



**การปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ:
กรณีศึกษา ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่**

โดย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สิงหาคม 2546

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ:
กรณีศึกษาตำบลขุนทอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่



คณะผู้วิจัย

รศ.วิลาวัลย์	เสนารัตน์	ประธานโครงการ
รศ.ชมนาด	พจนามาตร์	
รศ.วิจิตร	ศรีสุพรรณ	
รศ.ดร.สุธัสนหา	ยิ้มแย้ม	
รศ.ธนารักษ์	สุวรรณประพิศ	
ผศ.ดรุณี	ทายะติ	
ผศ.พรพรรณ	ทรัพย์ไพบูลย์กิจ	
อ.สุชาดา	เหลืองอากาศ	
ผศ.จิตตาภรณ์	จิตรีเชื้อ	
รศ.กรรณิการ	พงษ์สนิท	
อ.วิลาวัลย์	เตือนราษฎร์	
อ.รังสียา	นารินทร์	
อ.วราภรณ์	บุญเชียง	
อ.เดชา	ทำดี	
อ.ดิลกา	ไตรไพบูลย์	
อ.รังสิมา	ภูมิสวัสดิ์	

คำนำ

การวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษาสถานีอนามัยขุนคอง ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการที่ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมาตรฐานและเหมาะสมกับบริบททางสังคมในพื้นที่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรสุขภาพ ประชาชน องค์กรท้องถิ่น และผู้เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ได้ดำเนินการตั้งแต่การประเมินสถานการณ์การให้บริการของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หลังจากนั้นได้มีกระบวนการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผล การพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณบุคลากรทุกท่าน ผู้นำกลุ่มต่างๆในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชนรวมทั้งผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถานบริการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่ให้การสนับสนุนคู่มือในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัย ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการจัดบริการสุขภาพต่อไป

คณะผู้วิจัย

สิงหาคม 2546

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

สุขภาพในแนวคิดใหม่เน้นความเป็นองค์รวมของกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และระบบสุขภาพคือสิ่งทั้งมวลที่มีผลต่อสุขภาพรวมทั้งพฤติกรรมวิถีชีวิตสังคมเศรษฐกิจการเมือง วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ระบบการบริการสุขภาพและรูปแบบการให้บริการสุขภาพจึงต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีหลากหลายระดับ แต่ระดับที่เป็นด่านแรกที่ใกล้ชิดประชาชนที่สุดคือระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นระบบที่มุ่งให้บริการเชิงรุก การเสริมสร้างความเข้มแข็งและพลังอำนาจให้แก่บุคคลรวมทั้งชุมชนให้สามารถรับมือและดูแลสุขภาพของตนเอง

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระบบบริการขั้นพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพ เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพ เป็นบริการสุขภาพที่จำเป็นและประชาชนสามารถเข้าถึงง่าย เป็นบริการที่จัดให้ประชาชนในทุกภาวะของสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องตั้งแต่การมีสุขภาพที่ดี ภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วยและระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นบริการแบบผสมผสานครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยให้ไปรับบริการที่เหมาะสมโดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามสถานการณ์และบริบทของสังคมในภาคเหนือ

รูปแบบของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ได้ใช้โครงสร้างเดิมของสถานีนามัยที่มีอยู่ในชุมชนในการดำเนินงาน โดยมีทีมสุขภาพจากโรงพยาบาลหางดงซึ่งเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิมาเสริมศักยภาพเป็นครั้งคราวทำให้เพิ่มขีดความสามารถในด้านบริการที่ทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็วต่อการรับบริการมากขึ้น

การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรต้องมีกระบวนการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ มากกว่าการซ่อมสุขภาพ ความเข้าใจในมิติทางสังคม เข้าใจความต้องการ ความคาดหวัง ความรู้สึกของประชาชนที่มาใช้บริการได้ดี เครื่องมือที่พัฒนาสำหรับช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นคือการศึกษาร่วมกัน การจัดทำแฟ้มครอบครัวเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้บริการ นอกจากนี้การสร้าง ความเข้าใจในกลุ่มผู้ใช้บริการ องค์กรท้องถิ่นต่างๆ ถึงการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น

บทบาทของบุคลากรพยาบาลจะต้องมีความสามารถในการจัดการประยุกต์ความรู้ทาง การแพทย์ให้เข้ากับสภาพความต้องการที่แท้จริงสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรมของประชาชนได้ สามารถสื่อสารให้เข้าใจกันและกันได้ดี ขณะเดียวกันต้องทำหน้าที่เสริมสร้าง

ศักยภาพของประชาชนในการร่วมดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สามารถพึ่งตนเองและพึ่งระบบบริการได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานเพื่อประสานบริการ และส่งต่อไปรับบริการที่หน่วยอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่จำเป็นต้องมีความสามารถในการให้บริการโดยตรงในทุกเรื่อง แต่ต้องสามารถจัดการกับสภาพปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยของประชาชนได้ดี

เงื่อนไขที่สำคัญที่จะทำให้หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพได้ตามมาตรฐานนั้น มีดังนี้

1. โรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ จะต้องให้การสนับสนุนและมีวิสัยทัศน์ในแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพและมีการสนับสนุนด้านบุคลากรให้เพียงพอ
2. โรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ ควรจะต้องพัฒนารูปแบบและวิธีการนิเทศติดตาม รวมทั้งมีระบบพี่เลี้ยงเพื่อการควบคุมคุณภาพบริการและสร้างขวัญ กำลังใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
3. มีกระบวนการสร้างแนวความคิดและปรับกระบวนการทัศนคติของผู้นำท้องถิ่นในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน
4. เปิดโอกาสให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการหรือเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในทุกระดับของบริการ ตั้งแต่โรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ และระดับปฐมภูมิ คือสถานีอนามัย
5. มีการพัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการ ให้มีแนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพแทนการซ่อมสุขภาพ ทั้งนี้จะต้องมีการพัฒนาและเสริมศักยภาพในการทำงานร่วมกับชุมชน
6. องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นจะต้องเข้ามามีส่วนในการจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมกับบริการที่จะเกิดขึ้น ทั้งด้านงบประมาณ เวชภัณฑ์และการจัดสรรบุคลากรทางสุขภาพในท้องถิ่น
7. มีกระบวนการสร้างความเข้าใจและปรับแนวคิดของประชาชนด้านสุขภาพ การดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะ

1. สถานการณ์การจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทสังคมภาคเหนือ ยังมีความไม่แน่นอนในการจัดรูปแบบโครงสร้าง ด้านกำลังคน การบริหารจัดการงบประมาณและการนิเทศติดตามเพื่อการควบคุมคุณภาพบริการ รูปแบบที่เกิดขึ้นในการศึกษาคั้งนี้ยังไม่มีเสถียรภาพที่ แต่อย่างไรก็ตามการเตรียมความพร้อมของบุคลากรทั้งระดับเครือข่ายและหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมทั้งประชาชนในชุมชนมีความสำคัญมาก เพื่อสร้างความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ

2. การมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชนทั้งองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้านต่างๆ ยังมีน้อย เนื่องจากพื้นฐานความเข้าใจว่างานด้านสุขภาพจะต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญ และมีความรู้ด้านสุขภาพเท่านั้น รวมทั้งการเน้นถึงการพัฒนาโครงสร้างทางสังคมเช่นการสร้างถนน การจัดหาสิ่งสาธารณูปโภคยังเป็นประเด็นหลักในการทำงานของ อบต. ดังนั้นการเสริมสร้างความเข้าใจแก่คณะกรรมการ อบต. และพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลตนเองด้านสุขภาพเป็นแนวทางที่ควรจะมีการพัฒนาให้มากขึ้นเพื่อการเตรียมรับรูปแบบการบริหารที่มีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

3. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิจะต้องมีการวางแผนการนิเทศติดตามงาน โดยมีการกำหนดบุคคลที่รับผิดชอบ ทั้งนี้ในระยะเวลาที่ผ่านมาพบว่า การขาดแคลนกำลังคนเป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้การดำเนินงานไม่สามารถเป็นไปตามเป้าหมายได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านกำลังคน ควรจะได้พิจารณาในประเด็นนี้ด้วยเพื่อการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานของบุคลากร

สารบัญ

หน้า

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	๗
สารบัญ	๑
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	3
คำถามของการวิจัย	3
ขอบเขตของการศึกษา	4
บทที่ 2 การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	5
การพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ	12
บทบาทของพยาบาลและทีมสุขภาพในบริการระดับปฐมภูมิ	17
การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย	19
การมีส่วนร่วมของชุมชน	20
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
พื้นที่ที่ศึกษา	29
กลุ่มเป้าหมาย	30
เครื่องมือในการวิจัย	30
ขั้นตอนการดำเนินงาน	31
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	32
ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน	35
ข้อมูลการสัมภาษณ์ประชาชน	37
ข้อมูลจากการสะท้อนความคิดเห็น	39
วิธีดำเนินการพัฒนาระบบบริการ	40
ผลการดำเนินการพัฒนา	43
บทบาทผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	47
แนวทางและปัจจัยเงื่อนไข	48

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 5 บทสรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
บทสรุป	49
อภิปรายผล	53
ข้อเสนอแนะ	54
เอกสารอ้างอิง	55
ภาคผนวก	
ก ภาพกิจกรรม	
ข ตัวอย่างชุดบริการสุขภาพ	
ค แบบรวบรวมข้อมูล	

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพในแนวคิดใหม่เน้นความเป็นองค์รวมของกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และระบบสุขภาพคือสิ่งทั้งมวลที่มีผลต่อสุขภาพรวมทั้งพฤติกรรมวิถีชีวิตสังคมเศรษฐกิจการเมือง วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ระบบการบริการสุขภาพและรูปแบบการให้บริการสุขภาพจึงต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีหลากหลายระดับ แต่ระดับที่เป็นด่านแรกที่ใกล้ชิดประชาชนที่สุดที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนคือระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นระบบที่มุ่งให้บริการเชิงรุก การเสริมสร้างความเข้มแข็งและพลังอำนาจให้แก่บุคคลรวมทั้งชุมชนให้สามารถรับมือกับโรคภัยและดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้นรูปแบบการจัดบริการจึงต้องคำนึงถึงบริบทและปัจจัยพื้นฐาน ตลอดจนความต้องการของประชาชนในแต่ละท้องถิ่น เป็นบริการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ประชาชนและองค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วมและมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระบบบริการขั้นพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพ เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพ เป็นบริการสุขภาพที่จำเป็นและประชาชนสามารถเข้าถึงง่าย เป็นบริการที่จัดให้ประชาชนในทุกภาวะของสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องตั้งแต่การมีสุขภาพที่ดี ภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วยและระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นบริการแบบผสมผสานครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยให้ไปรับบริการที่เหมาะสมโดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน จากลักษณะของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดังกล่าวเพื่อให้บริการมีคุณภาพและมาตรฐาน สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2545) จึงได้มีการกำหนดมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิไว้ดังนี้คือหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care unit: PUC) แต่ละแห่งจะมีประชากรในความรับผิดชอบในจำนวนไม่เกิน 10,000 คน ใช้เวลาการเดินทางเพื่อมารับบริการโดยรถยนต์ไม่นานเกินกว่า 30 นาที เปิดบริการได้ 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในกรณีฉุกเฉินสามารถประสานงานกับเครือข่ายได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ สำหรับอัตรากำลัง ได้มีการกำหนดให้มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดย 1 ใน 4 ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สามารถให้บริการอย่างต่อเนื่อง ในอัตราเจ้าหน้าที่ต่อประชากร 1 : 1,250 มีแพทย์ในทีมบริการสุขภาพนี้ ในอัตรา 1 : 10,000 กรณีพื้นที่ทุรกันดารขาดแคลนแพทย์ก็สามารถทดแทนด้วยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน โดยต้องมีอัตราแพทย์ต่อประชากรไม่น้อยกว่า 1 : 30,000 คน

สำหรับทันตแพทย์ได้กำหนดอัตรากำลังไว้ที่ 1:20,000 กรณีขาดแคลนสามารถทดแทนด้วยทันตภิบาล 2 คน และมี ทันตแพทย์กำกับดูแลในอัตรา 1: 40,000 อัตรากำลังของเภสัชกรกำหนดไว้ในอัตราส่วน 1:15,000 กรณีขาดแคลนให้ทดแทนด้วยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมด้านเภสัชกรรมเบื้องต้น 2 คน โดยมีเภสัชกรกำกับดูแลในอัตรา 1:30,000 คน

ผลการศึกษารูปแบบการจัดบริการระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาในเขตภาคเหนือของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2544) พบว่าประชาชนในเขตภาคเหนือยังมีปัญหาสุขภาพที่สามารถป้องกันได้และได้รับการซ่อมสุขภาพมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ มีความต้องการบริการสุขภาพใกล้บ้านที่ให้บริการโดยบุคลากรวิชาชีพ และได้เสนอแนวทางในการดำเนินการจัดรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน โดยการเสริมสร้างบริการที่มีอยู่เช่นสถานีนามายให้มีคุณภาพและดูแลประชาชนจำนวนหนึ่งได้อย่างทั่วถึง รวมทั้งการจัดให้มีบริการขั้นใหม่ซึ่งอาจเป็นของรัฐหรือเอกชนโดยที่ชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบการจัดการบริหารทรัพยากร แต่เมื่อรัฐบาลได้มีนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคและกำหนดให้มีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อบริการประชาชนเป็นด่านแรกก่อนที่จะผ่านไปยังบริการที่ระดับสูงขึ้นไป ซึ่งนโยบายกำหนดการใช้จ่ายค่ารักษาของประชาชนดังกล่าวทำให้หน่วยงานต่างๆต้องมีการปรับกลยุทธ์และ วิธีการดำเนินงาน มีผลทำให้บุคลากรหลายฝ่ายโดยเฉพาะบุคลากรพยาบาลต้องมีการเตรียมความพร้อมในการให้บริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพภายใต้งบประมาณที่ได้รับ โดยมีบริการที่ปกป้องคุ้มครองสุขภาพของประชาชนให้เป็นไปตามสิทธิที่ตราไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน

รูปแบบการจัดบริการที่พึงประสงค์ที่สามารถสอดคล้องทั้งนโยบายของรัฐบาลและเป็นบริการที่เชื่อมโยงสุขภาพกับวิถีการดำรงชีวิตโดยใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดจะต้องมีกระบวนการพัฒนาและประเมินผลวิธีการจัดบริการอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง โดยต้องอาศัยการทดลองลงมือปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง ทั้งนี้เพื่อเกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้อง

สถานีนามายตำบลขุนคองเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิขึ้นกับหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิคือโรงพยาบาลหางดง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลหางดงต่อจำนวนประชาชนที่รับผิดชอบ มีแพทย์ 1 : 22,371 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 : 4194 เจ้าหน้าที่พนักงานอนามัย 1 : 9,586 พยาบาลวิชาชีพ 1 : 2,684 และไม่มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพประจำที่สถานีนามาย โรงพยาบาลหางดงมีผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 226 ต่อวัน หรือ 60,988 คน ต่อปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ , 2546) สำหรับสถานีนามายขุนคองมีประชากรในความรับผิดชอบ 4,673 คน แต่จากสถิติรายงานการให้บริการของสถานีนามายพบว่า มีประชากรอีก 3 หมู่บ้านจากตำบลสบแม่ข่าและตำบลบ้านแหวนซึ่งมีพื้นที่ใกล้เคียงกันมาใช้บริการที่สถานีนามายแห่งนี้ รวมมีประชากรที่ใช้บริการประมาณ 7,000 คน นอกจากนั้นพบว่า

สถิติของผู้มารับบริการต่อวันสูงสุดมี 100 คนขึ้นไปหรือเฉลี่ยเดือนละกว่า 1,000 คน ดังนั้นจึงได้มีมติของคณะกรรมการปฏิรูปสุขภาพระดับอำเภอ (คปสอ) ร่วมกับองค์กรชุมชนระดับสถานีอนามัยฯ ขุนคั้งขึ้นเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แต่เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการดำเนินงาน ดังนั้น คณะผู้วิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในฐานะที่เป็นสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลและมีส่วนในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล ตลอดจนมีส่วนร่วมในการเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการพยาบาลและสุขภาพ จึงร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในสถานีอนามัยฯ ขุนคั้งขึ้น เพื่อให้ได้รูปแบบบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาและพัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทสังคมวัฒนธรรมและระบบสุขภาพท้องถิ่นในลักษณะโครงสร้าง กลไก เครื่องมือและวิธีการทำงาน กระบวนการพัฒนาผู้ให้บริการ กระบวนการสร้างความร่วมมือกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาบริการที่จำเป็น
2. ศึกษาและพัฒนาบทบาทพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ
3. ศึกษาเงื่อนไขที่ทำให้บริการสะท้อนผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน

คำถามของการวิจัย

1. คำถามหลัก

- 1.1 รูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นอย่างไรในลักษณะของโครงสร้าง กลไกในการทำงาน กระบวนการพัฒนา เครื่องมือและวิธีการทำงาน
- 1.2 แนวทางและปัจจัยเงื่อนไขอะไรบ้างที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
- 1.3 บทบาทพยาบาลวิชาชีพ ทีมสุขภาพและองค์กรที่เกี่ยวข้องที่สามารถให้บริการสุขภาพที่มี มาตรฐานและมีคุณภาพที่ สะท้อนถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพเป็นอย่างไร

2. คำถามรอง

- 2.1 ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทสังคมวัฒนธรรมไทยในภาคเหนือเป็นอย่างไร ในลักษณะดังนี้
 - 2.1.1 โครงสร้างและกลไกการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นอย่างไร

2.1.2 มีเครื่องมือและวิธีการทำงานอะไรที่ทำให้การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน เกิดประสิทธิผลต่อประชาชนทั้งในระดับบุคคลและชุมชน และมีประสิทธิภาพในเชิงของการจัดการทรัพยากร

2.1.3 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ทีมสุขภาพและองค์กรที่เกี่ยวข้อง เป็นอย่างไรในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และมีกระบวนการพัฒนาอย่างไร

2.2 แนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีมาตรฐานและสะท้อนผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นอย่างไร

2.2.1 กระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นอย่างไรในการพัฒนาคน เครื่องมือและวิธีการ

2.2.2 สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สถาบันการศึกษา หน่วยงานองค์กรต่างๆ ควรมีบทบาทอย่างไรในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิที่มีมาตรฐานและสะท้อนผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.3 ชุดบริการหลักสำหรับประชาชนกลุ่มต่างๆควรเป็นอย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการออกแบบ วางแผนการจัดบริการ การจัดสรรทรัพยากร และวิธีการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพในบริบทสังคมภาคเหนือ

บทที่ 2

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกรณีศึกษาในสถานีนอนามัยขุนคอง อำเภอดง จังหวัดเชียงใหม่ครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
2. การพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
3. บทบาทของพยาบาลและทีมสุขภาพในบริการระดับปฐมภูมิ
4. การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย
5. การมีส่วนร่วมของชุมชน

แนวคิดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นบริการขั้นต้นของระบบบริการสุขภาพที่ต้องมีการปฏิรูป เพื่อให้มีลักษณะบริการเชิงรุกในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีสำหรับคนไทย และเป็นบริการใกล้บ้านและใกล้ใจประชาชน ที่ประชาชนสามารถเลือกใช้บริการ รวมทั้งเป็นระบบที่เชื่อมโยงกับระบบทุติยภูมิและตติยภูมิ ดังนั้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงเป็นเรื่องสำคัญสำหรับบุคลากรสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์และเหมาะสมต่อไป

ความหมาย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO] cited in Hoder, 1986) ได้ให้คำจำกัดความของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (*primary care*) ดังนี้

Primary care: . . . frontline . . . care; as a rule not limited to patients in specific age groups; the field of practice where the patient usually makes his first contact with the physician and has direct access to him or her. (p.17)

อารี วัลยะเสวี, พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ นฤมล ศิลารักษ์ (2542) ได้ให้ความหมายของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิว่าเป็นบริการสุขภาพระดับต้นที่ให้บริการโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นบริการสุขภาพที่ไม่ได้เน้นเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง แต่ให้ความสำคัญกับมิติทางสังคมและจิตวิทยา และการผสมผสานของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมต่อ (interface) ระหว่างระบบบริการสุขภาพกับประชาชน และใช้ชุมชนเป็นฐานในการจัดบริการ (community based service) ซึ่งคณะวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2544) ได้ให้ความหมายของการดูแลระดับปฐมภูมิหมายถึง การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้กับประชาชนทุกคนทุกคนครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ในทุกภาวะของสุขภาพ ตั้งแต่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วยและระยะสุดท้ายของชีวิต โดยครอบคลุมการส่งเสริม การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานบริการอื่นๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชน ครอบครัว และชุมชน ในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เทคโนโลยีที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care service system) หมายถึงระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่เป็นจุดเชื่อมต่อ (bridging) ระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพ โดยเป็นบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และมีการจัดบริการการดูแลสุขภาพที่เสมอภาคและมีคุณภาพโดยผู้ประกอบวิชาชีพ

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในทวีปยุโรป อเมริกา และออสเตรเลีย

