปัจจัยด้านความพึงพอใจของประชาชน ผู้ใช้บริการ ที่มีต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยมีความสำคัญที่สุด

2.3 ในส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

กองสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข^(๑๒) ได้วิจัยขึ้นต้นเพื่อประเมินผลการดำเนินงานของอสม. และอสม. อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อปี 2520-2521 โดยศึกษาแบบการสังเกตการมีส่วนร่วมในหมู่บ้านแม่สายและหมู่บ้านน้ำริน ตำบลสะเมิงใต้ อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่

ผลการวิจัย ส่วนที่เกี่ยวข้องกับอสม. ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวอสม. มีผลต่อการปฏิบัติงานของอสม. คือ อสม. อาศัยอยู่การปฏิบัติงานไม่ค่อยได้ผลเพราะไม่กล้าพูด ไม่กล้าอธิบาย เกิดความรู้สึกอายอสม. หญิงไม่ค่อยได้รับการยอมรับนับถือ เนื่องจากในชนบทชาวบ้านให้ความนับถือชายมากกว่าหญิง อสม. ที่มีภูมิหลัง เช่น พวคนักเลง นักการพนัน พบว่าไม่ได้รับความร่วมมือจากชาวบ้าน อสม. ที่เคยทำประโยชน์เพื่อส่วนรวมมาก่อนแล้ว และอสม. ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้านนั้นจะได้รับความยอมรับนับถือจากชาวบ้านดีมาก ฐานะของครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งซึ่งพบว่า อสม. ที่มีฐานะเศรษฐกิจดียอมสละเวลาปฏิบัติงานให้แก่ประชาชนได้ดีกว่าอสม. ที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำและอสม. ที่มีสมาชิกในครอบครัวมาก ๆ ทำให้อสม. ปฏิบัติงานไม่ได้เต็มที่

เบญจา ยอดคำเนิน^(๓๓) ได้ประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขโครงการลำปาง เมื่อเดือนตุลาคม 2521 ที่อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง โดยศึกษาวิจัยทางมนุษยวิทยา

ผลการวิจัย ในส่วนที่เกี่ยวกับอสม. ปรากฏว่า ปัจจัยที่สำคัญที่มีผลทำให้โครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลว คือ การคัดเลือกตัวอสม. เพื่อปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน อสม. ที่เหมาะสมที่สุดคือ ผู้มีความสามารถหลายด้านโดยเฉพาะการรักษาพยาบาลตามแบบพื้นบ้าน เช่น รู้จักวิธีเป่าเสกคาถา ทำนํ้ามนต์ ต่อกะตุก ฯลฯ บุคคลที่ช่วยเหลืองานส่วนรวมอยู่เป็นประจำ เช่น เคยเป็นกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน เพราะบุคคลเหล่านี้มีสถานภาพทางสังคมสูง มีลักษณะเป็นผู้นำกลุ่มโดยธรรมชาติ ซึ่งมักเป็นแม่แบบหรือผู้นำในทางความคิดของสมาชิกในกลุ่มสังคมของตน

ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่มีผลกระทบต่อการทำงานของอสม. คือ การประสานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. ระบบนิเทศงาน การส่งเสริมสนับสนุนสิ่งของ เช่น ยา ฝ้ายพันแผล สำลี อสม. มักเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ถ้าข้อมูลที่ได้จากการอบรม และการปฏิบัติจริง ไม่ตรงกัน

จากการศึกษาพบว่า ประชาชนในหมู่บ้านมารับบริการที่อสม. เป็นประจำคือ การทำแผลและซื้อยา (ยาแก้ไอ ยาเม็ดคุมกำเนิด) สำหรับการส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลมีปัญหามาก กล่าวคือ อสม. พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหรือมีจดหมายนำส่งผู้ป่วยก็ไม่ได้รับการตอบสนองจากสถานพยาบาลนั้น ๆ

ทวิทอง หงศ์วิวัฒน์ สุนจน์ เด่นดวง และลิขิต ศรีเงินยวง^(๓๔) ได้ทำการศึกษาประเมินผลโครงการสาธารณสุขมูลฐานไทย ในปี 2524 ได้สรุปผลการปฏิบัติงานในส่วนของอสม. ไว้ว่าอสม. ยังขาดบทบาทที่แน่นอน เป็นเหตุผลเนื่องมาจากการที่คณะกรรมการหมู่บ้านเกี่ยวกับสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลกึ่งชาติศึกษาที่แน่นอน อสม. ปฏิบัติงานเป็นที่น่าพอใจในระยะสั้น อสม. ส่วนใหญ่มักเน้นด้านการรักษาพยาบาล การจำหน่ายยาสามัญประจำหมู่บ้านและบริการวางแผนครอบครัว ไม่ปรากฏลักษณะผสมผสานบริการอื่น ๆ แต่อย่างใด

ฝ่ายนโยบายวางแผนและวิจัย กองแผนงานสาธารณสุข^(๓๕) ได้ทำการศึกษาประเมินผลการปฏิบัติงานของผลส./อสม. ในปี 2524 ในส่วนที่เกี่ยวกับอสม. ปรากฏว่าอสม. ส่วนใหญ่เป็นชายมีอายุระหว่าง 31-45 ปี แต่งงานแล้วครอบครัวอยู่ในขนาดกลาง (3-4 คน) จบประถมศึกษาตอนต้น นับถือศาสนาพุทธ มีอาชีพด้านการเกษตร รายได้ของครอบครัว 29,127.61 บาท/ปี ได้รับการติดตามนิเทศจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เดือนละ 1 ครั้ง มีความคิดเห็นว่าเมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมานิเทศงานช่วยแก้ปัญหาได้พอสมควร อสม. ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้อยู่ในเกณฑ์พอดี มีความภูมิใจมากในการปฏิบัติงานในหน้าที่อสม. แรงจูงใจที่สำคัญที่สุดในการปฏิบัติงานในหน้าที่คือ ได้มีส่วนช่วยเหลือชาวบ้านและมีส่วนน้อยที่อยากได้สิ่งตอบแทน ไม่เคยคิดจะลาออกจากการเป็นอสม. เมื่อมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานอสม. จะปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม^(๘๖) ได้ทำการศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน สาธารณสุขที่เหมาะสมอย่างทั่วถึงของผลส./อสม. ระดับตำบลและหมู่บ้าน จังหวัดนครปฐม ในปี 2524

จากการศึกษาการปฏิบัติงานของผลส. 194 ราย อสม. 32 ราย ปรากฏว่ามีอสม. ไม่ปฏิบัติงาน 1 ราย ผลส. ไม่ปฏิบัติงาน 29 ราย ที่ปฏิบัติงานก็ปฏิบัติในขอบข่ายของตนพอสมควร โดยผลส. เน้นการให้คำแนะนำช่วยเหลือชาวบ้านให้มีการดูแลสุขภาพอนามัยที่ดี ส่วนอสม. เน้นงานรักษาพยาบาล รวมทั้งมีการติดตามผลการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยถึงร้อยละ 87 ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่อสม. ทั้งหมด ปัญหาที่ผลส./อสม. พบคือ การไม่ได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีน้อยและมีภาระงานประจำมากจนไม่มีเวลาในการนิเทศ อสม. ที่อยู่ในเขตที่มีสถานบริการสาธารณสุขใกล้เคียงกับชุมชนที่อาศัยอยู่จะมีปริมาณการให้บริการน้อย ส่วนการที่จะให้ประชาชนในชุมชนมีความเชื่อถือไว้วางใจอสม. มากน้อยแค่ไหน ขึ้นอยู่กับวิธีการให้ความรู้และบริการสาธารณสุขที่ถูกต้องของอสม.

สุขชัย อรรถธรรม^(๘๗) ได้ศึกษาทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชน ในจังหวัดชัยภูมิที่มีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน ในปี 2525

ผลการศึกษาปรากฏว่า อสม. ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานตามกิจกรรมต่าง ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำ อายุและจำนวนสมาชิกในครัวเรือนของอสม. ที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อทัศนคติในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานทุกกิจกรรม สำหรับรายได้ครัวเรือนของอสม. ที่แตกต่างกันมีผลทำให้เกิดความแตกต่างทางทัศนคติในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงสามกิจกรรม คือ การให้สุขศึกษา การโภชนาการและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อการมีอสม. การคัดเลือกและการวางตัวของอสม. ตลอดจนการปฏิบัติงานของอสม. ทัศนคติของอสม. และประชาชนที่มีต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นทัศนคติไปในทางที่ดี จากการสอบถามอสม. และประชาชน มีความเห็นตรงกันว่ากิจกรรมที่อสม. ปฏิบัติเป็นประจำนั้นไม่มี มีแต่กิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ได้แก่ การให้สุขศึกษา การโภชนาการ การให้ภูมิคุ้มกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและกิจกรรมการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและจัดหาน้ำสะอาด ส่วนกิจกรรมที่อสม. ส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติ คือ การวางแผนครอบครัวและการควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่น สำหรับกิจกรรมจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน ได้มีการปฏิบัติโดยจัดตั้งสหกรณ์ยา ส่วนการสร้างที่เก็บน้ำฝนประจำครอบครัว การจัดหาน้ำสะอาดในกิจกรรมการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมนั้น อสม. ส่วนใหญ่ยังไม่เคยให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชน

จินดา พูลเกษม ^(๒๒) ได้ศึกษาการยอมรับบทบาทและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. จังหวัดนครสวรรค์ ในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข ปี 2527 กลุ่มตัวอย่างอสม. 106 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบอสม. ในท้องถิ่นนั้น ๆ 35 คน .

จากการศึกษาพบว่า การยอมรับบทบาทหน้าที่ของอสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ลักษณะส่วนบุคคล อาทิ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ และประสบการณ์ในการพัฒนางานสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการยอมรับบทบาทหน้าที่ของอสม. อสม. ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าคุณลักษณะชุมชนที่ปฏิบัติงานอยู่เป็นชุมชนที่ดีปานกลาง รวมทั้งมีความพอใจในสิ่งสนับสนุนที่ได้จากรัฐ ความพอใจดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับระดับการยอมรับบทบาทหน้าที่ แต่ระดับการยอมรับบทบาทหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน

การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. นั้นส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ บทบาทสำคัญที่ทำมากที่สุด คือ การเป็นผู้แจ้งข่าวสาธารณสุขแก่พลส. และชาวบ้านในเขตที่รับผิดชอบ

ธนา เอ็ยการนา ประวิทย์ สุนทรลิมะ และนิชิต สกลพราหมณ์ ^(๒๓) ศึกษาการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุขระดับจังหวัดและการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน โดยองค์การอาสาสมัครสาธารณสุข ธันวาคม ปี 2527 วิจัยในเขตพื้นที่ 3 อำเภอของจังหวัดสมุทรสงครามใน 58 หมู่บ้าน 20 ตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขเลือกโดยประชาชน 10 หลังคาเรือนต่อ 1 คน ได้อาสาสมัครสาธารณสุข(ออสส.) ทั้งหมด 370 คน อบรมออสส. 2 วัน ที่สำนักงานสาธารณสุขตำบล กำหนดให้รับผิดชอบรายงานข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข การให้บริการด้านสาธารณสุขมูลฐานและจัดส่งรายงานให้สถานีอนามัยตำบลทุกเดือน

จากการศึกษาในครั้งนี้ผลปรากฏว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครมีประสิทธิผลสูงมากแตกต่างจากการปฏิบัติงานของโครงการสาธารณสุขมูลฐานในอดีต เหตุผลก็คือ มีการเตรียมชุมชนให้มีการรวมพลังมวลชนจัดการเลือกผู้แทนของชุมชน โดยชุมชนเองและด้วยแรงกดดันของมวลชนทำให้ผู้แทนของชุมชนหรืออาสาสมัครได้รับการยอมรับบทบาท และจากการศึกษาถึงความจำเป็นมากขึ้นเพียงใดที่จะต้องมียาอาสาสมัครสาธารณสุข ปรากฏว่าทราบได้ที่ชุมชนมีความร่วมมือ ร่วมใจและมีผู้แทนหรืออาสาสมัครของชุมชน โดยชุมชนเองย่อมไม่มีความจำเป็นที่จะต้องมียสส./อสม.

หมายเหตุ ปัจจุบัน ปี 2537 เครื่องชี้วัดของกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

- การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน
- การพึ่งตนเอง (การมีส่วนร่วม)
- การเข้าถึงบริการสาธารณสุข

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ แบบ cross-sectional research ของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยศึกษาในหัวข้อ

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประชากรเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี
2. ความแตกต่างของผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี โดยวัดจากการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุขของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6
3. ความแตกต่างการไปใช้บริการเบื้องต้นทางด้านสุขภาพอนามัยในงานสาธารณสุขมูลฐานที่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ของประชากร ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี
4. ความแตกต่างของทัศนคติของประชากรต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี
5. ความแตกต่างของลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี
6. ความแตกต่างของทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี ที่มีต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ในเงื่อนไข
 - ความพอใจกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนที่รับผิดชอบ
 - ลักษณะของชุมชนที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน
 - สิ่งสนับสนุนที่รัฐให้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
 - บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน

1. การเลือกตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

พื้นที่ศึกษา เขตเมือง ได้แก่ เทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี
เขตชนบท ได้แก่ อำเภอเขาชัยวัน จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งอยู่ห่างจากตัวจังหวัด ประมาณ 30 กม.

สาเหตุที่เลือกศึกษาพื้นที่ดังกล่าว

เขตเมือง สืบเนื่องมาจากผู้วิจัยปฏิบัติงานในฝ่ายเวชกรรมสังคม ดูแลรับผิดชอบเทศบาลเมืองซึ่งยังไม่เคยมีการสำรวจความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.)

เขตชนบท อำเภอเขาชัยวันมีลักษณะคล้ายอำเภออื่นๆ ซึ่งจัดอยู่ในเขตชนบทและยังมีจำนวนบ้าน จำนวนประชากรใกล้เคียงกับของเทศบาลเมืองซึ่งเป็นตัวอย่างของเขตเมือง

ประชากร เขตเมือง มีจำนวนบ้านทั้งหมด 5,449 หลัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำนวน 8 คน

เขตชนบท มีจำนวนบ้านทั้งหมด 7,087 หลัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำนวน 49 คน (เดิมมี 55 คน แต่ขณะสำรวจ เสียชีวิต 1 คน มีปัญหาไม่สามารถปฏิบัติงานได้ 1 คน และไม่สามารถสัมภาษณ์ได้ 4 คน)

ตัวอย่าง เขตเมืองและเขตชนบท คือ หัวหน้าครอบครัว หรือตัวแทนหัวหน้าครอบครัวอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สามารถตอบคำถามได้และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ที่อาศัยอยู่อย่างน้อย 6 เดือน ในเขตเทศบาลเมืองและเขตอำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

การคำนวณหาขนาดตัวอย่าง

ประชากร เป็นตัวแทนของครอบครัว ใช้สูตรคำนวณหา sample size เมื่อทราบขนาดของประชากรแน่นอน⁽⁴⁰⁾

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}, \quad n_0 = \left[\frac{Z}{d} \right]^2 \sigma^2$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดของประชาชน ในที่นี้ คือ จำนวนบ้านซึ่งเป็นตัวแทนที่ให้สัมภาษณ์ หรือ ประชาชนหัวหน้าครอบครัวหลักของบ้าน หรือ ตัวแทนของหัวหน้าครอบครัวหลักของบ้าน ของเขตเมืองและเขตชนบท

σ_x^2 = ความแปรปรวนของตัวแปร x ในประชากร ในทางปฏิบัติไม่ทราบค่า σ_x^2 ให้ใช้ s_x^2 แทน จากการศึกษาวิจัยของรัฐนิวยอร์ก⁽²⁸⁾ ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติของประชาชนต่อการปฏิบัติงานของอสม. ได้ค่า s_x^2 เท่ากับ 11.28⁽²⁸⁾

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติซึ่งสอดคล้องกับ ระดับนัยสำคัญที่กำหนด (ในที่นี้กำหนดระดับนัยสำคัญ หรือ $\alpha = 0.05$) เท่ากับ 1.96

d = ค่าที่ยอมให้ผิดพลาดได้

แทนค่าในสูตร

$$n_0 = \left[\frac{1.96}{0.3} \right]^2 11.28 = 481.48$$

$$N \text{ เขตเมือง เท่ากับ } 5449, n = \frac{481.48}{1 + \frac{481.48}{5449}} = 442.35$$

ตัวอย่างจากเขตเมืองเท่ากับ 442 คน เก็บตัวอย่างสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ 375 คน

$$N \text{ เขตชนบท เท่ากับ } 7087, n = \frac{481.48}{1 + \frac{481.48}{7087}} = 450.82$$

ตัวอย่างจากเขตชนบท เท่ากับ 451 คน เก็บตัวอย่างสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ 315 คน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้ทุกคนเป็นตัวอย่าง (ยกเว้นในเขตชนบทสามารถติดตามสัมภาษณ์ได้เพียง 49 คน ชาย 6 คน เนื่องจากไม่สามารถสอบถามได้)

เนื่องจากเทศบาลเมืองมีการแบ่งพื้นที่เป็น 15 เขตเลือกตั้ง และอำเภอเขาชัยสน แบ่งออกเป็น 10 ตำบล 55 หมู่บ้าน ในแต่ละเขตหรือหมู่บ้านมีจำนวนบ้านไม่เท่ากัน ฉะนั้นจึงได้หาขนาดของตัวอย่างประชากรซึ่งเป็นตัวแทนของบ้าน ในแต่ละเขตหรือหมู่บ้านแบบเป็นสัดส่วนกัน



2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 3 ชุด คือ

1. แบบสำรวจความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของชุมชนซึ่งเกี่ยวกับงานสาธารณสุขตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวทางมาจากแบบฟอร์มจปฐ. ของกระทรวงสาธารณสุข เนื้อหา ประกอบด้วย

- ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว
- สถานะสุขภาพอนามัยเบื้องต้น

2. แบบสัมภาษณ์ประชากร เนื้อหาประกอบด้วย

- ข้อมูลทั่วไปของประชากร
- การไปใช้บริการเบื้องต้นด้านสุขภาพอนามัยในงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน
- ทศนคติต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอสม.

3. แบบสัมภาษณ์ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เนื้อหาประกอบด้วย

- ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อลักษณะส่วนบุคคล ความพอใจกับการปฏิบัติงานในชุมชน, ลักษณะของชุมชนที่ปฏิบัติงาน, สิ่งสนับสนุนที่รัฐบาลให้ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน, บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน

ก่อนจะนำแบบสัมภาษณ์ไปรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญและกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบประเมินความครอบคลุมของเนื้อหาที่ถาม หลังจากนั้นจึงได้นำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและของกรรมการก่อนที่จะนำไปทดลองสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างประชากร, อสม., ในพื้นที่ที่คล้าย ๆ กับพื้นที่ศึกษาวิจัยคือ เทศบาลเมืองชะอำและอำเภอเมืองซึ่งอยู่นอกเขตเทศบาล จ.เพชรบุรี

หลังจากนั้นได้นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เนื้อหาความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถามโดยวิธีของ Cronbach⁴¹⁾ ผลจากการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงได้ค่าความเที่ยง (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.75 และหาค่าอำนาจจำแนกโดยวิธี t-test⁴¹⁾ ของแบบสอบถามที่เป็นแบบสอบถามวัดทัศนคติ ค่าที่ได้มากกว่า 1.75 จากนั้นได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงและแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและกรรมการก่อนนำไปใช้สัมภาษณ์จริง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. นำหนังสือขออนุมัติทำวิจัยในพื้นที่จากหัวหน้าภาควิชาถึงนายกเทศมนตรี เทศบาลเมืองเพชรบุรี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งแจ้งให้ทราบวัตถุประสงค์ในการศึกษาและขอความร่วมมือจากสาธารณสุขเทศบาล, สาธารณสุขอำเภอเขาชัย้อย ในการอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยในพื้นที่และการรวบรวมข้อมูล โดยการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและทัศนคติของประชาชน, ทัศนคติของอสม. ต่องานสาธารณสุขมูลฐาน
2. นำหนังสือจากทางสำนักงานเทศบาลและจากทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีไปประสานงานกับกองสาธารณสุขเทศบาลเมือง, สาธารณสุขอำเภอเขาชัย้อย จ.เพชรบุรี ตามลำดับเพื่อให้แจ้งเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานในแต่ละพื้นที่ที่ได้รับทราบ

การเก็บข้อมูล

เขตเมือง

ผู้วิจัยได้พบเจ้าหน้าที่สำนักงานทะเบียนราษฎรเพื่อรวบรวมรายชื่อตัวอย่าง (ประชากรและอสม.) ในเขตเทศบาล ประสานงานกับกองสาธารณสุขเทศบาลเมือง ขอเข้าสังเกตการณ์ปฏิบัติงานของอสม. ดูนันทนาการปฏิบัติงานในข่ายงานสาธารณสุขมูลฐาน รวมทั้งการสัมภาษณ์ตัวอย่างประชากรซึ่งเป็นตัวแทนครอบครัวและอสม. ตามแบบสอบถามที่เตรียมไว้

เขตชนบท

ผู้วิจัยได้พบเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในตำบลนั้น ๆ (ที่ศึกษา) เพื่อรวบรวมรายชื่อตัวอย่าง (ประชาชนและอสม.) ในตำบลนั้น และเข้าสังเกตการณ์การปฏิบัติงานของอสม. ดูนันทนาการปฏิบัติงานในข่ายงานสาธารณสุขมูลฐาน รวมทั้งการสัมภาษณ์ตัวอย่างประชากรซึ่งเป็นตัวแทนครอบครัวและอสม. ตามแบบสอบถามที่เตรียมไว้.

ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยเป็นผู้ทำการสัมภาษณ์ตัวอย่างเอง ทั้งในเขตเมือง และเขตชนบท

4. ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

- (1) การตรวจสอบแบบสัมภาษณ์ ได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสัมภาษณ์ทุกชุด ทุกครั้งหลังการสัมภาษณ์ให้เรียบร้อยภายในวันที่สัมภาษณ์นั้นและหลังจากได้ลง code, key ข้อมูล ได้ตรวจดูความถูกต้องตรงกับข้อมูลจริงและครบถ้วนอีกครั้ง

(2) การให้คะแนนทัศนคติ

ผู้วิจัยได้ให้คะแนนทัศนคติตามมาตราส่วนประเมินค่า (rating-scale) ตามหลักเกณฑ์การสร้างแบบวัดทัศนคติของ Likert

แบบสอบวัดทัศนคติ summated ratings ที่สร้างขึ้นโดย Renis Likert เป็นแบบวัดทัศนคติที่นิยมพอ ๆ กับของ Thurstone ในแบบวัดทัศนคติของลิเคอร์ต กำหนดให้ข้อความทุกข้อในแบบวัดทัศนคติ คือผลรวมของคะแนนทุกข้อในแบบวัดทัศนคติ ซึ่งลิเคอร์ตถือว่าผู้มีทัศนคติต่อสิ่งใดก็ย่อมจะมีโอกาสที่จะตอบเห็นด้วยกับข้อความที่สนับสนุนสิ่งนั้น และโอกาสที่จะตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความที่ต่อต้านสิ่งนั้นก็จะมีมาก คะแนนรวมของทุกข้อจะเป็นเครื่องชี้ให้เห็นทัศนคติของผู้ตอบแต่ละคน วิธีสร้างแบบวัดทัศนคติของ Likert โดยการสร้างข้อความ (attitude statements) ขึ้นมาหลาย ๆ ข้อความให้ครอบคลุมหัวข้อที่ต้องการวัด และเกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความรู้สึก และความพร้อมที่จะกระทำ การตอบแบบสอบถาม ให้เลือกตอบว่าเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพียงอย่างใดอย่างหนึ่งในแต่ละข้อ การเปรียบเทียบทัศนคติให้เป็นคะแนนข้อความที่สนับสนุน (positive) คำตอบที่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน และลดลงเรื่อยๆ จนถึงคำตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความที่ต่อต้าน ถ้าตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน และลดลงเรื่อยๆ จนถึงตอบว่าเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน

ในการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งระดับทัศนคติที่จะให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้ตอบ เป็น 3 ระดับและให้คะแนน ดังนี้

ถ้าข้อความ เป็น positive statement การให้คะแนนจะเป็นดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วย	5
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	1

ถ้าข้อความ เป็น negative statement การให้คะแนนจะเป็นดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วย	1
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	5

การแปลความหมายของคะแนน (interpretation of scores)

ในการแปลความหมายของคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามตามวิธีของ Likert นี้ส่วนมากจะคิดคะแนนเฉลี่ย (Mean) ของกลุ่มประชากรที่ศึกษา ว่าคะแนนเฉลี่ยตกอยู่ทางส่วนไหนของสเกล โดยเอาคะแนนตรงกลางเป็นหลัก วิธีการของ Likert นี้จะใช้ได้ดีโดยเฉพาะในกรณีต้องการเปรียบเทียบทัศนคติที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งระหว่างกลุ่มหรือกลุ่มเดียวกัน (16)

โดยทั่วไปแล้วการให้ความหมายของคะแนนที่ได้จาก likert scale นี้ไม่สามารถจะบอกทัศนคติของแต่ละบุคคลที่อยู่ในกลุ่มตัวอย่าง เพราะไม่รู้แน่ชัดว่า "จุดกลาง" (neutral point) หรือ "zero point" ของสเกลแบบนี้อยู่ที่ตรงจุดใดแน่

จัดระดับของการให้คะแนนทัศนคติเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ในส่วนของประชากร: ทัศนคติของประชากรต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอสม.

1. กลุ่มที่มีระดับคะแนนทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานของอสม. : ช่วงคะแนนมากกว่า 75%
2. กลุ่มที่มีระดับคะแนนทัศนคติปานกลางต่อการดำเนินงานของอสม. : ช่วงคะแนน 25% - 75%
3. กลุ่มที่มีระดับคะแนนทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดำเนินงานของอสม. : ช่วงคะแนนน้อยกว่า 25%

ในส่วนของอสม.

