

การศึกษาประสิทธิผลของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตปทุมวัน
ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
The Effectiveness of Primary Health Care Service
and Health Behavior of People Living in Lumpinee District under the
Universal Health Coverage Program

จอณพะจง เพ็ญจาด (Johnphajong Phengjard)
กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์ (Kanogwan Suwanpatikorn)
ประภาพร จินันทุยา (Prapaporn Jinuntuya)
ฐิติภา หลิมสุนทร (Titipa Limsunthorn)

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

มิถุนายน 2547

ISBN 974-7207-67-2

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่ความเห็นของ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

การศึกษาประสิทธิผลของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตปทุมวัน
ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
The Effectiveness of Primary Health Care Service
and Health Behavior of People Living in Lumpinee District under the
Universal Health Coverage Program

จอณพะจง เพ็ญจาด (Johnphajong Phengjard)
กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์ (Kanogwan Suwanpatikorn)
ประภาพร จินันท์ยุยา (Prapaporn Jinuntuya)
ฐิติภา หลิมสุนทร (Titipa Limsunthorn)

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

มิถุนายน 2547

ISBN 974-7207-67-2

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

(ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้
ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทยที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัย เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการ
สาธารณสุข 16 ลุมพินี อาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดจนประชาชนผู้ให้ข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ความคาดหวังและความพึงพอใจ ต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยประชาชนที่มีสิทธิในโครงการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (โครงการ 30 บาท) ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประกอบด้วยประชาชนที่อาศัยในพื้นที่แขวงปทุมวันและแขวงลุมพินี จำนวน 810 ครอบครัว (1,090 คน) การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามร่วมกับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ผลการวิจัยพบว่า บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประกอบด้วย หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care unit) 2 แห่ง คือ คลินิกผู้ป่วยนอก ตึกภปร ชั้น 13 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการตรวจตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกแก่ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่รับผิดชอบในเวลาราชการ และศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี ให้บริการสุขภาพ 2 รูปแบบ คือบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกและบริการสุขภาพในชุมชน ซึ่งแบ่งเป็น 1) บริการสุขภาพที่ให้กับประชาชนที่มีสุขภาพดี โดยเน้นการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดแผนการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการแก้ไขปัญหาชุมชน 2) บริการสุขภาพเชิงรุกเข้าสู่ ชุมชน สำหรับประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพโดยการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านของทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพ

ผลการวิจัยพบว่าประชาชนที่มีสิทธิในโครงการส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เหตุผลของการเลือกใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือสถานพยาบาลอยู่ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก และค่ารักษาพยาบาลไม่แพง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความพึงพอใจกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ได้รับเป็นอย่างมาก เนื่องจากการได้รับการดูแลสุขภาพที่มีมาตรฐานและเสียค่าใช้จ่ายน้อย การบริการที่กลุ่มตัวอย่างไม่พึงพอใจคือ การรอพบแพทย์นานและการไม่ได้รับการอธิบายถึงการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีความคาดหวังว่าบริการสุขภาพควรมีความเสมอภาคในการรับบริการ การดูแลรักษาอย่างมีมาตรฐาน ไม่ต้องรอนาน บุคลากรพูดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส และมีท่าทีเต็มใจและเอาใจใส่ในการให้บริการ บุคลากรควรปรับปรุงในเรื่องการพูด การให้การต้อนรับ ให้เกียรติ ไม่เลือกปฏิบัติ และที่สำคัญควรเคร่งครัดเรื่องการทำงานตรงเวลา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสุขและความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาสุขภาพที่พบมากได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม และโรคไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังดังกล่าวมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติน้อยคือการออกกำลังกาย การดูแลตนเองด้านโภชนาการ การตรวจเต้านม/อวัยวะ และการตรวจสุขภาพประจำปี

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การประกันสุขภาพถ้วนหน้า
พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

The purposes of this survey study were to 1) describe the model of Primary Health Care Service under the Universal Health Coverage Program (Thirty-baht can treat every sickness policy) provided by the King Chulalongkorn Memorial Hospital, 2) explore expectation and satisfaction on the Primary Health Care Services, and 3) to examine health status and health behavior of people who registered in the program. Eight hundred and ten households in Lumpinee and Patumwan sub-districts were randomly selected. One thousand ninety family members who registered in the Universal Health Coverage Program were asked to be volunteers in the study. In-depth interview and questionnaires were used to collect data.

The Primary Health Care Service under the Universal Health Coverage Program provided by the King Chulalongkorn Memorial Hospital comprised of two primary care units: 1) Out-patient clinic located on the 13th floor of the Por-Por-Ror Building and 2) Health Care Center 16 Lumpinee. The Health Care Center 16 Lumpinee provided two types of health care services, including out-patient care and community care services. A multidisciplinary team approach was employed to process the primary health care services. Community participation was utilized to identify health problems and to generate plans for preventing illnesses and diseases, promoting health, and controlling health problems of the communities. Home visit and home health care were performed to manage chronic health problems.

Although the Universal Health Coverage Program have been launched for over a year, the majority of the people who registered in the program presented inadequate knowledge regarding to the program. The sample reported reasons for using primary care services, including the primary health care unit located nearby, convenient to commute, and low cost. Chronic illness people revealed high satisfaction on the Universal Coverage Program since they continued receiving quality health care, while paying low cost. The sample identified factors leading to unsatisfied on the services, ranging from spending so much time on waiting for the doctor to the lack of explanation about their illness. The samples who had no experience using the services requested that the health care services of the Universal Health Coverage Program should be

equally access and less time consuming. Health care providers should having the following quality: politeness, friendliness, non discrimination, respect for human dignity, willingness to give care, and working on time. The samples perceived their health status, happiness, and stress in moderate level. Half of the sample, especially adult and elderly, reported having health problems, including hypertension, diabetic, osteoarthritis of knee, and hyperlipidemia. For those who have health problems, their knowledge and self-care practice scores were high. The majority of the sample reported having good health promoting behaviors. The health promoting health behaviors that were performed less included exercise, healthy eating, breast/postage gland self-examination, and h e a l t h c h e c k u p .

Keywords: Effectiveness, Primary health care service, Universal Health Coverage Program, Health behavior

คำนำ

โครงการศึกษาประสิทธิผลของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตปทุมวัน ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นโครงการวิจัยภายใต้ชุดโครงการ “การศึกษาระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้นำนโยบาย “30 บาทรักษาทุกโรค” มาใช้ในการปรับรูปแบบการบริการสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ โดยรับผิดชอบการบริการสุขภาพแก่ประชาชนเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร มีพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน 2 แขวง คือ แขวงปทุมวันและแขวงลุมพินี ประกอบด้วยพื้นที่เป็นชุมชน จำนวน 6 ชุมชน โดยเปิดหน่วยบริการสุขภาพชุมชนทั้งหมด 2 แห่ง คือ แผนกผู้ป่วยนอก ตึก ภปร ชั้น 13 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี

เป็นเวลาเกือบ 1 ปีที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้เริ่มโครงการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงเป็นการสมควรที่จะต้องมีการศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการดำเนินงานของโครงการตลอดจนการประเมินภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่จัดให้กับประชาชน ประเมินความคาดหวังและความพึงพอใจต่อบริการ และประเมินภาวะสุขภาพของประชาชนที่มีสิทธิรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้วิจัยหวังว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในด้านข้อมูลเพื่อการพัฒนา รูปแบบของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต่อไป

โครงการศึกษาประสิทธิผลของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิฯ

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1 บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	3
1.3 คำถามการวิจัย	3
1.4 นิยามศัพท์	3

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม

2.1 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	6
2.2 ระบบบริการปฐมภูมิ	9
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	22
2.4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	25
2.5 การเจ็บป่วยเรื้อรัง	28

บทที่ 3 การดำเนินการวิจัย

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
3.2 เครื่องมือวิจัย	36
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล	41
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	43

บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

4.1 รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	44
4.2 การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	52
4.3 ความคาดหวังต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	53
4.4 ความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	57
4.5 ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีสิทธิในโครงการ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	61
ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ	64
1. ปัญหาสุขภาพ	64
2. พฤติกรรมความรับผิดชอบสุขภาพ	65
3. ภาวะโภชนาการ	66

	หน้า
4. การรับรู้ความสุขและความเครียด	67
5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	68
6. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย	69
7. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	72
8. พฤติกรรมเสี่ยง	76
ส่วนที่ 3 ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง	
1. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	77
2. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	77
3. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง	78
4. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม	79
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย	
5.1 สรุปผลการวิจัย	81
5.2 ข้อเสนอแนะ	85
บรรณานุกรม	87
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก คู่มือการเก็บข้อมูล	94
ภาคผนวก ข Oral Consent	99

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเหตุผลการเลือกใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	56
ตารางที่ 2	แสดงระดับความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	57
ตารางที่ 3	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคาดหวัง ต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	57
ตารางที่ 4	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเหตุผล การเลือกใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	60
ตารางที่ 5	แสดงระดับความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพปฐมภูมิ	60
ตารางที่ 6	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	60
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชุมชนที่อยู่อาศัย	61
ตารางที่ 8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป	62
ตารางที่ 9	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการมีปัญหสุขภาพ	64
ตารางที่ 10	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัญหาสุขภาพ	65
ตารางที่ 11	แสดงอัตราความชุกของโรคเรื้อรังที่พบในชุมชนต่อประชากร 100 คน	65
ตารางที่ 12	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม สถานที่เข้ารับการรักษาเมื่อมีปัญหสุขภาพ	66
ตารางที่ 13	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การตรวจสุขภาพประจำปี	66
ตารางที่ 14	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวัยและ ภาวะโภชนาการ	67
ตารางที่ 15	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความสุข	68
ตารางที่ 16	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความเครียด	68
ตารางที่ 17	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพ	69
ตารางที่ 18	แสดงปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวัย	71
ตารางที่ 19	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	72

ตารางที่ 20	แสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกตาม พฤติกรรมโดยรวมและพฤติกรรมรายด้าน	73
ตารางที่ 21	แสดงคะแนนสูงสุด ต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายข้อ	75
ตารางที่ 22	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ความบ่อยของการมีพฤติกรรมเสี่ยง	76
ตารางที่ 23	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตาม ระดับความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง	77
ตารางที่ 24	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำแนกตาม ระดับความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง	78
ตารางที่ 25	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงจำแนกตาม ระดับความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง	78
ตารางที่ 26	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตาม ระดับความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง	79

บทที่ 1

บทนำ

หลักการและเหตุผล

ระบบสุขภาพของประเทศไทยได้มีการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องเรื่อยมา จนในปัจจุบันที่รัฐบาลของ นายกรัฐมนตรี พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร ได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพในแนวทางใหม่ โดยใช้แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ได้รับบริการสุขภาพที่มีความเท่าเทียม มีคุณภาพ โดยเน้นการบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ ที่ได้มาตรฐาน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง และเป็นบริการที่คำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของประชาชนทุกคน โครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” นับเป็นนโยบายสุขภาพภายใต้แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้เริ่มดำเนินการในโครงการนำร่อง 6 จังหวัด เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2543 ซึ่งได้ผลด้านการให้บริการครอบคลุมประชากรในพื้นที่ จึงได้ขยายการดำเนินการไปในสถานบริการของรัฐทั่วประเทศ เมื่อเดือนตุลาคม 2544

แนวคิดของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในทุกระดับของบริการสุขภาพ ได้รับการคุ้มครองสิทธิในการรับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพจากสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ นอกจากนี้ระบบประกันสุขภาพยังให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care unit) เป็นจุดบริการด่านแรกที่ทำให้บริการแบบผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพกรณีที่เกินขีดความสามารถ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิจะรับผิดชอบส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อยังสถานพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพต่อไป การจัดบริการสุขภาพคำนึงถึงความครอบคลุมบริการสุขภาพพื้นฐานสำคัญตามชุดสิทธิประโยชน์หลัก (Core package) ซึ่งเป็นระบบบริการที่ผสมผสานการดูแลด้วยแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic approach) และบูรณาการการดูแลทั้ง 4 มิติอย่างสอดคล้องกับสภาพความต้องการของประชาชนทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ประโยชน์ที่สำคัญที่ได้จากโครงการนี้คือการกระจายทรัพยากรทางสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งผลในระยะยาวจะทำให้การกระจายทรัพยากรทางสุขภาพที่สม่ำเสมอกว่าที่เป็นปัจจุบัน

ในช่วงปี พ.ศ. 2536 เป็นต้นมาได้เริ่มมีการศึกษาพัฒนารูปแบบบริการระดับปฐมภูมิในระดับพื้นที่ พร้อมกับพยายามหาข้อเสนอการพัฒนาในระดับประเทศ แต่อย่างไรก็ตามรูปแบบบริการระดับปฐมภูมิที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่ได้คุณภาพตามที่คาดหวัง ซึ่งเป็นผลจากการขาดความเข้าใจในระบบบริการในชุมชน ที่มีครอบครัวเป็นเป้าหมาย การขาดประสบการณ์ของผู้ให้บริการ ข้อจำกัดทางทรัพยากรสนับสนุน และความสามารถดำเนินการให้ตรงกับความต้องการของประชากรในพื้นที่ได้ ยิ่งไปกว่านั้นยังไม่มีรูปแบบบริการการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคที่ชัดเจน

และกระบวนการบริการและการจัดการในเชิงรุกที่มุ่งการเข้าถึงบุคคล ครอบครัวและชุมชน ข้อจำกัดดังกล่าวนอกจากจะทำให้งบประมาณในการดำเนินการที่กำหนดไว้มีความคลาดเคลื่อนได้สูงแล้วยังเป็นผลให้ผู้ให้บริการไม่พร้อมและไม่มั่นใจที่จะดำเนินการเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชน ซึ่งผลต่อเนื่องจากความไม่พร้อมในการดำเนินการของการบริการสุขภาพดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพคนไทยในระยะยาว

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้นำนโยบาย “30 บาท รักษาทุกโรค” มาใช้ในการปรับรูปแบบการบริการสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ โดยรับผิดชอบการบริการสุขภาพแก่ประชาชนเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร บริการที่จัดขึ้นเป็นรูปแบบระบบบริการสุขภาพในชุมชนระดับปฐมภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันทางสุขภาพ มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลอย่างต่อเนื่อง การกระจายทรัพยากรให้เป็นไปอย่างทั่วถึง โดยเริ่มจากระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพและเป็นที่ยิ่งของประชาชนได้ ประชาชนสามารถเลือกใช้บริการสุขภาพตามระดับการให้บริการที่เหมาะสม ทำให้ไม่เกิดการกระจุกตัวของผู้รับบริการและทรัพยากร และเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นบริการสุขภาพแบบผสมผสาน ที่สนองความต้องการของผู้รับบริการแบบองค์รวมอย่างแท้จริง เป็นบริการที่จัดให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย และตอบสนองปัญหาสุขภาพพื้นฐานของประชาชนในระดับบุคคล และครอบครัว การบริการสุขภาพนี้ครอบคลุมบริการสาธารณะ การบริการชุมชนและกลุ่มเฉพาะ และการบริการถึงตัวบุคคล โดยใช้กลยุทธ์มุ่งสู่ประตูบ้าน (ครอบครัวเป็นฐาน) เป็นบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งต้องคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีผลต่อการจัดบริการสุขภาพ

บริการสุขภาพ ตามนโยบาย 30 บาท ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ดำเนินการอยู่นี้ควรต้องมีการประเมินผลของบริการที่ได้พัฒนา การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินการดำเนินการของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระยะแรก เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจในรูปแบบบริการสุขภาพที่ได้พัฒนาขึ้น ตลอดจนการประเมินภาวะสุขภาพของประชาชนที่มีสิทธิในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการช่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และตอบสนองต่อนโยบายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1. ศึกษารูปแบบของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. ศึกษาความคาดหวังและความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีสิทธิในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

คำถามการวิจัย

1. รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามนโยบาย ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นอย่างไร
2. ประชาชนมีการรับรู้ต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างไร
3. ประชาชนมีความคาดหวังต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างไร
4. ประชาชนมีความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์อย่างไร
5. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีสิทธิในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นอย่างไร

นิยามศัพท์

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care) หมายถึง บริการสุขภาพที่ตอบสนองภาวะสุขภาพพื้นฐานของประชาชนในระดับบุคคล และครอบครัว ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) หมายถึง บริการสุขภาพที่มุ่งเน้น การสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ และการจัดการกับความเครียด

การป้องกันโรค (Disease prevention) หมายถึง บริการสุขภาพที่เน้นการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพที่สามารถป้องกันได้ เช่น การป้องกันอุบัติเหตุ การได้รับภูมิคุ้มกันโรค สุขภาพและความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน สุขภาพสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยในอาหารและยา สุขภาพช่องปาก เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Care for chronic disease) หมายถึง บริการสุขภาพที่ให้กับผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บริการสุขภาพที่เพิ่มความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ และการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และข้อเข่าเสื่อม

ผลในระยะเปลี่ยนผ่าน (Intermediate effects) หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นก่อนจะไปถึง “ผลสุดท้าย” (Final outcomes) ที่มุ่งให้เกิดขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผลที่เกิดขึ้นจากระบบบริการปฐมภูมิที่สามารถจะวัดได้ ได้แก่ ตัวชี้วัดด้านความพึงพอใจ ความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ และภาวะสุขภาพ ของประชากรเป้าหมาย

ภาวะสุขภาพ (Health status) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความสมบูรณ์แข็งแรงของบุคคลโดยรวมทั้ง ด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) หมายถึง ความคิดหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่มีเป้าหมายเพื่อก่อให้เกิดสุขภาพจะครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

การรับรู้สุขภาพตามวัย หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับอาการหรือปัญหาสุขภาพ ที่เกิดขึ้นตามพัฒนาการในแต่ละวัยและจากพฤติกรรมเสี่ยงในแต่ละวัย ที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

ความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพ (Satisfaction on health care services) หมายถึง ระดับความรู้สึกพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ได้รับ ทั้งด้านการกระจายบริการอย่างทั่วถึง การบริการที่สะดวก รวดเร็ว ความพร้อมในการให้บริการ ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ อธิยาศัยของผู้ให้บริการ การให้ข้อมูลที่ชัดเจนของผู้ให้บริการ การให้โอกาสในการซักถามปัญหา

ความคาดหวังต่อบริการสุขภาพ (Expectation on Health care services) หมายถึง ระดับของความคาดหวังต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในด้านการความสะดวกสบาย ความรวดเร็ว การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ให้บริการ อธิยาศัยของผู้ให้บริการ การให้ข้อมูลที่ชัดเจนของผู้ให้บริการ การให้โอกาสในการซักถามปัญหา ตลอดจนการได้รับการบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการการคาดการณ์เกี่ยวกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบรูปแบบของบริการสุขภาพพระดํปฐมภูมิที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน
2. ได้ทราบถึงภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีสิทธิรับบริการสุขภาพพระดํปฐมภูมิ ในแขวงปทุมวัน และลุมพินี
3. ได้ข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดบริการสุขภาพพระดํปฐมภูมิที่สอดคล้องกับความต้องการ และปัญหาสุขภาพของประชาชนและชุมชนเขตเมือง

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมในบทนี้ประกอบด้วย แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสุขภาพปฐมภูมิ การประเมินผลสัมฤทธิ์และผลกระทบของบริการระดับปฐมภูมิ แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการเจ็บป่วยเรื้อรัง

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage)

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการสร้างหลักประกันให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ทั้งนี้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ ...” ซึ่งการบัญญัติรัฐธรรมนูญดังกล่าวทำให้รัฐบาลในขณะนั้นได้จัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นเพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง และมีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น เมื่อเดือนกันยายน 2543 เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประเทศไทย ซึ่งได้มีการทดลองศึกษาใน 6 จังหวัดนำร่องระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในวันที่ 1 เมษายน 2544 ต่อมาใน วันที่ 1 มิถุนายน ปีเดียวกันได้ขยายโครงการออกไปอีก 15 จังหวัดเป็นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน และประเทศใช้ระบบนี้ทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพฯ) เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2544 และ ทั่วประเทศรวมกรุงเทพฯ ทุกเขตในวันที่ 1 เมษายน 2545

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการขึ้นพื้นฐานที่จำเป็นที่ไม่ใช่เพียงการคุ้มครองค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลเท่านั้นแต่ครอบคลุมบริการสุขภาพในด้านอื่นด้วย โดยเฉพาะบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตลอดจนช่วยกระตุ้นให้ประชาชนดูแลและสร้างเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวด้วย และยังเน้นให้ต้องจัดระบบที่สนับสนุนให้ประชาชนรับทราบ “สิทธิ” ปกป้องและคุ้มครอง “สิทธิ” ของประชาชน สิทธิดังกล่าวครอบคลุมสิทธิที่จะได้รับการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด รวมถึงสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายของหน่วยบริการระดับต้น/

สถานพยาบาลปฐมภูมิซึ่งอยู่ใกล้บ้าน/ที่ทำงานที่ตนเองพึงพอใจ

ทั้งนี้ประชาชนจะได้รับการคุ้มครองสิทธิตามการบริการสุขภาพพื้นฐานสำคัญของชุดสิทธิประโยชน์หลัก (core package) โดยได้รับการบริการที่มีคุณภาพจากสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานและ

ได้รับการรับรองคุณภาพ โดยสิทธิประโยชน์หลักในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545)ครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ต่อไป

1.ด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ

1.1 การตรวจรักษาโรคและการฟื้นฟูสุขภาพทั่วไป

1.1.1 การตรวจ วินิจฉัยโรค บำบัดและฟื้นฟูสุขภาพทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษา รวมแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ

1.1.2 การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง นับตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.1.3 บริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ

1.1.4 การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

1.1.5 ยาและเวชภัณฑ์ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

1.1.6 การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

1.2 การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง

การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ รวมทั้งอวัยวะเทียม และอุปกรณ์(ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย) ตามเงื่อนไขการจ่ายที่คณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

1.3 กรณีอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ

กรณีอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ สามารถใช้บริการที่สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการทุกแห่งที่ใกล้จุดเกิดเหตุทั่วประเทศโดยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมงแรกให้เบิกจากกองทุนประกันสุขภาพส่วนกลาง หลังจากนั้นหน่วยบริการคู่สัญญาจะรับผิดชอบตามเงื่อนไขที่กำหนด

1.4 บริการกลุ่มที่ปัจจุบันมีงบประมาณจัดสรรให้เป็นการเฉพาะ ได้แก่

1.4.1 โรคจิต กรณีที่ต้องรับการรักษาเป็นผู้ป่วยไม่เกินกว่า 15 วัน

1.4.2 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

1.4.3 ผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งสามารถใช้สิทธิตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

ชุดสิทธิประโยชน์นี้ ไม่ครอบคลุมบริการทางการแพทย์ต่อไป

- กลุ่มที่เกินกรอบความจำเป็นพื้นฐาน

ก) การรักษาภาวะมีบุตรยาก

ข) การผสมเทียม

ค) การเปลี่ยนเพศ

ง) การกระทำใดๆเพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

จ) การตรวจ วินิจฉัย และรักษาใดๆที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

- กลุ่มอื่นๆ

ก) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ในเกิน 180 วัน ยกเว้นหากมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อน หรือ ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ข) การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง

ค) การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต (peritoneal dialysis) การฟอกเลือด (hemodialysis) ด้วยเครื่องไตเทียม

ง) การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ (Organ transplant)

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน-ควบคุมโรค คลอบคลุมบริการดังต่อไปนี้

2.1 ให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง

2.2 การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

2.3 การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ

2.4 การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง (ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทยจัดทำโดยแพทยสภา 2543 ซึ่งแนะนำโดยราชวิทยาลัยต่างๆ)

2.5 การให้ยาต้านไวรัสเอดส์กรณีเพื่อการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก และการใช้ในผู้ติดเชื้อตามแนวทางที่คณะกรรมการกำหนด

2.6 การวางแผนครอบครัว

2.7 การเยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2.8 การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว

2.9 การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

2.10 การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่

- การตรวจสุขภาพช่องปาก

- การแนะนำด้านทันตสุขภาพ
- การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ
- การเคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)

การบริการระดับปฐมภูมิเป็นประเด็นที่ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่าเป็นเงื่อนไขที่ดีที่สุดที่จะทำให้เกิดการผสมผสานของบริการสุขภาพด้านต่างๆ ทั้งบริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมโรค โดยการกำหนดให้สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิมิบทบาทให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในความรับผิดชอบที่แน่นอนจำนวนหนึ่ง แต่รูปแบบสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิในบริบทสังคมไทยควรเป็นอย่างไร ควรแตกต่างกันไปตามพื้นที่หรือไม่ ใครบ้างควรเป็นผู้ให้บริการ ยังเป็นประเด็นที่มีความเห็นต่างกันอยู่ค่อนข้างมาก (อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2544)

แต่อย่างไรก็ตามรูปแบบบริการระดับปฐมภูมิที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่ได้คุณภาพตามที่คาดหวัง ที่ผ่านมาการจัดบริการปฐมภูมิในประเทศไทยมีความชัดเจนในส่วนที่เป็นกิจกรรมบริการ แต่คนส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจในหลักการและแนวคิดที่สำคัญเกี่ยวกับการจัดบริการปฐมภูมิ เป็นผลให้บทบาทของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิมุ่งเน้นไปที่บทบาทในการคัดกรองโรคมากกว่า บทบาทการให้การดูแลสุขภาพอย่างผสมผสานและบูรณาการ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ เป็นบริการที่ไม่เน้นความต่อเนื่อง (สุณี วงศ์ดาเทพ, และคณะ, 2543) นอกจากนี้พบว่ายังขาดความเข้าใจในระบบบริการในชุมชนที่มีครอบครัวเป็นเป้าหมาย การขาดประสบการณ์ของผู้ให้บริการ ข้อจำกัดทางทรัพยากรสนับสนุน และความสามารถดำเนินการให้ตรงกับความต้องการของประชากรในพื้นที่ได้ ยิ่งไปกว่านั้นยังไม่มีรูปแบบบริการการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคที่ชัดเจน รวมทั้งกระบวนการบริการและจัดการในเชิงรุกที่มุ่งการเข้าถึงครอบครัวและบุคคล ซึ่งนอกจากจะทำให้งบประมาณที่กำหนดไว้ดังกล่าวมีความคลาดเคลื่อนได้สูงแล้ว ยังเป็นผลให้ผู้ให้บริการไม่พร้อมและไม่มั่นใจที่จะดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ผลต่อเนื่องจากความไม่พร้อมในการดำเนินการสามารถส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพคนไทยในระยะยาวได้

ระบบบริการปฐมภูมิ

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care) ตามประกาศของอัลมา อตา ปี ค.ศ. 1978 กำหนดว่าหมายถึง บริการระดับแรกที่บุคคลแต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบ

บริการสาธารณสุขของประเทศ เป็นส่วนที่นำเอาบริการดูแลสุขภาพเข้ามาใกล้ชิดกับสถานที่พักอาศัย และสถานที่ทำงานของประชาชนมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้

ระบบบริการปฐมภูมิ (สมชาติ ไตรรักษา, 2544) หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ที่ประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยาและสังคมศาสตร์ในลักษณะที่ผสมผสาน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่องด้วยแนวคิดแบบองค์รวม ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งทำหน้าที่ประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อแก้ปัญหา และพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ระบบบริการปฐมภูมิที่ดี หมายถึง บริการที่ตั้งอยู่ในท้องถิ่น เข้าถึงได้ เป็นการดูแลที่ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากกว่าโรค เป็นบริการที่ผสมผสานบริการประเภทต่างๆ ที่จำเป็นให้บริการต่อเนื่อง เป็นลักษณะของการดูแล (Care) มากกว่าการรักษาโรคให้หาย (Cure)

สมชาติ ไตรรักษา (2544) ได้กล่าวถึงลักษณะสำคัญของกระบวนการบริการที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่ดีมีดังนี้

