

การพิมพ์

ภาคผนวก

- ก. ความหมายของตัวอักษรย่อที่เกี่ยวข้อง
- ข. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน
- ค. การแก้ไขปรับปรุงพฤติกรรม
- ง. จิตวิทยาในการเข้าถึงชุมชน
- จ. สรุปสาระสำคัญของแผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530–2534)
- ฉ. สาระสำคัญจากการประชุมสัมมนาวิชาการสุศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 3
 - (1) คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีฯ
 - (2) แผนงานหรือโครงการของกระทรวงสาธารณสุขฯ
 - (3) งานวิจัยสุศึกษาในโรงเรียน
 - (4) งานวิจัยสุศึกษาในชุมชน
 - (5) งานวิจัยสุศึกษาในโรงพยาบาล

ภาคผนวก ก. ความหมายของตัวอักษรย่อที่เกี่ยวข้อง

| | |
|---------------|---|
| สสม. | = สาธารณสุขมูลฐาน |
| ผสส. | = ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข |
| อสม. | = อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน |
| ก.ม. | = คณะกรรมการหมู่บ้าน |
| คปต. | = คณะทำงานสนับสนุนการปฏิบัติการพัฒนาชนบทระดับตำบล |
| กสต. | = คณะกรรมการสภาตำบล |
| กพอ. | = คณะกรรมการพัฒนาอำเภอ |
| กพจ. | = คณะกรรมการพัฒนาจังหวัด |
| กสมต. | = คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานระดับตำบล |
| หมู่บ้าน อพป. | = หมู่บ้านอาสาพัฒนาและป้องกันตนเอง |
| อส. วคช. | = อาสาสมัครวางแผนครอบครัวชุมชน |
| จนท. สส. | = เจ้าหน้าที่สาธารณสุข |
| สสอ. | = สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ |
| สสจ. | = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| สว. บส. | = สำนักงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข |
| รพอ. | = โรงพยาบาลอำเภอ |
| รพจ. | = โรงพยาบาลจังหวัด |
| O.R.S. | = Oral Rehydration Salt |
| สอ. | = สถานีอนามัย |
| สผด. | = สำนักงานผดุงครรภ์ |

ภาคผนวก ข.
ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศาธารณสุขอาเซียน
ASEAN TRAINING CENTER FOR PRIMARY
HEALTH CARE DEVELOPMENT (ATC/PHC)

ที่มาของโครงการ

โครงการจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศาธารณสุขมูลฐานอาเซียน เป็นโครงการซึ่งสืบเนื่องมาจากการที่รัฐบาลญี่ปุ่นได้เสนอให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศอาเซียนในด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (ASEAN Human Resource Development Project) ในวงเงินประมาณประเทศละ 400 ล้านบาท สำหรับประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกโครงการที่จะขอรับความช่วยเหลือในการนี้ มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอโครงการจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศาธารณสุขมูลฐานอาเซียน ซึ่งเป็นโครงการที่รัฐบาลญี่ปุ่นให้ความสนใจมากที่สุดและได้มีการลงนามในสัญญาให้ความช่วยเหลือทางด้านวิชาการ (Technical Cooperation) ไปเมื่อวันที่ 29 กันยายน 2525 และความช่วยเหลือทางด้านการก่อสร้าง (Grant Aid) เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2525

สำหรับความช่วยเหลือดังกล่าวรัฐบาลญี่ปุ่นเน้นที่จะให้ความช่วยเหลือดังนี้ คือ

1. สร้างศูนย์ฝึกอบรมที่ศาลายาและศูนย์ภาคอีก 4 แห่ง คือ ที่ขอนแก่น นครศรีธรรมราช ชลบุรี และนครสวรรค์
2. เครื่องมือและอุปกรณ์
3. การวิจัย ฝึกอบรม และการจัดทำรูปแบบสาธารณสุขมูลฐานตัวอย่าง
4. ผู้เชี่ยวชาญ
5. ทุนฝึกอบรม

วัตถุประสงค์สำคัญของการจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศาธารณสุขมูลฐานอาเซียน มีอยู่ 3 ประการ ได้แก่

1. เพื่อดำเนินการฝึกอบรมวิจัยและพัฒนาการให้บริการและรูปแบบการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานของไทย ทั้งในชนบทและในเขตเมือง
2. เพื่อเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาเทคโนโลยีวัสดุอุปกรณ์การดำเนินงาน ตลอดจนสื่อการเรียนการสอนและพัฒนาการฝึกอบรมเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐานในระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียน
3. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวม/ แลกเปลี่ยนข้อมูลและการดำเนินการฝึกอบรมการสาธารณสุขมูลฐานให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในประเทศสมาชิกอาเซียน

งบประมาณช่วยเหลือจากประเทศญี่ปุ่น

งบประมาณที่รัฐบาลญี่ปุ่นตกลงให้ความช่วยเหลือจำนวน 400 ล้านบาท ในระยะเวลา 5 ปี (2525–2530) ส่วนใหญ่จะเป็นงบลงทุนเพื่อการก่อสร้างและครุภัณฑ์สำหรับอาคารอำนวยการ และศูนย์ฝึกอบรม ซึ่งจะจัดสร้างที่วิทยาเขตศาลายา ตลอดจนการก่อสร้างอาคารและครุภัณฑ์ของศูนย์ฝึกอบรมระดับภาค ซึ่งในขั้นแรกจะจัดสร้างที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น เป็นแห่งแรก และจะทยอยสร้างเพิ่มเติมให้ครบทั้ง 4 ภาค ดังต่อไปนี้

| | | |
|-----------------------|---|---------------|
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | — | ขอนแก่น |
| ภาคกลาง | — | ชลบุรี |
| ภาคเหนือ | — | นครสวรรค์ |
| ภาคใต้ | — | นครศรีธรรมราช |

ในด้านการบริหารโครงการ มหาวิทยาลัยมหิดลจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบสำหรับศูนย์ที่ศาลายา และกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบศูนย์ภาคทั้ง 4 แห่ง

สำหรับงบประมาณช่วยเหลือจากรัฐบาลญี่ปุ่นทางโครงการเป็นผู้ดำเนินการโดยอาศัยระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้จ่ายเงินที่ได้รับจากต่างประเทศ (ระเบียบ ช.ง.ต.)

การดำเนินงาน

กิจกรรมหลักของศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน มีอยู่ 3 ประการ ได้แก่ การฝึกอบรม การวิจัย และการจัดระบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ตัวอย่างทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง

1. การฝึกอบรม

การฝึกอบรมจะเน้นหนักที่การแก้ไขปัญหาการบริหารจัดการ การส่งเสริมบริการเบื้องต้นที่เป็นองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน และเทคนิคการสื่อความหมายและการจัดการเรียนการสอน โดยจะมีทั้งการฝึกอบรมระดับผู้บริหารจากส่วนกลางและจังหวัด ตลอดจนการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานระดับอำเภอ ตำบล ผู้เข้าอบรมจะประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จากทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการต่อชุมชนโดยตรง ทั้งจากสาขาการเกษตร การศึกษา การปกครอง และสาธารณสุข รวมทั้งนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยและตัวแทนจากเอกชนและองค์การชุมชนต่าง ๆ และนอกจากนี้ จะจัดให้มีการสัมมนาและฝึกอบรมระดับนานาชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประเทศอาเซียนและญี่ปุ่นเป็นครั้งคราว เพื่อส่งเสริมการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานให้สัมฤทธิ์ผลอย่างจริงจัง

2. การวิจัย

กิจกรรมทางด้านการวิจัยของศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน จะเน้นหนักที่การวิจัยในเชิงปฏิบัติการ โดยมุ่งที่จะใช้ประโยชน์จากผลการวิจัยเพื่อปรับปรุงแบบ กลวิธี มาตรการดำเนินงาน เทคโนโลยี การให้บริการซึ่งนอกจากจะได้ประโยชน์ในการปรับปรุงกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแล้ว ยังจะได้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อปรับปรุงการฝึกอบรมที่ศูนย์ฯ รับผิดชอบดำเนินการอีกด้วย

3. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนตัวอย่าง

กิจกรรมที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ได้แก่ การจัดระบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนตัวอย่าง ทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง โดยจะดำเนินการใน 4 ภาคของประเทศ ในระดับตำบลและในเขตเมืองอีก 1 แห่ง โดยเร่งรัดให้มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรชุมชน ตลอดจนกิจกรรมพัฒนาต่าง ๆ ภายในตำบลและหมู่บ้านให้เป็นไปในรูปแบบของการสาธารณสุขมูลฐาน สามารถใช้เป็นท้องที่ตัวอย่างเพื่อการสาธิตและฝึกอบรมเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความก้าวหน้าของโครงการ

โครงการจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน มีระยะเวลาการดำเนินงาน 5 ปี ตั้งแต่เดือนกันยายน 2525 ถึงเดือนกันยายน 2530 การก่อสร้างอาคารอำนวยการและศูนย์ฝึกอบรมได้เริ่มต้นตั้งแต่เดือนมกราคม 2526 และจะเสร็จสิ้นภายในเดือน

มีนาคม 2527 รวมเป็นระยะเวลาในการก่อสร้างประมาณ 1 ปี 3 เดือน โดยรัฐบาลญี่ปุ่นได้ให้เงินช่วยเหลือในงวดแรก 180 ล้านบาท สำหรับการสร้างศูนย์ฝึกอบรมที่ศาลายาและศูนย์ภาคที่ขอนแก่น รวมถึงความช่วยเหลือเกี่ยวกับการฝึกอบรม การวิจัย และทุนสำหรับการดูงานและฝึกอบรม

ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

จากงบประมาณจำนวน 400 ล้านบาทที่รัฐบาลญี่ปุ่นตกลงให้ความช่วยเหลือในระยะ 5 ปี (2525-2530) คาดว่าประเทศไทยจะได้รับประโยชน์ดังต่อไปนี้ คือ

1. สามารถจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งในระดับส่วนกลางและระดับภาคเพื่อส่งเสริมสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นมาตรการหลักในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติระยะที่ 5 (2525-2529) ทั้งในด้านของการฝึกอบรม การวิจัย การพัฒนาทางวิชาการและปฏิบัติการ และการประเมินผล

2. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานอาเซียนจะเป็นศูนย์ประสานงานในระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียน และจะเป็นแหล่งจัดหางบประมาณความช่วยเหลือจากต่างประเทศและองค์การระหว่างประเทศเพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานได้เป็นอย่างดี

3. ศูนย์ฝึกอบรมทุกแห่งสามารถใช้ประโยชน์ในการฝึกอบรมอื่นที่นอกเหนือไปจากงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งศูนย์ระดับภาค สามารถใช้ประโยชน์ในการผสมผสานระหว่างภาคต่าง ๆ ทั้งจากการเกษตรศึกษา สาธารณสุข และพัฒนาชุมชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งจะช่วยให้การกระจายความรับผิดชอบทางด้านการศึกษา ฝึกอบรมลงไปสู่ระดับจังหวัดและอำเภอสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4. งานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยเป็นงานที่มีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว โดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดที่จะให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งประเทศภายในปี พ.ศ. 2529 การจัดตั้งองค์กรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฝึกอบรม การวิจัยประเมินผล และการพัฒนา จึงนับว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้งานสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดและเป็นงานที่มีประสิทธิภาพเป็นที่เชื่อถือทั้งภายในและภายนอกประเทศ

5. โครงการนี้เป็นความพยายามของทบวงมหาวิทยาลัยและกระทรวงสาธารณสุขที่จะประสานงานกันอย่างใกล้ชิด และจะเป็น Spear head ที่จะทำให้การพัฒนาในรูปแบบผสมผสานตามนโยบายของรัฐบาลมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากขึ้น

6. ตามแผนการดำเนินงานโครงการนี้ จะมีกิจกรรมพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในระดับหมู่บ้านและในชุมชนในเขตเมือง ซึ่งจะช่วยในการพัฒนารูปแบบของงานสาธารณสุข “โดยชุมชน” และ “เพื่อชุมชน” โดยเน้นหนักที่การพึ่งตนเอง ซึ่งเป็นนโยบายหลักของรัฐบาล มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากขึ้น

การดำเนินงานไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานนี้ จะบรรลุผลสมตามเป้าหมายได้ มีข้ออยู่ในความรับผิดชอบเฉพาะของมหาวิทยาลัยมหิดล และกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น หากแต่ต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาการชนบท

ภาคผนวก ก.
การแก้ไขปรับปรุงพฤติกรรม
(BEHAVIOR MODIFICATION)^{1, 2}

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นเป็นเรื่องที่ค่อนข้างซับซ้อน เพราะว่าพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นมาจากกระบวนการเรียนรู้ซึ่งสะสมมาตั้งแต่เด็ก อีกประการหนึ่ง พฤติกรรมของบุคคลนั้นถูกควบคุมและหล่อหลอมโดยสิ่งแวดล้อม การจะปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรม (Modify) จากของเดิมไปสู่ของใหม่ เราจำเป็นจะต้องทราบองค์ประกอบทั้งทางด้านจิตวิทยาและสังคมวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของคน มิฉะนั้นแล้วบุคคลซึ่งได้รับการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรม เมื่อกลับเข้าไปสู่สิ่งแวดล้อมเดิมก็จะกลับไปปฏิบัติตามสภาพเดิมอีก

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนนั้นมีอยู่หลายอย่าง แต่ละทฤษฎีก็มีแนวความคิด หลักการแตกต่างกันออกไป เพราะว่าพฤติกรรมของคน โดยเฉพาะพฤติกรรมอนามัยเกิดจากสาเหตุหลายสาเหตุประกอบเข้าด้วยกัน (Multiple Causality) การศึกษาของ Comings, Becker, and Maile (1980) พบว่าผลการประมวลรูปแบบของพฤติกรรมอนามัย (Health Behavior Model) จำนวน 14 รูปแบบ ประกอบไปด้วยตัวแปร 109 ตัวแปรด้วยกัน และสามารถรวบรวมองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอนามัยได้ 6 กลุ่มใหญ่ คือ

