

สุขภาพปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิ

จากปรัชญาสู่ปฏิบัติการสุขภาพมิติใหม่



นพ. โกมาตร จีวเสถียรทรัพย์
ประจำสถาบัน กะกา



สุภาพปฐมภูมิ

บริการปฐมภูมิ

จากปรัชญาสู่ปฏิบัติการสุขภาพมิติใหม่

ผู้เขียน

นพ. โกมาตกร จิ่งเสถียรทรัพย์ ประชาธิป กะทา

กองบรรณาธิการ

วีรวรรณ เสถียรกาล วรรณญา เพ็ชรคง ธวัชกร อินอุตร

ฝ่ายแผนงาน

ประชาธิปไตย กะทา วีรวรรณ เสถียรกาล คณิศร เต็งรัง

ฝ่ายอำนวยการ

วีรวรรณ ศรีเจริญ ภาวิณี สวัสดิ์มานนท์ หนึ่ง ใจบุญ

ฝ่ายประสานงานการผลิต

วรรณญา เพ็ชรคง สิริลักษณ์ เทียงธรรม

จัดพิมพ์โดย

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)

อาคารคลังพัสดุ ชั้น 3 ซ. สาธารณสุข 6 กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-5901352, 02-5901498/ โทรสาร 02-5901498

Website: www.shi.or.th E-mail Address: suksala@gmail.com

สนับสนุนโดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.)

ISBN 978-974-13-1607-6

พิมพ์ครั้งแรก พฤศจิกายน 2550 จำนวน 3,000 เล่ม ได้รับการสนับสนุนในการจัดทำ

ต้นฉบับและจัดพิมพ์ครั้งที่ 1 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

พิมพ์ครั้งที่ 2 พฤษภาคม 2551 จำนวน 1,000 เล่ม

ออกแบบ, พิมพ์ที่ บริษัท มีดี กราฟฟิค จำกัด โทร 02-8620187-8 / meedee_order@yahoo.com

ราคา 150 บาท

คำนำ

แม้ว่าระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ หรือ Primary Care จะถูกกล่าวถึงและนำไปปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาได้ระยะหนึ่งแล้ว แต่แนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพปฐมภูมิก็ยังขาดการทำความเข้าใจให้ลึกซึ้ง และบ่อยครั้งที่แนวคิดดังกล่าวถูกนิยามอย่างขาดความละเอียดอ่อน เช่น การนิยามว่าการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นการรักษาพยาบาลเบื้องต้น หรือ การเน้นบทบาทการเป็นบริการด่านหน้าที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย ในขณะที่แนวคิดสำคัญของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิไม่ว่าจะเป็นเรื่องการใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based) การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) การดูแลที่ต่อเนื่องและผสมผสาน (Integrated and Continuity of Care) รวมทั้งการทำงานเชิงรุก กลับไม่ได้มีการทำความเข้าใจให้ลุ่มลึกและไม่สามารถแปลเป็นแนวทางการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

หนังสือเล่มนี้เป็นการนำเสนอแนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพปฐมภูมิอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการทำความเข้าใจแนวคิด พัฒนาการ และบริบททางประวัติศาสตร์ สถานการณ์ปัจจุบันที่ทำให้การดูแลสุขภาพปฐมภูมิมีความสำคัญ และนำเสนอปรัชญาแนวคิดที่เป็นรากฐานระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ นอกจากปรัชญาและวิถีคิดซึ่งมีความสำคัญในการทำความเข้าใจจุดเด่นอันเป็นเอกลักษณ์ของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิแล้ว ยังได้นำเสนอแนวทางการปฏิบัติและเครื่องมือการทำงานที่จะช่วยให้การดูแลสุขภาพปฐมภูมิทั้งในส่วนของการให้บริการสุขภาพ การทำงานสุขภาพชุมชน ตลอดจนการประสานระบบบริการระดับต่างๆ เป็นไปอย่างสอดคล้องกับปรัชญาแนวคิดและมีประสิทธิภาพ

ในการเขียนหนังสือเล่มนี้ ผู้เขียนเลือกที่จะใช้คำว่า “การดูแล
สุขภาพปฐมภูมิ” ในความหมายของ Primary care แทนที่จะใช้คำว่า
“บริการปฐมภูมิ” เพราะการใช้คำว่า บริการปฐมภูมิ ให้ความหมาย
เน้นไปที่กิจกรรมบริการสุขภาพ โดยที่มีฝ่ายหนึ่งเป็นผู้จัดหาหรือให้
บริการและอีกฝ่ายเป็นผู้รับบริการ แต่โดยปรัชญาของแนวคิดนี้ สุขภาพ
เป็นสิ่งที่ต้องการความใส่ใจและการให้การดูแลรักษาร่วมกันระหว่าง
บุคลากรสุขภาพปฐมภูมิกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน คำว่า “การดูแล
สุขภาพปฐมภูมิ” ให้ความหมายเน้นการดูแลมากกว่าการบริการ อย่างไรก็ตาม
ในหนังสือนี้จะมีการใช้คำว่าบริการสุขภาพปฐมภูมิในบริบทที่
ต้องการเน้นบริการในลักษณะที่เปรียบเทียบกับบริการสุขภาพและการ
แพทย์ระบบอื่น เช่น ระบบบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิ เป็นต้น

แนวคิดการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่น่าเสนอในหนังสือนี้ยัง
เน้นงานสุขภาพชุมชนที่เป็นการทำงานเชิงรุกและความเข้าใจมิติทาง
สังคมวัฒนธรรมในวิถีชีวิตชุมชน ซึ่งแตกต่างจากแนวคิดสุขภาพปฐมภูมิ
ในบางประเทศ เช่น ในสหรัฐอเมริกา ที่เน้นให้สุขภาพปฐมภูมิเป็นเพียง
บริการเบื้องต้นทางการแพทย์ ขาดการเชื่อมโยงกับความเป็นชุมชนและ
การพัฒนาาระบบสุขภาพท้องถิ่นให้มีความเข้มแข็งพึ่งตนเองได้ โดย
เฉพาะอย่างยิ่ง แนวคิดที่เน้นเฉพาะบริการเบื้องต้นทางการแพทย์ละเลย
ข้อเท็จจริงที่ว่า ท้องถิ่นมีระบบการแพทย์พื้นบ้านและภูมิปัญญาดั้งเดิม
ที่สามารถนำมาเป็นทุนสำหรับการพัฒนาสุขภาพได้ แนวคิดการดูแล
สุขภาพปฐมภูมิในหนังสือนี้จึงเน้นเรื่องการทำงานสุขภาพชุมชน การ
ผสมผสานและใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมสุขภาพ
พื้นบ้านรวมทั้งการสร้างชุมชนให้เข้มแข็งเพื่อการพัฒนาที่ผสมผสาน
ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมินั้นไม่มีสูตรสำเร็จ
ตายตัวหรือรูปแบบมาตรฐานเดียวที่เหมาะสมกับทุกพื้นที่ การทำงาน
สุขภาพปฐมภูมิจึงต้องอาศัยความรู้ ความคิด จินตนาการ และการ

สร้างสรรค์ มากกว่าการลอกเลียนรูปแบบอย่างตายตัวหรือการยึดถือตัวชี้วัดสำเร็จรูป เพราะจุดเน้นของการดูแลสุขภาพปทุมภูมินั้นอยู่ที่การผสมผสานมิติต่างๆ อย่างเหมาะสมลงตัวและสอดคล้องกับบริบท การให้การดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน จึงให้ความสำคัญกับลักษณะเฉพาะมากกว่าการใช้รูปแบบทั่วไปที่ตายตัว จึงเป็นระบบการดูแลสุขภาพที่เน้นคุณภาพและความละเอียดอ่อน ซึ่งจะต้องอาศัยการเรียนรู้ฝึกฝน และพัฒนาจากการปฏิบัติจริงอยู่ตลอดเวลา หนังสือนี้จึงเป็นเพียงแนวทางเพื่อการเรียนรู้และพัฒนามากกว่าที่จะให้คำตอบแบบสำเร็จรูป

นอกจากหนังสือเล่มนี้แล้ว สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพยังมีการพิมพ์และสื่อเพื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพปทุมภูมิ ทั้งในส่วนที่เป็นเครื่องมือการทำงาน เช่น หนังสือวิถีชุมชน: คู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผล และสนุก และที่เป็นแนวคิดทฤษฎีต่างๆ เช่น หนังสือวัฒนธรรม สุขภาพ กับการเยียวยา: แนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาการแพทย์, สุขภาพไทย วัฒนธรรมไทย, วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต, สันติ-สุขภาวะ: สันติวิถีกับการจัดการความขัดแย้งในระบบสุขภาพ, ยากับชุมชน: มิติทางสังคมวัฒนธรรม รวมทั้งหนังสือรวบรวมเรื่องเล่าอันเป็นประสบการณ์การทำงานสุขภาพปทุมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน เป็นหนังสือชุดงานคือความดีที่หล่อเลี้ยงชีวิต ที่นำเสนอเรื่องราวที่สร้างแรงบันดาลใจในการทำงานรวม 7 เล่ม

การสร้างระบบการดูแลสุขภาพปทุมภูมิให้เข้มแข็งเป็นภารกิจสำคัญที่ต้องอาศัยความรู้คู่กับจินตนาการ เป็นการผสมศาสตร์สุขภาพเข้ากับศิลปะความเข้าใจในมนุษย์ เพื่อสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่ใกล้ชิดกับครอบครัวและชุมชนให้เป็นระบบที่ เข้าใจ ใส่ใจ อุ่นใจ ภูมิใจ ร่วมใจ และใกล้ชิด

- เข้าใจ คือ เข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน
- ใส่ใจ คือ ใส่ใจกับความทุกข์ยากและความเป็นมนุษย์ของผู้คน

- **อุ้นใจ** คือ เจ้าหน้าที่มีวิชาการความรู้ที่ถูกต้องในการทำงาน และมีระบบการส่งตัวคนไข้ (refer) ที่ดี
- **ภูมิใจ** คือ เจ้าหน้าที่ที่ทำงานสุขภาพชุมชนมีความภูมิใจในงานที่ตัวเองทำ ชุมชนมีความภูมิใจที่มีหน่วยบริการสุขภาพลักษณะนี้อยู่กับเขา
- **ร่วมใจ** คือ การมีความร่วมมือร่วมใจกันกับระบบบริการระดับต่างๆ รวมทั้งร่วมมือกับการแพทย์หลากหลายระบบที่มีอยู่ในชุมชนในการทำงานสุขภาพในชุมชน
- **ใกล้ชิด** คือ ทำงานใกล้ชิดกับทุกภาคี ทุกภาคส่วนในชุมชน ดูแลครอบครัวและชุมชนเสมือนหนึ่งญาติมิตร

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
ประชาธิปไตย
กันยายน 2550

สารบัญ

คำนำ

สารบัญ

บทนำ	1
บทที่ 1 ปรัชญาและรากฐานวิธีคิดในการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ	9
บทที่ 2 มิติทางประวัติศาสตร์: พัฒนาการสุขภาพปฐมภูมิและบริบทใหม่ทางสังคม	23
บทที่ 3 ปรัชญาและกระบวนทัศน์ใหม่ ในระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ	53
บทที่ 4 เวื่อนไขความสำเร็จของงานสุขภาพปฐมภูมิ: ทักษะการทำงานที่จำเป็น	85
บทส่งท้าย	141

บทนำ

สุขภาพและการเจ็บป่วยเป็นมากกว่าเรื่องของร่างกายและอวัยวะ เพราะเกี่ยวข้องเชื่อมโยงอย่างเป็นพลวัตกับปัจจัยทั้งทางกาย ใจ และสังคม (Bio-psycho-social factors) การดูแลรักษาสุขภาพและการเยียวยาความเจ็บป่วยจึงต้องใส่ใจทั้งมิติทางกายภาพ จิตใจ สังคม และมิติทางจิตวิญญาณอย่างเป็นองค์รวม ระบบบริการทางการแพทย์แบบดั้งเดิมที่เน้นการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลด้วยแพทย์เฉพาะทาง แม้จะมีคุณภาพในการรักษาโรคทางกายและความเจ็บป่วยที่เฉียบพลันได้ดี แต่ก็ยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ระบบบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมักเป็นบริการเชิงรับที่รอให้เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยขึ้นมาก่อนจึงค่อยมารับการรักษา ซึ่งทำให้สิ้นเปลืองและเกิดการสูญเสียที่ไม่จำเป็นทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่อาจป้องกันได้ นอกจากนี้บริการในระบบโรงพยาบาลยังเป็นระบบที่แยกขาดออกจากชีวิตในชุมชนของผู้ป่วย จึงมักขาดความละเอียดอ่อนในมิติทางสังคมวัฒนธรรมของการดูแลรักษาสุขภาพ รวมทั้งมีข้อจำกัดในการให้การดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต พฤติกรรม และวัฒนธรรมท้องถิ่น

สาเหตุที่ระบบบริการทางการแพทย์แบบดั้งเดิมมีลักษณะเช่นนี้มีเหตุผลทั้งในเชิงประวัติศาสตร์และเชิงปรัชญา ในเชิงประวัติศาสตร์สถานพยาบาลที่เป็นต้นแบบของโรงพยาบาลสมัยใหม่ที่สร้างขึ้นในราวคริสต์ศตวรรษที่ 17 นั้น เป็นสถานที่สำหรับรองรับผู้ป่วยหรือนักเดิน



ทางแสงบุญที่ต้องการที่พักอาศัย ผู้ป่วยและผู้ที่มาพำนักรักษาอาศัยอยู่ในโรงพยาบาลจึงมักเป็นผู้ที่ไม่มีที่พึ่งหรือยากไร้จนไม่มีที่พำนักรักษา คำว่าโรงพยาบาลในภาษาอังกฤษคือ Hospital นั้นมีรากศัพท์ร่วมกับคำว่า Hospitality ซึ่งแปลว่า ความมีน้ำใจให้ที่พึ่งที่พำนักรักษาแก่ผู้คนที่โรงพยาบาลเมื่อแรกเริ่มจึงเป็นเสมือนที่อยู่อาศัยทั้งเพื่อการดูแลรักษาและการสงเคราะห์ ซึ่งไม่ได้มีเฉพาะแต่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมเอาคนพิการ คนปัญญาอ่อน ผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งผู้ที่สังคมกีดกันรังเกียจไว้ในสถานที่พำนักรักษาเพื่อมิให้ไปปะปนหรือรบกวนสังคมของคนปกติด้วย (Foucault 1965)

สำหรับผู้ป่วยที่มาพำนักรักษาที่โรงพยาบาลนั้น ความเจ็บป่วยส่วนใหญ่ในสังคมยุคก่อนนั้นมักจะเป็นเรื่องโรคติดเชื้อต่างๆ เป็นหลัก การค้นพบเชื้อโรคและเทคนิคการทำให้ปราศจากเชื้อ รวมทั้งการค้นพบยาปฏิชีวนะได้ทำให้การรักษาโรคติดเชื้อต่างๆ ซึ่งอาศัยการแยกผู้ป่วยออกจากชุมชนกลายเป็นภารกิจหลักที่สำคัญของโรงพยาบาล ส่วนโรคติดเชื้อที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้อย่างรวดเร็วและกลายเป็นโรคของความรังเกียจเตี้ยตั่นทาก็ถูกจัดการโดยการจัดตั้งสถานสงเคราะห์เพื่อแยกผู้ป่วยออกจากสังคม โดยสร้างเป็นชุมชนเฉพาะสำหรับผู้ป่วย เช่น นิคมโรคเรื้อน นิคมวัณโรค หรือแม้แต่โรคเอดส์ในยุคที่เริ่มต้นระบาดนั้นก็ยังมีการเสนอแนวคิดการสร้างชุมชนสำหรับผู้ติดเชื้อแยกตัวไปอยู่อาศัย ซึ่งวิธีการแยกผู้ป่วยออกจากสังคมนี้ปัจจุบันถือเป็นวิธีการที่ไม่เป็นที่ยอมรับไปแล้ว เพราะเป็นการตอกย้ำภาพพจน์ของโรคว่าเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจและไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

แนวคิดการจัดการโรคในระบบโรงพยาบาลจึงมีรากฐานจากทฤษฎีเชื้อโรคที่เน้นการแยกกิจกรรมการรักษาโรคออกจากสังคมหรือชุมชน ซึ่งอาจมีความเหมาะสมและเป็นวิธีที่ใช้ได้ผลสำหรับโรคหรือความเจ็บป่วยที่รักษาให้หายขาดได้ในระยะเวลาล้นๆ เช่น โรคติดเชื้อเฉียบพลัน อุบัติเหตุ หรือการคลอดบุตร แต่สำหรับภาวะความเจ็บป่วย

อื่นๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งกำลังเป็นปัญหาที่แพร่ระบาดอย่างรุนแรงในปัจจุบันแล้ว รูปแบบการเฝ้าระวังรักษาที่เน้นกิจกรรมการรักษาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล โดยไม่สนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตทางสังคมหรือในชุมชนนั้นเป็นรูปแบบการรักษาที่มีข้อจำกัดอย่างยิ่ง เพราะความเจ็บป่วยต่างๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง หรือโรคเอดส์ ล้วนแต่เป็นโรคที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์อย่างแยกไม่ออกจากปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจ พฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งมิติความสัมพันธ์ทางสังคมของครอบครัวและชุมชน และเมื่อระบบบริการทางการแพทย์ที่เคยมีมาเป็นระบบที่แยกตัวออกจากชุมชน อันเป็นผลลัพธ์ของประวัติศาสตร์และวิถีคิดทางการแพทย์ดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว การให้การเฝ้าระวังรักษาและแก้ปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ในระบบโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่บรรลุผลได้อย่างจำกัด จึงจำเป็นต้องมีการสร้างระบบบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดและเข้าใจมิติทางสังคม สามารถทำงานเชิงรุกร่วมกับชุมชนและให้การดูแลบุคคลและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมได้

การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ: มิติใหม่ระบบบริการสุขภาพ

การให้บริการเชิงรุกและการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม คือใส่ใจทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และมิติทางปัญญา (หรือจิตวิญญาณ และศาสนาธรรม) นั้น ต้องการระบบวิถีคิด ระบบงาน และทักษะการทำงานใหม่ที่แตกต่างไปจากการดูแลแบบตั้งรับที่รอให้ผู้ป่วยไปหาที่โรงพยาบาล เพราะเป็นระบบที่ต้องรุกออกไปในครอบครัวและชุมชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและให้การป้องกันก่อนที่โรคจะเกิด และเน้นการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยที่สอดคล้องกับบริบทและเงื่อนไขของชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ให้การดูแลรักษาไม่เพียงต้องแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่กำลังคุกคามชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้ป่วย แต่ยังต้องแสวงหาวิธีการที่จะ



ลดปัจจัยเสี่ยงและเสริมสร้างสุขภาพในระยะยาวไปพร้อมกัน ไม่ว่าจะเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ การสร้างกลุ่มและเครือข่ายทางสังคม เพื่อช่วยเหลือกันเอง การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ หรือการเสริมสร้างบทบาทของครอบครัวและชุมชนในกระบวนการเฝ้าระวังรักษา อีกทั้งยังต้องตระหนักถึงข้อจำกัดทั้งด้านการเงินและเวลาของผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้าถึงการรักษา เพราะในบางกรณีระบบบริการทางการแพทย์ที่เป็นอยู่ซึ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเกินพอดี อาจเป็นสิ่งที่เพิ่มความทุกข์ซ้ำเติมให้กับผู้ป่วยและญาติอย่างนึกไม่ถึงได้

การดูแลสุขภาพปฐมภูมิและงานสุขภาพชุมชน เป็นระบบงานสุขภาพที่มีเอกลักษณ์อยู่ที่การเน้นการทำงานเชิงรุกและการดูแลรักษาความเจ็บป่วยอย่างบูรณาการสอดคล้องกับวิถีชุมชน เพราะเป็นบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตชุมชน จึงสามารถเอาใจใส่และมีความเข้าใจในมิติทางสังคมวัฒนธรรมและสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพที่พบบ่อยในท้องถิ่น การดูแลสุขภาพปฐมภูมิและงานสุขภาพชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยเติมเต็มมิติที่ขาดหายไปให้แก่ระบบบริการสุขภาพ การสร้างงานสุขภาพชุมชนและระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิให้มีศักยภาพและเข้มแข็งนั้น จำเป็นต้องอาศัยแนวความคิดและองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการออกแบบระบบบริการใหม่ที่ก้าวพ้นไปจากกรอบจำกัดของระบบวิถีคิดแบบชีวการแพทย์ที่มองสุขภาพแต่เพียงมิติของร่างกายและอวัยวะต่างๆ เท่านั้น

สุขภาพดีหรือสุขภาพะนั้นเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ที่หลากหลายมิติของชีวิต ทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลสุขภาพปฐมภูมิจึงเน้นการดูแลชีวิตทั้งชีวิตซึ่งเป็นปรัชญาของการเยียวยาอย่างเป็นองค์รวมที่สร้างดุลยภาพใหม่ให้เกิดขึ้นกับชีวิตมากกว่าการดูแลรักษาโรค ตัวอย่างเช่นการเยียวยาผู้ป่วยโรคเอดส์ในระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมินั้น นอกจากจะต้องดูแลรักษาสุขภาพทางกายของผู้ป่วยให้แข็งแรงแล้ว ยังต้องสร้างความเข้าใจและช่วยป้องกันการแพร่เชื้อ



ในครอบครัว ต้องสร้างทัศนคติในชุมชนให้สังคมยอมรับ เข้าใจ และ
ให้โอกาสแก่ผู้ป่วย รวมทั้งต้องฟื้นฟูชีวิตทางเศรษฐกิจสังคมของผู้ป่วย
และครอบครัวให้อยู่ในชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรีอีกด้วย

การดูแลอย่างเป็นองค์รวมในระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ
จึงเป็นการลบเส้นแบ่งที่เราเคยท่องจำว่างานด้านสุขภาพจะต้องแบ่งออก
เป็นด้านๆ ระหว่างงานการป้องกันควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ การ
รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพให้เลือนหายไปอยู่หลังจาก ถึงที่
ปรากฏอยู่เบื้องหน้าและเป็นการกิจของงานสุขภาพชุมชนและการดูแล
สุขภาพปฐมภูมิคือ การสร้างสรรค์ชีวิตที่ดี มีสุขภาพอย่างสมดุล ผสม
ผสานการดูแลในมิติต่างๆ อย่างเป็นบูรณาการ

ในระบบบริการปฐมภูมิ ทฤษฎีหรือศาสตร์ที่ตายตัวถูกแทนที่
ด้วยความเข้าใจต่อชีวิตที่สัมพันธ์อย่างแยกไม่ออกจากบริบททางสังคม
วัฒนธรรม เป็นความเข้าใจสุขภาพในมิติใหม่ที่ไม่เพียงแต่อาศัยเหตุผล
และความคิดแบบวิทยาศาสตร์ที่เราได้รับการฝึกฝนมาในฐานะบุคลากร
ทางการแพทย์ แต่การทำงานสุขภาพชุมชนและการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ
นั้นยังต้องอาศัยความรู้สึกที่ก่อตัวขึ้นระหว่างเรากับชุมชนที่เชื่อมโยง
เข้าหากันด้วยสำนึกร่วมของความเป็นมนุษย์ เรียนรู้จากการทำงาน
สุขภาพที่อาศัยใจสัมผัสอยู่กับใจ ชีวิตที่สัมผัสกับชีวิต เรียนรู้เรื่องราว
ที่ทำให้เรามีจิตใจที่อ่อนไหวต่อความทุกข์และเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรี
ความเป็นมนุษย์ เสน่ห์ของงานสุขภาพชุมชนและการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ
จึงอยู่ที่การเป็นระบบบริการที่ใส่ใจในความทุกข์ เข้าใจในมิติทางสังคม
และวัฒนธรรม และมีความละเอียดอ่อนต่อมิติของความเป็นมนุษย์

ระบบบริการสุขภาพกับการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพตามปรัชญาการสร้างหลัก
ประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ถือว่าการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพเป็นสิทธิ
มนุษยชนขั้นพื้นฐาน ที่ทุกคนพึงจะได้รับการดูแลจากรัฐอย่างเท่าเทียมกัน

ตามนโยบายดังกล่าว ศูนย์สุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้กลายเป็น “บริการด่านหน้า” ในยุทธศาสตร์การสร้างระบบบริการสุขภาพใหม่ที่ครอบคลุม เข้าถึงง่าย ต้นทุนต่ำ และมีคุณภาพ นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนหรือไม่นั้น นอกจากจะต้องมีการปฏิรูประบบการเงินการคลังเพื่อสุขภาพ หรือ Health care financing reform แล้ว ปัจจัยชี้ขาดอีกประการหนึ่งยังอยู่ที่การสร้างเครือข่ายระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (Network of primary care providers) ที่เข้มแข็ง โดยมีศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit หรือ PCU) ที่ทำงานเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายครอบคลุมทุกพื้นที่

โดยหลักการแล้ว การจัดการดูแลสุขภาพของระบบบริการสุขภาพไทยที่ผ่านมาถูกแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับปฐมภูมิ เป็นบริการขั้นพื้นฐานที่เน้นการแก้ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ที่ไม่ซับซ้อนในทางเทคนิคการแพทย์ จัดบริการให้ที่สถานเฝ้าระวังสถานบริการสาธารณสุขชุมชน หรือที่ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล 2) ระดับทุติยภูมิ มุ่งเน้นการให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้น เป็นบริการที่จัดให้ที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป และ 3) ระดับตติยภูมิ เป็นบริการที่จัดให้แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในทางเทคนิคการแพทย์มาก จัดให้ที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลในสังกัดสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ต่างๆ แต่ถึงแม้จะมีการแบ่งระดับการให้บริการอย่างชัดเจน ในทางปฏิบัติยังคงพบปัญหาการให้บริการทั้งในด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ รวมทั้งการประสานเชื่อมโยงระบบบริการในการจัดสรรหน้าที่รับผิดชอบที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามหลักการดังกล่าว (สุนทรวดี และคณะ 2546) ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพเป็นที่เชื่อถือของชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชนและระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ถือได้ว่าเป็นบริการด่านแรกที่ใกล้ชิดและสามารถเข้าถึงประชาชนได้มากที่สุด จึงเป็นการสะดวกสำหรับประชาชนที่จะมาใช้บริการในระดับนี้ก่อนไปสู่



บริการระดับอื่นตามความจำเป็นต่อไป

แต่อดีตที่ผ่านมา ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิประสบปัญหาสำคัญ คือความไม่ไว้วางใจของผู้ใช้บริการ เนื่องจากค่านิยมของสังคมให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีการแพทย์ระดับสูงและความเชี่ยวชาญทางการแพทย์เฉพาะทางซึ่งมีอยู่เฉพาะในสถานบริการระดับตติยภูมิ ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจึงต้องแข่งขันและต้านทานกับความคิดความเชื่อดังกล่าว แม้ว่าในอดีตจะมีความพยายามที่จะสร้างระบบการส่งต่อ โดยวางเงื่อนไขการใช้บริการของสวัสดิการทางการแพทย์ เช่น บัตรสงเคราะห์ และบัตรสุขภาพ ให้ผู้ป่วยต้องไปรับการดูแลที่สถานบริการขั้นต้นก่อน และจะสามารถใช้สิทธิตามสวัสดิการได้ในสถานบริการระดับปลายก็ต่อเมื่อมีใบส่งต่อจากระบบบริการระดับต้น แต่สภาพการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยไปสถานบริการปฐมภูมิเพียงเพื่อขอใบส่งต่อ โดยบริการระดับปฐมภูมิยังไม่สามารถสร้างศรัทธาและความไว้วางใจ (Trust) ต่อคุณภาพในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยได้

แต่การสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิให้ปรากฏเป็นที่ยอมรับ ก็ไม่ได้อยู่ที่การแข่งขันด้านการรักษาโรคด้วยระบบการแพทย์เฉพาะทาง หรือลงทุนซื้อเทคโนโลยีระดับสูง แต่อยู่ที่การสร้างจุดแข็งที่เป็นเอกลักษณ์ของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ นั่นคือการสร้างระบบสุขภาพที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม มีความเข้าใจความละเอียดอ่อนของมิติทางสังคมวัฒนธรรมและใส่ใจในความเป็นมนุษย์ (โกมาตร 2545) และให้การดูแลที่ต่อเนื่องในทุกภาวะของสุขภาพ ตั้งแต่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยง มีความเจ็บป่วยระยะแรก จนถึงการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นการดูแลอย่างผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู รวมทั้งการประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการอื่นๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสมเมื่อจำเป็น นอกจากนั้นยังต้องเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชน ครอบครัว และชุมชน ในการดูแลสุขภาพ



ตนเองและชุมชน การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เทคโนโลยีที่เหมาะสม
และการมีส่วนร่วม (วิจิตร และคณะ 2544; สุพัตรา 2542ข)



បញ្ជី ១

បរិច្ឆេទនិងតារាងវិធីគិត
ក្នុងការព្យាបាលស្រព្វកាល



นิยามระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

ความพยายามที่จะกำหนดนิยามหรือความหมายของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิมีอยู่ทั้งในประเทศไทยและในระดับสากล หากพิจารณาถึงนิยามการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่มีการนำเสนอในประเทศต่างๆ ก็ให้เห็นได้ว่า มีการให้ความหมายของระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิแตกต่างกันไป ซึ่งมีเรื่องผิดปกติ เพราะความหมายของแนวคิดหนึ่งๆ ที่สังคมนิยามขึ้นนั้นย่อมสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับบริบททางประวัติศาสตร์ โดยพื้นฐานแล้ว การนิยามเป็นการให้ความหมายของสิ่งหนึ่งๆ ซึ่งเกี่ยวข้องอย่างแยกไม่ออกจากการให้คุณค่าที่สังคมมีต่อสิ่งนั้นๆ และเมื่อเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการให้คุณค่าจึงขึ้นอยู่กับเงื่อนไขทางสังคมและยุคสมัย

เราจึงพบเห็นได้ว่า ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิในสหรัฐอเมริกาและในยุโรปตะวันตกจะมีความหมายแตกต่างกัน โดยที่ในสหรัฐอเมริกา ความหมายของ Primary care จะเน้นไปที่ Primary medical care ซึ่งเป็นบริการทางการแพทย์โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นสำคัญ ส่วนในยุโรปตะวันตกนั้น ความหมายของ Primary care จะเหลื่อมซ้อนกับคำว่า Primary health care หรือที่เราเรียกว่างานสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งนี้เพราะระบบบริการสุขภาพของสหรัฐฯ นั้น มีประวัติศาสตร์ที่เน้นการแพทย์แบบตั้งรับมากกว่าการทำงานเชิงรุกในชุมชน นิยามหรือความหมายของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่แตกต่างกันนี้สะท้อนเงื่อนไขทางสังคมและสัมพันธ์ไปกับบริบททางประวัติศาสตร์อย่างเด่นชัดจนเราอาจกล่าวได้ว่าการนิยามที่ปราศจากกาลเวลา และเป็นอิสระจากประวัติศาสตร์นั้นไม่สามารถจะมีได้

นอกจากนั้น การนิยามยังอาจทำได้ในหลายลักษณะซึ่งทำให้ได้คำนิยามที่แตกต่างกัน ในการทบทวนความหมายของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care) ของคณะกรรมการเพื่ออนาคตการดูแลสุขภาพ



ปฐมภูมิ (Committee on the Future of Primary Care) แห่งสถาบันการแพทย์ (Institute of Medicine) ของสหรัฐอเมริกา พบว่านับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1961 ที่มีการนำเสนอคำว่า Primary care นั้น คำนี้ได้รับการนิยามอย่างหลากหลายโดยใช้แง่มุมที่ต่างกันมากำหนด เช่น อาจนิยามจากประเภทของผู้ให้บริการ (เช่น เป็นบริการสุขภาพที่จัดให้โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือเจ้าพนักงานอนามัยชุมชน) จากกิจกรรมที่อยู่ในขอบข่ายของงานสุขภาพปฐมภูมิ (เช่น การรักษาโรคที่พบบ่อย การดูแลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค หรือการส่งเสริมการพึ่งตนเองได้ของครอบครัวและชุมชน) จากระดับของบริการที่สัมพันธ์และสัมพันธ์กับระดับบริการอื่นๆ (เช่น เป็นบริการด่านหน้า เป็นหน่วยคัดกรองเพื่อการส่งต่อ หรือให้การรักษาโรคง่าย ๆ เป็นการเบื้องต้น) หรือจากคุณลักษณะของการดูแล (เช่น ดูแลแบบผสมผสานและบูรณาการ ให้บริการแบบเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง และใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน เป็นต้น) (Donaldson et al. 1996)

การนิยามจากคุณลักษณะหรือบทบาทการให้บริการที่เป็นลักษณะเฉพาะนี้เป็นวิธีการนิยามที่มีการใช้อย่างกว้างขวาง Barbara Starfield (1992) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิโดยเน้นที่การเป็นบริการด่านหน้าที่เข้าถึงได้ง่าย ให้บริการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ตอบสนองความจำเป็นหลายด้านของผู้ใช้บริการอย่างผสมผสาน รวมทั้งประสานงานการให้บริการเฉพาะทางอื่นๆ ทั้งทางการแพทย์และทางสังคมอื่นๆ ในขณะที่ Tudor Hart (1989) เน้นบทบาทการให้บริการเชิงรุก เน้นการส่งเสริมป้องกันโรค และดูแลปัญหาต่างๆ อย่างเป็นองค์รวม นอกจากนั้น ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมียังอาจนิยามได้จากคุณสมบัติที่ช่วยให้ระบบบริการโดยรวมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพทั่วถึง เป็นธรรม และมีคุณภาพบริการที่ดีขึ้นทั้งระบบ (Fry 1980)



อาจกล่าวได้ว่า ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิมีหลากหลายมิติและสามารถพิจารณาได้จากหลายมุมมอง สุพัตรา ศรีวิธชากรได้พยายามประมวลคุณลักษณะของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิและให้คำนิยามของระบบบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมมิติต่างๆ ไว้ว่า

ระบบบริการปฐมภูมิหมายถึงระบบที่จัดบริการสุขภาพในระดับที่เป็นด้านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (First line health services) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, family and community) โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพของตน และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุล (สุพัตรา 2550)

ความพยายามที่จะนิยามความหมายของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่รวมเอาทุกมิติไว้ด้วยกันอาจมีประโยชน์ในแง่ที่ครอบคลุมประเด็นเนื้อหาไว้อย่างครบถ้วน แต่ในทางปฏิบัติการให้ความหมายของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิอาจเน้นเป็นบางด้าน หรือให้ความสำคัญกับบางแง่มุมที่สอดคล้องกับบริบทของระบบบริการและปัญหาสุขภาพที่ต้องการแก้ไข



มายาคติของบริการปฐมภูมิ

การทำความเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิอาจอาศัยการพิจารณาจากความคิดหรือความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนที่เรียกว่า “มายาคติ” เกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ มายาคติเหล่านี้ไม่เพียงแต่ทำให้ทิศทางการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิผิดไปจากที่ควรจะเป็นแล้ว ยังมีผลให้ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิถูกลดทอนบทบาทและคุณค่า มายาคติเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิมีอยู่หลายประการดังนี้

- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นเพียงแค่บริการด่านหน้า (Gate Keeper)
- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นบริการรักษายาบาลเบื้องต้นเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพง่าย ๆ
- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นบริการตรวจผู้ป่วยนอกสถานที่ (Extended OPD)
- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นบริการสำหรับคนจนหรือสำหรับประเทศยากจน

บริการด่านหน้า?

การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care) มักถูกเน้นย้ำว่าเป็นบริการด่านหน้า หรือทำหน้าที่ควบคุมการผ่านเข้าออกสู่ระบบบริการทางการแพทย์ซึ่งเรียกว่าเป็นคนเฝ้าประตูหรือ Gate keeper ของระบบบริการ แม้ว่าการเป็นหน่วยบริการที่อยู่ใกล้กับชุมชนมากที่สุดและเป็นระบบบริการที่เข้าถึงได้ง่ายที่สุด ทำให้ต้องทำหน้าที่กรองผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อ เพื่อการรักษาในระดับบริการที่สูงกว่า เปรียบกับการสื่อความหมายว่า “บริการที่ดีกว่าอยู่ที่อื่น” แต่การเน้นบริการปฐมภูมิว่าเป็นคนเฝ้าประตูนั้น ทำให้ภาพลักษณ์และสถานภาพของการ



ดูแลสุขภาพปฐมภูมิกลายเป็นหน่วยขึ้นทะเบียนและคัดกรองผู้ป่วยเพื่อ
การส่งตัวไปรับการรักษาในที่มีความสามารถสูงกว่า ทั้งที่โดยเป้าหมาย
และปรัชญาของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิแล้วถือว่า การดูแลสุขภาพ
ปฐมภูมินั้นมีเอกลักษณ์และจุดเด่นของตนเองที่สามารถให้บริการที่มี
ลักษณะเฉพาะ และสามารถแก้ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ได้ด้วยตนเอง
โดยไม่จำเป็นต้องส่งต่อ

การนิยามว่าการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นบริการด้านหน้าที่
เฝ้าประดูและคัดกรองผู้ป่วย จึงเป็นการนิยามที่เน้นในสิ่งที่หน่วยบริการ
ปฐมภูมิทำไม่ได้ (คือการรักษาโรคที่ต้องการใช้เทคนิคทางการแพทย์
หรือเครื่องมือที่ซับซ้อน) และเน้นการเอางานส่วนน้อยมาเป็นคุณลักษณะ
หลักในการนิยาม การนิยามเช่นนี้มีรากฐานจากวิธีคิดแบบชีวเทคนิค
ทางการแพทย์ (Bio-technical model) ที่เน้นงานด้านการรักษาและ
การใช้เทคนิคทางการแพทย์เป็นหลักเกณฑ์ในการจำแนกและให้ความ
หมายระบบบริการ ในขณะที่การดูแลสุขภาพปฐมภูมินั้นมีรากฐานจาก
วิธีคิดแบบชีว-จิต-สังคม (Bio-psycho-social model) ซึ่งมีจุดแข็ง
อยู่ที่การดูแลหลายมิติอย่างเป็นองค์รวมที่ระบบการแพทย์เฉพาะทาง
ไม่สามารถทำได้ดีเท่า การนิยามที่เน้นการเป็นบริการด้านหน้าจึงเป็น
การนิยามที่มีอคติ (Bias) และลดทอนคุณค่าของการดูแลสุขภาพ
ปฐมภูมิโดยไม่จำเป็น

บริการเบื้องต้น

เช่นเดียวกับการให้ความหมายการดูแลสุขภาพปฐมภูมิว่า
เป็นบริการสุขภาพเบื้องต้นที่เน้นการรักษาโรคง่ายๆ ที่ไม่ซับซ้อน การ
นิยามดังกล่าวทำให้เกิดภาพตัวแทนของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่
คล้ายกับเป็นหน่วยปฐมพยาบาลที่ใครๆ ถ้าได้ผ่านการอบรมเบื้องต้น
มาก็ทำได้ แท้ที่จริงแล้ว การให้การดูแลสุขภาพปฐมภูมิไม่ได้เป็นเรื่อง
ง่ายๆ และไม่ใช้การให้บริการเฉพาะที่เป็นการรักษาเบื้องต้น การดูแล



ผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องเข้าใจปัจจัยทางครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม หรือ การให้การเยียวยาผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องฟื้นฟูชีวิต ต้องสร้างความเข้าใจและ การยอมรับจากชุมชนที่มีความรังเกียจเดียดฉันท์ หรือในกรณีของผู้ป่วย ซิอี มนัส ที่ประสบอุบัติเหตุจนต้องตัดแขนทั้งสองข้าง การผ่าตัดเพื่อ ตัดแขนทั้งสองข้างออกโดยศัลยแพทย์นั้นดูจะเป็นเรื่องที่ยาก ไม่ซับซ้อน และไม่ต้องใช้เวลาและทักษะหลายด้านเท่ากับงานของเจ้าหน้าที่สุขภาพ ชุมชนที่ต้องกอบกู้ชีวิตของมนัสที่แตกสลายและหมดหวังให้กลับมามี พลังที่จะต่อสู้สร้างชีวิตใหม่ของตนขึ้นอีกครั้ง (ดู วราพร 2549: 35– 45)

การดูแลสุขภาพปฐมภูมิจึงไม่ได้เป็นบริการเบื้องต้นของใคร แต่สามารถเป็นบริการที่มีคุณค่าและศักยภาพที่จะแก้ปัญหาที่ซับซ้อน เกินกว่าที่บริการทางการแพทย์ที่เน้นการรักษาโรคและการซ่อมแซม อวัยวะจะสามารถทำได้ เพราะสุขภาพในมุมมองของการดูแลสุขภาพ ปฐมภูมินั้นเป็นสุขภาพะที่แยกไม่ขาดจากมิติทางสังคมวัฒนธรรมและ ความเป็นมนุษย์

Extended OPD?

ด้วยเหตุเดียวกันนี้เราจึงไม่ควรทำให้การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกสถานที่ หรือ Extended OPD เพราะ การจัดส่งแพทย์หรือพยาบาลหมุนเวียนไปให้การตรวจรักษาโรคที่หน่วย บริการสุขภาพปฐมภูมินั้น แม้จะเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ช่วยอำนวยความสะดวก ให้แก่ผู้ป่วยในท้องถิ่นห่างไกล แต่จุดเด่นของการดูแลสุขภาพ ปฐมภูมิอยู่ที่การรู้จักชุมชนและสามารถให้การดูแลรักษาที่สอดคล้อง กับบริบทของครอบครัวและชุมชนได้ ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่ไม่เข้าใจ บริบทของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิไม่เพียงแต่จะไม่ใส่ใจต่อบริการด้าน สังคมวัฒนธรรมและพฤติกรรมสุขภาพ แต่ยังจะใช้วิธีคิดแบบเวชศาสตร์ ชีวภาพไปตัดสินคุณค่าของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ จนทำให้บุคลากร



สุขภาพปฐมภูมิถูกปฏิบัติต่อราวกับเป็นหมอเกรดสอง แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่ไปร่วมให้บริการในหน่วยสุขภาพปฐมภูมิจะต้องเข้าใจแนวคิดการดูแลสุขภาพปฐมภูมิและร่วมกันทำงานในฐานะทีมงานสุขภาพปฐมภูมิภายใต้ปรัชญาที่ถูกต้อง

บริการของกานา?