1. เป็นการบริดด้านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก (Front line care) ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มโรค เป็นที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน ก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางอื่นๆ
2. เป็นบริการที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (Ongoing / longitudinal care) ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึงขณะป่วยและการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่เกิดจนตาย รวมทั้งหมายถึงการมีความเข้าใจกันรู้จักกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ/ประชาชนอย่างต่อเนื่อง
3. เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คำนึงถึงปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง (Comprehensive care) ให้บริการที่ผสมผสานทุกด้านตามความจำเป็นของผู้รับบริการ ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค
4. เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ส่งต่อและประสานเชื่อมต่อบริการอื่นๆ (Coordinated care) ทั้งด้านการแพทย์ ด้านสังคม เมื่อจำเป็นรวมทั้งการศึกษาเชื่อมต่อข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน

นอกจากนี้สมชาติ ไตรรักษา ยังได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่ดีสรุปได้ดังนี้

1. เป็นที่ปรึกษาและช่วยสร้างความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพให้ประชาชนอย่างผสมผสาน หากไม่จำเป็นต้องใช้ยาในขอบเขตที่หน่วยบริการดูแลได้ ก็ทำหน้าที่ให้บริการอย่าง

ผสมผสาน ถ้าดูแลตนเองไม่ได้หรือไม่ครอบคลุม ก็ทำหน้าที่ส่งต่อ หรือประสานกับผู้เกี่ยวข้องในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. ให้การบริการดูแลรักษาพยาบาลทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างผสมผสาน เป็นเบื้องต้น รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพตามความจำเป็น

3. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและด้านสังคมในระดับเบื้องต้นและส่งต่อในกรณีที่มีปัญหามากหรือมีปัญหาเฉพาะ

4. ให้บริการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเฝ้าระวังและการควบคุมโรค ในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบ พร้อมกับสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ รวมทั้งการรายงานโรค หรือปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามกฎหมายด้านสาธารณสุข

5. ให้การดูแลบริบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องเพราะหน่วยบริการนี้อยู่ใกล้ชิดใกล้บ้าน ไปใช้บริการได้สะดวก รวมทั้งมีพื้นความเข้าใจสภาพพื้นฐานของชุมชน จึงน่าจะให้บริการที่สามารถประยุกต์ ปรับวิธีการดูแลให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่และการใช้ชีวิตจริงที่บ้านได้อย่างสอดคล้อง และปฏิบัติได้จริงอย่างต่อเนื่อง

6. ให้การดำเนินงานที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งครอบคลุมทั้งเรื่องยา อาหารและการบริการทางการแพทย์ที่ปลอดภัยมีคุณภาพและได้มาตรฐาน

7. รับผิดชอบและร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการวางแผน แก้ปัญหา พัฒนาสุขภาพของชุมชนโดยร่วมมือกับประชาชน องค์กรชุมชน องค์กรท้องถิ่น และองค์กรอื่นๆ ในพื้นที่รับผิดชอบ

8. ประสานบริการกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน รวมทั้งการส่งต่อไปรับบริการที่หน่วยอื่นในระยะเวลาและสถานการณ์ที่เหมาะสม

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, และทัศนีย์ สุรกิจโกศล (2542) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเงื่อนไขที่จำเป็นและเงื่อนไขที่ส่งเสริมและสนับสนุนต่อการจัดองค์กรให้เกิดบริการระดับปฐมภูมิที่ดีไว้ดังนี้

เงื่อนไขจำเป็น

1. มีการกำหนดขอบเขตของกลุ่มประชากรที่หน่วยบริการนี้รับผิดชอบอย่างชัดเจน พร้อมทั้งทำให้ทั้งบุคคลที่ให้บริการและประชาชนกลุ่มนั้นร่วมรับรู้ และมีความรับผิดชอบร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อให้สามารถประเมิน วางแผนงาน และการจัดบริการเชิงรุกและดูแลต่อเนื่องได้อย่างชัดเจน

2. ควรเป็นหน่วยบริการขนาดเล็ก หรือขนาดกลางที่กระจายในพื้นที่อย่างทั่วถึง ที่สร้างความเชื่อมั่นกันเอง และความใกล้ชิดกับประชาชนได้ง่าย ครอบคลุมการดูแลประชาชนที่ไม่มากเกินไป เพื่อให้สามารถดูแลครอบครัวและชุมชนได้อย่างทั่วถึง

3. บุคลากรที่ให้บริการมีทัศนคติที่ดี และมีความรู้ความสามารถในการประเมินสุขภาพที่เป็นระยะที่ยังไม่แสดงอาการที่ชัดเจนได้ดี สามารถประเมินสภาพชุมชนและความต้องการของชุมชนและความต้องการของชุมชนและบุคคลในมิติต่างๆ ได้อย่างรอบด้าน มีความเข้าใจในกลวิธีการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และสามารถประยุกต์วิธีการได้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนได้ดี

4. มีการจัดระบบบริการที่ผสมผสานทั้งงานด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ วิธีการจัดบริการสามารถยืดหยุ่น และเชื่อมโยงตามสภาพความต้องการของผู้รับบริการได้ง่าย

5. มีการปฏิสัมพันธ์กับชุมชนอย่างเป็นธรรมชาติกับชุมชนอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง

6. มีระบบรับผิดชอบติดตามผู้รับบริการ หรือประชาชนในเขตรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง หากขาดนัดหรือมีปัญหาการรับบริการ ผู้ให้บริการสามารถรับรู้และมีการติดตามดูแลได้อย่างเหมาะสม

เงื่อนไขส่งเสริมและสนับสนุน

ส่วนที่เป็นการพัฒนาภายในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยตรง ได้แก่ สถานที่ตั้งของสถานพยาบาลควรตั้งอยู่ในชุมชน สะดวกต่อการมารับบริการ มีระบบข้อมูลข่าวสารที่ผสมผสาน มีการจัดการเงินที่ส่งเสริมการมารับบริการด้านแรกก่อน มีการเชื่อมโยงกับบริการทุติยภูมิและมีการจัดสถานที่บรรยากาศการให้บริการที่สร้างความเป็นกันเอง

ส่วนที่เป็นระบบสนับสนุนจากภายนอก ได้แก่ ระบบบริหารจัดการที่คล่องตัว ทีมให้บริการมีอำนาจจัดการและตัดสินใจในการปรับบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนได้ การสนับสนุนงบประมาณ และการพัฒนาบุคลากรในด้านความคิด ความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง การเชื่อมต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลกับโรงพยาบาล การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาความรู้ ความเข้าใจในการจัดบริการให้กับประชาชนอย่างสอดคล้อง ยุติธรรมและมีประสิทธิภาพ

มาตรฐานขั้นต่ำในการรับสัญญาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ

1. ด้านที่ตั้งและประชากร

1.1 ประชากรรับผิดชอบไม่ควรเกิน 10,000 คนต่อหนึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.2 สถานที่ตั้งของหน่วยต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวก ภายใน 30 นาที โดยรถยนต์

2. ด้านขีดความสามารถ

2.1 มีการให้บริการที่ผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ

2.2 มีบริการด้านยา ตั้งแต่การจ่ายยา การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยา

2.3 มีการตรวจชั้นสูตรพื้นฐาน ที่การทำเองได้และมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยอื่นที่ให้บริการได้อย่างรวดเร็ว คล่องตัว (ตามเกณฑ์มาตรฐาน)

2.4 มีระยะเวลาให้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (เช่น 10 ชั่วโมงต่อวันในวันธรรมดา 3 ชั่วโมงต่อวันในวันหยุด)

3. ด้านบุคลากร ต้องมีบุคลากรให้บริการทั้งส่วนที่เป็นแพทย์ และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความ สามารถตามเกณฑ์มาตรฐาน

3.1 มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐานเป็นทีม ให้บริการที่ต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1 : 1,250 คน โดยที่พยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 คน ต่อประชากร 5,000 คน (อัตราส่วนนี้เป็นเฉพาะระยะแรก ในอนาคตควรพัฒนาให้มีบุคลากรในอัตราส่วน 1 : ประชากร 900 คน) และบุคลากรต้องทำงานประจำอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยร้อยละ 75

3.2 ในระยะแรกให้มีแพทย์ในเครือข่ายร่วมให้บริการต่อเนื่องเต็มเวลา ในอัตราส่วนอย่างน้อย 1 คน ต่อประชากร 10,000 คน ในอนาคตควรพัฒนาให้มีแพทย์มากขึ้นในอัตราส่วนแพทย์ ต่อประชากร 1 : 3,000

3.3 ในพื้นที่ที่มีแพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีความรู้ ความสามารถเหมาะสม ตามเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มเติมจากข้อ 3.1 รวมเป็นอัตราส่วนอย่างน้อย 1 : 1,000 ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของแพทย์ที่ดูแลประชากร รวมทั้งหมดไม่เกิน 1 : 20,000

3.4 มีทันตแพทย์ในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1 : 20,000 ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้มีทันตภิบาลในอัตราส่วนอย่างน้อย 1 : 20,000 ภายใต้การดูแลของทันตแพทย์

4. ด้านการจัดการ

4.1 ให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการเช่นระบบการติดตาม จัดระบบข้อมูล

4.2 ให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว เช่นประชาชนได้รับการภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากมาถึงสถานพยาบาล

4.3 ให้มีข้อมูลเพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพและสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

4.4 ให้มีระบบการกำกับ และพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ

4.5 มีการจัดการด้านยา ตามเกณฑ์มาตรฐาน

5. ด้านอุปกรณ์ อาคารและสถานที่

5.1 มีอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและการฟื้นฟูสภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีระบบที่ป้องกันการติดเชื้อ (Sterile system)

5.2 มีการจัดการให้มียานพาหนะ เพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

5.3 มีอาคารให้บริการที่สะดวก สะอาดปลอดภัย และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียงตามเกณฑ์

6. มีระบบการเชื่อมต่อ และส่งต่อกับโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่สนับสนุนการบริการและด้านวิชาการได้อย่างต่อเนื่อง

ประเภทของบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิต้องมี (สมชาติ ไตรรักษา, 2540) ได้แก่

1. ด้านการรักษาพยาบาล คือ

- ปัญหาสุขภาพทั่วไป และปัญหาสุขภาพเฉียบพลันที่พบบ่อย
- ปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบบ่อย
- ระบบการคัดกรองโรคเรื้อรัง หรือโรคที่รุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม
- การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- การบริการเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือประสบอุบัติเหตุรุนแรง ก่อนการส่งต่อ
- การผ่าตัดเล็ก
- บริการตรวจชั้นสูตรพื้นฐาน (ทำเองหรือส่งต่อ)
- บริการทันตกรรม ได้แก่ อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟันกรณีปกติ

2. การส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ได้แก่

- บริการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงหลังคลอด (สำหรับบริการคลอดให้พิจารณาตามสภาพพื้นที่)
- บริการดูแลเด็กทั้งด้านพัฒนาการเด็ก การให้วัคซีนป้องกันโรค
- บริการดูแลเด็กวัยเรียน
- บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนทั่วไปและประชาชนเฉพาะกลุ่ม เช่น ตามอาชีพเสี่ยง ฯลฯ
- บริการดูแลผู้สูงอายุ
- การบริการที่บ้าน เยี่ยมกลุ่มเป้าหมาย

- บริการส่งเสริมและป้องกันด้านทันตสุขภาพ ได้แก่ การตรวจและให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก การให้ฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง การเคลือบหลุมร่องฟัน
- บริการให้ความรู้ด้านสุขภาพ แก่ผู้รับบริการในระดับบุคคล ครอบครัว
- บริการให้คำปรึกษา
- บริการค้นหาโรคที่ร้ายแรงหรือโรคที่เรื้อรัง (Screening) เพื่อการป้องกันล่วงหน้า

3. การฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจทั้งการดูแลให้คงสภาพอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

- เป็นส่วนที่เริ่มค้นหาปัญหาความต้องการจากประชาชน แล้วให้การดูแลขั้นต้นก่อนส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญในการวางแผนการฟื้นฟูที่ครบถ้วน
- สามารถส่งต่อเพื่อการรักษาหรือฟื้นฟู
- ดูแลต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการวางแผนการดูแลจากโรงพยาบาลแล้ว

4. การควบคุม/ป้องกันโรค ได้แก่ การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค การค้นหา/เฝ้าระวัง/รายงานผู้ป่วยโรคติดต่อ ตามพระราชบัญญัติสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

5. สนับสนุนการพึ่งตนเอง ได้แก่

- ให้ความรู้และสร้างความมั่นใจในการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
- ให้ความรู้และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตน เพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงในการดำรงชีวิต
- ประเมินสภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยร่วมมือกันเป็นเครือข่าย เพื่อทราบว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไร มีปัจจัยเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพต่างๆอย่างไร
- ร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการวางแผนและดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

6. การบริการด้านยา ตั้งแต่การจัดหายา การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยา

การประเมินผลสัมฤทธิ์และผลกระทบของบริการระดับปฐมภูมิ

การประเมินผลสัมฤทธิ์และผลกระทบของโครงการ โดยทั่วไปแล้วมักเป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจเพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงในเชิงผลสำเร็จของโครงการในการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ครอบคลุมกว้างขวาง โดยเฉพาะกลุ่มด้อยโอกาส (Marginal population) ควรได้รับการส่งเสริมให้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น ตลอดจนการ

เปลี่ยนแปลงรายจ่ายสุขภาพของประชากรไทย คำถามการประเมินผลที่ต้องตอบ (สมชาติ โตรักษา, 2544) ได้แก่

1. การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มยากไร้ เปลี่ยนไปจากก่อนดำเนินโครงการเพียงไร และเป็นผลมาจากโครงการหรือไม่ ยังมีกลุ่มใดที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการลักษณะหนึ่งลักษณะใดหรือไม่ หากมี จะต้องปรับแก้อย่างไร

สำหรับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่างๆ ต้องพิจารณาตามความต้องการบริการด้านสุขภาพที่สำคัญซึ่งสามารถแยกตามกลุ่มอายุ (อารี วัลยะเสวี, 2544) ได้ดังนี้

กลุ่มวัยทารก มีการให้คำปรึกษาก่อนแต่งงาน การให้บริการก่อนและหลังการคลอด การคลอดที่ปลอดภัย การให้วัคซีนพื้นฐานแก่เด็กทุกคน การให้คำแนะนำเรื่องอาหาร การเลี้ยงดู และพัฒนาการของเด็ก การวินิจฉัยและดูแลโรคอย่างง่าย โดยครอบครัว บริการรักษาพยาบาลเด็กที่เจ็บป่วยใกล้บ้านและระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มวัยรุ่น การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และการวางแผนครอบครัว การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา บริการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลเบื้องต้นใน โรงเรียน บริการตรวจรักษาพยาบาลใกล้บ้านและระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ บริการสำหรับเด็กและ ครอบครัวที่มีปัญหาความรุนแรงการใช้สารเสพติด

กลุ่มวัยแรงงาน การรณรงค์เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การจรรยา และอุบัติเหตุจากการทำงานการให้บริการก่อนถึงสถานพยาบาล (Pre-hospital care) บริการสำหรับผู้ป่วยและผู้พิการจากอุบัติเหตุ บริการก่อนและหลังการคลอด การตรวจคัดกรองมะเร็งในระยะเริ่มต้น การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสม บริการสำหรับผู้ติดยาเสพติด บริการตรวจรักษาพยาบาลใกล้บ้านหรือสถานที่ทำงานและระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการกินอาหารที่มีประโยชน์ และการออกกำลังกาย การตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและมะเร็งในระยะเริ่มต้น บริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การช่วยเหลือทางด้านสังคมแก่ผู้สูงอายุ

2. การให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนมีค่าใช้จ่ายเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร คุณภาพบริการที่จัดให้แก่ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีแนวโน้มดีขึ้นหรือไม่

3. วิเคราะห์และประเมินการเปลี่ยนแปลงรายจ่ายสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจกับผลกระทบในการไหลเวียนของรายจ่ายเพื่อสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4. ประเมินผลกระทบของนโยบายต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยใช้กระบวนการวิจัยในระยะยาว

นอกจากนี้การประเมินผลความสำเร็จของบริการระดับปฐมภูมิ สามารถพิจารณาตามปัจจัยกำหนดความต้องการด้านสุขภาพในอนาคต ซึ่งอาจประกอบด้วย

1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด
2. อัตราตายของทารกและอัตราตายของมารดา
3. ความสูญเสียทางสุขภาพเนื่องจากโรคภัยต่างๆ จากโรคติดต่อ ปัญหาทุโภชนาการ อนามัยสิ่งแวดล้อมและน้ำสะอาด อุบัติเหตุ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีเพศสัมพันธ์อย่างไม่ปลอดภัย และโรคจากการทำงาน
4. โรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง ปัญหาด้านสุขภาพจิต
5. ผลสำเร็จของการวางแผนครอบครัว

ในส่วนของการดำเนินงานอาจใช้ ดัชนีชี้วัดผลการดำเนินงาน ซึ่งหมายถึง สิ่งที่ใช้วัดและบ่งบอกว่าผลการดำเนินงานของงานใดงานหนึ่งมีคุณค่าและความสำเร็จมากน้อยเพียงใด

ดัชนีชี้วัดผลการดำเนินงานกลาง (General indicators) คือ ดัชนีชี้วัดผลการดำเนินงานซึ่งสามารถใช้ได้กับทุกงาน/หน่วยงาน มี 4 ด้าน (สมชาติ ไตรรักษา, 2544 : 213-215) คือ

ด้านที่ 1 ดัชนีชี้วัดด้านผลงาน (Performance Indicators) จะวัดที่**เนื้องาน**ที่ได้จากการดำเนินงาน แบ่งเป็น ปริมาณงาน และคุณภาพงาน

ด้านที่ 2 ดัชนีชี้วัดด้านเวลาในการดำเนินงาน (Time Indicators) จะวัดที่**เวลา**ที่ใช้ในการดำเนินงาน แบ่งเป็น ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และความทันเวลาในการปฏิบัติงาน

ด้านที่ 3 ดัชนีชี้วัดด้านความพึงพอใจ (Satisfaction Indicators) จะวัดที่**ความรู้สึ**กของ**ผู้ที่เกี่ยวข้อง**กับการดำเนินงาน แบ่งเป็น ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน ความพึงพอใจของผู้บริหาร/เจ้าของกิจการ และความพึงพอใจของสังคม/ชุมชน โดยจำแนกความพึงพอใจเป็นระดับความพึงพอใจ และอัตราความพึงพอใจ

ด้านที่ 4 ดัชนีชี้วัดด้านเศรษฐศาสตร์ (Economics Indicators) หรือความคุ้มค่า จะวัดที่**มูลค่า**ของสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน แบ่งเป็น ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ต้นทุนต่อหน่วย ผลตอบแทน ผลกำไร การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ และความคุ้มค่าของการดำเนินงาน

นอกจากนี้การประเมินผลลัพธ์ (Final outcomes) สิ่งสมควรประเมินคงต้องพิจารณาจากสิ่งที่กำหนดจัดให้มีบริการที่เรียกว่า “ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ได้แก่

1. ด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ สิ่งที่ควรประเมินคือ ขาดสิทธิประโยชน์ ครอบคลุมบริการทางการแพทย์ ในการตรวจรักษาโรคทั่วไป การรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง และการรักษากรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน แต่ไม่ครอบคลุมกลุ่มที่มีงบประมาณเฉพาะอยู่แล้ว เช่น การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด กลุ่มที่เกินกรอบความจำเป็นพื้นฐาน

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน/ควบคุมโรค สิ่งที่เหมาะสม การตรวจและดูแล ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ดูแลสุขภาพเด็ก การให้ภูมิคุ้มกัน พัฒนาการและโภชนาการ การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง (ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย ที่จัดทำโดยแพทยสภา 2543) การวางแผนครอบครัว การเยี่ยมและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการทั้งระดับบุคคลและครอบครัว การให้คำปรึกษานับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมและป้องกันโรคด้านทันตสาธารณสุข (สมชาติ ไตรรักษา, 2544)

ความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการปฐมภูมิ

ดัชนีกลางที่นิยมใช้คือ ความพึงพอใจ (Satisfaction indicators) เป็นดัชนีที่ใช้ชี้วัดผลการดำเนินงานในด้านความรู้สึกของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน โดยเฉพาะความพึงพอใจของผู้รับบริการ ประกอบด้วย ระดับความพึงพอใจ และอัตราความพึงพอใจ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) ได้ให้ความหมายคำว่า “พอใจ” หมายถึง สมใจ ชอบ เหมาะ

ปรุง โกมารทัต และคณะ (2536) ได้สรุปความหมายของความพึงพอใจว่า คือ สภาพความรู้สึกของบุคคลที่แสดงออกเป็นความชอบ พอใจ เมื่อบุคคลนั้นได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งร่างกายและจิตใจ จะช่วยลดความตึงเครียดของบุคคลนั้นให้ลดน้อยลงได้

โดยสรุปแล้ว ความพึงพอใจ หมายถึง การรับรู้ด้วยจิตใจว่าบุคคลมีความรู้สึกที่ดีหรือมีความสุข เพราะความต้องการได้รับการตอบสนอง โดยอาศัยการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างความต้องการและการตอบสนองความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ศุภชัย และคณะ (2532) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการด้านรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่ำในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นเครื่องแสดงว่าโรงพยาบาลควรปรับปรุง ได้แก่ ความพร้อมในการให้บริการ การจัดระบบให้บริการ ความเป็นกันเองและการพูดจาของเจ้าหน้าที่ ความเอาใจใส่จากแพทย์ ความพร้อมและประสิทธิภาพการใช้อุปกรณ์การรักษาพยาบาล ความสามารถในการติดต่อประสานงานของเจ้าหน้าที่ ระบบในการประสานงาน ความสามารถของแพทย์และพยาบาลในการที่จะติดต่อเพื่อ

รักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกด้านความสามารถของแพทย์ คุณภาพของยา ประสิทธิภาพของอุปกรณ์ ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ในการให้คำแนะนำต่างๆ และข้อมูลที่จะได้รับจากแพทย์และพยาบาล

ทาดา เจริญกุล, ดวงพร สีจร และณัฐกิจ จันทวงศาทร (2533) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านรักษาพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่วัดความพึงพอใจใน 6 ด้านคือ ด้านความสะอาด ด้านมนุษยสัมพันธ์ ด้านอุปกรณ์การรักษา ด้านคุณภาพการพยาบาล ด้านการประสานงาน และด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับปานกลางทุกรายด้าน โดยเรียงลำดับดังนี้ ด้านอุปกรณ์การรักษา ด้านความสะอาด ด้านการประสานงาน ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ ด้านคุณภาพการพยาบาลและด้านมนุษยสัมพันธ์

รสสุคนธ์ ศรีสนิท และคณะ (2534) ได้ทำการศึกษาปัจจัยบางประการที่มีความเกี่ยวข้องกับทัศนคติของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม จำนวน 300 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยบางประการ และแบบวัดทัศนคติ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โดยภาพรวมมีทัศนคติอยู่ในเกณฑ์ดี ปัจจัยด้านระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน เพศ ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เคยรับบริการจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร มีผลต่อทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบริการการพยาบาล

ธานี กลิ่นขจร และเกียรติ นันท์ วาณิชย์ศุภวงศ์ (2534) ได้ทำการวิจัย เรื่องความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการสุขภาพของสถานีนามัย จังหวัดปัตตานี ปี พ.ศ. 2534 โดยการศึกษาสัมภาษณ์ความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการสุขภาพของสถานีนามัย ในเรื่องความสะอาดในการให้บริการ ความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และความพอใจสถานีนามัยทุกๆ ไป ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนมีความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพของสถานีนามัย โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ประชาชนมีความพอใจสถานีนามัยทุกๆ ไป ในระดับสูงสุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39) รองลงมาเป็นความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและความสะอาดในการให้บริการ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 และ 3.24 ตามลำดับ) ส่วนความพึงพอใจอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับสูง ลำดับสุดท้ายค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20

ปริญ โภมารทัต และคณะ (2536) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อพยาบาลของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งสำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกองงานวิทยาลัยพยาบาลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อความสามารถในการพยาบาลและบุคลิกภาพของพยาบาล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพกับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อความสามารถในการพยาบาล และบุคลิกภาพของพยาบาล ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยในของพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 5 แห่ง ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้รับบริการ เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อความสามารถในการพยาบาลของพยาบาล และเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อบุคลิกภาพของพยาบาล ผลการวิจัยสรุปได้ว่า

1. ผู้รับบริการจำนวนส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นต่อความสามารถในการพยาบาลของพยาบาลในแต่ละข้อที่เป็นพฤติกรรมทางบวก มีจำนวนมากตั้งแต่ร้อยละ 76.14 – 100.00 ยกเว้นด้านการสอนและแนะนำผู้รับบริการ มีผู้รับบริการแสดงความคิดเห็นในข้อนี้ที่เป็นพฤติกรรมทางบวก จำนวนน้อยที่สุด เพียงร้อยละ 31.82 ส่วนความคิดเห็นต่อบุคลิกภาพของพยาบาลในแต่ละข้อที่เป็นพฤติกรรมทางบวก มีจำนวนมากเช่นเดียวกัน โดยมีจำนวนตั้งแต่ร้อยละ 87.50 – 100.00

2. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อความสามารถในการพยาบาล และบุคลิกภาพของพยาบาลทั้งโดยส่วนรวมและรายด้านในระดับพึงพอใจมาก

3. ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพการสมรส และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อความสามารถในการพยาบาลและบุคลิกภาพของพยาบาล ยกเว้นระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อความสามารถในการพยาบาล แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อบุคลิกภาพของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เพลินพิศ จารุพงศ์ (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยในที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี โดยการวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อการบริการในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจดังกล่าว โดยมุ่งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ที่อยู่ อาศัย การศึกษา ศาสนา รายได้ จำนวนครั้งที่มารับบริการ แผนกที่มาใช้บริการ ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 286 คน ซึ่งสุ่มจากผู้ป่วยในที่มา

รับบริการในช่วงเดือนพฤษภาคม 2538 และใช้วิธีสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ ได้ผลการวิจัยดังนี้

1. ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 70 มีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ ต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ ต่อความสะดวก ต่อความมีมนุษยสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ ต่ออุปกรณ์การรักษา

2. ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อโรงพยาบาล และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ส่วนเพศ อายุ ภูมิฐานะ การนับถือศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ การเคยมารับบริการ จำนวนครั้งที่มารับบริการ แผนกที่มารับบริการ การมีความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อโรงพยาบาล สถานภาพสมรส และการมารับบริการที่แผนกศัลยกรรมทั่วไป มีความสัมพันธ์รวมกับความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.001 โดยพยากรณ์ความพึงพอใจได้ร้อยละ 67

นอกจากนี้สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจความคิดเห็นของบุคคลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วทั้งประเทศจำนวน 62,080 คน วันที่ 15- 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2545 เกี่ยวกับความพอใจต่อสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทองเมื่อไปใช้บริการ พบว่า ร้อยละ 83.8 มีความพอใจต่อบริการที่ได้รับ มีเพียงร้อยละ 16.2 ที่ตอบว่าไม่พอใจ ซึ่งผู้ที่ไม่พอใจต่อบริการนั้นส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการต้องรอคิวนานร้อยละ 31.7 การได้รับบริการที่ไม่ดีร้อยละ 29.0 การได้รับยาไม่ดีร้อยละ 22.7 ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 9.0 เครื่องมือไม่ทันสมัยร้อยละ 2.6 และอื่นๆอีกร้อยละ 5.0 และสำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อใช้บัตรทองพบว่าร้อยละ 76.9 ไม่ประสบปัญหา แต่ร้อยละ 23.1 ประสบปัญหา ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ที่พบคือ การรอคิวในการรักษานานร้อยละ 66.9 ไม่สามารถใช้บริการได้เมื่ออยู่นอกเวลาทำการร้อยละ 15.7 สถานพยาบาลปฐมภูมิไม่ ส่งต่อคนไข้ต่อร้อยละ 4.6 สถานพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิไม่รับคนไข้จากสถานพยาบาล ปฐมภูมิ ร้อยละ 1.8 และอื่นๆ อีกร้อยละ 11.0