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศที่พัฒนาแล้ว จะเน้นการให้บริการพื้นฐานที่สำคัญทุกด้าน ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข (gatekeeper) ก่อนส่งต่อไปรับบริการกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ อย่างไรก็ตามรูปแบบการบริการสุขภาพของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดเรื่องการให้เสรีภาพแก่ประชาชนในการ

เลือกใช้บริการสุขภาพ และความรับผิดชอบหรือการมีส่วนร่วมของประชาชนในค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพ ตลอดจนขอบเขตการให้บริการและบุคลากร โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการให้เสรีภาพแก่ประชาชนในการเลือกใช้บริการสุขภาพ แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้ คือ

1.1 รูปแบบที่ให้สิทธิแก่ประชาชนในการเลือกรับบริการจากผู้ให้บริการคนใดก็ได้เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่ ดำเนินการโดยภาคเอกชนที่มีการบริหารงานเป็นเอกเทศจากรัฐแต่ทำสัญญาตกลงกับรัฐหรือบริษัท ประกันสุขภาพในการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่ประชาชน ผู้ให้บริการส่วนใหญ่คือแพทย์-

เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งผู้รับบริการสามารถเลือกรับบริการได้ (สมศักดิ์ ธรรมธิตวิวัฒน์, 2543; สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, จเร วิชาไทย, และศรีสุตา เจริญดี, 2544) ในสหรัฐอเมริกา แพทย์จะมีการรวมตัวกัน เป็นกลุ่มหรือจัดตั้งเครือข่ายเพราะมีการแข่งขันกันสูงในการดึงดูดผู้ใช้บริการ (สมศักดิ์ ธรรมธิตวิวัฒน์, 2543) และผู้ป่วยจะต้องพบแพทย์ในระดับปฐมภูมิก่อนจึงจะไปรับบริการในระดับสูงขึ้นได้ (ปรีดา เต๋ออารักษ์, ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, รุจิรา ทวีรัตน์, จุฑามาศ โมพี, และสุรศักดิ์ อธิคมานนท์, 2543)

ส่วนในประเทศอังกฤษ แม้ว่าจะใช้วิธีขึ้นทะเบียน คือให้ประชาชนขึ้นทะเบียนรับบริการกับ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์ประจำครอบครัวเพียงคนเดียวในช่วงเวลาหนึ่งตามที่กำหนด แต่ ประชาชนมีสิทธิเลือกแพทย์ได้ และเมื่อพ้นช่วงเวลาที่กำหนดอาจขอเปลี่ยนแพทย์ผู้ให้บริการคนใหม่ ได้ หากไม่พอใจในบริการของแพทย์คนเดิม (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2539)

1.2 รูปแบบที่มีการกำหนดเขตรับผิดชอบสำหรับบุคลากรผู้ให้บริการ เช่น ประเทศสวีเดน บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดำเนินการโดยสถานีนอามัยของรัฐ โดยมีการแบ่งเขตความรับผิดชอบให้ แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์ประจำครอบครัว ประชาชนจะต้องขึ้นทะเบียนรับบริการสุขภาพ ขึ้นต้นจากแพทย์ผู้รับผิดชอบในเขตที่กำหนดเท่านั้น และประชาชนจะต้องไปรับบริการตามขั้นตอน โดยมีระบบการส่งต่อผู้รับบริการที่ชัดเจนเพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง (คณะทำงานเสนอทิศทางการปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพไทยที่พึง ประสงค์ในอนาคต, 2543)

2. ความรับผิดชอบหรือการมีส่วนร่วมของประชาชนในค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพ
แบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ

2.1 รูปแบบที่รัฐรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ได้แก่ประเทศแคนาดา อังกฤษ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และสวีเดน ในประเทศแคนาดาแม้ว่าบริการสุขภาพจัดโดยภาคเอกชนแต่ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐ โดยรัฐบาลกลางของแคนาดาและรัฐบาลท้องถิ่นรับผิดชอบจัดสรรเงินภาษีต่างๆ มาใช้ในการจัดระบบประกันสุขภาพ ในรูปของ National Health Insurance System มีเพียงบางรัฐที่มีการเก็บเบี้ยประกันบริการสุขภาพเพิ่มเติมและประชาชนจะได้รับบัตรประกันสุขภาพจากรัฐ ไม่ต้องเสียค่าบริการ จ่ายเพียงค่ายาเท่านั้น ส่วนในประเทศอังกฤษระบบสุขภาพที่เรียกว่า National Health Service ได้รับการสนับสนุนด้วยเงินภาษีทั่วไปจากรัฐ ประชาชนจึงได้รับบริการสุขภาพฟรีโดยจ่ายเพียงค่ายาเท่านั้นยกเว้นผู้ป่วยบางประเภท เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รัฐให้การช่วยเหลือ (ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, 2543) สำหรับประเทศออสเตรเลีย รัฐบาลกลาง (Federal Government) จัดสรรเงินอุดหนุนให้แก่รัฐบาลท้องถิ่นสำหรับจัดบริการสุขภาพ และมีระบบประกันสุขภาพระดับชาติที่เรียกว่า Medicare ซึ่งการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ Medicare จะจ่ายให้อัตราร้อยละ 75-85 ส่วนที่เหลือผู้ใช้บริการต้องจ่ายเองหรือประกันสุขภาพเอกชนเป็นผู้จ่ายในกรณีที่ต้องซื้อประกันสุขภาพเอกชน สำหรับรูปแบบของประเทศนิวซีแลนด์ และสวีเดนมีความคล้ายคลึงกัน (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ, 2544; ทศนา บุญทอง, 2542)

2.2 รูปแบบที่ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย (cost sharing) ในลักษณะต่างๆ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยประชาชนซื้อประกันสุขภาพจากเอกชน แต่สำหรับผู้ไม่มีรายได้หรือผู้มีรายได้น้อย รัฐจะมีสวัสดิการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานให้

3. ขอบเขตการให้บริการและบุคลากรผู้ให้บริการ แม้ว่าทุกประเทศจะจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมโดยเป็นบริการพื้นฐานที่ครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ แต่ก็มี ความแตกต่างกันในงานหลักและบทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่ร่วมให้บริการ ดังเช่นประเทศออสเตรเลียให้บริการตามชุดบริการพื้นฐานที่กำหนดอย่างชัดเจน ในขณะที่ประเทศอังกฤษมีบริการทันตกรรม โดยทันตแพทย์ที่คลินิกหรือมีบริการเสริมด้านการตรวจในห้องปฏิบัติการ โดยทั่วไปทุกประเทศบุคลากรผู้ให้บริการประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกร บางประเทศอาจมีผู้ช่วยแพทย์ นักกายภาพบำบัดและนักจิตวิทยาให้คำปรึกษาร่วมในทีม ผู้ให้บริการด้วยโดยให้บริการตามขอบเขตหน้าที่ของวิชาชีพ ในส่วนของแพทย์เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบคลุมบางประเทศอาจมีแพทย์เฉพาะทางอื่นๆด้วยเช่นกุมารแพทย์ สูติ-นรีแพทย์ อายุรแพทย์ สำหรับบทบาทของพยาบาลจะแตกต่างกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ประเทศที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติ (nurse practitioner) พยาบาลผดุงครรภ์ (certified nurse midwife) และผดุงครรภ์ (certified midwife) เป็นผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิด้วย เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และออสเตรเลีย โดยพยาบาลเวชปฏิบัติสามารถตรวจและรักษาเบื้องต้นได้ เช่นเดียวกับแพทย์เวชปฏิบัติ ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และมีบทบาทเด่นชัดในด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพที่สามารถช่วยให้ประชาชนกลุ่มด้อยโอกาส เช่น คนยากจน ผู้พิการ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น ส่วนพยาบาลผดุงครรภ์ และผดุงครรภ์ เป็นผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพแม่และเด็กในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด การวางแผนครอบครัว ตรวจและรักษาโรคเบื้องต้นโดยเฉพาะโรคทางนรีเวช ทั้งนี้มีการทำคลอดที่บ้านด้วย (Paine, Barger, Marchese, & Rorie, 1995; Williams, 1995; www.dhssni.gov.uk/.../index.html; www.drs.org.au/policy 0.4 htm)

3.2 ประเทศที่มีพยาบาลเป็นบุคลากรให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเช่นแคนาดา สวีเดน ซึ่งในแคนาดามีแนวโน้มว่าพยาบาลทำงานในชุมชนเพิ่มมากขึ้น โดยจะเน้นการทำหน้าที่ด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพที่บ้าน ส่วนในสวีเดนพยาบาลซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐทำงานในชุมชนเรียกว่า district nurse มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และมีผดุงครรภ์เรียกว่า district midwife ให้การดูแลสุขภาพแม่และเด็ก รวมทั้งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และ คณะ, 2539)

รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในทวีปเอเชีย

ระบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในทวีปเอเชียโดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา มีรูปแบบที่แตกต่างกันในลักษณะโครงสร้างของการบริการ ขึ้นอยู่กับระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม และจำนวนและประเภทของบุคลากรสาธารณสุขของประเทศนั้นๆ โดยอาจแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบดังนี้

1. รูปแบบที่ดำเนินการโดยรัฐภายใต้การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ เช่น ในประเทศมาเลเซีย และสาธารณรัฐเกาหลี โดยที่สถานบริการในเขตเมืองและเขตชนบทจะมีลักษณะแตกต่างกัน ในมาเลเซียสถานบริการในชนบทมี 2 ระดับ คือ ศูนย์สุขภาพ (health center) และคลินิกชนบท (rural clinic) หน่วยบริการสุขภาพชนบท (rural health unit) 1 หน่วยประกอบด้วย 1 ศูนย์สุขภาพทำหน้าที่ให้บริการและดูแลสนับสนุน 4 คลินิกชนบท หน่วยบริการ

1 หน่วยรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนประมาณ 15,000 – 20,000 คน ส่วนในเขตเมือง สถานบริการประกอบด้วยคลินิกสุขภาพ (health clinic) และคลินิกอนามัยแม่และเด็ก (maternal and child clinic) ให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาลโรคทั่วไป โรคเรื้อรัง การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีสถานบริการของหน่วยงานอื่นของรัฐที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนเฉพาะกลุ่ม เช่น ทหาร ชนพื้นเมือง ส่วนคลินิกเอกชนให้บริการในเขตเมืองโดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการในสถานบริการของรัฐมีความแตกต่างกันตามระดับของหน่วยงาน คลินิกสุขภาพในเขตเมืองมีทั้งแพทย์ ผู้ช่วยแพทย์ พยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ ผู้ช่วยเภสัชกร แต่ในคลินิกชนบท มีพยาบาลชุมชนเท่านั้น (อาทร รวีไพบูลย์, 2543)

ในประเทศสาธารณรัฐเกาหลี มีสถานบริการของรัฐในระดับต่างๆ กัน ได้แก่ health center, health sub-center และ primary care health post ทำหน้าที่เสมือนผู้ดูแลการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขเพราะรัฐกำหนดนโยบายให้ประชาชนต้องรับบริการที่สถานบริการระดับปฐมภูมิก่อน หากได้รับการส่งต่อจึงจะไปรับบริการที่โรงพยาบาลใหญ่ได้ บุคลากรที่ให้บริการคือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์, 2543)

2. รูปแบบที่ดำเนินการโดยเอกชนเป็นส่วนใหญ่ เช่น ในประเทศสิงคโปร์ และได้หวัน ในสิงคโปร์ที่เป็นเขตเมืองทั้งหมดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดำเนินการผ่านเครือข่ายของคลินิกเอกชนซึ่งมีประมาณ 800 แห่ง ให้บริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และมีโพลีคลินิกของรัฐบาล 16 แห่ง ให้บริการครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งรวมทั้งการให้การดูแลที่บ้านด้วย (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2543) สถานบริการจะทำหน้าที่เสมือนเป็นผู้ดูแลการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข กล่าวคือประชาชนจะไปรับบริการขั้นต้นที่สถานบริการนั้นก่อน อย่างไรก็ตามรัฐไม่มีการบังคับหากประชาชนต้องการไปรับบริการจากสถานบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิก็ได้ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2539) ส่วนในไต้หวัน สถานบริการระดับปฐมภูมิเกือบทั้งหมดเป็นคลินิกเอกชนและมีสถานอนามัยของรัฐบ้างเล็กน้อย โดยผู้ให้บริการคือแพทย์ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2539)

รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทยมีหลายลักษณะ (ปรีดา แต่อาักษ์ และคณะ, 2543) ได้แก่

1. บริการสุขภาพที่จัดโดยหน่วยงานของรัฐทุกระดับและทุกสังกัด ได้แก่สถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล และโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวง ทบวง กรมอื่นๆ ตลอดจนรัฐวิสาหกิจ โดยสถานีนอนามัยและศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลจะให้บริการครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ แต่บริการส่วนใหญ่จะเน้นไปที่การคัดกรองปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน โดยมีได้เน้นการให้บริการแบบต่อเนื่อง และผสมผสานตามความต้องการของประชาชน แม้ว่าจะมีการกำหนดจำนวนประชาชนในเขตพื้นที่บริการ (catchment area) ที่ชัดเจน ส่วนโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลอื่นๆ ในเขตเมืองไม่มีการกำหนดจำนวนประชาชนในเขตพื้นที่บริการ และเน้นการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ไม่เฉพาะบริการระดับปฐมภูมิเท่านั้น แต่รวมถึงระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิด้วย

2. บริการสุขภาพที่จัดโดยหน่วยงานของเอกชน ได้แก่ คลินิกแพทย์ โรงพยาบาลเอกชน ร้านขายยาและศูนย์บริการสุขภาพเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้สูงอายุ การบริการของคลินิกและโรงพยาบาลจะเน้นบริการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ไม่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

3. บริการสุขภาพแบบพื้นบ้าน ได้แก่บริการจากแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน หมอจีน หมอตำแย หมอนวดพื้นบ้าน

บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ ทันตแพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ให้บริการสุขภาพแบบพื้นบ้าน รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งทำงานร่วมกับบุคลากรในสถานีนอนามัยและศูนย์บริการสาธารณสุข โดยมีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งนี้บุคลากรประจำสถานีนอนามัยมีแต่พยาบาลหรือผดุงครรภ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น สำหรับแพทย์ที่ให้บริการในโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนรวมทั้งคลินิกเอกชน มีทั้งแพทย์ทั่วไป แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง

สำหรับบทบาทของบุคลากรในการเป็นผู้ดูแลการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข จำกัดเฉพาะการให้บริการแก่กลุ่มประชาชนที่ขึ้นทะเบียนรับการสงเคราะห์ ผู้ชื้อบัตรประกันสุขภาพและกลุ่มผู้ประกันตนภายใต้ระบบประกันสังคมเท่านั้น

การพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit; PCU) เป็นหน่วยบริการด้านแรกหรือสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านหรือชุมชนตามลักษณะภูมิประเทศ เพื่อให้ประชาชนไปใช้บริการได้สะดวกเข้าถึงง่าย ซึ่งอาจจะเป็นสถานีนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกชุมชน หรือโรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการที่มีลักษณะหลากหลายตามสภาพพื้นที่และอาจเป็นเพียงอาการความไม่สุขสบายทางร่างกายหรือจิตใจซึ่งยังไม่เป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่ชัดเจน นอกจากนี้ ปัญหาที่นำมาปรึกษาอาจจะไม่ใช่มีปัญหาสุขภาพโดยตรง แต่เป็นปัญหาอื่นๆ เช่น ปัญหาครอบครัว หรือปัญหาชุมชน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2539) ฉะนั้นบริการในหน่วยนี้จึงควรต้องมีคุณภาพเชิงสังคมที่เข้าใจความต้องการ ความคาดหวัง ความรู้สึกของประชาชนที่มาใช้บริการได้ดีกว่าหน่วยอื่น และต้องสามารถจัดการประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์ให้เข้ากับสภาพความต้องการที่แท้จริงสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรมของประชาชนได้ สามารถสื่อสารให้เข้าใจกันและกันได้ดี เป็นหน่วยที่ให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันทำหน้าที่เสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการร่วมดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สามารถพึ่งตนเองและพึ่งระบบบริการได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานเพื่อประสานบริการ และส่งต่อไปรับบริการที่หน่วยอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่จำเป็นต้องมีความสามารถในการให้บริการโดยตรงในทุกเรื่อง แต่ต้องสามารถจัดการกับสภาพปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยของประชาชนได้ดี (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545ก)

วัตถุประสงค์ของการพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

การพัฒนามาตรฐานและเงื่อนไขในการจัดบริการสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยง่าย มีความสะดวกทั้งในด้านเวลาที่ใช้บริการ เป็นบริการที่มีคุณภาพ สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างสอดคล้องมากขึ้น และมีระบบที่สถานพยาบาลร่วมดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยสถานพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการที่สำคัญในการจัดบริการสุขภาพอย่างผสมผสานต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพ (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545ข)

การจัดมาตรฐานของบริการระดับปฐมภูมิ: หน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่คาดหวัง

ในพื้นที่เขตเมืองต้องการเพิ่มจำนวนของสถานบริการสุขภาพแบบผสมผสาน ที่เป็นบริการด้านแรกให้แก่ประชาชน มีลักษณะเป็นสถานพยาบาลประจำครอบครัวที่ประชาชนเลือกลงทะเบียนได้ บุคลากรมีความสามารถให้บริการแบบผสมผสานทางด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพสังคมและความต้องการที่หลากหลายของประชาชน โดยสถานบริการนี้มีกระจายทั่วถึงเพื่ออำนวยความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ ปัจจุบันนี้สถานพยาบาลที่ให้บริการลักษณะนี้ยังมีไม่เพียงพอ และคลินิกเอกชนที่มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมีเพียงส่วนน้อย ควรต้องหามาตรการที่จูงใจและกำหนดให้หน่วยงานเอกชนเหล่านี้ทำงานด้านนี้ด้วย

ในพื้นที่เขตชนบทต้องการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นและกระจายอย่างทั่วถึง ปัจจุบันประเทศไทยมีโครงสร้างของสถานพยาบาลที่ให้บริการผสมผสานในลักษณะของบริการระดับปฐมภูมิอยู่แล้ว ได้แก่ สถานีอนามัย เพียงแต่ขีดความสามารถของสถานีอนามัยยังไม่พอในการให้บริการพื้นฐานตามมาตรฐาน จึงควรต้องเพิ่มบุคลากรที่มีความสามารถเพิ่มขึ้น รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรเดิมให้มีความสามารถในการให้บริการตรวจรักษาดูแลสุขภาพได้มากขึ้นสามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ภายใต้ทรัพยากรกับโรงพยาบาลที่มีอยู่ในปัจจุบัน (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545ข)

เจตนารมณ์ของการจัดมาตรฐานของบริการระดับปฐมภูมิภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือการให้สถานีอนามัยเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิโดยเพิ่มขีดความสามารถให้สถานีอนามัยมีบุคลากรเพียงพอและให้บริการระดับปฐมภูมิได้อย่างมีคุณภาพ ส่วนในพื้นที่เขตเมืองที่ไม่มีสถานีอนามัยควรให้มีการปรับโครงสร้างเดิม เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล คลินิกเอกชน ให้มีการให้บริการผสมผสาน รวมทั้งมีการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มขึ้นเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึงต่อเนื่อง ปรับบทบาทของโรงพยาบาลให้เป็นบริการแก่ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้นเป็นหลักดูแลผู้ป่วยที่มีการส่งต่อมาจากหน่วยปฐมภูมิ (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545ข)

มาตรฐานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ มาตรฐานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ปิยธิดา ศรีรักษา, และประภาพรพรณ คำคม. 2539).