- (1) ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
- (2) การประเมินผลข้อดีข้อเสียของบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
- (3) แนวความคิดและความเชื่อที่มีต่ออาการของโรคและความรุนแรงของโรค
- (4) คุณลักษณะทางด้าน Social-network

¹ข้อเขียนของ ผศ. ดร. บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ Dr.P.H. (Behavioral Sciences and Health Education) UCLA ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

²คัดจากเอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการสุศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 2 เรื่องการสุศึกษาเพื่อพัฒนาสุขภาพ ณ โรงแรมเอเชียพทยา จ. ชลบุรี วันที่ 8-11 พฤษภาคม 2528

(5) ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค และ

(6) คุณลักษณะทางด้านประชากร

องค์ประกอบต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยของคนทั้งนั้น

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของเอกสารฉบับนี้ก็เพื่อจะเสนอรูปแบบหนึ่งในหลาย ๆ รูปแบบของการนำความรู้ด้านพฤติกรรมศาสตร์มาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหา เรื่องพฤติกรรมอนามัยรูปแบบนี้คือ Behavioral Approach รูปแบบที่เราค่อนข้างจะพบบ่อย ๆ คือ เรื่องการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรม (Behavior Modification)

Behavior Modification

หลักการ

1. รูปแบบนี้มีสมมุติฐานว่า พฤติกรรมของคนนั้นเป็นสิ่งที่คนได้เรียนรู้มาและยึดถือปฏิบัติจนเป็นนิสัย (Learned & Habitual)

2. พฤติกรรมดั้งเดิมสามารถจะปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ได้โดยกระบวนการเรียนรู้

3. หากเราศึกษาให้เข้าใจถึงองค์ประกอบทางด้านจิตวิทยาและสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยของคน เราก็สามารถจะช่วยส่งเสริมให้ประชาชนนั้นได้ปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมของตนเอง และสามารถปฏิบัติต่อไปได้อย่างต่อเนื่องถึงแม้ว่าจะกลับไปสู่สภาพสิ่งแวดล้อมเดิม

4. ประชาชนนั้นหากได้รับการพัฒนาและมีแรงกระตุ้นที่เหมาะสมก็สามารถจะควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้ประพฤติปฏิบัติไปในทางทิศทางที่ถูกต้องได้

การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง (Behavioral Self Control)

กระบวนการของ “การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง” คือ การที่เจ้าหน้าที่ช่วยให้ประชาชนได้เรียนรู้ถึงการควบคุมดูแลพฤติกรรมของตนเอง โดยให้ประชาชนได้เข้าใจพฤติกรรมของตนเอง ได้ริเริ่มปฏิบัติและควบคุมให้เป็นไปตามแนวทางที่ตั้งไว้ หากจะเขียนเป็นขั้นตอนจะมีขั้นตอนต่อไปนี้



กลวิธีการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรม (Behavior Modification)

เป็นกลวิธีการควบคุมพฤติกรรมของตนเองที่ถูกนำมาใช้ในเรื่องพฤติกรรมอนามัยมีอยู่หลายวิธีด้วยกัน

1. การเตือนความจำ (Reminders) เป็นวิธีการสร้างแรงกระตุ้นให้คนไปปฏิบัติตนทางด้านพฤติกรรมอนามัย ตัวอย่างเช่น ใช้แรงกระตุ้นการเตือนความจำจากบุคคลอื่น เช่น จดหมายเตือนหรือโทรศัพท์เตือนให้ปฏิบัติจากเจ้าหน้าที่ หรืออาจเป็นข้อความหรือรูปภาพที่เตือนให้ระมัดระวังเรื่องการกินอาหาร เรื่องการออกกำลังกาย เป็นต้น

2. การนำสู่พฤติกรรมใหม่ (Tailoring the behavior) เป็นวิธีการวางแนวทางพฤติกรรมที่จะให้คนปฏิบัติให้สอดคล้องกับนิสัยชนบธรรมเนียมประเพณีและการปฏิบัติประจำวัน ตัวอย่างได้แก่ การให้คนได้งดเว้นอาหารประเภทที่มี cholesterol สูง หรืออาหารประเภทไขมันมากในวันพระทุกวันพระ หากปฏิบัติเป็นประจำก็จะช่วยให้การปฏิบัติใหม่ติดเป็นนิสัยได้

3. การวางกรอบพฤติกรรม (Shaping) คือ การให้รางวัลเมื่อบุคคลนั้นสามารถปฏิบัติเข้าใกล้พฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น การชมเชยเมื่อคนได้ออกกำลังกายทุกวัน หรือระมัดระวังเรื่อง diet เป็นต้น

4. การให้ค้ำประกันสัญญา (Contingency Contracting) เป็นการให้ค้ำประกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับบุคคล หรือระหว่างบุคคลกับสมาชิกในครอบครัว โดยตัวผู้ที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

จะวางเป้าประสงค์ของการปฏิบัติเอง ลงมือปฏิบัติและควบคุมเองให้เป็นไปตามแผน ตัวอย่างเช่น ในการควบคุมการปฏิบัติเรื่องอาหาร การควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น

5. การควบคุมตนเอง (Self Monitoring) เป็นวิธีการที่บุคคลศึกษาและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของเขานเอง เช่น จดข้อมูลเรื่อง food intake และเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่ตนจะต้องปฏิบัติว่าห่างไกลแค่ไหน ตนจะต้องทำอะไรจึงจะให้บรรลุเป้าประสงค์ที่ต้องการ

ในกรณีที่จะให้ได้บรรลุถึงการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรม ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนมีความจำเป็นต้องเรียนรู้แนวทางใหม่ในการที่จะสร้างเสริมทักษะใหม่ จำเป็นจะต้องศึกษาองค์ประกอบทางจิตวิทยาและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต (Life-Style)

การจะก่อให้เกิด Self control ได้ก็ต่อเมื่อต้องสอดคล้องไปกับชีวิตประจำวันและสภาพสิ่งแวดล้อมทางสังคมของผู้ปฏิบัติเท่านั้น อีกประการหนึ่ง เจ้าหน้าที่จะต้องไม่ลืมองค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Factor) ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งใน Behavior Modification จากผลการวิจัยพบว่า วิธีการที่ได้ผลดีในการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมนั้นจะต้องประกอบไปด้วย Cognitive และ Behavior Modification ร่วมกัน

สิ่งสำคัญที่สุดที่กระบวนการ Behavior Modification จะเกิดขึ้นได้ คือ ตัวเจ้าหน้าที่เองที่จะต้องมียุทธศาสตร์ในการพัฒนา สร้างเสริมให้ประชาชนได้มีแนวความคิดในการแก้ปัญหาของตนเอง ควบคุมตนเอง บทบาทใหม่ของเจ้าหน้าที่นั้นจะไม่ใช่ผู้ให้หรือประชาชนเป็นผู้รับ แต่เจ้าหน้าที่จะต้องเป็นผู้สนับสนุนให้ประชาชนได้ริเริ่มแก้ปัญหาของตนเองให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต และสภาพทางสังคมของเขาเอง

ภาคผนวก ง.

จิตวิทยาในการเข้าถึงชุมชน^{1, 2}

1. ความสำคัญในการเข้าถึงชุมชน

เป็นที่ยอมรับกันดีในปัจจุบันนี้ว่า การดำเนินงานใด ๆ ก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นงานด้าน การศึกษา การสาธารณสุข การเกษตร การป้องกันประเทศ การพัฒนาชุมชน ฯลฯ ถ้า งานนั้นต้องทำกับคนในชุมชนแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วม ก่อนที่ประชาชน จะมีส่วนร่วมในการดำเนินงานนั้น เจ้าหน้าที่หรือบุคคลที่ต้องการทำงานในชุมชนต้องมีวิธีการ เข้าถึงชุมชน หรือการเข้าหาประชาชนเป็นอย่างดี เมื่อมีการเข้าหาประชาชนจนประชาชน เกิดการยอมรับแนวความคิดและการกระทำแล้ว การที่จะดำเนินงานต่าง ๆ ในชุมชนก็จะเป็นไป ด้วยความสะดวก ในทางตรงกันข้าม ถ้าการเข้าถึงชุมชนไม่ดีพอแล้ว งานต่าง ๆ ที่ต้องการทำ ในชุมชนอาจไม่ได้รับความร่วมมือ กลายเป็นเจ้าหน้าที่ทำแต่ผู้เดียว โดยมีประชาชนเป็นผู้ดู หรือที่ร้ายแรงไปกว่านั้น ประชาชนอาจมีปฏิกิริยาต่อต้านการดำเนินงานนั้นด้วยซ้ำไป เช่น เคยมีประชาชนรวมตัวกันต่อต้านโครงการทำเขื่อนกันน้ำ ต่อต้านโครงการการขุดแร่ในบาง ท้องที่ ต่อต้านโครงการการก่อสร้างโรงงานอุตสาหกรรมหนักบางชนิด เป็นต้น ทั้ง ๆ ที่โครงการ ทุกโครงการที่กล่าวมาแล้วล้วนแต่เป็นโครงการที่ดี มีประโยชน์แก่คนจำนวนมาก ก่อให้เกิด ผลดีในทางเศรษฐกิจของประเทศ แต่ยังคงได้รับการต่อต้านจากประชาชนเป็นจำนวนมาก สาเหตุของการต่อต้านประการหนึ่งมาจากการที่เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานนั้น ๆ ไม่สามารถ เข้าถึงประชาชนได้ เมื่อเข้าถึงประชาชนไม่ได้โครงการต่าง ๆ ก็ได้รับการต่อต้าน ซึ่งก่อให้เกิดผลเสีย เพราะต้องทำให้โครงการเหล่านั้นถูกเลื่อนกำหนดไปหรือไม่ก็ยกเลิกไปในที่สุด

¹ข้อเขียนของ ดร. สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ค.บ. เกียรตินิยม, ค.ม. (จิตวิทยา), M.P.H. (Health Ed.) Dr.P.H. (Health Ed & Beh. Sc.) รองคณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ และหัวหน้าภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

²คัดจากเอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 2 เรื่องการสุขศึกษา เพื่อพัฒนาสุขภาพ ณ โรงแรมเอเชียพญา จ. ชลบุรี วันที่ 8-11 พฤษภาคม 2528.

ดังนั้น จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า การดำเนินงานทุกอย่างในชุมชน ถ้าปราศจากความร่วมมือของชุมชนแล้ว งานนั้นจะสำเร็จลงด้วยความยากลำบาก หรืออาจล้มเหลวโดยสิ้นเชิง ก่อให้เกิดความเสียหายในด้านต่าง ๆ มากมาย ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการเหล่านั้นได้มีหลักจิตวิทยาในการเข้าถึงชุมชน อาจมีส่วนช่วยแก้ไขปัญหาเหล่านั้นให้เบาบางลง หรือขจัดปัญหาได้ในบางกรณี

2. หลักจิตวิทยาที่สำคัญในการเข้าถึงชุมชน

นักปราชญ์จีนคนหนึ่งได้กล่าวว่า “การทำศึกสงคราม รู้เขา รู้เรา รบร้อยครั้ง ชนะร้อยครั้ง” คำกล่าวนี้นับว่าถูกต้องอย่างยิ่ง เพราะเป็นหลักเดียวกันกับจิตวิทยาในการเข้าถึงชุมชน การเข้าถึงชุมชนนั้น ถ้าผู้ทำงานในชุมชนไม่ทราบเรื่องของชุมชน และในขณะเดียวกันไม่ทราบว่าตนเองรู้อะไร มีความสามารถอย่างไร ทำอะไรได้บ้าง ทำอะไรไม่ได้ การจะเข้าไปทำงานในชุมชนดูออกจะมีดมนมากทีเดียว ดังนั้น ถ้าผู้เขียนจะกล่าวว่า “การทำงานในชุมชน รู้ชุมชน รู้ตนเอง ทำที่ใดได้ผลเสมอ” ก็ดูจะไม่เกินความเป็นจริงนัก

ผู้เขียนจึงใคร่ขอสรุปว่า หลักจิตวิทยาในการเข้าถึงชุมชนมีหลักใหญ่ ๆ ด้วยกัน คือ

1. การรู้จักชุมชน
2. การรู้จักตนเอง

การที่จะรู้จักชุมชนก็จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีการศึกษาชุมชนในด้านต่าง ๆ ต้องรู้จักโครงสร้างของชุมชน ประชากร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ความเชื่อ วัฒนธรรม ความชอบ ความต้องการ ฯลฯ ซึ่งจะได้กล่าวในรายละเอียดต่อไป

เมื่อรู้จักชุมชนโดยถ่องแท้แล้ว จำเป็นต้องรู้จักตนเองด้วย รู้จักตนเองในด้านต่าง ๆ มากมาย เช่น

- มีความชอบที่จะทำงานร่วมกับคนอื่นหรือไม่
- มีความสามารถในการพูดให้คนอื่นเข้าใจได้หรือไม่
- มีความอดทนที่จะยอมรับแนวความคิดที่แตกต่างจากตนเองไหม
- มีความสามารถในการนำกลุ่มหรือไม่
- มีความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกของคนอื่นมากน้อยเพียงใด
- มีความรู้ในเรื่องการดำเนินงาน มีความเข้าใจในขั้นตอนของการดำเนินงานในชุมชนมากน้อยเพียงใด
- ฯลฯ

3. ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการเข้าถึงชุมชน

ดังได้กล่าวแล้วในหลักจิตวิทยาที่สำคัญในการเข้าถึงชุมชนนั้น ผู้เขียนขอให้หลัก 2 ประการใหญ่ ๆ คือ