ทั้งนี้มีข้อสังเกตเพิ่มเติมจากข้อมูลที่สำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจได้ครั้งนี้ว่าผู้ไปใช้บริการบัตรทองส่วนมากจะมีความพอใจต่อสถานพยาบาลที่ไปรับบริการ โดยเฉพาะผู้อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ คือ น้อยกว่า 3,001 บาท (ร้อยละ 87.4) และอัตราร้อยละของผู้ใช้บริการที่มีความพอใจในสถานพยาบาลจะลดต่ำลงเมื่อรายได้ของครัวเรือนเพิ่มขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545: 8) เมื่อสอบถามความคิดเห็นของการได้รับบริการด้านต่างๆ เมื่อใช้บัตรทองกับการได้รับบริการในอดีตพบว่าส่วนมากตอบว่าเหมือนเดิมทั้งการตรวจรักษาของแพทย์ การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ คุณภาพยา และการให้บริการทั่วไป เช่นการรอรับยา การให้บริการของพยาบาล เป็นต้น เมื่อ

เปรียบเทียบการให้บริการระหว่างภาคต่างๆของประเทศ พบว่าส่วนใหญ่หรือเกินกว่าร้อยละ 60 เห็นว่าการได้รับการเหมือนเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับบริการในอดีต ยกเว้นกรุงเทพมหานครที่พบว่า มีเพียงร้อยละ 43.9 เท่านั้นที่เห็นว่า คุณภาพเหมือนเดิม ส่วนอีกร้อยละ 29.5 มีความเห็นว่า คุณภาพแย่กว่าเดิม เช่นเดียวกับด้านการให้บริการทั่วไปของสถานพยาบาล ร้อยละ 48.5 เห็นว่าเหมือนเดิม และมีร้อยละ 32.1 เห็นว่าการบริการแย่ลง

ความคาดหวังของประชาชนต่อบริการปฐมภูมิ

ความหมายและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมินั้นอาจพิจารณาได้อีกลักษณะคือการพิจารณาจากมุมมองของผู้ใช้บริการที่ต้องการอะไรจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งจากการศึกษาวิจัยมีข้อมูลที่เป็นข้อสรุป (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2542)ดังนี้

1. ความต้องการของกลุ่มนักวิชาการที่มีความรู้

- 1.1 บริการปฐมภูมิควรตอบสนองต่อการแก้ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
- 1.2 ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะวิกฤติทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านอุบัติเหตุ
- 1.3 ให้คำปรึกษาเมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วย และรู้ว่าจะส่งต่อเมื่อไร
- 1.4 สามารถโทรศัพท์เพื่อสอบถาม หรือปรึกษาเพื่อยืนยันการดูแลสุขภาพขั้นต้นด้วยตนเองก่อนมาพบแพทย์
- 1.5 ให้คำปรึกษา ทำความเข้าใจกับภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้น และแผนการรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นได้
- 1.6 ตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับข่าวสาร เทคโนโลยีทางสุขภาพใหม่ และการโฆษณา เช่น การให้นมผสมแคลเซียม วิตามินอี และการออกกำลังกายประเภทต่างๆ และวางแผนตามความจำเป็น

2. ความต้องการของประชาชนทั่วไปในชุมชนต่อลักษณะบริการสุขภาพ (ได้จากการสอบถามประชาชนในชุมชน) คือ

- 2.1 บริการเร็ว สะดวก ใจ
- 2.2 บริการดี พุดเพราะ พุดดี ต้อนรับดี
- 2.3 เอาใจใส่ กระจ่างใส
- 2.4 ราคาถูก ไม่แพง เป็นธรรม รักษาดี รักษาหาย

ในขณะเดียวกันจากการสัมภาษณ์และการสังเกตผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐพบว่า ประชาชนคาดหวังบริการที่รวดเร็ว สะดวกเป็นอันดับแรก ประเด็นที่รองลงมาคือ ต้องการรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร ต้องดูแลตนเองอย่างไร และจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองต่อไปบ้างเมื่อป่วยเป็นโรคแล้ว

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการตัดสินใจระดับของภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะจำแนกความตั้งใจที่จะเริ่มปฏิบัติ และดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีบทบาทสำคัญต่อความถี่และความจริงจังของ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987) โดยบุคคลที่รับรู้ว่า ตนเองมีสุขภาพดีก็จะมี ความโน้มเอียงที่จะกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพบ่อยกว่าเดิมจริงจังกว่าบุคคลที่รับรู้สุขภาพของคนไม่ดี

การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนนั้น จะดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของ ภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยเช่นกัน แต่การรับรู้ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือ บางคนอาจมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อยและไม่เป็น อุปสรรคในการดำเนินชีวิตของเขา ดังนั้น การรับรู้ของบุคคลเหล่านี้จึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นใน กระบวนการพัฒนาการและความเจริญเติบโตของมนุษย์ ในขณะที่บางคนรู้สึกถึงความเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ทำให้เขาเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ ตามมาคือ ความกลัว ความท้อแท้ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้สุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันจะมี อิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน

ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันไป ก็คือ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความหมายของภาวะสุขภาพดี ตามทัศนะของแต่ละ บุคคล การที่บุคคลรับรู้สุขภาพของตนดีนั้น ไม่ได้หมายความว่า ปราศจากโรค หรืออาการ เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเขา ดังนั้น แม้ขณะที่บุคคลมีความเจ็บป่วยเขาก็อาจประเมินภาวะสุขภาพของ เขาว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดีหากเขารับรู้เช่นนั้น ซึ่งความหมายของภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของคนส่วน ใหญ่ มักจะหมายถึง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง การเดินหรือ การเคลื่อนไหวของร่างกาย รวมทั้งการมีกิจกรรมร่วมกับสังคมของตน ดังการศึกษาของ คริสเตียน เซน (Christiansen, 1981, อ้างใน Pender, 1987)ในกลุ่มตัวอย่าง 378 คนพบว่าบุคคลที่มีการ รับรู้ภาวะสุขภาพดีจะมีความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ ภาวะสุขภาพไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ เพนเดอร์และเพนเดอร์ (Pender & Pender, 1987) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจในการควบคุมน้ำหนัก บุคคลที่รับรู้ว่ ตนเองมีสุขภาพดีจะมีความตั้งใจในการควบคุมน้ำหนักมากกว่าบุคคลที่รับรู้ตนเองพอใช้ หรือไม่ ดี และการศึกษาของ สปีค โควาท และเพลเลท (Speake, Cowart & Pallet, 1989) เกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับแบบแผนชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ ผู้ที่ประเมิน สุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับดีถึงดีมาก จะมีแบบแผนชีวิตด้านการรับประทานอาหาร การมี

สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการพัฒนาด้านจิตวิญญาณในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535) อรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539) วัลดา เล้ากอบกุล (2542) เซบาตีญ (Zabalegui, 1994) เดสมอนด์ และคณะ (Desmond and others, 1993) และนัยนา กาญจนพิบูลย์ (2001) เช่นกันการรับรู้ภาวะสุขภาพจึงเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่จะโน้มน้าวกระตุ้นให้บุคคลมีความรับผิดชอบ และเอาใจใส่ในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตน ดังนั้นการประเมินถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล ควรประเมินการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย พอสรุปรายละเอียดได้ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต (Prior health) เป็นการประเมินความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความเชื่อ เจตคติ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา เมื่อประมวลเข้ากับการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด วิตกกังวลมากจนส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันบิดเบือนไปจากความจริงได้ แต่ถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตทางบวกมีประสบการณ์เจ็บป่วยที่ดี เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์เจ็บป่วยในปัจจุบันก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความเครียดในระดับที่เหมาะสมและมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาในปัจจุบันได้ดี

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Current health) การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของตนจากแพทย์พยาบาลหรือบุคคลอื่น ๆ อาการทางร่างกายที่ปรากฏเป็นต้น ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมได้ ถ้าภาวะเจ็บป่วยของบุคคลนั้นส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมเพียงเล็กน้อย เช่น ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น หรือมีอาการแสดงของความเจ็บป่วยเกิดขึ้น แต่บุคคลนั้นก็ประเมินสุขภาพของเขาว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดีได้หากบุคคลมีการรับรู้เช่นนั้น แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับและการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจขัดกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตได้ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตนเอง

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต (Health outlook) บุคคลสามารถรับรู้ถึงภาวะสุขภาพในอนาคต จากการคาดเดาได้ด้วยตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบันและการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากผู้อื่น จะส่งผลถึงความหวัง หรือความหมดหวังของบุคคลนั้นได้ กล่าวคือ ถ้าบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุน การช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างจะทำให้มีความรู้สึก

ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอนาคตอย่างมีความหวัง มีกำลังใจและเกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อจะดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลนั้นขาดการสนับสนุนทางสังคม มีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เลวร้ายทั้งในอดีตและปัจจุบันก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกหมดหวัง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตทางลบ

4. การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Resistance – susceptibility to illness) เป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลว่าร่างกายสามารถต้านทานความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการเกิดโรคซ้ำได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และสามารถปรับเปลี่ยนได้ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การรักษา กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยไม่เชื่อการวินิจฉัยและแนวทางการรักษาของแพทย์ หรือขาดความเชื่อมั่นในแพทย์ หรือมีความเชื่อเจตคติเกี่ยวกับสุขภาพไม่ถูกต้อง จะทำให้ทหรคนะที่เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยผิดไป นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความคาดคะเนของบุคคลนั้นว่าตนเองอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วยหรือมีโอกาสที่จะเกิดการกลับซ้ำได้หรือไม่ด้วย ถ้าบุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์ เจ็บป่วยมาก่อน การคาดคะเนก็จะมีค่าถูกต้องสูง ซึ่งการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่ถูกต้องจะทำให้บุคคลนั้นมีความสนใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองดีตามมา

5. ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Health worry and concern) การที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วยว่าอาจทำให้เกิดอันตรายกับอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย หรือทำให้กระทบกระเทือนต่อฐานะและบทบาททางสังคมของตนเอง จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความกังวลวิตกกังวลได้ อาการวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มากเกินไปนี้ ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้

6. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Sickness-orientation) เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลว่าจะต้องประกอบด้วยภาวะสุขภาพที่ดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกันไป เป็นประสบการณ์ตลอดช่วงชีวิตมนุษย์ และการที่บุคคลยอมรับว่าตนเองมีความเจ็บป่วยและเรียนรู้ทำความเข้าใจถึงขั้นตอน การดำเนินโรค แนวโน้มการเกิดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จะทำให้บุคคลนั้นมีการเตรียมพร้อมในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาที่มีการแสวงหาความช่วยเหลือ การรักษาที่ถูกต้องการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการตัดสินใจระดับของภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะจำแนกความตั้งใจที่จะเริ่มปฏิบัติ และดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมมีบทบาทสำคัญต่อความถี่และความจริงจังของ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) จากกฎบัตรออตตาวา ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ องค์การอนามัยโลกและนักวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ สรุปได้ดังนี้

1. เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น

2. เป็นการให้อำนาจด้านสุขภาพกับประชาชน คือเป็นกระบวนการที่จะทำให้ประชาชนมีอำนาจมากขึ้นในการตัดสินใจ และดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง (พิสมัย จันทวิมล, 2541 : 10)

3. เป็นการจัดกิจกรรมที่มุ่งไปสู่ภาวะการเปลี่ยนแปลงทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจเพื่อบรรเทาผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของสาธารณชนและบุคคล

4. เป็นการจัดระบบเพื่อนำแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทั้งทางด้านการศึกษา สังคม สิ่งแวดล้อมมาใช้เพื่อเกื้อกูลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเพิ่มสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1996, อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ได้สรุปข้อแตกต่างระหว่างการส่งเสริมสุขภาพกับการป้องกันโรค ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพไม่ได้มีจุดเน้นที่โรค หรือปัญหาเฉพาะที่เกิดจากโรค เช่นเดียวกับการป้องกันโรค

2. การส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้เกิดสถานการณ์ที่ปรารถนา ส่วนการป้องกันโรค เป็นการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเพื่อไม่ให้เกิดสถานการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา

3. การส่งเสริมสุขภาพมุ่งเพิ่มศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบคลุม ชุมชนด้านสุขภาพ ในขณะที่การป้องกันโรคเป็นการมุ่งจัดการเกิดพยาธิสภาพ ซึ่งทำลายสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

4. ในส่วนของแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมนั้น การส่งเสริมสุขภาพมีแรงจูงใจมาจากความต้องการที่จะบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต (Self-actualizing) ซึ่งเป็นแรงเสริมทางบวก และสัมพันธ์กับการพัฒนาสูงสุดในแต่ละช่วงระยะของชีวิต ส่วนการป้องกันโรคมีแรงจูงใจมาจากความต้องการที่จะรักษาเสถียรภาพ (Stabilizing tendency) คือหลีกเลี่ยงจากความเจ็บป่วย ซึ่งผลักดันให้บุคคลและครอบครัวกระทำพฤติกรรมเพื่อรักษาภาวะสมดุลของชีวิต

สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะเกี่ยวข้องโดยตรงกับความสำเร็จของผลลัพธ์ด้านสุขภาพในทางบวกของผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้ถูกผสมผสานเข้าไปในวิถีการดำเนินชีวิตที่ดีในทุกแง่มุมแล้ว จะส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิตได้ นอกจากนี้การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมักพบว่าระดับ

การศึกษากับรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (ปริศนา อาจองค์, 2543; วันเพ็ญ จาริยะศิลป์, 2543)

เพนเดอร์ (Pender & Pender, 2000) กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting behaviors) อธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับของภาวะสุขภาพ เพื่อความผาสุก (well-being) ซึ่งมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ดังนี้ คือ

1. ด้านการบริโภคอาหาร (Nutrition) เป็น รูปแบบการรับประทานอาหารและการเลือกรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมจะมีประโยชน์ต่อสุขภาพ แต่ก็ยังพบว่าทั้งวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ดังการศึกษาของ ชุติพร ศรศรี (2541) ที่พบว่า วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับเสี่ยงมากถึงร้อยละ 69.6 เช่นเดียวกับการศึกษาของมณฑิชา อนุกุลวุฒิพงศ์ (2540) ที่พบว่าวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการรับประทานอาหารที่มีไขมัน และแคลอรีสูงอยู่ในระดับปานกลาง อบเชย วงศ์ทอง (2541) พบว่าจากการสำรวจกลุ่มคนที่ใช้บริการร้านอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด พบว่ากลุ่มนักเรียน นักศึกษาอายุ 15-20 ปีและอายุ 21-25 ปี เข้าร้านอาหารประเภทนี้ถึงร้อยละ 52 และ 58 ตามลำดับ

2. ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Exercise or physical activity) เป็นความสม่ำเสมอของการออกกำลังกายทั้งที่เป็นแบบแผน เช่น การเล่นกีฬาประเภทต่างๆ และไม่เป็นแบบแผน เช่น การทำงานบ้านประเภทต่างๆ รวมทั้งการเดิน การขึ้นลงบันไดในการใช้ชีวิตประจำวัน เป็นต้น การออกกำลังกายที่พอดีไม่มากเกินไป นอกจากจะทำให้ร่างกายมีสุขภาพดีแล้วยังก่อให้เกิดความสนุกสนาน หรือผ่อนคลายความตึงเครียดจากการเรียนได้

3. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นการดูแลตนเองโดยทั่วไป และการใช้ระบบบริการสุขภาพ การเอาใจใส่ดูแลและรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง การหาความรู้ด้านสุขภาพ และการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อจำเป็นการเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพของตนเอง รู้จักแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่มีคุณภาพเพื่อให้ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ ที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพได้ เช่น การอ่านวารสาร การติดตามข่าวสารความรู้เรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพเมื่อจำเป็น การซักถามขอคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อป่วย รวมถึงการงดเสพสิ่งเสพติด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการรับการตรวจตามนัด และการตรวจสุขภาพเป็นประจำหรือมีการตรวจสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ หมั่นสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง รวมไปถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคต่างๆ

4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุน เช่น ช่วยลดความตึงเครียด ช่วยแก้ปัญหาหรือเป็นกำลังใจในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลและมีผลทำให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการได้ ทั้งนี้โดยผ่านกระบวนการสื่อสารต่าง ๆ ซึ่งนอกจากจะได้ผลดังที่กล่าวแล้วยังช่วยให้บุคคลได้รับความรู้สึกและมีความผูกพันทางด้านจิตใจอีกด้วย

5. การจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นแบบแผนการจัดการจัดการกับความเครียด กิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำเพื่อการจัดสมดุลระหว่างการทำงานและการพักผ่อน ผ่อนคลายความตึงเครียด เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการจัดการความเครียดว่าควรใช้การลดความถี่ของการเกิดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยเปลี่ยนสภาพแวดล้อม ทำตารางเวลา หรือจัดเวลาให้เหมาะสม หรือเพิ่มความต้านทานความเครียดโดยการออกกำลังกาย เพิ่มความภาคภูมิใจให้ตนเอง พัฒนาแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการจัดการกับความเครียด

การศึกษาของสตูดาร์ตัน ขวัญเงิน (2537) พบว่ากลุ่มวัยรุ่นสนใจที่จะใช้วิธีการจัดการกับความเครียดโดยการดูภาพยนตร์ ฟังเพลง พูดคุยกับกลุ่มเพื่อนซึ่งเป็นวิธีที่มุ่งปรับทางอารมณ์มากกว่าวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และนอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นนี้มีการจัดการความเครียดด้วยวิธีการนั่งสมาธิน้อย เนื่องจากวิธีการที่มีความยากมากกว่าและต้องได้รับการฝึกฝน

6. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) คือ การกระทำหรือการปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ก่อให้เกิดความหวัง ความพึงพอใจในชีวิตโดยตระหนักและยอมรับในคุณค่าแห่งตน มีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจเช่นนับถือศาสนา ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ หรือมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่สามารถสนับสนุนให้เกิดความรู้สึกที่ดี การมีความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ตลอดจนการแสดงความรักต่อตนเองและบุคคลอื่น สามารถช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้ประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

การเจ็บป่วยเรื้อรัง

การให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นมีนักวิชาการได้ให้ไว้มากมายต่าง ๆ กัน ดังนี้

Mayo (1956 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2546) กล่าวถึง ภาวะ เจ็บป่วยเรื้อรัง คือ ความบกพร่อง หรือภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ อาจมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างดังต่อไปนี้ คือ

1. มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร
2. มีความพิการหลงเหลืออยู่
3. พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่กลับคืนสู่ปกติ
4. ต้องอาศัยการฟื้นฟูสภาพเป็นพิเศษ
5. ต้องมีการดูแล ให้ความช่วยเหลือแนะนำ สังเกตและติดตามในระยะยาว

Curtin และ Lubkin (1995 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2546) กล่าวว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวะที่ไม่สามารถฟื้นคืนสู่สภาพเดิมได้ ความเสี่ยงจากโรคที่สะสมมากขึ้นหรือซ่อนเร้นสงบนิ่ง หรือมีความพิการที่ต้องอาศัยสิ่งแวดล้อมทั้งหมดของบุคคลเพื่อการดูแลระดับประคับประคอง การ ดูแลตนเอง การคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และการป้องกันความพิการที่อาจเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

ด้วยลักษณะของความเจ็บป่วยเรื้อรังจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในวิถีชีวิตของผู้ป่วย ทำให้มีความสับสนเกิดขึ้นในครอบครัวและสังคม เมื่อความเจ็บป่วยกระทบต่อกิจกรรมตามปกติ ความเจ็บป่วยที่คนอื่นมองเห็น หรือมองไม่เห็น เมื่ออาการปรากฏต่อสังคมมาก ปฏิสัมพันธ์ทางลบของสังคมต่อผู้ป่วยจะมากขึ้น

สรุปได้ว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ภาวะการเจ็บป่วยที่มีผลทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่อง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อาการอาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไป ไม่สามารถรักษาให้หายขาดด้วยวิธีการต่าง ๆ ในระยะเวลาอันสั้นได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยต้องนานติดต่อกันมากกว่า 3 เดือนใน 1 ปี หรือมีระยะการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 เดือน ความเจ็บป่วยนั้นอาจก่อให้เกิดพยาธิสภาพถาวรหรือหลงเหลือความพิการ มีความไม่แน่นอนเกิดขึ้นมากมาย ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งต้องการคำแนะนำ ความช่วยเหลือ และการดูแลระยะยาว อาจตลอดชีวิตของผู้ป่วย

ประเภทของโรคเรื้อรังโรคเรื้อรัง จำแนกออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาทางกาย เป็นผู้ที่มีความผิดปกติของร่างกายหรือมีความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายบางอย่างจากโรคเรื้อรังโรคใดโรคหนึ่ง ที่ทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดหรือส่วนอื่นไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ และต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง เป็นต้น

2. ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาทางจิตใจ เป็นผู้ที่มีความผิดปกติของจิตใจหรือมีความเบี่ยงเบนทางด้านจิตใจบางอย่างจากปัญหาวิกฤตในชีวิต และผู้นั้นไม่สามารถปรับตัวได้ และต้องการการดูแลหรือความช่วยเหลือทางด้านจิตใจอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วย จิตเภท เป็นต้น ที่อาจเป็นผลมาจากการสูญเสียคนรัก การตกงาน การสูญเสียอวัยวะบางส่วน การพิการ หรือโรคเรื้อรังโรคใดโรคหนึ่งที่รักษาไม่หาย

ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง

1. อายุ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดได้ทุกช่วงอายุ แต่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยพบว่าประชากรที่อายุ 65 ปี หรือที่อายุมากกว่าเป็นโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 84 กลุ่มอายุที่แตกต่างกันจะเกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่แตกต่างกัน เช่น ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็กอาจเกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิด ส่วนในวัยผู้สูงอายุมักเกิดจากความเสื่อมตามวัยในการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ได้แก่ ความเสื่อมของระบบหลอดเลือด ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ความเสื่อมของระบบกระดูกและข้อ ทำให้ปวดหลัง ปวดข้อ และประสิทธิภาพการทำงานของระบบหายใจที่เสื่อมลง ก่อให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น

2. ลักษณะบุคลิกภาพ มีผู้ศึกษาพบว่าบุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพที่เอาใจจริงเอาใจกับชีวิตเกินไป ขาดความอดทน ใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบเสมอ และมีอารมณ์ไม่ผ่อนคลาย มีโอกาสเกิดโรคหัวใจมากกว่าคนที่ใช้ชีวิตยืดหยุ่น ไม่เร่งรีบเกินไป หรือมีบุคลิกภาพที่มีแบบแผนตายตัว จะมีความวิตกกังวลสูง ซึมเศร้าและเกิดความเจ็บป่วยทางกายได้ ซึ่งได้แก่โรคที่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับความคิด เช่น มะเร็ง แผลในกระเพาะอาหาร นอกจากนี้บุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสมยังสามารถส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ บุคคลที่มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (low self esteem) จะทำให้ความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดลดลง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อซึมเศร้าผลที่ตามมาก็คือ ทำให้ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากกว่าปกติ บางรายหาทางระบายออกโดยการดื่มสุรา หรือสูบบุหรี่ ซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต่าง ๆ ตามมา

3. ฐานะเศรษฐกิจ บุคคลที่มีฐานะยากจน ส่งผลให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ต้องทำงานหนัก พักผ่อนไม่เพียงพอมีภาวะทุพโภชนาการ ทำให้สุขภาพทรุดโทรม ร่างกายอ่อนแอ เกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้ง่าย ส่วนบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมักมีการศึกษาดีกว่าเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพและมีโอกาสได้รับสารอาหาร มีที่อยู่อาศัยและการดูแลรักษาที่ดีกว่าบุคคลที่มีฐานะยากจน

4. ลักษณะอาชีพ ผู้ที่ต้องประกอบอาชีพที่ต้องสัมผัสกับสารเคมี มลพิษต่าง ๆ ทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจากการสะสมของสารต่าง ๆ ในร่างกาย ผู้ที่ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมหรือกรรมกรก่อสร้าง มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน อาจทำให้เกิดความพิการของแขนขา นอกจากนี้ผู้ที่ประกอบอาชีพที่ต้องใช้สมอง เช่น นักบริหาร นายธนาคาร นักบัญชี ทำให้มีความเครียดมากกว่าปกติ ทำให้มีการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารมาก เป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารได้

5. เชื้อชาติ เชื้อชาติที่ต่างกัน มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต่างกัน ปัจจัยด้านเชื้อชาติจึงสามารถบอกปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้ เช่น พบว่ากลุ่มมีคนผิวดำในแอฟริกาและคนเอเชียจะเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผิวขาวในกลุ่มอายุเดียวกันถึง 3 เท่า อื่น ๆ ได้แก่ ค่านิยม วัฒนธรรมของสังคม เช่น สังคมของชายที่มีค่านิยมต่อการมีเพศสัมพันธ์ ว่าชายแท้ต้องมีคู่นอนไม่ซ้ำหน้า หรือถ้ามีเพศสัมพันธ์แล้วใส่ถุงยางอนามัย แปลว่าไม่แน่ว่าจริง ก็จะต้องเสี่ยงต่อการติดเอดส์ หรือชาวจีนที่นิยมดื่มชาร้อน ๆ เป็นประจำก็จะพบว่าทำให้เกิดมะเร็งหลอดอาหารได้ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การเปลี่ยนงาน การหย่าร้าง หรือการแต่งงาน ต้องมีการปรับตัว ก่อให้เกิดความเครียดได้ ดังนั้นบุคคลที่มีเหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงมาก จะมีโอกาสเกิดภาวะเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากความเครียดได้สูง

อุบัติการณ์ของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทั้งในประเทศไทยและทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากประชากรในวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นดังจะเห็นได้จากอายุคาดหมายเฉลี่ยของประชากรไทยที่เพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2533 – 2538 ประชากรไทยมีอายุคาดหมายเฉลี่ย 66.48 ปี ในเพศชาย และ 71.04 ปี ในเพศหญิง ในปี พ.ศ. 2538 – 2543 ประชากรไทยมีอายุคาดหมายเฉลี่ย 67.36 ปี ในเพศชาย และ 71.74 ปี ในเพศหญิง และต่อมาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 คือในปี พ.ศ. 2545 – 2549 ประชากรไทยมีอายุคาดหมายเฉลี่ย 72 ปี ในเพศชาย และ 77 ปี ในเพศหญิง (วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข ปีที่ 4, ฉบับที่ 3 – 4 กรกฎาคม – ธันวาคม 2544) นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังในอัตราร้อยละ 69.3 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นเป็นร้อยละ 83.3 ในกลุ่มที่อายุ 90 ปีขึ้นไป อีกทั้งยังเป็นหลายโรคร่วมกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 6 โรคพร้อมกันถึงร้อยละ 70.8 และจากการสำรวจโดยการตรวจร่างกาย(สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย, 2541 อ้างใน สถานะสุขภาพคนไทย ของ จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) พบว่าสาเหตุการตายในประชากรผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60- 70 ปี พบว่าเป็นโรคที่สะสมมาตั้งแต่วัยกลางคน ได้แก่ กลุ่มระบบไหลเวียนโลหิตเป็นอันดับแรก มะเร็งอันดับ 2 และเบาหวานเป็นอันดับ 3

โรคความดันโลหิตสูง

เป็นโรคในกลุ่มระบบไหลเวียนโลหิตที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมากของไทย เนื่องจากเป็นโรคที่มักจะไม่แสดงอาการอย่างเด่นชัดทำให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงละเลยไม่ได้ เข้ารับการรักษาที่เหมาะสม จะเห็นได้ว่าอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นภัยเงียบที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย เช่น ไตวาย อัมพาต และ/หรือ เสียชีวิต ซึ่งจากการสำรวจของสถาบันวิจัยสาธารณสุข (2539, อ้างใน หทัยรัตน์ ธิติศักดิ์, 2544) พบว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน ร้อยละ 7 ได้รับการรักษา