การดูแลสุขภาพปฐมภูมิยังมักถูกมองว่าเป็นบริการสำหรับคนจนหรือสำหรับประเทศยากจน ซึ่งเป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนอย่างยิ่ง ความจริงก็คือ การดูแลสุขภาพปฐมภูมินั้นเป็นประโยชน์กับทุกคนและจำเป็นสำหรับทุกสังคมทั้งในประเทศยากจนและประเทศที่ร่ำรวย เพราะระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิให้บริการที่เป็นมิตร ใกล้ชิดกับชุมชน เป็นบริการที่เข้าถึงได้ง่ายและตอบสนองกับความจำเป็นส่วนใหญ่ของปัญหาสุขภาพของทุกคน จะเห็นได้ชัดว่า สังคมที่ถือว่าตนเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วกลับเป็นประเทศที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิมากกว่าประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งมักหลงอยู่กับการไล่ตามเทคโนโลยีขั้นสูง จนลืมคิดถึงระบบการดูแลสุขภาพที่เป็นรากฐานที่ต้องสร้างให้เข้มแข็งขึ้นก่อน

นิยามเพื่อสร้างเสริมพลังของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

หากหัวใจของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิอยู่ที่การผสมผสานความรู้เรื่องสุขภาพเข้ากับความเข้าใจในมิติทางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน กับการใส่ใจต่อความทุกข์และความละเอียดอ่อนต่อมิติของความเปราะบางแล้ว เราอาจพิจารณาได้ไม่ยากว่าแท้ที่จริงแล้วงานการดูแลสุขภาพปฐมภูมินั้น เป็นศิลปะชั้นสูงของการดูแลรักษาสุขภาพ เพราะต้องผสมผสานทั้งศาสตร์ทางการแพทย์เข้ากับความรู้ทางสังคมและศิลปะการเข้าใจมนุษย์ ที่ว่าการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นศิลปะการดูแลรักษาสุขภาพก็เพราะเป็นงานที่ต้องใส่ใจสุขภาพในหลายมิติ ทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และมิติทางจิตวิญญาณ



การทำงานที่ต้องผสมผสานหลายมิติเหล่านี้ให้ลงตัวอย่าง
พอเหมาะพอดีถือเป็นศิลปะที่ต้องมีการเรียนรู้และฝึกฝนจนเกิดทักษะ
ไม่ใช้การทำงานที่เห็นชีวิตเป็นเครื่องยนต์กลไกที่จะใช้เทคนิคการแพทย์
มาซ่อมแซมเหมือนซ่อมเครื่องจักรที่ไม่มีความรู้สึกนึกคิด การผสมผสาน
ทั้งความเข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรม มีความละเอียดอ่อน และมีความ
เข้าใจในความเป็นมนุษย์ เป็นหัวใจของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิและเป็น
จุดเด่นที่เป็นเอกลักษณ์ที่ไม่มีระบบบริการระดับอื่นจะทำได้ดีเท่า การ
นิยามการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจึงควรนิยามด้วยจุดแข็งอันเป็นเสน่ห์ของ
การดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่ไม่มีบริการอื่นเหมือน

จะเห็นได้ว่า การดูแลสุขภาพปฐมภูมินั้นมีศักยภาพและ
เอกลักษณ์ที่เป็นจุดแข็งของตนเองได้ และการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ
ปฐมภูมิที่ถูกต้องนั้นจะต้องสร้างขึ้นบนจุดแข็งของตนเอง งาน
สุขภาพปฐมภูมิจึงไม่ใช่เรื่องที่จะต้องไปแข่งขันกับโรงพยาบาลในการ
รักษาโรคด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ซับซ้อน เพราะการดูแลสุขภาพ
ปฐมภูมินั้นมีจุดเด่นและบทบาทหน้าที่เฉพาะ ที่หน่วยบริการสุขภาพ
ระดับอื่นทำไม่ได้ และแม้ว่างานสุขภาพปฐมภูมิจะไม่มีเทคโนโลยีทาง
การแพทย์ขั้นสูงเทียบเท่ากับโรงพยาบาลใหญ่ๆ และไม่มีผู้เชี่ยวชาญ
เฉพาะทาง แต่สิ่ง que การดูแลสุขภาพปฐมภูมิมีได้มากกว่าบริการระดับ
อื่นก็คือ บริการที่เป็นมิตร ใกล้ชิด และเข้าใจชุมชน สามารถทำงานร่วม
กับครอบครัวและชุมชนเพื่อสร้างสุขภาพและแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วย
ที่ซับซ้อนได้ด้วยความรู้ทางการแพทย์ที่ผสมผสานกับความเข้าใจทาง
สังคมและความใส่ใจในความเป็นมนุษย์

ลักษณะเด่นที่เป็นเอกลักษณ์ของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

จากที่กล่าวมาข้างต้น เราอาจสรุปคุณลักษณะเด่นที่เป็น
จุดแข็งของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิได้เป็นประเด็นหลักๆ ดังนี้



- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเน้นการดูแลแบบองค์รวม คือดูแลคนทั้งคน ใส่ใจกับชีวิตและความสุขทุกข์ของคนมากกว่าที่จะดูแลแบบแยกชีวิตและแยกปัญหาสุขภาพออกเป็นส่วนๆ เป็นอวัยวะๆ
- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเน้นการทำงานเชิงรุก คือมุ่งการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังแต่แรกเริ่มมากกว่าที่จะรอให้เกิดโรค ความเจ็บป่วย หรือความทุกข์ลุกลามมากขึ้นแล้วค่อยหาทางแก้ไข
- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเน้นการผสมผสานงานส่งเสริม/ป้องกัน/รักษา/ฟื้นฟู โดยทำควบคู่ผสมผสานกันในกระบวนการทำงานร่วมกับองค์กรและกลไกต่างๆ ในพื้นที่
- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเน้นการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต มากกว่าที่จะเน้นการรักษาเป็นครั้งๆ โดยให้ความสำคัญกับประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพตลอดช่วงชีวิตของบุคคลที่ส่งผลต่อชีวิต สุขภาพและการดูแลรักษาความเจ็บป่วยของเขา
- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิทำงานเชื่อมโยงหลายระดับ: ทั้งระดับบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน โดยถือว่าปัญหาทุกระดับส่งผลถึงกัน และการแก้ปัญหาต้องดำเนินการควบคู่ในหลายระดับพร้อมกัน
- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิทำงานเชื่อมโยงหลายมิติ: ทั้งมิติทางกาย/ใจ/สังคม/จิตวิญญาณ ที่ต้องใส่ใจให้ทุกมิติเกื้อกูลส่งเสริมซึ่งกันและกัน เป็นสุขภาวะได้อย่างมีดุลยภาพ
- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิทำงานเชื่อมโยงระดับบริการ โดยช่วยเอื้ออำนวยและประสานให้การใช้บริการทางการแพทย์ในระดับอื่นๆ เป็นไปอย่างสะดวก รวดเร็วและได้ผล



- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิทำงานโดยผสมผสานระบบการแพทย์ที่หลากหลายในชุมชน ทั้งการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและทางเลือกสุขภาพแบบต่างๆ ให้เป็นประโยชน์เกื้อกูลต่อสุขภาพได้
 - การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเน้นการเสริมสร้างระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของท้องถิ่น
- จะเห็นว่าระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิมีวิถีคิดและวิถี

การทำงานสุขภาพที่แตกต่างออกไปจากระบบโรงพยาบาลที่เน้นเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ซับซ้อน รวมทั้งต้องการความรู้ ทักษะ และความชำนาญ การที่แตกต่างไปจากทักษะของแพทย์เฉพาะทาง เป็นระบบบริการที่มีศักยภาพ สามารถแก้ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนบางอย่างที่ระบบการแพทย์เฉพาะทางอาจแก้ไม่ได้ เช่นเดียวกับที่ระบบการแพทย์เฉพาะทางก็สามารถแก้ปัญหาทางการแพทย์ที่ซับซ้อนที่ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิไม่สามารถแก้ได้ ความสัมพันธ์ระหว่างระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิกับระบบบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิ จึงไม่ได้เป็นไปในลักษณะที่ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิส่งผู้ป่วยที่ตนรักษาไม่ได้ไปยังบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิเพียงทางเดียวเสมอไป แต่ในทางกลับกัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม หรือมีมิติของชุมชนและครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้อง แพทย์ในระบบบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิก็อาจจำเป็นต้องขอคำปรึกษาจากบุคลากรสุขภาพในระบบปฐมภูมิที่มีความรู้ความเข้าใจในภูมิหลังทางครอบครัวและแบบแผนทางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่นดีกว่า

ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจะมีความเข้มแข็งจนเป็นที่ยอมรับและสามารถให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและแพทย์ในระบบทุติยภูมิหรือตติยภูมิตั้งที่กล่าวมาได้นั้น องค์ความรู้ของระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจะต้องมีการพัฒนาโดยมีรากฐานของวิถีคิดและปรัชญาที่ชัดเจน การดูแลสุขภาพปฐมภูมิจะไม่ใช่งานบริการที่ลอกเลียนหรือ



จดจำเอาเลี้ยวส่วนหรือเศษความรู้ทางการแพทย์ของแพทย์เฉพาะทาง มาสาขาละเล็กละน้อย มารวมกันเป็นความรู้สำหรับใช้ในระบบปฐมภูมิ แต่ต้องเป็นองค์ความรู้พื้นฐานของวิธีคิดที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของ งานการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเองที่มีลักษณะเด่นอยู่กับการมองสุขภาพ อย่างเป็นองค์รวม เป็นความรู้ที่จะทำให้การดูแลสุขภาพปฐมภูมิมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีและมีความเข้มแข็งบนฐานความรู้ของตนเอง

การสร้างระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิให้เข้มแข็ง จึงขึ้นอยู่กับ การปรับกระบวนการทัศน์สุขภาพและการให้ความสำคัญกับการทำงาน ชุมชนด้วยทัศนะใหม่ที่มองสุขภาพอย่างมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และปัญญาหรือจิตวิญญาณ ในขณะที่ วิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ศึกษาชีวิตบนพื้นฐานวิธีคิดแบบแยกส่วน ลดส่วน และกลไก เน้นการมองความเจ็บป่วยในลักษณะที่ไม่เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยทางสังคม ไม่มีความหมายทางสังคมและไม่สัมพันธ์กับบริบท ทางสังคมใดๆ ทำให้มิติทางจิตวิญญาณ สุนทรียภาพ และความเป็นมนุษย์ สูญหายไปจากกระบวนการรักษาโรค การดูแลสุขภาพปฐมภูมิมีจุดเน้น และมองความเจ็บป่วยที่แตกต่างออกไป โดยให้ความสำคัญกับความเป็น องค์รวมของชีวิตและให้การดูแลรักษาสุขภาพอย่างบูรณาการ การเข้าใจ ความหมายของชีวิตและสุขภาพต้องอาศัยกระบวนการทัศน์ใหม่เป็นรากฐาน ของการสร้างความรู้ กระบวนการทัศน์สุขภาพใหม่นี้ถือว่าสุขภาพหรือ สุขภาพะนั้นสัมพันธ์เชื่อมโยงกับมิติทางสังคม วัฒนธรรม สุนทรียภาพ และสันติภาพ รวมทั้งยังเน้นคุณค่าและศักยภาพแห่งความเป็นมนุษย์ ที่สามารถเรียนรู้ เติบโต และบรรลุถึงอิสรภาพแห่งตน ก้าวพ้นความบีบคั้น คับข้องไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ ความรักและความเอื้ออาทรใน มนุษยชาติที่เชื่อมโยงเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (ดูรายละเอียดจาก โกมาตร 2544)

การทำงานสุขภาพชุมชนและการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ จึง จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์หรือรากฐานวิธีคิดจากการมอง



สุขภาพแบบแยกส่วน ลดส่วน และกลไก สู่การมองแบบองค์รวมและให้ความสำคัญกับการทำงานชุมชนที่เชื่อมโยงสุขภาพเข้ากับมิติต่างๆ มีความเข้าใจชุมชนและครอบครัว ตลอดจนวิถีการดำเนินชีวิตของชุมชน การดูแลสุขภาพปฐมนิคมจึงต้องผสมผสานความเข้าใจทางสังคม เข้ากับความรู้ด้านการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข ซึ่งจะ ทำให้การทำงานสุขภาพสอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อให้งานสุขภาพเชิงรุกและการให้การดูแลรักษาความเจ็บป่วยส่วนใหญ่ สามารถจัดการได้ในระบบบริการที่อยู่ใกล้ชิดกับชีวิตชุมชน ซึ่งก็คือ ระบบการดูแลสุขภาพปฐมนิคมนั่นเอง

ปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงอยู่ที่การสร้างเสริมพลังให้แก่ระบบการดูแลสุขภาพปฐมนิคมเป็นสำคัญ

ບົກທີ່ 2

ມີຕິທາງປະវັຕິສາສຕ្រៈ
ພັດທនាការសុខភាពປង្ខມភូមិ
ແລະបរិបត្តិការໃໝ່ທາງສັງຄົມ



ระบบบริการสุขภาพในแต่ละยุคสมัยเป็นผลผลิตของความคิดและเหตุปัจจัยที่เป็นไปตามเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์ ระบบบริการสุขภาพไทยมีการเปลี่ยนแปลงมาอย่างต่อเนื่อง หากพิจารณาจากมุมมองเชิงประวัติศาสตร์ก็จะเห็นได้ว่าระบบบริการสุขภาพไทยมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง แต่ในขณะเดียวกันก็ถูกพันธนาการไว้ด้วยวิธีคิดที่ทำให้ระบบสุขภาพไทยมีปัญหาที่แก้ไม่ตก การก้าวพ้นจากการติดขัดในกรอบวิธีคิดเดิมเป็นเงื่อนไขสำคัญที่สุดของการยกระดับระบบบริการสุขภาพไทยให้มีคุณภาพสูงยิ่งขึ้น การทบทวนประวัติศาสตร์การแพทย์ การสาธารณสุขไทยจะช่วยให้เราได้เห็นถึงวิธีคิดและความเป็นมาของปัจจัยที่ทำให้ระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุขไทยเป็นอย่างที่เป็นอยู่

พัฒนาการแนวคิดปฐมภูมิ

สุขภาพกับการเริ่มต้นของระบบบริการสาธารณสุขระดับต้น

อาจกล่าวได้ว่า ตลอดประวัติศาสตร์การพัฒนาของการสาธารณสุขไทย แนวคิดการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care) ถูกรับรู้และถูกให้ความหมายแตกต่างกันไป ความหมายที่ต่างกันนี้เป็นไปตามบริบททางสังคมและประวัติศาสตร์ ซึ่งส่งผลให้งานปฐมภูมิถูกให้ความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงเวลา การจัดการบริการสาธารณสุขในระดับชุมชนของประเทศไทย ได้รับอิทธิพลจากแนวคิดหลักที่ถือว่ารัฐมีภาระหน้าที่ในการจัดหาบริการสุขภาพและสร้างหลักประกันด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนทุกคน แนวคิดเรื่องรัฐเป็นผู้จัดให้มีบริการสาธารณสุขระดับต้นนี้ถือกำเนิดขึ้นในประเทศอังกฤษและขยายไปทั่วโลกหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เพราะรัฐต่างๆ ยังไม่สามารถที่จะจัดสรรทรัพยากรเพื่อสร้างโรงพยาบาลและกระจายแพทย์ไปยังทุกส่วนของประเทศได้ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยเวลานานและ



ต้นทุนในการผลิตที่สูง การจัดให้มีบริการสุขภาพระดับต้นกระจายไป
ในชุมชนจึงเป็นทางออกที่เป็นไปได้มากที่สุดในยุคแรกของการพัฒนา
ระบบบริการสุขภาพ (ราตรี 2548: 18)

ประเทศไทยก็ได้รับอิทธิพลจากแนวคิดดังกล่าวเช่นกัน
โดยเริ่มมีการจัดตั้ง “โอสถศาลา หรือโอสถสถาน” ขึ้นในบางจังหวัด
ให้เป็นทั้งสถานที่บำบัดโรคและสำนักงานของแพทย์สาธารณสุขตั้งแต่ปี
พ.ศ. 2456 ต่อมาใน พ.ศ. 2475 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “สุขศาลา”
โดยในท้องที่ที่เป็นชุมชนหนาแน่น ราชการจะส่งแพทย์ไปประจำเพื่อให้
บริการประชาชน “สุขศาลา” ประเภทที่มีแพทย์ไปประจำนี้เรียกว่าเป็น
“สุขศาลาชั้นหนึ่ง” ส่วน “สุขศาลาชั้นสอง” คือ สุขศาลาที่ไม่มีแพทย์
ประจำ เมื่อมีการสถาปนากระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2485
กรมการแพทย์ได้รับโอน “สุขศาลาชั้นหนึ่ง” ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดและ
อำเภอใหญ่ๆ บางแห่งไปปรับปรุงเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด และ
โรงพยาบาลอำเภอ บางส่วนเทศบาลรับไปดำเนินการ สำหรับ “สุขศาลา
ชั้นหนึ่ง” ที่ไม่ได้โอนไปอยู่กับเทศบาลและไม่ได้รับการยกฐานะเป็น
โรงพยาบาลอยู่ภายใต้การดูแลของกรมอนามัย

ต่อมา “สุขศาลาชั้นหนึ่ง” เหล่านี้พัฒนามาเป็น “สถานี
อนามัยชั้นหนึ่ง” ในปี พ.ศ. 2497 เป็น “ศูนย์การแพทย์อนามัยชนบท”
ในปี พ.ศ. 2515 เป็น “ศูนย์การแพทย์และอนามัย” ในปี พ.ศ. 2517
เป็น “โรงพยาบาลอำเภอ” ในปี พ.ศ. 2520 และเป็นโรงพยาบาล
ชุมชนในปี พ.ศ. 2525 จนถึงปัจจุบัน สำหรับ “สุขศาลาชั้นสอง”
ส่วนใหญ่อยู่กับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น “สถานี
อนามัยชั้นสอง” ในปี พ.ศ. 2495 และเป็น “สถานีอนามัย” ในปี พ.ศ.
2515 มาจนปัจจุบัน ในส่วนของสำนักงานผดุงครรภ์เริ่มในปี พ.ศ. 2497
โดยที่รัฐบาลเห็นสมควรให้การสงเคราะห์แก่มารดาและทารกเพื่อลด
อัตราการตายของทารก จึงได้มีการอบรมนักเรียนผดุงครรภ์ชั้นสอง
ขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2482 ซึ่งส่วนใหญ่ส่งไปอยู่ตามท้องที่ตำบลที่ยังไม่มี

การสร้างสถานีนอนามัย โดยให้ไปตั้งเป็น “สำนักงานนางผดุงครรภ์ชั้นสอง” ที่บ้านก้านัน ต่อมา มีการสร้างสำนักงานผดุงครรภ์ขึ้น โดยแบ่งเป็น 2 แบบ แบบที่ 1 มีทุนผูกพันให้ผู้บริจาคทรัพย์สร้างสำนักงานผดุงครรภ์ส่งลูกหลานเข้าเรียนผดุงครรภ์ได้แล้วกลับไปประจำที่สำนักงานผดุงครรภ์นั้น ส่วนแบบที่ 2 เป็นแบบไม่มีทุนผูกพัน ใน พ.ศ. 2525 มีการยกฐานะสำนักงานผดุงครรภ์ทั้งหมดกว่า 1,400 แห่ง ขึ้นเป็นสถานีนอนามัยทำให้มีจำนวนสถานีนอนามัยเพิ่มขึ้นมากในปีดังกล่าว

พัฒนาการของหน่วยบริการสุขภาพระดับต้นของประเทศส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศในแต่ละยุคสมัย กล่าวคือ ในยุคที่อัตราการตายของทารกและมารดาอยู่ในระดับที่สูงซึ่งส่งผลให้อายุคาดเฉลี่ยของประชากรต่ำกว่าที่ควรจะเป็น รวมทั้งปัญหาจากโรคติดต่อสำคัญ เช่น ไข้ทรพิษ อหิวาตกโรค และไข้มาเลเรีย ยังคงเป็นภัยคุกคามคร่าชีวิตประชากร รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงต้น พ.ศ. 2490 จนถึงต้น พ.ศ. 2500 จึงเน้นนโยบายสาธารณสุขใน 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ควบคุมโรคติดต่อ 2) งานอนามัยแม่และเด็ก 3) งานสุขาภิบาล (กระทรวงสาธารณสุข 2510: 60–66) รัฐบาลขณะนั้นโดยกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายผลิตผดุงครรภ์และพนักงานสุขาภิบาล เพื่อออกไปทำงานอนามัยแม่และเด็ก งานสุขาภิบาล และควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่นชนบท และด้วยความช่วยเหลือขององค์กร USOM (United States Operations Mission) กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมและแสดงการปฏิบัติงานอนามัยชลบุรี ขึ้นในปี พ.ศ. 2494 โดยขึ้นกับกองสุขภาพกรมอนามัย เพื่อทำการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ต่างๆ ทั้งพยาบาล ผดุงครรภ์ และพนักงานสุขาภิบาล (ราตรี 2548: 19)

จุดเปลี่ยนสำคัญของพัฒนาการหน่วยบริการระดับต้นอยู่ในช่วงระหว่างแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3–4 ที่มีการยกฐานะสุขศาลาขึ้นหนึ่งขึ้นเป็นโรงพยาบาลอำเภอ พร้อมกับการขยายเป้าหมายให้มีโรงพยาบาล



อำเภอครอบคลุมอำเภอทุกแห่ง การขยายบริการทางการแพทย์ที่มีการแบ่งช่วงชั้นตามระดับความซับซ้อนของเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้ทำให้สุขภาพขั้นสอง ที่ยกฐานะเป็นสถานีนอมนำระดับตำบลถูกมองว่าเป็นแค่บริการเบื้องต้นทำหน้าที่คัดกรองคนป่วยก่อนส่งต่อให้โรงพยาบาลอำเภอที่มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงกว่า การแบ่งระดับช่วงชั้นของหน่วยบริการสุขภาพข้างต้นนี้ มีรากฐานจากความรู้แบบชีวการแพทย์ (bio-medicine) เป็นสำคัญ โดยเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการมีโรคหรือความผิดปกติของระบบกลไกอวัยวะที่ต้องการการรักษาทางการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบบริการจึงถูกแบ่งตามระดับความสูงต่ำของความรู้และความซับซ้อนของเทคโนโลยีการแพทย์ การดูแลสุขภาพปฐมภูมิซึ่งมีทักษะจากความรู้ของทฤษฎีดังกล่าวน้อยที่สุดจึงถูกจัดให้ไปอยู่ปลายสุดของระบบบริการสุขภาพ

วิธีคิดในการจัดบริการเช่นนี้แม้ว่าจะช่วยกระจายบริการสุขภาพให้ทั่วถึงได้ โดยกำหนดให้มีสถานบริการระดับต้นทำหน้าที่ให้การรักษาเบื้องต้นและคอยคัดกรองผู้ป่วยก่อนที่จะขึ้นไปสู่บริการในระดับที่สูงขึ้น โดยจัดระบบให้สถานบริการรับภาระลดหลั่นกันไปในแต่ละระดับ เรียกว่า “ระบบส่งต่อผู้ป่วย” (Referral system) โดยมองว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้ป่วยจะต้องเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพระดับต้น และระบบจะเป็นผู้คัดกรองส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องไปรับการรักษาในระดับบริการที่สูงขึ้นไปตามลำดับ (บุญเรียง และคณะ 2539) แต่แนวคิดเช่นนี้ก็มักไม่สามารถทำให้เป็นจริงได้ในระดับปฏิบัติ เพราะผู้ป่วยมักลัดชั้นตอนไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ บทบาทของหน่วยบริการสุขภาพระดับต้นที่ต้องทำหน้าที่ Gate Keeper นั้นดูจะไม่เป็นไปตามทฤษฎี เพราะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ก็ยังมีผู้ป่วยแออัดกันเป็นจำนวนมาก และผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ไม่ได้เป็นผู้ที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการระดับต้น

แม้บทบาทการเป็นผู้ควบคุมการส่งต่อเพื่อการรักษาต่อที่โรงพยาบาลจะไม่ประสบผลตามที่น่าจะเป็น แต่บุคลากรในระบบบริการสุขภาพในระดับต้นเหล่านี้ก็มีบทบาทในด้านอื่นๆ ทั้งในการให้การรักษายาบาลเบื้องต้น การทำคลอด การให้ภูมิคุ้มกัน หรือการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมโรค โดยเฉพาะในช่วงการดำเนินแผนงานโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญต่อบทบาทของสถานีนามัย ซึ่งตั้งอยู่ในท้องถิ่นเป็นอย่างมาก เพราะเป็นด่านหน้าในการวางแผนครอบครัวเพื่อการลดอัตราการเพิ่มประชากร ช่วงปี พ.ศ. 2515–2519 มีการจ่ายรถจักรยานยนต์แก่เจ้าหน้าที่ระดับท้องถิ่นโดยเฉพาะผดุงครรภ์อนามัย เพื่อช่วยขยายขอบเขตการปฏิบัติงานและสร้างแรงจูงใจผู้มารับบริการคุมกำเนิดรายใหม่ (กรมอนามัย 2546: 85) ระหว่างปี พ.ศ. 2521–2523 รัฐบาลไทยกู้เงินจากธนาคารโลกโดยไม่เสียดอกเบี้ยจำนวน 68.6 ล้านดอลลาร์เพื่อขยายงานวางแผนครอบครัวและพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศ (ไพโรจน์ 2521)

การสาธารณสุขมูลฐานกับกระบวนการใหม่ของการพัฒนาสุขภาพ

ความสำเร็จของมาร์แชลแพลน (Marshall Plan) ในการฟื้นฟูยุโรปหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้ทำให้รัฐมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาเพื่อกอบกู้ความเสื่อมทรุดของประเทศหลังสงคราม การฟื้นฟูหรือการพัฒนาได้กลายเป็นเหตุผลสำคัญของการดำรงอยู่ของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศโลกที่สามหรือประเทศกำลังพัฒนา ในแนวคิดรัฐกับการพัฒนาดังกล่าวนั้น สุขภาพได้กลายเป็นประเด็นสำคัญที่ทำให้งานการพัฒนาปรากฏเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนได้ การวิเคราะห์สภาวะการด้อยพัฒนาว่าเกิดจากวงจรอุบาทว์ คือ “โง่ จน เจ็บ” ได้ทำให้การพัฒนาเพื่อกำจัดความเจ็บป่วยกลายเป็นมูลเหตุสำคัญ ที่รัฐและองค์กรความช่วยเหลือต่างๆ จะต้องเข้ามาดำเนินการด้านการสาธารณสุขตาม



นโยบายการสาธารณสุขมูลฐานในปลายทศวรรษ 2510 โดยการนำขององค์กรระหว่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็นองค์การอนามัยโลก (WHO) หรือองค์กรยูนิเซฟ รวมทั้งองค์กรพัฒนาเอกชนระดับโลกต่างๆ

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในหลายประเทศที่ได้ำนานโยบายสาธารณสุขมูลฐานมาดำเนินการอย่างจริงจัง ในช่วงระยะเวลาไม่กี่ปีของการดำเนินนโยบายสาธารณสุขมูลฐานได้มีการจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผส.) ขึ้นทั่วไปในแทบทุกชุมชนของประเทศ ในช่วงที่นโยบายดังกล่าวได้รับการดำเนินการอย่างเร่งรัดนั้นเกิด อสม. ทั่วประเทศมากกว่า 50,000 คน และผส. อีกกว่า 500,000 คน (Thavitong Hongvivatana 1988) กิจกรรมต่างๆ ในงานสาธารณสุขมูลฐานได้รับการสนับสนุนและผลักดันอย่างเต็มที่จากองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ และได้กลายเป็นเป้าหมายสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานตลอดช่วงเวลา 2-3 ทศวรรษ หลังจากการรับนโยบายสาธารณสุขมูลฐานมาดำเนินงานในประเทศไทย

การสำรวจบทบาทในงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครที่ดำเนินการในระยะหลัง พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการขึ้นทะเบียนมีถึงราว 800,000 คน นอกจากนั้นยังพบแนวโน้มที่ชัดเจนอย่างหนึ่งคือ อสม. สามารถทำงานและแสดงบทบาทในกิจกรรมได้สำเร็จในช่วงระยะเวลาดังนั้นๆ เช่น การให้ความรู้ หรือแจ้งข่าวสารแก่ชาวบ้าน การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน (ข้อมูล จปฐ. ข้อมูลอนามัย ประชากรสัตว์ปีก การฉีดวัคซีน เป็นต้น) การรณรงค์เพื่อการควบคุมโรคที่เกิดเป็นครั้งคราวตามฤดูกาล เช่น ไข้หวัดนก ไข้เลือดออก เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นไปตามเงื่อนไขของวัยและอาชีพที่กว่า 61.4% ยังมีภาระที่ต้องเลี้ยงดูบุตรที่ยังเรียนและไม่ได้ทำงาน และ อสม. ร้อยละ 44.4 มีอาชีพเป็นเกษตรกรและร้อยละ 25.4 ทำงานรับจ้าง ข้อจำกัดในเรื่องอาชีพที่ต้องทำมาหากินและต้องเลี้ยงดูครอบครัวจึงไม่พึงคาดหวังให้ อสม. ทำงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตลอดเวลาได้ (สุจินดา และคณะ 2550)



ขณะเดียวกัน งานตามบทบาทของ อสม. ที่จำเป็นต้องใช้เวลาต่อเนื่องหรือเป็นงานประเภทไม่จบไม่สิ้นและไม่เป็นเวลา เช่น การส่งต่อผู้ป่วย การให้บริการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชนหรือการรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น หรืองานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การดูแลรักษาความสะอาดบริเวณบ้าน จะเป็นงานที่ อสม. ทำได้เป็นส่วนที่น้อยกว่าลักษณะงานที่เสร็จเป็นครั้งคราว หากเราพิจารณาให้สัมพันธ์กับแบบแผนความเจ็บป่วยกรณีที่เป็นปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงซึ่งการดูแลต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องยาวนานแล้ว จะเห็นได้ชัดว่า อสม. ที่เป็นอยู่อาจมีข้อจำกัดในการให้บริการดูแลติดตามผู้ป่วยเหล่านี้ โดย อสม. มีบทบาทสำคัญเฉพาะในด้านการคัดกรองผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่เป็นสำคัญ

แม้ว่านโยบายสาธารณสุขมูลฐานจะได้สร้างความก้าวหน้าให้กับงานสุขภาพชุมชนได้อย่างไม่เคยมีมาก่อน โดยยึดหลักการสำคัญ 4 ประการคือ

- 1) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation)
- 2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate technology)
- 3) ความร่วมมือระหว่างสาขา (Intersectorial collaboration)
- 4) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพเบื้องต้น (Basic health service reform)

แต่ในส่วนของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเบื้องต้นนั้น ได้รับการเน้นย้ำและมีการนำไปสู่การปฏิบัติน้อยกว่าหลักการสามประการแรก ความพยายามที่จะพัฒนาระบบบริการระดับต้นเป็นรูปธรรมมากขึ้นเมื่อกระทรวงสาธารณสุขเริ่มโครงการทศวรรษการพัฒนาสถานีนโยบาย โดยโครงการดังกล่าวอาศัยบทเรียนจากโครงการอยุธยา และได้กลายเป็นต้นแบบของการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิในระยะต่อมา



จากโครงการอยุธยาสู่ทศวรรษการพัฒนาสถานีอนามัย

การพัฒนาเพื่อหาต้นแบบ (model) ของแนวทางการดูแลสุขภาพภาพปฐมภูมิ (Primary care) ที่ชัดเจน สำหรับประเทศไทย ตลอดจนรูปแบบการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นไปได้ทั้งในระดับชนบท ชานเมือง และในเมือง เกิดขึ้นอย่างจริงจัง ในปี พ.ศ. 2532 ภายใต้ “โครงการพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัวจังหวัดพระนครศรีอยุธยา” พร้อมไปกับการดำเนินโครงการอยุธยาอันเป็นโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) การให้บริการสุขภาพที่ดีถูกถ่ายทอดออกมาผ่านแนวทางการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ 3 ประการคือ การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care) การดูแลอย่างผสมผสาน (Integrated care) การดูแลอย่างองค์รวม (Holistic care) เป้าหมายของการพัฒนาระบบสาธารณสุขคือการสร้างระบบสาธารณสุขบูรณาการ (Integrated health care) ที่มีบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือเวชปฏิบัติครอบครัวคือ องค์ประกอบหลัก (ดู ยงยุทธ 2542ก: 2-3; ดูรายละเอียดเพิ่มเติมโครงการอยุธยา จาก ยงยุทธ 2542ข)

ข้อค้นพบจากโครงการอยุธยาตอกย้ำให้เห็นว่า แม้สถานีอนามัยจะเป็นผลผลิตที่สำคัญอย่างหนึ่งของวิวัฒนาการของระบบการให้บริการทางด้านสาธารณสุขของประเทศที่อยู่ในภาครัฐ และมีหน้าที่ให้การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ แต่การรับรู้ของประชาชน ตลอดจนการยอมรับของบุคลากรในวงการสาธารณสุขที่มีต่อสถานีอนามัยนั้นออกมาในลักษณะที่ว่าสถานีอนามัยเป็นสถานบริการที่มีเกรดต่ำในระบบการให้บริการ ตลอดจนมีการแปลความหมายว่าสถานีอนามัยมีไว้ให้เฉพาะคนในชนบทที่มีทางเลือกน้อยมากในการเข้าถึงระบบการให้บริการทางด้านสาธารณสุข สิ่งที่คาดหวังจากสถานีอนามัยจะเน้นเฉพาะการให้บริการทางด้านป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ส่วนงานรักษาพยาบาลมีน้อย นอกจากนั้น จากการศึกษาพบว่า สถานีอนามัยหรือหน่วยบริการ



สุขภาพปฐมภูมิที่ยืนยันว่าเป็นสถานบริการด้านแรก หรือสถานบริการที่อยู่ใกล้ชุมชนมากกว่า ยังไม่สามารถใช้ข้อได้เปรียบในฐานะที่รู้จักคนใช้ รู้จักชุมชน และสถานการณ์จริงมากกว่าได้เท่าที่ควร (ยงยุทธ 2542: 24, 30-33) อย่างไรก็ตามโครงการอยุธยาได้รับการยอมรับว่าช่วยพัฒนาแนวคิดการดูแลสุขภาพปฐมภูมิให้เกิดความชัดเจนและนำเสนอต้นแบบการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับแต่ละระดับพื้นที่ พร้อมกับเป็นแหล่งศึกษาดูงานการพัฒนางานการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

ช่วงปี พ.ศ. 2535 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการพัฒนาสถานอนามัยในชื่อ “ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย (ปี พ.ศ. 2535-2544)” ในช่วงเวลานี้ ได้กำหนดให้สถานอนามัยหรือหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ สถานอนามัยทั่วไป และสถานอนามัยขนาดใหญ่ โดยกำหนดให้สถานอนามัยขนาดใหญ่มีบทบาทหน้าที่เช่นเดียวกับสถานอนามัยทั่วไป แต่จะมีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานบางด้านที่สูงกว่า ตลอดจนมีเครื่องมือเครื่องมือทางการแพทย์มากขึ้น ช่วงเวลาของทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัยมีการปรับปรุงและพัฒนาสถานอนามัยอย่างมาก ทั้งในแง่อาคารสถานที่และอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องมือทางการแพทย์พยาบาลให้ทันสมัย เพื่อหวังจะยกมาตรฐานคุณภาพบริการทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มขึ้น แต่จากการประเมินโครงการหลังจากดำเนินการมาระยะเวลาหนึ่งพบว่าอุปสรรคสำคัญคือ การให้ความสำคัญกับนโยบายขึ้นอยู่กับผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงแต่ละคนและการที่ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบนโยบายโดยตรงก็ทำให้การดำเนินโครงการไม่ชัดเจนและต่อเนื่อง (สุวิทย์ และคณะ 2539)

หลังวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2540 แนวคิดการดูแลสุขภาพปฐมภูมิได้รับการให้ความสำคัญอีกครั้งหนึ่ง โดยกระทรวงสาธารณสุขดำเนินนโยบาย “สุขภาพดี ต้นทุนต่ำ” เพื่อแก้ไขปัญหาด้านงบประมาณของประเทศจากผลของปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ

เพราะรัฐมองว่าการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพที่ต้นทุนต่ำและชาวบ้านเข้าถึงบริการได้ง่าย (ดู ปรีดา และคณะ 2543; ปรีดา 2544: 264–265)

การเคลื่อนไหวทางสังคมของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ในช่วงครึ่งหลังของทศวรรษ 2540 มีส่วนสำคัญในการทำให้เกิดนิยามสุขภาพใหม่ที่ก้าวพ้นจากการบริหารจัดการเฉพาะภาครัฐสู่การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม (ดู สายศิริ 2548; โกมาตร 2548) ผลที่เกิดขึ้นทำให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในท้องถิ่นต้องปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับการเคลื่อนไหวการเมืองเรื่องสุขภาพของภาคประชาชน เจ้าหน้าที่บริการสุขภาพปฐมภูมิในหลายพื้นที่ปรับบทบาทการทำงานเรื่องสุขภาพโดยร่วมมือกับองค์กรภาคประชาชนที่ก้าวพ้นจากกรอบคิดเรื่องสุขภาพสู่แนวคิดสุขภาพะเหวือสุขภาพองค์รวมที่ครอบคลุมมิติ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งอีกแห่งหนึ่งได้ขยายขอบเขตการจัดการเรื่องสุขภาพของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่พ้นจากกรอบคิดแบบชีวการแพทย์

ปัจจุบันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบบริการสุขภาพขนาดใหญ่ โดยเฉพาะระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิได้กลายเป็นด้านหน้าของยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพใหม่ครั้งนี้ และหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิก็ได้รับความสำคัญขึ้นอีกครั้ง ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นพัฒนาการต่อเนื่องจากแนวคิดบริการสุขภาพดี ต้นทุนต่ำของรัฐ โดยมองว่าหากการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง ภาระต้นทุนค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพของชาติโดยรวมจะลดลง งานศึกษาของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2548: 450) ก็ยืนยันไปในทำนองดังกล่าว กล่าวคือ ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่มองเห็นร่วมกันว่ารัฐควรให้ความสำคัญในการลงทุนกับสถานพยาบาลระดับต้นในชุมชน โดยมีเหตุผลที่สำคัญคือ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ

สุขภาพได้อย่างทั่วถึง และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ การมีบริการสุขภาพที่มีต้นทุนต่ำยังเป็นการสนับสนุนให้เกิดการลงทุนเสริมและป้องกันโรค เพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

ภายใต้การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้เองมีการเสนอแนวความคิดในการให้แพทย์ลงไปทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว (Family medicine หรือ Family practice) ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิ (ทวิเกียรติ และยงยุทธ 2548: 256–267) แนวคิดการเสนอให้แพทย์จากโรงพยาบาลออกไปทำงานยังหน่วยบริการปฐมภูมิถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นแนวคิดที่ไม่สอดคล้องกับข้อจำกัดด้านอัตราค่าจ้างแพทย์ของประเทศที่มีจำนวนไม่เพียงพอ และเกรงกันว่าจะทำให้บทบาทของเจ้าหน้าที่ยังหน่วยบริการเดิมเปลี่ยนจากผู้ให้บริการกลายเป็นเพียงลูกมือคอยจ่ายยาตามแพทย์สั่ง ซึ่งจะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับชาวบ้านเปลี่ยนไป

อย่างไรก็ตาม การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการของสถานพยาบาลภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสถานื่อนามัยซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิมกับศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งเป็นการจัดรูปแบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิแบบใหม่ที่มีแพทย์ลงไปช่วยตรวจรักษาพยาบาล ชาวบ้านผู้รับบริการพึงพอใจในบริการ (ครอบคลุมประเด็น ความสะดวก การดูแลเอาใจใส่ คุณภาพบริการ การให้ข้อมูล และค่าใช้จ่าย) ของศูนย์สุขภาพชุมชนมากกว่าสถานื่อนามัย และสถานพยาบาลที่ให้บริการไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการมากที่สุดคือ สถานื่อนามัย (อรทัย และปรีดา 2547: 644–647)

จากพัฒนาการของการสาธารณสุขไทยพบว่าความสำคัญของการรับรู้เกี่ยวกับแนวคิดปฐมภูมิ ตลอดจนลักษณะงานของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิสิ้นไหลปรับเปลี่ยนตลอดเวลาตามบริบทของการพัฒนา



ประเทศในแต่ละช่วงเวลา การดูแลสุขภาพปฐมภูมิจะถูกให้ความสำคัญเป็นช่วงๆ ซึ่งส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของงานปฐมภูมิเพราะเป็นบริการที่มีต้นทุนต่ำและประชาชนเข้าถึงได้ง่าย มากกว่าคุณค่าและเอกลักษณ์เฉพาะที่การดูแลสุขภาพปฐมภูมิมีอยู่จริง และแม้จะเคยให้นิยามความหมายก็จะเน้นไปที่บทบาทในการคัดกรองโรค หรือปัญหาสุขภาพพื้นฐานที่ไม่ซับซ้อน โดยมีได้กล่าวถึงหรือให้น้ำหนักของการดูแลที่ผสมผสานทางด้านสังคม จิตวิทยาที่เป็นเอกลักษณ์ของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ สุพัตรา ศรีวิชชากร (2542ก: 15) ตั้งข้อสังเกตว่า ตรงจุดนี้เองเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คุณค่าของงานปฐมภูมิในสายตาของคนทั่วไปโดยเฉพาะบุคลากรในแวดวงการแพทย์และสาธารณสุขเล็ดลอดอย่างงานทางการแพทย์อื่นๆ

นิยามความหมายของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่ลื่นไหลไปมาหาความชัดเจนไม่ได้นี้ นอกจากทำให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเกิดความสับสนไม่มั่นใจในนโยบายแล้ว ยังทำให้การดูแลสุขภาพปฐมภูมิขาดคุณค่าและเอกลักษณ์เฉพาะที่ชัดเจนในการรับรู้ของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงและคนในสังคมวงกว้าง ผลที่เกิดขึ้นทำให้การสร้างคุณค่า และการยอมรับในการดูแลสุขภาพปฐมภูมิทั้งในแวดวงการสาธารณสุขและสังคมวงกว้างเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก

สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง ที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

ปัจจุบัน สถานการณ์และแนวโน้มเกี่ยวกับสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและส่งผลต่อการก่อบทบาทและภาระหน้าที่ของระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นบริบทที่ทำให้การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิต้องปรับตัวเพื่อให้เป็นระบบบริการที่มีคุณค่า และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนและชุมชน สถานการณ์และแนวโน้มที่สำคัญมีดังนี้