1. การจัดหน่วยบริการ

การจัดหน่วยบริการเพื่อการดูแลสุขภาพของประชากรที่รับผิดชอบหน่วยคู่สัญญาจะต้องจัดให้มีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิรับผิดชอบดูแลสุขภาพประชากรอย่างต่อเนื่องไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ และสถานที่ตั้งของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิควรตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวก ภายใน 30 นาที

ในช่วงเวลาของระยะเปลี่ยนผ่าน กรณีที่หน่วยคู่สัญญาเป็นโรงพยาบาลภาครัฐมีประชากรในความรับผิดชอบจำนวนมาก ในระยะแรกให้สามารถตั้งหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ภายในโรงพยาบาลได้ 1 แห่งต่อจำนวนประชากรไม่เกิน 30,000 คน และให้จัดหน่วยบริการระดับปฐมภูมินอกโรงพยาบาลในพื้นที่ที่ไม่มีสถานอนามัยอย่างน้อย 1 จุด โดยดูแลสุขภาพประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ และจะต้องมีแผนขยายหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มให้ครอบคลุมประชาชนในความรับผิดชอบทั้งหมดได้ในอนาคต ในกรณีที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่ตั้งในพื้นที่ของโรงพยาบาลสถานที่ให้บริการต้องแยกเป็นสัดส่วนที่ชัดเจนแยกจากแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลโดยมีทีมประจำให้บริการและบริการได้สะดวก รวดเร็ว

2. ชีตความสามารถของหน่วยบริการ

1) มีการให้บริการที่หลากหลายอย่างผสมผสาน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ พร้อมกับการให้ความรู้กับประชาชนที่มาใช้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (โดยเน้นช่วงเวลาที่สะดวกของประชาชน)

2) มีบริการด้านทันตกรรมภายในหน่วยเองหรือมีระบบเชื่อมต่อเพื่อส่งประชาชนในความรับผิดชอบไปรับบริการทันตกรรม (รักษาและป้องกัน) ได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง

3) มีบริการให้ความรู้แก่ประชาชนที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการทุกวันทำการ

4) มีบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในหน่วยบริการ เช่น บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด ดูแลหญิงหลังคลอด วางแผนครอบครัว พร้อมทั้งมีระบบติดตามความต่อเนื่องของบริการอย่างน้อย 1-2 วันต่อสัปดาห์

- 5) มีบริการดูแลสุขภาพเด็ก 1-8 วันต่อเดือน
- 6) มีระบบการเยี่ยมบ้าน ปฏิบัติงานในชุมชน เพื่อติดตามบริบาลผู้มีปัญหาสุขภาพและทำความเข้าใจกับครอบครัว ประเมินสภาพครอบครัวและดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างน้อย 10-15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- 7) มีบริการด้านยาตั้งแต่การจ่ายยา การจ่ายยา และการให้ความรู้ตามเกณฑ์มาตรฐาน
- 8) มีการตรวจชั้นสูตรพื้นฐานที่ควรทำได้เอง และมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยอื่นที่ให้บริการได้รวดเร็ว คล่องตัว

3. ด้านบุคลากร

หน่วยบริการระดับปฐมภูมิต้องมีบุคลากรให้บริการทั้งแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานที่ทำงานเป็นทีมประจำ โดยคิดเป็นอัตราส่วนของบุคลากรประเภทต่างๆ ต่อประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบ ดังนี้

1) มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ขั้นต่ำคือมีคุณสมบัติในระดับประกาศนียบัตรด้านสาธารณสุข) เป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1:1,250 โดยในจำนวนนี้ให้เป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ใน 4 และบุคลากรต้องทำงานประจำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ใน 4

2) มีแพทย์ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิหรือในเครือข่ายของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิร่วมรับผิดชอบเป็นทีมสุขภาพในอัตราส่วน 1:10,000 ในพื้นที่ทุรกันดาร และ/หรือ ไม่สามารถหาแพทย์มาให้บริการได้ให้จัดพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ 2 คนต่อแพทย์ 1 คน เพิ่มเติมจากข้อ 1) แต่ทั้งนี้ต้องมีแพทย์ไม่น้อยกว่า 1:30,000 แพทย์มีบทบาทรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนร่วมกับทีมบุคลากรอื่นๆ เป็นผู้กำกับคุณภาพบริการ ให้คำปรึกษาในการบริการ ส่วนบทบาทให้บริการโดยตรงขึ้นกับจำนวนแพทย์ที่มีและควรปรับให้สอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการที่มีในพื้นที่

3) มีทันตแพทย์ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิหรือในเครือข่ายของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในอัตราส่วน 1:20,000 ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอ ให้มีทันตภิบาลปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนทันตภิบาล 2 คนต่อทันตแพทย์ 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมีทันตแพทย์ รวมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1:40,000 คน

4) มีเภสัชกรในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิหรือในเครือข่ายของบริการระดับปฐมภูมิร่วมให้บริการและรับผิดชอบงานเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคในอัตราส่วน 1:15,000 ในพื้นที่ที่มีเภสัชกรไม่เพียงพอ ให้มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับการอบรมด้านเภสัชกรรมเบื้องต้นปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนเจ้าพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ 2 คนต่อเภสัชกร 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมีเภสัชกรรวมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1:30,000 คน

4. ด้านอุปกรณ์ อาคาร และสถานที่

- 1) มีอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานและมีระบบที่ป้องกันการติดเชื้อ
- 2) มีสถานที่ตรวจรักษา/ให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน สะอาด และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียง
- 3) มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถขอรับคำปรึกษาจากหน่วยบริการในเครือข่ายเดียวกันอย่างรวดเร็ว
- 4) มีการจัดการให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

5. ด้านการจัดการ ต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสม เพื่อ

- 1) มีระบบข้อมูลของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ โดยต้องทราบว่าประชากรที่รับผิดชอบเป็นใครอยู่ที่ไหน
 - 2) ให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ เช่น ระบบนัดหมาย การติดตาม จัดระบบข้อมูล
 - 3) ให้มีความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ
 - 4) ให้ข้อมูลผู้รับบริการเพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพและสนับสนุนการส่งเสริมการป้องกันโรค
 - 5) ให้มีระบบการกำกับ และพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ มีแนวทางการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
 - 6) มีการจัดการด้านยา ตามเกณฑ์มาตรฐาน
6. ระบบการเชื่อมต่อและส่งต่อกับโรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการบริการ ด้านวิชาการ และระบบข้อมูล

บทบาทของพยาบาลและทีมสุขภาพในบริการระดับปฐมภูมิ

(สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545, หน้า 96 – 99)

1. **บทบาทของพยาบาล** ในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรมีแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

1.1 ระยะแรกควรสร้างความคุ้นเคยและปรับแนวคิดการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เลือกกิจกรรมที่ทำงานและเรียนรู้ด้วยกันด้วยการจัดแบ่งบทบาทและวิธีการทำงาน อาจเริ่มต้นจากงานที่แต่ละคนถนัดก่อนแล้วค่อย ๆ เรียนรู้งานของกันและกัน เพื่อจะได้สามารถช่วยกันทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2 กิจกรรมที่พยาบาลจะช่วยดูแลพัฒนาในเบื้องต้น อาทิเช่น เทคนิคการปลดเชือก การดูแลเครื่องมือทางการแพทย์ต่าง ๆ การบริการพยาบาล การเยี่ยมบ้านเพื่อการให้บริการพยาบาล การจัดการด้านยา และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

1.3 ระยะต่อมาควรมีการพูดคุย วางบทบาทและแผนการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยอย่างเป็นระบบมากขึ้น หากพยาบาลที่มาจากโรงพยาบาลมาทำงานที่สถานีอนามัย เป็นการประจำ ควรมีการแบ่งบทบาททำงานร่วมกันเป็นทีม หากพยาบาลมาเพียงบางเวลาควรพิจารณาการให้ความช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยให้เกิดประโยชน์สูงสุดและไม่เป็นการเพิ่มภาระแก่เจ้าหน้าที่มากเกินไป

1.4 พยาบาลต้องมีบทบาทอื่นนอกจากการรักษาพยาบาลคือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชนตลอดจนมีส่วนร่วมเรื่องค่าบริการระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีอนามัยได้ดี

2. **บทบาทของแพทย์** บทบาทของแพทย์ที่สถานีอนามัยไม่ใช่การตรวจให้บริการสุขภาพเท่านั้น แต่มีบทบาทที่สำคัญคือ

2.1 ร่วมรับผิดชอบเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่ดูแลประชาชนทุกหมื่นคน เป็นที่ปรึกษา ร่วมคิดวางแผนการทำงานกับทีมแต่บทบาทในการให้บริการโดยตรงขึ้นอยู่กับเงื่อนไขเวลาและจำนวนแพทย์ที่มีในพื้นที่

2.2 เข้าใจสภาพปัญหาการทำงานด้านต่างๆ ที่ระดับสถานีนามัยและสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่นั้น ๆ เพื่อเป็นข้อมูลฐานประกอบการพิจารณาแนวทางการพัฒนางานที่สถานีนามัยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.3 มีการพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่สถานีนามัยในการให้บริการด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล การบริการอนามัยแม่และเด็ก

2.4 ให้บริการทางการแพทย์ในส่วนที่เจ้าหน้าที่สถานีนามัยดูแลไม่ได้และให้บริการตรวจรักษาเพื่อเสริมสร้างศรัทธาให้สถานีนามัยในระยะแรก

2.5 สนับสนุนในด้านวิชาการทางการแพทย์ให้แก่ทีมงานเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาบริการ และการวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่นั้น ๆ

การที่แพทย์จะมีบทบาทให้บริการสุขภาพโดยตรงได้มากเพียงใดขึ้นอยู่กับลักษณะและความพอเพียงของบุคลากรในพื้นที่ทั้งในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต ตลอดจนระดับความสามารถของบุคลากรที่มีในพื้นที่ดังนี้

1. ในพื้นที่ที่ขาดแคลนแพทย์มากและพิจารณาและว่าในระยะยาวไม่สามารถมีแพทย์ให้บริการที่สถานีนามัย บทบาทแพทย์แพทย์จึงต้องเน้นการพัฒนาเจ้าหน้าที่สถานีนามัยให้มีความรู้ความสามารถให้มากขึ้น การให้บริการของแพทย์ควรเน้นในส่วนที่เจ้าหน้าที่สถานีนามัยหรือพยาบาลคัดกรองมาและปรึกษาแพทย์มากกว่าการให้บริการตรวจรักษาทั้งหมดเพราะจะทำให้ประชาชนสับสนในบทบาทของสถานีนามัยกับโรงพยาบาล การบริการของแพทย์ควรทำในลักษณะที่ช่วยสนับสนุนให้ประชาชนเชื่อถือสถานีนามัยมากขึ้น

2. ในพื้นที่รอบเขตเมืองที่มีประชากรมากและมีสภาพบริการระดับปฐมภูมิน้อย รวมทั้งในอนาคตสถานีนามัยในพื้นที่อาจมีแพทย์ให้บริการในระยะยาวได้ แพทย์สามารถให้บริการได้เต็มที่ตามบทบาท แต่ควรให้เจ้าหน้าที่สถานีนามัยหรือพยาบาลร่วมให้บริการรักษาเบื้องต้นควบคู่ไปด้วย

3. ในส่วนของสถานพยาบาลเอกชน ผู้ทำหน้าที่ตรวจรักษาต้องเน้นแพทย์เท่านั้น เนื่องจากต้องดำเนินการตาม พรบ. สถานพยาบาลและ พรบ.การประกอบโรคศิลป์

การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย

สำหรับวิวัฒนาการในการส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทยนั้นแม้ว่าประเทศไทยจะมีเป้าหมายสำคัญคือการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า แต่การให้บริการสาธารณสุขที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นบริการเชิงรับ โดยเฉพาะการบริการด้านการป้องกันและรักษาโรคและเพิ่งได้มีการปรับเปลี่ยนเป็นแนวเชิงรุกมากขึ้นในช่วงหลังภายหลังคำประกาศอัลมาตาที่องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะกลยุทธ์ที่สำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขให้เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วม (participation) โดยเฉพาะจากชุมชนและภาคเอกชน เช่น การมี อสม. เป็นต้น มีการประสานการทำงานกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆ นอกจากสาธารณสุข (intersectorality) โดยอาศัยการสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีที่สำคัญ ซึ่งประเทศไทยได้ดำเนินงานจนประสบผลสำเร็จได้ระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามการบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่ก็ทุ่มเทให้กับการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย ทำให้ค่าใช้จ่ายในด้านสาธารณสุขของประเทศเพิ่มขึ้นทุกปี ประเมินการว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในแต่ละปีสูงถึง 250,000 ล้านบาท ขณะที่ดัชนีวัดสุขภาพของประเทศไม่ได้ดีขึ้น การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพยังไม่สามารถดำเนินการได้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนนัก เนื่องจากการดำเนินงานยังเป็นแบบแยกส่วน โดยแต่ละองค์กรจะรับผิดชอบเฉพาะแต่ละปัญหา และการดำเนินการยังเป็นแบบการกำหนดนโยบายให้หน่วยงานปฏิบัติ (ศิริพร กัญชนะ. 2544)

กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยจึงจัดตั้งสำนักส่งเสริมสุขภาพขึ้นเพื่อรับผิดชอบดูแลงานส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนถึงวัยชรา มุ่งเน้นความร่วมมือและการเป็นภาคีส่งเสริมสุขภาพกับองค์กรต่างๆ ทั้งในส่วนของรัฐและประชาชน

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ได้มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพใน 2 ลักษณะ คือ การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุและการส่งเสริมสุขภาพตามประเภทของชุมชน โดยที่งานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ แบ่งออกเป็น งานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก งานส่งเสริมสุขภาพชุมชนประเภทต่างๆ ประกอบด้วย โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โครงการเมืองน่าอยู่ โครงการสถานที่ทำงานน่าอยู่น่าทำงาน ซึ่งมุ่งเน้นการให้ชุมชนต่างๆ เหล่านี้ได้คิดเองทำเอง เพื่อให้ชุมชนเข้มแข็งมีสุขภาพดี ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 9 มีแนวปฏิบัติชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพและให้ประชาชนมีส่วนร่วมคิดร่วมทำ ให้ความสำคัญกับประชาชนในแต่ละพื้นที่ที่จะแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญต่อตนมากกว่าการกำหนดเป็นนโยบายจากรัฐที่ให้ปฏิบัติต่อทุกชุมชนเหมือนกัน (ศิริพร กัญชนะ. 2544) การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้ใช้กลยุทธ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนด ซึ่งประกอบด้วยการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างกิจกรรม

ชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะชีวิต การสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้ออำนวยต่อสุขภาพ และการปรับทิศทางการบริการสาธารณสุข ยุทธวิธีเหล่านี้เป็นกลไกที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวและปรับเปลี่ยนทั้งในระดับบุคคล ได้แก่ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยหลักของภาวะสุขภาพ และระดับชุมชน ตลอดจนเกิดการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ได้แก่ นโยบายกฎหมาย กฎระเบียบ วัฒนธรรม ศาสนา และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งสิ้น

การมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมหมายถึงการรวมกลุ่มทางสังคมเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ หรือดำเนินงานของกลุ่มให้สำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความร่วมมือร่วมใจ โดยที่สมาชิกมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเกี่ยวข้องกับทางด้านจิตใจ และอารมณ์ของบุคคล ในสถานการณ์กลุ่มที่มีโอกาสและใช้โอกาสในการแสดงความรู้สึกบ่งบอกความต้องการ จึงเกิดการเข้าใจในการกระทำ เพราะบุคคลจะมีความรู้สึกที่ตนเองได้ลงทุนในการตัดสินใจและอุทิศพลังงานทุกอย่างเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ดังนั้นทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจและการประสานงาน รวมทั้งร่วมรับผิดชอบ (รุจี จารุภรณ์, 2540, หน้า 4)

การมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชน คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ และการร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบถึงตัวประชาชนหรือชุมชน การที่จะสามารถทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อแก้ปัญหาและนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นจำเป็นที่จะต้องยอมรับปรัชญาที่ว่ามนุษย์ทุกคนต่างปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น และพร้อมที่จะอุทิศตนเพื่อกิจกรรมของกลุ่ม ขณะเดียวกันต้องยอมรับด้วยความบริสุทธิ์ใจว่ามนุษย์สามารถพัฒนาได้ถ้ามีโอกาสและได้รับการชี้แนะที่ถูกต้อง โดยการให้ชุมชนได้พัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการและควบคุมการใช้ รวมทั้งกระจายทรัพยากร ตลอดจนปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคมเพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคม ตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกในสังคม การมีส่วนร่วมของประชาชนจึงต้องมีการพัฒนาการรับรู้และภูมิปัญญาที่แสดงออกในรูปการตัดสินใจที่จะกำหนดชีวิตของตนเองอย่างเป็นตัวของตัวเอง ด้วยการมีส่วนร่วมอย่างสำนึก รับผิดชอบและมีบทบาทอย่างเต็มที่ตั้งแต่คิดค้นปัญหา วางแผนปฏิบัติงาน ดูแลกำกับ ตลอดจนประเมินผลติดตามผลงาน การมีส่วนร่วมของประชาชนที่แท้จริง จะต้องหมายถึง การมอบอำนาจ

อธิปไตยขั้นพื้นฐานคืนสู่ประชาชน การพยายามจัดตั้งและพัฒนาองค์กรประชาชนให้เข้มแข็งบนพื้นฐานของการพึ่งตนเองเป็นสำคัญ (เมธี จันทจักรภรณ์ และสุธิดา รัตนวณิชพันธ์, 2541 หน้า 5)

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา

การพัฒนา หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เทียบกับสิ่งเดียวกันในเวลาที่แตกต่างกัน และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีทิศทางหรือเป้าหมาย ดังนั้นการมีส่วนร่วมย่อมก่อให้เกิดผลของการพัฒนาและยึดหลักของการพัฒนาชุมชนมาเป็นแนวทางในการดำเนินงาน การพัฒนาชุมชนคือการรวมกำลังดำเนินการปรับปรุงความเป็นอยู่ให้ชุมชนมีความเป็นปึกแผ่นและดำเนินการไปในแนวที่ตนต้องการ โดยอาศัยความร่วมมือของประชาชนในการดำเนินงานพัฒนาชุมชน และได้รับความช่วยเหลือทางวิชาการจากหน่วยราชการ หรือองค์กรอาสาสมัครอื่นๆ ดังที่ ศุภวรรณ มโนสุนทร (2534 หน้า 9) ได้สรุปว่าการพัฒนาชุมชนโดยมีเจ้าหน้าที่รัฐบาลให้ความร่วมมือสนับสนุน และการพัฒนาชุมชนเน้นการเปลี่ยนแปลงสภาพความเป็นอยู่ของชุมชนให้ดีขึ้น

การมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544) การมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพเป็นการมีส่วนร่วมที่มีลักษณะเฉพาะในประเด็นดังต่อไปนี้

1. สุขภาพสำหรับประชาชนคือว่าเน้น “สิทธิ” หมายถึงสิทธิในฐานะที่เป็นเจ้าของสุขภาพ และสิทธิในฐานะเป็นผู้เลือกที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดังนั้นการเลือกรูปแบบวิธีการรักษา หรือการจัดการกับสุขภาพของตนเอง รวมถึงการเข้ามามีส่วนร่วมหรือเปิดโอกาสให้หน่วยบริการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยรัฐบาลให้การสนับสนุนหรือการส่งเสริม เปิดโอกาสให้แก่ประชาชน ไม่ใช่การบังคับหรือสั่งการ

2. การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ สำหรับภาครัฐหรือหน่วยบริการมีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนให้ 2 ลักษณะคือ 1) การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมบริการของหน่วยบริการและ 2) การที่หน่วยบริการเข้าไปร่วมพัฒนาภาวะสุขภาพของประชาชน ซึ่งทั้งสองลักษณะมีความแตกต่างกันในวิธีคิดและการปฏิบัติ

ในการปรับแนวคิดไปสู่การปฏิบัติที่มุ่งส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพหน่วยบริการจะต้องมีความเข้าใจเบื้องต้นในประเด็นดังต่อไปนี้

1. การที่จะสร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนได้จริง จำเป็นต้องสร้างให้เป็นระบบทางเลือกทั้งวิธีการและรูปแบบทั้งนี้เพราะการให้บริการสุขภาพมีกิจกรรมที่ต้องการการมีส่วนร่วมหลายลักษณะขึ้นอยู่กับสภาพชีวิตจริงและเงื่อนไขของประชาชน การมีช่องทางให้ประชาชนพิจารณาเลือกวิธีการหรือรูปแบบได้เองตามความเหมาะสม เป็นการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมที่สุด

2. หน่วยบริการจำเป็นต้องสร้างกลไกให้ประชาชนสามารถสะท้อนความต้องการรูปแบบหรือวิธีการที่ประชาชนต้องการเข้ามามีส่วนร่วมได้หรือให้หน่วยบริการสามารถเข้าไปร่วมในกิจกรรมสุขภาพของประชาชนได้

3. การที่ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมได้มีเงื่อนไขสำคัญ 3 ประการคือ มีอิสรภาพ มีความสามารถที่จะมีส่วนร่วมและต้องเต็มใจในการมีส่วนร่วม ความสำเร็จในการมีส่วนร่วมขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้

3.1 ประชาชนต้องมีเวลาที่เข้ามามีส่วนร่วม

3.2 ต้องไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เกินค่าผลตอบแทนที่จะได้รับ

3.3 ประชาชนต้องมีจุดสนใจที่สอดคล้องกับการมีส่วนร่วมนั้น

3.4 ต้องไม่กระทบต่อสถานภาพทางสังคมของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม

วิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชน

การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการในการสร้างความตระหนัก สร้างแรงจูงใจให้เกิดกับชุมชนเพื่อเข้ามาร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน หลักการสำคัญต้องเชื่อถือว่าชาวบ้านหรือประชาชนเป็นตัวหลักในการแก้ปัญหาของตนเอง องค์การภายนอกเป็นผู้กระตุ้นหรือสนับสนุนวิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมมีดังนี้ (นเรศ สงเคราะห์สุข , 2541, หน้า 113-114)

1. การจัดกระบวนการเรียนรู้ จัดเวทีในการวิเคราะห์สถานการณ์ของชุมชน เพื่อความเข้าใจ และเรียนรู้ร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือจัดทัศนศึกษาดูงานระหว่างชุมชน การฝึกอบรมทักษะเฉพาะด้านต่างๆ มีการลงมือปฏิบัติงานจริงและร่วมกันสรุปบทเรียนที่นำไปสู่การปรับปรุงงานให้เหมาะสม

2. การพัฒนาศักยภาพแกนนำ เป็นการสร้างแกนนำเพื่อการทำงานในชุมชน โดยให้เกิดความมั่นใจในความรู้ ความสามารถที่มีอยู่ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการจัดทำกิจกรรมพัฒนาที่ใกล้ชิดและไม่ยากเกินไปก่อนโดย

การชี้แนะเท่าที่จำเป็น ซึ่งจากการทำกิจกรรมที่ง่ายและประสบผลสำเร็จจะนำไปสู่การเรียนรู้และความมั่นใจของแกนนำ

ในปัจจุบันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคม จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาผลการดำเนินงานหรือการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยอาศัยหลักการศึกษาวิจัยมาช่วย เป็น การดำเนินการวิจัยควบคู่ไปกับการพัฒนา ที่เรียกว่า R and D (research and development) คือมีระบบการทำงานเป็นขั้นตอน มีเป้าหมายที่ชัดเจนที่จะศึกษาและแก้ไขปัญหาและระยะต่อมาได้พัฒนาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR: Participatory Action Research) ซึ่งหมายถึงความพยายามทุกวิถีทางที่จะพัฒนาชุมชนโดยที่กลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์จากการวิจัยต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเตรียมโครงการ การหาแนวทาง และกำหนดแนวการแก้ไขปัญหา มีการดำเนินงาน ประเมินผลและปรับปรุงแผน มีการสรุปผลและรายงานให้ชุมชนทราบและขยายผลต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. รูปแบบของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากการศึกษาของ ประดิษฐ์ สุขฉายา และคณะ (2544) ในเรื่องบทบาทและโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : บริการของวิชาชีพและสภาพบริการสุขภาพ ในส่วนของรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิพบว่า การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิมีโครงสร้าง 5 ลักษณะคือ

- 1) การจัดให้มีศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมือง
- 2) การพัฒนาสถานีอนามัยที่มีศักยภาพให้เน้นศูนย์สุขภาพชุมชนนอกเขตเมือง
- 3) การสร้างศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมืองขึ้นมาใหม่เพื่อเป็นต้นแบบ
- 4) การปรับหรือจัดให้มีหน่วยเวชปฏิบัติครอบครัวหรือทีมเยี่ยมบ้านที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพไปเยี่ยมผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกที่บ้าน
- 5) การเป็นร้านขายยาที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพด้านการให้ยาและการดูแลสุขภาพตนเอง

หทัยชนก บัวเจริญ (2544) ได้ศึกษาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลศูนย์มีหลากหลาย เช่น หน่วย PCU ในโรงพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนภายใต้การกำกับของโรงพยาบาลเทศบาลและสถานีอนามัย มีเงื่อนไขการพิจารณาหน่วยบริการคือ PCU ในเขตเทศบาลจะต้องแยกออกจากผู้ป่วยนอก เสริมทีมการทำงานในชุมชน ส่งเสริมสุขภาพครบวงจร มีเกณฑ์มาตรฐานให้

บริการที่ไม่ซ้ำซ้อนกับโรงพยาบาล ส่วน PCU นอกเขตเทศบาลจะต้องมีการสร้างกระบวนการใหม่ในการทำงานอย่างต่อเนื่อง ให้ขวัญกำลังใจในการทำงาน และเปิดเวทีแสดงศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่

จินตนา ลีละไกรวรรณ (2544) ได้ศึกษาบริการสุขภาพปฐมภูมิ :กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าโรงพยาบาลชุมชนได้จัดตั้งศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวขึ้นให้บริการทั้งในศูนย์และนอกศูนย์โดยพยาบาลชุมชนจะทำงานนอกศูนย์ เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งในชุมชน โรงพยาบาล และส่งต่อไปยังระดับสูงขึ้น

รวมพร คงกำเนิด (2544) ได้ศึกษาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้พบว่า โรงพยาบาลชุมชนได้จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน 6 แห่ง เป็นศูนย์หลักและมี PCU รองอีก 16 แห่ง

ศพา บัณฑิตตานุกุล และพัชรภรณ์ ปัญญาวุฒิไกร (2544) ได้ศึกษาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนภาคกลางตอนล่าง พบว่าโรงพยาบาลชุมชนในเขตเมืองได้จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน 6 แห่ง 3 รูปแบบคือ 1) ศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบโดยเลือกสถานที่ในชุมชนอยู่หน้าหมู่บ้านและมีและมีตลาดย่อยใกล้ ๆ 2) ศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาลชุมชนจะรับผิดชอบพื้นที่รอบโรงพยาบาลโดยไม่ได้จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนหรือหน่วยแยกต่างหาก ประชาชนที่มาใช้บริการจะผ่านเข้ารูปแบบบริการของโรงพยาบาลเหมือนกัน 3) ศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นรูปแบบของสถานีนอนามัย

พัชรภรณ์ ปัญญาวุฒิไกร (2544) ได้ศึกษาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ :กรณีศึกษาโรงพยาบาลทั่วไปภาคกลาง พบว่าโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดเน้นสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิที่ต้องรับบริการจากการส่งต่อของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ จึงได้พัฒนาสถานีนอนามัย เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน 5 แห่ง โดยไม่เปิดศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลได้ดำเนินการโดยการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 จึงได้ประสานกับแนวคิดของศูนย์สุขภาพชุมชน จัดเป็นทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วย เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน นอกจากนี้โรงพยาบาลได้จัดทีมรักษาเคลื่อนที่หมุนเวียนให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนสาขาต่าง ๆ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งจัดให้มีคลินิกพิเศษเฉพาะโรค สัปดาห์ละครั้งที่ศูนย์ด้วย

2. บทบาทของผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากการศึกษาของประคิน สุจฉายา และคณะ (2544) พบว่า บุคลากรหลักที่ให้บริการในบางแห่งมีแต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพยาบาล บางแห่งมีแพทย์ เกสัชกรประจำทุกวันหรือบางวันมีทันตแพทย์บางวันและในศูนย์สุขภาพชุมชนบางแห่งยังมีทันตภิบาล พนักงานสุขภาพ ภิบาล พนักงานผู้ช่วยร่วมในทีมด้วย แต่ละวิชาชีพที่บทบาทหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดังนี้

1) แพทย์ ให้การตรวจวินิจฉัยการรักษาโรคทั่วไป โรคเรื้อรังแก่ประชาชนทุกกลุ่ม ให้การสอน คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพ เยี่ยมบ้าน

2) พยาบาล ตรวจสุขภาพเด็กให้ภูมิคุ้มกันโรค ตรวจครรภ์ ตรวจและให้การรักษาโรคเบื้องต้น ให้การสอน ให้คำแนะนำ บริการเยี่ยมบ้าน สํารวจข้อมูลทำแฟ้มประวัติครอบครัว เฝ้าระวังโรคระบาดต่าง ๆ สร้างความร่วมมือจากชุมชน และบริหารจัดการหน่วยบริการในกรณีไม่มีแพทย์

3) เกสัชกร ให้การบริการทางเภสัชกรใน PCU และที่บ้าน บริหารยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ใน PCU จ่ายยาและให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องการใช้ยา

4) ทันตแพทย์ ให้การรักษาฟันได้แก่ ถอนฟัน อุดฟัน ชูดหินปูน ให้ยาระงับความเจ็บปวด กำจัดรอยฟันผุ และใส่ฟันปลอม ส่งเสริมและป้องกันปัญหาของสุขภาพช่องปาก ตรวจสุขภาพช่องปาก แนะนำทางทันตกรรม การใช้ฟลูออไรด์ นอกจากนี้ยังให้การแนะนำแก่ประชาชนให้ดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ส่วนใหญ่ทันตแพทย์จะไม่ประจำหน่วย PCU เพราะมีค่าใช้จ่ายสูง อาจไปบางวันเพื่อรักษาและนิเทศทันตภิบาลซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานที่PCU นอกโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่

หทัยชนก บัวเจริญ (2544 เรื่องเดิม) พบว่าบทบาทและขอบเขตของวิชาชีพพยาบาลในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้บริการเชิงรุก ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ดูแลฟื้นฟูสภาพ ประเมินภาวะสุขภาพและสภาวะคุกคามสุขภาพ เป็นผู้ประสานงาน ผู้จัดการที่ทำให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน ให้ความรู้ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ปกป้องพิทักษ์สิทธิประชาชนและเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ลิ้มไกรวรรณ (2544, เรื่องเดิม) ที่พบว่าพยาบาลชุมชนมีบทบาทในการให้บริการสุขภาพประจำวัน โดยใช้เวรไม่เกินวันละ 1 ชั่วโมง ในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพ เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เวลาส่วนใหญ่ที่เหลือจะให้ความสำคัญกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและกลุ่มที่ขาดการรักษา การทำงานในชุมชนจะทำให้รู้จักชุมชนเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์และจัดโครงการสร้างสุขภาพในชุมชนเพื่อการพึ่ง

ตนเองทางด้านสุขภาพของชุมชน พัททษัสิทธิ์ให้กับประชาชนและสนับสนุนการทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

รวมพร คงกำเนิด (2544, เรื่องเดิม) พบว่าบทบาทผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชนพบว่าบทบาทการให้บริการบุคลากรหลักคือพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะปฏิบัติงานประจำทุกวันใน PCU ส่วนแพทย์จะมาปฏิบัติงานในวันที่มีผู้ใช้บริการจำนวนมาก ส่วนทันตแพทย์ เกษัชกร และเจ้าหน้าที่ชันสูตรจะปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การจัดบริการสุขภาพได้แก่ 1) การรักษาโรคเบื้องต้นพยาบาลเป็นบุคลากรหลักโดยให้บริการในเวลาราชการ บางแห่งกำหนดให้บริการนอกเวลาราชการด้วย 2) การส่งเสริมและการป้องกันโรคเป็นงานหลักของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แก่ การตรวจครรภ์ การตรวจหลังคลอดและการให้ภูมิคุ้มกันโรค 3) งานเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุก PCU ได้วางแผนในการเยี่ยมบ้านตามนโยบายของโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นพยาบาลประจำครอบครัว

3. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

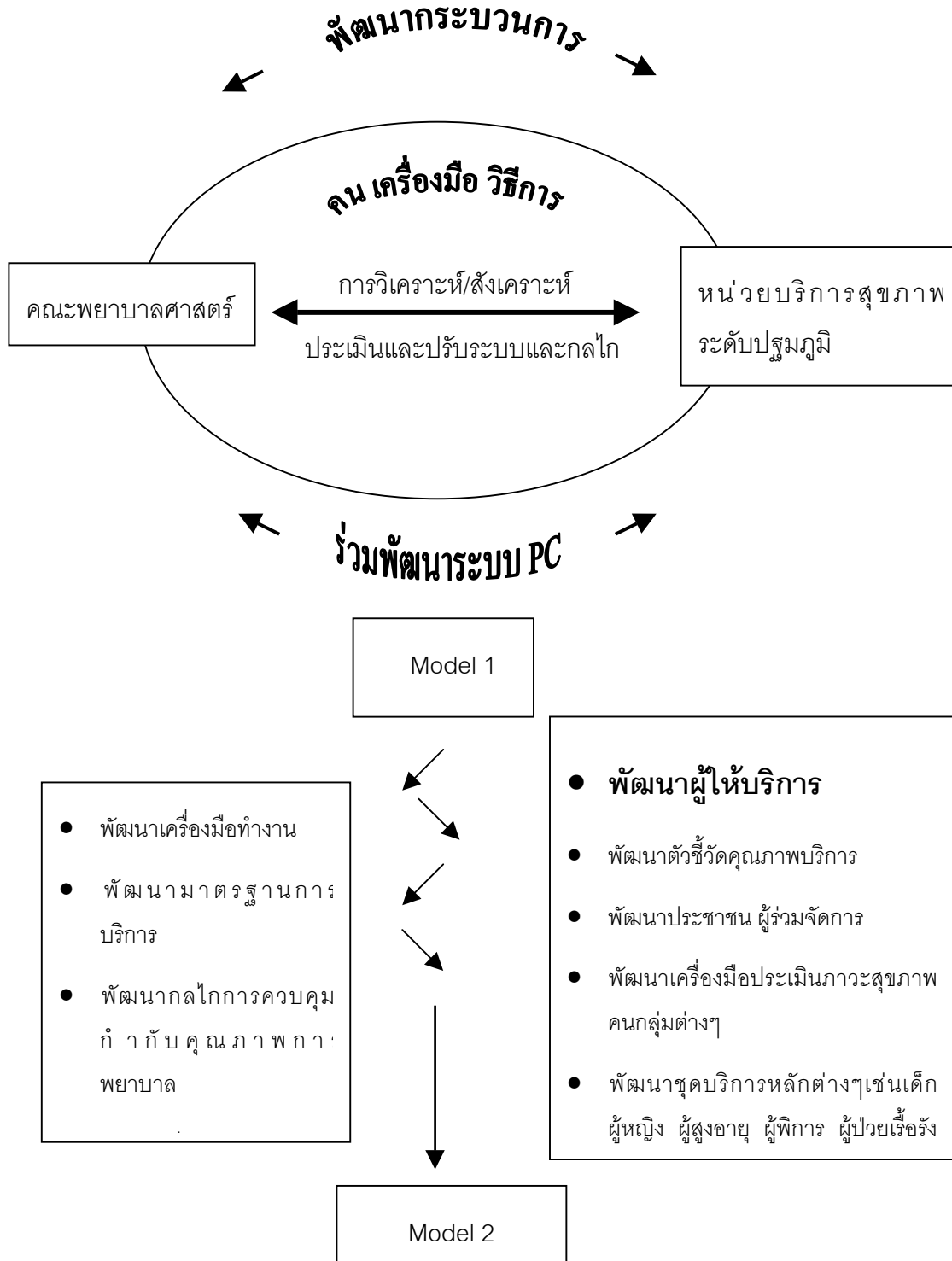
จากการศึกษาของ อัมพร ฝอยทอง (2545) เรื่องปัญหาและอุปสรรคการบริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายของโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การแยกศูนย์จากสถานีนามัยทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูง ด้านการปฏิบัติงาน การรักษาพยาบาลเจ้าหน้าที่มีเวลาให้คำแนะนำผู้รับบริการน้อย เจ้าหน้าที่มีประสบการณ์น้อยในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การทำงานเป็นทีม และการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ โดยเฉพาะกับสถานีนามัยและมีทัศนคติไม่ดีต่อกัน นอกจากนี้ยังพบว่าชุมชนให้ความร่วมมือน้อย ประชาชนไม่เห็นความสำคัญการป้องกันโรค ฟังพาการรักษาพยาบาล มีปัญหาการย้ายถิ่นและเศรษฐกิจ ต้องการรับการตรวจจากแพทย์ ไม่มีความมั่นใจในการตรวจจากพยาบาล

ชินรส ลีสวัสดิ์ (2545) ได้ศึกษาการประเมินความพร้อมในการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำปาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับศูนย์สุขภาพชุมชนในระดับปานกลาง มีความเห็นด้วยปานกลางเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม และการติดต่อสื่อสารในองค์กร นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค ทำให้โอกาสในการศึกษาต่อของบุคลากรเป็นไปได้มากยิ่งขึ้น จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานไม่เพียงพอประมาณที่รัฐบาลจัดสรรให้ไม่เพียงพอต่อการให้บริการประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้องค์กรต่าง ๆ

เทศบาล และองค์กรบริหารส่วนตำบลยังไม่มีความพร้อมในการสนับสนุนด้านการเงิน แม้แต่การบริจาคจากประชาชน

จากการศึกษาของรวมพร คงกำเนิด (2544, เรื่องเดิม) พบว่าในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พยาบาลต้องใช้องค์ความรู้หลายด้านผสมผสานกันในการปฏิบัติงานและเนื่องจากพยาบาลทุกคนปฏิบัติงานเฉพาะที่โรงพยาบาล ประกอบกับขาดการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานใน PCU จึงมีปัญหาและอุปสรรคในการทำงานตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงาน ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจะจัดอบรมความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานใน PCU อย่างสม่ำเสมอ แต่พยาบาลทุกคนยังมีการชวนขายเข้าเรียนและอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติจากสถาบันการศึกษาอื่นเพื่อเพิ่มสมรรถนะให้กับตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าในแต่ละ PCU มีการเชื่อมโยงการทำงานในแต่ละวิชาชีพได้ดี โดยเฉพาะการติดต่อและการปรึกษามีความสะดวกและความคล่องตัวสูง ประชาชนมีความพึงพอใจในการบริการสุขภาพมากถึงร้อยละ 65.5 คือสถานบริการสุขภาพให้บริการสุขภาพดีขึ้น รู้สึกมั่นใจในวิธีการรักษาการให้คำแนะนำปรึกษา และการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และสิ่งที่ต้องการมากขึ้นถึงการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อ เจ็บป่วย

กรอบแนวคิด



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกรณีศึกษาในสถานีนามัยขุนคอง อำเภอลำดอง จังหวัดเชียงใหม่ครั้งนี้ ใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยเน้นการมีส่วนร่วม (participatory action research) ของชุมชนในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เหมาะสมโดยใช้วิธีการสังเกตการณ์ การสัมภาษณ์ และการสะท้อนข้อมูลเพื่อการตรวจสอบจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

พื้นที่ทำการวิจัย

คณะผู้วิจัยคัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจงในเขตจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ โรงพยาบาลลำดอง และเครือข่ายบริการในอำเภอลำดอง ทั้งนี้ในการเลือกพื้นที่ดำเนินงานกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้บริหารของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการดำเนินงาน
2. เป็นพื้นที่ที่มีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ชัดเจน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งผู้ใช้บริการ และองค์กรท้องถิ่นต่าง ๆ มีความสนใจเข้าร่วมดำเนินงาน

จากการประชุมปรึกษาหารือกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำดอง และสอบถามความสมัครใจของสถานีนามัยได้คัดเลือกสถานีนามัยขุนคอง ตำบลขุนคอง อำเภอลำดอง เป็นพื้นที่ในการศึกษา

ตำบลขุนคอง อำเภอลำดอง ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ของอำเภอเมืองเชียงใหม่มี 9 หมู่บ้าน มีจำนวนครอบครัวทั้งสิ้น 1,322 ครอบครัว มีประชากร 4,635 คน (ข้อมูลจากสรุปแบบสอบถาม จปฐ. ปี 2543) หมู่บ้านที่อยู่ห่างไกลที่สุดจะห่างจากอำเภอเมืองเชียงใหม่ 30 กิโลเมตร มีพื้นที่รวม 4,904 ไร่ มีลักษณะเป็นพื้นที่ราบลุ่มสำหรับการทำเกษตรกรรม มีลำคลองชลประทานไหลผ่าน

การคมนาคม ติดต่อกันระหว่างหมู่บ้าน ภายนอกหมู่บ้านรวมทั้ง อำเภอลำดอง และอำเภอเมืองเชียงใหม่ เป็นไปด้วยความสะดวก มีถนนหลักติดต่อทั่วถึง มีรถยนต์โดยสารประจำทางติดต่อระหว่างในเมืองและหมู่บ้านทุกวัน นอกจากนี้ประชาชนในแต่ละหมู่บ้านยังมีรถยนต์หรือรถมอเตอร์ไซด์ส่วนตัวใช้เกือบทุกครัวเรือน

ลักษณะการปกครองในท้องถิ่น มีองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นฝ่ายรับผิดชอบในการบริหารจัดการ โดยในแต่ละหมู่บ้านทำหน้าที่ดูแลความเป็นอยู่และความสงบเรียบร้อย มีกำนันเป็นหัวหน้าในแต่ละหมู่บ้านจะมีคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้ใหญ่บ้านในการช่วยเหลืองาน

ด้านต่างๆ เช่น ด้านการบริหาร และด้านรักษาความปลอดภัย เป็นต้น ในแต่ละหมู่บ้านมีการจัดตั้งกลุ่มพัฒนาต่างๆ เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ กลุ่มออมทรัพย์ เพื่อผลประโยชน์ของกลุ่มสมาชิกและช่วยเหลือกัน เป็นต้น

สภาพเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่ประชาชนมีอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง และอุตสาหกรรมในครัวเรือนได้แก่การแกะสลักไม้ ทำให้มีลักษณะเศรษฐกิจโดยรวมอยู่ในเกณฑ์พอเพียง ประชาชนส่วนใหญ่มีงานทำ

แหล่งประโยชน์ในชุมชน ในตำบลขุนคองมีโรงเรียน 3 แห่ง เป็นระดับประถมศึกษา 2 แห่ง อีก 1 แห่งเป็นโรงเรียนขยายโอกาสถึงระดับมัธยมศึกษา แต่ละหมู่บ้านมีวัดประจำมีเสียงตามสาย มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3 แห่ง สถานีอนามัย 1 แห่ง ตั้งอยู่ที่หมู่ 1 บ้านต้นแก้ว

ปัญหาสุขภาพ พบอัตราตายใน 5 อันดับแรกคือ โรคติดเชื้อ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงและอุบัติเหตุ ส่วนอัตราป่วยพบโรคของระบบทางเดินหายใจ โรคผิวหนัง โรคระบบทางเดินอาหาร และการติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลประกอบด้วย

1. ประชาชนผู้ใช้บริการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจในการเข้าร่วมสนทนากลุ่ม
2. ผู้นำชุมชนเช่นผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล
3. ผู้ให้บริการ ได้แก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลสร้างโดยคณะผู้วิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสังเกตระบบการทำงาน การปฏิบัติงานของบุคลากรทางสุขภาพ ความเหมาะสมและความเพียงพอของบุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์ และสถานที่
2. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึกบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับหน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิ ลักษณะโครงสร้างระบบการทำงาน ความพร้อมและความเพียงพอของบุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์และสถานที่ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน
3. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนกับผู้รับบริการเกี่ยวกับความเข้าใจหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ลักษณะของบริการและคุณภาพของการให้บริการ การยอมรับของชุมชนต่อบริการที่ได้รับ บทบาทของพยาบาล การมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรท้องถิ่นในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงถึงการให้บริการก่อนและหลังการจัดให้บริการในระดับปฐมภูมิ