: ทัศนคติของอสม. ต่อความพอใจกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนที่รับผิดชอบ ต่อลักษณะของชุมชนที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ต่อสิ่งสนับสนุนที่รัฐให้ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ต่อบทบาทหน้าที่ของอสม.ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน

1. กลุ่มที่มีระดับคะแนนทัศนคติที่ดี : ช่วงคะแนนมากกว่า 75%
2. กลุ่มที่มีระดับคะแนนทัศนคติปานกลาง : ช่วงคะแนน 25% - 75%
3. กลุ่มที่มีระดับคะแนนทัศนคติที่ไม่ดี : ช่วงคะแนนน้อยกว่า 25%

(3) การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้สถิติดังต่อไปนี้

- ก. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแสดงคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยค่า จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และนำเสนอในรูปตาราง
- ข. สถิติวิเคราะห์ (analytics statistics) ได้แก่ Chi-square, Fisher's exact test, unpaired t-test for two independent groups: unknown variance, Mann-whitney U-test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอเป็น 6 ตอนดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างประชากรและครอบครัวที่ศึกษา

1.1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างประชากร

ตารางที่ 1 : แสดงจำนวน ร้อยละและค่าทางสถิติของกลุ่มประชากรตัวอย่าง จำนวนตามสภาพทั่วไป ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
(1) ชาย	178	47.5	91	28.9
(2) หญิง	197	52.5	224	71.1
รวม	375	100.0	315	100.0
Yates' correction chi-square = 24.06 p=9.3x10 ⁻⁷				
2. สถานะผู้ให้สัมภาษณ์				
(1) เจ้าบ้าน	240	64.0	123	39.0
(2) แม่บ้าน	106	28.3	167	53.1
(3) ลูกบ้าน	29	7.7	25	7.9
รวม	375	100.0	315	100.0
$\chi^2=46.77$ $df=2$ $p=1.37 \times 10^{-10}$				
3. อายุผู้ตอบ				
(1) 15 - 29 ปี	54	14.4	67	21.3
(2) 30 - 44 ปี	165	44.0	116	36.8
(3) 45 - 59 ปี	104	27.7	73	23.2
(4) 60 ปีขึ้นไป	52	13.9	59	18.7
รวม	375	100.0	315	100.0
\bar{x}	43.637		43.203	
sd	13.648		13.923	
$t=0.412258891$, $df=688$ $p=0.6586$				

ตารางที่ 1(ต่อ): แสดงจำนวน ร้อยละและค่าทางสถิติของกลุ่มประชากรตัวอย่าง จำแนกตามสถานทั่วไป ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. ศาสนา				
(1) พุทธ	373	99.5	315	100.0
(3) อิสลาม	2	0.5	0	0.0
รวม	375	100.0	315	100.0
Fisher's exact test : p=0.5031				
5. สถานสมรส				
(1) โสด	23	6.1	25	7.9
(2) คู่	271	72.3	245	77.8
(3) ม้าย/หย่า/แยก	81	21.6	45	14.3
รวม	375	100.0	315	100.0
$\chi^2=6.51$ $df=2$ $p=0.0772$				
6. ระดับการศึกษา				
(1) ไม่มีการศึกษา	15	4.0	24	7.6
(2) ประถมศึกษา	219	58.4	274	87.0
(3) มัธยมศึกษา	79	21.0	18	4.1
(4) อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	22	5.9	0	0.0
(5) ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	40	10.7	4	1.3
รวม	375	100.0	315	100.0
$\chi^2=102.57$ $df=4$ $p=7.4 \times 10^{-11}$				

ตารางที่ 1 (ต่อ): แสดงจำนวน ร้อยละและค่าทางสถิติของกลุ่มประชากรตัวอย่าง จำแนกตามสถานทั่วไป ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. อาชีพหลัก				
(1) ไม่มีอาชีพ	18	4.8	10	3.2
(2) เกษตรกรรม	2	0.5	175	55.6
(3) ค้าขายหรือประกอบธุรกิจ	113	30.1	25	7.9
(4) รับจ้าง	129	34.5	104	33.0
(5) รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	113	30.1	1	0.3
รวม	375	100.0	315	10
	$\chi^2=337.54$		df=4	$p=3.76 \times 10^{-10}$

เพศ ประชากรตัวอย่างที่ให้สัมภาษณ์ทั้งเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 52.5 และ ร้อยละ 71.1 ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=9.3 \times 10^{-7}$)

สถานะผู้ให้สัมภาษณ์ เขตเมืองส่วนใหญ่เป็นเจ้าของบ้านหรือหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 64.0 และเขตชนบทส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านร้อยละ 53.1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=1.37 \times 10^{-10}$)

อายุของผู้ตอบ ทั้งเขตเมืองและเขตชนบทประชากรตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 43 ปี ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประมาณ 14 ปี ถ้าจัดเป็นช่วงอายุ เขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 30 - 44 ปี ถึง ร้อยละ 44.0 และ 36.8 ตามลำดับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.6586$)

ศาสนา ประชากรตัวอย่างทั้งเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.5 และ ร้อยละ 100 ตามลำดับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.5031$)

สภาพสมรส ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งเขตเมืองและเขตชนบทสภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.3 และ ร้อยละ 77.8 ตามลำดับรองลงมาคือ ม่าย/หย่า/แยกและโสดคล้ายกันทั้งสองเขต ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0772$)

ระดับการศึกษา ตัวอย่างประชากรเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ 58.4 และ 87.0 เขตเมืองมีประชากรตัวอย่างที่จบอนุปริญา ปริญาตรีหรือเทียบเท่าจำนวน 62 คน หรือร้อยละ 16.6 ในเขตชนบทมีเพียง 4 คนหรือร้อยละ 1.3 และพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=7.4 \times 10^{-14}$)

อาชีพหลัก เขตเมืองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.5 เขตชนบทส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55.6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=3.76 \times 10^{-10}$) แสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

1.2 ลักษณะครอบครัวของตัวอย่างประชากรที่ศึกษา

ตารางที่ 2 : แสดงจำนวน ร้อยละและค่าทางสถิติของกลุ่มตัวอย่างครอบครัว จำแนกตามสภาพทั่วไป ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. จำนวนครอบครัว/บ้าน				
(1) 1 ครอบครัว/บ้าน	305	81.3	266	84.4
(2) 2 ครอบครัว/บ้าน	50	13.3	38	12.1
(3) 3 ครอบครัว/บ้าน	11	2.9	8	2.5
(4) มากกว่า 3 ขึ้นไป	9	2.4	3	1.0
รวม	375	100.0	315	100.0
	$\chi^2=2.58$	df=3	$p=0.9220$	

ตารางที่ 2(ต่อ): แสดงจำนวน ร้อยละและค่าทางสถิติของกลุ่มตัวอย่างครอบครัว จำแนกตามสภาพทั่วไป ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2. จำนวนประชากร/ครอบครัว				
(1) 1 คน/ครอบครัว	7	1.9	5	1.6
(2) 2 คน/ครอบครัว	34	9.1	24	7.6
(3) 3-4 คน/ครอบครัว	191	50.9	145	46.0
(4) ตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป	143	38.1	141	44.8
รวม	375	100.0	315	100.0
	$\chi^2=3.18$	df=3		p=0.7306
3. จำนวนชาย/ครอบครัว				
(0) ไม่มีชายในครอบครัว	20	5.3	8	2.5
(1) 1 คน/ครอบครัว	106	28.3	67	21.3
(2) 2 คน/ครอบครัว	135	36.0	130	41.3
(3) 3 คน/ครอบครัว	77	20.5	80	25.4
(4) ตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป	37	9.9	30	9.5
รวม	375	100.0	315	100.0
	$\chi^2= 9.67$	df=4		p=0.0926

ตารางที่ 2(ต่อ): แสดงจำนวน ร้อยละและค่าทางสถิติของกลุ่มตัวอย่างครอบครัว จำแนกตามสภาพทั่วไป ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. จำนวนหญิง/ครอบครัว				
(0) ไม่มีหญิงในครอบครัว	3	0.8	7	2.2
(1) 1 คน/ครอบครัว	105	28.0	56	17.8
(2) 2 คน/ครอบครัว	147	39.2	154	48.9
(3) 3 คน/ครอบครัว	72	19.2	71	22.5
(4) ตั้งแต่ 4 ขึ้นไป	48	12.8	27	8.6
รวม	375	100.0	315	100.0
	$\chi^2=17.48$	$df=4$	$p=0.0032$	
5. จำนวนประชากรหญิงอายุ 15 - 45 ปี/ครอบครัว				
(0) ไม่มีหญิงอายุ 15-45 ปี	64	17.1	57	18.1
(1) 1 คน/ครอบครัว	223	59.5	192	61.0
(2) 2 คน/ครอบครัว	65	17.3	45	14.3
(3) 3 คน/ครอบครัว	15	4.0	16	5.1
(4) ตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป	8	2.1	5	1.6
รวม	375	100.0	315	100.0
	$\chi^2= 1.88$	$df=4$	$p=1.0000$	

ตารางที่ 2 (ต่อ): แสดงจำนวน ร้อยละและค่าทางสถิติของกลุ่มตัวอย่างครอบครัว จำแนกตามสภาพทั่วไป ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. การถือครองที่ดิน				
(1) มีที่ดินและบ้านเป็นของตนเอง	122	32.5	259	82.2
(2) เช่าที่ปลูก	105	28.0	8	2.5
(3) อาศัย	84	22.4	42	13.3
(4) เช่าอยู่	64	17.1	6	1.9
รวม	375	100.0	315	100.0
Yates' correction chi-square = 28.65 $p=1.73 \times 10^{-7}$				
7. รายได้ของครอบครัว				
(1) ต่ำกว่า 3000 บาท	120	32.0	158	50.2
(2) 3000 - 5999 บาท	135	36.0	122	38.7
(3) 6000 - 8999 บาท	71	18.9	22	7.0
(4) 9000 บาทขึ้นไป	49	13.1	13	4.1
รวม	375	100.0	315	100.0
x̄	5088.749		3257.143	
sd	4152.724		2271.852	
	t=7.3139	df=598		p=0.0001

ตารางที่ 2 (ต่อ): แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างครอบครัว จำแนกตามสถานทั่วไป ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8. หญิงมีครรภ์มี	3	0.8	7	2.2
9. เด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี	26	6.9	25	7.9
10. เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี	101	26.9	101	32.1
11. มีหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามี	197	52.5	169	53.7
12. การมีบุตรและการคุมกำเนิด (ของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15 - 45 ปี ที่อยู่กินกับสามี) มีบุตรไม่กว่า 2 คนและคุมกำเนิด	99	71.7	84	75.7
13. วิธีการคุมกำเนิด				
(1) ทำหมันหญิง	77	50.0	37	27.2
(2) กินยาคุม	41	26.6	42	30.9
(3) ฉีดยาคุม	14	9.1	42	30.9
(4) ทำหมันชาย	9	5.8	6	4.4
(5) ถุงยางอนามัย	6	3.9	1	0.7
(6) ใส่ห่วงอนามัย	3	1.9	7	5.1
(7) นับวัน	3	1.9	0	0.0
(8) ผังยาคุม	1	0.6	1	0.7
รวม	154	100.0	136	100.0

ตารางที่ 2(ต่อ): แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างครอบครัว จำแนกตามสภาพทั่วไป ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดนครบุรี

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
14. สาเหตุที่ไม่คุมกำเนิด				
(1) ไม่ต้องการคุมกำเนิด	29	67.4	1	3.0
(2) ต้องการมีบุตร	11	25.6	23	69.7
(3) ตั้งครรภ์	3	7.0	7	21.2
(4) แรกคลอด	0	0.0	2	6.1
รวม	43	100.0	33	100.0

ลักษณะครอบครัวที่สำรวจความจำเป็นพื้นฐานเขตเมืองและเขตชนบท

จำนวนครอบครัว/บ้าน เขตเมืองและเขตชนบท ส่วนใหญ่มีจำนวน 1 ครอบครัว/บ้าน ร้อยละ 81.3 และ 84.4 รองลงมาคือ 2 ครอบครัว/บ้าน คล้ายกันทั้งสองเขต ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.9220$)

จำนวนประชากร/ครอบครัว เขตเมืองและเขตชนบท ส่วนใหญ่มีจำนวนประชากร 3 - 4 คน ต่อครอบครัว ร้อยละ 50.9 และ 46.0 รองลงมาคือ ตั้งแต่ 5 คน ขึ้นไป คล้ายกันทั้งสองเขต ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.7306$)

จำนวนชาย/ครอบครัว มี 355 ครอบครัวในเขตเมืองและ 307 ครอบครัวในเขตชนบทที่มีชาย เขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่มีจำนวนชาย 2 คน ต่อครอบครัว ร้อยละ 36.0 ในเขตเมือง และร้อยละ 41.3 ของครอบครัวที่มีประชากรชายในเขตชนบท ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0926$)

จำนวนหญิง/ครอบครัว มี 372 ครอบครัวในเขตเมืองและ 308 ครอบครัวในเขตชนบทที่มีหญิง เขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่มีจำนวนหญิง 2 คนต่อครอบครัว ร้อยละ 39.2 ในเขตเมือง และร้อยละ 48.9 ของครอบครัวที่มีประชากรหญิงในเขตชนบท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0032$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

จำนวนหญิงอายุ 15-45 ปี /ครอบครัว มี 311 ครอบครัวในเขตเมืองและ 258 ครอบครัวในเขตชนบท ในเขตเมืองส่วนใหญ่มีจำนวนหญิงอายุ 15 - 45 ปี 1 คน ต่อครอบครัว ร้อยละ 59.5 และร้อยละ 61.0 ของครอบครัวที่มีหญิงอายุ 15 - 45 ปี ในเขตชนบท ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=1.0000$)

การถือครองที่ดิน ส่วนใหญ่มีที่ดินและบ้านเป็นของตัวเอง ร้อยละ 32.5 ในเขตเมือง และร้อยละ 82.2 ในเขตชนบท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=1.73 \times 10^{-7}$)

รายได้ของครอบครัว/เดือน เขตเมืองมีรายได้เฉลี่ย 5,084 บาท/เดือน และส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3,000 - 5,999 บาท/เดือน ร้อยละ 36.0 เขตชนบทมีรายได้เฉลี่ย 3,257 บาท/เดือน และส่วนใหญ่อยู่ในช่วงต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน ร้อยละ 50.2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0001$)

หญิงมีครรภ์ เขตเมืองมี 3 คน เขตชนบทมี 7 คน

เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี เขตเมืองมี 26 คน เขตชนบทมี 25 คน

เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เขตเมืองมี 101 คน เขตชนบทมี 101 คน

หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามี เขตเมืองมีร้อยละ 52.5 เขตชนบทมีร้อยละ 53.7

หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามี มีบุตรต่ำกว่า 2 คน และคุมกำเนิด เขตเมืองและเขตชนบท ร้อยละ 71.7 และ 75.7

วิธีการคุมกำเนิด เขตเมืองส่วนใหญ่ทำหมันหญิง ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือกินยาคุม ร้อยละ 26.6 เขตชนบทส่วนใหญ่กินยาคุมและฉีดยาคุมเท่า ๆ กัน ร้อยละ 30.9 รองลงมาคือทำหมันหญิง ร้อยละ 27.2 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

สาเหตุของการไม่คุมกำเนิดในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามี เขตเมืองส่วนใหญ่คือ ไม่ต้องการคุมกำเนิด ร้อยละ 67.4 รองลงมาคือ ต้องการมีบุตร ร้อยละ 25.6 เขตชนบทส่วนใหญ่ต้องการมีบุตรร้อยละ 69.7 และกำลังตั้งครรภ์ ร้อยละ 21.2 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

2. เปรียบเทียบการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

2.1 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของชุมชนตัวอย่างระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

ตารางที่ 3: ทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของชุมชนตัวอย่าง ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี (สิงหาคม ถึง กันยายน 2534)

ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน(จปฐ.)	ผลการสำรวจ		ค่าทางสถิติ และ p-value
		เขตเมือง จำนวน	เขตชนบท จำนวน	
หมวดที่ 1 ประชาชนได้กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะเพียงพอับความต้องการของร่างกาย				
(1)	เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการ			
	- น้ำหนักปกติ	101	94	Fisher's exact:
	- ขาดอาหารระดับ 1	0	7	p=0.0140
	รวม	101	101	
(2)	หญิงมีครรภ์ได้รับบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเพียงพอ ซึ่งมีผลทำให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 3,000 กรัม			
	- น้ำหนักน้อยกว่า 3,000 กรัม	20	12	$\chi^2=3.41$
	- น้ำหนักน้อยกว่า 3,000 กรัม	6	13	p=0.1298
	รวม	26	25	

ตารางที่ 3 (ต่อ) ทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงาน
สาธารณสุขของชุมชนตัวอย่าง ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี
(สิงหาคม - กันยายน 2534)

ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน(จปฐ.)	ผลการสำรวจ		ค่าทางสถิติ และ p-value
		เขตเมือง จำนวน	เขตชนบท จำนวน	
หมวดที่ 2 ประชาชนที่มีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม				
(3)	ครอบครัวมีส่วนร่วมถูกสุขลักษณะเข้าเกณฑ์ ไม่เข้าเกณฑ์	375 0	290 25	$\chi^2=28.65$ $p=1.74 \times 10^{-7}$
	รวม	375	315	
(4)	ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปีเข้าเกณฑ์ ไม่เข้าเกณฑ์	362 13	242 73	$\chi^2=59.15$ $p=3.22 \times 10^{-10}$
	รวม	375	315	
(5)	ครอบครัวมีน้ำใช้ที่สะอาดตลอดปีเข้าเกณฑ์ ไม่เข้าเกณฑ์	361 14	262 53	$\chi^2=31.99$ $p=3.10 \times 10^{-6}$
	รวม	375	315	
หมวดที่ 3 ประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ				
(6)	เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรค วัณโรค โรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ และหัด ครบตามเกณฑ์อายุ เข้าเกณฑ์ ไม่เข้าเกณฑ์	24 2	24 1	Fisher's exact: $p=1.0000$
	รวม	26	25	

ตารางที่ 3 (ต่อ) ทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงาน
สาธารณสุขของชุมชนตัวอย่าง ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี
(สิงหาคม - กันยายน 2534)

ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน(จปฐ.)	ผลการสำรวจ		ค่าทางสถิติ และ p-value
		เขตเมือง จำนวน	เขตชนบท จำนวน	
(7)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการฉีดบาดทะยักครบ ตามเกณฑ์	25	25	Fisher's exact: p=1.0000
	ไม่เข้าเกณฑ์	1	0	
	รวม	26	25	
(8)	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดเข้าเกณฑ์	3	5	Fisher's exact: p=1.0000
	ไม่เข้าเกณฑ์	0	2	
	รวม	3	7	
(9)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้าเกณฑ์	26	25	-
	รวม	26	25	
(10)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการดูแลหลังคลอด เข้าเกณฑ์	24	23	Fisher's exact: p=1.0000
	ไม่เข้าเกณฑ์	2	2	
	รวม	26	25	

ตารางที่ 3 (ต่อ): ทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงาน
สาธารณสุขของชุมชนตัวอย่าง ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี
(สิงหาคม - กันยายน 2534)

ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน(จปฐ.)	ผลการสำรวจ		ค่าทางสถิติ และ p-value
		เขตเมือง จำนวน	เขตชนบท จำนวน	
(11)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการทำคลอดและ ดูแลหลังคลอดเข้าเกณฑ์ ไม่เข้าเกณฑ์ รวม	24 2 26	23 2 25	Fisher's exact: p=1.0000
หมวดที่ 6	ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนการมีบุตรได้ตามต้องการ			
(12)	คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คนและสามารถใช้บริการ การคุมกำเนิดได้ตามต้องการเข้าเกณฑ์ ไม่เข้าเกณฑ์ รวม	154 43 197	136 33 169	$\chi^2=0.17$ p = 1.0000

จากการนำข้อมูลมาทดสอบหาความแตกต่างทางสถิติ พบว่า มีตัวชี้วัด 4 ข้อของการบรรลุเกณฑ์
ความจำเป็นพื้นฐานระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท ได้แก่ 1. เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวัง
ทางโภชนาการทำให้ไม่มีเด็กขาดสารอาหาร 2. ครอบครัวมีส่วนร่วมถูกสุขลักษณะ 3. ครอบครัวมีน้ำ
สะอาดดื่มตลอดปี 4. ครอบครัวมีน้ำใช้ที่สะอาดตลอดปีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0140$,
 $p=1.74 \times 10^{-7}$, $p=3.22 \times 10^{-10}$, $p=3.10 \times 10^{-8}$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ข้อมูลสถานบริการที่สมาชิกในครอบครัวไปรับบริการมากที่สุดเมื่อเจ็บป่วย

**ตารางที่ 4: แสดงจำนวนและร้อยละของประชากรตัวอย่างเขตเมืองและเขตชนบทจังหวัดเพชรบุรี
ที่ไปใช้บริการทางด้านสาธารณสุขตามแหล่งต่าง ๆ**

ลำดับ	แหล่งบริการสาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
เขตเมือง			
1.	คลินิก หรือ โรงพยาบาลเอกชน	226	60.3
2.	โรงพยาบาลทั่วไปจ.เพชรบุรี	55	14.7
3.	สำนักงานสาธารณสุขเทศบาลเมืองจ.เพชรบุรี	49	13.1
4.	พึ่งตนเอง	32	8.5
5.	ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 จ.ราชบุรี	7	1.9
6.	ร้านขายยา	3	0.8
7.	โรงพยาบาลศูนย์จ.ราชบุรี	3	0.8
	รวม	375	100.0
เขตชนบท			
1.	สถานีอนามัย	189	60.0
2.	โรงพยาบาลศูนย์ จ.ราชบุรี	45	14.3
3.	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)	34	10.8
4.	โรงพยาบาลชุมชน	17	5.4
5.	คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน	11	3.5
6.	ร้านขายยา	8	2.5
7.	โรงพยาบาลชุมชน จ.ราชบุรี	3	1.0
8.	โรงพยาบาลทั่วไป	3	1.0
9.	ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 จ.ราชบุรี	3	1.0
10.	พึ่งตนเอง	2	0.6
	รวม	315	100.0

เขตเมือง สถานบริการที่สมาชิกไปรับบริการมากที่สุด คือ คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 60.3 รองลงมาคือ โรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดเพชรบุรี ร้อยละ 14.7 เขตชนบท สถานบริการที่สมาชิกไปรับบริการมากที่สุดคือ สถานีอนามัย ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดราชบุรี ร้อยละ 14.3 การไปใช้บริการที่อสม.มีเพียงเขตชนบทเท่านั้นที่ไปใช้บริการ ร้อยละ 10.8 เป็นอันดับ 3 แสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

การรู้จักอสม. ของประชากรเขตเมืองและเขตชนบท

ตารางที่ 5: แสดงจำนวน ร้อยละและค่าสถิติของประชากรตัวอย่างในเขตเมืองและเขตชนบทที่รู้จักอสม.

ปัจจัย	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรู้จักอสม.				
รู้จักอสม.	37	9.9	214	67.9
ไม่รู้จักอสม.	338	90.1	101	32.1
รวม	375	100.0	315	100.0
Yates' correction chi-square =246.93 p=3.94x10 ⁻¹⁰				

เขตเมืองประชากรตัวอย่างรู้จักอสม.เพียงร้อยละ 9.9 ซึ่งตรงข้ามกับเขตชนบทที่รู้จักอสม.ถึงร้อยละ 67.9 ทดสอบหาความแตกต่างระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=3.94 \times 10^{-10}$) แสดงรายละเอียดในตารางที่ 5

ในกรณีที่ไม่รู้จักอสม.

ตารางที่ 6 : แสดงจำนวนและร้อยละของประชากรตัวอย่างในเขตเมืองและเขตชนบท(ในกรณีที่ไม่รู้จักอสม.) ถึงความจำเป็นที่จะต้องมีอสม.