การตื่นตัวเรื่องสุขภาพและกระแสสุขภาพทางเลือก

กระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพที่ค่อยๆ ก่อตัวขึ้นอย่างต่อเนื่องสะท้อนจิตสำนึกใหม่ในเรื่องสุขภาพของสังคมไทย ความตื่นตัวนี้ ด้านหนึ่งเป็นผลมาจากการตระหนักถึงภัยคุกคามจากโรคร้ายที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถให้คำตอบได้ ในหมู่ชนชั้นกลางที่มีชีวิตแปลกแยกอยู่ในเมือง และต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและโรคมะเร็ง การใส่ใจเรื่องสุขภาพและการแพทย์ทางเลือกกลายเป็นทางออกจากภาวะบีบคั้นของวิถีชีวิตสมัยใหม่ ในขณะที่กระแสสุขภาพก่อตัวท่ามกลางชาวบ้านที่ต้องการหาทางออกจากปัญหาสุขภาพที่เป็นผลลัพธ์ของเศรษฐกิจและระบบการผลิตแบบอุตสาหกรรมการเกษตรกลายเป็นความตื่นตัวต่อเกษตรชีวภาพ เกษตรปลอดสาร และเกษตรอินทรีย์ ความตื่นตัวต่อภัยคุกคามสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บที่มากับชีวิตที่ขาดดุลยภาพและห่างเหินจากธรรมชาติ ทำให้เกิดกระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน ความนิยมในเรื่องอาหารสุขภาพ การแพทย์ทางเลือก การออกกำลังกาย ตลอดจนงานที่เกิดกลุ่มและชมรมสุขภาพต่างๆ ที่แพร่หลายขึ้น สะท้อนการเกิดจิตสำนึกสุขภาพใหม่ที่ถือว่า สุขภาพไม่ใช่สิ่งที่ผูกขาดหรือหยิบยื่นให้โดยสถาบันทางการแพทย์ แต่เป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะต้องใส่ใจและแสวงหา

การปฏิรูประบบสุขภาพ

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพที่ได้ก่อตัวมาเป็นระยะเวลากว่า 5 ปีที่ผ่านมา ได้สร้างปรากฏการณ์การมีส่วนร่วมของสังคมวงกว้างในการที่จะร่วมกันกำหนดทิศทางการพัฒนาและคุณลักษณะของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้วยการใช้ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่ทำงานประสานกันทั้งด้านวิชาการ ด้านสังคม และการเมือง เพื่อผลักดัน

ให้ธรรมนูญสุขภาพของคนไทย ที่ใช้เป็นกรอบแนวทางที่ทุกภาคส่วนร่วมกันดำเนินการสร้างสุขภาวะได้อย่างมีเอกภาพ โดยเน้นให้ระบบสุขภาพทั้งระบบ ทำงานเชื่อมประสานกันและเชื่อมโยงกับภาคประชาชนผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่เปิดโอกาสให้ประชาชน และสถาบันทางสังคมเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น แม้ว่าร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติจะยังไม่ผ่านการรับรองของสภาผู้แทนราษฎร แต่กระบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูปที่เปิดกว้างและเน้นการมีส่วนร่วมได้ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของสังคมอย่างกว้างขวาง กระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวเป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพไทยที่จะพัฒนาไปสู่การมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งของระบบสุขภาพภาคประชาชน

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ครอบคลุมทั่วถึงอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน กว่า 95% ของประชาชนมีหลักประกันสุขภาพและสามารถเข้ารับการรักษาตามสิทธิประโยชน์โดยไม่ต้องวิตกกังวลว่าจะถูกปฏิเสธการรักษาเพราะไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล โครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพที่พัฒนามาอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นไปได้ ที่สำคัญการเปลี่ยนแปลงระบบการเงินการคลังสาธารณสุขที่เกิดขึ้นพร้อมกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ทำให้การจัดสรรงบประมาณการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีความเป็นธรรมตามจำนวนประชากรที่แต่ละหน่วยบริการต้องรับผิดชอบ นอกจากนี้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังได้ทำให้เกิดการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนและหน่วยการดูแลสุขภาพปฐมภูมิอื่นๆ ที่ทำงานสุขภาพเชิงรุกและให้บริการใกล้บ้านอีกด้วย แนวโน้มการใช้บริการสาธารณสุขมี

ลดส่วนการใช้บริการที่โรงพยาบาลอำเภอและสถานอนามัยหรือหน่วย
บริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 42.8 และ 33.3
ตามลำดับ จากการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระดบปฐมภูมิที่มีทีมบริการ
สุขภาพสหวิชาชีพให้บริการทั้งเชิงรับ เชิงรุก และเป็นบริการใกล้บ้าน
ใกล้ใจ

ระบบสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่ก่อตั้งโดยการนำ
รายได้ส่วนหนึ่งจากภาษีรัฐที่ได้จากสุราและบุหรี่ยับเป็นนวัตกรรมสำคัญ
ที่มีเพียงไม่กี่ประเทศในโลกเท่านั้นที่สามารถดำเนินการให้เกิดขึ้นได้
งบประมาณจากกองทุนและการดำเนินการของสำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับองค์กรภาคีและเครือข่ายที่กว้าง
ขวางทั้งในภาครัฐ ภาคธุรกิจ ภาคสังคมและชุมชน ได้ทำให้งานด้านการ
สร้างเสริมสุขภาพขยายตัวและเข้มแข็งขึ้น ทั้งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
ในระดับบุคคล การเกิดกลุ่มและชมรมสุขภาพต่างๆ การส่งเสริมสุขภาพ
ในโรงเรียน ชุมชน สถานที่ทำงาน ตลอดจนการรณรงค์ให้เกิดกระแส
สังคมด้านสุขภาพ เช่น เรื่องสุรา บุหรี่ การออกกำลังกาย และการ
รับประทานอาหารหวาน เป็นต้น ด้วยรูปแบบการนำเสนอที่น่าสนใจ
และมีผลกระทบ การรณรงค์ดังกล่าวได้เปิดมิติใหม่ของการสร้างเสริม
สุขภาพ ซึ่งหากมีการดำเนินการที่ต่อเนื่องก็จะสามารถสร้างจิตสำนึก
สุขภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชาวไทยได้

การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา

ระบาดวิทยาของโรคและปัญหาสุขภาพไทยในปัจจุบันตอกย้ำ
ให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องเร่งสร้างระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิให้
เข้มแข็งอย่างทันที่ หากพิจารณาสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญ
ในสังคมไทยจะเห็นได้อย่างชัดเจนถึงระบาดวิทยาสามแบบที่ปรากฏ



ซ้อนทับกัน ได้แก่ การดำรงอยู่ของโรคที่เกี่ยวข้องกับความยากจน เช่น ภาวะโภชนาการพร่อง โรคติดเชื้อทางเดินอาหาร อาหารเป็นพิษ รวมทั้ง โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ที่ยังเป็นความเจ็บป่วยที่พบบ่อยในสังคมชนบท แม้ไม่ได้ทำให้เสียชีวิตก็ตาม โรคกลุ่มนี้ถือเป็นแบบแผนทางระบาดวิทยาแบบที่หนึ่งในวิวัฒนาการของสังคมมนุษย์ ซึ่งเกิดจากวิวัฒนาการทางสังคมที่มนุษย์หยุดการอพยพย้ายถิ่น หันมาตั้งรกรากเป็นชุมชนที่อยู่อย่างเป็นหลักแหล่ง ปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพได้ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของกลุ่มโรคติดเชื้อในสังคมก่อนยุคแห่งความทันสมัย กลุ่มโรคดังกล่าวยังปรากฏในสังคมไทยโดยเฉพาะในพื้นที่ยากจนและกลุ่มคนที่ด้อยโอกาส เช่น คนยากจน ชนกลุ่มน้อย แรงงานต่างด้าว หรือแรงงานอพยพ

ในขณะเดียวกัน ในสังคมไทยก็มีกลุ่มโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาช่วงที่สอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาสู่ความทันสมัย ที่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการบริโภคได้ทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง รวมทั้งอุบัติเหตุ เป็นต้น ซึ่งโรคกลุ่มนี้เป็นสาเหตุการป่วยและการตายอันดับต้นๆ ในปัจจุบัน นอกจากนี้ สังคมไทยยังเผชิญกับกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับระบาดวิทยาช่วงที่สาม ซึ่งเป็นโรคที่เกิดขึ้นและแพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็วในยุคโลกาภิวัตน์ที่มีการเคลื่อนย้ายของคน แรงงาน สินค้าและบริการ ทุน และข้อมูลข่าวสารอย่างรวดเร็ว โรคในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ ไม่ว่าจะเป็นไข้หวัดนก ซาร์ส โรควัวบ้า หรือการกลับมาของวัณโรค ที่ดื้อยาอย่างรุนแรงที่ทำให้การควบคุมป้องกันโรคเอดส์มีความซับซ้อนยากลำบากมากขึ้น เป็นต้น

เราจะเห็นได้ชัดเจนว่าในสถานการณ์ที่แบบแผนทางระบาดวิทยาของโรคมีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ระบบการดูแลสุขภาพของสังคมจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาด้วยระบบการดูแลสุขภาพปฐมนุญมิ นอกจากจะสามารถทำงานเชิงรุกที่เน้น



การป้องกันโรคในกลุ่มแรก ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์งานชุมชนที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องมาจากการสาธารณสุขมูลฐานแล้ว ยังมีบทบาทสำคัญในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งต้องการความรู้ความเข้าใจในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพและมิติทางสังคมวัฒนธรรมของการดูแลรักษาโรค รวมทั้งยังต้องทำหน้าที่ในการป้องกันการควบคุมโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำในระดับชุมชนด้วย

ค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์และสุขภาพ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา รายจ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 3.8 ของ GDP ในปี พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 6.1 ในปี พ.ศ. 2545 โดยเพิ่มขึ้นในอัตราเร็วกว่าการเพิ่มของ GDP (ปี พ.ศ. 2545 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งสิ้น 333,798 ล้านบาท คิดเป็น 5,336 บาท/คน) โดยรายจ่ายส่วนใหญ่เพื่อการรักษาพยาบาลจาก ค่าใช้จ่ายยามีสัดส่วนสูงกว่าร้อยละ 30 งบประมาณรายจ่ายของรัฐที่เป็นไปเพื่อการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 7.5 ของงบประมาณทั้งประเทศ ในยอดงบประมาณของภาครัฐด้านการสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานนั้น มีอัตราเพิ่มขึ้นไม่มากนัก และเป็นงบประมาณเพื่อจ้างบุคลากรในสัดส่วนที่สูงเพิ่มขึ้น ในขณะที่สัดส่วนงบดำเนินการลดลงประมาณร้อยละ 15

การดำเนินตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเป็นธรรมและทั่วถึงขึ้นจากร้อยละ 69 ในปี พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 95.4 ในปี พ.ศ. 2547 แต่ยังมีปัญหาการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลโดยการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวต่ำกว่าต้นทุนที่แท้จริง ทำให้งบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในระบบบริการภาครัฐนั้น งบประมาณเกือบร้อยละ 40 ถูกใช้เป็นบุคลากร ทำให้สถานพยาบาลจำนวนมากอยู่ในสภาพมีหนี้สินต้องแบกรับภาระทางการเงิน และขาดสภาพคล่องทางการเงิน



ซึ่งจะเป็นภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของรัฐบาลต่อไปในอนาคต นอกจากนี้หากขยายความครอบคลุมสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งขณะนี้ประมาณ 14,000 ราย การให้สิทธิประโยชน์ในการล้างไตจะมีภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นประมาณ 20,000–30,000 บาทต่อคนต่อเดือน และคาดว่าอีก 18 ปี ผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 188,435 ราย หากขาดระบบการจัดการและการหาทางเลือกก็อาจทำให้เกิดวิกฤตค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้

แนวโน้มค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในอนาคตจะเพิ่มมากขึ้นจากปัจจัยหลายประการได้แก่ (1) การบีบคั้นจากการค้าเสรีที่จะบังคับใช้ข้อตกลงทางการค้าที่ทำให้ต้องซื้อยาในราคาที่แพงขึ้น ในขณะที่ประเทศไทยไม่สามารถผลิตวัตถุดิบด้านยาได้ (2) การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคกระดูกและข้อ โรคต่อกระຈก และความจำเป็นทางทันตกรรม (3) พฤติกรรมการสั่งจ่ายยาของแพทย์ที่มีแนวโน้มใช้ยาราคาแพง และเทคโนโลยีขั้นสูงมากขึ้น (4) การฟ้องร้องแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้นทำให้แพทย์สั่งการรักษาและการตรวจที่มากเกินไปเพื่อป้องกันการถูกฟ้องร้องว่าไม่ทำการตรวจรักษาให้ครบถ้วน และ (5) การแพทย์แนวพาณิชย์ที่ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ที่ฟุ่มเฟือยและไม่มีความจำเป็น

ความทุกข์ในระบบบริการทางการแพทย์

แม้ว่าจะมีการขยายบริการสุขภาพและการตรวจรักษาทางการแพทย์ให้กว้างขวางและทั่วถึงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่การเข้ารับบริการทางการแพทย์ก็ยังเป็นเรื่องที่สร้างความทุกข์ยากแก่ประชาชนเป็นอย่างยิ่ง ในขณะที่บริการในโรงพยาบาลเอกชนมีความสะดวกสบายมากกว่าโรงพยาบาลของภาครัฐ แต่ค่ารักษาพยาบาลที่แพงได้ทำให้มีเฉพาะประชาชนจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่เข้าถึงได้ บริการของคนส่วนใหญ่

ยังได้รับจากสถานพยาบาลภาครัฐซึ่งมักมีลักษณะ หนึ่งอ รอนาน บริการแย่ การมีผู้ใช้บริการมากขึ้นจากการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยิ่งทำให้คุณภาพบริการแย่ลง การสำรวจความเห็นต่อบริการที่ได้รับ จากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีปัญหาที่สำคัญที่สุดคือ ความรู้สึกไม่เท่าเทียมกันกับผู้ป่วยที่ไม่ใช้บัตรทอง รองลงมา คือ คุณภาพ ยา รวมทั้งการปรับปรุงเรื่องการรอคอยนาน และคุณภาพการรักษา

ความทุกข์ยากไม่ได้จำกัดอยู่ที่ผู้ใช้บริการเท่านั้น แต่บุคลากรทางการแพทย์ก็มีปัญหาความทุกข์จากความขัดแย้งและการถูกฟ้องร้อง จากผู้รับบริการทางการแพทย์ ในระหว่างปี พ.ศ. 2527-2542 มีการ ฟ้องร้องแพทย์มากกว่า 31 คดี ถูกร้องเรียนในช่วง ปี พ.ศ. 2531- 2547 จำนวน 2,247 เรื่อง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2531 ซึ่งมีเพียงจำนวน 52 ราย มาเพิ่มสูงสุดปี พ.ศ. 2545 เป็นจำนวน 289 ราย อันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติสู่ ความสัมพันธ์เชิงสัญญาและธุรกิจ และการขาดกระบวนการสื่อสาร อย่างสร้างสรรค์ นำไปสู่ปัญหาการเสียขวัญกำลังใจและความรู้สึกมั่นคง ในวิชาชีพ จนในปัจจุบันแพทย์ต้องมีการซื้อประกันภัยเพื่อคุ้มครอง ตนเองจากการถูกฟ้องร้อง สภาพการทำงานของแพทย์ที่เป็นอยู่บั่นทอน ความภาคภูมิใจและทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทำงานโดย ไม่มีความสุขและไม่เห็นคุณค่าของงานที่ตนทำ

ในขณะที่ทิศทางการพัฒนาของสังคมไทยมุ่งเน้นความเจริญ ทางด้านวัตถุ การแสวงหาความร่ำรวยและลาภยศ ถูกทำให้กลายเป็น เป้าหมายของชีวิต ระบบการแพทย์ในปัจจุบันก็มีพัฒนาการในลักษณะ ที่เน้นค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงิน การแข่งขันกันเพื่อให้ได้ค่าตอบแทนที่สูง ปรากฏการณ์ที่แพทย์จำนวนมากแข่งขันกันเข้าไปสมัครเรียนในสาขา วิชาทางการแพทย์ที่งานเบาและทำเงินดี ในขณะที่สาขาวิชาที่ไม่สามารถ หารายได้ได้มากนักก็มักจะไม่ค่อยมีแพทย์มาเรียน ยังมีโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งสามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลราคาแพง และจัดสรรค่าตอบแทนให้



กับแพทย์ที่ไปทำงานเป็นสัดส่วนที่มากกว่าภาครัฐเป็นสิบเป็นร้อยเท่า ก็ยังเกิดการเปรียบเทียบรายได้ระหว่างแพทย์มากยิ่งขึ้น คนทำงาน เสียสละเพื่อส่วนรวม หรือทำงานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโดยมีค่าตอบแทน แต่พอควรกลายเป็นคนโง่ รวมทั้งการพูดถึงเรื่องอุดมคติของชีวิตกลายเป็น สิ่งที่แปลกประหลาด

ในสถานการณ์ปัจจุบันที่ความไว้วางใจและศรัทธาของ ประชาชนโดยทั่วไปต่อวิชาชีพแพทย์มีแนวโน้มลดถอยลง ทั้งเนื่องจาก สังคมโดยรวมที่มีทิศทางการพัฒนาไปสู่ความเป็นสังคมทุนนิยม บริโภคนิยมที่บูชาวัตถุ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีลักษณะ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับลูกค้ามากกว่าที่จะเป็นไปด้วยความเคารพและให้เกียรติซึ่งกันและกัน ยิ่งในระบบการแพทย์ที่พึ่งพา อาศัยเทคโนโลยีขั้นสูง ปฏิสัมพันธ์ที่เป็นไปแบบเครื่องยนต์กลไกยิ่ง ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วยมีลักษณะที่ฉาบฉวย และห่างเหินต่อกัน นอกจากนี้ ระบบการศึกษาแพทย์ในปัจจุบันยังไม่ สามารถหาคำตอบให้กับปัญหาการเรียนการสอนที่จะสามารถปลูกฝัง คุณธรรมและการมีอุดมคติของชีวิตได้ สถานการณ์ความสัมพันธ์ของ ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์จึงมีแนวโน้มเสื่อมถอยลง

ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุข

ในปี พ.ศ. 2549 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ปัญหากำลัง คนทางด้านสาธารณสุขเป็นปัญหาของโลก และอยู่ในขั้นวิกฤตใน 57 ประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล และผดุงครรภ์มีการขาด แคลนประมาณ 2.4 ล้านคน ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ขาดแคลนใน 11 ประเทศ สูงถึง 1.2 ล้านคน สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันมีแพทย์ 25,932 คน ต่ำกว่าที่ควรจะมีคือ 38,340 คนถึงราว 12,000 คน นอกจากนั้นการกระจายแพทย์ที่ไม่เท่าเทียมกันทำให้ พื้นที่ชนบทมีปัญหการขาดแคลนที่รุนแรง ในปี พ.ศ. 2548 ภาคอีสานมี

สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรต่ำสุด 1: 7,466 ในขณะที่ในกรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนสูงสุด คือ แพทย์ 1 คน ต่อประชากร 879 คน ในขณะที่ ทันตแพทย์มีอยู่เป็นจำนวน 7,573 คน จากที่ควรมี 11,614 คน สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรมีแนวโน้มลดลงในทุกภาค ในปี พ.ศ. 2546 ภาคอีสานมีสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรต่ำสุด 1: 21,739 ในขณะที่ในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนสูงสุด คือ ทันตแพทย์ 1 คน ต่อ ประชากร 1,458 คน ในขณะที่วิชาชีพพยาบาลยังมีความขาดแคลนอีก 23,586 คน

ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่ทวีความรุนแรงขึ้นนี้ ส่วนหนึ่ง ล้มพัวพันกับระบบการแพทย์ที่เน้นการรักษามากกว่าการป้องกันและส่งเสริม สุขภาพ ซึ่งทำให้ประชาชนจำนวนมากต้องเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บที่ สามารถป้องกันได้ นอกจากนั้น การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อนได้ทำให้การดูแลรักษาสุขภาพกลายเป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการแพทย์ จนทำให้แพทย์ที่มี อยู่ในระบบบริการทางการแพทย์มีสัดส่วนเป็นแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 77.7 ในขณะที่ระบบบริการเชิงรุกและหน่วยการดูแลสุขภาพ ปฐมภูมิที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในระดับชุมชนและครอบครัวกลับ ได้รับการส่งเสริมและเป็นที่ยอมรับอย่างจำกัด การสร้างระบบการดูแล สุขภาพปฐมภูมิที่ให้บริการผสมผสานทั้งงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพให้สามารถให้บริการอย่าง ทั่วถึงใกล้บ้าน จะเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการแก้ปัญหาการขาดแคลน บุคลากรทางการแพทย์ในระยะยาว

การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ยังเกิดจากภาวะสมอง ไหลที่แพทย์ลาออกจากโรงพยาบาลรัฐที่ให้บริการแก่สาธารณสุขไป ทำงานในระบบเอกชนมากขึ้น ธุรกิจทางการแพทย์ที่เติบโตอย่างรวดเร็ว ได้ทำให้มีการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ที่มีความเจริญ ทางด้านเศรษฐกิจ โดยในปี พ.ศ. 2547 มีโรงพยาบาลเอกชนจำนวน



471 แห่งทั่วประเทศ ในจำนวนนี้มี 129 แห่งอยู่ในกรุงเทพฯ การเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนยิ่งทำให้การกระจายแพทย์ขาดความสมดุลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ มีการดูดซับบุคลากรภาครัฐสู่ภาคเอกชนและชนบทสู่เมือง โดยมีแพทย์ลาออกจากการทำงานในโรงพยาบาลภาครัฐในปี พ.ศ. 2548 สูงถึง 663 คน นอกจากนั้น นโยบายส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ที่มุ่งทำการแพทย์ให้เป็นการค้าเพื่อหารายได้จากการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่มีฐานะดีจากต่างชาติ ได้ทำให้เกิดสมองไหลของแพทย์จากภาคสาธารณะไปสู่ภาคเอกชนรายได้สูงเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ คาดว่านักท่องเที่ยวทั่วโลกที่มาใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้น จาก 33 ล้านคนในปี พ.ศ. 2543 เป็น 121 และ 328 ล้านคนในปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2563 โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยต่อปีร้อยละ 26.7 และ 17.1 ตามลำดับ

ความซับซ้อนของระบบบริการทางการแพทย์

บริการสุขภาพในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้นทั้งในส่วน of ระบบงานและเทคนิคทางการแพทย์ ในส่วนของระบบงาน เช่น การได้มาซึ่งสิทธิการรักษาพยาบาล บัตร และขอบเขตของสิทธิประโยชน์ที่เป็นเรื่องสลับซับซ้อน ทำให้เกิดปัญหาได้ง่าย เช่น ในกรณีเอกสารการส่งตัวต่อเพื่อการรักษาไม่เรียบร้อย การไปรับการรักษาไม่ตรงตามเวลานัด การไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นควรไปรับการตรวจที่แผนกใดก่อน ส่วนปัญหาทางเทคนิคการแพทย์ก็มีความซับซ้อนไปตามการแบ่งความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ที่ทำให้ศัพท์และเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นเรื่องที่คนธรรมดาไม่สามารถจะเข้าใจได้ง่ายนัก ระบบการดูแลสุขภาพปทุมภูมิเป็นหน่วยบริการที่จำเป็นในการประสานงานให้การไปใช้บริการในระบบโรงพยาบาลเป็นไปอย่างสะดวกและง่ายขึ้น

จะเห็นได้ว่าสถานการณ์และความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพปทุมภูมิมีความสำคัญในเชิงยุทธศาสตร์



ต่อการพัฒนาสุขภาพของสังคมไทย ซึ่งเราอาจประมวลเหตุผลสำคัญที่ระบบการดูแลสุขภาพสุขภาพปฐมภูมิต้องมีการพัฒนาให้เข้มแข็งได้มากมายหลายประการดังต่อไปนี้

หลายเหตุผลที่ต้องสร้างระบบ การดูแลสุขภาพปฐมภูมิให้เข้มแข็ง

- 1) สุขภาพดีและสุขภาพะของทุกคนเป็นศีลธรรมพื้นฐานของสังคม การที่สังคมปล่อยให้ผู้คนไม่ว่าจะเป็นเด็ก คนจน ผู้หญิง คนยากจน หรือ ชนกลุ่มน้อยถูกปล่อยปละละเลยให้เจ็บป่วย หรือมีภัยคุกคามต่อสุขภาพถือได้ว่าเป็นความบกพร่องทางศีลธรรมพื้นฐาน การมีระบบบริการเชิงรุกที่มุ่งสร้างสุขภาพดีจึงเป็นภารกิจทางศีลธรรมที่สังคมไม่สามารถปฏิเสธได้
- 2) สุขภาพดีเป็นผลลัพธ์จากปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมมากกว่าที่จะเป็นผลลัพธ์จากการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบบริการสุขภาพที่จะสามารถเอื้ออำนวยให้ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพได้ คือระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ
- 3) ความเจ็บป่วยมากกว่าร้อยละ 90 เป็นความเจ็บป่วยที่สามารถเยียวยารักษาให้หายได้ในระดับท้องถิ่น และยังไปกว่านั้น การศึกษาวิจัยในทั่วทุกภูมิภาคทั่วโลกพบว่า มากกว่า 80% ของจำนวนครั้งการเจ็บป่วย (Illness episodes) ได้รับการดูแลรักษาและเยียวยาโดยระบบการดูแลสุขภาพตนเองของภาคประชาชนในระดับครอบครัว เครือญาติ หรือชุมชน
- 4) ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นจุดเข้าถึงบริการตั้งต้น (Entry point) เมื่อบุคคลจะเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ หน่วยการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจึงมีสถานะเป็นตัวแทนของระบบบริการสุขภาพโดยรวม คุณภาพและความประทับใจที่ได้รับ



จากหน่วยการดูแลสุขภาพปฐมภูมิมีส่วนสำคัญในการสร้างความยอมรับต่อระบบบริการสุขภาพและนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5) ความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเรื่องที่ต้องการความเข้าใจถึงปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมและต้องการความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้การรักษากับผู้ป่วยและญาติ ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นระบบบริการที่เหมาะสมและมีศักยภาพมากที่สุดในเรื่องนี้

6) โรงพยาบาลใหญ่จะมีความแออัดน้อยลงหากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์เฉพาะทางได้รับการเยียวยารักษาจากหมอที่อยู่ใกล้บ้านในระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

7) หากโรงพยาบาลขนาดใหญ่เน้นหนักที่การให้การรักษาแก่ผู้ป่วยที่จำเป็นและได้รับการส่งตัวมารับการรักษา ผู้ป่วยที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะต้องให้การรักษาในแต่ละวันจะน้อยลง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะมีเวลาดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาแทรกซ้อนได้ละเอียดถี่ถ้วน แพทย์จะมีความทุกข์จากการออกตรวจผู้ป่วยนอก (OPD) น้อยลง และปัญหาความขัดแย้งเรื่องการตรวจผู้ป่วยนอกก็จะน้อยลงด้วย

8) ระบบบริการในโรงพยาบาลใหญ่ที่ความซับซ้อนทั้งในด้านระบบงานและด้านเทคโนโลยีการแพทย์ ประชาชนส่วนใหญ่มักเกิดความสับสนและไม่เข้าใจระบบระเบียบขั้นตอน ตลอดจนจรรยาบรรณของตน ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นระบบที่เข้าถึงง่ายและใกล้ชิด สามารถทำหน้าที่ให้คำแนะนำ ติดตามประสานงานและอำนวยความสะดวก เช่น การนัดหมาย

การเตรียมตัวของผู้ป่วย หรือการขอข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจรักษา ซึ่งจะช่วยลดความเครียดและความกังวลของผู้ป่วย และญาติลงได้มาก

9) ระบบบริการในโรงพยาบาลใหญ่เน้นการตรวจรักษาเฉพาะทาง แพทย์ที่ให้การรักษานั้นเฉพาะโรคหรืออวัยวะที่ตนเป็นผู้เชี่ยวชาญ จนไม่มีผู้รับผิดชอบที่ให้การดูแลต่อเนื่อง เข้าใจชีวิตและสาระทุกข์สุขดิบโดยรวมของผู้ป่วยได้ ระบบบริการปฐมภูมิให้ความสำคัญในการดูแลที่ต่อเนื่องโดยทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักที่ติดตามให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในชุมชน

10) ผู้ป่วยจะเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางน้อย การลงทุนในระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเข้าใจในระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิและได้รับการดูแลดีขึ้นในโรงพยาบาลใหญ่ เพราะผู้ป่วยไม่แออัด ทำให้เกิดความพึงพอใจมากขึ้น ช่วยลดความขัดแย้งและการฟ้องร้องลงด้วย

11) ความเจ็บป่วยจำนวนมาก แม้จะต้องการการวินิจฉัยและการดูแลรักษาโดยบุคลากรทางการแพทย์ แต่การแก้ปัญหาและเยียวยาความทุกข์ที่เกิดจากโรคและความเจ็บป่วยนั้น บ่อยครั้งต้องการการดูแลและความร่วมมือจากครอบครัว ระบบบริการจึงจำเป็นต้องทำงานร่วมกับครอบครัว และบริการระดับปฐมภูมิเป็นระดับบริการที่ใกล้ชิดกับครอบครัวที่สุด จึงเป็นจุดยุทธศาสตร์สำคัญของระบบบริการ

12) ความเจ็บป่วยเป็นจำนวนมากไม่สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่มีสาเหตุจากความผิดปกติอย่างเฉพาะเจาะจงได้ โรคเหล่านี้แม้จะไปรักษาที่โรงพยาบาลใหญ่ก็ไม่สามารถระบุได้อย่างแน่ชัดว่าเป็นโรคอะไร แต่เมื่อได้รับการดูแลรักษา



ก็มักจะหายโดยไม่จำเป็นต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายไปกับเทคโนโลยีราคาแพง

13) ทักษะและพฤติกรรมการแสดงออกของชุมชนมีผลต่อการเฝ้าระวังรักษา โรคบางอย่าง เช่น โรคเรื้อน โรคเอดส์ มะเร็ง การติดยาเสพติด หรือ ความพิการ เป็นสิ่งที่สังคมรังเกียจ การเฝ้าระวังความทุกข์ที่เกิดจากสังคมนี้ ไม่สามารถทำได้ ด้วยการให้การรักษาที่โรงพยาบาล แต่ต้องทำงานใกล้ชิดกับชุมชนเพื่อลดความรังเกียจเดียดฉันท์ และส่งเสริมให้ชุมชนให้โอกาสแก่ผู้ป่วย

14) ชุมชนไม่ได้เป็นภาชนะว่างที่ไร้ซึ่งศักยภาพในการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเอง ระบบสุขภาพชุมชนอาจสามารถสร้างให้เข้มแข็งขึ้นได้จากการสนับสนุนของหน่วยสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งจะช่วยให้เครือข่ายการช่วยเหลือดูแลกัน ตลอดจนทุนทางสังคมและทุนทางสุขภาพของชุมชน เช่น ภูมิปัญญาชาวบ้าน สมุนไพร และการแพทย์พื้นบ้าน มีการเติบโตและพัฒนาเป็นระบบสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็ง เพราะระบบสุขภาพที่เป็นทางการจะเข้มแข็งไม่ได้ หากระบบสุขภาพภาคประชาชนขาดความเข้มแข็ง ภารกิจการสร้างทุนทางสังคมและระบบสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งเป็นภารกิจสำคัญของหน่วยสุขภาพปฐมภูมิ

15) ระบบสุขภาพจะมีความเข้มแข็งได้จำเป็นต้องมีรากฐานที่ดีมาจากครอบครัวและชุมชนที่เข้มแข็ง ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิมีภารกิจสำคัญ คือการสร้างเสริมระบบสุขภาพชุมชนให้มีศักยภาพ เข้มแข็ง และพึ่งตนเองได้

16) การสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีเป็นสิทธิพื้นฐานของทุกคน และเป็นไปไม่ได้ที่จะให้ทุกคนได้รับบริการสุขภาพที่ดีด้วยการรวมศูนย์บริการไว้ที่โรงพยาบาลใหญ่ในเมือง



เพราะคนในชนบทก็เป็นมนุษย์ที่มีศักดิ์ มีสิทธิ์ และมีคุณค่าของความเป็นมนุษย์เสมอเท่าเทียมกันกับคนในเมืองใหญ่

17) การพัฒนาด้านสุขภาพของประชาชนเป็นภารกิจที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นระบบที่เน้นการทำงานแบบบูรณาการที่ผสมผสานทั้งการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ

18) ประสบการณ์จากนานาชาติในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพบอกย้ำว่า การปฏิรูปการเงินการคลังของระบบบริการสุขภาพ (Health care financing reform) อย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับการสร้างความเป็นธรรมเท่าเทียม และมีคุณภาพบริการที่ดีได้ หากปราศจากการสร้างเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Network of primary care providers) ที่เข้มแข็ง

คงจะมีเหตุผลอีกมากมายที่สามารถยืนยันถึงความจำเป็นในการสร้างระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ แต่เหตุผลที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งก็คือ การที่ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นระบบที่สามารถให้การดูแลสุขภาพในลักษณะที่เป็นองค์รวมได้ดี การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่บูรณาการทั้งมิติทางกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ และเชื่อมโยงทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อมนี้เป็นจุดเด่นและเป็นเอกลักษณ์ที่ทำให้คุณค่าแก่ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ





บทที่ 3

ปรัชญาและกระบวนทัศน์ใหม่
ในระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ





การดูแลสุขภาพปฐมภูมิกับกระบวนการสุขภาพใหม่

การดูแลสุขภาพปฐมภูมิไม่ได้เป็นแค่เพียงเทคนิคการให้บริการสุขภาพหรือเป็นเพียง “วิธีทำ” ใหม่ที่ถูกสร้างขึ้นบนวิธีคิดเดิมทางการแพทย์แต่เป็น “วิธีคิด” ใหม่ที่มีรากฐานทางปรัชญาที่แตกต่างไปจากระบบวิธีคิดเรื่องสุขภาพและการแพทย์ในกระบวนการทัศน์เดิมหรืออาจกล่าวว่าการดูแลสุขภาพปฐมภูมินั้นเป็นการพลิกวิธีคิดเรื่องการจัดระบบบริการสุขภาพใหม่ที่ไม่ใช่แค่การปรับเปลี่ยนเฉพาะเปลือกนอก เช่น การจัดช่องทางการให้บริการ หรือการจัดให้มีแฟ้มข้อมูลครอบครัว แต่เป็นการปรับในระดับวิธีคิดหรือกระบวนการทัศน์ การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจึงจำเป็นต้องเข้าใจ “วิธีคิดใหม่” นี้ให้ดีก่อนที่จะนำไปแปลเป็น “วิธีทำ”

ทำความเข้าใจแนวคิดด้วยกระบวนการทัศน์

คำว่ากระบวนการทัศน์กลายเป็นคำที่ถูกใช้อย่างแพร่หลายไม่ว่าจะเป็นเรื่องการตลาด การศึกษา การบริหารจัดการองค์กร หรือในเรื่องสุขภาพและการแพทย์ทางเลือก แม้ว่าคำนี้จะมีที่มำดั้งเดิมจากภาษากรีกแต่แนวคิดเรื่องกระบวนการทัศน์ที่แพร่หลายไปในแวดวงปรัชญาวิทยาศาสตร์นี้เป็นผลมาจากการเผยแพร่ผลงานการศึกษาของโทมัส คูห์น (Thomas Kuhn) ในหนังสือที่ชื่อว่า The Structure of Scientific Revolutions (Kuhn 1970) ผลงานของคูห์นได้ทำให้เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่าความรู้ทางวิทยาศาสตร์ถูกสร้างขึ้นโดยมีโครงสร้างวิธีคิดหรือทัศนะแม่บทเป็นรากฐาน ทัศนะแม่บทหรือที่คูห์นเรียกว่ากระบวนการทัศน์ (แปลจากคำว่า paradigm ในภาษาอังกฤษ) นี่เป็นสิ่งที่กำหนดขอบเขตและวิธีการได้มาซึ่งความรู้ของจารีตความรู้ กล่าวอีกนัยหนึ่ง แนวคิดเรื่องกระบวนการทัศน์ที่โทมัส คูห์นได้บัญญัติขึ้นนี้ได้ทำให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ความรู้ทางวิทยาศาสตร์จะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับ



รากฐานวิธีคิด และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในระดับรากฐานวิธีคิด (หรือที่เรียกกันว่า Paradigm shift) ก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ ในวงการวิทยาศาสตร์ ซึ่งคุณเรียกการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในวงการ วิทยาศาสตร์นี้ว่า Scientific revolutions หรือการปฏิวัติวิทยาศาสตร์ เมื่อคำว่ากระบวนทัศน์แพร่หลายออกไป คำนี้ก็ถูกใช้ใน ความหมายที่แตกต่างหลากหลาย แม้แต่ความหมายของกระบวนทัศน์ ที่คุณใช้ในหนังสือเล่มสำคัญ ชื่อ The Structure of Scientific Revo- lutions ของเขาก็ยังมีข้อถกเถียงมากมาย แต่เราอาจสรุปได้ว่านิยาม กระบวนทัศน์ของคุณมีความหมายกว้างๆ ได้ใน 2 ลักษณะคือ

- 1) กระบวนทัศน์เป็นทัศนะแม่บทที่มีอิทธิพลเหนือความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และการปฏิบัติของชุมชนนักวิทยาศาสตร์ ในแง่นี้กระบวนทัศน์กำหนดว่าอะไรคือความจริงที่ดำรงอยู่ ที่นักวิทยาศาสตร์ควรเข้าไปเกี่ยวข้อง สิ่งที่ยังดำรงอยู่นั้นเกี่ยวข้อง สัมพันธ์กันอย่างไร และมนุษย์จะแสวงหาและพิสูจน์ความ จริงด้วยวิธีการอย่างไร กระบวนทัศน์ในความหมายนี้เทียบได้ กับสิ่งที่คุณเรียกว่า disciplinary matrix
- 2) กระบวนทัศน์ยังหมายถึงผลงานการค้นคว้าหรือการ ค้นพบทางวิทยาศาสตร์ชิ้นสำคัญที่ได้กลายเป็นแม่แบบ ของวิธีคิดและวิธีการศึกษาค้นคว้าทางวิทยาศาสตร์ในระยะ ต่อๆ มา เช่นการทดลองปล่อยวัตถุที่มีน้ำหนักต่างกันที่หอ เอนเมืองปิซาของกาลิเลโอ ผลงานเหล่านี้ได้กลายเป็นต้นแบบ ที่นักวิทยาศาสตร์ใช้เป็นตัวอย่างในการแสวงหาคำตอบให้ กับโจทย์ทางวิทยาศาสตร์อื่นๆ คุณได้ใช้คำว่า exemplar ใน ความหมายนี้ของกระบวนทัศน์ในเวลาต่อมา (ดู โกมาตร 2544)

ผลงานของฟริตจ็อฟ คาปร้า (Fritjof Capra) ได้ขยายความแนวคิดและทำให้เรื่องกระบวนการทัศน์วิทยาศาสตร์เป็นที่รู้จักกันกว้างขวางยิ่งขึ้น คาปร้าได้ขยายขอบเขตของแนวคิดเรื่องกระบวนการทัศน์จากบริบททางวิทยาศาสตร์มาเป็นกระบวนการทัศน์ทางสังคม โดยได้นิยามกระบวนการทัศน์ว่าคือ แนวคิด ค่านิยม การรับรู้เข้าใจ และแบบแผนการปฏิบัติ ที่ก่อตัวจากทัศนะเกี่ยวกับความจริงที่ยึดถือร่วมกันของสังคม กระบวนการทัศน์กระแสหลักจะกำกับความคิดเห็นของสังคมในทุกๆ ด้าน โดยผ่านการสถาปนาทัศนะเกี่ยวกับความจริงที่เป็นรากฐานวิธีคิดของอารยธรรมมนุษย์ในแต่ละยุคสมัย (Capra 1982) คาปร้าได้แสดงให้เห็นว่าวิทยาศาสตร์การแพทย์นั้นก็เป็นเช่นเดียวกับวิทยาศาสตร์สาขาอื่นๆ ที่วางอยู่บนพื้นฐานของกระบวนการทัศน์แบบเดส์การ์ตนิวัตน์ (Cartesian–Newtonian Paradigm) ที่มีวิธีคิดพื้นฐานสำคัญ 3 ลักษณะคือ

1) คิดแบบแยกส่วน (Atomistic) คือ แยกระบบออกเป็นส่วนๆ เพื่อการศึกษาเฉพาะเรื่องเฉพาะด้านที่แยกขาดจากด้านอื่นๆ ในทางการแพทย์ชีวิตถูกแยกออกเป็นสองส่วนคือ กายกับจิตที่ไม่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ร่างกายถูกแยกออกเป็นอวัยวะและแยกย่อยลงไปเรื่อยๆ ถึงระดับย่อยกว่าอณู ในขณะที่เดียวกันชีวิตก็ถูกแยกออกจากกระบวนการนิเวศสุขภาพตามนิยามของวิทยาศาสตร์การแพทย์จึงไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับมิติทางสังคม วัฒนธรรม หรือเศรษฐกิจการเมือง

2) คิดแบบลดส่วน (Reductionistic) คือลดทอนปรากฏการณ์โดยรวมให้เป็นเพียงการประกอบกันขึ้นของส่วนย่อย องค์รวมจึงมีค่าเท่ากับส่วนย่อยมารวมกันและสามารถเข้าใจระบบโดยรวมได้ด้วยการศึกษาคุณสมบัติของส่วนย่อย ในทางการแพทย์การมองแบบลดส่วนนั้น ลดทอนปรากฏการณ์ของชีวิตและสุขภาพลงเหลือเป็นเพียงเรื่องทางชีววิทยา สุขภาพในความหมายนี้จึงเป็นเพียงความผิดปกติของอวัยวะ เนื้อเยื่อ หรือ กระบวนการทางชีวเคมีต่างๆ การมองแบบลดส่วนทำให้



เราไม่สามารถเห็นถึงคุณลักษณะที่เป็นของระบบโดยรวมที่ไม่มีปรากฏให้เห็นในแต่ละส่วนย่อยๆ ได้

3) คิดแบบกลไก (Mechanistic) คือ การมองว่าสรรพสิ่งดำเนินไปด้วยกฎเกณฑ์ที่ตรงไปตรงมาอย่างตายตัวเหมือนเครื่องจักรกลชีวิตในทัศนะแบบชีวกลไกนี้เป็นเรื่องของกฎเกณฑ์ทางชีวเคมีหรือฟิสิกส์ที่ตายตัว โดยไม่มีความรู้สึนึกคิดแบบอัตวิสัย (Subjective) ใดๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง ชีวิตไม่มีอะไรมากไปกว่ากลไกทางชีวเคมี ไม่มีคุณค่าหรือความหมายใดๆ จึงไม่จำเป็นต้องอธิบายหรือทำความเข้าใจชีวิตในมิติอื่นนอกเหนือไปจากในฐานะกลไกทางชีววิทยา

หากเราทบทวนวิวัฒนาการของปรัชญาวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ก็จะเห็นอย่างชัดเจนว่าวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่เริ่มพัฒนาขึ้นในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 16 และลงหลักปักฐานจนมีทฤษฎีและแบบวิธีการศึกษาของวิทยาศาสตร์ที่ชัดเจนในราวต้นศตวรรษที่ 18 นี่เอง ก่อนหน้านั้นลักษณะวิธีคิดของมนุษย์ในการพิสูจน์และตรวจสอบความจริงแตกต่างไปอย่างสิ้นเชิงจากวิธีคิดที่วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ได้นำเสนอ และแม้วิทยาศาสตร์สมัยใหม่จะมีรากฐานวิธีคิดที่แตกต่างออกไปจากจารีตความรู้ (knowledge traditions) ก่อนหน้านั้นหลายประการ แต่ลักษณะที่สำคัญที่สุดซึ่งเป็นทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนของวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ก็คือ การจำกัดขอบเขตการศึกษาของวิทยาศาสตร์ไว้เฉพาะในมิติทางกายภาพเป็นหลัก ซึ่งก็คือ เน้นการศึกษาเฉพาะในส่วนที่ตรวจวัดได้ในเชิงปริมาณ (คือ การชั่ง ตวง วัดได้)

รากฐานวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ได้รับการพัฒนายิ่งขึ้น เมื่อเดส์การ์ตเสนอความคิดที่แยกกายและจิตออกเป็นสองปริมาตรของชีวิตที่แยกขาดจากกันอย่างสิ้นเชิง โดยทั้ง 2 ส่วนไม่มีความสัมพันธ์ต่อกันและไม่จำเป็นต้องอ้างอิงซึ่งกันและกัน ความคิดดังกล่าวได้รับการยอมรับและกลายเป็นรากฐานของปรัชญาสมัยใหม่ กายกับจิตจึงแยกจากกันและไม่มีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกันในทฤษฎี



วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ และโดยที่วิทยาศาสตร์สมัยใหม่เน้นการตรวจสอบด้วยการตรวจวัดอย่างเป็นภาวะวิสัย (objective measurement) วิทยาศาสตร์จึงสนใจศึกษาแต่เฉพาะเรื่องทางกายภาพและมีวิสัยมองโลกแบบจักรกลเป็นสำคัญ ส่วนมิติทางจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม รวมทั้งเรื่องความงามและความดีนั้นเป็นสิ่งที่วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ไม่นับเข้าเป็นส่วนหนึ่งของความรู้แบบวิทยาศาสตร์

ในทางการแพทย์นั้น ทศนะของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ที่อธิบายปรากฏการณ์ทางธรรมชาติด้วยกฎเกณฑ์ทางวัตถุ มองจักรวาลเปรียบเสมือนกับนาฬิกาเรือนใหญ่ที่ขึ้นส่วนย่อยๆ สัมพันธ์เกี่ยวข้องกันตามกฎเกณฑ์ทางฟิสิกส์มีอิทธิพลอย่างมากในการทำทำความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ของชีวิต ในต้นคริสต์ศตวรรษที่ 18 วิธีคิดและวิธีการศึกษาวิทยาศาสตร์กายภาพได้ถูกนำมาใช้เป็นแม่แบบในการศึกษาเกี่ยวกับสรีรวิทยาของมนุษย์ความสำเร็จสำคัญในการอธิบายการทำงานของร่างกายในลักษณะกลไกก็คือคำอธิบายว่าด้วยระบบหมุนเวียนโลหิตของวิลเลียม ฮาร์วีย์ (William Harvey) ซึ่งแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนเป็นครั้งแรกว่า ระบบหมุนเวียนโลหิตในร่างกายของมนุษย์นั้นไม่ต่างไปจากระบบปั๊มและระบบท่อ โดยหัวใจทำหน้าที่เสมือนปั๊มที่คอยสูบฉีดโลหิตให้ไหลไปตามหลอดเลือดต่างๆ ซึ่งเป็นเหมือนกับท่อที่เชื่อมต่อกันทั่วทั้งร่างกาย และกระบวนการทั้งหมดนี้เป็นไปตามหลักไฮดรอลิกซึ่งมีกฎเกณฑ์ทางฟิสิกส์ที่แน่นอนตายตัวกำกับอยู่

แต่ความพยายามในการเอาวิธีอธิบายเชิงกลไกไปใช้กับปรากฏการณ์ด้านอื่นๆ ของชีวิตยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าใดนัก การอธิบายโดยใช้หลักกลศาสตร์ที่เรียกว่า Mechanics แม้จะช่วยให้นักวิทยาศาสตร์เข้าใจกลไกการทำงานของร่างกายได้แต่ก็ยังหยابเกินกว่าที่จะมองและเข้าใจปรากฏการณ์ทางชีววิทยาที่สลับซับซ้อนได้ จวบจนกระทั่งนักวิทยาศาสตร์ชาวฝรั่งเศสชื่อลาวัร์ซีเย (Antoine



Levoisier) ได้ทำการทดลองจนสามารถแสดงให้เห็นว่า แท้ที่จริงชีวิตนั้นเป็นกระบวนการทางเคมีที่อาศัยการสันดาปซึ่งในกระบวนการสันดาปนั้นมีออกซิเจนเป็นองค์ประกอบสำคัญการแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนของลาวัวร์ซีเอนี้ทำให้วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ก้าวเข้ามาสู่ยุคของการมองชีวิตที่ไม่เป็นเพียงแต่กลไกตามหลักฟิสิกส์เท่านั้น แต่เป็นกระบวนการทางชีวเคมีที่สามารถเข้าใจได้ด้วยคุณสมบัติทางเคมีของสารประกอบต่างๆ ในร่างกายอีกด้วย

กล่าวโดยสรุป วิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่นั้นได้แยกชีวิตออกเป็นส่วน ๆ และแยกกายกับจิตออกจากกันอย่างสิ้นเชิงและยิ่งวิทยาศาสตร์สมัยใหม่พัฒนามากขึ้นก็ยิ่งมองปรากฏการณ์ต่างๆ เป็นกลไกและอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ ด้วยความสัมพันธ์เชิงปริมาณและสมการทางคณิตศาสตร์มากขึ้น วิธีคิดสมัยใหม่มีรากลึกอยู่ในกระบวนการทัศน์แบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ (Modern Scientific Paradigm) ซึ่งเป็นวิธีคิดที่มีลักษณะวัตถุนิยมกลไกนี้ทำให้มิติทางจิตและทางสังคมของชีวิตกลับได้รับความสนใจน้อยลง เพราะเป็นสิ่งที่มิอาจแสดงให้ประจักษ์ด้วยกระบวนการตรวจสอบที่เป็นภาวะวิสัยได้ มิติที่ตรวจวัดไม่ได้ในทางปริมาณเหล่านี้ได้กลายเป็นพรหมแดนที่วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ไม่สามารถล่วงรู้ได้ เพราะวิธีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ได้จำกัดความสนใจของวิทยาศาสตร์ไว้เฉพาะในปรากฏการณ์ทางกายภาพเป็นสำคัญ

กระบวนการทัศน์หรือทัศนะแม่บททางวิทยาศาสตร์ที่กล่าวมานี้เป็นรากฐานของวิธีคิดที่ทำให้ความรู้ความเข้าใจแบบวิทยาศาสตร์มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากจารีตความรู้อื่นๆ เพราะกระบวนการทัศน์เป็นตัวกำกับการมองปัญหา การนิยามความจริง ขอบเขตและวิธีการในการสร้างความรู้ของวิทยาศาสตร์ แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพหรือการจัดระบบบริการสุขภาพก็เป็นผลจากวิธีคิดที่เป็นรากฐานหรือกระบวนการทัศน์แบบวิทยาศาสตร์ดังกล่าวด้วยเช่นกัน

กระบวนทัศน์เป็นรากฐานการนิยามสุขภาพ

สุขภาพ หรือความเป็นอยู่ดีอาจถูกนิยามและถูกกล่าวถึงด้วยจำนวนที่สะท้อนวิธีคิดที่แตกต่างกันในแต่ละสังคมหรือในแต่ละยุคสมัย (ดู เทพินทร์ 2546) คนไทยมักพูดถึงสุขภาพในความหมายกว้างๆ เช่น การอยู่ดีมีสุข อยู่เย็นเป็นสุข หรือ ชาวอีสานอาจใช้คำว่า อยู่ดีมีแสง จำนวนไทยเดิม เช่น การมีอายุมันขวัญเย็น หรือ การมีอายุ วรรณะ สุขะ พละ ก็ล้วนแต่สะท้อนวิธีคิดการให้ความหมายของสุขภาพที่มาจากกระบวนทัศน์ที่แตกต่างกัน คำว่าอยู่เย็นเป็นสุขอาจเน้นมิติทางสังคมในแง่ของการอยู่ร่วมกันในสังคมหรือการมีชีวิตที่ถูกต้องในสังคมเพื่อที่จะอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน หรือคำว่า อยู่ดีมีแสงก็อาจหมายถึงการสามารถทำหน้าที่ทางสังคมหรือทำมาหากินได้ ซึ่งย่อมหมายความว่าความถึงการอยู่รอดและสามารถรับผิดชอบต่อตนเองได้

ในตะวันตก คำว่าสุขภาพ หรือ Health นั้นมีรากฐานมาจากคำว่า whole ซึ่งเป็นรากศัพท์ที่มาของคำว่า Heal ด้วย โดยคำว่า นี้มีความหมายที่ถือว่าสุขภาพดีเป็นผลจากการบูรณาการเข้าเป็นหนึ่งเดียวอย่างสมดุลพอดีของชีวิต การเจ็บป่วยเป็นการสูญเสียดุลยภาพที่เป็นหนึ่งเดียวนั้นการรักษาจึงเป็นการเยียวยาเพื่อการฟื้นฟูหรือปรับสมดุลให้เกิดความเป็นหนึ่งเดียวกันอีก ส่วนคำว่า Disease โดยรากศัพท์เดิมก็มีได้หมายถึงโรคเท่ากับหมายถึงการไม่สบาย คือ dis-ease (Turner 2000: 9) คำเหล่านี้มีความหมายที่เปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนทัศน์ใหม่ๆ ที่นิยามความหมายให้เป็นไปตามกรอบวิธีคิดกระแสหลักของสังคมความหมายของคำว่าสุขภาพและโรคในปัจจุบันจึงมีนัยยะที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางกายภาพหรือเป็นเรื่องทางด้านชีววิทยาตามแนวคิดทางการแพทย์แบบชีวภาพ (Biomedicine)

การแพทย์สมัยใหม่มีลักษณะวิธีคิดแบบแยกส่วน (คือมองปัญหาสุขภาพแยกขาดเป็นส่วนๆ ไม่เชื่อมโยงถึงกันโดยเฉพาะอย่างยิ่ง



การแยกกายและจิตออกเป็นสองส่วนขาดจากกัน) ลดส่วน (คือการลดความสัมพันธ์ที่มีพลวัตและเป็นองค์รวมของสุขภาพให้เหลือเพียงกระบวนการทางชีววิทยา) และกลไก (คือมองระบบชีวิตเป็นเพียงกลไกที่ดำเนินไปตามกฎเกณฑ์ทางฟิสิกส์และชีวเคมีโดยไม่มีความรู้สึกนึกคิดและขาดมิติทางจิตวิญญาณ) จึงทำให้การนิยามความหมายสุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นไปในลักษณะดังกล่าวด้วย นอกจากนั้น การมองชีวิตเปรียบประดุจจักรกลที่ประกอบขึ้นด้วยชิ้นส่วนย่อยๆ โดยถือว่าหากชิ้นส่วนย่อยๆ เหล่านี้ทำงานได้ดีก็ทำให้ระบบร่างกายทำงานได้ตามปกติไปด้วยนั้น ได้ทำให้วิทยาศาสตร์การแพทย์สนใจมิติทางกายภาพคืออวัยวะส่วนย่อยๆ ที่ประกอบกันเป็นร่างกายมนุษย์มากกว่าที่จะมองชีวิตเป็นองค์รวม

การปรับกระบวนการทัศนสุขภาพ สู่มิติใหม่สุขภาพปฐมภูมิ

ปัญหาที่ผ่านมา

กระแสความสนใจในเรื่อง “สุขภาพปฐมภูมิ” เกิดขึ้นจากการตระหนักถึงข้อจำกัดของการแพทย์ตะวันตก โดยมีรากฐานการคิดที่ว่าข้อจำกัดของการแพทย์ตะวันตกนั้นเป็นข้อจำกัดในระดับกระบวนการทัศน์หรือทัศน์แม่บท (paradigm) อันเป็นรากฐานของวิธีคิดและการมองความเป็นจริงเกี่ยวกับโลกและชีวิตของการแพทย์สมัยใหม่ วิธีคิดของการแพทย์สมัยใหม่มีรากฐานอยู่ในกระบวนการทัศน์วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ (Modern Scientific Paradigm) ซึ่งเป็นวิธีคิดที่มีลักษณะสำคัญคือ

- 1) เน้นความเป็นภาวะวิสัย (Objective) คือ มีอยู่จริงโดยไม่ขึ้นกับความรู้สึกนึกคิดของคน
- 2) เน้นการตรวจวัดได้ (Measurable) คือ ตรวจสอบได้อย่างแม่นยำ
- 3) เป็นการมองที่ลดส่วน (Reductionistic) คือลดปรากฏการณ์ทั้งหมดของชีวิตและสุขภาพลงมาเหลือแต่สิ่งที่วัดได้คือกระบวนการทางชีววิทยาของอวัยวะต่างๆ



วิธีคิดทางการแพทย์นี้จึงมีชื่อเรียกว่าการแพทย์แบบ Bio-medicine หรือการแพทย์ชีวภาพ ลักษณะของการลดส่วนนี้เป็นเช่นเดียวกับวิทยาศาสตร์สมัยใหม่อื่นๆ ที่จำกัดองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ไว้ในขอบเขตของวัตถุ ทั้งนี้เนื่องจากตัวศาสตร์เริ่มต้นจากสิ่งที่ต้องวัดได้ก่อน สิ่งที่ยังวัดไม่ได้จึงอยู่นอกขอบวงความรู้ของวิทยาศาสตร์แบบนี้ ลักษณะของวิทยาศาสตร์แบบนี้ทำให้พรมแดนความรู้ของวิทยาศาสตร์ชุดหนึ่งมีการพัฒนาสูงมาก คือความรู้ความเข้าใจทางชีววิทยา ซึ่งความรู้ทางชีววิทยาโดยธรรมชาติของมันเองจะจำกัดอยู่ในระดับปัจเจกบุคคลโดยไม่สนใจมิติทางสังคมของบุคคล

ความสำคัญของการปรับกระบวนทัศน์

ในปัจจุบันกระแสความสนใจด้านศาสตร์สุขภาพองค์รวมมีการขยายตัวอย่างกว้างขวางในสังคมไทย ความตื่นตัวในการแสวงหาและใช้บริการทางเลือกเหล่านี้มีรากฐานมาจากปัจจัยหลายประการ คือ

1. สถานะสุขภาพและแบบแผนความเจ็บป่วยของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพอนามัยของคนในประเทศได้เปลี่ยนแปลงรูปแบบไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนในด้านสถานะสุขภาพอนามัยคือ ประชาชนตายเนื่องจากโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด อุบัติเหตุ และโรคเบาหวาน รวมถึงโรคติดเชื้อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ คือโรคเอดส์ ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก วัณโรคดื้อยา ตลอดจนภาวะความเครียด ปัญหาสุขภาพจิต โรคจากปัญหาอาชีวอนามัย อนามัยสิ่งแวดล้อม โรคเหล่านี้ต้องการวิธีคิดในการแก้ปัญหาใหม่ที่แตกต่างไปจากระบบโรงพยาบาลที่ดำรงรับและจัดการได้เฉพาะมิติทางกายภาพ เพราะปัญหาสุขภาพใหม่ๆ นี้เกี่ยวข้องกับมิติทางพฤติกรรม สังคมวัฒนธรรม และการดำเนินชีวิต



การแก้ไขปัญหาจึงต้องการทักษะแบบองค์รวมที่เชื่อมโยงมิติต่างๆ ของสุขภาพ รวมทั้งต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต

2. ข้อจำกัดของการแพทย์แผนปัจจุบัน

การแพทย์แผนปัจจุบันหรือการแพทย์แบบชีวภาพ (Bio-medicine) ถือว่าร่างกายมนุษย์ประกอบขึ้นจากเซลล์ต่างๆ ที่รวมกันเป็นเนื้อเยื่อและอวัยวะ อวัยวะย่อยๆ แต่ละชนิดนั้นมีหน้าที่ต่างๆ กัน สุขภาพดีนั้นเกิดขึ้นจากการที่อวัยวะต่างๆ สามารถทำหน้าที่ตามปกติของตนเองและประสานกับอวัยวะอื่นๆ อันเป็นผลให้กระบวนการทางชีววิทยาดำเนินไปได้ตามปกติ ระบบการแพทย์ที่เป็นอยู่จึงอธิบายปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยโดยอาศัยข้อเท็จจริงทางชีววิทยาเป็นสำคัญ โดยความเจ็บป่วยต่างๆ จะต้องถูกสืบค้นให้พบว่ามีสาเหตุมาจากการผิดปกติของอวัยวะใดและการเยียวยารักษาก็จะมุ่งไปแก้ปัญหาเฉพาะส่วนที่อวัยวะที่ผิดปกตินั้นๆ

การที่แนวคิดการแพทย์ชีวภาพยึดถือข้อเท็จจริงทางชีววิทยาเป็นสำคัญในการอธิบายภาวะความเจ็บป่วย และเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา มาตรการต่างๆ ในการแก้ปัญหาจึงมุ่งไปที่การจัดการให้อวัยวะที่ผิดปกตินั้นสามารถทำหน้าที่ได้ตามเดิม การบำบัดรักษาจึงเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะที่ เช่น การใช้ยา การผ่าตัด การฉายแสง ที่ออกฤทธิ์ต่ออวัยวะหรือระบบอวัยวะที่ผิดปกติ แนวทางการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยตามแนวคิดดังกล่าวจึงจำกัดตัวอยู่ในขอบเขตของการแก้ปัญหาทางกายเป็นสำคัญ และไม่สามารถเชื่อมโยงไปสู่มิติทางสังคมจิตวิทยาของการเจ็บป่วยได้ ซึ่งเป็นผลให้ขาดการใช้มาตรการทางสังคมและมาตรการทางจิตวิทยาในการเยียวยารักษาผู้ป่วย การปรับกระบวนการทัศน์ไปสู่แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมจะทำให้ระบบบริการทางการแพทย์ใส่ใจกับมิติทางสังคมจิตวิทยามากขึ้น ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพปฐมนุญจะสามารถตอบสนองความต้องการด้านนี้ได้ดี

3. กระบวนการดูแลรักษาสุขภาพและความเจ็บป่วย

โดยที่การแพทย์แผนปัจจุบันมองหาสาเหตุที่เฉพาะและเน้นด้านกายภาพ ทำให้การวินิจฉัยและประเมินผลการรักษามุ่งเน้นที่การเปลี่ยนแปลงที่สามารถวัดได้เป็นหลัก จึงทำให้จำกัดอยู่เฉพาะในด้านกายภาพ และการแก้ปัญหาเฉพาะส่วน เฉพาะโรค แยกขาดจากกัน โดยขาดการพิจารณาทั้งระบบ ซึ่งจะเห็นได้ชัดจากกรณีผู้ป่วยมีปัญหารโรคที่เกี่ยวข้องกับหลายระบบอวัยวะ ต้องใช้แพทย์เฉพาะทางหลายๆ ด้าน มักจะมีปัญหาการประสานงานของแพทย์ต่างสาขา เพราะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนรักษาแต่ละโรค โดยที่ไม่มีใครดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยทั้งคน กระบวนทัศน์ใหม่ของระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเน้นการดูแลที่เข้าใจความเจ็บป่วยของคนทั้งคน เป็นระบบบริการที่เน้นการมีผู้ดูแลหลักที่เข้าใจสภาวะของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และหากจำเป็นต้องพึ่งแพทย์เฉพาะทางในการจัดการกับโรคที่เกิดขึ้น บุคลากรระดับปฐมภูมิก็สามารถทำหน้าที่ประสานและสื่อสารกับแพทย์เฉพาะทางนั้นๆ ให้รับรู้และเข้าใจปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นอยู่ได้

4. ระบบการจัดบริการ

ในระบบบริการทางการแพทย์ที่เป็นอยู่แพทย์และโรงพยาบาลเป็นที่รวมศูนย์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ซึ่งเน้นการ “ซ่อมสุขภาพ” มากกว่าการ “ส่งเสริมสุขภาพ” กิจกรรมในสถาบันทางการแพทย์มีศูนย์กลางอยู่ที่ความเจ็บป่วยมากกว่าที่จะเน้นการมีสุขภาพดี จึงมีลักษณะบริการที่ตึงรับ คือปล่อยให้เจ็บป่วยแล้วค่อยมารักษา นอกจากนั้น กระบวนทัศน์การแพทย์แบบชีวกลไกยังมีลักษณะเหมือนผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป กล่าวคือ มีการจัดระบบบริการที่เหมือนกันเป็นรูปแบบเดียวกัน โดยมีได้สนใจความแตกต่าง หลากหลายด้าน สังคมวัฒนธรรมของชุมชน ทั้งนี้เป็นเพราะกระบวนทัศน์แบบชีวกลไกนั้นถือเอาองค์ประกอบทางกายภาพเป็นสำคัญ และถือว่ามนุษย์มีกายภาพที่ดำเนินไปตามกฎเกณฑ์ทางสรีรวิทยาที่เหมือนกัน



5. ระบบความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและแพทย์

การแพทย์แบบเวชศาสตร์ชีวภาพเป็นศาสตร์ที่เน้นอำนาจและบทบาทของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน กล่าวคือ ระบบบริการทางการแพทย์ที่เป็นอยู่ถือว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของแพทย์ผู้ซึ่งมีความรู้ความชำนาญ และเป็นผู้จัดการกับความเจ็บป่วยโดยเทคนิคและวิทยาการทางการแพทย์ บทบาทของผู้ป่วย คือ การเป็นผู้รับบริการและเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาแพทย์และเทคโนโลยีเพื่อการรักษาโรค ผู้ป่วยจึงมีอำนาจต่อรองน้อย กระบวนทัศน์แบบองค์รวมเน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่ถือว่าผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในกระบวนการเยียวยา แพทย์และผู้ป่วยเรียนรู้ไปด้วยกันในการเยียวยารักษาโรค เพราะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับแต่ละบุคคลนั้นมีความแตกต่างกัน แพทย์อาจเป็นผู้รู้ในเรื่องโรคและอวัยวะ แต่ผู้ป่วยและญาติก็เป็นผู้รู้ในเรื่องสุขภาพและความเป็นไปได้ในวิถีการดำเนินชีวิตของตน ความสัมพันธ์ในระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่เน้นกระบวนทัศน์แบบองค์รวมจึงถือว่าการรักษาความเจ็บป่วยนั้นเป็นการปรึกษาระหว่างสองผู้เชี่ยวชาญ (Meeting of two experts) มากกว่าที่จะให้ผู้ป่วยเป็นแต่เพียงผู้รับบริการที่ passive รอรับการรักษายาบาลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น (Tuckett et al. 1985)

จะเห็นได้ว่ากระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์แบบแยกส่วนได้ทำให้วิถีคิดของระบบการแพทย์สมัยใหม่มีลักษณะเฉพาะ เช่น วิถีคิดแบบแยกส่วนได้ทำให้การแพทย์สมัยใหม่มองสุขภาพโดยเน้นส่วนย่อยที่แยกออกจากกันเป็นส่วนๆ โดยไม่มองสุขภาพในลักษณะที่เป็นองค์รวม การแพทย์สมัยใหม่จึงแบ่งระบบงานเป็นส่วนๆ โดยมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะส่วนแยกย่อยชอยแบ่งเป็นสาขาของความชำนาญพิเศษ โดยที่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญที่เข้าใจชีวิตอย่างเป็นองค์รวมเลย วิถีคิดแบบชีวกลไกของการแพทย์สมัยใหม่ยังนิยามสุขภาพว่าเป็นผลมาจากอวัยวะที่ทำงานได้เป็นปกติ โดยมุ่งมองดังกล่าวทำให้สุขภาพเป็นเรื่องของอวัยวะและไม่เกี่ยวข้องกับ

บริบททางสังคม การแพทย์แบบแยกส่วนยังละเลยมิติทางจิตใจและอารมณ์ความรู้สึกเพราะเป็นระบบวิธีคิดที่เน้นเหตุผลและสิ่งที่ตรวจวัดในเชิงปริมาณได้ การแพทย์ที่เป็นอยู่จึงเน้นการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่าที่จะสนใจฟังเรื่องราวความทุกข์หรือปัญหาชีวิตของผู้ป่วยซึ่งถูกถือว่าเป็นเรื่องทางอัตวิสัย นอกจากนั้นการแพทย์สมัยใหม่ยังเน้นการตรวจรักษาทางกายภาพจะขาดความละเอียดอ่อนในทางวัฒนธรรมและขาดมิติทางจิตวิญญาณ

สุขภาพองค์รวม (Holistic Health)

เป็นการมองสุขภาพที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับทั้งชีวิต มากกว่าการเน้นแค่ความเจ็บป่วยหรือการจัดการกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยจะพิจารณาที่ “ตัวคนทั้งคน” ความเกี่ยวเนื่องของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคม ที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนคนนั้นว่ามีผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย สุขภาพแบบองค์รวมมีพื้นฐานอยู่บนกฎเกณฑ์ที่ว่า “ส่วนรวมทั้งหมดเป็นผลจากส่วนย่อยๆ ที่สัมพันธ์เกี่ยวเนื่องและพึ่งพาต่อกัน” โลกประกอบด้วยอากาศ แผ่นดิน น้ำ ไฟ และสัตว์ ที่ต้องอาศัยและพึ่งพาซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแยกจากกันได้ เพราะถ้าส่วนใดส่วนหนึ่งสูญเสียหรือถูกทำลายไป จะทำให้ดุลยความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่างๆ เสียไปซึ่งจะทำให้ส่วนอื่นๆ ถูกทำลายไปด้วย เช่นเดียวกับชีวิตมนุษย์แต่ละคนจะประกอบขึ้นด้วยร่างกาย (Physical) จิตใจ (Mental) อารมณ์ (Emotional) และจิตวิญญาณ (Spiritual) ถ้าองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งของชีวิตสูญเสียการทำงานไปก็จะส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบอื่นๆ ที่เหลือในขณะเดียวกันชีวิตและองค์ประกอบของชีวิตแต่ละด้านก็จะเกี่ยวเนื่องและสัมพันธ์กับสรรพสิ่งแวดล้อมรอบตัวเช่นกัน แม้ว่าองค์รวมมีส่วนย่อยหลายอย่างมาประกอบกัน แต่ทว่าองค์รวมก็มีคุณสมบัติใหม่ที่ส่วนประกอบย่อยๆ ไม่มี หมายความว่าส่วนรวมทั้งหมดเป็นมากกว่าการ



เอาส่วนย่อยมารวมกัน เพราะเมื่อส่วนย่อยเกิดการบูรณาการอย่าง
สมบูรณ์แล้ว องค์รวมที่เกิดขึ้นจะมีคุณสมบัติพิเศษที่แตกต่างไปจาก
คุณสมบัติของส่วนย่อยผู้ดบังเกิดขึ้น แนวคิดแบบองค์รวมจึงกล่าวว่า
“The whole is more than the sum of its parts”

ความจริงแล้วหลักการด้านการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
หรือการแพทย์แบบองค์รวม มิได้เป็นสิ่งใหม่ การดูแลสุขภาพแบบ
แบบดั้งเดิม หรือการแพทย์แผนประเพณีของประเทศจีนและอินเดียเมื่อ
5,000 ปีก่อนได้ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพและวิถีชีวิตที่สอดคล้อง
อยู่ร่วมกับธรรมชาติอย่างสันติ ในอารยธรรมตะวันตก นักปราชญ์
โสกราตีส (400 ปีก่อนคริสต์ศตวรรษ) ได้กล่าวเตือนไม่ให้ทำการ
บำบัดรักษาเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายโดยกล่าวว่า “ส่วนย่อยไม่
สามารถจะดีได้ถ้าส่วนทั้งหมดไม่ดี” และถึงแม้คำว่า “holism”
จะถูกนำมาใช้โดย Jan Cristian Smuts ในปี ค.ศ. 1926 เพื่อใช้เป็น
ทัศนคติในการมองสรรพสิ่งว่า “ส่วนทั้งหมดของสรรพสิ่งย่อมใหญ่กว่าและ
แตกต่างจากผลรวมของส่วนย่อยๆ ของสรรพสิ่งนั้นๆ” แต่คำว่าคำว่า
“holistic” จะได้รับการยอมรับและใช้เป็นคำคุณศัพท์ที่ใช้กันอย่าง
แพร่หลายก็กว่าปี ค.ศ. 1970 แล้ว (ดูรายละเอียดใน บทความที่ 2541)

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเน้นความสัมพันธ์เชื่อมโยง
อย่างผสมกลมกลืนระหว่างชีวิต สังคม และธรรมชาติ บทบาทของบุคคล
ในการดูแลสุขภาพและดำเนินวิถีชีวิตให้สอดคล้องและสมดุลจึงเป็น
หัวใจสำคัญ Suzan Walter ประธานของ American Holistic Health
Association (AHHA) ได้เสนอหลักการพื้นฐานของสุขภาพองค์รวมว่า
ทัศนคติแบบองค์รวมให้คุณค่าของคำว่า “สุขภาพ” ที่มีความหมายมาก
กว่าแค่การไม่เจ็บป่วย แต่หมายถึงการปรับ แก้ไข และพัฒนาให้เกิด
สุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง สุขภาพองค์รวมจึงเป็นกระบวนการพัฒนา
อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ถือเป็นพันธะสัญญาและความรับผิดชอบ
ส่วนบุคคลที่ต้องพยายามเดินทางปรับ แก้ไข พัฒนา และดำรงตน

ให้มีสุขภาพที่ดี ไม่ว่ากำลังอยู่ในสภาวะสุขภาพระดับใด จากระดับขั้นความเจ็บป่วย การมีสุขภาพถดถอยชั่วคราว ภาวะที่ยังไม่แสดงออกถึงเจ็บป่วย จนถึงการมีสุขภาพที่ดีเยี่ยม ซึ่งช่วงระหว่างสภาวะ 2 ประการหลังควรได้รับการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพ และดำรงสถานะสุขภาพที่ดีไว้เสมอเช่นกัน ไม่ใช่ให้ความสนใจเฉพาะการรักษาพยาบาลในยามเจ็บป่วยเท่านั้น (Walter 1999)

“สุขภาพของเราจะเป็นแบบเดียวกับที่วิถีชีวิตของเราเป็น” หลักการนี้ได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของประเทศสหรัฐอเมริกา (The U.S. Centers for Disease Control and Prevention) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของบุคคล (ซึ่งพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา) เป็นผลกระทบจากคุณภาพของการบริการเพียงร้อยละ 10 จากกรรมพันธุ์ร้อยละ 18 จากสิ่งแวดล้อมร้อยละ 19 และเป็นผลกระทบจากวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพสูงถึงร้อยละ 53 (อ้างใน Walter 1999)

เมื่อมีภาวะความเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อหรือโรคเรื้อรังเกิดขึ้น หลักการของสุขภาพองค์รวมก็สามารถนำมาประยุกต์ได้ และเปลี่ยนจากการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) มาเป็นการแพทย์แบบองค์รวม (Holistic medicine) บุคลากรทางการแพทย์จะใช้หลักการสุขภาพองค์รวมแลกเปลี่ยนเรื่องการรักษาและการดูแลสุขภาพกับคนไข้ โดยจะให้คำแนะนำระบบการเยียวยาแบบธรรมชาติ (Natural healing system) และให้พิจารณาสภาวะเงื่อนไขปัจจัยทั่วทั้งตัวคน และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

สุขภาพในทัศนะแบบองค์รวมจึงหมายถึงคุณภาพของชีวิตที่สัมพันธ์อย่างกลมกลืนกับสังคมธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ในทัศนะดังกล่าว ความเจ็บป่วยถือว่าเป็นสัญญาณเตือนภัยที่มีค่าและชักนำให้มนุษย์ได้รู้จักตนเองอย่างลึกซึ้งขึ้น ความเจ็บป่วยจึงเป็นส่วนหนึ่งใน



พัฒนาการของชีวิต เป็นสิ่งที่จะช่วยเตือนให้เรารู้จักระมัดระวังตนเอง และค้นพบตนเอง เป็นโอกาสให้เราได้ปรับวิถีชีวิตไปสู่วิถีที่ถูกต้องยิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุป สุขภาพแบบองค์รวมพิจารณาเรื่องสุขภาพ โดยเน้นความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพของระบบสุขภาพที่ไม่มีการแยกขาดระหว่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ กระบวนการทางสุขภาพจึงไม่แยกขาดตัดตอนออกจากกระบวนการทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ สุขภาพแบบองค์รวมจึงไม่ได้หมายถึงเฉพาะเทคนิคการดูแลสุขภาพ แต่รวมถึงการปรับวิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ การกินอาหาร ตลอดจนการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสังคมของบุคคลด้วย

ข้อจำกัดของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือการแพทย์ชีวภาพ ซึ่งส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นการแพทย์แบบแยกส่วนและลดส่วน แสดงให้เห็นรายละเอียดจากตารางเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกระบวนการทัศน์แบบชีวกลไกกับกระบวนการทัศน์สุขภาพแบบองค์รวม ดังนี้

กระบวนการทัศน์สุขภาพแบบชีวกลไก	กระบวนการทัศน์สุขภาพแบบองค์รวม
1. ทัศนะต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย 1.1 แยกสุขภาพกายและสุขภาพจิต ออกจากกันและแยกเรื่องสุขภาพ ออกจากสังคม และสิ่งแวดล้อม 1.2 ให้ความสำคัญต่อการเยียวยา รักษาโรค 1.3 เน้นการหาสาเหตุของโรคแบบ เฉพาะเจาะจงกับอวัยวะที่ผิดปกติ 1.4 มองว่าความเจ็บป่วยเกิดขึ้นภายในร่างกาย (Physical body) และเฉพาะแห่ง	1. ทัศนะต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย 1.1 สุขภาพ คือ ความเป็นเอกภาพ และความสมดุล ระหว่างกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม 1.2 ให้ความสำคัญกับวิถีการดำรงชีวิตที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค 1.3 เชื่อว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากหลายเหตุปัจจัย 1.4 พิจารณา “ทั้งคน (Whole person)” ทั้งปัจจัยที่เชื่อมโยงทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม

กระบวนการค้นสุขภาพแบบชีวกลไก	กระบวนการค้นสุขภาพแบบองค์รวม
2. กระบวนการดูแลรักษาสุขภาพ/ความเจ็บป่วย 2.1 โรค คือ ภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นในขณะหนึ่งๆ 2.2 เน้นการวินิจฉัย/ประเมินแต่ด้านกายภาพ 2.3 เน้นการแก้ปัญหาที่ตัวผู้ป่วยแบบแยกส่วนเฉพาะโรค/เฉพาะปัญหา ไม่มีการพิจารณาทั้งระบบ 2.4 ให้ความสำคัญ และแก้ปัญหาได้ดีกับโรคติดเชื้อและโรคเฉียบพลัน 2.5 การรักษาเป็นการขจัดความผิดปกติอันเกิดขึ้นในระบบอวัยวะ 2.6 มีมาตรฐานการรักษาอย่างเดียวกันสำหรับทุกคนที่มีโรคอย่างเดียวกัน	2. กระบวนการดูแลรักษาสุขภาพความเจ็บป่วย 2.1 โรค คือ กระบวนการที่ต่อเนื่องมีเหตุปัจจัยที่เป็นที่มา และที่ไปเกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิต 2.2 เน้นการวินิจฉัย/ประเมินทุกด้านและทุกเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง 2.3 เน้นที่ตัวผู้ป่วยตลอดทั้งชีวิตและปัจจัยแวดล้อมทั้งหมด ทั้งด้านการงาน ครอบครัว ชีวิตสังคม ภาวะจิตใจ อารมณ์ อาหาร และพฤติกรรมสุขภาพ 2.4 ให้ความสำคัญ และแก้ปัญหาได้ดีกับโรคเรื้อรัง โรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ความเจ็บป่วยที่เชื่อมโยงกับความเครียด และกลไกทางจิตใจ 2.5 การรักษา คือ การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขที่ทำให้กระบวนการของโรคเกิดขึ้น 2.6 การรักษาเน้นลักษณะเฉพาะของตัวผู้ป่วย ตระหนักว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีลักษณะเฉพาะตัวที่ต้องอาศัยวิธีการเฉพาะอย่างที่สุดคล้อยกัน



กระบวนการทัศนสุขภาพแบบชีวกโลก	กระบวนการทัศนสุขภาพแบบองค์รวม
3. บทบาทของแพทย์และผู้ป่วย 3.1 แพทย์มีความรู้ความชำนาญเฉพาะและเป็นภาวะวิสัย (Objective) จึงมักไม่จำเป็นต้องแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยแพทย์ ผู้ป่วยคือผู้ไม่มีความรู้ทางการแพทย์ 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นแบบไม่เท่าเทียมและแบบพึ่งพา 3.3 แพทย์เป็นผู้รับผิดชอบการรักษาโรคแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนรักษาแต่ละโรคไม่มีใครรับผิดชอบผู้ป่วยทั้งคน 3.4 ภาวะจิตใจ และจิตสำนึกของผู้ป่วยไม่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการเยียวยารักษาโรค	3. บทบาทของแพทย์และผู้ป่วย 3.1 แพทย์มีความรู้รอบด้านแบบองค์รวมและแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยโดยมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) และแหล่งประโยชน์สำคัญ (Resource person) การรักษาต้องอาศัยความรู้/ประสบการณ์ของแพทย์ การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติสาเหตุ และวิธีการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยร่วมกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นแบบหุ้นส่วนเท่าเทียม และช่วยเหลือกันและกัน 3.3 ผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยต้องมีบทบาทเป็นฝ่ายกระทำ (Active Role) ในการดูแลรักษาตนเอง 3.4 ภาวะจิตใจและความรู้ของผู้ป่วย มีความจำเป็นต่อความสำเร็จในการรักษาความเจ็บป่วย

กระบวนการทัศนสุขภาพแบบชีวกลไก	กระบวนการทัศนสุขภาพแบบองค์รวม
4. ระบบการจัดบริการ 4.1 รวมศูนย์อำนาจในการรักษา อยู่ที่สถาบันแพทย์ 4.2 บริการเหมือนผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป ที่ออกมาจากโรงงานเดียวกัน กล่าวคือจัดระบบการให้บริการเหมือนกัน เป็นรูปแบบเดียวกันแก่ทุกคน 4.3 ทุนเป็นปัจจัยหลัก ให้ความสำคัญแก่เครื่องมือและเทคโนโลยีราคาแพง (High tech) ละเลยคุณค่าของการเอาใจใส่ใกล้ชิดและความสัมพันธ์ฉันท์เพื่อนมนุษย์ที่แพทย์พึงมีต่อผู้ป่วย 4.4 เน้นเทคโนโลยีขั้นสูง ยิ่งเทคโนโลยีในการวินิจฉัยและรักษามีความซับซ้อนมากเท่าไร ยิ่งถือว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาโรคมากขึ้น	4. ระบบการจัดบริการ 4.1 กระจายอำนาจ พยายามที่จะให้อำนาจหรือสมรรถนะในการดูแลรักษาสุขภาพแพร่หลายสู่ทุกคนเท่าที่จะทำได้ 4.2 เน้นลักษณะเฉพาะของแต่ละภูมิภาค ท้องถิ่น และบุคคล 4.3 มนุษย์เป็นปัจจัยหลัก ตระหนักว่าความอบอุ่น และน้ำใจของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญต่อการรักษา มิใช่ยา เครื่องมือ หรือโรงพยาบาลใดๆ 4.4 เน้นเทคโนโลยีที่เหมาะสมสนับสนุนให้ร่างกายเสริมสร้างบำบัดตัวเอง มากกว่าที่จะใช้อย่างเกินจำเป็น



รากฐานของการปรับกระบวนการทัศน์คือการรู้ฐานความคิดที่มองสุขภาพแบบลดส่วน แยกส่วน และมองแบบกลไก ซึ่งก็คือการขยายฐานความคิดเรื่องสุขภาพออกไปจาก bio-medical model of health ไปสู่ bio-psycho-social model เป็นการขยายกรอบแนวความคิดเรื่องสุขภาพให้กว้างขึ้น เป็นแนวคิดสุขภาพในกระบวนการทัศน์ใหม่ที่เชื่อมโยงกันทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และมิติทางจิตวิญญาณ ที่ทำให้บริการสุขภาพแนวคิดใหม่ที่ใส่ใจทั้งเรื่องโรค (คือสิ่งที่เกิดกับอวัยวะ) เรื่องความเจ็บป่วย (คือสิ่งที่เกิดกับคน) และเรื่องความทุกข์ (คือสิ่งที่เกิดกับมนุษย์)

The diagram illustrates the Four Foundations of Mindfulness (Satipatthana) within a large oval. In the center is a box labeled "ดุลยภาพ" (Balance/Equilibrium). Surrounding this central box are four other boxes, each representing a foundation: "กาย" (Body) at the top left, "ใจ" (Mind) at the top right, "สังขม" (Feelings) at the bottom left, and "จิตวิญญาน" (Mental Objects) at the bottom right. Arrows point from each of these four outer boxes toward the central "ดุลยภาพ" box, indicating that mindfulness of each aspect leads to a balanced state. Below the oval, a caption reads: "แบบจำลองพลวัตและดุลยภาพของสุขภาพ" (Dynamic and Equilibrium Model of Health).