1. รู้จักชุมชน
2. รู้จักตนเอง

จากหลักการที่ว่าต้องรู้จักชุมชนนั้น สามารถขยายออกมาเป็นคุณสมบัติด้านความรู้ และทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในการรู้จักชุมชน ซึ่งจะขอกล่าวถึงเฉพาะประเด็นที่สำคัญ ๆ ดังนี้

3.1 การศึกษาความต้องการของชุมชน ตามหลักจิตวิทยาแล้วอาจแบ่งความต้องการของคนเราออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ความต้องการทางร่างกายและความต้องการทางจิตใจ

ความต้องการทางร่างกายนั้น ได้แก่ ความหิว ความกระหาย และความต้องการอากาศหายใจ ความต้องการพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น ผู้ที่จะทำงานในชุมชนต้องทราบสภาพของความต้องการเหล่านี้ของบุคคลและชุมชนว่าเป็นอย่างไร เพราะถ้าประชาชนมีความหิวโหย ทำงานใช้แรงงานหนักตลอดวัน เพื่อได้มาซึ่งค่าจ้างแรงงานเล็กน้อย แต่ละวันทำงานเหน็ดเหนื่อย ตัวเป็นเกลียว เวลาพักผ่อนนอนหลับมีน้อย แต่ทางเจ้าหน้าที่ก็ต้องการขอแรงงานเพิ่มเติมจากเขามาก ซึ่งในสถานการณ์เช่นนี้ โอกาสที่บุคคลจะให้ความร่วมมือคงมีน้อย

ความต้องการทางด้านจิตใจหรือความต้องการทางสังคมนั้น เป็นความต้องการที่พัฒนาขึ้นมาจากการเรียนรู้ในสังคมนั้น ๆ ซึ่งจะมีแตกต่างกันไปแต่ละคน แต่ละชุมชน บางคนต้องการโอ้อวดความมั่งมีของตนเอง บางคนต้องการปกปิดความร่ำรวยของตน บางคนชอบพูดแสดงความรู้ของตนเองให้ประจักษ์ต่อบุคคล บางคนชอบการเก็บตัว บางคนต้องการอำนาจ ต้องการนำกลุ่ม แต่บางคนต้องการเป็นผู้ตาม บางคนต้องการเกียรติยศชื่อเสียงถ้าทำงาน แต่บางคนชอบปิดทองหลังพระ จะเห็นได้ว่าความต้องการต่าง ๆ เหล่านี้ เราจำเป็นต้องทราบให้แน่ใจว่าเป็นสิ่งที่เขาต้องการหรือมีอยู่ (felt needs)

เมื่อเรารู้ความต้องการของบุคคลและชุมชนเป็นอย่างไร เราจะได้ใช้เป็นแนวทางในการเข้าถึงบุคคลหรือชุมชนนั้น เช่น ถ้าบุคคลชอบแสดงออก ชอบนำกลุ่ม เราอาจให้เป็นผู้นำ ถ้าเขาขาดทักษะในการเป็นผู้นำที่ดีที่ถูกต้อง เราก็คงฝึกอบรมเขาได้ ถ้าบุคคลต้องการเกียรติยศชื่อเสียง เราต้องให้เกียรติเขาทางด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้เขาเกิดความพึงพอใจ การเข้าหาบุคคลหรือชุมชนก็จะราบรื่น

3.2 ศึกษาความเชื่อของชุมชน ในแต่ละชุมชนจะมีความเชื่อในเรื่องต่าง ๆ แตกต่างกันไป ออกไป เพราะพื้นฐานการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์แตกต่างกัน ความเชื่อก็อาจแตกต่างกันไป เช่น บางชุมชนมีความเชื่อในการรักษาโรคทางไสยศาสตร์มากกว่าการรักษาแผนใหม่ บางชุมชนเชื่อว่าการทำพิธีกรรมบางอย่างสามารถแก้ไขปัญหาฝนไม่ตกต้องตามฤดูกาลได้ บางชุมชนเชื่อว่าการแต่งงานในฤดูเข้าพรรษาไม่ได้ ต้องแต่งในเดือนอื่น ๆ และต้องเป็นเดือนเลขคู่ ยกเว้นเดือนเก้า บางชุมชนเชื่อว่าข้าราชการเป็นบุคคลที่มีคุณค่าช่วยพัฒนาสังคม แต่บางชุมชนเชื่อว่าข้าราชการคือตัวการทำลายสังคม ฯลฯ

การศึกษาความเชื่อของชุมชนทำให้เราสามารถใช้เป็นข้อมูลในการเข้าหาชุมชนได้ ทำให้เราเลือกกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับความต้องการของชุมชน ถ้าเราไม่เข้าใจในความเชื่อเหล่านั้น ไปต่อต้านหรือแก้ไขแต่แรก อาจจะทำให้เกิดความสัมพันธ์ไม่ดีระหว่างชุมชน การเข้าถึงประชาชนก็จะเกิดปัญหา

3.3 ศึกษาผู้นำชุมชนหรือผู้มีอิทธิพลต่อบุคคล ในการเข้าหาชุมชนนั้น จำเป็นต้องรู้ว่าชุมชนนั้นยึดถือใครเป็นผู้นำหรือให้ความเชื่อถือกับบุคคลใด ซึ่งอาจจะเป็นพระสงฆ์ในวัด หลวงพ่อในคริสตศาสนา คนแก่ที่มีคุณธรรม ครูในชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้านก็ได้ เมื่อเรารู้เราจะได้เข้าหาบุคคลเหล่านั้นได้ และต้องเข้าหาเป็นคนแรกก่อนที่จะเข้าหาประชาชนทั่ว ๆ ไป เพราะนิสัยของคนไทยยังมีลักษณะความเป็นเจ้าที่เจ้าทางหรือเจ้าถิ่นอยู่ ใครเข้าไปก็ต้องรู้จักกับเจ้าถิ่นก่อน ไม่เช่นนั้นจะถือว่าเป็นการลบคมหรือไม่ให้เกียรติกัน ผลเสียก็จะเกิดขึ้น

3.4 ศึกษาลักษณะทั่วไปของชุมชน เช่น ขนาดความเล็ใหญ่ของชุมชน ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ สภาพของการทำมาหากิน ลักษณะของประชากร เพศชาย หญิง การเคลื่อนย้ายประชากร อาจรวมศึกษาลึกซึ้งไปถึงตำนาน ชื่อของหมู่บ้าน เกียรติประวัติของหมู่บ้านนั้นในประวัติศาสตร์ เป็นต้น

การศึกษาข้อมูลเหล่านี้จะนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการพูดคุยกับประชาชน การสร้างความเป็นมิตร เป็นการแสดงออกถึงความรอบรู้ ความเอาใจใส่ ความสนใจในชุมชนเขา เช่น ถ้าทราบถึงว่าชุมชนนั้นชายส่วนใหญ่ไปทำงานในประเทศตะวันออกกลาง ก็จะได้พูดถึงเรื่องการทำมาหากิน พูดถึงเรื่องต่างประเทศ พูดถึงเรื่องค่าจ้างแรงงาน ฯลฯ ถ้ารู้ประวัติตำนานของชุมชนก็จะได้พูดคุยกับประชาชนอย่างมีความสนใจร่วมกัน เป็นการเริ่มต้นที่ดี

3.5 ศึกษาถึงปัญหาของชุมชน การเข้าถึงชุมชนจำเป็นต้องทราบสภาพปัญหาของชุมชนนั้นว่า ในสภาพของอดีตมีอะไรเป็นปัญหา ได้มีการแก้ไขอย่างไร สภาพในปัจจุบันมีอะไร

ที่จะเป็นปัญหา ไม่ว่าจะปัญหาในเรื่องของการประกอบอาชีพ ปัญหาการขายผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการคมนาคม ปัญหาความปลอดภัยของบุคคลในชุมชน ปัญหาการศึกษาของเด็ก ปัญหาด้านสาธารณสุขโรค ฯลฯ การเข้าใจปัญหาเหล่านี้จะช่วยให้นำไปเป็นข้อมูลในการพูดคุยและการวางแผนดำเนินงานในชุมชนได้

ทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วเป็นการรู้จักชุมชน เป็นความรู้เพียงด้านเดียว ที่เหลืออีกด้านหนึ่งคือต้องรู้ตนเอง ต้องเตรียมตนเองในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

3.6 มีความรู้ในเรื่องที่รับผิดชอบและมีทักษะในการดำเนินงาน เมื่อตนเองได้รับมอบหมายให้ทำงานในหน้าที่อะไร ต้องศึกษาให้ละเอียดว่างานนั้นคืออะไรที่แท้จริง เช่น ได้รับมอบหมายให้เป็นพัฒนาการตำบล มีหน้าที่ในการพัฒนาตำบลที่รับผิดชอบ ในกรณีนี้ต้องเข้าใจคำว่าพัฒนาคืออะไร จะพัฒนางานอะไร จะมีขั้นตอนการดำเนินงานอย่างไร ฯลฯ สิ่งเหล่านี้พัฒนาการต้องทราบ และต้องพัฒนาทักษะการทำงานของตนเองด้วยให้มั่นใจว่ามีความสามารถในการทำงานนั้นได้

3.7 มีความรู้สึกชอบที่จะทำงานร่วมกับกลุ่มบุคคล ในการเข้าถึงชุมชนนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการติดต่อพูดคุย ร่วมมือทำงานกับหลายคน หลายระดับ หลายแนวความคิด ถ้าตนเองไม่ชอบทำงานร่วมกับบุคคลอื่น จะทำงานในชุมชนไม่ได้ ถ้าพบว่าตนเองเป็นนักคิด นักวางแผน โดยทำงานกับข้อมูลต่าง ๆ นักเขียนแนวทางทฤษฎีการทำงาน ทำงานคนเดียว แต่เมื่อจะทำงานกับบุคคลอื่นเกิดความไม่สบายใจ รู้สึกอึดอัดใจ การทำงานในชุมชนย่อมเป็นไปได้

3.8 มีการยอมรับความคิดเห็น การเข้าหาชุมชนนั้น การกระทำที่แตกต่างไปจากตนเองได้ การเข้าหาชุมชนนั้นดังได้กล่าวมาแล้ว ต้องทำงานร่วมกับคนหลายคน หลายระดับ ซึ่งแต่ละคนก็มีพื้นฐานแตกต่างกัน อันนำไปสู่ความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ความรู้สึกที่ต่างกัน และชอบทำบางสิ่งบางอย่างแตกต่างจากเรา ถ้าเราทนรับความคิดเห็นนั้นไม่ได้ ต้องการให้ความคิดเห็นของตนเองเป็นใหญ่ เป็นแนวทางในการให้คนอื่นเห็นคล้อยตาม การทำงานในชุมชนก็จะเกิดปัญหามาก

3.9 มีความรู้สึกไวต่อความรู้สึกของคนอื่น ลักษณะเช่นนี้เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการเข้าหาชุมชน เพราะการติดต่อพูดจากับประชาชนในชุมชนนั้น ปฏิบัติการของบุคคลที่แสดงออกย่อมแตกต่างกันไปความรู้สึกของประชาชนที่มีต่อเจ้าหน้าที่ซึ่งเข้าไปดำเนินงาน อาจมีทั้งยินดี เมินเฉย ต่อต้าน รังเกียจ ฯลฯ ความรู้สึก ท่าที การแสดงออกของแต่ละคนในชุมชนที่มีต่อเรา

หรือต่อโครงการที่จะดำเนินงานในชุมชนนั้นเราต้องไว หรือรับรู้โดยฉับพลัน แล้วดำเนินการแก้ไขและปรับปรุงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นราย ๆ ไป

3.10 มีความรู้และทักษะในการสื่อความหมาย คุณสมบัตินี้นับว่าได้เป็นสิ่งสำคัญมากในการเข้าหาชุมชน และคนเราจะทำงานในชุมชนแต่ขาดความรู้และการสื่อความหมายย่อมไม่สามารถจะทำงานในชุมชนได้แน่นอน เนื่องจากเรื่องการสื่อความหมายเป็นเรื่องสำคัญจึงขอแยกกล่าวเป็นหัวข้อเฉพาะจากเรื่องต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว

4. การสื่อความหมาย (Communication)

การสื่อความหมาย ก็หมายถึงการที่บุคคลหรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งต้องการที่จะสร้างความเข้าใจร่วมกันกับบุคคลอื่นหรือหน่วยงานอื่น

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าความเข้าใจตรงกันในเรื่องระหว่างบุคคลผู้สื่อความหมายกับบุคคลที่รับการสื่อความหมายจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ถ้าผู้ส่งความหมายกับผู้รับความหมายเข้าใจแตกต่างกัน แสดงว่าการสื่อความหมายไม่มีประสิทธิภาพ ตัวอย่างที่ดี คือ

ผู้ใหญ่ลีซึ่งรับฟังนายอำเภอให้บอกชาวบ้านเลี้ยงสุกร แต่ผู้ใหญ่ลีถ่ายทอดให้ลูกบ้านฟังว่าทางอำเภอต้องการให้ชาวบ้านเลี้ยงสุนัข

องค์ประกอบของการสื่อความหมาย

โดยทั่วไปแล้ว กระบวนการสื่อความหมายจะต้องมีองค์ประกอบใหญ่อยู่ 4 ประการ คือ

1. ผู้ส่ง เป็นบุคคล กลุ่มคน หรือหน่วยงานก็ได้
2. ผู้รับ เป็นบุคคล กลุ่มคน หรือหน่วยงานก็ได้
3. เนื้อหา คือ สิ่งที่ผู้ส่งต้องการส่งให้ผู้รับ
4. ช่องทางส่ง คือ สื่อกลางที่ใช้ส่งเนื้อหา เช่น วิทยุ โทรศัพท์ รถยนต์ วีดีโอ หนังสือพิมพ์

