



รายงานการวิจัย

เรื่อง

รูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน
ภาคตะวันออก

Primary Care Service Model for Eastern Region Community

สุนทราวดี เอียร์พิเชฐ และคณะ

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สุข

ตุลาคม 2544

ISBN 974-352-072-4

รูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในชุมชนภาคตะวันออก

คณะผู้วิจัย

- | | |
|----------------------|----------------|
| 1. นางสาววดี | เถียรพิเชฐ |
| 2. นางสาวรณนา | จันทร์ประเสริฐ |
| 3. นางรวิวรรณ | เผ่ากัณหา |
| 4. นางสาวรัชนี้ | สรรพสิริ |
| 5. นางสาววิจิตรพร | หล่อสุวรรณกุล |
| 6. นางปรีดา | ศุภศิริ |
| 7. นางสมสมัย | รัตนกริธากุล |
| 8. นางยุวดี | ลีลคณาวิระ |
| 9. นางสาวสุวรรณี | มหากายนันท์ |
| 10. นางสาววรรณรัตน์ | ลาวัง |
| 11. นางสาวโสรัตน์ | คณิงคิด |
| 12. นางสาวสิริลักษณ์ | โสมานุสรณ์ |
| 13. นางนภาพร | เอี่ยมละออ |

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ตุลาคม 2544

ISBN 974-352-072-4

รูปแบบการจัด และให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในชุมชนภาคตะวันออก

สุนทรวดี เจริญพิเชฐ และคณะ

ISBN 974-352-072-4

ตุลาคม 2544

สงวนลิขสิทธิ์ตาม พ.ร.บ. ลิขสิทธิ์

ข้อมูลทางบรรณานุกรมหอสมุดแห่งชาติ

รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ,

ภาคตะวันออก

Primary Care Service Model ,

Eastern Region Community

สุนทรวดี เจริญพิเชฐ

ISBN 974-352-072-4

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา

ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง

จังหวัดชลบุรี 20131

คำนำ

การวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออก เป็นโครงการย่อยในโครงการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน ซึ่งทีมวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับผิดชอบดำเนินการร่วมกับ คณะพยาบาลศาสตร์ สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยอีก 5 แห่ง ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ โดยได้รับการ ประสานนโยบายจาก สภาการพยาบาลและการสนับสนุนทุนวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รับผิดชอบการศึกษาในภาคตะวันออก การดำเนินการ ได้แบ่งเป็น 5 โครงการย่อยโดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่กรกฎาคม 2543 ถึง ตุลาคม 2544 กระบวนการศึกษาทำให้เกิดการระดมสมอง และปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดของบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งใน คณะพยาบาลศาสตร์ ทีมสุขภาพ ผู้ผลิต ผู้นำท้องถิ่น องค์กรชุมชน เอกชน และประชาชน ผู้ใช้ บริการที่อยู่ในเขตภาคตะวันออก ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิธีคิด และระบบการให้บริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ รายงานการวิจัยฉบับนี้ได้นำเสนอผลการวิจัยในบทที่ 3 บทที่ 4 บทที่ 5 และบทที่ 6 เป็นบทสรุปและข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

ทีมวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สภาการพยาบาลทีมวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ ในภูมิภาคอื่น และที่สำคัญพลังความคิด ของผู้ให้ข้อมูล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเขตภาคตะวันออก จนทำให้การวิจัยได้รูปแบบการจัด บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งได้นำเสนอเป็นบทสรุปและข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเป็นข้อมูลส่วน หนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพต่อไป

สุนทราวดี เจริญพิเชฐและคณะ

ตุลาคม 2544

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข-ค
บทสรุปและข้อเสนอเชิงนโยบาย	ง-ฉ
บทที่ 1 ปฐมบทแห่งการวิจัย	1
บทนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
คำถามการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	6
รูปแบบการวิจัย	6
กลุ่มตัวอย่าง	6
พื้นที่ทำการศึกษา	7
เครื่องมือในการทำวิจัย	7
ขั้นตอนการวิจัย	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
ระบบบริการสุขภาพของไทย	10
ปัญหาของระบบบริการสุขภาพไทย	12
ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์	16
การปฏิรูประบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ	19
บทบาทของพยาบาลในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	21
บทที่ 3 สถานการณ์สภาวะสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน	
ภาคตะวันออก	27
โครงสร้างประชากรภาคตะวันออก	27
สภาวะสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออก	27
ความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออก	28
ความต้องการเกี่ยวกับรูปแบบสถานบริการ	30
ข้อค้นพบสำคัญ	34

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 รูปแบบบริการสุขภาพในชุมชนภาคตะวันออกในปัจจุบัน	36
รูปแบบการจัดบริการระดับปฐมภูมิ	36
ปัญหาการให้บริการของสถานบริการในชุมชน	37
การวิเคราะห์รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในปัจจุบัน	40
สถานีนามัย	
โรงพยาบาลชุมชน	
บทที่ 5 การศึกษารูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในทัศนะประชาคม	45
ภาคตะวันออก	
ขั้นตอนการศึกษา	45
กรอบความคิดของรูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	46
ความหมายของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	50
ลักษณะของรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	50
สถานที่ตั้ง	50
ขอบเขตหน้าที่	52
ลักษณะกิจกรรม	55
การบริหารจัดการ	56
การบริหารงบประมาณ	57
การควบคุมและการตรวจสอบ	58
ผู้ให้บริการ	60
เครือข่ายบริการ	61
บทบาทและคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ	62
การสังเคราะห์และพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	65

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 6 บทสรุปและข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	71
กระบวนการศึกษา	71
พื้นที่การศึกษา	71
เครื่องมือในการวิจัย	72
การเก็บรวบรวมข้อมูล	72
การวิเคราะห์ข้อมูล	73
ข้อค้นพบจากการศึกษา	73
ปัจจัยลบ	77
ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา	81
ข้อเสนอเพื่อการวิจัย	83
บรรณานุกรม	85
ภาคผนวก ประวัติผู้วิจัย	87

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 ความต้องการรับบริการสุขภาพในภาวะสุขภาพระดับต่าง ๆ	30
ตารางที่ 3.2 จำนวนและร้อยละของครอบครัวจำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับ ลักษณะการให้บริการระดับต้น	31
ตารางที่ 3.3 บุคลากร จำนวน ระยะเวลาปฏิบัติงานและลักษณะบริการในศูนย์ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนตามความคิดเห็นของ ผู้บริหารท้องถิ่น	34

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1.1 กระบวนการพัฒนารูปแบบ ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ภาคตะวันออก	9
แผนภาพที่ 5.1 โครงสร้างระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนในอนาคต	48
แผนภาพที่ 5.2 โครงสร้างระบบบริการสุขภาพที่ต้องการในภาคตะวันออก	49
แผนภาพที่ 5.3 รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภาคตะวันออก	70

ชื่องานวิจัย รูปแบบการจัดการและให้บริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออก
คณะผู้วิจัย ผศ.ดร.สุนทรวาดี เอี่ยมพิเชฐและคณะ
ปีที่ทำการวิจัย 2544

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาและพัฒนาารูปแบบระบบการจัดและให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ในชุมชนภาคตะวันออก มีกระบวนการศึกษา 5 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาสถานการณ์สุขภาพและความต้องการ การบริการสุขภาพของประชาชน 2) การให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในปัจจุบัน 3) การสังเคราะห์รูปแบบการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ 4) การสะท้อนความคิดต่อรูปแบบที่ได้ 5) การพัฒนารูปแบบและระบบการจัดและให้บริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการสัมภาษณ์ การระดมสมอง โดยวิธีวิทยากรกระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสะท้อนความคิดและการวิเคราะห์เอกสาร กลุ่มตัวอย่างและแหล่งข้อมูล ประกอบด้วย ครอบครัวประชาชนในภาคตะวันออก ซึ่งแบ่งเป็นเขตพื้นที่ ชุมชนกึ่งเมือง ชุมชนประมง อุตสาหกรรมและเกษตรกรรม จำนวน 430 ครอบครัว รวม 1,583 คน ผู้ให้บริการในพื้นที่ดังกล่าว 17 คน สถานบริการสุขภาพทุกระดับในภาคตะวันออก 22 แห่ง ผู้ให้บริการ ผู้ผลิต ผู้ใช้บริการได้แก่ ประชาชน และผู้เกี่ยวข้องในชุมชนที่เลือกอย่างเจาะจง 47 คน เพื่อระดมสมองสังเคราะห์รูปแบบ ประชาชนจากชุมชน ทั้ง 4 เขตพื้นที่ 264 คน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ การศึกษา การเมือง และผู้นำชุมชน จำนวน 46 คน ที่ให้การสะท้อนความคิดต่อรูปแบบ

ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนยังมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ต้องการการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการจัดการบริการสุขภาพ รูปแบบระบบการจัดและให้บริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออก ประกอบด้วยลักษณะบริการที่เป็นแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ สัมผัสได้ทุกมิติ” โดยสถานบริการที่อาจจัดตั้งขึ้นหรือปรับสถานภาพจากสถานบริการที่มีอยู่เดิมในชุมชน ให้ชื่อเป็น “ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน” มีคณะกรรมการบริหาร โดยการมีส่วนร่วมของจตุรมิตร ได้แก่ ทีมสุขภาพ ประชาชน องค์กรท้องถิ่นและองค์กรอิสระ มีกองทุนสุขภาพที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐ องค์กรท้องถิ่น ประชาชน จัดให้มีการบริหารจัดการที่ดี เน้นการมีส่วนร่วม มีการกำกับและตรวจสอบ มีบริการที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การรักษาพยาบาล การตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ ให้บริการทุกกลุ่ม ทุกวัย ตั้งแต่เกิดถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มีเครือข่ายบริการที่หลากหลาย มีคุณภาพ ประชาชนเลือกได้ เป็น

บริการสุขภาพที่เน้นการเป็นศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน ผู้ให้บริการเป็นทีม สุขภาพที่มีพยาบาลเป็นแกนหลัก และเป็นพยาบาลประจำครอบครัว

TITLE : Primary Care Service Model for Eastern Region Community

RESEARCHERS : Suntharawadee Theinpichet and others

YEAR : 2001

Abstract

The purpose of this action research was to develop the primary care service model for eastern region community , Thailand . The process of developing was following

Step 1 To survey health status and health care service's needs of people from 4 diversity communities including sub-urban, fishery industrial and agricultural community. The questionnaires were administered from 1583 people and the semi-structured interview as well as in-depth interview method were carried out to gather data from 17 health care providers and community leaders.

Step 2 To analyze the primary care service that provide at 22 health care service including district health care center , community hospital metropolitan health center provincial and regional hospital

Step 3 To synthesize the primary care service model from view of health care providers , community leaders , clients and villagers.

Step 4 To reflect the created primary care service model by villagers , health care , experts , nurse , educators , local politician and community leaders.

Step 5 To establish the primary care service model for eastern region community.

The results concluded that the people in eastern region were found non appropriate health behavior (30-50 percent) and need to be empowered in self caring. The characteristics of the primary care service model are.

1. To should be closed to people's house and accessible
2. Existing district health care center should be developed to be primary care center according to this model or set up a new one.
3. Participatory management in one of key strategies in managing primary care center. Four parties should be considered to be the committee. They are health care team , villagers , community organization and non government organization related to the community.

4. Financial support should come from both government and local community.
5. Primary care service should provided health care across lifespan with health promotion , prevention , cure and rehabilitation focusing on promoting health learning activities.
6. Monitoring of primary care service and quality control should be continually practice and developed.
7. Qualified alternative primary care service and health net working should be established for complementary and selected service.
8. Professional nurse should be main provider at the primary care center and play role as a family nurse.

บทสรุปและข้อเสนอเชิงนโยบาย รูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภาค ตะวันออก

การศึกษารูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออก เป็นการวิจัยและพัฒนาที่ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่มุ่งศึกษารูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออก โดยการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยโครงการย่อย

1. ศึกษาความต้องการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในชุมชนภาคตะวันออก
2. ศึกษาสถานการณ์และรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออกในปัจจุบัน
3. สังเคราะห์รูปแบบและความต้องการระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในทัศนะของกลุ่มประชาคมภาคตะวันออก
4. สะท้อนความคิดต่อรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ "ศูนย์สุขภาพชุมชน"
5. พัฒนารูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออก

กระบวนการวิจัยและข้อค้นพบ

1. การศึกษาปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยทำการศึกษาเชิงสำรวจ ในชุมชนเกษตรกรรม ชุมชนประมง ชุมชนกึ่งเมือง และชุมชนอุตสาหกรรม จำนวน 430 ครอบครัว รวม 1583 คน และสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน ผู้ให้บริการที่สถานีอนามัยในชุมชนจำนวน 17 คน ได้ข้อค้นพบที่สำคัญ ดังนี้ ประชาชนยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม สามารถพึ่งตนเองได้เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ต้องการความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา เพื่อการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพตนเองต้องการการบริการสุขภาพที่บ้านโดยยินดีจ่ายค่าบริการ ส่วนรูปแบบของสถานบริการต้องการให้ภาครัฐเป็นผู้รับผิดชอบ โดยประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมทั้งการร่วมลงทุนการให้บริการ และการตรวจสอบคุณภาพการบริการ ซึ่งสอดคล้องกับผู้ที่ทรงคุณวุฒิที่ต้องการให้เป็นบริการสุขภาพ

ภาพที่ประชาชนดูแลตนเองได้มากขึ้น โดยพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมด้วยรวมทั้งหากมีการจัดตั้งเป็นศูนย์บริการสุขภาพชุมชน ขึ้นใหม่ ควรเป็นศูนย์อิสระที่บริหารจัดการโดยประชาชน และองค์กรในชุมชน

2. การศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการสัมภาษณ์ศึกษาเอกสาร สถิติ ในสถานบริการทุกระดับใน 7 จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวม 22 แห่ง พบว่า ลักษณะการเจ็บป่วยและการตายเป็นโรคที่สามารถรักษาได้ และมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มารับบริการที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ ส่วนลักษณะการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า เป็นการจัดการบริการภาครัฐที่สถานอนามัย มากที่สุดซึ่งเป็นบริการใกล้บ้าน นอกจากนี้ยังพบที่ แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาล ส่วนการให้บริการโดยภาคเอกชน ได้แก่ คลินิก ร้านขายยา โรงพยาบาลเอกชน และสถานบริการการรักษาแบบพื้นบ้าน บทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การตรวจสุขภาพ การคัดกรอง การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อการให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ภูมิคุ้มกัน ช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยพิการ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3. การศึกษารูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการระดมสมองโดยวิธีวิพากษ์การกระบวนกร จากกลุ่มประชาคม 47 คน ที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ผลิต ผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน องค์กรเอกชน ได้สาระสำคัญของรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดังนี้เป็นการให้บริการใกล้บ้าน เข้าถึงได้ มีการบริหารโดยคณะกรรมการที่ประชาชนมีส่วนร่วม มีระบบกองทุนสนับสนุน ทั้งภาครัฐและองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ประชาชนโดยจัดเป็น "ศูนย์สุขภาพชุมชน"

4. การสังเคราะห์รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยการสะท้อนความคิดของชุมชนอีก ประชาชน ผู้นำชุมชนในชุมชนเกษตรกรรม ชุมชนประมง ชุมชนกึ่งเมือง และชุมชนอุตสาหกรรม จำนวน 264 คน พบว่าระบบบริการสุขภาพใหม่ควรเป็นระบบบริการสุขภาพเชิงรุก เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ มีคุณภาพ มีความเสมอภาค มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยกลุ่มประชาชนและผู้ทรงคุณวุฒิได้ร่วมพัฒนารูปแบบเป็น "ศูนย์สุขภาพชุมชน" มีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ เป็นหน่วยบริการระดับชุมชนที่ผู้ให้บริการเป็นสหสาขาวิชาชีพ สามารถให้บริการในเชิงรุก เข้าถึงประชาชน มีการบริหารจัดการที่อิสระ ชุมชนมีส่วนร่วมบริหารจัดการโดยจัดเป็นกรรมการแบบจตุรมิตร ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ทั้งจากภาครัฐ และชุมชน (กองทุนสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนสุขภาพชุมชน) มีเครือข่ายการส่งต่อที่ชัดเจน สะดวก รวดเร็ว มีพยาบาลประจำศูนย์ปฏิบัติบทบาท ครอบคลุมการดูแลสุขภาพทั้ง 4 มิติ โดยมีข้อสรุปเกี่ยวกับความหมายของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ประชาชน ผู้นำชุมชน และข้อเสนอเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังนี้

4.1 การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นที่จัดให้กับประชาชนทุกคนในทุกภาวะของสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และต่อเนื่อง ตั้งแต่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บ และระยะสุดท้ายของชีวิต โดยครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา โรคเบื้องต้น การดูแลแบบประคับประคอง และการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการประสานงานเชื่อมโยง กับหน่วยงานบริการอื่น ๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม มุ่งเน้นการ พัฒนาศักยภาพของประชาชน และครอบครัวในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของชุมชน และร่วมเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในทุกด้าน

4.2 ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง ระบบพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพที่เป็นจุดเชื่อมต่อ ระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย และมีการจัดบริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยจัดให้เป็น "ศูนย์สุขภาพชุมชน" บริหารจัดการโดยประชาชนมีส่วนร่วมอย่างครบวงจร มีระบบเครือข่าย มีการตรวจสอบที่ดี ผู้ให้บริการหลัก ได้แก่ พยาบาล, เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น และประชาชนแกนนำสุขภาพ

4.3 บทบาทประชาชนองค์กรส่วนท้องถิ่น ได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเอง การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การตรวจสอบคุณภาพ ปัจจัยที่จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ได้แก่ การมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินการของ "ศูนย์สุขภาพชุมชน" โดยมีเป้าหมายการมีสุขภาพดี ประชาชนแข็งแรง ชุมชนเข้มแข็ง เกิดการพัฒนาอย่างองค์รวมและต่อเนื่องของทุกภาคส่วนในชุมชน

4.4 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรเป็น

- 4.4.1 ผู้ดูแลสุขภาพให้บริการทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นองค์รวม
- 4.4.2 เป็นผู้ให้คำปรึกษา คำแนะนำทางสุขภาพ
- 4.4.3 เป็นผู้สร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่ชุมชน และเอื้ออำนวยในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน
- 4.4.4 เป็นผู้ประสานงานที่ดี สร้างทีมงานร่วมกับชุมชน
- 4.4.5 เป็นนักพัฒนา ร่วมปกป้องสิทธิประโยชน์ประชาชนในชุมชน
- 4.4.6 เป็นนักคิดที่คิดริเริ่มสร้างสรรค์ คิดเป็นระบบ เพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการดูแลสุขภาพ
- 4.4.7 เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง
- 4.4.8 เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ

4.5 คุณลักษณะของพยาบาล "เป็นคนดี แล้วเป็นคนเก่ง"

- 4.5.1 มีความรู้และประสบการณ์
- 4.5.2 มีบุคลิกภาพดี ยิ้มแย้ม พุดจาสุภาพ เสียสละ
- 4.5.3 เข้าถึงชุมชน คล่องตัว มีมนุษยสัมพันธ์ดี
- 4.5.4 มีความเป็นผู้นำ คิดริเริ่มและสร้างสรรค์
- 4.5.5 มีจิตสำนึกในการบริการ ใส่ใจ เต็มใจ สม่ำเสมอ และรับผิดชอบ
- 4.5.6 มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา
- 4.5.7 ควรเป็นคนดีก่อนแล้วจึงพัฒนาความเป็นคนเก่ง

4.6 ข้อเสนอ

4.6.1 ข้อเสนอรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

- 4.6.1.1 เป็นบริการที่จัดตั้งใกล้บ้าน ใกล้ใจ ประชาชนเข้าถึงสะดวก รวดเร็ว เป็นลักษณะ "บริการ ใกล้บ้าน ใกล้ใจ สัมผัสได้ทุกมิติ"
- 4.6.1.2 มีการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมและการบริหารจัดการที่ดี
- 4.6.1.3 มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพโดยการสนับสนุนจากรัฐ ท้องถิ่นและประชาชน
- 4.6.1.4 มีการกำกับ ตรวจสอบการดำเนินการ
- 4.6.1.5 อาจจัดตั้งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานบริการชุมชน
- 4.6.1.6 มีเครือข่ายบริการที่หลากหลายมีคุณภาพและประชาชนเลือกได้
- 4.6.1.7 ผู้ให้บริการเป็นทีมสุขภาพที่มีพยาบาลเป็นแกนหลัก
- 4.6.1.8 บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรจะครอบคลุมการบริการทั้ง 4 มิติ คือ การรักษาพยาบาล การตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ ให้บริการทุกกลุ่มทุกวัย ตั้งแต่เกิดถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

4.6.2 ข้อเสนอบทบาทพยาบาลวิชาชีพในงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

- 4.6.1 พยาบาลวิชาชีพเป็นแกนหลักในงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
- 4.6.2 ให้บริการแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของความต้องการการดูแล รวมการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม
- 4.6.3 แสดงบทบาทหลักในการพัฒนาการเรียนรู้ด้านสุขภาพของชุมชน
- 4.6.4 ปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐานการดูแล
- 4.6.5 พยาบาลเวชปฏิบัติทำหน้าที่คัดกรองตรวจสุขภาพให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น

ต้นและตัดสินใจส่งต่อ

4.6.6 ทำหน้าที่ประสานชุมชนและนำการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ

4.6.3 ข้อเสนอต่อรัฐบาล

4.6.3.1 ปรับระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

- (1) สร้างระบบใหม่ เน้นการเป็นศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพ
- (2) ปรับระบบเดิม เสริมคุณภาพบริการและเครือข่ายการบริการสุขภาพ

ระดับต่าง ๆ ให้มีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่และการประสานงาน

- (3) จัดสรรอัตรากำลังให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิโดยเพิ่ม

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิ

- (4) ให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดูแลสุขภาพประจำครอบครัว
- (5) พัฒนาคุณภาพผู้ปฏิบัติการให้พร้อมที่จะปฏิบัติงานในระบบสุขภาพ

ใหม่

4.6.3.2 เพิ่มงบประมาณให้เพียงพอต่อการสร้างสุขภาพและการปฏิบัติงานในระดับ

ปฐมภูมิ

4.6.3.3 พัฒนามาตรฐานการบริการให้ได้คุณภาพระดับเดียวกันทั้งประเทศ

4.6.3.4 จัดงานบริการสุขภาพแผนไทยไว้เป็นส่วนหนึ่งของทุกหน่วยบริการระดับปฐม

ภูมิ

4.6.4 ข้อเสนอต่อองค์กรวิชาชีพ

- (1) สภาการพยาบาลควรกำหนดสมรรถนะหน้าที่และขอบเขตการประกอบ

วิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพทุกระดับให้ชัดเจนและนำไปสู่การปฏิบัติจริงได้

- (2) ดำเนินการให้การประกอบวิชาชีพพยาบาลในระดับปฐมภูมิทุกระดับให้เป็น

การประกอบวิชาชีพที่ถูกต้องตามกฎหมาย

- (3) กำหนดหลักสูตรการฝึกอบรมและให้การรับรองวุฒิบัตรเพื่อการปฏิบัติการ

พยาบาลชั้นสูงในระดับปฐมภูมิ

- (4) ประสานและควบคุมมาตรฐานการจัดการศึกษาและอบรมผู้ประกอบวิชาชีพ

พยาบาลชั้นสูงให้ได้คุณภาพ

- (5) ประสานงานกับเครือข่ายองค์กรวิชาชีพอื่น เพื่อปรับระบบและพัฒนาวิชาชีพ

การพยาบาลให้เป็นวิชาชีพ ที่เท่าเทียมกับวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ

4.5.4.6 เป็นผู้นำการปรับเปลี่ยนเกี่ยวกับตำแหน่ง โครงสร้างการบริหารงาน ค่าตอบแทน สวัสดิการ ฯลฯ ให้กับผู้ประกอบวิชาชีพ อย่างสมเหตุสมผล บนความทัดเทียมเพื่อนร่วมวิชาชีพอื่น

4.6.5 ข้อเสนอต่อสถาบันการศึกษา

- (1) สถาบันการศึกษาปรับหลักสูตรและวิธีการจัดการเรียนการสอนให้บัณฑิตมีคุณลักษณะและสมรรถนะที่สำคัญเพื่อการทำงานในระดับปฐมภูมิ
- (2) เตรียมอาจารย์ให้มีความพร้อมอย่างองค์รวมเพื่อการพัฒนาผู้เรียนให้สามารถปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิได้
- (3) จัดหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทางเพื่อพัฒนาผู้ปฏิบัติให้มีศักยภาพในการทำงานระดับปฐมภูมิ
- (4) สร้างงานวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้สู่การปรับระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ บนพื้นฐานวิถีไทย
- (5) เป็นองค์กรร่วมพัฒนาระหว่างฝ่ายการศึกษาและฝ่ายบริการ

4.6.6 ข้อเสนอต่อชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

- (1) พัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน
- (2) ร่วมค้นหาปัจจัยเสี่ยง เฝ้าระวังสุขภาพชุมชน
- (3) เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดีและร่วมพลัง บ่มเพาะพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์โดยถ้วนหน้า
- (4) เอื้ออาทรซึ่งกันและกันเพื่อความเข้มแข็งของทุกชีวิตในชุมชน
- (5) ร่วมสร้างองค์ความรู้เพื่อเสริมสร้างสุขภาพชุมชน

บทที่ 1

ปฐมบทแห่งการวิจัย

1. บทนำ

การวิจัยและพัฒนา รูปแบบการจัดบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออก ได้ดำเนินการภายใต้เหตุผลต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1.1 สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 รวมทั้งกระแสโลกาภิวัตน์ที่มีผลกระทบต่อคนไทย โดยเฉพาะบริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพของประชาชน

1.1.1 การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้ส่งผลกระทบต่อสภาพการดำรงอยู่ของคนในสังคม เช่น การว่างงานเพิ่มขึ้น เกิดปัญหาสุขภาพจิต การย้ายถิ่นฐานมีมากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

1.1.2 บทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ได้กำหนดกติกาของสังคมในด้านสุขภาพไว้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในมาตรา 52 ได้บัญญัติไว้ว่า "บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน" และมาตราอื่นที่กล่าวถึงการที่ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายหรือกิจกรรมทางด้านสุขภาพมากขึ้น

1.2 การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของคนไทย มีความซับซ้อนทั้งด้านปัจเจกบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมมีการดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกต้อง ไม่ได้รับการแก้ไขที่สาเหตุ ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

1.3 ระบบสุขภาพ มีความซับซ้อนมากขึ้น จนทำให้ยากต่อการเข้าถึงบริการ ถึงแม้ว่าจะมีการแบ่งระดับการให้บริการสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ 1) การบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) เน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน เป็นบริการพื้นฐานในชุมชน 2) การบริการระดับทุติยภูมิ (Secondary care) มุ่งเน้นการให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้น เป็นบริการที่จัดให้ที่โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป 3) การบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary care) เป็นบริการที่ให้แกผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนมาก จัดให้ที่โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลในสังกัดสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ต่าง ๆ

1.4 ระบบบริการสุขภาพของไทย

ระบบบริการสุขภาพของไทยแบ่งตามระดับการให้บริการเป็น 5 ระดับ คือ (สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ, 2542)

1.4.1 การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในครอบครัว (Self care level) หมายถึง การพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง และตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ทั้งการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพภายหลังเจ็บป่วยและ/หรือเมื่อมีความพิการเกิดขึ้น

1.4.2 การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care level) หมายถึง การบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการ โดยประชาชนด้วยกันเอง ผู้ให้บริการคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครประเภทอื่น

1.4.3 การจัดบริการสุขภาพระดับต้น (Primary care level) เป็นการ จัดบริการสุขภาพที่ดำเนินการ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่าง ๆ และแพทย์ทั่วไป ประกอบด้วย

- (1) สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.)
- (2) สถานีอนามัย
- (3) ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล

1.4.4 การจัดบริการสาธารณสุขในระดับกลาง (Secondary care level) เป็นการ จัดบริการทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญสูงและปานกลาง ประกอบด้วย