ขั้นตอนการทำวิจัย

การดำเนินงานแบ่งเป็นขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาและประเมินสถานการณ์การดำเนินงานระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งได้แก่การประเมินการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพ ของพื้นที่เป้าหมาย ในด้าน โครงสร้าง บทบาท และเครือข่ายของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยวิธีการสังเกต สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้ นำ มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อเป็น แนวทางในการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 พัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและวิธีการควบคุมคุณภาพการบริการ และพัฒนาชุดบริการหลัก(health care service package) โดยการนำ ข้อมูลจากระยะที่ 1 มาวางระบบ ออกแบบระบบ และพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพในพื้นที่เป้าหมาย พัฒนาชุดบริการหลักในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนามาตรฐานการบริการที่สามารถตรวจสอบได้ โดยวิธีการประชุมกลุ่มร่วมกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพิจารณาแนวทางร่วมกัน

ระยะที่ 3 ดำเนินการให้บริการตามรูปแบบและวิธีการที่พัฒนาขึ้น พร้อมทั้งร่วมเรียนรู้ กับหน่วยบริการสุขภาพ รวมถึงประเมินผลเครื่องมือและกระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ภายใต้งานคิดใหม่

ระยะที่ 4 ประมวลผลผลลัพธ์การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิภายใต้งานคิดใหม่ และสรุปบทเรียนที่ได้พร้อมทั้งจัดทำรายงานผลการศึกษานำเสนอผู้เกี่ยวข้อง

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทำการศึกษาในสถานีนามัยขุนคง ตำบลขุนคง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษานำเสนอ ดังนี้

สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

สถานีนามัยขุนคงยังไม่ได้จัดตั้งเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ(PCU) ปัจจุบันได้ให้บริการประชาชนในเขตรับผิดชอบคือตำบลขุนคงซึ่งมีทั้งหมด 9 หมู่บ้าน และมีประชากรอีก 3 หมู่บ้านของตำบลสบแม่ข่า และตำบลบ้านแหวน มาใช้บริการที่สถานีนามัยขุนคง เนื่องจากมีอาณาเขตติดต่อกันและประชาชนมีความสะดวกในการมาใช้บริการ โดยมีผู้รับบริการที่รับผิดชอบอยู่ประมาณ 7,000 คน จากสถิติของผู้มารับบริการต่อวันสูงสุดมีประมาณ 100 คน จึงมีความต้องการที่จะขยายบริการให้สามารถจัดตั้งเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จากการสัมภาษณ์หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลหางดงได้ข้อมูลว่าการขอจัดตั้งสถานีนามัยขุนคงให้เป็น PCU ของโรงพยาบาลอำเภอหางดงอีก 1 แห่งนั้น ได้มีการพูดคุยปรึกษาหารือคณะกรรมการปฏิรูปสุขภาพระดับอำเภอ (คปสอ) ถึงแนวทางการพัฒนาสถานีนามัยให้มีศักยภาพในการจัดเป็น PCU แม้ว่าจำนวนประชากรจะไม่ถึงเกณฑ์

โครงสร้างการบริหาร

สถานีนามัยขุนคงมีเจ้าหน้าที่ 3 คนโดยมีโครงสร้างการบริหารกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข วุฒิพยาบาลระดับต้น ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าสถานีนามัยส่วนใหญ่รับผิดชอบด้านบริหาร การวางแผนครอบครัว การประสานงาน การเงิน การบัญชี งานบัตรประกันสุขภาพ
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน วุฒิพยาบาลระดับต้น ทำหน้าที่ให้บริการทั้งในและนอกสถานที่ โดยมีหน้าที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ งานโภชนาการ งานอนามัยแม่และเด็ก งานทันตสาธารณสุข และดูแลด้านวัสดุ ครุภัณฑ์

3. เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน รับผิดชอบงานการควบคุมโรคติดต่อ งานระบาดวิทยา งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม งานด้านข้อมูลข่าวสารและงานควบคุมเวชภัณฑ์

ขีดความสามารถของการให้บริการ

1. พบว่ามีการให้บริการรักษาพยาบาลทุกกลุ่มอาการ ส่วนใหญ่เป็นการรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้นและการปฐมพยาบาล สำหรับการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ไม่มีการวางแผน ให้ความรู้ยกเว้นในรายที่ผู้รับบริการซักถาม การบริการจัดขึ้นในวันราชการตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น. สำหรับในวันเสาร์ – อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์เจ้าหน้าที่พยาบาลจะผลัดวันกันปฏิบัติงานโดยจัดเป็นการทำงานนอกเวลาที่มีการจ่ายค่าตอบแทน

2. บริการด้านทันตกรรมป้องกันยังไม่ได้จัดเป็นบริการประจำ

3. บริการให้ความรู้แก่ประชาชนที่มาใช้บริการ มีการจัดบอร์ดให้ความรู้ด้านสุขภาพ นอกจากนี้มีการให้ความรู้แก่ประชาชนเมื่อมารับบริการ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการแนะนำในการรักษา และการใช้ยาเบื้องต้น

4. บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ให้บริการฝากครรภ์ จัดวัคซีนป้องกันบาดทะยักแก่หญิงตั้งครรภ์ในวันอังคารเวลา 08.30- 12.00 น. บริการวางแผนครอบครัวในวันพฤหัสบดีเวลา 08.30 – 12.00 น. โดยให้บริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิดและแจกถุงยางอนามัย ทั้งนี้ในผู้รับบริการรายใหม่จะได้รับการประเมินสุขภาพก่อนทุกครั้งและให้คำแนะนำแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นหลังให้บริการ การดูแลมารดาหลังคลอด ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการออกเยี่ยมบ้าน มีกิจกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายของประชาชน โดยการเดินแอโรบิกทุกวันในเวลา 18.00 – 19.00 น. โดยมีพยาบาลประจำหน่วยบริการเป็นผู้นำ จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า มีประชาชนหลายกลุ่มอายุมาร่วมกิจกรรมประมาณ 40 –50 คน

5. บริการดูแลสุขภาพเด็กในวันพุธเวลา 08.30 – 12.00 น. ให้บริการประเมินสุขภาพ จัดวัคซีน ประเมินการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ

6. บริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การบริการในรายที่ประชาชนร้องขอโดยเฉพาะในรายที่เจ็บป่วยเรื้อรัง สำหรับการให้การสนับสนุนอุปกรณ์ในการให้การดูแลเช่นวัสดุทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ได้ให้การช่วยเหลือในกรณีจำเป็น

7. บริการเชิงรุกในชุมชน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของครอบครัวและปัจจัยที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพวางแผนและดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ สถานีอนามัยร่วมกับโรงพยาบาลทางดงดำเนินการรณรงค์ตรวจมะเร็งปากมดลูกให้กับประชาชนสตรีกลุ่มเสี่ยงและสตรีที่สนใจ โดยมีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทางดงจำนวน 4 คน เป็นผู้ตรวจและเจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัยเป็นฝ่ายสนับสนุนอำนวยความสะดวกในการจัดเตรียมผู้รับบริการและอุปกรณ์การตรวจ การส่ง

ตัวอย่างเพื่อชันสูตรโรค โดยส่งตัวอย่างไปยังห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลทางดงและมีการรายงานผลให้ประชาชนทราบทุกราย นอกจากนั้นได้จัดให้มีโครงการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โครงการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดทุกหมู่บ้าน มีแผนประชาสัมพันธ์และกระตุ้นให้ประชาชนเข้าร่วมโครงการจากการสอบถามประชาชนและ อสม. พบว่าประชาชนต้องการให้มีบริการดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ

8. บริการด้านฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น ส่วนใหญ่จะเป็นการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังและให้คำแนะนำญาติเพื่อช่วยเหลือเบื้องต้น

9. บริการด้านการชันสูตรโรค ในสถานีนอามัยไม่มีเจ้าหน้าที่ชันสูตรโรค แต่ได้ประสานงานกับโรงพยาบาลทางดงเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการได้

10. บริการด้านยาหรือเวชภัณฑ์สามารถเบิกจากโรงพยาบาลทางดงและใช้เงินบำรุงของสถานีนอามัยที่ได้จากการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลและผู้ป่วยที่มีบัตรประกันสุขภาพ โดยผู้รับบริการต้องเสียเงินตามราคา ยา แต่ไม่เกิน 30 บาท ต่อครั้ง และต้องมีใบเสร็จรับเงินเก็บไว้เป็นหลักฐาน สำหรับประชาชนที่ยากจนไม่สามารถจ่ายค่ายาได้อาจให้เสียค่าบำรุงเล็กน้อย

เวชภัณฑ์ อุปกรณ์การแพทย์ และเครื่องมือต่าง ๆ ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลทางดงมีเพียงพอ สำหรับเวชภัณฑ์ยาในช่วงแรกสามารถเบิกได้ค่อนข้างจะสะดวกตามรายการที่ตั้งเบิกโดยจัดให้มีห้องเก็บรักษายาไว้ 1 ห้อง ต่อมาในระยะหลังการเบิกเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลมีการปรับวิธีการโดยจะเบิกเวชภัณฑ์ได้ตามรายงานการใช้เท่านั้น ทำให้การบริการไม่คล่องตัวเท่าที่ควร

ด้านอุปกรณ์ อาคารสถานที่

อาคารสถานที่มีความสะดวก แบ่งพื้นที่ภายในอาคารออกเป็นสัดส่วน เช่นห้องตรวจรักษาโรค มุมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มุมให้การพยาบาลและงานทะเบียนสถิติเป็นต้น การคมนาคมติดต่อกับหน่วยบริการคู่สัญญาเป็นไปอย่างสะดวกและส่วนใหญ่ประชาชนจะมียานพาหนะส่วนตัว ดังนั้นหากมีกรณีฉุกเฉินสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการได้ค่อนข้างรวดเร็ว อีกทั้งมีระบบสื่อสารโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อกับหน่วยบริการเครือข่ายได้สะดวก ส่วนอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ มีเพียงพอ มีการจัดเก็บและล้างทำความสะอาด ตลอดจนการเปลี่ยนน้ำยาตามเวลา มีเครื่องต้มเครื่องมือแพทย์เพื่อหมุนเวียนใช้ได้อย่างเหมาะสม แต่ยังขาดการควบคุมคุณภาพด้านการป้องกันการติดเชื้อ

การบริหารจัดการ

จากการประเมินสถานการณ์ พบว่ามีการจัดบุคลากรให้รับผิดชอบงานได้เหมาะสมกับ คุณวุฒิ รวมทั้งมีการสนับสนุนให้บุคลากรมีโอกาสศึกษาต่อเพื่อพัฒนางาน มีการช่วยเหลือซึ่งกัน และกัน แม้บางครั้งบุคลากรจะต้องไปประชุม อบรม หรืออบรม แต่จะต้องมีบุคลากรให้บริการที่ สถานีอนามัยเสมอ ในวันหยุดนักขัตฤกษ์ หรือเสาร์อาทิตย์ จะมีการอยู่เวรหมุนเวียนกัน

มีแผนการปฏิบัติประจำวัน ประจำเดือน และปีงบประมาณ ที่สอดคล้องกับนโยบาย แต่ การให้บริการยังเป็นแบบตั้งรับที่สถานีอนามัย การบริการเชิงรุกยังทำได้ไม่เต็มที่เนื่องจากขาด กำลังบุคลากร

การเงินและงบประมาณ

งบประมาณการบริหารจัดการได้รับงบประมาณจากหน่วยบริการคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ (Contracting unit for primary care, CUP) ซึ่งจัดสรรให้ตามจำนวนที่ขึ้นทะเบียนในโครงการ บัตรทอง 30 บาทรักษาทุกโรค โดยได้รับจัดสรรเป็นเงิน 40 บาท/คน/ปี ในปี 2544 ได้รับ งบประมาณ 120,000 บาท เพื่อใช้จ่ายค่าวัสดุสำนักงาน ค่าสาธารณูปโภค งานบ้าน และค่าล่วงเวลา

งบประมาณด้านเวชภัณฑ์ สามารถเบิกจาก CUP ได้ ซึ่งมีใช้เพียงพอ นอกจากนี้ยังมี รายได้จากเงินบำรุงของสถานีอนามัยที่ได้จากการจัดเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลประชาชน ที่มีบัตร ประกันสุขภาพ เมื่อมารับบริการที่สถานีอนามัยและได้รับยาเพื่อการรักษา จะต้องเสียเงินตาม ราคา แต่ไม่เกิน 30 บาทต่อครั้ง

การจัดฐานข้อมูล ฐานข้อมูลประชากร ความเจ็บป่วย การบริการ แผนการปฏิบัติงาน

มีการบันทึกตามระเบียบรายงานสำหรับข้อมูลความเจ็บป่วย การให้บริการ บันทึกการ ปฏิบัติงานทุกครั้ง ทุกราย แต่ยังไม่ได้นำมาจัดทำแฟ้มครอบครัว

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชนและบุคลากรสุขภาพ เพื่อแสดง ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ บริการสุขภาพในชุมชน และความต้องการบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิจากผู้นำชุมชน 2 คน เจ้าหน้าที่ อบต. 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน สรุปได้ดังนี้

ในความเห็นของผู้นำชุมชน สภาวะสุขภาพของชุมชนอยู่ในระดับดีถึงแม้ว่าจะมีการ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่บ้าง ส่วนเจ้าหน้าที่ อบต. เห็นว่าสภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นว่าสภาวะสุขภาพของชุมชนยังไม่ดีเนื่องจากประชาชนมีปัญหา สุขภาพด้านร่างกาย เช่น โรคกระเพาะอาหาร ภาวะเครียด ปวดข้อ ปวดหลัง ปัญหาทางจิตใจ ปัญหายาเสพติด และการมีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นอกจากนี้ทุกคนเห็นว่าชุมชนมี

มลพิษด้านสิ่งแวดล้อมจากฝุ่น ขยะ ซึ่งยังไม่มีที่กำจัดที่เหมาะสม และมลพิษจากการทำงาน เช่น กลิ่นสี กลิ่นทินเนอร์ในการทำเฟอร์นิเจอร์

ทุกคนมีความคิดเห็นว่าเป็นปัจจุบันสถานบริการสุขภาพในชุมชนให้บริการครอบคลุมดีทั้งด้านการรักษาโรคทั่วไป การวางแผนครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุ และเรื่องบัตรสุขภาพ อย่างไรก็ตามผู้นำชุมชนรายหนึ่งกล่าวว่า “งานบริการดีแต่บางครั้งขาดความต่อเนื่อง เช่น โครงการสวนสมุนไพร อบรมสวนสมุนไพร ซึ่งทำขึ้นมาแล้วพอหมดการสนับสนุนก็หยุดทำ”

สำหรับความคิดเห็นเกี่ยวกับจำนวนบุคลากร ส่วนใหญ่เห็นว่าบุคลากรในสถานบริการควรเป็นพยาบาลประจำ 2 คน เจ้าหน้าที่อนามัย 2 คน ต้องการให้แพทย์มา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างไรก็ตามผู้นำชุมชนมีความเห็นว่าอยากให้แพทย์และทันตแพทย์อย่างละ 1 คนอยู่ประจำสถานบริการ ทั้งนี้อยากให้มีบุคลากรสาธารณสุขครบทุกสาขาเพื่อจะให้บริการได้ครบไม่ต้องไปรับบริการนอกชุมชน สำหรับบทบาทของพยาบาลนั้น พยาบาลควรให้บริการที่จำเป็นได้ เช่น การเย็บแผล การรักษาฉุกเฉินนอกเวลาราชการแต่ไม่ควรเน้นการรักษาอย่างเดียว ควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยจัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การให้วัคซีนแก่เด็กและแนะนำการปฏิบัติตัว มีการเข้าพื้นที่ไม่ควรอยู่เฉพาะในสถานบริการ และมีส่วนกระตุ้นให้เกิดโครงการสุขภาพในชุมชน นอกจากนั้นพยาบาลควรมีใบหน้ายิ้มแย้ม พูดจาดีกับประชาชน

ส่วนรูปแบบการบริหารจัดการนั้น เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยกล่าวว่าควรเป็นรูปแบบอิสระ แต่ได้รับการช่วยเหลือจากรัฐด้านวิชาการ และมีการบริหารจัดการโดย อบต. ส่วนผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่อบต.มีความเห็นว่าศูนย์บริการสุขภาพในชุมชนควรมีการบริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับแพทย์และการรักษาโรค เพียงแต่นโยบายและแผนการทำงานควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เช่น การวางระบบงานเป็นต้น ทั้งนี้ผู้นำชุมชนกล่าวว่า เพราะ อบต.ยังไม่เข้มแข็ง ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ขาดประสบการณ์ และยังมีความขัดแย้งทำให้การบริหารจัดการค่อนข้างจะมีปัญหา สำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพนั้นควรมาจากงบประมาณของแผ่นดิน เนื่องจากเป็นบริการที่รัฐควรจัดให้แก่ประชาชน บางคนให้ความเห็นว่าอาจจะใช้งบประมาณบางส่วนจาก อบต. และบางส่วนประชาชนควรจ่ายเอง มีผู้นำชุมชนบอกว่า “ให้ใช้เงินจากนโยบาย 30 บาทรักษาได้ทุกโรค” และการกำหนดค่ารักษาไม่ควรแพง มีผู้นำชุมชนบางท่านให้ข้อคิดเห็นเนื่องจากตำบลขุนคมีอาณาเขตกว้าง หากเป็นไปได้ควรมีสถานีอนามัยสำหรับหมู่บ้านใกล้เคียง อีก 1 แห่ง ซึ่งเจ้าหน้าที่ อบต.ให้ข้อคิดเห็นหากศูนย์ ศสมช.ในแต่ละหมู่บ้านสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สถานีอนามัยเพียง 1 แห่งในตำบลก็เพียงพอ โดยให้สถานีอนามัยทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายและจัดให้มีหน่วยเคลื่อนที่ออกให้บริการตามศูนย์ ศสมช. ต่างๆ ด้วย

ส่วนใหญ่ต้องการเกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพคนวัยต่างๆโดยต้องการให้แพทย์ (“หมอ”) เป็นผู้สอน ร่องลงมาคือเจ้าหน้าที่อนามัย/สาธารณสุขและพยาบาล โดยต้องการไปปรับความรู้ คำแนะนำที่โรงพยาบาล และสถานีนอามัย

ความรู้ คำแนะนำอื่นที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการได้แก่ เรื่องการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค วิธีการป้องกันการเกิดโรค การเฝ้าระวังตรวจสุขภาพตนเอง ข้อมูลแหล่งบริการด้านสุขภาพ และสิทธิประโยชน์ต่างๆ โดยทุกเรื่องต้องการได้รับความรู้และคำแนะนำจากแพทย์มากที่สุด รองลงมาคือเจ้าหน้าที่สถานีนามัย/สาธารณสุขและพยาบาล และเกือบทุกเรื่องยกเว้นข้อมูลแหล่งบริการด้านสุขภาพและสิทธิประโยชน์ที่ต้องการได้จากโรงพยาบาลมากที่สุด รองลงมาคือสถานีนามัย

การดูแลในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือเฉียบพลัน จากการสัมภาษณ์พบว่าเมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือเฉียบพลันส่วนใหญ่จะไปรับการรักษา อาการที่ไปรับการรักษาเช่น ดีซ่าน โลหิตจาง รับประทาน ผื่นที่ท้องผื่น ไข้จับสั่น ขาดสารอาหาร อาหารเป็นพิษ โรคหัด โรคผิวหนัง โรคคางทูม ไกกรน มีบาดแผล ไข้หรือมีผื่น หรือมีจุด โรคอีสุกอีใส การอักเสบต่างๆ เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่ต้องการให้แพทย์เป็นผู้รักษามากที่สุด รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่อนามัย / สาธารณสุข และ

พยาบาล และต้องการไปรักษาที่โรงพยาบาล สำหรับอาการที่สามารถดูแลรักษาได้ด้วยตนเอง ได้แก่ มีไข้ตัวร้อน ไอ ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดเอว ปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้ อาเจียน และแมลงสัตว์กัดต่อย

การดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการการดูแลในเรื่องการตรวจเช็คอาการของโรค การรับประทานยาตามแผนการรักษา การให้การปรึกษเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตนเพื่อการดูแลสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการผ่อนคลายความเครียด โดยทุกเรื่องส่วนใหญ่ต้องการได้รับจากแพทย์รondesลงมาคือเจ้าหน้าที่อนามัย/สาธารณสุข และพยาบาล และเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังดังกล่าว ส่วนใหญ่ต้องการได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลมากที่สุด รองลงมาคือสถานีนามัย

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป

ผู้ให้สัมภาษณ์มีความเห็นว่า บุคคลมีหน้าที่ดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อมีการเจ็บป่วยตนเองและครอบครัวต้องช่วยดูแล สำหรับผู้อื่นที่ต้องการให้มาดูแลเมื่อป่วยคือแพทย์และพยาบาล หน่วยงานของรัฐควรรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของประชาชนมากที่สุด ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าการจัดบริการสุขภาพ ประชาชนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในบริการดูแลสุขภาพ โดยร่วมให้บริการ เป็นกรรมการ ใช้บริการ ตรวจสอบบริการ ให้ความร่วมมือ ร่วมลงทุน ตามลำดับ สำหรับสถานบริการสุขภาพอันดับแรกให้ผู้ให้สัมภาษณ์และครอบครัวมาใช้บริการคือ สถานีนามัย ร้านขายยา คลินิกเอกชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลชุมชน

สรุปจากการประเมินสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1. สถานีนามัยไม่สามารถให้บริการเชิงรุกได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียง 3 คน จำเป็นต้องอยู่ตั้งรับในการให้บริการรักษาโรคเบื้องต้นที่สถานีนามัย มีกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพจัดขึ้นเป็นครั้งคราวเช่นการตรวจมะเร็งปากมดลูกสำหรับสตรีวัยเจริญพันธุ์ การเจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับน้ำตาล การเยี่ยมบ้านเป็นการเยี่ยมครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังแต่ไม่สามารถทำได้ทั่วถึงและไม่ต่อเนื่อง

2. การจัดสรรทรัพยากรในเรื่องเวชภัณฑ์ จะได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลในรูปของยาที่เบิกใช้ แต่ยังไม่มียาเบียบ หรือรูปแบบการจัดตั้งงบประมาณที่ชัดเจน

3. การควบคุมคุณภาพและการนิเทศติดตาม มีคณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่น แต่ยังไม่มีการตกลงวางแผนในการควบคุมคุณภาพบริการแต่อย่างใด รวมทั้งไม่มีแผนในการนิเทศติดตามงานจากหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ

4. ระบบการจัดการข้อมูลยังไม่ได้มีการเก็บรวบรวมในลักษณะของแฟ้มครอบครัว

5. ความต้องการบริการด้านสุขภาพของชุมชนยังต้องการรับบริการในด้านต่างๆจากบุคลากรแพทย์ เป็นอันดับแรก รองลงมาคือบุคลากรพยาบาล ทั้งนี้บริการครอบคลุมทั้งการดูแลผู้ป่วยในระยะต่างๆ

การจัดเวทีนำเสนอข้อมูลและสะท้อนความคิดเห็นจากผู้นำชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมจาก 9 หมู่บ้านรวม 43 คนสรุปผลได้ดังนี้

ผู้นำชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขเห็นด้วยกับข้อมูลที่นำเสนอเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ปัญหาของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในส่วนของความคิดเห็นของประชาชนที่ระบุว่า ต้องการได้รับการดูแลสุขภาพจาก"แพทย์หรือหมอ" นั้น มีความหมายถึง "พยาบาล" เนื่องจากประชาชนจะเรียกบุคลากรทางด้านสุขภาพว่า "หมอ" นอกจากนี้ที่ประชุมยังมีข้อเสนอแนะว่า หากมีพยาบาลวิชาชีพให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนโดยมีพื้นที่เฉพาะในการรับผิดชอบ โดยประมาณว่า พยาบาล 1 คนรับผิดชอบประมาณ 300-400 หลังคาเรือนหรือครอบคลุมประชาชน 1000-1500 คนก็จะเป็นการดีและอยากให้ครอบคลุมทุกตำบล

ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป บุคคลที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของตนเองในภาวะที่ยังไม่เจ็บป่วยและเมื่อเกิดการเจ็บป่วยต้องการความช่วยเหลือดูแลจากแพทย์ แต่ประชาชนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการบริการดูแลสุขภาพด้วย โดยร่วมเป็นกรรมการพัฒนา กิจกรรมต่างๆ และมีข้อเสนอแนะให้มีบริการดูแลสุขภาพนอกเวลาราชการรวมทั้งวันหยุดเพื่อให้ประชาชนสามารถไปรับบริการได้สะดวก นอกจากนี้ผู้นำชุมชนได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับค่าบริการเนื่องจากมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค การเสียค่าใช้จ่ายควรสอดคล้องกับสถานการณ์ค่ารักษาพยาบาล 30 บาท รักษาได้ทุกโรคในปัจจุบัน

จากนั้นได้ร่วมกันวางแผนเพื่อพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้แนวทางดังนี้

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง

ปัญหา	เป้าหมาย	กิจกรรม	แหล่งสนับสนุน
บุคลากรขาดทักษะในการให้บริการ ■ การให้บริการเชิงรุก ■ การประเมินสุขภาพและการรักษาโรคเบื้องต้น ■ การศึกษาชุมชน	บุคลากรมีความรู้และทักษะในการให้บริการ	■ ฝึกอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในเรื่องการประเมินสุขภาพและรักษาโรคเบื้องต้น ■ ฝึกอบรมเรื่องการศึกษาชุมชน ■ ศึกษาต่อเนื่อง ■ จัดกระบวนการเรียนรู้ในการทำงานเชิงรุก	■ สวรส ■ คณะพยาบาล ■ อบต ■ รพ.หางดง ■ ประชาชน
ประชาชนต้องการปรับเปลี่ยนแนวคิดในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ	■ ประชาชนมีแนวคิดที่ถูกต้องเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพแทนการซ่อมสุขภาพ	■ สร้างกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในชุมชน ■ เสริมความเข้มแข็งของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ■ จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เช่นการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การป้องกันอันตรายจากการประกอบอาชีพ การจัดนิทรรศการส่งเสริมสุขภาพ	■ สวรส ■ คณะพยาบาล ■ อบต ■ รพ.หางดง ■ ประชาชน
อสม.ขาดความมั่นใจในการให้บริการตามศักยภาพ	■ อสม.ได้รับการเพิ่มพูนศักยภาพในการให้บริการ	■ จัดอบรมให้ความรู้แก่ อสม. ■ จัดระบบการสนับสนุนการทำงานให้แก่ อสม ■ เจ้าหน้าที่มีการนิเทศติดตามการทำงานของ อสม.	■ สวรส ■ คณะพยาบาล ■ อบต ■ รพ.หางดง ■ ประชาชน

ปัญหา	เป้าหมาย	กิจกรรม	แหล่งสนับสนุน
การบริหารจัดการ การ นิเทศงาน ยังขาดการวาง ระบบที่ชัดเจน ■ การให้บริการเชิงรุก ยังไม่เพียงพอ ■ ขาดระบบนิเทศงาน ■ ระบบการจัดการข้อ มูลยังไม่ได้ ■ ขาดระบบการควบคุม คุณภาพบริการ	■ การบริหารจัดการ การนิเทศงานมี ประสิทธิภาพ	■ เพิ่มพูนทักษะในการ บริหารจัดการ ■ พัฒนาคู่มือในการปฏิบัติ งาน ■ จัดให้มีระบบฐานข้อมูล ■ พัฒนาระบบการนิเทศ งาน ■ พัฒนาระบบการควบคุม คุณภาพ เช่นการควบคุม ป้องกันการติดเชื้อจาก การให้บริการ การพัฒนา ชุดบริการหลัก	■ สวรส ■ คณะพยาบาล ■ อบต ■ รพ.ทางดง ■ ประชาชน

วิธีการดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

เนื่องจากการบริการของสถานีนามัยขุนคงใช้โครงสร้างเดิมแต่ปรับบทบาทบุคลากรให้เน้นการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งรูปแบบการบริการสุขภาพที่จำเป็นต้องมีกระบวนการพัฒนาบุคลากรคือการให้แนวคิดในการทำงานกับชุมชน และพัฒนาศักยภาพในด้านการรักษาโรคเบื้องต้น

การพัฒนาแนวคิดในการทำงานกับชุมชน

คณะผู้วิจัยได้สนับสนุนการพัฒนาแนวคิดของบุคลากรในการทำงานร่วมกับชุมชน โดยสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมกระบวนการศึกษาวิถีชีวิตชุมชนซึ่งจัดโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทั้งนี้ได้ทำการศึกษาชุมชนในหมู่ 2 บ้านถวาย ตำบลขุนคงเป็นกรณีตัวอย่าง โดยมีเจ้าหน้าที่พยาบาลจากโรงพยาบาลทางดงจำนวน 2 คนและเจ้าหน้าที่จากสถานีนามัยขุนคงอีก 1 คนเข้าร่วมในการอบรม

การพัฒนาศักยภาพในด้านการรักษาโรคเบื้องต้น

ถึงแม้ว่าการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ แต่ตามมาตรฐานของบริการที่ควรจะให้แก่ประชาชนในด้านการรักษาพยาบาลทั้งที่เป็นโรคทั่วไปและโรคเรื้อรังยังมีความจำเป็นอยู่ สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้แทนชุมชนที่ต้องการให้บุคลากรมีทักษะในการวินิจฉัยโรคเบื้องต้นได้แม่นยำยิ่งขึ้น กระบวนการ

พัฒนาเริ่มจากการศึกษาความต้องการและจุดด้อยร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่และคณะผู้วิจัย จึงได้มีการพัฒนาศักยภาพในการรักษาโรคเบื้องต้นโดยส่งเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย 2 คน ไปรับการอบรมเรื่องการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งจัดโดยคณะพยาบาลศาสตร์ และเพื่อช่วยให้บริการรักษาโรคเบื้องต้นสามารถให้บริการได้ครอบคลุมมากขึ้นทางหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิได้จัดเจ้าหน้าที่พยาบาลออกมาประจำที่สถานีนอนามัย จำนวน 1 คนมาปฏิบัติงานที่สถานีนอนามัยทุกวันราชการ ซึ่งได้ทดลองทำการอยู่ประมาณ 2 เดือน หลังจากนั้นทางโรงพยาบาลหาดประสมปัญหาในเรื่องขาดบุคลากร จึงได้ลดจำนวนวันลงเหลือ 3 วันในหนึ่งอาทิตย์ และลดลงเหลือ 2 วันต่ออาทิตย์ จนถึงประมาณสิ้นเดือนพฤษภาคม 2546 มีแผนส่งเจ้าหน้าที่พยาบาลออกมาประจำที่สถานีนอนามัย แต่มีจะจัดทีมรักษาพยาบาลซึ่งจะประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ออกมาให้บริการทุกวันจันทร์ โดยจะเริ่มต้นในเดือนมิถุนายน 2546

การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ

ในส่วนของการพัฒนาบุคลากรระดับชุมชนให้สามารถดูแลตนเองและดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในชุมชน คณะผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการในกลุ่มผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้านและอาสาสมัคร ได้ข้อมูลว่าอาสาสมัครขาดความรู้และความมั่นใจในการให้บริการดูแลสุขภาพเบื้องต้นแก่ชุมชน จึงได้มีการจัดอบรมอาสาสมัครในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การเช็ดตัวลดไข้ให้แก่อาสาสมัคร ทั้ง 9 หมู่บ้าน รวม 46 คน แบ่งการอบรมออกเป็น 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 10-20 คน ใช้เวลาในการอบรม ประมาณ 4 ชั่วโมง โดยมีวิทยากรจากคณะพยาบาลศาสตร์ ร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยเป็นผู้ให้การอบรม

ตามแนวทางของการให้บริการเชิงรุกต้องมีการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน โดยเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการต้องร่วมมือกับชุมชนและหน่วยงานอื่นในการวิเคราะห์ วางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2545 ถึง กุมภาพันธ์ 2546 คณะผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยและ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้เข้าดำเนินกระบวนการศึกษาชุมชนและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ตลอดจนแนวทางการแก้ไข โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ใน 6 หมู่บ้าน ซึ่งปัญหาที่วิเคราะห์ได้มีดังนี้

1. ปัญหาด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมภายในที่พักอาศัย
2. มีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและดูแลสุขภาพตนเองไม่ถูกต้อง

3. มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วยเช่นการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ขาดการป้องกันตนเองจากอันตรายในการทำงานเช่นการทำหัตถกรรม แกะสลัก การพ่นยาปราบศัตรูพืช

4. เด็กวัย 0-5 ปียังมีภาวะทุพโภชนาการและยังได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์

จากการศึกษาปัญหาร่วมกับชุมชนได้มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาและป้องกันภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพโดยมีการจัดกิจกรรมต่างๆเช่น การจัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การจัดการประกวดบ้านเรือนที่ถูกสุขลักษณะเป็นบ้านตัวอย่างทางด้านสุขภาพ การจัดนิทรรศการความรู้ การเยี่ยมบ้านผู้ที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพต่างๆ

การศึกษาดูงาน

ได้จัดให้มีการศึกษาดูงานจากชุมชนต้นแบบ เน้นถึงการเรียนรู้วิถีคิด วิถีจัดการ รูปแบบของกิจกรรมที่ชุมชนต้นแบบประสบความสำเร็จในการพัฒนาตนเองในการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพสำหรับชุมชน ในการศึกษาดูงานได้มีอาสาสมัคร กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เข้าร่วมศึกษาดูงานรวม 22 คน โดยศึกษาดูงานที่โรงพยาบาลน้ำพอง และหมู่บ้านในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ผลการดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การดำเนินงานที่เกิดขึ้นเป็นกระบวนการพัฒนาที่เกิดจากความต้องการและวางแผนพัฒนาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่วิเคราะห์ได้ สถานีอนามัยขุนคงในระยะเริ่มแรกยังไม่ได้ยกระดับเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เมื่อประมาณเดือน ตุลาคม 2545 จึงได้รับการรับรองให้ยกระดับเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ การสนับสนุนกำลังคนจากหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิจึงมีการจัดส่งเจ้าหน้าที่พยาบาลมาออกให้บริการเพิ่มขึ้นแต่ขาดความต่อเนื่อง มีการปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติอยู่เป็นระยะ เนื่องจากหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิก็เกิดปัญหาเรื่องขาดแคลนกำลังคนเช่นกัน ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในการวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก อย่างไรก็ตามจากการพัฒนาที่ได้กระทำมีผลกระทบเกิดขึ้นดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจในกระบวนการศึกษาชุมชนมากขึ้น รวมทั้งได้ริเริ่มจัดทำแฟ้มครอบครัวเพื่อเป็นเครื่องมือในการเข้าถึงวิถีชีวิตของชุมชน และได้ทำการศึกษาครอบครัวร่วมกับนักศึกษาพยาบาล จากคณะพยาบาลศาสตร์ รวมทั้งสิ้น 6 หมู่บ้าน ได้จำนวน 375 ครอบครัว ปัญหาของการดำเนินงานเนื่องจากการตั้งงบประมาณเพื่อจัดทำแฟ้มข้อมูลจากโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่าย ไม่สามารถอนุมัติได้ในปีงบประมาณ 2545-2546 ดังนั้นข้อมูลยังไม่สามารถจัดเก็บเป็นฐานข้อมูลการให้บริการได้

2. บุคลากรอาสาสมัครเกิดความมั่นใจในการให้บริการแก่ประชาชนในความดูแลของตน เป็นการช่วยเหลือเบื้องต้นทั้งนี้อาสาสมัครแต่ละหมู่บ้านได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์วัสดุยานชีพ และอุปกรณ์การปฐมพยาบาลเบื้องต้นจากคณะผู้วิจัยและสามารถเบิกวัสดุเพิ่มเติมได้จากสถานีอนามัย อาสาสมัครจะให้บริการดูแลสุขภาพ วัดความดันโลหิตและทำแผลให้กับผู้รับบริการในหมู่บ้านของตนเอง ทั้งนี้ใช้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานที่มีอยู่เดิมในบางหมู่บ้าน หรือบ้านของอาสาสมัครเป็นจุดให้บริการ อาสาสมัครจะหมุนเวียนกันให้บริการในแต่ละวัน เมื่อมีเทศกาลของตำบลเช่นการทำบุญ การแข่งกีฬาประจำตำบล การประชุมผู้สูงอายุ อาสาสมัครจะเป็นผู้จัดบริการ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตแก่ผู้มาขอรับบริการ

3. ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่ออันตราย ทำให้เกิดความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น โดยประเมินได้จากผลของการจัดกิจกรรมในแต่ละเรื่อง พบว่ามีประชาชนเข้าร่วมและให้ความสนใจเป็นจำนวนมากพอสมควร

4. ผลของการศึกษาดูงาน ผู้นำชุมชนมีความตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น แต่เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลยังมีน้อย ดังนั้นชุมชนของตำบลขุนคองจึงปรับการมีส่วนร่วมโดยเน้นการจัดบริการโดยอาสาสมัครของแต่ละหมู่บ้าน

5. การให้บริการสุขภาพในเชิงรุก พื้นที่ในตำบลขุนคองเป็นพื้นที่ในการฝึกปฏิบัติงานด้านการรักษาโรคเบื้องต้นและการพยาบาลอนามัยชุมชนของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ของคณะพยาบาลศาสตร์ ดังนั้นกิจกรรมการบริการที่เกิดขึ้นจึงช่วยเสริมแนวทางการให้บริการสุขภาพเชิงรุกของสถานีอนามัยเนื่องจากปัญหาของสถานีซึ่งมีบุคลากรไม่เพียงพอในการให้บริการเยี่ยมครอบครัว การฝึกให้บริการของนักศึกษาพยาบาลพบว่าสามารถให้บริการเยี่ยมครอบครัวผู้ที่มีปัญหาสุขภาพต่างๆ รวมสิ้น 101 ครอบครัว มีผู้ได้รับการทั้งสิ้น 189 คน เป็นการเยี่ยมผู้สูงอายุ 55 คน และผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ 134 คน มีทั้งหมด 26 รายโรค ส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคของกระดูกและข้อ เป็นต้น ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเหล่านี้จะได้รับการบริการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมมาแล้ว

6. รูปแบบหรือชุดบริการหลักสำหรับประชาชนกลุ่มต่างๆ จากการรวบรวมข้อมูลในการเยี่ยมครอบครัวที่ผ่านมา ชุดบริการหลักที่ควรจะต้องจัดขึ้นสำหรับประชาชนควรจะต้องประกอบด้วย

การบริการสำหรับผู้สูงอายุ บริการที่จัดขึ้นควรมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

- การประเมินร่างกายและสุขภาพ
- การให้คำแนะนำในการดูแลตนเองได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การทำงาน การพักผ่อน และการใช้ยาเมื่อมีความจำเป็น
- การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุได้แก่ชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน

การบริการสำหรับผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหอบหืด ภูมิแพ้ โรคของกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งกิจกรรมควรจะประกอบด้วย

- การประเมินร่างกายและสุขภาพ
- การให้คำแนะนำในการดูแลตนเองตามโรคที่เป็นอยู่
- การให้คำแนะนำถึงการใช้บริการใกล้บ้าน

การบริการสำหรับบุคคลในวัยแรงงาน กิจกรรมควรจะประกอบด้วย

- การประเมินร่างกายและสุขภาพ
- การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอันตรายและการป้องกันโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ

ตัวอย่างชุดบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้ทำการศึกษา

คือชุดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน

วิธีการรวบรวมข้อมูล

สัมภาษณ์ผู้รับบริการ คือผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่สถานีอนามัยชุมชนและโรงพยาบาลหางดง รวมทั้งสิ้น 31 คน

สอบถามผู้ให้บริการตามแบบสอบถาม ได้แก่ แพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน คลินิกโรคเบาหวาน จากโรงพยาบาลหางดง โรงพยาบาลนครพิงค์และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งเป็นหน่วยงานให้บริการตามระบบการส่งต่อ จำนวน 16 คน (แพทย์ 7 คน พยาบาล 9 คน)

สนทนากลุ่ม พยาบาลฝ่ายส่งเสริมสุขภาพจากโรงพยาบาลหางดง ฝ่ายเวชกรรมสังคม จากโรงพยาบาลนครพิงค์ พยาบาลในโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน คณะพยาบาลศาสตร์ และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยชุมชน รวม 5 คน

ผลการศึกษา พบว่า ความต้องการชุดบริการแตกต่างกันตามการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเป็น 3 ระดับ คือ

กรณีช่วยเหลือตัวเองได้ดี ชุดบริการที่จัดให้ควรเป็นการสนับสนุนและให้ความรู้ โดยพยาบาลและ/หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมแล้ว โดยวิธีการเยี่ยมบ้าน 3-4 เดือนต่อครั้ง

กรณีมีภาวะแทรกซ้อน ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างแต่ไม่สามารถดูแลสุขภาพได้ทุกเรื่องที่ต้องอาศัยทักษะพิเศษ บริการที่จัดให้ควรเป็นการทดแทนบางส่วน หรือบริการที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์เฉพาะทางโดยพยาบาลให้บริการเยี่ยมบ้านทุก 2-3 เดือน

กรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนมาก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ผู้ให้บริการควรเป็นทีมสุขภาพที่ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ แต่หากไม่สามารถจัดทีมสุขภาพได้ ควรมีพยาบาลเป็นหลักสำคัญในการให้บริการ และมีบุคลากรดังกล่าวเป็นที่ปรึกษาในเรื่องที่เกี่ยวข้อง ให้บริการเยี่ยมบ้านทุก ½ - 1 เดือน

กิจกรรมและวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องการควรเป็นไปตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน นอกจากนี้การดูแลด้านจิตใจ สิ่งแวดล้อมและด้านสังคมสงเคราะห์แก่ผู้ป่วยและครอบครัวตลอดจนการวางแผนให้บริการร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ ล้วนเป็นสิ่งสำคัญที่ควรระบุไว้ในชุดบริการทุกระดับ รวมทั้งการบันทึกรายงานเพื่อใช้เป็นหลักฐานและเป็นประโยชน์ในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