ปัจจัย	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ในกรณีที่ไม่รู้จักอสม.</u>				
ความจำเป็นที่จะต้องมีอสม.				
จำเป็น	144	42.6	73	72.3
ไม่จำเป็น	194	57.4	28	27.7
รวม	338	100.0	101	100.0
Yates' correction Chi-square = 26.22 $p=9.14 \times 10^{-7}$				

เขตเมืองประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไม่จำเป็นต้องมีอสม. ถึงร้อยละ 57.4 เขตชนบท ร้อยละ 27.7 ทดสอบหาความแตกต่างระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=9.14 \times 10^{-7}$) แสดงรายละเอียดในตารางที่ 6

2.2 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงาน
สาธารณสุขของชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จัก อสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบทจังหวัดเพชรบุรี

ตารางที่ 7: ทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงาน
สาธารณสุขของชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัด
เพชรบุรี (สิงหาคม - กันยายน 2534)

ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน(จปฐ.)	ผลการสำรวจ		ค่าทางสถิติ และ p-value
		เขตเมือง จำนวน	เขตชนบท จำนวน	
หมวดที่ 1	ประชาชนได้กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย			
(1)	เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการ			
	- น้ำหนักปกติ	88	22	Fisher's exact: p=0.0098
	- ขาดอาหารระดับ 1	0	3	
	รวม	88	25	
(2)	หญิงมีครรภ์ได้บริโภคอาหารอย่างถูกต้อง เพียงพอ ซึ่งมีผลทำให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนัก ไม่น้อยกว่า 3000 กรัม	16	4	Fisher's exact: p=0.3715
	- น้ำหนักน้อยกว่า 3,000 กรัม	5	3	
	รวม	21	7	
หมวดที่ 2	ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม			
(3)	ครอบครัวมีสิ่งแวดล้อมสุขลักษณะเข้าเกณฑ์ ไม่เข้าเกณฑ์	338	91	Fisher's exact: p=3.0x10 ⁻⁷
	รวม	338	101	

ตารางที่ 7(ต่อ): ทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงาน
สาธารณสุขของชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัด
เพชรบุรี (สิงหาคม - กันยายน 2534)

ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน(จปฐ.)	ผลการสำรวจ		ค่าทางสถิติ และ p-value
		เขตเมือง จำนวน	เขตชนบท จำนวน	
(4)	ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปีเข้าเกณฑ์	325	75	$\chi^2=43.39$ $p=1.9 \times 10^{-10}$
	ไม่เข้าเกณฑ์	13	26	
	รวม	338	101	
(5)	ครอบครัวมีน้ำใช้ที่สะอาดตลอดปีเข้าเกณฑ์	324	83	$\chi^2=19.56$ $p=1.95 \times 10^{-5}$
	ไม่เข้าเกณฑ์	14	18	
	รวม	338	101	
หมวดที่ 3	ประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ			
(6)	เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรค วัณโรค โรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ และหัด			
	ครบตามเกณฑ์อายุ	19	7	Fisher's exact: $p=1.0000$
	ไม่เข้าเกณฑ์	2	0	
รวม	21	7		
(7)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้ฉีดบาดทะยักครบ ตามเกณฑ์	20	7	Fisher's exact: $p=1.0000$
	ไม่เข้าเกณฑ์	1	0	
	รวม	21	7	

ตารางที่ 7 (ต่อ): ทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงาน
สาธารณสุขของชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัด
เพชรบุรี (สิงหาคม - กันยายน 2534)

ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน(จปฐ.)	ผลการสำรวจ		ค่าทางสถิติ และ p-value
		เขตเมือง จำนวน	เขตชนบท จำนวน	
(8)	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด เข้าเกณฑ์	2	1	-
	รวม	2	1	
(9)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้คลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้าเกณฑ์	21	7	-
	รวม	21	7	
(10)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการดูแลหลังคลอด เข้าเกณฑ์	19	7	Fisher's exact:
	ไม่เข้าเกณฑ์	2	0	p=1.0000
	รวม	21	7	
(11)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการทำคลอดและ ดูแลหลังคลอดเข้าเกณฑ์	19	7	Fisher's exact:
	ไม่เข้าเกณฑ์	2	0	p=1.0000
	รวม	21	7	
หมวดที่ 6	ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนการมีบุตรได้ตามต้องการ			
(12)	คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คนและสามารถใช้บริการคุมกำเนิดได้ตามต้องการ เข้าเกณฑ์	88	27	$\chi^2=0.49$
	ไม่เข้าเกณฑ์	35	7	p=0.9698
	รวม	123	34	

จากการนำข้อมูลมาทดสอบหาความแตกต่างทางสถิติ พบว่า มีตัวชี้วัด 4 ข้อของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานของประชากรตัวอย่างที่ไม่รู้จักอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท ได้แก่ 1. เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการทำให้ไม่มีเด็กขาดสารอาหาร 2. ครอบครัวมีสมาชิกถูกสุขลักษณะ 3. ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปี 4. ครอบครัวมีน้ำใช้ที่สะอาดตลอดปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0098$, $p=3.0 \times 10^{-7}$, $p=1.9 \times 10^{-10}$, $p=1.95 \times 10^{-8}$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 7

2.3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของชุมชนตัวอย่างที่รู้จักอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

ตารางที่ 8: ทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของชุมชนตัวอย่างที่รู้จักอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี (สิงหาคม - กันยายน 2534)

ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน(จปฐ.)	ผลการสำรวจ		ค่าทางสถิติ และ p-value
		เขตเมือง	เขตชนบท	
		จำนวน	จำนวน	

หมวดที่ 1 ประชาชนได้กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

(1) เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวัง

ทางโภชนาการ

- น้ำหนักปกติ	13	72	Fisher's exact:
- ขาดอาหารระดับ 1	0	4	p=1.0000
รวม	13	76	

ตารางที่ 8 (ต่อ): ทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงาน
สาธารณสุขของชุมชนตัวอย่างที่รู้จักอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัด
เพชรบุรี (สิงหาคม - กันยายน 2534)

ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน(จปฐ.)	ผลการสำรวจ		ค่าทางสถิติ และ p-value
		เขตเมือง จำนวน	เขตชนบท จำนวน	
(2)	หญิงมีครรภ์ได้บริโภคอาหารอย่างถูกต้อง เพียงพอ ซึ่งมีผลทำให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนัก ไม่น้อยกว่า 3000 กรัม - น้ำหนักน้อยกว่า 3,000 กรัม รวม	4 1 5	8 10 18	Fisher's exact: p=0.3168
หมวดที่ 2	ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม			
(3)	ครอบครัวมีสิ่งแวดล้อมสุขลักษณะเข้าเกณฑ์ ไม่เข้าเกณฑ์ รวม	37 0 37	199 15 214	Fisher's exact: p=0.1370
(4)	ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปีเข้าเกณฑ์ ไม่เข้าเกณฑ์ รวม	37 0 37	167 47 214	$\chi^2 = 8.61$ p=0.0066
(5)	ครอบครัวมีน้ำใช้ที่สะอาดตลอดปีเข้าเกณฑ์ ไม่เข้าเกณฑ์ รวม	37 0 37	179 35 214	$\chi^2 = 5.74$ p=0.0332

ตารางที่ 8(ต่อ): ทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงาน
สาธารณสุขของชุมชนตัวอย่างที่รู้จักอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัด
เพชรบุรี (สิงหาคม - กันยายน 2534)

ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน(จปฐ.)	ผลการสำรวจ		ค่าทางสถิติ และ p-value
		เขตเมือง จำนวน	เขตชนบท จำนวน	
หมวดที่ 3	ประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ			
(6)	เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรค วัณโรค โรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปлио และหัด			
	ครบตามเกณฑ์อายุ	5	17	Fisher's exact: p=1.0000
	ไม่เข้าเกณฑ์	0	1	
	รวม	5	18	
(7)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้ฉีดบาดทะยักครบ ตามเกณฑ์	5	18	-
	รวม	5	18	
(8)	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดเข้าเกณฑ์	1	4	Fisher's exact: p=1.0000
	ไม่เข้าเกณฑ์	0	2	
	รวม	1	6	
(9)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้คลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
	เข้าเกณฑ์	5	18	-
	รวม	5	18	

ตารางที่ 8(ต่อ): ทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงาน
สาธารณสุขของชุมชนตัวอย่างที่รู้จักอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัด
เพชรบุรี (สิงหาคม - กันยายน 2534)

ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน(จปฐ.)	ผลการสำรวจ		ค่าทางสถิติ และ p-value
		เขตเมือง	เขตชนบท	
		จำนวน	จำนวน	
(10)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการดูแลหลังคลอด เข้าเกณฑ์	5	16	Fisher's exact: p=1.0000
	ไม่เข้าเกณฑ์	0	2	
	รวม	5	18	
(11)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการทำคลอดและ ดูแลหลังคลอดเข้าเกณฑ์	5	16	Fisher's exact: p=1.0000
	ไม่เข้าเกณฑ์	0	2	
	รวม	5	18	
หมวดที่ 6	ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและ จำนวนการมีบุตรได้ตามต้องการ			
(12)	คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คนและสามารถ ใช้บริการ การคุมกำเนิดได้ตามต้องการ	11	57	Fisher's exact: p=1.0000
	ไม่เข้าเกณฑ์	4	20	
	รวม	15	77	

เมื่อทดสอบหาความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงาน
สาธารณสุขของประชากรตัวอย่างที่รู้จักอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่า มีตัวชี้วัด 2 ข้อ
ได้แก่ 1. ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปี 2. ครอบครัวมีน้ำใช้ที่สะอาดตลอดปี มีความแตกต่าง
กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0066$, $p=0.0332$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 8

2.4 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของการบริโภคเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงาน
สาธารณสุขระหว่างชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักกับรู้จักอสม. ในเขตเมืองจังหวัดเพชรบุรี

ตารางที่ 9 : ทดสอบความแตกต่างของการบริโภคเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงาน
สาธารณสุขระหว่างชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักกับรู้จักอสม. ในเขตเมือง จังหวัดเพชรบุรี
(สิงหาคม - กันยายน 2534)

ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน(จปฐ.)	ผลการสำรวจชุมชนตัวอย่างในเขตเมือง		
		ไม่รู้จักอสม.	รู้จักอสม.	ค่าทางสถิติ และ p-value
หมวดที่ 1	ประชาชนได้กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย			
(1)	เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการ			
	- น้ำหนักปกติ	88	13	-
	รวม	88	13	
(2)	หญิงมีครรภ์ได้บริโภคอาหารอย่างถูกต้อง			
	เพียงพอ ซึ่งมีผลทำให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนัก			
	ไม่น้อยกว่า 3000 กรัม	16	4	Fisher's exact:
	- น้ำหนักน้อยกว่า 3,000 กรัม	5	1	p=1.0000
	รวม	21	5	
หมวดที่ 2	ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม			
(3)	ครอบครัวมีส้วมถูกสุขลักษณะเข้าเกณฑ์	338	37	-
	รวม	338	37	
(4)	ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปีเข้าเกณฑ์	325	37	Fisher's exact:
	ไม่เข้าเกณฑ์	13	0	p=0.6265
	รวม	338	37	

ตารางที่ 9 (ต่อ): ทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงาน
 สาธารณสุขระหว่างชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักกับรู้จักอสม. ในเขตเมือง จังหวัดเพชรบุรี
 (สิงหาคม - กันยายน 2534)

ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน (จปฐ.)	ผลการสำรวจชุมชนตัวอย่างในเขตเมือง		
		ไม่รู้จักอสม. จำนวน	รู้จักอสม. จำนวน	ค่าทางสถิติ และ p-value
(5)	ครอบครัวมีน้ำใช้ที่สะอาดปลอดภัย ไม่เข้าเกณฑ์	324 14	37 0	Fisher's exact: p=0.7555
	รวม	338	37	
หมวดที่ 3	ประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ			
(6)	เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรค วัณโรค โรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ และหัด ครบตามเกณฑ์อายุ ไม่เข้าเกณฑ์	19 2	5 0	Fisher's exact: p=1.0000
	รวม	21	5	
(7)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้ฉีดบาดทะยักครบ ตามเกณฑ์ ไม่เข้าเกณฑ์	20 1	5 0	Fisher's exact: p=1.0000
	รวม	21	5	
(8)	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด เข้าเกณฑ์	2	1	-
	รวม	2	1	
(9)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้คลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้าเกณฑ์	21	5	-
	รวม	21	5	

ตารางที่ 9(ต่อ): ทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงาน
 สาธารณสุขระหว่างชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักกับรู้จักอสม. ในเขตเมือง จังหวัดเพชรบุรี
 (สิงหาคม - กันยายน 2534)

ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน(จปฐ.)	ผลการสำรวจชุมชนตัวอย่างในเขตเมือง		
		ไม่รู้จักอสม. จำนวน	รู้จักอสม. จำนวน	ค่าทางสถิติ และ p-value
(10)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการดูแลหลังคลอด			
	เข้าเกณฑ์	19	5	Fisher's exact: p=1.0000
	ไม่เข้าเกณฑ์	2	0	
	รวม	21	5	
(11)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการทำคลอดและ			
	ดูแลหลังคลอดเข้าเกณฑ์	19	5	Fisher's exact: p=1.0000
	ไม่เข้าเกณฑ์	2	0	
	รวม	21	5	
หมวดที่ 6	ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนการมีบุตรได้ตามต้องการ			
(12)	คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คนและสามารถใช้บริการคุมกำเนิดได้ตามต้องการ			
	เข้าเกณฑ์	88	11	Fisher's exact: p=1.0000
	ไม่เข้าเกณฑ์	35	4	
	รวม	123	15	

เมื่อทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุข
 12 ข้อ ระหว่างชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักกับรู้จักอสม. ในเขตเมือง พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 9

2.5 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงาน
สาธารณสุขระหว่างชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักกับรู้จักอสม. ในเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

ตารางที่ 10: ทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงาน
สาธารณสุขระหว่างชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักกับรู้จักอสม. ในเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี
(สิงหาคม - กันยายน 2534)

<u>ผลการสำรวจชุมชนตัวอย่างในเขตชนบท</u>				
ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน(จปฐ.)	<u>ไม่รู้จักอสม.</u>		ค่าทางสถิติ จำนวน และ p-value
		จำนวน	จำนวน	
หมวดที่ 1 ประชาชนได้กินอาหารที่ถูกลักษณะเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย				
(1)	เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการ			
	- น้ำหนักปกติ	22	72	Fisher's exact: p=0.7199
	- ขาดอาหารระดับ 1	3	4	
	รวม	25	76	
(2)	หญิงมีครรภ์ได้บริโภคอาหารอย่างถูกต้อง เพียงพอ ซึ่งมีผลทำให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนัก ไม่น้อยกว่า 3000 กรัม	4	8	Fisher's exact: p=0.6727
	- น้ำหนักน้อยกว่า 3,000 กรัม	3	10	
	รวม	7	18	
หมวดที่ 2 ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม				
(3)	ครอบครัวมีส่วนร่วมถูกลักษณะเข้าเกณฑ์	91	199	$\chi^2=0.44$ p=0.5074
	ไม่เข้าเกณฑ์	10	15	
	รวม	101	214	

ตารางที่ 10(ต่อ):ทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงาน
สาธารณสุขระหว่างชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักกับรู้จักอสม. ในเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี
(สิงหาคม - กันยายน 2534)

ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน(จปฐ.)	ผลการสำรวจชุมชนตัวอย่างในเขตชนบท		
		ไม่รู้จักอสม. จำนวน	รู้จักอสม. จำนวน	ค่าทางสถิติ และ p-value
(4)	ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปี เข้าเกณฑ์	75	167	$\chi^2=0.36$
	ไม่เข้าเกณฑ์	26	47	$p=0.5491$
	รวม	101	214	
(5)	ครอบครัวมีน้ำใช้ที่สะอาดนอตลอดปี เข้าเกณฑ์	83	179	$\chi^2=0.03$
	ไม่เข้าเกณฑ์	18	35	$p=0.8702$
	รวม	101	214	
หมวดที่ 3	ประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ			
(6)	เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรค วัณโรค โรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ และหัด			
	ครบตามเกณฑ์อายุ	7	17	Fisher's exact:
	ไม่เข้าเกณฑ์	0	1	$p=1.0000$
รวม	7	18		
(7)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้ฉีดบาดทะยักครบ ตามเกณฑ์	7	18	Fisher's exact:
	รวม	7	18	$p=1.0000$
8)	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด			
	เข้าเกณฑ์	1	4	Fisher's exact:
	ไม่เข้าเกณฑ์	0	2	$p=1.0000$
รวม	1	6		

ตารางที่ 10(ต่อ): ทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขระหว่างชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักกับรู้จักอสม. ในเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี (สิงหาคม - กันยายน 2534)

ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน(จปฐ.)	ผลการสำรวจชุมชนตัวอย่างในเขตชนบท		
		ไม่รู้จักอสม. จำนวน	รู้จักอสม. จำนวน	ค่าทางสถิติ และ p-value
(9)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้คลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้าเกณฑ์	7	18	-
	รวม	7	18	
(10)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการดูแลหลังคลอด เข้าเกณฑ์	7	16	Fisher's exact:
	ไม่เข้าเกณฑ์	0	2	p=1.0000
	รวม	7	18	
(11)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการทำคลอดและ ดูแลหลังคลอดเข้าเกณฑ์	7	16	Fisher's exact:
	ไม่เข้าเกณฑ์	0	2	p=1.0000
	รวม	7	18	
หมวดที่ 6	ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนการมีบุตรได้ตามต้องการ			
(12)	คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คนและสามารถใช้บริการคุมกำเนิดได้ตามต้องการ เข้าเกณฑ์	27	57	$\chi^2=0.14$
	ไม่เข้าเกณฑ์	7	20	p=0.7116
	รวม	34	77	

เมื่อทดสอบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุข 12 ข้อ ระหว่างชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักกับรู้จักอสม. ในเขตชนบท พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 10

3. เปรียบเทียบการไปใช้บริการเบื้องต้นด้านสุขภาพอนามัยในงานสาธารณสุขมูลฐานของประชากรที่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท

ตารางที่ 11: ทดสอบความแตกต่างของการไปใช้บริการเบื้องต้นทางด้านสุขภาพอนามัย ในงานสาธารณสุขมูลฐานของประชากรที่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

แหล่งที่รับบริการ	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1) รับบริการฝากครรภ์				
ระดับชุมชน	8	2.1	6	1.9
สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ				
ระดับที่ 1	5	1.3	53	16.8
ระดับที่ 2	73	19.5	49	15.6
ระดับที่ 3	110	29.3	196	62.2
สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน	179	47.7	11	3.5
รวม	375	100.0	315	100.0
	$\chi^2=213.85$	df=4	$p=3.72 \times 10^{-10}$	
2) รับบริการทำคลอด				
ระดับชุมชน	8	2.1	5	1.6
สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ				
ระดับที่ 1	0	0.0	15	4.8
ระดับที่ 2	75	20.0	56	17.8
ระดับที่ 3	115	30.7	224	71.1
สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน	177	47.2	15	4.8
รวม	375	100.0	315	100.0
	$\chi^2=186.37$	df=4	$p=3.8 \times 10^{-11}$	

ตารางที่ 11(ต่อ):ทดสอบความแตกต่างของการไปใช้บริการเบื้องต้นทางด้านสุขอนามัย ในงาน
สาธารณสุขมูลฐานของประชากรที่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ระหว่างเขต
เมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

แหล่งที่รับบริการ	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3) รับบริการรักษายาบาลเบื้องต้น				
ระดับชุมชน	140	37.3	35	11.1
สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ				
ระดับที่ 1	45	12.0	211	67.0
ระดับที่ 2	20	5.3	21	6.7
ระดับที่ 3	0	0.0	18	5.7
สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน				
รวม	375	100.0	315	100.0
	$\chi^2=283.59$	df=4	$p=5.56 \times 10^{-10}$	
4) รับบริการหึ่งน้ำหนักเด็ก				
ระดับชุมชน	8	2.1	108	34.3
สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ				
ระดับที่ 1	91	24.3	179	56.8
ระดับที่ 2	47	12.5	4	1.3
ระดับที่ 3	54	14.4	20	6.3
สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน				
รวม	375	100.0	315	100.0
	$\chi^2=327.38$	df=4	$p=4.26 \times 10^{-10}$	

ตารางที่ 11(ต่อ): ทดสอบความแตกต่างของการไปใช้บริการเบื้องต้นทางด้านสุขอนามัย ในงาน
สาธารณสุขมูลฐานของประชากรที่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ระหว่างเขต
เมืองกับเขตชนบท จังหวัดนครบุรี

แหล่งที่รับบริการ	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5) รับบริการยาสามัญประจำบ้าน				
ระดับชุมชน	1	0.3	101	32.1
สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ				
ระดับที่ 1	28	7.5	148	47.0
ระดับที่ 2	16	4.3	11	3.5
ระดับที่ 3	2	0.5	7	2.2
สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน				
รวม	328	87.5	48	15.2
	375	100.0	315	100.0
	$\chi^2=389.80$	df=4		$p=7.82 \times 10^{-10}$
6) รับบริการยาเม็ดคุมกำเนิดรายใหม่				
ระดับชุมชน	2	0.5	32	10.2
สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ				
ระดับที่ 1	63	16.8	239	75.9
ระดับที่ 2	59	15.7	13	4.1
ระดับที่ 3	44	11.7	21	6.7
สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน				
รวม	207	55.2	10	3.2
	375	100.0	315	100.0
	$\chi^2=342.79$	df= 4		$p=1.36 \times 10^{-10}$

ตารางที่ 11(ต่อ): ทดสอบความแตกต่างของการไปใช้บริการเบื้องต้นทางด้านสุขภาพอนามัย ในงาน
สาธารณสุขมูลฐานของประชากรที่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ระหว่างเขต
เมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

แหล่งที่รับบริการ	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7) รับบริการยาเม็ดคุมกำเนิดรายเก่า				
ระดับชุมชน	2	0.5	43	13.7
สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ				
ระดับที่ 1	62	16.5	227	72.1
ระดับที่ 2	57	15.2	12	3.8
ระดับที่ 3	24	6.4	18	5.7
สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน				
รวม	375	100.0	315	100.0
	$\chi^2=347.85$	df=4	$p=3.66 \times 10^{-10}$	
8) รับบริการวัคซีนป้องกันโรค				
ระดับชุมชน	2	0.5	1	0.3
สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ				
ระดับที่ 1	46	12.3	251	79.7
ระดับที่ 2	68	18.1	18	5.7
ระดับที่ 3	53	14.1	41	13.0
สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน				
รวม	375	100.0	315	100.0
	$\chi^2=364.28$	df=4	$p=6.42 \times 10^{-10}$	

ตารางที่ 11(ต่อ):ทดสอบความแตกต่างของการไปใช้บริการเบื้องต้นทางด้านสุขภาพอนามัย ในงาน
 สาธารณสุขมูลฐานของประชากรที่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ระหว่างเขต
 เมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

แหล่งที่รับบริการ	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9) รับบริการปรึกษาปรับปรุงน้ำและสร้างส้วม				
ระดับชุมชน	375	100.0	248	78.7
สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ				
ระดับที่ 1 และระดับ 2	0	0.0	67	21.3
รวม	375	100.0	315	100.0
Yates' correction Chi-square = 85.93 $p=2.78 \times 10^{-10}$				
10) แหล่งให้ข่าวสารด้านสาธารณสุขเบื้องต้น				
ระดับชุมชน	225	60.0	90	28.6
สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ				
ระดับที่ 1	105	28.0	210	66.7
ระดับที่ 2	25	6.7	5	1.6
ระดับที่ 3	2	0.5	10	3.2
สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน	18	4.8	0	0.0
รวม	375	100.0	315	100.0
$\chi^2=125.25$ $df=4$ $p=1.76 \times 10^{-10}$				

ตารางที่ 11(ต่อ):ทดสอบความแตกต่างของการไปใช้บริการเบื้องต้นทางด้านสุขภาพอนามัย ในงาน
 สาธารณสุขมูลฐานของประชากรที่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ระหว่างเขต
 เมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

แหล่งที่รับบริการ	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
11) แหล่งรับแจ้งข่าวสารด้านสาธารณสุขเบื้องต้น				
ระดับชุมชน	138	36.8	80	25.4
สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ				
ระดับที่ 1	139	37.1	222	70.5
ระดับที่ 2 ระดับ 3	84	22.4	13	4.1
สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน	14	3.7	0	0.0
รวม	375	100.0	315	100.0
	$\chi^2=95.99$	$df=3$	$p=2.82 \times 10^{-10}$	

จากการนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความแตกต่างของการไปใช้บริการแต่ละบริการ ในเขตเมือง
 กับเขตชนบท พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด 11 บริการ คือ

1. รับบริการฝากครรภ์ ($p=3.72 \times 10^{-10}$)
2. รับบริการทำคลอด ($p=3.8 \times 10^{-11}$)
3. รับบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ($p=5.56 \times 10^{-10}$)
4. รับบริการซั้่งน้ำหนักเด็ก ($p=4.26 \times 10^{-10}$)
5. รับบริการยาสามัญประจำบ้าน ($p=7.82 \times 10^{-10}$)
6. รับบริการยาเม็ดคุมกำเนิดรายใหม่ ($p=1.36 \times 10^{-10}$)
7. รับบริการยาเม็ดคุมกำเนิดรายเก่า ($p=3.66 \times 10^{-10}$)
8. รับบริการวัคซีนป้องกันโรค ($p=6.42 \times 10^{-10}$)
9. รับบริการปรึกษาปรับปรุงอนามัยและสร้างส้วม ($p=2.78 \times 10^{-10}$)
10. แหล่งให้ข่าวสารด้านสาธารณสุขเบื้องต้น ($p=1.76 \times 10^{-10}$)
11. แหล่งรับแจ้งข่าวสารด้านสาธารณสุขเบื้องต้น ($p=2.82 \times 10^{-10}$)

ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 11

แต่ถ้าวิเคราะห์แต่ละรายการของการไปใช้บริการ ในเขตเมือง สถานบริการที่ไปใช้บริการเบื้องต้นงานสาธารณสุขมูลฐานมากที่สุด คือ สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน บริการที่ไปใช้มากที่สุดมี 8 รายการคือ รับบริการยาสามัญประจำบ้าน รับบริการยาเม็ดคุมกำเนิดรายเก่า รับบริการยาเม็ดคุมกำเนิดรายใหม่ การฉีดวัคซีนป้องกันโรค การฝากครรภ์ การคลอด การซึ้งน้ำหนักเด็ก และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ร้อยละ 87.5, 61.3, 55.2, 54.9, 47.7, 47.2, 46.7 และ 45.3 ตามลำดับ สถานบริการที่ไปใช้บริการรองลงมา คือ ระดับชุมชนหรือการพึ่งพาตนเอง ได้แก่ ปรับปรุงบ่อน้ำ สร้างส้วมและแหล่งให้ข่าวสารด้านสาธารณสุขเบื้องต้น ร้อยละ 100.0 และ 60.0 ส่วนแหล่งรับแจ้งข่าวสารด้านสาธารณสุขเบื้องต้นของเขตเมือง คือ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในระดับที่ 1 ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขเทศบาลเมือง

ในเขตชนบท สถานบริการที่ไปใช้บริการเบื้องต้นงานสาธารณสุขมูลฐานมากที่สุด คือ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ระดับที่ 1 คือ สถานีอนามัย บริการที่ไปใช้มากที่สุดมี 8 รายการ ได้แก่ การฉีดวัคซีนป้องกันโรค รับบริการยาเม็ดคุมกำเนิดรายใหม่ รับบริการยาเม็ดคุมกำเนิดรายเก่า แหล่งรับแจ้งข่าวสารฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น แหล่งให้ข่าวสารฯ การซึ้งน้ำหนักเด็ก รับบริการยาสามัญประจำบ้าน ร้อยละ 79.7, 75.9, 72.1, 70.5, 67.0, 66.7, 56.8, และ 47.0 ตามลำดับ สถานบริการที่ไปใช้บริการรองลงมาคือ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ระดับ 3 คือ โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดรวมทั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดราชบุรี และโรงพยาบาลเทียบเท่าโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดอื่น (รพ.ศิริราช รพ.รามมา ฯลฯ) บริการที่ใช้ได้แก่ การทำคลอดและการฝากครรภ์ ร้อยละ 71.1 และ 62.2 บริการที่ประชากรเขตชนบทใช้บริการในระดับชุมชนหรือพึ่งตนเอง คือ บริการให้คำปรึกษาการปรับปรุงบ่อน้ำและสร้างส้วม ร้อยละ 78.7 ซึ่งคล้ายกับในเขตเมือง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 11

4. เปรียบเทียบทัศนคติของประชากรต่อการดำเนินงานของอสม. ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท

ตารางที่ 12: ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนรวมทัศนคติของประชากรต่อการดำเนินงานของอสม. ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง	n	คะแนนเต็ม	Mean	Median	M-W U Test	df	p-value
เขตเมือง	37	65	51.973	53.000	39.511	1	8.0×10^{-10}
เขตชนบท	214	65	59.178	61.000			

ทัศนคติที่ใช้ถามประชาชนมีข้อความ 13 ข้อคะแนนเต็ม 65 คะแนน ค่ามัธยฐานของคะแนนทั้งหมด 52 คะแนน จากการวิเคราะห์ทัศนคติของประชากรต่อการดำเนินงานของอสม. ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานพบว่า เขตเมืองกลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐาน 53 คะแนน ในเขตชนบทกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมัธยฐาน 61 คะแนน คะแนนเฉลี่ยทัศนคติของอสม. เขตชนบทสูงกว่าเขตเมือง

จากการทดสอบหาความแตกต่างคะแนนรวมทัศนคติของประชากรต่อการดำเนินงานของอสม. ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=8.0 \times 10^{-10}$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 12

ตารางที่ 13: ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติของประชากรที่มีต่อการดำเนินงานของอสม. รายชื่อตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

ทัศนคติ	เขตเมือง	เขตชนบท	ค่าสถิติ	
	MEDIAN (MEAN)	MEDIAN (MEAN)	M-W U Test p-value	df
1. เห็นด้วยหรือไม่กับการมีอสม.	5.000 (4.676)	5.000 (4.991)	17.301 6.40×10^{-6}	1
2. อสม. เป็นบุคคลที่เหมาะสม	5.000 (4.351)	5.000 (4.776)	13.496 4.78×10^{-4}	1
3. อสม. สามารถให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้	3.000 (3.324)	5.000 (4.383)	30.563 6.48×10^{-6}	1
4. พอใจต่อการปฏิบัติงานของอสม.	3.000 (3.649)	5.000 (4.720)	55.625 1.90×10^{-10}	1
5. การไม่จำเป็นต้องมีอสม.	5.000 (4.189)	5.000 (4.617)	2.392 0.2438	1
6. อสม. ไม่จำเป็นต้องแจ้งข่าวสารด้านสาธารณสุข	5.000 (3.703)	5.000 (4.477)	9.077 0.0052	1
7. ประชาชนมีสุขภาพดีเพราะอสม.	3.000 (2.514)	5.000 (4.449)	68.151 2.24×10^{-10}	1

ตารางที่ 13(ต่อ):ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติของประชากรที่มีต่อการดำเนินงานของ
 อสม. ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานรายข้อ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท
 จังหวัดเพชรบุรี

ทัศนคติ	เขตเมือง	เขตชนบท	ค่าสถิติ	
	MEDIAN (MEAN)	MEDIAN (MEAN)	M-W U Test p-value	df
8. การแนะนำสุขภาพน่าจะเป็นเรื่อง ของผู้เฒ่าชราชนมากกว่าอสม.	5.000 (3.108)	3.000 (3.140)	0.002 1.0000	1
9. อสม. นัดประชาชนมารับบริการ ทำให้สะดวกมากขึ้น	5.000 (4.784)	5.000 (4.850)	2.029 0.3086	1
10. ยาที่อสม. ใช้เป็นยาคุณภาพดี	3.000 (3.486)	5.000 (4.542)	39.435 8.36×10^{-10}	1
11. ประชาชนไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ของอสม.	5.000 (4.784)	5.000 (4.393)	3.453 0.1262	1
12. ท่านพร้อมจะร่วมมือกับอสม.	5.000 (4.784)	5.000 (4.925)	5.133 0.0470	1
13. อสม. เป็นสิ่งจำเป็นควรมีต่อไป	5.000 (4.622)	5.000 (4.916)	12.734 0.0008	1

นอกจากนี้เมื่อทำการวิเคราะห์คำตอบของคำถามทัศนคติรายข้อ โดยหาค่า Median ของคะแนนรวมรายข้อ พบว่า ทัศนคติของประชากรต่อการดำเนินของอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด 9 เรื่อง คือ

1. เห็นด้วยกับการมีอสม. ($p=6.40 \times 10^{-6}$)
2. อสม. เป็นบุคคลที่เหมาะสม ($p=4.78 \times 10^{-4}$)
3. อสม. สามารถให้การรักษายาบาลเบื้องต้นได้ ($p=6.48 \times 10^{-6}$)
4. พอใจต่อการปฏิบัติงานของอสม. ($p=1.90 \times 10^{-10}$)
5. อสม. ไม่จำเป็นต้องแจ้งข่าวสารด้านสาธารณสุข ($p=0.0052$)
6. ประชาชนมีสุขภาพดีเพราะอสม. ($p=2.24 \times 10^{-10}$)
7. ยาที่อสม. ใช้เป็นยาคุณภาพดี ($p=8.36 \times 10^{-10}$)
8. ทำานพร้อมจะร่วมมือกับอสม. ($p=0.0470$)
9. อสม. เป็นสิ่งจำเป็นควรมีต่อไป ($p=0.0008$)

ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 13

ข้อมูลความคิดเห็นของประชากรที่มีต่อการกำหนดระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ของอสม.