- (1) โรงพยาบาลชุมชน เป็นหน่วยบริการระดับอำเภอมีเตียงสำหรับผู้ป่วย ตั้งแต่ 10 เตียง ถึง 150 เตียง ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป
- (2) โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่น ๆ ของรัฐ เป็นหน่วยบริการระดับจังหวัดหรืออำเภอขนาดใหญ่ มีเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 200-500 เตียง
- (3) โรงพยาบาลเอกชน

1.4.5 การจัดบริการสาธารณสุขระดับสูง (Tertiary care level) เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่

1.5 ผลกระทบของการจัดระบบบริการสุขภาพดังกล่าวต่อผู้ใช้บริการมีดังนี้ (ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ, 2543; สุวรรณ จันทรประเสริฐ, 2542, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2542)

1.5.1 ไม่ได้รับการบริการอย่างเต็มที่เพราะผู้ให้บริการขาดศักยภาพ

- 1.5.2 การเข้าถึงบริการมีความยากลำบากต้องใช้เวลารอคอยที่ยาวนาน และไม่
เป็นธรรม
- 1.5.3 ผู้รับบริการไม่เข้ามารับบริการจนกว่าจะจำเป็นอันเนื่องจากปัญหาสุขภาพ
รุนแรงขึ้น
- 1.5.4 การได้รับการดูแลรักษาไม่ได้ดูแลคนอย่างองค์รวม เป็นการรักษาใช้
มากกว่า "คน"
- 1.5.5 การไม่เกิดผลสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพถึงแม้จะมีการ
กระทำ และแรงจูงใจมาค่อนข้างยาวนาน
- 1.5.6 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นเป็นเกือบปีละ 3 แสนล้านบาท โดยมีอัตราเพิ่ม
เกือบร้อยละ 10 ต่อปี
- 1.5.7 ระบบบริการสุขภาพยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน
- 1.5.8 ความครอบคลุมในหลักประกันด้านสุขภาพยังไม่ครอบคลุมประชาชน
ทุกกลุ่ม
- 1.5.9 ประสิทธิภาพของบริการสุขภาพยังคงมีปัญหา เช่น การใช้ยาเกินความ
จำเป็น ขาดความรวดเร็ว ขาดการตรวจสอบคุณภาพของบริการ
- 1.5.10 ขาดแคลนบุคลากรที่เหมาะสม โดยเฉพาะการขาดแคลนแพทย์ในชนบท
อย่างรุนแรง และการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรระดับสถานีนอมนัย ยังไม่ทันการเปลี่ยนแปลง
- 1.5.11 การฟ้องร้องแพทย์และบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีแนวโน้ม
สูงขึ้น
- 1.5.12 ขาดการประสานที่ดีระหว่างสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน การบริการ
แผนตะวันออก และแผนตะวันตก
- 1.6 กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ ผลจากสภาพการณ์ทางสังคม สภาวะด้านสุขภาพ
และระบบบริการสุขภาพดังกล่าว ทำให้มีความจำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพใหม่ โดย
มุ่งเน้น ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ดังนี้ (วิพุธ พูลเจริญ และคณะ, 2543 ; ทศนา บุญทอง,
2543)
- 1.6.1 การจัดบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีความต่อเนื่อง
- 1.6.2 ประชาชนได้รับการบริการอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม มีค่าใช้จ่ายเหมาะสม
- 1.6.3 ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยจัดในสถานที่ใกล้บ้าน ใช้
บริการสะดวก เน้นการดูแลคนแบบองค์รวม

1.6.4 ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริการสุขภาพ ตั้งแต่การได้รับข้อมูลข่าวสาร การร่วมตัดสินใจ การใช้ทรัพยากรในชุมชน การร่วมตรวจสอบ ซึ่งจะทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ จัดการกับปัญหาสุขภาพของชุมชน เกิดความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้

1.6.5 เป็นระบบบริการที่มีเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพ โดยการจัดให้มี สถานบริการหลายระดับตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปหรือ โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

1.6.6 เป็นระบบบริการสุขภาพเชิงรุกที่จัดให้มีสถานพยาบาลประจำครอบครัว ประชาชนไทยทุกคนควรได้รับการด้านสุขภาพที่จำเป็นอย่างทั่วถึง

1.6.7 เป็นระบบบริการที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและ สวัสดิภาพของตน ให้ประชาชนได้เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของ ตนเอง สามารถเข้าถึงข้อมูลทุกด้านที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนมีความรู้และ สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

1.6.8 เป็นระบบบริการแบบบูรณาการ ระบบบริการสุขภาพที่ดีต้องมีบูรณาการ ของบริการสุขภาพอย่างผสมผสานของการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันการเจ็บป่วย การรักษา พยาบาลและการฟื้นฟูสภาพและจะต้องปฏิบัติในงานบริการสุขภาพทุกระดับ ทั้งบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ

1.6.9 เป็นระบบบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเชิงรุก โดยให้ ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยให้มาก

1.6.10. เป็นระบบบริการที่มีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง ระบบบริการ สุขภาพไทยที่พึงประสงค์จะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ถูกต้อง และทันสมัย สามารถนำ ความรู้นั้นมาพัฒนางานบริการให้มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของประชาชนและสังคม

1.7 ระบบพยาบาล พยาบาลเป็นบุคลากรวิชาชีพ ด้านสุขภาพที่มีจำนวนมาก ให้บริการ ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ มีส่วนสำคัญในการให้บริการดูแลสุขภาพของประชาชน อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ จากชุมชนท้องถิ่น ครอบคลุม ครบ อันเป็นบริการพื้นฐานก่อนไปสู่บริการที่ซับซ้อนเมื่อมีปัญหาสุขภาพรุนแรงขึ้น

องค์กรวิชาชีพการพยาบาล สถาบันการศึกษาพยาบาล ล้วนตระหนักในความสำคัญ ของบทบาทของพยาบาลที่ต้องปรับเปลี่ยน เตรียมการ เพื่อรองรับการปฏิรูประบบสุขภาพและถือเป็น แกนที่สำคัญของฟันเฟืองแห่งการปฏิรูปสุขภาพที่ต้องปรับเปลี่ยนไปให้สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมความแข็งแกร่งทางสุข

ภาพให้ชุมชนมีความมั่นใจที่จะพึ่งพาตนเองทั้งยามปกติและเจ็บป่วย บทบาทของพยาบาลในการให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานของคนในชุมชน จึงต้องมีความชัดเจน ปฏิบัติได้มีกฎหมายรองรับ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องปรับแนวคิดและกระบวนการทั้งของประชาชน พยาบาล และบุคลากรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับระบบประชาชนพึ่งพิงบุคลากรไปสู่ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยการศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ที่ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) กระบวนการศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งของปฏิรูประบบสุขภาพ และผลของรูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะเป็นสาระส่วนหนึ่งของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวคิดและรูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิบนพื้นฐานความต้องการและการมีส่วนร่วมของพหุภาคี ในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

2.1 เพื่อศึกษาความต้องการและรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในด้านข้อมูลทางระบาดวิทยาสุขภาพ ข้อมูลทางจิตวิทยาสังคม จากประชาชน ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้นำชุมชน และผู้ให้บริการ

2.2 ศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2.3 เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เหมาะสมในบริบททางสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2.4 เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติการในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2.5 เพื่อศึกษาบทบาทของวิชาชีพพยาบาลในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

3. คำถามการวิจัย

3.1 ชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามทัศนะของประชาชน ผู้นำ ผู้บริหารชุมชน และผู้ให้บริการเป็นเช่นใด

3.2 สถานการณ์และรูปแบบการดำเนินงานให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นอย่างไร บทเรียนที่ได้จากการทบทวนการให้บริการและรูปแบบที่ปรากฏแสดงศักยภาพอะไรในระบบบริการสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3.3 ลักษณะและรูปแบบบริการสุขภาพพระระดับปฐมภูมิในบริบททางสังคมวัฒนธรรมของภาคตะวันออกเฉียงเหนือควรเป็นอย่างไร ตามทัศนะของประชาชน ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ ผู้บริหาร และผู้ให้บริการระดับต่าง ๆ ในท้องถิ่น

3.4 บทบาทของพยาบาล ประชาชน ผู้นำชุมชน และผู้ให้บริการวิชาชีพอื่น ๆ ควรมีบทบาทอย่างไรในการบริการสุขภาพพระระดับปฐมภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3.5 กลวิธีใดที่จะทำให้การจัดระบบบริการสุขภาพพระระดับปฐมภูมิสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินการให้บริการ

3.6 การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพพระระดับปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติการในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ควรดำเนินการอย่างไร

3.7 บทบาทของวิชาชีพพยาบาลในการบริการสุขภาพพระระดับปฐมภูมิควรเป็นอย่างไร

4. ขอบเขตการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพพระระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้กระบวนการให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นักวิชาการและผู้เกี่ยวข้องได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้รูปแบบที่เป็นที่ยอมรับและปฏิบัติได้ ซึ่งทำการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2543 ถึง เดือนตุลาคม 2544 รวม 16 เดือน

5. รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ที่ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยมีวิธีการวิจัยหลักที่ใช้คือ การวิจัยเชิงสำรวจ การวิจัยเชิงคุณภาพ การพัฒนาโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องและกระบวนการกลุ่ม

6. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัย ประกอบด้วย

6.1 ผู้ใช้บริการหรือประชาชน

6.2 ผู้นำชุมชนหรือองค์กรในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรบริหารส่วนตำบล องค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น

6.3 ผู้ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน คือ พยาบาล ผู้ร่วมวิชาชีพด้าน

สุขภาพ ที่ปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพในชุมชนในหมู่บ้าน โรงงาน โรงเรียน โรงพยาบาลระดับต่าง ๆ สถานีนามัย สถานสงเคราะห์ และชมรมต่าง ๆ

6.4 ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาวิชาการพยาบาล และผู้มีบทบาทในการปฏิรูป

6.5 ผู้ทรงคุณวุฒิจากสหสาขาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

6.6 ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาอื่น ๆ เช่น สาขาการศึกษา การเมือง ผู้ปฏิบัติงานดีเด่น ผู้นำองค์กรเอกชนและองค์กรชุมชน

7. พื้นที่ทำการศึกษาศึกษา

1. ทำการศึกษารายละเอียดการจัดระบบบริการสุขภาพในภาคตะวันออก ครอบคลุมพื้นที่ 7 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ปราจีนบุรี สระแก้ว และฉะเชิงเทรา

2. ศึกษาปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน 4 ชุมชนในภาคตะวันออก แบ่งเป็น ชุมชนกึ่งเมือง ชุมชนประมง อุตสาหกรรม และชุมชนเกษตรกรรม ได้แก่ ชุมชนโขม่ง จังหวัดจันทบุรี ชุมชนไร่หนึ่ง ชุมชนเสม็ด และชุมชนอ่างศิลา จังหวัดชลบุรี

3. สะท้อนความคิดต่อรูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน 6 แห่ง ได้แก่ ชุมชนโขม่ง จังหวัดจันทบุรี ชุมชนไร่หนึ่ง ชุมชนเสม็ด ชุมชนอ่างศิลา จังหวัดชลบุรี ชุมชนบ้านค่าย จังหวัดระยอง และชุมชนบ้านกิโลสาม จังหวัดสระแก้ว

8. เครื่องมือในการทำวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับรูปแบบการจัดบริการระดับปฐมภูมิ
2. แบบสำรวจความต้องการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในชุมชนภาคตะวันออก
3. แนวคำถามเพื่อการระดมความคิดเกี่ยวกับรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
4. แนวคำถามเพื่อการระดมความคิดในการสังเคราะห์รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

10. ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1

ศึกษาความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อสถานะสุขภาพ ความต้องการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และความคิดเห็นของประชาชนและผู้นำชุมชนต่อรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน

เก็บข้อมูลจากประชาชนที่อาศัยในชุมชนเกษตรกรรม ชุมชนประมง ชุมชนกึ่งเมือง และชุมชนอุตสาหกรรม รวม 430 ครอบครัว ครอบคลุมประชากร 1,583 คน และเก็บข้อมูลจากผู้นำชุมชน และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ กรรมการองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล กำนันผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และหัวหน้าสถานีอนามัยที่รับผิดชอบในชุมชนรวม 17 คน

ขั้นตอนที่ 2

ศึกษาสถานการณ์และรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนตะวันออก เพื่อศึกษารูปแบบที่มีอยู่ปัจจุบันและบทบาทของพยาบาลในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในปัจจุบัน โดยศึกษาเอกสาร สัมภาษณ์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริการ และผู้ให้บริการ ในโรงพยาบาลศูนย์ 4 แห่ง โรงพยาบาล ชุมชน 6 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 4 แห่ง สถานีอนามัย 8 แห่ง รวม 22 แห่ง

ขั้นตอนที่ 3

ระดมความคิดประชาคมเพื่อสังเคราะห์รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้ร่วมคิดจำนวน 47 คน เป็นตัวแทนพยาบาลวิชาชีพจากแหล่งต่าง ๆ กลุ่มสหเวชศาสตร์ ผู้นำชุมชน องค์การท้องถิ่นและกลุ่มผู้ใช้บริการ

ขั้นตอนที่ 4

การสะท้อนความคิดต่อรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยนำร่างรูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ได้ในขั้นตอนที่ 3 ไปเสนอให้ผู้แทนชุมชนต่าง ๆ ได้วิพากษ์ และให้ความคิดเพิ่มเติมในแนวทางปฏิบัติที่เป็นไปได้ในแต่ละชุมชน ทั้งหมด 6 ชุมชน รวมประชาคม และผู้แทนชุมชนที่ร่วมสะท้อนความคิด 264 คน

ขั้นตอนที่ 5

ปรับปรุงแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ นำข้อมูลที่ได้จากการสะท้อนความคิดจากชุมชนต่าง ๆ มาพัฒนาเป็นรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของภาคตะวันออก โดยผู้ทรงคุณวุฒิในภาคตะวันออกทั้งกลุ่มผู้ใช้บริการและบุคคลประเภทต่าง ๆ ในทีมสุขภาพ กลุ่มผู้นำในชุมชนและนักการศึกษา จากสถาบันการศึกษาพยาบาลและสถาบันอื่น ๆ ร่วมให้การสะท้อนความคิด จำนวน 46 คน

ขั้นตอนการศึกษาและพัฒนาแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสรุปได้ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภาพ 1.1 กระบวนการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภาคตะวันออก



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิประกอบด้วย

1. ระบบบริการสุขภาพของไทย
2. ปัญหาของระบบบริการสุขภาพไทย
3. ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์
4. การปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
5. บทบาทของพยาบาลในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ระบบบริการสุขภาพของไทย

ระบบบริการสุขภาพของไทยในอดีตผู้คนจะพึ่งพาตนเองโดยอาศัยภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อรักษาโรคภัยไข้เจ็บ และการดูแลสุขภาพอนามัย กลายเป็นระบบพึ่งพาการแพทย์แผนปัจจุบัน และการสาธารณสุขสมัยใหม่เป็นสำคัญ (สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ, 2542, หน้า 195-196) โดยมีการจัดบริการสุขภาพตามระดับการให้บริการ 5 ระดับ ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในครอบครัว (Self Care Level) หมายถึง การพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย และหรือเมื่อมีความพิการเกิดขึ้น

2. การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Level) หมายถึง การบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชนด้วยตนเอง และสามารถจัดทำได้ในระดับชุมชนเป็นงานสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ วิทยาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก ซึ่งจะเหมาะสมและสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมและความต้องการของชุมชน การบริการสุขภาพในระดับนี้ผู้ให้บริการ คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครประเภทอื่นที่เป็นประชาชนด้วยตนเองไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ

3. การจัดบริการสุขภาพระดับต้น (Primary Care Level) เป็นการจัดบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่าง ๆ และแพทย์ทั่วไป ประกอบด้วยหน่วยบริการดังนี้คือ

3.1 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับหมู่บ้าน ซึ่งจัดตั้งขึ้นเฉพาะพื้นที่กันดารห่างไกล เข้าถึงบริการได้ยาก การให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรครวมทั้งการรักษาพยาบาลง่าย ๆ เบื้องต้น

3.2 สถานีอนามัย เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้านทั่วไปที่อยู่ใกล้ชุมชนมากที่สุด (First line Health Service) มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน คือ พนักงานอนามัย ผดุงครรภ์ พยาบาลเทคนิค ปัจจุบันอยู่ในระหว่างการดำเนินการให้ทันตภิบาลพยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข บรรจุเข้าทำงานด้วย การให้บริการเน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และรักษาพยาบาล ซึ่งการดำเนินการจะอยู่ภายใต้ การกำหนดมาตรฐานการนิเทศอนามัยและการสนับสนุนทางวิชาการ จากโรงพยาบาลชุมชน

3.3 ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปของโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งรัฐและเอกชนทุกระดับ ตลอดจนคลินิกเอกชน เป็นการบริการผู้ป่วยทั่วไป ถึงแม้จะมีสถานบริการสุขภาพในทุกตำบล ทุกอำเภอและทุกจังหวัด รวมทั้งในส่วนกลางแต่ปัญหาสุขภาพของประชาชนก็ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างแท้จริง โดยเฉพาะในปัจจุบันปัญหาของระบบบริการสุขภาพไทยได้เพิ่มความรุนแรงขึ้นตามสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

4. การจัดบริการสาธารณสุขในระดับกลาง (Secondary Care Level) เป็นการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วย หน่วยบริการทั่วไปและแพทย์ทางสาขาหลัก ดังนี้

4.1 โรงพยาบาลชุมชน (ร.พ.ช) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ หรือกิ่งอำเภอ มีเตียงสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่ 10 เตียงขึ้นไป จนถึง 150 เตียง ครอบคลุมประชาชนตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป มีแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ปฏิบัติงานประจำ การให้บริการจะเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าสถานบริการในระดับต้น

4.2 โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่น ๆ ของรัฐ โรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัดหรืออำเภอขนาดใหญ่มีขนาดและจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 200-500 เตียง โรงพยาบาลศูนย์ คือ โรงพยาบาลในระดับจังหวัดที่มีขนาด 500 เตียงขึ้นไป และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ครบถ้วน

4.3 โรงพยาบาลเอกชน ที่ดำเนินการโดยธุรกิจ มีแพทย์มาปฏิบัติงานประจำหรือมาทำนอกเวลางาน ประชาชนต้องเสียค่าบริการ

5. การจัดบริการสาธารณสุขระดับสูง (Tertiary Care) เป็นการบริการด้านการแพทย์ และ สาธารณสุขอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วย หน่วยบริการ ดังนี้ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ครบถ้วนสามารถเป็นโรงพยาบาลเอกชน ขนาดมากกว่า 100 เตียง

ปัญหาของระบบบริการสุขภาพไทย

ถึงแม้การจัดระบบบริการสุขภาพของไทย จะจัดให้มีการบริหารในระดับต่าง ๆ และมีอย่างทั่วถึงในทุกอำเภอและทุกจังหวัด รวมทั้งมีโรงพยาบาลศูนย์ของภาคต่าง ๆ และโรงพยาบาลในส่วนกลาง ทั้งของสาธารณสุขเอง โรงพยาบาลของกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลของสถานศึกษา แต่การให้บริการสุขภาพในรูปแบบเดิมมักจะเป็นในลักษณะการตั้งรับมากกว่าเชิงรุก กล่าวคือ ต้องรอให้เจ็บป่วยก่อนจึงจะมารับการรักษาพยาบาล ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันจึงไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ยังมีปัญหาต่าง ๆ อยู่ ซึ่งพอจะสรุปปัญหาของระบบบริการสุขภาพไทยได้ดังนี้ คือ

1. ระบบการบริการสุขภาพยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน เนื่องจากความเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย จากประเทศเกษตรกรรมเป็นประเทศอุตสาหกรรม การแพร่กระจาย ข้อมูลข่าวสารได้อย่างกว้างขวางและรวดเร็ว ทำให้ประชาชนได้รับรู้ข่าวสารทางสาธารณสุขเพิ่มขึ้น เกิดความคาดหวังในระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมากขึ้น จึงทำให้เกิดความไม่พอใจในการบริการสุขภาพที่ตนได้รับ จึงเกิดกรณีฟ้องร้องสถานพยาบาลรวมทั้งเกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างสถานพยาบาลกับประชาชนผู้รับบริการ

นอกจากนี้จากสภาพสังคมและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปโรคต่าง ๆ ที่เคยเกิดกับประชาชนก็เปลี่ยนแปลงไปด้วย ในระยะหลายปีที่ผ่านมา ประชาชนเป็นโรคที่เรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคของเส้นเลือดในสมอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น โรคในยุคใหม่เหล่านี้ มักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย ความเครียด ตลอดจนพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาโรคเอดส์ ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ของประเทศ ในปัจจุบันโรคเหล่านี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดด้วยยา แต่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสมและการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ ระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมานั้นเน้นเฉพาะการดูแลโดยการ

ให้ยาในการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่โรงพยาบาล ขาดความใกล้ชิดกับประชาชน จึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างรอบคอบและต่อเนื่อง

2. ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพมีราคาแพง

เมื่อประชาชนเจ็บป่วยมักจะไปรักษาตามโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชน จะมีค่าบริการและค่าตรวจรักษาในราคาแพง ส่งผลกระทบต่อผู้เจ็บป่วยโดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อย เพราะคนจนจะมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นสัดส่วนของรายได้มากกว่าคนรวย ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบโดยรวมต่อประเทศชาติ กล่าวคือ เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยภาพรวมของประเทศแล้ว พบว่ามีอัตราที่เพิ่มขึ้นสูงอย่างรวดเร็ว จากประมาณ 6 % ของรายได้สหประชาชาติ ในปี 2533 เป็น 8.1 % ในปี 2543 ซึ่งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพนี้เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศมาเลเซีย ฟิลิปปินส์ ที่มีฐานะเศรษฐกิจใกล้เคียงกับไทย พบว่าสูงกว่าอย่างชัดเจน

3. ความครอบคลุมในหลักประกันด้านคุณภาพ

ประชาชนบางกลุ่มยังไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ ทำให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายยามเจ็บป่วยด้วยตนเอง ภาระค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลออกให้ก็ไม่เพียงพอ เนื่องจากงบประมาณที่จัดสรรมาสำหรับดูแลสุขภาพของประชาชนน้อย ทำให้ประชาชนแบกรับภาระในการออกค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพมากกว่ารัฐบาล ยิ่งประชาชนไม่มีหลักประกันทางสุขภาพ ไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาลก็อาจจะได้รับบริการสุขภาพที่ไม่มีมาตรฐานเพียงพอ

4. ประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง

ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะมีความพยายามในการที่จะส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้นเรื่อย ๆ จากการที่จัดให้มีโครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อย สวัสดิการรักษายาบาลผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-12 ปี และผู้พิการ โครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการโครงการบัตรสุขภาพหรือโครงการประกันสังคม ซึ่งครอบคลุมจำนวนประชากรได้ไม่มากกว่า 45 ล้านคน ขณะที่คนไทยทั้งหมดประมาณ 60 ล้านคน ฉะนั้นคนไทยอย่างน้อยอีก 15 ล้านคนยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้

5. ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ

ประชาชนเขตเมืองและชนบทมีโอกาสเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพแตกต่างกัน กล่าวคือ ประชาชนในเขตเมืองมีโอกาสเข้าถึงบริการสถานบริการที่มีแพทย์ถึงร้อยละ 81 ในขณะที่ประชาชนในเขตชนบทมีโอกาสเข้าถึงสถานพยาบาลที่มีแพทย์ เพียงร้อยละ 47.3 เท่านั้น นอกจากนี้การที่จะต้องพึ่งตนเองด้วยการซื้อยาจากร้านขายยา หรือการตรวจรักษาตนเองในเขตชนบทยังสูงกว่าในเขตเมืองเกือบเท่าตัว

6. ปัญหาประสิทธิภาพของการบริการสุขภาพ

นับเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมาก ปัญหาความด้อยประสิทธิภาพในการรักษามีอยู่หลายประเด็น เช่น การใช้ยาเกินความจำเป็น การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสมสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย การผ่าตัดคลอดบุตรโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่จำเป็น นอกจากนี้ในด้านของการบริการก็มีปัญหา ในเรื่องความเร็วทันท่วงทีที่แสดงออกไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ ทั้งนี้เนื่องจากระบบบริการสุขภาพของไทย ยังขาดระบบการกำกับและการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ (medical audit) ทำให้การพัฒนาคุณภาพ บริการ และการรักษาพยาบาลยังเป็นปัญหาในปัจจุบัน

7. ขาดแคลนบุคลากรที่เหมาะสม

ในระยะหลายปีที่ผ่านมา ระบบบริการสุขภาพไทยต้องประสบปัญหาด้านสังคมอย่างน้อย 2 ประการ คือ

7.1 ขาดแคลนแพทย์โดยเฉพาะในชนบทอย่างรุนแรง โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งในอำเภอที่ห่างไกลไม่มีแพทย์ไปปฏิบัติงาน ถึงแม้จะมีการเพิ่มการผลิตแพทย์ขึ้นมากมายเพียงใด ก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ เพราะไม่มีการสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ที่จบใหม่มีความต้องการไปอยู่ในอำเภอชนบท

7.2 การพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรระดับสถานีนานามัยยังไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลง การเปิดกว้างขึ้นของการรับข้อมูลข่าวสาร ทำให้ความต้องการคุณภาพของการบริการสุขภาพสูงขึ้นทำให้ประชาชนข้ามชั้นตอน ไม่นิยมไปรับบริการที่สถานีนานามัยหรือ โรงพยาบาลใกล้บ้าน แต่จะตรงไปโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้ง ๆ ที่เสียค่าใช้จ่ายสูงกว่า ปัจจุบันถึงแม้จะมีกำลังคนในสถานีนานามัยประมาณ 3 คนต่อสถานีนานามัย 1 แห่ง ส่วนใหญ่ของคนเหล่านี้มีความรู้ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี แม้จะมีความพยายามยกระดับคุณภาพสถานีนานามัย โดยการเพิ่มบุคลากรปริญญา เช่น พยาบาล หรือ การจัดทำเครือข่ายระหว่างสถานีนานามัยกับโรงพยาบาลเพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้สึกว่าสถานีนานามัยเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลจะได้เกิดความไว้วางใจ แต่ความพยายามดังกล่าวยังทำในวงแคบไม่สามารถขยายให้เพียงพอทันต่อความเปลี่ยนแปลงของสังคม

8. การดูแลรักษาใช้มากกว่ารักษา “คน”

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ตอบสนองต่อประชาชนในยามเจ็บป่วยเป็นคราว ๆ ไป มีแพทย์เจ้าของไข้เป็นคราว ๆ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย บางครั้งประชาชนก็จะเปลี่ยนจากการรักษากับแพทย์คนหนึ่งไปรักษากับแพทย์อีกคนหนึ่ง โดยแพทย์คนใหม่อาจไม่รู้ประวัติการรักษาเดิมของประชาชนคนนั้น ๆ เลย ไม่มีสถานพยาบาลใดหรือแพทย์คนใดเป็นเจ้าของ “คนไข้” อย่างแท้จริง

นอกจากนี้ปัญหาคูณภาพการบริการที่ไม่มีมาตรฐานพอ ประชาชนมีความเชื่อว่าโรงพยาบาลใหญ่กว่า มีคุณภาพการบริการที่ดีกว่า ประชาชนจึงพากันมาตรวจรักษาในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ทำให้เกิดความแออัดในการตรวจรักษา จึงใช้เวลาเพียงสั้น ๆ เช่น 5 - 10 นาที ทำให้ไม่สามารถดูแลปัญหาคนไข้ที่เกิดจาก พฤติกรรมและสาเหตุอื่นๆ ได้อย่างครอบคลุม ปัญหาสุขภาพจึงไม่ได้ถูกแก้ไขอย่างแท้จริง การที่มีคนไข้แออัด จึงทำให้บริการสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพดีเท่าที่ควร นอกจากนี้คนไข้อาจไม่ประทับใจในบริการการแพทย์พยาบาลไม่สามารถที่จะยิ้มพูดจาไพเราะอยู่ตลอดเวลาเนื่องจากคนไข้มากเกินไป ทำให้ต้องแสวงหาบริการจากภาคเอกชนซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า ส่งผลให้ภาพรวมค่าใช้จ่ายสุขภาพ ของประเทศสูงขึ้นด้วย