กรณีมีการคิดค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยเบาหวานจะสามารถจ่ายได้เฉลี่ยครั้งละ 65.33 บาท และเห็นด้วยที่จะรวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวไว้ในโครงการ 30 บาท

(รายละเอียดชุดบริการอยู่ในภาคผนวก)

แผนการดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในครั้งนี้ได้ดำเนินการภายใต้สถานการณ์และปัจจัยด้านทรัพยากรที่ประเมินได้ในขั้นตอนที่หนึ่ง มีบุคลากรจากหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิมาเสริม เมื่อบุคลากรและประชาชนมีกระบวนการที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เข้าใจถึงกระบวนการทำงานในชุมชนโดยผ่านการพัฒนาศักยภาพในรูปแบบต่างๆ ทำให้สามารถจัดบริการเชิงรุกได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ถึงแม้ว่าการมีส่วนร่วมในด้านการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรท้องถิ่นจะไม่สามารถเริ่มได้ในระยะนี้

แต่สถานการณ์ปัจจุบันการวางระบบการบริหารจัดการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตจังหวัดเชียงใหม่ ยังไม่สามารถกำหนดวิธีการที่ชัดเจน มีการทดลองรูปแบบการดำเนินการด้านกำลังคน และด้านงบประมาณในหลายรูปแบบ มีการปรับเปลี่ยนอยู่เป็นระยะ ทำให้การจัดบริการไม่สามารถดำเนินการได้ครบตามมาตรฐานที่กำหนด ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้วางแนวทางการดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่องไว้ดังนี้

1. ประสานงานกับหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อหาแนวทางเพิ่มศักยภาพของ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในด้านกำลังคน และงบประมาณ
2. ประสานงานกับองค์กรในชุมชน ได้แก่ อบต. กรรมการหมู่บ้าน ในการเข้ามามีส่วนร่วมให้มากขึ้น

จากสถานการณ์ภายใต้ข้อจำกัดที่เกิดขึ้น คณะผู้วิจัยได้วิเคราะห์บทบาทของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่สามารถให้บริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและมีคุณภาพที่สะท้อนถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ ของสถานีนามัยขุนคอง เป็นดังนี้

1. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ

สถานีนามัยขุนคองได้มีพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลหางดงมาร่วมให้บริการด้วย โดยเริ่มมาปฏิบัติงานประจำเมื่อเดือนตุลาคม 2545 จากการสังเกตพบว่า พยาบาลมีการสร้างความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่สถานีนามัย มีการทำกิจกรรมต่างๆ เรียนรู้วิธีการทำงานร่วมกัน มีการแบ่งงานตามความถนัดและตามความสามารถ เพื่อจะได้ช่วยกันทำงานให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งได้มีการสร้างความคุ้นเคยกับชุมชน ด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ชุมชนจัดขึ้น เช่น งานบุญ งานประเพณีต่างๆ ที่ชุมชนจัดขึ้น เป็นต้น ตามบทบาทหน้าที่นั้นจากการสังเกตและสัมภาษณ์ พบว่ามีความรับผิดชอบตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ กระตือรือร้น ให้ความสนใจในการบริการผู้ป่วยด้านการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น การปฐมพยาบาล ซึ่งสามารถปฏิบัติงานแทนแพทย์ได้ตามขีดความสามารถ กรณีที่เกินขีดความสามารถ จะส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลหางดง ในด้านการให้คำปรึกษา ทั้งนี้บทบาทที่มีเด่นชัดในด้านการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังมีบทบาทในด้านการป้องกันและควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การประสานงาน การบันทึกรายงาน การปฏิบัติงานทั้งในและนอกคลินิก แต่ยังคงเป็นการให้บริการในเชิงตั้งรับอยู่ ยังไม่สามารถให้บริการสุขภาพเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้านได้

2. บทบาทของพยาบาลระดับต้น

มีบทบาทการปฏิบัติงานในทำนองเดียวกับพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะการรักษาโรคเบื้องต้น แต่การให้บริการเชิงรุกนั้นไม่ได้เป็นรูปแบบที่ชัดเจนตามหลักการ แต่เป็นในลักษณะที่ประชาชนมาขอให้ไปให้บริการที่บ้าน เช่น ตัดไหม ทำแผล เป็นต้น

3. บทบาทของแพทย์

สถานีนามัยขุนคอง ไม่มีแพทย์เข้ามาร่วมปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลหางดง ซึ่งเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมินั้นประสบปัญหาขาดแคลนแพทย์ แต่ได้เริ่มมีการจัดทีมสุขภาพมาให้บริการสัปดาห์ละครั้งโดยมีการวางแผนว่าจะมีบุคลากรทุกวิชาชีพมาออกให้บริการเพื่อเป็นการเสริมศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและเพิ่มความศรัทธาเชื่อถือในหน่วยบริการ

4. องค์การและผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

4.1 โรงพยาบาลหางดง ให้การสนับสนุนเกี่ยวกับ

- งบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์

- บุคลากร โดยจัดพยาบาลวิชาชีพมาปฏิบัติงานประจำที่สถานีนอนมัย

4.2 องค์การบริหารส่วนตำบลขุนคองได้รับความร่วมมือและช่วยเหลือจากองค์การบริหารส่วนตำบลพอสสมควร ตามที่ขอความช่วยเหลือ

4.3 อสม. ได้รับความร่วมมือ และความช่วยเหลือจาก อสม. ของแต่ละหมู่บ้านเป็นอย่างดี ในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชน ก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ อย่างเป็นรูปธรรมในด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง

แนวทางและปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
เงื่อนไขที่สำคัญที่จะทำให้หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพได้ตามมาตรฐานนั้น มีดังนี้

1. โรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ จะต้องให้การสนับสนุนและมีวิสัยทัศน์ในแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพและมีการสนับสนุนด้านบุคลากรให้เพียงพอ
2. โรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ ควรจะต้องพัฒนารูปแบบและวิธีการนิเทศติดตาม รวมทั้งมีระบบพี่เลี้ยงเพื่อการควบคุมคุณภาพบริการและสร้างขวัญ กำลังใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
3. มีกระบวนการสร้างแนวความคิดและปรับกระบวนการทัศนคติของผู้นำท้องถิ่นในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน
4. เปิดโอกาสให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการหรือเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในทุกระดับของบริการ ตั้งแต่โรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ และระดับปฐมภูมิ คือสถานีนอนมัย
5. มีการพัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการ ให้มีแนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพแทนการซ่อมสุขภาพ ทั้งนี้จะต้องมีการพัฒนาและเสริมศักยภาพในการทำงานร่วมกับชุมชน
6. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจะต้องเข้ามามีส่วนในการจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมกับบริการที่จะเกิดขึ้น ทั้งด้านงบประมาณ เวชภัณฑ์และการจัดสรรบุคลากรทางสุขภาพในท้องถิ่น
7. มีกระบวนการสร้างความเข้าใจและปรับแนวคิดของประชาชนด้านสุขภาพ การดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

บทที่ 5

บทสรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อศึกษาและปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาในสถานีนามัยขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ในลักษณะโครงสร้างกลไก เครื่องมือและวิธีการทำงาน สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

1. **สถานการณ์การดำเนินงานระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ** ซึ่งได้แก่การประเมินการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพของพื้นที่เป้าหมาย ในด้านโครงสร้าง บทบาท และเครือข่ายของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยวิธีการสังเกต สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ข้อมูล พบว่า

โครงสร้างและกลไกการทำงานของสถานีนามัยขุนคอง ได้ปรับเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเมื่อเดือนตุลาคม 2545 โดยมีบุคลากรประจำจำนวน 3 คน ในระยะแรกมีพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลหางดงมาปฏิบัติหน้าที่เพิ่ม 1 คน ทำหน้าที่ให้บริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นโดยปฏิบัติหน้าที่ในวันราชการเวลา 08.30 – 16.30 น. ต่อมาโรงพยาบาลหางดงขาดบุคลากร จึงได้ให้ปฏิบัติงานในหน่วยปฐมภูมิสัปดาห์ละ 2 วัน และปฏิบัติงานในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลหางดง สัปดาห์ละ 3 วัน และเดือนมิถุนายน 2546 ได้ปรับรูปแบบการบริหารจัดการโดยไม่มีกำลังเจ้าหน้าที่มาเสริมแต่จัดทีมประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล หมุนเวียนมาให้บริการในวันจันทร์ของทุกสัปดาห์

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไม่มีทันตแพทย์หรือทันตภิบาลให้บริการด้านทันตกรรม ดังนั้นหากประชาชนในพื้นที่ที่มีปัญหาทันตสุขภาพสามารถไปใช้บริการได้ที่โรงพยาบาลหางดง และไม่มีเภสัชกรประจำ ปัจจุบันผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบงานเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นบุคลากรพยาบาลระดับต้นประจำสถานีนามัยและพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลหางดง

การจัดการด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีการศึกษาชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบปฏิบัติงานร่วมกับอสม. เพื่อจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพประชาชนประจำแต่ละหมู่บ้าน ในช่วงเวลาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ อสม.จะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน แต่ อสม.ยังให้การดูแลหรือส่งเสริมสุขภาพไม่เต็มที่เนื่องจากขาดความมั่นใจและประชาชนอาจไม่เชื่อถือ

2. **แนวทางการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและวิธีการควบคุมคุณภาพการบริการ และพัฒนาชุดบริการหลัก(health care service package)** โดย การนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาวางระบบ ออกแบบระบบ และพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพในพื้นที่เป้าหมาย พัฒนาชุดบริการหลักในการบริการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนามาตรฐานการบริการที่สามารถตรวจสอบได้

จากการระดมความคิดเห็นและข้อมูลการประเมินสถานการณ์พบว่ากลยุทธ์ในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเน้นการอบรมและปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการทำงานเพื่อการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ ได้แก่การอบรมบุคลากรสุขภาพ ในเรื่องการศึกษาชุมชน วิถีชีวิตชุมชน การอบรม อสม. ในเรื่อง การปฐมพยาบาลเบื้องต้น พร้อมกับจัดทำคู่มือและจัดหาอุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้กับ อสม. เพื่อสามารถให้บริการในชุมชนได้ และได้ร่วมสนับสนุนการจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ตลอดจนได้จัดให้บุคลากรสุขภาพและตัวแทนประชาชนไปศึกษาดูงานกระบวนการทำงานและการพัฒนาศักยภาพของชุมชนที่ตำบลน้ำพอง อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำแนวคิดมาพัฒนาใช้ในการจัดรูปแบบการบริการ

3. **รูปแบบของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ภายใต้เงื่อนไขและสถานการณ์ที่เป็นอยู่**

ผลจากการพัฒนาตามกลยุทธ์ดังกล่าว พบว่าภายใต้เงื่อนไขและสถานการณ์ที่เป็นอยู่ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิใช้โครงสร้างเดิมที่เป็นอยู่ คือมีบุคลากรประจำ 3 คน และมีทีมบริการด้านการรักษาจากโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยคู่สัญญาออกมาให้บริการเสริมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทำให้บริการด้านการรักษาแก่ผู้ป่วยในชุมชนได้รับบริการสะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น

ลักษณะบริการสุขภาพที่จัดขึ้นควรมีความหลากหลายครอบคลุมการพัฒนาสุขภาพ และปัญหาที่พบบ่อยในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลัก คือ

1. การรักษาโรค การดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเบื้องต้น และการส่งต่อเมื่อเกินความสามารถของสถานบริการ ทั้งนี้จะต้องให้การตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ
2. การบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นเช่นการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพในกลุ่มบุคคลต่างๆ การป้องกันการเจ็บป่วยเช่นการคัดกรองโรคมะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือในการให้บริการ นอกจากเครื่องมือและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น การที่จะเข้าใจและให้บริการได้ตามบริบทของวิถีชีวิตในท้องถิ่น การศึกษาชุมชนเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้การทำงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้นการ

จัดทำแฟ้มข้อมูลครอบครัวที่เป็นระบบเพื่อใช้เป็นเครื่องมือประกอบในการให้บริการแก่ประชาชน ได้อย่างสะดวกและรวดเร็วเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนา รวมทั้งชุดบริการสุขภาพบุคคลกลุ่มต่างๆตามปัญหาของท้องถิ่น เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการควบคุมการบริการ

ชุดบริการหลักที่ควรจัดขึ้นสำหรับประชาชนควรประกอบด้วย

1. การบริการสำหรับผู้สูงอายุ บริการที่จัดขึ้นควรมีกิจกรรมดังต่อไปนี้
 - การประเมินร่างกายและสุขภาพ
 - การให้คำแนะนำในการดูแลตนเองได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การทำงาน การพักผ่อน และการใช้ยาเมื่อมีความจำเป็น
 - การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุได้แก่ชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน
2. การบริการสำหรับผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งกิจกรรมควรประกอบด้วย
 - การประเมินร่างกายและสุขภาพ
 - การให้คำแนะนำในการดูแลตนเองตามโรคที่เป็นอยู่
 - การให้คำแนะนำถึงการใช้สถานบริการใกล้บ้าน
3. การบริการสำหรับบุคคลในวัยแรงงาน กิจกรรมควรประกอบด้วย
 - การประเมินร่างกายและสุขภาพ
 - การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอันตรายและการป้องกันโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ

กลไกในการควบคุมกำกับงานมีการจัดทำแผนการให้บริการในสถานที่และการเยี่ยมครอบครัว การทำแผนการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพการบริการจากโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ในส่วนของการนิเทศติดตามงาน เนื่องจากระบบการบริหารจัดการด้านกำลังคนและรูปแบบของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในจังหวัดเชียงใหม่มีการปรับปรุงอยู่เป็นระยะ ดังนั้นการควบคุมคุณภาพบริการซึ่งมีคณะกรรมการจัดตั้งขึ้นในระดับโรงพยาบาลแม่ข่ายแต่ยังไม่ได้ดำเนินการเพื่อบริการนิเทศติดตามงานในระดับปฐมภูมิแต่อย่างใด จึงทำให้ยังไม่สามารถพัฒนากลไกในการควบคุมติดตามงานในระยะนี้ได้

4. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ทีมสุขภาพและองค์กรที่เกี่ยวข้องที่สามารถให้บริการที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานและสะท้อนถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน

เนื่องจากปัญหาหลักของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของอำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่คือการขาดแคลนกำลังคน รวมทั้งรูปแบบการบริหารจัดการด้านกำลังคนยังมีการปรับ

เปลี่ยนอยู่เป็นระยะ ทำให้การกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรยังไม่ชัดเจน แต่ผลการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร สรุปได้ว่า

บทบาทพยาบาล ควรจะเป็นผู้ที่สามารถให้บริการแบบองค์รวม ทั้งทางด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้ในเรื่องการรักษาโรคเบื้องต้นจะต้องมีศักยภาพเพียงพอ มีศักยภาพในการทำกิจกรรมเชิงรุก นอกจากนี้จะต้องเป็นผู้ที่เข้าใจวิถีชีวิตของชุมชนซึ่งเน้นถึงการศึกษาชุมชน มีการจัดทำข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวในลักษณะของแฟ้มครอบครัวเป็นเครื่องมือเพื่อการบริการที่รวดเร็ว มีหลักฐาน มีบุคคลที่เข้ากับประชาชนในท้องถิ่นได้และมีวาทะที่ไพเราะ สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการได้ สามารถทำงานประสานกับองค์กรในท้องถิ่น โดยเสนอโครงการด้านสุขภาพเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณได้

บทบาททีมสุขภาพอื่นเช่น แพทย์ ทันตภิบาล เกษัชกร ยังมีความต้องการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเนื่องจากผู้ใช้บริการต้องการบริการแบบเบ็ดเสร็จ แต่จากสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ทำให้บทบาทของทีมสุขภาพอื่นๆเหล่านี้ ทำหน้าที่ได้ไม่ต่อเนื่องในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สามารถให้บริการหมุนเวียนมาเพียงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งสามารถให้บริการในกรณีที่ต้องการตรวจสุขภาพจากแพทย์ ดังนั้นในรูปแบบที่เป็นอยู่ทีมสุขภาพอื่นจะมีบทบาทในการเป็นที่ปรึกษาและดูแลผู้ป่วยในกรณีที่เป็นโรคร่วม รวมทั้งยังไม่สามารถให้บริการเชิงรุกอื่นๆในชุมชน

บทบาทขององค์กรชุมชนในการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาสุขภาพ จากข้อมูลของผู้ใช้บริการมีความเห็นว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องที่ทุกคนจะต้องให้การดูแลเบื้องต้น และบุคคลที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของตนเองในภาวะที่ยังไม่เจ็บป่วย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยมีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ แต่ประชาชนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการบริการดูแลสุขภาพด้วยโดยร่วมเป็นกรรมการพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ

ในส่วนบทบาทของอาสาสมัครเรื่องการดูแลสุขภาพในชุมชนเพื่อทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างประชาชนกับหน่วยบริการ แต่เนื่องจากศักยภาพของอาสาสมัครมีจำกัดในเรื่องความรู้ในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ลึกซึ้งร่วมกับปัญหาความเชื่อถือจากชุมชน ดังนั้นบทบาทของอาสาสมัครควรมีขอบเขตที่อยู่ภายใต้คำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพและทำหน้าที่ในการเป็นผู้สื่อสาร หรือรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

บทบาทของ องค์การบริหารส่วนตำบล ในปัจจุบัน อบต. ไม่ได้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการรูปแบบบริการสุขภาพ แต่มีส่วนช่วยสนับสนุนด้านงบประมาณในโครงการที่บุคลากรด้านสุขภาพเสนอเข้ามา และเนื่องจากงบประมาณของ อบต. ยังมีค่อนข้างจำกัดทำให้ อบต. ยังคงเน้นการพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐานของชุมชน ซึ่งเป็นประเด็นหรือเงื่อนไขที่ควรจะได้รับพัฒนาให้ อบต. มีบทบาทมากขึ้นในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

อภิปรายผล

บุคลากรในหน่วยบริการเป็นเจ้าหน้าที่ประจำ 3 คนซึ่งรับผิดชอบดูแลประชาชนประมาณ 7000 คน ซึ่งตามมาตรฐานกำหนดไว้ว่าควรมี 1: 1250 คน รวมทั้งมีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบในพื้นที่เป็นอัตราต่อประชาชนเท่ากับ 1:30000 คน ดังนั้นจะเห็นว่า บุคลากรของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สถานื่อนามัยขุนคอง ยังไม่เข้าเกณฑ์มาตรฐาน แต่อย่างไรหน่วยบริการเครือข่ายก็ได้มีการจัดกำลังเจ้าหน้าที่พยาบาลมาเสริมในระยะแรก แต่เมื่อทางโรงพยาบาลแม่ข่ายเกิดปัญหาขาดแคลนกำลังคน จึงมีการเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานเป็นจัดทีมบริการประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกรและพยาบาลหมุนเวียนมาให้บริการทุกวันจันทร์แทน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาโรงพยาบาลทั่วไปภาคกลาง ได้มีการจัดทีมรักษาเคลื่อนที่หมุนเวียนให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนต่างๆ (พัชรภรณ์ ปัญญาภูมิไกร 2545) การมีบุคลากรที่ยังไม่เพียงพอทำให้การจัดบริการเชิงรุกทำได้ลำบาก เนื่องจากมีการประจำต้องดำเนินการ รวมทั้งการให้บริการด้านการรักษาซึ่งมีผู้รับบริการเฉลี่ยถึงวันละ 50 – 100 คน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการประเมินความพร้อมในการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำปางที่พบว่า จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอ (ชินโรส ลีสวัสดิ์. 2545)

ด้านการจัดบริการ ถึงแม้ว่าการจัดบริการส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมเชิงตั้งรับ แต่ประชาชนผู้ใช้บริการก็แสดงความคิดเห็นว่ามีความพึงพอใจ และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานก็ได้มีความพยายามที่จะพัฒนาศักยภาพในการให้บริการมากขึ้น เช่นการศึกษาต่อในช่วงของวันเสาร์ อาทิตย์โดยไม่ได้ลาเรียน หรือการวางแผนพัฒนาศักยภาพตนเองในการเข้ารับการอบรมเรื่องวิธีการศึกษาชุมชน การรักษาโรคเบื้องต้น เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้พบว่าพยาบาลต้องใช้องค์ความรู้หลายด้านผสมผสานกันในการปฏิบัติงาน และเนื่องจากพยาบาลทุกคนปฏิบัติงานเฉพาะที่โรงพยาบาล ประกอบกับขาดการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานใน PCU จึงมีปัญหาและอุปสรรคในการทำงานตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงาน ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจะจัดอบรมความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานใน PCU อย่างสม่ำเสมอ แต่พยาบาลทุกคนยังมีการชวนขวายเข้าเรียนและอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติจากสถาบันการศึกษาอื่นเพื่อเพิ่มสมรรถนะให้กับตนเอง (รวมพร คงกำเนิด. 2544)

ในกระบวนการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงแนวความคิดและกระบวนทัศน์ของผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการให้มีแนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพแทนการซ่อมสุขภาพ ทั้งนี้จะต้องมีการพัฒนาและเสริมศักยภาพในการทำงานร่วมกับชุมชน สอดคล้องตามแนวคิดของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิซึ่งบริการ