จุดเด่นของการมองสุขภาพแบบดุลยภาพและพลวัตนี้อยู่ที่ ความยืดหยุ่นและการไม่ยึดถืออย่างตายตัวว่าสุขภาพจะถูกกำหนดด้วย ปัจจัยด้านใดด้านเดียวอย่างตายตัว เช่นในกรณีผู้พิการหรือผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แม้ความเจ็บป่วยหรือความไม่สมบูรณ์ ทางกายจะไม่สามารถแก้ไขได้ แต่บุคคลเหล่านี้ก็สามารถมีสุขภาพหรือ สุขภาวะที่ดีได้จากการมีดุลยภาพของปัจจัยด้านอื่น เช่น การสามารถ วางจิตวางใจให้เหมาะสมกับเงื่อนไขของชีวิต การมีความมุ่งมั่นและ ความหวัง หรือการได้รับความใส่ใจจากสังคมรอบข้าง รวมทั้งการสามารถ เข้าถึงความหมายหรือเป้าหมายทางจิตวิญญาณ ซึ่งในชีวิตจริงแล้วทุกคน ก็อาจจะมีความพร่องหรือไม่สมบูรณ์ในด้านใดด้านหนึ่งแต่ก็สามารถ ชดเชยและปรับสมดุลใหม่ได้ การเจ็บป่วยหรือความไม่สมบูรณ์ทางกาย จึงไม่ได้หมายความว่าไม่สามารถมีสุขภาพดีได้

โดยรากฐานทางปรัชญาของระบบการแพทย์แบบชีวภาพ ที่เน้นการจัดการเกี่ยวกับความผิดปกติของอวัยวะ ระบบบริการทางการแพทย์จึงเน้นที่เรื่องของโรค แต่หากพิจารณาจากประสบการณ์ของผู้ป่วยก็จะเห็นว่า โรค (หรือความผิดปกติที่เกิดกับอวัยวะ) ที่เกิดขึ้นนั้น ดำรงอยู่ในบริบทของความเจ็บป่วย (หรือประสบการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วย) และความทุกข์ (หรือปัญหาความบีบคั้นคับข้องที่เกิดกับมนุษย์) แนวคิด เรื่องสุขภาพองค์รวมนั้นไม่ใช่เพียงแต่รักษาโรคแบบไม่แยกส่วนอย่างเดียว แต่จะต้องเข้าใจมิติของความเจ็บป่วยที่ไม่ใช่โรคและต้องเข้าใจความทุกข์ ของมนุษย์ด้วย สุขภาพองค์รวมจึงเกี่ยวเนื่องไปถึงเรื่องของเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ในแง่นี้สุขภาพจึงสัมพันธ์กับบริบทของชุมชนว่ามี ลักษณะทางเศรษฐกิจสังคม และวัฒนธรรมท้องถิ่นอย่างไร การเคลื่อน จากฐานวิธีคิดแบบ bio-medical ไปสู่ bio-psycho-social model of health ต้องมีการขยายกรอบวิธีคิดหรือขยายนิยามของคำว่าสุขภาพ ให้กว้างออกไป



นอกจากมิติทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมแล้ว การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมยังต้องมีความละเอียดอ่อนต่อมิติของความเป็นมนุษย์ด้วย ซึ่งหากกล่าวถึงมิติของความเป็นมนุษย์แล้ว การแพทย์แบบชีวภาพนั้นโดยปรัชญาแล้วเป็นการเน้นการแยกชีวิตออกเป็นส่วนๆ การมองชีวิตโดยแยกออกเป็นส่วนย่อยๆ หรือเป็นรายอวัยวะนี้ ทำให้มิติของความเป็นมนุษย์ซึ่งเป็นคุณสมบัติขององค์รวมของชีวิตที่ไม่สามารถเห็นได้จากการพิจารณาเป็นรายอวัยวะจะถูกละเลยไป เมื่อชีวิตถูกลดทอนลงมาเป็นแค่ระบบกลไกทางชีววิทยา มิติของความเป็นองค์รวม เช่น มิติทางจิตวิญญาณ คุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และมิติของความสัมพันธ์ทางสังคมก็จะสูญหายไป

การดูแลสุขภาพปฐมภูมิมิมีศักยภาพที่จะให้การบริการที่เชื่อมโยงมิติต่างๆ ได้ครบถ้วนและเป็นองค์รวม การกีดการสร้างระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจึงเป็นภารกิจของการสร้างระบบสุขภาพที่เป็นองค์รวม ซึ่งเป็นวิสัยทัศน์ใหม่ของการทำงานสุขภาพ การสร้างให้ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิมีความเข้มแข็งจึงจำเป็นต้องคิดค้นสร้างสรรค์ “วิธีทำ” ใหม่จากวิธีคิดแบบขององค์รวมนี้ ซึ่งหมายความว่ารวมถึงการปรับแนวคิดในการทำงานใหม่ (Rethink) การออกแบบระบบใหม่ (Redesign) การสร้างและพัฒนาเครื่องมือใหม่ๆ ในการทำงาน (Retool) และการพัฒนาทักษะและสมรรถนะของบุคลากร (Retrain) โดยที่จะต้องเข้าใจวิธีคิดเป็นสำคัญ เพราะหากไม่เข้าใจวิธีคิดก็อาจไปติดอยู่กับวิธีทำ และเมื่อทำผิดก็ไม่รู้ว่าผิดเพราะไม่มีวิธีคิดที่จะใช้ในการตรวจสอบวิธีทำ การสร้างระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่ใส่ใจต่อมิติทางสังคมวัฒนธรรม และมีความละเอียดอ่อนต่อมิติของความเป็นมนุษย์จึงเป็นการปรับกระบวนการทัศน์สุขภาพและการแพทย์ และเป็นกระบวนการที่ต้องมีการลงทุนสร้างองค์ความรู้ควบคู่ไปกับการสร้างอุดมการณ์ในการทำงานที่จะผสมผสานศาสตร์และศิลป์ที่จะทำให้บริการสุขภาพชุมชนมีมิติของความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง



การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

แนวคิดเรื่องการดูแลต่อเนื่องที่ใช้ในบริการสุขภาพนั้นเป็นแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับบุคคลที่มีความต้องการการดูแลรักษาสุขภาพ ซึ่งอาจพิจารณาได้จากหลากหลายแง่มุม (Fletcher et al. 1984; Ruane and Brody 1987; Starfield 1980; Wall 1981) ทั้งด้านความต่อเนื่องของการดูแลด้วยบุคลากรเดิมที่รู้จักคุ้นเคย ความต่อเนื่องของนัดหมาย และความต่อเนื่องในการดูแลเมื่อจำเป็นต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในหน่วยบริการอื่นด้วย การดูแลต่อเนื่องเป็นปัญหาใหญ่ในระบบบริการทางการแพทย์เพราะผู้ป่วยมักไม่ได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์คนเดิมที่เคยรับรู้และติดตามปัญหาความเจ็บป่วยมาอย่างต่อเนื่อง แต่มักหมุนเวียนไปรับการรักษาในที่ต่างๆ สลับสับเปลี่ยนกันไป ซึ่งทำให้ขาดความต่อเนื่องของการรับรู้ข้อมูลการรักษาและทำให้การแก้ปัญหาขาดความต่อเนื่องไปด้วย

ความต่อเนื่องของการดูแลสามารถพิจารณาได้จากหลากหลายองค์ประกอบขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของระบบบริการ เช่น เป็นระบบที่มีทีมผู้ให้บริการหลากหลายสาขาวิชาชีพทำงานร่วมกัน หรือเป็นระบบที่มีหน่วยบริการหลายหน่วยรับผิดชอบพื้นที่ซ้อนทับกัน การพิจารณาความต่อเนื่องในการดูแลจึงอาจแยกแยะได้เป็นหลายประเด็นดังนี้

ความต่อเนื่องจากผู้ให้บริการเดิม

ระบบบริการปฐมภูมิเน้นการดูแลรักษาโดยผู้ให้บริการที่เคยดูแลรักษาบุคคลหรือครอบครัวมาก่อน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องจากการได้ติดตามปัญหาและการคลี่คลายที่ดำเนินมาตลอดช่วงเวลาที่ยาวนานของชีวิตครอบครัว (Ellsberry et al. 1987; Shear et al. 1983; Rogers



and Curtis 1980) ซึ่งทำให้ผู้ให้บริการรู้ความเป็นมาและประสบการณ์ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว ในแง่การให้บริการที่หน่วยบริการ ปฐมภูมิจึงอาจให้ความสำคัญกับการจัดสรรให้เจ้าหน้าที่แต่ละคนมี ครอบครัวที่ตนรับผิดชอบอย่างเฉพาะเจาะจง เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษา โดยเจ้าหน้าที่คนเดียวกันในแต่ละครั้งที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ความต่อเนื่องในการดูแลลักษณะนี้จะขาดหายไปในบางกรณีที่มีการ จัดให้มีแพทย์หมุนเวียนกันออกตรวจรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เพราะ แพทย์ที่หมุนเวียนกันออกมาให้การตรวจรักษามักไม่รู้ถึงความเป็นมา และประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัวมาก่อน การจัด บริการในลักษณะ Extended OPD ที่ส่งแพทย์ไม่ชำนาญกันหมุนเวียน กันออกตรวจรักษาจึงไม่เป็นไปตามแนวคิดบริการปฐมภูมิที่เน้นความ ต่อเนื่องในการดูแล

ความต่อเนื่องจากการส่งต่อข้อมูล

ในกรณีของการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องมีการ เคลื่อนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วย ความต่อเนื่องของการดูแลอาจหมายถึง การส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและปัญหา หรือเป็นความต่อเนื่องของ ข้อมูลข่าวสารมากกว่าที่จะเป็นเรื่องความต่อเนื่องเรื่องบุคลากรที่ให้ การรักษา ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญที่จำเป็นต้องมีการส่งต่อให้เกิดความ ต่อเนื่องในการดูแลจึงจำเป็นต้องมีการจัดการให้ถึงมือผู้ให้การรักษา ไม่ว่าจะเป็นประวัติผู้ป่วย การมาพบแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ การตรวจรักษา การแพทย์ ยาและการรักษาที่ได้รับ หรือแม้แต่ข้อมูล ทางสังคมจิตวิทยาและวัฒนธรรมท้องถิ่นก็อาจมีความสำคัญที่ต้องมี การส่งต่อด้วย ความต่อเนื่องนี้อาจเป็นไปได้ง่ายขึ้นหากสามารถจัดระบบ ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันและทำให้การเข้าถึงฐานข้อมูลกลาง เป็นไปได้โดยง่าย ความต่อเนื่องของข้อมูลเป็นประโยชน์อย่างน้อย สองประการคือ ช่วยลดการตรวจและการให้การรักษาซ้ำซ้อนเหมือนเดิม

ที่ผู้ป่วยเคยได้รับและไม่ได้ผล และประการที่สอง ช่วยป้องกันการให้การรักษาที่เกิดอันตราย เช่น การแพ้ยา หรือการรักษาที่อาจมีผลแทรกซ้อน

อย่างไรก็ตาม การดูแลต่อเนื่องโดยผู้ให้การดูแลเดิมมีความสำคัญ ประการแรก เพราะเรามักไม่สามารถรวบรวมและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกเรื่องไว้ได้อย่างครบถ้วนในระบบการจดบันทึกข้อมูล ประการที่สอง ความคุ้นเคยและความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดของผู้ดูแลคนเดิม จะช่วยให้ผู้ให้การดูแลสามารถสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยที่เกิดขึ้น เช่น บุคลิกภาพที่เปลี่ยนไป อารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรม หรือการทำหน้าที่ที่อาจเปลี่ยนไปจากเดิม และประการที่สาม ความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องและความคุ้นเคยมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการเยียวยา ความไว้วางใจทำให้การพูดคุย การต่อรอง การแสดงออกซึ่งความต้องการหรือการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวเป็นไปได้ง่ายขึ้น

ความต่อเนื่อง ผู้ดูแลหลัก และการประสานบริการ

ในระบบโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เน้นแพทย์เฉพาะทางก็มักจะหาผู้รับผิดชอบคนไข้ไม่ได้ เพราะแพทย์เฉพาะทางต่างก็ให้การดูแลเฉพาะอวัยวะหรือระบบที่ตนเองเป็นผู้เชี่ยวชาญ ไม่มีคนรับผิดชอบคนไข้ทั้งคนอย่างต่อเนื่อง (Saunders and McCorkle 1985: 373) เพราะระบบการแพทย์แบบเฉพาะทางเน้นการปรึกษาปัญหาแบบแยกส่วน บางครั้งผู้ป่วยจึงถูกส่งกลับไปกลับมาระหว่างที่การตรวจวินิจฉัยยังไม่ชัดเจนโดยไม่สามารถหาแพทย์ผู้รับผิดชอบโดยตรงได้ จุดเด่นของระบบบริการปฐมภูมิอยู่ที่สามารถให้การดูแลต่อเนื่องได้เพราะเป็นระบบบริการที่ใกล้ชิดและคุ้นเคยกับชุมชน ง่ายต่อการเข้าถึง และมีความรับผิดชอบต่อความเป็น “เจ้าของคนไข้” ที่รับผิดชอบอย่างชัดเจนและสามารถติดตามให้การดูแลรักษาได้ถึงระดับครอบครัวและชุมชน ปัญหา



การดูแลต่อเนื่องหรือ Continuity of care จึงเป็นเรื่องที่แยกไม่ออกจากปัญหาการรับผิดชอบหรือ Accountability (Gerteis et al. 1993) และปัญหาการประสานงานในระบบบริการหรือ Care coordinating (Banahan and Banahan 1981; Fletcher et al. 1984)

แนวคิดเรื่องความต่อเนื่องในการดูแลจึงเป็นสิ่งจำเป็นไม่เฉพาะแต่ในระบบบริการปฐมภูมิเท่านั้น ในระบบโรงพยาบาลขนาดใหญ่ก็จำเป็นต้องมีการสร้างระบบความรับผิดชอบต่อต่อเนื่องเช่นเดียวกัน ตัวอย่างหนึ่งของระบบการดูแลต่อเนื่องในระบบโรงพยาบาลที่เน้นความรับผิดชอบต่อต่อเนื่องของผู้ให้บริการหลักคือระบบงานของเมโยคลินิก ที่ถือว่าผู้ป่วยทุกคนต้องมีแพทย์ผู้รับผิดชอบหลัก ซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลคนไข้ตั้งแต่ต้น แพทย์ผู้นี้จะรับผิดชอบในกระบวนการเฝ้าระวังรักษาผู้ป่วย แม้จะมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอื่นมาร่วมให้การรักษา แต่แพทย์ผู้รับผิดชอบจะเป็นหลักในการประเมิน การตัดสินใจ และเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ข้อมูลข่าวสาร การอธิบาย หรือการชี้แจงให้กับผู้ป่วยและญาติถึงปัญหาและแนวทางการรักษาต่างๆ (Gerteis et al. 1993)

อาจกล่าวได้ว่า ระบบบริการปฐมภูมิที่เน้นการดูแลต่อเนื่องเป็นระบบบริการที่ใช้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Sherer, Anderson, and Lumsdon 1993; Bejciy-Spring, Neutzling, and Newton 1994; Lee and Dean 1995; McQueen and Marwick 1995) การดูแลต่อเนื่องนี้มีลักษณะสามประการสำคัญที่เป็นจุดเด่นของการจัดระบบบริการปฐมภูมิ คือ

- 1) การมีระบบการดูแลที่มีความรับผิดชอบต่อติดตามดูแลกลุ่มเป้าหมายในระยะยาว ซึ่งอาจมีหรือไม่มีเรื่องความเจ็บป่วยเลยก็ได้
- 2) การดูแลที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องที่ปรับเปลี่ยนไปตามสภาพและความจำเป็นของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโรคเรื้อรัง ความพิการ หรือภาวะอื่นๆ เช่น พัฒนาการของเด็ก การตั้งครรภ์ หรือการสู่วัย



- 3) ความสัมพันธ์ที่ก่อตัวอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้รับบริการที่รู้จักและคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ ในขณะที่ผู้ให้บริการก็รู้จักและเข้าใจชีวิต ความเป็นอยู่ และปัญหาของผู้รับบริการในบริบททางสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นมากขึ้น (Heywood 2000: 31)

ความต่อเนื่องกับผลดีในการดูแลสุขภาพ

งานศึกษาของสตาร์ฟิลด์และของสถาบันการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine 1996) ได้แสดงให้เห็นว่าระบบบริการที่ให้ความสำคัญกับการดูแลที่ต่อเนื่องมีผลดีต่อการดูแลรักษาสุขภาพหลายด้าน การดูแลต่อเนื่องส่งผลต่อการให้บริการด้านการป้องกันโรคที่ดีขึ้น แพทย์หรือผู้ให้การรักษาสสามารถรับรู้ปัญหาด้านสังคมจิตวิทยาได้ดีขึ้น ภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลลดลง อัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยลง ระยะเวลาการพักรักษาตัว (lengths of stay) ลดลง การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาตัวและการมาตรวจตามนัดหมายดีขึ้น การรับประทานยาตามที่ได้รับคำแนะนำดีขึ้น รวมทั้งการรักษาได้ทันเวลาดีขึ้น (Starfield 1986: 194; Wasson et al. 1984; Billings and Teicholz 1990)

ที่สำคัญการประสานการดูแลที่ต่อเนื่องระหว่างระบบบริการปฐมภูมิและระบบบริการระดับอื่นยังเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เส้นทางการเฝ้าระวังรักษาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่ต้องเผชิญกับความทุกข์อันไม่จำเป็น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องมีการส่งต่อ

ลักษณะเชิงโครงสร้างของระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

- 1) ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิมีพื้นที่รับผิดชอบที่แน่นอนและชัดเจน ซึ่งหมายถึงการมีครอบครัวและชุมชนในความรับผิดชอบที่เฉพาะเจาะจง โดยผู้ให้การดูแลสุขภาพ



ระดับปฐมภูมิจะรู้จักบุคคล ครอบครัว และชุมชนเป้าหมาย ที่ตนต้องรับผิดชอบ ในขณะเดียวกัน บุคคล ครอบครัว และชุมชนก็รู้จักหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่จะให้การดูแลตนอย่างต่อเนื่อง การมีพื้นที่ ครอบครัวและชุมชนที่รับผิดชอบต่ออย่างชัดเจนทำให้สามารถสร้างความคุ้นเคยใกล้ชิดระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพปฐมภูมิกับครอบครัว และชุมชนได้ซึ่งจะนำไปสู่การทำงานร่วมกันในการให้การดูแลและการแก้ปัญหาสุขภาพบนพื้นฐานความสัมพันธ์ที่ดี

- 2) ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเน้นการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิให้สอดคล้องกับเงื่อนไขและสภาพความจำเป็นของพื้นที่ โดยให้สถานที่ตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมต่อการเข้าถึง โดยพิจารณาทั้งเงื่อนไขทางกายภาพ การคมนาคม ลักษณะของประชากร ระบบนิเวศวิทยา และวัฒนธรรมท้องถิ่น
- 3) ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพทั้งหมดที่ต้องทำงานร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพ ซึ่งหมายถึงการมีสำนึกที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันว่าระบบบริการสุขภาพมีเป้าหมายร่วมกัน และแบ่งหน้าที่เพื่อทำงานเสริมซึ่งกันและกัน ไม่ใช่เป็นการแย่งบทบาทกัน เกี่ยงกันทำงาน ผลักภาระให้พินตนเอง หรือกล่าวโทษกันเมื่อเกิดปัญหา แต่ต้องมีจิตใจที่เป็นหนึ่งเดียวกันและมีเป้าหมายร่วมกันคือสุขภาพของประชาชน
- 4) ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิมิมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่เชื่อมโยงประสานกัน ทั้งระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่เกี่ยวข้องกัน หน่วยงานด้านสาธารณสุขอื่นๆ หน่วยงานด้านสังคมสงเคราะห์ต่างๆ หน่วยงานด้านสวัสดิการสังคม

โรงพยาบาล วัด โรงเรียน ซึ่งต้องทำงานร่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพ การทำงานให้เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายนั้นจำเป็นต้องมีการประสานกันทั้งในด้านข้อมูลข่าวสาร วิชาการ บริการ และกิจกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน

- 5) โครงสร้างภายในของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอาจประกอบด้วยบุคลากรหลายประเภทแตกต่างกันไปตามความจำเป็นและความเป็นไปได้ของแต่ละพื้นที่ การดูแลสุขภาพปฐมภูมิต้องการการทำงานเป็นทีมทั้งจากแพทย์ เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ และหมออนามัย โดยอาศัยจุดแข็งและศักยภาพของบุคลากรที่หลากหลายในการทำงานตามปรัชญาของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ
- 6) โดยลักษณะทางโครงสร้างของระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชนทำให้ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิต้องตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของชุมชน และสามารถทำหน้าที่ติดตามและสะท้อนปัญหาเพื่อให้ระบบบริการโดยรวมสามารถปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้รวดเร็วและทันต่อการเปลี่ยนแปลง

ลักษณะสำคัญของคุณภาพการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

- เข้าใจ คือ เข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน
- ใส่ใจ คือ ใส่ใจกับความทุกข์ยากและความเป็นมนุษย์ของผู้คน
- อยู่ใจ คือ เจ้าหน้าที่มีวิชาการความรู้ที่ถูกต้องในการทำงาน และมีระบบการส่งตัวคนไข้ (refer) ที่ดี
- ภูมิใจ คือ เจ้าหน้าที่ที่ทำงานสุขภาพชุมชนมีความภูมิใจในงานที่ตัวเองทำ ชาวบ้านเองก็มีความภูมิใจที่มีหน่วย



บริการสุขภาพลักษณะนี้อยู่กับเขา

- ร่วมใจ คือ การมีความร่วมมือร่วมใจกันกับระบบบริการระดับต่างๆ รวมทั้งร่วมมือกับการแพทย์หลากหลายระบบที่มีอยู่ในชุมชนในการทำงานสุขภาพในชุมชน
- ใกล้ชิด คือ ทำงานใกล้ชิดกับทุกภาคี ทุกภาคส่วนในชุมชนให้การดูแลใกล้ชิดเสมือนหนึ่งญาติมิตรที่รู้จักกัน



ບົກທີ່ 4

ເວື່ອນໄຂຄວາມສຳເລັດຂອງ
ງານສຸຂກາພປະຊຸມກູມີ:
ຕັກຜະກາກກຳກວນທີ່ຈຳເປັນ





การทำงานสุขภาพปฐมภูมิที่ต้องผสมผสานสุขภาพกับมิติต่างๆ ของชุมชนตั้งอยู่บนพื้นฐานความคิดที่ว่า สุขภาพดีและการเยียวยารักษาความเจ็บป่วยนั้นไม่ได้เป็นภารกิจที่บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้จัดหาหรือให้บริการได้อย่างเบ็ดเสร็จด้วยตนเอง แต่เป็นภารกิจที่ต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นส่วนประกอบสำคัญ การทำงานสุขภาพในบริบทของครอบครัวและชุมชนเพื่อการแก้ไขปัญหาที่มีหลากหลายมิตินั้นนอกจากจะอาศัยความรู้และทักษะเกี่ยวกับสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ แล้ว ยังต้องมีหัวใจของความสำเร็จ 3 ประการต่อไปนี้เป็นพื้นฐาน

1. การเห็นคุณค่าและเคารพในศักยภาพชุมชน (Appreciative skill)
2. การสร้างความสัมพันธ์ในการทำงานที่ดี (Good working relationship)
3. การเรียนรู้จากการทำงาน (Interactive learning through action)

การเห็นคุณค่าและเคารพในศักยภาพชุมชน

ความสามารถที่จะเห็นถึงศักยภาพและสามารถชื่นชมในสิ่งดีงามที่มีอยู่ในชีวิตผู้คน ครอบครัว และชุมชน เป็นทักษะที่สำคัญในการทำงานสุขภาพปฐมภูมิ เพราะปรัชญาของบริการสุขภาพปฐมภูมิถือว่าเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพอยู่ที่การสร้างศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ เพราะบุคคล ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญที่สุดในการทำให้เกิดสุขภาพที่ดีและการเยียวยาความเจ็บป่วย การที่จะเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้นั้น จะต้องเริ่มจากการเห็นถึงพลังและความสามารถของครอบครัวและชุมชนเป็นพื้นฐานก่อน จึงจะสามารถปลดปล่อยพลังและศักยภาพเหล่านั้นออกมาได้ ดังจะเห็นได้ว่า หน่วยบริการ



ปฐมภูมิที่ประสบความสำเร็จในการทำงานสุขภาพชุมชนทั้งหลายนั้น ไม่มีที่ใดทำงานได้สำเร็จได้โดยมีทัศนคติที่ดูถูกหรือไม่เคยเห็นถึงคุณค่า และศักยภาพของชุมชนเลย

ในระบบบริการทางการแพทย์ที่เน้นเทคโนโลยีที่ซับซ้อนนั้น ผู้ป่วยและญาติมักถูกทำให้กลายเป็นผู้ที่รอรับบริการโดยไม่มีบทบาทของการเป็นผู้กระทำ (passive) การรักษาส่วนใหญ่เป็นบทบาทของแพทย์หรือทีมการรักษาพยาบาล ความคาดหวังหลักของแพทย์ต่อผู้ป่วยคือการไม่ทำตัวให้เป็นอุปสรรคหรือให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล แต่สำหรับบริการปฐมภูมินั้นคาดหวังให้ผู้ป่วย ญาติ และชุมชน มีบทบาทเป็นผู้กระทำที่กระตือรือร้น (active) ในกระบวนการสุขภาพ ทักษะการเห็นคุณค่าและชื่นชมในศักยภาพ (appreciative skill) นี้เป็นสิ่งที่ต้องฝึกฝน เพราะในระบบผู้เชี่ยวชาญและวิชาชีพทางการแพทย์นั้น บุคลากรมักถูกปลูกฝังให้มองหาปัญหา มากกว่าที่จะมองหา ศักยภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษาเกี่ยวกับอนามัยชุมชนที่ นักศึกษาจะถูกมอบหมายให้ลงไปศึกษาหาปัญหาของชุมชนด้วยเครื่องมือสำรวจปัญหาและเกณฑ์มาตรฐานของวิชาชีพ โดยที่จะไม่มีการฝึกฝน ให้นักศึกษาไปศึกษาเพื่อหาศักยภาพของชุมชนเลย

ทักษะการสร้างความสัมพันธ์ในการทำงานที่ดี

การทำงานสุขภาพในระดับปฐมภูมินั้นเป็นการทำงานที่ ต่อเนื่องและดำเนินไปในระยะยาว ยิ่งไปกว่านั้น การพัฒนาเพื่อสุขภาพ และการดูแลรักษาความเจ็บป่วยในระดับปฐมภูมินั้นบทบาทของครอบครัว และองค์กรชุมชนมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าบทบาทของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกันที่ดีระหว่างหน่วยบริการ ปฐมภูมิกับครอบครัวและชุมชนจึงเป็นปัจจัยสำคัญในความสำเร็จใน การทำงานระยะยาว



การเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจากการปฏิบัติ

ชุมชนทุกชุมชน ครอบคลุมแต่ละครอบครัว บุคคลแต่ละคน ล้วนแตกต่างกัน มีความต้องการ ความคิด ความวิตกกังวล รวมทั้ง ศักยภาพและความสามารถในการจัดการกับปัญหาสุขภาพแตกต่างกัน การที่บุคคล ครอบครัวหรือชุมชนล้วนแต่มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน ทำให้การทำงานชุมชนต้องมีการเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา การใช้คำตอบสำเร็จรูปหรือรูปแบบการทำงานที่ตายตัวจะมีข้อจำกัดในการทำงานกับชุมชน เพราะสิ่งที่ทำได้ในชุมชนหนึ่งอาจไม่สามารถใช้ได้ผลในชุมชนอื่นๆ การเรียนรู้จึงเป็นเงื่อนไขสำคัญของการทำงานและจำเป็นต้องมีเครื่องมือที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่เหมาะสม เพื่อให้เข้าใจความเป็นจริงของชุมชน ซึ่งเป็นความจริงที่เราไม่อาจเรียนรู้จากความรู้สำเร็จรูป หรือนำเข้าจากที่อื่นได้ แต่ต้องเรียนรู้จากข้อเท็จจริงในชุมชนและจากการทำงานร่วมไปกับชุมชนและเรียนรู้ไปในขณะเดียวกัน

ทักษะทั้งสามประการดังกล่าวคือ การชื่นชมเห็นศักยภาพของชุมชน การสร้างความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกัน และการเรียนรู้จากการปฏิบัติ จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือการเรียนรู้ โดยเฉพาะเครื่องมือที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจในมิติทางสังคมวัฒนธรรมและความเชื่อมโยงระหว่างมิติต่างๆ ของชีวิตชุมชน เครื่องมือวิถีชุมชน (โกมาตร และคณะ 2545) เป็นเครื่องมือการเรียนรู้สำหรับการทำงานที่พัฒนาขึ้นจากแนวทางการศึกษาชุมชนของนักมานุษยวิทยาซึ่งจะช่วยให้เจ้าหน้าที่สุขภาพชุมชนทำงานได้ง่าย ได้ผล และสนุกขึ้น

แนวคิดและแนวทางการทำงาน

ในที่นี้จะกล่าวถึงแนวคิดและแนวทางการปฏิบัติที่สำคัญในการดูแลสุขภาพปฐมนุภูมิและการทำงานสุขภาพชุมชน 3 ด้านที่สำคัญได้แก่ การให้บริการ การทำงานชุมชน และการประสานเชื่อมโยงระบบบริการ



การให้บริการที่ใส่ใจในความทุกข์และความเป็นมนุษย์

การให้บริการที่มีคุณภาพตามปรัชญาการดูแลสุขภาพปฐมภูมิอาจสามารถใช้แนวคิดและเครื่องมือการทำงานที่มีอยู่หลากหลายมาใช้เพื่อให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิมีลักษณะเด่นที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง แนวคิดและเครื่องมือที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ได้แก่

แนวคิดเรื่องความเจ็บป่วย โรค และการป่วยไข้

มุมมองเกี่ยวกับความผิดปกติทางสุขภาพอาจมีความแตกต่างกันตามพื้นฐานทางวัฒนธรรม การให้การดูแลรักษาจำเป็นต้องเข้าใจมุมมองที่แตกต่างกัน เพราะการละเลยต่อความเข้าใจที่ไม่ตรงกันในการให้ความหมายต่ออาการเจ็บป่วยนั้นนอกจากจะทำให้เกิดการต่อต้านหรือไม่ยอมรับการรักษาแล้ว ยังอาจนำมาซึ่งความเข้าใจผิดหรือความขัดแย้งระหว่างผู้ให้การรักษากับผู้ป่วยได้ การทำความเข้าใจมุมมองเกี่ยวกับการเจ็บไข้ได้ป่วยที่แตกต่างกันอาศัยที่แยกการทำความเข้าใจประสบการณ์ความเจ็บป่วยผ่านแนวคิดเรื่อง ความเจ็บป่วย โรค และการป่วยไข้ (Kleinman 1980; 1988: 3–7) กล่าวคือ

ความเจ็บป่วย (Illness) เป็นมุมมองหรือประสบการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้เมื่อเกิดความผิดปกติกับสุขภาพ เป็นความรู้สึกไม่สบายจากการมีอาการผิดปกติหรือความวิตกกังวลที่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความไม่เป็นปกติ

โรค (Disease) คือการนิยามความเจ็บป่วยจากมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ให้การรักษา ซึ่งเป็นไปตามวัฒนธรรมหรือความรู้เฉพาะทางการแพทย์ ในระบบการแพทย์สมัยใหม่ความผิดปกติมักถูกมองว่าเป็นปัญหาที่เกิดจากชีววิทยา ในความหมายนี้โรคจึงถูกพิจารณาเป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและหน้าที่ทาง

ชีววิทยาหรือเป็นแคพยาธิสภาพ (pathology) เท่านั้น ในการให้การ
รักษาความเจ็บป่วยนั้น สิ่งที่ผู้ป่วยนำเสนอต่อบุคลากรทางการแพทย์
มักเป็นประสบการณ์หรือเรื่องราวของความเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยนั้น
จะถูบบุคลากรทางการแพทย์ตีความผ่านทฤษฎีทางการแพทย์ที่ได้
ร่ำเรียนมา เอริค แคสเซิลล์ (Cassell 1976: 48) จึงได้แสดงให้เห็น
ความแตกต่างระหว่างโรคกับความเจ็บป่วย โดยให้ความหมายว่าโรค
คืออาการที่เกิดกับอวัยวะของร่างกาย ส่วนความเจ็บป่วยคืออาการ
ที่เกิดขึ้นกับคนทั้งคน

จากมุมมองดังกล่าวคนเราจะใช้คำว่า “ความเจ็บป่วย”
(illness) เพื่อแสดงให้เห็นถึงความรู้สึกเวลาไปหาหมอ ส่วน “โรค”
(disease) คือสิ่งที่ได้รับหลังจากการไปหาหมอ โดยนัยแล้วโรคคือ
สิ่งที่อวัยวะเป็น แต่ความเจ็บป่วยคือสิ่งที่มนุษย์เป็นนั่นเอง

การป่วยไข้ (Sickness) เป็นมุมมองภาวะผิดปกติในทางสังคม
ซึ่งมีความหมายบ่งถึงสถานะและบทบาททางสังคมของผู้ป่วย รวมทั้ง
ความคาดหวังของสังคมที่มีต่อผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างด้วย หรือกล่าว
อีกนัยหนึ่งว่าเป็นการมองภาวะผิดปกติของชีวิตจากมุมมองทางสังคม
นั่นเอง

นอกจากนี้ความผิดปกติของสุขภาพยังผลให้ชีวิตของผู้ป่วย
และคนใกล้ชิดเกิดภาวะของความทุกข์ (Suffering) อันเป็นปัญหาความ
บีบคั้นและความทุกข์เวทนาในชีวิตที่เกิดจากการประสบกับภาวะความ
เจ็บป่วยที่ทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตหรือทำหน้าที่ทางสังคมได้เป็นปกติ
บางครั้งความทุกข์อาจเกิดกับครอบครัวหรือคนใกล้ชิดนอกเหนือ
จากตัวผู้ป่วยเองด้วย ความทุกข์นอกจากจะเกิดจากความเจ็บปวดทาง
กายภาพแล้ว ยังเกิดจากผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคม รวมทั้งการ
รังเกียจเดียดฉันท์ที่สังคมรอบข้างแสดงออกต่อผู้ป่วยและญาติอีกด้วย

การเยียวยารักษาปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชีวิตอาจจำเป็นต้องอาศัยมุมมองหลายมุมมองเหล่านี้ประกอบกัน การมุ่งเน้นรักษา



เฉพาะโรคโดยไม่สนใจความเจ็บป่วยอาจไม่สามารถแก้ปัญหาความทุกข์
ยากหรือความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ
จึงสนใจและใส่ใจกับการเยียวยาทั้งเรื่องโรค ความเจ็บป่วย การป่วยไข้
และความทุกข์ของบุคคลและครอบครัวที่เราให้การดูแลรักษา

แนวคิดเรื่องแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย (Explanatory model)

การเข้าใจมุมมองและความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยยัง
อาจอาศัยแนวคิดเรื่อง Explanatory Model หรือ “EM” เป็นเครื่อง
ช่วยวิเคราะห์ แนวคิดเรื่อง EM นี้ถือว่า ในทุกวัฒนธรรม เวลาคนทั่วไป
มีอาการเจ็บป่วยจะมีชุดของคำอธิบายที่ใช้ทำความเข้าใจการเจ็บป่วย
ของตนเองอยู่ อาร์เธอร์ ไคลน์แมน (Arthur Kleinman) นักมานุษยวิทยา
ทางการแพทย์ได้เสนอว่าระบบการแพทย์เป็นระบบวัฒนธรรมอย่างหนึ่ง
ซึ่งมีสัญลักษณ์ ความหมาย และตรรกะภายในของตนเอง เขาได้เสนอ
แนวคิดเรื่อง Explanatory Model (EM) เป็นแนวทางในการค้นหามุมมอง
ของคนใน (Kleinman 1980) การนำแนวคิด Explanatory Model (EM)
มาใช้ควบคู่กับแนวคิดแยกแยะระหว่างโรค (disease) ซึ่งเป็นความผิด
ปกติของกระบวนการและกลไกทางร่างกายของผู้ป่วย (Explanatory
Model ของแพทย์) และความเจ็บป่วย (illness) ซึ่งเป็นความผิดปกติ
ตามการรับรู้หรือประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยตีความเอง (Explanatory
Model ของผู้ป่วย) ช่วยสร้างความเข้าใจระหว่างวัฒนธรรมที่
แตกต่างกันของแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วยให้เป็นไปได้มากขึ้น

แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย (Explanatory Model:
EM) นั้นอาจทำความเข้าใจได้ง่ายๆ ด้วยคำถามที่เป็นองค์ประกอบของ
EM ได้แก่

- (1) ชาวบ้านเรียกสิ่งที่เป็นความเจ็บป่วยว่าอะไร หรือชื่อ
ท้องถิ่นของความผิดปกตินั้นเรียกว่าอะไร



- (2) สาเหตุเกิดจากอะไร หรืออะไรทำให้เกิดความผิดปกติ
นั้นขึ้น
- (3) ทำไมจึงเกิดในเวลานี้ ซึ่งอาจเป็นเรื่องเคราะห์กรรม
หรือชะดาราศิก็ได้
- (4) ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้เกิดปัญหาอะไรขึ้นบ้าง
- (5) ถ้าไม่รักษาจะเป็นอย่างไร
- (6) อะไรเป็นเรื้อรังที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น
- (7) กระบวนการรักษาที่ถูกต้องเป็นอย่างไร หรือคุณคาดหวัง
ว่าจะได้รับการรักษาอย่างไร
- (8) ประเมินผลการรักษาอย่างไร หรือผลการรักษาที่คุณ
อยากให้เกิดขึ้นคืออะไร

ตัวอย่างเช่น ความเจ็บป่วยที่ชาวบ้านเรียกว่า “ปว่ง” เช่น ปว่งลม ปว่งงู หากเราใช้ EM สอบถามก็จะได้อธิบายจากมุมมองของชาวบ้านในความหมายของภาษาถิ่น (indigenous term) หรือคำว่า “มะเร็ง” แม้ว่าชาวบ้านจะใช้คำเดียวกันนี้เช่นเดียวกับแพทย์ แต่สำหรับชาวบ้านแล้ว “มะเร็ง” คือแผลเรื้อรัง ส่วนแพทย์นั้น “มะเร็ง” คือเนื้องอกเนื้อร้าย (malignant) เพราะฉะนั้นจึงจำเป็นต้องศึกษาว่าชาวบ้านเรียกชื่อโรคและอาการของโรคอย่างไร สาเหตุเกิดจากอะไร แต่ไม่ควรสรุปเหมาเอาว่าคำเดียวกันจะมีความหมายตรงกัน และยึดเอาคำอธิบายของการแพทย์สมัยใหม่เป็นหลัก เพราะคำอธิบายความเจ็บป่วยมีส่วนสำคัญในการกำหนดว่าปัญหาที่แท้จริงที่ควรได้รับการแก้ไขนั้นคืออะไร

กรณีตัวอย่าง เช่น คนไข้ที่กินยาฆ่าแมลง แพทย์หรือบุคลากรสมัยใหม่อาจมีมุมมองและอธิบายปัญหาแตกต่างจากชาวบ้าน ในขณะที่แพทย์ห่วงเรื่องการล้างท้องและการให้ยาแก้พิษ แม่ของผู้ป่วยกลับเป็นห่วงเรื่องการกลับไปบ้านเพื่อขอขมาผี เพราะลูกสาวชอบพูดจาดูว่าคนเฒ่าคนแก่ ผีเข้าบ้านจึงลงโทษด้วยการดลใจให้กินยาเรื่องนี้สะท้อนให้เห็นถึงคำอธิบายของชาวบ้านที่เป็นคนละชุดกับของ



หมอ หากเจ้าหน้าที่เข้าใจคำอธิบายความเจ็บป่วยของคนไข้ ก็จะทำให้ญาติกลับไปทำพิธีเช่นผีตามความเชื่อ โดยให้ลูกสาวรับการรักษาจากหมอ ความแตกต่างของชุดคำอธิบายความเจ็บป่วยระหว่างหมอกับคนไข้และญาติ ดังปรากฏในตารางข้างล่างนี้

ตารางเปรียบเทียบระหว่าง Explanatory Model ของทั้งสองฝ่าย (คนไข้และหมอ)

องค์ประกอบ EM (Explanatory Model)	Emic View (Explanatory Model ของคนไข้/ญาติ)	Etic View (Explanatory Model ของหมอ)
ความเจ็บป่วย	รับประทานยาฆ่าแมลง	รับประทานยาฆ่าแมลง
สาเหตุ	“ลูกสาวชอบพูดจา ดูดว่าคนเฒ่าคนแก่แล้ว ผีเชื่อของบ้านมาตลใจให้กินยา” (มมมองแม่ของคนไข้)	คนไข้มีเรื่องไม่สบายใจ เสียใจ
ผลที่ตามมาถ้าไม่รักษา	แม่ของคนไข้กลัวผีจะโกรธ	คนไข้อาจเสียชีวิต
การรักษา	รักษาแม่ ให้แม่ไปเล่นผี	รักษาลูก ล้างท้อง
ประเมินผลการรักษา	แม่ของคนไข้ได้กลับบ้านไปทำบุญเล่นผี	คนไข้รอดชีวิต

จากกรณีข้างต้น หากผู้ให้การดูแลรักษาไม่สนใจที่จะทำความเข้าใจคำอธิบายของชาวบ้าน ก็จะทำให้เกิดผลตามมา เช่น ผู้ป่วยไม่เชื่อหรือไม่ปฏิบัติตาม เพราะเขามีคำอธิบายความเจ็บป่วยอีกแบบหนึ่ง หรือผู้ให้การดูแลรักษาเองก็อาจเกิดความไม่พอใจและอาจเกิดผลต่อกระบวนการรักษาในเชิงลบ การเข้าใจสาเหตุและคำอธิบายการเกิดโรคและการเจ็บป่วยของคนไข้ตามภูมิหลังทางสังคมวัฒนธรรมที่เป็นอยู่ จะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ดำเนินไปโดยราบรื่น เกิดผลสำเร็จทางการรักษาและเกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน นอกจากนี้



นี้การเข้าใจกระบวนการรักษาที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนก็มีส่วนสำคัญ โดยที่ก่อนให้บริการสุขภาพ ทั้งผู้ให้การดูแลและผู้ป่วยจึงต้องสร้างความเข้าใจในชุดคำอธิบายความเจ็บป่วยร่วมกัน (Shared cognitive component) เพื่อเจรจาต่อรองหาข้อตกลงการรักษาร่วมกัน ข้อตกลงเบื้องต้นของทั้งสองฝ่ายอาจตกลงหรือยอมรับการรักษาชั่วคราวกันก่อน เพื่อให้คนไข้ร่วมมือในการรักษาต่อไป

L E A R N model

เป็นแนวคิดการให้การดูแลสุขภาพที่ใส่ใจต่อความทุกข์และการสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน โดยเฉพาะเมื่อมีเรื่องความเชื่อและวัฒนธรรมสุขภาพที่แตกต่างกันระหว่างผู้ให้การรักษา ซึ่งมักคิดแบบเวชศาสตร์การแพทย์กับชาวบ้านที่มักมีความเข้าใจสุขภาพจากมุมมองของท้องถิ่น (Berlin and Fowkes 1983) คำว่า L E A R N นั้นเป็นตัวย่อจากคำ 5 คำคือ

1. **L** คือ **Listen** หมายถึงการรับฟังปัญหาจากมุมมองของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ เพื่อให้เข้าใจความรับรู้ ปัญหา และความทุกข์ของผู้ป่วย
2. **E** คือ **Explain** หมายถึงการอธิบายความคิดเห็นและมุมมองของเราให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ
3. **A** คือ **Acknowledge** หมายถึงการทบทวนให้เห็นและยอมรับร่วมกันว่าแนวคิดและมุมมองของเราและของผู้ป่วยอาจมีทั้งความเหมือนและแตกต่างกัน
4. **R** คือ **Recommend** หมายถึงการเสนอแนะว่าการดูแลรักษาหรือการแก้ปัญหาควรจะเป็นอย่างไร ซึ่งผู้ป่วยและผู้ให้การรักษาอาจคิดเห็นแตกต่างกันได้
5. **N** คือ **Negotiate** หมายถึงการต่อรองและตกลงกันว่าการรักษาที่เหมาะสม ที่เป็นที่ยอมรับกันได้ทั้งสองฝ่าย



นั่นควรจะเป็นอย่างไร อาจเป็นการพบกันคนละครั้งทาง
หรือขอให้เชื่อตามคำแนะนำและทำการรักษาตามวิธีที่เรา
แนะนำสักระยะหนึ่งแล้วจึงมาประเมินผลร่วมกัน

การเข้าใจเรื่องราวชีวิต (Mini-biography)