9. การฟ้องร้องแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีแนวโน้มสูงขึ้น

จากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงประชาชนมีการศึกษามากขึ้นมีโอกาสได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารมากขึ้นประกอบกับระบบบริการสุขภาพ เป็นระบบที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนเกินกว่าที่ประชาชนจะเข้าใจ ทำให้ขาดกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการตรวจสอบกำกับบริการ สุขภาพให้ดำเนินไปด้วยดีอย่างสมเหตุสมผล ทำให้ประชาชนบางส่วนเกิดความสับสนและไม่มั่นใจในคุณภาพของบริการสุขภาพที่ตนเองได้รับ จึงมีการร้องเรียนและฟ้องร้องแพทย์พยาบาล หรือสถานพยาบาลที่ดูแลตนเองมากขึ้น แม้สถานการณ์ปัจจุบันในประเทศไทย จะยังไม่เลวร้ายเท่ากับในสหรัฐอเมริกา แต่หากไม่มีวิธีการแก้ไขไม่ว่าจะโดยการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำกับคุณภาพการบริการหรือการพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อสร้างความมั่นใจในการบริการสุขภาพที่ได้รับแก่ประชาชน สถานการณ์การร้องเรียนต่าง ๆ เหล่านี้จะเพิ่มขึ้นและยังไม่เกิดขึ้นแต่เฉพาะแพทย์เท่านั้น แต่จะรวมถึงพยาบาลและบุคลากรทางด้านแพทย์อื่น ๆ อีกด้วย

10. ขาดการประสานที่ดีระหว่างสถานพยาบาลรัฐและเอกชนแผนตะวันตกและแผนตะวันออก

การขาดการประสานที่ดี ระหว่างสถานพยาบาลของรัฐกับเอกชน แผนตะวันตกกับแผนตะวันออกทำให้ประชาชนขาดโอกาสในการเลือกบริการที่หลากหลายและมีคุณภาพสูงสุด เพราะรัฐ-เอกชน แผนตะวันตก-แผนตะวันออก ก็มีจุดแข็งของตนเอง ถ้าได้นำมาเสริมซึ่งกันและกันก็จะเป็นประโยชน์อย่างสูงสำหรับผู้รับบริการ

จากสภาพปัญหาของระบบบริการสุขภาพไทย ดังกล่าว ทำให้นักวิชาการต่าง ๆ ทั้งทาง การแพทย์ การสาธารณสุข และสาขาอื่น ๆ มีความเห็นว่าถ้าปล่อยไว้จะทำให้ปัญหาทวีความรุนแรงมากขึ้น จึงเสนอให้มีการปฏิรูปหรือปรับระบบบริการสุขภาพใหม่ทั้งระบบ โดยระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทยควรมีลักษณะที่สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนไป

ระบบบริการสุขภาพไทยพึงประสงค์

จากแนวคิดในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพใหม่ทั้งระบบ หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ จึงหาแนววิธีในการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพให้เหมาะสมสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโลกที่เกิดขึ้นบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์จึงควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นระบบบริการที่มีเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพ โดยการจัดให้มีสถานบริการหลายระดับตั้งแต่ระดับสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ให้แต่ละระดับของสถานบริการมีประสานงานเป็นเครือข่าย โดยใช้ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

2. เป็นระบบบริการสุขภาพเชิงรุกที่จัดให้มีสถานพยาบาลประจำครอบครัว ประชาชนไทยทุกคนควรได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างทั่วถึง เพื่อให้การดำรงชีวิตอย่างเป็นสุขเต็มศักยภาพนั้นหมายถึง ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น มีการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขอย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ ทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยสนับสนุนให้ สถานอนามัย และศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นสถานบริการระดับต้น มีศักยภาพและคุณภาพเพียงพอในการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ โดยครอบคลุมบริการหลักที่จำเป็นอย่างครบถ้วน และถือได้ว่าเป็น “สถานพยาบาลประจำครอบครัว” ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของครอบครัวอย่างแท้จริง โดยให้บริการครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลรักษาเบื้องต้น รวมทั้งการประสานงานกับองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บริการแก่ประชาชนอย่างครบถ้วน และจะต้องเป็นบริการในเชิงรุก

3. เป็นระบบสุขภาพแบบองค์รวม โดยเป็นการบูรณาการของกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีนั้นเป็นเรื่องทั้งส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม ในเรื่องส่วนบุคคลนั้นจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ในส่วนสิ่งแวดล้อม จำเป็นต้องมีสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพทั้งทางด้านกายภาพ ชีวภาพและสังคม บริการสุขภาพแบบองค์การรวมควรมีลักษณะดังนี้

1. เป็นกระบวนการส่งเสริมและรักษาสุขภาพ และเป็นบริการเชิงรุก เพราะการส่งเสริมสุขภาพจะมีราคาถูกกว่าการรักษา

2. เป็นการดูแลคนไม่ใช่โรค เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องรู้ว่า “คน” เป็นบูรณาการของกาย จิตสังคม วิญญาณ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งการดูแลจะต้องครบทุกด้าน และการรู้จัก “คน” ต้องอาศัยระยะเวลาและสัมพันธภาพที่ดี

3. เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่บ้าน จากสถาบันหนึ่งสู่อีกสถาบันหนึ่งและทราบข้อมูลต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่สุขภาพในการดูแลบุคคล ครอบครัว เพื่อจะได้รู้จักผู้ใช้บริการและครอบครัวได้ จะช่วยส่งเสริมคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล

4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลและครอบครัว มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง และพึ่งพาตนได้มากที่สุด และรู้จักใช้บริการสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

5. เน้นการทำงานร่วมกันในลักษณะสาขาวิชาที่เจ้าหน้าที่สุขภาพทุกคนมีส่วนร่วมที่จะใช้ความรู้ ความสามารถของตนให้เกิดประโยชน์สูงสุด นอกจากนั้นต้องรู้จักทำงานร่วมกับประชาชนและบุคคลในวิชาชีพอื่น ๆ ทั้งในระบบราชการและองค์กรเอกชนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายทางสุขภาพแบบองค์รวม

6. สนับสนุนการส่งเสริมให้ประชาชนใช้ทางเลือกอื่น ๆ ในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม เช่น การแพทย์ทางเลือก และสนับสนุนการศึกษาค้นคว้าวิธีทางเลือกต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ

4. เป็นระบบสร้างเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานและมีความต่อเนื่อง

ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เป็นกระบวนการจัดบริการที่มุ่งพัฒนาให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประชาชนได้รับการบริการหลักที่จำเป็น ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานโดยเสมอภาค ผู้ใช้บริการมุ่งเน้นพัฒนามาตรฐานบริการ และผู้รับบริการมีโอกาสเลือกใช้บริการที่มีคุณภาพ โดยเสียค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ดังนั้น เพื่อให้การบริการสุขภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จึงสมควรส่งเสริมระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิให้มีประสิทธิภาพและเป็นระบบเครือข่ายที่สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง

5. เป็นระบบบริการที่มีค่าใช้จ่ายเหมาะสม

อดีตที่ผ่านมาใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยยังไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุหลัก 3 ประการ คือ

1) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเน้นที่การรักษาพยาบาล

2) ให้ความสำคัญกับระบบบริการทางการแพทย์เฉพาะทางมากกว่าบริการขั้นพื้นฐานทั่วไป

3) ขาดกลไกในการกำกับการดูแลค่าใช้จ่าย

ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายเหมาะสมคุ้มค่ากับการลงทุนไว้ควรเป็นการจัดบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคและบำบัดรักษาความเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น

ทำให้ประชาชนไม่เกิดปัญหาการเจ็บป่วยที่รุนแรง ชับซ้อน ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคไม่เพิ่มขึ้นซึ่งเป็นการลงทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต่ำและคุ้มค่า

6. เป็นระบบบริการที่ชุมชนมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดในการกระจายอำนาจ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมนี้ครอบคลุมตั้งแต่มีส่วนในการรับรู้ข้อมูลร่วมตัดสินใจในขั้นตอนการรักษาพยาบาล การนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ในการบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมการที่ชุมชนมีส่วนร่วม จะทำให้ระบบบริการสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนมากขึ้น ทั้งยังเป็นการร่วมตรวจสอบการจัดบริการสุขภาพด้วย ทั้งยังเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ของประชาชน และชุมชนในการจัดการกับปัญหาด้าน สุขภาพทำให้ชุมชนเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้

7. เป็นระบบบริการที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตน ถ้ากระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาไปได้อันถึงขีดสูงสุด ทำให้ประชาชนมีชีวิตและความเป็นอยู่อย่างดีทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย การสนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ต้องให้ประชาชนได้เรียนรู้ภายใต้ ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของตนเอง สามารถเข้าถึงข้อมูลทุกด้านที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนมีความรู้และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

8. เป็นระบบบริการแบบบูรณาการ

ระบบบริการสุขภาพที่ดีต้องมีบูรณาการของบริการสุขภาพอย่างผสมผสานของการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพและการบูรณาการของบริการสุขภาพนี้จะต้องจะต้องปฏิบัติในงานบริการสุขภาพทุกระดับ กล่าวคือ ทั้งบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ

9. เป็นระบบบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเชิงรุก โดยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยให้มาก

10. ระบบบริการสุขภาพที่ดีจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ถูกต้อง และทันสมัยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในทุกระดับของระบบจะต้องมีความรู้ที่เป็นปัจจุบันและทันสมัยสามารถนำความรู้นั้นมาพัฒนางานบริการให้มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของประชาชนและสังคม

จากคุณลักษณะของระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ ดังได้กล่าวข้างต้นแล้ว พยาบาลเป็นบุคคลกรที่ปฏิบัติงานตอบสนองต่อระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยเฉพาะอย่าง

ยิ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ได้ให้บริการที่ครอบคลุมงานทุกประเภทและได้ทำหน้าที่เป็นบุคลากรหลักในสถานบริการระดับนี้ จึงถือเป็นบุคลากรสำคัญที่จะช่วยดูแลสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดี อันเป็นนโยบายสำคัญของประเทศ ในขณะที่ระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของประเทศ มีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมไทย ระบบบริการพยาบาลซึ่งเปรียบเสมือนระบบย่อยในระบบบริการสุขภาพโดยรวมและเป็นระบบที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง จึงจำเป็นต้องปฏิรูปเพื่อให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ และเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในทุกระดับของสถานบริการสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของสังคมไทยในอนาคต

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ดังได้กล่าวมาแล้วว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติ สามารถในการตอบสนองต่อความต้องการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนได้อย่างแท้จริง รวมทั้งการปฏิรูประบบบริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ควรมีการกำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานพยาบาล การส่งเสริมให้บริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิให้มีความสมบูรณ์สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นจึงต้องมีการศึกษาวิจัย พัฒนา และผลักดันให้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทพยาบาลทั้ง 4 มิติ ซึ่งได้แก่ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลในการรักษาเบื้องต้นนั้นต้องมีความชัดเจน เนื่องจากมีความคาบเกี่ยวกับวิชาชีพแพทย์ นอกจากนี้ควรได้มีการกำหนดสมรรถนะสำคัญของพยาบาลให้ชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติด้วย

ความหมายของการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

ตามคำประกาศอัลมา อัลตา ปี ค.ศ.1978 โดยองค์การอนามัยโลกให้ความหมายของการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เข้ามาสัมผัสระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และให้จุดเน้นของบริการที่ระดับนี้ กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ รวมทั้งเป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้อง ที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพที่ดีของประชาชน

สำหรับความหมายของการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมินั้น ได้มีความหมายไว้ต่าง ๆ ดังนี้

สตาร์ฟิลด์ (Starfield 1993) .ให้ความหมายว่าเป็นลักษณะของบทบาทที่เป็นกระบวนการให้บริการที่เป็นบริการด่านแรกที่เข้าถึงได้ง่าย (Front - line care) ให้บริการที่ต่อเนื่อง (Ongoing care) เป็นบริการที่ผสมผสานเข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ (Comprehensive care) และเป็นหน่วยที่ประสานการบริการกับบริการเฉพาะทางอื่นที่เกี่ยวข้อง (Coordinated care)

ทูดอร์ - ฮาร์ท (Tudor- Hart, 1989) ได้ให้ความหมายว่าควรจะต้องมีลักษณะบริการรักษาพยาบาลในเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกลุ่มประชาชนมีการให้บริการโดยที่พิจารณาปัญหาอย่างเป็น องค์กรรวม

ฟรายด์ (Fry, 1993, Cite in Tovey, 2000 : 3-4) กล่าวถึงลักษณะการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังนี้

1. เป็นหน่วยรับเข้าสู่การรับบริการในระบบสุขภาพซึ่งไม่ได้หมายถึงแผนกฉุกเฉิน
2. เป็นการบริการสุขภาพที่จัดให้อย่างเฉพาะเจาะจง
3. เป็นบริการที่จัดให้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงการดูแลได้
4. เป็นการจัดการที่ผสมผสานการรักษาพื้นบ้านเข้าร่วมด้วย
5. เป็นด่านแรกของการรักษาพยาบาล และการปกป้องผู้ใช้บริการ ไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล
6. เป็นการจัดการบริการสุขภาพแก่บุคคล และครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายว่า การดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ หมายถึง กระบวนการให้บริการการดูแลทางสุขภาพซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการให้การดูแลอย่างมีคุณภาพส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคคลและลดการรักษารักษา หรือ หมายถึง การสัมผัสกับบริการเป็นอันดับแรก (First Contact) และคงไว้ซึ่งบริการนั้นๆ

กล่าวโดยสรุปแล้วความหมายของการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิจะต้องเป็นบริการที่มีคุณลักษณะ ดังนี้

1. เป็นบริการที่จำเป็นทางสุขภาพที่ประชาชนทุกคนต้องได้รับ
2. ลักษณะของบริการครอบคลุม ประชาชนทุกคน
3. ลักษณะของบริการ ต้องเป็นบริการ ที่ประชาชนสามารถจ่ายได้
4. มีการกำหนดลักษณะการบริการขั้นต่ำ ที่ประชาชนควรได้รับโดยกำหนดจากชุมชน
5. เป็นบริการขั้นพื้นฐานทางสุขภาพโดยรวมรวมถึงการป้องกัน (Prevention) การส่งเสริม (Promotion) การรักษาเบื้องต้น (Primary Medical care) และการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation)

6. ระดับของการบริการเน้นทั้งรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน ดังนั้นบริการดังกล่าวจึงรวมความถึง การดูแลสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของคนในชุมชนด้วย
7. เป็นบริการที่เน้นองค์รวม โดยพิจารณาภาวะทางสุขภาพของมนุษย์ ในภาพบูรณาการของสุขภาพทางกาย จิต วัฒนธรรม ภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม
8. เป็นบริการด่านแรก ที่จัดการกับปัญหาทางสุขภาพที่ไม่ซับซ้อนและมีระบบการส่งต่อเพื่อให้ประชาชนได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมในกรณีที่เกิดปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อนหรือต้องการการดูแลเฉพาะด้าน
9. เป็นการบริการที่จัดให้ตลอด 24 ชั่วโมง
10. เป็นบริการที่ใช้ การรักษาแบบพื้นบ้านร่วมกับแผนปัจจุบัน
11. เป็นบริการที่มุ่งเน้นการป้องกันการให้บริการเจ็บป่วยมากกว่าการให้การรักษาพยาบาล และเป็นการให้บริการอย่างต่อเนื่อง
12. เป็นบริการที่ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว

บทบาทของพยาบาลในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

บทบาทของพยาบาลในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย 4 มิติหลักและขยายบทบาทด้านการรักษา การให้คำปรึกษา การให้บริการทางเลือกต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นการรักษาแบบพื้นบ้านตามวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่นนั้น ๆ ด้วย นอกจากนี้ยังมีบทบาทการบริหารจัดการที่พยาบาลในหน่วยปฐมภูมิจะต้องปฏิบัติ เนื่องจากเป็นบริการที่กว้างครอบคลุมหลายสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการประสาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาชุมชนโดยการเพิ่มพลังอำนาจประชาชน และใช้ความรู้ข้อมูลที่รวบรวมเป็นระบบแล้ว เป็นแนวทางในการดำเนินการด้วย (Tovey, 2000) บทบาทของพยาบาลในระดับปฐมภูมิควรประกอบด้วย

1. การรักษาพยาบาล
2. การบริการการรักษาทางเลือกที่บูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น
3. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
4. การฟื้นฟูสภาพโดยเฉพาะผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และคนพิการ
5. การให้ความรู้
6. การให้คำปรึกษา
7. การเป็นนักจัดการสุขภาพ

นอกจากนี้ต้องกำหนดสมรรถนะสำคัญของงานบริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิให้ชัดเจน ดังรายละเอียดที่สภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ 14 ประการ

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพและสมรรถนะหลักของผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง เป็นความรู้ทักษะทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพที่พึงจะมี โดยสภาการพยาบาลได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐานให้ทุกหน่วยที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพพยาบาล โดยเฉพาะสถาบันการศึกษาพยาบาลต้องกำหนดหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนให้บัณฑิตที่จะสำเร็จเป็นพยาบาลวิชาชีพมีความสามารถตามสมรรถนะหลักดังกล่าว (ทัศนา บุญทอง, 2544 : 43-48)

สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพและสมรรถนะหลักของผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ประกอบด้วย สมรรถนะหลัก รวมทั้งสิ้น 4 สมรรถนะ ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 ปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม ตามมาตรฐาน และกฎหมายวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

- 1.1 ประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการผู้ให้บริการอย่างเป็นองค์รวม
- 1.2 วินิจฉัยการพยาบาล
- 1.3 วางแผนการพยาบาล
- 1.4 ปฏิบัติการพยาบาล
- 1.5 ติดตามการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล
- 1.6 จัดการสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย

สมรรถนะที่ 2 ปฏิบัติการผดุงครรภ์อย่างมีจริยธรรม ตามมาตรฐาน และกฎหมายวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

- 2.1 ประเมินปัญหาและความต้องการผู้ให้บริการ
- 2.2 วินิจฉัยการพยาบาลในหญิงตั้งครรภ์
- 2.3 วางแผนการพยาบาลในหญิงตั้งครรภ์
- 2.4 บริบาลครรภ์ โดยการรับฝากครรภ์ คัดกรอง และส่งต่อในรายผิดปกติ และประยุกต์หลักการดูแลให้สอดคล้องกับสภาพ และวัฒนธรรมของหญิงตั้งครรภ์
- 2.5 ทำคลอดปกติ
- 2.6 ตัด และซ่อมแซมฝีเย็บ
- 2.7 เตรียมและช่วยคลอดกรณีคลอดปกติ

2.8 ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดา มารดา และทารก ตลอดการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด

2.9 ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2.10 ดูแลมารดา และทารกที่ปกติ มีภาวะแทรกซ้อน และฉุกเฉิน

2.11 ให้ความรู้และให้การปรึกษารอบครัวในการวางแผนครอบครัว และการเตรียมตัวเป็นบิดา มารดา และการดูแลตนเองของมารดาในทุกะยะของการตั้งครรภ์

2.12 ติดตามประเมินผลการปฏิบัติการผดุงครรภ์

สมรรถนะที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพบุคคล กลุ่มคน และชุมชน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย และลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคและเกิดความเจ็บป่วย

3.1 ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน

3.2 สนับสนุนและช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและกลุ่มต่าง ๆ ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.3 ให้อข้อมูล และจัดการช่วยเหลือให้ผู้ใช้บริการได้รับสิทธิด้านสุขภาพ

3.4 จัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ

สมรรถนะที่ 4 ป้องกันโรคและเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อลดความเจ็บป่วยจากโรคที่สามารถป้องกันได้

4.1 เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของชุมชน และการระบาดของโรคในชุมชน

4.2 เสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของชุมชนเพื่อป้องกันโรค

4.3 เฝ้าระวัง ค้นหา และสืบสวนโรคที่เกิดในชุมชน

4.4 ให้อวัคซีน สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่ประชาชน

สมรรถนะที่ 5 พัฒนาสุขภาพบุคคล กลุ่มคน และชุมชนทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ

5.1 ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความเจ็บป่วย

5.2 เลือกใช้วิธีการฟื้นฟูสุขภาพ

5.3 แนะนำการใช้กายอุปกรณ์ และอวัยวะเทียม

5.4 ให้ความรู้ สนับสนุน ช่วยเหลือ และแนะนำแหล่งประโยชน์ในการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ให้บริการ ญาติและผู้เกี่ยวข้อง

5.5 ประสานกับแหล่งประโยชน์เพื่อฟื้นฟูสุขภาพชุมชน

สมรรถนะที่ 6 รักษาโรคเบื้องต้น ตามข้อบังคับของสภาการพยาบาล

- 6.1 คัดกรองโรคเบื้องต้น
- 6.2 วินิจฉัยโรคเบื้องต้น
- 6.3 รักษาโรคเบื้องต้น
- 6.4 ให้การผดุงครรภ์และวางแผนครอบครัว

สมรรถนะที่ 7 สอนและให้การปรึกษานักศัลยกรรม ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน เพื่อการมีภาวะสุขภาพที่ดี

- 7.1 ส่งเสริม สนับสนุน และสอนผู้ใช้บริการให้เกิดการเรียนรู้ และสามารถดูแลสุขภาพตนเอง
- 7.2 ให้การปรึกษาแก่นักศัลยกรรม ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ที่มีปัญหาทางกาย จิต สังคม ที่ไม่ซับซ้อน
- 7.3 แนะนำและส่งต่อผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน

สมรรถนะที่ 8 ติดต่อ สื่อสารกับนักศัลยกรรม ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- 8.1 ติดต่อ สื่อสารและสร้างสัมพันธภาพกับคนทุกเพศ ทุกวัย ทั้งในระดับนักศัลยกรรม ครอบครัว กลุ่มคน ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 8.2 บันทึกและเขียนรายงานได้อย่างถูกต้อง
- 8.3 นำเสนอความคิด ผลงานต่อสาธารณชน
- 8.4 ใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการติดต่อ สื่อสารในงานที่รับผิดชอบ
- 8.5 ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสาร

สมรรถนะที่ 9 แสดงภาวะผู้นำและการบริหารจัดการตนเอง และงานที่รับผิดชอบได้อย่างเหมาะสม

- 9.1 มีวิสัยทัศน์ สามารถวางแผนแก้ปัญหา และตัดสินใจ
- 9.2 รับผิดชอบงานในหน้าที่
- 9.3 วางแผนและจัดการทรัพยากรและเวลา
- 9.4 เจรจ่าต่อรองเพื่อรักษาประโยชน์ของผู้ใช้บริการ และงานที่รับผิดชอบ
- 9.5 ประสานงานกับผู้ร่วมงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 9.6 พัฒนาคุณภาพของงานอย่างต่อเนื่อง
- 9.7 จัดการให้ผู้ใช้บริการได้รับการบริการ
- 9.8 ปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้าทีมหรือลูกทีม

สมรรถนะที่ 10 ปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน

10.1 ดูแลผู้ป่วยและผู้ใช้บริการให้ได้รับสิทธิพื้นฐานตามที่สภาวิชาชีพกำหนดไว้ใน “สิทธิผู้ป่วย”

10.2 ปฏิบัติตนตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด

10.3 ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ในขอบเขตวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

10.4 ประกอบวิชาชีพโดยตระหนักถึง กฎหมาย กฎ ระเบียบ และข้อบังคับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพ

10.5 ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเสมอภาคต่อทุกกลุ่ม เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม เศรษฐฐานะ และภาวะสุขภาพ

สมรรถนะที่ 11 ตระหนักในความสำคัญของการวิจัยต่อการพัฒนาการพยาบาล และสุขภาพ

11.1 มีความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย

11.2 ใช้ผลการวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาล

11.3 ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

11.4 คำนึงถึงจรรยาบรรณนักวิจัย และสิทธิมนุษยชน

สมรรถนะที่ 12 ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาล

12.1 สืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพและความรู้ที่เกี่ยวข้อง

12.2 เลือกใช้ฐานข้อมูลด้านสุขภาพ

12.3 บันทึกข้อมูลสุขภาพและการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

สนเทศ

สมรรถนะที่ 13 พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างคุณค่าในตนเอง และสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาล

13.1 มีความคิดสร้างสรรค์ และคิดอย่างมีวิจารณญาณ

13.2 มีความตระหนักในตนเอง และมีความเห็นใจผู้อื่น

13.3 จัดการกับอารมณ์ และความเครียดของตนเอง

13.4 ศึกษาค้นคว้า หาความรู้ ความชำนาญในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

13.5 มีความตระหนักในการปกป้องรักษาสิทธิด้านสุขภาพแก่ประชาชน

สมรรถนะที่ 14 พัฒนาวิชาชีพให้มีความเจริญก้าวหน้า และมีศักดิ์ศรี

- 14.1 มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- 14.2 ตระหนักในความสำคัญของการเป็นสมาชิกองค์กรวิชาชีพ
- 14.3 รู้รักสามัคคีในเพื่อนร่วมวิชาชีพ
- 14.4 ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ขององค์กรวิชาชีพ
- 14.5 ตระหนักในความสำคัญของการสนับสนุน และมีส่วนร่วมในการสอนนักศึกษา และบุคลากรใหม่ในสาขาวิชาชีพ

บทที่ 3

สถานการณ์สภาวะสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพของ ประชาชนภาคตะวันออก

สภาวะการณ์ด้านสุขภาพของประชาชนเขตภาคตะวันออก มีดังนี้

3.1 โครงสร้างประชากรภาคตะวันออก

ภาคตะวันออกของประเทศไทยประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว มีลักษณะประชากรเป็นดังนี้ (สำนักทะเบียนราษฎร ณ 31 ธันวาคม 2541)

1. จำนวนประชากร 7 จังหวัดภาคตะวันออก ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2541 รวมทั้งสิ้น 3,881,644 คน
2. อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.01 ต่อ 1
3. สัดส่วนประชากรอยู่ในวัยแรงงานมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 66.19
4. อัตราการพึ่งพิงรวมร้อยละ 51.07
5. ความหนาแน่นของประชากร 112.90 คน : ตร.กม.
6. ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวและขยายใกล้เคียงกัน สมาชิกครอบครัวเฉลี่ยครอบครัวละ 3-4 คน (สุนทรวาทดี เทียรพิเชษฐ, 2544)

3.2 สภาวะสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออก

สาเหตุการตายและการเจ็บป่วยของประชาชนภาคตะวันออกเป็นดังนี้ (คณะกรรมการด้านข้อมูลข่าวสารและประชาสัมพันธ์เขต 3, 2543)

1. สาเหตุการตาย 5 อันดับแรก ได้แก่
 - 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 2) โรคมะเร็งทุกชนิด
 - 3) อุบัติเหตุจากการขนส่ง
 - 4) อุบัติเหตุอื่น ๆ
 - 5) ภูมิคุ้มกันบกพร่อง

2. สาเหตุที่ทำให้ประชาชนมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก 5 อันดับแรก คือ

- 1) โรคระบบทางเดินหายใจ
- 2) โรคระบบย่อยอาหาร และโรคในช่องปาก
- 3) โรคผิวหนัง
- 4) โรคติดเชื้อและปรสิต
- 5) โรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม

ซึ่งพบว่าสาเหตุการมารับบริการของประชาชนที่แผนกผู้ป่วยนอกในสถานีนานามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ไม่แตกต่างกัน

3. สาเหตุการเข้ารับการรักษาประเภผู้ป่วยใน 5 อันดับ ได้แก่

- 1) โรคติดเชื้ออื่น ๆ ของลำไส้
- 2) โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การคลอด ระยะหลังคลอด
- 3) โรคระบบหายใจส่วนบนติดเชื้อเฉียบพลัน และโรคอื่นของระบบหายใจส่วนบน
- 4) ผู้ขับขีจักรยานยนต์บาดเจ็บจากอุบัติเหตุการขนส่ง
- 5) โรคอื่น ๆ ของระบบย่อยอาหาร

4. เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุการตายดังกล่าว พบว่า เป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับผลการวิจัย ที่พบว่าประชาชนมีการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ นิยมรับประทานอาหารรสหวาน รสเค็มจัด และไขมันสูง (สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ และคณะ, 2544) ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนได้ หากมีการกำหนดยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง

3.3 ความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออก

ผลจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อสภาวะสุขภาพและความต้องการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและความคิดเห็นของประชาชนและผู้นำชุมชนต่อรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน จากประชาชนที่อาศัยในชุมชนเกษตรกรรม ชุมชนประมง ชุมชนกึ่งเมือง และชุมชนอุตสาหกรรม รวม 430 ครอบครัว ครอบคลุมประชากร 1,583 คน และเก็บข้อมูลประธานองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และหัวหน้าสถานีนานามัยที่รับผิดชอบในชุมชน รวม 17 คน พบประเด็นสำคัญ ดังนี้

3.3.1 มุมมองของประชาชน

3.3.1.1 ในภาวะสุขภาพปกติ

- 1) ประชาชนมากกว่าครึ่งต้องการที่จะได้รับความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาด้านสุขภาพ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเกิดโรค การตรวจสุขภาพตนเอง พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงตามวัย
- 2) ประชาชนก็ยังให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพไม่มากเท่าที่ควร ทั้งที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันยังไม่ค่อยเหมาะสม ทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้สารเสพติด และการป้องกันอุบัติเหตุ
- 3) ประชาชนต้องการใช้บริการที่สถานีนานามัยมากที่สุด
- 4) บุคคลที่ต้องการให้เป็นผู้บริการ คือ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน
- 5) การจ่ายค่าบริการประชาชนสามารถจ่ายได้ โดยประมาณ 50–100 บาทต่อครั้ง

3.3.1.2 ในภาวะเจ็บป่วย พบว่า

- 1) ประชาชนส่วนมากมารับบริการการรักษา ด้วยอาการตัวเหลือง ซีด/โลหิตจาง ได้รับสารพิษ บาดแผล ฝีที่ท้องผ่า ไส้กรอน ขาดสารอาหาร อาหารเป็นพิษ ไข้จับสั่น ส่วนความเจ็บป่วยเล็กน้อยๆอื่น ได้แก่ ไข้ตัวร้อน ไข้หวัด ปวดศีรษะ ไอปวดหลัง ปวดเอว ปวดท้อง ท้องเดิน และแมลงสัตว์กัดต่อย
- 2) ประชาชนมองว่า ตนเองและครอบครัวสามารถดูแลรักษาได้ อาการดังกล่าวได้โดยการซื้อยามารับประทานเองทั้งยาที่ใช้รักษาอาการและยาชุด ใช้วิธีรักษาแบบพื้นบ้าน
- 3) สถานที่ที่ต้องการรับบริการมากที่สุด คือ สถานีนานามัย
- 4) ประชาชนส่วนหนึ่งต้องการรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้านของตนเอง โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย/เจ็บพลัน ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ในการรักษา หากสามารถรักษาที่บ้านหรือสถานีนานามัยจะช่วยให้การรักษาเร็วขึ้น ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และลดความลำบากในการเดินทางไปรักษา โดยบุคลากรที่ต้องการให้รักษาจะเป็นแพทย์ และพยาบาลและเห็นว่าไม่ควรที่จะต้องจ่ายค่าบริการ
- 5) ประชาชนที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการได้รับความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาในเนื้อหาเกี่ยวกับโรค โดยเฉพาะสาเหตุและอาการแสดงของโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรคมากที่สุด รองลงมาคือ วิธีการรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพ ได้แก่

การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย พักผ่อน และผ่อนคลายความเครียด นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการดูแลที่ประชาชนต้องการคือ กายภาพบำบัด ชีวยา ทำแผล นวดประคบ เตรียมอาหาร และให้อาหารทางสายยาง สอนดูแล เปลี่ยนอุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ สายยางให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ และท่อช่วยหายใจ โดยคำแนะนำและกิจกรรมเหล่านี้ควรเป็นแพทย์ และพยาบาลเป็นผู้มาให้บริการที่บ้าน เพราะเป็นสถานที่ตนเองสะดวก ไม่เสียเวลาเดินทาง และค่าใช้จ่าย โดยค่าใช้จ่ายที่ยินดีจะจ่ายเป็นค่าบริการประมาณ 100 – 200 บาทต่อครั้ง ดังตาราง 3.1

ตารางที่ 3.1 ความต้องการรับบริการสุขภาพในภาวะของสุขภาพระดับต่าง ๆ (n = 430 ครอบครัว)

ความต้องการรับ บริการสุขภาพ	ร้อยละของ ครอบครัว ที่ต้องการ	สถานที่ ที่ต้องการ รับบริการ	บุคลากรที่ ต้องการ ให้บริการ	อัตราค่าใช้จ่าย ต่อบริการต่อครั้ง
1. ไม่มีภาวะเจ็บป่วย				
1.1 การให้ความรู้คำแนะนำต่าง ๆ				
1.1.1 ความรู้ในการป้องกันโรค	80-90	ส.อ.	แพทย์ พยาบาล	50-100 บาท
1.1.2 ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ	25-45	ส.อ.	แพทย์ พยาบาล	50-100 บาท
1.2 กิจกรรมการบริการ				
1.2.1 สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค.	24.9	ส.อ. รพช.	พยาบาล จนท.สส.	70 บาท
1.2.2 วางแผนครอบครัว	48.1	ส.อ. รพช.	พยาบาล จนท.สส.	60-110 บาท
1.2.3 ผดุงครรภ์	10	รพศ. รพช.	แพทย์	230-510 บาท
2. เจ็บป่วยเล็กน้อยและเจ็บพลัน	25-50	ส.อ. รพช.	แพทย์ พยาบาล	50-100 บาท
3. เจ็บป่วยเรื้อรัง				
3.1 การให้ความรู้คำแนะนำต่าง ๆ	85.4	บ้าน	แพทย์ พยาบาล	100-200 บาท
3.2 กิจกรรมการบริการ	28.8	บ้าน	แพทย์ พยาบาล	100-200 บาท

หมายเหตุ : ส.อ. หมายถึง สถานีอนามัย รพช. หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน
รพศ. หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ จนท.สส. หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3.3.1.3 ความต้องการเกี่ยวกับรูปแบบสถานบริการ เป็นดังนี้

รูปแบบสถานบริการที่ประชาชนต้องการ คือ ภาครัฐเป็นผู้รับผิดชอบจัดบริการสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ โดยมีภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบ ทั้งนี้ประชาชนควรต้องร่วมกัน

จัดบริการสุขภาพของตนเอง โดยเริ่มจากการร่วมลงทุน การเป็นกรรมการบริหารกองทุน การร่วมให้บริการ และการตรวจสอบควบคุมกันไป ประชาชนยังเห็นว่า ประชาชนควรมีส่วนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งรูปแบบที่ต้องการคือการเหมาจ่ายปีละครั้ง โดยประชาชนครึ่งหนึ่งมองว่าควรจ่ายเฉลี่ยไม่มากกว่า 300 บาทต่อคนต่อปี ดังตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 จำนวนและร้อยละของครอบครัวจำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะการให้บริการระดับต้น

ลักษณะบริการ	ชุมชนเสม็ด (n=102)		ชุมชนโขมง (n=127)		ชุมชนสามมุก (n=94)		ชุมชนไร่หนึ่ง (n=107)		รวม (n= 430)	
	จำนวน ร้อยละ		จำนวน ร้อยละ		จำนวน ร้อยละ		จำนวน ร้อยละ		จำนวน ร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. หน่วยงานที่รับผิดชอบ										
1.1 รัฐ	63	61.8	83	35.4	58	61.7	52	48.6	256	59.5
1.2 เอกชนร่วมกับรัฐ	52	31.4	4	31.5	31	33.0	46	43.0	149	34.2
1.3 เอกชน	7	6.9	4	3.1	5	5.3	9	8.4	25	6.3
2. ส่วนร่วมของประชาชน										
2.1 ไม่ควรมี	7	6.9	1	0.8	8	8.5	7	6.5	23	5.3
2.2 ควรมี โดยเป็น	95	93.1	126	99.2	84	89.4	100	93.5	405	94.2
(1) ผู้ร่วมให้บริการ	14	14.7	40	31.7	8	8.5	11	11.0	39	9.4
(2) ผู้ร่วมลงทุน	45	47.4	56	44.4	56	59.6	61	61.0	218	52.5
(3) กรรมการ	3	3.2	13	10.3	11	11.7	16	16.0	46	11.1
(4) ผู้ตรวจสอบ	4	4.2	11	8.7	9	9.6	4	4.0	35	8.4
(5) ผู้บริหาร	1	1.1	2	1.6	0	0.0	3	3.0	7	1.7
3. การจ่ายค่าบริการ										
3.1 เหมาจ่ายปีละครั้ง	19	18.6	54	42.5	69	73.4	77	72.0	302	70.2
3.2 จ่ายแต่ละครั้ง	83	81.4	73	57.5	25	26.6	30	28.0	128	29.8

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

ลักษณะบริการ	ชุมชนเสม็ด		ชุมชนโฆม่ง		ชุมชนสามมุง		ชุมชนไร่หนึ่ง		รวม	
	(n=102)		(n=127)		(n=94)		(n=107)		(n= 430)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4.ค่าใช้จ่ายต่อครอบครัวต่อปี										
4.1 ต่ำกว่า – 500 บาท	22	21.6	47	37.0	46	48.9	44	41.1	159	37.0
4.2 501 – 1000 บาท	24	23.5	25	19.7	15	16.0	29	27.1	93	21.6
4.3 1001 – 1500 บาท	2	2.0	17	13.4	6	6.4	3	2.8	28	6.5
4.4 1501-2000 บาท	13	12.7	9	7.1	5	5.3	10	9.3	37	8.6
4.5 2001-2500 บาท	2	2.0	4	3.1	0	0.0	1	0.9	7	1.6
4.6 2501-3000 บาท	11	10.8	1	0.8	3	3.2	5	4.7	20	4.7
4.7 มากกว่า 3000 บาท	28	27.5	24	18.9	19	20.2	15	14.0	86	20.0
5. ค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปี										
5.1 ต่ำกว่า – 300 บาท	35	34.3	64	50.4	58	61.7	55	51.4	212	49.3
5.2 301 – 600 บาท	27	26.5	31	24.4	11	11.7	25	23.4	94	21.3
5.3 601 – 900 บาท	8	7.8	6	4.7	2	2.1	9	8.4	25	5.8
5.4 901 – 1200 บาท	13	12.7	5	3.9	8	8.5	8	7.5	34	7.9
5.5 1201 – 1500 บาท	4	3.9	6	4.7	1	1.1	1	0.9	12	2.8
5.6 มากกว่า 1500 บาท	15	14.7	15	11.8	14	14.9	9	8.4	53	12.3

3.3.2 มุมมองของผู้ให้บริการ

1) ผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่บริการสาธารณสุข มีความต้องการเกี่ยวกับบริการสุขภาพในภาวะที่ไม่เจ็บป่วยว่า ต้องการให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรง ส่งเสริมสุขภาพ ส่วนในภาวะที่เจ็บป่วยเล็กน้อย ต้องการให้ประชาชนช่วยเหลือตนเองมากขึ้น โดยพัฒนาภูมิปัญญาที่มีอยู่ในการดูแลตนเอง และครอบครัว ดังเช่น การใช้วิธีพื้นบ้าน ตัวอย่างเช่น การใช้พืชสมุนไพร เช่น ใช้ว่านหางจระเข้ทาแผล แก้ไข้ในด้วยน้ำใบบวบก หรือแบบสำเร็จรูป เช่น สมุนไพรผงหลายชนิดรวมกัน การเขียนเสื้อที่แก้เมื่อเป็นคางทูม การนวดแผนโบราณ ไม่ต้องพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ในภาวะที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

รัง ประชาชนควรมีความรู้ความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วย ใช้ภูมิปัญญาที่มีอยู่ ร่วมกับการได้รับความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2) ส่วนความต้องการเกี่ยวกับศูนย์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้ให้บริการต้องการให้ประชาชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของศูนย์บริการสุขภาพ

3.3.3 มุมมองขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น

องค์กรที่กล่าวถึง ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง มีความต้องการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ ดังนี้

- 1) ประชาชนควรมีการดูแลตนเองมากกว่านี้
- 2) ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพในภาวะที่เจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ และเจ็บป่วยเรื้อรัง
- 3) ผู้ให้บริการในศูนย์บริการสุขภาพ ต้องมีความสามารถในการวินิจฉัยโรคเบื้องต้นได้ทันที โดยในศูนย์บริการสุขภาพนั้นต้องมีการเตรียมบุคลากรสาธารณสุข เพื่อบริหารศูนย์และให้บริการ โดยมีองค์ประกอบของบุคลากร เป็นพยาบาลประจำ 2-3 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน แพทย์ และทันตแพทย์ มาชั่วคราวสัปดาห์ละครั้ง ดังตาราง 3.3
- 4) ต้องการให้ศูนย์บริการสุขภาพเป็นศูนย์ที่อิสระ ไม่ขึ้นตรงกับหน่วยงานใด โดยองค์กรเองมีส่วนร่วมในด้านการบริหาร จัดสรรงบประมาณ จัดหาเวชภัณฑ์ให้ครบครัน และมีความทันสมัย

ตารางที่ 3.3 บุคลากร จำนวน ระยะเวลาปฏิบัติงานและลักษณะบริการ ในศูนย์บริการสุขภาพ
ระดับต้น ชุมชนตามความคิดเห็นของผู้บริหารท้องถิ่น

บุคลากร	จำนวน	ระยะเวลาปฏิบัติ	ลักษณะบริการ
แพทย์	1 คน	มาชั่วคราว เดือนละครั้ง	เป็นผู้ให้บริการการรักษาในปัญหาที่ซับซ้อน
ทันตแพทย์	1 คน	มาชั่วคราว สัปดาห์ละครั้ง	เป็นผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพปากและฟัน
พยาบาล	2-3 คน	ประจำ	เป็นผู้ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาเบื้องต้น และเยี่ยมบ้าน (ควรเป็นทุกบ้าน)
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1 คน	ประจำ	เป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม

3.3.4 มุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง มีทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข นักการศึกษาพยาบาล อาจารย์ แพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร เทศมนตรี ประธานองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แห่งชาติ มีมุมมองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในภาวะที่ไม่เจ็บป่วย ดังนี้

- 1) ประชาชนต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมี อสม. ทำบทบาทเป็นผู้แนะนำในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
- 2) ในภาวะที่เจ็บป่วยเล็กน้อย/เฉียบพลัน และเรื้อรัง ประชาชนต้องพัฒนากฎบัญญัติท้องถิ่นนำมาใช้เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพ ภายใต้การติดตามผลการรักษาและการควบคุมดูแลจากพยาบาลวิชาชีพ (บุคลากรหลักในการดูแลกรณีถ้าไม่มีแพทย์) ซึ่งหากได้ผล ประชาชนสามารถถ่ายทอดสู่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ด้วย
- 3) ประชาชนควรมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขทุกขั้นตอน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้พัฒนาศักยภาพของประชาชนเหล่านั้น มีองค์กรเอกชน (NGO) ในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการด้านการเงินและบริหาร

3.4 สรุปข้อค้นพบสำคัญ

- 1) ประชาชนพึ่งพาตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยโดยการซื้อยามารับประทานเอง
- 2) ประชาชนต้องการความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เมื่อมี

ภาวะเจ็บป่วย และการเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นในครอบครัว รวมทั้งความรู้ในการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย

3) ประชาชนยังให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพน้อย ทั้ง ๆ ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม

4) ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชนและผู้ทรงคุณวุฒิต้องการให้ประชาชนดูแลสุขภาพให้แข็งแรงไม่เจ็บป่วย

5) ประชาชนต้องการไปใช้บริการที่สถานีนอนามัยมากที่สุด

6) ประชาชนต้องการบุคลากรหลักประจำสถานีนอนามัยมากที่สุด คือ พยาบาล จำนวน 2-3 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน ส่วนแพทย์ ทันตแพทย์ ให้มาตรวจรักษาเป็นครั้งคราว

7) ควรมีการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนของตนเอง โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการ อาจโดยพัฒนาภูมิปัญญาพื้นบ้านที่มีอยู่ให้เกิดศักยภาพในการบำบัดรักษาและพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น

3.5 ความต้องการของประชาชนต่อรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ความต้องการสุขภาพของประชาชน จะได้รับการตอบสนองอย่างเต็มที่เมื่อมีการปรับรูปแบบระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และอาจเน้นกระบวนการเรียนรู้ ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นในชุมชนให้มากขึ้นและเพิ่มศักยภาพของผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิซึ่งกลุ่มบุคลากรสุขภาพที่สำคัญและเป็นไปได้มากที่สุด น่าจะได้แก่พยาบาลโดยเป็นพยาบาลระดับวิชาชีพ ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ (2543, หน้า 40) ที่พบว่า ประเภทของผู้ให้บริการระดับต้นประจำครอบครัวควรจะเป็นพยาบาล ร้อยละ 63.7 ดังนั้นจึงต้องมีการจัดสรรกำลังและเตรียมพยาบาลวิชาชีพไปประจำที่สถานีนอนามัยให้ครบทุกแห่ง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

บทที่ 4

รูปแบบบริการสุขภาพในชุมชนภาคตะวันออกในปัจจุบัน

ผลจากการสำรวจสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในภาคตะวันออก โดยการสุ่มแบบเจาะจงได้สถานบริการในเขตเมือง กึ่งเมืองและชนบท จำนวน 22 แห่ง ดังรายละเอียด

โรงพยาบาลศูนย์	4	แห่ง
ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล	4	แห่ง
โรงพยาบาลชุมชน	6	แห่ง
สถานีอนามัย	8	แห่ง

รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานบริการเพิ่มเติม ได้สาระเกี่ยวกับสถานการณ์สภาวะสุขภาพและรูปแบบบริการสุขภาพในชุมชนภาคตะวันออกดังนี้

4.1 รูปแบบการจัดบริการระดับปฐมภูมิ

4.1.1 สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตภาคตะวันออก มีการจัดบริการในชุมชนทั้งที่เป็นหน่วยงานของรัฐ และเอกชน มีจำนวนสถานบริการแต่ละประเภทดังนี้ (คณะทำงานด้านข้อมูลข่าวสาร และประชาสัมพันธ์เขต 3, 2542)

สถานีอนามัย	693	แห่ง
โรงพยาบาลชุมชน	54	แห่ง
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	7	แห่ง
โรงพยาบาลของรัฐที่ไม่ได้สังกัด		
กระทรวงสาธารณสุข	10	แห่ง
โรงพยาบาลเอกชน	27	แห่ง
คลินิกแพทย์	531	แห่ง
คลินิกทันตกรรม	170	แห่ง
สถานพยาบาลผดุงครรภ์	166	แห่ง

4.1.2 จำนวนผู้ป่วยที่ไปใช้บริการในสถานบริการต่าง ๆ คิดโดยเฉลี่ยต่อวันต่อแห่ง
ดังนี้

สถานเอนามัย	14.14 คน/วัน/แห่ง
โรงพยาบาลชุมชน	154.2 คน/วัน/แห่ง
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	634.3 คน/วัน/แห่ง

4.1.3 ลักษณะการให้บริการในแต่ละสถานบริการ ยังมีความเหลื่อมล้ำและซ้ำซ้อนในการให้บริการทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ และโรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการที่มีบทบาทในการให้บริการทั้ง 2 ระดับ นอกจากนี้ในเขตเมืองส่วนใหญ่นิยมไปใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์ คลินิก และโรงพยาบาลเอกชน

4.2 ปัญหาของการให้บริการของสถานบริการในชุมชน มีดังนี้

4.2.1 ระบบการประสานงาน เครือข่ายการส่งต่อไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการจัดโครงสร้างการบริหารการแบ่งเขตพื้นรับผิดชอบตามกระทรวงมหาดไทย ทำให้ประชาชนไม่สามารถรับการรักษาในสถานเอนามัยที่ใกล้บ้านได้จริง จึงควรปรับระบบเพื่อสร้างทางเลือกแก่ประชาชนให้ได้รับบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน

4.2.2 การบริหารจัดการ ยังคงเป็นแบบรวมศูนย์โดยกำหนดนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขกระจายอำนาจสู่หน่วยงานระดับชุมชน และขาดการประเมินวางแผนแก้ปัญหาจากสถานการณ์จริงในท้องถิ่น

4.2.3 บุคลากรระดับปฐมภูมิในชุมชนโดยเฉพาะที่สถานเอนามัยมีศักยภาพไม่เพียงพอ จึงควรเพิ่มพยาบาลวิชาชีพมาปฏิบัติงานประจำสถานเอนามัย และเสริมบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อให้ประชาชนมีความมั่นใจในบริการที่ได้รับ

4.2.4 อุปกรณ์ในการตรวจรักษาคัดกรองโรคขั้นพื้นฐานมีไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยปัญหาโรคเบื้องต้นได้

4.2.5 ลักษณะการให้บริการเป็นแบบเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ถึงแม้จะมีความพยายามกำหนดนโยบายให้สถานบริการสุขภาพในชุมชน ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น แต่ในทางปฏิบัติยังคงเป็นการให้บริการในเชิงรับมากกว่าเชิงรุก บุคลากรสุขภาพขาดความเข้าใจในปัญหาท้องถิ่น การขาดมุมมอง และกลวิธีที่จะมุ่งสู่การดูแลสุขภาพในเชิงส่งเสริมป้องกัน ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ดังนี้

- 1) ความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงหลักประกันด้านสุขภาพ

จากสถิติพบว่าประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีหลักประกันสุขภาพอัตราเฉลี่ยเพียงร้อยละ 68.88 เท่านั้น โดยจังหวัดสระแก้วมีประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 57.89 (คณะทำงานด้านข้อมูลข่าวสารและประชาสัมพันธ์ เขต 3, 2542 : 64) ดังนั้น จึงมีประชาชนอยู่ไม่น้อยที่ต้องแบกรับภาระในด้านการรักษาทั้งหมด และถ้ากลุ่มที่ขาดหลักประกันสุขภาพนี้ มีอาชีพรับจ้าง หรือเป็นแรงงานย้ายถิ่น โอกาสที่จะเข้าถึงหลักประกันสุขภาพก็จะยิ่ง น้อยลง

2) การขาดโอกาสที่ใช้การแพทย์ทางเลือก

สืบเนื่องจากลักษณะการให้บริการเชิงรับที่อาศัยศาสตร์การรักษาจากตะวันตกมาโดยตลอดทำให้เห็นความสำคัญของการใช้การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ น้อยลง พบว่า มีเพียงบางโรงพยาบาลที่มีการสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและใช้สมุนไพรในการรักษา เช่น โรงพยาบาล พันธ์นิคม จังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

จากการสำรวจสถานบริการด้านสาธารณสุขทุกระดับ พบว่ามีสถานบริการที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยเพียง 85 แห่ง คิดเป็นร้อยละของสถานบริการเท่ากับ 11.26 และมี ประชาชนเข้ารับการรักษา 37,598 คน คิดเป็นร้อยละเพียง 0.46 ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ ประชาชนต้องแสวงหาการแพทย์ทางเลือกเอง และเปิดโอกาสให้มีการฉกฉวยโอกาสสร้างโฆษณาชวนเชื่อ สร้างความเข้าใจผิด ๆ ในการใช้การแพทย์ทางเลือก เช่น การใช้สมุนไพรต่าง ๆ

3) ความเชื่อมโยงของระบบส่งต่อ

จากการบริหารจัดการที่เน้นเชิงรับ มุ่งเน้นการรักษา จึงทำให้ขาดความพยายามในการดูแลปัญหาของผู้ป่วยในระยะยาว ขาดระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ บ่อยครั้งที่เมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานอนามัยไปสู่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลชุมชน ขบวนการรักษา ผู้ป่วยจะถูกเริ่มต้นใหม่ตั้งแต่การทำบัตร และซักประวัติใหม่ทุกครั้ง ทำให้เสียเวลา และในทำนองกลับกันหากผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลชุมชน สู่สถานอนามัย การส่งต่อข้อมูลให้สถานอนามัยจะใช้เวลานานทำให้ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4.2.6 ข้อจำกัดการให้บริการสุขภาพเชิงรุกในปัจจุบัน

ปัจจุบันมีหลายหน่วยงานมีความพยายามจะให้มีการบริการสุขภาพในเชิงรุกมากยิ่งขึ้น แต่ก็ยังประสบปัญหาจากอุปสรรคต่าง ๆ ดังนี้ คือ

- 1) ขาดความต่อเนื่อง โครงการการให้บริการสุขภาพเชิงรุกมักเป็น โครงการชั่วคราว หรืออยู่ในระหว่างการทดลองใช้ จึงขาดความต่อเนื่องในระยะยาว
- 2) ขาดงบประมาณ สืบเนื่องจากเป็นโครงการชั่วคราว การดำเนินงานจึงต้องขึ้นกับงบประมาณที่จะจัดให้ในแต่ละปี ทำให้ขาดความต่อเนื่อง

3) ขาดการมีส่วนร่วมของบุคลากร หลายโครงการเกิดจากความต้องการของฝ่ายบริหารในขณะที่ฝ่ายปฏิบัติต้องใช้เวลานานเวลาราชการในการทำงาน ทำให้ต้องเพิ่มภาระรับผิดชอบมากกว่าเดิม ทำให้ขาดบุคลากรที่จะทำในระยะยาว

4) ขาดศักยภาพในการบริหารจัดการ ด้วยการทำงานในเชิงรุก ต้องการลักษณะการทำงานที่ฉับไวขึ้น เข้าถึงปัญหาได้เร็ว ต้องการความสามารถเชิงบริหารจัดการมากยิ่งขึ้น ซึ่ง ศักยภาพดังกล่าวจำเป็นต้องมีการพัฒนาให้สูงขึ้น

5) ขาดระบบบริการสุขภาพเชิงรุก ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่สุด เพราะแม้จะมีความพยายามจัดโครงการมากมาย แต่ตราบใดที่ยังไม่มีระบบรองรับที่เป็นจริง และชัดเจน โครงการที่เกิดขึ้นก็จะไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้

4.2.7 บทบาทของพยาบาล การกำหนดบทบาทของพยาบาลในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะที่สถานีอนามัยยังไม่ชัดเจน และมีเพียงส่วนน้อยที่มีพยาบาลประจำ การปฏิบัติงานจึงเป็นส่วนหนึ่งของทีม ภายใต้การบริหารของเจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข บทบาทโดยภาพรวมจึง ได้แก่ การให้การรักษายาบาล แก่ผู้มารับบริการ รวมทั้งการทำการกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันโรคแก่ประชาชนในชุมชน ข้อเสนอที่สำคัญจึงควรเน้นที่การปรับระบบการจัดบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิในชุมชนใหม่ ให้เป็นการจัดบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ มีพยาบาลที่มีศักยภาพมีความรู้ความสามารถในการให้การตรวจรักษาเบื้องต้น เผื่อระวังปัญหาสุขภาพในชุมชน สร้างเสริม พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นบริการเชิงรุกโดยการกระจายอำนาจการบริหารจัดการ การให้ประชาชน องค์กร ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม น่าจะทำให้การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนบรรลุผลสำเร็จสู่ เป้าหมายของการปฏิรูปสุขภาพให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถจัดการตนเองได้เมื่อมีปัญหาสุขภาพ มียุทธศาสตร์ที่จะส่งเสริมให้ประชาชนไม่เจ็บป่วย ดังข้อเสนอของชุมชนแห่งหนึ่งว่า "ประชาชนในชุมชนควรมีสุขภาพแข็งแรง.... ต้องไม่เจ็บป่วย" ซึ่งจะส่งผลต่อความเข้มแข็งของ ชุมชน และความแข็งแกร่งของประเทศโดยรวมต่อไป

4.3 วิเคราะห์รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในปัจจุบัน :

1. สถานีอนามัยจุดแข็ง

1. บุคลากร 3-4 คน : เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
: พนักงานสาธารณสุขชุมชน
: พยาบาลวิชาชีพ/นักวิชาการสาธารณสุข (มีบางแห่ง)
2. พื้นที่รับผิดชอบ : 1 ตำบล (5-8 หมู่บ้าน)
: ประชาชน 3,000-4,500 คน
: เฉลี่ย 2-3 หมู่บ้าน/ผู้ให้บริการ 1 คน
: ระยะทางถึงสถานบริการ 5-16 กิโลเมตร
: ใช้เวลาเดินทาง 10-30 นาที
3. มีนโยบายชัดเจน : มุ่งบริการด้วยความประทับใจ สะดวก รวดเร็ว
ให้บริการ 24 ชั่วโมง
: มีโครงการ 5 ส. หรือ 5 ย.
(ยิ้ม เยี่ยม ยกย่อง หยิบยื่น ยืนหยัด)
4. คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่
: มีประสบการณ์อยู่ในชุมชนยาวนานกว่า 10 ปี
: คู่ンเคยมีสัมพันธภาพที่ดี
: ทราบข้อมูลของประชาชนในชุมชนที่ตนรับผิดชอบ
5. มีงบประมาณสนับสนุนชัดเจน โดยเฉพาะโครงการเฉพาะกิจ
6. มีอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ช่วยเหลือติดตามเยี่ยมตามแฟ้มสุขภาพ

ครอบครัว

จุดอ่อน

1. บางแห่งอาจรับผิดชอบเขตพื้นที่กว้างเกินไป
2. มีบริการทั้งที่สถานบริการและที่บ้าน
3. งานเชิงรุกที่เริ่มคิดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยังมีน้อย
4. การติดตามดูแลโดยองค์กรรวมทั้งครอบครัวยังไม่เป็นระบบขาดการใช้แฟ้มสุขภาพ

ครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ

5. ขาดความต่อเนื่องของงานโดยเฉพาะประเภทโครงการเฉพาะกิจหรือเร่งด่วน
6. ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขบางคนยังไม่เพียงพอ

7. ขาดการมีส่วนร่วมขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น
8. บทบาทของพยาบาลประจำสถานีนอมา้ย ยังไม่ได้มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจน
9. งานเอกสารต่าง ๆ เช่น บันทึกรายงาน มีจำนวนมากทำให้งานอื่น ๆ ขาด

ประสิทธิภาพ

ข้อเสนอ

1. ด้านการบริหารจัดการ

- 1.1 ปรับโครงสร้างสถานีนอมา้ยให้มีการบริหาร บริการแบบเบ็ดเสร็จโดยการกระจายอำนาจการตัดสินใจ
- 1.2 เพิ่มวัสดุอุปกรณ์ตรวจรักษาเบื้องต้นที่สามารถให้ข้อมูลประกอบการตรวจวินิจฉัยได้
- 1.3 กำหนดตำแหน่ง ขอบเขต บทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลประจำสถานีนอมา้ยให้ชัดเจน
- 1.4 ฝึกอบรมพัฒนาการให้บริการเชิงรุกแก่บุคลากรทุกระดับ
 - การเป็นเจ้าหน้าที่จบใหม่ควรได้รับการปฐมนิเทศ และฝึกอบรมงานให้มีความสามารถที่จะปฏิบัติงาน โดยมีการติดตามประเมินผลนิเทศงานจากหน่วยงานส่วนกลางอย่างต่อเนื่อง
- 1.5 มีมาตรการจูงใจและมาตรการสวัสดิการความปลอดภัยแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในชุมชนทุกระดับ
 - ควรมีเบี้ยเลี้ยงพิเศษสำหรับเจ้าหน้าที่ชุมชน
 - มีประกันชีวิต
 - มีที่พักที่ปลอดภัย
- 1.6 ควรมีการพัฒนาศักยภาพของอสม. ให้มากขึ้นเพื่อเป็นแกนนำทางสุขภาพในชุมชน

2. ด้านการบริการ

- 2.1 เน้นการบริการเพื่อการส่งเสริมและป้องกันโรคทุกกลุ่มอายุ
- 2.2 การประเมินสภาวะสุขภาพของประชาชนและชุมชน
- 2.3 การให้ความรู้และพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ
- 2.4 การตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น และส่งต่อ
- 2.5 การดูแลที่บ้าน

3. ด้านเครือข่าย

3.1 เพิ่มประสิทธิภาพระบบการส่งต่อ ติดตามประเมินผลเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลประชาชนแต่ละคนอย่างต่อเนื่อง

3.2 สร้างเครือข่ายระดับชุมชน และการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ให้มากขึ้น

-ปรับบทบาทด้านการให้ความรู้แก่ประชาชน

-ควรให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้น

4. ด้านการศึกษา

4.1 สถาบันการศึกษา ฝ่ายผลิตควรปรับหลักสูตร ให้เน้นการฝึกทักษะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนให้สามารถตรวจรักษาสุขภาพเบื้องต้นได้ มีสมรรถนะความเป็นผู้นำ สามารถคิดริเริ่มการให้บริการเชิงรุกที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและให้บริการองค์รวมแก่ประชาชนได้

2. โรงพยาบาลชุมชน

จุดแข็ง

1. ให้บริการแก่ประชาชนที่มีปัญหาซับซ้อนได้มากขึ้น
2. ดูแลตามปัญหาอาการ
3. มีการจัดทำมาตรฐานของระบบการส่งต่อ แต่การตอบกลับจากสถานบริการอื่นยังล่าช้า หรือขาดรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษา
4. มีคลินิกพิเศษเฉพาะทาง เช่น คลินิกวัยทอง คลินิกเบาหวาน ซึ่งจะมีระบบการดูแลที่ดีกว่าส่วนอื่น ๆ เช่น มีการคัดกรอง มีการสร้างการมีส่วนร่วม มีการนัดมาตรวจอย่างต่อเนื่อง การสร้างกลุ่มช่วยเหลือกัน ดูแลได้อย่างองค์รวม
5. ผู้ให้บริการหลักในคลินิกต่าง ๆ มัก ได้แก่ พยาบาล
6. งานด้านส่งเสริมสุขภาพเป็นไปตามโครงสร้างและนโยบายของกระทรวง และยังมีโครงการพิเศษเฉพาะกิจ ที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ได้รับการบริการ ดูแลเชิงป้องกันมากขึ้น
7. บทบาทพยาบาลเชิงรุกในการบริการสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่
 - 7.1 เป็นผู้จัดทำแผนงาน/โครงการ
 - 7.2 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - 7.3 ให้บริการตามขอบเขตความสามารถของพยาบาล ได้แก่
 - การให้ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ

- การให้คำปรึกษา
- การให้บริการฝากครรภ์ การวางแผนครอบครัว , การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- การให้การรักษายาบาลเบื้องต้น เช่น การทำแผล

7.4 เบิกจ่ายงบประมาณ

7.5 ประเมินผลงาน/โครงการ

7.6 รายงานผลการปฏิบัติงาน

จุดอ่อน

1. ให้การบริการตามปัญหา/โครงการ
2. ไม่ได้เป็นการให้ความรู้และคำปรึกษา แต่มีจัดมุมความรู้ไว้สำหรับผู้สนใจศึกษาเอง
3. ขาดการติดตามผลการส่งต่อทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแล
4. ขาดการประสานงานระหว่าง ฝ่ายรักษายาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ
5. การทำหน้าที่ของพยาบาลในคลินิกพิเศษ ยังไม่สามารถตัดสินใจในการจัดการสุขภาพผู้มาใช้บริการได้อย่างเต็มที่
6. กลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ มีมากขึ้น ในชุมชน เช่น กลุ่มผู้ป่วย ปัญหาเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ผู้ป่วยติดยาเสพติด ทำให้โรงพยาบาลต่างจัดกลุ่มทำงานเฉพาะกิจเป็นพิเศษขึ้นมาใหม่ ซึ่งมักมีพยาบาลเป็นหัวหน้างาน อาจทำให้มีผลต่องานประจำถ้าไม่มีการจัดแบ่งงาน แบ่งเวลา ตามลำดับความสำคัญของงานดีพอ

ข้อเสนอ

1. หากรอบแนวคิดของระดับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้ชัดเจน
 2. กำหนดลักษณะที่เป็นบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชนให้ชัดเจน
- เช่น
- พื้นที่รับผิดชอบ
 - การจัดการสุขภาพเชิงรุก
 - การดูแลครอบครัวที่รับผิดชอบ
 - การเชื่อมโยงประสานงานกับสถานีนอมาัยในเครือข่าย
3. จัดให้งานพิเศษกลุ่มเสี่ยงที่คาดว่าจะปัญหาการบริการสุขภาพในชุมชน ให้เป็นงานประจำและเน้นการบริการเชิงรุก เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มติดยาเสพติด กลุ่มผู้ป่วยพิเศษและโรคเรื้อรัง
 4. พัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะในการบริการเชิงรุก สร้างความเป็นผู้นำให้

สามารถคิดริเริ่ม มีวิสัยทัศน์ในการบริการเชิงสร้างเสริมสุขภาพ โดยฝึกอบรมอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

5. เน้นบทบาทการให้ความรู้แก่ประชาชนให้มากขึ้น
6. สร้างความมีส่วนร่วมกับประชาชน ครอบครัว ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล
7. พัฒนาระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
8. ศึกษาวิเคราะห์งาน และวิจัยเพื่อหาคำตอบในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิง

รุกในโรงพยาบาลชุมชน

9. หามาตรการจูงใจ และสร้างความเชื่อมั่นให้ประชาชนมีความศรัทธา ที่จะมาใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในโรงพยาบาลชุมชน โดยการเพิ่มการมีส่วนร่วม เพิ่มคุณภาพผู้ให้บริการและคุณภาพของบริการ

บทที่ 5

การศึกษารูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในทัศนะประชาคม ภาคตะวันออก

การศึกษารูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในทัศนะประชาคมภาคตะวันออก มุ่งเน้นการระดมสมอง เพื่อหากรอบความคิดต้นแบบที่จะนำไปสะท้อนความคิด และสร้างข้อสรุป พัฒนาเป็นรูปแบบการจัด และให้บริการสุขภาพในชุมชนภาคตะวันออกต่อไป

5.1 ขั้นตอนการศึกษา

สำหรับการศึกษารูปแบบระบบบริการสุขภาพในทัศนะประชาคม ภาคตะวันออกได้ทำการ ศึกษา 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการระดมความคิดจากกลุ่มประชาคมภาคตะวันออก เพื่อร่วมกำหนด รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ โดยใช้วิธีการวิทยากรกระบวนการและการ สัมภาษณ์เจาะลึก กลุ่มประชาคมประกอบด้วยกลุ่มผู้ผลิตบุคลากรทางด้านสุขภาพ จำนวน 5 คน กลุ่มผู้ให้บริการ 24 คน และผู้สนับสนุนการให้บริการ ประชาชน กรรมการองค์การบริหารส่วน ตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 18 คน รวมทั้งหมด 47 คน ได้กรอบความคิดของรูปแบบ ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ขั้นตอนที่ 2 จากกรอบแนวคิดรูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดังกล่าวได้นำไป สะท้อนความคิดต่อรูปแบบ โดยกลุ่มประชาชน องค์การชุมชน แกนนำชุมชน ในชุมชน เป้า หมายของการวิจัยได้แก่ ชุมชนเกษตรกรรม ชุมชนอุตสาหกรรม ชุมชนประมง และชุมชนกึ่งเมือง รวมทั้งหมด 6 แห่ง มีประชาชน และผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชน ร่วมสะท้อนความคิด 264 คน

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนความคิดต่อรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งด้านการศึกษา การเมือง การแพทย์ พยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชน จำนวน 46 คน ผลการศึกษาสามารถสรุปประเด็น สำคัญของรูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

5.2 ผลการศึกษารูปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

กรอบความคิดของรูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีดังนี้

5.2.1 องค์ประกอบหลักของรูปแบบมีดังนี้ (ดังแผนภาพที่ 5.1 และ 5.2)

- ศูนย์สุขภาพชุมชน
- สหวิชาชีพอิสระ
- กองทุนสุขภาพชุมชน
- องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล
- พยาบาลอิสระ
- องค์การตรวจสอบ
- คณะกรรมการบริหาร

ในแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดดังนี้

5.2.2 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ และความหมาย

(1) ความหมาย : พยาบาลวิชาชีพหมายถึงบุคคลที่รับการเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติจนเชี่ยวชาญในการดูแลให้คำปรึกษา แนะนำผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และชุมชนทั้งด้านกาย-จิต-วิญญาณ เป็นผู้มีความรู้และศิลป์ในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นบุคคลที่อ่อนโยน เรียบร้อย มีจิตใจเมตตา กรุณา น่าเชื่อถือ ยกย่องต่อชนทุกชั้น

(2) บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย

บทบาทด้านสุขภาพ ได้แก่

- ดูแลสุขภาพเชิงรุก และแบบองค์รวม
- เข้าถึงความต้องการของชุมชน
- ให้บริการเบื้องต้นที่ถูกต้องสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของชุมชน

บทบาทด้านสนับสนุน ได้แก่

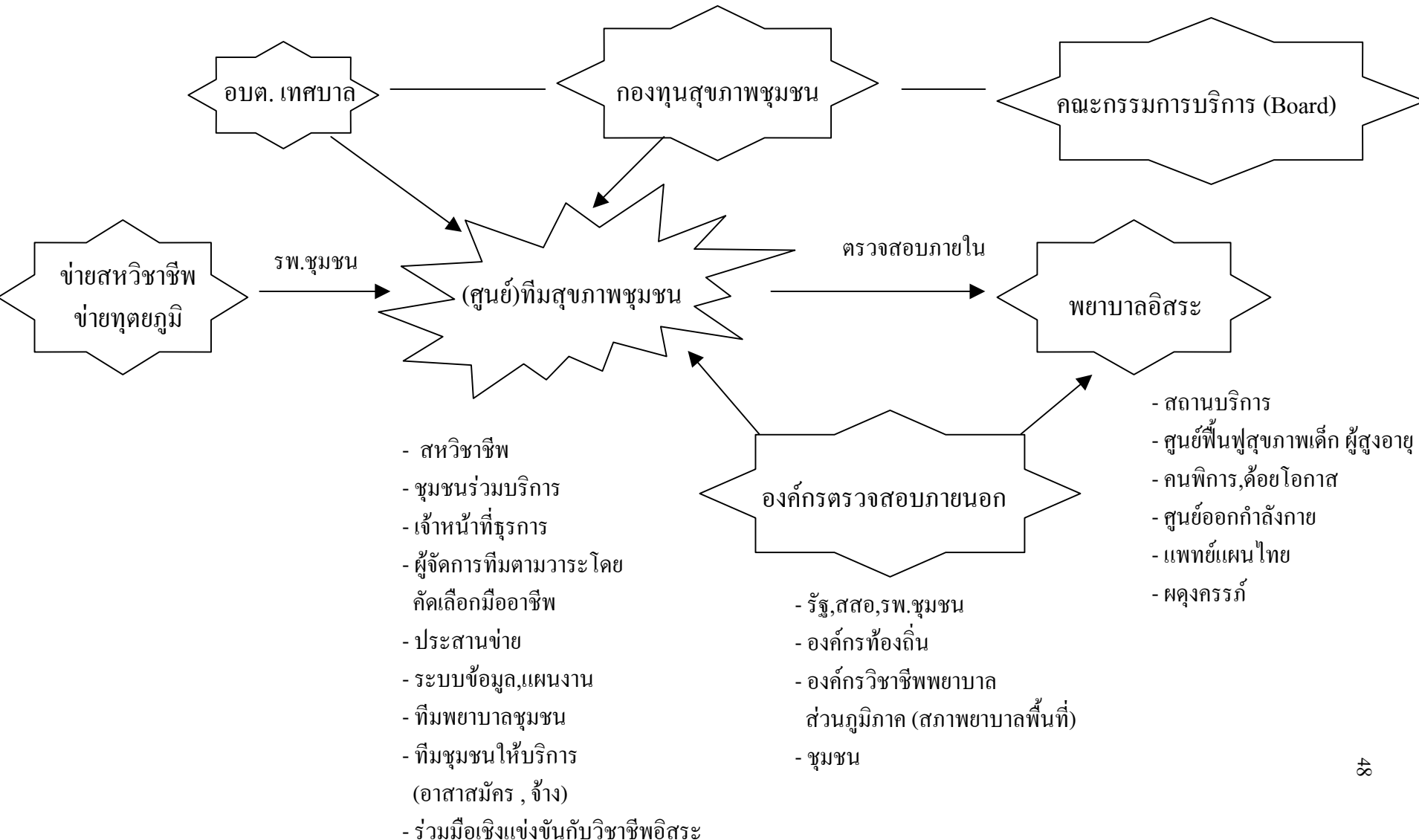
- แสดงภาวะผู้นำ
- สามารถทำงานเป็นทีม
- ประสานงานกับองค์กรท้องถิ่น และชุมชน
- มีความคิดริเริ่มในสิ่งใหม่
- เป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรม
- ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ชุมชน

บทบาทด้านวิชาชีพ ได้แก่

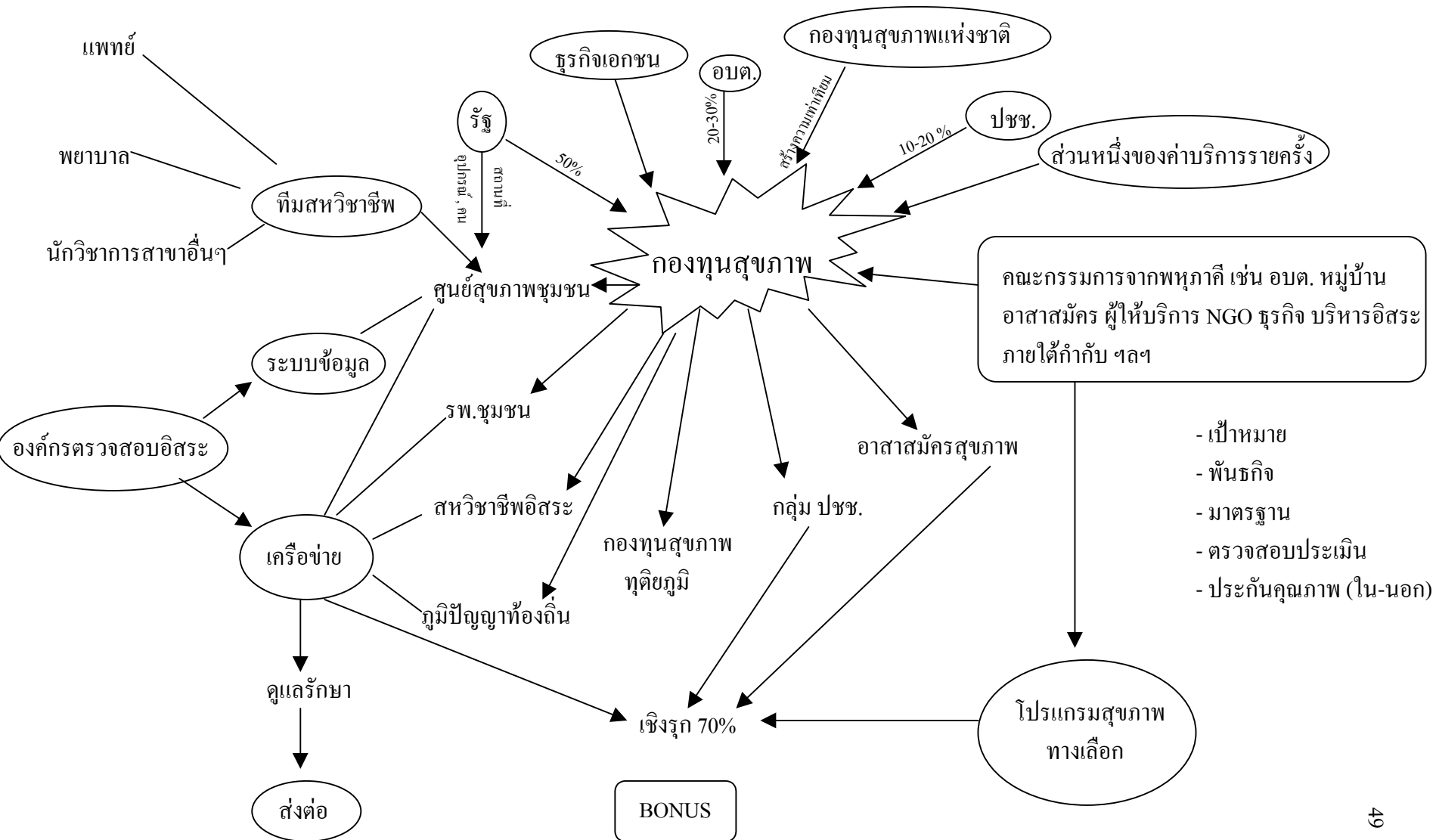
- มีความรู้คู่คุณธรรม
- ประเมินชุมชนและแก้ไขปัญหาชุมชน

- คัดกรองปัญหาสุขภาพ
- พัฒนางานโดยประยุกต์ผลงานวิจัย
- ศึกษาวิจัยชุมชนอย่างต่อเนื่อง
- ประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ

แผนภาพที่ 5.1 โครงสร้างระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนในอนาคต



แผนภาพที่ 5.2 โครงสร้างระบบบริการสุขภาพที่ต้องการในภาคตะวันออก



5.3 ความหมายของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

5.3.1 การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care) หมายถึง การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จัดให้กับประชาชนทุกคน ในทุกภาวะของสุขภาพ อย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ตั้งแต่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วย และระยะสุดท้ายของชีวิต โดยครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) และการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการอื่น ๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน และการร่วมเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในทุกด้าน

5.3.2 ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care service system) หมายถึง ระบบพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพที่เป็นจุดเชื่อมต่อ (Bridging) ระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และมีการจัดบริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยจัดให้มีสถานบริการสุขภาพชุมชน บริหารจัดการโดยประชาชนมีส่วนร่วม อย่างครบวงจร มีระบบเครือข่าย และการตรวจสอบที่ดี ผู้ให้บริการหลักได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น และประชาชนแกนนำสุขภาพ

5.4 ลักษณะของรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

5.4.1 สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : สถานที่ตั้ง

1. จัดตั้งขึ้นใหม่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานบริการสุขภาพชุมชน โดยให้เป็นศูนย์บริการสุขภาพระดับตำบล หรือระดับหมู่บ้าน ใน 1 ตำบล อาจมีมากกว่า 1 ศูนย์ก็ได้ "รื้อ สอ.ทิ้งเพราะเอารถหลวงขับออกไปกินข้าวกลางวันแล้วกลับบ้านเลย" "ตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้นมาใหม่ จะเอาสถานีนี้อย่างไร"

2. พัฒนาศักยภาพสถานีนี้อย่างเดิมที่มีอยู่ในชุมชนให้สามารถบริการสุขภาพตามขอบข่ายความหมายของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ ชุมชนหลายแห่งได้สะท้อนความคิดว่า

"แล้วให้สถานีนี้อย่างไร"

"ต้องการให้ตั้งที่สถานีนี้อย่างไร เพราะให้บริการดีแล้ว ต้อนรับดีแล้ว แต่ต้องการให้ใหญ่ขึ้น มีความรับผิดชอบในการดูแลได้มากขึ้น"

"ถ้าตั้งขึ้นมาใหม่ก็ให้เป็นของชุมชน ชุมชนจะบริหารจัดการเอง"

3. จัดตั้งเป็นศูนย์การศึกษาเพื่อพัฒนาสุขภาพของชุมชน "ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน ไม่จำเป็นต้องมีเครื่องมืออะไรมากมาย แต่ควรเน้นการสอนให้ความรู้แก่ชุมชน เพื่อไม่ให้เจ็บป่วย"

"ควรเป็นศูนย์ศึกษาด้วย คนทำงานที่ศูนย์ ต้องรู้ว่าจะทำอย่างไรคนในชุมชนจึงจะมีสุขภาพดี"

"ควรเป็นศูนย์สุขภาพที่ไม่เน้นให้บริการรักษาต้องเน้นการเรียนรู้"

"ศูนย์มีหน้าที่หลักคือ ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ชุมชนเพื่อไม่ให้เจ็บป่วย เพื่อให้การดูแลสุขภาพเกิดขึ้นอย่างยั่งยืน"

"ทำอย่างไรก็ได้ที่จะทำให้ประชาชนไม่เจ็บป่วย"

"ยินดีร่วมกิจกรรมที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย"

4. สถานที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชน ควรครอบคลุมประชากรพอสมควร ประชาชนมารับบริการได้สะดวกรวดเร็วใกล้บ้าน

"เป็นศูนย์ใกล้บ้านใกล้ใจ เข้าถึงได้ทั้งมิติเวลา สถานที่ และการสื่อสารทั้งทางกายและใจเพื่อให้ประชาชนรู้สึกว่าเป็นศูนย์ของเธอ"

"ควรมีรัศมีครอบคลุมพื้นที่ 1-5 กิโลเมตร"

"ให้บริการทั้งประชาชนตามทะเบียนราษฎร และผู้ที่ย้ายมาจากพื้นที่อื่น เพราะเป็นคนไทยเหมือนกัน"

ความคิดผู้ทรงคุณวุฒิ

"อาจเรียกชื่อศูนย์สุขภาพหรืออย่างอื่นก็ได้"

"การจัดตั้งศูนย์สุขภาพขึ้นใหม่ อาจเป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ"

"ถ้าตั้งขึ้นใหม่ควรเป็นระบบอิสระ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รับผิดชอบบริหารจัดการเอง"

"สถานที่ตั้งศูนย์น่าจะเป็นสถานีนานามัยที่มีอยู่เดิม แต่ปรับและพัฒนาศักยภาพองค์กรใหม่"

"ปรับให้เป็นศูนย์ที่บริการแบบองค์รวม ทุกกลุ่มอายุตั้งแต่เกิดจนถึงตาย"

"ปรับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้เป็นเครือข่ายของศูนย์สุขภาพชุมชน"

"เป็นสถานบริการที่สามารถเป็นคู่สัญญาหลักตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า"

สรุปประเด็นสำคัญ

1. สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอาจจัดตั้งเป็นศูนย์บริการสุขภาพชุมชนหรือสถานบริการสุขภาพชุมชนที่เป็นหน่วยงานอิสระ ภายใต้การบริหารจัดการของชุมชนเอง

2. ปรับปรุงโครงสร้างและพัฒนาศักยภาพของสถานีนามัยให้มีความพร้อมที่จะให้บริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน

1. เน้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน
2. สถานที่ตั้งอยู่ในชุมชนรัศมี 1-5 กิโลเมตร
3. ประชาชนที่ใช้บริการเป็นผู้ที่มีทะเบียนราษฎร์ในเขตนั้นและรวมถึงผู้ที่ย้ายถิ่นเข้ามาจากเขตพื้นที่อื่นด้วย

6. เป็นสถานบริการที่ประชาชนมารับบริการได้สะดวกเข้าถึงง่ายในทุกมิติ สัมผัสได้

ข้อเสนอ

1. จากการวิเคราะห์งานบริการสุขภาพที่สถานีนามัยยังพบปัญหาด้านศักยภาพของ ผู้ให้บริการ และอุปกรณ์เครื่องมือตรวจสุขภาพเบื้องต้นที่มีไม่เพียงพอ จึงจำเป็นต้องพัฒนาและ จัดสรรเพิ่ม

2. สถานีนามัยส่วนใหญ่ครอบคลุมประชากรประมาณ 4,000-4,500 คน ในแต่ละแห่งมี เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2-3 คน ดังนั้น เฉลี่ยประชากรต่อผู้ให้บริการประมาณ 1,500 คน/เจ้าหน้าที่ 1 คน ดังนั้น จึงควรเพิ่มอัตรากำลังซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่มีพยาบาลวิชาชีพ พร้อมทั้งสมรรถนะที่จำเป็น โดยเฉพาะการตรวจรักษาสุขภาพเบื้องต้น การเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก

3. ผู้มาใช้บริการ ควรมีการลงทะเบียนและตรวจสอบข้อมูลให้เป็นปัจจุบันเพื่อประกอบการขอใบประมาณ สันนิษฐานต่อหัว จากงบประมาณแผ่นดิน และท้องถิ่นได้อย่างถูกต้อง สอดคล้อง กับสภาพจริง

4. ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ต้องการให้ไปดูแลและบริการที่บ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง เนื่องจากมีปัญหาในการเดินทางและยินดีร่วมจ่ายครั้ง 100-200 บาท ดังนั้น ควรมีการบริการเน้นการดูแล ที่บ้านมากขึ้น

5. เป็นสถานบริการที่ประชาชนมารับบริการได้สะดวก เข้าถึงง่ายในทุกมิติ สัมผัสได้ ประชาชนร่วมเป็นเจ้าของมุ่งเน้นการเรียนรู้ทางสุขภาพมากกว่าการรักษา