จากแพทย์ และร้อยละ 4 ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ดี และจากการศึกษาของ กมลภักดิ์ สำราญจิตต์ (2538) พบว่าประชาชนมีความเชื่อว่าโรคนี้เป็นโรคคนแก่ จึงไม่สนใจการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมาแต่แรก และมักเข้าใจว่าอาหารที่ปรุงด้วยน้ำปลาเกลือ ซอสเท่านั้นที่มีโซเดียมสูง และการไปโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้นต้องใช้เวลามาก ต้องหยุดภาระหน้าที่ แต่ได้รับการตรวจในระยะเวลาสั้นๆโดยใช้เวลาประมาณ 3 นาที และได้รับคำอธิบายสั้นๆ เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก ผู้ป่วยหลายคนไม่เข้าใจวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง หลังจากรับประทานยาแล้วคิดว่าหาย จึงหยุดการรักษา บางรายมีการปรับขนาดยา ลดยา หรือเพิ่มยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ และยังมีการศึกษาของ สุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์ (2536) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมักมีปัญหาเรื่องการควบคุมอาหารและอุปสรรคที่สำคัญคือ ติดอรัย การไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเอง และคิดว่ารับประทานยาอยู่แล้ว และมีการศึกษาของ ประภาพร ชูกำเหน็ด (2542) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายรับรู้การจากปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยร้อยละ 71.41 ขณะที่เพศหญิงรับรู้การจากการอ่อนเพลียร้อยละ 76.19 การรักษาด้วยยาได้รับการยอมรับมาร้อยละ 94.3 ในขณะที่พฤติกรรมสุขภาพถูกละเลยสูงถึงร้อยละ 60 นอกจากนี้ วันเพ็ญ จาริยะศิลป์ (2543) พบว่าในกลุ่มอายุที่เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงคือ อายุระหว่าง 35-55 ปี จำนวน 373 คน ในจังหวัดชลบุรีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติในระดับน้อยด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ คือ การแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ และด้านโภชนาการ คือ การไม่รับประทานอาหารที่ปรุงจากน้ำมันด้วยการทอดหรือผัดในแต่ละวัน

โรคเบาหวาน

เป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากองค์การอนามัยโรค พ.ศ.2545 พบว่าผู้เป็นเบาหวานในกลุ่มช่วงอายุ 30 -64 ปีมีมากกว่า ร้อยละ 5 และจากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย เมื่อปี พ.ศ.2539-2540 พบว่าประชากรที่มีระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 126 มก./ดล. ในเขตเทศบาลพบร้อยละ 5.6 ส่วนนอกเขตเทศบาลพบ ร้อยละ 4 ซึ่งมีอัตราสูงขึ้นเรื่อยๆตามชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป (สุนทรี นาคะเสถียร และ เทพ หิมะทองคำ ใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2546) มีการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 499 คน พบว่าภายหลังจากการทราบว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไปรักษากับแหล่งรักษาการแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 60.0 รองลงมาเป็น การรอดูอาการว่าจะหายไปเอง ร้อยละ 30.0 และแหล่งรักษาแหล่งแรกที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไปใช้บริการคือแหล่งรักษาการแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 90.4 มีเพียงส่วนน้อยที่รักษาโดยการแพทย์พื้นบ้าน โดยส่วนใหญ่ใช้สมุนไพรในการรักษาเป็นระยะเวลานาน ๆ ไม่เกิน 1

เดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อตามแนวคิดทางไสยศาสตร์และแผนโบราณ ร้อยละ 58.5 รองลงมาเชื่อตามแนวคิดทางวิทยาศาสตร์ และส่วนใหญ่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคสูง ร้อยละ 54.5

โรคข้อเข่าเสื่อม

เป็นโรคที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อนของข้อ พบได้มากเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ หรือบางรายเกิดจากเคยมีการบาดเจ็บของข้อมาก่อน เช่น จากการหกล้ม หรือมีน้ำหนักมากเกินไป นอกจากนี้การมีเศษกระดูกอ่อนที่หลุดค้างอยู่ในช่องว่างระหว่างข้อเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่กระตุ้นทำให้เกิดมีการอักเสบของเยื่อหุ้มข้อ (Synovitis) ได้ และยังมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้อีก คือ ความอ้วน การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน และความหนาแน่นของเนื้อกระดูก

อาการและอาการแสดงที่สำคัญ คือ อาการปวดข้อ ในระยะแรกอาจมีเพียงเล็กน้อย แล้วค่อยปวดมากขึ้น มักปวดเวลาเคลื่อนไหว หรือเดิน เมื่อหยุดพัก อาการปวดจะบรรเทาลง ทำให้ผู้ที่ปวดข้อลดการใช้ข้อนั้นๆ ซึ่งเมื่อลดหรือเลิกใช้งานนานๆ จะทำให้เกิดข้อติดแข็ง อาการข้อติดแข็งมักพบภายหลังจากตื่นนอนตอนเช้า เนื่องจากการหยุดใช้ข้อเข่าเป็นเวลานาน แต่จะเกิดเพียงชั่วคราว เมื่อได้ขยับเขยื้อนข้อเข่าสักพักอาการข้อติดแข็งจะหายไปได้ภายในเวลา 30 นาที และยังมีเสียงกรอบแกรบจากการเสียดสีของขอบกระดูกในขณะเคลื่อนไหวข้อเข่า นอกจากนี้แล้วอาการที่อาจพบได้มี

การบวมของข้อ

และการผิดรูปของข้อ

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นการรักษาแบบประคับประคองเนื่องจากยังไม่มีวิธีการรักษาใดที่สามารถยับยั้งกระบวนการเสื่อมของข้อเข่าที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นการรักษาจึงมุ่งลดอาการปวด ป้องกันหรือแก้ไขการผิดรูปของข้อ วิธีการที่นิยมใช้ในปัจจุบันมีดังนี้

1. การใช้ยา ซึ่งสามารถแบ่งประเภทได้ 2 ประเภท คือ

1.1 ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เป็นยาที่ใช้ได้ผลดี มีหลายชนิดแต่มี

ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือการระคายเคืองกระเพาะอาหาร

1.2 ยาต้านการอักเสบที่มีสเตียรอยด์ เป็นยาใช้ได้ผลดีในระยะที่มีการอักเสบมาก จนผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เลย แต่ยานี้ไม่ควรใช้บ่อยเกิน 3-4 ครั้งต่อปี เพราะตัวยาทำให้ข้อที่เสื่อมมีการทำลายรวดเร็วยิ่งขึ้น

2. การใช้วิธีทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู การรักษาโดยวิธีนี้จะเป็นการช่วยลดอาการปวด และเพิ่มสมรรถภาพของข้อเข่า ทำให้เคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ไม่พิการ การรักษาวิธีนี้ได้แก่

2.1 การใช้ความร้อน ความเย็นเพื่อลดอาการปวดข้อเข่า และช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว

2.2 การใช้ส้นเท้า ช่วยให้ข้อเข่ากระชับขึ้นและลดแรงกระทำต่อข้อเข่า

2.3 การใช้เครื่องช่วยพยุงเพื่อลดแรงกระทำที่มีต่อข้อเข่า

3. การผ่าตัด การผ่าตัดมีจุดประสงค์เพื่อแก้ไขความพิการของข้อ ลดความเจ็บปวด และทำให้ข้อเข่าเคลื่อนไหวได้มากขึ้น การผ่าตัดไม่ใช่วิธีการรักษาข้อเข่าเสื่อมโดยตรง แต่สามารถชะลอความเสื่อมให้ช้าลงได้ในบางราย

4. การปฏิบัติตัว การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมมีความสำคัญมาก เนื่องจากจะช่วยให้ผลการรักษาดี และได้ผลต่อเนื่องในระยะยาว

4.1 การลดปัจจัยเสริมที่จะทำให้เกิดอาการข้อเข่าเสื่อม เช่น พยายามควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การหลีกเลี่ยงการทำให้ข้อเข่าในท่าที่มีการกดของกระดูกภายในข้อเข่ามากๆ เช่น การนั่งยองๆ การนั่งพับเพียบหรือขัดสมาธิ การฝึกกายบริหาร การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาที่แข็งแรงเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกัน และรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม เพราะการปวดข้อจากภาวะข้อเข่าเสื่อมมักเกิดจากกล้ามเนื้อบริเวณข้อเข่าไม่แข็งแรง ดังนั้นเมื่อฝึกกล้ามเนื้อที่ยึดรอบๆข้อให้แข็งแรงเพียงพอ อาการจะทุเลาลงเรื่อยๆได้

บทที่ 3

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ในระยะเริ่มดำเนินโครงการ เพื่อได้ข้อมูลพื้นฐานที่จะสามารถนำไปใช้เพื่อประเมินประสิทธิผลของการบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิที่เกิดขึ้นต่อประชากรในความรับผิดชอบ โดยเน้นผลระยะเปลี่ยนผ่าน (Intermediate outcomes) ที่สามารถแสดงถึงผลของการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมบริการทั้งด้านการส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ ภาวะสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ ความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความต้องการบริการสุขภาพ ความ คาดหวังต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นประชากรผู้มีสิทธิได้รับบัตรทองหรือบัตรสุขภาพดีถ้วนหน้า ที่อาศัยอยู่ในชุมชนต่าง ๆ แขวงปทุมวันและแขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีประมาณร้อยละ 50 ของประชากรทั้งหมด (59,403 คน) คิดเป็นจำนวนประมาณ 29,701 คน (ประมาณ 7,423 ครอบครัว)

กลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล คือประชาชนผู้มีสิทธิได้รับบัตรทองหรือบัตรสุขภาพดีถ้วนหน้าที่อาศัยอยู่ในชุมชนต่าง ๆ แขวงปทุมวันและแขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Multi-stage sampling จากชุมชนซึ่งอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโครงการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งหมด 8 ชุมชน และสุ่มครอบครัวที่เข้าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ได้จำนวนทั้งสิ้น 810 ครอบครัว โดยสุ่มเลือกจำนวนครอบครัวกลุ่มตัวอย่างตามขนาดของชุมชนหรือแบ่งตามสัดส่วนประชากรที่มีอยู่ในชุมชน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องการศึกษา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 1090 คน

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว

ชื่อชุมชน	จำนวน ** หลังคาเรือน	จำนวนครอบครัว ที่สำรวจ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	ร้อยละของ ครอบครัวที่ สำรวจ
เคหะชุมชนบ่อนไก่	1,500	260	371	17.33
พัฒนาบ่อนไก่	251	122	147	48.61
พระเจน	395	129	167	32.66
หลังวัดปทุมวนาราม	917	105	162	11.45
โปโล	280	78	100	27.86
ร่วมฤดี	127	59	74	46.46
ปลุกจิต*	-	40	49	-
หลังสวน*	-	17	20	-
รวม		810	1090	-

หมายเหตุ * ไม่มีข้อมูลการสำรวจชุมชน ** ข้อมูลตัวเลขจากศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี

พื้นที่ดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง และครอบครัวกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ตั้งอยู่ในชุมชน แขวงปทุมวันและแขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ซึ่งอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโครงการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการศึกษานี้ ทั้งหมด 8 ชุมชน ได้แก่ เคหะชุมชนบ่อนไก่ ชุมชนพัฒนาบ่อนไก่ ชุมชนพระเจน ชุมชนหลังวัดปทุมวนาราม ชุมชนซอยโปโล ชุมชนร่วมฤดี ชุมชนปลุกจิต และชุมชนหลังสวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นแนวคำถามและแบบวัดที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประกอบด้วย 9 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความคิดเห็นของประชาชนที่ได้รับสิทธิในโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้า แนวการสัมภาษณ์มีดังนี้

- 1) ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างไรบ้าง
- 2) ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างไรบ้าง
- 3) ท่านคิดว่าบริการสุขภาพที่รัฐต้องจัดให้กับประชาชนควรจะมีอะไรบ้าง
- 4) ท่านมีความเข้าใจ/มีแนวคิดเกี่ยวกับโครงการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือโครง

การ 30 บาทรักษาทุกโรค) ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อย่างไร

- 5) ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการสุขภาพของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นี้อย่างไร
- 6) ท่านมีความคาดหวังหรือต้องการให้บริการสุขภาพ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นอย่างไร
- 7) ท่านมีความคาดหวังหรือมีความต้องการในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่
 - 7.1 ประเภทบริการ : ท่านต้องการการดูแลสุขภาพในเรื่องใดบ้าง
 - 7.2 การเข้าถึงบริการ : ท่านมีความคาดหวังต่อการมาใช้บริการอย่างไร

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้านการบริหารจัดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ความคิดเห็นของบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แนวการสัมภาษณ์ดังนี้

- 1) ท่านคิดว่ารูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภาวิชาชีพไทยมีลักษณะอย่างไร ประกอบด้วยหน่วยปฏิบัติการปฐมภูมิ (Primary care unit) ที่ใดบ้าง และรูปแบบบริการในชุมชนเป็นอย่างไร
- 2) ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อย่างไรบ้าง
- 3) ท่านคิดว่าโครงการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นอย่างไรบ้าง
- 4) ท่านพอใจในการปฏิบัติงานในโครงการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือไม่ อย่างไร
- 5) ท่านคิดว่ามีปัญหหรืออุปสรรคในการปฏิบัติงานในโครงการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเรื่องใดบ้าง

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพครอบครัว เป็นแบบบันทึกที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสมาชิกทุกคนในครอบครัว ประกอบด้วย ชื่อ สกุล เพศ อายุ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ สัญชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ส่วนสูง น้ำหนัก ความดันโลหิต สวัสดิการเมื่อเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพ และการตรวจสุขภาพประจำปี

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ประกอบด้วย

- 1) แบบประเมินการรับรู้สุขภาพโดยรวม ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คำตอบมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า โดยให้คะแนน 7 ระดับ คือ อ่อนแอที่สุด เท่ากับ 1 จนถึงแข็งแรงที่สุด เท่ากับ 7
- 2) แบบประเมินการรับรู้ความสุขโดยรวม ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คำตอบมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า โดยให้คะแนน 7 ระดับ คือ มีความสุขน้อยที่สุด เท่ากับ 1 จนถึง มีความสุขมากที่สุด เท่ากับ 7

3) แบบประเมินการรับรู้ความเครียดโดยรวม ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คำตอบมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า โดยให้คะแนน 7 ระดับ คือ มีความเครียดน้อยที่สุด เท่ากับ 1 จนถึง มีความเครียดมากที่สุด เท่ากับ 7

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบประเมินที่ได้ประยุกต์มาจากแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของนัยนา กาญจนพิบูลย์ (2001) แบบประเมินชุดนี้เป็นการประเมินความคิดหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่มีเป้าหมายเพื่อก่อให้เกิดสุขภาวะครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาจิตวิญญาณ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 40 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า โดยให้คะแนน 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ/ไม่คิดเลยเท่ากับ 1 จนถึง ปฏิบัติ/คิดเป็นประจำเท่ากับ 4 มีช่วงคะแนนระหว่าง 1-4 คะแนน โดยแปลผล ดังนี้

คะแนน 3.01 – 4.00 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี/ระดับมาก

คะแนน 2.01 – 3.00 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์/ระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 – 2.00 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี/ระดับน้อย

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้สุขภาพตามวัย เป็นแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับอาการหรือปัญหาสุขภาพ ที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากกลุ่มอาการและอาการแสดงและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตามพัฒนาการในแต่ละวัยและจากพฤติกรรมเสี่ยงในแต่ละวัย คำตอบมีลักษณะเป็นการรายงานว่ามี หรือไม่มีอาการหรือปัญหาสุขภาพตามที่กำหนดไว้ โดยให้คะแนนดังนี้ มีอาการหรือปัญหาสุขภาพให้คะแนน เท่ากับ 1 และถ้าไม่มีอาการหรือปัญหาสุขภาพให้คะแนน เท่ากับ 0

6.1 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพวัยเรียน อายุ 6-12 ปี จำนวน 19 ข้อ

6.2 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพวัยรุ่น อายุ 13-25 ปี จำนวน 16 ข้อ

6.3 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพวัยผู้ใหญ่ อายุ 25-59 ปี จำนวน 21 ข้อ

6.4 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพวัยสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ

การให้คะแนน

ความรู้ ข้อคำถามเชิงบวก ตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน ไม่ใช่/ไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ ตอบ ใช่ ให้ 0 คะแนน ไม่ใช่/ไม่ทราบ ให้ 1 คะแนน

พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ข้อคำถามเชิงบวก ตอบ ประจํา ให้ 4 คะแนน บ่อยครั้ง ให้ 3 คะแนน นานๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน ไม่เคยเลย/ไม่มีเหตุการณ์ให้ 1 คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ ตอบ ประจํา ให้ 1 คะแนน บ่อยครั้ง ให้ 2 คะแนน นานๆ ครั้ง ให้ 3 คะแนน ไม่เคยเลย/ไม่มีเหตุการณ์ให้ 4 คะแนน

7.1 แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านความรู้ จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบประกอบด้วย ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ ส่วนข้อคำถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีจำนวน 10 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า โดยให้คะแนน 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย หรือไม่มีเหตุการณ์ นานๆ ครั้ง บ่อยครั้ง และเป็น ประจํา

7.2 แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านความรู้ จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำตอบประกอบด้วย ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ ส่วนข้อคำถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีจำนวน 10 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า โดยให้คะแนน 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย หรือไม่มีเหตุการณ์ นานๆ ครั้ง บ่อยครั้ง และเป็น ประจํา

7.3 แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อคำถามด้านความรู้ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบประกอบด้วย ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ ส่วนข้อคำถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีจำนวน 10 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า โดยให้คะแนน 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย หรือไม่มีเหตุการณ์ นานๆ ครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจํา

7.4 แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง ประกอบด้วยข้อคำถามด้านความรู้ จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำตอบประกอบด้วย ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ ส่วนข้อคำถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีจำนวน 10 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า โดยให้คะแนน 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย หรือไม่มีเหตุการณ์ นานๆ ครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจํา

ส่วนที่ 8 แบบวัดความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย การคาดการณ์เกี่ยวกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่จะได้รับจากทีมสุขภาพ ทั้งด้านการกระจายบริการอย่างทั่วถึง การบริการที่สะดวก รวดเร็ว ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ทัศนคติของผู้ให้บริการ การให้ข้อมูลที่ชัดเจนของผู้ให้บริการ การให้โอกาสในการซักถามปัญหา มีจำนวนคำถามทั้งหมด 10 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็น

แบบมาตราประมาณค่า โดยให้คะแนน 5 ระดับ มีช่วงคะแนนระหว่าง 0-4 คะแนน คือ ไม่คาดหวังเลย เท่ากับ 0 จนถึง คาดหวังมากที่สุดเท่ากับ 4

ส่วนที่ 9 แบบวัดความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ความรู้สึกพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่ได้รับจากทีมสุขภาพ ทั้งด้านการกระจายบริการอย่างทั่วถึง การบริการที่สะดวก รวดเร็ว ความพร้อมในการให้บริการ ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ทัศนคติของผู้ให้บริการ การให้ข้อมูลที่ชัดเจนของผู้ให้บริการ การให้โอกาสในการซักถามปัญหา มีจำนวนคำถามทั้งหมด 12 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า โดยให้คะแนน 5 ระดับ มีช่วงคะแนนระหว่าง 0-4 คะแนน คือ ไม่พึงพอใจเลย เท่ากับ 0 จนถึง พึงพอใจมากที่สุด เท่ากับ 4

คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การทดสอบความตรงของแบบประเมินและแบบวัด จำนวน 8 ชุด ประกอบด้วยแบบประเมินและแบบวัด จำนวน 14 ฉบับ แบบประเมินและแบบวัดได้ผ่านการประเมินความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แบบประเมินและแบบวัดมีดังนี้

1.1 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1.2 แนวคำถามเกี่ยวกับรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามนโยบาย

ประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้านการบริหารจัดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ความคิดเห็นของบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1.3 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ประกอบด้วย แบบประเมินการรับรู้สุขภาพโดยรวม แบบประเมินการรับรู้ความสุขโดยรวม และแบบประเมินการรับรู้ความเครียดโดยรวม

1.4 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.5 แบบประเมินการรับรู้สุขภาพตามวัย ประกอบด้วย แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพวัยเรียน แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพวัยรุ่น แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพวัยผู้ใหญ่ และแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพวัยสูงอายุ

1.6 แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และแบบประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง

1.7 แบบวัดความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1.8 แบบวัดความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2. การหาความเที่ยงของแบบประเมินและแบบวัด การหาความเที่ยงแบบวัดที่มีคำตอบลักษณะมาตรวัด 2 ระดับ คือ 0 และ 1 สถิติที่ใช้วิเคราะห์คือ K-R 20 ส่วนการหาความเที่ยงแบบวัดที่มีลักษณะคำตอบแบบมาตราประมาณค่า ใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบประเมินและแบบวัด มีดังนี้

2.1 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85

2.2 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพวัยเรียน เท่ากับ 0.74

2.3 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพวัยรุ่น เท่ากับ 0.65

2.4 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพวัยผู้ใหญ่ เท่ากับ 0.86

2.5 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพวัยสูงอายุ เท่ากับ 0.81

2.6 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เท่ากับ 0.76 และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เท่ากับ 0.70

2.7 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.81 และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.57

2.8 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.62 และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.63

2.9 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง เท่ากับ 0.77 และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง เท่ากับ 0.71

2.10 แบบวัดความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เท่ากับ 0.93

2.11 แบบวัดความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ เป็นการเก็บข้อมูลในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นดำเนินโครงการ โดยการสำรวจข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน มกราคม-เมษายน 2546 โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. การสัมภาษณ์โดยใช้แบบประเมินและแบบวัด

2. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความคิดเห็นและความ

คาดหวังต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมทั้งรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้านการบริหารจัดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ความคิดเห็นของบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

3. การสำรวจเอกสาร (แฟ้มประวัติ ข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุ่มพินี) เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการ ได้แก่ จำนวนประชากร เป้าหมายที่ได้รับบริการตามเกณฑ์เป้าหมายด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพระยะยาว และการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง จำนวนประชาชนที่มีอาการเจ็บป่วยมาใช้บริการหรือได้รับบริการในชุมชนจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระยะก่อนการดำเนินโครงการ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้ช่วยเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 20 คน โดยแนะนำ ทำความเข้าใจ และตกลงเกี่ยวกับเกณฑ์และวิธีการใช้แบบบันทึก แบบประเมินและแบบวัดตามคู่มือการใช้เครื่องมือการวิจัย (ภาคผนวก ก)

2. คณะผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยทำหนังสือแนะนำตัว จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุ่มพินี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

3. สำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลรายชื่อผู้มีสิทธิในโครงการจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่อาศัยในแต่ละชุมชน และประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนซึ่งเป็นผู้ที่สามารถนำผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าไปหากกลุ่มตัวอย่าง

4. การดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพยายามหากกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่ได้ทำการสุ่มออกมา แต่เนื่องจากเป็นชุมชนแออัดการหาเลขที่บ้านค่อนข้างลำบากและเมื่อไปแล้วผู้ที่อาศัยในบ้านไม่ใช่ผู้มีบัตรแต่เป็นผู้เช่าอาศัย จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการของ convenient sampling ร่วมด้วย เมื่อพบว่าครอบครัวใกล้เคียงเป็นผู้มีสิทธิในโครงการฯ เช่นกัน การแบ่งจำนวนของครอบครัวในแต่ละชุมชนพยายามแบ่งตามสัดส่วนของประชากรที่อาศัยในชุมชน

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับสมาชิกครอบครัว ขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ โดยพิทักษ์สิทธิความเป็นบุคคลของสมาชิกครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ข) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้สัมภาษณ์จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

7. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูล แบบประเมิน และแบบวัด ขณะสัมภาษณ์หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกเบื่อหน่ายหรือไม่สบายใจในการตอบคำถาม กลุ่ม

ตัวอย่างสามารถยุติการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถามคำถามกับผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดเวลาเมื่อมีข้อสงสัย การสัมภาษณ์แบบประเมินและแบบวัดใช้เวลาประมาณ 50 นาที การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการในวันเสาร์และวันอาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 10.00 น. – 15.00 น.

8. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นผู้ที่เคยใช้บริการบัตรสุขภาพมาแล้วและผู้ที่ยังไม่เคยใช้ในจำนวนเท่า ๆ กัน เพื่อทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกบันทึกเทปเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับข้อคิดเห็นต่อโครงการ ความพึงพอใจและความคาดหวังต่อการบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

9. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องในการลงบันทึกในแบบบันทึก แบบประเมินและแบบวัดทุกครั้งภายหลังการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน

10. การสัมภาษณ์บุคลากรในทีมบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี ผู้วิจัยติดต่อขออนุญาตสัมภาษณ์บันทึกเทป บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในทีมบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติ จำนวน 1 คน พยาบาลครอบครัว 2 คน และพนักงานสุขภาพจำนวน 3 คน การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

การปกป้องสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

1. การได้รับการยินยอมเข้าร่วมวิจัย ตามแบบขอความยินยอม
2. สิทธิในการปฏิเสธการให้ข้อมูลที่ไม่ต้องการเปิดเผย และการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย
3. การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เทปการสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างและบุคลากรจะถูกถอดเทปคำต่อคำ ผู้วิจัยนำข้อมูลการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) จัดกลุ่มประเด็นข้อมูลที่ได้และเขียนบรรยายผลที่ได้ตามประเด็นนั้นๆ

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ด้วยโปรแกรม SPSS/ PC เพื่อบรรยายข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

รายงานการวิจัยในบทนี้จะเป็นการรายงานผลตามคำถามการวิจัยพร้อมทั้งการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัยที่ได้ ดังนี้

1. รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามนโยบาย ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การศึกษารูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสัมภาษณ์บุคลากรในทีมการดูแลสุขภาพชุมชน ที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินีซึ่งเป็นเสมือนหน่วยบริการสุขภาพชุมชน (Primary care unit) และการสัมภาษณ์ประชาชนผู้มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพ ตลอดจนการศึกษาเอกสารข้อมูลการดำเนินงานของโครงการ ตลอดจนสถิติการให้บริการที่ได้รับจาก ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษารูปแบบของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สรุปได้ดังนี้

1.1 การบริหารจัดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

โครงการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เริ่มเปิดบริการ ตั้งแต่ 1 เมษายน 2546 เขตพื้นที่รับผิดชอบ คือ เขตปทุมวัน ประกอบด้วย แขวงปทุมวัน และ แขวงลุมพินี

จำนวนประชากรผู้มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 22,195 คน พื้นที่จัดตั้งเป็นชุมชน จำนวน 6 ชุมชน 3,585 ครัวเรือน

หน่วยบริการสุขภาพชุมชน (Primary care unit) ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประกอบด้วย 2 แห่ง คือ

ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี

ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยทั่วไป และผู้มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยให้บริการการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก การเยี่ยมบ้าน และการบริการสุขภาพชุมชน

1. การบริการสุขภาพด้านการตรวจรักษา เปิดทำการให้บริการในเวลาราชการเวลา 08.00-16.00 นาฬิกา และมีคลินิกนอกเวลา 16.00- 20.00 นาฬิกา บริการสุขภาพประกอบด้วย

ตารางการให้บริการ

เวลา วัน	08.00 – 12.00 น.	13.00 – 16.00 น.
จันทร์	ตรวจโรคทั่วไป คลินิกยาเสพติด ทันตกรรม คลินิกวัณโรค	คลินิกฝากครรภ์ กายภาพบำบัด
อังคาร	ตรวจโรคทั่วไป คลินิกเบาหวาน คลินิกยาเสพติด ทันตกรรม ความดันโลหิตสูง คลินิกวัณโรค เยี่ยมบ้าน	คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี กายภาพบำบัด
พุธ	ตรวจโรคทั่วไป คลินิกยาเสพติด เยี่ยมบ้าน ทันตกรรม คลินิกวัณโรค	คลินิกวางแผนครอบครัว ตรวจหลังคลอด ตรวจมะเร็งปากมดลูก กายภาพบำบัด
พฤหัสบดี	ตรวจโรคทั่วไป คลินิกยาเสพติด เยี่ยมบ้าน ทันตกรรม คลินิกวัณโรค	คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี กายภาพบำบัด กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ
ศุกร์	ตรวจโรคทั่วไป คลินิกยาเสพติด เยี่ยมบ้าน ทันตกรรม คลินิกวัณโรค	คลินิกควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ เลี้ยง

หมายเหตุ: บริการเลี้ยงเด็กกลางวันทุกวัน

2. การบริการสุขภาพอื่นๆ

1) งานชุมชนสัมพันธ์ ประกอบด้วย

- แผ่นพับประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการบริการของศูนย์ จำนวน 1,000 แผ่น/ปี
- จัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์บริการสุขภาพในโครงการ 30 บาท
จำนวน 2 เรื่อง คือ 30 บาทรักษาทุกโรค และใกล้บ้านใกล้ใจ

2) บริการโทรศัพท์สายด่วนทางสุขภาพ (Health Hotline) ผู้รับสายคือพยาบาล ประจำศูนย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการของศูนย์และคำแนะนำดูแลสุขภาพ

3) งานกิจกรรมชุมชน

- a. ออกหน่วยตรวจสุขภาพ
- b. กองปราบยุงลายและพัฒนาสิ่งแวดล้อม
- c. ปัญหาเสพติด
- d. ร่วมใจพิชิตเหา
- e. ฟันแข็งแรงแบบยั่งยืน
- f. การดำเนินงานขยายช่องทางบริการ

3. งานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน

3.1 การฝึกพนักงานสุขภาพชุมชน จำนวน 12 คน ซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพชุมชนที่ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ โดยระยะแรกเป็นการฝึกทักษะการประเมินสุขภาพ การให้คำแนะนำ การให้บริการสุขภาพที่บ้าน โดยพยาบาลครอบครัวของศูนย์และอาจารย์พยาบาล โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ เดือนเมษายน 2545 เป็นต้นไป

3.2 การสำรวจชุมชน โดยพนักงานสุขภาพชุมชน โดยเน้นผู้มีสิทธิในโครงการ 30 บาท ในพื้นที่ เริ่มทำการสำรวจตั้งแต่ เดือน กรกฎาคม 2545 ผลการสำรวจจำนวนครอบครัวในเขตรับผิดชอบได้ดังนี้

ลำดับ	ชื่อชุมชน	หลังคาเรือน
1	ชุมชนหลังวัดปทุมวนาราม	917
2	ชุมชนซอยโปโล	280
3	ชุมชนซอยร่วมฤดี	127
4	ชุมชนเคหะบ่อนไก่	1,500
5	ชุมชนพัฒน์บ่อนไก่	251
6	ชุมชนพระเจน	395

(ที่มา: ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุ่มพินี: ตุลาคม 2546)

3.3 การเยี่ยมบ้านโดย พยาบาลครอบครัว และพนักงานสุขภาพชุมชน ซึ่งการทำงานของพนักงานสุขภาพชุมชนจะอยู่ภายใต้การนิเทศของพยาบาลครอบครัว ในการประเมินสุขภาพ และการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยมอบหมายให้มีพนักงานสุขภาพชุมชน 6 ชุมชน ๆ ละ 2 คน

3.4 การเยี่ยมบ้านโดย แพทย์ นักกายภาพบำบัด ที่อยู่ในทีมสหสาขาวิชาชีพ ในผู้รับบริการบางรายที่มีปัญหาเฉพาะด้าน

สรุปการดำเนินงานการเยี่ยมบ้าน ตั้งแต่ ตุลาคม 2545 ถึง มีนาคม 2546

จำนวนครัวเรือน 1,836 ครัวเรือน (51.2%)

จำนวนครอบครัว 3,104 ครอบครัว

จำนวนบุคคล 7,472 คน (ชาย 3,435 คน หญิง 4,037 คน)

ประชากรมีปัญหาสุขภาพ ดังนี้

ความดันโลหิตสูง 470 คน (6.3%)

เบาหวาน	255	คน	(3.4%)
ภูมิแพ้	96	คน	(1.3%)
ข้อเข่าเสื่อม	64	คน	(0.9%)
หอบ	51	คน	(0.7%)
อัมพาต-อัมพฤกษ์	42	คน	(0.6%)
ไขมันในเลือดสูง	22	คน	(0.3%)
สมองเสื่อม	5	คน	(0.07%)

(ที่มา: เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ “ระบบสุขภาพชุมชน ครั้งที่ 1” 29 สิงหาคม 2546)

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

หน่วยบริการสุขภาพชุมชน เปิดบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก ตึก ภปร ชั้น 13 ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปแก่ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระหว่างดำเนินการโครงการตั้งแต่ เมษายน 2546 ถึง พฤษภาคม 2546 มีผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขต มาใช้บริการดังนี้

ตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก	จำนวน	11,609	ราย
การรักษาแบบผู้ป่วยใน	จำนวน	568	ราย

(หน่วยประกันสุขภาพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, สิงหาคม 2546)

การบริการผู้ป่วยนอก

เมื่อผู้ป่วยบัตรสุขภาพดีถ้วนหน้ามารับบริการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จะได้รับบริการเช่นเดียวกับผู้ป่วยนอกทั่วไปตามขั้นตอน ดังนี้

- 1) ติดต่อช่องหมายเลข 7 ที่ตึก ภปร ชั้นล่างเพื่อตรวจสอบสิทธิ โดยใช้หลักฐาน บัตรทอง และบัตรประชาชน กรณีผู้ป่วยเด็ก ใช้บัตรทอง และสำเนาทะเบียนบ้านหรือสูติบัตร
- 2) ติดต่อชำระเงิน 30 บาท ที่ช่องหมายเลข 5 พร้อมรับใบเสร็จรับเงินและคู่มือสำหรับใช้บริการ
- 3) ผู้ป่วยขึ้นไปรับบริการที่ชั้น 13 ตึก ภปร หรือชั้นอื่นๆ ตามปัญหาสุขภาพ
- 4) ภายหลังได้รับการตรวจจากแพทย์ ผู้ป่วยสามารถรับยาได้ที่ห้องยาชั้น 11 ของตึก ภปร หรือชั้นที่ใกล้เคียงกับชั้นที่ตรวจ

การบริการผู้ป่วยใน (301)

เมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยโครงการ 30 บาทฯ จะได้รับสิทธิพักรักษาในห้องผู้ป่วยสามัญ แต่ผู้ป่วยสามารถเข้าพักในห้อง

พิเศษได้โดยรับผิดชอบค่าห้อง ค่าอาหารและค่าบริการในการรักษาพยาบาลเต็มจำนวน ยกเว้นค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและอื่นๆ เป็นไปตามระบบ 30 บาท

กรณีอุบัติเหตุ จุกเงิน (301 , 302)

ผู้ป่วยสามารถใช้บริการในสถานพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้จุดเกิดเหตุทั่วประเทศ ภายใน 72 ชั่วโมง กรณีของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จะให้การรักษาและปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยตามอาการ หากเป็นผู้ป่วย 302 เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินจะแจ้งโรงพยาบาลต้นสังกัดที่ระบุในบัตรทองทราบภายใน 72 ชั่วโมง ไม่นับรวมเสาร์-อาทิตย์ เพื่อที่จะสามารถเบิกเงินจากส่วนกลางและโรงพยาบาลต้นสังกัดได้

กรณีอุบัติเหตุ (นอกเหนือจากอุบัติเหตุรถ) ไม่จำกัดจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการ แต่กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินปีละไม่เกิน 2 ครั้ง

กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นๆ (ผู้ป่วย 302)

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จะรับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นทั้ง ที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยผู้ป่วยต้องมีหลักฐานหนังสือส่งตัวมารับการรักษาต่อและโรงพยาบาลต้นสังกัดจะต้องระบุนการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด โดยผู้มารับบริการต้องนำหนังสือส่งตัวที่ระบุการเจ็บป่วย ติดต่อกับพยาบาลคัดแยกอาการที่ตึก ภปร ชั้นล่าง ก่อนติดต่อห้องบัตรช่องหมายเลข 18 ซึ่งหนังสือส่งตัวที่ดังกล่าวสามารถใช้สำหรับการรับบริการแบบผู้ป่วยนอกได้จนถึงการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และสามารถใช้ในการ follow up ได้อีก 1 ครั้ง หลังจากนั้นต้องมีหนังสือส่งตัวใหม่เพื่อรับการรักษาต่อ

หมายเหตุ

ผู้ป่วย 301 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นต้นสังกัด (จะระบุในบัตรทอง)

ผู้ป่วย 302 หมายถึง ผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นเพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

1.2 ความคิดเห็นของบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

สรุปผลการสัมภาษณ์บุคลากรในทีมการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 คน พยาบาลครอบครัว จำนวน 2 คน และพนักงานสุขภาพชุมชน จำนวน 3 คน ผลการสัมภาษณ์สรุปได้ดังนี้

1.2.1 ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ บุคลากรในทีม

สุขภาพมีความเข้าใจเกี่ยวกับการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ว่าเป็นการบริการสุขภาพแบบทั่วถึงเข้าถึงประชาชนในชุมชน โดยประชาชนรับรู้ว่ามีบริการสุขภาพและสามารถมาใช้หรือ เข้าถึงบริการได้ ที่เรียกว่า การบริการแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ครอบคลุมมิติด้านการส่งเสริมสุขภาพ

การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นการดูแลสุขภาพแบบต่อเนื่อง และการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ในรูปแบบของการดูแลระยะยาว (Long term care) การบริการที่เน้นการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชน

บุคลากรในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ และพยาบาล มีความคิดเห็นว่าการบริการสุขภาพแนวในโครงการนี้ไม่ได้แตกต่างจากระบบเดิมมากนักเพียงแค่ เป็นบริการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เน้นการสร้างเสริมศักยภาพของชุมชนในการดูแลตนเอง เป็นการบริการที่ทั่วถึงและครอบคลุมมากขึ้น ตลอดจนการเพิ่มรูปแบบการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขามาร่วมกันกำหนดแผนการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน มีการขอคำปรึกษาในเรื่องการแก้ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน มีการส่งต่อเพื่อการดูแลโดยผู้มีความรู้ความชำนาญในทีมการดูแล ตลอดจนการส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ การมีพนักงานสุขภาพชุมชนที่รับผิดชอบในการสำรวจชุมชน เฝ้าระวัง และให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านขั้นต้น การเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาสุขภาพ โดยกำหนดพื้นที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ ส่วนพนักงานสุขภาพชุมชน มีความเห็นว่าการบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพที่ให้การช่วยเหลือประชาชนที่มีรายได้น้อย หรือ ที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นทางเลือกให้ประชาชนกลุ่มนี้ให้สามารถใช้บริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน

1.2.2 รูปแบบของบริการสุขภาพชุมชน

ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care unit) ที่ให้บริการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนผู้มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์การบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ดำเนินการมีรูปแบบดังนี้

1) การบริการสุขภาพเชิงรุกที่เข้าสู่ชุมชน โดยการประเมินชุมชนด้วยการสำรวจชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อการทำความรู้จักชุมชน การเยี่ยมบ้าน (Home visit) ในรายที่มีปัญหาสุขภาพ ให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) และ การออกหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ที่มีแพทย์ออกตรวจ และมีการตรวจทางห้องทดลองบางอย่าง เช่น การตรวจน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

2) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) เป็นบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดแผนการ สร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการแก้ปัญหาชุมชน โดยการร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน เช่น อาสาสมัครชุมชน การ

ประสานงานกับตำรวจในปัญหาอาชญากรรม การประสานงานกับโรงเรียนในงานอนามัยโรงเรียน เป็นต้น

3) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuum care) ในทุกระยะของภาวะสุขภาพตั้งแต่ในภาวะปกติ เริ่มมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย การเจ็บป่วยที่รุนแรง การฟื้นฟูสภาพ การดูแลในระยะเรื้อรัง และระยะสุดท้าย

4) การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจกับการทำงานในรูปแบบของสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะกลุ่มพยาบาลครอบครัว เพราะเป็นการทำงานเป็นทีมที่มีผู้มีความรู้ความสามารถเฉพาะสาขา มีผู้ร่วมงานที่เข้ามาช่วยวางแผนและช่วยกันกำหนดแนวทางการดูแลและแก้ปัญหาผู้ป่วย ผู้ทำงานไม่รู้สึก “โดดเดี่ยว” ทำให้ทำงานได้อย่างมั่นใจ เนื่องจากมีผู้ที่สามารถขอคำปรึกษา และสามารถส่งต่อเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา สุขภาพที่ซับซ้อนขึ้น ทีมสหสาขาประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลครอบครัว นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักสุขภาพจิต และพนักงานสุขภาพชุมชน การทำงานเป็นทีม สมาชิกในทีมจะมีขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ ในเรื่องการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย และการสื่อสารเกี่ยวกับแผนงานและการดำเนินงาน หน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกในทีมมีดังนี้

พนักงานสุขภาพชุมชน รับผิดชอบในส่วนการทำงานในชุมชน สำรวจชุมชน การเยี่ยมบ้าน ประเมินสภาพของผู้ป่วย ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การพยาบาลเบื้องต้น เช่น การทำแผล และรายงานผลการทำงานต่อทีมสุขภาพ ทั้งนี้การทำงานอยู่ภายใต้การนิเทศของพยาบาลครอบครัว

พยาบาลครอบครัว ที่ทำหน้าที่ในฐานะผู้ปฏิบัติ เช่น การเยี่ยมบ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน การออกหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ และเป็นผู้ประสานงาน ที่นำแผนงานไปดำเนินงาน ติดตามให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผน ตลอดจนนิเทศการทำงานของพนักงานสุขภาพชุมชน

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หน้าที่หลักในการให้การรักษาทันทีที่ปฏิบัติหน้าที่ในศูนย์ และการออกไปเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมในกรณีที่ได้รับการขอคำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยในปัญหาที่ซับซ้อน การออกหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ และงานด้านบริหาร ในฐานะหัวหน้าทีมการดูแล

1.2.3 ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรในทีมสุขภาพ ผลการสัมภาษณ์ พบว่าบุคลากรในทีมสุขภาพมีความพึงพอใจกับการทำงาน โดยเฉพาะพยาบาลครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากมีบุคลากรจากสาขาวิชาชีพด้านอื่นๆ เข้ามาช่วยในงานดูแลสุขภาพชุมชน มีทีมในการทำงานที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม มีการประชุมปรึกษาเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหา ไม่ใช่การดูแลที่ขึ้นอยู่กับความตัดสินใจของบุคลากรเพียงคนเดียว มีที่ปรึกษาที่มีความรู้ความสามารถในเฉพาะสาขา สามารถให้การดูแลที่เหมาะสมและมีมาตรฐาน การทำงาน

ในรูปแบบเช่นนี้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกมั่นใจ เพราะ “หลายหัว ดีกว่าหัวเดียว” และ “มีความสุขกับการทำงาน” ความคิดเห็นของแพทย์ เห็นว่า การบริการระดับปฐมภูมิ เป็นการดูแลที่แพทย์สามารถใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้าน ทำให้สามารถประเมินปัญหาผู้ป่วยได้ครอบคลุม การมีเวลาที่จะสอนผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้การดูแลรักษามีคุณภาพยิ่งขึ้น

1.2.4 ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1) ข้อจำกัดด้านความรู้ความสามารถของบุคลากรสุขภาพ บุคลากรที่ทำงานในชุมชน ต้องมีประสบการณ์ความรู้ความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เพื่อการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาลครอบครัวที่รายงานว่า ความรู้และทักษะเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหา และการรักษาขั้นต้น มีความจำเป็นอย่างมากในการปฏิบัติงานในชุมชน พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่บางคนไม่ได้ถูกเตรียมความรู้ในเรื่องดังกล่าว ทำให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ในส่วนของพนักงานสุขภาพชุมชนส่วนใหญ่มีคุณวุฒิการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ที่ไม่ได้มีพื้นฐานการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีการจัดอบรมในการเตรียมความรู้และทักษะด้านการให้สุศึกษาและการพยาบาลเบื้องต้นให้กับพนักงานสุขภาพชุมชนและต้องมีการนิเทศการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องจนแน่ใจว่าสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

2) การประสานงานและการสื่อสาร พบเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งในกลุ่มบุคลากรด้วยกันเองและระหว่างหน่วยงาน ในส่วนของบุคลากรมักพบว่าเกิดจากการที่บุคลากรขาดความเข้าใจในบทบาทของตนเอง ไม่ปฏิบัติตามบทบาท รวมทั้งเรื่องการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนของการติดต่อประสานงานในทีมการดูแล การขอคำปรึกษา และการรายงานเมื่อพบปัญหาในการทำงาน ในส่วนของการสื่อสารพบว่าปัญหาเกิดจากการสื่อสารไม่ตรงประเด็น ขาดความชัดเจน และการสื่อสารที่ไม่ทั่วถึงในทุกระดับของผู้ปฏิบัติการ

3) การขาดอัตรากำลัง ขาดคนทำงาน โดยเฉพาะการเข้าออกของพนักงานสุขภาพชุมชน ทำให้ขาดผู้ปฏิบัติงาน การต้องใช้เวลาในการรับสมัครและการฝึกงานให้สามารถปฏิบัติงานทดแทนผู้ที่ออกไป

4) การยอมรับของประชาชนในชุมชนต่อบุคลากรที่ลงเยี่ยมบ้าน ทั้งพยาบาลครอบครัวเอง และโดยเฉพาะพนักงานสุขภาพชุมชน เนื่องจากเป็นบุคลากรใหม่ ประชาชนยังไม่เชื่อถือในความรู้ความสามารถของพนักงานสุขภาพ ทำให้เป็นอุปสรรคในการทำงานในระยะแรก ที่ต้องมีพยาบาลครอบครัวออกไปด้วยเพื่อแนะนำตัวกับชุมชน

5) การทำงานในพื้นที่ที่เข้าถึงยาก เช่น พื้นที่ที่ไม่ได้จัดตั้งชุมชน พื้นที่ที่มีปัญหายาเสพติด หรือบางชุมชนที่ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือในการเข้าไปสำรวจ รวมทั้งเรื่องของความปลอดภัยในการทำงานในบางพื้นที่ทำให้มีปัญหาเรื่องการบริการที่ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ

2. การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การสัมภาษณ์ประชาชนผู้มีสิทธิใน “โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค” จำนวน 30 คน สามารถสรุปผลได้ดังนี้

2.1 การรับรู้เกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ “โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค”

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับรู้ความหมายของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เฉพาะความหมายของอัตราค่าบริการ ที่ประชาชนต้องรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในจำนวนเงิน 30 บาท ต่อการตรวจรักษา 1 ครั้ง และรับรู้คำว่า “ทุกโรค” ว่าหมายถึง การเจ็บป่วยที่เป็นอาการ การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้น แม้แต่กลุ่มประชาชนที่เคยมีประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพในโครงการแล้ว ก็ยังไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับสิทธิที่ได้รับ มีการรับรู้เพียงว่า “ป่วยเมื่อไร ก็ไปรับการรักษา จ่ายค่ายาเพียง 30 บาท”

การรับรู้เกี่ยวกับผู้ที่ได้รับสิทธิในโครงการ ส่วนใหญ่รับรู้ได้ถูกต้องว่าเป็นประชาชนที่ไม่ได้รับ หรือไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล พบว่ามีประชาชนบางรายได้รับสิทธิในโครงการทั้งที่ตนเองได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของสามั/ภรรยา ซึ่งประชาชนกลุ่มนี้รายงานว่าจะไม่ใช่สิทธิในโครงการ 30 บาท

มีประชาชนส่วนหนึ่งเป็นผู้ที่มีสิทธิในโครงการ แต่ยังไม่ได้ไปรับบัตรสุขภาพ และไม่สนใจที่จะใช้บริการ โดยให้เหตุผลว่ายังไม่เจ็บป่วย ถ้าเจ็บป่วยเมื่อไรค่อยไปรับบัตร หรือเมื่อป่วยไปที่สถานพยาบาลแล้วก็มีรายชื่อที่สามารถตรวจสอบได้และสามารถที่จะใช้สิทธิได้เลย

ผู้มีสิทธิในโครงการกลุ่มหนึ่ง รายงานว่าโครงการประกันสุขภาพมีไว้สำหรับผู้ที่ไม่มีรายได้น้อยและไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ถึงแม้ว่าตนเองจะมีสิทธิก็就不用ใช้สิทธิเพราะยังสามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายได้ ไม่อยากเป็นภาระให้กับรัฐบาล ให้เงินส่วนนี้ไปช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยและไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองได้จริง

2.2 การรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพของบริการสุขภาพในโครงการ ประชาชนที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับคุณภาพของบริการสุขภาพทั้งในด้านดี และไม่ดี ดังนี้

- คุณภาพของเวชภัณฑ์ โดยเฉพาะคุณภาพของยาที่ใช้ในโครงการ ผู้ที่เคยมีประสบการณ์การใช้บริการกลุ่มหนึ่งรายงานว่าการไปรับการรักษาได้ยามารับประทานแล้วอาการไม่ดี

ขึ้น ทำให้ต้องไปรักษาต่อที่สถานบริการสุขภาพเอกชนอาการเจ็บป่วยจึงหายไป อย่างไรก็ตามมีประชาชน กลุ่มหนึ่งที่เชื่อมั่นในคุณภาพของเวชภัณฑ์ที่ใช้ในโครงการเพราะเชื่อว่าคงต้องเป็นเวชภัณฑ์ที่ได้มาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุขจึงอนุญาตให้นำมาใช้ได้

- คุณภาพของการบริการ ประชาชนส่วนหนึ่งรับรู้ว่าเป็นบริการที่ให้กับ “คนจน” ซึ่งเป็น “ประชาชนชั้นสอง” ผู้รับบริการต้องรอนาน และได้ยารักษาที่มีคุณภาพต่ำ ประชาชนส่วนใหญ่ไม่คาดหวังในการได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ทั่วถึง เนื่องจากมีผู้รับบริการจำนวนมาก และไม่คาดหวังในคุณภาพบริการมากนัก อย่างไรก็ตามมีประชาชนที่เคยมารับบริการโดยใช้สิทธิที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังรายงานว่า ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติเหมือนที่เคยได้รับก่อนการใช้สิทธิ คงได้รับยารักษาชนิดเดิม และได้รับการดูแลเหมือนกับผู้ป่วยทั่วไป

2.3 ช่องทางการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับข่าวเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากหลายแหล่ง เช่น การรับรู้จากข่าวทางโทรทัศน์ หรือการพูดคุย/ได้ยินคนในชุมชนพูดถึง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความถูกต้อง ความชัดเจน และรายละเอียดของข้อมูลในเรื่องลักษณะบริการสุขภาพ และสิทธิของผู้ใช้บริการ ส่วนกลุ่มที่ได้รับข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น ข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ หรือการได้รับจดหมายติดต่อให้ไปรับบัตรสุขภาพ ประชาชนกลุ่มนี้จะได้ข้อมูลที่มีความละเอียดและชัดเจน ในเรื่องเกี่ยวกับลักษณะบริการและการไปใช้บริการ ประชาชนกลุ่มนี้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการสุขภาพและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับข้อมูลจากโทรทัศน์และการพูดคุย อย่างไรก็ตามข้อมูลจากการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นว่าประชาชนในชุมชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าค่อนข้างน้อย

โดยสรุปแล้วข้อมูลจากการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นว่าประชาชนยังมีข้อจำกัดในเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในเรื่องลักษณะบริการสุขภาพ สิทธิประโยชน์ และการใช้บริการตามสิทธิที่ได้รับ

3. ความคาดหวังต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ผลจากการสัมภาษณ์ข้อมูลด้านคุณภาพในกลุ่มประชาชนที่ยังไม่เคยมาใช้บริการสุขภาพตามสิทธิในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค พบว่าเหตุผลที่ให้ประชาชนมาใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ การที่อยู่ใกล้บ้านเดินทางสะดวก หากมีการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยก็คงจะใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน เนื่องจากการจราจรในเขตปทุมวันค่อนข้างจะแออัด การมาใช้บริการที่ศูนย์สาธารณสุข หรือโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ไม่ต้องเสียเวลาในการเดินทางมากนัก

เหตุผลอื่นที่สำคัญก็คือ การที่ไม่ต้องเสียค่ารักษา ซึ่งเป็นเหตุผลที่สำคัญในประชาชนกลุ่มที่มีรายได้น้อย

ส่วนความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพ สามารถสรุปได้ดังนี้

- ด้านความรวดเร็ว ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่มีความต้องการการบริการสุขภาพที่รวดเร็ว แต่กลับรายงานว่าไม่คาดหวังว่าบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่รัฐจัดให้จะต้องรวดเร็ว เนื่องจากประชาชนทั่วไปรับรู้และเคยชินกับบริการที่ “ต้องรอนาน” ในสถานบริการสุขภาพของรัฐอยู่แล้ว และมีความเชื่อว่า “เป็นไปไม่ได้” ที่สถานบริการของรัฐจะให้บริการที่รวดเร็ว หากต้องการบริการที่รวดเร็วก็คงจะไปสถานบริการสุขภาพเอกชน อย่างไรก็ตามประชาชนยังต้องการที่จะได้พบแพทย์อย่างรวดเร็ว เพราะอย่างน้อยก็จะได้รับการประเมินอาการขั้นต้นและได้รับการดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการเป็นเบื้องต้นก่อน ส่วนการที่ต้องใช้เวลาในการรอรับยาหรือไปรับการตรวจอื่นๆ ยังพอที่จะรอได้ ไม่คาดหวังว่าจะต้องรวดเร็วนัก

- ด้านการบริการและการต้อนรับ ผู้ให้สัมภาษณ์ทุกรายมีความคาดหวังที่จะได้รับการต้อนรับที่ดี การได้รับข้อมูล ตลอดจนคำแนะนำ เกี่ยวกับขั้นตอนการมารับบริการ สิ่งคาดหวังมากที่สุดก็คือ การที่บุคลากรพูดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส และมีท่าทีเต็มใจและเอาใจใส่ในการให้บริการ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกอบอุ่น และมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลที่ดีต่อไป

- ด้านการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ไม่คาดหวังว่าต้องได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทาง เพราะเชื่อมั่นว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์ที่สามารถตรวจวินิจฉัยโรค และรักษาขั้นต้นได้ก็เพียงพอ หากมีการเจ็บป่วยที่ต้องมีการใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะทาง ก็คงจะมีการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป ทั้งนี้ผู้ให้สัมภาษณ์มีความเชื่อมั่นในความรู้ความสามารถ ตลอดจนจริยธรรมของผู้เป็นแพทย์ ซึ่งความคิดเห็นนี้มักพบได้ในประชาชนไทยทั่วไปที่ยังเชื่อมั่น ยอมรับและเชื่อฟังในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้เป็นแพทย์

- ด้านความเสมอภาคในการได้รับการบริการ ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่มีความคาดหวังว่าจะได้รับการบริการสุขภาพที่มีความเสมอภาค ประชาชนทุกคนสามารถใช้บริการได้ และได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน ในเรื่องความเสมอภาคในที่นี้เน้นเรื่องการได้รับการที่เหมือนกับบุคคลอื่นๆ ที่ไม่ได้ใช้สิทธิ 30 บาท ไม่ต้องการแบ่งการบริการว่านี่เฉพาะผู้มีสิทธิ เพราะการแบ่งสถานที่และการจัดการที่มีขั้นตอนที่แตกต่างจากผู้รับบริการทั่วไป ทำให้เกิดทัศนคติว่าจะได้รับการที่แตกต่างกันโดยเฉพาะในเรื่องคุณภาพของการดูแลรักษา และเวชภัณฑ์ ที่ได้รับ (ความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเมื่อมารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพในโรงพยาบาล)

- ด้านการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้ให้สัมภาษณ์ทุกคนคาดหวังว่าจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แนวทางการรักษา จากแพทย์ที่รักษา โดยการใช้คำพูดที่ง่าย ๆ และ