การเข้าใจเรื่องราวและประวัติชีวิตของผู้ป่วยเป็นเครื่องมือ
ที่ทำให้เห็นรายละเอียดและประสบการณ์ชีวิตของผู้คนและเข้าใจมิติของ
ความเป็นมนุษย์มากขึ้น การรับฟังเรื่องราวชีวิตผู้คนอย่างละเอียดลึกซึ้ง
นอกจากจะทำให้เราเข้าใจปัญหาความเจ็บป่วยและความสุขทุกข์ของ
ผู้คนมากขึ้นแล้ว ยังทำให้เราเห็นคุณค่าของงานที่เราทำได้ดีขึ้นอีกด้วย
การรับฟังและสอบถามเรื่องราวชีวิตนั้นมีจุดเน้นที่แตกต่างไปจากการ
ซักประวัติผู้ป่วย ซึ่งเป็นการซักถามหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคและความ
ผิดปกติทางการแพทย์เป็นสำคัญ ทำให้บางครั้งเกิดการละเลยต่อมิติ
ด้านอื่นๆ ของชีวิต การเรียนรู้ชีวิตประวัติจึงเป็นสื่อและเป็นเครื่องมือที่
นำไปรู้จักมิติความเป็นมนุษย์ และเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ในหลายโอกาส
ไม่จำเป็นต้องเข้าไปในหมู่บ้านเพียงอย่างเดียว เช่น การนั่งคุยข้างเตียง
ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลหรือสถานเอนกนาคัย ซักถามเรื่องราวและเขียนบันทึก
ลงในแฟ้มครอบครัว (Family folder) เพิ่มเติมไปเรื่อยๆ

การถามเรื่องราวชีวิตประวัติหรือการทำความเข้าใจชีวิตของ
คนเป็นยาถอนพิษของวิธีคิดแบบลดส่วน แยกส่วน และกลไก ซึ่งเป็น
ความเคยชินเฉพาะการมองหาโรคมากกว่าที่จะเข้าใจคน การใส่ใจใน
เรื่องราวชีวิตของคนทำให้สามารถนำเอาความเป็นมนุษย์ของเราเข้าไป
สัมผัสกับความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยหรือคนที่เราไปศึกษาได้ โดยมีวิธี
การง่ายๆ ในการพูดคุยเพื่อให้ได้มาซึ่งประวัติชีวิต

- ใช้การฟังอย่างลึกซึ้ง แสดงความชื่นชมและให้กำลังใจ
ด้วยการทวนความเป็นระยะ
- เน้นการถามคำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้เรื่องราวชีวิต

- ทำความรู้จักกับตัวละครในชีวิตของเขา เพื่อให้เข้าใจเรื่องราวในชีวิตได้ดีขึ้น
- ถ้ามเรื่องราวที่ประทับใจในชีวิต ความทรงจำและเรื่องที่เป็นความภาคภูมิใจ
- อาจใช้ผังเครือญาติเป็นเครื่องจัดการข้อมูลร่วมกับการเขียนเส้นทางชีวิตโดยบันทึกเรื่องราวสำคัญลงในเส้นที่ขีดขึ้นแทนช่วงชีวิตตั้งแต่เกิดจนปัจจุบัน
- หากมีความคุ้นเคยเพียงพออาจถามเรื่องราวที่เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก ความวิตกกังวล หรือความหวัง

Reassuring-Caring-Curing-Comfort

แนวคิดเรื่องการดูแลที่ไม่ได้เน้นเฉพาะการรักษาอาจทำ
ความเข้าใจโดยการแจกแจงบริการออกให้เห็นเป็นสเปคตรัมของการ
ดูแล (Goh Lee Gan 1997) คือจาก

- การเสริมความมั่นใจ (Reassuring) ผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นจำนวนมากมีความเจ็บป่วยที่ไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางการแพทย์ที่รุนแรง แต่เป็นความหวั่นใจหรือความวิตกกังวลที่ต้องการความมั่นใจ หากบริการปฐมภูมิสามารถเสริมความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้ ก็จะช่วยลดความทุกข์จากความวิตกกังวลและการดิ้นรนไปแสวงหาบริการเกินจำเป็น การเสริมความมั่นใจที่ดีสามารถทำได้จากการใช้เวลาพูดคุยและการให้ข้อมูลที่เพียงพอ นอกจากนั้น การให้ผู้ป่วยที่เคยผ่านประสบการณ์มาก่อนมาแลกเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจได้เป็นอย่างดี เช่น ผู้ป่วยที่วิตกกังวลเกี่ยวกับการทำแป็บสเมียร์ (Pap smear) หากได้พูดคุยกับผู้ที่เคยรับบริการก็จะมีคามมั่นใจมากขึ้น



- **การดูแลทุกข์สุข (Caring)** การถามไถ่เรื่องทุกข์สุขและการให้การดูแลที่ใส่ใจทั้งทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคมเป็นกระบวนการเยียวยาที่สำคัญ เพราะเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น นอกจากจะมีความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับอวัยวะแล้ว ยังมีความทุกข์ทั้งที่เกิดจากความไม่สบายกาย ไม่สบายใจ หรือความขัดแย้งที่เกิดในครอบครัวและชุมชน การถามไถ่และให้การดูแลที่ใส่ใจเป็นสิ่งสำคัญของการดูแลแบบองค์รวม
- **การให้การรักษา (Curing)** ความเจ็บป่วยที่มีสาเหตุสำคัญจากโรคที่เฉพาะเจาะจงจำเป็นต้องให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมและถูกต้องทางเทคนิคการแพทย์ ทั้งการรักษาตามอาการ การรักษาที่เฉพาะเจาะจง และการให้การรักษาแบบประคับประคอง
- **การปลอบประโลม (Comfort)** ความเจ็บป่วยที่อาจไม่มีทางออกหรือไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้จำเป็นต้องได้รับการเยียวยาให้คลายทุกข์ด้วยการปลอบประโลมที่เหมาะสม การปลอบประโลมเป็นสิ่งที่ต้องให้สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมและความรู้สึกนึกคิดของผู้ที่กำลังเผชิญกับความทุกข์ นอกจากนั้น ยังต้องอาศัยท่าทีและทักษะที่เหมาะสมในการสื่อสารที่แสดงออกทั้งทางภาษาพูดและท่าทางการแสดงออกด้วย

แนวคิดสุขภาวะ: มิติสุขภาพทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ

สุขภาพอาจถูกนิยามให้กว้างได้ว่าเป็นสุขภาวะที่สมบูรณ์และสมดุลทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ประเวช 2544) การดูแลรักษาสุขภาพหรือการเยียวยาความเจ็บป่วยจึงต้องให้ความสำคัญต่อมิติสุขภาพทั้งสี่ด้าน โดยให้ความสำคัญได้อย่างเหมาะสมกับ



สถานการณ์ ความจำเป็น และบริบททางสังคม การดูแลมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณอาจทำได้โดยใส่ใจในสิ่งต่อไปนี้

- การดูแลด้านร่างกาย เพื่อช่วยลดความเจ็บปวด หรืออาการไม่สบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย รวมทั้งทำให้ร่างกายมีความสบายแม้ว่าจะมีความเจ็บป่วยอยู่ก็ตาม ซึ่งการดูแลทางกายนี้ไม่จำเป็นต้องจำกัดอยู่เฉพาะการรักษาตัวโรคที่เกิดกับอวัยวะต่างๆ แต่ยังรวมถึงอาการต่างๆ เช่น ความรู้สึกอ่อนเพลีย การเบื่ออาหาร ภาวะปากและคอแห้งจากการขาดน้ำ อาการคัดจมูก ท้องผูกหรือความเจ็บปวดต่างๆ
- การดูแลด้านจิตใจ เพื่อเยียวยาและประคับประคองจิตใจผู้ป่วย โดยทั่วไปเมื่อร่างกายเราป่วย จิตใจก็มักจะป่วยด้วยเสมอ สภาพจิตใจที่เปราะบางจะต้องการการดูแลประคับประคองอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังมักมีความวิตกกังวล ทั้งในด้านผลการรักษาพยาบาล การกลับไปทำงานหรือทำหน้าที่ได้ตามเดิม หนี้สิน การเป็นภาระแก่ผู้อื่น หรือการถูกรังเกียจเตี้ยดฉันท์ การดูแลด้านอารมณ์ความรู้สึกจึงเป็นองค์ประกอบของการเยียวยาที่สำคัญ การที่ระบบบริการปฐมภูมิมีความใกล้ชิดและมีการดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้สามารถรับรู้ความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ บุคลิกภาพ และสุขภาพจิตได้รวดเร็ว และสามารถให้การดูแลที่เหมาะสมกับบริบททางสังคมได้ดี
- การดูแลด้านสังคม ความเจ็บป่วยไม่เพียงส่งผลกระทบต่อปัจเจกบุคคลเท่านั้น แต่ยังก่อปัญหาอื่นๆ ต่อบุคคลรอบข้างและเครือข่ายทางสังคมด้วย โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งมักก่อความเครียดให้กับสมาชิก



ในครอบครัวอย่างมาก หากจัดการได้ไม่ดีก็อาจก่อให้เกิดเป็นปัญหารุนแรงทั้งต่อผู้ป่วยและญาติได้ การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจึงต้องดูแลมิติทางสังคมควบคู่ไปกับการดูแลมิติอื่นๆ เสมอ และที่สำคัญต้องไม่ลืมว่า “ครอบครัวของผู้ป่วย” และ “เครือข่ายทางสังคม” เป็นส่วนหนึ่งของทีมในการดูแลผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะในสังคมไทยที่ครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อความคิด ความต้องการของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

ปัญหาสำคัญที่พบกับผู้ป่วยเรื้อรังในแง่มุมชีวิตทางสังคม ได้แก่ การขาดผู้ดูแลซึ่งมักจะเกิดในสังคมเมือง และการกลับบทบาททางสังคมของผู้ป่วยจากผลของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น จากบทบาทของผู้หารายได้หลักของครอบครัวมาสู่การเป็นผู้ต้องพึ่งพาอย่างเดียว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจของทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวผู้ให้การดูแล จึงจำเป็นต้องดึงเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการเยียวยา อันประกอบด้วยครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงานหรือโรงเรียน หน่วยงานหรือองค์กรเอกชน และนักบวชทางศาสนาต่างๆ ซึ่งการค้นหาเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยจะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีชีวิตทางสังคมอย่างไรก่อนป่วย และทำให้ทีมผู้ดูแลรักษาสามารถตัดสินใจได้ว่าเห็นควรเลือกดึงเครือข่ายทางสังคมส่วนใดเข้ามาช่วยเยียวยาประคับประคอง

- การดูแลด้านจิตวิญญาณ จิตวิญญาณเป็นมิติของชีวิตที่เชื่อมโยงกับศรัทธาและความหมายของชีวิต จึงเป็นส่วนที่ลึกซึ้งที่สุดในจิตใจของบุคคล และส่งผลต่อชีวิตโดยรวมของบุคคล ดังนั้นผู้ให้การดูแลรักษาจึงควรทราบถึงความ



ต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโดยเฉพาะในสถานการณ์ที่เป็นวิกฤตของชีวิต เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ยากต่อการรักษา การสูญเสียคนรัก หรือการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ลักษณะสำคัญของการดูแลทางจิตวิญญาณ คือ การแสวงหาคคุณค่าและความหมายภายในของผู้ป่วย เป็นเรื่องของพลังใจ ความหวัง ความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้เกิดภาวะของความสงบสุขและความพร้อมที่จะเผชิญกับความทุกข์ ความไม่แน่นอนของชีวิต ความสูญเสียหรือการเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสันติ

การดูแลต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนตาย

การติดตามให้การดูแลที่ต่อเนื่องเป็นจุดเด่นของระบบบริการปฐมภูมิ แต่ในทางปฏิบัติยังขาดการสร้างระบบที่เอื้อต่อการดูแลที่ต่อเนื่องแม้ว่าระบบข้อมูล เช่น การทำแฟ้มข้อมูลชุมชน และแฟ้มข้อมูลครอบครัวจะมีส่วนช่วยให้การดูแลเกิดความต่อเนื่องได้ดีขึ้น (Fletcher et al. 1984; Freeman, Oleson, and Hjortdahl 2000; Godkin and Rice 1981) แต่การสร้างระบบที่เหมาะสมก็ยังเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการเช่น

- การจัดการให้มีผู้รับผิดชอบหลักของแต่ละครอบครัว โดยจัดสรรให้เจ้าหน้าที่ในระบบบริการปฐมภูมิเป็นเจ้าของครอบครัวที่ให้การติดตามดูแลครอบครัวนั้นๆ อย่างชัดเจน ซึ่งไม่ได้หมายความว่าเจ้าหน้าที่คนอื่นจะไม่ต้องให้การดูแล เพียงแต่จัดสรรให้มีบทบาทหลัก-บทบาทรองสำหรับแต่ละคน โดยเจ้าหน้าที่คนหนึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัวหนึ่ง ส่วนเจ้าหน้าที่อื่นก็เป็นตัวเสริมและเป็นตัวหลักในครอบครัวอื่น การจัดระบบรับผิดชอบ



รายครอบครัวอาจเริ่มจากครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพมาก หรือครอบครัวที่เป็นเป้าหมายงานเชิงรุก เช่น คนจน คนทุกข์คนยาก คนป่วย หรือครอบครัวผู้พิการ เป็นต้น

- การจัดให้มีผู้รับผิดชอบชุมชนที่ชัดเจน ซึ่งเป็นการจัดระบบคล้ายกับการมีผู้ดูแลหลักของครอบครัว แต่เป็นการรับผิดชอบต่อชุมชน โดยอาจเป็นทีมมากกว่าหนึ่งคน ทำหน้าที่ติดตามข้อมูล สถานการณ์ รวมทั้งสร้างความสัมพันธ์กับองค์กรชุมชนเพื่อให้สามารถทำงานด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชนและส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมในงานสุขภาพขององค์กรชุมชนต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการได้ โดยผู้รับผิดชอบหลักของชุมชนนี้จะเป็นผู้ดูแลและปรับข้อมูลในแฟ้มสุขภาพชุมชนให้ทันสมัยอยู่เสมอด้วย
- การส่งแพทย์หรือพยาบาลมาช่วยงานด้านการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชน หากเป็นไปได้ควรจัดให้มีแพทย์และพยาบาลมาประจำที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโดยทำงานร่วมกันเป็นทีมบริการปฐมภูมิ ซึ่งหลายแห่งยังไม่สามารถจัดให้มีแพทย์มาประจำการอยู่ได้ จึงมักใช้วิธีการส่งแพทย์มาตรวจผู้ป่วยเป็นครั้งคราว หากจำเป็นต้องทำเช่นนี้ก็ควรจัดสรรให้แพทย์คนเดิมมาให้การดูแลตรวจรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเดิมเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องและจำเป็นต้องจัดให้แพทย์ออกติดตามผู้ป่วยในชุมชนและเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนด้วยเพื่อให้เข้าใจงานของเพื่อนร่วมทีมคนอื่นๆ และสามารถเชื่อมโยงงานกันให้เกิดความต่อเนื่องได้

การดูแลที่เข้าใจวิถีของชุมชน และสืบทอดวัฒนธรรมของความเจ็บป่วย

วิถีชุมชน: เครื่องมือการเรียนรู้ชุมชน

“วิถีชุมชน” เป็นเครื่องมือทางมานุษยวิทยาที่ใช้ในการศึกษาชุมชนเชิงลึก แต่ปรับประยุกต์ให้เหมาะกับงานด้านสุขภาพชุมชน โดยจัดหมวดหมู่และพัฒนารูปแบบจนเป็นมาตรฐาน และนำไปทดลองใช้อย่างแพร่หลาย เครื่องมือศึกษาชุมชนเหล่านี้ นอกจากสามารถแก้ไขข้อที่ว่า ลงชุมชนแล้วไม่รู้ว่าทำอะไรได้แล้ว ยังมีคุณลักษณะที่สำคัญ คือ เป็นเครื่องมือที่ทำให้งานชุมชน ง่าย ได้ผล และสนุก ทำให้งานศึกษาชุมชนไม่ต้องผ่านกระบวนการที่ยุ่งยาก ซับซ้อน และใช้เวลานานเหมือนที่ผ่านมา และที่สำคัญที่สุดเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้เจ้าหน้าที่มีความละเอียดอ่อนต่อมิติทางสังคมและความเป็นมนุษย์ (โปรดศึกษาเนื้อหาโดยละเอียดรวมทั้งเทคนิคการใช้งานในหนังสือวิถีชุมชน โดย โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ 2545)

เครื่องมือศึกษาชุมชนทั้ง 7 ชิ้น ประกอบด้วย

1. แผนที่เดินดิน
2. ผังเครือญาติ
3. โครงสร้างองค์กรชุมชน
4. ระบบสุขภาพชุมชน
5. ปฏิทินชุมชน
6. ประวัติศาสตร์ชุมชน
7. ประวัติชีวิต



1. แผนที่เดินดิน

1.1 แผนที่เดินดินคืออะไร

แผนที่เดินดิน เป็นเครื่องมือง่ายๆ มีลักษณะที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน อาศัยการเดินทางด้วยตาและการจดบันทึก ลักษณะทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม และสิ่งต่าง ๆ ที่พบเห็น ลงเป็นแผนที่ แต่ที่เรียกว่า “แผนที่เดินดิน” นั้นก็เพราะการหาข้อมูลต้องกระทำโดยการเดินดู สัมผัส สังเกตรูปลักษณะบ้านแต่ละหลัง ครัวทุกหลัง หอดั้งชุมชน ด้วยสายตาของตนเอง ต่างจาก “แผนที่นั่งโต๊ะ” ซึ่งผู้ศึกษาไม่จำเป็นต้องไปเดินสำรวจด้วยตัวเองเพียงแต่ขอแผนที่ดังกล่าวจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือค้นจากรายงานการศึกษาชุมชนที่มีผู้ทำการศึกษาไว้แล้ว ข้อดีของแผนที่นั่งโต๊ะก็คือ สะดวก และประหยัดเวลา แต่ข้อเสียที่ตามมาก็คือ สิ่งต่างๆ ที่ปรากฏอยู่บนแผนที่นั่งโต๊ะจะเป็นเหมือนภาพลวงตาที่หลอกให้เราเข้าใจผิด และคิดไปว่าเรารู้จักชุมชนแล้ว ทั้งที่ความจริงการมีแผนที่ไม่ได้หมายความว่าเรารู้จักชุมชนนั้นเลย

การทำแผนที่เดินดินมีความสำคัญมากและเป็นสิ่งแรกที่ต้องทำ เพราะเป็นวิธีที่จะทำให้เราเห็นภาพรวมของชุมชนได้ดี รวดเร็ว และได้ข้อมูลมากในระยะเวลาสั้นที่สุด นอกจากนี้ยังช่วยแก้ปัญหาการรู้จักชุมชนไม่ทั่วถึง ซึ่งมักเกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่ที่คุ้นเคยกับชุมชนและมักตรงไปที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) หรือบ้านผู้ป่วยโดยไม่สนใจหรือใส่ใจกับส่วนอื่นของชุมชน แผนที่เดินดินจะทำให้การศึกษาชุมชนมีความละเอียด และครอบคลุมทั้งพื้นที่ ไม่จำกัดอยู่แต่ในส่วนพื้นที่ที่เจ้าหน้าที่เคยชินหรือเข้าถึงได้ง่าย สิ่งที่แผนที่เดินดินต้องการเน้นมากที่สุดก็คือ ต้องเดินสำรวจให้ทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบ้านคนจน บ้านคนทุกข์คนยากที่อยู่ชายขอบของหมู่บ้าน บ้านผู้พิการหรือบ้านที่แยกตัวโดดเดี่ยวอยู่ตามลำพังท้ายหมู่บ้าน เป็นต้น



1.2 เป้าหมายสำคัญของเครื่องมือ

แผนที่เดินดินเป็นเครื่องมือชิ้นแรกที่สำคัญ และจำเป็นต้องทำเมื่อเข้าไปศึกษาชุมชน ด้วยเหตุผล 4 ประการ

1. ทำให้เห็นภาพรวมของชุมชนครบถ้วนที่สุด ไม่ใช่รู้จักเป็นจุดๆ เฉพาะที่คุ้นเคย
2. เป็นการค้นหาเป้าหมายการทำงานเชิงรุก คือ บ้านคนจน คนทุกซอก ผู้ป่วย และคนพิการ เป็นต้น
3. ทำให้ได้ข้อมูลมากในระยะเวลาที่สั้นที่สุด
4. ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด เพราะได้จากการสังเกตด้วยตัวเอง

1.3 หลักการสำคัญที่ต้องจดจำในการทำแผนที่เดินดินเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ

- เดินให้ทั่ว ดูให้เห็นบ้านทุกหลังด้วยตาของเราเอง
 - เป็นการเดินสังเกตอย่างตั้งอกตั้งใจในการทำความเข้าใจกับสิ่งที่พบเห็น
 - ดูด้วยตาของเราให้เห็นสภาพพื้นที่ เพื่อสร้างความเข้าใจในความเป็นอยู่ของชุมชน
- มองพื้นที่ทางกายภาพ เห็นพื้นที่ทางสังคม
 - เห็นลานบ้านให้รู้ว่าเป็นพื้นที่ทางสังคมของการพบปะกันของเพื่อนบ้านคนไหนบ้าง
 - บ่อน้ำที่มีแม่บ้านมาซักผ้า เป็นพื้นที่ของผู้หญิงที่มาพบปะพูดคุยกัน
 - เมื่อไปเห็นกระเบที่เขากำบัตรพลี วางอยู่หน้าบ้าน ต้องรู้ว่าถ้าไม่ใช่มีคนหายป่วยใหม่ๆ ก็อาจเป็นบ้านที่กำลังมีเคราะห์กรรม



- **แผนที่เดินดินทำไม่มีวันเสร็จ**

- ชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จึงต้องมีการทำให้ทันสมัย (Update) อยู่เสมอ เพราะถ้าเราคิดว่าเราทำเสร็จแล้วเราจะเลิกลงไปเดินในชุมชน

- **หาบ้านคนจน คนทุกข์ยาก คนพิการและผู้ป่วยให้พบ**

- กลุ่มคนเหล่านี้เป็นเป้าหมายการทำงานที่สำคัญที่สุดของบริการสุขภาพเชิงรุก

- **แผนที่เดินดินใช้ทำงานไม่ใช่ใช้ประดับสำนักงาน**

- แผนที่เดินดิน ใช้บันทึกแง่มุมต่างๆ และข้อมูลทางสังคมที่ปรากฏบนพื้นที่ทางกายภาพ จึงไม่ใช่แผนที่ที่สวยงามเป็นระเบียบ แต่จะเต็มไปด้วยเส้นโยงใยครอบครัวที่สัมพันธ์กัน ข้อสังเกตและข้อมูลอื่นๆ เพื่อใช้ในการทำงาน
- แผนที่เดินดินจึงไม่ใช่แค่แผนที่ แต่เป็นเครื่องมือในการจัดการข้อมูลของครอบครัวและชุมชน

1.4 ข้อแนะนำในการทำแผนที่เดินดิน

1. ข้อมูลบางอย่างไม่สามารถสอบถามจากการสังเกตด้วยตาเพียงอย่างเดียว จำเป็นต้องสอบถามเจ้าของบ้าน ญาติ เพื่อนบ้าน หรือบุคคลอื่นในชุมชน ประกอบการพิจารณา เพราะบางครั้งสิ่งที่เห็นอาจเป็นเพียงภาพลวงตา ดังตัวอย่างที่ยกมาแสดงให้เห็นข้างต้น
2. ข้อมูลบางอย่างไม่สามารถสอบถามเจ้าของบ้านได้โดยตรง เช่น บ้านบางหลังมีขนาดใหญ่ผิดปกติ เมื่อสอบถามถึงอาชีพของสมาชิกในครอบครัวอาจได้ข้อมูลไม่ชัดเจน เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการค้าขายยาเสพติดและสิ่งผิดกฎหมาย หรือ บ้านบางหลังมีลักษณะลึกลับน่ากลัว เจ้าของบ้านเก็บตัวเงียบไม่ยอมคุยกับใคร การสอบถาม

เจ้าของบ้านโดยตรงอาจไม่ได้ข้อมูลที่เป็นจริง จำเป็นต้อง
สอบถามคนในชุมชนเพิ่มเติม หรืออาศัยการสังเกตเพิ่มเติม
ด้วยตนเองในกรณีที่ประเด็นคำถามเสี่ยงต่อการเข้าใจ
ผิดในตัวผู้ศึกษาชุมชน

3. แผนที่เดินดินสามารถนำไปใช้ในระดับชุมชน โดยนำไป
ใส่ใน Community folder
4. ระดับครอบครัว คือ Family folder สามารถนำแผนที่
สิ่งแวดล้อมและความสัมพันธ์ทางสังคมที่สำคัญของ
ครอบครัวนั้นๆ มาประมวลไว้ เช่น เพื่อนบ้าน หรือบ้าน
ลูกหลานที่ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เราต้องให้การรักษา
บ้านหมอฟันบ้านที่ให้การรักษาผู้ป่วยอยู่ด้วย เป็นต้น

2. พังเครือญาติ

2.1 พังเครือญาติคืออะไร ?

พังเครือญาติ คือ การถอดความสัมพันธ์ในเชิงเครือญาติ
ทั้งที่เป็นสายเลือดและที่เกี่ยวข้องจากการแต่งงาน ในชุมชนพังเครือ
ญาติมีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจชุมชนและสังคม เพราะไม่ว่าจะ
เป็นสังคมเมืองหรือสังคมชนบท เครือญาติเป็นความสัมพันธ์ที่เป็น
รากฐานที่สุดของชีวิตครอบครัว และจะมีความเกี่ยวข้องกันไปตลอด
ชีวิต โดยเฉพาะเมื่อมีปัญหาเกี่ยวข้องกับสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว
ก็มักจะเป็นบทบาทของครอบครัวและเครือญาติในการให้การดูแล
การทำพังเครือญาติจึงมีส่วนสำคัญในการทำความเข้าใจระบบความ
สัมพันธ์และบทบาททางสังคมและสุขภาพของบุคคลต่างๆ ในครอบครัว
และชุมชน



2.2 เป้าหมายสำคัญของเครื่องมือ

1. เข้าใจโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเครือญาติ อันเป็นความสัมพันธ์ที่เป็นรากฐานของครอบครัวและชุมชน
2. รู้จักตัวบุคคลและความสัมพันธ์ทางสังคมของเขาได้ในระยะเวลานั้น
3. ช่วยสร้างความสัมพันธ์อันดีและความสนิทสนมคุ้นเคยระหว่างเจ้าหน้าที่กับชาวบ้านได้อย่างรวดเร็ว

2.3 การรู้จักคนในชุมชนเหมือนรู้จักตัวละครในภาพยนตร์

อาจกล่าวได้ว่าการศึกษาชุมชนเปรียบเสมือนกับการไปดูภาพยนตร์ ตัวละครจะค่อยๆ เผยออกมาทีละตัวสองตัว ตอนเปิดตัวเริ่มแรก เราอาจยังไม่ทราบเบื้องหน้าเบื้องหลังว่าใครเป็นใคร ทำให้เรายังไม่เข้าใจเรื่องราวของภาพยนตร์ได้ดีพอ トラバจนกระทั่งเรารู้ว่าตัวละครเป็นใคร เราจึงเข้าใจภาพยนตร์เรื่องนั้น ในการศึกษาชุมชนก็เช่นกัน การทำผังเครือญาติจะทำให้เรารู้จักคน หรือตัวผู้เล่น (actor) ได้อย่างรวดเร็วซึ่งจะช่วยให้เราเห็นและเข้าใจเรื่องราวต่างๆ ในครอบครัวและชุมชนได้ชัดขึ้น ดังนั้นในการลงศึกษาชุมชน จึงจำเป็นต้องทำผังเครือญาติเพื่อถอดรหัสตัวละครในชุมชนที่เรากำลังศึกษา เพราะยังรู้จักตัวผู้เล่นมากเท่าไร ความเข้าใจชุมชนจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

หากเราเดินเข้าไปในหมู่บ้านแล้วมองเห็นทุกคนเป็นชาวบ้านเหมือนกันหมด เราจะไม่สามารถคุ้นเคยกับผู้คนในชุมชนได้ แต่ถ้าเราเห็นว่าชาวบ้านแต่ละคนเป็นใคร มีญาติพี่น้องเป็นใครบ้าง รวมทั้งเห็นรายละเอียดเกี่ยวกับชีวิตทางสังคมของเขาได้มากขึ้น เราก็จะรู้จักตัวละครในชุมชนมากขึ้นและเริ่มมองเห็นว่าตัวละครแต่ละตัวนั้นสัมพันธ์กับตัวละครอื่นอย่างไร เกี่ยวข้องกับคนอื่นที่เรารู้จักหรือไม่รู้จักอย่างไร



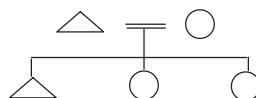
การถอดผังเครือญาติจึงเป็นวิธีการที่ช่วยให้เราจดจำและรู้จักคุ้นเคยกับคนในชุมชนเป็นจำนวนมากในระยะเวลาสั้นๆ

2.4 วิธีการทำผังเครือญาติ

สิ่งที่ต้องเรียนรู้คือสัญลักษณ์มาตรฐานที่ใช้เป็นอย่างไร เนื่องจากเวลาเราทำผังเครือญาติแล้วนำไปใส่ในระบบข้อมูล ทุกคนในระบบงานควรต้องอ่านสัญลักษณ์เหล่านี้ได้เหมือนกัน เข้าใจตรงกัน และสามารถเพิ่มเติมข้อมูลโดยใช้สัญลักษณ์มาตรฐานเหล่านี้ได้ เราจึงจำเป็นต้องรู้ว่าสัญลักษณ์ที่ใช้นั้นมีอะไรบ้าง

○	=	สัญลักษณ์แทนผู้หญิง
△	=	สัญลักษณ์แทนผู้ชาย
⊗ ⊗	=	สัญลักษณ์แทนการตาย
○ = △	=	สัญลักษณ์แทนการแต่งงาน
○ ≠ △	=	สัญลักษณ์แทนการหย่าร้าง
⊙ = ⊙	=	สัญลักษณ์คนป่วยเรื้อรัง
△ ~ ○	=	สัญลักษณ์ขัดแย้งกัน

ตัวอย่างครอบครัวที่มีลูกสามคน



2.5 ประโยชน์การนำไปใช้

ร้อยละ 80 ของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมักจะถูกเชี่ยวชาญรักษาในครอบครัวหรือในระบบเครือข่าย เพราะฉะนั้นเราจำเป็นต้องรู้จักและเข้าใจตัวละครในระบบเครือข่ายและความสัมพันธ์ที่เป็นรากฐานของชีวิตจากการถอดผังเครือข่าย เพราะเครือข่ายเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการดูแลรักษาเมื่อคนในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย นอกจากนี้โรคบางโรคยังเป็นโรคทางพันธุกรรม หรือเป็นโรคที่ติดต่อกันระหว่างคนใกล้ชิด การถอดผังเครือข่ายจะช่วยให้เราเห็นความเสี่ยงของโรคได้

การทำผังเครือญาตินอกจากจะทำให้คาดการณ์ความเสี่ยงได้แล้ว ยังมีประโยชน์อย่างมากต่องานบริการสุขภาพปฐมภูมิ เราสามารถคัดเอาผังเครือญาติของครอบครัวมาใส่ในแฟ้มครอบครัว (Family Folder) และเพิ่มเติมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเข้าไปในผังเครือญาติ เมื่อเราเปิด family folder ดูหน้านี้หน้าเดียวเราก็จะสามารถพูดคุยและสอบถามเรื่องสุขภาพของทุกคนทั้งครอบครัว ผังเครือญาติในแฟ้มครอบครัวจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้เราดูแลคนทั้งครอบครัวแตกต่างจาก OPD Card ที่เป็นข้อมูลเฉพาะบุคคลเท่านั้น

3. โครงสร้างองค์กรชุมชน

3.1 โครงสร้างองค์กรชุมชนคืออะไร ?

โครงสร้างองค์กรในชุมชนเป็นระบบความสัมพันธ์ต่างๆ ทางสังคม นอกเหนือจากความสัมพันธ์ทางเครือญาติซึ่งเราได้ศึกษามาแล้วด้วยการใช้ผังเครือญาติ ซึ่งหมายถึงโครงสร้างทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองของชุมชน การเข้าใจระบบความสัมพันธ์ทางสังคม จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาโครงสร้างชุมชนด้านต่างๆ คือ สถาบัน องค์กร และบุคคล ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพราะจะช่วยให้เราทราบบทบาท อำนาจ หน้าที่ และความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่าง



ส่วนต่างๆ ในชุมชน และยังทำให้เราสามารถสังเกตบทบาทของสถาบัน
องค์กร และบุคคลต่างๆ ซึ่งทำหน้าที่ขับเคลื่อนชุมชนได้อย่างมีพลวัตยิ่งขึ้น
และที่สำคัญการทำความเข้าใจโครงสร้างเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองจะ
ทำให้ผู้เก็บข้อมูลจิตความสัมพันธ์ของตนเองกับชุมชนได้อย่างเหมาะสม
ไม่เกิดอุปสรรคต่อการเข้าถึงชุมชนและสามารถนำข้อมูลเหล่านี้มา
ประกอบภาพของชุมชนให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

3.2 เป้าหมายสำคัญของเครื่องมือ

1. ช่วยให้เข้าใจโครงสร้างองค์กรชุมชนได้รอบด้านทั้งโครงสร้างและองค์กรที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
2. ช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ทางสังคมในแง่มุมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนนั้นๆ

3.3 แนวทางการศึกษาโครงสร้างองค์กรชุมชน

การศึกษาโครงสร้างองค์กรชุมชน ก็คือการทำทำความเข้าใจบุคคลที่มีบทบาทกับระบบความสัมพันธ์ต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน แนวทางในการศึกษาโครงสร้างองค์กรชุมชนอาจแยกออกเป็นสองขั้นตอนคือ การทำความเข้าใจแบบแผนความสัมพันธ์ขององค์กรชุมชน และจัดทำผังโครงสร้างองค์กรชุมชน โดยจะต้องทำความเข้าใจแบบแผนความสัมพันธ์ในชุมชนก่อนแล้วจึงนำมาเขียนเป็นผังโครงสร้างองค์กรชุมชน

3.4 หลักการสำคัญที่ต้องจดจำในการศึกษาโครงสร้างองค์กรชุมชน

1. มองโครงสร้างองค์กรชุมชน เห็นความสัมพันธ์ในแง่มุมต่างๆ
 - การทำความเข้าใจลักษณะความสัมพันธ์ของโครงสร้างองค์กรชุมชนทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองจะทำให้เราเข้าใจถึงบทบาท อำนาจ หน้าที่ และความสัมพันธ์เชิงอำนาจขององค์กรชุมชน



2. รายชื่อองค์กรในกระต๊ออาจเป็นแค่ภาพลวงตา

- รายชื่อคณะกรรมการต่างๆ ที่ปรากฏในแผ่นกระต๊ออาจเป็นรายชื่อที่จัดตั้งไว้โดยไม่มีบทบาทหรือกิจกรรมความเคลื่อนไหวทางสังคม

3. ศักยภาพองค์กร มองที่ปฏิบัติการ (Organization in action)

- การศึกษาโครงสร้างองค์กรที่มีอยู่ในชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ต้องศึกษาให้ลึกซึ้งถึงปฏิบัติการขององค์กร มองให้เห็นว่าใครบ้างที่มีบทบาทในองค์กร ชุมชน และมีความสำคัญมากน้อยเพียงใด

3.5 ข้อเสนอแนะในการศึกษาโครงสร้างองค์กรชุมชน

1. การเก็บข้อมูลองค์กรต้องเก็บข้อมูลทั้งองค์กรที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยเฉพาะองค์กรที่ไม่เป็นทางการมักมีศักยภาพการทำงาน เนื่องจากเป็นองค์กรที่เกิดขึ้นจากความสมัครใจและการมีส่วนร่วมของชาวบ้าน

2. ข้อมูลบางอย่างอาจมองเห็นไม่ชัดจากการพูดคุย จึงควรใช้การสังเกตร่วมด้วย

3. ควรเก็บข้อมูลในระดับที่เป็นปฏิบัติการองค์กร (Organization in action) ให้ได้มากที่สุด

4. การเข้าใจโครงสร้างองค์กรชุมชนต้องอาศัยระยะเวลา จึงไม่ควรเร่งรัดเขียนผังโครงสร้างองค์กรชุมชน แต่ควรเน้นที่การพูดคุยสังเกตและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนเพื่อเรียนรู้ระบบความสัมพันธ์ของชุมชนก่อน

5. เริ่มการทำผังโครงสร้างองค์กรชุมชนโดยการเขียนตัวละครสำคัญในระบบความสัมพันธ์ในชุมชน โดยเฉพาะบุคคลที่มีบทบาทต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ จัดกลุ่มตัวละครให้เป็นกลุ่มก้อน



ตามความสัมพันธ์ที่มีและเชื่อมโยงตัวละครเหล่านั้นด้วยเส้นโยงเครือข่าย
สิ่งที่ได้เป็นการวิเคราะห์เครือข่ายระบบความสัมพันธ์ (Social network
analysis) ที่ทำให้เราเห็นระบบความสัมพันธ์ และองค์กรที่เชื่อมโยงกัน
เป็นเครือข่ายในชุมชน

4. ระบบสุขภาพชุมชน

4.1 ระบบสุขภาพชุมชนคืออะไร

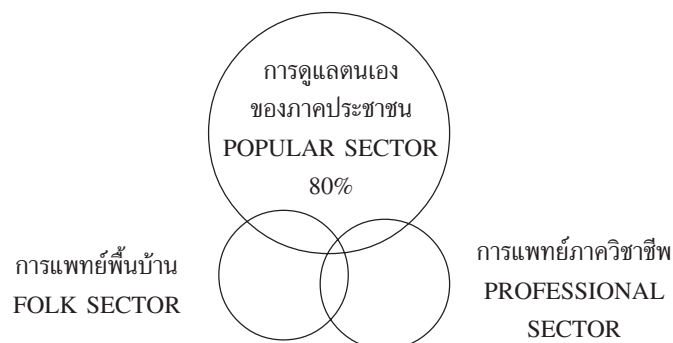
การทำงานสุขภาพชุมชนและการให้บริการในระดับปฐมภูมิ
จำเป็นต้องเข้าใจกระบวนการเฝ้าระวังรักษาโรคที่มีอยู่ในชุมชน โดยต้อง
เข้าใจถึงวิถีคิด ทัศนคติ และความรู้สึกนึกคิดของชุมชนเกี่ยวกับโรค
หรือความเจ็บป่วยต่างๆ ตลอดจนวิธีการรักษาโรคที่มีอยู่อย่างหลากหลาย
ในชุมชนได้ เช่น ในการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ในระบบสุขภาพของ
ชุมชนนั้น ชาวบ้านคนหนึ่งๆ อาจมีที่พึ่งด้านสุขภาพและกิจกรรมที่
เกี่ยวข้องกับสุขภาพเกิดขึ้นมากมาย ซึ่งการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับระบบ
สุขภาพของชุมชนที่เราสนใจ เป็นเพียงแค่ส่วนเล็กๆ ในโลกสุขภาพของ
ชาวบ้านเท่านั้น เพราะในโลกสุขภาพของชุมชน ชาวบ้านยังทำอะไร
ต่างๆ อีกมากมายเกี่ยวกับสุขภาพที่เราไม่รู้และอยู่นอกระบบการรักษา
แบบสมัยใหม่

4.2 เป้าหมายสำคัญของเครื่องมือ

1. เพื่อให้เห็นระบบการแพทย์ที่หลากหลายอยู่ในชุมชน
2. สามารถเลือกระบบการแพทย์ที่มีความหลากหลายใน
ชุมชนมาประยุกต์ใช้กับงานบริการด้านสาธารณสุขได้



การทำความเข้าใจโลกสุขภาพของชาวบ้านอย่างง่าย ๆ เราอาจจะแบ่งเป็น 3 วง ดังนี้



ระบบสุขภาพของชุมชนประกอบขึ้นด้วยระบบการดูแลสุขภาพสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกัน 3 ส่วน ชุมชนไม่ได้มีการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยการพึ่งระบบสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งเพียงอย่างเดียว (Kleinman 1980) แต่กระบวนการเยียวยารักษาโรคในแต่ครั้งมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกันทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและชุมชน โดยกลุ่มคนเหล่านี้จะดูแลกันด้วยวิธีการอย่างหลากหลายซึ่งมีกระบวนการเยียวยารักษาโรคที่ได้จากประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เคยเกิดขึ้นร่วมกันผสมผสานจากทั้งการรักษาแบบพื้นบ้านและการรักษาแบบสมัยใหม่ ประสบการณ์การรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพที่หลากหลายเหล่านี้จะไหลเวียนอยู่ในชุมชนและถูกเลือกนำมาใช้ในแต่ละโอกาสที่มีความเจ็บป่วยในลักษณะต่างๆ เกิดขึ้นในสังคม และยังมีบริบทแวดล้อมของวัฒนธรรมความเชื่อ ประเพณีปฏิบัติมาเกี่ยวข้องด้วยเสมอ

4.3 สิ่งสำคัญที่ต้องจดจำในการศึกษาระบบสุขภาพชุมชน

1. ขยายกรอบความคิด มองความเจ็บป่วยในหลายมิติ
 - การแพทย์แผนปัจจุบันมักจำกัดความเจ็บป่วยอยู่แค่คำว่า “โรค” และรักษาตามแบบแผนของแพทย์วิชาชีพ แต่ในความเป็นจริง 70–80% ของการรักษาและดูแลสุขภาพอยู่นอกระบบการแพทย์แบบวิชาชีพ
2. พหุลักษณะทางการแพทย์ คือทุนของระบบสุขภาพ
 - ไม่มีการแพทย์ระบบใดระบบหนึ่ง ที่มีความสมบูรณ์ในตัว
 - ต้องอาศัยความหลากหลายทางการแพทย์มาเป็นส่วนเสริมซึ่งกันและกัน
 - การเข้าถึงศักยภาพทางสุขภาพของชุมชนทำได้โดยการศึกษาระบบการแพทย์พื้นบ้านโดยถือว่าวัฒนธรรมสุขภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นเรื่องสุขภาพสามารถนำมาหนุนเสริมการทำงานเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชนได้
3. การศึกษาระบบสุขภาพ คือการเข้าถึงวิถีชุมชน
 - การศึกษาระบบสุขภาพชุมชน ควรหลีกเลี่ยงการนำกรอบความคิดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปตัดสินถูกผิดกับพฤติกรรมดูแลรักษาสุขภาพของชาวบ้าน โดยที่ยังไม่เข้าใจระบบสุขภาพในท้องถิ่น

4.4 ข้อแนะนำในการศึกษาระบบสุขภาพชุมชน

1. ควรสำรวจแหล่งที่พึ่งด้านสุขภาพของชาวบ้านในระหว่างทำแผนที่เดินดินว่ามีบุคคลที่เป็นหมอพื้นบ้าน ผู้รู้ หรือคนเฒ่าคนแก่ที่มีความรู้ด้านภูมิปัญญาสุขภาพอยู่หรือไม่
2. การสัมภาษณ์ประวัติชีวิตของผู้ป่วยและหมอพื้นบ้าน จะช่วยให้เรารู้ที่พึ่งด้านสุขภาพของชาวบ้านได้ละเอียดขึ้น
3. ถ้ามีโอกาสเข้าไปสำรวจร้านค้าต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน จะช่วยให้เรารู้ว่าสัดส่วนของการใช้ยาของชาวบ้านเป็นอย่างไร ยาชนิดไหน