6. กรณีที่เน้นการเรียนรู้ทางสุขภาพ ผู้ให้บริการควรมีสมรรถนะด้านการอำนวยความสะดวกให้เกิดการเรียนรู้ใช้การสอนที่ให้ผู้ใช้บริการเน้นศูนย์กลาง เน้นการแบ่งปันความรู้ร่วมกันระหว่างผู้ใช้ บริการและผู้ให้บริการ

5.4.2 ขอบเขตหน้าที่และการบริการ

ความคิดชุมชน

ขอบเขตหน้าที่และกิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในศูนย์หรือสถาน บริการดังกล่าว ชุมชนส่วนใหญ่สะท้อนความคิดว่า

"มุ่งเน้นการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การผสมผสานภูมิปัญญาไทย เน้นการป้องกันส่งเสริมสุขภาพ การดูแลที่บ้าน การสร้างความรู้ความสามารถให้ประชาชนพึ่งพาตนเองได้"

"การบริการที่เน้นการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ควรเน้นให้สามารถตรวจวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง ตัดสินใจส่งต่อได้ทันทีถ้าจำเป็น"

"ต้องการให้คนที่ศูนย์ให้บริการตั้งแต่เกิดจนตาย ถ้าป่วยไม่ว่าเรื่องอะไรต้องวิเคราะห์ให้ได้"

"มีบริการถอนพิษ อดพิษ รักษาโรคพิษได้"

"บริการทำคลอด ตรวจครรภ์"

"รักษาอุบัติเหตุเบื้องต้น เข้าเฝือก"

"สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้"

"ให้บริการกายภาพบำบัด"

"สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค"

"การดูแลสุขภาพที่บ้าน"

"การให้คำแนะนำในการป้องกันการฟื้นฟูสภาพ"

"การผสมผสานภูมิปัญญาไทย โดยการนำเอาการบำบัดรักษาแบบพื้นบ้านที่มีอยู่ในท้องถิ่น เข้ามาเป็นบริการทางเลือก ให้ประชาชนเลือกใช้บริการได้"

"ควรให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง"

"มีบริการฉุกเฉินนอกเวลา"

"ควรเน้นให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้มากกว่า เน้นการให้บริการ "

"ต้องเป็นแหล่งความรู้ เจ้าหน้าที่ต้องเฝ้ารู้"

"ต้องทำหน้าที่กระจายความรู้ก่อนให้ประชาชนมีความมั่นใจว่าจะทำอะไรได้ด้วยตนเองเพื่อให้ดูแลตนเองได้ในเรื่องอาหาร ยา การปฐมพยาบาล"

"ต้องดูแลทั้งปัจเจกและชุมชนเพื่อให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ วิเคราะห์ภาวะสุขภาพตนเองได้ รู้และดูแลตัวเองก่อนไปพบพยาบาล"

ความคิดผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่เห็นด้วยกับขอบข่ายหน้าที่และบริการที่ควรจัดให้ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ตามการสะท้อนคิดของชุมชน สรุปลักษณะบริการควรเป็นดังนี้

1. เน้นการบริการที่ประชาชนเข้าถึงง่ายใกล้บ้าน ใกล้ใจ สัมผัสได้ทุกมิติ
2. เป็นบริการรักษาพยาบาลแบบองค์รวม แก่ประชาชนทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การรักษา

พยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ ทุกกลุ่มอายุตั้งแต่เกิดจนตาย และเปิดบริการ 24 ชั่วโมง

3. เป็นบริการที่ครอบคลุมการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ผู้รับบริการได้รับการวินิจฉัยโรค ถูกต้อง ได้รับการส่งต่ออย่างรวดเร็ว เหมาะสมทันเวลา

4. เป็นบริการที่จัดทางเลือกให้แก่ประชาชน เช่น แพทย์แผนไทย แผนจีน ชีวจิต ภูมิปัญญาไทย เป็นการผสมผสานการแพทย์ตะวันตก และตะวันออกอย่างกลมกลืน ตอบสนองตามความเชื่อวัฒนธรรม การรักษาสุขภาพของคนในท้องถิ่น

5. เน้นการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลตนเอง เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้

6. การบริการมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อาจดำเนินการโดยการศึกษาวิจัย การประเมินสภาวะสุขภาพซึ่งสามารถประยุกต์วิธีการต่าง ๆ มาใช้ตามความเหมาะสม เช่น การวิจัยแบบมีส่วนร่วม

7. ประชาชนและผู้ให้บริการร่วมกันแก้ไขปัญหาของชุมชนแบบผสมผสานมากกว่าดูแลด้านสุขภาพด้านเดียว เช่น การแก้ปัญหาทางสังคม วัฒนธรรม ตัวอย่างได้แก่ ปัญหายาเสพติดในชุมชน

สรุปประเด็นสำคัญ

ขอบเขตของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรมีลักษณะบริการและกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1. เป็นบริการที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายสะดวกรวดเร็ว สัมผัสได้ทุกมิติ
2. เป็นการบริการสุขภาพแบบองค์รวม
3. มุ่งเน้นกิจกรรมการดูแลทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การป้องกันโรค

การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ

4. ให้บริการทุกกลุ่มอายุ ทุกภาวะสุขภาพตั้งแต่เกิดถึงตาย
5. เป็นบริการที่เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง
6. เป็นการบริการที่มุ่งเน้นการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน
7. เป็นบริการที่เพิ่มศักยภาพให้ประชาชนดูแลตนเองได้
8. เป็นบริการที่ผสมผสานการรักษาด้วยภูมิปัญญาไทยในท้องถิ่น
9. เป็นบริการที่มุ่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และองค์ความรู้ด้านสุขภาพ
10. เป็นบริการที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน
11. เป็นบริการที่ผสมผสานการแก้ปัญหาของชุมชนอย่างองค์รวม ทั้งด้านสุขภาพ

สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจของชุมชน เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน

12. เป็นบริการสุขภาพที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง

5.4.3 ลักษณะกิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1. การบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การตรวจคัดกรองสุขภาพ การวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง
2. การตัดสินใจส่งต่อได้ทันเวลา และติดตามผลการส่งต่อและส่งกลับ
3. การบริการทันตกรรม
4. การบริการก่อนตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด
5. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
6. การบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน
7. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น
8. การบริการกายภาพบำบัด
9. การดูแลสุขภาพที่บ้าน
10. การบริการทางเลือกแบบพื้นบ้าน
11. การให้คำแนะนำ คำปรึกษา
12. การให้ความรู้ ข้อมูลการศึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน
13. การประเมินสุขภาพชุมชน ครอบครัว โดยประชาชนชนมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะ

1. บริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น ควรเป็นบริการที่ประชาชนมั่นใจในความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค และผู้ให้บริการมีอำนาจการตัดสินใจส่งต่อได้ทันเวลา ดังนั้น จึงจำเป็นต้อง
 - 1.1 เพิ่มสมรรถนะของผู้ให้บริการให้มีความรู้ความสามารถในการวินิจฉัยโรคการคัดกรองตรวจสุขภาพได้
 - 1.2 มีกฎ ระเบียบทางกฎหมายรองรับ
 - 1.3 มีอุปกรณ์การตรวจทางห้องปฏิบัติที่จำเป็น
 - 1.4 การบริการทันตกรรมอาจจัดบริการครั้งคราวหรือมีเจ้าหน้าที่ทันตภิบาลหรือพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมเฉพาะทาง
2. กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - 2.1 การใช้อำนาจและการพัฒนาความรู้เพื่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยมีสาระสำคัญ เช่น
 - การออกกำลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสม
 - พฤติกรรมการบริโภค

- การส่งเสริมสุขภาพจิต
- การป้องกันการใช้สารเสพติด
- การสร้างเสริมครอบครัวคุณภาพ

- 2.2 มีบริการส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน
- 2.3 บริการส่งเสริมสุขภาพเด็กในโรงเรียน
- 2.4 บริการส่งเสริมสุขภาพวัยแรงงาน
- 2.5 บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2.6 เน้นการติดตามเยี่ยมสุขภาพครอบครัว
- 2.7 ประเมินสภาวะสุขภาพชุมชน ปัจจัยเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

3. กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพ

- 3.1 บริการกายบำบัด
- 3.2 ตรวจเยี่ยมให้บริการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน
- 3.3 ให้ความรู้และคำปรึกษา แก่ผู้ดูแลเมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือคนพิการใน

ครอบครัว

- 3.4 สนับสนุนและหาแหล่งสนับสนุนให้แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคเรื้อรังและคนพิการ

ในชุมชน

- 3.5 จัดหรือประสานงานการให้บริการการดูแลชั่วคราวสำหรับผู้ดูแล
- 3.6 สร้างเครือข่ายบริการกับหน่วยงานที่มีศักยภาพสูงกว่า และองค์กรเอกชน

5.4.4 การบริหารจัดการ

บริหารโดยชุมชนมีส่วนร่วม หรือเป็นเจ้าของหลักประกอบด้วย ประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

5.2.4.1 ระบบและกลไก

(1) มีคณะกรรมการบริหารหรืออำนวยการ ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย วางแผน และกำหนดวิธีดำเนินงาน

(2) องค์ประกอบของคณะกรรมการบริหาร ประกอบด้วย ผู้แทนผู้ให้บริการ ผู้แทนประชาชน กรรมการองค์การบริหารส่วนตำบล องค์การอิสระ ภาคเอกชน

ผู้แทนผู้ประกอบการ (กรณีมีสถานประกอบการอุตสาหกรรม) ผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชน เช่น ผู้นำ ชุมชน ครู พระ โดยกำหนดสัดส่วนประชาชนสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ เสี่ยงสะท้อนความคิดจากประชาชน เป็นดังนี้

ความคิดชุมชน

"ไม่ต้องมีเจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุข เนื่องจากอาจมีส่วนได้ส่วนเสียในการทำงาน"

"ให้ชาวบ้านเขาคิดกันเองว่าจะทำอะไร ไม่ต้องมาสั่ง"

"กรรมการจากเทศบาล"

"กรรมการจากโรงงาน"

"ประชาชนที่มีความรู้ มีความเข้าใจ และเสียสละ เข้าร่วมเป็นกรรมการ"

"อบต. เข้าไปมีส่วนร่วมในฐานะองค์กรของชุมชน ไม่ใช่ฐานะราชการ"

"ให้อบต.กับชาวบ้านร่วมกันตั้ง อบต. ต้องจัดเงินให้ศูนย์ส่วนหนึ่ง"

"ประชาชนอยากอยู่อย่างสงบ ไม่อยากมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ แต่ถ้า อบต. เข้าไปเป็นกรรมการ ชุมชนก็ยินดีเข้าร่วมในรูปของคณะกรรมการ"

"ก่อนมีศูนย์ก็ต้องเปิดเวทีประชาคมเพื่อหลอมความคิด รวมมติทุกหมู่บ้านในทุกด้าน"

"ผู้ให้บริการเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ แต่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยเป็นกรรมการที่มาจากพหุภาคี"

"ให้ทุกคนในชุมชน เมื่อเข้าไปรับบริการแล้วมีความรู้สึกว่าคุณนี่เป็นของชุมชน"

"ควรเป็นศูนย์ที่บริหารจัดการโดยชุมชนเอง ปราศจากการควบคุม อยากให้ประชาชนมีสิทธิ์ที่จะบริหารจัดการเอง จัดหาแพทย์ บุคลากรมาบริการชุมชนเองให้ได้ตามความต้องการของชุมชนเอง เพราะถ้าใช้ระบบราชการ ก็จะทำให้ระบบบริการเป็นแบบเดิม ไม่ใช่การแก้ปัญหา"

ความคิดผู้ทรงคุณวุฒิ

"รัฐต้องมีบทบาทในการเตรียมความพร้อมให้กับประชาชนให้เกิดประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นทีมงาน"

"การมีส่วนร่วมน่าจะเป็นแบบ partnership คือ ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกัน"

"ประชาชนไม่ใช่ไปมีส่วนร่วม... แต่พระเอกคือประชาชน"

5.4.5 การบริหารงบประมาณ

การจัดการด้านการเงินและงบประมาณกำหนดให้มีกองทุนสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นกองทุนชุมชนเดิมที่มีอยู่ก็ได้ โดยกองทุนสุขภาพได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากส่วนต่าง ๆ ดังนี้

1. การสนับสนุนจากรัฐบาลตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า/นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค

2. ประชาชนมีส่วนร่วมในการลงทุนตามศักยภาพที่เหมาะสมประมาณ 10-30%
3. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
4. หน่วยงานอื่น ๆ องค์กรเอกชน โรงงานอุตสาหกรรมหรือสถานประกอบการที่ร่วมลงทุน
5. การจ่ายค่าบริการบางส่วนเห็นว่าควรบริการให้ประชาชนโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายเพราะร่วมลงทุนแล้ว

ความคิดชุมชน

"รัฐบาลรับผิดชอบ จ้างเจ้าหน้าที่"

"การร่วมทุนระหว่าง อบต. กับกระทรวงสาธารณสุข ในการดูแลสุขภาพประชาชน"

"อบต.ต้องจัดเงินให้ศูนย์"

"การร่วมลงทุนของประชาชน อาจเป็นไปได้ยาก เพราะถ้าบางคนไม่เจ็บป่วย ก็ไม่ต้องการจ่ายเงินร่วมลงทุน แต่ถ้าให้ร่วมกิจกรรมในการป้องกันไม่ให้เกิดโรค ไม่ให้เจ็บป่วย ก็ยินดีให้ความร่วมมือ"

"ประชาชนเข้ามาเป็นหุ้นส่วน"

"ประชาชนต้องดูแลตนเองไม่ให้เจ็บป่วยเพื่อลดค่าใช้จ่าย"

"ประชาชนยินดีร่วมจ่ายค่าบริการแต่อาจไม่มีเงินพอจ่าย"

"คนในทะเบียนไม่ต้องจ่ายแต่คนนอกทะเบียนเก็บตามรายจ่ายจริง"

5.4.6 การควบคุมและการตรวจสอบ

การตรวจสอบมี 2 ประเภท คือ การตรวจสอบภายนอกและการตรวจสอบภายใน โดยมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนา ผู้เข้ามาร่วมตรวจสอบได้แก่ ประชาชนหรือผู้แทนประชาชน องค์กรส่วนท้องถิ่น องค์กรวิชาชีพ หน่วยงานระดับสูงกว่า โดยผู้ตรวจสอบต้องเป็นผู้มีความรู้ในการตรวจสอบ ดังการสะท้อนคิด

ความคิดชุมชน

"ประชาชนควรเข้าไปร่วมตรวจสอบ"

"ประชาชนจะเป็นผู้ตรวจสอบเอง"

"ควรมีการตรวจสอบโดยตัวแทนของประชาชนเพื่อความโปร่งใส... ควรมีความรู้ในการตรวจสอบ"

"ชุมชนควรมีส่วนร่วมกำหนดสถานพยาบาลที่จะเป็นเครือข่าย"

"องค์การบริหารส่วนตำบลควรมีส่วนร่วมในการตรวจสอบด้วย"

"มีกรรมการพิจารณาประสิทธิภาพในการทำงาน ถ้าทำงานดี อาจมีโบนัสให้ ถ้าทำไม่ดี ควรต้องพิจารณาให้ออก"

"เห็นควรให้มีการตรวจสอบจากภายนอกปีละครั้ง รายละเอียดยังไม่สามารถกำหนดได้"

"ผู้ตรวจสอบควรมีความหลากหลาย เป็นบุคลากรภายนอก ที่ไม่ใช่กรรมการดำเนินงาน... เป็นผู้มีความรู้ อาจมาจากในชุมชนหรือที่อื่นก็ได้... มาจากหน่วยงานที่สูงกว่า..."

"การตรวจสอบควรมีการประเมินความพึงพอใจของประชาชนที่มารับบริการ"

ความคิดผู้ทรงคุณวุฒิ

"ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยที่จะให้มีการตรวจสอบโดยจัดให้มีการตรวจสอบการทำงาน การบริการ การบริหาร และบุคลากร"

"การตรวจสอบเป็นไปเพื่อการพัฒนามากกว่าการลงโทษ"

1.1 องค์กฤษฎีที่สามารถตรวจสอบได้

1.2 องค์กฤษฎีตามสาขาวิชาชีพ เป็นการตรวจสอบตามมาตรฐานวิชาชีพ และอาจใช้ ตัวแทนองค์กฤษฎีประจำจังหวัดนั้น ๆ

1.3 หน่วยงานของรัฐ

2. การตรวจสอบภายใน

ผู้ทำการตรวจสอบภายใน ได้แก่

2.1 ประชาชน

2.2 องค์กฤษฎีวิชาชีพ

2.3 ตัวแทนจากกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (ก.ส.พ.)

สรุปประเด็นสำคัญของการบริหารจัดการ

1. มีกรรมการบริหารหรืออำนวยการโดยคัดเลือกจากพหุภาคีมีบทบาทในการกำหนดนโยบายและจัดหารายได้สนับสนุนการดำเนินการของศูนย์

2. มีกองทุนสุขภาพอาจเป็นกองทุนรวมของชุมชน ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่ของกองทุน หรืองบประมาณสนับสนุนมาจากรัฐบาล ส่วนที่เหลือมาจากท้องถิ่น และประชาชน

3. การบริหารจัดการงบประมาณเป็นการร่วมลงทุนระหว่างรัฐบาลกลาง ท้องถิ่น และประชาชน

4. มีการตรวจสอบทั้งการตรวจสอบภายนอกและภายใน

5. การมีส่วนร่วมของประชาชนควรเข้ามามีส่วนร่วมอย่างครบวงจร ตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมลงทุน ร่วมให้บริการ ร่วมประเมินผลและตรวจสอบ

ข้อเสนอ

1. รัฐมีการกำหนดนโยบายการสนับสนุนงบประมาณที่ชัดเจน และควรได้วิเคราะห์งบประมาณสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพตามราคาค่าใช้จ่ายที่เป็นจริง
2. มีการกำหนดโครงสร้าง กลไก การบริหารจัดการ การตรวจสอบที่ชัดเจน
3. มีการเตรียมศักยภาพของประชาชนในการเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังและจริงใจ เพื่อให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลจริง และสามารถประเมินปัญหาของชุมชนของตน และมีการวางแผนหาแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาของชุมชนได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความแข็งแกร่งด้านสุขภาพของคนในชุมชน และทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งอย่างยั่งยืน

5.4.7 ผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการในสถานบริการระดับปฐมภูมิทั้งประเภทและจำนวนขึ้นกับสภาพพื้นที่นั้นว่าสถานบริการหรือศูนย์นั้นอยู่ใกล้หรือไกลกับสถานบริการระดับทุติยภูมิเพียงใด ถ้าอยู่ใกล้อาจไม่จำเป็นต้องมีแพทย์ แต่อาจใช้ระบบส่งต่อ ถ้าอยู่ไกลประชากรหนาแน่น อาจให้มีแพทย์ประจำ สรุประเด็นจากการสะท้อนคิดของชุมชนและผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1. ผู้ให้บริการได้แก่ ทีมสุขภาพ สาขาศาสตร์ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สนับสนุนรวมทั้งพนักงานขับรถ
2. ผู้ให้บริการหลักอาจเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2-3 คน ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านการตรวจรักษาเบื้องต้นเป็นอย่างดี
3. แพทย์ 1 คน ประจำหรือมาครั้งคราวแล้วแต่พื้นที่ เน้นพื้นที่ชุมชนหนาแน่นหรือเขตกิ่งเมือง
4. ทันตแพทย์ อาจไม่จัดหาประจำในชุมชนได้ ถ้าจำเป็นต้องมีบริการทันตกรรม ควรเป็นทันตภิบาล หรือพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม ด้านการดูแลทันตกรรมเบื้องต้น
5. ประชาชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชนที่ได้รับการพัฒนาและต้องการอาสาสมัครอย่างเต็มที่

คุณสมบัติของผู้ให้บริการ

1. มีความรู้เรื่องการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น
2. มีความรู้เรื่องยา การแพทย์แผนไทยและสมุนไพร
3. ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพมีความรู้ความสามารถมากขึ้น
4. ต้องมีความรู้ความสามารถทำงานอยู่ในชุมชนได้ "ต้องการคนที่ทำงานได้ให้บริการประชาชนด้วยใจ"

5. ผู้ให้บริการต้องทราบข้อมูลทั้งหมดของชุมชนด้วย

ข้อเสนอ

1. ผู้ให้บริการหลักควรเป็นพยาบาลวิชาชีพและมีทีมงานเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
2. พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข. ให้มีศักยภาพเป็นแกนนำสุขภาพชุมชนที่สำคัญ
3. มีการเตรียมผู้ให้บริการอย่างเป็นระบบ

5.4.8 เครือข่ายบริการ

ผลจากการสะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับเครือข่ายบริการพบประเด็นสำคัญดังนี้

1. ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานบริการระดับปฐมภูมิต้องกำหนดสถานบริการระดับที่สูงกว่า เป็นเครือข่ายในการส่งต่ออย่างชัดเจนและมีหลากหลายเครือข่ายที่ประชาชนเลือกได้
2. ปรับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ให้เป็นเครือข่ายในการให้บริการเชิงรุกในชุมชน
3. สร้างแกนนำด้านสุขภาพประจำศูนย์หรือกลุ่มบ้าน ให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล สารสนเทศด้านสุขภาพระหว่างเครือข่ายเป็นปกติ
4. ระบบการส่งต่อไม่จำเป็นต้องไปตามลำดับขั้น ถ้ากรณีเจ็บป่วยรุนแรงให้ส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีคุณภาพและศักยภาพพอที่จะรักษาได้ทันที

ความคิดของชุมชน

"ระบบการส่งต่อผู้รับบริการ ควรเป็นโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลเอกชน โดยออกค่าใช้จ่าย 50%"

"การส่งต่อควรเป็นไปอย่างรวดเร็วไม่ต้องรอชั้นตอน"

"ส่งไปโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ก่อน"

"ศูนย์บริการสุขภาพอาจรับเป็นเครือข่ายจากศูนย์ใกล้เคียง ถ้าศูนย์สุขภาพชุมชนของเรา มีระบบบริหารจัดการที่ดี"

ข้อเสนอ

1. เครือข่ายบริการสุขภาพต้องกำหนดชัดเจน ทั้งระดับสูงกว่าและต่ำกว่า
2. การเลือกเครือข่ายสามารถเลือกสถานบริการที่ใกล้เคียงไม่จำเป็นต้องเลือกตามเขตพื้นที่ตามระบบของกระทรวงมหาดไทย
3. การเชื่อมโยงเครือข่าย และการจ่ายค่ารักษาเป็นไปตามนโยบาย กฎหมาย หรือข้อตกลงระหว่างเครือข่าย
4. การเลือกเครือข่ายในชุมชน สามารถเลือกคลินิกเอกชน ร้านขายยาที่ได้มาตรฐาน

หรือสถานบริการสุขภาพอิสระ เป็นเครือข่ายได้

5.4.9 บทบาทและคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ

กรณีที่ผู้ให้บริการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เป็นแกนหลักในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีบทบาทดังนี้

1. ให้บริการตามบทบาทครบถ้วนทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ
2. มุ่งเน้นการให้บริการแบบองค์รวมครอบคลุมทุกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง
3. บทบาทในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม
4. บทบาทในการพิทักษ์สิทธิประชาชน
5. บทบาทในการเฝ้าระวังการพัฒนาศักยภาพความรู้การให้คำปรึกษา
6. บทบาทในการสอน การให้คำแนะนำ
7. ปฏิบัติการบริการสุขภาพ โดยคำนึงถึงคุณภาพและมาตรฐานการดูแล
8. ในกรณีเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ มีบทบาทในการคัดกรอง ตรวจสุขภาพและให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น รวมทั้งการตัดสินใจส่งต่อ

คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ

1. มีคุณภาพได้มาตรฐาน
2. ยิ้มแย้มแจ่มใส เต็มใจให้บริการ
3. มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ในการรักษาพยาบาล
4. มีการคิดเป็นระบบ มีศักยภาพในการตัดสินใจ
5. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง
6. เข้ากับชุมชนได้ดี รู้จักชุมชนและรักชุมชน อาจเป็นผู้ที่ได้รับการคัดเลือกมาจากชุมชน
7. มีบุคลิกภาพเหมาะสมกับการเป็นพยาบาล
8. มีพื้นฐานเป็นคนดี ดูแลประชาชนด้วยศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน
9. เรียนรู้ ใฝ่รู้อยู่ตลอดเวลา
10. รักศักดิ์ศรีของการเป็นพยาบาล

ดังความคิดชุมชน

"มีความรับผิดชอบ"

"มีความรู้... เก่งเรื่องการรักษา"

"มีมารยาทดี เรียบร้อย"

"มีมนุษยสัมพันธ์ดี ... เข้ากับชุมชนได้"

"พุดจาไฟเราะ... สำคัญมาก"

"มีประสบการณ์" "คล่องตัวในการทำงาน" "เรียนจบใหม่ไม่เอา"

"มีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์"

"ไม่เอา สาว... สวย... สูง... โสด... เป็นอันตราย"

"อายุมากเกินไปก็ไม่ได้"

"เสียสละ" "เอาใจใส่ชาวบ้าน"

"เสมอต้น เสมอปลาย"

"เป็นคนดี และเก่ง" "อ่อนน้อมสุภาพใจดี" "เน้นคนดีก่อนแล้วถึงเป็นคนเก่ง"

"ความเก่งของพยาบาล... เป็นหน้าที่พื้นฐานของแหล่งผลิต"

"เป็นบุคคลในท้องถิ่น"

"ปฏิบัติงานโดยใช้สามัญสำนึก ไม่ใช่แค่เป็นหน้าที่"

โดยสรุปประเด็นสำคัญของบทบาทและคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ

บทบาท

1. มีบทบาททั้ง 4 มิติทั้งการรักษา ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ
2. ให้การดูแลแบบองค์รวม
3. ให้คำปรึกษา
4. สร้างความรู้แก่ชุมชน
5. เป็นผู้ประสานงานที่ดี
6. สร้างทีมงานร่วมกับชุมชนได้
7. พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการดูแล
8. เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ

คุณลักษณะ "เป็นคนดีและคนเก่ง"

1. มีความรู้และประสบการณ์
2. มีบุคลิกภาพดี ยิ้มแย้ม พุดจาสุภาพ มีมารยาท เสียสละ
3. เข้าถึงชุมชน คล่องตัว มนุษยสัมพันธ์ดี
4. มีความเป็นผู้นำ คิดริเริ่ม สร้างสรรค์
5. มีจิตสำนึกในการบริการ ใส่ใจ เต็มใจ สม่ำเสมอ และรับผิดชอบ
6. มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา
7. ควรเป็นคนดีก่อนแล้วจึงพัฒนาความเป็นคนเก่ง

ข้อเสนอ

1. การผลิตพยาบาลวิชาชีพ

1.1 ควรพิจารณาคัดเลือกคนดี หมายถึง มีลักษณะบุคลิกภาพดี เหมาะสมมีแววที่จะเป็นพยาบาลที่ดี

1.2 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้

1. ปรับปรุงหลักสูตรให้สอดคล้องกับการปฏิรูปสุขภาพ
2. หลักสูตรควรเน้นองค์รวมและการดูแลแบบผสมผสาน
3. เป็นหลักสูตรเน้นชุมชน
4. การฝึกประสบการณ์วิชาชีพเน้นการฝึกในชุมชนและสถานการณ์จริงมากขึ้น
5. จัดให้มีการสอนรายวิชาเฉพาะการดูแลระดับปฐมภูมิเป็นวิชาเน้นการฝึก

ปฏิบัติรวบยอด

6. ควรเน้นให้ผู้เรียนมีความรู้และทักษะในการให้ความรู้แก่ประชาชน
7. พัฒนาผู้สอนให้มีความเข้าใจในหลักสูตรและสามารถจัดการเรียนการสอนให้บรรลุ วัตถุประสงค์ของหลักสูตรได้ โดยเน้นผู้เรียนให้เป็นทั้งคนดีและคนเก่ง
8. พัฒนาแหล่งฝึกให้สามารถรองรับการฝึกประสบการณ์ของผู้เรียน และเป็นแบบอย่างให้กับผู้เรียนได้
9. ผู้สอนควรได้มีการเพิ่มพูนทักษะการปฏิบัติงานตามบทบาทที่พึงประสงค์ โดยเฉพาะการทำงานร่วมกับชุมชน เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้เรียน