บันทึก วารสาร เป็นต้น

การสื่อความหมายเพื่อการเข้าถึงชุมชน

ในที่นี้ผู้เขียนจะกล่าวถึงการสื่อความหมายเฉพาะในองค์ประกอบของผู้ส่งที่เป็นบุคคล และในประเด็นของการทำงานในชุมชนเท่านั้น รายละเอียดนอกเหนือจากขอบเขตดังกล่าวจะไม่พูดถึง ผู้สนใจสามารถอ่านได้จากตำราการสื่อความหมายหรือการสื่อสาร

ดังได้กล่าวมาแล้วว่า การเข้าชุมชนนั้นเราต้องมีการเตรียมตัวผู้ที่เข้าไปทำงานเป็น
อย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะในการสื่อความหมาย การที่เราจะเข้าหาชุมชนนั้นต้องเข้าใจ
ในหลักการ เทคนิคของการสื่อความหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อความหมายด้วยการพูด
หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ต้องพูดกับประชาชนให้ประชาชนเกิดความเข้าใจตรงกัน เกิดความรู้สึก
ที่ดีต่อผู้พูด อันจะนำไปสู่รากฐานของการให้ความร่วมมือในการทำงานต่อไป

หลักของการพูดกับชุมชน จึงควรทำในลักษณะดังนี้

1. **พูดกับประชาชนในโอกาสที่เหมาะสม** ผู้พูดต้องเลือกโอกาสที่เหมาะสมกับความพร้อม
ของประชาชนที่จะรับฟัง เช่น เวลาหลังรับประทานอาหาร เวลาที่นั่งพักผ่อน เวลาที่ไปทำพิธี-
กรรมทางศาสนา เวลาที่มาติดต่องานราชการ เวลาที่ว่างที่ประชาชนนั่งพูดกันอยู่ เป็นต้น
เพราะช่วงเวลาเหล่านี้เป็นช่วงที่เหมาะสมซึ่งประชาชนไม่อยู่ในสภาพรีบร้อน จึงพร้อมที่จะ
รับฟังการพูดคุยกับเรา ถ้าไปเลือกพูดคุยกับประชาชนในช่วงก่อนรับประทานอาหาร ในช่วง
เวลาที่ต้องเดินทางไปธุระ หรือในตอนค่ำมืดดึกดั้นกันไป ซึ่งประชาชนต้องการพักผ่อนนอนหลับ
นับว่าเป็นการเลือกเวลาที่ไม่เหมาะสมเป็นแน่

2. **ต้องพูดตามความสนใจหรือจากปัญหาของประชาชนก่อน** ตามหลักของจิตวิทยา
แล้ว คนเราชอบที่จะให้คนอื่นพูดในเรื่องของตนเองในทางที่ดี ในทางที่เขาสนใจอยู่ เช่น ประชาชน
สนใจในเรื่องของการแก้ไขน้ำท่วมมา เราก็ต้องพูดถึงเรื่องนี้ ถ้าประชาชนสนใจการขายข้าว
ให้ได้ราคาสูง เราก็ต้องพูดในเรื่องนั้นก่อน แล้วเรื่องอื่น ๆ ต่อไปทำความรู้จักมักคุ้นกันที่หลัง

3. **ต้องพูดในลักษณะของความเป็นมิตร** น้ำเสียงที่พูดต้องเป็นไปในลักษณะของการ
พูดคุยกันอย่างเป็นกันเอง ไม่แสดงวาจาของความเป็นผู้มีอำนาจ ไม่พูดในลักษณะสั่งการให้
ประชาชนต้องทำตามโดยไม่สนใจความรู้สึกของประชาชน

4. **ต้องพูดในลักษณะขอความคิดเห็นปรึกษาหารือ** ตามหลักแล้วบุคคลย่อมเกิดความ
ภูมิใจในตนเองถ้ามีความรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีค่า มีประโยชน์ คนอื่นยอมรับ ดังนั้น
การพูดคุยจึงเป็นไปในลักษณะปรึกษาหารือ ขอความคิดเห็น จะทำให้ประชาชนรู้สึกว่าคุณค่า
มีค่า ไม่ใช่เป็นผู้รับฟังแต่ข้างเดียว

5. **ต้องพูดในลักษณะให้ความสนใจในตัวประชาชน** ในลักษณะเช่นนี้จะแตกต่างไป
จากลักษณะของการพูดที่ว่า “ซังกะตายพูด” คือ พูดอย่างแแกน ๆ พูดอย่างเสียไม่ได้ การพูด
ในลักษณะให้ความสนใจนั้น อาจแสดงออกทั้งท่าทางการนั่งพูด การสบสายตากับประชาชน

การกัมหัวหรือพยักหน้าแสดงว่า เข้าใจ รับทราบเป็นระยะ ๆ ล้วนแต่เป็นการแสดงออกถึงความสนใจทั้งนั้น

6. **ต้องไม่พูดตำหนิติเตียน หรือเอาจุดอ่อนของบุคคลที่พูดกับเขามาโจมตี** การจะเข้าหาประชาชนก็คือสร้างความเป็นมิตร ต้องไม่ตำหนิเขา บุคคลทุกคนมีความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงการตำหนิ ดังนั้น ต้องไม่พูดตำหนิติเตียนหรือว่าประชาชน เช่น ตำหนิว่าประชาชนฟังไม่รู้เรื่อง ตำหนิประชาชนว่า เขา ปัญหาเล็กน้อยก็ไม่มีความคิดที่จะแก้ไข ตำหนิการศึกษาของประชาชนว่าต่ำ ตำหนิประชาชนว่าไม่สนใจติดตามข่าวของทางราชการ ฯลฯ ถ้าพูดในลักษณะติเตียนดังกล่าวย่อมไม่สามารถเข้าถึงชุมชนได้

7. **พยายามพูดในระยะเวลาที่เหมาะสม** ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และการประเมินความสนใจของผู้ฟังเป็นระยะ ถ้าประเมินความสนใจของผู้ฟังว่าเกิดความรู้สึกเพียงพอแก่การพูดแล้วควรหยุดได้ ถ้าใช้เวลานานมากเกินไปในแต่ละครั้งอาจทำให้ผู้ฟังเกิดความเบื่อหน่าย มีความรู้สึกที่จะหลีกเลี่ยงการพูดด้วยในครั้งต่อ ๆ ไป เคยมีข้าราชการบางคนพูดชนิดติดลมหยุดไม่ได้ แม้ว่าผู้ฟังจะเดินหนีก็ยังมี การติดตามเดินไปพูดด้วยก็มี ซึ่งนับว่าเป็นผลเสียหายมากกว่าผลดี

8. **ต้องหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์เทคนิคต่าง ๆ หรือภาษาที่สูงเกินไป** สำหรับผู้ฟังนิทานเรื่อง “ผู้ใหญ่ลี” เป็นอุทาหรณ์อย่างดีสำหรับผู้พูด โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักวิชาการสมัยใหม่ หรือผู้ที่สำเร็จมาจากต่างประเทศ เวลาพูดคุยกับประชาชน มีการใช้ศัพท์เทคนิคและภาษาต่างประเทศมากมาย ทำให้คนฟังไม่รู้เรื่อง

ผู้เขียนเคยประสบมากับตนเองที่เห็นข้าราชการคนหนึ่งออกไปพบกับกลุ่มประชาชนในหมู่บ้าน บังเอิญรถที่ไปเสียเวลาไปเกือบ 1 ชั่วโมง ประชาชนในหมู่บ้านรอต้อนรับอยู่ พอพูดประโยคแรกก็บอกว่า ผมขอภัยที่มา เลท (Late) เกินไป ประชาชนฟังแล้วกึ่งง บางคนก็เดาความหมายได้ แต่คิดว่าอีกหลายคนในที่นั้นคงไม่ทราบว่าหมายความว่าอย่างไร

อีกตัวอย่างหนึ่ง มีวิทยากรที่จบปริญญาเอกจากสหรัฐอเมริกาคนหนึ่ง ได้รับเชิญไปบรรยายในการอบรมครูประถมศึกษาระดับประถมศึกษาของเขตการศึกษาหนึ่ง บรรยายอย่างคล่องแคล่ว 1 ชั่วโมงรวด พูดไทยสลับอังกฤษ คำต่อคำ ประโยคต่อประโยค กลุ่มครูนั่งฟังอย่างเงิบกริบ เมื่อจบชั่วโมงวิทยากรก็ถามว่า มีครูท่านใดสงสัยอยากจะถามอะไรไหม ครูคนหนึ่งกล่าวว่า “จะว่าสงสัยก็ไม่ได้หรอกครับ ผมฟังมาตลอดชั่วโมงไม่เข้าใจเลย อาจารย์ใช้ภาษาฝรั่งมากไป ผมไม่เข้าใจทั้งหมดเลย” วิทยากรท่านนั้นตีสีหน้าชอกกล

9. พยายามหลีกเลี่ยงการพูดคุยที่ขัดสภาพความเป็นไปได้ของผู้ฟัง เช่น ในชนบทรู้ว่าประชาชนไม่สามารถแปร่งฟันได้หลังอาหารทุกมื้อ ก็ไม่ต้องไปพูดให้ประชาชนต้องขนแปร่งสีฟัน ยาสีฟันติดตัวไปเมื่อเวลาไปทำนาหรือทำไร่ หรือทราบดีว่าประชาชนยากจนก็ไม่ควรพูดให้กินอาหารพวก เนื้อ ไข่ ปลา นม ทุก ๆ วัน

10. พยายามพูดหลีกเลี่ยงการขัดแย้งในหลักการค่านิยมของตนเองให้น้อยที่สุด เช่น ถ้าเป็นข้าราชการชอบแต่งเครื่องแบบ ก็ต้องหลีกเลี่ยงการพูดว่าการแต่งเครื่องแบบไม่ดี แสดงออกถึงการแบ่งชั้นวรรณะ เป็นเจ้าขุนมูลนาย หรือถ้าตนเองมีค่านิยมในเรื่องการซื้อตรงต่อเวลาต่ำ ไม่ค่อยสนใจเรื่องเวลา ไปทำงานสายกลับก่อนเป็นประจำ ก็ควรหลีกเลี่ยงการพูดถึงความตรงเวลากับประชาชน เลี่ยงการพูดย้าให้ประชาชนไปประชุมที่อำเภอให้ตรงเวลานัดหมายอย่างแน่นอน เพราะจะเป็นผลเสียกับตนเอง

11. หลีกเลี่ยงการพูดในลักษณะเป็นทางการ พูดในลักษณะถามเป็นประโยคตอบเป็นประโยค พูดในลักษณะฝ่ายหนึ่งซักถามฝ่ายหนึ่งตอบ พูดในลักษณะของการสัมภาษณ์ แต่ต้องพูดในลักษณะเป็นกันเอง ไม่ต้องมีโครงสร้างของการพูดที่แน่นอนตายตัว พูดไปในเรื่องต่าง ๆ ตามสภาพการณ์

12. เป็นนักฟังที่ดีพร้อมกับเป็นนักพูดที่เชี่ยวชาญ เรามักจะพบอยู่เสมอในวงราชการ ข้าราชการเวลาจะพูดกับประชาชนในชุมชนมักจะขยับพูด แต่ไม่ทันฟังสิ่งที่ประชาชนพูดด้วย บางครั้งก็แข่งพูดในขณะที่ประชาชนพูดอยู่ บางคนก็ไม่ยอมให้ประชาชนพูดได้เลย เหม่าพูดคนเดียว ผู้เขียนมีประสบการณ์ที่เห็นนักบริหารชั้นสูงคนหนึ่งที่มีคนมาประชุมประมาณ 300 คน ในเวลากลางคืน นักบริหารท่านนั้นเป็นคนี่พูดเก่งมาก พูดจูงใจคนได้ดี แต่ขณะที่พูดอยู่ประชาชนคนหนึ่งได้ถามเรื่องที่ท่านกำลังพูด นักบริหารท่านนั้นแทบจะตะโกนใส่ผู้ถามคนนั้นว่า “คุณยังไม่ต้องถามเวลานี้ เอาไว้เมื่อผมพูดจบแล้วค่อยถาม” ผลปรากฏว่ามีปฏิกริยาในทางลบกับคนถามนั้นทันที มีการปะทะคารมกันพอสมควร และใช้เวลาระยะหนึ่งกว่าที่เพื่อน ๆ จะขอร้องให้บุคคลนั้นหยุดได้เถียง ถ้านักบริหารท่านนั้นจะหยุดแล้วตอบคำถามทันทีเรื่องการโต้เถียงคงจะหมดไป

ควรจำไว้เสมอว่า ถ้าประชาชนต้องการจะพูดเราควรจะฟัง และฟังด้วยความสนใจอย่างมีความสนุกสนานพูดแต่ฝ่ายเดียว ถ้าเป็นเช่นนี้ต่อไปก็จะพูดกับใครไม่ได้ นอกจากพูดกับตนเอง หรือต้องเกณฑ์คนมานั่งฟัง

ภาคผนวก จ.

สรุปสาระสำคัญของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 6

(พ.ศ. 2530—2534)

ก. สภาพและปัญหาสาธารณสุข

1. สภาพและการเปลี่ยนแปลงทางประชากร

การเพิ่มขึ้นของประชากรและการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างอายุของประชากรในช่วงของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 จะส่งผลกระทบต่อด้านต่าง ๆ ที่สำคัญพอสรุปได้ดังนี้

1.1 ในระยะของแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 เด็กอายุ 0—5 ปี มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 14.4 ของประชากรในปลายแผน 5 เป็นร้อยละ 12.1 ในปลายแผน 6 และเด็กในวัยเรียนก็มีสัดส่วนลดลงเช่นเดียวกัน แต่เยาวชนและประชากรในวัยทำงาน (กลุ่มอายุ 15—45 ปี) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากสัดส่วนของประชากรทั้งหมดร้อยละ 46.5 ในปี 2523 เป็นร้อยละ 56 ในปี 2534 สำหรับประชากรในวัยสูงอายุ หรือ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากสัดส่วนร้อยละ 5 ของประชากรทั้งหมดในปี 2523 เป็นร้อยละ 6 ในปี 2534

1.2 ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงถิ่นที่อยู่จากชนบทมาเป็นในเขตเมือง ในช่วงของแผนฯ 6 คาดประมาณว่าประชากรประมาณร้อยละ 25 หรือประมาณ 15 ล้านคน จากจำนวนประชากรประมาณ 53 ล้านคน ในปีเริ่มแผนฯ 6 จะอาศัยอยู่ในเขตเมือง โดยจะมีแนวโน้มการย้ายถิ่นจากภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันตก และภาคกลาง (ยกเว้น กทม.) เข้าสู่ กทม. และภาคตะวันออก

1.3 ในขณะที่อัตราเพิ่มของประชากรจากช่วงต้นแผนฯ 5 ถึงต้นแผนฯ 6 (5 ปี) จะอยู่ในเกณฑ์ประมาณร้อยละ 8 แต่ประชากรในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ได้เพิ่มสูงอยู่ในเกณฑ์ร้อยละ 16 ในช่วงเวลาเดียวกัน

- 1.4 ในขณะที่อัตราเพิ่มของประชากรโดยเฉลี่ยในปลายแผนฯ 5 คาดว่าจะมีเพียงร้อยละ 1.5 ต่อปี ในปลายแผนฯ 6 คาดว่าอัตราเพิ่มจะลดลงอีก

อย่างไรก็ดี ในหมู่ชนบางกลุ่มและชาวไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดภาคใต้ คาดว่าอัตราเพิ่มประชากรจะยังคงอยู่ในระดับสูงเกินร้อยละ 1.5 ต่อปี

1.5 จากการสำรวจมะโนประชากรในปี 2523 ปรากฏว่ามีประชากรอายุ 10 ปีขึ้นไป ที่ไม่รู้หนังสือประมาณ 3.5 ล้านคน ในจำนวนนี้ร้อยละ 60 เป็นหญิง สภาพการณ์เช่นนี้ย่อมเป็นปัญหาหรืออุปสรรคสำคัญของการพัฒนาการสาธารณสุขได้

2. สภาพและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

สภาพการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านสาธารณสุข และคาดว่าจะมีอิทธิพลที่สำคัญต่อปัญหาสาธารณสุขอย่างเด่นชัดนั้น มีดังต่อไปนี้

2.1 การขยายตัวทางเศรษฐกิจในระยะของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 ในอัตราร้อยละ 5 ถึง 6 ต่อปีนี้ คาดว่าจะสัมฤทธิ์ผลได้โดยยากในช่วงของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยหลายอย่างที่ก่อให้เกิดข้อจำกัดในการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศและของโลก และรัฐมีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินงานตามนโยบายประหยัดการใช้จ่ายมากยิ่งขึ้น ดังนั้นทรัพยากรที่จะสามารถนำมาใช้ขยายบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานทางการสาธารณสุข และการนำเอาความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีจากภายนอกประเทศมาประยุกต์ใช้เพื่อการดังกล่าว ย่อมมีข้อจำกัดมากขึ้นตามไปด้วย

อนึ่ง ถึงแม้ว่าในช่วงแผนพัฒนาฯ ที่ผ่านมาถึงแผนพัฒนาฉบับที่ 5 ประเทศไทยจะสามารถรักษาระดับความจำเป็นทางเศรษฐกิจได้ค่อนข้างมั่นคง มีการกระจายรายได้และการเข้ามามีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจของประชาชนอย่างกว้างขวางมากขึ้นตามลำดับก็ตาม แต่ปรากฏว่ายังมีสภาพความเหลื่อมล้ำของระดับรายได้ของบุคคลในภาคต่าง ๆ ในระหว่างผู้ประกอบการอาชีพสาขาเกษตรกรรมกับสาขาธุรกิจ บริการและอุตสาหกรรม และระหว่างชนบทกับเขตเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กทม. ดังนั้น ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 คาดว่าสภาพความเหลื่อมล้ำดังกล่าวจะยังคงอยู่ต่อไป และจะเป็นเหตุทำให้ทรัพยากรมนุษย์ในเขตพื้นที่ชนบทยากจนและในหมู่ผู้ใช้แรงงานซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนา มีสภาพล้าหลังด้วยคุณภาพไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและชุมชนในด้านต่าง ๆ รวมทั้งด้านการสาธารณสุขด้วย

2.2 ค่าใช้จ่ายในด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยประมาณได้ว่าค่าใช้จ่ายรวมทั้งภาครัฐและเอกชนมีมูลค่าสูงถึง 30,850 ล้านบาทในปี 2522 และ 40,950 ล้านบาทในปี 2526 ซึ่งเมื่อคิดเป็นร้อยละของ GNP แล้ว จะเพิ่มขึ้นจาก 3.8% ของ GNP เป็น 4.5% ภายใน 4 ปี หรือคิดเป็น GNP per Capita แล้วเพิ่มจาก 669 บาท เป็น 828 บาท ต่อคนต่อปี ซึ่งคิดเป็นอัตราเพิ่มได้สูงถึง 6.5% ต่อปี และนับว่าเป็นอัตราเพิ่มที่สูงกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว นอกจากนั้น สัดส่วนของการใช้จ่ายในด้านรักษาพยาบาลก็อยู่ในเกณฑ์ที่สูงกว่าด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลเนื่องมาจากการบริโภคยาเกินความจำเป็น การตรวจวิเคราะห์โรคด้วยเทคโนโลยีอันทันสมัยที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ และมีราคาแพง ตลอดจนค่านิยมและความคาดหวังของประชาชนในการแสวงหาบริการรักษาพยาบาลได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วด้วย อย่างไรก็ตาม แนวโน้มการใช้จ่ายเพื่อ “การสาธารณสุขมูลฐาน” ก็ได้มีส่วนเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ตลอดระยะเวลาของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5

2.3 ลักษณะการใช้บริการทางการแพทย์ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริโภคยาของประชาชน มีทั้งสภาพการใช้บริการและการบริโภคยาเกินความจำเป็น โดยอาจพิจารณาจากตำรับยาที่มีจำหน่ายอยู่มากถึง 26,000 ตำรับ และร้อยละ 46 เป็นยาสูตรผสม ในด้านมูลค่าการบริโภคยาในปี 2526 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประมาณว่ามีมูลค่าอย่างน้อย 13,000 ล้านบาท และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 12–15% นอกจากนั้น อาจพิจารณาได้จากพฤติกรรมประกอบธุรกิจการขายยา การให้บริการทางการแพทย์ในภาคธุรกิจเอกชน ซึ่งมีการสั่งใช้ยาเกินความจำเป็น อันเนื่องมาจากวัฒนธรรมของการจัดบริการที่คิดค่าบริการในรูปของการจ่ายยาและการตรวจโรคควบคู่ไปด้วยกัน การใช้เทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสมกับสถานะเศรษฐกิจของผู้บริโภค ขณะเดียวกัน ในอีกด้านหนึ่งนั้น ประชากรบางส่วนก็ตกอยู่ในสภาพขาดแคลนยาและบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในท้องถิ่นชนบทห่างไกล

2.4 ในสภาพสังคมโดยทั่วไป ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีค่านิยมที่เกื้อกูลต่อการพัฒนา ด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสาธารณสุขมูลฐานในระดับต่ำ เมื่อเทียบกับค่านิยมที่มีต่อการรักษาพยาบาล การบริโภคยาและสิ่งอุปโภคด้านอื่น ๆ ค่านิยมดังกล่าวนี้ไม่เกื้อกูลให้ประชากรรู้ถึงปัญหาและความจำเป็นที่แท้จริงของตนเอง และร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวนั้น โดยจะเห็นได้ชัดเจนเมื่อได้มีการนำเอาความจำเป็นพื้นฐานมาใช้เป็นเครื่องชี้วัด และสภาพที่ประชาชนส่วนใหญ่ยังพึ่งพาตนเองมิได้ สภาพการณ์ดังกล่าวมีส่วนสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับระดับและคุณภาพของการศึกษา การได้รับข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่เป็นเรื่องการ

โฆษณาสินค้าอุปโภคและบริโภค มีเพียงส่วนน้อยที่เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และการสร้างค่านิยมที่ถูกต้องและความจำเป็นพื้นฐาน

2.5 สภาพสังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดความกดดันและความไม่มั่นคงทางจิตใจขึ้นในหมู่ประชาชนเป็นจำนวนมาก และมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนเหล่านั้น ดังจะเห็นได้จากแนวโน้มของปัญหาเกี่ยวกับการบริโภคสุรา ยาเสพติด อาชญากรรม โดยเฉพาะคดีอุกฉกรรจ์ที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้ยังมีปัญหาเยาวชน ปัญหาครอบครัว และการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีอัตราสูงขึ้นด้วย

2.6 การเปลี่ยนแปลงด้านทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมของประชาชน มีแนวโน้มที่จะเสื่อมโทรมต่อไปอีก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูญเสียพื้นที่ป่าไม้ คุณภาพของดิน ความแห้งแล้ง และการเกิดขึ้นของภาวะมลพิษต่าง ๆ ทั้งนี้เป็นผลเนื่องมาจากการขยายพื้นที่ทำกิน การเพิ่มขึ้นของประชากร การใช้ทรัพยากรธรรมชาติและเทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสม และความหนาแน่นของประชากรประมาณ 3,000 คน : 1 ตร.กม. ในขณะที่ความหนาแน่นของประชากรโดยเฉลี่ย 87 คน : 1 ตร.กม.

3. สภาพและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพและอนามัย

3.1 สภาวะการป่วยและการตายด้วยโรคต่าง ๆ ที่รวบรวมได้จากสถิติสาธารณสุข ปรากฏว่าอัตราการตายจำแนกตามกลุ่มโรค มีการเปลี่ยนแปลงที่เปรียบเทียบได้ ในปี 2525, 2526 และ 2527 ดังปรากฏในสถิติสาเหตุการตายที่สำคัญ 10 กลุ่มแรก ดังนี้

| กลุ่มโรค | 2525 อัตราตาย ต่อ 100,000 | 2526 อัตราตาย ต่อ 100,000 | 2527 อัตราตาย ต่อ 100,000 |
|--|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| โรคการไหลเวียนเลือดผ่านปอดและโรคหัวใจ รูปอื่น ๆ (415-429) (Diseases of pulmonary circulation and other forms of heart diseases) | 32.2 | 31.2 | 33.3 |
| โรคของระบบย่อยอาหาร (520-527) (Diseases of the digestive system) | 24.2 | 22.3 | 20.1 |

| กลุ่มโรค | ๒๕๒๕ อัตราตาย ต่อ 100,000 | ๒๕๒๖ อัตราตาย ต่อ 100,000 | ๒๕๒๗ อัตราตาย ต่อ 100,000 |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| อุบัติเหตุอื่น ๆ รวมผลระยะล่า (E 9000 – E 9929) (Other accidents including late effects) | 17.7 | 20.3 | 18.7 |
| ถูกฆ่าตาย (E 960 – E 969) (Homicide and injuries purposely inflicted by other persons) | 21.9 | 16.6 | 14.6 |
| มะเร็งที่ตำแหน่งอื่น ๆ และไม่ระบุตำแหน่ง (190-I 99) (Malignant neoplasm of other and unspecified sited) | 12.8 | 13.3 | 14.9 |
| อุบัติเหตุจากยานยนต์ในการจราจร (E 810-819) (Motor vehicle traffic accidents) | 13.1 | 12.8 | 11.2 |
| โรคหลอดเลือดในสมอง (430-438) (Cerebrovascular disease) | 11.5 | 11.8 | 11.0 |
| วัณโรคปอด (011) (Pulmonary tuberculosis) | 11.9 | 11.0 | 10.1 |
| โรคของระบบประสาท (320-359) (Disease of the nervous system) | 10.6 | 10.7 | 9.1 |
| ปอดอักเสบ (480–486) (Pneumonia) | 9.6 | 10.0 | 7.4 |

ส่วนสาเหตุการป่วยของผู้ที่มารับบริการสาธารณสุขในปี ๒๕๒๗ จากสถานบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข 10 อันดับแรก คือ

- โรคระบบหายใจ (Diseases of the respiratory system)
- โรคระบบย่อยอาหาร (Diseases of the digestive system)

- โรคติดเชื้อและปรสิต (Infectious and parasitic diseases)
- อุบัติเหตุการเป็นพิษและพลวเหตุ (Accidents, poisonings and homicide)
- โรคผิวหนังและเนื้อใต้ผิวหนัง (Diseases of the skin and subcutaneous tissue)
- โรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่าง และเนื้อยึดเสริม (Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue)
- โรคระบบประสาทและอวัยวะสัมผัส (Diseases of the nervous system sense organs)
- โรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ (Diseases of the genitorinary system)
- ภาวะแปรปรวนทางจิต (Mental disorders)
- โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาโบริซึม (Endocrine, Nutritional and Metabolic diseases and Immunity disorders)

จากสถิติดังกล่าวข้างต้นนี้ สามารถที่จะให้ข้อสังเกตได้ว่า ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญได้แก่

- กลุ่มอุบัติเหตุการเป็นพิษและพลวเหตุ
- กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งวัณโรค
- กลุ่มโรคระบบย่อยอาหาร ทางเดินอาหาร และท้องร่วง
- กลุ่มโรคจิตและประสาท
- กลุ่มโรคติดเชื้อและปรสิต
- กลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง มะเร็ง