ตารางที่ 14: แสดงจำนวนและร้อยละของประชากรที่มีความคิดเห็นต่อการกำหนดระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ของอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

เงื่อนไข	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ในกรณีรู้จักอสม.				
ควรกำหนดระยะเวลาการปฏิบัติงาน				
(1) เห็นด้วย	30	81.1	151	70.6
(2) ไม่เห็นด้วย	1	2.7	13	6.1
(3) ไม่แน่ใจ	6	16.2	50	23.4
รวม	37	100.0	214	100.0
	$\chi^2=1.85$	$df=2$	$p=0.7932$	

ทั้งเขตเมืองและเขตชนบท ส่วนใหญ่เห็นด้วยที่จะให้มีการกำหนดระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ของอสม. ร้อยละ 81.1 และ 70.6 รองลงมาคือไม่แน่ใจทั้งสองเขต ร้อยละ 16.2 และ 23.4 เมื่อทดสอบความแตกต่าง ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.7932$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 14

5. เปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท

ตารางที่ 15: ทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

คุณลักษณะตัวอย่าง	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
(1) ชาย	2	25.0	18	36.7
(2) หญิง	6	75.0	31	63.3
รวม	8	100.0	49	100.0
Fisher's exact test: $p=0.6992$				
2. อายุผู้ตอบ				
(1) 15 - 29 ปี	0	0.0	2	4.1
(2) 30 - 44 ปี	2	25.0	30	61.2
(3) 45 - 59 ปี	5	62.5	16	32.7
(4) 60 ปีขึ้นไป	1	12.5	1	2.0
รวม	8	100.0	49	100.0
ค่ามัธยฐาน	47 (Mode = 45)		43 (Mode = 38)	
25%p-75%p	40 - 57		35 - 48	
Mann - Whitney U test = 1.761, $df=1$, $p=0.3792$				
3. ศาสนา				
พุทธ	8	100.0	49	100.0
รวม	8	100.0	49	100.0

ตารางที่ 15(ต่อ): ทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

คุณลักษณะตัวอย่าง	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. สถานสมรส				
(1) โสด	1	12.5	13	26.5
(2) คู่/ม้าย/หย่า/แยก	7	87.5	36	73.5
รวม	8	100.0	49	100.0
Fisher's exact test: p=0.6643				
5. ระดับการศึกษา				
(1) ไม่มีการศึกษาหรือระดับประถม	6	75.0	47	95.9
(2) มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา	2	25.0	2	4.1
รวม	8	100.0	49	100.0
Fisher's exact test: p=0.0905				
6. อาชีพหลัก				
(1) ไม่มีอาชีพ/เกษตรกรรม	1	12.5	34	69.4
(2) ค้าขายหรือประกอบธุรกิจ/ รับจ้าง/ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	87.5	15	30.6
รวม	8	100.0	49	100.0
Fisher's exact test: p=0.0038				

ตารางที่ 15(ต่อ): ทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

คุณลักษณะตัวอย่าง	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. รายได้ของครอบครัว				
(1) ต่ำกว่า 3000 บาท	4	50.0	33	67.3
(2) 3000 - 5999 บาท	3	37.5	14	28.6
(3) 6000 บาทขึ้นไป	1	12.5	2	4.1
รวม	8	100.0	49	100.0
ค่ามัธยฐาน	2750 (Mode = 1800)		2000 (Mode = 2000)	
25%p - 75%p	1800 - 4250		1800 - 3500	
	Mann-Whitney U test = 0.552, df=1, p=0.9150			
8. สมาชิกในครอบครัว				
(1) 1 - 3 คน	3	37.5	9	18.4
(2) มากกว่า 3 คนขึ้นไป	5	62.5	40	81.6
รวม	8	100.0	49	100.0
	Fisher's exact test: p=0.3451			
9. การได้รับเลือกเป็นอสม.				
(1) จนท.สาธารณสุขเป็นผู้เลือก	5	62.5	33	67.3
(2) ชาวบ้านเลือกหรือสมัครใจ	3	37.5	16	32.7
รวม	8	100.0	49	100.0
	Fisher's exact test: p=1.0000			

ตารางที่ 15(ต่อ): ทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

คุณลักษณะตัวอย่าง	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10. เวลาในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม.				
(1) 1 - 3 ปี	1	12.5	16	32.6
(2) มากกว่า 3 ปีขึ้นไป	7	87.5	33	67.4
รวม	8	100.0	49	100.0
Fisher's exact test: $p=0.4133$				

เปรียบเทียบลักษณะตัวอย่างอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท

เพศ อสม. ตัวอย่างที่ให้สัมภาษณ์ทั้งเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่เป็นหญิงจำนวน 6 คน หรือร้อยละ 75.0 และ 31 คน หรือร้อยละ 63.3 ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.6992$)

อายุ เขตเมืองอสม. มีอายุอยู่ในค่าฐานนิยม(Mode)เท่ากับ 45 ปี เขตชนบท 38 ปี ค่ามัธยฐานเขตเมือง 47 ปี เขตชนบท 43 ปี ถ้าจัดเป็นช่วงอายุ เขตเมืองส่วนใหญ่ อายุของอสม. อยู่ในช่วง 45 ถึง 59 ปี จำนวน 5 คน หรือร้อยละ 62.5 เขตชนบท ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30 - 44 ปี จำนวน 30 คน หรือร้อยละ 61.2 ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.3792$)

ศาสนา เขตเมืองและเขตชนบท อสม. ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ

สภาพสมรส เขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่มีครอบครัวหรือม้าย/หย่า/แยกร้อยละ 87.5 และ 73.5 ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.6643$)

การศึกษา เขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่ไม่มีการศึกษาหรือจบประถมศึกษา ร้อยละ 75.0 และ 95.9 ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.0905$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 15

อาชีพหลัก เขตเมืองอสม.ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายหรือประกอบธุรกิจ/รับจ้าง/รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 87.5 เขตชนบทอสม.ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพหรือมีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 69.4 ทั้งสองเขตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0038$)

รายได้ของครอบครัว เขตเมืองและเขตชนบทอสม.ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วงต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 50.0 และ 67.3 ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.9150$)

สมาชิกในครอบครัว เขตเมืองและเขตชนบท ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 62.5 และ 81.6 ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.3451$)

การได้รับเลือกเป็นอสม. เขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่ได้รับเลือกเป็นอสม. โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้เลือก ร้อยละ 62.5 และ 67.3 ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=1.0000$)

เวลาในการปฏิบัติหน้าที่ของอสม. ส่วนใหญ่อสม.ทั้งเขตเมืองและเขตชนบทปฏิบัติงานมานานมากกว่า 4 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 87.5 และ 67.4 ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.4133$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 15

ตารางที่ 16: แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม. จำแนกตามเหตุผลของความไม่พอใจต่อการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข ปัญหาของการปฏิบัติงานในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวนปีที่คิดว่าจะอยู่ต่อไปก่อนลาออกและความต้องการสิ่งสนับสนุนหรือสิ่งตอบแทนจากรัฐ

คุณลักษณะตัวอย่าง	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลของความไม่พอใจต่อการปฏิบัติหน้าที่อสม.				
ไม่มีความไม่พอใจ	8	100.0	47	95.9
- สุขภาพไม่ดี	0	0.0	1	2.0
- ไม่มีเวลา	0	0.0	1	2.0
รวม	8	100.0	49	100.0

ตารางที่ 16(ต่อ): แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม. จำแนกตามเหตุผลของความไม่พอใจต่อการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข ปัญหาของการปฏิบัติงานในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวนปีที่คิดว่าจะอยู่ต่อไปก่อนลาออกและความต้องการสิ่งสนับสนุนหรือสิ่งตอบแทนจากรัฐ

คุณลักษณะตัวอย่าง	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาของการปฏิบัติงานในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา				
ไม่มีปัญหา	7	87.5	32	65.3
- ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ	1	12.5	13	26.5
- สุขภาพไม่ดีและไม่มีเวลา	0	0.0	1	2.0
- สุขภาพไม่ดีและประชาชนไม่ให้- ความร่วมมือ	0	0.0	1	2.0
- มีอาสาสมัครสาธารณสุขหลายคน	0	0.0	1	2.0
- ไม่ตอบปัญหา	0	0.0	1	2.0
รวม	8	100.0	49	100.0
จำนวนปีที่คิดว่าจะอยู่ต่อไปก่อนลาออก				
ไม่คิดว่าจะลาออก	8	100.0	32	65.3
- 1 ปี	0	0.0	4	8.2
- 2 ปี	0	0.0	3	6.1
- 3 ปี	0	0.0	1	2.0
- 4 ปี	0	0.0	1	2.0
- 5 ปี	0	0.0	1	2.0
- ยังไม่กำหนดเวลานั่นอน	0	0.0	7	14.3
รวม	8	100.0	49	100.0
ความต้องการสิ่งสนับสนุน หรือสิ่งตอบแทนจากรัฐ				
ไม่ต้องการ	4	50.0	18	36.7
- เงินเดือน	1	12.5	2	4.1
- รักษาฟรีทั้งครอบครัว	3	37.5	13	26.5
- เงินเดือนและรักษาฟรีทั้งครอบครัว	0	0.0	6	12.2

ตารางที่ 16(ต่อ): แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม. จำแนกตามเหตุผลของความไม่พอใจต่อการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข ปัญหาของการปฏิบัติงานในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวนปีที่คาดว่าจะอยู่ต่อไปก่อนลาออกและความต้องการสิ่งสนับสนุนหรือสิ่งตอบแทนจากรัฐ

คุณลักษณะตัวอย่าง	เขตเมือง		เขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
(ต่อ) ความต้องการสิ่งสนับสนุน หรือสิ่งตอบแทนจากรัฐ				
- เวกษ์กัณฑ์ของส่วนรวม	0	0.0	1	2.0
- ถังใส่น้ำฝน	0	0.0	2	4.1
- ความรู้และเววกษ์กัณฑ์	0	0.0	1	2.0
- เงินเดือน ความรู้และเววกษ์กัณฑ์	0	0.0	1	2.0
- น้ำประปา	0	0.0	1	2.0
- จักรยาน	0	0.0	4	8.2
รวม	8	100.0	49	100.0

เหตุผลของความไม่พอใจในการปฏิบัติหน้าที่ของอสม. เขตเมืองไม่มีอสม. ที่ไม่พอใจต่อการปฏิบัติหน้าที่ เขตชนบท มี เพียง 2 คนในจำนวนอสม. ทั้งหมด 49 คน เหตุผลก็คือ สุขภาพไม่ดีและไม่มีเวลา

ปัญหาของการปฏิบัติงานในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เขตเมือง ร้อยละ 12.5 เขตชนบท ร้อยละ 34.7 เหตุผลส่วนใหญ่ก็คือ ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ

จำนวนปีที่คาดว่าจะอยู่ต่อไปก่อนลาออก เขตเมืองไม่มีอสม. ที่คิดว่าจะลาออก เขตชนบท มีเพียง ร้อยละ 34.7 ที่คิดว่าจะลาออก ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่ตอบว่ายังไม่กำหนดเวลานั่นอนที่ จะอยู่ต่อไป ร้อยละ 14.3 ของอสม. เขตชนบททั้งหมด

ความต้องการสิ่งสนับสนุนหรือสิ่งตอบแทนจากรัฐบาล เขตเมืองครึ่งหนึ่งของอสม. ที่ให้สัมภาษณ์ต้องการ สิ่งสนับสนุนหรือสิ่งตอบแทนอย่างอื่นจากรัฐ สิ่งที่ต้องการส่วนใหญ่ คือ รักษาสิท้ทั้งครอบครัวถึงร้อยละ

37.5 ของอสม.ทั้งหมดในเขตเมือง เขตชนบทอสม. ต้องการสิ่งสนับสนุนหรือสิ่งตอบแทนอย่างอื่นจากรัฐร้อยละ 63.3 และในจำนวนนี้ร้อยละ 26.5 ต้องการเช่นเดียวกับอสม. เขตเมือง
 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 16

6. เปรียบเทียบทัศนคติของอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท ในเงื่อนไขดังต่อไปนี้

- ความพอใจกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน
- ลักษณะชุมชนที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน
- สิ่งสนับสนุนที่รัฐให้ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
- บทบาทหน้าที่ของอสม. ในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน

ตารางที่ 17: ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนรวมทัศนคติของอสม. ต่อความพอใจกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง	n	คะแนนเต็ม	Mean	Median	M-W U Test	df	p-value
เขตเมือง	8	65	37.625	32.500	2.649	1	0.2072
เขตชนบท	49	65	47.796	50.000			

ส่วนที่ 1 เป็นทัศนคติของอสม. ต่อความพอใจกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน มีข้อความถาม 13 ข้อ คะแนนเต็ม 65 คะแนน ค่ามัธยฐานคะแนนรวม 48 คะแนน จากการวิเคราะห์ทัศนคติของอสม. ต่อประสบการณ์การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า ในเขตเมืองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมัธยฐานเท่ากับ 32.5 คะแนน ซึ่งต่ำกว่ามัธยฐานคะแนนทั้งหมด ในเขตชนบทกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมัธยฐานเท่ากับ 50 ซึ่งสูงกว่าค่ามัธยฐานคะแนนทั้งหมด คะแนนเฉลี่ยทัศนคติของอสม. เขตชนบทสูงกว่า เขตเมือง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 17

จากการทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนรวมทัศนคติของอสม. ต่อความพอใจกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.2072$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 17

ตารางที่ 18: ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติของอสม.ต่อความพอใจกับการปฏิบัติงาน
สาธารณสุขมูลฐานรายข้อ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

เงื่อนไข	เขตเมือง	เขตชนบท	ค่าสถิติ	
	MEDIAN (MEAN)	MEDIAN (MEAN)	M-W U Test p-value	df
การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา				
1) นัดหมายชาวบ้านรับบริการ	0.000 (1.875)	5.000 (4.388)	10.957 0.0018	1
2) แจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญแก่ชุมชน	0.000 (1.875)	5.000 (3.367)	2.587 0.2154	1
3) แจ้งข่าวความเคลื่อนไหวในงานสาธารณสุข- แก่ชุมชน	0.000 (1.250)	5.000 (3.673)	7.143 0.0150	1
4) รับข่าวสารจากชาวบ้านแจ้งเจ้าหน้าที่	0.000 (1.875)	5.000 (3.163)	1.864 0.3444	1
5) แนะนำเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน	2.500 (2.500)	5.000 (4.388)	6.658 0.0198	1
6) ประสานงานสาธารณสุขและงานอื่น ๆ- ในหมู่บ้าน	2.500 (2.500)	5.000 (4.286)	5.534 0.0374	1
7) ช่วยเหลือรักษานยาบาลเบื้องต้นตามอาการ	5.000 (3.125)	5.000 (3.469)	0.148 1.0000	1

ตารางที่ 18 (ต่อ): ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติของอสม. ต่อความพอใจกับการปฏิบัติงาน สาธารณสุขมูลฐานรายข้อ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

เงื่อนไข	เขตเมือง	เขตชนบท	ค่าสถิติ	
	MEDIAN (MEAN)	MEDIAN (MEAN)	M-W U Test p-value	df
8) บันทึกการปฏิบัติงานของอสม. และจัดบันทึก- กิจกรรมประจำเดือน	0.000 (1.250)	0.000 (2.347)	1.321 0.5008	1
9) ปัญหาในการปฏิบัติงาน	5.000 (4.375)	5.000 (3.265)	1.540 0.4292	1
10) ความพอใจในการทำหน้าที่อสม.	5.000 (4.500)	5.000 (4.796)	0.847 0.7148	1
11) บทบาทหน้าที่ของอสม.	5.000 (3.750)	5.000 (4.429)	1.588 0.4152	1
12) เวลาในการประกอบอาชีพส่วนตัว	5.000 (3.750)	5.000 (2.959)	0.713 0.7968	1
13) ความคิดจะลาออกจากการเป็นอสม.	5.000 (5.000)	5.000 (3.265)	3.886 0.0974	1

เมื่อวิเคราะห์รายข้อ ในจำนวนทั้งหมด 13 ข้อ ซึ่งมีคะแนนเต็มข้อละ 5 คะแนน เขตเมือง
มีค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติรายข้อได้ 5 คะแนน 6 ข้อ ได้ 0 คะแนน 5 ข้อ และได้ 2.5 คะแนน
2 ข้อ เขตชนบทมีค่ามัธยฐานรายข้อคะแนน 5 คะแนน 12 ข้อ และได้ 0 คะแนน เพียง 1 ข้อ
คะแนนเฉลี่ยทัศนคติของอสม. เขตชนบทสูงกว่าเขตเมือง 10 ข้อ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 18

เมื่อทดสอบหาความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนในแต่ละข้อระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่ามี 4 ข้อดังนี้ ดังต่อไปนี้ 1. นัดหมายชาวบ้านรับบริการ 2. แจ้งข่าวความเคลื่อนไหวในงานสาธารณสุขแก่ชุมชน 3. แนะนำเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน 4. ประสานงานสาธารณสุขและงานอื่น ๆ ในหมู่บ้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0018$, $p=0.0150$, $p=0.0198$, $p=0.0374$) โดยทั้ง 4 ข้อ มีคะแนนมัธยฐานและคะแนนเฉลี่ยที่สอดคล้องของอสม. เขตชนบทสูงกว่าเขตเมือง ดังรายละเอียดในตารางที่ 18

ตารางที่ 19: ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนรวมทั้งสถิติของอสม. ต่อลักษณะชุมชนที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง	n	คะแนนเต็ม	Mean	Median	M-W U Test	df	p-value
เขตเมือง	8	20	12.500	14.000	0.007	1	1.0000
เขตชนบท	49	20	13.490	14.000			

ส่วนที่ 2 เป็นที่สถิติของอสม. ต่อลักษณะชุมชนที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานมีข้อคำถาม 4 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ค่ามัธยฐาน 14 คะแนน จากการวิเคราะห์คะแนนที่สถิติของอสม. ต่อลักษณะชุมชนที่ปฏิบัติงานฯ พบว่า ทั้งเขตเมืองและเขตชนบทกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมัธยฐาน 14 คะแนน ซึ่งเท่ากับค่ามัธยฐานของคะแนนทั้งชุดแต่ค่าเฉลี่ยคะแนนที่สถิติของอสม. เขตชนบทสูงกว่าเขตเมือง

จากการทดสอบหาความแตกต่างคะแนนรวมทั้งสถิติของอสม. ต่อลักษณะชุมชนที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=1.0000$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 19

ตารางที่ 20 :ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติของอสม.ต่อลักษณะชุมชนที่ปฏิบัติงาน
สาธารณสุขมูลฐานรายข้อ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

เงื่อนไข	เขตเมือง	เขตชนบท	ค่าสถิติ	
	MEDIAN (MEAN)	MEDIAN (MEAN)	M-W U Test p-value	df
ลักษณะชุมชนที่ปฏิบัติงานตามความคิดเห็นของอสม.				
1) ความร่วมมือของชาวบ้านในการทำงาน- เพื่อช่วยเหลือชุมชน	3.000 (2.750)	3.000 (3.041)	0.060 1.0000	1
2) โอกาสที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้พูดคุยกับ- ชาวบ้านเกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐาน	2.000 (2.000)	3.000 (2.918)	2.952 0.1716	1
3) ความสะดวกในการไปมาในหมู่บ้าน	5.000 (4.500)	5.000 (4.245)	0.314 1.0000	1
4) ความร่วมมือของผู้เฒ่าชุมชน	4.000 (3.250)	3.000 (3.286)	0.107 1.0000	1

เมื่อวิเคราะห์รายข้อ ในจำนวนทั้งหมด 4 ข้อ ซึ่งมีคะแนนเต็ม ข้อละ 5 คะแนน พบว่า
เขตเมืองและเขตชนบท มีค่ามัธยฐานและค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติใกล้เคียงกัน ทั้งสองเขต

จากการทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติในแต่ละข้อระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท
พบว่า ทัศนคติของอสม.ที่มีต่อลักษณะชุมชนที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานใน 4 เงื่อนไข ได้แก่

1. ความร่วมมือของชาวบ้านในการทำงานเพื่อช่วยเหลือชุมชน 2. โอกาสที่อสม.ได้พูดคุยกับชาวบ้าน
เกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐาน 3. ความสะดวกในการไปมาบ้านอสม.และ 4. ความร่วมมือของชุมชน
ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=1.0000$, $p=0.1716$, $p=1.0000$, $p=1.0000$)

ดังรายละเอียดในตารางที่ 20

ตารางที่ 21: ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนรวมทัศนคติของอสม. ต่อสิ่งสนับสนุนที่รัฐให้ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง	n	คะแนนเต็ม	Mean	Median	M-W U Test	df	p-value
เขตเมือง	8	50	31.000	31.000	4.633	1	0.0628
เขตชนบท	49	50	37.408	38.000			

ส่วนที่ 3 เป็นทัศนคติของอสม. ต่อสิ่งสนับสนุนที่รัฐให้ มีข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน ค่ามัธยฐานคะแนนทั้งหมด 37 คะแนน จากการวิเคราะห์ทัศนคติของอสม. ต่อสิ่งสนับสนุนที่รัฐให้พบว่า เขตเมืองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมัธยฐาน 31 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าค่ามัธยฐานของคะแนนทั้งหมด ในเขตชนบทกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมัธยฐาน 38 คะแนน สูงกว่าค่ามัธยฐานของคะแนนทั้งหมด คะแนนเฉลี่ยทัศนคติของอสม. เขตชนบทสูงกว่าเขตเมือง

จากการทดสอบหาความแตกต่างคะแนนรวมทัศนคติของอสม. ต่อสิ่งสนับสนุนที่รัฐให้ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0628$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 21

ตารางที่ 22: ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติของอสม. ต่อสิ่งสนับสนุนที่รัฐให้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานรายข้อ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดนครบุรี

เงื่อนไข	เขตเมือง	เขตชนบท	ค่าสถิติ	
	MEDIAN (MEAN)	MEDIAN (MEAN)	M-W U Test p-value	df
1) ตำราแบบเรียนด้วยตนเอง	5.000 (4.750)	5.000 (3.959)	1.770 0.3668	1
2) แบบบันทึกกิจกรรมและรายงานต่าง ๆ	5.000 (4.500)	5.000 (3.592)	2.008 0.3130	1
3) การอบรมให้ความรู้ต่าง ๆ	2.000 (2.125)	5.000 (4.367)	11.185 0.0016	1
4) การฟื้นฟูความรู้	1.000 (1.500)	5.000 (4.265)	14.890 0.0002	1
5) ความร่วมมือจากสถานีอนามัยหรือสถาน- บริการอื่น ๆ ของรัฐ	0.000 (0.625)	5.000 (3.571)	12.228 0.0010	1
6) เวชภัณฑ์ชุดปฐมพยาบาล	5.000 (4.500)	5.000 (3.327)	3.103 0.1562	1
7) ยาสันับสนุนที่หมุนเวียนในกองทุนยา	1.000 (1.000)	5.000 (3.592)	11.966 0.0010	1