2. การพัฒนามูลฐานประจำ

2.1 พยาบาลวิชาชีพที่ประจำสถานีนามัยควรได้รับการส่งไปฝึกอบรม และฝึกทักษะหลักสูตร เวชปฏิบัติ การดูแลครอบครัว การดูแลที่บ้าน การพัฒนาชุมชนอย่างองค์รวมและผสมผสาน

2.2 สรรหาพยาบาลวิชาชีพจากหน่วยงานอื่นที่ประสงค์ไปปฏิบัติงานที่สถานบริการระดับปฐมภูมิ เป็นการเฉพาะและเร่งด่วน และเพิ่มศักยภาพโดยการฝึกอบรมด้านเวชปฏิบัติ

2.3 พยาบาลเทคนิค ควรมีแผนการส่งไปศึกษาต่อในระดับพยาบาลวิชาชีพ และเพิ่มหลักสูตรเวชปฏิบัติเป็นการเร่งด่วนเพื่อให้ทันต่อการสนองตอบการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

3. สถาบันการศึกษาพยาบาล จัดเตรียมหลักสูตรและดำเนินการฝึกอบรมเฉพาะด้านเวชปฏิบัติให้ทันกับความต้องการ การพัฒนาของบุคลากร

5.5. การสังเคราะห์รูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : ข้อค้นพบ

จากการสะท้อนความคิดของชุมชนและผู้ทรงคุณวุฒิได้ข้อสรุปดังนี้

รูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วยประเด็นสำคัญดังนี้
(ดังภาพที่ 5.3)

1. มีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ โดยจัดตั้งเป็น "ศูนย์สุขภาพชุมชน"
2. มีองค์ประกอบหลัก ที่สำคัญคือ
 - 2.1 ลักษณะของสถานบริการ
 - 2.2 การบริหารจัดการ
 - 2.3 การบริหารงบประมาณ
 - 2.4 ผู้ให้บริการ
 - 2.5 ขอบเขตหน้าที่
 - 2.6 เครือข่าย
 - 2.7 การควบคุมคุณภาพ

5.1.1 ลักษณะของสถานบริการ

- ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว สะดวก ใกล้บ้าน
- ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง
- ให้การดูแลรักษาพยาบาลแบบองค์รวมแก่ประชาชนทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ทุกกลุ่มอายุตั้งแต่เกิดจนตาย
- ให้การรักษายาบาลเบื้องต้น สามารถวินิจฉัยโรคและตัดสินใจส่งต่อได้อย่างเหมาะสมทันเวลา
- มีบริการทางเลือกให้แก่ประชาชน เช่น แพทย์แผนไทย แผนจีน ชีวจิต ภูมิปัญญาไทย อื่น ๆ ทั้งจากบุคลากรทางสุขภาพและจากประชาชน
- มุ่งเน้นการให้ความรู้ทางสุขภาพที่นำไปสู่การดูแลตนเอง เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้อย่างยั่งยืน
- มีการดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ แบบประชาชนมีส่วนร่วม โดยการศึกษาวิจัย การประเมิน ซึ่งสามารถประยุกต์วิธีการต่าง ๆ มาใช้ได้ตามความเหมาะสม เช่น การวิจัยแบบมีส่วนร่วม
- สถานบริการอาจใช้ชื่อศูนย์สุขภาพชุมชนหรือชื่ออื่นใดก็ได้แต่เป็นศูนย์ระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้าน แต่ควรครอบคลุมประชากรพอสมควร ตามศักยภาพที่มี ซึ่งใน 1 ตำบลอาจมีมากกว่า 1 ศูนย์ก็ได้
- หรืออาจเป็นศูนย์การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาสุขภาพของชุมชน

-สามารถเป็นคู่สัญญาหลักในการให้บริการแก่ประชาชนและครอบคลุมประชากรพอสมควร

5.4.2 การบริหารจัดการ โครงสร้างการบริหารจัดการอาจปรับเปลี่ยนหรือพัฒนางานของสถานีนามัยเดิม หรืออาจจัดตั้งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้นมา โดยชุมชนมีส่วนร่วม หรือเป็นเจ้าของหลัก ทั้งนี้การบริหารจัดการจะประกอบด้วยประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

คณะกรรมการบริหารหรืออำนวยการมีบทบาทในการกำหนดนโยบาย วางแผน และวิธีการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาศักยภาพประชาชนด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

-ประชาชนเป็นผู้แทนที่คัดเลือกจากประชาชนในชุมชนนั้น โดยมีจำนวนสัดส่วนของประชาชนสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ

-บุคลากรด้านสุขภาพที่ได้จากการคัดสรร

-ผู้แทนองค์กรชุมชนในท้องถิ่น

-ผู้แทนจากองค์กรอิสระ หรือภาคเอกชนในชุมชน (ถ้ามี)

5.4.3 การบริหารงบประมาณ การจัดการด้านการเงินและงบประมาณกำหนดให้มีกองทุนสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นกองทุนชุมชนที่มีอยู่เดิมก็ได้ โดยกองทุนสุขภาพจะได้รับการสนับสนุนจากส่วนต่าง ๆ ดังนี้

-ภาครัฐ ตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า

-ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการลงทุนตามศักยภาพที่เหมาะสม

-องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น

-หน่วยงานอื่น ๆ เช่น องค์กรเอกชน โรงงานอุตสาหกรรม

5.4.4 ผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการทั้งประเภทและจำนวนขึ้นอยู่กับสภาพพื้นที่ว่าศูนย์นั้นอยู่ใกล้หรือไกลกับศูนย์ระบบบริการทุติยภูมิ ถ้าอยู่ใกล้อาจไม่จำเป็นต้องมีแพทย์ แต่อาจใช้ระบบส่งต่อถ้าอยู่ไกลประชากรหนาแน่น อาจพัฒนาให้มีแพทย์ โดยสรุปผู้ให้บริการหลักมีดังนี้

-สหวิชาชีพบุคลากรหลัก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ (ถ้าไม่มีแพทย์) ทันตแพทย์ ไม่น่าจะจัดสรรลงได้ แต่ถ้าต้องการให้มีการบริการถอนฟันที่ศูนย์ได้ ควรเป็นทันตภิบาล หรือพยาบาลที่ผ่านการอบรมศูนย์ละ 1 คน

-ประชาชน ได้แก่ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ โดยเฉพาะการสนับสนุนการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ

-ผู้ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ และการสนับสนุน

5.4.5 ขอบเขตหน้าที่

- ดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน
- เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การสร้างเสริมพลังอำนาจให้ประชาชนพึ่งพาตนเองได้ เป็นการเน้นศูนย์การเรียนรู้ เพื่อการพัฒนา
- การให้การรักษายาบาลเบื้องต้น การคัดกรองสุขภาพ การส่งต่อ
- การจัดให้มีบริการทางเลือก
- การวิจัยอย่างมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบและการบริการที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

5.4.6 เครือข่ายการบริการ

- ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานบริการระดับปฐมภูมิ ต้องกำหนดเครือข่ายกับสถานบริการหรือหน่วยงานระดับสูงกว่า และร่วมรับผิดชอบในการส่งต่อเพื่อการรักษายาบาล
- ควรปรับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่มีอยู่แล้วให้เป็นเครือข่ายที่สำคัญในการให้บริการเชิงรุก
- มีหน่วยงานอื่นมาร่วมเป็นภาคี เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกัน

5.4.7 การควบคุมคุณภาพ ระบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีการควบคุมคุณภาพการบริการ โดยกำหนดกลไกการตรวจสอบให้มีเป้าหมายดังนี้

- การตรวจสอบคุณภาพการบริการ
- การตรวจสอบคุณภาพบุคลากร
- การตรวจสอบมุ่งเน้นเพื่อพัฒนามากกว่าการลงโทษ

บุคคลที่เข้ามาตรวจสอบ ได้แก่

1. ผู้ตรวจสอบภายนอก ควรประกอบด้วยตัวแทนจาก
 - องค์กรวิชาชีพตามสาขาวิชาชีพในทีมสุขภาพ เช่น แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม เพื่อตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานวิชาชีพ อาจมาจากพื้นที่สาขาหรือจังหวัด
 - กรรมการพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (ก.ส.พ.)
 - หน่วยงานของรัฐ ประจำจังหวัดหรืออำเภอ เพื่อตรวจสอบมาตรฐานการบริการ
 - ประชาชน/กรรมการจากศูนย์สุขภาพอื่น ๆ
2. ผู้ตรวจสอบภายใน
 - กรรมการแต่ละหน่วยตรวจสอบในภาพรวม
 - กรรมการชุมชนตรวจสอบการบริหารจัดการ

-ประชาชนในชุมชนตรวจสอบคุณภาพบริการ ความพึงพอใจ

5.4.8 บทบาทพยาบาล

-พยาบาลเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นหัวหน้าทีมหรือไม่ก็ได้ มีบทบาทในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 มิติอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐานเน้นการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ มีความชำนาญและประสบการณ์ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น วินิจฉัย และมีศักยภาพในการตัดสินใจ ส่งต่อได้ทันที นอกจากนี้ต้องมีส่วนในการพิทักษ์สิทธิประชาชน

-คุณลักษณะของพยาบาลที่ควรเป็นคือ มีความรู้ ความสามารถ ผ่านการอบรมเฉพาะทาง เวชปฏิบัติ มีกิริยามารยาทที่ดีทั้งวาจา ใจ มีความเสียสละ มีความรับผิดชอบ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีความคิดเป็นระบบ มีศักยภาพในการตัดสินใจ นำการเปลี่ยนแปลง ให้คุณค่าและศักดิ์ศรีของคนเท่าเทียมกัน รักและภูมิใจในวิชาชีพ และใฝ่รู้ตลอดเวลา

-สถาบันการศึกษาพยาบาลควรเสริมเนื้อหาพยาบาลเวชปฏิบัติในหลักสูตรให้มากขึ้น เปิดหลักสูตรหลังปริญญา เพิ่มความเฉพาะทางพยาบาลเวชปฏิบัติ ประกอบกับปลูกจิตสำนึก ความภาคภูมิใจในศักดิ์ศรีความเป็นพยาบาล ผลิตพยาบาลที่ดีงาม คุณลักษณะที่กล่าวมาควบคู่กับคนเก่งทางปัญญา ซึ่งอาจพิจารณาคัดเลือกนิสิต/นักศึกษาจากประชาชนในชุมชน ผู้รับบริการเอง โดยมีเกณฑ์คะแนนการสอบควบคู่กับบุคลิกภาพและคุณลักษณะต่าง ๆ เป็นองค์ประกอบ

5.4.9 บทบาทประชาชน

-ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของชุมชน ตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมกำหนดนโยบาย และตรวจสอบ

-ประชาชนเป็นผู้มีส่วนร่วมในการให้บริการที่เข้าถึงชุมชนอย่างแท้จริง

-ประชาชนเป็นผู้มีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของและร่วมลงทุน

-ประชาชนเป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพการบริการ

-ประชาชนได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างองค์รวมไม่เพียงเฉพาะด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน สุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1.1 ศูนย์สุขภาพชุมชนควรเป็นสถานที่ที่ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ เข้าถึงได้ในทุกมิติ ทั้งด้านระยะทาง เวลา การสื่อสาร และการสัมผัสทางใจ

1.2 บทบาทของศูนย์ควรเน้นกระบวนการเรียนรู้ มากกว่าการรักษาเปรียบเสมือนโรงเรียนทางด้านสุขภาพของประชาชน

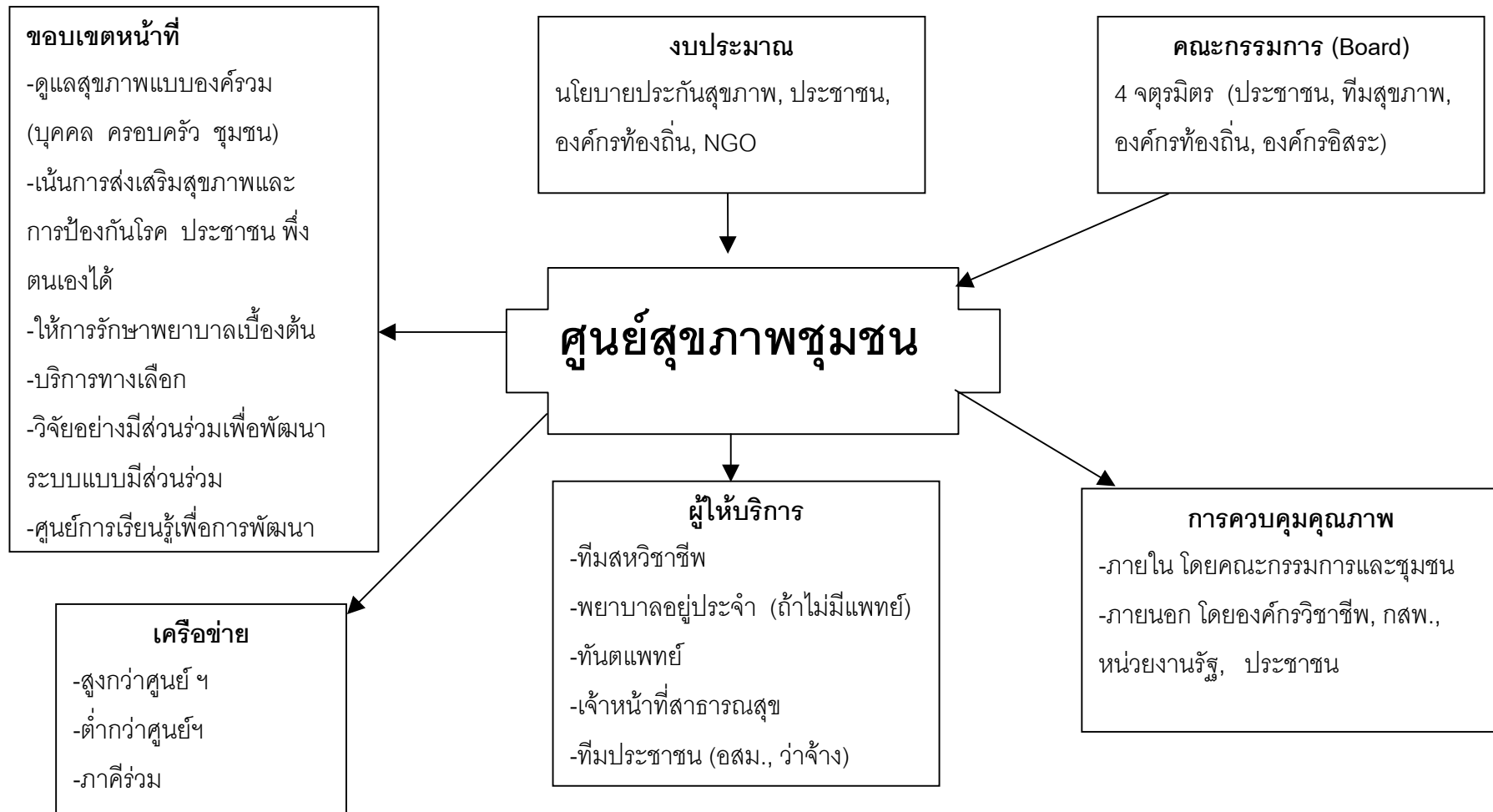
1.3 ศูนย์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอาจดำเนินการใหม่ได้แต่ต้องคิดอย่างเป็นระบบไปพร้อมกัน หรือปรับโครงสร้างและรูปแบบบริการเดิมให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น

2. ระบบการผลิตบุคลากร ต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับพันธกิจ ที่จะต้องปฏิบัติและตอบสนองชุมชนที่ต้องการบุคลากรที่คิดเป็น ตัดสินใจได้ เป็นคนดี มีใจที่จะทำงานกับชุมชน มีความพร้อมที่จะศึกษาและพัฒนาพร้อมกับชุมชน

3. องค์กรวิชาชีพ ต้องผลักดันให้มีการคุ้มครองผู้ปฏิบัติหน้าที่ตามสมรรถนะใหม่ของพยาบาล ต้องกำหนดบทบาทและหน้าที่ของบุคลากรแต่ละระดับให้ชัดเจน และร่วมเป็นองค์กรเพื่อการตรวจสอบคุณภาพการบริการ

4. ระบบเครือข่าย ควรมีการเรียนรู้ระบบการทำงาน การประสานงานที่ชัดเจน ทุกระดับและประชาชนรับทราบ เพื่อความปลอดภัยและพอใจของผู้รับบริการ

แผนภาพที่ 5.3 รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ภาคตะวันออก



บทที่ 6

บทสรุปและข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

กระบวนการศึกษา

การศึกษารูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออก เป็นการวิจัยและพัฒนาที่ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่มุ่งศึกษารูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออก โดยการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กระบวนการศึกษามีขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

6.1 ขั้นตอนการศึกษามี 5 ระยะ ได้แก่

1. การศึกษาสถานการณ์สภาวะสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในชุมชนภาคตะวันออก
2. การศึกษาสถานการณ์และรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออกในปัจจุบัน
3. การสังเคราะห์รูปแบบและความต้องการระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในทัศนะของกลุ่มประชาคมภาคตะวันออก
4. การสะท้อนความคิดต่อรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ "ศูนย์สุขภาพชุมชน"
5. การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออก

6.2 พื้นที่ทำการศึกษา การวิจัยนี้กำหนดขอบเขตศึกษาในพื้นที่ภาคตะวันออก โดยแบ่งพื้นที่การศึกษาเป็น 4 พื้นที่ ได้แก่ ชุมชนเกษตรกรรม ชุมชนประมง ชุมชนอุตสาหกรรม และชุมชนกึ่งเมือง มีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1. ประชาชน 430 ครอบครัว จำนวน 1,583 คน ผู้นำหมู่บ้าน นักวิชาการ นักวิชาชีพ 17 คน
2. สถานบริการในเขตภาคตะวันออก 22 แห่ง
3. ผู้ผลิต ผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ ผู้นำท้องถิ่น ผู้แทนประชาชนรวม 47 คน
4. ผู้นำชุมชนต่าง ๆ 264 คน
5. ผู้ทรงคุณวุฒิ 46 คน

6.3 เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่

6.3.1 แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูล 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของชุมชน

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับรูปแบบและความต้องการบริการสุขภาพในชุมชน เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดสำหรับสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ประชาชนเกี่ยวกับรูปแบบและความต้องการการบริการสุขภาพระดับต้นในชุมชน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ตอนที่ 2 ข้อมูลครอบครัว

ตอนที่ 3 ข้อมูลสภาพแวดล้อม

ตอนที่ 4 ความต้องการบริการสุขภาพตามความคิดเห็นของประชาชน

ตอนที่ 5 รูปแบบการบริการสุขภาพตามความคิดเห็นของประชาชน

6.3.2 แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดถึงโครงสร้างรูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับรูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลและสถานอนามัยในเขตภาคตะวันออก

6.3.3 แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดเกี่ยวกับรูปแบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์และแนวคำถามการระดมสมองเกี่ยวกับรูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

6.3.4 แนวคำถามสำหรับการสะท้อนความคิดต่อรูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

6.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1

การเก็บข้อมูลกระทำโดยนักวิจัยและพนักงานช่วยเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 4-8 คน ที่ได้รับคำแนะนำให้ทดลองเก็บและตรวจสอบความเข้าใจความถูกต้องของข้อมูลเป็นที่ตรงกันแล้ว

ขั้นตอนที่ 2

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์เจาะลึกตามแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดถึงโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและได้นำไปทดลองใช้แล้ว

ขั้นตอนที่ 3

ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากการระดมสมอง โดยวิธีวิทยากรกระบวนการ และการสัมภาษณ์เจาะลึก

ขั้นตอนที่ 4-5

ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลที่ได้จากการระดมสมองจากการประชุมกลุ่มเพื่อสะท้อนความคิด ต่อรูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

6.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ : วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ (SPSS for win) พรรณนาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่ สถิติร้อยละฐานนิยม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ : ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสรุปเนื้อหาโดยผู้วิจัย

6.6 ข้อค้นพบจากการศึกษา

6.6.1 การศึกษาปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยทำการศึกษาเชิงสำรวจในชุมชนเกษตรกรรม ชุมชนประมง ชุมชนกึ่งเมือง และชุมชนอุตสาหกรรม จำนวน 430 ครอบครัว รวม 1,583 คน และเก็บข้อมูลจากประชาชนองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การจากบุคคลที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเกี่ยวข้องรับผิดชอบกับสุขภาพประชาชนในชุมชน จำนวน 17 คน ได้ข้อค้นพบที่สำคัญ ได้แก่ ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และยังให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพไม่มากเท่าที่ควรเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยามารับประทานเอง และต้องการไปใช้บริการที่สถานีนามัย แต่มากกว่าครึ่งหนึ่งต้องการพัฒนาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ ต้องการเรียนรู้เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ต้องการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ การพัฒนาภูมิปัญญาพื้นบ้านในการบำบัดรักษา และการพึ่งพาตนเองทางสุขภาพ

6.6.2 การศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออก จากการสัมภาษณ์ศึกษาเอกสาร สถิติในสถานบริการทุกระดับใน 7 จังหวัด ในภาคตะวันออก ได้แก่ ชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี จันทบุรี ตราด และสระแก้ว พบว่า ลักษณะการเจ็บป่วยและการตายเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มาใช้บริการที่สถานีนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ ส่วนลักษณะการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออกพบว่าเป็นการจัดบริการภาครัฐที่สถานีนามัย แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาล ส่วนการให้บริการโดยภาคเอกชน ได้แก่ คลินิก ร้านขายยา โรงพยาบาลเอกชน และสถานบริการการรักษาแบบพื้นบ้าน

ในกรณีที่เป็นการบริการที่สถานีนอนม้าย พบว่า เป็นแบบให้บริการที่ต้งรับที่สถานีนอนม้ายมากกว่าเชิงรุก

6.6.3 ผลจากการระดมสมองเกี่ยวกับรูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตามทัศนะของกลุ่มประชาคมภาคตะวันออก จำนวน 47 คน โดยใช้วิทยากรกระบวนการและการสะท้อนความคิดโดยชุมชนอีก 264 คน พบประเด็นความคิดที่สำคัญดังนี้

1. ประชาชนเป็นศูนย์กลาง การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
2. ลักษณะการบริการมุ่งเน้นองค์รวมและครอบคลุม 4 มิติ
3. เป็นบริการผสมผสานที่มุ่งสร้างชุมชนเข้มแข็ง
4. เป็นบริการที่มุ่งเน้นการเอื้ออำนวยพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน
5. เป็นบริการที่มีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
6. เป็นบริการที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การวางแผน การจัดหา

งบประมาณ การรวมให้บริการ การร่วมติดตามประเมินผลและตรวจสอบ

7. ระบบ กลไกและการบริหารจัดการ

- จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน / สถานบริการสุขภาพชุมชน
- ปรับโครงสร้างและคุณภาพสถานีนอนม้าย
- มีกรรมการอำนวยการหรือกรรมการบริหาร
- บริหารงานอย่างมีส่วนร่วมระหว่างรัฐ องค์กรท้องถิ่นและประชาชน
- มีกองทุนสุขภาพจากรัฐ ท้องถิ่น และประชาชน
- มีการกำกับ ตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก
- เน้นการจัดตั้งใกล้บ้าน ประชาชน เข้าถึงสะดวก รวดเร็ว เป็นลักษณะ

“บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ สัมผัสได้ทุกมิติ”

8. มีเครือข่ายการบริการที่หลากหลาย มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของประชาชนได้

9. มุ่งเน้นการให้บริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานสามารถตรวจสอบได้ทั้งจากภายนอกและภายใน

10. ผู้ให้บริการ เป็นทีมสุขภาพที่มีพยาบาลวิชาชีพเป็นแกนนำ เป็นพยาบาลประจำครอบครัว มีบทบาทในการคัดกรอง เฝ้าระวัง ตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ มีบทบาทสร้างเสริมพลังปัญญาแก่ชุมชน และพิทักษ์สิทธิและคุ้มครองผลประโยชน์ของประชาชนในชุมชน

11. พยาบาลวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพชุมชนต้องมีสมรรถนะทั้งเชิงวิชาชีพ วิชาการ และเชิงสังคม จึงจะส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็งทางสุขภาพ

6.6.4 การสะท้อนความคิดต่อรูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 46 คน และการสังเคราะห์ของนักวิจัย ผลการพัฒนารูปแบบโดยสรุปพบว่า **ระบบบริการสุขภาพใหม่** ควรเป็นระบบบริการสุขภาพเชิงรุก เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ มีคุณภาพ เสมอภาค การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยกลุ่มประชาคมได้ร่วมพัฒนารูปแบบเป็น “ศูนย์สุขภาพชุมชน” ที่มีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ เป็นหน่วยบริการระดับชุมชนที่ผู้ให้บริการเป็นสหสาขาวิชาชีพ สามารถให้บริการในเชิงรุก เข้าถึงประชาชน เป็นลักษณะ “บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ สัมผัสได้ทุกมิติ” มีขอบเขตหน้าที่ที่มุ่งเน้น การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเน้นการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ประชาชนพึ่งตนเองได้เป็นสถานบริการที่สามารถให้การรักษายาบาลเบื้องต้น มีการวิจัยเพื่อการพัฒนาและเป็นศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพของชุมชน นอกจากนี้ยังมีการบริหารจัดการที่อิสระ ชุมชนมีส่วนร่วมบริหารจัดการ เป็นกรรมการแบบจตุรมิตร ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ทั้งจากภาครัฐ (กองทุนสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนสุขภาพชุมชน) มีเครือข่ายการส่งต่อที่ชัดเจน สะดวก รวดเร็วหลากหลาย และเลือกได้

6.6.5 ข้อค้นพบที่สำคัญเกี่ยวกับความหมายของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ บทบาทของพยาบาลวิชาชีพประชาชน ผู้นำชุมชน ผู้ให้บริการวิชาชีพอื่น กลวิธีและปัจจัยอิทธิพลต่อประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

6.6.5.1 การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นที่จัดให้กับประชาชนทุกคนในทุกภาวะของสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ตั้งแต่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยง และภาวะเจ็บป่วยและระยะสุดท้ายของชีวิต โดยครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลแบบประคับประคอง และการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการอื่น ๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของชุมชน และร่วมเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในทุกด้าน

6.6.5.2 ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง ระบบพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพที่เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย และมีการจัดบริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยจัดให้ศูนย์สุขภาพชุม

ชนบริหารจัดการโดยประชาชนมีส่วนร่วมอย่างครบวงจร มีระบบเครือข่าย มีการตรวจสอบที่ดี ผู้ให้บริการหลัก ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น และประชาชนแกนนำสุขภาพ

6.6.5.3 บทบาทประชาชนองค์กรส่วนท้องถิ่น ได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเอง การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การตรวจสอบคุณภาพ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ได้แก่ การมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินการของ “ศูนย์สุขภาพชุมชน” โดยมีเป้าหมายการมีสุขภาพดี ประชาชนแข็งแรง ชุมชนเข้มแข็ง เกิดการพัฒนาอย่างองค์รวม และต่อเนื่องของทุกภาคส่วนในชุมชน

6.6.5.4 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรเป็น

1. ผู้ดูแลสุขภาพให้บริการทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การรักษาเบื้องต้น การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นองค์รวม
2. เป็นผู้ให้คำปรึกษา คำแนะนำทางสุขภาพ
3. เป็นผู้สร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่ชุมชน และเอื้ออำนวยในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน
4. เป็นผู้ประสานงานที่ดี สร้างทีมงานร่วมกับชุมชน
5. เป็นนักพัฒนา ร่วมปกป้องสิทธิประโยชน์ประชาชนในชุมชน
6. เป็นนักคิดที่คิดริเริ่มสร้างสรรค์ คิดเป็นระบบ เพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการดูแลสุขภาพ
7. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง
8. เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ

6.6.5.5 **คุณลักษณะของพยาบาล** “เป็นคนดี แล้วเป็นคนเก่ง”