3.2 ถึงแม้ว่าอัตราการตายของทารกจะมีแนวโน้มลดลง โดยในปี 2523 การสำรวจประชากรได้พบว่า ในเขต กทม. มีอัตราการตายของทารกประมาณ 26 : 1,000 ในขณะที่อัตราเฉลี่ยทั่วประเทศประมาณ 47.7 : 1,000 แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายภาค ปรากฏว่าอัตราการตายของทารกในภาคเหนือยังสูงถึง 57.8 : 1,000 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 52.8 : 1,000 นอกจากนั้น อัตราตายของทารกในเขตเทศบาลก็อยู่ในเกณฑ์ที่ดีกว่านอกเขตเทศบาลอย่างชัดเจนในทุกภาคของประเทศ

ข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการตายของทารกในช่วงของแผน 5 ได้แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงที่มีแนวโน้มลดลงในหลายท้องที่ ทั้งในเขตเมืองและในเขตชนบท แต่ความเชื่อถือได้ของข้อมูลดังกล่าวนี้ในระดับจังหวัด ภาค และประเทศยังต้องการการทดสอบด้วยการศึกษาพิเศษเป็นการเฉพาะ สำหรับอัตราการตายของทารกโดยเฉลี่ยทั่วประเทศที่คาดว่าจะใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุดในช่วงปลายแผน 5 นี้ นั่น คือ 45 : 1,000

3.3 สภาวะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เด็กนักเรียนในพื้นที่สูงของภาคเหนือ และประชาชนโดยทั่วไป จากการสำรวจในปี 2525 พบว่า ยังมีปัญหาการขาดสารอาหารใน อัตราต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

| | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|--------|
| เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี | ขาดโปรตีนและพลังงาน ระดับ 1 | 35.66% |
| | ระดับ 2 | 13.00% |
| | ระดับ 3 | 2.01% |
| เด็กนักเรียนในพื้นที่สูงของภาคเหนือ | ขาดไอโอดีน | 22.00% |
| ประชาชนทั่วไป | ขาดเหล็ก หญิง | 42.9% |
| | ชาย | 28.8% |

จากผลการดำเนินงานของโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในครั้งแรกของแผนฯ 5 ปรากฏว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ขาดโปรตีนและพลังงานระดับ 1 ร้อยละ 28.53 ระดับ 2 ร้อยละ 5.9 และ ระดับ 3 ร้อยละ 0.8 จากแนวโน้มดังกล่าวนี้ คาดว่าจะสามารถแก้ไขปัญหาโภชนาการได้ตาม วัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนฯ 5 โดยเมื่อสิ้นสุดปี 2529 แล้ว สภาวะขาดโปรตีน และพลังงานในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในระดับ 3 จะลดลงสู่ระดับต่ำสุดและไม่เป็นปัญหาสำคัญ อีกต่อไป ส่วนในระดับ 2 จะลดลงได้ร้อยละ 50 จากสภาวะที่เป็นอยู่ในปี 2525

อัตราความชุกของทารกแรกคลอดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม และ 3,000 กรัม ที่พบโดย การศึกษาวิจัยของ รศ. พ.ญ. อนงค์ นนทสูต และคณะ จากคณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี (Birth Weight Distribution : A Paseline Data and a Socio-Economic Indicator for Development for Thailand. Code WHO/SEARO Grant S.N. 456) โดยเก็บข้อมูล ปี 2525—2526 จากโรงพยาบาล ทั่วไปและศูนย์อนามัยแม่และเด็ก

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนทารกและน้ำหนักเฉลี่ยแรกคลอดแยกตามภาค

| ภาค | จำนวนทารกคลอด (คน) | | น้ำหนักเฉลี่ย (กรัม) |
|---|--------------------|---------|----------------------|
| | ปี 2525 | ปี 2526 | |
| ภาคกลาง (จังหวัดนครสวรรค์และอุทัยธานี) | 3,329 | 5,351 | 3,012.03 |
| ภาคตะวันออก (จังหวัดจันทบุรี) | 4,213 | 4,111 | 3,018.13 |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จังหวัดขอนแก่น, เมืองพล) | 3,414 | 6,319 | 2,985.85 |
| ภาคเหนือ (จังหวัดเชียงใหม่) | 3,781 | 4,480 | 2,904.85 |
| ภาคใต้ (จังหวัดยะลา) | 2,131 | 2,242 | 3,000.83 |
| ภาคตะวันตก (จังหวัดราชบุรี) | 6,115 | 5,925 | 3,043.61 |
| | 22,983 | 28,423 | |
| รวม | 51,411 | | 2,997.28 |

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละของจำนวนทารกแรกคลอดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม และ 3,000 กรัม แยกตามภาค

| ภาค | ร้อยละของทารกน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2,500 กรัม | ร้อยละของทารกน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 3,000 กรัม |
|-----------------------|---|---|
| ภาคกลาง | 10.6 | 42.1 |
| ภาคตะวันออก | 11.1 | 44.7 |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | 10.0 | 48.5 |
| ภาคเหนือ | 11.2 | 57.6 |
| ภาคใต้ | 12.1 | 47.6 |
| ภาคตะวันออก | 9.6 | 44.0 |
| เฉลี่ย | 11.1 | 47.5 |

3.4 สถานะการให้ภูมิคุ้มกันโรคในระยะของแผนพัฒนาฉบับที่ 5 ปรากฏว่า เป้าหมายการให้ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กวัยต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งมุ่งที่จะครอบคลุมให้ได้ร้อยละ 80 ในปี 2529 นั้น ปรากฏว่า การครอบคลุมการฉีดวัคซีน บีซีจี. ทำได้ตามเป้าหมาย คือ เพิ่มขึ้นจาก 53.8% ในปี 2522 เป็น 79.6% ในปี 2528 แต่การให้วัคซีน ดีพีที. ครบทั้ง 3 ครั้ง ยังครอบคลุมได้เพียง 62% ในปี 2528 และการให้วัคซีนป้องกันโปลิโอครอบคลุมได้เพียง 62.7% ในปีเดียวกัน ส่วนการให้ภูมิคุ้มกันบาดทะยักในหญิงมีครรภ์ ซึ่งมีเป้าหมายที่จะครอบคลุมให้ได้ 60% ในปี 2527 นั้น จากข้อมูลในปี 2528 ยังทำได้เพียง 47.9% ส่วนอัตราป่วยและตายด้วยโรคต่าง ๆ ดังกล่าวแล้วนั้นมีแนวโน้มลดลงในโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ และวัณโรค ส่วนอัตราป่วยและตายด้วยโรคหัดยังมีอัตราสูง เนื่องจากเพิ่งมีนโยบายให้ภูมิคุ้มกันโรคหัดในปี 2527

3.5 สถานะทางทันตสุขภาพของประชาชนยังคงมีปัญหาโรคฟันผุและโรคเหงือกในอัตราที่สูง โดยเฉพาะในเขตชนบทซึ่งขาดแคลนบริการทางด้านทันตสาธารณสุข สำหรับโรคฟันผุ คาดว่าจะมีแนวโน้มความรุนแรงของปัญหาเพิ่มมากขึ้นประมาณ 4 เท่าในเขตเมือง

3.6 สถานะสุขภาพบาลสิ่งแวดล้อม ในส่วนที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมที่ถูกสุขลักษณะไว้ใช้ในครัวเรือนและการมีน้ำสะอาดสำหรับบริโภคมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ทั้งในเขตเมืองและชนบท สำหรับในเขตชนบท อัตราการมีส่วนร่วมต่อหลังคาเรือนได้เพิ่มขึ้นจาก 42.1% ในปี 2525 เป็น 44.59% ในต้นปี 2527

สำหรับการมีน้ำสะอาดไว้บริโภคในชนบท จากข้อมูลที่สำรวจได้ในชนบทนั้น ครอบคลุมประชากรได้ 16.71 ล้านคน หรือคิดเป็น 48.81% ของประชากรในชนบท (39.9 ล้านคน)

สำหรับปัญหาสำคัญเพิ่มสูงขึ้นในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 นี้ ได้แก่ อันตรายอันเกิดจากสารเคมีและรังสี การใช้ยาฆ่าแมลงและการมีสารพิษเจือปนในอาหาร นอกจากนี้ สุขภาพอนามัยและประชาชนยังมีการเสี่ยงสูงต่อความปลอดภัยในการบริโภคอาหาร ยา และ การใช้เครื่องสำอาง

4. สภาพการมีส่วนร่วมของประชาชน ความเป็นธรรมทางสังคม และการใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข

4.1 ในช่วงของแผนฯ 5 ประชาชนมีโอกาสร่วมในกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานได้หลายรูปแบบ ในบางท้องถิ่นได้มีการนำเอาความจำเป็นพื้นฐานไปเป็นเครื่องชี้วัดเพื่อประกอบการตัดสินใจในส่วนที่เกี่ยวกับปัญหาของหมู่บ้านและการพัฒนาหมู่บ้าน อย่างไรก็ตาม การมี

ส่วนร่วมของประชาชนในด้านที่เกี่ยวกับการบริหารทรัพยากร ยังอยู่ในขอบเขตของการรวมกลุ่มจัดตั้งกองทุน ส่วนการสนับสนุนทางด้านการเงินและวิชาการจากฝ่ายรัฐเป็นไปในรูปของการพิจารณาโครงการที่จัดทำโดยประชาชน และการให้เงินอุดหนุนผ่านทางกองทุนพัฒนาหมู่บ้าน โครงการของกระทรวงและกรมต่าง ๆ และโครงการสร้างงานในชนบท

เนื่องจากประชาชนในชนบทส่วนใหญ่และผู้มีรายได้น้อยในเขตเมืองยังขาดความสามารถในการแสวงหาบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข เพราะข้อจำกัดทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ประกอบกับประเทศไทยยังมีได้ริเริ่มระบบประกันสังคมหรือระบบประกันสุขภาพ จึงคาดว่าประชาชนในชนบทไม่ต่ำกว่า 10 ล้านคน และผู้ใช้แรงงานในเขตเมืองอีกประมาณ 5 แสนคน ยังขาดโอกาสที่จะเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ตามความจำเป็น อย่างไรก็ตาม ภาครัฐ ประชาชนกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งได้รับการสงเคราะห์ทางด้านการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าบริการ

4.2 เมื่อพิจารณาถึงการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าในช่วงแผนฯ 5 ปรากฏว่า การจัดระบบสาธารณสุขยังเน้นการใช้ทรัพยากรส่วนใหญ่เพื่อการพัฒนาและการจัดบริการ โดยสถาบันทางการแพทย์ขนาดใหญ่ในเขตเมือง โดยที่สถาบันเหล่านั้นยังมิได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งยังจะต้องใช้ทรัพยากรอีกมากในระดับครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และโรงงาน

4.3 การผลิตบุคลากรสาธารณสุขหลายประเภท รัฐต้องออกค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก และค่าใช้จ่ายบางอย่าง เช่น เงินอุดหนุนการศึกษา เงินเดือนของเจ้าหน้าที่ที่ต้องจ่ายขณะลา มาศึกษาในหลักสูตรต่อเนื่อง มีส่วนให้สิทธิประโยชน์แก่นักศึกษาเป็นอย่างมาก แต่เป็นภาระที่พอกพูนทางด้านงบประมาณ นอกจากนั้น การขาดนโยบายที่จะสนับสนุนภาคเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการผลิตบุคลากรสาธารณสุขบางประเภทก็มีส่วนทำให้รัฐต้องรับภาระด้านงบประมาณเกินความจำเป็นอีกด้วย

4.4 การพัฒนากฎหมายและการบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขและการคุ้มครองผู้บริโภคยังมีอยู่ในขอบเขตจำกัด ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบ และเน้นหนักเฉพาะในเรื่องการควบคุมอาหารและยา การใช้ บทบัญญัติเกี่ยวกับเภสัชกรคุมร้านยาในกรุงเทพฯ จะมีส่วนเริ่มต้นในการปรับปรุงการใช้จ่ายที่มีความปลอดภัยต่อประชาชน แต่อาจมีผลกระทบเพียงเล็กน้อยต่อการใช้จ่ายให้ตรงตามความจำเป็น ตามมาตรฐานการรักษา นอกจากนั้น การใช้มาตรการต่าง ๆ ที่สะท้อนนโยบายราคายาและ

ค่าบริการที่ดำเนินการโดยภาครัฐก็ยังคงอยู่ในขั้นริเริ่มและศึกษาผลกระทบที่จะพึงมีต่อความเป็นธรรมทางสังคม

สำหรับกฎหมายสาธารณสุขอื่น ๆ นั้น ก็ยังมีได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีเท่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม

5. สภาพและการเปลี่ยนแปลงการบริหารการพัฒนาสาธารณสุข

5.1 การกำหนดและพัฒนานโยบายเพื่อใช้เป็นเครื่องชี้นำการบริหารการพัฒนาสาธารณสุข ได้ใช้โครงสร้างองค์กรที่มีอยู่ในราชการบริหารส่วนกลางเป็นส่วนใหญ่ โครงสร้างองค์กรที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นในราชการบริหารส่วนภูมิภาคในระบบ กชช. ยังมีบทบาทในเรื่องนี้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น สำหรับโครงสร้างองค์กรที่มีอยู่ในราชการบริหารส่วนกลางในปัจจุบันยังขาดกลไกการประสานงาน และสำนักงานเลขานุการกิจที่จะอำนวยให้การกำหนดและพัฒนานโยบายระดับชาติที่ครอบคลุมองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ องค์กรการปกครองตนเอง ส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน อันทำให้การบริหารการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้าโดยอาศัยความร่วมมือและการระดมทรัพยากรจากทุกฝ่ายเป็นไปได้โดยยาก

5.2 เนื่องจากการพัฒนาสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสังคม ดังนั้น การบริหารการพัฒนาในด้านนี้จำเป็นต้องอาศัยองค์กรการพัฒนาสังคมส่วนรวมทุกระดับ ถึงแม้ว่าในช่วงแผนฯ 5 จะได้มีการจัดระบบการบริหารการพัฒนาชนบทให้มีองค์กรประสานงานระหว่าง 4 กระทรวงหลักในทุกระดับ และคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ ก็ได้มีมติให้นำความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) มาใช้เป็นเป้าหมายของการพัฒนาสังคมและช่วยก่อให้เกิดการประสานงาน การพัฒนาชนบท แต่องค์กรและกลไกการประสานงานเหล่านี้ยังมีขีดความสามารถในทางปฏิบัติเพียงขอบเขตอันจำกัด และยังมีได้ใช้ประโยชน์จากภาคเอกชนซึ่งน่าจะมีบทบาทในเรื่องนี้โดยตรงเพิ่มมากขึ้น