ตารางที่ 22(ต่อ) : ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติของอสม. ต่อสิ่งสนับสนุนที่รัฐให้ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานรายข้อระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

เงื่อนไข	เขตเมือง	เขตชนบท	ค่าสถิติ	
	MEDIAN (MEAN)	MEDIAN (MEAN)	M-W U Test p-value	df
8) บัตรประจำตัวและประกาศนียบัตร	5.000 (5.000)	5.000 (4.592)	1.709 0.3822	1
9) สิทธิการรักษาฟรีเฉพาะตัว	5.000 (4.500)	5.000 (4.306)	0.721 0.7918	1
10) สิ่งสนับสนุนหรือสิ่งตอบแทนจากรัฐ	2.500 (2.500)	0.000 (1.837)	0.502 0.9572	1

เมื่อวิเคราะห์รายข้อ ในจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งมีคะแนนเต็ม ข้อละ 5 คะแนน เขตเมืองมีค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติ รายข้อ 5 คะแนน 5 ข้อ อีก 5 ข้อ ค่ามัธยฐานต่ำกว่าหรือเป็นศูนย์ เขตชนบท มีค่ามัธยฐานรายข้อ 5 คะแนน 9 ข้อ 0 คะแนน เพียง 1 ข้อ คะแนนเฉลี่ยทัศนคติของอสม. เขตเมืองสูงกว่าเขตชนบท 6 ข้อ

เมื่อทดสอบหาความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนในแต่ละข้อระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่ามี 4 เงื่อนไข ได้แก่ 1. การอบรมให้ความรู้ต่าง ๆ 2. การฟื้นฟูความรู้ 3. ความร่วมมือจากสถานีนามัย หรือสถานบริการอื่น ๆ ของรัฐ 4. ยาสันับสนุนที่หมุนเวียนในกองทุนยา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0016$, $p=0.0002$, $p=0.0010$, $p=0.0010$) โดยทั้ง 4 เงื่อนไข เขตชนบทมีคะแนนมัธยฐานทัศนคติและคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเขตเมือง ดังรายละเอียดในตารางที่ 22

ตารางที่ 23: ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนรวมทัศนคติของอสม. ต่อบทบาทหน้าที่ตามโครงการ
สาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง	n	คะแนนเต็ม	Mean	Median	M-W U Test	df	p-value
เขตเมือง	8	45	29.000	30.000	3.875	1	0.0980
เขตชนบท	49	45	36.020	35.000			

ส่วนที่ 4 เป็นทัศนคติของอสม. ต่อบทบาทหน้าที่ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน มีข้อความ 9 ข้อ
คะแนนเต็ม 45 คะแนน ค่ามัธยฐานของคะแนนทั้งหมด 35 คะแนน จากการวิเคราะห์ทัศนคติของอสม.
ต่อบทบาทหน้าที่ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า ในเขตเมืองกลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐาน 30
คะแนน ซึ่งต่ำกว่าค่ามัธยฐานของคะแนนทั้งหมด ในขณะที่เขตชนบทกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมัธยฐาน 35 คะแนน
เท่ากับค่ามัธยฐานของคะแนนทั้งหมด คะแนนเฉลี่ยทัศนคติของอสม. เขตชนบทสูงกว่าเขตเมือง
จากการทดสอบหาความแตกต่างคะแนนรวมทัศนคติของอสม. ต่อบทบาทหน้าที่ตามโครงการ
สาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p=0.0980$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 23

ตารางที่ 24: ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติของอสม.ต่อบทบาทหน้าที่ตามโครงการ
สาธารณสุขมูลฐานรายข้อ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดนครบุรี

เงื่อนไข	เขตเมือง	เขตชนบท	ค่าสถิติ	
	MEDIAN (MEAN)	MEDIAN (MEAN)	M-W U Test p-value	df
1) ชาวบ้านได้รับข่าวสารจากอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	3.000 (3.000)	5.000 (4.510)	7.966 0.0096	1
2) อาสาสมัครต้องรีบแจ้งให้เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขทราบเมื่อเกิดโรค	3.000 (3.500)	5.000 (4.633)	13.609 0.0004	1
3) อาสาสมัครต้องจัดบันทึกกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเกิด การตาย ฯลฯ	3.000 (2.500)	5.000 (3.939)	6.436 0.0224	1
4) การแนะนำชาวบ้านไปรับบริการเป็นหน้าที่ ของอาสาสมัครฯเพียงผู้เดียว	3.000 (3.000)	3.000 (3.367)	0.313 1.0000	1
5) อาสาสมัครฯเป็นผู้จัดตั้งกองทุนยาโดยรวม- กับกรรมการฝ่ายอื่น ๆ ในหมู่บ้าน	3.000 (2.500)	5.000 (4.673)	21.977 2.76×10^{-6}	1
6) อาสาสมัครฯไม่มีหน้าที่ช่วยซึ่งน้ำหนักรเด็ก ก่อนวัยเรียน	3.000 (3.000)	5.000 (3.245)	0.144 1.0000	1
7) อาสาสมัครฯไม่สามารถจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด รายเก่าซึ่งเคยได้รับมาแล้ว	5.000 (4.000)	5.000 (3.776)	0.260 1.0000	1

ตารางที่ 24 (ต่อ) : ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติของอสม. ต่อบทบาทหน้าที่ตามโครงการ
สาธารณสุขมูลฐานรายข้อ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดนครบุรี

เงื่อนไข	เขตเมือง	เขตชนบท	ค่าสถิติ	
	MEDIAN (MEAN)	MEDIAN (MEAN)	M-W U Test p-value	df
8) อาสาสมัครฯสามารถติดตามจ่ายยาแก่ผู้ป่วย ที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐสงมา	3.000 (3.000)	5.000 (3.531)	1.682 0.3894	1
9) อาสาสมัครฯจะพยายามรักษาแม้ว่าผู้ป่วยจะ- มีอาการหนักเพียงใด	5.000 (4.500)	5.000 (4.347)	0.000 1.0000	1

เมื่อวิเคราะห์รายข้อในจำนวน 9 ข้อ ซึ่งมีคะแนนเต็มข้อละ 5 คะแนน เขตเมืองมีค่ามัธยฐาน
คะแนนทัศนคติ รายข้อ 3 คะแนน 7 ข้อ 5 คะแนน 2 ข้อ เขตชนบทมีค่ามัธยฐานรายข้อ 8 คะแนน
8 ข้อ 3 คะแนนเพียง 1 ข้อ เขตชนบทมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของอสม. 7 ข้อ สูงกว่าเขตเมือง

เมื่อทดสอบหาความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนในแต่ละข้อระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่า
มี 4 เงื่อนไข ได้แก่ 1. ชาวบ้านได้รับข่าวสารจากอสม. 2. อสม. ต้องรีบแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ทราบเมื่อเกิดโรค 3. อสม. ต้องรีบจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเกิด การตาย ฯลฯ 4. อสม.
เป็นผู้จัดตั้งกองทุนยาโดยร่วมกับกรรมการฝ่ายอื่น ๆ ในหมู่บ้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p=0.0096$, $p=0.0004$, $p=0.0224$, $p=2.76 \times 10^{-5}$) โดยทั้ง 4 เงื่อนไข เขตชนบทมีคะแนน
มัธยฐานและคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของอสม. สูงกว่าในเขตเมือง ดังรายละเอียดในตารางที่ 24

ตารางที่ 25 : ทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนรวมทัศนคติของอสม.ต่อการดำเนินงานตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง	n	คะแนนเต็ม	Mean	Median	M-W U Test	df	p-value
เขตเมือง	8	180	110.125	105.000	4.184	1	0.0816
เขตชนบท	49	180	134.714	135.000			

ส่วนที่ 5 เป็นทัศนคติของอสม. รวมทั้ง 4 ส่วน ต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีข้อความ 36 ข้อ คะแนนเต็ม 180 คะแนน ค่ามัธยฐานคะแนนทั้งหมด 131 คะแนน จากการวิเคราะห์ทัศนคติของอสม.ต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน(รวมทั้ง 4 ส่วน) ดังกล่าว พบว่าเขตเมืองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมัธยฐาน 105 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าค่ามัธยฐานของคะแนนทั้งหมด ในขณะที่เขตชนบทกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมัธยฐาน 135 คะแนน สูงกว่าค่ามัธยฐานของคะแนนทั้งหมด ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติของอสม.เขตชนบทสูงกว่าเขตเมือง

จากการทดสอบหาความแตกต่างคะแนนรวมทัศนคติของอสม.ทั้งหมด (4 ส่วน) ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0816$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 25

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

1) ลักษณะตัวอย่างประชากรและครอบครัวที่เป็นตัวแทนในการสัมภาษณ์ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท ได้แก่ เพศ สถานะผู้ให้สัมภาษณ์ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก จำนวนหญิง/ครอบครัว การถือครองที่ดิน และรายได้ของครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=9.3 \times 10^{-7}$, $p=1.87 \times 10^{-10}$, $p=7.4 \times 10^{-11}$, $p=3.76 \times 10^{-10}$, $p=0.0032$, $p=1.73 \times 10^{-7}$, $p=0.0001$)

2) การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของชุมชนตัวอย่างใน 12 ตำบล ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่า มี 4 ตำบล ได้แก่ หมวดที่ 1 ข้อ 1 เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการทำให้ไม่มีเด็กขาดสารอาหาร หมวดที่ 2 ข้อ 3 ครอบครัวมีส่วนร่วมใช้ที่ถูกลักษณะ ข้อ 4 ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปี ข้อ 5 ครอบครัวมีน้ำใช้ที่สะอาดพอตลอดปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0140$, $p=1.74 \times 10^{-7}$, $p=3.22 \times 10^{-10}$, $p=3.10 \times 10^{-8}$)

3) การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่า มี 4 ตำบล ได้แก่ หมวดที่ 1 ข้อ 1 เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการทำให้ไม่มีเด็กขาดสารอาหาร หมวดที่ 2 ข้อ 3 ครอบครัวมีส่วนร่วมใช้ที่ถูกลักษณะ ข้อ 4 ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปี ข้อ 5 ครอบครัวมีน้ำใช้ที่สะอาดพอตลอดปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0098$, $p=3.0 \times 10^{-7}$, $p=1.9 \times 10^{-10}$, $p=1.95 \times 10^{-8}$)

4) การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุข ของชุมชนตัวอย่างที่รู้จักอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่ามี 2 ตำบล ได้แก่ หมวดที่ 2 ข้อ 4 ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปีและข้อ 5 ครอบครัวมีน้ำใช้ที่สะอาดพอตลอดปี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0066$, $p=0.0332$)

5) การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขระหว่างชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักกับรู้จักอสม. ในเขตเมืองทั้ง 12 ตำบล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6) การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขระหว่างชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้ จักกับรู้จักอสม. ในเขตชนบททั้ง 12 ตำบล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7) การไปใช้บริการเบื้องต้นด้านสุขภาพอนามัย ในงานสาธารณสุขมูลฐานของประชากรที่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ มี 11 บริการ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่า ทุกบริการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

1. รับบริการฝากครรภ์ ($p=3.72 \times 10^{-10}$)
2. รับบริการทำคลอด ($p=3.80 \times 10^{-11}$)
3. รับบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ($p=5.56 \times 10^{-10}$)
4. รับบริการชั่งน้ำหนักเด็ก ($p=4.26 \times 10^{-10}$)
5. รับบริการยาสามัญประจำบ้าน ($p=7.82 \times 10^{-10}$)
6. รับบริการยาเม็ดคุมกำเนิดรายใหม่ ($p=1.36 \times 10^{-10}$)
7. รับบริการยาเม็ดคุมกำเนิดรายเก่า ($p=3.66 \times 10^{-10}$)
8. รับบริการวัคซีนป้องกันโรค ($p=6.42 \times 10^{-10}$)
9. รับบริการปรึกษาปรับปรุงบ่อน้ำและสร้างส้วม ($p=2.78 \times 10^{-10}$)
10. แหล่งให้ข่าวสารด้านสาธารณสุขเบื้องต้น ($p=1.76 \times 10^{-10}$)
11. แหล่งรับแจ้งข่าวสารด้านสาธารณสุขเบื้องต้น ($p=2.82 \times 10^{-10}$)

8) ศักดิ์ศรีของประชากรต่อการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=8.0 \times 10^{-10}$)

9) ลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบทได้แก่อาชีพหลัก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0038$)

10) ศักดิ์ศรีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเงื่อนไขต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- ความพอใจกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ 1. การนัดหมายชาวบ้านรับบริการ 2. การแจ้งข่าวความเคลื่อนไหวในงานสาธารณสุขแก่ชุมชน 3. การแนะนำเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน 4. การประสานงานสาธารณสุขและงานอื่น ๆ ($p=0.0018$, $p=0.0150$, $p=0.0198$, $p=0.0374$)

- สิ่งสนับสนุนที่รัฐให้ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ 1. การอบรมให้ความรู้ต่าง ๆ 2. การฟื้นฟูความรู้ 3. ความร่วมมือจากสถานีอนามัยหรือสถานบริการอื่น ๆ ของรัฐ 4. ยาสันับสนุนที่หมุนเวียนในกองทุนยา ($p=0.0016$, $p=0.0002$, $p=0.0010$, $p=0.0010$)

- บทบาทหน้าที่ของอสม.ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ 1. ชาวบ้านได้รับข่าวสารจากอสม. 2. อสม.ต้องรีบแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบเมื่อเกิดโรค 3. อสม.ต้องจัดบันทึกกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเกิด การตาย ฯลฯ 4. อสม.เป็นผู้จัดตั้งกองทุนยาโดยร่วมกับกรรมการฝ่ายอื่น ๆ ในหมู่บ้าน ($p=0.0096$, $p=0.0004$, $p=0.0224$, $p=2.76 \times 10^{-6}$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ลักษณะของประชากรและครอบครัวตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของประชากรและครอบครัวตัวอย่างเขตเมืองและเขตชนบทที่ให้สัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ สถานะผู้ให้สัมภาษณ์ อาชีพหลัก ระดับการศึกษา จำนวนหญิงต่อครอบครัว การถือครองที่ดิน และรายได้ของครอบครัว/เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในประเด็นนี้อาจจะเกิดจากการสัมภาษณ์ในเขตเทศบาลเมืองซึ่งประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ค้าขายและรับราชการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ เข้าสัมภาษณ์เป็นรายบ้านไปและเลือกเวลาที่มีคนอยู่บ้านไม่มียาน หรือธุรกิจใด ๆ ทำให้ลักษณะตัวอย่างที่ได้ส่วนใหญ่เป็นเจ้าบ้านถึง ร้อยละ 64.0 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.5 ต่างกับในเขตชนบทซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม แต่ละบ้านอยู่ห่างไกลกันมากบ้าง น้อยบ้าง ทำให้ไม่สามารถเข้าสัมภาษณ์ในแต่ละครอบครัวได้ต้องนัดวันสัมภาษณ์เป็นแต่ละหมู่ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ที่จะเป็นแม่บ้านถึงร้อยละ 53.0 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.1 ลักษณะอย่างอื่น ได้แก่ อาชีพหลัก ระดับการศึกษา จำนวนหญิง/ครอบครัว การถือครองที่ดินและรายได้ของครอบครัว/เดือน ถือได้ว่าเป็นความแตกต่างของชุมชนเมือง กับชนบท อยู่แล้ว เมื่อรวมสถานะภานผู้ให้สัมภาษณ์เจ้าบ้านกับแม่บ้าน เขตเมือง ได้ร้อยละ 94.6 เขตชนบท ร้อยละ 92.5 นอกจากนี้ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้ง เขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในช่วง 30 - 44 ปี เขตเมืองร้อยละ 44.0 เขตชนบทร้อยละ 36.8 น่าจะเป็นตัวแทนของครอบครัวในการให้สัมภาษณ์ได้ทั้งสองเขตที่คล้ายคลึงกัน

2. การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.)ของครอบครัว

2.1 การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของชุมชนตัวอย่างเขตเมือง และเขตชนบท (เขตเมือง n = 375, เขตชนบท n = 315)

ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.)	เกณฑ์ปี 2534 (ร้อยละ)	ผลการสำรวจ(ร้อยละ)	
			เขตเมือง	เขตชนบท
หมวดที่ 1 ประชาชนได้กินอาหารที่ถูกลักษณะเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย				
(1)	เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการ	100.0	100.0	<u>93.1</u>
(2)	หญิงมีครรภ์ได้รับบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเพียงพอ ซึ่งมิผลทำให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 3000 กรัม	60.0	76.9	<u>48.0</u>
หมวดที่ 2 ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม				
(3)	ครอบครัวมีส่วนร่วมถูกลักษณะ	90.0	100.0	92.1
(4)	ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปี	95.0	96.5	<u>76.8</u>
(5)	ครอบครัวมีน้ำใช้ที่สะอาดเพียงพอตลอดปี	75.0	96.3	83.2
หมวดที่ 3 ประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ				
(6)	เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีได้รับวัคซีนป้องกันโรค วัณโรค คอตีบ โภครน บาดทะยัก โปลิโอ และหัด ครบตามเกณฑ์	90.0	92.3	96.0
(7)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีได้ฉีดบาดทะยักครบเกณฑ์	80.0	96.2	100.0
(8)	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบตามเกณฑ์	70.0	100.0	71.4
(9)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้ทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่-สาธารณสุข	70.0	100.0	100.0
(10)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีได้รับการดูแลหลังคลอด	70.0	92.3	92.0
(11)	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการทำคลอดและดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์	70.0	92.3	92.0
หมวดที่ 6 ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนการมีบุตรได้ตามต้องการ				
(12)	คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คน และสามารถใช้บริการการคุมกำเนิดได้ตามต้องการ	75.0	<u>71.7</u>	75.7

จากการสำรวจการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานของครอบครัวซึ่งมีตัวชี้วัดทั้งหมด 12 ข้อของ ประชากรตัวอย่าง เขตเมือง 375 ครอบครัว เขตชนบท 315 ครอบครัว พบว่า เขตเมือง ไม่บรรลุเกณฑ์ ความจำเป็นพื้นฐานของจังหวัด ในปี 2534 1 ตัวชี้วัด คือ หมวดที่ 6 ข้อ 12 คู่สมรส มีบุตรไม่เกิน 2 คน และสามารถใช้บริการคุมกำเนิดได้ตามต้องการเกณฑ์ร้อยละ 75 แต่สำรวจพบว่าได้ ร้อยละ 71.7 เป็นไปได้ว่าเขตเมืองประชากรมีรายได้เศรษฐกิจค่อนข้างดี สามารถเลี้ยงดูบุตรได้ แม้มีสถานบริการที่จะสามารถเข้าถึงและสามารถเลือกคุมกำเนิด ด้วยวิธีใดก็ได้ แต่ไม่คุมกำเนิดเมื่อมี บุตร 2 คน ถ้าไม่ได้เพศบุตรตามต้องการ เขตชนบท ไม่บรรลุเกณฑ์ชี้วัด 3 ข้อ คือ หมวดที่ 1 ข้อ 1 เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการจนไม่มีเด็กขาดสารอาหาร เกณฑ์ร้อยละ 100 สำรวจพบว่าได้ร้อยละ 93.1 ข้อ 2 หญิงมีครรภ์ได้บริโภคอาหารอย่างถูกต้องเพียงพอ ซึ่งมี ผลทำให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 3,000 กรัม เกณฑ์ร้อยละ 60 สำรวจพบว่าได้ร้อยละ 48.0 และหมวดที่ 2 ข้อ 4 ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปี เกณฑ์ร้อยละ 95 สำรวจพบว่าได้ ร้อยละ 76.8 เป็นไปได้ว่าเขตชนบทประชากรมีความรู้ระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 87.0 ประกอบ อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 55.6 มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท ถึงร้อยละ 50.2 แสดงให้เห็นว่า ประชากรยังมีปัญหาเรื่องปากท้องเป็นปัญหาหลัก ดังนั้นจึงยังพบว่ามีเด็กขาดสารอาหารและเด็กแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 3,000 กรัม มากกว่าเกณฑ์ที่ได้ตั้งไว้ นอกจากนี้ปัญหาการขาดแคลนน้ำสะอาดดื่ม อาจเนื่องจากการดูแลเรื่องน้ำประปายังไม่ทั่วถึง ประชากรต้องอาศัยน้ำฝนในการบริโภค แต่ก็มักพบกับ ภัยแล้งอยู่เสมอ

นอกจากนี้เมื่อทดสอบทางสถิติ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่า มีตัวชี้วัด 4 ข้อ ของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน ได้แก่ 1. เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนา- การทำให้ไม่มีเด็กขาดสารอาหาร 2. ครอบครัวมีส่วนร่วมสุขลักษณะ 3. ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่ม ตลอดปี และ 4. ครอบครัวมีน้ำใช้ที่สะอาดตลอดปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในจำนวน นี้พบว่าเกณฑ์ที่ได้เขตเมืองสูงกว่า เขตชนบททุกกรณี

2.2 การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จัก
 อสม.ของเขตเมืองและเขตชนบท (เขตเมือง n = 338, เขตชนบท n = 101)

ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.)	เกณฑ์ปี 2534		
		ผลการสำรวจ(ร้อยละ)	เขตเมือง	เขตชนบท
หมวดที่ 1 ประชาชนได้กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย				
(1)	เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการ	100.0	100.0	<u>88.0</u>
(2)	หญิงมีครรภ์ได้รับบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเพียงพอ ซึ่งมิ ผลทำให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 3000 กรัม	60.0	76.2	<u>57.1</u>
หมวดที่ 2 ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม				
(3)	ครอบครัวมีส่วนถูกสุขลักษณะ	90.0	100.0	90.1
(4)	ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปี	95.0	96.2	<u>74.3</u>
(5)	ครอบครัวมีน้ำใช้ที่สะอาดเพียงพอตลอดปี	75.0	95.9	82.2
หมวดที่ 3 ประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ				
(6)	เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีได้รับวัคซีนป้องกันโรค วัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ และหัด ครบตามเกณฑ์	90.0	90.5	100.0
(7)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีได้ฉีดบาดทะยักครบเกณฑ์	80.0	95.2	100.0
(8)	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบตามเกณฑ์	70.0	100.0	100.0
(9)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้ทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่- สาธารณสุข	70.0	100.0	100.0
(10)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีได้รับการดูแลหลังคลอด	70.0	90.5	100.0
(11)	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการทำคลอดและดูแลหลังคลอดครบ ตามเกณฑ์	70.0	90.5	100.0
หมวดที่ 6 ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนการมีบุตรได้ตามต้องการ				
(12)	คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คน และสามารถใช้บริการ การคุมกำเนิดได้ตามต้องการ	75.0	<u>71.5</u>	79.4

เมื่อสำรวจการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานของครอบครัวประชากรตัวอย่างที่ไม่รู้จักอสม. เขตเมือง จำนวน 338 ครอบครัว พบว่า มีตัวชี้วัด 1 ข้อ ที่ไม่บรรลุเกณฑ์ ได้แก่ หมวดที่ 6 ข้อ 12 คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คน และสามารถใช้บริการคุมกำเนิดได้ตามต้องการ เกณฑ์ร้อยละ 75 สำรวจได้ร้อยละ 71.5 มีเหตุผลเช่นเดียวกับในความจำเป็นพื้นฐานของภาพรวม เขตชนบท ประชากรที่ไม่รู้จักอสม. จำนวน 101 ครอบครัว มีตัวชี้วัด 3 ข้อ ที่ไม่บรรลุเกณฑ์ ได้แก่ หมวดที่ 1 ข้อ 1 เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการจนไม่พบเด็กขาดสารอาหาร เกณฑ์ร้อยละ 100 สำรวจได้ร้อยละ 88.0 ข้อ 2 หญิงมีครรภ์ได้บริโภคอาหารอย่างถูกต้องเพียงพอซึ่งมีผลทำให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 3,000 กรัม เกณฑ์ร้อยละ 60 สำรวจได้ร้อยละ 57.1 และหมวดที่ 2 ข้อ 4 ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มเพียงพอตลอดปี เกณฑ์ร้อยละ 95 สำรวจได้ร้อยละ 74.3 เป็นได้ว่าเป็นกลุ่มที่ไม่รู้จักอสม. ความกระตือรือร้นหรือความเอาใจใส่ช่วยเหลือกันในระดับชุมชนมีน้อย ปัญหาด้านสาธารณสุขยังคงเป็นปัญหาหลักของชุมชนเขตชนบท คล้ายกับการศึกษาของรุจิรา มังคละศิริ และคณะ²⁴ ประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมาพบว่า ความรู้ความเข้าใจของประชาชนในงานสาธารณสุขนั้น ส่วนใหญ่ดีพอแต่การจะปฏิบัติหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านอื่น ๆ เช่น เวลา รายได้ อาชีพ เจตคติที่ดี สุขนิสัยและความเอาใจใส่ของแต่ละบุคคลเอง

เมื่อทดสอบทางสถิติยังพบความแตกต่างของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักอสม. ในเขตเมืองและเขตชนบท แตกต่างกันในตัวชี้วัด 4 ข้อ เช่นเดียวกับการทดสอบในภาพรวม ดังนั้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนเบื้องต้น โดยใช้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานและใช้ความจำเป็นพื้นฐานเป็นตัวชี้วัดความต้องการของประชากรหรือของชุมชนในการศึกษาครั้งนี้ น่าจะบอกได้ว่าความต้องการของชุมชนเขตเมืองและเขตชนบทมีความแตกต่างกัน รูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่จะนำมาใช้ในแต่ละเขตควรมีลักษณะเฉพาะให้เหมาะสมกับปัญหาที่พบในพื้นที่นั้น

2.3 การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของชุมชนตัวอย่างที่รู้จัก
อสม.ของเขตเมืองและเขตชนบท (เขตเมือง n = 37, เขตชนบท n = 214)

ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.)	เกณฑ์ปี 2534 (ร้อยละ)	ผลการสำรวจ(ร้อยละ)	
			เขตเมือง	เขตชนบท

หมวดที่ 1 ประชาชนได้กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

(1) เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการ	100.0	100.0	<u>94.7</u>
(2) หญิงมีครรภ์ได้รับบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเพียงพอ ซึ่งมิ ผลทำให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 3000 กรัม	60.0	80.0	<u>44.4</u>

หมวดที่ 2 ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

(3) ครอบครัวมีส่วนร่วมถูกสุขลักษณะ	90.0	100.0	<u>93.0</u>
(4) ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปี	95.0	100.0	78.0
(5) ครอบครัวมีน้ำใช้ที่สะอาดเพียงพอตลอดปี	75.0	100.0	83.6