การให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนในการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษา และคาดหวังว่าพยาบาลจะเป็นผู้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน และหากเป็นไปได้ต้องการให้พยาบาลเป็นที่ปรึกษาให้ข้อมูลก่อนที่จะพบแพทย์ เพื่อที่จะได้บอกอาการและซักถามแพทย์ได้เหมาะสม

ข้อมูลจากแบบสอบถามความคาดหวังต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ให้ผลที่สอดคล้องกับข้อมูลด้านคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างระบุเหตุผลที่จะเลือกรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ สถานบริการอยู่ใกล้บ้าน (ร้อยละ 59.7) เดินทางสะดวก (ร้อยละ 34.8) และไม่เสียค่าใช้จ่ายมาก (ร้อยละ 29.6) ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สวัสดิการสุขภาพเป็นบัตรสุขภาพถ้วนหน้า มีกลุ่มตัวอย่างน้อยมากที่ใช้สวัสดิการสุขภาพบัตรประกันสังคมและข้าราชการ ดังนั้นเหตุผลสองอันดับแรกของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สวัสดิการสุขภาพเป็นบัตรสุขภาพถ้วนหน้า คือ สถานบริการอยู่ใกล้บ้าน และเดินทางสะดวก ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงความคาดหวังของสังคมจากระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิด้านประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพที่รัฐต้องจัดให้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ซึ่งหน่วยปฏิบัติการปฐมภูมิในพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี และคลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย ความต้องการดังกล่าวสอดคล้องกับการให้บริการสุขภาพของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ต้องการให้มีระบบบริการปฐมภูมิหรือมีหน่วยปฏิบัติการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) และมีเจ้าหน้าที่ให้บริการระดับปฐมภูมิซึ่งสามารถนำเอาบริการดูแลสุขภาพเข้ามาใกล้ชิดกับสถานที่พักอาศัยและสถานที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่างให้มากที่สุดหรือบริการลักษณะใกล้บ้านใกล้ใจ

ความต้องการหรือเหตุผลที่จะเลือกรับบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิอันดับสุดท้ายคือ ไม่เสียค่าใช้จ่ายมาก สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ให้สัมภาษณ์รับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิว่า เป็นโครงการประกันสุขภาพที่มีไว้สำหรับผู้ที่มียาได้น้อย และไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ซึ่งการให้บริการในระดับปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินี้ เป็นบริการที่พยายามให้เป็นไปตามความคาดหวังของสังคม คือ มีความเสมอภาคในการได้รับบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยพยายามให้มีบริการครอบคลุมในทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มโรค และกลุ่มผู้ยากไร้ (อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542) โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนที่มาใช้บริการระดับปฐมภูมินี้มักจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ รวมทั้งกลุ่มที่มีรายได้น้อย ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้เป็นส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้น้อย อยู่ในวัยผู้ใหญ่กลางคนและผู้สูงอายุ และมากกว่าครึ่งมีปัญหาเจ็บป่วยเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.13 ความคาดหวังในทุกข้อคำถาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องต้องการคำอธิบาย

เกี่ยวกับการใช้ยา คำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากแพทย์ พยาบาล สามารถถามคำถามที่ข้องใจได้ และสถานบริการควรมีความพร้อมในการให้บริการ (ตารางที่ 2 และ 3) ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคาดหวังต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับมากถึงมากที่สุด ซึ่งความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างนี้สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความคาดหวังของสังคมจากระบบบริการปฐมภูมิ และเป็นการทำนายบริการสุขภาพที่จะได้รับเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าไปใช้บริการที่หน่วยปฏิบัติการปฐมภูมิหรือเป็นความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการใช้บริการ ถ้าบุคคลมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นบุคคลนั้นในระดับสูงบุคคลนั้นย่อมเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสูงเช่นกัน (Reeve, 1992: 205) โดยเฉพาะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคาดหวังต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับมากถึงมากที่สุดย่อมเกิดแรงจูงใจในการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีเช่นกัน

ผลการศึกษาความคาดหวังต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 6 อันดับแรก คือ กลุ่มตัวอย่างต้องการคำอธิบายเกี่ยวกับการใช้ยา คำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากแพทย์ พยาบาล สามารถถามคำถามที่ข้องใจได้ สถานบริการควรมีความพร้อมในการให้บริการ สามารถตอบคำถามในสิ่งที่ท่านข้องใจ และคำอธิบายการปฏิบัติตัวจากพยาบาลอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ทุกคนคาดหวังว่า จะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แนวทางการรักษา จากแพทย์ที่รักษา โดยการใช้คำพูดที่ง่ายๆ และการให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนในการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษา และคาดหวังว่าพยาบาลจะเป็นผู้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการได้รับข้อมูลทางด้านสุขภาพทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา การเจ็บป่วย การปฏิบัติตัวและต้องการบริการที่มีความพร้อม ดังนั้นบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่จำเป็นหรือมีความสอดคล้องกับความคาดหวังของสังคมจากระบบบริการปฐมภูมิ ได้แก่ การให้คำปรึกษา ช่วยสร้างความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ และเตรียมความพร้อมในการให้บริการ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเหตุผลการเลือกรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (N = 621)

เหตุผลการเลือกรับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
อันดับ 1 สถานบริการอยู่ใกล้บ้าน	347	59.7
อันดับ 2 เดินทางสะดวก	202	34.8
อันดับ 3 ไม่เสียค่าใช้จ่ายมาก	172	29.6

ตารางที่ 2 แสดงระดับความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (N=590)

ระดับความคาดหวัง	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	10	1.69
ปานกลาง	60	10.17
มาก	190	32.20
มากที่สุด	330	55.93
รวม	590	100.0

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (1 = น้อย 4 = มากที่สุด) (N = 590)

ข้อคำถาม	Mean	SD
1. ท่านคาดหวังว่าสามารถใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้ทุกเวลา	2.82	1.11
2. ท่านคาดหวังที่จะได้รับการบริการอย่างรวดเร็ว	2.82	1.14
3. ท่านคาดหวังว่าสถานบริการต้องมีความพร้อมในการให้บริการ	3.13	0.98
4. ท่านคาดหวังที่จะได้รับการเอาใจใส่ดูแลเป็นอย่างดีระหว่างมารับบริการ	3.02	1.02
5. ท่านคาดหวังที่จะได้รับการอธิบายให้เข้าใจในสิทธิที่ท่านได้รับ	3.01	1.03
6. ท่านคาดหวังว่าท่านสามารถถามคำถามในสิ่งที่ท่านข้องใจ	3.10	0.97
7. ท่านคาดหวังจะได้รับคำอธิบายการเจ็บป่วยจากแพทย์อย่างชัดเจน	3.20	0.94
8. ท่านคาดหวังจะได้รับคำอธิบายการปฏิบัติตัวจากพยาบาลอย่างชัดเจน	3.08	0.94
9. ท่านคาดหวังจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างชัดเจน	3.32	0.86
10. ท่านคาดหวังที่จะได้รับการที่สามารถตอบสนองความต้องการของท่าน	3.05	1.02

4. ความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ผลจากการสัมภาษณ์ข้อมูลด้านคุณภาพในกลุ่มประชาชนเคยใช้บริการสุขภาพตามสิทธิในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทั้งที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าเหตุผลที่ให้ประชาชนมาใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในกลุ่มนี้เหมือนกับกลุ่มที่ยังไม่เคยใช้บริการ คือ การที่อยู่ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก และ การที่ไม่ต้องเสียค่ารักษา ส่วนด้านความพึงพอใจในบริการสามารถแบ่งผู้รับบริการได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

- กลุ่มที่พึงพอใจในบริการ พบว่าผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น ซึ่งต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและใช้บริการของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้งสองแห่งทั้งก่อนที่จะมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค จนกระทั่งใช้สิทธิในโครงการจนถึงปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้มีความพึงพอใจกับบริการสุขภาพที่ได้รับเป็นอย่างมาก

เนื่องจากยังคงได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องเหมือนเช่นเคย แต่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา และค่ายา น้อยลงอย่างมาก ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ให้มารับการตรวจสุขภาพและรับยาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 รายงานว่ามีความสะดวกมากขึ้นในการมารับบริการเพราะใกล้บ้าน ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และยังได้รับการตรวจรักษาที่รวดเร็วกว่าอีกด้วย ดังนั้นประชาชนกลุ่มนี้จึงมีความพึงพอใจกับบริการสุขภาพที่ได้รับตามโครงการ 30 บาท

- กลุ่มที่ไม่พึงพอใจในบริการ พบว่าประชาชนที่มีความพึงพอใจในระดับต่ำหรือไม่พึงพอใจเป็นประชาชนที่เคยมาใช้บริการทั้งที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 และโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ หรือทั้งสองแห่ง การบริการที่ไม่พึงพอใจที่พบมากที่สุดคือ การรอตรวจนาน เพราะแพทย์ออกตรวจช้า โดยเฉพาะที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และได้พบแพทย์แล้วไม่ได้รับการอธิบายถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น บางรายได้สอบถามเพิ่มเติมแต่แพทย์ไม่มีเวลาที่จะอธิบายมากนัก ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะซักถามต่อ เนื่องจากแพทย์มีท่าทางรีบเร่งเพราะมีผู้ป่วยรอตรวจจำนวนมาก บางรายได้ยามารับประทานแล้วอาการไม่ดี ต้องไปรับการรักษาต่อที่คลินิกเอกชน จึงทำให้เกิดทัศนคติว่าได้ยารักษาที่มีคุณภาพต่ำ มีผู้รับบริการที่มีประสบการณ์ที่ไม่ดีในเรื่องการพูดของบุคลากร โดยรายงานว่าการพูดที่เป็น “การตะคอก” “พูดถากถาง” และการใช้คำพูดที่ไม่เหมาะสม เช่น แพทย์ใช้คำว่า “ตะกระ” กับผู้ป่วยเบาหวานที่ตรวจพบว่าน้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น

ประชาชนกลุ่มที่ไม่พึงพอใจในบริการ เสนอแนะว่า บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สามารถเป็นที่พึ่งให้กับประชาชนได้นั้น ควรปรับปรุงเรื่อง การดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการของบุคลากรให้มากขึ้น ให้การต้อนรับ ให้เกียรติ ไม่มีการเลือกปฏิบัติ ให้ข้อมูลและให้คำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ชัดเจน และไม่ควรแสดงท่าทางไม่พอใจเมื่อผู้รับบริการมีข้อคำถาม และที่สำคัญควรเคร่งครัดเรื่องการทำงานตรงเวลา

ข้อมูลด้านปริมาณจากแบบสอบถามให้ผลที่ใกล้เคียงกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ คือกลุ่มตัวอย่างระบุเหตุผลที่จะเลือกรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดังนี้ สถานบริการอยู่ใกล้บ้าน (ร้อยละ 66.4) เดินทางสะดวก (ร้อยละ 40.9) และไม่เสียค่าใช้จ่ายมาก (ร้อยละ 29.0) (ตารางที่ 4) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ผู้ให้สัมภาษณ์ได้รายงานไว้ เหตุผลที่มารับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ การที่อยู่ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก และไม่เสียค่ารักษา โดยเฉพาะกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า มีความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมาก เนื่องจากได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 89.43 (ตารางที่ 5) ซึ่งเป็นความพึงพอใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องต้องการกลับมา

บริการอีก ต้องการแนะนำครอบครัวและผู้อื่นมารับบริการ และพึงพอใจในคำอธิบายการใช้ยา ส่วนข้อที่พึงพอใจน้อยได้แก่ เรื่องการตอบคำถามในสิ่งที่ข้องใจ บริการที่ได้รับไม่รวดเร็ว ยังได้รับการอธิบายให้เข้าใจในสิทธิเล็กน้อย (ตารางที่ 6) สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่พึงพอใจการบริการ ที่ต้องรอตรอนาน และทีมสุขภาพมีท่าทีรีบเร่ง ไม่มีเวลาที่จะอธิบายข้อสงสัยของผู้ให้สัมภาษณ์

ความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สามารถเป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่งว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความเสมอภาคในการได้รับบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งบริการดังกล่าวดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ความคาดหวังต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่างภายหลังจากการเข้ารับบริการในหน่วยปฏิบัติการปฐมภูมิเป็นไปตามที่คาดหวังไว้ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับมากถึงมากที่สุด โดยเฉพาะเรื่องต้องการกลับมาใช้บริการอีก ต้องการแนะนำครอบครัวและผู้อื่นมารับบริการ และพึงพอใจในคำอธิบายการใช้ยา ซึ่งสามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถของเจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการปฐมภูมิในการให้บริการได้ตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่างหรือ สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคม (อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธานี กลิ่นขจร และเกียรติรัตน์ วาณิชยศุภวงศ์ (2534) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อบริการของสถานีนานามัยทั่ว ๆ ไป อยู่ในระดับสูงสุด และสอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2545) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรทองเมื่อไปใช้บริการ (ร้อยละ 83.8) อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีความพึงพอใจน้อยเกี่ยวกับการตอบคำถามในสิ่งที่ข้องใจ บริการที่ได้รับไม่รวดเร็ว และยังได้รับการอธิบายให้เข้าใจในสิทธิเล็กน้อย สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ยังไม่พอใจหรือไม่มีความมั่นใจเกี่ยวกับคุณภาพและมาตรฐานการบริการทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ทางการแพทย์และยาที่ได้รับในระบบบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน เนื่องจากผู้ให้สัมภาษณ์มีการเปรียบเทียบบริการในหน่วยปฏิบัติการปฐมภูมิที่ได้รับในปัจจุบันกับประสบการณ์เดิมที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับบริการสุขภาพในอดีต โดยรายงานไปรับการรักษาได้ยามารับประทานแล้วอาการไม่ดีขึ้น นอกจากนี้ผู้ให้สัมภาษณ์ได้เปรียบเทียบบริการในหน่วยปฏิบัติการ ปฐมภูมิที่ตนเองสามารถเข้ารับบริการในพื้นที่กับหน่วยปฏิบัติการปฐมภูมิต่างพื้นที่ว่าเกิดความไม่เท่าเทียมกันหรือให้บริการที่แตกต่างกันทั้ง ๆ ที่อยู่ภายใต้ระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติเดียวกัน

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเหตุผลการเลือกใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (N=455)

เหตุผลการเลือกใช้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
อันดับ 1 สถานบริการอยู่ใกล้บ้าน	302	66.4
อันดับ 2 เดินทางสะดวก	186	40.9
อันดับ 3 ไม่เสียค่าใช้จ่ายมาก	132	29.0

ตารางที่ 5 แสดงระดับความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพปฐมภูมิ (N=454)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	7	1.54
ปานกลาง	41	9.03
มาก	193	42.51
มากที่สุด	213	46.92
รวม	454	100.0

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ข้อความ	Mean	SD
1. ท่านสามารถใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้สะดวก	3.00	0.89
2. ท่านได้รับการบริการอย่างรวดเร็ว	2.67	0.99
3. สถานบริการมีความพร้อมในการให้บริการ	3.00	0.87
4. ท่านได้รับการเอาใจใส่ดูแลเป็นอย่างดีระหว่างมารับบริการ	2.94	0.94
5. ท่านได้รับการอธิบายให้เข้าใจในสิทธิที่ท่านได้รับ	2.54	1.13
6. ท่านสามารถถามคำถามในสิ่งที่ท่านข้องใจ	2.76	1.05
7. ท่านได้รับคำอธิบายการเจ็บป่วยจากแพทย์อย่างชัดเจน	3.02	0.98
8. ท่านได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวจากพยาบาลอย่างชัดเจน	2.87	0.97
9. ท่านได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างชัดเจน	3.20	0.90
10. ท่านรู้สึกพึงพอใจในบริการที่ได้รับ	3.00	0.99
11. ท่านจะกลับมาใช้บริการอีก	3.23	0.97
12. ท่านจะแนะนำครอบครัว และผู้อื่นมาใช้บริการ	3.16	0.99

5. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีสิทธิในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ผลการศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีสิทธิในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และส่วนที่ 3 ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชุมชนที่อยู่อาศัย

ชื่อชุมชน	จำนวน (ครอบครัว)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคหะชุมชนบ่อนไก่	260	371	34.0
พัฒนาบ่อนไก่	122	147	13.5
พระเจน	129	167	15.3
หลังวัดปทุมวนาราม	105	162	14.9
โปโล	78	100	9.2
ร่วมฤดี	59	74	6.8
ปลุกจิต	40	49	4.5
หลังสวน	17	20	1.8
รวม	810	1090	100.0

จากตารางที่ 7 กลุ่มตัวอย่างได้จากประชากรที่อาศัยอยู่ในชุมชนต่างๆ ของแขวงปทุมวัน และแขวงลุมพินี ซึ่งเป็นพื้นที่ในความรับผิดชอบของโครงการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวน 810 ครอบครัว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1090 คน โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากน้อยตามสัดส่วนประชากรที่มีอาศัยอยู่ในชุมชน

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ และสวัสดิการด้านสุขภาพ

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	770	70.6
ชาย	320	29.4
รวม	1090	100.0
อายุ (ปี)		
6-12	61	5.63
13-19	82	7.57
20-29	122	11.27
30-39	140	12.93
40-49	222	20.50
50-59	178	16.44
60 ปีขึ้นไป	278	25.67
รวม	1083	100.0
สถานภาพสมรส		
โสด	315	29.1
คู่	585	54.0
หม้าย/หย่า/แยก	183	16.9
รวม	1083	100.0
เชื้อชาติ		
ไทย	1034	95.3
จีน	51	4.7
รวม	1085	100.0
สัญชาติ		
ไทย	1069	98.4
จีน	17	1.6
รวม	1086	100.0
ศาสนา		
พุทธ	1034	95.2
อิสลาม	43	4.0
คริสต์	8	0.8
รวม	1086	100.0

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	42	4.1
ประถมศึกษา	592	57.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	257	24.9
ต่ำกว่าปริญญาตรี	82	7.9
ปริญญาตรี	59	5.7
รวม	1032	100.0
อาชีพ		
รับจ้าง	275	30.2
ค้าขาย	251	27.6
ลูกจ้าง	14	1.5
รับราชการ	10	1.1
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	189	20.7
นักเรียน/นักศึกษา	160	17.6
อื่น ๆ	12	1.3
รวม	911	100.0
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
< 2000	58	9.7
2001-5000	243	40.6
5001-10000	246	41.1
10001-15000	36	6.0
15001-20000	8	1.3
20001 บาทขึ้นไป	8	1.3
รวม	599	100.0
สวัสดิการด้านสุขภาพ		
บัตรสุขภาพถ้วนหน้า	1000	94.1
บัตรประกันสังคม	11	1.0
บัตรสุขภาพถ้วนหน้าและบัตรประกันสังคม	14	1.3
บัตรสวัสดิการข้าราชการ/ครอบครัว	11	1.0
บัตรสุขภาพและบัตรสวัสดิการข้าราชการ	3	0.3
บัตรสุขภาพถ้วนหน้าและประกันชีวิต	9	0.9
บัตรประกันสังคมและประกันชีวิต	15	1.4
รวม	1063	100.0

กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 7 : 3 ส่วนใหญ่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 62.6 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 54 เชื้อชาติไทยและสัญชาติไทย คิดเป็นร้อยละ 95.3 และ 98.4 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.4 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.2 รองลงมา อาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 27.6 รายได้อยู่ระหว่าง 2001-10000 บาท คิดเป็นร้อยละ 81.7 และสวัสดิการด้านสุขภาพเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 94.1

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นปัญหาสุขภาพ สถานะที่รับการรักษา การตรวจสุขภาพประจำปี ภาวะโภชนาการ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นดังนี้

1. **ปัญหาสุขภาพ** พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.21 มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งในกลุ่มที่พบว่า มีปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคไขมันในเลือดสูง และโรค หัวใจ และพบว่ามักป่วยด้วยโรคมากกว่า 1 โรค ส่วนใหญ่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข (ตารางที่ 9, 10, 11 และ 12)

ผลการศึกษาลักษณะปัญหาสุขภาพในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับรายงานของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2546) ที่ศึกษารูปแบบระบบบริการสุขภาพชุมชน ผลและความรู้จากการศึกษาพัฒนาในโครงการกรุงเทพ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพ 5 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง (6.3%) เบาหวาน (3.4%) อัมพาต-อัมพฤกษ์ (0.6%) ข้อเข่าเสื่อม (0.9%) และไขมันในเลือดสูง (0.3%) ปัญหาสุขภาพเหล่านี้เป็นโรคเรื้อรังที่พบทั้งในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ที่มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการในแต่ละช่วงวัยและพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (Edelman and Mandle, 1998)

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการมีสุขภาพ

การมีสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีปัญหาสุขภาพ	535	53.88
มีปัญหาสุขภาพ	458	46.12
รวม	993	100.0

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัญหาสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
โรคความดันโลหิตสูง	88	19.21
โรคเบาหวาน	50	10.92
โรคหัวใจ	16	3.49
ไขมันในเลือดสูง	22	4.80
ข้อเข่าเสื่อม	45	9.83
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	40	8.73
โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ	7	1.53
โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	13	2.84
โรคความดันโลหิตสูงและข้อเข่าเสื่อม	7	1.53
โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง	4	0.87
โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง	10	2.18
โรคหัวใจและไขมันในเลือดสูง	3	0.66
อื่นๆ เช่น อาการปวดหลัง ปวดศีรษะ ผื่นคัน ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น	153	33.41
รวม	458	100.00

ตารางที่ 11 แสดงอัตราความชุกของโรคเรื้อรังที่พบในชุมชน ต่อประชากร 100 คน

ปัญหาสุขภาพ	จำนวน	อัตราความชุกต่อประชากร 100 คน
โรคความดันโลหิตสูง	172	17.32
โรคเบาหวาน	105	10.57
ข้อเข่าเสื่อม	52	5.24
ไขมันในเลือดสูง	48	4.83
โรคหัวใจ	33	3.32

2. พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การเลือกใช้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี คิดเป็นร้อยละ 81.2 มีผู้ตรวจสุขภาพประจำปีเพียงร้อยละ 18.8 (ตารางที่ 12 และ 13) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งสะท้อนถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลือกใช้บริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ardell, 1977) อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างจะเข้ารับการรักษาในสถาน

บริการสุขภาพเมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ตรวจสุขภาพประจำปี แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพหรือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้น เนื่องจากการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แสดงถึงประชาชนให้ความสนใจต่อสุขภาพอย่างมีเป้าหมายเพื่อดำรงไว้ซึ่ง สุขภาวะของตนเอง (Pender, 1996 :134)

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานที่เข้ารับการรักษาเมื่อมีปัญหาสุขภาพ

สถานที่รักษา	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาล	229	56.68
ศูนย์บริการสาธารณสุข	114	28.22
คลินิก	23	5.69
ร้านขายยา	5	1.24
ไม่ได้รักษา	33	8.17
รวม	404	100.0

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการตรวจสุขภาพประจำปี

การตรวจสุขภาพประจำปี	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ตรวจ	838	81.20
ตรวจ	194	18.80
รวม	1032	100.0

3. ภาวะโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติคิดเป็นร้อยละ 54.26 แต่มีร้อยละ 36.27 มีภาวะโภชนาการเกินถึงอ้วน และร้อยละ 9.47 น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (ตารางที่ 14) ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 6-17 ปี ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ อย่างไรก็ตามกลุ่มเด็กวัยดังกล่าวบางส่วนมีน้ำหนักเกินเกณฑ์ถึงอ้วน และน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของ กรมอนามัย (2542) พบว่า นักเรียนระดับประถมศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร มีปัญหาภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน โดยนักเรียนสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยเป็นโรคอ้วนสูงสุด ร้อยละ 25.9-31.5 สอดคล้องกับรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย พบอัตราความชุกของโรคอ้วนเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 2544) สาเหตุดังกล่าวเกิดจากค่านิยมในการบริโภคและวิถี

ชีวิตของประชาชนไทยที่เปลี่ยนไปตามอิทธิพลตะวันตกร่วมกับสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ตลอดจนขาดการออกกำลังกาย

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวัยและ ภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ	กลุ่มอายุ 6-17 ปี		กลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไป		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่าเกณฑ์	8	6.6	91	9.9	99	9.47
ปกติ	90	73.8	477	51.7	567	54.26
เกินเกณฑ์	13	10.7	233	25.2	246	23.54
อ้วน	11	9.0	122	13.2	133	12.73
รวม	122	100.0	923	100.0	1045	100.0

4. การรับรู้ความสุขและความเครียด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสุขอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 49.5 รองลงมารับรู้ความสุขในระดับค่อนข้างมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 44.1 (ตารางที่ 15) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และเครียดน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 29 เท่ากัน (ตารางที่ 16) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่กลางคนและวัยสูงอายุ และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งประกอบอาชีพ สะท้อนให้เห็นพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่กลางคนด้านสังคมที่สามารถพึ่งพาตนเองและประสบความสำเร็จในอาชีพ รวมทั้งเป็นช่วงวัยที่มีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นเหตุเป็นผล ส่วนวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีประสบการณ์ ความสุขุมเยือกเย็นและมีความคิดเชิงเหตุและผล สามารถแก้ไขปัญหาโดยใช้ประสบการณ์ มีความเผื่อแผ่เอื้อเฟื้อเห็นแก่ตัวและความสิ้นหวัง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มองชีวิตที่ผ่านมาในแง่บวก และมีความสุขในชีวิต (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) ส่วนสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ การอาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งคู่สมรสสามารถให้ความช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งทางตรงและทางอ้อมสามารถช่วยแก้ไขปัญหาโดยให้ความช่วยเหลือทั้งด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ สิ่งของ การเงิน การดูแล และข้อมูลข่าวสาร ช่วยให้อารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างสามารถลดความเครียดและเกิดความสุขในชีวิต (Cutrona, 1996)

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความสุข

ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
1 (สุขน้อยที่สุด)	28	2.6
2	15	1.4
3	26	2.4
4	534	49.5
5	163	15.1
6	166	15.4
7 (สุขมากที่สุด)	147	13.6
รวม	1079	100.0

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความเครียด

ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
1 (เครียดน้อยที่สุด)	313	29.0
2	165	15.3
3	96	8.9
4	313	29.0
5	79	7.3
6	51	4.7
7 (เครียดมากที่สุด)	61	5.7
รวม	1079	100.0

5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 50.7 รองลงมารับรู้ภาวะสุขภาพในระดับแข็งแรงมากถึงแข็งแรงที่สุดร้อยละ 44.1 (ตารางที่ 17) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับแข็งแรงที่สุด อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่มีปัญหาสุขภาพ ทำให้รับรู้ว่าตนเองสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต สามารถมีกิจกรรมร่วมกับสังคมและทำหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ที่ไม่สามารถฟื้นคืนสู่สภาพเดิมได้ อาจเกิดความรู้สึกพิการ และต้องการการดูแลประคับประคองรวมทั้งการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่ ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ รู้สึกว่าตนเองอ่อนแอ ความไม่แน่นอนในชีวิต และกลัว

ต้องพึ่งพาครอบครัว (Collier, 1990) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้สุขภาพของตนเองในระดับปานกลาง

ตารางที่ 17 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
1 (อ่อนแอที่สุด)	28	2.6
2	29	2.7
3	52	4.8
4	547	50.7
5	172	16.0
6	120	11.1
7 (แข็งแรงที่สุด)	130	12.1
รวม	1078	100.0

6. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย

วัยเรียน (6-12 ปี) พบว่าปัญหาสุขภาพตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในวัยเรียนเป็นปัญหาตามวัย ได้แก่ การปวดปัสสาวะ (65.2%) ปัญหาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆที่เกิดขึ้น เช่น เป็นไข้ หวัด ปวดศีรษะ

วัยรุ่น (13 – 25 ปี) พบปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ การปรับตัว เช่น ปวดศีรษะ (60.8%) หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย (60.3%)

วัยผู้ใหญ่ (26- 59 ปี) พบปัญหาของคนวัยทำงานและวัยที่มากขึ้น เป็นอาการปวดต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ (63.2) ปวดหลัง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (62.9%) เหนื่อยง่ายอ่อนเพลีย (57.6%)

วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) พบปัญหาสุขภาพคล้ายวัยผู้ใหญ่แต่พบได้มากขึ้น เช่นการปวดข้อ ปวดเข่า (70.6%) และยังพบปัญหาจากการเสื่อมตามวัย เช่น ตามัว ต้อกระจก ความรู้สึกทางเพศลดลง หลงลืมง่าย เป็นต้น (ตารางที่ 18)

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในวัยเรียนมีปัญหาด้านพัฒนาการโดยเฉพาะ การปวดปัสสาวะ ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การเรียกร้องความสนใจจากผู้อื่น โดยการเล่าเรื่องเกินจริง เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกลงโทษหรือเมื่อมีเรื่องที่ยุ่งยากใจ เพื่อให้เป็นไปตามความคาดหวังของผู้อื่น เมื่อตนเองไม่สามารถทำได้ หรือเลียนแบบพฤติกรรมโกหกจากผู้ใหญ่ (Wong ,1999) ส่วนปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในวัยเรียนส่วนใหญ่เป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดจากโรคติดเชื้อ ได้แก่ เป็นไข้ หวัด ปวดศีรษะ เนื่องจากโอกาสสัมผัสเชื้อได้ง่ายจากการอยู่รวมกลุ่มกับเพื่อนที่โรงเรียน นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยเรียนยังคงมีปัญหาสุขภาพในช่องปาก สอดคล้องกับ

รายงานของกรมอนามัย (2542) พบว่า กลุ่มเด็กวัยเรียนมีปัญหาทันตสุขภาพ ได้แก่ โรคฟันผุ และโรคเหงือก เนื่องจากความสามารถในการทำความสะอาดปากฟันยังไม่ค่อยสะอาดดีพอ ยังขาดวินัยในการแปรงฟันก่อนนอนหรือบ้วนปากแปรงฟันทุกครั้งหลังอาหาร และในวัยเรียนมักชอบรับประทานของหวานประเภทลูกอม ซึ่งทำให้ฟันผุ และเหงือกอักเสบ

ส่วนปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในวัยรุ่น พบว่า มีปัญหาปวดศีรษะ หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย ปัญหาเหงือก ฟัน ปวดท้อง ท้องผูก และไม่มีสมาธิ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับรายงานของกรมอนามัย (2542) พบว่า กลุ่มเยาวชนวัยรุ่นมีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาทันตสุขภาพ ปัญหาเรื่องความเหงา และรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต การแสดงออกที่รุนแรง พฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติด และเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการด้านร่างกายและจิตสังคม ตลอดจนปัญหาจากพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น ซึ่งอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง หงุดหงิดง่าย และไม่มีสมาธิเป็นอาการที่อาจเกิดจากปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่อยู่ในระดับที่ไม่รุนแรง (จรรยา เศรษฐบุตร อัญชลี วราศรีรัตน์ และจิรจิต บุญชัยวัฒนา, 2541)

สำหรับวัยผู้ใหญ่ พบว่า ปัญหาสุขภาพ 5 อันดับแรก ได้แก่ ปวดศีรษะ มึนงง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ปวดข้อ ปวดเข่า และหงุดหงิด โกรธง่าย ปัญหาสุขภาพดังกล่าวเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการและพฤติกรรมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยเฉพาะสตรีที่เข้าสู่วัยทอง หรือวัยหมดระดู มีอาการปวดศีรษะ มึนงง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด โกรธง่าย ไม่หลับ เหนื่อยง่าย และใจสั่น เป็นต้น (หะทัย เทพพิสัย, 2545; Edelman and Mandle, 1998) ส่วนอาการปวดข้อ ปวดหลัง และปวดเข่าเกิดจากสาเหตุการออกแรงกายทำงาน มีการเคลื่อนไหวทางร่างกายอย่างมาก เพื่อออกแรงทำงานอาชีพ และภาวะอ้วนหรือน้ำหนักตัวมากกว่าเกณฑ์ปกติ ซึ่งพบได้ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในบุคคลวัยทำงานจะอ้วนขึ้นตามอายุ (กรมอนามัย, 2542)

จากการศึกษา พบว่า ปัญหาสุขภาพของวัยสูงอายุ ได้แก่ ปวดข้อปวดเข่า ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ความรู้สึกทางเพศลดลง ตามัว ต้อกระจก และหลงลืมง่าย การรับรู้ภาวะสุขภาพ ดังกล่าวของกลุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ (2540) พบว่า ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ในประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ได้แก่ ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม ปวดตามข้อ ปัญหาเกี่ยวกับตา ต้อกระจก และต้อเนื้อ ปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการหรือเกิดจากกระบวนการเสื่อมลงของอวัยวะต่าง ๆ เช่น ตา มีผลทำให้การมองเห็นบกพร่อง การเปลี่ยนแปลงของสมอง ทำให้หลงลืมง่าย การเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกทำให้มีอาการปวดข้อ ปวดเข่า และการเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกทางเพศลดลง (สุทธิชัย จิตพันธ์กุล, 2541) และสาเหตุ

สำคัญอีกประการที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง เนื่องจากผลกระทบจากการประกอบอาชีพที่ต้องออกแรงมากมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ และขาดการออกกำลังกาย (กรมอนามัย, 2543)

ตารางที่ 18 แสดงปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย 5 อันดับแรกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพจำแนกตามวัย

ปัญหาสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
วัยเรียน (N=69)		
อันดับ 1 การปวดปด	45	65.2
อันดับ 2 ปวดศีรษะ	36	52.2
อันดับ 3 คัดจมูก หอบ	33	47.8
อันดับ 4 ปัญหาเหงือก ฟัน	31	44.9
อันดับ 5 มีไข้	31	44.9
วัยรุ่น (N=131)		
อันดับ 1 ปวดศีรษะ	81	61.8
อันดับ 2 หุดหงิดง่าย โกรธง่าย	79	60.3
อันดับ 3 ปัญหาเหงือก ฟัน	67	51.1
อันดับ 4 ปวดท้อง ท้องผูก	63	48.1
อันดับ 5 ไม่มีสมาธิ	56	42.7
วัยผู้ใหญ่ (N=595)		
อันดับ 1 ปวดศีรษะ มึนงง	376	63.2
อันดับ 2 ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง	374	62.9
อันดับ 3 เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย	343	57.6
อันดับ 4 ปวดข้อ ปวดเข่า	319	53.6
อันดับ 5 หุดหงิดง่าย โกรธง่าย	309	51.9
วัยสูงอายุ (N=279)		
อันดับ 1 ปวดข้อ ปวดเข่า	197	70.6
อันดับ 2 ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง	176	63.1
อันดับ 3 ความรู้สึกทางเพศลดลง	160	57.3
อันดับ 4 ตามัว ต้อกระจก	158	56.6
อันดับ 5 หลงลืมง่าย	155	55.6

7. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างสูง แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเรียงลำดับจากมากที่สุดถึงน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมด้านจิตวิญญาณ พฤติกรรมด้านโภชนาการ และน้อยที่สุดคือพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (ตารางที่ 19 และ 20)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของนัยนา กาญจนพิบูลย์ (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยผู้ใหญ่ในชุมชนคลองเตย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีและปานกลาง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวเป็นการกระทำที่มีเป้าหมายเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพจะ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Pender, 1996) การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับดีและปานกลางส่งผลให้สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีด้วย จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางจนถึงระดับแข็งแรงที่สุด และการรับรู้ความสุขส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางจนถึงมากที่สุด รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับปานกลางและระดับน้อย

ตารางที่ 19 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
เหมาะสมมาก	556	52.6
เหมาะสมปานกลาง	499	47.2
เหมาะสมน้อย	3	0.3
รวม	1058	100.0

ตารางที่ 20 แสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามพฤติกรรมโดยรวมและพฤติกรรมรายด้าน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	คะแนน ต่ำสุด	คะแนน สูงสุด	Mean	SD
พฤติกรรมโดยรวม	1.98	3.93	3.03	0.36
พฤติกรรมด้านโภชนาการ	1.50	4.00	2.87	0.52
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	1.00	4.00	2.60	0.71
พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด	1.20	4.00	2.97	0.60
พฤติกรรมด้านจิตวิญญาณ	1.00	4.00	2.88	0.66
พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	1.33	4.00	3.46	0.50
พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	1.64	4.00	3.08	0.41

เมื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นว่าพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติน้อยอย่างชัดเจน ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยออกกำลังกายอย่างมีแบบแผน ไม่ได้ตรวจเต้านม/อวัยวะ และไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี (ตารางที่ 21) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจการตรวจสุขภาพประจำปีที่พบว่าผู้ไม่ตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 81.2

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มากกว่าครึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ดังนั้นสังคมของกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มร่วมอาชีพ เพื่อนบ้านและครอบครัว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างวัยนี้สามารถปรับตัวและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นและคนในครอบครัว และสามารถพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันได้ดี (ฉวี มากพุ่ม, 2545)

ส่วนพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีเช่นกัน จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้านการเลือกใช้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งสะท้อนถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพ เมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญต่อสุขภาพอย่างมีเป้าหมายเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของตนเองในขณะที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (Kaplun, 1993) ส่วนความบ่อยของการมีพฤติกรรมเสี่ยงหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า ไม่เคยมีพฤติกรรมดังกล่าว นอกจากนี้สถานบริการสุขภาพในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอและสามารถเข้าถึงง่าย นับว่าเป็นปัจจัยสภาพแวดล้อมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว อย่างไรก็ตาม

ตามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่ให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพประจำปี โดยมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมตรวจเต้านม/อวัยวะ และตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับต่ำ สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่เข้าใจหรือตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จากข้อมูลการจัดการกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมนอนหลับเพียงพอ ยอมรับกับสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้น และจัดแบ่งเวลาทำงานและพักผ่อนได้อย่างเหมาะสม อยู่ในระดับดี แต่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้เวลาเพื่อความบันเทิง และการนำวิธีการแก้ไขปัญหามาแก้ไขปัญหามาในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางมีผลต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นภาวะเครียดในระดับที่ไม่รุนแรง ได้แก่ วัยรุ่นมีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย ไม่มีสมาธิ และวัยผู้ใหญ่ พบว่า มีอาการหงุดหงิดง่าย โกรธง่าย นอกจากนี้สถานการณ์ภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการกับความเครียด จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งเป็นเครือข่ายทางสังคมที่ช่วยเหลือ และสามารถส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถผ่อนคลายความเครียดและมีพฤติกรรมจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น (Edelman and Mandle, 1998)

ส่วนพฤติกรรมด้านโภชนาการ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการรายชื่อที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ พฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารไขมันและคลอเรสเตอรอล เลือกรับประทานอาหารที่ไม่เค็มจัด และดื่มนมเปรี้ยวหรือน้ำเต้าหู้วันละ 1 แก้ว อย่างไรก็ตามควรส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงพฤติกรรมบริโภคดังกล่าว เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหา สุขภาพที่พบ 4 อันดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ และระดับไขมันในเลือดสูง

สำหรับพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางและกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมด้านนี้น้อยที่สุด เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายรายชื่อที่อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ พฤติกรรมออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงมากจนรู้สึกเหนื่อย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำกิจกรรมที่ออกแรงเบา ๆ หรือออกแรงปานกลาง ซึ่งการทำกิจกรรมออกแรงหรือออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างยังไม่เพียงพอ และเป็นสาเหตุสำคัญเช่นเดียวกับกับพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 21 แสดงคะแนนสูงสุด ต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายข้อ (N=1058)

ข้อคำถาม	Mean	SD
1.ฉันเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันและคลอเรสเตอรอลต่ำ	2.49	0.95
2. ฉันเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เค็มจัด	2.55	1.12
3. ฉันรับประทานผัก และผลไม้ทุกวัน	3.25	0.87
4. ฉันดื่มนม นมเปรี้ยวหรือน้ำเต้าหู้วันละ 1 แก้ว	2.56	1.12
5. ฉันดื่มน้ำเปล่าแทนการดื่มน้ำอัดลม	3.28	0.97
6. ฉันรับประทานอาหารเช้าทุกมื้อ	3.11	1.10
7. ฉันดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง เช่น ลิโพ กระทั่งแดง	3.70	0.69
8. ฉันดื่มสุรา	3.59	0.79
9. ฉันออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงมาก จนรู้สึกเหนื่อย...	1.98	1.00
10. ฉันทำกิจกรรมที่ออกแรงเบา ๆ หรือออกแรงปานกลาง...	3.09	1.00
11. ฉันใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมเพื่อความบันเทิง ...	2.73	1.10
12. ฉันนอนหลับเพียงพอ	3.23	0.93
13. ฉันทำใจยอมรับกับสิ่งที่ฉันไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้	3.11	0.92
14. ฉันใช้วิธีการควบคุมหรือผ่อนคลายความเครียดที่เกิดกับตัวฉัน	3.05	1.04
15. ฉันแบ่งเวลาการทำงานและการพักผ่อน ได้อย่างเหมาะสม	3.03	0.97
16. ฉันนำวิธีแก้ไขปัญหามาในอดีตมาแก้ไขปัญหในปัจจุบัน	2.46	1.04
17. ฉันตรวจเต้านม หรืออวัยวะด้วยตนเองทุกเดือน	1.72	1.12
18. ฉันไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อมีอาการ...	2.79	1.09
19. ฉันอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ หรือฟังวิทยุเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	2.63	2.63
20. เมื่อฉันไม่เข้าใจคำแนะนำของแพทย์...	3.03	1.01
21.ฉันหมั่นสังเกต อาการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย...	3.07	1.01
22. ฉันไปตรวจสุขภาพประจำปี	1.78	1.15
23. ฉันแปรงฟันอย่างน้อย 2 ครั้ง (เช้า-เย็น)	3.52	0.95
24. ฉันสูบบุหรี่	3.54	1.01
25. ฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันดีขึ้นเรื่อย ๆ	2.79	1.00
26. ฉันมีเป้าหมายในชีวิต	2.67	1.17
27. ฉันมีการวางแผนเพื่ออนาคตข้างหน้า	2.61	1.20
28. ฉันรู้สึกว่าชีวิตฉันมีความสุข	3.12	0.90
29. ฉันรู้สึกว่าชีวิตในแต่ละวันไม่น่าเบื่อ	2.84	1.00
30. ฉันมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	3.23	0.99

ข้อคำถาม	Mean	SD
31. เมื่อมีปัญหาฉันจะปรึกษาปัญหากับบุคคลใกล้ชิด	3.01	1.12
32. ฉันรู้สึกยินดีเมื่อบุคคลอื่นประสบความสำเร็จ	3.62	0.67
33. ฉันมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น	3.67	0.63
34. ฉันมักจะอยู่กับเพื่อนสนิท ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด	3.70	0.63
35. ฉันรัก และห่วงใยบุคคลผู้อื่น	3.59	0.72
36. ฉันได้รับการช่วยเหลือ/สนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง	3.14	1.02
37. ฉันใช้สารเสพติด	3.70	0.81
38. เมื่อใช้ยา ฉันปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยา	3.56	0.82
39. ฉันจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เป็นระเบียบ...	3.25	0.87
40. ฉันจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สวยงาม และน่าอยู่	3.18	0.89
คะแนนรวมทั้งฉบับ	3.02	0.36

8. **พฤติกรรมเสี่ยง** พฤติกรรมเสี่ยงเรื่องการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ แต่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเป็นประจำร้อยละ 5.1, 11.8 และ 6.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 22)

ตารางที่ 22 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความบ่อยของการมีพฤติกรรมเสี่ยง

ความบ่อยของการมีพฤติกรรมเสี่ยง		การดื่มสุรา	การสูบบุหรี่	การใช้สารเสพติด
ไม่เคย	จำนวน	773	855	910
	ร้อยละ	72.9	80.6	83.5
บางครั้ง	จำนวน	197	50	53
	ร้อยละ	18.6	4.7	4.9
บ่อยครั้ง	จำนวน	37	31	29
	ร้อยละ	3.5	2.9	2.7
เป็นประจำ	จำนวน	54	125	69
	ร้อยละ	5.1	11.8	6.5
รวม	จำนวน	1061	1061	1061
	ร้อยละ	100.0	100.0	100.0

ส่วนที่ 3 ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง

ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาที่พบในชุมชน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และข้อเข่าเสื่อม จากการสำรวจความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นดังนี้

1. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับมากและมีปริมาณที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 73.1 และ 72.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 23) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระดับมากเช่นกัน ผลการศึกษครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) บุญศรี นุกฤต (2541) และปราณี ทองพิลา (2542) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ยังแตกต่างจาก สุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์ (2536) และ วันเพ็ญ จาริยะศิลป์ (2543) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองยังไม่ถูกต้องและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 23 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม ระดับความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

ระดับ	ความรู้		พฤติกรรมการดูแลตนเอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	11	6.0	3	1.7
ปานกลาง	38	20.9	47	25.8
มาก	133	73.1	132	72.5
รวม	182	100.0	182	100.0

2. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับมากและมีปริมาณที่สอดคล้องกันคือ ร้อยละ 85.2 และ 86.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 24) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานอยู่ในระดับมาก และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะเป็นโรคเบาหวานในระดับมากเช่นกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของสุนทรี นาคะเสถียร และเทพ หิมะ

ทองคำ ในสมจิต หนูเจริญกุล (2546) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ โดยไปรักษาในสถานบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา เกษกาญจน์ (2541) พบว่า กลุ่มตัวอย่างสูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี

ตารางที่ 24 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำแนกตาม ระดับความรู้ และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ระดับ	ความรู้		พฤติกรรมการดูแลตนเอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	3	2.8	1	0.9
ปานกลาง	13	12.0	14	13.0
มาก	92	85.2	93	86.1
รวม	108	100.0	108	100.0

3. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

กลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยไขมันในเลือดสูง ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 82.5 แต่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับมาก ร้อยละ 73.7 (ตารางที่ 25) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับมาก และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในระดับมากเช่นกัน

ตารางที่ 25 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง จำแนกตาม ระดับความรู้ และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ระดับ	ความรู้		พฤติกรรมการดูแลตนเอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	2	3.5	2	3.5
ปานกลาง	8	14.0	13	22.8
มาก	47	82.5	42	73.7
รวม	57	100.0	57	100.0

4. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 82.5 แต่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับมากเพียง ร้อยละ 59.7 (ตารางที่ 26) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับมาก และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับมากเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา ตรีสกุลวัฒนา (2541) พบว่า กลุ่มตัวอย่างสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี กล่าวคือพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ดี

ตารางที่ 26 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตาม ระดับความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ระดับ	ความรู้		พฤติกรรมการดูแลตนเอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	2	3.5	2	3.5
ปานกลาง	8	14.0	21	36.8
มาก	47	82.5	34	59.7
รวม	57	100.0	57	100.0

ผลการศึกษาศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังครั้งนี้ สรุปได้ว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และข้อเข่าเสื่อมพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูงส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก การที่กลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคในระดับมาก จะสามารถแปลความหมายสิ่งนั้นถูกต้องมากขึ้น แต่ถ้าบุคคลไม่มีความรู้เรื่องนั้นก็ย่อมจะเกิดการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริงได้ การที่บุคคลต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังนี้ บุคคลควรจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีความอดทนในการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับโรคที่เผชิญอยู่ ซึ่งมีส่วนสำคัญทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าจะสามารถควบคุมตนเอง อาการและอาการแสดง รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในปัจจุบันและสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างถูกต้อง ช่วยลดความ

วิตกกังวลและความไม่แน่นอนในชีวิตขณะที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (Miller, 1992 ;12) และบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและมีแนวโน้มการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองหรือปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อก่อให้เกิดสุขภาวะในขณะที่เจ็บป่วย และช่วยชะลอหรือหลีกเลี่ยงความเสื่อมและพยาธิสภาพได้ (Pender, 1996)

จากผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เรื่องโรคเรื้อรังและพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก สามารถสะท้อนภาพของการจัดบริการระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้บริการด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ทั้งการให้คำปรึกษาและการสอน การพัฒนาศักยภาพกลุ่มตัวอย่างในการดูแลตนเอง และสามารถเลือกใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรังได้รับบริการจากหน่วยปฏิบัติการปฐมภูมิ ซึ่งให้บริการครอบคลุมประชาชนทุกวัย ทุกกลุ่มโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังและครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรังมีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ดี

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจในระยะเริ่มต้นดำเนินการ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ความต้องการบริการสุขภาพ ความคาดหวังต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของประชาชนที่มีสิทธิในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในชุมชน แขวงปทุมวันและแขวงลุมพินี จำนวน 8 ชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ในความรับผิดชอบของโครงการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้ เลือกตามสัดส่วนประชากรที่มีอยู่ในชุมชน ประกอบด้วย 810 ครอบครัว จำนวน 1090 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน คือ ส่วนที่หนึ่ง เป็นแนวคำถามเกี่ยวกับรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามนโยบาย ประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้านการบริหารจัดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ความคิดเห็นของบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และแนวคำถามความคาดหวังต่อบริการระดับปฐมภูมิ และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และส่วนที่สอง เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน และเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของครอบครัว และสมาชิกครอบครัว แบบบันทึกและแบบวัดภาวะสุขภาพ แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ระดับไขมันในเลือดสูง และโรคข้อเข่าเสื่อม แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ระดับไขมันในเลือดสูง และโรคข้อเข่าเสื่อม แบบวัดความคาดหวังต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แบบวัดความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แบบวัดความคาดหวังต่อบริการระดับปฐมภูมิ และแบบวัดความพึงพอใจต่อบริการระดับปฐมภูมิ

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ดังนี้

1. รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- 1.1 หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care unit) ที่อยู่ในพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 แห่ง คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก การเยี่ยม

บ้านโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลครอบครัว นักกายภาพบำบัด และพนักงานสุขภาพชุมชน งานและบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน โดยมีการฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพ และพนักงานสุขภาพชุมชน และการสำรวจชุมชน ส่วนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่คลินิกผู้ป่วยนอก ตึกภปร ชั้น 13 ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแก่ประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.2 รูปแบบบริการสุขภาพในชุมชน ของศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี ประกอบด้วย 2 รูปแบบ คือ รูปแบบแรกเป็นบริการสุขภาพที่ให้กับประชาชนที่มีสุขภาพดี โดยเน้นที่การบริการด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดแผนการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการแก้ไขปัญหาชุมชน และรูปแบบที่สอง เป็นบริการสุขภาพเชิงรุกที่เข้าสู่ชุมชนสำหรับประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพ ด้วยการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านของทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพ

1.3 ความคิดเห็นของบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1.3.1 ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ บุคลากรในทีมสุขภาพมีความเข้าใจการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิว่า เป็นระบบบริการสุขภาพที่รัฐต้องจัดให้ประชาชนอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลตนเอง ครอบคลุมมิติการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ และเน้นการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง แพทย์ และพยาบาลมีความคิดเห็นว่า โครงการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินี้ไม่แตกต่างจากระบบบริการสุขภาพแบบเดิมมากนัก เพียงแต่เน้นการดำเนินงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น จัดระบบบริการสุขภาพให้ทั่วถึงมากขึ้น กำหนดพื้นที่ความรับผิดชอบในการดำเนินงานที่ชัดเจน และพัฒนาพนักงานสุขภาพชุมชนให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพชุมชนมากขึ้น ส่วนความคิดเห็นของพนักงานสุขภาพชุมชน มีความเห็นว่า บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถสร้างความเสมอภาคในการได้รับบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยพยายามให้มีบริการครอบคลุมในกลุ่มผู้ยากไร้มากขึ้น

1.3.2 ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรในทีมสุขภาพ พบว่า บุคลากรในทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น โดยเฉพาะพยาบาลครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากมีบุคลากรจากสาขาวิชาชีพอื่นมาช่วยปฏิบัติงานมากขึ้น และมีการพัฒนาการทำงานเป็นทีมมากขึ้น

1.3.3 ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่า มีปัญหาเกี่ยวกับข้อจำกัดด้านความรู้ ความสามารถของบุคลากรทีมสุขภาพในการปฏิบัติงานใน

ชุมชน การประสานงานและการสื่อสาร การขาดอัตรากำลัง ปัญหาการยอมรับของประชาชนต่อพนักงานสุขภาพชุมชนและการทำงานในพื้นที่ที่เข้าถึงยาก

2. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุ 40 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 62.6) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 54) เชื้อชาติไทยและสัญชาติไทย (ร้อยละ 95.3 และ 98.4 ตามลำดับ) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.2) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 57.4) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 30.2) รองลงมา อาชีพค้าขาย (ร้อยละ 27.6) รายได้อยู่ระหว่าง 2001-10000 บาท (ร้อยละ 81.7) และสวัสดิการด้านสุขภาพเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 94.1)

3. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ภาวะสุขภาพ จำแนกตามปัญหาสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 46.21) มีปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ระดับไขมันในเลือดสูง และโรคข้อเข่าเสื่อม ปัญหาสุขภาพเหล่านี้เป็นโรคเรื้อรังที่พบทั้งในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมักป่วยด้วยโรคมากกว่า 1 โรค กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข (ร้อยละ 84.90) ข้อมูลดังกล่าวแสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในขณะที่เจ็บป่วย โดยเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 81.20) ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างยังไม่เข้าใจแนวทางการสร้างสุขภาพด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการซ่อมสุขภาพมากกว่าการสร้างสุขภาพ

3.2 ภาวะโภชนาการ จำแนกตามกลุ่มอายุ ผลการศึกษา พบว่าภาวะโภชนาการในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 6-17 ปี พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ อย่างไรก็ตามกลุ่มเด็กวัยดังกล่าวบางส่วนมีน้ำหนักเกินเกณฑ์ถึงอ้วน และน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่าบางส่วนมีน้ำหนักเกินเกณฑ์ถึงอ้วน ทั้งนี้มีสาเหตุจากค่านิยมในการบริโภคและวิถีชีวิตของประชาชนไทยที่เปลี่ยนไปตามอิทธิพลตะวันตกร่วมกับสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ตลอดจนขาดการออกกำลังกาย

3.4 ภาวะสุขภาพ จำแนกตามวัย พบว่า ปัญหาสุขภาพตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในวัยเรียน ได้แก่ การพูดปด ปัญหาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆที่เกิดขึ้น เช่น เป็นไข้ หวัด ปวดศีรษะ ส่วนวัยรุ่น เป็นปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ การปรับตัว เช่น ปวดศีรษะ หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย สำหรับวัยผู้ใหญ่ พบปัญหาของคนวัยทำงานและวัยที่มากขึ้น เป็นอาการปวดต่างๆ เช่น ปวดหลัง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ปวดเข่า และวัยสูงอายุ มีอาการคล้ายวัยผู้ใหญ่แต่พบได้มากขึ้นและ

ยังพบปัญหาจากการเสื่อมตามวัย เช่น ตามัว ต้อกระจก ความรู้สึกทางเพศลดลง หลงลืมง่าย เป็นต้น

3.5 การรับรู้ความสุขและความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสุขอยู่ในระดับปานกลาง และระดับค่อนข้างมากถึงมากที่สุด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และเครียดน้อยที่สุด

3.6 การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งรับรู้ภาวะสุขภาพ ของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.7) รองลงมารับรู้ภาวะสุขภาพในระดับแข็งแรงมากถึงแข็งแรงที่สุด (ร้อยละ 44.1) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับแข็งแรงที่สุด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่มีปัญหาสุขภาพ ทำให้รับรู้ว่าคุณภาพของตนเองสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และสามารถมีกิจกรรมร่วมกับสังคม และทำหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.7 พฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเรียงลำดับจากมากที่สุดถึงน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางพระหว่างบุคคล พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมด้านจิตวิญญาณ พฤติกรรมด้านโภชนาการ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ตามลำดับ

4. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และข้อเข่าเสื่อม ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับมาก จากข้อมูลดังกล่าว สามารถสะท้อนภาพของการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยหน่วยปฏิบัติการปฐมภูมิในพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้บริการด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ สามารถพัฒนาศักยภาพกลุ่มตัวอย่างในการดูแลตนเอง และเลือกใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม

5. ความคาดหวังต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 88.13) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องต้องการคำอธิบายเกี่ยวกับการใช้ยา คำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากแพทย์ พยาบาล สามารถถามคำถามที่เข้าใจได้ และสถานบริการควรมีความพร้อมในการให้บริการ ซึ่งความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างนี้สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความคาดหวังของสังคมจากระบบบริการปฐมภูมิ และเป็นการทำนายบริการสุขภาพที่จะได้รับเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าไปใช้บริการที่หน่วยปฏิบัติการปฐมภูมิ

6. ความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพพระดับปฐมภูมิ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพพระดับปฐมภูมิในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 89.43) โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีความพึงพอใจในบริการและจะกลับมารับบริการอีก จะแนะนำครอบครัวและผู้อื่นมารับบริการ และพึงพอใจในคำอธิบายการใช้ยา ระดับความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพพระดับปฐมภูมิในระดับมากนี้สามารถเป็นตัวชี้วัดว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับบริการสุขภาพพระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

การนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะ

1. ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการสำรวจข้อมูลในระยะเริ่มต้นดำเนินการ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพพระดับปฐมภูมิ และความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพพระดับปฐมภูมิ ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นแนวทางที่จะนำไปใช้ในการวางแผนการให้บริการสุขภาพในทุกกลุ่มวัย และทุกปัญหาสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอดจนเป็นข้อมูลที่ใช้ในการเปรียบเทียบข้อมูลในการวิจัยในระยะที่สอง ซึ่งเป็นระยะดำเนินโครงการต่อไป

2. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการทำงานเป็นทีม ไม่ว่าจะเป็นแบบสหสาขาวิชาชีพ การประสานงานระหว่างหน่วยงานของรัฐในชุมชน และการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อให้เกิดบรรยากาศในการทำงานที่ดีทั้งในบุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดจนประชาชนในชุมชน ดังนั้นการสนับสนุนการสร้างเครือข่ายการทำงานในชุมชนน่าจะเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้การบริการสุขภาพพระดับปฐมภูมิมีการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. การจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชน ผลการวิจัยพบว่าประชาชนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่น้อยที่สุดคือ พฤติกรรมด้านโภชนาการ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพควรมุ่งเน้นการมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยอาจใช้รูปแบบของการมีผู้นำที่เป็นแบบอย่างและนำไปให้ชุมชนร่วมกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว

4. การประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพพระดับปฐมภูมิ การรับรู้ถึงสิทธิประโยชน์ ตลอดจนการไปใช้บริการ ซึ่งการได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องขาดความชัดเจน ก่อให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดีกับโครงการบริการสุขภาพ ดังนั้นการให้ข้อมูลข่าวสารควรมีการปรับเปลี่ยนวิธีที่เข้าถึงประชาชนในชุมชนมากกว่าที่เป็นอยู่

5. การสร้างความเข้าใจอย่างทั่วถึงและการรณรงค์ให้ประชาชนหันมาตรวจสุขภาพประจำปี เป็นแนวทางการคัดกรองโรคตั้งแต่เริ่มแรก และเป็นการปลูกฝังการเอาใจใส่ต่อสุขภาพ

ของตนเอง ทั้งนี้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิต้องมีความพร้อมทั้งบริการที่ครอบคลุมในบัตรสุขภาพดีถ้วนหน้าและการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปีด้วย

6. ปรับกระบวนการดำเนินการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะการสร้างความเข้าใจแนวคิดของสุขภาพแก่ประชาชน โดยเฉพาะส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญเรื่อง การสร้างสุขภาพของตนเอง และชุมชนมากกว่าการซ่อมสุขภาพ

7. สร้างความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างทีมสุขภาพ ประชาชน และชุมชน เกี่ยวกับการสร้าง การสร้างสุขภาพและโครงการหลักประกันสุขภาพเป็นเรื่องที่ประชาชนต้องมีความรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง ไม่ใช่เป็นความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพหรือกระทรวงสาธารณสุขแต่เพียงฝ่ายเดียว ตลอดจนสร้างกระบวนการเรียนรู้ในการสร้างสุขภาพร่วมกันระหว่างประชาชน ชุมชน ทีมสุขภาพ และหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน

8. ปรับปรุงการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เกี่ยวกับบทบาทของทีสุขภาพในการให้ คำปรึกษา การสอน รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและสิทธิที่ประชาชนจะได้รับจากระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ การตอบคำถามในสิ่งที่ข้องใจของประชาชนควรมีความ ชัดเจน ปรับปรุงบริการให้มีความรวดเร็วมากขึ้น ตลอดจนการสร้างวัฒนธรรมการบริการสุขภาพที่ เน้น ความเสมอภาค การให้เกียรติแก่ผู้รับบริการ และการตรงต่อเวลา

9. ปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานการบริการทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ทางการแพทย์และ ยาที่ได้รับในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มีคุณภาพมากขึ้นและเป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อ สร้างความไว้วางใจและความมั่นใจแก่ประชาชนเมื่อมาใช้บริการ

บรรณานุกรม

กมลศักดิ์ สำราญจิตต์ (2538). การศึกษาการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขามนุษยวิทยาประยุกต์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กรมอนามัย (2542). สถานการณ์ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการตำรา กรมอนามัย.

กรมอนามัย (2543). คู่มือส่งเสริมการออกกำลังกาย. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กาญจนา เกษกาญจน์ (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ขวัญตา ตรีสกุลวัฒนา (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 (เมษายน 2544). ร่างแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549. มปท.

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (2546). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง “รูปแบบระบบบริการสุขภาพชุมชน: ผลและความรู้ที่ได้จากการศึกษาพัฒนาในโครงการกรุงเทพ 7” กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.

จรรยา เศรษฐบุตร อัญชลี วรางค์รัตน์ และจิรจิต บุญชัยวัฒนา. (2541). ฆ่าตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. นนทบุรี: ศูนย์พัฒนาวิชาการการปรึกษาเรื่องเอดส์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2540). การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไปในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์ จำกัด.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2544). สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์.

จันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน (2536). ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ (2536). **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น:ขอนแก่นการพิมพ์.

ฉวี มากพุ่ม (2545). **การส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่**. ศิริพร ชัมภลิต และคณะ (บรรณาธิการ). **คู่มือการสอนการส่งเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต**. (หน้า 145-170). ที่ประชุมคณบดีและหัวหน้าสถาบันการศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ของรัฐ ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย.

ชนิตา มณีวรรณและคณะ (2537). ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน. **วารสารพยาบาล**, 43(4), 241-242.

สุลีพร ศรศรี (2541). **การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดวงพร รัตนอมรชัย (2535). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทาดา เจริญกุล, ดวงพร สีจร และณัฐกิจ จันทวงศาพร (2533). **ความพึงพอใจในบริการด้านรักษาพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเด่นชัย**. รายงานการวิจัย กระทรวงสาธารณสุข.

ธานี กลิ่นขจร และเชียรนันท์ วาณิชย์ศุภวงศ์ (2534). **ความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการสุขภาพของสถานอนามัย จังหวัดปัตตานี ปี 2534** รายงานการวิจัย กองสาธารณสุขภูมิภาคสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.

ธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541). **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธีรา เหมินทร์ (2524). **เปรียบเทียบความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในส่วนกลางและภูมิภาค**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นงรัตน์ โมพลอด (2542). **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จังหวัด นครศรีธรรมราช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นันทนา เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2531). **ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการพยาบาลของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่**. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นัยนา กาญจนพิบูลย์ (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยผู้ใหญ่ในชุมชนแออัดคลองเตย กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นภาพร ชโยวรรณ (2542). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันในการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุสู่วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญศรี นุเกตุ (2541). **พฤติกรรมการดูแลตนเองและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประภาพร ชูกำเหนิด (2542). **ผลการจัดการกับอาการร่วมกันระหว่างผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุกับพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปริศนา อางองค์ (2543). **พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปรุ้ง โกมารทัต และคณะ (2536). **ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งสำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกองงานวิทยาลัยพยาบาล** รายงานการวิจัย กองงานวิทยาลัยพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, และ ทศนีย์ สุรกิจโกศล. (บรรณาธิการ) (2542). **เวชปฏิบัติครอบครัวบริการสุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน: แนวคิดและประสบการณ์**. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

ไพเราะ วรทัต และคณะ (2533). **การศึกษาองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยโรงพยาบาลสุรินทร์** รายงานการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลสุรินทร์

เพลินพิศ จารุงพงศ์ (2539). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยในที่มา
รับบริการใน โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี.
7(1-2), 9-15.

เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างการพึงพาของผู้ป่วย แรง
สนับสนุนทางสังคมและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มณฑิชา อนุกุลวุฒิพงศ์ (2540). **พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด
หัวใจของวัยรุ่นไทยในกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาลี ปิยวาทินทร์ และคณะ (2539). **ความพึงพอใจในบริการด้านรักษาพยาบาลของ
บุคลากรสถานีกาชาดของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกับ
ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.** รายงานการวิจัยสมาคม
พยาบาลแห่งประเทศไทย.

วลดา เล้ากอบกุล (2542). **การประยุกต์แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วันเพ็ญ จาริยะศิลป์ (2543). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่ม
อายุที่เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง ในจังหวัดชลบุรี.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิภาวรรณ ชุ่ม (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับการ
การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น.**
วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

รักชนก เจนวิริยะกุล (2543). **พฤติกรรมทางเลือกแหล่งรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.

รุ่งรวี วงษ์พสุเสถียร (2539). **ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อบริการของโรงพยาบาล
สมเด็จพระ ศรีราชา.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศิษย์เก่าและศิษย์ปัจจุบันของศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล และสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามธิบดี (2546). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทอง จำกัด.

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2540). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. (เล่ม 2). พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สมชาติ ไตรักษา (2544). เอกสารวิชาการ สมาคมนักบริหารโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย ชุดที่ 13 การประกันสุขภาพถ้วนหน้าเต็มรูปแบบ. กรุงเทพฯ: หจก.พี.เอ็น.

สุดิดา รัตนสมหาร (2542). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุนี วงศ์คงคาเทพ, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และ สุพัตรา ศรีวณิชชากร (บรรณาธิการ). (2543).

รายงานผลการดำเนินการโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. นนทบุรี : โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. มปท.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2546). ระบบบริการสุขภาพชุมชน. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ระบบสุขภาพ ครั้งที่ 1 29 สิงหาคม 2546. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2541). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุดารัตน์ ขวัญเงิน (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2542). รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปเล่มที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ออฟเซ็ท.

สุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์ (2536). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพังงา. วารสารสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนา. 6 (มกราคม - มิถุนายน) 43 - 59.

สุภรณ์ ลิ้มวิภาวีนันต์ (2535). เจตคติต่อผู้ป่วยสูงอายุและพฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (2545). แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี (2545). **สรุปผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค**. มปท.

อรอนงค์ สัมปัญญา (2539). **การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อารี วัลยะเสวี และคณะ (2544). (ร่าง) **รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า**. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

อัมพร เจริญชัย (2541). **ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการของโรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

หะทัย เทพพิสัย. (2545). “จะมีทางชะลอความเหี่ยวไปได้ไหมในชาย หญิง วัยทอง ตามทัศนะ Reproductive Endocrinologist. “ **สุขภาพดี ชีวิตสดใสในวัยทอง**. อรุษา เทพพิสัย. (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร: บริษัทสำนักข่าวฟ้า จำกัด.

หทัยรัตน์ ธิติศักดิ์ (2544). พฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงกับโรคความดันโลหิตสูง: บทบาทพยาบาล. **วิทยาการพยาบาล**, 26(3), 245-254.

Ardell, D.B. (1977). **High Level Wellness: An Alternative to Doctors, Drugs, and Disease**. Ennaus, Pennsylvania: Rodale Press.

Collier, J. A. H. (1990). Developmental and systems perspectives on chronic illness. **Holistic Nursing Practice**, 5(1), 1-9.

Cutrona, C.E. (1996). **Social Support in Couples: Marriage as a Resource in Times of Stress**. Thousand Oaks : SAGE Publication.

Denenberg, V.C. (1987). **How many subject?: Statistical power analysis in research**. London: SAGE.

Desmond, A. W., Conrad, K. M., Montgomery, A., & Simon, K.A. (1993). Factor associated with male workers' engagement in physical activity: white collar workers & blue collar workers. **American Association of Occupational Health Nurse**, 41(2), 73-83.

Edelman, C.L. & Mandle, C.L. (1998). **Health Promotion throughout the Lifespan**. 4th ed. St. Louis: Mosby.

Fawcett, S. B. et all. (1997). Evaluating community coalitions for prevention of substance abuse: The case of project freedom. **Health Education and Behavior**, 24(6), 812-828.

Kronenfeld, J. J. et al. (1987). Evaluating health promotion: A longitudinal quasi-experimental design. **Health Education Quarterly**. 14(2), 123-139.

Lipsey, M.W. (1990). **Design sensitivity: Statistical power for experimental design**. London: SAGE.

Maibach, E., Flora, J. A. & Clifford, N. (1991). Changes in self-efficacy and health behavior in response to a minimal contact community health campaign. **Health Communication**, 3(1), 1-15.

McGraw, S. A. et al. (1989). Methods in program evaluation: The process evaluation system of the Pawtucket Heart Health Program. **Evaluation Review**, 13(5), 459-483.

Reeve, J. (1992). **Understanding Motivation and Emotion**. Philadelphia : Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

Kaplan, A. (1993). **Health Promotion and Chronic Illness : Discovering a New Quality of Health**. Copenhagen: WHO.

Miller, J. (1992). **Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness**. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Phengjard, Johnphajong. (1997). **Stress, Lifestyle and Health in AIDS Family Caregivers**. University of Washington.

Pender, Nola J. (1987). **Health Promotion in Nursing Practice**. 2nd ed. Connecticut: Appleton & Lange.

Pender, Nola J. (1996). **Health Promotion in Nursing Practice**. 3rd ed. Connecticut: Appleton & Lange.

Pender, N. J. (2001). **Health Promotion in Nursing Practice**. 4rd ed. New Jersey: Prentice Hall.

Speak, D. L., Cowart, M.E., & Pallet, K. (1989). Health perception and lifestyle of the elderly. **Research in Nursing & Health**, 12, 93-100.

Zabalegui, A. (1994). Secondary cancer prevention in the elderly. **Cancer Nursing**. 17(3), 215-222.

ภาคผนวก ก

คู่มือการเก็บข้อมูล

คำชี้แจง การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของประชาชนในเขตปทุมวัน เฉพาะแขวงปทุมวันและแขวงลุมพินี โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับสิทธิในโครงการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จาก ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยเก็บข้อมูลจากครอบครัวที่ได้รับการเลือกให้เป็นผู้ให้ข้อมูล และยินยอมให้ความร่วมมือ ดังนั้นในการเก็บข้อมูลทุกครั้ง ผู้เก็บข้อมูลควรปฏิบัติดังนี้

1. แนะนำตัวกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือบุคคลที่บรรลุนิติภาวะแล้ว โดยแนะนำว่าเป็นนักศึกษาพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย จะขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลเพื่อทำการวิจัยเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพของประชาชน และความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (โครงการ 30 บาท) ขอความยินยอมการให้ข้อมูล ในกรณีที่มีสมาชิกอายุ 6-12 ปี ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองก่อนจึงสัมภาษณ์
2. เมื่อได้รับคำยินยอมแล้วจึงเริ่มการเก็บข้อมูล โดยเริ่มจากข้อมูลทั่วไป ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดความดันโลหิต ของสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน โดยอาจเริ่มจากหัวหน้าครอบครัวที่ให้คำยินยอม และให้สมาชิกตอบแบบประเมินชุดต่างๆ
3. เก็บข้อมูลจากสมาชิกครอบครัวที่มีสิทธิในโครงการ

แบบบันทึกที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1. แบบประเมินที่ต้องเก็บจากสมาชิกทุกคน ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพครอบครัว เป็นแบบที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของครอบครัวโดยรวม เป็นที่สำหรับลงบันทึกข้อมูลของสมาชิกทุกคนในบ้านนั้น แบบบันทึกนี้อาจใช้การสอบถามจากหัวหน้าครอบครัว หรือผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ทั้งหมด (มีคำชี้แจงการลงบันทึกในส่วนท้าย)

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้ตอบในผู้ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป

1.3 แบบประเมินการรับรู้สุขภาพโดยรวม ให้ตอบในผู้ที่มีอายุ 6 ปี ขึ้นไป

1.4 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้เก็บข้อมูลต้องเลือกแบบบันทึกที่เหมาะสมกับอายุของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ วัยเรียน (อายุ 6-12 ปี) วัยรุ่น (อายุ 13-25 ปี) วัยผู้ใหญ่ (อายุ 25-59 ปี) วัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)

2. แบบประเมินเฉพาะราย เก็บข้อมูลเฉพาะผู้ที่มีประสบการณ์หรือการเจ็บป่วยในเรื่องนั้นๆ ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ใช้ประเมินเฉพาะผู้ที่ให้ข้อมูลว่าได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ทั้งที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง

2.2 แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นเบาหวาน ใช้ประเมินเฉพาะผู้ที่ให้ข้อมูลว่าได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ทั้งที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง

2.3 แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นความดันโลหิตสูง ใช้ประเมินเฉพาะผู้ที่ให้ข้อมูลว่าได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูง ทั้งที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง

2.4 แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวเมื่อมีไขมันในเลือดสูง ใช้ประเมินเฉพาะผู้ที่ให้ข้อมูลว่าได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีไขมันในเลือดสูง ทั้งที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง

2.5 แบบสอบถามความคาดหวังต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ใช้ประเมินในผู้ที่มีสิทธิที่ยังไม่เคยไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (โครงการ 30 บาท)

2.6 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ใช้ประเมินในผู้ที่มีสิทธิที่เคยไปใช้บริการ ประกอบด้วย

2.6.1 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพโดยรวม เป็นแบบสอบถามพึงพอใจโดยรวม

2.6.2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ใช้ประเมินในผู้ที่เคยได้รับการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร หรืออุปกรณ์เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรค การได้รับความรู้และการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่จัดโดย หน่วยบริการสุขภาพของโครงการ 30 บาท

2.6.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพด้านการรักษา ใช้ประเมินในผู้ที่เคยได้รับการบริการด้านการรักษาพยาบาล จากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของโครงการ 30 บาท

2.6.4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพด้านการฟื้นฟูสภาพ ใช้ ประเมินในผู้ที่เคยได้รับหรือกำลังได้รับบริการด้านการฟื้นฟูสภาพ เช่น การทำกายภาพบำบัด การ เยี่ยมบ้าน จากบุคลากรของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (โครงการ 30 บาท)

คำชี้แจงการลงบันทึกแบบประเมินข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพครอบครัว

1. ลำดับ หมายถึง ลำดับของสมาชิกในครอบครัว โดยบันทึกเฉพาะสมาชิกที่พบใน ครอบครัวขณะที่เก็บข้อมูลนั้นๆ
2. ชื่อ-สกุล หมายถึง ชื่อ-นามสกุล ตามบัตรประชาชน ของผู้ที่ถูกสัมภาษณ์
3. เพศ หมายถึง เพศชายหรือเพศหญิง
4. วัน เดือน ปีเกิด (พ.ศ.) หมายถึง การระบุ เดือน และ ปี พ.ศ. ที่เกิดของบุคคลนั้น (ใน กรณีที่ไม่ทราบให้ระบุอายุจริงและนำอายุมาคำนวณ คาดประมาณ เป็น พ.ศ. เกิด) ยกเว้นใน กรณีที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ให้ระบุวันที่ เดือนและปี พ.ศ. ที่เกิด
5. เชื้อชาติ หมายถึง เผ่าพันธุ์ โดยแยกออกเป็น ไทย จีน พม่า กัมพูชา ลาว เป็นต้น
สัญชาติ หมายถึง การเป็นพลเมืองของสมาชิกของครอบครัวเกิด และได้รับสัญชาติโดย กำเนิดจากประเทศที่เกิด เช่น สัญชาติไทย สัญชาติจีน (ถือใบต่างด้าว)
6. ศาสนา หมายถึง ศาสนาที่ครอบครัวยึดมั่น และปฏิบัติตามได้แก่ ศาสนาพุทธ คริสต์ อิสลาม ขงจื้อ เป็นต้น
7. สถานภาพสมรส บันทึก คู่ โสด หม้าย หย่า แยก
8. การศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดที่ได้รับ เช่น ประถม 6 มัธยมต้น ม.5 เป็นต้น
9. อาชีพ หมายถึง การทำงาน ของผู้ที่มีอายุ 13 ปีขึ้นไป แล้วมีค่าตอบแทนเป็นรายได้ อาจ เป็นรูป สิ่งของ งานนั้นจะต้องเป็นงานประจำ เช่น ปีหนึ่งจะต้องทำงานไม่ต่ำกว่า 6 เดือนขึ้นไป แต่ไม่จำเป็นต้องทำงานติดต่อกัน อาจเป็นงานชั่วคราวก็ได้ เช่น งานรับเหมาก่อสร้าง โดยจำแนก ออกเป็นอาชีพ ดังนี้ รับราชการ ลูกจ้าง (ราชการ รัฐวิสาหกิจ) รับจ้าง รับจ้างทั่วไป ค้าขาย ธุรกิจ ส่วนตัวอื่นๆ กรณีที่กำลังศึกษาอยู่ให้ระบุว่ากำลังศึกษา
10. รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้รวมโดยประมาณ จากรายได้ทั้งหมดของสมาชิก ของทุกคนในครอบครัวรวมกัน ทั้งรายได้ประจำ รวมกับรายได้พิเศษ โดยรายได้ประจำหมายถึง เงินหรือสิ่งของต่างๆ ที่ได้มาเป็นค่าตอบแทนอย่างสม่ำเสมอ ทุกเดือน หรือทุกสัปดาห์ ส่วนรายได้ พิเศษ หมายถึงเงินทองที่ได้มาเป็นค่าตอบแทน ในบางครั้ง เช่น การทำงานล่วงเวลาทำงาน นอกเหนือจากงานประจำ และระบุเป็นยอดรายได้รวม... บาท/เดือน

11. สวัสดิการเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง สวัสดิการ การรักษาพยาบาล (เบิกได้) เมื่อบุคคลนั้นเกิดเจ็บป่วย ให้ระบุประเภทของสวัสดิการ เช่น ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน หรือนายจ้างเอกชนมีสัญญากับสถานพยาบาล ประกันสุขภาพ กับบริษัทประกันชีวิต บัตรสุขภาพ (บัตรทอง เป็นต้น)

12. การฝากครรภ์/ตรวจหลังคลอด

- การฝากครรภ์ หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์ปัจจุบัน ได้รับการฝากครรภ์จากสถานพยาบาล โดยมีบัตรฝากครรภ์และได้มีการตรวจครรภ์ตามนัดทุกครั้ง

- การตรวจหลังคลอด หมายถึง ถามหญิงที่คลอดบุตรอายุไม่เกิน 1 ปี ณ วันที่สำรวจ และมีการตรวจภายหลังคลอดตามกำหนดนัด ภายใน 6 สัปดาห์ การบันทึก

- ระบุ ฝาก/ไม่ฝาก * ถ้าฝากครรภ์ระบุว่าครบหรือไม่ครบตามนัด
- ระบุ ตรวจ/ไม่ตรวจ

13. การวางแผนครอบครัว (ถามเฉพาะหญิงที่อยู่กับสามี และมีอายุ 15-49 ปี)

สอบถามข้อมูลการได้รับการคุมกำเนิด ด้วยวิธีการคุมกำเนิดชนิดต่างๆ ได้แก่ ยาฉีด ยากิน ใส่ห่วง ถ่วงยาอนามัย ผังยา ทำหมัน เป็นต้น

การบันทึก ระบุ คุม/ไม่คุม * ถ้าคุม ระบุวิธีการคุมกำเนิด

14. ตรวจสุขภาพประจำปี ประเมินจาก ได้จาก สมุดสุขภาพประจำปี สมุดสุขภาพเด็กดี หรือการได้รับการตรวจสุขภาพ จากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในช่วงเวลาตั้งแต่ เมษายน 2545 จนถึงวันที่เก็บข้อมูล

การบันทึก

- ไม่ตรวจ
- ตรวจ ระบุ เช่น ตรวจเด็กแรกเกิด ตรวจร่างกาย ตรวจเลือด เอ็กซเรย์ มะเร็งปากมดลูก

15. ปัญหาสุขภาพ / ระบุสถานที่ปรึกษา

ข้อมูล: ปัญหาสุขภาพ / สถานที่ปรึกษา

การประเมิน: ปัญหาสุขภาพ หมายถึง ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ / สัมภาษณ์ / สังเกต และตรวจร่างกายทั่วไป มาเป็นข้อวินิจฉัยปัญหา (ตามภาคผนวก ค.) ปัญหาสุขภาพของบุคคล เช่น ความเจ็บป่วยหรือประสบปัญหาทั้งในภาวะเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เช่น ความเจ็บป่วยส่วนบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมและได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ก่อนวันที่ทำการสำรวจและระบุสถานที่ที่ได้รับการบริการ โดยสอบถามข้อมูลจากสมุดสุขภาพ หรือบัตรนัดตามสถานพยาบาล

การบันทึก: ระบุปัญหา ความเจ็บป่วยและสถานที่รักษาหรือรับบริการ

16. ดัชนีมวลกาย

อายุ 20 ปีขึ้นไป ประเมินค่า BMI (สามารถนำมาคำนวณภายหลังได้)

BMI < 18.5 Kg/m^2 = ผอม

BMI 18.5 – 24.9 Kg/m^2 = ปกติ

BMI 25.0 – 29.9 Kg/m^2 = น้ำหนักเกินเกณฑ์

BMI >30 Kg/m^2 = อ้วน

การบันทึก: ผอม ปกติ น้ำหนักเกินเกณฑ์ อ้วน

ภาคผนวก ข

แบบยินยอมการให้ข้อมูลในการวิจัยโดยคำพูด (Oral consent)

สวัสดีค่ะดิฉัน.....(ชื่อผู้เก็บข้อมูล).....เป็นผู้เก็บข้อมูล ในโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาประสิทธิผลของบริการสุขภาพพระดัมปฐมภูมิฯ ซึ่งมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจ พึงจาด อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการประเมินภาวะสุขภาพ และความคิดเห็นต่อบริการสุขภาพ ของประชาชน ในเขตลุ่มพินี้ และปทุมวัน ที่ได้รับสิทธิในโครงการบริการสุขภาพพระดัมปฐมภูมิ ของโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ ผู้ที่ยอมเข้าร่วมการวิจัย จะถูกสัมภาษณ์เกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ปัญหาสุขภาพ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ ตลอดจนข้อคิดเห็นเกี่ยวกับบริการสุขภาพพระดัมปฐมภูมิ พร้อมทั้งได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดความดันโลหิต ข้อมูลที่ได้นี้จะถูกสรุปเป็น ภาพรวมเพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาบริการสุขภาพ การให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ถือเป็น ความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล และท่านสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลเมื่อใดก็ได้ในระหว่างการ สัมภาษณ์ การยินยอมให้ข้อมูลหรือไม่นั้น จะไม่มีผลใดๆ ต่อต่อตัวท่านหรือครอบครัวของท่าน หรือ บริการ สุขภาพที่ท่านและครอบครัวจะได้รับ ท่านยินดีที่จะให้ข้อมูลในการวิจัยนี้หรือไม่คะ.....

หากผู้ให้ข้อมูลมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ สามารถติดต่อ หัวหน้าโครงการวิจัยได้ที่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจ พึงจาด

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กทม 10330

02-256-4092 ต่อ 583

รายนามผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อังคณา สรียาภรณ์	ที่ปรึกษาโครงการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จอนพะจง เพ็งจาด	หัวหน้าโครงการ
อาจารย์ ดร.กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์	ผู้วิจัย
อาจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา	ผู้วิจัย
อาจารย์ จุติภา หลิมสุนทร	ผู้วิจัย