5.3 การกำหนดและพัฒนานโยบายเพื่อใช้เป็นเครื่องชี้นำการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข อันได้แก่ นโยบายและแผนกำลังคน การผลิตหรือการให้การศึกษาฝึกอบรมและการบริหารงานบุคคลในปัจจุบันนี้มีลักษณะกระจายกระจาย ขาดความสัมพันธ์เชื่อมโยงที่เป็นระบบต่อเนื่อง อันทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุขบางประเภท ไม่สามารถกระจายกำลังคนที่ต้องการไปปฏิบัติหน้าที่ในท้องถิ่นที่ขาดแคลนหรือใน

สาขาบางสาขา และไม่สามารถปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของกำลังคนด้านสาธารณสุขหลายประเภท ให้เกื้อกูลต่อการจัดระบบงานสาธารณสุขที่มีรากฐานอย่างแท้จริงอยู่ที่การสาธารณสุขมูลฐาน และมีการสนับสนุนอย่างพร้อมมูลจากระดับที่สูงขึ้นไป อันส่งผลทำให้การบริหารการพัฒนาสาธารณสุขไม่อาจชักนำไปสู่การบรรลุถึงสภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.4 การสื่อความหมายในเรื่องที่เกี่ยวกับนโยบาย แผนงาน/โครงการ การจัดระบบงาน ความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสม ในระหว่างองค์กรสาธารณสุขในภาครัฐและเอกชน และในระหว่างองค์กรส่วนกลาง ภาค จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ยังไม่สามารถสร้างความเข้าใจได้อย่างถูกต้องและทั่วถึงในทุกฝ่ายและทุกระดับ อันมีส่วนทำให้การประสานงาน การกระจายอำนาจการบริหารเกิดขึ้นได้ในขอบเขตจำกัด และไม่อาจตอบสนองหรือสนับสนุนความต้องการของชุมชนได้อย่างเต็มที่และมีคุณภาพ ทั้ง ๆ ที่การขยายโครงสร้างพื้นฐานทางการสาธารณสุขได้เป็นไปอย่างกว้างขวางเกือบทั่วถึงทุกท้องที่

5.5 การบริหารการพัฒนาสาธารณสุขให้บรรลุสภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้า และการปรับปรุงคุณภาพของงานให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้มากยิ่งขึ้นนั้น จำเป็นที่จะต้องสร้างเสริมความสามารถของผู้บริหารเป็นจำนวนมากทุกระดับ รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่เหมาะสมมาช่วยงานทางด้านบริหารในหลายสาขา เช่น การจัดหาและกระจายยา การบริหารงานบุคคล การบริหารงานการเงิน และงบประมาณ เป็นต้น

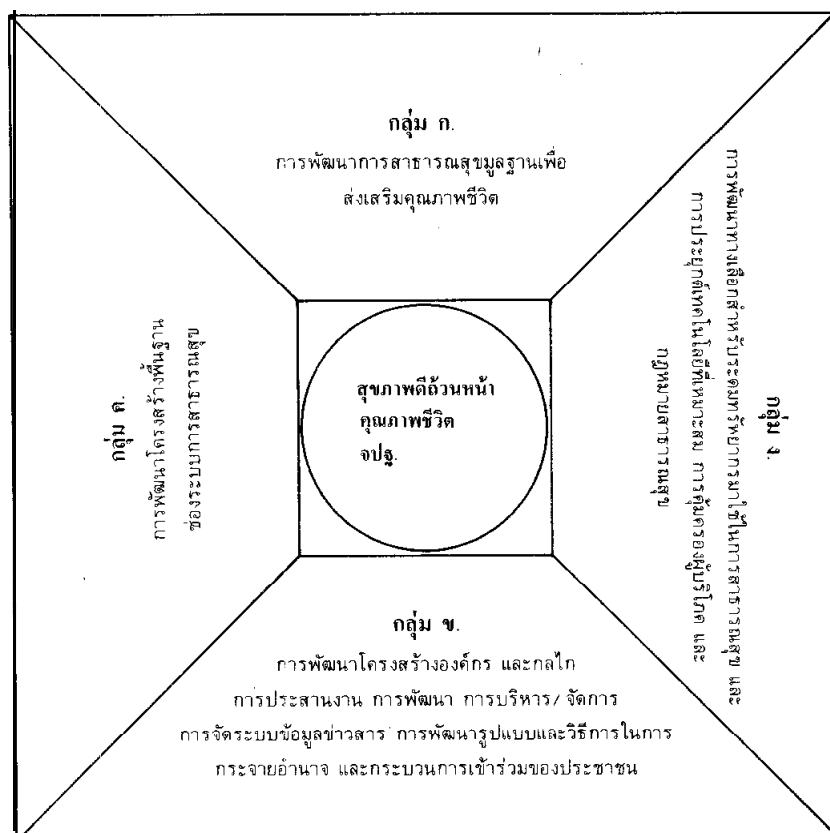
5.6 การจัดระบบบริการสาธารณสุขและการใช้ทรัพยากรเพื่อดำเนินงานสาธารณสุขในปัจจุบัน ยังก่อให้เกิดความสูญเปล่าทางเศรษฐกิจอยู่เป็นอันมาก สมควรที่จะต้องได้รับการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชน ตลอดจนสถานะทางด้านการเงินและการคลังของประเทศ กล่าวคือ ระบบการขอรับบริการของผู้ป่วยควรเปลี่ยนจากพฤติกรรมที่เน้นหนักการเข้ามาขอรับบริการยังสถานบริการขนาดใหญ่โดยตรงไปสู่ระบบการกลั่นกรองและการส่งต่อผู้ป่วยตามลำดับชั้น การนำยาและเครื่องมือหรืออุปกรณ์การแพทย์จากต่างประเทศเข้ามาใช้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีได้คำนึงถึงความจำเป็นในการที่จะต้องเร่งรัดพัฒนาการผลิตสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ขึ้นเองภายในประเทศ หรือพยายามใช้วัตถุดิบ ความรู้ และเทคโนโลยีดั้งเดิมที่มีอยู่แล้ว ให้เกิดประโยชน์แพร่หลายมากยิ่งขึ้น เช่น สมุนไพร และอายุรเวท เป็นต้น ความพยายามริเริ่มงานหรือโครงการที่อาจจะมีส่วนปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสภาพการที่กล่าวถึงแล้วนี้ได้ ในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและพร้อมที่จะนำไปขยายงานให้กว้างขวางโดยรวดเร็ว

5.7 งบประมาณของรัฐซึ่งจะนำมาใช้เพื่อการพัฒนาสาธารณสุขได้มีสัดส่วนลดน้อยลง เพราะสถานะทางการเงิน การคลังของประเทศ และค่าใช้จ่ายในการรักษางานเดิมที่มีสัดส่วนสูงขึ้น ดังนั้น จึงจำเป็นต้องอาศัยแหล่งเงินนอกงบประมาณ อันได้แก่ เงินบำรุง เงินช่วยเหลือจากต่างประเทศ และอื่น ๆ ซึ่งก็มีแนวโน้มลดน้อยลงเช่นเดียวกัน ในขณะที่สถานการณ์เป็นเช่นนี้ ก็ยิ่งปรากฏว่าการใช้เงินงบประมาณในด้านการบริหารการก่อสร้าง การจัดซื้อและบำรุงรักษา วัสดุครุภัณฑ์ การผลิตและพัฒนาเจ้าหน้าที่ รวมทั้งการบริหารงานบุคคล ยังขาดประสิทธิภาพ และขาดมาตรการที่จะระดมศักยภาพที่มีอยู่ในสังคมมาใช้เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระทางงบประมาณให้ได้อย่างแท้จริง

ข. นโยบายและกลวิธีการพัฒนาการสาธารณสุข

ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530–2534)
 (ให้นักศึกษาอ่านในบทที่ 5 หัวข้อที่ 3)

ค. ผังแสดงความสัมพันธ์ของนโยบายและกลวิธีกลุ่มต่าง ๆ



ง. เป้าหมายของแผนพัฒนาการสาธารณสุข

ในช่วงระยะเวลาของแผนฯ 6 (2530–2534) ได้กำหนดเป้าหมายไว้ ดังนี้

1. ให้ประชาชนทั้งในชนบทและเขตเมืองมีสุขภาพดีตามเป้าหมายของเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในปี 2534 ได้แก่

- (1) ประชาชนได้บริโภคอาหารที่มีคุณค่าและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
 1. หญิงตั้งครรภ์ได้บริโภคอาหารอย่างถูกต้องเพียงพอ ซึ่งมีผลทำให้ทารกแรกเกิด 60% มีน้ำหนักตัวไม่ต่ำกว่า 3,000 กรัม และมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกิน 8%
 2. ลดอัตราการขาดสารอาหารในเด็กอายุ 0–4 ปี ระดับ 2 และระดับ 3 รวมกันแล้วไม่เกิน 2%
 3. เด็กอายุตั้งแต่ 5–14 ปี ได้รับสารอาหารครบถ้วนตามความต้องการของร่างกายมากกว่า 92%

(2) ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

1. ครอบครัวมีส่วนร่วมถูกหลักสุขาภิบาล 75%
2. ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มเพียงพอตลอดปี (วันละ 2 ลิตร/คน/วัน) 95% และมีน้ำใช้สอยในครัวเรือนเพียงพอตลอดปี 75%
3. ครอบครัวมีการรักษาความสะอาดบ้านและบริเวณอย่างถูกหลักสุขาภิบาล 60%

(3) ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ

1. เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ หัด ครบตามเกณฑ์อายุ 90%
2. เด็กวัยประถมศึกษาได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค คอตีบ บาดทะยัก หัดเยอรมัน และไทฟอยด์ 90%
3. หญิงตั้งครรภ์ 70% ได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างน้อย 4 ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 80%
4. การคลอด 70% ทำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว
5. มารดา 70% ได้รับการดูแลหลังคลอดอย่างน้อย 4 ครั้ง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว
6. ทารกอายุต่ำกว่า 6 สัปดาห์ 70% ได้รับการดูแลอย่างน้อย 3 ครั้ง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว

7. ประชาชน 80% ได้รับบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และจากสถานบริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ในภาคเอกชนที่จัดตั้งขึ้น โดยถูกต้องตามกฎหมาย

8. ร้อยละ 60 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยอุจจาระร่วงได้รับการรักษาด้วยผงน้ำตาลเกลือแร่ (โออาร์เอส) หรืออาหารเหลวที่เหมาะสม

(4) ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนการมีบุตรได้ตามต้องการ โดยสร้างค่านิยมให้คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คน และให้บริการวางแผนครอบครัวครอบคลุมผู้รับบริการคิดเป็น 75% ของสตรีที่สมรสแล้วและอยู่กินกับสามี

2. ลดอัตราป่วยและตายและความชุกชุมของโรคต่าง ๆ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญให้ต่ำลง โดยในปี 2534 ให้เป็นไปตามอัตราต่าง ๆ ดังนี้

(1) ลดอัตราตายของทารกลงให้เหลือ 39 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต
(2) ลดอัตราตายของมารดาคลอดให้เหลือ 0.48 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต
(3) ลดอัตราป่วยด้วยไข้เลือดออกในประชากรให้มีอัตราป่วยไม่เกิน 85 ต่อประชากรแสนคน

(4) ลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้มองอักเสบไม่เกิน 3 ต่อประชากรแสนคน
(5) ควบคุมอัตราผู้ป่วยโรคเท้าช้าง ระยะแพร่เชื้อให้เหลือไม่เกิน 10 ต่อประชากรพันคน ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโลก

(6) ลดอัตราตายด้วยไข้มาลาเรียไม่เกิน 5.5 ต่อประชากรแสนคน และลดอัตราป่วยด้วยไข้มาลาเรียในท้องที่ควบคุมให้เหลือไม่เกิน 5.5 ต่อประชากรพันคน

(7) ควบคุมอัตราป่วยด้วยกามโรคไม่เกิน 6 ต่อประชากรพันคน
(8) ลดอัตราป่วยด้วยโรคเรื้อนไม่ให้สูงเกินกว่า 1 ต่อประชากรพันคน
(9) ลดอัตราตายจากโรคพิษสุนัขบ้าของประชากรลง 20%

(10) ลดอัตราป่วยและตายจากการใช้ยาฆ่าแมลง และอุบัติเหตุจากรายจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรมลง 5%

(11) ลดอัตราป่วยด้วยโรคฉี่หนูโรคลงให้เหลือ 1 ต่อประชากรพันคน
(12) ลดอัตราป่วยตายด้วยโรคมะเร็ง หัวใจ และหลอดเลือด เบาหวาน และโรคเลือด
(13) ลดอัตราป่วยด้วยโรคผิวหนัง ตาบอด หูหนวก นิ้ว ลมชัก
(14) ลดอัตราป่วยและตายจากโรคอันเกิดจากการประกอบอาชีพอุตสาหกรรมลง 5%
(15) ลดอัตราตายด้วยโรคอุจจาระร่วง 50% ลดอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงลง 25%

- (16) ลดอัตราป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ดังต่อไปนี้
- คอตีบ 70%
 - บาดทะยักในเด็กเกิดใหม่ 60% และบาดทะยักชนิดอื่น ๆ 25%
 - ไอกรน 60%
 - โปлио 70%
 - วัณโรคในเด็ก 60%
 - หัด 50%
- (17) ลดอัตราความชุกชุมของโรคหนองพยาธิชนิดติดต่อกันได้แก่
- พยาธิปากขอ จาก 40% ลดเหลือ 30%
 - พยาธิไส้เดือนกลม จาก 4% ลดเหลือ 2%
 - พยาธิแส้ม้า จาก 6% ลดเหลือ 4%