หมวดที่ 3 ประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ

(6) เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรค วัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ และหัด ครบตามเกณฑ์	90.0	100.0	94.4
(7) มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้ฉีดบาดทะยักครบเกณฑ์	80.0	100.0	100.0
(8) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบตามเกณฑ์	70.0	100.0	<u>66.7</u>
(9) มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้ทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่- สาธารณสุข	70.0	100.0	100.0
(10) มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการดูแลหลังคลอด	70.0	100.0	88.9
(11) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการทำคลอดและดูแลหลังคลอดครบ ตามเกณฑ์	70.0	100.0	88.9

หมวดที่ 6 ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนการมีบุตรได้ตามต้องการ

(12) คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คน และสามารถให้บริการ การคุมกำเนิดได้ตามต้องการ	75.0	<u>73.3</u>	<u>74.0</u>
--	------	-------------	-------------

เมื่อสำรวจการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานของครอบครัวกลุ่มประชากรตัวอย่าง ที่รู้จักอสม. เขตเมือง จำนวน 37 ครอบครัว พบว่า มีตัวชี้วัด 1 ข้อที่ไม่บรรลุเกณฑ์ ได้แก่ หมวดที่ 6 ข้อ 12 คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คน สามารถใช้บริการคุมกำเนิดได้ตามต้องการเกณฑ์ร้อยละ 75 สำรวจได้ ร้อยละ 73.3 เขตชนบท ประชากรที่รู้จักอสม. มี 214 ครอบครัว พบว่า มีตัวชี้วัด 5 ข้อที่ไม่บรรลุเกณฑ์ ได้แก่ หมวดที่ 1 ข้อ 1 เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการ ทำให้ไม่มีเด็กขาดสารอาหาร เกณฑ์ร้อยละ 100 สำรวจได้ร้อยละ 94.7 ข้อ 2 หญิงมีครรภ์ได้บริโภคอาหารอย่างถูกต้องเพียงพอ ทำให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 3,000 กรัม เกณฑ์ร้อยละ 60 สำรวจได้ร้อยละ 44.4 หมวดที่ 2 ข้อ 4 ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปี เกณฑ์ร้อยละ 95 สำรวจได้ร้อยละ 78 หมวดที่ 3 ข้อ 8 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบตามเกณฑ์ เกณฑ์ร้อยละ 70 สำรวจได้ร้อยละ 66.7 และหมวดที่ 6 ข้อ 12 คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คน และสามารถใช้บริการการคุมกำเนิดได้ตามต้องการ เกณฑ์ร้อยละ 75 สำรวจได้ร้อยละ 74.0 จะเห็นว่าแม้จะเป็นกลุ่มประชากรที่รู้จักหรือไม่รู้จักอสม. ในเขตชนบทปัญหาการขาดสารอาหารของเด็ก 0 - 5 ปี ปัญหาอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว ปัญหาการสาธารณสุขโภชนาการยังเป็นปัญหาของประชากรทั้งรู้จักและไม่รู้จักอสม. และโดยทั่วไป ซึ่งอาจจะเกิดจากในระดับชุมชนประชากรมีความสนใจในปัญหาดังกล่าวค่อนข้างน้อย ปัญหาหลักคือ การทำมาหากิน รายได้ นอกจากนี้ปัญหาการสาธารณสุขโภชนาการยังเป็นปัญหาของเขตชนบทซึ่งแก้ไขได้ยากเพราะประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีมาก การแก้ไขต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจของหลาย ๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง อีกสาเหตุหนึ่งคือ อสม. ซึ่งเป็นสื่อกลางทางด้านสุขภาพอนามัยยังมีบทบาทค่อนข้างน้อย

นอกจากนี้เมื่อทดสอบทางสถิติของความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของชุมชนตัวอย่างที่รู้จักอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่ามีเพียง 2 ตัวชี้วัดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปีและครอบครัวมีน้ำใช้ที่สะอาดตลอดปี ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่รู้จักอสม. อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่รู้จักอสม. ในเขตชนบท อสม. มีบทบาทช่วยเหลือในด้านอนามัยแม่และเด็กมากกว่าบทบาทด้านการสุขาภิบาล น้ำดื่ม น้ำใช้ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ๆ โดยเฉพาะมหาดไทย จึงทำให้การบรรลุเกณฑ์จปฐ. ที่เกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็กไม่แตกต่างกันจากเขตเมือง ซึ่งผ่านเกณฑ์ข้อนี้.

จากการศึกษาการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของชุมชน ตัวอย่างทั้งไม่รู้จักและรู้จักอสม. ปัญหาที่พบในส่วนของเขตเมืองคือ การวางแผนครอบครัว การได้รับวัคซีนของเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี (ถึงแม้จะบรรลุเกณฑ์จปฐ. แต่ก็ยังพบในชุมชนชานเมืองที่ไม่รู้จักอสม.) ในเขตชนบท คือ การโภชนาการ การอนามัยแม่และเด็ก สุขาภิบาล น้ำดื่ม น้ำใช้

การแก้ไข ในเบื้องต้นควรมีการรณรงค์การคุมกำเนิด และดูแลการให้วัคซีนแก่เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในกลุ่มประชากรซึ่งอาศัยบ้านเช่าตามชานเมือง รวมทั้งให้ความรู้ในเรื่องเหล่านั้น โดยการร่วมมือของกองสาธารณสุขเทศบาลกับฝ่ายเวชกรรมสังคมและอาสาสมัครที่มีอยู่ในชุมชน เขตชนบทควรมีการรณรงค์ให้ความรู้และติดตามเฝ้าระวังทางโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็ก 0 - 5 ปี และหญิงตั้งครรภ์ ให้มีการบริโภคอาหารให้เพียงพอ ซึ่งจะทำให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 3,000 กรัม เรื่องการใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะแก้ไขโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบและอาสาสมัครในชุมชน ปัญหาด้านสาธารณสุขประเภทอื่น ๆ เช่น น้ำดื่ม น้ำใช้ ควรมีการแก้ไขโดยริบด่วนเช่นกัน จากการร่วมมือกันของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สาธารณสุข มหาดไทย เกษตรและสหกรณ์ รวมทั้งชาวบ้านเอง และควรมีการติดตามประเมินผลงานที่ได้ทำเป็นระยะ ๆ พร้อมทั้งมีการปรับปรุงแก้ไขอย่างสม่ำเสมอ.

2.4 การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขระหว่างชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักกับรู้จักอสม. ในเขตเมือง (ไม่รู้จักอสม. n = 338, รู้จักอสม. n = 37)

ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.)	เกณฑ์ปี 2534	การสำรวจเขตเมือง(ร้อยละ)	ไม่รู้จักอสม.	รู้จักอสม.
หมวดที่ 1 ประชาชนได้กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะเพียงพอับความต้องการของร่างกาย					
(1)	เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการ		100.0	100.0	100.0
(2)	หญิงมีครรภ์ได้รับบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเพียงพอ ซึ่งมีผลทำให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 3000 กรัม		60.0	76.2	80.0
หมวดที่ 2 ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม					
(3)	ครอบครัวมีสุขอนามัยถูกสุขลักษณะ		90.0	100.0	100.0
(4)	ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปี		95.0	96.2	100.0
(5)	ครอบครัวมีน้ำใช้ที่สะอาดเพียงพอตลอดปี		75.0	95.9	100.0
หมวดที่ 3 ประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ					
(6)	เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรค วัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โปลิโอ และหัด ครบตามเกณฑ์		90.0	90.5	100.0
(7)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้ฉีดบาดทะยักครบเกณฑ์		80.0	95.2	100.0
(8)	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบตามเกณฑ์		70.0	100.0	100.0
(9)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้ทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		70.0	100.0	100.0
(10)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการดูแลหลังคลอด		70.0	90.5	100.0
(11)	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการทำคลอดและดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์		70.0	90.5	100.0
หมวดที่ 6 ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนการมีบุตรได้ตามต้องการ					
(12)	คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คน และสามารถใช้บริการการคุมกำเนิดได้ตามต้องการ		75.0	71.5	73.3

2.5 การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขระหว่างชุมชนตัวอย่างที่
ไม่รู้จักกับรู้จักอสม.ในเขตชนบท (ไม่รู้จักอสม. n = 101, รู้จักอสม. n = 214)

ลำดับ	ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.)	เกณฑ์ปี 2534	การสำรวจเขตชนบท(ร้อยละ)	ไม่รู้จักอสม.	รู้จักอสม.
หมวดที่ 1 ประชาชนได้กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย					
(1)	เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการ	100.0	88.0	94.7	
(2)	หญิงมีครรภ์ได้รับบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเพียงพอ ซึ่งมิ ผลทำให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 3000 กรัม	60.0	57.1	44.4	
หมวดที่ 2 ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม					
(3)	ครอบครัวมีส่วนถูกสุขลักษณะ	90.0	90.1	93.0	
(4)	ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปี	95.0	74.3	78.0	
(5)	ครอบครัวมีน้ำใช้ที่สะอาดเพียงพอตลอดปี	75.0	82.2	83.6	
หมวดที่ 3 ประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ					
(6)	เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีได้รับวัคซีนป้องกันโรค วัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ และหัด ครบตามเกณฑ์	90.0	100.0	94.4	
(7)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีได้ฉีดบาดทะยักครบเกณฑ์	80.0	100.0	100.0	
(8)	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบตามเกณฑ์	70.0	100.0	66.7	
(9)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้ทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่- สาธารณสุข	70.0	100.0	100.0	
(10)	มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีได้รับการดูแลหลังคลอด	70.0	100.0	88.9	
(11)	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการทำคลอดและดูแลหลังคลอดครบ ตามเกณฑ์	70.0	100.0	88.9	
หมวดที่ 6 ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนการมีบุตรได้ตามต้องการ					
(12)	คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คน และสามารถเข้าบริการ การคุมกำเนิดได้ตามต้องการ	75.0	79.4	74.0	

จากการศึกษาในข้อ 2.4 โดยเปรียบเทียบการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขระหว่างชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักกับรู้จักอสม. ในเขตเมือง พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่บรรลุเกณฑ์ หมวดที่ 6 ข้อ 12 คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คน และสามารถใช้บริการคุมกำเนิดจากเกณฑ์ร้อยละ 75.0 สามารถได้ร้อยละ 71.5 และ 73.3 ตามลำดับ นอกจากนี้ในกลุ่มที่รู้จักอสม. เกณฑ์ที่ได้เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่รู้จักอสม. ถึง 8 ข้อ แต่เมื่อทดสอบทางสถิติ(ในตารางที่ 9) ของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 12 ตัวชี้วัด

จากการศึกษาในข้อ 2.5 เปรียบเทียบเช่นเดียวกับ 2.4 ในเขตชนบท พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่รู้จักอสม. ไม่บรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานถึง 5 ข้อ ต่างจากกลุ่มที่ไม่รู้จักอสม. ซึ่งไม่บรรลุเกณฑ์เพียง 3 ข้อ และเมื่อทดสอบทางสถิติ(ในตารางที่ 10) ของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 12 ตัวชี้วัด

ผลการศึกษาทั้ง 2.4 และ 2.5 พบว่าการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขระหว่างชุมชนตัวอย่างที่ไม่รู้จักกับรู้จักอสม. ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 12 ตัวชี้วัด ผลที่ได้ขัดแย้งกับผลการวิจัยที่ได้ในเบื้องต้น และดูเหมือนว่าอสม. ไม่มีบทบาทในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งจริง ๆ แล้วอาจจะเกิดจากความผิดพลาดของผู้ทำวิจัยที่ได้ตัดตัวอย่างที่ให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ออกไป ตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์จึงน้อยกว่า n ที่คำนวณได้ อาจทำให้ผลการวิจัยคาดเคลื่อนไปได้.

3. การไปใช้บริการทางด้านสาธารณสุขของประชากรเขตเมืองและเขตชนบท

3.1 การไปใช้บริการทางด้านสาธารณสุขของสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย

เขตเมือง ส่วนใหญ่ประชากรนิยมไปใช้บริการที่คลินิก หรือ โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 60.3 รองลงมาคือ ใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไปภายในจังหวัด ร้อยละ 14.7 จากการสอบถามพบว่า มีคลินิกให้บริการจำนวนมากและได้รับบริการที่รวดเร็ว ได้ผลดี การไปใช้บริการโรงพยาบาลทั่วไปถึงแม้ใช้เวลาในการเดินทางน้อยแต่ต้องรอคอยเป็นเวลานาน ประมาณ 1-2 ชั่วโมง ทำให้ไม่สะดวกต่อการปฏิบัติงานและการจำกัดของเวลา เหมือนกับการศึกษาของเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด²⁵ ซึ่งพบว่า ประชากรในเขตเทศบาลเมืองส่วนใหญ่นิยมไปรับบริการด้านรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลเอกชน มากกว่าสถานบริการของรัฐ จึงควรมีการปรับรูปแบบการให้บริการให้เหมาะสมกับความจำเป็นของการใช้บริการของประชาชน เช่น การเปิดคลินิกตรวจผู้ป่วยนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลทั่วไป นอกจากนี้โรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดเพชรบุรีและสถานบริการสาธารณสุขของเทศบาล ได้แก่ กองสาธารณสุขเทศบาลควรได้มีการปรับปรุงการให้บริการให้มีบทบาทและความสามารถในการให้บริการให้ดีขึ้น เพื่อให้ประชากรส่วนใหญ่ในเขตเมืองและส่วนอื่น ๆ ของจังหวัดซึ่งมีรายได้ปานกลาง หรือค่อนข้างน้อย หรือมาโดยระบบส่งต่อ นิยมมาใช้บริการมากขึ้น เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่าย สนองนโยบายของรัฐในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชากรให้ทั่วถึง และมีผู้ที่มีรายได้ปานกลางถึงสูงบางส่วนนิยมมาใช้บริการมากขึ้น ทำให้โรงพยาบาลมีรายได้เพื่อนำมาปรับปรุงโรงพยาบาลในด้านเครื่องมือเครื่องใช้ การบริการต่าง ๆ ให้ทันสมัยและมีความพร้อมอยู่เสมอ

เขตชนบท ประชากรส่วนใหญ่นิยมไปใช้บริการที่สถานอนามัย ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดราชบุรี ร้อยละ 14.3 จากการสอบถาม พบว่า ถ้าต้องการรับยาต่อ เจ็บป่วย เป็นไข้เล็กน้อย เป็นหวัด จะไปรับบริการที่สถานอนามัย แต่ถ้ามีอาการมาก หรือเกี่ยวกับการฝากครรภ์ การคลอดบุตร นิยมไปโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดราชบุรี ซึ่งระยะทางใกล้เคียงกับการไปโรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัดเพชรบุรี แต่ประชาชนคิดว่าไปโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดราชบุรีดีกว่าเพราะเครื่องมือมีพร้อมไม่ต้องส่งต่อไปที่อื่น จึงมีส่วนทำให้ประชาชนไปใช้บริการโรงพยาบาลชุมชนภายในอำเภอและโรงพยาบาลทั่วไปภายในจังหวัดค่อนข้างน้อย (ไปใช้บริการโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 5.4 โรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 1.0) จะเห็นว่าเป็นการลดขั้นตอนการให้บริการด้านการแพทย์จากระดับ 1 ไประดับ 3

จังหวัดจึงควรมีการปรับปรุงโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัดให้มีการพัฒนาการให้บริการให้ทันสมัยหรือเฉพาะทางมากขึ้น ผู้ให้บริการมีความสามารถและมีมนุษยสัมพันธ์ดี เป็นที่เชื่อถือของประชาชนจะทำให้สามารถประหยัดค่าใช้จ่าย ประชาชนไม่ต้องเดินทางไกลและยังช่วยแบ่งเบาภาระการให้บริการระดับโรงพยาบาลศูนย์

นอกจากนี้ ยังมีประชากรบางส่วนในเขตชนบทคือ ร้อยละ 10.8 นิยมไปใช้บริการที่อสม. สอบถามพบว่าที่นิยมไปใช้บริการเนื่องจาก ในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีเจ็บป่วยร้ายแรง ที่ไปหาอสม. เพราะไปซื้อยาลดไข้ แก้หวัด บ้านอยู่ใกล้ รู้จักและคุ้นเคยกัน บางคนบอกว่ายาที่อสม. จ่ายมาให้เป็นอย่างดีกับสถานีอนามัยให้มา ได้สอบถามบางกลุ่มที่ไม่เคยใช้บริการที่อสม. ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ส่วนใหญ่ให้คำตอบว่าไม่รู้จักอสม. บางคนบอกว่าไม่เชื่อถือ เช่นเดียวกับการศึกษาของรุจิรา มังคละศิริ และคณะ²⁴ พบว่า ประชากรทั่วไปยังไม่ให้ความเชื่อถืออสม. แสดงว่ายังขาดการประชาสัมพันธ์ถึงบทบาทหน้าที่ของอสม. ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ทำให้ประชากรส่วนใหญ่ไม่รู้จักอสม. เขตเมืองร้อยละ 90.1 เขตชนบทร้อยละ 32.1 ในจำนวนประชากรที่ไม่รู้จักนี้เห็นว่าจำเป็นต้องมีอสม. เขตเมืองร้อยละ 42.6 เขตชนบทร้อยละ 72.3 จากตัวเลขนี้สามารถยืนยันได้ว่าอสม. เป็นสิ่งที่สังคมต้องการน่าจะมียุทธศาสตร์หรือกิจกรรมมากกว่านี้ อสม. ควรจะเป็นบุคคลที่ชุมชนรู้จักเป็นอย่างดี มีความสามารถ มีจำนวนที่เพียงพอ จะเห็นได้ว่าอสม. เขตเมืองมีเพียง 8 คน ทำให้ไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึง เป็นผลให้มีประชากรรู้จักอสม. มีเพียงร้อยละ 9.9 อสม. ในเขตเมืองควรมีการปรับบทบาทของการให้บริการในแนวอื่น ๆ ที่เหมาะสมให้แตกต่างจากการให้บริการในเขตชนบท

3.2 การไปใช้บริการเบื้องต้นด้านสุขภาพอนามัย ในงานสาธารณสุขมูลฐานของประชากรที่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ในเขตเมืองและเขตชนบท

กิจกรรมเบื้องต้นในงานสาธารณสุขมูลฐาน มีทั้งหมด 11 บริการ มีลักษณะการไปใช้บริการเช่นเดียวกับการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว คือ เขตเมือง มีการนึ่งพาคีลิค หรือโรงพยาบาลเอกชนเป็นส่วนใหญ่ถึง 8 บริการ กิจกรรมที่นึ่งพากันในระดับชุมชน คือ การปรับปรุงบ่อน้ำและสร้างส้วม ซึ่งเป็นปกติของเขตเมืองที่จะมีการใช้น้ำประปาและมีการใช้ส้วมมาแต่อดีต ร้อยละ 100.0 รวมทั้งแหล่งให้ข่าวสารด้านสาธารณสุข ประชาชนเขตเมืองจะนิยมใช้สื่อ ทางวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ฯลฯ ถึงร้อยละ 60.0 ในเขตชนบท ส่วนใหญ่ไปใช้บริการที่สถานีอนามัย กิจกรรมที่นึ่งตนเองได้ คือ การปรับปรุงบ่อน้ำและสร้างส้วม ร้อยละ 78.7 การฝากครรภ์และทำคลอดนิยมไปใช้บริการสถานบริการของรัฐ ระดับที่ 3 ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดราชบุรี ควรมีการแก้ไข เช่นเดียวกับที่ได้กล่าวแล้วข้างต้นในข้อ 3.1

เมื่อทดสอบหาความแตกต่างการไปใช้บริการเบื้องต้นทางด้านสุขภาพอนามัย ในงานสาธารณสุขมูลฐานที่สถานบริการระดับต่าง ๆ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกบริการ จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า ประชากรเขตเมืองสามารถเลือกสถานบริการด้านสาธารณสุขได้จำนวนมาก เนื่องจากมีสถานบริการสาธารณสุขทั้งของรัฐและของเอกชนเปิดให้บริการอยู่ทั่วไป ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้าง ค้าขาย หรือรับราชการ มีเวลาค่อนข้างจำกัด มีรายได้โดยเฉลี่ยสูงกว่าประชากรในเขตชนบท ถึงแม้มีบางส่วนรายได้ต่ำกว่าแต่ก็ยังนิยมไปใช้บริการสาธารณสุขของเอกชนเนื่องจากได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็วและโดยเฉพาะเปิดนอกเวลาราชการ ประชากรเขตชนบทมีสถานบริการสาธารณสุขให้เลือกได้น้อยกว่าประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้ค่อนข้างน้อย นิยมไปใช้บริการที่สถานีอนามัย อาจจะเป็นได้ว่าใกล้บ้าน ค่าใช้จ่ายไม่แพงหรืออาจมีความคุ้นเคยกันโดยส่วนตัว แต่ก็ยังมีบางกิจกรรมที่ไปใช้บริการของโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดราชบุรีและศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 ราชบุรี ได้แก่ การฝากครรภ์และการคลอด อาจจะเป็นเพราะเป็นสถานบริการใหญ่ มีเจ้าหน้าที่และเครื่องมือพร้อมและยังมีผู้นิยมไปฝากครรภ์และคลอดมากตั้งแต่อดีต ซึ่งทั้งสองแห่งนี้มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับในกิจกรรมทั้งสองดังกล่าว จะเห็นได้ว่าในเขตเมืองสม. มีบทบาทค่อนข้างน้อย อาจเป็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมาจากประชาชนทั้งหมด จึงไม่เป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในเขตเมือง ดังนั้นการอาศัยรูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของเขตชนบท มีการใช้ข้อสม. เป็นสื่อกลางระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐและประชาชน น่าจะมีการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมกับความต้องการของชุมชน

4. ทัศนคติของประชากรที่มีต่อการดำเนินงานของสม.

จากการสอบถามประชากรตัวอย่างในเขตเมืองทั้งหมด 375 คน และเขตชนบททั้งหมด 315 คน มีเพียง 37 คน และ 214 คน ตามลำดับ ที่รู้จักข้อสม. สาเหตุหนึ่งที่มีผลทำให้เขตเมืองมีผู้รู้จักข้อสม. น้อยน่าจะมาจากการมีข้อสม. ให้บริการในชุมชนเพียง 8 คน ทำให้การบริการในชุมชนที่อยู่กันค่อนข้างหนาแน่นไม่สามารถทำได้ นอกจากนี้ผู้ที่ตอบว่ารู้จักข้อสม. ทั้งเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลที่อยู่บ้านใกล้เคียงบ้านข้อสม. เป็นญาติกับข้อสม. หรือเคยไปใช้บริการ มีบางบ้านซึ่งบ้านติดกันแต่บอกว่าไม่รู้จักข้อสม. เพราะไม่เคยทราบว่าข้อสม. เป็นอย่างไร ทำหน้าที่อะไร จากการสัมภาษณ์ผู้ที่รู้จักข้อสม. ในเขตเมืองประชากรที่เคยไปใช้บริการค่อนข้างน้อยมาก เนื่องจากนิยมไปใช้บริการเอกชนมากกว่าบริการที่ได้จากข้อสม. คือ การซักรีดผ้าเด็ก ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่จากกองสาธารณสุขเทศบาล

ออกมาให้บริการและอสม.จะเป็นผู้ช่วย มีบางคนเคยไปขอยาลดไข้ซึ่งมักจะได้มาโดยอสม. จะไม่คิดเงินจากการสังเกตการปฏิบัติงานของอสม. พบว่าไม่มีการตั้งกองทุนยาในเขตเมือง อสม.ที่มียาขายในบ้านมีเพียง 1 คน ส่วนที่เหลือมีเพียงกระเป๋าปฐมพยาบาล ซึ่งมีผู้มาขอใช้น้อยมาก จากการสัมภาษณ์ประชากรตัวอย่างที่รู้จักอสม.ในเขตชนบท จำนวน 214 คน ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่ไม่เป็นที่ตั้งของสถานีอนามัย อสม.จะมีบทบาทเด่นชัด ประชากรส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย เป็นไข้หรือเป็นหวัดจะนิยมไปรับยาที่อสม. แต่ก็อยู่ในเงื่อนไขคล้ายกับในเขตเมือง คือ บ้านใกล้อสม. เป็นญาติหรือรู้จัก คู่กันเคยกัน มีอสม. 3 คนที่ชาวบ้านเชื่อถือและบอกว่าเป็นคนรับผิดชอบสูง มีบทบาทในหมู่บ้านมาก จากการซักประวัติพบว่าอสม.ทั้ง 3 คนนี้เป็นกรรมการสภาตำบลและเป็นกรรมการในหลายงานในหมู่บ้าน นอกจากนี้มีหลายคนที่รู้จักอสม.แต่ไม่เคยใช้บริการของอสม. จากเหตุผลดังกล่าว พบว่าประชากรเขตเมืองมีทัศนคติต่อการดำเนินงานของอสม.อยู่ในเกณฑ์ต่ำ เขตชนบทอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ตรงกับการศึกษาของรัชนิร ภูกร⁽²⁸⁾ ซึ่งพบว่าประชากรในเขตชนบทมีทัศนคติที่ดีต่ออสม.และเห็นด้วยต่อการมีอสม. ข้อถามที่มีผู้ให้คะแนนน้อยมากทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทคือ การแนะนำด้านสุขภาพเป็นเรื่องของผู้นำชุมชนมากกว่า คือ ผู้ตอบมีความเข้าใจและมีประสบการณ์ว่างานด้านสุขภาพน่าจะเป็นเรื่องของผู้นำชุมชนมากกว่า ประกอบกับอสม.ไม่มีบทบาทในด้านนี้ให้ประชาชนได้เห็นเลย การที่จะให้ประชากรมีทัศนคติที่ดีต่ออสม. จึงควรจะต้องแก้ไขตั้งแต่ขั้นตอนแรกคือ การเลือกตัวบุคคลเป็นอสม.ให้เป็นที่รู้จักและเชื่อถือของชุมชน มีความรู้ความสามารถที่จะปฏิบัติงานได้ มีการประชาสัมพันธ์ให้ทุกคนได้รู้จัก มีการอบรมนิเทศติดตามงาน ปรับปรุงแก้ไขงานอยู่เสมอ ซึ่งขั้นตอนนี้มีความสัมพันธ์กับความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ผู้นำชุมชน รวมทั้งประชากรที่อยู่ในชุมชน ให้มีความรู้ความเข้าใจในงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่จะทำให้ประชากรทุกคนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในด้านสุขภาพอนามัยและมีการช่วยเหลือกันเองในชุมชน โดยอสม.เป็นตัวกลางระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐ และชุมชน

5. ลักษณะทั่วไปของอสม.