1. มีความรู้และประสบการณ์
2. มีบุคลิกภาพดี ยิ้มแย้ม พุดจาสุภาพ เสียสละ
3. เข้าถึงชุมชน คล่องตัว มีมนุษยสัมพันธ์ดี
4. มีความเป็นผู้นำ คิดริเริ่ม และสร้างสรรค์
5. มีจิตสำนึกในการบริการ ใส่ใจ เต็มใจ สม่ำเสมอ และรับผิดชอบ
6. มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา
7. ควรเป็นคนดีก่อนแล้วจึงพัฒนาความเป็นคนเก่ง

6.7 ปัจจัยที่กระทบรูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิชุมชนภาคตะวันออก

6.7.1 รูปแบบของบริการสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นลักษณะของบริการที่เป็นไปตามความต้องการของประชาชนในชุมชน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการกำหนด กิจกรรมบริการ ทั้งนี้ผู้ให้บริการและประชาชนผู้ใช้บริการต้องร่วมกันประเมินปัญหาสุขภาพของตนเองของครอบครัว และของชุมชน รวมทั้งปัจจัยด้านอื่น เช่น ด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจที่ส่งผลต่อสุขภาพ ดังผลการสำรวจที่พบว่า ชุมชน ต้องการได้รับความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษาเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน วิธีการรักษา การปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ยังต้องการดูแลสุขภาพที่บ้าน (สุนทรวาทิ เอียวพิเศฐ, 2544) ส่วนใหญ่ประชาชนรับรู้ว่าคุณเองมีสุขภาพดีแต่ในสภาพความเป็นจริงประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น มีพฤติกรรมบริโภคอาหารหวานและเค็มรวมแล้วมากกว่าร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย ซึ่งจะสอดคล้องกับการเจ็บป่วยที่พบส่วนมากเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งที่กล่าวว่าศูนย์สุขภาพชุมชน ควรมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน มากกว่ามุ่งการบำบัดรักษา เพราะเมื่อประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ มีปัจจัยเชิงใจที่จะสร้างความตระหนักให้ใส่ใจต่อสุขภาพเชิง “ป้องกัน” ดีกว่า “ตามแก้” หรือ “สร้าง” ดีกว่า “ซ่อม”

ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าวจะส่งผลให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของต่างประเทศที่ระบุว่าการให้ความรู้และการศึกษาหรือการกระจายการศึกษา โดยเฉพาะด้านสุขภาพสู่ประชาชนเป็นเรื่องที่ต้องมุ่งเน้น (Tovey, 2000)

6.7.2 การบริการสุขภาพแบบองค์รวม

สุขภาพของคน เป็นสุขภาพะที่ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (วิพุธ พูลเจริญ, 2544) ซึ่งความเป็นจริงแล้ว การมองคนอย่าง “คน” และการมีปฏิสัมพันธ์กับ “คน” ในมุมมองและบทบาทของพยาบาลได้ใช้แนวคิดนี้มาตั้งแต่เริ่มก่อร่างสร้างวิชาชีพการพยาบาลดังที่กล่าวอ้างในทฤษฎีการพยาบาลเกือบทุกทฤษฎี รวมทั้งมิติของการปฏิบัติวิชาชีพ ที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติดูแลสุขภาพของประชาชน ดังที่บัญญัติไว้ในกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลว่า (มาตรา 4) การพยาบาลคือ การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ กระทำการรักษาโรค ดังนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล (สำนักงานเลขาธิการสภาการพยาบาล, 2540)

ดังนั้น ในกรณีที่พยาบาลเป็นแกนหลักในการบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิในชุมชนจึงมีความสอดคล้องกับแนวคิดของชุมชน และการสะท้อนความคิดของผู้ทรงคุณวุฒิที่มุ่งเน้นให้ลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต้องเป็นแบบองค์รวมและครอบคลุม 4 มิติดังกล่าว

6.7.3 เป็นบริการผสมผสานที่มุ่งสร้างชุมชนเข้มแข็ง

ข้อสรุปนี้สอดคล้องกับการสะท้อนของชุมชนที่ต้องการให้ชุมชนของตนเข้มแข็ง มีรายได้ดี มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย เพื่อลดค่าใช้จ่าย และยืนยันความคิดว่าหากประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เป็นหุ้นส่วน หรือร่วมลงทุนในบริการสุขภาพ ย่อมต้องการรักษาผลประโยชน์และกำไร ลดค่าใช้จ่ายและพยายามหาแนวทางที่จะป้องกันไม่让自己เจ็บป่วย ชุมชนกล่าวว่า ต้องให้รางวัลคนที่ไม่เจ็บป่วยเลย เพื่อเป็นแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมมากกว่าการซ่อมแซม

6.7.4 เป็นบริการที่มุ่งพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน

การเพิ่มพลังความคิดเชิงปัญหา ย่อมทำให้คนคิดหาทางออกในการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างสร้างสรรค์เหมาะสม ซึ่งมีข้อสรุปสนับสนุนทั้งจากการสำรวจความต้องการบริการสุขภาพที่ระบุว่าบริการที่สถานีนอามัยต้องการคำแนะนำการดูแลด้านสุขภาพมากที่สุด และจากการสะท้อนความคิด ที่เน้นการกระจายความรู้ทางสุขภาพสู่ประชาชน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับบทบัญญัติในด้านสิทธิการที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 มาตรา 59 (บรรทัดที่ ๑๖๖๖, ๒๕๔๓) และใน พ.ร.บ. การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ ที่มุ่งเน้นให้คนได้มีการศึกษาตลอดชีวิต (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, ๒๕๔๒)

6.7.5 เป็นบริการที่มุ่งเน้นการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ผลพวงจากการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนจะทำให้คนในชุมชนเกิดปัญญา... ผลจากการสะท้อนความคิด สนับสนุนว่าสถานบริการสุขภาพชุมชน ควรได้กำหนดให้การพัฒนาองค์ความรู้ที่นำไปสู่การพัฒนาสุขภาพ พัฒนาชุมชนเป็นพันธกิจหลักสำคัญอีกประการหนึ่ง และยังเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการให้ประชาชนตระหนักในการมีส่วนร่วมสร้างสุขภาพ และเห็นผลการปฏิบัติได้ชัดเจน จากการร่วมศึกษาวิจัยหรือการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพชุมชน การคิดหาแนวทางแก้ไข หรือสร้างความรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นการสร้างปัญญาโดยประชาชนในชุมชนอย่างแท้จริง

6.7.6 การบริการที่ประชาชนมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่จะทำให้การปฏิรูปสุขภาพบังเกิดผลสำเร็จและเป็นกระบวนการขับเคลื่อนที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบคิดและวิธี

ปฏิบัติด้วยตัวประชาชนเอง การมีส่วนร่วมทำให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของ ดังนั้น ความคิดของชุมชนทุกแห่งจึงให้ข้อมูลที่สอดคล้องกัน รวมทั้งการสะท้อนความคิดของผู้ทรงคุณวุฒิที่เห็นด้วยที่จะให้ประชาชนเป็นแกนนำทางสุขภาพที่สำคัญ แต่ต้องมีการเตรียมความรู้เพื่อสร้างพลังและความมั่นใจที่จะก้าวเดินสู่หลักชัยของการสร้างเสริมสุขภาพได้ การมีส่วนร่วมของประชาชนมีหลายวิธีการเช่น

“ยินดีร่วมลงทุนในกองทุน...” ซึ่งมีน้ำหนักมากน้อยต่างกันไปในแต่ละชุมชน อย่างเช่น ชุมชนอุตสาหกรรม ยินดีร่วมลงทุนประมาณร้อยละ 30 ส่วนชุมชนเกษตรกรรมสามารถร่วมลงทุนประมาณร้อยละ 10

นอกจากนี้ยังต้องการร่วมเป็นกรรมการบริหารจัดการ ร่วมให้บริการ ปรับปรุงศักยภาพ อ.ส.ม. รวมทั้งร่วมตรวจสอบ ชุมชนควรมีส่วนร่วมในการตรวจสอบเพื่อดูความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

ดังนั้น การมีส่วนร่วม จึงมีลักษณะของการร่วมคิด ร่วมลงทุน ร่วมดำเนินการ ร่วมตรวจสอบและร่วมติดตามประเมินผล ในลักษณะเช่นนี้ จึงเป็นสร้างโอกาสให้ประชาชนเข้ามาเป็นหุ้นส่วนอย่างเสมอภาค และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การพึ่งพาตนเองสอดคล้องกับการสำรวจความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนและผู้ให้บริการสุขภาพในสถานบริการต่าง ๆ

6.7.7 ระบบกลไก และการบริหารจัดการโดยชุมชน

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพที่สร้างโอกาสให้ประชาชน “เข้าถึงสะดวก ใกล้บ้าน ใกล้ใจ สัมผัสได้ทุกมิติ” โดยสร้างเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานบริการสุขภาพชุมชนหรือชื่อเดิม “สถานีอนามัย” ที่แต่ปรับปรุงศักยภาพแทน ดังการสะท้อนความคิดของชุมชนและผู้ทรงคุณวุฒิ

“สถานีอนามัยนี้ทำดีอยู่แล้ว”

“ควรเป็นศูนย์อิสระ ถ้า อ.บ.ต. ร่วมทุนด้วย”

“ถ้าเป็นแบบเดิม ใช้ระบบราชการ ก็จะเป็นเหมือนเดิม ไม่ใช่การแก้ปัญหา”

ดังนั้น สถานบริการสุขภาพชุมชน จึงควรดำเนินการโดยประชาชนมีส่วนร่วม มีกองทุนสนับสนุนการดำเนินงาน ซึ่งอาจได้จากรัฐบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และประชาชน ส่วนกำลังคน “ให้รัฐจ่ายค่าจ้างให้” อาจใช้กำลังคนในสถานีอนามัยเดิม แต่ต้องให้ปรับการฝึกอบรมเวชปฏิบัติเพิ่มเติม โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ อาจจะต้องจัดสรรเพิ่มอัตราหรือการโอนย้ายแทนในช่วงแรกของการดำเนินการ ซึ่งผู้ให้บริการที่สถานบริการสุขภาพชุมชนจะต้องมีความรู้ความสามารถในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ให้คำปรึกษาและการศึกษาแก่ประชาชนในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน

นอกจากนี้ผู้ให้บริการต้องสามารถส่งต่อไปยังเครือข่ายสถานบริการได้ทันทั่วทั้งประชาชนปลอดภัย ซึ่งเครือข่ายต้องมีกำหนดไว้อย่างหลากหลาย และเพื่อให้เกิดความโปร่งใสเป็นธรรม เสมอภาคแก่ผู้ใช้บริการต้องมีระบบการตรวจสอบ กำกับ ติดตามประเมินผล ทั้งจากประชาชน ชุมชน หน่วยงานระดับสูง และองค์กรวิชาชีพ

6.7.8 เครือข่ายบริการสุขภาพ

ได้แก่ สถานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพให้บริการได้ซับซ้อนมากขึ้นและสามารถเลือกใช้ได้ตามที่ประชาชนต้องการ โดยไม่ไกลบ้าน ไปสะดวก ได้รับการอย่างปลอดภัย ที่สำคัญไม่จำเป็นต้องทำตามขั้นตอนทุกอย่าง โดยเฉพาะกรณีที่มีการเจ็บป่วยรุนแรง นอกจากนี้อาจเชื่อมโยงเครือข่ายกับคลินิกเอกชน ร้านขายยาที่มีมาตรฐาน เนื่องจากสถานบริการกลุ่มนี้มีจำนวนมากในภาคตะวันออก

6.7.9 การบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน

ซึ่งวัดความพึงพอใจของประชาชนที่มาใช้บริการ มีความปลอดภัย เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการต้องตระหนักเพื่อให้เป็นบริการที่มีคุณภาพ ผู้รับบริการมีโอกาสได้รับการเท่าเทียมกัน มีมาตรฐานใกล้เคียงกับหน่วยบริการอื่น ซึ่งชุมชนได้สะท้อนคิดว่ามารับบริการรักษาโรคแล้วต้องได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ถูกต้อง ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพ

6.7.10 พยาบาลวิชาชีพ พลังหลักการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ส่วนใหญ่เกือบทุกชุมชนเห็นว่าการมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหลักในการให้บริการที่สถานบริการสุขภาพชุมชนนั้นมีความเพียงพอแล้ว เนื่องจากตอบสนองต่อความต้องการโดยรวมของประชาชนได้ ยกเว้น ชุมชนอุตสาหกรรมซึ่งเป็นชุมชนกึ่งเมือง เห็นว่าควรมีแพทย์ประจำ ดังนั้นพยาบาลที่ประจำที่สถานบริการสุขภาพชุมชนจึงเป็นพลังหลักที่สำคัญและมีความเหมาะสมเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบันได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความพร้อมที่จะกระทำ บทบาททั้ง 4 มิติ ครอบคลุมการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น รวมทั้งบทบาทการให้ข้อมูล การถ่ายทอดความรู้และการให้การศึกษาแก่ประชาชน การประเมินชุมชน และการคัดกรอง และการพิทักษ์สิทธิของประชาชน

การเสริมกำลังคนด้านพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของชุมชนนั้น เฉพาะในเขตภาคตะวันออกมีสถานเอนามัย 693 แห่ง หากปรับศักยภาพให้สถานเอนามัยเป็นสถานบริการสุขภาพชุมชน โดยมีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบประจำประมาณ 2 คน ต่อแห่งในระยะแรก น่าจะสามารถดำเนินการได้โดยการปรับอัตรากำลังในลักษณะการโอนย้ายหรือยืมตัว โดยการให้แจ้งความจำนงค์แล้วให้สถาบันการศึกษาจัดหลักสูตรอบรม หลักสูตรเวชปฏิบัติชุมชน รวมทั้งการดูแลครอบครัวและชุมชน เพื่อให้สามารถบริการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ยังรวมถึงการบริการสุขภาพแผนไทย การพัฒนาทักษะ การทำงานเป็นทีม โดยต้องเน้นการทำงานร่วมกับชุมชนได้ สามารถจัดการปัญหาสุขภาพชุมชนได้อย่างเชิงรุก มีประสิทธิภาพ ประหยัด และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อชุมชน

7.11 การผลิตกำลังคนด้านวิชาชีพพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ในฐานะเป็นสถาบันการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพในเขตภาคตะวันออก มีความพร้อมที่จะเตรียมศักยภาพกำลังคนด้านวิชาชีพพยาบาลให้มีสมรรถนะดังกล่าว เพื่อตอบสนองต่อความต้องการพัฒนากำลังคนที่จะไปปฏิบัติงานที่สถานีนานามัย หรือสถานบริการสุขภาพชุมชนได้เพียงพอกับความต้องการทั้งในระยะเร่งด่วน และระยะยาว รวมทั้งสามารถประสานกับสถาบันสมทบที่ผลิตกำลังคนด้านวิชาชีพพยาบาล ตลอดจนแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพในเขตภาคตะวันออกให้พร้อมที่จะรองรับการเตรียมกำลังคนให้เป็นอย่างดี ซึ่งชุมชนได้เสนอความคิดว่า การผลิตพยาบาลให้เน้นคนเก่ง และเป็นคนดีนั้น เป็นหน้าที่โดยตรงของสถาบันการศึกษาพยาบาล

6.8 ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

6.8.1 ข้อเสนอรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

6.8.1 เป็นบริการที่จัดตั้งใกล้บ้าน ใกล้ใจ ประชาชนเข้าถึงสะดวก รวดเร็ว เป็นลักษณะ “บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ สัมผัสได้ทุกมิติ”

6.8.2 มีการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมและการบริหารจัดการที่ดี

6.8.3 มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพโดยการสนับสนุนจากรัฐ ท้องถิ่น และประชาชน

6.8.4 มีการกำกับ ตรวจสอบการดำเนินการ

6.8.5 อาจจัดตั้งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานบริการชุมชน

6.8.6 มีเครือข่ายบริการที่หลากหลาย มีคุณภาพ และประชาชนเลือกได้

6.8.7 ผู้ให้บริการเป็นทีมสุขภาพที่มีพยาบาลเป็นแกนหลัก

6.8.8 บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรจะครอบคลุมการบริการทั้ง 4 มิติ คือการรักษาพยาบาล การตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ ให้บริการทุกกลุ่มทุกวัยตั้งแต่เกิดถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

6.8.2 ข้อเสนอบทบาทพยาบาลวิชาชีพในงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

6.8.2.1 พยาบาลวิชาชีพเป็นแกนหลักในงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

6.8.2.2 ให้บริการแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของความต้องการการดูแล รวมถึงการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม

6.8.2.3 แสดงบทบาทหลักในการพัฒนาการเรียนรู้ด้านสุขภาพของชุมชน

6.8.2.4 ปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐานการดูแล

6.8.2.5 พยาบาลเวชปฏิบัติทำหน้าที่คัดกรองตรวจสุขภาพให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและตัดสินใจส่งต่อ

6.8.2.6 ทำหน้าที่ประสานชุมชนและนำการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ

6.8.3 ข้อเสนอต่อรัฐบาล

6.8.3.1 ปรับระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

1. สร้างระบบใหม่ เน้นการเป็นศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพ
2. ปรับระบบเดิม เสริมคุณภาพบริการและเครือข่ายการบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ให้มีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่และการประสานงาน
3. จัดสรรอัตรากำลังให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิ โดยเพิ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิ
4. ให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดูแลสุขภาพประจำครอบครัว
5. พัฒนาคุณภาพผู้ปฏิบัติการให้พร้อมที่จะปฏิบัติงานในระบบสุขภาพใหม่

6.8.3.2 เพิ่มงบประมาณให้เพียงพอต่อการสร้างสุขภาพและการปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ

6.8.3.3 พัฒนามาตรฐานการบริการให้ได้คุณภาพระดับเดียวกันทั่วประเทศ

6.8.3.4 จัดงานบริการสุขภาพแผนไทยไว้เป็นส่วนหนึ่งของทุกหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

6.8.4 ข้อเสนอต่อองค์กรวิชาชีพ

6.8.4.1 สภาการพยาบาล ควรกำหนดสมรรถนะหน้าที่และขอบเขตการประกอบวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพทุกระดับให้ชัดเจน และนำไปสู่การปฏิบัติจริงได้ และควบคุมคุณภาพการจัดการศึกษาให้สอดคล้องกับสมรรถนะที่กำหนด

6.8.4.2 ดำเนินการให้การประกอบวิชาชีพพยาบาลในระดับปฐมภูมิทุกระดับ ให้เป็นการประกอบวิชาชีพที่ถูกต้องตามกฎหมาย

6.8.4.3 กำหนดหลักสูตรการฝึกอบรม และให้การรับรองวุฒิบัตรเพื่อการปฏิบัติพยาบาลขั้นสูงในระดับปฐมภูมิ

6.8.4.4 ประสานและควบคุมมาตรฐานการจัดการศึกษา และอบรมผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลขั้นสูงให้ได้คุณภาพ

6.8.4.5 ประสานงานกับเครือข่ายองค์กรวิชาชีพอื่น เพื่อปรับระบบและพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลให้เป็นวิชาชีพที่เท่าเทียมกับวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ

6.8.4.6 เป็นผู้นำการปรับเปลี่ยนเกี่ยวกับตำแหน่งโครงสร้างการบริหารงาน ค่าตอบแทน สวัสดิการ ฯลฯ ให้กับผู้ประกอบการวิชาชีพอย่างสมเหตุสมผล บนความทัดเทียมเพื่อนร่วมวิชาชีพอื่น

6.8.5 ข้อเสนอต่อสถาบันการศึกษา

6.8.5.1 สถาบันการศึกษาปรับหลักสูตรและวิธีการจัดการเรียนการสอนให้บัณฑิตมีคุณลักษณะและสมรรถนะที่สำคัญเพื่อการทำงานในระดับปฐมภูมิ

6.8.5.2 เตรียมอาจารย์ให้ความพร้อมอย่างองค์รวม เพื่อการพัฒนาผู้เรียนให้สามารถปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิได้

6.8.5.3 จัดหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทาง เพื่อพัฒนาผู้ปฏิบัติให้มีศักยภาพในการทำงานระดับปฐมภูมิ

6.8.5.4 สร้างงานวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้สู่การปรับระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ บนพื้นฐานวิถีไทย

6.8.5.5 เป็นองค์กรร่วมพัฒนาระหว่างฝ่ายการศึกษาและฝ่ายบริหาร

6.8.6 ข้อเสนอต่อชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

6.8.6.1 พัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

6.8.6.2 ร่วมค้นหาปัจจัยเสี่ยง เฝ้าระวังสุขภาพชุมชน

6.8.6.3 เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดีและร่วมพลัง ปมเพาะพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์โดยถ้วนหน้า

6.8.6.4 เชื้ออาหารซึ่งกันและกัน เพื่อความแจ่มใสของทุกชีวิตในชุมชน

6.8.6.5 ร่วมสร้างองค์การเรียนรู้ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพชุมชน

6.9 ข้อเสนอเพื่อการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ผลของรูปแบบ ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะ “ศูนย์สุขภาพชุมชน” ซึ่งในช่วงของการวิจัย ยังไม่มีนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค ดังนั้น จึงควรจะได้ดำเนินการวิจัยต่อเนื่อง โดยนำรูปแบบที่ได้ไปพัฒนาให้สอดคล้องประสานกับนโยบายรัฐบาล 30 บาทรักษาทุกโรค แล้วนำไปสู่การหาข้อสรุปเชิงวิจัย โดยมีประเด็นที่ควรดำเนินการดังนี้

6.9.1 การวิจัยและพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ อาจเป็นสถานีนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ชุมชนนั้นจัดตั้งขึ้นใหม่ โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างวิสัยทัศน์

เชิงรุกและการพัฒนาสมรรถนะด้านการจัดการ การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเข้าถึงและการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน

6.9.2 การวิจัยและพัฒนากระบวนการบริหารการเงินและงบประมาณ การจัดการด้านเครือข่ายและการส่งต่อ การจัดเขตพื้นที่รับผิดชอบ

6.9.3 การวิจัยและพัฒนากลไกโครงสร้างการกระจายอำนาจการบริหารกำลังคนภาครัฐและการประสานองค์การเอกชน

6.9.4 การวิจัยและพัฒนาบทบาทพยาบาลเชิงรุกในหน่วยปฐมภูมิทั้งการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพที่บ้าน การตรวจรักษาเบื้องต้น การจัดระบบแฟ้มสุขภาพครอบครัว

6.9.5 การวิจัยเพื่อสร้างระบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเป็นหุ้นส่วนและการร่วมลงทุนการจัดการสุขภาพของชุมชน

6.9.6 การวิจัยและพัฒนากระบวนการติดตาม การตรวจสอบโดยกลไกภาครัฐ องค์กรวิชาชีพ และชุมชน เพื่อเป็นการประกันคุณภาพการดูแลสุขภาพ การพัฒนาดัชนีชี้วัดความสำเร็จของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

6.9.7 การสร้างมาตรฐานและโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับบุคคล ครอบครัว ทุกกลุ่มวัย รวมทั้งกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยเรื้อรัง

6.9.8 การวิจัยและพัฒนาบทบาทสถาบันการศึกษา เพื่อพัฒนาผู้สอน วิธีการจัดการเรียนการสอน ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีความสามารถในการบริการเชิงรุก ให้ผู้เรียนมีสมรรถนะทางการบริหาร และการบริการ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงรวมทั้งการประเมินผลคุณภาพบัณฑิตพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2543). *การบริหารงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค*. (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- คณะทำงานด้านข้อมูลข่าวสาร และประชาสัมพันธ์เขต 3. (2542). *ตารางฐานข้อมูลเพื่อการประเมินผลการดำเนินงาน ตามนโยบาย และแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุขเขต ประจำปีงบประมาณ 2542*. (2543). *ผลการดำเนินงาน งานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านเขต 3 ปี 2000*.
- ทัศนา บุญทอง. (2542). *ปฏิรูประบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต*. กรุงเทพฯ : สมาคมพยาบาล.
- ทัศนา บุญทอง. (2544). *สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพและสมรรถนะหลักของผดุงครรภ์ ชั้น 1*. ในเอกสารประกอบสัมมนาพยาบาลศาสตร์ศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ศักติโสภาคการพิมพ์.
- บวรศักดิ์ อุวรรณโน. (2543). *ปฏิรูประบบสุขภาพ : สิทธิหน้าที่ของคนไทย*. กรุงเทพฯ : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- ปรีดา เต๋ออารักษ์. (2543). *ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากระบวนการสุขภาพระดับต้นของไทยในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และใน (ร่าง) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ : สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข.
- วิพุธ พูลเจริญ, สมศักดิ์ ชุณหรัศม์, สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2543). *สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ*. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิพุธ พูลเจริญ. (2544). *สุขภาพ : อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2542). *ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). นนทบุรี : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2543). *จุดประกายปฏิรูประบบสุขภาพ : ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ*. (สรุปการสัมมนาระดับชาติ วันที่ 3 พฤษภาคม 2543).
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2542). *พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ : พริกหวานกราฟฟิค จำกัด.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2543). *จุดประกายปฏิรูประบบสุขภาพระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ*. กรุงเทพฯ : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานเลขาธิการสภาการพยาบาล. (2540). *พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พระราชบัญญัติวิชาชีพพยาบาล และการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540*.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2543). *รายงานผลเบื้องต้นสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543*. กรุงเทพฯ: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ.

สุนทราวดี เจริญพิเชฐ และคณะ(2544). *รายงานวิจัยการศึกษาสถานการณ์และรูปแบบบริการสุขภาพพระดัตันในชุมชนภาคตะวันออกเฉียง*. ชลบุรี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

(2544). *รายงานวิจัยรูปแบบและความต้องการระบบบริการสุขภาพพระดัตันในทัศนะของกลุ่มประชาคมภาคตะวันออกเฉียง*. ชลบุรี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุวรรณา จันทรประเสริฐ และคณะ. (2544). *รายงานวิจัยรูปแบบและความต้องการระบบบริการสุขภาพพระดัตันในทัศนะของกลุ่มประชาคมภาคตะวันออกเฉียง*. ชลบุรี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (บรรณาธิการ). (2542). *การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

อารี วัลยะเสรี และคณะ. (2542). (ร่าง) *รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า*. กรุงเทพฯ : โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

Tovey, Phillip. (2000). *Contemporary primary care the challenges of changes*. Buckingham : Open University Press.

Tudor-Hart, V. (1989) Health for all, primary health care and general practitioners Keynote Address WONCA.

Starfield, B (1993) Provision and financing of health care in the US. In Holland, WW., Detels, R Know, G Oxford Textbook of Public Health. 2nd Ed. Voll pp. 295-306. Oxford : Oxford University.

ภาคผนวก

ประวัติผู้วิจัย

1. นางสาววดี เชียรพิเชฐ ค.ค. (อุดมศึกษา)
ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก
2. นางสาวรณมา จันทรประเสริฐ ส.ค. (การพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์)
ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลชุมชน
3. นางรวีวรรณ เผ่ากัณหา ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)
ตำแหน่ง อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาศาสตร์พื้นฐานการพยาบาล
4. นางสาวรัชณี สรรเสริญ D.N.Sc. (Community Health Nursing)
ตำแหน่ง อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลชุมชน
5. นางสาวจิตรีพร หล่อสุวรรณกุล กศ.ค. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
ตำแหน่ง อาจารย์ ภาควิชาวิจัย ประเมินผล และบริการการพยาบาล
6. นางพิริยา ศุภศรี วท.ม. (อนามัยครอบครัว)
ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก
7. นางสมสมัย รัตนกริชากุล วท.ม. (การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร)
ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลชุมชน
8. นางยุวดี ลีลัคนาวีระ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)
ตำแหน่ง อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลชุมชน
9. นางสาวสุวรรณี มหาภายนันท์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ตำแหน่ง อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
10. นางสาววรรณรัตน์ ลาวัจ พย.ม. (การพยาบาลอนามัยชุมชน)
ตำแหน่ง อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลชุมชน
11. นางสาวโสรัตน์ คณิงคิต พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)
ตำแหน่ง อาจารย์ ภาควิชาวิจัย ประเมินผล และบริหารการพยาบาล
12. นางสาวสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ พย.ม. (การพยาบาลด้านการควบคุมโรคติดเชื้อ)
ตำแหน่ง อาจารย์ ภาควิชาวิทยาศาสตร์พื้นฐานการพยาบาล
13. นางนภาพร เอี่ยมละออ พย.ม. (การพยาบาลจิตเวช)
ตำแหน่ง อาจารย์ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช