



๓๖๐ 10

# การประเมินผลโครงการพัฒนาสาธารณสุข 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

พ.ศ. 2536 - 2538

๓๖๐ ๑, ๒, ๓

๓๖๐ ๐/๕  
 รศ. นายแพทย์วิระศักดิ์ จงสูวิวัฒน์วงศ์,  
 ร้อยตำรวจโทหญิง นวลตา อากาศพะกุล  
 นายมะเพาซิส ดือราวี

๑๕๐%  
 ๑๕%  
 ศาสนาอิสลาม ๒ ไทย (เทศาภิบาล) ๕ กรมประเมิน ๘๑๓๖  
 ๑๕%  
 ศาสนาพุทธ ๒ ไทย (เทศาภิบาล) ๕ กรมประเมิน ๘๑๓๖

๓๖๐ ๖  
 ๐๔  
 RA541.๖ ๗๖4 2539 ๐  
 ๒๕ / พ.ศ. / ๓๙

Order No. 8147  
 DIE No. 97179

หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



## บทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร

หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้รับการติดต่อจากกระทรวงสาธารณสุขให้ประเมินผลโครงการพัฒนาสาธารณสุข 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งได้ใช้งบประมาณพิเศษประมาณ 74 ล้านบาท ในช่วง พศ. 2536-2538 การประเมินผลมุ่งวัดอัตราการครอบคลุมด้านสุขภาพ โภชนาการของเด็กต่ำกว่า 5 ปี การเสริมภูมิคุ้มกัน การฝากครรภ์ การคลอด และการตรวจเยี่ยมหลังคลอด การวางแผนครอบครัว ตลอดจนความเห็นของผู้นำศาสนาต่องานสาธารณสุข และความเห็นของผู้ปฏิบัติงานระดับหัวหน้าสถานีนามัม

การศึกษาดำเนินการในช่วงกลางปี 2538 โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ 30-cluster เลือกชุมชนที่มีชาวไทยมุสลิมล้วน และอยู่นอกเขตสุขภาพ ได้สำรวจสำมะโนและบ่อน้ำ 300 ครัวเรือน เก็บข้อมูลจากเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี 651 คน หญิงที่มีบุตรอายุ 0-24 เดือน 210 คน ผู้นำศาสนา 30 หมู่บ้าน และหัวหน้าสถานีนามัม 30 คน

### ผลการศึกษาพบว่า

1. ครึ่งหนึ่งของครัวเรือนตัวอย่าง ยังคงดื่มน้ำจากบ่อน้ำตื้นโดยไม่ได้ต้ม
2. ครัวเรือนตัวอย่าง ร้อยละ 69 มีส้วมและใช้ส้วม ร้อยละ 5 ไม่มีส้วมแต่ใช้ร่วมกับครัวเรือนอื่น ร้อยละ 3 มีส้วมแต่ใช้การไม่ได้หรือไม่ได้ใช้ ร้อยละ 23 ไม่มีและไม่ใช้ส้วม
3. ครอบครัวยุคตัวอย่างที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีสมมุติฐานที่สุขภาพของเด็กลดลงตามกลุ่มอายุ คือ 86 77 76 56 39 และ 28 ในกลุ่มอายุ ต่ำกว่า 6 เดือน 6-12 13-24 25-36 37-48 และ 49-60 เดือน ตามลำดับ
4. เมื่อใช้มาตรฐานน้ำหนักต่ออายุเป็นเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างในข้อ 3 มีอัตราการขาดอาหารพลังงานและโปรตีน ร้อยละ 0 12 38 56 49 และ 14 ตามลำดับ
5. กลุ่มตัวอย่างในข้อ 3 ที่มีอายุ 13-24 25-36 37-48 และ 49-60 เดือนได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคครบ โดยรวมข้อมูลจากสมมุติฐานที่สุขภาพและจากการสอบถามแล้ว ได้ ร้อยละ 83 79 69 และ 76 ตามลำดับ
6. กลุ่มตัวอย่างในข้อ 5 ได้รับวัคซีนป้องกันไอกรน คอตีบ บาดทะยัก และ โปลิโอ ครบ ร้อยละ 51 33 29 และ 20 ตามลำดับ
7. กลุ่มตัวอย่างในข้อ 5 ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด ร้อยละ 63 61 66 และ 67 ตามลำดับ
8. กลุ่มตัวอย่างในข้อ 5 ได้รับวัคซีนป้องกันตับอักเสบบี ครบ ร้อยละ 53 38 23 และ 12
9. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงที่มีบุตรคนสุดท้าย 0 - 24 เดือนฝากครรภ์ก่อนคลอด ร้อยละ 89 ฝากครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 46 ได้รับท็อกซอยด์ป้องกันบาดทะยักอย่างน้อย 2 ครั้ง ร้อยละ 67
10. กลุ่มตัวอย่างในข้อ 9 คลอดกับเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 34 และได้รับการเยี่ยม/ตรวจหลังคลอด ร้อยละ 54
11. กลุ่มตัวอย่างในข้อ 9 ใช้การวางแผนครอบครัว ร้อยละ 23 ร้อยละ 62 ของผู้ใช้ยาฉีด
12. กลุ่มตัวอย่างในข้อ 9 เคยใช้บริการและพอใจกับบริการด้านต่าง ๆ ของสถานีนามัมดังนี้ การเสริมภูมิคุ้มกัน ร้อยละ 81 การฝากครรภ์ ร้อยละ 74 การคลอดและการดูแลหลังคลอด ร้อยละ 41 บริการอื่น ๆ ร้อยละ 86



13. กลุ่มตัวอย่างในข้อ 9 เคยใช้บริการและพอใจกับบริการด้านต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ดังนี้ การเสริมภูมิคุ้มกัน ร้อยละ 13 การฝากครรภ์ร้อยละ 21 การคลอดและการดูแลหลังคลอด ร้อยละ 22 บริการอื่น ๆ ร้อยละ 42
14. กลุ่มตัวอย่างในข้อ 9 ไม่เคยรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์เลย ร้อยละ 15 กลุ่มที่ได้รับข่าวสารมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV โดยทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 22
15. กลุ่มตัวอย่างผู้นำศาสนาไม่เคยใช้บริการที่สถานีอนามัย ประมาณ 1 ใน 3 และไม่เคยใช้บริการที่โรงพยาบาล ร้อยละ 57
16. ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างในข้อ 15 พอใจบริการที่สถานีอนามัยด้านการรักษาพยาบาล และการแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร
17. กลุ่มตัวอย่างผู้นำศาสนาเกือบทุกคนพอใจบริการโรงพยาบาลในการแก้ไขปัญหาลูกขาดสารอาหาร และประมาณร้อยละ 40 พอใจในบริการการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน
18. กลุ่มตัวอย่างผู้นำศาสนา ประมาณ 1 ใน 3 ไม่พอใจบริการการวางแผนครอบครัวของสถานีอนามัย แต่ไม่มีความเห็นกับบริการดังกล่าวในระดับโรงพยาบาล
19. กลุ่มตัวอย่างผู้นำศาสนา ร้อยละ 80 กล่าวว่ามีปัญหาขาดเสถียรภาพในหมู่บ้านของตน ประมาณ 1 ใน 3 ของหมู่บ้านที่มีปัญหา จะมีปัญหาในระดับที่รุนแรงต้องการการแก้ไขเร่งด่วน หรือ เรื้อรังจนไม่มีทางแก้
20. กลุ่มตัวอย่างผู้นำศาสนา ร้อยละ 40 เคยได้ยินเรื่องการใช้คุตะบะฮ์ ในการแก้ปัญหาสุขภาพของชาวบ้าน กลุ่มที่เคยได้ยินส่วนใหญ่เห็นว่าเหมาะสมดี
21. กลุ่มตัวอย่างผู้นำศาสนา ร้อยละ 80 เห็นว่าการเว้นช่วงมีบุตรเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม
22. กลุ่มตัวอย่างผู้นำศาสนา เกือบทุกคนเห็นว่าภาวะสุขภาพอนามัยของคนในหมู่บ้านในรอบ 3 ปีที่ผ่านมาดีขึ้น และภาวะโภชนาการของเด็กในหมู่บ้านก็ดีขึ้น
23. กลุ่มตัวอย่างหัวหน้าสถานีอนามัยส่วนน้อย (4 ใน 30) รู้สึกว่าการทำงานไม่ปลอดภัย เกินร้อยละ 80 เห็นว่าผู้นำศาสนา และ ผู้นำท้องถิ่น ตลอดจนชาวบ้านให้ความร่วมมือดี ความแตกต่างทางศาสนาเกือบไม่มีผลการปฏิบัติงาน ประมาณร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติงานนอกเวลาในสถานีอนามัยได้ ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องครอบครัว กว่าร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่างคิดย้ายออกจากพื้นที่
24. ปัญหาในการทำงานในมุมมองของหัวหน้าสถานีอนามัยส่วนใหญ่อยู่ที่การขาดบุคลากร (11 ใน 30) รองลงมาเป็นการขาดอุปกรณ์ ปัญหาด้านผู้บังคับและด้านความร่วมมือของประชาชนมีน้อยมาก

#### ข้อสรุปการสำรวจและข้อเสนอแนะ

ครัวเรือนยังดื่มน้ำจากบ่อน้ำตื้นโดยไม่ได้ต้มถึงร้อยละ 60 การจัดหาน้ำดื่มสะอาดจึงยังไม่บรรลุเป้าหมาย ต้องเร่งรัดต่อไป

ครัวเรือนที่มีส้วมเกือบทั้งหมดจะใช้ส้วม เรื่องการมีส้วมแล้วไม่ใช้ส้วมไม่น่าจะเป็นปัญหาใหญ่ สิ่งที่ต้องเร่งทำ คือ พยายามส่งเสริมให้ครัวเรือนกว่าร้อยละ 20 ที่เหลือให้สร้างส้วม โดยไม่ต้องเกรงว่าสร้างแล้วจะไม่ใช้ เพราะไม่ใช่ปัญหาหลัก

ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ปัญหาด้านโภชนาการพบมากเพิ่มจากเด็กเล็กไปหาเด็กโต อัตราความครอบคลุมการฉีดวัคซีนทุกชนิด ยังไม่น่าพอใจ โดยเฉพาะวัคซีนป้องกันโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก และ โปлио ควรเร่งรัดให้มากขึ้น



การคลอดกว่าร้อยละ 60 ยังอยู่ในการดูแลของผดุงครรภ์โบราณ และ หนึ่งในสามของแม่  
ไม่ได้รับภูมิคุ้มกันบาดทะยักมาก่อน เด็กแรกคลอดจึงมีความเสี่ยงต่อโรคบาดทะยักแรกคลอดสูง

สถานการณ์การวางแผนครอบครัวยังไม่เป็นที่น่าพอใจ หญิงหลังคลอดใช้วิธีการวางแผนครอบครัว  
เพียงร้อยละ 23 การเว้นช่วงมีบุตรยังไม่เป็นที่ยอมรับของผู้นำศาสนา การวางแผนครอบครัวเป็นบริการ  
ที่มีผู้ไม่พอใจมากที่สุด ควรแก้ปัญหาด้านทัศนคติที่ไม่ถูกต้องนี้ต่อไป

ผู้นำศาสนามีการบริการสาธารณสุขของรัฐค่อนข้างน้อย สะท้อนให้เห็นว่าโครงการ "ศาสนา  
งานสาธารณสุข" ไม่ได้ลงไปถึงระดับหมู่บ้าน ผู้นำศาสนาส่วนที่เคยมารับการบริการด้านการรักษาพยาบาล  
และด้านการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเด็กขาดสารอาหารมีทัศนคติที่ดีต่อบริการด้านนี้ จึงควรเร่งรัดให้บริการด้านอื่น ๆ  
ให้มีสัมพันธภาพกับผู้นำศาสนามากขึ้น และ ขยายผลด้านที่ติดอยู่แล้วต่อไป

ผู้นำศาสนาเห็นว่าปัญหาสาเหตุเป็นปัญหาในเกือบทุกหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขควรร่วมมือกับ  
ผู้นำเหล่านี้ในการแก้ไขปัญหานี้อย่าง เป็นรูปธรรม

เรื่องที่น่าจะเคยคิดว่าเป็นปัญหาใหญ่ในการให้บริการของสถานอนามัย คือ เรื่อง ความปลอดภัย  
ของพื้นที่ และความร่วมมือของประชาชน กลับไม่เป็นปัญหามากในสายตาของหัวหน้าสถานอนามัย ปัญหาที่  
เห็นว่ารุนแรง คือ การขาดบุคลากร

สถานอนามัยร้อยละ 40 ไม่สามารถให้บริการนอกเวลาแก่ประชาชน ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้มีปัญหา  
ทางด้านความร่วมมือและความปลอดภัย นับเป็นจุดอ่อนของระบบสาธารณสุขในพื้นที่ หัวหน้าสถานอนามัย  
ส่วนหนึ่งมีปัญหาด้านครอบครัว และกระทรวงสาธารณสุขควรศึกษาปัญหานี้และปัญหาการขาดบุคลากรว่า  
รุนแรงเพียงไร เพื่อหาทางแก้ไขต่อไป แผนพัฒนาที่ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเดินทางออกจากพื้นที่  
ที่รับผิดชอบมากขึ้นเพื่อเหตุผลใด ๆ ก็ตาม โดยไม่มีเจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานเพียงพอ อาจจะมีผลเสียต่อ  
การให้บริการสาธารณสุขมากกว่าผลดี



## ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

การพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยมีความจำเป็นต่อการพัฒนาประเทศอย่างมาก โดยเฉพาะการกระจายบริการสาธารณสุขสู่ชนบท ซึ่งได้ดำเนินการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานไปทุกหมู่บ้าน และคาดหวังว่าจะสามารถทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 อีกทั้งเป็นแนวทางในการกระตุ้นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขให้เห็นความสำคัญของการให้บริการ มีการประกวดแข่งขันการมีสุขภาพดีตั้งแต่ระดับหมู่บ้านถึงระดับภูมิภาค

สำหรับในเขตภาคใต้ นอกจากจะต้องพยายามพัฒนาความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชากรแล้ว ยังต้องมีนโยบายทางการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยโดยเฉพาะ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้อันได้แก่ ยะลา ปัตตานี นราธิวาส สตูล และสงขลาบางส่วน (เฉพาะอำเภอ สะเดา จะนะ นาทวี สะบ้าย้อยและเทพา) ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม และมีขนบธรรมเนียมประเพณีที่ค่อนข้างเฉพาะ ดังนั้น ในการดำเนินการใด ๆ ก็ตาม จึงมุ่งเน้นที่การนำเอาศาสนาซึ่งเป็นสิ่งที่คนทั้งหลายยึดเหนี่ยวมาเป็นองค์ประกอบนำทางสู่การพัฒนา โดยคาดหวังว่าจะสามารถทำให้กลุ่มคนที่นับถือศาสนาเดียวกันมีความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันสามารถทำให้สังคมของเขาเหล่านั้นพัฒนาขึ้นไม่มากนักน้อยได้ ด้วยหลักการนี้เองทำให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขของ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้และอิงแผนแม่บทคือแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 7 จัดทำนโยบายการพัฒนาศาสนานำการสาธารณสุข สร้างกลวิธีเพื่อใช้ในการดำเนินงานทั้งสิ้น 6 กลวิธี มีการติดตามผลทุกปี ตลอดจนประเมินผลช่วงกลางระยะการดำเนินงาน และสิ้นสุดการดำเนินงาน โดยได้มีการนำเอาแนวคิดในการนำเอาศาสนาเป็นเครื่องช่วยชี้นำสู่การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอนามัยไปในทางที่ถูกต้อง ขณะเดียวกันก็ค้นหาปัจจัยร่วมอื่น ๆ ที่จะมีส่วนทำให้เกิดอุปสรรคต่อการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขของชาวไทยมุสลิมด้วย ฉะนั้นจึงได้ดัดแปลงกลวิธีในแผนพัฒนาสาธารณสุข 8 กลุ่มมาดัดแปลงให้เหมาะสมแก่การปฏิบัติงานในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็น 6 กลวิธี ได้แก่

- กลวิธีที่ 1 แผนปฏิบัติการความพร้อมของบุคลากรด้านสาธารณสุข
- กลวิธีที่ 2 แผนปฏิบัติการพัฒนางานสุขศึกษาประชาชนสัมพันธ์
- กลวิธีที่ 3 แผนปฏิบัติการมีส่วนร่วมของประชาชน
- กลวิธีที่ 4 แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข
- กลวิธีที่ 5 แผนปฏิบัติการระบบบริหาร
- กลวิธีที่ 6 แผนปฏิบัติการพัฒนาอนามัยและสิ่งแวดล้อม

โดยคาดหวังว่าเมื่อปฏิบัติทั้ง 6 กลวิธีนี้แล้วจะเอื้ออำนวยให้สุขภาพอนามัยของประชาชนดีขึ้นโดยได้กำหนดความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต (จปฐ)

จากตัวชี้วัด จปฐ 32 ข้องานประเมินผลโครงการนี้สำรวจเฉพาะส่วนที่โครงการเร่งรัดเป็นพิเศษ 6 ข้อ ได้แก่



1. การมีน้ำสะอาดเพียงพอในการดื่ม โดยกำหนดให้ประชาชนมีน้ำสะอาดดื่ม 5 ลิตร ต่อวัน ต่อคน
2. การมีส่วนร่วมและการใช้ส้วมตรงตามวัตถุประสงค์
3. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันในเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี
4. การดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด 6 สัปดาห์
5. การใช้วิธีการวางแผนครอบครัว
6. ภาวะโภชนาการของเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี

นอกจากนี้ยังมีปัญหาเพิ่มเติมจาก อบรม ที่คณะผู้วิจัยเห็นว่ามีความสำคัญในการประเมินผล คือ เรื่อง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง และปัญหาสาเหตุติดเชื้อที่แพร่ระบาดในกลุ่มวัยรุ่น

#### วัตถุประสงค์ทั่วไปของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงสัมฤทธิ์ผลของโครงการพัฒนาสาธารณสุข 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้ อบรม เป็นตัวกำหนด
2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการของโครงการพัฒนาสาธารณสุข 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

#### วัตถุประสงค์จำเพาะ

1. เพื่อให้ได้อัตราการครอบคลุมของบริการทั้ง 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ การมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปี การมีส่วนร่วม การได้รับภูมิคุ้มกันของเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี การได้รับการดูแลก่อนและหลังคลอด การใช้การวางแผนครอบครัว และภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน รวมทั้งความรู้เรื่องโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง และปัญหาสาเหตุติดเชื้อ
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้นำศาสนาต่อบริการที่ได้รับจากโครงการนี้
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยปฏิบัติภารกิจต่อโครงการนี้



การดำเนินการวิจัย

การออกแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้กระบวนการศึกษาแบบ Cluster cross-sectional study ซึ่งกำหนดไว้ทั้งสิ้น 30 cluster โดยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 13 มิถุนายน 2538 ถึง 2 สิงหาคม 2538 และดำเนินการดังนี้

1. การกำหนดพื้นที่และกลุ่มประชากรเป้าหมาย

เขตที่ได้รับการกำหนดให้เป็นพื้นที่เป้าหมาย คือ จังหวัดสงขลา(บางส่วนเนื่องจากในการดำเนินการครั้งแรกเน้นเฉพาะ อำเภอสะเดา จะนะ นาทวี เทพา และสะบ้าย้อย ซึ่งถือว่าเป็นเขตติดต่อกับเขตประเทศมาเลเซียและติดเขตจังหวัดที่อยู่เขตชายแดน ตลอดจนประชาชนส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม) จังหวัดสตูล นราธิวาส ยะลาและปัตตานี โดยมีอำเภอรวมทั้งสิ้น 42 อำเภอ 2,028 หมู่บ้าน ซึ่งมีประชากรทั้งสิ้น 1,307,797 คน(ข้อมูลจาก: กองวิชาการสถิติ , สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2533) โดยที่หมู่บ้านเป้าหมายต้องเป็นหมู่บ้านชาวไทยมุสลิม ร้อยละ 99-100 หมู่บ้านที่ได้รับการคัดเลือกตามวิธีดังกล่าว เป็นหมู่บ้านที่อยู่นอกเขตเทศบาลทั้งสิ้น

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างประชากรอย่างมีระบบ โดยกำหนดจำนวนหมู่บ้านที่จะศึกษา 30 หมู่บ้าน จากนั้นนำมาดำเนินการโดยใช้กระบวนการคัดเลือกอย่างมีระบบและได้จำนวนหมู่บ้าน 30 หมู่บ้าน(ภาคผนวก) ในแต่ละหมู่บ้านจะได้รับการคัดเลือกตัวอย่างประชากรดังนี้ คือ

ก. ในการศึกษาเรื่องการมีน้ำสะอาดดื่มและส้วม ใช้แบบสังเกตโดยผู้ช่วยนักวิจัยจะเดินสำรวจบ้าน จำนวน 10 บ้าน ในแต่ละหมู่บ้าน

ข. ด้านภูมิคุ้มกันแบ่งเด็กออกเป็น 6 กลุ่ม รวม 22 คน ต่อหมู่บ้าน

1. อายุ	0-6	เดือน	จำนวน	3	คน
2. อายุ	7-12	เดือน	จำนวน	3	คน
3. อายุ	13-24	เดือน	จำนวน	7	คน
4. อายุ	25-36	เดือน	จำนวน	3	คน
5. อายุ	37-48	เดือน	จำนวน	3	คน
6. อายุ	49-60	เดือน	จำนวน	3	คน

สำหรับกลุ่มเด็กอายุ 13-24 เดือน เป็นกลุ่มเป้าหมายพิเศษในการดำเนินการครั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มที่คาดว่าจะควรได้รับภูมิคุ้มกันครบและข้อมูลค่อนข้างจะเป็นปัจจุบันมากกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้นจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนี้มากกว่ากลุ่มอื่น (จำนวนเด็กทั้ง 6 กลุ่ม เป็นจำนวน 651 คน)



ค. สัมภาษณ์สตรีที่มีบุตรคนสุดท้ายอายุ 0-24 เดือน จำนวน 7 ราย ต่อหมู่บ้าน

ง. สัมภาษณ์ผู้นำทางศาสนา โต๊ะอิหม่าม หรือโต๊ะกอเด็บ หรือโต๊ะบิลาล หมู่บ้านละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 30 หมู่บ้าน

จ. สัมภาษณ์หัวหน้าสถานีอนามัยที่รับผิดชอบหมู่บ้านที่ได้รับการคัดเลือก จำนวน 30 คน

3. การเตรียมแบบสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 5 ส่วน (ดูภาคผนวก)

3.1 แบบสัมภาษณ์การมีน้ำสะอาดดื่มและสิ่ง เกิดการมีและใช้ส้วม

3.2 แบบสัมภาษณ์การได้รับภูมิคุ้มกันของเด็กกลุ่มอายุต่าง ๆ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เดียวกับจำนวน 9 ข้อ

3.3 แบบสัมภาษณ์สตรีที่มีบุตรอายุ 0-24 เดือน จำนวน 20 ข้อ

3.4 แบบสัมภาษณ์ผู้นำศาสนาจำนวน 19 ข้อ

3.5 แบบสัมภาษณ์หัวหน้าสถานีอนามัยจำนวน 16 ข้อ

แบบสัมภาษณ์และแบบสำรวจดังกล่าวได้รับการทดลองใช้เพื่อการประเมินความตรงในเนื้อหาและค่าความเวลาที่ใช้ในการดำเนินการเก็บข้อมูล โดยคณะผู้วิจัยได้ทดลองใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสำรวจดังกล่าวกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งได้แก่หมู่ที่ 2 บ้านท่าซ้อย ตำบลป่าดงเบขาร์ อำเภอสะเตกา จังหวัดสงขลา จากนั้นได้นำเอาแบบสัมภาษณ์และแบบสำรวจดังกล่าว (31 ชุด) มาปรับปรุงเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลต่อไป

#### รายละเอียดวิธีการเก็บข้อมูล

ภายหลังจากติดต่อประสานงานแล้ว คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามแผนการที่กำหนดดังนี้

1. ข้อมูลการมีน้ำสะอาดใช้และการมีส้วมถูกสุขลักษณะ โดยการเดินเท้าในหมู่บ้านเก็บข้อมูลชนิดของน้ำที่ใช้ในครัวเรือนว่าใช้น้ำประปาหรือโดยสอบถามจากผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในครัวเรือนนั้น ๆ และจดบันทึกข้อมูลชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ในครัวเรือนนั้น และบ้านเลขที่ของครัวเรือนนั้นด้วย ทำนองเดียวกันข้อมูลเรื่องการมีและใช้ส้วมก็ปฏิบัติเช่นเดียวกัน ทำดังนี้จนครบ 10 ครัวเรือน ในแต่ละหมู่บ้าน

2. ข้อมูลเด็ก กลุ่มเป้าหมายเด็กได้รับการแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม เป็นเด็กวัยก่อนเรียนทั้งสิ้น โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีข้อคำถามเช่นเดียวกัน โดยประกอบด้วยส่วนของวัน เดือน ปี เกิด เพศ ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกัน โดยมีมารดาหรือผู้ที่ดูแลเด็กเป็นประจำเป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งนำหนักและวัดส่วนสูงของเด็ก

ข้อมูลเรื่องวัน เดือน ปี เกิด ของเด็ก ในกรณีที่มารดาไม่ได้แจ้งเกิดคิดจากเดือนที่เกิดโดยให้มารดาเทียบเคียงกับเหตุการณ์สำคัญต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในปีนั้น เช่น ตรงกับงานวันสงกรานต์หรือไม่ เป็นต้น ส่วนกรณีที่แจ้งเกิดไม่ถูกต้อง เช่น เกิดมาแล้ว 1 ปี จึงไปแจ้งเกิด ก็นับตามวันเดือนปีเกิดที่เกิดจริง

ในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับภูมิคุ้มกันโรคนั้น ผู้วิจัยจะถามถึงการมีสมุดบันทึกสุขภาพของเด็ก ซึ่งจะเป็นฉบับเดียวกับสมุดฝากครรภ์ของมารดา นอกจากรายที่มารดาไม่ได้ฝากครรภ์การบันทึกก็จะมีแต่ส่วนที่เป็นของเด็กเท่านั้น ในกรณีที่ไม่มีสมุดจะด้วยกรณีใด ๆ ก็ตาม จะถามข้อมูลดังกล่าวจากมารดาหรือผู้ที่ดูแลเด็กเป็นประจำ ในกรณีที่ไม่มีสมุดบันทึกสุขภาพแต่มีบัตรนัด (บางแห่งจะมีเฉพาะบัตรนัดซึ่งจะมีการบันทึกการได้รับภูมิคุ้มกัน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่ได้ให้สมุดบันทึกสุขภาพ) จะบันทึกในแบบสัมภาษณ์ตามรายการที่ปรากฏในบัตรนัดและ/หรือ สมุดบันทึกสุขภาพ



ข้อมูลที่ว่าเด็กแต่ละคนหรือมารดาได้รับภูมิคุ้มกันแต่ละชนิดว่าครบเพียงใดนั้น ใช้สมุดบันทึกสุขภาพเป็นเกณฑ์ ในกรณีที่ไม่มีสมุดบันทึกสุขภาพ ถ้ามารดาจำได้แน่ว่าได้รับครบก็ถือว่าครบ แต่ถ้าจำไม่ได้หรือไม่แน่ใจจะถือว่าไม่ครบตาม เกณฑ์

### การประเมินผลการรับภูมิคุ้มกัน

1. การประเมินผลความครอบคลุมของการได้รับภูมิคุ้มกัน ได้คำนวณเฉพาะกลุ่มอายุ 13 เดือนขึ้นไป เพื่อแก้ปัญหากรณีที่เด็กยังอายุไม่ถึงเกณฑ์ที่ควรได้รับวัคซีนบางชนิด

ในการกำหนดเกณฑ์การได้รับภูมิคุ้มกันว่าเด็กคนใดได้รับภูมิคุ้มกันครบตาม เกณฑ์หรือไม่นั้น คณะผู้วิจัยกำหนดตาม เกณฑ์อายุที่ควรได้รับภูมิคุ้มกันประเภทต่าง ๆ โดยได้ดัดแปลงจาก เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1.1. ภูมิคุ้มกันวัณโรค กรณีที่เด็กรายใดไม่ได้รับการฉีดเลยถือว่าเด็กคนนั้นไม่ได้รับวัคซีนตาม เกณฑ์ซึ่งควรได้รับจำนวน 1 เข็ม

1.2. ภูมิคุ้มกันโรคไอกรน คอตีบ บาดทะยัก และโปลิโอ ภูมิคุ้มกันโรคดังกล่าว โดยปกติเด็กควรได้รับครบ ทั้ง 3 เข็มเมื่ออายุ 13 เดือนขึ้นไป

1.3. ภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ควรได้รับเช่นเดียวกับข้อ 1.2

1.4 ภูมิคุ้มกันโรคหัด โดยปกติจะได้รับ 1 ครั้ง เช่นเดียวกับภูมิคุ้มกันวัณโรค แต่เวลาของการเริ่มต่างกัน ซึ่งควรได้รับเมื่ออายุ 13 เดือนขึ้นไป

2. ภูมิคุ้มกันที่มารดาได้รับ ได้แก่ ภูมิคุ้มกันโรคบาดทะยัก หญิงมีครรภ์จะต้องได้รับในระยะก่อนคลอด 2 เข็ม

ในการกำหนดตัวชี้วัดด้านภูมิคุ้มกันในเด็กทุกกลุ่มอายุ ตามเกณฑ์ จปฐ. กำหนดให้เด็กได้รับภูมิคุ้มกันในกลุ่ม อายุ ต่ำกว่า 1 ปี ควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก หัด ตับอักเสบบีครบตาม เกณฑ์อายุ เกณฑ์ร้อยละ 80 คณะผู้วิจัยได้บิดตามแนวทางที่กำหนดนี้ โดยประเมินการได้รับภูมิคุ้มกันจากช่วงอายุที่ควรได้รับวัคซีนนั้น ๆ

อย่างไรก็ตาม เด็กที่อยู่ในกลุ่มอายุ 12-24 เดือน ควรได้รับวัคซีนต่าง ๆ ครบตามจำนวน ส่วนวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี ในกลุ่มเด็กที่เกิดก่อน พ.ศ.2535 อาจไม่ได้รับก็ได้ เพราะแผนการรณรงค์วัคซีนชนิดนี้ใน เวลานั้นยังไม่ได้กำหนดแน่นอน

3. ข้อมูลสตรีที่มีบุตรคนสุดท้ายอายุ 0-24 เดือน ผู้วิจัยสัมภาษณ์สตรีที่มีบุตรคนสุดท้ายอายุ 0-24 เดือน ตามที่กำหนด

การเก็บข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจะเดินในหมู่บ้านทุกบ้าน ถ้าบ้านใดมีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดก็จะจัดเป็นตัวอย่างประชากร ถ้าไม่ตรงตามที่กำหนดก็จะเดินไปบ้านถัดไป จนครบจำนวนที่วางแผนไว้ แต่มีบางหมู่บ้านที่มีตัวอย่างประชากรไม่ครบตามที่กำหนดไว้ จึงทำให้ข้อมูลขาดไปบางส่วน ได้แก่ในกลุ่มเด็กที่มีอายุ 1-2 ปี

จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ในแต่ละวันมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ แล้วจึงส่งรหัสตามคู่มือให้รหัส จากนั้นป้อนข้อมูลโดยใช้โปรแกรม EPIINFO version 5 โดยแบ่งออกเป็น 6 ไฟล์ข้อมูล ตามแบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกต (โดยการป้อนข้อมูล 2 ครั้ง) จากนั้นมาทำการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของการป้อนข้อมูล แล้วจึงนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม EPI INFO และ SPSS+PC และ STATA



4. ข้อมูลผู้นำศาสนา โดยการสัมภาษณ์โต๊ะอิหม่ามของหมู่บ้านนั้น ๆ ในกรณีที่โต๊ะอิหม่ามไม่อยู่ จะสัมภาษณ์โต๊ะกอเด็บ กรณีโต๊ะกอเด็บไม่อยู่ก็จะสัมภาษณ์โต๊ะบิแดด ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นพนักงานสัมภาษณ์สามารถพูด และเข้าใจภาษาบาวีได้เป็นอย่างดี ในกรณีที่บางหมู่บ้านมีมัสยิดมากกว่า 1 แห่ง จะเลือกมัสยิดที่มีผู้ไปทำพิธีกรรม ทางศาสนาเป็นส่วนมาก

การชั่งน้ำหนัก ถ้าเป็นเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 12 เดือน จะใช้ตาชั่งชนิดแขวน เด็กที่สามารถยืนได้จะให้ ยืนบนตาชั่งชนิดยืน กรณีที่เด็กไม่ให้ความร่วมมือจะให้ผู้ดูแลหรือมารดาอุ้มเด็กชั่งพร้อมกันแล้วจึงชั่งน้ำหนักมารดา อย่างเดียว จากนั้นนำมาหักลบเป็นน้ำหนัก โดยใช้จุดทศนิยมหนึ่งจุด ตาชั่งที่ใช้ทั้งสองประเภทเป็นตาชั่งที่ใช้ตลอด โครงการ

การวัดส่วนสูง ใช้วัดโดยการเทียบวัดความสูงจากผนัง เรียบและใช้สายวัด เส้น เดิมตลอดโครงการ ค่าที่วัดได้ใช้จุดทศนิยม 1 จุด ในเด็กที่อายุต่ำกว่า 24 เดือน ใช้วิธีวัดความยาว