พบว่าลักษณะทั่วไปของอสม. ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบทมีเพียงอาชีพหลักที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0038$) เช่นเดียวกับในกลุ่มประชากรตัวอย่างเขตเมืองและเขตชนบท ซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยตัวหนึ่งซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=3.76 \times 10^{-10}$) แต่ถ้าจำนวนตัวอย่างอสม. ที่ศึกษามีมากขึ้นผลการทดสอบอาจมีความแตกต่างกันหรืออาจไม่แตกต่างกันเลยก็ได้

6. ทัศนคติของอสม. ต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

(จากการสอบถามอสม. เขตเมือง จำนวน 8 คน และอสม. เขตชนบท จำนวน 49 คน)

6.1 ทัศนคติของอสม. ต่อความพอใจกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน

จากการสอบถามถึงทัศนคติของอสม. ในเขตเมืองจำนวน 8 คน และในเขตชนบทจำนวน 49 คน ที่มีต่อความพอใจกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า มี 4 ข้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1. การนัดหมายชาวบ้านรับบริการ 2. การแจ้งความเคลื่อนไหวในงานสาธารณสุขแก่ชุมชน 3. การแนะนำเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน 4. การประสานงานสาธารณสุขและงานอื่น ๆ ในหมู่บ้าน ($p=0.0018$, $p=0.0150$, $p=0.0198$, $p=0.0374$) จากการสังเกตการปฏิบัติงานและการสอบถามอสม. เขตเมืองส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติงานเลย โดยให้เหตุผลว่าเปลี่ยนผู้บริหารกองสาธารณสุขเทศบาลบ่อย ไม่มีนโยบายอะไรที่ชัดเจนและยังไม่กล้าเลือกตั้ง แต่พอใจในการเป็นอสม. ซึ่งอาจจะเป็นเพราะได้สิทธิในการรักษาฟรี ได้รับเกียรติที่เป็นอสม. และมียาในกระเป๋าปฐมพยาบาลใช้ เมื่อถามถึงการคิดจะลาออกจากการเป็นอสม. จึงไม่มีใครคิดจะลาออกเลย นอกจากนี้มีเพียง 1 คนที่บอกว่ามีปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ปัญหา คือ ประชากรไม่ให้ความร่วมมือ อาจเป็นไปได้ว่าไม่มีกิจกรรมอะไรประชาชนจึงไม่ให้ความร่วมมือ ในเขตชนบทอสม. ที่ปฏิบัติงานเป็นอสม. ที่มีที่อยู่อาศัยในหมู่บ้านที่ไม่เป็นที่ตั้งของสถานอนามัย ส่วนใหญ่มีกิจกรรมที่ให้เป็นประจำ คือ กิจกรรมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขอความช่วยเหลือ เช่น นัดผู้ปกครองเด็กนำเด็กมาฉีดวัคซีนหรือซึ้งน้ำหนักเด็ก มีการให้บริการยาสามัญประจำบ้านและปฐมพยาบาลบ้างแต่ไม่มาก อสม. ให้ความเห็นว่ายาที่เจ้าหน้าที่ให้มาเข้ากองทุนยาส่วนใหญ่เป็นยาที่มีคุณภาพไม่ดี ชาวบ้านไม่นิยมเนื่องจากรับประทานแล้วอาการไม่ทุเลา ขาดน้อยไม่สามารถปันผลได้ นอกจากนี้ยังบอกว่ายาหมดอายุไม่สามารถจำหน่ายไปให้ใครทำให้เสียหาย อาจจะต้องยุบกองทุนในไม่ช้า จากการสอบถามเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบอสม. ในเขตนั้นทราบว่ากองทุนยามีปัญหามาก ประชากรนิยมไปร้านขายยามากกว่าเพราะรับประทายแล้วหายเร็ว มีอสม. 2 คนที่ตอบไม่พอใจในการปฏิบัติหน้าที่ เนื่องจากสุขภาพไม่ดีและไม่มีเวลา มี 17 คน ที่ตอบว่ามีปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่ ในจำนวนนี้มี 13 คน บอกว่าประชาชนไม่ให้ความร่วมมือและในจำนวน 17 คน ดังกล่าวคิดว่าจะลาออก

6.2 ทัศนคติของอสม. ต่อลักษณะชุมชนที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน

จากการสอบถามอสม. ถึงลักษณะชุมชนที่ปฏิบัติงานได้แก่ ความร่วมมือจากชาวบ้านและโอกาสที่อสม. ใต้นุตุคุษกับชาวบ้าน อสม. ที่ตอบให้คะแนนปานกลางถึงน้อยคล้ายกันทั้งสองเขต สาเหตุอาจมาจากประชาชนยังต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ทำให้มีเวลาในการเข้าร่วมงานด้านสาธารณสุขมูลฐานค่อนข้างน้อยหรืออาจเป็นเพราะไม่เห็นความสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐาน จากความรู้หรือไม่เข้าใจ แต่จากการสัมภาษณ์อสม. ถึงความสะดวกในการไปมาในหมู่บ้าน และความร่วมมือของผู้นำชุมชนอสม. จะให้คะแนนทัศนคติอยู่ในเกณฑ์สูง แสดงถึงความพร้อมของผู้นำชุมชนที่จะเป็นชุมพลัง ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเมื่อทดสอบความแตกต่างคะแนนรวมทัศนคติของอสม. ต่อลักษณะชุมชนที่ปฏิบัติงานฯ ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=1.0000$)

การแก้ไข ปัญหาจากความไม่ร่วมมือของประชาชน ในเบื้องต้นคือ ในการประชุมระดับหมู่บ้านหรือตำบล ควรมีการสอดแทรกความสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานให้ประชาชนได้มีความรู้ความเข้าใจปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและในการเลือกอสม. อสม. ควรมาจากบุคคลที่ประชากรในชุมชนเป็นผู้เลือกมีความรู้ เป็นที่ยอมรับและร่วมมือของประชากร สามารถถ่ายทอดความรู้แก่ประชากรในชุมชนได้ซึ่งคาดว่าจะทำให้ชุมชนร่วมมือในการปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขมูลฐานมากขึ้น

6.3 ทัศนคติของอสม. ต่อสิ่งสนับสนุนที่รัฐให้ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

ทัศนคติของอสม. ต่อสิ่งสนับสนุนที่รัฐให้ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานระหว่างเขตเมืองกับเขต พบว่ามี 4 ข้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1. การอบรมให้ความรู้ต่าง ๆ 2. การฟื้นฟูความรู้ 3. ความร่วมมือจากสถานอนามัยหรือสถานบริการอื่น ๆ ของรัฐ 4. ยาทที่สนับสนุนหมุนเวียนในกองทุนยา ($p=0.0016$, $p=0.0002$, $p=0.0010$, $p=0.0010$) จากการศึกษาการปฏิบัติงานและสัมภาษณ์อสม. เขตเมือง พบว่าอสม. ที่ปฏิบัติงานจริงมีค่อนข้างน้อย อสม. ให้คำตอบว่า เพราะประชาชนไม่เชื่อถือ ไม่ไว้ใจ ทำให้ไม่มีผลงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบจึงไม่ให้สิ่งสนับสนุน นอกจากนี้อสม. ทั้งสองเขตยังต้องการสิ่งตอบแทนจากรัฐโดยเฉพาะสิทธิการรักษาฟรีทั้งครอบครัว (เขตเมือง 3 คน เขตชนบท 13 คน)

การแก้ไข ควรศึกษาวิจัยการให้สิ่งสนับสนุนที่อสม. ต้องการและมีความเป็นไปได้ เพื่อเป็นสิ่งตอบแทนและจูงใจในการปฏิบัติงาน รวมทั้งมีการอบรมให้ความรู้ ฟื้นฟูความรู้ ติดตามนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้อสม. สามารถปฏิบัติงานได้โดยประชาชนให้การยอมรับและเชื่อถือ

6.4 ทัศนคติของอสม. ต่อบทบาทหน้าที่ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน

ทัศนคติของอสม. ต่อบทบาทหน้าที่ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่ามี 4 ข้อ ได้แก่ 1. ชาวบ้านได้รับข่าวสารจากอสม. 2. อสม. ต้องรีบแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบเมื่อเกิดโรค 3. อสม. ต้องจัดบันทึกกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเกิด การตาย ฯลฯ 4. อสม. เป็นผู้จัดตั้งกองทุนยาโดยร่วมกับกรรมการฝ่ายอื่น ๆ ในหมู่บ้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0096$, $p=0.0004$, $p=0.0224$, $p=2.76 \times 10^{-5}$) อาจเป็นไปได้ว่าอสม. เขตเมืองซึ่งเป็นตัวแทนหรือสื่อกลางของชุมชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทต่อสุขภาพอนามัยของประชากร ในชุมชนค่อนข้างน้อย ไม่มีการจัดตั้งกองทุนยา จากคำตอบที่อสม. เมืองบอกว่า ขาดยาไม่ได้ ชาวบ้านนิยมไปสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ซึ่งมีหลายแห่ง หรือไม่ก็ไปร้านขายยาและยาที่อสม. จ่ายเป็นยาเบื้องต้นกินแล้วไม่หาย ชาวบ้านไม่นิยม เก็บไว้ยาก็ดมคออายุ

การแก้ไข ควรมีการศึกษาใน 3 เรื่อง คือ 1. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของอสม. ในเขตเมือง 2. ปัญหาและความต้องการของชุมชนเมือง 3. กลวิธีการดำเนินงานของอสม. ที่ชุมชนต้องการ เพื่อปรับบทบาทของอสม. ให้มีการดำเนินงานเฉพาะทางบางกิจกรรมให้สำเร็จ สามารถวัดและติดตามผลงานได้

เมื่อวิเคราะห์ทัศนคติของอสม. ในภาพรวมทั้ง 4 รายการ ที่มีต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าอสม. ส่วนใหญ่ในเขตเมืองมีคะแนนทัศนคติต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานต่ำ ในเขตชนบทอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง นอกจากนี้คะแนนทัศนคติของอสม. ส่วนใหญ่ต่อข้อความถามทัศนคติต่าง ๆ อสม. เขตเมืองจะให้คะแนนทัศนคติในแต่ละข้อน้อยกว่าในเขตชนบท อาจเป็นเพราะอสม. เขตเมืองมีบทบาทต่อสุขภาพและต่อความเป็นอยู่ของประชาชนค่อนข้างน้อยหรือแทบไม่มีเลย จึงมีประชากรเพียง 37 คนที่รู้จักอสม. ต่างกับในเขตชนบทซึ่งอสม. ยังมีความสำคัญและมีบทบาทต่อคนบางกลุ่มในชุมชนโดยเฉพาะในหมู่บ้านที่ไม่เป็นที่ตั้งของสถานีอนามัย ดังนั้นการที่อสม. จะสามารถเป็นตัวกลางในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแต่ละเขตได้บรรลุวัตถุประสงค์ จะต้องมีการศึกษารูปแบบของการดำเนินงานให้เหมาะสมในแต่ละเขต ตามสภาพปัญหาการดำเนินงาน ลักษณะของชุมชนและอื่น ๆ

ในการศึกษาในครั้งนี้อาจมี *sampling error* ดังนั้นน่าจะมีการทำวิจัยที่ใช้รูปแบบเดียวกันนี้ ในพื้นที่ที่มีอสม. และประชากรจำนวนมากกว่านี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่างานสาธารณสุขมูลฐานของชุมชนในเขตเมือง มีความแตกต่างจากในเขตชนบท โดยเฉพาะการใช้บริการเบื้องต้นของงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่ทัศนคติของประชากรต่ออสม. ทัศนคติของอสม. ต่อการดำเนินงาน จึงปรากฏว่าระบบงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีจปฐ. เป็นตัวชี้วัดสุขภาพอนามัยบางอย่างของประชาชนและมีอาสาสมัครสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ เป็นสื่อกลางระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐและชาวบ้าน อาจสามารถใช้ได้ในเขตชนบท แต่ในเขตเมืองน่าจะมีการสร้างระบบงานสาธารณสุขมูลฐานในรูปแบบที่แตกต่างออกไป ที่ดีและได้ประโยชน์กว่ารูปแบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบการสาธารณสุขมูลฐานระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบทจังหวัดเพชรบุรี โดยศึกษาในพื้นที่ทั้งหมดของจังหวัดและใช้ *proportional sampling*
2. ศึกษาเปรียบเทียบการสาธารณสุขมูลฐานระหว่างเขตเทศบาลเมือง เทศบาลชะอำและเขตชนบททั้งหมดในจังหวัดเพชรบุรี โดยใช้ *proportional sampling*
3. ศึกษาถึงการใช้กลุ่มทดลองดำเนินการวิจัย เพื่อหารูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง เปรียบเทียบระหว่างชุมชนต่าง ๆ (เขตเมืองแบ่งเป็น 5 ชุมชน)

บรรณานุกรม

1. สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 4 (ฉบับแก้ไข); กรุงเทพฯ: สำนักข่าวพาณิชย์, 2525: 1-10.
2. กุหลาบ รัตนสังธรรม. การสาธารณสุขมูลฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 3; ภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บางแสน, 2533: 1-14.
3. คณะสาธารณสุขศาสตร์ ร่วมกับ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และวิทยาลัยครุนครราชสีมา. รายงาน (เบื้องต้น) การศึกษาหารูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง: ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพการณ์ทางสาธารณสุข และพฤติกรรมการแสวงหาแหล่งพึ่งพาของประชาชนในชุมชน เขตเทศบาลเมืองนครราชสีมา 2531. ได้รับเงินสนับสนุนโครงการวิจัยจาก China Medical Board of New York.
4. สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน. การประชุมเชิงปฏิบัติการ: กลยุทธ์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7. ณ โรงแรมแม่สอดฮิลล์ จังหวัดตาก, 2-3 พฤศจิกายน 2532: 2-3.
5. สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. สรุปผลการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ในครั้งแรกของแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง ต.ค.-พ.ย. 2532 ปีที่ 5, ฉบับที่ 1: 9-13.
6. รุจิรา มังคละศิริ ศรีทอง ศชนลายุกต์และสมชาย ดุรงค์เดช. รายงานการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเขตเมืองที่โคราช. ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ร่วมกับมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย, ธันวาคม 2532.

7. ศูนย์ฝึกอบรม และพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง. ประเด็นของสาธารณสุขมูลฐานในแผน 7. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง สิงหาคม-กันยายน 2533; ปีที่ 5, ฉบับที่ 6: 5-7.
8. ไพจิตร ปวะบุตร. นโยบายการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7: วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคเหนือ สิงหาคม - กันยายน 2533; ปีที่ 3, ฉบับที่ 30: 7-12.
9. สำนักงานสถิติจังหวัดเพชรบุรี. แผนพัฒนาจังหวัดเพชรบุรี 5 ปี (พ.ศ. 2535 - 2539). 61-63
10. ประนอม โอทกานนท์. การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เพื่อเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า, กรกฎาคม 2528: 5-10.
11. อมร นนทสุต. แนวความคิด หลักการและวิธีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, พ.ศ. 2528: 8-11.
12. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือชาวบ้านเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) (เฉพาะด้านสาธารณสุข). สิงหาคม 2530.
13. สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย. ปฏิทินสาธารณสุข พุทธศักราช 2534: 18.
14. คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข. เป้าหมายของแผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนา เศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534). พิมพ์ที่โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2530: 25 - 26.
15. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นวัตกรรมสาธารณสุข. นครราชสีมา: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสมบุรณ์ ออฟเซ่ท์การพิมพ์, 2529: 10.
16. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทศนคติ การวัดการเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช , 2520: 1 - 2.

17. สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. คู่มือการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอและระดับตำบล. กรุงเทพฯ : กองฝึกอบรมสำนักงานปลัดกระทรวง, 2523: 3 - 7.
18. สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. สภาพปัญหาสาธารณสุข นโยบายและกลวิธีกำหนัดพัฒนาในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6. เอกสารโรเนียว. 13 - 15.
19. สมจิตต์ บุญภินันท์. การบริหารงานสาธารณสุข 2. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530: 90 -160.
20. สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.สรุปการประเมินผลการดำเนินงานโครงการสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4(พ.ศ.2520 - 2524). กรุงเทพฯ: สำนักนิพนธ์ข่าวพาณิชย์, 2527: 1, 13.
21. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพสาธารณสุขศาสตร์ เล่ม 2, หน่วยที่ 9-15 นิพนธ์ครั้งที่ 4, 2531: 528 - 540.
22. ศูนย์ฝึกอบรม และพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง จ. ชลบุรี. เอกสารรายงานการประชุมสัมมนา ครั้งที่ 15 เรื่อง ความจำเป็นพื้นฐานของคนไทยกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต.ระหว่างวันที่ 19 - 23 สิงหาคม 2528.
23. ถาวร กมลทินย์. ประสิทธิภาพการอบรมพัฒนาสมรรถภาพตามกิจกรรม ที่ต้องปฏิบัติของคณะกรรมการหมู่บ้าน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตตามความจำเป็นพื้นฐาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
24. รุจิรา มังคละศิริ รัตนา รุจิรกุล เบญจวรรณ คงทรัพย์และคณะ. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา 2528: 47 - 49.

25. กาญจนศักดิ์ ผลบูรณ์. งานวิจัย : การลุ่มตัวอย่างประเมินผลการใช้บริการสาธารณสุขและงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดตาก. สำนักงานวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
26. อรสา ไชววิริยะ งามจิตต์ จันทรสาดิต และสุมาลี แซ่ลิ้ม. รายงานการวิจัยเรื่อง การประเมินผลงานสาธารณสุขมูลฐาน ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2534. เอกสารโรเนียว.
27. สมทรง รักษ์เฒ่า และมนฤดี ณ สงขลา. วิจัยโครงการเร่งรัดพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าโดยกลวิธีการวิจัยและพัฒนา จังหวัดลำพูน ปี 2529.วารสารสาธารณสุขมูลฐาน และการพัฒนา. มิถุนายน 2533; ปีที่ 3, ฉบับที่ 1: 22.
28. รัชนิพร ภูกร. ทศนคติของประชาชนต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอพรหมนิราม จังหวัดนิญโลก. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2523.
29. อุดม ศรีทิพย์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน: ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
30. ประพันธ์ บรรลุศิลป์. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม และการไม่มีส่วนร่วมของประชาชน ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
31. แสงทอง แหงมงาม. ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขด้านรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยของประชาชนในชนบท ของจังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขานพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
32. กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โครงการขึ้นต้นเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน ผสส./อสม. อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่.(โรเนียว: 2521): 208 - 211.

33. เบญจฯ ยอดคำเนิน. รายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โครงการ
สาป่าง: การศึกษาทางมนุษยวิทยา. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
(อัดสำเนา: 2522): 52 - 56.
34. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ สุพจน์ เต๋นดวง และลือชัย ศรีเงินยวง. บทสรุปการศึกษาประเมินผลโครงการ
สาธารณสุขมูลฐานไทย ปี 2524. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2524: หน้า 3-4.
35. ฝ่ายนโยบายวางแผนและวิจัยกองแผนงานสาธารณสุข. รายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานของ
ผสส./อสม. ใน 20 จังหวัด โครงการประชากร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักข่าวพาณิชย์
2524: 5.
36. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. ศึกษาปัจจัยที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อการทำงานสาธารณสุข
ที่เหมาะสมอย่างทั่วถึง ของผสส./อสม. ระดับตำบลและหมู่บ้าน จังหวัดนครปฐม ในปี
พ.ศ. 2524: 44.
37. สุขชัย อรรถธรรม. ทศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนในจังหวัดชัยภูมิ
ที่มีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุข-
ศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.
38. จินดา นุลเกษม. การยอมรับบทบาทและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน(อสม.) ของจังหวัดนครสวรรค์ ในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวง
สาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
39. ธนา เอี่ยมการนา, ประวิทย์ สุนทรสิมะ และ นิชิต สกุลพรหมณ์. การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร
ทางด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด และการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน โดยองค์กร
อาสาสมัครสาธารณสุข. ทุนอุดหนุนจากศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน
แห่งอาเซียน. มกราคม - ธันวาคม พ.ศ. 2526: 24 - 38.

40. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชา
สถิติ และการวิจัยสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ เล่ม 1, หน่วยที่ 1-8 พิมพ์ครั้งที่ 5,
2531: 267 - 268.
41. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชา
สถิติ และการวิจัยสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ เล่ม 1, หน่วยที่ 1-8 พิมพ์ครั้งที่ 5,
2531: 276 - 277.
42. สุมาลี สิงหนิยม. การเปรียบเทียบข้อมูล 2 กลุ่ม. เอกสารโรเนียว.
43. รำไพ สุขสวัสดิ์ ณ อยุธยา. สถิติการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิมพ์ที่ห้างหุ้นส่วนจำกัดเอช-เอนการพิมพ์.
2532: 163 - 194.
44. ถวัลย์ วรพงศธร. สัมมนาวิธีการทางสถิติ. มีนาคม 2530: 1 - 13, 179 - 193.
45. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชา
สถิติ และการวิจัยสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ เล่ม 2, หน่วยที่ 9-15 พิมพ์ครั้งที่ 5,
2531: 288 - 298.
46. เตชาวุธ นิตยสุทธิ. เอกสารประกอบการสอนวิชาชีวสถิติ นักศึกษาปริญญาโท.
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: 2533.

ກວດສອບ

ภาคผนวก ก.

สูตรที่ใช้คำนวณ และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ต่าง ๆ

1. การคำนวณหาขนาดตัวอย่าง^(๔๐)

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}, \quad n_0 = \left[\frac{Z}{d} \right]^2 \sigma_x^2$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร ในที่นี้ คือ จำนวนบ้านซึ่งเป็นตัวแทนให้สัมภาษณ์ หรือ ประชาชนหัวหน้าครอบครัวหลักของบ้าน หรือ ตัวแทนของหัวหน้าครอบครัวหลักของบ้านของเขตเมือง และเขตชนบท

σ_x^2 = ความแปรปรวนของตัวแปร x ในประชากร ในทางปฏิบัติไม่ทราบค่า σ_x^2 ให้ใช้ s_x^2 แทน จากการศึกษาวิจัยของรัฐนิวยอร์ก^(๒๘) ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติของประชาชนต่อการปฏิบัติงานของอสม. ได้ค่า s_x^2 เท่ากับ 11.28^(๒๘)

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติซึ่งสอดคล้องกับ ระดับนัยสำคัญที่กำหนด (ในที่นี้กำหนดระดับนัยสำคัญ หรือ $\alpha = 0.05$) เท่ากับ 1.96

d = ค่าที่ยอมให้ผิดพลาดได้

แทนค่าในสูตร

$$n_0 = \left[\frac{1.96}{0.3} \right]^2 11.28 = 481.48$$

$$N \text{ เขตเมือง เท่ากับ } 5449, \quad n = \frac{481.48}{1 + \frac{481.48}{5449}} = 442.35$$

ตัวอย่างจากเขตเมือง เท่ากับ 442 คน เก็บจริงได้ 455 คน นำมาวิเคราะห์ได้ 375 คน

$$N \text{ เขตชนบท เท่ากับ } 7087, \quad n = \frac{481.48}{1 + \frac{481.48}{7087}} = 450.82$$

ตัวอย่างจากเขตชนบท เท่ากับ 451 คน เก็บจริงได้ 427 คน นำมาวิเคราะห์ได้ 315 คน

หมายเหตุ ตัวอย่าง อสม. ใช้ทุกคนเป็นตัวอย่างในเขตเมือง คือ อสม. ในเขตเทศบาลเมืองจ.เพชรบุรี เขตเมืองมี อสม. 8 คน สัมภาษณ์ได้ 8 คน

ตัวอย่าง อสม. ใช้ทุกคนเป็นตัวอย่างในเขตชนบท คือ อสม. ในอำเภอเขาชัย้อย จ.เพชรบุรี เขตชนบทมี อสม. 55 คน สัมภาษณ์ได้ 49 คน (ไม่ปฏิบัติงาน 2 คน สัมภาษณ์ไม่ได้ 4 คน)

2. การพิสูจน์สมมติฐานโดยแสดงนัยสำคัญทางสถิติ

2.1 การทดสอบไคร้สแควร์ (Chi-square Test for Two Independent Sample)

(42, 43, 44)

กรณีทดสอบ

2.1.1 ความแตกต่างลักษณะส่วนบุคคลของประชากรหรืออสม. ที่ข้อมูลเป็นแบบคุณภาพ เช่น เพศ สถานะภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ฯลฯ

2.1.2 ความแตกต่างของความจำเป็นพื้นฐาน ระหว่าง เขตเมืองกับเขตชนบท

2.1.3 ความแตกต่างการไปใช้บริการเบื้องต้นทางด้านสุขภาพอนามัยในงานสาธารณสุข-มูลฐานของประชากร ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ข้อมูลคุณภาพ ค่าที่ใช้เป็นหน่วยวัดอย่างน้อย จะต้องเป็นทวินาม(binomial)

2. ข้อมูลเชิงเสรี (independent sample)

3. ข้อมูลเป็นจำนวนเต็ม (discrete number or counting number)

4. ค่าทุกค่าในตาราง ต้องมีค่า >0

5. ค่า expected value ในตารางที่มีค่า <5 ต้องมีไม่เกิน 20% ของจำนวน cell ในตาราง

สมมติฐาน H_0 : ตัวแปรมีการแจกแจงในประชากรเหมือนกันสองชุด

H_a : ตัวแปรมีการแจกแจงในประชากรแตกต่างกันสองชุด

สูตร 1.

$$x^2 = \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

2. ปรับแก้ความต่อเนื่องใช้สูตร Yates' correction Chi-Square

$$x^2 = \frac{\sum (|O_{ij} - E_{ij}| - 0.5)^2}{E_{ij}}$$

เมื่อ O_{ij} เป็นค่าความถี่ที่ได้จากการสังเกตในแถวที่ i สดมภ์ที่ j
 การนำเอาผลรวมในแถวที่ i คูณกับผลรวมในสดมภ์ (แถวและคอลัมภ์ตรงกับความถี่ที่สังเกตได้) แล้วหาร
 ด้วยจำนวนรวมทั้งหมด $E_{ij} = R_i \cdot R_j / n$

เมื่อ $i = 1, 2, 3, \dots$

$j = 1, 2, 3, \dots$

$R =$ ผลรวมในแถวที่ i

$C =$ ผลรวมในสดมภ์ที่ j

$n =$ ขนาดตัวอย่าง

$r =$ เป็นจำนวนแถว

$c =$ เป็นจำนวนสดมภ์

Degree of freedom(df) = $(c-1)(r-1)$

ลักษณะการทดสอบ ใช้แบบทางเดียว

ระดับนัยสำคัญ = 0.05 (ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95)

การตัดสินใจสมมติฐาน

ไม่ยอมรับสมมติฐาน ถ้าค่า χ^2 ที่คำนวณได้มีค่ามากกว่า ค่า χ^2 ที่เปิดจากตาราง (ที่ df และนัยสำคัญที่ตั้งไว้)

ยอมรับสมมติฐาน ถ้าค่า χ^2 ที่คำนวณได้มีค่าน้อยกว่า ค่า χ^2 ที่เปิดจากตาราง (ที่ df และนัยสำคัญที่ตั้งไว้)

การทดสอบไคร้สแควร์ ที่มีค่าคาดหวัง (E) น้อยกว่า 5

ก. ถ้าค่า expected value < 5 การทดสอบไคร้สแควร์ จะได้ผลไม่สถิติ ดังนั้นถ้าหากแถวใด มีค่า expected value < 5 มากกว่า 20% ของจำนวน cell ในตาราง ก็ให้ใช้วิธีรวมค่าในแถวนั้นเข้ากับแถวอื่น เพื่อให้ได้แถวที่มีค่า expected value เกิน 5 หรือใกล้เคียง 5

ข. ใช้ Fisher's exact test ใช้แทนการทดสอบไคร้สแควร์เมื่อข้อมูลมีค่า expected value < 5 ในตาราง 2x2 มากกว่า 20% cell (rxc)

ใช้สูตร
$$p = \frac{(a+b)!(c+d)!(a+c)!(b+d)!}{n!a!b!c!d!}$$

การแปลผล ถ้าค่า $p < 0.05$ (ระดับความเชื่อมั่น 95%) แสดงว่าผลมีนัยสำคัญ

2.2 การหาค่าเฉลี่ยในตัวแปรอิสระ สองกลุ่ม (two independent variable) (48.48)

เมื่อ ไม่ทราบความแปรปรวนของประชากรที่ศึกษา โดยใช้สถิติ unpaired t-test

กรณีทดสอบศึกษา

ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนลักษณะส่วนบุคคลของประชากร เขตเมือง กับ เขตชนบท
ที่ข้อมูลเป็นแบบปริมาณ เช่น อายุ รายได้

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ข้อมูลเป็นแบบปริมาณ (ratio)
2. ข้อมูลได้มาจากตัวอย่างที่สุ่มจากประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน
3. การกระจายของข้อมูลทั้งสองกลุ่มเป็นแบบปกติ (normal distribution)
4. ทราบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของแต่ละกลุ่ม แต่ไม่ทราบค่าความแปรปรวนของประชากรที่ศึกษา

สมมุติฐาน ทดสอบ สองข้างว่า μ_1 แตกต่างจาก μ_2

$$H_0 : \mu_1 - \mu_2 = \mu_0$$

$$H_a : \mu_1 - \mu_2 \neq \mu_0$$

$$\text{บริเวณวิกฤต } t < -Z_{\alpha/2}$$

$$t > Z_{\alpha/2}$$

ระดับนัยสำคัญ หรือ $\alpha = 0.05$

หมายเหตุ สูตร t-test มีสองกรณี ก่อนที่จะใช้สูตร t-test กรณีไหนจะต้องทดสอบด้วย F-test (48.48, 49)

สมมุติฐาน ทดสอบสองข้างว่า σ_1^2 แตกต่างจาก σ_2^2

$$H_0 : \sigma_1^2 = \sigma_2^2$$

$$H_a : \sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$$

$$\text{บริเวณวิกฤต } F < F_{1-\alpha/2} ; n_1 - 1, n_2 - 1$$

$$F > F_{\alpha/2} ; n_1 - 1, n_2 - 1$$

ใช้สูตร

$$f = s_1^2 \sigma_2^2 / s_2^2 \sigma_1^2 \quad df = n_1 + n_2 - 1$$

การแปลผล

ถ้าค่า f ออกมาแล้ว ยอมรับ Null Hypothesis ให้ใช้ t-pooled

ถ้าค่า f ออกมาแล้ว ปฏิเสธ Null Hypothesis ให้ใช้ t-separated

ในกรณีที่พิสัย F-test แล้วปฏิเสธสมมติฐาน ต้องใช้สูตร T-separated Variance

ใช้สูตร

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}, \quad df = \frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}\right)^2}{\left(\frac{S_1^2}{n_1}\right)^2 + \left(\frac{S_2^2}{n_2}\right)^2}$$

- เมื่อ \bar{X}_1 = ค่าเฉลี่ยของข้อมูล ชุดที่ 1
 \bar{X}_2 = ค่าเฉลี่ยของข้อมูล ชุดที่ 2
 S_1 = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล ชุดที่ 1
 S_2 = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล ชุดที่ 2
 n_1 = จำนวนของข้อมูล ชุดที่ 1
 n_2 = จำนวนของข้อมูล ชุดที่ 2

ในกรณีที่พิสัย F-test แล้วยอมรับสมมติฐาน ต้องใช้สูตร T-pooled Variance

ใช้สูตร

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{S_p^2 \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}}, \quad df = n_1 + n_2 - 2$$

- เมื่อ \bar{X}_1 = ค่าเฉลี่ยของข้อมูล ชุดที่ 1
 \bar{X}_2 = ค่าเฉลี่ยของข้อมูล ชุดที่ 2
 S_1 = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล ชุดที่ 1
 S_2 = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล ชุดที่ 2
 n_1 = จำนวนของข้อมูล ชุดที่ 1
 n_2 = จำนวนของข้อมูล ชุดที่ 2
- $$S_p^2 = \frac{(n_1 - 1) s_1^2 + (n_2 - 1) s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

2.3 สถิติทดสอบ Mann-Whitney U Test (Mann-Whitney U Test for two independent sample) ^(49,46)

กรณีทดสอบ

- 2.3.1 ความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนลักษณะส่วนบุคคลของอสม. เขตเมือง กับเขตชนบท ที่ข้อมูลเป็นแบบปริมาณ เช่น อายุ รายได้
- 2.3.2 ความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติของประชากรต่อการดำเนินงานงานสาธารณสุขมูลฐานของอสม. ระหว่างเขตเมือง กับ เขตชนบท
- 2.3.3 ความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติของอสม.ต่อความพอใจกับการปฏิบัติงาน ลักษณะชุมชนที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน สิ่งสนับสนุนที่รัฐให้ บทบาทหน้าที่ของอสม. ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ตัวอย่างเชิงเสรี
2. ตัวแปรเชิงปริมาณ
3. ประชากรแจกแจงแบบ free distribution

สมมติฐาน

H_0 : ตัวแปรแจกแจงเหมือนกันในประชากร 2 ชุด

H_a : ตัวแปรแจกแจงแตกต่างกันในประชากร 2 ชุด

ระดับนัยสำคัญ หรือ $\alpha = 0.05$

การทดสอบ เรียงลำดับคะแนน 2 ชุด ร่วมกัน แล้วกำหนดอันดับ

ให้ a_i, b_i = อันดับของคนที่ i ในตัวอย่างชุดที่ 1, 2

n_1, n_2 = ขนาดตัวอย่าง ในชุดที่ 1, 2

$R_1 = a_1 + a_2 + \dots + a_{n_1}$, $R_2 = b_1 + b_2 + \dots + b_{n_2}$

หาค่า u

$$u_1 = \frac{n_1 n_2 + n_1 (n_1 + 1) - R_1}{2}$$

$$u_2 = \frac{n_1 n_2 + n_1 (n_1 + 1) - R_2}{2}$$

$u = \text{Max} (u_1, u_2)$ เลือกเอาค่าที่มากที่สุด
 $u = \text{Min} (u_1, u_2)$ เลือกเอาค่าที่น้อยที่สุด
นำไปเปิดตาราง



ภาคผนวก ข.
แบบสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานของครอบครัว

ลำดับที่

[] [] [] [] 1-3

หมู่ที่...ชื่อหมู่บ้าน.....ต.รอก\ชอย.....

[] [] 4

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

หัวหน้าครอบครัวชื่อ.....

* ส่วนที่ 1*

1. บ้านนี้มีจำนวน.....ครอบครัว\บ้าน

[] [] 59

2. ครอบครัวนี้มีประชากร(ที่อยู่จริง).....คน

[] [] [] 60-61

จำนวนชาย.....คน

[] [] 62

จำนวนหญิง.....คน

[] [] 63

3. จำนวนหญิงอายุ 15-45 ปี.....คน

[] [] 64

4. สถานการณ์ถือครองที่ดิน

[] [] 65

1. มีที่ดินและบ้านเป็นของตัวเอง

2. เช่าที่ปลูก

3. อาศัย

4. เช่าอยู่ปลูก

5. รายได้ของครอบครัว (คิดจำนวนเต็ม) ต่อเดือน....บาท [] [] [] [] [] [] 66-70

1. การมีสีม่วงคล้ำลักษณะ 0. ไม่มี 1. มี [] 71
2. การมีน้ำใสสะอาดเต็มเพียงพอลอดปี 0. ไม่พอ 1. พอ 3. ไม่แน่ใจ [] 72
3. การมีน้ำใช้สะอาดเพียงพอลอดปี 0. ไม่พอ 1. พอ 3. ไม่แน่ใจ [] 73
4. เจาะครอบครีวที่มีหญิงมีครรภ์ 0. ไม่มี 1. มี [] 74
 -ไปฝากครรภ์และตรวจก่อนคลอดไม่น้อยกว่า 4 ครั้ง หรือถ้ายังไม่ครบตั้งใจจะไปตรวจให้ครบใช่หรือไม่ 0. ไม่ครบ 1. ครบ 2. ไม่แน่ใจ [] 75
5. เด็กเกิดในรอบปีนี้ 0. ไม่มี 1. มี [] 76
6. เจาะครอบครีวที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี 0. ไม่มี 1. มี [] 77
 -คลอดโดยจนท. สาธารณสุข หรือหมอ
 ดำเนินที่ผ่านการอบรมแล้ว 0. ไม่ได้รับ 1. ได้รับ [] 78
 3. ไม่แน่ใจ
 -แม่ที่คลอดได้รับวัคซีนครบหรือไม่ 0. ไม่ได้รับ 1. ได้รับ [] 79
 2. ไม่แน่ใจ
 -แม่ได้รับการดูแลหลังคลอดภายใน 6 สัปดาห์หรือไม่ 0. ไม่ได้รับ 1. ได้รับ [] 80
 -แม่ได้รับการทำคลอดและดูแลหลังคลอด โดยจนท. สาธารณสุขหรือไม่ 0. ไม่ได้รับ 1. ได้รับ [] 81
 -น้ำหนักเด็กแรกคลอด 1. น้อยกว่า 3000 กรัม [] 82
 2. มากกว่า 3000 กรัมขึ้นไป
 3. ไม่แน่ใจ
 -เด็กได้รับนมคุ้มกันครบหรือไม่ 0. ไม่ครบ 1. ได้ครบ [] 83
 2. ไม่แน่ใจ

7. เฉพาะครอบครัวที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี 0. ไม่มี 1. มี [] 84
- เด็กที่ซึ้งน้ำหนักปกติคน [] 85
- เด็กที่ซึ้งน้ำหนักขาดอาหารระดับ 1คน [] 86
- ขาดอาหารระดับ 2คน [] 87
- ขาดอาหารระดับ 3คน [] 88
8. เฉพาะครอบครัวที่มีภรรยาอายุไม่เกิน 45 ปี ที่อยู่กินด้วยกันขณะสำรวจ [] 89
0. ไม่มี 1. มี
- คู่สมรสมีการคุมกำเนิดหรือไม่ 0. คุม 2. ไม่คุม [] 90
- วิธีคุมกำเนิดที่ใช้ [] 91
1. ทำหมันหญิง
 2. ทำหมันชาย
 3. กินยาคุม
 4. ฉีดยาคุม
 5. ใส่ห่วงอนามัย
 6. ผังยาคุม
 7. ถ่วงยางอนามัย
 8. วิธีอื่นๆ
- สาเหตุที่ไม่คุมกำเนิด [] 92
1. ตั้งครรภ์
 2. แรกคลอด
 3. เหตุผลทางศาสนา
 4. ต้องการมีบุตร
 5. ไม่ต้องการคุมกำเนิด
- การมีบุตรในครอบครัว [] 93
1. ไม่เกิน 2 คน
 2. เกิน 2 คน

แบบสอบถามเรื่อง

การศึกษาเปรียบเทียบการสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท
จังหวัดเพชรบุรี

ในหัวข้อ

- ทัศนคติของประชาชนต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเกี่ยวกับ
- การใช้บริการทางด้านสุขภาพอนามัย
 - การดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

สำหรับประชาชน

ลำดับที่..... [] [] [] 1-3

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... [] 4

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดเพชรบุรี

เพศ.....อายุ.....ปี ศาสนา.....

สถานภาพสมรส.....

การศึกษา.....

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน.....คน

รายได้ต่อปี.....บาท

วันที่สัมภาษณ์.....เดือน.....พ.ศ.2534

ส่วนที่ 1 * ชื่อทั่วไป

1. เพศ [] 5
1. ชาย
2. หญิง
2. สถานภาพของผู้ให้สัมภาษณ์ [] 6
1. เจ้าบ้าน
2. แม่บ้าน
3. ลูกบ้าน
3. ปัจจุบันท่านอายุ(อายุเต็ม).....ปี [] [] 7-8
4. นับถือศาสนา [] 9
1. พุทธ
2. คริสต์
3. อิสลาม
5. สถานภาพสมรส [] 10
1. โสด
2. คู่
3. ม้าย/หย่า/แยก
1. ระดับการศึกษา [] 11
1. ไม่มีการศึกษา
2. ประถมศึกษา
3. มัธยมศึกษา
4. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
5. ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า

7. อาชีพหลักของท่าน 12

1. ไม่มีอาชีพ
2. เกษตรกรรม(ทำไร่ ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์)
3. ค้าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัว
4. รับจ้าง ระบุ.....
5. รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ

8. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....บาท

13-17

ส่วนที่ 2 การไปใช้บริการเบื้องต้นทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ที่สถานบริการสาธารณสุข
ระดับต่างทั้งภาครัฐ และเอกชน

กิจกรรม	สถานที่ไปใช้บริการ ทางด้านสาธารณสุข	
1. รับบริการฝากครรภ์	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	18-19
ทำคลอด	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	20-21
2. รักษาพยาบาลเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	22-23
3. รับบริการซั้่งน้ำหนักเด็ก	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	24-25
4. รับบริการยาสามัญประจำบ้าน	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	26-27
5. รับบริการยาเม็ดคุมกำเนิดรายใหม่	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	28-29
6. รับบริการยาเม็ดคุมกำเนิดรายเก่า	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	30-31
7. รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรค	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	32-33
8. ปรึกษาปรับปรุงบ่อน้ำและสร้างส้วม	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	34-35
9. แหล่งข่าวสารด้านสาธารณสุขเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	36-37
10. แจกข่าวสารสาธารณสุขเบื้องต้นในชุมชน	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	38-39
11. ใช้บริการที่ใดมากที่สุด	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	40-41

* ส่วนที่ 3 * ทศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

ท่านรู้จักอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) หรือไม่ [] 42

1. รู้จัก 2. ไม่รู้จัก 3. ไม่แน่ใจ

ในกรณีที่ ไม่รู้จัก อสม. จำเป็นหรือไม่ที่จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [] 43

1. จำเป็น 2. ไม่จำเป็น

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. เห็นด้วยหรือไม่กับการมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)			[] 44
2. ท่านคิดว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของท่าน เป็นบุคคลที่เหมาะสม			[] 45
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในชุมชนของท่านสามารถให้การรักษานายาลเบื้องต้นได้			[] 46
4. ท่านพึงพอใจต่อการให้บริการของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ให้แกตัวท่านและครอบครัว			[] 47
5. คนในชุมชนของท่าน มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพดีอยู่แล้ว จึงไม่จำเป็นที่ต้องมีอาสาสมัคร			[] 48
6. การแจ้งข่าวสาธารณสุขหรือนำเข้าเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแก่เพื่อนบ้านเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียว			[] 49
7. ครอบครัวของท่านมีความรู้และสุขภาพอนามัยดีขึ้นเป็นผลจากการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)			[] 50
8. การแนะนำเรื่องสุขภาพสิ่งแวดล้อม และน้ำสะอาดเป็นหน้าที่ของผู้นำชุมชนมากกว่า			[] 51

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
<p>อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน</p> <p>9. อาสาสมัคร(อสม.)ช่วยให้ท่านได้รับความสะดวกมากขึ้นโดยการแจ้งข่าว หรือนัดให้ไปรับบริการสาธารณสุขที่ท่านควรจะได้</p>			[] 52
<p>10. ยากที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีไว้ให้บริการชาวบ้านในชุมชนเป็นญาติที่มียศคุณานดี</p>			[] 53
<p>11. ชาวบ้านในชุมชนของท่านให้ความร่วมมือหรือช่วยเหลืองานของอาสาสมัคร-สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ค่อนข้างน้อย</p>			[] 54
<p>12. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนช่วยเหลือท่านและครอบครัวของท่าน ท่านพร้อมที่จะให้ความร่วมมือและสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครของท่าน</p>			[] 55
<p>13. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นสิ่งจำเป็นในชุมชนที่ควรให้มีการปฏิบัติงานต่อไป</p>			[] 56

14. การปฏิบัติงานในหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ควรกำหนด [] 57
 ระยะเวลาการปฏิบัติงาน
 1. เห็นด้วย 2. ไม่เห็นด้วย 3. ไม่แน่ใจ

แบบสอบถามเรื่อง

การศึกษาเปรียบเทียบการสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท
จังหวัดเพชรบุรี

ในหัวข้อ

- o ข้อมูลส่วนบุคคล
- o ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเกี่ยวกับ
 - ความพอใจกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน
 - ลักษณะของชุมชนที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน
 - สิ่งสนับสนุนที่รัฐให้ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
 - บทบาทหน้าที่ของอสม.ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน

สำหรับอสม.

ลำดับที่สัมภาษณ์..... [] [] 1-2
 ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....
 บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน [] [] 3
 ตำบล อำเภอ จังหวัดเพชรบุรี
 เพศ อายุ ปี ศาสนา
 สถานภาพสมรส
 การศึกษา
 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน คน
 รายได้ต่อปี บาท
 วันที่สัมภาษณ์ เดือน พ.ศ. 2534

ข้อมูลทั่วไป

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. เพศ | [] | 4 |
| 1. ชาย | | |
| 2. หญิง | | |
| 2. ปัจจุบันท่านอายุเต็ม.....ปีเดือน | [] | 5-6 |
| 3. การนับถือศาสนา | [] | 7 |
| 1. พุทธ | | |
| 2. คริสต์ | | |
| 3. อิสลาม | | |
| 4. สถานภาพสมรส | [] | 8 |
| 1. โสด | | |
| 2. คู่ | | |
| 3. ม้าย/หย่า/แยก | | |
| 5. ระดับการศึกษาของท่าน | [] | 9 |
| 0. ไม่มีการศึกษา | | |
| 1. ประถมศึกษา | | |
| 2. มัธยมศึกษา | | |
| 3. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า | | |
| 4. ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า | | |

6. อาชีพหลักของท่าน] 10
1. ไม่มีอาชีพ
 2. เกษตรกรรม (เช่น ทำนา ทำไร่ ทำสวน)
 3. ค้าขาย หรือประกอบธุรกิจส่วนตัว
 4. รับจ้าง ระบุ.....
 5. รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
7. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....บาท]]]]
11-15
8. จำนวนสมาชิกในครัวเรือนของท่าน (ที่อยู่กันด้วยกันและ
หัวหน้าครัวเรือน ต้องรับผิดชอบเลี้ยงดู) มี คน]] 16-17
- ทัศนคติของอสม. ต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเกี่ยวกับ
ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลและความพอใจกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน
1. ท่านปฏิบัติงานในงานหน้าที่ อสม. มานาน.....ปี]] 18-19
 2. ท่านเป็นอสม. โดย] 20
 1. ชาวบ้านเป็นผู้เลือก
 2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้เลือก
 3. สมัครใจเข้ามาด้วยตนเอง
 4. อื่น ๆ (ระบุ).....
 3. ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาเคยมีปัญหาในการปฏิบัติงานตาม] 21
บทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายหรือไม่
 1. ไม่เคยมี
 2. มี
 ถ้ามีปัญหาของท่านคือ.....
.....
.....

] 22

4. การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. ในระยะ 6 เดือน ที่ผ่านมาได้ปฏิบัติหน้าที่ใดบ้าง

กิจกรรม	ไม่ได้ทำ	ทำ
1. นัดหมายชาวบ้านรับบริการ		<input type="checkbox"/> 23
2. แจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญ		<input type="checkbox"/> 24
3. แจ้งข่าวความเคลื่อนไหวในงานสาธารณสุข		<input type="checkbox"/> 25
4. รับข่าวสาธารณสุขและข่าวสารอื่น ๆ จากชาวบ้านพร้อมทั้งจดบันทึกและแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ		<input type="checkbox"/> 26
5. แนะนำเผยแพร่ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย		<input type="checkbox"/> 27
6. ประสานงานในงานสาธารณสุข และงานอื่น ๆ ในหมู่บ้าน		<input type="checkbox"/> 28
7. ช่วยเหลือชาวบ้านในด้านการรักษายาบาลเบื้องต้นตามอาการ		<input type="checkbox"/> 29
8. บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอสม. ตามแบบบันทึกกิจกรรมประจำเดือน		<input type="checkbox"/> 30

5. ทำพอใจหรือไม่ที่ทำงานในหน้าที่อสม. 31

1. ไม่พอใจ

2. พอใจ

เพราะ 32

.....

6. บทบาทหน้าที่ของอสม. นั้นคิดว่า 33

1. มากเกินไป

2. พอดี

3. น้อยเกินไป

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งสนับสนุนที่รัฐใช้ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

- | | | |
|--|-------------------------|----|
| 1. ตำราแบบเรียนด้วยตนเอง | [] | 41 |
| 1. ไม่ได้รับ | 2. ได้รับเพียงพอ | |
| 3. ได้รับไม่เพียงพอ | 4. ไม่ได้ทำและไม่ได้รับ | |
| 5. ได้เพียงพอแต่ไม่ได้ใช้ | | |
| 2. แบบบันทึกกิจกรรมและรายงานต่าง ๆ | [] | 42 |
| 1. ไม่ได้รับ | 2. ได้รับเพียงพอ | |
| 3. ได้รับไม่เพียงพอ | 4. ไม่ได้ทำและไม่ได้รับ | |
| 5. ได้เพียงพอแต่ไม่ได้ใช้ | | |
| 3. การอบรมให้ความรู้เพื่อปฏิบัติหน้าที่ | [] | 43 |
| 1. ไม่ได้รับ | 2. ได้รับเพียงพอ | |
| 3. ได้รับไม่เพียงพอ | 4. ไม่ได้ทำและไม่ได้รับ | |
| 5. ได้เพียงพอแต่ไม่ได้ใช้ | | |
| 4. การฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้ | [] | 44 |
| 1. ไม่ได้รับ | 2. ได้รับเพียงพอ | |
| 3. ได้รับไม่เพียงพอ | 4. ไม่ได้ทำและไม่ได้รับ | |
| 5. ได้เพียงพอแต่ไม่ได้ใช้ | | |
| 5. ความร่วมมือจากสถานีนอนามัยหรือโรงพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วย | [] | 45 |
| 1. ไม่ได้รับ | 2. ได้รับเพียงพอ | |
| 3. ได้รับไม่เพียงพอ | 4. ไม่ได้ทำและไม่ได้รับ | |
| 5. ได้เพียงพอแต่ไม่ได้ใช้ | | |

6. เวชภัณฑ์ชุดปฐมพยาบาล 46
1. ไม่ได้รับ
 2. ได้รับเพียงพอ
 3. ได้รับไม่เพียงพอ
 4. ไม่ได้ทำและไม่ได้รับ
 5. ได้เพียงพอแต่ไม่ได้ใช้
7. ยาลิ้นสนุนที่หมอนเวียนในกองทุนยาฯ 47
1. ไม่ได้รับ
 2. ได้รับเพียงพอ
 3. ได้รับไม่เพียงพอ
 4. ไม่ได้ทำและไม่ได้รับ
 5. ได้เพียงพอแต่ไม่ได้ใช้
8. บัตรประจำตัวและประกาศนียบัตร 48
1. นอใจมาก
 2. เฉย ๆ
 3. ไม่นอใจ
9. สิทธิการรักษาพยาบาลฟรีเฉพาะตัว 49
1. นอใจมาก
 2. เฉย ๆ
 3. ไม่นอใจ
10. ท่านต้องการสิ่งสนับสนุนหรือสิ่งตอบแทนอย่างอื่นจากรัฐ อีกหรือไม่ 50
1. ไม่ต้องการ
 2. ต้องการ 51
- คือ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของอสม. ที่มีต่อบทบาทหน้าที่ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน

กิจกรรม	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ชาวบ้านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยจากอสม.			[152
2. เมื่อเกิดโรคระบาดขึ้นในหมู่บ้าน อสม. ต้องรีบแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบโดยเร็ว			[153
3. ข้อมูลที่เกี่ยวกับการเกิด/ตาย ย้ายเข้า/ย้ายออก การให้ภูมิคุ้มกันโรค การตั้งครรภ์ มีความจำเป็นที่อสม. ต้องจดบันทึก			[154
4. การแนะนำชักชวนชาวบ้านให้ไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข เป็นหน้าที่ของอสม. เพียงผู้เดียว			[155
5. การตั้งกองทุนยาฯ หรือกองทุนอื่น ๆ ในงานสาธารณสุขมูลฐาน อสม. เป็นผู้ดำเนินการจัดตั้งโดยร่วมกับกรรมการฝ่ายอื่น ๆ ในหมู่บ้าน			[156
6. อสม. ไม่มีหน้าที่ช่วยซึ้งน้ำหนักเด็ก 0-5 ปี เพื่อเฝ้าระวังโรคขาดสารอาหารในชุมชนที่รับผิดชอบ			[157



กิจกรรม	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	
7. อสม. ไม่สามารถจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดให้แก่ผู้รับบริการรายเก่าที่เคยรับบริการครั้งแรกมาแล้วจากสถานอนามัย				C 158
8. อสม. สามารถติดตามและจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการสาธารณสุข				C 159
9. การให้การรักษายาบาลแก่ชาวบ้าน แม้ว่าอาการหนักเพียงใดก็ตาม อสม. ก็จะพยายามรักษายาบาล				C 160