ต้องมีคุณภาพเชิงสังคมที่เข้าใจความต้องการ ความคาดหวัง ความรู้สึกของประชาชนที่มาใช้บริการได้ดี และต้องสามารถจัดการประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์ให้เข้ากับสภาพความต้องการที่แท้จริงสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรมของประชาชนได้ สามารถสื่อสารให้เข้าใจกันและกันได้ดี เป็นหน่วยที่ให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันทำหน้าที่เสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการร่วมดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สามารถพึ่งตนเองและพึ่งระบบบริการได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานเพื่อประสานบริการ และส่งต่อไปรับบริการที่หน่วยอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่จำเป็นต้องมีความสามารถในการให้บริการโดยตรงในทุกเรื่อง แต่ต้องสามารถจัดการกับสภาพปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยของประชาชนได้ดี(สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545ก)

นอกจากนี้การพัฒนาระบบบริการต้องเปิดโอกาสให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการหรือเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในทุกระดับของบริการ ตั้งแต่โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยคู่สัญญา และระดับปฐมภูมิ คือสถานีนอนมัย โรงพยาบาลหน่วยคู่สัญญาควรจะต้องพัฒนารูปแบบและวิธีการนิเทศติดตาม รวมทั้งมีระบบพี่เลี้ยงเพื่อการควบคุมคุณภาพบริการและสร้างขวัญ กำลังใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ผู้บริหารโรงพยาบาลหน่วยคู่สัญญาจะต้องให้การสนับสนุนและมีวิสัยทัศน์ในแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. สถานการณ์การจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทสังคมภาคเหนือ ยังมีความไม่แน่นอนในการจัดรูปแบบโครงสร้าง ด้านกำลังคน การบริหารจัดการงบประมาณและการนิเทศติดตามเพื่อการควบคุมคุณภาพบริการ รูปแบบที่เกิดขึ้นในการศึกษาค้างนี้ยังไม่มีเสถียรภาพที่ แต่อย่างไรก็ตามการเตรียมความพร้อมของบุคลากรทั้งระดับเครือข่ายและหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมทั้งประชาชนในชุมชนมีความสำคัญมาก เพื่อสร้างความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ

2. การมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชนทั้งองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้านต่างๆ ยังมีน้อย เนื่องจากพื้นฐานความเข้าใจว่างานด้านสุขภาพจะต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญและมีความรู้ด้านสุขภาพเท่านั้น รวมทั้งการเน้นถึงการพัฒนาโครงสร้างทางสังคมเช่นการสร้างถนน การจัดหาสิ่งสาธารณูปโภคยังเป็นประเด็นหลักในการทำงานของ อบต. ดังนั้นการเสริมสร้างความเข้าใจแก่คณะกรรมการ อบต. และพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลตนเองด้านสุขภาพเป็นแนวทางที่ควรจะมีการพัฒนาให้มากขึ้นเพื่อการเตรียมรับรูปแบบการบริหารที่มีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

3. หน่วยงานคู่สัญญาของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จะต้องมีการวางแผนการนิเทศติดตามงาน โดยมีการกำหนดบุคคลที่รับผิดชอบ ทั้งนี้ในระยะที่ผ่านมาพบว่าการขาดแคลนกำลังคนเป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้การดำเนินงานไม่สามารถเป็นไปตามเป้าหมายได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านกำลังคน ควรจะได้พิจารณาในประเด็นนี้ด้วยเพื่อการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานของบุคลากร

เอกสารอ้างอิง

- คณะทำงานเสนอทิศทางการปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. (2543). **ระบบการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิในประเทศต่างๆ**. เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่.
- คทา บัณฑิตตานุกุล และพัชราภรณ์ ปัญญาวุฒิไกร. (2544). **ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนภาคกลางตอนล่าง**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา ลิ้มละไกรวรรณ (2544) **ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชินโรส ลิ้มสวัสดิ์. (2545). **การประเมินความพร้อมในการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำปาง**. การค้นคว้าแบบอิสระ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนา บุญทอง . (บรรณานิการ). (2542). **ปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต**. กรุงเทพฯ : สภาการพยาบาล.
- ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. (2543ก). **การศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพกรณีศึกษาประเทศอังกฤษ**. รายงานวิจัย. ขอนแก่น : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. (2543ข). **การศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพกรณีศึกษาประเทศแคนาดา**. รายงานวิจัย. ขอนแก่น : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปรีดา แต่อารักษ์, ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, รุจิรา ทวีรัตน์, จุฑามาศ ไมพี, และสุรศักดิ์ อธิมานนท์. (2543). **ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย ในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและใน (ร่าง) พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ**. กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.
- ประคิด สัจฉายา, ยุวรงค์ จันทรวิจิตร, วารุณี พองแก้ว, จุฑามาศ โชติบาง, สุกัญญา ปริสัณญาณกุล, พูนทรัพย์ ไสภารัตน์ และ คณะ. (2545). **สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพและวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทย:มุมมองของพยาบาล**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- นเรศ สงเคราะห์สุข. (2541). **จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ**. เชียงใหม่ : สำนักงานโครงการพัฒนาที่สูง
ไทย-เยอรมัน.
- พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และทัศนีย์ สุรกิจโกศล. (2543). **เวชปฏิบัติครอบครัวบริการสุขภาพที่
ใกล้ใจและใกล้บ้าน**. นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- พัชรภรณ์ ปัญญาภูมิไกร (2544). **ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ :กรณีศึกษาโรง
พยาบาลทั่วไปภาคกลาง**
- เมธิ จันทจักรภรณ์ และสุริดา รัตนอาณิษฐ์พันธ์. (2541). **วิทยากรชุมชน : การแลกเปลี่ยนประสบ
การณ์การเรียนรู้ระหว่างประชาชน**. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาค
กลาง. นครสวรรค์ : สุขุมและบุตร.
- รวมพร คงกำเนิด (2544). **ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุม
ชนของโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลา
นครินทร์.
- รุจิ จารุภรณ์. (2540). **การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขตำบลกับการบริหารส่วนตำบลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**.รายงานวิจัย
วิทยาการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เอกสารอัดสำเนา.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2544). **โครงการวิจัยและพัฒนาารูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิใน
ชุมชน**. ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. **การพัฒนาการจัดการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อตอบสนองการปฏิรูประบบสุขภาพไทย**
(หน้า 108-109). เอกสารประกอบการสัมมนาพยาบาลศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 3,
วันที่ 23-25 กรกฎาคม 2544 ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพมหานคร.
- วิลาวุณย์ เสนารัตน์, วิจิตร ศรีสุพรรณ, ประดิษฐ์ สุขฉายา, วิภาดา คุณาวิกติกุล, สุธันหา
ยิ้มแย้ม, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์ และคณะ. (2544). **รูปแบบการจัดบริการสุขภาพ
ระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาในเขตภาคเหนือ**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่.
- ศิริพร กัญชนะ. (2544). **นโยบายและแผนงานส่งเสริมสุขภาพ**. เอกสารประกอบการสัมมนาทาง
วิชาการเชิงปฏิบัติ เรื่อง **การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่สอดคล้องกับการ
สร้างเสริมสุขภาพ**. จัดโดย คณะพยาบาลศาสตร์ ณ ห้องประชุมเปรี๊ยะ ปิ่นวนิช วันที่ 15
ตุลาคม 2544.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2534). **กระบวนการพยาบาลกับการพัฒนาอนามัยชุมชน**. ภาควิชาการ
พยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, จเร วิชาไทย และศรีสุดา เจริญดี. (2544). **การปฏิรูประบบบริการสุขภาพประเทศออสเตรเลีย – นิวซีแลนด์**. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมศักดิ์ ธรรมนิติวัฒน์. (2543). **การทบทวนประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูประบบสุขภาพ**. รายงานวิจัย. เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. (2543). **การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศสาธารณรัฐเกาหลี Health Care Reform in Korea**. รายงานวิจัย . กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. (2543). **การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน (Health Care Reform in Germany)**. รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ปิยธิดา ศรีรักษา, และประภาพรรณ คำคม. (2539). **ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย : สถานการณ์และข้อเสนอต่อการพัฒนา**. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ : ดีไซน์
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2543). **ทบทวนการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย**. รายงานการวิจัย. ขอนแก่น : โรงพยาบาลขอนแก่น.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2545). **สถิติรายงานประจำปี**. เอกสารอัดสำเนา.
- สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (2545). **แนวทางปฏิบัติในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ**. สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ.
- หทัยชนก บัวเจริญ. (2544). **ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัมพร ฝอยทอง. (2545). **ปัญหาและอุปสรรคการบริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์**
- อาทร ธีวไพบูลย์. (2543). **การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย**. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารี วัลยะเสวีและคณะ. (2542). (ร่าง) **รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า**. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- “Doctors’ Reform Society of Australia : Policy Statements.” www.drs.org.au/policy04.html 2001.
- “HPSS Management Plan 1999/00-2001/02 www.dhssni.gov.uk/hpss/perblic...index.html 2000.

- Hoder, J. (1986). Primary health care seen from a general practice. In Fry, J.& Hasler, J.C. **Primary health care 2000** (pp. 17-32). New York : Churchill Livingstone.
- Paine, L.L., Barger, M., Marchese, T.,& Rorie, J.(1995). Primary care for women : An overview of the role of the nurse-midwife. **Journal of Nurse-Midwifery** ,40, 65-73.
- Williams, D.R. (1995). Primary care for women : The nurse-midwifery legacy. . **Journal of Nurse-Midwifery**,40, 57-58.
- World Health Organization. (1978). **Primary health care**. Geneva : Author.

ภาคผนวก

- ก. ภาพการจัดกิจกรรม (ไม่ได้แสดง)
- ข. ชุดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน
- ค. ตัวอย่างแบบรวบรวมข้อมูล

สรุป ความต้องการของผู้รับบริการและผู้ให้บริการเกี่ยวกับชุดบริการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ประเภทผู้ป่วยเบาหวาน	ขอบเขตบริการ	ลักษณะผู้ให้บริการ	กิจกรรม	วัสดุ
1. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนมากและ/หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย / ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และ/หรือมีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแลเฉพาะทาง	- บริการทดแทนทั้งหมด - บริการที่ต้องใช้ทักษะพิเศษและ/หรือทักษะเฉพาะทาง	- ทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์, พยาบาลเภสัชกร,นักกายภาพบำบัด, นัก สัง ค ม สงเคราะห์ - กรณีไม่สามารถจัดทีมสุขภาพได้ ให้พยาบาลเป็นหลักในการให้บริการ	1. ตรวจสอบสุขภาพทั่วไป และ ตรวจสอบปัญหาที่พบ 2. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด หรือ ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ 3. ให้ยารักษาเบาหวาน / ฉีดยาอินซูลิน รวมทั้งสอนเทคนิคการฉีดยา 4. ให้ยาอื่นๆ ตามความจำเป็น 5. ดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย และความสุขสบายโดยทั่วไป 6. ดูแลเท้า 7. กายภาพบำบัด / การบริหาร/การออกกำลังกาย 8. ทำแผล รวมทั้งการสอน / สาธิตการทำแผล การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการทำแผล การดัดแปลงวัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่ให้เหมาะสมกับการใช้ทำแผลที่บ้าน 9. การให้อาหารที่เหมาะสม ดูแลสายยางให้อาหาร / สายออกซิเจน / tracheostomy tube / การดูดเสมหะ 10. จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม 11. ดูแลด้านสุขภาพจิต อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยและครอบครัว	1. กระเป๋าเย็บมือ 2. เครื่องชั่งน้ำหนัก 3. อุปกรณ์วัดสกลปรอท เครื่องวัดโลหิต หนีพั้ง 4. อุปกรณ์ใช้ตรวจ 5. อุปกรณ์ทำแผลแผล & ใส่แผล 6. IV fluid และอุปกรณ์ syringe, D/S, 7. เวชภัณฑ์ ที่จำเบาหวานชนิดอินซูลิน ยาลดวิตามินรวม, ยเลือด, ยานวด 8. อุปกรณ์ใช้ใน 9. อุปกรณ์ในการระดับน้ำตาล 10. อุปกรณ์อื่นๆ

ประเภทผู้ป่วยเบาหวาน	ขอบเขตบริการ	ลักษณะผู้ให้บริการ	กิจกรรม	วัสดุ
			12. บริการด้านสังคมสงเคราะห์ / การงานอาชีพ และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว 13. สอน/ สาธิต และแนะนำ / ให้คำปรึกษา ตามความเหมาะสม แล้วแต่กรณี 14. บันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วย ผลการตรวจต่างๆ ปัญหาที่พบ การดูแลรักษา การให้การพยาบาล การให้คำปรึกษาแนะนำและ/หรือ การสาธิต การประเมินผลการให้บริการ ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาที่ควรได้รับการติดตามแก้ไข โดยใช้แบบฟอร์มแบบ check list ในการประเมินสุขภาพทั่วไป และบันทึกรายละเอียดการให้บริการตามความเป็นจริง 15. ติดตามเยี่ยมบ้านทุก 1/2 - 1 เดือน ตามความจำเป็น	11. คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย - ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การป้องกัน การดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่บ้าน ในออกกำลังกาย ลดความเครียด ดูแลแผล การฉีดยา อาการผิดปกติ การช่วยเหลือผู้เกิดภาวะน้ำตาลมาก กว่าปกติ 12. แบบประเมิน (list) และแบบ

ประเภทผู้ป่วยเบาหวาน	ขอบเขตบริการ	ลักษณะผู้ให้บริการ	กิจกรรม	วัสดุ
2. ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่งและหรือมีญาติที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ในการทำกิจวัตรประจำวันที่เป็นประจำ แต่อาจไม่สามารถดูแลได้ในบางเรื่อง เช่น แผลกดทับ / แผลเรื้อรัง ภาวะบ้ำบัด การฉีดยาอินซูลิน การควบคุมอาหาร / การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ฯลฯ	- บริการทดแทนบางส่วน - บริการที่ต้องการทักษะพิเศษบางกรณี	- พยาบาล - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สุข	1. ประเมินสุขภาพร่างกายโดยทั่วไป 2. ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด / ปัสสาวะ 3. ให้บริการพยาบาลทดแทนบางส่วน ตามความจำเป็นและตามความต้องการของผู้ป่วย/ญาติ 4. ให้ความรู้ โดยการสาธิต แนะนำ ให้คำปรึกษา จัดสภาพแวดล้อม ตามปัญหาที่พบ 5. ดูแลด้านสุขภาพจิต อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยและครอบครัว 6. บริการด้านสังคมสงเคราะห์ / การงานอาชีพ และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว 7. บันทึกรายงาน 8. ติดตามเยี่ยมบ้านทุก 2-3 เดือน	1. กระเป๋าเยี่ยม 2. เครื่องชั่งน้ำหนัก 3. อุปกรณ์ที่จำเป็น ปัญหาของผู้ป่วย 4. อุปกรณ์ในการ 5. อุปกรณ์ในการ 6. อุปกรณ์ในการ (เจาะเลือดปลาย จากปัสสาวะ) 7. อุปกรณ์ในการ 8. เวชภัณฑ์ และ แต่ความจำเป็น 9. คู่มือการดูแล เบาหวาน 10. แบบประเมิน list) และแบบ
3. ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ และหรือมีญาติให้การดูแลสุขภาพที่บ้านได้	- บริการแบบสนับสนุนและให้ความรู้	- พยาบาล - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - อสม. ที่ได้รับการอบรม	1. ประเมินสัญญาณชีพ 2. ประเมินสุขภาพเบื้องต้น (เฉพาะพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) 3. ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด / ในปัสสาวะ (เฉพาะพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) 4. ให้ความรู้ & คำแนะนำ & จัดสภาพแวดล้อมตาม	1. กระเป๋าเยี่ยม 2. เครื่องชั่งน้ำหนัก 3. อุปกรณ์ในการ 4. อุปกรณ์ประ 5. อุปกรณ์เจาะ ตรวจน้ำตาล

แนวทางการประเมินระบบบริการ Primary Care

1. โครงสร้างการบริหารเป็นอย่างไร
2. จำนวนบุคลากร จำแนกตามคุณวุฒิ ความรับผิดชอบและจำนวนประชากรภายใต้การดูแล
3. การบริหารจัดการบุคลากร การเงินและงบประมาณ แผนการปฏิบัติงาน การดำเนินงาน การติดตามประเมินผล
4. การจัดการข้อมูล ฐานข้อมูลประชากร ความเจ็บป่วย การบริการ แผนการปฏิบัติงาน
5. มาตรฐานการให้บริการเป็นอย่างไร การนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ มีอย่างไร มีรายละเอียดอย่างไร
6. สิ่งสนับสนุนเป็นอย่างไร คน เงิน งบประมาณ สวัสดิการ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน
7. ความรับผิดชอบในหน้าที่
8. ปัญหา อุปสรรค และการแก้ไข
9. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง บุคลากร องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และประชาชน
10. ความพึงพอใจของประชาชน

แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ

1. ท่านมีความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือ Primary Care อย่างไร (ในลักษณะของความหมาย ลักษณะของการบริการ ขอบเขตของการบริการ ฯลฯ)
2. ท่านได้มีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินการให้บริการ Primary Care หรือไม่ อย่างไร
3. ท่านหรือเพื่อนร่วมงานของท่านได้รับการเตรียมความพร้อม/ความรู้ เพื่อการให้บริการ Primary care อย่างไรบ้าง
4. ท่านสมัครใจที่จะปฏิบัติงาน Primary หรือได้รับการมอบหมาย/ ส่งการจากผู้บังคับบัญชา และท่านมีความพึงพอใจมากน้อยเพียงใด
5. ท่านมีความเห็นต่อโครงสร้างทางบริการ กลไกในการทำงานการพัฒนางาน เครื่องมือที่ใช้ในการจัดบริการ Primary care อย่างไร
6. ท่านมีขอบเขตความรับผิดชอบในการให้บริการ Primary care อย่างไรบ้าง
7. ท่านได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่ท่านสังกัดและหรือผู้บังคับบัญชาในการให้บริการอย่างไรบ้าง (ในรูปของบุคลากร งบประมาณและทรัพยากรด้านเทคนิคและการจัดการ เงินเดือนเพิ่มขึ้น บ้านพัก สวัสดิการ)
8. ท่านได้รับความร่วมมือหรือสนับสนุนจากองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นและประชาชนอย่างไร?
9. ท่านมีมาตรฐานหรือแนวทางในการให้บริการ Primary care หรือไม่ และท่านนำไปปฏิบัติอย่างไร
10. ท่านคิดว่าบริการ Primary Care ที่จัดให้แก่ประชาชนในปัจจุบันมีคุณภาพเพียงใด
11. ท่านคาดหวังว่าประชาชนคนไทยควรได้รับการ Primary Care อย่างไรทั้งความเสมอภาค คุณภาพและประสิทธิภาพของการบริการ
12. ท่านมีแนวทางหรือข้อเสนอแนะอย่างไรบ้างในการพัฒนาบริการ Primary Care ให้มีคุณภาพตามที่ประชาชนต้องการ และควรให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างไร
13. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นมีอะไรบ้าง
14. ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิต่อตัวท่านทั้งในเรื่องส่วนตัว ครอบครัวและสังคมมีอะไรบ้าง

แนวคำถามในการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม ผู้นำชุมชน/อบต

1. ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือไม่ และท่านมีความเข้าใจอย่างไรเกี่ยวกับการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
2. ปัจจุบันการบริการดูแลสุขภาพที่ประชาชนได้รับมีอะไรบ้าง ครอบคลุมความต้องการและปัญหาสุขภาพหรือไม่และค่าบริการควรเป็นอย่างไร ถ้าไม่ครอบคลุม ต้องการเพิ่มเติมอะไรบ้างที่คิดว่าจำเป็นเหมาะสม
3. คุณภาพของการให้บริการที่สถานีอนามัยเป็นอย่างไร คิดว่าควรปรับปรุงหรือแก้ไขหรือไม่อย่างไร (การต้อนรับและการให้บริการของเจ้าหน้าที่ การได้รับข้อมูลแนะนำเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการดูแลตนเอง ฯลฯ)
4. ท่านคิดว่าเจ้าหน้าที่ให้บริการสุขภาพมีความเหมาะสมเพียงพอหรือไม่ อย่างไร หากไม่เหมาะสมเพียงพอ เพราะอะไร และท่านคิดว่าควรให้บริการโดยใครบ้าง
5. บริการที่ได้รับจากสถานีอนามัย ได้รับการยอมรับจากชุมชนเป็นอย่างไร
6. ท่านต้องการให้พยาบาลทำอะไรในการดูแลสุขภาพประชาชน และในปัจจุบันท่านคิดว่าพยาบาลทำหน้าที่นั้นเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร
7. ท่านคิดว่าเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในสถานบริการระดับปฐมภูมิควรเป็นใคร และจำเป็นต้องเป็นคนในท้องถิ่นหรือไม่ เพราะอะไร
8. ท่านและองค์กรในชุมชนเห็นว่าควรมีส่วนร่วมในการจัดบริหารจัดการระบบการบริการดูแลสุขภาพในชุมชนหรือไม่ (การวางแผน การควบคุมกำกับงาน การบริหารงบประมาณ)
9. การมีบริการระดับปฐมภูมิในชุมชน บริการด้านสุขภาพที่มีอยู่เป็นอย่างไร หลังมีพยาบาลมาให้บริการ ลักษณะบริการเป็นอย่างไร
10. ปัญหาและข้อเสนอแนะอื่นๆ