ขายดี ยาชนิดใดที่จะต้องซื้อเข้าร้านบ่อยช่วงใดหรือฤดูกาลใดที่ยาชนิดนั้นขายดีเพราะอะไร และปัจจัยที่เกี่ยวข้องคืออะไร

4. ควรสนใจกิจกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคด้วย เช่น กลุ่มกีฬา กลุ่มปลูกผักปลอดสารพิษ กลุ่มคนแก็งาศิลในวัฒนธรรมสวนะ เป็นต้น

5. ปฏิทินชุมชน

5.1 ปฏิทินชุมชนคืออะไร

ปฏิทินชุมชน เป็นเครื่องมือการเรียนรู้วิถีชีวิตของชาวบ้านว่าในแต่ละปี แต่ละเดือน หรือในแต่ละวันชุมชนมีกิจกรรมอะไรกันบ้าง อะไรที่เกิดขึ้นและเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของชาวบ้านอย่างไร ทั้งการประกอบอาชีพต่างๆ ซึ่งในแต่ละชุมชนก็จะมีวิถีชีวิตที่แตกต่างกันออกไป หากชุมชนที่ประกอบอาชีพทำนา วิถีชีวิตหลักก็จะผูกพันอยู่กับการทำนา ซึ่งเริ่มตั้งแต่ต้นฤดูฝน จนถึงฤดูเก็บเกี่ยวในช่วงปลายปี พอหมดหน้านาชาวบ้านก็จะมีกิจกรรมต่างๆ ทำต่อ ซึ่งเราจะต้องศึกษาให้ทราบว่าเขาทำอะไรบ้างในช่วงนั้น เช่น บางส่วนของคนในหมู่บ้านอาจจะเดินทางไปรับจ้างที่ต่างจังหวัด เช่น ไปรับจ้างเป็นลูกกฐีทำสวนยางที่บักซ์ได้ พอถึงช่วงสงกรานต์ก็จะกลับมารวมญาติกันอีกครั้ง งานบุญงานประเพณีต่างๆ ที่เกิดขึ้น เกิดขึ้นในวันเวลาใดบ้าง ต้องเก็บรายละเอียดข้อมูลเหล่านี้มาให้หมด เพื่อจะได้นำมาช่วยวางแผนในการทำงานต่อไป

5.2 เป้าหมายสำคัญของเครื่องมือ

1. สร้างความเข้าใจในวิถีชีวิตของชาวบ้าน เครื่องมือนี้จะทำให้เรารู้ว่าในแต่ละรอบปี รอบเดือน หรือในแต่ละวันชาวบ้านทำอะไร อย่างไร และเมื่อใดบ้าง การเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้เรารู้จังหวะชีวิต
2. เป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน



เพราะการรู้จักจังหวะและวิถีชุมชน คือการรู้จักกาลเทศะในชีวิตชาวบ้าน เมื่อเราเข้าหาชาวบ้านได้ถูกจังหวะ ชาวบ้านจะเกิดความรู้สึกที่ดี และความไว้วางใจต่อกันมากขึ้น

3. ช่วยให้การวางแผนงานชุมชนได้ดีขึ้น เพราะจะทำให้เราสามารถจัดตารางการทำงานที่จะสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวบ้านได้ และเมื่อเข้าไปหมู่บ้านก็สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม และถูกจังหวะเวลา ซึ่งจะส่งผลระยะยาวให้การทำงานในระบบบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพและเข้าถึงประชาชนเพิ่มขึ้นด้วย

5.3 หลักการสำคัญที่ต้องจดจำในการศึกษาปฏิทินชุมชน

1. การศึกษาปฏิทินชุมชน คือการเรียนรู้จังหวะและวิถีชุมชน
 - การศึกษาปฏิทินชุมชนทำให้เราได้เห็นและรู้จักโลกของชาวบ้านมากยิ่งขึ้น และสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมกับชุมชนได้อย่างเหมาะสม ทำให้ชาวบ้านคุ้นเคยไว้วางใจ และเกิดการยอมรับ
2. ข้อมูลจากปฏิทินชีวิตและปฏิทินชุมชนจะนำไปสู่การทำงานสุขภาพเชิงรุก
 - การทำงานสุขภาพเชิงรุกจะเกิดขึ้นไม่ได้ถ้าหากเราไม่รู้ปฏิทินชุมชน ไม่รู้จักจังหวะชีวิตของชาวบ้าน การรู้จักจังหวะชีวิตของชาวบ้านจะทำให้เรารู้ว่าจะทำงานสุขภาพเชิงรุกอย่างไร

5.4 ข้อแนะนำในการศึกษาปฏิทินชุมชน

1. ควรหมั่นสังเกตด้วยตนเองเพราะพื้นที่ที่เราศึกษามักเป็นพื้นที่ที่ตั้งอยู่ในบริเวณเดียวกับสถานที่ทำงานของเราอยู่แล้ว เราก็สามารถพบเห็นได้บ่อยและเขียนบันทึกเก็บเอาไว้ว่าเกิดเหตุการณ์ กิจกรรม ประเพณี กิจกรรมเศรษฐกิจต่างๆ เหล่านั้นขึ้นเมื่อไร
2. ควรเข้าไปสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมในงานบุญงานประเพณีทั้งหลาย เพราะจะช่วยทำให้เรารับรู้ข้อมูลได้โดยตรงว่านอกจาก



จะรู้ว่ามันนั้นๆ เป็นวันอะไรแล้ว จะทำให้รู้รายละเอียดเพิ่มยิ่งขึ้นว่าในวันนั้นเขาทำอะไร กลุ่มคนที่เข้าร่วม ทำความเข้าใจในพิธีกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้มากขึ้นด้วย

3. สอบถามจากชาวบ้าน เช่น กลุ่มคนเฒ่าคนแก่ จะเป็นแหล่งข้อมูลปฏิทินวัฒนธรรมให้กับเราได้อย่างดี เวลาเราเข้าไปคุยด้วย คนแก่มักจะจำได้แม่นยำว่าเดือนอะไรมีประเพณีอะไรบ้าง เป็นต้น

6. ประวัติศาสตร์ชุมชน

6.1 ประวัติศาสตร์ชุมชนคืออะไร

การศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชน คือการศึกษาถึงเรื่องราวความเป็นมาของชุมชนในด้านต่างๆ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง ซึ่งมีความสำคัญมากในการทำงานชุมชน เพราะจะช่วยให้เราเข้าใจถึงที่มาที่ไปของปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน เกิดความรู้สึกร่วมกับชุมชนได้ รวมทั้งลดอคติส่วนตัวที่จะเข้าไปตัดสินเรื่องราวหรือปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน

เมื่อได้ศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชนอย่างลึกซึ้ง เราจะได้เห็นภาพรวมของชุมชนชัดเจนมากยิ่งขึ้น ได้เข้าใจเรื่องมิติเวลาของชุมชนว่า เหตุการณ์แต่ละช่วงมีอะไรเกิดขึ้นบ้าง โดยเฉพาะความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชุมชนเหล่านั้นได้ส่งผลกระทบต่อคนและสิ่งแวดล้อมจากอดีตจนถึงปัจจุบันอย่างไร และเมื่อใดก็ตามที่เรามีความเข้าใจสภาพความเป็นชุมชนอย่างที่เป็นอยู่ ได้เห็นวิถีชีวิตของเขามีความเป็นมาอย่างไร ความรู้สึกของเราต่อชุมชนก็จะเปลี่ยนไป เข้าใจเรื่องราวต่างๆ ในชุมชนชัดเจนมากกว่าเดิม รวมทั้งเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของชาวบ้านมากขึ้นเช่นเดียวกัน



6.2 เป้าหมายสำคัญของเครื่องมือ

1. เข้าใจความเป็นมาของเรื่องราวต่างๆ ในชุมชนได้ดีขึ้น
2. ลดอคติส่วนตัวที่จะเข้าไปตัดสินเรื่องราวต่างๆ ในชุมชน
3. ลดช่องว่างในการติดต่อสัมพันธ์กับชุมชน

6.3 หลักการสำคัญที่ต้องจดจำในการศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชน

1. การศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชนคือการเข้าถึงประสบการณ์ของชาวบ้าน
 - การศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชนเป็นเครื่องมือที่ทำให้เข้าใจความคิด เหตุผล และการเลือกกระทำของชาวบ้าน
2. ประวัติศาสตร์ชุมชนช่วยลดอคติทางจิตใจ และเพิ่มความละเอียดอ่อน
 - การศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชนช่วยให้ผู้ศึกษามีความละเอียดอ่อนในการศึกษาชุมชนมากยิ่งขึ้น และหลุดพ้นจากอคติทางจิตใจหรือความคิดที่ผิดพลาดในการทำซ้ำๆ กันมาในการทำงานชุมชน
3. มองประวัติศาสตร์ชุมชน เห็นถึงความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ต่างๆ
 - ดังนั้นในการศึกษาประวัติศาสตร์จึงไม่ควรจำแบบท่องจำหรือแค่ฟังต่อๆ มา แต่ควรวิเคราะห์เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น

6.4 ข้อแนะนำในการศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชน

1. ควรศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชนจนเกิดความเข้าใจก่อนจึงทำเป็นผังประวัติศาสตร์ เพราะการมุ่งทำผังประวัติศาสตร์ชุมชนตั้งแต่แรกอาจทำให้มองข้ามรายละเอียดที่สำคัญไป
2. อย่าด่วนสรุปเหตุการณ์ต่างๆ ในชุมชน จนกว่าจะใช้เวลาศึกษาจนเกิดความเข้าใจอย่างแท้จริง เพราะประวัติศาสตร์มีมาได้จากหลายมุมมอง โดยเฉพาะในชุมชนที่มีความขัดแย้งกันสูง



3. การศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชนนอกจากสัมภาษณ์ผู้สูงอายุแล้ว อาจจะศึกษาข้อมูลได้จากสมุดบันทึก หรือเอกสารอ้างอิงต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนรวมทั้งเรื่องราวเกี่ยวกับสถานที่และบุคคลในอดีต

4. การศึกษาประวัติศาสตร์ไม่ควรมองหาแต่ข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น แต่ควรทำความเข้าใจกับความคิดของคนในชุมชนต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น

7. ประวัติชีวิต

7.1 ประวัติชีวิตคืออะไร

การศึกษาประวัติชีวิต คือเครื่องมือที่ทำให้เห็นรายละเอียดชีวิตของผู้คน สร้างความเข้าใจในเรื่องราวชีวิตของชาวบ้าน และเกิดมุมมองที่มีมิติของความเป็นมนุษย์มากขึ้น เมื่อไปศึกษาชีวิตผู้คนอย่างละเอียดลึกซึ้งแล้วเราจะได้เรียนรู้และเข้าใจชาวบ้านมากขึ้น การศึกษาประวัติชีวิตมีความสำคัญตรงทำให้เห็นความเป็นมนุษย์ของคนอื่นมากยิ่งขึ้น ได้เห็นว่าเขาก็เป็นคนเหมือนกับเรามีความสุขก็ดีใจ มีความทุกข์ก็ร้องไห้ มีชีวิตที่ต้องดิ้นรนต่อสู้ มีความล้มเหลวและมีความไฝฝืนเป็นสิ่งที่หล่อเลี้ยงชีวิตไม่ผิดไปจากเรา “ประวัติชีวิตของบุคคลจึงเป็นยาถอนพิษที่ดีของการมองคนไข้แบบเห็นไข้ไม่เห็นคน”

7.2 เป้าหมายสำคัญของเครื่องมือ

1. เพิ่มมิติความเป็นมนุษย์ มองเห็นรายละเอียดชีวิตชาวบ้าน
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับชาวบ้าน
3. เข้าใจ และมีความละเอียดอ่อนในการให้บริการชาวบ้าน

7.3 แนวทางการศึกษาประวัติศาสตร์

กลุ่มเป้าหมายคือใคร ?

เป้าหมายของการทำประวัติศาสตร์อยู่ที่การเรียนรู้ความเป็นมนุษย์ ไม่ใช่การรวบรวมประวัติบุคคล เพื่อเก็บในระบบเอกสารหรือรายงานราชการ จึงไม่ใช่สิ่งที่จะต้องตั้งเป้าหมายทำให้ครบ หรือให้ครอบคลุมประชากรเป็นจำนวนร้อยละเท่าไร แต่ควรเน้นการทำประวัติศาสตร์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ จึงอาจมุ่งไปที่กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ 4 กลุ่มคือ

1. **คนจนและคนทุกข์คนยาก** การทำประวัติศาสตร์ของคนจนและคนทุกข์คนยากนั้น เราต้องไปหาคนเหล่านี้ให้เจอเพราะคนจนและคนทุกข์คนยากนั้นเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาสุขภาพ โดยเฉพาะงานสุขภาพเชิงรุก แต่กลับเป็นกลุ่มที่เรารู้จักเรื่องราวชีวิตของเขาน้อยที่สุด นอกจากนั้นเราจะสามารถเรียนรู้ความเป็นมนุษย์ได้ดีที่สุดโดยการศึกษาความทุกข์ของผู้อื่น ซึ่งไม่เพียงแต่จะทำให้เราเข้าใจคนทุกข์คนยากมากขึ้นเท่านั้น แต่ยังจะทำให้ความทุกข์ของเราเองลดลงด้วย และพึงเตือนตัวเองอยู่เสมอว่างานสุขภาพปฐมภูมิต้องไม่ทอดทิ้งคนจนและคนทุกข์ยาก

2. **คนป่วยและผู้พิการ** จำเป็นต้องทำประวัติอย่างละเอียดเอาไว้ โดยเฉพาะกรณีที่สลับซับซ้อน หรือกรณีผู้ป่วยเรื้อรัง การทำชีวประวัติทำให้เราเข้าใจชีวิตของชาวบ้าน เข้าใจสาเหตุและปัญหาอันเกิดจากความป่วยไข้ รวมทั้งปัจจัยแวดล้อมอันมีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น การที่เราเข้าใจชีวิตของชาวบ้านได้หนึ่งคนนั้นไม่เพียงแต่ทำให้เราดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นเท่านั้น แต่ตัวเราเองก็จะเป็นคนดีขึ้นทีละนิดด้วย เพราะเราจะมองชาวบ้านด้วยความอาทรและเห็นใจเพื่อนมนุษย์มากยิ่งขึ้น ดังนั้น ถ้าเรารู้จักประวัติชีวิตผู้ป่วยมากเท่าไร จิตใจของเราก็จะยิ่งดีขึ้นเท่านั้น ไม่มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ (Attitude reform) อะไร



ที่จะได้ผลดีและเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกของคนได้ดีเท่ากับการเรียนรู้ และเข้าใจเพื่อนมนุษย์

3. คนเฒ่าคนแก่ เป็นกลุ่มบุคคลที่เราควรให้ความสำคัญในการศึกษาประวัติศาสตร์ เพราะนอกจากจะได้ข้อมูลประวัติส่วนตัวแล้ว เรายังจะได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประวัติศาสตร์ของชุมชน ทั้งทางด้าน เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ประเพณีต่างๆ เพราะเคยเป็นหมอยา พื้นบ้านมาก่อนที่การแพทย์สมัยใหม่จะเข้าถึง จึงมีความรู้ด้านสมุนไพรต่างๆ เป็นอย่างดี ดังนั้น การศึกษาประวัติศาสตร์ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มคนเฒ่าคนแก่ในประเด็นที่หลากหลายครอบคลุมทั้งชีวิตส่วนตัว และบทบาทต่อชุมชนตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

4. กลุ่มผู้นำ ทั้งผู้นำเป็นทางการ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำที่ไม่เป็นทางการ การศึกษาประวัติผู้นำจะสามารถช่วยให้เราเข้าใจผู้นำคนนั้นได้ดีขึ้นว่าเขาเป็นผู้นำที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ หรือเป็นผู้นำที่มีความชอบธรรมขนาดไหนในทัศนะของชาวบ้าน เพราะบางทีผู้นำของชาวบ้านที่ไม่เป็นทางการอาจได้รับการยอมรับมากกว่าผู้นำที่ได้รับการแต่งตั้งจากทางการ เพราะมีเรื่องของคุณธรรม จริยธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย การศึกษาประวัติผู้นำและรายละเอียดของชีวิตเขายังช่วยให้เราเข้าใจความสัมพันธ์ในชุมชนมากขึ้น เช่น ชาวบ้านคุ่มนั้นให้ความร่วมมือกับผู้ใหญ่บ้านมากกว่าอีกคุ่มหนึ่ง อาจเป็นเพราะผู้ใหญ่บ้านเป็นเครือญาติกับคุ่มบ้านแรก ส่วนอีกคุ่มบ้านหนึ่งเคยส่งคนลงสมัครเลือกตั้งชิงตำแหน่งผู้ใหญ่บ้านแต่ไม่ได้รับเลือก ชาวบ้านคุ่มนั้นเลยไม่ชอบผู้ใหญ่บ้านคนนี้ การสอบถามประวัติผู้นำจึงช่วยให้เราเข้าใจความสัมพันธ์ของคนในชุมชนมากยิ่งขึ้น

7.4 หลักการสำคัญที่ต้องจดจำในการศึกษาประวัติชีวิต

1. การทำประวัติชีวิตช่วยเพิ่มความละเอียดอ่อนและการเรียนรู้ความเป็นมนุษย์



– ประวัติชีวิตมีความสำคัญในฐานะที่เป็นยาถอนพิษของการเห็นแต่ไข่แต่ไม่เห็นคน ที่พบได้บ่อยในระบบบริการทางการแพทย์ที่มีวิธีคิดแบบชีวกลไก

2. การทำประวัติชีวิตที่ดีควรมองหาเรื่องราว (Story) มากกว่าข้อเท็จจริง (fact)

3. การเข้าใจประวัติชีวิตที่สมบูรณ์จะไม่ได้จากการพูดคุยกับผู้ที่เราสัมภาษณ์เพียงคนเดียว แต่อาจต้องพูดคุยกับคนอื่นๆ ที่ใกล้ชิดกับผู้ที่เราศึกษาประวัติชีวิต

7.5 ข้อเสนอแนะในการศึกษาประวัติชีวิต

1. การเรียนรู้ชีวิตและความเป็นมนุษย์ช่วยปรับทัศนคติของเราให้มีความละเอียดอ่อนและเป็นคนดีขึ้น

2. ควรสนใจประวัติชีวิตของกลุ่มคนจน คนทุกชั้นยาก คนป่วย คนเฒ่าคนแก่ และผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

3. ควรนำเรื่องราวชีวิตของคนมาเป็นประเด็นอภิปรายทำความเข้าใจชีวิต เพื่อเข้าใจความเป็นมนุษย์มากขึ้น โดยจัดเป็นกระบวนการเรียนรู้ของกลุ่ม

4. หากไม่รู้จะเริ่มสัมภาษณ์พูดคุยเพื่อถอดประวัติชีวิตอย่างไร ให้เริ่มด้วยการถอดผังเครือญาติ เพื่อรู้จักตัวละครในชีวิตของผู้ที่เราสัมภาษณ์

สรุปการใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเพื่อการจัดบริการ

เครื่องมือทั้ง 7 ชิ้น เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิถีชีวิต-วิถีชุมชน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้เรียนรู้และได้ข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างรู้จักและเข้าใจชุมชน ดังนั้นจึงไม่ควรยึดติดกับเครื่องมือเหล่านี้ เพราะหัวใจสำคัญคือการเรียนรู้และการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับชุมชน เข้าใจมิติทางสังคมของความ



เจ็บป่วย เข้าใจวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชน การเข้าใจสิ่งเหล่านี้จะเป็นรากฐานสำคัญของการสร้างระบบบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ เครื่องมือที่กล่าวมาจึงเป็นเพียงตัวช่วยที่ทำให้กระบวนการเรียนรู้มีความสมบูรณ์และได้ผลมากขึ้นเท่านั้น แต่การใช้เครื่องมือทุกชนิดก็ล้วนแต่ต้องอาศัย “การรู้เท่าทัน” เครื่องมือ เป็นวิจารณ์ญาณทั้งสิ้น เพราะเครื่องมือทุกชนิดมีฐานมาจากวิถีคิด

เครื่องมือทางการแพทย์ไม่ว่าจะเป็นวิธีการซักประวัติ การตรวจร่างกายการจดบันทึกประวัติผู้ป่วยหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สิ่งเหล่านี้ประกอบกันเข้าเป็นแบบแผนการปฏิบัติที่มีรากฐานมาจากปรัชญาทางการแพทย์แบบชีวกลไก โดยรากฐานปรัชญาดังกล่าวทำให้เครื่องมือต่างๆ ของการแพทย์ที่เป็นอยู่ มีลักษณะเน้นข้อเท็จจริงทางชีววิทยาเน้นเรื่องโรคมามากกว่าที่จะมีความละเอียดอ่อนในมิติทางสังคมและความเป็นมนุษย์ การขยายกรอบความคิดเกี่ยวกับสุขภาพให้กว้างกว่าเรื่องทางชีววิทยานั้น ไม่เพียงแต่ต้องรู้เท่าทันเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์เท่านั้น ยังจำเป็นต้องมีการสร้างกระบวนการทัศน์ใหม่ที่มียึดติดกับกรอบวิธีคิดหรือความรู้แบบเดิมๆ จึงมีการกล่าวกันว่า “จินตนาการสำคัญกว่าความรู้” “Imagination Is More Important than Knowledge” เพราะจินตนาการเป็นพลังที่ก้าวข้ามกรอบความคิดแบบเดิมที่ตายตัว และจินตนาการที่มีรากฐานจากความคิดดี ความงาม และความถูกต้องนั้น เป็นสิ่งที่มีพลังเพียงพอที่จะขับเคลื่อนให้ระบบเกิดการเปลี่ยนแปลงได้

จินตนาการสุขภาพใหม่จึงมีความสำคัญ และสำหรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินั้นบริการปฐมภูมิไม่ใช่สิ่งที่จะเข้มแข็งได้โดยอาศัยเทคโนโลยีระดับสูงหรือการแพทย์แบบเฉพาะทาง จินตนาการใหม่คือต้องทำให้บริการปฐมภูมิ เป็นบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

การสร้างเครื่องมือใหม่และการฝึกฝนทักษะใหม่ที่ทำให้บริการปฐมภูมิสามารถดูแลเอาใจใส่และมีความละเอียดอ่อนต่อคุณค่า

และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จึงมีความสำคัญต่อการปรับกระบวนการคิด และวิธีทำงานในระดับรากฐาน

แต่การปรับเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีทำงานเป็นเรื่องที่ยาก เพราะในการทำงานเรามักคุ้นเคยกับระบบที่เป็นอยู่ การเปลี่ยนแปลงในระดับลึกจึงมักทวนกระแสความสะดวกสบายและความเคยชินที่เคยมี จึงมักทำไม่สำเร็จหากขาดสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อการเปลี่ยนแปลง สิ่งที่สำคัญที่สุดก็คือการมีเครือข่ายและความเป็นชุมชนสนับสนุน รวมทั้งการรวมกลุ่มกันจะช่วยประคับประคองให้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้อย่างยั่งยืน ในระยะยาวจึงจำเป็นต้องมีเครือข่ายการเรียนรู้ของบริการปฐมภูมิขึ้นเพื่อสนับสนุนซึ่งกันและกัน และเกิดการเรียนรู้และการประยุกต์ปรับใช้เครื่องมือให้ดีขึ้น

นอกเหนือจากแนวความคิดใหม่ เครื่องมือใหม่และการรวมกลุ่มกันเพื่อการเรียนรู้แล้วการจัดการความรู้ที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ในชุมชนก็มีความสำคัญ ข้อมูลการใช้เครื่องมืออาจประมวลเป็นระบบและรวบรวมไว้เป็น 2 ประเภท คือ

1. ระบบข้อมูลครอบครัว โดยจัดทำเป็นแฟ้มครอบครัว (Family Folder)
2. ระบบข้อมูลชุมชน โดยจัดทำเป็นแฟ้มชุมชน (Community Folder)

จัดทำแฟ้มครอบครัว (Family Folder)

เป็นแฟ้มข้อมูลที่สามารถดูภาพรวมได้ทั้งครอบครัวเพื่อให้มองเห็นมิติของสุขภาพในครอบครัวได้ครบถ้วน โดยอาจรวบรวมข้อมูลต่อไปนี้อย่างไว้ร่วมกับ Family Folder ในระบบงานบริการ

1. แผนที่ของครอบครัว เขียนแสดงที่ตั้งของครอบครัวนั้นๆ ว่าตั้งอยู่ในบริเวณใดของชุมชนและระบุไว้ด้วยว่าเครือข่ายที่เขาไปมาหาสู่อยู่บ่อยๆ มีใครบ้าง ยกตัวอย่างเช่น อ้ายเอาลูกมาเลี้ยงที่บ้านนี้



แต่เขาค้ายู่อีกบ้านหนึ่ง เมื่อเราใส่เครือข่ายความสัมพันธ์เหล่านี้เอาไว้ เวลาเราอ่านข้อมูลของครอบครัวนั้นๆ เราจะมองเห็นเครือข่ายทางสังคม (social network) ของครอบครัวไปพร้อมๆ กัน

2. **ผังเครือญาติของครอบครัว** เช่น หากเรามีผังเครือญาติของปรียาอยู่ใน Family Folder เมื่อปรียามาหาเรา เราก็สามารถเข้าใจบุคคลในครอบครัวของปรียาด้วย เช่น เราเห็นพ่อของเธอเป็นเบาหวาน (DM) แม่สามีเป็นความดันโลหิตสูง (Hypertension: HT) น้องชายคนสุดท้ายเป็นเอดส์ (HIV+) เวลาปรียามารักษา เราจะได้เห็นรายละเอียดว่าใครเป็นใครในชีวิตของเธอทั้งหมด และเห็นว่าเธอมีปัญหาอื่นๆ ที่แทรกตัวอยู่ในโครงสร้างครอบครัวของเธออย่างไร นี่คือการให้บริการสุขภาพแบบเชื่อมโยงและเป็นองค์รวม

3. **ปฏิทินชีวิตของครอบครัว** เช่น ครอบครัวนางช้อยมีอาชีพ 3 อาชีพคือ เลี้ยงโคนม ทำไร่พริก และรับจ้างทำงานหัตถกรรม พอเราทราบข้อมูลดังนี้ เราก็สามารถนำมาเขียนปฏิทินของครอบครัวนี้ได้แล้วว่า มีกิจกรรมในชีวิตเป็นอย่างไรในช่วงตลอดปี ช่วงไหนเลี้ยงวัว ช่วงไหนทำไร่ ช่วงไหนทำงานหัตถกรรม เพราะบางอาชีพมีช่วงเวลาจำกัด เช่น ช่วงฤดูที่นมวัวไม่ออก ต้องพึ่งรายได้จากอาชีพปลูกพริก พอว่างจากอาชีพทั้งสองก็หันมาทำงานหัตถกรรม เราจำเป็นต้องทำปฏิทินชีวิตของครอบครัวนี้มาเก็บไว้ จะช่วยให้เราสามารถวางแผนสุขภาพเชิงรุกได้ เช่น ถ้ารู้ว่าเขาทำงานเคลื่อนย้ายถิ่นไม่ได้ทำงานหมู่บ้านนี้ตลอดเวลา เราจะวางแผนสุขภาพเชิงรุกควบคู่ไปกับแผนชีวิตของเขาได้ยังไง ปฏิทินครอบครัวจึงเป็นภาพรวมของชีวิตทั้งครอบครัว ไม่ใช่ชีวิตของคนๆ เดียว

4. **ประวัติชีวิต** ไม่จำเป็นต้องเขียนรายละเอียดแบบนิยามชีวิต เพราะเวลาเราทำงานจริงเราจะไม่ค่อยมีเวลาเขียนอย่างนั้น เราจดเป็นประเด็นสำคัญ เป็น Bullet point เช่น แต่งงานมาแล้ว 3 ครั้ง หย่า 2 ครั้ง ลูกฆ่าตัวตายทั้ง 2 คน ทำเฉพาะประเด็นที่เราคิดว่าเป็นเรื่องจำเป็นที่



เราต้องรู้ว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิตของเขา ถ้าเราไม่รู้เลยว่าลูกเขาฆ่าตัวตายไป 2 คน ไม่รู้ว่าเขามีความเครียดอะไรอยู่ เราอาจประเมินปัญหาเขาผิด เพราะฉะนั้นประเด็นที่เราไปเจอในชีวิตเขา เราควรบันทึกประเด็นสำคัญ เอาไว้แล้วรวมเอาไว้ในแฟ้มครอบครัว

5. แผนการทำงานเชิงรุก ข้อมูลที่ได้จากเครื่องมือต่างๆ ควรนำมาสังเคราะห์เพื่อสร้างแผนการทำงานเชิงรุกกับครอบครัว โดยการวิเคราะห์ความเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ จากนั้นกำหนดเป็นแผนการทำงานสุขภาพเชิงรุกกับแต่ละครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่มีปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆ

จัดทำแฟ้มชุมชน (Community Folder) ขึ้นประกอบด้วย

1. แผนที่เดินดิน ต้องเป็นแผนที่รวมทั้งชุมชน มีการแก้ไขเพิ่มเติมอย่างสม่ำเสมอ ลงไปในชุมชนแต่ละครั้งหากพบเห็นอะไรเพิ่มเติมก็นำมาวาดหรือเขียนเพิ่มลงไปเพราะภายในชุมชนนั้นย่อมจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

2. ผังเครือญาติรวม โดยเฉพาะผังเครือญาติในชนบท ถ้าเขียนลงในแผ่นเดียวกันไม่ได้ก็เขียนโยงต่อหน้าถัดไป แต่ควรทำสัญลักษณ์ให้เข้าใจตรงกันว่าผังเครือญาติในหน้านี้เชื่อมกับผังต่อไปในหน้าไหน การรวบรวมผังเครือญาติรวมก็เพื่อให้อ้างอิงหรือเชื่อมโยงข้อมูลของครอบครัว

3. โครงสร้าง/องค์กร/ผู้นำ ควรรวบรวมขึ้นมาว่าเมืองค์กร ผู้นำอะไรบ้าง อาจจะอธิบายเพิ่มเติมว่าแต่ละคนมีความสำคัญต่อชุมชนอย่างไร เช่น คนที่เป็นผู้นำที่ชาวบ้านศรัทธา คนที่เป็นมัคนายก และเป็นผู้ที่ไม่เป็นทางการที่สำคัญด้วย เป็นต้น

4. ระบบสุขภาพทั้งในและนอกชุมชน ชุมชนมีที่พึ่งสุขภาพอะไรบ้างทั้งในและนอกชุมชน เช่น หมอนวด หมอพื้นบ้าน สถานีอนามัย โรงพยาบาล เป็นต้น (พร้อมทั้งระบุลงไปในพื้นที่ด้วย) หรือทัศนคติ



ของชาวบ้านต่อการไปใช้บริการสถานบริการด้านสุขภาพต่างๆ หรือ
พวกเขานิยมไปใช้บริการที่ไหนบ้าง ควรรวบรวมแหล่งที่พึ่งทางสุขภาพ
เช่น หมอพื้นบ้าน สมุนไพร หรือหมอนวดไม่เฉพาะแต่ในชุมชน แต่
ควรรวมไปถึงชุมชนข้างเคียงด้วย การรู้ว่าชุมชนข้างเคียงมีหมอนวด ที่มี
ทักษะการนวดดีอาจเป็นข้อมูลสำคัญในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย
อัมพาตที่ต้องการกายภาพบำบัด แต่ก็ไม่สามารถเดินทางไปรับการ
รักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดได้

5. ปฏิทินชุมชน ทั้งด้านเศรษฐกิจ และด้านวัฒนธรรม
ในด้านเศรษฐกิจ เขียนอาชีพที่มีอยู่ในชุมชนทั้งหมดและแต่ละอาชีพใน
รอบหนึ่งปี เช่น ปลูกอ้อย ปลูกข้าว เลี้ยงวัว หรือรับจ้างช่วงไหนบ้าง
มีการหมุนเวียนการทำงานอย่างไรบ้างก็ใส่รายละเอียดเอาไว้

6. ประวัติศาสตร์ชุมชน อาจจะทำเป็นผังประวัติศาสตร์ขึ้นมา
เพื่อให้เห็นภาพรวมทั้งหมดว่าเกิดเหตุการณ์สำคัญๆ ในหมู่บ้านอะไร
บ้าง ในช่วงเวลาใด แล้วอธิบายเพิ่มเติมว่าเหตุการณ์ต่างๆ เหล่านั้นมีผล
ต่อชีวิตของผู้คนในชุมชนอย่างไร

7. รายชื่อสำคัญของคน 4 กลุ่ม คือ กลุ่มคนจน คนทุกซ่ยาก
คนป่วยและผู้พิการที่มีในหมู่บ้านทั้งหมดว่ามีใครบ้าง อยู่บ้านไหน โดย
เก็บรายละเอียดชีวิตของคนเหล่านั้นไว้ในแฟ้มครอบครัวของเขา

เครื่องมือการศึกษาชุมชน แบบฟอร์มต่าง ๆ รวมทั้งระบบ
ข้อมูลต่างๆ มีไว้เพื่อช่วยให้เกิดกระบวนการเรียนรู้วิถีชุมชน เพื่อให้
บุคลากรที่ทำงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถทำงานชุมชนได้ดี
ขึ้น จึงไม่ควรยึดติดกับเครื่องมือหรือรูปแบบตายตัวต่างๆ แต่เน้นการเกิด
กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน โดยมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันอยู่เสมอ
จะช่วยให้เกิดการทบทวนปรับแก้ข้อผิดพลาดที่อาจมีขึ้น เพื่อให้การ
ทำงานชุมชนเป็นสิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีความภาค
ภูมิใจ ได้เรียนรู้ และเติบโตไปกับการทำงานที่ประณีตพิถีพิถัน และใส่ใจ
ในความเป็นมนุษย์ของผู้คน เพื่อสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพให้เกิดขึ้น

ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการและประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ

เสริมความเข้มแข็งระบบสุขภาพชุมชน

การแพทย์ท้องถิ่น ภูมิปัญญาชาวบ้าน กับการพึ่งตนเอง

ศักยภาพการพึ่งตนเองของชุมชนในระบบสุขภาพคือ การพลักดันภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ในชีวิตประจำวันและการสะสมเป็นองค์ความรู้ในระบบการแพทย์ของท้องถิ่น ซึ่งองค์ความรู้ทั้งสองส่วนนี้เป็นรากฐานการพึ่งตนเองของชุมชนทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน ดังที่โกมาตร (2550: 115–122) เสนอการแบ่งระดับความรู้การดูแลสุขภาพในระบบสุขภาพพื้นบ้านได้ 4 ระดับ ดังนี้

1. การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน ที่เกี่ยวเนื่องถึงรูปแบบการดำเนินชีวิตในแต่ละโอกาส และช่วงเวลา ได้แก่ การกิน การทำงาน การพักผ่อน ฯลฯ แนวคิดสำคัญที่จะกล่าว ณ ที่นี้ คือ อาหารเป็นยา อาหารกับยานั้นแท้จริงเป็นสิ่งที่ไม่อาจแยกออกจากกันได้ อาหารมีผลโดยตรงต่อสุขภาพและต่อภาวะความเจ็บป่วยต่างๆ ทั้งในลักษณะของสิ่งจำเป็นและข้อห้ามในการปฏิบัติ อาหารและผักพื้นบ้านมีบทบาทสำคัญต่อการปกป้องคุ้มครองสุขภาพของมนุษย์มาตลอดประวัติศาสตร์ ดังความจริงที่ว่าสุขภาพเป็นเรื่องเกี่ยวพันกับระบบนิเวศวัฒนธรรม ขณะนี้มีความเป็นไปได้มากที่บุคลากรสาธารณสุขแนะนำอาหารพื้นบ้านเพื่อเสริมการดูแลสุขภาพ และสามารถปรับใช้กับงานป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ทั้งสำหรับกลุ่มโรคเฉพาะและสุขภาพชุมชนทั่วไป อาทิ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด มะเร็ง เป็นต้น โดยมีผลงานวิจัยแสดงผลการบำบัดรักษาทั้งในระดับสร้างเสริมสุขภาพและรักษาโรค

ในโลกการดูแลสุขภาพตนเองของท้องถิ่นมักเชื่อมโยงกับการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์การอยู่ร่วมกันของมนุษย์และธรรมชาติ การไม่ละเมิดต่อกฎเกณฑ์ทำให้คนในสังคมอยู่เย็นเป็นสุข กฎของ “ผี” จึงเป็นกลไกคุ้มครองการเอารัดเอาเปรียบกันระหว่างคนกับคนและคนกับ



ธรรมชาติ ธรรมเนียมการไหว้ผีของชาวบ้านในชนบทมีความหมายทางสุขภาพตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นต้น กฎเกณฑ์ทางสังคมที่สัมพันธ์กับสุขภาพนี้ไม่ได้เกิดขึ้นลอยๆ แต่มีที่มาจากแนวคิดเรื่องความสมดุลของธรรมชาติกับมนุษย์ที่เป็นสิ่งสัมพันธ์กันและเป็นส่วนหนึ่งของกันและกัน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของจักรวาลวิทยาท้องถิ่น

2. แบบแผนปฏิบัติตัวในช่วงวาระพิเศษของวัยและชีวิต ในวัฒนธรรมหนึ่งๆ มักมีแบบแผนการปฏิบัติตัวสำหรับภาวะพิเศษทางสุขภาพ สิ่งที่มีกบพบ่อยๆ ในทุกวัฒนธรรม คือ หญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด และเด็กแรกเกิด เป็นช่วงภาวะพิเศษของบุคคลที่ชุมชนให้ความสำคัญเป็นพิเศษ จึงมักพบข้อกำหนดหรือกฎเกณฑ์ที่เป็นข้อห้าม (taboo) หรือภาษาถิ่น เรียกว่า ชะล่า ซีด ผิด ขวง ตามที่ โกมาตร (2550: 118) ได้อธิบายว่าข้อปฏิบัติเหล่านี้บางอย่างสอดคล้องกับเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ เช่น การอยู่ไฟ เป็นการเพิ่มอุณหภูมิร่างกายหลังคลอด ช่วยเพิ่มการไหลเวียนระบบเลือดที่ดี เป็นต้น แต่ละท้องถิ่นเหนือ อีสาน กลาง ใต้ จะมีวัฒนธรรมการปฏิบัติตัวเป็นความรู้ที่แฝงและฝังอยู่ในวิถีชุมชน

3. ยากลางบ้าน เป็นความรู้สาธารณะของระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นความรู้เชิงประสบการณ์ที่สืบทอดใช้กันตามวิถีวัฒนธรรม ยากลางบ้านถือเป็นสัญลักษณ์วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพภาคประชาชน ยาสมุนไพรที่ประชาชนหาเก็บและปรุงเพื่อใช้ดูแลรักษาตนเองและเครือญาติ ยากลางบ้านเป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตที่ประชาชนพึ่งตนเองมาโดยตลอด ยากลางบ้านไม่เน้นเพียงการบำบัดรักษา แต่ยังช่วยสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคไม่ให้ความเจ็บป่วยรุนแรงเพิ่มขึ้น อีกทั้งเป็นกลไกทางสังคมอย่างหนึ่งในด้านการสืบทอดภูมิปัญญาและช่วยเหลือกัน (ดู ลือชัย และปรีชา 2533)

4. การดูแลสุขภาพโดยระบบการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์พื้นบ้านเองก็มีความหลากหลายตามระบบนิเวศวัฒนธรรม องค์ความรู้



มีการสั่งสมสืบทอดผ่านตัวหมอพื้นบ้านอย่างเข้มข้น เป็นความรู้เชิงปฏิบัติหรือประสบการณ์ มาจากการผสมผสานแนวความคิดสุขภาพ และวัฒนธรรมความเชื่อของท้องถิ่น ที่มีทั้งมิติจักรวาลวิทยา เป็นความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติ การบำบัดด้วยการเสริมพลังจิต การใช้เวทมนตร์คาถาเพื่อช่วยเสริมพลังการรักษา และใช้อุปกรณ์การรักษาจากธรรมชาติ เช่น ยาสมุนไพร ตะเหลว หินฝนยา ฯลฯ และผสมผสานความรู้ที่เป็นกฎเกณฑ์ธรรมชาติและสังคม เป็นกฎเกณฑ์การอยู่ร่วมกันของมนุษย์ ที่มุ่งเน้นความสัมพันธ์ทางสังคม มีความสมดุล และความสอดคล้องกลมกลืนกับระบบนิเวศ เพื่อการอยู่ร่วมกันเป็นสุขยืนยาว การดูแลสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้านเองก็มีระบบของผู้ชำนาญในการบำบัดรักษาขององค์ความรู้ที่มีความเฉพาะและหลากหลาย จึงมีคำเรียกว่า “หมอ” เช่น หมอสมุนไพร หมอนวด หมอฮู เป็นต้น ซึ่งชุมชนแสดงการยอมรับและให้การยกย่อง

สำหรับระบบการแพทย์แผนไทยในสังคมไทยที่มีองค์ความรู้เป็นระบบ และการแพทย์พื้นบ้านที่มีมิติความรู้ที่ซับซ้อนในเชิงวัฒนธรรมกับกระแสสุขภาพทางเลือกที่กำลังไหลบ่าเข้ามา แต่ระบบการแพทย์เหล่านี้ยังขาดรูปแบบการผสมผสานทั้งในเชิงระบบความรู้และรูปแบบปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ จึงต้องการการคิดและหาทางผสมผสานให้สามารถทำได้หลายระดับ ตั้งแต่การดูแลสุขภาพตนเอง (self-care) ซึ่งมีความสำคัญต่อระบบสุขภาพภาคประชาชนอย่างมาก รวมทั้งการพัฒนาแนวทางได้อีกหลากหลายรูปแบบทั้งระดับสถานบริการ ระดับการส่งต่อถึงกัน และระดับการสนับสนุนในชุมชน

จากเงื่อนไขการพัฒนาและสถานะขององค์ความรู้ระบบการแพทย์ทางเลือกในแต่ละบริบทของสังคมไทยไม่เหมือนกัน จึงเกิดการผสมผสานความรู้กับการทำงานกับชุมชนได้หลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบก็มีข้อดีข้อเสียและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน จึงควรคิดค้น ผสมผสานและประยุกต์ความรู้และรูปแบบการแพทย์ทางเลือกที่เหมาะสมกับแต่ละ



พื้นที่ ในที่นี้จะยกตัวอย่างรูปแบบการผสมผสานการแพทย์ทางเลือก
ในการทำงานด้านสุขภาพที่ผ่านมา ดังนี้