3. ลดอัตราเพิ่มของประชากรให้เหลือร้อยละ 1.3 ต่อปี ในปี 2534

4. ให้มีการดำเนินการในกิจกรรมที่สำคัญต่อการพัฒนาสาธารณสุขต่าง ๆ ดังนี้

| | ชนบท | กทม. เขตเมือง และเขตชุมชนแออัด |
|---|---------|--------------------------------|
| (1) — อบรม อสม. (คน) | 41,700 | 11,915 |
| ผสส. (คน) | 295,540 | |
| ผู้นำชุมชนกลุ่มต่าง ๆ | 440,685 | 16,780 |
| และแม่บ้าน (คน) | | |
| — คัดเลือกและจัดตั้งหมู่บ้านแกนนำ | | 3,570 หมู่บ้าน |
| — ถ่ายทอดเทคโนโลยีไปยังหมู่บ้านเครือข่าย | | 39,984 หมู่บ้าน |
| — การศึกษาดูงานระหว่างหมู่บ้าน | | 144,610 คน |
| — อบรมกรรมการกองทุนพัฒนาหมู่บ้าน | | 72,000 คน |
| (2) ผลิตและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางด้านวิชาการและบริหาร | | |
| — ผลิตพยาบาล 4 ปี (วิชาชีพ) | | 7,500 คน |
| — ผลิตพยาบาล 2 ปี (เทคนิค) | | 4,000 คน |
| — เจ้าพนักงานสาธารณสุข (พนักงานอนามัย) | | 4,000 คน |
| — เจ้าพนักงานผดุงครรภ์สาธารณสุข | | 2,000 คน |
| — เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ | | 679 คน |

| | |
|---|--------------|
| — เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม | 750 คน |
| — อบรมก่อนประจำการทางวิชาการและบริหาร | a หลักสูตร |
| — อบรมระหว่างประจำการทางวิชาการและบริหาร | 245 หลักสูตร |
| — หลักสูตรการศึกษาระดับบัณฑิต (พยาบาล) | 300 คน |
| — หลักสูตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ (ปี 3-4) | 2,800 คน |
| — หลักสูตรพยาบาลและผดุงครรภ์ (เฉพาะกาล) | 6,000 คน |
| — โครงการพัฒนาอาจารย์ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล | 50 คน |
| — หลักสูตรอบรมการสอนพยาบาลในคลินิก | 400 คน |
| — หลักสูตรอบรมการพยาบาลเฉพาะสาขา (5 สาขา) | 250 คน |
| — เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ สาขาพยาธิวิทยา สาขาโลหิตวิทยาและธนาการเลือด | 250 คน |
| — เจ้าหน้าที่เวชสาริต (เจ้าหน้าที่โสตทัศนศึกษา) | 100 คน |
| — เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ (เซลล์วิทยา) | 100 คน |
| — เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ | 150 คน |
| — เจ้าหน้าที่งานเวชกรรมฟื้นฟู | 100 คน |
| — เจ้าหน้าที่เวชสถิติ | 300 คน |
| — ช่างกายอุปกรณ์ | 50 คน |
| — ผู้ช่วยทันตแพทย์ | 500 คน |

(3) ปรับปรุงประสิทธิภาพและคุณภาพการจัดบริการสาธารณสุข

- พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขโดยระบบเครือข่าย รพศ./ รพท./ รพช. 15 เขต
72 จังหวัด
- ขยายงานโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจให้ครอบคลุมร้อยละ 35
ของหมู่บ้านในชนบท
- พัฒนาการให้บริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพเหมาะสมและสามารถครอบคลุม
ประชากรทุกระดับในเขต กทม.
- ดำเนินการศึกษาเฉพาะกรณีในเรื่องที่เกี่ยวกับเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การประกัน
สุขภาพ คุณภาพของบริการ และการสาธารณสุขมูลฐาน 17 เรื่อง
- พัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของประชาชน ภาคเอกชน กับสำนักงานต่าง ๆ ของภาครัฐ
ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต 72 จังหวัด และ กทม.

- (4) ศึกษาโรคพยาธิวิทยาวิจัยโรคไม่ติดต่อ พัฒนารูปแบบ พัฒนาบุคลากร และถ่ายทอดเทคโนโลยี เพื่อควบคุมและลดอัตราการเกิดโรค 14 โรค
- (5) การให้บริการดังนี้
- ให้บริการรักษาผู้ติดเชื้อและสารเสพติดในสถานพยาบาล ภาครัฐและเอกชนในครอบคลุมประชากรเป้าหมาย 320,000 ราย
 - ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทางจิตเวชและ ปัญญาอ่อน จำนวน 3,860,000 ราย
 - ให้บริการด้านชั้นสูตรและตรวจพิสูจน์สารเสพติด รวม 403,400 ราย
- (6) สร้างและปรับปรุงสถานบริการ
- สร้างสถานเอนามัยใหม่ 400 แห่ง
 - สร้างสถานเอนามัยทดแทน 375 แห่ง
 - สร้างโรงพยาบาลสาขา 97 แห่ง
 - สร้างโรคพยาบาลชุมชน 10 เตียง 25 แห่ง
 - สร้างโรงพยาบาลชุมชนทดแทน 25 แห่ง
 - ปรับปรุง รพช. 10 เตียง เป็น 30 เตียง 50 แห่ง
 - จัดตั้งสถานีวิทยุแม่ข่าย 50 แห่ง
 - ติดตั้งเครื่องรับ-ส่งวิทยุให้แก่สถานีลูกข่าย 100 แห่ง
- (7) พัฒนาและประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ตลอดจนการถ่ายทอดเทคโนโลยีในระดับต่าง ๆ
- ฝึกอบรมช่างฝีมือประจำตำบลในงานจัดหาน้ำสะอาด 3,200 คน
 - ฝึกอบรมผู้นำท้องถิ่นและอาสาสมัครในงานสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม 50,000 คน
 - พัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานทันตสาธารณสุข โดย ประชาชนรู้จักการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาทันตสาธารณสุข 21,000 คน
 - อบรมผู้นำนักเรียน 5,000 ตำบล
 - ผลิตและกระจายอาหารเสริมในท้องถิ่น 1.2 ล้าน ก.ก.
 - ผลิตและกระจายเกลือ ไอโอดีน
 - ระดับหมู่บ้าน 250 ตัน
 - ระดับเขต/ จังหวัด 2,500 ตัน
 - ระดับส่วนกลาง 100,000 ตัน

| | |
|---|------------------|
| — อบรมเทคนิคการทำคลอดแก่ผดุงครรภ์โบราณ | 7,500 คน |
| — คัดเลือกแม่ตัวอย่างโดยชุมชนในท้องที่ 70% ของหมู่บ้าน | |
| — อบรมแม่ตัวอย่าง | 14,400' คน |
| — ออกแบบและผลิตต้นแบบเครื่องมือแพทย์ | 10 ชนิด |
| — จัดตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญเพื่อกำหนดมาตรฐานการรักษาโรค โดยใช้ยา | 25 สาขา |
| — วิจัยและพัฒนาการผลิตชีววัตถุที่ยังไม่มีการผลิตในประเทศ | 4 ชนิด |
| — วิจัยหาสารออกฤทธิ์ การสังเคราะห์สารเลียนแบบ และ อนุพันธ์ พัฒนาวิธีการผลิตยาจากสมุนไพร เพื่อนำไปสู่ อุตสาหกรรมยา | 15 ชนิด |
| — จัดทำและเผยแพร่คู่มือทางแพทย์แผนโบราณ | 100,000 เล่ม |
| — พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารทางด้านยาและเครื่องช่วยเตือนภัย | ทุกระดับ |
| — พัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติและบัญชีสำหรับงานสาธารณสุข มูลฐานและประชาสัมพันธ์ | ทุกระดับ |
| — วิเคราะห์อาหารเพื่อควบคุมคุณภาพ | 45,000 ตัวอย่าง |
| — สนับสนุนภาคเอกชนในการตรวจรับรองคุณภาพอาหารส่งออก | 36,000 ตัวอย่าง |
| — แก้ไข พรบ. และออกกฎหมาย กฎกระทรวงฯ ประกาศ กระทรวงฯ ระเบียบ ปฏิบัติเกี่ยวกับอาหาร ยา ยาเสพติด และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เครื่องสำอางและวัตถุมีพิษ | 6 พรบ./ 248 ฉบับ |
| — วิเคราะห์ยาเพื่อควบคุมคุณภาพ | |
| — ยาแผนปัจจุบัน | 24,000 ตัวอย่าง |
| — ยาแผนโบราณ | 3,100 ตัวอย่าง |
| — ตรวจสอบการประกอบการของสถานที่ประกอบธุรกิจเพื่อ ลดและขจัดปัญหาเกี่ยวกับอาหาร ยา ยาเสพติด และวัตถุออก ฤทธิ์ต่อจิตและประสาท เครื่องสำอางและวัตถุมีพิษ | ทุกแห่ง |
| — ยกกระดับสถานที่ผลิตอาหาร ยา เครื่องสำอาง และวัตถุมีพิษ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์กรรมวิธีที่ดีในการผลิต | ทุกประเภท |
| — วิเคราะห์น้ำดิบจากแหล่งน้ำในส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ | 11,000 ตัวอย่าง |
| — ศึกษา วิจัยโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดเชื้อเพื่อประโยชน์ ในการเฝ้าระวังโรค รวมทั้งโรคที่เกิดจากไวรัส | 79 เรื่อง |

| | |
|---|-----------------|
| – ตรวจวิเคราะห์สารพิษหรือวัตถุที่เป็นสาเหตุการป่วย การตาย | 4,100 ตัวอย่าง |
| – ศึกษา วิจัยประสิทธิภาพของยา (Bioavailability) | 10 ชนิด |
| – ตรวจวิเคราะห์ยาเสพติดของกลาง | 50,000 ตัวอย่าง |
| – จัดตั้งศูนย์คอมพิวเตอร์เครือข่าย | |
| – ส่วนกลาง | 5 แห่ง |
| – ระดับเขต/ จังหวัด | 139 แห่ง |

จ. รายชื่อแผนงาน/แผนงานรอง ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6

สาขาการบริหารการสาธารณสุข

1. แผนงานบริหารการสาธารณสุข
 1. แผนงานรองบริหารการสาธารณสุข
 2. แผนงานรองพัฒนานโยบายและแผน

สาขาการบริการการสาธารณสุข

2. แผนงานบริการสาธารณสุข
 3. แผนงานรองบริการทั่วไป
 4. แผนงานรองบริการสาธารณสุขส่วนภูมิภาค
 5. แผนงานรองส่งเสริมเจ้าหน้าที่ผู้มียาได้น้อยในการรักษาพยาบาล
 6. แผนงานรองบริการสาธารณสุขในเขต กทม. และเขตเทศบาล
 7. แผนงานรองสุขภาพจิต
 8. แผนงานรองป้องกันและบำบัดรักษาการติดยาและสารเสพติด
3. แผนงานผลิตและส่งเสริมสมรรถนะบุคลากร
 9. แผนงานรองผลิตและส่งเสริมสมรรถนะบุคลากร
4. แผนงานพัฒนาบริการขั้นสูงสาธารณสุข
 10. แผนงานรองพัฒนาบริการขั้นสูงสาธารณสุข
5. แผนงานยาและชีววัตถุ
 11. แผนงานรองผลิตยาและชีววัตถุ
 12. แผนงานรองพัฒนาระบบยา

สาขาการมีส่วนร่วมของประชาชนด้านสาธารณสุขมูลฐาน

6. แผนงานสาธารณสุขมูลฐาน
 13. แผนงานรongsสาธารณสุขมูลฐาน
 14. แผนงานรongsสนับสนุนสาธารณสุขมูลฐาน
7. แผนงานสุขศึกษา
 15. แผนงานรongsสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์

สาขาการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการควบคุมป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ

8. แผนงานอนามัยครอบครัว
 16. แผนงานรongsวางแผนครอบครัว
 17. แผนงานรongsอนามัยแม่และเด็ก
9. แผนงานโภชนาการ
 18. แผนงานรongsโภชนาการ
10. แผนงานทันตสาธารณสุข
 19. แผนงานรongsทันตสาธารณสุข
11. แผนงานอนามัยสิ่งแวดล้อม
 20. แผนงานรongsอนามัยสิ่งแวดล้อม
12. แผนงานอาชีวอนามัย
 21. แผนงานรongsอาชีวอนามัย
13. แผนงานควบคุมโรคติดต่อ
 22. แผนงานรongsควบคุมโรคติดต่อที่นำโดยแมลง
 23. แผนงานรongsควบคุมไข้มาลาเรีย
 24. แผนงานรongsควบคุมโรคติดต่อทั่วไป
 25. แผนงานรongsควบคุมโรคติดต่อเฉพาะ
 26. แผนงานรongsควบคุมโรคที่ให้ภูมิคุ้มกันได้
14. แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
 27. แผนงานรongsควบคุมโรคไม่ติดต่อ

- 15. แผนงานวิจัยระบบสาธารณสุข
 - 28. แผนงานรองวิจัยบริการสาธารณสุข
 - 29. แผนงานรองวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

- 16. แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข
 - 30. แผนงานรองคุ้มครองความปลอดภัยด้านอาหาร
 - 31. แผนงานรองคุ้มครองความปลอดภัยด้านยา
 - 32. แผนงานรองคุ้มครองความปลอดภัยเกี่ยวกับสารเคมีและรังสี

ที่มา กองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง เอกสารหมายเลข 4/ ร. 273/ ข. 300
27 มกราคม 2530