ในการเก็บข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงเพื่อการประเมินภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ตามหลัก การของโกเมส (Modified Gomez classification) โดยการเปรียบเทียบอายุกับน้ำหนักที่ เปอร์เซนต์ไคล์ ที่ 50 ของน้ำหนักเฉลี่ยของเด็กทั้งประเทศในอายุเดียวกัน ถ้าต่ำกว่าร้อยละ 90 ของเปอร์เซนต์ไคล์ที่ 50 ถือ ว่ามีภาวะทุพโภชนาการระดับต่าง ๆ ดังรายละเอียดในภาคผนวก

แต่บางส่วนที่เริ่มเข้าเรียนในชั้นเตรียมความพร้อมตั้งแต่อายุ 49 เดือน ถึง 60 เดือน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละหมู่บ้าน ในกรณีเช่นนี้ผู้วิจัยจะตามไปชั่งน้ำหนัก เด็กคนดังกล่าวที่โรงเรียน



### บทที่ 3

#### ผลการศึกษา

ในการประเมินผลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ข้อมูลพื้นฐาน ดังนี้

ด้านสุขภาพ ในส่วนนี้เป็นการเก็บข้อมูลเรื่องมีน้ำสะอาดที่ใช้น้ำดื่มตลอดปี และ การมีและใช้ส้วม

ตารางที่ 1 แสดงการมีน้ำสะอาดดื่มและการมีและใช้ส้วม จำแนกตามลักษณะ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>น้ำดื่ม</b>		
น้ำประปาหมู่บ้านที่ดื่มแล้ว	32	10.7
น้ำฝนที่ดื่มแล้ว	1	0.3
น้ำบ่อตื้นที่ดื่มแล้ว	39	13.0
น้ำกรอง	1	0.3
น้ำประปาหมู่บ้าน	50	16.7
น้ำฝน	25	8.3
น้ำบ่อตื้น	152	50.7
<b>ส้วม - การใช้ส้วม</b>		
ใช้ส้วม	206	68.7
มีส้วมแต่ไม่ใช้	1	0.3
ไม่มี- ไม่ใช้ส้วม	70	23.3
ไม่มีส้วมแต่ใช้ร่วมกับผู้อื่น	14	4.7
มีส้วมแต่มีปัญหาใช้การไม่ได้	9	3.0

จากตารางที่ 1 จะพบว่า ในด้านน้ำคือนั้นประชาชนส่วนใหญ่(152 ครัวเรือน) นิยมดื่มน้ำจากบ่อตื้นซึ่งไม่ได้ดื่ม ลักษณะของน้ำบ่อตื้นเป็นบ่อที่ขุดลึกลงไป 3-8 เมตร ซึ่งตื้นกว่าบ่อบาดาล ปากบ่อมีทั้งได้รับการยกให้สูงจากพื้นและอยู่ในระดับพื้นดิน ส่วนอันดับรองลงมาคือการใช้ประปาหมู่บ้านร้อยละ 16.7 (50 ครัวเรือน) ท่อน้ำที่ใช้เป็นท่อ พีวีซี(PVC) ที่มีทั้งที่อยู่เหนือและใต้ดิน

ส่วนส้วมที่ใช้พบว่า มีร้อยละ 68.7 (206 ครัวเรือน) ที่ใช้ส้วม และ ร้อยละ 23.3 (70 ครัวเรือน) ที่ไม่มีและไม่ใช้ส้วม



## ด้านภูมิด้านทานโรค

ในการวิเคราะห์เรื่องการได้รับภูมิคุ้มกันในเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี ซึ่งเป็นเด็กในกลุ่มเป้าหมาย โดยจำแนกตามกลุ่มอายุเป็น 6 กลุ่มอายุ ดังได้กล่าวไว้ในส่วนของการดำเนินการวิจัยแล้ว จำนวน 201 ราย ตามตารางที่จะแสดงตั้งแต่ตารางที่ 2 ถึง 5 (จำนวนเด็กทั้งสิ้น 651 คน)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของเด็ก จำแนกตาม เพศ การมีสมุดบันทึก สาเหตุของการไม่มีสมุดบันทึก

อายุ( เดือน)	ข้อมูล	0-6	7-12	13-24	25-36	37-48	49-60
เพศ							
	ชาย	46 (51.1)	50 (55.6)	102 (52.2)	34 (37.2)	40 (44.4)	49 (54.4)
	หญิง	44 (48.9)	40 (44.4)	96 (47.8)	56 (62.2)	50 (55.6)	41 (45.6)
สมุดบันทึกสุขภาพ							
	มี	77 (85.6)	69 (76.7)	153 (76.1)	50 (55.6)	35 (38.9)	25 (27.8)
	ไม่มี	12 (13.3)	17 (18.9)	45 (22.4)	36 (40.0)	49 (54.4)	60 (66.7)
	มีเฉพาะบัตรนัด	0 (0.0)	2 (2.2)	0 (0.0)	2 (2.2)	3 (3.3)	1 (1.1)
	มีสมุดแต่ไม่มีบันทึก	1 (1.1)	2 (2.2)	3 (1.5)	2 (2.2)	3 (3.3)	4 (4.4)
สาเหตุที่ไม่มีสมุด							
	หาย	2 (16.7)	7 (36.8)	25 (55.6)	19 (21.1)	34 (65.4)	45 (73.8)
	ทางอนามัย/ ร.พ ไม่ให้	2 (16.7)	3 (15.8)	2 (4.4)	2 (2.2)	7 (13.5)	6 (9.8)
	ไม่เคยใช้บริการ	7 (58.3)	6 (31.6)	9 (20.0)	11 (12.2)	9 (17.3)	8 (13.1)
	สมุดอยู่ที่อื่น	1 (8.3)	3 (15.8)	9 (20.0)	6 (6.7)	2 (3.8)	2 (3.3)

จากตารางที่ 2 พบว่า ในกลุ่มเด็กที่ศึกษา เฉพาะกลุ่มที่ 3 (เด็กอายุ 13-24 เดือน) มีจำนวน 201 คน เนื่องจากในบางหมู่บ้านมี เด็กที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดน้อยกว่าจำนวนที่ตั้งเป้าหมายไว้ (เฉพาะกลุ่มนี้ควรมีหมู่บ้านละ 7 คน)

ในเรื่องการให้บริการให้ภูมิด้านทานแก่เด็ก พบว่า เด็ก ๆ ในแต่ละกลุ่มมีบางส่วนที่ไม่มีสมุดรายงานบันทึกการได้รับภูมิคุ้มกัน โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 49-60 เดือน สูงถึง ร้อยละ 66.7 ส่วนกลุ่มที่ไม่มีสมุดบันทึกน้อยที่สุด คือ กลุ่มเด็กที่มีอายุ แรกเกิด ถึง 6 เดือน ร้อยละ 13.3 และยังพบว่า กลุ่มที่มีสมุดมีบางส่วนที่ไม่ได้รับการบันทึกการฉีดวัคซีนในแต่ละครั้งไปรับบริการ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีสมุดแต่มีบัตรนัด ซึ่งเจ้าหน้าที่จะบันทึกการได้รับภูมิคุ้มกันในแต่ละครั้งลงในใบนัดนี้แทนการบันทึกลงสมุดสุขภาพ



สาเหตุของการไม่มีสมุดจำแนกออกได้เป็น 4 สาเหตุ คือ หาย ทางอนามัย/โรงพยาบาลไม่ได้ให้ โดยจะได้รับ เฉพาะใบนัด เท่านั้น บางส่วนเป็นผู้ที่ไม่เคยได้ใช้บริการเลย นอกจากนั้นเป็นผู้ที่ย้ายมาจากที่อื่น หรือมีการย้ายถิ่นชั่วคราวตามฤดูกาลและไม่ได้นำสมุดมาด้วย เมื่อพิจารณาเป็นรายกลุ่ม พบว่า กลุ่มที่หายมากที่สุดได้แก่กลุ่มเด็กอายุ 49-60 เดือน ร้อยละ 73.8 รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 37-48 เดือน ร้อยละ 65.4 ส่วนกลุ่มที่หายน้อยที่สุด คือกลุ่มอายุ 0-6 เดือน คือร้อยละ 16.7 ส่วนสาเหตุรองลงมา คือ ไม่เคยไปใช้บริการของทางสาธารณสุข พบในกลุ่มเด็กอายุ 0-6 เดือน ร้อยละ 58.3 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 7-12 เดือน และกลุ่มที่ไม่เคยใช้บริการน้อยที่สุด คือ กลุ่มอายุ 25-36 เดือน

ในประเด็นของการใช้บริการ พบว่า เด็ก ๆ ไม่มีสมุดบันทึกเนื่องจากทางสถานอนามัยไม่ได้ให้ ถึงร้อยละ 16.7 ในกลุ่มอายุ 0-6 เดือน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 7-12 เดือน



**ตารางที่ 3** แสดงจำนวนและร้อยละของภาวะโภชนาการในเด็กจำแนกตามกลุ่มอายุที่ศึกษา ตามเกณฑ์น้ำหนักต่ออายุ

อายุ( เดือน)								
ข้อมูล	0-6	7-12	13-24	25-36	37-48	49-60	รวม	
<b>ภาวะโภชนาการ</b>								
ปกติ	90(100.0)	79(87.8)	123(61.2)	40(44.4)	46(51.1)	49(54.4)	427(65.6)	
ระดับ 1	0(0.0)	11(12.2)	63(31.3)	45(50.0)	39(43.3)	37(41.1)	195(29.9)	
ระดับ 2	0(0.0)	0(0.0)	15(7.5)	5(5.6)	3(3.3)	3(3.3)	26(4.0)	
ระดับ 3	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(2.2)	1(1.11)	3(0.5)	

ภาวะโภชนาการของเด็กในกลุ่มอายุต่าง ๆ จะเห็นได้ว่า ยังพบเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 3 ร้อยละ 0.5 ระดับ 2 และ ระดับ 1 ร้อยละ 4 และ 30 ตามลำดับ



ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของเด็ก จำแนกตามภูมิคุ้มกันที่ได้รับ

อายุ( เดือน) ข้อมูล	13-24	25-36	37-48	49-60
วัณโรค				
เคย	167(83.1)	71(78.9)	62(68.9)	68(75.6)
ไม่เคย	34(16.9)	19(21.1)	28(31.1)	22(24.4)
ไอกรน คอตีบ บาดทะยัก โปลิโอ				
เคย	102(50.7)	30(33.3)	26(28.9)	18(20.0)
ไม่เคย	99(49.3)	60(66.7)	64(71.1)	72(80.0)
หัด				
เคย	127(63.2)	55(61.1)	59(65.6)	60(66.7)
ไม่เคย	74(36.8)	35(38.9)	31(34.4)	30(33.3)
ไวรัสตับอักเสบบี				
เคย	106(52.7)	34(37.8)	21(23.3)	11(12.2)
ไม่เคย	95(47.3)	56(62.2)	69(76.7)	79(87.8)

จากตารางที่ 4 เป็นเรื่องของภูมิคุ้มกันที่เด็กได้รับทุกกลุ่มอายุ ในกลุ่มที่มีสมุคสุขภาพ เก็บข้อมูลจากการบันทึกในสมุคสุขภาพร่วมกับการถามผู้ดูแลเด็ก โดยภาพรวมของการได้รับวัคซีนทั้งกลุ่มที่มีสมุคบันทึกสุขภาพ และไม่มีสมุคบันทึก พบว่า เด็กในกลุ่มอายุ 13-24 เดือนได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคมามากที่สุดคือ ร้อยละ 83.1 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25-36 เดือน ส่วนที่น้อยที่สุดคือกลุ่มอายุ 37-48 เดือน

ถ้าพิจารณาถึงการให้ภูมิคุ้มกัน โดยเฉพาะวัคซีนป้องกัน ไอกรน คอตีบ บาดทะยัก ซึ่งเด็กควรจะ ต้องได้รับครบก่อนอายุ 2 ปี บริบูรณ์ พบว่า ได้รับครบเพียงร้อยละ 50.7 ในกลุ่มอายุ 13-24 เดือน และจำนวนที่ได้รับครบจะลดลงตามกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเช่นเดียวกับการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี ที่พบว่า เด็กได้รับร้อยละ 52.7 37.8 23.3 และ 12.2 ตามลำดับ

วัคซีนป้องกันโรคหัด พบว่า เด็กกลุ่มอายุ 25-36 เดือน ยังได้รับวัคซีนค่อนข้างต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่น กลุ่มอายุที่ได้รับวัคซีนดังกล่าวมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 49-60 เดือน มีร้อยละ 66.7



นอกจากข้อมูลทีกล่าวนมาแล้ว ส่วนที่สำคัญที่ได้สัมภาษณ์ คือ สตรีในหมู่บ้าน จำนวนทั้งสิ้น 210 ราย  
ดังข้อมูลที่จะรายงานตามตารางข้างล่างนี้

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลพื้นฐานของสตรี จำแนกตามอาชีพ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	30	14.3
รับจ้าง	47	22.4
ค้าขาย	9	4.3
แม่บ้าน	123	58.6
หมอต้าแบ	1	0.5

จากตารางที่ 5 พบว่า สตรีส่วนใหญ่ เป็นแม่บ้าน คือ ร้อยละ 58.6 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 22.4 ส่วนอาชีพเกษตรกร และ หมอต้าแบ(ซึ่งเป็นหมอต้าแบที่ได้รับการอบรมแล้ว) ร้อยละ 14.3 และ 0.5 ตามลำดับ



ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัยของสตรี จำแนกตาม อายุแรกสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ช่วงห่างของการมีบุตร

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย	SD	พิสัย	
			สูงสุด	ต่ำสุด
อายุของผู้ให้สัมภาษณ์	27.4	5.8	16.0	45.0
อายุแรกสมรส (ปี)	18.2	2.8	12.0	29.0
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (ครั้ง)	3.8	2.1	1.0	10.0
ช่วงห่างระหว่างบุตรคนสุดท้ายกับคนรองสุดท้าย (เดือน)	53.3	40.8	11.0	248.0
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์	3.7	2.2	1.0	14.0
จำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยมหลังคลอด	2.1	0.88	1.0	3.0

จากตารางที่ 6 พบว่า อายุของผู้ให้สัมภาษณ์โดยเฉลี่ยประมาณ 27.4 ปี อายุแรกสมรสของสตรีไทยมุสลิม โดยเฉลี่ยประมาณ 18.2 ปี ส่วนจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประมาณ 3.8 ครั้ง ส่วนช่วงห่างของการมีบุตรโดยเก็บข้อมูลเฉพาะช่วงห่างของอายุระหว่างบุตรคนสุดท้ายกับบุตรคนรองสุดท้าย ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วประมาณ 53.3 เดือน ในการนี้มีสตรีที่ไปฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่โดยเฉลี่ย 3.7 ครั้ง

การได้รับการดูแลหลังคลอดของสตรี พบว่า ได้รับการดูแลภายหลังคลอดโดยเฉลี่ย 2.1 ครั้ง



ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของสตรีจำแนกตาม การฝากครรภ์ การได้รับวัคซีนป้องกันโรค  
บาดทะยัก ผู้ทำคลอดบุตร(คนสุดท้าย) การเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>การฝากครรภ์</b>		
ฝาก	187	89.0
ไม่ฝาก	23	11.0
<b>ได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก</b>		
ไม่เคย	33	15.7
1 ครั้ง	37	17.6
2 ครั้ง	104	49.5
3 ครั้ง	32	15.2
จำไม่ได้	4	1.9
<b>ผู้ทำคลอดบุตร คนสุดท้าย</b>		
เจ้าหน้าที่	72	34.3
หมอต้าแย	138	65.7
<b>การเยี่ยมหลังคลอด</b>		
มาเยี่ยม	68	32.4
ไม่เคยมาเยี่ยมแต่ไปพบเจ้าหน้าที่	46	21.9
ไม่เคยมาเยี่ยมและไม่เคยไปหา	96	45.7

จากตารางที่ 7 พบว่า สตรีนิยมฝากครรภ์ร้อยละ 89.0 ส่วนที่ไม่ได้ฝากครรภ์ก็ยังมีพบถึงร้อยละ 11.0

ในการฝากครรภ์นั้นสตรีได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 ครั้งเป็นส่วนมาก (ร้อยละ 49.5) แต่ก็พบว่ามีสตรีอีกร้อยละ 15.7 ที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก:

ภายหลังจากคลอดแล้วสตรีได้รับการเยี่ยมหลังคลอดจากเจ้าหน้าที่เพียงร้อยละ 32.4 และไม่ได้รับการดูแลภายหลังคลอด ร้อยละ 45.7 ในขณะที่เดียวกันมีบางส่วนที่เจ้าหน้าที่ไม่เคยมาเยี่ยมที่บ้านแต่ไปพบเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 21.9



ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของสตรีจำแนกตามการวางแผนคุมกำเนิดและการเลือกวิธีการวางแผนคุมกำเนิด

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>การวางแผนครอบครัว</b>		
วางแผนครอบครัว	49	23.4
ไม่วางแผนครอบครัว	157	74.7
เคยใช้แต่ปัจจุบันไม่ใช้	3	1.4
ไม่ตอบ	1	0.5
<b>วิธีการคุมกำเนิด</b>		
ยาเม็ด	12	24.5
ยาฉีด	31	62.3
ถุงยางอนามัย	1	2.0
ใส่ห่วง	1	2.0
อื่น ๆ (สมุนไพร, ธรรมชาติ)	4	8.2

ด้านการวางแผนครอบครัว พบว่า สตรีไม่ใช้วิธีการใด ๆ ในการวางแผนครอบครัวถึงร้อยละ 74.7 ปัจจุบันใช้การวางแผนครอบครัวร้อยละ 23.4 มีร้อยละ 1.4 เคยใช้แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้แล้ว

วิธีการที่เลือกใช้ส่วนมากเป็นยาฉีด คิดเป็นร้อยละ 62.3 ยาเม็ด ร้อยละ 24.5 ส่วนการใส่ห่วงและการใช้ถุงยางอนามัยมีเพียง ร้อยละ 2.0 เท่านั้น



ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของความพึงพอใจที่ได้รับจากบริการ จำแนกตามสถานีนามัย และโรงพยาบาลชุมชน

ข้อมูล	พอใจ	ไม่พอใจ	ไม่เคยใช้บริการ	ไม่ทราบ/ไม่ตอบ
<b>สถานีนามัย</b>				
การให้ภูมิคุ้มกันโรค	171 (81.4)	1 (0.5)	37 (17.6)	1 (0.5)
การฝากครรภ์	155 (73.8)	3 (1.4)	52 (24.8)	0 (0.0)
การคลอดบุตรและการดูแลหลังคลอด	87 (41.4)	2 (1.0)	121 (57.6)	0 (0.0)
บริการการรักษาพยาบาล	180 (85.7)	0 (0.0)	30 (14.3)	0 (0.0)
<b>โรงพยาบาล</b>				
การให้ภูมิคุ้มกันโรค	28 (13.3)	2 (1.0)	179 (85.2)	1 (0.5)
การฝากครรภ์	45 (21.4)	0 (0.0)	163 (77.6)	2 (1.0)
การคลอดบุตรและการดูแลหลังคลอด	46 (21.9)	2 (1.0)	161 (76.7)	1 (0.5)
บริการการรักษาพยาบาล	88 (41.9)	1 (0.5)	119 (56.7)	2 (1.0)

ด้านการบริการสาธารณสุขที่ประชาชนได้รับ จากการสัมภาษณ์ พบว่า ในการใช้บริการที่สถานีนามัยและโรงพยาบาลชุมชน สตรีนิยมใช้และพอใจบริการเรื่องภูมิคุ้มกันร้อยละ 81.4 ในขณะที่มีความพอใจต่อบริการการให้ภูมิคุ้มกันของโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 13.3 การใช้บริการฝากครรภ์ การดูแลหลังคลอด ตลอดจนการใช้บริการอื่น ๆ พบว่า สตรีส่วนใหญ่พึงพอใจในบริการของสถานีนามัย ร้อยละ 73.8 41.4 และ 85.7 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึงบริการดังกล่าวแล้วจะเห็นได้ว่า สตรีส่วนใหญ่ไม่เคยไปใช้บริการต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรค การฝากครรภ์ การคลอดบุตรและการดูแลหลังคลอด ตลอดจนบริการอื่น ๆ ที่โรงพยาบาล ร้อยละ 85.2 77.6 76.7 และ 56.7 ตามลำดับ



ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละของสตรี จำแนกตาม การรับรู้ข่าวสารโรคเอดส์ การติดต่อของโรคเอดส์ การรักษา

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>การรับรู้ข่าวสารโรคเอดส์</b>		
เคย	179	85.2
ไม่เคย	31	14.8
<b>ความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของโรคเอดส์</b>		
ทาง เพศสัมพันธ์		
ถูกต้อง	139	77.7
ไม่ถูกต้อง	40	22.3
ทางการใช้ เข็มฉีดยาร่วมกัน		
ถูกต้อง	144	80.4
ไม่ถูกต้อง	36	19.6
จากมารดาถึงทารกในครรภ์		
ถูกต้อง	146	81.6
ไม่ถูกต้อง	33	18.4
<b>ความรู้เกี่ยวกับการรักษา</b>		
สมุนไพร		
ถูกต้อง	94	58.1
ไม่ถูกต้อง	85	41.9
วัคซีนป้องกัน		
ถูกต้อง	82	45.8
ไม่ถูกต้อง	97	54.2
ยังไม่มีการรักษา		
ถูกต้อง	93	52.0
ไม่ถูกต้อง	86	48.0

จากตารางที่ 10 แสดงถึงความรู้ของสตรีในเรื่องโรคเอดส์ สตรีกลุ่มดังกล่าว เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ทั้งจากบุคลากรด้านสาธารณสุขและจากสื่อความรู้อื่น ๆ พบว่า มีร้อยละ 85.2 ที่เคยได้ยินเรื่องดังกล่าว ส่วนอีก ร้อยละ 14.8 ตอบว่า ไม่เคยทราบ

ภายหลังจากที่พิจารณาถึงความรู้ของกลุ่มที่เคยได้ทราบเรื่องโรคเอดส์แล้ว พบว่า ในเรื่องการคิด  
เชื่อได้แบ่งค่าตามออกเป็น 3 ข้อ ได้แก่ การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทางเข็มฉีดยา และ จากมารดาถึงทารก  
พบว่า สตรีตอบถูกร้อยละ 77.7 ถึง 81.6 ตามลำดับ โดยมีประมาณ ร้อยละ 20 ที่มีความรู้ไม่ถูกต้อง

ส่วนความรู้ในเรื่องการรักษาโรคเอดส์นั้น ได้แบ่งค่าตามออกเป็น 3 ข้อเช่นกัน โดยมีข้อที่ถูก  
ต้องเพียง 1 ข้อ โดยมีข้อค่าตามดังนี้ คือ การรักษาที่ใช้ในปัจจุบันโดย สมุนไพรวัดขึ้นป้องกัน และ ยังไม่มี  
การรักษา ซึ่งสตรีตอบได้ถูกต้องร้อยละ 45.8 ถึง 58.1 ตามลำดับ แสดงว่ามีร้อยละ 50 ที่ยังมีความรู้  
เรื่องการรักษาที่ไม่ถูกต้อง



ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและ ร้อยละของสตรีในเรื่องความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพของสตรีในครอบครัว

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพในรอบ 3 ปี		
ดีขึ้น	121	57.6
คงเดิม	76	36.2
แย่ลง	13	6.2

จากตารางที่ 11 แสดงถึงสตรีมีความคิดเห็นว่าคุณภาพของบุคคลในครอบครัวของตนเมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปีก่อน พบว่า สตรีคิดว่า บุคคลในครอบครัวมีสุขภาพดีขึ้นร้อยละ 57.6 สุขภาพคงเดิม ร้อยละ 36.2 ส่วนอีก ร้อยละ 6.2 คิดว่าคุณภาพแย่ลง

การสัมภาษณ์ผู้นำทางศาสนา ซึ่งได้แก่ โต๊ะอิหม่าม โต๊ะกอเต็บหรือโต๊ะบิลาล สรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนของผู้นำศาสนาในการใช้บริการสถานีนามัยและโรงพยาบาล

CENTRAL LIBRARY  
PRINCE C. SUDHANA UNIVERSITY

ข้อมูล	จำนวน
การให้บริการที่สถานีนามัย	
ใช่	21
ไม่ใช่	9
การให้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน	
ใช่	13
ไม่ใช่	17

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้นำศาสนานิยมที่จะไปใช้บริการที่สถานีนามัยมากกว่าไปใช้บริการของโรงพยาบาลชุมชน และก็ยังมีส่วนที่ไม่เคยไปใช้บริการที่สถานีนามัยเลย



ตารางที่ 13 แสดงจำนวนของความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน

ข้อมูล	พอใจ	ไม่พอใจ	ไม่เคยใช้บริการ	ไม่ทราบ/ไม่ตอบ
<b>สถานอนามัย</b>				
การได้รับคำแนะนำ เมื่อเจ็บป่วย	17	1	10	2
การไปรับภูมิคุ้มกัน	12	0	14	4
การดูแลหญิงก่อนและหลังคลอด	15	0	10	5
การไปรับการรักษาพยาบาล	18	1	9	2
การวางแผนครอบครัว	6	10	10	4
การเยี่ยมบ้าน	14	2	11	3
การแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร	16	0	9	5
<b>โรงพยาบาลชุมชน</b>				
การได้รับคำแนะนำ เมื่อเจ็บป่วย	12	1	17	0
การไปรับภูมิคุ้มกัน	1	0	22	7
การดูแลหญิงก่อนและหลังคลอด	3	0	19	8
การไปรับการรักษาพยาบาล	13	0	17	0
การวางแผนครอบครัว	0	0	20	10
การเยี่ยมบ้าน	0	0	20	10
การแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร	29	0	1	0

จากตารางที่ 13 จะเห็นได้ว่า ในการใช้บริการทางสาธารณสุขของผู้นำศาสนาที่สถานอนามัย ส่วนใหญ่มีความพอใจในบริการมากกว่าบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาลชุมชน เฉพาะในเรื่องการวางแผนครอบครัว เท่านั้นที่ได้รับ ความพอใจน้อยมาก

สถานการณ์ยาเสพติดในหมู่บ้าน

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนของผู้นำศาสนาจำแนกตามปัญหายาเสพติด โรคเอดส์ และการวางแผนครอบครัว

ข้อมูล	จำนวน
มีคนในหมู่บ้านติดยาเสพติด	
มี	24
ไม่มี	6
กรณีที่มีปัญหา	
ไม่รุนแรงมากแก้ไขได้	15
รุนแรงไม่มาก	2
รุนแรงและเรื้อรังแก้ไขไม่ได้	3
รุนแรงมากต้องได้รับการแก้ไข	4
ความคิดเห็นต่อผู้ที่ติดยาเสพติด	
ให้ความช่วยเหลือแนะนำ	9
ช่วยเหลือโดยไม่รังเกียจ	1
แจ้งให้ผู้อื่นทราบ	3
ช่วยในการรักษาแต่ไม่ยุ่งเกี่ยวกับ	3
ไม่ออกความเห็น	7
ไม่ทราบ/ไม่ตอบ	7

จากตารางที่ 14 พบว่า ในเรื่องของปัญหายาเสพติดมีถึง 24 หมู่บ้านที่มีปัญหา และเมื่อจัดลำดับความรุนแรงแล้ว ส่วนใหญ่จะตอบว่า ไม่รุนแรงและพอจะแก้ไขสถานการณ์ได้ แต่ในกลุ่มที่รุนแรงแก้ไขไม่ได้และที่รุนแรงควรได้รับการแก้ไขก็มีถึง 3 และ 4 หมู่บ้าน ตามลำดับ

ในเรื่องของผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด ผู้นำศาสนาแสดงความคิดเห็นว่าควรได้รับการแนะนำ ร้อยละ 30.0 และในขณะที่เดียวกันก็พบว่าอันดับรองลงมาเป็นผู้ที่ขอไม่ออกความเห็นไม่ทราบและไม่ตอบ



ตารางที่ 15 แสดงจำนวนของผู้นำศาสนาในเรื่องความคิดเห็นต่อคฤตะบะฮ การเว้นช่วงการมีบุตร และ สุขภาพอนามัยของคนในหมู่บ้าน

ข้อมูล	จำนวน
ท่านเคยได้ยินเรื่องคฤตะบะฮ(ของ จ. บัตตานี) หรือไม่	
เคย	13
ไม่เคย	17
กรณีที่เคยได้ทราบเรื่องคฤตะบะฮ คิดว่าเหมาะสมหรือไม่	
เหมาะสม	10
ไม่เหมาะสม	2
ไม่ออกความเห็น	1
ความเห็นเรื่องการเว้นช่วงการมีบุตร	
เหมาะสม	6
ไม่เหมาะสม	24
ภาวะสุขภาพอนามัยของคนในหมู่บ้าน(3 ปีที่ผ่านมา)	
ดีขึ้น	27
คงเดิม	2
ไม่ออกความเห็น	1
ภาวะโภชนาการของเด็กในหมู่บ้าน	
แข็งแรง	29
ไม่แน่ใจ	1

จากตารางที่ 15 เป็นความคิดเห็นในเรื่อง การนำเอาคฤตะบะฮ ที่เกี่ยวกับเรื่องสุขอนามัย ซึ่งได้จัดทำโดย คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดบัตตานี ที่ได้นำมาใช้เผยแพร่ พบว่า มีผู้นำศาสนาที่เคยได้ทราบเรื่องคฤตะบะฮ ดังกล่าวแล้วไม่ถึงครึ่งหนึ่งของจำนวนทั้งหมด และในกลุ่มดังกล่าวก็มีความเห็นเป็นส่วนใหญ่ว่ามีความเหมาะสมที่ควรนำไปเผยแพร่

ในเรื่องการเว้นช่วงการมีบุตร พบว่า มีผู้นำที่เห็นด้วยกับแนวคิดดังกล่าวเป็นจำนวน 1 ใน 4 ของผู้นำศาสนาทั้งหมด

สำหรับภาวะสุขภาพของเด็กและชาวบ้าน พบว่า ผู้นำศาสนามีความเห็นว่าเป็นเด็กในหมู่บ้านของตนไม่มีปัญหาเรื่องภาวะทุพโภชนาการ และชาวบ้านส่วนใหญ่มีสภาพดีขึ้นในรอบ 3 ปีที่ผ่านมาด้วย

ตั้งแต่ตารางที่ 16 ถึง ตารางที่ 20 เป็นส่วนที่เกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สถานีนามัย

ตารางที่ 16 แสดงข้อมูลพื้นฐานของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยที่รับผิดชอบหมู่บ้านที่ศึกษา

ข้อมูล	จำนวน
เพศ	
ชาย	10
หญิง	20
ศาสนา	
พุทธ	16
อิสลาม	14
สถานภาพสมรส	
โสด	5
คู่อยู่ด้วยกัน	22
คู่แยกกันอยู่	1
หม้าย	2
ภูมิลำเนา	
ภาคใต้	29
ภาคกลาง	1
ความสามารถในการพูดภาษาบาลี	
พูดได้	26
พูดไม่ได้	4
ระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่ทำงานในพื้นที่ปัจจุบัน (เดือน)	65.50



ตารางที่ 17 แสดงจำนวนของลักษณะการปฏิบัติราชการของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

ข้อมูล	จำนวน
ความปลอดภัยในการทำงาน	
ปลอดภัย	26
ไม่ปลอดภัย	4
การปฏิบัติงานนอกเวลา	
ได้	19
ไม่ได้	11
สาเหตุที่ไม่สามารถปฏิบัติงานนอกเวลาได้	
ครอบครัว	5
ความปลอดภัย	3
สุขภาพ/อายุ	2
ขาดบุคลากร	1
การย้ายออกจากพื้นที่	
คิด	8
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เคยคิด	19

จากตารางที่ 17 จะเห็นได้ว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติการอยู่ในพื้นที่ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ในพื้นที่ที่ตนรับผิดชอบมีความปลอดภัยและสามารถปฏิบัติงานนอกเวลาได้ 19 ราย ส่วนปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติราชการนอกเวลาได้สืบเนื่องมาจากครอบครัวและสุขภาพ มีผู้ที่คิดจะย้ายออกจากพื้นที่ร้อยละ 8 ราย แต่ไม่คิดจะย้ายออกถึง 19 ราย

ตารางที่ 18

แสดงจำนวนของการให้ความร่วมมือจากบุคลากร

ข้อมูล	ดี	ไม่ดี	เป็นครั้งคราว
ความร่วมมือจากประชากรในท้องถิ่นระดับต่าง ๆ			
ผู้นำศาสนา	25	1	4
ผู้นำท้องถิ่น	26	3	1
ชาวบ้าน	25	1	4

จากตารางที่ 18 ในด้านความร่วมมือของประชากรในท้องถิ่นในระดับต่าง ๆ ได้แก่ ผู้นำศาสนา ผู้นำท้องถิ่น และชาวบ้าน พบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม ให้ความร่วมมืออยู่ในเกณฑ์ดี

ตารางที่ 19

แสดงความคิดเห็นของหัวหน้าสถานีอนามัยต่อการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุข

ข้อมูล	สำเร็จ	ไม่แน่ใจ	ไม่สำเร็จ
ความสำเร็จในการดำเนินการ			
การให้ความรู้แก่ประชาชน	21	7	2
การให้บริการด้านการวางแผนคุมกำเนิด	12	6	12
การดูแลก่อนและหลังคลอด	26	1	3
การให้ประชาชนใช้ส้วม	18	1	9
การให้ประชาชนมีน้ำสะอาดดื่ม	26	1	3
การสร้างภูมิคุ้มกันโรค	25	2	3