1. แบบแผนความร่วมมือการบริการร่วมกัน

ในระหว่างที่ผ่านมามีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการของสถาน
บริการสุขภาพหลายแห่งในการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ
สุขภาพระดับชุมชนกับแพทย์แผนไทยประยุกต์หรือแพทย์อายุรเวท
หมอพื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกต่างๆ โดยสามารถพัฒนารูปแบบ
ความร่วมมือการดูแลและรักษาในสถานบริการทั้งในศูนย์สุขภาพชุมชน
และในชุมชนได้ รูปแบบที่เป็นไปได้ในการเริ่มต้นมากที่สุดขณะนี้คือ
การนำแพทย์แผนไทยประยุกต์หรือแพทย์อายุรเวทมาทำงานบริการร่วม
ในระบบบริการ ซึ่งมีความเป็นไปได้หลายแบบ ไม่ว่าจะเป็นการส่ง
บุคลากรไปฝึกอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตร 2-4 ปี หรือนำแพทย์อายุรเวท
มาปฏิบัติงานร่วม หรือการสนับสนุนให้หมอพื้นบ้านมาให้บริการที่
ศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งอาจเริ่มจากการนัดแผนไทย การอบและการใช้
สมุนไพรต่างๆ โดยหมอพื้นบ้านในชุมชนมาร่วมให้บริการ

2. บุคลากรสาธารณสุขเรียนรู้และทำงานบริการผสมผสาน ด้วยตัวเอง

ปัจจุบันมีกระแสความสนใจในการเรียนรู้การแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือกจากบุคลากรการแพทย์แผนใหม่เพิ่มขึ้น
ขณะเดียวกันมีความพยายามพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนใน
สถาบันการศึกษา อาทิ สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในระดับ
ประกาศนียบัตรไปฝึกอบรมเพิ่มเติม 2 ปีของวิทยาลัยเทคโนโลยีทาง
การแพทย์และการสาธารณสุขกาญจนาภิเษก ประกาศนียบัตรการ
แพทย์แผนไทย (อายุรเวท) และระดับปริญญาตรีหลักสูตร 4 ปี
ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ หลักสูตรศิลปศาสตร สาขาแพทย์



แผนไทย มหาวิทยาลัยรังสิต สาขาแพทย์ตะวันออก สถาบันเทคโนโลยี
ราชมงคลปทุมธานี (วท.บ.การแพทย์แผนไทยประยุกต์) มหาวิทยาลัย
รามคำแหง สาขาการแพทย์แผนไทย วิทยาลัยการสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดพิษณุโลก หลักสูตร 1 ปีสาขาเภสัช
กรรมไทย หลักสูตร 3 ปีสาขาเวชกรรมไทย ซึ่งบุคลากรสาธารณสุข
สามารถไปเรียนเพิ่มเติมได้ บุคลากรที่ทำงานสุขภาพปฐมภูมิที่สนใจ
เรียนรู้ศาสตร์สุขภาพเหล่านี้ก็อาจนำความรู้มาปฏิบัติและจัดระบบให้
บริการที่เหมาะสมกับบริบทและเงื่อนไขทางวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่นได้

3. การสนับสนุนการดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้านในชุมชน

ความเป็นไปได้ของการสนับสนุนระบบสุขภาพในชุมชน
ที่ชัดเจนที่สุดคือ แนวทางการสนับสนุนวิธีการดูแลสุขภาพตนเองของ
ประชาชน โดยการสนับสนุนกลุ่มสุขภาพแบบแผนต่างๆ ให้ประชาชน
รวมตัวกันในลักษณะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group)
ประชาชนจะเป็นผู้สืบค้นความรู้ด้วยตนเอง แลกเปลี่ยนกันเอง
ตลอดจนแลกเปลี่ยนความรู้กับบุคลากรที่มีความรู้เชี่ยวชาญในสาขา
นั้นๆ พร้อมจัดกระบวนการตรวจสอบความรู้ด้วยตนเอง รวมทั้งการ
สนับสนุนหมอพื้นบ้านที่มีอยู่แล้วในชุมชน โดยประสานการใช้ประโยชน์
และเรียนรู้เรื่องวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของชุมชน เพราะชุมชน
ไม่ได้เป็นภาชนะว่างเปล่า แต่มีภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพ มีหมอพื้นบ้าน
ที่สะสมความรู้ไว้เพื่อช่วยเหลือเพื่อนบ้าน ตามวิถีชีวิตของตนเอง
เจ้าหน้าที่ไม่ได้ขัดแย้งและต่อต้านวัฒนธรรมพื้นบ้านที่ต่างกับวัฒนธรรม
สมัยใหม่ของตนเอง

4. การพัฒนาระบบส่งต่อระหว่างกันในชุมชน

การส่งต่อเป็นรูปแบบการผสมผสานอย่างหนึ่ง บางกรณี
บุคลากรสาธารณสุขสามารถส่งต่อคนไข้ถึงหมอพื้นบ้านได้ การทำงาน



อาจเริ่มจากการสืบค้นทรัพยากรธรรมชาติ ทรัพยากรบุคคลและ
ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของชุมชน เช่น การสำรวจหมอพื้นบ้าน
ในชุมชนว่ามีประเภทใด และศักยภาพด้านใดบ้าง แล้วเกิดความคิดที่
จะหาแบบแผนความร่วมมือให้เกิดขึ้น เมื่อทราบศักยภาพของการแพทย์
พื้นบ้านและชุมชนแล้ว วิธีการสร้างความร่วมมือในลักษณะการส่งต่อ
ที่ดีคือ การสร้างความไว้วางใจต่อกันให้เกิดขึ้น พร้อมกับการเปิดทักษะ
สุขภาพเพื่อเข้าใจโลกสุขภาพชาวบ้านที่มีมิติสังคมนิเวศเป็นเงื่อนไข
กำหนดความคิดความเชื่อ และเริ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้บนฐานการ
ค้นหาคำตอบความรู้สำหรับการใช้ประโยชน์ ขั้นตอนไปเจ้าหน้าที่ทำงาน
ชุมชนอาจสร้างทีมการทำงานแบบเรียนรู้ร่วมกันไป และค้นหางาน
วิจัยเรื่องการแพทย์พื้นบ้านมาศึกษาทำความเข้าใจเพิ่มขึ้นเพื่อเข้าใจถึง
จุดเด่นและจุดอ่อนของการแพทย์แต่ละระบบที่มีอยู่ในชุมชน

5. การสนับสนุนแนวทางการดูแลสุขภาพตนเอง

การสนับสนุนส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็น
จะเป็นอาหารพื้นบ้าน ยากลางบ้าน หมอพื้นบ้าน การนวดพื้นบ้าน การใช้
สมุนไพร และการปฏิบัติตัวในช่วงพิเศษเป็นแนวทางการสนับสนุนการ
ดูแลตนเองและพึ่งตนเองได้ของชุมชน วิธีการทำงานอาจเริ่มจากการ
สนับสนุนการรวมกลุ่มชาวบ้านให้เกิดการปะทะสังสรรค์แลกเปลี่ยนเรียน
รู้กันตลอดเวลาที่เป็นไปได้ โดยมี 3 แนวทาง ได้แก่

1) การรวมกลุ่มตามลักษณะโรคหรือความเจ็บป่วย แล้วใช้วิธี
ระดมความเห็นจากกลุ่ม โดยการดึงองค์ความรู้จากภายนอกมาประกอบ
ความรู้ภูมิปัญญาที่กลุ่มและชุมชนมีอยู่ และดึงทรัพยากร ที่มีในชุมชน
ไม่ว่าจะเป็นตัวบุคคล ทรัพยากรท้องถิ่น ความรู้และอุปกรณ์ต่างๆ
ที่วางแผนการจัดการสุขภาพของชุมชนเองได้ โดยพึ่งตนเองให้มาก
ที่สุด ส่วนที่เหลือคือความร่วมมือจากภายนอก แนวทางนี้มองบุคลากร
สาธารณสุขในฐานะผู้ส่งเสริมกระบวนการและเชื่อมประสานบุคคล
ที่เกี่ยวข้องและข้อมูล



2) การรวมกลุ่มตามประเด็นสนใจ อาทิ กลุ่มสมุนไพรรักษาโรค กลุ่มหมอพื้นบ้าน กลุ่มผักพื้นบ้าน ฯลฯ ให้มีกิจกรรมต่างๆ อาทิ การรวบรวม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สืบทอดและใช้ประโยชน์จากความรู้ในชุมชน รวมถึงการอบรมความรู้สุขภาพและอาสาสมัคร แนวทางนี้มองบุคลากรสาธารณสุขในฐานะผู้สนับสนุน ผลักดันเชื่อมประสานภาคีที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจ

3) สนับสนุนเครือข่ายการเรียนรู้และสร้างเสริมวิถีดูแลสุขภาพชุมชน ที่ประกอบด้วย หมอพื้นบ้าน หมอแผนไทยอาสาสมัครสาธารณสุขชาวบ้านกลุ่มต่างๆ อาทิ ผู้ป่วยและญาติ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเรียนรู้ สืบทอดประสบการณ์และความรู้ สร้างความรู้และรวมกลุ่มการดูแลสุขภาพกันเอง (Helman 2000: 263) โดยแนวทางนี้บุคลากรสาธารณสุขทำงานในฐานะพี่เลี้ยงหรือผู้ประสานงานที่คอยส่งเสริมให้เกิดกระบวนการทำงานร่วมกันเป็นสำคัญ

แนวทางการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของชาวบ้านจะมีความสำคัญมากโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและญาติ หรือผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายคลึงกัน ทั้งเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ความเจ็บป่วยและการดูแลและเป็นกำลังใจให้กันและกัน ซึ่งสำคัญไม่แพ้การรักษาทางกาย

การสร้างชุมชนเข้มแข็ง

ชุมชนเข้มแข็งเกิดขึ้นจากสมาชิกในชุมชนมีความสัมพันธ์ผูกพันกันและร่วมแรงร่วมใจกัน ความเป็นอยู่ในชุมชนมีมิติความสัมพันธ์ที่แฝงอยู่ในแบบแผนวิถีชีวิต เช่น เครือญาติ คุ้มบ้าน กลุ่มศรัทธาวัด กลุ่มคนเฒ่าคนแก่ที่ไปจำศีลรักษาศรัทธาวัด รวมทั้งการรวมกลุ่มกันอย่างไม่เป็นทางการ เช่น สมาคม ชมรม มูลนิธิ สภากาแฟ หรือกลุ่มเพื่อนบ้านทำให้มีกิจกรรมทางสังคม และทำให้เกิดการคบค้าสมาคมกัน ทำให้มีการติดต่อสมาชิกของสังคมมาพบปะสังสรรค์กัน แม้ว่ามีกิจกรรมที่



เกิดขึ้นจะไม่เกี่ยวข้องกับกิจการสาธารณะโดยตรง แต่กระบวนการที่สมาชิกของสังคมมาร่วมกันทำกิจกรรมบางอย่างนี้เป็นโครงการสร้างระดับพื้นฐานที่ทะลายนกำแพงกันระหว่างบุคคลที่ทำให้แต่ละคนต่างแยกกันอยู่ ทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ระหว่างสมาชิก

การที่สังคมมีสมาชิกที่คบค้าสมาคมกันจึงเป็นมิติหนึ่งของการมีชีวิตชุมชนที่ดี โดยการคบค้าสมาคมกันนั้นอาจเป็นในรูปแบบต่างๆ ที่ไม่จำเป็นต้องมีความเป็นทางการใดๆ ลักษณะการรวมกลุ่มกันอย่างไม่เป็นทางการนี้ ศ.นพ. ประเวศ วะสี ได้ชี้ให้เห็นว่าเป็นกลวิธีสำคัญที่จะทำให้การทำงานต่างๆ สำเร็จโดยไม่ถูกจำกัดไว้ด้วยแบบแผนการทำงานแบบเน้นความเป็นทางการ หรือแบบราชการเพราะกลุ่มไม่เป็นทางการนี้มีคุณสมบัติตรงข้ามกับกลไกที่เป็นทางการคือ

- คนที่มาร่วมและกลุ่มมีความเป็นอิสระไม่ขึ้นกับใคร
- เฉพาะคนที่มีความสนใจในเรื่องนั้นๆ มาร่วมกัน
- สามารถเอางานเป็นตัวตั้งเพราะไม่ต้องขึ้นกับการบังคับบัญชาของหน่วยงานต้นสังกัด
- ไม่ทำงานแยกส่วนตามสายบังคับบัญชา
- มีความต่อเนื่อง เพราะไม่มีใครปลด เนื่องจากไม่ใช้การทำโดยตำแหน่ง (ประเวศ 2542 :59)

อเนก เหล่าธรรมทัศน์ กล่าวถึงตัวอย่างการรวมกลุ่มที่ไม่เป็นทางการแต่มีส่วนช่วยเหลือด้านการดูแลสุขภาพและมีส่วนสำคัญที่ทำให้กลไกที่เป็นทางการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นและมีความอ่อนโยนเอาใจใส่กับความเป็นมนุษย์ได้มากขึ้นด้วยในขณะเดียวกันโดยกล่าวถึง “สมาคมคนรักกัน” ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดริดสีดวงทวารในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศญี่ปุ่น ในการผ่าตัดริดสีดวงนั้นคนไข้จำเป็นต้องเตรียมตัว เตรียมใจ และเรียนรู้การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดซึ่งมักเป็นเรื่องวิตกกังวลของผู้ป่วย แต่ในโรงพยาบาลแห่งนี้มีสมาคมที่เรียกว่า “สมาคมคนรักกัน” ซึ่งเป็นการรวมกลุ่มกันเอง

อย่างไม่เป็นทางการของสมาชิกที่ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องทำการ ผ่าตัด

ที่โรงพยาบาลแห่งนี้มีหมอเพียง 1 คน กับพยาบาลอีก 2 คนที่คอยแนะนำว่าในช่วงที่พักรักษาที่โรงพยาบาลต้องปฏิบัติตัวอย่างไร แต่หลังจากที่พบแพทย์แล้วก็มีสมาชิกสมาคมคนรักกันมาพูดคุยด้วย เพื่อให้คลายความวิตกกังวล พร้อมทั้งแนะนำข้อปฏิบัติต่างๆ สมาชิกสมาคมนี้เป็นผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดเช่นเดียวกันนี้มาก่อน ซึ่งทำให้การแนะนำ และการอธิบายต่างๆ ช่วยคลายความทุกข์ของผู้ป่วยที่กำลังรอการผ่าตัด ได้มาก วันต่อมาก็จะมีรุ่นพี่มาเล่าเรื่องการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ก่อนเข้า ห้องผ่าตัดก็มีรุ่นพี่มาส่งเข้าห้อง เมื่อผ่าตัดแล้วก็มีการสอนวิธีทำ ความสะอาด จนกระทั่งพ้นตัวจากการเจ็บป่วยผู้ป่วยก็จะถูกชวนให้เป็น สมาชิกคนรักกัน โดยในวันถัดไปเขาจะไปต้อนรับผู้ป่วยที่รับเข้ามาใหม่ ทำเช่นเดียวกับที่รุ่นพี่ทำเมื่อเขาแรกเข้ามาที่โรงพยาบาล หมุนเวียนไป เช่นนี้

กิจกรรมทางสังคมที่ผู้คนมารู้จักกันและอาสาช่วยเหลือ ซึ่งกันและกันเช่นนี้เกิดขึ้นได้ง่ายในรูปแบบองค์กรที่ไม่เป็นทางการ โดยที่องค์กรเหล่านี้เป็นการอาสาสมัครจึงจำเป็นต้องพึ่งเงินทุนเพื่อการดำเนินการน้อย ที่แล้วมาอาจกล่าวได้ว่าแนวทางการพัฒนาของ ประเทศไทยไม่ได้ให้ความสนใจมากนักกับองค์กรหรือกลุ่มที่ไม่เป็น ทางการ องค์กรที่ไม่เป็นทางการ เช่น กลุ่มคนเฒ่าคนแก่ที่รักษาศีลอยู่ ด้วยกันที่วัดในวันพระ มัคคนายก กลุ่มศรัทธาวัด ย่านที่ร่วมศาลเจ้า มักไม่ได้รับความสนใจจากหน่วยงานต่างๆ เท่ากับ กลุ่มผู้สูงอายุที่ ราชการจัดตั้งขึ้นแม้ว่าจะเป็นกลุ่มที่มีหน้าที่คล้ายๆ กันก็ตาม

รูปแบบการสนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนอาจ ดำเนินการได้หลายลักษณะ เช่น การสนับสนุนการรวมกลุ่มช่วยเหลือ ตนเอง กลุ่มกิจกรรมการพัฒนา การสร้างเวทีประชาคมเพื่อให้ชาวชุมชน ได้พูดคุยทบทวนศักยภาพและปัญหาในชุมชน การส่งเสริมกิจกรรม



อาสาสมัครของเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ รวมทั้งกระบวนการวางแผน
ร่วมกันของชุมชน เช่น การทำแผนแม่บทของชุมชน เป็นต้น
ระบบบริการที่แยกออกเป็นระดับต่างๆ และทวีความซับซ้อน

วางใจได้เมื่อต้องส่งต่อเพราะมีการประสานบริการ

มากขึ้นทั้งด้านการแพทย์เฉพาะทาง คลินิกพิเศษต่างๆ รวมทั้งความ
ซับซ้อนของสิทธิและสวัสดิการต่างๆ ที่ต้องมีระเบียบขั้นตอนต่างๆ
ที่ยุ่งยากมากขึ้น ปัญหาดังกล่าวทำให้การเดินทางเข้ารับบริการเมื่อได้
รับการส่งต่อเป็นเรื่องที่สร้างความทุกข์ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวอย่าง
มาก ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิสามารถทำหน้าที่เอื้อให้กระบวนการ
ส่งต่อระหว่างระดับบริการเป็นไปอย่างราบรื่นมากขึ้น โดยทำหน้าที่
ประสานบริการหรือ Coordination of care ซึ่งอาจทำได้ดังนี้

- ส่งต่อข้อมูลสำคัญที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยให้เกิด
ความต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง หรือผู้ป่วย
ระยะสุดท้ายที่ต้องมีข้อมูลการดูแลรักษาเดิม รวมทั้งข้อมูล
เกี่ยวกับสภาพทางจิตสังคมและครอบครัวเพื่อให้แพทย์ที่
โรงพยาบาลได้ทราบและสามารถให้การดูแลที่สอดคล้อง
ได้หากมีความจำเป็นอาจต้องปรับแบบฟอร์มใบส่งต่อ
ผู้ป่วย หรือใช้ใบเสริมเพื่อให้ข้อมูลที่จำเป็น เช่น ผังเครือ
ญาติ และประวัติชีวิตบางส่วน
- มีข้อมูลที่ดีเกี่ยวกับระบบบริการระดับอื่น เช่น ชื่อแพทย์
พยาบาลหัวหน้าฝ่าย พยาบาลประจำแผนกการดูแลต่างๆ
ตารางคลินิกพิเศษ รวมทั้งระบบการนัดหมายผู้ป่วย เพื่อให้
สามารถจัดการเกี่ยวกับการส่งต่อที่ดีได้
- เอื้ออำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น การขอความช่วยเหลือ



ด้านการรับส่งผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง หรือผู้ป่วยที่ยากจน
ไม่สามารถเดินทางไปโรงพยาบาลด้วยตนเองจากโรงพยาบาล
หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหากเป็นไปได้ร่วม
เดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกใน
กรณีฉุกเฉิน

- สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ให้บริการระดับอื่นๆ ทั้งความ
สัมพันธ์ที่เป็นทางการและความสัมพันธ์ส่วนตัว เพื่อให้เกิด
ความไว้วางใจ หากสามารถสร้างความคุ้นเคยและความ
เชื่อถือกันได้อาจใช้การติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อให้ข้อมูล
หรือสอบถามการรักษาจากแพทย์หรือพยาบาลที่ให้การ
ดูแล
- จัดการให้ข้อมูลการดูแลรักษามีการไหลเวียนเชื่อมโยง
ระหว่างระดับต่างๆ ของระบบบริการ ทั้งในการส่งต่อเพื่อ
การรักษาและการส่งกลับเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดยให้ถือว่า
ผู้ให้การดูแลระดับใดระดับเดียวจะไม่สามารถแก้ปัญหา
ได้ด้วยตนเองตามลำพัง ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิอาจ
ต้องการความช่วยเหลือและคำแนะนำปรึกษาด้านการ
รักษาโรคที่รุนแรง แต่ในขณะเดียวกัน แพทย์ในระดับ
ตติยภูมิอาจต้องขอคำแนะนำปรึกษาผู้ให้บริการในระดับ
ปฐมภูมิในเรื่องที่เกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลรักษา
ที่บ้าน จึงควรมีการสื่อสารระหว่างกันให้ดีและสม่ำเสมอ





บทส่งท้าย

การดูแลสุขภาพปฐมนุญในฐานะอุดมการณ์สุขภาพใหม่

การดูแลสุขภาพปฐมนุญไม่ได้เป็นเพียงเทคนิคหรือวิธีการดูแลรักษาสุขภาพเท่านั้น แต่เป็นปรัชญาและวิธีคิดในการจัดการเรื่องสุขภาพที่มีอุดมการณ์ทางสังคมเป็นรากฐาน คุณค่าของระบบการดูแลสุขภาพปฐมนุญจึงไม่ได้จำกัดอยู่ที่เทคนิคการรักษาโรคหรือการดูแลสุขภาพ แต่อยู่ที่เป้าหมายในเชิงอุดมการณ์และคุณค่าทางสังคมของแนวคิดสุขภาพปฐมนุญด้วย การลดทอนคุณค่าของระบบการดูแลสุขภาพปฐมนุญให้เหลือเพียงเทคนิคการทำงานเพื่อให้บรรลุตามเกณฑ์ชี้วัดเพียงด้านเดียว ทำให้ขาดพลังขับเคลื่อนในเชิงอุดมการณ์ที่ทำให้คนทำงานสุขภาพชุมชนเห็นถึงคุณค่าของงานที่ทำ มีความภาคภูมิใจ และมีจิตใจที่จะทุ่มเทให้กับการสร้างงานสุขภาพชุมชน

โดยที่ระบบการดูแลสุขภาพปฐมนุญเป็นระบบที่เน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงเท่าเทียมกัน โดยไม่แบ่งแยกหรือกีดกันด้วยเงื่อนไขทางชนชั้น สถานภาพ และวัฒนธรรม คุณค่าในเชิงอุดมการณ์ของการดูแลสุขภาพปฐมนุญจึงปรากฏเด่นชัดและสามารถประมวลเป็นอุดมการณ์สุขภาพปฐมนุญ 3 ประการได้แก่



1. ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นหลักประกันด้านความเป็นธรรมทางสังคม กล่าวคือ บริการสุขภาพปฐมภูมิมิฐานคิดสำคัญอยู่ที่การสร้างความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันทางสังคม จึงเป็นระบบบริการที่บุคคลในทุกสถานภาพเข้าถึงได้ง่ายที่สุด ทัวถึงที่สุดโดยไม่เลือกยากดีมีจน ในบริบทที่สังคมมีความเหลื่อมล้ำดำรงอยู่ในปัจจุบัน ระบบบริการปฐมภูมิจึงเป็นหลักประกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับคนที่ไร้หลักประกันและเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพอื่นๆ หรืออย่างน้อยที่สุด ระบบบริการปฐมภูมินั้นมีรากฐานอุดมการณ์เพื่อความเป็นธรรมทางสังคมและเป็นเครื่องประกันว่าคนทุกคนต้องเข้าถึงบริการสุขภาพได้

2. ระบบบริการปฐมภูมิเป็นหลักประกันสำหรับคนที่ไร้หลักประกันและเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ภารกิจของงานบริการปฐมภูมิจึงเป็นภารกิจที่มีความหมายทางศีลธรรมและจริยธรรมพื้นฐานทางสังคม บริการปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างสังคมที่ดี เป็นสังคมที่ไม่ทอดทิ้งคนทุกข์คนยาก บริการปฐมภูมิจึงไม่ได้มีเพียงคุณค่าทางเทคนิคเท่านั้น แต่เป็นบริการที่มีคุณค่าในทางสร้างศีลธรรมพื้นฐานทางสังคมที่ไม่ยอมให้คนทุกข์ยากถูกละเลย หรือทอดทิ้งอย่างไม่มีผู้ให้การดูแล

3. บริการสุขภาพชุมชนเป็นบริการอยู่ใกล้ชิดติดกับวิถีชีวิตของผู้คนและชุมชน จึงเป็นระบบบริการที่เข้าถึงและเข้าใจความทุกข์ยากของผู้คนได้ดีที่สุด บริการปฐมภูมิจึงมีจุดเด่นในเรื่องความละเอียดอ่อนต่อมิติทางสังคมวัฒนธรรมและมิติของความเป็นมนุษย์ เป็นระบบบริการที่มีความใกล้ชิดและสัมผัสอยู่กับความเป็นอยู่และสุขทุกข์ของผู้คน จึงเป็นระบบบริการที่ละเอียดอ่อน เคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

บริการปฐมภูมิจึงมีฐานะในทางอุดมการณ์เพื่อสร้างสังคมที่เป็นธรรม เอื้ออาทรต่อกัน และเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ หรือเรียกว่า ระบบบริการปฐมภูมิเป็นจินตนาการสุขภาพใหม่ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์นั่นเอง

ระบบบริการปฐมภูมิ: จินตนาการสุขภาพใหม่ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์

- บริการปฐมภูมิไม่ใช่แค่บริการสุขภาพเบื้องต้น แต่เป็นระบบบริการที่มีคุณภาพเฉพาะเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง เป็นระบบที่ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมที่ดูแลทั้งมิติสุขภาพกาย ใจ สังคม ละเอียดย้อนต่อมิติทางสังคมและความเป็นมนุษย์ที่ไม่สามารถหาได้จากระบบบริการระดับอื่น
- ระบบบริการปฐมภูมิมิศักยภาพสามารถให้การดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนเกี่ยวโยงกันหลายมิติ โดยทำงานร่วมกันในหลายระดับ ทั้งระดับปัจเจก ครอบครัว และชุมชน
- ระบบบริการปฐมภูมิให้บริการที่มีลักษณะเฉพาะเหมาะกับพื้นที่ สอดคล้องกับลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่น และมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งและพึ่งตนเองได้

จินตนาการใหม่ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์

เมื่อสุขภาพและการแพทย์ถูกทำให้กลายเป็นเรื่องของเทคนิคการซ่อมแซมอวัยวะ โดยขาดมิติของความเป็นมนุษย์หรือขาดความเข้าใจในทางสังคม ผลกระทบที่ติดตามมานั้นไม่เพียงแต่เกิดผลเสียกับผู้ป่วยที่ต้องถูกกระทบกระทั่งและลดทอนศักดิ์ศรีเพราะการรักษาที่ขาดความเข้าใจในมิติทางจิตสังคมเท่านั้น แต่ผลร้ายอย่างรุนแรงยังเกิดขึ้นกับตัวบุคลากรทางการแพทย์เองที่นับวันจะยิ่งสูญเสียความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์จนไม่สามารถรู้สึกรู้สึมกับความทุกข์ยากที่เกิดกับเพื่อนมนุษย์ ในขณะเดียวกัน กระบวนการเยียวยาที่มีความงดงาม มีคุณค่า และมีความหมายทั้งต่อชีวิตของผู้ป่วยและมีความสำคัญต่อความภาคภูมิใจ



ใจในชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ก็ในวันที่ยังสูญหายไปจากความ
รู้สึกนึกคิดของวิชาชีพด้านการแพทย์

การแพทย์ที่ถูกทำให้เป็นเรื่องของเทคนิคจึงลดทอนคุณค่า
ของการรักษาพยาบาลให้เหลือเพียงการซ่อมแซมอวัยวะ แต่งานสุขภาพ
ชุมชนหรือการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ หรือ Primary care นั้น เป็นระบบ
ที่เน้นการดูแลและการเยียวยาชีวิตทั้งชีวิตมากกว่าที่จะเป็นการรักษา
เฉพาะอวัยวะ แต่ต้องใส่ใจกับสุขภาพในหลากหลายมิติ เพราะบริการ
ปฐมภูมิเป็นระบบบริการที่ใกล้ชิดอยู่ติดกับชุมชน จึงเข้าไปสัมผัสกับ
ชีวิตของผู้คนที่ตนต้องไปให้การดูแลรักษา บริการปฐมภูมิจึงมีจุดเด่น
อยู่ที่การดูแลสุขภาพที่ใส่ใจต่อมิติทางสังคมวัฒนธรรมและมีความ
ละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์ ซึ่งไม่เพียงแต่ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว
และชุมชนได้รับการเยียวยารักษาที่มีคุณภาพและอบอุ่นใจเท่านั้น
แต่ยังเป็นคุณค่าที่ทำให้คนทำงานสุขภาพได้รับความสุขจากการทำงาน
อย่างให้การรักษาแบบเครื่องยนต์กลไกในระบบการแพทย์แบบ
แยกส่วนจะไม่สามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้

แม้ว่างานบริการปฐมภูมินั้น หากมองจากมุมมองทางเทคนิค
การแพทย์ การให้การดูแลรักษาในระดับชุมชนคงเทียบไม่ได้กับการ
บริการด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ซับซ้อนและมีราคาแพง แต่การ
ดูแลและให้การเยียวยาความทุกข์จากปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วย
อย่างเป็นองค์รวมและมีความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์นั้น แม้จะ
ไม่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่วิเศษทันสมัย แต่ก็เป็นงานที่ทรงคุณค่า
เพราะเป็นงานที่ฟื้นคืนชีวิตและความหวังให้กับผู้คน เพราะเป็นงานที่
เยียวยาคุณค่าและฟื้นฟูศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

เสน่ห์และคุณค่าของงานสุขภาพชุมชนและบริการปฐมภูมิ
จึงอยู่ที่การทำงานที่สัมผัสใกล้ชิดอยู่กับชีวิตของผู้คน ได้รู้เห็น ได้รับฟัง
และได้รู้สึกไปกับเรื่องราวของชีวิตผู้คนที่เราดูแลรักษา ได้เปิดใจไปรับรู้
ความทุกข์ของผู้คนที่จะทำให้หัวใจของเราอ่อนโยนขึ้น และมีโอกาสได้

รับรู้ถึงความสุขที่เกิดขึ้นกับชีวิตของผู้คนที่เราดูแลและห่วงใย เป็นความสุข
ที่เกิดจากงานที่เราได้ทุ่มเทกำลังกาย กำลังใจทำให้เกิดขึ้น เป็นความ
อิ่มเอมใจจากคุณค่าของงานที่แยกไม่ออกจากคุณค่าของชีวิต เพราะงานที่
ทำแล้วอย่างดีมีคุณค่าเป็นเครื่องหล่อเลี้ยงชีวิตของเราให้เต็มเปี่ยมสมบูรณ์





บรรณานุกรม

- กรมอนามัย. (2546). *วิวัฒนาการงานวางแผนครอบครัวของประเทศไทย*.
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2510). *อนุสรณ์สาธารณสุข ครบรอบ 25 ปี
แห่งการสถาปนา กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2485–
พ.ศ. 2510*. พระนคร: มิตรนราการพิมพ์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2544). *คืนสุนทรียภาพให้สุขภาพ
(ปาฐกถาเสม พริ้งพวงแก้ว ครั้งที่ 7 “กระบวนทัศน์
สุขภาพใหม่: จิตวิญญาณ สุนทรียภาพและความเป็นมนุษย์”
พ.ศ. 2544 ณ อาคารป้วยเสวนาการ วัดปทุมคงคาราช-
วรวิหาร กรุงเทพฯ)*. กรุงเทพฯ: สวนเงินมีมา.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ. (2545). *วิถีชุมชน*. นนทบุรี: สถาบัน
วิจัยระบบสาธารณสุข.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2548). *ขับเคลื่อนวาระสุขภาพะไทย
ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: หมอ
ชาวบ้าน.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2550). *ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบทไทย*.
ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และยงค์ดี ดันติปัญญ.
สุขภาพไทย วัฒนธรรมไทย. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคม
และสุขภาพ.
- ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ และยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2548).
*การพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัวในนโยบายหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. ปีที่ 14 ฉบับที่
2 มีนาคม–เมษายน 2548. หน้า 256–267.



- เทพินทร์ พัทธานรักษ์. (2546). การคุกคามสุขภาพคือการคุกคามต่อชีวิต: นิยามสุขภาพในทัศนะของบุคคล. *สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่* 16 (1): 29–59.
- บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ. (2539). การพัฒนาของสถานีนามัย ในเขตพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่เฉพาะ. นนทบุรี: สำนักนโยบาย และแผนสาธารณสุข.
- ประเวศ วะสี. (2542). *เศรษฐกิจพอเพียงและประชาสังคม แนวทาง พลิกฟื้นเศรษฐกิจสังคม*. กรุงเทพฯ ฯ: หมอชาวบ้าน.
- ประเวศ วะสี. (2544). สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ปัทมวดี กสิกรรม. (2541). สุขภาพทางเลือก. นนทบุรี: โครงการปฏิรูป ระบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ. (2543). ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพระดับต้นของไทย ในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ปรีดา เต๋ออารักษ์. (2544). การปฏิรูปบริการสุขภาพระดับต้น. ใน จเด็จ ธรรมธัชอารี (บรรณาธิการ). *ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ไพโรจน์ นิงสานนท์. (2521). รายงานเรื่อง ผลการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของประเทศไทยในรอบ 10 ปี. เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการแห่งชาติ เรื่อง ประชากรของประเทศไทย ครั้งที่ 4 วันที่ 21–25 สิงหาคม 2521. กรุงเทพฯ: กองส่งเสริมการวิจัย สำนักคณะกรรมการ วิจัยแห่งชาติ. หน้า 78–101.
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2542ก). การพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัว กรณีศูนย์ แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา. นนทบุรี: โครงการปฏิรูป ระบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2542ข). ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข.
นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวง
สาธารณสุข.
- ราตรี ปิ่นแก้ว. (2548). อุดลัษณ์หม่อมนามัย: เสี่ยงจากชายขอบ
ระบบสุขภาพไทย. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
ลือชัย ศรีเงินยวง และปรีชา อุปโยคิน. (2533). พฤติกรรมของระบบการ
แพทย์ในภาคกลางและการเปลี่ยนแปลง. ใน ทวีทอง
หงษ์วิวัฒน์ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และจริยา สุทธิสุคนธ์
(บรรณาธิการ). พฤติกรรมสุขภาพ รวบรวมบทความจากการ
ประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 1. โครงการขำงาน
วิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และ
สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- วราพร วันไชยธนวงศ์. 2549. ชีวิตที่สอง ของ “มนัส”. ใน โกมาตร
จึงเสถียรทรัพย์ (บรรณาธิการ). ความดีที่เฝ้ายา: เรื่องเล่า
กับการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์. นนทบุรี: สำนักวิจัย
สังคมและสุขภาพ.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. (2544). รูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับ
ปฐมภูมิในชุมชน. เอกสารประกอบการสัมมนาพยาบาล
ศาสตร์ศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 3 เรื่องการพัฒนาการจัดการ
ศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อตอบสนองการ
ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย วันที่ 23 –25 กรกฎาคม
พ.ศ. 2544 ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพมหานคร.
กรุงเทพฯ: ศักดิโสภาคการพิมพ์.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. (2548). ความเป็นธรรมในระบบ
สุขภาพไทย: ประสบการณ์ของผู้บริหารระดับสูง กระทรวง
สาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 14 ฉบับที่ 3
พฤษภาคม-มิถุนายน 2548. หน้า 436-451.



สายศิริ ด่านวัฒนะ. (2548). ฝึกแห่งการเรียนรู้ 4 ปี สมัชชาสุขภาพ
พ.ศ. 2544–2547. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ
แห่งชาติ.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. (2539). อนาคตสถานีนโยบายไทย
(การศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนา
สถานีนโยบาย พ.ศ. 2539). นนทบุรี: สำนักนโยบายและ
แผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สุจินดา สุขกำเนิด และคณะ. (2550). การประเมินศักยภาพอาสาสมัคร
สาธารณสุข (อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลง.
ขอนแก่น: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2542ก). ที่มาและความจำเป็นของการพัฒนา
ระดับปฐมภูมิ. ใน พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และทัศนีย์
สุรกิจโกศล (บรรณาธิการ). เวชปฏิบัติครอบครัว บริการที่
ใกล้บ้านและใกล้ใจ: แนวคิดและประสบการณ์. นนทบุรี:
โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
หน้า 1–8.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2542ข). อะไรคือเวชปฏิบัติครอบครัว ระบบ
บริการปฐมภูมิ และบริการด่านแรก. ใน พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
และทัศนีย์ สุรกิจโกศล (บรรณาธิการ). เวชปฏิบัติครอบครัว
บริการสุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน: แนวคิดและประสบ-
การณ์. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. หน้า
9–23.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2550). งานสุขภาพชุมชน “จุดคานงัดคุณภาพ
ระบบบริการสุขภาพ” ใน ตกผลึกอุดมการณ์บริการปฐมภูมิ
สู่ปฏิบัติการ งานสุขภาพชุมชน. เอกสารงานประชุมวิชาการ
Primary Care ระดับประเทศ ครั้งที่ 2 วันที่ 22–23
กุมภาพันธ์ 2550.



สุนทรวาทดี เจริญพิเชษฐ และคณะ. (2546). รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนา
พัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อ
ชุมชนแห่งสุขภาพ: กรณีศึกษาภาคตะวันออก. ทูลสนับสนุน
จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. (2544). ระบบหลักประกันสุขภาพ:
ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข.

อรทัย เขียวเจริญ และปรีดา เต๋ออารักษ์. (2547). ความพึงพอใจของ
ผู้รับบริการต่อการบริการของสถานพยาบาลภายใต้หลัก
ประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการ
สาธารณสุข. ปีที่ 13 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม-สิงหาคม 2547.
หน้า 642-652.

Banahan, B.F., Jr, and B.F. Banahan, III. (1981). Continuity as
an Attitudinal Contract. *J Fam Prac* 12: 767-768.

Bejciy-Spring, S.M., Neutzling, E. and Newton, C. (1994).
Nursing Care Management: Enhancing Interdisciplinary
Care of the Spinal Cord Injured Patient. *Sci Nurs*
11: 70-73.

Berlin, Elois Ann., Fowkes, William C., Jr. (1983). A teaching
framework for cross-cultural health care—Application
in family practice. *West J. Med.* 139 (6): 93-98.

Billings, J. and Teicholz N. (1990). Data Watch. Uninsured
Patients in District of Columbia Hospitals. *Health
Affairs* (Winter): 158-165.

Capra, Fritjof. (1982). *The turning point*. New York: Simon &
Schuster.



- Cassell, Eric J. (1976). *The Healer art: A New Approach to the Doctor–Patient Relationship*. New York: Lippincott.
- Donaldson, Molla S., Karl D. Yordy, Kathleen N. Lohr, and Neal A. Vanselow. (eds.) (1996). *Primary Care, America’s Health in a New Era*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Ellsbury, K.E., Schneeweiss, R., Montano, E.E., et al. (1987). Contents of the Model Teaching Unit Ambulatory Care Training and Continuity of Care in Six Family Practice Residency Programs. *J Fam Pract* 25: 273–278.
- Fletcher, R.H., O’Malley, M.S., Fletcher, S.W., et al., (1984). Measuring Continuity and Coordination of Medical Care in a System Involving Multiple Providers. *Med Care* 22: 403–411.
- Foucault, Micheal. (1965). *Madness and Civilization*. New York: Random House.
- Freeman GK, Olesen F, Hjortdahl P. (2000). Continuity of care: an essential element in modern general practice? *Family Practice* 20 (6): 623–627.
- Fry, J. (ed.) (1980). *Primary Care*. London: Heineman.
- Gerteis M, Edgman–Levitan S, Daley J, et al, (eds.). (1993). *Through the Patient’s Eyes. Understanding and Promoting Patient–Centered Care*. San Francisco: Jossey–Bass.
- Godkin, M.A. and Rice, CA. (1981). *Relationship of Physician Continuity to Type of Health Problems in Primary Care*. *J Fam Prac* 12: 99–102.



- Goh Lee Gan. (1997). Optimum Medical Practice. Paper read at 1997 Seoul Wonca Asia Pacific Regional Conference, Family Medicine: Diversity and Harmony in the Evolving Era, Aug. 30–Sep. 3, 1997, at Seoul, Korea.
- Helman, Cecil. (2000). *Culture, Health and Illness*. Fourth ed. London: Butterworth Heinemann.
- Heywood, Philip. (2000). The changing character of service provision. In *Contemporary Primary Care*, edited by P. Tovey. Buckingham and Philadelphia: Open University Press.
- Institute of Medicine (1996). *Primary Care: America's Health in a New Era*. Washington, DC: National Academy Press.
- Kleinman, Arthur. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley, Los Angeles, and London: University of California Press.
- Kleinman, Arthur. (1988). *The Illness Narrative: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kuhn, Thomas. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lee, J.L., and Dean, H. (1995). Practice–Education Synergy: A Research Focus on Continuity of Care. *Nursing Outlook* 43: 124–128.
- McQueen, J. and Marwick, P. (1995). Introduction: Evolution of Patient –Focused Care Within the Contextual Framework of an Integrated Delivery System (IDS). *J Soc Health Syst* 5: 5–9.



- Rogers, J. and Curtis, P. (1980). The Concept and Measurement of Continuity in Primary Care. *AJPH* 70: 122–nn.
- Ruane, T. and Brody, H. (1987). Understanding and Teaching Continuity of Care. *J Med Ed* 62: 969–974.
- Saunders, J. M. and McCorkle, R. (1985). Models of Care for Persons with Progressive Cancer. *Nurs Clin N Am* 20: 365–377.
- Shear, C.L., Gipe, B.T., Mattheis, J.K., et al. (1983). Provider Continuity and Quality of Medical Care: A Retrospective Analysis of Prenatal and Perinatal Outcome. *Med Care* 21: 1204–1210.
- Sherer, J.L., Anderson, H.J. and Lumsdon, K. (1993). Putting Patients First. Hospitals Work to Define Patient Centered Care. *Hospitals* 67: 14–24.
- Starfield, B. (1980). Continuous Confusion. *AJPH* 70:117–118.
- Starfield, B. (1986). Primary Care in the United States. *International Journal of Health Services* (16): 179–198.
- Starfield, B. (1992). *Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy*. New York: Oxford University Press.
- Thavitong Hongvivatana, et al. (1988). *Alternatives to Primary Health Care Volunteers in Thailand*. Nakornpathom, Thailand: Center for Health Policy Studies, Mahidol University.
- Tuckett D, Boulton M, Olson C, and Williams A. (1985). *Meetings between experts. An approach in sharing ideas in medical consultations*. London: Tavistock.
- Tudor Hart, Julian. (1989). *A New Kind of Doctor*. London: Merlin Press.



- Turner, Bryan S. (2000). The History of the Changing Concept of Health and Illness: Outline of a General Model of Illness Categories. In *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, edited by G. L. Albrecht. London: Sage.
- Wall, E.M. (1981). Continuity of Care and Family Medicine: Definition, Determinants, and Relationship to Outcome. *J Fam Prac* 13: 655–664.
- Walter, Suzan (1999). Holistic Health. In *The Illustrated Encyclopedia of Body–Mind Disciplines*. New York: Rosen Publishing Group.
- Wasson, J.H., Sauvigne, A.E., Mogielnicki, P., et al. (1984). Continuity of Outpatient Medical Care in Elderly Men: A Randomized Trial. *JAMA* 252: 2413–2417.