จากตารางที่ 19 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ประจำสถานีอนามัย คิดว่า การปฏิบัติงานในส่วนตัวตนเอง รับผิดชอบ ในเรื่อง การให้ความรู้แก่ประชาชน การดูแลสตรีก่อนและหลังคลอด การให้ประชาชนมีน้ำดื่มและใช้ที่สะอาด ตลอดจนการให้ภูมิคุ้มกันแก่เด็ก ประสบผลสำเร็จ เป็นส่วนใหญ่) ส่วนในเรื่องที่ประสบผลสำเร็จ ค่อยลงมา คือ เรื่องการมีและใช้ส้วมและการวางแผนคุมกำเนิด



ตารางที่ 20 แสดงจำนวนของปัญหาในการปฏิบัติราชการของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย

ข้อมูล	จำนวน
ความแตกต่างของศาสนามีผลต่อการปฏิบัติงาน	
ปานกลาง	6
น้อย	2
ไม่มีเลย	22
สาเหตุของความแตกต่างทางศาสนาที่ก่อให้เกิดปัญหา	
ความไม่เข้าใจศาสนา	3
การไม่ยอมรับบริการ	4
เจ้าหน้าที่ไม่ยอมรับผู้ใช้บริการ	1
ปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน	
ไม่มีปัญหา	3
ขาดแคลนอุปกรณ์	6
ขาดขวัญและกำลังใจ	1
ขาดความปลอดภัย	1
ขาดบุคลากร	11
ผู้บังคับบัญชาขาดนโยบาย	2
ขาดอุปกรณ์และความร่วมมือ	2
ขาดอุปกรณ์และขวัญกำลังใจ	3
ประชาชนไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง	1

จากตารางที่ 20 ในด้านศาสนาที่มีความแตกต่างกันและเหมือนกันระหว่างเจ้าหน้าที่สถานีนามัยกับประชาชนในพื้นที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหา

เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุแห่งปัญหาพบว่า สืบเนื่องมาจากการไม่ยอมรับบริการ ไม่เข้าใจในเรื่องศาสนา ระหว่างกันและ เจ้าหน้าที่ไม่ยอมรับผู้ใช้บริการ

ส่วนปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการทำงานที่ทำให้งานบรรลุผลได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ มาจากการ

ขาดแคลนบุคลากรเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ การขาดแคลนอุปกรณ์ในการทำงาน



สรุปผลโครงการ

ในการประเมินผลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมินโดยการนำเอาเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน สาธารณสุขมูลฐานที่ประเมินระดับตำบลของทั่วประเทศมาเป็นเกณฑ์กำหนด ทั้งนี้เพื่อให้อยู่ในมาตรฐานเดียวกัน การประเมินนี้ได้แบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ การประเมินผลของการได้รับบริการโดยผู้ที่ประเมิน เป็นประชาชนที่มารับบริการจากสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน และ เจ้าหน้าที่ของรัฐ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขตำบลที่รับผิดชอบหมู่บ้านที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างประชากร โดยเจ้าหน้าที่จะประเมิน ตนเองและประเมินปัญหาอุปสรรคที่มีผลกระทบต่อการทำงานของตนเอง

ความคาดหวังของโครงการพัฒนาสาธารณสุข 5 จังหวัดชายแดนนี้ เพื่อให้ประชาชนใน 5 จังหวัด ชายแดน ได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพเหมาะสมเป็นที่พึงพอใจจากบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่เพียงพอ มีความรู้ ความสามารถ มีขวัญและกำลังใจที่พร้อมจะให้บริการ โดยประชาชนมี การรวมกลุ่มในการช่วยเหลือตนเอง ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตจนสามารถบรรลุคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุปผลการดำเนินงาน

1. ปัจจัยนำเข้า ได้แก่

1.1 งบประมาณที่ได้รับ เป็นจำนวนทั้งสิ้น 74 ล้าน บาท (รวมงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน จากกรมกองต่าง ๆ ด้วย) ซึ่งได้แยกออกเป็นการสนับสนุนในกิจกรรมย่อย ๆ แต่การประเมินครั้งนี้มิได้เน้น ปัจจัยด้านนี้

1.2 เจ้าหน้าที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่เป็นผู้ปฏิบัติโดยตรง การปฏิบัติงานโดยสรุปที่ เจ้าหน้าที่เหล่านั้นประเมินตนเองว่า ตลอดระยะเวลาในการดำเนินงานตามนโยบายของโครงการ คือ เริ่ม งบประมาณ พ.ศ. 2536 เป็นต้นมา งานที่ได้รับมอบหมายสามารถบรรลุตามเป้าหมายโครงการมากขึ้นเพียงใด

2. ผลของการประเมินโครงการ ในเรื่อง อัตราการครอบคลุมของบริการ

2.1 ส่วนที่ประสบผลสำเร็จ ตามเกณฑ์

2.1.1 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดจากเจ้าหน้าที่โดยมีการฝากครรภ์ร้อยละ 89.0 ซึ่งตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ร้อยละ 80.0

2.1.2 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการทำคลอดและดูแลหลังคลอดจากแพทย์ พยาบาล ตามเกณฑ์ ร้อยละ 80 จากผลของการสำรวจ พบว่า สตรีได้รับการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขของรัฐตลอด จนพยาบาล ผดุงครรภ์ หรือผดุงครรภ์แผนโบราณที่ได้ผ่านการอบรมแล้ว ทั้งสิ้น ร้อยละ 100.0

2.1.3. การได้รับภูมิคุ้มกันวัณโรค โดยกลุ่มอายุที่คาดว่าจะได้รับครบแล้วคือกลุ่มอายุ 13 เดือนขึ้นไป โดยพบว่า เด็กอายุ 13-24 25-36 37-48 และ 49-60 เดือน ได้รับวัคซีนนี้ครบร้อยละ 83 79 69 และ 76 ตามลำดับ

2.1.4 คราวเรือนมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ ในการศึกษาเน้นเฉพาะสตรี พบว่า สตรีมีความรู้ เรื่องนี้ตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ ร้อยละ 80 (เฉพาะในส่วนของการติดต่อของโรคเท่านั้น)



## 2.2 ส่วนที่ยังไม่ประสบความสำเร็จ

2.2.1. ครว้เรือนมีน้ำสะอาดสำหรับดื่มเพียงพอดต่อดปี 5 ลิตรต่อคนต่อวัน ซึ่งมีเพียงร้อยละ 49.7 เท่านั้น ที่มีน้ำสะอาดใช้ดื่ม (น้ำประปาหมู่บ้าน น้ำฝน ทั้งที่ดื่มและไม่ได้ดื่ม และน้ำบ่อตื้นที่ดื่มแล้ว) เพราะมีร้อยละ 50.3 ที่ใช้น้ำบ่อตื้นโดยไม่ได้ผ่านกระบวนการใด ๆ เลย)

2.2.2. ครว้เรือนมีและใช้ส้วมถูกหลักสุขาภิบาล เกณฑ์ร้อยละ 95 แต่สำหรับกลุ่มชาวไทยอิสลามยังไม่ประสบความสำเร็จในเรื่องนี้ เพราะพบว่า มีเพียงร้อยละ 68.7 ที่มีและใช้ส้วม นอกจากนั้นไม่ใช้ ไม่มีส้วมหรือมีส้วมแต่ไม่ใช้

2.2.3. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันในตัว กว่าจะพิจารณาในกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ กลุ่มเด็กที่มีอายุ 13-24 25-36 37-48 และ 49-60 เดือน จากการสำรวจพบดังนี้

ก. ภูมิคุ้มกันโรคไอกรน คอตีบ บาดทะยัก และโปลิโอ พบว่า กลุ่มอายุตั้งแต่ 13-24 25-36 36-48 และ 49-60 เดือน ได้รับภูมิคุ้มกันต่ำกว่าเกณฑ์ที่คาดไว้(3 ครั้ง) โดยได้เพียงร้อยละ 51 33 29 และ 20 ตามลำดับ

ข. ภูมิคุ้มกันโรคหัด จากกลุ่มตัวอย่างเดียวกับข้อ ก. พบว่า ได้รับครบเพียงร้อยละ 63 61 66 และ 67 ตามลำดับ

ค. ภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบนชนิด บี พบว่า กลุ่มตัวอย่างในข้อ ก. ได้รับวัคซีนครบคิดเป็นร้อยละ 53 38 23 12 เท่านั้น

2.2.4. หญิงตั้งครรภ์ โดยปกติแล้วสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ควรได้รับการฉีดภูมิคุ้มกันป้องกันโรคบาดทะยัก แต่พบว่าสตรีที่มาฝากครรภ์ถึงร้อยละ 89.0 จำนวนครึ่งของการฝากครรภ์โดยเฉลี่ย ประมาณ 4 ครั้ง ส่วนสตรีที่ฝากครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปมีร้อยละ 46 และได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักครบทั้ง 2 เข็ม ในระยะตั้งครรภ์ และได้รับการกระตุ้นภายหลังคลอดจนครบ 3 เข็มร้อยละ 75

2.2.5. การดูแลสุขภาพหลังคลอด สตรีได้รับการตรวจเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่ในระยะหลังคลอดร้อยละ 54 ซึ่งตามเกณฑ์ควรได้รับร้อยละ 80

2.2.6. การวางแผนครอบครัว สตรีร้อยละ 23 เท่านั้นที่ใช้วิธีการวางแผนครอบครัว และในกลุ่มผู้ใช้มีร้อยละ 62 ที่ใช้ยาฉีดคุมกำเนิด

2.2.7. ด้านภาวะโภชนาการของเด็ก ยังพบว่า ในกลุ่มเด็กอายุ 37-60 เดือน มีภาวะทุพโภชนาการในระดับ 3 ซึ่งควรได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เป็นพิเศษ เด็กในกลุ่มที่ศึกษาทั้งหมดพบว่า เด็ก 1 ใน 3 ที่ภาวะทุพโภชนาการ

### ความคิดเห็นของผู้นำศาสนาต่อโครงการ

1. ด้านการบริการ พบว่า ผู้นำศาสนามีการใช้บริการที่สถานีนามัมมากกว่าใช้บริการที่โรงพยาบาล แต่ก็ยังมีบางส่วนที่ไม่เคยไปใช้บริการ แต่ในส่วนที่ไปใช้บริการที่สถานีนามัมก็มีความพอใจในบริการ

2. ด้านการวางแผนครอบครัว พบว่า กลุ่มผู้นำศาสนาส่วนใหญ่ยังมีความเห็นว่าการเว้นช่วงการมีบุตรนั้น เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม แต่ก็ยังพบว่า มีจำนวนหนึ่งในห้าของผู้นำศาสนาที่เห็นว่าการเว้นช่วงการมีบุตร เป็นสิ่งที่เหมาะสม



## ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการ พบว่า

1. เจ้าหน้าที่เหล่านี้เป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธและอิสลามในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน และยังพบอีกว่า เจ้าหน้าที่เหล่านี้สามารถพูดภาษาบาลีได้เกือบทั้งสิ้น (ดูตารางที่ 18) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและเป็นคนท้องถิ่น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกว่าปลอดภัยในการทำงาน แต่ถ้าให้ทำงานนอกเวลาจะไม่สามารถปฏิบัติได้ถึง 1 ใน 3 ( 11 คน ใน 30 คน หรือประมาณร้อยละ 40) ทั้งนี้เนื่องจากมีปัญหาครอบครัวเป็นส่วนใหญ่
2. เจ้าหน้าที่เหล่านี้มี 8 ราย หรือ ประมาณร้อยละ 20 ที่คิดจะย้ายออกจากพื้นที่ของตน
3. เมื่อศึกษาความคิดเห็นในเรื่องความร่วมมือของผู้นำศาสนา และ ชาวบ้านในหมู่บ้าน พบว่า เจ้าหน้าที่ได้รับความร่วมมือจากผู้นำศาสนา ผู้นำท้องถิ่นและชาวบ้านเป็นอย่างดี
4. สำหรับการประเมินตนเองของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน พบว่า ที่ประสบความสำเร็จมากได้แก่ เรื่อง การดูแลมารดาและทารกก่อนและหลังคลอด และการให้ภูมิคุ้มกันโรค การที่ประชาชนมีน้ำสะอาดดื่มตลอดปี และการให้สุขศึกษาแก่ประชาชน ส่วนที่ประสบความสำเร็จน้อย ได้แก่ เรื่องการมีและใช้ส้วม และการวางแผนครอบครัวซึ่งประสบผลสำเร็จน้อยที่สุด ซึ่งข้อมูลนี้ก็ เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับข้อมูลการสำรวจเรื่องส้วมและน้ำ ข้อมูลจากสตรีและผู้นำศาสนาในเรื่องการวางแผนครอบครัว แต่ในเรื่องการดูแลมารดาและทารกในระยะก่อนและหลังคลอด การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันตาม เป็นไปในทิศทางตรงกันข้ามกับข้อมูลที่สำรวจมาจากกลุ่มตัวอย่าง (ดูตารางที่ 19)

5. ปัญหาในการปฏิบัติงาน ปัญหาที่พบมากที่สุดคือปัญหาด้านการขาดบุคลากร (11 รายใน 30 ราย) บางสถานมีเจ้าหน้าที่ 2 คน ถ้าคนใดคนหนึ่งไม่อยู่ หรือมีราชการที่อื่น อีกคนต้องทำหน้าที่ทุกอย่าง ทำให้การให้บริการไม่สมบูรณ์ บางครั้งประชาชนมาไม่พบเพราะต้องออกไปเยี่ยมบ้านทำให้ผู้มารับบริการต้องรอนาน นอกจากนี้อุปสรรคที่จำเป็นในการให้บริการเช่น ตู้เย็น สำหรับเก็บวัคซีน เป็นต้น นอกจากนี้ก็มีปัญหาอื่นอีก เช่น เรื่องความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน และการเปลี่ยนแปลงของระดับผู้บริหารที่มีแผนการดำเนินงานไม่ค่อยแน่นอน

รองลงมาได้แก่ปัญหาการขาดอุปกรณ์ ส่วนปัญหาเกี่ยวกับการขาดความร่วมมือน้อยมาก และคิดว่าศาสนาที่ต่างกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ไม่เป็นอุปสรรคในการทำงาน น่าจะเป็นนิมิตรหมายอันดีในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และความสำเร็จในการที่จะพยายามลดช่องว่างระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับชาวบ้านที่เคยปรากฏมาในครั้งก่อน

## ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน

ด้านความพึงพอใจนี้ ได้สัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้นำศาสนา และกลุ่มสตรีในชุมชนนั้น พบว่า

### พฤติกรรมการใช้บริการ

กลุ่มสตรี กลุ่มตัวอย่างสตรีใช้บริการทั้งที่สถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน พบว่า สตรีพึงพอใจต่อการบริการรักษาพยาบาลและพอใจร้อยละ 86 การให้ภูมิคุ้มกันในที่นี้น่าจะ เป็นส่วนของการบริการที่นำบุตรไปใช้บริการ ร้อยละ 81 และการฝากครรภ์ร้อยละ 74 ในขณะที่การนิยมนำไปใช้บริการในลักษณะเดียวกัน ที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 42 13 และ 21 ตามลำดับ



นอกจากนี้ จะเห็นได้ว่า สตรีไม่นิยมไปใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนมากกว่าที่สถานีนามัมทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ปัญหาเรื่องการเดินทางและความรู้สึกคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่สถานีนามัมมากกว่า

กลุ่มผู้นำศาสนา พบว่า กลุ่มผู้นำศาสนาไปใช้บริการสถานีนามัมเพียง 2 ใน 3 เท่านั้น ส่วนที่โรงพยาบาลมีผู้นำศาสนาไปใช้บริการ น้อยกว่าที่สถานีนามัม และมีถึง 17 ราย ที่ไม่เคยไปใช้บริการ น่าจะเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงปัญหาว่า การที่รัฐได้พยายามที่จะให้ผู้นำศาสนาเป็นผู้นำในด้านสุขภาพอนามัมอาจจะยังไม่บรรลุเป้าหมายนัก เพราะจากการที่ผู้นำตัดสินใจในการเลือกใช้บริการด้านสุขภาพก็มีน้อยมาก ฉะนั้นคงต้องมาพิจารณาให้ถ่องแท้ถึงสาเหตุดังกล่าว เพื่อหาแนวทางในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ (ดูตารางที่ 14)

ด้านความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ พบว่า ผู้นำศาสนาพึงพอใจต่อการไปรับการรักษาที่สถานีนามัม การได้รับคำแนะนำเมื่อเจ็บป่วย และการแก้ปัญหาการขาดสารอาหาร ตามลำดับ ส่วนบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาลชุมชนซึ่งผู้นำมีความพึงพอใจได้แก่ การแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร การไปรับการรักษา และการได้รับคำแนะนำเมื่อเจ็บป่วยตามลำดับ

#### ข้อมูลอื่น ๆ ที่พบจากการศึกษา

กลุ่มของผู้นำศาสนาได้มีการรับรู้ปัญหาของหมู่บ้านในเรื่องยาเสพติดให้โทษ โดยที่มีถึง 24 หมู่บ้าน ที่เป็นปัญหา และมี 7 หมู่บ้านที่พบว่าค่อนข้างรุนแรงและควรได้รับการแก้ไข

ในการนำคุตะบะฮ์ เข้ามาใช้ในการเป็นสื่อเพื่อการพัฒนาสุขภาพ พบว่า คุตะบะฮ์ ที่จัดทำขึ้นโดยสำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดปัตตานีนั้น ได้รับการเผยแพร่ให้นำมาใช้อ่านก่อนที่จะละหมาดในวันศุกร์ ซึ่งถือว่าเป็นการละหมาดที่สำคัญของศาสนา คุตะบะฮ์. นี้มีผู้ที่ไม่เคยได้ยินมากกว่าผู้ที่เคยได้ยิน (ดูตารางที่ 17) ผู้ที่เคยได้ยินส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเหมาะสม

ทั้งผู้นำศาสนาและกลุ่มสตรี มีความเห็นว่า ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา สุขภาพของตนเอง ครอบครัว และคนในชุมชน

ผู้นำศาสนามีความเห็นว่า ภาวะโภชนาการของเด็กในหมู่บ้านส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ที่ดี



**ข้อสรุปการสำรวจและข้อเสนอแนะ**

ครัวเรือนยังคิมน้ำจากบ่อน้ำตื้นโดยไม่ได้ต้มถึงร้อยละ 60 การจัดหาน้ำดื่มสะอาดจึงยังไม่บรรลุเป้าหมาย ต้องเร่งรัดต่อไป

ครัวเรือนที่มีส้วมเกือบทั้งหมดจะใช้ส้วม เรื่องการมีส้วมแล้วไม่ใช้ส้วมไม่น่าจะเป็นปัญหาใหญ่ สิ่งที่ต้องเร่งทำ คือ พยายามส่งเสริมให้ครัวเรือนกว่าร้อยละ 20 ที่เหลือให้สร้างส้วม โดยไม่ต้องเกรงว่าสร้างแล้วจะไม่ใช้ เพราะไม่ใช่ปัญหาหลัก

ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ปัญหาด้านโภชนาการพบมากเพิ่มจากเด็กเล็กไปหาเด็กโต อัตราความครอบคลุมการฉีดวัคซีนทุกชนิด ยังไม่น่าพอใจ โดยเฉพาะวัคซีนป้องกันโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก และ โปлио ควรเร่งรัดให้มากขึ้น

การคลอดกว่าร้อยละ 60 ยังอยู่ในการดูแลของผดุงครรภ์โบราณ และ หนึ่งในสามของแม่ไม่ได้รับภูมิคุ้มกันบาดทะยักมาก่อน เด็กแรกคลอดจึงมีความเสี่ยงต่อโรคบาดทะยักแรกคลอดสูง

สถานการณ์การวางแผนครอบครัวยังไม่เป็นที่น่าพอใจ หลังคลอดใช้วิธีการวางแผนครอบครัวเพียงร้อยละ 23 การเว้นช่วงมีบุตรยังไม่เป็นที่ยอมรับของผู้นำศาสนา การวางแผนครอบครัวเป็นบริการที่มีผู้ไม่พอใจมากที่สุด ควรแก้ปัญหาด้านทัศนคติที่ไม่ถูกต้องนี้ต่อไป

ผู้นำศาสนามีการบริการสาธารณสุขของรัฐค่อนข้างน้อย สะท้อนให้เห็นว่าโครงการ "ศาสนานำงานสาธารณสุข" ไม่ได้ลงไปถึงระดับหมู่บ้าน ผู้นำศาสนาส่วนที่เคยมารับการบริการด้านการรักษาพยาบาล และด้านการแก้ไขปัญหาดังกล่าวมีทัศนคติที่ดีต่อบริการด้านนี้ จึงควรเร่งรัดให้บริการด้านอื่น ๆ ให้มีสัมพันธภาพกับผู้นำศาสนามากขึ้น และ ขยายผลด้านที่คิอยู่แล้วต่อไป

ผู้นำศาสนาเห็นว่าปัญหายาเสพติด เป็นปัญหาในเกือบทุกหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขควรร่วมมือกับผู้นำเหล่านี้ในการแก้ไขปัญหานี้อย่าง เป็นรูปธรรม

เรื่องนี้อาจจะเคยคิดว่าเป็นปัญหาใหญ่ในการให้บริการของสถานีอนามัย คือ เรื่อง ความปลอดภัยของพื้นที่ และความร่วมมือของประชาชน กลับไม่เป็นปัญหามากในสายตาของหัวหน้าสถานีอนามัย ปัญหาที่เห็นว่ารุนแรง คือ การขาดบุคลากร

สถานีอนามัยร้อยละ 40 ไม่สามารถให้บริการนอกเวลาแก่ประชาชน ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้มีปัญหาทางด้านความร่วมมือและความปลอดภัย นับเป็นจุดอ่อนของระบบสาธารณสุขในพื้นที่ หัวหน้าสถานีอนามัยส่วนหนึ่งมีปัญหาด้านครอบครัว และกระทรวงสาธารณสุขควรศึกษาปัญหานี้และปัญหาการขาดบุคลากรว่ารุนแรงเพียงไร เพื่อหาทางแก้ไขต่อไป แผนพัฒนาที่ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเดินทางออกจากพื้นที่ที่รับผิดชอบมากขึ้นเพื่อเหตุผลใด ๆ ก็ตาม โดยไม่มีเจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานเพียงพอ อาจจะเกิดผลเสียต่อการให้บริการสาธารณสุขมากกว่าผลดี



## บรรณานุกรม

1. กองวิชาการสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ , ประมวลข้อมูลเกี่ยวกับชื่อและเขตการปกครองของประเทศไทย : จังหวัดสงขลา สำนักงานสถิติแห่งชาติ กทม.2533
2. กองวิชาการสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ , ประมวลข้อมูลเกี่ยวกับชื่อและเขตการปกครองของประเทศไทย : จังหวัดยะลา สำนักงานสถิติแห่งชาติ กทม.2533
3. กองวิชาการสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ , ประมวลข้อมูลเกี่ยวกับชื่อและเขตการปกครองของประเทศไทย : จังหวัดปัตตานี สำนักงานสถิติแห่งชาติ กทม.2533
4. กองวิชาการสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ , ประมวลข้อมูลเกี่ยวกับชื่อและเขตการปกครองของประเทศไทย : จังหวัดนราธิวาส สำนักงานสถิติแห่งชาติ กทม.2533
5. กองวิชาการสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ , ประมวลข้อมูลเกี่ยวกับชื่อและเขตการปกครองของประเทศไทย : จังหวัดสตูล สำนักงานสถิติแห่งชาติ กทม.2533
6. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค , โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย กทม. 2530.
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, มาตรฐานน้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชาชนไทย อายุ 1 วัน - 19 ปี พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ 2536.
8. ขจักษ์กับ บุรพัตน์ , ชนกลุ่มน้อยในประเทศไทยกับความมั่นคงของชาติ พิมพ์ครั้งที่ 3 สำนักพิมพ์แพรวพิทยา กทม. 2516 หน้า156-185.
9. คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข, แผนพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) , สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
10. สำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดปัตตานี, กตะบะฮวันศุกร์เกี่ยวกับสาธารณสุข , สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, ปัตตานี, 2534.
11. จันทรรัตน์ ระเบียบโลก , "ทิศทางการอนามัยครอบครัวในช่วงปี 2533-2543", วารสารอนามัยครอบครัว ปีที่ 23 ฉบับที่ 1 (ตุลาคม - มกราคม 2538) หน้า 13-22.
12. ประสงค์ เต็มขวาลา , "ความจำเป็นพื้นฐานกับการพัฒนาชนบทไทย" แพทยสภาสาร ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 (กุมภาพันธ์ 2530) หน้า 69-88.
13. วิจารณ์ พงศมิตติ และ สานิต อ่องรุ่งเรือง , "โภชนาการ" เวชศาสตร์ชุมชน เล่มที่ 2 , ถวัลย์ เบญจวง บรรณาธิการ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ , 2537 หน้า 413-526.
14. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, การวิจัยประเมินโครงการ โรงพิมพ์เสียงเชียง, กรุงเทพฯ ๓ พิมพ์ครั้งที่ 2 2536.
15. สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวง, "รายงานเบื้องต้นการประเมินผลโครงการเร่งรัดพัฒนาสาธารณสุขโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานเพื่อบรรลุจุดหมายสุขภาพถ้วนหน้า" สื่แควการพิมพ์ พิมพ์ครั้งที่ 1 , 2537.
16. สุภัตตร ดวงพัตรา และ คณะ, ชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย , ลิขิต ชีรเวคิน บรรณาธิการ สำนักพิมพ์แพรวพิทยา กทม. 2521 หน้า 201-274.
17. WHO, The health aspects of food and nutrition third edition, Manila,1979.

ภาคผนวก



## การดำเนินการโครงการเร่งรัดพัฒนาสาธารณสุข

ในการดำเนินงานสาธารณสุข 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้รับการบรรจุเข้าไว้เป็นแผนพัฒนาพิเศษ โดยเริ่มครั้งแรกในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 นี้เป็นต้นมา

### ปัญหาและอุปสรรคในอดีตของโครงการพัฒนาสาธารณสุข 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

จากการรวบรวมปัญหาของงานพัฒนาสาธารณสุข 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา สรุปได้ว่า สถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างเพียงพอ และยิ่งต่ำกว่าเกณฑ์ของทั้งประเทศ เนื่องจาก

1. ความไม่ต่อเนื่องจริงจังและชัดเจนของนโยบายและเป้าหมายของการพัฒนา
2. ขาดแคลนบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ชุมชนไม่ได้มีส่วนในการคัดเลือกนักเรียนทุน ขาดระบบการสร้างแรงจูงใจและความปลอดภัย
3. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุข ประชาชนในท้องถิ่นยังเชื่อฟังและเคารพในผู้นำศาสนา
4. ขาดความเข้าใจระหว่างประชาชนในพื้นที่และเจ้าหน้าที่
5. การติดต่อสื่อสารมีปัญหาเรื่องศาสนา
6. การจัดสรรงบประมาณไม่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาสาธารณสุข 5 จังหวัดชายแดน

### การพัฒนาสาธารณสุขที่ผ่านมา (2535-2537)

การนำเอาแนวคิด "การศาสนานำการพัฒนาสาธารณสุข" นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าก่อนปี 2543 ดังนี้

1. พัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ความเข้าใจ ทักษะคติ และพฤติกรรม การให้บริการที่สอดคล้องกลมกลืนกับท้องถิ่น
2. พัฒนาการสุศึกษาและประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างสรรความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่สอดคล้องกับหลักศาสนา และเพื่อสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน
3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาโดยปิดหลักการเคารพในศักยภาพและภูมิปัญญาของท้องถิ่น รวมทั้งสร้างสรรความร่วมมือจากผู้นำศาสนาและผู้ทรงคุณวุฒิในท้องถิ่น
4. พัฒนาระบบบริหารให้มีประสิทธิภาพ โดยการกำหนดนโยบายและแผนเฉพาะที่ชัดเจนและพัฒนาโครงสร้างการบริหารให้มีเอกภาพและสอดคล้องกับท้องถิ่น

ส่วนงบประมาณที่ได้รับในโครงการระหว่าง พ.ศ. 2536-2538 เป็นเงิน 19,395,000 บาท และได้รับการสนับสนุนจากกรมกองต่าง ๆ ที่ใช้งบปกติสนับสนุน เป็นเงิน 74,010,916 บาท

จากกรอบแนวความคิดในการพัฒนาชนบท การพึ่งพาตนเอง (self reliance) ค่านิยมแห่งการรวมหมู่ (collectivity) ค่านิยมแห่งความเสมอภาค (equity) ค่านิยมของการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate technology) ตลอดจนค่านิยมแห่งอหิงสกรรม (Non-violence reaction) จึงนำไปสู่การจัดการดำเนินงานพัฒนาชนบทด้านความจำเป็นพื้นฐานที่ประชาชนพึงได้รับ โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการโดยสอดคล้องกับนโยบายที่ทางรัฐได้จัดนำกรอบแนวคิดไว้ให้ โดยกำหนดเครื่องชี้วัดของ จปฐ. ทั้งสิ้น 32 ตัวชี้วัด แบ่งออกเป็น



กลุ่มที่ 1 ประชาชนได้กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย มีตัวชี้วัด คือ

1. เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการและไม่มีการขาดสารในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
2. เด็กอายุตั้งแต่ 5-14 ปี ได้รับสารอาหารครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย
3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเพียงพอ ซึ่งมีผลทำให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 3,000 กรัม

กลุ่มที่ 2 ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มีตัวชี้วัด คือ

4. บ้านเรือนมีสภาพคงทนถาวรอย่างน้อย 5 ปี
5. ครอบครัวมีการจัดบ้านเรือนและมีบริเวณบ้านเรือนให้เป็นระเบียบ ถูกสุขลักษณะ
6. ครอบครัวมีส่วนร่วมถูกหลักสุขาภิบาล
7. ครอบครัวมีน้ำสะอาดสำหรับดื่มเพียงพอตลอดปี

กลุ่มที่ 3 ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสังคมพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ มีตัวชี้วัด คือ

8. เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค โรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ และหัดตามเกณฑ์อายุ
9. เด็กวัยประถมศึกษาได้เข้าเรียนการศึกษาภาคบังคับ
10. เด็กวัยประถมศึกษาได้รับวัคซีนป้องกันโรคฉี่หนู คอตีบ บาดทะยัก โทฟอยด์
11. ประชาชนอายุ 14-50 ปี อ่านออกเขียนได้
12. ครอบครัวได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ อาหารการกิน สุขภาพอนามัย กฎหมายชาวบ้านและข่าวสารบ้านเมืองอย่างน้อยเดือนละครั้ง
13. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด
14. หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการทำคลอดและดูแลหลังคลอด

กลุ่มที่ 4 ประชาชนมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ตัวชี้วัดคือ

15. ประชาชนปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

กลุ่มที่ 5 ประชาชนมีการผลิตและหาอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ มีตัวชี้วัด คือ

16. ครอบครัวมีการปลูกพืชหมุนเวียนหรือพืชบำรุงดิน
17. ครอบครัวมีการใช้ปุ๋ยบำรุงดินเพื่อเพิ่มผลผลิต



18. ครอบครัวยุติการป้องกันและกำจัดศัตรูพืช
19. ครอบครัวยุติการป้องกันการระบาดของโรคสัตว์
20. ครอบครัวยุติการใช้พันธุ์พืชและสัตว์ที่ทางราชการส่งเสริม

กลุ่มที่ 6 ครอบครัวยุติการควบคุมช่วงเวลาและจำนวนบุตรได้ตามความต้องการ

21. คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คน และสามารถใช้บริการคุมกำเนิดได้

กลุ่มที่ 7 ประชาชนมีส่วนร่วมพัฒนาความเป็นอยู่และการกำหนดวิถีชีวิตของตนเองและชุมชน มีตัวชี้วัด คือ

22. ครอบครัวยุติการเป็นสมาชิกกลุ่มที่ตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
23. หมู่บ้านมีส่วนร่วมในการพัฒนาตนเอง
24. หมู่บ้านร่วมกันบำรุงรักษาสาธารณสมบัติที่รัฐและชุมชนสร้างขึ้น
25. หมู่บ้านร่วมกันบำรุงรักษามรดกทางวัฒนธรรม
26. หมู่บ้านร่วมกันอนุรักษ์ธรรมชาติ
27. ประชาชนใช้สิทธิในการเลือกตั้งตามระบอบประชาธิปไตย
28. กรรมการหมู่บ้านมีความสามารถวางแผนการดำเนินการตามแผนและวัดระบบการบำรุงรักษาผลงานด้วยตนเองได้

กลุ่มที่ 8 ประชาชนมีการพัฒนาจิตใจให้ดีขึ้น มีตัวชี้วัด คือ

29. ในหมู่บ้านมีความสามัคคี เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อกัน
30. บุคคลในครอบครัวยุติการปฏิบัติศาสนกิจอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
31. บุคคลในครอบครัวไม่เล่นการพนันและไม่ติดสุราหรือสิ่งเสพติดอื่น ๆ
32. ครอบครัวยุติการใช้ยาอย่างฟุ่มเฟือยในการจัดงานประเพณี

เมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่า ทั้ง 32 ข้อ จะ เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของ 4 กระทรวงหลัก คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงศึกษาธิการ และมี 13 ประเด็นที่เป็นความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข

#### ด้านการวางแผนครอบครัว

นโยบายด้านนี้รัฐให้ความสนใจมาตั้งแต่แผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 1 เป็นต้นมา ปัจจุบันทิศทางการวางแผนครอบครัวตามเป้าหมายของแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 7 (2534-2539) เน้นด้านคุณภาพและคำนึงถึงผลกระทบของการมีบุตรและการวางแผนครอบครัวเป็นสำคัญ คือ

1. ลดอัตราเพิ่มประชากรจากร้อยละ 1.4 ในแผน ฯ 6 ให้เหลือร้อยละ 1.2 เมื่อสิ้นแผน ฯ 7



2. เพิ่มอัตราการคุมกำเนิดจากร้อยละ 75 ในแผน ๖ 6 เป็นร้อยละ 77 ในแผน ๖ 7
3. เพิ่มอัตราการคุมกำเนิดชนิดถาวร จากร้อยละ 29.2 เป็น ร้อยละ 34
4. ลดอัตราการมีบุตรคนแรกของสตรีอายุต่ำกว่า 20 ปี จากร้อยละ 14.8 ให้เหลือ ร้อยละ 10 ซึ่งถ้าสรุปแนวทางดังกล่าว จะได้ประเด็นหลัก 3 ประเด็น คือ
  1. แต่ละครอบครัวควรมีบุตรไม่เกิน 2 คน
  2. บุตรคนแรกและคนที่ 2 ห่างกันอย่างน้อย 3 ปี
  3. มารดามีบุตรคนแรกเมื่ออายุเกิน 20 ปี

#### การวัดภาวะสุขภาพระดับตำบล

ในการจัด เกณฑ์ชี้วัดสุขภาพอนามัยของประชาชนในระดับตำบลนั้น งานสาธารณสุขมูลฐานได้กำหนด เกณฑ์การประเมินการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนระดับหมู่บ้าน ในปี 2539 ดังนี้

- (1) หญิงตั้งครรภ์ได้กินอาหารอย่างเพียงพอ ซึ่งมีผลให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักตั้งแต่ 3,000 กรัมขึ้นไป เกณฑ์ร้อยละ 70
- (2) เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการและไม่ขาดสารอาหารในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
  - ระดับ 1 ไม่เกิน ร้อยละ 10
  - ระดับ 2 ไม่เกิน ร้อยละ 1
  - ระดับ 3 ไม่เกิน ร้อยละ 0
- (3) เด็กอายุ 6-14 ปี ได้กินอาหารถูกต้องครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย เกณฑ์ร้อยละ 93
- (4) ครัวเรือนไม่กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ เกณฑ์ร้อยละ 60
- (5) ครัวเรือนได้กินอาหารควบคุมที่มีผลลาก อบ. เกณฑ์ร้อยละ 75
- (6) มีที่จัดบ้านเรือนและบริเวณบ้านให้เป็นระเบียบถูกสุขลักษณะ เกณฑ์ร้อยละ 90
- (7) ครัวเรือนมีและใช้ส้วมถูกหลักสุขาภิบาล เกณฑ์ร้อยละ 95
- (8) ครัวเรือนมีน้ำสะอาดสำหรับดื่มเพียงพอตลอดปี 5 ลิตร ต่อคน ต่อวัน เกณฑ์ร้อยละ 95
- (9) ครัวเรือนไม่ถูกรบกวนจากสิ่งรบกวน เกณฑ์ร้อยละ 80
- (10) หญิงมีครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด โดยมีการตรวจสุขภาพและฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ร้อยละ 75
- (11) หญิงมีครรภ์ได้รับบริการทำคลอดและดูแลหลังคลอดจากแพทย์ และพยาบาลผดุงครรภ์ ผดุงครรภ์แผนโบราณที่ผ่านการอบรมแล้ว เกณฑ์ร้อยละ 80
- (12) เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ และโรคไวรัสตับอักเสบบี ครบตามเกณฑ์อายุ ร้อยละ 80
- (13) เด็กวัยประถมศึกษาได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก หัดเยอรมัน เกณฑ์ร้อยละ 99
- (14) ครัวเรือนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เกณฑ์ร้อยละ 80
- (15) ครัวเรือนรู้จักวิธีป้องกันโรคเอดส์ เกณฑ์ร้อยละ 80
- (16) คนในครัวเรือนได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เกณฑ์ร้อยละ 85



- (17) คนในครัวเรือนปลอดภัยจากอุบัติเหตุ เกณฑ์ร้อยละ 50
- (18) คู่สมรสที่ภรรยาอายุ 15-44 ปี ใช้บริการคุมกำเนิด เกณฑ์ร้อยละ 77
- (19) คู่สมรสมีลูกไม่เกิน 2 คน เกณฑ์ร้อยละ 75
- (20) คนในครัวเรือน เป็นสมาชิกกลุ่มที่ตั้งในหมู่บ้าน ตำบลอย่างน้อย 1 กลุ่ม เกณฑ์ร้อยละ 60
- (21) คนอายุ 14 ปีขึ้นไป ไม่ติดสุรา เกณฑ์ร้อยละ 90
- (22) คนอายุ 14 ปีขึ้นไป ไม่ติดบุหรี่ เกณฑ์ร้อยละ 90
- (23) คนสูงอายุ ได้รับการดูแลจากคนในครัวเรือน เกณฑ์ร้อยละ 90
- (24) ครัวเรือนได้ทำกิจกรรมป้องกันและควบคุมสิ่งแวดล้อม เกณฑ์ร้อยละ 90

## ภาวะโภชนาการ

ทางด้านโภชนาการ ปัญหาดังกล่าวยังพบอยู่ได้ประปรายในชนบท รัฐได้เน้นการเลี้ยงดูบุตรในระยะแรกหลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้อาหารเสริมในระยะ เวลาที่ถูกต้อง เพราะการให้อาหารเสริมก่อนเวลาที่สมควรตามความเชื่อของชาวชนบทที่นิยมให้กล้วยและข้าวแก่ทารกก่อนอายุครบ 3 เดือน จะมีผลระยะยาวต่อภาวะโภชนาการของเด็กอย่างมาก ในระยะที่เด็กเข้าสู่วัยเรียน รัฐได้จัดโครงการอาหารกลางวันให้แก่นักเรียน รวมทั้งการให้เด็กได้รับนมเสริมทุกวันถึงแม้จะไม่ได้รับอาหารที่ถูกต้องครบถ้วนทุกมื้อ แต่ก็คาดว่า จะไม่ทำให้ภาวะโภชนาการของเด็กเลวร้ายลงไปกว่าเดิม งานเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของเด็กจึงเป็นสิ่งที่รัฐและผู้เกี่ยวข้องควรตระหนัก เป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้รัฐได้พยายามเปลี่ยนแปลงความเชื่อ เรื่องการบริโภคอาหารในหญิงมีครรภ์ เพราะส่วนหนึ่งของปัญหาทุพโภชนาการนี้ เริ่มมาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มภาวะพิเศษ ถูกสั่งให้งดอาหารแสลงโดยสิ้นเชิง การกลอดที่ยังนิยมใช้บริการจากหมอต้าแยของหมู่บ้าน การได้รับการดูแลรักษาที่บ้านความทำให้รู้สึกอับอวนและไว้วางใจ เหล่านี้เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อชาวชนบทอย่างมาก

รัฐได้เน้นถึงความสำคัญของภาวะทุพโภชนาการมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 1 จนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะตั้งแต่ แผนพัฒนาฉบับที่ 4 เป็นต้นมามุ่งเน้นที่กลุ่มเป้าหมายคือ ทารกและเด็กก่อนวัยเรียน หญิงตั้งครรภ์และหญิงวัยให้นมบุตร โดยใช้กลวิธีในการจัดทำโครงการอาหารกลางวัน การกำหนดพื้นที่เป้าหมายในการแก้ไขปัญหา การกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา โดยรัฐเริ่มเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้เพียงอย่างเดียวมาเป็นผู้สนับสนุนและกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาทุพโภชนาการตลอดจนผลกระทบที่จะเกิดขึ้นถ้าไม่มีการป้องกัน ดังนั้น ตั้งแต่แผนพัฒนาที่ 6 เป็นต้นมา รัฐได้เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยมี วัตถุประสงค์ความต้องการพื้นฐานและกำหนดตัวชี้วัดความมีสุขภาพดีของชุมชนขึ้น คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากขึ้น มีการแข่งขันโครงการต่าง ๆ กันระหว่างชุมชน ตำบล หมู่บ้านและระดับจังหวัด ทั้งนี้โดยคาดหวังว่า ประชาชนจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีก่อนปี 2543

ในการกำหนดเกณฑ์ตัดสินภาวะสุขภาพไทยเด็กนั้น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการเก็บข้อมูล อายุ น้ำหนักและส่วนสูงของเด็กไทย และนำมาสร้างเป็นโครงสร้างน้ำหนักของเด็กไทย (กองอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง, 2537) และใช้หลักการของโกเมส (Modified Gomez classification) มาปรับและกำหนดระดับของภาวะโภชนาการ โดยจัดระดับโภชนาการจาก อายุ และน้ำหนัก ดังนี้

- ระดับปกติ มากกว่าร้อยละ 90 ของระดับเปอร์เซนไทล์ ที่ 50 ของน้ำหนักเด็กในระดับอายุนั้น
- ขาดอาหารระดับ 1 ระหว่างร้อยละ 76-90 ของระดับเปอร์เซนไทล์ที่ 50 ของน้ำหนักเด็กในระดับอายุนั้น



ขาดอาหารระดับ 2 ระหว่างร้อยละ 61-75 ของระดับเปอร์เซ็นต์ที่ 50 ของน้ำหนักเด็กในระดับอายุนั้น  
ขาดอาหารระดับ 3 น้อยกว่าร้อยละ 60 ของระดับเปอร์เซ็นต์ที่ 50 ของน้ำหนักเด็กในระดับอายุนั้น

### สถานการณ์ผู้นำศาสนา

จากประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของชุมชนการที่เราจะหาทางชักจูงชาวไทยมุสลิมให้ตระหนักในคุณค่าของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น เราควรมุ่งไปยังบุคคลที่เป็นแรงจูงใจและเป็นศูนย์รวมของความเชื่อถือก็คือ บรรดาผู้นำศาสนาตั้งแต่ระดับหมู่บ้านไปจนถึงระดับประเทศเลยทีเดียว เพราะบุคคลดังกล่าวสามารถเข้าถึงจิตใจของบรรดาชาวไทยมุสลิมได้เป็นอย่างดี สามารถเปลี่ยนแปลงความรู้สึนึกคิดของชาวบ้านทั่ว ๆ ไป อย่างมาก



แบบสำรวจน้ำดื่ม และ ส้วม

ส.1

แบบสำรวจนี้ผู้สำรวจจะต้องสำรวจทั้งน้ำที่ดื่มและส้วมในบ้านนั้น โดยใช้รหัส ตามราย IDM [ ] [ ]  
 ละเอียด ดังนี้ (รหัสหมู่บ้าน)

น้ำดื่ม

1. ดื่มน้ำประปาหมู่บ้าน
2. ดื่มน้ำประปาหมู่บ้านที่ดื่มแล้ว
3. ดื่มน้ำฝน
4. ดื่มน้ำฝนที่ดื่มแล้ว
5. ดื่มน้ำบาดาล
6. ดื่มน้ำบาดาลที่ดื่มแล้ว
7. ดื่มน้ำบ่อต้น
8. ดื่มน้ำบ่อต้นที่ดื่มแล้ว

ส้วม

1. ไม่ได้รับ/ซื้อหัวส้วม
2. ได้รับ/มีหัวส้วมแต่ไม่สร้างส้วม
3. สร้างส้วมแล้ว แต่ไม่ใช้
4. ใช้ส้วม
5. ไม่มีส้วมและไม่ใช้ส้วม
6. ไม่มีส้วม แต่ใช้ร่วมกับบ้านอื่น

ที่	ชื่อเจ้าของบ้าน	ที่อยู่	น้ำดื่ม	ส้วม
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

บ้าน	น้ำ	ส้วม
A0	[ ]	[ ]
A1	[ ]	[ ]
A2	[ ]	[ ]
A3	[ ]	[ ]
A4	[ ]	[ ]
A5	[ ]	[ ]
A6	[ ]	[ ]
A7	[ ]	[ ]
A8	[ ]	[ ]
A9	[ ]	[ ]

วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์.....  
 ผู้สัมภาษณ์.....

แบบสำรวจการเสริมภูมิคุ้มกันในเด็ก 0 - 5 ปี

ส.2

กลุ่มอายุของผู้ถูกสัมภาษณ์ กรุณาตรวจสอบให้ครบตามจำนวน

IDM [ ] [ ] [ ]

(รหัสหมู่บ้าน)

- ( ) 0 - 6 เดือน หมู่บ้านละ 3 คน
- ( ) 6 - 12 เดือน หมู่บ้านละ 3 คน
- ( ) 1 - 2 ปี หมู่บ้านละ 7 คน
- ( ) 2 - 3 ปี หมู่บ้านละ 3 คน
- ( ) 3 - 4 ปี หมู่บ้านละ 3 คน
- ( ) 4 - 5 ปี หมู่บ้านละ 3 คน

ชื่อ ..... นามสกุล .....

1. เพศ..... B1 [ ]

2. อายุ..... ปี B2 [ ] [ ] [ ]

3. วัน เดือน ปี เกิด..... B3 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

DD MM YY

4. มีสมุดบันทึกสุขภาพหรือไม่

( ) 1. มี (ขอดูสมุดด้วย) B4 [ ]

( ) 2. ไม่มี เพราะ.....

5. กรณีที่มีสมุดบันทึกสุขภาพ เคยได้รับภูมิคุ้มกันอะไรบ้าง(ระบุวัน เดือน ปี ที่ได้รับ)

ครั้งที่ 1    ครั้งที่ 2    ครั้งที่ 3    ครั้งที่ 4    ครบ    ไม่ครบ

5.1. วัณโรค ..... ( ) ( ) B5.1 [ ]

5.2. ไอกรน คอตีบ

    บาดทะยัก โปลิโอ ..... ( ) ( ) B5.2 [ ]

5.3. หัด ..... ( ) ( ) B5.3 [ ]

5.4. ไวรัสตับอักเสบบี ..... ( ) ( ) B5.4 [ ]

6. กรณีที่ไม่มีสมุดสุขภาพ เคยได้รับภูมิคุ้มกันบ้างหรือไม่

เคย    ไม่เคย    จำไม่ได้    ครบ    ไม่ครบ

6.1. วัณโรค ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) B6.1 [ ]

6.2. ไอกรน คอตีบ บาดทะยัก ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) B6.2 [ ]

    โปลิโอ ..... ครั้ง

6.3. หัด ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) B6.3 [ ]

6.4. ไวรัสตับอักเสบบี ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) B6.4 [ ]

    ..... ครั้ง

7. น้ำหนัก..... กิโลกรัม B7 [ ] [ ] . [ ]

8. ส่วนสูง..... เซนติเมตร B8 [ ] [ ] [ ] . [ ]

วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์.....

ผู้สัมภาษณ์.....



	IDM	[ ]	[ ]	[ ]
		( รหัสหมู่บ้าน )		
ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์..... นามสกุล.....	ID	[ ]	[ ]	[ ]
1. อายุ..... ปี	C1	[ ]	[ ]	
2. ที่อยู่ ..... หมู่ที่..... ตำบล.....	C2	[ ]	[ ]	
อำเภอ ..... จังหวัด..... รหัส.....	C2.1	[ ]	[ ]	
3. อาชีพ				
( ) 1. เกษตรกรรม	C3	[ ]		
( ) 2. รับจ้าง				
( ) 3. ค้าขาย				
( ) 4. แม่บ้าน				
( ) 5. อื่น ๆระบุ.....				
4. อายุแรกสมรส..... ปี	C4	[ ]	[ ]	
5. จำนวนการตั้งครรภ์ ..... ครั้ง	C5	[ ]	[ ]	
6. คนสุดท้ายของท่านอายุ..... เดือน (กรณีเป็นบุตรคนแรก <u>ข้ามไปข้อ8</u> )	C6	[ ]	[ ]	
7. บุตรคนสุดท้ายห่างจากบุตรคนถัดไป..... เดือน	C7	[ ]	[ ]	
8. ขณะตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย ท่านฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือไม่	C8	[ ]	[ ]	
ฝากครรภ์ จำนวน..... ครั้ง (กรณีไม่ฝากครรภ์ให้ใส่รหัส 0)	C8.1	[ ]	[ ]	
9. ในการฝากครรภ์ครั้งนี้ท่านได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักทั้งสิ้น ..... ครั้ง	C9	[ ]		
10. ในกรณีที่ท่านตั้งครรภ์ภายใน 2 ปี ที่ผ่านมา ท่านได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักหรือไม่ (กรณีบุตรคนแรกให้ใช้รหัส 0)				
( ) 1. เคย..... ครั้ง	C10	[ ]		
( ) 2. ไม่เคย				
11. ท่านคลอดบุตรคนสุดท้ายกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือไม่	C11	[ ]		
( ) 1. คลอดกับเจ้าหน้าที่ เพราะ.....	C11.1	[ ]		
.....				
( ) 2. ไม่คลอดกับเจ้าหน้าที่ เพราะ.....				
.....				
12. ภายหลังจากคลอดบุตรคนสุดท้ายแล้ว เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมท่านกี่ครั้ง	C12	[ ]		
( ) 1. มาเยี่ยม .....ครั้ง (ถ้าไม่มาให้ใส่รหัส 0)	C12.1	[ ]		
( ) 2. ไม่เคยมา แต่ท่านไปพบเองที่สถานอนามัย/โรงพยาบาล				
( ) 3. ไม่เคยมา และท่านไม่ได้ไปพบเจ้าหน้าที่หลังคลอดตามนัด				
13. ท่านใช้วิธีการวางแผนครอบครัวหรือไม่				
( ) 1. ใช่	C13	[ ]		
( ) 2. ไม่ใช่ (ข้ามไปตอบข้อ 14)				

14. ท่านใช้วิธีใดบ้างในการวางแผนครอบครัว				ส.3
	ใช่			
14.1. ยาเม็ดคุมกำเนิด	( )			C14.1 [ ]
14.2. ยาฉีดคุมกำเนิด	( )			C14.2 [ ]
14.3. ถุงยางอนามัย	( )			C14.3 [ ]
14.4. อื่น ๆ ระบุ.....				C14.4 [ ]
15. ท่านพอใจในบริการด้านสุขภาพอนามัยที่ได้รับจากสถานอนามัยหรือไม่				
	พอใจ	ไม่พอใจ	ไม่เคยใช้บริการ	
15.1. การให้ภูมิคุ้มกันในเด็ก	( )	( )	( )	C15.1 [ ]
15.2. การฝากครรภ์	( )	( )	( )	C15.2 [ ]
15.3. การคลอดและการดูแลหลังคลอด	( )	( )	( )	C15.3 [ ]
15.4. การบริการอื่น ๆ (เช่น ขอยา..)	( )	( )	( )	C15.4 [ ]
16. ท่านพอใจในบริการด้านสุขภาพอนามัยที่ได้รับจากโรงพยาบาลชุมชนหรือไม่				
	พอใจ	ไม่พอใจ	ไม่เคยใช้บริการ	
16.1. การให้ภูมิคุ้มกันในเด็ก	( )	( )	( )	C16.1 [ ]
16.2. การฝากครรภ์	( )	( )	( )	C16.2 [ ]
16.3. การคลอดและการดูแลหลังคลอด	( )	( )	( )	C16.3 [ ]
16.4. การบริการอื่น ๆ (เช่น ขอยา..)	( )	( )	( )	C16.4 [ ]
17. ท่านเคยได้ยินเรื่องโรคเอดส์หรือไม่				
( ) 1. เคย				C17 [ ]
( ) 2. ไม่เคย ( <u>ไม่ต้องถามข้อ 18 และ ข้อ 19</u> )				
18. โรคเอดส์ติดต่อได้อย่างไร				
	ใช่	ไม่ใช่		
18.1. ทางเพศสัมพันธ์	( )	( )		C18.1 [ ]
18.2. ทางการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน	( )	( )		C18.2 [ ]
18.3. หญิงมีครรภ์ติดต่อถึงเด็กในครรภ์	( )	( )		C18.3 [ ]
19. โรคเอดส์มีวิธีการรักษาอย่างไร				
	ใช่	ไม่ใช่		
19.1. ใ้ยาสมุนไพร	( )	( )		C19.1 [ ]
19.2. ใ้ยาฉีดป้องกัน	( )	( )		C19.2 [ ]
19.3. ยังไม่มีวิธีการรักษา	( )	( )		C19.3 [ ]
20. ท่านคิดว่า <u>ในรอบ 3 ปี</u> ที่ผ่านมา คนในบ้านของท่านมีสุขภาพดีขึ้นหรือไม่				C20 [ ]
1. ดีขึ้น				
2. คงเดิม				
3. แย่ลง				
4. อื่น ๆ ระบุ.....				
วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์..... ผู้สัมภาษณ์.....				



( รหัสหมู่บ้าน )

1. ชื่อ ..... นามสกุล.....  
อายุ..... ปี
2. ท่านเคยใช้บริการจากสาธารณสุขตำบลบ้างหรือไม่  
( ) 1. เคย  
( ) 2. ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 4)
3. ท่านพอใจต่อบริการสาธารณสุขตำบลที่ได้รับหรือไม่
- |   | พอใจ | ไม่พอใจ |      |     |
|---|------|---------|------|-----|
| 3.1. การได้รับคำแนะนำเมื่อเจ็บป่วย            | ( )  | ( )     | D3.1 | [ ] |
| 3.2. การไปรับภูมิคุ้มกัน                      | ( )  | ( )     | D3.2 | [ ] |
| 3.3. การดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั้งก่อนและหลังคลอด  | ( )  | ( )     | D3.3 | [ ] |
| 3.4. การไปรับการรักษาพยาบาล                   | ( )  | ( )     | D3.4 | [ ] |
| 3.5. การวางแผนครอบครัว (การเว้นช่วงการมีบุตร) | ( )  | ( )     | D3.5 | [ ] |
| 3.6. การเยี่ยมบ้าน                            | ( )  | ( )     | D3.6 | [ ] |
| 3.7. การแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร               | ( )  | ( )     | D3.7 | [ ] |
4. ท่านเคยไปใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนหรือไม่  
( ) 1. เคย  
( ) 2. ไม่เคย
5. ท่านพอใจต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาลหรือไม่
- |   | พอใจ | ไม่พอใจ |      |     |
|---|------|---------|------|-----|
| 5.1. การได้รับคำแนะนำเมื่อเจ็บป่วย            | ( )  | ( )     | D5.1 | [ ] |
| 5.2. การไปรับภูมิคุ้มกัน                      | ( )  | ( )     | D5.2 | [ ] |
| 5.3. การดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั้งก่อนและหลังคลอด  | ( )  | ( )     | D5.3 | [ ] |
| 5.4. การไปรับการรักษาพยาบาล                   | ( )  | ( )     | D5.4 | [ ] |
| 5.5. การวางแผนครอบครัว (การเว้นช่วงการมีบุตร) | ( )  | ( )     | D5.5 | [ ] |
| 5.6. การเยี่ยมบ้าน                            | ( )  | ( )     | D5.6 | [ ] |
| 5.7. การแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร               | ( )  | ( )     | D5.7 | [ ] |
6. ท่านคิดว่าหญิงมีครรภ์มีความจำเป็น เช่นไรในการฝากครรภ์และการคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
( ) 1. จำเป็น  
( ) 2. ไม่จำเป็น
7. ท่านคิดว่าเด็ก อายุ 0-5 ปี ในหมู่บ้านของท่าน ส่วนใหญ่แข็งแรงดีหรือไม่  
( ) 1. แข็งแรงดี  
( ) 2. ไม่ค่อยแข็งแรง มักป่วยเป็นโรค.....  
( ) 3. ไม่แน่ใจ

- |     |  |     |     |
|-----|--|-----|-----|
| 8.  | ท่านคิดว่ามีความจำเป็นหรือไม่ในการมีและใช้ส้วมของชาวบ้าน   | ส.4 |     |
|     | ( ) 1. จำเป็น เพราะ.....   | D8  | [ ] |
|     | ( ) 2. ไม่จำเป็น เพราะ.....  |     |     |
| 9.  | ท่านมีและใช้ส้วมหรือไม่  |     |     |
|     | ( ) 1. มีแต่ไม่ใช้ เพราะ.....  | D9  | [ ] |
|     | ( ) 2. มีและใช้ เพราะ.....   |     |     |
|     | ( ) 3. ไม่มี เพราะ.....  |     |     |
| 10. | ท่านทราบหรือไม่ว่า ชาวบ้านส่วนใหญ่ดื่มน้ำอะไร  | D10 | [ ] |
|     | ( ) 1. น้ำประปาหมู่บ้าน  |     |     |
|     | ( ) 2. น้ำบ่อตื้น  |     |     |
|     | ( ) 3. น้ำฝน   |     |     |
|     | ( ) 4. น้ำบาดาล  |     |     |
|     | ( ) 5. อื่น ๆ ระบุ .....   |     |     |
| 11. | ก่อนนำน้ำมาดื่ม ชาวบ้านส่วนใหญ่จะต้มก่อนหรือไม่  | D11 | [ ] |
|     | ( ) 1. ต้ม   |     |     |
|     | ( ) 2. ไม่ต้ม  |     |     |
| 12. | มีคนในหมู่บ้านของท่านคิดยาเสพติดบ้างหรือไม่  | D12 | [ ] |
|     | ( ) 1. มี  |     |     |
|     | ( ) 2. ไม่มี (ข้ามไปข้อ 11)  |     |     |
|     | ( ) 3. ไม่ทราบ (ข้ามไปข้อ 11)  |     |     |
| 13. | <u>ถ้ามี</u> ท่านพอจะประเมินความรุนแรงของปัญหานี้ได้หรือไม่  | D13 | [ ] |
|     | ( ) 1. รุนแรงมาก ควรได้รับการแก้ไขอย่างรีบด่วน   |     |     |
|     | ( ) 2. รุนแรงไม่มาก ต่อไปคงดีขึ้นเอง   |     |     |
|     | ( ) 3. รุนแรง และเป็นปัญหาเรื้อรัง แต่ไม่สามารถแก้ไขได้  |     |     |
|     | ( ) 4. ไม่ออกความเห็น  |     |     |
| 14. | ในฐานะผู้นำศาสนา ท่านคิดว่าสามารถช่วยแก้ปัญหา ยาเสพติดในหมู่บ้านได้อย่างไร                                   | D14 | [ ] |
|     | .....  |     |     |
|     | .....  |     |     |
| 15. | ท่านคิดอย่างไรกับผู้ป่วยโรคเอดส์   | D15 | [ ] |
|     | .....  |     |     |
|     | .....  |     |     |
| 16. | ท่านเคยได้ยินเรื่องเกี่ยวกับ คุตะบะฮ์ ที่กระทรวงสาธารณสุขจัดทำร่วมกับกรมการอิสลามประจำจังหวัดปัตตานี หรือไม่ | D16 | [ ] |
|     | ( ) 1. เคยได้ยิน   |     |     |
|     | ( ) 2. ไม่เคยได้ยิน (ข้ามไปข้อ 15)   |     |     |



17. กรณีที่เคยได้ยิน ท่านมีความคิดเหมาะสมที่จะนำไปใช้หรือไม่ D17 [ ]
- ( ) 1. เหมาะสม และควรนำไปเผยแพร่ เพราะ.....  
 .....  
 ( ) 2. ไม่เหมาะสมในการนำไปใช้ และเผยแพร่ เพราะ.....  
 .....
18. ท่านคิดว่า การที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้ประชาชนเว้นช่วงการมีบุตร เป็นสิ่ง D18 [ ]  
 ที่เหมาะสมเพียงไรหรือไม่
- ( ) 1. เหมาะสม เพราะ.....  
 .....  
 ( ) 2. ไม่เหมาะสม เพราะ.....  
 .....
19. ท่านคิดว่า ในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา คนในหมู่บ้านของท่านมีสุขภาพอนามัยเป็นอย่างไร D19 [ ]
- ( ) 1. ดีขึ้น  
 ( ) 2. คงเดิม  
 ( ) 3. แย่ลง  
 ( ) 4. อื่น ๆ ระบุ.....

วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์ .....

ผู้สัมภาษณ์.....

		IDT	[ ]	[ ]	
		( รหัสตำบล )			
ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ .....	นามสกุล.....	ID	[ ]	[ ]	
1. ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่ง		E1	[ ]		
<input type="checkbox"/> 1. หัวหน้าสถานีนามัย <input type="checkbox"/> 2. รักษาการแทนหัวหน้าสถานีนามัย					
2. เพศ		E2	[ ]		
<input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง					
3. ศาสนา		E3	[ ]		
<input type="checkbox"/> 1. พุทธ <input type="checkbox"/> 2. อิสลาม <input type="checkbox"/> 3. คริสต์					
4. สถานภาพสมรส		E4	[ ]		
<input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. คู่ และอยู่ด้วยกัน <input type="checkbox"/> 3. คู่ แต่แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> 4. หม้าย <input type="checkbox"/> 5. หย่า/แยก					
5. ภูมิลำเนาเดิม อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....		E5	[ ]		
6. ท่านประจำอยู่ที่สถานีนามัยนี้เป็นเวลา..... ปี		E6	[ ]	[ ]	
7. ท่านสามารถพูดภาษาบาวีได้หรือไม่		E7	[ ]		
<input type="checkbox"/> 1. ได้ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้					
8. ในการดำเนินงานของท่านท่านคิดว่าประสบความสำเร็จหรือไม่					
1 = สำเร็จ 2 = ไม่แน่ใจ 3 = ไม่สำเร็จ					
			สำเร็จ	ไม่แน่ใจ	ไม่สำเร็จ
8.1 การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย	( ) ( ) ( )	E8.1	[ ]		
8.2 การให้บริการด้านวางแผนคุมกำเนิด	( ) ( ) ( )	E8.2	[ ]		
8.3 การดูแลสตรีตั้งครรภ์ทั้งก่อนและหลังคลอด	( ) ( ) ( )	E8.3	[ ]		
8.4 การให้ประชาชนมีและใช้ส้วม	( ) ( ) ( )	E8.4	[ ]		
8.5 การให้ประชาชนมีน้ำสะอาดดื่มอย่างเพียงพอ	( ) ( ) ( )	E8.5	[ ]		
8.6. การสร้างภูมิคุ้มกันในเด็ก อายุ 0 -24 เดือน	( ) ( ) ( )	E8.6	[ ]		



9. ท่านคิดว่า ท่านได้รับความร่วมมือจากบุคคลต่อไปนี้ดีหรือไม่				ส.5	
	1=ดี	2=ไม่ดี	3=ดี-ไม่ดี เป็นครั้งคราว		
9.1. ผู้นำศาสนา	( )	( )	( )	E9.1	[ ]
9.2. ผู้นำท้องถิ่น	( )	( )	( )	E9.2	[ ]
9.3. ชาวบ้าน	( )	( )	( )	E9.3	[ ]
10. ในการทำงานที่นี้ ท่านคิดว่าท่านปลอดภัยจากโจรผู้ร้ายหรือไม่					
( ) 1. ปลอดภัย				E10	[ ]
( ) 2. ไม่ปลอดภัย					
11. ท่านคิดว่าท่านพร้อมที่จะปฏิบัติงานนอกเวลาราชการหรือไม่					
( ) 1. พร้อมที่จะปฏิบัติ				E11	[ ]
( ) 2. ไม่พร้อมที่จะปฏิบัติ เพราะ.....					
12. ปัญหาที่ทำให้ท่านไม่สามารถปฏิบัติงานนอกเวลาราชการรวมทั้งวันหยุดราชการด้วย คือปัญหาอะไร (ระบุที่สำคัญ ที่สุดมา 1 ประเด็น)					
( ) 1.1 ครอบครัว				E12	[ ]
( ) 1.2 การเงิน /ภาวะเศรษฐกิจ					
( ) 1.3 ความปลอดภัย					
( ) 1.4 อื่น ๆ ระบุ.....					
13. ท่านคิดจะย้ายออกจากพื้นที่นี้หรือไม่					
( ) 1. คิด				E13	[ ]
( ) 2. ไม่แน่ใจ					
( ) 3. ไม่เคยคิดเลย (ไม่ต้องตอบข้อ 13)					
14. ท่านคิดว่าจะย้ายออกจากพื้นที่นี้ภายใน(กี่ปีข้างหน้า) ..... ปี					
เพราะ.....				E14	[ ] [ ]
				E14.1	[ ]
15. ท่านคิดว่า เรื่องความแตกต่างของศาสนาระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะมีผลต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขอย่างไรบ้าง					
( ) 1. มาก				E15	[ ]
( ) 2. ปานกลาง					
( ) 3. น้อย					
( ) 4. ไม่มีเลย					
เพราะ.....					
16. ท่านประสบปัญหาและอุปสรรคใดบ้างในการปฏิบัติงานปัจจุบัน (ระบุที่ท่านคิดว่าสำคัญที่สุดมา 1 ประเด็น)					
( ) 1. ขาดแคลนอุปกรณ์/ เครื่องมือในการให้บริการ				E16	[ ]
( ) 2. ขาดขวัญและกำลังใจ					
( ) 3. ขาดความปลอดภัย					
( ) 4. อื่น ๆ ระบุ.....					
วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์..... ผู้สัมภาษณ์.....					